



การใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก
ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย เพื่อการพัฒนาคุณภาพ
และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

Implementation and Compliance with World Health Organization Surgical Safety
Checklist in Government and Private Hospitals in Thailand for Quality
Improvement and Safety among Patients Undergoing Surgery

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล

Assistant Professor Dr. Nongyao Kasatpibal

รองศาสตราจารย์ นพ.ยอद्यิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์

Associate Professor Dr. Yodying Punjasawadwong

รองศาสตราจารย์จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ

Associate Professor Jittaporn Chitreecheur

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต

Assistant Professor Dr. Narain Chotirosniramit

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมใจ ศิระกมล

Assistant Professor Dr. Somjai Sirakamon

นางปาริชาติ ภัควิภาส

Mrs. Parichat Pakvipas

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เมษายน 2558

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิภัติกุล คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ได้ถูกนำไปใช้ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด แต่ยังไม่พบข้อมูลผลลัพธ์ของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในภาพรวมของประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการใช้ การปฏิบัติตาม ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2558 ในโรงพยาบาล 61 แห่งในประเทศไทย แบ่งเป็น โรงพยาบาลรัฐบาล 46 แห่ง และเอกชน 15 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยส่งแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้ การปฏิบัติตาม ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ไปยังบุคลากรทีมผ่าตัด ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสนทนากลุ่มกับพยาบาลห้องผ่าตัด 39 คน (แบ่งเป็น 3 กลุ่ม) และการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทีมผ่าตัด 50 คน เป็น ศัลยแพทย์ វิสัญญีแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด វิสัญญีพยาบาล และพยาบาลศัลยกรรม อย่างละ 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 2,024 คน เป็นบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดมากที่สุด ร้อยละ 55.04 รองลงมาเป็น វิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 23.42 และ ศัลยแพทย์ ร้อยละ 12.94 โดยร้อยละ 10.09 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับผู้บริหารของโรงพยาบาล อัตราการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ 86.98 (± 19.09) อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ 84.44 (± 20.59) ความพึงพอใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมาก 3 อันดับแรก คือ 1) มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ค่าเฉลี่ย 4.11 2) มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ค่าเฉลี่ย 4.05 และ 3) ช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 4.02

ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 เมื่อจำแนกตามระยะการผ่าตัด พบว่า **ระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in)** ปัญหาอุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.41 พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ เป็นปัญหาในระดับปานกลาง 2 อันดับแรก คือ 1) การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 2.67 และ 2) การตรวจสอบการมีอากาศเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก ค่าเฉลี่ย 2.62 **ระยะก่อนที่จะลงมีด (time out)** ปัญหาอุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50 พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ เป็นปัญหาในระดับปานกลาง 2 อันดับแรก คือ 1) ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ ค่าเฉลี่ย 2.77 และ 2) การแนะนำชื่อและ

บทบาทของตนเอง ค่าเฉลี่ย 2.72 **ระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out)** ปัญหาอุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34 พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ เป็นปัญหาในระดับปานกลาง 2 อันดับแรก คือ 1) การทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 2.56 และ 2) พยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวยืนยันชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดว่าถูกต้อง ค่าเฉลี่ย 2.51

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ มีปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ไม่มีนโยบาย นโยบายไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง บุคลากรบางส่วนในทีมผ่าตัดไม่ให้ความร่วมมือโดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น การสื่อสารปัญหาไปยังแพทย์ทำได้ยาก และมีบุคลากรไม่เพียงพอ นอกจากนี้พบว่าบุคลากรทีมผ่าตัดบางส่วนไม่เข้าใจเนื้อหาและกระบวนการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ส่งผลให้มีการปฏิบัติที่หลากหลาย ไม่ถูกต้อง ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ “real time” และมีการลดขั้นตอนการปฏิบัติหรือ “ย่อกระบวนการ” เพื่อความรวดเร็วในการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยและเบื่อหน่ายจากการถูกสอบถามและตรวจสอบหลายครั้ง

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา คือ ควรผลักดันเชิงนโยบายและให้การสนับสนุนทั้งในระดับประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ) และระดับโรงพยาบาล ผลักดันให้อยู่ในหลักสูตรฝึกอบรมศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด กำหนดเป็นตัวชี้วัด กำหนดเป็นนโยบายให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การแก้ไขปัญหาควรใช้การประสานความร่วมมือกับทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง นำสื่อหรือเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ ประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์ให้มีการปฏิบัติ ฝึกอบรมโดยใช้การแสดงบทบาทสมมติและการฝึกปฏิบัติแบบฐาน ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล วางเงื่อนไขบางอย่างเพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง ให้รางวัลเมื่อปฏิบัติได้ดี มีการสุ่มตรวจการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ

นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญคือ เงื่อนไขของการรับรองศูนย์อบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ (resident training) จากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงประโยชน์ของการนำมาใช้ และการตระหนักรู้ของบุคลากรทีมผ่าตัด

สรุป อัตราการนำมาใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในประเทศไทยอยู่ในระดับสูง ความพึงพอใจต่อการนำมาใช้ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ปัญหาอุปสรรคในการนำมาใช้อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง พบปัญหาทั้งด้านโครงสร้างและกระบวนการ การผลักดันและสนับสนุนเชิงนโยบาย การประสานความร่วมมือ การจัดอบรมที่มีการฝึกปฏิบัติ การวางเงื่อนไขให้ปฏิบัติ การให้รางวัล การสุ่มตรวจการปฏิบัติและให้ข้อมูลย้อนกลับ การสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงประโยชน์ของการใช้ การตระหนักรู้ของบุคลากรทีมผ่าตัด และการให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม น่าจะทำให้การใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในประเทศไทยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย การใช้และการปฏิบัติตาม ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค การแก้ไขปัญหา การผ่าตัด ห้องผ่าตัด

ABSTRACT

Background: The WHO surgical safety checklist (SSC) has been globally implemented including Thailand to reduce preventable surgical adverse events. However, it has no national data of SSC implementation in Thailand. This study aimed to evaluate the use, the compliance, the satisfaction, the obstacle, and problem solving of SSC implementation.

Methods: A mixed methods, quantitative and qualitative methods, descriptive study was conducted between November 2013 and February 2015 in 61 hospitals in Thailand, 46 government hospitals and 15 private hospitals. A questionnaire eliciting on demographics, the use, the compliance, the effectiveness, the satisfaction, the obstacle, and problem solving of SSC implementation was distributed to surgical personnel for collecting quantitative data. Three focus group discussions with 39 operating room nurses and in-depth interviews with 50 surgical personnel (10 surgeons, 10 anesthesiologists, 10 operating room nurses, 10 nurse anesthetists, and 10 surgical ward nurses) were performed for gathering qualitative information. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: A total 2,024 surgical personnel were recruited. The three majorities were operating room nurses (55.04 %), nurse anesthetists (23.42%) and surgeons (12.94%). Of these, 10.09% was hospital administrators. The means of the use and the compliance with the SSC were 86.98 % (± 19.09) and 84.44 % (± 20.59), respectively. Overall, surgical personnel satisfied with the SSC at a high level (mean=3.79 $\pm$ 0.71). The three most satisfactions were the benefit to the patient (mean 4.11 $\pm$ 0.69), the benefit to the organization (mean 4.05 $\pm$ 0.68), and affected to reduce the adverse event (mean 4.02 $\pm$ 0.69). Overall, the obstacle for implementation of SSC was rated as moderate (mean=2.52 $\pm$ 0.99). **In the sign in period**, overall item was rated as weak (mean=2.41). The two major obstacles were rated as moderate including a surgical site mark (mean=2.67) and evaluating the risk of > 500 ml blood loss (7 ml/kg) in children (mean=2.62). **In the time out period**, overall item was rated as weak (mean=2.50). The two major obstacles were rated as moderate including the surgeon anticipated critical events (mean=2.77) and all team members have introduced themselves by name and roles (mean=2.72). **In the sign out period**, overall item was rated as weak (mean=2.34). The two major obstacles were rated as moderate including the surgeon, anesthetist and nurses anticipated the key concerns for recovery and management

of the patient (mean=2.56) and nurse verbally confirmed the name of the procedure (mean=2.51).

The qualitative data documented that the major obstacles of SSC implementation included no policy, unclear or impractical policy, poor teamwork or individual cooperation (especially at the beginning), unsuccessful communication to surgeon, and inadequate personnel. Further obstacles were some surgical personnel lack of true understanding about the contents of SSC and process of implementation caused uncertainty, incorrectly, or ineffectively implementation. The SSC was completed before or after the surgery which was not “real time” and the processes were “cut short” to get it done quickly. Additional obstacle was patients’ tiredness of being asked and investigated for many times.

The study suggested that the strategies to improve SSC implementation were the policy enforcement and support from national level (Ministry of Public Health, Ministry of Education) and hospital level. The SSC should be added in the training curriculum for surgeon, anesthesiologist, nurse anesthetist, and operating room nurse, and added in the key performance indicators. Other key strategies were mandatory implementation with clear operational guideline, using collaborative approach, using modern media and technology, performing public relations and campaign, training using role play and station-based model, modifying the SSC suitable for hospital’s context, giving reward, imposing some rules seriously, monitoring and feedback, and patient-involvement. Potential promotion factors were enforcement SSC implementation to the residency training center by the Royal College of Surgeons of Thailand, recognizing surgical adverse events, providing information about the benefit of SSC implementation, and building self-awareness of surgical team.

Conclusion: The use and the compliance with WHO SSC in Thailand was high. The satisfaction with WHO SSC was high. The obstacles of SSC implementation were rated as weak to moderate. These included both structures and processes. The policy enforcement and support, collaborative approach, training with practice, imposing some rules, giving reward, monitoring and feedback, acknowledgement the benefit of the SSC, self-awareness of surgical team, and patient-involvement may lead to improve the use and the compliance with WHO SSC in Thailand.

Keywords: Surgical Safety Checklist; Use and Compliance; Satisfaction; Problem; Obstacle; Problem Solving; Surgery; Operating Room

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการทำวิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณคณบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้างาน/หัวหน้าห้องผ่าตัด ของโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่ให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้ประสานงานและตัวแทนจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรห้องผ่าตัด ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ทุกฝ่ายที่ให้ความร่วมมือ และความช่วยเหลือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ขอขอบคุณ คุณนราพร พุทธวงศ์ ที่มีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างมากในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงาน และการบริหารจัดการโครงการวิจัย

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

คณะผู้วิจัย

เมษายน 2558

สารบัญ

	หน้า
ที่ปรึกษาโครงการวิจัย	(2)
บทคัดย่อภาษาไทย.....	(3)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญแผนภูมิ	(12)
บทที่	
1. บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.3 คำถามการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
2. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	5
2.1 อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด.....	5
2.2 แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัย.....	8
3. วิธีการดำเนินการวิจัย	20
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	20
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	21
3.3 การควบคุมคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	22
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	22
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	24
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	25

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4. ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	26
4.1 ผลการวิจัย.....	26
4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	27
4.3 ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด.....	36
4.4 อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้.....	41
4.5 อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลก.....	42
4.6 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลก.....	44
4.7 ความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยไปใช้.....	46
4.8 ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยไปใช้.....	47
4.9 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยไปใช้ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข.....	50
4.10 การอภิปรายผล	69
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	75
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	75
5.2 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	79
5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	80
5.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	81
5.3 ข้อดีและข้อจำกัดในการทำวิจัย.....	82
เอกสารอ้างอิง	84

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	88
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย.....	89
ภาคผนวก ข ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการ.....	95
ภาคผนวก ค ตัวอย่างปัญหาที่พบจากการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ และแนวทางการแก้ไข และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด.....	101
ภาคผนวก ง ตัวอย่างโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการนำแบบตรวจสอบรายการ ผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด.....	104
ภาคผนวก จ ตัวอย่างการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด: บทเรียนจาก อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดข้าง.....	106
ภาคผนวก ฉ ภาพการประชุม.....	114
ภาคผนวก ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	117
ภาคผนวก ซ รายนามผู้ประสานงานจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	118
ประวัติผู้วิจัย	121

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามตำแหน่ง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน และการเข้าร่วมทีมผ่าตัด.....	28
2. จำนวนและร้อยละของศัลยแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน จำแนกตามความเชี่ยวชาญ.....	31
3. จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดจากการผ่าตัด.....	32
4. จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันและการลด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการผ่าตัด.....	33
5. จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้ และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับ การผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย (safe surgery saves lives) ขององค์การอนามัยโลก.....	34
6. จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการมีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแบบคร่อมสายงาน.....	35
7. จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตาม อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ขององค์การอนามัยโลกไปใช้.....	41
8. จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตาม อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก.....	43
9. จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตาม เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกือบจะเกิดขึ้น (near miss) และอัตราการตายจากการผ่าตัด.....	45
10. จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัยไปใช้.....	46
11. จำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้.....	48

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1. ร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง: ระดับโรงพยาบาลและหน่วยงาน.....	37
2. ร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง: ระดับหน่วยงาน.....	37
3. ร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ: การเข้าถึงบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนและการดูแลผู้ป่วย การประเมินผล และการสื่อสาร.....	38
4. ร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ: การให้ข้อมูลผู้ป่วย การจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การจัดการความเสี่ยง การรายงาน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ.....	38
5. ร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง: ระดับโรงพยาบาลและหน่วยงาน.....	39
6. ร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง: ระดับหน่วยงาน.....	39
7. ร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ: การเข้าถึงบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนและการดูแลผู้ป่วย การประเมินผล และการสื่อสาร.....	40
8. ร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ: การให้ข้อมูลผู้ป่วย การจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การจัดการความเสี่ยง การรายงาน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ.....	40

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ในแต่ละปีมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดประมาณ 234 ล้านคนทั่วโลก โดยในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดประมาณ 45 ล้านราย/ปี⁽¹⁾ ประเทศอังกฤษประมาณ 4.2 ล้านราย/ปี⁽²⁾ และประเทศไทยประมาณ 1.3 ล้านคน/ปี⁽³⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับความปลอดภัย แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเกิดความปลอดภัยจากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคน (wrong patient) ผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง (wrong site) และผิดชนิดการผ่าตัด (wrong procedure) อย่างไรก็ตามข้อมูลความผิดพลาดที่เกิดขึ้นนั้นโรงพยาบาลส่วนใหญ่ถือเป็นความลับของทางโรงพยาบาล ไม่มีการเปิดเผยสู่สาธารณะชน มีเพียงส่วนน้อยที่มีการรายงานสู่สาธารณะ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการผ่าตัดผิดคน (wrong patient) ผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง (wrong site) และผิดชนิดการผ่าตัด (wrong procedure) ประมาณ 1,500 – 2,500 รายต่อปี⁽⁴⁻⁵⁾ และจากรายงานของคณะกรรมการประกันคุณภาพโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (Joint Commission for Accreditation of Health Organizations: JCAHO) ระหว่างปี ค.ศ. 1995 – 2006 พบว่าเหตุการณ์รุนแรงที่ไม่ได้คาดหมาย ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหรือทำให้เสียชีวิต ทำให้เกิดการสูญเสียด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรง หรือมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการสืบสวนและตอบสนองทันที (sentinel event) ที่พบมากที่สุด คือ การผ่าตัดผิด คิดเป็นร้อยละ 13.1 ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด⁽⁶⁾ จากการวิเคราะห์ข้อมูล 126 ราย ในปี ค.ศ. 2005 พบว่าการผ่าตัดผิดพบมากที่สุดในการผ่าตัดกระดูก ร้อยละ 41 รองลงมาคือ การผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 20 การผ่าตัดศัลยกรรมประสาท ร้อยละ 14 การผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 11 ที่เหลือเป็นการผ่าตัดอื่น ๆ โดยพบว่าร้อยละ 76 ผ่าตัด ผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง ร้อยละ 13 ผ่าตัดผิดคน และร้อยละ 11 ผ่าตัดผิดชนิดการผ่าตัด⁽⁷⁾ ซึ่งการผ่าตัดผิดก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 96,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย โดยบางรายมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นถึง 1 ล้าน ดอลลาร์สหรัฐ⁽⁴⁾

การติดเชื่อดำแหน่งผ่าตัด เป็นความไม่ปลอดภัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยผ่าตัด จากการศึกษาพบว่าการติดเชื่อดำแหน่งผ่าตัดพบมากเป็นอันดับ 3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) รายงานว่ามีการติดเชื่อดำแหน่งผ่าตัดเกิดขึ้นประมาณ 500,000 ครั้งต่อปี⁽⁸⁾ การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการติดเชื่อดำแหน่งผ่าตัดเกิดประมาณร้อยละ 2-5 ของการผ่าตัดแผลสะอาดที่อยู่นอกช่องท้อง และ

อาจสูงถึงร้อยละ 20 ของการผ่าตัดในช่องท้อง⁽⁹⁾ การศึกษาในประเทศไทยเมื่อ ปี ค.ศ. 2003-2004 พบอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 1.7 โดยการศึกษาดังกล่าวพบว่าอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลตั้งแต่ร้อยละ 0.8-2.8⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ซึ่งการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการกำจัดขนก่อนการผ่าตัด (hair removal) และการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (antibiotic prophylaxis) ไม่ถูกต้อง⁽¹²⁻¹⁴⁾ การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น 3.7 ล้านวัน เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 1.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา⁽¹⁵⁾ ถึง 3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา⁽¹⁶⁾ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดนานขึ้น 14 วัน เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 31,140 บาทต่อการติดเชื้อ 1 ครั้ง⁽¹⁷⁾

การมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในผู้ป่วย (retained foreign bodies) หลังผ่าตัด เป็นความไม่ปลอดภัยอีกอย่างหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นผ้าซับเลือดหรือเครื่องมือผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า ในการผ่าตัดช่องท้อง พบมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในผู้ป่วย 1 ครั้งในการผ่าตัด 1,500 ครั้ง⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ เหตุการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และเสียชีวิตจากการผ่าตัดได้⁽¹⁹⁾

นอกจากนี้พบว่าเครื่องมือผ่าตัดอาจก่อให้เกิดปัญหาขณะผ่าตัด (equipment related problems) ซึ่งอาจเนื่องจากเครื่องมือผ่าตัดไม่เพียงพอ หรือเครื่องมือชำรุดขณะผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดล่าช้า อาจต้องงดผ่าตัดผู้ป่วยรายถัดไป เกิดปัญหาระหว่างทีมผ่าตัด และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัย⁽²⁰⁾ มีการศึกษาพบว่ามีการขอเครื่องมือเพิ่มเติมขณะผ่าตัดประมาณ 15 ชิ้นต่อการผ่าตัด⁽²¹⁾

ความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ (surgical specimen errors) เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะส่งผลให้การวินิจฉัยผิดพลาด⁽²²⁾ การรักษาล่าช้า ต้องผ่าตัดซ้ำ หรือทำให้ผ่าตัดผิดตำแหน่ง โดยร้อยละ 8 ของความผิดพลาด เกิดจากความผิดพลาดในกระบวนการ เช่น เขียนสิ่งส่งตรวจผิด เขียนไม่ครบถ้วน และทำสิ่งส่งตรวจสูญหาย เป็นต้น⁽²³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจเกิดขึ้น 3.7 ครั้งต่อ 1,000 สิ่งส่งตรวจ โดยพบว่าไม่มีการระบุรายละเอียดของตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่ส่งตรวจและไม่ระบุชื่อผู้ป่วย⁽²⁴⁾

สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่ง มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดเกิดขึ้นเช่นกัน ซึ่งโรงพยาบาลทุกแห่งมีการบันทึกอุบัติการณ์ดังกล่าวไว้ และนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แต่โรงพยาบาลไม่สามารถรายงานอุบัติการณ์ดังกล่าวสู่สาธารณชนได้ เพราะอาจส่งผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล และอาจนำมาสู่การฟ้องร้อง

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์รุนแรงที่ไม่ได้คาดหมาย ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหรือทำให้เสียชีวิตได้หลายประการ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว และได้จัดทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (surgical safety

checklist) ขึ้น ในปี พ.ศ. 2551⁽²⁵⁾ เพื่อให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วโลก นำไปใช้เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายหลักไว้ว่า การผ่าตัดปลอดภัย ช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย (safe surgery saves lives) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแบบตรวจสอบไปทดลองใช้ใน 8 ประเทศทั่วโลก พบว่าสามารถช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยผ่าตัด จากร้อยละ 1.5 เหลือร้อยละ 0.8 และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากร้อยละ 11.0 เหลือร้อยละ 7.0⁽²⁶⁾ สำหรับประเทศไทย นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และคณะ ได้ทำการศึกษา นำร่องเรื่อง การประเมินการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพียง 1 แห่ง เมื่อปี พ.ศ. 2552 พบว่าการปฏิบัติในบางหัวข้อต่ำมาก เช่น การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด เป็นต้น⁽²⁷⁾ หลังจากนั้นมีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้แพร่หลายมากขึ้นในประเทศไทย จนกระทั่งวันที่ 14 มีนาคม 2555 ได้มีการลงนามในปฏิญญาว่าด้วย “การรณรงค์ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อรับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด” โดยองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ซึ่งการลงนามในปฏิญญาดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อรณรงค์ให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ไปใช้ในห้องผ่าตัดทุกแห่งในประเทศไทย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาสถานการณ์การประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด อันจะส่งผลให้สามารถลดอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยผ่าตัดในประเทศไทยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินอัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย
2. เพื่อประเมินอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย
4. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย

คำถามการวิจัย

1. อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทยเป็นอย่างไร
3. ความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทยเป็นอย่างไร
4. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทยมีอะไรบ้าง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อประเมินอัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ ประเมินอัตราปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้ และศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้ โดยศึกษาในบุคลากรห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย 61 แห่ง ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด
2. แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

อุบัติเหตุการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

การผ่าตัดเป็นการรักษาที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดประมาณ 234 ล้านคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดประมาณ 45 ล้านราย/ปี⁽¹⁾ ประเทศอังกฤษประมาณ 4.2 ล้านราย/ปี⁽²⁾ และประเทศไทยประมาณ 1.2 ล้านคน/ปี สำหรับประเทศไทย การผ่าตัดทำในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 44.9 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 31.2 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 25.2 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 5.1⁽³⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ปลอดภัย แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเกิดความไม่ปลอดภัยจากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคน (wrong patient) ผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง (wrong site) และผิดชนิดการผ่าตัด (wrong procedure) อย่างไรก็ตามข้อมูลความผิดพลาดที่เกิดขึ้นนั้นโรงพยาบาลส่วนใหญ่ถือเป็นความลับของทางโรงพยาบาล ไม่มีการเปิดเผยสู่สาธารณะชน มีเพียงส่วนน้อยที่มีการรายงานสู่สาธารณะ ดังเช่นในประเทศอังกฤษซึ่งเป็นประเทศแรกในโลกที่มีการรวบรวมข้อมูลอุบัติเหตุการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่าจนถึงปัจจุบันมีรายงานอุบัติเหตุการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รวมทั้งสิ้นมากกว่า 3 ล้านครั้ง โดย 450,000 ครั้ง เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด จากรายงานระหว่างเดือนมกราคม 2005-เดือนกันยายน 2008 พบว่ามีผู้ป่วยผ่าตัดทั้งสิ้น 446,184 ราย ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด 316,347 ราย (ร้อยละ 71.4) เกิดอุบัติเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายเล็กน้อย 98,428 ราย (ร้อยละ 22.1) อันตรายปานกลาง 24,314 ราย (ร้อยละ 5.4) อันตรายรุนแรง 98,428 ราย (ร้อยละ 0.9) และเสียชีวิต 971 ราย (ร้อยละ 0.2) ซึ่งการทบทวนอุบัติเหตุการณ์ระหว่างเดือนกันยายน 2007-สิงหาคม 2008 พบว่ามีการผ่าตัดผิดคน 26 ราย (ร้อยละ 3.6) ผิดยาผิดข้าง 62 ครั้ง (ร้อยละ 8.5) ทำเครื่องหมายผิดข้างในใบยินยอมผ่าตัด 150 ราย (ร้อยละ 20.7) ทำเครื่องหมายผิดข้างที่ตัวผู้ป่วย 78 ราย (ร้อยละ 10.7) ทำเครื่องหมายผิดข้างในแบบตรวจสอบรายการของห้องผ่าตัดมากที่สุดถึง 353 ราย (ร้อยละ 48.6) ใส่อุปกรณ์เทียมผิดตำแหน่ง 11 ราย (ร้อยละ 1.5) และผ่าตัดผิดข้าง 46 ราย (ร้อยละ 6.3)⁽²⁸⁾ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าในระยะเวลา 13 ปี มีการผ่าตัดผิดข้าง 2,217 ราย และผิดชนิดการผ่าตัดหรือเกิดความผิดพลาดจากการผ่าตัด 3,723 ราย รวม

ทั้งสิ้น 5,940 ราย⁽⁴⁾ ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการผ่าตัดผิดคน ผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง และ ผิดชนิดการผ่าตัด ประมาณ 1,500–2,500 รายต่อปี⁽⁵⁾ และจากรายงานของคณะกรรมการประกันคุณภาพ โรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (Joint Commission for Accreditation of Health Organizations: JCAHO) ระหว่างปี ค.ศ. 1995 – 2006 พบว่าเหตุการณ์รุนแรงที่ไม่ได้คาดหมาย ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายรุนแรง หรือทำให้เสียชีวิต ทำให้เกิดการสูญเสียด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรง หรือมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการสืบสวนและตอบสนองทันที (sentinel event) ที่พบมากที่สุดคือ การผ่าตัดผิด คิดเป็นร้อยละ 13.1 ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด⁽⁶⁾ จากการวิเคราะห์ข้อมูล 126 ราย ในปี ค.ศ. 2005 พบว่าการผ่าตัดผิดพบมากที่สุดในการผ่าตัดกระดูก ร้อยละ 41 รองลงมาคือ การผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 20 การผ่าตัดศัลยกรรมประสาท ร้อยละ 14 การผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 11 ที่เหลือเป็น การผ่าตัดอื่นๆ โดยพบว่าร้อยละ 76 ผ่าตัดผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง ร้อยละ 13 ผ่าตัดผิดคน และร้อยละ 11 ผ่าตัดผิดชนิดการผ่าตัด⁽⁷⁾ ซึ่งการผ่าตัดผิดก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 96,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย โดย บางรายมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นถึง 1 ล้านดอลลาร์สหรัฐ⁽⁴⁾

การติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัด เป็นความไม่ปลอดภัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยผ่าตัด จากการศึกษา พบว่าการติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัดพบมากเป็นอันดับ 3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและ ต่างประเทศ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) รายงานว่ามีการติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัดเกิดขึ้นประมาณ 500,000 ครั้งต่อปี⁽⁸⁾ โดยการติดเชื้อมีความ แตกต่างกันขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาพบการติดเชื้อมัดร้อยละ 0.23 ในการผ่าตัด ถู้งูน้ำดีทางกล้องวิดิทัศน์ และร้อยละ 26.7 ในการผ่าตัดทวารหนัก⁽²⁹⁾ ส่วนประเทศอังกฤษพบการติดเชื้อมัด ตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 0.2 ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และร้อยละ 1.1 ในการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดข้อสะโพก⁽³⁰⁾ ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศส่วนใหญ่พบว่า การติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัดเกิด ประมาณร้อยละ 2-5 ของการผ่าตัด แผลสะอาดที่อยู่นอกช่องท้อง และอาจสูงถึงร้อยละ 20 ของการผ่าตัดใน ช่องท้อง⁽⁹⁾ การศึกษาในประเทศไทยเมื่อ ปี ค.ศ. 2003-2004 พบอัตราการติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 1.7 โดยการศึกษาดังกล่าวพบว่าอัตราการติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัดมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลตั้งแต่ ร้อยละ 0.8–2.8⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ซึ่งการติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัดที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการกำจัดขนก่อนการผ่าตัด (hair removal) การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัดไม่ถูกต้อง⁽¹²⁻¹⁴⁾ และการมีผ้าซับเลือด (surgical sponge) ค้าง^(9-11, 31-33) การติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น 3.7 ล้านวัน เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 1.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา⁽¹⁵⁾ ถึง 3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา⁽¹⁶⁾ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดนานขึ้น 14 วัน เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 31,140 บาทต่อการติดเชื้อ 1 ครั้ง⁽¹⁷⁾

การมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในผู้ป่วย (retained foreign bodies) หลังผ่าตัด ที่พบบ่อยที่สุดคือผ้าซับเลือด ประมาณร้อยละ 52 รองลงมาคือเครื่องมือผ่าตัด ร้อยละ 43 ของสิ่งแปลกปลอมที่ค้างในผู้ป่วยทั้งหมดจากการศึกษาพบว่า ในการผ่าตัดช่องท้อง พบมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 46 รองลงมาคือ การผ่าตัดช่องอก ร้อยละ 23⁽³³⁾ หรือประมาณ 1 ครั้งในการผ่าตัด 1,000-1,500 ครั้ง^(18-19, 31, 33) เหตุการณ์ดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ต้องผ่าตัดซ้ำ และเสียชีวิตจากการผ่าตัดได้⁽¹⁹⁾

นอกจากนี้พบว่าเครื่องมือผ่าตัดอาจก่อให้เกิดปัญหาขณะผ่าตัด (equipment related problems) ซึ่งอาจเนื่องจากเครื่องมือผ่าตัดไม่เพียงพอ หรือเครื่องมือชำรุดขณะผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดล่าช้า อาจต้องงดผ่าตัดผู้ป่วยรายถัดไป เกิดปัญหาระหว่างทีมผ่าตัด และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัย⁽²⁰⁾ มีการศึกษาพบว่าการขอเครื่องมือเพิ่มเติมขณะผ่าตัดประมาณ 15 ชิ้นต่อการผ่าตัด⁽²¹⁾ นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านเทคนิคการใช้เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้องวิทัศน์ ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าร้อยละ 87 ของการผ่าตัด มีปัญหาด้านเทคนิคการใช้เครื่องมืออย่างน้อย 1 ครั้งในการผ่าตัด 1 ครั้ง ซึ่งอาจส่งผลให้ใช้เวลาในการผ่าตัดนานขึ้น แต่ไม่มีรายงานว่าเกิดผลกระทบโดยตรงกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด⁽³⁴⁾

ความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ (surgical specimen errors) เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะส่งผลให้การวินิจฉัยผิดพลาด⁽²²⁾ การรักษาล่าช้า ต้องผ่าตัดซ้ำ หรือทำให้ผ่าตัดผิดตำแหน่ง โดยร้อยละ 8 ของความผิดพลาด เกิดจากความผิดพลาดในกระบวนการ เช่น เขียนสิ่งส่งตรวจผิด เขียนไม่ครบถ้วน และทำสิ่งส่งตรวจสูญหาย เป็นต้น⁽²³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจเกิดขึ้น 3.7 ครั้งต่อ 1,000 สิ่งส่งตรวจ โดยพบว่าไม่มีการระบุรายละเอียดของตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่ส่งตรวจและไม่ระบุชื่อผู้ป่วย⁽²⁴⁾

สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่ง เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดเกิดขึ้นเช่นกัน ซึ่งโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งมีการบันทึกอุบัติการณ์ดังกล่าวไว้ และนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แต่โรงพยาบาลไม่สามารถรายงานอุบัติการณ์ดังกล่าวสู่สาธารณชนได้ เพราะอาจส่งผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล และอาจนำมาสู่การฟ้องร้อง

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์รุนแรงที่ไม่ได้คาดหมาย ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหรือทำให้เสียชีวิตได้หลายประการ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว และได้จัดทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (surgical safety checklist) ขึ้น ในปี พ.ศ. 2551⁽²⁵⁾ และมีการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2552⁽³⁵⁾ เพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วโลกนำไปใช้เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายหลักไว้ว่า การผ่าตัดปลอดภัย ช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย (safe surgery saves lives)

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2552 ⁽³⁵⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับขั้นตอนการผ่าตัด คือ ก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ก่อนที่จะลงมีด (time out) และหลังจากเย็บปิดแผลแต่ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ซึ่งในแต่ละระยะทีมผ่าตัดจะต้องปฏิบัติตามภารกิจให้เสร็จสิ้นก่อน จึงจะเริ่มปฏิบัติภารกิจในระยะต่อไป การนำแบบตรวจสอบรายการนี้มาใช้ เพื่อต้องการให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงสุดแต่รบกวนการทำงานน้อยที่สุด ดังนั้นเมื่อมีการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จนกลายเป็นความเคยชินแล้ว อาจใช้วิธีการยืนยันด้วยวาจาเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการ ทั้งนี้ขึ้นกับนโยบายของหน่วยงาน

การขานและการลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

ในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ระหว่างการผ่าตัด ควรมีผู้รับผิดชอบในการขานและการลงบันทึก จากการทำการสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มอบหมายให้พยาบาลช่วยทั่วไป (circulating nurse) ทำหน้าที่ขานรายการต่างๆ ตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และทำหน้าที่ลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย มีโรงพยาบาลเพียงบางแห่งที่มอบหมายให้วิสัญญี เป็นผู้ขานและลงบันทึกในระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ส่วนในระยะก่อนที่จะลงมีด (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) พยาบาลช่วยทั่วไป เป็นผู้ขานและลงบันทึก

ดังนั้นผู้ขานและผู้ลงบันทึกอาจเป็นพยาบาลช่วยทั่วไป วิสัญญี ศัลยแพทย์ หรือบุคลากรอื่นในทีมผ่าตัดก็ได้ โดยยึดหลักการที่สำคัญคือ ต้องทำร่วมกันทั้งทีมผ่าตัด เป็นลักษณะของการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

สำหรับกรณีที่พยาบาลช่วยทั่วไปไม่ได้เป็นพยาบาลวิชาชีพ เช่น เป็นผู้ช่วยพยาบาล หรือพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น ควรมีพยาบาลวิชาชีพเป็นพี่เลี้ยงในการขานและการลงบันทึก เพื่อให้การดำเนินงานมีความถูกต้องและครบถ้วน

ในกรณีที่ทางโรงพยาบาลต้องการเก็บข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน จะเก็บแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไว้เป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียน นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะว่า ในส่วนท้ายของแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ควรมีการระบุชื่อศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ร่วมกันขานตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไว้เป็นหลักฐาน ซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งให้เซ็นชื่อ บางแห่งให้ผู้ลงบันทึกเขียนชื่อทีมผ่าตัด โรงพยาบาลบางแห่งเซ็นชื่อหรือเขียนชื่อทีมผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ระยะก่อนที่จะลงมีด (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign) เนื่องจากทีมผ่าตัดในแต่ละ

ระยะอาจแตกต่างกันในกรณีที่มีการผ่าตัดใช้ระยะเวลานาน กรณีที่เป็นช่วงพักรับประทานอาหาร หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนเวร ส่วนในโรงพยาบาลบางแห่งให้ผู้ลงบันทึกเป็นผู้เซ็นชื่อเพียงคนเดียว เพื่อความสะดวก โดยยึดหลักว่า แม้จะเซ็นชื่อเพียงคนเดียว แต่ความรับผิดชอบต่าง ๆ ต้องร่วมกันรับผิดชอบทั้งทีมผ่าตัด และหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมว่ามีใครร่วมทีมผ่าตัดบ้าง สามารถสืบค้นได้จากเอกสารอื่น

การมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบหลักในการขานและการลงบันทึกนั้น เพื่อให้การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ประสบความสำเร็จ เพราะในหน่วยงานผ่าตัดซึ่งมีความซับซ้อน ขั้นตอนต่าง ๆ อาจถูกละเลยได้เนื่องจากความเร่งรีบทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด การมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบตรวจสอบโดยตรง 1 คน จะช่วยให้การดำเนินงานถูกต้องและครบถ้วนในทุกขั้นตอน ไม่หลงลืมขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งโดยเฉพาะในกรณีที่เร่งด่วน นอกจากนี้เมื่อทุกคนในทีมเกิดความคุ้นเคยแล้ว ผู้ที่มีหน้าที่ลงบันทึกจะสามารถช่วยชี้แนะทีมผ่าตัดให้ทำตามกระบวนการของการตรวจสอบตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยได้

อย่างไรก็ตาม การมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบโดยตรง 1 คน อาจก่อให้เกิดผลเสียคือ เกิดการต่อต้านจากสมาชิกทีมผ่าตัดได้ เนื่องจากผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวจะต้องคอยตรวจสอบและป้องกันทีมไม่ให้ดำเนินการขั้นตอนต่อไป จนกว่าการดำเนินการในขั้นตอนก่อนหน้านั้นจะเสร็จสิ้น ดังนั้นทางโรงพยาบาลจะต้องพิจารณาผู้ที่มีความเหมาะสมในการทำหน้าที่ดังกล่าว และต้องมีการตกลงทำความเข้าใจร่วมกันทั้งทีมผ่าตัด เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น และเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความราบรื่น บุคลากรทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

การลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ต้องไม่ลืมนำสติ๊กเกอร์ที่ระบุชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย อายุ เลขที่โรงพยาบาล และอื่นๆ ขึ้นกับรูปแบบตามที่โรงพยาบาลกำหนด ติดไว้ที่ส่วนหัวของแบบฟอร์มนี้ด้วย เพื่อสามารถทวนสอบได้กรณีที่มีปัญหาเกิดขึ้น

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ใน 3 ระยะคือ ระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ระยะก่อนที่จะลงมีด (time out) และระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) มีหัวข้อดังนี้

1. ก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ทีมผ่าตัดทำร่วมกัน โดยอย่างน้อยต้องมีพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญี ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 1.1 การยืนยันความถูกต้องของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด
- 1.2 การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด
- 1.3 การตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก

- 1.4 การตรวจสอบว่ามี pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้งานได้
- 1.5 การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา
- 1.6 การตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำคัญใส่ท่อช่วยหายใจ
- 1.7 การตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก กรณีที่มีความเสี่ยงมีการเตรียมพร้อมหลอดเลือดดำ 2 ตำแหน่งหรือหลอดเลือดดำส่วนกลาง และเตรียมสารน้ำที่จะให้ทดแทน

2. ก่อนที่จะลงมีด (time out) ทีมผ่าตัดทำร่วมกัน ทั้งพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญี และศัลยแพทย์ ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 2.1 สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง
- 2.2 ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล กล่าวยืนยันชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด
- 2.3 การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที ก่อนลงมีด
- 2.4 ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญหรือขั้นตอนที่อาจเกิดโดยไม่คาดคิด คาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด
- 2.5 วิสัญญีทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังในผู้ป่วยเฉพาะราย
- 2.6 พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และอื่นๆ
- 2.7 การติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด

3. ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ทีมผ่าตัดทำร่วมกัน ทั้งพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญี และศัลยแพทย์ (ข้อ 3.1-3.4 พยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวยืนยันให้ทีมผ่าตัดได้ยิน) ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 3.1 ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง
- 3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ครบถ้วน
- 3.3 การเขียนป้ายส่งตรวจถูกต้อง (อ่านการเขียนป้ายส่งตรวจรวมถึงชื่อผู้ป่วย โดยแปลงเสียงดัง)
- 3.4 ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ถ้ามีให้ระบุปัญหาที่พบ
- 3.5 ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องพักรักษาตัวผู้ป่วยต่อเนื่อง

รายละเอียดรายการผ่าตัดปลอดภัยในระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in)

ระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก บุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยต้องประกอบด้วยวิสัญญีและพยาบาล โดยผู้มีหน้าที่ลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการในระยะนี้อาจลงบันทึกทุกข้อพร้อมกันในครั้งเดียวหรือลงบันทึกทีละข้อตามลำดับ ขึ้นกับแผนผังการเตรียมการในการให้การระงับความรู้สึก แก่ผู้ป่วย ซึ่งรายละเอียดในแต่ละข้อมีดังนี้

การยืนยันความถูกต้องของชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด
ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการขาน ขอให้ผู้ป่วยยืนยันความถูกต้องเกี่ยวกับชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้การยืนยันได้ เช่น ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่ไร้สมรรถภาพในการสื่อสาร ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลได้

ในกรณีที่ไม่มีผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัว เช่น กรณีการผ่าตัดฉุกเฉิน เป็นต้น ให้ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบขานชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ให้ทีมผ่าตัดได้ยินและร่วมกันยืนยันความถูกต้อง

การปฏิบัติดังกล่าวอาจถูกมองว่าเป็นการปฏิบัติที่ซ้ำซ้อน แต่การปฏิบัติดังกล่าวจะทำให้ทีมผ่าตัดมั่นใจว่าจะไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง หรือผิดชนิดการผ่าตัด

การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตรวจสอบว่ามีการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด ซึ่งปกติจะใช้ปากกาชนิดเขียนติดถาวรในการทำเครื่องหมาย ในกรณีที่อวัยวะนั้นมีมากกว่าหนึ่งข้าง (เช่น ข้างซ้าย ข้างขวา) อวัยวะที่มีหลายชิ้นส่วน/หลายระดับ เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้า รอยโรคบนผิวหนัง หรือกระดูกสันหลัง เป็นต้น ส่วนการทำเครื่องหมายบนอวัยวะที่อยู่ตำแหน่งแนวกึ่งกลาง (เช่น ต่อมไทรอยด์) หรืออวัยวะที่มีชิ้นเดียว (เช่น ม้าม) ให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเดิมของแต่ละโรงพยาบาล หากแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลระบุว่าไม่จำเป็นต้องทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัดในกรณีที่อวัยวะที่มีชิ้นเดียว เช่น ม้าม ให้ลงบันทึกในช่องหมายเหตุว่าไม่จำเป็นต้องทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด (not applicable หรือ NA) ซึ่งบุคลากรทีมผ่าตัดต้องพึงระลึกไว้เสมอว่า การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัดจะช่วยยืนยันว่า ได้ทำผ่าตัดถูกตำแหน่งและถูกชนิดการผ่าตัด ไม่ควรประมาทว่าไม่เคยเกิดเหตุการณ์ผ่าตัดผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง จึงไม่ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด เพราะการป้องกันไว้ก่อนเป็นสิ่งที่ดีที่สุด

การตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบสอบถามวิสัญญีเพื่อยืนยันว่า ได้มีการตรวจสอบความครบถ้วนและความพร้อมของอุปกรณ์ และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งอาจใช้หลัก ABCDEs เพื่อช่วยในการจำคือ การตรวจสอบอุปกรณ์

ที่ใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ (airway equipment) ระบบการหายใจ (breathing system) ได้แก่ ออกซิเจน และสารเคมีต่างๆ ที่ใช้ในการระงับความรู้สึก การดูดเสมหะ (suction) ยา เครื่องมือ อุปกรณ์ และบุคลากร ผู้ช่วย ที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน (drugs and devices and emergency medications, equipment and assistance) ซึ่งต้องตรวจสอบว่ารายการดังกล่าวข้างต้นมีครบถ้วนและอยู่ในสภาพที่พร้อมในการใช้งาน

การตรวจสอบว่ามี pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้การได้ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบยืนยันว่า มี pulse oximeter ติดไว้บนตัวผู้ป่วยและใช้การได้ โดยค่าที่อ่านได้มีความถูกต้อง และหากเป็นไปได้บุคลากร ทีมผ่าตัดทุกคนควรสามารถมองเห็นและอ่านค่าที่แสดงได้ด้วย ได้แก่ ซีพจร และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด ของผู้ป่วย การวัด pulse oximetry เป็นสิ่งที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด (highly recommended) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการให้การระงับความรู้สึก ในกรณีที่ไม่มี pulse oximeter ที่ใช้การได้ ศัลยแพทย์และวิสัญญีจะต้องร่วมกันพิจารณาภาวะของผู้ป่วย หากเป็นไปได้ควรเลื่อนการผ่าตัดจนกว่าจะหา pulse oximeter ได้ ยกเว้นกรณีเร่งด่วนที่จำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อรักษาชีวิต หรืออวัยวะของผู้ป่วย

การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ สอบถามประวัติการแพ้ยาจากผู้ป่วย หากมีประวัติการแพ้ยา ให้ถามต่อว่าแพ้ยาอะไร เพื่อที่จะขอการยืนยันจากวิสัญญีว่าได้ทราบและตระหนักถึงความเสี่ยงในการแพ้ยาของผู้ป่วยแล้ว ซึ่งหากวิสัญญียังไม่ทราบและไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงในการแพ้ยาดังกล่าว ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบจะต้องแจ้งให้ทราบ

การตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำคัญขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบขอการยืนยันจากทีมวิสัญญีว่าได้มีการประเมินภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ซึ่งมีวิธีการประเมินได้หลายวิธี เช่น Mallampati score, thyromental distance และ Bellhouse-Dore score เป็นต้น แต่สิ่งสำคัญคือ วิธีที่ใช้ในการประเมินต้องเป็นวิธีที่ประเมินได้ถูกต้องในสิ่งที่ต้องการประเมิน (valid method) การประเมินดังกล่าวมีความสำคัญ เนื่องจากพบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจลำบากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการให้การระงับความรู้สึก และเป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อย ทั้งที่เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้หากมีการวางแผนที่ดี ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก (Mallampati score 3 หรือ 4) ทีมวิสัญญีจะต้องเตรียมการให้ความช่วยเหลือให้พร้อมทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ให้ความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน โดยอาจมีผู้ช่วยวิสัญญีคนที่ 2 ศัลยแพทย์ และพยาบาล ที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือในขณะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (induction of anesthesia)

ส่วนความเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำคัญขณะใส่ท่อช่วยหายใจ นั้น เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ต้องประเมินก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยหากพบว่า ผู้ป่วยมีอาการขย้อน/การไหลย้อนกลับของอาหารหรือมี

อาหารอยู่เต็มในกระเพาะอาหาร វិស័យវិទ្យាจะต้องเตรียมพร้อมว่าอาจจะเกิดอาการสำลักขณะใส่ท่อช่วยหายใจได้ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวได้หากវិស័យវិទ្យามีการปรับเปลี่ยนแผน เช่น ใช้วิธีที่รวดเร็วในการเริ่มให้การระงับความรู้สึก และมีผู้ช่วยវិស័យវិទ្យาในการช่วยใส่ cricoid pressure เป็นต้น ดังนั้น ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำลักขณะใส่ท่อช่วยหายใจ จะต้องเตรียมอุปกรณ์และบุคลากรที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ให้พร้อมข้างเตียงผู้ป่วย

การตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก กรณีที่มีความเสี่ยงมีการเตรียมพร้อมหลอดเลือดดำ 2 ตำแหน่งหรือหลอดเลือดดำส่วนกลางและเตรียมสารน้ำที่จะให้ทดแทน ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ สอบถามทีมวิស័យវិទ្យាถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยที่อาจเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก ในกรณีที่มีความเสี่ยง วิស័យវិទ្យาต้องมั่นใจว่ามีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือ เนื่องจากการเสียเลือดมากในขณะผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะช็อกจากการมีเลือดในระบบไหลเวียนเลือดน้อย (hypovolaemic shock) หากเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งการเตรียมพร้อมจะช่วยลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ บางครั้งศัลยแพทย์อาจไม่ได้บอกวิស័យវិទ្យาและพยาบาลให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเสียเลือดมาก ซึ่งหากวิស័យវិទ្យาไม่ทราบถึงความเสี่ยงดังกล่าว จะไม่มีการหารือกับศัลยแพทย์ก่อนให้การระงับความรู้สึกและไม่มีการเตรียมการล่วงหน้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก มีคำแนะนำที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดคือ ต้องมีการเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอย่างน้อย 2 เส้น หรือหลอดเลือดดำส่วนกลางอย่างน้อย 1 เส้น ก่อนที่จะลงมีด นอกจากนี้ต้องยืนยันว่ามีการเตรียมสารละลายหรือเลือดที่จะให้ทดแทนไว้พร้อม (หมายเหตุ: การประมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัดจะทบทวนอีกครั้งโดยศัลยแพทย์ในระยะก่อนลงมีด การประเมินในระยะนี้เพื่อให้วิស័យវិទ្យาและพยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อม)

เมื่อมีการตรวจสอบครบถ้วนถึงขั้นตอนนี้ สามารถเริ่มให้การระงับความรู้สึกได้

รายละเอียดรายการผ่าตัดปลอดภัยระยะก่อนที่จะลงมีด (time out)

ในระยะนี้เป็นการหยุดชั่วคราวก่อนที่จะลงมีด เพื่อให้บุคลากรทีมผ่าตัดทุกคนได้ตรวจสอบและยืนยันว่าได้กระทำการต่างๆ ดังต่อไปนี้ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน

สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง สมาชิกทีมผ่าตัดอาจมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างบ่อย การบริหารจัดการสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงให้มีประสิทธิภาพคือ สมาชิกทีมผ่าตัดต้องเข้าใจบทบาทและความสามารถของตนเอง ซึ่งการให้สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง เป็นการสร้างความตระหนักถึงหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคนในทีมผ่าตัดที่จะช่วยกันปฏิบัติหน้าที่อย่าง

ดีที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ บอกให้สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง ในกรณีที่สมาชิกทีมผ่าตัดคุ้นเคยกันอยู่แล้ว อาจมอบหมายให้ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการขานกล่าวยืนยันแทนทีมผ่าตัดได้ว่าแต่ละคนในทีมผ่าตัดชื่ออะไรและมีบทบาทอย่างไร อย่างไรก็ตาม หากสมาชิกในทีมผ่าตัดกล่าวแนะนำชื่อและบทบาทของตนเองโดย เจ้าตัวเองจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด และถือว่าเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันอีกช่องทางหนึ่ง แต่สำหรับสมาชิกหรือบุคลากรทีมผ่าตัดใหม่ที่ต้องหมุนเวียนไปตามห้องต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงแพทย์ประจำบ้าน นักศึกษา และบุคลากรอื่น ๆ ในทีมผ่าตัด ต้องแนะนำชื่อและบทบาทของตนเองโดยเจ้าตัวเอง

ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล กล่าวยืนยันชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด ในขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นมาตรฐานหรือเป็นระเบียบปฏิบัติในระดับชาติและระดับนานาชาติที่ต้องปฏิบัติก่อนการลงมีด โดยก่อนที่จะลงมีดผ่าตัด ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ บอกทุกคนในห้องผ่าตัดว่าขอเวลานอก (time out) หรือขอให้หยุดการผ่าตัดชั่วคราว (surgical pause) เพื่อให้ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล กล่าวยืนยันชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งที่จะผ่าตัด รวมถึงการจัดท่าผู้ป่วยว่าถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคนหรือผิดข้าง ตัวอย่าง เช่น พยาบาลช่วยทั่วไป ขอเวลานอก และขอความเห็นชอบจากทุกคนในทีมผ่าตัดว่า นี่คือ ผู้ป่วย ก จะทำการผ่าตัดไส้เลื่อนข้างขวา เป็นต้น ซึ่งการลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการจะกระทำเมื่อศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล ยืนยันว่าถูกต้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่หลับ ผู้ป่วยสามารถช่วยยืนยันความถูกต้องดังกล่าวได้ด้วย

การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาทีก่อนลงมีด ทั้งๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถืออย่างชัดเจน (strong evidence) และเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่า การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ สามารถลดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ หากปริมาณยาปฏิชีวนะในซีรัมและเนื้อเยื่ออยู่ในระดับที่สามารถฆ่าเชื้อจุลชีพได้ แต่บุคลากรทีมผ่าตัดยังมีการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอในการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาทีก่อนลงมีด ดังนั้นเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบต้องถามด้วยเสียงดังในระยะก่อนลงมีด ว่า มีการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาทีก่อนลงมีด หรือไม่ บุคลากรทีมผ่าตัดที่มีหน้าที่ในการให้ยา ซึ่งโดยทั่วไปคือ วิสัญญี ต้องกล่าวยืนยันด้วยวาจาว่าได้ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วยภายใน 60 นาทีก่อนลงมีด เรียบร้อยแล้ว กรณีที่ยังไม่มีการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อจะต้องให้ทันทีขณะนั้นก่อนที่จะลงมีด ส่วนกรณีที่มีการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อนานเกิน 60 นาทีก่อนลงมีด อาจพิจารณาให้ซ้ำ สำหรับกรณีที่ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น ไม่มีการกรีดผิวหนัง หรือกรณีเป็นบาดแผลปนเปื้อน ซึ่งให้ยาปฏิชีวนะเพื่อการรักษาอยู่แล้ว ให้ลงบันทึกในช่องหมายเหตุว่าไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ (not applicable หรือ NA)

ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญหรือขั้นตอนที่อาจเกิดขึ้นได้โดยไม่คาดคิด ระยะเวลาผ่าตัด และการเสียเลือด การที่ศัลยแพทย์ฯ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ เป็นการบอกให้ทีมผ่าตัดทราบว่ามีขั้นตอนใดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว หรือเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ เกิดอันตราย หรือพิการ และสิ่งเหล่านี้ยังเป็นโอกาสให้ทีมผ่าตัดมีการทบทวนขั้นตอนการผ่าตัด ซึ่งอาจมีความต้องการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม หรือการเตรียมการอื่นๆ เป็นพิเศษ จะเห็นว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ศัลยแพทย์ฯ ถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญ (anticipated critical events) ที่ต้องกระทำก่อนการลงมือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของบุคลากร ทีมผ่าตัดเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด และทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการสื่อสารประเด็นสำคัญของผู้ป่วยในระยะก่อนลงมือ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ ต้องเป็นผู้นำในการอภิปรายระหว่างศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล เกี่ยวกับอันตรายรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมทั้งการวางแผนให้ความช่วยเหลือ ซึ่งอาจทำได้โดย ถามคำถามง่ายๆ โดยใช้เสียงดัง สอบถามสมาชิกทีมผ่าตัดแต่ละคน โดยหลังจากถามคำถามอาจมีการอภิปรายตามมาหรือไม่ก็เป็นปัญหา ให้ลงบันทึกไปตามนั้น การลงบันทึกจะกระทำหลังจากแต่ละคนในทีมผ่าตัดได้ให้ข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ในกรณีที่เป็นการผ่าตัดที่กระทำเป็นประจำและทุกคนในทีมผ่าตัดคุ้นเคย ศัลยแพทย์อาจจะบ่งเพียงง่ายๆ ว่า การผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้เหมือนทุกครั้ง ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง หลังจากศัลยแพทย์กล่าวเสร็จ ให้สอบถามวิสัญญี และพยาบาลว่า มีปัญหาอะไรที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษหรือไม่

วิสัญญีทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังในผู้ป่วยเฉพาะราย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียเลือดปริมาณมาก ความเสี่ยงต่อการเกิดความไม่สมดุลของระบบไหลเวียนเลือด หรือความเจ็บป่วยสำคัญอื่น ๆ ในระหว่างการผ่าตัด วิสัญญีจะต้องมีการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเฉพาะรายไว้เป็นอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจต้องมีการวางแผนในการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมถึงการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด การแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหรือโรคอื่น ๆ ของผู้ป่วย ไว้ล่วงหน้าด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด การเต้นของหัวใจผิดปกติ และความผิดปกติของเลือด เป็นต้น สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจคือ แม้ว่าการผ่าตัดส่วนใหญ่ ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงหรือปัญหาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ แต่วิสัญญีต้องประเมินและบอกให้ทีมผ่าตัดรับทราบ เช่น พุดง่ายๆ เพียงว่า ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีปัญหาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เป็นต้น

พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และอื่นๆ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (scrub nurse) หรือบุคลากรอื่นที่มีหน้าที่จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ต้องกล่าวยืนยันว่า การทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ซึ่งดูจากตัวบ่งชี้ทางเคมี ในทางตรงกันข้ามหากการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ ก็ต้องแจ้งให้ทีมผ่าตัดรับทราบก่อนลงมือ ซึ่งถือว่าเป็นโอกาสในการอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัดและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยทั่วไปจะเป็นการอภิปรายร่วมกันระหว่าง

พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลช่วยทั่วไป ศัลยแพทย์และวิสัญญีจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการระบุปัญหา นี้ แต่ทั้งศัลยแพทย์และวิสัญญีต้องรับทราบข้อมูล เพราะหากมีปัญหาการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ไม่มีประสิทธิภาพ ศัลยแพทย์อาจพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มเติม หรือหากเครื่องมือไม่พร้อม ต้องรอเครื่องมือผ่าตัด ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการระงับความรู้สึกนานขึ้น ซึ่งวิสัญญีต้องเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วย สำหรับในกรณีที่ไม่ใช่ปัญหาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ พยาบาลส่งเครื่องมือหรือบุคลากรที่มีหน้าที่จัดเตรียมเครื่องมือ อาจพูดง่าย ๆ เพียงว่า การทำให้ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ ไม่มีอะไรที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เป็นต้น

การติดตามภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด ภาพรังสีเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้มั่นใจว่าได้มีการเตรียมการในการทำผ่าตัดไว้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสำหรับการผ่าตัดหลาย ๆ ชนิด เช่น การผ่าตัดกระดูก การผ่าตัดกระดูกสันหลัง การผ่าตัดทรวงอก และการผ่าตัดเนื้องอก เป็นต้น ในระยะก่อนลงมีด ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบต้องถามศัลยแพทย์ว่าผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องใช้ภาพรังสีหรือไม่ ถ้าจำเป็นต้องใช้ต้องถามยืนยันว่า มีภาพรังสีอยู่ในห้องผ่าตัดโดยอาจเป็นแผ่นฟิล์มหรืออยู่ในคอมพิวเตอร์ โดยต้องสามารถแสดงภาพรังสีให้เห็นได้อย่างชัดเจนในระหว่างการผ่าตัด กรณีที่จำเป็นต้องใช้ภาพรังสีแต่ไม่มีอยู่ในห้องผ่าตัด ควรติดตามมาให้ได้ก่อนที่จะลงมีด ในกรณีที่ติดตามภาพรังสีไม่ได้ แต่ศัลยแพทย์พิจารณาว่าจำเป็นต้องมีภาพรังสี ให้ลงบันทึกว่า ไม่มีการติดตามภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด ส่วนกรณีที่ไม่จำเป็นต้องติดตามภาพรังสีในระหว่างผ่าตัด ให้ลงบันทึกในช่องหมายเหตุว่า ไม่จำเป็นต้องติดตามภาพรังสีระหว่างผ่าตัด (not applicable หรือ NA)

เมื่อมีการตรวจสอบครบถ้วนถึงขั้นตอนนี้ สามารถเริ่มลงมีดผ่าตัดได้

รายละเอียดรายการผ่าตัดปลอดภัยระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out)

การตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด อาจดำเนินการโดยพยาบาลช่วยทั่วไป ศัลยแพทย์ หรือวิสัญญี โดยควรดำเนินการก่อนที่ศัลยแพทย์จะออกจากห้องผ่าตัด ซึ่งควรสรุปสั้น ๆ ได้ใจความ การลงบันทึกจะทำหลังจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกล่าวยืนยัน

ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง เนื่องจากอาจมีการเปลี่ยนแปลงชนิดของการผ่าตัดหรือมีการทำผ่าตัดเพิ่มเติมจากที่วางแผนไว้ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ จึงควรกล่าวยืนยันชนิดการผ่าตัดกับศัลยแพทย์และทีมผ่าตัด เพื่อให้การลงบันทึกถูกต้อง ซึ่งอาจทำได้โดยใช้คำถามว่า ทำการผ่าตัดอะไร หรือ เราได้ทำการผ่าตัด...ถูกต้องหรือไม่

การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ครบถ้วน การมีเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ติดค้างในตัวผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่พบได้ไม่บ่อย แต่หากเกิดขึ้นจะก่อให้เกิดก่อให้เกิดผลเสียที่รุนแรงแก่ผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดตามมา ดังนั้น เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดหรือพยาบาลช่วยทั่วไปต้องกล่าวยืนยันว่า การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด

และเข็มเย็บ ครอบถั่ว ในกรณีที่มีการผ่าตัดเปิดเข้าไปในช่องโพรงต่างๆ ต้องมีการยืนยันว่าการตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ครอบถั่ว ก่อนเย็บปิดช่องโพรงด้วย ในกรณีที่ไม้ครอบถั่วทุกคนในทีมผ่าตัดต้องช่วยกันดำเนินการตรวจสอบ ค้นหา เช่น ตรวจสอบบริเวณผ้าคลุมผ่าตัด ถึงขยะ และที่แผลผ่าตัด และถ้าจำเป็นอาจต้องมีการถ่ายภาพรังสี เป็นต้น กรณีที่ค้นหาไม่พบและจำเป็นต้องเย็บปิดแผลผ่าตัด ต้องเขียนไว้เป็นหลักฐานให้ชัดเจนว่า ได้ดำเนินการอย่างไรบ้างและผลสรุปเป็นอย่างไร โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องทั้ง ศัลยแพทย์ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยทั่วไปต้องลงนามไว้เป็นหลักฐาน

การเขียนป้ายส่งตรวจถูกต้อง (อ่านการเขียนป้ายส่งตรวจรวมถึงชื่อผู้ป่วย โดยแปลงเสียงดัง) ความผิดพลาดในการเขียนป้ายส่งตรวจ ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย และบ่อยครั้งที่ส่งผลให้การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด พยาบาลช่วยทั่วไปต้องกล่าวยืนยันความถูกต้องในการเขียนป้ายส่งตรวจ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตลอดจนคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ และคำอธิบายเครื่องหมายต่างๆ บนสิ่งส่งตรวจให้ชัดเจน ถูกต้อง และครบถ้วน

ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ถ้ามีให้ระบุปัญหาที่พบ เป็นปัญหาที่พบได้ในห้องผ่าตัดทุกแห่งทั่วโลก การระบุปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์การผ่าตัด เช่น อยู่ในสภาพที่ชำรุดหรือใช้การไม่ได้ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะจะเป็นการป้องกันไม่ให้เครื่องมือดังกล่าวถูกนำกลับมาใช้อีก ซึ่งอาจก่อให้เกิดให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น หลุดร่วงและค้างอยู่ในร่างกายผู้ป่วย นอกจากนี้หากมีปัญห เครื่องมือหรืออุปกรณ์การผ่าตัดไม่เพียงพอควรระบุไว้ เพื่อช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขต่อไป ในขั้นตอนนี้ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบต้องมั่นใจว่า ได้บันทึกปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัดที่ทีมผ่าตัดได้ระบุไว้อย่างครบถ้วน

ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องฟักฟื้นดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้เป็นทบทวนเฉพาะเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด และการให้การระงับความรู้สึก ที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งการทบทวนเหตุการณ์นี้จะไม่รวมถึงเหตุการณ์หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระยะพักฟื้น เนื่องจากการทบทวนเหตุการณ์ระหว่างการผ่าตัดนี้กระทำให้ได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม สำหรับใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อในระยะพักฟื้นเท่านั้น

นี่คือขั้นตอนสุดท้าย การตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยได้เสร็จสิ้น สมบูรณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปทดลองใช้ใน 8 ประเทศทั่วโลก สามารถช่วยลดอัตราตายในผู้ป่วยผ่าตัดจากร้อยละ 1.5 เหลือร้อยละ 0.8 และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากร้อยละ 11.0 เหลือร้อยละ 7.0 ลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดจากร้อยละ 6.2 เหลือ ร้อยละ 3.4 และลดอัตราการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนในโรคเดียวกัน (unplanned reoperation) จากร้อยละ 2.4 เหลือร้อยละ 1.8 เมื่อจำแนกตามรายได้ของประเทศ พบว่า ประเทศที่มีรายได้สูง สามารถ

ช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยผ่าตัดจากร้อยละ 0.9 เหลือร้อยละ 0.6 และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจาก ร้อยละ 10.3 เหลือร้อยละ 7.1 ส่วนประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง สามารถช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยผ่าตัดจากร้อยละ 2.1 เหลือร้อยละ 1.0 และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจาก ร้อยละ 11.7 เหลือร้อยละ 6.8⁽²⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ร่วมกับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (เวลาและชนิดของยาปฏิชีวนะที่ให้เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด การควบคุมอุณหภูมิภายในขณะผ่าตัด) ทำให้อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น โดย เวลาที่ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีความเหมาะสม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.7 เป็นร้อยละ 95.4 ($p < 0.05$) ชนิดของยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีความเหมาะสม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 96.2 เป็นร้อยละ 98.7 ($p < 0.01$) และการควบคุมไม่ให้อุณหภูมิภายในขณะผ่าตัด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 93.8 เป็นร้อยละ 97.7 ($p < 0.001$) นอกจากนี้พบว่า ทำให้ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิภายในห้องพักฟื้น ลดลงจากร้อยละ 9.7 เหลือร้อยละ 6.9 ($p < 0.001$) อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดโดยรวมลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 3.13 เหลือร้อยละ 2.96 ($p = 0.72$) แต่สำหรับอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 24.1 เหลือร้อยละ 11.5 ($p < 0.05$)⁽³⁶⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้จะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นกับ ความสามารถในการตั้งใจของผู้นำ หากผู้นำสามารถอธิบายให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ และมีการให้ความรู้อย่างจริงจังเกี่ยวกับการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ จะทำให้บุคลากรยอมรับและประสบความสำเร็จในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ในทางตรงกันข้าม หากผู้นำไม่ได้อธิบายให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ และไม่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ จะทำให้บุคลากรเกิดความขัดข้องใจ และไม่สนใจ ถึงแม้ว่าจะเป็นคำสั่งหรือข้อบังคับของโรงพยาบาล⁽³⁷⁾ นอกจากนี้พบว่า การอบรมทีมผ่าตัดให้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลงได้ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม (historical control) เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 23.60 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมแต่ไม่มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 15.90 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมและมีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 8.20 ($p < 0.001$)⁽³⁸⁾ และมีการศึกษาที่พบว่าอัตราความร่วมมือในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33 ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นร้อยละ 94 เมื่อครบ 1 ปี โดยมีอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (ความครบถ้วนและความถูกต้อง) ร้อยละ 69.3 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าความครบถ้วนของการลงบันทึกค่อนข้างสูงคิดเป็นร้อยละ 84.5 แต่ความถูกต้องของการลงบันทึกอยู่ใน

ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 54.1⁽³⁸⁾ สำหรับประเทศไทย มีการศึกษานำร่อง เรื่องอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า ในระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก มีการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ร้อยละ 91.4 แต่มีการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด เพียงร้อยละ 19.4 ส่วนใหญ่ประเมินความปลอดภัยในการระงับความรู้สึก ร้อยละ 90.3 และใช้ pulse oximeter ที่ใช้งานได้ดีให้ผู้ป่วย ร้อยละ 95.1 มีการตรวจสอบความเสี่ยงในการผ่าตัดของผู้ป่วยทุกรายและกรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงมีการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก ร้อยละ 100 ในระยะก่อนที่จะลงมีด มีการแนะนำชื่อและบทบาทของสมาชิกทีม ร้อยละ 79.0 ยืนยันชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ร้อยละ 96.0 ยืนยันตำแหน่งที่จะผ่าตัด ร้อยละ 95.7 และยืนยันชนิดการผ่าตัด ร้อยละ 95.9 ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดสำคัญ ร้อยละ 83.0 วิสัณยทบทวนปัญหาที่ต้องระวังในการระงับความรู้สึก ร้อยละ 78.4 พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ ร้อยละ 95.8 ให้ยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาที ก่อนลงมีด ร้อยละ 71.0 และติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 64.4 และในระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด มีการบันทึกชนิดของการผ่าตัดถูกต้อง ร้อยละ 99.5 ตรวจนับเครื่องมือผ่าตัดถูกต้อง ร้อยละ 96.8 เขียนป้ายส่งส่งตรวจถูกต้อง ร้อยละ 97.6 เครื่องมือผ่าตัดมีปัญหา ร้อยละ 4.4 มีการลงบันทึกถูกต้อง ร้อยละ 100 และทบทวนเหตุการณ์สำคัญระหว่างการผ่าตัด ร้อยละ 85.1⁽²⁷⁾

ดังนั้นการศึกษาศาสนาการการประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย จึงมีความสำคัญ เพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด และลดอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยผ่าตัดในประเทศไทย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาสถานการณ์การประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์กรอนามัยโลก ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย ศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใช้ระยะเวลาดำเนินการการศึกษา 1 ปี 4 เดือน ตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

บุคลากรทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ บุคลากรวิสัญญี และบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัด ทุกคน ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนทุกแห่งในประเทศไทย ซึ่งปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (multistage cluster sampling) โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน หลังจากนั้นแบ่งตามภูมิภาค (ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร) และตามระดับของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือเทียบเท่า โรงพยาบาลศูนย์ แพทย์ศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกและโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป) แล้วสุ่มเลือกโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนทุกระดับในทุกภูมิภาค ได้โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 61 โรงพยาบาล แบ่งเป็น โรงพยาบาลของรัฐ 46 แห่ง (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือเทียบเท่า 8 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ แพทย์ศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกหรือโรงพยาบาลศูนย์ 12 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง) และโรงพยาบาลเอกชน 15 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ บุคลากรวิสัญญี และบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัด ทุกคน ที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลที่ถูกสุ่มเลือกมาได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกโรงพยาบาล คือ เคยใช้หรือใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์กรอนามัยโลกอยู่ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทีมผ่าตัด ได้แก่ ตำแหน่ง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน การเข้าร่วมทีมผ่าตัด การรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการผ่าตัด การป้องกันและการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการผ่าตัด การรับรู้และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย (safe surgery saves lives) ขององค์การอนามัยโลก การมีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และการมีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแบบক্রוםสายงาน

2. แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาอังกฤษและภาษาไทย และคู่มือการใช้ฉบับภาษาไทย

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ มีลักษณะเป็นทั้งแบบสอบถามปลายปิด และปลายเปิด โดยแบบสอบถามปลายปิดมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

4. แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ มีลักษณะเป็นทั้งแบบสอบถามปลายปิด และปลายเปิด โดยแบบสอบถามปลายปิดมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การให้คะแนน ได้กำหนดค่าคะแนนของแบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสอบถามปัญหาอุปสรรค ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน เมื่อนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยแล้ว สามารถแปลผล ได้ดังนี้ 4.51-5.00 มากที่สุด 3.51-4.50 มาก 2.51-3.50 ปานกลาง 1.51-2.50 น้อย และ 1.00-1.50 น้อยที่สุด

5. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เรื่อง ความคิดเห็นต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

6. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีลักษณะเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)

7. แบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับโครงสร้าง และกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เช่น ทีมพัฒนาคุณภาพระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัด วิธีปฏิบัติเพื่อค้นพบความผิดพลาด วิธีปฏิบัติเพื่อลดหรือแก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้น กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สำหรับในส่วนของผู้ประสานงานโครงการวิจัยมีข้อคำถาม

เพิ่มเติมเกี่ยวกับอัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ความสมบูรณ์ของการลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และผลลัพธ์ของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ ได้แก่ การช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การค้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกือบจะเกิดขึ้น (near miss) และการช่วยลดอัตราตายจากการผ่าตัด

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยและคู่มือการใช้ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ใช้ของนงเยาว์ เกษตร์ภิบาลและคณะ (2553) ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 2 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดความพึงพอใจ 0.94 และแบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข 0.86

สำหรับ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 2 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลห้องผ่าตัด 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาของแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 0.98 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 0.97 และแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเขียนโครงการวิจัยเพื่อเสนอขอรับทุนสนับสนุน
2. ดำเนินการคัดเลือกโรงพยาบาลเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับพัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้
3. ทำหนังสือถึงคณบดีหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อเรียนเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. จัดประชุมครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2557 ณ โรงแรมตะวันนา กรุงเทพมหานคร เพื่อ
 - 4.1 ประชุมชี้แจงโครงการวิจัย และทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัย และผู้ประสานงานจากโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ดำเนินการสนทนากลุ่ม เรื่อง ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

4.3 ขอความอนุเคราะห์ให้นำแบบสอบถามไปแจกให้บุคลากรทีมผ่าตัดในโรงพยาบาลของตนเอง และรวบรวมส่งคืนผู้วิจัย

4.4 สรุปผลการประชุม พร้อมกับมอบแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาอังกฤษและภาษาไทยพร้อมทั้งคู่มือการใช้ฉบับภาษาไทย (ฉบับร่าง) และมอบแผนการดำเนินงานให้ผู้ประสานงาน เพื่อไปดำเนินการต่อ

5. ผู้ประสานงานนำความรู้และคู่มือที่ได้รับจากการประชุมไปเผยแพร่แก่บุคลากรทีมผ่าตัดในโรงพยาบาลของตนเอง โดยการจัดอบรมและ/หรือให้ความรู้ในระหว่างการประชุมประจำสัปดาห์หรือประจำเดือน

6. หลังจากได้แบบสอบถามกลับคืนมา ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ของแบบสอบถาม กรณีที่พบปัญหาเกี่ยวกับความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ดำเนินการติดตามจากผู้ประสานงานของโรงพยาบาล

7. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยสัมภาษณ์ทีมผ่าตัด (ศัลยแพทย์ វិសัญญ แพทย์ វិសัญญพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม) ในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 5 แห่ง (ภูมิภาคละ 1 แห่ง) และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 5 แห่ง (ภูมิภาคละ 1 แห่ง) รวม 10 แห่ง จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

8. จัดประชุมครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2558 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร เพื่อคืนข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพให้กลุ่มตัวอย่าง ผ่านทางผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาล ร่วมกันอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขหนังสือ ถอดบทเรียน เรื่อง การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในประเทศไทย และผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยให้แก่ผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาล

9. ผู้วิจัยจัดทำ power point presentation ผลการวิจัย และมอบให้ผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยไปเสนอให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลของตนรับทราบ

10. จัดทำรายงานการวิจัยเพื่อเผยแพร่

11. จัดเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ เพื่อนำเสนอในการประชุมวิชาการ และเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย

1.2 ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด วิเคราะห์โดยคำนวณค่าความถี่ และร้อยละ

1.3 อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย วิเคราะห์โดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย

1.4 อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย วิเคราะห์โดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย

1.5 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์โดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย

1.6 ความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย วิเคราะห์โดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.7 ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย วิเคราะห์โดยคำนวณค่าความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลความคิดเห็นต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ที่ได้จากสนทนากลุ่ม ข้อมูลการสัมภาษณ์ และข้อมูลจากแบบสอบถามแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้ วิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มคำตอบ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการนำโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยบุคลากรทุกคนได้รับข้อมูลการทำวิจัยในครั้งนี้ในเรื่องวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบ การบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อ ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้สามารถถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการทำวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จะถูกวิเคราะห์ในภาพรวม

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินอัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้ ประเมินอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้ และศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้ โดยศึกษาในบุคลากรห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย 61 แห่ง โดยศึกษาในบุคลากรทีมผ่าตัด จำนวน 2,024 คน ผลการวิจัยนำเสนอในรูปการบรรยาย และตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
- ส่วนที่ 3 อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้
- ส่วนที่ 4 อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก
- ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก
- ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้
- ส่วนที่ 7 ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้
- ส่วนที่ 8 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 2,024 คน เป็นบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดมากที่สุด ร้อยละ 55.04 รองลงมาเป็นวิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 23.42 และศัลยแพทย์ร้อยละ 12.94 โดยร้อยละ 10.09 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับผู้บริหารของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19-60 ปี เฉลี่ย 37.83 (± 0.23) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.21 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 80.40 ประสบการณ์การทำงาน ไม่เกิน 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ 11-20 ปี ร้อยละ 27.60 โดยมีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ไม่เกิน 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 59.60 รองลงมาคือ 11-20 ปี ร้อยละ 23.90 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทีมผ่าตัดไม่เกิน 20 รายต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 38.93 รองลงมาคือ 51-100 รายต่อเดือน ร้อยละ 28.71 (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกตามความเชี่ยวชาญพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นศัลยแพทย์/แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 25.13 รองลงมาคือ สูติรีเวช โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์ และออร์โธปิดิกส์ ร้อยละ 16.04, 14.71 และ 13.90 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการผ่าตัด ร้อยละ 99.56 โดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รับรู้มากที่สุดคือ การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 18.34 รองลงมาคือ การมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในผู้ป่วย ร้อยละ 16.80 และการผ่าตัดผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง ร้อยละ 16.78 (ตารางที่ 3) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดสามารถป้องกันได้ ร้อยละ 98.17 โดยคิดว่าสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป มากถึงร้อยละ 89.53 และส่วนใหญ่คิดว่าการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้ ร้อยละ 97.68 โดยคิดว่าช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป มากถึงร้อยละ 83.55 (ตารางที่ 4) นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้เรื่องโครงการผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย (safe surgery saves lives) ขององค์การอนามัยโลก ร้อยละ 99.75 โดยส่วนใหญ่รับรู้จากผู้บริหารโรงพยาบาลมากถึงร้อยละ 31.78 รองลงมาคือ จากคณะกรรมการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล ร้อยละ 30.35 และจากหัวหน้างาน ร้อยละ 9.89 การศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.05 เคยเข้ารับการอบรมเรื่องการผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก โดยส่วนใหญ่ได้รับการอบรมจากโรงพยาบาลของตนเองหรือโรงพยาบาลในเครือข่าย ร้อยละ 62.17 รองลงมาคือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) ร้อยละ 14.16 และราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ร้อยละ 8.45 (ตารางที่ 5) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.35 มีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ โดยเป็นคณะกรรมการในระดับหอผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 39.95 รองลงมาคือ เป็นคณะกรรมการในระดับแผนก/งาน/ภาควิชา ร้อยละ 25.13 เป็นคณะกรรมการในระดับฝ่ายหรือกลุ่มงาน ร้อยละ 18.39 และเป็นคณะกรรมการในระดับโรงพยาบาล ร้อยละ 14.15 และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.16 มีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแบบคร่อมสายงาน โดยเป็นกรรมการมากที่สุด ร้อยละ 74.62 และรองลงมาคือ เป็นประธานกรรมการ ร้อยละ 10.09 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามตำแหน่ง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน และการเข้าร่วมทีมผ่าตัด (n=2,024)

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทีมผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
บุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัด	1,114	55.04
บุคลากรวิสัญญีพยาบาล	474	23.42
ศัลยแพทย์	262	12.94
แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน ศัลยแพทย์	112	5.53
วิสัญญีแพทย์	48	2.37
แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน วิสัญญีแพทย์	14	0.69
อายุ (ปี)		
≤ 30	619	30.60
31-35	303	15.00
36-40	366	18.10
41-45	186	9.20
46-50	275	13.60
51-55	183	9.00
≥56	92	4.50
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 37.83 ปี (± 0.225 ปี) ค่ามัธยฐาน 37.00 ปี พิสัย 19–60 ปี		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามตำแหน่ง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน และการเข้าร่วมทีมผ่าตัด (n=2,024) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทีมผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	1,645	81.27
ชาย	379	18.73
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	179	8.84
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1,317	65.07
ปริญญาโท	200	9.88
ปริญญาเอก	18	0.89
วุฒิปัตรี/อนุปัตรีแพทย์เฉพาะทาง	310	15.32
ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล (ปี)		
≤ 10	895	44.22
11 - 20	589	29.10
21 - 30	402	19.86
31 - 40	138	6.82
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 14.14 ปี (± 0.235 ปี) ค่ามัธยฐาน 13.00 ปี พิสัย 6 เดือน – 40 ปี		
ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน (ปี)		
≤ 10	1,206	59.58
11 - 20	483	23.86
21 - 30	281	13.88
31 - 40	54	2.67
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 10.56 ปี (± 0.212 ปี) ค่ามัธยฐาน 8.00 ปี พิสัย 6 เดือน – 40 ปี		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามตำแหน่ง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน และการเข้าร่วมทีมผ่าตัด (n=2,024) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทีมผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าร่วมทีมผ่าตัด (ราย/เดือน)		
≤ 20	788	38.93
21 – 50	474	23.42
51 - 100	581	28.71
101 - 150	17	0.84
151 - 200	69	3.41
201 - 250	13	0.64
251 - 300	22	1.09
≥ 300	60	2.96
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 147.33 ราย/เดือน (± 28.82 ราย/เดือน)		
ค่ามัธยฐาน 50.00 ราย/เดือน พิสัย 0 – 740 ราย/เดือน		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของศัลยแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน จำแนกตามความเชี่ยวชาญ (n = 374)

ความเชี่ยวชาญ	ศัลยแพทย์		แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ใช้ทุน		รวม	
	(n = 262)		(n = 112)		(n = 374)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศัลยกรรมทั่วไป	37	14.12	57	50.89	94	25.13
สูติรีเวช	46	17.56	14	12.50	60	16.04
โสต คอ นาสสิก ลาริงซ์	47	17.94	8	7.14	55	14.71
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	41	15.65	11	9.82	52	13.90
ศัลยกรรมจักษุ	30	11.45	8	7.14	38	10.16
ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ	23	8.78	7	6.25	30	8.02
ศัลยกรรมตกแต่ง	8	3.05	2	1.79	10	2.67
ศัลยกรรมทรวงอก	7	2.67	1	0.89	8	2.14
ศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด	7	2.67	1	0.89	8	2.14
กุมารศัลยกรรม	6	2.29	1	0.89	7	1.87
ศัลยกรรมประสาท	5	1.91	1	0.89	6	1.60
ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล	5	1.91	1	0.89	6	1.60

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการผ่าตัด (n = 2,024)

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทีมผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการผ่าตัด		
ไม่เคย	9	0.44
เคย ระบุแหล่งข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	2,015	99.56
การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด	1,493	18.34
การมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในผู้ป่วย	1,368	16.80
การผ่าตัดผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง	1,366	16.78
เครื่องมือผ่าตัดมีปัญหาขณะผ่าตัด*	1,345	16.52
ความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ	1,108	13.61
การผ่าตัดผิดคน	762	9.36
การผ่าตัดผิดชนิดการผ่าตัด	631	7.75
เกิดการบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงขณะผ่าตัด	26	0.32
เกิดบาดเจ็บ/แผลกดทับ จากการจัดทำผ่าตัด	14	0.17
เครื่องจี้ไฟฟ้าห้ามเลือดไม่มีประสิทธิภาพ	13	0.16
ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะผ่าตัด	7	0.09
การผ่าตัดซ้ำใน 24 ชั่วโมง	5	0.06
ผู้ป่วยตกเตียงขณะรอผ่าตัด	2	0.02
ผิวหนังไหม้จากการวางแผ่น plate เครื่องจี้ไฟฟ้า	1	0.01
การให้เลือดขณะผ่าตัดผิดกรุป	1	0.01

* เครื่องมือผ่าตัดมีปัญหาขณะผ่าตัด ได้แก่ ไม่เพียงพอ ชำรุด และไม่ปราศจากเชื้อ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันและการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการผ่าตัด (n = 2,024)

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทีมผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดสามารถป้องกันได้		
ไม่ได้	37	1.83
ได้ ระบุร้อยละที่คาดว่าจะป้องกันได้	1,987	98.17
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	1,779	89.53
ร้อยละ 50-79	197	9.91
น้อยกว่าร้อยละ 50	11	0.55
การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้		
ไม่ได้	47	2.32
ได้ ระบุร้อยละที่คาดว่าจะป้องกันได้	1,977	97.68
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	1,691	85.53
ร้อยละ 50-79	270	13.66
น้อยกว่าร้อยละ 50	16	0.81

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้ และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย (safe surgery saves lives) ขององค์การอนามัยโลก (n = 2,024)

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทีมผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โครงการผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย		
ไม่เคย	5	0.25
เคย ระบุแหล่งข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	2,019	99.75
ผู้บริหารโรงพยาบาล	1,755	31.78
คณะกรรมการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล	1,676	30.35
หัวหน้างาน	546	9.89
การประชุมวิชาการ	462	8.37
เพื่อนร่วมงาน	362	6.56
อินเทอร์เน็ต	288	5.22
โปสเตอร์/แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์	146	2.64
การเรียนการสอนในหลักสูตร	131	2.37
คณะผู้วิจัย	61	1.10
วิทยุ/โทรทัศน์	76	1.38
การอ่านหนังสือ ตำรา เอกสารวิชาการ	19	0.34
การอบรมเกี่ยวกับการผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย		
ไม่เคย	343	16.95
เคย ระบุแหล่งข้อมูล	1,681	83.05
โรงพยาบาลของตนเอง/โรงพยาบาลในเครือข่าย	1,045	62.17
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	238	14.16
ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	142	8.45
สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย	113	6.72
กระทรวงสาธารณสุข	110	6.54
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	33	1.96

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการมีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแบบคร่อมสายงาน (n = 2,024)

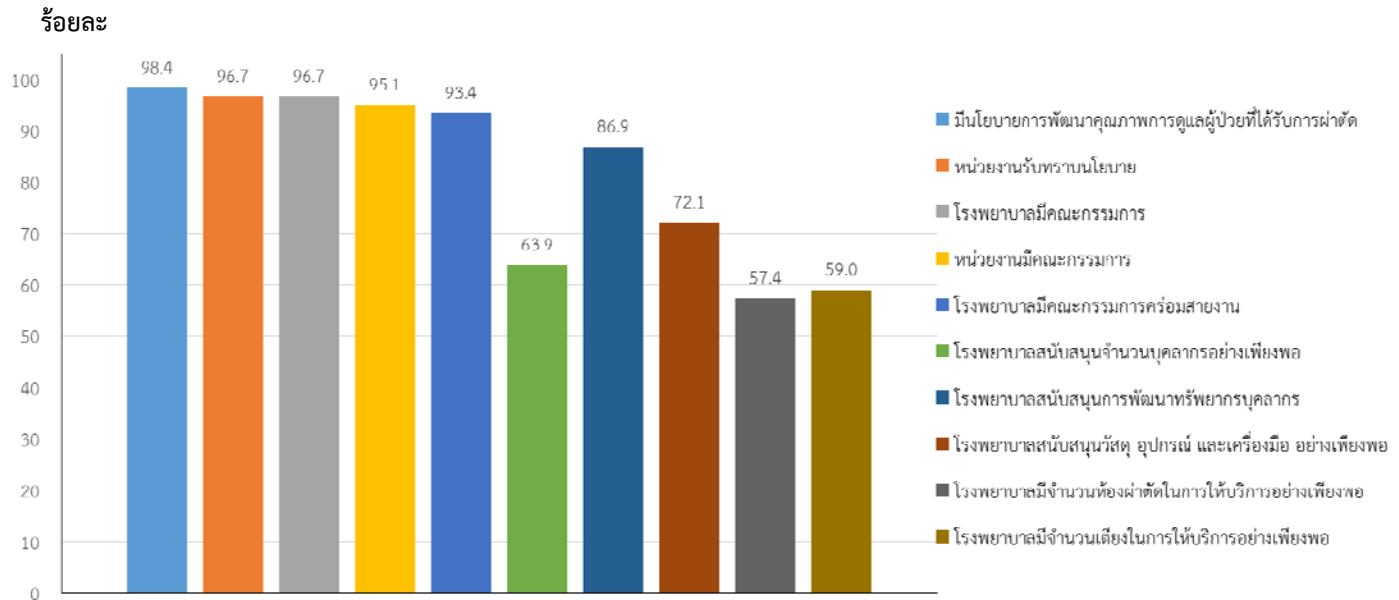
ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทีมผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ		
ไม่มีส่วนร่วม	1,268	62.65
มีส่วนร่วม	756	37.35
ระดับหอผู้ป่วย	302	39.95
ระดับแผนก/งาน/ภาควิชา	190	25.13
ระดับฝ่าย/กลุ่มงาน	139	18.39
ระดับโรงพยาบาล	107	14.15
ระดับภาค	16	2.12
ระดับประเทศ	2	0.26
การมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแบบคร่อมสายงาน		
ไม่มีส่วนร่วม	1,697	83.84
มีส่วนร่วม	327	16.16
กรรมการ	244	74.62
ประธาน	33	10.09
สมาชิกผู้ร่วมเข้าประชุม	18	5.50
เลขานุการ	13	3.98
ที่ปรึกษา	12	3.67
รองเลขานุการ	5	1.53
รองประธาน	2	0.61

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

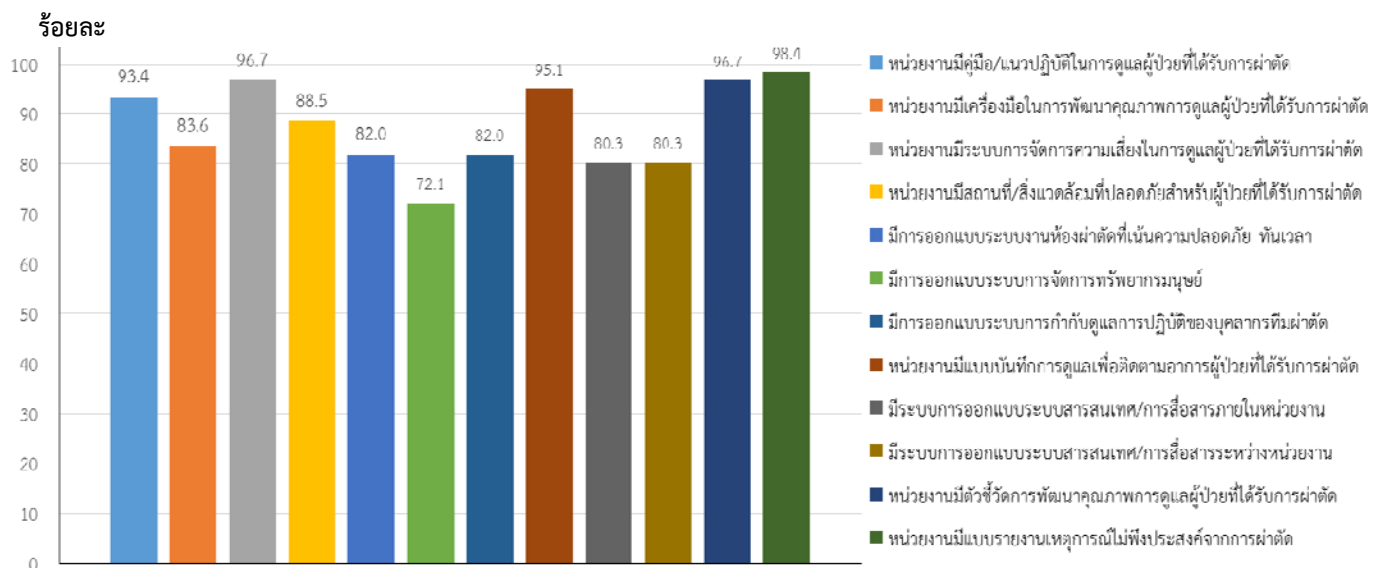
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในระดับโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในด้านโครงสร้างและกระบวนการครบทุกข้อตามแบบสอบถาม มีเพียงโรงพยาบาลทั่วไปเพียงบางแห่งที่ยังไม่มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในด้านโครงสร้างและกระบวนการในบางข้อตามแบบสอบถาม โดยมีโรงพยาบาลทั่วไปเพียง 1 แห่ง ที่ยังไม่มียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ชัดเจน ส่งผลให้ไม่มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในด้านโครงสร้างและกระบวนการในทุกข้อตามแบบสอบถาม เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในด้านโครงสร้างและกระบวนการ พบว่า โรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง (มากกว่าร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง) มีการดำเนินการด้านกระบวนการได้เป็นอย่างดีในทุกประเด็น แม้ว่าอาจมีปัญหาด้านโครงสร้างอยู่บ้าง โดยพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่ง (อย่างน้อยร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง) มีปัญหาด้านโครงสร้างใน 5 ประเด็นจากทั้งหมด 22 ประเด็น ได้แก่ กำลังคนไม่เพียงพอ จำนวนวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดไม่เพียงพอ จำนวนห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ จำนวนเตียงในการให้บริการไม่เพียงพอ และขาดการออกแบบระบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่ดี (แผนภูมิที่ 1-4) รายละเอียดดังภาคผนวก ข

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในระดับบุคลากรทีมผ่าตัด เกี่ยวกับการรับรู้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในด้านโครงสร้างและกระบวนการ พบว่า ผลการวิจัยที่ได้มีความสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับโรงพยาบาล (แผนภูมิที่ 5-8) รายละเอียดดังภาคผนวก ข

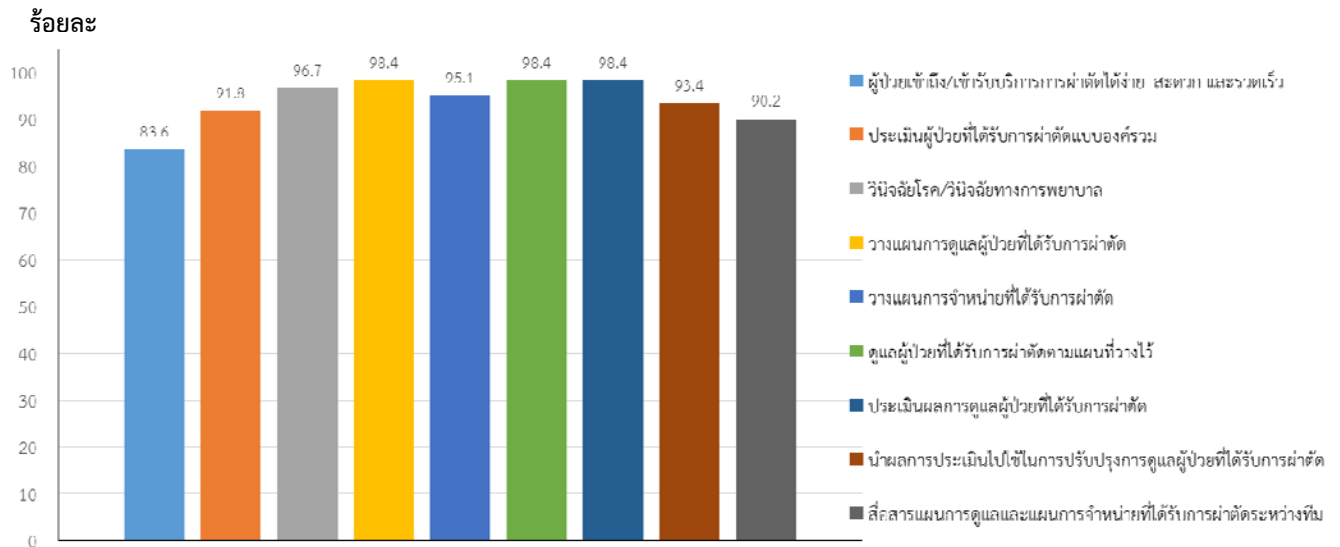
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง: ระดับโรงพยาบาลและหน่วยงาน (n = 61)



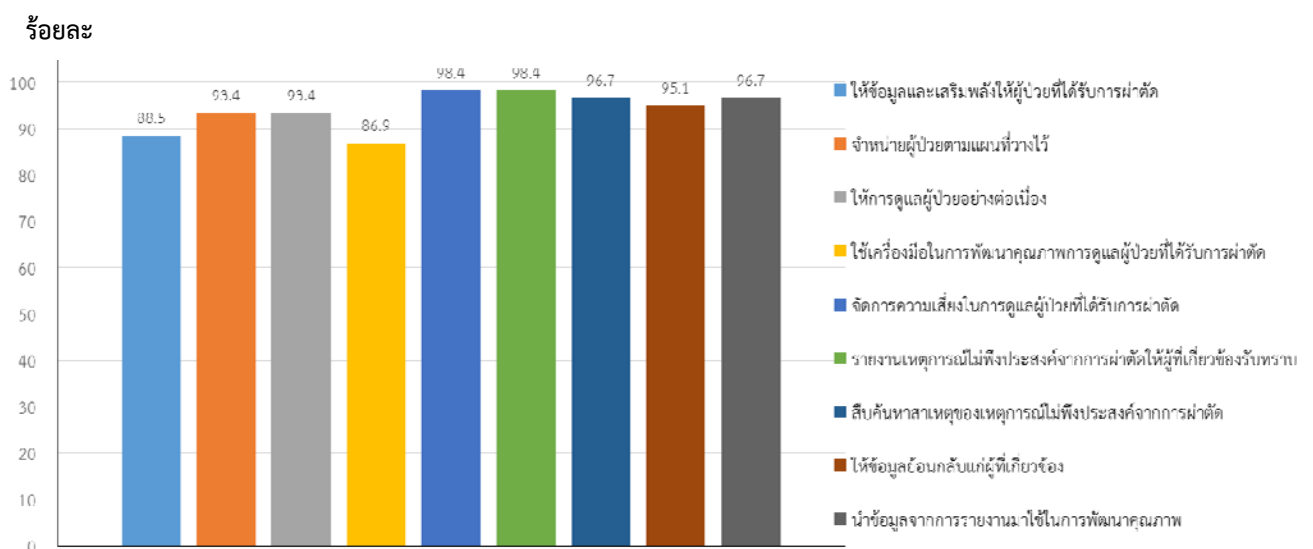
แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง: ระดับหน่วยงาน (n = 61)



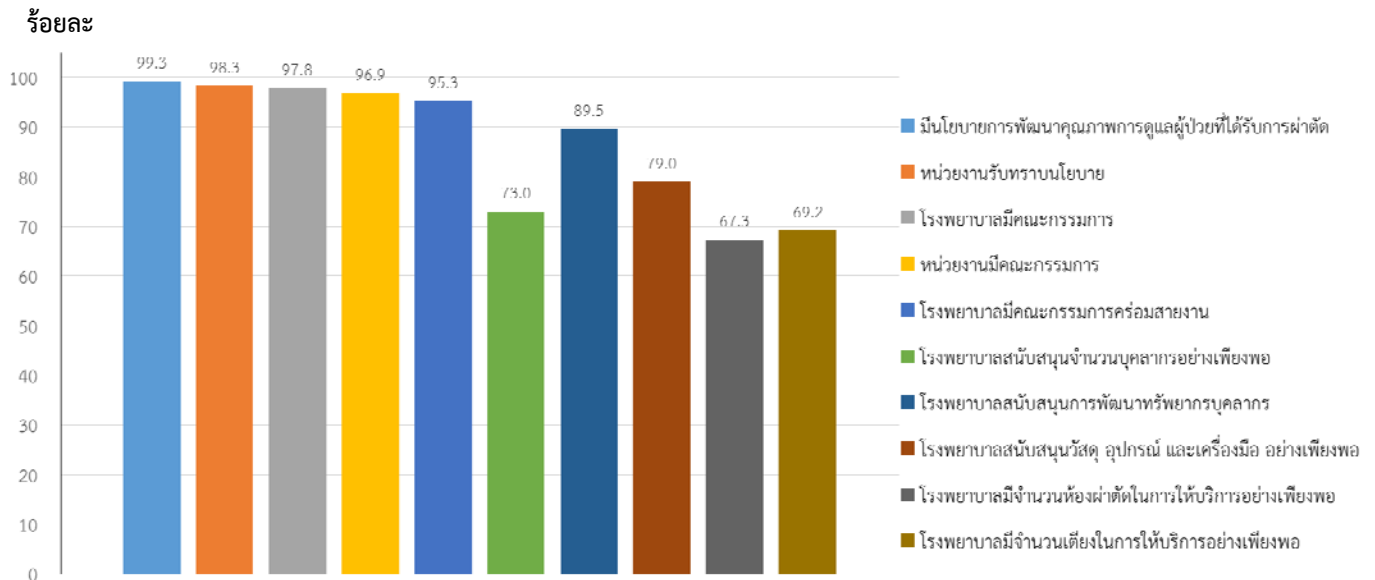
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ: การเข้าถึงบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนและการดูแลผู้ป่วย การประเมินผล และการสื่อสาร (n = 61)



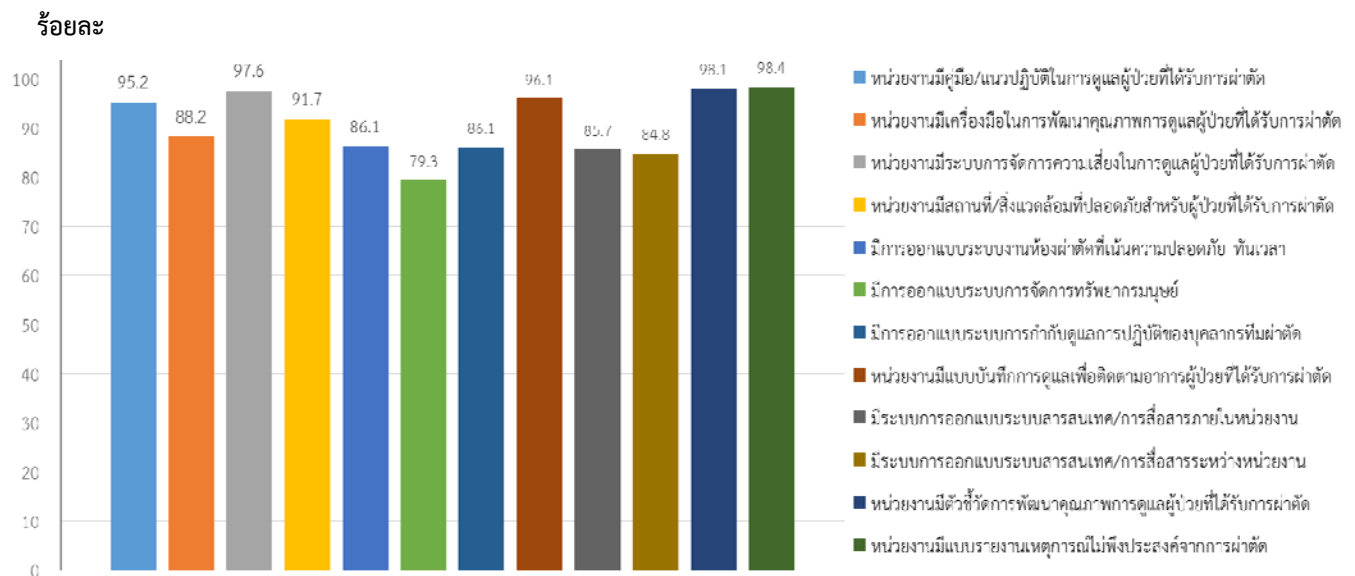
แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ: การให้ข้อมูลผู้ป่วย การจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การจัดการความเสี่ยง การรายงาน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ (n = 61)



แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง: ระดับนโยบายและหน่วยงาน (n = 2,024)

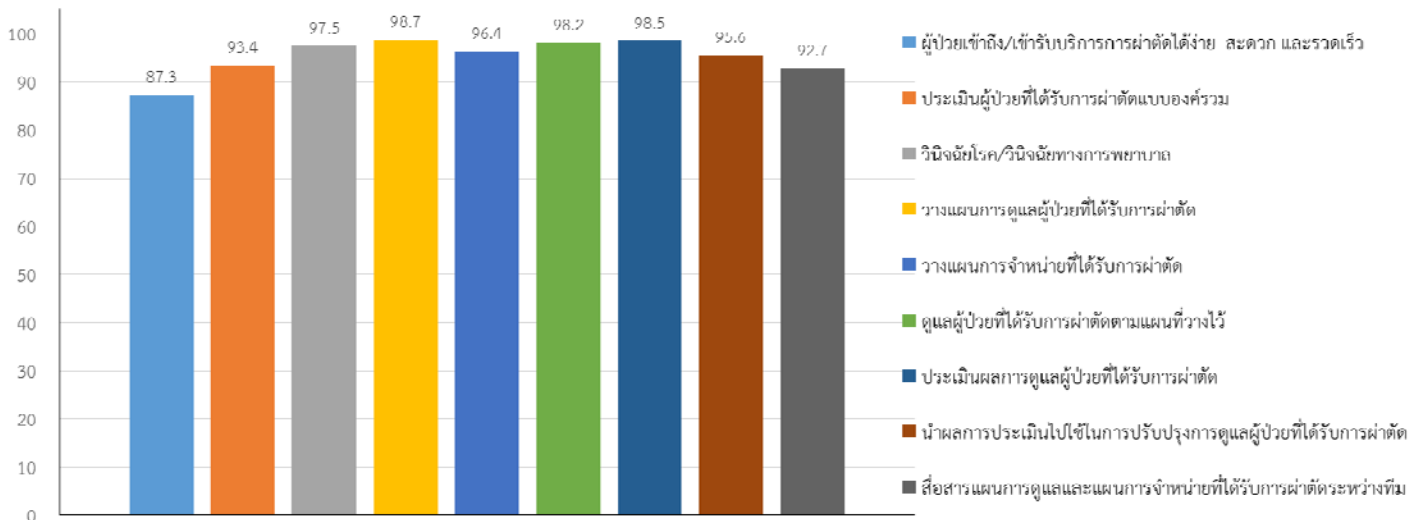


แผนภูมิที่ 6 ร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง: ระดับหน่วยงาน (n = 2,024)



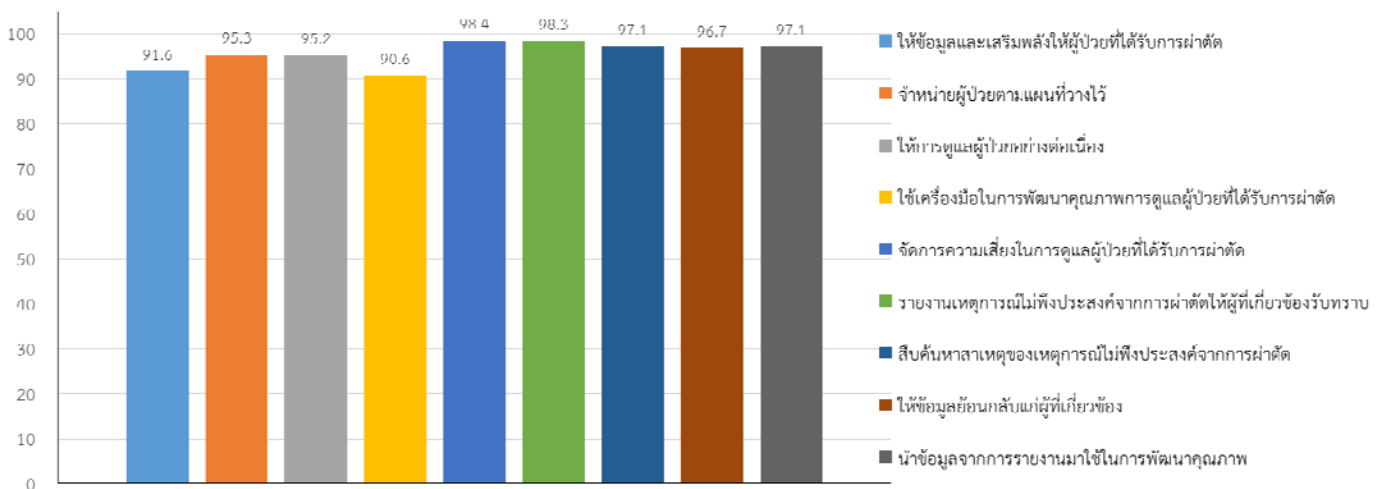
แผนภูมิที่ 7 ร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ: การเข้าถึงบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนและการดูแลผู้ป่วย การประเมินผล และการสื่อสาร (n = 2,024)

ร้อยละ



แผนภูมิที่ 8 ร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตามการรับรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ: การให้ข้อมูลผู้ป่วย การจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การจัดการความเสี่ยง การรายงาน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ (n = 2,024)

ร้อยละ



ส่วนที่ 3 อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้

จากการสอบถามผู้ประสานงานโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาล 46 แห่ง มีการเก็บรวบรวมข้อมูล อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ คิดเป็นร้อยละ 75.41 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 82.61 มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดร้อยละ 80 ขึ้นไป เมื่อคำนวณอัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ พบว่า มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ 86.98 (± 19.09) ค่ามัธยฐานร้อยละ 96 และมีค่าพิสัยอยู่ระหว่างร้อยละ 30-100 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตาม อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปใช้ (n = 61)

อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เก็บข้อมูล/ไม่เปิดเผยข้อมูล	15	24.59
เก็บข้อมูล ระบุอัตราการนำไปใช้ (ต่อจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด)	46	75.41
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	38	82.61
ร้อยละ 50-79	6	13.04
น้อยกว่าร้อยละ 50	2	4.35

ส่วนที่ 4 อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก

ส่วนอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย พบว่า โรงพยาบาล 46 แห่ง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก คิดเป็นร้อยละ 75.41 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 82.61 มีการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดร้อยละ 80 ขึ้นไป เมื่อคำนวณอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ พบว่า มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ 84.44 (± 20.59) ค่ามัธยฐานร้อยละ 90 และมีค่าพิสัยอยู่ระหว่างร้อยละ 30-100 นอกจากนี้พบว่าโรงพยาบาล 46 แห่ง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลความถูกต้องและความครบถ้วนของการลงบันทึก คิดเป็นร้อยละ 75.41 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 78.26 ความถูกต้องและความครบถ้วนของการลงบันทึก ร้อยละ 80 ขึ้นไป เมื่อคำนวณอัตราความถูกต้องและความครบถ้วนของการลงบันทึก พบว่า มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ 81.15 (± 21.43) ค่ามัธยฐานร้อยละ 80 และมีค่าพิสัยอยู่ระหว่างร้อยละ 30-100 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตาม อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก (n = 61)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย		
ไม่ได้เก็บข้อมูล/ไม่เปิดเผยข้อมูล	15	24.59
เก็บข้อมูล ระบุอัตราการปฏิบัติ (ต่อจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด)	46	75.41
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	38	82.61
ร้อยละ 50-79	6	13.04
น้อยกว่าร้อยละ 50	2	4.35
อัตราความถูกต้องและความครบถ้วนของการลงบันทึก		
ไม่ได้เก็บข้อมูล/ไม่เปิดเผยข้อมูล	15	24.59
เก็บข้อมูล ระบุอัตราความถูกต้องและความครบถ้วนของการลงบันทึก (ต่อจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด)	46	75.41
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	36	78.26
ร้อยละ 50-79	8	17.39
น้อยกว่าร้อยละ 50	2	4.35

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก

ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก สามารถช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ช่วยค้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกือบจะเกิดขึ้น (near miss) และลดอัตราการตายจากการผ่าตัด ซึ่งโรงพยาบาล 46 แห่ง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การค้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกือบจะเกิดขึ้น และการลดอัตราการตายจากการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 75.41 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 93.48 ตอบว่า สามารถช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ร้อยละ 97.83 ตอบว่าสามารถช่วยค้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกือบจะเกิดขึ้นร้อยละ 80 ขึ้นไป และร้อยละ 93.48 ตอบว่าสามารถช่วยลดอัตราการตายจากการผ่าตัดได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป

เมื่อคำนวณอัตราการลดลงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด พบว่า มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ 87.26 (± 19.47) ค่ามัธยฐานร้อยละ 90 และมีค่าพิสัยอยู่ระหว่างร้อยละ 60-100 เมื่อคำนวณอัตราการค้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกือบจะเกิดขึ้น มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ 92.43 (± 20.12) ค่ามัธยฐานร้อยละ 90 และมีค่าพิสัยอยู่ระหว่างร้อยละ 70-100 และเมื่อคำนวณอัตราลดอัตราการตายจากการผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ 82.14 (± 18.32) ค่ามัธยฐานร้อยละ 80 และมีค่าพิสัยอยู่ระหว่างร้อยละ 60-100 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตาม การลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การค้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกือบจะเกิดขึ้น (near miss) และการลดอัตราการตายจากการผ่าตัด (n = 61)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด		
ไม่ได้เก็บข้อมูล/ไม่เปิดเผยข้อมูล	15	24.59
เก็บข้อมูล ระบุ	46	75.41
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	43	93.48
ร้อยละ 50-79	2	4.35
น้อยกว่าร้อยละ 50	1	2.17
ค้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกือบจะเกิดขึ้น (near miss)		
ไม่ได้เก็บข้อมูล/ไม่เปิดเผยข้อมูล	15	24.59
เก็บข้อมูล ระบุ	46	75.41
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	45	97.83
ร้อยละ 50-79	1	2.17
น้อยกว่าร้อยละ 50	0	0.00
ลดอัตราการตายจากการผ่าตัด		
ไม่ได้เก็บข้อมูล/ไม่เปิดเผยข้อมูล	15	24.59
เก็บข้อมูล ระบุ	46	75.41
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	43	93.48
ร้อยละ 50-79	2	4.35
น้อยกว่าร้อยละ 50	1	2.17

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้

ความพึงพอใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 พบว่าประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดคือ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ค่าเฉลี่ย 4.11 รองลงมาคือ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ค่าเฉลี่ย 4.05 และช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 4.02 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ (n = 2,024)

หัวข้อ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
มีความทันสมัย	11.9	54.7	32.1	1.1	0.2	3.77
มีความน่าเชื่อถือ	13.7	58.4	26.4	1.4	0.2	3.86
มีความกระชับ	10.8	49.4	35.1	4.3	0.4	3.68
มีความสะดวก รวดเร็ว	10.9	48.9	35.4	4.5	0.3	3.66
นำมาใช้ได้จริง	14.6	54.0	28.8	2.4	0.3	3.81
มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย	28.2	54.9	16.1	0.8	0.1	4.11
มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	24.1	57.6	17.2	1.0	0.1	4.05
ช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	23.7	55.8	19.4	1.0	0.1	4.02
นำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการผ่าตัด	21.4	56.7	20.3	1.5	0.1	3.98
เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติ	13.6	55.1	28.3	2.7	0.3	3.79
เหมาะสมกับหน่วยงาน	15.0	55.2	27.3	2.4	0.1	3.83
ความพึงพอใจในภาพรวม	13.2	55.7	28.3	2.6	0.2	3.79

ส่วนที่ 7 ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้

ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 เมื่อจำแนกตามระยะการผ่าตัด พบปัญหาอุปสรรค ดังนี้ (ตารางที่ 11)

ระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ปัญหาอุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.41 พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ เป็นปัญหาในระดับปานกลาง 2 อันดับแรก คือ 1) การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 2.67 และ 2) การตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก ค่าเฉลี่ย 2.62

ระยะก่อนที่จะลงมีด (time out) ปัญหาอุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50 พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ เป็นปัญหาในระดับปานกลาง 2 อันดับแรก คือ 1) ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ ค่าเฉลี่ย 2.77 และ 2) การแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง ค่าเฉลี่ย 2.72

ระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ปัญหาอุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34 พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ เป็นปัญหาในระดับปานกลาง 2 อันดับแรก คือ 1) การทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 2.56 และ 2) พยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวยืนยันชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดว่าถูกต้อง ค่าเฉลี่ย 2.51

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้
(n = 2,024)

หัวข้อการประเมิน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
ก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก						
ยืนยันความถูกต้อง	12.1	14.6	15.2	30.6	26.9	2.52
ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด	8.9	19.3	22.3	31.3	18.1	2.67
ตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยา	11.4	16.0	16.0	33.5	23.1	2.55
ตรวจสอบ pulse oximeter	12.8	14.4	15.3	27.0	30.5	2.49
ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา	14.4	13.9	11.8	30.9	29.0	2.50
ตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ	11.8	15.0	18.6	33.1	21.5	2.59
ตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล.	11.6	14.3	21.6	32.8	19.7	2.62
ปัญหาอุปสรรคภาพรวม ในระยะ sign in	5.0	10.5	25.3	40.2	19.0	2.41
ตรวจสอบก่อนที่จะลงมีด (time out)						
แนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง	8.9	18.4	27.9	28.2	16.6	2.72
กล่าวยืนยันชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย	10.0	18.8	23.3	28.9	19.1	2.70
ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที	9.5	16.1	21.3	30.9	22.2	2.58
ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ	7.0	19.2	32.5	28.4	12.9	2.77
วิสัญญีแพทย์ทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวัง	6.3	18.4	38.9	31.9	14.5	2.67
พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ	7.9	16.1	21.8	32.0	22.1	2.52
การติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด	5.4	15.5	22.5	33.3	23.3	2.45
ปัญหาอุปสรรคภาพรวม ในระยะ time out	4.1	12.1	30.3	37.8	15.6	2.50

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้
(n = 2,024) (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
การตรวจสอบก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out)						
ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง	8.4	16.1	18.8	34.5	22.2	2.51
การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด เข็มเย็บ ครบถ้วน	14.1	13.6	11.9	30.7	29.9	2.48
การเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจถูกต้อง	10.1	15.1	16.4	33.7	24.7	2.49
ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด	5.7	13.1	22.5	35.7	23.0	2.42
ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด	8.1	14.9	24.7	33.0	19.3	2.56
ปัญหาอุปสรรคภาพรวม ในระยะ sign out	3.8	8.4	27.1	41.0	19.7	2.34
ปัญหาด้านความร่วมมือของบุคลากรทีมผ่าตัด						
ศัลยแพทย์	10.1	18.2	29.3	26.3	16.1	2.76
วิสัญญี	8.5	16.6	23.8	31.7	19.5	2.60
พยาบาลห้องผ่าตัด	8.6	16.8	19.1	31.1	24.4	2.52
ปัญหาด้านนโยบาย/การสนับสนุนของโรงพยาบาล	6.2	16.5	30.0	30.4	17.0	2.62
ปัญหาด้านนโยบาย/การสนับสนุนของหน่วยงาน	6.9	16.8	26.0	31.6	18.7	2.59
บุคลากรทีมผ่าตัดไม่เห็นความสำคัญ	5.3	9.8	27.0	37.0	20.8	2.41
บุคลากรที่ลงบันทึกข้อมูลไม่เพียงพอ	4.6	12.1	30.1	35.7	17.6	2.49
ไม่มีเวลาในการลงบันทึกข้อมูล	5.9	11.5	30.5	35.8	16.4	2.53
ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัยมาใช้ในภาพรวม	4.0	10.9	34.8	36.0	14.3	2.52

ส่วนที่ 8 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความคิดเห็นของบุคลากรทีมผ่าตัดต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข ซึ่งได้มาจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม สรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

รูปแบบในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้

รูปแบบในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีความหลากหลาย ได้แก่ 1) โรงพยาบาลบางแห่งใช้ต้นฉบับขององค์การอนามัยโลก 2) โรงพยาบาลบางแห่งมีการดัดแปลงหรือประยุกต์จากต้นฉบับ โดยส่วนใหญ่จะเพิ่มประเด็นซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการผ่าตัดของโรงพยาบาลเข้าไป 3) โรงพยาบาลบางแห่งใช้เนื้อหาต้นฉบับขององค์การอนามัยโลก แต่สอดแทรกเข้าไปในแบบฟอร์มอื่นของโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิม

การเริ่มต้นในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

การเริ่มต้นในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ มีได้ 2 ลักษณะ คือ การดำเนินการจากบนลงล่าง หรือจากล่างขึ้นบน ขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล

การดำเนินการจากบนลงล่าง เริ่มจากผู้บริหารกำหนดนโยบายลงมาว่า ต้องมีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานหรือมอบหมายให้คณะกรรมการห้องผ่าตัดนำมาดำเนินการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นคณะทำงานประชุมหารือผู้ที่เกี่ยวข้อง หาข้อตกลงร่วมกัน แล้วนำลงสู่การปฏิบัติ มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะ

การดำเนินการจากล่างขึ้นบน เริ่มจากผู้ปฏิบัติ คือ ทีมผ่าตัดเกิดความตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ และอยากนำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลอดภัย จึงจัดให้มีการประชุมหารือผู้ที่เกี่ยวข้อง หาข้อตกลงร่วมกัน แล้วนำเสนอผู้บริหาร เมื่อผู้บริหารให้ความเห็นชอบแล้วจึงนำลงสู่การปฏิบัติ มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะเช่นเดียวกัน

สิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการก่อนนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ คือ การชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และผู้รับผิดชอบ หลังจากนั้นจัดการอบรมให้แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันทั้งเนื้อหา การปฏิบัติ และการลงบันทึก

รูปแบบการจัดอบรมที่ใช้ อาจเป็นการบรรยาย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดเป็นฐานการเรียนรู้ และการแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น รูปแบบการจัดอบรมที่ประสบความสำเร็จและสนุกสนานคือ การจัดเป็นฐานการเรียนรู้ โดยวิทยากรประจำฐานควรเป็นบุคคลที่ทีมผ่าตัดให้การยอมรับ และหากเป็นไปได้ควรใช้วิทยากรวิชาชีพเดียวกับผู้เข้ารับการอบรม เช่น การอบรมศัลยแพทย์ วิทยากรควรเป็นศัลยแพทย์ การอบรมวิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล วิทยากรควรเป็นวิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และการอบรมพยาบาลห้องผ่าตัด วิทยากรควรเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นต้น หากจัดอบรมโดยใช้รูปแบบอื่น ควรใช้วิทยากรผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการยอมรับจากภายนอกสถาบัน

บุคลากรใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดทุกคน ควรได้รับการอบรมก่อนเริ่มปฏิบัติงาน และบุคลากรทุกคนควรได้รับการอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ให้มีความทันสมัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

เมื่อมีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยมาใช้แล้ว ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหาอย่าลืมนึก ให้พยายามค้นหาแนวทางการแก้ไข บางครั้งอาจต้องใช้เวลาและต้องใช้ตัวช่วยที่เหมาะสม จะทำให้ผ่านพ้นปัญหาไปได้

การปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัย จะเกิดความยั่งยืนและมีประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง นั้น บุคลากรต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนเองอย่างแท้จริง

ภาษาของแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัย

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อสรุปว่า แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัย ที่นำมาใช้ในประเทศไทย ควรเป็นภาษาไทยเนื่องจากบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการชันบางส่วน ยังขาดทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษ แต่สำหรับโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและบุคลากรมีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษได้ดี อาจใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัย เป็นภาษาอังกฤษได้

การดัดแปลงแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัย

องค์การอนามัยโลก ได้เขียนไว้อย่างชัดเจนว่า โรงพยาบาลสามารถดัดแปลงแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยได้ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ให้ง่ายต่อการนำไปใช้ และสะดวกในการนำไปปฏิบัติได้จริง แต่สิ่งสำคัญคือ ควรมีเนื้อหาครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัย เป็นอย่างน้อย

การวิจัยครั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหา แต่มีการเพิ่มเติมบางประเด็นที่เห็นว่ามีความสำคัญเข้าไป เช่น ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย เลขที่โรงพยาบาล ประเภทการผ่าตัด หมายเลขห้องผ่าตัด วัน-เวลาที่เริ่มการให้ระงับความรู้สึก เวลาเริ่มผ่าตัด เวลาผ่าตัดเสร็จ และระดับความร่วมมือของทีม เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าโรงพยาบาลบางแห่ง จะมีการขานเพศเด็ก ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากเคยพบข้อผิดพลาดในการระบุเพศเด็กไม่ถูกต้อง และยังพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีการแบ่งให้เห็นชัดเจนว่าในแต่ละระยะของการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย บุคลากรแต่ละคนในทีมผ่าตัดมีบทบาทรับผิดชอบอะไรบ้าง เช่น ศัลยแพทย์ทำอะไร วิสัญญีทำอะไร พยาบาลช่วยทั่วไปทำอะไร และพยาบาลส่งเครื่องมือทำอะไร

การวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการระบุชื่อศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ร่วมกันขานตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไว้เป็นหลักฐาน ในส่วนท้ายของแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย โดยโรงพยาบาลบางแห่งให้เซ็นชื่อ บางแห่งให้ผู้ลงบันทึกเขียนชื่อทีมผ่าตัด โรงพยาบาลบางแห่งเซ็นชื่อหรือเขียนชื่อทีมผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ระยะก่อนที่จะลงมีด (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign) เนื่องจากทีมผ่าตัดในแต่ละระยะอาจแตกต่างกันในกรณีที่มีการผ่าตัดใช้ระยะเวลานาน กรณีที่เป็นช่วงพักรับประทานอาหาร หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนเวร ส่วนในโรงพยาบาลบางแห่งให้ผู้ลงบันทึกเป็นผู้เซ็นชื่อเพียงคนเดียว เพื่อความสะดวก โดยยึดหลักว่า แม้จะเซ็นชื่อเพียงคนเดียว แต่ความรับผิดชอบต่าง ๆ ต้องร่วมกันรับผิดชอบทั้งทีมผ่าตัด และหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมว่ามีใครร่วมทีมผ่าตัดบ้าง สามารถสืบค้นได้จากเอกสารอื่น

กล่าวโดยสรุปก็คือ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสามารถดัดแปลงได้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล แต่ต้องมีเนื้อหาครบถ้วนตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้

ผู้ขานและลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

ในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ระหว่างการผ่าตัด ควรมีผู้รับผิดชอบในการขาน และการลงบันทึก จากการทำการสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มอบหมายให้พยาบาลช่วยทั่วไป (circulating nurse) ทำหน้าที่ขานรายการต่าง ๆ ตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และทำหน้าที่ลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย มีโรงพยาบาลเพียงบางแห่งที่มอบหมายให้วิสัญญี เป็นผู้ขานและลงบันทึกในระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ส่วนในระยะก่อนที่จะลงมีด (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) พยาบาลช่วยทั่วไป เป็นผู้ขานและลงบันทึก

การเตรียมการกรณีผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติ

กรณีที่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเป็นชาวต่างชาติ โรงพยาบาล ต้องเตรียมล่วงหน้าให้พร้อมเพื่อช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า ผู้ป่วยเข้าใจคำถามและข้อมูลที่บุคลากรแนะนำ ผู้ป่วยตอบได้ตรงประเด็น และให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการผ่าตัดได้

กรณีที่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ และบุคลากรทีมผ่าตัดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษได้ อาจไม่จำเป็นต้องใช้ล่าม แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ บุคลากรทีมผ่าตัดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษไม่ได้หรือสื่อสารได้ไม่ดี จำเป็นต้องใช้ล่ามในทุกขั้นตอนของการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัย ซึ่งมีความจำเป็นที่ล่ามจะต้องเข้ามาในห้องผ่าตัดด้วย และช่วยเป็นล่ามให้ในทุกขั้นตอน/กระบวนการที่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วม ในกรณีนี้จำเป็นต้องมีล่ามที่สื่อสารภาษาเดียวกันกับที่ผู้ป่วยใช้ ดังนั้นการจัดเตรียมล่ามต้องให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

กรณีที่ผู้ป่วยมีชื่อยาว ต้องระมัดระวังการผ่าตัดผิดคน ต้องมีการตรวจสอบอย่างรอบคอบว่าชื่อถูกต้อง ผู้ป่วยมีชื่อยาวส่วนใหญ่จะเป็นชาวอาหรับ มาจากประเทศทางตะวันออกกลาง ชื่อเต็มของผู้ป่วยชาวอาหรับจะมีส่วนประกอบรวม 5 ส่วน ได้แก่

1. อิสมี: ism คือ ชื่อจริง (given name) ที่บุคคลนั้นได้รับหลังถือกำเนิดขึ้น เช่น มุฮัมหมัด (Muhammad), อิบราฮิม (Ibrahim), ยูซุฟ (Joseph) เป็นต้น

2. กุญยาห์: kunyah คือ ส่วนเติมเพื่อให้เกียรติสถานะแก่บุคคลผู้นั้น โดยเติม abu แปลว่าบิดา หรือ umm แปลว่า

มารดา ตามด้วยชื่อจริงบุตรคนแรก ทั้งนี้ ตำแหน่งส่วนเติมกุญยาห์จะวางไว้หน้าอิสมี

3. นะซับ: nasab คือ ส่วนเติมเพื่อให้เกียรติสถานะแก่บุคคลผู้นั้น นะซับใช้ bin ในชื่อเต็มเพื่อให้เกียรติสถานะว่าบุคคลนั้นเป็นบุตรของใคร เช่น bin 'Omar (ผู้เป็นบุตรชายของโอมาร์), binti 'Abbas (ผู้เป็นบุตรธิดาของอับบาส) เป็นต้น โดยเมื่อเขียนชื่อเต็ม ตำแหน่งของนะซับจะวางไว้หลังอิสมี

4. ลาก็อบ: laqab คือ ชื่อรองหรือฉายาเพื่อบ่งบอกคุณลักษณะที่โดดเด่นของบุคคลผู้นั้น โดยนำคำศัพท์ภาษาอาหรับใช้เป็นชื่อรอง ฉายา หรือชื่อเล่น (nickname) ก็ได้ เช่น Al-Rashid (ผู้ได้รับการชี้นำอย่างถูกต้อง), Al-Fadl (ผู้เลื่องชื่อ) เป็นต้น โดยตำแหน่งของลาก็อบจะวางอยู่หลังอิสมีเช่นกัน

5. นิสบา: nisba คือ สกุลหรือชื่อวงศ์ตระกูล (family name) หรือบางกรณีก็คือส่วนเติมเพื่อขยายลักษณะเฉพาะ เช่น ศาสนาที่นับถือ ศาสน์ที่เชี่ยวชาญ เชื้อชาติ สถานที่เกิด เช่น Al-Hallaj (ช่างฝ้าย), Al

Msri (ชาวอียิปต์), Islami (นับถือศาสนาอิสลาม) เป็นต้น ตำแหน่งของนิศบานี้โดยปกติจะวางต่อจากอิซิม แต่ในกรณีที่ชื่อจริงนั้นมีนะซิบต่อท้ายอยู่แล้วก็จะวางนิศบาต่อท้ายนะซิบอีกทีหนึ่ง

ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากการวางรูปของชื่อเต็มของชาวอาหรับแล้ว จะพบว่าชื่อเต็มของชาวอาหรับโดยทั่วไปจะเรียงตามลำดับคือ กุญยาห์ – อิซิม – ลาก็อบ – นะซิบ – นิศบา โดยมีอิซิมทำหน้าที่เป็นชื่อจริงของบุคคลคนนั้น ส่วนประกอบที่เหลือ อีก 4 ส่วน ทำหน้าที่เป็นส่วนขยาย

ข้อควรระวังคือ ส่วนประกอบของชื่อ 4 ใน 5 ส่วน อาจซ้ำกัน จะแตกต่างกันเพียงส่วนเดียว จึงมีความจำเป็นที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดพลาด

กรณีที่ผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติ ติดต่อเข้ารับการผ่าตัดผ่านบริษัทประกันภัยหรือประกันสุขภาพระหว่างประเทศ และต้องการทำผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (elective case) โรงพยาบาลควรขอให้บริษัทประกันภัยหรือประกันสุขภาพระหว่างประเทศส่งข้อมูลมาให้ทางโรงพยาบาลก่อนล่วงหน้า เพื่อมีเวลาในการศึกษาและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ปัจจุบันมีผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามารับการผ่าตัดในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากยุโรป สหรัฐอเมริกา ตะวันออกกลาง และเอเชีย โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งเอกสาร (ควรเป็นภาษาที่ผู้ป่วยอ่านได้) และล่าม อีกทั้งอาจจำเป็นต้องส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรเรียนภาษาต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการสื่อสารที่เข้าใจไม่ตรงกัน

การนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

การนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย มีความเป็นไปได้หากโรงพยาบาลมีความพร้อมทั้งด้านกำลังคนและคอมพิวเตอร์ โดยโรงพยาบาลต้องฝึกอบรมบุคลากรให้มีความพร้อมก่อนนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ บุคลากรต้องทำความเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย รวมถึงวิธีการลงบันทึกที่ถูกต้อง ตรงกัน และที่สำคัญต้องทำแบบ Real time นอกจากนี้ต้องมีจำนวนบุคลากรและจำนวนคอมพิวเตอร์อย่างเพียงพอ

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า การนำคอมพิวเตอร์ มาใช้ หากทำได้อย่างถูกต้องและเป็นระบบ จะทำให้ทางโรงพยาบาลมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และสามารถพิมพ์ผลการปฏิบัติมาใช้ประกอบในการจัดทำรายงาน มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ และการบริหารจัดการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ แต่ที่ผ่านมาพบว่า โรงพยาบาลที่นำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ มีปัญหาหลายประการ คือ

1. การลงบันทึกแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย “ไม่ real time” เนื่องจากมีคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ ทำให้ต้องมาลงบันทึกย้อนหลัง หรือบางครั้งพบว่าการลงบันทึกไว้นานก่อนเริ่มกระบวนการผ่าตัด ซึ่งในกรณีหลังนี้ไม่มีประโยชน์ในการลงบันทึก การลงบันทึกเป็นเพียงเพื่อให้มีข้อมูลครบถ้วนเท่านั้นเอง ดังนั้นการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในทั้ง 2 กรณี จึงไม่สามารถตรวจสอบได้ว่า สิ่งที่ยกบันทึกนั้นได้ปฏิบัติจริงหรือไม่

2. การปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย “อาจไม่ real time” เนื่องจากแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยอยู่ในระบบคอมพิวเตอร์ ดังนั้นหากมีคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ การปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยแบบ real time จะทำได้ค่อนข้างยาก หากบุคลากรไม่สามารถจดจำรายละเอียดของเนื้อหาในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยได้

3. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับการปฏิบัติและการลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย บังคับให้ลงบันทึกทุกข้อตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย หากลงบันทึกไม่ครบทุกข้อ จะไม่สามารถบันทึกข้อมูลการปฏิบัติลงในฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นได้ ดังนั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (local anesthesia) รายการบางข้อตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย อาจไม่ได้ปฏิบัติ แต่จำเป็นต้องลงบันทึก จึงควรมีการวางแผนและออกแบบร่วมกันกับผู้มีส่วนที่พัฒนาโปรแกรมอย่างละเอียด และมีความชัดเจน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการพัฒนาโปรแกรม

4. ข้อมูลที่ต้องการสำหรับใช้ทำรายงานประจำเดือน ควรมีการวางแผนและออกแบบร่วมกันกับผู้มีส่วนที่พัฒนาโปรแกรมอย่างละเอียด และมีความชัดเจน เช่นกัน ว่า ต้องการข้อมูลอะไรบ้างและรูปแบบของรายงานควรมีลักษณะอย่างไร เช่น ต้องการผลสรุปการปฏิบัติในระยะ sign in, time out และ sign out ในภาพรวมเท่านั้น หรือสามารถแยกตามแผนการผ่าตัดได้ด้วย เช่น ศัลยกรรม สูติกรรม จักษุ ออร์โทปิดิกส์ เป็นต้น หรือต้องการแยกตามความเร่งด่วนในการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดฉุกเฉิน และการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า เป็นต้น

ปัญหาที่พบบ่อยในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ พบว่ามีปัญหาหลายประการ ได้แก่

1. **ด้านนโยบาย** พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ทำให้ไม่สามารถบังคับใช้ได้ หรือไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

“ปัญหาอุปสรรคของเราก็คือมันเป็นวัฒนธรรมเดิมๆ.. แล้วก็เรื่องของนโยบาย การเรียนรู้ของสถาบัน ก็คือตอนแรกมันไม่ได้มาจากนโยบายของโรงพยาบาลลงมา”

“...เพราะว่าสถาบันตอนนี้ต่างคนต่างทำ ไข่มุข ก็เหมือนกับกฎหมายไม่มีรัฐธรรมนูญ ก็ไปคนละทิศคนละทาง”

2. ด้านทีมผ่าตัด พบว่าบุคลากรบางส่วนในทีมผ่าตัดไม่ให้ความร่วมมือในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ บางแห่งมีการขัดขึ้น ไปจนถึงต่อต้าน โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น

“อาจารย์ผู้ใหญ่บางท่านก็ไม่ชอบคือไม่ อย่างขนาดว่าแอนตี้ หรือไม่ยอมให้ทำ”

“เริ่มแรก..ก็มีการขัดขึ้นบ้าง แล้วก็มีหมอที่ไม่ให้ความร่วมมือบ้าง”

“เราก็ไปขอความร่วมมือหมอ หมอเป็นแกนนำให้พี่หน่อยได้ไหม ปรากฏว่าเขาก็ไม่เอื้อไม่เอ”

การที่บุคลากรบางส่วนในทีมผ่าตัดไม่ให้ความร่วมมือ อาจเป็นผลสืบเนื่องจาก

2.1 ทีมผ่าตัดไม่เห็นด้วย ไม่สนใจ ไม่ให้ความสำคัญ ไม่เห็นความจำเป็นหรือขาดความตระหนักใน ความสำคัญของการนำ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ โดยประเด็นที่บุคลากรไม่ให้ความสำคัญ ได้แก่ การแนะนำตัว การประมาณการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ซึ่งมักเกิดขึ้นบ่อยในกรณีที่เป็นบุคลากร อาวุโส บุคลากรที่ยึดติดในรูปแบบการปฏิบัติแบบเดิม หรือเร่งรีบในรายการที่ทำการผ่าตัดฉุกเฉิน

“บางทีหมอไม่ให้ความสำคัญ อย่างเช่นในเรื่องการแนะนำตัว เรื่องการเอสดีเมท บลัด ลอส (estimate blood loss) ในช่วงระหว่างชาวนอน (sign in) ”

“พยาบาลเห็นว่าจำเป็น แต่หมอมไม่ค่อย”

2.2 ไม่มีความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับเนื้อหาในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และ กระบวนการในการนำมาใช้ ทำให้เกิดความไม่แน่ใจ เช่น ไม่แน่ใจว่าใครต้องเป็นคนอ่าน ไม่แน่ใจว่าต้องเซ็นชื่อ ทุกกระบวนการหรือไม่ เป็นต้น

“ก็ก็จะเป็นเชอคูเลสท่า ที่นี้หนูก็เลยไม่แน่ใจว่าจำเป็นไหม ที่จะต้อง ลงชื่อในทุกๆ กระบวนการ”

2.3 ผู้ปฏิบัติรู้สึกเคอะเขิน ไม่คุ้นเคย ในบางประเด็น เช่น การแนะนำตนเอง

“ปัญหาที่โรงพยาบาลก็เกิดเพราะว่า เขินอาย แล้วทำแล้วก็ไม่ได้รับความร่วมมือ ไม่มีใครสนใจ อยู่ๆ ก็ยืนบ๊ายอยู่คนเดียวพูด ลักษณะอย่างนั้นมันเกิดขึ้น”

2.4 ผู้ปฏิบัติไม่ต้องการรับผิดชอบในบางขั้นตอน เช่น ขั้นตอนการอ่านชื่อและเซ็นชื่อ

“คือมีปัญหาเยอะมาก คือที่ผ่านมามีคนจะมาอ่าน ไม่ค่อยอยากจะทำเซ็น”

“เพราะว่าในบันทึกของเราๆ จะให้เซ็นชื่อ พออ่าน เขาต้องเซ็นชื่อ เขาก็จะมีความรู้สึกว่าเขาต้อง รับผิดชอบ ถ้าคนที่อ่านเป็นคนเซ็นชื่อก็จะเกี่ยงกัน”

3. ด้านขั้นตอนการนำมาใช้ พบว่ามีปัญหาคือ

3.1 การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยมาใช้มีความหลากหลาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจเกี่ยวกับ เนื้อหาในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยและการนำมาใช้ไม่ตรงกัน

“เนื่องจากเราประเมินแล้ว อาจจะเข้าใจไม่ตรงกัน”

3.2 มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยมาใช้ แต่ไม่จริงจัง หรือมีลักษณะการทำแบบ “สักแต่ว่าทำ” หรือทำให้เสร็จสิ้นไปเท่านั้น

“บอกว่าก็ไม่มีอุบัติการณ์อะไรนี่พี่ แล้วจะต้องมาทำทำไมให้มันเสียเวลา ทำทำไม อะไรอย่างนี้ เรา ก็บอกว่าโชว์ปฏิญญาที่ราชวิทยาลัยทั้ง 9 ลงนามร่วมกัน ให้เขาดูแล้ว บอกว่ามีปฏิญญาร่วมกันแล้วว่าจะทำ เขาบอกว่าเขาก็ทำๆ ไปอย่างนั้น”

3.3 มีการปฏิบัติแต่ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ลงบันทึกไว้ตั้งแต่ก่อนเริ่มทำการผ่าตัด หรือ ทำผ่าตัดเสร็จแล้วจึงมาลงบันทึก ทำแบบ “ไม่ real time” ตัวอย่างเช่น ความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ พบว่า บันทึกว่ามีสิ่งส่งตรวจแต่จริง ๆ แล้วไม่มีสิ่งส่งตรวจ ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการลงบันทึกไว้ล่วงหน้า เป็นต้น

“แล้วก็ไม่เรียลไทม์ (real time) เพราะว่า...เขาก็จะบอกว่าสเปซซิเมน (specimen) เขาบอกว่า เขาส่ง อาจจะไม่ได้ส่งก็ได้ เขาติ๊ก (tick) ไว้ก่อนอะไรอย่างนี้”

“เราก็สุ่มดูจากการปฏิบัติจริงมันก็ได้เรียลไทม์จริง ...อย่างเคสตา มันสั้น ทำไม่ทัน เขาก็จะติ๊กๆ กันไว้ก่อนเลย บางครั้งทำเสร็จแล้ว ไม่ได้ทำหрок แต่คือติ๊กไปแล้วอย่างนี้คือข้อมูลพอย้อนกลับแล้วมันไม่ใช่ มันก็จะมีผลเสีย”

3.4 การปฏิบัติแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอนหรือมีการลดขั้นตอน หรือ “ย่อกระบวนการ”

“ขาดความตระหนัก นื่องๆ รุ่นใหม่ เขามีความรู้สึกว่าอยากให้มันเสร็จๆ เพราะฉะนั้นคืออะไรก็ แล้วแต่ที่สามารทที่จะย่อกระบวนการได้ จะทำทันที”

หรือ ทีมผ่าตัดไม่ยอมปฏิบัติในบางขั้นตอน เช่น

3.4.1 แพทย์ไม่ปฏิบัติในขั้นตอนการขานชื่อ

“ในเรื่องของการที่จะขานมีปัญหาเหมือนกัน หมอบางคนก็จะขาน บางคนก็ไม่ยอมขาน”

3.4.2 แพทย์ปฏิบัติไม่ตรงตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการ mark site เช่น แพทย์ไม่มีการ mark site ให้พยาบาลเป็นผู้กระทำแทน ผู้ mark site กับผู้ทำผ่าตัดเป็นคนละคนกัน ในการปฏิบัติพบว่า มีการ mark ผิดคน เนื่องจากใช้วิธีการ mark site ในรูปแบบแผ่นกระดาษ ตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาล นอกจากนี้พบว่า สัญลักษณ์และเทคนิคที่ใช้ในการ mark site มีความหลากหลาย และบางครั้งพบว่าแพทย์ที่ทำการ mark site ไม่ได้อยู่ในทีมผ่าตัด แต่ทำการ mark site เพียงเพื่อให้เกิดความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบบันทึก เป็นต้น

“หนึ่ง คือบางทีก็ไม่ได้ทำมาร์คก่อนที่จะทำผ่าตัด สอง บางทีหมอคนที่มาร์คไม่ใช่หมอนคนที่อยู่ในทีมกลายเป็นว่า เป็นการทำให้เอกสารมันสมบูรณ์ขึ้นเพื่อการออডিทเท่านั้น มันก็เลยไม่เข้ากับคอนเซ็ปที่จะทำ”

3.5 มีการปฏิบัติแบบไม่สม่ำเสมอ (ทำบ้าง ไม่ทำบ้าง) และทำไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกแผนกผ่าตัด

“ตรงนี้เป็นประเด็นปัญหาสำคัญเราก็เลยเอาเข้าโออาร์คอมมิตตี (OR-committee) ประธานคอมมิตตีก็สั่งมาว่าทุกภาควิชาจะต้องทำ แต่ตอนนี้ในทางปฏิบัติมันก็ยังได้ไม่เต็มที่ จริง ๆ ของเราที่ทำอยู่”

“ประมาณ 35-40% เท่านั้นเอง การทำไม่สม่ำเสมอ มันก็มีผลตรงนี้เหมือนกัน”

3.6 พยาบาลต้องทำหน้าที่ทั้งหมดตามกระบวนการของการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยแทนแพทย์ ทำให้กระบวนการทำไม่ได้เกิดจากความร่วมมือของทีมผ่าตัด

“ก็กลายเป็นว่าตัวพยาบาลของห้องผ่าตัด ก็จะเป็นหลักในการที่จะขานไทม์เอ้า หรือขานข้อมูลทุกอย่างที่มี พยาบาลก็เป็นหลักเลย”

4. ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่

4.1 การประชุมกรรมการห้องผ่าตัด แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมประชุม ผู้ร่วมประชุมส่วนมากจึงเป็นพยาบาล ทำให้ไม่สามารถสื่อสารปัญหาที่เกิดขึ้นไปถึงแพทย์ได้

“มีประชุมเดือนละหนึ่งครั้งก็ไม่ค่อยเข้าหรอก มีแต่พยาบาล หมอจะเข้าตอนแบ่งห้อง จริงๆ แล้วก็ตอนที่มันมีปัญหาที่เกี่ยวกับตัวเองถึงเข้า”

4.2 คณะกรรมการที่มีเฉพาะพยาบาล ไม่สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ได้

4.3 การขาดแคลนบุคลากร ทำให้ไม่สามารถนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ได้ ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย

“ เพราะว่าเรามีเรื่องของการขาดแคลนบุคลากร บุคลากรของเราน้องเอด (nursing aide) ไปทำงานเอกชน ” “คือตามบริบท บางทีไม่มีบุคลากร ” “คนทำงานไม่ทัน”

4.4 บางโรงพยาบาลนำเอาประเด็นในระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) มาทำพร้อมระยะก่อนที่จะลงมีด (time out)

“ที่โรงพยาบาลสับสน เข้าใจผิด เอาหัวข้อ การทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในระยะผ่าตัด ซึ่งอยู่ในระยะ sign out มาทำพร้อมกับ time out”

4.5 ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายจากการถูกตรวจสอบจากขั้นตอนใน Surgical Safety Checklist

“คนไข้เบื่อ...ถามแล้วถามอีก ถามอยู่ได้”

กลยุทธ์และแนวทางการแก้ไข

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินการแก้ไขดังนี้

1. การใช้กลยุทธ์ด้านนโยบายและการจัดการโดยผู้บริหาร ดังต่อไปนี้

1.1 ผลักดันให้มียุทธศาสตร์มาจากกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ

“คิดว่า ต้องมียุทธศาสตร์มาจากกระทรวงเลย ทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง อย่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ เกี่ยวข้องเต็มๆ...ถ้าไม่มีนโยบายมาจากกระทรวง ยากที่จะสำเร็จ”

1.2 ผลักดันให้อยู่ในหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญี และหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางพยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล

“ที่น่าจะทำได้ง่ายสุดน่าจะใส่เข้าไปในหลักสูตรฝึกอบรม resident ทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญี รวมถึงการอบรมเฉพาะทางอื่นๆ แล้วก็การอบรมเฉพาะทางพยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล ด้วย”

“...ควรมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับ surgical safety checklist, patient safety ในการสอบบอร์ด (Board of Surgery and Board of Anesthesiology)”

1.3 กำหนดเป็นนโยบายหรือเป็นตัวชี้วัด (key performance indicator) ให้ชัดเจน และให้ทุกโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัด ต้องปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

“ผู้บริหารมีนโยบายก็คือลงมาเป็น policy เลยในเรื่องของการทำ surgical safety checklist ก็คือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งเลย”

“มันควรจะเป็นเชิงนโยบายระดับบนลงมา เพราะเราก็มีปัญญา เราก็ไปทำ ไม่ว่าจะเป็นติดป้ายกิจกรรมขายอิน ซายเอ้า ไหมเอ้า หรืออะไรที่เกี่ยวข้อง ในห้องผ่าตัด”

1.4 ผู้บริหารระดับสูงออกเป็นคำสั่งให้ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยอย่างเป็นทางการ และมีความเด็ดขาดในการบังคับใช้

“ผู้บริหารต้องสั่งลงมาเลยว่าให้ทำ ต้องมีคำสั่งเป็นทางการ แล้วก็ต้องเด็ดขาด ต้องบังคับด้วย”

“ ผู้บริหารกำหนดมาเลยว่า ถ้าไม่มีสามส่วนจะเริ่มเคสไม่ได้ วิสัญญีแล้วก็ศัลยแพทย์ ถ้า ศัลยแพทย์ยังไม่มา เขาก็ต้องส่งอินเทิร์นหรือ resident แล้วก็สครับเนิร์ส ถ้าสามส่วนนี้ ไม่มาให้เห็นหน้าก็ ไม่เริ่ม”

1.5 ผู้บริหารระดับสูงลงมาดำเนินการผลักดันด้วยตนเองและสนับสนุนการใช้แบบตรวจสอบ รายการผ่าตัดปลอดภัยอย่างจริงจัง

“เพราะว่าคนบดีได้ลงมาเล่นเองเลย ได้ลงมาทำเรื่องจริงจังเพราะว่าศูนย์คุณภาพให้นำ surgical safety checklist เข้ามาทำ”

1.6 ผู้รับผิดชอบหรือผู้บริหารต้องพร้อมให้ความช่วยเหลือและให้การสนับสนุนการนำแบบ ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้

“ส่วนของผู้บริหาร เขาเอาไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล แพทย์แล้วก็หัวหน้าทุกคนต้องทำ ถ้าแพทย์หรือหัวหน้าท่านไหนไม่ทำ เขาก็ตัดคะแนน...เขาลงไปในนโยบาย ”

1.7 หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม/หัวหน้าภาควิชา และหัวหน้าของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องทำ หน้าที่ในการผลักดันเพื่อให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้

“โรงพยาบาลเราผลักดันโดยหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม เราใช้แบบฉบับของศัลยกรรมเป็น ตัวแบบ”

1.8 ส่งเสริมให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้อย่างเป็นระบบ และมีการให้ ข้อมูลย้อนกลับ

“การทำ checklist ต้องทำอย่างเป็นระบบ แล้วก็ต้อง feedback ข้อมูลกลับไป จะได้แก้ไขให้ดีขึ้น”

1.9 มีระบบการควบคุมหรือกำกับดูแลให้มีการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย เช่น

1.9.1 จัดให้มีคณะกรรมการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติ

1.9.2 ให้พยาบาลคอยควบคุมนิเทศในรายที่ผู้ร่วมทีมเป็นผู้ช่วยพยาบาล โดยมีการกำกับดูแล (monitor) หรือตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง หรือใช้วิธีสุ่มสังเกตการปฏิบัติเป็นระยะ

“แล้วก็พี่ ๆ ที่เป็นคณะกรรมการบริหารลงไปตรวจเยี่ยม เหมือนเป็น internal audit ในหน่วยงาน เลย”

“จะมีผู้ช่วยพยาบาลบางคนที่ยังมีความรู้สึกขัดชินอยู่บ้าง แต่ว่าส่วนหนึ่งก็ยังให้ความร่วมมือ โดยพยาบาลต้องคอยช่วยเหลือเท่าที่มีอัตรากำลัง ในช่วงที่ทำ checklist ก็จะมาพยาบาลให้ไปอยู่ด้วยตลอดเวลา”

1.10 มีประธานคณะกรรมการห้องผ่าตัด ซึ่งมีความอาวุโส และมีอำนาจ รวมถึงได้รับการยอมรับ

“เราก็จะแบ่ง มีผู้อาวุโสหรือว่าน้องที่เป็นพยาบาลที่อาวุโสเป็นคนเป็นหัวหน้า หรือว่าที่มีความสามารถเป็นหัวหน้าทีม เพื่อที่จะพัฒนางาน”

1.11 ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการให้รางวัล เช่น เพิ่มเงินค่าตอบแทนกรณีที่ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน เป็นต้น

“การส่งเสริมอีกวิธีหนึ่งคือ ให้รางวัล อย่างเช่น เพิ่มเงินค่าตอบแทนให้ ถ้าทำได้อีก ทำได้ครบ”

1.12 บรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อปลูกฝังตั้งแต่เป็นนักศึกษา

“เรื่องแบบนี้ต้องเริ่มตั้งแต่เป็นนักศึกษา ต้องปลูกฝังตั้งแต่ตอนนั้น จะง่าย คิดว่าต้องใส่เรื่องนี้เข้าไปในหลักสูตรเลย”

1.13 ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในองค์กร (ต้องใช้ระยะเวลานาน)

“สิ่งที่จะอยู่ได้ยั่งยืนคือ ต้องสร้าง safety culture แต่เรื่องนี้ทำได้ยาก ต้องใช้เวลานาน ต้องค่อย ๆ ทำไป”

1.14 ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างองค์กร/โรงพยาบาล เช่น การทำวิจัยร่วมกัน การจัดประชุมโดยสมาคมหรือองค์กรที่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทีมผ่าตัด

“การที่ได้มีโอกาสมาฟังคนอื่น อย่างมาประชุมวิจัยกับอาจารย์ ได้ฟังว่าโรงพยาบาลอื่นเขาทำยังไง หรือไปฟังวิชาการจาก สรพ. ราชวิทยาลัย สมาคมห้องผ่าตัด ดินะ ทำให้เกิดการกระตุ้นว่า เขาทำกันไปเยอะแล้ว เราต้องทำบ้าง ทำแล้วช่วยลดอุบัติเหตุได้จริง”

1.15 บุคลากรแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเข้าไปในรายงาน (incident reports) การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events and sentinel events) จากการผ่าตัด และในการทำการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา (root cause analysis) เช่น ในการทำการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา ให้มีคำถามว่า ได้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้หรือไม่ อย่างไร มีการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้หรือไม่ อย่างไร (รายละเอียดอยู่ใน ภาคผนวก ค-จ)

1.16 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการ เช่น ในการ mark site กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมด้วย

“ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวอยู่ต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม โดยหลังอธิบายเสร็จให้ผู้ป่วยเป็นคน mark site เอง”

2. ใช้กลยุทธ์ความร่วมมือและการประสานงาน โดย

2.1 ใช้รูปแบบความร่วมมือมากกว่าคำสั่ง

“เมื่อก่อนนี้ 3 วิชาชีพ ไม่ค่อยจะคุยกัน ดมยาก็เช็คเครื่อง หมอศัลย์ก็จะมาที่ต่อเมื่อดมยาแล้วพยาบาลก็จะทำทุกอย่างทุกอย่างติดฟิล์มให้ ตะแคงให้ เมื่อก่อนต่างคนต่างทำงาน ...แต่โดยนัยยะใบนี้ อย่างน้อยที่สุด คือจะต้องขานร่วมกัน ใบนี้มีนัยยะสำคัญว่า 3 วิชาชีพต้องหันหน้ามาคุยกันในเวลาเดียวกัน พร้อมกันก่อนที่จะดมยาสลบ ..กระบวนการทำงานเปลี่ยนไปชัดเจนที่สุด พยาบาลเราแข็งแรงขึ้น ดมยาเราแข็งแรงขึ้น หมอจะมาสั่งเราดมยาไม่ได้แล้ว”

2.2 อาศัยความร่วมมือระหว่างศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ และความร่วมมือของทีมงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและห้องผ่าตัด

“แต่ว่าก็อาศัยความร่วมมือระหว่างศัลยแพทย์กับวิสัญญีร่วมกัน กับ HA แล้วก็ OR”

2.3 ประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

“ก็ไปประสานกับหมอดมยา ประสานกับหมอศัลย์ทั้งหมด ทั้งที่จะเตรียม สูดิ ศัลย์ทั่วไป เพื่อที่จะเทรนนิ่งปรากฏว่าได้รับความร่วมมือดีมาก”

2.4 ใช้วิธีการประชุมร่วมกัน เช่น ประชุมทีมผู้เกี่ยวข้อง (OR care team) และประชุมทีมจัดการความเสี่ยง (ทีมที่รายงานอุบัติการณ์ และทีมที่ทำ RCA) เป็นต้น

“แล้วก็ตอนนี้ ประธานของโออาร์แคร์ทีมจะเป็นแพทย์อะเนื้ท แล้วก็เวลาการประชุมก็จะมีศัลยแพทย์มาทุกฟิวของการผ่าตัด ก็จะมีศัลยกรรม ศัลยกรรมก็จะรวมไปถึงศัลยนิวโร ยูโร เด็ก พลาสติก จะอยู่ศัลยกรรม แล้วก็ออโธพิดิก สูดิ ตา ก็จะมีการประชุมร่วมกันอย่างนี้ ซึ่ง โออาร์แคร์ทีม”

2.5 หาช่องทางในการมีส่วนร่วมในการจัดการ เช่น ร่วมเป็นกรรมการที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง (กรรมการบริหารห้องผ่าตัด) แล้วนำเสนอปัญหาและข้อคิดเห็นต่อที่ประชุมกรรมการ

“เราก็เลยคิดว่า ในโอกาสที่อาจารย์เขาจะเริ่มบอกว่า ทุกคนเข้าไปเป็นกรรมการบริหารห้องผ่าตัด เลยดี ก็เลยเข้าไปเป็นกรรมการบริหารห้องผ่าตัดด้วย ก็เลยจะนำเรื่องเข้าตรงนั้นได้”

2.6 ให้ทีมพยาบาลมีส่วนร่วมคิดในการปรับใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

“เริ่มแรกเราก็เอาพื้นฐานมาจาก ของ WHO ...เราให้ในเวิร์ดมีส่วนร่วม ...ตกลงว่าในหัวข้อไหนบ้าง เราก็จะมี sign in time out sing out ...เซอร์คูเลสก็จะทำหน้าที่เป็นหลักในการที่จะชวน ...พอมาถึงโออาร์ ขอให้เอาใบนี้ออกมาเขียนทำเลย เพราะว่าพอไปอยู่ในนั้น ก็ค้นหา กว่าเจอ เลยให้เวิร์ดเอาติดไว้หน้าชาร์ทเลย ... แล้วต่อมาก็มีของไอซีมาขอแถมด้วยในเรื่องของเอสเอสไอบันเดิล (SSI bundle) เราก็เอามาไว้ให้เขาตรงท่อนท้าย...”

3. ใช้การสื่อสารและกระตุ้นด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่

3.1 การใช้สื่อหรือเทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วย เช่น VDO, Line เป็นต้น

“น้อง ๆ เขาจะเป็นเด็กที่ชอบไอที จะเป็นเด็กที่ชอบใช้คอมพิวเตอร์ เพราะฉะนั้น สิ่งที่เราต้องทำอีกอย่างหนึ่ง คือต้องใช้คอมพิวเตอร์ตรงนี้ให้เป็นประโยชน์ ก็คือว่าเราอาจจะมียูทูปให้เขาหรือว่ามีอะไรให้เขาอยู่ในไลน์หรือว่าอยู่ในอะไรที่เป็นไอที คืออันนี้ก็ได้ทำเป็นบางกลุ่ม เฉพาะกลุ่ม เช่น น้องเวรนอกเวลา...มันก็ดีขึ้นนะ”

3.2 การประชุมทีมหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

“มีการประชุมในหน่วยงาน ซึ่งเป็นการประชุมรวม อันนั้นก็มีการกระตุ้นให้น้องเขาทำเลย”

“ถ้าสมมติว่า...ประชุมทีม ทีมประชุมบ่อย ๆ กระตุ้นบ่อย ๆ มันคงจะได้พัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ”

3.3 การประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์ โดยเน้นว่าการใช้ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยนั้น ไม่เสียเวลามาก เช่น มีการกำหนดวัน Time Out Day เป็นต้น

“อย่างทีมหาราช ก็จะมี เขาจะมีวันไทม์เอ้าท์เดย์ ...ถ้าวันนี้เซ็ทมาว่าเป็นวันไทม์เอ้าท์เดย์ ก็คือ ทุกคนต้องทำ ก็เหมือนกับรณรงค์ว่า ทุกคนต้องทำไทม์เอ้าท์ให้ครบถ้วนคอมพลีททุกอย่าง”

3.4 การให้เป็นกรรมการหรือให้ไปร่วมประชุมวิชาการทำให้มีโอกาสเรียนรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้ และได้เห็นว่าโรงพยาบาลแห่งอื่นปฏิบัติหรือมีความก้าวหน้าอย่างไร ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มีความสนใจและรับผิดชอบทางหนึ่ง

“หลังจากที่น้องเขาได้มีโอกาสเข้าไปร่วมประชุมเอชเอ กลับมาเขาพูดเป็นฉาก ๆ เลย ทั้งที่ว่าจริง ๆ แล้วเราทำมาก่อน คือเราพยายามที่จะให้เขาทำ แล้วก็จัดประชุมวิชาการ จัดอะไรมากมาย แต่เขายังมองว่าไม่ค่อยเป็นสิ่งที่จำเป็น แต่พอเขาออกไปร่วมประชุมข้างนอก เขาจะมองเห็นภาพว่า โรงพยาบาลอื่นเขาไปถึงไหน เขาก็ย้อนกลับมาดูที่เรา ...มองเห็นคนอื่นทำ ทำให้มีแรงกระตุ้นในการที่อยากจะทำ”

4. สอน ฝึกอบรมหรือให้ความรู้ด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่

4.1 จัดปฐมนิเทศก่อนทำงาน

“เราก็สอนน้องก่อน ให้แต่ละท่าน ให้น้องๆ ในแต่ละทีมมาพูด สมมติการชายด์อิน ซายด์เ้า ให้เขาพูด พูดหลายๆ ครั้ง ค่อย ๆ ปลุกฝังไปเรื่อย ๆ”

4.2 จัดอบรมการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยให้ครอบคลุมทุกคน

“ก็... เราทำหนังสือเวียนทั้งแผนกศัลย์ทั่วไป.. ก็คือ มีหมอศัลย์ หมอดมยา แล้วก็มิสครับ ให้เขาแสดงเป็นทั้งคนไข้ เป็นหมอศัลย์จริง เป็นหมอดมยา แล้วให้ทุกคนผ่านการเทรน 100%”

4.3 ใช้เทคนิคการจำลองห้อง/สถานการณ์และบทบาทสมมติในการฝึกอบรม

“ทั้งพยาบาลวิสัญญี หมอวิสัญญี แล้วก็พยาบาลศัลย์ทั้งหมดเปิดสอนแบบห้องจำลองเลย 3 ห้อง ผ่าตัดเลย โดยทีมที่มี ก็คือ มีหมอศัลย์ หมอดมยา แล้วก็มิสครับ ให้เขาแสดงเป็นทั้งคนไข้ เป็นหมอศัลย์ เป็นหมอดมยา แล้วก็มิสครับ”

4.4 ในฐานะฝึกให้แพทย์เป็นผู้ฝึกแพทย์เอง

“ในการฝึกแพทย์ คนที่อยู่ฐานต้องเป็นแพทย์เท่านั้น หมอศัลย์ 3 คน หมอดมยาอีก 3 คน เป็นอาจารย์ประจำฐาน”

“คนที่อยู่ฐานต้องเป็นแพทย์เท่านั้น เพราะอะไร เพราะเขาผ่านการเทรนโดยคนที่เป็เจ้าของฐานคือหมอ เขาจะยอมรับมากกว่า”

4.5 สร้างความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงจากวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญ

“ก็ต้องให้อาจารย์ คืออย่างอาจารย์เนี่ย มาให้ความรู้ในเบื้องต้น ทีนี้ถ้าเขาเกิดมีความรู้ แล้วให้ความสำคัญ แล้วเป็นงานที่เขาต้องรับผิดชอบ คิดว่ามันน่าจะเพิ่มคุณภาพในการดูแลคนไข้และความปลอดภัย ทั้งผู้ให้ผู้รับบริการ ในการที่จะนำ surgical safety checklist มาทำ ”

4.6 มีการฝึกการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยอย่างจริงจังจนบรรลุเป้าหมายโดยมีการซ้อมถ้าไม่ผ่าน

“เสร็จแล้วทุกคนก็วิ่งเข้าฐานมีไม่ผ่านก็ซ้อม ไม่ผ่านก็ซ้อม แล้วเราก็ใช้เวลาฝึกครึ่งวัน ”

4.7 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ workshop โดยมีขั้นตอนชัดเจน

“ที่โรงพยาบาล จะทำเวิร์คช็อป : คือเรียกหัวหน้ากลุ่มงานศัลย์ วิสัญญี หัวหน้าห้องผ่าตัด สามกลุ่มนี้ มาคุยกันก่อน ว่าเราจะทำอะไรกัน ตกลง ปัญหาเกิดอะไรขึ้น ถึงจะต้องทำ ถ้าสามคน คุยกันเรียบร้อยแล้วเสร็จปุ๊บ ไปกระจายในหน่วยงานตัวเอง มาร่วมกันทำเวิร์คช็อป แล้วดูวิธีการทำ ว่าทำไปในแนวทางไหน ปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วการแก้ปัญหาจะทำอย่างไร สุดท้ายก็สรุปผล แล้วก็ออกมาเป็นเอกสารและวิธีการปฏิบัติที่ทุกคนทำ”

5. ใช้วิธีการปรับกระบวนการในการนำมาใช้ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

“แต่ใบเชฟตีเช็คลิสที่เราทำ ที่เราออกแบบเราก็พัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่ในทางปฏิบัติแล้วก็ก็ต้องเป็นเชอร์คูเลตติ้งเนิร์ส เพราะจะเป็นคนที่ไปเอาคนไข้มา คือไปเซ็นคนไข้เข้ามาในห้อง คือเหมือนจะเป็นทีมลีดโดยปกติอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นที่เวิร์คที่สุดก็คือ ต้องเป็นเชอร์คูเลตติ้งเนิร์ส ซึ่งวิสัญญีเขาก็โอเคว่า เขายินดีที่จะช่วยแต่ภาพรวมแล้วก็คือว่า ถ้าพยาบาลห้องผ่าตัดว่าง ก็ให้พยาบาลห้องผ่าตัดทำ ในวงเล็บเราจะเขียนว่าใครก็ได้”

5.1 การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ที่เป็นแผ่นใหญ่ ติดไว้ที่ผนังห้องผ่าตัด ซึ่งทุกคนในทีมผ่าตัดมองเห็นได้ อาจเป็นอีกรูปแบบหนึ่งในการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติ

5.2 การแนะนำตัวทีมผ่าตัด ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล แต่มีความจำเป็นต้องทำ เพราะนอกจากจะเป็นการกระตุ้นเตือนถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในทีมผ่าตัดแล้ว ยังเป็นการแนะนำให้รู้จักสมาชิกใหม่ของทีม นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันการละเมิดการประกอบวิชาชีพโดยวิชาชีพอื่น

5.3 การทำ mark site โรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีวิธีการและใช้สัญลักษณ์ที่แตกต่างกัน แต่หลักการที่สำคัญคือ ควรเหมือนกันทั้งโรงพยาบาล หรือทั้งแผนก เพื่อง่ายในการปฏิบัติและการตรวจสอบ

6. ใช้เงื่อนไขบางอย่างอย่างจริงจัง ได้แก่

6.1 ไม่ดมยาสลบหากไม่มีการทำ sign in ซึ่งการทำ sign in ควรมีบุคลากรทีมผ่าตัดครบถ้วน ทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด

“ก็มีการประชุมกันในสหสาขา ทำให้มีคำสั่งเป็รียงลงมาเลยว่า ถ้าไม่มีการชಾಯน์อื่นของแพทย์กับดมยา ห้ามดมยา ดมยาต้องรับผิดชอบในการชಾಯน์อื่น ตรงนี้”

6.2 กำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียนที่ต้องเก็บเป็นหลักฐาน

“คือทำแล้วจะต้องเก็บไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาล ให้มีหลักฐานสืบค้นภายหลังว่า ใครได้มีความพยายามที่จะทำให้คนไข้ปลอดภัยสูงสุด มากน้อยแค่ไหน”

7. ใช้วิธีการกระตุ้นหรือใช้การจูงใจ

7.1 การประชุมทีมงาน การกระตุ้น และการสาธิต

“มีบางชั่วโมงที่เรามีการประชุมในหน่วยงานของเราซึ่งเป็นการประชุมรวม อันนั้นก็จะมีกระตุ้นให้น้องเขาทำเลย โดยการจะมีคนขึ้นมาดีโมเคสขึ้นมาสาธิตวิธีการที่ถูกต้อง คือน้องเขาจะรู้เลยว่า คือถ้าสมมติว่าเราถามว่า ใครทำไหมเอ้าเก่งที่สุดในโออาร์ เขาก็จะระบุไปเลยพี่คนนี้พี่คนนี้ เขาก็จะบอกเลยว่าให้พี่คนนี้ไปทำให้เขาดูก็คือเหมือนกับว่ามันก็จะเป็นการกระตุ้นหรือว่าทำให้เขาได้ตระหนักมากขึ้น”

7.2 การให้แสดงบทบาทสมมติ (role play)

“น้องผู้ช่วยเหลือคนไข้ (nursing aide) จะต้องมา role play ร้อยเปอร์เซ็นต์”

7.3 การใช้ระบบการจูงใจ เช่น มีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบ

“เนื่องจาก มีกฎไว้ว่าถ้าใครไม่มาประชุมตามโพลีซี เราจะพิจารณาเรื่องของความดีความชอบ”

8. วิธีการอื่น ๆ

8.1 เก็บข้อมูลสถิติการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย แล้วให้ข้อมูลย้อนกลับ

“เราจะดึงใบเช็คคลินี่เก็บไว้ในโออาร์ แล้วเราก็รวบรวมแต่ละห้อง แล้วก็มาดูว่า มีการใช้ใบนี้กับคนไข้เป็นกี่เปอร์เซ็นต์ แยกผลออกมาเป็นรายห้อง แล้วเราก็โชว์ data ให้ดู”

8.2 ดำเนินการแบบอะลุ่มอล่วย ค่อยเป็นค่อยไป มีการปรับเปลี่ยน และนำเสนอผลการใช้เป็นระยะ

“เราเริ่มจากขอร้องว่า ขอเริ่มจากทำไหมเอ้าอย่างเดียวไปก่อนได้ไหม ตามที่เราเคยทำตามที สรพ. ให้ทำ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้สมบูรณ์ตามแบบฟอร์ม checklist ก็ดีกว่าไม่ทำเลย”

8.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาระหว่างการ mark site ได้แก่ แพทย์ควรเป็นผู้ทำ mark site โดยเลือกวิธีการ mark site ที่ถูกต้องคือทำบนตัวผู้ป่วยโดยใช้วัสดุหรือปากกาที่ลบไม่ออก (permanent marker) เช่น Medical Pen ไม่ควรใช้วิธีการ mark site บนแผ่นกระดาษ เพราะการเพิ่มขั้นตอน และเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติ จะยิ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดเพิ่มมากขึ้น

“ที่เริ่มทำ mark site จริง ๆ เป็นตัวเป็นตนเลย คือแผนกออริโธฯ แต่ว่าเขาก็ไม่ได้มาร์คบนตัวคนไข้เพียงแต่ให้เป็นข้างเดียวกับที่จะผ่าตัดมันก็แสดงถึงข้างให้เรารู้ได้ แต่ก็ป้องกันผ่าตัดผิดข้างไม่ได้”

“เห็นด้วยนะ ว่ามันจำเป็นจริง ๆ คืออันนี้พอดีมีเพื่อน เขาจะหลับอยู่แล้ว แล้วก็เกือบจะทำผ่าตัดผิดข้างอยู่แล้ว พอดีเป็นเจ้าหน้าที่ ...ถ้าจะให้ซัวร์อาจจะต้องถามกับคนไข้เอง ให้ซัวร์ ๆ เลย”

“การ mark site ที่ถูกต้องต้องใช้ Medical Pen และต้องเป็นแบบที่ลบไม่ออกด้วย ต้องเห็น mark ตอนที่หมอจะลงมีด”

“ไม่ควรใช้วิธีการ mark บนแผ่นกระดาษ เพราะที่โรงพยาบาลเคยทำ เกิดกรณีเกือบผ่าตัดผิดข้าง เพราะคน order คือ แพทย์ แล้วให้พยาบาลมา mark ในแผ่นกระดาษ ทำกันหลายต่อ แล้วก็ไม่ได้ mark บนตัวคนไข้ ดินะที่ถามคนไข้อีกที่ตอน sign in ปรากฏว่า ผิดข้าง”

8.4 การสุ่มตรวจเป็นระยะจะทำให้สามารถตรวจสอบได้ว่า มีการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย จริงหรือไม่ อย่างไร หากปฏิบัติไม่ได้ จะทำให้ทราบว่าปัญหาในขั้นตอนใด สาเหตุของปัญหาคืออะไร และแนวทางการแก้ไขควรเป็นอย่างไร

“ที่โรงพยาบาล จะมีกรรมการไปสุ่มตัวเป็นระยะ ดูว่าน้องทำถูกหรือเปล่า มีปัญหาอะไร เราก็ให้คำแนะนำน้องไปเลย บางอย่างที่ไม่ได้ตอนนั้น ก็มาช่วยกันคิด”

ปัจจัยส่งเสริมการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้

1. เงื่อนไขของการรับรองศูนย์อบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ (resident training) จากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลหรือโรงเรียนแพทย์ ที่จัดฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต้องทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

“ราชวิทยาลัยของศัลยแพทย์มา บอกว่าจะรับรองให้เปิดเป็นศูนย์เรซิดเ้นทรนนิ่งได้ จะต้องมีการเรื่องของ surgical safety checklist ใช้มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน”

2. อุบัติการณ์/ความผิดพลาดจากการผ่าตัด เป็นสิ่งกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ (มีตัวอย่างบทเรียนจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)

“ถ้าเกิดความเสี่ยงขึ้นมามันจะเป็นตัวกระตุ้นทันที”

“พูดถึงว่าตอนแรกอาจจะไม่เห็นด้วย แต่พอเกิดขึ้นกับตัวเองที่เป็นผลกระทบกับตัวเอง ตัวเองมีส่วนที่จะเสี่ยง ก็จะทำให้เริ่มรู้ว่าอ้อมีประโยชน์”

3. การเห็นประโยชน์ในแง่การเป็นหลักฐานการผ่าตัดที่มีคุณภาพ

“พอเราใช้ surgical safety checklist แล้ว มันทำให้เราไม่หลุดในกระบวนการต่าง ๆ เพราะมัน cover ไปหมดเลย”

“หมายถึงว่า ถ้าเราทำได้จริง ๆ มันก็จะช่วยลดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น แทนที่จะเป็น sentinel event มันก็กลายเป็น near miss ไปเสียก่อน ก็ช่วยได้เยอะ”

“แต่ตอนหลัง ๆ นี้ เขาก็เริ่มเข้าใจกันแล้ว เริ่มทำจริง ๆ จัง ๆ ตั้งแต่นั้นมาก็ไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง”

4. ความร่วมมือจากทีมผ่าตัดบางส่วน เช่น แพทย์วิสัญญี พยาบาลห้องผ่าตัด ศัลยแพทย์บางสาขา

“คือจะต้องขานร่วมกัน ไบนีมนี่จะสำคัญว่า 3 วิชาชีพต้องหันหน้ามาคุยกันในเวลาเดียวกัน พร้อมกันก่อนที่จะดมยาสลบ ต้องก่อนที่จะดมยาสลบ”

5. ผู้บริหารระดับสูงสนับสนุนและดำเนินการผลักดันการนำ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย มาใช้

“เพราะว่าคนบดีได้ลงมาเล่นเองเลย ได้ลงมาทำเรื่องจริงจึงเพราะว่าศูนย์คุณภาพให้นำ surgical safety checklist เข้ามาทำ”

6. ความตระหนักในหลักฐานที่จะปรากฏในแบบบันทึก

“แล้วเราก็บันทึกเป็นให้มีการตรวจสอบไว้ในแบบฟอร์มของเราเลยว่า การใช้ surgical safety checklist ในครั้งนี้สามารถค้นพบอุบัติเหตุ near miss หรือไม่ ถ้าเคสไหนเจอก็จะเขียนบันทึกไว้ให้ในแบบฟอร์มของเรา”

7. การตระหนักถึงประโยชน์แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยซึ่งเป็นการเตือนไม่ให้หลงลืมในขั้นตอนสำคัญก่อนการผ่าตัด

“ก็ช่วยได้เยอะ เพราะว่าเราจะขานเรื่องโอเปอเรชั่นก่อนที่จะเริ่มเคส”

“แล้วน้องเราก็ก็น่า ๆ ออก ๆ กันเยอะ คนแก่ก็หลง ๆ ลืม ๆ มันก็มีปัญหา แต่ถ้ามีไบนีมนี่มันก็รู้สึกว่ามันก็กำกับเราอีกทีหนึ่ง เพราะว่าในการทำงาน เราก็กทำตามนี้ ”

“ถามว่าแบบสอบถามนี้มีประโยชน์ไหม มีประโยชน์มาก ทั้งบุคลากร ทั้งคนไข้ และทั้งโรงพยาบาล”

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย และอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย อยู่ในระดับสูง ความพึงพอใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย อยู่ในระดับมาก ส่วนปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทยในภาพรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง ผลการวิจัยที่ได้สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย มีค่าเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 86.98 ($\pm$ 19.09) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าอัตราความร่วมมือในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33 ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นร้อยละ 94 เมื่อครบ 1 ปี⁽³⁹⁾ เช่นเดียวกับอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 84.44 ($\pm$ 20.59) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (ความครบถ้วนและความถูกต้อง) ร้อยละ 69.3 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าความครบถ้วนของการลงบันทึกก่อนข้างสูงคิดเป็นร้อยละ 84.5 แต่ความถูกต้องของการลงบันทึกอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 54.⁽³⁹⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่ามีอัตราที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก มีการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ร้อยละ 91.4 ส่วนใหญ่ประเมินความปลอดภัยในการระงับความรู้สึก ร้อยละ 90.3 และใช้ pulse oximeter ที่ใช้งานได้ดีให้ผู้ป่วย ร้อยละ 95.1 มีการตรวจสอบความเสี่ยงในการผ่าตัดของผู้ป่วยทุกรายและกรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงมีการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก ร้อยละ 100 ในระยะก่อนที่จะลงมีด มีการแนะนำชื่อและบทบาทของสมาชิกทีม ร้อยละ 79.0 ยืนยันชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ร้อยละ 96.0 ยืนยันตำแหน่งที่จะผ่าตัด ร้อยละ 95.7 และยืนยันชนิดการผ่าตัด ร้อยละ 95.9 ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดสำคัญ ร้อยละ 83.0 วิสัญญีแพทย์ทบทวนปัญหาที่ต้องระวังในการระงับความรู้สึก ร้อยละ 78.4 พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ ร้อยละ 95.8 ให้ยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาที ก่อนลงมีด ร้อยละ 71.0 และติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 64.4 และในระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด มีการบันทึกชนิดของการผ่าตัดถูกต้อง ร้อยละ 99.5 ตรวจนับเครื่องมือผ่าตัดถูกต้อง ร้อยละ 96.8 เขียนป้ายส่งส่งตรวจถูกต้อง ร้อยละ 97.6 เครื่องมือผ่าตัดมีปัญหา ร้อยละ 4.4 มีการลงบันทึกถูกต้อง ร้อยละ 100 และทบทวนเหตุการณ์สำคัญระหว่างการผ่าตัด ร้อยละ 85.1⁽²⁷⁾

การที่อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้และอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในการศึกษานี้มีอัตราที่สูง อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้มากกว่า 3 ปี (พิสัย 1-5 ปี) ถึงร้อยละ 90.16 นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 96.72 ของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยโรงพยาบาลหลายแห่งให้ผู้เข้าอบรมได้ฝึกปฏิบัติบทบาทสมมติ หรือใช้วิธีการจัดเป็นฐานการเรียนรู้ ซึ่งผู้ที่ให้ความรู้ในแต่ละฐานควรเป็นบุคลากรวิชาชีพเดียวกันกับผู้เข้าอบรม วิธีการดังกล่าวทำให้การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้จะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นกับ ความสามารถในการจูงใจของผู้นำ หากผู้นำสามารถอธิบายให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ และมีการให้ความรู้อย่างจริงจังเกี่ยวกับการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ จะทำให้บุคลากรยอมรับและประสบความสำเร็จในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้⁽³⁷⁾ นอกจากนี้อาจเกิดจากบุคลากรส่วนใหญ่ให้ความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 99.56 และคิดว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดสามารถป้องกันได้มากถึงร้อยละ 98.17 รับรู้เรื่องโครงการผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย (safe surgery saves lives) ขององค์การอนามัยโลกมากถึงร้อยละ 99.75 และเคยเข้ารับการอบรมเรื่องการผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลกมากถึงร้อยละ 83.05 หรืออาจเป็นเพราะบุคลากรมีความตระหนักถึงความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ว่าสามารถช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปทดลองใช้ใน 8 ประเทศทั่วโลก สามารถช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยผ่าตัดจากร้อยละ 1.5 เหลือร้อยละ 0.8 และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจาก ร้อยละ 11.0 เหลือร้อยละ 7.0 ลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดจาก ร้อยละ 6.2 เหลือ ร้อยละ 3.4 และลดอัตราการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนในโรคเดียวกัน (unplanned reoperation) จากร้อยละ 2.4 เหลือร้อยละ 1.8 เมื่อจำแนกตามรายได้ของประเทศ พบว่า ประเทศที่มีรายได้สูง สามารถช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยผ่าตัดจากร้อยละ 0.9 เหลือร้อยละ 0.6 และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจาก ร้อยละ 10.3 เหลือร้อยละ 7.1 ส่วนประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง สามารถช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยผ่าตัดจากร้อยละ 2.1 เหลือร้อยละ 1.0 และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจาก ร้อยละ 11.7 เหลือร้อยละ 6.8⁽²⁶⁾ เช่นเดียวกับอีกหนึ่งการศึกษาที่พบว่า การอบรมทีมผ่าตัดให้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลงได้ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม (historical control) เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 23.60 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมแต่ไม่มีการนำแบบ

ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 15.90 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมและมีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 8.20 ($p < 0.001$)⁽³⁸⁾ เช่นเดียวกับอีกหนึ่งการศึกษาพบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ร่วมกับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ทำให้อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น โดยเวลาที่ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีความเหมาะสม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.7 เป็นร้อยละ 95.4 ($p < 0.05$) ชนิดของยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีความเหมาะสม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 96.2 เป็นร้อยละ 98.7 ($p < 0.01$) และการควบคุมไม่ให้อุณหภูมิร่างกายต่ำในขณะผ่าตัด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 93.8 เป็นร้อยละ 97.7 ($p < 0.001$) นอกจากนี้พบว่า ทำให้ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำในห้องผ่าตัด ลดลงจากร้อยละ 9.7 เหลือร้อยละ 6.9 ($p < 0.001$) อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 3.13 เหลือร้อยละ 2.96 ($p = 0.72$) แต่สำหรับอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 24.1 เหลือร้อยละ 11.5 ($p < 0.05$)⁽³⁶⁾

นอกจากนี้ การที่อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้และอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในการศึกษาค้างนี้อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทราบว่าเป็นโรงพยาบาลของตนเข้าร่วมโครงการวิจัย ทำให้มีการปฏิบัติที่ผิดไปจากธรรมชาติ (Hawthorne effect)⁽⁴⁰⁾ แต่ในการวิจัยครั้งนี้โอกาสที่จะเกิดการปฏิบัติที่ผิดไปจากธรรมชาติน่าจะน้อย เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้เวลามากกว่า 6 เดือน และโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยร้อยละ 90.16 มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้มากกว่า 3 ปี แต่ผลการวิจัยครั้งนี้อาจมีความลำเอียงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลหรือไม่เปิดเผยข้อมูล อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้และอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ซึ่งอัตราการปฏิบัติอาจมากหรือน้อยกว่าผลการศึกษาค้างนี้ ดังนั้นหากต้องการให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น อาจใช้วิธีการสังเกตร่วมด้วย และควรมีการศึกษาระยะยาวไปข้างหน้าเพื่อประเมินความคงอยู่ของการนำไปใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และหาวิธีการให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยรวบรวมข้อมูลและส่งข้อมูลให้ครบถ้วน หรือคัดออกจากการวิจัย

ความพึงพอใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย อยู่ในระดับมาก โดยพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดคือ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย รองลงมาคือ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน และช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ผลการวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทีมผ่าตัดมีจิตใจที่ดีงาม เห็นแก่ประโยชน์ที่มีต่อผู้ป่วยมาเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือประโยชน์ต่อองค์กร และช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ดังนั้นผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าวและนำมาใช้เป็นประโยชน์กับ

การพัฒนาองค์กร กล่าวคือ ผู้บริหารต้องสร้างความตระหนักให้บุคลากรทีมผ่าตัด ให้นำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้นั้นจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับผู้ป่วย และช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ดังการศึกษาที่พบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ช่วยลดอัตราตาย ลดอัตราการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนในโรคเดียวกันได้⁽²⁶⁾ ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด^(26, 36) ลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด^(26, 36)

นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดมาใช้จะช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และป้องกันการฟ้องร้องที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้โรงพยาบาลเสื่อมเสียชื่อเสียง

ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์กรอนามัยโลกมาใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระยะการผ่าตัด พบปัญหาอุปสรรคในระยะก่อนเริ่มให้การรับความรู้สึก (sign in) อยู่ในระดับน้อย ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ เป็นปัญหาในระดับปานกลางคือ การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหามากในการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยคือ การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด โดยปัญหาที่พบมีหลายประเด็น ได้แก่ ใครควรเป็นคนทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด สัญญาณลักษณะที่ใช้ควรเป็นอย่างไร และวัสดุที่ใช้ในการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัดควรเป็นอย่างไร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะว่า แพทย์ควรเป็นคนทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด สัญญาณลักษณะที่ใช้ขึ้นกับข้อตกลงกันในแต่ละโรงพยาบาล และวัสดุที่ใช้ในการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัดควรเป็นปากกาชนิดถาวร สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่ามีการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด เพียงร้อยละ 19.4 เนื่องจากขาดการสนับสนุนวัสดุที่ใช้ในการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด และศัลยแพทย์บางท่านคิดว่าการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัดไม่มีความจำเป็น เพราะอุบัติเหตุการผ่าตัดผิดข้างเกิดขึ้นได้น้อยมาก และตนเองไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดผิดข้าง⁽²⁷⁾

สำหรับปัญหาอุปสรรคในภาพรวมของระยะก่อนที่จะลงมีด (time out) อยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกัน โดยประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ อยู่ในระดับปานกลาง คือ ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ รองลงมาคือ การแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรทีมผ่าตัดไม่คุ้นชินกับการปฏิบัติในประเด็นดังกล่าว โดยเฉพาะการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง ซึ่งบุคลากรทีมผ่าตัดหลายคนยังไม่เข้าใจว่าการให้แนะนำชื่อและบทบาทของตนเองนั้น เป็นการกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงบทบาทของแต่ละคน เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ของตนให้ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัด ดังนั้นในการจัดอบรมควรมีการชี้ให้บุคลากรเห็นความสำคัญในประเด็นดังกล่าว

ปัญหาอุปสรรคในภาพรวมของระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) อยู่ในระดับน้อย ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ อยู่ในระดับปานกลาง คือ การทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด รองลงมาคือ ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดไม่ถูกต้อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรทีมผ่าตัดอยู่ในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้หลงลืมการทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ส่วนชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดไม่ถูกต้อง นั้น อาจเกิดจากบุคลากรทีมผ่าตัดบางส่วนไม่ได้สอบถามศัลยแพทย์ แต่ลงบันทึกตามที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าก่อนการผ่าตัด

ปัญหาอุปสรรคในการลงบันทึกข้อมูลทั่วไป และการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดในเกือบทุกประเด็น อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ส่วนการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก และระยะก่อนลงมีด ในประเด็นที่ไม่ใช่บทบาทโดยตรงของพยาบาลห้องผ่าตัด จะมีปัญหาอุปสรรคอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรทีมผ่าตัดในแต่ละสาขาวิชาชีพ มีบทบาทอิสระในการทำงาน แม้ว่าจะทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นการให้ความรู้ที่ถูกต้อง การสร้างความตระหนักการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างทีมผ่าตัด และการเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง น่าจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวลงได้ ให้อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด หรือไม่มีปัญหาเลย

ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ในประเด็นอื่น คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศอังกฤษที่พบว่า ปัญหาสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ คือ 1) ทำไม่ครบถ้วน เนื่องจากบุคลากรทีมผ่าตัดงานยุ่งในช่วงเวลาที่ต้องทำแบบตรวจสอบรายการ แม้ว่าบางครั้งบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดจะถามซ้ำแต่ศัลยแพทย์หรือวิสัญญีไม่ให้ความสนใจ 2) ความเร่งรีบ ศัลยแพทย์และวิสัญญีบางคนรู้สึกว่าการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ทำให้การทำผ่าตัดล่าช้า จึงกดดันให้บุคลากรพยาบาลรีบทำให้ครบถ้วนโดยเร็ว 3) ตอบไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงประเด็น และไม่มีมีการขอคำยืนยันโดยบุคลากรอื่นในทีมผ่าตัด และ 4) ทำโดยที่บุคลากรสำคัญในทีมผ่าตัดไม่ร่วมรู้เห็นด้วย เช่น ศัลยแพทย์และวิสัญญีทำแบบตรวจสอบรายการระยะก่อนลงมีดโดยที่พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดกำลังยุ่งกับการจัดเตรียมเครื่องมือ⁽⁴¹⁾ แต่มีผลการศึกษาบางประเด็นที่แตกต่างกันคือ การศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า การทำแบบตรวจสอบรายการส่วนใหญ่ไม่ครบถ้วนในระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด แต่การศึกษาครั้งนี้พบบ่อยที่สุดคือ การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด ซึ่งอยู่ในระยะก่อนลงมีด

การวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่า หัวใจสำคัญที่จะทำให้การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ประสบความสำเร็จ ได้นั้น จะต้องการผลักดันเชิงนโยบายตั้งแต่ระดับกระทรวง ส่วนโรงพยาบาลต้องมีนโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารให้การสนับสนุน และมีการจัดอบรมเตรียมความพร้อมของบุคลากรทีมผ่าตัดทั้งบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญี และศัลยแพทย์ เพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงประโยชน์ของแบบตรวจสอบ

สอบรายการผ่าตัดปลอดภัยและเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีความเห็นพ้องและมีมติเห็นชอบในการที่จะนำแบบตรวจสอบดังกล่าวไปใช้ ต้องมีข้อตกลงร่วมกัน แบ่งหน้าที่และมอบหมายหน้าที่กันอย่างชัดเจน นอกจากนี้ควรมีการจัดทำคู่มือการใช้แบบตรวจสอบผ่าตัดปลอดภัยฉบับภาษาไทยไว้ในห้องผ่าตัดเพื่อใช้ทบทวนกรณีที่หลงลืมหรือไม่เข้าใจ ควรมีการติดตามประเมินผลการนำไปใช้เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการนำไปใช้และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการปรับกระบวนการในการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล มีการใช้เงื่อนไขบางอย่างอย่างจริงจัง เช่น ไม่ดมยาสลบหากไม่มีการทำ sign in มีการกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียนที่ต้องเก็บเป็นหลักฐาน และการสร้างแรงจูงใจ เช่น มีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบ เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษ ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การนำไปใช้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ 1) มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือที่จะนำไปใช้ 2) ต้องสร้างผู้นำที่เข้มแข็ง ซึ่งอาจเป็นศัลยแพทย์อาวุโสหรือผู้จัดการห้องผ่าตัด 3) วัฒนธรรมการเป็นแชมป์ของหน่วยงาน 4) กำหนดบทบาทการมีส่วนร่วมในการทำแบบตรวจสอบรายการของบุคลากรทีมผ่าตัดแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน 5) มีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอและให้ข้อมูลย้อนกลับ 6) ให้กำลังใจและสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ และ 7) ให้ความช่วยเหลือในการดัดแปลงแบบตรวจสอบรายการให้เหมาะสมกับหน่วยงาน แต่ทั้งนี้ต้องไม่ดัดแปลงตามเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคลากรเพียงบางกลุ่มหรือบางคนหรือดัดแปลงเพื่อให้เหลือจำนวนรายการตรวจสอบน้อยเกินไป การดัดแปลงต้องขึ้นกับหลักการเหตุผล และความเหมาะสมกับบริบท⁽⁴¹⁾ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิธีการที่ใช้ในการจัดอบรมที่ได้ผลดีคือ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การแสดงบทบาทสมมติ และการจัดเป็นฐานการเรียนรู้ โดยผู้ที่ให้ความรู้ในแต่ละฐานควรเป็นบุคลากรวิชาชีพเดียวกันกับผู้เข้าอบรม นอกจากนี้ควรมีการทำสื่อวีดิทัศน์เพื่อใช้ในการจัดอบรมและใช้ทบทวนเมื่อมีความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการจัดอบรมการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยโดยใช้วีดิทัศน์ อาจช่วยส่งเสริมความสำเร็จในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้⁽⁴¹⁻⁴²⁾

การศึกษาครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยส่งเสริมสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้คือ เงื่อนไขของการรับรองศูนย์อบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ (resident training) จากราชวิทยาลัย ศัลยแพทย์ และการเกิดอุบัติเหตุ/ความผิดพลาดจากการผ่าตัด เป็นสิ่งกระตุ้นให้เห็นบุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้

ดังนั้น หากองค์กรมีความพร้อม มีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดี มีการปฏิบัติมาก่อน ร่วมกับบุคลากรมีความตระหนักถึงความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ จะช่วยสนับสนุนให้การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ประสบความสำเร็จ⁽⁴³⁻⁴⁷⁾ และอาจส่งผลให้บุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด และมีปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมินอัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย ประเมินอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย ศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย และศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 61 แห่ง ในประเทศไทย แบ่งเป็น โรงพยาบาลรัฐบาล 46 แห่ง และเอกชน 15 ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2558 โดยศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยและคู่มือการใช้ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ใช้ของนงเยาว์ เกษตร์ภิบาลและคณะ (2553) ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 2 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดความพึงพอใจ 0.94 และแบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข 0.86 ส่วนแบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 2 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลห้องผ่าตัด 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาของแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 0.98 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 0.97 และแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 0.89

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารั้ครั้งนี้มีทั้งหมด 2,024 คน เป็นบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดมากที่สุด ร้อยละ 55.04 รองลงมาเป็นวิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 23.42 และศัลยแพทย์ร้อยละ 12.94 โดยร้อยละ 10.09 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับผู้บริหารของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 13-60 ปี เฉลี่ย 37.83 (+ 0.23) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.21 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 80.40 ประสบการณ์การทำงาน ไม่เกิน 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ 11-20 ปี ร้อยละ 27.60 โดยมีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ไม่เกิน 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 59.60 รองลงมาคือ 11-20 ปี ร้อยละ 23.90 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทีมผ่าตัดไม่เกิน 20 รายต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 38.93 รองลงมาคือ 51-100 รายต่อเดือน ร้อยละ 28.71 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการผ่าตัด ร้อยละ 99.56 โดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รับรู้มากที่สุดคือ การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 18.34 รองลงมาคือ การมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในผู้ป่วย ร้อยละ 16.80 และการผ่าตัดผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง ร้อยละ 16.78 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดสามารถป้องกันได้ ร้อยละ 98.17 โดยคิดว่าสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป มากถึงร้อยละ 89.53 และส่วนใหญ่คิดว่าการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้ ร้อยละ 97.68 โดยคิดว่าช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป มากถึงร้อยละ 83.55 นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้เรื่องโครงการผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย (safe surgery saves lives) ขององค์การอนามัยโลก ร้อยละ 99.75 โดยส่วนใหญ่รับรู้จากผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยละ 31.78 รองลงมาคือ จากคณะกรรมการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล ร้อยละ 30.35 และจากหัวหน้างาน ร้อยละ 9.89 การศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.05 เคยเข้ารับการอบรมเรื่องการผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก โดยส่วนใหญ่ได้รับการอบรมจากโรงพยาบาลของตนเองหรือโรงพยาบาลในเครือข่าย ร้อยละ 62.17 รองลงมาคือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) ร้อยละ 14.16 และราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ร้อยละ 8.45 การศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.35 มีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ โดยเป็นคณะกรรมการในระดับหอผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 39.95 รองลงมาคือ เป็นคณะกรรมการในระดับแผนก/งาน/ภาควิชา ร้อยละ 25.13 เป็นคณะกรรมการในระดับฝ่ายหรือกลุ่มงาน ร้อยละ 18.39 และเป็นคณะกรรมการในระดับโรงพยาบาล ร้อยละ 14.15 และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.16 มีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแบบক্রমসহায়ন โดยเป็นกรรมการมากที่สุด ร้อยละ 74.62 และรองลงมาคือ เป็นประธานกรรมการ ร้อยละ 10.09

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ พบว่า

1. อัตราการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ 86.98 (+ 19.09) มีค่ามัธยฐาน ร้อยละ 96 และมีค่าพิสัยอยู่ระหว่างร้อยละ 30-100

2. อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ 84.44 ($\pm$ 20.59) มีค่ามัธยฐาน ร้อยละ 90 และมีค่าพิสัยอยู่ระหว่างร้อยละ 30-100

3. ความพึงพอใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมาก 3 อันดับแรก คือ 1) มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ค่าเฉลี่ย 4.11 2) มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ค่าเฉลี่ย 4.05 และ 3) ช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 4.02

4. ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 เมื่อจำแนกตามระยะการผ่าตัด พบปัญหาอุปสรรค ดังนี้

ระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ปัญหาอุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.41 พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ เป็นปัญหาในระดับปานกลาง 2 อันดับแรก คือ 1) การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 2.67 และ 2) การตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก ค่าเฉลี่ย 2.62

ระยะก่อนที่จะลงมีด (time out) ปัญหาอุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50 พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ เป็นปัญหาในระดับปานกลาง 2 อันดับแรก คือ 1) ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ ค่าเฉลี่ย 2.77 และ 2) การแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง ค่าเฉลี่ย 2.72

ระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ปัญหาอุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34 พบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาสูงสุดของระยะนี้ เป็นปัญหาในระดับปานกลาง 2 อันดับแรก คือ 1) การทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 2.56 และ 2) พยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวยืนยันชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดว่าถูกต้อง ค่าเฉลี่ย 2.51

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ มีปัญหาหลายประการ ได้แก่ 1) ด้านนโยบาย พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งไม่มีนโยบายหรือนโยบายไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถบังคับใช้ได้ หรือไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง 2) ด้านทีมผ่าตัด พบว่าบุคลากรบางส่วนใน

ทีมผ่าตัดไม่ให้ความร่วมมือ บางแห่งมีการขัดขึ้น ไปจนถึงต่อต้าน โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น นอกจากนี้พบว่า บุคลากรบางส่วนไม่เข้าใจเนื้อหาและกระบวนการการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยอย่างแท้จริง และ 3) ด้านขั้นตอนการนำมาใช้ พบว่า มีความหลากหลาย ปฏิบัติไม่จริงจัง ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอนหรือมีการลดขั้นตอน ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ ไม่ครอบคลุมทุกแผนกผ่าตัด และโรงพยาบาลบางแห่งสับสนในการนำมาใช้ เช่น นำประเด็นในระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) มาทำในระยะก่อนที่จะลงมีด (time out) ส่วนปัญหาอื่น ๆ พบว่า พยาบาลต้องทำหน้าที่ทั้งหมดตามกระบวนการของการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยแทนแพทย์ การประชุมกรรมการห้องผ่าตัด แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมประชุม หรือโรงพยาบาลบางแห่งคณะกรรมการมีเฉพาะพยาบาล ทำให้ไม่สามารถสื่อสารไปถึงแพทย์หรือแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับแพทย์ได้ นอกจากนี้ มีปัญหาเรื่อง การขาดแคลนบุคลากร ทำให้ไม่สามารถนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ได้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์และแนวทางการแก้ไข ดังนี้ คือ 1) การใช้กลยุทธ์ด้านนโยบายและการจัดการโดยผู้บริหาร เช่น ผลักดันให้มินโยบายมาจากกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ ผลักดันให้อยู่ในหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ทั้งศัลยแพทย์ วัสดุแพทย์ และหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางพยาบาลห้องผ่าตัด และวัสดุแพทย์ กำหนดเป็นนโยบายหรือเป็นตัวชี้วัด (key performance indicator) ให้ชัดเจน และให้ทุกโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัด ต้องปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นต้น 2) ใช้กลยุทธ์ความร่วมมือและการประสานงาน เช่น ใช้รูปแบบความร่วมมือมากกว่าคำสั่ง อาศัยความร่วมมือระหว่างศัลยแพทย์ วัสดุแพทย์ ทีมงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และห้องผ่าตัด เป็นต้น 3) ใช้การสื่อสารและกระตุ้นด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น นำสื่อหรือเทคโนโลยีมาใช้ จัดประชุมทีมหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และประชาสัมพันธ์หรือณรงค์ เป็นต้น 4) สอนฝึกอบรมหรือให้ความรู้ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น จัดปฐมนิเทศก่อนทำงาน จัดอบรมการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยให้ครอบคลุมบุคลากรทุกคน ใช้เทคนิคการจำลองห้อง/สถานการณ์และบทบาทสมมติในการฝึกอบรม และใช้การฝึกปฏิบัติแบบฐาน โดยให้วิชาชีพเดียวกันเป็นผู้สอน เป็นต้น 5) ใช้วิธีการปรับกระบวนการในการนำมาใช้ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล 6) ใช้เงื่อนไขบางอย่างอย่างจริงจัง เช่น ไม่ดมยาสลบหากไม่มีการทำ sign in และกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียนที่ต้องเก็บเป็นหลักฐาน 7) ใช้วิธีการกระตุ้นหรือใช้การจูงใจ เช่น มีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบ เป็นต้น 8) มีการสุ่มตรวจการปฏิบัติเป็นระยะอย่างต่อเนื่องและให้ข้อมูลย้อนกลับ และ 9) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการ

นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยส่งเสริมการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ได้แก่ เงื่อนไขของการรับรองศูนย์อบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ (resident training) จากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ การเกิดอุบัติเหตุ/ความผิดพลาดจากการผ่าตัด เป็นสิ่งกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงประโยชน์ของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ และการตระหนักรู้ของบุคลากรทีมผ่าตัด

ประโยชน์ที่ได้รับการวิจัย

ประโยชน์สำหรับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ

ผลการวิจัยที่ได้ครั้งนี้เป็นประโยชน์ทั้งกับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานและบทเรียนเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย ประกอบด้วย อัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ความพึงพอใจของบุคลากรตลอดจนปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะสามารถใช้ประกอบในการพัฒนาองค์กรและผลักดันเชิงนโยบาย
2. ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาสื่อเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สำหรับให้ความรู้แก่บุคลากรทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม
3. ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในประเทศไทย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย อันจะส่งผลให้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดลดลง ได้แก่ การผ่าตัดผิดคน (wrong patient) ผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง (wrong site) และผิดชนิดการผ่าตัด (wrong procedure) การติดเชื้อมัดตำแหน่งผ่าตัด การมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในผู้ป่วย (retained foreign bodies) ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด (equipment related problems) และความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ (surgical specimen errors)
4. ได้คู่มือการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย จำนวน 1 เล่ม
5. ได้แกนนำบุคลากรทีมผ่าตัดในการประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก จำนวน 66 คน จากโรงพยาบาล 61 แห่ง
6. ได้พัฒนาบุคลากรทีมผ่าตัด เรื่อง การประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก จำนวน 1,045 คน
7. ได้หนังสือถอดบทเรียน เรื่อง การประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในประเทศไทย จำนวน 1 เล่ม

ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัย

นอกจากประโยชน์ดังกล่าวข้างต้น ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัย ได้ให้ข้อมูลว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ ดังนี้คือ

1. ได้เครือข่ายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ การปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด
2. สร้างความตระหนักและเห็นประโยชน์ของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ การปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งจะนำไปถ่ายทอดให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลของตนเองต่อไป
3. ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ การปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ร่วมกันทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น และมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลขึ้น
4. ได้ความรู้และกลยุทธ์ใหม่ ๆ ในการจัดอบรมการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของตนเอง
5. สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เกิดพลัง และเกิดความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมที่จะช่วยในการผลักดันและพัฒนาการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ การปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ในระดับประเทศ
6. ทำให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) เนื่องจากนำสิ่งที่ได้รับจากวิทยากร และจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลของตนเอง ทำให้การปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมีความถูกต้อง และเกิดความร่วมมือในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ ได้ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ ควรผลักดันในเชิงนโยบายให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ไปใช้ในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศไทย รวมทั้งบรรจุเนื้อหาเรื่องความ

ปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอน หลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ศัลยแพทย์ វិស្សន្ទវិជ្ជា วิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล และหลักสูตรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. สถาบันการศึกษาควรจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด และแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยให้แก่นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ใช้ทุน เพื่อให้เห็นความสำคัญและมีพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว เป็นรากฐานที่จะพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรในอนาคต

3. โรงพยาบาลที่จะนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ ต้องเตรียมความพร้อมทางด้านบุคลากร ทั้งระดับผู้บริหารและปฏิบัติงาน เตรียมความพร้อมด้านโครงสร้าง พัฒนาระบบวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร และการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากรทีมผ่าตัดให้เห็นความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้

5. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรกระตุ้นและส่งเสริมให้นำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

6. โรงพยาบาลและสถาบันที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด ในทุกประเด็นที่มีอยู่ในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ซึ่งในการจัดอบรมควรมีการให้ฝึกปฏิบัติการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การจัดการเรียนการสอนแบบเป็นฐานการเรียนรู้ แยกตามวิชาชีพ โดยผู้ที่เป็นโค้ชในแต่ละฐานควรเป็นวิชาชีพเดียวกับผู้เรียน เป็นต้น

7. ควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัย เช่น วัสดุสำหรับทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด เป็นต้น

8. ควรมีการเผยแพร่แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยฉบับภาษาไทย คู่มือการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และหนังสือถอดบทเรียนเรื่อง การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในประเทศไทย ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปยังโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่มีการผ่าตัดทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. พัฒนาสื่อเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สำหรับให้ความรู้แก่บุคลากรทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ វិស្សន្ទវិជ្ជា วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม เช่น พัฒนาสื่อในการให้ความรู้เรื่องการบริหารปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย เป็นต้น

2. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในประเทศไทย
3. ประเมินการใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม
4. ศึกษาความคงอยู่ของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ โดยทำการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในระยะยาว และควรมีการวัดผลลัพธ์หลายครั้ง เป็นระยะๆ
5. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงความสัมพันธ์เพื่อนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาที่แท้จริงต่อไป
6. ควรศึกษาถึงผลลัพธ์ของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ เช่น อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และอัตราการตายของผู้ป่วยผ่าตัด เป็นต้น
7. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายเรื่อง การใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ร่วมกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และองค์กรระดับประเทศอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
8. ควรศึกษาวิจัยต่อยอดจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษารั้งนี้โดยใช้ เทคนิคการแบบเดลฟาย (Delphi technique)

ข้อดีและข้อจำกัดในการทำวิจัย

ข้อดีในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อดีคือ

1. กลุ่มตัวอย่าง มีทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย มีทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้ผลการวิจัยที่น่าจะเป็นตัวแทนของประเทศไทยได้
2. กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ คือ บุคลากรทีมผ่าตัด จำนวน 2,024 คน ทำให้ผลการวิจัยที่ได้มีความน่าเชื่อถือและน่าจะเป็นตัวแทนของประเทศไทยได้
3. ข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดคือ

1. การประเมินการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลกไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย และการประเมินอัตราการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย ได้มาจากการตอบแบบสอบถามของผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้วิธีการสุ่มสังเกตร่วมด้วย
2. การประเมินผลลัพธ์ของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยไปใช้ในการศึกษานี้ ได้มาจากการตอบแบบสอบถามของผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (cohort study) นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวได้ เนื่องจากเกรงว่าจะส่งผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Hall MJ, DeFrances CJ, Williams SN, Golosinskiy A, Schwartzman A. National hospital discharge survey: 2007 summary. *National Health Statistics Reports* 2010; No. 29.
2. Worrall M, Towell E. *Surgery and the NHS in numbers*. Retrieved 10/12/2010 from <http://www.rcseng.ac.uk/media/media-background-briefings-and-statistics/surgery-and-the-nhs-in-numbers>
3. สถิติโรค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด หัตถการจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2552. Retrieved 10/12/2010 from <http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html>
4. Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? *Arch Surg* 2006; 141(9):931-939.
5. Kwaan MR, Studdert DM, Zinner MJ, Gawande AA. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. *Arch Surg* 2006; 141(4):353-357.
6. The Joint Commission. *Sentinel Event Statistics-December 31, 2006*. Retrieved 05/09/2007 from <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics> 2006
7. The Joint Commission. *Sentinel events alert-5th December 2001*. Retrieved 05/09/2007 from http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/sentineleventalert/sea_24.htm
8. Bratzler DW, Houck PM, et al. Antimicrobial prophylaxis for surgery. *Amer J Surg* 2005; 189:95-404.
9. Webb AL, Flagg RL, Fink AS. Reducing surgical site infection rate through a multidisciplinary computerized process for preoperative antibiotic administration. *Amer J Surg* 2006;192:663-668
10. Kasatpibal N, Jamulitrat S and Chongsuviawatwong V. Standardized incidence rates of surgical site infection: A multicenter study in Thailand. *Amer J Infect Control* 2005;33(10): 587-594.
11. Kasatpibal N, Jamulitrat S, Chongsuviawatwong V, Nørgaard N, Sørensen HT, on behalf of the Surgical Site Infection Study Group. Impact of surgeon-specific feedback on surgical site infection rates in Thailand. *J Hosp Infect* 2006;63(2):148-55.
12. Winston KR. Hair and neurosurgery. *Neurosurgery* 1992; 31(2):320-329.

13. Moro ML, Carrieri MP, Tozzi AE, Lana S, Greco D. Risk factors for surgical wound infections in clean surgery: a multicenter study. Italian PRINOS Study Group. *Ann Ital Chir* 1996; 67(1):13-19.
14. Kasatpibal N, Norgaard M, Sorensen HT, Schonheyder HC, Jamulitrat S, Chongsuvivatwong V. Risk of surgical site infection and efficacy of antibiotic prophylaxis: a cohort study of appendectomy patients in Thailand. *BMC Infect Dis* 2006; 6(1):111.
15. Martone WJ, Nichols RL. Recognition, prevention, surveillance, and management of surgical site infections: introduction to the problem and symposium overview. *Clin Infect Dis* 2001; 33 Suppl 2:S67-8.
16. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20(11):725-730.
17. Kasatpibal N, Thongpiyapoom St, Narong MN, Suwalak N & Jamulitrat S. Extra charge and extra length of postoperative stay attributable to surgical site infection in six selected operations. *J Med Assoc Thai* 2005; 88(8):1083-1091.
18. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med* 2003; 348(3):229-235.
19. Gonzalez-Ojeda A, Rodriguez-Alcantar DA, Arenas-Marquez H, Sanchez Perez-Verdia E, Chavez-Perez R, Alvarez-Quintero R et al. Retained foreign bodies following intra-abdominal surgery. *Hepatogastroenterology* 1999; 46(26):808-812.
20. Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon* 2006; 4(3):145-151.
21. Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, Sheridan TB, Gandhi TK, Dwyer K et al. A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery* 2006; 139(2):159-173.
22. Cooper K. Errors and error rates in surgical pathology: an Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology survey. *Arch Pathol Lab Med* 2006; 130(5):607-609.
23. Troxel DB. Error in surgical pathology. *Am J Surg Pathol* 2004; 28(8):1092-1095.
24. Makary MA, Epstein J, Pronovost PJ, Millman EA, Hartmann EC, Freischlag JA. Surgical specimen identification errors: a new measure of quality in surgical care. *Surgery* 2007; 141(4):450-455.

25. World Health Organization. *Safe surgery saves lives WHO guidelines for safe surgery* 2009. Retrieved 05/10/2009 from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf
26. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360(5):491-499.
27. Kasatpibal N, Senaratana W, Chitreecheur J, Chotirosniramit N, Pakvipas P, & Junthasopeepun P. Implementation of the world health organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand. *Surgical Infections*, 2012, 2(1), 50-56.
28. Panesar SS, Cleary K, Sheikh A, Donaldson L. The WHO checklist: a global tool to prevent errors in surgery. *Patient Safety in Surgery* 2009, 3:9
29. Edwards JR, Peterson KD, Mu Y, Banerjee S, Allen-Bridson K, Morrell G et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. *Am J Infect Control* 2009; 37(10):783-805.
30. National Services Scotland. *Surveillance of surgical site infection 2009 annual report*. Retrieved 07/25/2010 from <http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/sshaip/publications/ssi/ssi-2008.pdf>
31. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M: Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322(7285):517-519.
32. Yildirim S, Tarim A, Nursal TZ, Yildirim T, Caliskan K, Torer N et al. Retained surgical sponge (gossypiboma) after intraabdominal or retroperitoneal surgery: 14 cases treated at a single center. *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391: 390–395.
33. Lincourt AE, Harrell A, Cristiano J, Sechrist C, Kercher K, and Heniford BT. Retained foreign bodies after surgery. *J Surg Res* 2007; 138(2):170–174.
34. Verdaasdonk EG, Stassen LP, van der Elst M, Karsten TM, Dankelman J. Problems with technical equipment during laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 2007; 21(2):275–2795.
35. World health organization surgical safety checklist. Retrieved 05/10/2011 from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Checklist.pdf?ua=1

36. Tillman M, Wehbe-Janek H, Hodges B, Smythe WR, Papaconstantinou HT. Surgical care improvement project and surgical site infections: can integration in the surgical safety checklist improve quality performance and clinical outcomes?. *J Surg Res* 2013;184(1): 150-156.
37. Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective surgical safety checklist implementation. *J Am Coll Surg* 2011;212(5):873-879.
38. Bliss LA, Ross-Richardson CB, Sanzari LJ, Shapiro DS, Lukianoff AE, Bernstein BA, et al. Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist. *J Am Coll Surg* 2012;215(6):766-776.
39. Sparks EA, Wehbe-Janek H, Johnson RL, Smythe WR, Papaconstantinou HT. Surgical Safety Checklist compliance: a job done poorly!. *J Am Coll Surg* 2013;217(5):867-873.
40. Swatos WH. Hawthorne effect: Blackwell Encyclopedia of Sociology. In Ritzer G. (ed). Blackwell Publishing, 2007. Retrieved 04/17/2010 from
<http://www.blackwellreference.com/subscriber/tocnode.html?id=g9781405124331_chuknk_g978140512433114_ss1-4>)
41. Vats A, Vincent CA, Nagpal K, Davies RW, Darzi A, Moorthy K. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJ* 2010; 13(340):133-135.
42. Birkmeyer JD, Miller DC. Surgery: can checklists improve surgical outcomes? *Nat Rev Urol* 2009; 6(5):245-246.
43. Hancorn K, Blair S. Checklist culture: WHO needs changing. *BMJ* 2010;340:c909
44. National Patient Safety Agency. Implementing the surgical safety checklist: the journey so far. Retrieved 07/25/2010 from <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk>
45. Sana EM, Mondher L, Maazoun K, Ben MA, Ben AMS. *Implementation of the WHO safe surgery checklist in Tunisia: followed steps and learned lessons*. Retrieved 05/12/2010 from http://internationalforum.bmj.com/doc/2010/posters/WHO_ELMhandi_IMPLEMENTATION_OF_THE_WHO_SAFE.pdf
46. อิศพร คณะเจริญ. ขวนมารู้จักแพทยสภา ตอนที่ 3: ประชากรแพทย์ที่ดูแลประชาชน. Retrieved 10/12/2010 from <http://www.naewna.com/news.asp?ID=106111>
47. Kasatpibal N. Safe surgery implementation in Thailand. *AORN* 2009, 90(5):743-749.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี.....เดือน
 2. เพศ () ชาย () หญิง
 3. วุฒิทางการศึกษา
 - () มัธยมศึกษาตอนปลาย () ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
 - () อนุปริญญา () ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 - () ปริญญาโท ระบุสาขา.....
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
-
-
-
-
17. ท่านคิดว่าการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้หรือไม่
- () ไม่ได้
 - () ได้ โปรดระบุความคิดเห็น สามารถลดได้
 - () ร้อยละ 80 ขึ้นไป () ร้อยละ 50-79 () น้อยกว่าร้อยละ 50

แบบสอบถาม ความพึงพอใจในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยมาใช้

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความพึงพอใจในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยมาใช้ ดังนั้นจึงไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด แต่เป็นการแสดงความรู้สึกต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยมาใช้
2. คำตอบของท่านไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่าน รวมทั้งคำตอบของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ
3. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจของท่าน
4. ขอความกรุณาจากท่าน **ตอบคำถามให้ครบทุกข้อ** เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยมาใช้	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. มีความทันสมัย					
2. มีความน่าเชื่อถือ					
3. มีความกระชับ					
.....					
.....					
.....					
12. ความพึงพอใจในภาพรวม					

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัยมาใช้

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัยมาใช้ ดังนั้นจึงไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด แต่เป็นการแสดงความรู้สึกต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัยมาใช้
2. คำตอบของท่านไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่าน รวมทั้งคำตอบของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ
3. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัยมาใช้ และเขียนข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการนำแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัยมาใช้
4. ขอความกรุณาจากท่าน **ตอบคำถามให้ครบทุกข้อ** เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การนำแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัยมาใช้	ระดับปัญหาอุปสรรค				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การตรวจสอบก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ร่วมกัน อย่างน้อยต้องมีพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญี					
1.1 การยืนยันความถูกต้องของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด					
1.2 การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด					
.....					
.....					
.....					
10. ปัญหาอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัยมาใช้ภาพรวม					

ปัญหาอื่น ๆ ระบุ

.....

.....

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....

.....

แบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความคิดเห็นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ดังนั้นจึงไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด
2. คำตอบของท่านไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่าน รวมทั้งคำตอบของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ
3. ขอความกรุณาจากท่าน **ตอบคำถามให้ครบทุกข้อ** เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ให้ตรงกับความเป็นจริง

ด้านโครงสร้าง

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรงพยาบาลของท่านมีนโยบายเรื่องการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
2.	หน่วยงานของท่านรับทราบนโยบายเรื่องการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
3.	โรงพยาบาลของท่านมีคณะกรรมการ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
.....			
.....			
.....			
22.	หน่วยงานของท่านมีแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด		

ด้านกระบวนการ

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	ผู้ป่วยเข้าถึง/เข้ารับบริการการผ่าตัดได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว (access/entry)		
2.	มีการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ		
3.	มีการวินิจฉัยโรค/วินิจฉัยทางการพยาบาล		
.....			
.....			
.....			
18.	มีการนำข้อมูลจากการรายงานมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ		

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

เรื่อง “ความคิดเห็นต่อการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยไปใช้ และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด”

แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยไปใช้

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
2. ท่านคิดว่าการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีประโยชน์อย่างไร

.....

.....

.....

แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

1. ตามความคิดเห็นของท่าน คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นอย่างไรบ้าง
2. ในมุมมองของท่านการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีอะไรบ้างที่มีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

.....

.....

.....

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

1. ก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ร่วมกัน อย่างน้อยต้องมี พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญี	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1.1 การยืนยันความถูกต้องของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด			
1.2 การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด			
1.3 การตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก			
1.4 การตรวจสอบว่ามี pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้งานได้			
1.5 การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา			
1.6 การตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการ สำลักขณะใส่ท่อช่วยหายใจ			
1.7 การตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก กรณีที่มีความเสี่ยงมีการเตรียมพร้อมหลอดเลือดดำ 2 ตำแหน่ง หรือหลอดเลือดดำส่วนกลางและสารน้ำที่จะให้ทดแทน			
2. ก่อนที่จะลงมีด (time out) ร่วมกันทั้งพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญี และ ศัลยแพทย์	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
2.1 สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง			
2.2 ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล กล่าวยืนยันชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด			
2.3 การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที ก่อนลงมีด			
2.4 ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญหรือขั้นตอนที่อาจเกิดโดยไม่ได้คาดคิด คาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด			
2.5 วิสัญญีทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังในผู้ป่วยเฉพาะราย			
2.6 พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดและอื่นๆ			
2.7 การติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด			
3. ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ร่วมกันทั้งพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญี และ ศัลยแพทย์ (ข้อ 3.1-3.4 พยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวยืนยันให้ทีมผ่าตัดได้ยิน)	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
3.1 ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง			
3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด เข็มเย็บ ครอบแก้ว			
3.3 การเขียนป้ายส่งตรวจถูกต้อง (อ่านการเขียนป้ายส่งตรวจรวมถึงชื่อผู้ป่วย โดยเปล่งเสียงดัง)			
3.4 ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ถ้ามีให้ระบุปัญหาที่พบ			
3.5 ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องพักฟื้นดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง			

ภาคผนวก ข

ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการ

ตารางที่ 1 ข จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตาม การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง (n = 2,024)

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านโครงสร้าง	จำนวน	ร้อยละ
มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 60 แห่ง)	2,010	99.31
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง)	14	0.69
หน่วยงานรับทราบนโยบาย		
ใช่ (โรงพยาบาล 59 แห่ง)	1,989	98.27
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง)	35	1.73
โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ		
ใช่ (โรงพยาบาล 59 แห่ง)	1,979	97.78
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง)	45	2.22
หน่วยงานมีคณะกรรมการ/คณะทำงาน		
ใช่ (โรงพยาบาล 58 แห่ง)	1,961	96.89
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง)	63	3.11
โรงพยาบาลมีคณะกรรมการคร่อมสายงาน (PCT)		
ใช่ (โรงพยาบาล 57 แห่ง)	1,928	95.26
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง)	96	4.74
โรงพยาบาลสนับสนุนจำนวนบุคลากรอย่างเพียงพอ		
ใช่ (โรงพยาบาล 39 แห่ง)	1,477	72.97
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 22 แห่ง)	547	27.03
โรงพยาบาลสนับสนุนการพัฒนาทรัพยากรบุคลากร		
ใช่ (โรงพยาบาล 53 แห่ง)	1,812	89.53
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง)	212	10.47

ตารางที่ 1 ข จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตาม การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง (n = 2,024) (ต่อ)

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านโครงสร้าง	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือ อย่างเพียงพอ		
ใช่ (โรงพยาบาล 44 แห่ง)	1,599	79.00
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 17 แห่ง)	425	21.00
โรงพยาบาลมีจำนวนห้องผ่าตัดในการให้บริการอย่างเพียงพอ		
ใช่ (โรงพยาบาล 35 แห่ง)	1,362	67.29
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง)	662	32.71
โรงพยาบาลมีจำนวนเตียงในการให้บริการอย่างเพียงพอ		
ใช่ (โรงพยาบาล 36 แห่ง)	1,401	69.22
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 25 แห่ง)	623	30.78
หน่วยงานมีคู่มือ/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 57 แห่ง)	1,927	95.21
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง)	97	4.79
หน่วยงานมีเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 51 แห่ง)	1,785	88.19
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง)	239	11.81
หน่วยงานมีระบบการจัดการความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 59 แห่ง)	1,975	97.58
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง)	49	2.42
หน่วยงานมีสถานที่/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 54 แห่ง)	1,857	91.75
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง)	167	8.25
มีการออกแบบระบบงานห้องผ่าตัดที่เน้นความปลอดภัย ทันเวลา		
ใช่ (โรงพยาบาล 50 แห่ง)	1,743	86.12
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 11 แห่ง)	281	13.88

ตารางที่ 1 ข จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตาม การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านโครงสร้าง (n = 2,024) (ต่อ)

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านโครงสร้าง	จำนวน	ร้อยละ
มีการออกแบบระบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์		
ใช่ (โรงพยาบาล 44 แห่ง)	1,606	79.35
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 17 แห่ง)	418	20.65
มีการออกแบบระบบการกำกับดูแลการปฏิบัติของบุคลากรทีมผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 50 แห่ง)	1,742	86.07
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 11 แห่ง)	282	13.93
หน่วยงานมีแบบบันทึกการดูแลเพื่อใช้สำหรับติดตามอาการ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 58 แห่ง)	1,945	96.10
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง)	79	3.90
มีระบบการออกแบบระบบสารสนเทศ/การสื่อสารภายในหน่วยงาน		
ใช่ (โรงพยาบาล 49 แห่ง)	1,735	85.72
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 12 แห่ง)	289	14.28
มีระบบการออกแบบระบบสารสนเทศ/การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน		
ใช่ (โรงพยาบาล 49 แห่ง)	1,716	84.78
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 12 แห่ง)	308	15.22
หน่วยงานมีตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 59 แห่ง)	1,985	98.07
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง)	39	1.93
หน่วยงานมีแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 60 แห่ง)	1,992	98.42
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง)	32	1.58

ตารางที่ 2 ข จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่มผ่าตัด จำแนกตาม การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ (n = 2,024)

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านกระบวนการ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยเข้าถึง/เข้ารับบริการการผ่าตัดได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว		
ใช่ (โรงพยาบาล 51 แห่ง)	1,766	87.25
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง)	258	12.75
มีการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ		
ใช่ (โรงพยาบาล 56 แห่ง)	1,891	93.43
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง)	133	6.57
มีการวินิจฉัยโรค/วินิจฉัยทางการพยาบาล		
ใช่ (โรงพยาบาล 59 แห่ง)	1,973	97.48
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง)	51	2.52
มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 60 แห่ง)	1,998	98.72
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง)	26	1.28
มีการวางแผนการจำหน่ายที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 58 แห่ง)	1,951	96.39
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง)	73	3.61
มีการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามแผนที่วางไว้		
ใช่ (โรงพยาบาล 60 แห่ง)	1,987	98.17
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง)	37	1.83
มีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 60 แห่ง)	1,993	98.47
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง)	31	1.53

ตารางที่ 2 ข จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตาม การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ (n = 2,024) (ต่อ)

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านกระบวนการ	จำนวน	ร้อยละ
มีการนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 57 แห่ง)	1,934	95.55
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง)	90	4.45
มีการสื่อสารแผนการดูแลและแผนการจำหน่ายที่ได้รับการผ่าตัดระหว่างทีม		
ใช่ (โรงพยาบาล 55 แห่ง)	1,877	92.74
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 6 แห่ง)	147	7.26
มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 54 แห่ง)	1,854	91.60
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง)	170	8.40
มีการจำหน่ายผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้		
ใช่ (โรงพยาบาล 57 แห่ง)	1,928	95.26
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง)	96	4.74
มีการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
ใช่ (โรงพยาบาล 57 แห่ง)	1,927	95.21
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง)	97	4.79
มีการใช้เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 53 แห่ง)	1,834	90.61
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง)	190	9.39
มีการจัดการความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 60 แห่ง)	1,992	98.42
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง)	32	1.58

ตารางที่ 2 ข จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมผ่าตัด จำแนกตาม การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ด้านกระบวนการ (n = 2,024) (ต่อ)

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านกระบวนการ	จำนวน	ร้อยละ
มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ		
ใช่ (โรงพยาบาล 60 แห่ง)	1,989	98.27
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง)	35	1.73
มีการสืบค้นหาสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด		
ใช่ (โรงพยาบาล 59 แห่ง)	1,966	97.13
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง)	58	2.87
มีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง		
ใช่ (โรงพยาบาล 58 แห่ง)	1,958	96.74
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง)	66	3.26
มีการนำข้อมูลจากการรายงานมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ		
ใช่ (โรงพยาบาล 59 แห่ง)	1,965	97.08
ไม่ใช่ (โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง)	59	2.92

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างปัญหาที่พบจากการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ และแนวทางการแก้ไข

และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

ข้อมูลนี้ได้มาจากการสัมภาษณ์ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด สัมภาษณ์หลังจากโรงพยาบาลได้นำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ได้ประมาณ 1 ปี

ปัญหาที่พบสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ศัลยแพทย์ ได้ข้อมูลว่า ความร่วมมือค่อนข้างน้อยเนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลในการแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไม่เด็ดขาดและไม่มีความชัดเจนในการบังคับใช้ ทำให้ศัลยแพทย์ไม่ค่อยให้ความร่วมมือและไม่เห็นความสำคัญ ศัลยแพทย์บางท่านยังไม่เข้าใจในระบบคุณภาพและเรื่องความเสี่ยง จึงยังคงปฏิบัติเหมือนในอดีตและเมื่อทีมร้องขอก็จะเห็นเป็นเรื่องเสียเวลาและยุ่งยาก ต้องการทำงานในส่วนที่ตนรับผิดชอบให้เสร็จ จึงมีศัลยแพทย์บางท่านไม่ปฏิบัติ แต่ก็ไม่มีผลสะท้อนกลับใด ๆ เกิดขึ้น

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลห้องผ่าตัด ได้ข้อมูลว่า การตรวจสอบและทบทวนทั้ง 3 ระยะก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ก่อนที่จะลงมีด (time out) และ ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) พบว่า สามารถปฏิบัติได้เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีการนัดผ่าตัดล่วงหน้า (elective case) แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกรายในกรณีผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency case) เนื่องจากความรีบเร่ง รวมทั้งจะติดขัดในส่วนของศัลยแพทย์ที่ไม่สนใจ ในการขานชื่อ ส่วนการทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) (verify sterility) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และการตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ (sponge count) ไม่มีปัญหาเนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติที่กำหนดให้ทำอยู่แล้ว และมีการบันทึกในเอกสารของห้องผ่าตัด ส่วนเรื่องการเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจ (specimen label) ทางโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้เช่นกัน

3. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์วิสัญญีแพทย์ ได้ข้อมูลว่า ในภาพรวมที่มีปัญหาไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ อาจมาจากกระบวนการเตรียมผ่าตัดของทางโรงพยาบาลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งในการให้ข้อมูลผู้ป่วย การทำ Mark site ที่ไม่สามารถทำที่ผิวหนังผู้ป่วยได้ การเตรียมด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ยังคงมีปัญหาทำให้เกิดความไม่พร้อม หรือไม่ทราบข้อมูลความเสี่ยงในด้านอื่น ๆ ทำให้ขาดการวางแผนและประสานงานกับทีม ส่งผลให้มีปัญหาในการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

4. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์วิสัญญีพยาบาล ได้ข้อมูลว่า ในกระบวนการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเป็นเหมือนการทบทวนกระบวนการเตรียมผู้ป่วย ยาเวชภัณฑ์และความพร้อมของเครื่องมือในการผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี ที่จะสื่อสารให้ทั้งทีมทราบความเสี่ยงหรือความพร้อมของแต่ละหน้าที่ แต่ยังคงมีปัญหาในการปฏิบัติที่ไม่สามารถทำได้ทุกราย ยังขาดความร่วมมือของแพทย์ (บางคน) ที่ไม่เห็นความสำคัญและไม่ขานก่อนที่จะลงมีด (time out) โดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะเป็นผู้ขานชื่อทีมให้แทน ส่วนในเรื่องของการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (antibiotic prophylaxis) ได้มีการกำหนดร่วมกันในทีมผู้ดูแล (patient care team: PCT) ผู้ป่วยศัลยกรรม ให้วิสัญญีพยาบาล เป็นผู้บริหารยาและควบคุมเวลาในการให้ เพื่อให้ยามีประสิทธิภาพสูงสุด

5. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลแผนกศัลยกรรม ได้ข้อมูลว่า การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเป็นสิ่งที่ดี สามารถป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในการผ่าตัดได้ รวมทั้งเป็นการสื่อสารความพร้อม และความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายให้ทั้งทีมรับทราบ แต่ในส่วนของการห่อผู้ป่วยจะมีปัญหาในกระบวนการเตรียม ผู้ป่วยผ่าตัด โดยเฉพาะการทำ Mark site ที่แพทย์จะไม่ทำบนผิวหนังผู้ป่วย หรือบางครั้งแพทย์จะโทรศัพท์มา Set case และให้พยาบาลเขียนในใบ Set case ส่งห้องผ่าตัด ทำให้มีปัญหาในการสื่อสาร ที่ไม่สามารถส่งต่อข้อมูลให้แก่ทีมห้องผ่าตัดได้ รวมทั้งมีปัญหาการงดหรือเลื่อนการผ่าตัด เนื่องจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยได้รับยาแอสไพรินเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด หรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ยังไม่ได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น

แนวทางการแก้ไขและการพัฒนาคุณภาพการดูแล มีดังนี้

1. ศัลยแพทย์ ให้ข้อเสนอแนะว่า นโยบายของโรงพยาบาลในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาบังคับใช้ ต้องเด็ดขาดและชัดเจนในการบังคับใช้ ไม่เช่นนั้นการขอความร่วมมือจะไม่ได้ผล แต่ถ้าบังคับทุกคนต้องปฏิบัติเหมือนกัน ทั้งแพทย์ประจำในโรงพยาบาลและแพทย์ซึ่งเป็นที่ปรึกษาจากภายนอกโรงพยาบาล จะทำให้การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยประสบความสำเร็จได้ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพในการผ่าตัดควรเน้นเรื่องการปฏิบัติตามแนวทางหรือกฎระเบียบที่กำหนดขึ้น ถ้าไม่ปฏิบัติก็ต้องมีบทลงโทษ เช่น การงดเงินค่าตอบแทน หรือไม่สามารถ Set case ผ่าตัดได้ น่าจะช่วยบังคับให้ศัลยแพทย์ทั้งในและนอกโรงพยาบาลปฏิบัติเหมือนกันทุกคน

2. พยาบาลห้องผ่าตัด ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ปฏิบัติงานในทีมผ่าตัดทุกคน ต้องมีความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด รวมทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ การเฝ้าระวัง และการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เพื่อให้ทุกคนในทีมผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้น และสามารถค้นหาความเสี่ยง วางแผนป้องกันได้อย่าง

ครอบคลุมทุกด้าน เมื่อเกิดปัญหาจะต้องร่วมมือกันแก้ไขทั้งทีม โดยเฉพาะหัวหน้าทีมที่จะต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้สมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพ ให้ความดีความชอบและชื่นชมเมื่อมีสมาชิกในทีมมีผลงาน ทั้งนวัตกรรมและการปรับปรุงพัฒนางานประจำให้ดีขึ้น เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานด้านคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. วิสัยทัศน์แพทย์ ให้ข้อเสนอแนะว่า ต้องมีการกำหนด แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในการเตรียมผ่าตัด ต้องมีการให้ข้อมูลหรือสื่อสารกับทั้งผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจ รวมถึงทีมที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งในห้องผ่าตัดและแผนกผู้ป่วยในและนอก เพื่อให้มีการวางแผนการดูแลร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลระหว่างกัน การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ที่จะต้องมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ในแต่ละแผนก ก่อนและหลังการผ่าตัด เมื่อมีข้อกำหนดออกมาก็ต้องบังคับใช้อย่างจริงจัง พร้อมรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากทีม ร่วมกันทำงานคุณภาพเพื่อให้ความต่อเนื่องและเข้าใจที่เหมือนกัน

4. วิสัยทัศน์พยาบาล ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการทบทวนกรณีศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งวางแผนการแก้ไข เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การทบทวนและค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ และช่วยให้ทีมมีความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงและกระบวนการดูแลที่จะต้องพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยการพูดคุยกันต้องไม่มีการตำหนิ เป็นการหาหรือเชิงสร้างสรรค์ จะทำให้ทุกฝ่าย ช่วยกันออกความคิดเห็นและได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หรืออาจนำเอาหลักฐานเชิงประจักษ์จากที่อื่นมาปรับใช้ ซึ่งการทบทวนแบบเรียนรู้จะช่วยให้งานคุณภาพดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. พยาบาลแผนกศัลยกรรม ให้ข้อเสนอแนะว่า การเข้าร่วมกับ PCT และการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด การเข้าใจความเสี่ยงและเหตุผลของการปฏิบัติในแต่ละกระบวนการ จะช่วยให้เราสามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย กระบวนการเตรียมและดูแลหลังการผ่าตัดจะเป็นสิ่งที่ทางแผนก รับผิดชอบโดยตรง จึงต้องหมั่นพูดคุยกับสมาชิกในแผนก ทบทวนแนวปฏิบัติ และนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติของสมาชิกในแผนกให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยงเป็นรายกรณี เช่น เมื่อมีกรณีศึกษาที่น่าสนใจหรือเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ควรมีการทบทวนกรณีศึกษาร่วมกันกับแพทย์ และมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (in-service education) เพื่อค้นหาแนวทางการป้องกันและปรับวิธีการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

วิธีการที่ทำให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการนำ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ และการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีดังนี้

ผู้บริหารให้ความสำคัญ และจัดทำเป็นนโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดปลอดภัย ทุกหน่วยงาน ชี้แจง ให้บุคลากรทุกคนเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ และความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น มีการสร้างแนวปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อป้องกันความเสี่ยงในทุกขั้นตอน และควบคุมให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง มีการประเมินแนวปฏิบัติเป็นระยะ ค้นหาความเสี่ยงใหม่ ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และหาแนวทางป้องกัน ตรวจสอบทุกขั้นตอน ทุกระยะของการผ่าตัด บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

ระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลที่ห่อผู้ป่วย ทำหน้าที่รับผู้ป่วย ชักประวัติ และประเมินผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีมาตรฐานในการรับผู้ป่วยจากตึกเพื่อมาทำผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การระบุตัวผู้ป่วย จัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ ใบยินยอมผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด เพื่อให้มั่นใจว่า ไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง แพทย์ผู้ทำผ่าตัดช่วยยืนยันอีกครั้งก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

ระยะผ่าตัด ก่อนวิสัญญีแพทย์และพยาบาลจะให้าระงับความรู้สึก ต้องมีการทำ Time out อีกครั้ง มีมาตรฐานการตรวจนับผ้าซับโลหิต เครื่องมือ อุปกรณ์ การจัดทำ การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า การเคลื่อนย้าย เป็นต้น ซึ่งเน้นให้บุคลากรทุกคน ปฏิบัติตามมาตรฐาน เมื่อใดก็ตามที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะมีการทบทวน การปฏิบัติ ทั้งในหน่วยงาน เข้าที่ประชุม PCT ทำ RCA และหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

บทบาทของพยาบาลที่ห่อผู้ป่วย ต้องทำการระบุตัวผู้ป่วย โดยทำป้ายข้อมือให้ถูกต้อง ชัดเจน ระบุตำแหน่งผ่าตัด ข้างที่ทำผ่าตัด เพื่อให้ง่ายต่อการตรวจสอบ จัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ ให้ครบ ทั้งประวัติผู้ป่วยฟิล์ม X-ray, CT scan, Mammogram และอื่น ๆ ที่ต้องใช้ในห้องผ่าตัด ใบยินยอมผ่าตัด ส่งต่ออาการผู้ป่วยที่สำคัญ อาการเปลี่ยนแปลง ให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดหรือแพทย์รับทราบ เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การให้ยา Antibiotic prophylaxis ตามแพทย์สั่งหรือเตรียมยาให้ใช้ในห้องผ่าตัด

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด เริ่มตั้งแต่เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทั้งที่ตึกผู้ป่วย และที่ห้องรอผ่าตัด สอบถามอาการ และ ตรวจสอบบริเวณที่จะผ่าตัด ส่งต่อประวัติ และ อาการของผู้ป่วย ให้เจ้าหน้าที่ในทีมผ่าตัด ทราบ พยาบาลทีมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อม ตรวจสอบวันหมดอายุ ความพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชิ้นที่ใช้ในการผ่าตัด ต้องผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ ถ้าไม่แน่ใจ จะไม่นำมาใช้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตรวจสอบผ้าซับโลหิต ไข่มด เข็ม เครื่องมือและ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย ให้ครบ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานต่าง ๆ ของห้องผ่าตัดที่มีอยู่ทุกขั้นตอน ผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจชิ้นเนื้อ ต้องระบุชื่อผู้ป่วย และ ประเภท ชิ้นเนื้อให้ถูกต้อง บางรายส่งตรวจหลายอย่าง ต้องปฏิบัติอย่างรอบคอบ ชัดเจน โดยให้แพทย์ยืนยันทุกครั้งก่อนระบุชื่อชิ้นเนื้อ การดูแลทำความสะอาด ให้ความอบอุ่น หลังจากผ่าตัดเสร็จสิ้น บันทึกการพยาบาลทุกอย่างที่ทำขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดอย่างครบถ้วน

บทบาทของแพทย์ผ่าตัด ให้การยืนยันตำแหน่งผ่าตัด ก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด รอการทำ Time out ก่อนลงมือผ่าตัด การให้ Antibiotic prophylaxis พิจารณาให้ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป เช่น ในรายที่มีความต้านทานต่ำ ต้องใช้เวลาผ่าตัดนาน หรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่ไม่ควรให้ในผู้ป่วยทุกราย เพื่อลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น ลดปัญหาเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ช่วยยืนยันประเภทของชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจ นอกจากนี้ ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแนวทางของห้องผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดราบรื่นและผู้ป่วยปลอดภัย

บทบาทของวิสัญญีแพทย์และพยาบาล ช่วยค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่ตึกผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และนำมาประชุม เพื่อหาแนวทางร่วมกัน ดูแลให้ยาระงับความรู้สึกตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามอาการอย่างใกล้ชิดขณะผ่าตัด ประเมินการเสียเลือดและเตรียมพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินขณะผ่าตัด

นโยบายของโรงพยาบาล มีการเน้นให้ทุกฝ่ายเห็นความสำคัญของการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ เมื่อมีการจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยขึ้นใหม่หรือมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติ จะนำเข้าพิจารณาในที่ประชุม ทั้งที่ประชุมผู้บริหารและ/หรือที่ประชุม PCT เพื่อแจ้งให้ทุกคนทราบและขอความร่วมมือในการปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสุขของบุคลากร และชื่อเสียงของโรงพยาบาล

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด: บทเรียนจากอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดข้าง

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะเริ่มแรก ไม่ได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ ไม่หยุดการทำงานเพื่อร่วมตรวจสอบความถูกต้อง เริ่มผ่าตัด โดยไม่รอทำ Time out (ในระยะเริ่มแรกมีนโยบายให้ทำเฉพาะ Time out)

จนกระทั่งเดือนเมษายน 2553 มีอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดข้าง เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับ F ส่งผลให้ทีมผ่าตัดและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ได้ร่วมมือกันเข้ามาดูแลและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ มีการทำ RCA ร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee: RMC) ค้นหาสาเหตุ แก้ไข และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ทำความเข้าใจกับบุคลากรให้ตระหนักในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความเสี่ยง

หลังจากนั้น ได้มีการประกาศให้ปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา

การประกันคุณภาพการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. สร้างการเรียนรู้และความตระหนักให้ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติที่แตกต่างจากเดิม โดยการนำอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดตำแหน่งที่เกิดขึ้นจริง มาทบทวนและหาทางแก้ไข พัฒนาแนวทางปฏิบัติเรื่อง การป้องกันความผิดพลาดในการทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง และแนวทางการปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และแหล่งความรู้อื่น ๆ มาทำความเข้าใจ และดัดแปลงให้เป็นแบบฟอร์มที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับการทำงาน

2. ทดลองปฏิบัติ และเก็บข้อมูลนำไปสู่การปรับปรุงแบบฟอร์มเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด และจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติที่ต้องมีการระบุตัวผู้ป่วยผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด และการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยทุกครั้งที่มีการผ่าตัดใหญ่

3. ติดตามการใช้งาน และผลลัพธ์ ในประเด็นความยอมรับของทีม และผลต่อความปลอดภัยจากการผ่าตัด

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เก็บรวบรวมจากรายงานอุบัติการณ์ การทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง
2. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยทุกรายหลังจากรับแจ้งทำผ่าตัด จากระบบ intranet ตารางการทำผ่าตัด และสอบถามข้อมูลผู้ป่วยจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ก่อนรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด หากพบข้อผิดพลาดจะมีการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไข และรายงานเป็นการตรวจพบก่อนเกิดเหตุ (near miss)
3. ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) เพื่อประเมินความพร้อมครั้งสุดท้ายก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัด ที่ห้องศัลยกรรมทุกชั้น (ชั้น 1, 5 และ 6) ตลอด 24 ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2556 รวมทั้งหมด 7,700 ราย

ผลลัพธ์ของการประกันคุณภาพการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

1. จำนวนรายงานอุบัติการณ์ การผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง = 0 ราย เป็นระยะเวลา 3 ปี แสดงถึงผลลัพธ์คุณภาพด้านความปลอดภัยของหน่วยงาน จากแนวทางปฏิบัติที่วางไว้
2. เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของหน่วยงาน บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพในทีมผ่าตัด มีความตระหนักและให้ความร่วมมือตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน รวมถึงระบบการค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุผิดพลาด
3. ตัวแทนทีมผ่าตัดตัวชีรพยาบาล เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหลายเวที เนื่องจากเป็นหน่วยที่ประสบผลสำเร็จในการทำกระบวนการตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยทุกการผ่าตัด เช่น
 - 3.1 ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ในการประชุมวิชาการประจำปี 2555
 - 3.2 เวทีชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานความเสี่ยงสูง (COP OR) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ สถาน พยาบาล (สรพ.) เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2555
 - 3.3 HA national forum ครั้งที่ 14 สัมมนาในเวที Patient Safety (safe surgery) ร่วมกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ และราชวิทยาลัยสัณญูวิทยาแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2556 ที่เมืองทองธานี

การวิเคราะห์ผลลัพธ์

จากการรายงานอุบัติการณ์การทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง = 0 ราย ในปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 แสดงถึงผลลัพธ์จากการที่บุคลากรทุกคนในทีมผ่าตัดสหสาขาวิชาชีพ มีความตระหนักและใส่ใจในวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการพัฒนาระบบการค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้ครอบคลุมและปลอดภัยยิ่งขึ้น เช่น

1. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังตรวจสอบพบก่อนเกิดเหตุ (near miss) ในเรื่อง การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผ่าตัด และการระบุตำแหน่งผ่าตัดให้ถูกต้อง ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการป้องกันความเสี่ยงร่วมกัน

2. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งผ่าตัด (mark surgical site) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง ให้ดียิ่งขึ้น

แนวทางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด (Safe Surgery)

จากการทบทวนกิจกรรมคุณภาพ ของทีมผ่าตัดสหสาขาวิชาชีพ (RCA เมษายน พ.ศ. 2553)

1. กำหนดให้ทุกคนในทีมผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ ผู้ช่วยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลผ่าตัด และผู้เกี่ยวข้อง มีหน้าที่รับผิดชอบในการระบุตัวผู้ป่วย (patient's identification) ให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง

2. ศัลยแพทย์ต้อง set ผ่าตัดให้ถูกต้องทุกครั้ง ทั้งชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย/อายุ HN./โรค/หัตถการ/ตำแหน่งผ่าตัดที่อวัยวะ ชาย/ขวา ให้ชัดเจน

3. พยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ต้องตรวจสอบความถูกต้องของใบแจ้งรับผู้ป่วยก่อนไปรับผู้ป่วย ถ้าใบแจ้งรับไม่ระบุ ช่างชาย/ขวา ให้โทรศัพท์ถาม Ward ทุกครั้ง ก่อนมอบให้ เจ้าหน้าที่ศูนย์เปลไปรับผู้ป่วย

4. ขั้นตอนการรับผู้ป่วยมาตัดผ่าตัดศัลยกรรม

4.1 พยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ส่งใบรับผู้ป่วยที่ถูกต้อง ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล

4.2 เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล แจ้งการรับผู้ป่วยผ่าตัดกับพยาบาลหอผู้ป่วย โดยตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ-สกุล อายุ ป้ายข้อมือ และเวชระเบียน โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ยืนยัน พร้อมลงลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่รับผู้ป่วยในใบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัด

4.3 พยาบาลหอผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วย และอุปกรณ์ พร้อมส่งผู้ป่วย และมีการตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ-สกุล อายุ ป้ายข้อมือ เวชระเบียน หัตถการ ตำแหน่งของหัตถการโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ยืนยัน พร้อมลงลายมือชื่อของพยาบาลหอผู้ป่วยในใบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัด

4.4 พยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) รับผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ-สกุล อายุ ป้ายข้อมือ เวชระเบียน หัตถการ ตำแหน่งของหัตถการ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ยืนยัน รวมถึงตรวจสอบอุปกรณ์ที่ติดมากับผู้ป่วยและลงลายมือชื่อของพยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ในใบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัด

5. ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกจนถึงก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่น เช่น ห้องฟักฟื้น หออภิบาลผู้ป่วย และหอผู้ป่วย

5.1 พยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ประสานงานกับ scrub nurse ที่อยู่ในห้องทุกครั้งก่อนส่งผู้ป่วย เข้าห้องผ่าตัดส่งต่อข้อมูล และอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

5.2 ห้ามแพทย์นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดโดยพลการ

5.3 การทำ mark site

5.3.1 ศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด ต้องเป็นผู้นำ mark site ในตำแหน่งที่จะผ่าตัดให้ชัดเจนทุกครั้ง

5.3.2 ต้องทำ mark site ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว การทำ mark site จะต้องใช้การวินิจฉัยอย่างอื่นประกอบ เช่น film X-rays โดยจะนำมาจากหอผู้ป่วย หรือในห้องผ่าตัดก็ได้

****หากไม่มีการ mark site วิสัญญีแพทย์ จะไม่ดำเนินการทางวิสัญญีให้****

5.4 การทำ sign in ก่อนเริ่มกระบวนการทางวิสัญญี เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วย ร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลผ่าตัด ดังนี้

5.4.1 ศัลยแพทย์ชาวน ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ชื่อหัตถการ ตำแหน่ง/ข้าง ที่ทำหัตถการ ตรวจสอบ กายินยอมผ่าตัดโดยมีผู้ป่วยร่วมยืนยัน

5.4.2 ทีมผ่าตัด ร่วมกัน ตรวจสอบ mark site, การจัดทำ ดัดฟิล์ม รวมทั้ง imaging อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผ่าตัด

5.4.3 หากศัลยแพทย์ยืนยันที่จะทำผ่าตัดที่ไม่ตรงกับที่แจ้งมา ให้แก้ไขใบยินยอมผ่าตัดพร้อม ให้ผู้ป่วยเซ็นกำกับ พยาบาลห้องผ่าตัดประสานงานกับหอผู้ป่วยเพื่อแจ้งให้ญาติทราบหากผู้ป่วยไม่รู้ตัวต้องแจ้ง ให้ญาติมาเซ็นรับทราบแทน

5.4.4 ตรวจสอบความเสี่ยงในเรื่องการแพ้ยา และโอกาสการเสียเลือดมากกว่า 500 ซีซี ในผู้ใหญ่หรือมากกว่า 7 ซีซี / กิโลกรัมในผู้ป่วยเด็ก

5.4.5 ตรวจสอบความปลอดภัยในการระงับความรู้สึก การติด pulse oximeter และความเสี่ยงในการใส่ท่อทางเดินหายใจ

5.5 การทำ time out ก่อนลงมีดผ่าตัด

5.5.1 พยาบาลผ่าตัด

- ขานชื่อบุคลากรในทีมผ่าตัดทั้งหมด
- ขานชื่อผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่งหัตถการ (ข้าง)
- แจ้งความพร้อมของเครื่องมือ ผลการ sterile และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากเครื่องมือ
- ถามถึงการให้ prophylaxis antibiotic

5.5.2 วิสัญญีแพทย์/พยาบาล

- ร่วมตรวจสอบความถูกต้อง

- แจ้งให้ทีมรับทราบว่ามีปัญหา /โอกาสเกิดเหตุการณ์วิกฤติ/สิ่งที่ต้องพึงระวังในการผ่าตัด

- ให้ prophylaxis antibiotic ภายใน 60 นาที ก่อนลงมีด

5.5.3 ศัลยแพทย์

- ยังไม่ลงมีดผ่าตัดและตรวจสอบความถูกต้อง

- แจ้งให้ทีมรับทราบว่ามีปัญหา/โอกาสการเกิดเหตุการณ์วิกฤติ /สิ่งที่ต้องพึงระวังในการผ่าตัดอะไรบ้าง

5.6 เริ่มขั้นตอนการผ่าตัด เมื่อทำ time out เสร็จสิ้น

5.7 ขั้นตอนการ sign out เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

5.7.1 พยาบาลผ่าตัด ทบทวนกับทั้งทีม เรื่อง

- การนับเครื่องมือ/ของมีคม และผ้าซับโลหิต
- การเขียนฉลากสิ่งส่งตรวจหรือชิ้นเนื้อ/จำนวน/ชิ้น/ชื่อผู้ป่วย และลงบันทึก
- เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และ Recovery plan

5.7.2 วิสัญญีแพทย์/พยาบาล ทบทวนกับทั้งทีม เรื่องเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และ Recovery plan

5.7.3 ศัลยแพทย์ทบทวนกับทั้งทีม เรื่อง

- ชื่อหัตถการ (ICD9) ที่ทำทั้งหมด
- ชื่อ/ชนิด/จำนวนของสิ่งส่งตรวจทั้งหมด (ชิ้นเนื้อ/Culture/Gram Stain และอื่น ๆ)
- แผนการดูแลหลังผ่าตัด (Recovery plan)

6. ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย ไปยังหน่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

6.1 พยาบาลผ่าตัด ต้องตรวจสอบเอกสารแบบบันทึกทางการพยาบาลให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ก่อนส่งผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อยังหน่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

6.2 พยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยยังจุดส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อข้อมูลสำคัญ ในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น การสังเกตอาการตกเลือด ตำแหน่งแผลผ่าตัดสายท่อต่าง ๆ การ จัดทำนอนหลังผ่าตัด และอื่น ๆ

6.3 พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง รับทราบข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ-สกุล อายุ ป้ายข้อมือ เวชระเบียนฟิล์ม X-rays และลงลายมือชื่อชื่อในใบแจ้งรับส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัด และ

7. การปรับปรุงเอกสาร แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย

7.1 ใบแจ้งรับผู้ป่วย และแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

- รวบรวมให้เป็นใบเดียวกัน
 - เพิ่มช่อง ตำแหน่งหัตถการ (ซ้าย/ขวา) ในส่วนของพยาบาลหอผู้ป่วย (ผู้ส่งป่วยมาห้องผ่าตัด)
 - เพิ่มการเซ็นชื่อรับผู้ป่วยของพยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ตรวจสอบชื่อ-สกุล ป้ายข้อมือ เวชระเบียน หัตถการ ตำแหน่งหัตถการ และอื่น ๆ เช่น film
- 7.2 แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เพิ่มช่อง time out (เวลา/ผู้ตรวจสอบ)

แนวทางการปฏิบัติ เรื่องการป้องกันความผิดพลาดในการทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง

ขั้นตอนและมาตรการการป้องกัน

การเตรียมคน กำหนดเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบปฏิบัติ คือเจ้าหน้าที่เปลห้องผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำห้องรอผ่าตัด พยาบาลผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์และแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด เป็นผู้ตรวจสอบในแต่ละขั้นตอน

- แจ้งวิธีการตรวจสอบให้ผู้ปฏิบัติทุกคนรับทราบ

การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ ทำป้ายระบุตัวผู้ป่วย

- ตีฉลากติดสัญลักษณ์จัดทำป้ายลำดับผู้ป่วยแต่ละห้องผ่าตัด โดยพิมพ์จากตารางผ่าตัดในคอมพิวเตอร์สำหรับให้พยาบาลประจำห้องรอผ่าตัดเป็นผู้รับผิดชอบในการแขวนที่ปลายเตียงผู้ป่วยตามลำดับการผ่าตัดและห้อง เพื่อป้องกันนำผู้ป่วยผิดเตียงเข้าห้องผ่าตัด

การเตรียมข้อมูลข่าวสาร มีขั้นตอนการปฏิบัติในการตรวจสอบผู้ป่วยและติดประกาศไว้ในที่ทำงาน

- ผู้ป่วยผ่าตัดทุกรายต้องมีป้ายชื่อที่ข้อมือหรือป้ายระบุตัวผู้ป่วย ถ้าไม่มีต้องติดตาม
- มีการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในให้ตรงกับผู้ป่วย
- ใช้แบบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัด โดยพิมพ์จากคอมพิวเตอร์ที่มีตารางการเซตผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการรับผู้ป่วยผ่าตัด
- มีแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในการบันทึกการเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันความเสี่ยง และสามารถใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องได้

วิธีปฏิบัติงานที่รัดกุม

ตรวจสอบครั้งที่ 1 เจ้าหน้าที่เปลห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยถาม ให้ผู้ป่วยบอก ชื่อ-สกุล และตรวจสอบชื่อ-นามสกุล H.N., A.N. ให้ตรงกับแบบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัด และเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนนำผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย

ตรวจสอบครั้งที่ 2 พยาบาลประจำห้องผ่าตัดถาม ให้ผู้ป่วยบอกชื่อ-นามสกุล และตรวจสอบชื่อ-นามสกุล H.N., A.N. จากป้ายชื่อที่ข้อมือ และประเภทการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด จากแบบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัด เวชระเบียนผู้ป่วยและตารางทำผ่าตัด เมื่อถูกต้องแล้วให้เซ็นชื่อกำกับ แขนงป้ายระบุห้องที่ทำผ่าตัด/รายที่.... เพื่อป้องกันการนำผู้ป่วยเข้าผิดห้อง

ตรวจสอบครั้งที่ 3 พยาบาลห้องผ่าตัดสอบถามข้อมูลชื่อ/นามสกุล และตรวจสอบให้ข้อมูลถูกต้อง ตรงกับตารางการผ่าตัดก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้อง

*****กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/ฉุกเฉิน/ผู้ป่วยเด็กให้ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล H.N., A.N. ที่ป้ายข้อมือผู้ป่วยให้ตรงกับแบบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัดและเวชระเบียนผู้ป่วย*****

ประโยชน์ที่ได้รับจากการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ต่อผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบและสื่อสารให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อ และการสื่อสารที่จำเป็น

ต่อทีมบุคลากร เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) ของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพในทีมผ่าตัด มีความตระหนัก และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน รวมถึงระบบการค้นและเฝ้าระวังความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุผิดพลาด

ต่อโรงพยาบาล สร้างชื่อเสียงให้กับองค์กร ในด้านการบริการที่ปลอดภัย ไม่มีการฟ้องร้อง ข้อร้องเรียน

ปัญหา/อุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

1. ระยะแรก ทีมผ่าตัดไม่ให้ความสำคัญในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยใช้ในการผ่าตัด โดยเฉพาะระยะ Time out อาจเกิดจากความเร่งรีบ หรือไม่เคยชิน แต่ทีมพยาบาลได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ทำให้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการผ่าตัด

2. การเซ็นชื่อในแบบบันทึก ยังไม่ครอบคลุมทุกรายที่ผ่าตัด พยาบาลต้องคอยกระตุ้นเตือนให้ทีมเซ็นชื่อหลังจากการ Sign in, Time out และ Sign out

แนวทางการแก้ไขเพื่อช่วยให้สามารถใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยให้ได้ประโยชน์สูงสุด

1. Patient safety documents มีการพัฒนาแบบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัด และแบบตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด
2. Materials to assist with implementation มีการคิดค้นนวัตกรรม คือ ป้ายแสดง Time out และกระดานเตือน
3. สำรวจอัตราความสมบูรณ์แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย พบว่า มีความสมบูรณ์เพียงร้อยละ 70 จึงได้ดำเนินการโดย ขอความร่วมมือผู้ที่เกี่ยวข้อง อย่าลืมเซ็นชื่อในแบบบันทึก ทำใบเตือนติดไว้ที่โต๊ะเอกซเรย์ หัวหน้าห้องผ่าตัด แต่ละห้องรับผิดชอบความสมบูรณ์ของเอกสาร

แนวทางการปรับปรุงแก้ไขแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

สร้างระบบตรวจสอบ กระบวนการผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่เหมาะสมกับการใช้งาน เพื่อป้องกันและแก้ไขก่อนเกิดเหตุการณ์ (near miss) เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหลายเวที เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จในการทำตามกระบวนการในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยทุกการผ่าตัด และเพื่อนำสิ่งที่ได้มาพัฒนาแบบตรวจสอบหน่วยงาน

ภาคผนวก จ

ภาพการประชุม



ภาพที่ 1 ชี้แจงโครงการวิจัยและบรรยายความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัยไปใช้

ภาพที่ 2 บรรยายบทบาทหัตถ์แพทย์ในการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัย



ภาพที่ 3 บรรยายบทบาททวิสัญญีในการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัย

ภาพที่ 4 บรรยายบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ้าตัดปลอดภัย



ภาพที่ 5 ผู้เข้าร่วมประชุมโครงการวิจัยครั้งที่ 1



ภาพที่ 6 การทำสนทนากลุ่ม: กลุ่มที่ 1



ภาพที่ 7 การทำสนทนากลุ่ม: กลุ่มที่ 2



ภาพที่ 8 การทำสนทนากลุ่ม: กลุ่มที่ 3



ภาพที่ 9 ผู้เข้าร่วมประชุมโครงการวิจัยครั้งที่ 2



ภาพที่ 10 นำเสนอผลการวิจัยและคืนข้อมูล



ภาพที่ 11 อภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน



ภาพที่ 12 อภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.นพ.วรวิธ ลาภพิเศษพันธุ์ สังกัด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ผศ.พญ.วิมล ศิริมหาราช สังกัด ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. อ.พญ.จิราภรณ์ โกธานา สังกัด ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. นางสาวนราพร พุทธวงศ์ พยาบาลชำนาญการพิเศษ
งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. นางรัตนา พอพิน พยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ประสานงานจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. ดร.จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. คุณเพชรศรี เจริญสมบัติอมร | คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 3. คุณนवल จงเปรมกิจไพศาล | โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 4. คุณนราพร พุทธวงศ์ | โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. คุณเสาวลักษณ์ รัตนพงษ์ | โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 6. คุณวิลาวัลย์ จอมทอง | โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 7. คุณปรียาภรณ์ บุรณากาญจน์ | ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 8. พันตำรวจเอกหญิงอารยา พงษ์พานิช | โรงพยาบาลตำรวจ |
| 9. คุณรุ่งนภา พูนชินภัทร | โรงพยาบาลทหารผ่านศึก |
| 10. คุณศรีนวล องค์ประเสริฐ | โรงพยาบาลราชวิถี |
| 11. คุณปารณีย์ รัตนภาสุร | สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| 12. คุณฐิตาภรณ์ ปานชลธิ | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 13. คุณมาลัย อวยพร | โรงพยาบาลพระปกเกล้า |
| 14. นาวาโทเสรี สุขเรือน | โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 15. เรือเอกวิชัย แก้วสีมมา | โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 16. นาวาตรีหญิงหญิง หุยา โสตาภักดิ์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ |
| 17. เรือโทหญิงพิมพ์วรรณ โพธิรัตน์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ |
| 18. พว.ดร.สมพร เจษฎาญาณเมธา | โรงพยาบาลพุทธชินราช |
| 19. พว.เอกพงษ์ คงเมืองคำ | โรงพยาบาลพุทธชินราช |

20. คุณพริยา วรากกลาง	โรงพยาบาลสระบุรี
21. คุณทัศนีย์ ไทยแท้	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
22. คุณเอื้องสุดา พงษ์วิเชียร	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
23. คุณสุภาพ ลิ่มเจริญ	โรงพยาบาลนครปฐม
24. คุณพิรพงษ์ ตั้งจิตเจริญ	โรงพยาบาลปทุมธานี
25. คุณกันยารัตน์ เกรียงยงค์	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
26. คุณราณี อรรณพานุรักษ์	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
27. คุณวิไลภรณ์ ฉัตรไตรรัตน์	โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
28. คุณอรชนก บุรณะศรีศักดิ์	โรงพยาบาลพุทธโสธร
30. คุณจริยา พงษ์เพชร	โรงพยาบาลอุทัยธานี
31. คุณชินสมน โพธิ์ฤกษ์	โรงพยาบาลอุทัยธานี
32. คุณวิภาดา ศุภสุวรรณกุล	โรงพยาบาลลำปาง
33. คุณวัชรภรณ์ ชัชรรัตน์	โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์
34. คุณสุวรรณา ทรัพย์สิน	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
35. ร้อยตำรวจตรีหญิงนลินี ยงยุทธวิชัย	โรงพยาบาลกำแพงเพชร
36. คุณมัลลิกา จำนงค์ทรง	โรงพยาบาลพะเยา
37. คุณพิชามญช์ อินแสน	โรงพยาบาลแพร่
38. คุณศิริพร อุปจักร	โรงพยาบาลน่าน
39. คุณปิยาภรณ์ แหวะสอน	โรงพยาบาลขอนแก่น
40. คุณพัชรินทร์ เกตษา	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
41. คุณวรดา จันทะพันธ์	โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี
42. คุณจิรวรรณ ชาประดิษฐ์	โรงพยาบาลสุรินทร์
43. คุณสุภาภรณ์ ยอดขลุ่ด	โรงพยาบาลชัยภูมิ
44. คุณสุภาดา สุวรรณพันธ์	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
45. คุณรัตน์ศา คณะแพง	โรงพยาบาลเลย
46. คุณนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
47. คุณนิภา ใจสมาคม	โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์
48. คุณยุวดี วงศ์ธีรฤทธิ์	โรงพยาบาลยะลา
49. คุณคิตชนก อนุชาญ	โรงพยาบาลหาดใหญ่
50. คุณสุนันท์ จีระธัญญาสกุล	โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

51. คุณลักขณา ผิวเหลือง	โรงพยาบาลสตูล
52. คุณสุชานันท์ บำรุงวงศ์	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
53. คุณปรีฉัตร ชีระเดชชาติ	โรงพยาบาลเซนหลุยส์
54. คุณณัฐกัญญา ปิ่นแก้ว	โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา
55. คุณอรัญญา กลีบอุบล	โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา
56. คุณรัตนา พอพิณ	โรงพยาบาลแมคคอร์มิค
57. คุณมานิดา แก้วมณีวรรณ	โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม
58. คุณณัฐกานต์ อมรไพโรจน์	โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต
59. คุณมนัสนันท์ ศรีนาคา	โรงพยาบาลกรุงเทพหัวหิน
60. คุณเสาวรัตน์ เฮงวัฒนา	โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่
61. คุณสกุลนารี เวทยะเวทิน	โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท
62. คุณศิริพร ชูสาย	โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์
63. คุณสายพิณธ์ สุรภาพ	โรงพยาบาลกรุงเทพระยอง
64. คุณวารุณี ประเสริฐศักดิ์	โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี
65. คุณยุพิน คุณธรรม	โรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน
66. คุณชญานิศา โสมขันเงิน	โรงพยาบาลไทศรีราชา

ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ-สกุล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นางเยาว์ เกษตร์ภิบาล
ตำแหน่ง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
การศึกษา	วทบ. (พยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พยม. (พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รางวัลผลการเรียนดียอดเยี่ยมตลอดหลักสูตร 4.00 ปรด. (ระบาดวิทยา) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ที่ปรึกษา	ที่ปรึกษาชั่วคราวขององค์การอนามัยโลก ปี 2550-2552 (WHO Temporary Adviser in Prevention Infection for the Global Patient Safety Challenge "Safe Surgery, Saves Lives")
ตำแหน่งอื่นๆ	ประธานฝ่ายวิชาการ สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ปี 2553-2555 ประธานเขต 4 (ภาคเหนือ) สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ปี 2556-2557 อนุกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อแห่งชาติ ปี 2554-ปัจจุบัน

การประชุม อบรมนานาชาติ ศึกษาดูงานต่างประเทศ

ปี พ.ศ.	การประชุม อบรมนานาชาติ ศึกษาดูงานต่างประเทศ
2539	อบรมนานาชาติ Problem Solving for Better Health, China Medical Board US and Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand
2540	ศึกษาดูงาน Harborview Hospital, Children Hospital in Seattle, Washington, US (Epidemiology Unit and Infection Control Unit)
2544	ประชุมนานาชาติ Improving Life through Health Promotion: Nurses Making a Difference
2547	ประชุมนานาชาติ Health Promotion, Evidence, Practice and Policy

- 2548 อบรมนานาชาติ The Erasmus Summer Programme, Rotterdam, The Netherlands: Conceptual Foundation of Epidemiologic Study Design, Modelling Infectious Diseases, Cohort Studies, Case-control Studies, and Survival Analysis
- 2548 ศึกษาดูงาน The Prevention of Nosocomial Infections through Surveillance (PREZIES) Network, Bilthoven, The Netherlands
- 2548 ศึกษาดูงาน The German Nosocomial Infection Surveillance System (KISS), Berlin, Germany
- 2548 ศึกษาดูงาน The Statens Serum Institut (SSI), Copenhagen, Denmark
- 2548 ศึกษาดูงาน Nursing School และ Skejby Hospital, Aarhus, Denmark
- 2548 ศึกษาดูงาน Aalborg Hospital, Aalborg, Denmark
- 2548 ศึกษาระบาดวิทยากับอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม Prof. Dr. Henrik Toft Sorensen, Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark
- 2550 อบรมนานาชาติ Prevention of Mother to Child HIV Transmission (PMTCT), Thailand International Development Cooperation Agency (TICA), the United Nations Children’s Fund (UNICEF) Thailand, and Thai Red Cross AIDS Research Centre.
- 2550 ประชุมร่วมกับองค์การอนามัยโลก เรื่อง “Safe Surgery, Save Lives” ครั้งที่ 1 London, UK
- 2550 ประชุมร่วมกับองค์การอนามัยโลก เรื่อง “Safe Surgery, Save Lives” ครั้งที่ 2 Geneva, Switzerland
- 2551 ประชุมร่วมกับองค์การอนามัยโลก เรื่อง “Safe Surgery, Save Lives” ครั้งที่ 3 Geneva, Switzerland
- 2551 ประชุมนานาชาติ New Frontiers in Primary Health Care: Role of Nursing and Other Professions, Chiang Mai, Thailand
- 2552 ประชุมนานาชาติ The Society for Healthcare Epidemiology of America, San Diego, California, US
- 2553 อบรม Achieving and Sustaining Infection-Free Care: Safety in Surgical Services. Trainer’s Course a JCI Programme, Bangkok, Thailand

2553 อบรม the SHEA-CDC Training Course in Healthcare Epidemiology, St.
Louis, US

2555 ประชุมนานาชาติ ID week, San Diego, California, US

รางวัลที่ได้รับระดับนานาชาติ

2552 The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) International
Ambassador Program

ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 1

ชื่อ-สกุล	รองศาสตราจารย์ นพ. ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์
ตำแหน่ง	รองศาสตราจารย์
สถานที่ทำงาน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
การศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล M.Med.Sc (Clinical Epidemiology) จาก University of Newcastle ประเทศออสเตรเลีย วุฒิปัตรสสาขาสัญญะวิทยา จากแพทยสภา
ตำแหน่งทางบริหาร	หัวหน้าภาควิชาสัญญะวิทยา ปี 2552 – ปัจจุบัน
ตำแหน่งอื่น ๆ	กรรมการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กรรมการส่งเสริมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประธานกรรมการบริหารหลักสูตรประกาศนียบัตรชั้นสูงทางสัญญะวิทยา คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเดินทางไปศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ในต่างประเทศ

2533-2535	ศึกษาชั้นปริญญาโท สาขาระบาดวิทยาคลินิก ณ University of Newcastle ประเทศออสเตรเลีย ด้วยทุนกองทุนพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2527-2528	ฝึกอบรมสาขาสัญญะวิทยา ณ St. Vincent's Hospital ประเทศออสเตรเลีย ด้วย ทุนกองทุนพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส่วนส่งเสริมการศึกษา ต่อต่างประเทศ
2526	ฝึกอบรมสาขาสัญญะวิทยาสูติกรรมและการดูแลผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด ณ KKH ประเทศสิงคโปร์ ด้วยทุนโคลัมโบ

การเป็นสมาชิก หรือดำรงตำแหน่งกรรมการชมรม สโมสร สมาคมอื่น ๆ

สมาชิกราชวิทยาลัยสัญญะแพทย์แห่งประเทศไทย
สมาชิกแพทยสภา
สมาชิกแพทยสมาคม
อนุกรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อวุฒิปัตรสสาขาสัญญะวิทยา แพทยสภา

อนุกรรมการฝึกอบรมอนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับประสาทศัลยศาสตร์ แพทยสภา
กองบรรณาธิการวิสัญญีสาร
กองบรรณาธิการวารสารศัลยกรรม

ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 2

ชื่อ-สกุล	รองศาสตราจารย์ จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ
ตำแหน่ง	รองศาสตราจารย์
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
การศึกษา	
2517	อนุปริญญา (พยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2523	วทบ. (พยาบาลสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2529	วท.ม. (วิทยาการระบาด) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ประกาศนียบัตร

4 September 1998 - 6 January 1999

Infection Control Nursing at University of Virginia, USA

Scholarship from China Medical Board of New York

ประวัติการทำงาน

2517-2533	พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยไอซียูอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2533-2537	พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลศิริราช
2537-ปัจจุบัน	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 3

ชื่อ-สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. นเรนทร์ โชติรสนิรมิต

ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

สถานที่ทำงาน ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การศึกษา

2530-2536 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประวัติการศึกษาหลังปริญญา

2536-2540 ฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญสาขาศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2541 ศึกษาทุนเพื่อประกาศนียบัตร โรคทางเดินอาหาร (gastroenterology) ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอินน์ซบรุค เมืองอินน์ซบรุค ประเทศออสเตรีย

วุฒิการศึกษาและประกาศนียบัตร

2536 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2540 วุฒิบัตรผู้มีความชำนาญสาขาศัลยศาสตร์ จากแพทยสภา

2541 ประกาศนียบัตรโรคทางเดินอาหาร (Gastroenterology) ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอินน์ซบรุค เมืองอินน์ซบรุค ประเทศออสเตรีย

2546 ประกาศนียบัตรการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support) (ATLS) ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

2546 ประกาศนียบัตร ผู้สอน หลักสูตรการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support) (ATLS) ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

2547 ประกาศนียบัตร ผู้สอน หลักสูตรการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support) (ATLS) ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ แห่งประเทศ ออสเตรเลีย

2548 วุฒิบัตรผู้มีความชำนาญสาขา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทยสภา

2548 ประกาศนียบัตรหลักสูตรการผ่าตัดในผู้บาดเจ็บ (Definitive Surgical Trauma Care) (DSTC) ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศออสเตรเลีย และสมาคมแพทย์อุบัติเหตุและเวชบำบัดวิกฤตินานาชาติ (International Association of Trauma Surgery and Intensive Care) (IATSIC)

- 2550 ประกาศนียบัตร หลักสูตรการบริหารจัดการโรงพยาบาลในอุบัติภัย
กลุ่มชน Diplomatic Security Service, Antiterrorism assistant program,
ประเทศสหรัฐอเมริกา
- 2550 ประกาศนียบัตรการจัดการในสถานการณ์สาธารณภัย ขั้นพื้นฐาน (Basic
Disaster Life Support) (BDLS) สมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา
(American Medical Association)
- 2550 ประกาศนียบัตรการจัดการในสถานการณ์สาธารณภัยขั้นสูง (Advanced
Disaster Life Support) (ADLS) จากสมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา
(American Medical Association)
- 2551 วุฒิบัตรผู้มีความชำนาญสาขาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ แพทย์สภา
- 2552 ประกาศนียบัตร National Public Health and Emergency Management
in Asia and Pacific (PHEMAP) Course coordinator จาก Asian Disaster
Preparedness Center (ADPC)
- 2552 ประกาศนียบัตร ผู้สอน หลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advanced
Cardiovascular Life Support) (ACLS) สมาคมแพทย์โรคหัวใจ
แห่งประเทศไทย

ตำแหน่ง และงานที่ได้รับมอบหมาย

- 2541-2546 อาจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 2546-ปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 2547-ปัจจุบัน เลขานุการคณะกรรมการศูนย์อุบัติเหตุโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
จังหวัดเชียงใหม่
- 2548-ปัจจุบัน หัวหน้าหน่วยศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ และเวชบำบัดวิกฤติ
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 2549-2553 ผู้ช่วยคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 2553-ปัจจุบัน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
- 2548-ปัจจุบัน กรรมการบริหารสมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย
- 2547-ปัจจุบัน ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมหลักสูตร การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced
Trauma Life Support) (ATLS) ภาคเหนือ

- 2547-ปัจจุบัน อนุกรรมการการฝึกอบรม การดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support) (ATLS) ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- 2549-ปัจจุบัน อนุกรรมการ หลักสูตรการผ่าตัดในผู้บาดเจ็บ (Definitive Surgical Trauma Care) (DSTC) ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- 2552-ปัจจุบัน กรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อวุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญ ด้านศัลยศาสตร์ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- 2552-ปัจจุบัน อนุกรรมการพัฒนางานอุบัติเหตุ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

สมาชิกสมาคม ชมรม วิชาชีพ

1. แพทยสภา The Thai Medical Council
2. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
3. สมาคมแพทย์ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
4. สมาคมศัลยแพทย์ และแพทย์ทางเดินอาหารนานาชาติ (International Association of Surgeons and Gastroenterologists)
5. ชมรมแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักแห่งประเทศไทย
6. ชมรมศัลยแพทย์ ตับ ตับอ่อน ทางเดินน้ำดีแห่งประเทศไทย
7. สมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย

ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 4

ชื่อ-สกุล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมใจ ศิริกรมล
ตำแหน่ง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
การศึกษา	
2530	วทบ. (พยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2540	พยม. (การบริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2549	ปรด. (พยาบาลศาสตร์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รางวัลผลการเรียน ดียอดเยี่ยมตลอดหลักสูตร 4.00
ประวัติการทำงาน	
2530-2544	พยาบาลประจำการ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2544-ปัจจุบัน	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 5

ชื่อ-สกุล	นางปาริชาติ ภัควิภาส
ตำแหน่ง	พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8
สถานที่ทำงาน	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการศึกษา	
2519	อนุปริญญา การพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2527	ปริญญาตรี การพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2543	ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	
2520-2539	พยาบาลประจำการ งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2540	หัวหน้าหน่วยผ่าตัด 5 งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2549	ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2550-ปัจจุบัน	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สิงหาคม 2553-ปัจจุบัน	ประธานเขต 4 (ภาคเหนือ) สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย