



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



สำนักงานคณะกรรมการ
วิจัยแห่งชาติ (วช.)



สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข (สวรส.)

โครงการวิจัย
การพัฒนาคุณภาพและ
ความปลอดภัยของผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาล
ของรัฐและเอกชน
ในประเทศไทย

ถอดบทเรียน

การนำแบบตรวจสอบรายการ
ผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในประเทศไทย



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กุมภาพันธ์ 2558



ถอดบทเรียน



การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัยมาใช้ในประเทศไทย

โครงการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
ในประเทศไทย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตรภิบาล
รองศาสตราจารย์ นพ.ยอดยิ่ง ปัญญสวัสดิ์วงศ์
รองศาสตราจารย์จิตตาภรณ์ จิตธิ์เชื้อ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิตร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมใจ ศิระกมล
นางปาริชาติ ภักวิภาส

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กุมภาพันธ์ 2558

ได้รับการสนับสนุนจาก
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย
มาใช้ในประเทศไทย





คำนำ

การถอดบทเรียน เรื่อง การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในประเทศไทย เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งในการจัดการความรู้ เป็นการค้นหาความรู้จากการปฏิบัติ เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ได้รับการปฏิบัติ และนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น

การถอดบทเรียนครั้งนี้ได้มาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติ ซึ่งมีประสบการณ์การปฏิบัติโดยตรง โดยมีทั้งการปฏิบัติที่ดีแล้ว และการปฏิบัติที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ รวมถึงแนวทางการแก้ไข

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิทิตกุล ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ขอขอบคุณผู้ประสานงานและตัวแทนจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำหนังสือถอดบทเรียนครั้งนี้ ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและการจัดทำหนังสือถอดบทเรียนนี้

คณะผู้วิจัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือถอดบทเรียนนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติงาน และผู้สนใจ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดในที่สุด

คณะผู้วิจัย
กุมภาพันธ์ 2558





สารบัญ

หน้า

คำนำ.....	ก
สารบัญ.....	๒
บทนำ.....	1
วัตถุประสงค์	3
ขอบเขต	4
แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยคืออะไร.....	4
ทำไมต้องนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัยมาใช้.....	5
ผู้เกี่ยวข้องในการนำแบบตรวจสอบรายการ ผ่าตัดปลอดภัยมาใช้มีใครบ้าง	5
แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ประกอบด้วยอะไรบ้าง.....	7
การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ควรเริ่มต้นอย่างไร.....	10
แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ควรเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ.....	12
แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ดัดแปลงได้หรือไม่.....	13





สารบัญ

หน้า

ใครควรเป็นผู้ชันและลงบันทึกในแบบตรวจสอบ	
รายการผ่าตัดคลอดภัย.....	15
ถ้าผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติต้องเตรียมการอะไรบ้าง.....	15
ควรนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการทำแบบตรวจสอบ	
รายการผ่าตัดคลอดภัย หรือไม่ อย่างไร	19
ปัญหาที่พบบ่อยมีอะไรบ้าง.....	21
กลยุทธ์และแนวทางการแก้ไขมีอะไรบ้าง.....	25
บทสรุป.....	33
บรรณานุกรม.....	34
ภาคผนวก ก	
ตัวอย่างปัญหาที่พบจากการนำแบบ	
ตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัยมาใช้	
และแนวทางการแก้ไข และการพัฒนา	
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด.....	36
ภาคผนวก ข	
ตัวอย่างโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ	
ในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด	
คลอดภัยมาใช้ และการพัฒนาคุณภาพ	
การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด.....	43





สารบัญ

หน้า

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	
ที่ได้รับการผ่าตัด: บทเรียนจากอุบัติเหตุการ	
การผ่าตัดผิดข้าง.....	47
รายนามผู้ประสานงานจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วม	
โครงการวิจัย.....	64
การติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม.....	68





ถอดบทเรียน

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในประเทศไทย

บทนำ

เมื่อปี พ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศไว้ใน WHO's Second Global Patient Safety Challenge ภายใต้โครงการ Safe Surgery, Saves Lives ให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (WHO Surgical Safety Checklist) ไปใช้ในห้องผ่าตัดทุกแห่งทั่วโลก เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมผ่าตัด อันจะส่งผลให้ช่วยลดอัตราตาย และลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือ ผิดชนิดการผ่าตัด การมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายผู้ป่วย การติดเชื้อมากเกินไป และความปลอดภัยเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ เป็นต้น

โรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทย ทั้งโรงพยาบาลรัฐบาล และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาใช้





จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น พบว่า การนำแบบ
ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภยันมาใช้ในประเทศไทยนั้น มีความ
หลากหลาย ขึ้นกับนโยบายและความพร้อมของโรงพยาบาล เช่น
โรงพยาบาลบางแห่งใช้ฉบับภาษาอังกฤษ บางแห่งใช้ฉบับภาษาไทย
บางแห่งไม่มีการดัดแปลงเนื้อหา แต่บางแห่งมีการดัดแปลงเนื้อหา
บางแห่งทำได้ครอบคลุมผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทุกราย ในขณะที่
บางแห่งนำมาใช้กับผู้ป่วยได้น้อยกว่าร้อยละ 50 หรือบางแห่ง ยัง
ไม่มีการนำมาใช้ เป็นต้น

ประเด็นสำคัญที่พบ คือ *“โรงพยาบาลทุกแห่งที่นำแบบ
ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภยันมาใช้อย่างถูกต้อง จะช่วยลด
อัตราตาย และลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ลงได้”*

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภยันไปใช้ใน
ระยะแรกอาจประสบปัญหาอยู่บ้าง ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้น
ได้ในการเริ่มต้นการดำเนินงานทุกอย่าง โดยปัญหาที่พบอาจมาก
บ้างน้อยบ้าง แตกต่างกันไปตามบริบทของโรงพยาบาล แต่สิ่ง
สำคัญที่พึงระลึกไว้เสมอ คือ *“ปัญหาทุกปัญหามีทางแก้ไข และเรา
มีเครือข่ายและผู้รู้ที่ยินดีให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา”*

ดังนั้น การถอดบทเรียน เรื่อง การนำแบบตรวจสอบ
รายการผ่าตัดปลอดภยันมาใช้ในประเทศไทย ซึ่งได้มาจากการทำ
การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปรายกลุ่ม และ





การตอบแบบสอบถาม ของบุคลากรทีมผ่าตัด จึงมีความสำคัญ เพราะจะช่วยให้โรงพยาบาลต่าง ๆ มีความรู้ความเข้าใจว่า หากจะนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ควรจะเริ่มต้นอย่างไร และควรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้การนำไปใช้ประสบความสำเร็จ หรือเกิดปัญหาน้อยที่สุด ในกรณีที่ยังไม่มีการนำไปใช้ ส่วนโรงพยาบาลที่ได้นำมาใช้แล้ว จะช่วยให้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้มีความราบรื่น และประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดได้รับความปลอดภัยในที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน มีแนวทางการดำเนินงานในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้
2. เพื่อให้การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ในประเทศไทยประสบความสำเร็จ
3. เพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และอัตราการตาย จากการผ่าตัด





ขอบเขต

การถอดบทเรียนนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับ บุคลากรทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญี พยาบาลห้องผ่าตัด และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของ โรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทย ทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและ โรงพยาบาลเอกชน รวมถึงเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหาร โรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยคืออะไร ?

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารระหว่าง บุคลากรทีมผ่าตัด ช่วยทบทวนความพร้อมในประเด็นสำคัญก่อน เริ่มกระบวนการผ่าตัด และช่วยให้บุคลากรเกิดความตระหนักถึง บทบาทของตนเองว่าตนเองอยู่ในส่วนไหนของทีมผ่าตัด มีหน้าที่ รับผิดชอบอะไร เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจาก การผ่าตัด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดได้รับความ ปลอดภัย





ทำไมต้องนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ?

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ จะช่วยลดอัตราตายและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือผิดชนิดการผ่าตัด การมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายผู้ป่วย การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมผ่าตัด และที่สำคัญเป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

ผู้เกี่ยวข้องในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ มีใครบ้าง ?

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ มีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย โดยในระดับประเทศพบว่า เมื่อปี พ.ศ. 2551 ทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้มีความพยายามที่จะให้สถานพยาบาลที่มีการผ่าตัด ปฏิบัติตามที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศไว้ใน WHO's Second Global Patient Safety Challenge ภายใต้โครงการ Safe Surgery, Saves Lives โดยทาง สพร. ได้กำหนดเรื่องดังกล่าวไว้ใน Patient Safety Goals: SIMPLE และมีการดำเนินงาน





เรื่อยมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่ง วันที่ 14 มีนาคม 2555 ได้มีการลงนามในปฏิญญาว่าด้วย “การรณรงค์ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด” โดยองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ซึ่งการลงนามในปฏิญญาดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อรณรงค์ให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในห้องผ่าตัดทุกแห่งในประเทศไทย

นอกจากนี้ทางราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมกำกับ ดูแลมาตรฐานการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ศัลยแพทย์สาขาต่าง ๆ ได้ขอความร่วมมือและกำหนดเป็นนโยบายไปยังสถาบันฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยแพทย์ทุกสาขา ให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ เพื่อให้การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีมาตรฐาน มีการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่แพทย์ฝึกหัด นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาลและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง และเป็นการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยตั้งแต่เป็นนักศึกษา





สำหรับระดับโรงพยาบาล ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เริ่มตั้งแต่ผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ต้องมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและสามารถนำลงสู่การปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการห้องผ่าตัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง บุคลากรทีมผ่าตัด (ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด) ทีมดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งบุคคลสำคัญที่ขาดไม่ได้คือ ผู้ป่วยและญาติ

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยประกอบด้วยอะไรบ้าง ?

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ก่อนที่จะลงมือ (time out) และ ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ซึ่งในแต่ละระยะ ทีมผ่าตัดจะต้องปฏิบัติตามภารกิจให้เสร็จสิ้นก่อน จึงจะเริ่มปฏิบัติภารกิจในระยะต่อไปได้ การตรวจสอบความปลอดภัยมีดังนี้

1. ก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ทีมผ่าตัดทำร่วมกัน โดยอย่างน้อยต้องมี พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญี ประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้





- 1.1 การยืนยันความถูกต้องของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย
ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด
- 1.2 การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด
- 1.3 การตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยา
ที่ใช้ในการระงับความรู้สึก
- 1.4 การตรวจสอบว่ามี pulse oximeter ติดให้
ผู้ป่วยและใช้งานได้
- 1.5 การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา
- 1.6 การตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ
ลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำลักขณะใส่ท่อช่วยหายใจ
- 1.7 การตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือดมากกว่า
500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก กรณีที่
มีความเสี่ยงมีการเตรียมพร้อมหลอดเลือดดำ 2 ตำแหน่งหรือ
หลอดเลือดดำส่วนกลาง และเตรียมสารน้ำที่จะให้ทดแทน

2. ก่อนที่จะลงมิด (time out) ทีมผ่าตัดทำร่วมกัน ทั้ง
พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญี และศัลยแพทย์ ประกอบด้วยหัวข้อ
ต่าง ๆ ดังนี้

- 2.1 สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อ และ
บทบาทของตนเอง
- 2.2 ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล กล่าวยืนยัน
ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด





2.3 การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน
60 นาที ก่อนลงมือ

2.4 ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญหรือ
ขั้นตอนที่อาจเกิดโดยไม่คาดคิด คาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และ
การสูญเสียเลือด

2.5 វិស័យត្រួតពិនិត្យបញ្ហាដែលត្រូវរំលឹកដល់អ្នកជំនាញ
เฉพาะราย

2.6 พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจาก
เชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือ
ผ่าตัด และอื่น ๆ

2.7 การติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด

3. ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ทีมผ่าตัด
ทำร่วมกัน ทั้งพยาบาลห้องผ่าตัด វិស័យ และศัลยแพทย์ (ข้อ
3.1-3.4 พยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวยืนยันให้ทีมผ่าตัดได้ยิน)
ประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการ
ผ่าตัดถูกต้อง

3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และ
เข็มเย็บ ครบถ้วน

3.3 การเขียนป้ายส่งส่งตรวจถูกต้อง (อ่านการเขียน
ป้ายส่งส่งตรวจรวมถึงชื่อผู้ป่วย โดยเปล่งเสียงดัง)





3.4 ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ถ้ามีให้ระบุปัญหาที่พบ

3.5 ศัลยแพทย์ วิศวกร และพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องฟักฟีนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยควรเริ่มต้นอย่างไร?

การเริ่มต้นในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ มีได้ 2 ลักษณะ คือ การดำเนินการจากบนลงล่าง หรือจากล่างขึ้นบน ขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล

การดำเนินการจากบนลงล่าง เริ่มจากผู้บริหารกำหนดนโยบายลงมาให้ ต้องมีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานหรือมอบหมายให้คณะกรรมการห้องผ่าตัดนำมาดำเนินการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นคณะทำงานประชุมหารือผู้ที่เกี่ยวข้องหาข้อตกลงร่วมกัน แล้วนำลงสู่การปฏิบัติ มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะ





การดำเนินการจากล่างขึ้นบน เริ่มจากผู้ปฏิบัติ คือ ทีม
ผ่าตัดเกิดความตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำ
แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ และอยากนำมาใช้
เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดปลอดภัย จึงจัดให้มีการประชุม
หาหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง หาข้อตกลงร่วมกัน แล้วนำเสนอผู้บริหาร เมื่อ
ผู้บริหารให้ความเห็นชอบแล้วจึงนำลงสู่การปฏิบัติ มีการติดตาม
ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะ เช่นเดียวกัน

สิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการก่อนนำแบบตรวจสอบรายการ
ผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ คือ การชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์
ขั้นตอนการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และ
ผู้รับผิดชอบ หลังจากนั้น จัดการอบรมให้แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันทั้งเนื้อหา การปฏิบัติ และการลง
บันทึก

รูปแบบการจัดอบรมที่ใช้ อาจเป็นการบรรยาย การ
อบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดเป็นฐานการเรียนรู้ และการแสดง
บทบาทสมมติ เป็นต้น รูปแบบการจัดอบรมที่ประสบความสำเร็จ
และสนุกสนานคือ การจัดเป็นฐานการเรียนรู้ โดยวิทยากรประจำ
ฐานควรเป็นบุคคลที่ทีมผ่าตัดให้การยอมรับ และหากเป็นไปได้ควร
ใช้วิทยากรวิชาชีพเดียวกับผู้เข้ารับการอบรม เช่น การอบรม
ศัลยแพทย์ วิทยากรควรเป็นศัลยแพทย์ การอบรมวิสัญญีแพทย์/
วิสัญญีพยาบาล วิทยากรควรเป็นวิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล





และการอบรมพยาบาลห้องผ่าตัด วิทยาการควรเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นต้น หากจัดอบรมโดยใช้รูปแบบอื่น ควรใช้วิทยาการผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการยอมรับจากภายนอกสถาบัน

บุคลากรใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดทุกคน ควรได้รับการอบรมก่อนเริ่มปฏิบัติงาน และบุคลากรทุกคนควรได้รับการอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ให้มีความทันสมัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

เมื่อมีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้แล้ว ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหาอย่าลืมนำให้พยายามค้นหาแนวทางการแก้ไข บางครั้งอาจต้องใช้เวลาและต้องใช้ตัวช่วยที่เหมาะสม จะทำให้ผ่านพ้นปัญหาไปได้

การปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยจะเกิดความยั่งยืนและมีประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง นั้นบุคลากรต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนเองอย่างแท้จริง

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยควรเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ?

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อสรุปว่า แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ที่นำมาใช้ในประเทศไทย ควรเป็นภาษาไทย





เนื่องจากบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการชันบางส่วน ยังขาดทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษ แต่สำหรับโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและบุคลากรมีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษได้ดี อาจใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย เป็นภาษาอังกฤษได้

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยดัดแปลงได้หรือไม่?

องค์การอนามัยโลก ได้เขียนไว้อย่างชัดเจนว่า โรงพยาบาลสามารถดัดแปลงแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยได้ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ให้ง่ายต่อการนำไปใช้ และสะดวกในการนำไปปฏิบัติได้จริง แต่สิ่งสำคัญคือ ควรมีเนื้อหาครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย เป็นอย่างน้อย

การวิจัยครั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหา แต่มีการเพิ่มเติมบางประเด็นที่เห็นว่ามีสำคัญเข้าไป เช่น ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย เลขที่โรงพยาบาล ประเภทการผ่าตัด หมายเลขห้องผ่าตัด วัน-เวลาที่เริ่มการให้ระงับความรู้สึก เวลาเริ่มผ่าตัด เวลาผ่าตัดเสร็จ และระดับความร่วมมือของทีม เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าโรงพยาบาลบางแห่ง จะมีการชันเพศเด็ก ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากเคยพบข้อผิดพลาดในการระบุเพศเด็กไม่ถูกต้อง และยังพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีการแบ่ง





ให้เห็นชัดเจนว่าในแต่ละระยะของการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย บุคลากรแต่ละคนในทีมผ่าตัดมีบทบาทรับผิดชอบอะไรบ้าง เช่น ศัลยแพทย์ทำอะไร วิสัญญีทำอะไร พยาบาลช่วยทั่วไปทำอะไร และพยาบาลส่งเครื่องมือทำอะไร

การวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการระบุชื่อศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ร่วมกันปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไว้เป็นหลักฐาน ในส่วนท้ายของแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย โดยโรงพยาบาลบางแห่งให้เซ็นชื่อ บางแห่งให้ผู้ลงบันทึกเขียนชื่อทีมผ่าตัด โรงพยาบาลบางแห่งเซ็นชื่อหรือเขียนชื่อทีมผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ระยะก่อนที่จะลงมือ (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign) เนื่องจากทีมผ่าตัดในแต่ละระยะอาจแตกต่างกันในกรณีที่มีการผ่าตัดใช้ระยะเวลานาน กรณีที่เป็นช่วงพักรับประทานอาหารหรือกรณีที่มีการเปลี่ยนเวร ส่วนในโรงพยาบาลบางแห่งให้ผู้ลงบันทึกเป็นผู้เซ็นชื่อเพียงคนเดียว เพื่อความสะดวก โดยยึดหลักว่าแม้จะเซ็นชื่อเพียงคนเดียว แต่ความรับผิดชอบต่าง ๆ ต้องร่วมกันรับผิดชอบทั้งทีมผ่าตัด และหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมว่ามีใครร่วมทีมผ่าตัดบ้าง สามารถสืบค้นได้จากเอกสารอื่น

กล่าวโดยสรุปก็คือ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสามารถดัดแปลงได้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล แต่ต้องมีเนื้อหาครบถ้วนตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้





ใครควรเป็นผู้ชานและลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการ ผ่าตัดปลอดภัย ?

ในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ระหว่างการผ่าตัด ควรมีผู้รับผิดชอบในการชานและการลงบันทึก จากการทำการสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มอบหมายให้ พยาบาลช่วยทั่วไป (circulating nurse) ทำหน้าที่ชานรายการต่าง ๆ ตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัย และทำหน้าที่ลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัย มีโรงพยาบาลเพียงบางแห่งที่มอบหมายให้วิสัญญี เป็นผู้ชานและลงบันทึกในระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ส่วนในระยะก่อนที่จะลงมิด (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) พยาบาลช่วยทั่วไป เป็นผู้ชานและลง บันทึก

ถ้าผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติ ต้องเตรียมการอะไรบ้าง ?

กรณีที่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเป็นชาวต่างชาติ โรงพยาบาล ต้องเตรียมล่ามไว้ให้พร้อมเพื่อช่วยให้การสื่อสารมี ประสิทธิภาพ และเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า ผู้ป่วยเข้าใจคำถามและ ข้อมูลที่บุคลากรแนะนำ ผู้ป่วยตอบได้ตรงประเด็น และให้ข้อมูลที่ ถูกต้องตามความเป็นจริง เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่ มี ประสิทธิภาพอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการผ่าตัดได้





กรณีผู้ป่วยและ/หรือญาติ และบุคลากรทีมผ่าตัดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษได้ อาจไม่จำเป็นต้องใช้ล่าม แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ บุคลากรทีมผ่าตัดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษไม่ได้หรือสื่อสารได้ไม่ดี จำเป็นต้องใช้ล่ามในทุกขั้นตอนของการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ซึ่งมีความจำเป็นที่ล่ามจะต้องเข้ามาในห้องผ่าตัดด้วย และช่วยเป็นล่ามให้ในทุกขั้นตอน/กระบวนการที่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วม ในกรณีนี้จำเป็นต้องมีล่ามที่สื่อสารภาษาเดียวกันกับที่ผู้ป่วยใช้ ดังนั้นการจัดเตรียมล่ามต้องให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

กรณีที่ผู้ป่วยมีชื่อยาว ต้องระมัดระวังการผ่าตัดผิดคน ต้องมีการตรวจสอบอย่างรอบคอบว่าชื่อถูกต้อง ผู้ป่วยมีชื่อยาวส่วนใหญ่มักจะเป็นชาวอาหรับ 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 abn แปลว่าบิดา หรือ umm แปลว่า





มารดา ตามด้วยชื่อจริงบุตรคนแรก ทั้งนี้ ตำแหน่งส่วนเติมคุณ
ยาห์จะวางไว้หน้าอิสัม

3. นะซิบ: *nasab* คือ ส่วนเติมเพื่อให้เกียรติสถานะแก่
บุคคลผู้นั้น นะซิบใช้ *bin* ในชื่อเติมเพื่อให้เกียรติสถานะว่าบุคคล
นั้นเป็นบุตรของใคร เช่น *bin 'Omar* (ผู้เป็นบุตรชายของโอมาร์),
binti 'Abbas (ผู้เป็นบุตรธิดาของแอบบาส) เป็นต้น โดยเมื่อ
เขียนชื่อเติม ตำแหน่งของนะซิบจะวางไว้หลังอิสัม

4. ลาก็อบ: *laqab* คือ ชื่อรองหรือฉายาเพื่อบ่งบอก
คุณลักษณะที่โดดเด่นของบุคคลผู้นั้น โดยนำคำศัพท์ภาษาอาหรับ
ใช้เป็นชื่อรอง ฉายา หรือชื่อเล่น (*nickname*) ก็ได้ เช่น *Al-*
Rashid (ผู้ได้รับการชี้นำอย่างถูกต้อง), *Al-Fadl* (ผู้เลื่องชื่อ)
 เป็นต้น โดยตำแหน่งของลาก็อบจะวางอยู่หลังอิสัมเช่นกัน

5. นิสบา: *nisba* คือ สกุลหรือชื่อวงศ์ตระกูล (*family*
name) หรือบางกรณีก็คือส่วนเติมเพื่อขยายลักษณะเฉพาะ เช่น
ศาสนาที่นับถือ ศาสน์ที่เชี่ยวชาญ เชื้อชาติ สถานที่เกิด เช่น
Al-Hallaj (ช่างฉ้าย), *Al Msri* (ชาวอียิปต์), *Islami* (นับถือ
ศาสนาอิสลาม) เป็นต้น ตำแหน่งของนิสบานี้โดยปกติจะวางต่อ
จากอิสัม แต่ในกรณีที่ชื่อจริงนั้นมีนะซิบต่อท้ายอยู่แล้วก็จะวาง
นิสบาต่อท้ายนะซิบอีกทีหนึ่ง

ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากการวางรูปของชื่อเต็มของชาว
อาหรับแล้ว จะพบว่าชื่อเต็มของชาวอาหรับโดยทั่วไปจะเรียง





ตามลำดับคือ กุนยาห์ - อีซึ่ม - ลาก็อบ - นะฮับ - นิสบา โดยมีอีซึ่มทำหน้าที่เป็นชื่อจริงของบุคคลคนนั้น ส่วนประกอบที่เหลืออีก 4 ส่วน ทำหน้าที่เป็นส่วนขยาย

ข้อควรระวังคือ ส่วนประกอบของชื่อ 4 ใน 5 ส่วน อาจซ้ำกัน จะแตกต่างกันเพียงส่วนเดียว จึงมีความจำเป็นที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน

กรณีที่มีผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติ ติดต่อเข้ารับการผ่าตัดผ่านบริษัทประกันภัยหรือประกันสุขภาพระหว่างประเทศ และต้องการทำผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (elective case) โรงพยาบาลควรขอให้บริษัทประกันภัยหรือประกันสุขภาพระหว่างประเทศส่งข้อมูลมาให้ทางโรงพยาบาลก่อนล่วงหน้า เพื่อมีเวลาในการศึกษา และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

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





ควรนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย หรือไม่ อย่างไร ?

การนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย มีความเป็นไปได้หากโรงพยาบาลมีความพร้อมทั้งด้านกำลังคนและคอมพิวเตอร์ โดยโรงพยาบาลต้องฝึกอบรมบุคลากรให้มีความพร้อมก่อนนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ บุคลากรต้องทำความเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย รวมถึงวิธีการลงบันทึกที่ถูกต้อง ตรงกัน และที่สำคัญต้องทำแบบ Real time นอกจากนี้ต้องมีจำนวนบุคลากรและจำนวนคอมพิวเตอร์อย่างเพียงพอ

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า การนำคอมพิวเตอร์มาใช้ หากทำได้อย่างถูกต้องและเป็นระบบ จะทำให้ทางโรงพยาบาลมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยและสามารถพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ และการบริหารจัดการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ แต่ที่ผ่านมาพบว่า โรงพยาบาลที่นำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ มีปัญหาหลายประการ คือ





1. การลงบันทึกแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย “ไม่ Real time” เนื่องจากมีคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ ทำให้ต้องมาลงบันทึกย้อนหลัง หรือบางครั้งพบว่ามี การลงบันทึกไว้ก่อนเริ่มกระบวนการผ่าตัด ซึ่งในกรณีหลังนี้ไม่มีประโยชน์ในการลงบันทึก การลงบันทึกเป็นเพียงเพื่อให้มีข้อมูลครบถ้วนเท่านั้นเอง ดังนั้นการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในทั้ง 2 กรณี จึงไม่สามารถตรวจสอบได้ว่า สิ่งที่ลงบันทึกนั้นได้ปฏิบัติจริงหรือไม่

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

3. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับการปฏิบัติและการลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย บังคับให้ลงบันทึกทุกข้อตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย หากลงบันทึกไม่ครบทุกข้อ จะไม่สามารถบันทึกข้อมูลการปฏิบัติลงในฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นได้ ดังนั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (local anesthesia) รายการบางข้อ





ตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย อาจไม่ได้ปฏิบัติ แต่จำเป็นต้องลงบันทึก จึงควรมีการวางแผนและออกแบบร่วมกันกับผู้หน้าที่พัฒนาโปรแกรมอย่างละเอียด และมีความชัดเจน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการพัฒนาโปรแกรม

4. ข้อมูลที่ต้องการสำหรับใช้ทำรายงานประจำเดือน ควรมีการวางแผนและออกแบบร่วมกันกับผู้หน้าที่พัฒนาโปรแกรมอย่างละเอียด 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

ปัญหาที่พบบ่อยมีอะไรบ้าง ?

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ พบว่ามีปัญหาหลายประการ ได้แก่

1. ด้านนโยบาย พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ ทำให้ไม่สามารถบังคับใช้ได้ หรือไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง





2. ด้านทีมผ่าตัด พบว่าบุคลากรบางส่วนในทีมผ่าตัด ไม่ให้ความร่วมมือในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย มาใช้ บางแห่งมีการขัดขืน ไปจนถึงต่อต้าน โดยเฉพาะในระยะ เริ่มต้น ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องจาก

2.1 ทีมผ่าตัดไม่เห็นด้วย ไม่สนใจ ไม่ให้ความสำคัญ ไม่เห็นความจำเป็นหรือขาดความตระหนักในความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ โดยประเด็นที่บุคลากรไม่ให้ความสำคัญ ได้แก่ การแนะนำตัว การประมาณการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ซึ่งมักเกิดขึ้นบ่อยในกรณีที่เป็นบุคลากรอาวุโส บุคลากรที่ยึดติดในรูปแบบการปฏิบัติแบบเดิม หรือเร่งรีบในรายที่ทำการผ่าตัดฉุกเฉิน

2.2 ไม่มีความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับเนื้อหาในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และกระบวนการในการนำมาใช้ ทำให้เกิดความไม่แน่ใจ เช่น ไม่แน่ใจว่าใครต้องเป็นคนอ่าน ไม่แน่ใจว่าต้องเซ็นชื่อทุกกระบวนการหรือไม่ เป็นต้น

2.3 ผู้ปฏิบัติรู้สึกเคอะเขิน ไม่คุ้นเคย ในบางประเด็น เช่น การแนะนำตนเอง

2.4 ผู้ปฏิบัติไม่ต้องการรับผิดชอบในบางขั้นตอน เช่น ขั้นตอนการอ่านชื่อและเซ็นชื่อ





3. ด้านขั้นตอนการนำมาใช้ พบว่ามีปัญหาคือ

3.1 การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภยันมาใช้มีความหลากหลาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจเกี่ยวกับ เนื้อหาในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภยันและการนำมาใช้ไม่ตรงกัน

3.2 มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภยันมาใช้ แต่ไม่จริงจัง หรือมีลักษณะการทำแบบ “สักแต่ว่าทำ” หรือทำให้เสร็จสิ้นไปเท่านั้น

3.3 มีการปฏิบัติแต่ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ลงบันทึกไว้ตั้งแต่ก่อนเริ่มทำการผ่าตัด หรือ ทำผ่าตัดเสร็จแล้วจึงมาลงบันทึก ทำแบบ “ไม่ Real time” ตัวอย่างเช่น ความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ พบว่า บันทึกว่ามีสิ่งส่งตรวจแท้จริงแล้วไม่มีสิ่งส่งตรวจ ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการลงบันทึกไว้ล่วงหน้า เป็นต้น

3.4 การปฏิบัติแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภยันไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอนหรือมีการลดขั้นตอนหรือ “ย่อกระบวนการ” หรือ ทิมผ่าตัดไม่ยอมปฏิบัติในบางขั้นตอน เช่น

3.4.1 แพทย์ไม่ปฏิบัติในขั้นตอนการขานชื่อ

3.4.2 แพทย์ปฏิบัติไม่ตรงตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการ Mark site เช่น แพทย์ไม่มีการ Mark site ให้พยาบาลเป็นผู้กระทำแทน ผู้ Mark site กับผู้ทำผ่าตัดเป็นคนละคนกัน ในการปฏิบัติพบว่า มีการ Mark ผิดคน เนื่องจากใช้





วิธีการ Mark site ในรูปแบบแผ่นกระดาษ ตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาล นอกจากนี้พบว่า สัญลักษณ์และเทคนิคที่ใช้ในการ Mark site มีความหลากหลาย และบางครั้งพบว่าแพทย์ที่ทำการ Mark site ไม่ได้อยู่ในทีมผ่าตัด แต่ทำการ Mark site เพียงเพื่อให้เกิดความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบบันทึก เป็นต้น

3.5 มีการปฏิบัติแบบไม่สม่ำเสมอ (ทำบ้าง ไม่ทำบ้าง) และทำไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกแผนกผ่าตัด

3.6 พยาบาลต้องทำหน้าที่ทั้งหมดตามกระบวนการของการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยแทนแพทย์ ทำให้กระบวนการทำไม่ได้เกิดจากความร่วมมือของทีมผ่าตัด

4. ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่

4.1 การประชุมกรรมการห้องผ่าตัด แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมประชุม ผู้ร่วมประชุมส่วนมากจึงเป็นพยาบาล ทำให้ไม่สามารถสื่อสารปัญหาที่เกิดขึ้นไปถึงแพทย์ได้

4.2 คณะกรรมการที่มีเฉพาะพยาบาล ไม่สามารถแก้ปัญหาก็เกี่ยวกับแพทย์ได้

4.3 การขาดแคลนบุคลากร ทำให้ไม่สามารถนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ได้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย

4.4 บางโรงพยาบาลนำเอาประเด็นในระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) มาทำพร้อมระยะก่อนที่จะลงมิด (time out)



กลยุทธ์และแนวทางการแก้ไขมีอะไรบ้าง ?

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินการแก้ไขดังนี้

1. การใช้กลยุทธ์ด้านนโยบายและการจัดการโดยผู้บริหาร ดังต่อไปนี้

1.1 ผลักดันให้มียุทธศาสตร์มาจากกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ

1.2 ผลักดันให้อยู่ในหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ทั้งศัลยกรรม แพทย์ วิศวกรรม และหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางพยาบาลห้องผ่าตัด และวิศวกรรมพยาบาล

1.3 กำหนดเป็นนโยบายหรือเป็นตัวชี้วัด (key performance indicator) ให้ชัดเจน และให้ทุกโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัด ต้องปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

1.4 ผู้บริหารระดับสูงออกเป็นคำสั่งให้ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยอย่างเป็นทางการและมีความเด็ดขาดในการบังคับใช้

1.5 ผู้บริหารระดับสูงลงมาดำเนินการผลักดันด้วยตนเองและสนับสนุนการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยอย่างจริงจัง





1.6 ผู้รับผิดชอบหรือผู้บริหารต้องพร้อมให้ความช่วยเหลือและให้การสนับสนุนการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้

1.7 หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม/หัวหน้าภาควิชา และหัวหน้าของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องทำหน้าที่ในการผลักดันเพื่อให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้

1.8 ส่งเสริมให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้อย่างเป็นระบบ และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ

1.9 มีระบบการควบคุมหรือกำกับดูแลให้มีการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย เช่น

1.9.1 จัดให้มีคณะกรรมการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติ

1.9.2 ให้พยาบาลคอยควบคุมนิเทศในรายชื่อผู้ร่วมทีมเป็นผู้ช่วยพยาบาล โดยมีการกำกับดูแล (monitor) หรือตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง หรือใช้วิธีสุ่มสังเกตการปฏิบัติเป็นระยะ

1.10 มีประธานคณะกรรมการห้องผ่าตัด ซึ่งมีความอาวุโส และมีอำนาจ รวมถึงได้รับการยอมรับ

1.11 ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการให้รางวัล เช่น เพิ่มเงินค่าตอบแทนกรณีที่ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน เป็นต้น

1.12 บรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อปลูกฝังตั้งแต่นักศึกษา





1.13 ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในองค์กร (ต้องใช้ระยะเวลานาน)

1.14 ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างองค์กร/โรงพยาบาล เช่น การทำวิจัยร่วมกัน การจัดประชุมโดยสมาคมหรือองค์กรที่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทีมผ่าตัด

1.15 บุรณาการแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเข้าไปในรายงาน (incident reports) การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events and sentinel events) จากการผ่าตัด และในการทำการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา (root cause analysis) เช่น ในการทำการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา ให้มีคำถามว่า ได้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้หรือไม่ อย่างไร มีการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้หรือไม่ อย่างไร

1.16 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการ เช่น ในการ Mark site กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมด้วย

2. ใช้กลยุทธ์ความร่วมมือและการประสานงาน โดย

2.1 ใช้รูปแบบความร่วมมือมากกว่าคำสั่ง

2.2 อาศัยความร่วมมือระหว่างศิัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ และความร่วมมือของทีมงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและห้องผ่าตัด

2.3 ประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง



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

2.5 หาช่องทางในการมีส่วนร่วมในการจัดการ เช่น ร่วมเป็นกรรมการที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง (กรรมการบริหารห้องผ่าตัด) แล้วนำเสนอปัญหาและข้อคิดเห็นต่อที่ประชุมกรรมการ

2.6 ให้ทีมพยาบาลมีส่วนร่วมคิดในการปรับใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

3. ใช้การสื่อสารและกระตุ้นด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่

3.1 การใช้สื่อหรือเทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วย เช่น VDO, Line เป็นต้น

3.2 การประชุมทีมหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

3.3 การประชาสัมพันธ์หรือณรงค์ โดยเน้นว่าการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยนั้นไม่เสียเวลามาก เช่น มีการกำหนดวัน Time Out Day เป็นต้น

3.4 การให้เป็นกรรมการหรือให้ไปร่วมประชุมวิชาการทำให้มีโอกาสเรียนรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้ และได้เห็นว่าโรงพยาบาลแห่งอื่นปฏิบัติหรือมีความก้าวหน้าอย่างไร ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มีความสนใจและรับผิดชอบทางหนึ่ง





4. สอน ผูกอบบรมหรือให้ความรู้ด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่

4.1 จัดปฐมนิเทศก่อนทำงาน

4.2 จัดอบรมการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัด
ปลอดภัยให้ครอบคลุมทุกคน

4.3 ใช้เทคนิคการจำลองห้อง/สถานการณ์และ
บทบาทสมมติในการฝึกอบรม

4.4 ในฐานฝึกให้แพทย์เป็นผู้ฝึกแพทย์เอง

4.5 สร้างความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงจากวิทยาการ
ที่มีความเชี่ยวชาญ

4.6 มีการฝึกการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัด
ปลอดภัยอย่างจริงจังจนบรรลุเป้าหมายโดยมีการซ่อมถ้าไม่ผ่าน

4.7 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ workshop โดยมี
ขั้นตอนชัดเจน

4.8 บรรจุในหลักสูตรการเรียนของนักศึกษาพยาบาล
และนักศึกษาแพทย์

5. ใช้วิธีการปรับกระบวนการในการนำมาใช้ ให้ความ
เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น

5.1 การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ที่
เป็นแผ่นใหญ่ ติดไว้ที่ผนังห้องผ่าตัด ซึ่งทุกคนในทีมผ่าตัดมองเห็น
ได้ อาจเป็นอีกรูปแบบหนึ่งในการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติ





5.2 การแนะนำตัวทีมผ่าตัด ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล แต่มีความจำเป็นต้องทำ เพราะนอกจากจะเป็นการกระตุ้นเตือนถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในทีมผ่าตัดแล้ว ยังเป็นการแนะนำให้รู้จักสมาชิกใหม่ของทีม นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันการละเมิดการประกอบวิชาชีพโดยวิชาชีพอื่น

5.3 การทำ Mark site โรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีวิธีการและใช้สัญลักษณ์ที่แตกต่างกัน แต่หลักการที่สำคัญคือควรเหมือนกันทั้งโรงพยาบาล หรือทั้งแผนก เพื่อง่ายในการปฏิบัติและการตรวจสอบ

6. ใช้เงื่อนไขบางอย่างอย่างจริงจัง ได้แก่

6.1 ไม่ดมยาสลบหากไม่มีการทำ sign in ซึ่งการทำ sign in ควรมีบุคลากรทีมผ่าตัดครบถ้วน ทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด

6.2 กำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียนที่ต้องเก็บเป็นหลักฐาน

7. ใช้วิธีการกระตุ้นหรือใช้การจูงใจ

7.1 การประชุมทีมงาน การกระตุ้น และการสาธิต

7.2 การให้แสดงบทบาทสมมติ (role play)

7.3 การใช้ระบบการจูงใจ เช่น มีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบ





8. วิธีการอื่น ๆ

8.1 เก็บข้อมูลสถิติการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย แล้วให้ข้อมูลย้อนกลับ

8.2 ดำเนินการแบบอะลุ่มอล่วย ค่อยเป็นค่อยไป มีการปรับเปลี่ยน และนำเสนอผลการใช้เป็นระยะ

8.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหารื่องการ Mark site ได้แก่ แพทย์ควรเป็นผู้ทำ Mark site โดยเลือกวิธีการ Mark site ที่ถูกต้องคือทำบนตัวผู้ป่วยโดยใช้วัสดุหรือปากกาที่ลบไม่ออก (permanent marker) เช่น Medical Pen ไม่ควรใช้วิธีการ Mark site บนแผ่นกระดาษ เพราะการเพิ่มขึ้นตอน และเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติ จะยิ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดเพิ่มมากขึ้น

8.4 การสุ่มตรวจเป็นระยะจะทำให้สามารถตรวจสอบได้ว่า มีการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยจริงหรือไม่ อย่างไร หากปฏิบัติไม่ได้ จะทำให้ทราบว่ามีปัญหาในขั้นตอนใด สาเหตุของปัญหาคืออะไร และแนวทางการแก้ไขควรเป็นอย่างไร





ปัจจัยส่งเสริมการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด
ปลอดภัยมาใช้

1. ฝัอนไขของการรับรองศูนย์อบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านศัลยศาสตร์ (resident training) จากราชวิทยาลัย
ศัลยแพทย์ ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลหรือโรงเรียนแพทย์ ที่จัด
ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต้องทำแบบ
ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

2. อุบัติการณ์/ความผิดพลาดจากการผ่าตัด เป็นสิ่ง
กระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการนำแบบตรวจสอบรายการ
ผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ (มีตัวอย่างบทเรียนจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)

3. การเห็นประโยชน์ในแง่การเป็นหลักฐานการผ่าตัดที่มี
คุณภาพ

4. ความร่วมมือจากทีมผ่าตัดบางส่วน เช่น แพทย์วิสัญญี
พยาบาลห้องผ่าตัด ศัลยแพทย์บางสาขา

5. ผู้บริหารระดับสูงสนับสนุนและดำเนินการผลักดันการ
นำ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้

6. ความตระหนักในหลักฐานที่จะปรากฏในแบบบันทึก

7. การตระหนักถึงประโยชน์แบบตรวจสอบรายการ
ผ่าตัดปลอดภัยซึ่งเป็นการเตือนไม่ให้หลงลืมในขั้นตอนสำคัญก่อน
การผ่าตัด





บทสรุป

การถอดบทเรียนครั้งนี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทำให้ทุกคนที่มีส่วนร่วมในการถอดบทเรียนได้เปิดเผยความรู้ที่ตกผลึกในตนเอง มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดการปฏิบัติที่มีคุณค่าให้แก่กัน และกัน ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ หรือการปฏิบัติที่ยังต้องการการพัฒนาต่อไป ได้เผยแพร่ประสบการณ์ที่มีอยู่ให้แก่ผู้อื่นโดยไม่ได้หวังผลตอบแทน สิ่งที่ได้รับคือ ความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของบทเรียนเล็ก ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลได้รับความปลอดภัย และสัมพันธภาพอันอบอุ่นที่มีให้กัน ในช่วงเวลาสั้น ๆ ที่ได้ทำงานร่วมกัน และมีมิตรภาพอันดี ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปในอนาคต





บรรณานุกรม

1. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. Patient safety goal: SIMPLE. นนทบุรี: ปรมัตถ์การพิมพ์, 2551.
2. Birkmeyer JD, Miller DC. Surgery: can checklists improve surgical outcomes? *Nat Rev Urol* 2009; 5(5):245-246.
3. Hancorn K, Blair S. Checklist culture: WHO needs changing. *BMJ* 2010;340:c909
4. 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.
5. Kasatpibal N. Safe surgery implementation in Thailand. *AORN* 2009, 90(5):743-749.
6. Kasatpibal N, Senaratana W, Chitreecheur J, Chotirosniramit N, Pakvipas P, & Junthaso-peepun P. Implementation of the world health organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand. *Surgical Infections*, 2012, 2(1), 50-56.





7. National Patient Safety Agency. Implementing the surgical safety checklist: the journey so far. Retrieved 25/07/2010 from <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk>
8. 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
9. 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_EIMhandi_IMPLEMENTATION_OF_THE_WHO_SAFE.pdf
10. 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





ภาคผนวก ก

ตัวอย่างปัญหาที่พบจากการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด
ปลอดภัยมาใช้ และแนวทางการแก้ไข
และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

ข้อมูลนี้ได้มาจากการสัมภาษณ์ศัลยแพทย์ วิศวกร และ
พยาบาลห้องผ่าตัด สัมภาษณ์หลังจากโรงพยาบาลได้นำแบบ
ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ได้ประมาณ 1 ปี

ปัญหาที่พบสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ศัลยแพทย์ ได้ข้อมูลว่า ความ
ร่วมมือค่อนข้างน้อยเนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลในการแบบ
ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไม่เด็ดขาดและไม่มีความชัดเจน
ในการบังคับใช้ ทำให้ศัลยแพทย์ไม่ค่อยให้ความร่วมมือและไม่เห็น
ความสำคัญ ศัลยแพทย์บางท่านยังไม่เข้าใจในระบบคุณภาพและ
เรื่องความเสี่ยง จึงยังคงปฏิบัติเหมือนในอดีตและเมื่อทีมร้องขอก็
จะเห็นเป็นเรื่องเสียเวลาและยุ่งยาก ต้องการงานในส่วนที่ตน
รับผิดชอบให้เสร็จ จึงมีศัลยแพทย์บางท่านไม่ปฏิบัติ แต่ก็ไม่มีผล
สะท้อนกลับใด ๆ เกิดขึ้น

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลห้องผ่าตัด ได้ข้อมูล
ว่า การตรวจสอบและทบทวนทั้ง 3 ระยะ ก่อนที่จะเริ่มให้การ





ระงับความรู้สึก (sign in) ก่อนที่จะลงมิด (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) พบว่า สามารถปฏิบัติได้เฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมีการนัดผ่าตัดล่วงหน้า (elective case) แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกรายในกรณีผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency case) เนื่องจากความรีบเร่ง รวมทั้งจะติดขัดในส่วนของสลายแพทย์ที่ไม่สนใจ ในการขานชื่อ ส่วนการทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) (verify sterility) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และการตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ (sponge count) ไม่มีปัญหาเนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติที่กำหนดให้ทำอยู่แล้ว และมีการบันทึกในเอกสารของห้องผ่าตัด ส่วนเรื่องการเขียนป้ายส่งส่งตรวจ (specimen label) ทางโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้เช่นกัน

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





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

5. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลแผนกศัลยกรรม ได้ข้อมูลว่า การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเป็นสิ่งที่ดี สามารถป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการผ่าตัดได้ รวมทั้งเป็นการสื่อสารความพร้อม และความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายให้ทั้งทีมรับทราบ แต่ในส่วนของการห่อผู้ป่วยจะมีปัญหาในกระบวนการเตรียม ผู้ป่วยผ่าตัด โดยเฉพาะการทำ Mark site ที่แพทย์จะไม่ทำบนผิวหนังผู้ป่วย หรือบางครั้งแพทย์จะโทรศัพท์มา Set case และให้พยาบาลเขียนในใบ Set case ส่งห้องผ่าตัด ทำให้มีปัญหา





ในการสื่อสาร ที่ไม่สามารถส่งต่อข้อมูลให้แก่ทีมห้องผ่าตัดได้ รวมทั้งมีปัญหการงดหรือเลื่อนการผ่าตัด เนื่องจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยได้รับยาแอสไพรินเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด หรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ยังไม่ได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น

แนวทางการแก้ไขและการพัฒนาคุณภาพการดูแล มีดังนี้

1. ศัลยแพทย์ ให้ข้อเสนอแนะว่า นโยบายของโรงพยาบาล ในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาบังคับใช้ ต้องเด็ดขาดและชัดเจนในการบังคับใช้ ไม่เช่นนั้นการขอความร่วมมือจะไม่ได้ผล แต่ถ้าบังคับทุกคนต้องปฏิบัติเหมือนกัน ทั้งแพทย์ประจำในโรงพยาบาลและแพทย์ซึ่งเป็นทีปรึกษาจากภายนอก โรงพยาบาล จะทำให้การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยประสบความสำเร็จได้ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพในการผ่าตัด ควรเน้นเรื่องการปฏิบัติตามแนวทางหรือกฎระเบียบที่กำหนดขึ้น ถ้าไม่ปฏิบัติก็ต้องมีบทลงโทษ เช่น การงดเงินค่าตอบแทน หรือไม่สามารถ Set case ผ่าตัดได้ น่าจะช่วยบังคับให้ศัลยแพทย์ทั้งในและนอกโรงพยาบาลปฏิบัติเหมือนกันทุกคน

2. พยาบาลห้องผ่าตัด ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ปฏิบัติงานในทีมผ่าตัดทุกคน ต้องมีความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และความปลอดภัยของผู้ป่วย





ผ่าตัด รวมทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ การเฝ้าระวัง และการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เพื่อให้ทุกคนในทีมผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้น และสามารถค้นหาความเสี่ยง วางแผนป้องกันได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน เมื่อเกิดปัญหาจะต้องร่วมมือกันแก้ไขทั้งทีม โดยเฉพาะหัวหน้าทีมที่จะต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้สมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพ ให้ความดีความชอบและชื่นชมเมื่อมีสมาชิกในทีมมีผลงาน ทั้งนวัตกรรมและการปรับปรุงพัฒนางานประจำให้ดีขึ้น เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานด้านคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. วิชาชีพแพทย์ ให้ข้อเสนอแนะว่า ต้องมีการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในการเตรียมผ่าตัด ต้องมีการให้ข้อมูลหรือสื่อสารกับทั้งผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจ รวมถึงทีมที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งในห้องผ่าตัดและแผนกผู้ป่วยในและนอก เพื่อให้มีการวางแผนการดูแลร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลระหว่างกัน การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ที่จะต้องมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ในแต่ละแผนกก่อนและหลังการผ่าตัด เมื่อมีข้อกำหนดออกมาก็ต้องบังคับใช้อย่างจริงจัง พร้อมรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากทีมร่วมกันทำงานคุณภาพเพื่อมีความต่อเนื่องและเข้าใจที่เหมือนกัน





4. วิทยาลัยพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการทบทวนกรณีศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งวางแผนทางการแก้ไข เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การทบทวนและค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ และช่วยให้ทีมมีความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงและกระบวนการดูแลที่จะต้องพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยการพูดคุยกันต้องไม่มีการตำหนิ เป็นการหาหรือเชิงสร้างสรรค์ จะทำให้ทุกฝ่าย ช่วยกันออกความคิดเห็นและได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หรืออาจนำเอาหลักฐานเชิงประจักษ์จากที่อื่นมาปรับใช้ ซึ่งการทบทวนแบบเรียนรู้อาจช่วยให้งานคุณภาพดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. พยาบาลแผนกศัลยกรรม ให้ข้อเสนอแนะว่า การเข้าร่วมกับ PCT และการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด การเข้าใจความเสี่ยงและเหตุผลของการปฏิบัติในแต่ละกระบวนการ จะช่วยให้เราสามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย กระบวนการเตรียมและดูแลหลังการผ่าตัดจะเป็นสิ่งที่ทางแผนก รับผิดชอบโดยตรง จึงต้องหมั่นพูดคุยกับสมาชิกในแผนก ทบทวนแนวปฏิบัติ และนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติของสมาชิกในแผนกให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยงเป็นราย





กรณี เช่น เมื่อมีการนิศึกษาที่น่าสนใจหรือเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ควรมีการทบทวนกรณีศึกษาร่วมกันกับแพทย์ และมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (in-service education) เพื่อค้นหาแนวทางการป้องกันและปรับวิธีการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม





ภาคผนวก ข

ตัวอย่างโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ
ในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้
และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

วิธีการที่ทำให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการนำ
แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ และการพัฒนา
คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีดังนี้

ผู้บริหารให้ความสำคัญ และจัดทำเป็นนโยบายที่ชัดเจน
เพื่อให้ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดปลอดภัย ทุกหน่วยงาน ชี้แจง ให้บุคลากร
ทุกคนเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ และความเสียหายที่อาจ
เกิดขึ้น มีการสร้างแนวปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อป้องกันความเสี่ยงในทุก
ขั้นตอน และควบคุมให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง มีการประเมิน
แนวปฏิบัติเป็นระยะ ค้นหาความเสี่ยงใหม่ ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และ
หาแนวทางป้องกัน ตรวจสอบทุกขั้นตอน ทุกระยะของการผ่าตัด
บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ
มอบหมาย

ระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลที่ห่อผู้ป่วย ทำหน้าที่รับผู้ป่วย
ซักประวัติ และประเมินผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อน





ผ่าตัด มีมาตรฐานในการรับผู้ป่วยจากตึกเพื่อมาทำผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การระบุตัวผู้ป่วย จัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ ใบยินยอมผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด เพื่อให้มั่นใจว่า ไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง แพทย์ผู้ทำผ่าตัดช่วยยืนยันอีกครั้งก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

ระยะผ่าตัด ก่อนวิสัญญีแพทย์และพยาบาลจะให้ยาระงับความรู้สึก ต้องมีการทำ Time out อีกครั้ง มีมาตรฐานการตรวจนับผ้าซับโลหิต เครื่องมือ อุปกรณ์ การจัดทำ การใช้ อุปกรณ์ไฟฟ้า การเคลื่อนย้าย เป็นต้น ซึ่งเน้นให้บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐาน เมื่อใดก็ตามที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะมีการทบทวนการปฏิบัติ ทั้งในหน่วยงาน เข้าที่ประชุม PCT ทำ RCA และหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

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





บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด เริ่มตั้งแต่เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทั้งที่ติดผู้ป่วย และที่ห้องรอผ่าตัด สอบถามอาการ และตรวจดูบริเวณที่จะผ่าตัด ส่งต่อประวัติ และ อาการของผู้ป่วย ให้เจ้าหน้าที่ในทีมผ่าตัดทราบ พยาบาลทีมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อม ตรวจดูวันหมดอายุ ความพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชิ้นที่ใช้ในการผ่าตัด ต้องผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ ถ้าไม่แน่ใจ จะไม่นำมาใช้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตรวจนับผ้าซับโลหิตไบมัด เข็ม เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย ให้ครบ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานต่าง ๆ ของห้องผ่าตัดที่มีอยู่ทุกขั้นตอน ผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจชิ้นเนื้อ ต้องระบุชื่อผู้ป่วย และประเภทชิ้นเนื้อให้ถูกต้อง บางรายส่งตรวจหลายอย่าง ต้องปฏิบัติอย่างรอบคอบ ชัดเจน โดยให้แพทย์ยืนยันทุกครั้งก่อนระบุชื่อชิ้นเนื้อ การดูแลทำความสะอาด ให้ความอบอุ่น หลังจากผ่าตัดเสร็จสิ้น บันทึกการพยาบาลทุกอย่างที่ทำขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดอย่างครบถ้วน

บทบาทของแพทย์ผ่าตัด ให้การยืนยันตำแหน่งผ่าตัดก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด รอการทำ Time out ก่อนลงมือผ่าตัด การให้ Antibiotic prophylaxis พิจารณาให้ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป เช่น ในรายที่มีความดันโลหิตต่ำ ต้องใช้เวลาผ่าตัดนาน หรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่





ไม่ควรให้ในผู้ป่วยทุกราย เพื่อลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น ลดปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ช่วยยืนยันประเภทของชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจ นอกจากนี้ ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแนวทางของห้องผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดราบรื่นและผู้ป่วยปลอดภัย

บทบาทของวิสัญญีแพทย์และพยาบาล ช่วยค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่ติดผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และนำมาประชุม เพื่อหาแนวทางร่วมกัน ดูแลให้ยาระงับความรู้สึกตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามอาการอย่างใกล้ชิดขณะผ่าตัด ประเมินการเสียเลือดและเตรียมพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินขณะผ่าตัด

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





ภาคผนวก ก

ตัวอย่างการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด:
บทเรียนจากอุบัติเหตุการฉีดยาผิดชนิดข้าง

การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะเริ่มแรกไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ ไม่หยุดการทำงานเพื่อร่วมตรวจสอบความถูกต้อง เริ่มผ่าตัด โดยไม่รอทำ Time out (ในระยะเริ่มแรกมีนโยบายให้ทำเฉพาะ Time out)

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

หลังจากนั้น ได้มีการประกาศให้ปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ตั้งแต่วันที่ มิถุนายน พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา





การประกันคุณภาพการผ่าตัดผิวดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. สร้างการเรียนรู้และความตระหนักให้ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติที่แตกต่างจากเดิม โดยการนำอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดตำแหน่งที่เกิดขึ้นจริง มาทบทวนและหาทางแก้ไข พัฒนาแนวทางปฏิบัติเรื่อง การป้องกันความผิดพลาดในการทำผ่าตัดผิวดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง และแนวทางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และแหล่งความรู้อื่น ๆ มาทำความเข้าใจ และดัดแปลงให้เป็นแบบฟอร์มที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับการทำงาน

2. ทดลองปฏิบัติ และเก็บข้อมูลนำไปสู่การปรับปรุงแบบฟอร์มเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด และจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติที่ต้องมีการระบุตัวผู้ป่วยผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด และการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยทุกครั้งที่มีการผ่าตัดใหญ่

3. ติดตามการใช้งาน และผลลัพธ์ ในประเด็นความยอมรับของทีม และผลต่อความปลอดภัยจากการผ่าตัด





การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เก็บรวบรวมจากรายงานอุบัติการณ์ การทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง

2. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยทุกรายหลังจากปรับแก้ทำผ่าตัด จากระบบ intranet ตารางการทำผ่าตัด และสอบถามข้อมูลผู้ป่วยจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ก่อนรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด หากพบข้อผิดพลาดจะมี การประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไข และรายงานเป็นการตรวจพบก่อนเกิดเหตุ (near miss)

3. ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฟิตรผ่าตัด (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 แสดงถึงผลลัพธ์
คุณภาพด้านความปลอดภัยของหน่วยงาน จากแนวทางปฏิบัติที่
วางไว้

2. เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของหน่วยงาน
บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพในทีมผ่าตัด มีความตระหนัก และให้
ความร่วมมือตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน รวมถึงระบบการ
ค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุผิดพลาด

3. ตัวแทนทีมผ่าตัดวชิรพยาบาล เข้าร่วมแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ในหลายเวที เนื่องจากเป็นหน่วยที่ประสบผลสำเร็จในการ
ทำกระบวนการตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยทุก
การผ่าตัด เช่น

3.1 ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ในการ
ประชุมวิชาการประจำปี 2555

3.2 เวทีชุมชนนักปฏิบัติสำหรับหน่วยงานความเสียง
สูง (COP OR) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ สถาน
พยาบาล (สรพ.) เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2555





3.3 HA national forum ครั้งที่ 14 สัมมนาในเวที Patient Safety (safe surgery) ร่วมกับราชวิทยาลัย ศัลยแพทย์ 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) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน การผ่าตัดผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง ให้ดียิ่งขึ้น





แนวทางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด (Safe Surgery)

จากการทบทวนกิจกรรมคุณภาพ ของทีมผ่าตัด
สหสาขาวิชาชีพ (RCA เมษายน พ.ศ. 2553)

1. กำหนดให้ทุกคนในทีมผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย
ศัลยแพทย์ ผู้ช่วยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล
พยาบาลผ่าตัด และผู้เกี่ยวข้อง มีหน้าที่รับผิดชอบในการระบุตัว
ผู้ป่วย (patient's identification) ให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการ
ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง

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

3. พยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ต้อง
ตรวจสอบความถูกต้องของใบแจ้งรับผู้ป่วยก่อนไปรับผู้ป่วย ถ้าใน
ใบแจ้งรับไม่ระบุ ข้างซ้าย/ขวา ให้โทรศัพท์ถาม Ward ทุกครั้ง
ก่อนมอบให้ เจ้าหน้าที่ศูนย์แปลไปรับผู้ป่วย

4. ขั้นตอนการรับผู้ป่วยมาตีกผ่าตัดศัลยกรรม

4.1 พยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ส่ง
ใบผู้รับผู้ป่วยที่ถูกต้อง ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์แปล





4.2 เจ้าหน้าที่ศูนย์แปล 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 รวมถึงตรวจสอบ อุปกรณ์ที่ติดมากับผู้ป่วยและลงลายมือชื่อของพยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ในใบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัด

5. ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกจนถึงก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่น เช่น ห้องฟักฟื้น หออภิบาลผู้ป่วย และหอผู้ป่วย

5.1 พยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ประสานงานกับ scrub nurse ที่อยู่ในห้องทุกครั้งก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดส่งต่อข้อมูล 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 แต่ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว การทำ mark site จะต้องใช้การวินิจฉัยอย่างอื่นประกอบ เช่น film X-rays โดยจะนำมาจากหอผู้ป่วย หรือในห้องผ่าตัดก็ได้

หากไม่มีการ mark site วิทยาลัยแพทย์ จะไม่ดำเนินการทาง วิทยาลัยให้

5.4 การทำ sign in ก่อนเริ่มกระบวนการทาง วิทยาลัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างศัลยแพทย์ วิทยาลัยแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล และพยาบาล ผ่าตัด ดังนี้

5.4.1 ศัลยแพทย์ชำนาญ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ชื่อ หัตถการ ตำแหน่ง/ข้าง ที่ทำหัตถการ ตรวจสอบกายนอน ผ่าตัดโดยมีผู้ป่วยร่วมยืนยัน

5.4.2 ทีมผ่าตัด ร่วมกัน ตรวจสอบ mark site, การจัดทำ ตัดฟิล์ม รวมทั้ง imaging อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด





5.4.3 หากศัลยแพทย์ยืนยันที่จะทำผ่าตัดที่ไม่ตรงกับที่แจ้งมา ให้แก้ไขใบยินยอมผ่าตัดพร้อมให้ผู้ป่วยเซ็นกำกับพยาบาลห้องผ่าตัดประสานงานกับหอผู้ป่วยเพื่อแจ้งให้ญาติทราบ หากผู้ป่วยไม่รู้ตัวต้องแจ้งให้ญาติมาเซ็นรับทราบแทน

5.4.4 ตรวจสอบความเสี่ยงในเรื่องการแพ้ยา และโอกาสการเสียชีวิตมากกว่า 500 ซีซี ในผู้ใหญ่หรือมากกว่า 7 ซีซี / กิโลกรัมในผู้ป่วยเด็ก

5.4.5 ตรวจสอบความปลอดภัยในการระงับความรู้สึก การติด pulse oximeter และความเสี่ยงในการใส่ท่อทางเดินหายใจ

5.5 การทำ time out ก่อนลงมีดผ่าตัด

5.5.1 พยาบาลผ่าตัด

- ชานชื่อบุคลากรในทีมผ่าตัดทั้งหมด
- ชานชื่อผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่ง หัตถการ (ข้าง)
- แจ้งความพร้อมของเครื่องมือ ผลการ sterile และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากเครื่องมือ
- ถามถึงการให้ prophylaxis antibiotic





5.5.2 ทัศนคติแพทย์/พยาบาล

- ร่วมตรวจสอบความถูกต้อง
- แจ้งให้ทีมรับทราบว่ามีปัญหา /โอกาสเกิดเหตุการณ์วิกฤติ/สิ่งที่ต้องพึงระวังในการผ่าตัด
- ให้ prophylaxis antibiotic ภายใน 60 นาที ก่อนลงมิด

5.5.3 ศัลยแพทย์

- ยังไม่ลงมิดทำผ่าตัดและตรวจสอบความถูกต้อง
- แจ้งให้ทีมรับทราบว่ามีปัญหา/โอกาสเกิดเหตุการณ์วิกฤติ /สิ่งที่ต้องพึงระวังในการผ่าตัดอะไรบางอย่าง

5.6 เริ่มขั้นตอนการผ่าตัด เมื่อทำ time out เสร็จสิ้น

5.7 ขั้นตอนการ sign out เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

5.7.1 พยาบาลผ่าตัด ทบทวนกับทั้งทีม เรื่อง

- การนับเครื่องมือ/ของมีคม และผ้าซับโลहित
- การเขียนฉลากส่งตรวจหรือชิ้นเนื้อ/จำนวน/ชิ้น/ชื่อผู้ป่วย และลงบันทึก
- เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และ Recovery plan





5.7.2 วัสดุแพทย์/พยาบาล ทบทวนกับทั้งทีม
เรื่องเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดและ Recovery
plan

5.7.3 ศัลยแพทย์ทบทวนกับทั้งทีม เรื่อง
- ชื่อหัตถการ (ICD9) ที่ทำทั้งหมด
- ชื่อ/ชนิด/จำนวน ของสิ่งส่งตรวจ
ทั้งหมด (ชิ้นเนื้อ/Culture/Gram Stain และอื่น ๆ)
- แผนการดูแลหลังผ่าตัด (Recovery
plan)

6. ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย ไปยังหน่วยดูแลผู้ป่วย
ต่อเนื่อง

6.1 พยาบาลผ่าตัด ต้องตรวจสอบเอกสารแบบ
บันทึกทางการแพทย์ให้ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนส่ง
ผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อยังหน่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

6.2 พยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยยังจุดส่งต่อผู้ป่วยไป
หน่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อข้อมูลสำคัญในการดูแลและเฝ้า
ระวังผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น การสังเกตอาการตกเลือด ตำแหน่ง
แผลผ่าตัดสายท่อต่าง ๆ การจัดท่านอนหลังผ่าตัด และอื่น ๆ

6.3 พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง รับทราบข้อมูล
และตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ-สกุล อายุ ป้ายชื่อมือ เวช
ระเบียนฟิล์ม X-rays และลงลายมือชื่อชื่อในใบแจ้งรับและส่งต่อ
ผู้ป่วยผ่าตัด





7. การปรับปรุงเอกสาร แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย

7.1 ใบแจ้งรับผู้ป่วย และแบบตรวจสอบรายการ
ผ่าตัดปลอดภัย

- รวบรวมให้เป็นใบเดียวกัน
- เพิ่มช่อง ตำแหน่งหัตถการ (ซ้าย/ขวา) ใน
ส่วนของพยาบาลหอผู้ป่วย (ผู้ส่งผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด)
- เพิ่มการเซ็นชื่อรับผู้ป่วยของพยาบาลห้องพัก
รอผ่าตัด (waiting room) ตรวจสอบชื่อ-สกุล ป้ายชื่อมือ
เวชระเบียน หัตถการ ตำแหน่งหัตถการ และอื่น ๆ เช่น film

7.2 แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เพิ่มช่อง
time out (เวลา/ผู้ตรวจสอบ)

แนวทางการปฏิบัติ เรื่องการป้องกันความผิดพลาดใน
การทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง

ขั้นตอนและมาตรการการป้องกัน

การเตรียมคน กำหนดเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบ
ปฏิบัติ คือเจ้าหน้าที่เปลห้องผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย
พยาบาลประจำห้องรอผ่าตัด พยาบาลผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล
วิสัญญีแพทย์และแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด เป็นผู้ตรวจสอบในแต่ละ
ขั้นตอน

- แจ้งวิธีการตรวจสอบให้ผู้ปฏิบัติทุกคนรับทราบ





การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ ทำปายระบุตัวผู้ป่วย

- ตีผ้าตัดสัณยกรรมจัดทำปายลำดับผู้ป่วยแต่ละห้องผ่าตัด โดยพิมพ์จากตารางผ่าตัดในคอมพิวเตอร์สำหรับให้พยาบาลประจำห้องรอผ่าตัดเป็นผู้รับผิดชอบในการแขวนที่ปลายเตียงผู้ป่วยตามลำดับการผ่าตัดและห้อง เพื่อป้องกันนำผู้ป่วยผิดเตียงเข้าห้องผ่าตัด

การเตรียมข้อมูลข่าวสาร มีขั้นตอนการปฏิบัติในการตรวจสอบผู้ป่วยและติดประกาศไว้ในที่ทำงาน

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





วิธีปฏิบัติงานที่รัดกุม

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

ตรวจสอบครั้งที่ 2 พยาบาลประจำห้องรอผ่าตัดตาม ให้ผู้ป่วยบอกชื่อ-นามสกุล และตรวจสอบชื่อ-นามสกุล H.N., A.N. จากป้ายชื่อที่ข้อมือ และประเภทการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด จากแบบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัดเวชระเบียนผู้ป่วยและตารางทำผ่าตัด เมื่อถูกต้องแล้วให้เซ็นชื่อกำกับ แขนงป้ายระบุห้องที่ทำผ่าตัด/รายที่.... เพื่อป้องกันการนำผู้ป่วยเข้าผิดห้อง

ตรวจสอบครั้งที่ 3 พยาบาลห้องผ่าตัดสอบถามข้อมูลชื่อ/นามสกุล และตรวจสอบให้ข้อมูลถูกต้องตรงกับตารางการผ่าตัดก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้อง

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





ประโยชน์ที่ได้รับจากการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด
ปลอดภัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ต่อผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบและสื่อสารให้
เกิดความมั่นใจในความปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อ และการ
สื่อสารที่จำเป็น

ต่อทีมบุคลากร เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety
culture) ของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพในทีมผ่าตัด มีความ
ตระหนัก และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของ
หน่วยงาน รวมถึงระบบการค้นและเฝ้าระวังความเสี่ยงก่อนเกิด
เหตุการณ์พลาด

ต่อโรงพยาบาล สร้างชื่อเสียงให้กับองค์กร ในด้านการ
บริการที่ปลอดภัย ไม่มีการฟ้องร้อง ข้อร้องเรียน

ปัญหา/อุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด
ปลอดภัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

1. ระยะแรก ทีมผ่าตัดไม่ให้ความสำคัญในการนำแบบ
ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยใช้ในการผ่าตัด โดยเฉพาะระยะ
Time out อาจเกิดจากความเร่งรีบ หรือไม่เคยชิน แต่ทีม
พยาบาลได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ทำให้แบบตรวจสอบรายการ
ผ่าตัดปลอดภัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการผ่าตัด





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 ทำใบเตือนติดไว้ที่ได้ะลงเอกสาร หัวหน้าห้องผ่าตัด แต่ละห้องรับผิดชอบความสมบูรณ์ของเอกสาร





แนวทางการปรับปรุงแก้ไขแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด
ปลอดภัย เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

สร้างระบบตรวจสอบ กระบวนการผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อ
ป้องกันความผิดพลาดที่เหมาะสมกับการใช้งาน เพื่อป้องกันและ
แก้ไขก่อนเกิดเหตุการณ์ (near miss)

เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหลายเวที เนื่องจากเป็น
หน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จในการทำตามกระบวนการในแบบ
ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยทุกการผ่าตัด และเพื่อนำสิ่งที่ดี
มาพัฒนาแบบตรวจสอบหน่วยงาน





รายนามผู้ประสานงานจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. ดร.จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. คุณเพชรศรี เจริญสมบัติอมร | คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยวชิรพยาบาล |
| 3. คุณนวล จงเปรมภิไพศาล | โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 4. คุณนราพร พุทรวงศ์ | โรงพยาบาลนครราชสีมา
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. คุณเสาวลักษณ์ ธีรรัตนพงษ์ | โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 6. คุณวิลาวัลย์ จอมทอง | โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 7. คุณปรียาภรณ์ บุรณากาญจน์ | ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ
รัตนราชสุดา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 8. พ.ต.อ.หญิงอารยา พงษ์พานิช | โรงพยาบาลตำรวจ |
| 9. คุณรุ่งนภา พูนชินภัทร | โรงพยาบาลทหารผ่านศึก |
| 10. คุณศรีนวล องค์ประเสริฐ | โรงพยาบาลราชวิถี |
| 11. คุณปารณีย์ รัตนภาสุร | สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |





- | | |
|-----------------------------------|--|
| 12. คุณจิตติภรณ์ ปานชลธิ | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 13. คุณมาลัย อวยพร | โรงพยาบาลพระปกเกล้า |
| 14. นาวาโทเสรี สุขเรือน | โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 15. เรือเอกวิชัย แก้วสิมมา | โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 16. นาวาตรีหญิงหญิง สุดาภักดี | โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้า
สิริกิติ์ |
| 17. เรือโทหญิงพิมพ์วรรณ โพธิรัตน์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้า
สิริกิติ์ |
| 18. พว.ดร.สมพร เจษฎาญาณเมธา | โรงพยาบาลพุทธชินราช |
| 19. พว.เอกพงษ์ คงเมืองคำ | โรงพยาบาลพุทธชินราช |
| 20. คุณพิรยา วรากกลาง | โรงพยาบาลสระบุรี |
| 21. คุณกศนิย์ ไทยแท้ | โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา |
| 22. คุณเอื้องสุดา พงษ์วิเชียร | โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา |
| 23. คุณสุภาพ ลิมเจริญ | โรงพยาบาลนครปฐม |
| 24. คุณพิรพงษ์ ตั้งจิตเจริญ | โรงพยาบาลปทุมธานี |
| 25. คุณกนิยรัตน์ เกรียงยงค์ | โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา |
| 26. คุณราณี อรรณพานุรักษ์ | โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช |
| 27. คุณวิไลภรณ์ ฉัตรไตรรัตน์ | โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี |
| 28. คุณอรชนก บุรณะศรีศักดิ์ | โรงพยาบาลพุทธโสธร |
| 29. คุณราตรี แดลัมพิกตร | โรงพยาบาลอ่างทอง |
| 30. คุณจริยา พงษ์เพชร | โรงพยาบาลอุทัยธานี |
| 31. คุณชินสุมน ไพธิพุกษิ | โรงพยาบาลอุทัยธานี |
| 32. คุณวิภาดา ศุภสุวรรณกุล | โรงพยาบาลลำปาง |
| 33. คุณวิษราภรณ์ ชีวรัตน์ | โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ |
| 34. คุณสุวรรณ ทวีพิณ | โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน
มหาราช |





- | | |
|---------------------------------|--|
| 35. ร.ต.ต.หญิงนลินี ยงยุทธวิชัย | โรงพยาบาลกำแพงเพชร |
| 36. คุณมลลิกา จ่านงค์ทรง | โรงพยาบาลพะเยา |
| 37. คุณพิชามญชู้ อินแสน | โรงพยาบาลแพร่ |
| 38. คุณศิริพร อุปจักร | โรงพยาบาลน่าน |
| 39. คุณปิยาภรณ์ แหวะสอน | โรงพยาบาลขอนแก่น |
| 40. คุณพิชรินทร์ เกดษา | ศูนย์หัวใจสิริกิติ์
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ |
| 41. คุณวรดา จันทะพันธ์ | โรงพยาบาลมະเร็งอุบลราชธานี |
| 42. คุณจิรพรรณ ชำประดิษฐ์ | โรงพยาบาลสุรินทร์ |
| 43. คุณสุภาภรณ์ ยอดชลุด | โรงพยาบาลชัยภูมิ |
| 44. คุณสุกิดา สุวรรณพันธ์ | โรงพยาบาลร้อยเอ็ด |
| 45. คุณรัตนีศา คณะแพง | โรงพยาบาลเลย |
| 46. คุณนพวรรณ กฤตยภูนิตพานิ | โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี |
| 47. คุณนิภา ใจสมาคม | โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ |
| 48. คุณยุวสี วงศ์ธีรฤทธิ | โรงพยาบาลศูนย์ยะลา |
| 49. คุณคิดชนก อนุชาญ | โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ |
| 50. คุณสุนันท์ จิระธัญญาสกุล | โรงพยาบาลศูนย์นราธิวาส |
| 51. คุณลักขณา ผิวเหลือง | โรงพยาบาลสตูล |
| 52. คุณสุชานันท์ บำรุงวงศ์ | โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ |
| 53. คุณปรีดิตร ธีระเดชะชาติ | โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ |
| 54. คุณณัฐกนิชา ปิ่นแก้ว | โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา |
| 55. คุณอริญญา กลีบอุบล | โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา |
| 56. คุณรัตนา พอพิน | โรงพยาบาลแมกคอร์มิค |
| 57. คุณมานิดา แก้วมณีวรรณ | โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม |
| 58. คุณณัฐฎกานต์ อมรโพธิ์ไร | โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต |





- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 59. คุณมนัสนันท์ ศรีนาคา | โรงพยาบาลกรุงเทพหัวหิน |
| 60. คุณเสาวรัตน์ เสงวัฒนา | โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่ |
| 61. คุณสกุลนารี เวทยะเวทิน | โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท |
| 62. คุณศิริพร ชูสาย | โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ |
| 63. คุณสายพิณธ์ สุรภาพ | โรงพยาบาลกรุงเทพระยอง |
| 64. คุณวารุณี ประเสริฐศักดิ์ | โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี |
| 65. คุณยุพิน คุณธรรม | โรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน |
| 66. คุณชญาณิศา โสมขันเงิน | โรงพยาบาลไทรบุรีราช |





If you want to go fast, go alone
If you want to go far, go together
- African proverbs -



การติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

หากท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตรภิบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ต. ศรีภูมิ อ. เมือง จ. เชียงใหม่ 50200
โทร. 053-949017 มือถือ 081-9600072
e-mail: nongyaok2003@gmail.com

