

ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาด  
ในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อประสิทธิผลของงาน

นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์โน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2555  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF TEAMWORK FOR ADVERSE EVENTS PREVENTION PROGRAM  
IN SURGICAL OPERATING THEATER ON WORK EFFECTIVENESS

Miss Roongsawon Suwatno

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration  
Faculty of Nursing  
Chulalongkron University  
Academic Year 2012  
Copyright of Chulalongkron University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกัน  
ความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อประสิทธิผล  
ของงาน

โดย

นางสาวรุ่งสวรรณ สุวัฒน์

สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ )

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร )

รุ่งสวรรค์ สุวัฒน์: ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อประสิทธิผลของงาน (THE EFFECT OF TEAM WORK FOR ADVERSE EVENTS PREVENTION PROGRAM IN SURGICAL OPERATING THEATER ON WORK EFFECTIVENESS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช , 180 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แผนการอบรมการพัฒนาารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด แนวปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม แบบกำกับการทดลอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติค่าที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลของงานหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ( $\bar{X} = 113.4$ ,  $SD = 4.6$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $\bar{X} = 97.7$ ,  $SD = 4.2$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลด้านการบรรลุผลงานตามเป้าหมายหลังการใช้โปรแกรม ( $\bar{X} = 76.03$ ,  $SD = 3.09$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 66.63$ ,  $SD = 2.72$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลด้านความพึงพอใจของบุคลากรในวิธีการปฏิบัติงานหลังการใช้โปรแกรม ( $\bar{X} = 37.37$ ,  $SD = 1.69$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $\bar{X} = 32.07$ ,  $SD = 1.69$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาขาวิชา...การบริหารการพยาบาล.... ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา.....2555..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

# # 5177838936 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORD : ADVERSE EVENTS / OPERATING UNITE / EFFECIENCY OF OPERATING THEATER / TEAMWORK

ROONGSAWON SUWATNO: THE EFFECT OF TEAM WORK FOR ADVERSE EVENTS PREVENTION PROGRAM IN SURGICAL OPERATING THEATER ON WORK EFFECTIVENESS. ADVISOR: ASST. PROF.SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 180 pp.

The purpose of this quasi experimental research was to compare efficiency of the operating theater before and after using the teamwork program for adverse events protection in operating theater. Research sample consisted of 30 nurses from surgical operating theater in Ramathibodi hospital. The research instruments were the training project of teamwork for adverse events protection program in surgical operating theater, training plan, using the adverse events protection in operating theater handbook and monitoring from using team work for adverse events protection program in surgical operating theater. Research data was obtained by efficiency of the operating theater questionnaires. The questionnaires were test for content validity and reliability. The Cronbach's alpha coefficient was .91 The data were analyzed by percentile, mean, standard deviation and t-test.

The major finding was as follow:

The mean score efficiency of the operating theater using the teamwork program for adverse events protection in operating theater ( $\bar{X}$  = 113.4, SD = 4.6) was significantly higher than before experiment ( $\bar{X}$  = 97.7, SD = 4.2), at the level .01

Department:....Nursing Administration....

Student's Signature.....

Academic Year:.....2012.....

Advisor's Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ รวมทั้งแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นในการทำงานด้วยความเอาใจใส่ ให้ความเมตตาและให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างซึ่งในความกรุณาเป็นอย่างมาก จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้แนวคิดและประสบการณ์ที่ดีตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้างานการพยาบาลผ้าตัด หัวหน้าห้องผ้าตัดศัลยกรรม เจ้าหน้าที่ห้องผ้าตัดศัลยกรรมทุกท่าน รวมถึงทีมศัลยแพทย์ และทีมวิสัญญีที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้เวลาและกำลังใจเสมอมา อีกทั้งเต็มใจช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการดำเนินการศึกษา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อทวีพร คุณแม่ผการัตน์ รวมถึงน้องสาว พี่ชายและครอบครัว พี่หม่อ น้องสาวและครอบครัว รวมถึงเพื่อนผู้เป็นกัลยาณมิตร ที่คอยให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือ สนับสนุนตลอดมา จึงทำให้งานวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
สมมุติฐานการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
โรงพยาบาลรามาริบัติ.....	16
การพยาบาลผ้าตัด.....	18
การทำงานเป็นที่มีการพยาบาลผ้าตัด.....	36
ประสิทธิผลของงาน.....	41
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	50
3. วิธีการดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	70

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
5. สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	91
สรุปผลการวิจัย.....	93
อภิปรายผลการวิจัย.....	94
ข้อเสนอแนะ.....	102
รายการอ้างอิง.....	104
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	112
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	114
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ง จริยธรรมการวิจัย.....	172
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	180



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง.....	54
2. จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการทำงานในห้องผ่าตัด ระยะเวลาการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล.....	55
3. จำนวน ร้อยละ ชนิดการผ่าตัด ประเภทการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลขณะใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม.....	56
4. ผลการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดของพยาบาลหัวหน้าห้อง ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบดี จำแนกตามรายชื่อของแต่ละกิจกรรม.....	76
5. ผลการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดของพยาบาล ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบดี จำแนกตามรายชื่อของแต่ละกิจกรรม.....	78
6. แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงมาตรฐานของประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม จำแนกเป็นรายด้าน และรายชื่อ.....	85
7. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม.....	89
8. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายด้านของประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม..	90

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51
2	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	83
3	การทำงานของโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาด ในห้องผ่าตัด (Work flow chart).....	145

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนากระบวนการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในระดับสากลรวมทั้งประเทศไทย ทำให้เกิดการพัฒนาระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นอย่างมาก เป็นการพัฒนาโดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนขึ้น มีการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์ ประเทศไทยส่งผลให้มีการจัดระบบของการบริการทางสาธารณสุข มีการริเริ่มให้มีการจัดระบบคุณภาพของการบริการทางสาธารณสุขเพื่อเป็นการรับรองคุณภาพของสถานบริการในระดับต่างๆ ทำให้มีการขยายตัวของการบริการทางสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง (เรณู อัจฉลิต, 2540) โดยความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการยังคงเป็นหัวใจสำคัญ โดย The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นหลักที่ทุกโรงพยาบาลต้องกำหนดเป็นนโยบาย และนำสู่การปฏิบัติอย่างมีเป้าหมาย (JCAHO, 2007) ในขณะที่องค์การอนามัยโลกได้วางเป้าหมายในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการทางสาธารณสุขด้วยเช่นกัน (WHO, 2009) ในขณะที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พ.ร.พ.) มีการนำเสนอ Thai Patient Safety Goals เป็นการจัดการบริการที่มีประเด็นหลักในเรื่องของความปลอดภัยให้กับผู้เข้ารับบริการหรือผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 หัวข้อ คือ ความปลอดภัยในการเข้ารับทำหัตถการหรือการผ่าตัด (S: Safe Surgery) ความปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ (I: Infection Control) ความปลอดภัยจากการได้รับยา (M: Medication Safety) ความปลอดภัยในกระบวนการดูแลรักษา (P: Patient Care Process) ความปลอดภัยจากสายให้สารละลาย ท่อช่วยหายใจ และชุดให้ยาทางกระแสโลหิต (L: Line, Tube, Catheter) และความปลอดภัยจากการเฝ้าระวัง ตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน (E: Emergency Response)

เพื่อให้โรงพยาบาลกำหนดแนวทางการบริการให้ได้ตามมาตรฐานในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือผู้มารับบริการเช่นกัน เมื่อการบริการนั้นเป็นไปตามเข็มมุ่ง หมายถึง ประสิทธิภาพของการบริการของโรงพยาบาลย่อมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี จากการที่โรงพยาบาลจะมีประสิทธิผลที่ดีได้ เริ่มจากการที่ห่อผู้ป่วยต่างๆ รวมถึงหน่วยตรวจ หน่วยตรวจรักษาที่ทำให้เกิดประสิทธิผลในระดับหน่วยงาน ประสิทธิภาพของงานเป็นการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย และคุณภาพการบริการ (Bain, 1982) และการที่องค์กรมีผลลัพธ์แสดงถึงการปฏิบัติงานโดยบรรลุผล

สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดทำให้องค์กรสามารถดำรงอยู่ได้ (Gibson et al, 2000) ประสิทธิภาพในการทำงานของห้องผ่าตัดสามารถวัดได้จากการไม่มีความผิดพลาดในการทำงาน เช่น ความถูกต้องในการบ่งชี้ ระบุตัวผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ความถูกต้องของตำแหน่งที่ทำผ่าตัด ความถูกต้องของประเภทการผ่าตัด (ดุสิต สถาวร, 2546; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551; JCAHO, 2003) รวมถึงการผ่าตัด ผิดข้าง การบาดเจ็บจากของมีคม การมีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (Lincourt et al, 2006; Cima et al, 2008; Gawande, Studdert, Orav, Brennan and Zinner, 2003)

WHO ได้จัดทำแนวทางเรื่อง Performance of Correct Procedure at Correct Body Site ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ Verification, Mark site, Time out (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) และในขณะเดียวกัน WHO ได้ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยต่อผู้ป่วย Patient safety culture โดยรณรงค์ให้ทีมผ่าตัดใช้ Surgical Safety Checklist ซึ่งเป็นรายการการตรวจสอบ/การทวนสอบที่ครอบคลุมในทุกระยะผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะก่อนลงมีดผ่าตัด และระยะก่อนที่ผู้ป่วยออกจากห้องที่ทำผ่าตัด (WHO, 2009) ในส่วนของห้องผ่าตัด ศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีนำหลักการ SIMPLE ในหัวข้อ Safety Surgery: Performance of Correct Procedure at Correct Body Site ซึ่งมีกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ Verification, Mark site, Time out มาปฏิบัติเช่นกัน เริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัด มีกระบวนการตรวจสอบยืนยันตัวผู้ป่วยโดยพยาบาล จากการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง และการตรวจทานกับป้ายชื่อมือ การตรวจสอบการทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัดบนตัวผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมทำการตรวจสอบและให้ผู้ป่วยชี้บริเวณที่จะทำการผ่าตัด และการขอยุติเวลา (Time out) ก่อนเริ่มกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกและทำหัตถการในห้องผ่าตัด โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคน คือ ทีมศัลแพทย์ ทีมวิสัญญี ทีมพยาบาลผ่าตัด ทำการตรวจสอบ ยืนยันความถูกต้องตรงกันในข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายการ ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของวรุณยุพา รอยกุลเจริญ (2551) โดยตั้งแต่ปฏิบัติตามข้อกำหนดไม่พบเหตุการณ์ผิดพลาด (ทีมนำศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2552) โดยที่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นเหตุการณ์ที่มีความร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้ และจะต้องไม่เกิดกับผู้ที่มารับบริการ (Watson, 2010) เนื่องจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้เข้ารับบริการโดยตรงอาจถึงแก่ชีวิตหรือทุพพลภาพ และเกิดค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก รวมถึงบุคลากรทางแพทย์อาจถูกฟ้องร้องอีกด้วย (Lincourt et al, 2006; Cima et al, 2007; Jackson and

Brady, 2008)

จากการศึกษาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในปี 2003 พบปัจจัยที่สำคัญในการเกิดสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย คือ การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน การเปลี่ยนกระบวนการผ่าตัดโดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน และการผ่าตัดในตัวผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมากและมีการนำเสนองานของ The Central Texas Veterans Healthcare System รวมถึงการเสนอแนวทางในการกำจัดการมีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย (Baker et al, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Kwaan, et al (2006) ในการตรวจสอบความถูกต้องในห้องผ่าตัดสามารถลดความผิดพลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลรามาริบัติ ในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิที่มุ่งเน้นการให้บริการที่เป็นเลิศทั้งทางด้านบริการ การศึกษา งานวิชาการ และการส่งเสริมงานวิจัย จึงมีการนำเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยเข้ามาให้บริการ ซึ่งสามารถจะคาดการณ์ได้ว่า การบริการผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการในอนาคตจะใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงมาก และการรักษาพยาบาลจะมีความซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นในห้องผ่าตัด ศัลยกรรมที่จัดให้บริการในการตรวจพิเศษเฉพาะทาง และการผ่าตัดรักษาที่มีความทันสมัย และใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีความซับซ้อนในทุกสาขา และให้บริการอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง งานบริการผู้ป่วยผ่าตัดจึงมีความจำเป็นต้องมีพยาบาลที่มีความสามารถสูงทั้งด้านการปฏิบัติการ การศึกษาวิจัย และนำผลงานทางวิจัยเข้ามามีบูรณาการในงานบริการ เป็นการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ผ่าตัด โดยเน้นถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ และมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (AORN, 2009) ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดต้องเรียนรู้ให้มีความสามารถในการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ร่วมกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ได้อย่างถูกต้องและชำนาญ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด รวมถึงการรักษาสิทธิของผู้ป่วย (เรณู อาจสาดี, 2550) พยาบาลผ่าตัดต้องมีความสามารถทั้งทางการบริหารจัดการ การปฏิบัติการพยาบาล มีการศึกษาต่อเนื่อง มีวิสัยทัศน์ในการทำวิจัยเพื่อหาองค์ความรู้ใหม่มาใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดการความรู้ภายในองค์กรและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรวิชาชีพ มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีสภาวะสุขภาพที่ดี (เรณู อาจสาดี, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barratt and Schultz (1977) การปฏิบัติงานพยาบาลต้องประสานงานกับบุคลากรหลายฝ่าย โดยพยาบาลผ่าตัดต้องประสานงานกับทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

จากการรวบรวมข้อมูลของห้องผ่าตัดศัลยกรรมในปี 2553 พบเหตุการณ์เกือบพลาด

(near miss) ถึง 3 ครั้ง (ทีมนำศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2553) ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะผ่าตัดเป็นเป้าหมายที่สำคัญ โดยการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมผ่าตัดซึ่งประกอบด้วย ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และทีมพยาบาลผ่าตัด ส่งผลให้การทำงานบรรลุเป้าหมายที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ (ณัฐพันธุ์ เขจรนันท์, 2545) สอดคล้องกับ Yeatts and Hyten (1998) การดำเนินกิจกรรมของทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสารภายในทีม ความชัดเจนในพันธกิจ และสมาชิกในทีมต้องมีความเข้าใจ เต็มใจ ยอมรับวัตถุประสงค์ เป้าหมายอย่างแท้จริง การทำงานอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ จะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการทำงานเป็นทีม โดยสมาชิกในทีมเป็นผู้ที่มีคุณค่าและมีส่วนร่วมในการทำงาน จากการที่มีเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การติดต่อสื่อสาร การรับผิดชอบร่วมกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล (สมสมร เรื่องวรรณุญ, 2544) การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การค้นหาปัญหาาร่วมกัน การจัดระบบการปฏิบัติงานในทีม การสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกัน มีการจัดการความขัดแย้งในทีม และสนับสนุนให้ทีมมีการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ฐานความรู้ (Chen, Donahue, and Kowalski, 2004 Cited in Kinicki, and Kreitner, 2008) และจากการศึกษาของจรรยา ชื่นศิริมงคล (2547) ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลของหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมเป็นกลยุทธ์ทางการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของงาน (ณัฐพันธุ์ อินทรสุขศรี, 2528)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยสนใจพัฒนาโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันการผิดพลาดในห้องผ่าตัดโดยใช้แนวคิด WHO (2009) ร่วมกับแนวคิด AORN (2009) และการทำงานเป็นทีมของ Chen, Donahue, and Kowalski (2004 Cited in Kinicki, and Kreitner, 2008) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันการผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของงานซึ่งส่งผลถึงคุณภาพงานบริการห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดีอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของงานห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี อยู่ในระดับใด
2. ประสิทธิภาพของงานหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันการผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมหรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของงาน จากการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำห้องผ่าตัดศัลยกรรม งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย คือ ประสิทธิภาพของงาน

### แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

**ประสิทธิผลของงาน** เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อม โดยประสิทธิผลของงานมีความหมายครอบคลุมทั้งผลการดำเนินงานที่สนองวัตถุประสงค์ได้ผลดีทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพและยังครอบคลุมถึงกระบวนการดำเนินงานที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และวิธีการปฏิบัติงานที่เหมาะสมอีกด้วย (Bain, 1982) ประสิทธิภาพของงานเป็นการรับรู้ หรือความคิดเห็นของพยาบาลประจำการในหน่วยงานนั้นๆ ที่มีต่อภาพรวมผลสำเร็จในการดำเนินงานในหน่วยงาน การมีทรัพยากรในการบริหารจัดการอย่างมีคุณภาพและมีปริมาณที่พอเพียง มีระบบการบริหารจัดการที่ดี การให้ความสำคัญกับความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ที่เข้ามาใช้บริการ รวมถึงผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการบริการที่มีให้หน่วยงานนั้นๆ และการประเมินประสิทธิผลขององค์การตามแนวคิดของ Kinicki and Kreitner (2003) ประกอบด้วย 4 ด้านดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 การบรรลุผลงานเป้าหมาย จากการที่เป้าหมายชัดเจน มีกระบวนการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยมีการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่วัดที่กำหนดไว้ ด้านที่ 2 การได้มาของทรัพยากร การนำบุคลากร เครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุ อุปกรณ์มาใช้อย่างเพียงพอ กระบวนการภายใน เป็นการบริหาร จัดการที่ดี มีการวางแผนงานในการปฏิบัติงาน ด้านที่ 3 มีการ

ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และระบบป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น ด้านที่ 4 ความพึงพอใจในกลยุทธ์ มีการให้ความสำคัญกับความพึงพอใจของบุคลากรทั้งภายนอกและภายในหน่วยงาน และการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลในหน่วยงานที่มีความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจในการให้บริการแล้วส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาลและสามารถลดความผิดพลาดทางการพยาบาลอีกด้วย (Silen-Lipponen et al, 2005) ประสิทธิภาพเป็นผลงานที่ได้จากการปฏิบัติงานของสมาชิกทุกคนภายในหน่วยงานเดียวกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน โดยปฏิบัติงานตามมาตรฐาน และเพียงพอต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ และคำนึงถึงการใช้ทรัพยากร บุคคล อุปกรณ์เครื่องมือใช้ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การศึกษาของละมัยพร โลหิตโยธิน (2542) พบว่าการติดต่อสื่อสาร และความยึดมั่นผูกพันของบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของงาน การประสานงาน ความร่วมมือในงาน ทำให้ประสิทธิผลของงานเพิ่มขึ้น (Tourish and Mulholland, 1997)

**การทำงานเป็นทีม** เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งส่งผลดีให้ตนเองและองค์กร เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้แต่ละคนได้แสดงศักยภาพที่มากขึ้น และเป็นการแบ่งบทบาทตามความถนัดของแต่ละคนอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยเป็นความร่วมมือของวิชาชีพที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งองค์ประกอบของทีมมีดังต่อไปนี้ การมีเป้าหมายเดียวกัน เป็นการรับรู้และมีความเข้าใจตรงกันของบุคลากรต่อเป้าหมายว่าทำอะไรให้บรรลุผลสำเร็จ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็นการปฏิบัติตามบทบาท ตามความรู้ความสามารถและขอบเขตในแต่ละหน้าที่ของวิชาชีพ การติดต่อสื่อสารเป็นการแลกเปลี่ยนข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกัน การรับผิดชอบร่วมกันเป็นการร่วมกันแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นและร่วมกันรับผิดชอบต่อผลงานของทีมสุขภาพ การได้รับความไว้วางใจ คือ การที่บุคลากรมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ยอมรับ เชื่อมั่นในผลสำเร็จของงานที่ทำ (สมสมร เรืองวรรณ, 2544)

การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพตามแนวคิดของ Chen, Donahue, and Klimoski (2004 Cited in Kinichi, and Kreitner, 2008) เป็นการค้นหาปัญหาที่มีร่วมกันของทีมในสถานการณ์นั้นๆ ช่วยเหลือทีมในการแก้ไขปัญหา และแจกแจงสาเหตุที่มีความสำคัญและตรงกับปัญหามากที่สุด เพื่อทำการแก้ไข การจัดระบบการปฏิบัติงานในทีม โดยแบ่งจากคุณสมบัติของสมาชิกในทีม ต้องมีการช่วยเหลือ ยอมรับเป้าหมายของทีม การเฝ้าระวัง การประเมินสถานการณ์ การสื่อสารในระหว่างสมาชิกในทีม มีการแจ้งผลสะท้อนกลับของผลงานของทีม การสร้างบรรยากาศที่ดี การช่วยเหลือ สร้างสรร การยอมรับในคุณงามความดี ความสามารถ การสรรเสริญ



ที่เกิดขึ้นจากการกระทำของสมาชิกในทีม และเชื่อให้เกิดบรรยากาศการทำงานในทีม และมีประสิทธิภาพ การจัดการความขัดแย้งที่มีอยู่ในทีม ให้มีการโต้เถียงได้โดยอิสระ ในการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น รวมถึงสาเหตุที่เป็นความขัดแย้ง ให้ทั้งสองฝ่ายประสบความสำเร็จในข้อขัดแย้งนั้นแบบ win - win การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงโดยใช้พื้นฐานของความรู้ ในการตอบสนองกับสิ่งที่ทีมต้องปฏิบัติงานในกิจกรรมต่างๆ การแสดงความรู้ ความสามารถในแต่ละด้านของสมาชิก จะเป็นส่วนที่ส่งเสริมให้ทีมสามารถปรับเปลี่ยนการทำงานที่มีประสิทธิภาพได้

ตามแนวความแนวคิดของ Goyal (1993) การทำงานเป็นทีม เป็นการประสานงานโดยการร่วมมือร่วมใจของกลุ่ม สมาชิกต้องช่วยกันรับผิดชอบ และกระตือรือร้นในการทำงานที่จะบรรลุเป้าหมาย

**Surgical Safety Checklist (WHO, 2009) รายการตรวจสอบเพื่อการผ่าตัดที่ปลอดภัย** เป็นแบบตรวจสอบที่ WHO เป็นผู้ออกแบบ โดยจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการสื่อสารและตรวจสอบเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัด เป็นการลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ โดยเน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงในส่วนของกรทำให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดด้วย WHO คาดว่า จะเป็นการช่วยลดอัตราการเกิดความผิดพลาดในการผ่าตัด โดยใช้เป็นเครื่องมือช่วยแพทย์ผู้ทำผ่าตัด วิศวกรแพทย์ พยาบาลผ่าตัด และผู้ป่วย โดยใบตรวจสอบและลงบันทึกแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

1) ก่อนได้ยาระงับความรู้สึก เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย บริเวณที่ทำผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ใบยินยอมการผ่าตัด การทำเครื่องหมายบนตัวผู้ป่วยในบริเวณที่จะทำผ่าตัด การได้รับตรวจสอบการแพ้ยาจากทางวิสัญญี สัญญาณชีพของผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือน้ำยา ระบบทางเดินหายใจ ประเมินการเสียเลือดโดยดูจากประเภทของการผ่าตัด และทำการตรวจสอบกับการขอเลือดในรายที่จำเป็นต้องใช้

2) ก่อนทำการผ่าตัด ตรวจสอบกับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในห้องผ่าตัดนั้นๆ โดยการทวนสอบข้อมูลของผู้ป่วย แพทย์ผ่าตัด พยาบาล วิสัญญี ทำการตรวจสอบความถูกต้องของประเภทการผ่าตัด ข้างที่ทำผ่าตัด ตัวผู้ป่วย แพทย์ผ่าตัดตรวจทานรายการและขั้นตอนของการผ่าตัด วิสัญญีตรวจทานรายการที่ต้องระมัดระวังในผู้ป่วย พยาบาลผ่าตัดตรวจทานความพร้อมรายการของใช้ การให้ยาปฏิชีวนะก่อนทำการผ่าตัด การตรวจสอบผลภาพถ่ายรังสีในการวินิจฉัยโรค

3) เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้น พยาบาลสอบถามทีมศัลยแพทย์ถึงชนิดของการทำ

หัตถการ การแจ้งผลของการตรวจทานของเครื่องมือ ของมีคม ผ้าซับเลือดถูกต้อง ครบถ้วน การมีสิ่งส่งตรวจ และชื่อของสิ่งส่งตรวจ การส่งผู้ป่วยเข้าห้องพักรักษาโดยทีมในห้องผ่าตัด และทำการดูแลสังเกตอาการหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

**ความผิดพลาดในห้องผ่าตัด** เป็นการนำแนวคิดจาก JCAHO (2007) ในการประชุม The National Quality Forum's List of 28 จากการแบ่งของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ 28 รายการ ใน 6 ประเภท ในส่วนของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางศัลยกรรม มี 5 รายการ ดังนี้

- 1) การกระทำการผ่าตัดในส่วนของร่างกายที่ไม่ใช่ส่วนที่ต้องรับการผ่าตัด
- 2) การกระทำการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ไม่ใช่รายที่ต้องรับการผ่าตัด
- 3) กระบวนการผ่าตัดผิดชนิดของกระบวนการผ่าตัดในผู้ป่วยรายนั้นๆ
- 4) การมีของตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด
- 5) การเสียชีวิตอย่างกะทันหันของผู้ป่วย การเสียชีวิตอย่างกะทันหันของผู้ป่วยที่แข็งแรงดี (ASA Class 1) ตามเกณฑ์ประเมินของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งอเมริกา (American Society of Anesthesiologist Classification; ASA)

โดยการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง และผิดชนิดของการผ่าตัดเป็นสิ่งที่มีความร้ายแรงแต่ป้องกันได้เช่นเดียวกับการมีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด ( Watchter, Foster, and Dudley, 2008) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดประเภทของการผ่าตัด นั้นสามารถตรวจสอบได้โดยการขอยุติเวลา (Time out) ซึ่งเป็นการตรวจทานข้อมูลของผู้ป่วย กับทีมผ่าตัด (Saufli, 2004; Watson, 2009; Harrington, 2009) การเกิดสิ่งของตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัด อยู่ในระดับสูง โดยจากรายงานในปี 2007 พบเป็นอันดับ 2 ของอุบัติการณ์ ปี 2008 พบเป็นอันดับ 4 ของอุบัติการณ์ และจากการรายงานเริ่มในปี 1995 คิดเป็น 5.3% จากจำนวนรายงาน 6762 ครั้ง (JCAHO, 2010) จากการศึกษาของ Cima et al (2008) พบการเกิดความใกล้เคียงความผิดพลาด 34 ราย ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 191,168 ราย เป็นการรายงานจาก Mayo clinic ระหว่างปี 2004-2007 และจากการรายงานของ Pennsylvania Patient safety Authority (2009) พบว่ามี การนับผิดพลาดของเครื่องมือ เข็ม ผ้าซับเลือด 2,228 ราย ในระยะเวลา 1 ปี และจากการศึกษาของ Jackson and Brady (2008) กล่าวว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวกับการมีสิ่งตกค้างเกิดขึ้น 1 ครั้งต่อการผ่าตัด 5,000 ราย ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยด้วยอาการแทรกซ้อนดังต่อไปนี้ อาการปวดอย่างรุนแรง การติดเชื้อ มีอาการสอดคล้องกับอาการบวม หรือมีก้อนผิดปกติเกิดขึ้น การเกิดรูที่เชื่อมต่อระหว่างอวัยวะที่ไม่ควรเกิดขึ้น หรือการเกิดการอุดตันของระบบ

ย่อยอาหาร และจากคามผิดพลาดเหล่านี้ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขต้องชดใช้ค่าเสียหาย โดยจากการรายงานในปี 2005 โดยเฉลี่ยเป็นจำนวน 60,000 – 100,000 เหรียญอเมริกันดอลลาร์ ต่อเหตุการณ์ (Jackson and Brady, 2008)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสามารถตั้งสมมุติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของงาน หลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม
2. ประสิทธิภาพของงาน ภายหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม** หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดโดยพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในการเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดีด้วยความปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด หลังจากได้รับการเตรียมพร้อมจากการอบรม และการดำเนินกิจกรรม เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ วิธีการปฏิบัติงาน

จากการนำแนวคิดการพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการป้องกันความผิดพลาดในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของ WHO (2009) และ AORN (2009) ร่วมกับการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ (Chen, Donahue, and Kowalski, 2004 Cited in Kinicki, and Kreitner, 2008) โดยเป็นระบบการบริหารงานของพยาบาลหัวหน้าห้อง เพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ร่วมกับการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ โดยมี 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** องค์ประกอบของโปรแกรม มี 4 องค์ประกอบ คือ

1. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม” ประกอบด้วยหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการอบรม จำนวนผู้เข้าอบรม และงบประมาณที่ใช้ในการอบรม

2. แผนการอบรม “การทำงานเป็นทีมในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม” แก่พยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของแผนการอบรม เนื้อหา วิธีการเรียนการสอน แผนการประเมิน ซึ่งจัดทำขึ้นตามหัวข้อของการอบรม ประกอบกับ ความหมาย ความหมาย ความสำคัญ ของแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐาน ของ WHO (2009) และ AORN (2009) ความผิดพลาดในห้องผ่าตัด แนวความคิดในการป้องกัน ความผิดพลาดของ Kwaan et al (2006) และ Baker et al (2007) ขั้นตอนในการปฏิบัติงานของ พยาบาลผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงกระบวนการทำงานของพยาบาล ผ่าตัด (Work Flow Chart) โดยใช้วิธีบรรยาย อภิปราย และระดมสมอง ในการอบรมเพื่อการ จัดทำโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

3. แนวปฏิบัติของพยาบาลตามตำแหน่ง ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาด ในห้องผ่าตัดศัลยกรรม เป็นการกำหนดหน้าที่ของพยาบาลปฏิบัติการในพื้นที่ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ใน ขั้นตอนการรับเข้า ส่งออกผู้ป่วยผ่าตัด หน้าที่ของพยาบาลปฏิบัติการในห้องรอผ่าตัด ในการส่งต่อ ผู้ป่วยและการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง หน้าที่ของพยาบาลในห้องผ่าตัดย่อย ได้แก่ พยาบาล หัวหน้าห้อง ในขั้นตอน และช่วงเวลาการนิเทศน์งานแก่พยาบาลปฏิบัติการ การจัดแบ่งหน้าที่ของ พยาบาลปฏิบัติการ การกำหนดหน้าที่ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกัน รวมถึงการทำหน้าที่ใน ระยะเวลาต่างๆ ของการทำหัตถการ และขั้นตอนในการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับทีมสหสาขา แนวปฏิบัติ ของพยาบาลปฏิบัติการ เป็นการกำหนดขั้นตอนในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดย่อย ตามที่ได้รับ มอบหมาย และการปฏิบัติหน้าที่ในระยะเวลาต่างๆ ของการทำหัตถการ

4. คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการอธิบายขั้นตอน ในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล หัวหน้าห้อง ในด้านการนิเทศน์พยาบาลปฏิบัติการ ในด้านการให้ความรู้ การเป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ บริการ และเป็นผู้ควบคุมในการปฏิบัติงานของพยาบาลปฏิบัติการ การประสานงานกับบุคลากรที่ ดูแลผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในห้องผ่าตัดเพื่อการรับเข้า ส่งออกผู้ป่วยผ่าตัด ประสานงานกับทีมสหสาขาใน การตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย การทำหัตถการ และการปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นผู้นำทีม พยาบาลผ่าตัดคั่นรายการของที่นับไม่ครบ รวมถึงการเป็นผู้แจ้งความผิดปกติ หรือข้อขัดข้องใน การปฏิบัติงานแก่พยาบาลหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดศัลยกรรม ในส่วนของพยาบาลปฏิบัติการมีการ อธิบายหน้าที่ของพยาบาลอาวุโสในการปฏิบัติหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง และการปฏิบัติงานแทนพยาบาล หัวหน้าห้องในระยะเวลาต่างๆ และการปฏิบัติงานในขั้นตอนระหว่างการทำหัตถการ ซึ่งมีทั้งการปฏิบัติ หน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลช่วยทั่วไป และเป็นการอธิบายหน้าที่และขั้นตอน

การเรียนรู้ของพยาบาลฝึกหัดในแต่ละช่วงเวลา ในแต่ละพื้นที่ที่พยาบาลฝึกหัดเข้าปฏิบัติงาน อยู่ภายใต้การดูแล ฝึกสอน และควบคุมการปฏิบัติงานโดยผู้ใด

## ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติงานมี 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การนิเทศงานทางการพยาบาลผ่าตัด หมายถึง พยาบาลหัวหน้าห้องแต่ละห้องแนะนำ สอน ช่วยเหลือ ส่งเสริมให้เกิดทักษะในการปฏิบัติงานตามแนวมาตรฐานของหน่วยงาน ที่สร้างขึ้นตามแนวคิด AORN และ WHO แก่พยาบาลปฏิบัติการ ทั้งในภาคทฤษฎีเป็นการเรียน การสอน ในเวลา 8 น. ของทุกวันประมาณ 30 นาที และในการปฏิบัติ เริ่มโดยการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อให้พยาบาลประจำการเกิดความชำนาญในหัตถการต่างๆ

2. การจัดการการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลผ่าตัด หมายถึง พยาบาลหัวหน้าห้องแต่ละห้องกำหนดหน้าที่ในการปฏิบัติงานของพยาบาลปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นการกำหนดหน้าที่ตามความสามารถของพยาบาลปฏิบัติการ เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลหัวหน้าห้องกับพยาบาลปฏิบัติการ หรือพยาบาลปฏิบัติการสามารถปฏิบัติหน้าที่โดยลำพัง หรือพยาบาลปฏิบัติการปฏิบัติงานโดยอยู่ในความดูแลของพยาบาลหัวหน้าห้อง เพื่อให้การปฏิบัติงานลุล่วง มีประสิทธิผล ทันเวลา โดยมีความสอดคล้องกับการทำหัตถการในห้องผ่าตัดนั้น

3. การส่งเสริมให้เกิดแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน หมายถึง พยาบาลหัวหน้าห้องแต่ละห้องกล่าวยกย่อง ชมเชย ในความสามารถของสมาชิก ต่อสมาชิกท่านนั้นๆ และสมาชิกอื่นๆ ในทีมพยาบาลผ่าตัด เมื่อสมาชิกผู้หนึ่ง แสดงถึงความตั้งใจเพื่อในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น หรือปฏิบัติงานได้อย่างครบถ้วน ทันเวลา เช่น การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ ความสามารถในการใช้เครื่องมือทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ อย่างถูกต้อง รวมถึงการตรวจสอบเพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย ได้แก่ การขอเริ่มการนับเครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าซับเลือดและอุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้ในการทำหัตถการตรงตามขั้นตอนในการปฏิบัติงานอย่างทันเวลา การแจ้งเตือนกับทีมสหสาขา ในการขอหยุดเวลาก่อนเริ่มการทำหัตถการ และให้คำยกย่อง ชมเชยแก่สมาชิกที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือแบบอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่น รวมถึงการที่พยาบาลหัวหน้าห้องให้โอกาสแก่สมาชิกที่เป็นตัวอย่างที่ดีเป็นผู้นำในการปฏิบัติงาน หรือเป็นผู้สอนหรือแนะนำการปฏิบัติงานแก่พยาบาลปฏิบัติการท่านอื่น การกล่าวชมเชยการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลปฏิบัติการแก่ทีมสหสาขา เพื่อให้ทีมสหสาขาให้ความไว้วางใจ เชื่อมั่นในพยาบาลปฏิบัติการท่านนั้นๆ ต่อไป

4. การแก้ไขข้อขัดแย้ง ปัญหาในการปฏิบัติงาน หมายถึง พยาบาลหัวหน้าห้องแต่ละห้องทำหน้าที่ประสานงานในการแก้ไขข้อขัดข้องในระหว่างการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมผ่าตัด (ประกอบด้วยทีมแพทย์ผู้ทำหัตถการ ทีมวิสัญญี และทีมพยาบาลผ่าตัด)ในห้องผ่าตัดนั้นๆ เช่น

การตรวจนับเครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าซับเลือด และอุปกรณ์ทุกชนิด เป็นผู้ตรวจทานและแจ้งจำนวนที่พบ จำนวนที่ไม่พบ และยืนยันในการนับ รวมถึงการยืนยันในการเริ่มกระบวนการค้นหา ในรายการดังกล่าว พร้อมทั้งชี้แจงให้เห็นถึงความสำคัญ และความเข้าใจในการเริ่มกระบวนการค้นหา แจ้งความรับผิดชอบเมื่อเกิดความผิดพลาดในกระบวนการทำงานของพยาบาลปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานร่วมกัน รวมถึงการยืนยันในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง การเพิ่มความรู้ ของพยาบาลปฏิบัติการ ที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการนั้นๆ และการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

**ประสิทธิผลของงาน** หมายถึง การที่พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลปฏิบัติการ รับผิดชอบต่อการทำงานร่วมกัน ในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม การปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละพื้นที่ของห้องผ่าตัด ในแต่ละการทำหัตถการทางศัลยกรรม อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของ Kinicki and Kreitner (2003) เพื่อนำมาใช้ ดังต่อไปนี้

1. การบรรลุผลงานตามเป้าหมาย หมายถึง การที่พยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาลปฏิบัติการรับรู้สาเหตุการเกิดความผิดพลาดในห้องผ่าตัดต้องเป็น ศูนย์ พยาบาลปฏิบัติการสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในแต่ละประเภทของการผ่าตัดได้อย่างครบถ้วน และปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามขั้นตอนของการปฏิบัติงาน อีกทั้งปฏิบัติงานนั้นสอดคล้องกันเป็นอย่างดีกับสมาชิกทีมสหสาขา โดยการทำการหัตถการนั้นเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำเร็จลุล่วง และทันเวลา โดยไม่พบเหตุการณ์ความผิดพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

2. ความพึงพอใจของบุคลากรในวิธีการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่พยาบาลปฏิบัติการมีความรู้สึกยินดี พึงพอใจตามความต้องการที่คาดหวังจากการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติของพยาบาลในพื้นที่ต่างๆ ในห้องผ่าตัดในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม และคู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรมที่มีการอธิบายอย่างชัดเจน ในหน้าที่ และขั้นตอนในการปฏิบัติงาน รวมถึงระบบการนิเทศงานที่เป็นการเพิ่มความรู้ เพิ่มความชำนาญ รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันของพยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาลปฏิบัติการ และระบบการดูแล ช่วยเหลือ จากพยาบาลหัวหน้าห้อง

**พยาบาลหัวหน้าห้อง** หมายถึง พยาบาลผู้ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี เป็นผู้ที่มีความรู้ในความเป็นไปของโรค และการทำหัตถการ มีความเชี่ยวชาญและความชำนาญสูงในการใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ในการทำหัตถการของห้องผ่าตัดศัลยกรรม อีกทั้งเป็นผู้มีเทคนิค ควบคุม ช่วยเหลือ และให้คำปรึกษา แก่พยาบาลปฏิบัติการในการปฏิบัติหน้าที่

**พยาบาลปฏิบัติการ** หมายถึง พยาบาลอาวุโส เป็นพยาบาลผู้ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรมเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี และเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ในการทำหัตถการของห้องผ่าตัดศัลยกรรมทุกประเภท เป็นผู้ช่วยพยาบาลหัวหน้าห้อง ในการสอน ควบคุม ช่วยเหลือแก่พยาบาลฝึกหัด และพยาบาลฝึกหัด เป็นผู้เริ่มเข้าปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม เป็นผู้ที่ไม่มีความประสพการณ์ หรือประสพการณ์น้อยในการปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัดตามพื้นที่ต่างๆ โดยการปฏิบัติงานนั้นต้องอยู่ในความควบคุม ดูแล เอาใจใส่ จากพยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาลอาวุโส

**ห้องผ่าตัด** เป็นสถานที่ที่ให้การบริการตรวจ ผ่าตัด รักษาที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนและมีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เป็นสถานที่ที่มีการควบคุมในการรักษาความสะอาดในทุกด้าน ตามมาตรฐานของการควบคุมการติดเชื้อของห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ที่เข้ามารับบริการ มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้สำหรับการตรวจและการรักษาที่ซับซ้อน เครื่องมือที่ใช้การผ่าตัด อุปกรณ์ อวัยวะเทียมต่างๆ และอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึก อีกทั้งมีความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้ที่เข้ารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน

**ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางห้องผ่าตัด** หมายถึง ผู้ที่มาเข้ารับการตรวจ หรือรับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางศัลยกรรมในทุกระบบ ทั้งที่เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อลดความผิดพลาดในการเกิดสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. ใช้เป็นแนวทางเพื่อการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด  
ศัลยกรรม
3. ทีมสหสาขาห้องผ่าตัดศัลยกรรมได้ประสบการณ์ในการทำงานเป็นทีม เพื่อป้องกัน  
ความผิดพลาดในห้องผ่าตัด



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวน แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้จัดแบ่งเนื้อหาและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรงพยาบาลรามาริบดี
  - 1.1 พันธกิจหลักของโรงพยาบาลรามาริบดี
  - 1.2 ลักษณะงานการพยาบาลผ่าตัดของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี
2. การพยาบาลผ่าตัด
  - 2.1 ความหมายของพยาบาลผ่าตัด
  - 2.2 บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย
  - 2.3 การป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด
    - 2.3.1 ความหมาย
    - 2.3.2 ประเภทของความผิดพลาดในห้องผ่าตัด
3. การทำงานเป็นทีมของพยาบาลผ่าตัด
  - 3.1 ความหมาย
  - 3.2 องค์ประกอบ
  - 3.3 การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ
  - 3.4 ทีมงานพยาบาลผ่าตัด
  - 3.5 องค์ประกอบของทีมพยาบาลผ่าตัด
4. ประสิทธิภาพของงาน
  - 4.1 ความหมาย
  - 4.2 การประเมินประสิทธิภาพของงาน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. โรงพยาบาลรามธิบดี

เป็น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (University Hospital) ที่ให้บริการผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านการเรียนการสอนและการวิจัย เน้นวิสัยทัศน์ในการสร้างรากฐานความรู้เพื่อการแพทย์และการพยาบาล (Knowledge-based medicine and care) และความเป็นเลิศด้านการวิจัย

### 1.1 พันธกิจหลักของโรงพยาบาลรามธิบดี ประกอบด้วย 5 พันธกิจ คือ

พันธกิจที่ 1 ด้านการบริหารและพัฒนาองค์กร

วัตถุประสงค์

- 1) เป็นองค์กรที่มุ่งเน้นการใช้ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน (Strategy-Driven Organization)
- 2) เป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพในทุกภารกิจ
- 3) เป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการคุณภาพในระดับสากล
- 4) เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ซึ่งมีความต่อเนื่องของวงจรแห่งการเรียนรู้
- 5) เป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพในระดับสากล
- 6) เป็นองค์กรที่มีการจัดการบริหารเงินที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพในระดับสากล
- 7) เป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการระบบโซ่อุปทาน (Supply chain) ที่มีประสิทธิภาพและต่อเชื่อมในทุกภารกิจ
- 8) เป็นองค์กรธรรมาภิบาล (Good Governance) ที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม
- 9) เป็นองค์กรที่มีระบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ
- 10) เป็นองค์กรที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการทุกระดับ

พันธกิจที่ 2 ด้านการศึกษา ผลิตบัณฑิตทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานในระดับนานาชาติ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองสู่ความเป็นผู้นำด้านสุขภาพ

พันธกิจที่ 3 ด้านการวิจัย พัฒนาศูนยวิจัยให้ได้มาตรฐานสากลและดำเนินการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ สร้างองค์ความรู้ใหม่ตลอดจนการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

พันธกิจที่ 4 ด้านบริการ แบ่งเป็น

- 1) ด้านบริการวิชาการ เป็นศูนย์การศึกษาต่อเนื่องที่ทันสมัยที่สุดในเอเชียและเป็นที่ยอมรับในระดับภูมิภาคเอเชียและนานาชาติ

2) ด้านการรักษาพยาบาล ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิที่เป็นเลิศและบริการที่ตอบสนองความต้องการของประเทศรวมทั้งบริการที่สร้างรายได้ให้คณะเพื่อสนับสนุนพันธกิจด้านต่างๆ

พันธกิจที่ 5 ทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นคณะแพทยศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพที่มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยอย่างครบถ้วน

## 1.2 ลักษณะงานการพยาบาลผ่าตัดของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานการพยาบาลผ่าตัดของโรงพยาบาลรามาธิบดีมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทั้งหมดโดยสามารถแบ่งออกเป็น ห้องผ่าตัด ศัลยกรรม ห้องผ่าตัดตา หู คอ จมูก ห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ ห้องผ่าตัดสูติ-นารีเวช และห้องผ่าตัดศุนย์การแพทย์สิริกิติ์โดยหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละห้องผ่าตัดมีดังนี้

1.2.1 ห้องผ่าตัดศัลยกรรม รับผิดชอบเกี่ยวกับการผ่าตัดศัลยกรรมทั้งหมด ประกอบด้วยระบบศัลยกรรมประสาทและสมอง ระบบศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ระบบศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ระบบศัลยกรรมทั่วไป ระบบศัลยกรรมเด็ก ระบบศัลยกรรมตกต่าง มีห้องผ่าตัดจำนวน 13 ห้อง

1.2.2 ห้องผ่าตัดตา หู คอ จมูก รับผิดชอบเกี่ยวกับการผ่าตัดด้านตา หู คอและจมูกรวมมีห้องผ่าตัดจำนวน 5 ห้อง

1.2.3 ห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์รับผิดชอบเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกทั้งหมด มีห้องผ่าตัดจำนวน 6 ห้อง

1.2.4 ห้องผ่าตัดสูติ-นารีเวช รับผิดชอบเกี่ยวกับการผ่าตัดทางสูติกรรมและนรีเวชทั้งหมด มีห้องผ่าตัดจำนวน 6 ห้อง

1.2.5 ห้องผ่าตัดศุนย์การแพทย์สิริกิติ์ รับผิดชอบเกี่ยวกับการผ่าตัดทางศัลยศาสตร์ในระบบศัลยกรรมประสาทและสมอง ศัลยกรรมระบบหัวใจและหลอดเลือด ศัลยกรรมการปลูกถ่ายอวัยวะ ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ระบบศัลยกรรมทั่วไป และการผ่าตัดทางสูติศาสตร์ มีห้องผ่าตัดจำนวน 7 ห้อง

จากสถิติการผ่าตัดของห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปี 2552 ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ มีจำนวนผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยการผ่าตัด 13,452 ราย ในห้องผ่าตัดจำนวน 13 ห้องคิดเป็นการบริการผู้ป่วยผ่าตัด 56 ราย/วัน ประจำปี 2551 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 13,392 ราย ในห้องผ่าตัด จำนวน 13 ห้องคิดเป็นการบริการผู้ป่วยผ่าตัด 55 ราย/วัน ประจำปี 2550 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 13,311 ราย ในห้องผ่าตัด จำนวน 13

ห้องคิดเป็นการบริการผู้ป่วยผ่าตัด 54 ราย/วัน (สถิติการผ่าตัดศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2552) ซึ่งทำให้เห็นแนวโน้มของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรมเป็นจำนวนมากขึ้น อีกทั้งในปัจจุบันเทคโนโลยีการผ่าตัดมีความก้าวหน้าอย่างมาก จากการที่กระบวนการผ่าตัดใช้อุปกรณ์ที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลง จึงส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการปรับปรุง พัฒนาความรู้ ความสามารถให้ทันกับความก้าวหน้าในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย

## 2. การพยาบาลผ่าตัด

### 2.1 ความหมายของการพยาบาลผ่าตัด

กองการพยาบาล (2549) กล่าวว่า พยาบาลผ่าตัดต้องทำงานด้วยความรวดเร็วและถูกต้อง ใช้เทคนิคการควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด เพื่อให้ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ที่ปราศเชื้อมากที่สุด เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาผู้รับบริการให้ปลอดภัยสูงขึ้น ดังนั้น งานการพยาบาลผ่าตัดจึงมีหน้าที่และรับผิดชอบในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับผ่าตัดเป็นสำคัญทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด

เพ็ญทอง มธุรชน (2546) กล่าวว่า การพยาบาลผ่าตัดเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดโดยใช้ความรู้ ทักษะและความชำนาญเทคนิคเฉพาะทางโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับสู่สังคมได้ตามปกติ

AORN (2006) กล่าวว่า การพยาบาลผ่าตัด เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ในระยะเวลา ก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดโดยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

Blanco, Clarke, and Martindell (2009) กล่าวว่า การพยาบาลผ่าตัด (Perioperative nursing) มีหน้าที่ทั้งการบริหารจัดการ การปฏิบัติการทางคลินิก การให้ความรู้ และเป็นผู้วิจัย ซึ่งครอบคลุม 3 ระยะ คือ การพยาบาลก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด

Gruendeman and Fernsebner (1995) กล่าวว่า การพยาบาลผ่าตัดเป็นการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดโดยการใช้ทักษะความรู้และเทคนิคเฉพาะทางห้องผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย

### 2.2 บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยในขณะผ่าตัด

พยาบาลผ่าตัดเป็นผู้ร่วมทีมผ่าตัดที่มีความสำคัญ ต้องอาศัยความรู้ทั้งศาสตร์และศิลปะแห่งวิชาชีพการพยาบาลร่วมกับศาสตร์อื่นๆฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ ให้การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมและใช้ความรู้ช่วยเหลือแพทย์ตลอดระยะเวลาทำการผ่าตัดและทำหน้าที่อื่น เช่น การจัดเตรียมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ เครื่องมือตลอดจนจัดสิ่งแวดล้อมของห้องผ่าตัดให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานและมีความปลอดภัย ประสานงานกับหน่วยงานอื่นในห้องผ่าตัด คอยเฝ้าระวังดูแลความเรียบร้อยและความปลอดภัยในทรัพย์สินมีค่าต่างๆรวมทั้งเป็นผู้คุมระเบียบของห้องผ่าตัดให้ทุกคนที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดปฏิบัติตามระเบียบ (เรณู อาจสาดี, 2550)

2.2.1 การพยาบาลผ่าตัด เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เริ่มตั้งแต่ในห้องแรก รับ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด และผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บ อันเนื่องมาจากการกระทำผิด หรือการละเลยในหน้าที่ที่ต้องดูแล โดยต้องใช้ความสามารถและทักษะของการพยาบาลผ่าตัดในการป้องกันเฝ้าระวังประเมินและการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ (วรุณยุพา รอยเจริญกุล, 2551)

การพยาบาลผ่าตัด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1) การพยาบาลแรกรับในห้องเตรียมผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยในห้องเตรียมผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเข้ามาถึงห้องผ่าตัดเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลด้านจิตใจเป็นอย่างมาก และผู้ป่วยในระยะนี้มีความวิตกกังวลสูง ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดควรให้ความสนใจกับผู้ป่วยทันทีที่มาถึงห้องเตรียมผ่าตัด โดยห้องเตรียมผ่าตัดจึงต้องมีการตรวจสอบความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยการเตรียมสภาพร่างกายจากการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดสรุปได้ว่าก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดต้องตรวจสอบในสิ่งต่อไปนี้

- (1) ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในชุดของห้องผ่าตัดที่เป็นชุดที่สะอาดเพื่อพร้อมที่จะเข้าสู่ห้องผ่าตัด
- (2) นำเครื่องประดับและของมีค่าออกจากตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสูญหายและอันตรายจากเครื่องใช้ไฟฟ้าระหว่างการผ่าตัด
- (3) นำฟันปลอมออกจากผู้ป่วยเพื่อป้องกันการหลุดกั้นทางเดินหายใจระหว่างผ่าตัด
- (4) สิ่งแปลกปลอมต่างๆ ควรนำออกจากตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายและการสูญหายของสิ่งของ
- (5) ดูแลเก็บผมของผู้ป่วยให้เรียบร้อย

(6) ตรวจสอบเครื่องใช้ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัดว่ามีมาพร้อมกับผู้ป่วยหรือไม่ เช่น ผ้าเย็บต่างๆ เป็นต้น

(7) ตรวจสอบยาชนิดต่างๆ ที่แพทย์สั่งให้นำมาที่ห้องผ่าตัดว่ามียามากับผู้ป่วยหรือไม่

(8) ตรวจสอบการรับประทานยาก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับประทานยาก่อนผ่าตัด ว่าผู้ป่วยได้รับยามาหรือไม่ เพื่อความปลอดภัยในระหว่างผ่าตัด

(9) ตรวจสอบผู้ป่วย เตี้ยงและแฟ้มให้ถูกต้องตลอดจนใบเซ็นยินยอมต่างๆให้เรียบร้อยก่อนเข้าห้องผ่าตัด

การเตรียมความพร้อมของสภาพจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ควรได้รับการประเมินโดยสังเกตจากคำพูดและพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวหรือบุคคลสำคัญในชีวิตก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าห้องผ่าตัด

2) การพยาบาลขณะรอผ่าตัด การพยาบาลขณะรอผ่าตัดจะเน้นที่การพยาบาลด้านจิตใจและป้องกันอุบัติเหตุ ดังนี้ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่มีเสียงรบกวนจากเจ้าหน้าที่ ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยแสดงออกมา รวมทั้งเอกสารจำเป็นต่างๆให้ครบถ้วน สร้างสัมพันธภาพที่ดีแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความเห็นใจ เต็มใจที่จะตอบคำถามที่ผู้ป่วยคับข้องใจ ระงับอุบัติเหตุจากผู้ป่วยตกเตียงและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย กำหนดการพยาบาลในระยะรอผ่าตัดควรปฏิบัติดังนี้

(1) ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายของผู้ป่วย โดยการจัดเตรียมผ้าห่มและรักษาอุณหภูมิให้เหมาะสม

(2) ตรวจสอบการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ บริเวณที่ทำผ่าตัดและข้อมูลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้พูดคุยกับแพทย์ไว้

(3) ทบทวนและตรวจสอบแฟ้มผู้ป่วยให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย ประวัติการรักษาและการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและใบยินยอมของผู้ป่วย คือ ใบยินยอมเข้ารับการผ่าตัด ใบยินยอมเข้ารับการรักษาและใบยินยอมในการใช้ยาระงับความรู้สึก

(4) วัดและประเมินสัญญาณชีพ

(5) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและสารเคมี

- (6) ตรวจสอบสภาพผิวหนัง
- (7) ตรวจสอบข้อจำกัดต่างๆทางด้านร่างกาย
- (8) บันทึกสภาพทางด้านจิตใจ
- (9) สวมหมวกให้ผู้ป่วยเพื่อให้ความอบอุ่น
- (10) ส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องผ่าตัดเมื่อถึงเวลาผ่าตัด

ระยะที่ 2 การพยาบาลในระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) เป็นขั้นตอนที่ 2 ของการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จการผ่าตัดเรียบร้อย สมบูรณ์ พยาบาลผ่าตัด (Operative room nurse) เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าไปรับการผ่าตัดโดยมีการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลและตรวจความเรียบร้อยทุกอย่างของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ในระยะนี้จะเป็นระยะที่ยาวนานที่สุดในระยะของการผ่าตัด ซึ่งทีมพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโดยให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย ความปลอดภัยและความมั่นคงเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่สามารถบอกถึงความต้องการได้ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องคอยสังเกตและระวังไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างผ่าตัด

(จิราภรณ์ พิมพ์ใจใส, 2544) รวมถึงการดูแลความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยอีกด้วย

การบริหารความปลอดภัยเป็นการจัดการผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง มีความปลอดภัย ปราศจากการได้รับอุบัติเหตุ ปลอดภัยจากสภาวะการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ปราศจากการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการและระบบการดูแลรักษาพยาบาลในระหว่างการเข้ารับบริการสุขภาพ ทั้งนี้อันตรายนั้นๆ ไม่ได้เกิดจากการดำเนินไปของโรค (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2549) การควบคุมความเสียหายที่เกิดจากการอุบัติเหตุ หรือการจัดการกับสิ่งที่จะทำให้เกิดอันตรายหรือบาดเจ็บ เพื่อลดจำนวนความรุนแรงของอุบัติเหตุและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น กระบวนการจัดการที่มุ่งลดความผิดพลาดและการสร้างปัจจัยขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาด (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

ความปลอดภัยในห้องผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานของ AORN (2006) ระบุไว้ 11 ด้าน ได้แก่ ความปลอดภัยจากการให้เลือด การสื่อสารที่ไม่ผิดพลาด การผ่าตัดถูกที่ การนับที่ถูกต้อง เครื่องมือมีความพร้อม การควบคุมการติดเชื้อ ความปลอดภัยจากการให้ยา การที่เนื้อเยื่อ

ที่ไม่ใช่บริเวณที่ผ่าตัดไม่เกิดการไหม้ การจัดทำที่ถูกต้อง การไม่คงค้างสิ่งต่างๆในร่างกาย และ เป้าหมายของความปลอดภัยที่กำหนดโดย JCAHO (2007) มีดังต่อไปนี้ การระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง ต้องใช้วิธีการ 2 วิธีการขึ้นไปในการระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา เลือด หรือส่วนประกอบของเลือด การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการให้การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ การพัฒนาการสื่อสารให้มี ประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการรับคำสั่งในการรักษาด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์ หรือการรายงาน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องมีการตรวจสอบความถูกต้อง โดยการอ่านซ้ำ คำสั่งการรักษา หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมบูรณ์จากผู้รับข้อมูล การพัฒนาความปลอดภัย สำหรับการให้ยาที่มีความเสี่ยง เช่น ยาที่ต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษหรือมีความเสี่ยง การให้ ยาที่หมดอายุ การให้ยาผิด การให้ยาไม่ถูกขนาด และการยึดหลักการให้ยาโดยให้ยาถูกคน ถูก ขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา และบันทึกการให้ยาที่ถูกต้อง การป้องกันไม่ให้เกิดการทำผ่าตัดผิดคน ผิด ตำแหน่ง และผิดการผ่าตัด ใช้ตารางการผ่าตัดเพื่อยืนยันในการตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วย พัฒนาระบบการการผ่าตัด หรือตารางการผ่าตัด และการทำเครื่องหมายที่จะผ่าตัดโดยเป็น เครื่องหมายที่ชัดเจน และสามารถเข้าใจเมื่อมองเห็น โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำเครื่องหมาย ด้วย การลดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการดูแล การลดความเสี่ยงของการเกิดอันตรายต่อ ผู้ป่วยในการพลัดตก การลดความเสี่ยงของการเกิดไฟไหม้ในบริเวณผ่าตัด

ระยะที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase) ระยะหลัง ผ่าตัดหมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยและเคลื่อนย้ายเข้าห้องพักฟื้นจนกระทั่งสามารถ ย้ายกลับหอผู้ป่วยหรือกลับบ้านได้ ระยะนี้ถือเป็นระยะวิกฤตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีอาการ เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและความละเอียดถี่ถ้วนในการ สังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ข้อมูลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนกระทั่งสิ้นสุดการผ่าตัด พยาบาลห้องพักรฟื้นจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จำเป็นต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างทีม ศัลยแพทย์ ทีมพยาบาลผ่าตัดและทีมวิสัญญี (เฟื่องทอง มธุรชน, 2546) การพยาบาลในระยะ หลังผ่าตัดสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ การดูแลในห้องพักรฟื้นก่อนที่จะนำผู้ป่วยออกนอก ห้องผ่าตัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยและการเยี่ยมหลังผ่าตัด

1) การให้การดูแลในห้องพักรฟื้น กำหนดการให้การพยาบาลในห้องพักรฟื้นโดย ควรจะให้การดูแลและสังเกตในสิ่งต่อไปนี้

(1) สภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย สัญญาณชีพ



- (2) ความต้องการในด้านการช่วยเหลือในด้านร่างกาย เช่น เครื่องช่วยหายใจต่างๆ เครื่องให้ความอบอุ่น (Warmer) เป็นต้น
- (3) ความซับซ้อนของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับที่ส่งผลถึงอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
- (4) ชนิดของการระงับความรู้สึกที่ได้รับ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และการจัดการเพื่อป้องกันและรักษาอาการข้างเคียงที่เป็นผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึก
- (5) การจัดการความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์
- (6) การดูแลบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่เป็นเครื่องแสดงถึงความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้

จากการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลในระยะผ่าตัดโดยแบ่งเป็นสมรรถนะของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse) และพยาบาลช่วยเหลือทั่วไป (Circulating nurse) ดังนี้

(งานการพยาบาลผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2546)

สมรรถนะของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse)

- 1) สมรรถนะด้านการปฏิบัติและคงสภาพปลอดเชื้อ
  - (1) ดูแลความสะอาดของห้องก่อนเริ่มผ่าตัดจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัดในแต่ละวัน
  - (2) เผื่อระวังบริเวณปลอดเชื้อตลอดการผ่าตัดเพื่อป้องกันการปนเปื้อน
  - (3) รายงานเมื่อมีเหตุการณ์/สถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามเทคนิคปลอดเชื้อ
  - (4) เปิดห่อเครื่องมือ/เครื่องใช้ปลอดเชื้ออย่างถูกต้อง ไม่มีปนเปื้อนเชื้อโรคหลังจากที่ทวนสอบสภาพ ปลอดเชื้อจากวัสดุที่บรรจุ วัสดุบ่งชี้และวันหมดอายุการใช้งาน
  - (5) รับเครื่องมือและอุปกรณ์ปลอดเชื้อจากพยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัดด้วยวิธีการที่ถูกต้องตามเทคนิค
  - (6) ตรวจสอบวันหมดอายุการใช้ของสารน้ำ ยาและวัสดุอุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้ในการผ่าตัด
  - (7) จัดเตรียมผ้า/วัสดุที่ใช้ในการคลุมตัวผู้ป่วยผ่าตัดให้เป็นไปตามลำดับการใช้งาน

- (8) ช่วยแพทย์คลุมตัวผู้ป่วยผ่าตัดตามชนิดของการผ่าตัด
- (9) ระมัดระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อนบริเวณผ่าตัด
- (10) จัดวางอุปกรณ์ที่จำเป็นในบริเวณผ่าตัด หลังจากการคลุมผ้า/วัสดุปลอดเชื้อ (สายจี้ suction สายนำแสง)
- (11) ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ/วิธีทำงานเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อของสถาบันอย่างเคร่งครัด
- 2) สมรรถนะด้านการจัดหาเครื่องมือ/เครื่องใช้ตามความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย
- (1) ระบุชื่อเครื่องมือและจำแนกความแตกต่างของเครื่องมือตามลักษณะการใช้งานได้ถูกต้อง
- (2) จัดเตรียมชุดเครื่องมือให้ถูกต้องตรงตามรายการที่กำหนด
- (3) คาดคะเนความต้องการ/ความจำเป็นในการใช้เครื่องมือของแพทย์ขณะทำผ่าตัด
- (4) เตรียมเครื่องใช้พื้นฐานให้พร้อมตามลำดับการใช้งาน
- 3) สมรรถนะด้านการจัดเตรียมเครื่องมือบน Mayo Tray
- (1) เลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับชนิดการผ่าตัด
- (2) จัดวางของมีคมบน mayo tray และส่งให้แพทย์ด้วยความระมัดระวัง
- (3) จัดเตรียมวัสดุเย็บผูกต่างๆให้สะดวกและง่ายต่อการหยิบใช้
- (4) จัดเตรียมและวางของมีคมบน mayo tray ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้และปลอดภัย
- 4) สมรรถนะด้านการจัดเตรียมโต๊ะเครื่องมือผ่าตัด
- (1) จัดเตรียมเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพตามลำดับการใช้งาน
- (2) จัดเตรียมเข็มและไหมเย็บให้ถูกต้องพร้อมใช้
- (3) ตรวจสอบเครื่องมือ ของมีคมและผ้าซับเลือดที่ใช้ในการผ่าตัดตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด
- (4) ดูแลเครื่องมือ/เครื่องใช้ให้พร้อมใช้จนเสร็จสิ้นการผ่าตัด
- 5) สมรรถนะด้านการล้างมือ
- (1) ล้างมือเพื่อส่งผ่าตัดให้ถูกต้องตามเทคนิคที่กำหนด
- (2) สวมเสื้อและถุงมือปลอดเชื้ออย่างถูกเทคนิค แยกจากsterile field

- (3) ช่วยสวมเสื้อ ถุงมือให้ทีมผ่าตัดอย่างถูกต้องตามเทคนิค
  - (4) สวมถุงมือแบบเปิด/ปิด อย่างถูกต้องตามเทคนิค
- 6) สมรรถนะด้านการจัดการกับสิ่งส่งตรวจ
- (1) จัดเก็บสิ่งส่งตรวจทุกชนิด (specimens) ให้ถูกต้อง ตามประเภท และวิธีการตรวจหลังจากทวนสอบรายละเอียดของสิ่งส่งตรวจนั้นๆกับแพทย์/พยาบาลส่งผ่าตัด
  - (2) ไม่ทิ้งชิ้นเนื้อ/ สิ่งส่งตรวจชิ้นๆก่อนได้รับการยืนยันจากแพทย์
  - (3) ปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลัก Standard precautions
- 7) สมรรถนะด้านการดำเนินการเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด
- (1) จัดการกับผ้า supplies เคมีบำบัด ฯลฯ อย่างถูกต้องตามวิธีปฏิบัติของสถาบัน
  - (2) ดูแลเครื่องมือ/เครื่องใช้ให้มีเพียงพอ เต็มเต็ม Stock เมื่อสิ้นสุดวัน
  - (3) เก็บเครื่องมือ/เครื่องใช้เข้าที่ในห้องเก็บเครื่องมือ
  - (4) แยกเครื่องมือที่ใช้ ไม่ได้ใช้ เครื่องมือมีคมอย่างถูกต้องและเครื่องมือที่ชำรุดเสียหายง่ายต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ
- สมรรถนะของพยาบาลช่วยเหลือทั่วไป (Circulating nurse)
- 1) สมรรถนะด้านการปฏิบัติและคงสภาพปลอดเชื้อ
    - (1) ดูแลความสะอาดของห้องก่อนเริ่มผ่าตัดจนสิ้นสุดการผ่าตัดในแต่ละวัน
    - (2) รักษาระยะห่างจาก Sterile field ไม่น้อยกว่า 1 ฟุต
    - (3) รายงานเมื่อมีเหตุการณ์/สถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามเทคนิคปลอดเชื้อ
    - (4) เปิดห่อเครื่องมือ/เครื่องใช้ปลอดเชื้ออย่างถูกต้อง ไม่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคหลังจากที่ทวนสอบสภาพปลอดเชื้อจากวัสดุที่บรรจุ วัสดุบ่งชี้และวันหมดอายุการใช้
    - (5) ช่วยเหลือทีมผ่าตัดโดยไม่เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรค
    - (6) ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ/วิธีทำงานเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อของสถาบันอย่างเคร่งครัด
  - 2) สมรรถนะด้านการจัดการหาเครื่องมือ/เครื่องใช้ตามความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย
    - (1) เลือก preference card ของแพทย์ผู้ทำผ่าตัดในแต่ละรายให้ถูกต้อง
    - (2) จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นตามรายการ รวมทั้งเครื่องมือ

เครื่องใช้ที่คาดว่าจะต้องใช้เพิ่มเติม

(3) ปรับเปลี่ยนใน preference card ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง ลงวันที่และชื่อกำกับไว้หรือจัดทำ card ใหม่เพื่อให้เป็นปัจจุบัน

(4) ลงรายการในห้องเครื่องมือและบอร์ดรวมเมื่อเครื่องมือเครื่องใช้รายนั้นๆได้นำออกไปใช้แล้ว

(5) ร่วมทวนสอบวัสดุบ่งชี้ความปลอดภัยภายในห้องเครื่องมือ เครื่องใช้ ก่อนเริ่มต้นผ่าตัด

(6) เตรียมเครื่องใช้พื้นฐานในห้องผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน

(7) จัดเตรียมผ้าห่มอุ่นเพื่อความสะดวกสบายของผู้ป่วย

(8) เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเมื่อใส่และถอดท่อช่วยหายใจ

### 3) สมรรถนะด้านการประเมินสภาวะผู้ป่วย

(1) ทวนสอบให้มีรายงานที่จำเป็นของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด (ใบอนุญาตผ่าตัด Pre-op checklist บันทึกการแพ้ คำสั่งการรักษา)

(2) ตรวจสอบความถูกต้องของการระบุตัวผู้ป่วยตามที่หน่วยงานกำหนด ป้ายชื่อมือ แพ้และการสอบถาม ตลอดจนเครื่องหมายบ่งชี้ตำแหน่งที่จะผ่าตัด

(3) สังเกตและบันทึกสภาพผิวหนังผู้ป่วย

(4) สังเกตและบันทึกความพร้อมรับการผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

### 4) สมรรถนะด้านการปฏิบัติพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

(1) ตรวจสอบเตียงผ่าตัด Stretcher ให้อยู่ในสภาพ locked ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด

(2) ดูแลจำนวนบุคลากรให้เพียงพอเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

(3) ใช้เข็มขัดนิรภัยทันทีหลังการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัดและยกราวกันเตียงขึ้นทันทีหลังการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดมายัง stretcher หรือเตียงนอน

(4) ปฏิบัติตามวิธีการทำงานการใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ไฟฟ้าแต่ละประเภท

(5) ช่วยนำส่งผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลสำคัญให้กับพยาบาลในห้องสังเกตอาการหลังผ่าตัดเพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่อง

### 5) สมรรถนะด้านการตรวจนับผ้าซับเลือด เครื่องมือมีคม เครื่องมือผ่าตัด

(1) ปฏิบัติตามนโยบาย/แนวทางปฏิบัติ/วิธีทำงานที่หน่วยงานกำหนด  
อย่างถูกต้อง

(2) ปฏิบัติแก้ไข/ป้องกันในกรณีที่ไม่ครบถ้วน

(3) สื่อสาร/รายงานผลการแก้ไข/ป้องกันเป็นลายลักษณ์อักษรตาม  
นโยบายของหน่วยงาน

#### 6) สมรรถนะด้านการจัดทำผ่าตัด

(1) ตรวจสอบเครื่องใช้/อุปกรณ์ในการจัดทำ ให้มีพร้อมใช้งานในห้อง  
ผ่าตัดก่อนเริ่มงานในแต่ละราย

(2) ทวนสอบทำผ่าตัดในรายนั้นๆตาม preference card หรือทวนสอบ  
กับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด

(3) จัดทำอย่างถูกต้อง ป้องกันจุดกดทับต่างๆ ตรวจสอบมิให้ผิวหนัง  
สัมผัสกับโลหะโดยตรงและป้องกันอันตรายอื่นๆ

#### 7) สมรรถนะด้านการจัดเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด

(1) ทวนสอบการเตรียมผิวหนัง/บริเวณผ่าตัดกับ preference card/  
Procedure และบันทึกต่างๆเมื่อพบร่องรอยการแพ้ต่างๆ

(2) ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/วิธีการทำงานของหน่วยงาน

8) สมรรถนะด้านการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของผู้ป่วย  
และหน่วยงาน

(1) แจ้งหัวหน้า/ผู้ได้รับมอบหมายเมื่อใกล้เสร็จสิ้นการผ่าตัดเพื่อรับผู้ป่วย  
รายต่อไป

(2) ติดต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อจำเป็น เช่น การขอเตียงICU การ  
ส่งผู้ป่วยไป ICU โดยไม่ผ่าน PACU เป็นต้น

(3) จัดลำดับสำคัญของกิจกรรมพยาบาลและดำเนินการตามที่กำหนด

(4) ควบคุมสภาพแวดล้อมและเสียงในห้องผ่าตัดตั้งแต่เริ่มจนถึง  
การผ่าตัด

(5) มอบหมายงานและความรับผิดชอบให้กับบุคลากรในทีมตามความรู้  
ความสามารถและความจำเป็นของผู้ป่วย

(6) เตรียมความพร้อมสำหรับการจัดการกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น

#### 9) สมรรถนะด้านบันทึกทางการพยาบาล

- (1) บันทึกรายงานได้ครบถ้วน กระชับได้ใจความและเป็นระเบียบเรียบร้อย
- (2) บันทึกด้วยปากกาหมึกสีที่กำหนด ไม่ใช้ Liquid paper เมื่อแก้คำผิด
- (3) แก้ไขข้อความที่ผิดพลาดโดยขีดทับตัวอักษรเส้นเดียวและลงลายมือชื่อกำกับให้ชัดเจน

#### 10) สมรรถนะด้านการจัดการสิ่งส่งตรวจ

- (1) จัดเก็บสิ่งส่งตรวจทุกชนิด(specimens)ให้ถูกต้อง ตามประเภทและวิธีการตรวจหลังจากทวนสอบรายละเอียดของสิ่งส่งตรวจนั้นๆกับแพทย์/พยาบาลส่งผ่าตัด
- (2) ระบุชนิด ประเภทของสิ่งส่งตรวจให้ตรงกับผู้ป่วย ทวนสอบกับแพทย์/พยาบาลส่งผ่าตัดให้มั่นใจก่อนนำส่ง
- (3) ปฏิบัติได้ถูกต้องตรงตามหลัก Universal precaution

#### 11) สมรรถนะด้านการดำเนินการเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

- (1) จัดการกับsuppliesที่ใช้และไม่ได้ใช้อย่างถูกต้องภายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด
- (2) ดูแลเครื่องมือ/เครื่องใช้ให้มีเพียงพอ/เติมเต็ม stock เมื่อสิ้นสุดวัน
- (3) เก็บเครื่องมือ/เครื่องใช้เข้าที่ในห้องเก็บเครื่องมือ

### 2.3 การป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด

ความผิดพลาดในห้องผ่าตัดเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และอันตรายอย่างร้ายแรง แต่สามารถที่จะป้องกันได้ และต้องป้องกันไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย (Watson, 2010) ความผิดพลาดเป็นการล้มเหลวในการปฏิบัติตามแผนการในการดูแลผู้ป่วย มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยนั้น AORN (2006) ได้ระบุไว้มี ดังนี้ ความปลอดภัยจากการให้เลือด การสื่อสารที่ไม่ผิดพลาด การผ่าตัดถูกที่ การนับที่ถูกต้อง เครื่องมือมีความพร้อม การควบคุมการติดเชื้อ ความปลอดภัยจากการให้ยา การที่เนื้อเยื่อที่ไม่ใช่บริเวณที่จะทำการเกิดการใหม่ การจัดทำที่ถูกต้อง การไม่คงค้างของสิ่งต่างๆ ในร่างกายหลังการผ่าตัด

- 1) การป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดหมายถึง การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด รวมถึงการได้รับอันตรายของร่างกาย หรือสูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิต หรือเป็นการป้องกันภาวะที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับผลอันตรายจากอุบัติเหตุการณ์ที่มีความร้ายแรงดังกล่าว (JCAHO, 2010)

2) ประเภทของความผิดพลาดในห้องผ่าตัด มีดังนี้ การผ่าตัดผิดข้างของร่างกาย การผ่าตัดผิดคน การผ่าตัดผิดประเภทของการผ่าตัด การมีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด การเสียชีวิตของผู้ป่วยในการแบ่งตาม ASA ใน class1 อย่างปัจจุบันทันที (JCAHO, 2007)

AORN ได้จัดให้มีการจัดความปลอดภัยในห้องผ่าตัดไว้ 11 ด้าน ได้แก่ ความปลอดภัยในการให้เลือด ความสื่อสารไม่ผิดพลาด การผ่าตัดถูกต้อง การนับที่ถูกต้อง เครื่องมือมีความพร้อม การควบคุมการติดเชื้อ ความปลอดภัยจากการให้ยา การที่เนื้อเยื่อบริเวณผ่าตัดไม่เกิดการไหม้ การจัดทำที่ถูกต้อง การไม่คงค้างของสิ่งต่างๆ ในร่างกายหลังการผ่าตัด บุคลากรห้องผ่าตัดที่เพียงพอ และในขณะที่ JCAHO ได้จัดทำ International patient safety goal ขึ้น โดยมีหลักการดังต่อไปนี้ การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง สามารถเกิดขึ้นได้ แต่ต้องมีมาตรการการป้องกันที่ดี ต้องมีการผสมผสานกลยุทธ์ในการป้องกันการผ่าตัดผิดข้างผิดตำแหน่ง ผิดวิธี และผิดคน การสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมผ่าตัดต้องมีประสิทธิภาพ ต้องมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามมาตรฐานการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ต้องมีการระบุตำแหน่ง หรือใช้การทำเครื่องหมายในบริเวณที่จะทำการผ่าตัด ได้แก่ การระบุข้างซ้าย หรือข้างขวา ในโครงสร้างหลายส่วน เช่น นิ้วมือ กระดูกสันหลัง หลักการที่เป็นสากลและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในการผ่าตัดทุกประเภท และการตรวจชนิดพิเศษต่างๆ

WHO ได้จัดทำรายการตรวจสอบเอการผ่าตัดที่ปลอดภัย Surgical Safety Checklist ขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารและตรวจสอบเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัด ในข้อมูลเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดใน 4 รายการที่มีความร้ายแรง (การผ่าตัดผิดตำแหน่ง การผ่าตัดผิดวิธี การผ่าตัดผิดคน และการมีสิ่งของตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด) เป็นกระบวนการทำงานเมื่อผู้ป่วยย้ายสู่เตียงผ่าตัด ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกทุกชนิด โดยในระยะเวลาที่ผู้ป่วยถึงเตียงผ่าตัด ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกนั้น มีการตรวจสอบรายการดังต่อไปนี้ ชื่อนามสกุล และวันเกิดของผู้ป่วย อวัยวะที่ต้องรับการผ่าตัด ประเภทของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ ใบอนุญาตยินยอมผ่าตัดครบถ้วน ถูกต้อง การทำสัญญาลักษณะที่รับการผ่าตัด ความครบถ้วนของการตรวจสอบข้อชี้บ่งทางวิสัญญี การตรวจสอบสัญญาณชีพ การแพ้ยา หรือน้ำยาของผู้ป่วย ลักษณะของการหายใจของผู้ป่วย การประมาณการฉีดยาและการเตรียมความพร้อมของการขอโลหิตให้กับผู้ป่วยในระยะเวลาผ่าตัด การขอยุติเวลา (Time out) เป็นการตรวจสอบทีมผ่าตัดกับข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยมีความถูกต้อง ครบถ้วน ขั้นตอนการผ่าตัดของทีมแพทย์ การเฝ้าระวังในข้อชี้บ่งของทีมวิสัญญี การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัดของทีมพยาบาลผ่าตัด การเตรียมการให้ยาปฏิชีวนะ การเตรียมภาพจากห้องตรวจ ขณะผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดซักถามผู้ที่

เกี่ยวข้องกับประเภทและชื่อของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ การตรวจนับจำนวนของเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ ผ้าซับเลือด การส่งสิ่งส่งตรวจ และการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

Kwaan et al (2006) ศึกษาการเกิดความผิดพลาดในการทำหัตถการในห้องผ่าตัด โดยการเก็บข้อมูลจากการศึกษานำร่องของ JCAHO โดยใช้แนวความคิดของ WHO ในเรื่องของความผิดพลาดในการผ่าตัดรักษาจะต้องไม่เกิดขึ้นและจะต้องเป็น ศูนย์ แต่เนื่องจากยังพบความผิดพลาดในเรื่องดังกล่าวอยู่เป็นจำนวนมากนัก จากการรับรายงานตามสถานบริการทางสุขภาพต่างๆ ซึ่งเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นนั้นได้ส่งผลให้เกิดความร้ายแรงต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ทีมสหสาขา และระบบบริการสาธารณสุข ในปี 1985 – 2003 พบความผิดพลาดในเรื่องการผ่าตัดผิดคน 13% การผ่าตัดผิดประเภทของการผ่าตัด 11% การผ่าตัดผิดอวัยวะ 76% โดยสาเหตุที่นั้นเกิดในกรณีการผ่าตัดฉุกเฉิน การเร่งรีบเริ่มการทำหัตถการหรือเร่งรีบการเสร็จสิ้นกระบวนการทำหัตถการ รวมถึงการทำหัตถการโดยศัลยแพทย์หลายคน หรือกระทำหัตถการหลายๆอย่างในการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว

มีการเก็บข้อมูลในขั้นที่ 2 ในช่วงปี 2004 หลังจากที่ JCAHO ได้สร้างแนวทางการทำงานที่เป็นมาตรฐานในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดประเภทของการผ่าตัด ในปี 2003 โดยข้อปฏิบัติมีดังต่อไปนี้

- 1) การเตรียมผู้ป่วยด้วยข้อมูลที่ถูกต้องตรงกันในระยะก่อนผ่าตัด
- 2) การกำหนดบริเวณที่ทำหัตถการและการทำเครื่องหมาย
- 3) การขอยุติเวลา (Time Out) ก่อนการทำหัตถการในห้องผ่าตัด

โดยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลในรัฐนิวอิงแลนด์ และรัฐเท็กซัส พบความผิดพลาดและความไม่สมบูรณ์ในการปฏิบัติกรดังต่อไปนี้ ระบบของการทำสัญลักษณ์บนอวัยวะที่จะทำหัตถการ การทำหัตถการโดยไม่มีการทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บนอวัยวะที่ต้องทำหัตถการ การจัดลำดับของผู้ป่วยกับระบบการตรวจสอบของตารางการผ่าตัดที่กำหนดไว้ ยุทธศาสตร์ของการสอบทวนความถูกต้องของข้อมูลเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย ระบบการป้องกันการทำหัตถการของระดับกระดูกสันหลัง รวมถึงกระบวนการทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บนตัวผู้ป่วยในบริเวณที่จะทำผ่าตัด หรืออวัยวะที่จะทำผ่าตัดที่ประกอบด้วย การทำเครื่องหมายกระทำเมื่อใด ผู้ป่วยประเภทไหนที่ต้องทำเครื่องหมาย เจ้าหน้าที่ประเภทใดเป็นผู้ทำเครื่องหมาย การทำเครื่องหมายควรทำในขั้นตอนใดของการเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด



จากการศึกษาในช่วงเวลาดังกล่าวพบผู้ป่วย 24 รายที่เกิดความผิดพลาดในการทำหัตถการ โดยคิดเป็น 1 : 76,336 โดยเป็นความผิดพลาดในกระบวนการรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ความผิดพลาดของตารางการผ่าตัด ข้อมูลในใบขอความยินยอมผ่าตัดโดยการระบุข้าง หรืออวัยวะผิด ใบรายงานผลการตรวจร่างกายทางรังสีที่ไม่ใช่ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ศัลยแพทย์ผู้ทำหัตถการเปลี่ยนแผนการผ่าตัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทั้งสองข้าง จากข้างหนึ่งมาสู่อีกข้าง และขอความยินยอมเพื่อการทำหัตถการจากผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อเข้าสู่การเตรียมการทำหัตถการ การที่เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ในการทำผ่าตัดไม่ชัดเจนจากการมองเห็นสัญลักษณ์เมื่อเข้าสู่กระบวนการผ่าตัด (จากการทายาฆ่าเชื้อบริเวณผิวหนังที่ทำหัตถการ หรือการปูผ้าปลอดเชื้อ) การเปลี่ยนแปลงนโยบายของมาตรฐานในกระบวนการทำเครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์ในบริเวณที่ทำหัตถการ ของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดมีคน ผิดข้าง ผิดอวัยวะ ผิดประเภทของการผ่าตัด จะเกิดขึ้น 1 ครั้งในระยะเวลา 5 – 10 ปี ถ้ามีการเปรียบเทียบกับกรณีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังการได้รับการทำหัตถการในห้องผ่าตัดที่เกิดขึ้น ประมาณ 5 ครั้ง ในระยะเวลาที่เท่ากัน จากข้อมูลดังกล่าว รวมถึงการศึกษาการทำงานที่เป็นมาตรฐานในระดับสากลขององค์กรที่เกี่ยวข้องและเป็นที่ยอมรับและการทำงานที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงการใช้แนวความคิดในการป้องกันความผิดพลาดในระบบอุตสาหกรรมตามแนวคิดของ Jame Reason (1999) สามารถกำหนดแนวคิดในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความผิดพลาดได้ดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดข้อปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการทำงานเพื่อการเข้ารับการตรวจสอบ โดยมีการออกแบบให้ง่ายต่อการใช้งาน มีแนวโน้มที่สามารถเห็นข้อบกพร่อง ความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น ต้องข้ามขั้นตอนที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก
- 2) การตรวจสอบซ้ำๆ เป็นการปฏิบัติที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ และเป็น การลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาด
- 3) การเพิ่มข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยในการตรวจสอบข้อมูลที่ เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย ต้องเป็นการปฏิบัติที่ยอมรับได้และมีความจำเป็น โดยไม่เป็นการเพิ่มความยุ่งยาก
- 4) การปฏิบัติที่กระทำไปพร้อมๆกับผู้ป่วย เป็นการตรวจสอบการกระทำที่บ่งบอก ความผิดพลาดที่สามารถเกิดขึ้นได้

โดยรูปแบบการปรับปรุงของการป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดวิธี นั้น ได้ปรับปรุงจากการใช้การปฏิบัติงานที่เป็นรูปแบบที่เป็นมาตรฐานของ JCAHO คือ

1) การทำเครื่องหมายสัญญาณลักษณะรูปวงกลม บนตัวผู้ป่วยในบริเวณที่ต้องทำ ผ่าตัด หรือ การเขียนตัวหนังสือ yes

2) กระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การระบุรูปพรรณสัณฐานของ ผู้ป่วย วิธีการทำผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ ความยาวโดยประมาณของแผลผ่าตัด การผ่าตัดทำที่ อวัยวะข้างไหน

ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมาข้างต้น จะต้องมีการยืนยันจากทีมศัลยแพทย์ผู้ทำ ผ่าตัดอย่างน้อย 1 คน และบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ดังนั้นจะต้องมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คนในการปฏิบัติกระบวนการดังกล่าว ซึ่งต้องเป็นข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงกับตารางการ ผ่าตัด และใบขอความยินยอมในการผ่าตัด และการขอคำยินยอมในการผ่าตัดนั้นจะต้องมีผู้ที่ ดูแลผู้ป่วย หรือญาติสายตรงที่ดูแลผู้ป่วยนั้นที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยอย่าง น้อย 1 คน ถ้ามีการขอคำยินยอมในการผ่าตัดมีหลายอวัยวะ หรือหลายส่วน ต้องมีการระบุทุก อวัยวะ ทุกส่วนที่ได้รับการผ่าตัดลงในใบยินยอม และถ้าใบขอความยินยอมเพื่อการผ่าตัดนั้นไม่ ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการผ่าตัด จนกว่าจะมีการแก้ไขให้ถูกต้อง สมบูรณ์ทุก ประการ

Baker et al (2007) จากการศึกษาในรัฐโอเรกอน ในช่วง พฤษภาคม 2006 - พฤศจิกายน 2007 ในเรื่องของ การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มี 21 รายงานในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่ง รวมถึงการมีสิ่งไม่พึงประสงค์ตกค้างในร่างกายหลังการผ่าตัด จากรายงานกลุ่มนี้ส่งผลถึงการ ประชุมใหญ่ในระดับชาติในหัวข้อเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งผลสรุปของการประชุมนั้นไม่ ยอมรับการเกิดขึ้นของความผิดพลาดดังกล่าว เนื่องจากต้องเป็นเหตุการณ์ที่ต้องไม่เกิดขึ้นเพียง อย่างเดียวเท่านั้น จึงมีการแต่งตั้งคณะทำงานที่จะหาแนวทางการแก้ไขปัญหา และแนวทางการ ป้องกันอย่างเป็นรูปธรรม

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลัง การได้รับการผ่าตัดกับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้าง ในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัดการทำหัตถการที่ไม่ได้มีการวางแผนไว้ก่อน หรือมีการทำหัตถการ หลายอย่าง มีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัดกับตัวผู้ป่วยที่มี มวลของร่างกายสูง มีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัดกับการ

ติดต่อสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพของทีมผ่าตัด มีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัดกับการที่มีบุคลากรเปลี่ยนเข้ามาทำหน้าที่ในการทำหัตถการนั้นๆ มาก มีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัดกับระบบการตรวจสอบในขั้นตอนของกระบวนการการทำงาน เช่น การเปิดแผลที่ไม่ชัดเจน กระบวนการนับที่ไม่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามไม่มีปัจจัยเพียงอย่างเดียวที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นได้ แต่จะมีปัจจัยที่จะกล่าวถึงเป็นส่วนประกอบที่สำคัญเสมอ เช่น การที่ทีมผ่าตัดขอเวลานอก (Time Out) อย่างสมบูรณ์และมีความถูกต้อง แต่ปราศจากทีมแพทย์ผู้ทำหัตถการการปิดแผลผ่าตัดโดยมีกระบวนการนับที่ไม่มีประสิทธิภาพ การมีบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการอยู่ในห้องผ่าตัดและทำให้กระบวนการปฏิบัติงานเบี่ยงเบนจากความถูกต้อง ในการแก้ไขในหัวข้อการติดต่อสื่อสารและการทำงานเป็นทีมเป็นสิ่งที่มีความยากมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการติดต่อสื่อสารในสิ่งที่จำเป็นนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และยังส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานเป็นทีมประสบความสำเร็จอีกด้วย เช่น การแจ้งรายละเอียดแบบย่อของการทำหัตถการให้ทีมผ่าตัดได้รับทราบ การจัดเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ที่คาดว่าจะต้องใช้ในการทำหัตถการ เพื่อการปลูกฝังความมีสติ ความร่วมกันรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน

แนวทางการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการที่มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังได้รับการทำหัตถการ ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย ในการตรวจนับอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าซับเลือดทุกชนิด สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด กระบวนการทำงานในห้องผ่าตัด หัวข้อในการปฏิบัติ มีดังต่อไปนี้

1) มีการปรับนำแนวทางการปฏิบัติในการทำงานของ AORN เข้ามาใช้งานเมื่อกระบวนการนับ นับแล้วไม่ถูกต้องตามจำนวน โดยใช้แนวปฏิบัติในการทำงาน ดังต่อไปนี้

(1) ผ้าซับเลือดต้องมีการตรวจนับอย่างสม่ำเสมอเท่าที่สามารถจะทำได้ มีการตรวจนับ จุดบันทึก การตรวจนับต้องนับก่อนเริ่มการทำหัตถการ และก่อนปิดแผล หรือโพรงที่ทำหัตถการ และเมื่อเริ่มกระบวนการปิดแผลผ่าตัดเนื่องจากเสร็จสิ้นการทำหัตถการ หรือเมื่อมีการเปลี่ยนทีมพยาบาลผ่าตัด การนับกำหนดให้ต้องนับร่วมกันระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยทั่วไป และระบบการตรวจนับผ้าซับเลือดต้องเป็นระบบเดียวกัน

รวมถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานของข้อปฏิบัติของหน่วยงาน

(2) ของมีคม อุปกรณ์พิเศษ วัสดุที่ใช้เย็บ ผูก และผูกต้องมีการตรวจนับ จุดบันทึก การตรวจนับต้องนับก่อนเริ่มการทำหัตถการ และก่อนปิดแผล หรือโพรงที่ทำหัตถการ และเมื่อเริ่มกระบวนการปิดแผลผ่าตัดเนื่องจากเสร็จสิ้นการทำหัตถการ หรือเมื่อมีการเปลี่ยนทีม

พยาบาลผ่าตัด การนับต้องนับร่วมกันนับโดยพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยทั่วไป เมื่อมีการเปิดใช้เพิ่มเติม ต้องมีการตรวจนับอย่างถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และลงในใบบันทึก รายการการตรวจนับ และระบบการตรวจนับต้องเป็นระบบเดียวกัน รวมถึงการปฏิบัติตาม มาตรฐานข้อปฏิบัติของหน่วยงาน และเป็นการปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก ใช้เวลาไม่ มากและทันเวลากับกระบวนการผ่าตัด และเมื่อมีการสูญหาย แดก หล่นโดยอุบัติเหตุ สมาชิกใน ทีมผ่าตัด ต้องมีส่วนร่วมในการค้นหา

(3) เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดต้องนับในทุกการทำหัตถการต้องมีการ ตรวจนับ จดบันทึก การตรวจนับต้องนับก่อนเริ่มการทำหัตถการ และก่อนปิดแผล หรือโพรงที่ทำ หัตถการ และเมื่อเริ่มกระบวนการปิดแผลผ่าตัดเนื่องจากเสร็จสิ้นการทำหัตถการ หรือเมื่อเปลี่ยน ทีมพยาบาลผ่าตัด การนับต้องนับร่วมกันระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วย ทั่วไป เมื่อมีการเปิดเพิ่มเติม ต้องมีการตรวจนับอย่างถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และลงในใบ บันทึกรายการของ และระบบการตรวจนับต้องเป็นระบบเดียวกัน รวมถึงการปฏิบัติตามมาตรฐาน ข้อปฏิบัติของหน่วยงาน และเป็นการปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก ใช้เวลาไม่มากและ ทันเวลากับกระบวนการผ่าตัด เครื่องมือจะสามารถนำออกจากห้องผ่าตัดได้ต่อเมื่อการทำ หัตถการเสร็จสิ้น และผู้ป่วยเตรียมออกจากห้องผ่าตัดเข้าสู่ห้องพักฟื้น และเริ่มเข้าสู่กระบวนการ ทำความสะอาดเพื่อเตรียมความพร้อมในการทำหัตถการในรายต่อไป เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึง ประสงค์ เช่น เครื่องมือ ผ้าซับเลือด ไม่ครบและจำเป็นต้องมีการค้นหาบริเวณแผลผ่าตัด ทีม พยาบาลผ่าตัดเป็นผู้รายงานแก่ทีมผ่าตัด และขออนุญาตกับทีมศัลยแพทย์เพื่อขอตรวจสอบด้วย การใช้ x-ray ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

(4) การปฏิบัติการตรวจสอบ การลงบันทึก และการป้องกันสิ่งของ เครื่องใช้ในการทำหัตถการ การสูญหาย สมาชิกของทีมต้องมีการตอบสนองอย่างทันท่วงที เพื่อให้มีการหยุดการทำหัตถการชั่วคราวถ้าสัญญาณชีพของผู้ป่วยเฉื่อยอานวย ในทุกบริเวณของ ห้องผ่าตัด ถ้ารายการของที่สูญหายไม่สามารถติดตามได้ให้ใช้กระบวนการค้นหาในรูปแบบที่เป็น มาตรฐานมาใช้ เช่น การใช้ x-ray รวมถึงมีการรายงานในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และ กระบวนการค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้นดังกล่าว โดยมีทีมสหสาขาเป็นผู้ตรวจสอบการปฏิบัติงานที่ได้ จากการปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว ส่งผลให้องค์กรต้องมีการสร้างระบบเพื่อการป้องกัน ลด อุบัติการณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ การวางกระบวนการแก้ไขเมื่อเกิดอุบัติเหตุ โดยเจ้าหน้าที่ในทีม ผ่าตัดนั้นๆ

(5) การบันทึกสิ่งของรายการที่ใช้ในการทำหัตถการ ในใบบันทึกของห้องผ่าตัด โดยการบันทึกต้องประกอบด้วย รายการของที่นับ จำนวนที่นับ รายการของที่ต้องทิ้งค้างในตัวผู้ป่วย ถ้ารายการของใดไม่ครบตามจำนวน กระบวนการค้นหาปฏิบัติอย่างไร ผลลัพธ์ที่ได้ และการรายงานกับทีมศัลยแพทย์ผ่าตัด เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การแจ้ง แนวทางการปฏิบัติการทางการแพทย์ แนวทางการรักษา กับญาติผู้ป่วย ครอบครัว ในกรณีที่เป็นการทำหัตถการในการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน และเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ทีมผ่าตัดเป็นผู้แจ้งต่อครอบครัว ญาติของผู้ป่วย

(6) แนวทางการปฏิบัติ และระเบียบในการปฏิบัติในการนับผ้าซับเลือดของมีคม และเครื่องมือที่ใช้ในการทำหัตถการ ต้องมีการปรับปรุงพัฒนา ที่สำคัญต้องมีความสะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการกำหนดนโยบายที่สนับสนุนเพื่อเพิ่มความสามารถให้บุคลากรทางห้องผ่าตัด ต้องเป็นไปแนวทางเดียวกันกับนโยบายของหน่วยงาน และแนวทางการปฏิบัติงานที่รวมถึงกลยุทธ์ในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่นำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเข้ามาปรับปรุงควบคุมไปกับการบวนการปฏิบัติงานโดยพร้อมเพรียงกัน

2) ผ้าซับเลือด ของมีคม อุปกรณ์พิเศษ วัสดุที่ใช้เย็บ ผูก และผูก เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดต้องมีการตรวจนับ จุดบันทึก การนับต้องนับร่วมกันระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยทั่วไป เมื่อมีการเปลี่ยนทีมพยาบาลผ่าตัด และเป็นการปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก ใช้เวลาไม่มากและทันเวลากับกระบวนการผ่าตัด

3) มีการขอยุติเวลา หรือการทำ TIME OUT ก่อนการผ่าตัดหรือเมื่อเปลี่ยนทีมผ่าตัด

4) มีการให้ข้อมูลที่มีความจำเป็นแบบสั้นอย่างย่อของผู้ป่วย การผ่าตัด ข้อควรระวังในการผ่าตัด เครื่องมือพิเศษที่อาจจำเป็นต้องใช้ในการผ่าตัด จากทีมศัลยแพทย์ ผู้สมาชิกทีมผ่าตัดอื่น ก่อนการผ่าตัด หรือเมื่อเปลี่ยนทีมผ่าตัด

5) การจำกัดการใช้โทรศัพท์ การจำกัดการเปิดเสียงดนตรีในห้องผ่าตัด รวมถึงการจำกัดการมีบุคลากรที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าห้องผ่าตัด

6) การจัดสถานที่ปลอดภัยเชื้อเพิ่มเติมในการตรวจนับอุปกรณ์ ผ้าซับเลือด เครื่องมือ เครื่องใช้ทุกชนิดในการผ่าตัดนั้นๆ

7) กระบวนการนับ และจำแนกรายการเครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ทุกชนิด ทั้งที่ได้ใช้งาน และไม่ได้ใช้งาน

8) การพัฒนารายการเครื่องมือที่ใช้ในการทำหัตถการนั้นๆ ให้มีความถูกต้องเพียงพอและทันสมัยอยู่เสมอ

9) การเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ทุกชนิด ที่อาจจะจำเป็นและมีความเหมาะสมที่ต้องใช้ในการทำหัตถการชนิดนั้นๆ

การพยาบาลผ่าตัดเป็นการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะในการผ่าตัด คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด และความสามารถของพยาบาลผ่าตัดในการปฏิบัติหน้าที่ได้ตามมาตรฐานของหน่วยงานและสอดคล้องกับการทำหัตถการ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยทุกช่วงเวลาในห้องผ่าตัดเกิดความปลอดภัย ในขณะที่เดียวกันการพยาบาลผ่าตัดมีการจัดการให้ความรู้ในการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด แต่ความผิดพลาดที่อาจเกิดจากการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย หรือจากความผิดพลาดอื่นที่เกิดขึ้นนั้น ไม่สามารถยอมรับได้เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ควรเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ดังนั้น กระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดนั้น พยาบาลผ่าตัดไม่สามารถกระทำได้โดยลำพัง การทำงานเป็นทีมในกลุ่มของพยาบาลผ่าตัด เป็น การปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว ถูกต้องและสอดคล้องประสานกันเป็นอย่างดี เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและครอบคลุมในทุกด้าน

### 3. การทำงานเป็นทีมการพยาบาลผ่าตัด

#### 3.1 ความหมาย

3.1.1 แนวคิดการทำงานที่อาศัยความร่วมมือทั้งในด้าน เจตคติ ความรู้ ความรู้ ประยุกต์ ความสามารถเฉพาะทางที่จำเป็นในห้องผ่าตัดของแต่ละบุคคล เพื่อให้การบริการแก่ผู้ป่วยตลอดเวลาในห้องผ่าตัด โดยเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการรับการผ่าตัด และได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ และการที่มีสัมพันธภาพอันดีของผู้ปฏิบัติงาน ทุกคนในทีม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ (AORN, 2004)

3.1.2 เป็นการทำงานของพยาบาลผ่าตัดที่มีการกำหนดตัวผู้นำ มีการวางแผนและตอบสนองในความต้องการของการทำหัตถการในแต่ละชนิดอย่างสอดคล้อง ทันเวลา และมีคุณภาพ มีการมอบหมายงานให้กับสมาชิกตามความรู้ ความสามารถ และการมีระบบการนิเทศน์งาน โดยส่งผลให้ผู้รับบริการและสมาชิกในกลุ่มมีความพึงพอใจ (Marquis and Huston, 2000)

#### 3.2 องค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมพยาบาลผ่าตัด

โดยองค์ประกอบนั้น ประกอบด้วย (Dagi, Moor, and Reines, 2007)

3.2.1 การมีเป้าหมายร่วมกัน บุคคลที่จะเข้ามาร่วมงานต้องมีวัตถุประสงค์ในการ มารวมกลุ่มกัน จะต้องมีการรับรู้ และความเข้าใจอันเดียวกันว่า จะทำอะไรให้เป็นผลสำเร็จ

3.2.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนิน บุคคลที่เข้ามาร่วมกันทำงานนั้นจะต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของกลุ่ม ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง

3.2.3 การติดต่อสื่อสารกันในกลุ่ม บุคคลที่เข้ามาร่วมงานนั้น จะต้องมีการติดต่อสัมพันธ์ สื่อความหมาย เพื่อช่วยให้เข้าใจตรงกัน สามารถทำงานร่วมกันได้

3.2.4 การร่วมมือประสานงานกันในกลุ่ม บุคคลที่มาร่วมทำงานนั้น จะต้องมีการประสานงานกัน เพื่อให้งานของกลุ่มดำเนินไปสู่ความสำเร็จ

3.2.5 มีผลประโยชน์ร่วมกัน บุคคลที่เข้ามาร่วมทำงานนั้นได้รับการจัดสรรผลประโยชน์ตอบแทน จากผลที่ทำงานร่วมกัน

3.2.6 การตัดสินใจร่วมกัน บุคคลที่ทำงานนั้น ต้องมีโอกาสร่วมในการตัดสินใจในงานที่ทำ

3.2.7 สถานภาพของสมาชิก เป็นการกำหนดตำแหน่ง และบทบาท ตามตำแหน่งของสมาชิกภายในทีม

### 3.3 การทำงานของทีมที่มีประสิทธิภาพ

การทำงานเป็นทีมของ Chen, Donahue and Klimoski (2004 Cited in Kinichi and Kreitner, 2008) ว่าด้วยการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 การนิเทศหรือการให้คำแนะนำในทีมเพื่อการนำสู่การแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นการช่วยเหลือทีมเพื่อเข้าสู่ข้อมูลพื้นฐานของสถานการณ์หรืออุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีการกำหนดให้เห็นถึงข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญของอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และมีการเจาะจงหาข้อมูลที่มีความสัมพันธ์ หรือความเกี่ยวข้องแบบถูกต้องตรงกันกับอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นได้ เพื่อทีมจะสามารถแก้ไขปัญหาหรืออุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้

3.3.2 การรวบรวมและการจัดการการปฏิบัติงานของทีม การช่วยเหลือทีมให้มีความมุ่งมั่น อย่างเฉพาะเจาะจง มองเห็นความท้าทาย และยอมรับในเป้าหมายในทีมร่วมกัน มีการตั้งเกณฑ์เพื่อวัดการปฏิบัติงาน การประเมินการปฏิบัติงาน และการเตรียมการปฏิบัติการผล ข้อมูลย้อนกลับของทีม การแจกแจงกลยุทธ์อื่นๆ หรือแนวความคิดในทางเลือกอื่นๆ ที่สามารถตรวจสอบการปฏิบัติงานของทีมได้

3.3.3 การส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมในทางบวกกับทีม การช่วยเหลือให้เกิดหรือการทำให้การปฏิบัติงานอย่างเข้มแข็ง ก่อให้เกิดเป็นแบบอย่าง โดยใช้ความอดทน ความใจกว้าง ความสามารถ ความสำนึกหรือความระลึก รวมถึงการยกย่องสรรเสริญในความพยายามของสมาชิกในทีม รวมถึงการหาต้นแบบในการปฏิบัติงานที่เป็นที่ต้องการของสมาชิกในทีม

3.3.4 การแก้ไขและการจัดการข้อขัดแย้งในทีม การสนับสนุนและช่วยเหลือในสิ่ง ที่ควรช่วยเหลือ รวมถึงการไม่สนับสนุนและไม่ควรช่วยเหลือในความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในทีม การรู้ ถึงประเภทและสาเหตุของความขัดแย้งในทีม สามารถลดการเผชิญหน้าของสมาชิกในทีมได้ และ การได้สนับสนุนให้สมาชิกในทีมแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และสามารถให้ผลลัพธ์ แบบ win – win นั้นเป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการเจรจาแก้ไขปัญหา หรือเป็นการก้าวข้ามปัญหาที่ดีได้

3.3.5 การสนับสนุนที่มีสัดส่วนอย่างเหมาะสมในทีม นั้น เป็นการแก้ไขในส่วนที่มี ความไม่เหมาะสม อดุติธรรม รวมถึงภาวะการกีดกันในการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือการรับรู้ของ สมาชิกในทีม นั้น ต้องมีการสนับสนุนให้มีการใช้ความรู้พื้นฐาน ความรู้ที่มีความทันสมัยและมี มาตรฐาน เหตุผล รวมถึงต้องมีท่าทีในการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นด้วยอภัยสัจ และมิตรไมตรี อันดีเสมอ

กระบวนการทำงานของทีมสุขภาพ

Lauwers and Van Hee (2000) กล่าวว่าองค์ประกอบของการทำงานของทีม สุขภาพประกอบด้วย

- 1) การร่วมรับผิดชอบไม่ว่าจะประสบความสำเร็จ หรือความล้มเหลว
- 2) การมีเป้าหมายร่วมกัน
- 3) การมีความไว้วางใจระหว่างผู้ร่วมงาน
- 4) สนับสนุนและแสดงออกซึ่งความจริงใจ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความ คิดเห็นร่วมกัน เพื่อจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วย

### 3.4 ทีมงานพยาบาลผ่าตัด

ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นส่วนของห้องผ่าตัดที่ใหญ่ที่สุด และมี จำนวนห้องผ่าตัดย่อยมากที่สุด จำนวน 13 ห้อง เป็นกรให้บริการ การตรวจ ผ่าตัด รักษาเกี่ยวกับการ ผ่าตัดทางศัลยกรรมทั้งหมดประกอบด้วย ระบบศัลยกรรมประสาทและสมอง ระบบ ศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ระบบศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ระบบศัลยกรรมทั่วไป ระบบ ศัลยกรรมเด็ก ระบบศัลยกรรมตกแต่ง ซึ่งเป็นการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งให้การบริการตาม ตารางการผ่าตัด และในภาวะเหตุการณ์ฉุกเฉิน มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ในทุกพื้นที่ของ ห้องผ่าตัด ที่สามารถแบ่งออกตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้

3.4.1 พยาบาลห้อง รับ-ส่ง ผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีหน้าที่ควบคุม ดูแล การรับผู้ป่วยจาก หอผู้ป่วย หรือแผนกผู้ป่วยนอกเข้ามาให้บริการทำหัตถการตามตารางการผ่าตัดประจำวัน หรือ เหตุการณ์ฉุกเฉิน และส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย หรือกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และช่วยเหลือ



ตนเองได้

1) ในการรับผู้ป่วย ต้องตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน ถูกต้อง ใบอนุญาตผ่าตัด การถูกทำเครื่องหมายบนอวัยวะที่รับการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การขอเลือด การงดน้ำและอาหารของผู้ป่วย การมีของเครื่องประดับและอุปกรณ์แปลกปลอมทุกชนิด

2) ในการส่งผู้ป่วย ประสานงานกับพยาบาลห้องพักรฟื้น และ/หรือ พยาบาลหัวหน้าห้อง ที่มีวิสัญญี พยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อส่งผู้ป่วยที่หลังทำการผ่าตัด และมีอาการหลังทำการผ่าตัดคงที่ กลับไปพักรฟื้นที่หอผู้ป่วย

3.4.2 พยาบาลห้องรอผ่าตัด ทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยเหมือนกับพยาบาลห้องรับ-ส่งผู้ป่วย รวมถึงการติดต่อประสานงานกับพยาบาลในห้องผ่าตัดย่อย เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการทำการผ่าตัดตามเวลา หรือเมื่อห้องผ่าตัดย่อยมีความพร้อม

#### 3.4.3 พยาบาลในห้องผ่าตัดย่อย

1) พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญในระดับสูง เกี่ยวกับการพยาบาลผ่าตัดในระบบนั้นๆ และการทำการผ่าตัดที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีที่มีความทันสมัยอย่างชำนาญ และเป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดย่อยให้เป็นไปตามมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย อีกทั้งเป็นผู้ประสานงานกับสมาชิกทีมผ่าตัดอื่นๆ รวมถึงเป็นผู้นิเทศงานให้กับพยาบาลที่เข้าปฏิบัติงานร่วมกันตามระบบการหมุนเวียนการปฏิบัติงานของบุคลากรในห้องผ่าตัด

2) พยาบาลอาวุโส เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญในระดับมาก ในการปฏิบัติงานการพยาบาลผ่าตัดในทุกระบบของห้องผ่าตัดศัลยกรรม เป็นผู้ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไม่น้อยกว่า 7 ปี

3) พยาบาลฝึกหัด เป็นพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม เป็นการถูกคัดเลือกเข้าปฏิบัติงานจากทีมบริหาร งานการพยาบาลผ่าตัด

พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดย่อย แบ่งตามการปฏิบัติหน้าที่ ดังนี้

1) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (SCRUB NURSE) เป็นผู้ปฏิบัติงานในส่วนงานที่ปลอดภัย สัมผัสเครื่องมือ เครื่องใช้ที่ปลอดภัยแล้วเท่านั้น โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

(1) เป็นผู้เตรียมความพร้อมของ เครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ทุกชนิดให้เหมาะสมกับการทำหัตถการนั้น กับพยาบาลช่วยทั่วไป

(2) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทำหัตถการ บนโต๊ะส่งเครื่องมือผ่าตัด และโต๊ะเครื่องมือผ่าตัดปลอดเชื้อ

(3) ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับของการทำหัตถการ และตามความต้องการของศัลยแพทย์อย่างถูกต้อง

(4) ป้องกันการเกิดอันตรายจากของมีคมที่ใช้ในการทำหัตถการกับสมาชิกทีมผ่าตัดตลอดเวลาของการทำหัตถการ

(5) ตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ ผ้าซับเลือดที่ใช้ในการทำหัตถการ ทุกชนิด ร่วมกับพยาบาลช่วยทั่วไป ตามมาตรฐานของการปฏิบัติงาน โดยมีความสอดคล้อง ทันเวลา กับการทำหัตถการ

2) พยาบาลช่วยทั่วไป (CIRCULATING NURSE) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในส่วนที่ถูกสัมผัสกับส่วนที่ปลอดเชื้อโดยตรง โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

(1) เป็นผู้เตรียมความพร้อมของ เครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ทุกชนิดให้เหมาะสมกับการทำหัตถการนั้น กับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด

(2) เป็นผู้ประสานงานกับพยาบาลห้องรอผ่าตัด และนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดย่อย และขอเวลานอก (Time Out) ในการตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยก่อน

(3) เปิดเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับของการทำหัตถการ ให้ความช่วยเหลือเมื่อทีมผ่าตัดร้องขอ

(4) อำนวยความสะดวก และดูแลให้การทำหัตถการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ทันเวลา

(5) ตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ ผ้าซับเลือดที่ใช้ในการทำหัตถการ ทุกชนิด ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ตามมาตรฐานของการปฏิบัติงาน โดยมีความสอดคล้อง ทันเวลา กับการทำหัตถการ

(6) เตรียมความพร้อมของการทำหัตถการในลำดับต่อไป รวมถึงการรับ-ส่งผู้ป่วย เครื่องมือ อุปกรณ์

(7) บันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องในการทำหัตถการให้สมบูรณ์ ครบถ้วน

### 3.5 องค์ประกอบทีมพยาบาลผ่าตัด

ทีมพยาบาลผ่าตัด ประกอบด้วย

- 3.5.1 พยาบาลวิชาชีพ
- 3.5.2 ความรู้ ความเข้าใจในการทำหัตถการ
- 3.5.3 มีความซื่อตรง ระเบียบวินัย และมีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่
- 3.5.4 ความต้องการพัฒนาตนเองในทุกด้าน
- 3.5.5 มีความสัมพันธ์อันดีกับผู้ร่วมงานในทุกระดับ

สมาชิกในทีมพยาบาลผ่าตัดล้วนมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญร่วมกันในการปฏิบัติงาน คือ การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาในห้องผ่าตัดให้ได้รับความปลอดภัย บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดในแต่ละตำแหน่งมีความสำคัญเท่าเทียมกัน เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัดเป็นการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ดังนั้น พยาบาลผ่าตัดต้องมีความรู้ ความสามารถ ความซื่อสัตย์ ความรวดเร็ว ความไว้วางใจ และความมั่นใจ รวมถึงความชัดเจนของระบบการปฏิบัติงานทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน และระบบการแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างการปฏิบัติงาน จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นการปฏิบัติงานนั้นสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานได้ โดยไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การผ่าตัดผิดคน การผ่าตัดผิดข้าง การผ่าตัดผิดชนิดการผ่าตัด และการมีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด ส่งผลดีต่อประสิทธิผลของงานของหน่วยงานอีกด้วย

#### 4. ประสิทธิภาพของงาน

##### 4.1 ความหมาย

Ivancevich and Matteson (1999) หมายถึงความสามารถในการทำให้องค์การบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ โดยการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินได้จาก ผลผลิต ประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ การปรับตัว และการพัฒนา

Hellriegel et al (2002) หมายถึงผลลัพธ์ที่บรรลุวัตถุประสงค์เป็นรายบุคคลหรือเป็นทีม ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดประสิทธิผล ประกอบด้วย ปัจจัยภายนอก การออกแบบทีม และกระบวนการภายในของทีม การประเมินในด้านความถูกต้อง รวดเร็ว ความคิดสร้างสรรค์ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

Kinicki and Kreitner (2003) เป็นความสามารถในการยอมรับผลผลิตหรือบริการ สมาชิกในทีมมีการปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายขององค์การ ทุกคนมีความพึงพอใจ และเต็มใจให้ความช่วยเหลือทีมงานอย่างต่อเนื่อง ทีมงานมีความก้าวหน้า สิ่งแวดล้อมภายในองค์กรส่งเสริมการทำงาน

Gibson, Ivancevich and Donnelly (2006) เป็นความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างองค์ประกอบ 5 ประการ คือ ผลผลิต ประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ การปรับตัว และการพัฒนา

Hoy and Miskel (2008) เป็นความสามารถขององค์กรที่จะบรรลุเป้าหมายในการตอบสนองความต้องการในสังคมตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 การประเมินประสิทธิผลของงาน ตามการรับรู้ เป็นการประเมินได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต พฤติกรรมว่าปฏิบัติอย่างไร และมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร รวมถึงจากการตรวจสอบเอกสาร มีผู้กำหนดการประเมินประสิทธิผลของงาน มีดังต่อไปนี้

4.2.1 Hellriegel et al (2002) โดยการประเมินขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของเกณฑ์สำคัญๆ ที่ปรับใช้เพื่อการประเมินผล โดยประเมินในด้าน ความถูกต้อง ที่กล่าวถึงคุณภาพของงานที่ไม่มีความผิดพลาด ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง ถูกต้องตามมาตรฐาน คุณภาพบริการที่ยอดเยี่ยม ด้านความรวดเร็ว เป็นการบริการที่ทันต่อความต้องการของผู้รับบริการ ด้านความคิดสร้างสรรค์ เป็นการคิดค้นผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ๆ ที่ตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการสร้างผลผลิตโดยไม่สิ้นเปลือง และมีการใช้ทรัพยากรด้วยความจำเป็น

4.2.2 Whelton and Cameron (2002) เป็นการประเมินในด้านการพึ่งพากันและกัน การทำงานร่วมกันและช่วยเหลือกัน ความผูกพันกันในที่ม ความรับผิดชอบร่วมกัน การสนับสนุนซึ่งกันและกัน และความไว้วางใจต่อกัน

4.2.3 Kinicki and Kreitner (2003) มีหลักเกณฑ์การวัดทั้งหมด 4 ประการ ดังนี้

1) การบรรลุผลงานตามเป้าหมาย (Goal accomplishment) เป็นการที่องค์กรมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำงาน มีการกำหนดเกณฑ์การชี้วัดในการปฏิบัติงาน มีกระบวนการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยคิดค้นนวัตกรรมและวิธีการลดขั้นตอนในการให้บริการ ทบทวนปัญหาในการปฏิบัติงานเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางการแก้ไข มีการประเมินผลงานโดยเปรียบเทียบกับผลสำเร็จของงานกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

2) การได้มาของทรัพยากร (Resource acquisition) เป็นการที่องค์กรจะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีการได้รับการจัดสรรทรัพยากรซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ ได้แก่ บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือและเครื่องใช้ต่างๆ

3) กระบวนการภายใน (Internal process) เป็นการที่องค์กรมีระบบบริหารจัดการที่เข้มแข็ง มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และบุคลากรมีความจงรักภักดีต่อองค์กร มีการใช้ความคิดสร้างสรรค์และการคิดค้นนวัตกรรมในการทำงาน มีการประสานงานกันเป็นอย่างดี ลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน มีระบบป้องกันปัญหาต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดความเสียหายกับองค์กรและผู้ใช้บริการ มีการจัดทำคู่มือและแนวทางการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพ

4) ความพึงพอใจของกลยุทธ์ (Strategic constituencies satisfaction) เป็นการที่องค์กรให้ความสำคัญกับความต้องการและความพึงพอใจของบุคลากรทุกคนทั้งภายในและภายนอกองค์กร รวมถึงกลุ่มบุคคลหรือองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้อง และที่สำคัญคือการสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ มีการดำเนินการเพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน

ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานที่มีความหลากหลายของสิ่งแวดล้อม และเป็นสถานที่ทำงานของทีมสหสาขา ความสำเร็จของห้องผ่าตัดสามารถครอบคลุมงานด้านการจัดการ ด้านการบริหาร และงานด้านวิชาการโดยทำให้มีคุณภาพได้ตามเป้าหมาย เกิดความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน จากการใช้แนวคิดของ Kinicki and Kreitner (2003) สามารถที่จะนำมาใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของงานได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีความทันสมัย และเหมาะกับสถานการณ์ในปัจจุบัน จากการศึกษาที่แต่ละหน่วยงานต้องกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ และเป้าหมายของหน่วยงานอย่างชัดเจน มีเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพ ในการดูแลผู้ป่วย มีกระบวนการจัดการที่ดี รวมถึงความพึงพอใจในบุคลากร และผู้รับบริการกับหน่วยงานดังกล่าว

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด : ความปลอดภัยของผู้ป่วย ยังไม่มีผู้ใดทำวิจัยไว้ ผู้วิจัยจึงขอเสนอการทบทวนงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

Lauwers and Van Hee (2000) ศึกษาของการเกิดผ้ากอสซับเลือดค้างในตัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จากการศึกษายังไม่สามารถพบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย แต่พบเสมอว่าการมีผ้ากอสซับเลือดที่ตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด และผ้ากอสซับเลือดที่กลายเป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ามารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลอีกครั้ง และอาจถึงแก่ชีวิต และกล่าวถึงวิธีการรักษาที่ดีที่สุด คือ การป้องกัน โดยมีแนวคิดพื้นฐานข้อแรก คือ มีการนับ

ตรวจทานซ้ำในก่อนและหลังในการทำผ่าตัดเสร็จในแต่ละส่วน และใช้ผ้ากอซซับเลือดที่มีขนาดปกติ โดยใช้แบบขึ้นต่อขึ้น แนวคิดพื้นฐานที่สอง มีการใช้แถบที่มีการตรวจสอบได้ด้วยการ X-RAY และการนับผ้าซับเลือดในชั้นตอนสุดท้ายของการผ่าตัดยังคงเป็นสิ่งที่สมควรปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง

McNesse-Smith (2001) ศึกษาในมุมมองของพยาบาลประจำการในโรงผลผลิต และสิ่งที่มีผลต่อผลผลิตของงาน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีสัมภาษณ์ พบว่าผลผลิตตามมุมมองของพยาบาล ในเรื่องใหญ่ คือ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ปัจจัยที่มีผลต่อผลผลิต คือ ปัจจัยด้านบุคคล ความรู้ ทักษะ ทักษะการอยู่ร่วมกันขององค์กร ภูมิหลังและภาวะทางจิตใจ

Gawande et al (2003) จากการศึกษาพบมีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลัง ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีมวลของร่างกายมากกว่ามาตรฐาน การได้รับการผ่าตัดชนิดฉุกเฉิน เปลี่ยนแผนการผ่าตัดโดยที่ไม่ได้คาดหมาย จำนวน 61 ราย จากจำนวนผู้ป่วย 235 คน จาก 10 โรงพยาบาล ในมลรัฐแมตซาลูเซท ในระหว่างปี 1985 -2001

Camazine (2005) จากการศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในปี 2003 พบปัจจัยที่สำคัญในการเกิดสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย คือ การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน การเปลี่ยนกระบวนการผ่าตัด โดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน และการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมาก และมีการนำเสนอของ The Central Texas Veterans Healthcare System จากประสบการณ์ในการติดตามเพื่อกำจัดการมีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย ดังต่อไปนี้ การใช้ข้อแนะนำการปฏิบัติของ AORN ในการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด การเปลี่ยนพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในรายผ่าตัดนั้นๆ ให้น้อยที่สุด การเริ่มกระบวนการนับต้องกระทำทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนทีมพยาบาลผ่าตัด การพัฒนาทีมพยาบาลผ่าตัดให้มีความสามารถทันกับกระบวนการผ่าตัด การใช้เครื่องฉายภาพด้วยการ X-RAY หลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นทุกรายในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน หลังการเปลี่ยนแปลงชนิดและกระบวนการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมวลตัวมาก ในผู้ป่วยที่มีการเสียเลือดมากกว่า 750 cc. จากการประเมินของวิสัญญีแพทย์ เมื่อมีการเปลี่ยนทีมผ่าตัด หรือเมื่อทีมมีการร้องขอให้ตรวจสอบ

JCAHO (2006) จากการศึกษาในสาเหตุการเสียชีวิตจากการที่มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย หลังผ่าตัดสูง 11% - 35% เมื่อศึกษาถึงต้นเหตุที่ทำให้เกิดแล้ว มีข้อปฏิบัติ 5 ประการที่สามารถช่วยเหลือในการป้องกันได้ ดังนี้ นโยบายในการปฏิบัติการณ์นับสิ่งของที่ใช้ต้องรัดกุม และตรวจสอบได้ มีการตรวจนับก่อนก่อนผ่าตัดเป็นจำนวนพื้นฐาน การนับต้องนับก่อนปิดช่องของอวัยวะต่างๆ การนับก่อนการปิดช่องท้อง ช่องอก การนับเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการผ่าตัด การนับต้องเป็นการนับระหว่างพยาบาลส่งผ่าตัด และพยาบาลช่วยทั่วไป ซึ่งพยาบาลช่วยทั่วไปต้องจัดแยกนับผ้ากอซซับเลือด การที่แพทย์ผ่าตัดต้องตัดสินใจเปิดแผลผ่าตัดและเริ่มกระบวนการหา

สิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย เมื่อมีการรายงานว่าอุปกรณ์ ผ้าซับเลือดที่ใช้ในการผ่าตัดไม่ครบจำนวน การใช้ผ้าซับเลือดที่มีแถบที่มีการตรวจสอบได้ด้วย X-RAY และไม่ตัดผ้าก๊อชซับเลือด และเมื่อมีการใช้ผ้าซับเลือดและยังไม่นำออก พยาบาลส่งผ่าตัดต้องรายงานให้พยาบาลช่วยทั่วไปบันทึกลงในใบรายการบันทึก เพื่อใช้ในการตรวจสอบในขั้นตอนการนับเครื่องมือ อุปกรณ์ และผ้าซับเลือดต่อไป การติดตามขั้นตอนในการนับเมื่อพบว่าการนับจำนวนไม่ตรงกัน โดยพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยทั่วไปทำการค้นหาในทุกบริเวณในห้องผ่าตัดนั้นๆ อาจรวมถึงการใช้เครื่องฉายภาพด้วยการ X-RAY ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากห้องผ่าตัด การนับของทุกรายการที่ใช้ในการผ่าตัด รวมถึงการรายงานผลการนับให้กับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด

Kwaan et al (2006) ศึกษาการเกิดความผิดพลาดในการทำหัตถการในห้องผ่าตัด โดยการเก็บข้อมูลจากการศึกษานำร่องของ JCAHO โดยใช้แนวความคิดของ WHO ในเรื่องของความผิดพลาดในการผ่าตัดรักษาจะต้องไม่เกิดขึ้นและจะต้องเป็น ศูนย์ ในปี 1985 – 2003 พบความผิดพลาดในเรื่องการผ่าตัดผิดคน 13% การผ่าตัดผิดประเภทของการผ่าตัด 11% การผ่าตัดผิดอวัยวะ 76% โดยสาเหตุที่มักเกิดในกรณีการผ่าตัดฉุกเฉิน การเร่งรีบเริ่มการทำหัตถการหรือเร่งรีบการเสร็จสิ้นกระบวนการทำหัตถการ รวมถึงการทำหัตถการโดยศัลยแพทย์หลายคน หรือกระทำหัตถการหลายๆอย่างในการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว มีการเก็บข้อมูลในชั้นที่ 2 ในช่วงปี 2004 หลังจากที่ JCAHO ได้สร้างแนวทางการทำงานที่เป็นมาตรฐานในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดประเภทของการผ่าตัด ในปี 2003 โดยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลในรัฐนิวอิงแลนด์ และรัฐเทกซัส จากการศึกษาในช่วงเวลาดังกล่าวพบผู้ป่วย 24 รายที่เกิดความผิดพลาดในการทำหัตถการ โดยคิดเป็น 1 : 76336 โดยเป็นความผิดพลาดในกระบวนการรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ความผิดพลาดของตารางการผ่าตัด ข้อมูลในใบขอความยินยอมผ่าตัดโดยการระบุข้าง หรืออวัยวะผิด ใบรายงานผลการตรวจร่างกายทางรังสีที่ไม่ใช่ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ศัลยแพทย์ผู้ทำหัตถการเปลี่ยนแผนการผ่าตัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทั้งสองข้าง และขอความยินยอมในขณะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อเข้าสู่การเตรียมการทำหัตถการ การที่เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ในการทำผ่าตัดไม่ชัดเจน การเปลี่ยนแปลงนโยบายของมาตรฐานในกระบวนการทำเครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์ในบริเวณที่ทำหัตถการ

การปรับปรุงรูปแบบของการป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดวิธีนั้น ได้ปรับปรุงจากการใช้การปฏิบัติงานที่เป็นรูปแบบที่เป็นมาตรฐานของ JCAHO คือ การทำเครื่องหมายสัญลักษณ์รูปวงกลม บนตัวผู้ป่วยในบริเวณที่ต้องทำผ่าตัด หรือ การเขียนตัวหนังสือ yes กระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การระบุรูปพรรณสัณฐานของ

ผู้ป่วย วิธีการทำผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ ความยาวของแผลผ่าตัดประมาณเท่าไร การผ่าตัดทำที่อวัยวะข้างไหน ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมาข้างต้น จะต้องมีการยืนยันจากทีมศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดอย่างน้อย 1 คน และบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ซึ่งต้องเป็นข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงกับตารางการผ่าตัด และใบขอความยินยอมในการผ่าตัด และการขอคำยินยอมในการผ่าตัดนั้นจะต้องมีผู้ที่ดูแลผู้ป่วย หรือญาติสายตรงที่ดูแลผู้ป่วยนั้นที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยอย่างน้อย 1 คน ถ้ามีการขอคำยินยอมในการผ่าตัดมีหลายอวัยวะ หรือหลายส่วน ต้องมีการระบุทุกอวัยวะ ทุกส่วนที่ได้รับการผ่าตัดลงในใบยินยอม และถ้าใบขอความยินยอมเพื่อการผ่าตัดนั้นไม่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการผ่าตัด จนกว่าจะมีการแก้ไขให้ถูกต้อง สมบูรณ์ทุกประการ

Riley, Manias, and Polglase (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังของความสัมพันธ์และความพึงพอใจ ต่อการติดต่อสื่อสาร ของแพทย์ผ่าตัดกับพยาบาลผ่าตัด พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

Baker et al (2007) จากการศึกษาในรัฐโอเรกอน ในช่วง พฤษภาคม 2006 - พฤศจิกายน 2007 ในส่วนของการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับรายงาน 21 รายงานในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงการมีสิ่งไม่พึงประสงค์ตกค้างในร่างกายหลังการผ่าตัด จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัด กับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัด การทำหัตถการที่ไม่ได้มีการวางแผนไว้ก่อน หรือมีการทำหัตถการหลายอย่าง มีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัดกับตัวผู้ป่วยที่มีมวลของร่างกายสูง มีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัดกับการติดต่อสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพของทีมผ่าตัด มีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัดกับการที่มีบุคลากรเปลี่ยนเข้ามาทำหน้าที่ในการทำหัตถการนั้นๆ มาก มีความสัมพันธ์ของการมีของตกค้างในผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัดกับระบบการตรวจสอบในขั้นตอนของกระบวนการการทำงาน อย่างไรก็ตามไม่มีปัจจัยเพียงอย่างเดียวที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นได้

แนวทางการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการที่มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังได้รับการทำหัตถการ ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย ในการตรวจนับอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าซับเลือดทุกชนิด สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด กระบวนการทำงานในห้องผ่าตัด มี



ดังต่อไปนี้ มีการปรับนำแนวทางการปฏิบัติในการทำงานของ AORN เข้ามาใช้งานเมื่อกระบวนการนับ นับแล้วไม่ถูกต้องตามจำนวน ผ้าซับเลือด ของมีคม อุปกรณ์พิเศษ วัสดุที่ใช้เย็บ ผูก และเย็บผูก เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดต้องมีการตรวจนับ จดบันทึก การนับต้องนับร่วมกัน ระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยทั่วไป เมื่อมีการเปลี่ยนทีมพยาบาลผ่าตัด และเป็นการปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก ใช้เวลาไม่มากและทันเวลากับกระบวนการผ่าตัด มีการขอเวลานอก (TIME OUT) ก่อนการผ่าตัด หรือเมื่อเปลี่ยนทีมผ่าตัด มีการให้ข้อมูลที่ มีความจำเป็นแบบสั้นของผู้ป่วย การผ่าตัด ข้อควรระวังในการผ่าตัด เครื่องมือพิเศษที่อาจ จำเป็นต้องใช้ในการผ่าตัด จากทีมศัลยแพทย์ สู่สมาชิกทีมผ่าตัดอื่น ก่อนการผ่าตัด หรือเมื่อ เปลี่ยนทีมผ่าตัด การจำกัดการใช้โทรศัพท์ การจำกัดการเปิดดนตรีในห้องผ่าตัด รวมถึงการจำกัด การที่มีบุคลากรที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าห้องผ่าตัด การจัดสถานที่ปลอดภัยเพิ่มเติมในการตรวจนับ อุปกรณ์ ผ้าซับเลือด เครื่องมือ เครื่องใช้ทุกชนิดในการผ่าตัดนั้นๆ กระบวนการนับ และจำแนก รายการเครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ทุกชนิดทั้งที่ได้ใช้งาน และไม่ได้ใช้งาน การพัฒนารายการ เครื่องมือที่ใช้ในการทำหัตถการนั้นๆ ให้มีความถูกต้อง เพียงพอและทันสมัยอยู่เสมอ การเตรียม เครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ทุกชนิด ที่อาจจะจำเป็นและมีความเหมาะสมที่ต้องใช้ในการทำ หัตถการชนิดนั้นๆ

Heslin et al (2008) จากการใช้ Time out และแบบแผนของการนับเครื่องมือ ของมีคม และผ้าซับเลือด พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยลง รวมถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลใน ห้องผ่าตัดได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดดังกล่าวมากขึ้นด้วย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอลาบามา ใน ระหว่างปี 2004– 2007

Jackson and Brady (2008) จากการศึกษาพบปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการนับเครื่องมือ อุปกรณ์ และผ้าซับเลือด ได้แก่ การนับมีความเร่งรีบ หรือการนับผ้ากอสซับเลือดไม่ได้มีการแยก อย่างชัดเจนในขณะที่เปิดหีบห่อ การเปลี่ยนตัวแพทย์ผู้ทำผ่าตัด การไม่หยุดทำการผ่าตัดในขณะที่ ทำการนับอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และผ้าซับเลือด การผ่าตัดที่ใช้เวลานาน และมีการขอหยุด ในระหว่างการผ่าตัด การที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน มีการเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดโดยที่ไม่ได้วางแผนมาก่อน และเมื่อมีการนับแล้วอุปกรณ์ เครื่องใช้ ของมีคม ผ้าซับเลือดไม่ครบ และ การแจ้งเพื่อทำการค้นหาจากพยาบาลไม่มีน้ำหนักมากพอที่จะให้แพทย์ผู้ทำผ่าตัดเริ่มกระบวนการ ค้นหา ระหว่างปี 2003 -2007

Harrington (2009) การศึกษาในการใช้รูปแบบการป้องกันความผิดพลาดในการระบุตัว ผู้ป่วย และการใช้ Time out ไม่พบการปฏิบัติงานที่ผิดพลาด จากการผ่าตัดทวารที่ปฏิบัติงาน

ในอิรัก 400 คน ในระยะเวลา 15 เดือน

Mendenhall (2009) รายงานการป้องกันสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยกำหนด Best practice at Kaiser Hayward ที่ได้จาก แบบปฏิบัติมาตรฐานของ AORN การวิเคราะห์สาเหตุจากตัวบุคคล และปัจจัยเสี่ยงที่พบ รวมถึงวัฒนธรรมในการทำงาน เทคโนโลยีที่มีการพัฒนาเข้าบูรณาการกระบวนการปฏิบัติงานดังกล่าว

Pennsylvania Patient Safety Authority (2009) รายงานการใช้ข้อปฏิบัติที่กำหนดโดย AORN และ JCAHO ในการนับผ้าซับเลือด ของมีคม และเครื่องมือเครื่องใช้ โดยก่อนจะทำการผ่าตัดเป็นข้อมูลพื้นฐาน ก่อนเปิดช่องหรือโพรงย่อยๆในการผ่าตัด ก่อนเปิดแผลผ่าตัด ก่อนการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลช่วยทั่วไป และมีการปรับจาก American College of Surgeon เพื่อให้มีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น และกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการนับ ได้แก่การอ่อนด้อยของการติดต่อสื่อสาร สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น เสียงดังรบกวน ประสบการณ์ที่ไม่เพียงพอของเจ้าหน้าที่

Wang et al (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ของข้อผิดพลาดในการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารต่อการมีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย และกล่าวถึงข้อแนะนำในการปฏิบัติเพื่อลดการเกิดสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย ดังนี้ 1) มีความระมัดระวัง การตรวจซ้ำ ในรูปแบบการนับของเครื่องมือและผ้าซับเลือด 2) ระบบการนับเครื่องมือและผ้าซับเลือดต้องกระทำโดยอัตโนมัติ 3) การหลีกเลี่ยงการใช้ผ้าซับเลือดที่มีขนาดเล็ก 4) การหลีกเลี่ยงการใช้ผ้าซับเลือดที่ไม่มีแถบที่ตรวจสอบได้จากการ X-RAY 5) การสื่อสารที่ชัดเจนในการใช้ผ้าซับเลือดและค้างในตัวผู้ป่วยในขณะนั้น รวมถึงการบันทึกลงในใบบันทึกรายการ 6) การปิดแผลผ่าตัดตามลำดับก่อนหลัง 7) การให้การศึกษาเพิ่มเติมในการคิดค้นในการเสริมความแข็งแกร่งของทีม และการยึดมั่นในรูปแบบการทำงานในความปลอดภัยของผู้ป่วย 8) การตรวจทาน ตรวจสอบหลายครั้งในการนับ 9) ใช้การตรวจสอบโดยใช้รังสี X-RAY ก่อนและหลังการปิดผนังหน้าท้อง ในกรณีเครื่องมือ ผ้าซับเลือดหายขณะผ่าตัด หรือมีภาวะเสี่ยงเนื่องจากการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน 10) ใช้ผ้าซับเลือดเป็นจำนวนที่น้อยที่สุดเมื่อจำเป็นต้องใช้พร้อมกัน 11) มีความตั้งใจในการดูแลความปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด 12) ใช้ผ้าซับเลือดที่มีแถบที่ตรวจสอบได้ด้วย X-RAY

Mazzocco et al (2009) ศึกษาในการทำงานเป็นทีมที่ดีกับผลการรักษาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ในทางบวก จากการผ่าตัดในศูนย์การรักษา Kaiser Foundation Health Plan ในระหว่างเดือนมีนาคม – เดือนสิงหาคม 2005

JCAHO (2010) การเกิดสิ่งของตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังการได้รับการผ่าตัด อยู่ในระดับสูง

โดยจากรายงานในปี 2007 พบเป็นอันดับ 2 ของอุบัติเหตุการณ์ ปี 2008 พบเป็นอันดับ 4 ของอุบัติเหตุการณ์ และจากการรายงานในการรวบรวมข้อมูลในปี 1995 คิดเป็น 5.3% จากจำนวนรายงาน 6762 ครั้ง

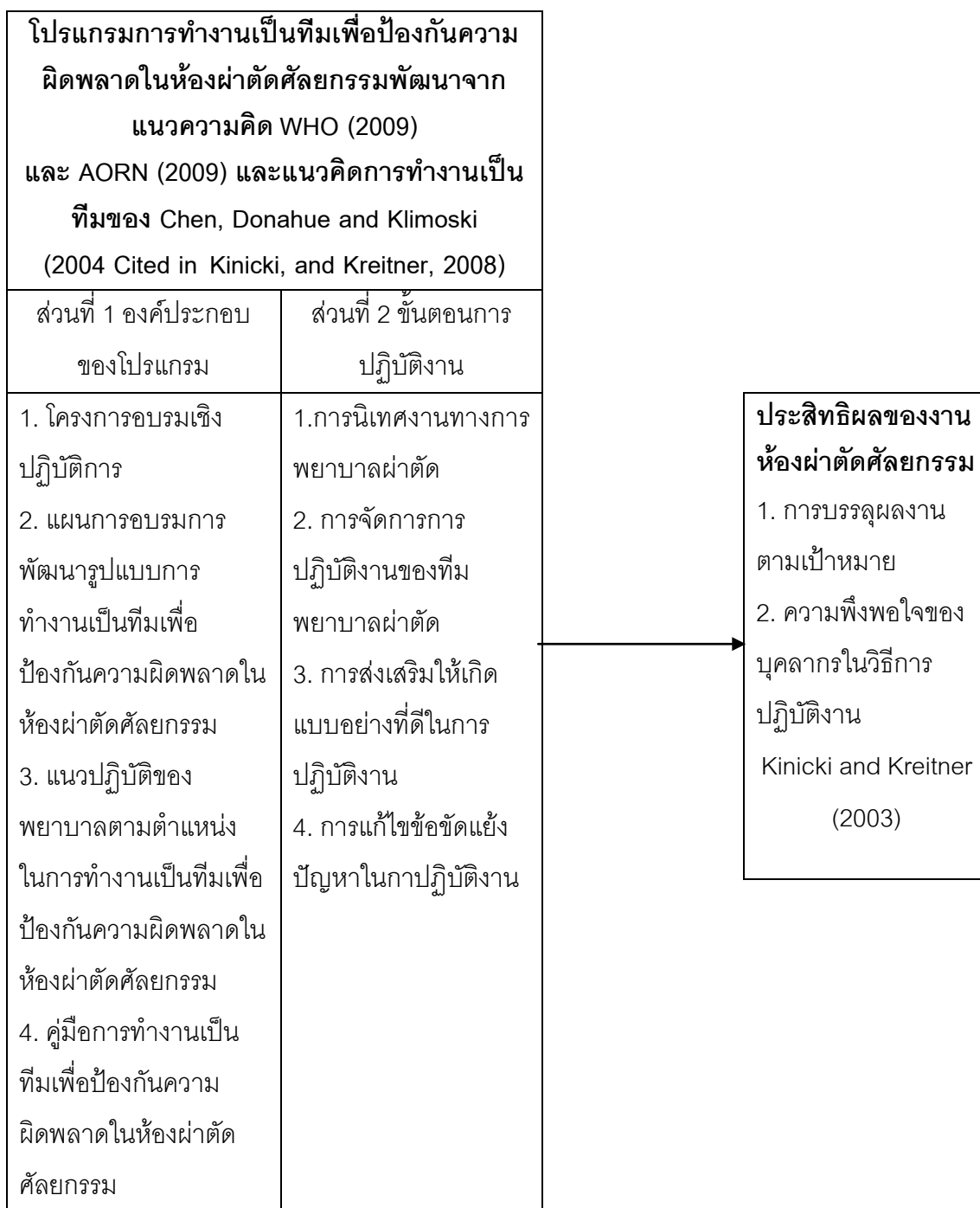
ชวไล ชุ่มคำ (2545) ศึกษาผลของการฝึกอบรมป้องกันความเสี่ยง ต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษา โรงพยาบาลเลิศสิน โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการฝึกอบรม สูงกว่าก่อนการเข้าฝึกอบรม

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

การป้องกันความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด บุคลากรทุกคนในหน่วยงานต้องร่วมมือกัน ในการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานโดยใช้ความรู้ที่ได้มาใหม่มาบูรณาการ และทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ รวมถึงการดูแลเอาใจใส่บุคลากรผู้ร่วมทีม ส่งผลให้บุคลากรทุกคนมีความเป็นเจ้าของร่วมกันในผลงานของทีม ซึ่งหมายถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด และยังส่งผลให้ประสิทธิผลของงานดีขึ้น

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด จากรูปแบบของการพยาบาล ผ่าตัดตามมาตรฐานและการป้องกันความผิดพลาดในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของ WHO (2009) และ AORN (2009) ร่วมกับการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ (Chen, Donahue, and Kowalski, 2004 Cited in Kinicki, and Kreitner, 2008) มาจัดเป็นโปรแกรมการทำงานเป็นทีม เพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม มี 2 ส่วน ดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของโปรแกรมมี 4 องค์ประกอบ คือ 1. โครงกรอบรมเชิงปฏิบัติการ 2. แผนอบรมการพัฒนาแบบ การปฏิบัติงาน 3. แนวปฏิบัติงานของพยาบาลตามตำแหน่ง 4. คู่มือการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 ขั้นตอนของการปฏิบัติงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การนิเทศงานทางการพยาบาลผ่าตัด เป็นการสอน การช่วยเหลือ และการส่งเสริมให้เกิดทักษะในงาน 2. การจัดการการปฏิบัติงานของทีมพยาบาล ผ่าตัด เป็นการจัดแบ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด 3. การส่งเสริมให้เกิดแบบอย่างที่ดีใน การปฏิบัติงาน และการให้กำลังใจแก่ทีม 4. การแก้ไขข้อขัดแย้ง ปัญหาในการปฏิบัติงาน

โดยโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมส่งผล ให้เกิดประสิทธิผลของงานโดยผู้วิจัยนำแนวคิดการประเมินประสิทธิผลของงานของ Kinicki and Kreitner (2003) มาใช้ในการวัดประสิทธิผลของงาน ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ซึ่งประกอบด้วย 1. การ บรรลุผลงานตามเป้าหมาย และ 2. ความพึงพอใจของบุคลากรในวิธีการปฏิบัติงาน ดังแสดงไว้ใน แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ใช้รูปแบบ 1 กลุ่ม เป็นการวัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อประสิทธิผลของงาน ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี

$O_1 \quad X \quad O_2$

X คือ โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

$O_1$  คือ การวัดประสิทธิผลของงาน ก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

$O_2$  คือ การวัดประสิทธิผลของงาน หลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาล รามาธิบดี

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าห้อง จำนวน 10 คน พยาบาลอาวุโส จำนวน 13 คน และพยาบาลฝึกหัด จำนวน 7 คน ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเวลา ตั้งแต่วันที่ 20 มิถุนายน 2555 ถึง วันที่ 20 กรกฎาคม 2555 (ดังแสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2 )

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่โครงการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง [Purposive sampling]

1. เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนาม
2. เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการในห้องผ่าตัดศัลยกรรมไม่น้อยกว่า/เท่ากับ 5 รายใน 1 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัว หรือปฏิเสธการเข้าร่วม
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการอบรมครบ 8 ชั่วโมง
3. ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมได้ครบถ้วน

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ชี้แจง ทำความเข้าใจกับหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด และพยาบาลหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ในการเข้าทำการทดลอง เก็บข้อมูล พร้อมขอคำยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย
2. ชี้แจงเรื่อง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เป็นลายลักษณ์อักษร ในแบบข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย การให้คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม ประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และทำการดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ
3. ผู้วิจัยรักษาความลับในการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนบซองเปล่าให้กลุ่มตัวอย่างได้ใส่แบบสอบถาม พร้อมกับการปิดผนึกให้เรียบร้อยก่อนส่งคืนให้ผู้วิจัย
4. เมื่อได้แบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในแบบสอบถามไว้เป็นความลับและอยู่ในที่ปลอดภัย และเมื่อเสร็จสิ้นการทำวิจัยแล้วข้อมูลในแบบสอบถามจะถูกทำลายทันที
5. การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ซึ่งจะไม่เกิดผลเสียประการใดต่อกลุ่มตัวอย่าง การรายงานวิเคราะห์จะไม่สามารถเชื่อมโยงถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้

กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ มีจำนวน 258 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 137 คน เพศชาย 121 คน เข้ารับการตรวจผ่าตัดในการผ่าตัดชนิด General Surgery จำนวน 67 คน Hepato-biliary surgery จำนวน 54 คน Breast&Endocrine surgery จำนวน 41 คน Neurology&Spine surgery จำนวน 34 คน Plastic surgery จำนวน 34 คน Pediatric surgery จำนวน 14 คน และ Urology surgery จำนวน 14 คน และจำแนกการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับเป็นประเภทการผ่าตัดแบบ Major surgery จำนวน 163 คน และ Minor surgery จำนวน 95 คน

คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ มีลักษณะดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของอายุ เพศ และวุฒิการศึกษาของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>อายุ ( ค่าเฉลี่ย = 29.23 )</b>		
21-30 ปี	17	56.66
31-40 ปี	13	43.34
<b>เพศ</b>		
ชาย	-	-
หญิง	30	100.00
<b>วุฒิการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	23	76.66
ปริญญาโท	7	23.34



**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการทำงานในห้องผ่าตัด ระยะเวลาการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด</b>		
( ค่าเฉลี่ย = 8.2 )		
0 – 5 ปี	12	40.00
6 – 10 ปี	10	33.33
11 – 15 ปี	8	26.67
<b>ระยะเวลาของการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล</b>		
( ค่าเฉลี่ย = 8.2 )		
0 – 5 ปี	12	40.00
6 – 10 ปี	10	33.33
11 – 15 ปี	8	26.67

ในช่วงเวลาการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี ในช่วงวันที่ 25 มิถุนายน 2555 ถึง วันที่ 20 กรกฎาคม 2555 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่เข้ารับบริการตามพื้นที่ของห้องผ่าตัด ศัลยกรรมทั้ง 3 พื้นที่ ได้แก่ ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องรอผ่าตัด และห้องผ่าตัดย่อยเป็นจำนวน 258 คน เพศหญิง 137 คน เพศชาย 121 คน เข้ารับการตรวจ ผ่าตัดในการผ่าตัดชนิด General Surgery จำนวน 67 คน Hepato-biliary surgery จำนวน 54 คน Breast&Endocrine surgery จำนวน 41 คน Neurology&Spine surgery จำนวน 34 คน Plastic surgery จำนวน 34 คน Pediatric surgery จำนวน 14 คน และ Urology surgery จำนวน 14 คน และแบ่งตามประเภทการผ่าตัดแบบ Major surgery จำนวน 163 คน และ Minor surgery จำนวน 95 คน (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ เพศ ชนิดของการผ่าตัด ประเภทของการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลในระหว่างการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ( n = 258 )

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วย		
เพศหญิง	137	53.10
เพศชาย	121	46.90
ชนิดของการผ่าตัด(ตามระบบ)		
General surgery	67	25.97
Hepato-biliary surgery	54	20.93
Breast & endocrine surgery	41	15.89
Neurology&spine surgery	34	13.18
Plastic surgery	34	13.18
Pediatric surgery	14	5.42
Urology surgery	14	5.42
ประเภทของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ		
Major surgery	163	63.18
Minor surgery	95	36.82

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้วิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1.** โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของโปรแกรม มี 4 องค์ประกอบ คือ

ชุดที่ 1. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกัน

ความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชุดที่ 2. แผนการอบรมการพัฒนา รูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชุดที่ 3. แนวปฏิบัติของพยาบาลตามตำแหน่ง ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชุดที่ 4. คู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การนิเทศงานทางการพยาบาล ผ่าตัด การจัดการการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลผ่าตัด การส่งเสริมให้เกิดแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน การแก้ไขข้อขัดแย้ง ปัญหาในการปฏิบัติงาน (อยู่ในชุดที่ 3 แนวปฏิบัติของพยาบาลตามตำแหน่ง)

**ตอนที่ 2.** แบบกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

แบบกำกับการทดลองชุดที่ 1 สังเกตพยาบาลหัวหน้าห้อง

แบบกำกับการทดลองชุดที่ 2 สังเกตพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม

**ตอนที่ 3.** แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

### **ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัย**

**ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย

ชุดที่ 1. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี “ จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด โดยจัดประชุมพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม มีการระดมสมองและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ใช้เวลาอบรม 1 วัน มีขั้นตอนดังนี้

1.1 เขียนโครงการอบรมเพื่อขออนุมัติการจัดการอบรมในวันที่ 23 มิถุนายน 2555 เวลา 08.00 – 16.00 น. เพื่อนำเสนอคณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (ภาคผนวก ค หน้าที่ 119 )

## 1.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโครงการอบรมให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ข้อความสอดคล้องและครอบคลุมกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยและการใช้ภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาลผู้ใหญ่ (การพยาบาลผ่าตัด) จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัดในตำแหน่งหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในการกำกับของรัฐบาล จำนวน 2 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านนั้น จบการศึกษาไม่น้อยกว่าปริญญาโททางการพยาบาล หรือการบริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลนั้น ต้องมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้นสังกัดในปัจจุบันไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องความเหมาะสม สอดคล้องของเนื้อหา รวมถึงขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำโครงการที่ได้รับกลับมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้ง (ภาคผนวก ค หน้าที่ 119 )

ชุดที่ 2. แผนการอบรม เรื่อง “ การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด “ เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหา สาระที่ใช้อบรมพยาบาลวิชาชีพทุกคนในกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด ตามมาตรฐานขององค์กรสากล และการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

2.2 กำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดทำแผนการอบรม และกำหนดกิจกรรมการสอนโดยการบรรยาย อภิปราย และการระดมสมอง

2.3 เตรียมเนื้อหาในการสอนตามวัตถุประสงค์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในการปฏิบัติพยาบาลผ่าตัด ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการ รูปแบบของการ

ปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานสากลกับการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัด ตามแนวความคิดของ AORN (2009) และ WHO (2009) และแนวความคิดการป้องกันความผิดพลาดของ Kwaan, et al (2006) and Baker, et al (2007)

## 2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแผนการอบรมทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ข้อความสอดคล้องและครอบคลุมกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยและการใช้ภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาลผู้ใหญ่ (การพยาบาลผ่าตัด) จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัดในตำแหน่งหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในการกำกับของรัฐบาล จำนวน 2 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านนั้น จบการศึกษาไม่น้อยกว่าปริญญาโททางการพยาบาล หรือการบริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลนั้น ต้องมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้นสังกัดในปัจจุบันไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องความเหมาะสม สอดคล้องของเนื้อหา รวมถึงขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำแผนการอบรมที่ได้รับกลับมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้ง (ภาคผนวก ค หน้าที่ 125 )

ชุดที่ 3. แนวปฏิบัติงานของพยาบาลตามตำแหน่ง ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม เป็นการกำหนดหน้าที่การปฏิบัติงานของพยาบาล ในแต่ละพื้นที่ของห้องผ่าตัด มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

3.1 กำหนดโครงสร้างแผนการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด จากพื้นที่การปฏิบัติงานตามมาตรฐานของ AORN

3.2 กำหนดหน้าที่การปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ของห้องผ่าตัดในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าห้อง 4 ขั้นตอน และจากมาตรฐานการทำงานของ AORN และ WHO รวมถึงแนวความคิดของ Kwaan, et al และ Baker, et al รวมถึงขั้นตอนการปฏิบัติงาน มี 4 ขั้นตอน จากแนวความคิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ของ Chen, Donahue, and Kowalski, 2004 ได้แก่ การนิเทศงานทางการ

พยาบาลผ่าตัด การจัดการการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลผ่าตัด การส่งเสริมให้เกิดแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน การแก้ไขข้อขัดแย้ง ปัญหาในการปฏิบัติงาน

### 3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวการปฏิบัติงานของพยาบาลตามตำแหน่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ข้อความสอดคล้องและครอบคลุมกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยและการใช้ภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาลผู้ใหญ่ (การพยาบาลผ่าตัด) จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัดในตำแหน่งหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในการกำกับของรัฐบาล จำนวน 2 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านนั้น จบการศึกษาไม่น้อยกว่าปริญญาโททางการพยาบาล หรือการบริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลนั้น ต้องมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้นสังกัดในปัจจุบันไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องความเหมาะสม สอดคล้องของเนื้อหา รวมถึงขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติงานที่ได้รับกลับมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้ง (ภาคผนวก ค หน้าที่ 132 )

ชุดที่ 4 คู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

4.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด ตามมาตรฐานขององค์กรสากล และการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

4.2 จัดทำแบบร่างของคู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และแบบร่างของกระบวนการทำงานของพยาบาลผ่าตัด (Work Flow Chart)

### 4.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบร่างของคู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และแบบร่างของกระบวนการทำงานของพยาบาลผ่าตัด (Work Flow Chart) ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ข้อความสอดคล้องและครอบคลุมกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยและการใช้ภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความ

อนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาลผู้ใหญ่ (การพยาบาลผ่าตัด) จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัดในตำแหน่งหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในการกำกับของรัฐบาล จำนวน 2 ท่าน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านนั้น จบการศึกษาไม่น้อยกว่าปริญญาโททางการแพทย์พยาบาล หรือการบริหารทางการแพทย์พยาบาล และผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลนั้น ต้องมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้นสังกัดในปัจจุบันไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องความเหมาะสม สอดคล้องของเนื้อหา รวมถึงขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำคู่มือฯ และกระบวนการทำงานฯ ที่ได้รับกลับมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้ง (ภาคผนวก ค หน้าที่ 140 )

4.5 นำคู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และกระบวนการทำงานของพยาบาลผ่าตัด (Work Flow Chart) ที่ได้จากการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์นำไปทดลองใช้ กับพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 10 ราย พบว่าการทำหัตถการบางชนิด การตรวจนับอุปกรณ์ เครื่องผ้า ผ้าซับเลือด และของมีคม ไม่สามารถนับครบทั้ง 5 ครั้งได้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนขั้นตอนการทำงาน ในการปรับปรุงกิจกรรม มีการปรับลดการนับครั้งของรายการของใช้ทุกชนิดในการทำหัตถการ ให้มีความสอดคล้องกับการทำหัตถการชนิดนั้นๆ อย่างครบถ้วนถูกต้อง และทันเวลา อีกทั้งการปรับเปลี่ยนสถานที่ให้มีความเหมาะสมในการนับ โดยพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยเหลือทั่วไปในห้องผ่าตัดนั้นๆ มองเห็นพร้อมกันได้อย่างชัดเจน

**ส่วนที่ 2 แบบกำกับการทดลอง** เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการบันทึกการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งใช้ตรวจสอบกลุ่มทดลองว่าต้องผ่านการปฏิบัตินั้นครบทุกขั้นตอน จึงถือว่าเป็นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดที่ป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 สังกัดพยาบาลหัวหน้าห้อง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษาแนวความคิดของ AORN (2009) และ WHO (2009) และแนวความคิดการป้องกันความผิดพลาดของ Kwaan, et al (2006) and Baker, et al (2007) รวมถึงแนวความคิดการ

ทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพตามแนวคิดของ Chen, Donahue and Klimoski (2004 Cited in Kinicki and Kreither, 2008)

1.2 สร้างข้อคำถามที่ครอบคลุมแนวความคิดข้างต้น จำนวน 13 ข้อคำถาม มีลักษณะข้อคำถามทางบวกทั้งหมดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าห้อง

### 1.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.3.1 ผู้วิจัยนำแบบกำกับการทดลองชุดที่ 1 ชุดสังเกตพยาบาลหัวหน้าห้อง ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ข้อความสอดคล้องและครอบคลุมกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยและการใช้ภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาลผู้ใหญ่ (การพยาบาลผ่าตัด) จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัดในตำแหน่งหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในการกำกับของรัฐบาล จำนวน 2 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านนั้น จบการศึกษาไม่น้อยกว่าปริญญาโททางการพยาบาล หรือการบริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลนั้น ต้องมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้นสังกัดในปัจจุบันไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องความเหมาะสม สอดคล้องของเนื้อหา รวมถึงขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาคำนวนหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) โดยเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินคุณภาพมีค่า .80 ขึ้นไป โดยสูตรที่ใช้หาดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม ดังนี้ (Polit and Back, 2004)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อกำหนดการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

- ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการ



### วิจัย

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยเลย จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบกำกับการทดลอง ชุดที่ 1 ในการสังเกตพยาบาลหัวหน้าห้อง ได้ค่า CVI เท่ากับ .83 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 แสดงว่าแบบกำกับการทดลองชุดที่ 1 นั้น มีคุณภาพความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบกำกับการทดลอง ชุดที่ 1 ที่ได้รับกลับมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้ง โดยข้อคำถามในแบบกำกับการทดลองชุดที่ 1 ยังคงมีข้อคำถามและเนื้อหาคงเดิม

1.3.2 การหาค่าความเที่ยงของแบบกำกับการทดลอง ชุดที่ 1 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย นำแบบกำกับการทดลองชุดที่ 1 และสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลหัวหน้าห้อง นำไปทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 10 คน จากสูตร Internal-rater reliability (Polit and Hunger, 1999) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยวิจัย ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี เท่ากับ .97

เกณฑ์ในการให้คะแนน

แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ในการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อติดตามกำกับพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลตามการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด โดยใช้กับคู่มือและแผนการดูแลผู้ป่วย และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ปฏิบัติ = 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ = 2 คะแนน

ถ้าไม่ปฏิบัติด้วยสาเหตุอื่น ระบุในหมายเหตุ = ไม่มีคะแนน จะไม่คิดคะแนนและจำนวนข้อ พยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ของพฤติกรรมทั้งหมดในการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด (ภาคผนวก ค หน้าที่ 164 )

ชุดที่ 2 สังเกตพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1 ศึกษาแนวความคิดของ AORN (2009) และ WHO (2009) และแนวความคิดป้องกันความผิดพลาดของ Kwaan, et al (2006) and Baker, et al (2007) รวมถึงแนวความคิดทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพตามแนวคิดของ Chen, Donahue and Klimoski (2004 Cited in Kinicki and Kreither, 2008)

2.2 สร้างข้อคำถามที่ครอบคลุมแนวความคิดข้างต้น จำนวน 23 ข้อคำถาม มีลักษณะข้อคำถามทางบวกทั้งหมดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม แบ่งตามพื้นที่ของห้องผ่าตัดศัลยกรรม

### 2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.3.1 ผู้วิจัยนำแบบกำกับการทดลองชุดที่ 2 ชุดสังเกตพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ข้อความ สอดคล้องและครอบคลุมกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยและการใช้ภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาลผู้ใหญ่ (การพยาบาลผ่าตัด) จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัดในตำแหน่งหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในการกำกับของรัฐบาล จำนวน 2 ท่าน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านนั้น จบการศึกษาไม่น้อยกว่าปริญญาโททางการแพทย์พยาบาล หรือการบริหารทางการแพทย์พยาบาล และผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลนั้น ต้องมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้นสังกัดในปัจจุบันไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องความเหมาะสม สอดคล้องของเนื้อหา รวมถึงขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) โดยเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินคุณภาพมีค่า .80 ขึ้นไป โดยสูตรที่ใช้หาดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม ดังนี้ (Polit and Back, 2004)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อกำหนดการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

- ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยเลย
- จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบกำกับการทดลอง ชุดที่ 2 ในการสังเกตพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม ได้ค่า CVI เท่ากับ .84 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 แสดงว่าแบบกำกับการทดลองชุดที่ 2 นั้น มีคุณภาพความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบกำกับการทดลองชุดที่ 2 ที่ได้รับกลับมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้ง โดยข้อคำถามในแบบกำกับการทดลองชุดที่ 2 มีการปรับข้อคำถามให้กระชับ และชัดเจน ตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออก จำนวน 3 ข้อคำถาม

2.3.2 การหาค่าความเที่ยงของแบบกำกับการทดลอง ชุดที่ 2 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย นำแบบกำกับการทดลองชุดที่ 2 และสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม นำไปทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 10 คน จากสูตร Internal-rater reliability (Polit and Hunger, 1999) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยวิจัย ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เท่ากับ .95

เกณฑ์ในการให้คะแนน

แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อติดตามกำกับการพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลตามการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด โดยใช้กับคู่มือและแผนการดูแลผู้ป่วย และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ปฏิบัติ = 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ = 2 คะแนน

ถ้าไม่ปฏิบัติด้วยสาเหตุอื่น ระบุในหมายเหตุ = ไม่มีคะแนน จะไม่คิดคะแนนและจำนวนข้อ พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามการพยาบาลตามโปรแกรมการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ของพฤติกรรมทั้งหมดในการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด (ภาคผนวก ค หน้าที่ 166 )

### ส่วนที่ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนี้ ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นจำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ และเติมค่าลงในช่องว่าง (ภาคผนวก ค หน้าที่ 169 )

ชุดที่ 2 แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

2.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับประสิทธิผลของงานตามแนวคิดของ Kinicki and Kreitner (2003)

2.2 กำหนดโครงสร้างของแบบสอบถามประสิทธิผลของงานตามแนวคิดของ Kinicki and Kreitner (2003) โดยครอบคลุมเนื้อหา 2 ด้าน คือ 1) ด้านการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย 2) ด้านความพึงพอใจของบุคลากรในวิธีการปฏิบัติงาน

2.3 สร้างข้อคำถามตามเนื้อหาตามแนวคิดของ Kinicki and Kreitner (2003) ทั้ง 2 ด้าน จำนวน 33 ข้อ ตามการรับรู้และมีลักษณะข้อคำถามทางด้านบวกทั้งหมด ได้ดังนี้

2.3.1 ด้านการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย 20 ข้อ (ข้อ 1 – 20)

2.3.2 ด้านความพึงพอใจของบุคลากรฯ 13 ข้อ (ข้อ 21 - 33)

ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และให้คะแนนตามระดับการรับรู้ โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
5	พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นที่ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด
4	พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นที่ข้อความนั้นเป็นจริงมาก
3	พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นที่ข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง
2	พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นที่ข้อความนั้นเป็นจริงน้อย
1	พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นที่ข้อความนั้นเป็นจริงน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 5.00	ประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับที่สูงที่สุด
3.50 – 4.49	ประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับที่สูง
2.50 – 3.49	ประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	ประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับต่ำ
1.00 – 1.49	ประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับต่ำที่สุด

## 2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.4.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ข้อความสอดคล้องและครอบคลุมกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยและการใช้ภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษพยาบาลผู้ใหญ่ (การพยาบาลผ่าตัด) จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัดในตำแหน่งหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในการกำกับของรัฐบาล จำนวน 2 ท่าน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านนั้น จบการศึกษาไม่น้อยกว่าปริญญาโททางการแพทย์หรือการบริหารทางการแพทย์ และผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลนั้น ต้องมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้นสังกัดในปัจจุบันไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องความเหมาะสม สอดคล้องของเนื้อหา รวมถึงขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) โดยเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินคุณภาพมีค่า .80 ขึ้นไป โดยสูตรที่ใช้หาดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม ดังนี้ (Polit and Back, 2004)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อกำหนดการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

- ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยเลย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสิทธิผลของงานที่ได้รับกลับมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้ง โดยข้อคำถามในแบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ให้ปรับข้อคำถามให้มีภาษาที่เฉพาะเจาะจง กระชับ และชัดเจนมากขึ้น ตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออก ผลของการปรับปรุง ได้ข้อคำถามใหม่จำนวน 24 ข้อ ดังนี้

- 1) ให้แบ่งหัวข้อรายด้านที่ต้องการตรวจการรับรู้ให้ชัดเจน จำนวน 2 หัวข้อ
- 2) ในรายด้านของการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย จากจำนวน 20 ข้อ ตัดออก 4 ข้อคำถาม เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่มีความคล้ายคลึงกัน เหลือจำนวนคำถาม 16 ข้อ
- 3) ในด้านของความพึงพอใจของบุคลากรในวิธีการปฏิบัติงาน จาก 13 ข้อ ตัดออก 5 ข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่คล้ายคลึงกัน และไม่ตรงกับคำจำกัดความ เหลือคำถามจำนวน 8 ข้อ

จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ได้ค่า CVI เท่ากับ .88 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 แสดงว่าแบบสอบถามประสิทธิผลของงานนั้น มีคุณภาพความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2.4.5 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสิทธิผลของงาน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ .91 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ในรายด้านการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ .93 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของ

แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ในรายด้านความพึงพอใจของบุคลากรในวิธีการปฏิบัติงานโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ .92 (ภาคผนวก ค หน้า 170 )

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และการคัดกรองงานวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องในระดับคณะ/สถาบัน/หน่วยงาน และคณะกรรมการเห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2555
2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งแนบใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รวมถึงวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองทุกชุด
3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัดพยาบาลหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลอง โดยชี้แจงคุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้กำหนดไว้
4. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติอย่างเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน
5. ผู้วิจัยจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ก่อนเข้าสู่การอบรมผู้วิจัยเป็นผู้อธิบาย ชี้แจงในรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อขอคำยินยอมและลงลายลักษณ์อักษร รวมถึงการรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในการรับรู้ประสิทธิผลของงาน โดยใช้แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน (Pre-Test) และนำเอกสารทั้ง 2 ฉบับนั้น ใส่ซองเอกสารและปิดผนึก ส่งคืนผู้วิจัยก่อนเข้าสู่การอบรม
6. ในการอบรมเชิงปฏิบัติการนั้น ผู้วิจัยใช้แผนการอบรมการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม แนวปฏิบัติงานของพยาบาลตาม

ตำแหน่งในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และคู่มือการปฏิบัติงานในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

7. ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ วันที่ 25 มิถุนายน 2555 ถึง 20 กรกฎาคม 2555 กำหนดการเข้าร่วมอภิปราย ทบทวน แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นในการปฏิบัติงานตามแผนการปฏิบัติงาน และคู่มือดังกล่าว ตลอดจนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และประเมินผลการปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในทุกวันศุกร์ เวลา 16.00 – 16.45 น.

8. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง โดยการโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การรับรู้ประสิทธิผลของงาน โดยใช้แบบสอบถามประสิทธิผลของงานชุดเดิม (Post Test) เก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยเก็บข้อมูลในวันที่ 20 กรกฎาคม 2555 ในเวลา 16.15 น. และใช้เวลาในการทำแบบสอบถามดังกล่าวไม่เกิน 30 นาที ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาเป็นจำนวน 30 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

## ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

1. เตรียมผู้วิจัย

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 เตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือที่จะใช้ในการทดลอง โดย

1.2.1 เตรียมการจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ” โดยขอความเห็นชอบ และขออนุมัติจากคณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

1.2.2 เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และเอกสารที่จะต้องใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการอบรม คู่มือการทำงาน แบบสอบถาม



### 1.2.3 เตรียมสถานที่ และกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลอง ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือส่งถึง ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อพิจารณาการขออนุมัติศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ โดยการแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย

2) ผู้วิจัยทำหนังสือส่งถึง คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อพิจารณาการขออนุมัติเข้าถึงข้อมูล โดยการแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ส่งพร้อมกับหนังสือที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

3) เมื่อได้รับอนุมัติในการเข้าถึงข้อมูลแล้ว จึงประสานงานกับ วิชาการหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด หัวหน้าห้องผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่เข้าถึงข้อมูลและวิธีการดำเนินการทดลอง

4) เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณวุฒิระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ในการทำงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรมไม่น้อยกว่า 5 ปี ซึ่งผู้ช่วยวิจัยนั้นต้องอยู่ร่วมกับผู้วิจัยในวันอบรม ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และกระบวนการทดลอง ตลอดจนวิธีการใช้แบบบันทึกกำกับการทดลอง

5) เข้าพบและชี้แจงในการทำความเข้าใจกับกลุ่มทดลอง ให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ และการขอคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะฝึกอบรม และระยะการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1 ระยะฝึกอบรม

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการฝึกอบรมตามโครงการ “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี” โดยจัดประชุม ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตามแผนการอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นเวลา 1 วัน ในวันที่ 23 มิถุนายน 2555 เวลา 8.00 – 16.00 น. มีผู้เข้าร่วมการอบรมทั้งหมด 30 คน ประกอบด้วยพยาบาลประจำห้องผ่าตัดศัลยกรรม จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม มาเป็นแนวทางในการศึกษา และ

ก่อนเริ่มการอบรม ผู้วิจัยขอคำยินยอมและลงลายลักษณ์อักษร รวมถึงการรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในการรับรู้ประสิทธิผลของงาน โดยใช้แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน (Pre-Test)

สิ่งที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ คือ ผู้เข้าร่วมอบรม ได้รับความรู้ความเข้าใจในเรื่องแนวความคิดการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ห้องรับส่งผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละภาคส่วนของห้องผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ของทีมพยาบาลผ่าตัดร่วมกับทีมศัลยแพทย์และทีมวิสัญญี เพื่อนำแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามชนิดของหัตถการที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และทันเวลา

## 2. ระยะเวลาฝึกปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด

เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมในสถานการณจริง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2555 ถึงวันที่ 20 กรกฎาคม 2555 และกำหนดการเข้าร่วมอภิปราย ทบทวน แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นในการปฏิบัติงานตามคู่มือดังกล่าว ตลอดจนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และประเมินผลการปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในทุกวันศุกร์ เวลา 16.00 – 16.45 น.

2.1 ผู้วิจัยแจ้งต่อหัวหน้าห้องผ่าตัดศัลยกรรมโรงพยาบาลรามธิบดี ในการนำแผนการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด

2.2 แจกคู่มือการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด แก่พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลอาสาสูติ พยาบาลฝึกหัด ที่ปฏิบัติหน้าที่ในห้อง รับ-ส่งผู้ป่วย ห้องรอผ่าตัด และห้องผ่าตัดย่อย และทำความเข้าใจกับแนวทางการปฏิบัติ ขั้นตอน กระบวนการ บทบาทของเจ้าหน้าที่แต่ละภาคส่วน เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน และสามารถปฏิบัติตามการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

2.3 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามคู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม จากพยาบาลผ่าตัด ดังนี้

2.3.1 ผู้ป่วยได้รับการสอบถามชื่อ นามสกุล อายุ วันเดือนปีเกิด โรคประจำตัว อาการแพ้ยา และการผ่าตัดที่จะได้รับ ถ้าเป็นผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยที่ตอบคำถามไม่ได้ สอบถามกับผู้ดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบพร้อมทั้งป้ายชื่อมือ ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ความสมบูรณ์ของใบยินยอมผ่าตัด และเครื่องหมายระบุการผ่าตัดที่อวัยวะนั้นๆ จาก

พยาบาล

2.3.2 เมื่อผู้ป่วยและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ถูกต้อง ครบถ้วน และ สมบูรณ์ ส่งต่อผู้ป่วยและเอกสารทั้งหมดไปยังห้องรอผ่าตัด

2.4 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องรอผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติดังนี้

2.4.1 ผู้ป่วยได้รับการสอบถามชื่อ นามสกุล อายุ วันเดือนปีเกิด โรคประจำตัว อาการแพ้ยา และการผ่าตัดที่จะได้รับ ถ้าเป็นผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยที่ตอบคำถามไม่ได้ สอบถามกับผู้ดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบพร้อมทั้งป้ายชื่อมือ ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ความสมบูรณ์ของใบยินยอมผ่าตัด และเครื่องหมายระบุการผ่าตัดที่อวัยวะนั้นๆ จาก พยาบาล

2.4.2 เมื่อผู้ป่วยและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ถูกต้อง ครบถ้วน และ สมบูรณ์ ประสานงานและแจ้งกับพยาบาลประจำห้องผ่าตัดนั้นๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ตามเวลาต่อไป

2.5 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดย่อย ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติดังนี้

2.5.1 ผู้ป่วยได้รับการสอบถามชื่อ นามสกุล อายุ วันเดือนปีเกิด โรคประจำตัว อาการแพ้ยา และการผ่าตัดที่จะได้รับ ถ้าเป็นผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยที่ตอบคำถามไม่ได้ สอบถามกับผู้ดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบพร้อมทั้งป้ายชื่อมือ เครื่องหมายระบุการผ่าตัดที่อวัยวะนั้นๆ จากทีมแพทย์ผ่าตัด ทีมวิสัญญี และทีมพยาบาลผ่าตัด ในเวลาเดียวกัน ก่อนผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก

2.5.2 พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลอาวุโส ตรวจนับ และลงบันทึกรายการของที่ใช้ในการทำหัตถการทุกรายการในใบบันทึกรายการ พร้อมทั้งลงชื่อผู้นับ เป็นการนับครั้งที่ 1

2.5.3 เมื่อทำหัตถการบริเวณอวัยวะเป้าหมายเสร็จสิ้น และเย็บปิดโพรงอวัยวะภายใน พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลอาวุโส ตรวจนับและลงบันทึกรายการของที่ใช้ในการทำหัตถการทุกรายการในใบบันทึกรายการ พร้อมทั้งลงชื่อผู้นับ เป็นการนับครั้งที่ 2

2.5.4 เมื่อทีมแพทย์ผ่าตัด เริ่มเย็บปิดแผลผ่าตัดชั้นในสุด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลอาวุโส ตรวจนับและลงบันทึกรายการของที่ใช้ในการทำหัตถการทุกรายการในใบบันทึกรายการ พร้อมทั้งลงชื่อผู้นับ เป็นการนับครั้งที่ 3 และ รายงานผลการนับแก่ทีมผ่าตัด ครั้งที่ 1

2.5.5 เมื่อทีมแพทย์ผ่าตัด เย็บปิดแผลผ่าตัดชั้นในสุดใกล้เสร็จ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลอาวุโส ตรวจสอบและลงบันทึกรายการของที่ใช้ในการทำหัตถการทุกรายการในใบบันทึกรายการ พร้อมทั้งลงชื่อผู้นับ เป็นการนับครั้งที่ 4 และรายงานผลการนับแก่ทีมผ่าตัด ครั้งที่ 2

2.5.6 เมื่อทีมแพทย์ผ่าตัด เริ่มเย็บปิดชั้นผิวหนัง พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลอาวุโส ตรวจสอบและลงบันทึกรายการของที่ใช้ในการทำหัตถการทุกรายการในใบบันทึกรายการ พร้อมทั้งลงชื่อผู้นับ เป็นการนับครั้งที่ 5 และรายงานผลการนับแก่ทีมผ่าตัด ครั้งที่ 3

ถ้าพบรายการที่ต้องนับไม่ครบจำนวนในทุกขั้นตอนของการทำหัตถการ ทีมพยาบาลผ่าตัด ต้องปฏิบัติ ดังนี้

1) พยาบาลหัวหน้าห้อง แจ้งแก่ทีมผ่าตัด เพื่อค้นหาในบริเวณผ่าตัด และทีมแพทย์ผ่าตัดค้นหาในแผลผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง

2) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลอาวุโส ร่วมกันค้นหาในบริเวณผ่าตัด ตามลำดับดังนี้ ไ้ตะเครื่องมือเครื่องฟ้่าปลอดเชื้อ ถาดส่งเครื่องมือผ่าตัด บริเวณรอบๆแผลผ่าตัด

3) พยาบาลหัวหน้าห้อง ค้นหาในทุกบริเวณของห้องผ่าตัดและสิ่งแวดล้อมตามลำดับดังนี้ บริเวณรอบเตียงผ่าตัด ไ้เตียงผ่าตัด ไ้ตะเครื่องมือเครื่องฟ้่าปลอดเชื้อ ถึงทังขยะติดเชื้อจากการผ่าตัด ถึงทังขยะสะอาด ถึงทังขยะรีไซเคิล ถึงทังผ้าติดเชื้อ ถึงทังผ้าสะอาด ถึงทังขยะของวิสัญญี

3. พยาบาลหัวหน้าห้อง สอบถามข้อมูลของการทำหัตถการ รายการขึ้นเนื้อส่งตรวจและชนิดของการตรวจ จำนวนของการสูญเสียโลหิต และการส่งผู้ป่วยกลับไปพักฟื้น

4. การนำคู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมที่นำมาใช้ในห้องผ่าตัดศัลยกรรมนั้น มีแบบกำกับการทดลองเป็นเครื่องมือในการสังเกตพฤติกรรมพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าห้อง และพฤติกรรมพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม

5. แบบกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย สังเกตพฤติกรรมพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาล ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ทำการบันทึกลงในใบกำกับการทดลองทุกวัน ในช่วงเวลา 08.00 – 16.00 น. โดยผู้ถูกสังเกต คือ พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาล ที่ใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดย

พยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาล จะถูกสังเกตทุกครั้งในการปฏิบัติงานต่อการทำหัตถการ 1 รายการ ต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการ 1 ราย (ดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5 )

จากการสังเกตพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ของพยาบาลหัวหน้าห้อง พบว่า พยาบาลหัวหน้าห้อง ปฏิบัติตามบทบาทได้เกือบครบถ้วน ยกเว้นในหัวข้อการสอบถาม การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด มีไม่ได้ปฏิบัติเป็นจำนวน 8 ครั้ง จากการสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลหัวหน้าห้องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าการไม่ปฏิบัติในหัวข้อดังกล่าวเป็นผลมาจากการทำหัตถการตามตารางผ่าตัดในวันนั้นๆ เป็นการทำการหัตถการแบบเล็ก และสมาชิกของทีมพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานร่วมกันในวันนั้น ประกอบด้วยพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถในการทำหัตถการชนิดดังกล่าวเป็นอย่างดี และหัวข้อการแจ้งข้อขัดข้องในการทำงานต่อหัวหน้าห้องผ่าตัดนั้นมี หัวหน้าห้องไม่ได้ปฏิบัติเป็นจำนวน 11 ครั้ง พบว่ามีความไม่สอดคล้องกันของการทำงานร่วมกัน เนื่องจากขณะที่ศัลยแพทย์ทำการหัตถการ มีความต้องการเครื่องมือพิเศษเพิ่มเติมทันที จากการที่พยาธิสภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มของการกระจายตัวของโรค และไม่สามารถตรวจพบด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อีกทั้งมีความสงสัยในพยาธิสภาพของอวัยวะนั้นๆ แต่พยาบาลหัวหน้าห้องสามารถแก้ไขให้การทำงานลุล่วงไปได้ด้วยดี และไม่เกิดความล่าช้าในการทำหัตถการ หรือการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องจึงไม่ได้รายงานการเกิดข้อขัดข้อง หรือปัญหาที่พบในระหว่างการปฏิบัติงานกับหัวหน้าห้องผ่าตัดศัลยกรรม รายละเอียดดังตารางที่ 4

จากการสังเกตพฤติกรรมการทำงาน พยาบาลหัวหน้าห้อง ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์นั้น พยาบาลได้ปฏิบัติตามโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม = ร้อยละ 99.67 จากเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คือ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ของพฤติกรรมทั้งหมดในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด

**ตารางที่ 4** ผลการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดของพยาบาลหัวหน้าห้อง ในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำแนกตามรายชื่อของแต่ละกิจกรรม (n = 258 )

พฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลหัวหน้าห้องในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ห้องรอผ่าตัด	258	-
ประสานงานกับทีมแพทย์ในการลำดับการให้บริการ	258	-
ให้คำแนะนำ สอนงาน แก่ทีมพยาบาลผ่าตัดในห้องผ่าตัดนั้นๆ	258	-
แบ่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานให้ทีมพยาบาลผ่าตัด	258	-
ทำ ร่วมทำ ตรวจสอบ การขอหยุดเวลา (Time Out)	258	-
ติดตาม ช่วยเหลือพยาบาลส่งผ่าตัด อย่างใกล้ชิด ทันทีทันที	258	-
ร่วมนับเครื่องใช้ในหัตถการทุกชนิดอย่างเคร่งครัด	258	-
เป็นผู้นำในการค้นหารายการของใช้เมื่อไม่แน่ใจจำนวนที่นับได้	258	-
เป็นผู้รวบรวมข้อมูลของการผ่าตัด และส่งต่อไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	258	-
ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสารที่เกี่ยวข้อง	258	-
สอบถาม ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด	250	8
ร่วมกับทีมพยาบาลผ่าตัดหาแนวทางแก้ไข และกำหนดแนวปฏิบัติในหัตถการที่มีความซับซ้อนสูง	258	-
นำข้อขัดข้องแจ้งต่อหัวหน้าห้องผ่าตัด เพื่อทำแก้ไขต่อไป	247	11

จากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องรอผ่าตัด และห้องผ่าตัดด้วยนั้น ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด พบว่า พยาบาลในห้องต่างๆ ข้างต้นปฏิบัติตามบทบาทได้เกือบครบถ้วน ยกเว้นในห้องผ่าตัดด้วย หัวข้อการลงเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา พยาบาลลงเอกสารไม่ทันเวลา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยแบบไป-กลับ และเข้ารับการตรวจแบบส่งกล้องตรวจในกระเพาะปัสสาวะ ด้วยการใช้ยาชาเฉพาะที่ ทำให้ผู้ป่วยต้องรอเอกสารที่ห้องรับ - ส่งห้องผ่าตัดคล้ายกรรม เป็นเวลา ประมาณ 15 - 30 นาที มี 11 ครั้ง และในหัวข้อ การรายงานปัญหาที่พบในขณะที่ปฏิบัติงานแก่ พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นการแก้ไขปัญหาในการเตรียมเครื่องมือที่คล้ายแพทย์ไม่ได้แจ้งล่วงหน้าว่า จะใช้ หรือมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษในขณะที่ทำหัตถการโดยไม่ได้มีการวางแผนว่าจะ ใช้ ทำให้เกิดความล่าช้าประมาณ 20 นาทีในการเตรียมเครื่องมือชนิดดังกล่าว มี 7 ครั้ง รายละเอียด ดังตารางที่ 5

จากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดคล้ายกรรม ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์นั้น พยาบาลได้ปฏิบัติตามโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดคล้ายกรรม = ร้อยละ 99.46 จากเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คือ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ของ พฤติกรรมทั้งหมดในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด

**ตารางที่ 5** ผลการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดของพยาบาล ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำแนกตามรายชื่อของแต่ละกิจกรรม ( n = 258 )

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในการป้องกัน ความผิดพลาดในห้องผ่าตัด	ปฏิบัติต่อ ผู้ป่วย	ไม่ปฏิบัติต่อ ผู้ป่วย
<b>ห้องรับ ส่งผู้ป่วย</b>		
ต้อนรับ ยินดีให้บริการแก่ผู้ป่วยญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย	258	-
ถามชื่อ นามสกุล อายุ วันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย โรคประจำตัว อาการแพ้ยา การผ่าตัดที่จะได้รับ อาจารย์แพทย์เจ้าของไข้	258	-
ตรวจเอกสารทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง	258	-
ตรวจความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสารขอความยินยอมทำ หัตถการ	258	-
ตรวจสอบเครื่องหมายบนอวัยวะที่จะทำหัตถการ	258	-
<b>ห้องรอผ่าตัด</b>		
ถามชื่อ นามสกุล อายุ วันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย โรคประจำตัว อาการแพ้ยา การผ่าตัดที่จะได้รับ อาจารย์แพทย์เจ้าของไข้	258	-
ตรวจความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสารขอความยินยอมทำ หัตถการ	258	-
ตรวจสอบเครื่องหมายบนอวัยวะที่จะทำหัตถการ	258	-
<b>ห้องผ่าตัดย่อย</b>		
ได้รับการสอนงานจากพยาบาลหัวหน้าห้อง	258	-
เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการอย่างครบถ้วนและเหมาะสม	258	-
ร่วมขอหยุดเวลากับทีมผ่าตัด ก่อนผู้ป่วยเข้าสู่การให้ยาดมสลบ	258	-
ร่วมตรวจสอบและลงบันทึกของใช้ทุกรายการที่ใช้ในหัตถการ ใน การเตรียมความพร้อมตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน	258	-



## ตารางที่ 5 (ต่อ)

พฤติกรรมกาปฏิบัติบทาของพยาบาลในการป้องกัน ความผิดพลาดในห้องผ่าตัด	ปฏิบัติต่อ ผู้ป่วย	ไม่ปฏิบัติต่อ ผู้ป่วย
<b>ห้องผ่าตัดย่อย (ต่อ)</b>		
ร่วมตรวจสอบและลงบันทึกเพิ่มเติมรายการที่ใช้ในหัตถการ กับ สมาชิกทีมพยาบาลผ่าตัดในขณะทำหัตถการตามขั้นตอนการ ปฏิบัติงาน	258	-
ร่วมตรวจทวนจำนวนของใช้ในการทำหัตถการทุกชนิด กับสมาชิก ทีมพยาบาลผ่าตัด เมื่อเปลี่ยนทีมพยาบาลผ่าตัด ในระหว่าง การทำหัตถการ ตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน	258	-
ร่วมตรวจทวนจำนวนของใช้ในการทำหัตถการทุกชนิด กับสมาชิก ทีมพยาบาลผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์เย็บปิดโพรง/ช่องเปิดของ อวัยวะภายใน ตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน	258	-
ร่วมตรวจทวนจำนวนของใช้ในการทำหัตถการทุกชนิด กับสมาชิก ทีมพยาบาลผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์เริ่มเย็บปิดเนื้อเยื่อชั้นในสุด ตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน	258	-
ร่วมตรวจทวนจำนวนของใช้ในการทำหัตถการทุกชนิด กับสมาชิก ทีมพยาบาลผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์เย็บปิดเนื้อเยื่อชั้นในสุด เกือบเสร็จตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน	258	-
ร่วมตรวจทวนจำนวนของใช้ในการทำหัตถการทุกชนิด กับสมาชิก ทีมพยาบาลผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์เริ่มเย็บปิดชั้นผิวหนังตาม ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	258	-
ลงเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา	247	11
รายงานปัญหาที่พบแก่พยาบาลหัวหน้าห้อง	251	7

ข้อสังเกตจากการทดลองที่ใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม มีดังนี้

1. ในพื้นที่ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย พบการทำเครื่องหมายบนอวัยวะของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดยังไม่สมบูรณ์ แก้ไขโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องรับ – ส่งผู้ป่วย และห้องรอผ่าตัด ทำการประสานงานกับทีมศัลยแพทย์ เพื่อแจ้งให้ทราบว่า รายการที่จะต้องเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย ถ้ายังไม่เรียบร้อย สมบูรณ์ จะไม่รับผู้ป่วยเข้าสู่ห้องผ่าตัดในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานของห้องผ่าตัด ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มาจากบ้านจะให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า และรอเพื่อทำเครื่องหมายบนอวัยวะบริเวณที่จะรับการผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด โดยพยาบาลห้องรับ-ส่ง และพยาบาลห้องรอผ่าตัดประสานงานกันและติดตามทีมศัลยแพทย์เพื่อทำเครื่องหมายก่อนเข้าห้องผ่าตัดต่อไป

2. ในพื้นที่ห้องผ่าตัดย่อย

2.1 การเปลี่ยนตัวพยาบาลปฏิบัติการ จากพยาบาลหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัด เพื่อความเหมาะสมตามชนิดของหัตถการในห้องผ่าตัดย่อย เป็นการปรับเปลี่ยนหลังจากพยาบาลหัวหน้าห้องสอนงาน แบ่งหน้าที่ ให้กับพยาบาลปฏิบัติการในห้องผ่าตัดย่อยแล้ว ทำการช่วยเหลือโดยก่อนรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดย่อย พยาบาลหัวหน้าห้องปรับเปลี่ยนหน้าที่ของพยาบาลปฏิบัติการแต่ละคนในห้องผ่าตัดย่อย และสอนงานแบบสั้น เพื่อการทำงานที่มีความสอดคล้อง รวดเร็ว และถูกต้อง

2.2 การขอยุติเวลา (Time Out) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของตัวผู้ป่วยและหัตถการที่จะได้รับ ในระยะแรกของการทดลอง เป็นการขอยุติเวลาระหว่างทีมวิสัญญี และทีมพยาบาลผ่าตัดเท่านั้น แก้ไขโดยตามทีมศัลยแพทย์เพื่อเข้าขอการหยุดเวลาเป็นครั้งที่ 2 ในเวลาก่อนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนทำหัตถการ ในช่วงเวลาต่อมาผู้วิจัย พยาบาลหัวหน้าห้องได้อธิบายความสำคัญ และมาตรฐานของการปฏิบัติงาน และเมื่อทีมศัลยแพทย์ได้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการขอยุติเวลาแล้ว ทีมศัลยแพทย์ได้เข้าร่วมการขอยุติเวลาอย่างพร้อมเพรียงกับทีมวิสัญญีและทีมพยาบาลผ่าตัด

2.3 เมื่อศัลยแพทย์จำเป็นต้องค้างผ้าซับเลือดเพื่อหยุดการสูญเสียโลหิตของผู้ป่วย ศัลยแพทย์ไม่ได้แจ้งพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดถึงการค้างผ้าซับเลือดดังกล่าว ในขณะที่นั้นเมื่อทางทีมพยาบาลผ่าตัดทราบในภายหลัง ได้ขออนุญาตและขอความช่วยเหลือ ในการตรวจนับผ้าซับเลือดที่ต้องคงค้างไว้ในตัวผู้ป่วย เพื่อแจ้งต่อทีมผ่าตัดให้ทราบจำนวน ชนิดของผ้าซับเลือดที่ใช้ให้ถูกต้องตรงกัน และทำการบันทึกลงในใบบันทึกของห้องผ่าตัดที่เกี่ยวข้องทั้งหมด แก้ไขโดยผู้วิจัย

ทีมพยาบาลหัวหน้าห้องทำความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติงานในการนับผ้าซับเลือดที่คงค้างในตัวผู้ป่วย โดยให้ศัลยแพทย์แจ้ง "Pack swab" พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดส่งผ้าซับเลือดชนิดเดียวพร้อมนับจำนวนด้วยการออกเสียง และพยาบาลช่วยทั่วไปเป็นผู้ทวนจำนวนและบันทึกในใบรายการ

2.4 สถานที่ใช้ในการตรวจนับเครื่องมือ อุปกรณ์ และผ้าซับเลือดที่ใช้ในการทำหัตถการ ไม่เหมาะสม แก้ไขโดยพยาบาลหัวหน้าห้องและพยาบาลปฏิบัติการได้เลือกสถานที่ และตกลงใช้สถานที่บริเวณท้ายเตียงผ่าตัด ซึ่งเป็นการคัดเลือกสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการตรวจนับ เหมาะสมกับการใช้พื้นที่ในการทำหัตถการ เพื่อความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการตรวจนับทั้งจากพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยทั่วไป

2.5 มีการรบกวนพยาบาลปฏิบัติการในการปฏิบัติหน้าที่ตรวจนับ เครื่องมือ อุปกรณ์ และผ้าซับเลือดที่ใช้ในการทำหัตถการ เนื่องจากทีมศัลยแพทย์ต้องดูแล ตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วย พยาบาลที่หอผู้ป่วยและสมาชิกทีมสุขภาพอื่นๆ โทรศัพท์เพื่อขอคำปรึกษา และการตัดสินใจร่วมกัน แก้ไขโดยเมื่อพยาบาลปฏิบัติการ 2 ท่านที่จะเป็นผู้ทำหน้าที่ตรวจนับรายการกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดแล้ว พยาบาลปฏิบัติการที่ไม่ได้ทำหน้าที่จึงเป็นผู้รับผิดชอบในการทำการประสานงาน แต่ยังคงพบว่ายังคงมีการรบกวนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวอีก ผู้วิจัยและพยาบาลหัวหน้าห้องได้ประสานงานกับทีมผ่าตัด เมื่อ "ขอนับ swab ค่ะ" จะไม่มีการรบกวนผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ และผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวมีสิทธิในการปฏิเสธในการทำหน้าที่อื่นๆ ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจนับเครื่องมือ อุปกรณ์ และผ้าซับเลือด

3. คู่มือในการส่งเครื่องมือผ่าตัดในหัตถการต่างๆ ยังมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ และการปฏิบัติงานบางขั้นตอนไม่สามารถปฏิบัติได้ทัน แก้ไขโดยผู้วิจัย พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลปฏิบัติการ เข้าประชุมหลังการปฏิบัติงานเพื่อปรับแนวปฏิบัติงานให้สอดคล้อง และยังคงไว้ซึ่งขั้นตอนหลักในการป้องกันความผิดพลาด เช่น การผ่าตัดดริดสีดวงทวาร ปรับการนับเครื่องมือ อุปกรณ์ และผ้าซับเลือด จากตามแนวปฏิบัติงาน 5 ครั้ง ลดลงเหลือ 3 ครั้ง และคงยังครอบคลุมในทุกระยะของการตรวจนับเช่นเดิม

4. การร่วมมือในการส่งต่อข้อมูล เพื่อประสานการทำงานมีมากขึ้น จากการสรุปข้อมูลของการทำหัตถการ โดยพยาบาลหัวหน้าห้องเป็นผู้สอบถามศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย เป็นการประสานงานและให้ความร่วมมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและจำเป็นอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรงกัน และทันเวลา

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

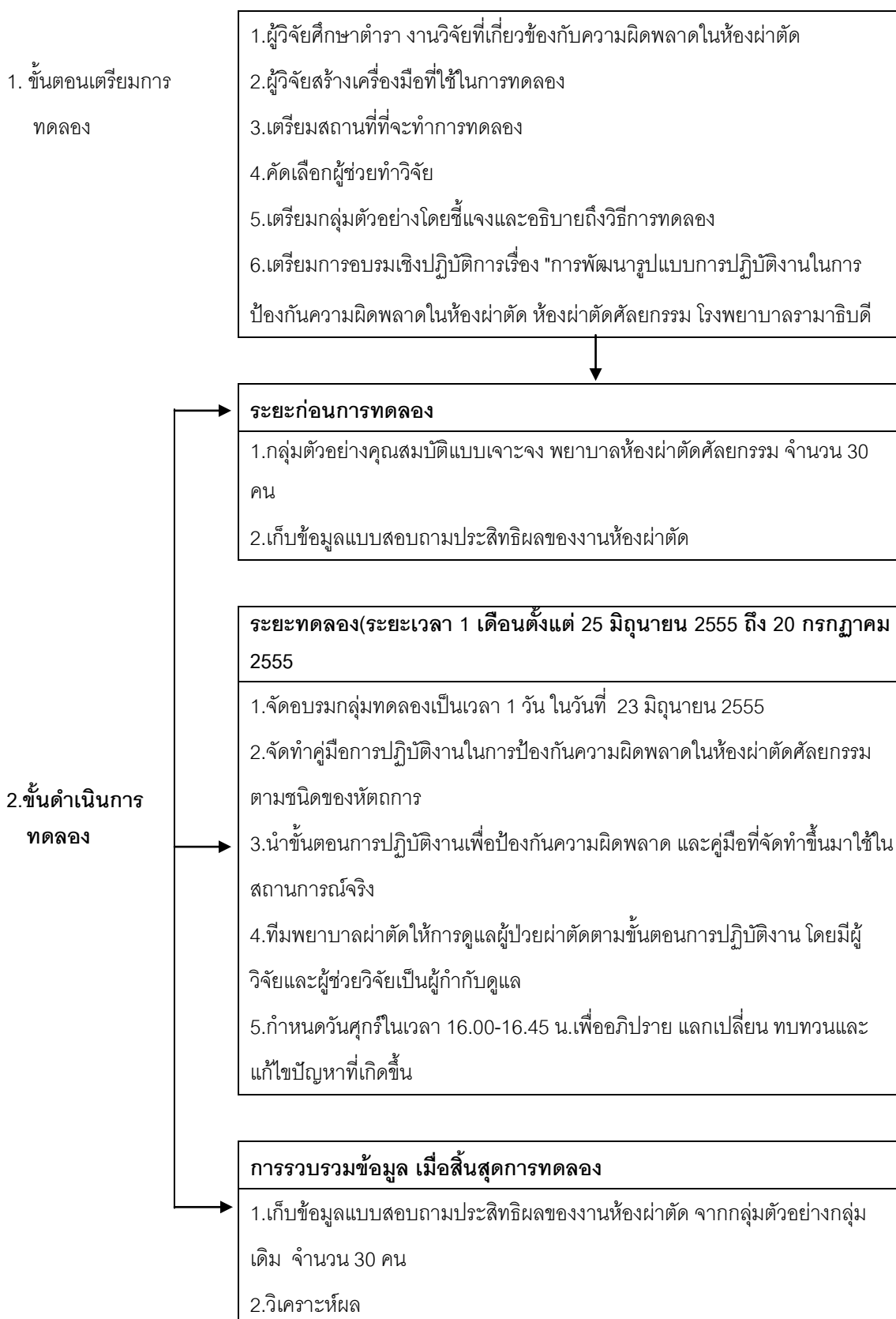
ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นพยาบาลหัวหน้าห้อง จำนวน 10 คน พยาบาลอาวุโส จำนวน 13 คน และพยาบาลใหม่ จำนวน 7 คน ในการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ระหว่างวันที่ 25 มิถุนายน 2555 ถึงวันที่ 20 กรกฎาคม 2555 โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูล 1 คน สถานที่ที่เก็บข้อมูลประกอบด้วย ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ห้องรอผ่าตัด ห้องผ่าตัดที่ 1 ห้องผ่าตัดที่ 2 ห้องผ่าตัดที่ 3 ห้องผ่าตัดที่ 4 ห้องผ่าตัดที่ 5 ห้องผ่าตัดที่ 6 ห้องผ่าตัดที่ 7 ห้องผ่าตัดที่ 8 ห้องผ่าตัดที่ 9 ห้องผ่าตัดที่ 10 และห้องผ่าตัดที่ 11 เป็นการเก็บข้อมูล 2 สถานที่/วัน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนประสิทธิผลของงานต่อการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ก่อนและหลังการทดลอง
3. เปรียบเทียบคะแนนประสิทธิผลในงานต่อการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ก่อนและหลังการทดลอง โดยทดสอบค่า (Dependent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

## แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และเปรียบเทียบประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research) ดำเนินการวิจัยโดยพัฒนาโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และการเปรียบเทียบประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี เป็นการวิจัยแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest posttest design)

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม (ตารางที่ 6 )

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม (ตารางที่ 7 – 8 )

**ตอนที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของงาน ของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม (ตารางที่ 6 )

**ตารางที่ 6** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม จำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ (n = 30)

ประสิทธิผลของงาน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<b>ผลรวม ของประสิทธิผลของงาน</b>	97.7	4.2	113.4	4.6
<b>ด้านการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย</b>	66.63	2.79	76.03	3.09
บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ดี จากระบบการ สอนงาน และการดูแลจากพยาบาลหัวหน้าห้อง และ พยาบาลอาวุโส	3.87	.35	4.73	.45
ประสบการณ์และความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ในทีมพยาบาลผ่าตัด ทำให้หน่วยงานมีความมั่นคง น่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น	3.90	.40	4.73	.45
บุคลากรสนใจและอยากเรียนรู้ในเครื่องมือชนิด ใหม่หัตถการใหม่	4.00	.37	4.83	.38
การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดให้ได้รับความปลอดภัยเป็น งานที่มีความสำคัญ	4.03	.32	4.83	.38
มีการสอนงาน จากหัวหน้าห้อง พยาบาลอาวุโส ให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานตามตารางหมุนเวียนของห้อง ผ่าตัดอย่างครบถ้วน	4.17	.46	4.93	.25
การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดให้ได้รับความปลอดภัยไม่ เกินความสามารถ	3.97	.18	4.73	.45
บุคลากรปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามขั้นตอนของการ ทำหัตถการได้อย่างถูกต้องและทันเวลา	4.17	.46	4.83	.45

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ประสิทธิผลของงาน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	SD	Mean	SD
<b>ด้านการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย (ต่อ)</b>				
บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการพยาบาล ผ่าตัดและนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างครบถ้วน	4.03	.41	4.67	.48
ในห้องผ่าตัด มีการวางแผนการปฏิบัติงาน เพื่อ ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไว้อย่างชัดเจน	4.17	.46	4.80	.40
การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกทีมพยาบาลผ่าตัดใน แต่ละเหตุการณ์ มีความสอดคล้องกันเป็นอย่างดี	4.07	.37	4.70	.47
การปฏิบัติหน้าที่ของทีมพยาบาลผ่าตัดทำให้ ผู้ป่วยปลอดภัยในทุกเหตุการณ์ ในทุกระยะของการทำ ผ่าตัด	4.37	.56	4.93	.25
ในห้องผ่าตัดมีการส่งเสริมให้สมาชิกทีม พยาบาลผ่าตัดคิดค้นนวัตกรรม เพื่อช่วยในการ ปฏิบัติงาน	4.07	.25	4.60	.50
บุคลากรมีการเตรียมพร้อมของตนเองในการ ปฏิบัติงานในวันรุ่งขึ้น	4.03	.41	4.53	.51
บุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงานใน เหตุการณ์ที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน	4.07	.37	4.57	.50
ในห้องผ่าตัด มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานให้ ทันสมัย และสอดคล้องกับเหตุการณ์ใหม่ๆ	4.07	.25	4.60	.50
การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยในทุก ระยะของการ ผ่าตัด เป็นเป้าหมายที่สำคัญในการปฏิบัติงาน	4.63	.49	4.97	.18



ตารางที่ 6 (ต่อ)

ประสิทธิผลของงาน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	SD	Mean	SD
<b>ด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน</b>	32.06	1.66	37.37	1.69
บุคลากรตั้งใจ และเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด	4.13	.46	4.93	.25
บุคลากรมีความรักและภาคภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในทีมผ่าตัด	4.07	.37	4.87	.35
บุคลากรมีความยินดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดในด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ตามมาตรฐานของหน่วยงาน	4.00	.37	4.60	.50
บุคลากรใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด	4.07	.37	4.87	.35
งานดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เป็นงานที่ทำด้วยความสามารถ	4.00	.37	4.70	.47
บุคลากรมีความสบายใจในการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลหัวหน้าห้อง	3.90	.40	4.50	.51
บุคลากรได้รับการยกย่องชมเชยในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลอาวุโส หรือจากผู้ร่วมงานท่านอื่นๆ	4.07	.37	4.60	.50
บุคลากรมีส่วนร่วมในการนำเสนอผลงานในการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานของหน่วยงาน	4.07	.35	4.57	.51

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมประสิทธิผลของงานหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ค่าหลังการทดลอง ( $\bar{X} = 113.4, SD = 4.6$ ) และค่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 97.7, SD = 4.2$ )

ประสิทธิผลของงานในรายด้าน ด้านแรก คือ ด้านการบรรลุผลงานตามเป้าหมายหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ค่าหลังการทดลอง ( $\bar{X} = 76.03$ ,  $SD = 3.09$ ) และค่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 66.63$ ,  $SD = 2.79$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ที่อยู่ในด้านการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย มีค่าประสิทธิผลของงานหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ในทุกข้อ โดยเรียงจากข้อที่มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ ลำดับที่ 1 การที่พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติงานได้ดีจากระบบการสอนงานและการดูแลจากพยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาลอาวุโส โดยหลังการทดลอง ประสิทธิภาพของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.73$ ,  $SD = .45$ ) จากก่อนการทดลองที่มีประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.87$ ,  $SD = .35$ ) ลำดับที่ 2 การที่พยาบาลผ่าตัดมีประสบการณ์และประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อความมั่นคงและน่าเชื่อถือของหน่วยงาน โดยหลังการทดลอง ประสิทธิภาพของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.73$ ,  $SD = .45$ ) จากก่อนการทดลองที่มีประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.90$ ,  $SD = .40$ ) และบุคลากรสนใจและอยากเรียนรู้ในเครื่องมือชนิดใหม่ หัตถการใหม่ โดยหลังการทดลอง ประสิทธิภาพของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.83$ ,  $SD = .38$ ) จากก่อนการทดลองที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = .37$ )

ประสิทธิผลของงานในรายด้าน ด้านที่ 2 คือ ด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ค่าหลังการทดลอง ( $\bar{X} = 37.37$ ,  $SD = 1.69$ ) และค่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 32.07$ ,  $SD = 1.69$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ที่อยู่ในด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน โดยเรียงจากข้อที่มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ ลำดับที่ 1 คือ บุคลากรตั้งใจและเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยหลังการทดลอง ประสิทธิภาพของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.93$ ,  $SD = .25$ ) จากก่อนการทดลองมีค่าประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.13$ ,  $SD = .43$ ) และบุคลากรมีความรักและความภาคภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบในทีมผ่าตัด โดยหลังการทดลอง ประสิทธิภาพของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.87$ ,  $SD = .35$ ) จากก่อนการทดลองมีค่าประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.07$ ,  $SD = .37$ ) ลำดับที่ 2 คือ งานดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นงานที่ทำทนายความสามารถ โดยหลังการทดลอง

ประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.70$ ,  $SD = .47$ ) จากก่อนการทดลองมีค่าประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = .37$ )

**ตอนที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม (ตารางที่ 7 – 8)

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม (n = 30)

ประสิทธิผลของงาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	97.7	4.2	29	14.9	.000
หลังการทดลอง	113.4	4.6			

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของงาน พบว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของงานหลังการใช้โปรแกรมของการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมโดยรวม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่า  $t = 14.9$  เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired T-test โดยค่าหลังการทดลอง ( $\bar{X} = 11.34$ ,  $SD = 4.6$ ) และค่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 97.7$ ,  $SD = 4.2$ ) แสดงว่าประสิทธิผลของงานหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมมีมากกว่าประสิทธิผลของงานก่อนใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านของประสิทธิผลของงานผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด (n = 30)

ประสิทธิผลของงาน (รายด้าน)	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
<b>การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย</b>					
ก่อนการทดลอง	66.63	2.79	29	14.90	.000
หลังการทดลอง	76.03	3.09			
<b>ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน</b>					
ก่อนการทดลอง	32.07	1.66	29	14.89	.000
หลังการทดลอง	37.37	1.69			

จากตารางที่ 8 จากการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของงาน รายด้าน การบรรลุผลงานตามเป้าหมายหลังการใช้โปรแกรมของการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่า t = 14.9 เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired T-test โดยค่าหลังการทดลอง ( $\bar{X} = 76.03$ , SD = 3.09) และค่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 66.63$ , SD = 2.79) และพบว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิผลในงาน รายด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในวิธีการปฏิบัติงานหลังการใช้โปรแกรมของการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมโดยรวม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมเช่นกัน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่า t = 14.89 เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired T-test โดยค่าหลังการทดลอง ( $\bar{X} = 37.37$ , SD = 1.69) และค่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 32.07$ , SD = 1.66) แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมในการปฏิบัติงานได้บรรลุผลงานตามเป้าหมายและมีความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในวิธีการปฏิบัติงานมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมในการปฏิบัติงาน

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ใช้รูปแบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อประสิทธิผลของงาน

ดำเนินการวิจัยโดยการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และนำมาใช้ ณ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ทำการเปรียบเทียบประสิทธิผลของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลปฏิบัติการ (พยาบาลอาวุโส และพยาบาลฝึกหัด) ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง [Purposive sampling] ตามคุณสมบัติที่กำหนด

#### เครื่องมือที่ใช้วิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1. โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของโปรแกรม ประกอบด้วย

ชุดที่ 1. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด” ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชุดที่ 2. แผนการอบรม “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด” ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชุดที่ 3. แนวปฏิบัติของพยาบาลตามตำแหน่ง ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชุดที่ 4. คู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เป็นการทำงานเป็นทีมของพยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลปฏิบัติการ โดยการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าห้อง มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การนิเทศงานทางการพยาบาลผ่าตัด การจัดการการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลผ่าตัด การส่งเสริมให้เกิดแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน และการแก้ไขข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงาน (อยู่ในชุดที่ 3)

**ตอนที่ 2.** แบบกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

แบบกำกับการทดลองชุดที่ 1 สังเกตพยาบาลหัวหน้าห้อง

แบบกำกับการทดลองชุดที่ 2 สังเกตพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม

**ตอนที่ 3.** แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในด้านการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย จำนวน 16 ข้อ และด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 8 ข้อ รวมข้อคำถาม 24 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสิทธิผลของงานเท่ากับ .91 ด้านการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .93 และด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .92

### การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย โดยการเตรียมสถานที่ที่จะทำการทดลอง เตรียมผู้ช่วยวิจัย เตรียมเนื้อหาแผนการอบรม เอกสารประกอบการอบรม ในโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกัน

ความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มี 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง และกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ประสิทธิภาพของงาน ก่อนการทดลอง (pre-test) 2) ขั้นตอนการดำเนินการ โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนแรก เป็นการจัดฝึกอบรมให้กลุ่มตัวอย่างตามโครงการ การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้เวลาในการอบรม 1 วัน ใช้เวลา 8 ชั่วโมง โดยอบรมในวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ.2555 ในเวลา 08.00 น – 16.00 น. และนำแนวปฏิบัติของพยาบาลตามตำแหน่ง ในการการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และคู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดศัลยกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ.2555 ถึง วันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ.2555 และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประสิทธิภาพของงานอีกครั้ง (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของประชากร โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และทดสอบค่าที (Dependent t-test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพของงาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด

### สรุปผลการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของงานจากการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ที่ตรงกับสมมุติฐานการวิจัยที่ว่า ประสิทธิภาพของงาน หลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

2. ประสิทธิภาพของงานหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม สูงกว่าประสิทธิภาพของงานก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อทดสอบ

ความแตกต่างด้วยสถิติ Paired T-test มีค่า  $t = 14.9$  ที่ตรงกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่าประสิทธิผลของงาน ภายหลังจากใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

#### 1. ศึกษาประสิทธิผลของงาน จากการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของงานภายหลังจากการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ที่ว่า ประสิทธิภาพของงาน หลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยหลังการทดลองค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงขึ้น ( $\bar{X} = 11.34$ ,  $SD = 4.6$ ) จากก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 97.7$ ,  $SD = 4.2$ ) (ตารางที่ 7) แสดงว่าพยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาลปฏิบัติการรับรู้ในการทำงานให้เกิดประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น จากระบบการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับตามแนวความแนวคิดของ Goyal (1993) การทำงานเป็นทีม เป็นการประสานงานโดยการร่วมมือร่วมใจของกลุ่ม และกระตือรือร้นในการทำงานที่จะบรรลุเป้าหมาย การประสานงาน ความร่วมมือในงาน ทำให้ประสิทธิผลของงานเพิ่มขึ้น (Tourish and Mulholland, 1997) การทำงานที่อาศัยความร่วมมือของบุคลากรเพื่อให้การบริการแก่ผู้ป่วย ได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพและเป็นการบรรลุวัตถุประสงค์ (AORN, 2004)

ประสิทธิผลของงานรายด้านจากการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้โปรแกรม รายด้านในการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย โดยค่าหลังการทดลอง ( $\bar{X} = 76.03$ ,  $SD = 3.09$ ) จากก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 66.63$ ,  $SD = 2.79$ ) (ตารางที่ 8) ในรายชื่อในด้านการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย ประสิทธิภาพของงานรายข้อจากการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมเพิ่มขึ้นทุกข้อก่อนใช้โปรแกรม โดยเรียงจากข้อที่มีการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ ลำดับที่ 1 การที่พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติงานได้ดีจากระบบการสอนงาน และการดูแลจากพยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาลอาวุโส โดยหลังการทดลอง ประสิทธิภาพของงานอยู่ใน



ระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.73$ ,  $SD = .45$ ) จากก่อนการทดลองที่มีประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.87$ ,  $SD = .35$ ) ลำดับที่ 2 การที่พยาบาลผ่าตัดมีประสบการณ์และประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อความมั่นคงและน่าเชื่อถือของหน่วยงาน โดยหลังการทดลอง ประสิทธิภาพของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.73$ ,  $SD = .45$ ) จากก่อนการทดลองที่มีประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.90$ ,  $SD = .40$ ) และบุคลากรสนใจและอยากเรียนรู้ในเครื่องมือชนิดใหม่ หัตถการใหม่ โดยหลังการทดลองประสิทธิผลของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.83$ ,  $SD = .38$ ) จากก่อนการทดลองที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = .37$ ) (ตารางที่ 6)

ประสิทธิผลของงานรายด้านจากการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรมเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้โปรแกรม รายด้านในความพึงพอใจของบุคลากรในวิธีการปฏิบัติงาน ค่าหลังการทดลอง ( $\bar{X} = 37.37$ ,  $SD = 1.69$ ) จากก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 32.07$ ,  $SD = 1.69$ ) (ตารางที่ 8) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ที่อยู่ในด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน โดยเรียงจากข้อที่มีการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ ลำดับที่ 1 คือ บุคลากรตั้งใจและเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยหลังการทดลอง ประสิทธิภาพของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.93$ ,  $SD = .25$ ) จากก่อนการทดลองมีค่าประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.13$ ,  $SD = .43$ ) และบุคลากรมีความรักและความภาคภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบในทีมผ่าตัด โดยหลังการทดลอง ประสิทธิภาพของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.87$ ,  $SD = .35$ ) จากก่อนการทดลองมีค่าประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.07$ ,  $SD = .37$ ) ลำดับที่ 2 คือ งานดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นงานที่ทำทนายความสามารถ โดยหลังการทดลอง ประสิทธิภาพของงานอยู่ในระดับสูงสุด ( $\bar{X} = 4.70$ ,  $SD = .47$ ) จากก่อนการทดลองมีค่าประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = .37$ ) (ตารางที่ 6)

ผลการศึกษา พบว่าการทำงานเป็นทีมของพยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาลปฏิบัติการในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรมเป็นการปฏิบัติงานมีคุณภาพและไม่เกิดความผิดพลาด เป็นการปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง ถูกต้องตามมาตรฐาน (Hellriegel et al, 2002) อีกทั้งเป็นผลงานที่มีระดับความสำเร็จในระดับของบุคคลและระดับขององค์กรร่วมกัน สอดคล้องกับ Hellriegel et al (2002) และทีมพยาบาลผ่าตัดมีการกำหนดผู้นำ การกำหนดการวางแผนการให้บริการตามความสามารถ ทำให้สมาชิกมีความพึงพอใจ ส่งผลถึงประสิทธิผลของงาน (Marquis and Huston, 2000)

**2. เปรียบเทียบประสิทธิผลของงานผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด**

ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพในงานภายหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 (ตารางที่ 7 ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เนื่องจากโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม เป็นวัตถุประสงค์ของทีมพยาบาลผ่าตัดในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด และเป็นการทำงานร่วมกันกับทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี จากการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ พยาบาลผ่าตัดต้องเรียนรู้ เพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีใหม่ๆ ได้อย่างถูกต้องและชำนาญ อีกทั้งต้องมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างดี (เรณู อาจสาลี, 2550) จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การประชุมร่วมระดมสมอง ในการจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานในเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องมือพิเศษ และยังระบุความถนัดของศัลยแพทย์แต่ละรายในการใช้เครื่องมือชนิดใด รุ่นใดที่เหมาะสมกับการทำหัตถการนั้น โดยในการเพิ่มความสามารถในการใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงและเครื่องมือที่มีความสลับซับซ้อนนั้น พยาบาลหัวหน้าห้องเป็นผู้สอนงาน แนะนำ วิธีการใช้ วิธีทำความสะอาด และวิธีการทำปลอดเชื้อ แก่สมาชิกในทีมห้องผ่าตัดย่อย ในเวลาก่อนทำหัตถการของผู้ป่วยทุกราย รวมถึงการใช้เครื่องมือทดแทนเมื่อเกิดปัญหาขัดข้องในระหว่างการทำหัตถการ จากการปรับปรุง พัฒนาระบบการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยการจัดทำแผนปฏิบัติงานให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องรอผ่าตัด และห้องผ่าตัดย่อย เป็นการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (AORN, 2009) ในแผนปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด เริ่มที่การบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (Verification) และการตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งหมด ต้องมีความถูกต้องตรงกัน และสมบูรณ์ รวมถึงการตรวจสอบการทำเครื่องหมายบนตัวผู้ป่วยในอวัยวะที่ทำหัตถการ (Mark site) เมื่อผู้ป่วยเข้าในห้องผ่าตัดย่อยมีการขอยุติเวลา (Time out) เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัด โดยการถาม ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด และชื่อบริเวณที่จะเข้ารับการผ่าตัดด้วยตัวเอง/ผู้ดูแลผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) และเมื่อตั้งแต่วันที่ระบบการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยดังกล่าว ยังไม่พบความผิดพลาดในระหว่างการวิจัย สอดคล้องกับการรายงานของวรุณยุพา รอยเจริญกุล

(2551) ทีมนำศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2552) และ Harrington (2009)

ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เป็นตัววัดประสิทธิผลของงาน ซึ่งเป็นการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Gibson et al, 2000) อีกทั้งการบริการที่ได้มาตรฐานในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย (Brain, 1982) ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดได้ป้องกันโดยการพัฒนาแผนปฏิบัติงาน ที่มีความทันสมัย และหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน และมีความสอดคล้องไปกับการทำหัตถการ รวมถึงมีระบบการดูแลจากพยาบาลหัวหน้าห้อง และระบบการแก้ไข ขั้นตอนในการปฏิบัติงานในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จากการทำพยาบาลผ่าตัดไม่สามารถกระทำได้เพียงลำพัง การทำงานเป็นทีมจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาในห้องผ่าตัดเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย โดยเริ่มตั้งแต่การจัดทำแผนปฏิบัติงาน คู่มือในการปฏิบัติงาน เป็นการระดมสมองจากบุคลากรผู้มีความรู้ ความสามารถ เพื่อให้การทำงานในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ (Berland and Gunderson, 2008) ก่อให้เกิดวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานร่วมกัน การติดต่อสื่อสารที่ดี จากการจัดเจ้าหน้าที่ และการสอบถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการเรียงลำดับในขั้นตอนการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับ Dagi, Moor, and Reines (2007) ในการกล่าวถึงองค์ประกอบการทำงานเป็นทีม จะทำงานได้ดีนั้น สมาชิกต้องมีลักษณะในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และลักษณะการทำงานที่ดี และสอดคล้องกับ Ivancevich and Matteson (1999) จากทีมพยาบาลผ่าตัดมีความไว้วางใจกัน และมีการเปิดเผยความรู้สึกความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน การยอมรับหน้าที่ บทบาทและความสามารถในสมาชิกคนอื่น รวมถึงการให้ความคิดเห็นที่ขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์เพื่อปรับปรุง แก้ไขวิธีการปฏิบัติงาน พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลอาวุโส เป็นผู้ให้รายละเอียดในการทำหัตถการ ข้อควรระวัง และเพิ่มเติมในรายละเอียดที่พยาบาลใหม่ร้องขอในหัตถการนั้นๆ ในระหว่างการปฏิบัติงาน พยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาลอาวุโสปฏิบัติหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงปฏิบัติงานร่วมกัน ผู้ให้คำแนะนำ ผู้ให้ความช่วยเหลือเมื่อประเมินสถานการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลฝึกหัด ตามระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นการเอาใจใส่ และพื้นฐานที่ดีของการปฏิบัติงาน (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2549) และเมื่อทีมงานมีความไว้วางใจกัน ทำให้เกิดความพึงพอใจ และก่อให้เกิดประสิทธิผลของงาน (Ivancevich and Matteson, 1999)

ในการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดย่อย เป็นการนำมาตรฐานในการป้องกันความผิดพลาดที่เกี่ยวกับการป้องกันการผ่าตัดผิดคน การผ่าตัดผิดข้าง การผ่าตัดผิดอวัยวะ การ

ผ่าตัดชนิดการผ่าตัด และการมีสิ่งตกค้างในร่างกายของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด รวมถึงการนำข้อปฏิบัติในการป้องกันในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว เข้ามาบูรณาการเป็นข้อปฏิบัติในการปฏิบัติงานในขณะทำการผ่าตัด ซึ่งได้รับการตรวจสอบจากการศึกษาของ Kwaan et al (2006) จากการเตรียมผู้ป่วยด้วยข้อมูลที่ถูกต้องตรงกัน การกำหนดบริเวณที่จะทำผ่าตัดและการทำเครื่องหมาย รวมถึงการขอหยุดเวลา (Time out) โดยความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เกิดจากความไม่สมบูรณ์ของระบบที่กล่าวมาข้างต้น ในขั้นตอนการตรวจนับเครื่องมือ อุปกรณ์ ของมีคม และผ้าซับเลือดชนิดต่างๆ มีการนำข้อปฏิบัติของ AORN มาปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และเหมาะสมกับเหตุการณ์ โดยการตรวจนับครั้งแรก ในการเริ่มทำการผ่าตัด นับครั้งที่ 2 เป็นการตรวจนับเมื่อเย็บปิดโพรงอวัยวะภายใน นับครั้งที่ 3 เป็นการตรวจนับเมื่อเริ่มเย็บปิดแผลผ่าตัดชั้นในสุด นับครั้งที่ 4 เป็นการตรวจนับเมื่อเริ่มเย็บปิดแผลผ่าตัดชั้นในสุดใกล้เสร็จ นับครั้งที่ 5 เป็นการตรวจนับเมื่อเริ่มเย็บปิดแผลผ่าตัดชั้นผิวหนัง และมีการตรวจนับเพิ่มเติมเมื่อมีการเปลี่ยนทีมพยาบาลผ่าตัด โดยการตรวจนับจะเริ่มนับที่ผ้าซับเลือดผืนใหญ่ ผ้าซับเลือดผืนเล็ก ผ้ากอซซับเลือดที่สามารถมองเห็นด้วยการ X-ray โบมีด เข็มเย็บแผล เข็มฉีดยา รวมถึงอุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้ในการทำการผ่าตัด สนับสนุนการปฏิบัติงานในขั้นตอนนี้ด้วยการศึกษาของ JCAHO (2006) ที่พบการปฏิบัติงานในการป้องกันสิ่งของตกค้างในตัวผู้ป่วยและทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Heslin et al (2008) ที่พบว่า การมีแบบแผนในการนับเครื่องมือ ของมีคม และผ้าซับเลือด ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยลง และจากการที่มีการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ในการตรวจนับ เครื่องมือ อุปกรณ์ และผ้าซับเลือด เป็นการสลับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ในการตรวจนับ เป็นการเพิ่มความระมัดระวัง และการตรวจซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al (2009) เป็นข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานเพื่อลดการเกิดสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด การที่เจ้าหน้าที่ผู้ทำการตรวจนับไม่ปฏิบัติหน้าที่อย่างอื่นร่วมด้วยในขณะที่ปฏิบัติการตรวจนับ อีกทั้งเมื่อถูกรบกวนจะต้องทำการนับใหม่ทั้งหมด เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมขณะปฏิบัติหน้าที่ และการนำเจ้าหน้าที่ที่มีความอาวุโสต่างกันปฏิบัติหน้าที่พร้อมกันในการตรวจนับเป็นการป้องกันในเรื่องประสพการณ์ที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pennsylvania Patient Safety Authority (2009) รวมถึงการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน และทำให้มีผู้ให้ข้อมูลกับสมาชิกทีมผ่าตัดซึ่งเป็นพยาบาลอาวุโส ว่ากำลังปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจนับรายการของใช้ และผ้าซับเลือดที่ใช้ในการทำการผ่าตัด และห้ามสมาชิกอื่นๆ รบกวนการปฏิบัติงานในช่วงเวลาดังกล่าว

ดังที่ได้ศึกษามาข้างต้น การบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน การกำหนดแนวทางการบริการให้ได้มาตรฐานและให้บริการเป็นไปตามเป้าหมาย การวัดประสิทธิผลของงานในห้อง

ผ่าตัดวัดได้จากการไม่เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน หมายถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐาน รวมถึงความพึงพอใจที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เป็นการส่งผลต่อประสิทธิผลของงานให้เพิ่มมากขึ้น (Kinicki and Kreitner, 2003)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของการบรรลุผลงานตามเป้าหมายภายหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดสูงสุด ( $\bar{X} = 76.03$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired T- test เนื่องจากการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของทีมพยาบาลผ่าตัดในหัวข้อที่สำคัญที่สุด คือการบริการผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยตลอดระยะเวลาผ่าตัด โดยไม่เกิดการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดชนิดการผ่าตัด รวมถึงการไม่มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากตามมาตรฐานการทำงานในห้องผ่าตัดต้องไม่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวกับผู้เข้ารับบริการ รวมถึงการปรับปรุง และพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการพัฒนาความสามารถของบุคลากรในทีมพยาบาลผ่าตัดให้ปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลา ทำให้การปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Heslin et al (2008) พบว่า การขอยุติเวลา และการใช้แบบแผนการนับเครื่องมือ ของมีคม และผ้าซับเลือด ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยลง เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยกับทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และทีมพยาบาลผ่าตัด เมื่อข้อมูลตรงกัน ไม่ก่อให้เกิดความผิดพลาด และเมื่อมีการจัดแบบแผนการนับของใช้ในการผ่าตัด ทำให้มีขั้นตอนระบบในการปฏิบัติงาน และสามารถปฏิบัติงานได้ครบถ้วน ทันเวลาต่อการทำหัตถการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Harrington (2009) พบว่า การจัดระบบในการป้องกันความผิดพลาด และการขอยุติเวลา ก่อนทำการผ่าตัดทำให้ไม่เกิดความผิดพลาดในการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pennsylvania Patient Safety Authority (2009) ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น และเป็นการบรรลุวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน

และพบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานภายหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 37.37$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired T- test เนื่องจากโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด พยาบาลมีส่วนร่วมร่วมกับทีมพยาบาลผ่าตัดในการแสดงความคิดเห็น ค้นคว้า เพื่อการปรับปรุง พัฒนา คู่มือการปฏิบัติงานของ

พยาบาลผ่าตัดตามหัตถการต่างๆ ที่ปฏิบัติในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ให้มีความทันสมัย ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติงาน แบบแผนการปฏิบัติงานเป็นไปในทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Riley, Manias and Polglase (2006) พบว่า ความพึงพอใจในงานของแพทย์ผ่าตัดและพยาบาลผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปลอดภัยของผู้ป่วย การที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการปรับปรุง พัฒนา ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน ให้เกิดความสอดคล้องและเป็นคู่มือในการปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติหน้าที่ในหัตถการต่างๆ ได้เป็นอย่างดี แต่การที่มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิผลในงานในด้านอื่นๆ เนื่องจากภายหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดนั้น พยาบาลมีความรู้สึกรักในวิชาชีพ ความรู้สึกต่อการปฏิบัติงาน การใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างจากเป้าหมายที่มีอยู่เดิมมาก การดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ปฏิบัติงานร่วมกันจากพยาบาลหัวหน้าห้องพยาบาลอาวุโสไม่แตกต่างกัน รวมถึงระบบการสอนงาน ความมุ่งมั่นในการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และทีมพยาบาลผ่าตัดยังคงทำงานเป็นทีม อย่างทันเวลา และสอดคล้องกันกับการทำหัตถการ จึงอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นน้อย

และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลของงานหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้นสูงสุด กว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดในทุกหัวข้อ โดยในข้อ 11 ในการที่พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติงานได้ดี เนื่องจากระบบการสอนงานและการดูแลจากพยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลอาวุโส รองลงมาข้อ 10 ในเรื่องของประสบการณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมและความสำเร็จในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นสิ่งที่ทำให้หน่วยงานประสบความสำเร็จและมีความน่าเชื่อถือ อธิบายได้ว่า การจัดระบบการเรียน การสอนงานห้องผ่าตัดและระบบการดูแลเจ้าหน้าที่ ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากการทำหัตถการเป็นสิ่งใหม่และมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด การถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน รวมถึงการมีต้นแบบที่ดี ที่ปรึกษาในการปฏิบัติงาน เป็นการส่งเสริมให้บุคลากรในห้องผ่าตัดมีความรู้ ความสามารถ และวางแผนการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน รวดเร็ว และได้รับความปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด อีกทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดรับรู้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ถูกคน ถูกข้าง ถูกชนิดของการผ่าตัด และไม่มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดนั้น เป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของหน่วยงาน ส่งผลให้หน่วยงานมีความน่าเชื่อถือ มั่นคง และมีชื่อเสียงได้

ดังนั้น ผลการทดลองจึงสรุปได้ว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ช่วยให้ประสิทธิผลของงาน สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

ข้อสังเกตจากการทดลองที่ใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม มีดังนี้

1. ในพื้นที่ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย พบการทำเครื่องหมายบนอวัยวะของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดยังไม่สมบูรณ์

แก้ไขโดย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องรับ – ส่งผู้ป่วย และห้องรอผ่าตัด ทำการประสานงานกับทีมศัลยแพทย์ โดยการทำความเข้าใจ และอธิบายมาตรฐานของการปฏิบัติงาน

2. ในพื้นที่ห้องผ่าตัดย่อย

2.1 การเปลี่ยนตัวพยาบาลปฏิบัติการ จากพยาบาลหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัด เพื่อความเหมาะสมตามชนิดของหัตถการในห้องผ่าตัดย่อย เป็นการปรับเปลี่ยนหลังจากพยาบาลหัวหน้าห้องสอนงาน

แก้ไขโดย พยาบาลหัวหน้าห้องปรับเปลี่ยนหน้าที่ของพยาบาลปฏิบัติการแต่ละตำแหน่งในห้องผ่าตัดย่อย และสอนงานแบบสั้น

2.2 การขอยุติเวลา (Time Out) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของตัวผู้ป่วยและหัตถการที่จะได้รับ ในระยะแรกของการทดลอง เป็นการขอยุติเวลาระหว่างทีมวิสัญญี และทีมพยาบาลผ่าตัดเท่านั้น

แก้ไขในขั้นแรก โดยตามทีมศัลยแพทย์เพื่อเข้าขอการหยุดเวลาเป็นครั้งที่ 2 ในเวลาก่อนผู้ป่วยเข้าสู่ระงับความรู้สึกก่อนทำหัตถการ

แก้ไขในขั้นที่สอง ผู้วิจัย พยาบาลหัวหน้าห้องได้อธิบายความสำคัญ วัตถุประสงค์ และมาตรฐานของการปฏิบัติงาน แก่ทีมศัลยแพทย์

2.3 เมื่อศัลยแพทย์จำเป็นต้องค้างผ้าซับเลือดเพื่อหยุดการสูญเสียโลหิตของผู้ป่วย ศัลยแพทย์ไม่ได้แจ้งพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดถึงการค้างผ้าซับเลือดดังกล่าว

แก้ไขโดยผู้วิจัย ผู้วิจัยและทีมพยาบาลหัวหน้าห้องทำความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติงานในการนับผ้าซับเลือดที่ค้างค้างในตัวผู้ป่วย โดยให้ศัลยแพทย์แจ้ง "Pack swab" แก่ทีมพยาบาลผ่าตัดเพื่อการนับและลงบันทึก

2.4 สถานที่ใช้ในการตรวจนับเครื่องมือ อุปกรณ์ และผ้าซับเลือดที่ใช้ในการทำหัตถการ ไม่เหมาะสม

แก้ไขโดยพยาบาลหัวหน้าห้องและพยาบาลปฏิบัติการได้เลือกสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการตรวจนับ เหมาะสมกับการใช้พื้นที่ในการทำหัตถการ

2.5 มีการรบกวนพยาบาลปฏิบัติการในการปฏิบัติหน้าที่ตรวจนับ เครื่องมือ อุปกรณ์ และผ้าซับเลือดที่ใช้ในการทำหัตถการ

แก้ไขในขั้นแรก พยาบาลปฏิบัติการ 2 ท่านที่จะเป็นผู้นำหน้าที่ตรวจนับรายการกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดแล้ว พยาบาลปฏิบัติการผู้ที่ไม่ได้ทำหน้าที่ดังกล่าวจึงเป็นผู้รับผิดชอบในการทำการประสานงาน

แก้ไขในขั้นที่สอง ผู้วิจัยและพยาบาลหัวหน้าห้องได้ประสานงานกับทีมผ่าตัด โดยใช้คำพูด “ขอนับswabคะ” จะไม่มีการรบกวนผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ และผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวมีสิทธิในการปฏิเสธในการทำหน้าที่อื่นๆ ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว

3. คู่มือในการส่งเครื่องมือผ่าตัดในหัตถการต่างๆ ยังมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ และการปฏิบัติงานบางขั้นตอนไม่สามารถปฏิบัติได้ทัน

แก้ไขโดยผู้วิจัย พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลปฏิบัติการ เข้าประชุมหลังการปฏิบัติงานเพื่อปรับแนวปฏิบัติงานให้สอดคล้อง และยังคงไว้ซึ่งขั้นตอนหลักในการป้องกันความผิดพลาด

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดช่วยลดการส่งผลให้ประสิทธิผลของงานเพิ่มขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติในห้องผ่าตัดที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน เช่น การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างพยาบาลหัวหน้าห้องและพยาบาลปฏิบัติการ

1.2 สามารถนำขั้นตอนการทำงานเป็นทีมของห้องผ่าตัดไปใช้ในการฝึกปฏิบัติงานแก่บุคลากรใหม่ของหน่วยงานห้องผ่าตัดได้

1.3 การนำโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดช่วยลดการไปใช้ ควรระมัดระวังให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานในการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมครบถ้วน ทั้งการระบุตัวผู้ป่วย การทำเครื่องหมายบนอวัยวะที่จะต้องรับการผ่าตัด โดยต้องมีการ



ทำความเข้าใจ ในวิธีการปฏิบัติและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในทุก  
ระดับ

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของงาน จากการวิเคราะห์ในห้องผ่าตัดอื่นๆ ที่มี  
คุณลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะทำให้ได้ผลการวิจัยที่มีความเฉพาะของข้อมูลมากขึ้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กลุ่มคุณภาพงานห้องผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2550). **วิธีทำงานเรื่อง: การป้องกันผ้าซับเลือด เข็ม และเครื่องมือหายในขณะผ่าตัด.** กรุงเทพมหานคร: งานการพยาบาลผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)
- กันยา ออประเสริฐ. (2542). การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อการรองรับคุณภาพโรงพยาบาล. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.** 5(2): 1.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2550. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549).** กรุงเทพมหานคร: ครุสภาลาดพร้าว.
- จริยา ชื่นมงคล. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาการทำงานเป็นทีมทางพยาบาลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ พิมพ์ใจใส. (2544). **การศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวไล ชุ่มคำ. (2545). **ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิศสิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐดนัย อินทรสุขศรี. (2528). **ชี้ช่องการลงทุนทำการค้าขนาดย่อม ยอดนิยม 50 ประเภท, โครงการวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: คลังสมอง.
- ณัฐพันธุ์ เขจรนันท์. (2541). **การจัดการทรัพยากรบุคคล.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คูสิต สถาวร. (2546). JCAHO's 2003 National Patient Safety Goals. ใน **Best Practices in Patient Safety.** 64-69. นนทบุรี: ดีไซน์.

ที่มนำการผ่าตัดศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2552). **รายงานการ**

**ประชุมที่มนำศัลยศาสตร์ประจำเดือนเมษายน 2552.** กรุงเทพมหานคร:

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

(เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

ที่มนำการผ่าตัดศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2553). **รายงานการ**

**ประชุมที่มนำศัลยศาสตร์ประจำเดือนพฤษภาคม 2553.** กรุงเทพมหานคร:

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

(เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2549). **การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความ**

**ปลอดภัย.** กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.

เพ็ญทอง มธุรชน. (2546). **ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจ**

**ในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาล**

**พระนั่งเกล้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เรณู อางสาลี. (2540). พยาบาลห้องผ่าตัด: บทบาทและหน้าที่. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัด**

**แห่งประเทศไทย.** 2(1): 19-21.

เรณู อางสาลี. (2550). **การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:

เอ็น พี เพรส.

ละมัยพร โลहितโยธิน. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการทางคุณภาพโดยรวม**

**กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลที่**

**เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรุณยุพา รอยกุลเจริญ. (2551). **ความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด.**

**วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.** 1(2): 61-66.

วีณา จีระแพทย์ และเกรียงไกร จีระแพทย์. (2550). **การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย**

**แนวคิดกระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก.**

กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). **Patient Safety Goals: SIMPLE**

[Online]. Available from: <http://www.ha.or.th> [2010, April 29]

สมสมร เรืองวรบูรณ์. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถิตติการผ่าตัดศัลยศาสตร์ หน่วยเวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2552). **สถิติผู้ป่วยประจำปี 2552.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาสาธารณสุข อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนันทา ตรีสายลักษณะณ์. (2542). **การสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

สาธารณสุข, กระทรวง. กองการพยาบาล. (2549). **บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## ภาษาอังกฤษ

Association of Operating Room Nurse. (2004). Standards' recommended practices & guidelines. Denver: AORN.

Association of Operating Room Nurse.a (2006). Recommended Practices for Sponge, Sharps, and Instrument Counts. **AORN Journal** 82 (February): 418-433.

Association of Operating Room Nurse.b (2006). AORN Guidance Statement: Creating a Patients Safety Culture. **AORN Journal** 8 (April): 936-942.

Association of Operating Room Nurse. (2009). Recommended Practices Guideline. **AORN Journal** 92 (March): 418-433.

Bain, D. (1982). **The productivity prescription.** New York: McGraw-Hill.

Baker, B., M., Devendy, K., Douma, C., S., Shepard, M., and Ray, L. (2007). Preventing Unintentionally Retained Objects. **Oregon Patient Safety Commission**[Online]. Available from: <http://www.oregonpatientsafety.org> [2010, September 4].

- Barratte, M., and Schultz, S. (1997). Staffing the operating room. **Journal of Nursing Administration**. 27(12): 27 -31.
- Berland, A, Natvig, G. K. and Gunderson, D. (2008). Patients Safety and Job-related stress: A focus group study. **Intensive care and Critical care Nursing**. 24: 90-97.
- Blanco, M., Clarke, J. R. and Martindell, D. (2009). Wrong site surgery Near Misses and Actual Occurrences. **AORN Journal**. 90(August): 215-222.
- Camazine, B. (2005). The persistent problem of the retained foreign body. **Contemporary Surgery Journal**. 61(August): 398 – 400.
- Chen, X-P., Donahue, L. M., and Klimoski, R. I. (2004). How strong are your Teamwork Competencies In Kinicki, A and Kreitner, R.(eds), **Organizational Behavior key concepts, skills & best practice**, pp. 232 -241. New York: McGraw-Hill.
- Cima, R. R., Kollengode, A., Garnatz, J., Storsveen, A., Weisbrod, C., and Deschamps, C. (2008). Incidence and Characteristics of Potential and Actual Retained Foreign Object Events in Surgical Patients. **Journal of The American College of Surgeons**. 207 (July): 80-87.
- Dagi, T. F, Burguer, R., Moor, S., and Reines, H. D. (2007). Prevention error in the Operating room Part 2: Retained Foreign Object, sharps injury and wrong site surgery. **Current Problem in Surgery**. 44 (June): 352-381.
- Gawande, A. A., Studdert, D. M., Gray, E. J., Brennan, T. A., and Zinner, M. (2003). Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. **The New England Journal of Medicine**. 348 (January): 229-235.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., and Donnelly, J. H. (2000). **Organization: Behavior structure process**. 10<sup>th</sup> ed. Boston: McGraw-Hill.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., and Donnelly, J. H. (2006). **Organization: behavior, structure, processes**. 12<sup>th</sup> ed. Boston: McGraw-Hill/Irwin.
- Goyel, R. C. (1993). **Handbook of Hospital personnel management**. New Delhi: Prentice - Hall of India.

- Gruendeman, B. J., and Fernsebner, B. (1995). **Comprehensive Preoperative: Nursing**. Boston: Jones and Bartlett.
- Harrington, J. W. (2009). Surgical Time outs in a Combat Zone. **AORN Journal**. 89(32): 535 – 537.
- Hellriegel, D., Jacksons, S. E., and Siocum, J.,W. (2002). **Management: A competency – based approach**. SanFrancisco: South-Westen.
- Heslin, M. J., et al. (2008X. Durable Improvements in Efficiency, Safety, and Satisfaction in the Operating Room. **The American College of Surgeon**. 206 (May): 1083-1090.
- Hoy, W. K., and Miskel, C., G. (2008). **Education administration: theory research, and practice**. 8<sup>th</sup> ed. Boston: McGraw-Hill.
- Ivancevich, J. M., and Matteson, H. T. (1999). **Oranization behavior and management**. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: mcGrew-Hill.
- Jackson, S and Brady, S. (2008). Counting Difficulties: Retained Instruments, Sponges, and Needles. **AORN Journal**. 87(February): 315-321.
- The Joint Commission International. (2007). **Joint Commission International Accreditation standard for hospital**. 3<sup>rd</sup> ed. Illinois: Joint Commission Resource. (Copyright)
- The Joint Commission. (2010). **Sentinel Event Statistic**[Online]. Available from : [www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics) [2010, July 2]
- Kwaan, M. R., Studdert, D. M., Zinner, M. J., and Gawande, A. A. (2006). Incidene, Patterns, and Prevention of Wrong-Site Surgery. **Arch. Surgery**. 141: 353 – 358.
- Kinicki, A., and Kreitner, R. (2003). **Organizations, behavior, key concept, skill and best practices**. Boston: McGrew-Hill.
- Lauwers, P., R., and Van Hee, R., H. (2000). Intrapertitoneal Gossypibomas: The Need to Count Sponges. **World Journal of Surgery**. 24(May): 521 – 527.

- Lincourt, A. E., Harrell, A., Cristiano, J., Sechrist, C., Kercher, K. and Heniford, B. T. (2006). Retained Foreign Bodies After Surgery. *Journal of Surgical Research*. 138: 170- 174.
- Mazzocco, K., et al. (2009). Surgical Team behavior and patient outcome. *The American Journal of Surgery*. 197, 678 – 685.
- McNeese-Smith, D. K. (1995). Job satisfaction, productivity, and organization commitment: The result of Leadership. *Journal of Nursing Administration*. 25(9): 17-26.
- McNeese-Smith, D. K. (2001). Staff nurse view of their productivity and nonproductivity. *Health Care Management Review*. 26(2): 7-19.
- Mendenhall, J. (2009). Retained Foreign Objects. **WEBINAR: Clinical Education Program**[Online]. Available from: <http://www.nursingpathways.kp.org/survey/rfo> [2010,September 10]
- Michie, S. (2002). Causes and Management of stress at work. *Occupational of Environment Medicine*. 59: 67-72.
- Pennsylvania Patient Safety Authority. (2009). Beyond The Count: Preventing Retention of Foreign Object. *Pennsylvania Patient Safety Authority Journal*. 6: 39-45.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and methods research*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Reason, J. (1999). *Human Error*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Riley, R., Manias, E., and Polglase, A. (2006). **Governing the surgical count through communication interaction: implications for patient safety**[Online]. Available from: [www.qshc.bmj.com](http://www.qshc.bmj.com) [2010, September 5]
- Saufl, N. M. (2004). Universal Protocol for Prevention Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 19(5): 348-351.
- Silen-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., and Smith, A. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 11: 21-32.

- Tourish, M., and Mulholland, J. (1997). **The Language of negotiation: a handbook of practical strategies for improving communication.** London: Routledge.
- Wachter, R. M., Foster, N. E., and Dudley. (2008). Medicare's Decision to Withhold Payment for Hospital Error: The Devil is in the Details. **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization.** 34(2): 116 – 123.
- Wang, C. F., Cipolla, J., Seamon, M. J., Lindsey, D. E., and Stawicki, S. P. (2009). Gastrointestinal complication related to retained surgical foreign bodies(RSFB): A concise review. **OPUS 12 Scientist Journal.** 3(1): 11- 18.
- Watson, D. S. (2009a). Implementing the Universal Protocol. **AORN Journal.** 90(2): 283 – 287.
- Watson, D. S. (2009b). Sentinel Events. **AORN Journal.** 90(6): 926 – 929.
- Watson, D. S. (2010). Never Events in Health Care. **AORN Journal.** 91(3): 378 – 382.
- Whelton, D., A., and Cameron, K. S. (2002). **Developing management skill.** 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall.
- World Health Organization.(WHO) (2003). **Patient Safety: reduction of adverse events Through understanding and common reporting Tools**[On line]. Available form: <http://www.who.int/patientsafety/JCAHOREport12-30June03.pdf> [2010, June 12].
- World Health Organization.(WHO) (2009). **Surgical Safety Checklist 2009 edition**[Online]. Available form: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resource/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resource/en/index.html) [2010, June 12].
- Yeatts, D. E., and Hyten, C. (1998). **High-performance self-managed work teams: a comparison of theory to practice.** California: Thousand Oaks.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนาม	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีเวียงแก้ว ตระกูลเต็งเกียรติ	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นางสาว อัญญา พันธุนารถวิริยกุล	รักษาการหัวหน้างานการพยาบาล ผ่าตัดศุนย์การแพทย์ศิริกิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. นางเพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล	หัวหน้าห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี
4. นางวัชรินทร์ ชัยมานะการ	หัวหน้างานผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี
5. นางปรียาภรณ์ บุรณการณัจน์	หัวหน้าห้องผ่าตัด ศุนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ที่ ศร 0512.11/ 0๑๑๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ มีนาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อประสิทธิภาพของงาน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

- |  |   |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีเวียงแก้ว ตระกูลเต็งเกียรติ | อาจารย์พยาบาล<br>สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ          |
| 2. นางสาวอัญญา พันธุนารถวิริยกุล                     | รักษาการหัวหน้างานการพยาบาล<br>ผ่าตัดศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ |
| 3. นางเพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล                          | รักษาการหัวหน้าห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์                         |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารมณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีเวียงแก้ว ตระกูลเต็งเกียรติ, นางสาวอัญญา พันธุนารถวิริยกุล และนางเพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158  
ชื่อนิสิต นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์ โทร. 081 - 6265766



ที่ ศร 0512.11/0700

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด
  3. แบบเสนอโครงการวิจัย
  4. เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำแก่ผู้ร่วมวิจัย
  5. หนังสือแสดงการยินยอมของอาสาสมัคร / ผู้เข้าร่วมการวิจัย
  6. หนังสือขออนุมัติศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อบริบทผลของงาน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในพยาบาลประจำการ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล จำนวน 30 คน โดยใช้โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ แผนการอบรมการพัฒนาแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด แผนการปฏิบัติงานของพยาบาลในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด แบบกำกับกรทดลอง และแบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158  
นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์ โทร. 081 - 6265766

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย เรื่อง “โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด  
ศัลยกรรม ต่อประสิทธิผลของงาน”

แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1.** โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม  
ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของโปรแกรม มี 4 องค์ประกอบ คือ

ชุดที่ 1. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการ  
ป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล  
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชุดที่ 2. แผนการอบรมการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความ  
ผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

ชุดที่ 3. แนวปฏิบัติของพยาบาลตามตำแหน่ง ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกัน  
ความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

ชุดที่ 4. คู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การนิเทศงานทางการพยาบาลผ่าตัด  
การจัดการการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลผ่าตัด การส่งเสริมให้เกิดแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน  
การแก้ไขข้อขัดแย้ง ปัญหาในการปฏิบัติงาน (อยู่ในชุดที่ 3 แนวปฏิบัติของพยาบาลตามตำแหน่ง)

**ตอนที่ 2.** แบบกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

แบบกำกับการทดลองชุดที่ 1 สังเกตพยาบาลหัวหน้าห้อง

แบบกำกับการทดลองชุดที่ 2 สังเกตพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม

**ตอนที่ 3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินในการวิจัย**

แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



## ตอนที่ 1 โปรแกรมการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด

**ชุดที่ 1** โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี”

## โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

### เรื่อง

### “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี”

#### 1. หลักการและเหตุผล

จากการที่ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) องค์การอนามัยโลก (WHO) และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พ.ร.พ.) ซึ่งเป็นองค์กรที่ควบคุมมาตรฐานงานบริการทางสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ความปลอดภัยของผู้เข้ารับบริการในสถานบริการทางสุขภาพเป็นประเด็นหลักที่ทุกโรงพยาบาลต้องกำหนดเป็นนโยบายและนำเข้าสู่การปฏิบัติอย่างมีเป้าหมาย ดังเห็นได้จากการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการบริการให้ได้มาตรฐานในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสากล International Patient Safety Goals (JCAHO, 2003) และโครงการ Thai Patient Safety Goals ในพ.ศ.2549 (WHO, 2009) เป็นการดูแลความปลอดภัยของผู้เข้ารับบริการหรือผู้ป่วย ในด้านความปลอดภัยจากการเข้ารับทำหัตถการ (S: Safe Surgery) ความปลอดภัยจากการติดเชื้อ (I: Infection Control) ความปลอดภัยในการใช้ยา (M: Medication Safety) ความปลอดภัยจากกระบวนการการดูแลรักษา (P: Patient Care Process) ความปลอดภัยจากการใช้ท่อ สายสวน ชนิดต่างๆ (L: Line, Tube, Catheter) และความปลอดภัยจากการตอบสนองในสถานการณ์ฉุกเฉิน (E: Emergency Response) (พ.ร.พ., 2551)ตามลำดับ ในส่วนงานบริการทางห้องผ่าตัด ความปลอดภัยของผู้ป่วยยังคงเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดเช่นกัน โดยมุ่งหวังให้ผู้เข้ารับบริการหายจากความเจ็บป่วย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือประสพเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด ซึ่งเหตุการณ์ที่ร้ายแรงได้แก่ การมีสิ่งของตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังทำหัตถการ และการผ่าตัดผิดคน การผ่าตัดผิดข้าง และการผ่าตัดผิดชนิดการผ่าตัด การที่มีของตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด มีสาเหตุพบมาก 3 ลำดับแรกได้แก่ การติดต่อสื่อสารในทีมที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนบุคลากรในการปฏิบัติงาน การตรวจสอบขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Baker et al, 2007) และการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดประเภทของการผ่าตัด มีสาเหตุที่พบมากที่สุดมาจาก ระบบการทำเครื่องหมายบนอวัยวะของผู้ป่วย (Kwaan et al, 2006) จากเหตุการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความขัดแย้ง ความผิดพลาดในระหว่างการปฏิบัติงาน

ระหว่างบุคลากร สามารถส่งผลต่อประสิทธิผลของงานที่มุ่งเน้นการไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัด และยังเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ถูกฟ้องร้องได้ และอาจมีความผิดตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในมาตราที่ 41 และในมาตราที่ 59 ดังนั้นการพัฒนาการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดจึงเป็นการพัฒนาคุณภาพของงานบริการอย่างต่อเนื่องและมีความสำคัญ อีกทั้งยังสามารถส่งผลถึงประสิทธิผลของงานจากการทำงานที่บรรลุผลของงานตามเป้าหมาย เพื่อผลประโยชน์สูงสุดของผู้เข้ารับบริการ

ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้บริการในการตรวจพิเศษเฉพาะทาง และการผ่าตัดรักษาด้วยเครื่องมือที่มีความทันสมัย และเทคโนโลยีขั้นสูงที่มีความซับซ้อนในทุกสาขา ยกตัวอย่างได้แก่ การผ่าตัดชนิดแผลเล็ก การผ่าตัดผ่านกล้อง เป็นต้น การให้บริการเป็นไปอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ทั้งในสถานการณปกติ และในสถานการณฉุกเฉิน อีกทั้งศัลยแพทย์มีความเชี่ยวชาญมากขึ้นเป็นลำดับ จากสถิติของห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะมีแนวโน้มของผู้ใช้บริการเพิ่มสูงขึ้น และการให้บริการของห้องผ่าตัดศัลยกรรมเป็นการบริการครอบคลุมในงานผ่าตัดของศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร ศัลยกรรมระบบท่อน้ำดีและตับ ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมตกแต่ง และมีจำนวนห้องผ่าตัด 13 ห้อง จากข้อมูลดังกล่าวงานบริการผู้ป่วยผ่าตัดจึงมีความจำเป็นต้องมีพยาบาลที่มีความสามารถสูง สามารถใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ได้อย่างถูกต้องและชำนาญ ต้องมีความสามารถและทักษะพิเศษที่เกี่ยวกับเหตุการณ์แต่ละชนิด ในขณะเดียวกันต้องดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด (AORN, 2009; เรณู อาจสาโล, 2550) จากการรวบรวมข้อมูลของห้องผ่าตัดศัลยกรรมในปี 2554 พบเหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) ถึง 3 ครั้ง (ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2554) ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน ดังนั้นหน่วยงานต้องมีการพัฒนาระบบการปฏิบัติงาน และความสามารถในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด เป็นการเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยมากขึ้นตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่าการทำงานในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ตามแนวทางการปฏิบัติงานของ WHO (2009) และ AORN (2009) ร่วมกับการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ของ Chen, Donahae, and Klimoski (2004 Cited in Kinicki, and Kreitner, 2008) เป็นระบบที่เสริมสร้างการปฏิบัติงานของสมาชิกแต่ละคนในทีม ผู้วิจัยจึงบูรณาการรูปแบบ

การปฏิบัติงานเป็นทีมในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด และนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมพยาบาลผ่าตัดที่มีการจำแนกหน้าที่ของบุคลากรในทีมอย่างชัดเจนตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด เพื่อให้การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาในห้องผ่าตัด สามารถส่งผลถึงการบรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลผ่าตัด และสมาชิกในทีมมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานดังกล่าว

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานการพยาบาลผ่าตัดในการป้องกันความผิดพลาดทุกประเภทในห้องผ่าตัด
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำรูปแบบการปฏิบัติงานเป็นทีมในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด มาใช้ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
3. เพื่อจัดระบบการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด ให้เป็นการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## 3. ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์ นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

## 4. ผู้เข้าร่วมโครงการ

พยาบาลประจำห้องผ่าตัดศัลยกรรม งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 คน

## 5. กำหนดการจัดอบรม

จัดอบรม วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2555 เวลา 8.00 – 16.00 น.

## 6. สถานที่จัดการอบรม

ห้องประชุมสดศรี มาลินนท์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

## 7. วิธีดำเนินการอบรม และสื่อการอบรม

- |             |                           |
|-------------|---------------------------|
| วิธีการอบรม | 1. การบรรยาย              |
|             | 2. ประชุมกลุ่ม และปฏิบัติ |
| สื่อการอบรม | 1. เครื่องฉาย LCD         |
|             | 2. คอมพิวเตอร์            |

## 8. งบประมาณ

1. ค่าเอกสาร 35 ชุด	= 600 บาท
2. ค่าอาหารว่าง 2 มื้อ มื้อละ 40 บาท จำนวน 38 คน	= 3,040 บาท
3. ค่าอาหารกลางวัน 1 มื้อ มื้อละ 150 บาท จำนวน 38 คน	= 5,700 บาท
4. ค่าเบ็ดเตล็ด	= 2,500 บาท
รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น	= 11,840 บาท

## 9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานการพยาบาลผ่าตัดในการป้องกันความผิดพลาดทุกประเภทในห้องผ่าตัด

## 10. การประเมินผลโครงการ

1. สังเกตจากความสนใจในการเข้าร่วมอบรมของพยาบาล
2. การมีส่วนร่วมในการอภิปราย และแสดงความคิดเห็นของพยาบาล

**กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ**  
**เรื่อง**  
**“การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด**  
**ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี”**  
**วันที่ 23 มิถุนายน 2555**  
**ห้องประชุมสตรี มาลินนท์ โรงพยาบาลรามาธิบดี**

**ภาคเช้า**

08.00 - 08.30 น.	ลงทะเบียนและรับเอกสาร
08.30 - 08.40 น.	เปิดการอบรม
08.40 - 10.00 น.	แนวคิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ และแนวคิดการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด
10.00 – 10.15 น.	พัก รับประทานอาหารว่าง
10.15 – 12.00 น.	นำเสนอรูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด
12.00 – 13.00 น.	พัก รับประทานอาหารกลางวัน

**ภาคบ่าย**

13.00 – 14.00 น.	ระดมสมองในการสร้างและพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด
14.00 – 14.15 น.	พัก รับประทานอาหารว่าง
14-15 – 15.30 น.	ระดมสมองในการสร้างและพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด (ต่อ)
15.30 – 16.00 น.	รวบรวมข้อเสนอแนะ และสรุปแนวทางการปฏิบัติงานตามรูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

**ปิดการประชุม**

**ชุดที่ 2** แผนการอบรมแผนการอบรมการพัฒนา รูปแบบการปฏิบัติงาน  
ในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

### แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ

<b>วิธีการอบรม</b>	การบรรยาย การอภิปราย และการประชุมกลุ่ม
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	นางสาวรุ่งสวรรณ สุวัฒน์โน
<b>ผู้รับการอบรม</b>	พยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 30 คน
<b>สถานที่</b>	ห้องประชุมสตรี มาลินนท์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี วันที่ 23 มิถุนายน 2555 เวลา 08.00 – 16.00 น.

### วัตถุประสงค์ของการอบรม

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
3. เพื่อร่วมกันสร้าง และพัฒนาระบบการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดในการป้องกันความผิดพลาดในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์



**แผนการอบรมการพัฒนา รูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด  
ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเข้าใจที่ตรงกันของผู้เข้าอบรม และทราบวัตถุประสงค์ของการอบรม</p> <p>- ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญ.....</p> <p>.....</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้เข้ารับการอบรมทุกคน แนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม</p> <p><b>วัตถุประสงค์ของการอบรมในครั้งนี้</b></p> <p>1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p> <p><b>บทนำ</b></p> <p>ผู้วิจัยกล่าวนำเกี่ยวกับห้องผ่าตัดศัลยกรรมโรงพยาบาลรามาธิบดี และความสำคัญของการบริการความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยผ่าตัดในทุกกระยะ งานบริการผู้ป่วยผ่าตัดมีความต้องการพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่มีความสามารถและทักษะพิเศษในหัตถการแต่ละชนิด แต่ในปัจจุบันความชำนาญและประสบการณ์ของพยาบาลผ่าตัดยังไม่เท่าเทียมกัน.....</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร</p> <p>- ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการอบรมทราบถึงวัตถุประสงค์ของการอบรม</p> <p>- การบรรยาย</p>	<p>- Power Point</p> <p>- เอกสารประกอบ</p> <p>การอบรม</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>- ผู้เข้าอบรมสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ของการอบรมได้</p> <p>- ความสนใจของผู้เข้าอบรม</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- ผู้เข้าอบรม ตระหนักถึง อันตรายของ เหตุการณ์ที่ไม่พึง ประสงค์</p>	<p><b>เนื้อหา</b> <b>เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการใน ห้องผ่าตัด</b> จากข้อมูลของ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ในการประชุม The National Quality Forum's List of 28 จากการแบ่งเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ 28 รายการใน 6 ประเภท ในส่วนของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทาง ศัลยกรรมมี 5 รายการ (JCAHO, 2008) ดังนี้..... จากการศึกษา ค้นคว้ารายงานการวิจัยในเรื่องเหตุการณ์ที่ไม่พึง ประสงค์ในห้องผ่าตัด ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก เป็น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในเรื่อง การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง การผ่าตัด ผิดชนิดของการผ่าตัด กลุ่มที่สอง เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใน เรื่อง การมีสิ่งตกค้างในร่างกายหลังการได้รับการผ่าตัด <b>1.เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง การ ผ่าตัดผิดชนิดการผ่าตัด</b> - การแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าว จากการศึกษารายงานของ Kwaan et al (2006).....</p>	<p>- วิทยากรผู้เข้ารับการ อบรม 2-3 คน ถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ..... - วิทยากรผู้เข้ารับการ อบรม 2-3 คน ถึง วัตถุประสงค์ของการ ป้องกันความผิดพลาด .....</p>	<p>- Power Point - เอกสารการ อบรม</p>	<p>- ผู้เข้าอบรม สามารถบอกถึง อันตรายของ เหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าว จากการศึกษาของ Baker et al (2007).....</li> <li>- การแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าว จากการศึกษาของ Watcher, Foster,and Dudley (2008).....</li> <li>- การแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าว จากการศึกษาของ Watson (2009).....</li> <li>- การแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าว จากการศึกษาของCima et al (2007).....</li> </ul> <p><b>2.เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในการเกิดสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย หลังได้รับการผ่าตัด</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าว จากการศึกษาของ Baker et al (2007).....</li> <li>- การแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าว จากการศึกษาของ Pennsylvania Patient Safety Authority (2009).....</li> <li>- การแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าว จากการศึกษาของ Camazine (2005).....</li> </ul>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- อธิบายขั้นตอนของการปฏิบัติในความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวทางของ WHO, AORN</p>	<p>จากมาตรฐานการปฏิบัติงาน WHO โดยจัดทำรายการตรวจสอบเพื่อการผ่าตัดที่ปลอดภัย Surgical Safety Checklist</p> <p>.....</p> <p>AORN ได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานในความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยตลอดในทุกะยะของการผ่าตัด.....</p>	<p>- การบรรยาย</p> <p>- วิทยากรกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการอบรมแสดงความคิดเห็น</p>	<p>- Power Point</p> <p>- เอกสารการอบรม.....</p> <p>.....</p>	<p>- ผู้เข้าร่วมการอบรมสามารถบอกถึงการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยตามแนวทางของ WHO, AORN</p>
<p>- ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัด</p>	<p><b>ผู้วิจัยนำเสนอ</b></p> <p>ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัด และพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัดดังนี้</p> <p>- เจ้าหน้าที่ห้องรับส่งผู้ป่วยของห้องผ่าตัด ทำการตรวจสอบความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย.....</p> <p>- เจ้าหน้าที่ห้องรอผ่าตัด พยาบาลตรวจทวนข้อมูลของผู้ป่วยด้วย</p>	<p>- นำเสนอร่างรูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัด</p> <p>- เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมร่วมกันแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ</p>	<p>- Power Point</p> <p>- เอกสารตัวอย่าง Flow chart ของโปรแกรมการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด</p>	<p>- ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันให้ข้อคิดเห็นเพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ใน</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำรูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาด.....</p>	<p>คำถามปลายเปิดในความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง.....</p> <p>- เจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัดแต่ละห้องมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน โดยหัวหน้าห้อง.....</p> <p><b>ผู้วิจัยยกตัวอย่างในกรณีศึกษา</b></p> <p>ผู้วิจัยจัดกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมออกเป็น 3 กลุ่ม ตามระยะของการพยาบาลผ่าตัด โดยยกตัวอย่างกรณีศึกษา.....</p> <p>ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันระดมสมองเพื่อปรับรูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น การปฏิบัติหน้าที่ตามตำแหน่ง หน้าที่ ตามขั้นตอนที่รับผิดชอบในการพยาบาลผ่าตัดในแต่ละช่วงอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ.....</p>	<p>- กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมแสดงความคิดเห็นในการปรับรูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด</p>	<p>- Power Point</p> <p>- เอกสาร</p> <p>ตัวอย่างของโปรแกรมการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด</p>	<p>- ผู้เข้าอบรมสามารถนำรูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดร่วมกัน</p>

**ชุดที่ 3** แนวปฏิบัติของพยาบาลตามตำแหน่ง ในการทำงานเป็นทีม  
เพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

**แนวปฏิบัติงานของ พยาบาลห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5-สัปดาห์ สุดท้ายของการ ปฏิบัติงาน
จุดมุ่งหมาย	ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการผ่าตัดผิดคน ผ่าตัดผิดข้าง ผ่าตัดผิดชนิดการผ่าตัด				
กิจกรรม	พยาบาลสอบถามข้อมูลชื่อ นามสกุล และวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย โรคประจำตัว การแพ้ยา และตรวจสอบ ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ความสมบูรณ์ของใบขอความยินยอมผ่าตัด เครื่องหมายบนอวัยวะที่จะได้รับการทำหัตถการ				
การฝึกสอนและ การตรวจสอบ	- พยาบาลอาวุโส อธิบายขั้นตอนการ ทำงาน.....  - พยาบาลอาวุโสเป็นพี่ เลี้ยง.....	- พยาบาลอาวุโส ทวน โดยละเอียด.....  - พยาบาลอาวุโสเป็นพี่ เลี้ยง.....	- พยาบาลอาวุโส ทวน สอบขั้นตอนการทำงาน .....	- พยาบาลอาวุโส ร่วม กัน.....  -พยาบาลอาวุโสให้ ความช่วยเหลือ.....	- พยาบาลอาวุโส รับ ฟังขั้นตอน.....  -พยาบาลอาวุโสให้ คำปรึกษา
การขอคำปรึกษา	แพทย์ประจำบ้าน กรณีข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วนในการเข้าทำหัตถการ พยาบาลอาวุโส เมื่อพบข้อขัดข้องในการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ประจำบ้าน				

แนวปฏิบัติงานของ พยาบาลห้องรผ่าตัด ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กิจกรรม/วันที่ปฏิบัติงานของพยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์สุดท้ายของการปฏิบัติงาน
จุดมุ่งหมาย	ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการผ่าตัดผิดคน ผ่าตัดผิดข้าง ผ่าตัดผิดชนิดการผ่าตัด				
กิจกรรม	พยาบาลทวนสอบชื่อนามสกุล วันเดือนปีเกิดของผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกันกับเวชระเบียนและป้ายชื่อมือ โรคประจำตัว การแพ้ยา และตรวจสอบ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความสมบูรณ์ของใบขอความยินยอมผ่าตัด เครื่องหมายบนอวัยวะที่จะเข้ารับการผ่าตัด หัตถการ				
การฝึกสอนและการตรวจสอบ	- พยาบาลอาวุโส อธิบายขั้นตอน..... ..... - พยาบาลอาวุโสเป็นผู้เลี้ยง.....	-พยาบาลอาวุโส ทวน โดยละเอียด..... ..... - พยาบาลอาวุโสเป็นผู้เลี้ยง.....	-พยาบาลอาวุโส ทวน ขั้นตอน..... ..... -พยาบาลอาวุโสเป็นผู้เลี้ยง.....	-พยาบาลอาวุโส ร่วม กัน..... ..... -พยาบาลอาวุโสให้ ความช่วยเหลือ.....	-พยาบาลอาวุโส รับฟัง ขั้นตอน..... ..... -พยาบาลอาวุโสให้ คำปรึกษา.....
การขอคำปรึกษา	แพทย์ประจำบ้าน (กรณีมีปัญหา เช่น ยังไม่ได้ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะรับทำหัตถการบนร่างกายของผู้ป่วย)				



แนวปฏิบัติงานของ พยาบาลหัวหน้าห้อง ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กิจกรรม/วันที่ปฏิบัติงานของพยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์สุดท้ายของการปฏิบัติงาน
จุดมุ่งหมาย	- ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดชนิดการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการปกป้องและไม่มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังการผ่าตัด - ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างถูกต้อง ทันท่วงที ด้วยความมั่นใจ				
กิจกรรม	- การเรียน การสอนงาน..... - การเตรียมความพร้อม..... - การแจกแจงหน้าที่..... - การจัดเตรียมเครื่องมือผ้า..... - เข้าร่วมตรวจสอบ.....	- การเรียน การสอนงาน..... - การเตรียมความพร้อม..... - การแจกแจงหน้าที่..... - การจัดเตรียมเครื่องมือผ้า..... - เข้าร่วมตรวจสอบ.....	- การเรียน การสอนงานที่ไม่เคย..... - การเตรียมความพร้อม..... - การแจกแจงหน้าที่..... - การจัดเตรียมเครื่องมือผ้า..... - เข้าร่วมตรวจสอบ.....	- การเรียน การสอนงานที่ยังไม่เคย..... - การเตรียมความพร้อม..... - การแจกแจงหน้าที่..... - การจัดเตรียมเครื่องมือผ้า..... - เข้าร่วมตรวจสอบ.....	- การเรียน การสอนงานสอบถาม..... - การเตรียมความพร้อม..... - การแจกแจงหน้าที่..... - การจัดเตรียมเครื่องมือผ้า..... - เข้าร่วมตรวจสอบ.....

กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ สุดท้ายของ การปฏิบัติงาน
กิจกรรม (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วมและตรวจสอบ การขอหยุดเวลา.....</li> <li>- เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่ .....</li> <li>- เป็นผู้นับ และ รายงานผล.....</li> <li>- เป็นผู้ร่วมทวนสอบ .....</li> <li>- เป็นผู้ให้กำลังใจ .....</li> <li>- หลังจากเสร็จสิ้นการ ทำหัตถการ.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วม และตรวจสอบ การขอหยุดเวลา.....</li> <li>- เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่ .....</li> <li>- เป็นผู้ช่วยนับ และ รายงานผล.....</li> <li>- เป็นผู้ร่วมทวนสอบ.....</li> <li>- เป็นผู้ให้กำลังใจ.....</li> <li>- หลังจากเสร็จสิ้นการ ทำหัตถการ.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วม และตรวจสอบ การขอหยุดเวลา.....</li> <li>- เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่ โดยเป็นผู้ช่วย.....</li> <li>- เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีที่เกิดข้อขัดข้อง .....</li> <li>- เป็นผู้ร่วมทวนสอบ.....</li> <li>- เป็นผู้ให้กำลังใจ.....</li> <li>- หลังจากเสร็จสิ้นการ ทำหัตถการ.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วม และตรวจสอบ การขอหยุดเวลา.....</li> <li>- สังเกตการณ์อย่าง ใกล้ชิด.....</li> <li>- เป็นผู้ช่วยเหลือในการ แก้ไขเหตุขัดข้อง.....</li> <li>- เป็นผู้ร่วมทวนสอบ.....</li> <li>- เป็นผู้ให้กำลังใจ.....</li> <li>- หลังจากเสร็จสิ้นการ ทำหัตถการ.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วม และตรวจสอบ การขอหยุดเวลา.....</li> <li>- สังเกตการณ์อย่าง ใกล้ชิด.....</li> <li>- เป็นผู้ช่วยเหลือในการ แก้ไขเหตุขัดข้อง.....</li> <li>- เป็นผู้ร่วมทวนสอบ.....</li> <li>- เป็นผู้ให้กำลังใจ.....</li> <li>- หลังจากเสร็จสิ้นการ ทำหัตถการ.....</li> </ul>

กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ สุดท้ายของ การปฏิบัติงาน
การขอคำปรึกษา	<p>-ทีมศัลยแพทย์ ในการขอเวลาเพื่อตรวจสอบรายการของที่ใช้ในการทำหัตถการ (เป็นกรณีพิเศษ)</p> <p>-ทีมศัลยแพทย์ (กรณีมีปัญหา)</p> <p>-พยาบาลหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัด (กรณีมีปัญหาในเวลาราชการ)</p> <p>-หัวหน้าเวรนอกเวลาราชการห้องผ่าตัดศัลยกรรม (กรณีมีปัญหานอกเวลาราชการ)</p>				

แนวปฏิบัติงานของ พยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละห้อง ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ สุดท้ายของ การปฏิบัติงาน
จุดมุ่งหมาย	ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดชนิดการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการปกป้องและไม่มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลัง การผ่าตัด ผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างถูกต้อง ทันเวลา ด้วยความมั่นใจ				
กิจกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเข้าร่วมการเรียนการสอน.....</li> <li>- พยาบาลเข้าร่วมการขอเวลานอก (Time Out) .....</li> <li>- ทีมพยาบาลผ่าตัดปฏิบัติการตรวจนับ.....</li> <li>- การแจ้งทวนในข้อมูล.....</li> <li>- การแจ้งข้อมูลที่สำคัญ.....</li> </ul>				
การฝึกสอนและ การตรวจสอบ	- พยาบาลหัวหน้าห้อง อธิบายขั้นตอนการทำ หัตถการ.....  -พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้มอบหมายหน้าที่ .....	- พยาบาลหัวหน้าห้อง อธิบายขั้นตอนการทำ หัตถการ.....  -พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้มอบหมายหน้าที่ .....	- พยาบาลหัวหน้าห้อง อธิบายขั้นตอนอย่างสั้น .....  -พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้มอบหมายหน้าที่ .....	- พยาบาลหัวหน้าห้อง ซักถามขั้นตอนการทำ หัตถการ.....  -พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้มอบหมายหน้าที่ .....	- พยาบาลหัวหน้าห้อง ร่วมกับสมาชิกอธิบาย ขั้นตอน.....  -พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้มอบหมายหน้าที่ .....

กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์สุดท้ายของ การปฏิบัติงาน
การขอคำปรึกษา	<p>-ทีมศัลยแพทย์ ในการขอเวลาเพื่อตรวจสอบรายการของที่ใช้ในการทำหัตถการ (เป็นกรณีพิเศษ)</p> <p>-ทีมศัลยแพทย์ (กรณีมีปัญหา)</p> <p>-พยาบาลหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัด (กรณีมีปัญหาในเวลาราชการ)</p> <p>-หัวหน้าเวรนอกเวลาราชการห้องผ่าตัดศัลยกรรม (กรณีมีปัญหานอกเวลาราชการ)</p>				

**ชุดที่ 4** คู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด  
ศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



## คู่มือ

การทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาด  
ในห้องผ่าตัดศัลยกรรม



สำหรับ  
พยาบาล ห้องผ่าตัดศัลยกรรม  
โรงพยาบาลรามธิบดี

## คำนำ

คู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรทีมพยาบาลผ่าตัด เพื่อใช้ในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดรักษาในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรายละเอียดของคู่มือนี้ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ในการปฏิบัติงานในทุกกระยะของการพยาบาลผ่าตัด โดยนำหลักการและแนวคิดการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดของ AORN, WHO, Kwaan et al และ Baker et al มาประยุกต์ในการปฏิบัติงานจริง รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทพยาบาลในห้องผ่าตัด

ดังนั้น คู่มือที่จัดทำขึ้นนี้จึงเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด โดยการดำเนินงานนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการแจกแจงหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในแต่ละภาคส่วน อีกทั้งยังส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ ส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนเพิ่มมากขึ้น

รุ่งสวรรค์ สุวัฒน์โน

ผู้วิจัย



## การทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

### ความสำคัญของการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิ ให้บริการในงานบริการผู้ป่วยผ่าตัดในการตรวจพิเศษเฉพาะทาง และใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีความซับซ้อน ตลอด 24 ชั่วโมง ครอบคลุมงานผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด ศัลยกรรมระบบสืบสาวะ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมเด็ก และศัลยกรรมตกแต่ง โดยมีความมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย ได้รับความปลอดภัยสูงสุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด และจากการที่ ศัลยแพทย์มีความเชี่ยวชาญมาก ส่งผลต่องานบริการผู้ป่วยผ่าตัด กล่าวคือ พยาบาลผ่าตัดต้องมีความสามารถและทักษะพิเศษที่เกี่ยวกับหัตถการแต่ละชนิด อีกทั้งพยาบาลมีความชำนาญและประสบการณ์ไม่เท่าเทียมกัน ก่อให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน สามารถส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของงาน

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ (Chen, Donahue, and Kowalski, 2004 Cited in Kinicki, and Kreitner, 2008) และแนวคิดการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด (WHO, 2009 ; AORN, 2009 ) มาพัฒนา ปรับปรุงการปฏิบัติงานการพยาบาลผ่าตัด ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในห้องผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ซึ่งเป็นการบรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติงาน และทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น และผู้ที่ใช้คู่มือนี้ ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

### แนวคิดและหลักการการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ และการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด

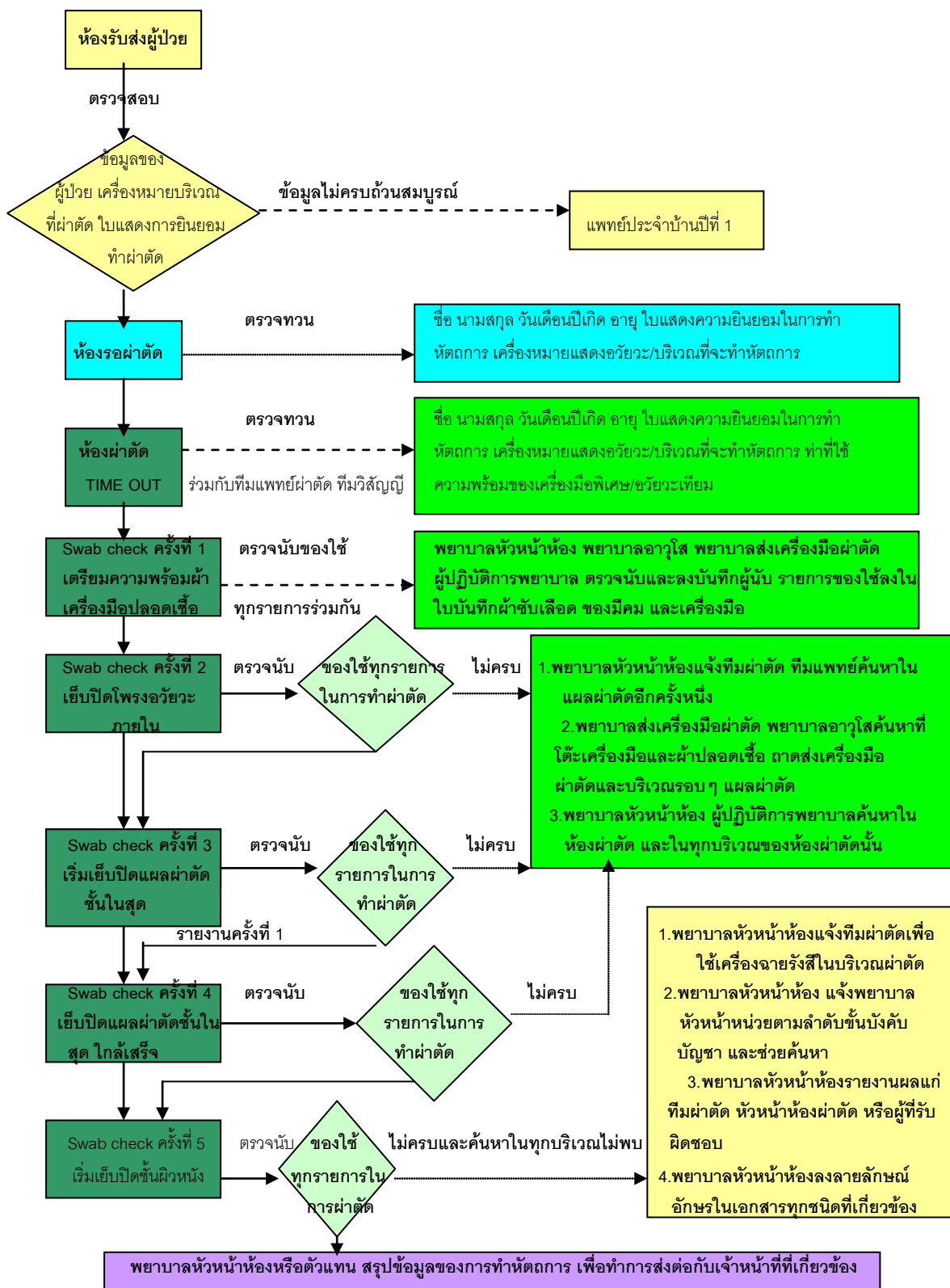
การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพนั้นเป็นระบบที่เสริมสร้างคุณภาพการปฏิบัติงานของสมาชิกแต่ละบุคคลในทีมในการทำหัตถการต่างๆ เป็นการนำผลของการอบรม ผลการประชุม ในการจัดทำแผนการปฏิบัติงานที่มีความทันสมัยจากการค้นคว้าความรู้ โดยก่อให้เกิดการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานให้ทันต่อหัตถการใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น มีการนำขั้นตอนของการป้องกันความผิดพลาดจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมไปถึงการปฏิบัติงานในทุกขั้นตอนของการผ่าตัด เริ่มที่ห้องรับส่งผู้ป่วยในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้างอวัยวะ ผิดชนิดของการผ่าตัด ห้องผ่าตัดมีการทวนสอบข้อมูลทั้งหมด ร่วมกับทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี รวมถึงการปฏิบัติการป้องกัน

ไม่ให้มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน โดยจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยอย่างสูงสุดตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด นอกจากนี้ระบบ ยังมีการเพิ่มความรู้ในขั้นตอนการทำหัตถการให้แก่บุคลากรในทีมจากพยาบาลหัวหน้าห้อง และพยาบาลหัวหน้าห้องยังปฏิบัติหน้าที่ในการประสานและเชื่อมโยงในการปฏิบัติงานของบุคลากรใน ทีมพยาบาลผ่าตัด พยาบาลหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อร่วมวางแผนการปฏิบัติงาน และแก้ไขข้อขัดข้องที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติงานดังกล่าว สามารถส่งผลให้ประสิทธิผลของงาน จากการบรรลุเป้าหมาย โดยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัด และสมาชิกในทีมมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

### **การปฏิบัติตามกระบวนการทำงาน (Work Flow Chart หน้า 145 )**

การนำรูปแบบการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมมาใช้ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมผ่าตัด ประกอบด้วย ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และทีมพยาบาลผ่าตัด เป็นการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการผ่าตัด ในภาคส่วนของการพยาบาล ผ่าตัดนั้น การปฏิบัติงานของทีมพยาบาลผ่าตัด จะมีการจำแนกหน้าที่ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน อย่างชัดเจน ตามแผนของกระบวนการปฏิบัติงาน (Work Flow Chart) ซึ่งทีมพยาบาลผ่าตัดเป็นผู้ จัดสร้างขึ้น อีกทั้งมีแนวทางการประสานงานในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด เพื่อให้ ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างสูงสุด ครอบคลุม รวดเร็ว ทันเวลา และปลอดภัยจากสภาวะแทรกซ้อน ดังแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงานตามแผนภาพ ดังนี้

การทำงานของโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด



โดยรายละเอียดของแนวปฏิบัติของพยาบาลหัวหน้าห้องผู้นิเทศน์ และพยาบาล  
ปฏิบัติการ (พยาบาลอาวุโสและพยาบาลฝึกหัด) แยกตามพื้นที่แต่ละส่วนของห้องผ่าตัด รวมถึง  
รายละเอียดของหน้าที่ การปฏิบัติงานตามตำแหน่งความรับผิดชอบ ของการปฏิบัติงานตามพื้นที่  
แต่ละส่วนของห้องผ่าตัด ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

แนวปฏิบัติของ พยาบาลห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5-สัปดาห์ สุดท้ายของการ ปฏิบัติงาน
จุดมุ่งหมาย	ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการผ่าตัดผิดคน ผ่าตัดผิดข้าง ผ่าตัดผิดชนิดการผ่าตัด				
กิจกรรม	พยาบาลสอบถามข้อมูลชื่อ นามสกุล และวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย โรคประจำตัว การแพ้ยา และตรวจจสอบ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความสมบูรณ์ของใบขอความยินยอมผ่าตัด เครื่องหมายบนอวัยวะที่จะเข้ารับการผ่าตัด				
การฝึกสอนและ การตรวจจสอบ	- พยาบาลอาวุโส อธิบาย.....  - พยาบาลอาวุโสเป็นพี่ เลี้ยง.....	- พยาบาลอาวุโส ทวน โดยละเอียด.....  - พยาบาลอาวุโสเป็นพี่ เลี้ยง.....	- พยาบาลอาวุโส ทวน สอบ.....  - พยาบาลอาวุโสเป็นพี่ เลี้ยง.....	- พยาบาลอาวุโส ร่วม กัน.....  - พยาบาลอาวุโสให้ ความช่วยเหลือ.....	- พยาบาลอาวุโส รับฟัง ขั้นตอน.....  - พยาบาลอาวุโสให้ คำปรึกษา.....
การขอคำปรึกษา	แพทย์ประจำบ้าน กรณีข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วนในการเข้าทำหัตถการ				
	พยาบาลอาวุโส เมื่อพบข้อขัดข้องในการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ประจำบ้าน				

ตารางแสดงหน้าที่ของพยาบาลแบ่งตามสถานที่ที่รับผิดชอบ

สถานที่ปฏิบัติงาน	พยาบาล
ห้องรับส่งผู้ป่วย	1. ตรวจสอบชื่อ นามสกุล ..... 2. ตรวจสอบ..... 3. สอบถาม..... 4. ประสานงาน..... 5. ส่งต่อข้อมูล.....

**บทบาทของพยาบาล เพื่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ห้อง รับ-ส่งผู้ป่วย จากตารางหน้า 147 – 148 แสดงรายละเอียดของกรปฏิบัติงาน ดังต่อไปนี้**

1. ทีมพยาบาล ประกอบด้วย

1.1 พยาบาลอาวุโส

1.1.1 เป็นผู้ตรวจสอบของมูลเฉพาะเจาะจง.....

.....

1.1.2 เป็นผู้ติดต่อประสานงาน.....

.....

1.1.3 เป็นผู้ประสานงาน และส่งต่อ.....

1.1.4 เป็นผู้อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงาน.....

.....

1.1.5 เป็นพี่เลี้ยง.....

1.2 พยาบาลฝึกหัด

1.2.1 เป็นผู้เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติงาน.....

1.2.2 เป็นผู้ปฏิบัติงาน.....

แนวปฏิบัติของ พยาบาลห้องรผ่าตัด ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

คณะแพทย์โรงพยาบาลรามารัตินิติ

กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ สุดท้ายของ การปฏิบัติงาน
จุดมุ่งหมาย	ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการผ่าตัดผิดคน ผ่าตัดผิดข้าง ผ่าตัดผิดชนิดการผ่าตัด				
กิจกรรม	พยาบาลทวนสอบชื่อนามสกุล .....				
การฝึกสอนและ การตรวจสอบ	- พยาบาลอาวุโส อธิบายขั้นตอน.....  - พยาบาลอาวุโสเป็นที่ เลี้ยง.....  - พยาบาลฝึกหัดเรียนรู้ .....	-พยาบาลอาวุโส ทวน โดยละเอียด.....  - พยาบาลอาวุโสเป็นที่ เลี้ยง.....  - พยาบาลฝึกหัดเริ่มฝึก .....	-พยาบาลอาวุโส ทวน ขั้นตอน.....  -พยาบาลอาวุโสเป็นที่ เลี้ยง.....  - พยาบาลฝึกหัด ปฏิบัติงาน.....	-พยาบาลอาวุโส ร่วม กัน.....  -พยาบาลอาวุโส.....  - พยาบาลฝึกหัด ปฏิบัติงาน.....	-พยาบาลอาวุโส รับฟัง .....  -พยาบาลอาวุโสให้ คำปรึกษา.....  - พยาบาลฝึกหัด ปฏิบัติงาน.....
การขอคำปรึกษา	แพทย์ประจำบ้าน (กรณีมีปัญหา เช่น ยังไม่ได้ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะรับทำหัตถการบนร่างกายของผู้ป่วย)				



ตารางแสดงหน้าที่ของพยาบาลแบ่งตามสถานที่ที่รับผิดชอบ

สถานที่ปฏิบัติงาน	พยาบาล
ห้องรพำตัด	1. ทวนสอบ..... 2. ตรวจสอบ..... 3. สอบถาม..... 4. จัดทำป้าย..... 5. ประสานงาน.....

**บทบาทของพยาบาล เพื่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ห้องรพำตัด** จากตารางหน้า 150 – 151  
แสดงรายละเอียดของกรปฏิบัติงาน ดังต่อไปนี้

1. ทีมพยาบาล ประกอบด้วย

1.1 พยาบาลอาวุโส

1.1.1 เป็นผู้ทวนสอบของข้อมูลเฉพาะเจาะจง.....

.....

1.1.2 เป็นผู้จัดทำป้าย.....

1.1.3 เป็นผู้ประสานงาน.....

1.1.4 เป็นพี่เลี้ยง.....

1.2 พยาบาลฝึกหัด

1.2.1 เป็นผู้เรียนรู้.....

1.2.2 เป็นผู้ร่วมจัดทำ.....

1.2.3 เป็นผู้ประสานงาน.....

.....

1.2.4 เป็นผู้ปฏิบัติงาน.....

ตารางแสดงหน้าที่ของพยาบาลแบ่งตามตำแหน่งและพื้นที่ ที่รับผิดชอบ

สถานที่ปฏิบัติงาน	พยาบาลหัวหน้าห้อง	พยาบาลช่วยทั่วไป	พยาบาลส่งผ่าตัด
ห้องผ่าตัด	1.ประสานงาน..... 2.สอนงานและแบ่งหน้าที่..... 3.ตรวจสอบความพร้อม..... 4.ขอหยุดเวลา(Time Out)..... 5.ร่วมนับ..... 6.สังเกตการปฏิบัติงาน..... 7.ร่วมนับเครื่องใช้ทุกชนิด..... 8 ..... 9 ..... 10 ..... 11 .....	1.ร่วมเตรียมความพร้อม..... 2.รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด..... 3.ปฏิบัติขอหยุดเวลา(Time out)..... 4.เข้าช่วยเหลือพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด.... 5.ร่วมนับเครื่องใช้ทุกชนิด..... 6. .... 7 ..... 8 ..... 9 .....	1.ร่วมเตรียมความพร้อม..... 2.ร่วมปฏิบัติขอหยุดเวลา(Time Out)..... 3.ปฏิบัติหน้าที่..... 4.นับเครื่องใช้ทุกชนิด..... 5. .... 6. .... 7 ..... 8 .....

แนวปฏิบัติของ พยาบาลหัวหน้าห้อง ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ สุดท้ายของ การปฏิบัติงาน
จุดมุ่งหมาย	- ผู้ป่วยได้รับการปกป้อง..... - ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามหน้าที่.....				
กิจกรรม	- การเรียน การสอน งาน..... - การเตรียมความพร้อม..... - การแจกแจงหน้าที่..... ..... - การจัดเตรียมเครื่อง ผ้า..... - เข้าร่วมตรวจสอบ .....	- การเรียน การสอนงาน ..... - การเตรียมความพร้อม ..... - การแจกแจงหน้าที่..... ..... - การจัดเตรียมเครื่องผ้า ..... - เข้าร่วมตรวจสอบ .....	- การเรียน การสอนงาน ..... - การเตรียมความพร้อม ..... - การแจกแจงหน้าที่..... ..... - การจัดเตรียมเครื่องผ้า ..... - เข้าร่วมตรวจสอบ .....	- การเรียน การสอนงาน ..... - การเตรียมความพร้อม ..... - การแจกแจงหน้าที่..... ..... - การจัดเตรียมเครื่องผ้า ..... - เข้าร่วมตรวจสอบ .....	- การเรียน การสอนงาน สอบถาม..... - การเตรียมความพร้อม ..... - การแจกแจงหน้าที่..... ..... - การจัดเตรียมเครื่องผ้า ..... - เข้าร่วมตรวจสอบ .....

กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ สุดท้ายของ การปฏิบัติงาน
กิจกรรม (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วมและตรวจสอบ</li> <li>การขอหยุดเวลา.....</li> <li>- เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่</li> <li>.....</li> <li>- เป็นผู้นับ และรายงาน</li> <li>ผล.....</li> <li>- เป็นผู้ร่วมทวนสอบ</li> <li>.....</li> <li>- เป็นผู้ให้กำลังใจ.....</li> <li>- หลังจากเสร็จสิ้นการ</li> <li>ทำหัตถการ.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วม และตรวจสอบ</li> <li>การขอหยุดเวลา.....</li> <li>- เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่</li> <li>.....</li> <li>- เป็นผู้ช่วยนับ และ</li> <li>รายงานผล.....</li> <li>- เป็นผู้ร่วมทวนสอบ.....</li> <li>.....</li> <li>- เป็นผู้ให้กำลังใจ.....</li> <li>- หลังจากเสร็จสิ้นการ</li> <li>ทำหัตถการ.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วม และตรวจสอบ</li> <li>การขอหยุดเวลา.....</li> <li>- เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่</li> <li>โดยเป็นผู้ช่วย.....</li> <li>- เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่</li> <li>.....</li> <li>- เป็นผู้ร่วมทวนสอบ.....</li> <li>.....</li> <li>- เป็นผู้ให้กำลังใจ.....</li> <li>- หลังจากเสร็จสิ้นการ</li> <li>ทำหัตถการ.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วม และตรวจสอบ</li> <li>การขอหยุดเวลา.....</li> <li>- สังเกตการณ์อย่าง</li> <li>ใกล้ชิด.....</li> <li>- เป็นผู้ช่วยเหลือในการ</li> <li>แก้ไขเหตุขัดข้อง.....</li> <li>- เป็นผู้ร่วมทวนสอบ.....</li> <li>.....</li> <li>- เป็นผู้ให้กำลังใจ.....</li> <li>- หลังจากเสร็จสิ้นการ</li> <li>ทำหัตถการ.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วม และตรวจสอบ</li> <li>การขอหยุดเวลา.....</li> <li>- สังเกตการณ์อย่าง</li> <li>ใกล้ชิด.....</li> <li>- เป็นผู้ช่วยเหลือในการ</li> <li>แก้ไขเหตุขัดข้อง.....</li> <li>- เป็นผู้ร่วมทวนสอบ.....</li> <li>.....</li> <li>- เป็นผู้ให้กำลังใจ.....</li> <li>- หลังจากเสร็จสิ้นการ</li> <li>ทำหัตถการ.....</li> </ul>
การขอคำปรึกษา	<p>- ทีมศัลยแพทย์ ในการขอเวลาเพื่อตรวจสอบรายการของที่ใช้ในการทำหัตถการ (เป็นกรณีพิเศษ)</p> <p>- ทีมศัลยแพทย์ (กรณีมีปัญหา)</p> <p>- พยาบาลหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัด (กรณีมีปัญหาในเวลาราชการ)</p> <p>- หัวหน้าเวรนอกเวลาราชการห้องผ่าตัดศัลยกรรม (กรณีมีปัญหานอกเวลาราชการ)</p>				



**บทบาทของพยาบาลหัวหน้าห้อง เพื่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ห้องผ่าตัดย่อย**

จากตารางหน้า 153 – 155 แสดงรายละเอียดของกรปฏิบัติงาน ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ประสานงาน.....
2. เป็นผู้สอนงาน.....
- .....
3. เป็นผู้ดูแล ความคุม.....
4. เป็นผู้ดูแล ตรวจสอบ.....
5. เป็นผู้ทำขอหยุดเวลา (Time Out).....
- .....
6. เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่.....
7. เป็นผู้นับ.....
8. เป็นผู้นับ.....
9. เป็นผู้นับ.....
- .....
10. เป็นผู้ตรวจสอบ.....
- .....
11. เป็นผู้ประสานงานกับทีมผ่าตัด.....
12. เป็นผู้รายงานผล.....
13. เป็นผู้ประเมินสถานการณ์.....
- .....
14. เป็นผู้แจ้งข้อขัดข้อง.....

**แนวปฏิบัติของ พยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละห้อง ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม  
โรงพยาบาลรามาริบัติ**

กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ สุดท้ายของ การปฏิบัติงาน
จุดมุ่งหมาย	ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดชนิดการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการปกป้องและไม่มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลัง การผ่าตัด  ผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างถูกต้อง ทันเวลา ด้วยความมั่นใจ				
กิจกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเข้าร่วมการเรียนการสอน.....</li> <li>- พยาบาลเข้าร่วมการขอเวลานอก (Time Out) .....</li> <li>- ทีมพยาบาลผ่าตัดปฏิบัติการ.....</li> <li>- การแจ้งทวน.....</li> <li>- การแจ้งข้อมูล.....</li> </ul>				
การฝึกสอนและ การตรวจสอบ	- พยาบาลหัวหน้าห้อง อธิบายขั้นตอนการทำ หัตถการ.....	- พยาบาลหัวหน้าห้อง อธิบายขั้นตอนการทำ หัตถการ.....	- พยาบาลหัวหน้าห้อง อธิบายขั้นตอนอย่าง สั้น.....	- พยาบาลหัวหน้าห้อง ซักถามขั้นตอนการทำ หัตถการ.....	- พยาบาลหัวหน้าห้อง ร่วมกับสมาชิกอธิบาย ขั้นตอน.....



กิจกรรม/วันที่ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5-สัปดาห์ สุดท้ายของการ ปฏิบัติงาน
การฝึกสอนและ การตรวจสอบ (ต่อ)	-พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้มอบหมายหน้าที่... .....	-พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้มอบหมายหน้าที่... .....	-พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้มอบหมายหน้าที่... .....	-พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้มอบหมายหน้าที่... .....	-พยาบาลหัวหน้าห้อง เป็นผู้มอบหมายหน้าที่... .....
การขอคำปรึกษา	<p align="center">-ทีมศัลยแพทย์ ในการขอเวลาเพื่อตรวจสอบรายการของที่ใช้ในการทำหัตถการ (เป็นกรณีพิเศษ)</p> <p align="center">-ทีมศัลยแพทย์ (กรณีมีปัญหา)</p> <p align="center">-พยาบาลหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัด (กรณีมีปัญหาในเวลาราชการ)</p> <p align="center">-หัวหน้าเวรนอกเวลาราชการห้องผ่าตัดศัลยกรรม (กรณีมีปัญหานอกเวลาราชการ)</p>				

**บทบาทของพยาบาล เพื่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ห้องผ่าตัดย่อย** จากตารางหน้า 157 – 158  
แสดงรายละเอียดของการปฏิบัติงาน ดังต่อไปนี้

1. ทีมพยาบาล สามารถแบ่งตามหน้าที่ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดได้ดังนี้

1.1 พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด มีหน้าที่ได้แก่

1.1.1 ในขั้นตอน Swab Check .....

1.1.2. ในขั้นตอน Swab check .....

1.1.3. ในขั้นตอน Swab check .....

1.1.4. ในขั้นตอน Swab Check .....

1.1.5. ในขั้นตอน Swab check .....

1.1.6. เป็นผู้บอกตำแหน่ง .....

1.1.7. เป็นผู้ร่วมบันทึกเหตุการณ์.....

1.2 พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ประกอบด้วย

1.2.1 พยาบาลอาวุโส

1) เป็นผู้อธิบายขั้นตอน.....

2) ปฏิบัติหน้าที่เป็น.....

3) เป็นผู้สอนและควบคุม.....

4) เป็นผู้สอนและควบคุม.....

1.2.2 พยาบาลฝึกหัด

1) เรียนรู้การเตรียม.....

2) เรียนรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ .....

3) เรียนรู้ในการปฏิบัติงาน .....

1.3 พยาบาลช่วยทั่วไป มีหน้าที่ได้แก่

1.3.1 ในขั้นตอน Time Out .....

1.3.2 ในขั้นตอน Swab Check .....

1.3.3 ในขั้นตอน Swab check .....

- 1.3.4 ในขั้นตอน Swab Check .....
- 1.3.5 ในขั้นตอน Swab check .....
- 1.3.6 เป็นผู้เตรียมเครื่องมือฉายรังสี.....
- 1.3.7 เป็นผู้เข้าช่วยเหลือ.....
- 1.4 พยาบาลช่วยทั่วไป ประกอบด้วย
- 1.4.1 พยาบาลอาวุโส
- 1) เป็นผู้ขอหยุดเวลา (Time out).....
  - 2) เป็นผู้สอนและควบคุม.....
  - 3) เป็นผู้สรุปข้อมูล .....
  - 4) เป็นผู้สอนและควบคุมการ.....
  - 5) เป็นผู้สอนและควบคุม.....
  - 6) เป็นผู้สอนและควบคุม.....
- 1.4.2 พยาบาลฝึกหัด
- 1) เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติการ.....
  - 2) เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติงาน.....
  - 3) เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติการ.....
  - 4) เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติ.....
  - 5) เรียนรู้ และฝึก.....

**การตรวจนับอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด**

ในการทำหัตถการ มีการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์หลายประเภท .....

.....

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....
- 5. ....

และเมื่อมีรายการของที่ต้องนับ .....

.....

พยาบาลหัวหน้าห้องต้องเป็นผู้นำ.....

.....

ข้อปฏิบัติเมื่อรายการของที่ต้องนับไม่ครบตามจำนวนในทุกขั้นตอนของการทำหัตถการ แบ่งตามหน้าที่ ความรับผิดชอบ

พยาบาลหัวหน้าห้อง	พยาบาลส่งผ่าตัด	พยาบาลช่วยทั่วไป
1. แจ้งทีมผ่าตัด.....	1.หารายการของ.....	1.ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ.....
2. คำนหารายการของ.....	.....	.....

ข้อปฏิบัติเมื่อรายการของที่ต้องนับค้นหาไม่พบ ไม่ครบตามจำนวนของพยาบาลหัวหน้าห้อง

ตำแหน่ง	ข้อปฏิบัติ
พยาบาลหัวหน้าห้อง	1. แจ้งแกทีมผ่าตัด ..... 2. ขออนุญาตทีมผ่าตัด..... 3. แจ้ง..... 4. รายงานผลการค้นหา..... 5. บันทึก.....

**ประโยชน์ของแนวทางการปฏิบัติงานตามโปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม**

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละพื้นที่ ทำให้เกิดการรับรู้ในหน้าที่ของบุคลากรในทีม ส่งผลให้มีการประสานงานที่ดีขึ้น
2. เป็นการกำหนดหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดในแต่ละส่วน ที่สามารถใช้ได้กับการพยาบาลผ่าตัดในทุกการทำหัตถการทางศัลยกรรม
3. เป็นการปฏิบัติหน้าที่โดยเน้นถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างสูงสุด ในทุกระยะของการทำหัตถการ
4. ใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ตรวจสอบ ประเมินและพัฒนาคุณภาพการบริการ

**ตอนที่ 2** แบบกำกับการทดลอง จำนวน 2 ชุดประกอบด้วย  
แบบกำกับการทดลองชุดที่ 1 สังเกตพยาบาลหัวหน้าห้อง

### แบบกำกับการทดลองชุดที่ 1

แบบกำกับการทดลองโดยการสังเกต  
การใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม  
โรงพยาบาลรามาริบัติ

ผู้สังเกต.....

ผู้ได้รับการสังเกต พยาบาลหัวหน้าห้อง

**คำชี้แจง** เมื่อท่านเห็นพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ให้บันทึกพฤติกรรมที่ได้พบเห็นโดยใส่

เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำว่า ปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลหัวหน้าห้องได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลหัวหน้าห้องไม่ได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

บทบาทของพยาบาลหัวหน้าห้อง	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
1. ประสานงาน.....			
2. ประสานงาน.....			
3. ให้คำแนะนำ .....			
4. แบ่งหน้าที่.....			
5. ....			
6. ....			
.....			
.....			
.....			
13. ....			



แบบกำกับการทดลองชุดที่ 2 สังกศตพยบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม

## แบบกำกับการทดลองชุดที่ 2

แบบกำกับการทดลองโดยการสังเกต  
การใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม  
โรงพยาบาลรามาริบัติ

ผู้สังเกต.....

ผู้ได้รับการสังเกต พยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม

**คำชี้แจง** เมื่อท่านเห็นพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ให้บันทึกพฤติกรรมที่ได้พบเห็นโดยใส่

เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำว่า ปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

การปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
<b>ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัดศัลยกรรม</b>			
1. แสดงท่าที่ต้อนรับ .....			
2. สอบถาม.....			
3. ....			
4.....			
5.....			
<b>ห้องรอผ่าตัด</b>			
6 .....			
7 .....			
8 .....			

การปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
<u>ห้องผ่าตัดย่อย</u>			
9. ....			
10. ....			
11. ....			
.....			
.....			
.....			
20. ....			

**ตอนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินในการวิจัย**  
แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน

**แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน  
ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี**

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง :** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [ ] หน้าคำตอบที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และเติมคำในช่องว่างที่เว้นไว้

1. เพศ

[ ] ชาย

[ ] หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ ..... ปี

3. วุฒิการศึกษาสูงสุด

[ ]ปริญญาตรี / เทียบเท่าปริญญาตรี

[ ] ปริญญาโท

[ ] ปริญญาเอก

4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ..... ปี

5. ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนี้ เป็นเวลา ..... ปี

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน**

**คำชี้แจง :** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของแต่ละข้อคำตอบเพียงคำตอบเดียว  
 ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงที่สุด โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นๆเป็นจริงมากที่สุด
เป็นความจริงมาก	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นๆเป็นจริงมาก
เป็นความจริงมากปานกลาง	หมายถึงท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นๆเป็นจริงมากปานกลาง
เป็นความจริงน้อย	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นๆเป็นจริงน้อย
เป็นความจริงน้อยที่สุด	หมายถึง ท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นๆเป็นจริงน้อยที่สุด

ประสิทธิผลของงาน	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
<b>การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย</b>					
1.การดูแล.....					
2.การปฏิบัติหน้าที่.....					
3.ในห้องผ่าตัด .....					
.....					
.....					
.....					
16 .....					
<b>ด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน</b>					
17.....					
18.....					
.....					
.....					
.....					
24 .....					

ภาคผนวก ง

จริยธรรมการวิจัย

**เอกสารแสดงการยินยอมของอาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
( Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อประสิทธิผลของงาน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน)โรงพยาบาลรามาริบัติ

(ที่พัก) หอพักพยาบาล 4 โรงพยาบาลรามาริบัติ ถนนพระราม 6 ทุ่งพญาไท ราชเทวี

กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2010146

โทรศัพท์มือถือ 081-6265766 E-mail : tenebres1997@yahoo.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้า**ยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้**โดยการลงนาม ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้า **ยินดีเข้าร่วมในการอบรมตามโปรแกรมการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดเป็นเวลา 1 วัน และตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 1 ชุด** คือแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลของงาน โดยใช้สอบถามก่อนการอบรม และหลังการอบรม

ข้าพเจ้า**มีสิทธิถอนตัวหรือขอปฏิเสธ**จากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม)

ข้าพเจ้า**ได้รับคำรับรองว่า** ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ



นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว  
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ  
วิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสภสธา  
บัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:  
eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์โน)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

.....

(.....)

...)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

.....

(.....)

...)

พยาน



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐  
 โทร. ๐-๒๓๕๔-๗๒๗๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๕๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๒๓๓  
**Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University**  
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand  
 Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๕/๒๗๕

ชื่อโครงการ	ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาด ในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อบริบทของงาน
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๖-๕๕-๔๑ ๖
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวรุ่งสรวรค์ สุวัฒน์
ที่ทำงาน	ฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์ศิริกิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ  
 เสด็จซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม .....  
 กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม .....  
 ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๕

**เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
(Patient/Participant Information Sheet)

- ชื่อโครงการวิจัย** ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อประสิทธิผลของงาน
- ชื่อผู้วิจัย** นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์ / นางอภิรดี ศรีรอดบาง
- สถานที่วิจัย** ห้องผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** (ที่ทำงาน) ห้องผ่าตัดศัลยกรรม แพทย์ศิริกิติ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม6 พุ่งพญาไท ราชเทวี  
กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 02-2010146, 02-2011456  
(ที่พัก) หอพักพยาบาล 4 โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม6  
พุ่งพญาไท ราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400  
โทรศัพท์มือถือ 081-6265766 E-mail : [tenebres1997@yahoo.com](mailto:tenebres1997@yahoo.com)
- ผู้ร่วมโครงการวิจัย** นางอภิรดี ศรีรอดบาง โทรศัพท์มือถือ 085-1548180
- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบาย ดังนี้
1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อประสิทธิผลของงาน
  2. วัตถุประสงค์ของงานวิจัย พัฒนาขั้นตอนการปฏิบัติงานในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ในทุกระยะผ่าตัดให้มีความชัดเจนมากขึ้น พัฒนาระบบการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดให้สอดคล้อง และทันเวลาเพิ่มมากขึ้นกับการทำหัตถการ รวมถึงการทำหัตถการแบบใหม่ การเข้าร่วมปฏิบัติงานกับทีมสหสาขาในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ในห้องผ่าตัดอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ และการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม และเปรียบเทียบประสิทธิผลของงาน ในห้องผ่าตัดศัลยกรรมในการบรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานก่อนและหลังการใช้โปรแกรกดังกล่าว

3. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

3.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าห้อง พยาบาลอาวุโส และพยาบาลฝึกหัด และต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด ไม่น้อยกว่า/เท่ากับ 5 ราย/สัปดาห์ และเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน

3.2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด**

**ชุดที่ 1** โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ”

**ชุดที่ 2** แผนการอบรมการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

**ชุดที่ 3** แนวปฏิบัติงานของพยาบาลตามตำแหน่ง ในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

**ชุดที่ 4** คู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

**ส่วนที่ 2 แบบกำกับการทดลอง ประกอบด้วย**

แบบกำกับการทดลองชุดที่ 1 สังเกตพยาบาลหัวหน้าห้อง

แบบกำกับการทดลองชุดที่ 2 สังเกตพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม

**ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินในการวิจัย**

แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

4. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ดำเนินการวิจัยนางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์โน ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ต่อประสิทธิผลของงาน ในกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม จำนวน 30 คน เพื่อทำการพัฒนาคุณภาพ และจัดวางระบบในการให้บริการพยาบาลผ่าตัด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยเปรียบเทียบประสิทธิผลของงาน ในระยะเวลา 1 เดือน มีกระบวนการ ดังนี้

4.1 โดยผู้วิจัยขอคำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามประสิทธิผลของงาน เพื่อประเมินประสิทธิผลของงาน ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที

4.2 จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นเวลา 1 วัน ( 8 ชั่วโมง) ตามแผนการจัดอบรมของผู้วิจัย โดยมีแผนการอบรมการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในการป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ แนวปฏิบัติงานของพยาบาลตามตำแหน่งในการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ และคู่มือการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อพัฒนาและกำหนดรูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดในการปฏิบัติการในหัตถการแต่ละชนิด

4.3 กลุ่มตัวอย่างนำแนวปฏิบัติงานฯ และคู่มือฯ ไปสู่การปฏิบัติจริงในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โดยนำไปปฏิบัติเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีการประชุมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 30 – 60 นาที เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่จัดทำขึ้น

4.4 การประเมินผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากกลุ่มทดลองนำ แนวปฏิบัติงาน ฯ และคู่มือ ฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง โดยใช้แบบสอบถามประสิทธิผลของงาน (Post Test) โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 15 นาที

## 5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการเข้าร่วมวิจัย

5.1 ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อจัดระบบการปฏิบัติงานในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะผ่าตัด

5.2 เพื่อพัฒนาขั้นตอนการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ในทุกระยะผ่าตัด ให้มีความชัดเจนมากขึ้น

5.3 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ และการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

5.4 เป็นแนวทางในการพัฒนาความร่วมมือของทีมสหสาขาในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการในห้องผ่าตัดศัลยกรรม

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการ

ป้องกันการละเมิดสิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการบังคับ การได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิที่จะยุติการวิจัยเมื่อใดก็ได้ รวมถึงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา คือ นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์โน หมายเลขโทรศัพท์ 081-6265766 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว **เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

8. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

9. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อ – นามสกุล ลงในแบบประเมิน เป็นการใช้รหัสแทน ชื่อของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อ และที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปกปิด และภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะทำลายเอกสารในทุกรายการที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ ...../...../.....

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวรุ่งสรวรรค์ สุวัฒน์โน เกิดเมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2514 จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2536 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแผนกการผ่าตัดหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด ห้องผ่าตัดศูนย์การแพทย์ศิริกิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล