

การพัฒนาแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ

Developing a secure patient identification system for surgical procedures to prevent errors in the operating room at Borabue Hospital.

(Received: August 20,2026 ; Revised: August 25,2026 ; Accepted: August 27,2026)

ธัญญรัตน์ พันธฤทธิ์¹

Thanyarat pantalid¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรห้องผ่าตัด จำนวน 17 ราย และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 30 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2569 การวิจัยดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบและพัฒนารูปแบบ การทดลองใช้รูปแบบ 2 ครั้ง การปรับปรุงรูปแบบ และการนำรูปแบบไปใช้จริง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ แบบบันทึกการระบุตัวตนผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาแบบ บุคลากรมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 6.47 (SD = 0.72) เป็น 9.17 (SD = 0.63) และคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 6.94 (SD = 0.96) เป็น 9.05 (SD = 0.96) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า **C4 Model** ภายหลังนำรูปแบบไปใช้จริงไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง และผิดตำแหน่ง บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การระบุตัวตนผู้ป่วย, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, กระบวนการผ่าตัด, C4 Model

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a safe patient identification model for surgical procedures to prevent operating room errors. The sample group consisted of 17 operating room personnel and 30 surgical patients. The research was conducted between March and August 2026. The research was carried out in five stages: problem analysis, model design and development, two pilot tests of the model, model refinement, and model implementation. The tools used included a knowledge assessment form, a practice assessment form, a patient identification record form, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The results showed that after the model development, personnel's knowledge scores increased from a mean of 6.47 (SD = 0.72) to 9.17 (SD = 0.63), and their practice scores increased from 6.94 (SD = 0.96) to 9.05 (SD = 0.96), with statistically significant differences at the .05 level. The developed model is called the C4 Model. After the model was implemented, no incidents of wrong patient, wrong side, or wrong site surgery were detected. Personnel expressed the highest level of satisfaction with the overall model.

Keywords: Patient identification, Patient safety, Surgical process, C4 Model

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบายให้ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยเน้นความ

ปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับอันตรายจากการใช้บริการสุขภาพ

¹ งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

พอล บราว นำนโยบายการจัดการความปลอดภัยมาใช้พัฒนาคุณภาพระบบบริการ เช่น กระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Safety culture) การนำระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มาใช้ โดยโรงพยาบาลหลายแห่งได้พัฒนาให้กระบวนการจัดการความปลอดภัยครอบคลุมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และส่งเสริมให้ผู้บริหารเกิดความตื่นตัวเกี่ยวกับความเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพรวมทั้งความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาในข้อผิดพลาดตำแหน่ง (การผ่าตัดผิดข้าง) ทำให้ผิดคน (การผ่าตัดผู้ป่วยผิด) และการทำหัตถการผิดประเภท (การผ่าตัดผิดขั้นตอน) ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ไม่เคยมีเหตุการณ์) แต่ยังคงพบได้ทั่วโลก การศึกษาระดับสากลพิจารณาความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวตนของผู้ป่วยและการตรวจสอบอย่างละเอียดถึงจุดสังเกตที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยอย่างใดอย่างหนึ่งและระบบควบคุมการร้องร้องเน้นย้ำถึงความน่าเชื่อถือและการสูญเสียความเชื่อมั่นต่อระบบการดูแลสุขภาพ¹

ปัจจุบันแม้มีการนำการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ แต่ยังพบปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการดูแลรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยในประเทศที่พัฒนาแล้วมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความไม่ปลอดภัยมากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ ความล้มเหลวในทางปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยและความล้มเหลวในการตัดสินใจ ส่วนใหญ่เกิดในห้องผ่าตัดร้อยละ 41.0 – 74.1 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวในห้องผ่าตัดส่วนใหญ่จะพบความเสี่ยง (risk) หรือผิดพลาดทางเทคนิค (technical error) เช่น ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย ความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดคน ผิดประเภท และความผิดพลาดในวิธีการทำหัตถการ ดังนั้นการ

จัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงพัฒนามาจากการบริหารความเสี่ยง โดยเป็นกระบวนการจัดการเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้บริหารองค์กรและบุคลากรในทีมสุขภาพทุกระดับโดยมีการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความผิดพลาด วิเคราะห์และจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ องค์การความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ²

โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ต้องรับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุขทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีการนำระบบการจัดการความปลอดภัยเข้ามาใช้ในการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ในเรื่องการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ และโรงพยาบาลได้รับการประกันคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ระดับ 3 ในปี 2547 และมีการเยี่ยมสำรวจประเมินซ้ำ (Re-accreditation) เพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 6 ในปี 2568 จากสถานการณ์ที่ผ่านมานานห้องผ่าตัดมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งจากการทบทวนรายงานความไม่ปลอดภัยหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยง 3 ปีย้อนหลังของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบรบือ พบว่ามีการเกิดข้อผิดพลาดในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาในห้องผ่าตัดเฉพาะโรคและห้องส่องกล้องทางเดินอาหารหรือลำไส้ใหญ่ ทำหัตถการ ผิดคน ผิดหัตถการ คือ แพทย์ Set มาทำผ่าตัด Debridement แต่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) จำนวน 1 ราย จากปัญหาการเกิดข้อผิดพลาดนี้ในหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือจึงมีการรายงานความเสี่ยง ค้นหาสาเหตุของการเกิดข้อผิดพลาดและแก้ไข ปัญหา โดยการทำ Root Cause Analysis (RCA)

ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน และนำเอามาตรฐานการพยาบาลตามเป้าหมายความปลอดภัย (Patient Safety Goals) ซึ่งอยู่ในรูปแบบของ Surgical Safety Checklist มาปรับใช้ในการดูแล ผู้ป่วย ผ่าตัดตั้งแต่ปี 2568 อย่างไรก็ตามยังพบเหตุการณ์เกือบพลาด (nearly miss) ของการผ่าตัดผิดข้างเกิดขึ้นอีกกับผู้ป่วยจำนวนอีก 1 รายในปี 2569³ ดังนั้นห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบรบือ จึงวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นอีกครั้ง พบว่าพยาบาลบางคนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัด 3 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด² และยังพบว่าในด้านอัตราการก้ำกึ่งทดแทนของพยาบาลในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ ซึ่งถ้ามีการลาพักงานของพยาบาลเกิดขึ้นจะไม่มีอัตราทดแทนในการปฏิบัติงานของตำแหน่งนั้น หรือในกรณีที่เป็นจริง ๆ อาจมีอัตราทดแทนปฏิบัติหน้าที่ทดแทนแต่ไม่ใช่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในแผนกนั้น ๆ ส่งผลทำให้เกิดความผิดพลาดในงานบริการผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการระบุด่วนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการผ่าตัด

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนก่อน และหลังดำเนินการ

2.1 ด้านบุคลากร เพื่อประเมินความรู้ การปฏิบัติเกี่ยวกับการระบุด่วนผู้ป่วยในกระบวนการผ่าตัด และเพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบที่พัฒนา

2.2 ด้านผู้ป่วย เพื่อศึกษาอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการระบุด่วนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือและเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนก่อนและหลังดำเนินการ โดยมีระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาในช่วงแรกของการดำเนินงานจากแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับ รูปแบบการระบุด่วนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัด จำนวน 17 คน ได้แก่ พยาบาลประจำห้องและวิสัญญีพยาบาล รวม 17 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลจัดเป็นหมวดหมู่ ดำเนินการช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2569

ขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการให้บริการ เป็นการออกแบบและพัฒนาระบวนการทำงาน ผ่านการประชุมระดมสมองโดยนำข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้แก่ ข้อมูลนำเข้า (input) เป็นข้อมูลที่ได้จาก ขั้นตอน ที่ 1 กระบวนการทำงาน (Process) ใช้แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน (Flow chart) มาเป็นตัวกำหนดขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง และผลผลิต (output) วัดจากตัวชี้วัดที่กำหนดตามแบบจัดเก็บตัวชี้วัด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากคณะกรรมการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ จำนวน 17 ราย หลังจากนั้นนำรูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้นปรึกษาและผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ดำเนินการช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2569

ขั้นที่ 3 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 1 เริ่มดำเนินการตามรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลา 1 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน โดยใช้แบบประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แบบบันทึก surgical safety checklist แบบบันทึกขณะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ใช้แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 5 ราย

ขั้นที่ 4 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 2 หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำข้อปัญหาที่ได้มาปรับปรุงระบบบริการ โดยใช้การสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย บุคลากรห้องผ่าตัด ชุดเดิมจากขั้นตอนที่ 2 มาร่วมในการสนทนากลุ่ม รวมจำนวน 17 ราย ใช้เวลา 60 นาที โดยใช้คำถามปลายเปิดตามขั้นตอนการให้บริการและผลการจัดเก็บตัวชี้วัด หลังจากนั้นนำข้อมูลผลสรุปที่ได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่านและดำเนินการทดลองใช้รูปแบบครั้งที่ 2 หลังปรับปรุงใช้ระยะเวลาอีก 1 เดือนในการทดลองดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2569 จำนวน 5 ราย

ขั้นที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้จริง เป็นการศึกษาผลลัพธ์การพัฒนา รูปแบบการระบุด่วน ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในห้องผ่าตัด โดยใช้ระบบลงทะเบียนการทำผ่าตัด ใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ใช้แบบประเมินผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แบบบันทึก surgical safety checklist ระยะขณะผ่าตัด ใช้แบบบันทึกระหว่างการผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัด ใช้แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการของงานห้องผ่าตัด ปรับปรุงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของกองการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้า

รับการผ่าตัด จำนวน 30 คน ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ Paired samples t-test

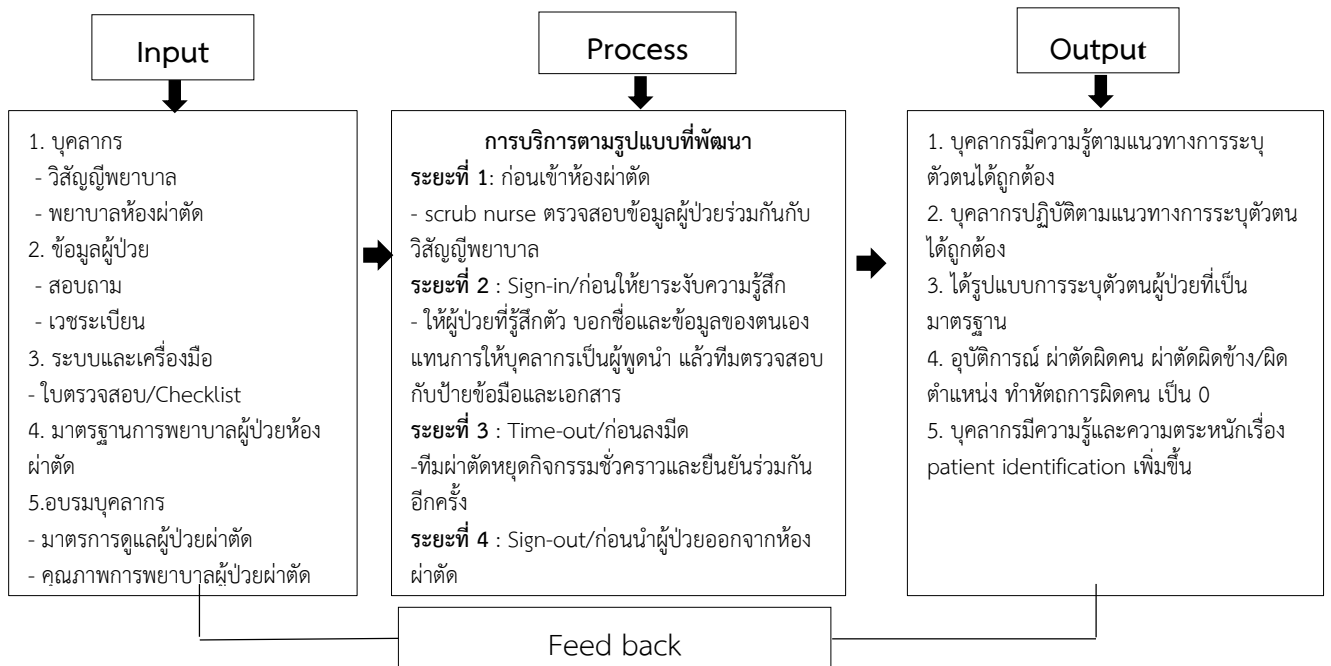
จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 04/2569

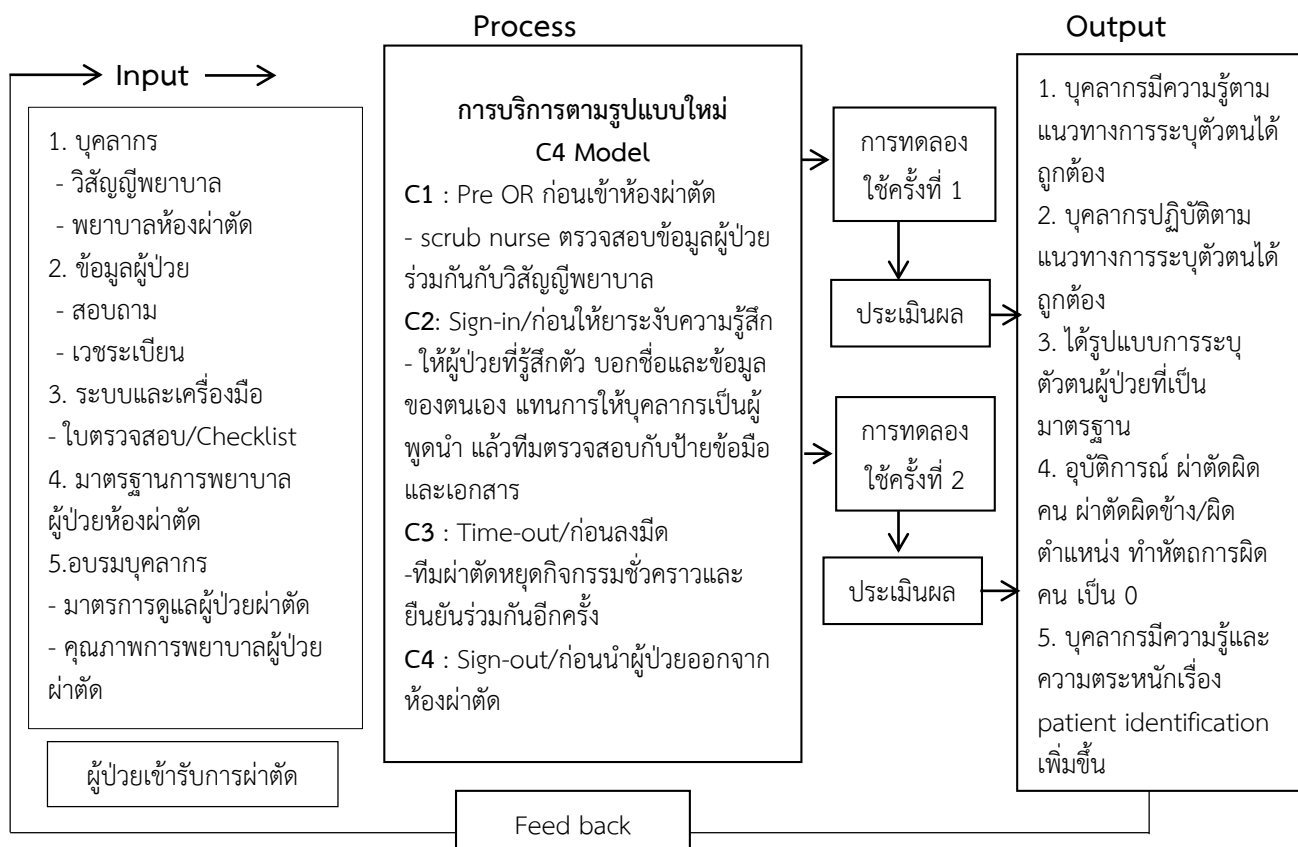
ผลการวิจัย

ผลการศึกษาขั้นที่ 1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน โดยมีผู้ให้สัมภาษณ์และแสดงความคิดเห็นทั้งสิ้น 17 คน ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาล จำนวน 6 คน พยาบาลประจำห้องผ่าตัด จำนวน 11 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่และย้ายมาปฏิบัติงานใหม่ ไม่มีประสบการณ์ในการทำงานห้องผ่าตัดมาก่อน ขาดความตระหนักในการทำ Surgical safety checklist มีความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน และไม่มีเข้าใจความสำคัญและความจำเป็นในการระบุด่วนของผู้ป่วย

ผลการศึกษาขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการระบุด่วนอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด นำปัญหาที่ได้จากขั้นที่ 1 เข้าสู่การระดมสมองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล กระบวนการทำงาน (Process) ใช้แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน (Flow chart) (ภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ



ภาพที่ 2 รูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด นำไปใช้จริง

ผลการศึกษาขั้นที่ 3 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 1 พบว่า กระบวนการในการระบุตัวตนมีความยุ่งยาก มีข้อความในเอกสาร checklist ที่ยาวเกินไปทำให้ไม่สะดวกต่อการทำงาน จึงมีการปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แล้วนำไปใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือนต่อมา

ผลการศึกษาขั้นที่ 4 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 2 เพื่อแก้ปัญหากระบวนการในการระบุตัวตนมีความยุ่งยาก มีข้อความในเอกสาร checklist ที่ยาวเกินไปทำให้ไม่สะดวกต่อการทำงาน จึงมีการปรับปรุงการขั้นตอนการระบุตัวตน โดยกำหนดอักษรที่จำง่าย คือ C4 Model ในการระบุตัวตนผู้ป่วย พบว่า บุคลากรสามารถรูปแบบได้ง่ายขึ้น ไม่กระทบการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาขั้นที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้จริง การนำรูปแบบไปใช้จริง ผลลัพธ์หลังจากการนำรูปแบบการระบุตัวตนไปใช้จริงกับผู้ป่วยจำนวน

30 คน เป็นระยะเวลา 1 เดือน ได้รูปแบบ ดังภาพประกอบที่ 2

ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยหลังจากที่ได้จัดประชุมอบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ก่อนประชุมอบรมการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการระบุตัวตนอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.47 (S.D = 0.72) และหลังประชุมอบรม มีความรู้เพิ่มสูงขึ้น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.17 (S.D = 0.63) สรุปได้ว่าการจัดประชุมอบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ทำให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมีความรู้สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดก่อนและหลังการอบรม (n = 17)

คะแนนความรู้	ช่วงเวลาทดสอบ	$\bar{x}$	S.D.	t	P - value
คะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเรื่องการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัย	ก่อนพัฒนา	6.47	0.72	-14.456	0.00
	หลังพัฒนา	9.17	0.63		

$P < .05$

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วย ก่อนการพัฒนารูปแบบ มีการปฏิบัติ ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.94 (S.D = 0.96) และหลังการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มสูงขึ้น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.05 (S.D = 0.96)

สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด ทำให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติในการระบุตัวตนผู้ป่วยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดก่อนและหลังการอบรม (n = 17)

คะแนนความรู้	ช่วงเวลาทดสอบ	$\bar{x}$	S.D.	t	P - value
คะแนนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเรื่องการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัย	ก่อนพัฒนา	6.94	0.96	-6.197	0.00
	หลังพัฒนา	9.05	0.96		

$P < .05$

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบรูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแบบเดิมกับพัฒนาใหม่

รูปแบบบริการ	แบบเดิม	แบบพัฒนาใหม่	ผลลัพธ์จากการพัฒนา
ระยะที่ 1: ก่อนเข้าห้องผ่าตัด	Scrub nurse ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีพยาบาล	C1 : Pre OR ตรวจสอบและยืนยันตัวตนผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยตรวจสอบข้อมูลสำคัญให้ตรงกันก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด	การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยมีความเป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการยืนยันตัวตนลดความเสี่ยงจากการใช้ข้อมูลผู้ป่วยไม่ตรงกัน
ระยะที่ 2 : Sign-in/ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก	บุคลากรเป็นผู้พูดนำหรือสอบถามข้อมูลผู้ป่วย และตรวจสอบกับป้ายชื่อมือ/เอกสาร	C2 : Sign-in ให้ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวเป็นผู้บอกชื่อและข้อมูลของตนเองโดยไม่ให้บุคลากรพูดนำ จากนั้นทีมตรวจสอบความถูกต้องกับป้ายชื่อมือและเอกสาร	เพิ่มความถูกต้องในการระบุตัวตนผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองลดโอกาสการตอบรับตามคำพูดของบุคลากร และสามารถตรวจพบข้อมูลที่ไมตรงกันได้ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
ระยะที่ 3 : Time-out/ก่อนลงมีด	มีการตรวจสอบข้อมูลก่อนผ่าตัด แต่อาจแตกต่างกันตามการปฏิบัติของแต่ละบุคคล	C3 : Time-out ทีมผ่าตัดหยุดกิจกรรมชั่วคราว (Time-out) และยืนยันตัวตนผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่งผ่าตัด และข้อมูลสำคัญร่วมกันก่อนลงมีด	ทีมผ่าตัดมีการยืนยันข้อมูลร่วมกันอย่างเป็นมาตรฐานก่อนลงมีด ลดความคลาดเคลื่อนด้านผู้ป่วย หัตถการ และตำแหน่งผ่าตัด รวมทั้งส่งเสริมการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ
ระยะที่ 4 : Sign-out/ก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด	ตรวจสอบข้อมูลก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดตามแนวทางเดิม	C4 : Sign-out ทีมผ่าตัดยืนยันข้อมูลร่วมกันก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมถึงการผ่าตัดที่ดำเนินการเสร็จสิ้น จำนวน/ชนิดอุปกรณ์และสิ่งส่งตรวจ และประเด็นสำคัญที่ต้องติดตาม	เกิดการตรวจสอบข้อมูลก่อนสิ้นสุดกระบวนการผ่าตัดอย่างครบถ้วน ช่วยลดความเสี่ยงจากการตกหล่นของสิ่งส่งตรวจ อุปกรณ์ หรือข้อมูลสำคัญ และช่วยให้ทีมมีความเข้าใจตรงกันก่อนส่งต่อผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ พบว่า สิ่งที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ คือ

1.1 บุคลากรห้องผ่าตัด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น การระบุตัวตนอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อนก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

1.2 บุคลากรห้องผ่าตัด สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น การระบุตัวตนอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อน ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

1.3 ได้รูปแบบบริการตามรูปแบบใหม่ C4

Model

C1 : Pre OR ก่อนเข้าห้องผ่าตัด scrub nurse ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันกับวิสัญญีพยาบาล

C2: Sign-in/ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้ผู้ป่วยที่รู้สึกตัว บอกชื่อและข้อมูลของตนเอง แทนการให้บุคลากรเป็นผู้พูดนำ แล้วทีมตรวจสอบกับป้ายชื่อมือและเอกสาร

C3 : Time-out/ก่อนลงมีด ทีมผ่าตัดหยุดกิจกรรมชั่วคราวและยืนยันร่วมกันอีกครั้ง

C4 : Sign-out/ก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น การพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ พบว่า รูปแบบเดิมมีขั้นตอนที่ยาวผู้ปฏิบัติงานไม่สะดวกต่อการ

ใช้จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบให้สั้นกระชับเข้าใจง่าย คือ C4 model จะเห็นได้ว่าระยะหลังการพัฒนา รูปแบบ การปรับปรุงรูปแบบและนำรูปแบบไปใช้จริง ไม่พบอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

ผลลัพธ์ของรูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ ความคาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ ที่เกิดจากรูปแบบ C4 Model พบว่า ไม่มีการผ่าตัดผิด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือการใส่อวัยวะเทียม ผิดพลาด และไม่มีการระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด สอดคล้องกับ ศิริรัตน์ จึงสมาน ทำการศึกษา การพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ การตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety checklist) ในงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาล สุรินทร์ ผลการศึกษาไม่พบอุบัติการณ์ การผ่าตัด ผิดคน ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผ่าตัดผิดอวัยวะ การหลงลืม วัสดุไว้ในร่างกายผู้ป่วย การบาดเจ็บจากการใช้ไฟฟ้า เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อ ป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ ช่วยให้บุคลากรห้องผ่าตัดทุกคนมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตามการระบุตัวตนผู้ป่วย

อย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด และผลลัพธ์หลัง การพัฒนา ไม่มีการผ่าตัดผิด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือการใส่อวัยวะเทียมผิดพลาด และไม่มี การระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาดและบุคลากรมีความ พึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการพัฒนางานวิจัยชิ้นนี้ ซึ่ง จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในการให้บริการต่อไป 4,5,6,7

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบก่อนและ หลังการใช้รูปแบบอย่างเป็นระบบ โดยเก็บข้อมูล เกี่ยวกับอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อน ความครบถ้วน ของการระบุตัวตนผู้ป่วย และการปฏิบัติตามแนวทาง เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิผลของรูปแบบได้ ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จใน การระบุตัวตนผู้ป่วย เช่น ปัจจัยด้านบุคลากร ภาระงาน การสื่อสารในทีม ความรู้และทัศนคติ วัฒนธรรม ความปลอดภัย และปัจจัยด้านระบบงาน เพื่อให้ ทราบปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2567). รู้จักรู้จัก 2P Safety. [online] 2024 [cited 2001 Oct 15]. Available from: <https://www.ha.or.th/TH/Contents/รู้จัก2PSafety>.
2. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). มาตรฐานและการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
3. ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบรบือ. (2568). การรายงานความเสี่ยงค้นหาสาเหตุของการเกิดข้อผิดพลาดและแก้ไขปัญหา. โรงพยาบาล บรบือ จังหวัดมหาสารคาม.
4. จารุณี ตั้งใจรักการดี. (2567). การพัฒนารูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัว หิน
5. ญัฐภรณ์ อัฐวงศ์. (2564). ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลลำพูน. Journal of the Phrae Hospital. Volume 29 No.1 January–June 2021
6. ศิริรัตน์ จึงสมานและภาวิณี แพงสุข. (2563). การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาล สุรินทร์.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2563
7. กฤษณา กำมเลิศ. (2566). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองคาย. มปป.