

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกที่แขน
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

เสนอโดย

นางสาวทิตยา จันทร์ศรี

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 100)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกที่แขน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 ถึงวันที่ 3 มีนาคม 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

กายวิภาคและสรีระวิทยา

กระดูกปลายแขนขึ้นนอกเป็นกระดูกชนิดยาว ส่วนบนด้านข้อศอกซึ่งเป็นส่วนต้นของกระดูกขนาดค่อนข้างเล็กและบาง แต่ส่วนปลายของกระดูกด้านข้อมือขยายใหญ่ ช่วยในการเคลื่อนไหว

กระดูกเรเดียสแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. ส่วนต้นของกระดูกเรเดียสมีโครงสร้างคือ หัวของกระดูกเรเดียส (Head of radius) มีลักษณะเป็นทรงกระบอกตรงพื้นผิวด้านบนเว้าลงเล็กน้อยเพื่อรับกับส่วนแคปปีทูลัม (Capitulum) ของกระดูกต้นแขน (Humerus) และทางด้านที่ติดกับกระดูกอัลนา (Ulnar) มีรอยต่อเล็ก ๆ ซึ่งเป็นรอยของข้อต่อเรดิโออัลนาส่วนต้น (Proximal radioulnar joint) คอกระดูกเรเดียส (Neck) คือส่วนคอดที่อยู่ต่ำจากส่วนหัวกระดูกลงมา ปุ่มนูนเรเดียส ทิวเบอร์โรซิตี (Radius tuberosity) เป็นปุ่มนูนที่อยู่ในส่วนของคอกระดูกด้านที่ติดกับกระดูกอัลนา (Ulnar) เป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อแขน

2. ส่วนกลางกระดูกเรเดียส มีลักษณะคล้ายปริซึมสามเหลี่ยมโค้งออกไปด้านข้างเล็กน้อย ขอบและพื้นผิวด้านต่าง ๆ ของส่วนกลางกระดูกเป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อปลายแขนและมือประกอบด้วยปุ่มโพรนาเตอร์ ทิวเบอร์เคิล (Pronator tubercle) เป็นบริเวณขรุขระอยู่ด้านนอกตรงยอดของส่วนโค้งของส่วนที่ยาวเรียวยาวเป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อระหว่างปุ่มเรเดียส ทิวเบอร์โรซิตี (Radius tuberosity) กับปุ่มโพรนาเตอร์ ทิวเบอร์เคิล (Pronator tubercle) เป็นแนวโค้งนูนเชื่อมถึงกัน

3. ส่วนปลายกระดูกเรเดียส มีรูปร่างคล้ายสี่เหลี่ยมคางหมู ซึ่งมีจุดเชื่อมต่อกับกระดูกอื่นสองจุดคือทางด้านปลายสุดจะต่อกับกระดูกข้อมือโดยพื้นผิวด้านทางปลายด้านนี้ต่อกับกระดูกสแคฟอยด์ (Scaffoid bone) และกระดูกลูเนท (Lunate bone) ทางด้านข้างมีจุดต่อกับกระดูกอัลนา (Ulnar) โดยรอยเว้าอัลนา (Ulnar notch) ไปต่อกับปลายของกระดูกอัลนา (Ulnar) ปุ่มกระดูกเรเดียล สไตลอยด์ (Radial styloid) ปุ่มแหลมด้านนอกของปลายล่าง ปุ่มกระดูกคอรีเซล เรเดียล ทิวเบอร์เคิล (Dorsal radial tubercle) เป็นปุ่มนูนอยู่กึ่งกลางปลายล่างกระดูกปลายแขนถัดไปด้านในมีร่องของเอ็นที่ใช้ในการยึดเหยียดแขน

พยาธิสภาพ

1. เมื่อมีแรงมากระทำที่กระดูกจากทางตรงหรือทางอ้อมที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือพยาธิสภาพของโรค ก็ตาม ทำให้กระดูกหักได้เมื่อแรงกระทำนั้นมีมากกว่าความแข็งแรงของกระดูก กระดูกเมื่อหักจะไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนนั้นได้ตามปกติ ในระยะแรกที่กระดูกหักจะมีอาการชา การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทั้งนี้เนื่องจากการสูญเสียการทำงานของเส้นประสาทชั่วคราว นานประมาณ 2-3 นาที

2. กล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ กระดูกที่หักมีการหดเกร็ง ทำให้เกิดอาการปวดและกดเจ็บ

3. มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อหุ้มกระดูก หลอดโลหิตที่เลี้ยงไขกระดูก เนื้อกระดูกและเนื้อเยื่อรอบกระดูกที่หักหรือออกมาภายนอกทางบาดแผลในกรณีที่กระดูกหักแบบเปิด เมื่อโลหิตหยุดไหลจะเกิดเป็นก้อนโลหิตบริเวณรอบ ๆ กระดูกที่หัก ซึ่งก้อนโลหิตนี้จะเป็นประโยชน์ในกระบวนการซ่อมแซมกระดูกต่อไป

4. เมื่อมีการฉีกขาดของกระดูก เยื่อกระดูก เนื้อกระดูกแข็ง และไขกระดูกทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบเกิดขึ้นบริเวณกระดูกหัก ซึ่งระยะการอักเสบจะเป็นขั้นตอนแรกของการซ่อมแซมกระดูกที่หัก

5. เส้นประสาท ไขสันหลัง กล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อและเอ็นยึดข้อ เมื่อได้รับการบาดเจ็บหรือถูกทำลายจะทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องนั้นทำงานไม่ได้ตามปกติ นอกจากนั้นอาจเกิดลักษณะผิดปกติขึ้นอยู่กับกระดูกและแรงที่มากกระทำ เช่น แรงโก่งและแรงดึงของกล้ามเนื้อที่ไม่เท่ากัน ทำให้กระดูกรูปยาวหักเป็นมุมเกิดขึ้น

6. กระดูกที่หักบริเวณแขนขาจะมีความยาวสั้นลง เกิดจากแรงดึงของกล้ามเนื้อตามแกนยาวของกระดูก ทำให้ชิ้นกระดูกแยกกันเสียดกรอบแกรบ อาจได้ยินเมื่อคลำดู ซึ่งเกิดจากปลายของชิ้นกระดูกที่หักเสียดสีกัน

ชนิดของกระดูกหักมี 2 แบบ ดังนี้

1. กระดูกหักแบบปิด (Closed fracture) หมายถึง กระดูกที่หักแล้วไม่มีทางติดต่อกับภายนอก หรือไม่มีบาดแผลตรงที่กระดูกหัก

2. กระดูกหักแบบเปิด (Open or Compound fracture) หมายถึง กระดูกหักมีทางติดต่อรหว่างผิวหนังด้านนอกกับรอยกระดูกที่หักหรือกระดูกหัก โผล่ที่ผิวหนัง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

เกิดจากแรงที่มากกระทำที่กระดูก 3 ชนิดคือ

1. แรงที่กระทำ (Force or violence) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1.1 แรงกระทำโดยตรง (Direct force) หมายถึงมีแรงกระทำหรือแรงกระแทก หรือแรงอัดต่อกระดูกโดยตรง เช่น การถูกตี ถูกชน

1.2 แรงกระทำทางอ้อม (Indirect force) หมายถึงแรงกระทำต่อกระดูกที่หนึ่งและมีแรงส่งจากแรงกระทำต่อกระดูกที่ใกล้เคียง เช่น หกล้มแล้วใช้มือยันพื้น แล้วเกิดการหักของกระดูกแขน

2. จากการหักของกระดูกที่มีโรคหรือพยาธิสภาพอยู่ก่อนแล้ว (Disease of bone) การหักของกระดูกแบบนี้เรียกว่า Pathological fracture

3. จากการกระตุกหรือหดตัวของกล้ามเนื้อ (Muscular violence)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการเสียโลหิต เป็นผลจากการเกิดการฉีกขาดของกระดูกหัก และมีอันตรายต่อเส้นโลหิตใหญ่ที่อยู่ใกล้เคียง โดยโลหิตที่ออกมาจะอยู่ภายในร่างกายหรือไหลออกมาภายนอกก็ได้ มีอาการปวด บวม บริเวณที่กระดูกหัก อาจพบมีลักษณะรอยฟกช้ำ มีจ้ำโลหิตเกิดจากบริเวณกระดูกหัก และมีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อมีการรวมตัวเป็นก้อนโลหิตอยู่ใต้ผิวหนัง มีการผิดรูปของแขน เช่น โกง โกงงอ หรือผิดรูปร่าง ไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนที่หักได้ แขนจะมีความยาวไม่เท่ากัน โดยส่วนมากกระดูกที่หักมักจะสั้นกว่า ถ้ามีการเคลื่อนไหวส่วนที่มีกระดูกหักจะได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) เกิดจากการเสียดสีกันของปลายกระดูกหัก มีอาการชา ถ้ามีอันตรายต่อประสาทรอบ ๆ กระดูกที่หัก

การรักษา

1. การรักษาโดยการผ่าตัด

การทำผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่ และยึดตรึงกระดูกที่หักไว้ภายในร่างกายด้วยวัสดุต่าง ๆ (Open reduction internal fixation) เป็นการยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราว โดยมีจุดประสงค์หลักคือให้กระดูกอยู่นิ่งเพื่อให้เกิดการติดตามธรรมชาติ การผ่าตัดจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่ แล้วใช้โลหะในการยึดตรึงกระดูกให้อยู่นิ่ง เช่น ลวด (Wire) เหล็กที่เป็นแท่งยาว (Pin) สกรู (Screw) และแผ่นโลหะตามกระดูก (Plate)

วิธีการยึดตรึงกระดูกภายในมีหลักการ 2 ข้อ ดังนี้

1. Bone suture คือ การผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และยึดด้วย ลวด หรือสกรู
2. Rigid fixation คือ การผ่าตัดจัดกระดูกให้อยู่กับที่ แล้วยึดตรึงภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูกและสกรู

2. การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด (Conservative treatment) คือ การจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่โดยวิธีการดัดดึง (Closed reduction) จัดให้เข้าที่แล้วอยู่นิ่ง ๆ โดยใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการยึดตรึง ได้แก่

2.1 การใส่เฝือก (Cast)

2.2 ใส่เครื่องดึงรั้งกระดูกโดยแนวแรงดึงผ่านทางผิวหนัง (Skin traction) หรือใส่เครื่องดึงรั้งกระดูกโดยแนวแรงดึงผ่านทางกระดูก (Skeletal traction)

2.3 การใช้ผ้าห้อยแขน (Sling)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกลายแขนขึ้นนอกหัก

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase)

เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจทำผ่าตัดและสิ้นสุดเมื่อส่งผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด การรักษาโดยผ่าตัดมักก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพราะความไม่รู้และไม่เข้าใจในวิธีการรักษาและการปฏิบัติตัว ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัด จึงมีบทบาทที่สำคัญในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่เข้าใจในการปฏิบัติตัว การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดแบ่งได้ 2 ด้าน คือ การพยาบาลทางด้านจิตใจโดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ปลอดภัยให้กำลังใจและอธิบายถึงสาเหตุของโรค วิธีการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ อุปกรณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด สภาพภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้พบ สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น ตำแหน่งของแผลผ่าตัด การใส่ท่อระบายต่าง ๆ การพยาบาลทางด้านร่างกาย โดยประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อค้นหาความผิดปกติได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยาและอาหาร การดื่มสุรา สูบบุหรี่ บันทึกสัญญาณชีพและน้ำหนักตัว ตรวจสอบผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการถ่ายภาพรังสี การลงนามในใบยินยอมรับการผ่าตัด การงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมของร่างกาย

การพยาบาลขณะผ่าตัด (Intraoperative phase)

เริ่มตั้งแต่ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดสิ้นสุดเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น เมื่อรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุย ซักถามอาการเพื่อลดความวิตกกังวล ตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียน พร้อมทั้งถามชื่อ นามสกุล โรค หัตถการ ตำแหน่ง ข้างที่ทำหัตถการ ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร โรคประจำตัว ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด ผลตรวจวัดสัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการถ่ายภาพรังสี เตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์การผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือศึกษาขั้นตอนการผ่าตัดของศัลยแพทย์ จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทำผ่าตัดรวมถึงเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ นับจำนวนเครื่องมือผ่าตัด วัสดุมีคม เครื่องผูกเย็บ และจำนวนผ้าซับโลหิตทั้งก่อนผ่าตัดและก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย ส่วนพยาบาลช่วยรอบนอกมีบทบาทในการเฝ้าระวังเรื่องความปลอดภัย จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัดร่วมกับศัลยแพทย์ รวมทั้งการติดต่อประสานงานกับทีมในการรักษาอื่น ๆ ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือและปฏิบัติหน้าที่พยาบาลช่วยรอบนอกตามหลักปราชจากเชื่ออย่างเคร่งครัด

การพยาบาลหลังผ่าตัด (Postoperative phase)

เริ่มตั้งแต่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดมายังห้องพักฟื้น ดูแลผู้ป่วยในขณะที่เคลื่อนย้ายไปยังห้องพักฟื้น โดยเฝ้าระวังการเลื่อนหลุดของท่อระบายและอุปกรณ์ต่าง ๆ ขณะเคลื่อนย้าย ประเมินแผลหลังผ่าตัด ประเมินการไหลเวียนโลหิตส่วนปลายโดยการกดบนเล็บมือของผู้ป่วย สีของเล็บจะซีดเมื่อถูกกด

แต่เมื่อปล่อยนิ้วมือที่กดเล็บออก สีของเล็บจะเปลี่ยนเป็นสีชมพูทันที ซึ่งปกติจะใช้เวลาน้อยกว่า 3 วินาที ประเมินระดับความเจ็บปวด ประเมินการบวมของแผลผ่าตัดที่เกิดจากโลหิตขังในเนื้อเยื่อ ประเมินมีเส้นประสาทถูกทำลายโดยการกดปลายนิ้วแต่ละนิ้วแล้วให้ผู้ป่วยตอบ ประเมินการเคลื่อนไหวของแขนและข้อมือหลังผ่าตัด และประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องรัดห้ามโลหิต ซึ่งยึดหลัก ประเมิน 6P คือ

1. Pain การเจ็บปวด ปวดแบบปวดแสบร้อนเหมือนผิวหนังถูกเผาไหม้ ปวดมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหว อวัยวะส่วนปลายตำแหน่งนั้น ประเมินจากการสังเกตหรือสอบถาม

2. Pallor การซีด เกิดจากโลหิตไปเลี้ยงส่วนปลายลดลง ประเมินจากการดูสีผิว ริมฝีปาก เปลือกตา และเล็บ

3. Polar อาการเย็น ประเมินจากการสัมผัส

4. Paralysis การอ่อนแรงเกิดจากระบบประสาทและหลอดเลือดโลหิตส่วนปลายขาดเลือดไปเลี้ยง ประเมินจากการเคลื่อนไหวหรือขยับนิ้ว

5. Paresthesia อาการชา เกิดจากระบบประสาทส่วนปลายถูกกดหรือขาดโลหิตไปเลี้ยง ประเมิน โดยทำให้เจ็บ เคลื่อนไหว ขยับนิ้ว

6. Pulse คลำชีพจรไม่ได้ ประเมินโดยการคลำชีพจรส่วนปลายของส่วนที่ผิดปกติ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของหลอดเลือด เบื้องต้น เอกสารต่าง ๆ ให้ถูกต้อง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดมายัง รถนอนและส่งไปยังห้องพักรักษา

ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

Cefazolin เป็นยาในกลุ่ม Cephalosporins ใช้รักษาโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย

อาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ผื่นคัน ชักประวัติการแพ้ยา สังเกตอาการแพ้ยา ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไตควรดื่มน้ำและปัสสาวะ

Paracetamol เป็นยาพาราเซตามอล มีฤทธิ์ในการ ลดไข้ แก้ปวด

อาการข้างเคียง ผู้ที่มีความไวต่อยานี้เป็นพิเศษ อาจมีอาการแพ้ยาโดยมีผื่นขึ้น ซึ่งอาการ จะหายไปเมื่อหยุดยา ไม่ควรรับประทานยานี้เกินวันละ 4 ครั้ง ติดต่อกันเกิน 5 วัน อาจทำให้เกิดตับวาย และอันตรายถึงชีวิต

Burfen 400 mg. เป็นยาสารอนุพันธ์ของ Propionic acid มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ

อาการข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง แน่นท้อง เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ อาจมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ควรให้ยาพร้อมกับอาหารหรือหลังอาหารทันที

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 26 ปี รูปร่างสันทนต์ ส่วนสูง 175 เซนติเมตร น้ำหนัก 63 กิโลกรัม สถานภาพสมรสโสด อาชีพรับจ้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์คว่ำ มีอาการปวด บวม แขนข้างซ้ายผิดปกติ จึงมาโรงพยาบาล แพทย์ตรวจร่างกายและส่งถ่ายภาพรังสีวิทยาพบว่ากระดูกปลายแขนขี้นนอกหักแบบไม่มีแผลเปิด ไม่มีกระดูกออกนอกผิวหนัง มีแผลถลอกเล็กน้อย จึงรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยสามัญชาย ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 17.45 นาฬิกา เลขที่ภายนอก 3876/50 เลขที่ภายใน 617/50 แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกภายใน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 22.30 นาฬิกา ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยปฏิเสธแพทย์เพื่ออาหารและสารเคมี ได้รับยาปฏิชีวนะคือ cefazolin ฉีดเข้าทางหลอดเลือดโลหิตดำ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดโลหิตดำ 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร ได้รับการเย็บก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง พบปัญหาคือ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัดกระดูกปลายแขนขี้นนอกหักและขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด หลังจากให้ข้อมูลผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 22.00 นาฬิกา โดยตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียนให้ตรงกับผู้ป่วย ตำแหน่งและข้างที่จะผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เริ่มผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัดโดยยึดหลักปราศจากเชื้อจนเสร็จสิ้น รวมระยะเวลาการผ่าตัดทั้งสิ้น 30 นาที ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ผู้ป่วยตื่นดี ส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น เย็บผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 ครั้ง ไม่พบภาวะแทรกซ้อน แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีปวด บวม แดง ร้อน ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 3 วัน นัดตัดไหมวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2550

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

-ไม่มี-

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 26 ปี ผิวดำแดง รูปร่างสันทนต์ สูง 175 เซนติเมตร น้ำหนัก 63 กิโลกรัม อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรสโสด นับถึงศาสนาพุทธ ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์คว่ำ เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 17.00 นาฬิกา มีอาการปวดบวม แขนข้างซ้ายผิดปกติ จึงมาโรงพยาบาลลาดกระบัง-กรุงเทพมหานคร จากผลภาพถ่ายรังสีวิทยา พบบริเวณส่วนกลางของกระดูกปลายแขนขี้นนอกหักเป็น 2 ท่อนไม่มีแผลเปิดบริเวณที่กระดูกหัก แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกปลายแขนขี้นนอกหักแบบไม่มีแผลเปิด จึงรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยสามัญชาย เลขที่ภายนอก 3876/50 เลขที่ภายใน 617/50

เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดดังนี้ ติดตามผลโลหิตส่งตรวจทางโลหิตวิทยา Hct 39 % (ค่าปกติ 36- 48 %)

Hb 13.4 gram/dl (ค่าปกติ 12-18 gram/dl) WBC 9000 cell/cumm (ค่าปกติ 5000-10000 cell/cumm) neutrophils 57 % (ค่าปกติ 40-75 %) lymphocyte 34 % (ค่าปกติ 20-50 %) monocyte 8 % (ค่าปกติ 2-10 %) eosinophil 1 % (ค่าปกติ 0-5 %) Platelet count 310000 cell/cumm (ค่าปกติ 140000-440000 cell/cumm) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าปกติ ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ cefazolin ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำคือ 5% D/N/2 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส (ค่าปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส) ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที (ค่าปกติ 60-90 ครั้งต่อนาที) อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที (ค่าปกติ 16-24 ครั้งต่อนาที) ความดันโลหิต 135/85 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท) จากประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วย ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้ยาเพื่ออาหารและสารเคมี ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ศัลยแพทย์วางแผนผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกภายใน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 22.30 นาฬิกา

เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 18.00 นาฬิกา ที่หอผู้ป่วยสามัญชายโดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำตัว บอกชื่อ นามสกุล สถานที่ปฏิบัติงานให้ผู้ป่วยทราบ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ระยะเวลาในการทำผ่าตัด อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นของการทำผ่าตัดเพื่อรักษา แก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดอย่างง่าย ๆ ทำที่ใช้ในการผ่าตัดคือ นอนหงาย กางแขนแนะนำการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้แก่ การลงนามยินยอมผ่าตัด ความสำคัญในการงดน้ำและอาหาร ถอดฟันปลอมและไม่ใส่ของที่เป็นโลหะของมีค่าทุกชนิดติดตัวผู้ป่วย บอกลักษณะตำแหน่งของแผลผ่าตัด สายท่อระบายต่าง ๆ และถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย ตอบคำถามและอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจ

วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 22.00 นาฬิกา ผู้ป่วยมาถึงห้องรอผ่าตัดทักทาย พูดคุยซักถามด้วยท่าที่เป็นมิตร สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยโดยการสอบถามจากตัวผู้ป่วย ป้ายชื่อมือให้ตรงกับเวชระเบียน เอกสารลงนามยินยอมผ่าตัด ซักถาม โรค หัตถการ ตำแหน่งข้างที่ทำผ่าตัด จัดเตรียมเตียงรับผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัดคือเตียงราบ เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทั่วไปสำหรับผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกภายใน เครื่องมือพิเศษทางระบบกระดูก ของใช้ต่าง ๆ น้ำยา วัสดุเย็บแผล เครื่องจี้ไฟฟ้า และเครื่องรัดห้ามโลหิตพร้อมสายรัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เวลา 22.15 นาฬิกา โดยรถนอนยกที่กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนได้รับการเคลื่อนย้ายลงเตียงผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายร่วมกับหน้ากาคครอบกล่องเสียง (General anesthesia with laryngeal mask airway) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย กางแขนข้างซ้ายและระวางเปิดเผยร่างกายส่วนที่ควรปกปิด พันสายรัดห้ามโลหิตที่ต้นแขนข้างที่ผ่าตัดแล้วต่อสายเข้ากับเครื่องรัดห้ามโลหิต ติดแผ่นนำไฟฟ้าบริเวณต้นขาขวาให้แนบสนิทกับผิวหนัง เปิดเครื่องมือที่เตรียมไว้ในการผ่าตัดโดยเทคนิค

ปราศจากเชื้อ พยาบาลส่งเครื่องมือล้างมือสวมชุดและถุงมือปราศจากเชื้อ จัดเรียงเครื่องมือตามลำดับใช้งาน พยาบาลรอบนอกทำความสะอาดผิวหนังบริเวณต้นแขนซ้ายจนถึงปลายนิ้วมือด้วยฟิวจินสกรับ ศัลยแพทย์ ทำน้ำยาฟิวจิน โซลูชัน ปูผ้าปราศจากเชื้อ พยาบาลส่งเครื่องมือประกอบส่วนฉนวนลมกับสายลมเข้าด้วยกัน ส่งปลายสายจี้ไฟฟ้า ปลายสายลมให้กับพยาบาลรอบนอกเพื่อนำไปต่อเข้ากับอุปกรณ์แต่ละชนิด พร้อมทั้ง เปิดเครื่อง พยาบาลรอบนอกตั้งค่าเครื่องรัดห้ามโลหิตให้อยู่ที่ 250 มิลลิเมตรปรอท บันทึกเวลาทำงาน และรายงานเป็นระยะ ๆ แพทย์เริ่มการผ่าตัดเวลา 22.30 นาฬิกา ส่งเครื่องมือตามหลักปราศจากเชื้อ และขั้นตอนผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกภายในช่วยจับ โลหิต อำนวยความสะดวกการผ่าตัด ส่งสายระบาย ของเหลวให้ศัลยแพทย์ ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดตรวจนับผ้าซับโลหิต มีด เข็มและเครื่องมือร่วมกับพยาบาล ช่วยรอบนอก ผ่าตัดเสร็จเวลา 23.00 นาฬิกา ทำความสะอาดผิวหนังให้สะอาดและทาแผลด้วยน้ำยาฟิวจิน โซลูชัน ปิดแผลด้วยผ้าก๊อช ต่อสายระบายของเหลวเข้ากับขวดสุญญากาศ พันผ้ายึดรัดแผล พยาบาลรอบ นอกคลายสายรัดห้ามโลหิตแล้วเปิดขวดสุญญากาศ มีโลหิตไหลคาสาย ดูแลความสะดวกและแต่งตัวผู้ป่วย ให้เรียบร้อย ตรวจสอบปลายนิ้วมือเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องรัดห้ามโลหิต ลอกแผ่นลื่อนำ ไฟฟ้าอย่างระมัดระวังเพื่อลดการบาดเจ็บที่ผิวหนังและประเมินผิวหนังบริเวณต้นขาขวาที่ติดแผ่นลื่อนำ ไฟฟ้า ไม่พบรอยแดงหรือไหม้บริเวณผิวหนังหลังผ่าตัดจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า พยาบาลรอบนอกบันทึก ข้อมูลการพยาบาลในระยะผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน ระหว่างผ่าตัดไม่พบปัญหาในการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยตื่นดี ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นเวลา 23.20 นาฬิกา

เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 1 มีนาคม 2550 เวลา 10.00 นาฬิกา เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสามัญชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ วัดอุณหภูมิร่างกายได้ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที แขนขาซ้ายพันผ้ายึดรัดแผล มีสายระบายของเหลวต่อลงขวด สุญญากาศ ภายในขวดของเหลวเป็นโลหิตเก่าประมาณ 20 มิลลิลิตร แนะนำให้ผู้ป่วยยกแขนข้างที่ผ่าตัดสูง โดยวางบนหมอนเพื่อป้องกันแผลข้างที่ผ่าตัดบวม แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี บวม แดง ร้อนผู้ป่วยบ่นปวด แผลผ่าตัด ได้รับยา paracetamal รับประทานครั้งละ 2 เม็ด เวลา 04.00 นาฬิกา ภายหลังได้รับยา อาการปวด ทูเลา ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์หยุดให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดโลหิตดำ ได้รับ ยา paracetamal รับประทานครั้งละ 2 เม็ดทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือมีไข้ brufen รับประทานครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหารทันทีเพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 2 มีนาคม 2550 เวลา 9.00 นาฬิกา เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสามัญชาย วัดอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/80 มิลลิเมตรปรอท อาการปวดแผลลดลง แผลผ่าตัดแห้งดี บริเวณปลายแขนข้างซ้าย พันด้วยผ้ายึด ศัลยแพทย์เอาสายระบายของเหลวออก ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้าน โดยรวมระยะเวลาในการรักษาพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน

ก่อนผู้ป่วยกลับบ้านได้รับยา paracetamol รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือมีไข้
brufen 400 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหารทันที ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการ
ปฏิบัติตัวเมื่อไปอยู่กลับบ้านได้แก่ การดูแลความสะอาดแผลผ่าตัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา
การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหาร
ที่มีโปรตีนและแคลเซียมสูงเพื่อช่วยส่งเสริมการสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ
ของแผลผ่าตัด นัดล้างแผลวันละ 1 ครั้ง ตัดไหมวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2550 และมาตรวจตามนัดที่คลินิก
กระดูกและข้อ ในวันที่ 13 มีนาคม 2550 เวลา 16.00 นาฬิกา

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกปลายแขนขึ้นนอกหัก ผ่าตัดใส่แผ่นเหล็ก
ตามกระดูกภายใน รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550 ถึงวันที่ 2 มีนาคม 2550
รวมระยะเวลาการดูแล 3 วัน แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีปวด บวม แดง ร้อน พันด้วยผ้ายืด แนะนำให้ผู้ป่วยบริหาร
กล้ามเนื้อโดยเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ขยับปลายนิ้วมือข้างที่ผ่าตัดเพื่อให้อึดกล้ามเนื้อแข็งแรง นัดตัดไหมวันที่
7 มีนาคม พ.ศ. 2550 จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถ
ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลัง
ผ่าตัด ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข และมาตรวจตามแพทย์นัด จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อเป็นมาตรฐานและเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่
แผ่นเหล็กตามกระดูกภายในที่ปลายแขนขึ้นนอกได้

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

กรณีผู้ป่วยรายนี้กระดูกปลายแขนขึ้นนอกหักโดยไม่มีแผลเปิด ศัลยแพทย์มีคำสั่งผ่าตัดนอกเวลา
เนื่องจากเป็นศัลยแพทย์ห้วงเวลา ระยะเวลาในการเตรียมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจค่อนข้างน้อย
ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับข้อมูลและซักถามข้อสงสัย การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ไม่พร้อม
และไม่ครบถ้วน มีโอกาสผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่งได้ อีกทั้งโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
ห้องผ่าตัดเปิดให้บริการ 1 ห้อง หากมีผู้ป่วยในรายชื่อฉุกเฉิน การผ่าตัดในผู้ป่วยรายนี้ต้องพิจารณาเลื่อนผ่าตัด
ไปก่อน

10. ข้อเสนอแนะ


จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่าระยะเวลาในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดค่อนข้างน้อย มีโอกาสเกิด
ความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งได้ ดังนั้นควรมีการระบุตำแหน่งและทำเครื่องหมาย
บริเวณที่จะผ่าตัดให้ชัดเจน เพื่อเพิ่มมาตรฐานในการให้บริการและเพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ ทิตยา จันทร์ศรี
(นางสาวทิตยา จันทร์ศรี)
ผู้ขอรับการประเมิน
..... 2/ ส.ค. 2552

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ อรุณี หลิมกุล
(นางอรุณี หลิมกุล)
พยาบาลวิชาชีพ 8 วช.
รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
..... 2/ ส.ค. 2552

ลงชื่อ 
(นายสมชาย จິงมีโชค)
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
(ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
ลาดกระบังกรุงเทพมหานคร)
..... 2/ ส.ค. 2552

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวทิตยา จันทร์ศรี

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 100) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
สำนักการแพทย์

เรื่อง แนวทางการป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

หลักการและเหตุผล

กายวิภาคของร่างกายมนุษย์โดยส่วนใหญ่เป็นรยางค์เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาในการระบุผิดพลาดเกิดขึ้นได้ องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ได้แก่ การผ่าตัดฉุกเฉิน การจัดเตรียมอุปกรณ์ผ่าตัดที่ไม่เคยทำมาก่อน การมีศัลยแพทย์ที่หลากหลาย ขั้นตอนการผ่าตัดที่ซับซ้อน การที่ไม่ระบุเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด ดังนั้นการระบุตำแหน่งและทำเครื่องหมายที่จะผ่าตัดได้แก่ การระบุข้างซ้ายหรือขวา การระบุในกรณีที่เป็นโครงสร้างหลายส่วน เช่น นิ้วมือหรือนิ้วเท้าหรือระดับ (Level) เช่นระดับไขสันหลังจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการผ่าตัดและมีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร การผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นระบบกระดูกและข้อคิดเป็นร้อยละ 50 ของการผ่าตัดทั้งหมด ซึ่งการผ่าตัดในระบบกระดูกและข้ออวัยวะส่วนใหญ่เป็นรยางค์ พบเหตุการณ์เกือบเกิดการผ่าตัดผิดตำแหน่งแต่ค้นพบความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุการณ์ ดังนั้นงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครจึงเห็นถึงความสำคัญของการจัดหรือลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดผู้ป่วยผิดคน ผิดอวัยวะหรือผิดตำแหน่งและเพื่อให้สอดคล้องกับ Safety goals ของโรงพยาบาลในเรื่องการระบุตัวบุคคลถูกต้อง งานห้องผ่าตัดจึงมีแนวคิดจัดทำมาตรการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะและผิดตำแหน่ง เพื่อเป็นการเพิ่มมาตรฐานของงานบริการผ่าตัดโดยมุ่งหวังให้ผู้รับบริการผ่าตัดถูกต้องและปลอดภัยจากความเสี่ยงของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงนำปัญหามาวางแผนและหาวิธีการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นจึงได้จัดทำเรื่องแนวทางการป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
2. ป้องกันการร้องเรียนจากผู้ป่วย ที่เกิดจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากแนวคิดในการแก้ปัญหาความผิดพลาดของมนุษย์มี 2 แนวทางได้แก่

1. การแก้ปัญหาเชิงบุคคล (person approach) เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่มุ่งเน้นมองหาความผิดพลาดของคนที่เป็นสาเหตุ โดยเชื่อความผิดพลาดของมนุษย์เกิดจากความบกพร่องด้านจิตใจ เช่น การหลงลืม

เหม่อลอย เนื้อหา ไม่ระมัดระวัง ละเลย สะเพร่า เป็นต้น ทางแก้ไขคือ การควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ โดยการกำหนดกฎเกณฑ์ ระเบียบ การเตรียม การควบคุมกำกับและมาตรการลงโทษ ผู้ที่ใช้แนวคิดนี้ จะมีทัศนคติว่า คนที่ทำพลาดเป็นคนผิดกลายเป็นประเด็นทางจริยธรรม จึงไม่ได้รับความไว้วางใจ จากผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารองค์กรส่วนใหญ่ชอบวิธีคิดแบบดังกล่าวนี้เพราะเป็นการง่ายที่จะโทษตัวบุคคล มากกว่าองค์กร

2. การแก้ปัญหาเชิงระบบ (system approach) มีสมมติฐานที่สำคัญ คือ มนุษย์ทำพลาดได้ แม้จะอยู่ในองค์กรที่มีการจัดการดีที่สุดในแนวคิดนี้มองว่าความผิดพลาดเป็นผลลัพธ์มากกว่าที่จะเป็นเหตุ เชื่อว่าการป้องกันความผิดพลาดไม่ใช่การเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ แต่อาศัยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบของผู้ปฏิบัติงานมากกว่า ได้แก่ แนวป้องกัน ระบบเตือนภัยและการเฝ้าระวังที่มีอยู่ อาจจะอาศัยเครื่องมือที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง บุคลากรผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ หรือกระบวนการ เพื่อป้องกันความสูญเสียจากความผิดพลาด ดังกล่าว

ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่งของหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร จึงเกิดแนวคิดในการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่งและเพิ่มศักยภาพในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพื่อการผ่าตัดที่ถูกต้อง ถูกข้าง ถูกตำแหน่งโดยได้วางแผนปฏิบัติ ดังนี้

1. ศึกษาค้นหาหาข้อมูล อุบัติการณ์ เรื่องการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
2. จัดทำแนวทางการป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
3. นำแนวทางการป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง โดยการใช้เงินเขียน ไวโอเล็ตเขียนคำว่า OR บนตำแหน่งที่จะผ่าตัด เสนอหัวหน้าห้องผ่าตัดและผู้ร่วมงานตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของแนวทางปฏิบัติ
4. นำข้อมูลหลังการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยจัดทำแนวทางปฏิบัติ การป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่งให้ถูกต้องเหมาะสม
5. สื่อสารกับพยาบาลทุกหน่วยงานให้ทราบถึงความสำคัญและวิธีการของแนวทางการป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
6. นำเป็นมาตรฐานในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
7. ติดตามและประเมินผลทุกเดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันของบุคลากรในหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลาดกระบัง-กรุงเทพมหานคร

2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้อง ช่าง ถูกตำแหน่ง
3. ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจจากการผ่าตัด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- อุบัติการณ์การเกิดความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เป็น 0
- ทำเครื่องหมายก่อนผ่าตัด (Mark site) มากกว่าร้อยละ 90

ลงชื่อ ทิตยา จันทร์ศรี

(นางสาวทิตยา จันทร์ศรี)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... / 2 S.A. 2552

