

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กฤษฎี อุทัยรัตน์. 2543. แม่ไม้คุณภาพ เจาะ HA Year 2000. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น.
- กฤษฎา แสงดี. 2542. การบริหารความเสี่ยง: มิติใหม่ในการประกันคุณภาพ. วารสารกองการพยาบาล 26 (3): 34-45.
- กฤษฎา แสงดี. 2543. ระบบบันทึกสำหรับการบริหารความเสี่ยง. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่องการบริหารความเสี่ยงสำหรับโรงพยาบาล. ระหว่างวันที่ 3-5 มีนาคม 2543 ณ ห้องแกรนด์บอลรูมชั้น 3 โรงแรมเซ็นจูรี่ปาร์ค กรุงเทพมหานคร.
- ชาติรี ดวงเนตร. 2541. คุณภาพ, ทรัพยากร, และความเสี่ยงทางการแพทย์. ประสบการณ์ทวิภพ. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์.
- ทัศนีย์ พันธุ์พิเชษฐ์. 2539. การเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 1 (2): 46.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2542. เทคนิคการสร้างและรวบรวมเครื่องมือสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- ประเวศ วะสี. 2535. การพัฒนาพลังสร้างสรรค์กร. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2541. 84 ปี ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. กรุงเทพฯ : พี. เอ. บี. มาร์เก็ตติ้ง คอร์ปอเรชั่น.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. 2542. การตรวจรับรองคุณภาพในโรงพยาบาล. ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสู่โรงพยาบาลคุณภาพ. หน้า 140. กรุงเทพฯ: ชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย.
- ฟาริดา อิบราฮิม. 2537. สาระการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สามเจริญการพิมพ์.
- ภวพร ไผศาลวัชรกิจ. 2542. การเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล. 2000. จากใจผู้อ่านวยการ. Chula HA News & Talk 1 (1): 2

- มนีรัตน์ โภทชงรัก. 2537. การปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแลและการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลกับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยี่น ภู่วรรณ และคณะ. 2543. พจนานุกรมไทยฉบับคำพ้อง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:  
ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- ธินี สีดา. 2537. การเขียนโครงการ. ในรายงานการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ครั้งที่ 8: การพัฒนาผลงานทางวิชาการสำหรับพยาบาลผู้ชำนาญการ. หน้า 14. 23-25 มีนาคม 2537 ณ ห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2538. พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5  
กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- เรมวล นันท์ศุภวัฒน์. 2542. ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในองค์กร. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- ลือชา วรรัตน์. 2542. AIC กับ อบต. นนทบุรี: โครงการตำรากรมอนามัย สำนักวิชาการ.
- ลือชา วรรัตน์. (ม.ป.ป.). AIC กับ อบต. [วีดิทัศน์]. (ม.ป.ท.).
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. 2541. พจนานุกรมไทย อังกฤษ (ฉบับห้องสมุด). กรุงเทพฯ:  
รวมสาส์น .
- วิมนต์ วันยะนาพร. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมการทำงาน กับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. 2543. วิกฤตความสัมพันธ์แพทย์กับผู้ป่วย: ทางเลือกในศตวรรษใหม่. ใน  
แสง บุญเฉลิมวิภาส สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ สุมาลี หวังวีรวงศ์ และ อเนก ยมจินดา,  
เรื่องยุ่งๆที่ควรระวัง. หน้า 154. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. 2542. ความเสี่ยง: สิ่งที่ผู้บริหารควรทราบ. Quality care จดหมายข่าว  
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 2 (10): 1-7.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. 2543. ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:  
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ. 2543. ก้าวแรกของTQM/CQI ในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4.  
กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

อรพินทร์ สฟโชคชัย และ คณะ. 2540. โครงการศึกษารูปแบบและแนวทางการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

อภา นิตยศักดิ์. 2533. การศึกษาการจัดการความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

#### ภาษาอังกฤษ

Beyea, S. C., and Nicoll, L. H. 1999. When sentinel event is the cause for action. AORN JOURNAL 70 (4): 703.

Boyd, J. M. 1995. Risk management: Role and responsibilities of the nurse manager. [CD-ROM]. Abstract from: Master Thesis: Masters Abstracts International Item: I 1375803

Brown, B. 1998. Control your risk. Nursing Management 29 (10): 48D.

Clement, R. V. 1995. Essentials of clinical risk management. In C. Vincent. (ed.), Risk management. London: BMA. cited in Kanit Muntapom and Surachart Na Nongkai. 1997. Medicolegal risk management: An essential response to lawsuits. Journal of the International College of Surgeons of Thailand 40 (January- December ): 48.

Confidential Variance Report form # 2444 Rev.4 3/94 Holy Cross Hospital Fort Lauderdale, FL.

Connors H., and Guthries, J. 1992. Nursing and employment. In P. J. Decker, and E. J. Sullivan. Nursing administration: A macro – micro approach. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Davis, D. 1983. Risk management: Another OR puzzle to solve?. AORN JOURNAL 38 (5): 767.

Dew, J. R. 1991. In search of the root cause. Quality Progress 24 ( March): 97-107.

Departmental Policy and Procedures of Holy Cross Hospital: Positiong, Policy Number 70-073, 1994:1.

Elnitsky, C., Nichols, B., and Palmer, K. 1997. Are hospital incidents being reported?. JONA 27 (11): 40-46. .

- Fiesta, J. 1991. QA and risk management. Nursing Management 22 (2): 14-15.
- ข้างถึงใน กฤษดา แสงวดี. 2542. การบริหารความเสี่ยง : มิติใหม่ในการประกันคุณภาพ. วารสารกองการพยาบาล 2542 (3): 34-45.
- Fischbach, F. T. 1991. Documented care: Communication, the nursing process and documentation standards. Philadelphia: F.A. Davis.
- Franck, L. R., and Langenkamp, M. L. 2000. Mandatory education via the computer: Cost-effective, convenient, and creative. Journal for Nurses in Staff Development 16 (4): 160.
- Grudemann, B. J., and Fensebner, B. 1995. Comprehensive perioperative nursing. Boston: Jones and Bartlette.
- Halsey, W. D., 1979. Macmillan contemporary dictionary. New York: Macmillan.
- Hudson, T. 1991. Objective measures prove value of risk management. Hospitals 65 (18): 34-40.
- Iyer, P. W., and Camp, N. H. 1995. Nursing documentation: A nursing process approach. St. Louis: Mosby.
- Jagger, J., Bently, M., and Terekerz, P. 1998. A study of patterns and prevention of blood exposures in OR personnel. AORN JOURNAL 67 (5): 979-995.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2000, February 4. Operative and postoperative complications: Lesson for future. Sentinel event alert [On-line] Available: [http:// www.jcaho.org/](http://www.jcaho.org/)
- Kanit Muntaporn and Surachart Na Nongkai. 1997. Medicolegal risk management: An essential response to lawsuits. Journal of the International College of Surgeons of Thailand 40 (January - December): 52
- Katz, R. 1998. Managing mandatories: Back to basics. In K. J. Kelly – Thomas (ed.), Clinical & Nursing staff development: Current competent, future focus. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott. 146-149.
- Kock, M. W., and Fairly, T. M. 1993. Integrates quality management: The key to improving nursing care quality. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Korsak, A. 1979. WESTAT1976 Study focuses on closed claim. Hospitals 53 (6): 48.

- Luquire, R. 1989. Nursing risk management. Nursing Management 20 (10): 56-58. cited in B. J. Gruendemann and B. Fensebner, Comprehensive perioperative nursing, p. 95. Boston: Jones and Bartlette, 1995.
- Marriner-Tomey, A. 1991. Guide to management. St. Louis: Mosby.
- Mebberg, S. 1996. Quality improvement and risk management. In O. Huber (ed.), Leadership and nursing case management. p. 500. Philadelphia: W. B. Saunder.
- Medical Defense Union, Medical Protection Society, Medical and Dental Defense Union of Scotland, and National Association of Theatre Nurses and Royal College of the United Kingdom. 1988. Theatre safeguards. North Yorkshire: Association of Theatre Nurses Publishers, p.1-9. อ้างถึงใน ทศนีย์ พันธุ์พิเชษฐ. 2539. การเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 1 (2): 47.
- Meeker, M. H., and Rothrock, J. C. 1995. Alexander's care of the patient in surgery. 10th ed. St. Louis: Mosby.
- Mitchell, P.C., and Grippando, G. M. 1993. Nursing perspectives and issues. 3rd ed. New York: Delmar.
- Murphy, E. 1997. Types of legal claims brought against perioperative nurses. AORN JOURNAL 65 (5): 972-973.
- Nursing Education Profile form # 2356 front 1/93 Holy Cross Hospital. Fort Lauderdale, FL.
- Parker, S. 1978. Risk management: Solutions proposed and successes noted. Hospitals 52 (7): 157-158.
- Payne, D. 1994. Pay as they sue. Nursing Times 90 (23): 20.
- Pelle, D. 1988. Risk management. In M. K. Stull (ed.), Current strategies for nurse administrator. p.120. Rockville, MD: Aspen.
- Peipins, L. A., Burnett, C., Alterman, T., and Lalich, N. 1990. Mortality patterns among female nurses: A 27- state study, 1984 through 1990. American Journal of Public Health 87 (9): 1539-1543.
- Popejoy, S., and Fry, D. E. 1991. Blood contact and exposure in the operating room. Surgery. Gynecology and Obstetrics 172 : 480-483.

- Poteet, S. K. 1983. Risk management and nursing. Nursing Clinics of North America 18 (3): 457-565.
- Powell, S. K. 1996. Nursing case management : A practice guide in managed care. Philadelphia: Lippincott –Raven.
- Rakich, J. S., Longest, B. B., and Darr, K. 1985. Managing health service organization. Philadelphia: W.B. Saunders..
- Roth, R. M. 1995. Perioperative nursing core curriculum. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Schoeney, L. 1998. Staff development programs: Strategic thinking applied. In K. J. Kelly – Thomas (ed.), Clinical & Nursing staff development: Current competent future focus. 2nd. ed. Philadelphia: Lippincott.
- Sullivan, E.J., and Decker, P. 1988. Effective management in nursing. California: Addison-Wesley
- Swanburg, R. 1996. Management and leadership for nurse managers. Boston: Jones and Bartlett.
- Tokars, J. I. et al. 1992. Percutaneous injuries during surgical procedures. Journal of American Medical Association 267(21): 2899-2904. .
- Van Liew, D. J, 1999. Using information system to support risk management. In J. Wilson, and J. Tingle (eds.), Clinical risk modification: A route to clinical governance. p. 72. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Wagemaker, A. 2541. การบริหารความเสี่ยง. นนทบุรี: โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (อัดสำเนา.)
- Wilson, J. 1999a. Applying clinical risk modification in practice. In J. Wilson, and J. Tingle (eds.), Clinical risk modification: A route to clinical governance. p.15-16. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Wilson, J. 1999b. Risk reviews and using risk management strategy. In J. Wilson, and J. Tingle (eds.), Clinical risk modification: A route to clinical governance. p.47, 59, 61-62,71. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Wilson, J. 1999c. Health and safety in the NHS. British Journal of Nursing 8 (9): 617.
- Wilson, J., and Tingle, J. 1999. Introduction to clinical risk management and modification. In J. Wilson, and J. Tingle (eds.), Clinical risk modification: A route to clinical governance. p.12. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Young, L. C., and Hayne, A. R. 1988. Nursing administration from concept to practice.  
Philadelphia: W. B. Saunders.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิชุดที่ 1

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้การบริหาร  
ความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัด

รายนาม	ตำแหน่งและหน้าที่
1. รองศาสตราจารย์กัญญา ออประเสริฐ	รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพิม ศุภคັນสนีย์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิริพร พุทธิรังสี	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. นางสาวศัลยา ไผ่เข้มศิริมงคล	หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์
5. นางนฤทยา ปรีชาสุข	หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
6. นางสาวจิตพรพรรณ เหลืองวิรุจน์กุล	หัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

## รายนามทรงผู้คุณวุฒิชุดที่ 2

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจความตรงตามเนื้อหาของแบบรวบรวมความเสี่ยง  
ทางการพยาบาลผ้าตัด

รายนาม	ตำแหน่งและหน้าที่
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพิม ศุภคັນสนีย์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นางสาวศัลยา ไม้เข็มศิริมงคล	หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์
3. นางนฤทยา ปรีชาสุข	หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
4. นางนงลักษณ์ ชูเซ็น	ผู้ตรวจการพยาบาลผ้าตัด โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
5. นางสาวขจิตพรรณ เหลืองวิรุจน์กุล	หัวหน้าหอผ้าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาคผนวก ข  
สถิติที่ใช้ในโครงการ

## สถิติที่ใช้ในโครงการ

### 1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ

ค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้ด้วย K-R 20 (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2543: 215)

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2} \right\}$$

$r_{tt}$  = ค่าความเที่ยง

$k$  = จำนวนข้อสอบ

$p$  = สัดส่วนของคนทำข้อนั้นได้

$q$  = สัดส่วนของคนที่ทำข้อนั้นผิด =  $1 - p$

$\sigma^2$  = ความแปรปรวนของแบบทดสอบทั้งฉบับ

### 2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2541: 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$\bar{X}$  = ค่าเฉลี่ย

$\sum X$  = ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล

$N$  = จำนวนทั้งหมดของข้อมูล

2.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2541: 65)

$$S.D. = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$  = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$  = ผลรวมของข้อมูลแต่ละตัว

$n$  = จำนวนข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

ภาคผนวก ค

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ

**กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ**  
**" การกำหนดมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด**  
**โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ "**

วันที่ 7, 9-10 มิถุนายน พ.ศ.2544  
 ณ ห้องเรียน ตึกส.ก.4 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**วันพฤหัสบดี 7 มิถุนายน พ.ศ.2544**

- |             |   |
|-------------|---|
| 13.00-13.10 | ลงทะเบียน   |
| 13.10-14.45 | บรรยาย " การบริหารความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยงและ บทบาทของ<br>พยาบาลห้องผ่าตัดในการบริหารความเสี่ยง."<br>โดย รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤษดี |
| 14.45-15.00 | พักอาหารว่าง  |
| 15.00-15.25 | ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง  |
| 15.25-15.35 | เฉลยคำตอบ   |
| 15.35-16.00 | วิดีโอทัศน์ AIC   |
| 16.00-16.05 | มอบหมายงานสำหรับการค้นหาความเสี่ยง  |

**วันเสาร์ที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2544**

- |              |  |
|--------------|--|
| 07.55-08.00  | ลงทะเบียน  |
| 08.00- 09.30 | ประชุมกลุ่ม ชั้น A-1 ระดมสมองค้นหาความเสี่ยงของการพยาบาลห้อง<br>ผ่าตัดในปัจจุบัน |
| 09.30-09.45  | พัก อาหารว่าง  |
| 09.45-11.00  | ประชุมกลุ่ม ชั้น A-2 สภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดในอนาคต                              |
| 11.00-12.00  | ประชุมกลุ่ม ชั้น I-1 การซักจูงโน้มน้าว: มาตรการสู่ภาพในอนาคต                     |
| 12.00-13.00  | พัก อาหารกลางวัน   |
| 13.00-14.00  | ประชุมกลุ่ม ชั้น I-1 การซักจูงโน้มน้าว: มาตรการสู่ภาพในอนาคต                     |
| 14.00-15.00  | ประชุมกลุ่ม ชั้น I-2 วิเคราะห์มาตรการ และจัดลำดับความสำคัญ                       |
| 15.00.15.15  | อาหารว่าง  |
| 15.00.15.30  | ประชุมกลุ่ม ชั้น C-1 จัดผู้รับผิดชอบมาตรการ                                      |
| 15.30-16.00  | ประชุมกลุ่ม ชั้น C-2 การกำหนดมาตรการควบคุมอุบัติการณ์ความ<br>เสี่ยง ( มีต่อ )    |

**วันอาทิตย์ 10 มิถุนายน พ.ศ.2544**

07.55-08.00	ลงทะเบียน
08.00- 12.00	ประชุมกลุ่ม ชั้น C-2 การกำหนดมาตรการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยง (ต่อ)
12.00-13.00	พักอาหารกลางวัน
13.00-14.00	ประชุมกลุ่ม C-2 การกำหนดมาตรการ ๔ (ต่อ)
14.00-14.45	ผู้แทนกลุ่มเสนอมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยง
14.45-15.00	พัก อาหารว่าง
15.00-15.20	สรุป มาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้จากการประชุม



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในโครงการ

## แบบวัดความรู้การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัด

คำชี้แจง :

แบบวัดความรู้การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลมี จำนวน 3 ข้อ

- ให้ท่านเติมข้อความลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย  $\surd$  ลงใน ( )

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ

- ให้ท่านทำเครื่องหมาย X ทับข้อที่ท่านพิจารณาแล้วว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ
- กำหนดเวลาในการทำแบบวัดความรู้นี้ 25 นาที

**ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล**

1. อายุ \_\_\_\_\_ ปี

2. การศึกษา

( ) ระดับปริญญาตรี

( ) สูงกว่าปริญญาตรี

3. ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด

( ) น้อยกว่า 1 ปี

( ) 1 - 5 ปี

( ) 6 - 10 ปี

## ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัด

1. ข้อใดกล่าวได้ครอบคลุมที่สุดเกี่ยวกับความหมายของความเสี่ยง
  - ก. โอกาสที่จะพบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์
  - ข. โอกาสพบความผิดพลาดที่เกิดแก่ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่
  - ค. โอกาส เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน หรือการเงิน
  - ง. โอกาสที่จะได้รับการบาดเจ็บทางร่างกายหรือจิตใจ
  - .....
  
4. ข้อใดเรียงลำดับขั้นตอนของกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้ถูกต้อง
  1. การจัดการความเสี่ยง
  2. การค้นหาความเสี่ยง
  3. การประเมินผลการดำเนินการ
  4. การประเมินความรุนแรงและความถี่
  - ก. 2 1 3 4
  - ข. 2 4 3 1
  - ค. 2 4 1 3
  - ง. 4 2 3 1
  - .....
  
6. ข้อใดที่มีใช้การค้นหาความเสี่ยง
  - ก. การนับเครื่องมือก่อนผ่าตัด
  - ข. การเดินสำรวจหน่วยงาน
  - ค. การจัดกล่องรับคำร้องเรียน
  - ง. การศึกษาอัตราการติดเชื้อ
  - .....
  
9. ข้อใดที่แตกต่างจากข้ออื่นในการจัดการความเสี่ยง
  - ก. การจัดให้มีไฟฉุกเฉิน
  - ข. การขอยืมอุปกรณ์มาสำรองไว้
  - ค. การตรวจสอบเครื่องจักรก่อนใช้
  - ง. การจัดเจ้าหน้าที่เวรเสริมเมื่อเรียก
  - .....

17. พยาบาลระดับปฏิบัติการมักมีบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในขั้นตอนใดน้อย

- ก. การค้นหาความเสี่ยง
- ข. การจัดการความเสี่ยง
- ค. การประเมินผลการจัดการ
- ง. การประเมินความรุนแรงและความถี่

.....

19. ขณะที่ศัลยแพทย์ทำการเย็บปิดแผลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจอยู่นั้น นางสาวสุดาวดี ผู้ซึ่งเป็นพยาบาลใหม่ได้เก็บรวบรวมเครื่องมือผ่าตัดใส่อ่างเครื่องมือ ทันใดผู้ป่วยมีหัวใจเต้นผิดปกติ เกิด Ventricular fibrillation

หาก ท่านเป็นพยาบาลช่วยรอบนอก กิจกรรมใดเหมาะสมที่สุดในลำดับ แรก

- ก. ท่านเตรียมยาหัวใจไว้ใช้บริเวณปลอดเชื้อ และให้นางสาวสุดาวดีเตรียมอุปกรณ์กระตุกหัวใจ
- ข. เข้าไปช่วยนางสาวสุดาวดีจัดเครื่องมือใหม่ เตรียมยาหัวใจและเตรียมอุปกรณ์กระตุกหัวใจไว้ให้ใช้
- ค. ให้นางสาวสุดาวดีจัดเตรียมเครื่องมือไว้เปิดหน้าอกใหม่ และเตรียมอุปกรณ์กระตุกหัวใจไว้ให้พร้อม
- ง. บอกนางสาวสุดาวดีว่าหัวใจผิดปกติ ได้เตรียมเครื่องกระตุกหัวใจไว้พร้อมแล้ว และเตรียมเครื่องมือปลอดเชื้อชุดใหม่ให้

20. กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงจากปฏิบัติงานของบุคลากรห้องผ่าตัด ข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

- ก. การจัดระบบพี่เลี้ยงสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่
- ข. การจัดหาคู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่
- ค. การจัดโครงการปฐมนิเทศแก่เจ้าหน้าที่ใหม่
- ง. การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ใหม่

## แบบรวบรวมความคิดเห็นต่อความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด

**คำชี้แจง:** ให้พยาบาลห้องผ่าตัดแสดงความคิดเห็นต่อความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดที่เคยได้พบ หรือได้ยิน ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นที่อื่นก็ได้ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ในช่อง

### 1 การเตรียมผ่าตัด.

#### 1.1 การเตรียมเอกสาร

1.1.1 ไม่มีใบยินยอมผ่าตัด

.....

#### 1.2 การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม

.....

1.2.6 ส่งผู้ป่วยผิดคน

1.2.7 อื่นๆระบุ.....

#### 1.3 การตรวจชื่อผู้ป่วย และการผ่าตัด

1.3.1 ไม่มีป้ายชื่อที่ข้อมือ

1.3.2 ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะผ่าตัดที่ข้างไหน

1.3.3 อื่นๆระบุ.....

#### 1.4 ห้องผ่าตัด

...

1.4.3 ไม่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ

#### 1.5 การดูแลก่อนผ่าตัด

1.5.1 ได้รับอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย

....

### 2. ระยะผ่าตัด

2.1 การให้ยา/ สารน้ำ / เลือด

2.2. การจัดทำไม่ปลอดภัย อวัยวะ เนื้อเยื่อ เส้นประสาทได้รับอันตราย

.....

2.13 อื่นๆ ระบุ.....

### 3. ระยะหลังผ่าตัด

3.1 การเกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย

3.2 การติดเชื้อในแผลสะอาด

.....

## ตอนที่ 1. แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมผ้าซับตักค้างในผู้ป่วย

โปรดทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ลงในช่องความเป็นไปได้หลังข้อความ เมื่อท่านประเมินความเป็นไปได้ของข้อความนั้นในการปฏิบัติเกี่ยวกับความเสี่ยง ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมากที่สุด
  - 4 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมาก
  - 3 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติปานกลาง
  - 2 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติน้อย
  - 1 หมายถึง ข้อความนั้นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติน้อยที่สุด
- และหากท่านมีข้อเสนอแนะอื่นๆจะเป็นพระคุณยิ่ง

ข้อความ	ความเป็นไปได้					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
<b>1.การป้องกันผ้าซับตักค้างในร่างกายผู้ป่วย</b>						
1. มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนับผ้าซับ เครื่องมือ และของมีคม และทบทวนเป็นระยะ						
2. กำหนดจำนวนผ้าซับโลหิตแต่ละมัดในแต่ละประเภท เช่น ผ้าซับ 4x4 นิ้ว มัดละ 10 ชิ้น ผ้าซับใหญ่ 3x18 นิ้วมัดละ 10 ชิ้น เป็นต้น						
3. มีการนับและตรวจสอบผ้าซับโลหิตร่วมกัน ระหว่างพยาบาลส่งผ้าตัดและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกทุกราย เขียนประเภท ชนิดและจำนวนบนกระดานในห้องผ่าตัด ให้ถูกต้อง ดังนี้						
3.1 ก่อนการผ่าตัด						
3.2 เมื่อเปิดผ้าซับเพิ่ม						
3.3 ก่อนและหลังปิดโพรงแผล หรืออวัยวะที่เป็นโพรงที่ผ้าซับอาจค้างได้						
3.4 เมื่อมีการเปลี่ยนพยาบาลส่งผ้าตัดและ/หรือเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกอย่างถาวร						

.....

ภาคผนวก จ.

ผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์  
ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด



## ผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของมาตรการการควบคุมอุบัติเหตุ

### ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของมาตรการการควบคุมอุบัติเหตุ ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดจะได้กำหนดสัญลักษณ์ในตารางดังนี้

$\bar{X}$  แทน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเป็นไปได้

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเป็นไปได้

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมาตรการควบคุมผ้าซับทกค้างในผู้ป่วย

มาตรการควบคุมผ้าซับทกค้างในผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1.การป้องกันผ้าซับทกค้างในร่างกายผู้ป่วย</b>			
1. มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนับผ้าซับทกค้าง เครื่องมือ และของมีคม และทบทวนเป็นระยะ	4.55	.69	
2. กำหนดจำนวนผ้าซับทกค้างแต่ละมัดในแต่ละประเภท เช่น ผ้าซับทก 4x4 นิ้ว มัดละ 10 ชิ้น ผ้าซับทกใหญ่ 3x18 นิ้ว มัดละ 10 ชิ้น เป็นต้น	4.73	.47	
3. มีการนับและตรวจสอบผ้าซับทกค้างร่วมกันระหว่างพยาบาลส่งผ่าตัดและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกทุกราย เขียนประเภท ชนิดและจำนวนบนกระดานในห้องผ่าตัด ให้ถูกต้อง ดังนี้	4.82	.40	
3.1 ก่อนการผ่าตัด	4.82	.40	
3.2 เมื่อเปิดผ้าซับทกเพิ่ม	4.82	.40	
3.3 ก่อนและหลังปิดโพรงแผลหรืออวัยวะที่เป็นโพรงที่ผ้าซับทกค้างได้	4.82	.40	
3.4 เมื่อมีการเปลี่ยนพยาบาลส่งผ่าตัด และ/หรือเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกอย่างถาวร	4.64	.67	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

มาตรการควบคุมผ้าซับตักค้างในผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
3.5 ก่อนการปิดช่องอกหรือช่องท้อง และหลังการผ่าตัดทันที	4.82	.40	
4. ก่อนนับผ้าซับโลหิตต้องแกะสิ่งผูกมัด ผ้าซับออก และแยกนับผ้าซับที่ละชิ้นให้เห็นอย่างชัดเจนทั้งพยาบาลส่งเครื่องมือและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก	4.82	.40	
5. การนับแต่ละมัด ต้องวางแยกผ้าซับที่นับแล้ว และผ้าซับที่ยังนับไม่เสร็จออกจากกัน อย่างชัดเจน	4.64	.67	
6. การนับผ้าซับโลหิตแต่ละครั้ง ต้องออกเสียงนับให้ได้ยิน และนับให้เสร็จสิ้นโดยไม่มี การขัดจังหวะระหว่างการนับ หากมีการขัดจังหวะให้เริ่มนับใหม่	4.82	.40	
7. หากจำนวนผ้าซับโลหิตมีไม่ถูกต้องตามที่ กำหนดไว้ให้นับซ้ำ ถ้ายังขาดหรือเกินจำนวน อีก ให้ส่งผ้าซับมัดนั้นออกจากบริเวณปลอดภัย และให้เจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกนำผ้าซับ มัดนั้นออกจากห้องผ่าตัดทันที และรายงาน ให้พยาบาลหัวหน้าเวรทราบ	4.73	.47	
8. ในรายฉุกเฉินรีบด่วนอาจใช้ผ้าซับโลหิตที่มี แถบที่บ่งสีทั้งหมดสำหรับการผ่าตัด	3.73	.90	หากเป็นไปได้ควรมีผ้าซับ ที่มีเส้นที่บ่งสีใช้ทั้งหมด
9. ห้ามนำผ้าซับทุกชนิดที่ใช้กับการผ่าตัด ออกนอกห้องผ่าตัด ถ้ายังไม่เสร็จสิ้นการผ่าตัด ยกเว้นกรณีที่ขาดหรือเกินจำนวนที่ กำหนดไว้ก่อนใช้	4.91	.30	

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

มาตรการควบคุมผ้าซับตักค้างในผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
10. หากจำเป็นต้องทิ้งค้างผ้าซับไว้ในผู้ป่วยเพื่อการห้ามเลือด ต้องลงบันทึกประเภท ขนาดและจำนวนของผ้าซับโลหิต รวมทั้ง ตำแหน่งของอวัยวะ ลงในบันทึกการพยาบาล ผ่าตัดและสมุดผ่าตัด	4.40	.70	
11. กำหนดภาชนะสำหรับรองรับผ้าซับโลหิต จากบริเวณปลอดเชื้อของการผ่าตัดเป็นการเฉพาะ และแยกจากภาชนะสำหรับผ้าซับที่ใช้เพื่อการอื่น เช่น วิสัญญีแพทย์ใช้	4.91	.30	และกำหนดผ้าซับโลหิตสำหรับ วิสัญญีแพทย์ให้แตกต่างจาก ใช้สำหรับการผ่าตัด
12. ผ้าซับโลหิตที่ติดมาจากห่อผู้ป่วยหรือ ห่อผู้ป่วยหนัก หากเป็นชนิดเดียวกันกับที่ใช้ ในห้องผ่าตัดต้องระวังการสับสนกันเมื่อนำ ออกมาจากผู้ป่วย อาจตรวจนับจำนวนและ ใส่ถุงพลาสติกแยกไว้ต่างหากโดยเขียนระบุ จากห่อผู้ป่วย..... ชื่อ นามสกุลของผู้ป่วย ประเภท ขนาดและจำนวนของผ้าซับ ผู้นับ	4.40	.70	
13. บันทึกผลการนับผ้าซับไว้ในบันทึกการ พยาบาลผ่าตัดดังนี้ ชนิด ประเภทของผ้าซับ ผู้นับ ผลของการนับ	4.00	1.00	
14. ผ้าซับโลหิตไม่ครบ ให้รับรายงานให้ ศัลยแพทย์ ทราบ เพื่อให้ช่วยค้นหาในผู้ป่วย บริเวณผ่าตัด พร้อมทั้งให้รายงานพยาบาล หัวหน้าเวรทราบทันที ส่วนพยาบาลส่งผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกร่วมกันนับผ้าซับ ซ้ำอีก และร่วมกันค้นหา ถ้าเป็นผ้าซับที่มี แถบที่บ่งสีอาจให้มีการถ่ายภาพรังสี	4.73	.65	

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

มาตรการควบคุมผ้าซับตักค้างในผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
15. การบันทึกกรณีผ้าซับไม่ครบในบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ให้บันทึกว่า ผลการนับผ้าซับว่าผ้าซับไม่ครบโดยระบุประเภท ขนาดจำนวน และผู้นับ ส่วนในช่อง Action Taken ให้ลงบันทึกว่า 1) ได้รายงานให้แพทย์ (ระบุชื่อ) ทราบ 2) ได้รายงานหัวหน้าเวรทราบ 3) ได้นับผ้าซับซ้ำอีก และได้ค้นหา ( หากเป็นกรณีที่ผ้าซับที่ขาดหายเป็นผ้าซับที่มีแถบที่บ่งสี และได้มีการถ่ายภาพรังสีเพื่อค้นหาผ้าซับนั้น ให้บันทึกว่า 4) ถ่ายภาพรังสีและ ผล..... )	4.73	.47	
16. การลงสมุดผ่าตัดกรณีผ้าซับไม่ครบจำนวน ศัลยแพทย์ลงชื่อรับทราบ เจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกผู้นับและพยาบาลส่งผ่าตัดลงชื่อกำกับไว้เป็นหลักฐาน	4.73	.47	
17. เขียนรายงานอุบัติการณ์เมื่อผ้าซับโลหิตไม่ครบจำนวน	4.73	.47	
18. ไม่ให้มีผ้าซับตักค้างในห้องผ่าตัดที่ก่อนผู้ป่วยรายใหม่เข้าห้อง	4.73	.47	
2. การลดความสูญเสียเมื่อผ้าซับไม่ครบจำนวน หรือผ้าซับตักค้างในผู้ป่วย			
1. ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเมื่อผ้าซับไม่ครบจำนวน	4.64	.50	
2. บันทึกในการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดตามแนวทางที่กำหนดไว้	4.73	.47	
3. เขียนรายงานอุบัติการณ์	4.64	.50	

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมาตรการควบคุมเข็มเย็บแผลตกค้างในผู้ป่วย

มาตรการควบคุมเข็มเย็บแผลตกค้างในผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1 การป้องกันเข็มเย็บแผลตกค้างในผู้ป่วย</b>			
1 มีนโยบาย คู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนับผ้าซั็บ เครื่องมือและของมีคมและทบทวนเป็นระยะ	4.45	.69	
2. พยาบาลส่งผ้าตัดตรวจนับเข็มเย็บ ทั้งเข็มร้อยและเข็มติดใหม่ ดังนี้คือ	4.75	.46	
2.1 ก่อนการผ่าตัด	4.64	.92	
2.2 เมื่อเปิดเพิ่มระหว่างผ่าตัด	4.45	.93	
2.3 ก่อนปิดโพรงแผลที่เข็มอาจตกค้างได้	4.64	.67	
2.4 ก่อนและหลังเย็บปิดแผลผ่าตัด	4.55	.93	
2.5 เมื่อเปลี่ยนเวรพยาบาลส่งผ้าตัด	4.55	.69	
3. ให้เก็บของใหม่เย็บไว้ที่บริเวณปลอดภัยเพื่อนับ	4.64	.67	
4. เข็มติดใหม่ให้นับตามจำนวนที่หน้าของใหม่เย็บ และตรวจสอบอีกครั้งเมื่อเปิดของใช้	4.45	.69	
5. วิธีการบันทึกนับเข็มที่กระดานผ่าตัดใช้วิธีเขียนเครื่องหมาย + หรือ - เมื่อเพิ่มหรือลดจำนวน	3.36*	1.03	
6. หากพบว่าเข็มติดใหม่ไม่ครบตามจำนวนที่ระบุหน้าของ พยาบาลส่งผ้าตัดต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกทันที และให้บันทึกไว้ที่กระดานผ่าตัด และเขียน - (ประเภท ขนาด และจำนวนเข็มที่ขาด)	3.91	1.04	
7. เข็มเย็บแผลที่นับแล้วไม่นำออกจากห้องผ่าตัด	4.64	.67	

\* ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 3.5

## ตารางที่ 8 (ต่อ)

มาตรการควบคุมเข็มเย็บแผลตกค้างในผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
8 เข็มที่ใช้แล้วให้เก็บใส่ไว้ในถ้วยบนโต๊ะเครื่องมือ หรืออาจวางที่แผ่นแม่เหล็ก ถ้าใช้เข็มจำนวนมากหรือเข็มนั้นมีขนาดเล็กมากเสี่ยงต่อการสูญหาย	4.73	.47	
9 การรับคืนเข็มเย็บแผลชนิดติดไหมเย็บครั้งละจำนวนมาก ปลายไหมต้องมีเครื่องมือจับปลายไว้	4.00	.89	
10. หากเป็นไปได้ ให้ส่งเข็มเย็บแบบแลกเปลี่ยนคืนมา ถ้าได้รับคืนเข็มไม่ครบต้องรีบแจ้งให้แพทย์ทราบ และเริ่มการค้นหาทันที	4.36	.81	
11. เข็มที่หัก หรือตกหล่นที่พื้นต้องรีบค้นหาทันที เมื่อพบแล้ว ต้องเห็นเข็มพร้อมกันทั้งพยาบาลส่งผ้าตัดและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก	4.45	.69	
12. กรณีที่ค้นหาเข็มเย็บแผลไม่พบในบริเวณผ้าตัด ต้องบอกให้เจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกช่วยค้นหาทันที ให้ใช้แท่งแม่เหล็กช่วยหากเข็มนั้นมีขนาดเล็ก	4.45	.69	
13 ก่อนปิดแผลผ้าตัดทุกครั้ง พยาบาลส่งผ้าตัดต้องตรวจนับจำนวนเข็ม ของไหมเย็บกับเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกให้ตรงกัน และแจ้งให้แพทย์ทราบ	4.73	.47	
14 กรณีที่เข็มเย็บไม่ครบก่อนเย็บปิดแผล ให้ปฏิบัติดังนี้			
14.1 ให้นับซ้ำอีก	4.73	.65	
14.2 แจ้งแพทย์ทราบเพื่อให้ค้นหาทันที	4.64	.67	

## ตารางที่ 8 (ต่อ)

มาตรการควบคุมเข็มเย็บแผลตกค้างในผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
14.3 ให้ค้นหาโดยพยาบาลส่งผ้าตัดค้นหาบริเวณปลอดเชื้อ ส่วนเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกค้นหาบริเวณไม่ปลอดเชื้อโดยใช้แท่งแม่เหล็กช่วยค้นหา	4.64	.67	
14.4 รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร	4.55	.69	
15 หากค้นหาไม่พบแพทย์ต้องเย็บปิดแผลผ้าตัดให้บันทึกในบันทึกการพยาบาลผ้าตัดว่าผลการนับเข็ม ประเภท ขนาด จำนวนของเข็มไม่ครบ ผู้นับทั้งพยาบาลส่งผ้าตัดและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก ส่วนในช่อง Action Taken ให้เขียนบรรยายสิ่งที่ได้ปฏิบัติ เช่น 1) นับซ้ำอีก 2) รายงานแพทย์..... (ระบุชื่อ) 3) ค้นหา 4) รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร 5) ( ถ้าได้ทำ )การถ่ายภาพรังสีผลภาพถ่ายรังสีและผู้อ่านภาพ	4.55	.69	
16 การลงสมุดผ้าตัดเมื่อเข็มไม่ครบ ต้องให้ศัลยแพทย์ลงชื่อรับทราบ เจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกผู้นับและพยาบาลลงชื่อกำกับไว้	4.55	.69	
<b>2. การลดความสูญเสียเมื่อเข็มไม่ครบหรือเข็มตกค้างในผู้ป่วย</b>			
1 ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเมื่อเข็มไม่ครบ	4.55	.69	
2 บันทึกในบันทึกทางการพยาบาลผ้าตัดตามแนวทางที่กำหนดไว้	4.55	.69	
3. รายงานอุบัติการณ์	4.45	.69	
4. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ้าตัด ดูแลเอาใจใส่	4.00	.89	

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมาตรการควบคุมเครื่องมือและอุปกรณ์  
ตกค้างในผู้ป่วย

มาตรการควบคุมเครื่องมือและอุปกรณ์ ตกค้างในผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1.การป้องกันเครื่องมือและอุปกรณ์ตกค้าง ในผู้ป่วย</b>			
1. มีนโยบาย คู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนับ ผ้าซับ เครื่องมือและของมีคม และทบทวน เป็นระยะ	4.82	.60	
2. มีการจัดเครื่องมือให้เป็นชุด (Set) และมี รายการเครื่องมือ	4.64	.50	
3. พยาบาลส่งผ้าตัดตรวจนับเครื่องมือก่อน ผ้าตัดทุกครั้ง ถ้าไม่ตรงตามรายการให้แจ้ง กับเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก เพื่อลงบันทึก ไว้ที่กระดานผ้าตัด และให้รายงานพยาบาล หัวหน้าเวรทราบ	4.82	.40	
4. เครื่องมือห่อปลีและอุปกรณ์ผ้าตัดขนาด เล็กที่เสี่ยงต่อการสูญหาย ให้พยาบาลส่ง ผ้าตัดนับกับเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก และลง บันทึกไว้ที่กระดานผ้าตัด	4.73	.47	
5. การนับเครื่องมือครั้งแรกให้นับก่อนการ ผ้าตัด หลังจากนั้นให้นับเมื่อ	4.82	.40	
5.1 เปิดเครื่องมือเพิ่ม	4.82	.40	
5.2 ก่อนปิดโพรงแผลที่เครื่องมือหรือ อุปกรณ์อาจตกค้างได้	4.91	.30	
5.3 เปลี่ยนพยาบาลส่งผ้าตัดเป็นการถาวร	4.82	.40	
5.4 ก่อนและหลังเย็บปิดแผลผ้าตัด	4.91	.30	



ตารางที่ 9 (ต่อ)

มาตรการควบคุมเครื่องมือและอุปกรณ์ ตกค้างในผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
6. เครื่องมือที่ติดผู้ป่วยมาจากที่อื่นต้อง ตรวจนับ ใส่ถุงแยกไว้และให้บันทึก ประเภท เครื่องมือ ขนาด จำนวน หอผู้ป่วย ชื่อผู้ป่วย และผู้ตรวจนับไว้ที่ถุง	4.64	.50	
7. การลงบันทึกในกระดาน ให้เขียนเครื่อง หมายบอก ไม่ใช้วิธีการลบทิ้งเพื่อเขียนตัวเลข ใหม่	4.55	.69	
8 เครื่องมือผ่าตัดที่นับแล้วห้ามนำออกนอก ห้องผ่าตัด ยกเว้นเมื่อปนเปื้อนและจำเป็น ต้องนำออกไปทิ้งให้ปลอดภัย ต้องจดบันทึก ประเภท และจำนวนของเครื่องมือที่ กระดาน	4.55	.52	
9. ก่อนปิดแผลผ่าตัด พยาบาลส่งผ่าตัดต้อง ตรวจนับจำนวนเครื่องมือ และอุปกรณ์กับ เจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก ถ้าไม่ครบปฏิบัติดังนี้	4.91	.30	
9.1 ให้นับซ้ำอีกครั้ง	4.91	.30	
9.2 แจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อให้ช่วย ค้นหา	4.91	.30	
9.3 พยาบาลส่งผ่าตัดและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบ นอกช่วยกันค้นหา ตามบริเวณปลอดภัย โต๊ะเครื่องมือ ฟันห้อง ใต้โต๊ะ ใต้เตียงผ่าตัด ถึงผ้าซับ ถึงขยะ	4.91	.30	
9.4 รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร	4.91	.30	
9.5 อาจค้นหาโดยการถ่ายภาพรังสี	4.73	.47	

## ตารางที่ 9 (ต่อ)

มาตรการควบคุมเครื่องมือและอุปกรณ์ ตกค้างในผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
10 ถ้าค้นหาไม่พบ ให้ลงบันทึกในบันทึก การพยาบาลผ่าตัดเกี่ยวกับเครื่องมือประเภท ขนาด ชื่อผู้นับและตำแหน่ง การนับ ผลการ นับ และการปฏิบัติเมื่อนับไม่ครบ ( Action Taken ) สภาพแวดล้อมเช่นผู้ป่วยฉุกเฉิน มากไม่สามารถนับเครื่องมือให้เสร็จก่อนเริ่ม ผ่าตัดได้ และให้แพทย์และเจ้าหน้าที่รอบ นอกผู้นับร่วมลงชื่อด้วย	4.45	.93	
11. เขียนรายงานอุบัติการณ์เมื่อมีการนับ เครื่องมือไม่ครบก่อนการเย็บปิด	4.73	.47	ควรสำรวจสภาพเครื่องมือก่อน ใช้เพื่อป้องกันการ แตะ หักและ ค้างในผู้ป่วย
<b>2. การถ่ายโอนความเสี่ยง</b>			
1. รายงานแพทย์ เมื่อเครื่องมือไม่ครบ จำนวนก่อนเย็บปิดแผล เพื่อแพทย์ได้ค้นหา ในร่างกาย ถ้าแพทย์จะรีบปิดแผลผ่าตัด โดย ที่เครื่องมือยังไม่ครบ และไม่ได้ถ่ายภาพรังสี ให้แพทย์ลงชื่อรับทราบการผลนับ ในบันทึก การพยาบาลผ่าตัดและในสมุดลงผ่าตัด	4.45	.93	
<b>3. การลดความสูญเสียเมื่อเครื่องมือและ อุปกรณ์ตกค้างในผู้ป่วย</b>			
1. เขียนรายงานอุบัติการณ์	4.73	.47	
2. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เอาใจใส่ดูแลความ สะดวกสบาย	4.64	.50	
3. กำหนดบุคคลที่จะให้ข้อมูลและติดต่อกับ ผู้ป่วยและญาติ	4.27	.47	

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาตรฐานมาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาดขณะ  
ผ่าตัด

มาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาด ขณะผ่าตัด	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1. การป้องกันเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาด ขณะผ่าตัด</b>			
1. มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับเข็มหรือของมีคม ในห้องผ่าตัด	4.73	.65	
2. ให้ความรู้และนิเทศการปฏิบัติงานแก่ เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ใหม่	4.73	.47	
3. กำหนดวิธีการวางของมีคมบนโต๊ะ เครื่องมือ ให้วางไกลตัว และหันด้านคม ออกนอกตัวเสมอ	4.73	.47	
4. ระมัดระวังในการวาง หยิบจับ ใช้ และ เคลื่อนย้ายสิ่งของมีคมเป็นพิเศษ ไม่เคลื่อน ไหวอย่างรวดเร็ว	4.82	.40	
5. มีข้อตกลงในการส่งหรือคืนของมีคม โดย วางบนบริเวณที่กำหนดไว้ให้หรือใส่ภาชนะ ไม่ส่งหรือรับกับมือโดยตรง	4.45	.82	
6. ขานชื่อเครื่องมือมีคมก่อนส่ง	4.82	.40	
7. เก็บหรือทิ้งของมีคมใช้แล้วให้เป็นที่ ขณะ ผ่าตัดให้ใส่เข็มหรือของมีคมไว้ในถ้วยหรือ อาจวางบนแผ่นแม่เหล็ก หลังผ่าตัดใส่ใน ภาชนะป้องกันการทะลุ	4.73	.47	
8. ถ้าจำเป็นต้องสวมปลอกเข็ม ห้ามใช้มือ จับปลอกเข็ม ให้ใช้เครื่องมือแทน	4.64	.50	
9. หลีกเลี่ยงการหยิบจับ เข็มหรือของมีคม โดยตรง ให้ใช้ปากคีบ คีมหนีบหลอดเลือด หรือคีมจับเข็ม	4.55	.52	

## ตารางที่ 10 (ต่อ)

มาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาด ขณะผ่าตัด	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
10. การใส่หรือถอดใบมีดให้ใช้เครื่องมือช่วย ใบมีดที่ถอดออกยากนั้นอาจใช้อุปกรณ์ช่วย ถอดโดยเฉพาะ ( Blade Remover)	4.18	.98	
<b>2 การลดความสูญเสียหลังจากเจ้าหน้าที่ ถูกของมีคมบาดขณะผ่าตัด</b>			
1. บีบเลือดออกให้ได้มากที่สุด	4.91	.30	
2. แจ้งทีมงานว่าได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม เพื่อเปลี่ยนตัวผู้ปฏิบัติงานทันทีถ้าทำได้	4.82	.40	
3. ล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อนๆ เชื้อ โรค	4.82	.40	
4. รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร	4.91	.30	
6. ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่ได้รับ อุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานเกี่ยวกับเอดส์	4.82	.40	
7 รายงานเหตุการณ์ตามความเป็นจริง ใช้ แบบรายงานอุบัติเหตุระหว่างการปฏิบัติ หน้าที่	4.82	.40	

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมาตรการควบคุมการผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง

มาตรการควบคุมผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1. การป้องกันการผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง</b>			
1. มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการระบุผู้ป่วย	4.45	.82	!
2. ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ของห้องผ่าตัด	4.73	.65	
3. นิเทศการปฏิบัติงาน	4.73	.65	
4. ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยดังนี้	5.00	.00	
4.1 ถามชื่อ-นามสกุลจากผู้ป่วย ถ้าไม่รู้สีกตัวหรือเด็กที่ไม่รู้ภาษาถามจากญาติหรือเจ้าหน้าที่ผู้ส่ง	5.00	.00	
4.2 ตรวจสอบป้ายชื่อมือของผู้ป่วยตรงกับชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วยจากการสอบถาม	4.91	.30	
5. ตรวจสอบตำแหน่งที่จะผ่าตัดโดย	5.00	.00	
5.1 ตรวจสอบใบอนุญาตผ่าตัดต้องระบุการผ่าตัดและ ตำแหน่ง ถ้าการผ่าตัดอาจเป็นได้ทั้งชายและขวา	4.91	.30	
5.2 ตรวจสอบใบรายการผ่าตัดประจำวัน	4.91	.30	
5.3 สอบถามการผ่าตัดจากผู้ป่วย อาจให้ผู้ป่วยแสดงตำแหน่งการผ่าตัดที่จะผ่าตัด	4.64	.92	
5.4 ดูประวัติการเจ็บป่วย/การตรวจร่างกาย	4.82	.60	
6. ถ้าผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจทางรังสี ตรวจสอบให้มีภาพถ่ายรังสีหรือผลการตรวจทางรังสีให้ครบถ้วน	4.73	.65	
7. หากข้อมูลไม่ตรงกันหรือไม่ครบถ้วน ต้องตรวจสอบความถูกต้อง และสอบถามศัลยแพทย์ทันที	4.91	.30	
8. ตรวจสอบชื่อสกุล หมายเลขห้องผ่าตัดก่อนส่งเข้าห้อง	4.64	.50	

ตารางที่ 11 (ต่อ)

มาตรการควบคุมฆ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
9. ถ้าเป็นไปได้ให้แสดงภาพถ่ายรังสีไว้ที่ กล้องดูภาพถ่ายรังสีในห้องฆ่าตัดก่อนการจัด ท่าและการฆ่าตัด	4.82	.40	
10 ต้องตรวจสอบตำแหน่งที่จะฆ่าตัดเมื่อ เปลี่ยนท่าเพื่อฆ่าตัดใหม่อีกการฆ่าตัด หรือ เปลี่ยนบุคลากร ระหว่างจัดทำ เตรียมผิว หนัง หรือปูผ้าปลอดเชื้อ	4.55	.52	
<b>2. การลดความสูญเสียหลังการฆ่าตัดผิด คน ผิดตำแหน่ง</b>			
1. มีคู่มือปฏิบัติงานในเรื่องการรายงาน การ บันทึก และมีแบบการรายงานอุบัติการณ์	4.45	.69	
2. ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรื่องการรายงาน การบันทึกแบบรายงานอุบัติการณ์	4.73	.65	
3. นิเทศงานแก่เจ้าหน้าที่	4.73	.65	
4. รายงานอุบัติการณ์แก่หัวหน้าหอหรือเวร ตรวจการ			
6. ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจนกลับ บ้านเอาใจใส่ผู้ป่วย สนใจ ได้ถามอาการเจ็บ ปวด ดูแลความสะอาดสบาย	4.18	.98	
7. กำหนดบุคคลที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย	4.09	.70	

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ  
จากเครื่องจักรไฟฟ้า

มาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ จากเครื่องจักรไฟฟ้า	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1. การป้องกันผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจาก เครื่องจักรไฟฟ้า</b>			
1. มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้เครื่องจักร ไฟฟ้า และมีคู่มือของเครื่องจักรไฟฟ้า การ บำรุงรักษา จากบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย	4.55	.82	
2. ให้ความรู้อบรมแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ของ ห้องผ่าตัด	4.73	.65	
3. มีการตรวจสอบและบำรุงรักษาโดยช่าง เครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลทุก 3 เดือน	4.09	1.04	
4. ตรวจสอบและบำรุงรักษาโดยช่างของ บริษัทผู้จำหน่ายเป็นระยะๆ	3.91	.94	
5. มีการตรวจสอบ บำรุงรักษา โดยผู้ใช้งาน ดังนี้คือ	4.70	.48	
5.1. ตรวจสอบสายต่อ ปลั๊กไฟ สาย เคเบิลสำหรับต่อกับแผ่นนำไฟฟ้ากลับสู่ เครื่องจักร สัญญาณเตือนต่างๆ หากชำรุดต้อง รายงานทันที และงดใช้	4.64	.67	
5.2. กลุ่มบริเวณสวิตช์สำหรับเท้า ( Foot Switch ) ด้วยพลาสติกไว้ไม่ให้เปียกน้ำหรือ เลือดเพื่อป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร	4.18	.98	
5.3. ไม่วางของเหลวใดๆบนเครื่องจักรไฟฟ้า	4.64	.67	
6. เครื่องจักรไฟฟ้ามีระบบสัญญาณเตือนเมื่อ แผ่นนำไฟฟ้ากลับสู่เครื่องจักรไม่สมบูรณ์	4.64	.67	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

มาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ จากเครื่องจี้ ไฟฟ้า	X	S.D.	ข้อเสนอแนะ
7. หัวจี้ปลอดภัยมีสภาพสมบูรณ์ สายไม่หัก งอหรือมีรอยแตก และเลือกหัวจี้ให้เหมาะ สมกับที่จะใช้จี้	4.45	.82	
8. ตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยสัมผัสกับบริเวณที่ เป็นโลหะ เช่น เตียงผ่าตัด หรือเสาน้ำเกลือ ถ้าผู้ป่วยมีวัสดุนำไฟฟ้าที่ดีต้องถอดออก.	4.91	.30	
9. เลือกขนาดของแผ่นนำไฟฟ้าให้เหมาะสม กับผู้ป่วย ไม่ตัดแผ่นนำไฟฟ้าออก	4.73	.47	
10. ตรวจสอบสภาพแผ่นนำไฟฟ้าให้มีเจลนำ ไฟฟ้าทั่วแผ่น และแผ่นกาวเหนียวเพียงพอ ตลอดเวลาผ่าตัด	4.82	.40	
11. บริเวณที่จะติดแผ่นนำไฟฟ้าใกล้กับ บริเวณผ่าตัดมากที่สุดและเป็นบริเวณที่เรียบ มีกล้ามเนื้อและการไหลเวียนของเลือดดี ได้ แก่ บริเวณต้นขา หรือต้นแขน ผิวหนังมีขน มากอาจโกนขนออกก่อน	4.73	.47	
12. ห้ามติดแผ่นนำไฟฟ้าตรงบริเวณที่เป็น ไขมัน แผลเป็น ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการไหล เวียนเลือดน้อย และบริเวณที่เป็นกระดูก เช่น ซี่โครง หน้าแข้งหรือสะบัก	4.91	.30	
13. ถ้าผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่อง กระตุ้นประสาทหรืออวัยวะเทียมที่ทำจาก โลหะ จะต้องหาที่ติดแผ่นนำไฟฟ้าโดยไม่ให้ กระแสไฟฟ้าไหลผ่านอุปกรณ์เหล่านั้น	4.73	.47	



ตารางที่ 12 (ต่อ)

มาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ จากเครื่องจี้ไฟฟ้า	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
14 ไม่ติดแผ่นนำไฟฟ้าในบริเวณที่มีของเหลวหรือเลือดซบออกมาก ระวังอย่าให้มีน้ำยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ตกค้างบริเวณที่จะใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า หรือบริเวณผิวหนังที่จะทำการผ่าตัด	4.55	.69	
15 ตั้งระดับกระแสไฟฟ้าในระดับต่ำก่อน แล้วจึงปรับตามความต้องการของแพทย์	4.27	.79	
16. หากต้องปรับเพิ่มระดับกระแสไฟฟ้าที่สูงเกินปกติ ต้องตรวจบริเวณที่ติดแผ่นนำไฟฟ้า และบริเวณสายต่อทุกครั้งก่อนปรับเพิ่ม	3.55	.93	
17. หากใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า 2 เครื่องสำหรับการผ่าตัด 2 แห่ง ต้องให้แผ่นนำไฟฟ้าของแต่ละเครื่องใกล้แผลผ่าตัดมากที่สุด ห้ามติดแผ่นนำไฟฟ้าซ้อนกัน ให้ใช้สายจี้เป็นการเฉพาะและไม่ใช้สลับสาย	4.55	.52	
18. ทำความสะอาดหัวจี้เป็นระยะ ๆ ขณะทำผ่าตัด	4.82	.40	
19. ดูแลมิให้ปลายของสายจี้สัมผัสกับอวัยวะของผู้ป่วยเมื่อไม่ได้ใช้งาน โดยเก็บสายจี้ไว้ในกระบอกลวดพลาสติกหรือกระเป๋	4.82	.40	
20. ถ้าต้องปรับเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย จะต้องตรวจสอบสายต่อบริเวณที่ติดแผ่นนำไฟฟ้า และบริเวณที่ติดกับสายเคเบิล	4.82	.40	
21 การลอกแผ่นนำไฟฟ้าออกต้องระมัดระวัง	4.91	.30	
22 บันทึกตำแหน่งที่ติดแผ่นนำไฟฟ้าและสภาพผิวหนังก่อนและหลังผ่าตัด	4.64	.67	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

มาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ จากเครื่องจีไฟฟ้า	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>2 การลดความสูญเสียหลังผู้ป่วยได้รับ บาดเจ็บจากเครื่องจีไฟฟ้า</b>			
1 ทำแผลให้	4.64	.67	
2. ลงบันทึกในบันทึกการพยาบาลผ่าตัด และ การดูแลที่ให้	4.64	.67	
3. รายงานส่งเวรต่อพยาบาลที่หอผู้ป่วย หรือ หอผู้ป่วยหนักแล้วแต่กรณี	4.55	.69	
4. รายงานอุบัติการณ์	4.64	.67	
5. เยี่ยมดูแลเอาใจใส่ ได้ตามอาการเจ็บปวด และความสะอาดทาสบายหลังผ่าตัด	4.64	.67	

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ที่ได้รับ  
บาดเจ็บจากเครื่องจักรไฟฟ้า

มาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ จากเครื่องจักรไฟฟ้า	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1. การป้องกันเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ จากเครื่องจักรไฟฟ้า</b>			
1. มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้เครื่องจักรไฟฟ้า	4.64	.67	
2. ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ใหม่ของห้องผ่าตัด	4.73	.65	
3. ศึกษาวิธีการใช้และบำรุงรักษาเครื่องจักร ไฟฟ้าจากคู่มือของบริษัทผู้จำหน่าย	4.55	.69	
4. ตรวจสอบสายจี้ก่อนใช้งานให้อยู่ใน สภาพที่ดี หากมีรอยชำรุด หักงอ แดกแยก ไม่ควรใช้	4.55	.52	
5. ตรวจสอบการรั่วของถุงมือที่สวม ก่อนใช้ งาน หลังใช้เป็นเวลานาน และหลังจาก สัมผัสของมีคม	4.36	.67	
6. หากถุงมือรั่วต้องรีบเปลี่ยนทันที	4.73	.47	
<b>2 การลดความสูญเสียหลังจากเจ้าหน้าที่ ได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจักรไฟฟ้า</b>			
1. แจ้งทีมงานทราบว่าได้รับบาดเจ็บจากการ ใช้เครื่องจักรไฟฟ้า เพื่อเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานถ้า เป็นไปได้	4.36	.67	
2. ทำความสะอาดแผล ใส่ยา	4.64	.67	
3. รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรทราบ	4.73	.65	
4. ถ้าต้องส่งผ่าตัดต่อไปอีกให้ใส่ถุงมือ 2 ชั้น	4.55	.69	
5. รายงานอุบัติเหตุการณ์ เสนอต่อหัวหน้า หอผ่าตัด	4.64	.67	
6. ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่ได้รับ อุบัติเหตุขณะปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์	4.55	.69	

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาตรฐานมาตรการควบคุมขนาดแผลไฟไหม้ต่อผู้ป่วย  
จากเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า

มาตรการควบคุมขนาดแผลไฟไหม้ต่อผู้ป่วยจาก เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1 การป้องกันบาดแผลไฟไหม้ต่อผู้ป่วยจาก เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า</b>			
1. มีคู่มือการใช้และการบำรุงรักษาสาย และ เครื่องกระตุ้นหัวใจ คำแนะนำการใช้อยู่กับ ตัวเครื่อง	4.45	.82	
2. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการใช้เครื่อง กระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า	4.64	.67	
3. บำรุงรักษาโดยบริษัทผู้ขายทุก 3 เดือน หากเครื่องชำรุดซ่อมโดยบริษัทผู้ขาย	3.82	.67	
4. บำรุงรักษาเครื่องกระตุ้นหัวใจตามคู่มือ ของเครื่อง โดยผู้ใช้งาน	4.45	.62	
5.การดูแลโดยผู้ใช้งานดังนี้			
5.1 ตรวจสอบสายไฟ ฉนวนหุ้มแพดเดิล	4.55	.62	
5.2 ไม่นำแพดเดิล มาแตะเข้าด้วยกันใน ขณะปล่อยไฟฟ้าออกจากเครื่อง เพราะจะทำ ให้ส่วนประกอบเครื่องเสีย			
5.3 ไม่สัมผัสกับผิวหนังของแพดเดิล ขณะ ที่อัดประจุไฟ ( Charge ) พลังงานเต็มแล้ว ยกเว้นได้ปล่อยไฟฟ้าออกไปจากเครื่องแล้ว และสวิตช์อยู่ในตำแหน่งปิด( OFF)	4.64	.67	
5.4 ทำความสะอาดหลังจากใช้เครื่องเสร็จ แล้ว ทำความสะอาดบริเวณผิวหนังโลหะ และสายด้วยผ้านุ่มๆ ชุบน้ำสบู่พอหมาด เช็ดให้สะอาดแล้ววางอย่าให้สายพันกัน	4.73	.65	

ตารางที่ 14 (ต่อ)

มาตรการควบคุมบาดแผลไฟไหม้ต่อผู้ป่วยจากการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
5.5 ไม่ใช้กระดาดทรายหรือแผ่นขัดขัดผิวหน้าของแพดเดิล จะทำให้เป็นรอยและทำให้ผิวสัมผัสไม่สามารถสัมผัสกับผิวหนังหรือหัวใจได้แบบสนิท	4.91	.30	
5.6 ไม่วางแพดเดิลบนโลหะหรือจุ่มลงในของเหลวใด ๆ	4.64	.67	
5.7 ไม่วางของเหลวใดๆบนเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า	4.09	1.04	
5.8 ทำตามขั้นตอน คำแนะนำของเครื่องในการเสียบปลั๊กเพื่อชาร์จแบตเตอรี่	4.73	.65	
6. เลือกใช้ แพดเดิลขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	4.82	.40	
7 ทาเจลนำไฟฟ้าให้หัวแพดเดิลสำหรับใช้ภายนอก ( External Paddle ) ทั้ง 2 ข้างก่อนใช้ ไม่ทาน้อยไป	4.45	.52	
8. ถ้ากระตุ้นหัวใจภายนอกหลายครั้งต้องไม่ให้เจลไหลเลอะไปทั่วผิวหนังบริเวณหน้าอก เพราะทำให้กระแสไฟไหลไปตามผิวหนัง	4.73	.65	
9. ผู้ป่วยที่มีขนมากให้โกนออกก่อนช็อก	4.09	1.04	
10 หากใช้แผ่นเจลสำเร็จรูปสำหรับการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบภายนอก (External Defibrillator Gel Pad ) ในการผ่าตัดหัวใจแบบแผลเล็ก ( Minimally Invasive Cardiac Surgery ) ต้องตรวจสอบดูให้แผ่นเจลที่เป็นสื่อนำไฟฟ้าครบถ้วนสมบูรณ์ และแผ่นกาวเหนียวตลอดระยะเวลาผ่าตัด	4.73	.65	

## ตารางที่ 14 (ต่อ)

มาตรการควบคุมบาดแผลไฟไหม้ต่อผู้ป่วยจากการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
11. ต้องสอบถามและยืนยันจำนวนพลังงานกับแพทย์ทุกครั้งในการตั้งจำนวนพลังงานที่ใช้ในแต่ละครั้ง	4.82	.40	
12. ลงบันทึกตำแหน่งที่ติดแผ่นเจลสำเร็จรูป ผู้ที่ติดแผ่น จำนวนพลังงานที่ใช้ จำนวนครั้ง เวลา ผิวน้ำ ผู้ทำ ผู้บันทึก ลงในบันทึกการพยาบาลผ่าตัด	4.45	.52	
<b>2. การลดความสูญเสียหลังผู้ป่วยมีบาดแผลไฟไหม้จากการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า</b>			
1. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทำแผลให้	4.73	.65	
2. เขียนบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล ผ่าตัดและรายงานพยาบาลที่หอผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยอาการหนักทราบ	4.73	.65	
3. รายงานอุบัติการณ์และเขียนบันทึกแจ้งแก่หัวหน้าหอ หรือเวรตรวจการ	4.73	.65	
4. ติดตามดูแลผู้ป่วย ตามอาการ เอาใจใส่ ดูแลความสะดวกสบาย เป็นระยะ ๆ	4.73	.65	

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาตรฐานมาตรการควบคุมอันตรายต่อบุคลากรจากการใช้  
เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า

มาตรการควบคุมอันตรายต่อบุคลากรจากการ ใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า	X	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1 การป้องกันอันตรายต่อบุคลากรจาก การใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า</b>			
1. มีคู่มือเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า	4.73	.47	
2. ฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัย ในการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า	4.73	.47	
3. ตรวจสอบเครื่องและสายให้อยู่ในสภาพที่ สมบูรณ์ก่อนการใช้งาน และมีการบำรุง รักษาเป็นระยะ	4.73	.47	
4. การกระตุกหัวใจแบบภายนอกต้องระวัง ไม่ให้เจลเปื้อนขึ้นไปที่ด้ามถือ	4.64	.50	
5. ก่อนการกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า ต้องบอก ด้วยเสียงอันดังให้บุคลากรที่อยู่ในทีมผ่าตัด อยู่ห่างจากเตียงผ่าตัด ตัวผู้ป่วย โลหะ หรือ สื่อนำไฟฟ้าทุกชนิด เช่น ผ้าเปื้อนเลือด	4.82	.40	
6. เมื่อจะทำการกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าต้อง มองไปโดยรอบอีกครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าทุกคน ถอยห่างเรียบร้อยแล้ว จึงพูดว่า" ช็อก" ขณะ กดปุ่ม	4.91	.30	

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาตรฐานมาตรการควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

มาตรการควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1. การป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด</b>			
1. มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ	4.73	.47	
2. มีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดในด้านเทคนิคทางห้องผ่าตัด การปนเปื้อน การควบคุมการติดเชื้อ และหลักของเทคนิคการปลอดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ใหม่	4.82	.40	
3. การควบคุมป้องกันด้านบุคลากรมีดังนี้	5.00	.00	
3.1 บุคลากรรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี	4.36	.67	
3.2 งดเข้าช่วยผ่าตัด เมื่อติดเชื้อ	4.09	.70	
3.3 เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดห้องผ่าตัด สวมหมวกคลุมผมให้มิดชิด ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก เปลี่ยนเป็นรองเท้าห้องผ่าตัด ตามเขตที่กำหนด	4.73	.47	
3.4 การล้างมือผ่าตัดด้วยน้ำยาอย่างน้อย	4.73	.47	
5 นาที ต้องถอดเครื่องประดับออกก่อน มีเล็บสั้นและไม่ทาเล็บ			
3.5 จำกัดบุคคลเข้าออกห้องผ่าตัด	4.09	.83	
3.6 ให้อ่างมือบ่อยๆ	4.55	.52	
4. มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดดังนี้	4.83	.41	
4.1. กำหนดบริเวณพื้นที่ของห้องผ่าตัด	4.44	.73	
4.1.1 เขตไม่ควบคุม	4.55	.69	
4.1.2 เขตสะอาด บริเวณนี้ต้องเปลี่ยนรองเท้า	4.64	.50	
4.1.3 เขตสะอาดกึ่งปลอดเชื้อ บริเวณนี้ต้องเปลี่ยนรองเท้า เสื้อผ้า และสวมหมวก	4.64	.50	
4.1.4 เขตปลอดเชื้อ บริเวณนี้ต้องเปลี่ยนรองเท้า เสื้อผ้า สวมหมวก และสวมผ้าปิดปากปิดจมูก	4.73	0.50	



ตารางที่ 16 (ต่อ)

มาตรการควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
4.2. ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ระหว่าง 20-25 องศาเซลเซียส	4.18	.87	
4.3 เปลี่ยนเครื่องกรองอากาศชนิดประสิทธิภาพสูงมาก ( HEPA Filter ) <sup>1</sup> โดยหน่วยข้างเป็นระยะๆ	4.00	1.00	
4.4. ประตูหน้าต่างของห้องผ่าตัดต้องปิดตลอดเวลา ยกเว้นเมื่อคนหรือสิ่งของเข้าออกเท่านั้น	4.64	.67	
4.5 แยกทางสัญจรของเครื่องมืออุปกรณ์ปลอดเชื้อออกจากเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้แล้วและขยะ	4.73	.47	
4.6 เปลี่ยนรถเป็นรถห้องผ่าตัด ตามเขตกำหนด	4.82	.400	
4.7 ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด หากมีสิ่งสกปรก หลังผ่าตัดแต่ละราย ประจำวัน และประจำเดือน ไม่ใช้วิธีการกวาด	4.64	.50	
5. การป้องกันด้านผู้ป่วยดังนี้คือ	5.00	.00	
5.1 ก่อนมาผ่าตัดได้รับการทำความสะอาดร่างกาย	4.64	.67	
5.2 เสื้อผ้าเป็นชุดห้องผ่าตัดและสวมหมวกให้	4.82	.40	
5.3 ตรวจสอบการเตรียมผิวหนังของผู้ป่วย	4.82	.40	
ถ้าไม่ได้เตรียม ต้องเตรียมผิวหนังก่อนทำการผ่าตัด			

ตารางที่ 16 (ต่อ)

มาตรการควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
5.4 ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด และระหว่างผ่าตัดตามแผนการรักษา	4.73	.65	
5.5 ทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัดให้ กว้างพอ และทายาฆ่าเชื้อโรค	4.91	.30	
5.6 ปูผ้าปลอดเชื้อถูกต้องตามหลักการ โดยไม่สะบัดผ้า	4.82	.40	
6. การควบคุมเครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ และน้ำยา	4.82	.45	
6.1 เครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าที่ใช้ในบริเวณ ผ่าตัดต้องทำให้ปลอดเชื้อ ก่อนเก็บเข้าที่ ต้องแห้งสนิท	4.91	.30	
6.2 ต้องตรวจสอบสภาวะปลอดเชื้อก่อน นำมา ใช้ โดยตรวจสอบวันหมดอายุ เครื่องหมายแสดงการผ่านการปลอดเชื้อ สภาพผ้าหรือวัสดุที่ใช้ห่อของ อยู่ในสภาพดี	4.91	.30	
6.3 ใช้หลักการของการปราศจากเชื้อ การเปิดของปลอดเชื้อใช้เทคนิคที่ถูกต้อง	4.91	.30	
6.4 ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ ปราศจากเชื้อ ทางเชิงกล ทางเคมีและทาง ชีวภาพ	4.82	.40	
6.5 เครื่องใช้ที่จะนำมาในห้องผ่าตัดต้อง ผ่านการทำความสะอาด	4.82	.40	
6.6 เครื่องใช้ปลอดเชื้อจากที่อื่นจะนำมา ยังห้องผ่าตัดต้องมีการปกคลุมห่อเครื่องมือ เครื่องใช้นั้นระหว่างการขนส่ง	4.91	.30	
7 ใช้หลักการของการปลอดเชื้อ และระวัง การปนเปื้อนและแพร่กระจายเชื้อโรค	5.00	.00	

ตารางที่ 16 (ต่อ)

มาตรการควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	X	S.D.	ข้อเสนอแนะ
8. ทำแผลด้วยเทคนิคถูกต้อง	4.91	.30	
9. ซึ้นเนื้อและสิ่งส่งตรวจให้ใส่ถุงพลาสติก ข้างนอกถุงต้องสะอาดโดยอาจฆ่าเชื้อโรค	4.64	.67	
10. เมื่อเสร็จผ่าตัดผ้าซับเลือด ชยะ ถุงมือ เสื้อคลุมต้องใส่ในถุงที่กำหนดให้ ในห้องผ่าตัด	4.82	.40	
11. เครื่องมือ เครื่องใช้มีการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ และการทำลายเชื้อตามนโยบายของ โรงพยาบาล	4.82	.40	
12. จัดลำดับการผ่าตัดให้การผ่าตัดแผล สกปรกและติดเชื้อเป็นรายท้ายๆ	4.82	.40	
13. เก็บข้อมูล เฝ้าระวังการติดเชื้อ	4.36	.67	
14. เพาะเชื้ออุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ใน ห้องผ่าตัดเมื่อเกิดการติดเชื้อของแผลสะอาด	4.27	.79	
<b>2. การลดความสูญเสียหลังแผลผ่าตัด ติดเชื้อ</b>			
1. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อน	4.36	.67	
2. รายงานการติดเชื้อให้พยาบาลควบคุมการ ติดเชื้อของโรงพยาบาลทราบเพื่อเก็บสถิติ และเฝ้าระวังการติดเชื้อ	4.36	.81	

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการจัดทำ

มาตรการควบคุมผู้ป่วยที่ได้รับ อันตรายจากการจัดทำ	$\bar{X}$	S.D.	ข้อเสนอแนะ
<b>1. การป้องกันผู้ป่วยจากอันตรายจากการจัดทำ</b>			
1. มีนโยบาย คู่มือการจัดทำ อุปกรณ์ในการจัดทำ พร้อมรูป รวมถึงข้อปฏิบัติและข้อพึงระมัดระวัง	4.91	.30	
2. จัดการอบรมเรื่องการจัดทำที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งเจ้าหน้าที่เก่าและเจ้าหน้าที่ใหม่	4.82	.40	
3. จัดระบบการทำงานแบบพี่เลี้ยงสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่	4.73	.47	
4. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับท่าที่จำเป็นในการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยในรายผ่าตัดเล็กหรือฉีดยาเฉพาะที่ เพื่อความร่วมมือของผู้ป่วย	4.64	.50	
5. การจัดทำผู้ป่วยนั้นต้องคำนึงถึงชนิดการผ่าตัด ประเภทของการดมยา อายุ ขนาดสภาพผิวหนัง ข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วย ระยะเวลาผ่าตัด ความต้องการของแพทย์ และวางแผนป้องกันอันตราย	4.82	.40	
6. ติดต่อให้ศิลาแพทย์มาช่วยกันจัดทำ ถ้าไม่แน่ใจ สงสัยหรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือ	4.91	.30	
7. ผู้ป่วยที่ดมยาสลบให้ปรึกษากับวิสัญญีแพทย์ หากต้องเลื่อนขยับตัวผู้ป่วยต้องมีผู้ช่วยเหลือพร้อมก่อนเลื่อน	4.91	.30	

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย



## ประวัติผู้ศึกษา

นางสาวเจนีวา รักมหาคุณ สำเร็จการศึกษานุปริญญาพยาบาลอนามัยและประกาศนียบัตรผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลสหภาพชาติไทย เมื่อการศึกษา 2519 ศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำเร็จเมื่อปีการศึกษา 2523 ศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2542 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์