



การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ

Risk Management to Prevent Wrong Person, Wrong Organ, or Wrong Site Operations in the Operating Room at Beung Kan Hospital, Thailand

สุภัทราพงษ์ พิลาดิษฐ์ พย.บ. (Supathrapong Piladit, BSN)¹

บทคัดย่อ

การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการความผิดพลาดจากการผ่าตัดถือว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อความปลอดภัยและความไว้วางใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการ การวิจัยเชิงพรรณนา จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงในป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ หรือผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบึงกาฬในแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการบริหารความเสี่ยงในป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัด แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติและแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการบริหารความเสี่ยงดังกล่าว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 23 -57 ปี ($M=32.6$, $SD=10.2$) ร้อยละ 32 มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดน้อยกว่า 1 ปี และร้อยละ 25 ไม่เคยได้รับความรู้หรืออบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงในป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับสูง($M= 16.43$, $SD = 2.23$) ส่วนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันการความผิดพลาดในการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 3.46$, $SD=1.00$) นอกจากนี้ยังพบว่า แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่จะทำผ่าตัดยังไม่ชัดเจน และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ Time-in, Time-out ยังค่อนข้างน้อย ผลการวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีและการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงในห้องผ่าตัดเป็นเรื่องที่จำเป็น

คำสำคัญ: การบริหารความเสี่ยง, ความผิดพลาดจากการผ่าตัด, การผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง, ห้องผ่าตัด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
เบอร์โทรศัพท์ 089-7113383 E-mail: patinya.j77@gmail.com

Abstract

An effective risk management strategy is essential to prevent surgical procedure errors that affect patient safety and trust in quality of a health care service. Wrong-site surgery includes surgery on the wrong person, the wrong side, the wrong organ or limb, the wrong procedure or the wrong site on the spine. This descriptive research aimed to examine risk management strategy in the prevention of the wrong-site surgery at the BeungKan Provincial hospital in North-eastern Thailand. Participants were 30 surgeons and registered nurses working in the operation room. Research instrument was questionnaire including demographic data, professional knowledge, procedural compliance level, barriers to compliance, and open-ended questions regarding suggestions on universal protocols into prevention of wrong-site operations. Descriptive statistics and content analysis were used to analyze the data.

The study found that the participants' age range were 23-57 years old ($M=32.6$, $SD=10.2$) The percentages of the participants who had worked in the operation room for less than one year, and who had never been trained or educated to risk management for wrong-site surgery prevention, were 32 and 25, respectively. Their average knowledge level was high ($M=16.43$, $SD=2.23$), but their universal protocol compliance level was moderate ($M= 3.46$, $SD= 1.00$). Moreover, it was found that there were no standard protocols for site-marking. Compliance with guidelines for monitoring Time-in and Time-out was also limited. The findings suggested that practical guidelines to prevent wrong-site surgery need to be developed and that verification procedures need to be strictly used in order to prevent or reduce medical errors related to the wrong-site surgery.

Keywords: Risk Management, Wrong-Site Surgery, Operation Room

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้พัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลโดยนำแนวคิด การพัฒนาคุณภาพสถานบริการ Hospital Accreditation หรือ HA และเรื่องการบริหารความเสี่ยงก็เป็นเรื่องที่สำคัญมากในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล โดยเฉพาะความเสี่ยงด้านคลินิก (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2551) เป็นสิ่งที่ยุ่งยากที่สุดทั้งในแง่ของการจัดการ การค้นหา เรียนรู้และป้องกัน เนื่องจากเกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางการแพทย์ การพยาบาลที่ซับซ้อน และเมื่อเกิด



ข้อผิดพลาดที่จะนำไปสู่ความเสียหายหรืออันตรายต่อผู้ป่วย มักจะนำไปสู่ความขัดแย้ง ต่อต้าน และไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการให้ดีขึ้นได้ (สุรวุฒิ ลิ้มหะกร, 2551) การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการค้นหาความเสี่ยงที่มีกระบวนการป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย (คิดชนก อนุชาญ, 2552; อาภา นิตยศักดิ์, 2535)

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ในแต่ละปี 44,000-98,000 ราย (Institute of Medicine (IOM), 1999) ซึ่งจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในระดับต้น ๆ ของสหรัฐอเมริกา นอกจากนี้ความผิดพลาดที่เกิดจากการผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ทุพพลภาพ สูญเสียโอกาส ทำให้ใช้เวลารักษานานขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ทั้งของครอบครัวและประเทศ

โรงพยาบาลบึงกาฬได้เริ่มดำเนินการบริหารความเสี่ยงในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 พร้อมกับการผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งพบว่ายังขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการบริหารความเสี่ยง งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจหลักในการให้บริการผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด ทั้งในรายฉุกเฉินและผู้ป่วยที่ถูกเตรียมพร้อม ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลบึงกาฬได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้มียอดผู้มารับบริการมากขึ้นทั้งจำนวนและประเภทของการผ่าตัด เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางสาขาออร์โธปิดิกส์ จักษุ และศัลยกรรมทั่วไปมากขึ้น ทำให้กระบวนการทำงานในห้องผ่าตัดซับซ้อนมากขึ้น มีโอกาสเกิดความผิดพลาดสูง แม้ว่าจะมีแนวทางในการป้องกัน การระบุตัวผู้ป่วยผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง และไม่มีอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิด แต่ก็มีเหตุการณ์เกือบพลาด คือมีการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดไม่ตรงกับตารางเวลาผ่าตัด และยังขาดการวิเคราะห์การใช้แนวทางที่จัดทำขึ้น

จากการทบทวน กระบวนการหลักในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่ามี การจัดทำแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันผ่าตัดผิดคน ผิดข้างตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550 และมีการปรับจากการพูดคุย นำเสนอ แต่ยังไม่ได้ประเมินการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และยังไม่ชัดเจน การนำแนวปฏิบัติเรื่อง การผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ไปใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ถือว่าเป็นความเสี่ยงที่สำคัญและเป็นความเสี่ยงที่ป้องกันได้ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มั่นใจในแนวทางปฏิบัติ ประกอบกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การกำหนดให้มีช่วงขอลานอก (Time-out) ก่อนลงมือทำหัตถการหรือก่อนให้ยาระงับความรู้สึกซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญยังไม่สามารถทำได้ทุกคนทุกขั้นตอนตามที่กำหนดไว้ แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่เกิดเหตุการณ์การผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งขึ้น แต่ถ้าเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวคงก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ รวมทั้งต่อโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพ ที่สำคัญที่สุดคือทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัยจากการได้รับบริการสุขภาพ อาจก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและทรัพย์สิน นอกจากนี้ โรงพยาบาลเองยังเสี่ยงต่อการสูญเสียความไว้วางใจและความศรัทธาต่อบริการที่ได้



รับที่นอกเหนือจากการถูกฟ้องร้องอันเนื่องมาจากการได้รับบริการที่ไม่ปลอดภัย (กฤษฎา แสงดี, 2543; กฤษฎา แสงดี, 2544; IOM, 1999)

การบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบึงกาฬ ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ซึ่งการบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่และบทบาทหลักของพยาบาลห้องผ่าตัดและทีมผ่าตัดโดยเฉพาะแพทย์ ต้องมีความรู้ความเข้าใจในหลักการและวิธีการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง เพราะความรู้ของบุคลากรที่เกิดขึ้น นำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรม (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2544) ดังนั้น ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญ และสนใจที่จะศึกษาระบบบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานห้องผ่าตัดในเรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงและนำสิ่งที่ได้มาพัฒนาระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการพัฒนาคุณภาพห้องผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในเรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ
2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในเรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ
3. เพื่อศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการบริหารความเสี่ยงการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง โดย 1) การสอบทวนหรือยืนยันตัวผู้ป่วย (Preoperative Verification) 2) ทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่ง (Marking the Operative Site) 3) กำหนดให้มีช่วงขอลาออก (Time-out) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการผ่าตัด ถูกคน และถูกตำแหน่งก่อนลงมือผ่าตัด ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบึงกาฬ ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และแพทย์ทุกคนที่ใช้บริการห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แพทย์จำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบึงกาฬจำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมดจำนวน 30 คนคือ แพทย์จำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 20 คน เนื่องจากจำนวนประชากรที่สนใจศึกษามีจำนวนน้อยโดยมีระยะเวลาการเก็บข้อมูล ระหว่าง วันที่ 2- 15 พฤษภาคม 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามเรื่องการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัด พัฒนามาจากแบบสอบถามเรื่องการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี ของ ยุพิน ทีหอกำ และปิยนุช หัตถณินิตย์ (2554) ประกอบไปด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานและการได้รับความรู้/อบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดทั้งหมด 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้การบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง เป็นคำถามแบบปลายปิด ชนิดเลือกตอบ จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ การให้คะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และแปลผลเป็นระดับความรู้ 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแปลผล (วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์, 2547) ดังนี้

การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง แบ่งได้ดังนี้

คะแนนความรู้ 15 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

คะแนนความรู้ 8-14 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนความรู้ 0-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง เป็นคำถามแบบปลายปิด ชนิดเลือกตอบ จำนวนทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วนตามขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ดังนี้ 1) การค้นหาความเสี่ยง (6 ข้อ) 2) การประเมินความเสี่ยง (5 ข้อ) 3) การจัดการความเสี่ยง (11 ข้อ) และการประเมินผล ติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยง (3 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งประเมินระดับการปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติ มี 5 ระดับ จาก 1 (ปฏิบัติได้ในระดับน้อยที่สุด), 2 (ปฏิบัติได้ในระดับน้อย), 3 (ปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง), 4 (ปฏิบัติได้ในระดับมาก) และ 5 (ปฏิบัติได้ในระดับมากที่สุด) โดยมีช่วงคะแนนทั้งหมดระหว่าง 25- 100 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง จัดเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00	หมายถึง ปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34- 3.66	หมายถึง ปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00- 2.33	หมายถึง ปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง สร้างเป็นคำถามปลายเปิด และเติมคำในช่องว่างเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เครื่องมือการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ซึ่งพัฒนาโดยยุพิน ทิหอคำ และปิยนุช หัตถบัณฑิต (2554) ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยงจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยง 1 ท่าน นักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญ 1 ท่าน

2. การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ ยุพิน ทิหอคำ (2555) ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรง และคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .94 และคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตทำวิจัยกับคณะกรรมการวิชาการโรงพยาบาลบึงกาฬ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และองค์กรแพทย์
2. ผู้วิจัยจัดแบบสอบถามให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ แบบสอบถามทุกฉบับระบุคำชี้แจง ไว้ในส่วนหน้าของแบบสอบถาม
3. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงรายละเอียดให้กับผู้ตอบแบบสอบถามทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและทางวาจา ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิใดๆ ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อและนามสกุล



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุและประสบการณ์การทำงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ส่วนระดับการศึกษาและการได้รับความรู้/อบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผัดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผัดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ปัญหาและข้อเสนอแนะในการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผัดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดวิเคราะห์โดยใช้ Content Analysis

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผัดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานและให้บริการห้องผ่าตัด จำนวนทั้งสิ้น 28 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ ระหว่าง วันที่ 2- 20 พฤษภาคม 2557 ได้แบบสอบถามกลับคืนมาทั้งหมด 28 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93 เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N = 28)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
อายุน้อยกว่า 25 ปี	11	39.3
อายุ 25- 35 ปี	9	32.1
อายุมากกว่า 35 ปี	8	28.6
$M = 32.6, SD = 10.2, Min = 23, Max = 57$		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	25	89.3
ปริญญาโท	3	10.7
ตำแหน่ง		
แพทย์	8	28.6
พยาบาลวิชาชีพ	20	71.4



ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงาน		
น้อยกว่า 6 เดือน	9	32.14
1-3 ปี	6	21.42
3-10 ปี	8	28.57
มากกว่า 10 ปี	5	17.86
$M=5.7, SD = 8.46, Min= 0.02, Max= 32$		
การได้รับความรู้/อบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง		
ไม่เคย	7	25
เคย *	21	75
สถาบันพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล	1	3.6
ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลบึงกาฬ	7	25
งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบึงกาฬ	15	53.6
อื่นๆ	2	7.1

* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 23 – 57 ปี อายุเฉลี่ย 32.6 ปี โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.3 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 25 -35 ปีคิดเป็นร้อยละ 32.1 ที่เหลืออายุมากกว่า 35 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 28.1 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 89.3 และจบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 10.7 มีประสบการณ์ปฏิบัติในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 5.7 ปี (ช่วงประสบการณ์ปฏิบัติในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 32 ปี โดยผู้มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดน้อยกว่า 6 เดือน มีมากที่สุด ถึงร้อยละ 32 มีผู้เคยได้รับความรู้/อบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 3 ปีคิดเป็นร้อยละ 75 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากงานห้องผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 53 และมีผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้/อบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเลย ร้อยละ 25

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด โดยรวม

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด โดยรวม ($N = 28$ คน)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (15 คะแนนขึ้นไป)	24	85.7
ระดับปานกลาง (8-14 คะแนน)	4	14.3
ระดับต่ำ (0-7 คะแนน)	0	0
$(M = 16.43, SD = 2.23)$		



ตาราง 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลปึงกาฬ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 16.43$, $SD = 2.23$) โดยร้อยละ 85.7 ได้คะแนนอยู่ในระดับสูง (15 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 14.3 ได้คะแนนระดับปานกลาง (8-14 คะแนน) ไม่มีผู้ได้คะแนนอยู่ในระดับต่ำ (0-7 คะแนน)

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ที่ตอบถูกต้องและระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด จำแนกตามรายชื่อ (N = 28 คน)

ลำดับข้อ	ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูงมาก ร้อยละ 100			
4	Patient Complaint ไม่ใช่สิ่งสำคัญและไม่ควรคำนึงถึงมากกว่าการรักษาพยาบาล	28	100
5	ผู้บริหารไม่จำเป็นต้องรับฟังข้อร้องเรียนของผู้ป่วยควรเป็นหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่จะจัดการปัญหาด้วยตัวเอง	28	100
6	การประเมินตนเองของห้องผ่าตัดว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงอะไร มากน้อย เพียงใด บ่อยเท่าใด เพื่อให้สามารถจัดการความเสี่ยงได้เหมาะสม	28	100
7	Risk Profile เป็นการป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงเสียวิธีหนึ่ง	28	100
18	เมื่อเกิดอุบัติเหตุการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งขึ้น ควรรีบดำเนินการแจ้งหัวหน้างานห้องผ่าตัดทันที	28	100
ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 75)			
1	ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์และความสูญเสียต่อผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล	27	96.4
3	Peer review เป็นการทบทวนค้นหาความเสี่ยงระหว่างหัวหน้างานกับทีมบริหารโรงพยาบาลโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์ไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมก็ได้	23	82.1
8	การให้ความรู้บุคลากรเรื่องความเสี่ยงจัดทำในลักษณะแนวทางปฏิบัติงาน (Work Instruction) ก็เพียงพอแล้ว	22	78.6
9	Root Cause Analysis (RCA) เป็นกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงที่นิยมใช้ในหน่วยงาน	27	96.4
12	Verification เป็นส่วนหนึ่งของ Safe Surgery Team	27	96.4
14	การ Mark Site หรือการทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่จะผ่าตัด โดยแพทย์หรือพยาบาล Ward เป็นคนทำเครื่องหมายหรือตำแหน่งที่จะผ่าตัดก่อนส่งผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด	25	89.3



ตาราง 3 (ต่อ)

ลำดับข้อ	ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
17	ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหลายประเภทโดยศัลยแพทย์หลายคน ไม่ควรแยกระบุประเภทการผ่าตัด	26	92.9
20	ศัลยแพทย์และพยาบาล OPD จะทำการ Mark Site บริเวณที่จะผ่าตัดใน OPD Card ของผู้ป่วยก่อนที่จะส่งผู้ป่วยไปที่ Ward	22	78.6
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 35-75)			
2	Incident Report ไม่มีความจำเป็นที่ต้องบันทึกข้อเท็จจริงทั้งหมด ไม่ควรรีบเขียนบันทึกเหตุการณ์ทันที ควรตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลให้ชัดเจนก่อนสรุปรายงานเหตุการณ์	20	71.4
10	ความเสี่ยงจากการปฏิบัติการพยาบาล มีความเสี่ยงเทียบเท่ากับการปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่น	15	53.6
13	การระบุตัวผู้ป่วยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเป็นคนตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ถ้าช่วงนั้นพยาบาลวิชาชีพไม่อยู่สามารถให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ของหน่วยงานเป็นคนตรวจสอบแทนได้	20	74
15	การ Time Out หรือขอเวลานอก สามารถทำได้เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลดำเนินการร่วมกันก็เพียงพอแล้ว	21	75
16	การ Mark site ควรทำในผู้ป่วยที่จะผ่าตัดด้วยระยะตั้งแต่ 2 ข้างขึ้นไป	16	57.1
19	แนวทาง การ Mark site ในองค์การเดียวกันสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติแตกต่างกันได้	21	75
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 35)			
11	Safe Surgery Team ประกอบด้วย Performance of correct procedure at correct body site และ Surgical Safety Checklist เป็นของคณะทำงานโรงพยาบาลจัดทำขึ้น	8	28.6

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดรายข้อ พบว่าข้อที่ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 100 ซึ่งแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูงมาก มีจำนวน 5 ข้อ (ตาราง 3) ได้แก่ การคำนึงถึง Patient Complaint และการรักษาพยาบาล การรับฟังข้อร้องเรียนของผู้ป่วยของผู้บริหาร การประเมินตนเองของห้องผ่าตัดเกี่ยวกับโอกาสเกิดความเสี่ยงเพื่อให้สามารถจัดการความเสี่ยงได้เหมาะสม การป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงด้วย Risk Profile และ ดำเนินการแจ้งหัวหน้า



งานห้องผ่าตัดทันทีเมื่อเกิดอุบัติเหตุการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งขึ้น ในขณะที่จำนวนข้อที่ตอบได้มากกว่าร้อยละ 75 มีจำนวน 9 ข้อซึ่งแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ในข้อความรู้ดังกล่าวได้แก่ ข้อความรู้ในข้อที่ 1, 3, 8, 9, 12, 14, 17, 18 และข้อที่ 20 ทั้งนี้ มีส่วนของความรู้ที่ต้องการพัฒนาและเพิ่มเติมให้ในส่วนข้อความรู้ที่ตอบได้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 35-75) จำนวน 6 ข้อ และตอบได้ในระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 35) จำนวน 1 ข้อ (ตาราง 3)

3. การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด โดยรวมและรายข้อ

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด โดยรวม (N = 28 คน)

การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง	M	SD	ระดับ
1. การค้นหาความเสี่ยง	3.28	1.03	ปานกลาง
2. การประเมินความเสี่ยง	2.96	1.05	ปานกลาง
3. การจัดการความเสี่ยง	3.87	.93	สูง
4. การประเมินผล ติดตาม ฝ่าละอองความเสี่ยง	3.73	1	สูง
โดยรวม	3.46	1	ปานกลาง

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างมีการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.46$, $SD = 1.00$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการจัดการความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง ($M = 3.87$, $SD = 0.93$) รองลงมาคือด้านการประเมินผล ติดตาม ฝ่าละอองความเสี่ยง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงต่ำที่สุด คือ ด้านการประเมินความเสี่ยงและอยู่ในระดับปานกลาง



ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด รายข้อของแต่ละขั้นตอน (N= 28 คน)

ลำดับ ข้อ	การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง	M	SD	ระดับ
ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน				
1	ท่านได้ทบทวนคู่มือการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เพื่อค้นหาความเสี่ยงเรื่อง การผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง	3.17	1.06	ปานกลาง
2	ท่านได้ทบทวนรายงานอุบัติการณ์ในห้องผ่าตัด เพื่อค้นหาความเสี่ยงเรื่อง การผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง	3.17	1.16	ปานกลาง
3	เมื่อท่านอ่านหนังสือพิมพ์หรือดูข่าวโทรทัศน์ เกี่ยวกับความผิดพลาดใน การผ่าตัด ท่านได้นำมาเป็นแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงในงานห้อง ผ่าตัดของท่าน	3.53	.97	ปานกลาง
4	ในการประชุมประจำเดือนของห้องผ่าตัด มีการพิจารณาเกี่ยวกับการ ผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ทุกครั้ง	3.14	0.97	ปานกลาง
5	ในการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนของงานห้องผ่าตัด ท่านได้แสดงความ คิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์การค้นหาความเสี่ยงเรื่องการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง	3.03	0.92	ปานกลาง
6	มีการรวบรวมความเสี่ยงที่ค้นพบ มาจัดทำบัญชีความเสี่ยงในงานห้อง ผ่าตัดของท่าน	3.64	1.09	ปานกลาง
ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเสี่ยง				
7	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาความรุนแรงและระดับความเสี่ยงโดยใช้ Risk matrix	3.03	1.03	ปานกลาง
8	ท่านได้วิเคราะห์ความถี่ของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น	2.82	1.09	ปานกลาง
9	ท่านได้จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในงานห้องผ่าตัด	2.92	1.11	ปานกลาง
10	ท่านได้นำรายงานอุบัติการณ์มาพิจารณาหาสาเหตุและผลลัพธ์เมื่อเกิด เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์	3.17	0.90	ปานกลาง
11	ท่านมีส่วนร่วมประเมินค่าใช้จ่ายหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความเสี่ยง การผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง	2.85	1.14	ปานกลาง
ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง				
12	ท่านถาม ชื่อ – สกุล ผู้ป่วยให้ตรงกับแฟ้มประวัติ ป้ายข้อมือ และ ประวัติการรักษา	4.5	1.0	สูง
13	ในกรณีที่ผู้ป่วยบอก ชื่อ-สกุล ไม่ตรงกับป้ายข้อมือ ท่านได้ตรวจสอบให้ แน่ใจก่อนว่า ระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง จึงนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด	4.46	0.96	สูง



ตาราง 5 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง	M	SD	ระดับ
14	กรณีการผ่าตัดอวัยวะที่มี 2 ข้างหรือหลายโครงสร้าง ท่านประสานงานกับแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ให้ทำเครื่องหมายลงบนตำแหน่งร่างกายของผู้ป่วยก่อนจะนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด	3.85	1.04	สูง
15	ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด กรณีการผ่าตัดอวัยวะที่มี 2 ข้างหรือหลายโครงสร้าง ท่านตรวจสอบตำแหน่งที่ได้ทำเครื่องหมายตามระบุในใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ในแฟ้มประวัติ	4.17	0.90	สูง
16	ทีมผ่าตัดตรวจสอบความถูกต้องเกี่ยวกับหัตถการที่จะทำ ตำแหน่งที่จะผ่าตัด การจัดทำผู้ป่วยและอุปกรณ์พิเศษที่ต้องใช้ในการผ่าตัด ก่อนเริ่มดมยาสลบหรือทำหัตถการสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาการทำงานได้ด้วยตัวเอง	4.0	0.97	สูง
17	ขณะพยาบาลช่วยรอบนอก ตรวจสอบยืนยันความถูกต้อง ขานชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย อวัยวะ ตำแหน่งที่จะผ่าตัด การจัดทำผ่าตัดการเลือกใช้อุปกรณ์พิเศษต่างๆ ทีมผ่าตัดทุกคนจะหยุดกิจกรรมอื่นๆ เพื่อรับฟังการสื่อสารให้ตรงกัน	3.85	0.97	สูง
18	กรณีการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องมีความเห็นไม่ตรงกัน ระหว่าง ศัลยแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล จะยุติการให้ยาระงับความรู้สึกหรือทำหัตถการไว้ก่อน	3.85	1.20	สูง
19	พยาบาลรอบนอกเป็นผู้บันทึกหลักฐานการสอบทวนผู้ป่วยหรือยืนยันผู้ป่วย (Verification) การทำเครื่องหมายตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) และกำหนดให้มีช่วงเวลานอก (Time-out) ลงใน surgical check list โดย ศัลยแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ผู้ร่วมตรวจสอบเซ็นชื่อรับรอง	3.64	1.02	ปานกลาง
20	กรณีการผ่าตัดผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งเกิดขึ้น ท่านได้รายงานให้หัวหน้าห้องผ่าตัดทราบทันที และเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ส่งศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลบึงกาฬภายใน 24 ชั่วโมง ท่านได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากหัวหน้าและเพื่อนร่วมงานในการปฏิบัติงาน	3.64	1.09	ปานกลาง
21	กรณีเกิดเหตุการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง และมีผู้ร้องเรียนคณะกรรมการใกล้เคียงของโรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหาข้อเท็จจริงและเจรจาต่อรองชดเชยค่าเสียหาย	3.6	1.13	ปานกลาง
22	กรณีเกิดการผ่าตัดผิดข้างและมีการร้องเรียนเกิดขึ้น คณะอนุกรรมการพิจารณาและวินิจฉัยเบื้องต้นของจังหวัด จะพิจารณาเกณฑ์ตามที่กำหนด คือ กรณีการหรือสูญเสีย อวัยวะ ให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายไม่เกิน 120,000 บาท	3.07	0.97	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง	M	SD	ระดับ
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง				
23	กรณีเกิดการฆ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ทีมผ่าตัดจะนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (Root cause analysis) เพื่อนำไปปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยงต่อไป	3.75	1.0	สูง
24	เมื่อเกิดเหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) ในการฆ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ทีมผ่าตัดได้นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุเพื่อนำไปปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ	3.78	0.95	สูง
25	จากการบริหารความเสี่ยงในการฆ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ท่านได้นำผลการดำเนินการจากรายงานอุบัติการณ์ บัญชีความเสี่ยง มาวิเคราะห์และประเมินผลในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน	3.78	1.05	สูง

จากตาราง 5 เมื่อพิจารณาการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการฆ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดเป็นรายด้าน พบว่า ในด้านการประเมินความเสี่ยงทั้ง 6 ข้อ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การค้นหาความเสี่ยงเรื่องการฆ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ด้านการค้นหาความเสี่ยงทั้ง 5 ข้อ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การมีส่วนร่วมประเมินค่าใช้จ่ายหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความเสี่ยงการฆ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ขั้นตอนที่ 3 ด้านการจัดการเสี่ยง ทุกข้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ยกเว้นข้อที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกรณีเกิดเหตุการณ์การฆ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ทุกข้อมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ เพื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยและระดับปฏิบัติสูงสุดคือข้อ 12 การถาม ชื่อ – สกุล ผู้ป่วยให้ตรงกับแฟ้มประวัติ ป้ายข้อมือ และประวัติการรักษา และข้อที่ได้ร้อยละและระดับปฏิบัติต่ำสุดคือข้อ 8 การวิเคราะห์ความถี่ของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ($M = 2.82$, $S.D = 1.09$) (ตาราง 5)



4. ปัญหาและข้อเสนอแนะในการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ มีผู้ตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 4 จำนวน 7 คน

ตาราง 6 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ

ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
1. การ Mark site การผ่าตัดตาใช้วิธีติดกระดาษกาวที่หน้าอกข้างเดียวกันกับตาข้างที่จะผ่าตัด พอคลุมผ้าจะมองไม่เห็นมีโอกาสเกิดผ่าตัดผิดข้างได้	1. ควรเพิ่ม Mark site โดยใช้ปากกา Surgical marker ที่ลบออกได้ เขียนสัญลักษณ์ O หรือ X ที่หน้าผากข้างเดียวกับตาข้างที่จะผ่าตัด
2. อัตรากำลังใจไม่เพียงพอกับการผ่าตัดที่มากขึ้น	2. เพิ่มอัตรากำลังใจให้สมดุล
3. ยังไม่มี Time-in, Time- out ที่ชัดเจน	3. ผู้ป่วย Elective (ไม่ด่วน) ทุกราย ควรได้ทำ Time-in, Time- out
4. การทำ Time-in, Time- out ให้มีความสำคัญน้อย	4. ลดความเร่งรีบ
5. การทำ Mark site ในการผ่าตัดทั่วไปไม่ชัดเจน	5. ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
6. การทบทวนผู้ป่วยไม่เป็น สหสาขาวิชาชีพ	6. สร้างความตระหนักในการทำ Time-in, Time- out ทั้งทีม

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ผลการศึกษาพบว่า แพทย์และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 16.43$, $SD = 2.23$) (ตาราง 2) อภิปรายได้ว่าแพทย์และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับความรู้/อบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และจบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 10.7 ประกอบกับในช่วงต้นปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลบึงกาฬได้มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อผ่านการรับรองชั้น 3 ทำให้มีการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงบ่อยครั้ง แต่ยังคงขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จำเป็นต้องมีการประชุม ปรึกษา ทบทวน เพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติให้เป็นแนวเดียวกันทั้งองค์กร มีความเข้าใจตรงกัน สามารถนำไปสู่การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟลอตตา, ริซซา, บีแอนโค, ปีเลกกี และพาเวีย (Flotta, Rizza, Bianco, Pileggi, & Pavia, 2012). ที่พบว่า นอกจากความรู้จะมีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องแล้ว การส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ยุพิน ทีหอคำ และปิยนุช หัตถบัณฑิตย์, 2554)

2. การบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาล บึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า แพทย์และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด มีการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง เป็นสิ่งที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการค้นหา ความเสี่ยง ที่มีกระบวนการป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย (คิดชนก อนุชาญ, 2552; ยุพิน ทีหอคำ และ ปิยนุช หัตถปณิตย์, 2554) เมื่อพิจารณารายด้าน การจัดการความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยการบริหาร ความเสี่ยงมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด เป็นวิธีการที่ดำเนินไปตามระเบียบแบบแผนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยนำเอากฎเกณฑ์ วิธีปฏิบัติ และแนวคิดการผ่าตัดที่ปลอดภัย (Safe Surgical Team) ไปใช้ในการ จัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ส่วนด้านการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงอยู่ใน ระดับปานกลาง ทำให้เห็นว่าการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความ เสี่ยง ยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก ทำให้ภาระงานเพิ่ม ขึ้น บุคลากรยังไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด (ยุพิน ทีหอคำ และ ปิยนุช หัตถปณิตย์, 2554) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ หิรัญพัฒน์ (2552) ซึ่งนำ มาตราการ Safe Surgery ในเรื่องการตรวจสอบความถูกต้องก่อนผ่าตัด (Preoperative verification process) การทำเครื่องหมายที่จะทำผ่าตัด (Marking the operative site) และการทบทวนช่วงสุดท้าย ก่อนการผ่าตัด (Time-out) มาใช้ในการกำหนดมาตรการป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ของงานห้องผ่าตัดสถาบันบำราศนราดูร และพบว่า เจ้าหน้าที่ละเลยในการทำ Time-out เนื่องจากความ ไม่เคยเป็นผู้นำ (Lead team) และเกรงใจแพทย์เจ้าของไข้ อภิปรายได้ว่าความเสี่ยงในห้องผ่าตัดเกิดขึ้น ได้จากหลายสาเหตุและเกิดได้จากความล้มเหลวของระบบ (ยุพิน ทีหอคำ และ ปิยนุช หัตถปณิตย์, 2554) ซึ่งสามารถป้องกันได้ หากทุกคนให้ความสนใจในการลดอุบัติเหตุ (Michaels et al., 2007) การป้องกัน ความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญ การจัดการ การทำงานที่ต้องการทีมงานที่มีความเฉพาะ (Specialty Team) เป็นสิ่งจำเป็น การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน รวมทั้งภาวะที่ขาดความสมดุล ของอัตรากำลัง (Imbalance in Staffing) เป็นสิ่งสำคัญหลัก ที่ต้องจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย (Alfredsdottir, & Bjornsdottir, 2008; Michaels et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ พินิจ ปริชาชนนท์ (2552) เรื่องการเพิ่มความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย พบว่า ผลลัพธ์ยังไม่เป็นที่พอใจและได้ ปรับแนวทางปฏิบัติ นำขั้นตอนและวิธีการ Performance of Correct Procedure at Correct Body site ขององค์การอนามัยโลกมาใช้สื่อสาร ขอความร่วมมือกับทีมผ่าตัด พบว่า ได้รับความร่วมมือเป็น



ส่วนใหญ่ ผลการดำเนินการ ติดตามตัวชี้วัด ไม่มีรายงานการผ่าตัดผิดคน หรือเกือบพลาดในการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง (Michaels et al., 2007)

3. ปัญหาและข้อเสนอแนะในการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การทำ Mark Site ยังไม่มีแนวทางชัดเจน บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เข้าใจ ไม่ให้ความสำคัญยังละเลยในการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง แพทย์ไม่ได้เป็นคน Mark Site เอง โดยเฉพาะในการผ่าตัดจักษุ ห้องผ่าตัดติดป้ายตาข้างที่จะผ่าตัดไว้ที่หน้าอกข้างเดียวกัน แต่เมื่อคลุมผ้าจะทำให้แพทย์ที่ผ่าตัดมองไม่เห็น Mark Site มีโอกาสที่จะผ่าตัดผิดข้างได้

2. การทำ Time-out ไม่สามารถทำได้ทุกคนเนื่องจากภาระงานที่มาก ไม่มีมาตรการเคร่งครัดในการทำ ระบบการปฏิบัติงานไม่เอื้อต่อการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง

สรุปผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดน้อยกว่า 1 ปี และส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้/อบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับสูง

3. ระดับการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

4. สรุปปัญหาและข้อเสนอแนะในการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่า การทำ Mark site ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การปฏิบัติเรื่อง Time -in, Time-out น้อย เนื่องจากความเร่งด่วนและข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลังไม่สมดุลจากปัญหาดังกล่าวสรุปข้อเสนอแนะ คือ กำหนดแนวทางการทำ Mark Site ที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งองค์กร ทบทวนแนวปฏิบัติเรื่อง Time -in, Time-out และกำหนดเป็นมาตรการที่เคร่งครัดที่ต้องปฏิบัติ มีการประเมินและบันทึกการปฏิบัติลงในเวชระเบียน รวมถึงการทบทวนอัตรากำลังให้สมดุลเพื่อลดความเสี่ยงในห้องผ่าตัด

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ โดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูล จัดทำแผนพัฒนาการปฏิบัติการ บริหารความเสี่ยง ตรวจสอบบุคลากรเพื่อรับทราบปัญหาและเพิ่มขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ ความพอเพียงของอัตรากำลัง และจัดอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดให้เหมาะสมกับจำนวน ผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อให้การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งปฏิบัติได้มาก ขึ้น (ชะลอ น้อยผ่า, 2544)
2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำผลวิจัยไปใช้ในการวางแผนงาน การบริหารความเสี่ยงในการ ผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ เจริญนโยบาย และแผนกลยุทธ์ ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง
3. พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนป้องกันการเกิดความเสี่ยง ในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงการ ผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง จัดให้มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ จัดทำแนวทาง การทำ Mark site เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร ทบทวนการปฏิบัติเรื่อง Time-out ควรกำหนดเป็นมาตรการที่ต้องปฏิบัติ มีการบันทึกและประเมินผลการปฏิบัติ และพัฒนาวิธีการเพื่อป้องกัน ความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลการใช้ Safe Surgical Team ต่อการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด
2. ศึกษาอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพต่อภาระงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ
3. ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

กฤษฎา แสงดี. (2543). การบริหารความเสี่ยง: มิติในการประกันคุณภาพโรงพยาบาล.

เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ เรื่องการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ระหว่าง วันที่ 3- 5 มีนาคม 2543, โรงแรมจูรีพาร์ก, กรุงเทพมหานคร.

กฤษฎา แสงดี. (2544). มาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยผ่าตัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพานิช.

คิดชนก อนุชาญ. (2552). การบริหารทรัพยากรมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ชะลอ น้อยผ่า. (2544). การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(การบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- พินิจ ปรีชาชนนท์. (2552). ความปลอดภัยของผู้ป่วย การขอเวลานอก. **วารสารสมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย**, 2(1): 32-41.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2551). **การจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัย**. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์จำกัด.
- ยุพิน ทิหอคำ และปิยนุช หัตถ์พนิตย์. (2554). การบริหารความเสี่ยงในการผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี**, 19(3): 422-429.
- วิลารวรรณ พันธุ์พุกษ์. (2547). **การวิจัยทางการแพทย์**. ขอนแก่น: ภาควิชาการศึกษาวิจัยและการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศุภลักษณ์ หิรัญพัฒน์วงศ์. (2552). **การผ่าตัดผิวดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งสถาบันบำราศนราดูร**. ค้นเมื่อ 2 มี.ค. 2557 จาก <http://elearning.medicine>.
- สุรุฒิ ลิ้มหะกร. (2551). **กระจกส่องความเสี่ยงทางคลินิกใน HA Forum Guidebook** ปลุกชีวิตให้องค์กร. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. (2544). **เส้นทางสู่คุณภาพโรงพยาบาล คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ**. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อาภา นิตยศักดิ์. (2535). **การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and Patient Safety in the Opening Room. **Journal of Advance Nursing**, 61(1): 29-37.
- Flotta, D., Rizza, P., Bianco, A., Pileggi, C., & Pavia, M. (2012). Patient Safety and Medical Errors: Knowledge, Attitudes and Behavior among Italian Hospital Physicians. **International Journal for Quality in Health Care**, 24(3): 258-265. doi: 10.1093/intqhc/mzs014
- Institute of Medicine. (1999). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington D.C: National Academy Press. Retrieved March, 2, 2015 from <https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>
- Michaels, R. K., Makary, M. A., . . . & Pronovost, P. J. (2007). Review: Achieving the National Quality Forum's "Never Events": Prevention of Wrong Site, Wrong Procedure and Wrong Patient Operations. **Annals of Surgery**, 245(4): 526-632.