

บทที่ 3

วิธีดำเนินโครงการ

การดำเนินโครงการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอมาตรการควบคุมอุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดส.ก. 5 จำนวน 11 คนมี 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่เข้าร่วมประชุมปฏิบัติการเพื่อกำหนดมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดจำนวน 9 คน

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ประเมินความเป็นไปได้มีพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มเติมจากกลุ่มแรกอีก 1 คน และหัวหน้าหอผ่าตัด 1 คนรวมเป็น 11 คน

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินการมี 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 1.2. นำเสนอโครงการต่อหัวหน้าหอผ่าตัด ส.ก 5 หัวหน้าพยาบาลตามลำดับขั้นตอน
- 1.3. สร้างเครื่องมือที่จะใช้ในโครงการ 3 ชุด
 - 1.3.1 แบบวัดความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 1.3.2 แบบรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด
 - 1.3.3 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลห้องผ่าตัดไปใช้จริง
- 1.4 ทำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการ และหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อขออนุมัติและขอความร่วมมือในการดำเนินโครงการ

1.5. ติดต่อกับหัวหน้าหอผ่าตัดศิรินครและหัวหน้าหอผ่าตัดมงกุฎ-เพชรรัตน์เพื่อขอความร่วมมือชี้แจงและขอความร่วมมือจากพยาบาลห้องผ่าตัดทั้ง 2 แห่งในการทดลองใช้แบบวัดความรู้การบริหารความเสี่ยง

1.6 นำแบบวัดความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง ไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดศิรินครและพยาบาลห้องผ่าตัดมงกุฎ-เพชรรัตน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.7. เตรียมเอกสารประกอบการให้ความรู้ จัดหาและเตรียมอุปกรณ์เอกสารประกอบ สำหรับการประชุม

1.8 ประสานงานหาสถานที่ในการจัดกิจกรรม

2 ขั้นตอนดำเนินการ

2.1. ผู้ศึกษาประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินโครงการแก่หัวหน้าหอผ่าตัดส.ก.5 และ พยาบาลห้องผ่าตัด ส.ก.5

2.2 แจกเอกสารประกอบการบรรยายการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ศึกษาล่วงหน้าก่อนการบรรยาย 3 วัน

2.3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในวันพฤหัสบดีที่ 7 มิถุนายน พ.ศ.2544 วันเสาร์ที่ 9 มิถุนายน และวันอาทิตย์ที่ 10 มิถุนายน พ.ศ.2544 ณ ห้องเรียนตึก สก.4 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ให้แก่พยาบาลห้องผ่าตัดส.ก .5 จำนวน 9 คน โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.3.1 ให้ความรู้การบริหารความเสี่ยงและบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการบริหารความเสี่ยงแก่พยาบาลห้องผ่าตัดส.ก. 5 ในวันพฤหัสบดีที่ 7 มิถุนายน พ.ศ.2544 เวลา 13.10—14.45 น. ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความเสี่ยง ประเภทความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยง ความสัมพันธ์ของความเสี่ยงกับการพัฒนาคุณภาพ การรายงานอุบัติการณ์ และบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลห้องผ่าตัด

2.3.2 วัดความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ที่จะครอบคลุมเนื้อหาที่บรรยาย โดยใช้แบบวัดความรู้การบริหารความเสี่ยง 20 ข้อ กำหนดให้กลุ่มเป้าหมายทำแบบวัด 25 นาทีเมื่อเวลา 15.00 –15.25 น และเฉลยคำตอบประมาณ 15 นาทีจนถึง 15.40 น.

2.3.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการประชุมโดยใช้เทคนิคของการเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน (เอไอซี) โดยมีวิทยากร AIC กับ อบต. (ลือชา วรรณรัตน์, ม.ป.ป.) ประกอบ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที ช่วงเวลา 15.40 – 16.05 น.

2.3.4 มอบหมายงานให้กลุ่มเป้าหมายไปค้นหาความเสี่ยงโดยใช้แบบรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดที่ผู้ศึกษาได้จัดทำขึ้น แบบรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลนี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลแต่ละคน

ได้มีข้อมูลไว้ในการทำกิจกรรมความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดในสภาพปัจจุบัน และยังคงใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของมาตรการ ได้กำหนดให้ส่งแบบรวบรวมความเห็นนี้มาให้ผู้ศึกษาเข้าวันเสาร์ ที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2544

2.3.5 วันเสาร์ที่ 9 มิถุนายน พ.ศ.2544 ก่อนการประชุมผู้ศึกษารายงานคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมายให้วิทยากรทราบถึงคะแนนแต่ละคน คะแนนเฉลี่ย การกระจายของคะแนน คะแนนรายข้อ ร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไป

สำหรับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงนั้นปรากฏว่าพยาบาลห้องผ่าตัด 7 คนในจำนวน 9 คน ได้คะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไป

ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์กระบวนการเอไอซีมาใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขชาติ ร่วมกับผู้ศึกษา และผู้อำนวยการ ความสะดวก ดำเนินการดังนี้

1) การเห็นคุณค่า ขั้นที่ 1 (A-1) ผู้ศึกษาแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 3 คน การจัดกลุ่มนั้นจะคำนึงคะแนนของความรู้การบริหารความเสี่ยง ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด โดยเริ่มจากให้กลุ่มเป้าหมายแต่ละคนได้แสดงความคิด ความรู้สึกของของแต่ละคนโดยการวาดภาพ วาดสัญลักษณ์ เพื่อสะท้อนสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด จากนั้นจึงได้รวมกลุ่มย่อยกลุ่มละ 3 คนเพื่อเสนอแนวคิดของตนเองในกลุ่มย่อย ทุกคนมีโอกาสแสดงออกอย่างเท่าเทียมกัน ความคิดเห็นของแต่ละคน จะได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความคิดเห็นของผู้อื่น รวมเป็นความคิดของกลุ่มย่อยโดยสมาชิกกลุ่มช่วยกันวาดภาพ วาดสัญลักษณ์ ส่งผู้แทนของแต่ละกลุ่มมาอธิบายภาพต่อที่ประชุมกลุ่มใหญ่ แล้วรวมเป็นความคิดของกลุ่มใหญ่เกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดโดยผู้แทนกลุ่มมาช่วยกันวาดภาพ วาดสัญลักษณ์ เวลา 08.00-09.30 น. เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ระหว่างการประชุมกลุ่มเป้าหมายให้วาดภาพเพื่อแสดงความคิดเห็นสะท้อนภาพความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดในปัจจุบัน ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดจากแบบรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งการรวบรวมนี้ได้เสร็จก่อนที่ผู้แทนกลุ่มย่อยของกลุ่มเป้าหมายได้นำเสนอแก่ที่ประชุมกลุ่มใหญ่

2) การเห็นคุณค่า ขั้นที่ 2 (A-2) แต่ละคนจะจินตนาการในอนาคตของการพยาบาลผ่าตัดแล้ววาดเป็นภาพ สัญลักษณ์ มาเสนอความคิดของตนเองในกลุ่มย่อย 3 คน โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ความเห็นของผู้อื่น ความคิดเห็นจะได้รับการ

ยอมรับ ต่อมานำเสนอเป็นความคิด ความรู้สึก ของกลุ่มย่อยโดยการวาดภาพ สัญลักษณ์ โดยมีผู้แทนกลุ่มมานำเสนออธิบายภาพ สัญลักษณ์นั้นแก่ที่ประชุมกลุ่มใหญ่ ต่อมาผู้แทนกลุ่มช่วยกันวาดภาพ การพยาบาลผ่าตัดในอนาคต รวมเป็นความคิดของกลุ่มใหญ่ เวลา 09.45-11.00 น

หลังจากขั้นที่ 2 ผู้ศึกษาได้นำเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดจากแบบรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด ให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบ เวลา 11.00-11.10 น.

สำหรับผลของการแสดงความเห็นต่อความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดของกลุ่มเป้าหมายมีดังนี้คือ

ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด **จำนวนผู้แสดงความคิดเห็น (คน)**
1 การเตรียมผ่าตัด.

1.1 การเตรียมเอกสาร

1.1.1 ไม่มีใบยินยอมผ่าตัด	9
1.1.2 ใบยินยอมผ่าตัดไม่สมบูรณ์	5
1.1.3 ขาดผลการตรวจทางห้องทดลอง	6
1.2.4 ไม่มีผลการตรวจทางรังสี	3
1.2.5 ไม่มีเวชระเบียนเก่า	2
1.2.6 อื่นๆ ...ไม่มีใบสำคัญแสดงสิทธิ์	1

1.2 การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม

1.2.1 สุขภาพผู้ป่วย	6
1.2.2 จิตใจไม่พร้อม	8
1.2.3 ไม่ได้งดน้ำงดอาหารในรายต้องดมยาสลบ	1
1.2.4 ไม่ได้ให้ยาก่อนผ่าตัด	4
1.2.5 ไม่มีบันทึกการให้ยา	6
1.2.6 ส่งผู้ป่วยผิดคน	0

1.3 การตรวจชื่อผู้ป่วย และการผ่าตัด

1.3.1 ไม่มีป้ายชื่อที่ข้อมือ	8
1.3.2 ผู้ป่วยไม่ทราบว่าผ่าตัดที่ข้างไหน	1

1.4 ห้องผ่าตัด

1.4.1 อุปกรณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้	8
1.4.2 ห้องผ่าตัด/ ทีมงานผ่าตัดไม่พร้อม	2
1.4.3 ไม่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ	1

จำนวนผู้แสดงความคิดเห็น (คน)

1.5 การดูแลก่อนผ่าตัด	
1.5.1 ได้รับอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย	1
1.5.2 ไม่ได้รับการดูแลก่อนผ่าตัด	1
1.5.3 ส่งผู้ป่วยผ่าตัดผิดห้อง	1
2. ระยะผ่าตัด	
2.1 การให้ยา/ สารน้ำ / เลือด	
2.1.1 ให้ยา/ สารน้ำ/ เลือดผิดคน	4
2.1.2 ไม่มีบันทึกการให้ยา/ สารน้ำ/ เลือด	2
2.1.3 ให้ยา สารน้ำ เลือด ผิดขนาด /ความเร็ว/ เวลา	0
2.1.4 ให้ยาทั้งที่มีข้อห้าม	0
2.2 การจัดทำไม่ปลอดภัย อวัยวะ เนื้อเยื่อ เส้นประสาทได้รับอันตราย	0
2.3 แขนง่ายา สารเคมี	4
2.4 มีบาดแผลจากเครื่องจี้ไฟฟ้า/ ความร้อน	3
2.5 เสียชีวิตขณะผ่าตัด	6
2.6 มีผ้าซับโลหิตไม่ครบจำนวน	5
2.7 เครื่องมือ ของมีคม อุปกรณ์ ไม่ครบจำนวน	5
2.8 ผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง/ ผิดอวัยวะ	1
2.9 ขึ้นเนื้อสูญหาย	2
2.10 เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน	5
2.11 การเลือกแหล่งของท่อระบายต่างๆ	2
2.12 การบันทึก	
2.12.1 ไม่ได้ลงบันทึกการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย	2
2.12.2 บันทึกการพยาบาลไม่ครบถ้วน/ ไม่ถูกต้อง/ ไม่ได้ลงชื่อ	3
3. ระยะหลังผ่าตัด	
3.1 การเกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย	0
3.2 การติดเชื้อในแผลสะอาด	4
4. อื่นๆ	
4.1 เครื่องมือสูญหาย	2
4.2 การโจรกรรม ลักขโมย	0
4.3 คำร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ	2

3) การซักจงโน้มน้าว ขั้นที่ 1 (I-1) ให้แต่ละคน ระดมความคิดว่าจะต้องจัด โครงการ หรือ มาตรการ ไດบ้างที่นำไปสู่สภาพในอนาคตที่คิดฝันไว้ เสนอต่อกลุ่ม แล้วผู้แทนกลุ่มนำความคิดนั้นมาเสนอที่ประชุมกลุ่มใหญ่ เวลา 11.10 – 12.00 น . และเวลา 13.00-13.45 น.

4) การซักจงโน้มน้าว ขั้นที่ 2 (I-2) กลุ่มเป้าหมายนำโครงการ มาตรการมารวมประเภทและกลุ่ม ช่วยกันคิดว่าควรจัดเลือกมาเฉพาะมาตรการที่กลุ่มทำเองได้ ต่อมาผู้ศึกษาได้อธิบายเน้นหลักของการจัดลำดับความสำคัญความเสี่ยงที่จะนำมาจัดทำมาตรการควบคุมได้แก่ ความเสียหายผลกระทบจากความเสี่ยงในเรื่องนั้นๆ ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย ความรุนแรงและความถี่ของความเสี่ยง อีกทั้งจะเน้นว่าความง่ายหรือความสะดวกของการแก้ไขไม่ควรนำมาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญ และผู้ศึกษาได้เสนอคติความที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้ถูกฟ้องร้องทราบบให้กลุ่มทราบ และชี้แจงให้กลุ่มรับทราบว่าผู้ศึกษาได้จัดเตรียมเอกสารต่างๆสำหรับประกอบการกำหนดมาตรการไว้ให้แล้ว ต่อมากลุ่มเป้าหมายได้จัดลำดับความสำคัญของมาตรการ เวลา 13.45 –14.00 น

5) การควบคุม ขั้นที่ 1 (C-1) จัดหาผู้รับผิดชอบมาตรการ โดยให้กลุ่มเป้าหมายแสดงความจำนงใครว่าจะเข้าร่วมในมาตรการใด เวลา 14.00 – 14.10 น. ได้ผู้รับผิดชอบมาตรการดังนี้คือ

กลุ่มที่ 1 ได้เลือกที่จะเข้าร่วมรับผิดชอบในมาตรการควบคุมสำหรับความเสี่ยงดังนี้ ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการจัดทำ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ การให้ยา สารน้ำ เลือดไม่ถูกต้อง

กลุ่มที่ 2 ได้เลือกที่จะเข้าร่วมรับผิดชอบในมาตรการควบคุมผ้าซัตกค้างในผู้ป่วย เข็มตกค้างในผู้ป่วย เครื่องมือและอุปกรณ์ตกค้างในผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมระหว่างผ่าตัด

กลุ่มที่ 3 ได้เลือกที่จะเข้าร่วมรับผิดชอบในมาตรการการผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง การได้รับบาดเจ็บจากเครื่องจี้ไฟฟ้า อันตรายจากเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า อันตรายจากการใช้เครื่องถ่ายภาพรังสี

6) การควบคุม ขั้นที่ 2 (C-2) การกำหนดมาตรการที่จะทำเองโดยผู้เข้าร่วมประชุมในเวลา 14.10.-15.45น. ต่อมาผู้แทนกลุ่มเสนอมาตรการควบคุมกลุ่มละ 1 เรื่อง เวลา 15.45-16.15. น. วันอาทิตย์ เวลา 08.00- 12.00น.และ 13.00-14.30 น ได้กำหนดมาตรการควบคุมต่อ และเสนอรายงานโดยผู้แทนกลุ่ม 14.30 – 15.55 น.

อนึ่งนอกจากผู้ศึกษาได้จัดหาและเตรียมเอกสารไว้ให้เพื่อประกอบการกำหนดมาตรการควบคุมความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด อำนวยความสะดวก

และเป็นที่ปรึกษาของกลุ่มแล้ว ผู้ศึกษายังได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเมื่อผู้แทนกลุ่มนำเสนอ
มาตรการควบคุม

7) สรุปมาตรการการควบคุมอุบัติเหตุความเสี่ยงทาง
การพยาบาลผ่าตัด 15.55 - 16.00 น. และเพื่อให้มาตรการการควบคุมอุบัติเหตุความเสี่ยงมีความ
สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงได้ให้กลุ่มไปจัดทำให้สมบูรณ์และได้กำหนดเวลาให้นำมาส่งผู้ศึกษาภายใน 7
วันหลังจากการประชุม แต่ผู้ศึกษาได้รับภายหลังการประชุม 18 วัน

2.4 ผู้ศึกษาได้นำมาตรการที่ได้รับมาทบทวนความครอบคลุม
เนื้อหา จำนวนภาษา ความชัดเจนของข้อความ และเรียงลำดับเนื้อหา แล้วจึงจัดทำเป็นแบบ
ประเมินความเป็นไปได้ แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการการควบคุมอุบัติเหตุความเสี่ยงทาง
การพยาบาลผ่าตัดมี 11 ตอนดังนี้

- | | |
|-----------|---|
| ตอนที่ 1 | แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ
ควบคุมผ้าซับตักค้างในผู้ป่วย |
| ตอนที่ 2 | แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ
ควบคุมเข็มเย็บแผลตักค้างในผู้ป่วย |
| ตอนที่ 3 | แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ
ควบคุมเครื่องมือและอุปกรณ์ตักค้างในผู้ป่วย |
| ตอนที่ 4 | แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ
ควบคุมเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมขณะผ่าตัด |
| ตอนที่ 5 | แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ
ควบคุม ผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง |
| ตอนที่ 6 | แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ
ควบคุมผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากเครื่องจีไฟฟ้า |
| ตอนที่ 7 | แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ
ควบคุมเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องจีไฟฟ้า |
| ตอนที่ 8 | แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ
ควบคุมบาดเจ็บต่อผู้ป่วย การใช้จากเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า |
| ตอนที่ 9 | แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ
ควบคุมอันตรายต่อบุคลากรจากการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า |
| ตอนที่ 10 | แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ
ควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด |

ตอนที่ 11 ระบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ

การควบคุมผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการจัดทำ

2.5 นำแบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด ให้กลุ่มเป้าหมายจำนวน 11 คน ประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุม

นำค่าที่ได้จากการประเมินความเป็นไปได้มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของข้อความ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้ถือเกณฑ์ข้อความที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.5 ไว้ และร่วมกับข้อเสนอแนะมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขแล้วรวมนำเสนอมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการ มี 3 ชุดดังนี้คือ

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองโดยการศึกษาจากเอกสาร ตำรา ให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ Wilson (1999b) และอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) บทบาทของพยาบาลในการบริหารความเสี่ยงตามกรอบอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล โดยกำหนดวัตถุประสงค์ก่อน แล้วจำแนกเนื้อหาที่ต้องการจะวัดความรู้ด้านพุทธิพิสัยตามทฤษฎีของ Bloom (อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542: 76) คือความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า แบบวัดความรู้เป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก การให้คะแนนนั้นถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนนถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน

การตรวจคุณภาพของแบบวัดความรู้

การหาความตรงตามเนื้อหา นำแบบวัดความรู้ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยกำหนดไว้ดังนี้ 1) ผู้บริหารพยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง 3 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน รวมเป็น 5 ท่าน (วิทยานามผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในภาคผนวก ก) ตรวจสอบ เนื้อหา จำนวนข้อ และความชัดเจนของภาษาในแบบวัดความรู้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เมื่อกำหนดให้

- | | |
|----|------------------------------------|
| 1 | มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ |
| 0 | ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ |
| -1 | ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ |

ได้ถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีค่าเฉลี่ยข้อนั้นตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ได้นำแบบวัดความรู้ 22 ข้อไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้ด้วยวิธีของ Kuder – Richardson (K-R 20) ได้ค่าความเที่ยง .57 เลือกข้อสอบของแบบวัดความรู้การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 20 ข้อ นำมาใช้กับกลุ่มเป้าหมายแล้วหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของ Kuder – Richardson (K-R 20) ได้ค่าความเที่ยง .62

2. แบบรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเองจากการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผ่าตัด และ ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เป็นผู้บริหารการพยาบาลผ่าตัด 4 ท่านและอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงและนำมาปรับปรุงแก้ไข แบบรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดนี้มีลักษณะกึ่งโครงสร้างคือเป็นแบบตรวจสอบรายการและให้เขียนเพิ่มเติม เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้แสดงความคิดเห็นต่อความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดที่เคยได้พบ หรือได้ยิน ว่ามีอะไรบ้าง อันเป็นการค้นหาความเสี่ยงจากประสบการณ์ของตนและผู้อื่นเพื่อประโยชน์ในการกำหนดมาตรการการควบคุม (รายงานผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในภาคผนวก ก)

3. แบบประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยง ได้นำมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้ กำหนดขึ้นไปให้พยาบาลห้องผ่าตัดสก.5 จำนวน 10 คน และหัวหน้าหอผ่าตัด 1 คน รวม 11คน ตรวจสอบความเป็นไปได้ถึงความเหมาะสมที่จะนำไปปฏิบัติ โดยแบบประเมินนี้มี 2 ส่วนส่วนแรก เป็นแบบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และอีกส่วนเป็นข้อเสนอนะอื่น ๆ

ส่วนที่เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับมีการให้คะแนนดังนี้คือ

- 5 คะแนน เป็นไปได้มากที่สุด
- 4 คะแนน เป็นไปได้มาก
- 3 คะแนน เป็นไปได้ปานกลาง
- 2 คะแนน เป็นไปได้น้อย
- 1 คะแนน เป็นไปได้น้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผล คะแนนเฉลี่ย กำหนดดังนี้คือ

- ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 อยู่ในระดับเป็นไปได้มากที่สุด
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 อยู่ในระดับเป็นไปได้มาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49	อยู่ในระดับเป็นไปได้ปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49	อยู่ในระดับเป็นไปได้ น้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49	อยู่ในระดับเป็นไปได้ น้อยที่สุด

การประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการ

ข้อมูลที่ได้การกำหนดมาตรการควบคุมความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดที่พยาบาลห้องผ่าตัดสก.5 ผู้ศึกษาได้รับหลังจากการประชุมแล้ว 18 วันคือวันที่ 28 มิถุนายน 2544 ผู้ศึกษามาทบทวนความครอบคลุม ความถูกต้อง ลำดับข้อความและตรวจแก้สำนวนภาษา ทำเป็นแบบประเมินความเป็นไปได้รวม 17 วัน นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปให้พยาบาลห้องผ่าตัดสก.5 ทั้งหมด 10 คน และหัวหน้าหอผ่าตัดสก.5 รวมเป็น 11 คน ประเมินความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมความเสี่ยงทางการพยาบาลห้องผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัดสก.5 ผู้ศึกษารวบรวมแบบประเมินความเป็นไปได้รวม 4 วัน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน