

วัฒนธรรมการบรรยายสรุปเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

คณิตา กสิการ, สุดตา ปรักโกโมดม, นภัสสร ทูยาติโก, สมชาย อมรโยธิน

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 107100
ประเทศไทย

Briefing Culture for Patient Safety

Khanita Kasikan, Sudta Parakkamodom, Napatsorn Tuyatiko, Somchai Amorniyotin

Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University,
Bangkok 10700, Thailand

Abstract

Patients and relatives or families expect to receive treatment and surgery to cure disease safely with no complications from a team of care providers consisting of surgeons, anesthesiologists, anesthesia nurses, operating room nurses and other coordinators. In the anesthesia process, anesthesia providers briefing culture is a systematic process of communication between the team before starting the care process in the operating room or procedure. It is a critical step in ensuring the patient safety. Creating a culture of patient safety in the organization, which includes the values, beliefs, attitudes, norms, and behaviors of personnel. That will affect the attitude and behavior of personnel to improve the quality of patient health care and prevent the adverse events, discrepancies, errors, and the patient mortality rate in hospitals. Briefing emphasizes an awareness of potential patient problems and clear communication between the patient care team without increasing the delay in starting surgery.

Keywords: briefing, patient safety, safety culture

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวคาดหวังที่จะได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัดให้หายจากโรคอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากทีมผู้ให้การดูแลรักษาประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ประสานงานอื่นๆ ในบริบทวิสัญญีผู้ให้การระบับความรู้สึก วัฒนธรรมการบรรยายสรุป เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างทีมที่เป็นระบบก่อนเริ่มกระบวนการดูแลรักษาในห้องผ่าตัดหรือหัตถการ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญยิ่งในการรับรองความปลอดภัยของผู้ป่วย การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในองค์กรซึ่งรวมถึง ค่านิยม ความเชื่อ ทศนคติ บรรทัดฐาน และพฤติกรรมของบุคลากร ที่ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคลากร เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและ ป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ความคลาดเคลื่อน ความผิดพลาด และอัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล บทความนี้เน้นย้ำให้ตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดกับผู้ป่วย และมีความชัดเจนในการสื่อสารระหว่างทีมให้การดูแลผู้ป่วย โดยไม่มีผลทำให้การเริ่มผ่าตัดล่าช้าเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การบรรยายสรุป ความปลอดภัยของผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัย

วัฒนธรรมความปลอดภัย

วัฒนธรรมความปลอดภัยหมายถึง พฤติกรรมของคนในองค์กรที่แสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่เกี่ยวกับความปลอดภัย อันเนื่องมาจากทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความเข้าใจ และได้ปฏิบัติตามๆกันมาอย่างต่อเนื่องซึ่งนำมาซึ่งความเจริญงอกงามของสังคมนั้น¹ โดยมีความหมายตามรากศัพท์คือ “วัฒนธรรม” เป็นภาษาบาลีแปลว่า “เจริญงอกงาม” ส่วนคำว่า “ธรรม” เป็นภาษาสันสกฤต หมายถึง “ความดี”² ซึ่งมีการให้ความใส่ใจอย่างจริงจัง หลังจากการเกิดระเบิดของโรงงานปรมาณู Chernobyl ในประเทศยูเครนเมื่อปี พ.ศ. 2529 โดยให้ผู้คนตระหนักถึงการทำงานอยู่บนพื้นฐานความปลอดภัยและความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุการล้มเหลวได้ วัฒนธรรมความปลอดภัย อาจแสดงให้เห็นได้เป็น 3 ระดับ¹ คือ ระดับเป็นรูปธรรม (artifact level) คือมองเห็นได้ในรูปของสถาปัตยกรรม อุปกรณ์ เครื่องมือ ระดับหลักการสนับสนุน (espoused value level) เป็นการกำหนดยุทธวิธีดำเนินการด้านความปลอดภัย การกำกับดูแลให้มีการปฏิบัติตาม และระดับสามัญสำนึก (basic assumption level) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมด้านความปลอดภัยโดยอัตโนมัติจากทัศนคติและความเชื่อของบุคคลในองค์กร³ จึงถือได้ว่าเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรนั้น

ความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในปี พ.ศ. 2549 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ) ได้เลือกประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคำประกาศขององค์การอนามัยโลกได้แก่ global patient safety challenges และ patient safety solution จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหรือ Patient Safety Goals ซึ่งแนวทางสำคัญที่ต้องยึดปฏิบัติมีหัวข้อเพื่อให้จำง่ายว่า SIMPLE ประกอบด้วย safe surgery, infection control, medication safety, patient care process, line, tube and catheter และ emergency response⁴

เพื่อส่งเสริมให้ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทยร่วมตระหนักและมีเป้าหมายด้านเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและรณรงค์ให้มีการนำเครื่องมือสำหรับช่วยตรวจสอบความปลอดภัยและประเมินความพร้อมในการผ่าตัด (surgical safety checklist; SSC) มาใช้ในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทย เพื่อให้มีการสื่อสารระหว่างทีมดูแลผู้ป่วย มีการตรวจสอบซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาด และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากระบบการผ่าตัด ซึ่งได้มีการศึกษาใน 8 ประเทศพบว่า หลังการนำ SSC มาใช้ทำให้ลดอัตราการตายลงจากร้อยละ 1.5 เป็น 0.8⁵ โดย SSC ได้พัฒนามาจากการป้องกันความเสี่ยงของสาขาการบิน⁶ เพื่อให้มีการตรวจสอบตามขั้นตอนใน 3 ระยะคือ ก่อนให้การระงับความรู้สึกหรือ sign in ก่อนลงมือผ่าตัดหรือหัตถการหรือ time out และ หลังเสร็จผ่าตัดหรือหัตถการก่อนส่งผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดหรือ sign out เพื่อยืนยันการทำหัตถการ การส่งต่อการดูแลและรักษาต่อเนื่อง⁷ โดยมีประเด็นสำคัญก่อนเริ่มกระบวนการผ่าตัดและช่วยให้บุคลากรเกิดความตระหนักถึงบทบาทของตนเองว่าตนเองอยู่ในส่วนไหนของทีมผ่าตัด มีหน้าที่รับผิดชอบอะไร เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดได้รับความปลอดภัย 7 ด้านประกอบด้วย 1) การผ่าตัด ถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง 2) ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึก 3) มีการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินในระบบทางเดินหายใจ 4) เตรียมความพร้อมสำหรับการสูญเสียเลือดจำนวนมาก 5) หลีกเลี่ยงการแพ้ยา 6) ลดการติดเชื้อและป้องกันสิ่งตกค้างในบริเวณแผลผ่าตัด ความถูกต้องของเนื้อเยื่อที่ตัดออกมาเพื่อส่ง ตรวจ และ 7) มีการถ่ายทอดข้อมูลในภาวะวิกฤติของผู้ป่วยกับผู้ร่วมรักษา การประสานงานในการดูแลผู้ป่วยทีมผ่าตัดอย่างเป็นระบบ⁴

การผ่าตัดปลอดภัยเป็นเป้าหมายข้อแรกของ Patient Safety Goals เนื่องจากการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 13 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year) โดยมีรายงานอุบัติการณ์เสียชีวิตจากการผ่าตัดใหญ่ร้อยละ 0.5-5 เกิดภาวะแทรกซ้อน

หลังการผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 25 และมีรายงานอัตราการตายจากการระงับความรู้สึกถึง 1:150 คนในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้มากกว่าร้อยละ 50-70 ในประเทศพัฒนาแล้ว⁸ โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมง จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อรับการผ่าตัดระหว่างปี พ.ศ. 2562-2565 มีจำนวน 51014, 43183, 33535 และ 48085 คนตามลำดับ⁹ และมีอุบัติการณ์การเกิดความผิดพลาดเกี่ยวกับการทำหัตถการผิดข้างที่เกี่ยวกับวิสัญญีในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 2 คน และปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1 คน มีอุบัติการณ์การให้ยาผิดในระดับ E (มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม) และระดับ F (มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป) ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 จำนวน 2, 8, 5, 4 และ 6 คนตามลำดับ¹⁰ ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ และทีมวิสัญญีต้องตระหนักและป้องกัน เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โดยในปี พ.ศ. 2527 เป็นการประชุมครั้งแรกของวิสัญญีแพทย์ที่ได้ประมวลแนวคิดเกี่ยวกับ “ความปลอดภัยของผู้ป่วย” และต่อมา American Society of Anesthesiologists ได้รับรองประกาศแนวทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานแนวทางปฏิบัติขึ้นต่ำในการเฝ้าระวังผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2529⁸

เมื่อปี พ.ศ. 2553 ในการประชุมของ European Society of Anesthesiology and Intensive Care ที่เมืองเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ ได้มีการเผยแพร่ปฏิญญาเฮลซิงกิว่าด้วยความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านวิสัญญีวิทยา ซึ่งได้รับการรับรองทันทีจากองค์การอนามัยโลก สหพันธ์วิสัญญีแพทย์โลก (WFSA) และสหพันธ์ผู้ป่วยแห่งยุโรป (European Patients' Federation) และถูกนำไปใช้แล้วในอย่างน้อย 38 ประเทศในยุโรป¹¹ ด้วยเห็นพ้องกันว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่

สามารถป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยในระหว่างการให้การรักษาพยาบาล¹² การสร้างวัฒนธรรมองค์กรในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้มีการตระหนักรู้ถึงการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดได้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการปฏิบัติงานประจำวัน การบรรยายสรุปด้านความปลอดภัยก่อนการปฏิบัติงาน เป็นเครื่องมืออย่างง่ายที่ผู้ปฏิบัติงานใช้เพื่อแบ่งปันข้อมูล สร้างบรรยากาศการทำงานเป็นทีมร่วมกัน ขั้นตอนการดำเนินการ ตรวจสอบความพร้อมเกี่ยวกับปัญหาด้านความปลอดภัยและข้อควรระวังที่อาจเกิดขึ้น เป็นการป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากความผิดพลาด เพิ่มความปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในการผ่าตัด¹³

การบรรยายสรุปด้านความปลอดภัย (safety briefings)

ความปลอดภัยหมายถึง ภาวะที่ไม่อยู่ในอันตราย หรือไม่มีสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ใดๆเกิดขึ้นทั้งกับร่างกายจิตใจ วัตถุต่างๆ¹⁴ โดยเชื่อว่าถ้าดูแลอุปกรณ์ให้ปลอดภัย ผู้ปฏิบัติงานก็จะปลอดภัย แต่ต่อมาได้เกิดเหตุนิวเคลียร์ทรินไมล์ไอส์แลนด์ (Three Mile Island Reactor) เป็นอุบัติเหตุนิวเคลียร์ร้ายแรงที่สุดในประวัติศาสตร์นิวเคลียร์ของสหรัฐอเมริกา จึงเป็นจุดเปลี่ยนแนวคิดความมนุษย์ต่างหากเป็นผู้ควบคุมความปลอดภัยไม่ใช่ด้วยเทคนิคหรืออุปกรณ์ใดๆ¹⁵ การจัดการความปลอดภัยจึงมุ่งเป้าไปที่มนุษย์รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรเป็นสำคัญ ในการป้องกันหรือกำจัดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายไม่ให้เกิดขึ้น การสื่อสารหรือบรรยายสรุป จึงเป็นแนวทางปฏิบัติที่ผู้ปฏิบัติงานในทุก ๆ สาขาอาชีพต้องปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนตระหนักและตรวจสอบถึงความเสี่ยงและเตรียมการเพื่อป้องกันให้เหมาะสมก่อนเริ่มงานเสมอในทุก ๆ งานดังเช่น บริษัทก่อสร้างกำหนดให้มี awareness day เพื่อเป็นการสร้างตระหนักรู้และทัศนคติแต่พฤติกรรมด้านสุขภาพและความปลอดภัย กำหนดให้มีการทำบรรยายสรุปความปลอดภัยประจำวัน¹⁶ การบรรยายสรุปด้านความปลอดภัยเป็นการพูดคุยสั้น ๆ ในรายละเอียดเกี่ยวกับอันตรายด้านสุขภาพและความ

ปลอดภัยที่พนักงานจะต้องเผชิญและควรเข้าร่วมโดยทุกคนที่จะทำงานในงานนั้น เป็นการพูดคุยสั้น ๆ ว่าจะทำอะไร ความเสี่ยงและกิจกรรมใดบ้างที่เกิดขึ้น และวิธีปฏิบัติอย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงเหล่านั้น¹⁴ ซึ่งการบรรยายสรุปนั้นทำได้ทั้งก่อนปฏิบัติงาน โดยจะมีประโยชน์ในการป้องกันความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ และหลังการปฏิบัติงานเป็นการสรุปประเด็นที่ปฏิบัติได้สำเร็จดีและประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง ดูแล ต่อเนื่อง หรือให้ความสำคัญให้มากขึ้น ปรับปรุงให้ดีขึ้น ในครั้งต่อไป

องค์กรด้านการดูแลสุขภาพใช้การบรรยายสรุปด้านความปลอดภัยเพื่อช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ของทีมผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย มีแบ่งปันข้อมูล การรายงานปัญหาด้านความปลอดภัยในทุกด้าน เช่น ยา กระบวนการทำงาน ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ เนื่องด้วยความปลอดภัยของผู้ป่วยได้กลายเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในคุณภาพ มีการศึกษาผลของการบรรยายสรุปด้านความปลอดภัยแบบสหสาขาวิชาชีพสามารถลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ลงได้ถึงร้อยละ 46 เมื่อเทียบก่อนและหลังการนำ safety briefings มาปฏิบัติจริง¹⁷ และสามารถปรับปรุงวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยได้ การระบุความเสี่ยงที่ดีขึ้น อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ลดลง การรายงานอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้น ลดวันนอนในโรงพยาบาลรวมทั้งเพิ่มความสัมพันธ์ของผู้ปฏิบัติงานได้¹⁸

การบรรยายสรุปก่อนการผ่าตัดระหว่างศัลยแพทย์ พยาบาล และวิสัญญีแพทย์ จากการวิเคราะห์บันทึกและผู้สังเกตการณ์จำนวน 302 ครั้ง โดยใช้แบบเฝ้าสังเกตด้วยแบบจำลองอย่างมีแบบแผน พบว่าในการบรรยายสรุปจะมีการระบุปัญหา กระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจและการดำเนินการติดตามเฝ้าระวังผล อย่างมีจุดมุ่งหมาย มีความรู้ที่เพิ่มขึ้น มีคุณภาพและความปลอดภัยของกระบวนการดูแลแบบร่วมมือกัน ส่งผลกระทบต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมของทีม โดยการบรรยายสรุปเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสาร ในลักษณะที่เป็นการชี้แจงให้ข้อมูลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีความยาวหรือละเอียดมากและมีความสลับซับซ้อนให้สั้นลงและกระชับขึ้น แต่ยังคงครอบคลุมและมีความสมบูรณ์ของเนื้อหา

สาระ โดยการจัดเรียงเรียงข้อเท็จจริงให้ดีที่สุด สั้นและกระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและให้ประสิทธิภาพในการสื่อสาร

ประเภทของการบรรยายสรุป

การบรรยายสรุปเป็นการสื่อสารระหว่างทีมซึ่งหมายถึงตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในประเด็นที่สำคัญให้ชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่กำลังจะเกิดขึ้นให้สำเร็จ ซึ่งมีการปฏิบัติกันในทุกสาขาวิชาชีพ และที่ปฏิบัติอย่างเป็นการทางการแข่งขันจริงจึงนั้นเริ่มใช้กันในวงการทหาร การบรรยายสรุปทางทหาร มีอยู่ 5 ประเภท¹⁹ คือ

การบรรยายสรุปเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร การเสนอข้อเท็จจริงให้แก่ผู้อ่านและผู้ฟังให้รับทราบสถานการณ์ปัจจุบันหรือข้อมูลข่าวสาร ไม่ต้องการการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมใด ๆ

การบรรยายสรุปเพื่อการตัดสินใจ เป็นการบรรยายสรุป เพื่อหามติหรือข้อสรุปอย่างใดอย่างหนึ่งจากการตัดสินใจหลังจบการบรรยายสรุป

การบรรยายสรุปเพื่อการดำเนินงานของคณะทำงาน เป็นการบรรยายสรุปที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในวงการทหาร เป็นการบรรยายสรุปเพื่อความเร็วในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับทราบข่าวสารและสถานการณ์ปัจจุบันร่วมกัน

การบรรยายสรุปเพื่อให้นโยบาย เป็นการบรรยายสรุปเพื่อผสมผสานความมุ่งหมายต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติร่วมกัน ก่อนเริ่มดำเนินการ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้มีส่วนร่วมในภารกิจครั้งนั้น มีความเข้าใจตรงกัน

การบรรยายสรุปในการประชุม เป็นการบรรยายสรุปเพื่อการดำเนินงานของคณะทำงานและการบรรยายสรุปเพื่อให้นโยบายร่วมกัน

การบรรยายสรุปทางการแพทย์

องค์กรอนามัยโลกกำหนดให้มีการใช้การบรรยายสรุปด้านปลอดภัย เพื่อช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ของทีม

ผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วย ในทีมทั้งหมดเพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับแผน ข้อพึงระวังและเฝ้าระวังอย่างเป็นขั้นตอน ด้วยข้อคำถามที่ละขั้นตอนร่วมกับการตรวจสอบความปลอดภัยในการผ่าตัด การบรรยายสรุปเป็นโอกาสที่ดีในการตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าสมาชิกทุกคนในทีมศัลยกรรมมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับแผนการผ่าตัด ประเภทของยาสลบ ภาวะแทรกซ้อน และเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้การบรรยายสรุปยังทำให้สมาชิกในทีมมีความรู้สึกเป็นทีม ช่วยให้การประสานงานระหว่างสมาชิกในทีมดีขึ้น ลดความเสี่ยงของปัญหาและความขัดข้องในการสื่อสาร สร้างวัฒนธรรมของการสื่อสารที่เปิดกว้าง และทำให้ทุกคนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีม การบรรยายสรุปทางการแพทย์จะรวมถึงการอภิปรายเกี่ยวกับการตอบสนองของยา ข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ ประเภทของการระงับความรู้สึก ความพร้อมของผลิตภัณฑ์เลือด อุปกรณ์ และขั้นตอนที่วางแผนไว้สำหรับการผ่าตัด การบรรยายสรุปควรเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติในภาวะปกติและการปฏิบัติในภาวะฉุกเฉิน และการบรรยายสรุปควรนำโดยสมาชิกในทีมที่รู้เรื่องข้อมูลผู้ป่วยมากที่สุดในการผ่าตัด ซึ่งโดยปกติแล้วคือ ศัลยแพทย์²⁰

การบรรยายสรุปทางการศึกษา

ในบริบทของการศึกษาเป็นการบรรยายหรือเอกสารที่สรุป กระชับและมุ่งเน้นที่ให้ข้อมูล คำแนะนำหรือแนวทางที่สำคัญจำเป็น เกี่ยวกับหัวข้อ งาน หรือโครงการเฉพาะ การบรรยายสรุปมักใช้ในสภาพแวดล้อมทางการศึกษาเพื่อถ่ายทอดรายละเอียดที่สำคัญแก่นักเรียน ครู เจ้าหน้าที่ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป้าหมายของการบรรยายสรุปในด้านการศึกษาคือ เพื่อให้แน่ใจว่าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่ชัดเจนและรัดกุมผ่านการบรรยายสรุปมีส่วนช่วยให้ชุมชนการศึกษามีข้อมูลครบถ้วนและเหนียวแน่น

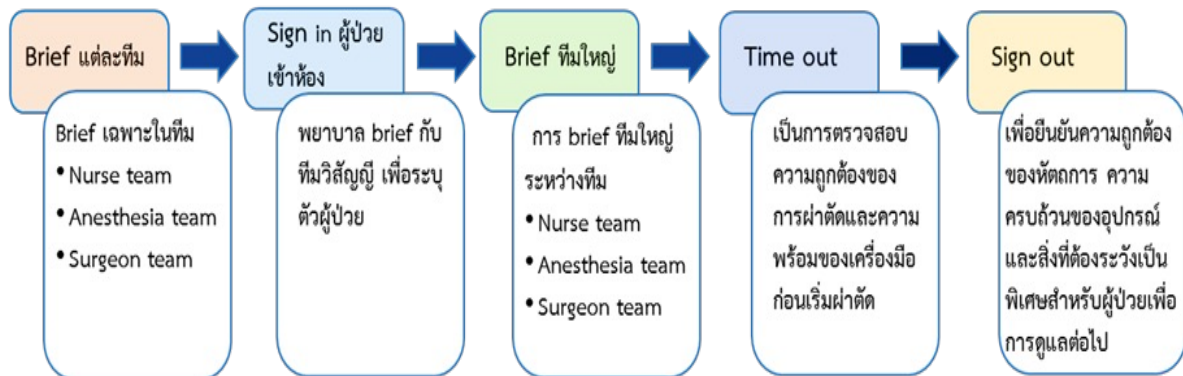
การบรรยายสรุปในห้องผ่าตัด

ในปี พ.ศ. 2550 องค์การอนามัยโลกกำหนดการตรวจสอบความปลอดภัยในการผ่าตัดสำหรับการบรรยายสรุปข้อมูลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ส่วน คำแนะนำสำหรับการใช้งานได้รับการเผยแพร่บนเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก โดยการทำข้อสรุปข้อมูลกำหนดให้การระงับความรู้สึกและการผ่าตัดต้องหยุด 3 ครั้ง คือ ก่อนการดมยาสลบ (sign in) ก่อนการลงมีดผ่าตัด (time out) และทันทีหลังการปิดแผล (sign out) เพื่อให้สามารถตรวจสอบข้อมูลสำคัญและสื่อสารกับสมาชิกในทีมทุกคนได้ โดยการทำ sign in จะทำโดยวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และผู้ป่วย ประกอบด้วยการตรวจสอบตัวตนของผู้ป่วย ขั้นตอนวิธีการที่จะใช้ในการระงับความรู้สึก ในส่วน time out จะมีการตรวจสอบตัวตนของผู้ป่วยอีกครั้ง มีการระบุชื่อและบทบาทของสมาชิกในทีมทั้งหมดและประเด็นสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังของการผ่าตัด รวมถึงระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการผ่าตัด และการคาดคะเนปริมาณการเสียเลือด ซึ่งขั้นตอนสุดท้ายจะเป็นการทำ sign out จะมีการตรวจสอบที่สำคัญคือการตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนผ้าซับเลือดและความสมบูรณ์ของคำสั่งการรักษาหลังการผ่าตัด²¹ การตรวจสอบทั้ง 3 ครั้งนี้ ก็เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรยายสรุปเน้นย้ำให้ตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและมีความชัดเจนในการสื่อสารระหว่างทีมให้การดูแลผู้ป่วย โดยไม่มีผลทำให้การเริ่มผ่าตัดล่าช้าเพิ่มขึ้น²²

เป้าหมายของ Siriraj surgical safety checklist

1. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
2. เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและการผ่าตัดระหว่างบุคลากรทีมผ่าตัดเพื่อ
 - ลดอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดอวัยวะ ผิดหัตถการ
 - ลดอุบัติการณ์เกิดสิ่งตกค้างที่ยอมรับไม่ได้

กระบวนการ Siriraj Surgical Safety Checklist



- ลดอุบัติการณ์เกิดสิ่งตกค้างที่ยอมรับได้
- ลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการส่งส่งตรวจ
- ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

การบรรยายสรุปทางวิสัญญี

ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลที่ซับซ้อนมาก มีปัจจัยหลายอย่างทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดสูงกว่าหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาลเช่น องค์ประกอบของทีมที่แตกต่างกันในแต่ละวัน การผ่าตัดที่ซับซ้อน การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง แรงกดดันด้านเวลา การหมุนเวียนของผู้ป่วย และความจำเป็นในการที่ต้องช่วยเหลืออย่างรวดเร็วในกรณีของการผ่าตัดฉุกเฉิน ทำให้มีอุบัติการณ์สูงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 2.9-3.7 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาล) นำไปสู่ค่าใช้จ่ายสูง อันตรายของผู้ป่วย และการสูญเสียความไว้วางใจในการดูแลสุขภาพ ในโรงพยาบาลของเนเธอร์แลนด์ร้อยละ 7.1 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 54.8 มีความเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดและร้อยละ 24.3 เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยมีปัจจัยจากปัญหาในการสื่อสารหรือการทำงานเป็นทีมที่ไม่พร้อม²³ ซึ่งวิสัญญีเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดและมีหลายเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเกิดความไม่ปลอดภัยจากวิสัญญี

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มุ่งมั่นให้การบรรยายสรุปในทีมวิสัญญีเป็นอัตลักษณ์ของวิสัญญีแพทย์ เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในทีมวิสัญญีประกอบไปด้วย วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด และนักเรียนพยาบาลวิสัญญี ซึ่งมีการสลับเปลี่ยนหมุนเวียนกัน ดังนั้นการบรรยายสรุปเพื่อสรุปข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมได้ทราบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ตรงกัน และสามารถวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด และผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....
วันเดือนปีเกิด
2. ผู้ป่วยมีปัญหาดังต่อไปนี้ 1.....
2.....
3. มีการจองเลือดไว้ได้แก่.....
4. แผนการระงับความรู้สึกคือ.....
5. สิ่งที่เราต้องระวังระหว่างการผ่าตัดคือ.....
6. หลังการผ่าตัดเราจะส่งผู้ป่วยไปที่.....
แผนการระงับปวดคือ.....

ขณะผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด

1. ถามผู้ป่วย ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....วันเดือนปีเกิด.....
2. ถามผู้ป่วย วันนี้มาผ่าตัด.....ข้าง.....
3. ถามผู้ป่วย มีประวัติแพ้ยาหรืออาหารหรือไม่.....
4. เครื่องดมยาสลบและอุปกรณ์ช่วยใส่ท่อหายใจได้รับการตรวจเช็คและเตรียมไว้พร้อมใช้
5. อุปกรณ์การเฝ้าระวังที่วางแผนไว้ได้รับการเตรียมพร้อมคือ.....

การนำการบรรยายสรุปทางวิสัญญีมาปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วย เป็นเป้าหมายสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อนำไปสู่วัฒนธรรมความปลอดภัย

สรุป

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุดในคุณภาพการระงับความรู้สึก เนื่องจากในยุคสังคมดิจิทัล ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ปรากฏต่อสาธารณะมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกมากขึ้น การที่ผู้ให้การดูแลรักษา นอกจากมีความรู้ความเชี่ยวชาญแล้วยังต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยและญาติด้วย ซึ่งการบรรยายสรุปเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเป็นเครื่องมือช่วยตรวจสอบและประเมินความพร้อม โดยการสื่อสารในทีมเป็นการส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การประสานงานกันเป็นทีม และการสร้างความตระหนัก การป้องกันเชิงรุก สามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที สร้างความมั่นใจให้แก่ทีมที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพการดูแลโดยรวมที่ให้กับผู้ป่วย ให้ได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการอย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. ดวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล. วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture). Nuclear Society of Thailand Article 1-4. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.nst.or.th/article/article142/article1432.htm>
2. สมชัย ใจดี, ยรรยง ศรีวิริยาภรณ์. ประเพณีและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ. ไทยวัฒนาพานิช. 2538
3. อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. การจัดการเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริการพยาบาล. พยาบาลสาร. 2554; 38:168-77.
4. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. Patient Safety Goals: SIMPLE. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2551:1-87.
5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360:491-9.
6. Pugel AE, Simianu VV, Flum DR, Dellinger EP. Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. J Infect Public Health. 2015;8:219-25.
7. World health organization. Patient safety checklist. WHO. 2009 [cited 2023 Sep 18]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng_Checklist.pdf
8. Nwosu ADG, Ossai E, Ahaotu F, Onwuasoigwe O, Amucheazi A, Akhideno I. Patient safety culture in the operating room: a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) instrument. BMC Health Serv Res. 2022;22:1445.
9. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา. รายงานสถิติข้อมูลงานบริการวิสัญญี ประจำปี พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2566
10. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา. รายงานสถิติข้อมูลงานบริหารจัดการ ความเสี่ยงประจำปี พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2566.
11. Kazamer A, Ilinca R, Nitu A, et al. A brief assessment of patient safety culture in anesthesia and

- intensive care departments. *Healthcare*. 2023;11:429.
12. Preckel B, Staender S, Arnal D, et al. Ten years of the Helsinki Declaration on patient safety in anesthesiology: an expert opinion on peri-operative safety aspects. *Eur J Anesthesiol*. 2020;37:521-610.
 13. Pham JC, Laupola TMT, Figueira A, Bala J, Chun L. Perceived value of the daily safety briefing. *J Healthc Manag*. 2019;64:44-51.
 14. Institute national de sante publique du Québec. Definition of the concept of safety. 2018 [update 2018 Aug 17; cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.inspq.qc.ca/en/quebec-collaborating-centre-safety-promotion-and-injury-prevention/definition-concept-safety>
 15. Australian government. Safety culture. Australian radiation protection and nuclear safety agent. [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.arpsa.gov.au/regulation-and-licensing/safety-security-transport/holistic-safety/safety-culture>
 16. Sediva I, Snelling L. Daily safety briefs (DSB) focus on improving safety at Hasbro Children's Hospital. *R I Med J*. 2018;101:23.
 17. Fazzini B, McGinley A, Stewart C. A multidisciplinary safety briefing for acutely ill and deteriorating patients: a quality improvement project. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;74:103331.
 18. Ryan S, Ward M, Vaughan D, et al. Do safety briefings improve patient safety in the acute hospital setting? A systematic review. *J Adv Nurs*. 2019;75:2085-98.
 19. วิรัช ฤทธิรัตนกุล. วาทนิเทศและวาทศิลป์: หลักทฤษฎีและวิธีปฏิบัติ ยุคสหัสวรรษใหม่ = speech communication and rhetoric theories and practices. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
 20. Hasan SS. Introduction of briefing and debriefing system in operating theaters in Pakistan. *Anaesth Pain Intensive Care*. 2021;25:129-31.
 21. Fudickar A, Hörle K, Wiltfang J, Bein B. The effect of the WHO surgical safety checklist on complication rate and communication. *Dtsch Arztebl Int*. 2012; 109:695-701.
 22. Ali M, Osborne A, Bethune R, Pullyblank A. Pre-operative surgical briefings do not delay operating room start times and are popular with surgical team members. *J Patient Saf*. 2011;7:139-43.
 23. Leong KBMSL, Hanskamp-Sebregts M, van der Wal RA, Wolff AP. Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: a prospective intervention study. *BMJ Open*. 2017;7:e018367.