นิพนธ์ต้นฉบับ Original article

ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จีรวรรณ์ ศิริมนตรี พย.ม.*
วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 9 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 234 คน จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้ต่อการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84, 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์อิทธิพล

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดคือ 4.32 (S.D. = 0.58), 4.38 (S.D. = 0.48) และ 4.25 (S.D. = 0.62) ตามลำดับ การนิเทศทางคลินิกส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมในทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.60 และ 0.30 ตามลำดับ การบริหารความเสี่ยงทางคลิกนิกส่งผลทางตรงในทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.40 แบบจำลองตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง โดยการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi–square = 2.73, p = 0.60) ค่าดัชนี GFI เท่ากับ 0.99 ดัชนี AGFI เท่ากับ 0.99 ดัชนี CFI เท่ากับ 1.00 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.00 ซึ่งทุกค่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล การนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลสกลนคร
** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Causal Relationship Models between Clinical Supervision, Clinical Risk Management and Nursing Outcomes Perceived by Registered Nurses in Intensive Care Units, Tertiary Care Hospitals, Northeastern Thailand

Jeerawan Sirimontri M.S.N.*
Wanchanok Juntachum Ph.D.**

Abstract

The objective of this research was to study the causal relationship between clinical supervision, clinical risk management and nursing outcomes according to the perception of registered nurses in intensive care units at the tertiary care hospitals in the northeastern Thailand. Two hundred and thirty–four nurses with 1 year or more of working experience in the intensive care units were included in this study by a multi–stage sampling. The research tools were the questionnaires of perception to clinical supervision, clinical risk management and nursing outcomes. The content validity was explored by the 7 experts. The reliabilities tested using the Cronbach's alpha coefficients were 0.84, 0.96 and 0.98, respectively. Data were analyzed by the frequency, percentage, average, Chi–square test and Path analysis.

The study revealed that the average perception of registered nurses to clinical supervision ($\overline{X}$ = 4.32, S.D. = 0.58), clinical risk management ($\overline{X}$ = 4.38, S.D. = 0.48) and nursing outcomes ($\overline{X}$ = 4.25, S.D. = 0.62) were at the highest level. The clinical supervision had both directly and indirectly positive effects on nursing outcomes with path coefficients of 0.60 and 0.30, respectively. The clinical risk management had directly positive effect on nursing outcomes with a path coefficient of 0.40. The hypothesized model was consistent with the empirical data received from study samples (Chi–square = 2.73, df = 1, p = 0.60, CFI = 1.00, GFI = 0.99, GFI = 0.99, RMSEA = 0.00). All data passed the specified criteria.

Keywords: Causal relationship model, Clinical supervision, Clinical risk management, Nursing outcomes

* Registered Nurse, Cardiac Intensive Care Unit, Sakon Nakhon Hospital
** Nursing Instructors, Faculty of Nursing Science, Khon Kaen University

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสารที่ไร้พรมแดน นำไปสู่การแข่งขันในด้านต่าง ๆ และทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากยิ่งขึ้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ มีการส่งเสริมให้นานาประเทศร่วมกันพัฒนามาตรฐาน และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์[1] หรือกล่าวอีกนัยได้ว่าป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยและผู้ใช้บริการได้รับอันตราย บาดเจ็บ สูญเสียรายได้ หรือเป็นอันตรายต่อสภาพแวดล้อม บุคลากรทางด้านสุขภาพ และภาระในการชดใช้ค่าเสียหายขององค์กรที่เกี่ยวข้อง[2] จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้มีการพัฒนาระบบบริการและคุณภาพทางการพยาบาล โดยการกำหนดแผน วิธีการกำกับ นิเทศควบคุม และกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพมากที่สุด[3] ซึ่งหมายถึง คุณภาพจากการรักษาที่ทำให้เกิดความเสี่ยงหรือมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นน้อยที่สุด[4] ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและการบริหารความเสี่ยง จึงเป็นประเด็นสำคัญในมาตรฐานหลัก ที่นำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีความปลอดภัย[5]

งานหอผู้ป่วยหนัก ให้การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง มีความเสี่ยงคุกคามถึงชีวิต เป็นการดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน เน้นการรักษา การดูแลแบบประคับประคอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตจึงมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ได้ เช่น การเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (unexpected death) การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผนเสียชีวิต (unplanned CPR) การกลับมานอนไอซียูซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง (returned to ICU within 72 hrs.) การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน โรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator–associated pneumonia, VAP) การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด การให้สารน้ำผิดประเภท และท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดหรือสายต่าง ๆ เป็นต้น[6,7] การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcomes)

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcomes) คือ ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้ หมายถึงผลการดำเนินการขององค์กรพยาบาลและการให้บริการของทุกหน่วยบริการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการปลอดภัยโดยมีการกำหนดตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยสอดคล้องมาตรฐานวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยได้รับบริการที่ปลอดภัย 1) อัตราการเสียชีวิตของผู้ใช้บริการในพื้นที่เสี่ยงสูงและสำคัญในโรงพยาบาล (ER, LR, OR, ICU) 2) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) การบาดเจ็บที่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม 4) อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล 5) อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 6) อัตราการรับรู้ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเรื่องความปลอดภัย 7) ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มโรค ความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สะท้อนถึงการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย[2]

การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ผ่านกลไกการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยนำมาตรฐานแต่ละวิชาชีพและความรู้มากำหนดเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรกลุ่มหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยควบคู่ไปกับการบริหารความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย

การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางคลินิกในการให้บริการพยาบาล[8] กระบวนการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพจะอยู่ภายใต้การนิเทศ การควบคุมและกำกับของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งการนิเทศทางการพยาบาลเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการบริการที่ดีให้แก่ผู้ใช้บริการ นำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ[9] การนิเทศทางคลินิกช่วยให้พยาบาลมีการพัฒนาทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลและรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลมากขึ้น[10] จากการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้รูปแบบการนิเทศการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน พบว่า มีความผิดพลาดเพียง 1 ครั้ง จากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง 357 ครั้ง[11] สะท้อนให้เห็นว่าการนิเทศทางการพยาบาลร่วมกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้นและผู้ป่วยมีความปลอดภัย บทบาทนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นจริงและที่คาดหวัง คือ ทำการนิเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพตามบทบาทของหัวหน้างาน ทำให้เกิดกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้บุคลากรเกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางคลินิก นำไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น[12,13]

จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปีงบประมาณ 2559–2561 มีจำนวน 70,951 รายการ แยกเป็นความเสี่ยงทางคลินิก 61,991 รายการ ความเสี่ยงทั่วไป 8,960 รายการ ในจำนวนนี้ มีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 414 รายงาน โดยพบว่า เป็นอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงและย้ายเข้าบริการในหอผู้ป่วยโดยไม่คาดหมาย จำนวน 137 รายงาน อาการทรุดลงระหว่างการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ภาวะช็อก จำนวน 128 รายงาน ภาวะหัวใจหยุดเต้น จำนวน 115 รายงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหมายจำนวน 34 รายงาน[14] และจากสถานการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยหนักที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ พบว่า ตัวชี้วัดที่สำคัญในปีงบประมาณ 2560–2562 คือ อุบัติการณ์การเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 11.11, 10.55 และ 9.04 ตามลำดับ อัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจเท่ากับ 16.21, 12.27 และ 7.1 ตามลำดับ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 4.83, 0.35 และ 0.00 ตามลำดับ การกลับมานอนซ้ำในไอซียูภายใน 72 ชั่วโมง ร้อยละ 2.60, 2.40 และ 1.40 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากหัวหน้างานได้มีการนิเทศทางคลินิก ร่วมกับการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพอย่างเป็นประจำและต่อเนื่อง มีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลพร้อมกับการควบคุม กำกับติดตาม มีการตรวจสอบและประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ระดับความเสี่ยงลดลง อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะช็อก และภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง[14]

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในบริบทโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ในภาคเหนือ[15] และมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[16,17] แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการนิเทศทางคลินิกกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบกับการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร ซึ่งอาจไม่สะท้อนรูปแบบความสัมพันธ์ที่แท้จริงตามปรากฏการณ์ของปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างตัวแปร ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก

การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และเป็นเครื่องยืนยันว่าการนิเทศทางคลินิกเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ซึ่งสามารถส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ

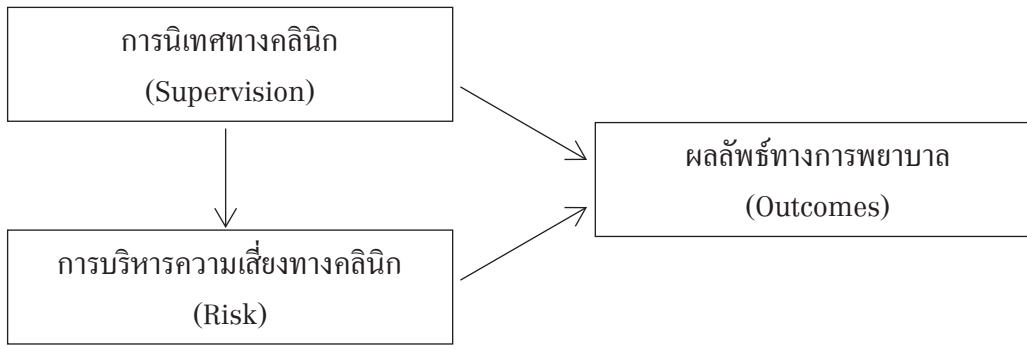
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Doran[18] โดยคัดสรรผลลัพธ์ 3 ด้านที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ด้านการควบคุมและบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ด้านความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้ และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ศึกษาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามแนวคิดของ Wilson และ Tingle[19] ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง และการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor[9] ประกอบด้วยการนิเทศตามแผน การนิเทศตามมาตรฐาน และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยสร้างเป็นแบบจำลองตามสมมติฐานคือ รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เป็นแบบจำลองตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล



วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ครั้งนี้ ศึกษาในประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1,208 คน ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 9 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลศรีสะเกษ โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างขนาดใหญ่ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดอิทธิพลในระดับต่ำที่ 0.20 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 เปิดตาราง Power analysis[20] ได้จำนวน

ตัวอย่างเท่ากับ 197 คน และเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับ 236 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi–stage sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มโรงพยาบาล โดยการสุ่มแบบง่าย (simple sampling) ร้อยละ 50 โดยจับฉลาก 5 โรงพยาบาล จากทั้งหมด 9 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มจากขั้นตอนที่ 1 จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยให้ผู้ประสานงานเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกระจายหน่วยตัวอย่างให้ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนประชากร ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการจัดสรรจำนวนตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วน (proportional allocation)

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การอบรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้างานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 27 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของหัวหน้างานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 36 ข้อ

แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 คือ น้อยที่สุด ถึงคะแนน 5 คือมากที่สุด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการพยาบาล ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 2 ท่าน ด้านงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาบริหารทางการพยาบาล 4 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องและความครอบคลุมของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ และหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยการหาความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม (internal consistency) ส่วนที่ 2–4 ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.84, 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยเข้าข่ายการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2563 หมายเลขสำคัญโครงการ HE632260 ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 3090/2562 และได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของทุกโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลเสียใดๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งเอกสารทั้งหมดประกอบด้วยเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแนบไปพร้อมแบบสอบถามโดยส่งทางไปรษณีย์ไปยังผู้ประสานงาน จากนั้นให้ผู้ประสานงานชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขอคำยินยอมจากอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการแจกแบบสอบถาม และรวบรวมส่งคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับมาจำนวน 234 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.15

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์อิทธิพล (Path analysis) โดยใช้โปรแกรม AMOS (analysis of moment structure) สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบความพอเหมาะพอดีของแบบเชิงประจักษ์กับตัวแบบทฤษฎี คือ การทดสอบ Chi–square test ซึ่งค่า Chi–square ต้อง < 3.00 ค่า GFI (goodness of fit index)[3] 0.90 ค่า AGFI (adjusted goodness of fit index)[3] 0.90 และค่า RMSEA (root mean square error approximate) ≤ 0.08 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยจะยอมรับสมมติฐานหลักหรือมีความกลมกลืนถ้าค่า $p > 0.05$ หรือจะปฏิเสธสมมุติฐานหลักหรือไม่มีความกลมกลืนหาก $p < 0.05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 234 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 223 คน (ร้อยละ 95.3) มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 70 คน (ร้อยละ 29.9) ประสบการณ์ทำงาน 3–5 ปี จำนวน 69 คน (ร้อยละ 29.5) ประสบการณ์ทำงาน 2–3 ปี จำนวน 60 คน (ร้อยละ 25.6) และประสบการณ์ทำงาน 1–2 ปี จำนวน 35 คน (ร้อยละ 15.0) ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 223 คน (ร้อยละ 95.3) รองลงมาระดับปริญญาโท จำนวน 11 คน (ร้อยละ 4.7) ได้รับการศึกษาเฉพาะทาง 4 เดือน จำนวน 83 คน (ร้อยละ 35.5) การอบรมที่เกี่ยวข้องมากที่สุด คือ การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก จำนวน 61 คน (ร้อยละ 26.1) การนิเทศทางคลินิก จำนวน 47 คน (ร้อยละ 20.1) และผลลัพธ์ทางการพยาบาล จำนวน 30 คน (ร้อยละ 12.8)

2. การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด คือ เท่ากับ 4.32 (S.D. = 0.58), 4.38 (S.D. = 0.48) และ 4.25 (S.D. = 0.62) ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

3.1) การนิเทศทางคลินิก มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.60 และมีอิทธิพลทางอ้อมในทิศทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยผ่านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.30 การนิเทศทางคลินิกร่วมกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกสามารถอธิบายผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ร้อยละ 87 ($R^2 = 0.87$) (ตารางที่ 1 และ 2)

3.2) การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.40 การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกสามารถอธิบายผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ร้อยละ 55 ($R^2 = 0.55$) (ตารางที่ 1 และ 2)

3.3) แบบจำลองโครงสร้างตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากการทดสอบไคสแควร์ พบว่า $p > 0.05$ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานหลัก โดยดัชนี goodness of fit (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.99 (ผ่านเกณฑ์มากกว่า 0.90) ดัชนี AGFI มีค่าเท่ากับ 0.99 (ผ่านเกณฑ์มากกว่า 0.90) ดัชนี comparative fit index (CFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 (ผ่านเกณฑ์มากกว่า 0.95) และค่า RMSEA มีค่าเท่ากับ 0.01 (ผ่านเกณฑ์น้อยกว่า 0.05) ซึ่งทุกค่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (แผนภาพที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางหรือค่าคะแนนอิทธิพลมาตรฐาน ทั้งค่าอิทธิพลทางตรง ทางอ้อม และโดยรวมของตัวแปรภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรภายใน

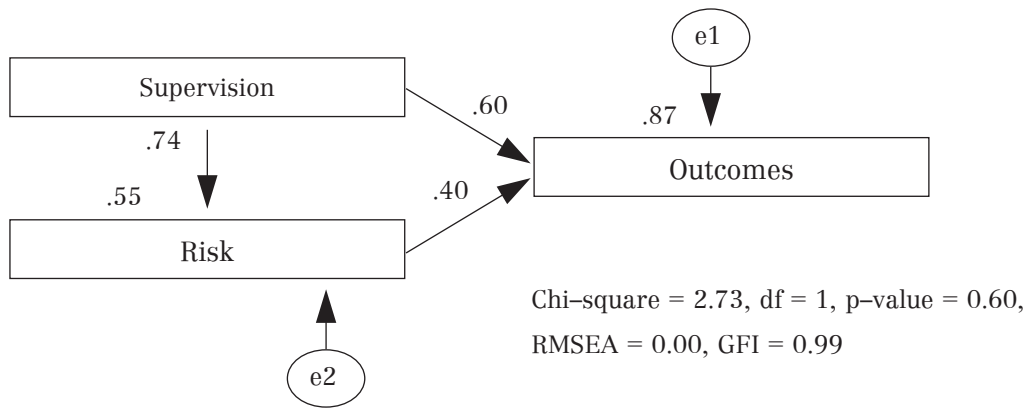
ตัวแปรภายนอก (ตัวแปรเชิงสาเหตุ)	ตัวแปรภายใน					
	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล			การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
การนิเทศทางคลินิก	0.60	0.30	0.90	0.74	–	0.74
การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก	0.40	–	0.40	–	–	–

หมายเหตุ : DE (direct effect) หมายถึง อิทธิพลโดยตรง, IE (indirect effect) หมายถึง อิทธิพลโดยอ้อม
TE (total effect) หมายถึง อิทธิพลโดยรวม

ตารางที่ 2 ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณยกกำลังสอง (R^2) ของตัวแปรภายในที่ถูกอธิบายโดยแบบจำลองโครงสร้างที่กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ตัวแปร	R^2
การนิเทศทางคลินิกอธิบายการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก	0.55
การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและการนิเทศทางคลินิกร่วมกันอธิบายผลลัพธ์ทางการพยาบาล	0.87

แผนภาพที่ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล



วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์ที่ได้เป็นไปตามแบบจำลองตามสมมติฐาน มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งยืนยันได้ว่าการนิเทศทางคลินิก เป็นกิจกรรมการพยาบาลสำคัญที่สามารถส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การนิเทศทางคลินิกส่งผลทางตรงต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี การนิเทศเป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้รับการนิเทศ โดยใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติ

งานได้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิก จึงนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ[8] นำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับแนวคิดการนิเทศของ Proctor[9] ที่กล่าวว่า 1) การนิเทศตามแบบแผนเป็นการนิเทศที่ผู้นิเทศให้ความสนใจในการปฏิบัติงาน การทบทวนหรือสะท้อนกลับในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้ความรู้จากประสบการณ์ที่มี ซึ่งช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ 2) การนิเทศตามมาตรฐาน เป็นการนิเทศที่ผู้นิเทศให้การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น รวมถึงการตระหนักถึงความเป็นบุคคล และความแตกต่างเชิงวิชาชีพ เพื่อนำมาวางแผนการพัฒนาให้เหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี และ 3) การนิเทศแบบสมานฉันท์ เป็นการนิเทศที่ผู้นิเทศได้ให้ความช่วยเหลือ โดยจัดการให้เกิดสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่ดี ภายใต้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ความเสมอภาค เข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล มีการจัดเวลาและช่องทางให้พยาบาลได้เรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม รวมถึงการเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อผู้ปฏิบัติงานมีปัญหาทั้งในเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การนิเทศทางคลินิกกับผลลัพธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงมาก ($r = 0.44–0.83$)[8,21]

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การนิเทศทางคลินิกส่งผลทางอ้อมต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยผ่านการบริหารความเสี่ยง ซึ่งการนิเทศทางคลินิกร่วมกับการบริหารความเสี่ยงสามารถอธิบายความแปรปรวนของผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ร้อยละ 87 แสดงให้เห็นว่าหากมีการนิเทศทางคลินิกร่วมกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก จะส่งผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้วิจัยที่พบว่า หอผู้ป่วยหนักที่กำหนดนโยบายการนิเทศทางคลินิกโดยใช้แนวคิดของ Proctor[9] ในรูปแบบการสอนแนะนำตามการรับรู้หรือสมรรถนะของแต่ละบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้รับการนิเทศ การวางแผนร่วมกัน ร่วมกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทำให้มีอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ลดลง ทำให้สามารถดักจับความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ก่อนถึงตัวผู้ป่วย[13,21]

นอกจากนี้ การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.40 ทั้งนี้จากนโยบายที่ชัดเจน เข้มแข็ง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการนำ patient & personnel safety: 2P safety (SIMPLE)[22] ลงสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข[1] ร่วมกับเพื่อตอบสนองการรับรองคุณภาพบริการทางการพยาบาล ซึ่งให้ความสำคัญด้านการบริการเป็นเลิศ การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามความเชี่ยวชาญพิเศษและตามนโยบาย (service plan and excellence area) การเฝ้าระวังความเสี่ยงที่มุ่งเน้นความปลอดภัย โดยนำ SIMPLE สู่การปฏิบัติและมีการกำหนดเฝ้าระวังความเสี่ยงที่สำคัญ (trigger tools) ในหอผู้ป่วยหนัก มีกิจกรรมการติดตามความเสี่ยงในเชิงรุก ได้แก่ การเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วย (patient round) การประเมินความพร้อมและวางแผนจำหน่าย (C3THER) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยรายโรคสำคัญ (disease round) การกำหนดมาตรฐานการรักษารายโรค (guideline) การใช้คะแนนประเมินความเปลี่ยนแปลงของอาการ (MEWS score) การประเมินโอกาสเสียชีวิต (APACHE score)[14] ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆเหล่านี้ ช่วยสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย[22] และมีการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างทั่วถึงทุกหน่วยงาน โดยใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดทฤษฎีของ Wilson & Tingle[19] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบริหารความเสี่ยงทำให้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ด้านกระบวนการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[23] และสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ สยามรัฐ จูงไทย[17] พบว่า วัฒนธรรมความ

ปลอดภัยที่มีกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงสอดแทรกอยู่ภายใต้การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลในการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และระดับบุคคล มีการสะท้อนและการสื่อสารความผิดพลาด การไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด และวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์ ในเรื่องความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน และความเข้าใจด้านความปลอดภัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.55$, $p < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลทุกด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมและบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ด้านความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้ และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ($r = 0.44–0.67$, $p < 0.01$)[17]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนิเทศทางการพยาบาลส่งผลทางตรงต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการนิเทศทางการพยาบาลยังส่งผลทางอ้อมโดยผ่านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ดังนั้นจึงควรบูรณาการกระบวนการบริหารความเสี่ยงร่วมกับการนิเทศทางคลินิก เพื่อเป็นกลยุทธ์ในการบริหารทางการพยาบาล

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมและพัฒนาทักษะ โดยจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิก การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ให้แก่พยาบาลทุกระดับ เช่น หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ปฏิบัติการ

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดรูปแบบการนิเทศงานทางคลินิก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่มีการนำการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกเข้ามาร่วมในกระบวนการนิเทศทางคลินิกเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล

2. ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง โดยนำการนิเทศทางคลินิกร่วมกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก มาจัดกระทำเป็นกิจกรรมแทรกแซง (intervention) เพื่อพิสูจน์เชิงเหตุและผลต่อการเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก หน่วยงานวิจัย และงานศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร และหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสกลนคร ที่อนุมัติสนับสนุนให้ทำการวิจัย ให้คำปรึกษางานวิจัย และขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). The Patient Safety: Forward programme, 2006–2007 [Internet]. [cited 2020 May 21]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69349/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. SPA II–1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ดีไซร์; 2563.
3. สภาการพยาบาล.มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. อภิญญา จำปามูล, วิภาพร วรหาญ, มาริสา ไกรฤกษ์ และรัชตวรรณ ศรีตระกูล. การบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551.
5. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2562.
6. West E, Mays N, Rafferty AM, Rowan K, Sanderson C. Nursing resources and patient outcomes in intensive care: A systematic review of the literature. Int J Nurs Stud 2009;46(7):993–1011.
7. Whitman GR, Kim Y, Davidson LJ, Wolf GA, Wang SL. Measuring nurse–sensitive patient outcomes across specialty units. Outcomes Management 2002;6(4):152–8.
8. บุษบา หน่ายคอน และอุไรวรรณ กะจะชาติ. ความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศการ พยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย บรรยากาศในองค์การกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. ว. กองการพยาบาล 2551;37(1):28–38.
9. Proctor B. Training for the Supervision Alliance Attitude, Skill and Intention. In Fundamental Themes in Clinical Supervision Cutcliffe JR, Butterworth T, and Proctor B, eds. London: Routledge; 2001. p 25–46.
10. ดารารัตน์ เอี่ยมอากาศ. ผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่บูรณาการแนวคิดการร่วมงานต่อการรับรู้ผลลัพธ์การพยาบาลของพยาบาล [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยเซนต์หลุยส์; 2553.
11. รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, สมปรารถนา ดาผา, อนุสรณ์ ช้างมิ่ง, ปิยะวดี ลีฬหะบำรุง และอมรรัตน์ นาคละมัย. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลในการบริหารยาความเสี่ยงสูงโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้นิเทศทุกระดับโรงพยาบาลนครปฐม. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36(1):234–243.
12. ดารินทร์ ลิ้มตระกูล. การพัฒนารูปแบบนิเทศการพยาบาลวิสัญญีเพื่อมาตรฐานและคุณภาพบริการ. ว. หัวหินสุขใจไกลกังวล 2563;4(1):56–69.
13. เผอิญ ณ พัทลุง. บทบาทการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นจริงและที่คาดหวัง ด้านการใช้กระบวนการพยาบาลด้านการบันทึกทางการพยาบาล และด้านการพัฒนาความรู้ของบุคลากร ในโรงพยาบาลสงขลา. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(1):190–206.
14. นิตยาภรณ์ จันทร์นคร, ทัศนีย์ แดขุนทด, อุไรวรรณ ศรีดามา, ปิยนุช บุญกอง. ผลลัพธ์ของรูปแบบ

การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยหนักวัยผู้ใหญ่โรงพยาบาลสกลนคร. ว. กองการพยาบาล 2563;47(1):39–59.

15. เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, สุนีย์ จันทร์มหเสถียร, ลดาวัลย์ ภูมิวิชชุเวช, อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, ผ่องศรี เกียรติเลิศนภา, และคนอื่นๆ. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ. ว. พยาบาลสาร 2554; 38(4):1–14.
16. ณัฐพร สายแสงจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย. ว. วิจัยและพัฒนาสุขภาพ 2562;12(1):529–535.
17. สยามรัฐ จูงไทย. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
18. Doran et al. Nursing Outcomes The State of the science. 2nd ed. Canada: University of Toronto; 2011.p 95–97.
19. Wilson J, Tingle J. Clinical risk modification: A route to clinical governance. Oxford: Butterworth–Heinemann; 1999.
20. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principal & method. 10 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017
21. สุภาจิรี ไตรปิฎก. ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการนิเทศงานการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช; 2551.
22. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. แนวทางการสร้างความปลอดภัย Patient safety goals: SIMPLE. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2561.
23. จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, พรพิมล พละประเสริฐ, และสมทรง บุตรชีวัน. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. ว.สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2560;25(7):1–10.