

รายงานวิจัย

Research Article

การพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด
A Development of Promotion Strategies for Patient Safety Culture in Operating Room

สมพร เจษฎายานเมธา* วรพักตร์ สวัสดิ์เทพ*
Somporn Jedsadayanmata* Worapak Swastep*

*กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 65000

*Department of Perioperative Nursing, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, 65000

Corresponding author. Email address:gaisomporn@gmail.com

บทคัดย่อ

วัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดีจะช่วยลดการเกิดอันตรายกับผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด จัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยดัชนีความต้องการจำเป็น พัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโดย SWOT analysis ทดลองใช้กลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ห้องผ่าตัดในโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่งและประเมินกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันของวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง สภาพที่พึงประสงค์ของวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับมากที่สุด ลำดับความต้องการจำเป็นได้แก่การจัดอัตรากำลัง การส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน เวิร์ และระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด ได้กลยุทธ์คือ 3S strategies model ซึ่งมีความสอดคล้องและเหมาะสมในระดับมาก ผลการทดลองใช้กลยุทธ์ พบว่าการส่งมอบข้อมูลระหว่างห้องผ่าตัดกับหอผู้ป่วยมีความครบถ้วนถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และทักษะการรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น จำนวนรายงานอุบัติการณ์มีมากขึ้น ไม่มีอุบัติการณ์อันตรายต่อผู้ป่วย ผลการประเมินการใช้กลยุทธ์พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้นและพยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อกลยุทธ์มากที่สุด สรุปคือการพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดได้ผลดี สามารถลดการเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดกับผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: ดัชนีความต้องการจำเป็น วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย กลยุทธ์การส่งเสริม
พุทธชินราชเวชสาร 2559;33(3):326-36.

Abstract

A good safety culture can reduce harms towards patients. The purposes of this research and development aimed to study the current states and the desirable states of patient safety culture in the operating room and analyze demand's priority by modified priority needs index, develop strategies for promoting patient safety culture by using a SWOT analysis, try out the strategies at operating room in a tertiary hospital and evaluate the strategies for promoting patient safety culture. The results were found that the current states of patient safety culture in the operating room were at the moderate level. In desirable situations were at the highest level. The necessary demands were staffing, communicating among units shifts and safety level of the patients. The strategies contained 3S strategies model were examined and found that they were appropriated and consistent. The delivering informations between operating room and ward were more completely showed a significant difference. The number of reported incidents were increased and no harmful incidence occurred to the patients. The strategic assessments were found that the patient safety were increased and the level of the satisfaction of operating nurses were highest level. In conclusion, the development of promotion strategies for patient safety culture in operating room has good results and reduces harmful of patients in the operating room.

Keywords: priority needs index, patients safety culture, promotion strategies

Buddhachinaraj Med J 2016;33(2):326-36.

บทนำ

การพัฒนาาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นมิติคุณภาพที่เป็นความต้องการทั้งผู้ให้และผู้รับบริการทางสาธารณสุข สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ให้ความสำคัญกับประเด็นความปลอดภัยและขับเคลื่อนอย่างมียุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้โรงพยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญเพื่อให้ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานเป็นที่ไว้วางใจของสังคม¹ พบภาวะไม่พึงประสงค์ได้แก่ การบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิตจากการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 9.1 และในจำนวนนี้เป็นภาวะไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันป้องกันได้ถึงร้อยละ 71.4 จากการสำรวจในโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไปและชุมชนปี พ.ศ. 2549 พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย 207,073 ครั้ง เฉลี่ย 532 ครั้งต่อปี² ตรงกับการศึกษาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลจากเวชระเบียน 74,485 ฉบับ พบว่า

เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 9.2 เกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัตถการมากที่สุดร้อยละ 39.6 โดยเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้ร้อยละ 43.5³

ความปลอดภัยของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้เมื่อองค์กรสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) ขึ้นในทุกจุดของการปฏิบัติงานประจำ ซึ่งจะต้องเป็นความร่วมมือของผู้นำ ผู้ปฏิบัติ และผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย⁴ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นการผสมผสานระหว่างพฤติกรรมส่วนบุคคลและพฤติกรรมองค์กรบนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนความเชื่อและค่านิยม ที่ค้นหาแนวทางอย่างต่อเนื่องในการลดอันตรายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจากกระบวนการในการดูแลรักษา⁴

งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลัง

ผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลและความรู้เรื่องขั้นตอนวิธีการผ่าตัดและชำนาญในการใช้เครื่องมือพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวมทั้งการประสานงานกับทีมวิสัญญีทีมพยาบาลในหอผู้ป่วย⁵ และหน่วยที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ จากการสังเกตการทำงานและสัมภาษณ์พยาบาลห้องผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์เกิดกับผู้ป่วยพบว่าบุคลากรบางส่วนมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการทำงาน และเสนอว่าควรมีการกระตุ้น ส่งเสริมให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนัก ความรับผิดชอบและความรอบคอบในการทำงานมากขึ้น งานวิจัยและพัฒนา วิจัยประสงค์เพื่อสำรวจสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด นำมาพัฒนาเป็นกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยปลอดภัย เพื่อใช้ประกอบการพิจารณากำหนดเป็นแนวทางในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา ดำเนินการเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สำรวจสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ของการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดระยะเวลาในการสำรวจตั้งแต่วันที่ 1-30 มีนาคม พ.ศ.2559

ประชากรคือพยาบาลห้องผ่าตัด 63 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่คัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 58 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามสภาพสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดดัดแปลงจากแบบวัดของสถาบันวิจัยคุณภาพและงานวิจัยด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ)⁵ ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับห้องผ่าตัด มีข้อคำถาม 42 ข้อแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความปลอดภัยระดับหน่วยงาน 7 ด้าน 2) วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล 3 ด้าน 3) วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับผลลัพธ์

4 ด้าน คำถามแต่ละข้อมีคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน พบว่ามีความสอดคล้อง 0.7-1 ความเหมาะสมเฉลี่ย 4.67 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วนำไปหาความเที่ยงได้ 0.83 นำเสนอข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการด้วยสูตร Modified Priority Needs Index (PNI Modified)

ระยะที่ 2 สร้างกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ดำเนินการในวันที่ 1-30 เมษายน พ.ศ.2559

กลุ่มตัวอย่างเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจงคือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 7 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด และแบบวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและสภาพแวดล้อมภายนอก (SWOT analysis) เกี่ยวกับจุดอ่อน จุดแข็ง ใช้แนวคิด 7S McKinsey ค้นหาโอกาสและอุปสรรค โดยใช้แนวคิด PEST Analysis (Political, Economic, Social, Technology) กำหนดกลยุทธ์โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำ SWOT analysis สรุปสาระที่ได้ กำหนดเป็นกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดหมวดหมู่เนื้อหา นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนตรวจสอบ ได้ค่าความสอดคล้อง 0.73-1 และความเหมาะสมเท่ากับ 4.67

ระยะที่ 3 ทดลองใช้กลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม-30 สิงหาคม พ.ศ.2559

ประชากรคือบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด 138 คน ผู้ป่วยผ่าตัด 8,456 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 102 คน แบ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด 58 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 30 คน พนักงานห้องผ่าตัด 14 คน และผู้ป่วยผ่าตัดได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของทาร์ยามาเนจำนวน 385 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ คู่มือกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด คือ แบบทดสอบความรู้และประเมินทักษะการรายงานอุบัติการณ์จำนวน 19 ข้อแบบประเมินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยง แบบรวบรวมการส่งต่อข้อมูล และแบบรวบรวมการรายงานอุบัติการณ์ นำเสนอข้อมูลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยโดยใช้ pair-t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพจัดกลุ่มเนื้อหาความถี่และร้อยละ

ระยะที่ 4 ประเมินกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ดำเนินการในวันที่ 1-20 กันยายน พ.ศ.2559

ประชากรคือ พยาบาลห้องผ่าตัด 63 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มเดียวกับระยะที่ 1 จำนวน 58 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดที่ใช้ในชั้นตอนที่ 1 แบบประเมินความเป็นประโยชน์และความพึงพอใจต่อของกลยุทธ์ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ แบบวิเคราะห์ความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด แบบสัมภาษณ์พยาบาลหอผู้ป่วยที่เลือกแบบเจาะจง 5 คน ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบความเหมาะสมเท่ากับ 4.53 วิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยโดยใช้ pair t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพจัดหมวดหมู่ของเนื้อหางานวิจัยทั้ง 4 ชั้นตอนนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง หนึ่งงานวิจัยและพัฒนานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ IRB No. 019/59

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.9 อายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี ร้อยละ 43.1 ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 27.6

1.2 ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ใน

ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.10) สภาพที่พึงประสงค์ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.71) และความต้องการจำเป็นลำดับที่ 1 คือวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับหน่วยงาน สภาพที่พึงประสงค์และดัชนีลำดับความต้องการจำเป็นของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดจำแนกเป็นรายด้าน (ตารางที่ 1) ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยแต่ละองค์ประกอบ พบว่า 1) ระดับหน่วยงาน อันดับที่ 1 การจัดอัตรากำลัง รองลงมาคือ การเรียนรู้และการพัฒนาต่อเนื่อง ค่าดัชนี PNI = 0.639 และ 0.565 ตามลำดับ 2) ระดับโรงพยาบาล อันดับที่ 1 การส่งต่องานระหว่างหน่วยงานหรือระหว่างเวร ค่าดัชนี PNI = 0.618 3) ระดับผลลัพธ์ อันดับที่ 1 ความปลอดภัยของผู้ป่วยใน OR ค่าดัชนี PNI 0.749 (ตารางที่1)

2. ผลการสร้างกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

2.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัดพบว่าจุดแข็งคือมีผู้รับผิดชอบด้านบริหารความเสี่ยงซึ่งเคยเป็นประธานชุมชนนักปฏิบัติของห้องผ่าตัด (community of practice: CoP OR) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมีพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงอยู่ประจำทุกสาขาผ่าตัดมีทักษะการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร จุดอ่อนคือการสื่อสารเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอล่าช้าไม่รอบคอบ ไม่มีแนวทางการนิเทศการทบทวนการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นระบบรายงานอุบัติการณ์ไม่มีคุณภาพ การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วนและต่อเนื่องโอกาสคือ โรงพยาบาลมีนโยบายเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยและมีรายงานอุบัติการณ์ผ่านอินทราเน็ตอุปสรรคคือ ภาระงานเพิ่มขึ้นจากนโยบาย service plan ด้านการเป็นศูนย์เชี่ยวชาญ

2.2 ผลการพัฒนากลยุทธ์ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ผลของการพัฒนากลยุทธ์ได้ 3S strategies model คือ ลักษณะของข้อความของกลยุทธ์ที่ใช้ในการกำหนดแผนงานเพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ประกอบด้วยจัดคนเพียงพอ (staff management) ส่งต่อมีคุณภาพ (sent quality data) และปลอดภัย

ทุกขั้นตอน (safety process) ตามตารางที่ 2 โดยมีหลักการสำคัญได้แก่ เทคนิคการฝึกอบรม การนิเทศ การมีส่วนร่วม เทคโนโลยีการสื่อสาร เป็นหลักการ

พื้นฐานที่บูรณาการเข้าไปในแผนงานเพื่อให้ดำเนินการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพและยั่งยืน

ตารางที่ 1 สภาพปัจจุบันสภาพที่พึงประสงค์และค่าดัชนีลำดับความต้องการจำเป็น (PNI) ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (n = 58)

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด	สภาพปัจจุบัน			สภาพที่พึงประสงค์			ค่า PNI	ลำดับความต้องการ
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล		
ระดับหน่วยงาน								
1. การปฏิบัติของทีมผู้บริหารOR	3.19	0.69	ปานกลาง	4.67	0.45	มากที่สุด	0.464	6
2. การเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง	3.06	0.58	ปานกลาง	4.79	0.37	มากที่สุด	0.565	2
3. การทำงานเป็นทีม	3.24	0.53	ปานกลาง	4.76	0.42	มากที่สุด	0.469	5
4. การเปิดกว้างในการสื่อสาร	3.22	0.46	ปานกลาง	4.62	0.49	มากที่สุด	0.435	7
5. การสะท้อนข้อผิดพลาด	3.05	0.46	ปานกลาง	4.74	0.49	มากที่สุด	0.554	3
6. การไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด	3.15	0.46	ปานกลาง	4.88	0.32	มากที่สุด	0.549	4
7. การจัดอัตรากำลัง	2.91	0.51	ปานกลาง	4.77	0.42	มากที่สุด	0.639	1
ค่าเฉลี่ย	3.12	0.53	ปานกลาง	4.75	0.42	มากที่สุด	0.527	
ระดับโรงพยาบาล								
1. การสนับสนุนของโรงพยาบาล	3.56	0.58	มาก	4.54	0.53	มากที่สุด	0.275	3
2. การทำงานเป็นทีมระหว่างห้องผ่าตัดกับหน่วยงานอื่นในรพ.	3.24	0.58	ปานกลาง	4.59	0.49	มากที่สุด	0.417	2
3. การส่งต่องานระหว่างหน่วยงานหรือระหว่างเวร	2.93	0.53	ปานกลาง	4.74	0.45	มากที่สุด	0.618	1
ค่าเฉลี่ย	3.24	0.56	ปานกลาง	4.66	0.47	มากที่สุด	0.437	
ระดับผลลัพธ์								
1. ความถี่ของรายงานอุบัติการณ์	3.06	0.59	ปานกลาง	4.62	0.49	มากที่สุด	0.510	3
2. ความปลอดภัยของผู้ป่วยในOR	2.79	0.45	ปานกลาง	4.88	0.33	มากที่สุด	0.749	1
3. ความเข้าใจเรื่องความปลอดภัย	3.27	0.60	ปานกลาง	4.66	0.47	มากที่สุด	0.425	4
4. จำนวนรายงานอุบัติการณ์	2.67	1.0	ปานกลาง	4.57	0.50	มากที่สุด	0.712	2
ค่าเฉลี่ย	2.95	0.66	ปานกลาง	4.73	0.43	มากที่สุด	0.603	
รวมเฉลี่ย	3.10	0.58	ปานกลาง	4.71	0.44	มากที่สุด	3.10	

ตารางที่ 2 แสดงกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด (3S strategies model)

3S strategies model			
	จัดคนเพียงพอ (Staff management)	ส่งข้อมูลคุณภาพ (Sent quality data)	ปลอดภัยทุกขั้นตอน (Safety process)
1. วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารบุคลากร	เพื่อส่งเสริมการส่งต่อข้อมูลที่เอื้อต่อความปลอดภัยผู้ป่วย	เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย
2. การดำเนินงาน	พัฒนาแนวทางการจัดอัตรากำลังและการมอบหมายงาน	1. พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลในและนอกหน่วยงาน 2. เพิ่มสมรรถนะการรายงานอุบัติการณ์	การค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลักของห้องผ่าตัดโดยใช้แนวคิด FMEA
3. ผลงาน	1. จัดอัตรากำลังได้ตามเกณฑ์ 2. มอบหมายงานได้ตามเกณฑ์และเหมาะสม	1. ส่งต่อข้อมูลในและนอกหน่วยงานครบถ้วน ถูกต้อง 2. สมรรถนะการรายงานอุบัติการณ์ 3. จำนวนและคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น	1. มาตรการป้องกันความเสี่ยงครอบคลุม 3 ระยะผ่าตัด 2. การปฏิบัติตามมาตรการ 3. ผู้ป่วยปลอดภัย
	เทคนิคการฝึกอบรม	↑ การมีส่วนร่วม	เทคโนโลยีการสื่อสาร

3. ผลการทดลองใช้การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

3.1 ผลการใช้กลยุทธ์การจัดคนเพียงพอ(staff management) พบว่า การจัดอัตรากำลังให้พยาบาลห้องผ่าตัดรายเดือนจำนวน 58 คน ให้ทำงานติดต่อกันไม่เกิน 10 วัน มี 53 คน คิดเป็นร้อยละ 91.3 และจัดอัตรากำลังรายวันใน 83 วัน ทำการ (เวรเช้าในเวลาราชการ) ให้มีพยาบาลห้องผ่าตัดไม่ต่ำกว่า 47 คน ต่อวัน จัดได้ตามเกณฑ์ 73 วันคิดเป็นร้อยละ 88

3.2 ผลการใช้กลยุทธ์การส่งข้อมูลคุณภาพ (sent quality data) พบว่า

3.2.1 ผลการเปรียบเทียบการส่งต่อข้อมูลระหว่างห้องผ่าตัดกับหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน แต่ต่างปี พบค่าการส่งมอบข้อมูลระหว่างห้องผ่าตัดกับหอผู้ป่วยเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่วัสดุไว้ในแผลหลังผ่าตัดก่อนใช้กลยุทธ์ = 1.64 หลังการใช้กลยุทธ์ = 1.81 หลังการใช้กลยุทธ์มีการส่งต่อข้อมูลครบถ้วนถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าการส่งต่อข้อมูลระหว่างห้องผ่าตัดกับหอผู้ป่วยก่อนและหลังใช้กลยุทธ์

การส่งต่อข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่วัสดุไว้ในแผลหลังผ่าตัด	ก่อนใช้กลยุทธ์ (พ.ค.-ส.ค.58)		หลังใช้กลยุทธ์ (พ.ค.-ส.ค. 59)		t*	P-value
	จำนวน (ราย) (n = 178)		จำนวน (ราย) (n = 177)			
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
1. จำนวนวัสดุในปายข้อมือ	1.79	0.29	1.88	0.20	-3.471	0.001
2. ชนิดและจำนวนวัสดุในบันทึกพยาบาล	1.68	0.29	1.77	0.22	-3.358	0.001
3. ชนิด จำนวนและตำแหน่งในฟอร์มรูปคน	1.61	0.27	1.86	0.18	-9.867	0.001
4. หอผู้ป่วยส่งปายข้อมือและใบรูปคน คืนห้องผ่าตัดนำวัสดุออกจากแผลผ่าตัด	0.91	0.67	1.80	0.56	-13.493	0.001
เฉลี่ย	1.64	0.19	1.81	0.13	-9.828	0.001

*Independent t-test

3.2.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้และทักษะการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ก่อนและหลังใช้กลยุทธ์พยาบาลห้องผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยความรู้วิธีการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับสถานที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การผ่าตัด ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ประเภทของอุบัติการณ์ รายละเอียดอุบัติการณ์ก่อนใช้กลยุทธ์ = 0.59 หลังการใช้กลยุทธ์มีค่าเฉลี่ยความรู้ = 0.93 หลังการทดลองใช้กลยุทธ์ พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยทักษะการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ก่อนใช้กลยุทธ์ = 0.75 หลังการใช้กลยุทธ์มีค่าเฉลี่ย = 1.33 หลังทดลองใช้กลยุทธ์พยาบาลห้องผ่าตัดมีทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ตามตารางที่ 4

3.2.3 ผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาลก่อนและหลังการนำใช้กลยุทธ์จำนวนการผ่าตัดในช่วงเวลาเดียวกันแต่ต่างปี มีการรายงานอุบัติการณ์ภาพรวมเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรายงานอุบัติการณ์ด้านผู้ป่วยมีจำนวนมากที่สุดรองลงมาคือ ด้านเครื่องมือผ่าตัด ตามตารางที่ 5

พยาบาลห้องผ่าตัดบันทึกอุบัติการณ์ผ่านระบบอินทราเน็ตเพิ่มขึ้นค่าเฉลี่ยก่อนใช้กลยุทธ์ร้อยละ 49.63 หลังการใช้กลยุทธ์ร้อยละ 71.42 การบันทึกอุบัติการณ์ มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 4 ค่าความรู้และทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังใช้กลยุทธ์

การบันทึกการรายงาน อุบัติการณ์	ความรู้ก่อนและหลังใช้กลยุทธ์				ทักษะก่อนและหลังใช้กลยุทธ์							
	จำนวน (คน)		จำนวน (คน)		จำนวน (คน)		จำนวน (คน)		t*	p-value		
	(n = 58)		(n = 58)		(n = 58)		(n = 58)					
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง				
ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD					
1. สถานที่	0.65	0.26	0.92	0.17	-7.137	0.001	0.62	0.21	0.83	0.27	-3.752	0.001
2. การผ่าตัด	0.41	0.49	0.93	0.25	-7.815	0.001	0.70	0.45	0.96	0.14	-3.824	0.001
3. ความรุนแรง	0.63	0.16	0.93	0.13	-10.254	0.001	0.46	0.50	0.87	0.37	-5.311	0.001
4. ประเภท	0.42	0.27	0.92	0.18	-12.116	0.001	0.48	0.50	0.88	0.33	-6.120	0.001
5. รายละเอียด	0.64	0.38	0.91	0.15	-4.327	0.001	1.16	0.34	2.27	0.52	-12.984	0.001
รวมเฉลี่ย	0.59	0.11	0.93	0.14	-14.663	0.001	0.75	0.21	1.33	0.23	-14.809	0.001

*pair t-test

ตารางที่ 5 จำนวนรายงานอุบัติการณ์ก่อนและหลังการนำใช้กลยุทธ์

รายงานอุบัติการณ์	ก่อนใช้กลยุทธ์ (พ.ค.-ส.ค.58)		หลังใช้กลยุทธ์ (พ.ค.-ส.ค. 59)	
	จำนวนผ่าตัด 8,561 ราย		จำนวนผ่าตัด 8,561 ราย	
	ครั้ง	ร้อยละ	ครั้ง	ร้อยละ
ด้านผู้ป่วยผ่าตัด	103	1.20	131	1.53
ด้านเครื่องมือผ่าตัด	41	0.48	51	0.60
ด้านสิ่งแวดล้อม	31	0.36	29	0.34
รวม	175	2.04	211	2.46

ตารางที่ 6 คุณภาพการบันทึกอุบัติการณ์ก่อนและหลังใช้กลยุทธ์

คุณภาพการบันทึก อุบัติการณ์	ก่อนใช้กลยุทธ์ (พ.ค.- ส.ค.58)		หลังใช้กลยุทธ์ (พ.ค. - ส.ค. 59)		t*	p-value
	จำนวน(ครั้ง) (n = 175)		จำนวน (ครั้ง) (n = 211)			
	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	SD	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	SD		
1. ด้านสถานที่	42.5	9.84	62.44	11.30	-18.261	0.001
2. ด้านการผ่าตัด	80.6	11.30	88.86	20.85	-3.596	0.001
3. ด้านความรุนแรง	67.7	23.98	87.67	21.59	-8.598	0.001
4. ด้านประเภท	78.0	24.89	84.83	23.03	-2.797	0.005
5. ด้านรายละเอียด	33.3	13.95	67.77	14.77	-23.374	0.001
รวมเฉลี่ย	49.63	6.32	71.42	7.82	-29.666	0.001

*Independent t-test

3.3 ผลการใช้กลยุทธ์ปลอดภัยทุกขั้นตอน (safety process) พบว่าการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้แนวคิด FMEA ได้ 5 มาตรการป้องกันความเสี่ยงใหม่ที่ครอบคลุม 3 ระยะคือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2 มาตรการ ได้แก่การป้องกันผู้ป่วยหลุดลงขณะรับ-ส่งและการป้องกันการนำผู้ป่วยเข้าผิดห้อง 2) ระยะขณะผ่าตัด 2 มาตรการ ได้แก่การป้องกันผิวหนังไหม้จากการใช้เครื่องจีไฟฟ้าและการป้องกันการตกค้างของวัสดุในร่างกายผู้ป่วย 3) ระยะหลังผ่าตัด 1มาตรการ ได้แก่ การป้องกันการส่งตรวจชิ้นเนื้อผิดพลาดผลของการนำมามาตรการป้องกันความเสี่ยงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัด 385 คน พบว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามมาตรการร้อยละ 84.52 มาตรการที่ปฏิบัติได้มากที่สุดคือมาตรการระยะก่อนผ่าตัด รองลงมาคือระยะหลังผ่าตัดและระยะผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ

85.85, 83.90 และ 83.51 ตามลำดับ วิเคราะห์ความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดหลังใช้มาตรการ พบว่าไม่มีผู้ป่วยหลุดลงระหว่างการรับ-ส่ง ไม่มีการนำผู้ป่วยผ่าตัดเข้าผิดห้องไม่มีการผ่าตัดผิดคน ไม่มีผู้ป่วยบาดเจ็บจากเครื่องจีไฟฟ้า ไม่มีความผิดพลาดของการส่งชิ้นเนื้อตรวจวินิจฉัยไม่มีอุบัติการณ์ตกค้างของวัสดุในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด

4. ผลการประเมินกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

4.1 ผลการเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดก่อนและหลังใช้กลยุทธ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้าน (ระดับหน่วยงาน โรงพยาบาล และระดับความปลอดภัยผู้ป่วย) หลังใช้กลยุทธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดก่อนและหลังใช้กลยุทธ์

	ก่อนใช้กลยุทธ์		หลังใช้กลยุทธ์		t*	P-value
	จำนวน (คน) (n = 58)		จำนวน (คน) (n = 58)			
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
วัฒนธรรมความปลอดภัย ของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด	3.10	0.21	4.05	0.08	31.222	0.001

*pair t-test

4.2 ผลการประเมินกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า กลยุทธ์มีประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.56 และมีความพึงพอใจต่อกลยุทธ์อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกันค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.46

4.3 ผลการสัมภาษณ์กลุ่มจากพยาบาลหอผู้ป่วยพบว่ามีความพึงพอใจต่อการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ใส่วัสดุไว้ในแผลหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องร่วมกันทำให้ไม่มีอุบัติการณ์การตกค้างของวัสดุในแผลผ่าตัด

อภิปราย

จากข้อค้นพบในการวิจัยเรื่องการพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัดขอเสนอประเด็นสำคัญดังนี้

1. ผลการประเมินความต้องการจำเป็น พบว่าการจัดอัตรากำลังเป็นอันดับที่ 1 อธิบายได้ว่า ลักษณะการทำงานของพยาบาลในห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐต้องทำหน้าที่ 3 บทบาทคือส่งเครื่องมือ ช่วยทั่วไป และเป็นผู้ช่วยผ่าตัด⁹ มีภาระงานเพิ่มขึ้นจากนโยบายการรับส่งต่อภายในเขตบริการสุขภาพ การผ่าตัดมีความซับซ้อนยุ่งยากใช้เทคโนโลยีขั้นสูงใช้เวลาการผ่าตัดนาน ตรวจสอบเครื่องมือไม่ให้สูญหาย คอยเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แต่มีพยาบาลเพียง 2 คนต่อห้อง ทำให้พยาบาลเกิดภาวะเครียด อ่อนล้า ตรงกับการศึกษาของพรานภา ภูรัตนกรกุล¹⁰ เรื่องประสบการณ์พยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ แนะนำว่าผู้บริหารควรมีการจัดการอัตรากำลังให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพเพิ่มขึ้น

2. ผลการทดลองใช้กลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

2.1 กลยุทธ์การจัดคนเพียงพอ พบว่าจัดเวรให้พยาบาลทำงานติดต่อกันไม่เกิน 10 วัน ร้อยละ 91.3 อธิบายได้ว่า ผู้บริหารห้องผ่าตัดน่านโยบายของกลุ่มการพยาบาลสื่อสารให้เข้าใจทั่วกันมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดตารางเวรและควบคุมกำกับต่อเนืองจัดให้มีผู้ตรวจการห้องผ่าตัดที่ดูแลปรับเปลี่ยนอัตรากำลังให้เหมาะสมกับการผ่าตัด ดูแลการเปลี่ยนพอกินอาหาร ใช้การสื่อสารทางไลน์ (Line) เพื่อให้ทุกคนทราบว่าใครจะเปลี่ยนใครหรือไปไหน ทำให้เกิดการ

รับรู้ร่วมกัน ช่วยเหลือกัน ลดความเครียดในการทำงาน ลดการลา ส่งผลให้มีอัตรากำลังพยาบาลต่อวันเป็นไปตามเกณฑ์ตรงกับค่ากล่าวของจิวพร อัครวิศรุต¹¹ ว่าการมอบหมายงานที่เหมาะสม ให้คนที่เหมาะสมในสถานการณ์ที่เหมาะสม มีการสื่อสารที่ดี และมีการกำกับดูแลที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล

2.2 กลยุทธ์การส่งข้อมูลคุณภาพ หลังการใช้กลยุทธ์มีการส่งต่อข้อมูลครบถ้วนถูกต้องมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าห้องผ่าตัดพัฒนาระบบการส่งเวรเรื่องผู้ป่วยที่ใส่ผ้าซับโลหิตไว้ในแผลหลังผ่าตัดด้วยวาจาและการบันทึกในแบบฟอร์มการรับส่งเวร มีการติดตามตรวจสอบการส่งคืนจากหอผู้ป่วยทุกใบ ประเมินกลับทันทีที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนถูกต้อง เพราะการรับส่งเวรเป็นการรายงานข้อมูลจากพยาบาลคนหนึ่งส่งต่อให้พยาบาลอีกหลายคนจำเป็นต้องมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร การรับส่งเวรที่ตีสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วยและเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง¹² ส่วนจำนวนและคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์หลังการทดลองใช้กลยุทธ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนได้รับการฝึกอบรมด้วยเทคนิคที่หลากหลายจากผู้บริหารห้องผ่าตัด เช่น การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ คู่มือเป็นต้น การโค้ชช่วงรับส่งเวรในทุกวันต้องส่งใบรายงานอุบัติการณ์ก็มีความสำคัญการโค้ชเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติ¹³เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตติมา แพงสุข¹⁴ ที่พบว่า ภายหลังจากโค้ชพยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัดทำอาหารเกิดก่อนกำหนดที่ใส่ท่อหลอดลมคอมมากกว่าก่อนได้รับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญ

2.3 ผลการใช้กลยุทธ์ปลอดภัยทุกขั้นตอน พบว่า ไม่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ อธิบายได้ว่ามาตรการป้องกันความเสี่ยง 5 มาตรการได้มาจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละระยะของการผ่าตัดในการวิเคราะห์ระบบ ร่วมกันออกแบบระบบ ร่วมกันจัดทำคู่มือแบบเอกสารหน้าเดียว ติดผนังตรงจุดที่ทำงาน เก็บไว้ในแฟ้มเอกสารและไลน์กลุ่มเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ มีการ

มอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลประจำในห้องผ่าตัดติดตามงาน สมาชิกในทีมการพยาบาลให้เห็นความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วยและนำมาตรการไปใช้ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามทุกมาตรการมากกว่า 80% และไม่มีอุบัติการณ์ที่ไม่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย ตรงกับการศึกษาของสุภาจิรี ไตรปิฎก¹⁵ ที่พบว่า ประสิทธิภาพการนิเทศงานการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. ผลการประเมินกลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า รูปแบบกลยุทธ์ 3S Strategies model นำไปใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรมในทุกด้านทั้ง 3 ด้านคือ ระดับหน่วยงาน โรงพยาบาล และระดับผู้ป่วย ส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด อาจเป็นเพราะเห็นว่ากลยุทธ์มีประโยชน์ทำให้ห้องผ่าตัดมีการจัดอัตรากำลังที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลงานการส่งข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น ผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัยมากขึ้นตรงกับการศึกษาของยุทธศาสตร์ เพียรไรสง¹⁶ ที่พบว่า กลยุทธ์การพัฒนาครูทำให้ครูมีความพึงพอใจ ทำให้ร้อยละของจำนวนครูที่มีชั้นงานมีสัดส่วนที่สูงกว่าครูที่ไม่มีชั้นงาน ส่งผลให้ผู้วิจัยเชื่อว่ากลยุทธ์สะท้อนการพัฒนาโดยดูจากผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผลได้

ข้อมูลที่น่าเสนอแนะ สรุปได้ว่าการพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ช่วยลดอุบัติการณ์ที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อการใช้กลยุทธ์นี้ในระดับมากที่สุด น่าจะเป็นประโยชน์และกำหนดเป็นแนวทางการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้และบุคลากรห้องผ่าตัดที่ให้ความร่วมมือกันยกระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Limpanyaleard P. Patient safety. In Supachutikul, A. Hundreds of crystals HA (HA update 2014). Nontaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation). 2014. [ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย. ในอนวัจน์ ศุภชุตikul. ร้อยผลึก (HA update 2014). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 2557.]
2. Bureau of Health Administration, office of the Permanent Secretary. Guidelines for management of patient safety in hospitals. 3rd ed. Bangkok. Thongshern marketing. [สำนักบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ. ชงเชียรมาเกิดตั้ง.]
3. Vrie E.N. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care 2008; 17(3): 216-223.
4. Helling J, Schrooten W, Klazinga N, & Vleugels, A. Challenging patient safety culture: survey result. International journal of health care quality assurance, 20(7), 620-632. (2007).
5. Bureau of nursing, office of the Permanent Secretary ministry of public health. Nursing Standard in a hospital. 4th ed. Nontaburi: Bureau of nursing [สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล.]
6. Agency for healthcare research and quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture. [cited 2016 January 1]. Available from: URL <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>

7. Wongwanich S. Needs assessment research. Bangkok: Chulalongkorn University. 2007. [สุวิมล ว่องวานิช. การวิจัยประเมินความต้องการการจำเป็น. กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส. 2550.]
8. Therasorn S. Basic concept of research. Bangkok :Chulalongkorn University. 2009. [สิทธิ์ ธีรสรณ์. แนวคิดพื้นฐานการวิจัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552.]
9. Tengkeatrakul, S. & Butsriphum B. Perioperative nursing. 2nd ed. Bangkok: offsetplus. 2016. [ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติตระกูลและเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. การพยาบาลปริศัลยกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทพลัส. 2559.]
10. Phurattanakornkul P, Oumtane A. Experiences of being a perioperative nurse working in a tertiary government hospital. Kuakarun Journal of Nursing. 2014; 21(1), 114-128. [พรานภา ภูรัตนากรกุล. ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ. วารสารเกื้อการุณย์ 2557; 21(1), 114-128.]
11. Assavavisrut T. A Development of Job Delegation model of Surgical Intensive Care, Yasothon Hospital [Master of nursing science in nursing administration]. Sukhothai- thammathirat open University; 2012. [จิรวรรณ อัสววิศรุต. การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลยโสธร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2555.]
12. Griffin T. Bringing change of shift report to bedside: A patient and family centered approach. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing 2010; 24(4), 348-353.
13. Spross J. A. Expert coaching and guidance. In Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C.M., (Eds). Advance nursing practice: An integrative approach. 4th ed. St. Louis; Missouri. 2009. Saunders Elsevier
14. Paengsook T. Effect of Coaching on Nurses' Practices Regarding Positioning in Intubated Preterm Infants [Master of nursing science in pediatric nursing]. Chiang Mai university; 2014. [ธิติมา แปงสุข. ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดท่านอนทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่ท่อหลอดลมคอ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2557.]
15. Tripdok S. The relationships between the effectiveness. Of supervision of head nurses and patient safety and satisfaction on being supervised of professional nurses at Bhumibaldulyadej hospital [Master of nursing science; nursing administration]. Sukhothai thammathirat open University; 2008. [สุภาจรี ไตรปิฎก. ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการนิเทศงานการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วิทยานิพนธ์ พย.ม. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ. 2551.]
16. Pianthaisong Y. Strategic Development of Teachers Effectiveness of Schools under Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization [Master of education; major educational Administration]. Mahasarakham University; 2015. [ยุทศาสตร์ เพียรไธสง. กลยุทธ์การพัฒนาครูที่มีประสิทธิผลของสถานศึกษาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. สาขาวิชาการบริหารการศึกษา. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2558.]