

ผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม
ของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2565

The Effect of Participatory Development of Incident Risk Report Model
of Healthcare Staff in Fort Sunpasitthiprasong Hospital,
Ubon Ratchathani Province

Major Thanapon Chaiworakul



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science
Sukhothai Thammathirat Open University

2022

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม
ของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิ์ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อและนามสกุล พันตรี ธนภณ ชัยวรกุล

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกพล กาละดี

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุนัน พฤทธิโย)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา)

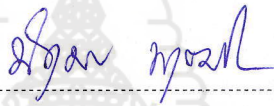
..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกพล กาละดี)

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม
ของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิ์ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
ชื่อและนามสกุล พันตรี ธนภณ ชัยวรกุล
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกพล กาละดี

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



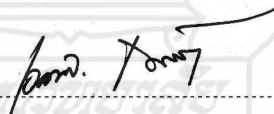
ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงษ์ภิญโญ)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกพล กาละดี)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

ศาสฯ ๕๖๕

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกพล กาละดี อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤตภิณโญ ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาช่วยขัดเกลาและตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา อาจารย์ประจำวิทยาลัย แพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ดร.นุสรา ประเสริฐศรี รองผู้อำนวยการ ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็น ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ ปิยวัฒน์ อังคะวนิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือ ขอขอบคุณ พันเอกหญิง ฉัตรมณี คุณเรือง และพันตรีหญิง ภัทรธิตา โภคาพันธ์ ที่ให้การสนับสนุนช่วยเป็นวิทยากรให้ความรู้ และให้ คำแนะนำต่าง ๆ ในการดำเนินงานวิจัยนี้ให้เสร็จสมบูรณ์ลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ และตลอดจนพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัย ขอขอบคุณครอบครัวที่ให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจสำคัญในการศึกษาครั้งนี้

ธนภณ ชัยวรกุล

กุมภาพันธ์ 2566

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากร

โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัย พันตรี ธนภณ ชัยวรกุล รหัสนักศึกษา 2635001049

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริณา

(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกพล กาละดี **ปีการศึกษา** 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล (2) เปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และอัตราการรายงานความเสี่ยงของบุคลากร ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม และ (3) ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา ประชากรที่ศึกษาได้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ที่อยู่ในส่วนของการรักษาพยาบาลจำนวน 84 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่มีดัชนีความสอดคล้อง 0.91 และแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ที่มีค่าความเที่ยง 0.61, 0.95 และ 0.98 ตามลำดับ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงฯ 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบทีแบบคู่

ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบการรายงานความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ คือการรายงานความเสี่ยงผ่านการใช้แอปพลิเคชัน Line official account ซึ่งมีช่องทางเข้าถึงโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงที่ง่าย มีการสะท้อนกลับและติดตามผลการรายงานความเสี่ยงได้ มีการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรที่รายงานความเสี่ยง และสามารถแจ้งเตือนผลการแก้ไขในเหตุการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญแก่ทุกหน่วยงานได้ (2) คะแนนเฉลี่ยความรู้และการมีส่วนร่วมในการรายงานความเสี่ยงหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอัตราการรายงานความเสี่ยงของบุคคลต่อเดือน และภาพรวมของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ (3) ระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ การรายงานความเสี่ยง การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม บุคลากรในโรงพยาบาล

Thesis title: The Effect of Participatory Development of Incident Risk Report Model of Healthcare Staff in Fort Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province

Researcher: Major Thanapon Chaiworakul; **ID:** 2635001049;

Degree: Master of Public Health; **Thesis advisors:** (1) Dr. Nittaya Pensirinapa, Associate Professor; (2) Dr. Akaphol Kaladee, Assistant Professor;

Academic year: 2022

Abstract

The purposes of this study were (1) to explore the effect of participatory development of an incident risk report model of healthcare staff, (2) to compare the knowledge, participation in incident risk reporting, and incident risk reporting rate of healthcare staff before and after the participatory development of incident risk report, and (3) to evaluate the satisfaction of healthcare staff with incident risk reporting system at Fort Sunpasitthiprasong Hospital.

The research and development study involved 32 registered nurses purposively selected from all 84 healthcare staff in the hospital's medical treatment division, based on the entry selection criteria. The instruments were a workshop for developing a hospital incident risk report model which had a content validity value of 0.91, and a questionnaire designed to assess the levels of knowledge, participation, and satisfaction which had reliability values of 0.61, 0.95, and 0.98 respectively. Data were collected before and 2 months after the development of incident risk report model and then analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The study showed that, among all participants: (1) the results of workshop led to the development of the incident risk report model through Line official account application, which could provide easy access to incident risk reporting program with effortless to get feedback and to follow up on the results of incident risk reporting; it could also provide motivation for healthcare staff who reported the incident risks, and could notify all departments of the resolution of the important incident risk events; (2) the mean scores on knowledge and participation in incident risk reporting after the development of incident risk report model were significantly higher than before; and the rate of individual incident risk reporting per month also significantly increased, corresponding to the increase in the overall hospital's data; and (3) the level of satisfaction of healthcare staff with the developed incident risk reporting system was at the highest level.

Keywords: Incident risk report, Participatory development, Healthcare personnel

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล	10
การรายงานความเสี่ยง	18
แนวคิดการมีส่วนร่วม	22
ทฤษฎีการเรียนรู้ และการวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเรียนรู้	23
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากร	30
ระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์	35
แนวคิดการทำวิจัยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	60
รูปแบบการวิจัย	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	64
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล	67

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	85
สรุปการวิจัย	85
อภิปรายผล	88
ข้อจำกัดของการวิจัย	91
ข้อเสนอแนะ	92
บรรณานุกรม	94
ภาคผนวก	99
ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	100
ข เครื่องมือในการวิจัย	102
ค โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ	123
ง รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาจากการประชุม เชิงปฏิบัติการ	129
จ การทดสอบค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ	133
ประวัติผู้วิจัย	138

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ตารางแสดงการแบ่งระดับความรุนแรง	20
ตารางที่ 2.2 ตารางแสดงความเกี่ยวข้องระหว่างทฤษฎีและแนวคิดแห่งการเรียนรู้	32
ตารางที่ 2.3 ตารางแสดงการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์	44
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา	71
ตารางที่ 4.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง.....	77
ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของ ผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	77
ตารางที่ 4.4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการ รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษา ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำแนกเป็นรายข้อ	78
ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง	80
ตารางที่ 4.6 อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือนของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการรายงาน ส่วนบุคคล	81
ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ของผู้เข้าร่วมการศึกษา ในห้วง 2 เดือนก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง จากการรายงานส่วนบุคคล	82
ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ของโรงพยาบาล ในห้วง 2 เดือนก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง จากฐานข้อมูลระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	82
ตารางที่ 4.9 ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการศึกษาต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำแนกเป็นรายข้อ.....	83

ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดของมนุษย์	13
ภาพที่ 2.2 แนวทางการจัดการข้อร้องเรียนโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์	41
ภาพที่ 2.3 แนวทางการจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์	43
ภาพที่ 2.4 กระบวนการวิจัยและพัฒนา	50



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบการบริหารความเสี่ยง เป็นระบบการทำงานที่สำคัญหนึ่งขององค์กร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหายทั้งจากการกำหนดนโยบาย และจากการปฏิบัติงาน ให้ระดับและขนาดของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่องค์กรประเมิน และควบคุมได้ และจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเองอีกด้วย มีการรายงานสถิติของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ (sentinel event) โดย The Joint Commission on Accreditation of Health care Organization (JCAHO) เมื่อปีพ.ศ. 2565 พบว่าในปีพ.ศ. 2564 มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ถึง 1,197 เหตุการณ์ โดยอุบัติการณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 86.60 และส่วนใหญ่จะเป็นอุบัติการณ์ในเรื่องการพลัดตกหกล้ม การลื่นล้มเปลี่ยนแปลงปลอมในร่างกายโดยไม่ตั้งใจ การผ่าตัดผิด มิว่าจะเป็นการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือผิดหัตถการ การฆ่าตัวตาย และการให้การรักษาที่ล่าช้า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนี้ บางเหตุการณ์ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ บางเหตุการณ์ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สิน และบางเหตุการณ์นั้นรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดข้อร้องเรียนมากมายจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้น ๆ โดยที่การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง จะช่วยลดโอกาสในการเกิดความเสี่ยง ช่วยลดความรุนแรงจากการเกิดความเสี่ยง และทำให้เกิดความปลอดภัยทางคลินิกในการบริการพยาบาลดังที่ได้กล่าวไปแล้วได้ (ผ่องพรรณ จันธนสมบัติ และคณะ, 2555)

ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และกรมแพทยทหารบก กระทรวงกลาโหม ได้ให้ความสำคัญในการให้การบริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้ว่า ในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงกลาโหมในปัจจุบันได้มีการกำหนดมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งได้ใช้กันอย่างแพร่หลายโดยอ้างอิงจาก มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (สรพ.) ที่ได้มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาเรื่อยมาจนเป็น มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ในปีพ.ศ. 2564 ซึ่งระบบการบริหารความเสี่ยงก็เป็นหนึ่งในมาตรฐานการรับรองคุณภาพที่สำคัญซึ่งได้ระบุไว้ในมาตรฐาน II-1.2

ว่าด้วยระบบบริหารความเสี่ยง ดังที่กล่าวไว้ว่า “องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน” ซึ่งได้มีการระบุถึงกระบวนการจัดการอุบัติการณ์ (Incident management) ประกอบด้วย 1) การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ 2) การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (root cause analysis) 3) การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ หรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย 4) การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 5) การอบรมบุคลากรเรื่องการบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์ และ 6) การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2564)

ถึงแม้ว่าในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ จะดำเนินไปให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการสุขภาพแล้วก็ตาม แต่ก็ยังสามารถเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้ เช่นการเกิดการบาดเจ็บ การเกิดอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล เช่นแผลกดทับ การติดเชื้อหรือการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการจะต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลที่นานขึ้น หรือมีการสูญเสียการทำงานของอวัยวะ หรือรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้อาจจะส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง และความเชื่อมั่นของโรงพยาบาลได้ โดยอุบัติการณ์เหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากภาวะแวดล้อม การให้บริการ การปฏิบัติการทางการแพทย์ การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม โดยอาจจะเป็นความเสี่ยงที่ป้องกันได้ และบางครั้งอาจจะเป็นความเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ก็ตาม ดังนั้น การตรวจสอบค้นหา และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยป้องกัน และลดความรุนแรงของผลกระทบได้

จากการศึกษาในปี 2560 พบว่าการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรภายในโรงพยาบาลแต่ละแห่งนั้นค่อนข้างจะมีการรายงานที่น้อยกว่าความเป็นจริงทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีความบกพร่อง มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์เหล่านั้นซ้ำได้อีก และไม่สามารถให้การบริหารความเสี่ยงได้อย่างทันทั่วถึง และเหมาะสม ทั้งนี้จะสามารถแบ่งสาเหตุได้เป็น 2 สาเหตุ ได้แก่สาเหตุด้านบุคคล และสาเหตุจากด้านระบบ โดยที่สาเหตุด้านบุคคลนั้นอาจจะเกิดจากการขาดความรู้ หรือไม่มีประสบการณ์ในการบริหารความเสี่ยง เช่นเป็นบุคลากรใหม่ บุคคลไม่ตระหนัก หรือไม่เห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก หรือกลัวว่าการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะเป็นการกล่าวโทษตัวบุคคล และสำหรับสาเหตุในส่วนของระบบที่ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ เนื่องจากการมีภาระงานที่ค่อนข้างมาก การบันทึกความเสี่ยงจึงเป็นการเพิ่มภาระในการทำงาน ทำให้มีการลงบันทึกความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม (จรินทร์ เป็นสุข, 2560) นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยปัจจัย

แห่งความสำเร็จด้านกระบวนการในการบริหารการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จการฝึกอบรมและกลไกด้านทรัพยากรบุคคล และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (กาญจน์วจี จตุเพน และประจักษ์ บัวผัน, 2561) การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงกระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการฝึกอบรมและกลไกด้านทรัพยากรมนุษย์ ก็ยังมีความสัมพันธ์ที่สูงกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ (จิรนนท์ ชานนท์ และประจักษ์ บัวผัน, 2564) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และวิสัยทัศน์ที่ดีของผู้บริหารโรงพยาบาลในการตระหนักถึงการบริหารความเสี่ยงจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีการบริหารความเสี่ยงที่ประสิทธิภาพ และนอกจากนี้การที่ได้จัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมและต่อเนื่อง และการที่มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย นอกจากนี้ปัจจัยที่ได้กล่าวไปข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม และความรู้ในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (รจนา เล้าบัณฑิต และปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, 2564) ทำให้เห็นได้ว่าการส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงจะส่งผลดีต่อระบบการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน และเกิดความรักความผูกพัน ความหวงแหนต่อองค์กร

จากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงที่ได้กล่าวไปนั้น พบว่า ได้ก่อให้เกิดการพัฒนา และปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำให้เกิดระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานในโรงพยาบาล เพื่อให้ผ่านการประเมินและรับรองสถานพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โดยมีการศึกษาที่พบว่าความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทางคลินิกนั้นจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาในเรื่อง ความรู้เรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และด้านการมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง (จุนิษฐ์ เป็นสุข, 2560) โรงพยาบาลหลายแห่งได้พัฒนารูปแบบ และคุณภาพในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ดังเช่นโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้นำกระบวนการ PDCA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยง พบว่าหลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมกระบวนการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น และพบว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานคือ ภาวะผู้นำของผู้บังคับบัญชาขององค์กร และการกำหนดบทบาทให้กับทีมผู้พิทักษ์ความเสี่ยง โดยการมอบอำนาจการตัดสินใจให้แก่หัวหน้าหน่วยงาน และการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ

ทุกระดับ (ภัทรธิตา โภคาพันธ์ และคณะ, 2555) ซึ่งจะเห็นว่าสอดคล้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระบบบริหารความเสี่ยงในแง่ของการอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร จะทำให้ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และนอกจากการอบรมให้ความรู้ ซึ่งเป็นการพัฒนาตัวบุคคลแล้ว การพัฒนาระบบให้มีความเอื้ออำนวยต่อการบริหารความเสี่ยงก็มีความสำคัญ และมีความจำเป็น ดังเช่นโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีการพัฒนาระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงซึ่งมี 8 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง 2) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 3) ประกาศนโยบาย 4) การประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) การรณรงค์ 2P Safety 6) การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่าน QR code 7) ติดตามและประเมินผล และ 8) ถอดบทเรียน ทำให้มีค่าเฉลี่ยของบทบาทในการบริหารความเสี่ยง ความรู้ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ความพึงพอใจ และวัฒนธรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้น จนกลายเป็น ROJET Model ต่อมา (กนกพร ยอดยศ, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงในการแก้ปัญหาเชิงระบบโดยการพัฒนาระบบที่เอื้ออำนวยต่อผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ โดยได้มีการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงให้มีมาตรฐานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เรื่อยมา จนผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และมุ่งสู่การก้าวสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) โดยในเรื่องของการบริหารความเสี่ยง ได้มีการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee) ในการจัดตั้งระบบบริหารการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ลดโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งการป้องกัน และบรรเทาอุบัติการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งได้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามระบบจากหน่วยงานที่เกิดความเสี่ยง มายังคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และดำเนินการแก้ไขและป้องกันโดยคณะกรรมการที่นำทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นการรายงานผ่านอินเทอร์เน็ต โดยการใช้ระบบ Human Resource Management System (HRMS) ซึ่งจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ในปีพ.ศ. 2564 ที่ผ่านมาพบว่ามีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรวม 542 เรื่อง เป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกจำนวน 434 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 80.07 และเป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปจำนวน 108 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 19.93 ซึ่งลดลงจากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของปีพ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563 แต่อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ กลับพบว่ายังมีความเสี่ยงบางเหตุการณ์ที่ยังเกิดขึ้นซ้ำด้วยสาเหตุเดิม ๆ และมีบางอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีการรายงานเข้ามายังระบบการบริหารความเสี่ยง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงไม่สามารถจัดการบริหาร

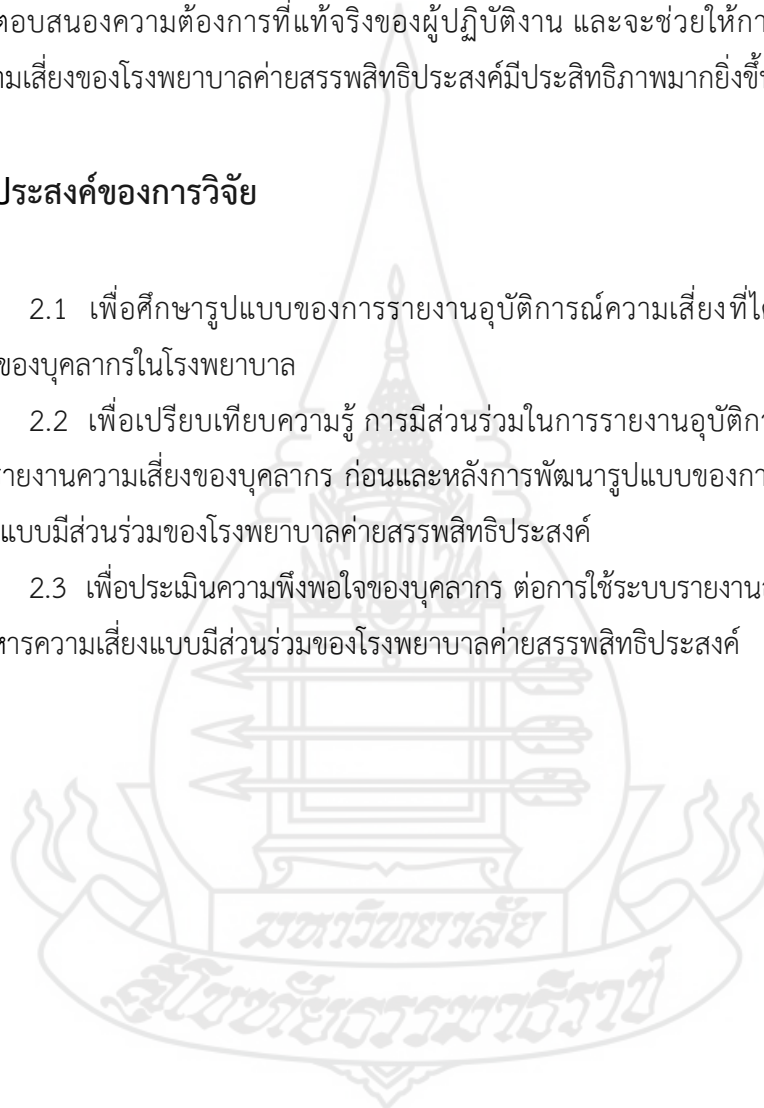
ความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงทีและเหมาะสม อันเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา และพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เหมาะสม ง่ายต่อการเข้าถึง และเป็นรูปแบบที่บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าใจได้ง่าย ส่งผลให้บุคลากรทุกระดับสามารถรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที ถูกต้อง และเหมาะสม โดยให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงาน และจะช่วยให้การดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

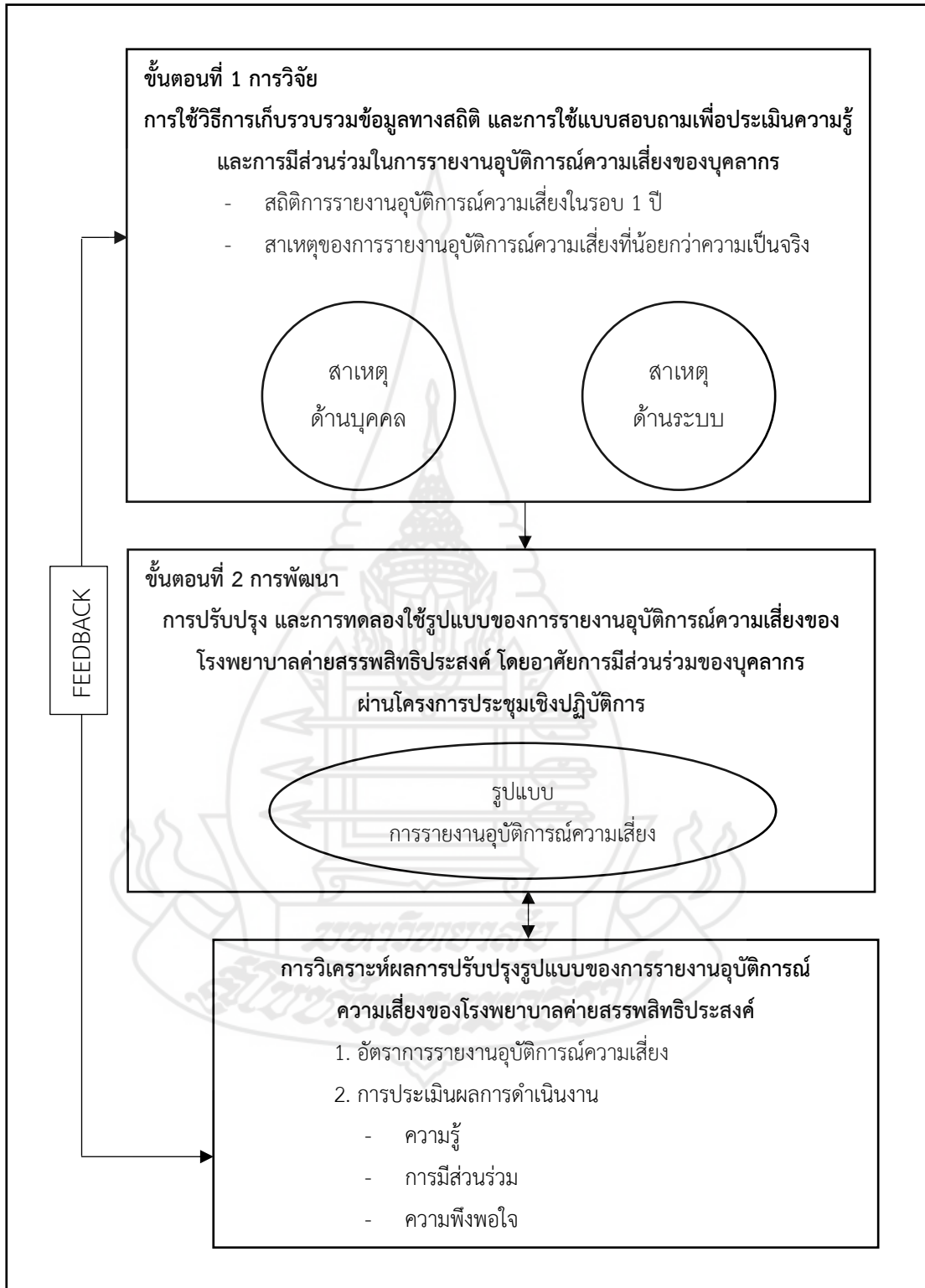
2.1 เพื่อศึกษารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และอัตราการรายงานความเสี่ยงของบุคลากร ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

2.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากร ต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์



3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตการวิจัย

4.1 การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

4.2 ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบและวิธีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จนได้รูปแบบและวิธีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เหมาะสม และง่ายต่อการเข้าถึง เมื่อได้รูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้วจะมีการประกาศใช้ แล้วเก็บข้อมูลผลของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเปรียบเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน และระดับความพึงพอใจในรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับพัฒนาขึ้นมา

4.3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในทีมบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาล และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ จำนวน 32 คน ที่ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีระยะเวลาการดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลา 4 เดือน

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 **อุบัติการณ์** หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ ชื่อเสียง ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความไม่พอใจ การร้องเรียน หรือการฟ้องร้องต่อการบริการของโรงพยาบาล

5.2 **ความเสี่ยง** หมายถึง โอกาสความน่าจะเป็น ที่จะประสบกับเหตุการณ์ ความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ หรือเป็นโอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์

5.3 **การบริหารความเสี่ยง** หมายถึง การรับรู้และจำกัดความเสี่ยงโดยใช้กลยุทธ์เชิงรุกของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ ในการป้องกันความสูญเสีย เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด รวมถึงการควบคุมความเสียหายที่เกิดขึ้นตามมาจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้มีผลกระทบน้อยที่สุด โดยการใช้ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

5.4 **การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง** หมายถึง การที่บุคลากรของโรงพยาบาลรายงานสิ่งผิดปกติใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้มาเยี่ยม ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ หรือเจ้าหน้าที่ ที่ไม่สอดคล้องกับหลักปฏิบัติ นโยบาย หรือมาตรฐานของโรงพยาบาล อันอาจก่อให้เกิด

ความเสียหายต่อผู้ป่วย ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ รวมทั้งทรัพย์สินต่าง ๆ ของผู้ป่วยหรือญาติ ผ่านทางโปรแกรม HRMS หรือระบบการรายงานอื่น ๆ ของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

5.5 กระบวนการพัฒนา หมายถึง กระบวนการในการนำข้อมูลข้อตกลงร่วมกัน ที่ได้จากการอบรม หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ มาออกแบบต้นแบบชิ้นงาน ซึ่งอาจจะเป็นชิ้นงาน แบบจำลอง หรือระบบสารสนเทศ ให้ตรงกับความต้องการของบุคลากรในโรงพยาบาลมากที่สุด และมีการนำชิ้นงานที่ได้ไปทดลองใช้ เพื่อให้แน่ใจว่าได้ชิ้นงานที่ได้พัฒนาขึ้นมาจากกระบวนการวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพนี้สามารถใช้งานได้จริง

5.6 บุคลากร หมายถึง บุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ได้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปทั้งในหอผู้ป่วย ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน และห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก

5.7 อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง หมายถึง จำนวนครั้งของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ต่อจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

5.8 รูปแบบของระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม หมายถึง รูปแบบหรือวิธีการในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาล ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การเสนอแนะ หรือการเสนอความต้องการ โดยเป็นรูปแบบหรือวิธีการที่เป็นฉันทามติร่วมกันของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ เพื่อใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล

5.9 ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง หมายถึง ระดับความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่สามารถวัดผลได้จากแบบทดสอบความรู้ ในลักษณะคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ ซึ่งสามารถแบ่งระดับความรู้ได้เป็น 3 ระดับได้แก่ มาก ปานกลาง และต่ำ

5.10 การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ ในการปฏิบัติตามขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกระบวนการค้นหาความเสี่ยง ผ่านทางระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่าง ๆ ของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ เช่นการรายงานผ่านระบบ HRMS การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อหัวหน้าเวร หัวหน้าหน่วยงาน จนกระทั่งการรายงานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่สามารถวัดผลได้จากแบบสอบถามการปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งระดับของการปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้เป็น 5 ระดับได้แก่ สูงมาก สูง ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

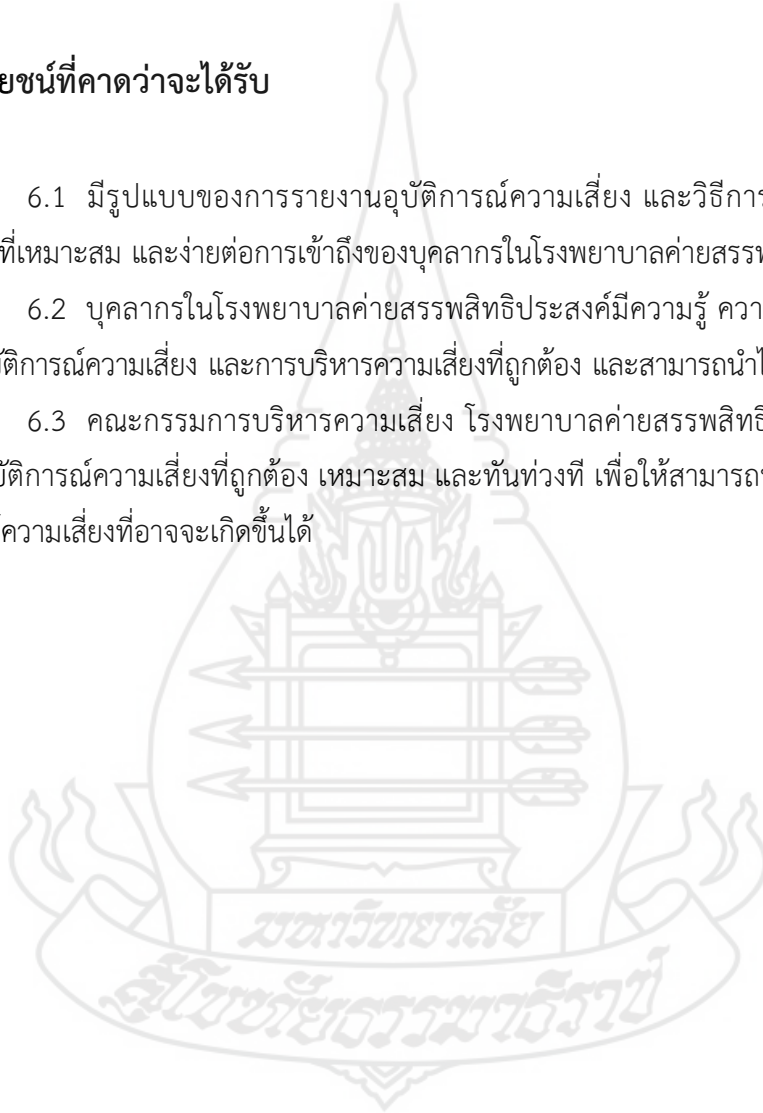
5.11 ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกชอบ/ไม่ชอบ ของบุคลากรในโรงพยาบาล ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ต่อการใช้รูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของ บุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ที่พัฒนาขึ้น วัตถุประสงค์จากแบบสอบถามที่เป็นแบบวัด ประเมินค่า ซึ่งสามารถแบ่งระดับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ เป็น 5 ระดับได้แก่ สูงมาก สูง ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 มีรูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และวิธีการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เหมาะสม และง่ายต่อการเข้าถึงของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

6.2 บุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงที่ถูกต้อง และสามารถนำไปใช้ในงานประจำได้

6.3 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ได้รับการ รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ถูกต้อง เหมาะสม และทันท่วงที เพื่อให้สามารถบรรเทา และป้องกัน อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษานี้ ดังนี้

1. การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
3. แนวคิดการมีส่วนร่วม
4. ทฤษฎีการเรียนรู้ และการวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเรียนรู้
5. แนวคิดการพัฒนาบุคลากร
6. ระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์
7. แนวคิดการทำวิจัยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยง (Risk management) เป็นสิ่งสำคัญที่ทุกฝ่ายในทีมการรักษาพยาบาลจะต้องคำนึงถึง เพราะโรงพยาบาลมีหน้าที่ที่จะต้องให้บริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย ซึ่งการให้บริการของโรงพยาบาลในแต่ละวันจะต้องเผชิญกับความเสี่ยงซึ่งต้องการระบบการจัดการที่ครอบคลุมทุกแง่มุม และทั้งโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง มาตรฐาน II-1.2 ว่าด้วยระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2) ว่า “องค์กรต้องมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ และประสานสอดคล้องกันเพื่อจัดการความเสี่ยง และสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน” ซึ่งการบริหารความเสี่ยงเองก็ยังเป็นระบบงานที่สำคัญที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการ (ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง, 2560) ในเรื่องนี้จะกล่าวถึง

ความหมายของความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยง สาเหตุของความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยง และกระบวนการบริหารความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายของความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยง

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2542) ได้อธิบายความหมายของความเสี่ยง (Risk) ว่า ความเสี่ยง คือการเผชิญกับโอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บ การได้รับอันตราย หรือการสูญเสีย ซึ่งใกล้เคียงกับ Vaughan (ศิริลักษณ์ ฤทธิ์โรตง, 2560) ที่ให้ความหมายของความเสี่ยงว่า คือโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือการกระทำใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคต และมีผลกระทบทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของหน่วยงานหรือองค์กร ทั้งในด้านยุทธศาสตร์ การปฏิบัติงาน การเงิน และการบริหาร

นอกจากนี้ วิชาญ เกิดวิชัย (2559) ก็ได้ให้ความหมายของความเสี่ยงว่า คือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งในโรงพยาบาลอาจพบความเสี่ยงได้ 7 ประการ ซึ่งเรียกว่า Risk Heptagon ได้แก่

- 1) ความเสียหายที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้รับบริการ
- 2) ความเสื่อมเสียชื่อเสียง ทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจ
- 3) การสูญเสียรายได้ ทำให้ขาดเงินในการดำเนินการและพัฒนา
- 4) ความเสียหายต่อทรัพย์สิน ทั้งของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ หรือบุคคลที่มาทำธุรกิจโรงพยาบาล
- 5) การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
- 6) ความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม
- 7) ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย

สำหรับความหมายของการบริหารความเสี่ยงนั้น ผ่องพรรณ จันทนสมบัติ และคณะ (2555) ได้กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือการรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย

1.2 สาเหตุของความเสี่ยง

สาเหตุความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลนี้ ได้มีผู้ให้แนวคิดไว้หลายแบบ ขึ้นกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยง เช่น

เมธา สุวรรณสาร (อ้างถึงใน ศิริลักษณ์ ฤทธิ์โรตง, 2560) ได้ให้แนวคิดว่า สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงเกิดจากปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ

- 1) ปัจจัยภายใน เช่น นโยบายของผู้บริหาร ความซื่อสัตย์ จริยธรรม คุณภาพของบุคลากร การเปลี่ยนแปลงระบบงาน ความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ การเปลี่ยนแปลง

ของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ การควบคุมกำกับดูแลที่ไม่ทั่วถึง และการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย หรือ ข้อบังคับของหน่วยงาน

2) *ปัจจัยภายนอก* เช่นกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของทางราชการ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี หรือสภาพการแข่งขัน สภาวะแวดล้อมทางเศรษฐกิจ และการเมือง อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2541) ได้ให้แนวคิดที่ว่า บริการสุขภาพมีโอกาสเกิดความผิดพลาด หรือผลที่ไม่พึงประสงค์ได้สูงเนื่องจาก ก) ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงกว่าบุคคลธรรมดา ข) บริการทางการแพทย์ต่าง ๆ เป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และมี error margin น้อยโดยธรรมชาติ ค) บริการทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ยังไม่สามารถให้คำตอบที่ชัดเจนได้ทั้งหมด ความรู้ยังไม่สมบูรณ์ และความผิดพลาดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสาเหตุของความเสียหายจากความผิดพลาดนี้มีปัจจัยได้จาก 2 ปัจจัย คือ

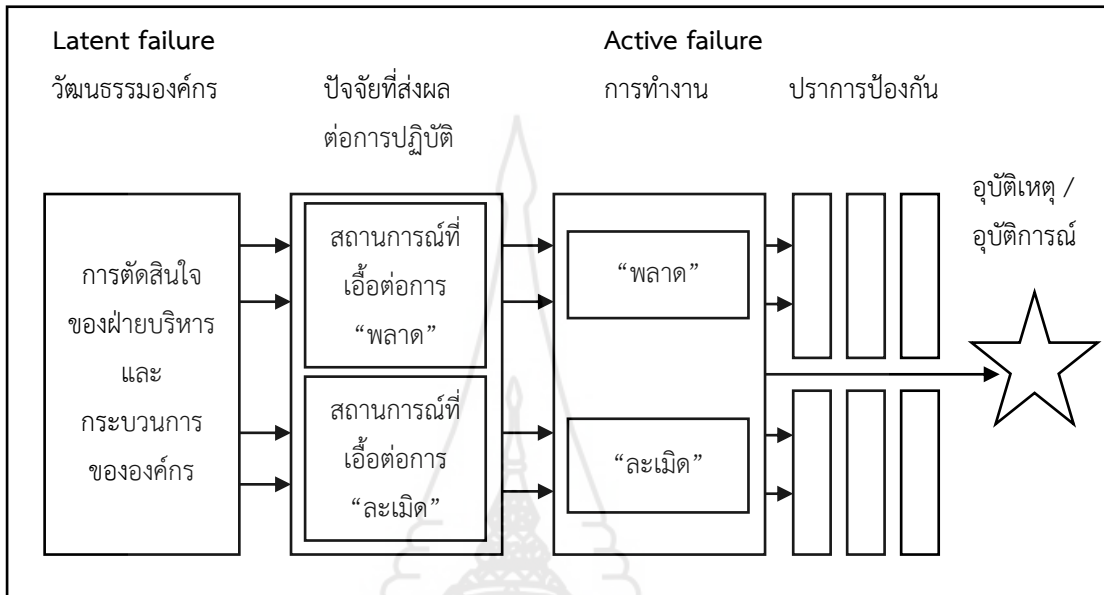
1) *ปัจจัยบุคคล (Human Factor)* ปัจจัยบุคคลสามารถมองได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านที่เป็นอันตราย และด้านที่เป็นวิบุรุษ ในด้านที่เป็นอันตราย ได้แก่ การละเลย หลงลืม ผิดพลาด ละเมิด ซึ่งก่อให้เกิดอันตราย หรือความสูญเสียขึ้น ในด้านที่เป็นวิบุรุษ ได้แก่ การปรับตัว ชดเชย แก้ไข เพื่อลดอันตราย หรือความสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น

2) *ปัจจัยในที่ทำงาน และปัจจัยองค์กร* อุบัติเหตุ หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มักจะเกิดซ้ำรอย มีความผิดพลาดเดิม ๆ เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน โดยที่ผู้เกี่ยวข้องมิใช่บุคคลเดิม แสดงว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุเบื้องหลังมีส่วนให้เกิดความผิดพลาดดังกล่าว ควรพิจารณาถึงความด้อยของระบบ แทนที่จะมองว่าต้องเป็นความรับผิดชอบของบุคคล ซึ่งความเข้าใจ ในความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในที่ทำงาน และปัจจัยองค์กรที่มีผลต่อการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและส่งผลให้เกิดอันตราย ทำให้สามารถกำหนดทิศทางการไต่สวนเหตุการณ์ถึงสาเหตุ (Root Cause) ได้ สรรธวัช อัครเรืองชัย (2546) ได้ให้แนวคิดของสาเหตุของความเสียหายว่า เป็นช่องโหว่ของระบบที่เกิดจากปัจจัย 2 อย่าง ได้แก่ ความล้มเหลวจริง (Active failures) และความล้มเหลวแฝง (Latent failures) ดังนี้

1) *ความล้มเหลวจริง* หมายถึงการกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยผู้ให้บริการที่อยู่กับผู้ป่วยโดยตรง เช่น ความพลั้งเผลอ ผิดพลาด ผ่าฝืนระเบียบปฏิบัติ เป็นต้น ซึ่งมักจะมองเห็นว่าเป็นสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ง่าย

2) *ความล้มเหลวแฝง* มักจะมองเห็นได้ยากกว่าหากไม่มีการวิเคราะห์ เป็นจุดอ่อนที่แฝงตัวอยู่ในระบบ เกิดขึ้นจากการวางระบบที่ผิดพลาดของวิศวกร สถาปนิก ผู้จัดทำ ระเบียบ ขั้นตอนการปฏิบัติต่าง ๆ ไปจนถึงผู้บริหารระดับสูง ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดได้ เช่น เวลาที่จำกัด จำนวนบุคลากร หรืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ ความเหนื่อย การขาดประสบการณ์ เป็นต้น หรืออาจทำให้เกิดจุดอ่อนของระบบป้องกัน เช่น ระเบียบปฏิบัติที่ใช้ปฏิบัติไม่ได้จริง ตัวชี้วัดที่ใช้ไม่ได้ เป็นต้น

ความล้มเหลวดังกล่าวนี้จะแฝงอยู่ในระบบเป็นเวลานาน เมื่อมีความล้มเหลวจริงเกิดขึ้นจึงจะรวมกันทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในที่สุด ตามภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดของมนุษย์ (สรรรถวิชัย อัครเรืองชัย, 2546)

1.3 ประเภทของความเสี่ง

การแบ่งประเภทของความเสี่งนั้น มีผู้ให้แนวคิดในการแบ่งประเภทของความเสี่งหลากหลาย แตกต่างกันไปตามบริบทของการนำไปใช้ ดังนี้

ผ่องพรรณ จันธนสมบัติ และคณะ (2555) ได้แบ่งประเภทของความเสี่งตามบทบาทในการบริหารความเสี่งของพยาบาล ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

- 1) ความเสี่งทั่วไป ได้แก่ ทรัพย์สินสูญหาย ความเสี่งทางสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น พยาบาลถูกเข็มตำ สารคัดหลังกระเด็นเข้าตา เป็นต้น
- 2) ความเสี่งทางคลินิกเฉพาะโรค หมายถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการรักษาเฉพาะโรค หรือหัตถการนั้น ๆ เช่น Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน brain hematoma จาก stroke, pneumothorax จากการแทง cavafix, bleeding หลังทำ TOCE เป็นต้น
- 3) ความเสี่งทางคลินิก หมายถึงเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ

วิชาญ เกิดวิชัย (2559) ได้แบ่งประเภทความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่

- 1) ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical risk)
- 2) ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional risk)
- 3) ความเสี่ยงด้านสังคม (Social risk)
- 4) ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual risk)

เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับมิติทั้ง 4 ขององค์รวมของคน ดังนั้นจึงมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในมิติหนึ่งก็จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในมิติอื่นตามมา

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้การแบ่งประเภทความเสี่ยงตามบทบาทในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาล โดยใช้การศึกษาในการรายงานความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สามารถพบได้บ่อยในกระบวนการรักษาพยาบาล และเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ในการปฏิบัติการพยาบาล อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องในโรงพยาบาลอีกด้วย

1.4 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk management process) มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ซึ่งความสำเร็จของกระบวนการบริหารความเสี่ยงนี้จะขึ้นกับการดำเนินการในแต่ละองค์ประกอบอย่างครบถ้วน สมดุลในทั้ง 4 องค์ประกอบ โดยที่ขอบเขตของกระบวนการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลจะกว้างกว่าการประกันคุณภาพ เพราะการประกันคุณภาพจะมุ่งเน้นที่การประเมินการดูแลรักษาผู้ป่วยและการปรับปรุงผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยดีขึ้น ในขณะที่กระบวนการบริหารความเสี่ยงจะมุ่งเน้นการป้องกันความสูญเสียในทุกแง่มุม (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2542) โดยขั้นตอนของกระบวนการบริหารความเสี่ยงมีดังนี้ (ผ่องพรรณ จันธนสมบัติ และคณะ, 2555 และวิชาญ เกิดวิชัย, 2559)

1.4.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)

เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญ เพราะเป็นกิจกรรมเชิงรุกที่ช่วยป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บ และ/หรือการสูญเสียที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น การค้นหาความเสี่ยงเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง และต้องการปรับปรุงแก้ไข โดยค้นหาวិธีการที่ได้จากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับรู้ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น ป้องกันการเกิดความเสี่ยง และเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพื่อให้สามารถพบได้อย่างรวดเร็ว และควบคุมความเสียหายได้ ซึ่งมีกิจกรรมที่ต้องทำ 2 อย่าง คือ

1) การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile)

เพื่อประกาศให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่ามีความเสี่ยงอะไรบ้างที่มีโอกาสเกิดขึ้นเพื่อกำหนดแนวทางป้องกัน ซึ่งมีวิธีค้นหาหลายวิธีได้แก่ จากประสบการณ์ในอดีตของโรงพยาบาลและของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จากการศึกษาประสบการณ์ของคนอื่น เช่น จากตำราวารสาร อินเทอร์เน็ต การประชุมวิชาการ หรือการติดตามข่าวในสื่อมวลชน หน่วยงานและโรงพยาบาล จะต้องทำการวิเคราะห์กระบวนการทำงานว่ามีขั้นตอนการทำงานอย่างไรบ้าง จึงจะค้นหาความเสี่ยงให้ตรงกับงานที่ทำ

2) การเฝ้าระวังความเสี่ยง

มีเป้าหมายที่การค้นพบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานให้ได้รวดเร็วที่สุด เพื่อจัดการควบคุมความเสียหายให้เหลือน้อยที่สุด และการนำไปวิเคราะห์เพื่อการป้องกันปัญหาในอนาคต ประกอบด้วย การประกาศบัญชีความเสี่ยงเพื่อการเฝ้าระวัง กำหนดแนวทาง การค้นหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงแต่ละราย การวางระเบียบขั้นตอนการจัดการแก้ปัญหาความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น การจัดระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง และการรายงานผลย้อนกลับ เพื่อการแก้ปัญหาไม่ให้เกิดความเสี่ยงเดิมอีกในอนาคต

1.4.2 การประเมินความเสี่ยง (Risk analysis/ Risk assessment)

เป็นขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงที่รวบรวมได้จากการค้นหาทั้งในลักษณะการประเมินย้อนหลัง การประเมินปัจจุบัน และการประเมินไปข้างหน้าด้วยการพิจารณาความเสียหายและ/หรืออันตรายที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยงเหล่านั้น ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย การสืบค้นหาข้อเท็จจริงด้วยการพิจารณาความถี่ ความรุนแรงจากอันตราย และความเสียหายที่เกิดขึ้น ระบุลงใน Risk Profile แต่ละรายการในหน่วยงาน และมีการปรับปรุงแก้ไขบัญชีรายการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยนำมาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดจากการควบคุมหรือแก้ไข เพื่อค้นหาวิธีในการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมต่อไป โดยการประเมินความเสี่ยง หรือการวิเคราะห์ความเสี่ยงจะมี 3 รูปแบบ ได้แก่

1) การวิเคราะห์ความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์แต่ละครั้ง เพื่อค้นหาสาเหตุและการแก้ไขที่เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น เวลา สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากมุมมองโดยรวม เพื่อดูความเป็นไปได้ และโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียของแต่ละเหตุการณ์ ว่ามีความถี่และความรุนแรงเพียงใด จะมีผลกระทบต่อองค์รอย่างไรทั้งในด้านคลินิก และด้านการเงิน ซึ่งอาจจะแบ่งความเสี่ยงได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

(1) เกิดบ่อย ไม่รุนแรง เช่น ผู้ป่วยตกเตียง ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา กลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญน้อยกว่าอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง

(2) เกิดไม่บ่อย ไม่รุนแรง เช่นของหาย การโจรกรรม ไม่ควรเป็นเรื่องที่ต้องใช้พลังในการจัดการมาก การประเมินความเสี่ยงในลักษณะนี้จะให้ประโยชน์ในแง่ของการปรับปรุงคู่มือวิธีการปฏิบัติงาน

(3) เกิดไม่บ่อย รุนแรง เช่นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยด้านสูติกรรมและวิสัญญี ทำให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยที่รุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิต และการชดใช้ค่าเสียหายที่มีราคาแพงทั้งในด้านตัวเงินและชื่อเสียง

(4) เกิดบ่อย รุนแรง เช่นการเสียชีวิตของผู้ป่วยติด ๆ กันโดยอธิบายไม่ได้ ซึ่งอาจจะเกิดจากการระบาดของโรคบางอย่าง หรือวิธีการรักษาที่ไม่รัดกุม เป็นข้อบ่งชี้ถึงปัญหาที่วิกฤต ต้องการการประสานงานเพื่อสืบหาสาเหตุและสะท้อนข้อมูลโดยเร่งด่วน โอกาสที่สถานพยาบาลจะพบปัญหานี้มีไม่บ่อย ควรจะวางแผนรองรับเหมือนกับแผนอุบัติเหตุหมู่

3) การวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยการตรวจสอบทั้งองค์กรปีละ 1 – 2 ครั้ง ในประเด็นต่อไปนี้ : คู่มือการปฏิบัติงานของแต่ละแผนก กระบวนการตรวจสอบ ธรรมเนียม กฎระเบียบต่าง ๆ ระบบการตรวจสอบเครื่องมือ การควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล การประกันคุณภาพระบบการรายงานอุบัติการณ์ แผนฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่ การไหลเวียนของข้อมูลในการจัดการความเสี่ยง

1.4.3 การจัดการความเสี่ยง (Risk treatment/ Action to manage risk)

เป็นขั้นตอนการนำแนวทางต่าง ๆ ที่จะนำมาจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อครอบคลุมการป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง หรือเกิดน้อยที่สุด และการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้มีความเสียหายน้อยที่สุด โดยมีแนวทางในการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงประกอบด้วย

1) กลยุทธ์ควบคุมการสูญเสีย ได้แก่

(1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) เป็นการเลือกที่จะไม่ปฏิบัติกิจกรรมซึ่งมีโอกาสที่จะทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง

(2) การฟ่องถ่ายความเสี่ยง (Risk transfer) เป็นการเลือกที่จะไม่จัดการความเสี่ยงด้วยตนเอง การให้คนอื่นทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน

(3) การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention) เป็นการป้องกันความเสี่ยงเนื่องจากไม่สามารถกำจัดความเสี่ยงนั้นให้หมดไปได้ โดยการหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

(4) การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (Loss reduction) เป็นการดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลัน ภายหลังมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสร้างความเข้าใจที่ดีต่อกัน

(5) การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk segregation) เป็นการแบ่งแยกทรัพยากรออกเป็นหลายส่วน เพื่อให้มีระบบสำรองทรัพยากรไว้ใช้ในกรณีที่มีความเสี่ยง

2) การจัดการหลังเกิดเหตุ ได้แก่

(1) การลดการสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหาฉับพลัน โดยการเอาใจใส่ ให้ข้อมูลตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำ การสื่อสาร ความเข้าใจดีต่อกัน ประคับประคองจิตใจ ขวัญกำลังใจทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ รายงานผู้บริหารสูงสุดและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ติดตามประเมินผล

(2) การบริหารเงินค่าชดเชยกรณีต้องชดเชยค่าเสียหาย ทีมควบคุมค่าเสียหาย/ไกล่เกลี่ย จะเป็นผู้สรุปข้อมูลปัญหา นำเสนอต่อผู้บริหารสูงสุด และทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันพิจารณา

(3) การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยวัตถุประสงค์สำคัญของการรายงาน คือการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เผื่อระวังอันตรายใด ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และติดตามผลของการป้องกันภัยที่โรงพยาบาลได้จัดทำไว้ หากระบบรายงานดังกล่าวได้รับการส่งต่อไปภายนอกให้โรงพยาบาลอื่นได้เรียนรู้จะเป็นประโยชน์ในการเตือนโรงพยาบาลอื่นถึงอันตรายที่อาจพบหน่วยงานกลางก็จะค้นหาวิธีป้องกัน และสามารถเผื่อระวังและวิเคราะห์ผลของมาตรการเหล่านั้น เพื่อขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

1.4.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการจัดการความเสี่ยงที่ต้องเชื่อมโยงผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการความเสี่ยงกับตัวชี้วัดของหน่วยงาน และระบบประกันคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบจัดการความเสี่ยงให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการดังนี้

1) การประเมินการปฏิบัติตามระบบ ได้แก่ ความครบถ้วนและถูกต้องของการจัดทำ Risk Profile ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล และการวางระบบป้องกันความเสี่ยงในกระบวนการทำงาน การจัดการกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามขั้นตอนที่วางไว้ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ครบถ้วน การแก้ไขปัญหาเพื่อมิให้เกิดความเสี่ยงนั้นขึ้นอีก รวมถึงการยอมรับและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต่อระบบ

2) การประเมินวิธีการแก้ไขปัญหาความเสี่ยง เป็นการวิเคราะห์ลงไป ในรายละเอียดการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลผู้เกี่ยวข้องทุกระดับดำเนินการได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ หากพบว่าดำเนินการได้ดีแล้วจึงทำการสรุปปิดประเด็น หรือหากพบว่ายังมีปัญหายู่จะมีการรายงานต่อผู้บริหารระดับสูงเพื่อช่วยแก้ไขต่อไป

3) การสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์ เป็นการรายงานผลลงไปให้แก่ทีมงาน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ทราบ และรายงานขึ้นต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ หรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน หรือ Benchmark กับโรงพยาบาล

ที่มีคุณภาพเป็นเลิศ เพื่อการติดตามแนวโน้มระยะยาว และช่วยกันปรับปรุงคุณภาพการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย มีความเสี่ยงน้อยที่สุด

การศึกษานี้ได้ให้ความสำคัญกับการรายงานความเสี่ยง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการความเสี่ยง แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่าหลายโรงพยาบาลมีการรายงานความเสี่ยงน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งจะมีการกล่าวถึงรายละเอียดของถึงการรายงานความเสี่ยงต่อไป

2. การรายงานความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องอาศัยความเข้าใจอย่างมากถึงลักษณะและอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จึงจะนำไปสู่วิธีการป้องกันและแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ การค้นหาความเสี่ยงโดยการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดที่ยังไม่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนมากกว่าความเสียหายจริง วัตถุประสงค์สำคัญของการรายงาน คือการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เผื่อระวังอันตรายใด ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และติดตามผลของการป้องกันภัยที่โรงพยาบาลได้จัดทำไว้ หากระบบรายงานดังกล่าวได้รับการส่งต่อไปภายนอกให้โรงพยาบาลอื่นได้เรียนรู้จะยังเป็นประโยชน์ในการเตือนโรงพยาบาลอื่นถึงอันตรายที่อาจพบ หน่วยงานกลางก็จะค้นหาวิธีป้องกัน และสามารถเผื่อระวังและวิเคราะห์ผลของมาตรการเหล่านั้น เพื่อขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

การรายงานความเสี่ยงมีหลายรูปแบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการค้นหาข้อมูลที่ครอบคลุมในมุมมองที่ต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้ (วิชาญ เกิดวิชัย, 2559)

2.1 การรายงานความเสี่ยงตามระบบที่มีการจัดการเป็นการเฉพาะ ประกอบด้วย

2.1.1 ระบบประกันคุณภาพ (Quality Assurance ; QA) ซึ่งเป็นการรายงานผลตามเครื่องชี้วัดและเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้ว

2.1.2 งานชีวอนามัย มีระบบรายงานอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ที่เกิดแก่เจ้าหน้าที่ รายงานการตรวจสอบสิ่งแวดล้อม รายงานการตรวจสอบสุขภาพของเจ้าหน้าที่

2.1.3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีระบบรายงานผลการเผื่อระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2.1.4 อุบัติการณ์เกี่ยวกับยา มีรายงานปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug Related Problems ; DRP) ได้แก่ รายงานความผิดพลาดในการใช้ยา (Medication error) รายงานอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและเวชภัณฑ์ (Adverse Product Reaction ; APR)

2.1.5 งานรักษาความปลอดภัย มีรายงานของพนักงานรักษาความปลอดภัยเป็นประจำ

2.1.6 รายงานความเสี่ยงจากระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

2.2 การรายงานอุบัติเหตุอุบัติการณ์ (Occurrence Incidence Report ; OIR)

ตามแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น ซึ่งประกอบด้วย บัญชีรายการอุบัติการณ์ที่ต้องรายงาน บันทึกรายละเอียดของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ผลการสอบสวนหาสาเหตุ การแก้ไขที่ได้ดำเนินการไปแล้ว แผนการป้องกันการเกิดซ้ำ ผลการประเมินแผนของผู้ประสานงานคุณภาพ และผลการติดตามความสำเร็จของการแก้ปัญหาตามที่เสนอ

2.3 การรายงานอุบัติการณ์ทางการแพทย์ (Medical incident) โดยการรายงานของผู้เกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วย และจากการทบทวนเวชระเบียนโดยมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ควรรายงาน ดังนี้

2.3.1 การบาดเจ็บหรือสูญเสียอวัยวะจากการคลอตหรือการผ่าตัด โดยไม่ใช่ อวัยวะที่วางแผน

2.3.2 การผ่าตัดซ้ำหรือการกลับไปห้องคลอตโดยไม่ได้วางแผน

2.3.3 ภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจ

2.3.4 การย้ายจากหอผู้ป่วยทั่วไปเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต

2.3.5 การสูญเสียระบบประสาทหลังการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

2.3.6 ไบยินยอมรับการรักษาที่ไม่เรียบร้อย

2.3.7 การกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำภายใน 7 วันโดยไม่ได้วางแผน

2.3.8 การเสียชีวิตและผลการตรวจศพ

2.3.9 การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย

2.3.10 การไม่สมัครใจอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล

2.4 คำร้องเรียนของผู้ป่วย (Customer complaint) ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัวถือเป็นสัญญาณแสดงว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้น อาจนำไปสู่การร้องเรียนหรือการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย โรงพยาบาลจึงควรจัดให้มีช่องทางรับการร้องเรียน เพื่อเปิดโอกาสให้มีการระบายความไม่พึงพอใจ และนำมาปรับปรุงเพื่อตอบสนองความต้องการ เปลี่ยนจากความไม่พึงพอใจสู่ความประทับใจต่อบริการของโรงพยาบาล

ในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงควรจะต้องมีการลงรายละเอียดข้อมูลที่มีความสำคัญสำหรับใช้ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงให้ครบทั้ง 3 หัวข้อดังต่อไปนี้ (ปิยวรรณ ลัมปัญญาเลิศ, 2565)

1) มีการบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย, ลักษณะของเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น, และสถานที่

2) มีการอธิบายสาเหตุของการเกิดความเสี่ยง ได้แก่สาเหตุของเหตุการณ์ ความเสี่ยงที่รับรู้ได้ ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความเสี่ยง และปัจจัยที่ช่วยบรรเทาความเสี่ยง

3) มีการระบุการตอบสนองต่อความเสี่ยง ได้แก่การทบทวนกระบวนการ การออกแบบกระบวนการขึ้นใหม่ การประเมินความรู้ หรือการเปลี่ยนแปลงขององค์กร

ซึ่งการรายงานความเสี่ยงจะมีการแบ่งระดับความรุนแรง เพื่อประเมินความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ และความเร่งด่วนในการรายงานเหตุการณ์ โดยสามารถแบ่งความรุนแรงได้ตามตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ตารางแสดงการแบ่งระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรง	ความหมาย
ความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก	
ระดับ A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
ระดับ B	เหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแล้ว แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย
ระดับ C	เหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย
ระดับ D	เหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว และต้องการการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่า ไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และ/หรือต้องมีการบำบัดรักษา
ระดับ E	เหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา
ระดับ F	เหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น หรือต้องส่งต่อการรักษา
ระดับ G	เหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย
ระดับ H	เหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
ระดับ I	เหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ระดับความรุนแรง	ความหมาย
ความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไป	
ระดับ 1 Near Miss	เป็นเรื่องปกติ อาจก่ออันตราย หรือสร้างความรำคาญ ยังไม่เกิดความเสียหาย หรือมีโอกาสสูญเสียทรัพย์สินแต่ยังไม่สูญเสีย
ระดับ 2 Low Risk	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (< 10,000 บาท) แต่สามารถแก้ไขปัญหาค่าเสียหาย หรือผู้ป่วยไม่พอใจแจ้งเจ้าหน้าที่
ระดับ 3 Moderate Risk	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (10,000 – 100,000 บาท) ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาค่าเสียหายได้ แต่ต้องสูญเสียบางอย่างไป หรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้างาน หรือผู้อำนวยการโดยตรง
ระดับ 4 High Risk	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (100,000 – 1,000,000 บาท) หรือเสียชื่อเสียงต่อโรงพยาบาลอย่างรุนแรง ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมากต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยฟ้องร้องต่อองค์กรภายนอก มีข่าวหน้าสื่อมวลชนระดับชาติไม่น้อยกว่า 3 วัน
ระดับ 5 High Risk	ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (> 1,000,000 บาท) มีข่าวหน้าสื่อมวลชนระดับชาติมากกว่า 3 วัน เป็นที่สนใจของฝ่ายการเมือง มีการบังคับใช้จากศาล

อย่างไรก็ตาม ระบบรายงานส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติค่อนข้างน้อย สาเหตุได้แก่ ความยุ่งยากในการรายงาน เช่น ต้องใช้เวลาในการลงบันทึกในเอกสารจำนวนมาก ผู้รายงานไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยที่ตนจะได้รับ กลัวข้อมูลของตนถูกเปิดเผยทำให้เสียชื่อเสียง หรือถูกฟ้องเรียกค่าเสียหาย นอกจากนี้ผู้รายงานยังไม่ได้ประโยชน์อะไรจากการรายงาน หรือไม่มีการตอบสนองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบซึ่งคุณสมบัติของการรายงานที่ประสบความสำเร็จมีดังนี้ (สรรวัช อัครเวียงชัย, 2546)

- 1) ระบบรายงานต้องไม่ยุ่งยากซับซ้อน เสียเวลา
- 2) ระบบรายงานที่ดีต้องทำให้ผู้รายงานไม่รู้สึกกลัวการลงโทษ
- 3) ข้อมูลที่รายงานต้องได้รับการรักษาความลับไม่ให้บุคคลที่สามทราบ
- 4) หน่วยงานที่รับรายงานต้องเป็นอิสระจากอำนาจบริหารที่อาจลงโทษ

ผู้รายงานได้

- 5) รายงานจะได้รับการวิเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ได้จริง
- 6) รายงานจะได้รับการตอบสนองอย่างทันเวลา โดยเฉพาะหากเป็นรายงานอันตรายที่รุนแรง
- 7) ข้อเสนอแนะในการแก้ไขมุ่งที่การปรับปรุงระบบ ไม่ใช่ตัวบุคคล
- 8) หน่วยงานที่รับรายงานต้องประสานงานให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบได้อย่างเป็นรูปธรรม

ในการวิจัยนี้ ได้ศึกษาการรายงานความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะเป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลงในระบบ HRMS on Cloud หรือการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้วยรูปแบบวิธีใดวิธีหนึ่งที่ได้เกิดจากการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ที่แบ่งระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้เป็น 9 ระดับตั้งแต่ A ถึง I โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบของการรายงานความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ในแง่ของอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ครอบคลุมทุกเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้บุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้อย่างครบถ้วน, ทันเวลา, มีการรายงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเสียเวลา, และลดความรู้สึกกลัวความผิด หรือการลงโทษจากการรายงานความเสี่ยงนั้น

3. แนวคิดการมีส่วนร่วม

คำว่า “การมีส่วนร่วม” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔ หมายถึง การมีส่วนร่วมได้ส่วนเสียในกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ดังนั้นแนวคิดการมีส่วนร่วมจึงมีความหมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องด้วยจิตใจจะมีส่วนร่วมในการสนับสนุนริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม และการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนรับผิดชอบในกิจกรรมขององค์กรหรือสถาบัน โดยที่ฝ่ายปฏิบัติงานมีส่วนร่วมริเริ่มและสร้างสรรค์ จึงมีความต้องการให้เห็นว่า การดำเนินงานตามแนวความคิดของตนนั้นบรรลุความสำเร็จ โดยนัยนี้ฝ่ายปฏิบัติงานจึงมีส่วนรับผิดชอบในกิจกรรมองค์กรอยู่ในตัว เมื่อผู้ปฏิบัติงานเริ่มมีส่วนรับผิดชอบก็จะยิ่งสนใจต้อง ทำงานโดยร่วมมือกันเป็นกลุ่มก่อนจะทำคนเดียวไม่ได้ (เสถียร เหลืองอร่าม, อ้างถึงใน ธัญนภัส มณีศรี, 2555)

อดินันท์ บัวภักดี (อ้างถึงใน ธัญนภัส มณีศรี, 2555) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการบริหารงานของบุคลากรที่นำมาใช้เชื่อมโยงกับการมีส่วนร่วมโดยใช้ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์เบิร์ต (Hertzberg) ว่าเป็นทฤษฎีการจูงใจที่เกี่ยวข้องและสามารถโยงไปสู่กระบวนการมีส่วนร่วมได้ เป็นแนวคิด

เกี่ยวกับการจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้ปฏิบัติจะปฏิบัติงานได้ผลดีมีประสิทธิภาพย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน เพราะเขาจะเพิ่มความสนใจในงานและมีความ รับผิดชอบกระตือรือร้นที่จะทำงานซึ่งเป็นการเพิ่มผลผลิตของงานให้มากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากผู้ปฏิบัติงานไม่พึงพอใจในการทำงาน ก็จะเกิดความท้อถอยในการทำงาน และทำให้ผลงานออกมา ไม่มีประสิทธิภาพ ทฤษฎีดังกล่าวสอดคล้องกับการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของบุคลากรในองค์กร กล่าวคือถ้าบุคลากรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้ร่วมคิดตัดสินใจ จะส่งผลให้บุคลากรใน องค์กรเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมมากขึ้น ทำให้ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาได้ นอกจากนี้ ทฤษฎีการสร้างผู้นำก็มีความสำคัญ คือ ผู้มีอำนาจที่ดี (Positive Leader) มักจะนำการเคลื่อนไหว ในการทำงานอยู่เสมอ ในขณะที่ผู้มีอำนาจที่ไม่ดี (Negative Leader) จะไม่มีผลงานที่สร้างสรรค์เลย การสร้างผู้มีอำนาจหรือผู้นำจะช่วยจูงใจให้บุคลากรเต็มใจที่จะทำงานเพื่อให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ ร่วมกัน เนื่องจากผู้นำเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการจูงใจและรวมกลุ่มคน ดังนั้นทฤษฎีสองปัจจัยนี้ จึงมี ส่วนเกี่ยวข้องกับกรมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร เพราะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ร่วมมือร่วมแรงกันในการทำงานอย่างมีคุณภาพ แสดงให้เห็นถึงการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของบุคลากร และผู้นำร่วมกัน ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องมีผู้นำที่ดีอันจะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรได้

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมดังกล่าวโดยร่วมกับทฤษฎีสองปัจจัย ทำให้เราสามารถนำมา ประยุกต์ใช้กับกระบวนการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงได้ โดยเป็นการมุ่งเน้นให้บุคลากรภายใน โรงพยาบาลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงให้เกิดความ เหมาะสม และสะดวกต่อการใช้งาน เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลเกิดความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของใน กิจกรรมการรายงานความเสี่ยง และรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร เกิดความหวงแหนในองค์กร อยากให้องค์กรมีคุณภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และ ทำให้อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีมากขึ้นได้ในอนาคตต่อไป

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ และการวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเรียนรู้

4.1 ทฤษฎีการเรียนรู้

อรรถรณ ปิลันธน์โอวาท (2549) ได้กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้หมายถึงกระบวนการที่ทำให้ มนุษย์ได้ประสบการณ์เพิ่มขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงประสบการณ์หรือพฤติกรรมไปหลังจากที่บุคคลนั้นได้ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม จนคนนั้น ๆ ได้ “เรียนรู้” มากขึ้น มีประสบการณ์มากขึ้น มีข้อมูลมากขึ้น

ทฤษฎีการเรียนรู้ ได้มีข้อสมมุติฐานที่ว่า มีความสัมพันธ์ที่จะสามารถอธิบายได้ และพยากรณ์ได้ระหว่าง “สิ่งเร้า” และ “การตอบสนอง” ซึ่งสิ่งเร้านั้นหมายถึงเหตุการณ์ หรือสิ่งที่

รับรู้ได้โดยบุคคล และการตอบสนองหมายถึงปฏิกิริยาใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับผู้รับสารหลังจากการรับรู้สิ่งเร้า

Bloom และคณะ (Bloom et al., อ้างถึงใน Krathwohl, 2002) ได้ให้คำอธิบายถึงทฤษฎีการเรียนรู้ และให้คำอธิบายถึงรายละเอียดของความรู้ไว้ 6 ระดับ ได้แก่

1) ความรู้ที่เน้นการจดจำเรื่องราว เนื้อหา (Knowledge) ซึ่งมีตั้งแต่ความรู้ทั่วไปและความรู้เฉพาะ ความรู้ในวิธีการดำเนินการและการจัดการเฉพาะด้าน ไปจนถึงความรู้ที่ซับซ้อนอย่างเรื่องของนามธรรม เป็นต้น

2) ความเข้าใจ หรือการรวบรวมสาระสำคัญ (Comprehension) เป็นความสามารถทางปัญญาของบุคคลในการแปลความ การสรุปและตีความ ไปจนถึงการคาดคะเนหรือการขยายความสิ่งนั้น ๆ

3) การนำไปใช้ (Application) เป็นความรู้ขั้นกว่าในการนำความรู้ ความเข้าใจ ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นทักษะที่สูงกว่าการนำไปใช้ ซึ่งเป็นการนำความรู้มาแยกพิจารณาในรายละเอียดปลีกย่อยซึ่งแบ่งได้เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์หลักการ ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเข้าใจในสารอย่างแท้จริง

5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมข้อมูล แล้วสร้างเป็นการสื่อสารขึ้นใหม่ หรือการสร้างเป็นแผนขึ้นใหม่ รวมถึงการสร้างชุดความสัมพันธ์เชิงนามธรรมที่แตกต่างไปจากเดิม

6) การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้มา ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินในแง่ของหลักฐานภายใน และการตัดสินใจในแง่ของเกณฑ์ภายนอก เพื่อเป็นข้อมูลในการประกอบการพิจารณา

ในทฤษฎีการเรียนรู้จะมุ่งที่จะพยากรณ์ปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้า ซึ่งมีบางทฤษฎีที่สนใจแต่สิ่งเร้าและการตอบสนอง (S-R Theory) โดยไม่สนใจต่อบุคคลที่ทำการตอบสนองนั้น แต่ในทฤษฎีที่สนใจบุคคลเราเรียกว่าทฤษฎีสิ่งเร้า-บุคคล-การตอบสนอง (S-O-R Theory) จะเน้นบุคคลที่ทำการตอบสนองด้วย โดยผู้สื่อสารต้องคำนึงว่าผู้รับสารนั้นมีความแตกต่างกันในการตอบสนองดังต่อไปนี้ (อรรวรรณ ปิรันธน์โอวาท, 2549)

1) แต่ละคนมีความสามารถในการตอบสนองไม่เหมือนกัน คนเราเข้าใจได้ไม่เท่ากัน

2) แต่ละคนมีความแตกต่างกันในความพร้อมที่จะตอบสนอง นอกเหนือจากความสามารถในการตอบสนองที่ไม่เท่ากันแล้ว ยังรับรู้สารที่ไม่เท่ากัน เนื่องจากอาจจะมีภูมิหลังไม่เท่ากัน บางคนอาจจะคิดถึงเรื่องนั้นอย่างถี่ถ้วน บางคนอาจจะปล่อยผ่านไป

3) แต่ละคนมีความแตกต่างในด้านแรงจูงใจที่จะตอบสนอง ซึ่งอาจจะเป็นทางด้านชีวะซึ่งเหมือนสัญชาตญาณ เช่น หิวข้าว หิวน้ำ การหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด หรือแรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้ ได้แก่การรักษาสุขภาพ ความจงรักภักดี หน้าที่ การแข่งขัน หรือการต้องการเงิน เป็นต้น

4) การให้รางวัล (Reinforcement) ช่วยการสร้างปฏิกริยาตอบโต้ ซึ่งแต่ละคนก็พอใจในรางวัลหรือการให้กำลังใจต่าง ๆ กันไป

5) ในการเรียนรู้การมีส่วนร่วมโดยตรง (Active participation) ดีกว่าการมีส่วนร่วมโดยอ้อม (Passive participation) การเรียกผู้รับสารเข้ามามีส่วนร่วม ช่วยให้เกิดปฏิกริยาตอบโต้ตามที่ผู้ส่งสารต้องการ และช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น

6) การตอบสนองที่มีความหมาย (Meaningful Response) จะมีการเรียนรู้ได้ การตอบสนองที่ไม่มีความหมาย (Meaningless Response) ไม่เกิดการเรียนรู้

7) ถ้าต้องการให้การตอบสนองไม่เลือนหายไปกับการเวลา จำเป็นจะต้องมีการให้รางวัลสม่ำเสมอต่อรูปแบบสิ่งเร้า-บุคคล-การตอบสนอง เช่นการพูดรณรงค์ซ้ำ ๆ

8) ช่วงระหว่างการตอบสนองและรางวัลจะต้องเป็นเวลานาน ๆ เพื่อการสร้างนิสัยที่มีประสิทธิภาพ

9) ยิ่งการตอบสนองมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นเท่าใด การสร้างให้เป็นนิสัยจากการตอบสนองนั้นจะทำให้ยากขึ้นเท่านั้น

10) คนแต่ละคนมักจะพยายามสรุปรวม (Generalize) เอาจากการตอบสนองที่ตนเองเคยมี เช่นเราเคยมีปฏิกริยาต่อพรรคการเมืองไหน ไม่ว่าสมาชิกจะเป็นอย่างไรในฐานะปัจเจกบุคคล เราก็มักทัศนคติที่ดีต่อเขา เพราะเราชอบพรรคการเมืองนั้น เป็นต้น

11) ถ้าเราให้ผู้รับสารทราบเกี่ยวกับผลของการตอบสนองของเขาบ้างจะช่วยให้เขาตอบสนองได้ดีขึ้น เพราะผู้ส่งสารจะชี้แนะแก้ไขการตอบสนองของผู้รับสารจนเขาสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งจัดเป็นปฏิกริยาย้อนกลับ (Feedback) ที่สำคัญมากแก่ผู้ส่งสาร และผู้รับสาร

จากทฤษฎีการเรียนรู้ที่กล่าวมาข้างต้นนี้ จะเป็นทฤษฎี และแนวทางที่ผู้วิจัยจะได้นำไปใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการรายงานความเสี่ยงในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โดยนำการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้กับทฤษฎีสิ่งเร้า-บุคคล-การตอบสนอง (S-O-R Theory) ในกระบวนการวิจัย โดยใช้การพัฒนาให้บุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยเริ่มตั้งแต่ระดับที่ 1 กระบวนการจดจำ ไปจนกระทั่งเกิดความสามารถในการประเมินผล ซึ่งเป็นการเรียนรู้ในระดับสูงที่สุดคือระดับที่ 6 ภายใต้พื้นฐานที่ว่าแต่ละบุคคลจะมีการตอบสนองต่อการเรียนรู้ที่ไม่เท่ากัน จึงต้องนำ

ทฤษฎีสิ่งเร้า-บุคคล-การตอบสนองมาร่วมใช้ในการพัฒนาในครั้งนี้ด้วย โดยที่การนำทฤษฎีสิ่งเร้า-บุคคล-การตอบสนอง นี้เข้ามาใช้จะเป็นการทำให้บุคลากรที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนามีการเปลี่ยนแปลงจนบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้ในที่สุด แล้วจึงวัดผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเรียนรู้โดยใช้ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP model)

4.2 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP model)

ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP model) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัวแปรคือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรม หรือการยอมรับการปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสาร อันอาจมีผลกระทบต่อสังคม ซึ่งความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ต่างก็มีความสัมพันธ์กัน และจะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือความรู้ส่งผลให้เกิดทักษะ ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ โดยมีทักษะเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ดังนั้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทักษะ และสุดท้ายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมไว้ว่า KAP เป็นทฤษฎีที่ใกล้เคียงกับการแพร่พันธุ์กรรม โดยมีส่วนสนับสนุนซึ่งกันและกัน การแพร่พันธุ์กรรมสามารถเป็นตัวแปรต้น และ KAP เป็นตัวแปรตาม กล่าวคือ การแพร่พันธุ์กรรมเน้นกลไกของการยอมรับสาร (นวัตกรรม) ของผู้รับสาร เมื่อรับสารแล้วจะเกิดผลกระทบอย่างไรต่อ KAP ด้วยเหตุนี้ KAP จึงสามารถวัดได้จากการแพร่พันธุ์กรรม (สาร) การที่ KAP เป็นตัวแปรตามจึงมักเรียกทฤษฎีนี้ได้อีกแบบหนึ่งว่า “ทฤษฎีแห่งการพึ่งพิง (Dependent Theory)”

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้รับสารที่สำคัญ อาจจำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1) ความรู้ (Knowledge or Cognition)
- 2) ทักษะ (Attitude or Affection)
- 3) พฤติกรรม (Practice or Behavior)

1) ความรู้

ในที่นี้เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน ที่ผู้อื่นจะรับรู้ได้จากการอนุมานมากกว่าการสังเกตได้โดยตรง อย่างไรก็ตามความรู้ก็อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ต่อไป

2) ทักษะ

ทักษะเป็นคำที่สับสนในความหมาย แม้จะยอมรับกันทั่วไปว่าทักษะสามารถเป็นดัชนี (Index) ว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุ หรือสิ่งแวดล้อม

โดยที่คนนั้นไม่มีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจสื่อถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ที่คนคิดจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และที่คนคิดเป็นพรหมแดนเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับพฤติกรรม

3) พฤติกรรม

แม้ว่าพฤติกรรมบางอย่างอาจเกิดขึ้นได้ตามลำพังโดยมิได้มีพื้นฐานของพฤติกรรมนั้นมาก่อน แต่พฤติกรรมเหล่านั้นในแง่ภาพรวมทางสังคมก็มักเสื่อมสลายไปเร็ว หรือไม่เป็นระบบ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกของบุคคลโดยมีพื้นฐานที่มาจาก KA ของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน ก็เนื่องมาจากการมี KA ที่ต่างกัน ความแตกต่างของ KA เกิดขึ้นได้ก็เพราะความแตกต่างอันเนื่องมาจากการเปิดรับสื่อ และความแตกต่างในการแปลความสารที่ตนเองได้รับ จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสมที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมที่ถูกโน้มน้าวโดยการสื่อสารนั้นอาจเกิดขึ้นจากกระบวนการเรียนรู้ หรือการตอบสนองต่อสื่อ ซึ่งมักจะมีมูลฐานจากการคำนึงถึงตนเองเป็นหลัก

การโน้มน้าวพฤติกรรมในทุกระดับของการสื่อสารสังคมอาจผ่านสื่อโดยอาศัยวิธีการ เช่น

(1) การปลุกเร้าอารมณ์ (Emotional arousal) เพื่อให้เกิดความตื่นตัวเร้าใจในการติดตามไม่ว่าด้วยภาพหรือเสียง

(2) ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ด้วยการแสดงความอ่อนโยน การเสียสละ และความกรุณาปราณี ยอมแพ้เพื่อความดีของผู้อื่นโน้มน้าวผู้คนที่ยอมรับได้

(3) การสร้างแบบอย่างขึ้นในใจ (Internalized norms) เป็นการสร้างมาตรฐานอย่างหนึ่งขึ้น เพื่อให้มาตรฐานนั้นปลูกศรัทธา และเป็นตัวอย่างแก่ผู้รับสารที่จะต้องปฏิบัติตาม

(4) การให้รางวัล (Reward) เช่นการลด แลก แจก และแถมในการโฆษณาเพื่อจูงใจให้ซื้อสินค้าอื่น ๆ

ผลของการโน้มน้าวด้วยวิธีการข้างต้น ก่อให้เกิดพฤติกรรมพื้นฐาน 2 แบบ

(1) กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ๆ หรือให้มีพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง (Activation)

(2) หยุดยั้งพฤติกรรมเก่า (Deactivation)

ทั้งการกระตุ้น และการหยุดยั้ง เป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมอื่น ๆ ตามมา เช่นการตัดสินใจฉวยต่อประเด็นปัญหา การจัดหาพฤติกรรมวิธีการดำเนินงาน และการสร้างพฤติกรรมเพื่อส่วนรวม

โดยสรุป KAP เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้รับสาร อันเนื่องมาจากผู้รับสารนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมกับการสื่อสาร หากการส่งสารและการกระจายนวัตกรรมจำเป็นต้องผ่าน

การสื่อสารสังคมแล้ว สัมฤทธิ์ผลของการสื่อสารและการกระจายนวัตกรรม ก็สามารถวัดได้จากการสำรวจ KAP ซึ่งมีกนียมกระทำเสมอ

การวิจัยโดยใช้ KAP survey จะมีประโยชน์เมื่อใช้ในการศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรู้ด้านสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับการรักษา และการป้องกัน หรือเกี่ยวกับตัวแปรทางสังคมวิทยา เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ และสถานะทางสังคม แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญคือต้องรู้และเข้าใจว่า ข้อมูลประเภทใดสามารถเก็บได้โดยวิธีใด และเลือกวิธีการที่เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ถ้าวัตถุประสงค์คือเพื่อศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในเชิงสุขภาพ อาจจะต้องใช้วิธีการที่เหมาะสมต่าง ๆ เช่นการทำ focus group การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และวิธีการมีส่วนร่วมแบบต่าง ๆ ซึ่งอาจจะใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณร่วมกันก็ได้ (Launiala, 2009)

ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม (KAP model) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ๆ ในการรายงานความเสี่ยง โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการปรับเปลี่ยนในแง่ของความรู้ และทักษะคิดที่สามารถวัดได้จากการมีส่วนร่วมของบุคลากร เนื่องจากเป็นผลที่เกิดจากการมีทักษะคิดที่ดี โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งวัดได้จากการใช้การวัดอัตราการรายงานความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาล ดังที่กล่าวมาข้างต้น แล้วทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงโดยการนำทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมมาใช้ โดยใช้การประเมินผลการเรียนรู้ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม

4.3 การประเมินผลการเรียนรู้ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม

การประเมินผลการเรียนรู้ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม จะสามารถแบ่งการประเมินออกเป็น 3 หัวข้อใหญ่ๆ ได้แก่การวัดการประเมินความรู้ (การวัดด้านพุทธิพิสัย) การประเมินด้านทักษะคิด (การวัดด้านจิตพิสัย) และการประเมินด้านพฤติกรรม (การวัดด้านทักษะพิสัย) (สมชาย รัตนทองคำ, 2554)

4.3.1 การวัดการประเมินความรู้ (การวัดด้านพุทธิพิสัย)

การวัดด้านพุทธิพิสัยเป็นการวัดความสามารถด้านสติปัญญา ประกอบด้วยความสามารถด้านความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า โดยเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมนี้มักใช้แบบทดสอบ มักนิยมวัดเนื้อหาสาระ ซึ่งแบบทดสอบโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) แบบทดสอบอัตนัย ที่เหมาะสำหรับการวัดความสามารถใน

การใช้ภาษาและแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย คำตอบที่ได้มักไม่มีผิดถูกอย่างสมบูรณ์ และ 2) แบบทดสอบปรนัย ซึ่งเป็นแบบทดสอบประเภทถูก-ผิด จับคู่ เติมคำ และเลือกตอบ

4.3.2 การประเมินด้านทัศนคติ (การวัดด้านจิตพิสัย)

การวัดด้านจิตพิสัยเป็นการวัดความรู้สึกนึกคิดทางจิตใจ อารมณ์ และคุณธรรมของบุคคล ซึ่งการแสดงออกของคุณลักษณะจิตพิสัยมีทิศทางการแสดงออกได้สองแนวทางตรงกันข้าม เช่น รัก-เกลียด ชอบ-ไม่ชอบ และมีระดับความเข้มของความรู้สึก เช่น รักมากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยพฤติกรรมด้านจิตพิสัยแบ่งได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ การตอบสนอง การสร้างคุณค่า การจัดระบบคุณค่า และการสร้างลักษณะนิสัย เครื่องมือที่นิยมมากในการวัดพฤติกรรมจิตพิสัยคือ 1) มาตรการส่วนประมาณค่า 2) แบบสำรวจรายการ 3) แบบวัดเชิงสถานการณ์ และ 4) แบบสังเกต

4.3.3 การประเมินด้านพฤติกรรม (การวัดด้านทักษะพิสัย)

การวัดด้านทักษะพิสัย เป็นการวัดความสามารถในการทำงานหรือการทำการกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ หรือการกระทำให้เกิดผลอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งทักษะพิสัยสามารถจำแนกออกเป็น 7 ระดับได้แก่ การรับรู้ เตรียมความพร้อม การตอบสนองตามแนวทางที่กำหนดให้ ความสามารถด้านกลไก การตอบสนองที่ซับซ้อน ความสามารถในการดัดแปลง และความสามารถในการริเริ่ม โดยลักษณะการวัดแยกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพฤติกรรมโดยการสังเกตพฤติกรรมขณะปฏิบัติ 2) ระดับผลลัพธ์ พิจารณาจากผลจากพฤติกรรมย่อยที่ปรากฏซึ่งพิจารณาได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และ 3) ระดับประสิทธิผล เป็นการวัดผลงานเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายการวัดโดยตรง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดในการวัดด้านทักษะพิสัยได้แก่ 1) การทดสอบ เช่น การสอบปากเปล่า หรือการสอบข้อเขียน 2) การสังเกต เป็นการสังเกตการปฏิบัติจริง ทำให้ผู้สอบมีโอกาสเห็นกระบวนการลำดับขั้นตอนการทำงานของผู้เข้ารับการทดสอบ และเห็นพฤติกรรมต่าง ๆ ในสภาพจริง และ 3) แบบสำรวจรายการ (Checklist) มักใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบรายการกิจกรรม และพฤติกรรมในการปฏิบัติงานว่ามีรายการ และหากมี มีมากน้อยเพียงใด คุณภาพเป็นอย่างไร หรือขั้นตอนที่ผู้สอบปฏิบัตินั้นครบตามจุดประสงค์ของการประเมินหรือไม่

ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การประเมินผลการเรียนรู้ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมาใช้ในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โดยแบ่งการประเมินผลการเรียนรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การวัดการประเมินความรู้ (การวัดด้านพุทธิพิสัย) จะใช้แบบทดสอบปรนัยประเภทถูก-ผิด ในการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง โดยเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจ ก่อนและภายหลังการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ 2) การประเมินด้านทัศนคติ (การวัดด้านจิตพิสัย) จะใช้มาตรการส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert rating

scale) ในการวัดการประเมินทัศนคติของผู้เข้าร่วมวิจัยในการรายงานความเสี่ยง และในการใช้รูปแบบการรายงานความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ และ 3) การประเมินด้านพฤติกรรม (การวัดด้านทักษะพิสัย) จะใช้แบบสำรวจรายการ (Checklist) ในการตรวจสอบรายการกิจกรรม และพฤติกรรมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ โดยการเปรียบเทียบจำนวน และคุณภาพของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อน และภายหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

5. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรจะต้องปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความรู้และความสามารถของบุคลากรในองค์กรให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความคิดที่ทันสมัย ก้าวทันโลกอยู่เสมอไม่ล้าหลังกว่าผู้อื่น และสามารถปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าขององค์กรต่อไป ในเรื่องนี้จะกล่าวถึงความหมาย และวิธีการพัฒนาบุคลากร

5.1 ความหมายของการพัฒนาบุคลากร

มีผู้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรในองค์กรต่าง ๆ ไว้หลายความหมายดังนี้ Nadler (อ้างถึงในพิไลวรรณ อินทร์รักษา, 2550) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ว่า เป็นการจัดการดำเนินงานให้บุคลากรได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง อันที่จะนำมาซึ่งการปรับปรุงความสามารถในการทำงานและส่งเสริมความก้าวหน้า โดยแบ่งกิจกรรมสำคัญ ๆ ของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ออกเป็น 3 ประการ คือ การศึกษา (Education) การฝึกอบรม (Training) และการพัฒนา (Development)

สุชาติดา พลวัฒน์ และคณะ (2561) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากร คือ กระบวนการที่มุ่งเปลี่ยนแปลงบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถ ทักษะและทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาแล้ว สามารถปฏิบัติงานได้ตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

Dessler (2014) ได้ให้ความหมายของการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรว่า เป็นการทำให้บุคลากรใหม่ หรือบุคลากรปัจจุบันมีทักษะที่มีความจำเป็นในการทำงาน ซึ่งถ้าหากบุคลากรไม่รู้ว่าต้องทำอะไร หรือทำอย่างไร จะทำให้บุคลากรเหล่านั้นใช้วิธีการค้นสด หรือไม่ทำอะไรที่มีประโยชน์เลย ซึ่งมีกระบวนการมาตรฐานในการอบรมพัฒนาบุคลากร 5 ขั้นตอนได้แก่ การวิเคราะห์ (Analysis) - การออกแบบ (Design) - การพัฒนา (Develop) - การนำไปใช้ (Implement) - การประเมิน (Evaluate) ; ADDIE ยกตัวอย่างกระบวนการได้ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ – วิเคราะห์ความต้องการของการฝึกอบรม
- 2) การออกแบบ – ออกแบบโปรแกรมการฝึกโดยรวม
- 3) การพัฒนา – การพัฒนาหลักสูตร
- 4) การนำไปใช้ – การดำเนินการฝึกอบรมโดยการฝึกอบรมบุคลากร
กลุ่มเป้าหมายจริงโดยใช้วิธีการดังกล่าว

5) การประเมิน – ประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร

ภารตี คลังธาร (2560) ได้สรุปแนวคิดของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ซึ่งมีการพัฒนาอย่างยาวนานออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มที่ 1 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้บุคลากรในองค์กรได้รับความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะความชำนาญ เพื่อจะนำมาปรับปรุงความสามารถในการทำงาน รวมทั้งมีการพัฒนาด้านร่างกาย และจิตสำนึก โดยการปรับพฤติกรรมของบุคคลที่จะต้องสอดคล้องกับความต้องการขององค์กรในอนาคต

2) กลุ่มที่ 2 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นการพัฒนาบุคลากรขององค์กรด้วยการพัฒนาความรู้ พัฒนาทักษะความชำนาญ และพัฒนาทัศนคติเชิงบวก ผ่านกระบวนการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษาเพิ่มเติม การฝึกอบรมด้วยการปฏิบัติงานจริง และการพัฒนาจิตสำนึกให้มีความรับผิดชอบในงานเพิ่มขึ้น

3) กลุ่มที่ 3 มีแนวคิดต่อยอดขึ้นไปว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การพัฒนาระดับบุคคล การพัฒนาระดับกลุ่ม และการพัฒนาระดับระบบ ด้วยกระบวนการเรียนรู้ 3 รูปแบบ คือการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน และการเรียนรู้เพื่อเตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จะมีความเกี่ยวพันกันระหว่างทฤษฎีและแนวคิดแห่งการเรียนรู้ไม่ว่าจะเป็น Reinforcement Theory, Cognitive Learning Theory, Experiential Learning Theory, และ Social Learning Theory ย่อมต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ โดยต้องใช้ความเกี่ยวพันระหว่างทฤษฎี และแนวคิดแห่งการเรียนรู้ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ตารางแสดงความเกี่ยวข้องระหว่างทฤษฎีและแนวคิดแห่งการเรียนรู้

ทฤษฎีและแนวคิด	เนื้อหาสาระ
The Process of Learning กระบวนการเรียนรู้	การเรียนรู้มีความสลับซับซ้อน และสามารถบรรลุได้ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันมากมาย บริบทจึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง
Reinforcement Theory ทฤษฎีการเสริมพลัง	พฤติกรรมสามารถถูกทำให้เข้มแข็งได้ โดยการเสริมพลังพฤติกรรม ด้วยเงื่อนไขเชิงบวกที่ป้อนกลับไปสู่บุคลากรขององค์กร
Cognitive Learning Theory ทฤษฎีการเรียนรู้แบบหยั่งรู้	ผู้เรียนรู้ต้องการความเข้าใจที่ว่า พวกเขาควรเกิดความเข้าใจภายในตัวตน โดยการแสดงออกเกี่ยวกับวัตถุติดแห่งการเรียนรู้ และสามารถแก้ปัญหาขององค์กรได้
Experiential Learning Theory ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์	ประชาชนเรียนรู้โดยการประกอบสร้างความหมายและพัฒนาทักษะของพวกเขาโดยผ่านประสบการณ์จริง
Social Learning Theory ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม	การเรียนรู้เป็นสิ่งที่มีความประสิทธิผลมากที่สุดในการก่อรูปสังคม ความเข้าใจของปัจเจกบุคคลถูกจัดรูปโดยการเรียนรู้ส่วนเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นในสถานการณ์จริง
Learning Styles สไตล์การเรียนรู้	บุคลากรทุกคนมีสไตล์การเรียนรู้ของตนเอง
The Learning Curve ความโน้มเอียงของการเรียนรู้	เมื่อให้เวลาเพียงพอ ก็สามารถบรรลุมาตรฐานของทักษะที่ยอมรับได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งแปรเปลี่ยนตามประชาชน การเรียนรู้จะประสบความสำเร็จตามขั้นตอนในแนวราบมากกว่าตามกระบวนการในแนวตั้ง
The Motivation to Learn แรงจูงใจสู่การเรียนรู้	ประชาชนต้องการแรงจูงใจสำหรับการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

ที่มา: ภารดี คลังธาร (2560, น.33-34)

5.2 วิธีการพัฒนาบุคลากร

พิไลวรรณ อินทร์กษา (2550) ได้กล่าวถึงการพัฒนาบุคลากรโดยใช้กิจกรรมจำแนกเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ดังนี้

5.2.1 กิจกรรมที่ใช้ความรู้ประสบการณ์และปรับปรุงทัศนคติในงาน

1) การฝึกอบรม (Training)

2) การสอนงาน (Job Instruction & Coaching)

5.2.2 กิจกรรมการบริหาร

- 1) การสับเปลี่ยนโยกย้ายหน้าที่ (Transfer)
- 2) การหมุนเวียนงาน (Job Rotation)
- 3) การทดลองเวียนงาน หรือให้ทำหน้าที่ผู้ช่วย (Under Study)
- 4) การรักษาการแทน (Acting)
- 5) การให้ทำหน้าที่ในคณะกรรมการ (Committee)
- 6) การดูงาน (Study Tour/Visit)
- 7) การเพิ่มความรับผิดชอบ (Job Enrichment)
- 8) การมอบหมายงานพิเศษ (Special Assignment)
- 9) การจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมคุณภาพ (Q.C. Cycle)
- 10) การจัดเปลี่ยนรูปแบบองค์กร
- 11) การให้ร่วมคณะทำงาน (Working Group)

5.2.3 กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง

- 1) การให้ทุนการศึกษา
- 2) การส่งเสริมการศึกษาส่วนตัว

5.2.4 กิจกรรมการแสวงหาความรู้ในหน้าที่

- 1) การจัดโปรแกรมการศึกษา
- 2) การให้คู่มือในการปฏิบัติงาน
- 3) การมอบหมายให้วิจารณ์หนังสือ
- 4) การจัดวารสารทางวิชาการในสาขาอาชีพให้อ่าน
- 5) การส่งเอกสารให้ทำรายงานสรุปให้ส่งอยู่เสมอ
- 6) การส่งเข้าประชุม หรือเป็นสมาชิกชมรมวิชาชีพ

นอกจากกิจกรรมประเภทต่าง ๆ ที่ใช้ในการพัฒนาบุคลากรตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีการพัฒนาบุคลากรอีกรูปแบบหนึ่ง คือการพัฒนาบุคลากรแบบองค์รวม (WPD - Whole Person Development) ซึ่งเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการเพื่อให้บุคลากรได้มีการพัฒนาแบบสมบูรณ์และสมดุล ประกอบด้วย 7 มิติ ได้แก่

1) การพัฒนาด้านปัญญา (Intellectual Development) เช่น การฝึกอบรมในห้องเรียน หรือการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงานจริง ซึ่งการพัฒนาด้านปัญญานี้จะทำให้บุคลากรมีความสามารถที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต สามารถทำการตัดสินใจ สร้างสรรค์ความคิดใหม่ ๆ

2) *การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Development)* เป็นการพัฒนาจากภายในสู่ภายนอก เช่นการส่งบุคลากรเข้าโครงการวิปัสณากรรมฐาน หรือการฝึกสมาธิ เพื่อให้มีสุขภาพใจที่ดีขึ้น อันจะส่งผลถึงสุขภาพกาย และประสิทธิภาพในการทำงานที่ดีขึ้น

3) *การพัฒนาด้านร่างกาย (Physical Development)* มาจากการกินอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การมีความสุขในการทำงาน และการพักผ่อน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน

4) *การพัฒนาด้านสังคม (Social Development)* คือการแสดงออกซึ่งบทบาททางสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกขัดเขิน รวมถึงความสามารถในการพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดี มีเครือข่ายมักเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จของงาน

5) *การพัฒนาด้านสุนทรียศาสตร์ (Aesthetics Development)* มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยทำให้เกิดความสงบชั่วคราว กระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ เกิดสมดุลทางอารมณ์ เช่น การทำกิจกรรมวาดภาพ หรือชมรมตามความสนใจ

6) *การพัฒนาด้านอาชีพ (Career Development)* เป็นความสามารถในการวางแผนพัฒนาและวางกลยุทธ์ในอาชีพ การปรับตัวสอดคล้องกับความท้าทายของอาชีพในแต่ละช่วง การเติบโตในอาชีพที่เลือก ความพึงพอใจในอาชีพ การรักษาสมดุลของอาชีพกับส่วนอื่น ๆ

7) *การพัฒนาด้านอารมณ์ (Emotional Development)* เป็นการพัฒนาเพื่อให้เกิดความสมดุลของอารมณ์ตนเองกับสภาพแวดล้อมและผู้อื่น รวมถึงความสามารถในการยอมรับและแสดงออกอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ซึ่งการพัฒนาแบบองค์รวมนี้อาจครั้งวิธีการพัฒนาหนึ่งอาจส่งผลต่อการพัฒนาหลาย ๆ ด้านในเวลาเดียวกัน เช่น การพัฒนาด้านจิตวิญญาณและด้านอารมณ์อาจใช้วิธีการนั่งสมาธิเป็นการพัฒนาทั้งสองด้านไปพร้อม ๆ กัน (สุชาติดา ผลวัฒน์ และคณะ, 2561)

ในการวิจัยนี้จะเป็นการประยุกต์ใช้การพัฒนาใน 2 มิติ ได้แก่ การพัฒนาด้านปัญญา และการพัฒนาด้านสังคม ในกระบวนการพัฒนาบุคลากรในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยการพัฒนาด้านปัญญาจะใช้รูปแบบการฝึกอบรม และการให้บุคลากรที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นออกแบบรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และมีความสะดวกกับผู้ใช้งาน และในส่วนของการพัฒนาด้านสังคมจะเป็นการพัฒนาที่นำเข้ามาประยุกต์สอดแทรกในกระบวนการเรียนรู้การพัฒนาด้านปัญญา โดยใช้การเสริมสร้างพลังเครือข่ายในการค้นหา และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีในองค์กร ให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และลดการกล่าวโทษกันเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้น โดยการพัฒนาทั้ง 2 มิติ นี้ จะเป็นการพัฒนา

บุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ผ่านโครงการ “การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงด้านคลินิกในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์”

6. ระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

โรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด 200 เตียง สังกัดมณฑลทหารบกที่ ๒๒ กระทรวงกลาโหม ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแล รักษา ฟันฟูกำลังพลทหาร ครอบครัวกำลังพลทหาร และประชาชนในพื้นที่ และพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งโรงพยาบาลได้ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และได้รับการตรวจประเมินเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเรื่อยมา (Reaccreditation survey) ล่าสุดได้รับการประเมินเพื่อต่ออายุเป็นครั้งที่ 6 ในวันที่ 25 มิถุนายน 2565 และมุ่งสู่การก้าวสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) ต่อไปในอนาคต

6.1 โครงสร้างหน่วยงานของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

โรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ได้มีการแบ่งการบังคับบัญชาออกเป็น 3 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายการแพทย์ และฝ่ายการพยาบาล สำหรับส่วนการรักษาทางคลินิกจะแบ่งส่วนการรักษาออกเป็นกองต่าง ๆ ได้ 4 กอง ได้แก่

6.1.1 กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก มีบทบาทหน้าที่ให้การดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

6.1.2 กองผู้ป่วยใน มีบทบาทหน้าที่ให้การดูแลบำบัดรักษาการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล รวมทั้งการให้บริการในห้องผ่าตัด และห้องคลอด

6.1.3 กองสนับสนุน มีบทบาทหน้าที่ให้การสนับสนุนการบริการทางคลินิก ตั้งแต่การให้บริการทางพยาธิวิทยา การให้บริการทางรังสีวินิจฉัย การให้บริการบำบัดฟันฟูกำลังพลทหารด้วยวิธีการกายภาพ และการนวดแผนไทย

6.1.4 กองส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน มีบทบาทหน้าที่ให้การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก และให้บริการเวชกรรมป้องกันทั้งในหน่วยทหารในพื้นที่ หน่วยเฉพาะกิจทหารชายแดนประเทศ และชุมชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ รวมถึงการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่กำลังพลทหาร และครอบครัวกำลังพลทหาร

6.2 การแบ่งการบังคับบัญชาตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในส่วนของการรักษาพยาบาลจะปฏิบัติงานใน 2 หน่วยงานหลัก ได้แก่

6.2.1 กองผู้ป่วยนอก

กองผู้ป่วยนอกได้มีการแบ่งการบังคับบัญชาตามหน่วยออกได้เป็น 2 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก และห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในแต่ละหน่วยงานจะประกอบไปด้วย พยาบาลหัวหน้าห้องตรวจโรค/ห้องฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยการพยาบาล ซึ่งขึ้นตรงต่อหัวหน้ากองผู้ป่วยนอก

6.2.2 กองผู้ป่วยใน

กองผู้ป่วยในได้มีการแบ่งการบังคับบัญชาตามหน่วยออกได้เป็น 7 หน่วยงาน ได้แก่ หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วย 1/1 หอผู้ป่วย 1/2 หอผู้ป่วย 2/2 หอผู้ป่วยวิกฤต ห้องคลอด และห้องผ่าตัด ในแต่ละหน่วยงานจะประกอบไปด้วยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยการพยาบาล ซึ่งขึ้นตรงต่อหัวหน้ากองผู้ป่วยใน

กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก และกองผู้ป่วยในมีบุคลากรในส่วนการรักษาพยาบาล ที่เป็นหัวหน้าพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพรวมทั้งสิ้น 84 คน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามประกาศสภาการพยาบาล เรื่องมาตรฐานการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2562) ในหมวดที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีที่สุด ตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน ได้รับการประเมินและแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ซึ่งมีมาตรฐานย่อยจำนวน 5 มาตรฐาน ได้แก่

1) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย

- (1) ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรม และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- (2) ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาล
- (3) ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
- (4) ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล
- (5) ให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแล
- (6) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

- 2) การรักษาสีทนต์ผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ประกอบด้วย
- (1) ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ
 - (2) มีการส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 - (3) มีการปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิผู้ป่วย สิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ
- 3) การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย
- (1) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้ถูกต้องเหมาะสม ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิชาการ
 - (2) พัฒนานวัตกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อการให้บริการพยาบาลแต่ละกลุ่มโรค
 - (3) ทบทวน ประเมินและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- 4) การจัดการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย
- (1) ประเมิน วางแผนและจัดการการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมผู้รับบริการ ครอบครัว หรือผู้เกี่ยวข้อง
 - (2) พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง
 - (3) ส่งต่อการดูแลผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกสถานพยาบาล
 - (4) มีระบบติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและ/หรือในชุมชน
 - (5) มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
- 5) การบันทึกและรายงานการพยาบาล ประกอบด้วย
- (1) บันทึกการพยาบาลต้องมีข้อมูลสำคัญครบ 4 ส่วน
 - (2) ต้องบันทึกข้อมูลสำคัญที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่ถูกต้อง
 - (3) บันทึกและรายงานการพยาบาล สามารถใช้สื่อสารในทีมการพยาบาลและระหว่างทีมสุขภาพ
 - (4) มีการติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพการบันทึกและรายงานการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

6.3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการบริหารความเสี่ยง

นอกจากพยาบาลจะมีบทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามประกาศสภาการพยาบาลแล้ว พยาบาลยังคงมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงอีกด้วย เพราะวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานภายใต้กรอบแนวคิด ความรู้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ มีมาตรฐานของวิชาชีพ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น แต่ถ้าหากการปฏิบัติงานดังกล่าวไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว ก็จะส่งผลกระทบต่อทั้งองค์กร ตัวผู้ปฏิบัติงาน และต่อผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติงานต่าง ๆ ย่อมมีความเสี่ยงหรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งบางครั้งความเสี่ยงหรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมีทั้งที่สามารถป้องกันได้ และป้องกันไม่ได้ อาจเกิดจากความประมาทหรือแม้แต่การรู้เท่าไม่ถึงการณ์ จึงได้มีการบริหารจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงซึ่งได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 ตามประกาศของสภาการพยาบาลในมาตรฐานที่ 4 ของมาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ระบุไว้ว่า “องค์กรบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ต้องมีระบบการจัดการความเสี่ยง และต้องจัดไว้เป็นระบบหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขององค์กรนั้น ๆ” โดยความเสี่ยงทางการพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

6.3.1 ปัจจัยภายนอกวิชาชีพ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ สิ่งแวดล้อม ผู้ร่วมงาน

6.3.2 ปัจจัยภายในวิชาชีพ เช่น มาตรฐานการบริการองค์ความรู้ จรรยาบรรณวิชาชีพ การควบคุมกำกับโดยองค์กรวิชาชีพ

6.3.3 ปัจจัยด้านบุคลากร และเทคนิคการปฏิบัติ เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการวางแผนทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาล การวิเคราะห์งาน การสรรหา การมอบหมายงาน ผลการปฏิบัติการพยาบาล การฝึกอบรม

6.3.4 ปัจจัยด้านงบประมาณ เช่น การเบิกจ่าย การจัดสรรงบประมาณ การนำงบประมาณมาใช้ในงานพัฒนาคุณภาพ การจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ

6.3.5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การเก็บอุปกรณ์ในแผนก

6.3.6 ปัจจัยด้านบรรยากาศการทำงาน เช่น การสะท้อนให้เห็นจากการคงอยู่ของบุคลากร ปัญหาการสื่อสารในแผนกหรือหน่วยงาน

6.3.7 ปัจจัยด้านสารสนเทศและการสื่อสาร เช่น ระบบการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลคอมพิวเตอร์ การสื่อสารภายในองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง นโยบายหรือแนวทางปฏิบัติ

พยาบาลในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องค้นหาความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็น ความเสี่ยงเชิงรุก เช่นการสังเกต การค้นหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย การค้นหาข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย หรือการค้นหาเชิงรับ เช่นรายงานอุบัติการณ์ รายงานของเวรตรวจการ รายงาน ความปลอดภัย คำแนะนำจากผู้รับบริการ เป็นต้น เพราะการค้นหาความเสี่ยงจะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด หรือลดความรุนแรงของผลกระทบ ซึ่งการพัฒนากระบวนการความเสี่ยงในองค์กร พยาบาลนั้น จะต้องพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยเน้นการสร้างวัฒนธรรมให้ ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยงในงานของตนเอง เริ่มจากการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน ตนเอง โดยรณรงค์ให้มีการบันทึก Incident Report โดยองค์กรจะต้องอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มรับเข้าทำงานตลอดจนฝึกอบรมเป็นระยะ ๆ และนอกจากนี้ยังต้องพัฒนาระบบการค้นหา การรายงานอุบัติการณ์ การจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ มีการตรวจสอบมาตรฐานการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อสามารถค้นหาความเสี่ยงหรือความผิดพลาดได้แล้ว พยาบาลในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องรวบรวมข้อมูลว่ามีความเสี่ยงหรือความผิดพลาดอะไรบ้างที่ส่งผลกระทบมากที่สุด โดยเรียงลำดับปัญหาที่มีปริมาณมากไปสู่ปัญหาที่มีปริมาณน้อย แล้วจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และเลือกปัญหาที่คิดว่ามีความสำคัญที่ส่งผลกระทบมากที่สุดมาทำ CQI (Continuous Quality Improvement) และนำมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุรากเงาของปัญหา (Root Cause Analysis) ซึ่งทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่นิยมคือการตั้งคำถาม 5 why โดยการตั้งคำถาม “ทำไม” อย่างน้อย 5 ครั้ง และเมื่อได้สาเหตุของปัญหาแล้ว จะต้องนำมาทบทวนเพื่อวางแผนสร้างกิจกรรมและประเมินผลตามขั้นตอน Plan-Do-Check-Act หรือเรียกว่า Deming cycle ต่อไป และนอกเหนือจากการใช้ Deming cycle แล้วพยาบาลจะต้องดำเนินงานบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Swanburg ที่ได้แบ่งองค์ประกอบได้แก่ การไว้วางใจกัน (Trust) ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) การตั้งเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ร่วมกัน (Goals & objective) ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน (Autonomy) เป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญต่อการบริหารความเสี่ยง อยู่บนแนวความคิดของการแบ่งอำนาจหน้าที่ โดยการบริหารความเสี่ยงจำเป็นต้องให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบงานการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ร่วมตัดสินใจระบุบุคลากร ผู้รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ที่รูปแบบกำหนดไว้ กำหนดระยะเวลาการทำงานและเลือกกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง, 2560)

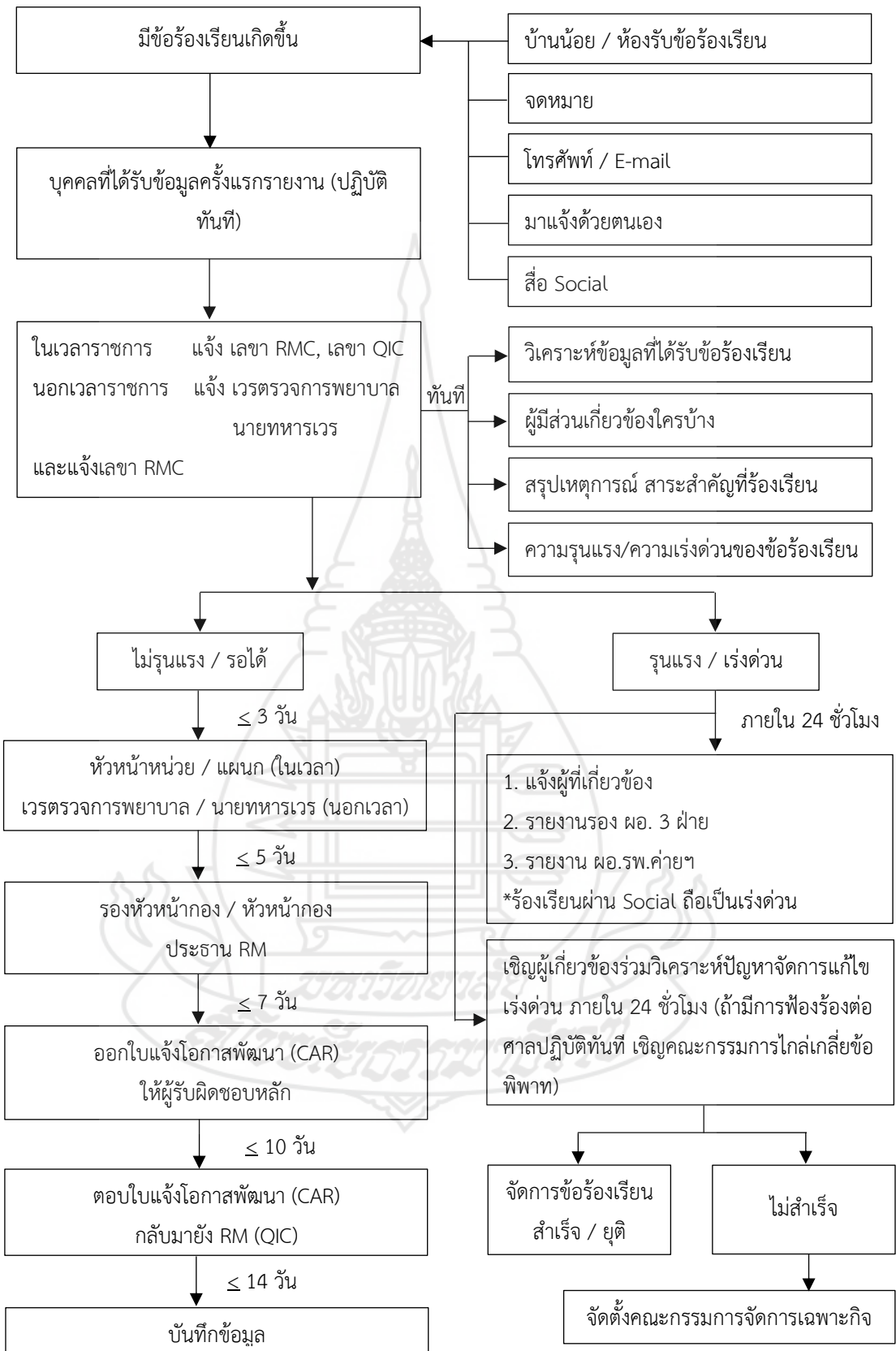
6.4 ระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

โรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ได้มีการนำกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ โดยการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk management committee) มีพันธกิจในการจัดตั้งระบบบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อเป็น

หลักประกันในการให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีหน้าที่ ได้แก่

- 6.4.1 ทบทวนอุบัติการณ์และการฟ้องร้องที่สำคัญ เพื่อหาจุดอ่อนในระบบ
- 6.4.2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูแนวโน้มหรือค้นหาความเสี่ยง
- 6.4.3 เสนอแนะแนวทางป้องกันหรือควบคุมความเสี่ยง
- 6.4.4 อภิปรายเกี่ยวกับการดำเนินงานและประสิทธิผลของกลไกและควบคุมความเสี่ยงที่มี
- 6.4.5 ร่วมกับผู้จัดการความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยง ประเมิน และดำเนินการแก้ไขป้องกัน
- 6.4.6 สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
- 6.4.7 รายงานการบริหารความเสี่ยงเสนอผู้บริหาร และคณะกรรมการของโรงพยาบาล

ในกระบวนการการรายงานความเสี่ยง เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น ผู้พบเหตุการณ์จะพิจารณาระดับความรุนแรง และมีการรายงานตามสายการบังคับบัญชา โดยในเวลาราชการจะมีการรายงานเลขาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RMC) และเลขาศูนย์พัฒนาคุณภาพ (QIC) และนอกเวลาราชการจะมีการรายงานเวรตรวจการพยาบาล หรือนายทหารเวร หากพิจารณาแล้วพบว่าไม่รุนแรง หรือรอดได้ ให้แจ้งรองหัวหน้ากอง หัวหน้ากอง ประธาน RM แล้วให้ผู้รับผิดชอบหลักตอบใบแจ้งโอกาสพัฒนา (CAR) แต่หากพิจารณาแล้วพบว่ารุนแรง หรือเร่งด่วน ให้รายงานรองผอ.โรงพยาบาล และผอ.โรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง และเชิญผู้เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ปัญหาจัดการแก้ไขเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้มีการบันทึกเหตุการณ์ส่งศูนย์พัฒนาคุณภาพเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่งให้กับกรรมการผู้จัดการความเสี่ยงพิจารณาวิเคราะห์ความเสี่ยงนั้น ก่อนมอบหมายให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านต่าง ๆ ไปดำเนินการแก้ไขโอกาสนั้น ๆ โดยการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าปัญหา (Root Cause Analysis) หามาตรการแก้ไขและป้องกัน รายงานตามสายการบังคับบัญชา ให้คณะกรรมการพิจารณาอีกครั้ง หากเห็นด้วยให้พิจารณาปิดประเด็น เก็บเป็นข้อมูลและติดตามเป็นระยะ ถ้าคณะกรรมการไม่เห็นด้วยต้องพิจารณาอีกครั้ง ตามแนวทางการจัดการข้อร้องเรียนโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ตามภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 แนวทางการจัดการข้อร้องเรียนโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

สำหรับระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิ-
ประสงค์ได้มีการรายงานผ่านระบบ HRMS on Cloud (Healthcare Risk Management System)
ซึ่งเป็นการรายงานผ่านโปรแกรมโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต ได้ทุกที่ผ่านคอมพิวเตอร์ หรือโทรศัพท์
สมาร์ทโฟนของตนเองตลอด 24 ชั่วโมง โดยที่บุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์แต่ละคน
จะมีรหัสผ่านสำหรับเข้าใช้งานโปรแกรม และได้รับการอบรมวิธีการใช้งานโปรแกรม เพื่อใช้รายงาน
อุบัติการณ์ความเสี่ยง การยืนยันความเสี่ยง หรือการบริหารจัดการความเสี่ยง ตามกลุ่มผู้ใช้งาน และมี
การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยศูนย์พัฒนาคุณภาพ ตามภาพที่ 2.3 ซึ่งข้อมูลจากระบบ HRMS นี้จะเชื่อมโยง
ข้อมูลเข้าสู่ระบบ NRLS (National Reporting and Learning System) ทันทีโดยอัตโนมัติ เพื่อรวบรวม
ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงของทุก ๆ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P safety Hospital โดยกลุ่ม
ผู้ใช้งานทั้ง 3 กลุ่มมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1) บุคลากรขององค์กรทุกคน ทุกระดับ

มีหน้าที่ เผื่อระวัง ค้นหาและบันทึกรายงานการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง
เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น

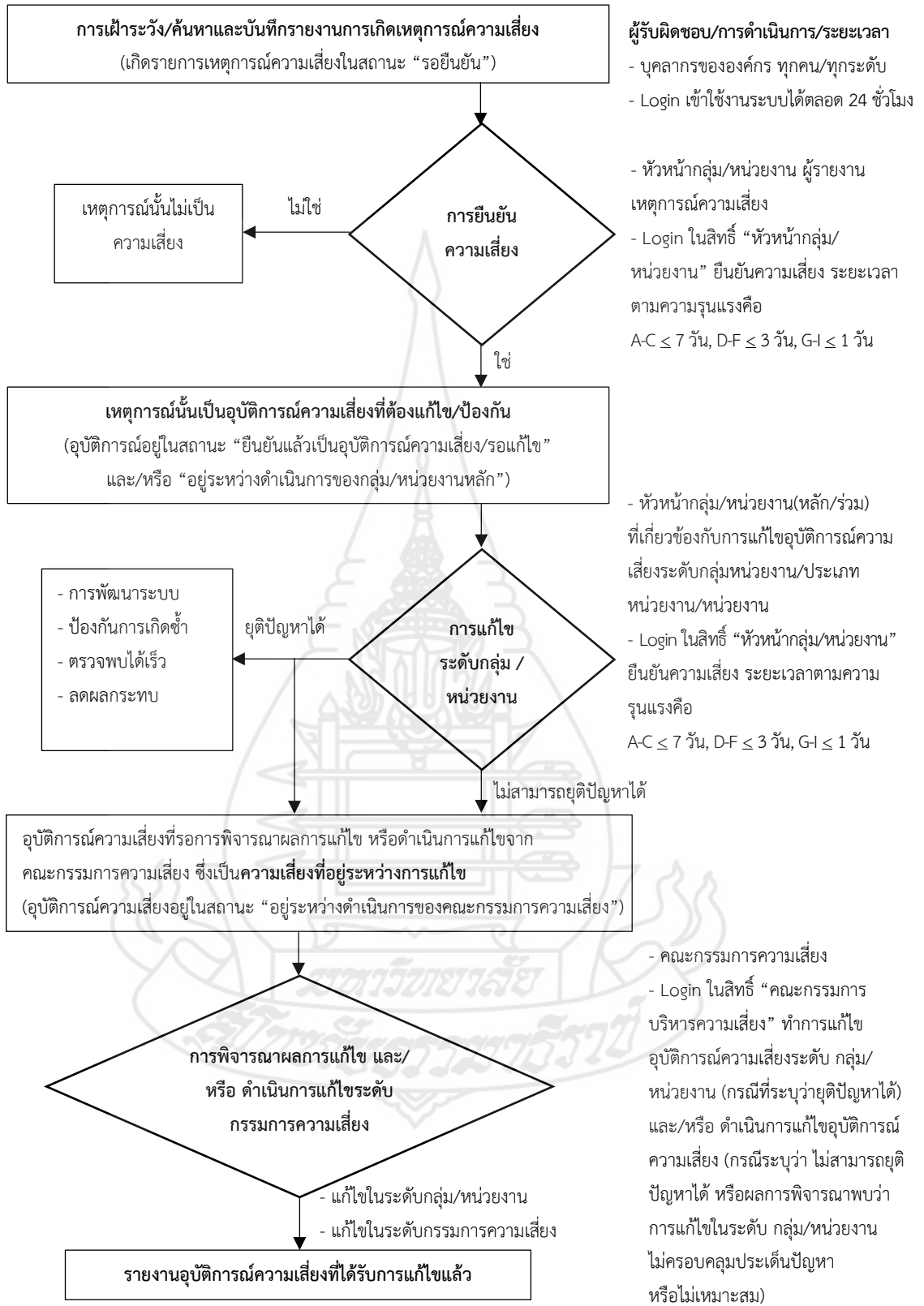
2) หัวหน้ากลุ่ม/หน่วยงานของผู้รายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง

มีหน้าที่ ยืนยันความเสี่ยง วางแนวทางการป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ
การพัฒนาการดำเนินงาน และการลดผลกระทบในระดับหน่วยงาน

3) คณะกรรมการความเสี่ยง

มีหน้าที่ พิจารณาผลการแก้ไขหรือดำเนินการแก้ไขระดับกรรมการ
ความเสี่ยง

แต่จากผลการวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลของศูนย์พัฒนาคุณภาพ พบว่าการ
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud ยังมีการรายงานผ่านระบบน้อยกว่าสภาพ
ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง โดยทราบได้จากบางเหตุการณ์ความเสี่ยงตรวจพบโดยทีมบริหารการพยาบาล
โดยบังเอิญ จากผลกระทบที่เกิดตามมา หรือพบได้จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง ซึ่งทำให้การ
ดำเนินการแก้ปัญหานั้นล่าช้า หรือไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการที่ทำให้ต้องรักษา
นานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น



ภาพที่ 2.3 แนวทางการจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

การรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ ได้มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud มีผลการดำเนินงานด้านอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 – 2564 พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรวม 819 เรื่อง คิดเป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก 632 เรื่อง (77.17 %) เป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป 187 เรื่อง (22.83 %) ในปี พ.ศ. 2563 มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรวม 538 เรื่อง คิดเป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก 408 เรื่อง (75.84 %) เป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป 130 เรื่อง (24.16 %) และในปี พ.ศ. 2564 มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรวม 542 เรื่อง คิดเป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก 434 เรื่อง (80.07 %) เป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป 108 เรื่อง (19.93 %) สามารถสรุปการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ตามตารางที่ 2.3 ซึ่งจะเห็นได้ว่า แนวโน้มการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์มีแนวโน้มที่ลดลงในแต่ละปี แต่ก็ยังพบว่ายังคงมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นซ้ำ หรือมีเหตุการณ์ความเสี่ยงที่พบได้จากการตรวจพบโดยบังเอิญ แสดงให้เห็นว่าการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้ ยังเป็นการรายงานที่น้อยกว่าความเป็นจริง

ตารางที่ 2.3 ตารางแสดงการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

ปี	ความเสี่ยงด้านคลินิก		ความเสี่ยงทั่วไป		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
พ.ศ. 2562	632	77.17	187	22.83	819
พ.ศ. 2563	408	75.84	130	24.16	538
พ.ศ. 2564	434	80.07	108	19.93	542

จากกระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ในปัจจุบันนี้ จะพบว่าบุคลากรหลักที่เป็นส่วนสำคัญในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นคือพยาบาลวิชาชีพ แต่นอกจากพยาบาลวิชาชีพแล้ว ก็ยังมีทีมสหวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และบุคลากรในส่วนอื่น ๆ โดยใช้การรายงานผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้วยโปรแกรม HRMS on Cloud ซึ่งทำให้กระบวนการการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นเป็นระบบระเบียบมากขึ้น สามารถเข้าถึงได้ง่าย แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันก็ยังคงพบว่าการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงยังมีการรายงานที่น้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งทำให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงไม่สามารถเข้ามาแก้ไขปัญหาได้ทัน

และไม่สามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการล้มความเสียหายซ้ำได้ จึงพบว่ายังคงมีอุบัติเหตุการล้มความเสียหายแบบเดิมเกิดขึ้นซ้ำอีก

โรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ได้มีการพัฒนาระบบการรายงานความเสียหายมาตลอดเวลา ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของภัทรธิดา โกคาพันธ์ และคณะ (2555) ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพในองค์กรตามกระบวนการ PDCA ในการพัฒนาระบบการรายงานความเสียหายผ่านโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ พบว่าหลังการดำเนินการพัฒนาผู้เข้าร่วมกระบวนการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป การรายงานความเสียหายของบุคลากรในโรงพยาบาลก็มีจำนวนลดลง ซึ่งยังคงเป็นปัญหาอันยาวนานของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงจะใช้วิธีการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสียหายผ่านโครงการ “การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานความเสียหายด้านคลินิกในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์” เพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสียหายในโรงพยาบาล โดยกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยนี้จะเริ่มจากกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญในการรายงานอุบัติการณ์ความเสียหาย และเป็นกำลังพลส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสียหายที่เหมาะสม ง่ายต่อการใช้งาน และมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสียหายเพิ่มขึ้นตามความเป็นจริง

7. แนวคิดการทำวิจัยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นรูปแบบหนึ่งของการแสวงหาความรู้ความจริงเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งไม่ได้หวังเพียงแค่ว่าได้องค์ความรู้ใหม่ขึ้นมาเท่านั้น แต่ยังมุ่งเน้นไปถึงการนำไปสร้างผลิตภัณฑ์และการเผยแพร่ผลิตภัณฑ์อันเป็นผลมาจากการวิจัยอีกด้วย เมื่อเราพิจารณาคำว่าการวิจัยและพัฒนาจะสามารถแยกได้เป็น 2 คำได้แก่ “การวิจัย” และ “การพัฒนา” ซึ่งเมื่อเราพิจารณาตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้ให้ความหมายของคำว่า การวิจัย และการพัฒนา ดังนี้

“การวิจัย” หมายถึง การค้นคว้าเพื่อหาข้อมูลอย่างถี่ถ้วนตามหลักวิชา ซึ่งการวิจัยเป็นการศึกษาหาคำตอบอย่างมีระเบียบแบบแผน และเชื่อถือได้

“การพัฒนา” หมายถึง การทำให้เจริญ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การพัฒนาเป็นกระบวนการของการเคลื่อนไหวจากสภาพที่ไม่น่าพอใจ เป็นสู่สภาพที่น่าพอใจ โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีการวางแผนไว้แล้ว คือการทำให้ลักษณะเดิมเปลี่ยนไป โดยมุ่งหมายว่าลักษณะใหม่ที่เข้ามาแทนที่นั้นจะดีกว่าลักษณะเก่า

ชุมพล เสมาชันท์ (2552) ได้ให้ความหมายของคำว่า การวิจัยและพัฒนาว่า เป็นการสร้างผลิตภัณฑ์ขึ้นมา โดยอาศัยกระบวนการวิจัย และดำเนินการประเมินผลผลิตภัณฑ์ที่สร้างขึ้นก่อนทำการเผยแพร่ต่อไป

ทวีวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ (2563) ได้กล่าวว่า การวิจัยและการพัฒนาเป็นการศึกษาค้นคว้าเพื่อหาแนวทางใช้ทรัพยากรให้เกิด “ความรู้ใหม่” โดยอาศัยเทคโนโลยี นวัตกรรมมาสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ชนิดใหม่ หรือพัฒนาผลิตภัณฑ์ชนิดเดิมให้ดีขึ้น และมีความมุ่งมั่นที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาศาสตร์สาขาวิชานั้น ๆ ทั้งในระดับจุลภาค และมหภาค

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการวิจัยและพัฒนาจึงเป็นรูปแบบการศึกษาค้นคว้า เพื่อสร้างหรือพัฒนาผลิตภัณฑ์ขึ้นมาใหม่ หรือพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่เดิมให้ดีขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยอย่างมีระเบียบแบบแผน การประเมินผลผลิตภัณฑ์ก่อนการเผยแพร่ และนำไปสู่การเผยแพร่ผลิตภัณฑ์เพื่อให้เกิดประโยชน์ในวงกว้างต่อไป

สำหรับผลการวิจัย นวัตกรรม หรือผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากการวิจัย จะสามารถแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ (ทวีวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ, 2563)

- 1) ผลงานประเภทชิ้นงาน ซึ่งอาจจะเป็นประเภทวัสดุ อุปกรณ์ ชุดการสอน สื่อการสอน ชุดกิจกรรมเสริมความรู้ คู่มือประกอบการทำงาน หรือเครื่องมือทางการเกษตร อุตสาหกรรม เป็นต้น
- 2) ผลงานประเภทแบบจำลอง ซึ่งอาจเป็นรูปแบบ วิธีการ กระบวนการ ระบบปฏิบัติการ เช่นแบบจำลองการสอน วิธีการสอน รูปแบบการบริหารจัดการ รูปแบบการบันทึก เป็นต้น
- 3) ผลงานประเภทโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งอาจเป็นระบบการทำงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ฐานข้อมูล ระบบสารสนเทศเพื่อการดำเนินงาน คลังข้อมูลสารสนเทศด้านต่าง ๆ ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นชิ้นงาน เป็นต้น

7.1 ลักษณะของการวิจัยและพัฒนา

โดยแนวคิดพื้นฐานแล้ว การวิจัยและพัฒนานั้นมาจากความเชื่อที่ว่า การสรรสร้างความรู้เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์นั้น เป็นการนำผลการวิจัยที่ได้มาศึกษาหาจุดเด่นจุดด้อยของผลิตภัณฑ์ เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้

7.1.1 เป็นการวิจัยประยุกต์ ที่มุ่งนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหา

7.1.2 เป็นการวิจัยเชิงประจักษ์ มุ่งพิจารณาข้อมูลเชิงประจักษ์

7.1.3 มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน

7.1.4 มีกระบวนการดำเนินที่ต่อเนื่องกันในขั้นตอนต่าง ๆ

7.1.5 มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงทดลองเป็นส่วนใหญ่ เพื่อทำการสร้างผลิตภัณฑ์

7.1.6 มีการตรวจสอบประเมินผลของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งมีการเผยแพร่หรือนำผลิตภัณฑ์ไปใช้ในวงกว้าง

7.2 กระบวนการวิจัยและพัฒนา

การวิจัยและพัฒนา มีกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องอย่างต่อเนื่อง 4 ขั้นตอน ได้แก่

7.2.1 ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหา และความต้องการ

ขั้นตอนนี้สามารถทำการวิจัยได้หลายประเภทแล้วแต่จุดมุ่งหมาย ลักษณะปัญหาการวิจัย ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เพื่อศึกษาสภาพปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งสำรวจความต้องการในการใช้ผลิตภัณฑ์และพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่ นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของลักษณะปัญหาและความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์ ซึ่งมีขอบเขตในการศึกษาได้แก่

1) ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทที่เป็นปัญหาในปัจจุบันว่ามีลักษณะอย่างไร มีปรากฏการณ์อะไร มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินภารกิจปัจจุบันหรือไม่

2) ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทที่เป็นความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์ เพื่อให้การดำเนินภารกิจต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์และสำเร็จลุล่วงด้วยดี ซึ่งถ้าผลิตภัณฑ์ใดที่ไม่เป็นไปตามความต้องการใช้งานแล้ว โอกาสที่ผลิตภัณฑ์นั้นจะถูกนำไปใช้จะมีน้อยมาก ทำให้เกิดความสูญเสียเปล่าในการสร้างผลิตภัณฑ์

3) ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะผลิตภัณฑ์ที่ต้องการใช้

ในขั้นตอนนี้จะมีเทคนิควิธีการในการดำเนินงานได้หลายเทคนิค ขึ้นกับจุดมุ่งหมายในการนำผลิตภัณฑ์ไปใช้ ดังนั้นการจะใช้เทคนิควิธีการใด ต้องพิจารณาถึงระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้สร้างผลิตภัณฑ์ ซึ่งสามารถเลือกได้จาก การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) การวิจัยเชิงสังเคราะห์ (Synthesis research) หรือการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ก็ได้

7.2.2 ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบผลิตภัณฑ์

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 1 คือการวิจัยเชิงสำรวจสภาพปัญหา และความต้องการ โดยขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สามารถนำไปใช้แก้ปัญหา หรือนำไปใช้พัฒนาตามความต้องการ ดังนั้นการออกแบบผลิตภัณฑ์ต้องมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการที่สำรวจได้ในขั้นตอนที่ 1 ตลอดจนมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าผลิตภัณฑ์ที่ได้ขึ้น

มีคุณภาพ และประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยงานหลัก 3 ประการ คือ

1) *การออกแบบและพัฒนาผลิตภัณฑ์* ซึ่งมีองค์ประกอบได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญและความต้องการ การตัดสินใจเลือกรูปแบบผลิตภัณฑ์ การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และการดำเนินการสร้างผลิตภัณฑ์

2) *การประเมินความเหมาะสมของผลิตภัณฑ์* เป็นขั้นตอนหลังจากการสร้างผลิตภัณฑ์ โดยเป็นการตรวจสอบว่าผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสมต่อการใช้งานหรือไม่ โดยวิธีที่นิยมได้แก่ การประชุมสัมมนา และการใช้แบบสอบถาม

3) *การประเมินประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์* เป็นขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพ และประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำผลิตภัณฑ์ไปใช้แก้ปัญหา และพัฒนางานได้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้อย่างคุ้มค่าต่อการลงทุน โดยมีวิธีที่นิยม 3 วิธีได้แก่ การประเมินรายบุคคล การประเมินโดยกลุ่มขนาดเล็ก และการประเมินในสถานการณ์จริง

7.2.3 *ขั้นตอนที่ 3 การวิจัยเชิงทดลอง*

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 2 ที่ทำการออกแบบผลิตภัณฑ์ ซึ่งต้องนำผลิตภัณฑ์นั้นมาทดลองใช้งาน เพื่อให้เชื่อมั่นได้ว่ามีคุณภาพ ประสิทธิภาพใช้งานได้จริง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบและยืนยันคุณภาพและประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ว่าเป็นไปตามผลการออกแบบผลิตภัณฑ์ และการศึกษาปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการใช้งาน รวมทั้งตรวจสอบว่าผลิตภัณฑ์สามารถใช้ได้ตรงตามที่ออกแบบพัฒนาไว้ ในการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ใช้กลุ่มผู้เข้ารับการทดลองในแต่ละครั้งไม่น้อยกว่า 30 คน (Smit and Ragan, อ้างถึงในชุมพล เสมอพันธ์, 2552) และทำการทดลองตามขอบเขตเป้าหมายอย่างทั่วถึง โดยจะใช้การวิจัยเชิงทดลองเป็นหลัก ซึ่งมี 3 ประเภทได้แก่ การวิจัยคล้ายธรรมชาติ การวิจัยกึ่งการทดลอง และการวิจัยเชิงทดลองแท้ โดยผลที่ได้จะเป็นการยืนยันได้ว่าผลิตภัณฑ์ที่สร้างขึ้นนั้นมีคุณภาพ และประสิทธิภาพหรือไม่อย่างไร เมื่อนำผลิตภัณฑ์ไปใช้ในวงกว้างตามสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นจริงแล้วเป็นอย่างไร ปัญหาและอุปสรรคมีอะไรบ้าง ใช้ได้ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพียงใด ผลที่ได้จากการนำผลิตภัณฑ์ไปใช้นี้จะสามารถนำไปใช้ปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาผลิตภัณฑ์ในครั้งต่อ ๆ ไป

7.2.4 *ขั้นตอนที่ 4 การวิจัยเชิงประเมิน*

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากการทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ในสภาพการณ์ที่เป็นจริง ผู้วิจัยควรจะได้ทราบถึงความเหมาะสมในการขยายผลการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ได้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพิจารณาว่าการทดลองใช้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ มีประสิทธิภาพหรือไม่เพียงใด สภาพการณ์ทดลองมีความพร้อมหรือไม่ รวมทั้งประเมินผลกระทบอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นตามมาอันเนื่องจาก

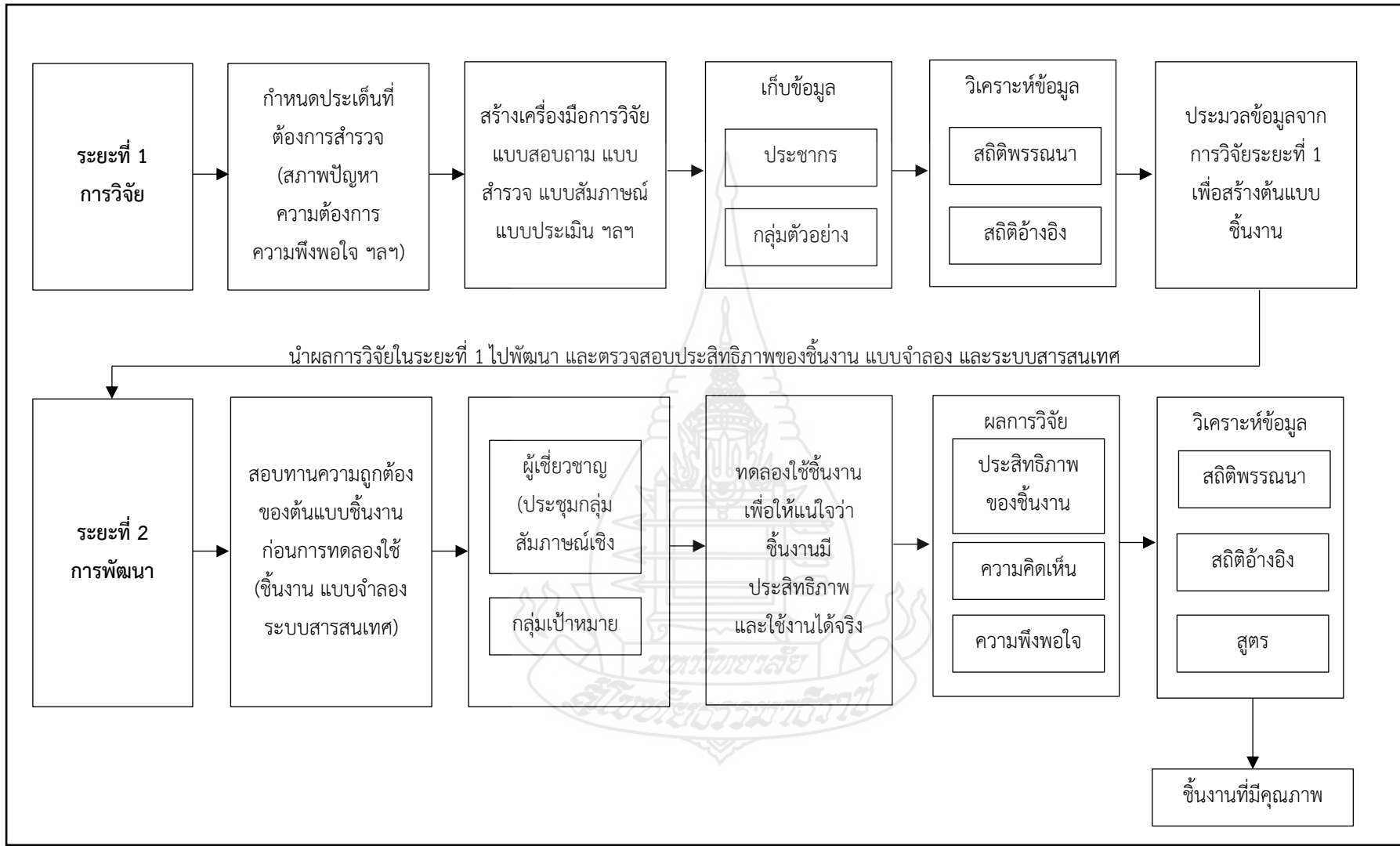
การทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ โดยมีเทคนิควิธีการที่ใช้คือเทคนิคการประเมิน ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น รูปแบบเชิงระบบ (Systematic model) รูปแบบชิปปี้ (CIPP model) เป็นต้น ซึ่งการประเมินผลผลิตภัณฑ์ในขั้นตอนนี้ เป็นการประเมินในภาพรวมทั้งหมด เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือจะขยายการใช้ผลิตภัณฑ์สู่วงกว้างต่อไป

สำหรับในปัจจุบันมีการพัฒนากระบวนการวิจัยและพัฒนาเป็น 5 ขั้นตอน โดยเพิ่มขั้นตอนสุดท้ายได้แก่ การเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ที่สร้างขึ้นมา เพื่อให้สาธารณชนได้รับทราบและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายตามแหล่งข่าวสารต่าง ๆ และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป (ชุมพล เสมอพันธ์, 2552)

โดยสรุปเราจะพบว่ากระบวนการวิจัยและพัฒนาอาจจะแบ่งเป็นระยะใหญ่ ๆ ได้ 2 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 การวิจัย ที่เป็นการสอบถามสภาพ ปัญหา และความต้องการของเป้าหมาย ซึ่งเป็นกระบวนการในขั้นตอนที่ 1 และระยะที่ 2 การพัฒนา ที่เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาพัฒนาผลิตภัณฑ์ แล้วนำไปสู่การสอบทานเพื่อให้แน่ใจว่าชิ้นงานที่พัฒนามีประสิทธิภาพและใช้งานได้จริง รวมถึงการเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นกระบวนการในขั้นตอนที่ 2 – 4 ตามภาพที่ 2.4

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่ากระบวนการวิจัยและพัฒนาเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อให้แน่ใจว่าได้สิ่งที่นักวิจัยกำลังพัฒนาได้ผ่านกระบวนการที่หลากหลายเพื่อให้แน่ใจว่าชิ้นงาน แบบจำลอง และระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในเรื่อง นั้น ๆ (ทวีวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ, 2563)

ในการวิจัยนี้ได้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาใช้ในการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งจะแบ่งขั้นตอนออกเป็น 2 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการวิจัย จะใช้การประเมินความรู้ในการบริหารความเสี่ยง และการประเมินการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในกระบวนการขั้นที่ 2 คือกระบวนการพัฒนา เพื่อให้ได้รูปแบบการรายงานความเสี่ยงที่เหมาะสม ง่ายต่อการใช้งาน โดยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการรายงานของบุคลากรที่เข้าร่วมการพัฒนาผ่านโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ แล้วมีการนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้งานจริง และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการรายงานความเสี่ยงใหม่ที่ได้ โดยใช้การวัดการประเมินผลการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ ได้แก่ 1) การวัดการประเมินความรู้ (การวัดด้านพุทธิพิสัย) 2) การประเมินด้านทัศนคติ (การวัดด้านจิตพิสัย) และ 3) การประเมินด้านพฤติกรรม (การวัดด้านทักษะพิสัย) โดยเป็นการเปรียบเทียบผลการเรียนรู้อีก่อน และหลังการพัฒนา รูปแบบของการรายงานความเสี่ยงที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการสุดท้ายจึงนำเข้าสู่กระบวนการเผยแพร่ประกาศใช้ในระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ต่อไปในอนาคต



ภาพที่ 2.4 กระบวนการวิจัยและพัฒนา (ทวีวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ, 2563)

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยดังนี้

8.1 งานวิจัยในประเทศไทย

จิรนนท์ ชานนท์ และประจักษ์ บัวผัน (2564) ได้ทำการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์การที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านกระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์การ ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับโรงพยาบาล และด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับหน่วยงาน มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ และสามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น ได้ร้อยละ 67.8

กาญจน์วชิ จตุเทิน และประจักษ์ บัวผัน (2561) ได้ทำการศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านกระบวนการในการบริหารการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จการฝึกอบรมและกลไกด้านทรัพยากรบุคคล และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 68.0 ($R^2 = 0.680$, $p\text{-value} < 0.001$)

รจนา เล้าบัณฑิต และปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง (2564) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งใช้แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แบบวัดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แบบวัดการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก พบว่าคะแนนเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ($r = .713$, $p < .01$) การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมและความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ($r = .603$, $p < 0.05$; $r = .522$, $p < 0.05$) ดังนั้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการบริหารงานจะสามารถส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรได้

สมลรัตน์ พงษ์ขวัญ (2560) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาในการศึกษาพยาบาลวิชาชีพทุกระดับในโรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ซึ่งใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก พบว่าเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.05, SD = .41) การบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, SD = .28) ช่วงอายุของพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป และประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลพุทธมณฑลตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลพุทธมณฑล ($r = .131$ และ $.217$) ส่วนเจตคติการบริหารความเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลพุทธมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพุทธมณฑลเฉลี่ย 10 ปีขึ้นไป ควรเป็นบุคลากรที่ร่วมคิดวางแผนการบริหารความเสี่ยงถ่ายทอดความรู้และขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพให้กับองค์กรต่อไป

สมฤทัย สายจันทร์ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากร โรงพยาบาลสงฆ์ โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจในการศึกษาบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารความเสี่ยงทั้ง แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ซึ่งใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของบุคลากร และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการบริหารความเสี่ยง พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ซึ่งการเป็นคณะกรรมการหรือเป็นผู้จัดการความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 128.0, p < 0.001$) และการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.209, p = 0.018$) ซึ่งแปลผลได้ว่า ควรสนับสนุนให้บุคลากรมีโอกาสในการร่วมกำหนดนโยบาย วางแผนงาน กำหนดแนวทางพัฒนาด้านความเสี่ยง แต่มีปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพด้านบริหารความเสี่ยงที่สำคัญคือ ขาดการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอและขาดบุคลากรประสานงาน ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการติดต่อประสานงานเพื่อให้เกิดการติดตามประเมินผลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

จุนิษฐ์ เป็นสุข (2560) ได้ทำการศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพแบบผสมวิธี ซึ่งใช้แบบสอบถามการพัฒนาระบบการจัดการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงาน

บริการผู้ป่วยในของพยาบาล และแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง พบว่าความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องได้รับการพัฒนา ได้แก่ ด้านความรู้เรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และด้านการมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งปัญหาและอุปสรรคมาจากบุคคล และระบบ ดังนั้นแนวทางการแก้ไขและพัฒนาจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้งในระดับบุคคล ระดับหน่วยงาน และระดับองค์กร และควรมีการวิจัยต่อยอดโดยการจัดทำโมเดลแนวทางการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ และนำมาทดลองใช้ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชต่อไป

กนกพร ยอดยศ และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีกระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้น ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) และมีการวัดผลโดยใช้แบบสอบถามกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด และแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าสาเหตุของการไม่รายงานความเสี่ยงเกิดจาก เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น จะมีการตำหนิตัวบุคคลไม่ได้มองที่ประเด็นของระบบงาน ทำให้ไม่กล้ารายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับงานของตน เพราะกลัวผลกระทบ และกลัวที่จะถูกบันทึกความผิดพลาดไว้ในประวัติการทำงาน ทำให้จำนวนการรายงานความเสี่ยงลดลงกลายเป็น Under Report อีกทั้งระบบการรายงานความเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนระบบใหม่จากการรายงานผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลและปรับเปลี่ยนเป็นระบบรายงานแบบ On Cloud ทำให้การรายงานพบระบบ Error บ่อยครั้งทำให้บุคลากรคิดว่าเป็นเรื่องที่ยากต่อการเข้าถึง และได้มีการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ 3) ประกาศนโยบาย 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยง 5) รณรงค์ 2P Safety เสี่ยงตามสายขยายความรู้ 6) การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code 7) ติดตาม ประเมินผล และ 8) ถอดบทเรียน ซึ่งเมื่อมีการพัฒนาแล้วส่งผลให้มีระดับค่าเฉลี่ยของบทบาทในการบริหารความเสี่ยง ความรู้ การมีส่วนร่วม การปฏิบัติ ความพึงพอใจ และวัฒนธรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และทำให้เกิดรูปแบบของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คือ ROJET Model ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบ นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย และนำลงสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล แต่ยังมีประเด็นที่ยังคงต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องคือ

- 1) ต้องมีการกระตุ้นให้เข้าใจบทบาทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยการส่งเสริมให้ผู้มีบทบาทกระตุ้นบุคลากรในหน่วยงาน นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ลดวัฒนธรรมการกล่าวโทษ 2) ควรจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ การบริหารความเสี่ยง และการเรียนรู้การใช้งานระบบอย่างต่อเนื่อง
- 3) ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของระบบการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยง และ 4) ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ระบบการรายงานความเสี่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ภัทรธิตา โภคาพันธ์ และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่าย-สรรพลีธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพในองค์กรตามกระบวนการ PDCA ในการพัฒนาระบบการรายงานความเสี่ยงผ่านโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และการระดมความคิดของทีมบริหารการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แล้วมีการวัดผลโดยการใช้เกณฑ์ประเมินระดับความรู้ การปฏิบัติและความพึงพอใจ การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ พบว่าหลังการดำเนินการพัฒนา ผู้เข้าร่วมกระบวนการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และพบว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานคือ ภาวะผู้นำของผู้บังคับบัญชา และการกำหนดบทบาทให้กับทีมผู้พิทักษ์ความเสี่ยง และได้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อเนื่องได้แก่

- 1) ควรทำการศึกษาถึงการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม เช่น ความเสี่ยงด้านยา ด้านการสื่อสารระหว่างองค์กร ด้านอาชีวอนามัย เป็นต้น 2) ควรทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้ระบบการรายงานอุบัติการณ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งการรายงานที่ง่ายจะทำให้บุคลากรมีการรายงานเข้าไปมากขึ้น 3) ควรทำการศึกษาบทบาทที่คาดหวังในการจัดการระบบบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ เพราะเป็นผู้ที่มีส่วนในการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามนโยบาย เพราะการที่ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถแสดงบทบาทได้เหมาะสม จะทำให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรในองค์กรพยาบาลในการปฏิบัติตามนโยบายได้ และ 4) ควรทำการศึกษาถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงขององค์กรพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ในระดับที่สูงขึ้น

8.2 งานวิจัยต่างประเทศ

นัคเคิล และคณะ (Nuckols & et al., 2007) ได้ทำการศึกษาอัตราและประเภทของเหตุการณ์ที่รายงานไปยังระบบการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลสองแห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อจำแนกลักษณะของเหตุการณ์จากระบบการรายงานเหตุการณ์ของโรงพยาบาล โดยใช้การศึกษาเชิงสำรวจในการตรวจสอบรายงานผู้ป่วยประมาณ 1000 ฉบับในโรงพยาบาลแต่ละที่ พบว่าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีประมาณ 9% ของผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ต้องรายงานอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง 17 เหตุการณ์ต่อผู้ป่วย 1000 วัน ในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงมากที่สุดได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ คิดเป็น 89% แพทย์ 1.9% และผู้ให้บริการอื่น 8.9% โดยประเภทเหตุการณ์ที่พบได้บ่อยได้แก่ เหตุการณ์เกี่ยวกับยา (29%) การพลัดตกหกล้ม (14%) อุบัติเหตุจากการผ่าตัด (15%) และเหตุการณ์อื่น ๆ (16%) ซึ่ง 59% ดูเหมือนว่าจะสามารถป้องกันได้ และ 32% ความสามารถในการป้องกันได้อาจจะไม่ชัดเจน ซึ่งในบรรดาเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้นั้นจะเกี่ยวข้องกับพยาบาล 43% แพทย์ 16% และผู้ให้บริการอื่น 19% จากการศึกษานี้จะพบว่า ถึงแม้ว่าจะมีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จำนวนมาก แต่มีการรายงานเหตุการณ์ในรูปแบบที่แตกต่างกับเหตุการณ์ที่ทราบว่าเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงตรวจไม่พบการรายงานเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับแพทย์อีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง และข้อผิดพลาดในการสั่งยา จะเห็นว่าการเพิ่มอัตราการรายงานเหตุการณ์ของแพทย์จึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการรายงานเหตุการณ์ของโรงพยาบาล ดังนั้นอุปสรรคต่าง ๆ ของการรายงานเหตุการณ์จึงควรจะต้องมีลดลง

เอ็นจีดา (Engeda, 2016) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลเฉพาะทางแบบครบวงจรของมหาวิทยาลัย Gondar ทางตะวันตกเฉียงเหนือของเอธิโอเปียโดยใช้การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผ่านการใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจพฤติกรรมการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าสัดส่วนของพยาบาลที่รายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงมี 25.4% และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง (AOR = 2.96 [1.34-6.26]) มีเหตุผลในการรายงานความเสี่ยงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย (AOR = 3.08 [1.70-5.59]) กลัวการลงโทษ (AOR = 0.27 [0.12-0.58]) กลัวบทลงโทษทางกฎหมาย (AOR = 0.09 [0.03-0.21]) และกลัวการสูญเสียบทบาทในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน (AOR = 0.25 [0.12-0.53]) แสดงให้เห็นว่า สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลเฉพาะทางแบบครบวงจรของมหาวิทยาลัย Gondar นั้นต่ำมาก จะพบว่ามี การรายงานที่มากขึ้นในเหตุการณ์ที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะให้โรงพยาบาลควรจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับประโยชน์ของการรายงานเหตุการณ์

ความเสี่ยง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย และสร้างระบบที่สนับสนุนให้พยาบาล รายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงโดยได้รับความคุ้มครองจากบทลงโทษทางปกครอง และบทลงโทษทางกฎหมาย

วาราลโล และคณะ (Varallo & et al., 2018) ได้ทำการศึกษาเรื่องการรายงานเหตุการณ์ ในแง่ของอุปสรรค และกลยุทธ์ในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อหาอุปสรรคของการ รายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ต่ำ ปัจจัยที่ส่งเสริมแรงจูงใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการรายงาน เหตุการณ์ความเสี่ยง และกลยุทธ์ในการส่งเสริมการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง โดยใช้วิธีการ สันทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล พบว่าสาเหตุของการรายงานความเสี่ยงที่ต่ำนั้นมี แตกต่างกันได้แก่ความเฉยเมย ความไม่แยแส ความไม่รู้ และความรู้สึกผิดที่ต้องรับผิดชอบต่อ เหตุการณ์ หรือการสื่อสารซึ่งเพื่อนร่วมงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบ และสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดคือการ ขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง ดังนั้นเพื่อการส่งเสริมการ รายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงจึงได้มีการเสนอกลยุทธ์ได้แก่ 1) การใช้การรายงานโดยสังเขป และลด ขั้นตอนกระบวนการรายงานในโรงพยาบาล 2) การทำแบบฟอร์มการรายงานง่ายขึ้น และรวมแบบฟอร์ม การรายงานเพื่อให้สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ มีคำอธิบายเหตุการณ์ และป้อนข้อมูลเหตุการณ์ได้ 3) มี การกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่มีการกำหนดตำแหน่ง การมอบหมายงาน และกำหนดความรับผิดชอบที่ชัดเจน 4) การจ้างผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่รวบรวมรายงาน และการ ติดตามผลของเหตุการณ์ 5) มีการสะท้อนกลับเกี่ยวกับผลที่ได้จากการรายงานเหตุการณ์นั้น ๆ

อีวาน และคณะ (Evans & et al., 2006) ได้ทำการศึกษาทัศนคติและอุปสรรคใน การรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาล 6 แห่งทางใต้ของประเทศออสเตรเลีย เพื่อประเมิน ความตระหนักและการใช้ระบบการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบัน และหาปัจจัยที่เป็น อุปสรรคต่อการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาล โดยใช้การศึกษาเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง พบว่าแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ (98.3%) ทราบว่าโรงพยาบาลของตนมีระบบการ รายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง โดยที่พยาบาลมีแนวโน้มที่มากกว่าแพทย์ในการเข้าถึงระบบการรายงาน เหตุการณ์ (RR 2.05, 95%CI 1.61-2.63) รายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงจนเสร็จสิ้น (RR 1.38, 95%CI 1.19-1.61) และรู้ว่าต้องทำอะไรกับรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงฉบับสมบูรณ์ (RR 1.65, 95%CI 1.27-2.13) ซึ่งเหตุการณ์ความเสี่ยงที่บุคลากรในโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะรายงานมักจะเป็น เหตุการณ์ที่เกิดประจำ มีความตระหนัก และเห็นผลลัพธ์ได้ทันที เช่นการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย และข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยาที่ต้องได้รับการรักษาแก้ไข แต่เหตุการณ์ที่เกือบพลาด หรือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อต้องใช้เวลาผ่านไป เช่นแผลกดทับ หรือลิ่มเลือดอุดตันที่ขาเนื่องจากการป้องกัน โรคไม่เพียงพอ มีโอกาสที่จะได้รับการรายงานน้อย สำหรับอุปสรรคในการรายงานเหตุการณ์ที่พบ บ่อยที่สุดสำหรับแพทย์และพยาบาลได้แก่ การขาดการสะท้อนผลลัพท์กลับมายังผู้รายงานเหตุการณ์

(57.7% และ 61.8% ตามลำดับ) รองลงมาเป็นรูปแบบฟอร์มการรายงานที่เยอะทำให้ไม่มีเวลารายงานที่เพียงพอ (54.2% และ 44.1% ตามลำดับ) การมีภาระงานที่มากทำให้ลืมนำรายงานเหตุการณ์ (47.3% และ 48.1% ตามลำดับ) หรือไม่เห็นจุดที่ต้องรายงานในเหตุการณ์ที่เกือบพลาด (36.0% และ 49.0% ตามลำดับ) เป็นต้น ดังนั้นเพื่อการปรับปรุงการรายงานเหตุการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแพทย์ ควรมีความจำเป็นที่จะต้องมีการชี้แจงว่าควรรายงานเหตุการณ์ใด กระบวนการต้องทำให้ง่ายขึ้น และมีการสะท้อนผลลัพธ์กลับมายังผู้รายงานเหตุการณ์ต่อไป

นาโอเมะ และคณะ (Naome & et al., 2020) ได้ทำการศึกษาเรื่องการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรค และปัจจัยจูงใจในการรายงานเหตุการณ์ทางการแพทย์ ในโรงพยาบาล Mbarara ในตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศยูกันดา เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติในการรายงานเหตุการณ์ทางการแพทย์ อุปสรรคที่รับรู้ และปัจจัยจูงใจในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล Mbarara โดยใช้ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง พบว่ายังไม่มีโครงสร้างระบบการรายงานเหตุการณ์ที่เป็นทางการ และอุบัติการณ์ทางการแพทย์ที่ได้รายงานได้แก่ ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยา (89.9%) การวินิจฉัยผิดพลาด (71.5%) การผ่าตัดผิดพลาด (52.5%) และข้อผิดพลาดในกระบวนการป้องกัน (47.7%) ซึ่งปัจจัยจูงใจของการรายงานเหตุการณ์ได้แก่ การจัดตั้งระบบการสื่อสารที่ดี การดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์ในเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน และเสริมสร้างความรู้ในการรายงานเหตุการณ์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ (p-value 0.004) การมีระบบที่มีประสิทธิภาพขององค์กร เช่น การมีแนวทางที่เป็นลายลักษณ์อักษร นโยบายในการเข้าถึงข้อมูลของผู้รับผิดชอบและผู้ดูแลระบบ การไม่ตำหนิ และการทำงานเป็นทีม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระบบการรายงานเหตุการณ์อย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.000) ในทางกลับกัน อุปสรรคของการรายงานเหตุการณ์ที่รับรู้ ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ และการรายงานเหตุการณ์ การไม่มีทีมการรายงานเหตุการณ์ และความกลัวที่จะถูกกล่าวโทษ (p-value 0.669) ดังนั้นการจัดตั้งทีมจัดการเหตุการณ์ และดำเนินการฝึกอบรมการรายงานเหตุการณ์ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จะเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วยมากขึ้น

เฮวิต และคณะ (Hewitt & et al., 2017) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีอิทธิพลต่อการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มแพทย์และพยาบาล ในแนวคิดของการรายงาน ความเสี่ยงด้วยตนเอง และการรายงานความเสี่ยงโดยเพื่อนร่วมงาน โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ รูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ามีแนวคิดหลักที่สนับสนุนให้แพทย์และพยาบาลรายงานเหตุการณ์ ความเสี่ยงด้วยตนเอง 3 แนวคิดได้แก่ ความรับผิดชอบอย่างมีอาชีพ ความไว้วางใจในระบบ และการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด ส่วนแนวคิดหลักที่สนับสนุนให้แพทย์และพยาบาลรายงานเหตุการณ์ ความเสี่ยงโดยเพื่อนร่วมงานมี 3 แนวคิดได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์หรือการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ ๆ โดยผู้ประกอบวิชาชีพ การเรียนรู้จากข้อผิดพลาด และการไม่เปิดเผยตัวตน แต่อย่างไรก็ตามไม่ได้พบว่ามีลักษณะแนวคิดเหมือนกันในแต่ละวิชาชีพ โดยจะพบว่าวิชาชีพแพทย์จะมีการรายงานเหตุการณ์

ความเสี่ยงที่น้อยกว่า ส่วนแนวคิดหลักที่ขัดขวางให้แพทย์และพยาบาลรายงานเหตุการณ์ ความเสี่ยงด้วยตนเอง 3 แนวคิดได้แก่ ความกลัวที่จะถูกตำหนิ ไม่มีความสามารถเพียงพอ และกลัวเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ส่วนแนวคิดหลักที่ขัดขวางให้แพทย์และพยาบาลรายงานเหตุการณ์ ความเสี่ยงโดยเพื่อนร่วมงานมี 3 แนวคิดได้แก่ เพื่อหลีกเลี่ยงการนิโทษ ตำแหน่งความรับผิดชอบ และขอบเขตทางวิชาชีพ ดังนั้นโรงพยาบาลควรที่จะพิจารณาแนวคิดที่สนับสนุนให้แพทย์และพยาบาลรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงด้วยตนเอง และโดยเพื่อนร่วมงาน หรือขัดขวางการรายงานความเสี่ยง ก็ตามเพื่อเพิ่มคุณภาพของข้อมูลที่ได้จากระบบการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

มาโทวีโรโน และคณะ (Martowiriono & et al., 2012) ได้ทำการศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้สำหรับอุปสรรคในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงโดยแพทย์ประจำบ้านในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพในรูปแบบการสนทนากลุ่มเพื่อสำรวจอุปสรรคและแนวทางที่เป็นไปได้ ผลการศึกษาพบว่าเหตุผลที่แพทย์ประจำบ้านไม่รายงานเหตุการณ์ทั้งหมดเกิดจากมีทัศนคติเชิงลบต่อการรายงานเหตุการณ์ เนื่องจากได้ประสบกับวัฒนธรรมที่ไม่กระตุ้นและขาดความสามารถในการรับรู้ในการรายงานเหตุการณ์ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านแนะนำวิธีแก้ปัญหาหลายประการ ได้แก่ ให้เกิดความเป็นไปได้ในการรายงานเหตุการณ์โดยไม่เปิดเผยตัวตน ให้มีการสะท้อนผลลัพธ์กลับมายังผู้รายงานเหตุการณ์ การสร้างวัฒนธรรมการรายงานเหตุการณ์ ลดความซับซ้อนของขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์ ชี้แจงว่าอะไรที่ต้องรายงาน และรายงานอย่างไร และมีการกระตุ้นให้แพทย์ประจำบ้านรายงานเหตุการณ์ ซึ่งทั้งหมดเป็นการแก้ปัญหาที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ วัฒนธรรม และความสามารถในการรับรู้ของแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งข้อเสนอแนะเหล่านี้ควรพิจารณาเพื่อให้ความพยายามที่จะปรับปรุงการรายงานเหตุการณ์ของแพทย์ประจำบ้านต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังที่ได้กล่าวไปแล้ว เราจะพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ 1) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านกระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ปัจจัยวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับโรงพยาบาล และด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับหน่วยงาน 3) ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน 4) ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ 5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จการฝึกอบรมและกลไกด้านทรัพยากรบุคคล นอกจากนี้ช่วงอายุของพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานก็มีส่วนในการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป และประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยง และการเป็นคณะกรรมการหรือเป็นผู้จัดการความเสี่ยง และการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงอีกด้วย

ในปัจจุบันนี้พบว่า การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีปัญหาที่พบร่วมกันในหลาย การศึกษา คือการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่น้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งเกิดจากปัญหาการตำหนิ ตัวบุคคลที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ไม่ได้มองที่ประเด็นของระบบงาน ทำให้ไม่กล้ารายงาน ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับงานของตน และระบบการรายงานความเสี่ยงที่ไม่เอื้อต่อการรายงาน ทำให้ บุคลากรคิดว่าเป็นเรื่องที่ยากต่อการเข้าถึง และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง นอกจากนี้การขาด ความตระหนัก การมีทัศนคติเชิงลบต่อการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง และขาดความสามารถในการ รับรู้ ก็ยังเป็นสาเหตุที่เป็นอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จึงได้มีการศึกษาในการพัฒนา ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยง และการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนา ระบบ นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย การอบรมเชิงปฏิบัติการในกระบวนการบริหารความเสี่ยง และนำลงสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานคือ ภาวะผู้นำของผู้บริหารสูงสุดขององค์กร และการกำหนดบทบาทให้กับทีมผู้พิทักษ์ความเสี่ยง นอกจากนี้ ก็ยังมีการเสนอกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการรายงานความเสี่ยง เช่น การใช้การรายงานโดยสังเขป และลด ขั้นตอนกระบวนการรายงานในโรงพยาบาล การทำแบบฟอร์มการรายงานง่ายขึ้น และรวมแบบฟอร์ม การรายงาน มีการกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่มีการกำหนดตำแหน่ง การมอบหมายงานและกำหนดความรับผิดชอบที่ชัดเจน การจ้างผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่รวบรวมรายงาน และการติดตามผลของเหตุการณ์ มีการสะท้อนกลับเกี่ยวกับผลที่ได้จากการรายงานเหตุการณ์นั้น ๆ

ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นนี้ พบว่ามีประเด็นสำคัญที่มี ผลต่อการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยสรุปได้แก่ 1) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านกระบวนการ บริหารการเปลี่ยนแปลง ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ปัจจัยวัฒนธรรมความปลอดภัยของ องค์กร 3) ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน 4) ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ 5) ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จการฝึกอบรมและกลไกด้านทรัพยากรบุคคล และพบว่าอายุ ประสบการณ์ทำงานใน โรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในทีมความเสี่ยง ก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยง อีกด้วย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้แก่ ปัญหาการตำหนิตัวบุคคลที่ ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ไม่เอื้อต่อการรายงาน การมี ทัศนคติเชิงลบต่อการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ และการขาดความสามารถในการรับรู้ในการรายงาน เหตุการณ์ สำหรับกระบวนการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพบว่า ภาวะผู้นำของผู้บริหาร สูงสุดขององค์กร และการกำหนดบทบาทให้กับทีมผู้พิทักษ์ความเสี่ยง จะเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ในการดำเนินงาน ซึ่งจะได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยนี้ โดยนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยและ พัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยเรื่องผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีรายละเอียดของการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล
7. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีความมุ่งหมายเพื่อทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อให้เกิดระบบการรายงานความเสี่ยงที่บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าถึงได้ง่าย และสามารถรายงานความเสี่ยงได้อย่างทันทั่วทั้งที่

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังนี้

2.1 ประชากร

ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ที่อยู่ในส่วนของการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย, ห้องคลอด, ห้องผ่าตัด, ห้องฉุกเฉิน, และห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก จำนวน 84 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ที่อยู่ในส่วนของการรักษาพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 32 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้จะเป็นพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วย 4 หอ (หอผู้ป่วย 1/1, 1/2, 2/2, VIP), ห้องคลอด, ห้องผ่าตัด, ห้องฉุกเฉิน, และห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก หน่วยงานละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 32 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มประชากรมาทำการศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้น 1 และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในส่วนของการรักษาพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) เคยได้รับการอบรมเรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยง และวิธีการรายงานความเสี่ยงในโรงพยาบาล และมีรหัสในระบบการรายงานความเสี่ยง HRMS on Cloud
- 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยได้รับการพิทักษ์สิทธิตามจริยธรรมการวิจัย

2.2.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้จนจบกิจกรรม
- 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน

โดยเป็นการศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้พื้นที่โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์เป็นพื้นที่ในการวิจัย เนื่องจากโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมขนาด 200 เตียงที่มีพันธกิจในการให้บริการสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมและป้องกันโรคให้แก่กำลังพลทหาร และครอบครัว โดยมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางของการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และมีการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งในส่วนของฝ่ายการรักษาพยาบาล และฝ่ายสนับสนุนการรักษาพยาบาล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ได้แก่

“การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้าน

คลินิกในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์” โดยเป็นโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการเสนอรูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สะดวก เข้าถึงง่าย และสามารถรายงานได้อย่างทันทั่วถึงที่ ตามผนวก ค.

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.2.1 แบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อยในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ในการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โดยผู้ที่จัดบันทึกการสนทนาจะเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อจัดบันทึกการสนทนาของผู้ร่วมประชุมเพื่อหาข้อสรุปจากข้อเสนอแนะของผู้ร่วมประชุมตลอดการประชุมกลุ่มย่อย

3.2.2 แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลบุคลากรของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิ-ประสงค์ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน หน่วยงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยลักษณะคำถามจะเป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นลักษณะคำถามที่มุ่งเน้นการวัดความรู้ ความเข้าใจ ใช้วัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา 2 เดือน จำนวน 14 ข้อ โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก/ผิด โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน และแปลผลออกเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968 อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553, น. 208) โดยใช้ค่าร้อยละของคะแนนรวม ซึ่งสามารถแบ่งระดับของคะแนนได้ดังนี้

ระดับมาก ได้คะแนนรวมตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง ได้คะแนนรวมตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79

ระดับต่ำ ได้คะแนนรบน้อยกว่าร้อยละ 60 ลงมา

คำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ ระดับคะแนนทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0 – 14 คะแนน

โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับมาก มีคะแนน 11 คะแนนขึ้นไป

ระดับปานกลาง มีคะแนน 8 – 10 คะแนน

ระดับต่ำ มีคะแนน 7 คะแนนลงมา

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นลักษณะคำถามที่มุ่งเน้นในการประเมินการปฏิบัติในการมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ใช้วัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา 2 เดือน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 5 ระดับ คือ ปฏิบัติได้น้อยมากหรือไม่ได้ปฏิบัติเลย ปฏิบัติได้น้อย ปฏิบัติได้ปานกลาง ปฏิบัติได้มาก และปฏิบัติได้มากที่สุดหรือปฏิบัติได้ประจำ ซึ่งคำถามทั้งหมดเป็นคำถามทางบวก โดยแต่ละข้อคำถามมี 5 คะแนนเรียงตามลำดับ โดยให้ปฏิบัติได้น้อยมากหรือไม่ได้ปฏิบัติเลย เป็น 1 คะแนน ไปจนกระทั่งปฏิบัติได้มากที่สุดหรือปฏิบัติได้ประจำ เป็น 5 คะแนน จากนั้นจึงหาค่าเฉลี่ยรวมคะแนนทั้งหมด

การแปลค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานความเสี่ยง โดยรวมสามารถกระทำได้โดยการนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาแปลค่า โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการมีส่วนร่วม
1.00 – 1.49	น้อยที่สุด
1.50 – 2.49	น้อย
2.50 – 3.49	ปานกลาง
3.50 – 4.49	มาก
4.50 – 5.00	มากที่สุด

ส่วนที่ 4 การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นคำถามให้ระบุความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ใช้วัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา 2 เดือน เพื่อเป็นการประเมินจำนวนครั้งในการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นลักษณะคำถามที่มุ่งเน้นในการประเมินระดับความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา ใช้วัดหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา 2 เดือน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 5 ระดับ คือ เห็นด้วย หรือพึงพอใจมากที่สุด เห็นด้วยหรือพึงพอใจมาก เห็นด้วยหรือพึงพอใจปานกลาง เห็นด้วยหรือพึงพอใจน้อย เห็นด้วยหรือพึงพอใจน้อยที่สุด ซึ่งคำถามทั้งหมดเป็นคำถามทางบวก โดยแต่ละข้อคำถามมี 5 คะแนนเรียงตามลำดับ โดยให้เห็นด้วยหรือพึงพอใจน้อยที่สุด เป็น 1 คะแนน ไปจนกระทั่งเห็นด้วยหรือพึงพอใจมากที่สุด เป็น 5 คะแนน จากนั้นจึงหาค่าเฉลี่ยรวมคะแนนทั้งหมด โดยใช้เกณฑ์เดียวกันกับแบบสอบถามในส่วนที่ 3

4. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้จะมีขั้นตอนในการสร้างดังต่อไปนี้

4.1 ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารต่าง ๆ ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

4.2 จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงด้านคลินิกในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งดำเนินการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565

4.3 จัดทำแบบสอบถามโครงการวิจัย ทั้งแบบสอบถามก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบสอบถามหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อย โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารต่าง ๆ ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการจัดทำแบบสอบถามโครงการวิจัย

4.4 นำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบสอบถามโครงการวิจัยไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

4.4.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

นำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบสอบถามโครงการวิจัยทั้ง 6 ส่วน ไปตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อความถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนความสอดคล้องของตัวแปร ประเด็น และมิติต่าง ๆ ของแต่ละประเด็น โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยการพิจารณาข้อความถามดังนี้

ให้ 1 คะแนน เมื่อข้อความมีความสอดคล้องเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และนิยาม

ให้ 0 คะแนน เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความมีความสอดคล้องเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และนิยาม

ให้ -1 คะแนน เมื่อข้อความไม่มีความถูกต้องสอดคล้องเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และนิยาม

นำผลคะแนนที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ซึ่งมีสูตรในการหาค่าดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่

IOC คือ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับวัตถุประสงค์

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ

N คือ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับวัตถุประสงค์ของข้อความถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 1) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้
- 2) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

เมื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้คำแนะนำ ให้ปรับแก้บางส่วน ทำให้ได้เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดสอบเครื่องมือ

ซึ่งความตรงตามเนื้อหาที่ได้ในโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อย และแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ 0.91 ซึ่งถือว่ามีความตรงที่ใช้ได้

4.4.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, และ 5 ที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลอง (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน แล้วจึงนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนมาหาความเที่ยง

แบบสอบถามในส่วนที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.61

แบบสอบถามในส่วนที่ 3 ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Conbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95

แบบสอบถามในส่วนที่ 5 ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Conbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98

5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยนี้เป็นการวิจัยรูปแบบการวิจัยและพัฒนาเพื่อทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม ของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิ-ประสงค์ โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

5.1 ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเพื่อสำรวจสภาพปัญหา

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในห้วง 2 เดือนก่อนการจัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ การเก็บข้อมูลจากการใช้แบบสอบถาม

เพื่อประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม และความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ของพยาบาลวิชาชีพ

5.2 ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบของการรายงานความเสี่ยง

โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยง ด้านคลินิกในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อให้ความรู้ในเรื่องของความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาล และให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบัน และมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิ-ประสงค์

ในขั้นตอนนี้จะเป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาโดยใช้วงล้อ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ของเดมมิง (Deming) ผ่านการประชุมกลุ่มย่อยตามโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ได้กล่าวไปข้างต้น เพื่อหาข้อสรุปจากการประชุมในแต่ละกลุ่มย่อยเป็นข้อสรุปของกลุ่มตัวอย่าง ให้ได้เป็นรูปแบบและวิธีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เหมาะสมและง่ายต่อการเข้าถึงของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ หลังจากนั้นจึงได้มีการทดลอง (Try out) นำรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้พัฒนาขึ้นมาใช้เพื่อหาอุปสรรคและข้อขัดข้องในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ แล้วนำผลการทดลองในขั้นตอนนี้มาแก้ไขปรับปรุง เพื่อลดปัญหาและอุปสรรคจากการนำไปใช้ แล้วจึงประกาศใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้ในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ตามขั้นตอนที่ 3 ต่อไป

5.3 ขั้นตอนที่ 3 การทดลองการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

โดยการนำรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้พัฒนาจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ ไปใช้จริงในการปฏิบัติงาน โดยให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานด้านการรักษา

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 2 โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ได้มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามรูปแบบที่ได้มีการพัฒนาขึ้นมาใหม่ในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 2 เดือน เพื่อทำการตรวจสอบและยืนยันผลของการพัฒนารูปแบบของการรายงานความเสี่ยงว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งขึ้นมาหรือไม่

5.4 ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกในห้วง 2 เดือน หลังการจัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการเก็บข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมิน

ความรู้ การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ และนอกจากนี้มีการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการตัดสินใจในการนำรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมาใช้เผยแพร่ในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ต่อไป

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยนี้ จะมีการใช้ข้อมูลทั้ง 2 ประเภท ได้แก่ข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

6.1 ข้อมูลปฐมภูมิ

ใช้การเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อย และข้อเสนอแนะจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

6.2 ข้อมูลทุติยภูมิ

ใช้การเก็บข้อมูลจากรายงานความเสี่ยงในห้วง 2 เดือนก่อน และหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากฐานข้อมูลระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

7.1 ข้อมูลทั่วไป ในส่วนของข้อมูล อายุ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จะใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ ข้อมูลในส่วนของเพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง การทราบนโยบายการบริหารความเสี่ยง และการเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จะใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละในการวิเคราะห์

7.2 แบบประเมินความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งก่อนและหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จะวิเคราะห์โดยใช้การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ และการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระยะก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จะวิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบสมมติฐาน Paired t-test

7.4 ข้อมูลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้เก็บรวบรวมจากการประชุมกลุ่มย่อยมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แล้วจัดหมวดหมู่ออกเป็นองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อย แล้วใช้การวิเคราะห์เชิงอุปนัย เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่องผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีนี้มีรายละเอียดดังนี้

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
2. ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในแง่ของการสื่อความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

\bar{X}	แทนค่า	ค่าเฉลี่ย
n	แทนค่า	จำนวนตัวอย่าง
S.D.	แทนค่า	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
t	แทนค่า	สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบคู่ (paired t-test)

2. ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ได้รวบรวมแล้วนำมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งจะขอแบ่งขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้เก็บรวบรวมจากการประชุมกลุ่มย่อยในการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ตอนที่ 3 ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ผลของการประเมินความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
 ส่วนที่ 2 ผลของการประเมินการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
 ส่วนที่ 3 ผลของอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในห้วง 2 เดือนก่อน และ
 หลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากฐานข้อมูลระบบรายงานอุบัติการณ์
 ความเสี่ยง และจากการรายงานส่วนบุคคล
 ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 30 คน (ร้อยละ 93.75) มีอายุเฉลี่ย 35 ปี (S.D. = 8.23) ซึ่งทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ร้อยละ 93.75) มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 11 ปี ได้รับการอบรมการบริหารความเสี่ยงจาก สรพ. สำนักพยาบาล ภายนอกโรงพยาบาล และภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.75, 37.50, 68.75, และ 21.87 ตามลำดับ) โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ทราบนโยบายในการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 90.63 แต่ส่วนใหญ่จะเข้าใจนโยบายบางส่วน (ร้อยละ 62.07) มีเพียงส่วนน้อยที่เข้าใจนโยบายทั้งหมด (ร้อยละ 37.93) และผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งไม่ได้เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (ร้อยละ 59.38) สำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล จะมีระยะเวลาในการเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเฉลี่ย 2 ปี (S.D.=1.25) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
	Mean \pm S.D. (min - max)	
อายุ (ปี)	35.09 \pm 8.23 (24 - 54)	
กลุ่มอายุ		
21 - 31 ปี	13	40.63
31 - 40 ปี	10	31.25
41 ปีขึ้นไป	9	28.12
เพศ		
หญิง	30	93.75
ชาย	2	6.25
การศึกษา		
ปริญญาตรี	32	100.00
ตำแหน่งงาน		
พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย	9	28.13
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	23	71.87
ประสบการณ์ทำงาน (ปี)	11.00 \pm 7.91 (1 - 30)	
ช่วงประสบการณ์ทำงาน		
1 - 10 ปี	18	56.25
11 - 20 ปี	10	31.25
21 - 30 ปี	4	12.50
ได้รับการอบรมจาก สรพ.		
ไม่เคย	18	56.25
เคย	14	43.75
ได้รับการอบรมจากสำนักพยาบาล		
ไม่เคย	20	62.50
เคย	12	37.50

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
	Mean \pm S.D. (min - max)	
ได้รับการอบรมจากภายนอกโรงพยาบาล		
ไม่เคย	10	31.25
เคย	22	68.75
ได้รับการอบรมจากภายในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	25	78.13
เคย	7	21.87
ทราบนโยบายในการบริหารความเสี่ยง		
ไม่ทราบ	3	9.37
ทราบ	29	90.63
เข้าใจนโยบายการบริหารความเสี่ยง		
เข้าใจบางส่วน	18	62.07
เข้าใจทั้งหมด	11	37.93
การเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง		
ไม่เป็น	19	59.38
เป็น	13	40.62
ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (ปี)	1.69 \pm 1.25 (1 - 5)	
ช่วงเวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (N=13)		
1 - 2 ปี	10	76.92
3 - 4 ปี	2	15.39
5 ปีขึ้นไป	1	7.69

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยในการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

3.2.1 การสำรวจสภาพปัญหา

ในการสำรวจสภาพปัญหาจากการประชุมกลุ่มย่อยในการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้การระดมความคิดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าฝ่าย ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มย่อยมีความคิดเห็นที่คล้าย ๆ กัน โดยปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบันลดลงนั้น สรุปได้ดังนี้

1) ด้านบุคคล

ในด้านบุคคลนี้ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความไม่รู้ของบุคลากร กล่าวคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานนั้นไม่ทราบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใดจัดว่าเป็นความเสี่ยง และปฏิบัติงานด้วยความเคยชิน หรือถ้าหากทราบว่าเหตุการณ์นั้นจัดเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยง ก็ไม่กล้าที่จะรายงานเหตุการณ์ เนื่องจากกลัวว่าจะเป็นความผิดต่อตนเอง หรือโรงพยาบาล กลัวการโดนตำหนิจากหัวหน้างาน หรือไม่เห็นประโยชน์จากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เนื่องจากเคยรายงานเหตุการณ์ไปแล้ว ก็ยังเหมือนเดิมไม่ได้รับการแก้ไข

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านบุคคลที่สัมพันธ์กับระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงคือ การใช้งานระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (HRMS) ไม่เป็น เนื่องจากไม่เคยเข้าใช้ หรือไม่เคยเรียนรู้การใช้งานของระบบ และคิดว่าเป็นความยุ่งยาก จึงทำให้บุคลากรส่วนนี้ไม่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เมื่อเห็นว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้ลดลง

2) ด้านระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ในด้านของระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากความยากต่อการเข้าถึงระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งมีขั้นตอนหลายขั้นตอนกว่าจะเข้าถึงระบบการรายงานอุบัติการณ์ได้ และการเข้าถึงด้วยโทรศัพท์สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ตนั้นทำได้ยาก ต้องมีขั้นตอนหลายขั้นตอนเช่นเดียวกัน ดังนั้นการรายงานในระบบ HRMS ส่วนใหญ่จะใช้คอมพิวเตอร์ในหน่วยงานเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่ามีปัญหาในระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลุ่มบ่อ ๆ และคอมพิวเตอร์ในหน่วยงานที่มีก็ยังไม่เพียงพอต่อการใช้งานอีกด้วย

นอกจากปัญหาจากอุปกรณ์ที่ใช้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว หัวข้อในระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเอง ก็ยังเป็นอุปสรรคที่ทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ลดลง เนื่องจากพบว่า หัวข้อของความเสี่ยงในระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นเป็นหัวข้อกว้าง ๆ ไม่ตรงกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ผู้รายงานอุบัติการณ์ไม่มั่นใจว่าเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นจะต้องนำไปใส่ไว้ในหัวข้อความเสี่ยงใดในระบบ HRMS

3) ด้านสิ่งแวดล้อม

ในด้านของสิ่งแวดล้อมนี้ พบว่าการที่บุคลากรในหน่วยงานมีภาระงานที่มาก เนื่องจากการมีบุคลากรในหน่วยงานน้อย ส่งผลให้ไม่มีเวลาที่จะรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นได้อย่างทันท่วงที และเมื่อเวลาผ่านไปจึงล้มเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้น ๆ ส่งผลให้จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจึงมีน้อยกว่าเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริง

3.2.2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ในขั้นตอนการออกแบบและพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากการประชุมกลุ่มย่อยในการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้การระดมความคิดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าฝ่าย ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มย่อยมีความคิดเห็นที่คล้าย ๆ กัน โดยแนวคิดที่เป็นรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการออกแบบจากการประชุมกลุ่มย่อยนั้นสรุปได้ดังนี้

1) การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน Line ในสมาร์ทโฟน สำหรับการสร้างกลุ่ม Line ที่ใช้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยเฉพาะ ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเบื้องต้นภายในหน่วยงาน และกำหนดผู้มีหน้าที่เฉพาะในการบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS ได้แก่ “Safety Man ประจำตึก” และนอกจากนี้ควรจัดให้มีการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน โดยใช้กลุ่ม Line ระหว่างตึก เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานของตนเอง และผลการแก้ไข เพื่อให้หน่วยงานข้างเคียงสามารถเฝ้าระวังไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำภายในหน่วยงานของตนเองได้ต่อไป

2) การจัดทำ Shortcut Icon เพื่อเข้าถึงระบบรายงานอุบัติการณ์ HRMS ในหน้าจอโทรศัพท์สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ตของบุคลากรแต่ละคนเพื่อลดขั้นตอนในการเข้าถึงระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และลดความยุ่งยากในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS ซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคที่ได้กล่าวไปข้างต้น

3) การสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มากขึ้น เมื่อพบเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงในหน่วยงาน หรือภายนอกหน่วยงานของตน เช่นการให้รางวัล “รายงานความเสี่ยงดีมีรางวัล” หรือการมอบประกาศเกียรติคุณ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากร เพื่อชักชวนให้บุคลากรในทุกกระดับมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มากขึ้น โดยเป็นการให้รางวัลเป็นรายบุคคล

4) การอบรมบุคลากรใหม่ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง ระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการลงข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS เพื่อให้บุคลากรใหม่ได้รับทราบนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจ

ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และสามารถใช้ระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง HRMS ได้อย่างถูกต้อง มั่นใจ มีความคุ้นชินในระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

3.2.3 การสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์แก่หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ในขั้นตอนการสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์แก่หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการประชุมกลุ่มย่อยในการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้การระดมความคิดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าฝ่าย ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มย่อยมีความคิดเห็นที่คล้าย ๆ กัน โดยแนวทางการสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์ที่ได้รับการออกแบบจากการประชุมกลุ่มย่อยนั้น สรุปได้ดังนี้

1) มีระบบการแจ้งเตือนผลการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รายงานไปของหน่วยงาน อาจจะเป็นรูปแบบ Pop Up แจ้งเตือนในระบบ หรือการสะท้อนผลผ่านกลุ่ม Line ที่ใช้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในสมาร์ตโฟน ว่ามีผลลัพธ์กระบวนการใดเกิดขึ้นบ้าง เพื่อใช้ในการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ๆ ซ้ำขึ้นมา โดยมีการกำหนดระยะเวลาในการสะท้อนกลับผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามระดับความรุนแรง และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลไปยังหน่วยงานอื่นด้วย

2) มีการจัดทำเอกสารการสะท้อนกลับผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเหตุการณ์ความเสี่ยงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปมายังหน่วยงานที่รายงานเหตุการณ์ เพื่อที่หน่วยงานที่รายงานนั้นจะได้ทราบผลลัพธ์การดำเนินการ และการจัดการอย่างเป็นระบบ

เมื่อได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้รับการรวบรวมจากการประชุมกลุ่มย่อยในการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแล้ว จึงได้นำข้อสรุปดังกล่าวมาทดลองใช้จริงในการปฏิบัติงาน โดยให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานด้านการรักษา เป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วจึงปรับแก้ไขระบบก่อนมีการนำไปใช้จริง ซึ่งรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขในระดับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้แก่ การจัดทำรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Line official account ภายใต้ชื่อ บัญชีทางการของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีเมนูหลัก 3 เมนู ได้แก่ 1) รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 2) ติดตามผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และ 3) การสะสมคะแนนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลสรุปที่เก็บรวบรวมได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ที่ต้องการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้มีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) มีช่องทางการเข้าถึงโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก
- 2) มีการสะท้อนกลับผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ และสามารถติดตามผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้
- 3) มีการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นรายบุคคล
- 4) สามารถแจ้งเตือนผลการแก้ไขในอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญแก่ทุกหน่วยงาน

สำหรับแอปพลิเคชัน Line official account ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่ได้เผยแพร่ให้บุคลากรในโรงพยาบาลได้ใช้นั้น จะมีปุ่มสำหรับกดเพื่อเข้าสู่หน้าจอรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้โดยตรงจากแอปพลิเคชัน เพื่อลดขั้นตอนในการเข้าถึงโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยมีเจ้าหน้าที่และเลขานุการศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลระบบที่ทำหน้าที่แจ้งผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และผลการแก้ไขเหตุการณ์ความเสี่ยงแก่ผู้ใช้งานแอปพลิเคชันทุกคน ซึ่งจะมีปุ่มให้ผู้ใช้งานกดเพื่อสอบถาม และติดตามผลการแก้ไขเหตุการณ์ความเสี่ยงได้โดยตรง และนอกจากนี้ยังเป็นผู้ตรวจสอบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่บุคลากรในโรงพยาบาลได้รายงาน แล้วให้คะแนนตามจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รายงานผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อสะสมเป็นคะแนนสำหรับแลกเปลี่ยนรางวัล และประกาศนียบัตรในโครงการ “รายงานดีมีรางวัล” โดยที่รางวัลของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นจะแบ่งเป็นระดับขั้นตั้งแต่ การรายงานครบ 10 ครั้งจะได้รับคูปองเงินสด 40 บาทสำหรับใช้จ่ายที่ร้านสวัสดิการโรงพยาบาล การรายงานครบ 20 ครั้งจะได้รับเป็นเงินสดมูลค่า 100 บาท และการรายงานครบ 40 ครั้งจะได้รับเป็นเงินสดมูลค่า 500 บาท เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนได้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และค้นหาความเสี่ยงที่จะมีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาล

3.3 ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

3.3.1 ผลลัพธ์ด้านความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ระดับคะแนนความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ย 8.66 คะแนน ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง (8 – 10 คะแนน) ร้อยละ 75.00 และภายหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ย 11.06 คะแนน และผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งอยู่ในระดับความรู้มาก (ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 59.40 ตามตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนและหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ความรู้เกี่ยวกับการรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้มาก	3	9.40	19	59.40
ระดับความรู้ปานกลาง	24	75.00	12	37.50
ระดับความรู้ต่ำ	5	15.60	1	3.10
รวม	32	100.00	32	100.00
Mean \pm S.D. (min - max)	8.66 \pm 1.26 (6 - 12)		11.06 \pm 1.68 (7 - 14)	

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่าคะแนนความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($t = 7.442$, $p\text{-value} < 0.01$) ตามตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนและหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

คะแนนความรู้	N	\bar{X}	SD	Mean difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	32	8.66	1.26	2.40	1.74 - 3.07	7.442	<0.001
หลังการพัฒนา	32	11.06	1.68				

3.3.2 ผลลัพธ์ด้านการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ระดับการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ย 4.07 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมที่มาก และภายหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของ

ผู้เข้าร่วมการศึกษามีค่าเฉลี่ย 4.48 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมที่มากเช่นกัน แต่เมื่อจำแนกเป็นรายข้อจะพบว่า ในบางหัวข้อระดับการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาจะมีระดับที่ดีขึ้น จากระดับการมีส่วนร่วมมากเป็นระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุดตามตารางที่ 4.4

เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อแล้วจะพบว่า ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ค่อนข้างมาก และหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงมา แสดงให้เห็นว่าก่อนการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะมีความแตกต่างกันของคะแนนค่อนข้างสูงในผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่ละคน ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมที่มากและน้อยต่างกันมากในแต่ละคน แต่หลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพบว่าความแตกต่างกันของการมีส่วนร่วมลดลง แสดงว่าคะแนนการมีส่วนร่วมในผู้เข้าร่วมการศึกษานั้นมีความใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 4.4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษา ก่อนและหลังพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำแนกเป็นรายข้อ (N = 32)

การมีส่วนร่วมในการรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{X}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม	\bar{X}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยง เชิงรุก เช่น การสังเกต หรือการค้นหา จากกระบวนการดูแลผู้ป่วย ภายใน หน่วยงานของท่าน	4.06	0.72	มาก	4.66	0.48	มากที่สุด
2. การมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยง เชิงรับ เช่น การรายงานจากรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น, การรายงานของเวรตรวจการพยาบาล, การรายงานความปลอดภัยหรือคำแนะนำ จากผู้รับบริการ ภายในหน่วยงานของ ท่าน	3.97	0.74	มาก	4.44	0.56	มาก

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{X}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม	\bar{X}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
3. การมีส่วนร่วมในการบันทึกรายงานเหตุการณ์ไว้เป็นหลักฐานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของความเสี่ยงทั่วไป	4.19	0.78	มาก	4.53	0.57	มากที่สุด
4. การมีส่วนร่วมในการบันทึกรายงานเหตุการณ์ไว้เป็นหลักฐานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของความเสี่ยงทางคลินิก	4.19	0.78	มาก	4.56	0.50	มากที่สุด
5. การมีส่วนร่วมในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงผ่านโปรแกรมการรายงานความเสี่ยง	4.03	0.93	มาก	4.53	0.80	มากที่สุด
6. การมีส่วนร่วมในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงผ่านวิธีการอื่น ๆ เช่นการเขียนรายงานในแบบฟอร์มการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน	4.31	0.69	มาก	4.41	0.56	มาก
7. การลงรายละเอียดที่สำคัญทุกครั้งในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงครบทั้ง 3 ข้อได้แก่ มีการบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีการอธิบายสาเหตุของการเกิดความเสี่ยง และมีการระบุการตอบสนองต่อความเสี่ยง	4.00	1.05	มาก	4.34	0.65	มาก
8. ความสามารถในการรายงานความเสี่ยงได้ตรงตามกรอบเวลาที่กำหนด คือ ภายใน 3 วันสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่รุนแรง และภายใน 24 ชั่วโมงสำหรับเหตุการณ์ที่รุนแรง	3.97	0.65	มาก	4.41	0.67	มาก

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{X}	S.D.	ระดับการ มีส่วนร่วม	\bar{X}	S.D.	ระดับการ มีส่วนร่วม
9. ความสามารถในการเขียนรายงาน เหตุการณ์ความเสี่ยงโดยปราศจาก ความรู้สึกลัวความผิด และมุ่งหวังให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการ ปฏิบัติงาน	4.03	0.69	มาก	4.66	0.48	มากที่สุด
10. การติดตามผลลัพธ์และการ เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติภายหลังจาก การรายงานความเสี่ยง เพื่อป้องกันการ เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงซ้ำ	3.94	0.88	มาก	4.22	0.75	มาก
คะแนนเฉลี่ย	4.07	0.60	มาก	4.48	0.39	มาก

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($t = 3.827$, p -value 0.001) ตามตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษา ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

การมีส่วนร่วม	N	\bar{X}	SD	Mean difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	32	4.07	0.60	0.41	0.19 – 0.62	3.827	0.001
หลังการพัฒนา	32	4.48	0.39				

อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ในห้วง 2 เดือนก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการรายงานส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วม การศึกษาก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ย 2.38 ครั้ง ซึ่งผู้เข้าร่วม การศึกษาส่วนใหญ่มีอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 0 – 3 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 75.00 และภายหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผู้เข้าร่วมการศึกษามีอัตรา การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ย 6.34 ครั้ง ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษากลุ่มใหญ่มีอัตราการรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง 4 – 6 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ตามตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือนของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อน และ หลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการรายงานส่วนบุคคล

อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ต่อ 1 เดือน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 – 3 ครั้ง	24	75.00	7	21.88
4 – 6 ครั้ง	5	15.63	12	37.50
7 – 9 ครั้ง	1	3.12	7	21.88
10 ครั้งขึ้นไป	2	6.25	6	18.74
รวม	32	100.00	32	100.00
Mean \pm S.D. (min - max)	2.38 \pm 2.85 (0 - 10)		6.34 \pm 3.48 (1 - 15)	

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ในห้วง 2 เดือนก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการรายงานส่วนบุคคล พบว่าอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการรายงานส่วนบุคคลหลังการพัฒนารูปแบบการ รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($t = 7.134$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือนของผู้เข้าร่วมการศึกษา ในห้วง 2 เดือนก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากการรายงานส่วนบุคคล

อัตราการรายงาน ต่อ 1 เดือน	N	\bar{X}	SD	Min - Max	Mean difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	32	2.38	2.85	0 - 10	3.97	2.83 - 5.10	7.134	<0.001
หลังการพัฒนา	32	6.34	3.48	1 - 15				

และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ของโรงพยาบาล ในห้วง 2 เดือนก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากฐานข้อมูลระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ พบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากฐานข้อมูลระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงร้อยละ 77.22 (140 ครั้ง และ 79 ครั้ง ตามลำดับ) ตามตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือนของโรงพยาบาล ในห้วง 2 เดือนก่อน และหลังการพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากฐานข้อมูลระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

การรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (ครั้งต่อเดือน)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้งต่อเดือน)	ร้อยละ
อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก	58	73.42	92	65.71
อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านทั่วไป	21	26.58	48	34.29
รวม	79	100	140	100

ที่มา: ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ (2566)

3.3.3 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ระดับความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 4.57 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อจะพบว่า ในหัวข้อส่วนใหญ่จะมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด แต่ในหัวข้อที่ 8 ได้แก่ ความพึงพอใจกับนโยบายของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงาน จะมีระดับความพึงพอใจที่มาก ตามตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการศึกษาต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำแนกเป็นรายข้อ (N = 32)

ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านกระบวนการรายงานความเสี่ยง			
1. พึงพอใจในรูปแบบการรายงานความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่	4.59	0.56	มากที่สุด
2. รูปแบบของการรายงานความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่ มีความเหมาะสม สอดคล้องต่อการรายงานมากขึ้น	4.66	0.48	มากที่สุด
3. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการรายงานความเสี่ยง ทำให้สามารถรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงได้ง่าย และรวดเร็วมากขึ้น	4.66	0.48	มากที่สุด
4. รูปแบบการรายงานความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่ สามารถทำให้รายงานความเสี่ยงได้มากขึ้น	4.59	0.50	มากที่สุด
ด้านผลการดำเนินงานกิจกรรม			
5. พึงพอใจกับผลของการรายงานความเสี่ยง ภายหลังจากการพัฒนา รูปแบบการรายงานความเสี่ยง	4.63	0.49	มากที่สุด
6. พึงพอใจกับวิธีแก้ปัญหาของหน่วยงาน ภายหลังจากการได้รับการรายงานความเสี่ยง	4.50	0.57	มากที่สุด
7. พึงพอใจเมื่อได้รับการสะท้อนผลของการรายงานความเสี่ยง จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.56	0.56	มากที่สุด
ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง			
8. พึงพอใจกับนโยบายของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการรายงานความเสี่ยงในหน่วยงาน	4.38	0.55	มาก

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
9. พึงพอใจเมื่อหัวหน้าหน่วยให้การสนับสนุนกับแนวทางการรายงานความเสี่ยงตามที่เสนอ	4.56	0.56	มากที่สุด
10. พึงพอใจกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในกระบวนการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน	4.59	0.50	มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	4.57	0.43	มากที่สุด



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีนี้ มีความมุ่งหมายของการวิจัยอยู่ 3 ประการ ประกอบด้วย ประการที่ 1 เพื่อศึกษารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล ประการที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากร ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ และประการที่ 3 เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

โดยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สะดวก เข้าถึงง่าย และสามารถรายงานได้อย่างทันท่วงทีแล้วจึงมีการเก็บรวบรวมผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยวัดจากความรู้ในเรื่องของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้พัฒนาขึ้นมา ซึ่งได้ข้อสรุปของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. สรุปการวิจัย

สำหรับผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีนี้ สามารถสรุปผลออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ผลของการพัฒนารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล ตอนที่ 2 ผลการประเมินความรู้ การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาล และตอนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการบริหาร

ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ผลของการพัฒนารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในขั้นตอนการสำรวจสภาพปัญหา ความต้องการของบุคลากรในโรงพยาบาล และการออกแบบรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง สามารถสรุปได้ดังนี้

1.1.1 ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบันลดลง

ในปัจจุบันนี้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ แบ่งได้เป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ของบุคลากร ตั้งแต่ไม่ทราบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใดจัดว่าเป็นความเสี่ยง หรือไม่เคยเรียนรู้การใช้งานของระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง HRMS on Cloud ซึ่งคิดว่าเป็นความยุ่งยาก และความกลัวที่จะถูกมองว่าเป็นความผิดพลาดของตนเอง และอีกทั้งยังกลัวว่าจะมีการโดนตำหนิจากหัวหน้างาน 2) ปัจจัยด้านระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งเกิดจากเกิดจากความยากต่อการเข้าถึงระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงซึ่งมีหลายขั้นตอน และถึงแม้จะเป็นระบบออนไลน์ แต่การเข้าถึงด้วยโทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ตนั้นก็ยังไม่สามารถทำได้ยาก ทำให้ในปัจจุบันนี้จึงมีการรายงานโดยใช้คอมพิวเตอร์ในหน่วยงานเป็นหลัก แต่ก็ยังพบว่ามีปัญหา ระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลุ่มบ่อ ๆ และคอมพิวเตอร์ในหน่วยงานที่มีก็ยังไม่เพียงพอต่อการใช้งาน และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากการที่บุคลากรในหน่วยงานมีภาระงานที่มากจากการที่มีบุคลากรในหน่วยงานน้อย ส่งผลให้ไม่มีเวลาที่จะรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้นได้อย่างทันที่

1.1.2 การออกแบบรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล

ในขั้นตอนการออกแบบและพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการประชุมกลุ่มย่อยในการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้การระดมความคิดของบุคลากรในโรงพยาบาล แบ่งแนวทางของรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้เป็น 4 หัวข้อหลัก ๆ ได้แก่ 1) ควรจัดให้มีการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน Line สำหรับการสร้างกลุ่ม Line ที่ใช้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยเฉพาะ และควรจัดให้มีการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานของตนเอง และผลการแก้ไข 2) การจัดทำ Shortcut Icon เพื่อเข้าถึงระบบรายงานอุบัติการณ์ HRMS ได้อย่างรวดเร็ว 3) การสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มากขึ้น เช่นการให้รางวัลเป็นรายบุคคล และ 4) การอบรมบุคลากรใหม่

ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง และการลงข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และสามารถใช้บริการการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง HRMS ได้อย่างถูกต้อง มั่นใจ มีความคุ้นชินในระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

จากกระบวนการระดมความคิดของบุคลากรในโรงพยาบาลที่กล่าวมาข้างต้น จึงได้มีการจัดทำรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Line official account ซึ่งมีความสามารถในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ติดตามผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการสะสมคะแนนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของแต่ละบุคคล โดยรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Line official account มีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) มีช่องทางการเข้าถึงโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก
- 2) มีการสะท้อนกลับผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ และสามารถติดตามผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้
- 3) มีการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นรายบุคคล
- 4) สามารถแจ้งเตือนผลการแก้ไขในอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญแก่ทุกหน่วยงาน

1.2 ผลการประเมินความรู้ การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาล

ในการประเมินระดับความรู้ การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1.2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

1.2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

1.2.3 อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ในห้วง 2 เดือนจากการรายงานส่วนบุคคลหลังการพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

1.2.4 อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ยต่อ 1 เดือน ในห้วง 2 เดือน ในระบบ HRMS on Cloud หลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง สูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงร้อยละ 77.22

1.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการบริหารความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล

ในการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการบริหารความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล สามารถสรุปผลได้ว่า ระดับคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรในโรงพยาบาล ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการบริหารความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเฉลี่ย 4.57 ซึ่งอยู่ในระดับ มากที่สุด

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลไม่รายงานความเสี่ยงนั้นเกิดจาก 3 ปัจจัยได้แก่ปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความไม่รู้ทั้งไม่รู้ว่าเหตุการณ์ใดถือว่าเป็นความเสี่ยง และไม่รู้วิธีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีเรื่องของการทำงานที่ผิดพลาด และกลัวการโดนตำหนิจากหัวหน้างาน ปัจจัยด้านระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เช่น การยากต่อการเข้าถึง และความไม่พร้อมของระบบ และอุปกรณ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ภาระงานที่มากทำให้ไม่มีเวลาในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร ยอดยศ และคณะ (2562) ที่พบว่าสาเหตุของการไม่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดจาก การที่มีการตำหนิตัวบุคคล กลัวผลกระทบและกลัวที่จะถูกบันทึกความผิดพลาดไว้ในประวัติการทำงาน นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนระบบใหม่จากการรายงานผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลและปรับเปลี่ยนเป็นระบบรายงานแบบ On Cloud ทำให้การรายงานพบระบบ Error บ่อยครั้ง บุคลากรจึงคิดว่าเป็นเรื่องที่ยากต่อการเข้าถึง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ เอ็นจิดา (Engeda, 2016) ที่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง กลัวการลงโทษ กลัวบทลงโทษทางกฎหมาย และกลัวการสูญเสียบทบาทในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ทำให้สัดส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลนั้นต่ำมาก การขาดการสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแก่หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และ

ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ยุงยาก ก็เป็นหนึ่งในสาเหตุที่เป็นอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลในปัจจุบัน ดังเช่นการศึกษาของอีวาน และคณะ (Evans et al., 2006) ที่พบว่าอุปสรรคในการรายงานเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุดสำหรับแพทย์และพยาบาลได้แก่ การขาดการสะท้อนผลลัพท์กลับมายังผู้รายงานเหตุการณ์ รองลงมาเป็นรูปแบบฟอร์มการรายงานที่เยอะทำให้ไม่มีเวลารายงานที่เพียงพอ ดังนั้นเพื่อการปรับปรุงการรายงานเหตุการณ์ ควรมีความจำเป็นที่จะต้องมีการชี้แจงว่าควรรายงานเหตุการณ์ใด กระบวนการต้องทำให้ง่ายขึ้น และมีการสะท้อนผลลัพท์กลับมายังผู้รายงานเหตุการณ์ต่อไป

ในการศึกษานี้บุคลากรในโรงพยาบาลได้ทำการออกแบบและพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยมีแนวความคิดของรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้เป็น 4 หัวข้อหลัก ๆ ได้แก่ 1) ควรจัดให้มีการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน Line ที่ใช้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยเฉพาะ และควรจัดให้มีการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานของตนเอง และผลการแก้ไข 2) การจัดทำ Shortcut Icon เพื่อเข้าถึงระบบรายงานอุบัติการณ์ได้อย่างรวดเร็ว 3) การสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มากขึ้น เช่นการให้รางวัลเป็นรายบุคคล และ 4) การอบรมบุคลากรใหม่ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง และการลงข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS จนได้ออกมาเป็นการจัดทำรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Line official account ซึ่งมีความสามารถในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ติดตามผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการสะสมคะแนนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ซึ่งมีคุณลักษณะตรงกับความต้องการของบุคลากรในโรงพยาบาล และเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ยต่อ 1 เดือน ในห้วง 2 เดือนหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง สูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทั้งจากจำนวนการรายงานผ่านระบบ HRMS และจากจำนวนการรายงานส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรจนา เล้าบัณฑิต และปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง (2564) ที่พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมและความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤทัย สายจันทร์ และคณะ (2560) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมและรายด้าน ที่บุคลากรมีโอกาสในการร่วมกำหนด

นโยบาย วางแผนงาน กำหนดแนวทางพัฒนาด้านความเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในการวัดอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ยต่อ 1 เดือน ในการศึกษาที่มีการใช้ข้อมูลจากทั้งข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการรายงานส่วนบุคคลจากการตอบแบบสอบถาม และการใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากฐานข้อมูลรายงานการเกิด/แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ (HRMS) ในการเปรียบเทียบอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ยต่อ 1 เดือน ในห้วง 2 เดือนก่อน และหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากข้อมูลทั้งสองประเภทนี้ ให้ผลเป็นไปในแนวเดียวกัน คือ หลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จะพบว่าอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง แต่ข้อมูลที่ได้จากระบบ HRMS ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมินั้นจะมีความเที่ยงตรงและชัดเจนกว่าข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการรายงานส่วนบุคคล เนื่องจากอาจจะมี ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากการลืม หรือใช้การประมาณค่าในการรายงานผลในข้อมูลปฐมภูมิได้

การสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงมายังผู้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก็เป็นหนึ่งในปัจจัยที่บุคลากรในโรงพยาบาลเห็นว่ามีสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เนื่องจากผู้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเองย่อมอยากจะทำผลของการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงซ้ำ และอยากให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลไปยังหน่วยงานอื่นด้วย ซึ่งทำให้ผู้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรู้สึกว่ามีคุณค่าที่ตนเองได้รายงานนั้นมีความหมาย และเห็นประโยชน์ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาราลโล และคณะ (Varallo et al., 2018) ที่พบว่าการสะท้อนกลับเกี่ยวกับผลที่ได้จากการรายงานอุบัติการณ์นั้น เป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์เพื่อการส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษามีระดับความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สูงขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 เนื่องจากในกระบวนการศึกษานี้ได้มีการส่งเสริมความรู้ของผู้เข้าร่วมการศึกษาในเรื่องของการบริหารความเสี่ยง และรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ๆ ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษามีการนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ควบคู่กับการลงมือปฏิบัติ จะทำให้มีความรู้ที่เพิ่มขึ้นผ่านประสบการณ์การเรียนรู้จากการตอบสนองต่อเหตุการณ์อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และจะถูกนำมาจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำกับสภาพจิตวิทยา ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP model) ซึ่งจะเริ่มต้นตั้งแต่กระบวนการปรับเปลี่ยนในแง่ของความรู้

และทัศนคติเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วจึงได้มีการวัดผลการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้านได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย ซึ่งจากกิจกรรมการเรียนรู้ดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีระดับความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สูงขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ ภัทรธิดา โภคาพันธ์ และคณะ (2555) ที่พบว่าในการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน มีการวัดผลโดยการใช้เกณฑ์ประเมินระดับความรู้ การปฏิบัติและความพึงพอใจ การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการความเสี่ยง พบว่าหลังการดำเนินการพัฒนา ผู้เข้าร่วมกระบวนการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

จากการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์จนได้เป็นรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Line official account นี้ พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเกิดจากรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรในโรงพยาบาล เพราะได้รับการพัฒนามาจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลเอง ทำให้สะดวก ง่ายต่อการเข้าถึง และตอบสนองความต้องการของบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มากขึ้นตามลำดับ

3. ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ในครั้งนี้ พบข้อจำกัดในการวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 การศึกษานี้เน้นเฉพาะปัจจัยด้านระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเท่านั้น ยังเหลือปัจจัยด้านบุคคล และด้านสิ่งแวดล้อมที่ทางคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขอุปสรรคจากอีกทั้งสองปัจจัยที่เหลือนี้ เพื่อให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์มีปริมาณที่มากขึ้น และมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

3.2 ผู้เข้าร่วมการศึกษาในการศึกษานี้ทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความสามารถในการเรียนรู้ในเรื่องการบริหารความเสี่ยงที่มากกว่าบุคลากรส่วนอื่นของโรงพยาบาล จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงภายหลังการพัฒนารูปแบบการรายงาน

อุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากทำการศึกษาในบุคลากรกลุ่มอื่นอาจได้ผลที่แตกต่างจากการศึกษานี้

3.3 ในการวัดอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ยต่อ 1 เดือนโดยใช้การรายงานส่วนบุคคลนั้น ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลปฐมภูมิที่ได้มาจากการตอบแบบสอบถามก่อน และภายหลังการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์แล้ว 2 เดือน จึงทำให้ข้อมูลที่ได้ อาจจะมีการคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากการลืม หรือใช้การประมาณค่าในการรายงานผลในข้อมูลปฐมภูมิ

4. ข้อเสนอแนะ

4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษาการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลดังต่อไปนี้

4.1.1 การที่บุคลากรในโรงพยาบาลมีองค์ความรู้ในเรื่องของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จะทำให้มีความเข้าใจและมีความมั่นใจในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ส่งผลให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มากขึ้น และลดอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ หรือเหตุการณ์ที่มีระดับความรุนแรงมากได้ ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้มีการอบรมและพัฒนาองค์ความรู้เรื่องของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ไม่เพียงแต่พยาบาลเท่านั้น แต่ในสหวิชาชีพเช่น แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ หรือแม้แต่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นมีความมั่นใจในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมากขึ้น

4.1.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรเอง เพื่อให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

4.1.3 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรมีการติดตามการใช้งานรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นระยะ ๆ และหาโอกาสในการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้อย่างต่อเนื่องผ่านวงจรเดมมิ่ง (PDCA) เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้ดีขึ้น และลดปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคต

4.1.4 รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้พัฒนาขึ้นมาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการนี้ มีการเสริมสร้างแรงจูงใจของบุคลากรในโรงพยาบาลด้วยโครงการ “รายงานดี มีรางวัล” ซึ่งในปัจจุบันนี้เป็นโครงการนำร่อง ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลควรจะมีการสานต่อโครงการนี้ และพิจารณาจัดสรรงบประมาณ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และเพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการใช้งานรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง

4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ ในครั้งนี้ พบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคบางประการเกิดขึ้นในระหว่างการทำดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยเพิ่มเติมในครั้งต่อไปดังนี้

4.2.1 ในกระบวนการศึกษาถึงผลการพัฒนาารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น นอกจากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกแล้ว ควรมีการศึกษาการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานต่าง ๆ ด้วย อันจะทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพของระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลทั้งระบบ

4.2.2 นอกจากการศึกษาระดับปริมาณของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังจากที่ได้มีการพัฒนาารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว ควรจะมีการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมถึงคุณภาพของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงว่ามีความถูกต้องครบถ้วนเพียงใด เพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

4.2.3 ควรมีการศึกษาเพื่อค้นหาการเกิดขึ้นซ้ำของเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการรายงานแล้วว่ามีปริมาณเพิ่มขึ้น หรือลดลงอย่างไร เพื่อให้เป็นอีกตัวชี้วัดหนึ่งของผลการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล

4.2.4 นอกจากเรื่องของความรู้ และการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีผลต่อการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลแล้ว ก็ยังมีตัวแปรอื่นที่สัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอีก เช่น ปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านการยอมรับนับถือ หรือปัจจัยด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้เพิ่มเติม เพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ศูนย์วิจัยวรรณกรรมราชภัฏ

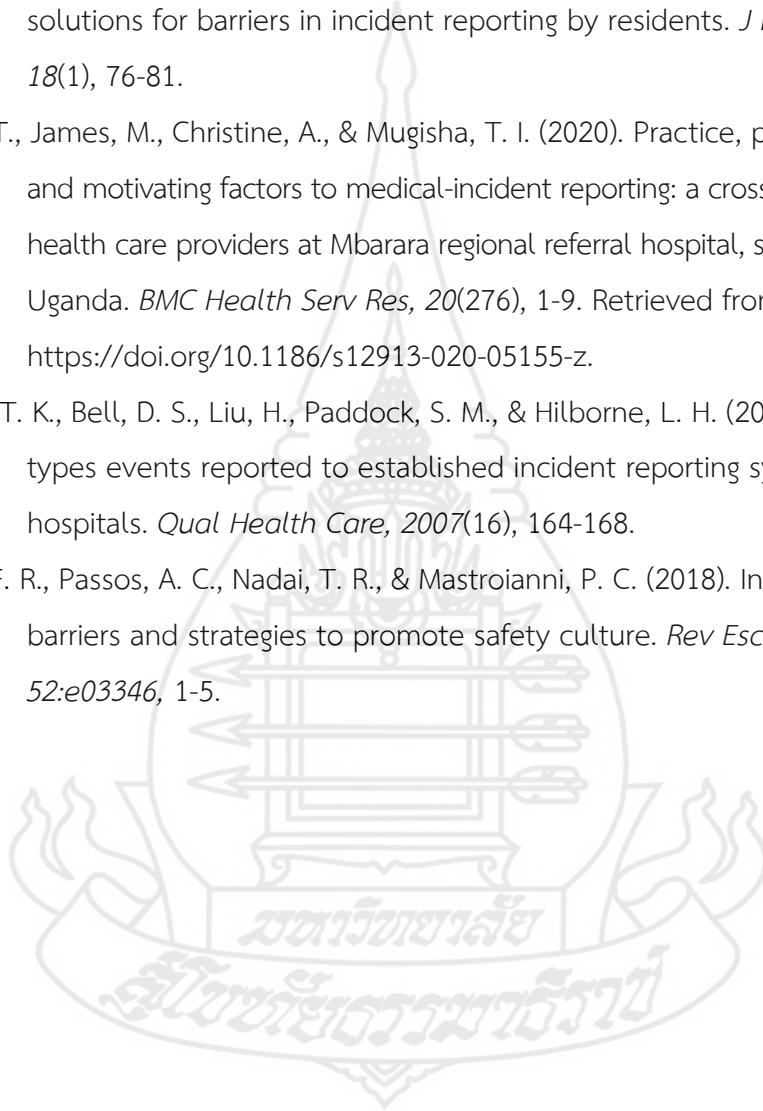
บรรณานุกรม

- กนกพร ยอดยศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และณรงค์ชัย สังขา. (2562). การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(2), 27-41.
- กาญจน์วี จตุเทน, และประจักษ์ บัวผัน. (2561). การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 18(4), 167-178.
- จีรนนท์ ชานนท์, และประจักษ์ บัวผัน. (2564). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21(1), 216-228.
- จรินทร์ เป็นสุข. (2560). ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 61(4), 267-280.
- ชุมพล เสมาชันต์. (2552). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา. *วารสารวิทยาศาสตร์*, 10, 97-104.
- ทวีวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ. (2563). การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวิจัยและพัฒนา. ใน สุพร เสียนสลาย (บ.ก.), *ประมวลสาระชุดวิชา วิทยานิพนธ์ ชั้น 3 และชั้น 4 หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. (น. 3.1-3.47). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธัญภัส มณีศรี. (2555). *การวางแผนอนุรักษ์พลังงานแบบมีส่วนร่วมในอาคารสำนักงานเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร*. (การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม) ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2556/19824.pdf>
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). (น.208). กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์.
- ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562. (18 เมษายน 2562). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 ง หน้า 30-36.

- ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. (17, พฤษภาคม 2565). *การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา* กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย [เอกสารนำเสนอในที่ประชุม]. การประชุม “การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root cause analysis: RCA) กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย”, โรงแรมทีเค พาเลส แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ.
- ผ่องพรรณ จันจนสมบัติ, นันธิดา พันธศาสตร์, และแสงรวี มณีศรี. (2555). การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(3), 118-124.
- พีไลวรรณ อินทร์รักษา. (2550). *แนวความคิดและทฤษฎีการพัฒนาศูนย์สุขภาพ*. สืบค้นจาก http://www.ex-ba.buu.ac.th/Research/Nonthaburi/PM6/.../05_ch2.pdf.
- ภัทรธิตา โภคาพันธ์, สงครามชัย ลีทองดี, และชาญชัย ดิกชะปัญญา. (2555). การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), 38-48.
- ภารดี คลังธาร. (2560). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: ความหมาย แนวคิดและตัวแบบแห่งการประยุกต์. *วารสารศิลปการจัดการ*, 1(1), 33-44.
- รจนา เล้าบัณฑิต, และปริญญาภรณ์ ณะบุญปวง. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(1), 25-36.
- วิชาญ เกิดวิชัย. (2559). คุณภาพในบริการสุขภาพ. ใน พาณี สีดกะลิน (บ.ก.), *ประมวลสาระชุดวิชาการจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หน่วยที่ 11-15* (พิมพ์ครั้งที่ 2) (น. 14.1-14.142). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศิริลักษณ์ ฤทธิไธสง. (2560). การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 3(1), 77-87.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5*. กรุงเทพฯ: ก.การพิมพ์เทียนทอง.
- สมชาย รัตนทองคำ. (2554). การวัดผลและประเมินผลทางการศึกษา. ใน สมชาย รัตนทองคำ (บ.ก.), *เอกสารประกอบการสอน 475 788 การสอนทางกายภาพบำบัด ภาคต้นปีการศึกษา 2554*. สืบค้นจาก <https://ams.kku.ac.th/alearn/resource/edoc/tech/54/13eva.pdf>.
- สมฤทัย สายจันทร์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และพรทิพย์ กิระพงษ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากร โรงพยาบาลสงฆ์. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 13(1), 27-45.

- สรรธวัช อิศวเรืองชัย. (2546). บทความทบทวนทางวิชาการความปลอดภัยของผู้ป่วย. ใน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (บ.ก.), *Patient Safety : Concept and Practice* (น. 2-30). กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- สุชาดา ผลวัฒน์, และสุชาดา สุวรรณนิคม. (2561). ศิริราช 4.0 กับการพัฒนาบุคลากร. *เวชบัณฑิต ศิริราช*, 11(1), 65-71.
- สมลรัตน์ พงษ์ขวัญ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(1), 130-140.
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). *การสื่อสารกับสังคม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2541). การบริหารความเสี่ยง (Risk Management). ใน อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (บ.ก.), *เส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน* (น. 93-98). กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul และคณะ. (2542). *ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- _____. (2542). *เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- อรรธรณ ปิลาณณ์โอวาท. (2549). *การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Dessler, G. (2014). Training and Developing Employees. In Dessler G. (Eds.), *Pearson New International Edition Fundamentals of Human Resource Management* (3rd Edition) (pp.183-214). London: Pearson Education Limited.
- Engeda, E. H. (2016). Incident Reporting Behaviours and Associated Factors among Nurses Working in Gondar University Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Scientifica*, 2016, 1-7.
- Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., & DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting : a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*, 2006(15), 39-43.
- Hewitt, T., Chreim, S., & Forster, A. (2017). Socioculture Factors Influencing Incident Reporting Among Physicians and Nurses: Understanding Frames Underlying Self- and Peer- Reporting Practices. *J Patient Saf*, 13(3), 129-137.
- Krathwohl, D. R. (2002). A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. *Theory Into Practice*, 41(4), 212-218.

- Launiala, A. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Metters Journal*, 11(1), 1-13.
- Martowiriono, K., Jansma, J. D., Lwijk, S. J., Wagner, C. & Bijnen, A. B. (2012). Possible solutions for barriers in incident reporting by residents. *J Eval Clin Pract*, 18(1), 76-81.
- Naome, T., James, M., Christine, A., & Mugisha, T. I. (2020). Practice, perceived barriers and motivating factors to medical-incident reporting: a cross-section survey of health care providers at Mbarara regional referral hospital, southwestern Uganda. *BMC Health Serv Res*, 20(276), 1-9. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05155-z>.
- Nuckols, T. K., Bell, D. S., Liu, H., Paddock, S. M., & Hilborne, L. H. (2007). Rates and types events reported to established incident reporting systems in two US hospitals. *Qual Health Care*, 2007(16), 164-168.
- Varallo, F. R., Passos, A. C., Nadai, T. R., & Mastroianni, P. C. (2018). Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture. *Rev Esc Enferm USP*, 52:e03346, 1-5.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

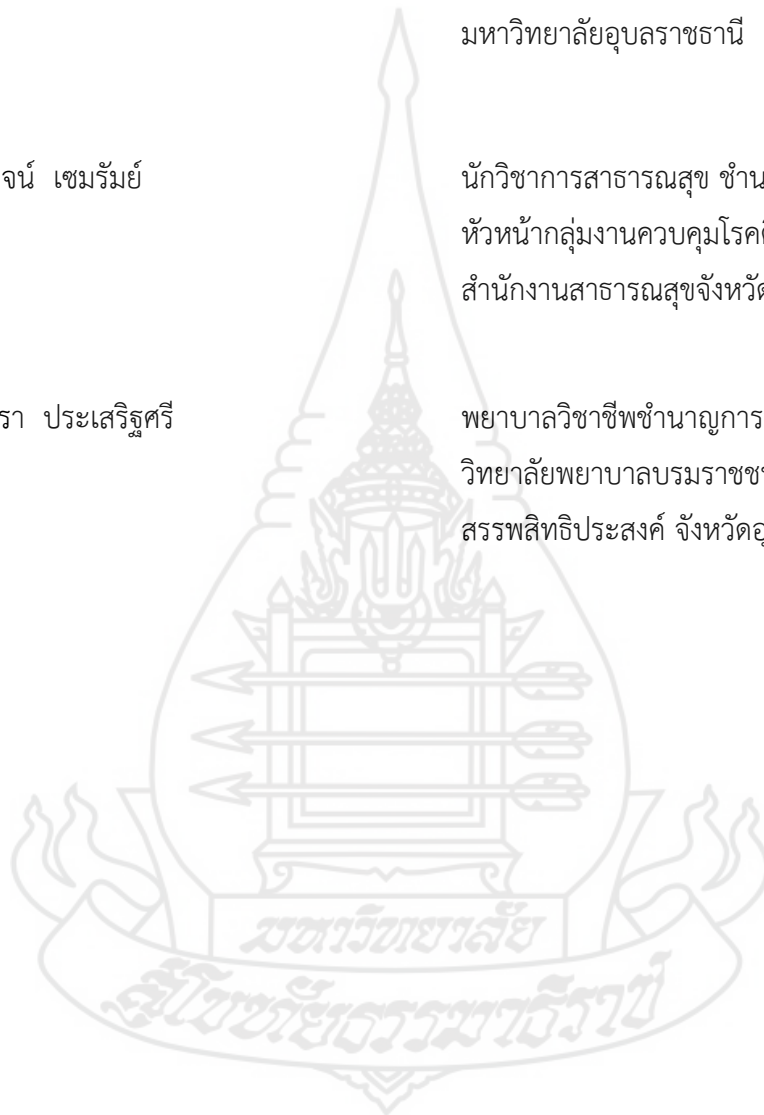


ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา รองศาสตราจารย์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. ดร.นุสรา ประเสริฐศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี





ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการวิจัย



แบบสอบถามโครงการวิจัย

“ผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม
ของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี”

(แบบสอบถามก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ)

วันที่บันทึก [][]/[][]/[][][][][][]

คำชี้แจง

ว ด ด ปปป

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ในการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยเป็นแบบสอบถามก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ

- เวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามประมาณ 20 นาที
- เครื่องหมาย [] ให้เติมตัวเลขลงในช่องว่าง ถ้าไม่มีให้กรอกเลขศูนย์
- เครื่องหมาย ใช้เขียนเครื่องหมายถูกในข้อที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด
- ถ้าเขียนเครื่องหมายหน้าช่อง “อื่นๆ ระบุ _____” กรุณากรอกข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้
- ขอความร่วมมือผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบให้ตรงคำถามและครบทุกข้อ
- คำตอบไม่มีผลใด ๆ ที่จะก่อให้เกิดความเสียหายต่อท่าน หรือต่อการปฏิบัติงานของท่าน มีแต่จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิ-ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป หากมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อผู้วิจัย พ.ต.ธนภณ ชัยวรกุล หมายเลขโทรศัพท์ 085-9734124

ขอขอบคุณที่ท่านร่วมตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ	[][] ปี
2. เพศ	<input type="checkbox"/> 1) หญิง <input type="checkbox"/> 2) ชาย
3. ท่านมีการศึกษาสูงสุดขั้นใด	<input type="checkbox"/> 1) ระดับปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 2) สูงกว่าระดับปริญญาตรี
4. ตำแหน่งงานปัจจุบันของท่าน	<input type="checkbox"/> 1) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย / หัวหน้าฝ่าย <input type="checkbox"/> 2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
5. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ [][] ปี (ระยะเวลาเกิน 6 เดือน ให้ปรับเป็น 1 ปี)	
6. ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงจากสถาบันดังต่อไปนี้หรือไม่	
6.1) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
6.2) กองการสำนักพยาบาล	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
6.3) โครงการอบรมอื่นภายในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
6.4) โครงการอบรมอื่นภายนอกโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
6.5) อื่นๆ ระบุ _____	
7. ท่านทราบนโยบายในการบริหารความเสี่ยง และแนวทางในการรายงานความเสี่ยงใน โรงพยาบาลหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (ให้ข้ามไปทำข้อ 9.) <input type="checkbox"/> ทราบ
8. ถ้าหากท่านทราบนโยบายในการบริหารความเสี่ยง และแนวทางในการรายงานความเสี่ยงใน โรงพยาบาล ท่านมีความเข้าใจในนโยบายในการบริหารความเสี่ยง และแนวทางในการรายงาน ความเสี่ยงในโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> เข้าใจทั้งหมด <input type="checkbox"/> เข้าใจบางส่วน <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ
9. ท่านเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น ระยะเวลาที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จำนวน [][] ปี (ระยะเวลาเกิน 6 เดือน ให้ปรับเป็น 1 ปี)

ส่วนที่ 2 : แบบประเมินความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

คำชี้แจง			
1. แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ของการรายงานความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยง 2. กรุณาพิจารณาข้อความต่อไปนี้โดยละเอียด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่คิดว่าถูกต้องที่สุด			
ความรู้เรื่องการรายงานความเสี่ยง	ใช่	ไม่ใช่	Code
1. ความเสี่ยงตามบทบาทในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลมีอยู่ทั้งสิ้น 2 ประเภท ได้แก่ ความเสี่ยงทั่วไป และความเสี่ยงทางคลินิก			()
2. เหตุการณ์การถูกเข็มทิ่มตำของพยาบาล หรือการถูกสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา จัดว่าเป็นความเสี่ยงทางคลินิก			()
3. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยทางด้านสูติกรรม เช่นการตกเลือดหลังคลอด และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทางวิสัญญี ทำให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยที่รุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิต จัดเป็นความเสี่ยงที่เกิดไม่บ่อย แต่รุนแรง			()
4. วัตถุประสงค์ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงคือการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เผื่อระวังอันตรายใด ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และติดตามผลของการป้องกันภัยที่โรงพยาบาลได้จัดทำไว้			()
5. การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงควรเป็นความลับภายในโรงพยาบาล ไม่ควรส่งต่อข้อมูลออกไปภายนอกโรงพยาบาล เพื่อเป็นการลดผลกระทบจากการฟ้องร้องของผู้ป่วย และป้องกันการเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล			()
6. รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพของเจ้าหน้าที่ จัดเป็นหนึ่งในกรรายงานความเสี่ยงตามระบบที่มีการจัดการเป็นการเฉพาะ			()
7. แผนการป้องกันการเกิดซ้ำ และผลการประเมินแผนของผู้ประสานงานคุณภาพ เป็นข้อมูลสำคัญที่ควรบันทึกไว้ในรายงานอุบัติเหตุอุบัติการณ์			()
8. ใบยินยอมการรักษาที่ไม่เรียบร้อย ไม่จัดเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ควรรายงานในการรายงานอุบัติการณ์ทางการแพทย์			()

ความรู้เรื่องการรายงานความเสี่ยง	ใช่	ไม่ใช่	Code
9. คำร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ ในความไม่ประทับใจต่อบริการของโรงพยาบาลจัดเป็นประเภทหนึ่งของการรายงานความเสี่ยง			()
10. การเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้สมบูรณ์จะต้องระบุหัวข้อ 3 หัวข้อได้แก่ การบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, การอธิบายสาเหตุของการเกิดความเสี่ยง, และการระบุการตอบสนองต่อความเสี่ยงเสมอ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อไป			()
11. ความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไป ระดับ 1 คือความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินที่มีมูลค่าน้อยกว่า 10,000 บาท แต่สามารถแก้ไขปัญหาได้ในระดับเจ้าหน้าที่			()
12. เหตุการณ์การให้ผู้ป่วยรับประทานยาความดันผิดขนาดที่แพทย์สั่งการรักษา แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากเหตุการณ์ดังกล่าว จัดเป็นเหตุการณ์ทางคลินิกระดับ B ที่จำเป็นต้องรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงเสมอ			()
13. ความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E คือเหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น หรือต้องส่งต่อการรักษา			()
14. เหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแล้วส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย จัดเป็นความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก ระดับ G ซึ่งจะต้องรายงานต่อคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง			()

ส่วนที่ 3 : แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงาน ความเสี่ยงก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

คำชี้แจง

- แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลก่อนการพัฒนาแบบการรายงานความเสี่ยง
- กรุณาพิจารณาข้อความต่อไปนี้โดยละเอียด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่คิดว่าตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยที่

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งมากกว่า 90 %

มาก หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้งตั้งแต่ 71 – 90 %

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งตั้งแต่ 51 – 70 %

น้อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ เป็นส่วนน้อยตั้งแต่ 31 – 50 %

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ น้อยกว่า 30%

ข้อความ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1. ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เช่น การสังเกต หรือการค้นหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย ภายในหน่วยงานของท่าน					
2. ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ เช่น การรายงานจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น, การรายงานของเวรตรวจการพยาบาล, การรายงานความปลอดภัยหรือคำแนะนำจากผู้รับบริการ ภายในหน่วยงานของท่าน					
3. ท่านมีส่วนร่วมในการบันทึกรายงานเหตุการณ์ไว้เป็นหลักฐานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของความเสี่ยงทั่วไป					
4. ท่านมีส่วนร่วมในการบันทึกรายงานเหตุการณ์ไว้เป็นหลักฐานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของความเสี่ยงทางคลินิก					

ข้อความ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
5. ท่านมีส่วนร่วมในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงผ่านโปรแกรมการรายงานความเสี่ยง HRMS					
6. ท่านมีส่วนร่วมในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงผ่านวิธีการอื่น ๆ เช่นการเขียนรายงานในรูปแบบฟอร์มการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน					
7. ท่านได้ลงรายละเอียดที่สำคัญทุกครั้ง ในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงครบทั้ง 3 ข้อ ได้แก่ มีการบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, มีการอธิบายสาเหตุของการเกิดความเสี่ยง, และมีการระบุการตอบสนองต่อความเสี่ยง					
8. ท่านสามารถรายงานความเสี่ยงได้ตรงตามกรอบเวลาที่กำหนด คือ ภายใน 3 วันสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่รุนแรง และภายใน 24 ชั่วโมงสำหรับเหตุการณ์ที่รุนแรง					
9. ท่านสามารถเขียนรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงโดยปราศจากความรู้สึกกลัวความผิด และมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการปฏิบัติงาน					
10. ท่านได้มีการติดตามผลลัพธ์ และการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติภายหลังจากการรายงานความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงซ้ำ					

แบบวัดความถี่ในการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
ของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง กรุณาเติมค่าในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

ในห้วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้มีการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงจำนวน [][][] ครั้ง

ขอขอบพระคุณในความร่วมมืออย่างดียิ่ง



แบบสอบถามโครงการวิจัย

“ผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม
ของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี”

(แบบสอบถามหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ)

วันที่บันทึก [][]/[][]/[][][][][]

คำชี้แจง

ว ด ด ปปป

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ในการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยเป็นแบบสอบถามหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ

- เวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามประมาณ 20 นาที
- แบบสอบถามในส่วนที่ 5-6 ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำหลังจากที่ได้รับการประชุมเชิงปฏิบัติการแล้ว 1 เดือน
- เครื่องหมาย [] ให้เติมตัวเลขลงในช่องว่าง ถ้าไม่มีให้กรอกเลขศูนย์
- เครื่องหมาย ใช้เขียนเครื่องหมายถูกในข้อที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด
- ถ้าเขียนเครื่องหมายหน้าช่อง “อื่นๆ ระบุ _____” กรุณากรอกข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้
- ขอความร่วมมือผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบให้ตรงคำถามและครบทุกข้อ
- คำตอบไม่มีผลใด ๆ ที่จะก่อให้เกิดความเสียหายต่อท่าน หรือต่อการปฏิบัติงานของท่าน มีแต่จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิ-ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป หากมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อผู้วิจัย พ.ต.ธนภณ ชัยวรกุล หมายเลขโทรศัพท์ 085-9734124

ขอขอบคุณที่ท่านร่วมตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 4 : แบบประเมินความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

หลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

คำชี้แจง

- แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ของการรายงานความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยง
- กรุณาพิจารณาข้อความต่อไปนี้โดยละเอียด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่คิดว่าถูกต้องที่สุด

ความรู้เรื่องการรายงานความเสี่ยง	ใช่	ไม่ใช่	Code
1. ความเสี่ยงตามบทบาทในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลมีอยู่ทั้งสิ้น 2 ประเภท ได้แก่ ความเสี่ยงทั่วไป และความเสี่ยงทางคลินิก			()
2. เหตุการณ์การถูกเข็มทิ่มตำของพยาบาล หรือการถูกสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา จัดว่าเป็นความเสี่ยงทางคลินิก			()
3. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยทางด้านสูติกรรม เช่นการตกเลือดหลังคลอด และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทางวิสัญญี ทำให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยที่รุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิต จัดเป็นความเสี่ยงที่เกิดไม่บ่อย แต่รุนแรง			()
4. วัตถุประสงค์ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงคือการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เผื่อระวังอันตรายใด ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และติดตามผลของการป้องกันภัยที่โรงพยาบาลได้จัดทำไว้			()
5. การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงควรเป็นความลับภายในโรงพยาบาล ไม่ควรส่งต่อข้อมูลออกไปภายนอกโรงพยาบาล เพื่อเป็นการลดผลกระทบจากการฟ้องร้องของผู้ป่วย และป้องกันการเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล			()
6. รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพของเจ้าหน้าที่ จัดเป็นหนึ่งในกรรายงานความเสี่ยงตามระบบที่มีการจัดการเป็นการเฉพาะ			()
7. แผนการป้องกันการเกิดซ้ำ และผลการประเมินแผนของผู้ประสานงานคุณภาพ เป็นข้อมูลสำคัญที่ควรบันทึกไว้ในรายงานอุบัติเหตุอุบัติการณ์			()
8. ไบอินยอมการรักษาที่ไม่เรียบร้อย ไม่จัดเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ควรรายงานในการรายงานอุบัติการณ์ทางการแพทย์			()

ความรู้เรื่องการรายงานความเสี่ยง	ใช่	ไม่ใช่	Code
9. คำร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ ในความไม่ประทับใจต่อบริการของโรงพยาบาลจัดเป็นประเภทหนึ่งของการรายงานความเสี่ยง			()
10. การเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้สมบูรณ์จะต้องระบุหัวข้อ 3 หัวข้อได้แก่ การบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, การอธิบายสาเหตุของการเกิดความเสี่ยง, และการระบุการตอบสนองต่อความเสี่ยงเสมอ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อไป			()
11. ความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไป ระดับ 1 คือความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินที่มีมูลค่าน้อยกว่า 10,000 บาท แต่สามารถแก้ไขปัญหได้ในระดับเจ้าหน้าที่			()
12. เหตุการณ์การให้ผู้ป่วยรับประทานยาความดันผิดขนาดที่แพทย์สั่งการรักษา แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากเหตุการณ์ดังกล่าว จัดเป็นเหตุการณ์ทางคลินิกระดับ B ที่จำเป็นต้องรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงเสมอ			()
13. ความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E คือเหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น หรือต้องส่งต่อการรักษา			()
14. เหตุการณ์ซึ่งเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแล้วส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย จัดเป็นความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก ระดับ G ซึ่งจะต้องรายงานต่อคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง			()

ส่วนที่ 5 : แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงาน
ความเสี่ยงหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

คำชี้แจง

- แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยง
- กรุณาพิจารณาข้อความต่อไปนี้โดยละเอียด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่คิดว่าตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยที่

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งมากกว่า 90 %

มาก หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้งตั้งแต่ 71 – 90 %

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งตั้งแต่ 51 – 70 %

น้อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ เป็นส่วนน้อยตั้งแต่ 31 – 50 %

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ น้อยกว่า 30%

ข้อความ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1. ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เช่นการสังเกต หรือการค้นหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย ภายในหน่วยงานของท่าน					
2. ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ เช่น การรายงานจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น, การรายงานของเวรตรวจการพยาบาล, การรายงานความปลอดภัยหรือคำแนะนำจากผู้รับบริการ ภายในหน่วยงานของท่าน					
3. ท่านมีส่วนร่วมในการบันทึกรายงานเหตุการณ์ไว้เป็นหลักฐานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของความเสี่ยงทั่วไป					
4. ท่านมีส่วนร่วมในการบันทึกรายงานเหตุการณ์ไว้เป็นหลักฐานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของความเสี่ยงทางคลินิก					

ข้อความ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
5. ท่านมีส่วนร่วมในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงผ่านโปรแกรมการรายงานความเสี่ยง HRMS					
6. ท่านมีส่วนร่วมในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงผ่านวิธีการอื่น ๆ เช่นการเขียนรายงานในรูปแบบฟอร์มการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน					
7. ท่านได้ลงรายละเอียดที่สำคัญทุกครั้ง ในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงครบทั้ง 3 ข้อ ได้แก่ มีการบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, มีการอธิบายสาเหตุของการเกิดความเสี่ยง, และมีการระบุการตอบสนองต่อความเสี่ยง					
8. ท่านสามารถรายงานความเสี่ยงได้ตรงตามกรอบเวลาที่กำหนด คือ ภายใน 3 วันสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่รุนแรง และภายใน 24 ชั่วโมงสำหรับเหตุการณ์ที่รุนแรง					
9. ท่านสามารถเขียนรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงโดยปราศจากความรู้สึกกลัวความผิด และมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการปฏิบัติงาน					
10. ท่านได้มีการติดตามผลลัพธ์ และการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติภายหลังจากการรายงานความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงซ้ำ					

แบบวัดความถี่ในการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
ของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง กรุณาเติมค่าในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

ในห้วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้มีการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงจำนวน [][][] ครั้ง

ส่วนที่ 6 : แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง

คำชี้แจง

- แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจในผลการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงด้านคลินิกในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์
- กรุณาพิจารณาข้อความต่อไปนี้โดยละเอียด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่คิดว่าตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยที่

มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
ด้านกระบวนการรายงานความเสี่ยง					
1. ท่านพึงพอใจในรูปแบบการรายงานความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่					
2. ท่านรับรู้ว่ารูปแบบของการรายงานความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่มีความเหมาะสม สะดวกต่อการรายงานมากขึ้น					
3. ท่านรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการรายงานความเสี่ยง ทำให้ท่านสามารถรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงได้ง่าย และรวดเร็วมากขึ้น					
4. ท่านรับรู้ว่ารูปแบบการรายงานความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่สามารถทำให้ท่านรายงานความเสี่ยงได้มากขึ้น					

ข้อความ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
ด้านผลการดำเนินงานกิจกรรม					
5. ท่านพึงพอใจกับผลของการรายงานความเสี่ยง ภายหลังจากการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยง					
6. ท่านพึงพอใจกับวิธีแก้ปัญหาของหน่วยงาน ภายหลังจากการได้รับการรายงานความเสี่ยง					
7. ท่านพึงพอใจเมื่อได้รับการสะท้อนผลของการ รายงานความเสี่ยงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง					
8. ท่านพึงพอใจกับนโยบายของผู้บริหารที่ เกี่ยวข้องกับการรายงานความเสี่ยงในหน่วยงาน					
9. ท่านพึงพอใจเมื่อหัวหน้าหน่วยให้การ สนับสนุนกับแนวทางการรายงานความเสี่ยง ตามที่ท่านเสนอ					
10. ท่านพึงพอใจกับบทบาทหน้าที่ความ รับผิดชอบของท่านในกระบวนการการรายงาน ความเสี่ยงของหน่วยงาน					

ขอขอบพระคุณในความร่วมมืออย่างยิ่ง



แบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อยโครงการวิจัย

“ผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม
ของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี”

แบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อยการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้สังเกตการณ์
เรื่อง การพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก
ในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

สถานที่ประชุมกลุ่ม	ห้องประชุมสายสุวรรณ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์
วันที่ประชุมกลุ่ม	17 พฤศจิกายน 2565
กลุ่มย่อยที่
ประธานกลุ่ม
เลขประจำกลุ่ม
ประเด็นที่ 1	ปัญหา และอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบัน ซึ่งส่งผลให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง
ผู้เสนอแนะ และข้อเสนอแนะ	ผลสรุปผลจากข้อเสนอแนะบุคคลเป็นข้อเสนอแนะของกลุ่ม

ประเด็นที่ 1 (ต่อ) ปัญหา และอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบัน
ซึ่งส่งผลให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง

ผู้เสนอแนะ และข้อเสนอแนะ	ผลสรุปผลจากข้อเสนอแนะบุคคลเป็นข้อเสนอแนะของกลุ่ม
	

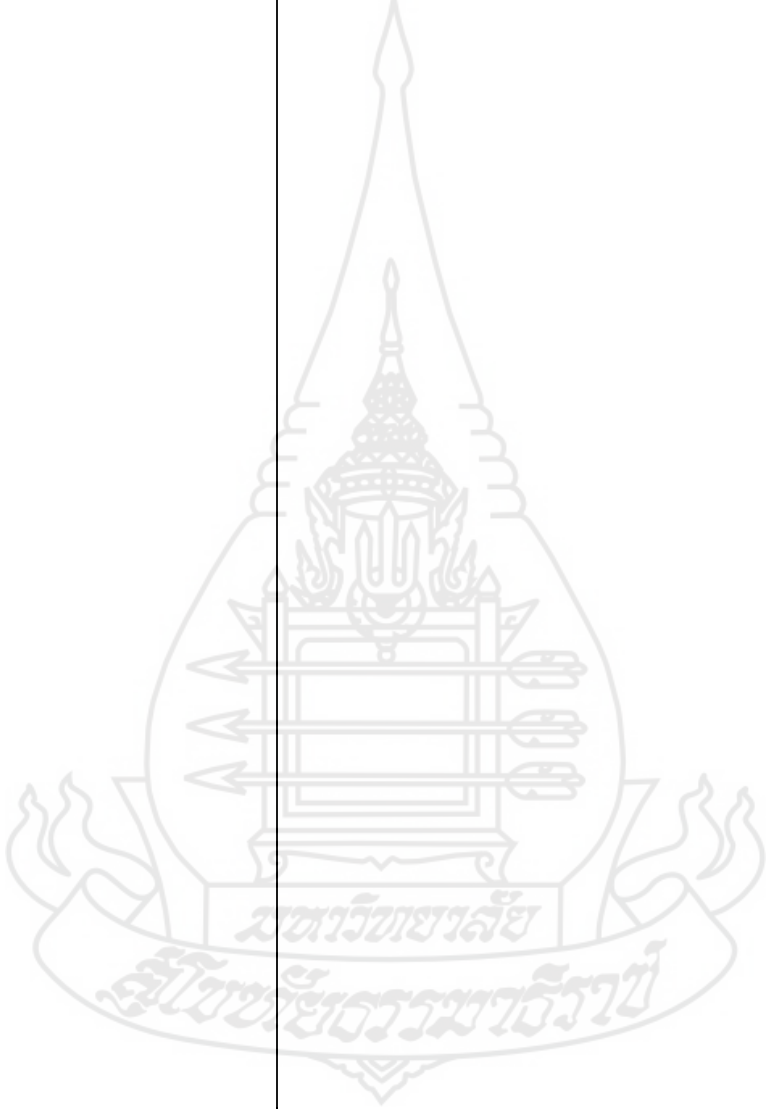
ประเด็นที่ 2 แนวทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง มีความสะดวก เข้าถึงง่าย และสามารถรายงานได้อย่างทันที่

ผู้เสนอแนะ และข้อเสนอแนะ	ผลสรุปผลจากข้อเสนอแนะบุคคลเป็นข้อเสนอแนะของกลุ่ม
	

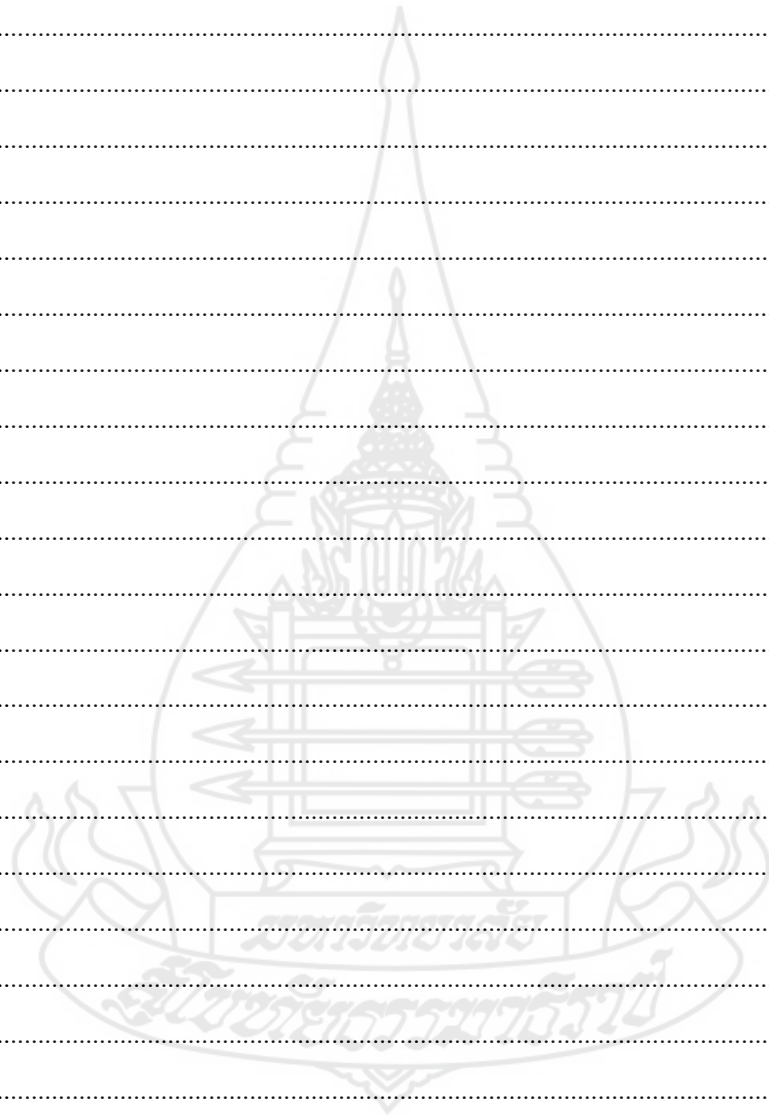
ประเด็นที่ 2 (ต่อ) แนวทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง มีความสะดวก เข้าถึงง่าย และสามารถรายงานได้อย่างทันทั่วทั้งที่

ผู้เสนอแนะ และข้อเสนอแนะ	ผลสรุปผลจากข้อเสนอแนะบุคคลเป็นข้อเสนอแนะของกลุ่ม

ประเด็นที่ 3 แนวทางการสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์แก่หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ผู้เสนอแนะ และข้อเสนอแนะ	ผลสรุปผลจากข้อเสนอแนะบุคคลเป็นข้อเสนอแนะของกลุ่ม
	

ประเด็นที่ 3 (ต่อ) แนวทางการสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์แก่หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	
ผู้เสนอแนะ และข้อเสนอแนะ	ผลสรุปผลจากข้อเสนอแนะบุคคลเป็นข้อเสนอแนะของกลุ่ม
	

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ หรือประเด็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)



ลงชื่อ.....ผู้สังเกตการณ์



ภาคผนวก ค
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง
การพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก
ในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

1. หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการอย่างมีมาตรฐาน ดังจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันได้มีการกำหนดมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งได้ใช้กันอย่างแพร่หลายโดยอ้างอิงจาก มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) และได้มีการใช้คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ที่ให้ผู้รับบริการพึงได้รับการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ดังนั้น บทบาทหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการจะต้องเปลี่ยนไป โดยต้องเน้นที่คุณภาพ และประสิทธิภาพของการให้บริการที่มากขึ้น โดยต้องมีการกำหนดมาตรฐาน การควบคุมติดตาม และการสร้างกฎเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ถึงแม้ว่าในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ จะดำเนินไปให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการสุขภาพแล้วก็ตาม แต่ก็ยังสามารถเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้ เช่นการเกิดการบาดเจ็บ การเกิดอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการจะต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลที่นานขึ้น หรือมีการสูญเสียการทำงานของอวัยวะ หรือรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้อาจจะส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง และความเชื่อมั่นของโรงพยาบาลได้ โดยอุบัติการณ์เหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากภาวะแวดล้อม การให้บริการ การปฏิบัติการทางการแพทย์ การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม โดยอาจจะเป็นความเสี่ยงที่ป้องกันได้ และบางครั้งอาจจะเป็นความเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ก็ตาม ดังนั้นการตรวจสอบค้นหา และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยป้องกัน และลดความรุนแรงของผลกระทบได้ ซึ่งในการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรภายในโรงพยาบาล แต่ละแห่งนั้นค่อนข้างจะมีการรายงานที่น้อยกว่าความเป็นจริงทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีความบกพร่อง มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์เหล่านั้นซ้ำได้อีก และไม่สามารถให้การบริหารความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที และเหมาะสม ทั้งนี้สามารถแบ่งสาเหตุได้เป็น 2 สาเหตุ ได้แก่สาเหตุด้านบุคคล และสาเหตุจากด้านระบบ โดยที่สาเหตุด้านบุคคลนั้นอาจจะเกิดจากการขาดความรู้ หรือไม่มีประสบการณ์ในการบริหารความเสี่ยง เช่นเป็นบุคลากรใหม่, บุคคลไม่ตระหนัก หรือไม่เห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก, หรือก็กล่าวว่าการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะเป็นการกล่าวโทษตัวบุคคล และสำหรับสาเหตุในส่วนของระบบที่ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ เนื่องจาก

การมีภาระงานที่ค่อนข้างมาก การบันทึกความเสี่ยงจึงเป็นการเพิ่มภาระในการทำงาน ทำให้มีการลงบันทึกความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม

พยาบาลในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพ นอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ตามประกาศสภาการพยาบาลแล้ว พยาบาลยังคงมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงอีกด้วย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องค้นหาความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงเชิงรุกหรือการค้นหาเชิงรับ ซึ่งการพัฒนากระบวนการความเสี่ยงในองค์กรพยาบาลนั้น จะต้องพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยเน้นการสร้างวัฒนธรรมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยงในงานของตนเอง เริ่มจากการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานตนเอง โดยรณรงค์ให้มีการบันทึก Incident Report โดยองค์กรจะต้องอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มรับเข้าทำงานตลอดจนฝึกอบรมเป็นระยะ ๆ และนอกจากนี้ยังต้องพัฒนาระบบการค้นหา การรายงานอุบัติการณ์ การจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ มีการตรวจสอบมาตรฐานการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างสม่ำเสมออีกด้วย

ปัจจุบันนี้ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ได้มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee) ซึ่งมีหน้าที่จัดตั้งระบบบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ลดโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งการป้องกัน และบรรเทาหาอุบัติการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น และได้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามระบบจากหน่วยงานที่เกิดความเสี่ยง มายังคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และดำเนินการแก้ไขและป้องกัน โดยคณะกรรมการที่มิทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นการรายงานผ่านอินเทอร์เน็ต โดยการใช้ระบบ Human Resource Management System (HRMS) ซึ่งจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ในปีพ.ศ. 2564 ที่ผ่านมามีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรวม 542 เรื่อง เป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกจำนวน 434 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 80.07 และเป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปจำนวน 108 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 19.93 ซึ่งลดลงจากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของปีพ.ศ. 2562 และพ.ศ. 2563 แต่อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ กลับพบว่ายังมีความเสี่ยงบางเหตุการณ์ที่ยังเกิดขึ้นซ้ำด้วยสาเหตุเดิม ๆ และมีบางอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีการรายงานเข้ามายังระบบบริหารความเสี่ยง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงไม่สามารถจัดการบริหารความเสี่ยงได้อย่างทันทั่วทั้งที่ และเหมาะสม

ดังนั้นการพัฒนาแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลเองจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ได้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เหมาะสมต่อการเข้าถึง และเป็นรูปแบบที่บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าใจได้ง่าย ส่งผลให้บุคลากรทุกระดับสามารถรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ถูกต้อง และเหมาะสม และเป็นการตอบสนอง

ความต้องการที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยทำให้การดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์นั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 2.1 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยง และวิธีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกภายในหน่วยงาน
- 2.2 เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เหมาะสม ทันท่วงที และตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงาน

3. กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565

5. ขอบเขต และเนื้อหาของโครงการ

- 5.1 ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- 5.2 กระบวนการบริหารความเสี่ยง และรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์
- 5.3 การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ในปัจจุบัน
- 5.4 การพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

6. แผนการดำเนินการ

- 6.1 นำเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติโครงการ
- 6.2 ติดต่อวิทยากร ประชาสัมพันธ์โครงการ จัดเตรียมเอกสารประกอบการประชุม
- 6.3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยประกอบด้วยการบรรยาย และการประชุมกลุ่ม
- 6.4 การประเมินผล และรายงานผลการประชุม

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- 7.2 มีรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ที่เหมาะสม ทันท่วงที และตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงาน
- 7.3 มีผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ที่มากขึ้น และถูกต้องเหมาะสม

ผู้เขียนโครงการ พันตรี

(ธนภณ ชัยวรกุล)

สูตินรีแพทย์

ผู้เสนอโครงการ พันเอกหญิง

(ฉัตรมณี คุณเรือง)

หัวหน้ากองผู้ป่วยใน /

ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ผู้เห็นชอบโครงการ พันเอก

(สละ ทัพถาวร)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ (ฝ่ายบริหาร)

ผู้อนุมัติโครงการ พันเอก

(สายชล สิงห์ทน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์

กำหนดการโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง
การพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก
ในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์
วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ณ ห้องประชุมสายสุวรรณ

13.00 – 13.15 น.	ลงทะเบียน
13.15 – 13.25 น.	พิธีเปิดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดย พ.อ.สายชล สิงห์ทัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์
13.25 – 13.50 น.	บรรยายเรื่อง “ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาล” โดย พ.อ.หญิง ฉัตรมณี คุณเรือง ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
13.50 – 14.15 น.	บรรยายเรื่อง “กระบวนการบริหารความเสี่ยง และรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์” โดย พ.ต.หญิง ภัทร์ธิดา โภคาพันธ์ เลขาธิการพัฒนาคุณภาพ
14.15 – 15.30 น.	ประชุมกลุ่มย่อยในหัวข้อ “การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ในปัจจุบัน และการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์”
15.30 – 15.45 น.	นำเสนอ “รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พึงประสงค์”
15.45 – 16.00 น.	สรุปผลรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ และแผนการทดลองใช้ รวมทั้งแนวทางการติดตามกำกับการทำงาน

หมายเหตุ

พักรับประทานอาหารว่างขณะประชุมกลุ่ม

ภาคผนวก ง

รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ





รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Line Official Account
“KSP RMC” Risk Report

1. การเพิ่มเพื่อนใน Line

การเพิ่มเพื่อนในไลน์สามารถเพิ่มได้ผ่านการสแกน QR code ในเมนู “เพิ่มเพื่อน” ในแอปพลิเคชัน Line

2. เมนูย่อยในแอปพลิเคชัน Line จะประกอบด้วย



2.1 บัตรสะสมคะแนน สำหรับใช้สะสมแต้มจำนวนครั้งในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on cloud โดย Admin จะส่ง link สะสมแต้มให้เมื่อได้มีการส่งรายงานความเสี่ยงมาในแอปพลิเคชัน Line

2.2 รายงานความเสี่ยง สำหรับใช้กดเพื่อรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on cloud เมื่อกดที่ปุ่มนี้จะนำเข้าสู่เว็บไซต์รายงานความเสี่ยงโดยตรง เพื่อกดข้อมูลในเว็บไซต์ HRMS on cloud

2.3 ติดตามผลการรายงาน สำหรับใช้กดเพื่อให้ admin ตรวจสอบผลการรายงานความเสี่ยงที่ผู้ใช้งานคนนั้นรายงานไป โดยอ้างอิงจากหมายเลขของการรายงานความเสี่ยงที่ส่งเข้ามาใน Line

หากมีการตอบกลับการแก้ไขแล้ว Admin จะส่งผลการตอบกลับให้ผู้ส่งรายงานอ่าน หากยังไม่มีมีการตอบกลับการแก้ไข Admin จะแจ้งว่ายังไม่ได้รับการตอบกลับ และจะตรวจสอบให้ซ้ำในภายหลัง

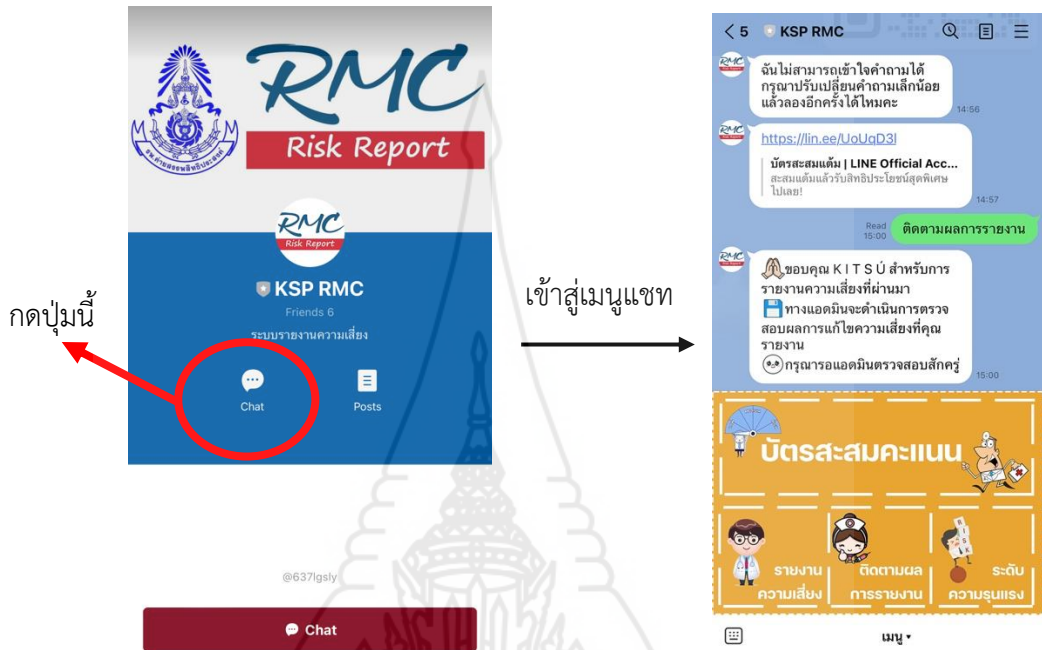
2.4 ระดับความรุนแรง เป็นความรู้ในเรื่องระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางคลินิก และระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทั่วไปเพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถทราบระดับความรุนแรงในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ ตามตารางนี้

ระดับ	ผลกระทบ	สูตรทองจำ	การจัดกลุ่ม
A	มีโอกาที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	เกิดที่นี่	Near miss
B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแล้ว แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	เกิดที่ไกล	
C	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย	เกิดกับใคร	Low risk
D	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว และต้องเฝ้าระวังเพื่อให้อุ่นใจว่า ไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย หรือต้องมีการบำบัดรักษา	ให้ระวัง	
E	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา	ต้องรักษา	Moderate risk
F	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น หรือต้องส่งต่อการรักษา	เฝ้ายาวนาน	
G	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย	ต้องพิการ	High risk
H	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต	ต้องการปัม	
I	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต	จำใจลา	

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
1	เป็นเรื่องปกติ อาจก่อความรำคาญ ยังไม่เกิดความเสียหาย หรือมีโอกาสสูญเสียทรัพย์สิน แต่ยังไม่สูญเสีย	Near miss
2	ก่อเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (< 10,000 บาท) แต่สามารถแก้ไขได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจ แจ้งเจ้าหน้าที่	Low risk
3	ก่อเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (10,000 – 100,000 บาท) ซึ่งสามารถแก้ไขได้ แต่ต้องสูญเสียบางอย่างไป หรือผู้ป่วยไม่พอใจต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยแจ้งหัวหน้างาน หรือผู้อำนวยการโดยตรง	Moderate risk
4	ก่อเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (100,000 – 1,000,000 บาท) หรือเสียชื่อเสียงต่อโรงพยาบาลอย่างรุนแรง ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมากต้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยฟ้องร้องต่อองค์กรภายนอก มีข่าวหน้าสื่อมวลชนระดับชาติไม่น้อยกว่า 3 วัน	High risk
5	ก่อเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน (> 1,000,000 บาท) มีข่าวหน้าสื่อมวลชนระดับชาติมากกว่า 3 วัน เป็นที่สนใจของฝ่ายการเมือง มีการบังคับใช้จากศาล	

3. การใช้งานแอปพลิเคชัน Line OA

เมื่อท่านเพิ่มเพื่อนแล้วจะเข้าสู่หน้าโฮมเพจแอปพลิเคชัน หลังจากนั้นให้กด “Chat” เพื่อเข้ายังเมนูแชท ตามภาพ



4. การรายงานความเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Line OA

การรายงานความเสี่ยงท่านสามารถเข้าได้ 2 ช่องทางได้แก่

1. การกดผ่านเมนู “รายงานความเสี่ยง” ในแอปพลิเคชันไลน์
2. การเข้าผ่านเว็บไซต์ <https://ksp.thai-nrls.org>



ภาคผนวก จ

การทดสอบค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

ตารางแสดงค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของผู้เชี่ยวชาญต่อโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกในโรงพยาบาล ค่ายสรรพสิทธิประสงค์

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			รวม	ค่า IOC
	1	2	3		
ชื่อโครงการ	+1	+1	+1	3	1.00
วัตถุประสงค์ของโครงการ	+1	+1	+1	3	1.00
กลุ่มเป้าหมาย	0	+1	+1	2	0.67
ระยะเวลาดำเนินการ	0	+1	+1	2	0.67
ขอบเขต และเนื้อหาของโครงการ	+1	+1	+1	3	1.00
กิจกรรม	+1	+1	+1	3	1.00
1. การแบ่งกลุ่มย่อย	+1	+1	+1	3	1.00
2. ประเด็นการประชุมกลุ่มย่อย	+1	+1	+1	3	1.00
3. การสรุปผลรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์	+1	+1	+1	3	1.00
4. การประกาศแผนการทดลองใช้ การติดตามกำกับ ดูแล และการประเมินผลการทดลองใช้	0	+1	+1	2	0.67
5. แบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อย	+1	+1	+1	3	1.00

ค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของผู้เชี่ยวชาญต่อโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเท่ากับ 0.91

การแสดงความน่าเชื่อถือของความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด

สูตรการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20

$$r_t = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\Sigma pq}{\sigma_t^2} \right]$$

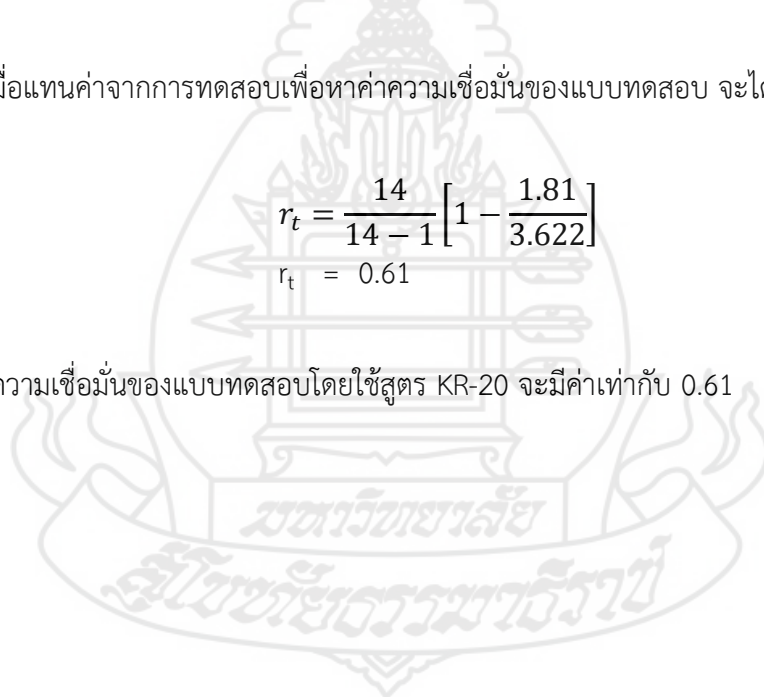
- เมื่อ r_t = สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
 n = จำนวนข้อของแบบทดสอบ
 p = อัตราส่วนของผู้ที่ตอบแบบทดสอบข้อนี้ถูก
 q = อัตราส่วนของผู้ที่ตอบแบบทดสอบข้อนี้ผิด
 σ_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่สอบได้ทั้งฉบับ

เมื่อแทนค่าจากการทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ จะได้

$$r_t = \frac{14}{14-1} \left[1 - \frac{1.81}{3.622} \right]$$

$$r_t = 0.61$$

ดังนั้น ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้สูตร KR-20 จะมีค่าเท่ากับ 0.61



ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของการมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อนและ
หลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.948	10

เมื่อพิจารณาค่า α เป็นรายชื่อ

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การมีส่วนร่วมข้อที่ 1	35.07	28.616	.712	.945
การมีส่วนร่วมข้อที่ 2	35.23	29.426	.727	.945
การมีส่วนร่วมข้อที่ 3	34.83	26.833	.846	.939
การมีส่วนร่วมข้อที่ 4	34.80	27.476	.786	.942
การมีส่วนร่วมข้อที่ 5	34.97	26.585	.889	.937
การมีส่วนร่วมข้อที่ 6	34.93	26.616	.850	.939
การมีส่วนร่วมข้อที่ 7	34.90	26.714	.863	.938
การมีส่วนร่วมข้อที่ 8	34.97	27.689	.733	.944
การมีส่วนร่วมข้อที่ 9	35.00	28.759	.736	.944
การมีส่วนร่วมข้อที่ 10	35.10	29.266	.659	.947

ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของความพึงพอใจต่อการให้บริการระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.976	10

เมื่อพิจารณาค่า α เป็นรายชื่อ

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ความพึงพอใจข้อที่ 1	32.33	30.437	.875	.974
ความพึงพอใจข้อที่ 2	32.30	30.631	.854	.974
ความพึงพอใจข้อที่ 3	32.27	29.789	.841	.975
ความพึงพอใจข้อที่ 4	32.37	30.309	.810	.976
ความพึงพอใจข้อที่ 5	32.37	29.344	.954	.971
ความพึงพอใจข้อที่ 6	32.40	29.903	.949	.971
ความพึงพอใจข้อที่ 7	32.37	29.964	.861	.974
ความพึงพอใจข้อที่ 8	32.37	29.620	.912	.972
ความพึงพอใจข้อที่ 9	32.33	29.264	.898	.973
ความพึงพอใจข้อที่ 10	32.30	29.803	.900	.973

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	พันตรี ธนภณ ชัยวรกุล
วัน เดือน ปีเกิด	23 ตุลาคม 2532
สถานที่เกิด	อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2551	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสาธิต “พิบูลบำเพ็ญ” มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
พ.ศ. 2557	ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
พ.ศ. 2562	วุฒิปัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลค่ายสรรพลิทธิประสงค์ มณฑลทหารบกที่ 22 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
ตำแหน่ง	สูตินรีแพทย์

