

การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็น ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

Development of Incidence and Adverse Event Management Model Under 9 standards for the Safety of Patients and Public Health Personnel

อัสมิน มุวรรณสินธุ์¹ เสาวลักษณ์ พุดแก้ว¹ นริสา สะมาแอ¹ พัตตู เจ๊ะเฮ็ง¹, กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{2*}
และนงษา สิงห์วีระธรรม³

Hasmin Muwannasin¹ Saowalak Putkheaw¹ Narisa Sahmaae¹ Fattu Jehheng¹,
Kittiporn Nawsuwan^{2*}, Noppcha Singweratham³

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์*

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³

Naradhiwasrajanagarindra Hospital¹, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health², Faculty of Public Health, Chiang Mai University³

(Received: February 9, 2023; Revised: June 10, 2023; Accepted: August 27, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ปัญหา โดยศึกษาวิธีสนทนากลุ่ม และศึกษาจากข้อมูลอุบัติการณ์การบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล ปีงบประมาณ 2561-2563 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยใช้หลัก P-D-C-A ก่อนยกร่างเป็นรูปแบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมินความเหมาะสมและสอดคล้อง ได้ค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.71$, $SD=0.26$) ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 30 คน สถิติใช้ได้แก่เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ผลวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บุคลากรลงบันทึกสมุด ส่งข้อมูลช่วงการรับส่งเวร ไม่ได้รายงานทันทีในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล ไม่ได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E-F แต่มีการทบทวนระดับ G-H-I ไม่นำผลการทบทวนเข้าขึ้นทะเบียนบัญชีความเสี่ยง อุบัติการณ์ตั้งแต่ ปี 2561-2563 การเกิด Medication Error และ adverse drug event มากที่สุด รองลงมาเป็นการติดเชื้อสำคัญของโรงพยาบาล ใน Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)

2. รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 4R Model 1) Report การรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใน 24 ชั่วโมง 2) Re-Check การตรวจสอบข้อมูลอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล (1) ด้าน Clinic ระดับ A-D และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 1-2 ภายใน 10 วัน (2) ด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 5 วัน 3) Root Cause Analysis การทบทวนด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 7 วัน 4) Register การนำผลประเด็นจากการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) นำเข้าบัญชีจัดการความเสี่ยง Risk Register

3. ประสิทธิภาพมีจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ และมีการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพิ่มขึ้น ในปี 2565 ร้อยละ 46.23 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในระดับมาก

จากการศึกษานี้ ทำให้เกิดระบบการป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น และการจัดการอุบัติการณ์เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยซ้ำ แล้วจึงเป็นการเพิ่มคุณภาพการบริการร่วมด้วย

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, อุบัติการณ์, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, ความปลอดภัย

ผู้ให้กรติดต่อ (Corresponding e-mail: : hasmin.muwan@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0849632430)

Abstract

This research and development aimed to study situation, develop a model and evaluate the effectiveness of managing incident and adverse events under 9 standards for the safety of patients and public health personnel. This study consisted of 3 steps: Step 1: Studying the situation of problems using qualitative research to investigate the incidence data from health care facility risk management information system during fiscal year 2018-2020 and document analysis; Step 2: Developing the incident and adverse event management model under 9 key standards necessary for safety by using the P-D-C-A principle verified by experts and evaluated with the highest suitable and consistent level ($M=4.71$, $SD=0.26$); and Step 3: Evaluating the effectiveness of a developed model employing quasi-experimental research, one group pre-post design, to implement with 30 personnel in Naradhiwasrajanagarindra hospital. Descriptive statistics, frequency and percentage, were used to analyze the data. The results revealed that:

1. The situations of incidence and adverse event management were recorded in notebook by the hospital personnel and reporting the information during the shift works, not immediately reported in the Healthcare Risk Management Information System. The incidents of E-F levels were not reviewed, while the G-H-I levels were reviewed. The results of the reviews were not included in the incidence risk list from 2018 to 2020. Medication error and drug adverse events were the most common, followed by the major infections of hospitals in Ventilator-Associated Pneumonia (VAP).

2. The incident and adverse event management 4R Model included: 1) Report: reporting the incident and adverse events within 24 hours; 2) Re-Check: verifying the incidence and adverse event data in the health care facility risk management information system: (1) clinical level A-D and non-clinical level 1-2 within 10 days; and (2) clinical level E-I and non-clinical level 3-5 within 5 days; 3) Root cause analysis: reviewing clinical level E-I and non-clinical level 3-5 within 7 days; and 4) Register: bringing the results from the causal analysis (RCA) into the risk management account Risk Register.

3. Regarding the effectiveness, a number of incidents were reported and their root cause analysis (RCA) were reviewed increasing in 2020 (46.23%) at a high level of satisfaction.

This study leads to develop a system to prevent and monitor risks and also prevent adverse events in patients. In addition, the system can help increase quality of the services.

Keywords: Development model, Incidence, Adverse events, Safety

บทนำ

ความปลอดภัย เป็นมิติคุณภาพที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ และถือเป็นภารกิจหลักของสถานบริการทางสุขภาพที่ประเทศสมาชิกทั่วโลกควรกำหนดเป็นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประเทศไทยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัย ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเรื่องความปลอดภัยครอบคลุมของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) เป็นนโยบายสำคัญที่จะสร้างระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน มีความสมดุล มีการพัฒนาเชิงระบบ ด้วยการมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วน เพื่อเป้าหมายสำคัญ คือ “ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน (Healthcare Systems with Quality and Safety for All)” และตามที่คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้ออกประกาศ เรื่อง 9 มาตรฐานสำคัญจำเอนต่อความปลอดภัย” ซึ่งมี

รายละเอียดดังนี้ 1. การผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดตำแหน่งผิดหัตถการ 2. การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กร เช่น Surgical site Infection (SSI), Ventilator associated pneumonia (VAP), Catheter-Associated Urinary Tract infection (CAUTI), Central-Line Associated Bloodstream infection (CLABSI) 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 4. การเกิด medication Error และ adverse drug Event 5. การให้เลือดผิดคนผิดคน ผิดหมู่ผิดชนิด 6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 8. การรายงานผลการตรวจปฏิบัติการพยาธิ/วิทยาคลาดเคลื่อน 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561)

การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการองค์การให้มีคุณภาพ กระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ทั้งนี้การค้นหาความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุก เพื่อนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Incident Report) เป็นวิธีการสำคัญในขั้นตอนนี้ (Suphachutikul, 2000) การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นเครื่องมือที่จะทำให้ทราบขนาดและแนวโน้มปัญหาของระบบ เป็นการกระตุ้นให้ทำงานด้วยความระมัดระวัง รวมทั้งทำให้ได้รู้มาตรการป้องกัน และพยายามไม่ให้ เกิดขึ้นอีก จากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ในปี 2561-2563 พบว่า มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 10,585, 15,423 และ 15,779 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ เป็นอุบัติการณ์ด้านระบบยา รองลงมา ระบบกระบวนการดูแลผู้ป่วย, ระบบความปลอดภัยด้านการผ่าตัด, ระบบห้องปฏิบัติการ และระบบการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ ตามลำดับ และการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตาม 9 มาตรฐานความมาตรฐานสำคัญจำเ็นต่อความปลอดภัย พบว่า เรื่อง medication Error มากที่สุด รองลงมา เรื่อง การติดเชื้อของผู้ป่วย, Patient Identification และผลการตรวจวิเคราะห์ทางปฏิบัติการผิดพลาด ลำช้า ตามลำดับ และจากการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ (Hospital Safety Culture Survey) ในปี 2561-2563 พบว่า ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 50.60, 49.50 และ 47.80 ตามลำดับ ซึ่งควรได้รับการพัฒนาการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์สาเหตุและนำไปพัฒนาการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือแก้ไขเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2563)

จากการทบทวนข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่มีการรายงาน ร้อยละ 39.6 รองลงมา รายงาน 1-2 เรื่อง ร้อยละ 34.9 และ รายงาน 3-5 เรื่อง ร้อยละ 16.1 ตามลำดับ (การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยโรงพยาบาล, 2563) ยังพบปัญหาการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในเรื่องการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา การประเมินผลการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นเครื่องมือที่จะทำให้ทราบขนาดและแนวโน้มปัญหาของระบบ เป็นการกระตุ้นให้ทำงานด้วยความระมัดระวัง รวมทั้งทำให้ได้รู้มาตรการป้องกันและพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก (Suphachutikul, 2000) เป็นข้อมูลที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง สามารถตรวจสอบ และวิเคราะห์หาข้อบกพร่องเพื่อนำมาใช้ปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ (Nurse Ausmed, 2014) เป็นการช่วยให้เกิดการป้องกัน และปรับปรุงการทำงานก่อนที่จะส่งผลกระทบต่อให้เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ตลอดจนช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยงานได้ (Pham, Girard, & Pronovost, 2013) เป็นตัวชี้วัดนำไปสู่การบรรลุวัฒนธรรมความปลอดภัย สามารถช่วยให้เกิดการพัฒน และการเปลี่ยนแปลง (WHO, 2005) ดังนั้นการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญและควรอยู่บนพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างแท้จริง การวิเคราะห์สถานการณ์ นับว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง

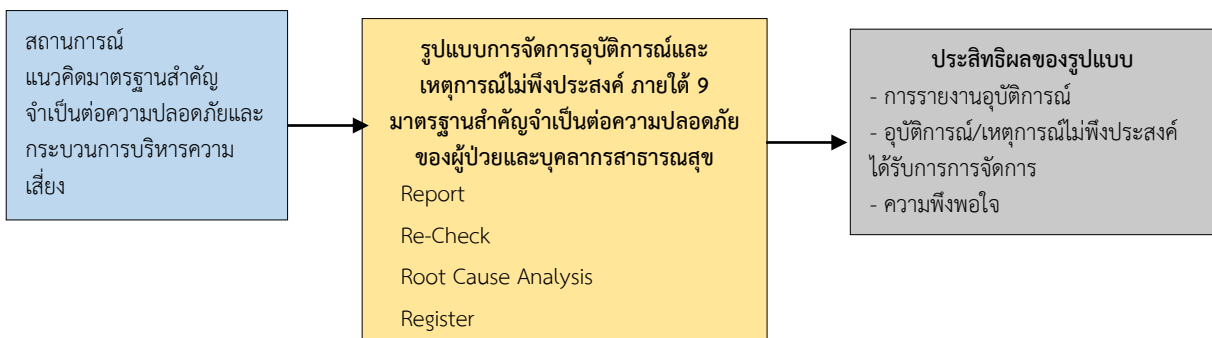
ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีรูปแบบนำไปใช้ในการปฏิบัติงานที่สามารถปฏิบัติได้อย่างชัดเจน เพิ่มจำนวนการรายงานและการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยและกระบวนการบริหารความเสี่ยง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยเป็นกลุ่ม Patient Safety Goals จำนวน 8 รายการ Personnel Safety Goals ร่วมกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษากรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ปัญหา การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์เอกสาร ดังนี้

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากร ได้แก่ 1) บุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน มากกว่า 2 ปี และสมัครเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ข้อมูล 2) โปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) บุคลากรในหน่วยงานการรักษาพยาบาล จำนวน 5 คน และบุคลากรในหน่วยงานสนับสนุนทางการแพทย์ จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด จำนวน 10 คน โดยมีคุณสมบัติอายุการทำงานมากกว่า 1 ปี ใช้วิธีการคัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (purposive sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เจาะลึกและการอ้อมตัวของข้อมูล (Srisathidnarakoon, 2010) ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 คน 2) ข้อมูลอุบัติการณ์ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2561-2563

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ โดยมีข้อคำถามดังนี้

1.1 ปัญหาที่ผ่านมารายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีอะไรบ้าง

1.2 ความต้องการและการสนับสนุน การพัฒนาการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2. แบบสรุปข้อมูลจำนวนอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงและพัฒนาทรัพยากรบุคคล จำนวน 1 ท่าน เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน คำนวณหาค่า IOC ของเครื่องมือได้คะแนนความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์อยู่ในช่วงระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 3 คน พบว่าประเด็นคำถามเข้าใจง่าย กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็น และแบบบันทึกสามารถลงบันทึกได้ตรงตามวัตถุประสงค์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม บุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 10 ราย โดยใช้เวลาสัมภาษณ์โดยเกริ่นนำแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย 15 นาที สัมภาษณ์โดยข้อคำถาม 30 นาที สรุปผลจากการสนทนากลุ่ม 15 นาที รวมทั้งหมด 60 นาที และบันทึกเทปโดยใช้โทรศัพท์สมารต์โฟน

วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulate) โดยส่งข้อมูลไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 คน ผู้วิจัย จำนวน 1 คน และตัวแทนผู้ให้ข้อมูล จำนวน 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการถอดเทป

วิธีวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี 2561 - 2563 ตามโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้หลัก P-D-C-A

P: Plan ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การสภาพปัจจุบันรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอุปสรรค ความต้องการและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัย

และผลการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร การสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับรายงานอุบัติการณ์เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

D: Do. ร่างรูปแบบรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข และนำเสนอร่างรูปแบบฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ โดยพิจารณาตามแบบประเมินความเหมาะสมสอดคล้องและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ซึ่งมี 5 ระดับ จากความสอดคล้อง/เหมาะสมมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึง เหมาะสมน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ผลการประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของร่างรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.71$, $SD=0.26$) คะแนนสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ 1) แนวคิดและหลักการที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบมีความเหมาะสม 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการ และ 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ได้จริง ($M=5.0$, $SD=0$) คะแนนต่ำสุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ ($M=4.20$, $SD=0.40$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงรูปแบบฯ โดยเพิ่มรายละเอียดของเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ให้ชัดเจน

C: Check ทดลองใช้ร่างรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผนการทดลองใช้ร่างรูปแบบกับหน่วยงาน การนำมาใช้ร่างรูปแบบ การทบทวนการใช้ร่างรูปแบบ และการปรับปรุงรูปแบบเพื่อนำมาใช้จริง โดยทดลองกับหอผู้ป่วยการรักษายาบาล และหน่วยงานสนับสนุนทางการแพทย์ จำนวน 5 หน่วยงาน

A: Action ใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย ประกอบด้วยขั้นตอน 1) การใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย และ การทบทวนการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pre-test Post-test design) ตั้งแต่เดือน เมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2565 เป็นระยะเวลา 3 เดือน และติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องถึงเดือน ธันวาคม 2565 มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) บุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 1,074 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน 2) ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน มากกว่า 2 ปี 3) สมัครเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ข้อมูล เกณฑ์คัดออก คือ ไม่ยินยอมเข้าร่วม 2) โปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) บุคลากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า กลุ่มตัวอย่าง 30 คน 2) ข้อมูลอุบัติการณ์ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่

1.1 รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

1.2 โปรแกรมโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) เป็นโปรแกรมบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโปรแกรมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) เพื่อใช้

บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สอดคล้องและครอบคลุมตาม Standard Data set & Terminologies ของระบบรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System: NRLS)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกสรุปรายงานการรายงานและการทบทวนอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

2.2 ความพึงพอใจของในรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัย มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากพึงพอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน โดยใช้เกณฑ์แบ่งระดับคะแนนของเบสท์และคาน์ (Best & Kahn, 2006) 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง ความพึงพอใจระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก,
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง แบบบันทึกฯ และแบบประเมินฯ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่า IOC ของเครื่องมือทั้งสามชุดได้เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบบันทึกฯ ไปทดลองใช้ในบุคลากรปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง และแบบประเมินระดับความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้โดยการทดสอบซ้ำในหน่วยงาน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่ใช้ในการทดลอง และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

2. เตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าและไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ

3. ประเมินระดับความพร้อมของหน่วยงานก่อนเริ่มทดลองใช้รูปแบบฯ

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่เดือน เมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2565 เป็นระยะเวลา 3 เดือน และติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องถึงเดือน ธันวาคม 2565 ตามขั้นตอนดังนี้

1. จัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยอธิบายลักษณะรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อทบทวนความเข้าใจของรูปแบบฯ

2. การนำรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ในหน่วยงาน

3. การติดตามและประเมินผลของการใช้รูปแบบฯ

ขั้นหลังการทดลอง

1. หลังจากดำเนินการตามรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ผู้วิจัยได้สรุปแบบบันทึกสรุปจำนวนการรายงานและการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 9 ภายใต้มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย จากระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS)

2. ประเมินความพึงพอใจของในรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลการรายงานและการทบทวนอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน

จริยธรรมวิจัย

เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ได้เลขจริยธรรมหมายเลข REC 014/2564 ลงวันที่รับรอง 1 ตุลาคม 2564 - 1 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

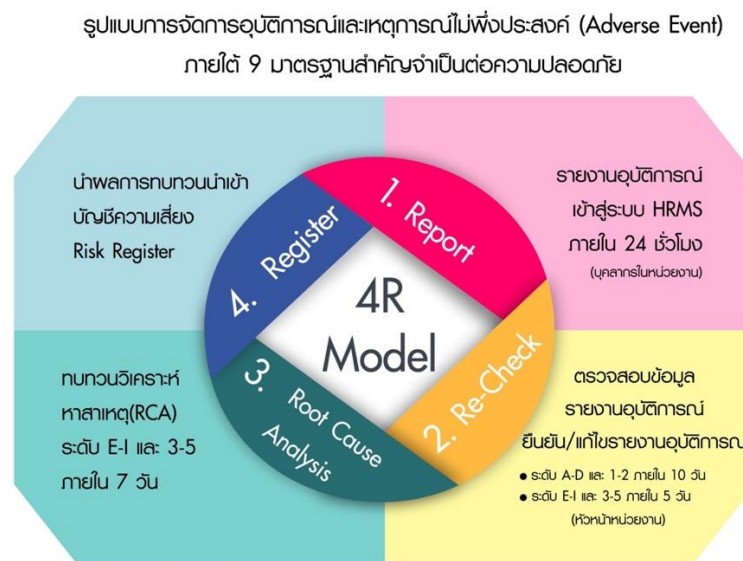
1. สถานการณ์การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พบว่า รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่บุคลากรไม่ได้รายงานอุบัติการณ์ทันทีในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) แต่มีการบันทึกในสมุดบันทึกในหน่วยงาน และมีการส่งต่อข้อมูลในช่วงในช่วงการรับส่งเวร ในส่วนการรายงาน อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป จะมีการแจ้งหัวหน้างานทราบ ส่วนการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root Cause Analysis : RCA) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E-F แต่มีการทบทวนระดับ G-H-I ไม่มีการนำผลการทบทวนเข้าขึ้นทะเบียนบัญชีความเสี่ยง ความต้องการและสนับสนุน พบว่าส่วนใหญ่ การกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน การเข้าถึงโปรแกรมบันทึกความเสี่ยงอุบัติการณ์ ที่เข้าง่าย การกำหนดนิยามชื่อเรื่องอุบัติการณ์ที่ชัดเจน และเจ้าภาพการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root Cause Analysis : RCA)

การรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี 2561-2563 ตามโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) พบว่า การเกิด Medication Error และ adverse drug event มากที่สุด รองลงมาเป็นการติดเชื้อสำคัญของโรงพยาบาล ใน Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 จำนวนข้อมูลอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยฯ ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) ปีงบประมาณ 2561-2563

อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	ปีงบประมาณ		
	2561	2562	2563
1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0	0	0
2. การติดเชื้อสำคัญของ รพ.			
- Surgical Site Infection (SSI)	0	1	1
- Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)	0	2	5
- Catheter- Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)	0	3	3
- Central-line Associated Bloodstream Infection (CLABSI)	0	0	2
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	0	2	1
4. การเกิด Medication Error และ adverse drug event	2	11	12
5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0	1	0
6. การระบุผู้ป่วยผิดพลาด	0	0	1
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	0	2	1
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิสภาพคลาดเคลื่อน	0	0	0
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	0	0	1

2. รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย



ภาพ 2 รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

จากผลการศึกษาสถานการณ์การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรไม่ได้รายงานอุบัติการณ์ทันทีในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) ขาดการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป และความต้องการและสนับสนุนในการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน จึงได้รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฯ 4R Model (ภาพ 2) ดังนี้

1. Report หมายถึง การรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย โดยบุคลากรในหน่วยงานเข้าบันทึกในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) หรือ naraos.thai-nrsls.org ภายใน 24 ชั่วโมง

2. Re-Check หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อยืนยันและแก้ไขรายงานอุบัติการณ์ฯ โดยหัวหน้าหน่วยงาน โดยแบ่งระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ดังนี้ 1) อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้าน Clinic ระดับ A-D และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 1-2 ภายใน 10 วัน 2) อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 5 วัน ในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) หรือ naraos.thai-nrsls.org

3. Root Cause Analysis หมายถึง การทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 7 โดยใช้หลักการทบทวนของ RCA Step 5: Creative Solution

4. Register หมายถึง การนำผลสรุป ประเด็นจากการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) นำเข้าบัญชีจัดการความเสี่ยง Risk Register ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ตาราง 2 จำนวนการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นและการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root Cause Analysis)

อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	จำนวนอุบัติการณ์		ร้อยละการทบทวนRCA	
	ก่อน (ปี 2563)	หลัง (ปี 2565)	ก่อน (ปี 2563)	หลัง (ปี 2565)
1. การผ่าตัดผิดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0	0	0	0
2. การติดเชื้อสำคัญของ รพ.				
- Surgical Site Infection (SSI)	1	19	0	16 (84.21)
- Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)	5	27	0	22 (81.48)
- Catheter- Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)	3	3	0	3 (100.00)
- Central-line Associated Bloodstream Infection (CLABSI)	2	3	0	3 (100.00)
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	1	0	1 (100.00)	0
4. การเกิด Medication Error และ adverse drug event	12	21	7(58.33)	17 (80.95)
5. การให้เลือดเลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0	1	0	1 (100.00)
6. การระบุผู้ป่วยผิดพลาด	1	3	1 (100.00)	3 (100.00)
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	1	10	1 (100.00)	10 (100.00)
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิ คลาดเคลื่อน	0	1	0	1 (100.00)
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	0	1	0	1 (100.00)
รวม	26	89	11 (39.28)	77 (85.51)

จากตาราง 2 การใช้รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย พบว่า จำนวนการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เพิ่มขึ้นในปี 2564 และมีการทบทวนวิเคราะห์หา

สาเหตุ (RCA) อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยฯ เพิ่มขึ้น ในปี 2563 ร้อยละ 46.23

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฯ

รายการ	M	SD	ระดับ
1. รูปแบบมีความสนใจ	4.09	0.56	มาก
2. รูปแบบอ่านแล้วเข้าใจง่าย	4.00	0.59	มาก
3. รูปแบบมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.06	0.54	มาก
4. สามารถนำไปใช้ประโยชน์ปฏิบัติงานได้จริง	4.20	0.41	มาก
5. ความพึงพอใจภาพรวม	4.14	0.43	มาก
รวม	4.10	0.48	มาก

จากตาราง 3 ความพึงพอใจของรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.10$, $SD = 0.48$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ปฏิบัติงานได้จริง ($M = 4.20$, $SD = 0.41$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ รูปแบบอ่านแล้วเข้าใจง่าย ($M = 4.00$, $SD = 0.59$)

อภิปรายผล

สถานการณ์การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บุคลากรลงบันทึกสมุด ส่งข้อมูลช่วงการรับส่งเวร ไม่ได้รายงานทันทีในโปรแกรมบันทึกความเสี่ยง HRMS ไม่ได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E-F แต่มีการทบทวนระดับ G-H-I ไม่นำผลการทบทวนเข้าขึ้นทะเบียนบัญชีความเสี่ยง อุบัติการณ์ ตั้งแต่ ปี 2561-2563 การเกิด Medication Error และ adverse drug event มากที่สุด รองลงมาเป็นการติดเชื้อสำคัญของโรงพยาบาล ใน Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) สอดคล้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก บุคลากรไม่สามารถระบุได้ว่าเหตุการณ์ใดเป็นความเสี่ยงที่ต้องรายงานจึงทำให้มีรายงานอุบัติการณ์น้อย ไม่เกิดผลดีจากการค้นหาและจัดลำดับความเสี่ยง ไม่สามารถเข้าร่วมในการทำการวิเคราะห์สถานการณ์ และทีมจัดการความเสี่ยงมีงานที่ต้องทำจำนวนมาก (สำริ ชมบริสุทธิ์, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล, และอภิตี นันทศุภวัฒน์., 2563) อีกทั้งยังพบการสื่อสารนโยบายเกี่ยวกับการรายงานความเสี่ยงน้อยเกินไป ร่วมกับผู้รับผิดชอบขาดประสิทธิภาพในการรายงานความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ (บังอร เชื้อนคำ, สมใจ ศิริกรมล, และบุญพิชชา จิตต์ภักติ 2563) โดยจะเห็นได้ว่าปัจจัยผลิตภาพทางการพยาบาล (โสภาพร พันธสุวณีย์, ธาณี กล่อมใจ, 2563) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (สุปราณี ใจตา และ เดชา ทำดี, 2564) มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์มีผลต่อการจัดการความเสี่ยงเป็นอย่างมาก

รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฯ 4R Model 1) Report การรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยบุคลากรเข้าบันทึกในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) หรือ naraos.thai-nrls.org ภายใน 24 ชั่วโมง 2) Re-Check การตรวจสอบข้อมูล เพื่อยืนยันและแก้ไขรายงานอุบัติการณ์ฯ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ดังนี้ (1) ด้าน Clinic ระดับ A-D และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 1-2 ภายใน 10 วัน (2) ด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 5 วัน ในระบบโปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล 3) Root Cause Analysis การทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 7 โดยใช้หลักการทบทวน

ของ RCA Step 5: Creative Solution 4) Register หมายถึง การนำผลสรุป ประเด็นจากการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) นำเข้าบัญชีจัดการความเสี่ยง Risk Register สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี (ปฤษฎา เปล่งอารมณ์, 2564) ทั้งนี้รูปแบบ 4R Model ได้นำกระบวนการ P-D-C-A เข้ามาเป็นกระบวนการหลักในการสร้างรูปแบบที่ส่งผลให้เป็นไปตามกระบวนการหรือระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ การประเมินความเสี่ยง (risk assessment) การจัดการกับความเสี่ยง (action to manage risk) (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543) (Bowel P, 2010) ดังนั้นการบริหารจัดการความเสี่ยงโดยใช้รูปแบบ 4R Model ส่งเสริมให้เกิดกลยุทธ์เชิงลึกที่มีบทบาทและส่งเสริมการจัดการอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อป้องกันปัญหาและควบคุมความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการพยาบาล ทั้งนี้ในการบริหารความเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกฝ่ายในทีมการรักษาพยาบาลต้องคำนึงถึง (Powell, 2000)

ประสิทธิผล พบว่ามีจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ และมีการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) อุบัติการณ์ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 46.23 ความพึงพอใจในระดับมาก และส่งผลให้การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามระยะเวลาที่กำหนด สอดคล้องกับรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี (ปฤษฎา เปล่งอารมณ์, 2564) จากการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นเป้าหมายที่ชัดเจนและเกิดประโยชน์กับประชาชน และยังเป็นไปตามมาตรฐานที่จะส่งผลให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ส่งเสริมให้หน่วยงานมีบทบาทการจัดการอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อป้องกันปัญหา และควบคุมความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการพยาบาล และควรนำรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้กับโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดชายแดนใต้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในแต่ละประเด็น ตาม 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

รายการอ้างอิง

- จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, พรพิมล พลอยประเสริฐ, และสมทรง บุตรชีวัน. (2560). การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(1), 24-36.
- บังอร เชื้อนคำ, สมใจ ศิริกมล, และบุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 47(1), 337-349.
- ปฤษฎา เปล่งอารมณ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 40(1), 137-150.

สำริ่ ชมบริสุทธี, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, และอภิรดี นันท์ศุภวัฒน์. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *พยาบาลสาร*, 47(2), 453-462.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศ ไทย Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์ เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2563). *HA UPDATE 2020* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์ บริษัท หนังสือวันดี จำกัด.

Bowel P. Building a safety and improvement culture in primary care practice. *Nurses* 2010, 5:156.

Jirapaet, W., & Jirapaet, K. (2012). *Patient safety management, concept, process, clinical safety guidelines*. Bangkok: Eleven Glasses Color.

World Health Organization (WHO). The patient Safety: Forward programmed 2006.