

The Development of Managing Risk System Nursing Department of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

Jirawan Rungruangwarin, RN.,*

*Pornpimol Ployprasert RN., MNS**,*

*Somsong Bootcheewan. RN., MNS****

Abstract

The purpose of this action research was to study the situation and to develop the managing risk system, and to evaluate the managing risk system of the nursing department of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. This study was divided into 3 phases: 1) Situational study phase; 2) Managing risk system development phase and 3) Evaluation phase. The participants for the research consists of 425 people which were comprised of nurses, and head nurses of nursing wards/departments. The research was conducted from October, 2015 to September, 2016. The data was collected through the general information questionnaires, the open-ended questions, Incidence report forms, medication error report forms, and the patient safety culture questionnaires. The quantitative data was analyzed by using statistically: frequency distribution, percentage, mean, Mann-Whitney U test, and qualitative data was analyzed by content analysis.

The results of the situation regarding the risk phase found the factors that were due to lack of awareness among the staff, they did not follow the guidelines, and laid down with work fatigue. When the risk happened, they need the acceptance, quick troubleshooting, gave their morale and helped them to managing risk by the risk management team. The results of this study were applied to development of managing risk systems, such as improving the managing risk system framework, supervision and RCA at work place. As for the process of managing risk system, the following were the incidence of physical and complaint risks were likely to decrease, while the risk from the work process was likely to increase. The medical administration error rate behaved differently at 0.05 level of significant. ($p < .05$), while the infection rate was found that there was not behaved differently at 0.05 level of significant. ($p < .05$). However the result was found that the thinking, the attitude and the positive perceptions on managing risk about nursing and patients safety culture of nurses had increased.

The effective of managing risk system can developed by taking participate in their accountability, focusing on using work instruction, managing work systems for decrease errors and make the happy workplace.

Keywords: patient safety, managing risk system, safety culture

, **, *Nursing Department, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.*

การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, ปพส.*

พรพิมล พลอยประเสริฐ, พย.ม**

สมทรง บุตรช้วน, พย.ม***

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง รวมทั้งประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง และ 3) การประเมินผลลัพธ์ที่ได้ สถานที่ศึกษาคือองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษา คือพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงานและระดับปฏิบัติการจำนวน 425 คน ดำเนินการเดือนตุลาคม 2557-กันยายน 2559 เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเด็นคำถามปลายเปิด แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาล และแบบสำรวจเพื่อการวินิจฉัยองค์กรและประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย (Patient safety culture) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาศถานการณ์ พบว่า ความเสี่ยงเกิดจากเจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักและขาดความรอบคอบ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ร่วมกับมีความเหนื่อยล้าจากการทำงาน เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น ต้องการการยอมรับ การแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว การสร้างขวัญกำลังใจ และต้องการความช่วยเหลือจากทีมบริหาร ผลการศึกษานำไปสู่การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง เช่น ปรับปรุงแนวทางการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล การเฝ้าระวังและการทำ RCA ผลของการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง พบว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านกายภาพและด้านข้อร้องเรียนมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ด้านกระบวนการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ส่วนอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิด ทศนคติและการรับรู้เชิงบวกต่อการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีควรสร้างความตระหนักให้รับผิดชอบร่วมกัน มุ่งเน้นการปฏิบัติตามแนวทาง การจัดระบบงานเพื่อลดการเกิดข้อผิดพลาด และสร้างความสุขในงาน

คำสำคัญ: ความปลอดภัยผู้ป่วย ระบบการจัดการความเสี่ยง วัฒนธรรมความปลอดภัย

*, **, ***กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ แต่ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรือการเกิดอันตราย

ต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล นำสู่ภาระในการชดเชยค่าเสียหายการจัดการความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกคนต้องตระหนัก และให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้ความ

ปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด มีการส่งเสริมให้นานาประเทศร่วมพัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย รวมทั้งกระตุ้นการสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพทั่วโลก⁽²⁾ ในประเทศไทย สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดมาตรฐานการบริหารองค์กรพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยระบุว่า องค์กรพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับต้องมีระบบบริหารความเสี่ยง และต้องจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการพัฒนาคุณภาพขององค์กร⁽³⁾

The Joint Commission on Accreditation of Health care Organization⁽⁴⁾ ได้รวบรวมสถิติความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ (Sentinel event) ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีพบว่าสูงถึง 3,000 เหตุการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตพบว่า ร้อยละ 60 เป็นความเสี่ยงในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การให้ยาผิดการผูกมัดผู้ป่วยทำให้บาดเจ็บและเสียชีวิตร้อยละ 55 เป็นเรื่องของการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 45 เป็นเรื่องผู้ป่วยทำร้ายตนเองในประเทศไทย คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รายงานจำนวนเรื่องการร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการแพทย์ ในปี 2553 พบว่ามีถึง 1,978 เรื่อง⁽⁵⁾ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องความไม่พึงพอใจหรือความขัดแย้งที่รุนแรงระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเรื่องภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดผลที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการและครอบครัว ทั้งนี้จากรายงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์ เผยแพร่ของสาขาเวชศาสตร์ชุมชนจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551 ได้ทบทวนวาระเขียนผู้ป่วยใน 4,000 ราย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง พบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งป้องกันได้⁽⁶⁾

ปัจจุบันสถานพยาบาลในประเทศไทยมีการตื่นตัวในเรื่องของปัญหาความปลอดภัย ภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมากขึ้น เพราะเริ่มมีความตระหนักว่าปัญหานี้อาจจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความรุนแรงแก่ความปลอดภัยของผู้ป่วยได้⁽⁷⁾ การจัดการ

ความเสี่ยง (risk management) เป็นบทบาทที่สำคัญของผู้บริหารทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นการมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญได้มีการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยขึ้นเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษาการจัดระบบบริหารการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นมีปัจจัยสาเหตุเกี่ยวข้องทั้งระบบ ได้แก่ อัตรากำลังที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน บุคลากรอ่อนล้า ขาดทักษะที่จำเป็น การมอบหมายงานไม่เหมาะสม และการไม่ปฏิบัติตามนโยบายและมาตรฐานการพยาบาลของบุคลากร การจัดเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ที่ไม่เหมาะสม และการสื่อสารที่ผิดพลาด ผลการศึกษาได้นำไปปรับระบบบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เช่น การปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน การจัดรูปแบบการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับศักยภาพและลักษณะงาน การผสมผสานอัตรากำลัง การบริหารวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ การจัดสภาพแวดล้อมการทำงานให้เอื้อต่อการเยียวยา ร่วมกับจัดทำแผนยุทธศาสตร์อย่างมีส่วนร่วม การควบคุมกำกับนิเทศด้วยระบบประกันคุณภาพการพยาบาล และสร้างระบบการรับฟังเสียงสะท้อนความปลอดภัยผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้แก่ระบบบริหารการพยาบาล ความปลอดภัยผู้ป่วยภายหลังการจัดระบบบริหารการพยาบาล พบว่า อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการแพทย์พยาบาลบางหัวข้อลดลง ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและคะแนนความพึงพอใจในงานของบุคลากรเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่อย่างไรก็ตามแม้จะมีการปรับระบบบริหารการพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยดังที่กล่าวมาแล้วแต่ยังพบอุบัติการณ์ที่เกิดจากความผิดพลาดและไม่พึงประสงค์ในการให้บริการทางการแพทย์เกินเกณฑ์ จากการทบทวนความเสี่ยงในปี 2556-2557 พบว่า ความเสี่ยงทางคลินิกมีแนวโน้มเกิดมากขึ้นและมีระดับความรุนแรงสูงขึ้น เช่น อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบ 3.67 และ 3.77 ต่อ

1000 วันนอน ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความเสี่ยงด้านอื่นเพิ่มมากขึ้นด้วย เช่น ความเสี่ยงด้านกายภาพ พบจำนวน 171 และ 172 ครั้งตามลำดับและด้านคำร้องเรียนด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติการพยาบาลพบจำนวน 134 และ 236 ครั้งตามลำดับ ซึ่งผู้เกี่ยวข้องได้นำอุบัติการณ์ดังกล่าวมาทบทวน พบว่า เกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน ทั้งจากตัวบุคคลกร เช่น ความรู้ ความตระหนัก การละเลย และจากระบบที่ไม่เอื้ออำนวย ดังนั้นการจะสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร นอกจากการวางระบบการบริหารที่ดีแล้ว ต้องมีระบบการจัดการความเสี่ยงที่ดี เมื่อทบทวนพบว่ายังมีโอกาสพัฒนาในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นระดับบุคคลหรือระดับองค์กร ที่ให้การสนับสนุนจัดระบบเพื่อจัดการความเสี่ยงและเพื่อสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยในฐานะผู้บริหารองค์กรพยาบาล ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยผู้ป่วยต่อเนื่อง และเห็นว่าการจัดระบบการจัดการความเสี่ยงที่ดีเป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นในการบริหารการพยาบาลเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย จึงสนใจที่จะดำเนินการพัฒนาองค์กรพยาบาลเพื่อสร้างคุณภาพในการบริการโดยจัดระบบการจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีคุณภาพและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน และนำองค์กรพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรค ของระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ขอบเขตของการวิจัย

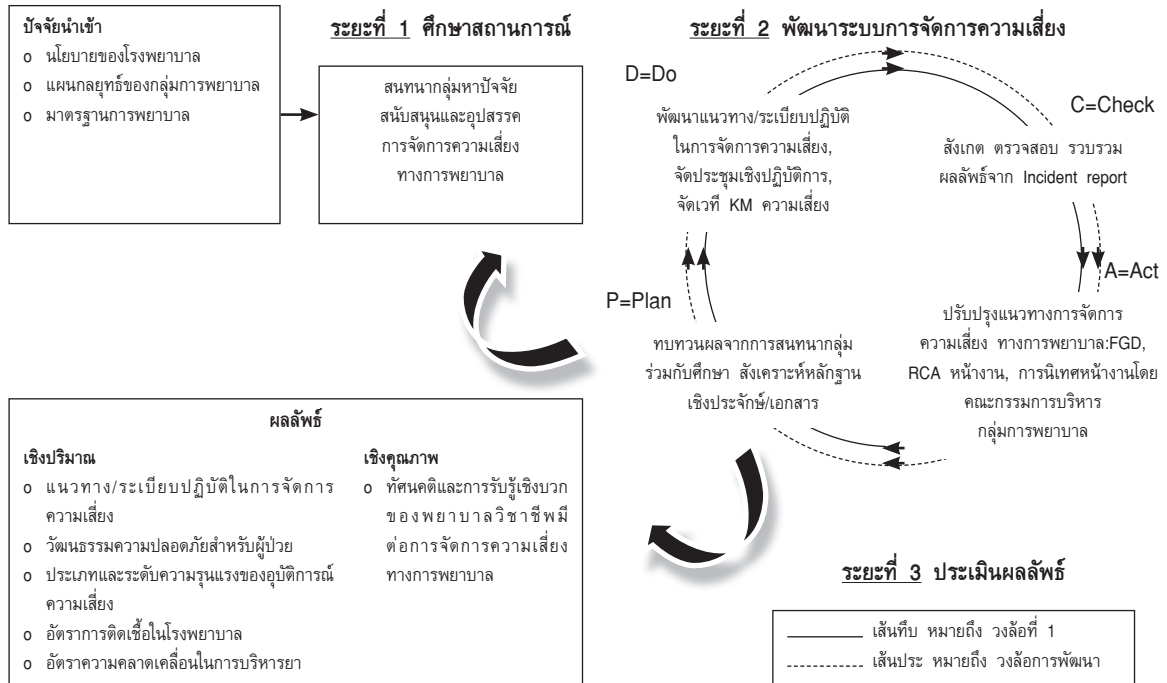
การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action

research : AR) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 425 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนตุลาคม 2557-กันยายน 2559

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง ครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR=Action Research) โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในผู้ปฏิบัติการพยาบาล เป็นการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ เป็นการศึกษาบริบทถึงปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลหลังจากนั้นนำมาพัฒนาระบบ ในระยะที่ 2 พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง ซึ่งในการพัฒนาระบบจะเป็นการพัฒนาหลายๆ วงล้อ มีการทบทวนผลจากการศึกษาสถานการณ์ ร่วมกับศึกษา สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์/เอกสารนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง โดยใช้แนวทาง PDCA ในแต่ละวงล้อจะมีการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ ปรับปรุง พัฒนาระบบโดยใช้กิจกรรมหลายๆ อย่างเช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ, จัดเวที KM ความเสี่ยงทางการพยาบาล, จัด Focus group discussion (FGD), ทำ RCA, ตลอดจนการนิเทศติดตามหน้างานโดยคณะกรรมการของกลุ่มการพยาบาล นำผลลัพธ์มาวิเคราะห์ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาในระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผลลัพธ์ที่ประเมินเน้นผลลัพธ์ที่สะท้อนต่อระบบการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลที่ชัดเจน ทั้งด้านเชิงปริมาณ ได้แก่ แนวทาง/ระเบียบปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยง ผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย (Patient safety culture), ประสิทธิภาพและความรุนแรงของอุบัติการณ์ความเสี่ยง อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ส่วนเชิงคุณภาพประเมินจากทัศนคติและการรับรู้เชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล ดังแผนภูมิที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจำนวน 425 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงกันยายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเด็นคำถามปลายเปิด แบบบันทึกการงานอุบัติการณ์ แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาล และแบบสำรวจ เพื่อการวินิจฉัยองค์กรและประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย (Patient safety culture) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ประเภทและระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ความเสี่ยงอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา วิเคราะห์โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาด้วยสถิติ Mann Whitney u test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเลขที่ 022/2557

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 425 คน พบว่าร้อยละ 92.94 เป็นระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 95.76 เป็นเพศหญิง อายุพบมากที่สุดคืออายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 36.71 รองลงมาคืออายุ 41-50 และต่ำกว่า 30 ปี คือพบร้อยละ 24.71 และ 24.24 ตามลำดับ (Min=22, Max=59,

Mean=38.56, SD=9.242) ด้านประสบการณ์การปฏิบัติกรพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 16-20 ปี คือร้อยละ 20.00 รองลงมาคือ 1-5, 11-15 และ 21-25 ปี พบร้อยละ 19.29, 14.35 และ 14.35 ตามลำดับ (Min=1 Max=34, Mean=16.43, SD=9.734) ผลการศึกษาระยะต่างๆ มีดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

ทำการศึกษาโดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 50 คน พบว่าประเด็นหลักที่ 1 สาเหตุของความเสี่ยง ก) เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยง ข) ขาดความรอบคอบขณะปฏิบัติงาน ค) ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้และ ง) เหนื่อยล้าจากการมีเวลาพักผ่อนน้อยเนื่องจากขาดแคลนเจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติงานเดือนละ 35-40 เวร และ จ) มีเหตุร่วมอื่นๆ เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ฟ้าหล่นลงมาโดนผู้ป่วย และจากโรคร่วมของผู้ป่วย ประเด็นหลักที่ 2 ยามเมื่อเจอความเสี่ยง ก) ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ข) ตั้งใจแก้ไขปัญหาย่างรวดเร็ว กระชับ ฉับไว ค) วิเคราะห์ถึงแก่นรากของปัญหามาตรัสและศิลป์เข้ามาแก้ไขเหตุการณ์ ง) ประมวลภาพรวมรอบด้าน ประเด็นหลักที่ 3 สิ่งร้องขอจากผู้ให้บริการ ก) เสริมสร้างขวัญและกำลังใจ ข) มีทีมบริหารความเสี่ยงลงไปช่วย ค) ความสมดุลในชีวิตระหว่างงานกับครอบครัว

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง

การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้ 1) การวิเคราะห์ระบบเดิม 2) การสังเคราะห์ระบบ 3) การออกแบบระบบ 4) การตรวจสอบและปรับปรุงระบบ 5) การนำระบบไปใช้ 6) การประเมินผลระบบ

ขั้นตอนที่ 1) การวิเคราะห์ระบบเดิม เป็นรายละเอียดของการศึกษาในระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 2) การสังเคราะห์ระบบ จากการวิเคราะห์สภาพสถานการณ์ปัญหา และอุปสรรคของ

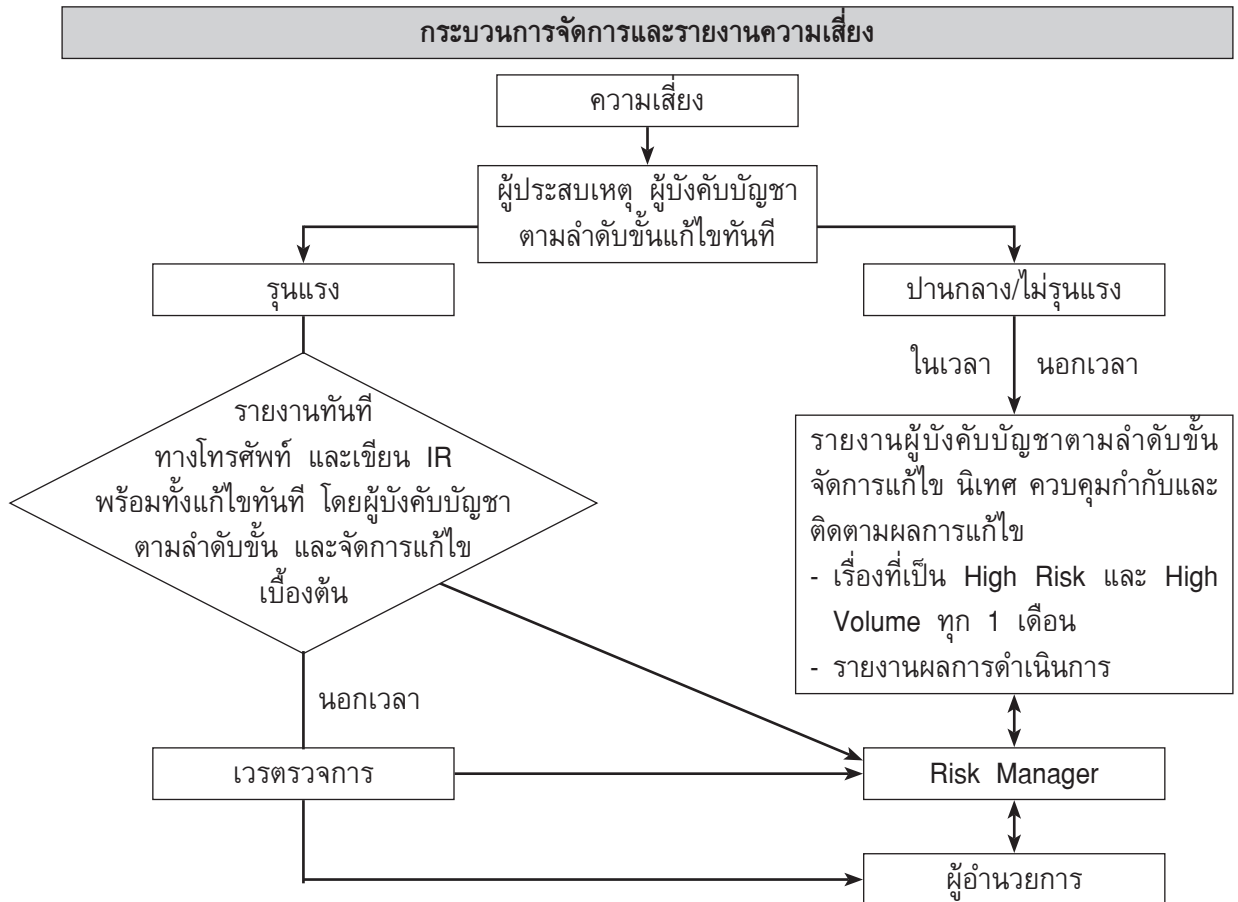
ระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สังเคราะห์ประเด็นหลักได้ 3 ประเด็น ประเด็นหลักที่ 1 สาเหตุของความเสี่ยง ก) เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักการป้องกันความเสี่ยง ข) ขาดความรอบคอบขณะปฏิบัติงาน ค) ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ ง) เวลาพักผ่อนน้อย จ) มีเหตุร่วมอื่นๆ ประเด็นหลักที่ 2 ยามเมื่อเจอความเสี่ยง ก) ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ข) ตั้งใจแก้ไขปัญหาย่างรวดเร็ว ค) วิเคราะห์ถึงแก่นรากของปัญหา ง) ประมวลภาพรวมรอบด้าน ประเด็นหลักที่ 3 สิ่งร้องขอจากผู้ให้บริการ ก) เสริมสร้างขวัญและกำลังใจ ข) มีทีมบริหารความเสี่ยงลงไปช่วย ค) ความสมดุลในชีวิตระหว่างงานกับครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3) การออกแบบระบบ ผลที่ได้จากการวิเคราะห์/สังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคของการจัดการความเสี่ยงระบบเดิม นำไปสู่การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล ระบบใหม่ โดยมีปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบายแผนยุทธศาสตร์ กำหนดให้การพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นจุดเน้นสำคัญ บุคลากรมีสมรรถนะการจัดการความเสี่ยงมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความเสี่ยงสามารถประเมินและเข้าใจความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงานตนเองและมีความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารแบบเปิด ไม่กล่าวโทษรายบุคคล มีทีมเจรจาไกล่เกลี่ย/ทีมจัดการความเสี่ยงกรณีเกิดเหตุการณ์รุนแรงที่มีประสิทธิภาพ ช่วยระงับเหตุการณ์รุนแรง จัดการความปลอดภัยกับสื่อสังคมออนไลน์ได้ทันเวลา มีช่องทางการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือ ช่องทางขอการช่วยเหลือเมื่อมีอุบัติการณ์รุนแรงที่เข้าถึงได้ง่ายสะดวกมีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพเพื่อรายงานความเสี่ยงและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ครอบคลุมความเสี่ยงทุกระดับได้ถูกต้องทันเวลา ส่วนปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการจัดการความเสี่ยงกระชับชัดเจน เกิด

แนวทางการจัดการความเสี่ยงขั้นตอนใหม่ (ดังแผนภูมิ) มีการนิเทศอย่างมีส่วนร่วมที่หน้างาน มีการทบทวนความเสี่ยงถึงสาเหตุรากปัจจัย สะท้อนกลับ ได้แก่ การนำผลการวิเคราะห์สาเหตุรากของความเสี่ยงไปปรับปรุงเชิงระบบ

แนวทางการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล แบบใหม่เน้นการพัฒนากระบวนการจัดการอย่างเป็นระบบ ลดขั้นตอน และสะดวกต่อการรายงานความเสี่ยงมีขั้นตอนดังแผนภูมิ

แผนภูมิ 1 แนวทางการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



****หมายเหตุ**

1. ผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นหมายถึง

ด้านการรักษาพยาบาล

ลำดับที่ 1 หัวหน้าเวร, แพทย์ผู้รักษာ

ลำดับที่ 2 หัวหน้าหอผู้ป่วย, หัวหน้ากลุ่มงาน

ลำดับที่ 3 คณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล (หัวหน้าสาขา), ประธานองค์กรแพทย์, ประธาน PCT

ลำดับที่ 4 หัวหน้าพยาบาล, ผู้จัดการความเสี่ยง, รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

2. รุนแรง หมายถึง มีผลกระทบ เสียชื่อเสียง ความน่าเชื่อถือ แก้ไขไม่ได้ ทำให้เสียลูกค้า มีผลเสียกับผู้ป่วยต่อเนื่อง ระยะเวลา พิจารณ ถึงแก่กรรม เกิดการฟ้องร้องหรือไม่ ฟ้องร้องก็ได้

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์

ดำเนินการต่อเนื่อง จากระยะที่ 2 ดังนี้

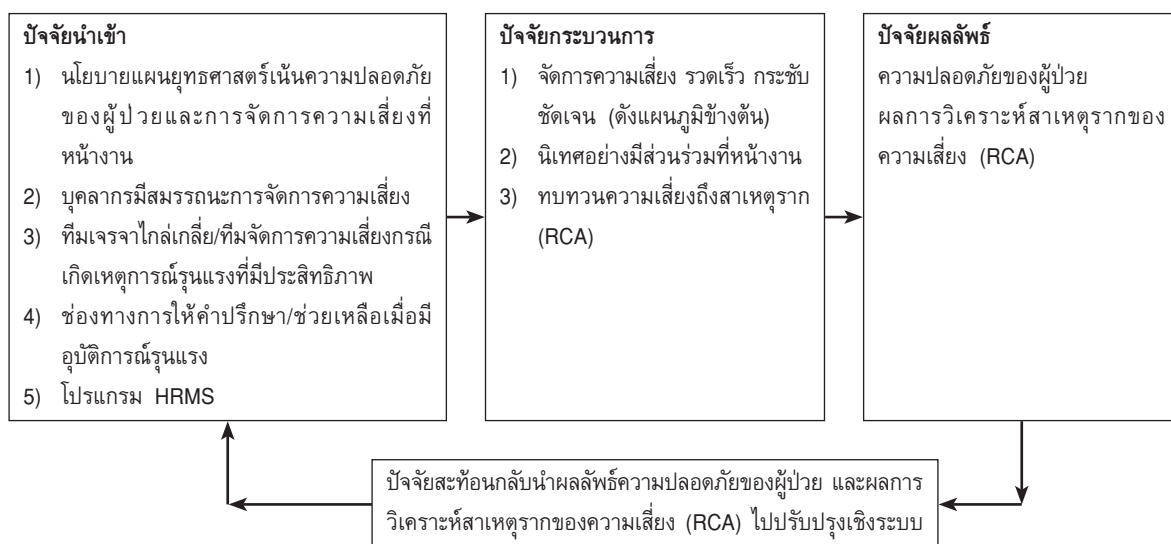
ขั้นตอนที่ 4) การตรวจสอบและปรับปรุงระบบ

ระบบ

ผู้วิจัยได้นำกรอบและเนื้อหาการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบ โดยจัดประชุมสื่อสารสร้างความเข้าใจให้ความรู้ เสริม

ทักษะ สร้างทัศนคติที่ดี เพื่อเตรียมความพร้อม และตรวจสอบการนำระบบใหม่สู่การปฏิบัติ และดำเนินการทดลองใช้ทุกหน่วยงานเป็นเวลา 3 เดือน หลังจากนั้นสะท้อนผลลัพธ์เพื่อปรับปรุงระบบที่พัฒนาขึ้นอีกครั้งได้ ระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่สมบูรณ์ แล้วดังนี้

แผนภูมิ 2 ระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



ขั้นตอนที่ 5) การนำระบบไปใช้

ภายหลังการตรวจสอบและปรับปรุงระบบ นำไปสู่ระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล ระบบใหม่ที่สมบูรณ์ หลังจากนั้นจึงนำไปใช้จริงในทุกหน่วยงาน ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ขั้นตอนที่ 6) การประเมินผลระบบ

ผลการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล ดังนี้

ก. ผลเชิงปริมาณ

- 1) เกิดแนวทาง/ระเบียบปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยง (ดังแผนภูมิ 1 และ 2)
- 2) ผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

ตาราง 1 ร้อยละคำตอบเชิงบวก (% Positive Response) ของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

มิติที่สำรวจ	2558 ร้อยละ	2559 ร้อยละ
1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	56.5	70.4
2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	73.1	79.6
3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย	75.7	83.9
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	75.0	80.2
5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	68.0	74.9
6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง	67.5	79.0
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	71.9	83.2
8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	56.3	68.4
9. การจัดคนทำงาน	44.4	53.4
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	75.1	79.3
11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล	64.9	72.1
12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร	66.0	74.5

จากตาราง 1 พบว่าความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบเชิงบวกปี 2559 สูงกว่าปี 2558 ทุกมิติ และมิติที่มีความคิดเห็นเชิงบวกสูงสุดเป็นไปในทางเดียวกันทั้ง 2 ปี คือ มิติที่ 3 คือ ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ปี 2558 ร้อยละ 75.7 ปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 83.9 รองลงมา ปี 2558 คือ มิติที่ 10 การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย ร้อยละ

75.1 ปี 2559 มิติที่ 7 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด ร้อยละ 83.2 ส่วนมิติที่มีคำตอบเชิงบวกต่ำที่สุดเป็นไปในทางเดียวกันทั้ง 2 ปี คือ มิติที่ 9 การจัดคนทำงาน ปี 2558 ร้อยละ 44.4 ปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 53.4

3) อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาล จำแนกตามประเภทและระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ตาราง 2 จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลจำแนกตามประเภทและระดับความรุนแรง พ.ศ. 2558-2559

ประเภทความเสี่ยงทางการพยาบาล	ระดับความรุนแรง					
	2558			2559		
	รุนแรง	ปานกลาง	ไม่รุนแรง	รุนแรง	ปานกลาง	ไม่รุนแรง
ความเสี่ยงทั่วไป						
ด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม	8	25	227	10	30	161
ด้านคำร้องเรียน	11	76	183	1	41	191
2.1 พฤติกรรมบริการ	4	48	120	0	17	86
2.2 ด้านระบบงาน	3	18	31	0	7	72
2.3 สถานที่	0	8	29	0	15	33
ความเสี่ยงทางคลินิก						
ด้านการดูแลรักษา/กระบวนการทำงาน	1	57	201	4	67	426

จากตาราง 2 พบว่า จำนวนครั้งของอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านกายภาพสิ่งแวดล้อมและด้านข้อร้องเรียน และมีแนวโน้มเกิดลดลง ในขณะที่

ด้านการดูแลรักษาหรือกระบวนการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

4) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล พ.ศ. 2558-2559

ความเสี่ยงทางการพยาบาล	N	Mean Rank	Z	Asymp. Sig (2-tailed)
อัตราการติดเชื้อ ปี 2558	12	14.88	43.5	0.052
อัตราการติดเชื้อ ปี 2559	12	10.13		

$P < .05$

จากตาราง 3 พบว่า อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2558-2559 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ที่ระดับ

ความเชื่อมั่นที่ 95%

5) อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error/AME) พ.ศ. 2558-2559

ความเสี่ยงทางการพยาบาล	N	Mean Rank	Z	Asymp. Sig (2-tailed)
อัตรา AME ปี 2558	12	16.75	-2.944	0.002*
อัตรา AME ปี 2559	12	8.25		

$P < .05$

จากตาราง 4 พบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ปี พ.ศ. 2558-2559 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ โดยในปี 2559 อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีการเกิดลดลง

ข. ผลเชิงคุณภาพ

ทัศนคติและการรับรู้เชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล

ด้านทัศนคติและการรับรู้เชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล จากผลการประเมินความคิดเห็นเชิงบวกจำแนกตามมิติของคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และจากการสนทนา Focus group พยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับทัศนคติและการรับรู้เชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลในการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง พบว่า **ประเด็นหลักที่ 1** แก๊วที่จุดเริ่มต้น ก) สร้างความตระหนักให้รับผิดชอบร่วมกัน ข) มุ่งเน้นการปฏิบัติตามแนวทาง ค) จัดระบบงานเพื่อลดการเกิดข้อผิดพลาด ง) สร้างความสุขในงาน **ประเด็นหลักที่ 2** การแก้ปัญหาที่หน้างาน ก) แก๊วปัญหาอย่างเป็นระบบ ข) ไม่กล่าวโทษตัวบุคคล ค) เกิดความอุ่นใจไม่ถูกทอดทิ้ง ง) เยียวยาเขาเยียวเรา **ประเด็นหลักที่ 3** ร่วมสร้างแนวป้องกัน ก) สร้างความประทับใจตั้งแต่ก้าวเข้ามาใน รพ. ข) มีการนิเทศชัดเจนต่อเนื่อง ค) พัฒนาจิตสำนึกร่วมกัน ง) หัวหน้างานต้องเก่งเป็น Model ให้เจ้าหน้าที่ในตึกได้ จ) รู้ความเสี่ยงในงานตนเอง

วิจารณ์

จากการศึกษาสถานการณ์ของระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาปี 2557 พบว่ามี 3 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นหลักที่ 1 สาเหตุของความเสี่ยง ก) เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักการป้องกันความเสี่ยง ข) ขาดความรอบคอบขณะปฏิบัติงาน ค) ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ ง) เวลาพักผ่อนน้อย จ) มีเหตุร่วม

อื่นๆ ประเด็นหลักที่ 2 ยามเมื่อเจอความเสี่ยง ก) ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ข) ตั้งใจแก้ไขปัญหายอย่างรวดเร็ว ค) วิเคราะห์ถึงแก่นรากของปัญหา ง) ประมวลภาพรวมรอบด้าน ประเด็นหลักที่ 3 สิ่งร้องขอจากผู้ให้บริการ ก) เสริมสร้างขวัญและกำลังใจ ข) มีทีมบริหารความเสี่ยงลงไปช่วย ค) ความสมดุลในชีวิตระหว่างงานกับครอบครัว ผู้วิจัยนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาล โดยมีปัจจัยนำเข้าได้แก่นโยบายแผนยุทธศาสตร์ กำหนดให้การพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นจุดเน้นสำคัญ บุคลากรมีสมรรถนะการจัดการความเสี่ยง มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความเสี่ยงสามารถประเมินและเข้าใจความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงานตนเอง และมีความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารแบบเปิด ไม่กล่าวโทษรายบุคคล มีทีมเจรจาไกล่เกลี่ย/ทีมจัดการความเสี่ยง กรณีเกิดเหตุการณ์รุนแรงที่มีประสิทธิภาพช่วยระงับเหตุการณ์รุนแรง จัดการความปลอดภัยกับสื่อสังคมออนไลน์ได้ทันเวลา มีช่องทางการให้คำปรึกษา ช่องทางขอการช่วยเหลือเมื่อมีอุบัติการณ์รุนแรง มีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพเพื่อรายงานความเสี่ยง และวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ครอบคลุมความเสี่ยงทุกระดับ ส่วนปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการจัดการความเสี่ยงมีแนวทางการจัดการความเสี่ยง มีการนิเทศอย่างมีส่วนร่วมที่หน้างาน มีการทบทวนความเสี่ยงถึงสาเหตุราก ปัจจัยสะท้อนกลับ ได้แก่ การนำผลการวิเคราะห์สาเหตุรากของความเสี่ยงไปปรับปรุงเชิงระบบ ซึ่งระบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ทานตะวัน คำราช, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ สุพร ลอยหา (2555)⁽⁹⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เมื่อพัฒนาระบบนิเทศด้วยการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมการติดตามอย่างต่อเนื่องและการให้ข้อมูลสะท้อนกลับไปยังผู้เกี่ยวข้องทำให้เกิดคุณภาพมาตรฐานทั่วทั้งองค์กร

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการนิเทศได้ตามแผนการนิเทศมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดความปลอดภัยผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีแนวโน้มเกิดอุบัติการณ์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Reiling และคณะ (2004)⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่อง Enhancing the traditional hospital design process: a focus on patient safety ซึ่งพบว่า การออกแบบระบบเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยโดยเน้นควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สร้างความสะดวกในการปฏิบัติงานของบุคลากร การป้องกันอันตรายของผู้ป่วยจากอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม จำนวนเตียงต่อพื้นที่ และการจัดอัตรากำลัง พบว่าสามารถลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ส่วนการประเมินด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย พบว่า ร้อยละคำตอบเชิงบวก (% Positive Response ของพยาบาลวิชาชีพในปี พ.ศ. 2559 สูงกว่า พ.ศ. 2558 ในทุกมิติ แต่เมื่อประเมินด้านความคิดเห็นพบว่าเพิ่มขึ้นมากจนทำให้สัญลักษณ์เปลี่ยนในบางมิติ ได้แก่ มิติความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ, การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง, การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาดและการจัดคนทำงานอธิบายได้ว่า หลังจากการพัฒนา ระบบการจัดการความเสี่ยง ทำให้เกิดความชัดเจนในนโยบายด้านความปลอดภัยที่เกิดจากการทบทวนอุบัติการณ์ แผนกลยุทธ์ได้ถูกนำไปสู่การปฏิบัติที่หน่วยงานได้ตรงกับประเด็นความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน ส่วนทัศนคติและการรับรู้เชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลนั้น พบว่า บุคลากรมีทัศนคติและการรับรู้เชิงบวกเพิ่มขึ้น ตัวอย่างจากการที่แสดงความคิดเห็นว่า “ทุกเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงต้องรายงานเสมอ”, “มีระบบรองรับชัดเจนเป็นรูปธรรม”, “หลังการรายงานเรามีการนำมาทบทวนเพื่อพัฒนาแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ” เป็นต้น สอดคล้องกับผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าบุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

มากขึ้น อธิบายได้ว่าการกระตุ้น การสร้างความตระหนักให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการรายงานความเสี่ยง รวมทั้งผลของการจัดการความเสี่ยงที่ไม่กล่าวโทษเป็นรายบุคคลทำให้บุคลากรมีการรายงานมากขึ้น สอดคล้องกับ Kyungh (2007)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อการรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดและวัฒนธรรมความปลอดภัยในประเทศเกาหลี โดยศึกษาในพยาบาล 889 คน จำนวน 8 โรงพยาบาล พบว่าการรายงานอุบัติการณ์และวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลยังให้ความสำคัญไม่เพียงพอ และให้ข้อเสนอแนะว่าความปลอดภัยผู้ป่วยสามารถพัฒนาโดยสร้างแรงจูงใจสร้างวัฒนธรรมไม่กล่าวโทษ จะช่วยให้บุคคลเปิดใจและพูดคุยในประเด็นความผิดพลาดในการรักษาและโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามมีความเสี่ยงหลายประการที่มียังคงมีในอัตราและจำนวนครั้งเท่าๆ เดิม และบางความเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เช่น อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 ไม่พบว่ามีแตกต่างกัน และความเสี่ยงด้านการดูแลรักษาหรือกระบวนการทำงานซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อธิบายได้ว่าแม้ว่าจะมีการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มการพยาบาลยังมีปัญหาโดยเฉพาะด้านอัตรากำลัง และความร่วมมือจากวิชาชีพหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเสี่ยงในการเข้าร่วมแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรมซึ่งเป็นข้อจำกัดและโอกาสพัฒนาต่อไป

สรุป

ระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่พัฒนาขึ้น เน้นการสร้างความปลอดภัยที่หน่วยงาน โดยสร้างระบบที่เอื้อให้สามารถจัดการความเสี่ยงได้ที่หน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาสถานการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วย ในมุมมองของผู้รับบริการ โดยใช้เครื่องมือ

ประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองผู้รับบริการ เพื่อช่วยสะท้อนภาพความปลอดภัยได้ครอบคลุมมากขึ้น

ควรทำการศึกษาการพัฒนาการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากผลที่ได้จากการทำ RCA อุบัติการณ์รุนแรงส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Bowel P. Building a safety and improvement culture in primary care practice. *Nurses* 2010; 5: 156.
2. World Health Organization (WHO). The Patient Safety: Forward programmed 2006. [Online] (cited 2016 January 21). Available from: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf/
3. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล. (อัสสัณนา). 2548.
4. The Joint Commission. 2006 critical access hospital and hospital national patient safety goals. (cited 2015 December 14). Available from: http://www.splashcap.com/JCAHO_2006-NPSG-3D.pdf
5. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. สถิติการแพทย์ที่น่าสนใจ. 2553. (ออนไลน์). (เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2559). เข้าถึงได้จาก <http://www.Thaihospital.org/board/Index/>
6. พวงผกา ไทยดำรงค์, ทวนทอง เขาวกิตพิงค์, ชุชีพ พุทธประเสริฐ. อุบัติการณ์สาเหตุของความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป. *พุทธชินราชเวชสาร* 2556; 30(3): 329-39.
7. บัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทัญ, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ภาวะไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2546; 12: 509-21.
8. สิริสิริ ลิ้มสันติธรรม, พรพิมล ผดุงสงฆ์. การจัดระบบการบริหารพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2556; 3(3): 169-83.
9. ทานตะวัน คำราช, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, สุรพร ลอยหา. การพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2555; 13(3): 60-71.
10. Reiling, J.G., Knutzen, B.L., Wallen, T.K., Mc Cullough, S., Miller, R., Chern, S. Enhancing the traditional hospital design process: a focus on patient safety. *JT Comm J Qual Saf.* 2004; 30(3): 115-124.
11. Kyungh, A., Minach, K, K. and Sook, H.Y. Bioorganic & Medicinal Chemistry. *Letters* 2007; 17: 6234-8.