



การพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด*

นภัสภรณ์ เข่งสะอาด ส.ม.**

เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ป.ร.ด.***

วัชร เยี่ยมรัมย์กุล พ.บ.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล 14 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน 26 คน ทำการศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2560 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ออกแบบการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มี 4 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความเสี่ยงทางคลินิกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการจากการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อวางแผนการพัฒนา 2) ลงมือปฏิบัติตามแผน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และเก็บรายงานความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง 3) สังเกตการปฏิบัติตามแผน ได้แก่ การค้นหา การวิเคราะห์ การจัดการ และการประเมินผลความเสี่ยง 4) สะท้อนผลการปฏิบัติโดยติดตามประเมินผล นำข้อมูลมาพิจารณาร่วมกัน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired Samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกคือ SMILE Model ประกอบด้วย การไวต่อความเสี่ยงมีการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่เกิดขึ้น (S-Sensitive) มีการบริหารจัดการระบบการป้องกันความเสี่ยงที่ดี ป้องกันการเกิดซ้ำ (M-Management) มีการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (I-Implementation) มีการเรียนรู้ความผิดพลาดจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้น (L-Learning) และความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ไม่โทษที่ตัวบุคคลมองเชิงระบบ (E-Error) ผลของการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพ ความเสี่ยงทางคลินิก มาตรฐานงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน

*วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**** นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองนายแพทย์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด



Development of Quality Model for Clinical Risk Management based on In-Patient Nursing Care Standard in Atsamat Hospital Roi-Et Province*

Napatsaporn Choengsa-ard M.P.H**

Terdsak Promarak PhD***

Wachara Eamratsameekool M.D.****

Abstract

This action research aimed to study the development of quality model for clinical risk management based on In-Patient nursing care standard in Atsamat Hospital, Roi-Et Province. The study participants included : 14 nursing service quality committee and 26 personals involved in In-Patient nursing care standard. Data were Collected by questionnaire, observations and focus group discussion during January to May, 2017. Research design used PAOR process from Kemmis & McTaggart included 4 steps; 1) Analysis of clinical risk situations that affect quality service from collection of data for the plan 2) Follow the plan by workshops and store relevant clinical risk reports 3) Observe plan compliance include finding, analyzing, managing and evaluating risk and 4) Reflect the results by follow up the evaluation, bring information together. The quantitative data analysis applied the descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation and the inferential statistics as paired samples t-test. The qualitative data was analyzed by content analysis.

The results showed that the quality model development of clinical risk management is SMILE model which comprised as S-Sensitive, M-Management, I-Implementation, L-Learning and E-Error. The results of development clinical risk management based on In-Patient nursing care standard effected to the level of knowledge, practice, participation and satisfaction of participants were increased from the beginning with the statistical significant ($p\text{-value}<0.05$).

Keywords: quality development, clinical risk, nursing care standard

* Thesis of Master of Public Health, Faculty of Public Health Mahasarakham University

** Student of Master of Public Health, Faculty of Public Health Mahasarakham University

*** Lecturer of Faculty of Public Health Mahasarakham University

**** Physician Specialist, Deputy Health Officer Roi-Et Province



บทนำ

กระแสของการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ทำให้แต่ละโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง จากสภาพแวดล้อมในการรักษา รูปแบบบริการที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งความคาดหวังของผู้รับบริการสูงขึ้น ทำให้โรงพยาบาลต้องวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่ดี¹ จากรายงานการศึกษาต่างๆ พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 80 เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ และเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง จึงถือเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ² บริการทางการแพทย์เป็นบริการหลักงานหนึ่งของบริการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีการรักษามาตรฐาน ยกระดับคุณภาพบริการ³ ซึ่งวิชาชีพพยาบาล มีจุดเน้นสำคัญอยู่ที่การมีความรับผิดชอบต่อในคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถอธิบายเหตุผล ตรวจสอบความถูกต้องได้ ร่วมกับการจัดให้มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง⁴ ให้ครอบคลุมทุกกระบวนการปฏิบัติ ทำให้เกิดความปลอดภัยทางคลินิกในการให้บริการพยาบาล⁵

โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง (ระดับ F2) ให้บริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มีการนำกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยในได้นำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน มีการจัดบริการพยาบาลตามมาตรฐานที่สำนักการพยาบาลกำหนด³ จาก การดำเนินงานในปี 2559 ที่ผ่านมา พบว่าในมิติของคุณภาพการให้บริการพยาบาลมีความเสี่ยงทางคลินิกเกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน และพบความเสี่ยงซ้ำจากการวิเคราะห์พบว่าเกิดจากระบบการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมถึงปัญหาความเสี่ยงทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้นและไม่มีความสามารถในการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน บุคลากรแต่ละคนมีการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย และเพื่อพัฒนา

คุณภาพการบริการพยาบาลให้เป็นบริการที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในคุณภาพการพยาบาลที่ได้รับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ด้าน คือ การค้นหา การวิเคราะห์ การจัดการ และการประเมินผลความเสี่ยง⁴ 2) แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁶⁻⁸ และ 3) แนวคิดการมีส่วนร่วม⁹ โดยเน้นการเรียนรู้อย่างอิสระร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมพัฒนาคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁶⁻⁸ เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ (Facilitator) ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนการพัฒนารูปแบบ (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยศึกษาในบริบทของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 14 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน 26 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกเอกสารสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงทางคลินิก 2) แบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงทางคลินิก มี 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ส่วนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน



24 ข้อ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 14 ข้อ และส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ ในส่วนที่ 3-5 เป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ ซึ่งปรับปรุงจากแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกของภัทริธิตา โกคาพันธ์และคณะ¹⁰ 3) แนวทางการประชุมกลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of Congruence) เท่ากับ 0.96 นำเครื่องมือมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹¹ (Cronbach's Alpha Coefficient) ในด้านความรู้ เท่ากับ 0.72 ด้านการปฏิบัติเท่ากับ 0.97 ด้านการมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.96 และด้านความพึงพอใจเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุด 2) เปรียบเทียบระดับความรู้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ 3) เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ในระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test และ 4) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมในการวิจัย โครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยมีการแนะนำตัวกับผู้ร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้รับทราบแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-สกุล ของผู้ร่วมวิจัย เอกสารที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลถูกเก็บอย่างมิดชิด ผลจากการศึกษาถูกนำเสนอในภาพรวม มิได้แยกเป็นรายบุคคล ข้อมูลจะถูกทำลายหลังผลการวิจัยเผยแพร่และตีพิมพ์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงทางคลินิกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาล โดย 1) วิเคราะห์การรายงานความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องจากโปรแกรมรายงานความเสี่ยงทางคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลที่บันทึกไว้ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 733 เรื่อง¹² ดำเนินการช่วงเดือนมกราคม 2560 เพื่อรวบรวม

ข้อมูลความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ทั้งจำนวนการรายงานและจำนวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น 2) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น 3) ประเมินระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงของผู้ร่วมวิจัยก่อนการพัฒนาคุณภาพ 4) คณะผู้วิจัยรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จัดประชุมระดมสมอง 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์รายงานความเสี่ยง และผลการประเมินระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ครั้งที่ 2 ร่วมกันวางแผนการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและวางแผนในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพและการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ประกอบด้วย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก 4 ขั้นตอน 2) การประชุมกลุ่ม (Focus group) ในผู้ร่วมวิจัย ครั้งที่ 1 ทีมผู้วิจัยระดมสมองในการออกแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดยสร้างแนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งในและนอกเวลาราชการ ครั้งที่ 2 ทีมผู้วิจัยสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพความเสี่ยงทางคลินิกให้สอดคล้องกับกระบวนการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน 3) การเก็บรวบรวมรายงานความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการปฏิบัติตามแผนการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก โดยสังเกตการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน และความต่อเนื่องของการรายงานความเสี่ยงทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นการประเมินผลลัพธ์ โดยใช้แบบสอบถามประเมินระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงของผู้ร่วมวิจัยหลังการพัฒนาคุณภาพ และคืนข้อมูลผลของการพัฒนาคุณภาพ จำนวนการรายงานความเสี่ยง และจำนวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยการสนทนากลุ่มและถอดบทเรียนในผู้ร่วมวิจัย



ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาล

1.1 สถานการณ์การรายงานความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องจากโปรแกรมรายงานความเสี่ยงทางคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลที่บันทึกไว้ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 733 เรื่อง¹² พบความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 92 เรื่อง เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล เช่น อุบัติการณ์การระบุดัวผู้ป่วยผิดคน รักษาผู้ป่วยผิดคน ความผิดพลาดในการบริหารยา อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ การเสียชีวิตอย่างไม่คาดคิด อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากร มีความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จำนวน 23 เรื่อง การดำเนินงานตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 16 เกณฑ์ชี้วัด³ พบว่าผ่าน 9 เกณฑ์ชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 56.25

1.2 การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกเป็นการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานไม่เกิดความผิดพลาด ปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก จากการสนทนากลุ่มในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล พบว่า 1) เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้น พยาบาลไม่รายงานความเสี่ยง ปกปิดความผิด 2) เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น มีการแก้ไขเฉพาะหน้าแล้วไม่บันทึกหรือรายงานความเสี่ยง 3) ไม่เข้าใจระบบการรายงานความเสี่ยง และ 4) ความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นแล้วไม่มีการวางระบบป้องกันการเกิดซ้ำ การสนทนากลุ่มในบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน พบว่า 1) ไม่กล้ารายงานความเสี่ยงที่เกิดจากการปฏิบัติงาน หรือความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพราะกลัวส่งผลกระทบต่อตนเอง 2) กลัวเกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการรายงานความเสี่ยง คือการรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย และ 3) มองว่าความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขไปแล้วคือสิ้นสุดกระบวนการบริหารความเสี่ยง

1.3 การวางแผนการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และการวางแผนการสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนข้อมูลถึงปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และได้วางแผนการพัฒนาคุณภาพและสร้างรูปแบบ ดังนี้ 1) การ

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก 4 ขั้นตอน เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยมีแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพและเข้าใจการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกไปในทิศทางเดียวกัน 2) จัดระบบการรายงานความเสี่ยงที่เหมาะสมเพื่อให้สะดวกต่อการรายงาน 3) จัดทำแนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยง การทบทวนความเสี่ยง และการวางระบบป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ

2. การปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพและการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก

2.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก 4 ขั้นตอน เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยมีความรู้ความเข้าใจเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถร่วมเป็นวิทยากรในการประชุม เพื่อนำนโยบายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยลงสู่การปฏิบัติสร้างความมั่นใจในการรายงาน และให้เห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในโรงพยาบาล

2.2 ระบบรายงานความเสี่ยงไม่จำกัดช่องทางการรายงาน สามารถนำเข้าสู่ข้อมูลความเสี่ยงได้ทุกช่องทาง เช่น การรายงานผ่านโปรแกรมรายงานความเสี่ยง การรายงานในใบรายงานเวรประจำวัน การโทรศัพท์แจ้ง การบอกเล่าการรายงานผ่านผู้รับผิดชอบคิดเห็น เป็นต้น

2.3 จากการประชุมกลุ่ม ครั้งที่ 1 ผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยไว้ 5 ประเด็น คือ การระบุดัวผู้ป่วย การป้องกันพลัดตกหกล้ม การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน และการล้างมือ ซึ่งสอดคล้องกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อมุ่งพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการพยาบาลของหน่วยงาน มีการสร้างแนวทางปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยง การทบทวนความเสี่ยง และการวางระบบป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ ให้ครอบคลุมทั้งในและนอกเวลาราชการ

2.4 การประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 ผู้ร่วมวิจัยได้สร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ดังนี้ 1) ในกลุ่มของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล พบว่า บุคลากรมีความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน แต่จำนวนรายงานความเสี่ยงยังน้อย ควรเพิ่มการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เช่น ประโยคที่ว่า “เราก็มี



การจัดการความเสี่ยงเฉพาะหน้าได้ดึ้นะ ถ้าวิเคราะห์ในภาพรวม ถือว่าเริ่มเข้าใจ และสามารถบริหารความเสี่ยงได้ดีขึ้น” บุคลากรมีทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงดีขึ้น มีการนำรายงานความเสี่ยงมาทบทวนเพื่อปรับปรุงระบบป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ เช่นประโยคที่ว่า “ถ้าเราออกแบบระบบการป้องกันให้ดีขึ้น จะช่วยให้ความเสี่ยงทางคลินิกลดลงได้ และเราต้องร่วมมือกันป้องกันความเสี่ยง และร่วมสะท้อนข้อมูลด้วย ซึ่งก็จากการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น” 2) ในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน พบว่า การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในหน่วยงาน จำเป็นต้องมีการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกร่วมด้วย และต้องมีการปรับปรุงระบบป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ เพื่อผลลัพธ์ในการบรรลุเกณฑ์ชี้วัด เช่นประโยคที่ว่า “พีน้าเอาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาพัฒนางานโดยนำมาทบทวนและปรับระบบการทำงาน ขอให้ทุกคนช่วยกันป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ” หรือ “การบริหารความเสี่ยง ไม่ให้โทษที่ตัวบุคคล ให้มองระบบก่อน ไม่อย่างนั้นจะพัฒนาอะไรไม่ได้” และ “ให้ถือว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นบทเรียนให้เราพัฒนาตนเอง ถ้าเกิดซ้ำ ๆ เราก็หาแนวทางการพัฒนาร่วมกัน มันก็เกิดเป็นวงล้อของการพัฒนาและการทำงานที่ดีขึ้น” จากการสนทนากลุ่มในผู้ร่วมวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ประกอบด้วย S : Sensitive คือ ความไวต่อการตอบสนอง หรือจัดการความเสี่ยง M : Management คือ การบริหารจัดการที่ดี มีการวางระบบป้องกัน I : Implementation คือ การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคน L : Learning คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ E : Error คือ มองว่ามนุษย์สามารถเกิดความผิดพลาดได้ ไม่โทษที่ตัวบุคคล หรือที่เรียกว่า SMILE Model

3. การสังเกตการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก

3.1 จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก 4 ขั้นตอน ผลการประชุมพบว่าผู้ร่วมวิจัยมีความมั่นใจในการบริหารความเสี่ยงได้ถูกต้องตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง สามารถพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลได้ตามมาตรฐานมากขึ้น แต่ยังพบความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล เช่น

อุบัติการณ์การระงับตัวผู้ป่วยผิดคน ความผิดพลาดในการบริหารยา อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 16 เกณฑ์ชี้วัด³ พบว่าผ่าน 13 เกณฑ์ชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 81.25

3.2 การรายงานความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีจำนวนการรายงานเพิ่มขึ้นเป็น 209 เรื่อง เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยมีความเข้าใจและตระหนักในการรายงานความเสี่ยงมากขึ้นมีการปรับระบบการทำงานเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ จากการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกถึงแม้ว่ามีระบบป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำแล้วยังพบมีความเสี่ยงซ้ำเกิดขึ้น จำนวน 3 ครั้ง ในเรื่องความผิดพลาดในการบริหารยา เนื่องจากการหมุนเวียนอัตรากำลังมีการใช้อัตรากำลังร่วมจากหน่วยงานอื่นในการปฏิบัติงาน

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ

4.1 การประเมินผลลัพธ์ โดยใช้แบบสอบถามประเมินระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนของผู้ร่วมวิจัยหลังการพัฒนาคุณภาพพบว่าผู้ร่วมวิจัยจำนวน 40 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.5 เพศชาย ร้อยละ 27.5 ส่วนใหญ่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.5 อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 54 ปี ($\bar{X}$ = 35.75 S.D. = 9.66) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.5 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 37.5 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอาจสามารถ 1-5 ปี ร้อยละ 42.5 ($\bar{X}$ = 9.78 S.D. = 9.37) เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ร้อยละ 82.5 และร้อยละ 80 รับทราบนโยบายบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

4.1.1 เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ในเรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง พบว่าระดับความรู้ของผู้ร่วมวิจัยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.75 หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.38 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนาคุณภาพ (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ร้อยละของคะแนนความรู้ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ (n=40)

ความรู้ตามกระบวนการบริหาร ความเสี่ยงทางคลินิก	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	ระดับ	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	ระดับ
การค้นหาความเสี่ยง	183	76.25	ปานกลาง	233	97.08	มาก
การประเมินความเสี่ยง	152	63.33	ปานกลาง	194	80.83	มาก
การจัดการความเสี่ยง	121	75.63	ปานกลาง	148	92.50	มาก
การประเมินผลความเสี่ยง	126	78.75	ปานกลาง	148	92.50	มาก
รวม	582	72.75	ปานกลาง	723	90.38	มาก

4.1.2 เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ในเรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง พบว่า ระดับการปฏิบัติของผู้ร่วมวิจัย ก่อนการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.19$ S.D.=0.34) หลังการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.97$ S.D.=0.44) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนาคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยก่อนการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.09$ S.D.=0.58) หลังการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.67$ S.D.=0.55) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนาคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทางคลินิกของผู้ร่วมวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ (n=40)

ด้าน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	S.D.	ระดับ		S.D.	ระดับ			
การปฏิบัติ								
การค้นหาความเสี่ยง	3.08	0.43	ปานกลาง	3.92	0.44	มาก	11.44*	<0.001
การประเมินความเสี่ยง	3.14	0.55	ปานกลาง	3.85	0.58	มาก	10.10*	<0.001
การจัดการความเสี่ยง	3.43	0.37	ปานกลาง	4.25	0.45	มาก	13.76*	<0.001
การประเมินผลความเสี่ยง	3.05	0.57	ปานกลาง	3.80	0.53	มาก	10.73*	<0.001
รวม	3.19	0.34	ปานกลาง	3.97	0.44	มาก	17.67*	<0.001
การมีส่วนร่วม								
การค้นหาความเสี่ยง	3.15	0.71	ปานกลาง	3.75	0.57	มาก	8.60*	<0.001
การประเมินความเสี่ยง	2.95	0.59	ปานกลาง	3.55	0.61	ปานกลาง	6.88*	<0.001
การจัดการความเสี่ยง	3.02	0.80	ปานกลาง	3.75	0.56	มาก	7.05*	<0.001
การประเมินผลความเสี่ยง	3.20	0.81	ปานกลาง	3.65	0.72	ปานกลาง	7.52*	<0.001
รวม	3.09	0.58	ปานกลาง	3.67	0.55	ปานกลาง	14.67*	<0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



4.1.3 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ในด้านกระบวนการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก/แหล่งสนับสนุน ด้านผลการดำเนินงาน และด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ร่วม

วิจัยก่อนการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.23$ S.D=0.43) หลังการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.02$ S.D=0.45) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนาคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ (n=40)

ความพึงพอใจตามกระบวนการบริหาร ความเสี่ยงทางคลินิก	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ด้านกระบวนการ	3.23	0.09	ปานกลาง	4.08	0.07	มาก	9.11*	<0.001
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก/แหล่งสนับสนุน	3.04	0.48	ปานกลาง	3.97	0.56	มาก	10.28*	<0.001
ด้านผลการดำเนินงาน	3.31	0.55	ปานกลาง	3.92	0.47	มาก	7.20*	<0.001
ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	3.35	0.69	ปานกลาง	4.10	0.61	มาก	7.46*	<0.001
รวม	3.23	0.43	ปานกลาง	4.02	0.45	มาก	11.62*	<0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 ผลของการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วย ใน พบว่าผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) จำนวนการรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 92 เรื่องเป็น 209 เรื่อง เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยตระหนักในการรายงานความเสี่ยงมากขึ้น มีความมั่นใจในการรายงานความเสี่ยง สามารถค้นหาความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานได้มากขึ้น และพบว่ายังมีความเสี่ยงเกิดขึ้น จำนวน 3 เรื่องในความผิดพลาดในการบริหารยา จากการวิเคราะห์พบว่าเกิดจากการใช้อัตรากำลังร่วมกันกับหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล เป็นอัตรากำลังที่หมุนเวียนจากการสนทนากลุ่มและถอดบทเรียนในผู้ร่วมวิจัยได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ที่เรียกว่า SMILE Model

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีประเด็นอภิปราย ดังนี้

1. การพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ร่วมวิจัยมีการนำความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องมาทบทวนในกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติในการ

ป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ และสร้างความตระหนักด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ก่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกพบว่าผลงานตามเกณฑ์ชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 56.25 หลังการพัฒนาคุณภาพ ผลงานตามเกณฑ์ชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 81.25 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลรัฐ¹³ โดยการสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยง หลังนำไปใช้พบว่ารูปแบบการบริหารความเสี่ยงผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก สะท้อนถึงความร่วมมือของผู้ร่วมวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ¹⁴ พบว่าการรับรู้ต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ระดับต่างๆ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนหลังการพัฒนาพบว่าระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ⁴ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีบทบาทในทุกกระบวนการของการบริหารความเสี่ยง ทำให้เกิดความปลอดภัยในการบริการ และสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วย



ในของพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี¹⁰ ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาคุณภาพค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

2. จากการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ร่วมวิจัยกำหนดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย 5 ประเด็นสอดคล้องกับการจัดการบริการสุขภาพที่จะนำไปสู่คุณภาพการดูแลคือ การสร้างความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ¹⁵ และโรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องรักษามาตรฐานยกระดับคุณภาพบริการ เพื่อเป้าหมายการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ³ จากการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง คือ “SMILE Model” ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี¹⁶ ที่ได้พัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 8 ขั้นตอน ได้รูปแบบใหม่ คือ “NAWA Model”

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน คือ T-I-P ประกอบด้วย 1) T-Teamwork คือการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย 2) I-Implementation คือการนำรูปแบบ แนวทางปฏิบัติที่กำหนดสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ดังเห็นได้จากการนิเทศผลการในหน่วยงานให้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่วางไว้ มีส่วนร่วมในการรายงานความเสี่ยงและวางระบบป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ 3) P-Policy คือผู้นำถ่ายทอดนโยบายด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยลงสู่ผู้ปฏิบัติ ให้เห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้มีการจัดทำ 1 วงรอบการพัฒนา ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงการพัฒนาในวงรอบ PAOR ต่อไป เพื่อติดตามประเมินผลลัพธ์เป็นระยะเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ชี้วัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ให้

สำเร็จลุล่วงขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถและผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

References

1. Thaidamrong P, Chaowakeeratiphong T, Puthaprasert C. Incidence, Causes of Risks and Related Factors of Risk Management in Tertiary and Secondary Hospitals. *Buddhachinaraj Medical Journal* 2013; 30(3): 329-339.
2. Supachutikul A. Hospital Risk Management System. 5th edition. Bangkok: Dee Co., Ltd; 2001.
3. Department of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Nursing standard in hospitals second update. 3rd edition. Nonthaburi: Printing house veterans affairs organization; 2008.
4. Chantanasombut P, Puntusard N, Maneesri S. Clinical Risk Management of Registered Nurses. *Journal of Nursing Science and Health* 2012; 35(3): 118-124.
5. The Nursing Council. Nursing Council Announcement Nursing and Midwifery Standards. Nonthaburi: Nursing Council; 2005.
6. Weerayut Chatakan. Action Research. *Suratthani Rajabhat Journal* 2015; 1(2): 29-49.
7. Kemmis S & Mc Taggart R. (Eds). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University press; 1990.
8. Prathipatanon S. Action Research. [database on the Internet] 2007 [cited 2016 September 27]. Available from <http://chanidaphaactionresearch.blogspot.com/>.
9. Semsak Yimnoi. Participation. [database on the Internet] 2016 [cited 2018 September 23]. Available from <http://coopthai9.blogspot.com/>.
10. Phokapun P, Leethongdee S, Tikkapano C. The Quality Improvement of Clinical Risk Management System for Care Standard of In-Patient Care of Nurses in the Fort Sunpasitthiprasong Hospital in



- Ubon Ratchathani Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2012; 13(2): 38-48.
11. Worakham P. Educational Research. 2nd Edition. Mahasarakham: Mahasarakham Rajabhat University Press; 2012.
12. Risk Management Committee of Atsamat Hospital. Annual Summary of Risk Management Performance Atsamat Hospital; 2016.
13. Saiwan W. Development of Participatory Risk Management Model in Emergency and Accident Agency, Bangkok Metropolitan Administration. Thesis Master of Nursing Science Nursing Administration. Chulalongkorn University; 2002.
14. Thawon A, Boonmee P, Ketchu K. Registered Nurses' Perception on Patient Safety Culture and Development of Patient Safety in Phayao Hospital. *Journal of Health Science Research* 2014; 8(2): 6-16.
15. Institute for Hospital Quality Assurance and Development. Patient Safety : Concept and Practice. Bangkok: Dee Co., Ltd; 2003.
16. Chundondang P, Promasatayaprot V, Buranakongkatree U. The quality process care of patients with chronic disease is a crucial part in a community that supports good health. Quality Development of Patient Care system in Chronic Disease at Nawa SHPH, Khemarat District, Ubon Ratchathani Province. *Mahasarakham Hospital Journal* 2015; 12(3): 84-94.