



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ต่อความรู้และทัศนคติของทีมสุขภาพ และทีมสนับสนุนในการบริหารระบบความเสี่ยง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ผ่องพรรณ จันทน์สมบัติ พย.ม.*

นันธิดา พันธุ์ศาสตร์ พย.ม.*

พอดา กลิ่นหอม พย.ม.****

วลัยพร นันทศุภวัฒน์ ศศ.ด.**
ศิริลักษณ์ กุลละวณิชวัฒน์ พย.ม.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาก่อนการทดลองแบบ One group pretest - posttest design เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของทีมนสุขภาพและทีมสนับสนุนในการบริหารระบบความเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหน่วยงานที่เป็นแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ 50 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่พนักงาน ผู้ช่วยพยาบาล 100 คน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนการบริการ 50 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม ถึง พฤศจิกายน 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก หาความเที่ยงโดยใช้คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามทัศนคติในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก สร้างจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของอัลล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการบริหารความเสี่ยง โดยแสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการบริหารความเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษา พบว่า 1) คะแนนความรู้การบริหารระบบความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ระบบความเสี่ยงมีคะแนนมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) คะแนนทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ระบบความเสี่ยงมีคะแนนมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ การบริหารระบบความเสี่ยง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการทุกรายและมีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่มุ่งเน้นให้การจัดการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย อย่างไรก็ตามความซับซ้อนของสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาลและรูปแบบการบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การให้บริการสุขภาพต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลอย่างมากซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแล เป็นผลให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนอนาคตการทำงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง¹ บทบาทสำคัญของทีมสุขภาพและทีมสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คือ การเป็นผู้บริหารความเสี่ยง และเป็นผู้ประสานงานประสานความร่วมมือร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและทีมสนับสนุน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและดีที่สุด โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจในด้านวิชาการเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการพยาบาล ทั้งนี้ การขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือของทีมงาน หรือการตัดสินใจล่าช้าของผู้ดูแล ทำให้การดูแลรักษาไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายของทีมผู้บริหารของโรงพยาบาลในการสร้างเสริมศักยภาพของบุคลากรทั้งทีมสุขภาพและทีมสนับสนุน ให้สามารถแสดงบทบาทการบริหารความเสี่ยงในองค์กร เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น² ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ปรัชญาในการดูแลรักษา คือ การให้การดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยให้พ้นทุกข์จากโรคภัยไข้เจ็บโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายและความเสียหาย ดังนั้นในระบบบริการสุขภาพ จึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลากรที่เพิ่มจำนวนและความเชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ การพัฒนาด้านยาและเวชภัณฑ์ การพัฒนาเทคโนโลยีในการดูแลรักษา อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้รับบริการส่วนหนึ่งได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัยจากการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอัตราร้อยละ 20 นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งระยะสั้นและถาวร รวมทั้งการเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

(JCAHO)³ ได้รวบรวมสถิติความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ (Sentinel event) ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีมีสูงถึง 3,000 เหตุการณ์ ที่พบมากที่สุดคือการฆ่าตัวตายร้อยละ 14³ รองลงมาคือการผ่าตัดผิดข้างผิดตำแหน่ง ร้อยละ 12.5³ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ร้อยละ 12.3³ และความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 11³

JCAHO ได้วิเคราะห์สาเหตุของความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบว่า สาเหตุที่แท้จริง (Root cause) เกิดจากการสื่อสารที่ผิดพลาด (Communication failure) ร้อยละ 66 ขาดการปฐมนิเทศ ขาดการฝึกอบรมที่เหมาะสม (Lack of orientation and training) ร้อยละ 57 อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ (Insufficient staff) ร้อยละ 22³ ขาดการได้รับข้อมูลที่เพียงพอ (Information availability) ร้อยละ 20 ผู้ปฏิบัติงานขาดสมรรถนะ (Incompetence) ร้อยละ 20 นอกจากนี้ จินนะรัตน์ ศรีภักธิภิญโญ⁴ ได้กล่าวถึงสาเหตุความผิดพลาดในงานบริการพยาบาลว่า เกิดจากการที่ไม่มียุทธศาสตร์คุณภาพ ขาดมาตรฐานหรือแนวทางที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความเคยชิน ขาดการใช้องค์ความรู้ในการวิเคราะห์งานจึงนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยง จากการศึกษาค้นคว้าของ Holloway⁴ พบว่า การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแล ทำให้ทีมสุขภาพและทีมสนับสนุนในโรงพยาบาลต้องมีความรู้ที่ทันสมัยและตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา ต้องสามารถคาดการณ์สถานการณ์ ความเสี่ยงทางคลินิกล่วงหน้าได้ สามารถค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก ติดตามประเมินผู้ป่วยทุกระยะ และจัดการกับความเสี่ยงทางคลินิก ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามปัญหาสุขภาพที่คุกคามต่อชีวิตตลอดจนสร้างความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างดีที่สุดใน การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงจำเป็นต้องพัฒนาด้านความรู้ ความเข้าใจของทีมสุขภาพและทีมสนับสนุนในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน และปรับเปลี่ยนทัศนคติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัย⁵ จากการทำการวิเคราะห์ที่ทีมสุขภาพและทีมสนับสนุน ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่ามีความรู้และความเข้าใจในด้านความเสี่ยงในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการพัฒนางานคุณภาพ ดังนั้น



ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงโดยการ พัฒนาความรู้ของทีมสุขภาพและทีมสนับสนุน โดยใช้ โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้และวัดผลของโปรแกรม จากความรู้และทัศนคติของทีมสุขภาพและทีมสนับสนุน ในการวางระบบบริหารความเสี่ยง เพราะ เมื่อคนเกิดการ เรียนรู้จะทำให้พฤติกรรม เปลี่ยน และ ทัศนคติดีมีอิทธิพล ต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของคน ตามแนวคิดทฤษฎี การเสริมแรงของฮัลล์⁶ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความ ต้องการภายในซึ่งเป็นแรงขับภายใน (Drive) จึงเป็นแรง จูงใจให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา จนในที่สุด เกิดการเรียนรู้ในพฤติกรรมที่ต้องการเชื่อมโยงระหว่าง สิ่งเร้ากับการตอบสนอง และร่วมกับกระบวนการเสริม แรงจึงทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติของทีม สุขภาพและทีมสนับสนุนในการบริหารความเสี่ยง ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ของทีมสุขภาพและทีม สนับสนุนในการวางระบบบริหารความเสี่ยง หลังเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
2. คะแนนทัศนคติของทีมสุขภาพและทีม สนับสนุนต่อการวางระบบบริหารความเสี่ยง ก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ ดีกว่าก่อน เข้าโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การ บริหารระบบความเสี่ยงครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ของฮัลล์⁶ หรือเรียกว่า ทฤษฎีการ เสริมแรงของฮัลล์ (Hull's Reinforcement Theory) ซึ่ง เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ที่เน้นการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้า กับการตอบสนอง โดยที่การเสริมแรงเป็นสิ่งสำคัญใน กระบวนการเรียนรู้ เมื่อบุคคลมีความต้องการภายในซึ่ง เรียกว่าเป็นแรงขับภายใน (Drive) จะทำให้เกิดแรงจูงใจ ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา เมื่อต้องการให้

บุคคลเกิดการเรียนรู้ต้องทำให้เกิดความต้องการหรือ แรงขับ

แรงขับหรือแรงจูงใจเป็นพื้นฐานสำคัญในการ เรียนรู้ การเรียนรู้เกิดขึ้นได้โดยทำให้แรงขับลดลง การ กระตุ้นเป็นระยะ ๆ จะเป็นการเสริมแรงให้ผู้เรียนพยายาม เรียนรู้ การเรียนรู้จะพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อมีการ เสริมแรง การเสริมแรงทุก ๆ ครั้งจะทำให้การเรียนรู้เพิ่ม ขึ้นการเกิดกระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดของฮัลล์ ต้อง อาศัยองค์ประกอบ คือ 1) สิ่งเร้า (Stimulus) ซึ่งอยู่รอบ ๆ ตัวผู้เรียน สิ่งเร้าจะกระตุ้นผ่านอวัยวะสัมผัสทำให้ผู้เรียน ตอบสนองออกมา 2) อินทรีย์ (Organism) คือผู้เรียน เมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่เข้ามาทางอวัยวะสัมผัส ผู้เรียนต้องวิเคราะห์ แปลความหมาย ในขณะที่เกิดการ เรียนรู้ 3) การตอบสนอง (Response) เป็นพฤติกรรมที่ ผู้เรียนแสดงออกมา เมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า ซึ่ง เป็นการตอบสนองในรูปของความรู้ (Cognitive domain) ทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก (Affective domain) และ พฤติกรรมการกระทำ (Psychomotor domain)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาก่อนการทดลอง (Pre - experimental design) แบบ One group pretest - posttest design กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานมากกว่า 200 คน คนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างเดือน มกราคม 2555 ถึง พฤศจิกายน 2555 จาก หน่วยงานทางคลินิก ได้แก่ หอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยเฉพา งานห้องคลอด งาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยงานเภสัชกรรม หน่วยงานห้อง Lab, X-ray กายภาพ และหน่วยงานสนับสนุน ได้แก่ โภชนาการ ชักฟอก จ่ายกลาง ฝ่ายบริการทั่วไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1.1) แบบ รวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติ งานด้านการพยาบาล วุฒิการศึกษาสูงสุดทางการ พยาบาล ประสบการณ์การฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหาร ความเสี่ยงทางคลินิก 1.2) แบบสอบถามความรู้ในการ บริหารระบบความเสี่ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา



เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง จำนวนรวม 43 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อความให้เลือกคำตอบที่ถูกต้อง ถ้าเลือกตอบได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าเลือกตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน 1.3) แบบสอบถามทัศนคติในการบริหารระบบความเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อความเกี่ยวกับทัศนคติต่อการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง จำนวนรวม 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อความให้เลือกตอบระดับของความพึงพอใจ 5 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน พึงพอใจมากให้ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลางให้ 3 คะแนน พึงพอใจน้อยให้ 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของอัลลิส ประกอบด้วยกิจกรรม 2.1) การประชุมระดมสมอง วิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง สรุปปัญหาด้านความรู้ ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อการบริหารระบบความเสี่ยง ร่วมวางแผนพัฒนาบุคลากรด้านความรู้ ทัศนคติต่อการบริหารระบบความเสี่ยง ใช้เวลากลุ่มละ 3 ชั่วโมง 2.2) จัดการสอนเรื่องการบริหารระบบความเสี่ยง ประกอบด้วย การบรรยาย และอภิปรายเกี่ยวกับการบริหารระบบความเสี่ยง สาธิตขั้นตอนการบริหารระบบความเสี่ยงโดยยกตัวอย่างความเสี่ยงทางคลินิกในหอผู้ป่วยอภิปรายกลุ่มย่อยเกี่ยวกับการค้นหาความเสี่ยงและ ไม่ใช่คลินิกและการประเมินความเสี่ยงภายในหน่วยงาน วิเคราะห์อุปบัติการณ์เฉพาะกรณีในการจัดการความเสี่ยง และประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ใช้เวลากลุ่มละ 12.50 ชั่วโมง 2.3) นิเทศติดตามเพื่อสอนงาน (Coaching) ตามขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานกลุ่มตัวอย่างทั้งหน่วยงานทางคลินิกและหน่วยงานสนับสนุน ใช้เวลาในการนิเทศหน่วยงานละ 2 ครั้งครั้งละ 2.50-3 ชั่วโมง ในเดือนที่ 3 และ 4 ของ

การทดลอง มีการประเมินความรู้และทัศนคติของทีมสุขภาพและทีมสนับสนุนในการวางระบบบริหารความเสี่ยง ก่อนการทดลองและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ 1 เดือน รวมใช้เวลาในการดำเนินการทดลอง 5 เดือนต่อกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา 1) แบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการบริหารระบบความเสี่ยง 2) โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ในการบริหารระบบความเสี่ยง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในงานพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพ และการบริหารงานการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย 2 ท่าน แบบสอบถามความรู้ การหาความเที่ยงของเครื่องมือ 1) แบบสอบถามความรู้การบริหารระบบความเสี่ยง หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 2) แบบสอบถามทัศนคติในการบริหารความเสี่ยง หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการบริหารระบบความเสี่ยง โดยแสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการบริหารระบบความเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

จริยธรรมการวิจัย นำเสนอโครงร่างการวิจัย พร้อมทั้งแนวทางการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างต่อคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี



เพื่อตรวจสอบ เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษา ในขอบข่ายของโครงการที่นำเสนอ ผู้ศึกษาคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์วิธีการขั้นตอนการเข้าร่วม โครงการเพื่อขอความร่วมมือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม เข้าร่วมโครงการจึงให้ลงนามยินยอมในหนังสือยินยอม เข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 45 – 58 ปี (ร้อยละ 86.9) โดยมีอายุเฉลี่ย 52 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 56.5) โดยมีค่าเฉลี่ย ของระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้านการปฏิบัติงาน 15 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.07) ส่วนใหญ่มีวุฒิการ ศึกษาสูงสุด ในระดับปริญญาโท ร้อยละ 30 ปริญญาตรี ร้อยละ 70 เคยมีประสบการณ์ได้รับการฝึกอบรม ร้อย ละ 60 เคยมีประสบการณ์ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการ บริหารความเสี่ยงโดยวิธีฟังการบรรยาย ร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการ ความเสี่ยงทุกคนเคยได้รับการฝึกอบรม 1 ครั้ง

กลุ่มผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่อายุ 25-50 ปี (ร้อยละ 86.9) โดยมีอายุเฉลี่ย 38 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.4) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 56.5) โดยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ ปฏิบัติงานด้านการปฏิบัติงาน 10.5 ปี (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 5.07) ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาสูงสุด ใน ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.5 ไม่เคยมีประสบการณ์ ได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 66.3 เคยมีประสบการณ์ได้ รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงโดยวิธีฟัง การบรรยาย ร้อยละ 33.7 กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการ ฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงทุกคนเคยได้รับ การฝึกอบรม 1 ครั้ง

สมมติฐานการศึกษาข้อที่ 1: คะแนนความ รู้ของบุคลากรในการบริหารความเสี่ยงก่อนและหลังเข้า ร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ มีความแตกต่างกัน

คะแนนความรู้ของกลุ่มผู้บริหารในการบริหาร ระบบความเสี่ยง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการ

เรียนรู้ อยู่ระหว่าง 29 – 33 คะแนน เฉลี่ย 31 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.67) และคะแนนความรู้ ของผู้บริหารในการบริหารระบบความเสี่ยง หลังเข้า ร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความ เสี่ยง อยู่ระหว่าง 35-38 คะแนน เฉลี่ย 36.5 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.28) เมื่อเปรียบเทียบคะแนน ความรู้ของกลุ่มผู้บริหารในการบริหารระบบความเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การ บริหารระบบความเสี่ยง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มผู้บริหารในการ บริหารระบบความเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความเสี่ยง แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คะแนนความรู้ของกลุ่มผู้ปฏิบัติในการบริหาร ระบบความเสี่ยง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการ เรียนรู้ อยู่ระหว่าง 17-33 คะแนน เฉลี่ย 25.87 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.67) และคะแนนความรู้ของ กลุ่มผู้ปฏิบัติในการบริหารระบบความเสี่ยง หลังเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความเสี่ยง อยู่ระหว่าง 30-38 คะแนน เฉลี่ย 34.44 คะแนน (ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.28) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ของกลุ่มผู้ปฏิบัติในการบริหารระบบความเสี่ยงก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบ ความเสี่ยง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบ ว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มผู้ปฏิบัติในการบริหารความ เสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ บริหารระบบความเสี่ยง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$)

สมมติฐานการศึกษาข้อที่ 2: คะแนนทัศนคติ ของบุคลากรในโรงพยาบาลต่อการบริหารความเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ มี ความแตกต่างกัน

คะแนนทัศนคติของกลุ่มผู้บริหารในโรง พยาบาลต่อการบริหารความระบบเสี่ยง ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความเสี่ยง อยู่ระหว่าง 50 – 89 คะแนน เฉลี่ย 75 คะแนน (ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.89) และคะแนนทัศนคติของ กลุ่มผู้บริหารในโรงพยาบาลต่อการบริหารระบบความ



เสียงหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ อยู่ระหว่าง 75 - 95 คะแนน เฉลี่ย 85 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.92)

คะแนนทัศนคติของกลุ่มผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลต่อการบริหารความระบอบเสี่ยง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความเสี่ยง อยู่ระหว่าง 50 - 89 คะแนน เฉลี่ย 73.38 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.89) และคะแนนทัศนคติของกลุ่มผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลต่อการบริหารความเสี่ยง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความเสี่ยง อยู่ระหว่าง 61 - 93 คะแนน เฉลี่ย 82.81 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.92)

เปรียบเทียบ คะแนนทัศนคติของกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลต่อการบริหารระบบความเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความเสี่ยง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า คะแนนทัศนคติของกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลต่อการบริหารระบบความเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนความรู้ของกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลต่อการบริหารความเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ มีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้ในการบริหารระบบความเสี่ยง แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อการบริหารความเสี่ยง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้ในการบริหารความเสี่ยงหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความเสี่ยง มากกว่าก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บริหารระบบความเสี่ยงเริ่มกิจกรรมด้วยการประชุมระดมสมอง มีการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารระบบความเสี่ยง ได้ร่วมกันสรุปปัญหาด้านความรู้ทัศนคติของบุคลากรต่อการบริหารระบบความเสี่ยง ได้ร่วมกันวางแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการบริหารระบบความเสี่ยง ซึ่งในการประชุมระดมสมอง กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการการเรียนรู้ของตนเอง มีความสนใจ กระตือรือร้นในการร่วมวางแผนเพื่อพัฒนาความรู้ในการบริหารระบบความเสี่ยงให้ตรงกับความต้องการของตนเอง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ ดังที่ Knowles⁷ ได้กล่าวถึงการจัดโปรแกรมการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยงสำหรับผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่และมีประสบการณ์ในงานมาแล้วว่า ต้องให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน ได้วิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ของตนเอง การรู้ตนเองว่าต้องการเรียนอะไรเป็นแรงจูงใจที่สำคัญมากในการเรียนรู้ และการประเมินประสบการณ์หรือความรู้อื่นของผู้เรียนก่อนเริ่มการสอน จะช่วยให้ผู้สอนวางแผนการสอนได้ถูกต้อง เหมาะสมกับความต้องการของผู้เรียน⁸ ผู้ศึกษาได้นำผลจากการประชุมระดมสมองมาใช้ในการจัดเนื้อหาและกิจกรรมการสอนให้เหมาะสมสอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ในกิจกรรมการสอน ทีมผู้วิจัยได้บรรยายและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ทีมผู้วิจัยเสริมความรู้ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริหารระบบความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระบบการค้นหาความเสี่ยง ระบบการประเมินความเสี่ยง ระบบการจัดการความเสี่ยง และระบบการประเมินผล การจัดการความเสี่ยง ต่อจากนั้นได้สาธิตแสดงให้เห็นตัวแบบของการบริหารระบบความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอน พร้อมทั้งให้เหตุผลเชิงทฤษฎีประกอบในแต่ละขั้นตอน แล้วจึงจัดให้มีการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับระบบการค้นหาความเสี่ยงและระบบการประเมินความเสี่ยง และจัดกลุ่มให้มีการวิเคราะห์อุบัติการณ์เฉพาะกรณีเกี่ยวกับระบบการ



จัดการความเสี่ยงและระบบการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ทีมผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสอนหลาย ๆ วิธีการร่วมกัน โดยกำหนดเนื้อหาและกิจกรรมการสอนตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มเรียนจากเนื้อหาที่ง่ายไปสู่ยาก ในเนื้อหาแต่ละขั้นตอนให้มีการฝึกปฏิบัติภายในเวลาที่เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เน้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสัมพันธ์ระหว่างบทเรียน/กิจกรรมหนึ่งไปสู่อีกบทเรียน/อีกกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งเมื่อได้เรียนรู้เนื้อหาที่ผ่านมาแล้วจะนำมาเป็นพื้นฐานในการเรียนรู้เนื้อหาใหม่ได้^๘ วิจัยทำให้กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาความรู้ในการบริหารระบบความเสี่ยง ดังที่ชาติชาย พิทักษ์นามคม^๙ ได้กล่าวถึงการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ โดยผสมผสานวิธีการให้ความรู้หลาย ๆ วิธีเข้าด้วยกัน ทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้เรียนและบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายของโปรแกรมที่กำหนดไว้ และการให้ความรู้ที่เกิดผลดีที่สุดจะต้องให้ผู้เรียนได้ร่วมกิจกรรม และได้กระทำหรือปฏิบัติในการเรียนนั้นด้วยตนเองให้มากที่สุด เรียกว่า Active Learning รูปแบบของการเรียนควรเป็นในลักษณะกลุ่ม¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา ทิพา¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการและใช้กระบวนการกลุ่มระดมความคิด พบว่า ภายหลังจากทดลองพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้ในการบริหารความเสี่ยงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Francke et al¹² เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แก่พยาบาล เกี่ยวกับการประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมความรู้จากผู้เชี่ยวชาญโดยวิธีการฟังบรรยาย การอภิปรายกลุ่มและฝึกปฏิบัติในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังจากได้รับการเสริมความรู้ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่อการประเมินความปวดและการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น

ภายหลังจากสอนได้มีการนิเทศติดตามโดยวิธีการสอนงาน (Coaching) เกี่ยวกับขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอนในหน่วยงานทางคลินิก ได้แก่ หอผู้ป่วยใน หน่วยงานหอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยวิกฤติ

งานห้องคลอด งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยนิเทศหน่วยงานเภสัชกรรม หน่วยงานเฉพาะทางคลินิก และหน่วยงานสนับสนุน หน่วยงานละ 2 ครั้ง ในการสอนงาน (Coaching) ทีมผู้วิจัยได้เข้าเยี่ยมหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง สร้างบรรยากาศให้รู้สึกเป็นกันเอง ผ่อนคลายและพร้อมรับฟัง ทบทวนเอกสารที่หน่วยงานจัดเตรียมไว้ให้นำเสนอข้อมูลของหน่วยงานทั้งวิธีการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ทีมผู้วิจัยให้คำแนะนำ ชี้แนะให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจทุกขั้นตอนของการบริหารระบบความเสี่ยงอย่างถูกต้อง ครอบคลุมมากขึ้น กระตุ้นให้คิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการบริหารระบบความเสี่ยงที่ได้ปฏิบัติมาแล้ว ร่วมกันสรุปประเด็นการบริหารความเสี่ยงที่ปฏิบัติได้ถูกต้องแล้วกล่าวชมเชย และร่วมกันสรุปประเด็นที่ควรปรับปรุงพร้อมทั้งสรุปวิธีการที่จะนำไปปฏิบัติอย่างชัดเจน การนิเทศติดตามโดยวิธีการสอนงาน (Coaching) ครั้งที่ 2 ในแต่ละหน่วยงานเป็นการติดตามประเมินความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างในการปรับปรุงงานตามข้อสรุปจากการนิเทศ ครั้งที่ 1 การนิเทศติดตามโดยวิธีการสอนงาน (Coaching) ภายหลังจากการสอนทั้ง 2 ครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาการเรียนรู้ในการบริหารระบบความเสี่ยง ดังที่ ประพัฒน์ วัฒนกิจ¹³ ได้กล่าวถึงการนิเทศว่าเป็นกิจกรรมสำคัญในการติดตามประเมินผลงาน ซึ่งในระหว่างปฏิบัติงานอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีการดำเนินงาน ผู้ปฏิบัติงานอาจต้องการคำปรึกษา คำแนะนำ การชี้แนะแนวทางระหว่างการทำงาน และผู้สอนงานเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานให้สามารถปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา ทองใส¹⁵ ที่พบว่า ภายหลังจากโค้ช พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่สูงกว่าก่อนการโค้ช

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนทัศนคติของบุคลากรในโรงพยาบาลต่อการบริหารระบบความเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ มีความแตกต่างกัน



ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้บุคลากรในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติในการบริหารความเสี่ยง การบริหารระบบความเสี่ยง แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนทัศนคติของกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต่อการบริหารระบบความเสี่ยง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคลากรในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติในการบริหารระบบความเสี่ยงหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง เนื่องจากในโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมความรู้ในการบริหารระบบความเสี่ยง ทำให้มีทัศนคติในการบริหารความเสี่ยงเปลี่ยนแปลงตามความรู้ที่ได้รับ ดังที่ Zimbardo et al.¹⁶ ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติว่าขึ้นอยู่กับความรู้ ถ้ามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทัศนคติก็จะเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ในการนิเทศติดตามโดยวิธีการสอนงาน (Coaching) ทีมผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำ ชี้แนะให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจขั้นตอนของการบริหารระบบความเสี่ยงทางอย่างถูกต้อง ครอบคลุมมากขึ้น สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้และเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน จึงทำให้มีทัศนคติต่อการบริหารระบบความเสี่ยงทางในทางบวกมากขึ้น ดังที่ Foster¹⁷ ได้กล่าวถึงประสบการณ์ที่บุคคลได้รับว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการที่ผู้เรียนได้รับผลประโยชน์จากสภาพแวดล้อมหรือสิ่งเร้าแล้ว เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจในสิ่งนั้นได้จะทำให้เกิดความตระหนัก เกิดความเต็มใจที่จะรับรู้ เลือกให้ความสนใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านจิตพิสัยหรือทัศนคติ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ประวาลพิทย¹⁹ เกี่ยวกับผลของโปรแกรม

การให้ความรู้ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยโปรแกรมการให้ความรู้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของอัลล์ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทัศนคติในทางบวกในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ DeRond et al.²⁰ เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยจัดการบรรยายให้ความรู้ร่วมกับการอภิปรายเกี่ยวกับการประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและการไม่ใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และทัศนคติในทางบวกเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม

การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตามโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยงในการศึกษาคั้งนี้ ทีมผู้วิจัยดำเนินการได้ ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ บรรยายภาคในการประชุม ระดมสมอง การสอนและการนิเทศติดตาม กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และการเข้าร่วมกิจกรรม มีความตั้งใจในการเตรียมข้อมูลที่สรุปจากการทำกิจกรรมกลุ่มมานำเสนอ พร้อมทั้งมีรายละเอียดในส่วนที่เป็นข้อมูลตามสถานการณ์จริงในหน่วยงานมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการบริหารความเสี่ยง นอกจากนี้กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทุกระดับเข้าร่วมในทุกกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการตามโปรแกรม ซึ่งเป็นการเสริมแรงจิตใจในการเรียนรู้ให้แก่กลุ่มผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างภายหลังการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง บุคลากรในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และมีข้อเสนอแนะให้ทีมผู้วิจัย จัดโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง ในงานพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้านอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากบุคลากรในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า รูปแบบการเสริมสร้างการ



เรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง ที่มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการกระตุ้นเสริมแรงเป็นระยะ ๆ เริ่มจากการให้ความรู้เชิงเนื้อหา แล้วแสดงตัวอย่างให้ดูในลำดับต่อมาให้มีการทดลองปฏิบัติตามสถานการณ์ที่เลือกมาแล้วจึงนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง โดยที่ผู้สอนติดตามให้การช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งในด้านความรู้ ให้คำปรึกษา ชี้แนะเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานจริง ทำให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้และปรับปรุง พัฒนางานได้อย่างต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุปโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้ามากระตุ้นหรือกระทำต่อผู้เรียนโดยทางใดทางหนึ่ง มีผลทำให้ผู้เรียนตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมและพฤติกรรมที่แสดงออกจะแตกต่างไปจากพฤติกรรมเดิม ซึ่งแสดงว่าผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ การวิจัยครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยใช้แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ของฮัลล์ มากำหนดโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ในการบริหารระบบความเสี่ยงซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งเร้าให้เกิดการเรียนรู้ มีการกระตุ้นเป็นระยะ ๆ ซึ่งเป็นการเสริมแรงให้ผู้เรียนคือบุคลากรในโรงพยาบาลที่เป็นมีการตอบสนอง มีการพัฒนาทั้งในด้านความรู้ (Cognitive domain) และด้านทัศนคติ (Affective domain) ต่อการบริหารระบบความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยงมาใช้ในการพัฒนาความรู้และทัศนคติของบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้การปฏิบัติการให้การดูแลและรักษาผู้มารับบริการเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย และในการเสริมสร้างการเรียนรู้ควรมีกิจกรรมนิเทศ ติดตามเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาความคงอยู่ของผลจากโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้การบริหารระบบความเสี่ยง โดยมีการประเมินผลซ้ำเป็นระยะ ๆ

References

1. Jirapat V, Jirapat K. Management patient safety: the concepts practices of clinical safety. 2nd ed. Bangkok: Dansutha karpim Company Limited; 2007.
2. Sripatarapinyo J. Create Culture Service Patient Safety. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2003; 30(2):1-5.
3. Joint Commission Re-sources. Issues and strategies for nursing leaders : meeting hospital challenges today. U.S.A.: the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization; 2005.
4. Holloway F. The assessment and management of risk in psychiatry : can we do better? Psychiatric Bulletin 1997; 21: 283-285.
5. McSherry R, Pearce P, Tingle J. Clinical governance : a guide to implement for healthcare professionals. San Francisco: John Wiley & Sons; 2002.
6. Hull CL. Principle of behavior : an introduction to behavior theory. New York: Appleton-Century-Crofts; 1943.
7. Knowles MS. The modern practice of adult education. New York: Association Press; 1970.
8. Harnyut O. Psychology of learning for health teaching. 4th ed. Nonthaburi: Sukothaitham-mathirat University; 1996 Unit 1-7:111-145.
9. Pitakthanakorn C. The psychology teaching. Bangkok: Chulalongkorn University; 1995.
10. Thaveelap V. Medical supervision. 5th ed. Bangkok: Rungraengtam Company Limited; 1994.
11. Thitam A. Research and development of risk management in wards general hospitals. (Thesis). Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2003.
12. Francke LA, Luiken BJ, Garssen B, Abu-Saad H, and Grypdonck M. Qualitative needs assessment prior to a continuing education program. The



- Journal of Continuing Education in Nursing. 1996; 27: 34-41.
13. Watanakit P. Hospital administration. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Company; 1998.
 14. Rhodes C, Stokes M, Hampton GA. Practical guide to mentoring, coaching and peer-networking. London: RoutledgeFalmer; 2004.
 15. Thongsai C. Effects of the coach with knowledge and practice of nurses in pain management after major surgery. (Thesis). Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2005.
 16. Zimbardo PG, Ebbesen EO, Maslash C. Influencing attitude and changing behavior. 2nd ed. California : Addison-Wesley; 1977
 17. Foster CR. Psychology for life adjustment. Chicago: American Technical Society; 1952.
 18. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York : McGraw-Hill; 1976.
 19. Prawalpit K. "Effects of education on knowledge attitudes and behaviors surveillance of hospital infections in Prapokklao Hospital. (Thesis). Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 1997.
 20. DeRond, et al. "A Pain monitoring program for nurses : effects on nurses' pain knowledge and attitude." Journal of Pain and Symptom Management 2000; 19: 457-476.



Effects of Educational Program on Knowledge and Attitude in Risk Management of Nopparatrajathanee Hospital's Staff

Phongpan Chantanasombut M.N.S.*

Nanthida Phanthusart M.N.S.*

Walaiporn Nantsupawat PhD**

Porta Klinhom M.N.S.***

Siriluck Kullavanitiwat M.N.S.* ***

Abstract

This study was pre-experimental one group pre-posttest design aimed to compare knowledge and attitude in risk management of health team and support team before and after educational program. There were two groups of sample, administrators and staffs. Fifty of administrators were physicians and nurses composed of hospital president, vice president, head of department and head of units. One hundred staffs were physicians, nurses and personnel are who worked in clinical settings and fifty personnel's were supported group. The study was conducted during January to November 2012. The instruments composed of 1) instruments for data collection were personal data form, knowledge of risk management assessment questionnaire and attitude to risk management questionnaire. 2) Experimental instrument was Educational Program based on Hull's Reinforcement Theory. The content validity of instruments for data collection and experimental instrument was approved by six experts. Reliability of knowledge of risk management assessment questionnaire analyzed by Kuder-Richardson 20: KR-20 was 0.98 and attitude to risk management questionnaire analyzed by Cronbach's alpha coefficient was 0.85. Descriptive data were analyzed in frequency, percentage, mean, and standard deviation. A comparison of knowledge and attitude before and after experiment within group was analyzed by Wilcoxon Signed Rank Test. Findings from this study showed that there was a significantly higher post-test than pre-test average knowledge of risk management score and at average attitude to risk management score at $p < .05$.

Keywords: Educational program, risk management

*Lecturer, School of Nursing, Rangsit University

**Associate Professor, School of Nursing, Rangsit University