การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
The Analysis of Risk Management Situation in Male Medical Ward at A Tertiary Hospital

ทัศนีย์ เขื่อนแก้ว พย.บ.* Tadsanee Khueankaeo, B.N.S.*

สมใจ ศิระกมล พย.ด. Somjai Sirakamon, Ph.D.****

Corresponding author Email: Email: kktadsanee61@gmail.com

Received: 5 Aug 2025, Revised: 15 Nov 2025, Accepted: 30 Nov 2025

บทคัดย่อ

การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง และเสนอแนวทางการแก้ปัญหาการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มประชากรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่เป็นทีมนำบริหารความเสี่ยง จำนวน 5 ราย และการสนทนากลุ่มในประชากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยทางการพยาบาลรวมจำนวน 24 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของโดนาบีเดียน ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ด้านโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง ยังมีปัจจัยบางประการที่อาจทำให้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพลดลงแต่ละด้านดังนี้ การกำหนดนโยบายหอผู้ป่วย มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงครบถ้วนตามนโยบายขององค์กร แต่พบปัญหาในด้านการสื่อสาร ทำให้นโยบายไม่สามารถถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติได้อย่างทั่วถึงและชัดเจน ด้านทรัพยากรบุคคล พบอัตรากำลังยังมีไม่เพียงพอ อีกทั้งบุคลากรมีความรู้และทักษะด้านการบริหารความเสี่ยงที่แตกต่างกัน เครื่องมือที่ใช้บริหารความเสี่ยงยังไม่เพียงพอ รวมทั้งบุคลากรมีทักษะการใช้เครื่องมือที่ต่างกัน และด้านปัจจัยที่เอื้อต่อการบริหารความเสี่ยงยังคงต้องการการสนับสนุนที่เพียงพอ ดังนั้นจึงควร

**พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ Email: kktadsanee61@gmail.com*

**Registered nurse, Male Medical Ward in a Tertiary Hospital*

***อาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาบริหารการพยาบาล Email: somjai.sira@cmu.ac.th*

***Nursing Instructor, Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

พัฒนาโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งด้านนโยบาย บุคลากร เครื่องมือ และปัจจัยสนับสนุน เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง มีการดำเนินการโดยยึดตามขั้นตอนของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล การค้นหาความเสี่ยงดำเนินการหลายวิธีแต่ยังขาดความต่อเนื่องและความใส่ใจของบุคลากร การประเมินความเสี่ยงมีระบบชัดเจนแต่ข้อมูลรายงานไม่ครอบคลุมและล่าช้า การจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเชิงรับมากกว่าเชิงป้องกัน ส่วนการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงแม้มีการตรวจสอบและทบทวน แต่ยังไม่สอดคล้องกับประเด็นความเสี่ยงจริงของหอผู้ป่วย และขาดการนำผลประเมินมาพัฒนาการปฏิบัติงาน ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยงให้เป็นเชิงรุก และใช้ข้อมูลประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยง พบว่าตัวชี้วัดทั้งในด้านความเสี่ยงทางคลินิก และความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทางคลินิก รวมถึงระดับความพึงพอใจ และข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยเฉพาะข้อร้องเรียนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่ามีการเกิดซ้ำของอุบัติการณ์ในลักษณะเดิม รวมทั้งการนำข้อมูลผลลัพธ์ที่ได้มาใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่ ดังนั้นจึงควรมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเชิงลึกให้ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้างและกระบวนการ ทั้งนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพิจารณาในการออกแบบการบริหารความเสี่ยงทั้งด้านโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง และการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยง, การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง, แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง

Abstract

Risk management is a critical component of patient safety and healthcare quality. This descriptive qualitative study aimed to examine the current state of risk management and propose strategies for improvement in the male medical ward at a tertiary hospital. Data were collected from relevant documents, in-depth interviews with five physicians and professional nurses from the ward's risk management leadership team, and focus group discussions with 24 nursing personnel working in the ward, consisting of registered nurses, nursing assistants, and nurse aides. A semi-structured interview guideline was developed based on Donabedian's conceptual framework for quality assessment (structure, process, and outcome) and validated by three experts. Data were analyzed using content analysis.

The findings are as follows; Structure: Several structural factors limited work efficiency. Although the ward had a complete risk management committee in accordance with hospital policy, the implementation of the policies into practice was found insufficient. In terms of human resource management, staffing levels were inadequate. The nursing personnel demonstrated varying levels of knowledge and competence in risk management. Limitations in tools, budget, environmental conditions, and supervision further impeded implementation. Strengthening the structural dimensions of policy, human resources, and support systems is essential to enhance service quality and patient safety.

Process: Risk management was performed using the Healthcare Accreditation Institute Framework of identification, assessment, management, and evaluation. However, risk identification lacked continuity and engagement, reporting was delayed and incomplete, and management remained largely reactive. Evaluation results were not fully aligned with actual ward risks or effectively utilized for improvement. Promoting proactive risk identification, timely reporting, and systematic data use is recommended.

Outcome: The findings indicated that the indicators related to clinical and non-clinical risks, as well as patient and family satisfaction and complaints, did not meet the targets, with certain complaints showing a rising trend. Recurrent incidents and limited use of outcome data were also noted. These results highlight the need for an in-depth analysis of contributing structural and process factors. The insights can be used to support nursing administrators in designing effective risk-management structures, processes, and outcome monitoring to ensure continuous improvement.

Keywords : Risk Management, Risk Situation Analysis, Solutions to Risk Management Issues

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาล โดยบริการที่ให้ต้องเป็นไปตามมาตรฐานและไม่ก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษา[1] การพัฒนาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบันส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะจากกระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ การบริหารความเสี่ยง (Risk management) จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เนื่องจากสามารถลดและป้องกันความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้[2] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก[3] ระบุว่ามีรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ย 32.2 เหตุการณ์ต่อ 1,000 วันนอนของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมีอัตราการหกล้มที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง 0.4–2.0 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาเฉลี่ย 1.85 รายต่อ 1,000 วันนอน โดยกว่าร้อยละ 50 ของเหตุการณ์เหล่านี้สามารถป้องกันได้ สำหรับข้อมูลของประเทศไทยในปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 468,134 ครั้ง โดยร้อยละ 7.22 ส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วย เช่น การบาดเจ็บ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต เหตุการณ์ที่พบบ่อย ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา การผ่าตัดที่ไม่ปลอดภัย และการควบคุมการติดเชื้อที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 13 ของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ[4]

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายที่ศึกษาอยู่ในสังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยชายอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 26 เตียง อัตราครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 85–95 มีพยาบาลวิชาชีพ 16 คน ผู้ช่วยพยาบาล 9 คน และพนักงานช่วยทางการพยาบาล 3 คน การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นไปตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงและระบบรายงานอุบัติการณ์ ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล[5] ซึ่งดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง จากการติดตามข้อมูลตัวชี้วัดในระหว่างปี พ.ศ. 2563–2565 พบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 72, 62 และ 63 ครั้ง โดยมีอุบัติการณ์ระดับ E–I จำนวน 11, 9 และ 13 ครั้ง ตามลำดับ ประเด็นที่พบ ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด และภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ นอกจากนี้ยังพบข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[6] แม้ว่าหอผู้ป่วยได้พยายามดำเนินการแก้ไขด้วยการจัดทำโครงการต่างๆเพื่อลดความเสี่ยงมาอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม แต่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามที่กำหนด ซึ่งอุปสรรคสำคัญมีหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นความรู้และความเข้าใจในด้านการบริหารความเสี่ยงที่ไม่เพียงพอของบุคลากร ความไม่ต่อเนื่องของกระบวนการวิเคราะห์และป้องกันความเสี่ยง ตลอดจนข้อจำกัดด้านบุคลากร และการสนับสนุนทรัพยากร ส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงดังกล่าวผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญ และสนใจศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถระบุปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยง แนวโน้มของปัญหา และหาแนวทางป้องกันหรือลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้กรอบแนวคิดของ โดนาบิเดียน (Donabedian)[7] มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการประเมินคุณภาพในด้านการดูแลสุขภาพ เนื่องจากกรอบแนวคิดนี้สามารถช่วยให้การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงมีความครอบคลุม และเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพในมิติที่หลากหลาย สามารถนำไปสู่การค้นหาแนวทางหรือข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยของบริการในหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดของโดนาบิเดียน (Donabedian) ในภาพรวมขององค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาในการกำหนดรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย นโยบายองค์กร ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือที่ใช้บริหารความเสี่ยง และปัจจัยที่เอื้อต่อการบริหารความเสี่ยง 2) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ซึ่งผู้ศึกษาได้ยึดตามขั้นตอนกระบวนการบริหารความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)[8] และ 3) ด้านผลลัพธ์ หมายถึงผลลัพธ์ด้านความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้กำหนดไว้ ซึ่งประกอบด้วย ผลลัพธ์ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) ได้แก่ Common clinical risk และ Specific clinical risk และ ผลลัพธ์ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทางคลินิก (Non clinical risk) ประกอบด้วยความเสี่ยงทั่วไป (Common risk) รวมถึงผลสำรวจเกี่ยวกับความพึงพอใจ (Satisfaction) และข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative study) พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายแห่งหนึ่ง ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้อง จำนวน 29 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นทีมนำในการขับเคลื่อนนโยบายการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ที่รับผิดชอบด้านการบริหารความเสี่ยงของภาควิชาอายุรศาสตร์ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ผู้ตรวจการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบด้านการบริหารความเสี่ยงประจำหอผู้ป่วย รวมทั้งหมด 5 ราย

2. กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติทางการพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยทางการพยาบาล รวมทั้งหมดจำนวน 24 ราย

ส่วนเอกสารที่นำมาศึกษาเป็นเอกสารหรือข้อมูลเกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งอัตราการเกิดอุบัติการณ์ ข้อมูลความเสี่ยงตามกลุ่มโรคสำคัญ ระดับคะแนนความพึงพอใจ และข้อร้องเรียนของผู้รับบริการที่มีรายงานในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - มีนาคม พ.ศ. 2567[6]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคำถามที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์รายบุคคล และการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และส่วนที่ 2 เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดหลักของการประเมินคุณภาพของ Donabedian ซึ่งเป็นคำถามลักษณะปลายเปิด เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตามองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ และคำถามเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

2. แบบบันทึกรายการวิเคราะห์เกี่ยวกับความเสี่ยง ที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินองค์ประกอบด้านผลลัพธ์ สำหรับบันทึกรายละเอียดข้อมูลผลลัพธ์ดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) ประกอบด้วย ความเสี่ยงทางคลินิก (Common clinical risk) และ ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk)

2.2 ผลลัพธ์ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทางคลินิก (Non clinical risk) ประกอบด้วยความเสี่ยงทั่วไป (Common risk) รวมถึงผลสำรวจความพึงพอใจ (Satisfaction) และข้อร้องเรียนหรือกรณีฟ้องร้องจากผู้รับบริการ

3. เครื่องบันทึกเสียง เพื่อใช้บันทึกข้อมูลรายละเอียดในการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม

4. คอมพิวเตอร์ และโน้ตบุ๊คสำหรับใช้สืบค้นข้อมูล บันทึกและรวบรวมไฟล์ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการบริหารการพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลในตำแหน่งหัวหน้างานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และรองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในตำแหน่งประธานกรรมการประกันคุณภาพและการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทำการพิจารณาและตรวจสอบแนวคำถามในด้านความครอบคลุม (Comprehensiveness) ความชัดเจน (Clarity)

ความเหมาะสม (Appropriateness) และการจัดลำดับของข้อคำถามในการสัมภาษณ์ (Sequence the question) ก่อนการนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ได้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา เพื่อทดสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของคำถามและความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์การวิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ และผ่านการอนุญาตเข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเข้าพบกลุ่มประชากรที่จะศึกษา เพื่อแนะนำตัว พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมศึกษาได้ซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจ เพื่อตัดสินใจในการเข้าร่วมในการศึกษา และเซ็นใบยินยอมไว้เพื่อเป็นหลักฐานในการเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นได้ดำเนินการดังนี้

1. ทำการสัมภาษณ์รายบุคคลในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2567 รวมทั้งหมด 5 ราย โดยแต่ละรายสัมภาษณ์ 1 ครั้ง ซึ่งใช้เวลาฉลี่ยในการสัมภาษณ์ 48.30 นาที

2. ทำการสนทนากลุ่มในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2567 รวมทั้งหมด 4 ครั้ง สำหรับการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 ราย ทำการนัดสนทนากลุ่ม 2 ครั้งโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 ราย และสำหรับผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลจำนวน 12 รายได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 ราย เช่นเดียวกัน โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการสนทนากลุ่ม 72.25 นาที

3. ถอดเทปข้อมูลการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มโดยถอดคำพูดเป็นคำต่อคำ แล้วนำข้อมูลมาสรุปจัดไว้เป็นหมวดหมู่ตามหัวข้อประเด็นคำถาม

4. รวบรวมข้อมูลรายงานในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - มีนาคม พ.ศ. 2567[6] ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งอัตราการเกิดอุบัติการณ์ ข้อมูลความเสี่ยงตามกลุ่มโรคสำคัญ และระดับคะแนนความพึงพอใจและข้อร้องเรียนของผู้รับบริการที่มี

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรองเลขที่ 096/2566) และผ่านการอนุญาตการเก็บข้อมูลจากองค์กรที่ทำการศึกษา (เลขที่หนังสือ อว. 8393(8)/975) ผู้ศึกษาได้แนะนำตัวเอง พร้อมกับแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษา รวมทั้งชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบถึงสิทธิในการตอบรับก่อนเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยไม่มีการบังคับ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมศึกษามีสิทธิ์ในการขอยุติการเข้าร่วมระหว่างการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มได้ตามต้องการโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานแต่อย่างใด และให้ความมั่นใจแก่ผู้เข้าร่วมศึกษาว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะบันทึกไว้เป็นความลับในคอมพิวเตอร์ และมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และจะมีการ

ทำลายข้อมูลเหล่านั้นภายหลังจากผลงานวิจัยเผยแพร่ไปแล้ว 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากเอกสารหรือในระบบสารสนเทศ และข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่ามัธยฐาน ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาถอดเทปข้อมูล ด้วยตนเองแล้วจึงนำมาจัดหมวดหมู่ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรทีมนำในการบริหารความเสี่ยง พบว่ากลุ่มประชากรทั้งหมดมีจำนวน 5 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย เพศชายจำนวน 1 ราย มีช่วงอายุ อยู่ระหว่าง 35 ถึง 60 ปี โดยมีอายุมัธยฐาน (Median) เท่ากับ 57 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท (ร้อยละ 60) และเกือบทั้งหมดเป็นพยาบาล (ร้อยละ 80) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับโรงพยาบาล (ร้อยละ 40) รองลงมาคือระดับฝ่าย และระดับงานการพยาบาล จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 20) ส่วนมากมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยง 1-10 ปี (ร้อยละ 60) และทั้งหมด (ร้อยละ 100) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย กลุ่มบุคลากรในกลุ่มหอผู้ป่วยมีทั้งหมด 24 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.67) มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 23 ถึง 59 ปี โดยมีอายุมัธยฐาน (Median) เท่ากับ 36.41 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 54.17) ครึ่งหนึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงานด้านความเสี่ยง 1-10 ปี (ร้อยละ 58.33) และมากกว่าครึ่งไม่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง (ร้อยละ 54.17)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ และปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง

1. ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1.1 นโยบายการบริหารความเสี่ยง พบว่าหอผู้ป่วยมีการกำหนดนโยบายด้านความเสี่ยงที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล[5] พร้อมทั้งกำหนดให้มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และระบุบทบาทหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน มีการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ แต่ปัญหาที่พบคือการสื่อสารไม่ทั่วถึงบุคลากรทุกระดับ ประกอบกับ เนื้อหานโยบายมีรายละเอียดค่อนข้างมาก และไม่สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน ดังข้อมูลที่ทีมบริหารความเสี่ยงได้กล่าวว่า *“การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีนโยบายและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนอยู่แล้ว ซึ่งในส่วนของทีมนำก็ต้องสื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบและนำไปสู่การปฏิบัติให้ได้ ซึ่งปัจจุบันยังพบปัญหาว่า บุคลากรไม่สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน”* และ

จากพยาบาลผู้ให้ข้อมูลว่า *“เวลามีนโยบายมา หัวหน้าจะเน้นสื่อสารกับพยาบาลเป็นหลัก น้อง ๆ ผู้ช่วยและพนักงานช่วยการพยาบาลไม่ค่อยได้ร่วมรับฟังเท่าไหร่ หรือบางครั้งคนที่ไม่ได้ขึ้นเวรก็จะไม่ค่อยสนใจติดตามรายละเอียดต่างๆที่ส่งมาให้ในไลน์ ซึ่งบางเรื่องที่มีรายละเอียดมาก ๆ อ่านแล้วไม่ค่อยเข้าใจ ”*

1.2 ทรัพยากรบุคคล พบว่ามีการกำหนดหน้าที่รับผิดด้านบริหารความเสี่ยงไว้ชัดเจน แต่มีปัญหาด้านอัตรากำลังไม่เพียงพอ และสัดส่วนระหว่างพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพเท่ากับ 57.69 : 42.31 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของสภาพยาบาลที่กำหนดไว้ที่ 65:35 นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีอายุการทำงานน้อยกว่า 10 ปี และมากกว่าครึ่งไม่เคยผ่านการอบรมด้านความเสี่ยง อีกทั้งต้องรับผิดชอบภาระงานอื่นเพิ่มเติมจากงานประจำ ดังคำอธิบายของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลดังนี้ *“ จริงๆถ้าคิดตามเกณฑ์สภากำหนด เราควรได้พยาบาลเพิ่ม น้องๆจะได้ไม่ต้องขึ้นเวรเยอะเกินจนทำงานได้ไม่เต็มที่ ยิ่งต้องเป็นกรรมการต่างๆ และเป็นพี่เลี้ยงให้น้องใหม่ด้วย”* และ *“ตัวหนูอายุงานน้อย ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงมีน้อยมาก เวลาเจออุบัติการณ์รุนแรงหรือซับซ้อน ก็รู้สึกกลัวและและไม่กล้าตัดสินใจว่าจะต้องทำอย่างไร”*

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.3.1 เครื่องมือคุณภาพที่หอผู้ป่วยนำมาใช้ในการบริหารความเสี่ยงมีค่อนข้างมากและมีความหลากหลาย แต่บุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือคุณภาพ อีกทั้งเครื่องมือส่วนใหญ่มีความซับซ้อนทำให้ยากต่อการนำไปใช้ ดังคำกล่าวของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลที่ว่า *“ในเรื่องเครื่องมือคุณภาพจริง ๆ ยอมรับว่าไม่ค่อยเข้าใจเท่าไหร่นัก เพราะมันมีมากมาย ไม่ว่าจะป็น RCA FMEA trigger tool รวมถึง กระบวนการของ 3-P PDCA/DALI ยกตัวอย่างเช่น RCA ที่ทำกัน ก็ไม่แน่ใจว่าทำถูกหรือหาสาเหตุที่แท้จริงได้หรือเปล่า เพราะทำแล้วก็ยังเกิดอุบัติการณ์ซ้ำเดิมอยู่อีก”*

1.3.2 เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง ซึ่งพบว่ามีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยป้องกันความผิดพลาดในการทำงานเพิ่มขึ้น แต่พบปัญหาคือการสนับสนุนด้านอุปกรณ์และระบบรองรับยังไม่เพียงพอ รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์อื่น ๆ นอกจากนี้พบว่าบุคลากรรู้สึกไม่คุ้นเคยและกังวลเมื่อมีการนำเครื่องมือใหม่บางประเภทมาใช้ ดังคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลในระดับทีมนำบริหารความเสี่ยงดังนี้ *“ปัจจุบันทางโรงพยาบาลมีนโยบายในการนำอุปกรณ์การแพทย์ใหม่ ๆ รวมถึงเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะช่วยป้องกันการเกิดความผิดพลาดจากตัวบุคคลได้ดีขึ้น”* ส่วนระดับพยาบาลได้ให้ข้อมูลในประเด็นนี้ว่า *“เวลามีนโยบายมาที่จะให้พวกเราทำอะไรก็ตาม นโยบายดีนะคะ แต่หน้างานทำได้ยากค่ะเพราะอุปกรณ์ไม่พอใช้ คอมพิวเตอร์มีน้อยไป หมอก็ต้องใช้ พยาบาลก็ต้องใช้ ต้องแย่งกันใช้ค่ะ”*

1.4 ปัจจัยสนับสนุนการบริหารความเสี่ยง จากการศึกษาพบรายละเอียดดังนี้

ด้านงบประมาณ พบว่าไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริหารความเสี่ยงอย่างชัดเจน

รวมทั้งไม่มีงบประมาณสำหรับใช้ในทันทีกรณีเร่งด่วน ดังคำกล่าวของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลที่ว่า *"สำหรับงบประมาณในการบริหารความเสี่ยงไม่ได้กำหนดไว้ชัดเจน มีแต่งบประมาณประจำปีในด้านจัดหาอุปกรณ์ซึ่งเท่าที่เรารู้ว่ากว่าจะได้ของมาก็ 2 ปี บางอย่างได้มาไม่ทันได้ใช้เพราะตกรุ่นใช้ไม่ได้เลยก็มี"* และ *"เวลามีคนไข้สับสนหลายคน ผ้าผูกข้อมือไม่พอใช้ เราก็ต้องซื้อกันเอง จริง ๆ แล้วน่าจะมีงบให้เราเบิกได้เลยนะ"*

ด้านสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยบางส่วนอยู่ไกลและลับสายตาทำให้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและเข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินได้ทันท่วงที นอกจากนี้ไม่มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยเชื้อดื้อยา รวมทั้งจุดล้างมือและอุปกรณ์ป้องกันมีไม่เพียงพอ ดังคำอธิบายของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ให้ข้อมูลว่า *"ห้องแยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยาเราก็ไม่มี ใช้เพียงแผ่นพลาสติกในการแบ่งโซน และในห้องคนไข้ก็ไม่มีอ่างล้างมือ เวลานักศึกษาขึ้นฝึกพร้อมกันจำนวนมากอุปกรณ์มักจะไม่พอใช้"* และ *"เวลาคนไข้ที่อยู่ห้องด้านในสุดโน่นเวลามีอาการ ก็มองไม่เห็น ฉุกเฉินมาก็ช่วยเหลือลำบาก"* ด้านการนิเทศติดตาม มีการนิเทศติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลกรรมการประกันคุณภาพของหอผู้ป่วย แต่พบว่ายังขาดรูปแบบการนิเทศติดตามการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจน และมีข้อจำกัดด้านเวลา ดังคำอธิบายของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลว่า *"ในส่วนของการนิเทศติดตามในด้านการบริหารความเสี่ยงที่ทำมาส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของหัวหน้าหอและหนูเองที่ทำหน้าที่เป็นกรรมการประกันคุณภาพของหอผู้ป่วย ซึ่งก็มีหลายเรื่องมาก ๆ ยอมรับค่ะว่าการกำกับติดตามทำได้ไม่ได้ไม่สม่ำเสมอ เพราะแต่ละคนก็ไม่ค่อยมีเวลา"*

2. ด้านกระบวนการ จากการศึกษาการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยพบว่า มีการดำเนินการตามขั้นตอนของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)[8] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ผลการศึกษามีดังนี้

2.1 การค้นหาความเสี่ยง พบว่าทางหอผู้ป่วยมีการค้นหาความเสี่ยงด้วยวิธีการหลายวิธี เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การสำรวจความพึงพอใจและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ รวมถึงข้อร้องเรียนต่าง ๆ ในระหว่างการรับบริการ และการสืบค้นจากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม พบปัญหาบุคลากรทำได้ไม่ต่อเนื่องและขาดความใส่ใจในการตรวจเยี่ยม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลระดับผู้ช่วยพยาบาลได้กล่าวว่า *"การค้นหาความเสี่ยงที่เราทำกันก็คือการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เช่น quick round, environment round, IC round แต่ก็ทำได้ไม่เต็มที่โดยเฉพาะคนที่ขึ้นเวรเยอะๆ ก็จะไม่ค่อยกระตือรือล้นเท่าที่ควร ยิ่งช่วงที่งานยุ่งมากมากก็ยิ่งทำได้ยาก แต่มีบางคนนะที่เวลาว่าง ๆ ก็ไม่ได้ใส่ใจก็มี"* และข้อมูลจากพยาบาลที่ได้อธิบายว่า *"การสำรวจความพึงพอใจหรือข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ การทบทวนจากข้อมูลรายงานอุบัติการณ์และเวชระเบียน รวมถึงเรียนรู้จาก*

อุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยอื่นก็ถือเป็นการค้นหาความเสี่ยงด้วย แต่ว่าเราทำไม่ค่อยต่อเนื่องเท่าไหร่"

2.2 การประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง จากการศึกษาพบว่ามีขั้นตอนตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงตามความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น (Consequence) และการพิจารณาจากโอกาสหรือความเป็นไปได้ที่จะเกิด (Likelihood/ frequency) หลังจากนั้นนำความเสี่ยงนั้นมาพิจารณาระดับความสำคัญ (Risk level) และจัดทำทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง (Risk register) แต่พบปัญหาคือข้อมูลในระบบรายงานมีไม่ครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริง การรายงานอุบัติการณ์ขาดความสมบูรณ์ ทั้งในด้านชนิดและ ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ และความล่าช้าในการรายงาน ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่เป็นปัจจุบัน ดังข้อมูลจากพยาบาลที่ว่า

"ในแต่ละปีเราก็จะมีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยดูทั้งความถี่หรือโอกาสความเป็นไปได้ที่จะเกิด และความรุนแรงของอุบัติการณ์ แล้วมาจัดลำดับความสำคัญออกมาเป็นทะเบียนข้อมูลความเสี่ยงประจำปีของหน่วยงาน" และข้อมูลของทีมนำบริหารความเสี่ยงที่ว่า *"พบเกือบทุกเดือนที่ข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ถูกตีกลับมาให้แก้ไขในส่วนของชนิด และระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่ไม่ถูกต้อง บางทีก็ล่าช้าเกินระยะเวลาที่กำหนด"*

2.3 การจัดการความเสี่ยง แนวทางการจัดการความเสี่ยงของหอผู้ป่วยแบ่งเป็นสองส่วนหลัก คือ 1) การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) ที่เป็นหน้าที่โดยตรงของหอผู้ป่วย และ 2) การจัดการด้านการเงินเพื่อชดเชยความเสียหาย (Risk financing) ซึ่งทางโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบด้านนี้ โดยทั่วไปการจัดการความเสี่ยงของหอผู้ป่วยเป็นไปในเชิงรับมากกว่าเชิงรุกหรือเชิงป้องกัน ดังคำพูดของทีมบริหารความเสี่ยงที่ว่า *"การควบคุมความเสี่ยงถือเป็นหน้าที่ของหอผู้ป่วยโดยตรงทั้งนี้เพื่อ ป้องกันความเสี่ยงและลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ ส่วนการจัดการด้านการเงินเพื่อชดเชยความเสียหายนั้นจะเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของทางโรงพยาบาล และโดยทั่วไปที่ผ่านมานั้นการจัดการมักเป็นไปในเชิงรับเสียเป็นส่วนใหญ่"*

2.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง จากการศึกษาพบว่ากิจกรรมในการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงของหอผู้ป่วยประกอบด้วย การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันความเสี่ยง การประเมินผลลัพธ์จากการจัดการความเสี่ยง การจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วยใหม่หลังการวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนและปรับปรุงแผนการจัดการความเสี่ยง อย่างไรก็ตามการตรวจสอบและนิเทศติดตามที่ฝ่ายการพยาบาลกำหนดมานั้นพบว่ามีบางประเด็นความเสี่ยงที่ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเสี่ยงของหอผู้ป่วย ตามคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลในระดับทีมนำบริหารความเสี่ยงดังนี้ *"ทางหอผู้ป่วยได้ทำการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติตามที่ฝ่ายการพยาบาลกำหนด ซึ่งอาจเป็นเรื่องที่เราทำได้ดีแล้วแต่เราก็ต้องเก็บข้อมูลส่ง แต่เรื่องที่เป็นประเด็นปัญหาของหอผู้ป่วยเราจริง ๆ กลับไม่ได้ตรวจสอบก็มี"* นอกจากนี้พบว่าบุคลากรไม่ได้ให้ความสำคัญในการนำข้อมูลที่ได้มานั้นมาพัฒนาหรือแก้ไขเท่าที่ควร ตามข้อมูลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

ที่กล่าวว่า *“คิดว่าพวกเราไม่ค่อยนำบทเรียนเดิมมาใช้กันเท่าไหร่ สังเกตว่ายังคงเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงซ้ำเดิม ๆ สาเหตุก็ยังเหมือน ๆ เดิม”*

3. ด้านผลลัพธ์ ผลการศึกษาข้อมูลผลลัพธ์ด้านความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 72, 62, 63 และ 17 ครั้งในช่วงไตรมาสแรกของปี พ.ศ. 2567 โดยมีอุบัติการณ์ระดับ E-I เกิดขึ้น 11, 9, 13 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2564 -2566 และ 3 ครั้งในไตรมาสแรกของปี 2567 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าตัวชี้วัดที่ผลลัพธ์ไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมาย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[8] ดังต่อไปนี้

3.1 ผลลัพธ์ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)

- Common clinical risk ได้แก่ท่อและสายระบายเลื่อนหลุดระดับ E ขึ้นไป การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ความคลาดเคลื่อนในการส่งสิ่งส่งตรวจและการระบาดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย

- Specific clinical risk ได้แก่การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการฟอกไต การเกิดภาวะ Septic shock และการเสียชีวิตจากภาวะ Septic shock ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Febrile neutropenia

3.2 ผลลัพธ์ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทางคลินิก (Non clinical risk)

- ความเสี่ยงทั่วไป ได้แก่ ผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาล

- ผลสำรวจเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่พบว่าผลการประเมินไม่ถึงเป้าหมายตามที่โรงพยาบาลกำหนด และพบข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ดังกล่าวในภาพรวมพบว่า อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มักเกิดซ้ำในลักษณะเดิม และข้อมูลที่บันทึกในระบบรายงานอุบัติการณ์ยังไม่มีคุณภาพเพียงพอเนื่องจากมีการส่งกลับคืนมาให้แก้ไขบ่อยครั้ง นอกจากนี้ตัวชี้วัดที่ต้องติดตามมีมากเกินไป รวมทั้งยังขาดการนำข้อมูลผลลัพธ์ที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพงานเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ดังคำอธิบายของทีมนำบริหารความเสี่ยงดังนี้ *“พบว่าข้อมูลที่รายงานเข้ามาในระบบนั้นไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร จะเห็นได้จากจำนวนอุบัติการณ์ที่ตีกลับมาให้แก้ไขอยู่บ่อยๆ อีกอย่างเวลาได้ผลลัพธ์ตัวชี้วัดมาแล้ว รู้ว่ามีปัญหาที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แต่ก็ไม่ค่อยนำมาคิดต่อว่า จะหาวิธีการแก้ไขหรือพัฒนาอย่างไรให้ดีขึ้น”* และผู้ให้ข้อมูลระดับพยาบาลที่กล่าวว่า *“ตัวชี้วัดที่เราเก็บกันอยู่ คิดว่ามันเยอะเกินไปทำให้เสียเวลาในการเก็บข้อมูล บางอันเราก็ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์อะไร”*

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

1. ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านโครงสร้างในการบริหารความเสี่ยง กลุ่มประชากรที่ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 ควรมีการพัฒนาแนวทางการสื่อสารนโยบายให้ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ดังข้อมูลของทีมนำบริหารความเสี่ยงที่เสนอแนะคือ

“ควรเพิ่มช่องทางในการสื่อสารให้ทั่วถึงมากขึ้น ต้องมั่นใจว่าการสื่อสารทั่วถึงแล้วจริง ๆ เช่นการลงชื่อรับทราบ หรือสุ่มสอบถามความเข้าใจหลังการสื่อสารไปแล้ว”

1.2 ควรมีการวางแผนใช้งบประมาณอย่างรอบคอบ ตามข้อเสนอแนะของทีมนำบริหารความเสี่ยงดังต่อไปนี้ *“กรรมการของแต่ละส่วนต้องช่วยกันพิจารณาและชี้ชัดให้รู้ว่าแต่ละระบบงานที่ทำอยู่นั้นว่าปัจจุบันและอนาคตมีความเสี่ยงสำคัญคืออะไร และต้องการอะไรเพิ่มแล้วให้นำเสนอไปยังผู้บริหารตามลำดับขั้นต่อไป”*

1.3 ควรเน้นการดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย และเพิ่มความถี่ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย โดยผู้ให้ข้อมูลระดับพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลแนะนำว่า *“คนไข้ที่อยู่ห้องท้าย ๆ เราก็ต้องเดินตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยบ่อยกว่าห้องอื่นและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมด้วย โดยเฉพาะห้องที่อยู่ลับตา เผื่อคนไข้มีอาการทรุดลงจะได้ช่วยได้ทัน”*

1.4 มีการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรให้เพียงพอและเหมาะสมตามสัดส่วนและภาระงานในแต่ละเวร ดังข้อเสนอแนะที่ได้จากบุคลากรผู้ปฏิบัติระดับพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลดังนี้ *“ควรมีการจัดอัตรากำลังในแต่ละเวรให้เหมาะสมมากกว่านี้โดยเฉพาะในเวรบ่าย เนื่องจากอัตรากำลังที่ให้ในเวรบ่ายเมื่อเทียบกับภาระงานแล้วควรเพิ่มจำนวนของบุคลากรให้มากกว่านี้”*

1.5 ควรจัดอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือคุณภาพ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่นำมาใช้ใหม่ ตามข้อมูลข้อเสนอแนะจากพยาบาลคือ *“อยากให้มีการอบรบพัฒนาความรู้และการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่สำคัญในหอผู้ป่วยของเรา รวมทั้งเครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง จะได้มีความรู้และเข้าใจเพื่อจะได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น”* และคำกล่าวของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ให้ข้อเสนอแนะว่า *“เครื่องมือแพทย์ปัจจุบันนี้มีมากมาย หลายยี่ห้อ เวลาได้มาควรจะต้องจัดฝึกอบรมการใช้งาน และควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ คอยให้คำแนะนำ และให้การช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง”*

1.6 มีการกำหนดรูปแบบการนิเทศและติดตามความเสี่ยงอย่างชัดเจน และเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการนิเทศติดตาม ดังตัวอย่างข้อเสนอแนะของทีมนำบริหารความเสี่ยงดังนี้ *“ทุกหน่วยงานควรมีการกำหนดแนวทางหรือตารางไว้เลยว่าช่วงไหนจะทำการนิเทศติดตามเรื่องใดไว้ให้ชัดเจนไปเลย กำหนดด้วยว่าจะให้ใครกรรมการไหนช่วยในเรื่องใด”* และคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลระดับพยาบาลที่ว่า *“แค่หัวหน้าหอ กับ QAWN ไม่น่าไหว ถ้าจะให้ดีกรรมการสำคัญต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยต้องช่วยกัน จริง ๆ แล้วน้อง ๆ ก็สามารถทำหน้าที่ในการนิเทศได้ เพราะว่าบางเรื่องน้อง ๆ ผ่านการอบรมและมีความรู้มากกว่า ก็สามารถช่วยนิเทศพี่ ๆ ได้”*

2. ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาคือ ควรจัดอบรมให้ความรู้และทักษะในการบริหารความเสี่ยง

ควบคู่กับการเสริมทักษะที่ไม่ใช่ทักษะทางเทคนิค (Non-technical skills) ส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและ จัดทำแนวทางรายงานความเสี่ยงที่ชัดเจน รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยควรนิเทศและกำกับติดตามการดำเนินงานและตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงที่เป็นประเด็นสำคัญอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลระดับพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลได้เสนอแนะว่า *"น่าจะดี ถ้าจะมีการจัดอบรมให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจอย่างจริงจัง ทุกคนจะได้เข้าใจและเกิดความตระหนักมากขึ้น"* และคำกล่าวของทีมนำบริหารความเสี่ยงที่ว่า*"ทักษะด้าน Soft skill หรือทักษะที่ไม่ใช่ทักษะทางเทคนิคต่าง ๆ นี่ก็สำคัญมาก ซึ่งเราควรเสริมในด้านนี้ให้กับบุคลากรเราด้วย"*

3. ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาในด้านผลลัพธ์

กลุ่มประชากรที่ศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่าควรเน้นการวิเคราะห์และติดตามตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมายอย่างจริงจัง เน้นย้ำให้บุคลากรทุกระดับได้รับทราบและมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไขร่วมกันเพื่อให้ครอบคลุมในทุกด้าน รวมทั้งควรส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ตามข้อมูลจากทีมนำบริหารความเสี่ยงที่กล่าวว่า *"ควรนำตัวชี้วัดหรือผลลัพธ์ เหล่านั้นมานำเสนอให้ทุกคนรับทราบถึงความสำคัญของปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และต้องคอยกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข"* และข้อเสนอแนะที่ว่า *"ผลลัพธ์ที่ได้เราควรนำมาทบทวนกันดี ๆ ว่าเรื่องใดที่เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขกันจริง ๆ คืออยากเอาข้อมูลผลลัพธ์ที่ได้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ให้มากกว่านี้ ไม่ได้รายงานแล้วจบแค่นั้น และที่สำคัญหัวหน้าต้องคอยกระตุ้นและทำความเข้าใจแก่บุคลากรว่าการรายงานอุบัติการณ์เป็นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ไม่ใช่ที่ตัวบุคคลและให้น้อง ๆ เห็นว่าความเสี่ยงนั้น ๆ เป็นโอกาสที่เราได้เรียนรู้ เพื่อจะได้พัฒนาให้ดียิ่งขึ้น"*

อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ และปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง

1. ด้านโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง

1.1 ด้านการกำหนดนโยบายบริหารความเสี่ยง จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าแม้หน่วยงานจะมีการกำหนดนโยบายและบทบาทหน้าที่ด้านการบริหารความเสี่ยงไว้อย่างชัดเจน แต่เนื่องจากการสื่อสารนโยบายยังขาดประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากการสื่อสารส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียวและเน้นเฉพาะบุคลากรบางกลุ่ม รวมทั้งขาดการประเมินการรับรู้ของบุคลากรหลังการสื่อสาร ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องครบถ้วน[9]

1.2 ด้านทรัพยากรบุคคล จากการศึกษาที่พบว่าการจัดสรรอัตรากำลังที่ต่ำกว่ามาตรฐานทั้งด้านจำนวน และสมรรถนะของบุคลากร บุคลากรที่มีอัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพต่ำกว่าเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ รวมทั้งบุคลากรที่มีอายุงานน้อยส่วนใหญ่มักขาดความรู้และประสบการณ์

รวมทั้งทักษะในการประเมินสถานการณ์และรับมือกับสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน สะท้อนถึงปัญหาเชิงโครงสร้างด้านการวางแผนกำลังคนในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่าภาระงานที่เพิ่มขึ้นและการขาดความรู้และประสบการณ์ของบุคลากรทำให้การจัดการความเสี่ยงมีข้อจำกัด ทั้งในเชิงการคาดการณ์และการตัดสินใจเฉพาะหน้า ซึ่งถือเป็นปัจจัยเพิ่มโอกาสในการเกิดความผิดพลาดในการทำงาน[10-13]

1.3 ด้านเครื่องมือบริหารความเสี่ยง การที่หอผู้ป่วยมีการนำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ในการบริหารความเสี่ยงอย่างมากมาย แต่เมื่อบุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือไม่ได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เครื่องมือเหล่านั้นไม่ถูกใช้อย่างเต็มศักยภาพ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงหรือใช้อุปกรณ์ใหม่โดยไม่มีการฝึกใช้อย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยได้เนื่องจากความรู้และทักษะของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญในการประยุกต์ใช้เครื่องมืออย่างมีประสิทธิภาพ[14]

1.4 ด้านปัจจัยสนับสนุน จากการศึกษาพบว่าหอผู้ป่วยไม่มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการบริหารความเสี่ยงไว้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ขาดทรัพยากรในการดำเนินงาน ทำให้การบริหารความเสี่ยงดำเนินไปอย่างล่าช้า และขาดความต่อเนื่อง[15] นอกจากนี้โครงสร้างในด้านสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยยังไม่เอื้อต่อการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงได้โดยเฉพาะด้านการควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งการขาดห้องแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อและอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอนั้นส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ[16] นอกจากนี้ยังพบว่า การนิเทศติดตามภายในหน่วยงานขาดความต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอและภาระงานที่เพิ่มขึ้นทำให้บุคลากรต้องรับผิดชอบภารกิจประจำหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาให้กับการนิเทศ ติดตามและพัฒนากระบวนการต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงข้อจำกัดในการกำกับดูแลเชิงระบบ อันส่งผลต่อประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงโดยรวม[15]

2. ด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง จากผลการศึกษา พบว่าหอผู้ป่วยมีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล[8] ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

2.1 ขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานใช้วิธีการค้นหาความเสี่ยงจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย อาทิ จากการรายงานอุบัติการณ์ การประชุมทบทวนเหตุการณ์ และการตรวจเยี่ยมเพื่อสังเกตการณ์ในพื้นที่จริง ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลที่นำไปสู่การวางแผนจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่พบคือบุคลากรยังขาดความรู้ ความตระหนัก และมีเวลาไม่เพียงพอ เนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการค้นหาความเสี่ยง รวมถึงการละเลยการรายงานอุบัติการณ์ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าภาระงานที่มากส่งผลให้เกิดการละเลยการปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงความครบถ้วนและคุณภาพของการรายงานอุบัติการณ์[10,12]

2.2 การประเมินความเสี่ยง แม้ว่าหอผู้ป่วยมีการประเมินความเสี่ยงโดยการพิจารณาจากความรุนแรง และความถี่หรือความเป็นไปได้ในการเกิด และมีการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงของหอผู้ป่วย แต่ข้อมูลที่นำมาใช้ในการประเมินยังไม่ครอบคลุม และบางกรณีไม่สะท้อนสถานการณ์จริง ซึ่งอาจเป็นผลจากบุคลากรขาดความรู้และทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบบ[14,15]

2.3 การจัดการความเสี่ยง จากผลการศึกษาถึงแม้ว่าหอผู้ป่วยได้พยายามเน้นการจัดการเพื่อป้องกันไม่ให้ปัญหาเกิดซ้ำ แต่อย่างไรก็ตามลักษณะการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงเน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากบุคลากรยังขาดความตระหนัก และขาดความรู้และทักษะในการจัดการความเสี่ยง รวมทั้งภาระงานที่สูงเกินสมรรถนะบุคลากรในแต่ละเวรนั้น ล้วนเป็นสาเหตุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดความผิดพลาดและความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในกระบวนการให้บริการ[14,15]

2.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง จากการศึกษาจะเห็นว่าถึงแม้หอผู้ป่วยมีการติดตามและประมวลผลตัวชี้วัดความเสี่ยง และการตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรฐาน แต่การประเมินยังขาดแนวทางที่ชัดเจน และมีข้อจำกัดในด้านความสม่ำเสมอของการติดตาม และปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพของการประเมินคือ ผู้นำทีมมีเวลากำกับติดตามน้อยส่งผลให้ข้อมูลในระบบไม่ครบถ้วน[10,12] นอกจากนี้ยังพบว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหอผู้ป่วยยังค่อนข้างจำกัด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การประเมินผลที่ไม่สะท้อนภาพรวมที่แท้จริงทั้งหมด ส่งผลให้เกิดช่องว่างของข้อมูล (Information gaps) ที่อาจนำไปสู่การวางแผนหรือกำหนดมาตรการที่ไม่ครอบคลุมต่อความเสี่ยงที่แท้จริงของหน่วยงานได้[17]

3. ด้านผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยง จากการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านความเสี่ยงที่มีบันทึกในระบบการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล และข้อมูลตัวชี้วัดที่รวบรวมโดยกรรมการสำคัญของหอผู้ป่วย พบว่าตัวชี้วัดความเสี่ยงทั่วไปทางคลินิก ส่วนใหญ่บรรลุเกณฑ์ตามเป้าหมาย แต่ยังคงมีปัญหาในส่วนของความเสี่ยงเฉพาะทางด้านคลินิก และปัญหาเกี่ยวกับความพึงพอใจและข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงมีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำในลักษณะเดิม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการจัดการความเสี่ยงยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อผลลัพธ์นั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการสื่อสารในหน่วยงาน การขาดแคลนอัตรากำลังของบุคลากร การขาด การสนันสนุนด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของหลายงานวิจัยที่พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายนั้นอาจเชื่อมโยงมาจากปัญหาทั้งด้านโครงสร้าง และกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม[7,10-12]

ส่วนที่ 2 แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงที่ได้จากการศึกษาสามารถสรุปข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านโครงสร้าง จากการศึกษาพบว่า การปรับปรุงโครงสร้างภายในเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง โดยสามารถดำเนินการได้ในหลายมิติ ทั้งด้านรูปแบบองค์กรและช่องทางการสื่อสาร การจัดประชุมกลุ่มย่อยและการใช้ระบบสารสนเทศเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้บุคลากรทุกระดับเข้าถึงและเข้าใจนโยบายได้อย่างทั่วถึง ซึ่งการสื่อสารที่ชัดเจนและครอบคลุมถือเป็นหัวใจสำคัญในการลดความคลาดเคลื่อนที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง[9] นอกจากนี้ การนำนโยบายบริหารความเสี่ยงไปสู่แผนปฏิบัติการประจำปีที่มีเป้าหมาย กิจกรรม และตัวชี้วัดที่ชัดเจน ช่วยให้สามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างเป็นระบบ[15] โดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อบริหารอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ การวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญต่อการลดข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงานในบริบทของบริการสุขภาพ[11,13] อีกทั้งการเสริมสร้างความรู้และทักษะของบุคลากรในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างเหมาะสม โดยผ่านการอบรมและการจัดทำคู่มือมาตรฐานที่เข้าใจง่าย ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยและคุณภาพของการให้บริการทางการพยาบาล[14]

2. ด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยงควรส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งการรายงานอุบัติการณ์ การประชุม และการสังเกตการณ์ เพื่อให้สามารถครอบคลุมความเสี่ยงได้รอบด้าน พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่องไม่จำกัดเฉพาะรอบปีเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ทันเวลา[2] นอกจากนี้ การพัฒนาทักษะที่ไม่ใช่ด้านเทคนิค (Non-Technical Skills) เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจในสถานการณ์ซับซ้อน และการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับองค์กรด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ ทักษะเหล่านี้ช่วยให้บุคลากรประเมินและจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[14,18] การจัดระบบติดตามและประเมินผลที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วม รวมถึงการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานในการตัดสินใจและมีระบบนิเทศที่ชัดเจน จะช่วยเสริมสร้างวัฒนธรรมความรับผิดชอบร่วมกันของทีมบุคลากร ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพขององค์กรโดยรวม[17]

3. ด้านผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยง จากผลการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั้น ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการอย่างเป็นระบบและสอดประสานกัน ซึ่งการวางรากฐานที่มั่นคงในด้านโครงสร้าง ด้วยการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม และการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดแจ้ง เป็นองค์ประกอบที่ช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ขณะเดียวกัน กระบวนการที่มีความเหมาะสมและต่อเนื่องจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบโดยรวม ย่อมส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ที่สำคัญในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและนำไปสู่การลดความผิดพลาดในกระบวนการให้บริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในภาพรวม[2,7,17]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารระดับโรงพยาบาล ควรนำข้อมูลจากผลการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการกำหนดนโยบาย การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาภายในองค์กร เพื่อให้สามารถจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม และตรงตามความจำเป็น

1.2 ฝ่ายบริหารทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนระบบความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยควรจัดสรรอุปกรณ์ เครื่องมือ และทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอ พร้อมทั้งดูแลและปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร และปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ

1.3 ผู้บริหารระดับหน่วยงาน หรือหัวหน้าหอผู้ป่วย และทีมบริหารความเสี่ยง ควรนำข้อมูลเชิงลึกไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเฉพาะที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน เช่น การจัดทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน ครอบคลุม และสอดคล้องกับลักษณะการบริการ พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ

1.4 ทีมบริหารความเสี่ยงและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดด้านความเสี่ยง รวมถึงให้ความสำคัญในด้านคุณภาพของการรายงานอุบัติการณ์เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลเหล่านั้นในการวิเคราะห์ ปรับปรุงกระบวนการ และยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังหอผู้ป่วยอื่น หรือในระดับของงานการพยาบาลอื่นที่หลากหลายยิ่งขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของแนวทางการบริหารความเสี่ยงในแต่ละบริบท

2.2 ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) หรือวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อพัฒนาแนวทางในการบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงานให้บรรลุตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The World Health Organization world alliance for patient safety project to develop an international patient safety event classification: the concept framework of an international patient safety event classification. Geneva: WHO; 2018.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2565.
3. World Health Organization. Global patient safety report 2024 [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Jul 20]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/ 10665/376928/9789240095458-eng.pdf
4. National Reporting and Learning System. NRLS: National Reporting and Learning System in Thailand [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 7]. Available from: https://thai-nrls.org
5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. มาตรฐานเชิงนโยบายการบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่; 2564.
6. กรรมการประกันคุณภาพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลมหารราชนครเชียงใหม่. เอกสารข้อมูลความเสี่ยงหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่; 2565.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 2005;83(4):691–729.
8. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2562.
9. PricewaterhouseCoopers. Effective risk communication in healthcare: From strategy to action. New York: PwC Health Research Institute; 2018.
10. กานต์พิชา จันทร์หงส์. การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
11. Chipeta E, Bradley S, Chimwaza W. Nurses' perceptions on the effects of high nursing workload on patient care in an intensive care unit of a referral hospital in Malawi. BMC Nurs. 2022;21:60. doi:10.1186/s12912-022-00918-x
12. สุชานาฎ มูสิการัตน์. การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
13. อภิรดี นันทสุภัทร์, และคณะ. การจัดสรรกำลังคนพยาบาล การพลาดการดูแล คุณภาพการดูแล และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. วารสารการบริหารทางการพยาบาล. 2564;30(2):288–96.
14. วัฒนา ธรรมศิริ. การพัฒนาทักษะบุคลากรและการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. วารสารการบริหารโรงพยาบาล. 2565;12(1):34–41.

15. กาญจนา พิริยะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(3):212–40.
16. Chen X, Chong WF, Feng R, Zhang L. Pandemic risk management: resources contingency planning and allocation. Insur Math Econ. 2021;101:359-83. doi:10.48550/arXiv.2012.03200.
17. Joint Commission International. Patient safety goals and the role of healthcare facility design. Oak Brook, IL: JCI Press; 2020.
18. จิราภรณ์ ทองมูล และคณะ. การพัฒนาทักษะ Non-Technical Skills ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบริหารความเสี่ยงด้านสุขภาพ. วารสารการบริหารงานสาธารณสุข. 2563;12(2):45-56.