

การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจันทรา

The Development of Risk Managing in Nursing System in Inpatient Department, Changan Hospital

สมพิศ ขจรมณี*

Sompit Khajohnmanee

Corresponding author: E-mail: sompitmoon@hotmail.com

(Received: December 14, 2023; Revised: December 22, 2023; Accepted: January 25, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์ระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจันทรา

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (Practical action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลจำนวน 21 คน การวิจัยแบ่งเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง การพัฒนาระบบ และประเมินผลระบบ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต และแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : 1) ความเสี่ยงในงานผู้ป่วยย้อนหลัง 3 ปี พบว่า มีจำนวน 150 ครั้ง ส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ E จำนวน 53 ครั้ง รองลงมา คือ ระดับ F จำนวน 50 ครั้ง ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนสำคัญของการจัดการความเสี่ยง ต้องการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงที่เข้าใจง่ายและมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่ทุกคน ระบบการจัดการความเสี่ยงประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการ (2) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (3) จัดทำ Risk management tool (4) ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการจัดการความเสี่ยง (5) การสื่อสารการจัดการความเสี่ยงโดยประสานความร่วมมือผ่าน PCT และ (6) กำกับติดตาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง 2) พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางทางการจัดการความเสี่ยงโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 91.25 ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก และ 3) หลังการพัฒนา พบว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับ Low Risk (เสี่ยงต่ำ) ระดับปานกลาง ระดับ D มากที่สุดจำนวน 11 ครั้ง รองลงมา คือ ระดับ C จำนวน 6 ครั้ง

สรุปและข้อเสนอแนะ : ระบบการจัดการความเสี่ยงครั้งนี้ส่งผลให้ความเสี่ยงลดลง ดังนั้นควรส่งเสริมให้งานผู้ป่วยในนำระบบนี้ไปในพื้นที่

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ; การจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล; งานผู้ป่วยใน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจันทรา

ABSTRACT

Purposes : To study the situation, develop the system, and evaluate results of risk managing system Inpatient department in Changhan Hospital.

Study design : Practical action research.

Materials and Methods : Total of 24 key informants were those involved in nursing risk management. Number. Research was divided into risk situation analysis, system development and system evaluation. It was conducted from October 2022 to September 2023. Data were collected using questionnaires, observational forms, and evaluation forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis.

Main findings : 1) Risks in patient work over the past 3 years were found to be 150 times, with the majority having severity at level E, 53 times, followed by level F, 50 times, respectively, nurses lack knowledge and understanding about steps. Important episodes of risk management want to develop a risk management system that was easy to understand and involves all staff. The risk management system consists of 6 steps: (1) monitoring risks at every service point (2) developing personnel competency (3) creating a risk management tool (4) adjusting the environment to be conducive to risk management (5) Communicate risk management by coordinating cooperation through PCT. And (6) continuously monitor and exchange knowledge. 2) Nurses follow overall risk management guidelines. Accounting for 91.25 percent, overall satisfaction was at a high level and 3) after development, it was found that most of the risks that occurred were at the low risk level, moderate level, level D, the most, 11 times, followed by was level C, 6 times.

Conclusion and recommendations : This risk management system results in reduced risks. Therefore, inpatient work should be encouraged to bring this system to the area.

Keywords : Development of Risk Managing; Nursing System ; Inpatient

* Registered Nurse Professional Level, Inpatient department, Changhan Hospital.

บทนำ

การบริหารหรือการจัดการเป็นศิลปะในการทำงานร่วมกันของกลุ่มคนในองค์กร เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่องค์กรกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยลักษณะการบริหารมีทั้งเชิงระบบ (System) และเชิงกระบวนการ (Process) ลักษณะที่เป็นระบบ หมายความว่า องค์กรนั้นต้องมี การ กำหนด ทิศทาง นโยบาย ของ องค์กร โครงสร้างสายการบังคับบัญชา มีการแบ่งบทบาทหน้าที่การทำงานออกเป็นหมวดหมู่ โดยในทุกองค์ประกอบของระบบต้องมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งภายนอกและภายใน ลักษณะที่เป็นกระบวนการประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารที่มีความสัมพันธ์กันโดยใกล้ชิด และมีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็นลักษณะของกระบวนการที่มีระบบระเบียบเชื่อมโยงต่อเนื่องกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ขณะเดียวกันความเสี่ยงเป็นเหตุการณ์หรือการกระทำใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและมีโอกาสส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหายให้แก่องค์กรได้ เช่น การลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายขององค์กร การประสบกับความสูญเสียหรือเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น การบาดเจ็บ การเสียชีวิต การสูญเสียทรัพย์สิน การสูญเสียชื่อเสียง เป็นต้น² โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพมีหลายระบบงานย่อยในระบบใหญ่ ดังนั้นการบริหารโรงพยาบาลจึงต้องมีทั้งการบริหารเชิงระบบและเชิงกระบวนการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันระหว่างทีมและระหว่างระบบย่อยต่างๆ ภายในโรงพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ความเสี่ยงจึงมีโอกาสดังเกิดขึ้นได้ในทุกกระบวนการของการทำงาน และเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นจึงมีโอกาสดังเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและต่อโรงพยาบาลตามมาดังนั้น การบริหารจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทุกโรงพยาบาลต้องดำเนินการ³

ถึงแม้ว่าความเสี่ยง (Risk) เป็นอุบัติการณ์ หรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้แต่ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือ

ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรือการเกิดอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล นำสู่ภาระในการชดเชยค่าเสียหายการจัดการความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกคนต้องตระหนัก และให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล องค์กรอนามัยโลกได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด มีการส่งเสริมให้นานาประเทศร่วมพัฒนามาตรฐาน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย รวมทั้งกระตุ้นการสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพทั่วโลก สำหรับประเทศไทย สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดมาตรฐานการบริหารองค์กรพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยระบุว่า องค์กรพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับต้องมีระบบบริหารความเสี่ยง และต้องจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการพัฒนาคุณภาพขององค์กร³

The Joint Commission on Accreditation of Health care Organization ได้รวบรวมสถิติความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ (Sentinel event) ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีพบว่าสูงถึง 3,000 เหตุการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตพบว่า ร้อยละ 60.0 เป็นความเสี่ยงในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การให้ยาผิด การผูกมัดผู้ป่วยทำให้บาดเจ็บและเสียชีวิตร้อยละ 55.0 เป็นเรื่องของการพลัดตกหกล้มร้อยละ 45.0 เป็นเรื่องผู้ป่วยทำร้ายตนเองในประเทศไทยคณะกรรมการ⁴ เช่นเดียวกับรายงานของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁵ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 รอบ 6 เดือน มีเรื่องร้องเรียนเข้าใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 263 เรื่อง เขตสุขภาพที่ 4 ได้รับเรื่องร้องเรียนมากที่สุด จำนวน 30 เรื่อง (ร้อยละ 11.41) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 28 เรื่อง (ร้อยละ 10.65) และเขตสุขภาพที่ จำนวน 29 เรื่อง (ร้อยละ 10.27) ของจำนวนเรื่องร้องเรียนเข้าใหม่ทั้งหมด ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ได้รับเรื่องร้องเรียนน้อยที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ 3.80) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รายงาน

จำนวนเรื่องการร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการแพทย์ ในปี พ.ศ.2564 พบว่า มีถึง 1,978 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องความไม่พึงพอใจหรือความขัดแย้งที่รุนแรงระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเรื่องภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดผลที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ และครอบครัว ทั้งนี้จากรายงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์ เผยแพร่ของสาขาเวชศาสตร์ชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2551 ได้ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน 4,000 ราย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งพบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งป้องกันได้

เช่นเดียวกับรายงานอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงในงานผู้ป่วยของโรงพยาบาลจังหวัดตั้งแต่ พ.ศ.2561-2565 พบว่าเกิดอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงดังนี้ ปี พ.ศ.2561 พบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 10 ครั้ง ระดับ F จำนวน 14 ครั้ง ระดับ H จำนวน 10 ครั้ง ปี พ.ศ.2562 พบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 12 ครั้ง ระดับ F จำนวน 9 ครั้ง ระดับ H จำนวน 11 ครั้ง ปี พ.ศ.2563 พบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 15 ครั้ง ระดับ F จำนวน 5 ครั้ง ระดับ H จำนวน 9 ครั้ง ปี พ.ศ.2564 พบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 9 ครั้ง ระดับ F จำนวน 10 ครั้ง ระดับ H จำนวน 12 ครั้ง ปี พ.ศ. 2565 พบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 7 ครั้ง ระดับ F จำนวน 12 ครั้ง ระดับ H จำนวน 5 ครั้ง⁶ อย่างไรก็ตามความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของบริการสุขภาพ และเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพบริการทั้งในมิติของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ (WHO) แม้จะมีการพัฒนาระบบและแนวทางเฝ้าระวังความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อความสูญเสีย จากสถิติทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนในการรักษาพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล⁷ ข้อมูลย้อนหลังของกระทรวงสาธารณสุข 20 ปี (พ.ศ. 2539 - พ.ศ.2560) พบว่ามีสถิติฟ้องร้องทางการแพทย์ที่มีสาเหตุจากความคลาดเคลื่อนสามารถพบได้ในทุกระดับของสถานพยาบาล คิดเป็นมูลค่าประมาณ 3,192 ล้านบาท⁸ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในส่งผลกระทบต่อชีวิต ภาวะสุขภาพ

ของผู้ใช้บริการ ค่าใช้จ่ายและความไว้วางใจต่อสถานพยาบาล ดังนั้นทำให้สถานพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ และกำหนดเป็นนโยบายที่ทุกหน่วยบริการต้องมีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ถึงบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์ระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจังหวัดคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด และ 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566

การเลือกพื้นที่การศึกษา การดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับ F2 ให้บริการตรวจรักษาในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน และระบบ EMS มีบริการคลินิกตรวจโรคทั่วไป คลินิกเฉพาะโรค ให้บริการผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ให้บริการเฉพาะด้าน ได้แก่ ทันตกรรม กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก การบำบัดยาเสพติด/บุหรี่/สุรา บริการ X-ray Ultrasound

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การศึกษาค้นคว้านี้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก Patient care team (PCT) เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน ที่ให้บริการคัดเลือกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง

ที่มีคุณสมบัติคัดเข้าที่กำหนดไว้ การศึกษาครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัย จำนวน 3 กลุ่ม รวม 21 คน ประกอบด้วย **กลุ่มที่ 1** หัวหน้าพยาบาลงานผู้ป่วยในและพยาบาลประจำงานผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน **กลุ่มที่ 2** แพทย์ประจำบ้านที่ประจำ PCT งานผู้ป่วยใน จำนวน 3 คน และ **กลุ่มที่ 3** เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พนักงานช่วยการพยาบาล 8 คน ที่มีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่คัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) ปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ปี และ (2) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ย้ายสถานที่ทำงานระหว่างทำวิจัย และ (2) ไม่ได้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเนื่องระหว่างที่มีการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (Practical action research) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง ระยะการพัฒนากระบวนการ และประเมินผลระบบ และเพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างถูกต้องและไม่ละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในการให้บริการในงานผู้ป่วยในวัตถุประสงค์ของการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความเสี่ยงการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน ให้ได้ข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงและระบบที่จะนำไปพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล การดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงโดยใช้กรอบการพัฒนาเชิงระบบโดยวิเคราะห์โอกาสพัฒนาตามโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจึงหารดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติร่วมกับการสังเกต และสะท้อนกลับ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ร่างพัฒนาระบบครั้งที่ 1 โดยสร้างจากข้อมูล

วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในขั้นตอนที่ 1 เชิญประชุมผู้มีส่วนร่วมนำเสนอเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มคั่นข้อมูลที่ได้ และเพื่อระดมความคิดเห็นต่อการร่าง รูปแบบครั้งที่ 1

2. นำร่างพัฒนาระบบฯ ครั้งที่ 1 มาตรวจสอบคุณภาพโดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญตรวจสอบ และประเมินความถูกต้อง มีประโยชน์เหมาะสม ด้านมาตรฐานและครอบคลุมด้านความเสี่ยง 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ประจำ PCT ประธานความเสี่ยงทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้จัดการความเสี่ยง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเสนอแนะมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง และคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานสำคัญที่จำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับงานผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจของการใช้คู่มือทั้งสองเล่ม รวมถึงแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามรูปแบบทุกจุดบริการแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างวางแผนจัดอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือความเสี่ยง Non-technical skill วางแผนให้บุคลากรทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการอบรม รวมเครื่องมือในขั้นตอนพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงทั้งหมด 7 รายการ ผู้วิจัยได้ขอคำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการเครื่องมือทั้งหมดจากอาจารย์ที่ปรึกษา และหลังจากนั้น นำเครื่องมือทั้ง 7 รายการ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ความตรงต่อเนื้อหา ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน พร้อมข้อเสนอแนะ

4. พัฒนาระบบ ฯ ครั้งที่ 2 เป็นการนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับร่างระบบการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยหลังจากนั้นนำไปดำเนินการพัฒนาระบบผ่านกระบวนการตามวงจร

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Acting) ดำเนินการโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับกลุ่มบุคลากรในงานผู้ป่วยใน 1 วัน เพื่อนำเสนอร่างการพัฒนาระบบครั้งที่ 2 ผู้วิจัยชี้แจงและทำความเข้าใจกับผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงานแนวทางการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของงานผู้ป่วยและร่วมกันวางแผนในการ

ดำเนินกิจกรรม นำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปสู่การปฏิบัติ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ (1) การพัฒนาอบรมการบริหารความเสี่ยง อบรมการใช้เครื่องมือบริหารความเสี่ยงอบรมการคัดกรองด้วยระบบ ES ให้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพได้ทดลองใช้คู่มือบริหารความเสี่ยง 1 เล่ม และคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับงานผู้ป่วยใน 1 เล่มโดยกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องนำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติ รวมทั้งจัดประชุมออนไลน์ชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยง โดยมีการปฏิบัติดังนี้ รวมทั้งการเชิญวิทยากรอบรมออนไลน์เรื่องการคัดกรอง ESI มีการสอบ และทำความเข้าใจหลังการอบรมเจ้าหน้าที่ทุกระดับและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรของงานผู้ป่วยใน โดยอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือบริหารความเสี่ยง จัดอบรม Non-technical skill กับให้ กลุ่ม Non-nurse ทดลองการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยง และคู่มือ ชุดมาตรฐานความรู้ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ของงานผู้ป่วยในกับกลุ่มพยาบาล หลังการสอนให้ความรู้และการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยง จึงได้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจ (2) กำหนดแนวทางบริหารความเสี่ยงทุกจุดบริการ (3) ปรับปรุงพื้นที่เพื่อเอื้อต่อการบริหารความเสี่ยงตามที่ทุกคนนำเสนอความคิดเห็นใน Risk prevention (4) พัฒนารูปแบบการสื่อสารร่วมกับทีมนำทางคลินิก (PCT) ในการบริหารความเสี่ยง ประชุมร่วมกับทีมนำทางงานผู้ป่วยในในการจัดตั้งทีมงานและผู้รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยงร่วมกัน และพัฒนาเครื่องมือในการสื่อสารการรายงานความเสี่ยงในทีมนำทางงานผู้ป่วยในโดยมีระบบการรายงานทุกเดือน และประชุมเพื่อหาทางแก้ไขหาต้นตอของปัญหาร่วมกัน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะลงมือปฏิบัติการ

คู่มือบริหารความเสี่ยงสำหรับงานผู้ป่วยใน 1 เล่ม และคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับงานผู้ป่วยใน 1 เล่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตาม 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

อนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในขั้นที่ 3 และขั้นก้าวหน้า รวมคู่มือสำหรับประกอบการบริหารความเสี่ยง 2 เล่ม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity)

ในระยะปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือ โดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นสร้างข้อคำถามตามขอบเขตและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถาม และแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ชัดเจนตามโครงสร้างเนื้อหาในให้ตรงกับกรอบแนวคิดการวิจัย หลักของการวิจัยแล้วหาความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านความเสี่ยง

2.3 ขั้นตอนการสังเกต (Observing)

แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทุกกลุ่ม ทุกจุดบริการในงานผู้ป่วยในเป็นแบบสังเกตเป็นคำถามเป็นแบบ (Check list) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากบริบทของงานผู้ป่วยในและการทบทวนเอกสารมาตรฐานความปลอดภัยการปฏิบัติงานผู้ป่วยใน และจากสถาบันรับรองคุณภาพ แนวปฏิบัติเฉพาะโรค และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้คะแนนปฏิบัติเป็น 1 ไม่ปฏิบัติเป็น 0 จำนวน 5 ข้อในการนำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติทุกจุดบริการหลังการทดลองใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงไปแล้ว 1 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของขั้นตอนการสังเกต

แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน แบบประเมินมีระบบการหาความเชื่อมั่นของแบบสังเกต (Interrater reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้สังเกต 2 คน คือ ที่ปรึกษาและผู้วิจัยโดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตผลการสังเกตพบว่า ตรงกันทุกข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (Reflecting)

หลังได้ร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดแล้วแจ้งหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน 1 ประกาศใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงของงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด ขั้นตอนนี้เป็นการสะท้อนความคิดของกลุ่มเป้าหมาย โดยการสัมภาษณ์ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ในการอบรม

Non-technical skill และสอบถามความพึงพอใจต่อการ
ใช้เครื่องมือ 2 เล่ม นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ
สัมภาษณ์สะท้อนความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยเครื่องมือ
ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามความพึงพอใจของ
บุคลากรต่อการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยงและชุดความรู้
มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับงานผู้ป่วย
ใน มีจำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร
Non - nurse ภายหลังการอบรม Non- technical skill
ในงานผู้ป่วยใน ประกอบด้วยข้อคำถามต่อความพึงพอใจ
ต่อเนื้อหา รูปแบบการจัดรายการ 11 ข้อ ลักษณะคำถาม
ของแบบประเมินความพึงพอใจเป็นแบบมาตราส่วน
ประกอบประมาณค่า (Rating scale) แบบสอบถาม
ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานเก็บข้อมูลภายหลังนำระบบ
ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ (1) แบบสอบถาม
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล คำนวณค่า $CV=0.95$ และ
(2) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานภายหลังนำ
ระบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
จังหวัดไปใช้ $CVI=1.00$

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของระยะ
สะท้อนกลับ** (1) แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือบริหาร
ความเสี่ยงทางการพยาบาลงานผู้ป่วยใน (2) แบบประเมิน
ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการอบรม Non-technical
skill งานผู้ป่วยใน $CVI=0.92$ และ (3) แบบสัมภาษณ์
ถึงโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับ ตรวจสอบคุณภาพ
เครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
ที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงของเนื้อหา การทดสอบ
ความตรงตามสภาพหลังจากนั้นและนำมาปรับปรุงแก้ไข
ตามข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

**ระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผลลัพธ์ของการใช้
ระบบการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล** ระยะการ
ประเมินผลลัพธ์ของระบบการจัดการความเสี่ยงทาง
การพยาบาลของงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดหลังการ
ทดลองใช้ 1 เดือน จึงประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ
โดยสอบถามความคิดเห็นต่อระบบการจัดการความเสี่ยง
จากผู้ร่วมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานผู้ป่วยในติดตาม
อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

**เครื่องมือในระยการดำเนินการวิจัยขึ้นประเมินผล
ประกอบด้วย** (1) แบบรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล
จังหวัด ใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในระยะประเมินผลลัพธ์
ติดตามรายงานอุบัติการณ์ในงานผู้ป่วยในและรายงาน
ตามแบบฟอร์มอุบัติการณ์ และ (2) แบบสอบถามประเมิน
ความคิดเห็นของระบบการจัดการความเสี่ยงจาก
ผู้ร่วมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานผู้ป่วยใน จำนวน 11 ข้อ
(3) แบบประเมินการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล
ของผู้ปฏิบัติในการนำไปปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ในการนำร่าง
รูปแบบครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติทุกจุดบริการหลังการทดลองใช้
ระบบการบริหารความเสี่ยงไปแล้ว 1 เดือน

แบบสังเกตการปฏิบัติตามระบบการจัดการความเสี่ยง
ทางการพยาบาล แบบประเมินมีระบบการหาความเชื่อมั่น
ของแบบสังเกต (Interrater reliability) จำนวน 11 ข้อ
ที่สังเกตค่าความเชื่อมั่น ≥ 0.98 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง
ของการสังเกตระหว่างผู้สังเกต 2 คน คืออาจารย์ที่ปรึกษา
และผู้วิจัยโดยผลการสังเกต ตรงกันทุกข้อและค่าความเชื่อ
มั่นเท่ากับ 1.00

**การวิเคราะห์ข้อมูลในขึ้นประเมินผลระบบการ
จัดการความเสี่ยง** การใช้แบบสังเกตการปฏิบัติของ
กลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการ
ความเสี่ยงทางการพยาบาลแต่ละจุดบริการแล้วนำมา
วิเคราะห์ ความถี่และร้อยละของการปฏิบัติ แบบสอบถาม
ประเมินความคิดเห็นด้านความเป็นไปได้ของระบบ
ความเสี่ยงว่าใช้ได้จริงจากผู้ร่วมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ
งานผู้ป่วยในและสอบถามด้านความครอบคลุมในการ
ปฏิบัติจริง นำไปวิเคราะห์เชิงปริมาณรายด้าน รายข้อ
ร้อยละและรวมใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
สรุปแสดงสร้างรูปแบบการจัดการความเสี่ยงทางการ
พยาบาลการให้บริการผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการวิเคราะห์
เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมีรายละเอียดดังนี้

(1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูล
ที่รวบรวมจากการสนทนากลุ่ม ในระยะศึกษาด้านการ
และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ตามหลักการวิเคราะห์
เนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลจากแบบสอบถาม

และแบบสังเกตนำไปวิเคราะห์เชิงปริมาณรายด้านรายข้อ ร้อยละ และรวมใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอนตลอดการศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย โดยเสนอโครงร่างวิจัย และเครื่องมือการวิจัย เพื่อขอรับรองด้านจริยธรรมทำการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1142565

ตารางที่ 1 จำนวนอุบัติการณ์เกิดความเสี่ยงงานผู้ป่วยใน

ปี พ.ศ.	ระดับความเสี่ยง (ครั้ง)			
	ระดับ E	ระดับ F	ระดับ H	รวม
พ.ศ.2561	10	14	10	34
พ.ศ.2562	12	9	11	32
พ.ศ.2563	15	5	9	29
พ.ศ.2564	9	10	12	31
พ.ศ.2565	7	12	5	24
โดยรวม	53	50	47	150

2. สรุปผลการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพมีข้อสรุปสำคัญ คือ ส่วนใหญ่พยาบาลไม่เข้าใจภาพรวม และขั้นตอนสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ต้องการเห็นรูปแบบหรือระบบบริหารความเสี่ยงที่เป็นรูปธรรมเข้าใจง่าย และพัฒนามาจากเจ้าหน้าที่ทุกคน เป็นรูปแบบ คู่มือหรือมีการนำไปใช้ได้ง่ายและทันสมัยต่อเหตุการณ์ และสอดคล้องกับนโยบายระบบการคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุม ไม่มีการบันทึก ESI (Emergency severity index) ในระบบการบันทึกของโรงพยาบาล บันทึกไม่ครบไม่มีระบบการกำกับการณ์คัดกรองระบบ ESI อย่างเป็นระบบทำให้เกิดอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดระบบการรายงานผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังไม่ชัดเจนระบบการคัดกรอง พัฒนาระบบกำกับ

ผลการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในงานผู้ป่วยของโรงพยาบาลจังหวัดตั้งแต่ พ.ศ.2561-2565 พบว่ามีจำนวน 150 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2561 จำนวน 34 ครั้ง รองลง คือ พ.ศ.2562 จำนวน 32 ครั้ง และพ.ศ.2564 จำนวน 31 ครั้ง ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามระดับความรุนแรงพบว่า ส่วนใหญ่เกิดใน ระดับ E จำนวน 53 ครั้ง รองลงมา คือ ระดับ F จำนวน 50 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ติดตามกระบวนการคัดกรองการเฝ้าระวังอาการ Early warning sign ของโรคต่าง ๆ ไม่มีระบบ Nurse round ไม่มีพื้นที่เฝ้าระวังถึงอาการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังไม่มี ระบบการประเมินซ้ำหลังการคัดกรองตรวจทำให้เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจระบบการเรียกตรวจ ไม่มีการจัดพื้นที่การคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ไม่มีระบบการมอบหมาย Assign งานการถ่ายโอนความเสี่ยงระบบการรายงานพยาบาลและแพทย์อย่างรวดเร็วยังไม่เข้าใจกิจกรรม 12 กิจกรรมทบทวน ไม่มีระบบการทบทวนที่ชัดเจน แต่มีความกระตือรือร้นในการทำงานพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและไม่มีคู่มือที่นำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ข้อสรุปได้ว่า

การจัดการความเสี่ยง ขาดความไวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามระบบ ESI ควรการพัฒนาอบรม Non-technical skill ติดตามความพึงพอใจบริหารความเสี่ยงและการนิเทศการคัดกรองนิเทศงานกำกับติดตาม โดยพยาบาล ติดตามงานด้านความไวต่อความเสี่ยงในการรายงานพยาบาลเมื่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงในระดับ Near miss

3. พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด การดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงมีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน โดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกาท (Kemmis & McTaggart) มาใช้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนกลับ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการ (2) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (3) จัดทำ Risk management tool (4) ปรับสิ่งแวดล้อม

ให้เื้อื่อต่อการจัดการความเสี่ยง (5) การสื่อสารการจัดการความเสี่ยงโดยประสานความร่วมมือผ่าน PCT และ (6) กำกับติดตาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

4. ผลการประเมินผลลัพธ์ของระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางทางการจัดการความเสี่ยงโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 91.25 โดยมีขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่และขั้นตอนการจำหน่ายมีคะแนนมากที่สุด (100%) รองลงมา คือ การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย (85.0%) ตามลำดับ ภายหลั้่นำระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลไปใช้พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อระบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.20, SD.=0.50) โดยที่ระบบที่พัฒนาขึ้นตรงกับปัญหาความเสี่ยงที่จะแก้ไขมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean=4.51, SD=.0.84) และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระดับ Low Risk (เสี่ยงต่ำ) ระดับปานกลาง ระดับ D มากที่สุด จำนวน 11 ครั้ง รองลงมา คือ ระดับ C จำนวน 6 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในงานผู้ป่วยใน

จุดบริการ	ปฏิบัติ (%)	ไม่ปฏิบัติ (%)
การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย		
1. ความพร้อมของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งสถานที่	85.0	15.0
การรับผู้ป่วยใหม่		
2. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการต้อนรับ และการให้ข้อมูล	100.0	0.0
3. มีเอกสารข้อมูลและการประสานงานที่ดี		
การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย		
4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ	80.0	20.0
การจำหน่าย		
5. ผู้ป่วย/ญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	100.0	0.0
โดยรวม	91.25	8.75

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานภายหลังนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลไปใช้ (N=10)

ข้อความ	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1. นำไปปฏิบัติจริง	3.80(1.22)	มาก
2. นำไปปฏิบัติได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	4.40(0.84)	มาก
3. ความเหมาะสมกับหน่วยงาน	4.20(0.91)	มาก
4. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นปฏิบัติได้โดยบทบาทอิสระ ด้านความครอบคลุมในการปฏิบัติจริง	4.10(0.87)	มาก
5. ครอบคลุมทุกจุดบริการ	4.20(1.03)	มาก
6. สามารถนำไปใช้กับผู้ใช้บริการได้ทุกกลุ่มบริการ	4.10(1.10)	มาก
7. ตรงกับปัญหาความเสี่ยงที่จะแก้ไข	4.51(0.84)	มากที่สุด
8. ด้านคุณค่าในการทำงาน	4.40(0.84)	มาก
9. ลดเวลาในการทำงาน	4.40(0.84)	มาก
10. ทำให้มีโอกาสดูแลผู้ใช้บริการได้มากขึ้น	4.20(1.03)	มาก
11. มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ ก่อให้เกิดประโยชน์ ไม่เกิดความเสี่ยงไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	3.90(1.97)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	4.20(0.50)	มาก

ตารางที่ 4 จำนวนความถี่ของระดับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในงานผู้ป่วยใน

กลุ่ม	ความรุนแรง	ระดับ	จำนวน(ครั้ง)
Near miss (เกือบพลาด)	น้อย	A	1
		B	3
Low Risk (เสี่ยงต่ำ)	ปานกลาง	C	6
		D	11
Moderate Risk (เสี่ยงปานกลาง)	ปานกลาง	E	5
		F	1
High Risk (เสี่ยงสูง)	มาก	G	0
		H	0
		I	0

วิจารณ์

1. สภาพปัญหาจากการวิจัยครั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาศาสนาการณการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ความเสี่ยงเกิดจากเจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักและขาดความรอบคอบ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ร่วมกับมีความเหนื่อยล้าจากการทำงาน เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น ต้องการการยอมรับการแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว การสร้างขวัญกำลังใจ และต้องการความช่วยเหลือจากทีมบริหาร ผลการศึกษานำไปสู่การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง เช่น ปรับปรุงแนวทางการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล การนิเทศ และการทำ RCA⁹

2.ระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการวิจัยในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้มี 10 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษารวบรวมข้อมูล 2) สืบหาความรู้ และการปฏิบัติก่อนพัฒนา 3) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และตั้งเป้าหมาย 4) ประชุมกำหนดแผนปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม 5) พัฒนาระบบการจัดการยา 6) พัฒนาระบบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา 7) พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านยา 8) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมระหว่างดำเนินการ และหลังการดำเนินงาน 9) ประเมินผล และ 10) จัดเวทีถอดบทเรียน¹⁰

3. ผลลัพธ์ของระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลครั้งนี้สอดคล้องกับเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานีซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่า หลังการทดลองใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องประเภทของความเสี่ยง ความหมายและเป้าหมายของความเสี่ยงทางการพยาบาล สูงขึ้น พยาบาลวิชาชีพมีการรายงานความเสี่ยงทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น มีการลดลงของระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางการพยาบาล นอกจากนี้พบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล

โดยเฉพาะในเรื่อง ทิศทางนโยบายการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น จากผลการวิจัยชี้แนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลางควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดทำโครงการอบรมบุคลากรทางการพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นควรจัดทำข้อปฏิบัติในการนิเทศพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล¹¹ สอดคล้องกับผลของกระบวนการจัดการความเสี่ยงส่งผลให้ผู้กลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา เปลี่ยนแปลงดีขึ้น และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยนอกลดลงจากเดิม 10.85 ครั้งต่อพันใบสั่งยาเป็น 9.82 ครั้งต่อพันใบสั่งยา การดำเนินงานในครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบเบื้องต้นในการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลเขาวง ที่เรียกว่า “K- W- S- C model” ที่มีจุดเน้นที่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านยาในองค์กร¹⁰ และสอดคล้องกับผลของการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง พบว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านกายภาพและด้านข้อร้องเรียนมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ด้านกระบวนการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามีแนวโน้มลดลง ส่วนอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิด ทศนคติและการรับรู้เชิงบวกต่อการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วยเพิ่มขั้นการพัฒนากระบวนการจัดการความเสี่ยงให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีควรสร้างความตระหนักให้รับผิดชอบร่วมกันมุ่งเน้นการปฏิบัติตามแนวทาง การจัดระบบงานเพื่อลดการเกิดข้อผิดพลาด และสร้างความสุขในงาน⁹

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ประเด็นการนำระบบการจัดการความเสี่ยงทาง

พยาบาลไปปฏิบัติจริงมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ทั้งนี้การนำระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลนั้นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกๆ ฝ่าย ดังนั้น ผู้รับผิดชอบการจัดการความเสี่ยงจะต้องเน้นการสื่อสารภายในหน่วยงานให้มากทุกช่องทางและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาสถานการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วยในมุมมองของผู้รับบริการ โดยใช้เครื่องมือประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองผู้รับบริการ เพื่อช่วยสะท้อนภาพความปลอดภัยได้ครอบคลุมมากขึ้นและควรทำการศึกษาการพัฒนาการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากผลที่ได้จากการทำ RCA อุบัติการณ์รุนแรงส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. รัชนี อยู่ศิริ. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; 2551.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. กรุงเทพฯ: หนังสือตีวัน; 2558.
3. สภากาชาดไทย. มาตรฐานการพยาบาล และการผดุงครรภ์ 2540 [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.tnc.or.th/aw/page-6.html>
4. The Joint Commission. Critical access hospital and hospital national patient safety goals [Internet]. 2006 [cited 2012 Dec 14]. Available from: http://www.splashcap.com /JCA-HO_2006-NPSG-3D.pdf
5. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รอบ 6 เดือน. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
6. โรงพยาบาลจันทพร. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจันทพร; 2565.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). รายงานประจำปี 2561 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.
8. อิทธิพล สูงแข็ง. บรรยายพิเศษเรื่องการบริหารจัดการความขัดแย้งในการบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/01/16725>
9. จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, พรพิมล พลอยประเสริฐ, สมทรง บุตรชีวัน. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;25(7):25-36.
10. วรัญญา ญาติปราโมทย์. การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2563;9:20-30.
11. นิยดา ดีอินทร์. ประสิทธิภาพของระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม. มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.