

กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของ
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วิทยานิพนธ์
ของ
กนกพร ยอดยศ

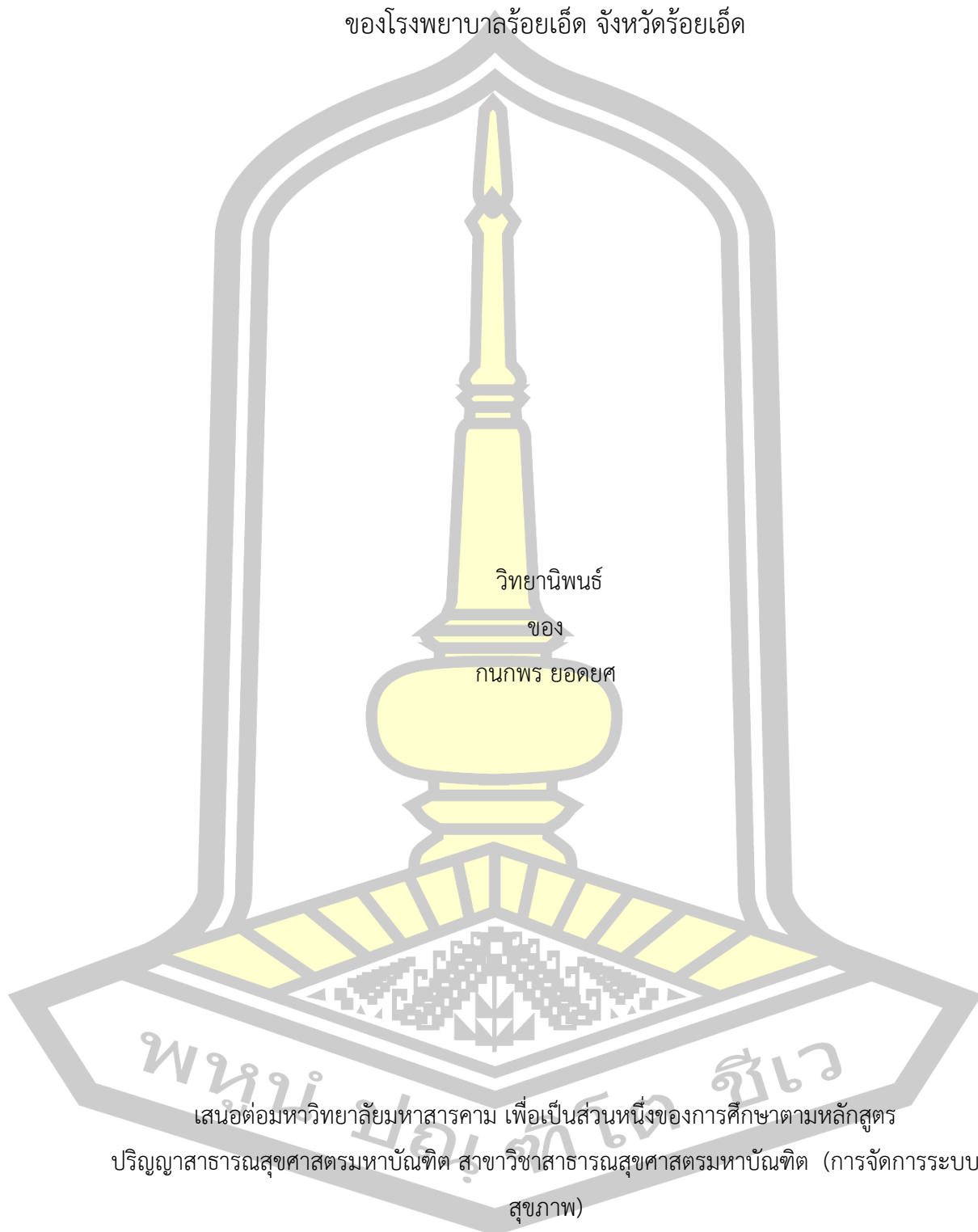
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ตุลาคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยง
ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด



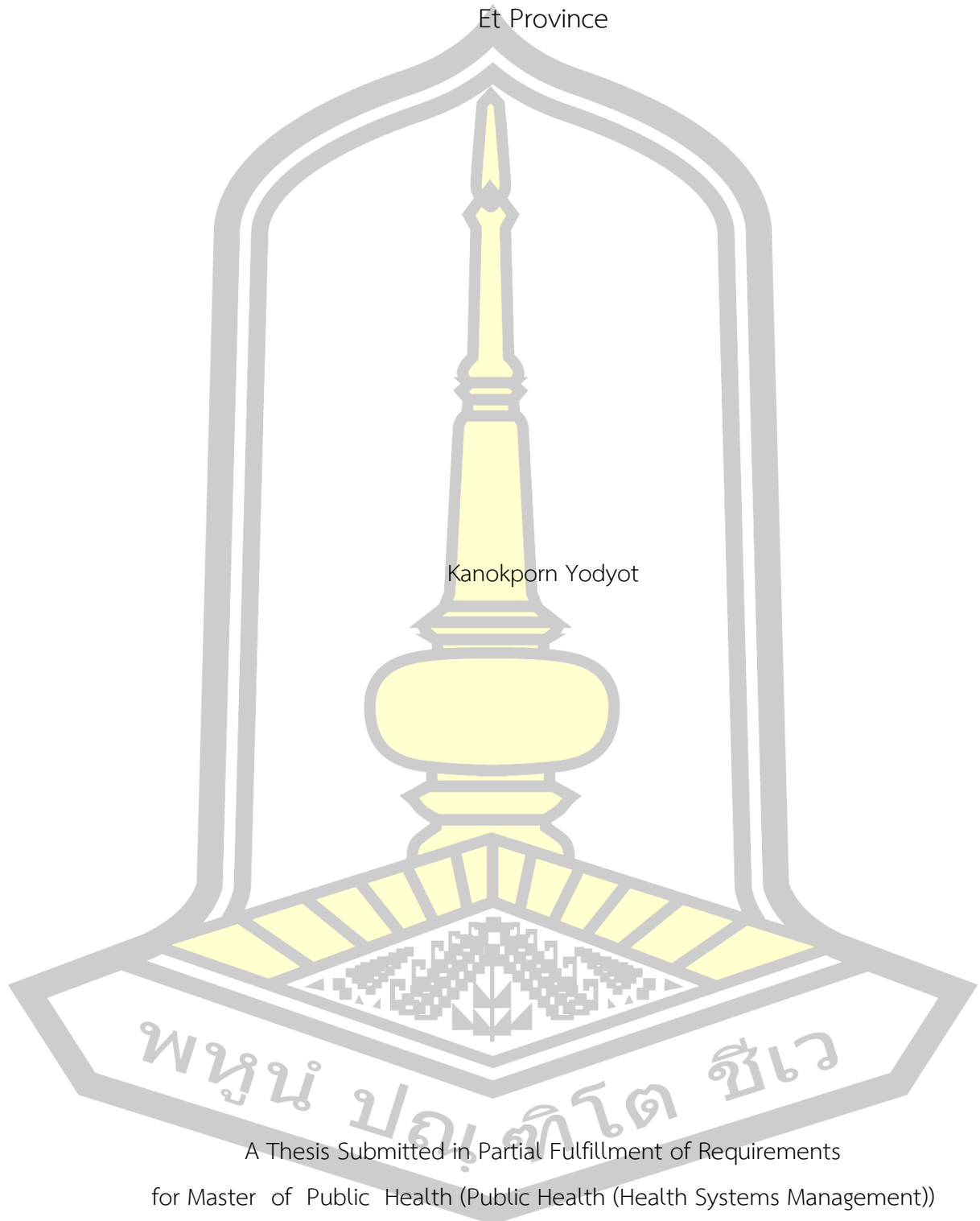
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศาสตรนุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศาสตรนุศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ตุลาคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Developing Process for Risk Management Report System Roi Et Hospital Roi
Et Province



Kanokporn Yodyot

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

October 2018

Copyright of Maharakham University





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวกนกพร ยอดยศ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(นพ. ณรงค์ชัย สังชา)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. นิรุวรรณ เทิร์นโบล)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ดร. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วย ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก นายแพทย์ณรงค์ชัย สังฆา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาช่วยให้คำแนะนำ ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์ กรรมการสอบ อาจารย์ ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่เคารพทุกท่านที่กรุณาชี้แนะ ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จครบถ้วน

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล นางพรรณณี แสงอินทร์ และนางสาวนภัสภรณ์ เจริญสะอาด ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์มนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ให้การสนับสนุนทุกด้านในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้าหน่วยงานและคณะกรรมการ บริหารความเสี่ยงทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ประสานงาน และปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนในการจัดทำวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการบริหาร และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนในครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมทีมวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่เป็นกำลังใจ และร่วมแลกเปลี่ยนปัญหา แשרประสบการณ์ ร่วมกันจนสำเร็จในวันนี้ ขอขอบคุณอาจารย์อภิวัฒน์ ติดานคือ อาจารย์สุไวยรินทร์ ศรีชัย ที่ให้การช่วยเหลือทุกด้าน รวมถึงขอบคุณครอบครัวที่ให้โอกาสทางการศึกษาครั้งนี้

ประโยชน์และคุณค่าในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี ครูอาจารย์ทุกท่านที่ ให้ความรู้ และกัลยาณมิตรทุกคนที่สนับสนุนให้เกิดความมานะ พยายาม ให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

กนกพร ยอดยศ



ชื่อเรื่อง	กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด		
ผู้วิจัย	กนกพร ยอดยศ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ นายแพทย์ ณรงค์ชัย สังชา		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
	บัณฑิต		(การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

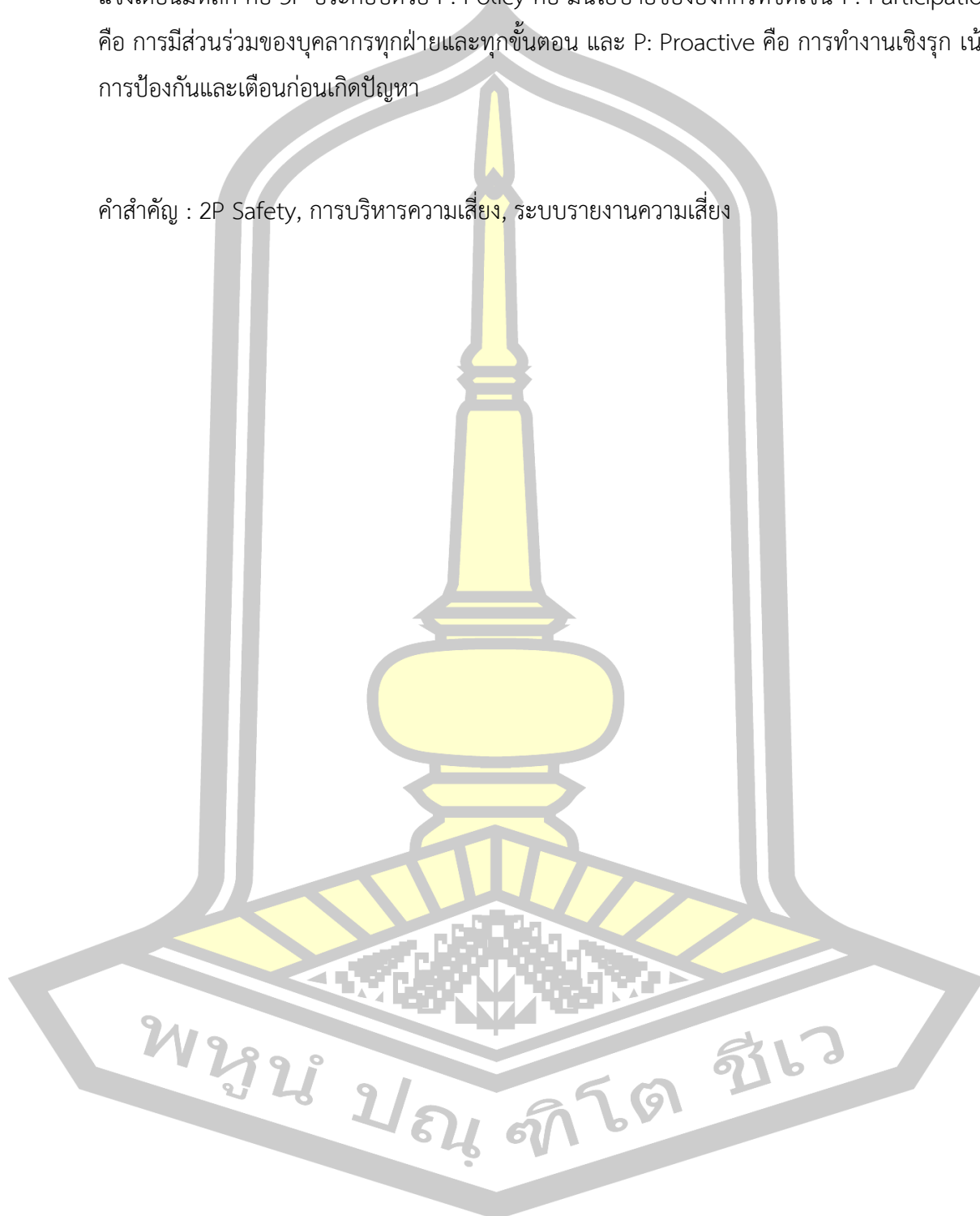
การเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบในกระบวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล จำนวน 80 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มิถุนายน 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Simple t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์บริบทและความเสี่ยงของโรงพยาบาล 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ 3) ประกาศนโยบาย 2P Safety 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยง 5) รณรงค์ 2P Safety เสี่ยงตามสายขยายความรู้ 2P Safety 6) การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code 7) ติดตาม นิเทศงานประเมินกิจกรรมคุณภาพ และ 8) ถอดบทเรียน ซึ่งพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับค่าเฉลี่ยของบทบาทในการบริหารความเสี่ยง ความรู้ การมีส่วนร่วม การปฏิบัติ ความพึงพอใจ และวัฒนธรรมความปลอดภัยเพิ่มสูงขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) และเกิดรูปแบบเบื้องต้นของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คือ ROIET Model



โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการ
แจ้งเตือนมีหลัก คือ 3P ประกอบด้วย P: Policy คือ มีนโยบายขององค์กรที่ชัดเจน P: Participation
คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่ายและทุกขั้นตอน และ P: Proactive คือ การทำงานเชิงรุก เน้น
การป้องกันและเตือนก่อนเกิดปัญหา

คำสำคัญ : 2P Safety, การบริหารความเสี่ยง, ระบบรายงานความเสี่ยง



TITLE	Developing Process for Risk Management Report System Roi Et Hospital Roi Et Province		
AUTHOR	Kanokporn Yodyot		
ADVISORS	Terdsak Promarak , Ph.D. Narongchai Sangsa , M.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2018

ABSTRACT

Risk management surveillance system for safety of patients and health personnel (2P Safety) in hospitals is an important quality health care development towards Hospital Accreditation. This participation action research aimed at studying the development of risk report system and alert notices of risk management in Roi-Et hospital. A total of 80 samples were health personnel in hospital. The study was carried out during February to June, 2018. Both qualitative and quantitative data were collected. Descriptive statistics, including percentage, average, standard deviation and inferential statistics such as Paired Simple t-test were employed for data analyses.

Includes; the research found that an eight-stage risk report system and alert notice development process; 1) Context and risk situation analysis, 2) Planning development, 3) 2P Safety Policy announcement, 4) Risk report participatory meeting, 5) 2P Safety campaign, 6) Risk Reporting via QR Code, 7) Followed-up, and 8) Lesson learned, showed an effective on risk report system and alert notice development. The mean scores of risk management on roles, knowledge, participation, practices, satisfaction, and safety culture were significantly increased (p -value < 0.001). Moreover, ROIET Model for risk report system and alert notices was



occurred.

In conclusion, key successful factors in risk report system and alert notice development process included 3P: P-Policy of hospital, P-Participation of all personnel in all stages of development, and P-Proactive of work emphasizing on prevention and notice prior to problem occurrences.

Keyword : 2P Safety, Risk Management, Risk Report System



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	1
สารบัญแผนภูมิ.....	1
สารบัญภาพประกอบ.....	1
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	3
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
บทที่ 2.....	6
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
2.1 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ.....	6
2.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด.....	51
2.3 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม.....	53
2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	55
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	63



2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	67
บทที่ 3	70
วิธีดำเนินการวิจัย	70
3.1 รูปแบบการวิจัย	70
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	70
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	72
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	76
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	78
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	79
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย	84
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	85
บทที่ 4	86
ผลการศึกษา	86
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
บทที่ 5	114
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	114
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	114
5.2 สรุปผล.....	115
5.3 อภิปรายผล.....	123
5.4 ข้อเสนอแนะ	125
บรรณานุกรม.....	127
บรรณานุกรม.....	128

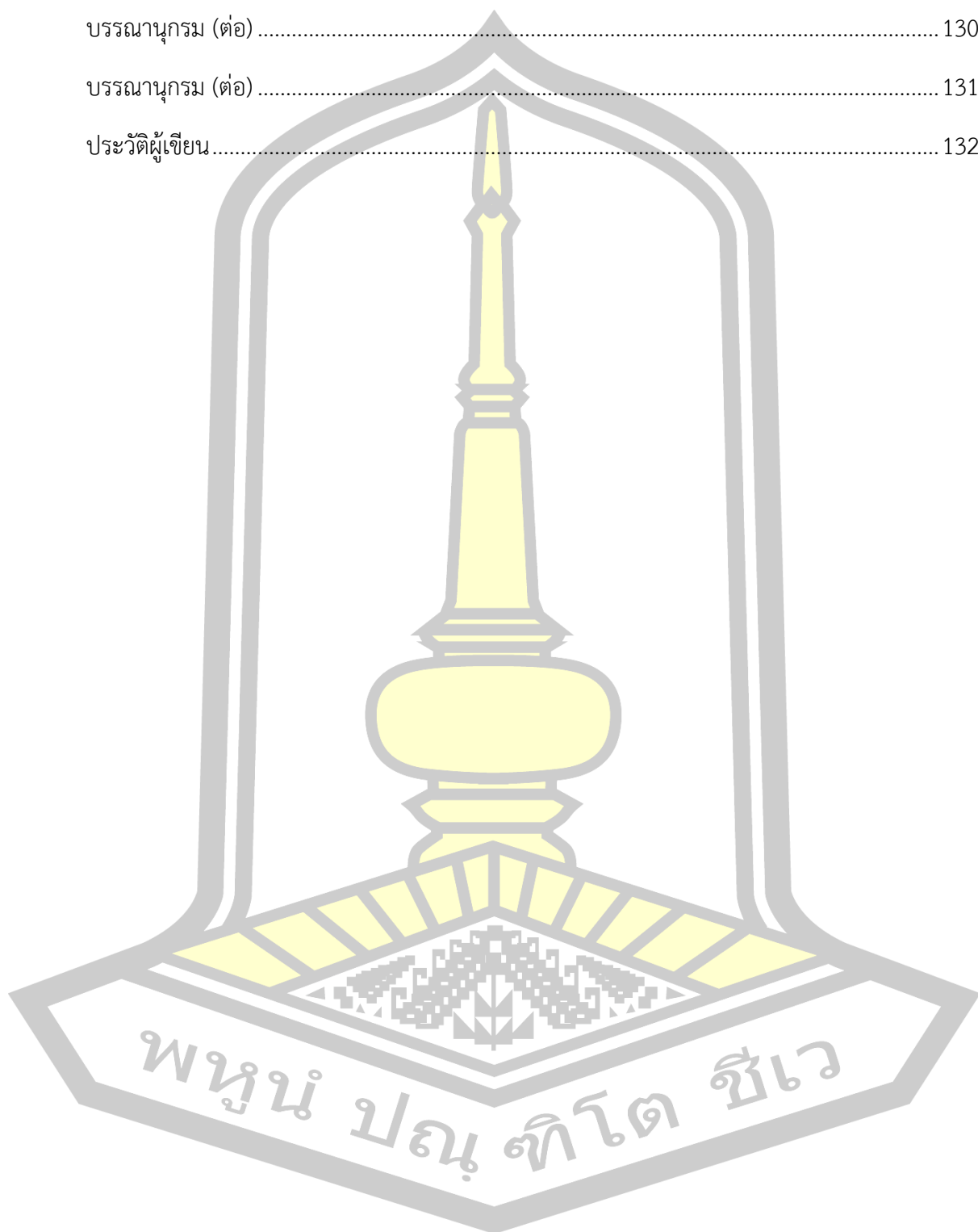


บรรณานุกรม (ต่อ) 129

บรรณานุกรม (ต่อ) 130

บรรณานุกรม (ต่อ) 131

ประวัติผู้เขียน 132



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล	25
ตาราง 2 กรอบระยะเวลาการรายงานและการจัดการความเสี่ยง	26
ตาราง 3 คำจำกัดความและระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ความเสี่ยงด้านคลินิก.....	29
ตาราง 4 คำจำกัดความและระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ความเสี่ยงทั่วไป	31
ตาราง 5 ตัวอย่างความเสี่ยงด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป.....	32
ตาราง 6 การให้คะแนนระดับความรุนแรงของความเสี่ยง.....	35
ตาราง 7 การให้คะแนนความถี่ของเหตุการณ์.....	35
ตาราง 8 การให้คะแนนอุบัติการณ์จำแนกตามความรุนแรงและความถี่.....	35
ตาราง 9 การแจ้งเตือนความเสี่ยง.....	48
ตาราง 10 กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย	71
ตาราง 11 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	71
ตาราง 12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร.....	91
ตาราง 13 การกำหนดกิจกรรมตาม Action Plan.....	93
ตาราง 13 การกำหนดกิจกรรมตาม Action Plan (ต่อ)	94
ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระดับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงใน โรงพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80).....	101
ตาราง 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบทบาทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลของกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80).....	102
ตาราง 16 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระดับความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและ การรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80).....	102
ตาราง 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง.....	103

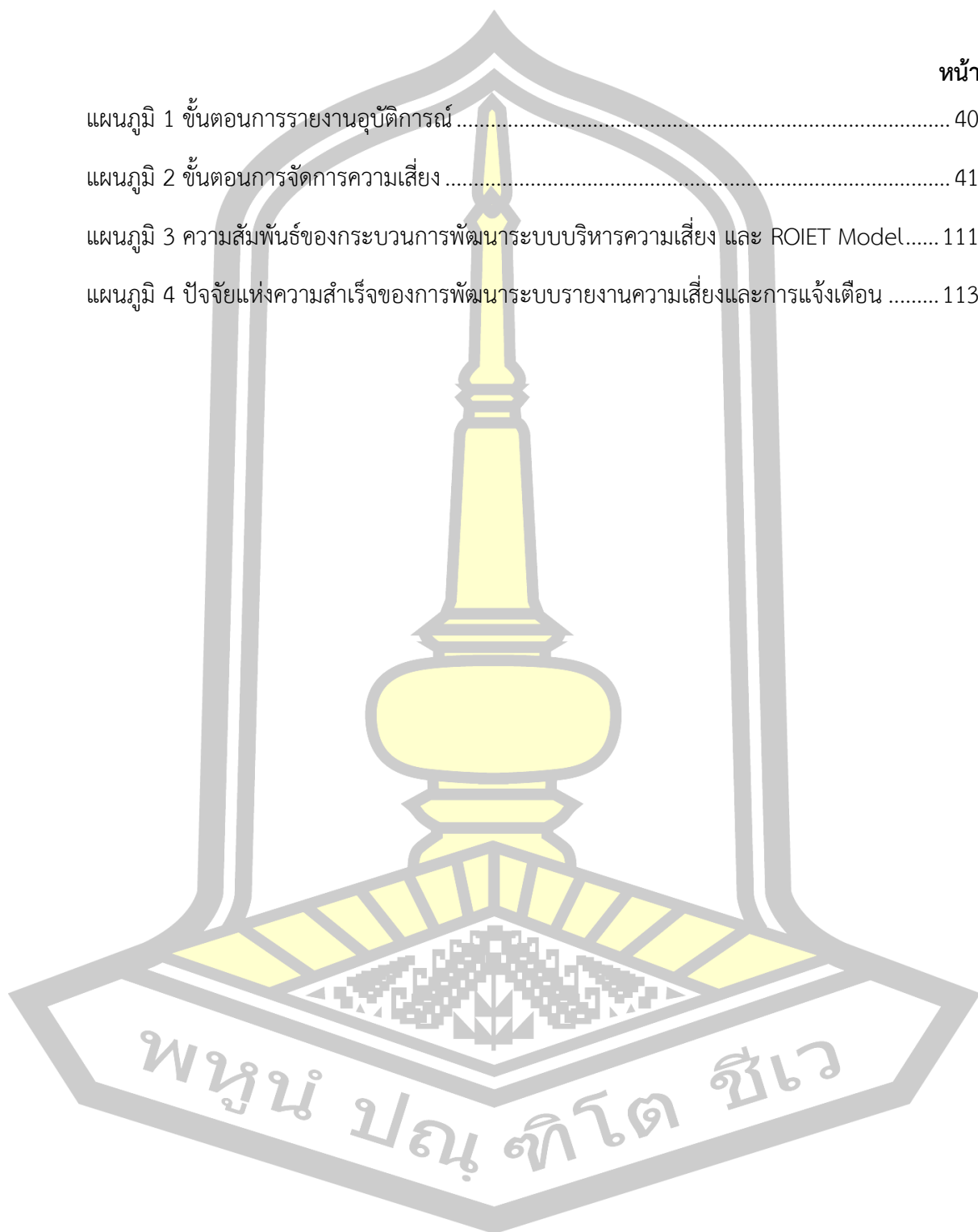


ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80).....	103
ตาราง 19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80).....	104
ตาราง 20 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80).....	104
ตาราง 21 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80).....	105
ตาราง 22 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80).....	105
ตาราง 23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80).....	106
ตาราง 24 คะแนนเฉลี่ยของมิติวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามมิติวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (n = 80).....	106
ตาราง 25 จำนวน ร้อยละ ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา.....	108
ตาราง 26 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80).....	108



สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิ 1 ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์.....	40
แผนภูมิ 2 ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	41
แผนภูมิ 3 ความสัมพันธ์ของกระบวนการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง และ ROJET Model.....	111
แผนภูมิ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน	113



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง	8
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	25
ภาพประกอบ 3 การนำค่าความรุนแรงและความถี่เข้าตาราง Matrix	36
ภาพประกอบ 4 ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	42
ภาพประกอบ 5 การบันทึกรายงานความเสี่ยง	43
ภาพประกอบ 6 การกรอกรายละเอียดความเสี่ยง	43
ภาพประกอบ 7 การดูรายละเอียดติดตามความเสี่ยง	44
ภาพประกอบ 8 การตรวจสอบสถานะความเสี่ยง	44
ภาพประกอบ 9 การตรวจสอบสถานะความเสี่ยง	45
ภาพประกอบ 10 การเข้าระบบความเสี่ยง	45
ภาพประกอบ 11 ความเสี่ยงของหน่วยงาน	46
ภาพประกอบ 12 การบันทึกความเสี่ยง	46
ภาพประกอบ 13 การแก้ไขรหัสผ่าน	47
ภาพประกอบ 14 กรอบแนวคิดในการวิจัย	67
ภาพประกอบ 15 แผนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	88
ภาพประกอบ 16 การปรับปรุงภูมิทัศน์บริเวณภายในโรงพยาบาล	89
ภาพประกอบ 17 โปรแกรมรายงานความเสี่ยง HRMS: Healthcare Risk Management System	90
ภาพประกอบ 18 ประกาศนโยบาย 2P Safety	95
ภาพประกอบ 19 ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้การใช้งานระบบรายงานความเสี่ยง HRMS	96
ภาพประกอบ 20 เติมนรณรงค์การรายงานความเสี่ยง	97



ภาพประกอบ 21 ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง	98
ภาพประกอบ 22 การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code	99
ภาพประกอบ 23 ติดตาม นิเทศงาน.....	101



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มีแนวคิดการพัฒนาโดยได้น้อมนำหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 - 11 เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยให้สังคมไทยสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมั่นคงเกิดภูมิคุ้มกัน และมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การพัฒนาประเทศสู่ความสมดุลและยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) มีการกำหนดยุทธศาสตร์ และทิศทางในการพัฒนาเพื่อให้เกิดสังคมไทยที่พึงประสงค์และการพัฒนาสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยให้มีการปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก และการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมุ่งพัฒนาคุณภาพ ระบบ และวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการ ควบคุม ฝ้าระวัง และป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพ (อนวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2544)

จากวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อปี 2540 เป็นบทเรียนของการขาดการบริหารความเสี่ยง ซึ่งความสูญเสียขยายวงกว้างไปทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศต่างๆ แถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียง แนวคิดในการบริหารความเสี่ยงจึงสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินการขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การศึกษาเรื่องการบริหารความเสี่ยงจึงมีได้จำกัดอยู่เพียงแต่มุมมองของการควบคุมภายในอีกต่อไป หากแต่การบริหารความเสี่ยงได้เข้ามา มีบทบาทในการบริหารจัดการองค์กรทุกประเภท ทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน องค์กรทางการศึกษา องค์กรทางสาธารณสุข ดังนั้น บทบาทขององค์กรด้านสาธารณสุขจึงเป็นอีกองค์กรหนึ่งที่ต้องตระหนักถึงการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งสำหรับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และสถานพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังนั้น จึงได้แถลงนโยบาย “ความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) ให้กับสหสาขาวิชาชีพและองค์กรต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติและพัฒนาระบบให้



สอดคล้องกับการประเมินเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับประเทศ ด้วยเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาจากองค์การอนามัยโลกภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยกำหนดให้มีเป้าหมายความปลอดภัยเป็น National Patient and Personnel Safety Goals และวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน การสนับสนุนให้มี National incidents Reporting and Learning System ที่เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรและหน่วยงานตั้งแต่ระดับพื้นที่ ส่วนภูมิภาค ส่วนกลาง และระดับประเทศ เพื่อเกิดการพัฒนาระบบ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์ และให้โรงพยาบาลในสังกัดร่วมประกาศนโยบายลงสู่พื้นที่เพื่อนำมาสู่การพัฒนาต่อไป

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด A จำนวน 820 เตียง เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ย 2,558 คน/วัน (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2561) มีการรายงานความเสี่ยงผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ผู้แสดงความคิดเห็น การเขียนบันทึกรายงานความเสี่ยง และการยื่นขอเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 ซึ่งการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวนผู้มารับบริการที่สูง และให้บริการที่หลากหลายทำให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยง และอุบัติการณ์ที่มากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเมื่อทบทวนข้อมูลการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลแล้วพบว่า จำนวนผู้ร้องเรียนจากปี 2557-2560 พบความเสี่ยง/อุบัติการณ์ 27,938 เหตุการณ์, 19,765 เหตุการณ์, 15,929 เหตุการณ์ และ 17,860 เหตุการณ์ ตามลำดับ แยกเป็นความเสี่ยงระดับ E-I ปี 2557-2560 มีจำนวน 276 เหตุการณ์, 324 เหตุการณ์, 216 เหตุการณ์ และ 125 ตามลำดับ หากแยกตามความรุนแรงระดับ E-I ที่ได้รับรายงานทันเวลา ปี 2557-2560 พบว่า รายงานทันเวลา จำนวน 43 เหตุการณ์, 63 เหตุการณ์, 128 เหตุการณ์ และ 67 เหตุการณ์ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2560)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ โดยมีตัวชี้วัดที่ต้องการบรรลุเป้าหมายของการจัดการบริหารความเสี่ยงที่สำคัญ เช่น ร้อยละความเสี่ยงด้านคลินิกระดับ E-I และความเสี่ยงทั่วไประดับ 4 รายงานทันเวลา ร้อยละ 80 พบว่า โรงพยาบาลร้อยเอ็ดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากมีการรายงานความเสี่ยงระดับ E-I ทันเวลาเพียง ร้อยละ 56 ในปี 2560 ซึ่งมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ เพราะความเสี่ยงระดับ E-I ที่รายงานไม่ทันเวลาทำให้จัดการความเสี่ยงได้ไม่ทันเวลา และความเสี่ยงนั้นไม่เกิดการทบทวนหาสาเหตุของปัญหาอย่างแท้จริง (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2560)

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญดังกล่าวในการรายงานความเสี่ยงในระบบรายงานความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทุกมิติ และลดปัญหาจำนวนการรายงานน้อยกว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้น



จริง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1.3.2.1 บริบทของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.2 กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.3 ผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

ด้านประชากร ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจ ภายใน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงาน ทั้งหมด 170 คน



ด้านพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษากระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ด้านระยะเวลา มีระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2561-เดือนมิถุนายน 2561 รวมระยะเวลา 5 เดือน

ประเด็นเนื้อหาในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ แนวคิดการจัดการคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA) นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) มาตรฐานการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระบบบริหารความเสี่ยงของสถานพยาบาล และระบบแจ้งเตือนความเสี่ยง

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 การพัฒนาคุณภาพ หมายถึง การปรับปรุงคุณภาพโดยการควบคุมกระบวนการการทำงานเพื่อให้การทำงานง่ายขึ้น ทำให้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตอบสนองต่อผู้รับบริการได้ดีขึ้น ผลลัพธ์ของงานดีขึ้น และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.5.2 ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือการกระทำใดๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคตและมีผลกระทบหรือทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร

1.5.3 2P Safety หมายถึง นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

1.5.3.1 Patient Safety หมายถึง ความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้ กล่าวคือ ระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้บนพื้นฐานของข้อมูล ความรู้ ทรัพยากร และบริบทที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความเสี่ยงระหว่างการไม่ได้รับหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ

1.5.3.2 Personal Safety หมายถึง ความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เริ่มจากให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยขณะที่ปฏิบัติงาน

1.5.4 การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง กระบวนการดำเนินงานขององค์กรที่เป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้องค์กรลดมูลเหตุของแต่ละโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย ให้ระดับของความเสียหายและขนาดของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ ประเมินได้ ควบคุมได้ และตรวจสอบได้อย่างมีระบบ โดยคำนึงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรเป็นสำคัญ



1.5.4.1 มาตรฐานการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ (Risk, Safety, and Quality Management System: RSQ) หมายถึง เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ

1.5.4.2 ระบบบริหารความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System: HRMS) หมายถึง ระบบการรายงานความเสี่ยงและการจัดการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ผ่านระบบเครือข่ายออนไลน์ เข้าถึงได้ที่เว็บไซต์ www.reh-hrms.com ซึ่งบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกคนสามารถเข้าใช้งานระบบเพื่อรายงานความเสี่ยงได้

1.5.4.3 การรายงานความเสี่ยง หมายถึง การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดความเสียหาย หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ผ่านระบบเครือข่ายออนไลน์ HRMS จากผู้แสดงความคิดเห็น การสแกน QR Code เพื่อรายงานความเสี่ยงและข้อเสนอแนะ หรือเขียนรายงานผ่านใบบันทึกอุบัติการณ์

1.5.4.4 การแจ้งเตือนความเสี่ยง หมายถึง ข้อความที่แสดงเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ถูกรายงานเข้ามาในระบบ HRMS และรายงานผ่านใบบันทึกความเสี่ยง

1.5.5 วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) หมายถึง คุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความเสี่ยงโดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกทำโทษ มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่อแหลมต่างๆ ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบในการศึกษา และจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีประเด็นต่างๆ ในการนำเสนอ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
- 2.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม
- 2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

2.1.1 แนวคิดการจัดการคุณภาพ

การจัดการคุณภาพ (Quality Management) คือ กระบวนการพัฒนาและบริหารจัดการงานที่ประกอบด้วย นโยบายคุณภาพ วัตถุประสงค์ คุณภาพ การวางแผนงานคุณภาพ ระบบการบริหารจัดการเชิงคุณภาพ ระบบการตรวจสอบหรือการประเมินผล และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าของพนักงานและของสังคม การบริหารงานคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management: TOM) คือ แนวทางการบริหารองค์กรที่ยึดถือคุณภาพเป็นศูนย์กลางและอาศัยความร่วมมือของสมาชิกทุกๆ คนในองค์กร โดยมุ่งเป้าหมายไปที่ความสำเร็จระยะยาวขององค์กร จากการสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า และเอื้อประโยชน์ต่อสมาชิกทุกคนในองค์กรและต่อสังคม (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2542)

แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus) การดำเนินงานที่มีคุณภาพไม่เพียงแต่จะช่วยให้องค์กรสามารถทำงานได้ดีตามเป้าหมายที่ต้องการเท่านั้นแต่ยังช่วยสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า และมีต้นทุนในการดำเนินงานที่ได้เปรียบคู่แข่ง ดังนั้น จึงมีนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญทางด้านคุณภาพหลายท่านได้ให้ความสนใจ และวางแผนแนวความคิดเกี่ยวกับ



คุณภาพจนกลายเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ดังต่อไปนี้ (ดวงรัตน์ เรืองอุไร, 2555)

2.1.1.1 วอลเทอร์ เอ ชูฮาร์ต Walter A. Shewhart (2468) เป็นผู้ริเริ่มใช้วิธีการทางสถิติในการควบคุมคุณภาพที่เรียกว่า การควบคุมคุณภาพเชิงสถิติ (Statistical Quality Control) โดยใช้แผนภูมิควบคุม และการสุ่มตัวอย่าง เพื่อการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ ซึ่งใช้ในการควบคุมคุณภาพมาจนถึงทุกวันนี้

2.1.1.2 วิลเลียม เอ็ดเวิร์ดส เดมมิ่ง W. Edward Deming (2481) เป็นผู้บัญญัติหลักการบริหารคุณภาพ 14 ข้อ ดังต่อไปนี้

1) จงสร้างปณิธานอันมุ่งมั่นแน่วแน่ในการปรับปรุงคุณภาพของสินค้าหรือบริการ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างชัดเจน โดยผูกพันในเป้าหมายอย่างต่อเนื่องและจริงจังใน 4 เป้าหมายหลัก คือ นวัตกรรม (Innovation) การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance)

2) จงยอมรับปรัชญาใหม่ๆ ของการบริหารคุณภาพ โดยนำเอาวัฒนธรรมแห่งคุณภาพมาเป็นหลักการประจำใจของพนักงานทุกคน โดยเปลี่ยนแปลงจากการทำงานตามที่ได้รับคำสั่งมาเป็นการดูแลรับผิดชอบในผลงานของตนเอง

3) จงยุติการควบคุมคุณภาพโดยอาศัยการตรวจสอบ เพราะการควบคุมคุณภาพจะต้องมุ่งที่การควบคุมกระบวนการผลิตเป็นสำคัญ ไม่ใช่อาศัยการตรวจสอบที่ตัวสินค้าที่ผลิตเสร็จแล้วเท่านั้น ซึ่งจะไม่สามารถป้องกันความผิดพลาดไม่ให้เกิดขึ้นได้

4) จงยุติวิธีดำเนินธุรกิจโดยการตัดสินกันที่ราคาขายเพียงอย่างเดียว เพราะราคาขายที่ต่ำแต่คุณภาพของสินค้าไม่ได้มาตรฐานก็ไม่สามารถทำให้ลูกค้าซื้อสินค้าได้

5) จงปรับปรุงระบบการผลิตและการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรของเดมมิ่ง (Deming) เพื่อการปรับปรุงตามขั้นตอนวางแผน - ลงมือทำ - ตรวจสอบ - ลงมือปฏิบัติ ซึ่งเรียกว่า Plan Do Check Act หรือ PDCA ต่อเนื่องกันไป

6) จงทำการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอให้แก่พนักงานทุกคน โดยเฉพาะเรื่องของการควบคุมคุณภาพเชิงสถิติและเครื่องมือแห่งคุณภาพ

7) จงสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้น ด้วยการให้พนักงานเป็นผู้นำตนเองให้ได้ เพื่อรับผิดชอบในผลงานของตนเอง โดยการทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งนับเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของการสร้างวัฒนธรรมแห่งคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กร

8) จงขจัดความกลัวให้หมดไป โดยสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ ผู้ที่สงสัยต้องกล้าสอบถามในสิ่งที่ตนไม่รู้และกล้าแสดงออกเพื่อเสนอแนะวิธีการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น



9) จงทำลายสิ่งกีดขวางความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยการกำจัดโครงสร้างที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการติดต่อประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้หมดสิ้นไป หรือใช้การจัดโครงสร้างองค์การแบบไขว้สายงาน (Cross Function) เพื่อให้พนักงานต่างหน่วยงานสามารถร่วมมือกันได้เต็มที่

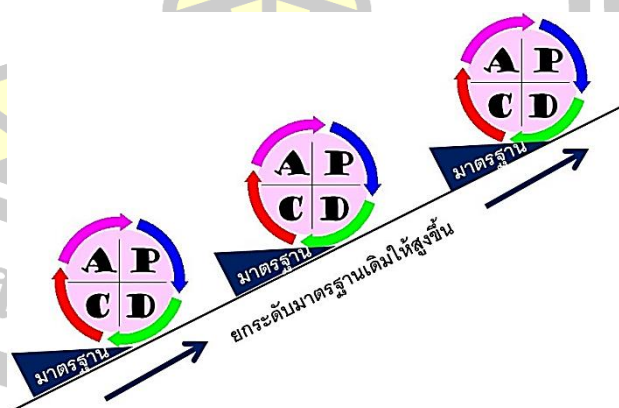
10) จงกำจัดคำขวัญและเป้าหมายซึ่งเป็นสิ่งสมมุติ แต่ต้องนำมาลงมือปฏิบัติจริง ด้วยการใช้คำขวัญและเป้าหมายเพื่อการจูงใจหรือกระตุ้นเตือน จึงต้องมีวิธีการปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุคำขวัญหรือเป้าหมายนั้นด้วย

11) จงกำจัดจำนวนโควตาที่เป็นตัวเลข เพราะการมุ่งเน้นแต่ปริมาณทำให้พนักงานละเลยคุณภาพ ผู้บริหารจึงไม่ควรใช้ตัวเลขโควตา เพื่อการวัดผลงานแต่เพียงอย่างเดียว

12) จงกำจัดสิ่งกีดขวางความภาคภูมิใจของพนักงาน โดยมอบรางวัลหรือคำชมเชยในการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพหรือ เมื่อพนักงานได้เสนอแนะข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงคุณภาพ

13) จงจัดทำแผนการศึกษาและทำการฝึกอบรมบ่อยครั้ง แผนการศึกษาและการฝึกอบรมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะรองรับโครงการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะเทคโนโลยีการผลิตเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงต้องลงทุนระยะยาวในการฝึกอบรมพนักงานเพื่อความอยู่รอดและเจริญก้าวหน้าขององค์กร

14) จงลงมือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุสำเร็จการเปลี่ยนแปลง ตัวผู้บริหารก็ต้องจัดองค์การและนำตนเองเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อการปรับปรุงคุณภาพร่วมกับพนักงานโดยการลงมือปฏิบัติด้วยให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมงาน และเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง



ภาพประกอบ 1 วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง

ที่มา: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2544)



การวางแผน (Plan: P) การวางแผนเป็นการกำหนดเป้าหมายและทิศทางในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพ การลงมือปฏิบัติ (Do: D) การปฏิบัติ เป็นการนำเอาแผนไปปฏิบัติ (Action Plan) และลงมือปฏิบัติ (Implement) การตรวจสอบ (Check: C) การตรวจสอบ เป็นการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงาน การปฏิบัติปรับปรุงแก้ไข (Action: A) การปรับปรุง เป็นการกำหนดมาตรฐานจากผลการดำเนินงานใหม่เพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการปฏิบัติงานในอนาคต

15) โจเซฟ เอ็ม จูรัน Joseph M. Juran (2503) เป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของอุตสาหกรรมญี่ปุ่น เขาได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพไว้ดังนี้

คุณภาพ หมายถึง ความเหมาะสมกับประโยชน์ใช้สอยที่ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หรือผู้รับบริการต้องการ (Fitness for Use) พนักงานควรเอาใจใส่เสนองานที่มีคุณภาพต่อลูกค้าภายใน (Internal Customer) เท่ากับการเอาใจใส่ในระดับคุณภาพที่ลูกค้าภายนอก (External Customer) ลูกค้าภายในคือ แผนกงานขั้นตอนต่อไปที่รับผลงานไปผลิตต่อ ดังนั้น ถ้าพนักงานทุกคนพิถีพิถันให้งานมีคุณภาพดีในทุกขั้นตอน ทุกแผนกงานย่อมจะทำให้ผลผลิตที่จะออกไปสู่ลูกค้าภายนอกมีความสมบูรณ์แบบให้ความสำคัญกับการค้นหาปัญหาสำคัญเพียง 2-3 ปัญหา (Vital Few) ที่เป็นสาเหตุใหญ่แห่งความบกพร่อง เพราะปัญหาส่วนใหญ่มักเกิดจากสาเหตุหลักเพียงไม่กี่ประการตามหลัก 20 - 80 การผลิตสินค้าที่มีคุณภาพ ต้องเกิดจากการตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพของผู้บริหารระดับสูง ตลอดจนความร่วมมือของพนักงานทุกคนในองค์กร และให้ความสำคัญกับการผลิตสินค้าตั้งแต่กระบวนการออกแบบแล้วทำการจัดซื้อวัตถุดิบจากผู้ขาย ไปจนถึงการขนส่งและการจัดจำหน่ายจนถึงมือลูกค้า

2.1.1.3 ฟิลลิป ครอสบี Phillip B. Crosby (2522) ในอดีตรองประธานกรรมการและกรรมการด้านคุณภาพของบริษัท ITT แห่งสหรัฐอเมริกา ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารคุณภาพไว้ ดังนี้

คุณภาพเป็นเรื่องที่ได้มาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเลย (Quality is Free) เพราะคุณภาพการผลิตต่ำจะทำให้สินค้าขายไม่ได้ แต่คุณภาพการผลิตสูงจะทำให้สินค้าขายได้แม้ต้นทุนการผลิตจะสูงก็ตาม ดังนั้น ต้นทุนการมีคุณภาพที่ดีต่ำกว่าต้นทุนการมีคุณภาพไม่ดี สร้างนิยามว่า “คุณภาพคือการทำได้ตามข้อกำหนด” (Conformance to Requirements) โดยยึดหลักตามความต้องการของลูกค้าหรือผู้ใช้ มุ่งเน้นวัฒนธรรมของของเสียเป็นศูนย์ (Zero Defect Culture) ให้คุณภาพสมบูรณ์แบบ ต้องทำการตรวจวัดต้นทุนของคุณภาพทั้งหมดโดยเน้นการป้องกันความผิดพลาดต่างๆ

2.1.1.4 อาร์มานด์ วี ไฟเกนเบอร์ว A.V. Feigenbaum (2503) เป็นผู้เขียนหนังสือ การควบคุมคุณภาพสมบูรณ์แบบซึ่งเน้นการประสานงานและความร่วมมือของทุกคนในองค์กร



อันเป็นแนวทางที่ประเทศญี่ปุ่นได้นำไปปฏิบัติจนก้าวขึ้นสู่ประเทศอุตสาหกรรมชั้นนำของโลก โดยเน้นการป้องกันความผิดพลาดต่างๆ

2.1.1.5 คะโอรุ อิชิกาวา Kaoru Ishikawa (2498) ได้ร่วมมือกับ Shrew Hart ในการใช้หลักการควบคุมคุณภาพเชิงสถิติ และได้นำเอาแผนภูมิควบคุมไปใช้ในอุตสาหกรรมญี่ปุ่น ผลงานของเขา คือพัฒนาเครื่องมือ 7 อย่างในการควบคุมคุณภาพ (7 QC Tools) ได้แก่ แผนผังแสดงเหตุและผลหรือแผนผังก้างปลา ผังพาเรโต กราฟ ฮิสโตแกรม แผนภูมิการควบคุมกระบวนการ แผนผังการกระจาย และใบตรวจสอบ พัฒนากิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ (Quality Control หรือ QC) ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มอย่างอิสระในสายงานเดียวกันเพื่อค้นหาปัญหาในการปฏิบัติงานแล้วร่วมกันหาทางแก้ไข พัฒนาแนวคิดการควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์กร โดยให้ทุกคนเอาใจใส่ความต้องการของลูกค้าภายใน (Company-wide Quality Control หรือ CWQC) ซึ่งเป็นการร่วมมือกันของทุกคนในองค์กรในการควบคุมคุณภาพ

2.1.1.6 เก็นนิชิ ทากูชิ Genichi Taguchi (2493) เป็นผู้สร้างแนวคิดที่ว่าคุณภาพที่ดีต้องเริ่มต้นตั้งแต่การออกแบบ คือ ความจริงจังของคุณภาพ (Quality Robust) เป็นแนวคิดในการผลิตผลิตภัณฑ์อย่างเป็นแบบแผนเดียวกันภายใต้ระบบและสถานะของการผลิตที่ไม่เหมาะสม เมื่อมีของเสียเกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว ควรแก้ไขโดยขจัดผลเสียนั้นมากกว่าการขจัดสาเหตุ เพราะค่าใช้จ่ายในการขจัดผลต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในการขจัดสาเหตุ เนื่องจากข้อบกพร่องบางอันเล็กน้อยจนไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพ ต้นทุนของคุณภาพที่เกิดขึ้นเมื่อคุณภาพแตกต่างจากสิ่งที่ลูกค้าต้องการ (Quality Loss Function) ซึ่งได้แก่ ต้นทุนค่าประกัน ต้นทุนการสูญเสียลูกค้า ต้นทุนการตรวจสอบภายในต้นทุนการซ่อมแซม รวมทั้งต้นทุนที่เกิดขึ้นกับสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นค่าใช้จ่ายที่ธุรกิจต้องจ่ายเมื่อคุณภาพไม่เป็นไปตามความคาดหวังของลูกค้า คุณภาพที่มุ่งตามเป้าหมาย (Target-oriented Quality) เป็นปรัชญาในการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อจะทำให้ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพตรงเป้าหมายที่กำหนดไว้แต่ละแนวความคิดจากปรมาจารย์เหล่านี้ได้เป็นแนวทางการบริหารคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพในรุ่นต่อมา เพื่อสร้างระบบการบริหารคุณภาพในอุตสาหกรรม และในการดำเนินงานด้านอื่นๆ ที่จะสร้างความพึงพอใจสูงสุด

2.1.1.7 หลักการบริหารงานคุณภาพในองค์กร หลักการพื้นฐานของการบริหารงานคุณภาพในองค์กร ประกอบด้วย การมุ่งตอบสนองความต้องการของลูกค้าโดยมีวิธีการ ดังนี้

1) สรรวจตรวจสอบและทดสอบความต้องการของลูกค้า ตั้งแต่ความคาดหวังที่ลูกค้าต้องการจากองค์กร ผลิตภัณฑ์ หรือบริการ จนถึงความพึงพอใจเมื่อลูกค้าได้รับสินค้า

2) ตรวจสอบความต้องการของลูกค้า ให้ความคาดหวังมีความสอดคล้องกับความพอใจ

3) ประเมินผลความพึงพอใจของลูกค้าเทียบกับความคาดหวังหรือไม่ ต้องปรับปรุง

ในเรื่องอะไร



4) สร้างระบบความสัมพันธ์ระหว่างลูกค้ำกับองค์กร เพื่อให้องค์กรได้รับข้อมูลความต้องการที่ถูกต้อง โดยการจัดระบบการบริหารลูกค้ำสัมพันธ์

5) สร้างระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้ทั่วทั้งองค์กรร่วมตอบสนองความต้องการของลูกค้ำ (พนักงานทุกคนมุ่งมั่นตอบสนองความต้องการของลูกค้ำ)

บริหารงานอย่างเป็นผู้นำ (Leadership) ผู้นำขององค์กรใช้หลักการบริหารอย่างเป็นผู้นำ เพื่อนำทางให้เพื่อนร่วมงานในองค์กรไปสู่เป้าหมายคุณภาพ ทั้งนี้ต้องคงไว้ซึ่งบรรยากาศการทำงานที่มีประสิทธิภาพด้วยแนวทางการบริหารงานอย่างเป็นผู้นำ ได้แก่

- 1) กำหนดวิสัยทัศน์ ให้ชัดเจนตรงตามความต้องการของลูกค้ำ
- 2) ตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย แล้วสร้างขวัญกำลังใจให้พนักงานมุ่งมั่นสู่เป้าหมาย
- 3) สร้างค่านิยมส่งเสริมคุณภาพในองค์กรด้วยการฝึกอบรม
- 4) สร้างคุณค่าการทำงานด้วยการส่งเสริมระบบความร่วมมือ
- 5) สร้างจริยธรรมที่ดีในการทำงานด้วยการเป็นแบบอย่างให้พนักงานเห็น
- 6) สร้างความเชื่อมั่นขจัดความกลัวและความไม่มั่นคงขององค์กร ด้วยการสร้าง

ความสามัคคี และมีส่วนร่วมในการบริหารงาน

7) สร้างความสำเร็จด้วยการจัดทรัพยากรอย่างพอเพียง

8) สร้างความเข้าใจระหว่างพนักงานกับผู้บริหารด้วยระบบการสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพ

การมีส่วนร่วมของพนักงาน (Involvement of People) สมาชิกทุกคนขององค์กรมีความสำคัญ ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จได้โดยเปิดโอกาสให้พนักงานร่วมคิด ร่วมสร้างสรรค์ หรือร่วมปรับปรุงแก้ไขปัญหาการทำงาน มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1) องค์กรยอมรับความสามารถของพนักงานและบทบาทการมีส่วนร่วมของ

พนักงาน

2) พนักงานมีความตระหนักในความเป็นเจ้าขององค์กร

3) สร้างกิจกรรมให้พนักงานมีส่วนร่วม

4) สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในบทบาทการมีส่วนร่วมของพนักงาน

5) เปิดโอกาสให้พนักงานได้เพิ่มพูนประสบการณ์ ความรู้ และทักษะทั้งจาก

ภายในองค์กร และภายนอกองค์กร

6) ส่งเสริมความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของพนักงาน

7) ประเมินผลงาน โดยรวมเอาผลงานความคิดสร้างสรรค์ไว้ด้วยกัน



การบริหารโดยกระบวนการ (Process Approach to Management) กระบวนการประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ และผลลัพธ์จากการดำเนินงาน กระบวนการบริหารงานคุณภาพในองค์กร ได้แก่

1) ปัจจัยนำเข้า คือ ความต้องการของลูกค้า มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ในการวัดและประเมินตามข้อบ่งชี้ได้ นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญต่อปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ ด้วย

2) กระบวนการดำเนินงาน มีการออกแบบกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน ให้การดำเนินงานเป็นไปโดยราบรื่น ต่อเนื่อง มีระบบการควบคุมงาน การฝึกอบรม อุปกรณ์ และวัตถุดิบอย่างเพียงพอ มีการวางแผนการดำเนินงานโดยกำหนดความรับผิดชอบและหน้าที่อย่างชัดเจน

3) ผลลัพธ์จากการดำเนินงานมีการประเมินผลลัพธ์ที่ได้ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นและผลกระทบจากภายในและภายนอกขององค์กรที่ส่งผล ต่อลูกค้า

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นแนวความคิดการพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพ พบว่าประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเรื่องนี้ คือ หลักการบริหารงานคุณภาพในองค์กร หลักการพื้นฐานของการบริหารงานคุณภาพในองค์กร โดยเรื่องจากภาวะผู้นำ บริหารงานอย่างเป็นผู้นำ (Leadership) ผู้นำขององค์กรใช้หลักการบริหารอย่างเป็นผู้นำ เพื่อนำทางให้เพื่อนร่วมงานในองค์กรไปสู่เป้าหมายคุณภาพ

2.1.2 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA)

กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกระบวนการประเมินคุณภาพระดับบริการของสถานพยาบาลในทุกด้านเปรียบเทียบกับมาตรฐานระดับชาติ เป็นระบบที่ทำด้วยความสมัครใจ ประกอบด้วย การประเมินและปรับปรุงคุณภาพของสถานพยาบาล เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการเรียนรู้ และการรับรองจากองค์กรภายนอกการรับรองเป็นเพียงส่วนเดียวและส่วนสุดท้ายของกระบวนการแต่จุดสำคัญ คือ การประเมิน และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2561) เป็นการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรตามปรัชญาการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร ที่ต้องมีการมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นสำคัญ (Customer Focus) มีการคำนึงถึงเป้าหมายขององค์กร วิสัยทัศน์พันธกิจ และเป้าหมายของการจัดบริการในองค์กร พยายามรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานและจรรยาบรรณ มีความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมุ่งเน้นความสอดคล้องต่อมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมีขอบเขตในเรื่องการมีระบบบริหารคุณภาพ ระบบบริหารความเสี่ยง และระบบบริหารผู้ประกอบวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและระบบบริการที่มีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพร่วมด้วยโดยพื้นฐานสำคัญของกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือการเรียนรู้



ร่วมกัน มีความตระหนักในความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองไปพร้อมๆกัน มีการพัฒนาทีมงานและองค์กร เพื่อเป้าหมายคือ ให้ผู้รับบริการได้รับผลการทำงานที่มีคุณภาพ (สงวนสิทธิบัตร และคณะ, 2543)

คุณค่าของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีทั้งคุณค่าในส่วนของเนื้อหา ซึ่งจะเป็นแนวคิดเชิงบวกในการปรับปรุงคุณภาพ กระตุ้นและส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีความมุ่งมั่นเป็นเลิศอีกทั้งเป็นการให้แนวทางสำหรับการบริหารและการปฏิบัติงานที่ดี ส่วนคุณค่าของกระบวนการจะเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริงเมื่อคนในองค์กรมีความเต็มใจที่จะเรียนรู้ และรับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น ไม่ปิดบังจุดอ่อนของตนเอง โดยการมีบุคคลภายนอกมาให้ความรู้และเป็นที่ยอมรับส่วนคุณค่าของการนำไปใช้ประโยชน์ เนื่องจากองค์กรที่ได้รับการรับรองคุณภาพ จะเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับประชาชนได้รับทราบว่าจะระบบงานและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองนั้นเป็นไปตามมาตรฐาน สถานพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการและการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และมีความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2540)

กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีจุดกำเนิดเมื่อปี ค.ศ. 1919 ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา โดยเริ่มมาในระยะเวลาใกล้เคียงกัน โดยที่มหาวิทยาลัยโคลัมเบียของอเมริกาคำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับโรงพยาบาลที่จะใช้เป็นที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์ไว้ 5 ข้อ คือ 1) การจัดตั้งองค์กรแพทย์ 2) แพทย์จะต้องได้รับปริญญาและใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ 3) คณะแพทย์จะต้องประชุมกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง ทบทวนบันทึกและการให้บริการ 4) แพทย์จะต้องบันทึก ข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายถูกต้องสมบูรณ์ 5) มีสถานที่และเครื่องมือเพียงพอรวมทั้งบริการพยาธิวิทยา รังสีวิทยา และชันสูตร โดยโรงพยาบาลในแคนาดาก็เข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่วางต้น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2540)

ในปี ค.ศ. 1951 มีการจัดตั้งองค์กรพัฒนาการรับรองคุณภาพสหรัฐอเมริกา (The Joint Commission on Accreditation of Hospital and Organization: JCAHO) โดยรวมตัวกันระหว่างวิทยาลัยศัลยแพทย์วิทยาลัยอายุรแพทย์สมาคมโรงพยาบาล แพทย์สมาคมในอเมริกา กับแพทย์สมาคมในแคนาดา เพื่อทำหน้าที่ตรวจรับรองโรงพยาบาล โดยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 มาตรฐานโรงพยาบาลจะครอบคลุมระดับของผลการปฏิบัติงานในหน้าที่ และให้ความสำคัญแก่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยในการดำเนินงานเกี่ยวกับองค์ประกอบมาตรฐานการดำเนินงาน ได้แก่ ภาวะผู้นำ การปรับปรุงการปฏิบัติงาน การจัดการด้านสารสนเทศ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร การให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์การจัดการด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมการจัดตั้งองค์กรแพทย์และการควบคุมการติดเชื้อ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2540)



ในปี ค.ศ. 1954 แคนาดาได้แยกตัวออกมาจัดตั้ง Canadian Commission on Hospital Accreditation (CCHA) ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนไม่คำกำไรทำหน้าที่ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในแคนาดา โดยในระยะแรกใช้มาตรฐานเดียวกับอเมริกา ในปี ค.ศ. 1958 ได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลของตนเอง และปีต่อมาก็กำหนดภารกิจขององค์กรไว้อย่างชัดเจนว่า เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเหมาะสมในทุกแง่มุม โดยการที่โรงพยาบาลและสถานบริการทุกแห่งบรรลุมาตรฐานการรับรองคุณภาพ (Accreditation) ด้วยวิธีการสมัครใจ ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 มีการเปลี่ยนชื่อมาเป็น Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) เนื่องจากมีการประเมินสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ที่หลากหลายมากขึ้น

ต่อมาปี ค.ศ. 1992 สภารับรองคุณภาพแคนาดามีการยอมรับปรัชญาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นพื้นฐานในการประเมินคุณภาพอย่างเป็นทางการ นำไปสู่การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล และการประเมินคุณภาพทำให้เกิดมาตรฐานฉบับใหม่ ฉบับปี ค.ศ. 1995 ใช้หลักเกณฑ์การประเมินใหม่ และปี ค.ศ. 1995 มีการปฏิรูปเกิดขึ้นหลายประเทศในแคนาดา เช่น การรวมกลุ่มของโรงพยาบาล และตั้งคณะกรรมการเพื่อบริการโรงพยาบาลในพื้นที่ การให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนมากขึ้น กระบวนการรับรองคุณภาพ จึงได้ก้าวทันไปกว่าการดูแลในสถานพยาบาล (Institution-based Care) ไปสู่การดูแลชุมชนด้วย (Community-based Care) จึงได้เปลี่ยนชื่อจาก CCHFA มาเป็นสภารับรองคุณภาพสถานพยาบาลแคนาดา (Canadian Council on Health Services Accreditation: CCHSA) ยอมรับเอาปรัชญาการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นพื้นฐานในการประเมินคุณภาพอย่างเป็นทางการโดยมีหลักการ 5 ประการ คือ

- 1) แนวคิดเรื่องลูกค้า (Client) ผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งหมดของสถานพยาบาล ซึ่งต้องตอบสนองความคาดหวังต่อการดูแลรักษาและบริการ
- 2) กระบวนการและผลลัพธ์ (Process and Outcomes) มุ่งให้ความสนใจในวิธีการทำงานหรือระบบงานเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ การประเมินผลจะประเมินที่กระบวนการเป็นหลัก และจะดูที่ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกระบวนการด้วย
- 3) ทีมผู้ให้บริการ (Teams) โดยการให้อำนาจ ทรัพยากร และการฝึกอบรมที่จำเป็น มีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการทำงาน และมีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานหรือสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยการทำงานเป็นทีมซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการทั้งหมด
- 4) ผู้นำ (Leadership) มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน อำนวยความสะดวก ซึ่งแนวทางให้แก่ทีมผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุงคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องมีบทบาทในการสร้างวิสัยทัศน์เพื่อคุณภาพและการวางแผนคุณภาพ



5) การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) มีความพยายามที่จะทำให้ดีขึ้นอยู่ตลอดเวลา (อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2540) ปัจจุบันได้มีเครือข่ายขององค์กรพัฒนาการรับรองคุณภาพสหรัฐอเมริกาเป็นหน่วยงานที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกระบวนการรับรองคุณภาพระดับนานาชาติที่เรียกว่า Joint Commission International Accreditation (JCIA) องค์กรนี้ได้มีการพัฒนากระบวนการรับรองคุณภาพจากการทบทวนมาตรฐาน และทดสอบนำร่องในหลายโรงพยาบาลในละตินอเมริกา ยุโรปและแถบตะวันออกกลาง เมื่อปี ค.ศ. 1999 โดยมาตรฐานดังกล่าวนี้ จะเป็นเรื่องของการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กรเป็นหลัก โดยมีรายละเอียดมาตรฐานด้านการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2) สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว 3) การประเมินผู้ป่วย 4) การดูแลผู้ป่วย และ 5) การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนที่ 2 มาตรฐานเกี่ยวกับการบริหารองค์กร ได้แก่ 1) การบริหารจัดการและปรับปรุงด้านคุณภาพ 2) การนำองค์กร ภาวะผู้นำและการบริหารองค์กร 3) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัย 4) การกำหนดคุณสมบัติและการให้การศึกษาต่อบุคลากร 5) การจัดการด้านสารสนเทศ และ 6) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปัจจุบันได้มีการนำประเด็นใหม่ในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่นำมาสอดแทรกในมาตรฐานเพื่อให้ผู้นำใช้ในการวิเคราะห์และบริหารจัดการในเรื่องกระบวนการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และลดความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งในระบบสารสนเทศการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการปฐมนิเทศกระบวนการทำงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยให้บุคลากรมีความตระหนักในเรื่องดังกล่าว

ในประเทศออสเตรเลีย มีองค์กรอิสระที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพในบริการสุขภาพเป็นองค์กรที่ 3 ปี ค.ศ. 1994 องค์กรการพัฒนาคุณภาพในบริการสุขภาพออสเตรเลีย (The Australian Council on Healthcare Standards: ACHS) มีการทบทวนวารสารโลก โดยเฉพาะในโรงพยาบาล แต่เป็นเรื่องคุณภาพความสำเร็จในธุรกิจขององค์กรที่มีการพัฒนา หลังจากนั้นได้นำแนวคิดวงจรคุณภาพ (Quality Cycle) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ เมื่อปี ค.ศ. 1990 พบว่า องค์กรคุณภาพต้องประกอบด้วยลักษณะดังนี้ 1) ต้องรู้ว่าลูกค้าต้องการอะไร จะส่งมอบผลผลิตและบริการให้ลูกค้าอย่างไร (Customer Focus) 2) มีการนำที่เข้มแข็ง (Strong Leadership) 3) มีวัฒนธรรมของการพัฒนาทบทวนวิธีการทำงานของตนเอง และหาทางทำให้ดีขึ้น (A Culture of Improvement) 4) มีหลักฐานข้อมูลของการวัดผลลัพธ์ (Evidence of Outcome) และ 5) เป็นการมองดูองค์กรอื่นตลอดเวลาว่าทำอย่างไร ไม่ว่าจะเป็คู่แข่งหรือไม่ (Striving for Best Practice) ต่อมา มีการสร้างโครงการประเมินผลการปรับปรุงคุณภาพที่มีชื่อว่า Equip Principle (Evaluation and Quality Improvement Program) ซึ่งเป็นวิธีการทำให้โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพ โดยกำหนดมาตรฐานและเกณฑ์แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงผลลัพธ์ที่มาจากโครงสร้างและกระบวนการ คือ 1) การดูแลอย่าง



ต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งส่งกลับเข้าไปในชุมชน (Continuum of Care) 2) การบริหารจัดการ และภาวะผู้นำ (Leadership & The Environment) 3) การบริหารจัดการด้านบุคลากร (Human Resource) 4) การบริหารข้อมูล (Information Management) คือ มีข้อมูลที่ถูกต้องในสถานที่ ที่ถูกต้อง ในเวลาที่เหมาะสม และการรักษาความลับ 5) การปฏิบัติงานที่มีความปลอดภัยรวมถึงด้าน สิ่งแวดล้อม (Safe Practice & The Environment) และ 6) การปรับปรุงการปฏิบัติงาน (Improving Performance) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2544)

ปัจจุบันมีการจัดทำมาตรฐานนานาชาติสำหรับการรับรองคุณภาพบริการ ขององค์กร ด้านสังคมสำหรับคุณภาพในบริการสุขภาพระดับนานาชาติ (International Society for Quality in Health Care: ISQua) ที่มีชื่อว่า ALPHA Standards (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation) ที่ได้พัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานของหน่วยงานมีทำหน้าที่ในการ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศนิวซีแลนด์ประเทศออสเตรเลีย ประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และประเทศแคนาดา โดยมีองค์ประกอบของมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน โรงพยาบาล คือ 1) ด้านการกำหนดเป้าหมายและการนำองค์กร เช่น การกำหนดวิสัยทัศน์พันธกิจ แผนกลยุทธ์ภาวะผู้นำและการนำองค์กรที่มีประสิทธิภาพ 2) การบริหารจัดการระบบคุณภาพ เช่น การมีนโยบาย และความมุ่งมั่นในเรื่องคุณภาพ มีการแนะนำให้บุคลากรใช้ดัชนีชี้วัดในการติดตามการ พัฒนาและปรับปรุงคุณภาพตลอดจนการอบรมทักษะเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพในทุกหน่วยงาน 3) การบริหารและพัฒนาบุคคล มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติ การจัดสรรคัดเลือก และการแต่งตั้ง บุคลากรตามคุณสมบัติและความสามารถของตำแหน่งต่างๆ ให้มีการปฐมนิเทศ ในเรื่องวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมขององค์กร ลักษณะงานและความรับผิดชอบ ระบบบริการคุณภาพ การพัฒนาบุคลากร เกี่ยวกับทักษะและความรู้โดยจัดฝึกอบรมนอกจากนี้มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร และ จัดระบบความปลอดภัยในการทำงาน 4) การบริหารระบบการเงินการคลัง ซึ่งมีการประเมินและ ตรวจสอบงบประมาณ และการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และ 5) การจัดการระบบข้อมูลข่าวสารโดยมี การออกแบบระบบตามความต้องการของผู้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อข้อมูลมีการอบรมผู้ใช้ เทคโนโลยีด้านข้อมูลข่าวสาร มีระบบข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำ ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือมีระบบ รักษาความลับของข้อมูล

สำหรับประเทศไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสาธารณสุข มีโครงการวิจัย ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐบาลด้วยแนวคิดการบริหารคุณภาพทั้ง องค์กรและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2539 - มีนาคม 2540 สามารถวิเคราะห์องค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ คือ ความมุ่งมั่นของผู้นำ ระบบข้อมูลและการวิเคราะห์สารสนเทศ การวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ การบริหารและพัฒนา ทรัพยากรบุคคล กระบวนการคุณภาพ ผลงานขององค์กร (ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรงการสนับสนุน



บริการ และการให้บริการอนามัยชุมชน) และการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มุ่งความพึงพอใจของผู้ป่วย

กรอบมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย คือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก 2558 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) ที่กล่าวถึงระบบงานที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของโรงพยาบาลในภาพรวม การประเมินตามมาตรฐานนี้จึงมุ่งเน้นที่การประเมินระบบงาน ไม่ได้มุ่งประเมินการทำงานในระดับบุคคลหรือวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ระบบงานที่กำหนดไว้จะส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพมาปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งถือว่าผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวงเน้นการทำงานเป็นทีม เพื่อปรับปรุงระบบงานให้ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้นำองค์กรให้การสนับสนุนอย่างแข็งขันและต่อเนื่อง ภายในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก จะพบว่ามีเนื้อหาทั้งหมด 31 เรื่อง ตามลักษณะงานบริการหรือการบริหารจัดการ ซึ่งแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ 1) การนำองค์กร 2) มาตรฐานร่วมที่ทุกหน่วยงานต้องใช้ 3) การบริหารระดับองค์กร 4) บริการทางคลินิก และ 5) บริการสนับสนุนอื่นๆ

การนำองค์กร ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร 2) องค์กรบริหารสูงสุด และ 3) การนำและการบริหารมาตรฐานระดับองค์กร ได้แก่ 1) โครงสร้างทางกายภาพ 2) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล 3) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4) ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล 5) บริการทางการแพทย์/องค์กรแพทย์ และ 6) บริการพยาบาล/องค์กรพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2544)

มาตรฐานระดับหน่วยงาน คือมาตรฐานที่ใช้ร่วมกัน ได้แก่ มาตรฐานทั่วไป องค์ประกอบ 9 ข้อ คือ 1) พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ 2) การจัดองค์กรและการบริหาร 3) การจัดการทรัพยากรบุคคล 4) การพัฒนาทรัพยากรบุคคล 5) นโยบายและวิธีปฏิบัติ 6) สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ 7) เครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก 8) ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ และ 9) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

สำหรับมาตรฐานบริการด้านคลินิกและบริการสนับสนุนอื่นๆ เป็นการนำมาตรฐานทั่วไประดับหน่วยงานไปขยายความให้เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละบริการ ต่อมาเดือนกุมภาพันธ์ 2543 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้จัดทำมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลฉบับบูรณาการขึ้นโดยนำข้อกำหนดทั้งหมดมาสรุปรวม 6 หมวด 20 บท ซึ่งเชื่อมโยงจากระดับองค์กรไปสู่ระดับหน่วยงาน โดยมีเกณฑ์ในการรับรอง ดังนี้

1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย การนำองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารระดับสูงต้องแสดงถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ มีความสามารถในการชักจูงให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของการพัฒนามีการมอบหมายให้มีทีมผู้รับผิดชอบในการประสานงาน



และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจน นอกจากนี้มีการกำหนดทิศทางนโยบายที่เป็นเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล มีการสื่อสารเพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความเข้าใจและรู้บทบาทของตน ตลอดจนการนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล

2) ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ประกอบด้วย การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ การบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่ดี สะดวก สบาย และปลอดภัย มีเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและเพียงพอในการให้บริการ มีระบบบำรุงรักษาที่ดี และระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการบริหาร การบริการ และการพัฒนาคุณภาพ

3) กระบวนการคุณภาพ ประกอบด้วย กระบวนการคุณภาพทั่วไป กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ เช่น มีการค้นหาความเสี่ยง มีระบบป้องกันความเสี่ยงมีการทำงานเป็นทีมทั้งภายในหน่วยงานระหว่างหน่วยงาน และระหว่างสาขาวิชาชีพ มีการศึกษาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการ มีการประกันคุณภาพในทุกกระบวนการหลักมีการติดตามดัชนีชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ และมีการปรับปรุงระบบงานและกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการบริการทั่วไป และด้านคลินิกบริการ

4) การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ประกอบด้วย การจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล เพื่อดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ มีการกำหนดการคัดเลือก การจัดอัตรากำลัง รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทักษะของแพทย์มีกิจกรรมเพื่อทบทวนและตรวจสอบผลการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ เช่น การทบทวนทางการแพทย์ และการทบทวนการใช้ทรัพยากร เป็นต้นนอกจากนี้ยังมีระบบการบริหารการพยาบาล เพื่อดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ และพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล

5) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ประกอบด้วย การแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสิทธิของตนเอง โดยแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตระหนักในเรื่องสิทธิของผู้ป่วย และมีการจัดระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย นอกจากนี้มีแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจนในเรื่องที่จะเป็นประเด็นด้านจริยธรรมองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การกำหนดค่าบริการที่เรียกเก็บเงิน/เจ้าหน้าที่ การรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย

6) การดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วย การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวโดยผู้ป่วยได้รับการดูแลตามลำดับความเร่งด่วน มีการลงนามยินยอมรับการรักษาหลังจากที่ได้รับการอธิบายจนเป็นที่เข้าใจนอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพียงพอมีการประเมิน และวางแผนดูแลรักษา โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการดูแลรักษากระบวนการให้บริการ/การ



ดูแลผู้ป่วย และการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องและให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองตามระดับ ความรู้ความสามารถของผู้ป่วย

2.1.2.1 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety)

(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561a) ได้ให้ความหมายของ 2P Safety ไว้ว่า 2P Safety เป็นการสร้างความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการ (P: Patient Safety) และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (P: Personnel Safety) ซึ่งสามารถสรุปเป็นคำสั้นๆ ของแนวทางว่า SIMPLE นั่นคือ การสร้างความปลอดภัยนั้นจะแบ่ง ออกเป็น 2 ส่วน คือ ผู้ป่วย และบุคลากร โดยแบ่งออกเป็นมาตรการความปลอดภัยออกเป็น 6 กลุ่ม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มอบทิศทางการยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ของประเทศไทย (Strategic Directions of 2P Safety of Thailand) เน้นให้ความสำคัญกับเรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข ให้มีส่วนร่วมในการวางระบบเพื่อป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การจัดการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธาณสุขนับเป็น หนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการ สุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และที่สำคัญบุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจในการ ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายเรื่องความปลอดภัย ของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุขขึ้น โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีบทบาทในการ ดำเนินการร่วมกับ 15 องค์กรหลัก ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อจะขับเคลื่อนเรื่อง ดังกล่าวร่วมกัน รวมถึงการตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธาณสุขเป็นประธาน และมีการวางทิศทางและระยะเวลาในการขับเคลื่อน มีการร่างแผน ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) ที่ให้ความสำคัญ มุ่งเน้นในการวางระบบเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และมีการ กำหนดเป็นเป้าหมายความปลอดภัย สื่อสารในโรงพยาบาล ควบคู่กับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ภายใต้งานปฏิบัติที่เรียกโดยย่อว่า SIMPLE ซึ่งอธิบายแยกตามองค์ประกอบได้ดังนี้

1) SIMPLE for Patient Safety Goal

แนวทางในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีชื่อว่า SIMPLE ย่อมาจาก Safe Surgery, Infection Control, Medication and Blood Safety, Patient Care Process, Line Tube and Catheter and Laboratory และ Emergency Response ทั้งนี้ ในวงสนทนาย่อย



หัวข้อตัวอักษร SIMPLE “SIMPLE” หลักความปลอดภัยผู้ป่วย ผ่าตัดปลอดภัย ไม่ติดเชื้อ ใช้ยาเหมาะสมประกอบด้วย

S = Safe Surgery การผ่าตัดที่ปลอดภัย S หรือการผ่าตัดที่ปลอดภัยมีการวางแผนเป้าหมายที่จะลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากกระบวนการผ่าตัดและเพิ่มการส่งเสริมการสื่อสารการทำงานเป็นทีมที่คำนึงถึงขั้นตอนความปลอดภัยที่สำคัญร่วมกัน โดยจะใช้วิธีตรวจเช็คเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด (Safe Surgery Checklist) ที่สอดคล้องกับการทำงานแต่ละแห่งและอาศัยการทำงานร่วมของศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาล ตั้งแต่ก่อนเริ่มให้การรับความรู้สึกจนถึงขั้นตอนก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

I = Infection Control การป้องกันการติดเชื้อ I หรือการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งมีประเด็นที่หลากหลาย แต่จุดที่กำลังเป็นที่สนใจของสังคมคือเรื่องเชื้อดื้อยา แผนนี้ตั้งเป้าว่าจะป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หนึ่งในมาตรการต่างๆ คือ การกำหนดแนวทางการใช้ยาของโรงพยาบาลไม่ให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบรุนแรง โดยกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยาที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานการติดเชื้อดื้อยาแก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

M = Medication & Blood Safety ความปลอดภัยในการให้ยาและเลือด ขณะที่หัวข้อตัวอักษร M หรือความปลอดภัยในการให้ยาและเลือด โดยมีเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU)

P = Patient Care Process เน้นความรับผิดชอบของผู้ให้บริการในการตรวจสอบ Identity ของผู้ป่วยว่าถูกต้องตรงกับบุคคลที่จะให้การดูแลตามแผน (เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สิ่งส่งตรวจ หัตถการ) ก่อนที่จะให้การดูแล ส่งเสริมให้มีการใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว (เช่น ชื่อ และวันเกิด) เพื่อยืนยันตัวบุคคลเมื่อแรกรับหรือเมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น และก่อนที่จะให้การดูแล ไม่ควรใช้หมายเลขเตียงหรือห้อง เป็นตัวบ่งชี้กำหนดให้วิธีการบ่งชี้ผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันที่องค์กร เช่น ใช้ป้ายชื่อมือสีขาวซึ่งมีรูปแบบมาตรฐานที่สามารถเขียนข้อมูลเฉพาะลงไปได้ หรือใช้ Biometric Technology จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีตัวบ่งชี้และเพื่อแยกแยะผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน รวมทั้งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือสับสนที่ไม่ใช้การซักถาม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการเขียนฉลากที่ภาชนะสำหรับใส่เลือดและสิ่งส่งตรวจอื่นๆ ต่อหน้าผู้ป่วย จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการรักษา Identity สิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการ ตรวจวิเคราะห์ตั้งแต่ Pre-analytical, Analytical และ Post-analytical Process จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการสอบถามเมื่อผลการ



ตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจอื่นๆ ไม่สอดคล้องกับสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย จัดให้มีการตรวจสอบซ้ำและทบทวนเพื่อป้องกันการบันทึกข้อมูลซ้ำอัตโนมัติโดยเครื่องคอมพิวเตอร์

แนวทางในการสื่อสารระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยโดยใช้ SBAR (Situation - Background - Assessment - Recommendation) ซึ่งง่ายต่อการจดจำเป็นกลไกที่ชัดเจนและมีประโยชน์ในการกำหนดกรอบการสนทนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะวิกฤติ ซึ่งต้องการความสนใจและการลงมือปฏิบัติโดยทันที ได้แก่ ใช้รูปแบบการสื่อสารที่หลากหลายและเหมาะสมกับแพทย์ เช่น Direct Page, สำนักงาน/ ห้องทำงาน, โทรศัพท์บ้านในวันหยุดหรือนอกเวลาทำการ, โทรศัพท์มือถือ โดยไม่ควรรอนานกว่า 5 นาที สำหรับความพยายามในการติดต่อใหม่ ให้ใช้วิธีการทุกวิธีก่อนที่จะสรุปว่าไม่สามารถติดต่อ แพทย์ได้ก่อนที่จะโทรศัพท์รายงานแพทย์ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไป

1) ถามตัวเองว่าได้เห็นและประเมินผู้ป่วยรายนี้ด้วยตนเองหรือไม่
2) ทบทวนว่าได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยรายนี้กับพยาบาลที่มีความรู้มากกว่าหรือไม่

3) ทบทวนเวชระเบียนเพื่อพิจารณาว่าควรรายงานแพทย์ท่านใด
4) รับรู้การวินิจฉัยเมื่อแรกรับและวันที่รับไว้
5) ถามตัวเองว่าได้อ่านบันทึกความก้าวหน้าแพทย์และพยาบาลเวอร์ที่แล้วได้บันทึกไว้หรือยัง

6) เตรียมสิ่งต่อไปนี้ให้พร้อมในขณะรายงานแพทย์ คือ เวชระเบียนผู้ป่วย บัญชีรายการยาและสารน้ำที่ผู้ป่วยกำลังได้รับ การแพ้ยา การตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ สัญญาณชีพล่าสุด รายงานผลการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ วันและเวลาที่ทำการตรวจทดสอบ และผลการตรวจทดสอบครั้งที่แล้วเพื่อการเปรียบเทียบ Code Status ในการรายงานแพทย์ ให้ใช้ SBAR

(S) Situation: สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน

- ระบุตัวผู้รายงาน หน่วยงาน ชื่อผู้ป่วย หมายเลขห้อง
- ระบุปัญหาสั้นๆ เวลาที่เกิด ความรุนแรง

(B) Background: ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์

- การวินิจฉัยเมื่อแรกรับและวันที่รับไว้
- บัญชีรายการยา สารน้ำที่ได้รับ การแพ้ยา การตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ
- สัญญาณชีพล่าสุด
- ผลการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ วันเวลาที่ทำการทดสอบ



และผลการตรวจ ทดสอบครั้งที่แล้วเพื่อการเปรียบเทียบ

- ข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ
- Code Status

(A) Assessment: การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล

(R) Recommendation: ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล เช่น

- ต้องการให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรับไว้แล้ว
- การย้ายผู้ป่วยไปอยู่หน่วยดูแลวิกฤติ
- ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากแพทย์โดยด่วน
- การเปลี่ยนแปลงคำสั่งการรักษา
- บันทึกการเปลี่ยนแปลงสถานะของผู้ป่วยและการรายงานแพทย์

L = Line, Tube, Catheter เป็นการเน้นย้ำกับผู้ช่วย ผู้ป่วย และครอบครัวว่าไม่ควรถอดหรือต่ออุปกรณ์ต่างๆ ด้วยตนเองควรขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อมีปัญหากำหนดให้มีการ Label High-Risk Catheter (เช่น Arterial, Epidural, Intrathecal) ควรหลีกเลี่ยงการใช้ Catheter ซึ่งมี Injection Ports สำหรับตำแหน่งเหล่านี้ กำหนดให้ผู้ดูแล Trace สายทุกเส้นจากต้นทางไปถึง Connection Port เพื่อยืนยัน Attachments ก่อนที่จะมีการ Connect, Reconnect, ให้ยา สารละลาย หรือเวชภัณฑ์อื่นๆ ให้กระบวนการ Line Reconciliation ที่เป็นมาตรฐานเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารส่งมอบข้อมูล (Handover Communication) โดย Recheck Tubing Connections และ Trace Tubes & Catheters ทุกเส้นไปยังแหล่งต้นทางเมื่อรับผู้ป่วยใหม่ที่หน่วยและเมื่อมีการเปลี่ยนเวรห้ามใช้ Standard Luger Syringes ในการให้ยากินหรืออาหารทางสายยาง ใช้การประเมินและทดสอบความเสี่ยง (FMEA) เพื่อค้นหาโอกาสเกิด Misconnection เมื่อจะซื้อ Catheter และ Tube ชนิดใหม่บรรจุการอบรมเกี่ยวกับอันตรายของ Tube & Device Misconnection ในการปฐมภูมิและการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ ส่งเสริมให้จัดซื้อ Tube และ Catheter ซึ่งถูกออกแบบเพื่อความปลอดภัยและป้องกัน Misconnections กับอุปกรณ์หรือ Tube อื่นๆ

E = Emergency Response คือ สร้างความมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีความรู้ ความสามารถที่จำเป็นในการติดตาม วัด แปลความหมาย และตอบสนองโดยทันทีอย่างเหมาะสม กับระดับของการดูแลที่กำลังให้อยู่ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่อาจจะต้องขอความช่วยเหลือและเจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ เกี่ยวกับนโยบายและวิธีปฏิบัติในการตอบสนองอย่างเร่งด่วน วัตถุประสงค์การเกิด Cardiopulmonary Arrest และอัตราการเสียชีวิตก่อนและหลังการดำเนินการตามระบบนี้ ปรับปรุงคำจำกัดความของกรณีที่สามารถป้องกันได้โดยแยกเอาผู้ป่วย ระยะเวลาสุดท้ายที่คาดว่าจะต้องเสียชีวิตและผู้ป่วยที่มีคำสั่งไม่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพออก



จากการคำนวณประเมินผลได้และประสิทธิผลของ Intervention ที่ใช้เพื่อค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง เช่น จำนวนการเรียก Code ช่วยชีวิตที่ลดลง, จำนวนการย้ายผู้ป่วยเข้า ICU ที่ลดลง, จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่ลดลง ส่งเสริมการทบทวนและวิเคราะห์ (เช่น RCA) เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและไม่มีการให้ Intervention ในเวลาที่เหมาะสม

2) SIMPLE for Personnel Safety Goals

แนวทางในการสร้างความปลอดภัยของบุคลากรทางสาธารณสุข ประกอบด้วย SIMPLE ที่มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

S = Social Media and Communication Safety ประกอบด้วย Social Media Wisely Use คือ แนวทางการใช้สื่ออย่างชาญฉลาด เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนจากพฤติกรรมสื่อสารของบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น การใช้โทรศัพท์มือถือขณะให้บริการ และ Social Media Communication แนวทางการสื่อสาร ข้อมูลความลับของผู้ป่วยผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น การให้คำปรึกษาผ่านไลน์ เป็นต้น

I = Infection and Injury แนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน มีนโยบายป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจน มีกลวิธี/มาตรการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อชัดเจน ในระดับโรงพยาบาล มีกลวิธี/มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อชัดเจน ในระดับหน่วยงาน มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ก่อนเข้าปฏิบัติงานหรือก่อนประจำการ มีการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ มีการทำ Rectal Swab Culture เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อ/โรคติดต่อ หน่วยไตเทียม และเจ้าหน้าที่แผนกโภชนาการ มีการให้วัคซีนที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ตามสภาพความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ การเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังเกิดอุบัติเหตุ และแนวทางแก้ไข มีการติดตามสภาวะสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเจ็บป่วย ตรวจสอบคุณภาพด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่มน้ำใช้ทุก 1-3 เดือน โดยตรวจหา Coliform Bacteria, Colonies Count และ Residual Chlorine ตรวจสอบคุณภาพระบบท่อส่งน้ำประปาในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง ตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านกระบวนการบำบัดแล้วตามระยะเวลาที่กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ กำหนด วิเคราะห์ผลการตรวจสอบคุณภาพด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขเมื่อมีปัญหาวิธีการทำความสะอาดอาคารสถานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันมีการสุ่มตรวจคุณภาพความปราศจากเชื้อในเครื่องมือปลอดเชื้อ สารน้ำ น้ำยาจากแหล่งต่างๆ เป็นระยะมีกระบวนการรวบรวมและทำความสะอาดผ้าเปื้อนที่ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการนำส่งผ้าสะอาดที่มีการป้องกันการปนเปื้อน



M = Mental (Second Victim) แนวทางการดูแลความไม่รู้สึกปลอดภัยของบุคลากรจากการถูกคุกคามจากร่างกายและจิตใจ แนวทางการดูแลบุคลากรที่ถูกฟ้องร้อง หรือตกเป็นจำเลย แนวทางการประเมินสภาพจิตใจของบุคลากร (ในภาวะปกติ หรือ หลังจากถูกคุกคาม) เช่น กรณีที่เกิดการฟ้องร้อง หรือร้องเรียนจากมาตรา 41 ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น

P = Personnel Work (Occupational) แนวทางการดูแลบุคลากรทั้งทางด้านภาระงาน และอัตรากำลัง (Workload) แนวทางการป้องกันโรคจากการทำงาน และภัยสุขภาพ Occupational Healthy, แนวทางการลาพัก หรือหยุดงาน)

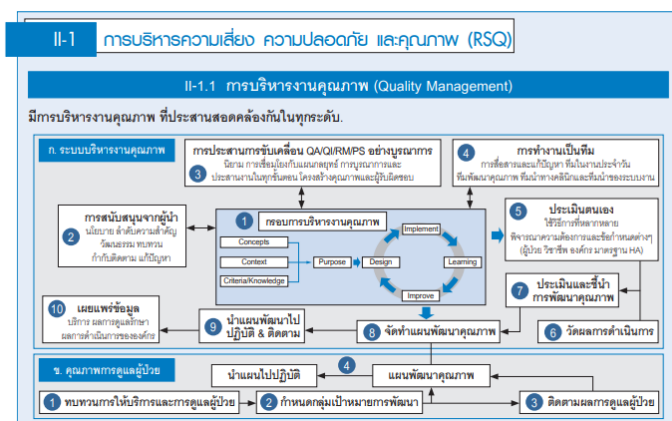
L = Lane (Traffic) เป็นแนวทางการดูแลความปลอดภัยของบุคลากรที่เดินทางไปภัทรพยาบาล และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า (Ambulance and Referral Safety) แนวทางการดูแลความปลอดภัยของ บุคลากรในคมนาคมและการเดินทางโดยระบบขนส่งสาธารณะ (Transportation Safety and Logistic)

E = Environment & Safety เป็นแนวทางการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน แนวทางการสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานเพื่อสมดุลของชีวิต (Work and Life Balance) แนวทางการป้องกันภัยคุกคามต่อชีวิตขณะปฏิบัติงาน (Life Security in Workplace เช่น การป้องกันการถูกทำร้าย และภัยธรรมชาติ)

2.1.2.2 มาตรฐานการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ

1) มาตรฐานการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ (Risk, Safety, and Quality Management System: RSQ) เป็นกรอบแนวคิดที่สำคัญในการบริหารจัดการความเสี่ยงในองค์กร เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีมาตรฐาน ดังนั้น องค์กรต้องมีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารความเสี่ยง มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกันที่มุ่งปกป้องผู้ป่วย/ผู้มารับบริการ จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root Cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม รายละเอียดดังแสดงในภาพประกอบ 2





ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย
 ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561b)

2) ตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้กำหนดตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้กำหนดให้สอดคล้องตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561b) โดยมีความมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ รวมถึงการกำหนดตัวชี้วัดสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลในการบริการความเสี่ยงเป็นฐานข้อมูล เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ตัวชี้วัดผู้รับบริการปลอดภัย (Safety Goals)	
1. อัตราการเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชม. (ร้อยละ)	< 0.1
2. การทำผ่าตัดผิดข้างผิดคนผิดตำแหน่ง (ครั้ง)	0
3. อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ต่อ 1,000 Vent Days)	≤ 7
4. อัตราการติดเชื้อในแผลผ่าตัดสะอาด (Clean Wound) (ร้อยละ)	≤ 0.10 %
5. อุบัติการณ์ Medication Error ระดับ F ขึ้นไป (ครั้ง)	0
6. อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ (ครั้ง)	0
7. อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน (ครั้ง)	0



ตาราง 1 ตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล (ต่อ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
8. อัตราการส่งสิ่งส่งตรวจ/ ผลชิ้นเนื้อ/ ผิดคน/ ผิดประเภท/ ผิดชนิด (ร้อยละ)	< 0.1%
9. อุบัติการณ์การทำหัตถการผิดข้างผิดคนผิดตำแหน่ง (ครั้ง)	0
10. อุบัติการณ์ตกเตียง (เกิดและถึงตัวผู้ป่วยแล้ว) (ครั้ง)	ลดลงปีละ 10%
11. อัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต่อ 1,000 Vent Days)	<5
ตัวชี้วัดบุคลากรในโรงพยาบาลปลอดภัย	
14. อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อวัณโรค (ครั้ง)	0
ตัวชี้วัดชุมชนปลอดภัย	
15. ร้อยละค่าพารามิเตอร์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ)	100
16. จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน (ครั้ง)	
16.1 จำนวนความเสี่ยงเกือบพลาด (Near Miss)	เพิ่มขึ้น
16.2 จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Miss)	เพิ่มขึ้น
17. ร้อยละหน่วยงานที่รายงานความเสี่ยง	
17.1 หน่วยงานทางคลินิก (ร้อยละ)	100
17.2 หน่วยงานสนับสนุน (ร้อยละ)	90

ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

ตาราง 2 กรอบระยะเวลาการรายงานและการจัดการความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ระยะเวลาการรายงาน		ระยะเวลาการแก้ไขและตอบกลับ
	คลินิก	ทั่วไป	
A	1	ผ่านโปรแกรมความเสี่ยง	ทบทวนและบันทึกการแก้ไขไว้ใน Risk Profile ทุกเดือน
B		ภายใน 15 วัน	
C	2	ผ่านโปรแกรมความเสี่ยง	ทบทวนแก้ไขวางมาตรการป้องกัน และตอบกลับผ่านโปรแกรมความเสี่ยงหรือ
		ภายใน 3 วัน	ลายลักษณ์อักษร ภายใน 60 วัน
D			
E	3	ผ่านโปรแกรมความเสี่ยง	ทบทวนแก้ไขวางมาตรการป้องกัน และ
F		ภายใน 2 วัน	ตอบกลับผ่านโปรแกรมความเสี่ยงหรือ
			ลายลักษณ์อักษร ภายใน 30 วัน



ตาราง 3 กรอบระยะเวลาการรายงานและการจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

ระดับความเสี่ยง		ระยะเวลาการรายงาน	ระยะเวลาการแก้ไขและตอบกลับ
คลินิก	ทั่วไป	ความเสี่ยง	
G-I	4	- รายงานด้วยวาจาต่อผู้บังคับบัญชาทันที - รายงานผ่านโปรแกรมความเสี่ยงภายใน 1 วัน	ทบทวนแก้ไขวางแผนมาตรการป้องกัน และตอบกลับผ่านโปรแกรมความเสี่ยงหรือลายลักษณ์อักษร ภายใน 7 วัน

ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

2.1.2.3 การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้กำหนดพันธกิจในการบริหารความเสี่ยง “บริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย แก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการโรงพยาบาล และชุมชน โดยมีเป้าหมาย คือ “ผู้รับบริการ บุคลากรในโรงพยาบาล และชุมชนปลอดภัย” ซึ่งนโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลร้อยเอ็ด การบริหารจัดการความเสี่ยงจะต้องเป็นหน้าที่ของทุกคน ให้บุคลากรทุกคนมีหน้าที่เฝ้าระวังค้นหา และรายงานความเสี่ยงโดยทำความเข้าใจกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยงได้จัดทำคู่มือโดยให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด ดังนี้

1) ทุกหน่วยงาน ทุกระบบงาน และทุกระดับ มีการค้นหาความเสี่ยงครอบคลุมความเสี่ยงด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป

2) มีการกำหนดกลยุทธ์ มาตรการป้องกันความเสี่ยงอย่างเหมาะสม และบันทึก ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้แนวทางที่กำหนดไปปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ

3) ทุกหน่วยงาน ทุกระบบงาน และทุกระดับ รายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์เกือบพลาดผ่านระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System: HRMS)

4) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root Cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ตามระยะเวลาที่กำหนด

ข้อบ่งชี้ในการทำงาน คือ เจ้าหน้าที่ทุกคน/ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และระบบงานที่เกี่ยวข้องทุกระบบในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จะต้องมีส่วนร่วมในการช่วยพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีการกำหนดคำจำกัดความเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการสื่อสาร ดังนี้



- 1) ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์
- 2) อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือคำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย
- 3) การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง กระบวนการค้นหา ความเสี่ยง วิเคราะห์ และควบคุมความเสี่ยง โดยมุ่งเน้นการประกันความปลอดภัยของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด
- 4) บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) หมายถึง รายการความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นซึ่งผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานได้รับรวบรวมจัดทำขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และหน่วยงานอื่นๆ ตลอดจนจากการทบทวนต่างๆ และการสำรวจภายในหน่วยงาน ของตนเองเพื่อเป็นประเด็นที่สำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งระดับโรงพยาบาลกลุ่มงาน/แผนก หน่วยงานซึ่งบัญชีนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลา
- 5) อันตราย (Hazard) หมายถึง สิ่ง หรือสถานการณ์ (Source/Situation) ที่อาจก่อให้เกิด (Potential) การบาดเจ็บ/ความเจ็บป่วย/ความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือชื่อเสียง ของโรงพยาบาล
- 6) ผิดพลั้ง (Error) หมายถึง การกระทำ (ในสิ่งผิด) หรือไม่กระทำ (ในสิ่งที่ถูก หรือที่ควรกระทำ) ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ อาจจะเป็นในขั้นตอนของการวางแผนหรือการนำแผนการไปปฏิบัติ การมิได้ให้การดูแลตามแผนที่วางไว้หรือประยุกต์แผนการรักษาที่ไม่ถูกต้อง
- 7) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อุบัติการณ์ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์อื่นๆ ซึ่งเป็นผล จากการดูแลรักษา (อาจเป็นผลมาจากการกระทำหรือไม่กระทำ) มิได้เกิดจากโรคของผู้ป่วย
- 8) อุบัติการณ์ที่รุนแรง (Sentinel Event) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่สำคัญ รุนแรงมีผลต่อชีวิต ร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะผู้ป่วย หรือมีผลกระทบต่อ ภาพลักษณ์โรงพยาบาล
- 9) เหตุเกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ ไม่พึงประสงค์ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้น แต่ยังไม่เกิด หรือได้รับการแก้ไขได้ทันท่วงที
- 10) ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้กับขั้นตอนการสั่งใช้ยา และการ ถ่ายทอดคำสั่ง (Prescribing and Transcribing) การเตรียมการจัดจ่ายยา (Preparing and Dispensing) การบริหารยา (Administration) โดยเป็นผลให้ไม่เป็นไปตามหลักการให้ยาในด้านถูก



คน (Right Patient) ถูกยา (Right Drug) ถูกขนาด (Right Dose) ถูกเวลา (Right Route) ถูกเทคนิค (Right Technique)

11) ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical Error) หมายถึง การรักษาที่ไม่ได้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หรือตั้งใจไว้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Aim) หรือการใช้แผนการรักษาที่ไม่ถูกต้อง และทำให้มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ต่อผู้ป่วย

12) วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) หมายถึง คุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัย ดังนี้ การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ Near Miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกทำโทษ มีความร่วมมือกันอย่างก้าวขวาง เพื่อป้องกันความล่อแหลมต่างๆ ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย

ระดับความรุนแรงของความเสียหายหรือผลกระทบที่เกิดจากความเสี่ยงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk) และความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical Risk) รายละเอียดดังตาราง 3 และตาราง 4

ตาราง 4 คำจำกัดความและระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ความเสี่ยงด้านคลินิก

ระดับ	คำจำกัดความ
A	(เกิดที่นี้) ยังไม่เกิดเหตุการณ์แต่มีความเสี่ยง/ มีโอกาสเกิดความผิดพลาด หมายถึง ยังไม่เกิดเหตุการณ์แต่มีความเสี่ยง/มีโอกาสเกิดความผิดพลาด/มีโอกาสเกิดความสูญเสีย/มีโอกาสเกิดผลเสียต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดความสูญเสียด้านการเงินมีมูลค่า 0 บาท)
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่เกิดผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วยหมายถึง เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่เกิดผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วย, บุคลากร, ชื่อเสียง, ทรัพย์สิน, องค์กร, ผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดความสูญเสียด้านการเงินมีมูลค่า 1 - 1,000 บาท)
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย หมายถึง เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่ แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหายต่อชื่อเสียง, ทรัพย์สิน, องค์กร เกิดความขัดแย้งแต่ไม่มีผลต่อคน/องค์กรแต่ยังคงควบคุมได้ (เกิดความสูญเสียด้านการเงินมีมูลค่า 1,001 - 5,000 บาท)
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้นมีผลกระทบถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย หมายถึง เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่, ชื่อเสียง, ทรัพย์สิน, องค์กร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย หรือเกิด



ตาราง 3 คำจำกัดความและระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ ความเสี่ยงด้านคลินิก (ต่อ)

ระดับ	คำจำกัดความ
	ความขัดแย้งแก้ไขได้และระงับเหตุได้ (เกิดความสูญเสียด้านการเงินมีมูลค่า 5,001 - 10,000 บาท)
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น เกิดความขัดแย้งที่ทีมใกล้เคียงแก้ไขได้ในระดับแรกหรือมีผลกระทบต่อผลสำเร็จ/วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานที่แก้ไขได้ยาก (เกิดความสูญเสียด้านการเงินมีมูลค่า 10,001 - 50,000 บาท)
F	(เยียวานาน) เกิดความผิดพลาดขึ้นมีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด หมายถึง เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่, ชื่อเสียง, ทรัพย์สิน, ผู้ป่วยต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้นเกิดความขัดแย้งที่ทีมใกล้เคียงแก้ไขได้ (เกิดความสูญเสียด้านการเงินมีมูลค่า 50,001 - 100,000 บาท)
H	(ต้องการปั๊ม) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิตเสียชื่อเสียงหรือมีการเรียกร้องค่าเสียหาย หมายถึง เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่, ชื่อเสียง, ทรัพย์สิน, องค์กร จนถึงการฟ้องร้อง หรือถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิตเสียชื่อเสียงหรือมีการเรียกร้องค่าเสียหาย เกิดความขัดแย้งจนถึงการฟ้องร้องหรือการดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายทำให้ภารกิจทางราชการเสียหายอย่างมาก (เกิดความสูญเสียด้านการเงินมีมูลค่า 500,001 - 1,000,000 บาท)
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ หมายถึง เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่, ชื่อเสียงทรัพย์สิน, องค์กร จนฟ้องร้อง และแพ้คดี ต้องชดใช้ค่าเสียหาย หรือถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ เกิดความขัดแย้ง ฟ้องร้อง และแพ้คดี ต้องชดใช้ค่าเสียหายหรือการดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายทำให้ภารกิจทางราชการเสียหายอย่างร้ายแรง (เกิดความสูญเสียด้านการเงินมีมูลค่ามากกว่า 1,000,000 บาท)

ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)



ตาราง 5 คำจำกัดความและระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ ความเสี่ยงทั่วไป

ระดับ	คำจำกัดความ
1	มีโอกาสดังกล่าว/ มูลค่าความเสียหายไม่เกิน 10,000 บาท/ยังไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน หมายถึง มีโอกาสดังกล่าวเล็กน้อย (1 ครั้งใน 5 ปี)
2	เกิดความผิดพลาด/มูลค่าความเสียหาย 10,001 - 50,000 บาท/ มีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน หมายถึง เกิดความผิดพลาดน้อย (1 ครั้งใน 2-3 ปี) มีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ทั้งนี้การประมาณการตัวเลขของความถี่ในการเกิดและมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับขนาด ภารกิจ และการดำเนินงานขององค์กร
3	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 50,001 - 250,000 บาท/ เกิดผลกระทบปานกลาง (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน หมายถึง เกิดความผิดพลาดปานกลาง (1 ครั้งใน 1 ปี) มีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ทั้งนี้การประมาณการตัวเลขของความถี่ในการเกิดและมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับขนาด ภารกิจ และการดำเนินงานขององค์กร]
4	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 250,001 – 10,000,000 บาท/ มีผลกระทบสูงทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ หมายถึง เกิดความผิดพลาดสูง (1-5 ครั้งใน 6 เดือน) ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้การประมาณการตัวเลขของความถี่ในการเกิดและมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับขนาด ภารกิจ และการดำเนินงานขององค์กร
5	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท/ มีผลกระทบสูงมากทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง หมายถึง เกิดความผิดพลาดสูงมาก (1 ครั้งใน 1 เดือน) การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง ทั้งนี้การประมาณการตัวเลขของความถี่ในการเกิดและมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับขนาด ภารกิจ และการดำเนินงานขององค์กร
3	เกิดความผิดพลาด/ มูลค่าความเสียหาย 50,001 - 250,000 บาท/ เกิดผลกระทบปานกลาง (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน หมายถึง เกิดความผิดพลาดปานกลาง (1 ครั้งใน 1 ปี) มีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข)

ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)



ตาราง 6 ตัวอย่างความเสี่ยงด้านคลินิก และความเสี่ยงทั่วไป

ด้านการดูแลรักษาพยาบาล (ความเสี่ยงด้านคลินิก)	ด้านระบบบริการ (ความเสี่ยงทั่วไป)
1. เสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหมาย ในกรณีต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - แรกรับอาการไม่รุนแรงและไม่มีโรคประจำตัว - ขณะผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดไม่เกิน 24 ชม. - จากอุบัติเหตุขณะอยู่รพ. (เช่น พลัดตก หกล้ม) - การทำร้ายตัวเอง/ฆ่าตัวตาย - การเสียชีวิตของมารดาที่สัมพันธ์กับการคลอด 	1. อุทกภัย 2. อัคคีภัย 3. เหตุระเบิด หรือมีสถานการณ์ที่สงสัยว่าจะมีวัตุระเบิด 4. การรั่วไหลของสารเคมี/ชีวภาพ/กัมมันตรังสี/ก๊าซ 5. อุบัติเหตุหมู่ 6. ทรัพย์สินมีค่าในรพ.สูญหาย/ถูกโจรกรรม/อาชญากรรมทุกประเภท 7. มีการล้วงละเมิดทางเพศ 8. หนีจากโรงพยาบาล
2. เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ/ผิดที่ ส่งทารกผิดพ่อแม่ ลักพาทารก/ผู้ป่วย ผู้ป่วยถูกประทุษร้าย เครื่องมือ/ผ้าค้ำในร่างกาย ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย	
3. เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่รพ./บุคลากร <ul style="list-style-type: none"> - มีผู้ป่วยโรคระบาด/โรคติดต่อที่ต้องแจ้ง 	
4. ความผิดพลาด/ความเสียหายใด ๆ ที่มีโอกาสนำไปสู่การฟ้องร้อง/ทำให้เสียชื่อเสียง	

ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

การรายงานความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (Sentinel Event และ Sentinel Alert) นี้ ใช้กระบวนการเหมือนการรายงานความเสี่ยงทางคลินิกระดับ G H I หรือความเสี่ยงทั่วไประดับ 4 คือ เมื่อเกิดเหตุการณ์ในเวลาราชการต้องรายงานหัวหน้า/นอกเวลาราชการรายงานเวรตรวจการด้วยวาจาทันที และส่งลายลักษณ์อักษรภายใน 24 ชั่วโมง โดยหัวหน้า/เวรตรวจการจะมีการรายงานต่อผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ/ผู้ได้รับมอบหมาย) ในกรณีที่เสี่ยงต่อการฟ้องร้องจะรายงานส่งต่อปัญหาให้ทีมใกล้เคียงด้วย

ความเสี่ยง มี 2 ประเภท ได้แก่ ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk) และความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical Risk) มีรายละเอียดแต่ละประเภท ดังนี้

1) ประเภทที่ 1 ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk) ประกอบด้วย

1.1) ความเสี่ยงด้านคลินิกเฉพาะโรค ได้แก่ โรคและหัตถการทางกุมารเวชกรรมโรคและหัตถการทางจักษุ โรคและหัตถการทางทันตกรรม โรคและหัตถการทางวิสัญญี โรคและหัตถการทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรคและหัตถการทางศัลยกรรมทั่วไป โรคและหัตถการ



ทางศัลยกรรมระบบประสาท โรคละอืดและหัดการทางสูติ-นรีเวชกรรม โรคละอืดและหัดการทางหูคอจมูก โรคละอืดและหัดการทางอายุรกรรม

1.2) ความเสี่ยงด้านคลินิกทั่วไป ได้แก่ AE ที่ค้นพบจาก Trigger Tools Safety Goal ความเสี่ยงในระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC) ความเสี่ยงในระบบห้องปฏิบัติการ (Laboratory) ความเสี่ยงในระบบรังสีวิทยา (Radiology) ความเสี่ยงในระบบยา (Medication System) ความเสี่ยงในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care Process)

2) ประเภทที่ 2 ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical Risk) ประกอบด้วย

2.1) ความเสี่ยงด้านระบบทรัพยากรบุคคล ได้แก่ ด้านการสรรหาบุคลากร ด้านค่าตอบแทน ด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านการฝึกอบรม/พัฒนาบุคลากร ด้านการปฏิบัติงานของบุคลากร ด้านการสื่อสารบุคลากร

2.2) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ได้แก่ ด้านระบบสาธารณูปโภค ด้านวัสดุและของเสียอันตราย ด้านอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉิน ด้านอาคารสถานที่ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัย

2.3) ความเสี่ยงด้านนโยบาย กลยุทธ์ และการควบคุมภายใน ได้แก่ ด้านการเงินและงบประมาณ ด้านระบบการบริหารงานและการติดตามประเมินผล ด้านระบบบริหารการพัสดุ ด้านการผลิตและบริหารคลังสินค้า (เวชภัณฑ์ ยา และอาหาร)

2.4) ความเสี่ยงด้านการสื่อสารและเทคโนโลยี ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสื่อสาร เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์

2.5) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ ได้แก่ ด้านกระบวนการบริการ ด้านการบริหารจัดการเวชระเบียน ด้านสิทธิ จริยธรรม และพฤติกรรมบริการ

การบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการติดตามประเมินผล โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1) การค้นหาความเสี่ยง เป็นการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันความสูญเสีย ทำให้สามารถลดความถี่และความรุนแรงของความเสียหายที่จะเกิดขึ้น เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาจากอดีต และการศึกษาจากสภาพปัจจุบัน รวมถึงกลยุทธ์ในการค้นหาความเสี่ยงระดับหน่วยงาน คือทำการค้นหา รวบรวมความเสี่ยงต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นภายในหน่วยงานโดยการทบทวนกระบวนการหลักของงานหาจุดที่อาจเกิดความเสี่ยง สํารวจสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน ทบทวนจากบันทึกรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน ทบทวนเวชระเบียน ค้นหาข้อมูลจากข่าวสาร สื่อต่างๆ ระบุความเสี่ยงจากประสบการณ์ของบุคลากรในหน่วยงาน การตรวจสอบและการสอบเทียบตามมาตรฐานที่กำหนด การตรวจการณ์และการนิเทศ การทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน เช่น



แยกหมวดหมู่ตามความเหมาะสม จัดลำดับความสำคัญ โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบ ความถี่ของการเกิด การทบทวนแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับต้นโดยการระดมสมอง ทบทวนแนวทางจัดการเชิงระบบ วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis) เฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงานโดยดูจากรายงานอุบัติการณ์ และเครื่องชี้วัดที่มีการเก็บข้อมูล ทบทวนคู่มือ และมาตรการที่จัดทำไว้เป็นระยะ ตามความเหมาะสม และเมื่อเกิดความเสี่ยงที่มีระดับ ผลกระทบรุนแรง การค้นหาความเสี่ยงระบบต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเสี่ยงทางคลินิก สิ่งแวดล้อม/ โครงสร้างและ อาชีวอนามัย เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ เวชระเบียนและการสื่อสาร ยา/สาร นำและเลือดข้อร้องเรียน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นต้น การค้นหาความเสี่ยงระดับ โรงพยาบาล คือ การค้นหาและรวบรวมความเสี่ยงต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นทั้งหมดในโรงพยาบาล ข้อมูลจากการรายงานของหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ข้อมูลจากตัวชี้วัด เช่น อัตราการ ตาย ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น) สํารวจ/สัมภาษณ์หน่วยงาน ค้นหาข้อมูลจากข่าวสาร สื่อต่างๆ การ เรียกร้องค่าเสียหาย ทำบัญชีรายการความเสี่ยงของโรงพยาบาล แยกหมวดหมู่ตามความเหมาะสม และจัดลำดับความสำคัญ

2) การวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง คือต้องมีการ ประเมินระดับของโอกาสเกิดความเสียหาย (Probability) ความน่าจะเป็น (Probability) หมายถึง จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อจำนวนครั้งที่ปฏิบัติจริงทั้งหมดในเรื่องนั้นๆ ช่วง ระยะเวลาการเกิดอุบัติการณ์ (May Happen) หมายถึง จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ภายในระยะเวลาสั้นๆ ประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยง (Severity) วิเคราะห์ความสำคัญ ของความเสี่ยง โดยใช้ Risk Matrix เป็นการนำข้อที่ 1 และข้อที่ 2 มาวิเคราะห์หาความสำคัญ ประเมินระดับความเสี่ยง เมื่อนำปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปเข้าตาราง Risk Matrix จะสามารถ ประเมินได้ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในระดับใด และควรจะมีการจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร Risk Matrix มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความสำคัญและความเร่งด่วนในการแก้ไขความเสี่ยง เป็นข้อมูลสำหรับการ ตัดสินใจแก้ปัญหาของทีมนำเฉพาะด้าน และนำไปจัดทำเป็นจุดเน้นประจำปี การสื่อสารทุก หน่วยงานสรุป Matrix ทุก 6 เดือนหรือ 12 เดือน ของแต่ละหน่วยงานและโรงพยาบาลสรุป Matrix ทุก 6 เดือน เพื่อนำเสนอกรรมการบริหารโรงพยาบาล การรายงานความเสี่ยงทุกครั้งผู้รายงาน จำเป็นต้องมีความรู้ในการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ เพราะเมื่อได้ค่าระดับความเสี่ยง แล้ว นำมาจัดลำดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน/โครงการที่หน่วยงาน รับผิดชอบ เพื่อกำหนดกิจกรรมการควบคุมแต่ละสาเหตุของความเสี่ยง ที่สำคัญให้เหมาะสม โดย พิจารณาจากระดับความเสี่ยงที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Likelihood) และผลกระทบของความเสี่ยง (Impact) ที่ประเมินได้ตามตารางการวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยจัดทำ แผน การบริหารความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยง ดังแสดงในตาราง 6 และ 7



ตาราง 7 การให้คะแนนระดับความรุนแรงของความเสียหาย

ระดับความรุนแรง	คะแนน
ระดับ A/ระดับ 1 ระดับความรุนแรงน้อยที่สุด	1
ระดับ B/ระดับ 2 ระดับความรุนแรงน้อย	2
ระดับ D/ระดับ 3 ระดับความรุนแรงปานกลาง	3
ระดับ F,G/ระดับ 4 ระดับความรุนแรงมาก	4
ระดับ H-I/ระดับ 5 ระดับความรุนแรงมากที่สุด	5

ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

ตาราง 8 การให้คะแนนความถี่ของเหตุการณ์

ความถี่ของการเกิดเหตุการณ์	คะแนน
เกิดเหตุการณ์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1
เกิดเหตุการณ์ปีละ 2-5 ครั้ง (หรือทุก 6-7 เดือนต่อครั้ง)	2
เกิดเหตุการณ์ปีละ 6-10 ครั้ง (หรือทุก 3 – 5 เดือนต่อครั้ง)	3
เกิดเหตุการณ์มากกว่าปีละ 11 -20 ครั้ง (หรือทุก 1-2 เดือนต่อครั้ง)	4
เกิดเหตุการณ์มากกว่าปีละ 21 ครั้งขึ้นไป (หรือทุกเดือน)	5

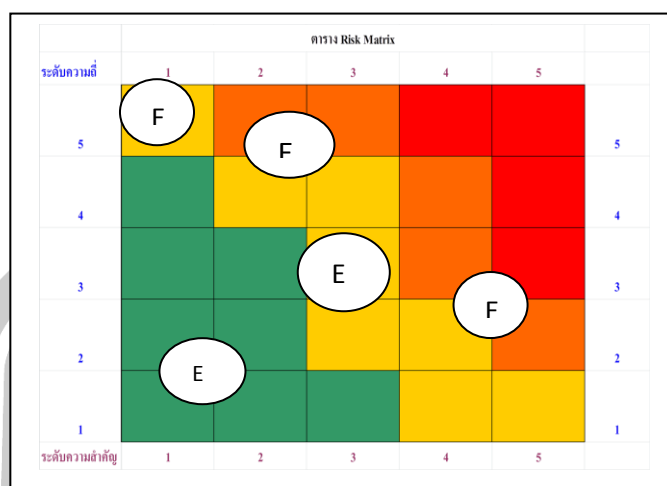
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

ตาราง 9 การให้คะแนนอุบัติการณ์จำแนกตามความรุนแรงและความถี่

อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์	คะแนนความรุนแรง					คะแนนความถี่	ความรุนแรงคูณความถี่
	1	2	3	4	5		
Event 1				1		2	$4 \times 2 = 8$
Event 2		1				1	$2 \times 1 = 2$
Event 3					1	2	$5 \times 2 = 10$
Event 4			1			3	$3 \times 3 = 9$
Event 5				1		1	$4 \times 1 = 4$

ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)





ภาพประกอบ 3 การนำค่าความรุนแรงและความถี่เข้าตาราง Matrix

เทคนิคในการทำ Root Cause Analysis (RCA) คือการค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุปัญหาหรือสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยมุ่งเน้นที่ระบบ/กระบวนการ เพื่อที่จะหาโอกาสที่จะปรับปรุงอันจะนำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ซ้ำ เป้าหมายของการทำ RCA การนำความบกพร่องของระบบและ กระบวนการที่เป็นสาเหตุพื้นฐานของปัญหาไปสู่การแก้ไข/ปรับปรุง การทำ RCA ต้องทำทุกครั้งที่เกิดเหตุผิดพลาดที่รุนแรง หรือ Sentinel Event ทุกครั้งที่เกิดเหตุเกือบพลาด หรือ Near Miss (Close Call) ที่รุนแรง

ประเภทอุบัติการณ์ตามความรุนแรง ประกอบด้วย เหตุการณ์เกือบพลาด (Near Miss) เป็นเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ไม่เกิดขึ้น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) เป็นเหตุการณ์/อุบัติการณ์ซึ่งนำไปสู่อันตราย เหตุการณ์ที่รุนแรง (Sentinel Event) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงส่งสัญญาณถึงความจำเป็นที่ต้องมีการสอบสวนและตอบสนองทันที และการกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยเจตนา

ขั้นตอนการทำ Root Cause Analysis (RCA) ประกอบด้วย จัดทีม ตั้งใจทบทวน ศึกษาปัญหา หาสาเหตุเบื้องต้น วิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องหลัง คัดเลือก Root Cause ออกแบบและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ โดยทีมที่ทบทวนประกอบด้วย 1) ผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิด และมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นเป็นอย่างดี 2) ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) 3) ผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจ 4) ผู้ที่มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง 5) ผู้ที่มีทักษะในการวิเคราะห์ โดยเริ่มต้นจากการ ตั้งใจทบทวน ต้องระบุด้วยข้อความที่ชัดเจนและเจาะจงว่า “เกิดอะไรขึ้น” เพื่อช่วยให้ทีมมีจุดเน้นในการวิเคราะห์และปรับปรุง เช่น แพทย์ถอนฟันผิดคน ผู้ป่วยที่ถูกผูกยึดเสียชีวิต ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตหลังตกเตียง ผู้ประกันตนของ รพ. ไม่ได้รับการส่งต่อมารับการรักษาตาม



ระเบียบที่กำหนด ศึกษาปัญหา ข้อมูลที่ทีมควรเก็บรวบรวมซึ่งควรกระทำโดยเร็วเพื่อป้องกันการหลงลืม ได้แก่ คำบอกเล่าและข้อสังเกตของผู้ใกล้ชิดเหตุการณ์ และผู้เกี่ยวข้องหลักฐานทางกายภาพ หลักฐานทางเอกสาร เช่น เวชระเบียนผู้ป่วย เป็นต้น หาสาเหตุเบื้องต้น (Active Failure or Unsafe Act) สิ่งที่ได้กระทำ (Actions) หรือไม่กระทำ (Omissions) ซึ่งเบี่ยงเบนไปจากเหตุการณ์ประจำ (Routine) ที่สามารถเชื่อมโยงว่าเกี่ยวข้องกับการเกิด Sentinel Event ซึ่งคำตอบที่ได้จะเป็นสาเหตุเบื้องต้น ได้แก่ วินิจฉัยล่าช้า ประเมินความเสี่ยงผิดพลาด ข้อมูลไม่ครบถ้วน ขาดการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด อุปกรณ์ชำรุด ขาดการเฝ้าระวังที่เหมาะสม เลือกใช้แนวทางการรักษา วิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องหลัง (System Analysis) ใช้กรอบแนวคิดต่อไปนี้ เป็นคำถามที่ใช้กระตุ้นทีม เช่น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เกี่ยวข้องหรือไม่ (Patient Factors) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ เกี่ยวข้องหรือไม่ (Provider Factors) มีปัจจัยเกี่ยวกับงานที่มอบหมาย เกี่ยวข้องหรือไม่ (Task Factors) มีปัจจัยเกี่ยวกับทีมงาน เกี่ยวข้องหรือไม่ (Team Factors) ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องหรือไม่ (Environment Factors) มีปัจจัยเกี่ยวกับองค์กร เกี่ยวข้องหรือไม่ (Institutional Factors) ออกแบบและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

3) การจัดการความเสี่ยง (Action to Manage Risk) แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะได้แก่

3.1) การเตรียมการก่อนเกิดเหตุ ทำได้โดยหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น ไม่ทำการผ่าตัดหากไม่มีวิสัญญีแพทย์ หรือวิสัญญีพยาบาล ผ่องถ่ายความเสี่ยง เช่น การจ้างเหมาให้บริษัทมาดูแลรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน การส่งตรวจพิเศษบางอย่างที่ทำไม่บ่อยไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก ป้องกันความเสี่ยง ทำได้โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันการมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ และการแบ่งแยกความเสี่ยง ได้แก่ การแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรองสำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน เช่น ระบบไฟฟ้าสำรอง ระบบแก๊สสำรอง

3.2) การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ คือการดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลัน ด้วยความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่น สะดวกสบาย ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสาร และความเข้าใจที่ดีต่อกัน จะช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้องได้ แม้จะดูเป็นเพียงปัญหาเล็กน้อย เช่น การร้องเรียนของผู้ป่วยนั้นเป็นสัญญาณเตือนว่าจะต้องปรับปรุงการสื่อสาร และสัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย

3.3) การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย เป็นหน้าที่ของผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบเฉพาะที่จะดูแลให้มีการจ่ายเงินอย่างเหมาะสม และเป็นทีพอใจของผู้เสียหาย

4) การประเมินผล เป็นการนำเหตุการณ์หรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของเกาะกำบังที่เลือกใช้ป้องกันซึ่งควรทำอย่างน้อยปีละครั้ง ประเด็นที่ควรทบทวน คือ



อัตราการเกิดอุบัติเหตุการณั้ที่เกิดขึ้น และเงินที่ต้อจจ่ายเพื่อชดเชยความสูญเสีย จำแนกตามลักษณะของ ความเสียและการจ่ายเงิน ควรเปรียบเทียบบั้อตราอุบัติเหตุการณั้ของโรงพยาบาลในอดีตและ เปรียบเทียบบับค่าเฉลี่ยทั่วไปของประเทศ กิจกรรรมบริหารความเสียที่ดำเนินการไปในรอบปี รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายที่เกิด้ขึ้น ประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ภายใต้สมมติฐาน ว่า “เจ้าหน้าที่ทุกคน คือผู้จั้ดการความเสีย” บทบาทหน้าที่เพื่อบริหารจั้ดการความเสียใน โรงพยาบาล ประกอบด้วย

4.1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กำหนดนโยบายด้านการจั้ดการความเสีย สนับสนุนด้านทรัพยากรให้มีเพียงพอต่อการจั้ดการความเสียตามนโยบาย และร่วมจั้ดการแก้ไข และป้องกันความเสียรุนแรงที่ต้อการแก้ไขด่วน

4.2) คณะกรรรมการบริหารโรงพยาบาล ให้ความเห็นชอบต่อนโยบาย รั้บทราบรายงาน ตอบสนองและประเมินผลเก็ยกับการบริหารความเสียในโรงพยาบาล

4.3) คณะกรรรมการบริหารความเสียในโรงพยาบาล กำหนดนโยบาย และ วางแผนกลยุทธ์ในการบริหารความเสียในโรงพยาบาล จั้ดทำคู่มือ/แนวทาง การปฏิบัติในการบริหาร ความเสียประเมินประสานระบบที่เก็ยข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อบังกัน และควบคุมความเสีย รวบรวมความเสียอุบัติเหตุการณั้และจั้ดทำบัญชีรายการความเสียของ โรงพยาบาล ผึ้กอบรรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการบริหารความเสีย รวบรวมวิเคราะห์บทวน อุบัติการณั้ เพื่อบหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรฐานบั้งกันความเสียในโรงพยาบาล ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานและรายงานความก้าวหน้าในการจั้ดการความเสียให้คณะกรรรมการบริหาร โรงพยาบาล

4.4) ประธานคณะกรรรมการบริหารความเสียในโรงพยาบาล มีหน้าที่จั้ดให้มี ระบบบริหารความเสียและกำหนดผู้รั้บผิดชอบ นำกระบวนการบริหารความเสียมาปฏิบัติโดยเน้น เชิงรุกจั้ดระบบรายงาน ฐานข้อมูลความเสียของโรงพยาบาล ประสานกิจกรรมที่เก็ยข้องกับ ความเสียจั้ดตั้งคณะกรรรมการบริหารความเสียในโรงพยาบาล รั้บรองอุบัติเหตุการณั้ที่มีความเร่งด่วนและมี ความเสียต้อการฟ้องร้องจากหัวหน้ากลุ่มงานและคณะกรรรมการบริหารความเสีย ควบคุมให้มี การบริหารความเสียอย่างมีประสิทธิภาพ รั้บผิดชอบบริหารค่าเรียกร้องค่าเสียหาย รั้บผิดชอบ การบริหารการเงินเพื่อชดเชยความสูญเสียของโรงพยาบาล ตรวจสอบข้อมูลจากการบันทึกรายงาน อุบัติการณั้/เหตุการณั้ และพิจารณาส่งไปยังผู้เก็ยข้อง และเสนอข้อพิจารณาต้อทีม นำในการ สืบสวน/ค้นหาข้อมูลและการดำเนินการเพิ่มเติมเก็ยกับเหตุการณั้/อุบัติเหตุการณั้ที่สำคัญ

4.5) เลขานุการคณะกรรรมการบริหารความเสีย มีหน้าที่รวบรวมสถิติ รายงานความเสีย/เหตุการณั้ จากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล และควบคุมจั้ดเก็บให้เหมาะสม นำเสนอข้อมูลต้อคณะกรรรมการบริหารความเสียโรงพยาบาล จั้ดทำรายงานความเสียต้อทีม นำที่



นำเฉพาะด้านและหน่วยงานต่างๆ ตามวาระที่กำหนด ร่วมวิเคราะห์ปัญหากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รายงานเหตุการณ์สำคัญ/เร่งด่วน/รุนแรงให้ผู้อำนวยการทราบภายใน 24 ชั่วโมง และบันทึกรายงาน

4.6) ผู้จัดการความเสี่ยง มีหน้าที่รวบรวมสถิติรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ จากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและควบคุมจัดเก็บให้เหมาะสม จัดทำรายงานความเสี่ยงต่อที่มนำที่มนำเฉพาะด้าน และหน่วยงานต่างๆ ตามวาระที่กำหนดร่วมวิเคราะห์ปัญหากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รายงานเหตุการณ์สำคัญ/เร่งด่วน/รุนแรง ให้ผู้อำนวยการทราบภายใน 24 ชั่วโมง และบันทึกรายงานประสานเชื่อมโยงความเสี่ยงแต่ละโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อให้เกิดการทบทวนและหามาตรการร่วมกัน

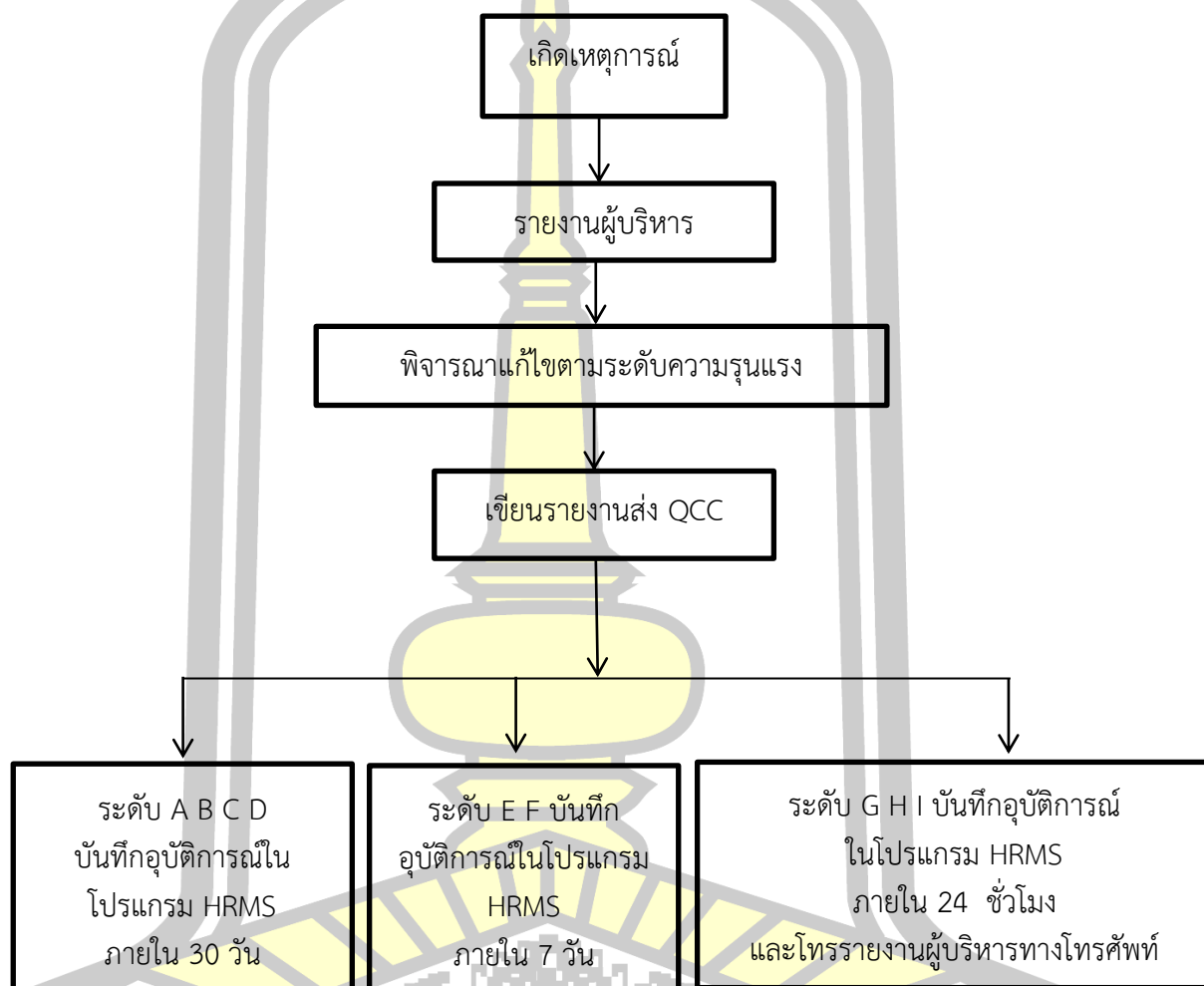
4.7) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการระบบต่างๆ มีหน้าที่รับผิดชอบ/ข้อร้องเรียน ที่เกี่ยวข้องจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ และมาตรการป้องกันอุบัติเหตุ/ข้อร้องเรียน ติดตามผลการดำเนินงานทุกอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจัดทำบัญชีความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังและวางแผนดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไข รายงานอุบัติเหตุ ความเสี่ยง ที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเองให้แก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน กระตุ้น สนับสนุนให้หน่วยงาน และบุคลากรในส่วนของตนให้ความร่วมมือในการรายงานความเสี่ยง ประเมินและวิเคราะห์ประสิทธิภาพผลการดำเนินการและวางมาตรการป้องกันปรับปรุงและหากลยุทธ์ใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในระบบงานต่างๆ ที่รับผิดชอบ กำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยงเฉพาะด้านที่รับผิดชอบ

4.8) หัวหน้าหน่วยงาน/ฝ่าย/กลุ่มงาน/แผนก มีหน้าที่เป็นผู้จัดการความเสี่ยง ในหน่วยงานพิจารณาสั่งการและดำเนินการกรณีมีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในหน่วยงานค้นหาและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่สำคัญ จัดระบบบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงาน ทบทวน และลงนามในบันทึก รายงานเหตุการณ์สำคัญ/อุบัติเหตุภายในหน่วยงานซึ่งเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบสถิติข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิเคราะห์ ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในหน่วยงาน นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน แก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับกลุ่มงาน/แผนก/โรงพยาบาล สนับสนุนให้บุคลากรในบังคับบัญชาร่วมมือในการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ รับนโยบาย แผนงาน และมาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

4.9) บุคลากรทุกระดับ ทุกคน มีหน้าที่ทำความเข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือ ในการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติเหตุเบื้องต้น บันทึกอุบัติเหตุและการแก้ไขความเสี่ยง อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ค้นหาความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยงเมื่อพบเห็น



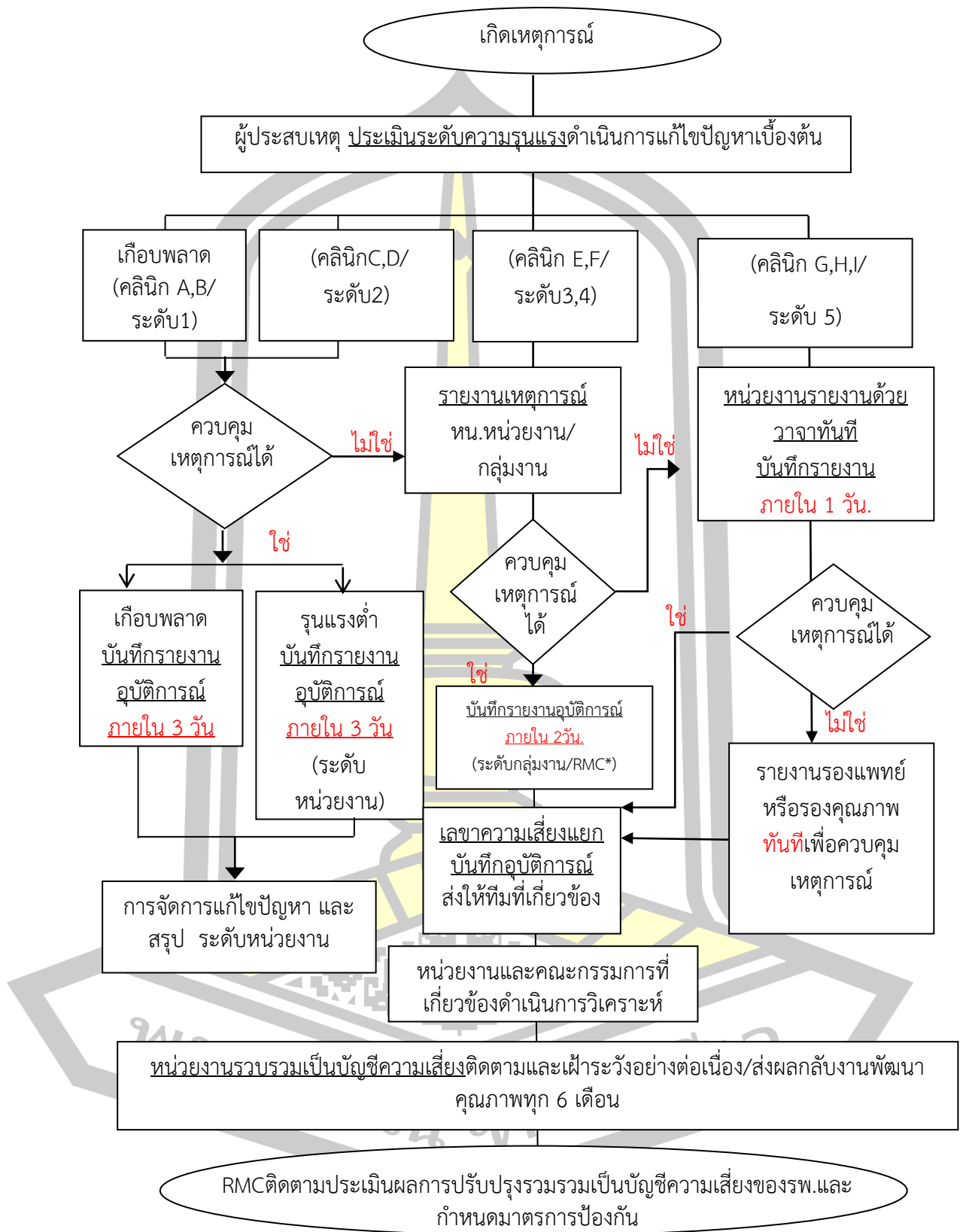
4.10) ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน มีหน้าที่รับข้อร้องเรียน ดำเนินการตามขั้นตอน การจัดการกับข้อร้องเรียน ลดระดับอารมณ์ของผู้ร้องเรียน ลดระดับความรุนแรงของผู้ร้องเรียน การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือ และการเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น ซึ่งโรงพยาบาล ร้อยเอ็ดได้กำหนดขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ ไว้ดังนี้



แผนภูมิ 1 ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์

ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)





แผนภูมิ 2 ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง



2.1.2.4 ระบบบริหารความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System: HRMS)

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้เข้าร่วมโครงการ การบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัยร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยได้ออกแบบโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพ เมื่อปี 2559 เพื่อใช้ประโยชน์เป็นฐานข้อมูลหลักในการรับรายงานความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อหาแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยรูปแบบของโปรแกรมมีการแบ่งระดับการจัดการความเสี่ยงชัดเจน ตั้งแต่ระดับการรายงานความเสี่ยงที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ระดับที่ 2 คือ การยืนยันความเสี่ยงจะป้องกันโดยมีรหัสผ่านสำหรับหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายมีสิทธิ์เข้าระบบเพื่อยืนยันความเสี่ยง ระดับที่ 3 คือ ระดับการแก้ไขและจัดการความเสี่ยงจะป้องกันเฉพาะหัวหน้างานเท่านั้น ระดับที่ 4 คือ ระดับของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเท่านั้น มีหน้าที่จัดการความเสี่ยง และจัดกิจกรรมทบทวนวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis: RCA) โดยระบบจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพ Health Risk Management System: HRMS มีขั้นตอนการเข้าใช้งานดังนี้

1) เข้าไปที่ระบบออนไลน์โรงพยาบาล แล้วไปที่ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คลิกเลือก ระบบบริหารจัดการความเสี่ยง ดังภาพประกอบ 4



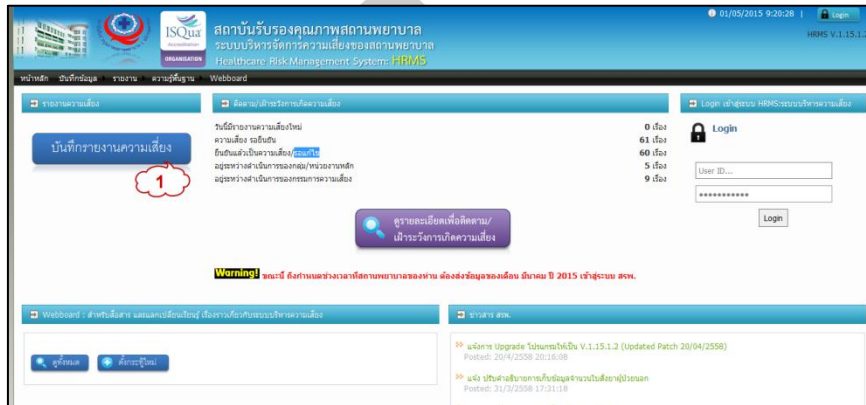
ภาพประกอบ 4 ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

2) รายงานการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง: คลิกเลือกรายงานความเสี่ยงได้ที่ปุ่มบันทึกรายงานความเสี่ยง โดยไม่ต้องทำการ Login

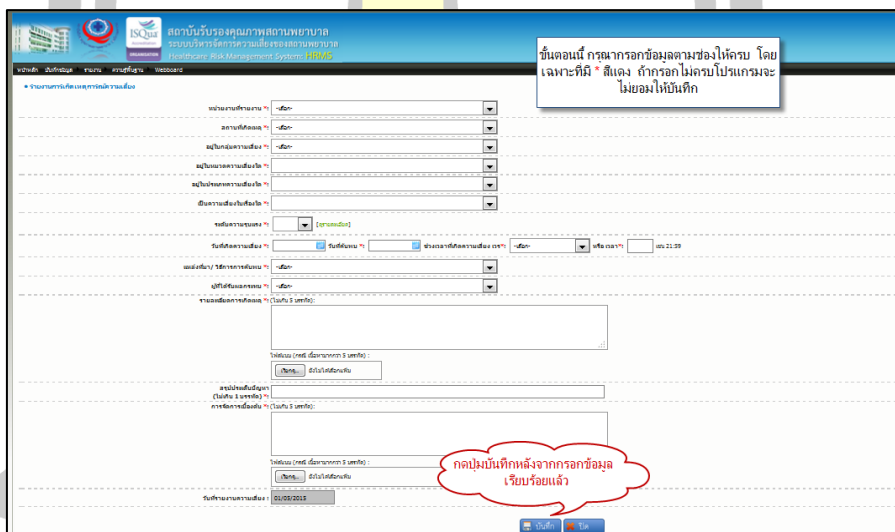
1.1) ทำการรายงานความเสี่ยง โดยกรอกข้อมูลตามโปรแกรม



1.2) เมื่อทำการกรอกข้อมูลความเสี่ยงแล้ว ให้ทำการบันทึกที่ปุ่ม บันทึก



ภาพประกอบ 5 การบันทึกรายงานความเสี่ยง
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

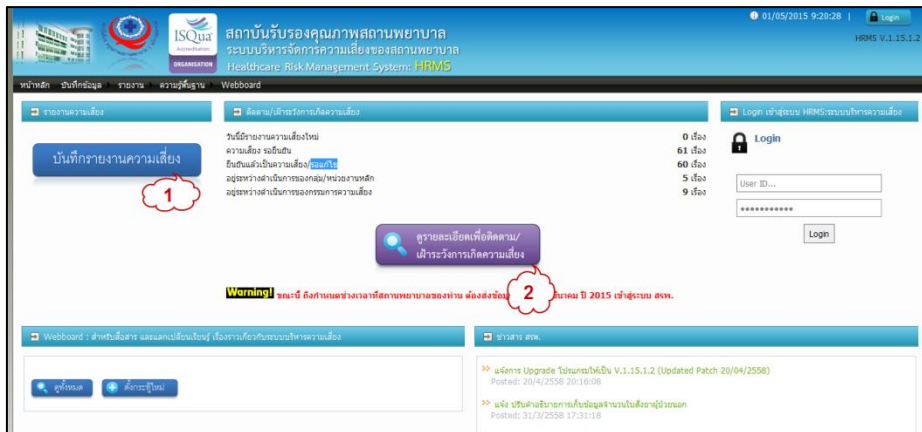


ภาพประกอบ 6 การกรอกรายละเอียดความเสี่ยง
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

กรณีที่มีเครื่องหมายดอกจันสีแดง ให้กรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง หากไม่ครบจะไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้

3) การดูรายละเอียดเพิ่มเติม: สามารถคลิกเลือกดูบันทึกการรายงานความเสี่ยงได้ที่ปุ่ม ดูรายละเอียดเพื่อติดตาม/เฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยง

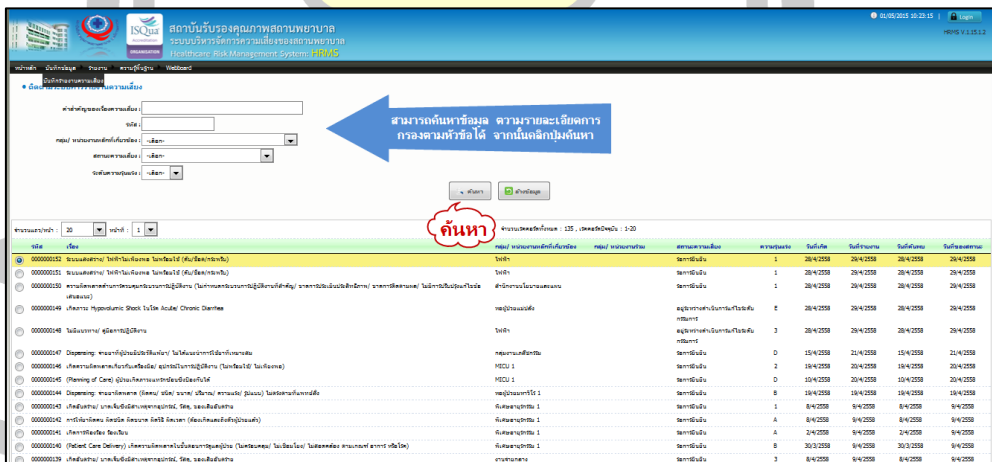




ภาพประกอบ 7 การดูรายละเอียดติดตามความเสี่ยง
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

2.1 คลิกเข้าไปที่ปุ่มสี่วงตรงกลาง “ดูรายละเอียดเพื่อติดตาม/เฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยง” จากนั้นจะปรากฏข้อมูลรายการความเสี่ยง แต่จะไม่สามารถเข้าดูรายละเอียดภายในได้

2.2 สามารถค้นหาข้อมูลเพื่อดูได้โดยใส่เงื่อนไขที่อยากให้โปรแกรมปรากฏเฉพาะหน่วยงาน สถานะ หรือว่าระดับความรุนแรง จากนั้นคลิก ค้นหา



ภาพประกอบ 8 การตรวจสอบสถานะความเสี่ยง
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

ติดตามระบบการรายงานความเสี่ยง

สำคัญเรื่องความเสี่ยง :

รหัส :

กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง :

สถานะความเสี่ยง :

ระดับความแรง :

ตัวอย่าง กรองเฉพาะ : สถานะความเสี่ยงเลือก "รอยืนยัน" จากนั้นคลิกค้นหา จะปรากฏข้อมูลที่ สถานะความเสี่ยงคือ "รอยืนยัน"

จำนวนหน้า : 20 หน้าที่ : 1

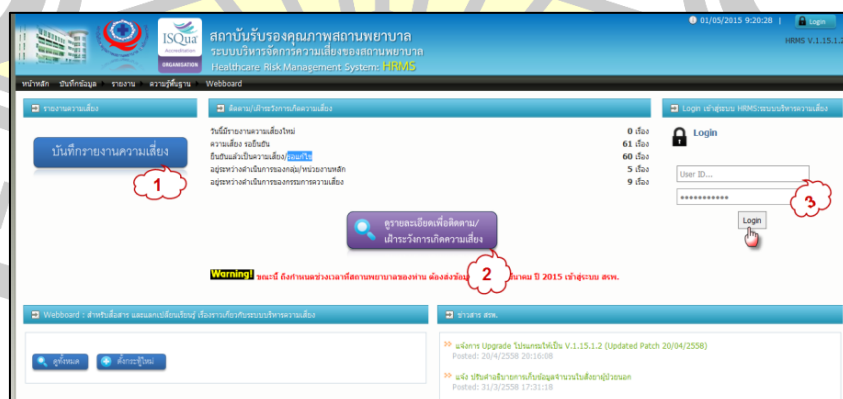
จำนวนเคอร์เซอร์ทั้งหมด : 61 , เคอร์เซอร์จดับ : 1-20

รหัส	เรื่อง	กลุ่ม/หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง	กลุ่ม/หน่วยงานร่วม	สถานะความเสี่ยง	ความรุนแรง	วันที่เกิด	วันที่รายงาน	วันที่ลบบ	วันที่รอดสถานะ
000000152	ระบบแสวงหา/ไฟฟ้าไม่เพียงพอ ไมพอหนี้ (สืบ/ซื้อ/กระรับ)	ไฟฟ้า		รอการยืนยัน	1	28/4/2558	29/4/2558	28/4/2558	29/4/2558
000000151	ระบบแสวงหา/ไฟฟ้าไม่เพียงพอ ไมพอหนี้ (สืบ/ซื้อ/กระรับ)	ไฟฟ้า		รอการยืนยัน	1	28/4/2558	29/4/2558	28/4/2558	29/4/2558
000000150	ความคิดลดด้านการควบคุมระบบภายใต้มีฐาน (ไม่กำหนดระบบภายใต้มีฐานที่สำคัญ/ขาดการประเมินประสิทธิภาพ/ขาดการติดตาม/ไม่มีการปรับปรุงแก้ไขระบบ)	สำนักงานนโยบายและแผน		รอการยืนยัน	1	28/4/2558	29/4/2558	28/4/2558	29/4/2558

ภาพประกอบ 9 การตรวจสอบสถานะความเสี่ยง
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

4) การ Login สามารถทำการ Login เข้าสู่ระบบเพื่อเข้าไปยืนยันเรื่องที่มีการบันทึกรายงานความเสี่ยง (ใช้สำหรับหัวหน้าหน่วย/หัวหน้างาน/หัวหน้าตึก/ผู้รับผิดชอบ) ความเสี่ยงนั้นสามารถหากสามารถทำการแก้ไขที่หน่วยงานนั้นได้เลย ไม่เกิดผลกระทบกับหน่วยงานอื่น ให้แก้ไขและทำการลงข้อมูลการแก้ไขและปิดความเสี่ยงนั้น ในกรณีที่เกิดผลกระทบกับหน่วยงานอื่น หรือมีหน่วยงานอื่นเกี่ยวข้องด้วยสามารถถ่ายพ้องความเสี่ยงให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันแก้ไขต่อไปได้ แล้วสรุปปิดความเสี่ยงนั้น

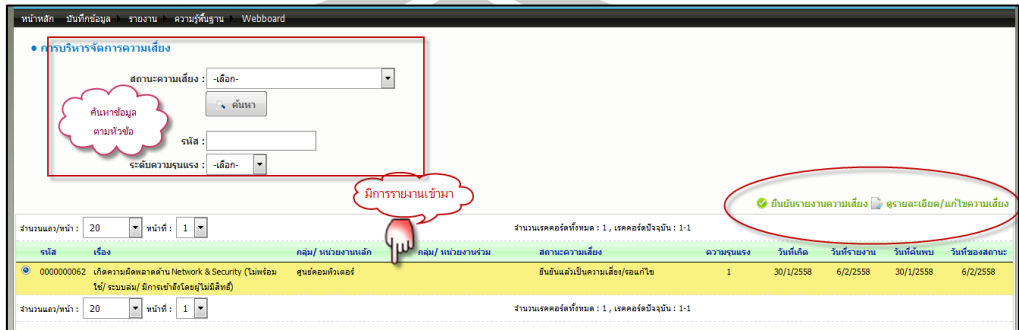
4.1) กรอก Username และ Password แล้วกด Login เพื่อเข้าระบบรายงานความเสี่ยง ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 การเข้าระบบความเสี่ยง
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

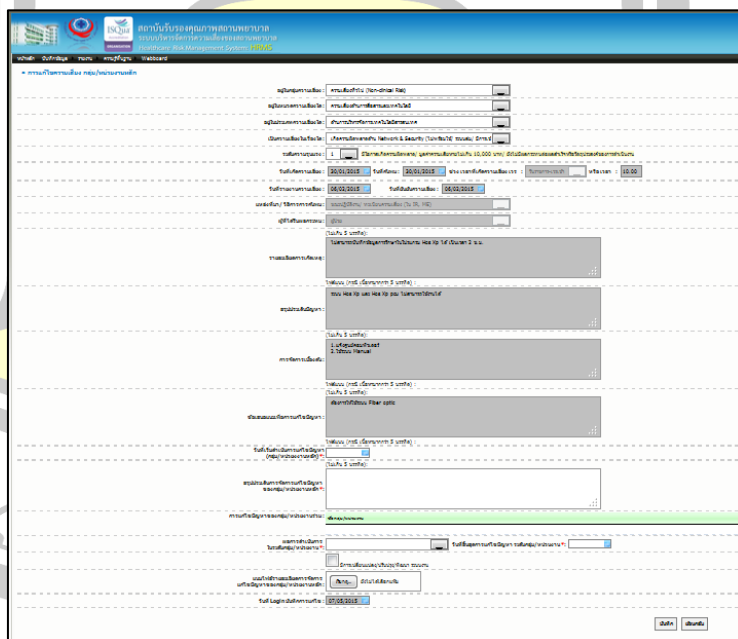


4.2) เมื่อทำการ Login จะปรากฏรายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะตนเองเท่านั้น ดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 ความเสี่ยงของหน่วยงาน
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคูณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

4.3) สามารถคลิกเพื่อทำการแก้ไขรายละเอียด หรือดูข้อมูลการรายงานเข้ามาเพื่อที่จะเข้าไปทำการแก้ไขได้ จากนั้นบันทึกการเปลี่ยนแปลง ดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 การบันทึกความเสี่ยง
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคูณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)



ภาพประกอบ 13 การแก้ไขรหัสผ่าน
ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

การแก้ไข Password ท่านสามารถแก้ไข Password ได้เอง โดยต้องทำการ Login ก่อน จากนั้นจะปรากฏชื่อผู้ใช้ จากนั้นสามารถคลิกไปที่ Change Password จากนั้นก็กรอกข้อมูลทำการเปลี่ยน Password ดังภาพประกอบ 13

2.1.2.5 ระบบแจ้งเตือนความเสี่ยง

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้รับเรื่องรายงานความเสี่ยงในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งมีหลากหลายช่องทาง ไม่ว่าจะเป็น การรายงานผ่านระบบ HRMS การรายงานผ่านใบแจ้งอุบัติการณ์ HOIR ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ จากผู้แสดงความคิดเห็น จาก Line Facebook หรือช่องทางอื่นๆ ที่ผู้รับบริการหรือบุคลากรในองค์กรสามารถรายงานความเสี่ยงได้โดยหน่วยงานที่รับรายงานคือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เมื่อมีการรายงานความเสี่ยงเข้ามาจะต้องมีกระบวนการแจ้งเตือนความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในกระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อไป ซึ่งการแจ้งเตือนความเสี่ยงจะแบ่งตามช่องทางที่ได้รับรายงาน รายละเอียดดังแสดงในตาราง 9



ตาราง 10 การแจ้งเตือนความเสี่ยง

ช่องทางรับรายงานความเสี่ยง	ขั้นตอนการแจ้งเตือน
1. ระบบบริหารความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Health care Risk Management System: HRMS)	1) เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง 2) มีการรายงานในระบบ HRMS 3) คณะกรรมการ RM เปิดระบบรับเรื่อง และเป็นผู้แจ้งเตือน 4) เสนอต่อผู้บริหาร และแจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหา หากเป็นความเสี่ยงที่มี
2. ตู้แสดงความคิดเห็น/ใบร้องเรียน	1) มีข้อเสนอแนะ ร้องเรียน 2) ส่งใบเสนอแนะผ่านตู้แสดงความคิดเห็น 3) คณะกรรมการ RM เปิดตู้ทุกวันพุธเพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้น และเป็นผู้แจ้งเตือน 4) เสนอต่อผู้บริหาร และแจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหา หากเป็นความเสี่ยงที่มีระดับ G-I จะต้องมีการทบทวนหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ไขร่วมกับหน่วยงาน หรือหากเป็นคำชมเชยจะดำเนินการมอบใบประกาศแก่ผู้ได้รับคำชมเชยจากผู้รับบริการ 5) ติดตามการดำเนินการแก้ไขของหน่วยงาน 6) รายงานผู้บริหาร 7) ปิดความเสี่ยง
3. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์	1) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการ 2) ร้องเรียนกับเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ 3) เจ้าหน้าที่จากศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์แจ้งเตือนเป็นเอกสารมายังศูนย์พัฒนาคุณภาพ 4) เสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและผู้บริหาร



ตาราง 9 การแจ้งเตือนความเสี่ยง (ต่อ)

ช่องทางรับรายงานความเสี่ยง	ขั้นตอนการแจ้งเตือน
3. ศูนย์รับร้องเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ (ต่อ)	5) คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยนัดผู้ร้องเรียนมาเพื่อดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท 6) หากสำเร็จ ปิดข้อร้องเรียน ปรับปรุงพฤติกรรมบริการ แต่หากไม่สำเร็จจะเข้าสู่กระบวนการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 หรือเข้าสู่กระบวนการทบทวนความเสี่ยงจากหน่วยงานที่ถูกร้องเรียน 7) ติดตามการดำเนินการแก้ไขของหน่วยงาน 8) รายงานผู้บริหาร ปิดเรื่อง
4. การยื่นขอรับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41	1) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 2) ผู้รับบริการยื่นใบขอรับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 ที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพ และแจ้งเตือนไปยังคณะกรรมการไกล่เกลี่ย และผู้บริหาร รวมถึงหน่วยงานที่ถูกร้องเรียน 3) คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย ร่วมพูดคุยกับผู้ต้องการร้องเรียน 4) หากไม่สำเร็จจะเข้าสู่กระบวนการยื่นเสนอขอรับเงินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ดต่อไป หากเจรจาสำเร็จจะสามารถประนีประนอมลดความรุนแรงลงไม่เกิดข้อเรียน 5) ติดตามการดำเนินการตามกระบวนการของคณะกรรมการช่วยเหลือผู้รับบริการทางการแพทย์ตามมาตรา 41 ของจังหวัด 6) รายงานผลการพิจารณาต่อผู้บริหาร 7) ปิดความเสี่ยง



ตาราง 9 การแจ้งเตือนความเสี่ยง (ต่อ)

ช่องทางรับรายงานความเสี่ยง	ขั้นตอนการแจ้งเตือน
5. ช่องทาง Line, Facebook, โทรศัพท์	<ol style="list-style-type: none"> 1) มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 2) ผู้รับบริการ/ผู้เสียหาย รายงานความเสี่ยงผ่านระบบออนไลน์ เช่น Line Facebook หรือโทรศัพท์มายังศูนย์พัฒนาคุณภาพ หรือหน่วยงานต่างๆ 3) แจ้งเตือนสรุปข้อมูลเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 4) หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพสอบถามข้อเท็จจริงอีกรอบกับผู้ร้องเรียน 5) หากสามารถไกล่เกลี่ยได้ ก็ปิดความเสี่ยง และหาแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำโดยร่วมกับหน่วยงานที่ถูกร้องเรียน แต่หากไม่สำเร็จต้องถามผู้ร้องเรียนว่าต้องการให้ดำเนินการรูปแบบใด เช่น ยื่นขอรับเงินตามมาตรา 41 หรือต้องการเพียงให้ตอบกลับข้อมูล 6) รายงานผู้บริหาร 7) ปิดความเสี่ยง

ที่มา: ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2560)

จากการทบทวนประเด็น มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA) และระบบรายงานความเสี่ยง HRMS เป็นการทบทวนให้เห็นบริบทของการระบบรายงานความเสี่ยงที่เริ่มต้นจากการให้ความสำคัญเรื่องความเสี่ยงให้เป็นหัวข้อสำคัญของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล อีกทั้งยังเห็นความเป็นมาของการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) ที่ให้ความสำคัญ มุ่งเน้นในการวางระบบเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และมีการกำหนดเป็นเป้าหมายความปลอดภัย สื่อสารในโรงพยาบาล ควบคู่กับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ภายใต้แนวทางปฏิบัติที่เรียกโดยย่อว่า SIMPLE และระบบแจ้งเตือนที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ทำให้ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการกำหนดแบบสอบถามและใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ



2.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2545 โดยมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วยตัวแทนวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ดำเนินการวางระบบ และปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผล และประสานเชื่อมโยงความเสี่ยงทุกระบบ โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงาน รวบรวม วิเคราะห์ ตรวจสอบข้อมูล และดำเนินกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงต่างๆ ในโรงพยาบาล โดยมุ่งหวังเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยใช้กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง ที่ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ส่งผลให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ มีความปลอดภัย

2.2.1 ช่องทางการค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการกำหนดช่องทางในการรับรายงานความเสี่ยงเชิงรับ จำนวน 6 ช่องทาง ได้แก่

2.2.1.1 ตู้แสดงความคิดเห็น

2.2.1.2 QR Code แสดงความคิดเห็น

2.2.1.3 ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนร้องทุกข์

2.2.1.4 การรายงานผ่านโทรศัพท์, Line

2.2.1.5 การรายงานความเสี่ยงผ่านระบบรายงาน HRMS

2.2.1.6 การฟ้องร้องขอรับเงินช่วยเหลือจากการได้รับความเสียหายทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามมาตรา 41

2.2.2 ช่องทางการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก โดยมีการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ประกอบด้วย 3 วิธีการ ได้แก่

2.2.2.1 Risk Round ในโรงพยาบาล อย่างน้อย 2 ช่วงเวลาในแต่ละวัน

2.2.2.2 การทบทวนเวชระเบียน

2.2.2.3 การค้นหาความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน

2.2.3 Risk Management Team

การ Form ของระบบบริหารความเสี่ยงให้เห็น Identifying, Analysing, Evaluating, Treating, Monitoring and Communicating Risk มีผลลัพธ์ของการป้องกันและจัดการที่ชัดเจนในประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สำคัญๆ กรรมการมี Function เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจในประเด็น



เสี่ยงที่สำคัญ กระตุ้นให้เกิด Safety Culture ทบทวน Processes and Structures ซึ่งมีผลโดยตรงกับการจัดการความเสี่ยงเพื่อให้เกิด Effective การประยุกต์นโยบาย คู่มือ วิธีการต่างๆ สู่งานประจำตามบริบท และการ Monitoring and Communicating Risk

2.2.4 การจัดการความเสี่ยง (Risk Management)

2.2.4.1 การจัดการกับความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน คือ การควบคุมความสูญเสีย ส่วนการบริหารเงินชดเชยค่าเสียหายเป็นการจัดการในระดับโรงพยาบาล ซึ่งมีกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความสูญเสีย ได้แก่

1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) เช่น การปิดห้องผ่าตัดเนื่องจากไม่มีสัญญาณแพทย์ หรือสัญญาณพยาบาล

2) การผ่องถ่ายความเสี่ยง (Risk transfer) เช่น การจ้างเหมาให้บริการมาดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน การส่งตรวจพิเศษบางอย่างที่ไม่บ่อยไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก

3) การป้องกันความเสี่ยง (Risk Prevention) มีหลายรูปแบบ ได้แก่

3.1) การป้องกัน (Protection) เช่น เสื้อตะกั่ว กล่องใส่ของมีคม การฉีดวัคซีน การตรวจสอบ Software จากภายนอกว่ามีไวรัสหรือไม่ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับหัตถการบางอย่าง

3.2) การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น การจำกัดใช้เครื่องมือ, การตรวจสอบ, การทดสอบระบบสำรอง

3.3) การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา, การตรวจสอบอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การรับส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด การรับเงิน การตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์

3.4) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนตระหนักว่าสามารถจำกัดขอบเขตหรือป้องกันความเสี่ยงได้ด้วยวิธีใด ทำให้ทุกคนมีส่วนเป็นเจ้าของกระบวนการป้องกันความเสี่ยง

3.5) การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (Loss Reduction) ได้แก่ การดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นสะดวกสบาย ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา ภายใต้การแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสารและความเข้าใจที่ดีต่อกัน และการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลางตามหลักสันติวิธี จะช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้องได้ แม้จะเป็นเหตุการณ์ที่ดูเหมือนจะเล็กน้อย เช่น คำร้องเรียนของผู้ป่วย นั้นเป็นสัญญาณเตือนว่าจำเป็นต้องปรับปรุงการสื่อสารและสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย

3.6) การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk Segregation) ได้แก่ การแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรองสำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน แต่ละหน่วยงานจะต้องระบุความเสี่ยงและวิธีการจัดการกับความเสี่ยงดังกล่าว การจัดทำรายงานสรุปของหน่วยงานจะได้รับประโยชน์ คือทำ



ให้เห็นชัดเจนว่ามีความเสี่ยงอะไร ทำให้หน่วยงานต้องพิจารณาว่ามีมาตรการในการควบคุมหรือป้องกันอย่างไร มาตรการเหล่านั้นเพียงพอหรือไม่

2.3 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม

2.3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

ทานตะวัน อินทร์จันทร์ (2546) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การที่ประชาชนทำตนเป็นผู้สร้างสรรค์กิจกรรมในกระบวนการพัฒนาซึ่งจะบังเกิดผล คือ สามารถแสดงบทบาทที่สร้างสรรค์ได้และผลของกิจกรรมจะต้องย้อนกลับมาสู่พวกเขาเอง United Nations Research Institute of Social Development (UNRISD) ระบุความหมายว่าเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ประชาชนในเรื่อง

- 1) การตัดสินใจ
- 2) การเข้าร่วมกิจกรรม
- 3) การร่วมรับผลประโยชน์อย่างเป็น ธรรมที่เกิดจากกิจกรรมนั้น ๆ

สหประชาชาติ(United Nations, 2524) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วม (Participation) ไว้ว่า การมีส่วนร่วมได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา การเข้ามีส่วนร่วมให้เกิดการพัฒนา และการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในเรื่องพัฒนา

ลิส Lisk (2528) ได้ให้ความหมายการมี ส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องมีความสัมพันธ์กับแนวคิดของ การเชื่อใจและการยอมรับตนเองเพื่อที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน ซึ่งสามารถสังเกตได้จากระดับความพึงพอใจ ระดับความไว้วางใจ และต้องครอบคลุมทัศนคติความคาดหวังและกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน

เฮด แฟร์ไชลด์ และคณะ Fairchild (2507) ได้ให้ความหมายของคำว่ามีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้ามามี ส่วนร่วมในกิจกรรมร่วมกันหรือการเข้ามามีส่วนติดต่อสัมพันธ์กันและอาจหมายถึงสถานการณ์ ทางสังคมด้วยก็ได้

วิลเลียม Erwin (2519) ได้ให้ความหมาย ไว้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันกับประชาชน ใช้ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชนแก้ไขร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสม และสนับสนุน ติดตามการปฏิบัติงานขององค์กร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

อาภรณ์พันธ์ จันทรสว่าง (2552) ได้อธิบายเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและ



ทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกันจะต้องมีมากจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อปฏิบัติ กล่าวคือ จะต้องเป็นความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีมากจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติการนั้นๆ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มีคนมารวมกันได้ ควรจะต้องมีการตระหนักว่า ปฏิบัติการทั้งหมด หรือการกระทำทั้งหมดที่ทำโดยกลุ่มหรือทำในนามกลุ่มนั้นกระทำผ่านองค์การ (Organization) ดังนั้น องค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลง

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง กระบวนการรัฐ การทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนใน ชุมชน ทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิและองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ให้เข้ามา มีส่วนร่วม ในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกัน ให้บรรลุวัตถุประสงค์และ นโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

ธนวัฒน์ คำภีร์ลานนท์ (2550) ได้อธิบายและวิเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมโดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่ม ตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ
 - 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบไปด้วยการสนับสนุน ทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการประสานขอความร่วมมือ
 - 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านต่างๆ ประกอบไปด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคล
 - 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เกี่ยวกับการควบคุมและการตรวจสอบ การดำเนินกิจกรรมทั้งหมดและเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป
- การมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นการตัดสินใจมีความสำคัญมากสาเหตุว่าการตัดสินใจจะส่งผลต่อการปฏิบัติการและการปฏิบัติการจึงมีผลต่อไป ยิ่งการรับผลประโยชน์และการประเมินผลในขณะเดียวกัน เพราะฉะนั้นการตัดสินใจจะมีผล โดยตรงต่อการรับผลประโยชน์และการประเมินผลด้วย

สรุปจากความหมายของการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า “การมีส่วนร่วม” หมายถึง การที่ประชาชนหรือกลุ่มบุคคลมีแนวคิดหรือจุดมุ่งหมายที่เหมือนกันเข้ามาดำเนินการนั้น ให้แล้วเสร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดแล้วรับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วม ในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยเกี่ยวข้องกับการทำให้กลุ่มเป้าหมายมีการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง



2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537) ได้สรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง การวิจัยประเภทหนึ่ง ซึ่งใช้กระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติโดยการใช่วงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การลงมือกระทำจริง (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) การดำเนินการจะต้องต่อเนื่อง เพื่อจะนำไปสู่การปรับปรุงแผนเข้าสู่วงจรใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง หรือสภาพการณ์ของสิ่งที่ศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.2 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการศึกษาโดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้นและการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น

2.4.2.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำงานของกลุ่ม (Participatory) และการใช้การปรึกษาหารือร่วมมือกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด

2.4.2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยประเมินตรวจสอบในทุกๆ ขั้นตอน เพื่อปรับปรุงการฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย

2.4.2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการเรียนอย่างมีระบบ (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความคิดเชิงนามธรรมมาสร้างเป็นข้อสมมติฐานทดลองฝึกปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดสอบ (Test) ว่าข้อสมมติฐานของแนวคิดนั้นผิดหรือถูก

2.4.2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นจากจุดเล็กๆ (Start Small) อาจจะเริ่มต้นจากบุคคลคนเดียว ที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างทางการศึกษาให้ดีขึ้นโดยขณะที่ปฏิบัติต้องปรึกษารับฟังข้อคิดเห็นและอาศัยการร่วมปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง

2.4.2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่ให้แนวทางปฏิบัติเชิงรูปธรรมจากการบันทึก (Records) พัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เห็นกระบวนการเข้าสู่ปัญหา การแก้ปัญหา การปรับปรุง และได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผล ในขณะที่เดียวกันสามารถนำปรากฏการณ์ที่ศึกษามาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้แนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & McTaggart, 1988) เมื่อนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อแก้ปัญหการปฏิบัติงาน โดย



ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เรียนรู้และวิเคราะห์วิจารณ์จากผลที่ได้จากการปฏิบัติ จะทำให้ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของระบบหน่วยงานได้จากลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าวเป็นการมุ่งหาคำตอบที่เป็นองค์ความรู้หรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนา ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการทำงานหรือพัฒนางานของโรงเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ด้วย

2.4.3 กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ลักษณะ ดังนี้

2.4.3.1 เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration)

ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย

2.4.3.2 เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

2.4.3.3 ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติ

2.4.3.4 ใช้วงจรการปฏิบัติการ (Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

2.4.4 กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนที่สำคัญ ในการดำเนินการ ดังนี้

2.4.4.1 การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัย

ต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพปัญหาควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้คือ ปัญหาที่เกี่ยวกับครู นักเรียน เนื้อหาวิชาและสภาพแวดล้อม

2.4.4.2 เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระ ควรแก่การศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎี

มาร่วมพิจารณาลักษณะปัญหา สร้างวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนอาจจะต้องสร้างสมมติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่ต้องการประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ปัญหา กับหลักการหรือทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องปัญหานั้น



2.4.4.3 เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือที่ใช้มี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ

2.4.4.4 บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้า และเป็นอุปสรรคตามวงจรการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนการปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อบันทึกไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

2.4.4.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจในความถูกต้องแสดงรายละเอียด อธิบายสถานการณ์จัดหมวดหมู่ และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูล

2.4.4.6 ตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มผู้วิจัย ได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบ ที่เป็นสาเหตุและวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยสรุปประมวลผลเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติ หรือเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปมาน และความรู้เชิงทฤษฎีด้วย

2.4.5 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวิจัยนี้ เมื่อกล่าวในเชิงนำไปใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานในโรงเรียน มีวิธีดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังนี้

2.4.5.1 ขั้นการวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างบุคลากรภายในโรงเรียน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรจะต้องปฏิบัติอย่างไร ซึ่งจะขอแนะนำในการเลือกหัวข้อการวิจัยในขั้นสุดท้ายที่ควรคำนึงถึง ดังต่อไปนี้

- 1) หัวข้อนั้นสำคัญต่อผู้วิจัยอย่างไร
- 2) หัวข้อนั้นสำคัญต่อโรงเรียนและนักเรียนอย่างไร
- 3) มีใครช่วยได้บ้าง
- 4) ข้อจำกัดที่จะค้นพบทั้งในแง่ของการปฏิบัติและงบประมาณ
- 5) ความสามารถของผู้วิจัยในการดำเนินงานการวิจัย



เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้ว ในขั้นนี้อาจจะต้องขอความร่วมมือจากผู้อื่นหรือผู้ช่วยวิจัยเพื่อกำหนดหัวข้อที่จะดำเนินงานวิจัยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ปรีกษาหาหรือว่าจะใช้เครื่องมืออะไร เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร วิเคราะห์อย่างไร ใช้สถิติแบบใดบ้าง จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป

2.4.5.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนที่วางไว้มาดำเนินการ ในขั้นนี้ผู้วิจัยจะต้องพบปัญหาในการวิจัยมากมาย ต้องทำการวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงาน เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ดังนั้นแผนที่กำหนดไว้ควรจะต้องมีความยืดหยุ่นปรับได้ เปลี่ยนแปลงไปตามความเหมาะสมโดยกำหนดให้เกิดความสอดคล้องกับการปฏิบัติจริง

2.4.5.3 ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งสังเกตกระบวนการของการปฏิบัติการ (Action of Process) และผลของการปฏิบัติการ (Effect of Action) พร้อมทั้งจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวังโดยอาศัยเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ ผู้วิจัยจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมพิจารณาข้อดีข้อเสียของเครื่องมือแต่ละชนิด เพื่อรวบรวมข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดมีรายละเอียด ดังนี้

1) การบันทึกสนาม (Field Note) เป็นการจดบันทึกพฤติกรรมต่างๆ ของผู้เกี่ยวข้องตามสภาพที่เห็นโดยไม่ได้แสดงความคิดเห็นส่วนตัวหรือการแปลความหมาย การบันทึกลักษณะนี้จะทำให้ได้พฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

2) การสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นการทำให้ได้คำถามที่ยืดหยุ่นมากกว่าการรวบรวมแบบสอบถาม การสัมภาษณ์สามารถดำเนินการได้ 3 ลักษณะ คือ แบบไม่ได้วางแผน (Un-planned) เป็นการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการของคู่สนทนา แบบวางแผนแต่ไม่มีโครงสร้าง (Planned But-unstructured) เปิดโอกาสให้คู่สนทนาเลือกหัวข้อที่สนใจที่จะพูด ผู้สัมภาษณ์จะใช้คำถามอื่นประกอบเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนตรงประเด็น และแบบมีโครงสร้าง (Structured) การสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามชุดคำถามที่เตรียมการไว้แล้ว

3) การใช้สังคมมิติ (Socio-metric Method) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสังคมในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้คำถามว่า เขาชอบที่จะทำงานหรือไม่ทำงานกับใคร แล้วนำมาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ว่าใครเป็นผู้นิยมของกลุ่มหรือใครถูกเพื่อนเพิกเฉย

4) การใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบ สามารถใช้ได้ทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด เลือกให้เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลที่สำคัญผู้วิจัยจะต้องกำหนดหัวข้อของเรื่องที่จะถามให้รัดกุมและครอบคลุม

5) การใช้แบบสำรวจรายการ (Check List) เพื่อให้การบันทึกพฤติกรรมมีความเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยอาจสร้างรายการแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมาย แล้วใช้ประกอบการสังเกตโดยกาเครื่องหมาย / หรือ X หน้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไปตามรายการที่มีอยู่



6) การบันทึกเสียง (Tape Recording) เป็นวิธีที่สะดวกและง่าย ข้อดี คือสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียด แต่ข้อด้อย คือ ไม่สามารถบันทึกกิจกรรมที่แสดงท่าทาง

7) การใช้วีดิทัศน์ (Video Tape Recorder) สามารถบันทึกพฤติกรรมได้ทุกขั้นตอน บันทึกได้ทั้งภาพและเสียง สามารถเห็นพฤติกรรมได้ทั้งหมด หรือเลือกบันทึกรายการประเด็นที่สนใจ มีความเที่ยงตรงค่อนข้างสูง

8) การใช้แบบทดสอบ (Test) เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา เป็นการรวบรวมข้อมูลความสามารถทางด้านสมอง

2.4.5.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่ เป็นข้อจำกัด ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ว่า สัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมของโรงเรียนหรือกิจกรรมที่กำลังศึกษาและของระบบการศึกษาที่ประกอบกันอยู่ โดยผ่านกระบวนการถกอภิปรายปัญหา การประเมินโดยกลุ่มจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

2.4.5.5 สรุปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักรู้เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัยซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน แล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของ 4 ขั้นตอนดังกล่าว จะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลปฏิบัติตามจุดมุ่งหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเริ่มต้นโดยครู นักเรียน หรือนักศึกษา แล้วปฏิบัติการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาขึ้นโดยรับฟังความคิดเห็น ข้อดีเตียนผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ คือ ครู นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้บริหาร หรือสังคมภายนอก บันทึกผลการปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทุกๆ ขั้นที่สำคัญ นั่นคือ บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติ บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการใช้ภาษาและการสื่อสารในห้องเรียนหรือหน่วยงานและกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องแก้ไข บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมและการจัดระบบองค์กรที่ลดอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ บันทึกผลของการพัฒนาการที่เป็นข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย

2.4.5.6 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญในเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำมาสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องราวของสิ่งที่ศึกษานั้น



2.4.6 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

สุวิมล ว่องวาณิช (2550) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดประเภทวิจัยปฏิบัติการดังต่อไปนี้

2.4.6.1 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

1) การวิจัยแบบเป็นทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยเคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย หรือของนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์ มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุม เพื่อให้ตอบคำถามวิจัยได้ชัดเจน และมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่จำแนกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดแบบการวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยเชิงวิชาการ มุ่งเน้นการตอบคำถามวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว จากการเรียนการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญ ที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้บางครั้ง พบว่า มีการรายงานผลเพียง 1-2 หน้า

2.4.6.2 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Zuber-skerrit

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) การวิจัยตามรูปแบบนี้ มีเป้าหมายของการวิจัย เพื่อปรับปรุงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก มาช่วยในการทำวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลัก โดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิด วิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัย ที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2) การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยภายนอก แสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิผลการทำงานแล้วยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนผล และคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีโอกาสที่จะเรียนรู้กระบวนการวิจัย และมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดในประเด็นปัญหาวิจัย ที่มาจากการปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

3) การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์หรืออิสระ (Critical Emancipator Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน



เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยปฏิบัติการ แบบที่ 1 และ แบบที่ 2 คือ นอกจากพัฒนา ประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติ แล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในระบบการทำงานที่เป็นอยู่ในองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมี บุคคลภายนอกมาร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียง ในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้ แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่สอง การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนา ความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติ และนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์ และพันธนาการ ทางความคิดเดิม

จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของ การทำงานจากผู้ปฏิบัติถูกรอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรกมาเป็นการ ทำงานร่วมกัน (Cooperation) ในแบบที่สอง และรูปแบบการทำงานที่สามซึ่งเป็นการทำงาน แบบร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งเป็นแนวทางการวิจัยปฏิบัติการ ที่กำลังเป็นที่นิยมและยอมรับกันว่า จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพ ของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่นๆ

องอาจ นัยวัฒน์ (2548) ได้จำแนกรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการไว้ 5 แบบดังนี้

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่รู้จักกันในชื่อสั้นๆ ว่า “PAR” เป็นรูปแบบการวิจัย ที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิด ระหว่างการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) หรือ “PR” กับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือ “AR” เข้าด้วยกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบนี้ ถือว่าเป็นแนวทางหรือ กลยุทธ์ในการสืบค้นหาความรู้ความจริง ทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์แบบใหม่ โดยมี จุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและบุคคลที่ปฏิบัติงานใน หน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน ในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสีย กับปัญหาการวิจัยที่ เกิดขึ้นจริงในสถานที่ดังกล่าว ผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรสร้างขึ้นในรูปของความรู้เชิง ปฏิบัติการที่ได้จากการสืบค้นแบบมีส่วนร่วม ระหว่างมุมมองของคนในและคนนอกจะถูกนำไปใช้ สำหรับปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันที่

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวิพากษ์ (Critical Action Research) เป็นรูปแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่มีลักษณะเน้นหนักไปในด้านการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขัน ใน กระบวนการทำวิจัยของบุคคล ผู้เป็นสมาชิกของชุมชนหรือสังคมในวงกว้าง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือบุคคล ภายใต้วงงาน องค์กร หรือชุมชน มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) เกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัย การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตลอด จนการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงสิ่ง ต่างๆ ภายใต้สภาวะการณ์เงื่อนไขที่เป็นอยู่ ให้ดีขึ้น นักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถแสดงทัศนะ ได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งเป็นอิสระและปราศจากการครอบงำทางความคิด และการกระทำจาก นักวิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชนซึ่งเป็นสถานที่ทำการศึกษาวิจัย



ดังนั้น จึงทำให้การวิจัยรูปแบบนี้บางครั้งถูกเรียกว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipator Action Research)

3) การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Action Learning) เป็นรูปแบบการแสวงหาความรู้เชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่ง ภายใต้แนวคิดพื้นฐานสำคัญที่ว่า การเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกัน ระหว่างกลุ่มบุคคลร่วมสาขาวิชาความรู้หรือสาขาอาชีพเดียวกัน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR) ที่ไม่จำเป็นต้องเน้นว่าเป็นการวิจัยและสร้างความรู้เชิงทฤษฎีที่เป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้ปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาย่างทันที่

4) วิทยาศาสตร์เชิงปฏิบัติการ (Action Science) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ผสมผสานวิชาความรู้ทางด้านทฤษฎี การวิเคราะห์เชิงจิตวิทยา และพฤติกรรมองค์การเข้าด้วยกัน โดยมีจุดมุ่งเน้นไปที่การสืบค้นหาความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific Knowledge) ที่สามารถนำไปใช้สำหรับปฏิบัติการ ปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร ชุมชน หรือสังคมมุ่งเน้นดังกล่าวนี้นำไปพร้อมกับการสร้างทฤษฎีเชิงปฏิบัติการ (Action Theory) ที่บูรณาการผสมผสานขั้นตอนการสร้างและการทดสอบทฤษฎีเชิงปฏิบัติการเข้าไว้ด้วยกัน ในลักษณะเป็นองค์รวม

5) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิงชุมชน (Community Base Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่ง ที่มีรากฐานการพัฒนามาจากการร่วมมือระหว่างนักวิชาการที่เป็นผู้ปฏิบัติการระดับมืออาชีพกับประชาชนทั่วไปในฐานะเป็นผู้เกี่ยวข้อง หรือสัมผัสกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างแท้จริง การรวมพลังกายและพลังความคิดร่วมกันระหว่างนักวิจัยเชิงวิชาการผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะจากภายนอกชุมชนและนักวิจัยชาวบ้านหรือนักวิจัยท้องถิ่น ผู้มีประสบการณ์ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชุมชนนำไปสู่การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้หรือกลยุทธ์ในการพัฒนาอื่นใด ที่มีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกลมกลืนกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีความเป็นมา และวิถีจักรความเป็นไปในชุมชน (Community Life) เป็นผลให้การใช้ความรู้หรือกลยุทธ์ ที่สรรค์สร้างขึ้นในกระบวนการปรับปรุงแก้ไข้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้ เพราะประชาชนในชุมชนให้การยอมรับและให้ความร่วมมือในการเป็น “กลไกการพัฒนา” อันสำคัญในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกหรือที่พึงปรารถนาขึ้น ในชุมชนที่พวกเขาเหล่านั้นเป็นสมาชิกอยู่

จากการศึกษากระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคม เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการและวิธีการปฏิบัติงาน โดยได้รูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์



ที่เกี่ยวข้องเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนางานให้ไปในทิศทางที่ต้องการ โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด สามารถอธิบายสถานการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เกิดการเรียนรู้วิธีการเพื่อพัฒนาหรือแก้ปัญหาต่างๆ ให้ดีขึ้น ประกอบด้วย การวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

สำหรับผู้วิจัยได้เลือกใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) เพื่อพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีแนวคิดที่สำคัญ คือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้น ไม่นำเอาแนวคิดแผนงาน หรือโครงการของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรก แต่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้กระตุ้น ตั้งประเด็น และกำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัทธิดา สุภิสุทธิ์ (2550) ได้ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพบริหารนโยบายในการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรพยาบาล องค์กรพยาบาลสามารถนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด พยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงาน ความเสี่ยง 2 ด้านคือ ด้านกระบวนการ พบปัญหาในเรื่องของการไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์และไม่ได้รับการตอบสนองจากการรายงานอุบัติการณ์ ด้านบุคลากร พบปัญหาในเรื่องการขาดความรู้เรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยง การไม่ให้ความร่วมมือและความรู้สึกขาดขวัญกำลังใจ ผู้วิจัยเสนอแนะให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเลือกรูปแบบการจัดอบรมหรือให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่บุคลากรแต่ละกลุ่ม ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้มีความชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติ ทั้งในเรื่องการวิเคราะห์ความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ และการตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์ และผู้บริหารควรมีบทบาทที่ชัดเจนในการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น นิเทศการปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดสร้างขวัญและกำลังใจของบุคลากรด้วยการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ

วิชาญ เอี่ยมรัมย์กุล (2553) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต กรณีศึกษา โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบโดยใช้วิธีแบบกล่องดำ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ที่มีต่อระบบ โดยดำเนินการตามวงจรการพัฒนาระบบพัฒนาระบบโดยภาษาพีเอสพี และระบบข้อมูลมายเอสคิวแอล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 56 คน ผลการวิจัยพบว่า ระบบสารสนเทศ



เพื่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68 และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.28 ซึ่งระบบที่ได้จัดทำขึ้นตอบสนองความต้องการและช่วยภาระของเจ้าหน้าที่ได้ และสามารถนำไปใช้จริงได้

ภัทรธิดา โภคาพันธ์ (2555) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการกำกับติดตามในระบบมาตรฐานคุณภาพและได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนามาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในเพื่อให้บริการเป็นไปอย่างมีคุณภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความเสี่ยง เปรียบเทียบความคิดเห็นก่อนและหลังดำเนินการของกลุ่มตัวอย่างในด้านความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก พบว่า หลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยสรุปปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกคือ ภาวะผู้นำของผู้นำสูงสุด และการกำหนดบทบาทให้กับทีมผู้พิทักษ์ความเสี่ยงการมอบอำนาจการตัดสินใจแก่หัวหน้าหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งแนวทางในการดำเนินการครั้งนี้ สามารถประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพในประเด็นอื่นได้ต่อไป

พวงผกา ไทยดำรงค์ (2556) ศึกษาการพัฒนากลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการที่ 17 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเสี่ยง และสาเหตุของความเสี่ยงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการที่ 17 รวมถึงสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และพัฒนากลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ความเสี่ยงและสาเหตุของความเสียหาย ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สภาพการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปพบว่า มีการกำหนดแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จัดทำบัญชีความเสี่ยงโดยบุคลากรในหน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วม มีการทบทวนความเสี่ยงโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานทุกครั้งที่เกิดความเสี่ยงที่มีความรุนแรง มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ ด้านการประเมินความเสี่ยง มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง



พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ความสามารถ ภาพรวมมีปัญหาการรายงานความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง พบว่าจุดแข็ง คือผู้บริหารมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง บุคลากรมีความรู้ ทักษะและมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัด มีโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงส่งเสริมการวิจัยและพัฒนางาน จุดอ่อน พบว่า เป็นด้านการสื่อสารในองค์กร

ผดุงรัตน์ มากชู (2557) ศึกษาการพัฒนากระบวนการรายงานอุบัติการณ์ออนไลน์เพื่อสนับสนุนการบริหารความเสี่ยงใน โรงพยาบาลบ้านตากครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบรายงานอุบัติการณ์ออนไลน์ในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ซึ่งสามารถตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและแจ้งเตือนผู้เกี่ยวข้อง และช่วยสนับสนุนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก และศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ที่มีระบบรายงานอุบัติการณ์ออนไลน์ในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยมีการออกแบบฐานข้อมูล ที่มีการเก็บบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานมีค่าเฉลี่ย 4.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 ซึ่งผลการประเมินอยู่ในระดับพึงพอใจมาก และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยที่มีความสัมพันธ์กัน พบว่าระดับความพึงพอใจในการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ออนไลน์มากกว่าระบบบันทึกอุบัติการณ์เดิม

เชวรัตน์ ศรีวิสุธา (2558) ได้ศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ศึกษาอำนาจทำนายอายุ ประสบการณ์เจตคติและการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพได้ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($x=3.59$, $SD=.84$) ประสบการณ์ตามระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีอำนาจทำนายต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมมีอำนาจทำนายต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

นภัสภรณ์ เจริญสะอาด (2560) ได้ศึกษา การพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 40 คน พบว่า ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในครั้ง นี้ มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เก็บรวบรวมข้อมูล

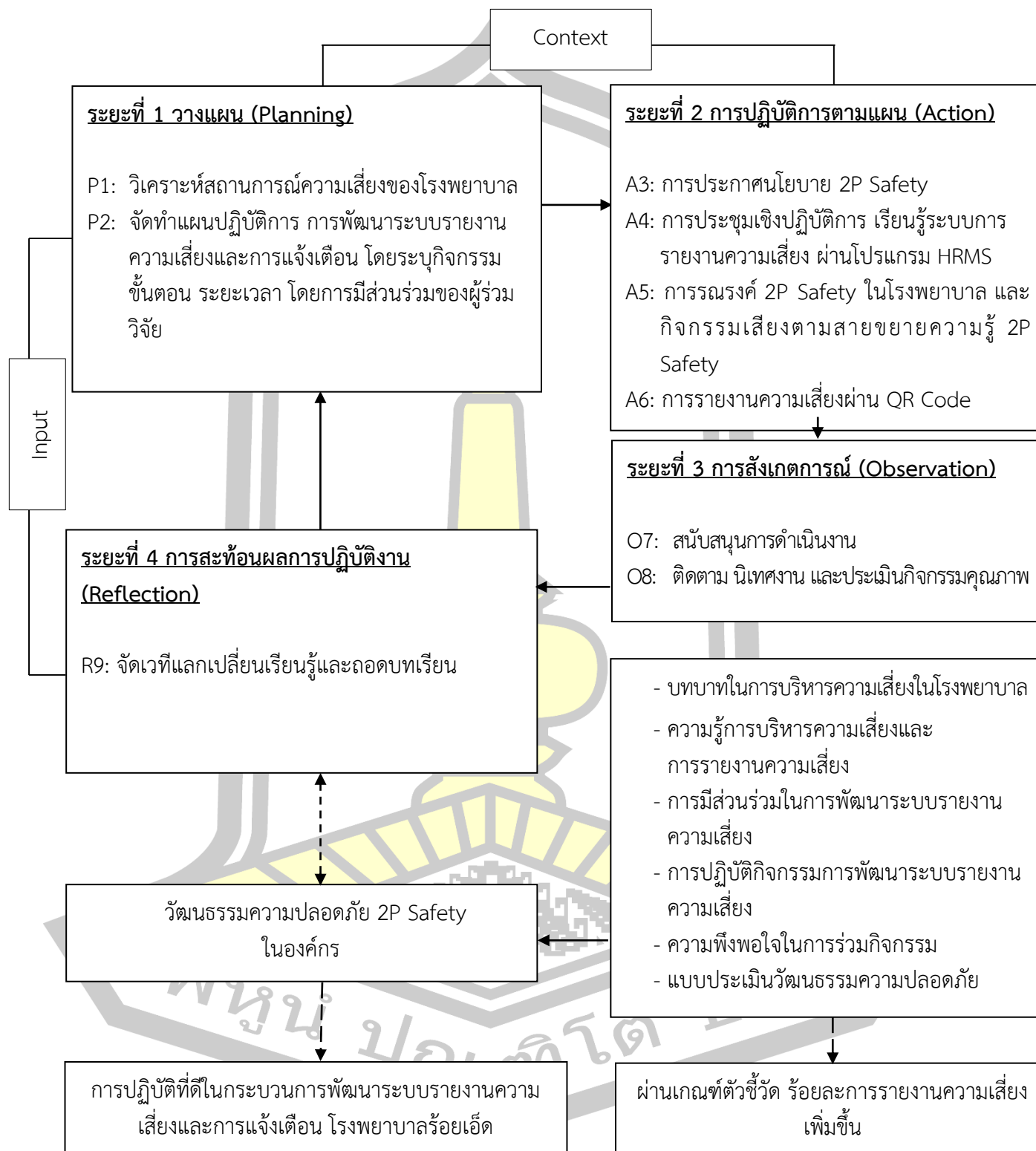


2) วิเคราะห์ข้อมูล 3) วางแผนในการดำเนินงาน 4) ดำเนินการตามแผน 5) การตรวจสอบติดตาม 6) การสนทนากลุ่มและถอดบทเรียน และ 7) การปรับปรุง ซึ่งผลจากการพัฒนาดังกล่าวส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และผลการดำเนินด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกครั้งนี้ส่งผลให้การประเมินผลด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 65 ผลงานตามเกณฑ์ชีวิตตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ในมิติที่ 2 ผ่านเกณฑ์ชีวิต ร้อยละ 81.25 และพบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ได้มาตรฐานและเป็นระบบส่งผลให้การตอบสนองต่อความเสี่ยงมีความรวดเร็ว (S-Sensitive) มีการบริหารจัดการระบบการป้องกันความเสี่ยงที่ดี (M-Management) มีการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (I-Implementation) มีการเรียนรู้ความผิดพลาดจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้น (L-Learning) ความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ไม่โทษที่ตัวบุคคลให้มองเชิงระบบ (E-Error) หรือเรียกว่า SMILE Model โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงทางคลินิก คือ T-I-P ประกอบด้วย T-Teamwork คือ การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย I-Implementation คือ การนำมาตรฐานที่วางไว้สู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม P-Policy คือ นโยบายของผู้นำด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ให้คุณค่าและเห็นความสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การพัฒนางานคุณภาพในองค์กร คือกระบวนการพัฒนา และบริหารจัดการงานที่ประกอบด้วย นโยบายคุณภาพ วัตถุประสงค์ คุณภาพ การวางแผนงานคุณภาพ ระบบการบริหารจัดการเชิงคุณภาพ ระบบการตรวจสอบหรือการประเมินผล และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการดำเนินงานที่มีคุณภาพไม่เพียงแต่จะช่วยให้องค์กรสามารถทำงานได้ดีตามเป้าหมายที่ต้องการเท่านั้นแต่ยังช่วยสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า และมีต้นทุนในการดำเนินงานที่ได้เปรียบคู่แข่งมีวงจรคุณภาพของเดมมิง ที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า วงจร PDCA เกิดการหมุนรอบมากขึ้นเท่าไร คุณภาพของงานก็มากขึ้นเท่านั้น โดยเฉพาะด้านการบริหารความเสี่ยงให้มีคุณภาพ ซึ่งต้องระลึกเสมอว่า การบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของทุกคน บุคลากรทุกคนมีหน้าที่เฝ้าระวัง ค้นหา และรายงานความเสี่ยง โดยทำความเข้าใจกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยง จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยนำมาออกแบบกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ซึ่งเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 14 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการศึกษาและออกแบบเครื่องมือในการวิจัย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประเภท Practical Action Research โดยมีกระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ (Kemmis & McTaggart, 1988) มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3.2.1 กลุ่มเป้าหมาย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยตามบริบท และพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย คือ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีประชากรที่ศึกษา ดังแสดงในตาราง 10



ตาราง 11 กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย	จำนวน (คน)
1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ	19
2. คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน	18
3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยโรงพยาบาล	27
4. หัวหน้าหน่วยงาน	105
รวม	170 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยโรงพยาบาล และ หัวหน้าหน่วยงาน จำนวน 80 คน โดยใช้หลักการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ดังนี้

3.2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) มีประสบการณ์การทำงานบริหารความเสี่ยงมากกว่า 1 ปี
- 2) เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องความเสี่ยงในหน่วยงาน
- 3) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

3.2.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง
- 2) ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย
- 3) ย้ายที่ทำงานขณะทำการวิจัย

ตาราง 12 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประเภทกลุ่มเป้าหมาย	ประชากร (คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ	19	10
2. คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน	18	12
3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยโรงพยาบาล	27	20
4. หัวหน้าหน่วยงาน	105	38
รวม	170 คน	80 คน



3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ

การพัฒนาคุณภาพ การรายงานความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง โดยการการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดการความเสี่ยงร่วมกัน เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบการรายงานความเสี่ยงในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีประสิทธิภาพ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale)

และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยให้เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสม และตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

ส่วนที่ 2 บทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีบทบาทคือ มาก ปานกลาง และน้อย

มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
-----	---------	--

ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
---------	---------	--

น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน
------	---------	---

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย ชนิดคำตอบ 4 ตัวเลือก ก ข ค และ ง โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว



ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีการมีส่วนร่วมคือ มาก ปานกลาง และน้อย

มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ มีการปฏิบัติคือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ประจํา	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัตินานๆ ครั้งหรือไม่ต่อเนื่องตามข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติ หรือ ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีความพึงพอใจ มาก ปานกลาง และน้อย

มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน



ชุดที่ 2 แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture) เป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและดัดแปลงจากแบบสำรวจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีข้อคำถาม 12 มิติ จำนวน 42 ข้อ ดังนี้

- มิติที่ 1 ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ จำนวน 3 ข้อ
 มิติที่ 2 ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม จำนวน 4 ข้อ
 มิติที่ 3 ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย จำนวน 4 ข้อ
 มิติที่ 4 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 ข้อ
 มิติที่ 5 การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล จำนวน 4 ข้อ
 มิติที่ 6 การสื่อสารที่เปิดกว้าง จำนวน 3 ข้อ
 มิติที่ 7 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด จำนวน 3 ข้อ
 มิติที่ 8 การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการลงโทษกับตนในภายหลัง จำนวน 3 ข้อ
 มิติที่ 9 การจัดคนทำงาน จำนวน 4 ข้อ
 มิติที่ 10 การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ
 มิติที่ 11 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล จำนวน 4 ข้อ
 มิติที่ 12 การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีความคิดเห็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	เห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน 1 คะแนน



3.3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารต่างๆ รวมถึงแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารต่างๆ มาสร้างแบบสอบถามทั้งหมด 2 ชุด ดังที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้น เพื่อให้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.3.3.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อความ ตลอดจนความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- | | | |
|-------------------|----------------|---|
| 1) นายแพทย์วัชร | เอี่ยมรัมย์กุล | นายแพทย์เชี่ยวชาญ
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 2) นางพรณี | แสงอินทร์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด |
| 3) นางสาวนภัสภรณ์ | เชิงสะอาด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด |

จากการทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา พบว่า มีค่าค่าความตรงของเนื้อหา (IOC: Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.89

3.3.3.2 การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ชุด แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง มาหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน แบบสอบถามบทบาทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง แบบสอบถามความพึงพอใจในกิจกรรม มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ดังนี้



- 1) ค่าความเชื่อมั่นด้านบทบาทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล เท่ากับ 0.72
- 2) ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ เท่ากับ 0.74
- 3) ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง เท่ากับ 0.82
- 4) ค่าความเชื่อมั่นด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง เท่ากับ 0.77
- 5) ค่าความเชื่อมั่นด้านความพึงพอใจในกิจกรรม เท่ากับ 0.68

โดยใช้เกณฑ์การแปลผลความเชื่อมั่น ดังนี้ (เกียรติสุดา ศรีสุข, 2552)

- 0.00 – 0.20 ความเชื่อมั่นต่ำมาก/ไม่มีเลย
 0.21 – 0.40 ความเชื่อมั่นต่ำ
 0.41 – 0.70 ความเชื่อมั่นปานกลาง
 0.71 – 1.00 ความเชื่อมั่นสูง

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงานกระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ (Kemmis, 1998) มาเป็นกรอบดำเนินการ ดังนี้

3.4.1 ระยะเวลาที่ 1 วางแผน (Planning) ประกอบด้วย

P1: วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยวิเคราะห์ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านบริการ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล และลักษณะทางประชากร และคืนข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้รับรู้สถานการณ์ปัญหา ร่วมกัน

P2: จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน โดยระบุกิจกรรม ขั้นตอน ระยะเวลา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) ประกาศนโยบาย 2P Safety 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “เรียนรู้การใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม HRMS 3) กิจกรรมรณรงค์ 2P Safety ภายในโรงพยาบาล 4) การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code

3.4.2 ระยะเวลาที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action) ประกอบด้วย

A1: ประกาศนโยบาย 2P Safety จัดขึ้นในเดือนมีนาคม 2561 โดยผู้บริหารให้ความสำคัญในการกำหนดนโยบายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงเป็นกระดุนในระดับนโยบาย เพื่อนำไปสู่ระดับผู้ปฏิบัติผ่านหัวหน้าหน่วยงาน



A2: ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง เรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยง ผ่านโปรแกรม HRMS on Cloud กำหนดจัดขึ้นในเดือนมีนาคม 2561 โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และวิทยากรจากหน่วยงานที่เป็นผู้พัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง HRMS เป็นผู้บรรยายให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อนำไปถ่ายทอดแก่ผู้ปฏิบัติในหน่วยงาน

A3: ธรณรงค์ 2P Safety ภายในโรงพยาบาล กำหนดจัดขึ้นในเดือนเมษายน 2561 โดยการกระตุ้นให้บุคลากรในโรงพยาบาล รวมถึงผู้รับบริการรับทราบนโยบายความปลอดภัยผู้ป่วย และบุคลากรทางสาธารณสุข 2P Safety โดยร่วมกันทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด นำทีมโดยผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

A4: การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code เริ่มดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2561 โดยการนำสติ๊กเกอร์ QR Code ติดตามจุดบริการต่างๆในโรงพยาบาล จำนวน 64 จุด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รายงานความเสี่ยงได้สะดวก รวดเร็ว

3.4.3 ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

O1: สนับสนุนการดำเนินงาน ติดตาม นิเทศงาน และประเมินกิจกรรมคุณภาพการติดตาม นิเทศงาน โดยการลงหน้างานเชิงรุก สัมภาษณ์ และสังเกตบริบทหน้างานเฝ้าระวัง ติดตาม จากโปรแกรม HRMS และหัวหน้างานช่วยประเมินความถี่การรายงานผ่านช่องทางต่างๆ

O2: ประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา (Post-test) ดังนี้

- 1) บทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- 2) ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง
- 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง
- 4) การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง
- 5) ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม
- 6) วัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล Hospital Survey on Patient

Safety Culture)

3.4.4 ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

R1: จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

R2: ถอดบทเรียน



3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.5.1.1 ขั้นเตรียมการ

- 1) ทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
- 2) ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการขั้นตอนการวิจัย
- 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- 4) ทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย (Try Out)

3.5.1.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) บทบาทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ใช้ประเมินบทบาทของผู้เข้าร่วมวิจัย ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) คือ มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 10 ข้อ (10 นาที)
- 2) ความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง ใช้วิธีการทดสอบความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง รายบุคคล ก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยแบบทดสอบแบบเลือกตอบ (Check List) 4 ตัวเลือก (ก ข ค และ ง) จำนวน 20 ข้อ (20 นาที)
- 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ใช้ประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงรายบุคคล ก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีการมีส่วนร่วม คือ มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 20 ข้อ (20 นาที)
- 4) การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ใช้ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงรายบุคคล ก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีการปฏิบัติ คือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ (20 นาที)
- 5) ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ใช้ประเมินความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมรายบุคคล ก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีความพึงพอใจ คือ มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 20 ข้อ (20 นาที)



6) แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture) ใช้ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีความคิดเห็น มาก ปานกลาง และ น้อย

3.5.2 การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือในการพัฒนา 3 กิจกรรม ได้แก่

3.5.2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อหา Situation Analysis โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกตามประเด็นที่แลกเปลี่ยน ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาการบริหารความเสี่ยงและการ รายงานความเสี่ยง (60 นาที)

3.5.2.2 การประชุมร่วมกันเพื่อกำหนด Action Plan รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก การประชุม (120 นาที)

3.5.2.3 การสรุปถอดบทเรียน กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและแจ้ง เตือน ในการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้เครื่องมือ คือแบบ บันทึกสรุปผลการถอดบทเรียน (60 นาที)

หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบทุกครั้ง หรือไม่ต้องการเข้าร่วมกระบวนการ ครั้งนี้แล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอน ตัวออกจากโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวออกจากความเป็น อาสาสมัครได้ทันที

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

ชุดที่ 1 กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และ การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ส่วนที่ 2 บทบาทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) คือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้



มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับบทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงใน
โรงพยาบาล เป็น 3 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับบทบาท	หมายถึง	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับบทบาทมาก	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับบทบาทปานกลาง	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับบทบาทน้อย	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 3 ความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ
ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย

ตอบถูก	หมายถึง	ได้คะแนน 1 คะแนน
ตอบผิด	หมายถึง	ได้คะแนน 0 คะแนน

ผลรวมของคะแนนทั้งหมดมีค่าความถี่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน โดยอ้างอิงตาม
หลักการ Learning for Mastery แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้



ระดับความรู้	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความรู้สูง	หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 – 20 คะแนน)
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง ร้อยละ 60-79 (12 - 15 คะแนน)
ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 - 11 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีการมีส่วนร่วมคือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง เป็น 3 ระดับขั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคขั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับการมีส่วนร่วม	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66



ส่วนที่ 5 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ
มีการปฏิบัติกิจกรรม คือ ประจำ บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

คำถามเชิงบวก จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13,
14, 15, 17, 18, 19 และ ข้อ 20

คำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 12 และ ข้อ 16

ประจำ	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติตามเรื่องสม่ำเสมอตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติตามๆ ครั้งหรือไม่ต่อเนื่องตามข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติ หรือ ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงาน
ความเสี่ยง แบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงห่างของคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับการปฏิบัติ	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับการปฏิบัติมาก	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับการปฏิบัติน้อย	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66



ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีความพึงพอใจ คือ มาก ปานกลาง และ น้อย

มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาระดับความพึงพอใจจากค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับความพึงพอใจ	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ชุดที่ 2 แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture) ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและดัดแปลงจากแบบสำรวจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประกอบด้วย 12 มิติ จำนวน 42 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีความคิดเห็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด



มากที่สุด	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	เห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture) แบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาระดับความพึงพอใจ จากค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ระดับความปลอดภัย	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความปลอดภัยมาก	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 – 5.00
ระดับความปลอดภัยปานกลาง	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67
ระดับความปลอดภัยน้อย	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3.7.2 สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test



3.8 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้เสนอเพื่อพิจารณาและอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุมัติ เลขที่ 035/2561 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561 โดยผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย พร้อมทั้งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การวิจัยเชิงปฏิบัติการจริยธรรมถือเป็นสิ่งที่นักวิจัยคำนึงถึงมากที่สุด เนื่องจากนักวิจัยจะต้องเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลและกระทำกิจกรรมต่างๆ กับผู้ร่วมโครงการในฐานะผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัย ดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยจะนำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3.8.2 กระบวนการการวิจัยและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกาย และจิตใจต่อกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมการวิจัยหากไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ

3.8.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม จะให้ทุกคนแสดงออกเท่าเทียมกันโดยเสรี มีสิทธิ์ที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้จัดประชุม/ผู้ดำเนินการประชุมจะไม่เพิ่มความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกิดเกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.8.4 จะต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นว่าใครถูกหรือผิด

3.8.5 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

3.8.6 ถ้าหากจะต้องมีการบันทึกเทป การบันทึกภาพ หรือการจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.8.7 การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งได้นำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วยกระบวนการวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยดำเนินการพัฒนาใน 1 วนรอบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และในเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด และแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทำการคัดเลือกโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้า-คัดออก จำนวน 80 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

- | | | |
|------|-----|---|
| n | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
| Mean | แทน | ค่าเฉลี่ย |
| SD | แทน | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) |
| Min | แทน | จำนวนที่น้อยที่สุด |
| Max | แทน | จำนวนที่มากที่สุด |
| t | แทน | ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม |



4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนของกิจกรรมแล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งจะได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) ขอบเขตด้านบริการ
- 2) ขอบเขตด้านสิ่งแวดล้อม
- 3) ขอบเขตด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 4) ขอบเขตด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- 5) ลักษณะทางประชากร

ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)
- ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)
- ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

การติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) ความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง
- 2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง
- 3) การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง
- 4) ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม
- 5) วัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

ตอนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด



4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 บริบทของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1) ด้านบริการ

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลระดับบริการตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์ระดับ A) มีการเรียนการสอนบางสาขา ขนาด 820 เตียง มีวิสัยทัศน์คือ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำระดับประเทศ คุณภาพและมาตรฐานการรักษาระดับสากล ในเขตรับผิดชอบมี 20 อำเภอ 2,446 หมู่บ้าน 193 ตำบล 377,827 หลังคาเรือน มีประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เป็นเพศชาย 651,348 คน เพศหญิง 656,563 คน รวม 1,307,911 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำนา) ร้อยละ 46.84 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 19.20 รับราชการ ร้อยละ 3.68 ค้าขาย ร้อยละ 3.65 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 3.36 สถิติผู้มารับบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี 2558-2560 ประเภทผู้ป่วยในมีผู้มารับบริการ 60,011 คน 48,455 คน และ 50,096 คนต่อปี ตามลำดับ และประเภทผู้ป่วยนอกมีผู้มารับบริการ 648,912 คน 775,709 คน และ 813,876 คนต่อปี ตามลำดับ ให้บริการด้านปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยให้บริการบูรณาการครอบคลุมมิติสุขภาพ ประกอบด้วย ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภคแบบองค์รวม รวมทั้งเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 7 เมื่อวิเคราะห์บริบทด้านบริการแล้วพบว่า จำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้มากขึ้นเช่นกัน จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยงในองค์กรเพิ่มขึ้น



ภาพประกอบ 15 แผนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ที่มา: ศูนย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2561)



2) อาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดตั้งอยู่ในเขตเทศบาลใจกลางเมืองร้อยเอ็ด มีพื้นที่ 45 ไร่ 2 งาน มีลักษณะเป็นพื้นที่ราบ มีคลองระบายน้ำอยู่ด้านหลังโรงพยาบาล ซึ่งรองรับการระบายน้ำจากระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล มีการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน หัวใจและอุบัติเหตุ ส่งผลทำให้โรงพยาบาลมีพื้นที่คับแคบและมีระบบการจราจรที่คับคั่ง เนื่องจากโรงพยาบาลมีการปรับปรุงภูมิทัศน์ด้านหน้าโรงพยาบาล แต่ยังมีการจัดโครงสร้างทางกายภาพและความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล สอดคล้องตามหลัก Green and Clean Hospital โดยให้ทุกหน่วยงานแต่งตั้งกรรมการรับผิดชอบความปลอดภัยภายในหน่วยงาน เช่น ใช้กิจกรรม 5 ส ในการพัฒนาอาคาร สถานที่ มีการแต่งตั้ง สส. พลังงานประจำหน่วยงาน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบควบคุมการใช้ไฟฟ้า น้ำ และวัสดุอุปกรณ์ภายในหน่วยงาน มีแผนป้องกันอัคคีภัยทุกหน่วยงาน มีการติดตั้งระบบแจ้งเตือนการเกิดอัคคีภัยระบบไฟฉุกเฉิน รวมถึงการสื่อสารภายในที่ใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากเกิดความไม่ปลอดภัยภายในโรงพยาบาล

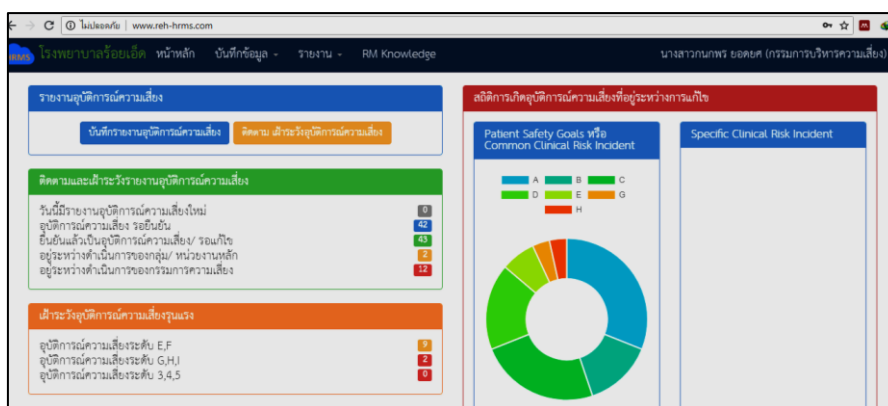


ภาพประกอบ 16 การปรับปรุงภูมิทัศน์บริเวณภายในโรงพยาบาล

3) เทคโนโลยีสารสนเทศ สิ่งอำนวยความสะดวก

มีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการบริหารความเสี่ยงในหลายๆด้าน เช่น ใช้โปรแกรม HOSxP เพื่อบันทึกข้อมูลประวัติผู้รับบริการ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงหากเกิดความเสี่ยงที่รุนแรงถึงขั้นตอนห้องร้อง หรือร้องเรียนตามมาตรา 41 หรือการมีระบบ Lab Alert ที่รายงานผลทางห้องปฏิบัติการผ่าน Line Alert ช่วยอำนวยความสะดวกและลดข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการได้ รวมถึงการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบออนไลน์ HRMS: Healthcare Risk Management System ซึ่งมีความสะดวกในการเข้าถึงง่าย และรายงานได้ทันทีทุกเวลาหากเกิดอุบัติการณ์ขึ้น





ภาพประกอบ 17 โปรแกรมรายงานความเสี่ยง HRMS: Healthcare Risk Management System

4) บริบทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีช่องทางในการรับรายงานความเสี่ยงหลากหลายช่องทาง เช่น รายงานผ่านระบบ HRMS รายงานความเสี่ยงผ่านตู้แสดงความคิดเห็น การรายงานผ่านผู้บังคับบัญชา ในหน่วยงาน การเขียนรายงาน จากการตรวจสอบภายใน Line Facebook ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ หรือร้องเรียนตามมาตรา 41 โดยหากเป็นความเสี่ยงที่รุนแรงในระดับ E-I หน่วยงานต้องมีการทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ โดยมีการติดตาม กำกับ เน้นย้ำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดโดยหัวหน้างาน จากข้อมูลการรายงานความเสี่ยง ปี 2557-2560 พบว่า มีการรายงานความเสี่ยงจำนวน 28,720 20,512 16,506 และ 17,683 อุบัติการณ์ จะเห็นได้ว่ามีจำนวนลดลง เมื่อทำการวิเคราะห์จากการ Focus Group แล้ว พบว่า เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นมีการดำเนินที่ตัวบุคคลไม่ได้มองที่ประเด็นของระบบงาน ทำให้ไม่กล้ารายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับงานของตน เพราะกลัวผลกระทบต่อตัวบุคคล และกลัวที่จะถูกบันทึกความผิดพลาดไว้ในประวัติการทำงานทำให้กลายเป็น Under Report

5) ลักษณะทางประชากร

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 38-48 ปี ร้อยละ 51.25 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 55.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 41.25 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 82.50 มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 16 - 27 ปี ร้อยละ 48.75 ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ระหว่าง 0 - 8 ปี ร้อยละ 92.50 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมโครงการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง 1-4 ครั้ง ร้อยละ 51.25 และส่วนใหญ่มีตำแหน่งด้านการบริหารงาน คือ หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย ร้อยละ 47.50 ดังตาราง 12



ตาราง 13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 80)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	20.00
หญิง	64	80.00
อายุ (ปี)		
ระหว่าง 32 - 40 ปี	3	3.75
ระหว่าง 41 - 49 ปี	53	66.25
ระหว่าง 50 - 58 ปี	24	30.00
Mean = 47.28; SD = 4.404; Min. = 32; Max. = 58		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	36	45.00
ปริญญาโท	44	55.00
สถานภาพ		
โสด	22	27.50
สมรส	33	41.25
หย่าร้าง	25	31.25
ตำแหน่ง		
แพทย์	1	1.28
พยาบาลวิชาชีพ	66	82.50
เภสัชกร	5	6.41
เทคนิคการแพทย์	1	1.28
นักวิชาการสาธารณสุข	5	6.41
ประสบการณ์ในการทำงาน		
ระหว่าง 4 - 15 ปี	17	21.25
ระหว่าง 16 - 27 ปี	39	48.75
ระหว่าง 28 - 39 ปี	24	30.00
Mean = 22.78; SD = 8.876; Max = 37; Min = 4		



ตาราง 12 จำนวน และร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะ (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 80)	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง		
ระหว่าง 4 – 13 ปี	44	55.00
ระหว่าง 14 – 23 ปี	30	37.50
ระหว่าง 24 – 33 ปี	6	7.50
Mean = 13.86; SD = 6.41; Max = 32; Min = 4		
การอบรมโครงการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง		
เคย	80	100
1 - 4 ครั้ง	41	51.25
5 - 8 ครั้ง	33	41.52
9 - 12 ครั้ง	6	7.50
Mean = 4.75; SD = 2.32; Max = 12; Min = 1		
ตำแหน่งด้านการบริหารงาน		
หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย	38	47.50
คณะกรรมการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล	20	25.00
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ	10	12.50
คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน	12	15.00

ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผน (Planning)

1) ประสานงานหน่วยงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2561 ผู้วิจัยได้ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทราบถึงกระบวนการวิจัย โดยจัดทำหนังสือขอเชิญเข้าร่วมงานวิจัย และลงนามงานเพื่อสื่อสารแก่ผู้เกี่ยวข้องจำนวน 80 คน พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนของการทำวิจัยพอสังเขปให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และทุกคนยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยต่อไป พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามเพื่อประเมิน Pre-test ก่อนเริ่มกระบวนการ

2) วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และศึกษาปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาระบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยง สามารถรวบรวมได้ดังนี้



ด้านนโยบาย พบว่า มีการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลแต่ยังไม่มี ความชัดเจน โอกาสในการถ่ายทอดนำไปสู่ผู้ปฏิบัติได้ยาก และนโยบายไม่มีความแปลกใหม่ ไม่น่าสนใจ และไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันที่กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ประกาศยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) และกระตุ้น ผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลประกาศนโยบาย 2P Safety เพื่อเน้นในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ มุ่งสู่เป้าหมายคือความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

ด้านทรัพยากรบุคคล พบว่า เนื่องจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวนผู้รับบริการเป็นจำนวนมากต่อวัน ไม่สอดคล้องกับอัตรากำลังของผู้ให้บริการ ซึ่งมีภาระงานมาก ทำให้การมุ่งเน้นด้านการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานนั้นไม่ครอบคลุม ไม่ได้ปฏิบัติ หรือไม่เห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ขาดการกำกับติดตามจากหัวหน้างาน และขาดกระตุ้นในระดับนโยบาย

ด้านระบบรายงานความเสี่ยง พบว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้พัฒนาการรายงานความเสี่ยงจากระบบ Manual ที่มีรายงานผ่านกระดาษ เปลี่ยนมาเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์คือการรายงานผ่านระบบ HRMS on Cloud ที่พัฒนาโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสามารถรายงานได้ทุกที่เพียงแต่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ ถือได้ว่าเป็นการเพิ่มความสะดวก และทันเวลาในการรายงานความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ทั้งนี้ ระบบ HRMS นั้น ก็ยังมีปัญหาในด้านการบันทึกข้อมูล และการเข้าถึงระบบ มักจะ Error บ่อยครั้ง ส่งผลให้ไม่มีการเข้าใช้งานเป็นส่วนใหญ่ ระบบกระดาษรายงานน้อยลง ระบบ HRMS เองก็มีการรายงานเข้ามาน้อย ไม่สอดคล้องกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้การจัดการปัญหาล่าช้าตามไปด้วย

3) จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน (Action Plan) ผู้ศึกษาร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้ร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ไว้ทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้

ตาราง 14 การกำหนดกิจกรรมตาม Action Plan

กิจกรรม	ช่วงเวลา
4.1 ประกาศนโยบาย 2P Safety	มีนาคม 2561
4.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง เรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยงผ่าน โปรแกรมรายงานความเสี่ยง HRMS	มีนาคม 2561
4.3 ผนวกรงค์กระตุ้นนโยบาย 2P Safety /เสี่ยงตามสายขยายความรู้ 2P Safety	เมษายน 2561



ตาราง 15 การกำหนดกิจกรรมตาม Action Plan (ต่อ)

กิจกรรม	ช่วงเวลา
4.4 ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน โดยกิจกรรมการกระตุ้นผ่านระบบหัวหน้างาน	พฤษภาคม 2561
4.5 การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code	มิถุนายน 2561

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

1) ประกาศนโยบาย 2P Safety

ในวันที่ 2 มีนาคม 2561 เวลา 08.00-09.00 น. ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตรบัณฑิต ชั้นคลินิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้ประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยมุ่งมั่นในการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขมีความชัดเจน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจึงกำหนดนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดังนี้

- โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมุ่งให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขที่มารับบริการและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด Patient and Personnel Safety (2P Safety)

- โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้นำระบบ National Incidents Reporting and Learning System มาใช้ในการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยง โดยการสื่อสารข้อมูล แนวทางปฏิบัติ เพื่อสามารถแลกเปลี่ยนในระดับประเทศและนานาชาติ

- บุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีหน้าที่ค้นหา ประเมินความรุนแรง รวมถึงการจัดการความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

- บุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีหน้าที่รายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud ถือเป็นหน้าที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไข ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

- คณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) มีหน้าที่ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะ และแนวทางปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด



- คณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) มีหน้าที่กำกับและดูแลระบบการบริหารความเสี่ยง ให้เป็นไปตามนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข



ภาพประกอบ 18 ประกาศนโยบาย 2P Safety

กิจกรรมดังกล่าวมีผู้เข้าร่วม จำนวน 200 คน ซึ่งจากการสัมภาษณ์และการสำรวจความพึงพอใจในกิจกรรม พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจร้อยละ 87.94 ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น และ กิจกรรมนี้ทำให้ทุกคนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของโรงพยาบาลมากขึ้น และจะมุ่งพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทุกมิติ และมีความคาดหวังว่า นโยบาย 2P Safety จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบต่อไป และจะนำไปสู่การปฏิบัติที่หน้างานอย่างจริงจัง โดยการนำของหัวหน้าหน่วยงาน

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง เรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยง ผ่านโปรแกรม HRMS (Healthcare Risk Management System)

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง เรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยง ผ่านโปรแกรม HRMS on Cloud ในวันที่ 2 มีนาคม 2561 09.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ชั้นคลินิก โดยมีวิทยากรถ่ายทอดความรู้ จำนวน 2 คน จากสถาบันรับรอง



คุณภาพสถานพยาบาล และตัวแทนจากบริษัทรีเรชั่นซีฟ ที่เป็นผู้ออกแบบโปรแกรม HRMS ขึ้นมา มีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งหมด 200 คน โดยในการประชุมครั้งนี้ มีการชี้แจงการใช้งานระบบรายงาน ความเสี่ยง ทดสอบการใช้งานระบบ และการนำข้อมูลอุบัติการณ์มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน จากการจัดประชุมดังกล่าว พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจในกระบวนการการทำงานของระบบ รายงานความเสี่ยงมากขึ้น มีความรู้เรื่องระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดสู่หน่วยงานได้ โดยผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านได้ ข้อสรุปดังนี้

หัวหน้าหน่วยงานท่านที่ 1 กล่าวว่า

“ดีใจที่มีการจัดประชุมครั้งนี้ขึ้น เพราะระบบรายงานความเสี่ยงเป็นระบบที่สำคัญของโรงพยาบาลอีก ระบบหนึ่งที่ไม่สามารถละทิ้งการปฏิบัติได้เลย วันนี้ทำให้เกิดกระตุ้นขึ้นมาอีกครั้งที่จะกลับไปบอก ลูกน้องในหน่วยงานว่าให้ช่วยกันรายงานความเสี่ยงและค้นหาความเสี่ยง”

หัวหน้าหน่วยงานท่านที่ 2 กล่าวว่า

“การจัดประชุมวันนี้ทำให้เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการรายงานความเสี่ยงมากขึ้น ไม่ว่าจะระดับใดก็สามารถเป็นผู้จัดการความเสี่ยงได้ ความรู้ที่ได้รับวันนี้ทำให้เข้าใจกระบวนการมากขึ้น และรู้ว่าการเข้าใช้งานระบบ HRMS นั้น สามารถเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาระบบ ความเสี่ยงต่อไปได้อย่างแน่นอน”



ภาพประกอบ 19 ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้การใช้งานระบบรายงานความเสี่ยง HRMS

3) รมรงค์กระตุ้นนโยบาย 2P Safety

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดใช้กระแส “อ้อเจ้า พีเวอร์” ในการร่วมเดินรณรงค์กระตุ้น ให้บุคลากรในโรงพยาบาล รวมถึงผู้รับบริการรับทราบนโยบายความปลอดภัยผู้ป่วยและบุคลากร ทางสาธารณสุข 2P Safety โดยร่วมกับทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด นำทีมโดยผู้บริหาร



โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 250 คน ในวันที่ 10 เมษายน 2561 ระหว่างเดือนธันวาคมนี้มีการแจกธง 2P Safety ให้แก่ตัวแทนหน่วยงาน ในธงประกอบด้วยข้อความกระตุ้นให้เกิดการรายงานความเสี่ยง หรือความเสี่ยงสามารถเกิดได้ทุกสถานการณ์ เช่น “ความปลอดภัย มุ่งแก้ไขเชิงระบบ 2P Safety เกิดได้ทุกที่ ทำได้ทุกคน” หรือจะเป็นเนื้อเพลงบอม ที่มีความหมายถึงระดับความรุนแรงของการ รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เช่น “A เกิดที่นี่ B เกิดที่ไกล C เกิดกับใคร D ให้ระวัง E ต้องรักษา F เยียวยานาน G ต้องพิการ H ต้องการปั้ม I จำใจลา” เพื่อลดปัญหาการรายงานระดับความรุนแรงไม่ ถูกต้องอีกด้วย จากการจัดกิจกรรมธงครั้งนี้ พบว่า กระแสของการรายงานความเสี่ยงและการให้ ความสำคัญกับการเฝ้าระวังความเสี่ยง เจ้าหน้าที่มีความตื่นตัว ทำให้จำนวนการรายงานความเสี่ยง เพิ่มขึ้น การรายงานแบบ Under Report ลดลง และการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงมีความถูกต้อง มากขึ้นทำให้จากเดิมที่เจ้าหน้าที่ยังไม่ให้ความสำคัญเรื่องการรายงานความเสี่ยง มีความตื่นตัว และ กระตุ้นการเข้าใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น



ภาพประกอบ 20 เดือนธงการรายงานความเสี่ยง

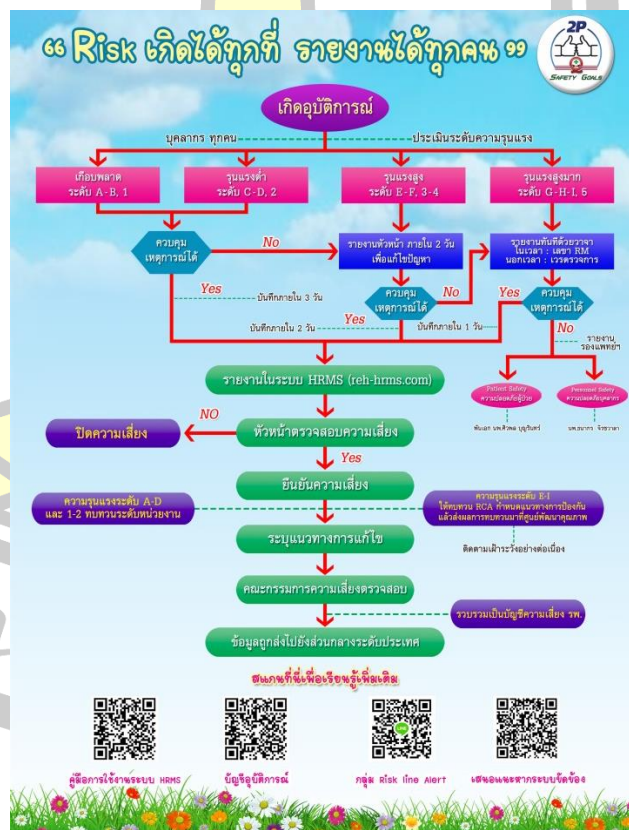
4) เสี่ยงตามสายขยายความรู้ 2P Safety

การใช้เสียงตามสายเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดนโยบาย 2P Safety เพื่อบอก เล่าความเป็นมาและให้ความรู้เรื่องระดับความรุนแรงของความเสี่ยง หรือความหมายของ 2P Safety ในแต่ละ SIMPLE อย่างเข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้นๆ ประมาณ 2 นาที ใน 2 ช่วงเวลาของแต่ละวัน (เวลา 08.00 น. และ 16.00 น.) ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกับฝ่ายประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล แต่ยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากการประชาสัมพันธ์ต้องมีการลำดับคิวการจัดรายงาน ซึ่งยังไม่ถึงลำดับของ ผู้วิจัยทำให้การดำเนินงานล่าช้าและยังไม่สามารถวัดผลการดำเนินงานได้



5) ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน

โดยกิจกรรมการกระตุ้นผ่านระบบหัวหน้างาน ซึ่งการส่งเสริม กระตุ้นให้รายงาน ความเสี่ยงและแจ้งเตือนอีก 1 กิจกรรม คือลงหน้างานเพื่อเพิ่มความตื่นรู้และตื่นตัว ในการให้ความสำคัญกับการรายงานความเสี่ยง รวมถึงการทบทวนร่วมกันเพื่อหาแนวทางการแก้ไขไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีการแจกแผ่นพับความรู้ ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง และความสำคัญของการรายงาน ความเสี่ยงและการแจ้งเตือน รวมถึงสามารถเรียนรู้ได้ผ่าน QR Code แทรกในแผ่นพับ สามารถดาวโหลด เอกสารทบทวนการดูแลผู้ป่วย หรือเอกสารคำอธิบายการใช้งานระบบ โดยเน้นให้หัวหน้างานเป็นคน พาทำ จากการติดตามสัมภาษณ์ผลการดำเนินงานพบว่า หัวหน้าหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ใน หน่วยงานมีความตื่นตัว และให้ความเห็นว่าสามารถเข้าถึงระบบได้ง่ายขึ้นและยังสามารถติดตามผ่าน ไลน์ได้อย่างสะดวกสบาย รวดเร็ว ตลอดเวลา โดยเมื่อก่อนยังไม่ได้มีขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงที่ ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานล่าช้าเพราะไม่รู้จะเริ่มต้นจากจุดไหน อีกทั้ง การส่งเสริมให้รายงานความ เสี่ยงและทบทวนนั้น ทำให้มีฐานข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการดำเนินการพัฒนา ขั้นตอนต่อไปเพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัย



ภาพประกอบ 21 ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง

6) การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code

วันที่ 1 พฤษภาคม 2561 ได้เริ่มการใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code ซึ่งจากการเปลี่ยนของโลกปัจจุบันที่โซเชียลมีเดียมีอิทธิพลกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เช่น Facebook, Line รวมถึงผู้มารับบริการ (ลูกค้าภายนอก) บุคลากรภายในโรงพยาบาล (ลูกค้าภายใน) ก็เช่นเดียวกันที่ใช้สื่อเหล่านี้ในการสื่อสาร แจ้งเตือน และรับรู้ข่าวสารต่างๆ ซึ่งสติ๊กเกอร์ QR Code จะติดอยู่ทุกจุดที่มีผู้แสดงความคิดเห็นทั่วโรงพยาบาล จำนวน 64 จุด โดยใช้ Google Form ในการสร้างแบบรายงานความเสี่ยง/ข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ ผ่านระบบออนไลน์ ดังนั้น การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code เป็นอีก 1 วิธีที่เราเลือกใช้ในการรับรายงานความเสี่ยง พบว่า เป็นการเพิ่มช่องทางที่สะดวก รวดเร็ว และมีการตอบสนองต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทันทีที่มีการรายงานความเสี่ยงเข้ามา ทำให้การจัดการข้อร้องเรียนหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นรวดเร็วและทันเวลา จากการดำเนินงานพบว่า มีผู้รับบริการรายงานความเสี่ยงเข้ามาผ่านระบบ QR Code จำนวน 18 ครั้ง ซึ่งเห็นได้ว่าการเพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยง ทำให้ผู้รับบริการมีทางเลือกมากขึ้น และช่องทางนี้สามารถรายงานได้สะดวก รวดเร็ว และผู้รับบริการกล้าที่จะเสนอแนะมากขึ้น



ภาพประกอบ 22 การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

ผู้วิจัยได้สนับสนุนการดำเนินงาน โดยการแจก Flowchart การรายงานความเสี่ยง คู่มือการบริหารความเสี่ยง การตอบรับเชิงรุก เช่น การแก้ไขปัญหาาระบบรายงานความเสี่ยงเชิงรุก และการตอบข้อซักถามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้แก้ปัญหารวดเร็วทันเวลา



การติดตาม นิเทศงาน โดยการ ลงหน่วยงานเชิงรุก สัมภาษณ์ และสังเกตบริบทหน่วยงาน
เฝ้าระวัง ติดตามจากโปรแกรม HRMS และหัวหน้างานช่วยประเมินความถี่การรายงานผ่านช่องทางต่างๆ
ทั้งหมด 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ติดตามนิเทศงานในส่วนของหน่วยงานสายสนับสนุน ระยะเวลาดำเนินการ
ตั้งแต่วันที่ 12-14 มิถุนายน 2561 โดยวิธีการสัมภาษณ์ และสังเกตหน่วยงาน พร้อมทั้งทดสอบการใช้งาน
ระบบรายงานความเสี่ยง ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่แล้วช่องทางที่กลุ่มหน่วยงานสายสนับสนุนใช้ในการรายงาน
ความเสี่ยงคือการเขียนรายงานอุบัติการณ์โดยทำเป็นบันทึกข้อความเสนอผู้บังคับบัญชา รองลงมาคือการ
รายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS ซึ่งจากการติดตาม นิเทศงานได้รับข้อเสนอแนะจากหน่วยงานสาย
สนับสนุน 2 ประเด็นหลักคือ การสื่อสารลงสู่หน่วยงานให้ใช้วิธีการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เสนอให้จัดอบรมเชิง
ปฏิบัติการควรแยกจัดเป็นกลุ่มงานเพื่อให้สะดวกในการซักถามข้อสงสัย และการแยกหน่วยงานสาย
สนับสนุนกับหน่วยงานทางการแพทย์ทำให้ง่ายต่อการสื่อสารของผู้จัดเพราะบริบทหน่วยงานต่างกันทำให้
ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นก็ต่างกัน

ระยะที่ 2 ติดตาม นิเทศงาน ในส่วนของหน่วยงานทางการแพทย์ ระยะเวลาดำเนินการ
ตั้งแต่วันที่ 4-7 มิถุนายน 2561 โดยวิธีการสัมภาษณ์ และสังเกตบริบทหน่วยงาน พร้อมทั้งทดสอบการใช้งาน
ระบบรายงานความเสี่ยง ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่แล้วช่องทางที่ใช้ในการรายงานความเสี่ยงคือ ระบบรายงาน
ความเสี่ยง HRMS เนื่องจากการใช้งานสะดวก และยังสามารถเก็บข้อมูลอุบัติการณ์เพื่อวิเคราะห์หาแนว
ทางแก้ไข ซึ่งส่วนใหญ่แล้วหากเกิดความเสียหายขึ้นในหน่วยงาน หัวหน้างานจะเป็นผู้รายงานอุบัติการณ์
เข้าในระบบ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการรายงานความ
เสี่ยง และให้ทดสอบการใช้งานระบบ HRMS ซึ่งจากการติดตาม นิเทศงานได้รับข้อเสนอแนะจาก
หน่วยงาน 2 ประเด็น คือ การจัดอบรมการใช้งานระบบ HRMS ควรจัดอย่างต่อเนื่องและให้แยกสายงาน
จะทำให้มีความเฉพาะในการสอนมากขึ้น และประเด็นที่ 2 คือ การแก้ไขระบบ HRMS เมื่อขัดข้องให้เพิ่ม
ช่องทางการแจ้งเหตุขัดข้องนอกจากการโทรแจ้ง ทำให้ผู้วิจัยได้เพิ่มช่องทางในการรับแจ้งเหตุคือทางไลน์
ซึ่งหลังจากเพิ่มช่องทางแล้วมีการแจ้งเข้ามาอย่างต่อเนื่องและได้ดำเนินการแก้ไขอย่างรวดเร็วและทันต่อ
การใช้งาน รวมถึงการลงหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงรุกพร้อมอธิบายขั้นตอนการใช้งานระบบในหน่วยงาน
อีกด้วย





ภาพประกอบ 23 ติดตาม นิเทศงาน

การตรวจสอบติดตาม เป็นการติดตามผลการดำเนินงาน บทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม วัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล Hospital Survey on Patient Safety Culture) วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

1) บทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการมีบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 29.49 และระดับน้อย ร้อยละ 1.28 (Mean = 2.23; SD = 0.34) และหลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.50 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 21.25 และระดับน้อย ร้อยละ 1.25 (Mean = 2.13; SD = 0.25) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 16 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระดับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ระดับการมีบทบาทหน้าที่	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีบทบาทมาก	23	29.49	17	21.25
ระดับการมีบทบาทปานกลาง	54	69.23	62	77.50
ระดับการมีบทบาทน้อย	1	1.28	1	1.25
	Mean = 2.23; SD = 0.34		Mean = 2.13; SD = 0.25	



จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า บทบาทในการบริหารความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 15

ตาราง 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบทบาทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ค่าเฉลี่ยบทบาทการบริหารความเสี่ยง	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.23	0.34	0.11	0.06 – 0.14	79	5.76	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.13	0.25					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 20.00 (Mean = 14.75; SD = 1.62) และหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.25 (Mean = 17.06; SD = 1.02) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระดับความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง	16	20.00	75	93.75
ระดับความรู้ปานกลาง	64	80.00	5	6.25
ระดับความรู้ต่ำ	0	0.00	0	0.00
	Mean = 14.75; SD = 1.62		Mean = 17.06; SD = 1.02	



จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยงหลังการพัฒนาเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 17

ตาราง 19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ค่าเฉลี่ยความรู้	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	14.75	1.62	2.31	1.90 - 2.71	79	-11.38	<0.001*
หลังพัฒนา	80	17.06	1.02					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือปานกลาง ร้อยละ 43.75 และน้อย ร้อยละ 6.25 (Mean = 2.34; SD = 0.41) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.75 รองลงมาคือปานกลาง ร้อยละ 13.75 และน้อย ร้อยละ 2.50 (Mean = 2.67; SD = 0.33) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 20 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	40	50.00	67	83.75
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	35	43.75	11	13.75
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	5	6.25	2	2.50
	Mean = 2.34; SD = 0.41		Mean = 2.67; SD = 0.33	



จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงหลังการพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 19

ตาราง 21 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ค่าเฉลี่ย				Mean	95% CI	df	t	p-value
การมีส่วนร่วม	N	Mean	SD	Def.				
ก่อนพัฒนา	80	2.34	0.41	0.33	0.23 - 0.41	79	-7.14	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.67	0.33					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.96 รองลงมาคือ มาก ร้อยละ 37.97 และน้อย ร้อยละ 5.06 (Mean = 2.29; SD = 0.32) และหลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจกรรม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.75 รองลงมาคือ ปานกลาง ร้อยละ 17.50 และน้อย ร้อยละ 3.75 (Mean = 2.65; SD = 0.32) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 20

ตาราง 22 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติมาก	30	37.97	63	78.75
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	45	56.96	14	17.50
ระดับการปฏิบัติน้อย	4	5.06	3	3.75
	Mean = 2.29; SD = 0.32		Mean = 2.65; SD = 0.32	



จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 21

ตาราง 23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ค่าเฉลี่ย การปฏิบัติ	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.29	0.32	0.36	0.29 - 0.43	79	-9.79	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.65	0.32					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.33 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 38.67 และระดับน้อย ร้อยละ 16.00 (Mean = 2.20; SD = 0.50) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.75 และระดับน้อย ร้อยละ 2.50 (Mean = 2.56; SD = 0.32) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 22

ตาราง 24 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	29	38.67	67	83.75
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	34	45.33	11	13.75
ระดับความพึงพอใจน้อย	12	16.00	2	2.50
	Mean = 2.20; SD = 0.50		Mean = 2.56; SD = 0.32	



จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 23

ตาราง 25 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจ	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.20	0.50	0.36	0.25 - 0.47	79	-6.53	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.56	0.32					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6) วัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

จากการวิจัย พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยในมิติที่ 1 ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ (Mean = 2.31; SD = 0.47) รองลงมาคือมิติที่ 5 การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล และมิติที่ 11 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล (Mean = 2.26; SD = 0.39) และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยในมิติที่ 7 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด (Mean = 3.62; SD = 1.10) รองลงมาคือ มิติที่ 6 การสื่อสารที่เปิดกว้าง (Mean = 3.46; SD = 0.93) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 24

ตาราง 26 คะแนนเฉลี่ยของมิติวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามมิติวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (n = 80)

มิติวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	Mean	SD	Mean	SD
มิติที่ 1 ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน เหตุการณ์	2.31	0.47	3.45	0.94
มิติที่ 2 ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	2.13	0.39	3.30	0.67
มิติที่ 3 ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย	2.16	0.61	3.45	1.01
มิติที่ 4 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการ	2.23	0.46	3.21	0.92



ตาราง 25 คะแนนเฉลี่ยของมิติวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อน และหลังการพัฒนา จำแนกตามมิติวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (n = 80) (ต่อ)

มิติวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	Mean	SD	Mean	SD
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง				
มิติที่ 5 การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	2.26	0.39	3.32	0.87
มิติที่ 6 การสื่อสารที่เปิดกว้าง	2.10	0.48	3.46	0.93
มิติที่ 7 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	2.23	0.46	3.62	1.10
มิติที่ 8 การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	2.23	0.45	3.39	1.00
มิติที่ 9 การจัดคนทำงาน	2.16	0.61	3.21	0.93
มิติที่ 10 การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	2.23	0.46	3.40	0.99
มิติที่ 11 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล	2.26	0.39	3.23	0.98
มิติที่ 12 การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร	2.03	0.40	3.27	0.88

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.48 รองลงมาคือมาก ร้อยละ 32.14 และน้อย ร้อยละ 27.38 (Mean = 2.05; SD = 0.77) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.65 รองลงมาคือปานกลาง ร้อยละ 32.47 และน้อย ร้อยละ 16.88 (Mean = 2.34; SD = 0.75) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 25



ตาราง 27 จำนวน ร้อยละ ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อน และหลังการพัฒนา (n = 80)

ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย ในโรงพยาบาล	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความปลอดภัยมาก	26	32.14	39	50.65
ระดับความปลอดภัยปานกลาง	34	40.48	25	32.47
ระดับความปลอดภัยน้อย	23	27.38	13	16.88
	Mean = 2.05; SD = 0.77		Mean = 2.34; SD = 0.75	

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลก่อน และหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 26

ตาราง 28 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

วัฒนธรรม ความปลอดภัย	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.05	0.77					
หลังพัฒนา	80	2.34	0.75	0.36	0.27 - 0.45	79	-8.027	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

1) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังการพัฒนากระบวนการรายงานความเสี่ยง และการแจ้งเตือน โดยวิธีการจัดเวทีแยกหน่วยงานเชิงรุก เนื่องจากมีข้อจำกัดในการจัดสรรเวลา ให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสนทนา กลุ่ม การแลกเปลี่ยน แสดงข้อคิดเห็นการพัฒนากระบวนการรายงานความเสี่ยงครั้งนี้ จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 หน่วยงานด้านการแพทย์ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า หัวหน้า หน่วยงานคนที่ 1 ได้นำขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงรูปแบบใหม่ไปใช้ในหน่วยงานพบว่า การจัดการ ความเสี่ยงง่ายขึ้นและรู้จักขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากแก้ไขได้ทันเวลา



และเห็นด้วยกับการใช้ QR Cord เป็นอีกหนึ่งช่องทางในการรายงานความเสี่ยง เพราะทันต่อเทคโนโลยีที่ก้าวล้ำในยุค 4.0 หัวหน้าหน่วยงานคนที่ 2 ให้ความเห็นว่า การดำเนินงานยังคงต้องพัฒนาต่อไปเนื่องจากปัจจุบันมีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดการติดตามเชิงรุกระดับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพิ่มเติมเพราะในบางครั้งเจ้าหน้าที่อาจจะให้ข้อคิดเห็นที่ต่างจากหัวหน้างาน อาจจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาต่อไป

ครั้งที่ 2 หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า หัวหน้าหน่วยงานคนที่ 1 ให้ความเห็นว่า หน่วยงานสนับสนุนจะไม่มีความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นส่วนมาก ทำให้สถิติการรายงานความเสี่ยงน้อยกว่าสายงานด้านการพยาบาล จึงได้เฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับด้านสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งแวดล้อม และได้นำแผนผังการรายงานความเสี่ยงมาประยุกต์ใช้ในการต่อยอดการตรวจสอบภายใน

นอกจากนี้ จากการรวบรวมข้อมูลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล พบว่า ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย หลังการพัฒนา ยังคงมีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยน้อย ร้อยละ 16.88 (ตาราง 4.13) อาจเนื่องมาจากระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ยังคงมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการมีส่วนร่วมน้อย ร้อยละ 2.50 (ตาราง 4.6) ซึ่งผู้วิจัยได้สะท้อนไปยังเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาต่อไป โดยอาจใช้ระบบการนำของผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงาน ร่วมกันผลักดันให้เกิดความตระหนักในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงานและองค์กร

2) การถอดบทเรียน

จากการสนทนากลุ่ม และถอดบทเรียนของการพัฒนาในผู้ร่วมวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คือ ROIET Model ประกอบด้วย

R = Rapid Response	การตอบสนองที่รวดเร็วในการแก้ปัญหา
O = Organization of Learning	นำพาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
I = Information Technology	ควบคุมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
E = Errorless	ลดปมการกล่าวโทษหากผิดพลาด
T = In Time	สามารถแก้ปัญหาตามเวลาที่กำหนด

R = Rapid Response (การตอบสนองที่รวดเร็วในการแก้ปัญหา) ในการจัดการความเสี่ยงนั้น เนื่องจากทุกอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการและองค์กรอย่างแน่นอน และหากเป็นอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ E-1 ที่ถึงตัวผู้ป่วยแล้วนั้น อาจจะทำให้



เกิดการร้องเรียนตามมาได้ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีจัดการความเสี่ยงอย่างรวดเร็วทันเวลา ซึ่งในกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนนั้น พบได้ในกิจกรรมการส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน โดยกิจกรรมการกระตุ้นผ่านระบบหัวหน้างานและรายงานตอบกลับอย่างรวดเร็ว และมีการแสดงความคิดเห็นในการสนทนากลุ่มของผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

“บางครั้งความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดที่ Ward เรา แต่คิดว่าหากเป็นสถานงานเดียวกันคงจะต้องร่วมมือกันในการแก้ปัญหาให้ทันเวลา”

(หัวหน้าหน่วยงานท่านที่ 1; การสนทนากลุ่ม)

“เมื่อรายงานความเสี่ยงเข้ามาในระบบแล้ว หากเป็นความเสี่ยงระดับที่รุนแรง ไม่ต้องรอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง สามารถจัดการเบื้องต้นที่หน้างานได้เลยและค่อยรายงานเวชตรวจการพยาบาลและกรรมการ RM”

(หัวหน้าหน่วยงานท่านที่ 2; การสนทนากลุ่ม)

O = Organization of learning (นำพาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้) คือ เริ่มต้นจากผู้บริหารเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ประกาศนโยบาย 2P Safety ระดับโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ชัดเจนร่วมกัน รวมถึงการพัฒนาการเรียนรู้ภาวะของการเป็นผู้นำในหน่วยงาน (Leadership) และการเรียนรู้ร่วมกัน ของคนในหน่วยงาน (Team Learning) เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะการแก้ปัญหาร่วมกัน และพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการพูดคุยกันบ่อยๆ กล้าที่เล่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ได้พบเจอให้เพื่อนร่วมงานฟัง เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นย่อมส่งผลต่อการถอดบทเรียน วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาได้

I = Information Technology (ควบคุมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม) คือ การนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการบริหารความเสี่ยง พบได้ในกิจกรรมการรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสอดคล้องกับการเปลี่ยนของโลกในปัจจุบันที่สื่อสารผ่านโลกโซเชียลมากกว่าการเขียนเอกสาร และมีการแสดงความคิดเห็นในการสนทนากลุ่มของผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

“การเข้าถึงง่ายอาจจะทำให้มีจำนวนการรายงานเพิ่มมากขึ้น และช่วยลดระยะเวลาการเขียน

อุบัติการณ์เหมือนแต่ก่อน”

(หัวหน้าหน่วยงานท่านที่ 3; การสนทนากลุ่ม)

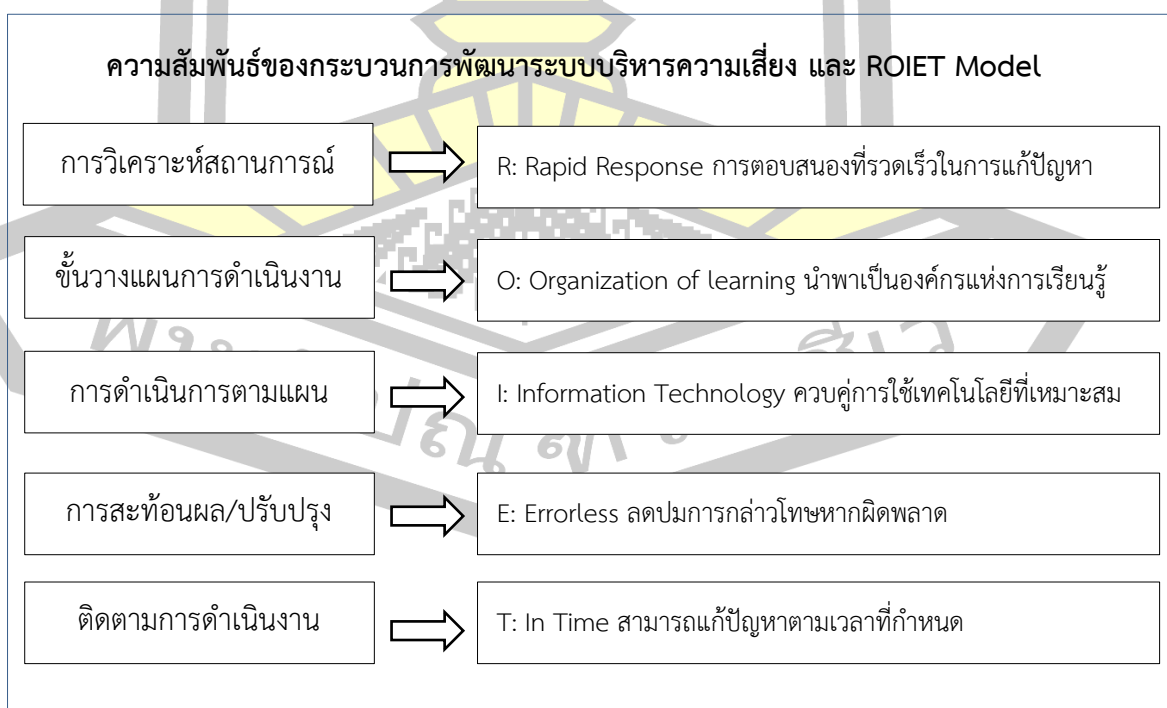


“การเข้าใช้งานผ่านอินเทอร์เน็ตเดี๋ยวนี้ใครๆก็ใช้ได้ ไม่ว่าจะอายุเท่าไรหรือเด็วนี้ส่วนมากก็สื่อสารผ่านไลน์ แต่ต้องระวังเรื่องของการรั่วไหลของข้อมูลหรือการละเมิดสิทธิของผู้อื่นหากมีการแอบอ้างร้องเรียนกัน”

(หัวหน้าหน่วยงานท่านที่ 4; การสนทนากลุ่ม)

E = Errorless (ลดปมการกล่าวโทษหากผิดพลาด) คือ ให้มองว่าทุกคนสามารถทำให้เกิดความผิดพลาดได้ ดังนั้นในการบริหารความเสี่ยงจะไม่โทษที่ตัวบุคคล จะเน้นที่การมองเชิงระบบ และปรับปรุงระบบการทำงานให้เหมาะสมในกระบวนการพัฒนากระบวนการรายงานความเสี่ยง ประการแรกที่สำคัญที่สุดก็คือการสร้างความตื่นตัว (Awareness) ให้เขารู้สึกว่าเขามีส่วนร่วม และจำเป็นที่จะต้องทำโดยไม่กล่าวโทษกัน ทำให้เกิดวัฒนธรรมลดการกล่าวโทษ เพิ่ม Awareness

T = In Time (สามารถแก้ปัญหาตามเวลาที่กำหนด) คือ การบริหารความเสี่ยงหากเป็นความเสี่ยงที่มีความรุนแรงในระดับสูง (E-I) จำเป็นต้องมีการทบทวนและรายงานทันเวลา เช่น ความเสี่ยงระดับ G-I ที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วยนั้นต้องรายงานผู้บริหารทันที และรายงานในระบบภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงก็มีความสำคัญต่อการรายงานและแจ้งเตือนเช่นเดียวกัน อันเนื่องมาจาก หากความเสี่ยงนั้นทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตแต่ผู้รายงานไม่สามารถวิเคราะห์ความรุนแรงของเหตุการณ์ได้อาจจะเลือกรายงานที่ความรุนแรงแค่ระดับ G ก็อาจจะทำให้ได้รับแก้ไขปัญหาล่าช้า พบในกิจกรรมการลงหน้างานเชิงรุกที่ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ในการแจกสื่อแผ่นพับ และอธิบายขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงรวมถึงมีสื่อความรู้เกี่ยวกับการรายงานความเสี่ยงอีกด้วย



แผนภูมิ 3 ความสัมพันธ์ของกระบวนการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง และ ROIET Model



ตอนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีขั้นตอนการดำเนินงาน 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ขั้นตอนการวางแผน กำหนด Action Plan โดยการมีส่วนร่วม การดำเนินการตามแผน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) ประกาศนโยบาย 2P Safety 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “เรียนรู้การใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม HRMS 3) กิจกรรมรณรงค์ 2P Safety ภายในโรงพยาบาล 4) การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code และขั้นสังเกตการณ์ผู้วิจัยได้สนับสนุนติดตาม นิเทศงาน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ซึ่งจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คือ 3P: P-P-P ประกอบไปด้วย

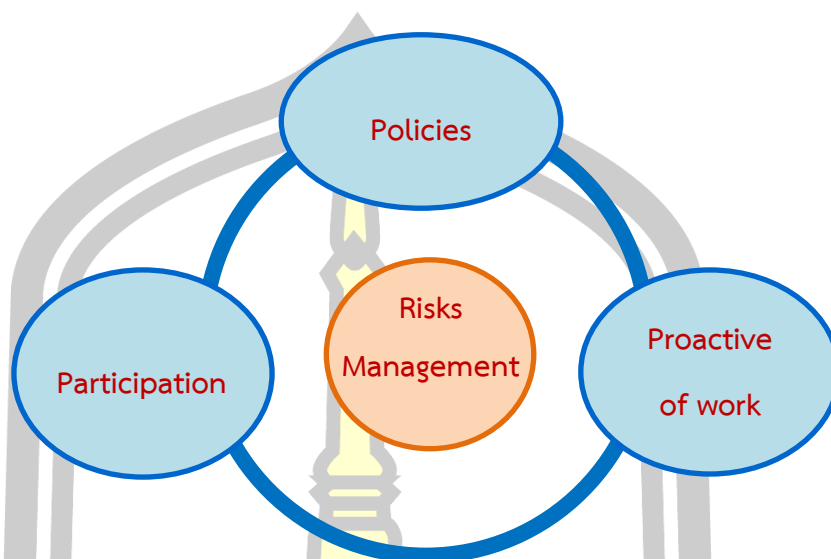
P: Policies คือ นโยบาย ซึ่งผู้นำเห็นความสำคัญและเป็นผู้นำในการประกาศนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 2P Safety ดังเห็นได้จากการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติแก่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลโดยเน้นย้ำให้บุคลากรทุกคนมีความมั่นใจในการรายงานความเสี่ยง สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทุกมิติ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อนสิ่งต่างๆ

P: Participation คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกหน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงด้วยความตระหนักรู้ และมีการสร้างความตื่นตัว (Awareness) ดังเห็นได้จากการทำให้รู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อองค์กร ในการเฝ้าระวังความเสี่ยง และจำเป็นที่จะต้องทำโดยไม่กล่าวโทษกัน มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการมีวัฒนธรรมความปลอดภัย

P: Proactive of Work คือ การทำงานเชิงรุก ดังเห็นได้จากการสื่อสารเชิงรุกลงสู่หน่วยงานเพื่อส่งเสริม และกระตุ้นให้รายงานความเสี่ยง และแจ้งเตือนให้ทันเวลา รวมถึงแนะนำขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงผ่านช่องทางต่างๆ ซึ่งได้รับความสนใจจากทุกหน่วยงานเป็นอย่างมาก ทำให้มีความตื่นตัวมากขึ้น



ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน



แผนภูมิ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งได้นำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วยกระบวนการวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยดำเนินการพัฒนาใน 1 วนรอบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และในเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ได้แก่ กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด และแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการสำรวจภายใน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย และหัวหน้าหน่วยงาน จำนวน 80 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอการสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะตามลำดับ ดังนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผล
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 บริบทของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

5.1.2 กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

5.1.3 ผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด



5.2 สรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปผลได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ทั้งหมด 4 ประเด็นดังต่อไปนี้

5.2.1 บริบทของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

5.2.1.1 บริบทของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพสรุปได้ว่า

ก่อนการพัฒนากระบวนการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน พบว่า โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีช่องทางการรายงานความเสี่ยงหลายช่องทาง เช่น การรับส่งต่อเวร ผู้แสดงความคิดเห็นและระบบ HRMS ที่อยู่ในระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล (Intranet) สามารถรายงานได้ก็ต่อเมื่ออยู่ในบริเวณของโรงพยาบาล และเฉพาะคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลเท่านั้น อาจจะทำให้ไม่สะดวกในการรายงานความเสี่ยง และระบบ Error บ่อยครั้ง ทำให้จำนวนอุบัติการณ์ที่รายงานลดลง และเมื่อรายงานในระบบแล้วไม่มีการแจ้งเตือนให้หัวหน้าหน่วยงานทราบและเข้ามาดูในระบบ และเดือนเมษายน 2561 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้พัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงให้สามารถรายงานได้ทุกที่ ทุกเวลา ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารให้บุคลากรในโรงพยาบาลสามารถเข้าใช้งานระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลังการพัฒนา พบว่า มีการเพิ่มช่องทางการรับรายงานความเสี่ยง ที่สะดวก เข้าถึงง่ายและรวดเร็ว ใช้เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ซึ่งบุคลากรและผู้รับบริการสามารถร้องเรียน หรือเสนอแนะได้ตามจุดต่างๆในโรงพยาบาลจำนวน 64 จุด และสามารถเลือกช่องทางการรายงานได้ตามสถานการณ์และความสะดวก

5.2.1.2 ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 38-48 ปี ร้อยละ 51.25 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 55.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 41.25 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 82.50 มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 16-27 ปี ร้อยละ 48.75 ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ระหว่าง 0-8 ปี ร้อยละ 92.50 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมโครงการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง 1 - 4 ครั้ง ร้อยละ 51.25 และส่วนใหญ่มีตำแหน่งด้านการบริหารงาน คือ หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย ร้อยละ 47.50



5.2.2 กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

5.2.2.1 การวางแผน (Planning)

1) ประสานงานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการ โดยผู้วิจัยได้ประสานหน่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทราบถึงกระบวนการทำวิจัย โดยเน้นการประสานเชิงรุก คือ ได้จัดทำหนังสือขอเชิญเข้าร่วมงานวิจัย และลงหน้างานเพื่อนำส่งหนังสือเชิญให้กับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนของการทำวิจัยพอสังเขปให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยต่อไป พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามเพื่อประเมิน Pre-test ก่อนเริ่มกระบวนการ

2) วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และศึกษาปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาระบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยง สามารถรวบรวมได้ดังนี้

2.1) ด้านนโยบาย พบว่า มีการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลแต่ยังไม่มี ความชัดเจน โอกาสในการถ่ายทอดนำไปสู่ผู้ปฏิบัติได้ยาก และนโยบายไม่มีความแปลกใหม่ ไม่น่าสนใจ และไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันที่กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ประกาศยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (2P Safety) และกระตุ้น ผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลประกาศนโยบาย 2P Safety เพื่อเน้นในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ มุ่งสู่เป้าหมายคือความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

2.2) ด้านทรัพยากรบุคคล พบว่า เนื่องจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวนผู้รับบริการเป็นจำนวนมากต่อวัน ไม่สอดคล้องกับอัตรากำลังของผู้ให้บริการ ซึ่งมีภาระงานมาก ทำให้การมุ่งเน้นด้านการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานนั้นไม่ครอบคลุม ไม่ได้ปฏิบัติ หรือไม่เห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ขาดการกำกับติดตามจากหัวหน้างาน และขาดกระตุ้นในระดับนโยบาย

2.3) ด้านระบบรายงานความเสี่ยง พบว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้พัฒนาการรายงานความเสี่ยงจากระบบ Manual ที่มีรายงานผ่านกระดาษ เปลี่ยนมาเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ คือการรายงานผ่านระบบ HRMS on Cloud ที่พัฒนาโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สามารถรายงานได้ทุกที่ที่เพียงแต่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ ถือได้ว่าเป็นการเพิ่มความสะดวก และทันเวลาในการรายงานความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ทั้งนี้ ระบบ HRMS นั้น ก็ยังมีปัญหาในด้านการบันทึกข้อมูล และการเข้าถึงระบบ มักจะ Error บ่อยครั้ง ส่งผลให้ไม่มีการใช้งานเป็นส่วนใหญ่ ระบบกระดาษรายงานน้อยลง ระบบ HRMS เองก็มีการรายงานเข้ามาน้อย ไม่สอดคล้องกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้การจัดการปัญหาล่าช้าตามไปด้วย



3) จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน (Action Plan) โดยผู้ศึกษาร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้ร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ไว้ทั้งหมด 6 กิจกรรม ประกอบด้วย ประกาศนโยบาย 2P Safety ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรมHRMS (Healthcare Risk Management System) รณรงค์กระตุ้นนโยบาย 2P Safety เสี่ยงตามสายขยายความรู้ 2P Safety ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน โดยกิจกรรมการกระตุ้นผ่านระบบหัวหน้างาน และการรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code

5.2.2.2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

1) ประกาศนโยบาย 2P Safety ในวันที่ 2 มีนาคม 2561 เวลา 08.00 - 09.00 น. ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ชั้นคลินิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้ประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยมุ่งมั่นในการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขมีความชัดเจน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจึงกำหนดนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดังนี้

- โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมุ่งให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และบุคลากรสาธารณสุขที่มารับบริการและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด Patient and Personnel Safety (2P Safety)

- โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้นำระบบ National Incidents Reporting and Learning System มาใช้ในการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยง โดยการสื่อสารข้อมูล แนวทางปฏิบัติ เพื่อสามารถแลกเปลี่ยนในระดับประเทศและนานาชาติ

- บุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีหน้าที่ค้นหา ประเมินความรุนแรง รวมถึงการจัดการความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

- บุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีหน้าที่รายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud ถือเป็นหน้าที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุง แก้ไข ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

- คณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) มีหน้าที่ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะ และแนวทางปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด



- คณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) มีหน้าที่กำกับและดูแลระบบการบริหารความเสี่ยง ให้เป็นไปตามนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม HRMS (Healthcare Risk Management System) ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง เรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยง ผ่าน โปรแกรม HRMS on Cloud ในวันที่ 2 มีนาคม 2561 09.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ชั้นคลินิก โดยมีวิทยากรถ่ายทอดความรู้ จำนวน 2 คน จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และตัวแทนจากบริษัทเรชั่นซีฟ ที่เป็นผู้ออกแบบโปรแกรม HRMS ขึ้นมา มีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งหมด 200 คน โดยในการประชุมครั้งนี้ มีการชี้แจงการใช้งานระบบรายงานความเสี่ยง ทดสอบการใช้งานระบบ และการนำข้อมูลอุบัติการณ์มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา จากการจัดประชุมดังกล่าวพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจในกระบวนการการทำงานของระบบรายงานความเสี่ยงมากขึ้น มีความรู้เรื่องระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดสู่หน่วยงานได้

3) รณรงค์กระตุ้นนโยบาย 2P Safety โรงพยาบาลร้อยเอ็ดใช้กระแส “อ้อเจ้าพี่เวอร์” ในการร่วมเดินรณรงค์กระตุ้นให้บุคลากรในโรงพยาบาล รวมถึงผู้รับบริการรับทราบนโยบายความปลอดภัยผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข 2P Safety โดยร่วมกับทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด นำทีมโดยผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2561 ระหว่างเดินรณรงค์นั้นมีการแจกธง 2P Safety ให้แก่ตัวแทนหน่วยงาน ในธงประกอบด้วยข้อความกระตุ้นให้เกิดการรายงานความเสี่ยง หรือความเสี่ยงสามารถเกิดได้ทุกสถานการณ์ เช่น “ความปลอดภัยมุ่งแก้ไขเชิงระบบ 2P Safety เกิดได้ทุกที่ ทำได้ทุกคน” หรือจะเป็นเนื้อเพลงบอม ที่มีความหมายถึงระดับความรุนแรงของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เช่น “A เกิดที่นี้ B เกิดที่ไกล C เกิดกับใคร D ให้ระวัง E ต้องรักษา F เยียวยานาน G ต้องพิการ H ต้องการปัม I จำใจลา” เพื่อลดปัญหาการรายงานระดับความรุนแรงไม่ถูกต้องอีกด้วย

4) เสี่ยงตามสายขยายความรู้ 2P Safety การใช้เสียงตามสายเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดนโยบาย 2P Safety เพื่อบอกเล่าความเป็นมาและให้ความรู้เรื่องระดับความรุนแรงของความเสี่ยง หรือความหมายของ 2P Safety ในแต่ละ SIMPLE อย่างเข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้นๆ ประมาณ 2 นาที ใน 2 ช่วงเวลาของแต่ละวัน (เวลา 08.00 น. และ 16.00 น.) ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกับฝ่ายประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล

5) ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน โดยกิจกรรมการกระตุ้นผ่านระบบหัวหน้างาน การส่งเสริม กระตุ้นให้รายงานความเสี่ยงและแจ้งเตือนอีก 1 กิจกรรม คือลงหน้างานเพื่อเพิ่มความตื่นรู้และตื่นตัว ในการให้ความสำคัญกับการรายงานความเสี่ยง รวมถึงการทบทวน



ร่วมกันเพื่อหาแนวทางการแก้ไขไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีการแจกแผ่นพับความรู้ ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง และความสำคัญของการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน รวมถึงสามารถเรียนรู้ได้ผ่าน QR Code แทรกในแผ่นพับ สามารถดาวน์โหลดเอกสารทบทวนการดูแลผู้ป่วย หรือเอกสารคำอธิบายการใช้งานระบบ โดยเน้นให้หัวหน้างานเป็นคนพาทำ

6) การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code จากการเปลี่ยนของโลกปัจจุบันที่โซเชียลมีเดียมีอิทธิพลกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เช่น Facebook, Line รวมถึงผู้มารับบริการ (ลูกค้าภายนอก) บุคลากรภายในโรงพยาบาล (ลูกค้าภายใน) ก็เช่นเดียวกันที่ใช้สื่อเหล่านี้ในการสื่อสาร แจ้งเตือน และรับรู้ข่าวสารต่างๆ ซึ่งสติ๊กเกอร์ QR Code จะติดอยู่ทุกจุดที่มีผู้แสดงความเห็นทั่วโรงพยาบาล จำนวน 64 จุด โดยใช้ Google Form ในการสร้างแบบรายงานความเสี่ยง/ข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ ผ่านระบบออนไลน์ ดังนั้น การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code เป็นอีก 1 วิธีที่เราเลือกใช้ในการรับรายงานความเสี่ยง เป็นการเพิ่มช่องทางที่สะดวก รวดเร็ว และมีการตอบสนองต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทันทีที่มีการรายงานความเสี่ยงเข้ามา ทำให้การจัดการข้อร้องเรียนหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นรวดเร็ว และทันเวลา

5.2.2.3 การสังเกตการณ์ (Observation)

การตรวจสอบติดตาม เป็นการติดตามผลการดำเนินงาน บทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม วัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล Hospital Survey on Patient Safety Culture) วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

1) เปรียบเทียบระดับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนาระดับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.23; S.D. = 0.34) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.13; S.D. = 0.25) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มลดลงก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) เปรียบเทียบระดับความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนาระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 14.75; S.D. = 1.62) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง (Mean = 17.06; S.D. = 1.02) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนาระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.34; S.D. = 0.41) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.67; S.D. = 0.33) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



4) เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนาระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.29; S.D. = 0.32) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.65; S.D. = 0.32) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนาระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.20; S.D. = 0.50) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.56; S.D. = 0.32) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6) เปรียบเทียบระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

จากกระบวนการสนทนากลุ่มและถอดบทเรียน (Focus Group Discussion and Lesson Learn) ในผู้ร่วมวิจัยได้ผลลัพธ์จากการพัฒนา ดังนี้

การรายงานความเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้จะยังมีจำนวนที่ยังต่ำกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริงแต่ไม่ราย (Under Report) แต่มีสัญญาณของกระแสความสำคัญของการรายงานที่ดี เนื่องจากผู้บริหารได้ประกาศนโยบายความปลอดภัยผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 2P Safety ทำให้มีความตื่นตัวและมีแนวทางใหม่ๆ ที่เมื่อก่อนให้ความสำคัญเพียงแค่ความปลอดภัยของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข มุ่งเน้นเฝ้าระวังภัยสุขภาพ โรคจากการทำงาน หรืออุบัติการณ์เกี่ยวกับเข็มทิ่มตำ หรือโดนสารคัดหลั่ง ซึ่งก็มีตระหนักมากขึ้น

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารความเสี่ยงจำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในหน่วยงาน เพราะการรับรู้ของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน ความสำเร็จขึ้นอยู่กับคนเสียเป็นส่วนใหญ่ ถ้าคนในองค์กรไม่ได้มีความรู้สึว่าเขาต้องบริหารความเสี่ยงไปเพื่ออะไร เขาก็ไม่ให้ความร่วมมือ แล้วก็ไม่ได้เกิดผลในการบริหารความเสี่ยงขึ้น หัวใจที่สำคัญที่สุดของการบริหารความเสี่ยง คือ เริ่มจากการให้คนในองค์กรทุกคนรู้สึกว่ามีเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องทำ และเราทุกๆ คนต้องมีส่วนร่วม เพราะเมื่อทุกๆ คนทำอะไรจะส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงขององค์กร ในหน้าที่ในความรับผิดชอบที่มีอยู่ ถ้าไม่เป็นไปตามนั้นหรือเราพลาดไปจากมาตรฐาน หรือ เราเกิดความผิดพลาด (Error) ใดๆ ขึ้นมันส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงขององค์กรทั้งนั้น ดังนั้นประการแรกที่สำคัญที่สุดก็คือ การสร้างความตื่นตัว (Awareness) ให้เขารู้สึกว่าเขามีส่วนร่วม และจำเป็นที่จะต้องทำ



5.2.3 ผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลของการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดรูปแบบของการพัฒนาพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คือ ROJET Model ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

R = Rapid Response (การตอบสนองที่รวดเร็วในการแก้ปัญหา) ในการจัดการความเสี่ยงนั้น เนื่องจากทุกอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการและองค์กรอย่างแน่นอน และหากเป็นอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ E-I ที่ถึงตัวผู้ป่วยแล้วนั้น อาจทำให้เกิดการร้องเรียนตามมาได้ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีการจัดการความเสี่ยงอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ซึ่งในกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนนั้น พบได้ในกิจกรรมการส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน โดยกิจกรรมการกระตุ้นผ่านระบบหัวหน้างานและรายงานตอบกลับอย่างรวดเร็ว

O = Organization of learning (นำพาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้) คือ เริ่มต้นจากผู้บริหารเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ประกาศนโยบาย 2P Safety ระดับโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ชัดเจนร่วมกัน รวมถึงการพัฒนาการเรียนรู้ภาวะของการเป็นผู้นำในหน่วยงาน (Leadership) และการเรียนรู้ร่วมกัน ของคนในหน่วยงาน (Team Learning) เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะการแก้ปัญหาร่วมกัน และพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการพูดคุยกันบ่อยๆ กล้าที่เล่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ได้พบเจอให้เพื่อนร่วมงานฟัง เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นย่อมส่งผลต่อการถอดบทเรียน วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาได้

I = Information Technology (ควบคู่การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม) คือ การนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการบริหารความเสี่ยง พบได้ในกิจกรรมการรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสอดคล้องกับการเปลี่ยนของโลกในปัจจุบันที่สื่อสารผ่านโลกโซเชียลมีเดียมากกว่าการเขียนเอกสาร

E = Errorless (ลดปมการกล่าวโทษหากผิดพลาด) คือ ให้มองว่าทุกคนสามารถทำให้เกิดความผิดพลาดได้ ดังนั้นในการบริหารความเสี่ยงจะไม่โทษที่ตัวบุคคล จะเน้นที่การมองเชิงระบบ และปรับปรุงระบบการทำงานให้เหมาะสมในกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ประการแรกที่สำคัญที่สุดก็คือการสร้างความตื่นตัว (Awareness) ให้เขารู้สึกว่าเขามีส่วนร่วม และจำเป็นที่จะต้องทำโดยไม่กล่าวโทษกัน ทำให้เกิดวัฒนธรรมลดการกล่าวโทษ เพิ่ม Awareness

T = In Time (สามารถแก้ปัญหตามเวลาที่กำหนด) คือ การบริหารความเสี่ยงหากเป็นความเสี่ยงที่มีความรุนแรงในระดับสูง (E-I) จำเป็นต้องมีการทบทวนและรายงานทันเวลา เช่น



ความเสี่ยงระดับ G-I ที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วยนั้นต้องรายงานผู้บริหารทันที และรายงานในระบบภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงก็มีความสำคัญต่อการรายงานและแจ้งเตือนเช่นเดียวกัน อันเนื่องมาจาก หากความเสี่ยงนั้นทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตแต่ผู้รายงานไม่สามารถวิเคราะห์ความรุนแรงของเหตุการณ์ได้อาจจะเลือกรายงานที่ความรุนแรงแค่ระดับ G ก็อาจจะทำให้ได้รับแก้ไขปัญหาล่าช้า พบในกิจกรรมการลงหน้างานเชิงรุกที่ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ในการแจกสื่อแผ่นพับและอธิบายขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงรวมถึงมีสื่อความรู้เกี่ยวกับการรายงานความเสี่ยงอีกด้วย

5.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คือ 3P: P-P-P ประกอบด้วย

5.2.4.1 P: Policy คือ นโยบาย ซึ่งผู้นำเห็นความสำคัญและเป็นผู้นำในการประกาศนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 2P Safety ดังเห็นได้จากการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติแก่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลโดยเน้นย้ำให้บุคลากรทุกคนมีความมั่นใจในการรายงานความเสี่ยง สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทุกมิติ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อนสิ่งต่างๆ

5.2.4.2 P: Participation คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกหน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงด้วยความตระหนักรู้ และมีการสร้างความตื่นตัว (Awareness) ดังเห็นได้จากการทำให้รู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อองค์กรในการเฝ้าระวังความเสี่ยง และจำเป็นที่จะต้องทำโดยไม่กล่าวโทษกัน มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการมีวัฒนธรรมความปลอดภัย

5.2.4.3 P: Proactive คือ การทำงานเชิงรุก ดังเห็นได้จากการสื่อสารเชิงรุกลงสู่หน่วยงานเพื่อส่งเสริม และกระตุ้นให้รายงานความเสี่ยง และแจ้งเตือนให้ทันเวลา รวมถึงแนะนำขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงผ่านช่องทางต่างๆ ซึ่งได้รับความสนใจจากทุกหน่วยงานเป็นอย่างมาก ทำให้มีความตื่นตัวมากขึ้น



5.3 อภิปรายผล

5.3.1 บริบทของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการศึกษาบริบทของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบ นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบายและนำลงสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลซึ่งยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด แต่ถือได้ว่าทุกคนมีความตระหนักมากขึ้นและความตื่นตัวเมื่อเกิดอุบัติการณ์มากขึ้น (พัชฌिता สุภิสุทธิ์, 2550) ได้ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพปรับบทบาทนโยบายในการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรพยาบาล องค์กรพยาบาลสามารถนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด รวมถึงสามารถรายงานความเสี่ยงได้จากการนำเทคโนโลยีมาใช้ให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของโลกปัจจุบัน ทำให้การเข้าถึงของทั้งผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขนั้นง่าย สะดวก รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (วิชาญ เอี่ยมรัมย์กุล, 2553) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต กรณีศึกษา โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบโดยใช้วิธีแบบกล่องดำ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ที่มีต่อระบบโดยดำเนินการตามวงจรการพัฒนาระบบพัฒนาระบบโดยภาษาพีเอสพี และระบบข้อมูลมายเอสคิวแอล

5.3.2 กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ใช้แนวคิดของ (Kemmis, 1998) มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) พบว่า ระดับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.23; S.D. = 0.34) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.13; S.D. = 0.25) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มลดลงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างทราบบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลของตนเองดีในระดับปานกลาง แต่ด้วยภาระงานที่มีมาก รวมถึงยังขาดการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติจึงทำให้ผู้นำบางหน่วยงานไม่ได้แสดงบทบาทในการบริหารความเสี่ยง



ออกมาอย่างเต็มที่ แต่ก็มีโอกาสพัฒนาในด้านการส่งเสริมและกระตุ้นอย่างต่อเนื่องระดับความรู้ระดับการมีส่วนร่วม ระดับการปฏิบัติ และระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ (นภัสภรณ์ เจริญสะอาด, 2560) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผลการวิเคราะห์ระดับความรู้หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความไวต่อการรับสารที่ถูกละเอินออกไปในรูปแบบของสื่อต่างๆ เช่น QR Code ความรู้ หรือเสียงตามสายที่ให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง และรู้จัก 2P Safety มากขึ้น หรือจากกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจการใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงมากขึ้น ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา ระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.34; S.D. = 0.41) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.67; S.D. = 0.33) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3.3 ผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนใน 8 ขั้นตอน พบว่า ผลของการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดรูปแบบการพัฒนาพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คือ ROJET Model ที่สอดคล้องกับการดำเนินงานพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ และต้องดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องในวงรอบที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ (นภัสภรณ์ เจริญสะอาด, 2560) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า จากการพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน 7 ขั้นตอน ได้รูปแบบกระบวนการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง คือ “SMILE Model”

5.3.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการศึกษาการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คือ 3P: P-P-P ประกอบด้วย P: Policy คือ นโยบาย ซึ่งผู้นำเห็นความสำคัญและเป็นผู้นำใน



การประกาศนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 2P Safety ดึงเห็นได้จากการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติแก่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลโดยเน้นย้ำให้บุคลากรทุกคนมีความมั่นใจในการรายงานความเสี่ยง สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทุกมิติ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อนสิ่งต่างๆ P: Participation คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกหน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงด้วยความตระหนักรู้ และมีการสร้างความตื่นตัว (Awareness) ดึงเห็นได้จากการทำให้รู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อองค์กร ในการเฝ้าระวังความเสี่ยง และจำเป็นที่จะต้องทำโดยไม่กล่าวโทษกัน มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการมีวัฒนธรรมความปลอดภัย P: Proactive คือ การทำงานเชิงรุก ดึงเห็นได้จากการสื่อสารเชิงรุกลงสู่หน่วยงานเพื่อส่งเสริม และกระตุ้นให้รายงานความเสี่ยง และแจ้งเตือนให้ทันเวลา รวมถึงแนะนำขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงผ่านช่องทางต่างๆ ซึ่งได้รับความสนใจจากทุกหน่วยงานเป็นอย่างมาก ทำให้มีความตื่นตัวมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (ภัทรธิตา โภคาพันธ์, 2555) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกคือ ภาวะผู้นำของผู้นำสูงสุด และการกำหนดบทบาทให้กับทีมผู้พิทักษ์ความเสี่ยงการมอบอำนาจการตัดสินใจแก่หัวหน้าหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งแนวทางในการดำเนินการครั้งนี้ สามารถประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพในประเด็นอื่นได้ต่อไป

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการดำเนินการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นระหว่างดำเนินการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากการศึกษา ดังนี้

5.4.1.1 ด้านบทบาทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ยังต้องมีการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้นำมีบทบาทในการส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และลดวัฒนธรรมการกล่าวโทษหากเกิดความผิดพลาดและเพิ่มวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ทุกคนเกิดความตื่นตัว และสามารถรายงานความเสี่ยงได้ทันเวลาและถูกต้อง

5.4.1.2 ควรจัดประชุมเชิงวิชาการการบริหารความเสี่ยง และเรียนรู้การใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการทำงานเชิงรุก ลงสู่หน้างานมากกว่าการจัดที่ห้องใหญ่



เพราะการลงหน้างานทำให้เห็นบริบท ความพร้อมด้านอุปกรณ์ กำลังคน หรือภาระงานของแต่ละหน่วยงานจะทำให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด และบุคลากรในหน่วยงานก็ยังสามารถได้เรียนรู้ร่วมกัน

5.4.1.3 การรายงานความเสี่ยงส่วนใหญ่พบในกลุ่มของหน่วยงานด้านคลินิก ส่วนหน่วยงานสนับสนุนนั้นยังคงมีการรายงานความเสี่ยงน้อย เนื่องจากขาดความเข้าใจในการใช้งานระบบรายงานความเสี่ยง ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเฉพาะหน่วยงานสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

5.4.1.4 ในการเปิดเสียงตามสายในโรงพยาบาลเรื่องระดับความเสี่ยงและ 2P Safety นั้นยังไม่สามารถจัดได้ทันเวลา ควรรายงานผู้บริหารให้ทราบถึงปัญหาและร่วมหาแนวทางการแก้ไข

5.4.1.5 หน้าที่ในการรายงานความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นของหัวหน้างาน ควรส่งเสริมกระตุ้น ให้บุคลากรในโรงพยาบาลร้อยละสามารถรายงานความเสี่ยงได้ทุกคน

5.4.1.6 ควรเสนอผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหารทราบเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ และพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงต่อไป

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

จากการดำเนินการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยขอเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

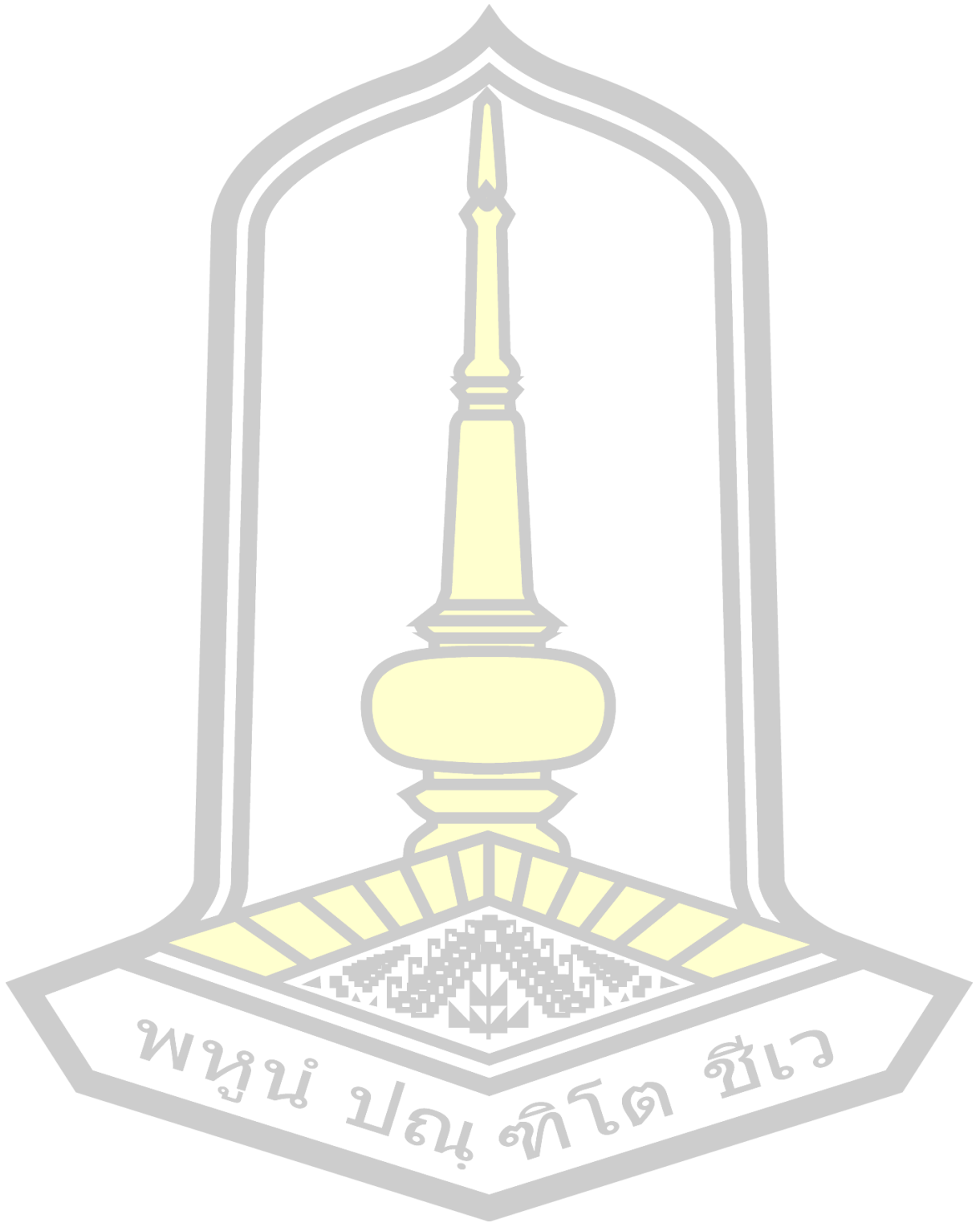
5.4.2.1 ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงการพัฒนาในวงรอบที่ 2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

5.4.2.2 ควรศึกษาร่วมกับโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานพยาบาล และได้เรียนรู้หลากหลายมุมมอง ต่างบริบทว่าจะมีวิธีการแก้ปัญหายังไงจึงจะเหมาะสมและสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.4.2.3 ควรทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้ระบบการรายงานความเสี่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เนื่องจากในขั้นตอนการรายงานนั้นว่ามีความสำคัญต่อระบบบริหารความเสี่ยง การพัฒนาให้ระบบการรายงานที่ง่าย จะทำให้บุคลากรมีการรายงานเข้าไปมากขึ้น และสามารถทำให้แก้ไขปัญหาได้ทันเวลา



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- เกียรติสุดา ศรีสุข. (2552). ระเบียบวิธีวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โรงพิมพ์ครองช้าง.
- เขาวรัตน์ ศรีวสุธา. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ดวงรัตน์ เรืองอุไร. (2555). ความพึงพอใจของผู้ปกครอง ผู้นำชุมชนและบุคลากรต่อการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของเทศบาลตำบลเกล็ดแก้ว อำเภอสัตตหีบ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทานตะวัน อินทร์จันทร์. (2546). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนย่อยในเขตเทศบาลเมืองลำพูน. การค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนวัฒน์ คำภีร์ลานนท์. (2550). การมีส่วนร่วมของกรรมการชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่น เทศบาลเมืองคูคต จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- นภัสภรณ์ เชิงสะอาด. (2560). การพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ผดุงรัตน์ มากชู. (2557). การพัฒนาระบบรายงานอุบัติการณ์ออนไลน์เพื่อสนับสนุนการบริหารความเสี่ยงใน โรงพยาบาลบ้านตาก. การค้นคว้าแบบอิสระวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงผลา ไทยดำรงค์. (2556). การพัฒนากลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการที่ 17. พุทธชินราชเวชสาร, 30(3), 329–339.
- พัชฌิตา สุภิสุทธิ. (2550). การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.



บรรณานุกรม (ต่อ)

- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2527). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา
ปัจจุบันของประเทศไทย ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: ศักดิ์
โสภการพิมพ์.
- ภัทรธิดา โภคาพันธ์. (2555). กระบวนการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพเพื่อลดระดับความเสี่ยงด้าน
คลินิกของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์. วารสาร
พยาบาลทหารบก., 13 No.2 (พฤษภาคม-สิงหาคม).
- ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น, 17
(มิถุนายน-กันยายน), 11-15.
- วิชาญ เอี่ยมรัศมีกุล. (2553). การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต กรณีศึกษา โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัด
ร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์
เพื่อการศึกษา คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (2561). *ข้อมูลบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล
ร้อยเอ็ด.
- ศูนย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (2561). *แผนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล
ร้อยเอ็ด.
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (2560). *คู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
ร้อยเอ็ด*. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.
- สงวนสิน รัตนเลิศ และคณะ. (2543). *Clinical practice guidelines : การจัดทำและนำไปใช้*.
กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2544). PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. Retrieved
June 19, 2018, from <http://www.ftpi.or.th/2015/2125>
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2544). *เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ*. นนทบุรี: หนังสือตีวัน
จำกัด.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2558). *มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก (พิมพ์ครั้งที่
ที่ 2)*. นนทบุรี: หนังสือตีวัน จำกัด.



บรรณานุกรม (ต่อ)

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561a). *การประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรด้านสาธารณสุข 2P Safety*. กรุงเทพฯ.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561b). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), Ed.). กรุงเทพฯ: หนังสือตีวันจำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. Retrieved June 19, 2018, from <https://www.egov.go.th/th/government-agency>
- สุวิมล ว่องวานิช. (2550). การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2540). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ*. นนทบุรี: บริษัท หนังสือตีวันจำกัด.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. นนทบุรี: บริษัท หนังสือตีวัน จำกัด.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. (2542). *ก้าวแรกของ TOM/COI ในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. (2544). *เส้นทางสู่โรงพยาบาล : คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง. (2552). *คำบรรยายลักษณะวิชาทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- A.V. Feigenbaum. (2561). *แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus)*. Retrieved June 19, 2018, from <http://www.gotknow.org/post/454597.1955>.
- Erwin. (2519). *แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus)*. Retrieved from <https://www.gotknow.org/posts/454597>



บรรณานุกรม (ต่อ)

- Fairchild, et. al. (2507). แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus). Retrieved from <https://www.gotoknow.org/posts/454597>
- Genichi Taguchi. (2493). แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus). Retrieved from <https://www.gotoknow.org/posts/454597>
- Joseph. (2503). แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus). Retrieved June 19, 2018, from <https://www.gotoknow.org/posts/454597>
- Kaoru Ishikawa. (2498). แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus). Retrieved June 19, 2018, from <https://www.gotoknow.org/posts/454597.1955>
- Kemmis S. and R. McTaggart. (1988). The Action Research Planner. (Victoria, Ed.) (3rd ed.). Australia: Deaken University Press.
- Lisk. (2528). แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus). Retrieved June 19, 2018, from <https://www.gotoknow.org/posts/454597.1938>
- Phillip B. Crosby. (2522). แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus). Retrieved June 19, 2018, from <https://www.gotoknow.org/posts/454597.1979>
- United Nations. (2524). แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus). Retrieved June 19, 2018, from <https://www.gotoknow.org/posts/454597.1938>
- W. Edward Deming. (2481). แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus). Retrieved June 19, 2018, from <https://www.gotoknow.org/posts/454597.1938>
- Walter A. Shewhart. (2468). แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gurus). Retrieved June 19, 2018, from <https://www.gotoknow.org/posts/454597>



ต้นฉบับไม่ปรากฏข้อมูล

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวกนกพร ยอดยศ
วันเกิด	วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดกาฬสินธุ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 85 หมู่ที่ 10 ตำบลเหล่าใหญ่ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46110
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2554 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2559 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ จิตโต ชีเว

