

การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของ คลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สุชานาฏ มุสิกการัตน์, พว.^{1*}
ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ประ.ด.²
ศศิธร ลายเมฆ, ประ.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 13 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 6 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 6 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้พัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดในคลินิก จำนวน 31 คน จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) แพทย์ด้านหู คอ จมูก ที่ปฏิบัติงานในทีมนำในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 คน 2) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน 3) บุคลากรที่มีใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน และ 4) บุคลากรห้องตรวจการได้ยินจำนวน 5 คน เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบันทึกอุบัติการณ์ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเอกสาร คือเอกสารที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ ได้แก่ เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง เช่น รายงานการทบทวนอุบัติการณ์ และถูกจัดทำขึ้นระหว่าง พ.ศ. 2561- พ.ศ. 2563 แนวคำถามการสนทนากลุ่มได้รับการตรวจสอบตรงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ในด้านโครงสร้าง บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้และความสามารถในการบริหารความเสี่ยง และมีความเข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ป่วย ในด้านกระบวนการ บุคลากรในคลินิกมีกระบวนการบริหารความเสี่ยงครบ 5 ขั้นตอน และด้านผลลัพธ์ มีรายงานอุบัติการณ์ 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) รวม 60 ครั้ง ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ คือ เพิ่มอัตราค่าจ้างให้เหมาะสมกับงานที่เพิ่มขึ้น พัฒนาทักษะการรายงานอุบัติการณ์ผ่านคอมพิวเตอร์ เพิ่มช่องทางการสื่อสารของทีมทำงาน และพัฒนาคู่มือการบริหารความเสี่ยงให้มีความสอดคล้องกับงาน

คำสำคัญ: การวิเคราะห์สถานการณ์, การบริหารความเสี่ยง, คลินิกหู คอ จมูก

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* ผู้ประพันธ์บทความ: สุชานาฏ มุสิกการัตน์, อีเมล: msuchana@medicine.psu.ac.th

Situational Analysis of the Risk Management of the Ear, Nose, and Throat Clinic at Songklanagarind Hospital

Suchanat Musikarat, RN.^{1}*

Pratyanan Thiangchanya, Ph.D.²

Sasithorn Laimek, Ph.D.²

(Received: May 13th, 2022; Revised: June 6th, 2022; Accepted: June 6th, 2022)

Abstract

A risk management is an important tool for sustainable organizational development. The objective of this qualitative research was to analyze risk management at Ear, Nose, and Throat (ENT) clinics, Songklanagarind Hospital. The target population was: 1) 10 ENT physicians working in a patient care team, 2) four registered nurses, 3) 12 practical nurses and nursing assistants, and 4) five auditory laboratory staff. Researchers collected data using focus group discussions about risk management and document analysis of related documents and written incident record. Documents which met the inclusion criteria of being related to risk management, such as incident report reviews, and having been produced between 2018 and 2020, were included in the sample. The validity of the focus group discussion guidelines was assessed by three experts. The guideline's index of item objective congruence was 1.0. The data were analyzed using content analysis. The results revealed three aspects of risk management: the structure, process, and outcomes. Regarding the structural aspect, most staff have knowledge about and the ability to perform risk management, as well as understanding and being aware patients' risks. Regarding process aspect, the clinic personnel followed all five steps of risk management. Finally, with regard to the outcome aspect, there were a total of 60 incidents reported during three-year periods (2018-2020) analyzed. Nursing administrators can use the research results to develop an effective risk management model by increasing the number of workers to be suitable for the workload, improving the staff's incident reporting skills via computer, increasing communication channels among the working teams, and developing a risk management manual to ensure consistent application of the system.

Keywords: situational analysis, risk management, ENT Clinic

¹ Master of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

* Corresponding author: Suchanat Musikarat, E-mail: msuchana@medicine.psu.ac.th

บทนำ

การบริหารความเสี่ยงเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย แม้จะมีการพัฒนาระบบและแนวทางเฝ้าระวังความเสี่ยงในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อความสูญเสีย จากสถิติทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 10 ได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนในการรักษาพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์การมหาชน]; สรพ.), 2562) ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ตลอดจนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ แม้ว่าปัจจุบันความเจ็บป่วยจะมีความซับซ้อนและรุนแรงขึ้น แต่ความรู้และเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลได้พัฒนาอย่างรวดเร็วมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้มีผลลัพธ์การรักษที่ดี ความท้าทายที่เกิดควบคู่กับผลการรักษาที่ดีขึ้น คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค และการไม่มีความเสี่ยงที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เพื่อให้สถานพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ (Dlugacz, 2017) การมีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้นจึงเป็นภารกิจสำคัญของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ที่มีผู้มาใช้บริการในคลินิก หู คอ จมูก จำนวนมาก โดยในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้มาใช้บริการในคลินิกเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า กล่าวคือจากเดิมมีผู้มาใช้บริการวันละ 100 ราย มีห้องตรวจ 14 ห้อง เพิ่มเป็น มีผู้มาใช้บริการวันละ 250-300 ราย มีห้องตรวจรวม 21 ห้อง ได้แก่ ห้องตรวจทั่วไป 16 ห้อง ห้องส่องกล้อง 1 ห้อง ห้องตรวจประสาทการได้ยิน 3 ห้อง และห้องฝึกพูด 1 ห้อง นอกจากนี้ยังมีห้องรอตรวจสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว โดยคลินิกหู คอ จมูก นี้จะให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจลำบาก ติดเชื้อทางเดินหายใจ หรือโรคทางเดินหายใจภูมิแพ้ และผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอที่ส่งมาขอรับการปรึกษาจากแผนกต่าง ๆ รวมทั้งผู้ป่วยในที่ได้รับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากห้องฉุกเฉินเพื่อทำหัตถการที่ซับซ้อนมีความเสี่ยงสูง จากจำนวนเตียงที่มีจำกัด และนโยบายลดจำนวนวันนอนทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ทำหัตถการที่แผนกผู้ป่วยนอกแบบไม่พักค้าง (One day surgery) ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 จากปี พ.ศ. 2562 (งานเวชระเบียน, 2562; 2563) การทำหัตถการต่าง ๆ จึงทำที่คลินิก เช่น การส่องกล้องถึงหลอดลม การเปลี่ยนท่อช่วยหายใจ การจี้ไฟฟ้าเพื่อหยุดการไหลของเลือดในจมูก รวมทั้งรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งหู คอ จมูกจากทุกโรงพยาบาลในภาคใต้ ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยซึ่งเป็นความท้าทายของคลินิกหูคอจมูก คือ ความเสี่ยงต่อทางเดินหายใจส่วนต้นอุดตันในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งทางหู คอ จมูก และผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และความเสี่ยงต่อการหยุดหายใจจากการได้รับยานอนหลับในเด็กที่ทำการตรวจประสาทการได้ยินด้วยคอมพิวเตอร์และเยื่อแก้วหู รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาคลินิกหู คอ จมูก ได้ดำเนินการตามนโยบายและแนวทางบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ายังคงมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยเกิดขึ้น ใน พ.ศ. 2561-2563 มีอุบัติการณ์ระดับ E (เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา) 1 ราย และอุบัติการณ์ระดับ H (เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการช่วยชีวิต) 1 ราย

จากการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของทั้ง 2 อุบัติการณ์ พบว่า การคัดกรองและการประเมินผู้ป่วยหลังการตรวจวินิจฉัย ไม่รัดกุม ไม่มีการแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงออกจากผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป รวมทั้งไม่มีการแยกกลุ่มระหว่างผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองและยังไม่ได้รับการคัดกรองออกจากกัน บุคลากรไม่มีความไวในการสังเกตอาการและสื่อสารความเสี่ยงกับผู้ป่วยซึ่งได้ รวมทั้งระบบกำกับติดตาม การทำงานของบุคลากรทุกระดับยังไม่ชัดเจน (งานเวชระเบียน, 2561; 2562; 2563) จากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจงกับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการทางหู คอ จมูก โดยเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

แนวคิดที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง คือ แนวคิดการประเมินคุณภาพการรักษายาพยาบาลของ Donabedian (2005) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ส่วนการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในประเทศไทย ส่วนใหญ่ยึดตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เช่น องค์ประกอบในระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย (สรพ., 2558) ประกอบด้วย 1) การประสานงานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงและระบบสารสนเทศ 2) การค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง 3) การกำหนดมาตรการป้องกันสื่อสารสร้างความตระหนัก 4) ระบบรายงานอุบัติการณ์ รายงาน วิเคราะห์ ใช้ประโยชน์ 5) การวิเคราะห์สาเหตุและนำไปสู่การแก้ปัญหา และ 6) การประเมินประสิทธิผลและนำไปสู่การปรับปรุง ส่วนขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดบริบทเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal environment) 2) การสื่อสารและปรึกษาหารือ (Communication & consultation) 3) การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) 4) แผนรับมือกับความเสี่ยง (Risk treatment plan) และ 5) การติดตามและทบทวน (Monitor & review; สรพ., 2561) ซึ่งงานวิจัยนี้ได้นำทั้ง 2 แนวคิดมาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์สถานการณ์

การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้พัฒนาองค์กรให้ผู้ปฏิบัติตระหนักและรับผิดชอบร่วมกัน นำไปสู่การเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ป้องกันได้ให้ผู้ใช้บริการดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่า มีความจำเป็นที่จะทำการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์บริหารความเสี่ยงของคลินิกหู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการรักษายาพยาบาลของ Donabedian (2005) โดยวิเคราะห์ 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) โครงสร้าง (Structure) ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านคู่มือบริหารความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ และด้านปัจจัยสนับสนุน 2) กระบวนการ (Process) และ 3) ผลลัพธ์ (Output) โดยในส่วนของการกระบวนการ วิเคราะห์ตามขั้นตอน

การบริหารความเสี่ยงของ สรพ. (2561) ประกอบด้วย 1) การกำหนดบริบทเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร 2) การสื่อสารและปรึกษาหารือ 3) การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง 4) แผนรับมือกับความเสี่ยง และ 5) การติดตามและทบทวน

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบการงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เก็บข้อมูลในเดือนเมษายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด 31 คน ของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ 1) อาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านประจำคลินิกหู คอ จมูกที่ปฏิบัติงานในทีมนำในการดูแลผู้ป่วย (Patient care team [PCT]) จำนวน 10 คน 2) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน 3) บุคลากรที่มีใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน และ 4) บุคลากรห้องตรวจการได้ยินจำนวน 5 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเอกสารคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ คือ เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่จัดทำขึ้นระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561- ตุลาคม พ.ศ. 2563 เช่น รายงานการทบทวนอุบัติการณ์ เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เอกสารเลขที่ REC.64 -103 -19-9 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2564 เมื่อได้รับการรับรอง ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หลังจากนั้นจึงติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอม ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ใช้สนทนากลุ่มจำนวน 4 ข้อที่สร้างจากแนวคิดการประเมินคุณภาพการรักษายาของ Donabedian (2005) ใน 2 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านคู่มือบริหารความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ และด้านปัจจัยสนับสนุน ในส่วนกระบวนการ กำหนดแนวคำถามการสนทนากลุ่มตามขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงของ สรพ. (2561) ประกอบด้วย 1) การกำหนดบริบทเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร 2) การสื่อสารและปรึกษาหารือ 3) การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง 4) แผนรับมือกับความเสี่ยง และ

5) การติดตามและทบทวน รวมถึงปัญหาและแนวทางแก้ไขการบริหารความเสี่ยง ในแต่ละองค์ประกอบ ตัวอย่างแนวคำถามการสนทนากลุ่ม เช่น “มีความคิดเห็นอย่างไรกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูก คอ จมูก ในปัจจุบัน” และ “มีความคิดเห็นอย่างไรกับการสื่อสารเกี่ยวกับความเสี่ยง” เป็นต้น

2. แบบบันทึกการวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินองค์ประกอบด้านผลลัพธ์ ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการรักษายาพยาบาลของ Donabedian (2005) มีลักษณะเป็นตารางตรวจสอบรายการและมีพื้นที่สำหรับบันทึกรายละเอียด ข้อมูลที่บันทึก ได้แก่ จำนวนเหตุการณ์ และรายละเอียดของเหตุการณ์

3. ผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือวิจัย ได้พัฒนาตนเองให้มีความสามารถใน 3 ด้าน ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยง การเป็นผู้วิจัยร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง และการประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุน กระตุ้นให้การช่วยเหลือในทุกขั้นตอนในกระบวนการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้ตรวจการพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านการบริหารความเสี่ยง หัวหน้าหอผู้ป่วยนอกและอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำเรื่องการปรับภาษาให้เข้าใจง่าย รวมทั้งแนะนำให้เพิ่มคำถามเกริ่นนำเกี่ยวกับประสบการณ์ความเสี่ยง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคำถามการสนทนากลุ่มไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องตรวจอื่นจำนวน 4 คน หลังการทดลองได้ปรับปรุงคำถามเพิ่มเติม ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence [IOC]) ของแนวทางการสนทนากลุ่มคือ 1.0 ซึ่งแสดงว่าแนวคำถามดังกล่าวเหมาะสม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. รับสมัครและเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้จัดบันทึกและอำนวยความสะดวก 2 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานอื่น มีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยมาก่อน และเป็นพยาบาลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกกลุ่มคุ้นเคยมาก่อนเพื่อให้สามารถพูดคุยแสดงความคิดเห็นได้อย่างเป็นธรรมชาติ ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม

2. ประสานงานกับหัวหน้าหน่วยงานของผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้ พร้อมทั้งขออนุญาตเข้าถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่าง ๆ

3. ติดต่อไปยังผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัยตามเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย ก่อนที่จะขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการทำสนทนากลุ่ม

4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม 4 ครั้งโดยแยกกลุ่มสนทนาเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 1 ครั้ง คือ กลุ่มพยาบาล แพทย์ เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้เวลาสนทนาเฉลี่ยกลุ่มละ 100-120 นาที จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัวคือพูดคุยสนทนาจนครบตามหัวข้อที่กำหนดไว้ ในระหว่างสนทนากลุ่มมีการบันทึกเสียง บันทึกเหตุการณ์ กริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งจดบันทึกช่วยจำในประเด็นที่สำคัญ ๆ

5. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารโดยใช้แบบบันทึกรายการวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยงการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยงนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ถอดเทปข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา โดยดำเนินการทีละกลุ่ม ประกอบด้วย

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนาถอดเทป ด้วยการพิมพ์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วอ่านทำความเข้าใจหลาย ๆ ครั้ง โดยเฉพาะข้อมูลสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง

2. หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาอ่านทบทวน แยกประโยคที่สำคัญออกมา และนำข้อมูลดังกล่าวมาบันทึกในตารางที่จัดไว้ในหน้าเดียวกับข้อมูล โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยใส่คำตอบตามแนวคำถามและใส่เลขลำดับบรรทัดเพื่อสะดวกต่อการอ้างอิงข้อมูลการสนทนากลุ่ม รวมถึงข้อมูลที่นอกเหนือจากคำพูด ได้แก่ กริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล

3. นำข้อมูลที่บันทึกได้จากแต่ละกลุ่ม มาพิจารณาความเหมือนและแตกต่าง หลังจากนั้นนำมาจัดทำเป็นข้อสรุปและเขียนบรรยายแต่ละข้อสรุปอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

4. นำข้อมูลที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องผ่านผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ๆ ละ 2 คน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลงานวิจัยคุณภาพของ Guba and Lincoln (1989) วิธีตรวจสอบ ประกอบด้วย

1. ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ มีการอธิบายอย่างถูกต้อง โดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สนทนากลุ่ม สังเกตกริยาท่าทาง และจดบันทึก แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการสนทนากลุ่มเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมีการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม ตรวจสอบความถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่ปรับแก้ไขข้อสรุป

2. ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ประชากรเป้าหมายทุกคนเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม อธิบายสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในรายงานผลการวิจัย และมีการจดบันทึกสะท้อนคิด เพื่อยืนยันว่าได้จัดความลำเอียงในทุกขั้นตอน

3. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัย โดยมีการวางแผนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ มีการนำเสนอข้อมูลอย่างครบถ้วน ในผลการวิจัยได้ยกตัวอย่างถ้อยคำในการสนทนากลุ่มประกอบ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 31 คน จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) แพทย์จำนวน 10 คน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ 3 คน และแพทย์ประจำบ้าน 7 คน 2) พยาบาลวิชาชีพ 4 คน 2) บุคลากรที่มีไข้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน ประกอบด้วย ผู้ช่วยพยาบาล 6 คน และพนักงานช่วยการพยาบาล 6 คน และ 4) บุคลากรห้องตรวจการได้ยิน 5 คน ประกอบด้วย นักฝึกพูด 1 คน และนักตรวจการได้ยิน 4 คน รายละเอียดข้อมูลทั่วไปของแต่ละกลุ่มดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูล	แพทย์		พยาบาล		บุคลากรที่ไม่ใช่ พยาบาล		เจ้าหน้าที่ห้องตรวจ การได้ยิน	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ								
หญิง	5	(50.00)	4	(100.00)	12	(100.00)	4	(80.00)
ชาย	5	(50.00)					1	(20.00)
อายุ (ปี)								
25-29	5	(50.00)			2	(16.70)	1	(20.00)
30-40	4	(40.00)			4	(33.30)	3	(60.00)
41-50	1	(10.00)	4	(100.00)	4	(33.30)	1	(20.00)
ระดับการศึกษา								
มัธยมศึกษา					9	(75.00)		
อนุปริญญา							1	(20.00)
ปริญญาตรี			3	(75.00)	3	(25.00)	2	(40.00)
ปริญญาโท	7	(70.00)	1	(25.00)			1	(20.00)
วุฒิปริญญาโท สาขา สอ	3	(30.00)						
นาสิกวิทยา								
ปริญญาเอก							1	(20.00)

ข้อมูล	แพทย์		พยาบาล		บุคลากรที่ไม่ใช่ พยาบาล		เจ้าหน้าที่ห้องตรวจ การได้ยิน	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ประสบการณ์การทำงาน								
1-5 ปี	7	(70.00)	1	(25.00)	3	(25.00)	1	(20.00)
6-10 ปี	3	(30.00)	3	(75.00)	9	(75.00)	4	(80.00)
การอบรมด้านความเสี่ยง								
ได้รับการอบรม	9	(90.00)	3	(75.00)	6	(50.00)	2	(40.00)
ไม่ได้รับการอบรม	1	(10.00)	1	(25.00)	6	(50.00)	3	(60.00)
การเป็นกรรมการความเสี่ยง								
เป็น	2	(20.00)	1	(25.00)				
ไม่เป็น	8	(80.00)	3	(75.00)	12	(100.00)	5	(100.00)

ส่วนเอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยง ประกอบด้วย 1) รายงานข้อมูลประเมินตนเองของหน่วยงาน 5 ฉบับ 2) รายการที่จัดทะเบียนความเสี่ยงของหน่วยงาน 5 ฉบับ 3) รายงานอุบัติการณ์ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล 72 รายการ 4) ข้อร้องเรียน 4 รายการ 5) รายการคำติชม 4 รายการ 6) การทบทวนเวชระเบียนในรายที่เกิดอุบัติการณ์และข้อร้องเรียนอื่นที่เกี่ยวข้อง 81 รายการ 7) หลักฐานการบันทึกอื่นที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลความเสี่ยงในคลินิกหู คอ จมูก ได้แก่ สมุดบันทึกรายงานผิดปกติในคลินิก 5 เล่ม และ 8) นโยบายด้านความเสี่ยงฝ่ายบริการพยาบาลและนโยบายคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปี พ.ศ. 2563 – 2564 จำนวน 15 รายการ

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

จากการสนทนากลุ่มทำให้ได้ข้อมูลเพื่อประเมิน 2 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง และ กระบวนการ ดังนี้

1. สถานการณ์ด้านโครงสร้าง (Structure) ประกอบด้วย

1.1 ด้านบุคลากร

ผลการศึกษาพบว่าคลินิกหู คอ จมูก ประกอบด้วยบุคลากรหลายกลุ่ม จากข้อมูลการได้รับการอบรมด้านความเสี่ยงของบุคลากรในคลินิก พบว่ากลุ่มแพทย์ได้รับการอบรมร้อยละ 90 กลุ่มพยาบาลได้รับการอบรมร้อยละ 75 ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง และตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ป่วย ดังข้อมูลที่อธิบายว่า “ทุกคนมีความรู้และเข้าใจว่าจะจัดการอย่างไรไม่ให้เสี่ยง” (FG –G3-10) และ “มีการถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้ร่วมงาน มีการถ่ายทอดนโยบายและความรู้ไปยังแพทย์ทุกคนในภาควิชา แพทย์ทางเดินหายใจและการประชุม” (FG –G1-4) ส่วนในกลุ่มไม่ใช่นักพยาบาลได้รับการอบรมเพียงร้อยละ 50 และกลุ่มห้องตรวจการได้ยิน ได้รับการอบรมเพียงร้อยละ 40 สะท้อนว่ามีความรู้ไม่เพียงพอ ดังข้อมูลที่ว่า

“ไม่ค่อยเข้าใจเรื่องความเสี่ยงผู้ป่วย หลังคัดกรองเมื่อมาอยู่หน้าคลินิก ไม่ได้ประเมินซ้ำ”(FG-G3-11) และ “อยากมีความรู้เพิ่มเรื่องการบริหารความเสี่ยง อยากฝึกปฏิบัติวิธีการสังเกตผู้ป่วยที่อาการแย่งและขั้นตอนการช่วยเหลือ”(FG-G3-2)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า สิ่งที่จะช่วยให้บริหารความเสี่ยงได้ดีขึ้น คือ การมีอัตรากำลังที่เพียงพอ เนื่องจากมีการทำหัตถการเพิ่มขึ้นและมีผู้ใช้บริการที่เป็นเด็ก ทำให้มีความเสี่ยง ดังข้อมูลที่บอกว่า “เคยเจอคนไข้เวียนหัวบ้านหมุนเสียงตกลึกๆ ต้องมีคนช่วยตลอดเวลา ทำให้รู้สึกเสี่ยงเพราะคนไม่พอ”(FG-G3-10) และ “ถ้าผู้ป่วยมาก ผู้ป่วยเด็กเยอะ ๆ ระบบรวนทุกครั้ง...รู้สึกเหนื่อยและเครียด”(FG-G2-2) นอกจากนี้ส่วนหนึ่งบอกว่าไม่คุ้นกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในคอมพิวเตอร์ โดยให้ข้อมูลว่า “การบันทึกรายงานอุบัติการณ์มีขั้นตอนมาก ทำให้ไม่อยากรายงาน เราไม่ค่อยรู้เรื่อง ไม่เข้าใจด้วย ควรใส่ไว้ในการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ จะได้มีความรู้”(FG-G4-3)

1.2 ด้านคู่มือบริหารความเสี่ยง

คลินิกหู คอ จมูก ได้นำคู่มือบริหารความเสี่ยงที่โรงพยาบาลจัดทำไว้เพื่อใช้ในห้องตรวจทุกสาขามาใช้โดยยังไม่ได้ปรับตามที่โรงพยาบาลประกาศใช้มาตรฐานความเสี่ยง 9 มาตรฐานสำคัญที่เฝ้าระวัง ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม ให้ข้อมูลตรงกันว่า ควรจัดทำคู่มือขึ้นใหม่ให้สอดคล้องกับลักษณะผู้ใช้บริการและบริบทบริการที่เปลี่ยนแปลง และมีข้อคิดเห็นในการพัฒนาคู่มือบริหารความเสี่ยง ดังข้อมูล “ใช้คู่มือเดิมตลอด...พอโรงพยาบาลประกาศใช้ 9 มาตรฐาน อยากได้คู่มือที่ตอบมาตรฐาน ตรงความเสี่ยงการตรวจและหัตถการของเรา เพราะช่วยให้ทำงานได้ และจัดการความเสี่ยงง่ายขึ้น”(FG-G2-2)

1.3 ด้านสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม ให้ข้อมูลตรงกันว่า การจัดพื้นที่ที่ใช้การคัดกรองผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ มีการแยกระหว่างผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยอื่น ๆ อากาศถ่ายเทดี แต่ในพื้นที่อื่น ๆ หน้าคลินิกไม่สามารถแยกผู้ป่วยได้ทุกกลุ่ม เนื่องจากอยู่หน้าห้องเจาะเลือดและใกล้ทางแยกไปห้องเอกซเรย์และห้องตรวจอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยหลายกลุ่มนั่งรวมกัน จึงอยากให้มีการจัดพื้นที่ที่สามารถแยกผู้ป่วยเพื่อประเมินความเสี่ยงซ้ำ ดังข้อคิดเห็นที่ว่า “อยากให้แยกที่นั่งกลุ่มที่มีก้อนที่คอหรือกลุ่มที่มาเปลี่ยนท่อ แยกคนไข้เด็ก กลุ่มภูมิแพ้ คนไข้ไตโม ลดความเสี่ยงติดเชื้อ”(FG-G2-2) นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรห้องตรวจการได้ยิน ระบุว่า “การตรวจไปกระตุ้นไทม์มิ่ง กลัวเชื้อแพร่ทางอากาศมากขึ้น คนที่รอ เสี่ยงต่อ droplet (ละอองฝอย) ของคนไข้อื่น... ต้องเตรียมห้องให้เด็กที่มาตรวจการได้ยินด้วย”(FG-G1-3)

1.4 ด้านปัจจัยสนับสนุน

ทุกกลุ่มให้ข้อมูลตรงกันว่าได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการเพื่อบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานเพียงพอ แต่มีปัญหาในขั้นตอนการจัดหาและวิเคราะห์ความจำเป็นในการใช้เครื่องมือ บางรายการ เช่น เครื่องมือส่งกล้องทางการแพทย์ที่ราคาแพง เติงตรวจสำหรับทำหัตถการพลิกนัวเพื่อบรรเทาภาวะเวียนศีรษะบ้านหมุนซึ่งมีที่กั้นไม่แข็งแรงพอที่จะป้องกันการพลัดตกเตียง และเครื่องมือช่วยชีวิตสำคัญอาจไม่พร้อมใช้ทันที เนื่องจากมีการใช้ร่วมกับห้องตรวจใกล้เคียง ตัวอย่างข้อมูล “เวลาผู้ป่วยต้อง

เปลี่ยนท่อเจาะคอ ห้องตรวจไม่มีอุปกรณ์ ต้องประสานคลังวัสดุ บางครั้งต้องยืมที่หอผู้ป่วย ทำให้ล่าช้า หากมีสำรองจะลดความเสี่ยง” (FG –G3-8)

2. สถานการณ์ด้านกระบวนการ (Process)

การวิเคราะห์สถานการณ์ของกระบวนการบริหารความเสี่ยงในปัจจุบันของคลินิกหุ คอ จมูก ตามกระบวนการของ สรพ. (2561) ผลการวิจัยพบว่า

2.1 การกำหนดบริบทจัดเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal environment)

ในประเด็นนี้พบว่าคลินิกหุ คอ จมูก ได้ใช้กลยุทธ์และวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นเป้าหมายในการบริหารความเสี่ยง โดยไม่ได้กำหนดเป้าหมายเฉพาะกับความเสี่ยงของผู้ป่วย หุ คอ จมูก รวมทั้งส่วนที่มีจุดบริการเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูลของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มบุคลากรที่มีใช้พยาบาลและกลุ่มบุคลากรห้องตรวจการได้ยิน ที่กล่าวว่า “จุดบริการเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงถ้าคนไม่พอ ห้องรถนั่งรถนอนและห้องตรวจการได้ยิน ต้องคัดกรองความเสี่ยงด้วย”(FG –G1-2) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ “อยากให้กำหนดแนวทางชัดเจน แจ้งความเสี่ยงผู้ป่วยที่มาที่เราว่าจะเกิดอะไรได้บ้าง ให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบ”(FG –G2-3)

2.2 การสื่อสารและปรึกษาหารือ (Communication & consultation)

จากการสนทนากลุ่มอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องการสื่อสารระหว่างภาควิชาโสต นาสิก ลาริงค์ กับบุคลากรในคลินิก ดังตัวอย่างข้อมูล “ควรสื่อสารแผนบริหารความเสี่ยงของเราเองให้ทุกคนทราบ แพทย์พยาบาลน้องใหม่มาจะได้เข้าใจ ปฏิบัติตามแผนได้เลย”(FG –G2-1) ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มให้ข้อมูลตรงกันว่า การสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงต้องทั่วถึงผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่มอย่างรวดเร็ว จะได้เข้าใจตรงกันและทำให้เกิดความตระหนัก ดังตัวอย่างข้อมูล “ความเสี่ยงด้านยาตั้งแต่การสั่ง การจ่าย การบริหารยา หากคลาดเคลื่อน...หลังการทบทวนต้องบอกให้ทุกคนทราบ จะได้ช่วยระวังและตระหนักในอันตรายนี่อาจเกิดขึ้น”(FG –G1-5)

2.3 การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง (Risk assessment)

ในขั้นตอนนี้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่มีใช้พยาบาลวิชาชีพ ให้ข้อมูลตรงกันว่า ทางคลินิกได้มีการประเมินความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ ในประเด็นการระบุตัวผู้ป่วย การป้องกันพลัดตกหกล้ม การควบคุมการติดเชื้อ ความคลาดเคลื่อนทางยา แต่ภายหลังโรงพยาบาลประกาศใช้ 9 มาตรฐานความปลอดภัย ทางคลินิกได้สื่อสารกับบุคลากรบ้าง ส่วนกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิเคราะห์โอกาสที่มีความเสี่ยง รวมทั้งผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์ หากเกิดขึ้น ทางคลินิกยังไม่ได้ดำเนินการ ดังความคิดเห็นที่ว่า “ทะเบียนความเสี่ยงตามรายงาน 3 เดือนเราทำ...แต่ไม่ได้มาดูว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่ พีดีซีเอ (PDCA เป็นคำย่อของ วางแผน [Plan] ปฏิบัติ [Do] ตรวจสอบ [Check] ปรับปรุง [Act]) ไม่ครบ การติดตามรายงานผลร่วมกันในภาพรวมกับทีมนำด้วยจะดีมาก” (FG –G2-4) กลุ่มของพยาบาลวิชาชีพมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการทำงานกับแพทย์และบุคลากรห้องตรวจการได้ยิน คือ “เรากับภาควิชาควรคุยร่วมกันว่าแต่ละหัตถการเสี่ยงอะไรบ้าง ผู้ป่วยที่ไปฝึกพูด

พยาบาลห้องตรวจต้องวิเคราะห์ความเสี่ยงและคุยกับห้องตรวจการได้ยืนยันว่าเสี่ยงอะไรบ้าง” (FG –G3-6) นอกจากนี้บุคลากรห้องตรวจการได้ยืนยันให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “ผู้ป่วยฝึกกลืน เสี่ยงต่อการสำลักจากสารทดสอบการกลืน ต้องสังเกตอาการเพิ่มเติมหลังทดสอบ ต้องเพิ่มในบัญชีความเสี่ยง” (FG –G3-6)

2.4 แผนรับมือกับความเสี่ยง (Risk treatment plan)

ทางคลินิกหูก คอ จมูก ได้นำแนวทางการลดความรุนแรงของความเสี่ยงตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมาใช้ การตอบสนองส่วนใหญ่ เป็นการป้องกัน โดยจัดให้มีการประเมินความเสี่ยงที่จุดคัดกรองและการส่งต่อเพื่อบรรเทาความเสียหายเมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มสะท้อนว่าทุกกลุ่มตระหนักในความสำคัญของขั้นตอนนี้ ดังข้อมูลที่ว่า “เราอยู่กับคนไข้ต้องกลืนตลอด หากเกิดอะไรขึ้น ต้องตอบสนองอย่างรวดเร็ว อยากให้ทำแนวทางตอบสนองความเสี่ยงสำคัญ ๆ ให้ครบถ้วน ทุกคนต้องรู้หน้าที่ หากมีสถานการณ์เกิดขึ้น” (FG –G1-9)

2.5 การติดตามและทบทวน (Monitor & review)

ในขั้นตอนนี้ ทางคลินิกหูก คอ จมูก ได้กำหนดให้หัวหน้าห้องตรวจที่เป็นพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบ กำกับดูแล สังเกตอย่างต่อเนื่อง มีการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจจุดกันส่วนบนมาใช้คลินิกได้กำหนดให้มีการทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์ทุกรายแต่ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มสะท้อนให้เห็นว่า ยังไม่มีการทำงานความเสี่ยงร่วมกันระหว่างภาควิชากับคลินิก และห้องตรวจการได้ยืนยันรวมทั้งไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงและไม่มีรูปแบบการสื่อสารที่ชัดเจนเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูล “เราควรมีกิจกรรมทบทวนการบริหารความเสี่ยงร่วม ช่วยกันปรับแล้วหาโอกาสพัฒนา” (FG–G2-2) ข้อเสนอแนะที่ได้จากการสนทนาทุกกลุ่มคือทีมในการบริหารความเสี่ยงควรมีความสามารถในการนำและมีความรู้ในการใช้เครื่องมือ “ชอบเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนอุบัติการณ์ ได้ความรู้เอาไปใช้แต่เวลาทำกิจกรรม พบว่าเครื่องมือคุณภาพใช้ยาก อยากให้ผู้นำมีความสามารถในการใช้เครื่องมือ” (FG –G2-4)

ข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยงย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2563) โดยใช้แบบบันทึกการวิเคราะห์รายการเอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยง พบว่าข้อมูลสถานการณ์ด้านผลลัพธ์ คือ มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกหรือความผิดพลาดในการให้บริการระดับ A (ความเสี่ยงที่ยังไม่เกิดอุบัติการณ์ แต่มีโอกาสที่เกิด) ถึงระดับ D (ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วและไม่เป็นอันตราย แต่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง) จำนวน 16, 19 และ 25 ครั้ง ตามลำดับ ในระหว่างนี้มีการรายงานอุบัติการณ์ระดับเกือบจะผิดพลาด (Near miss) คือระดับ B (เกิดความเสี่ยงแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย) ถึงระดับ D มากขึ้นตามลำดับ ทำให้สามารถป้องกันความเสี่ยงที่รุนแรงได้ จึงพบว่าในปี พ.ศ. 2561 ไม่มีรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Advers effect) คือ ตั้งแต่ระดับ E (เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา) ถึงระดับ I (เกิดความเสี่ยงเกิดขึ้นซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต) แต่มีรายงานอุบัติการณ์ในปี พ.ศ 2562 และ 2563 ตามลำดับ ดังนี้

พ.ศ. 2562 มีอุบัติการณ์ร้ายแรงที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ขณะรอตรวจผู้ป่วยมีอาการหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น 1 รายเป็นอุบัติการณ์ระดับ H (เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต) ต้องนำส่งผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและเสียชีวิต มีการทบทวนและมีการปรับระบบการบริหารความเสี่ยง และพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงร่วมกัน ร่วมกับทีมนำทางคลินิก

พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเด็กหยุดหายใจหลังได้รับยานอนหลับเพื่อตรวจระบบประสาทชั้นในของหู 1 ราย อุตการณ์ระดับ F (เกิดความคลาดเคลื่อนต่อผู้ป่วยส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาล) ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ 1 วัน มีระบบ มีการทบทวน หลังจากนั้นไม่มีอุบัติการณ์ซ้ำ และมีผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 1 รายขณะรอตรวจ เป็นอุบัติการณ์ระดับ D รวมทั้งความเสี่ยงทางคลินิกอุบัติการณ์อื่น ๆ ได้แก่ ความผิดพลาดในการคัดกรองวันโรค 3 ราย การบ่งชี้ผู้ป่วยผิดพลาดระดับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เกือบพลาด ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นมีแนวโน้มทำให้เกิดอุบัติการณ์ 20 ราย (งานเวชระเบียน, 2561; 2562; 2563)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีการบริหารความเสี่ยงทั้งในส่วน ของโครงสร้าง และกระบวนการ โดยสถานการณ์ด้านโครงสร้างมีการดำเนินการทั้งในส่วนของคุณภาพการ คู้มือ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยสนับสนุนตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการรักษายาพยาบาลของ Donabedian (2005) ส่วนในสถานการณ์ด้านกระบวนการ การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกดำเนินการตามขั้นตอน การบริหารความเสี่ยงของ สรพ. (2561) อย่างไรก็ตามผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่ายังมีความจำเป็นต้อง พัฒนาทั้งในส่วนโครงสร้างและกระบวนการ เมื่อเชื่อมโยงกับสถานการณ์ด้านผลลัพธ์จึงพบว่า ยังคงมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงอยู่แสดงให้เห็นว่าอาจเนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้องด้วย เช่น การศึกษาของ สุภากิจ ไชยภูมิ, โสเพ็ญ ชูนวน, และวรรณ อังศุวรรณ (2564) ที่พบว่า แรงจูงใจ ทักษะการสื่อสาร การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม และเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนการอภิปรายผลสถานการณ์ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มีรายละเอียดดังนี้

ด้านโครงสร้าง

ในประเด็นของคุณภาพพบว่าบุคลากรให้ความสำคัญกับความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่เนื่องจากลักษณะ ของบริการที่มีการทำหัตถการ หากอัตรากำลังไม่เพียงพอในการเฝ้าระวังจะส่งผลต่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาอัตราส่วนของบุคลากรและความปลอดภัยของผู้ป่วย ของ Twigg, Duffield, Brenmed, Repley, and Finn (2011) ที่พบว่า มีความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นเมื่อบุคลากร ไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับ Rosenberg (2019) ที่พบว่าภาวะขาดแคลนอัตรากำลังส่งผลต่อความปลอดภัยของ ผู้ป่วยทำให้อัตราการเกิดอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขหรือลดลงได้ด้วยการให้ความรู้ใน การบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร ดังที่ Mwachofi, Walston, and Al-Omar (2011) อธิบายว่า บุคลากรต้อง มีความรู้และทักษะในการบริหารความเสี่ยงด้วยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย และ ผ่องพรรณ

จันชนสมบัติ, นันทิศา พันธุศาสตร์, และวลัยพร นันทสุภวัฒน์ (2556) ได้อธิบายว่าการส่งเสริมให้บุคลากรเรียนรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยงส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มีข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มที่มีโรงพยาบาลสะท้อนว่า มีข้อจำกัดในเรื่องทักษะการเฝ้าระวังและการสังเกตอาการผิดปกติในระยะเริ่มต้นของผู้ใช้บริการ ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่มีใช้ทักษะทางคลินิก ซึ่ง ทักษะเหล่านี้จะช่วยให้สามารถเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ และเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ (จิรัชยา ศิวารุข, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และปราโมทย์ ทองสุข, 2563) การที่จะลดความเสี่ยงในการทำหัตถการในคลินิกเฉพาะทาง ต้องมีบุคลากรที่เพียงพอ และบุคลากรเหล่านั้นต้องมีความรู้ในการบริหารความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสังเกตอาการผิดปกติของผู้รับบริการในระยะเริ่มต้น

ส่วนในประเด็นของคู่มือบริหารความเสี่ยงที่ใช้เป็นคู่มือเดิมของโรงพยาบาล บุคลากรให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาคู่มือที่ตอบสนอง 9 มาตรฐานความปลอดภัยและสอดคล้องบริบทของคลินิกเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ คือ ต้องการคู่มือที่มีเนื้อหากระชับ นำไปใช้ได้สะดวก รวมทั้งจัดทำเป็นไฟล์เอกสารใส่ในคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับระบบบริหารจัดการของข้อมูลของโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ ที่เป็นระบบ คอมพิวเตอร์เต็มรูปแบบ รวมทั้งสอดคล้องกับคุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม ที่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 37-48 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มีความชำนาญในการใช้สื่อต่าง ๆ ที่อยู่ระบบคอมพิวเตอร์และสามารถเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบุว่า คู่มือบริหารความเสี่ยงต้องเหมาะสมกับบริบทของคลินิกที่ประกอบด้วย 16 ห้องตรวจเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเพราะคู่มือบริหารความเสี่ยงที่ดีต้องเป็นไปตามบริบทและกระบวนการทำงาน (Ridelberg, Roback, & Nilsen, 2014) การตอบสนองต่อความต้องการต่อการเรียนรู้ของบุคลากรทุกกลุ่มในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเป็นรูปธรรมและยั่งยืนในองค์กร

ด้านกระบวนการ

การจัดเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ผลวิจัยพบว่า คลินิกหู คอ จมูก ได้ใช้กลยุทธ์และวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นเป้าหมายในการบริหารความเสี่ยง แต่ไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่ให้เฉพาะเจาะจงกับความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มโรคหู คอ จมูก ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล คือ ควรกำหนดเป้าหมายให้เป็นไปตามงานเพื่อให้เข้าใจตรงกัน สอดคล้องกับ Ridelberg, Roback, and Nilsen (2014) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพจากพยาบาลวิชาชีพและพบว่า การมีระบบการจัดการความเสี่ยงที่ดี มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ นโยบาย แผนดำเนินการ ทำให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ ในด้านการสื่อสารและปรึกษาหารือ มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องการพัฒนาการสื่อสารระหว่างภาควิชากับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกหู คอ จมูก เพื่อประโยชน์ในการปรึกษาหารือ ส่งต่อข้อมูลลดความคลาดเคลื่อนต่าง ๆ ทำให้เกิดบรรยากาศการทำงานเป็นทีม เพราะความเสี่ยงของผู้ป่วยสามารถป้องกันได้ หากทีมมีประสิทธิภาพ (O'Daniel & Rosenstein, 2008) จากการที่โรงพยาบาลเข้ารับการประเมินขั้นก้าวหน้าจากสรพ.ที่ผ่านมาพบว่าการทำงานเป็นทีมโดยมีทีมนำทางคลินิกเป็นผู้นำในการสื่อสารทำงานคุณภาพ รวมทั้งการบริหารความเสี่ยงจะทำให้เป้าหมายในการดูแลให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ในประเด็นของการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า แต่ละวิชาชีพมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง แต่ขาดการหารือส่งต่อข้อมูล หรือวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาของ จันทรธิมา เพียรธรรม (2561) ที่พบว่าการพัฒนากระบวนการลดความคลาดเคลื่อนทางยาต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายกลุ่ม การพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Collaborative practice) จะลดความเสี่ยง ผู้ป่วยปลอดภัย (ฉันทิกา บัณฑิตเลิศรัศม์, ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา, และนงนุช บุญยัง, 2565) จากงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นงาน รวมทั้งงานวิจัยนี้พบว่าการทำงานเป็นทีมในด้านความเสี่ยง การสื่อสารที่ดีจะช่วยทำให้บรรยากาศการทำงานที่ดีส่งเสริมพลังและทัศนคติทางบวกให้บุคลากรในการบริหารความเสี่ยงร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผลประโยชน์สุดท้ายคือผู้รับบริการจะได้รับการบริการที่ปลอดภัยสูงสุด องค์กรจะได้รับความไว้วางใจ

ส่วนในแผนรับมือกับความเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลตระหนักในความสำคัญของขั้นตอนนี้ อยากให้มีการปรับรูปแบบบริการอย่างเร่งด่วนเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนขึ้นและการขยายคลินิก ผลการวิจัยที่ได้เป็นมุมมองเชิงบวกที่ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องรับดำเนินการ เพราะการที่บุคลากรมีทัศนคติที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ และจะทำให้บุคลากรให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม (สุภากิจ ไชยภูมิ และคณะ, 2564) ในขั้นตอนของการติดตามและทบทวน ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมนี้ทางคลินิกหู คอ จมูก ทบทวนอุบัติการณ์ทุกครั้ง อย่างไรก็ตามการกำหนดแนวทางการทำงาน บทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงระหว่างภาควิชากับคลินิก รวมทั้งแนวทางการสื่อสารยังไม่ค่อยชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Davenport, Henderson, Mosca, Khuri, and Mentzer (2007) ที่พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญทำให้การบริหารความเสี่ยงบรรลุเป้าหมาย

ด้านผลลัพธ์

ผลการวิจัยที่ได้พบว่า ในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2563) มีจำนวนอุบัติการณ์ระดับ A-D รวม 60 ครั้ง และมีระดับ E-I รวม 2 ครั้ง ผลวิจัยที่ได้สอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในการวิจัยนี้ ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาทั้งในส่วนโครงสร้างและกระบวนการ และเมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหลายๆ บริบท พบว่าส่วนใหญ่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นหรือสูงกว่าตัวชี้วัด เช่น การศึกษาของ สำรี ชมบริสุทธี, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, และอภิรดี นันทศุภวัฒน์ (2563) ที่วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของหอผู้ป่วยหนึ่งในภาคกลางตอนบน และพบว่ามีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น ส่วนผลลัพธ์ที่พบว่า จำนวนการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรให้ความสำคัญกับการรายงานเพิ่มขึ้น ทำให้หน่วยงานและผู้บริหารได้ข้อมูลเพื่อนำไปวางแผนป้องกันในอนาคตได้ ข้อมูลที่ได้นี้แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานเริ่มมีวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการสื่อสารและรายงานข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ (Force et al., 2006) ดังข้อมูลดังกล่าวว่าการที่บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อการรายงานความเสี่ยงทำให้มีการรายงานความเสี่ยงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อระบบบริหารความเสี่ยงเชิงป้องกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาศาสนาการณการบริหารความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยง โดยพบว่า 1) ด้านโครงสร้าง บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ ความสามารถในการบริหารความเสี่ยง มีความเข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ป่วย 2) ด้านกระบวนการ คลินิกหูด คอ จมูก มีกระบวนการบริหารความเสี่ยงครบ 5 ขั้นตอน และ 3) ด้านผลลัพธ์มีรายงานอุบัติการณ์ในระยะ 3 ปี (พ.ศ.2561-2563) รวม 60 ครั้ง ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ คือ การเพิ่มอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น การพัฒนาทักษะที่นอกเหนือจากทักษะทางคลินิก และทักษะรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ พัฒนาคู่มือการบริหารความเสี่ยงให้มีความสอดคล้องกับบริบทของงาน รวมทั้งการพัฒนาแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงระหว่างผู้ที่ทำงานร่วมกันทั้งในส่วนของแพทย์และบุคลากรห้องตรวจการได้ยิน

ข้อเสนอแนะในการบริหาร

1. นำไปเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงให้สอดคล้องกับความเสี่ยงสำคัญของผู้ใช้บริการและหัตถการต่าง ๆ ของทุกจุดในหน่วยบริการ
2. ปรับกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงที่มุ่งเน้นการสื่อสารที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการที่ทำงานร่วมกันและการสื่อสารข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์
3. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรต้องครอบคลุมทักษะทางคลินิกและทักษะการบริหารความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. การทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูด คอ จมูก
2. การศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูด คอ จมูกในมุมมองของผู้ใช้บริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรทุกคนของคลินิกหูด คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่เต็มใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- งานเวชระเบียน. (2561). สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2561. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- งานเวชระเบียน. (2562). สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2562. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- งานเวชระเบียน. (2563). สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2563. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- จันทร์ธิดา เพียรธรรม. (2561). การพัฒนาระบบการลดความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์เกสรศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

- จิรัชยา ศิวารุข, ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา, และปราโมทย์ ทองสุข. (2563). ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย. *พยาบาลสาร*, 47(4), 460-471.
- ฉันทิกา บัณฑิตเลิศรัศมี, ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา, และนนุช บุญยัง. (2565). องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 186-198.
- ผ่องพรรณ จันทนสมบัติ, นันทิชา พันธุศาสตร์, และวไลพร นันทสุภวัฒน์. (2556). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ต่อความรู้และทัศนคติของทีมนักศึกษาและทีมสนับสนุนในการบริหารระบบความเสี่ยงโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(3), 79-89.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี (ภาษาไทย)*. นนทบุรี: หนังสือดีวัน.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *New HA Standards: Risk management through risk register*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับที่ 4)*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- สำรี ชมบริสุทธิ, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, และอภิรดี นันทสุภวัฒน์. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *พยาบาลสาร*, 47(2), 453-462.
- สุภาภิก ไชยภูมิ, โสเพ็ญ ชูนวน, และวรรณ อังคสุวรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(2), 93-104.
- Davenport, D. L., Henderson, W. G., Mosca, C. L., Khuri, S. F., & Mentzer, R. M. Jr. (2007). Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical team but not with scale measure of teamwork climate. *Journal of the American College of Surgeons*, 205(6), 778-784.
- Dlugacz, D. Y. (2017). *Introduction to health care quality: Theory method and tools* (1st ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Force, M. V., Deering, L., Hubee, J., Anderson, M., Hageman, B., Cooper-Hahn, M., & Peter, W. (2006). Effective strategies to increase reporting of medication errors in hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 36(1), 34-41. doi: 10.1097/00005110-200601000-00009

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mwachofi, A., Walston, S. L., & Al-Omar, B. A. (2011). Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(4), 274–283.
<http://dx.doi.org/10.1108/09526861111125589>
- O'Daniel, M., & Rosenstein, H. A. (2008). Professional communication and team collaboration. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: Evidence-based handbook for nurses* (pp. 1-14). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ridelberg, M., Roback, K., & Nilsen, P. (2014). Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: A qualitative study of nurses' perceptions. *BMC Nursing*, 13(23).
<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-13-23>
- Rosenberg, K. (2019). RN shortages negatively impact patient safety. *American Journal of Nursing*, 119(3), 51. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000554040.98991.23>
- Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P., & Finn, J. (2011). The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: A retrospective analysis of patient and staffing data. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 540-548.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.013>