

การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

จรัญ โดยเจริญ¹ ฉัตรสุนน พงศ์ภิญโญ^{2*} วิริณธ์ กิตติพิชัย³

1. นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 15 เม.ย. 2565

วันแก้ไข 29 เม.ย. 2565

วันตอบรับ 30 เม.ย. 2565

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดระดับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรการแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 260 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความเที่ยงโดยวิธีแอลฟาของครอนบาค ในส่วนที่ 2 และ 3 ได้เท่ากับ .805 และ .957 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติหาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.2) มีอายุระหว่าง 22-30 ปี (ร้อยละ 57.7) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 86.2) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 96.20) มีชั่วโมงการทำงาน 41-50 ชั่วโมง/ต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 36.20) และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 3-5 ปี (ร้อยละ 35.8) การวิเคราะห์การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =3.57, S.D.=0.63) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การกระทำที่ไม่ปลอดภัย การควบคุมกำกับติดตามการกระทำที่ไม่ปลอดภัย และอิทธิพลจากองค์กร มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (r = -0.906, r = 0.682 และ r = 0.430 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

ดังนั้น ควรส่งเสริมให้บุคลากรค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากการปฏิบัติงาน และการศึกษา เรียนรู้ อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น เพื่อวิเคราะห์ความรุนแรง ความถี่ และการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ ผู้บริหารมีส่วนสำคัญต่อระบบบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก โดยกำหนดผู้รับผิดชอบหน้าที่คอยควบคุมกำกับ ติดตาม และ กำหนดมาตรการป้องกันการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์

คำสำคัญ : การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก, การกระทำที่ไม่ปลอดภัย, การควบคุมกำกับติดตามการกระทำที่ไม่ปลอดภัย, อิทธิพลจากองค์กร, โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

บทนำ (Introduction)

องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยว่าเป็นปัญหาหนึ่งด้านสาธารณสุขที่รุนแรง โดยได้มีการศึกษาและเปรียบเทียบ พบว่า หนึ่งในสามล้านคน จะมีโอกาสได้รับอันตรายจากการเดินทางโดยสารด้วยเครื่องบิน แต่ขณะเดียวกันหนึ่งต่อสามร้อยคน มีโอกาสได้รับอันตรายจากขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์ โดยระบุว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีโอกาสได้รับบาดเจ็บขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งถูกใช้จ่ายเพื่อแก้ไขผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ปลอดภัย การใช้จ่ายที่ไม่ปลอดภัยยังเป็นปัญหาทั่วโลก การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องหรือล่าช้ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุด การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาล เป็นต้น (WHO, 2019) สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วนั้นพบว่า มีอัตราหนึ่งต่อร้อยคนที่มารับบริการในโรงพยาบาลมีโอกาสได้รับอันตรายจากการให้บริการทางการแพทย์ ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในอัตราหนึ่งต่อสิบคน (WHO, 2009)

ประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนา ข้อร้องเรียนทางการแพทย์กรณีผู้ที่ได้รับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 จึงมีค่อนข้างสูง โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2563 พบว่า ข้อร้องเรียนทางการแพทย์ของผู้ป่วย มีจำนวน 4,592 เรื่อง จ่ายเงินชดเชยจำนวน 1,079.11 ล้านบาท ในส่วนของผู้ให้บริการมี 1,642 เรื่อง จ่ายเงินชดเชย 22.6 ล้านบาท ทั้งนี้รัฐบาลต้องจ่ายเงินชดเชยรวมทั้งสิ้น 1,100 ล้านบาท (วิไลลักษณ์ วิสาสะ, 2564) มีการศึกษาสาเหตุการฟ้องร้องในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในประเทศไทย ได้แก่ การรักษาที่ผิดพลาด การวินิจฉัยผิดพลาด การคลอดที่ไม่ปลอดภัย การไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย การแพทย์ การไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน และ

ข้อผิดพลาดที่เกิดจากเครื่องมือทางการแพทย์ (กิตติ ธรปานเทศ, 2562)

จากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีจำนวน จำนวน 11,120 รายงาน (โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, 2564) นับว่ามีจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน และหากไม่ได้รับการแก้ไข ควบคุม กำกับติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการในอนาคต ดังนั้นการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การควบคุมความเสี่ยง และการประเมินผลการควบคุมความเสี่ยง (Wilson and Tingle, 1999) จากการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยที่อาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ได้กล่าวถึง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์” ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการประชุม HA Forum ครั้งที่ 21 (ปี 2564) ใจความว่า “ถึงเวลาแล้วที่ระบบสุขภาพต้องออกแบบแนวคิด Human Factors Engineering ที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก อย่างยึดติดกับกิจกรรมที่คุ้นชิน” การประยุกต์ใช้ Human Factors Engineering กับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีจุดประสงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงการพึ่งพาความจำในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการออกแบบกระบวนการทำงานโดยใช้หลักที่เรียบง่าย และการทำให้ง่ายในการทำสิ่งที่ถูกและยากในการทำสิ่งที่ผิด (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2564) ดังนั้น การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับแนวคิดทฤษฎีด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Human Factors Analysis and Classification System) ในปี 2000 ซึ่งประกอบด้วย การกระทำที่ไม่ปลอดภัย สภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ระบบการกำกับดูแลการกระทำที่ไม่ปลอดภัย

และอิทธิพลจากองค์กร ที่สามารถระบุสาเหตุการเกิด ความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งได้พัฒนาโดย สก็อตและวิกแมน (Scott Shappell and Wiegmann, 2000) ต่อมาในปี ค.ศ. 2017 ซาลี และ วูดดี ได้ร่วมมือกับโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยน็อตติงแฮม (Nottingham University Hospitals NHS Trust) กำหนด Human Factors Analysis and Classification System (HFACS) เป็น Coding framework adapted for the NHS Acute Hospital setting (เวอร์ชัน 4.2) สำหรับจำแนกสาเหตุ อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น และสามารถ ออกแบบระบบความปลอดภัยในสถานพยาบาล ทั้งนี้ได้ ประเมินความน่าเชื่อถือว่ามีความเหมาะสมในกลุ่มผู้ ควบคุมความปลอดภัย หรือคณะกรรมการความเสี่ยง ทางคลินิกในกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ (Shale and Woodier, 2021) จากการศึกษาพบว่าปัจจัย ดังกล่าวมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือต่อการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก ผู้วิจัยจึง นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาเป็นแนวทาง พัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ ให้บริการในอนาคต

วัตถุประสงค์การศึกษา (Objectives)

1. เพื่อวัดระดับการจัดการความเสี่ยงทาง คลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตร อดุมศักดิ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ จัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอดุมศักดิ์

วิธีการวิจัย (Research Method)

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิง พรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional descriptive Study) ประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากร

การแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอดุมศักดิ์ ที่มีหน้าที่ ให้บริการผู้ป่วยทางคลินิกโดยตรง คำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่างได้จากสูตรไวเออร์ (Weiers, 2005) ได้กลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 275 คน โดยมีการสุ่มแบบแบ่ง ชั้นภูมิตามกลุ่มงานต่างๆ และทำการสุ่มอย่างง่ายโดย การจับฉลากรายชื่อตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อวัด ระดับความคิดเห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จำนวน 20 ข้อ และ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการบริหาร จัดการความเสี่ยง โดยผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยการ หาค่า (Index of item Objective Congruence: IOC) มีค่า เท่ากับ 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอดุมศักดิ์ ที่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยส่วนที่ 2 มีค่า เท่ากับ 0.805 และ ส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ 0.957

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2021-135 และ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอดุมศักดิ์ เลขที่ 002/2565

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (average) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อ วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลและวัดระดับการจัดการ ความเสี่ยงทางคลินิก ของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอดุมศักดิ์

2. สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา (Results)

1. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 260 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.50 ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.2) มีอายุระหว่าง 22-30 ปี (ร้อยละ 57.7) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 96.20) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 86.2) สถานะเป็นข้าราชการ (ร้อยละ

87.3) มีชั่วโมงการทำงาน 41-50 ชั่วโมง/ต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 36.20) และระยะเวลาเริ่มปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 3-5 ปี (ร้อยละ 35.8)

2. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์

การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกโดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =3.57, S.D.= 0.63) สำหรับรายด้านพบว่า การค้นหาความเสี่ยง และการวิเคราะห์ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.50, S.D.= 0.65) และ (\bar{X} =3.47, S.D.= 0.72) ตามลำดับ การควบคุม และการประเมินผลการควบคุมความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =3.72, S.D.= 0.67) และ (\bar{X} =3.57, S.D.= 0.73) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก

การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
1. การค้นหาความเสี่ยง	3.50	0.65	ปานกลาง
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง	3.47	0.72	ปานกลาง
3. การควบคุมความเสี่ยง	3.72	0.67	สูง
4. การประเมินผลการควบคุมความเสี่ยง	3.57	0.73	สูง
รวม	3.57	0.63	สูง

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ ด้านการค้นหาความเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.50, S.D.= 0.65) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การทบทวนรายงาน

อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่เคยเกิดขึ้นเพื่อค้นหาความเสี่ยง (\bar{X} = 3.65, S.D.= 0.79) การระบุช่วงเวลาที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก (\bar{X} =3.53, S.D.= 0.78) การทบทวนสาเหตุข้อเท็จจริงของความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อการจัดการความเสี่ยง (\bar{X} = 3.52, S.D.= 0.75) ตามลำดับ (ตารางที่2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ด้านการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก

การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
1. การทบทวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่เคยเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาความเสี่ยง	3.65	0.79	สูง
2. การดำเนินการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเชิงรุก จากการตรวจสอบการปฏิบัติงาน	3.49	0.81	ปานกลาง
3. การทบทวนสาเหตุของความเสี่ยงทางคลินิก จากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อนำมาประยุกต์ใช้การจัดการความเสี่ยง	3.52	0.75	สูง
4. การศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น เพื่อให้สามารถค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกที่มีโอกาสเกิดขึ้น	3.35	0.87	ปานกลาง
5. สามารถบอกช่วงเวลาการทำงานที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกในหน่วยงานได้	3.53	0.78	สูง
รวม	3.50	0.65	ปานกลาง

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.47, S.D. = 0.72) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง ได้แก่ การร่วมกับบุคลากรภายในหน่วยงานทบทวน

รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (\bar{X} = 3.59, S.D. = 0.90) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น (\bar{X} = 3.58, S.D. = 0.80) และการได้ดำเนินการแยกประเภทความเสี่ยงทางคลินิกในหน่วยงาน เพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ (\bar{X} = 3.58, S.D. = 0.79) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิก

การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิก	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
1. การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงทางคลินิก จากความถี่ ระดับ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาวิเคราะห์	3.58	0.80	สูง
2. การดำเนินการแยกประเภทความเสี่ยงทางคลินิกในหน่วยงาน อยู่สม่ำเสมอ เพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ	3.58	0.79	สูง
3. การเข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ ความเสี่ยงทางคลินิก	3.20	1.00	ปานกลาง
4. ร่วมกับบุคลากรภายในหน่วยงาน เพื่อทบทวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก	3.59	0.90	สูง

การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิก	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
5. การนำความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้นจากหน่วยงานอื่นมาวิเคราะห์ความรุนแรง และประเมินความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนัก	3.41	0.93	ปานกลาง
รวม	3.47	0.72	ปานกลาง

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ด้านการควบคุมความเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.72, S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ตั้งแต่การรายงานการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง (\bar{X} = 3.87, S.D. = 0.86) การประชุมทีม เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ

G H I มายังหน่วยงาน เพื่อทบทวนสาเหตุของความเสี่ยงนั้นโดยทันที (\bar{X} = 3.81, S.D. = 0.78) การปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่ได้กำหนดไว้ (\bar{X} = 3.78, S.D. = 0.78) การเลือกวิธีการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น (\bar{X} = 3.59, S.D. = 0.80) การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ในการจัดการกับความเสี่ยง (\bar{X} = 3.53, S.D. = 0.80) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลด้านการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิก

การควบคุมความเสี่ยงทางคลินิก	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
1. การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ในการจัดการกับความเสี่ยง	3.53	0.80	สูง
2. การเลือกวิธีการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น	3.59	0.78	สูง
3. การปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่กำหนดไว้ เพื่อการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง	3.78	0.78	สูง
4. การรายงานความเสี่ยงทางคลินิกและการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อพบความเสี่ยงนั้นผ่านโปรแกรม Risk Chumphon	3.87	0.86	สูง
5. เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G H I มายังหน่วยงาน ทีมจะประชุม เพื่อทบทวนสาเหตุของความเสี่ยงนั้นโดยทันที	3.81	0.78	สูง
รวม	3.72	0.67	สูง

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ด้านการประเมินผลการควบคุมความเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.57, S.D. = 0.73) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ นำผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกมาใช้ประโยชน์ (\bar{X} = 3.65, S.D. = 0.81) การร่วมกับ

บุคลากรในหน่วยงานพัฒนาระบบการจับเก็บผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น (\bar{X} = 3.64, S.D. = 0.80) การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกครั้ง (\bar{X} = 3.57, S.D. = 0.85) การทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก (\bar{X} = 3.53, S.D. = 0.84) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการประเมินผลการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิก

การประเมินผลการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิก	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
1. การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก	3.57	0.85	สูง
2. การนำผลการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกมาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด การพัฒนาคุณภาพบริการ	3.45	0.88	ปานกลาง
3. นำผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกมาใช้ประโยชน์ใน การพัฒนางานคุณภาพบริการ	3.65	0.81	สูง
4. ร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานของท่าน พัฒนาระบบการจับผลการ ประเมินการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น	3.64	0.80	สูง
5. ได้ทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยง	3.53	0.84	สูง
รวม	3.57	0.73	สูง

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ และการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า การกระทำที่ไม่ปลอดภัย การควบคุมกำกับติดตามการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและอิทธิพลจากองค์กร มีความสัมพันธ์ ($r = -0.906$, $r = 0.682$ และ $r = 0.430$ ตามลำดับ) กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ และการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-0.029	0.645
ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล	0.010	0.871
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์		
การกระทำที่ไม่ปลอดภัย*	-0.906	< 0.001
สภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย	-0.021	0.737
การควบคุมกำกับติดตามการกระทำที่ไม่ปลอดภัย	0.682	< 0.001
อิทธิพลจากองค์กร	0.430	< 0.001

หมายเหตุ *การกระทำที่ไม่ปลอดภัยเป็นตัวแปรเชิงลบ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการอภิปรายผลร่วมกับตัวแปรอื่น ผู้วิจัยจึงปรับเป็นการกระทำที่ไม่ปลอดภัย โดยมีความสัมพันธ์ตรงข้าม ($r = -0.906$) กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and conclusions)

จากการศึกษาพบว่าการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.57$, S.D.=0.63) เนื่องจากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีการขับเคลื่อนกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกในทุกระดับ เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และแผนขับเคลื่อนการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกในโรงพยาบาล โดยมีการส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบแอปพลิเคชัน Risk Chumphon และนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อกำหนดมาตรการป้องกัน ควบคุม ทำให้การจัดการความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสนับสนุนด้วยการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น (จිරนนท์ ขานนท์, 2564)

การกระทำที่ไม่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ตรงกันข้าม ($r= -0.906$) กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) กล่าวคือ เมื่อบุคลากรให้บริการผู้ป่วยอย่างปลอดภัย บุคลากรจะดำเนินการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกลดน้อยลง การควบคุมกำกับติดตามการกระทำที่ไม่ปลอดภัย และอิทธิพลจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีแนวทางการบริหารจัดการให้เกิดความตระหนักรู้ในเหตุการณ์ด้านความปลอดภัย ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคลากรการแพทย์เกิดทักษะความตระหนักรู้ การสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือคุณภาพทางคลินิกที่ส่งเสริมการรับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาปัจจัยด้านมนุษยศาสตร์ จึงส่งผลให้เกิดความผิดพลาดน้อยลง ซึ่งสนับสนุนด้วยการศึกษา การจัดการเชิงระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย (เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, 2561) นอกจากนั้นแล้ว มีการกำหนด

บทบาทที่สำคัญของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในทุกระดับที่มีหน้าที่คอยกำกับติดตามการป้องกันการกระทำที่ไม่ปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ มีการนิเทศทางการพยาบาลของผู้นำทางการพยาบาลระดับต่างๆ ที่มีหน้าที่คอยกำกับมาตรฐานดังกล่าว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิกและการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (จิรวรรณ ศิริมนตรี, 2564) จากการทบทวนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พบว่า มีการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เชื่อมโยงจากทิศทางของโรงพยาบาล ผ่านวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ ค่านิยม ของทีมนำ โดยการสื่อสาร 3 ระดับ ได้แก่ ระดับยุทธศาสตร์ ระดับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และระดับหน่วยงาน เมื่อพบโอกาสปรับปรุงและอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบจะมีการมอบหมายทีมนำ ทำการวิเคราะห์ภาพรวมคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและองค์กร ดังนั้นอิทธิพลจากองค์กรจึงมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก สนับสนุนโดยแนวคิดจาก (Donabedian, 1988) ที่ระบุว่า การจัดการความปลอดภัยเชิงระบบสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ด้านโครงสร้างและการจัดการ ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ด้านโครงสร้างและการจัดการประกอบด้วย นโยบาย และการสนับสนุนจากองค์กร โดยผู้บริหารและทีมนักวิชาชีพร่วมกันรับผิดชอบความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงร่วมกันกำหนดแนวปฏิบัติความปลอดภัยที่มีมาตรฐานและครอบคลุมการปฏิบัติงาน ด้านกระบวนการ จะให้ความสำคัญของการส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน รวมถึงการควบคุมกำกับติดตามโอกาสที่เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารกรณีเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศเพื่อเพิ่มคุณค่าให้แก่

ผู้ปฏิบัติงาน และด้านผลลัพธ์ โดยมองว่าผลลัพธ์ที่สำคัญคือ การลดความเสี่ยงหรือการกระทำที่ไม่ปลอดภัยจากผู้ให้บริการ โดยองค์กรมีการวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบทางคลินิก การบริหารความเสี่ยง การวิจัยและพัฒนา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้บุคลากรค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากการปฏิบัติงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางคลินิกจากหน่วยงานอื่นหรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น
2. ควรส่งเสริมให้ให้บุคลากรวิเคราะห์ ความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการจัดการ (strong recommend)
3. ควรสนับสนุนให้บุคลากรสามารถวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยง ความรุนแรง ความถี่

และโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงานตนเอง

4. ผู้บริหารสนับสนุนระบบบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก โดยกำหนดผู้มีบทบาทหน้าที่ออกแบบ ควบคุมกำกับ ติดตาม การปฏิบัติตาม มาตรการป้องกันการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของบุคลากร การแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความเสี่ยงทางคลินิกที่มีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วย ก่อนเข้าสู่กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัย และการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบการจัดการ ความเสี่ยงทางคลินิกจากหน่วยงานอื่นที่ประสบผลสำเร็จ (Benchmark) เพื่อนำมาพัฒนา ประสิทธิภาพการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก

เอกสารอ้างอิง (References)

- กิตติธ ปานเทศ. (2561). โรคที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขและการใกล้เคียงข้อพิพาท. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4 (1) มกราคม-เมษายน; 108-119.
- จิรนนท์ ขานนท์, ประจักษ์ บัวผัน. (2564). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21 (1) มกราคม-มีนาคม; 216-228.
- จิรวรรณ ศิริมนตรี และ วรณชนก จันทชุม. (2564). ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหาร ความเสี่ยง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร*, 24 (2) พฤษภาคม – สิงหาคม 2564; 1-12
- โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. (2564). ระบบความเสี่ยง. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2564. <https://www.chumphonhospital.com>
- เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล. (2561). การจัดการเชิงระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 45 (2), เมษายน-มิถุนายน; 148-156.
- วิไลลักษณ์ วิชาสละ. (2564). ผลการดำเนินงานในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). ใน: *เอกสารประกอบการบรรยายผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. การประชุมศึกษาดูงานออนไลน์ของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข(ภาคพิเศษ) มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. (2564). การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ Learning from Incidents HA tool and quality in diversity update. ใน: *เอกสารประชุมวิชาการ HA National Forum 21 (Enhancing TRUST in Healthcare)*, วันที่ 17 มีนาคม 2564; กรุงเทพฯ.
- Donabedian A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
- Shale S. and Woodier N. (2021). *Human Factors Analysis and Classification System (HFACS) Coding framework adapted for the NHS Acute Hospital setting (v4.2)* (Internet). Norfolk and Norwich University Hospitals, NHS Foundation Trust; 2020-2021.
<https://www.nnuh.nhs.uk/publication/download/human-factors-classification-system-serious-incidents-2020-2021-20-21>
- Shappell SA, Wiegmann DA. (2000). *The human factors analysis and classification system-HFACS* (Internet). (Cite 2021 Sep 22). https://www.researchgate.net/publication/247897525_The_Human_Factors_Analysis_and_Classification_System-HFACS
- Weiers, Ronald M. (2005). *Introduction to Business Statistics*. International Student Edition. Fifth Edition. Pennsylvania, USA. Duxbury Press, Thomson - Brooks/cole
- Wilson J. & Tingle J. (1999). *Clinical risk modification: A route to clinical governance*, Oxford: Butterworth-Heinemann.
- World Health Organization. (2019). *Patient safety fact file: patient safety and risk management service delivery and safety*. Geneva: [Internet]. World Health Organization. Retrieved Sep 16, 2021.
<https://www.who.int/features/factfiles/patient-safety/patient-safety-fact-file.pdf>
- World Health Organization. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety, version 1.1: final technical report* January 2009.
https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf