การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Development of Risk Management Model at the ENT Clinic, Songklanagarind Hospital

สุชานาฏ มูสิการัตน์

Suchanat Musikarat

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration
Prince of Songkla University

2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Development of Risk Management Model at the ENT Clinic, Songklanagarind Hospital

สุชานาฏ มูสิการัตน์
Suchanat Musikarat

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration
Prince of Songkla University

2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ผู้เขียน นางสุชานาฏ มูสิการัตน์
สาขาวิชา การบริหารทางการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองสุข)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร ชูกำเหนิด)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชาภัตร พุฒิคามิน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งสาง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่าผลงานนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ.....
(นางสุชานาฏ มูสิการัตน์)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นอนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....
(นางสุชานาฏ มูสิการัตน์)
นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ผู้เขียน นางสุชานาฏ มูสิการัตน์
สาขาวิชา การบริหารทางการพยาบาล
ปีการศึกษา 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยคือ แนวคิดระบบ (systematic framework) (Donabedian, 2005) และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดเคมมิสและแมคทาคกาท (Kemmis & McTaggart, 2014) การวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน 2) พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง 31 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สังเกต สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการภายใต้การดูแลของบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง รูปแบบการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การจัดโครงสร้าง ได้แก่ กระบวนการสื่อสารนโยบายด้านความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านทักษะทางคลินิกและทักษะที่นอกเหนือจากทักษะทางคลินิก 2) ด้านการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ การจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงตาม 9 มาตรฐานสำคัญที่จำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิก หู คอ จมูก การกำหนดแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงกับทีมนำทางคลินิก 3) ด้านกระบวนการ ได้แก่ จัดให้มีกระบวนการคัดกรองทุกจุดบริการ จัดให้มีกิจกรรมการเยี่ยมตรวจผู้ใช้บริการ จัดการสิ่งแวดล้อมที่ลดความเสี่ยง และส่งเสริมบรรยากาศปลอดภัย การประเมินผลด้านกระบวนการพบว่า หัวข้อที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมากที่สุด ได้แก่ คือ ด้านนำไปใช้ได้กับผู้รับบริการได้ทุกกลุ่มบริการ (M = 4.4, SD = 0.5) และตรงกับปัญหาความเสี่ยงที่จะแก้ไขและคุณค่าในการทำงาน (M = 4.4, SD = 0.5) ความเป็นไปได้ในด้านความเหมาะสมกับหน่วยงาน (M = 4.20, SD = 0.42) คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.13, SD = 0.34) ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่สังเกตได้ โดยเก็บข้อมูลทุกจุดบริการ 1 เดือน ปฏิบัติได้ร้อยละ 89.46 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 10.54 4) การติดตามผลลัพธ์จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดหลังพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย ระดับ A เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน = 10 ครั้ง ระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย = 5 ครั้ง ระดับ D เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีเฝ้าระวัง = 1 ครั้ง ไม่มีอุบัติการณ์ระดับปานกลางและ

ระดับสูงซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ยังไม่มีรูปแบบบริหารความเสี่ยงพบว่าไม่มีอุบัติการณ์ร้ายแรงซ้ำ ในภาพรวมความปลอดภัยของผู้ป่วยดีขึ้นทั้งบรรยากาศรายงานเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่ยังไม่ถึงผู้ป่วยมีมากขึ้นทำให้การหารากของปัญหาความเสี่ยงนำไปสู่การแก้ปัญหาได้ครอบคลุมมากขึ้น ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลลัพธ์ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพเพื่อเพิ่มความปลอดภัยและการบริการให้ผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก

Thesis Title Development of Risk Management Model at the ENT Clinic, Songklanagarind Hospital
Author Suchanat musikarat
Major program Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration
Academic Year 2022

ABSTRACT

This practical action research aimed to develop and apply a risk management model at the ENT Clinic, Songkhlanagarind Hospital. The conceptual framework used in this research was the systematic framework developed by Donabedian (2005). The research process was based on the action research proposed by Kemmis and McTaggart (Kemmis & McTaggart, 2014).The research methods consisted of 3 phases: 1) studying the situation, 2) developing the risk management model, and 3) evaluating the use of the model. Thirty-one participants were recruited using purposive sampling. Data collection methods were group discussion, observation, semi-structured interviews, and questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the risk management model of ENT clinic at Songklanagarind Hospital focused on risk surveillance at all service points by nursing personnel with risk management competency. The process of model development consisted of 3 parts: 1) structuring; the communication of putting risk policies into action, the competency development of the personnel with clinical skills and non clinical skills, 2) developing an instrument; the preparation of risk management manuals in compliance with 9 necessary standards of safety for ENT clinics, the guidelines for risk communication with the patient care team, and 3) screening the use of the model; screening the process at every service point, visiting the service points, providing environment to reduce risks and promote a safe working climate. The process of evaluation found that topics with the greatest potential for implementation were: applicability to all patient groups (M = 4.4, SD = 0.5), response to the risk problems to be solved and work values (M = 4.4, SD = 0.5),and suitability to the ENT clinic (M = 4.20, SD = 0.42). The overall mean score of the possibility of adopting the risk management model into practice was high (M = 4.13, SD = 0.34).The percentage of the observed practice of the risk management guidelines collected from all service points for one month revealed that 89.46 % practiced,

while 10.54% did not. 3) The numbers of incidents that occurred after using the risk management model were:10 for level A (an event with a probability of causing error), 5 for Level B,(an error but not reaching the patient), and 1 for Level D, (an error with a patient). No moderate or severe incidents were observed.Compared to months without the risk management model, no recurrence of severe incidents was found. Overall, patient safety improved.The Number of incident reports was increased leading to a more comprehensive solution. Nurse administrators can apply the results of this study to improve the quality of nursing care and increase patient safety.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ได้ด้วยดีจากความมุ่งมั่นและความวิริยะอุตสาหะของผู้วิจัย ตลอดจนการได้รับความเมตตากรุณา ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำอันมีคุณค่าและเป็นประโยชน์จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัย รวมทั้งให้การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้วิจัย ด้วยความรัก ความหวังดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ขอบคุณประธานกรรมการและคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ เสนอแนวทาง ข้อคิดเห็นเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณภาพและมีคุณค่าทางการศึกษามากยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ทุกท่านที่ติดตามความก้าวหน้า คอยให้คำแนะนำและให้กำลังใจในระหว่างการศึกษา และได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้จนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กรุณาเอื้อเฟื้อ อำนวยความสะดวก ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ให้ดำเนินไปด้วยความราบรื่นจนสำเร็จ

ขอขอบคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก1 หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลฝ่ายบริการพยาบาล เจ้าหน้าที่คลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และแพทย์ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือสนับสนุน และให้กำลังใจในระหว่างทำการเก็บข้อมูลด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายผู้วิจัย ขอขอบคุณบิดา มารดา ที่ได้อบรมเลี้ยงดู สนับสนุนการศึกษาตลอดจนครอบครัวพี่น้องตลอดจนบุตรธิดา สามี และผู้มีพระคุณทุกท่านที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจและห่วงใย ให้การสนับสนุนทั้งแรงกาย แรงใจแก่ผู้วิจัย จนสามารถก้าวผ่านอุปสรรคและประสบความสำเร็จดังที่ปรารถนา คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน

สุชานาฏ มูสิการัตน์

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ		(5)
ABSTRACT		(7)
กิตติกรรมประกาศ		(9)
สารบัญ		(10)
รายการตาราง		(13)
รายการภาพประกอบ		(14)
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
	คำถามการวิจัย	4
	กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	4
	นิยามศัพท์	6
	ขอบเขตของการวิจัย	7
บทที่ 2	วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	8
	งานบริการ ผู้ป่วยนอก คลินิกหูคอจมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	9
	ความหมายและลักษณะงานบริการผู้ป่วยนอก	9
	มาตรฐานในการทำงานของบริการผู้ป่วยนอก	10
	มาตรฐานความปลอดภัยของงานบริการผู้ป่วยนอก	11
	อุบัติการณ์ที่พบบ่อยในงานบริการผู้ป่วยนอก	12
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบบ่อยในงานบริการผู้ป่วยนอก	12
	ขอบเขต ภารกิจของคลินิกหูคอจมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	15
	ประเภท ลักษณะ และความต้องการการดูแลของผู้ใช้บริการคลินิกหู คอ จมูก	16
	ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ของผู้ใช้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	17
	รูปแบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	18
	แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ	20
	ความหมายของความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยง	20
	ความสำคัญในการจัดการบริหารความเสี่ยง	21
	ประเภทความเสี่ยงของผู้ใช้บริการในงานผู้ป่วยนอก	22
	แนวคิดกระบวนการจัดการความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	24

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

เครื่องมือบริหารความเสี่ยงแนวคิดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)..... 28
แนวคิดการพัฒนาคุณภาพทฤษฎีเชิงระบบของ โดนาบิเดียน (Donabedian).. 29
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)..... 30
ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ..... 30
ระดับของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ..... 31
ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ..... 32
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ..... 33
การเลือกพื้นที่ศึกษาและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ..... 34
เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ..... 34
การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล..... 36
สรุปการทบทวนวรรณกรรม..... 37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 38
การเลือกพื้นที่การศึกษา..... 38
กลุ่มเป้าหมาย..... 39
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... 40
ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในการให้บริการในคลินิก หู คอ จมูก..... 41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 43
การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์..... 43
ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบระบบบริหารความเสี่ยง..... 43
ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขาลนครินทร์..... 49
การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นประเมินผลรูปแบบบริหารความเสี่ยง..... 50
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล..... 53
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 53
บทบาทผู้วิจัย..... 54
บทบาทผู้ช่วยวิจัย..... 54
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย..... 55
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 55
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... 56
ระยะที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและผลการศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยนอกคลินิกหู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์..... 56

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ระยะที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 72
ระยะที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 85
การอภิปรายผลการวิจัย 88
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 94
สรุปผลการวิจัย 94
ข้อจำกัดในการวิจัย 95
ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ด้านการบริหาร 95
ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป 96
เอกสารอ้างอิง 97
ภาคผนวก 103
ก เครื่องมือในการวิจัย 104
ข คู่มือบริหารความเสี่ยงสำหรับคลินิกหูคอจมูก 125
ค ใบรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบ HIS รพ.สงขลานครินทร์ 131
ง ใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 133
จ หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 135
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 136
ประวัติผู้เขียน 137

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	50
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มแพทย์ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการและการอบรมความเสี่ยง (n = 10).....	56
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มพยาบาลจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการและการอบรมความเสี่ยง (n = 4).....	58
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่ม Non-Nurse จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการและการอบรมความเสี่ยง (n = 12).....	59
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่ม ห้องตรวจการได้ยิน จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการและการอบรมความเสี่ยง (n = 5).....	60
6	เปรียบเทียบรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูกก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยง.....	75
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้คู่มือมาตรฐาน 9 มาตรฐานสำคัญประกอบในการบริหารความเสี่ยง ของคลินิก หู คอ จมูก.....	78
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้คู่มือประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิกหูคอจมูกในหัวข้อต่อไปนี้.....	79
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการอบรม Non-technical skill	80
10	ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในคลินิก หู คอ จมูก.....	86
11	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของบุคลากรของคลินิก หู คอ จมูก ต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.....	87

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวการวิจัย.....	5
2	ขั้นตอนบริหารความเสี่ยงของสถานพยาบาลรับรองคุณภาพ.....	27
3	สรุปการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาร่างรูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.....	71
4	ร่างรูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	73
5	รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	74

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของบริการสุขภาพและเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพบริการทั้งในมิติของสถานพยาบาลและผู้ใช้บริการ (WHO, 2020) แม้จะมีการพัฒนาระบบและแนวทางเฝ้าระวังความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลต่อความสูญเสีย จากสถิติทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนในการรักษาพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์การมหาชน]: สรพ, 2562) ข้อมูลย้อนหลังของกระทรวงสาธารณสุข 20 ปี (พ.ศ. 2539 – พ.ศ. 2560) พบว่ามีสถิติฟ้องร้องทางการแพทย์ที่มีสาเหตุจากความคลาดเคลื่อนสามารถพบได้ในทุกระดับของสถานพยาบาล คิดเป็นมูลค่าประมาณ 3,192 ล้านบาท (อิทธิพล, 2562) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในส่งผลกระทบต่อชีวิต ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ค่าใช้จ่ายและความไว้วางใจต่อสถานพยาบาล ดังนั้นทำให้สถานพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ และกำหนดเป็นนโยบายที่ทุกหน่วยบริการต้องมีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นสถาบันการศึกษาและเป็นสถานพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง (super tertiary hospital) มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนได้รับการยอมรับทั้งระดับชาติและนานาชาติในปี พ.ศ. 2563 ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า AHA (Advanced hospital accreditation) ปัจจุบันโรงพยาบาลมีการขยายขอบเขตบริการเพื่อตอบสนองกับความต้องการทางด้านสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น มีการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีและวิทยาการก้าวหน้าทางการแพทย์ขั้นสูง จึงทำให้เป็นที่พึ่งทางสุขภาพของประชาชนในภาคใต้

แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล มี 16 คลินิก และมีห้องตรวจจำนวน 174 ห้อง รับผู้ป่วยนอกปีละประมาณ 1,160,000 ราย เฉลี่ยวันละ 4,500–5,000 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ของ 14 จังหวัดภาคใต้ การออกแบบระบบบริการผู้ป่วยนอก มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาระบบนัดหมายโดยใช้แนวคิดลีน (Lean) การใช้ระบบโลจิสติกส์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2563) ระบบที่มีความสำคัญของแผนกผู้ป่วยนอกีระบบที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ ระบบบริหารความเสี่ยง จากการทบทวนข้อมูลสถานการณ์ พบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มารอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกตามห้องตรวจต่าง ๆ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งถูกส่งไปรับบริการที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ยปีละ 380 ราย และมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างรอตรวจโดยไม่ได้ส่งห้องฉุกเฉินที่ได้รับการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยนอกใน 2 ปีที่ผ่านมา เฉลี่ยปีละ 1,224 ราย (สถิติผู้ป่วยนอก, 2562; 2563)

คลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีผู้มารับบริการในเวลาราชการเฉลี่ยวันละ 250 ราย และคลินิกนอกเวลาราชการวันละ 30 ราย รวมทั้งปีมากกว่า 60,000 ราย มีห้องตรวจ 17 ห้อง มีแพทย์ออกตรวจเฉลี่ยวันละ 15 คน บุคลากรประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 4 คน ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 6 คนและพนักงานช่วยการพยาบาล 8 คน รูปแบบการทำงานของทุกคนเป็น

การทำงานหมุนเวียนอัตรากำลัง การให้บริการที่คลินิกนี้ครอบคลุมผู้ป่วยในที่มารับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากห้องฉุกเฉินเพื่อทำหัตถการที่ซับซ้อนมีความเสี่ยงสูง เช่น การส่องกล้องถึงหลอดลม การเปลี่ยนท่อช่วยหายใจ การจี้ไฟฟ้าเพื่อหยุดการไหลของเลือดในจมูก รวมทั้งรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งหูคอจมูกจากทุกโรงพยาบาลใน 14 จังหวัดภาคใต้ที่มีอาการรุนแรง เช่น มีก้อนที่คอ เลือดออกทางจมูกและคอแบบเฉียบพลัน จะเห็นได้ว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ของคลินิกมีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ เช่น อาการหายใจลำบากส่วนต้น ติดเชื้อทางเดินหายใจ หรือโรคทางเดินหายใจภูมิแพ้ ผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอที่ส่งปรึกษาจากแผนกต่าง ๆ เป็นต้น จากข้อมูล พ.ศ. 2562 พบว่า มีอุบัติการณ์ร้ายแรงที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ขณะรอตรวจผู้ป่วยมีอาการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น 1 ราย ต้องนำส่งผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและเสียชีวิตหลังการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเด็กหยุดหายใจหลังได้รับยานอนหลับเพื่อตรวจระบบประสาทชั้นในของหู 1 ราย ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ 1 วัน มีผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 1 รายขณะรอตรวจ รวมทั้งความเสี่ยงทางคลินิกอุบัติการณ์อื่น ๆ ได้แก่ ความผิดพลาดในการคัดกรองวัณโรค 3 ราย การบ่งชี้ผู้ป่วยผิดพลาดระดับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกือบพลาดซึ่งเมื่อเกิดขึ้นจะมีแนวโน้มทำให้เกิดอุบัติเหตุ (near miss) 20 ราย (สถิติผู้ป่วยนอก, 2562; 2563)

จากการวิเคราะห์ลักษณะการบริหารความเสี่ยงที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นการปฏิบัติตามนโยบายที่ได้รับมาเหมือนคลินิกอื่น ยังไม่ครอบคลุมเฉพาะเจาะจงกับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการทางหู คอ จมูก ไม่มีการแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงออกจากผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป ไม่มีการแยกกลุ่มระหว่างผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองและยังไม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง จากการมีอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ พบจากข้อมูลการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงพบว่าระบบการคัดกรองและระบบการประเมินผู้ป่วยหลังการคัดกรองการมอบหมายงานที่คลาดเคลื่อน รวมทั้งระบบกำกับติดตามการทำงานของบุคลากรทุกระดับยังเป็นปัญหาของระบบทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจนทำให้ผู้ป่วยทรุดลงในขณะรอตรวจและประเด็นของอุบัติการณ์ที่เด็กเกิดหยุดหายใจหลังการให้ยานอนหลับ พบปัญหาจากการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงคือการกำกับติดตามแนวปฏิบัติและการมอบหมายงาน ความท้าทายที่สำคัญของคลินิกหูคอจมูกคือ ความเสี่ยงการเกิดทางเดินหายใจส่วนต้นอุดตัน จากผู้ป่วยกลุ่มดังนี้กลุ่มมะเร็งทางหูคอจมูก ผู้ป่วยระบบติดเชื้อทางเดินหายใจ ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดหยุดหายใจจากการให้ยานอนหลับในเด็กที่ทำการตรวจประสาทการได้ยินด้วยคอมพิวเตอร์และเยื่อแก้วหู การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการซับซ้อนในห้องหัตถการ ปัจจุบันจากจำนวนเตียงที่มีจำกัดและนโยบายลดจำนวนวันนอนทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ทำหัตถการที่แผนกผู้ป่วยนอกแบบไม่พักค้าง (one day surgery) เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ตั้งแต่ปี 2562 ถึง 2563 (สถิติผู้ป่วยนอก, 2562; 2563) รับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ทารกแรกคลอดจนถึงผู้สูงอายุ และมีการขยายจุดบริการเพิ่มขึ้นตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความรุนแรงของโรคระบบทางเดินหายใจและการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น เช่น จุดคัดกรองด่านหน้าห้องตรวจ ห้องหัตถการ ห้องตรวจการได้ยิน ห้องฝึกพูด ห้องรถนั่งรถนอนห้องตรวจประสาทการได้ยิน ในส่วนของผู้ป่วยเด็กต้องการดูแลพิเศษหลังการทำหัตถการที่ได้รับยานอนหลับ จุดบริการห้องตรวจแพทย์ 16 ห้องตรวจ ทุกจุดบริการมีความเสี่ยงดังได้กล่าวไปแล้วจากรายงานอุบัติการณ์รวมไปถึงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคที่กระทรวง

สาธารณสุขประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (กรมควบคุมโรค, 2563) ระบบการดูแลผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบวิถีใหม่ (new normal)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ Thai Journal Online ระบบฐานข้อมูลวารสาร คลังผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ Thai National Research Repository (TNRR) Thalis Science Direct Wiley Online Library เป็นต้น ระหว่าง พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2562 พบว่า มีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงที่แผนกผู้ป่วยนอกอยู่บ้าง เช่น ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้พัฒนาระบบการดูแลความปลอดภัยตามขั้นตอน PDCA โดยพัฒนาคู่มือการคัดกรอง แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เร่งด่วน การใช้ป้ายสีเพื่อสื่อสาร การพัฒนาบุคลากรหน้างาน ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลารอคอยลดลง ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงมีจำนวนลดลงและไม่มีผู้เสียชีวิต (วิสาร์กรและพรรณนิภา, 2557) ส่วนการศึกษาของโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร พัฒนาโดยการนำดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไปใช้ พบว่า ระยะเวลาการรอคอยพบแพทย์ตรวจสั้นกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (สุคนธ์จิตและอารีวรรณ, 2560) ส่วนในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงกาฬ ได้นำดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่ออุบัติการณ์มาใช้ ทำให้ลดการเกิดอุบัติการณ์ขณะรอตรวจ (สุภาพรและวัลภา, 2561) นอกจากนี้มีการศึกษาของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผลการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความคิดทัศนคติและการรับรู้เชิงบวกต่อการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเพิ่มขึ้น บุคลากรมีความสุขในงานมากขึ้น (จิราวรรณ, พรพิมล, และสมทรง, 2560) โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ได้พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสานพลังตามแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ ร่วมกับวงจรของเดมมิ่งและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ผลการศึกษาพบว่าช่วยลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นได้ (ปิยเนตรและชูศักดิ์, 2561) สำหรับการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหู คอ จมูก ยังไม่มีรายงานการศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าคลินิกหู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพนำไปใช้ได้จริงที่เกิดจากผู้ปฏิบัติงานตระหนักและรับผิดชอบร่วมกันในการบริการ ระบบการบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้พัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน (ศิริลักษณ์, 2560) นำไปสู่การเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ (reliability organizational) นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย คือ สมรรถนะของผู้ให้บริการที่ต้องพัฒนาควบคู่กันไป (ปรัชญานันท์, 2565) ปัจจุบันสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงทั้งของพยาบาลวิชาชีพวิชาชีพและไม่ใช่พยาบาลยังไม่มีการติดตามมาก่อน การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในครั้งนี้จะได้มีการติดตามและวิเคราะห์สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงของผู้ให้บริการ การบริหารความเสี่ยงของที่ห้องตรวจเป็นภารกิจสำคัญที่หัวหน้าห้องตรวจต้องรับผิดชอบดูแลร่วมกับบุคลากรทั้งในส่วนของทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการและครอบครัว อย่างไรก็ตามระบบบริหารความเสี่ยงของแผนกผู้ป่วยนอกที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มุ่งเน้นการจัดการทั่วไป ไม่ครอบคลุมกับสถานการณ์การจัดบริการของคลินิก หู คอ จมูก ที่ให้บริการกับใช้บริการ จึงมีความจำเป็นต้องออกแบบระบบการบริหารความเสี่ยงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและการบริการที่เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยยังมีความต้องการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงดังกล่าวขึ้น เพื่อที่จะนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาการบริหารความเสี่ยงบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นอย่างไร

2.รูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นอย่างไร

3. ผลการใช้รูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นอย่างไร

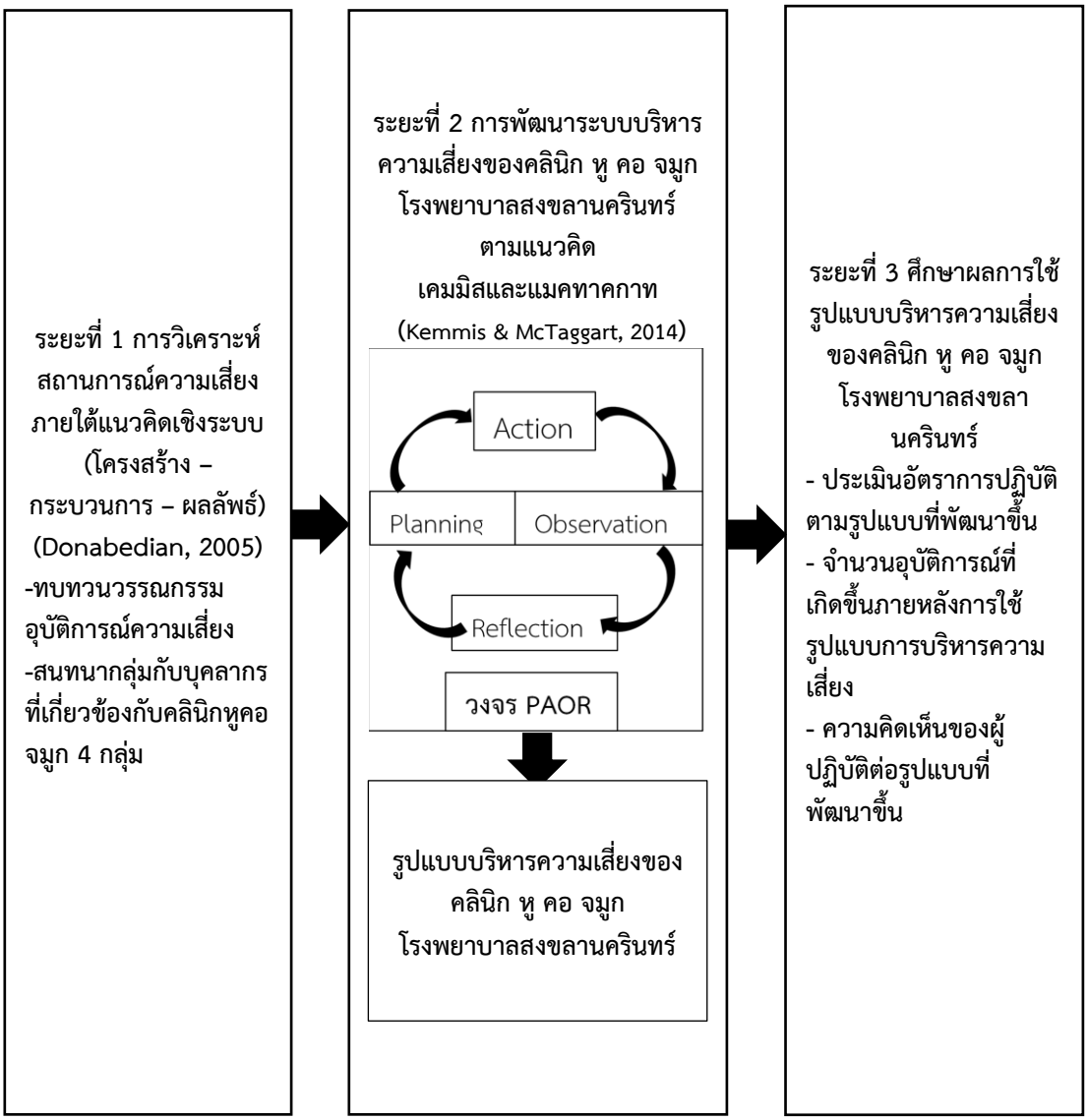
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของ คลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1.การวิเคราะห์สถานการณ์ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของ โดนาบิเดียน (Donabedian, 2005) โดยวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ วิเคราะห์ 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (output)

ระยะที่ 2.พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) ตามแนวคิดเคมมิสและแมคทาคกาท (Kemmis & McTaggart, 2014) มาใช้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประเมินผลโดยการติดตามอัตราการปฏิบัติตามรูปแบบบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นของบุคลากรในคลินิกหูคอจมูก ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในเดือน ตุลาคม 2564 ระยะเวลา 1 เดือนที่ทดลองใช้ สรุปกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หมายถึง สิ่งที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการภายใต้การดูแลของบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รูปแบบการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การจัดโครงสร้าง ได้แก่ กระบวนการสื่อสารนโยบายด้านความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านทักษะทางคลินิกและทักษะที่นอกเหนือจากทักษะทางคลินิก 2) ด้านการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ การจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงตาม 9 มาตรฐานสำคัญที่จำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิกหูคอจมูก การกำหนดแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงกับทีมนำทางคลินิก 3) ด้านกระบวนการ ได้แก่ จัดให้มีกระบวนการคัดกรองทุกจุดบริการ จัดให้มีกิจกรรมการเยี่ยมตรวจผู้ใช้บริการ จัดการสิ่งแวดล้อมที่ลดความเสี่ยง และส่งเสริมบรรยากาศปลอดภัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์หมายถึง การศึกษาแยกแยะสถานการณ์ความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยวิเคราะห์ใน 3 องค์ประกอบหลัก คือด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และ ผลลัพธ์ (output) จากกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มที่เกี่ยวข้องที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 31 คนโดยการสนทนากลุ่ม และศึกษาจากบันทึกและเอกสารด้านความเสี่ยงของหน่วยงานได้แก่ รายงานอุบัติการณ์ในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล รายการจดทะเบียนความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก การทบทวนเวชระเบียนด้านอุบัติการณ์ข้อมูลย้อนหลัง ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีคือปี พ.ศ. 2560 - 2564

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หมายถึง การปรับรูปแบบการทำงานเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการดูแลของผู้ให้บริการทุกจุดบริการ ที่ได้มาจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรของคลินิก หู คอ จมูก ทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์การพัฒนารูปแบบของการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด

ระยะที่ 3 ผลของการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ไปใช้ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังการพัฒนาโดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด ได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ประกอบด้วย รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ที่เจ้าหน้าที่และบุคลากรคลินิก หู คอ จมูก สามารถนำไปใช้ได้จริง ประเมินความถูกต้องของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยง และประเมินความคิดเห็นในด้านความเป็นไปได้ใน ด้านการนำไปใช้จริงโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และศึกษาผลการใช้รูปแบบ โดยประเมินอัตราการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง และความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติต่อรูปแบบบริหารความเสี่ยง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาภายใต้บริบทคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวน ตำรา เอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. งานบริการ ผู้ป่วยนอก คลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
    1.1 ความหมายและลักษณะงานบริการผู้ป่วยนอก
    1.2 มาตรฐานในการทำงานบริการผู้ป่วยนอกและมาตรฐานความปลอดภัยของงานบริการผู้ป่วยนอก
    1.3 อุบัติการณ์ที่พบบ่อยในงานบริการผู้ป่วยนอก
    1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบบ่อยในงานบริการผู้ป่วยนอก
    1.5 ขอบเขต ภารกิจของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
    1.6 ประเภท ลักษณะ และความต้องการการดูแลของผู้ใช้บริการคลินิก หู คอ จมูก
    1.7 ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ของผู้ใช้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และรูปแบบการเฝ้าระวังอันตรายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก
    1.8 การสังเคราะห์บริบทการบริหารความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก
2. แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ
    2.1 ความหมายของความเสี่ยงและบริหารความเสี่ยง
    2.2 ความสำคัญในการบริหารความเสี่ยง
    2.3 ประเภทความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ
    2.4 แนวคิดกระบวนการจัดการความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
    2.5 เครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงแนวคิดสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
    2.6 แนวคิดระบบในการพัฒนาคุณภาพของโดนาบิเดียน (Donabedian)
3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
    3.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
    3.2 แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
    3.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
    3.4 เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

งานบริการ ผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ความหมายและลักษณะงานบริการผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอก หมายถึง บุคคลที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษา ป้องกันโรค โดยเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขตลอดจนใช้บริการจากสิ่งอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาล หรือใช้บริการจากโปรแกรมสุขภาพ ในเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ไม่ได้เข้ารับการจดทะเบียนเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (Mcgibony, 1969 อ้างในสิทธิชัย, 2554) โดยจำแนกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้ป่วยนอกปกติ (general outpatient) คือ บุคคลที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรับบริการรักษาพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล โดยไม่มีสภาพจำเป็นที่ต้องรับบริการอย่างเร่งด่วน 2) ผู้ป่วยนอกจากการส่งต่อ (referral outpatient) คือ บุคคลที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการอื่น ด้วยเหตุผลทางการแพทย์หรือเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างต่อเนื่อง และ 3) ผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (emergency outpatient) คือ บุคคลที่อยู่ในภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หรือประสบอุบัติเหตุในสภาพที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยทันที หรืออาการ การแสดงออกของผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์

งานบริการผู้ป่วยนอก หมายถึง การบริการทางการแพทย์ที่รับตรวจผู้ป่วยที่เดินทางเข้ามารับบริการแล้วกลับบ้านได้ กล่าวคือ ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล และไม่ใช่การบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น คลินิกทางการแพทย์ต่าง ๆ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ศูนย์ผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก หรือศูนย์เฉพาะทางต่าง ๆ (นฤชา, 2563) เช่น ศูนย์ล้างไต เป็นต้น

หน้าที่ความรับผิดชอบของงานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย

1. การบริการแรกรับ ประกอบด้วย การคัดกรอง คัดแยก การต้อนรับผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับบริการในโรงพยาบาล โดยจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการทันทีอย่างปลอดภัย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ต้องทักทายผู้ป่วย แสดงออกถึงความเต็มใจในการให้บริการ พูดกับผู้ใช้บริการด้วยวาจาสุภาพ ให้เกียรติและแนะนำขั้นตอนการรับบริการ

2. การบริการก่อนตรวจ ประกอบด้วย

2.1 การซักประวัติอาการสำคัญประเมินสภาพผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ และการตรวจร่างกายเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินสภาพของโรค บางรายต้องให้การพยาบาลเบื้องต้นก่อนเข้าตรวจ เช่น รายที่มีไข้สูง อีกทั้งเพื่อคัดแยกผู้ป่วยให้ได้รับการพยาบาลที่ถูกแผนกกับโรคที่เป็น มีขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งระหว่างรอตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจในการตรวจรักษามากขึ้น สังเกตอาการก่อนตรวจ

2.2 การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติระหว่างรอรับบัตร รอตรวจ เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน

2.3 การจัดลำดับผู้ป่วยตามลำดับความเจ็บป่วยและลำดับการรอรับบริการโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองด้วยระบบดัชนีความเสี่ยง ESI (Emergency Severity Index) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามความเหมาะสมและปลอดภัยการบริการขณะตรวจ ให้การช่วยเหลือขณะตรวจ ให้การช่วยเหลือและอยู่กับผู้ป่วยขณะที่แพทย์ตรวจ โดยจัดท่าตรวจ ชี้แจงให้เข้าใจถึงวิธีการตรวจ

ต่าง ๆ ให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ฉีดยา ทำแผล ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ถึงโรคผู้ป่วยรักษาอยู่ ขั้นตอนการรับบริการขั้นต่อไป การมาตรวจตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

3. การบริการหลังตรวจ ได้แก่ การให้สุขศึกษาหลังตรวจ การนัดและติดตามครั้งต่อไป การให้คำแนะนำการรับยา การส่งต่อ การนอนโรงพยาบาล การทำหัตถการหลังพบแพทย์ การ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ภายหลังการตรวจรักษาเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยรักษาอยู่และวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การส่งผู้ป่วยปรึกษาระหว่างแผนก ส่งต่อผู้ป่วย ไปรับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องยังหน่วยงานอื่นตามระบบส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ให้ได้รับความสะดวกและความปลอดภัย

4. กิจกรรมคู่ขนาน ได้แก่ การบันทึกทางการพยาบาล การให้คำแนะนำ ข้อมูลทั่วไป การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การดูแลความปลอดภัย ความเสี่ยงอื่น ๆ การบริการการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ปลอดภัยการประสานงานอื่น ๆ เช่น ส่งผู้ป่วยกลับบ้าน นอนโรงพยาบาล ส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน ส่งเอกสารไปยังโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ

มาตรฐานในการทำงานของบริการผู้ป่วยนอก

สำนักการพยาบาล (2551) ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษาการตรวจคัดกรอง การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะการตรวจรักษา มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษามาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและ มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล

โดยสรุปมาตรฐานและกลไกการทำงานของบริการผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นแผนกที่ให้บริการเสมือนด่านหน้าที่ให้บริการตรวจ ดูแลรักษาสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการได้รับบริการพยาบาลแบบองค์รวมมีคุณภาพจึงต้องมีการศึกษาถึงคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อเป็นการประเมินการบริการผู้ที่ใช้บริการได้รับ มีกระบวนการหลัก 4 ประการ คือก่อนตรวจ ระหว่างตรวจ หลังตรวจ และดูแลต่อเนื่อง มีการบูรณาการเรื่องต่าง ๆ คือการสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูล และความรู้ ด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาลในทุกกระบวนการหลัก ให้บริการพยาบาลที่มีมาตรฐาน ใช้กระบวนการพยาบาล ให้บริการครอบคลุม 4 มิติและการพยาบาลองค์รวม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจโรคที่เป็น และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จัดระบบและการบริการของคลินิกตรวจโรคต่างๆ และสุขภาพทั่วไปที่ให้ความสะดวก และรวดเร็วเกิดความพึงพอใจผู้ใช้บริการ

มาตรฐานความปลอดภัยของงานบริการผู้ป่วยนอก

ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นมาตรฐานสำคัญของการจัดบริการสุขภาพในทุกแผนกบริการ สำนักการพยาบาล (2551; 2554) ได้กำหนดคุณภาพความปลอดภัยการพยาบาลผู้ป่วยนอกในด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการได้รับการส่งตรวจถูกห้องตรวจตามประเภท ความรุนแรงของอาการ การระบุตัวผู้ใช้บริการผิดคน การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดคน ความผิดพลาดในการบริหารยา การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้ใช้บริการที่อาการไม่คงที่ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลัน การเกิดการพลัดตก หกล้มของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการบาดเจ็บจากการจัดท่า การผูกยึด และการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ ผู้ใช้บริการได้รับคำแนะนำ ข้อมูลทางด้านสุขภาพเมื่อมารับการตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องผู้ใช้บริการที่กลับมาตรวจรักษาพยาบาลก่อนกำหนดวันนัดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องสอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยของที่ประกาศสำหรับโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขั้นที่ 3 และขั้นก้าวหน้า (สรพ, 2562) ได้แก่ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยได้แก่ การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม surgical site infection (SSI), ventilator - associated pneumonia (VAP), catheter - associated urinary tract infection (CAUTI), central line - associated bloodstreams infection (CLABSI) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ การเกิด medication errors และadverse Drug event การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาผิดพลาด การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน โดยสถานพยาบาลจะต้องมีมาตรฐานความปลอดภัยดังกล่าวและมีแผนบริการจัดการความเสี่ยง

งานผู้ป่วยนอกคลินิกหูคอจมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 (สรพ, 2562) การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวมาปฏิบัติในงานผู้ป่วยนอก จนได้การรับรองขั้นก้าวหน้าจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยมีมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วย 6 ตอนคือ ตอนที่ III ดังรายละเอียดต่อไปนี้ III – 1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการทันเวลา เหมาะสม มีประสิทธิภาพ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การเข้าถึงการลดอุปสรรคต่าง ๆในการเข้าถึง ตอบสนองรวดเร็ว การประสานงานดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วน คัดแยกที่รวดเร็ว การส่งต่อ การรับไว้ในหน่วยบริการ ให้ข้อมูลเพียงพอผู้ป่วยให้การยินยอม การบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง กระบวนการดูแลผู้ป่วย III – 2) การประเมินผู้ป่วยผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้องครบถ้วน และเหมาะสม กระบวนการดูแลผู้ป่วยIII – 3) วางแผนการดูแลผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายกระบวนการดูแลผู้ป่วย III – 4) การดูแลผู้ป่วย เป้าหมายของมาตรฐานคือผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัยเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและดูแลกลุ่มเฉพาะซึ่งอยู่ในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ กระบวนการดูแลผู้ป่วย III – 5) การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย ครอบครัว โดยมีเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้กระบวนการดูแลผู้ป่วย III – 6) การดูแลต่อเนื่อง เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและ

ตอบสนองความต้องการ โดยมีกระบวนการ การดูแลส่งต่อยานพาหนะในการส่งต่อ ระบบการนัดหมาย การติดตาม สื่อสารข้อมูล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นกระบวนการมาตรฐานที่สำคัญทุกมาตรฐานสำหรับงานผู้ป่วยนอก

อุบัติการณ์ที่พบบ่อยในงานบริการผู้ป่วยนอก

จากการทบทวนความเสี่ยงในงานผู้ป่วยนอกพบว่าอุบัติการณ์ที่พบบ่อยในงานบริการผู้ป่วยนอกโดยเรียงตามความรุนแรง (จินนะรัตน์และอัมภา, 2551; นันท์ชญาน์, 2563; นฤชา, 2563; ปิยเนตรและชูศักดิ์, 2561; วิสาร์กรและพรรณนิภา, 2557; รัชนี, 2562; เพชรชณีและสมชาติ, 2563; สุภาพรและวัลภา, 2561) มีดังนี้

1. อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤติอาจถึงแก่ชีวิตได้รับการช่วยเหลือทันทีภายใน 4 นาที
2. อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง (เกิดภาวะวิกฤติ ฉุกเฉิน) ระหว่างรอตรวจ อันเนื่องมาจากการคัดกรองผิดพลาด ได้รับการตรวจรักษาล่าช้า
3. อุบัติการณ์การตรวจผู้ป่วยฉุกเฉิน การตรวจรักษา ล่าช้า และจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย
4. อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม
5. อุบัติการณ์การระบุประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้องให้บริการผิดคน
6. อุบัติการณ์การส่งผู้ป่วยผิดแผนก
7. อุบัติการณ์การทำหัตถการผิดการคนผิดตำแหน่ง
8. อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ ให้ยาผิด
9. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น
10. อุบัติการณ์ความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบบ่อยในงานบริการผู้ป่วยนอก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบบ่อยในงานบริการผู้ป่วยนอกประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่

1. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่สามารถผิดพลาดได้ ซึ่งเป็นความผิดพลาดที่พบได้บ่อยที่สุด มักเกิดในสถานการณ์ที่ผู้ให้บริการมีภาวะต่อไปนี้ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านความรู้หรือขาดประสบการณ์ในงานที่ทำ ความเครียด ความประมาท ละเลย หลงลืม ความง่วง และอ่อนเพลียอ่อนล้าขณะทำงานความไม่รู้ไม่ตระหนัก เช่น พยาบาลจบใหม่ให้ยาผิดจากการขาดความรู้ (วีณาและเกรียงศักดิ์, 2555)
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย สภาวะของผู้ป่วยเองในบางภาวะก็เสี่ยงที่จะได้รับการดูแลที่ผิดพลาดได้ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในระยะวิกฤติ หรือมีความเจ็บป่วยรุนแรง เนื่องจากต้องใช้ความรู้ประสบการณ์ของผู้ให้บริการ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มากกว่าปกติ ทำให้โอกาสเสี่ยงที่จะ

ได้รับการดูแลที่ผิดพลาดก็จะมากขึ้นด้วย เช่น ผู้ป่วยท้องเสียรุนแรงก่อนเข้าตรวจที่งานผู้ป่วยนอกแต่ไม่ได้แจ้งประวัติและมีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ตัวอย่างเช่นการศึกษาเรื่องภาวะทรุดตัวลงของผู้ป่วยนอกของ วิสาร์กร และพรรณนิภา (2557) เป็นต้น

ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยจากระบบการดูแลในสถานพยาบาล ได้แก่

1. การปฏิบัติงานในที่ที่มีภาระงานการดูแลผู้ป่วยมากกว่าอัตรากำลังของทีมผู้ดูแลรักษาผู้ปฏิบัติงานเกิดการเหนื่อยล้า ผู้บริหารควรจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมระหว่างจำนวนบุคลากรกับภาระงานและวางแผนดำเนินงานด้านการจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (บังอร, สมใจ และบุญพิชชา, 2563;Honn, Dongen, & Dawson, 2019)

2. การทำงานของแพทย์หรือพยาบาลที่มีลักษณะของการทำงานเป็นเวร เป็นกะมากกว่าการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ความสามารถในการติดตามและดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายลดลง ขาดความสมบูรณ์และต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดความต่อเนื่องของข้อมูลระหว่างการส่งต่อในทีมการรักษา หรือได้รับการรักษาผิดคน (วีณาและเกรียงศักดิ์, 2555)

3. รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลแบบใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะต่าง ๆ กัน (staff skill mix) เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และการหมุนเวียนพยาบาลใหม่หรือ อัตรากำลังนอกเวลา พยาบาลทดแทนผู้ที่ป่วยหรือลา มีการหมุนเวียน (staff floating system)

4. การไม่มีระบบการปรึกษาหรือพี่เลี้ยง (supervision) ในงานที่ยากหรือซับซ้อนทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่ขาดความรู้ หรือประสบการณ์ อาจให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแนวทางที่ถูกต้องได้

5. กระบวนการปฏิบัติงานหนึ่งงานที่มีผู้ร่วมทำหลายคน (handoff procedure) เช่น ศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดอาจเป็นคนละคนกับแพทย์ที่ดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารถึงภาวะของผู้ป่วยได้ ซึ่งพบได้ในโรงพยาบาลขนาดกลางขึ้นไป

6. การมอบหมายงานไม่ตรงกับความถนัด ความรู้ หรือประสบการณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้แพทย์ใช้ทุนจบใหม่ ปรับยารักษาโรคเอดส์แทนอาจารย์แพทย์ที่ลาในวันนั้น เป็นหรือการมอบหมายงานที่ซับซ้อนให้แพทย์ พยาบาลจบใหม่ ดูแลงานผู้ป่วยที่ซับซ้อนเฉพาะทางเป็นต้น

7. ระบบปฏิบัติงานที่เพิ่มความเสี่ยงอื่น ๆ จากระบบการปฏิบัติงาน เช่น ระบบการจัดเรียงยาตามตัวอักษรกับโอกาสในการหยิบยาผิด โดยหยิบยาที่มีชื่อขึ้นต้นคล้ายกันในห้องจ่ายยา ให้ยาผิดในงานผู้ป่วยนอก เป็นต้น (อติภรณ์, ธวัช, รุ่งฟ้า, และพิณทิพย์, 2562)

ปัจจัยด้านอุปกรณ์การแพทย์ประกอบด้วย (นฤชา, 2563; วีณาและเกรียงศักดิ์, 2555)

1. การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ได้มาตรฐาน ไม่ตรงตามคู่มือการใช้ หรือชำรุด

2. การขาดความรู้หรือประสบการณ์ในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ชนิดใหม่ ๆ ที่เพิ่งนำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่มีความซับซ้อนในการใช้งาน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยเมื่อถูกใช้อุปกรณ์นั้น และอาจขาดการดูแลที่เหมาะสมระหว่างการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์นั้น ๆ ด้วย

3. การใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องนานเกินไป ทำให้ผู้ป่วยขาดการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

4. การขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย เช่น การไม่มีเครื่องกระตุ้นหัวใจที่ประจำจุดในบริเวณใกล้เคียงกับแผนกตรวจผู้ป่วยนอก หากผู้ป่วยมีปัญหาหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน อาจไม่สามารถจัดหามาใช้ได้อย่างทันท่วงที

ปัจจัยด้านสถานการณ์และสภาพแวดล้อมภูมิศาสตร์ ประกอบด้วย (วีณาและเกรียงศักดิ์, 2555)

1. การเพิ่มขึ้นของภาระงานอย่างกะทันหัน เช่น มีแพทย์ลาป่วยกะทันหัน ทำให้แพทย์ที่เหลือต้องรับตรวจผู้ป่วยทั้งหมด หรือกรณีที่มีผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกมีอาการทรุดลงกะทันหันหลายคนในเวลาใกล้เคียงกัน ทำให้เกินกำลังของบุคลากรนั้น มีเวลาไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานตามมาตรฐานเดิม และไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาได้ทันท่วงที

2. การที่บุคลากรถูกเบี่ยงเบนความสนใจไปจากงานที่กำลังทำอยู่เพื่อไปทำงานอื่น เช่น แพทย์กำลังสั่งการรักษาผู้ป่วยคนหนึ่ง แต่ถูกตามให้มารับโทรศัพท์จากหอผู้ป่วยในที่รายงานผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉิน เป็นต้น

3. สภาพที่มีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกัน เช่น ชื่อผู้ป่วยที่เหมือนกันและมีอายุใกล้เคียงกัน ทำให้อาจได้รับการรักษาผิดได้ ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือบรรจุภัณฑ์คล้ายกันอาจทำให้นำยาคนละชนิดไปรักษากับผู้ป่วยได้

4. สถานการณ์ที่รบกวนสมาธิในการปฏิบัติงาน เช่น มีการซ่อมแซมแผนกตรวจผู้ป่วยในบริเวณใกล้เคียง ทำให้เกิดเสียงดังรบกวนสมาธิในการตรวจรักษาผู้ป่วย หรือทำให้ได้ยินคำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน เป็นต้น

5. เกิดจากอาคารสถานที่ที่เสี่ยงของโรงพยาบาลเช่นพื้นห้องน้ำลื่น แสงไม่พอทางเดินแคบ จัดหาที่พักไม่เพียงพอ

ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล

การสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล ทั้งในลักษณะของการสื่อสารด้วยวัจนภาษา เช่นการสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ และการสื่อสารด้วยอวัจนภาษาการไม่มีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในทีมการรักษาพยาบาล เช่น การใช้ระบบการเขียนคำสั่งการรักษาด้วยลายมือซึ่งลายมือของแพทย์อาจอ่านยาก บางครั้งใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล หรืออีกกรณีคือ การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ที่ไม่มีการยืนยันทวนซ้ำคำสั่งการรักษา (วีณาและเกรียงศักดิ์, 2555) การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นและผู้ป่วยนอกได้ขยายความสำคัญไปที่ด้านเทคนิคทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านการสื่อสารมีบทบาทสำคัญในการเกิดขึ้นและผลของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความพึงพอใจของผู้ป่วย ควรมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาวิธีที่เป็นไปได้ในการบูรณาการมุมมองของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการดูแลความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยนอก (Lang, Garrido, & Heintze, 2016)

ขอบเขต ภารกิจของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นสถานพยาบาลระดับเหนือกว่าตติยภูมิหรือตติยภูมิขั้นสูง (tertiary care) คือระดับจตุตถภูมิ หมายถึงเป็นโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางมีความเป็นเลิศ หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด (sub-specialty) รวมทั้งมีการพัฒนาเป็นระดับศูนย์แห่งความเป็นเลิศด้านใดด้านหนึ่ง (Excellence Center) (ชุษณะ, ศิวาพร, และสินีนาฏ, 2563) หน่วยบริการระดับนี้จะมีบริการที่ซับซ้อนด้วยอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีระบบการบริการทางการแพทย์ที่รับตรวจผู้ป่วยที่เดินทางเข้ามารับบริการแล้วกลับบ้านได้ กล่าวคือ ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล และไม่ใช่การบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น คลินิกทางการแพทย์ต่าง ๆ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ศูนย์ผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก หรือศูนย์เฉพาะทางต่าง ๆ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แต่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การดูแลครอบคลุมต่อเนื่อง และสะดวกในการติดตามแพทย์ เป็นจุดให้บริการด่านแรก ให้บริการผู้ใช้บริการที่มีความหลากเป็นจำนวนมาก ให้การต้อนรับ ประชาสัมพันธ์ การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ การให้คำแนะนำ การฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องและการคัดกรองที่เป็นการบริการที่สำคัญมาก ในการควบคุมเฝ้าระวังและการป้องกันโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ ที่ระบาดในปัจจุบัน หลายลักษณะงานความท้าทายของงานบริการผู้ป่วยนอกตติยภูมิ ทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้นจากความทันสมัยของเทคโนโลยี เช่น การขูดมดลูก ยุติการตั้งครรภ์ การเจาะปอด เจาะหลัง เจาะไขกระดูก ทำแผลฉีดยาเส้นเลือดขอด เปลี่ยนช่วยหายใจ การผ่าตัดแบบไม่พักค้าง (one day surgery) การผ่าตัดต้อกระจก ผ่าตัดปะแก้วหู การผ่าตัดก้อนเนื้อ การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังให้เคมีบำบัด ให้เลือดให้สารน้ำผู้ป่วยมะเร็ง ให้บริการทำแผลฉีดยาไม่เว้นวันหยุดราชการ รวมทั้งเป็นแหล่งฝึกทักษะวิชาการสำหรับนักศึกษาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

หน้าที่และเป้าหมายของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ให้การดูแลผู้ป่วย หู คอ จมูก และใบหน้าทั้งผู้ป่วยทั่วไปและมีภาวะซับซ้อน รวมทั้งเป็นศูนย์รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในภาคใต้อย่างมีคุณภาพ ได้รับความปลอดภัย การดูแลแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพพร้อมทั้งคำนึงสิทธิของผู้ป่วยรวมทั้งมุ่งเน้นการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า ให้บริการรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาด้านหูคอจมูกระดับเหนือตติยภูมิที่เป็นเลิศ ตลอดจนศึกษาค้นคว้าวิจัยสร้างองค์ความรู้เพื่อแก้ปัญหาและชี้นำสังคมโดยมีภารกิจขอบเขตบริการ (scope of service) ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านบริการรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหู คอ จมูก ระดับตติยภูมิ ทั้งจากโรงพยาบาลใกล้เคียงและจากโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ทางใต้ รองรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูงทาง โสต ศอ นาสิก มีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดย โสต ศอ นาสิกแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีการให้บริการโรคหูที่ซับซ้อนให้บริการโรคหูหนวกหูตึง การผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม การผ่าตัดหูน้ำหนวกเรื้อรัง การผ่าตัดแก้ไขการบกพร่องทางการได้ยินจากกระดูกหูมีเครื่องตรวจประสาทการได้ยินด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องตรวจ OAE

เครื่อง tetrax ตรวจการทรงตัว screening hearing newborn ซึ่งเป็นเครื่องมือการตรวจประสาทการได้ยินระบบก้านสมองแห่งเดียวในภาคใต้

2. ด้านการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ พร้อมทั้งเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะ และโสต ศอ นาสิกแพทย์เฉพาะทางต่อยอด และมีการศึกษาค้นคว้าวิจัยทางโสตศอนาสิกวิทยา โดยมีกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ มะเร็งศีรษะและลำคอ โรคทางโพรงจมูกและไซนัส กลุ่มโรคปัญหาทางการได้ยินการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมและการทรงตัว และกลุ่มโรคปัญหาทางด้านการนอนกรนโดยมีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ให้บริการคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกมะเร็ง คลินิกโรคหู ฯลฯ

3. ด้านการบริการห้องหัตถการที่ทันสมัยด้านหูคอจมูกในภาคใต้มีทำหัตถการเสร็จสิ้นภายในคลินิก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องตัดชิ้นเนื้อส่ง ตรวจไม่ต้องรอคิวนัดวันทำที่ห้องผ่าตัดหน่วยงานมีเครื่องมือทันสมัย เทคโนโลยีระดับสูง เช่น rigid endoscope, fiber optic esophagoscope, trannasal esophagoscope, microscope

4. ด้านอื่น ๆ คือ เป็นแหล่งรับปรึกษา consult จากหอผู้ป่วยต่าง ๆ แพทย์สามารถดูผู้ป่วยให้ภายในวันนั้น รวมทั้งเป็นแหล่งศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขในภาคใต้และทั่วประเทศ

ประเภท ลักษณะ และความต้องการการดูแลของผู้ใช้บริการคลินิก หู คอ จมูก

ผู้ใช้บริการคลินิกหูคอจมูก มี 6 กลุ่มโรคสำคัญและความต้องการการดูแลที่สำคัญคือ

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ความต้องการโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การเข้าถึง/การเข้ารับบริการหายจากโรคอย่างเหมาะสม สามารถเข้ารับการรักษาตามแผนไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลมีระยะปลอดโรคยาวนานต้องการได้รับข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ เป็นอยู่อย่างเหมาะสม มีภาวะทางโภชนาการที่ดีได้รับการประเมินที่เหมาะสม

2. ผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนต้นอุดกั้น ความต้องการโดยรวมผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การได้รับการคัดกรอง และประเมิน ให้การดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ปลอดภัยช่วยเหลือดูแลตนเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ได้รับการส่งต่อห้องผ่าตัดและตึกผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

3. ผู้ป่วยพิการทางการได้ยิน ความต้องการโดยรวมคือการได้เข้าพบแพทย์และรับการประเมิน การตรวจทางการได้ยิน ได้รับการฟื้นฟูอย่างเหมาะสม สามารถได้ยินสื่อสารได้อย่างเหมาะสม

4. ผู้ป่วยโรคไทรอยด์ ความต้องการโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การเข้าถึง/การเข้ารับบริการหายจากโรคอย่างเหมาะสม สามารถเข้ารับการรักษาตามแผนไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลมีระยะปลอดโรคยาวนานต้องการได้รับข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสม

5. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ความต้องการโดยรวมคือการได้รับการคัดกรอง และประเมิน ให้การดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ปลอดภัยช่วยเหลือดูแลตนเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยตามมาตรฐานการติดเชื้อ

6. ผู้ป่วยโรคโพรงจมูกอักเสบและเรื้อรัง ความต้องการโดยรวมของผู้ป่วยคือมีการได้รับการคำแนะนำในการดูแลตามอาการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ทั้งนี้ คลินิก หู คอ จมูก มีประเด็นคุณภาพที่สำคัญ คือ 1) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการของผู้ป่วยมะเร็งทางหูคอจมูกและโรคเฉพาะทางหูคอจมูก 2) การทำงานยึดตามมาตรฐานการคัดกรอง 9 มาตรฐานงานผู้ป่วยนอก 3) การประเมินผู้ป่วย (screening & assessment) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางหูคอจมูกได้รับการประเมินภาวะเร่งด่วนเพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที และ 4) มีการวางแผนการรักษาและจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ของผู้ใช้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ความเสี่ยงทางคลินิก ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก กลุ่มดังนี้คือ

อาการกลุ่มที่ 1 ได้แก่ UAO (upper airway obstruction) กลุ่มที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจที่พบเรียงตามลำดับ ได้แก่ เสียงแหบ hoarseness) เสียงเปลี่ยน (altered voice hot potato voice) อาการหายใจเสียงดัง (inspiration stridor) SpO2 < 95%5.หายใจเหนื่อย (dyspnea) หายใจเหนื่อยจนต้องใช้แรงจากกล้ามเนื้อ เหงื่อออก กระสับกระส่ายผู้ป่วยท่อเจาะคอเลื่อนหลุดเหนื่อย หอบ หายใจเสียงดัง stridor whizzing เด็ก < 2 เดือน RR > 60/min 2 เดือน – 1 ปี RR > 55/min 1-5ปี RR > 40/min 5 ปีขึ้นไป RR > 30/min คอบวมก้อนที่คอโต ก้อนไทรอยด์ เจ็บปวดในลำคอมากไข้สูงหายใจลำบาก ความเสี่ยงการเกิด upper airway obstruction จากผู้ป่วยกลุ่มโรคดังนี้กลุ่มมะเร็งทางหูคอจมูก เช่น CA larynx, CA glottis, CA thyroid กลุ่มโรคทางเดินหายใจส่วนต้นเช่น tracheal stenosis, larynx injury, deep neck infection กลุ่มอาการต่าง ๆ เช่น bleeding in air way, foreign body in air Way, หลังผ่าตัดทอนซิล ความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์ที่ผู้ใช้บริการได้รับการประเมินจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงต่อการเกิดอาการ UAO ได้รับการดูแลรักษาทันที ภายใน 4 นาที (ร้อยละอุบัติการณ์เกิดภาวะ complete airway obstruction ระหว่างการ investigation สถานการณ์อุบัติการณ์ ผู้ป่วย UAO apnea ใน คลินิกหูคอจมูกที่ยังไม่เคยเกิดอุบัติการณ์ระดับ D เป็นต้นไป

กลุ่มที่ 2 มีเลือดออกทางปาก/จมูกอย่าง active bleeding เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะ hypovolemic shock ในราย epistaxis/bleeding จากการห้ามเลือดล้มเหลวและจากการประเมินที่ผิดพลาดก่อนเข้าตรวจของพยาบาล สถานการณ์อุบัติการณ์ ผู้ป่วย active bleedingใน คลินิกหูคอจมูกที่ยังไม่เคยเกิดอุบัติการณ์ระดับ D เป็นต้นไป

กลุ่มที่ 3 คือเวียนศีรษะบ้านหมุนอย่างรุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย vertigo, ผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจในช่องหูและพลิกนิ่วในหู สถานการณ์การเกิดอุบัติการณ์ เรื่องพลัดตกหกล้ม ระดับ A – D ปีละ 1 ครั้งที่เกิดจากภาวะเวียนศีรษะบ้านหมุนในรอบ 10 ปีนี้มี 1 ครั้ง ระดับ D

กลุ่มที่ 4 มี สิ่งแปลกปลอม ในช่องคอ เช่น ก้างปลาติดคอ ฟันปลอมติดคอ ทันทีทันใดหลังกลืนไปและเจ็บมากแมลง สิ่งแปลกปลอมเข้าหูทันทีทันใดหรือเจ็บมากมีเลือดออก เสี่ยงต่อการเกิด UAO และ aspiration สถานการณ์อุบัติการณ์ ผู้ป่วย UAO apnea ใน คลินิก หู คอ จมูก ที่ยังไม่เคยเกิดอุบัติการณ์

กลุ่มที่ 5 กลุ่มโรคทางเดินหายใจวัณโรค อุบัติใหม่ทุกกลุ่มโรค เช่น โควิด-19 ซาร์ส เมอร์ส อาการ ไข้ ผู้ป่วยไข้ไอหรือหอบเดินทางกลับจากต่างประเทศ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอ เจ็บคอ หอบหายใจลำบาก (อย่างใดอย่างหนึ่ง) หรือกลับจากประเทศ ซาอุดีอาระเบีย ตะวันออกกลางกลับจากเมกกะแสวงบุญ หรือกลับจากกลุ่มประเทศที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ เสี่ยงจากการคัดกรองผิดพลาดคนไข้ได้เข้าไปตรวจในคลินิกเสี่ยงต่อผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการผู้อื่นติดเชื้อร้ายแรงในกลุ่มดังกล่าว สถานการณ์อุบัติการณ์ การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคผิดพลาดอยู่ที่ ปีละ 3 ราย ปีล่าสุด 2564 ยังไม่มีผิดพลาด คัดกรองผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจอื่นคือโรคอุบัติใหม่มีผิดพลาด 3 รายใน ปี 2564 อุบัติการณ์เกิดจากการปกปิดข้อมูลของผู้ใช้บริการและไม่ทราบประวัติที่แน่นอน

กลุ่มที่ 6 กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องตรวจประสาทการได้ยินด้วยคอมพิวเตอร์ที่ต้องให้ยานอนหลับ เสี่ยงต่อการหยุดการหายใจจากการให้ยานอนหลับ สถานการณ์อุบัติการณ์การเกิด ภาวะ apnea ในเด็กเกิดอุบัติการณ์ระดับ F ในปี 2562 1 ราย

กลุ่มที่ 7 คือกลุ่มให้เลือดในผู้ป่วยมะเร็ง เสี่ยงต่อการแพ้เลือดให้เลือดผิด สถานการณ์อุบัติการณ์ ยังไม่เคยเกิดอุบัติการณ์ทุกระดับ

กลุ่มที่ 8 คือกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อาการทางหูคอจมูกแต่มีโรคร่วม เช่น ไข้ ชัก เป็นลม กลุ่มนี้ยังไม่เคยเกิดอุบัติการณ์ระดับ D เป็นต้นไปสามารถส่งห้องฉุกเฉินไปทันตามระบบ ESI

กลุ่มที่ 9 การเกิด anaphylactic shock จากการทำ skin test สถานการณ์อุบัติการณ์ ยังไม่เคยเกิดอุบัติการณ์ทุกระดับ

กลุ่มที่ 10 ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการซับซ้อนในห้องหัตถการ สถานการณ์อุบัติการณ์ ผู้ป่วย ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ ใน คลินิก หู คอ จมูกที่ยังไม่เคยเกิดอุบัติการณ์ระดับ D เป็นต้นไป

รูปแบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

รูปแบบกระบวนการเฝ้าระวังความเสี่ยงผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยง โดยรวมในคลินิก หู คอ จมูก คือ การใช้ระบบการคัดกรองด้วยระบบดัชนีฉุกเฉิน ESI (Emergency Severity Index) (สถาบันทางการแพทย์ฉุกเฉิน, 2556) โดยใช้ระบบเดียวกับห้องฉุกเฉิน โดยมี 5 ระดับหากประเมินได้ระดับ 1, 2, 3 สามารถประสานส่งห้องฉุกเฉินได้ทันที ระดับที่ 4 และ 5 ตรวจได้ที่คลินิกหูคอจมูก และการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ของภาควิชา โสต ศอ นาสิกวิทยาเช่น แนวปฏิบัติ Upper airway obstruction (UAO) รวมถึงการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยนอกของสำนักการพยาบาล และ มาตรฐานการดูแลของสถาบันรับรองคุณภาพ (องค์การมหาชน)

รูปแบบกระบวนการเฝ้าระวังอันตรายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง คลินิก หู คอ จมูก มีกระบวนการดังนี้ ผู้ป่วยกลุ่ม ESI 1, ESI 2 คือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องคัดกรองส่งห้องฉุกเฉิน ในส่วนผู้ป่วย ESI 3 คัดกรอง รายโรคเพิ่มเติม และอาการผู้ป่วย ก่อนส่งห้องฉุกเฉิน ESI 4 และ ESI 5 ตรวจได้ปกติ ที่ห้องตรวจหูคอจมูกได้แก่

(1) ซักประวัติ อาการและอาการแสดงผู้ป่วย เกี่ยวกับ อาการความผิดปกติ ปัญหาความเจ็บป่วย ความต้องการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น คลื่นไส้ อาการปวด ประวัติอื่น ๆ เช่น ประวัติสูบบุหรี่ การสัมผัสโรคติดต่อ ฯลฯ โรคประจำตัว/การแพ้ยา กรณีซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมารับการตรวจผิดห้องตรวจโรค ให้คำแนะนำผู้ป่วยและประสานงานกับ ห้องตรวจโรคที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาให้ถูกต้อง

(2) คัดแยกผู้ป่วยโรคติดต่อออกจากผู้ป่วยทั่วไป/สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น mask

(3) วัดสัญญาณชีพ หลังพัก 10 – 15 นาที กรณีสัญญาณชีพมีความผิดปกติตามระบุไว้ใน ตารางการจัดความเร่งด่วนตามอาการผู้ป่วย ให้รีบรายงานพยาบาลทราบทันที เพื่อทำการประเมินซ้ำและพิจารณาจัดความเร่งด่วน รวมทั้งรายงานให้แพทย์และผู้เกี่ยวข้องทราบในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเร่งด่วนหรืออาการฉุกเฉิน

(4) ประเมินอาการ ความต้องการ และสัญญาณชีพ ประเมินสัญญาณชีพร่วมกับอาการที่ได้จากข้อมูลการซักประวัติ ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในขณะรอรับการตรวจรักษา เช่น การพลัดตกหกล้ม และให้การดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยง ประเมินความไม่สุขสบาย เช่น การคลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บปวด (ประเมิน Pain Score) เพื่อให้การดูแล ประเมิน ความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรค ฯลฯ

(5) จัดลำดับความเร่งด่วนตาม อาการและตามระบบ ESI

(6) บันทึกการคัดกรองลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในระบบ HIS พร้อมบันทึกชื่อพยาบาลที่คัดกรองทุกครั้ง โดยระบุประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ได้แก่ อาการฉุกเฉิน อาการเร่งด่วน อาการไม่เร่งด่วน

(7) จัดให้เข้ารับการตรวจกับแพทย์ อาการฉุกเฉินรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษาที่จำเป็นในเบื้องต้น ส่งรับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินทันที โดยประสานงานกับพยาบาลก่อนส่งผู้ป่วย และจัด บุคลากรพยาบาลร่วมส่งผู้ป่วย อาการเร่งด่วน จัดลำดับเข้ารับการตรวจรักษาในห้องตรวจโรคทันที หรืออย่างช้า ไม่เกิน 30 นาที โดยต้องมีการประเมินอาการซ้ำทุก 15 นาที บันทึกเวลาการเข้ารับการตรวจและการประเมินอาการซ้ำลงในเวชระเบียนทุกครั้ง อาการไม่เร่งด่วนจัดลำดับเข้ารับการตรวจรักษาในห้องตรวจโรคตามลำดับการตรวจ

(8) ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต้องการการพยาบาล เช่น เช็ดตัวลดไข้ ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดรวมทั้งให้การดูแล และเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฯ

(9) ประเมินอาการซ้ำในระหว่างรอรับการตรวจ ในผู้ป่วยที่ ระดับอาการไม่เร่งด่วน แต่อาจมีโอกาสเปลี่ยนระดับเป็น อาการเร่งด่วนไม่คงที่ หลังให้การพยาบาล การดูแลผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (quick look screening ในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงคลินิก หู คอ จมูก

(10) ให้ข้อมูล/ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ผู้ป่วย มีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อไปห้องฉุกเฉิน ต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ห้องตรวจโรค / หน่วยงานอื่น มีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องหรือ จำเป็นต้องได้รับ การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

(11) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล การให้ความรู้และประเมินผลความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตัว การส่งต่อหรือรับไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลผู้ให้การพยาบาลให้ชัดเจน บันทึกการพยาบาลอย่างชัดเจนทุกราย

แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ

ความหมายของความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาดที่มีผลกระทบทำให้เกิดความเสียหายขั้นเล็กน้อยถึงรุนแรงทั้งร่างกายและจิตใจกับบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง (ศิริลักษณ์, 2560) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง มีโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบาดเจ็บ ความเสียหาย เหตุร้าย การเกิดอันตราย สูญเสียทรัพย์สิน สูญเสียชื่อเสียง ภาพลบขององค์การ และบุคลากร เกิดความไม่แน่นอน การไม่พิทักษ์สิทธิหรือศักดิ์ศรีหรือเกิดความสูญเสียจนต้องมีการชดใช้ค่าเสียหาย (Williams, Smith, Michael, and Young Peter, 1998) หรือโอกาสที่จะประสบกับอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือการไม่บรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ เป็นอันตรายหรือการบาดเจ็บต่อร่างกายและจิตใจที่เกิดจาก เหตุร้าย, ภาวะคุกคาม, ความไม่แน่นอน, ขั้นตอนการปฏิบัติที่มีช่องโหว่ ความไม่พร้อมในด้านต่าง ๆ สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และอื่น ๆ ต่อผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ใช้บริการ เจ้าหน้าที่ หน่วยงาน องค์กร และชุมชน (สรพ, 2560)

สรุป ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด สูญเสีย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ผู้ใช้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรือ อันตรายต่อเจ้าหน้าที่ การทำลายสิ่งแวดล้อม ภาระในการชดใช้ค่าเสียหาย ความเสียหาย การรั่วไหล ความสูญเปล่า ซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคตและมีผลกระทบหรือทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร ทั้งในด้านยุทธศาสตร์ การปฏิบัติงาน การเงินและการบริหาร โดยความเสี่ยงจะแทรกซึมอยู่ในทุกขณะของการปฏิบัติงาน

การบริหารความเสี่ยง (risk management) เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการกระทำและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่สามารถระบุได้ถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น กับผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ใช้ในการบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยง ต่าง ๆ เพื่อให้โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงลดลง หรือผลกระทบของความเสียหายจากเหตุการณ์ความ เสี่ยงลดลงอยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ (risk appetite) การจัดการความเสี่ยงต้องมองปัญหาความเสี่ยง แบบองค์รวม ดังนั้น การจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ

จากทุกระดับร่วมกัน พิจารณาทั้งความเสี่ยงที่ยอมรับได้ และระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ เพื่อให้เกิดความ เข้าใจและเห็นพ้องร่วมกันทั่วทั้งองค์กร จึงจะสามารถควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง, 2563) กระบวนการที่ใช้ในการบริหารจัดการ ให้โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง ลดลง หรือ ผลกระทบของความเสียหายจากเหตุการณ์ความเสี่ยงลดลงอยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ ซึ่งการจัดการความเสี่ยง อาจแบ่งโดยสรุปได้เป็น 4 แนวทางหลัก ดังนี้ (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

1) การยอมรับ (take, accept) หมายถึง การที่ความเสี่ยงนั้นสามารถยอมรับได้ภายใต้การควบคุมที่ มีอยู่จนปัจจุบัน ซึ่งไม่ต้องดำเนินการใด ๆ เช่น กรณีที่มีความเสี่ยงในระดับที่ไม่รุนแรงและไม่คุ้มค่าที่จะดำเนินการใด ๆ ให้ขออนุมัติหลักการรับความเสี่ยงไว้และมาดำเนินการใด ๆ

2) การลด/ควบคุม (reduction) หมายถึง เป็นการปรับปรุงระบบการทำงานหรือการออกแบบวิธีการ ทำงานใหม่ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิด หรือลดผลกระทบให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้

3) การยกเลิก (terminate) หรือ หลีกเลี่ยง (avoid) หมายถึง การที่ความเสี่ยงนั้นไม่สามารถยอมรับ ได้และต้องจัดการให้ความเสี่ยงนั้นไปอยู่นอกเงื่อนไขของการดำเนินงาน เช่น การหยุดดำเนินงานหรือกิจกรรมที่ ก่อให้เกิดความเสี่ยงนั้น การเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานการลด ขนาดของงานหรือกิจกรรมลง

4) การโอนย้าย (transfer) หรือ แบ่ง (share) หมายถึง การโอนย้ายหรือแบ่งความเสี่ยงไปให้ ผู้อื่นช่วยรับผิดชอบ เช่น การจ้างบุคคลภายนอกมาดำเนินการแทน การทำประกันภัย เป็นต้น

ความสำคัญในการจัดการบริหารความเสี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรมการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ มีความสำคัญสรุปได้ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ (กาญจน์วจีและประจักร์, 2561; บังอร, อารีรัตน์และยุนี, 2562; สายสมรและพรนภา, 2557; 2562; สรพ, 2562; ศิริลักษณ์, 2560)

ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการ

1. ช่วยในการสร้างความมั่นใจ ในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการและป้องกันความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการสร้างความปลอดภัยอย่างสูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ

2. ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จะเกิดกับผู้ใช้บริการและมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ หากไม่มีระบบการป้องกันความเสี่ยง

3. ช่วยลดค่าใช้จ่าย ด้านการรักษาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นตามความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ

ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงต่อผู้ให้บริการ

1. ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการบริการและผู้ให้บริการการปรับเปลี่ยนระบบให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันภายใต้ฐานข้อมูลความเสี่ยงปัจจุบัน

2. เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากขึ้นจึงต้องพัฒนาระบบความเสี่ยง

3. เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของผู้ให้บริการที่สำคัญ

4. ผู้ให้บริการสามารถทำงานได้ครบถ้วนตามแนวปฏิบัติที่วางไว้ตามระบบบริหารความเสี่ยง

5. มีการกระตุ้นให้ผู้ให้บริการมีระบบการรายงานความเสี่ยงเพื่อมาวิเคราะห์และสร้างมาตรฐานลดความเสี่ยงลดการเกิดซ้ำ ลดความเสียหายในอนาคต

6. เป็นการสร้างมาตรฐานความปลอดภัยให้แก่วิชาชีพผู้ให้บริการทางสุขภาพได้พัฒนามาตรฐานงานพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องเกิดขึ้น เครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อลดความเสียหายต่อผลกระทบ หรือเปลี่ยนเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ รวมทั้งเป็นการจัดการเชิงรุก

7. ทำให้เกิดความมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบในการดูแลและเป็นความเต็มใจในการแก้ปัญหาความเสี่ยงทำให้ระบบที่พัฒนาเกิดความยั่งยืน

ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงต่อสถานพยาบาล

1. ส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ

2. เป็นการดำเนินงานให้องค์กรบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

3. เสี่ยงต่อการเกิดการฟ้องร้องและเสียความเชื่อมั่นต่อภาพลักษณ์องค์กรและระบบบริการสุขภาพ

4. เป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญของของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

5. เป็นการส่งเสริมการพัฒนาในระบบบริการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

6. สร้างระบบการบริหารให้องค์กรที่ไม่มุ่งเน้นการตำหนิแต่ให้เป็นการเรียนรู้จากความผิดพลาดอย่างสร้างสรรค์

7. ช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรของสถานพยาบาลเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผลทำให้เกิดคุ้มทุนคุ้มค่า

8. สร้างความเชื่อมั่นและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กรสถานพยาบาลที่ผู้ใช้บริการไว้วางใจ

ประเภทความเสี่ยงของผู้ใช้บริการในงานผู้ป่วยนอก

ความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ มี 4 ประเภท (ภัคภร, 2560) ดังนี้

1. ความเสี่ยงทั่วไป (non-clinical risk) หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหาย ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่สาเหตุของความเสี่ยงทางคลินิก เช่น ความเสี่ยงทางเวชระเบียน เอกสารเครื่องมือ อาหาร สิ่งแวดล้อมสิงอำนวยความสะดวก ทรัพย์สินสูญหาย อัคคีภัย เครื่องมือชำรุด ข้อร้องเรียน สิทธิผู้ป่วย สิ่งของถูก ถูกขโมย ทะเลาะวิวาท หลังคารั่ว เป็นต้นแบ่งตามความรุนแรงน้อยไปมาก ตั้งแต่ 1 – 4

ความเสี่ยงทั่วไป แบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ

ระดับ 0 หมายถึง ยังไม่เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงแต่มีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความเสียหายได้ หรือเกิดเหตุการณ์แล้วแต่บุคคลหรือสิ่งของไม่ได้รับความเสียหาย

ระดับ 1 หมายถึง เกิดอุบัติการณ์ขึ้นแล้ว กระทบถึงบุคคลหรือสิ่งของ ซึ่งทำให้ได้รับอันตรายหรือเกิดความเสียหายเล็กน้อย ไม่ต้องรักษา ซ่อมแซม หรือชดเชย

ระดับ 2 หมายถึง เกิดอุบัติการณ์ขึ้นแล้ว กระทบถึงบุคคลหรือสิ่งของซึ่งทำให้ได้รับอันตรายหรือเกิดความเสียหายปานกลาง ต้องได้รับการรักษา ซ่อมแซมหรือชดเชยชั่วคราว สามารถจัดการได้โดยหัวหน้างาน

ระดับ 3 หมายถึง เกิดอุบัติการณ์ขึ้นแล้ว กระทบถึงบุคคลหรือสิ่งของซึ่งทำให้ได้รับอันตรายมากหรือเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือทรัพย์สิน สิ่งของเสียหาย

2. ความเสี่ยงทั่วไปทางคลินิก (common clinical risk) หมายถึง เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไป เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่ระบุกว้าง ๆ ในกระบวนการรักษาไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง อาจพบร่วมในหลายคลินิกบริการ อาจใช้มาตรการเดียวกันในการป้องกันในภาพรวมนำไปสู่การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคได้แบ่งตามความรุนแรงน้อยไปมากตั้งแต่ A – I ความเสี่ยงทางคลินิก เช่น ความผิดพลาดในการสื่อสาร และการระบุตัวผู้ป่วย ความผิดพลาดของการวินิจฉัย ความผิดพลาดของการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล ความผิดพลาดหรืออุบัติเหตุในการให้การรักษาพยาบาล อาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือการทำหัตถการ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือการให้เลือด การติดเชื้อในโรงพยาบาล ความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลที่สำคัญทางคลินิก การละเลยในการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ภัคภร, 2560)

การจัดระดับความรุนแรง

ความเสี่ยงทางคลินิก (clinical Risk) แบ่งความรุนแรงเป็น 9 ระดับ ดังนี้

ระดับ A : เหตุการณ์ที่อาจจะก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือความเสียหายได้ (ยังไม่เกิด)

ระดับ B : เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว แต่ยังไม่ถึงผู้ใช้บริการ

ระดับ C : เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว ถึงผู้ใช้บริการแล้ว แต่ไม่เป็นอันตรายไม่ได้รับความเสียหายหรือสูญเสีย ไม่จำเป็นต้องรักษาดูแล

ระดับ D : เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว ถึงผู้ใช้บริการแล้วได้รับความเสียหายแต่ไม่เป็นอันตรายแต่จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังให้มั่นใจว่าปลอดภัย

ระดับ E : เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว ถึงผู้ใช้บริการ ได้รับอันตราย หรือเสียหายชั่วคราว จำเป็นต้องดูแลรักษา แต่สามารถจัดการได้ในสถานการณ์นั้น ๆ

ระดับ F : เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว ถึงผู้ใช้บริการ และส่งผลให้ได้รับอันตรายหรือเสียหายชั่วคราว จำเป็นต้องดูแลรักษานานขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น แต่สามารถจัดการได้โดยหัวหน้างาน

ระดับ G : เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว ถึงผู้ใช้บริการ เป็นผลให้ได้รับอันตรายหรือเสียหายหรือสูญเสียอย่างถาวร ต้องให้ทีมเจรจาไกล่เกลี่ยจัดการ

ระดับ H : เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นแล้ว ถึงผู้ใช้บริการ เป็นผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต ไม่สามารถจัดการได้โดยทีมเจรจาไกล่เกลี่ย หรือมีการฟ้องร้องทางกฎหมาย

ระดับ I : เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นแล้ว ถึงผู้ใช้บริการ และเป็นผลให้เกิดการเสียชีวิต หรือมีการฟ้องร้องทางกฎหมาย

3. ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (specific clinical risk) หมายถึง ความเสี่ยงใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ หรือเสียชีวิต โดยระบุจำเพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคนั้น ๆ (สรพ, 2562)

4. อุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (sentinel event) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์มาก่อน และอาจมีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก้ชีวิต หรือส่งผลร้ายแรงทางด้านจิตใจ โดยไม่มีความสัมพันธ์ กับพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วไม่สามารถระงับได้ในโรงพยาบาล อาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล อุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุการณ์ที่ต้องรายงานทันที (สรพ.2562; โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2562)

1. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ถูกทำร้ายร่างกาย พยายามฆ่าหรือถูกฆาตกรรมในโรงพยาบาล

2. ผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดชนิด

3. ให้เลือดผิดกรุ๊ป จนทำให้เกิด การแพ้เลือดรุนแรง การให้ยาผิด แพ้ซ้ำจนทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถาวร ต้องช่วยชีวิต เสียชีวิต

4. มารดาเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากการเจ็บครรภ์ หรือคลอดบุตร

5. ผู้ป่วย ทารก ถูกลักพาตัว สูญหาย ส่งมอบทารกแก่มารดาผิดคน

6. น้ำท่วม ไฟไหม้ อัคคีภัย วินาศภัย โรคอุบัติใหม่

7. เรื่องที่เสี่ยง โดยมีข่าวถึงสื่อมวลชน และมีแนวโน้มถูกฟ้องร้องให้เสียชื่อเสียงต่อโรงพยาบาล

8. บุคคลถูกทำร้ายร่างกายและบาดเจ็บจากการทำงานขั้นรุนแรง เช่น รถ refer คว่ำ

9. อุบัติเหตุหมู่ และอุบัติเหตุที่เกิดกับบุคคลสาธารณะบุคคลที่มีชื่อเสียง

แนวคิดกระบวนการจัดการความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ระบบบริหารความเสี่ยง (risk management system) แนวคิดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน, 2560; 2561; 2562) คือ ชุดของกิจกรรมและวิธีการที่ใช้ในการชี้นำองค์กรและควบคุมความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายองค์กรการมีแนวทางการบริหารความเสี่ยง องค์กรที่คำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัย เนื่องจากสถานพยาบาลมีความเสี่ยงจำนวนมาก ทั้งความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย การมีแนวทางที่เป็นระบบในการรับมือกับความเสี่ยง เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้องค์กรปฏิบัติหน้าที่ได้ตามเป้าหมายและเป็นที่ไว้วางใจของสังคม

หลักการบริหารความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ เจ้าหน้าที่และ

ผู้ที่มาเยือนกรอบการบริหารความเสี่ยง กรอบแนวคิดหรือองค์ประกอบหลักของระบบบริหารความเสี่ยง โครงสร้างหลัก การจัดการภายในองค์กร ความเสี่ยงสำคัญ การหมุน PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง

หลักการของการบริหารความเสี่ยง (risk management principles)

หลักการของการบริหารความเสี่ยง คือ หลักการที่องค์กรควรยึดถือ เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงได้ผล ได้แก่หลักการต่อไปนี้สร้างและปกป้องคุณค่า (values) เป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการขององค์กร (all processes) เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ (decision making) แสดงออกถึงความไม่แน่นอนให้ชัดเจน (uncertainty) เป็นเรื่องของความเป็นระบบ มีโครงสร้างชัดทันเวลา (systematic) อยู่บนพื้นฐานของสารสนเทศที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (best information) ปรับให้สอดคล้องกับบริบทและ risk profile (context) นำปัจจัยด้านมนุษย์และวัฒนธรรมมาพิจารณา (human and cultural) มีความโปร่งใสและไม่กีดกัน (transparent & inclusive) มีความเป็นพลวัตหมุนซ้ำ และตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (dynamic) ช่วยให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในองค์กร (improvement)

กรอบบริหารจัดการความเสี่ยง

กรอบบริหารจัดการความเสี่ยง **(**risk management framework) คือ องค์ประกอบสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งได้รับการออกแบบนำไปปฏิบัติติดตามทบทวน และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบสำคัญดังกล่าวได้แก่ การแสดงหน้าที่และความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การออกแบบองค์ประกอบสำคัญของระบบบริหารความเสี่ยง การปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง นำระบบบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติ ติดตามและทบทวนระบบบริหารความเสี่ยง

องค์ประกอบสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

1. นโยบายบริหารความเสี่ยง (risk management policy) เป็นข้อความที่ระบุความมุ่งมั่นและทิศทางขององค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

2. แผนบริหารความเสี่ยง (risk management plan) ได้แก่สิ่งต่อไปนี้ คู่มือบริหารความเสี่ยง ระบุองค์ประกอบของการบริหาร แนวทาง และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติคู่มือการปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบ กิจกรรม (รวมทั้งลำดับขั้นและเวลา) แผนบริหารความเสี่ยงเฉพาะสำหรับบริการ กระบวนการ โครงการ องค์ประกอบสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

3. กระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk Management process) ประกอบด้วย (สรพ, 2561)

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดบริบทเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร (internal environment) เป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับกรอบการบริหารความเสี่ยงในองค์กรโดยมีบริบทภายนอก บริบทภายใน ซึ่งมีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์และเป้าหมายขององค์กร ประกอบด้วย จริยธรรม วิธีการทำงานของผู้บริหาร การกำหนดวัตถุประสงค์ (objective setting) ถือเป็นขั้นตอนแรกของการบริหารความเสี่ยง วัตถุประสงค์ที่กำหนดขึ้นต้องสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ และความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้

ขั้นตอนที่ 2 การสื่อสารและปรึกษาหารือ (communication & consultation) การสื่อสารและปรึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับองค์กร ในการบ่งชี้ ประเมิน และการ

จัดการความเสี่ยง ข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับองค์กร ทั้งจากแหล่งภายนอกและภายในต้องได้รับการบันทึกและสื่อสารอย่างเหมาะสมทั้งในด้านรูปแบบและเวลา เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ รวมถึงการและเปลี่ยนข้อมูลกับบุคภายนอกองค์กรหรือผู้ใช้บริการ

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ขั้นตอนนี้เน้นการประเมินโอกาสและผลกระทบของเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นต่อวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจเกิดในระดับต่ำหรือระดับสูงก็ได้ การประเมินความเสี่ยงควรประเมินทั้งก่อนจัดการความเสี่ยงองค์กรควรประเมินความเสี่ยงให้ครอบคลุมตามระบบบริหารความเสี่ยง ข้อกำหนดทั่วไปของมาตรฐาน II-1.2 ก.โดยครอบคลุมประเด็นเรื่องการจัดการยา ป้องกันพลัดตกหกล้ม การควบคุมการติดเชื้อ การระบุตัวผู้ป่วย การสื่อสารส่งมอบงานให้หน่วยงานอื่น ภาวะโภชนาการ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือทำหัตถการ ความเสี่ยงจากการบาดเจ็บระยะยาว เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

risk identification ค้นหาความเสี่ยง รับรู้ และพรรณนาความเสี่ยงที่อาจมีผลขัดขวางการบรรลุวัตถุประสงค์ ขยายความ ที่มาจุดก่อเหตุ

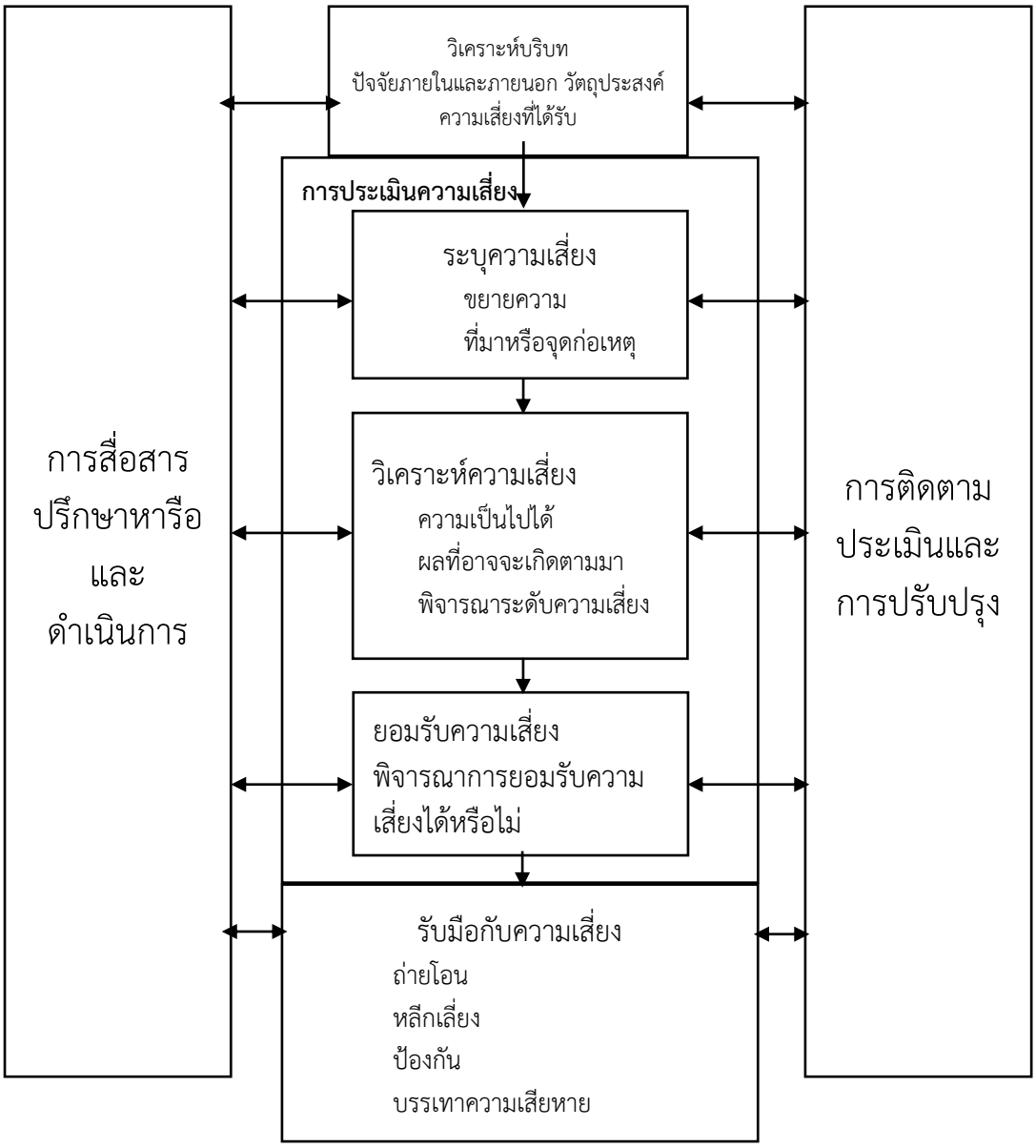
risk analysis การวิเคราะห์ความเสี่ยง ความเป็นไปได้ผลที่อาจเกิดตามมา ทำความเข้าใจ ธรรมชาติ แหล่งที่มาและสาเหตุของความเสี่ยงประมาณค่าระดับความเสี่ยง ศึกษาผลกระทบของความเสี่ยง ตรวจสอบการควบคุมที่ใช้อยู่ วิเคราะห์โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ (likelihood) วิเคราะห์ผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์หากเกิดขึ้น (consequence) ประมาณการโดยการให้คะแนน 1-5 บวกหรือคูณคะแนนทั้งสองเข้าด้วยกันเป็น risk level แล้วพิจารณาลำดับความสำคัญของ risk ทั้งหมดพิจารณาระดับความเสี่ยง

risk evaluation เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงกับ risk criteria เพื่อการตัดสินใจว่าระดับเป็นระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้หรือไม่

ขั้นตอนที่ 4 การตอบสนองความเสี่ยงรับมือกับความเสี่ยง (risk treatment plan) เป็นกระบวนการในการลดความรุนแรงของความเสี่ยงประกอบไปด้วยทางเลือกและการนำทางเลือกไปปฏิบัติ คือการถ่ายโอน หลีกเลี่ยง ป้องกัน บรรเทาความเสียหาย ดังนี้ transfer & prevention การถ่ายโอนความเสี่ยง มาตรการป้องกันที่ควรมีได้แก่อะไรบ้าง นำ guideline ต่าง ๆ มาปฏิบัติ monitoring & control เพื่อรับรู้ความเสี่ยงเรื่องนี้มีอะไรบ้าง อัตราการเกิดอุบัติการณ์ ตัวบ่งชี้กระบวนการ จะติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูลอะไรเพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติการณ์ได้เร็วขึ้น mitigation การทุเลาความเสียหาย ถ้าเกิดอุบัติการณ์ขึ้น อะไรคือผลที่จะเกิดขึ้นตามมาที่สำคัญจะป้องกันหรือลดอันตรายได้อย่างไร improvement มีประเด็นอะไรที่อยากจะทดลองมาตรการป้องกันเพิ่มเติม QI plan เพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการป้องกันอุบัติการณ์

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามและทบทวน (monitor & review) คือนโยบายและกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อความมั่นใจว่าได้มีการจัดการความเสี่ยง การกำหนดบุคลากรภายในองค์กรเพื่อความรับผิดชอบการควบคุมนั้นขั้นตอนที่ คือการกำกับดูแล ตรวจสอบและสังเกตอย่างต่อเนื่อง ในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น เพื่อประเมินว่าจะบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ ขั้นตอนนี้ที่สำคัญของการติดตามผลเพื่อให้มั่นใจได้ว่าการจัดการความเสี่ยงมีคุณภาพ มีความเหมาะสมและความเสี่ยงทั้งหมดที่มีผลกระทบต่อองค์กร การเรียนรู้จากความผิดพลาด root cause analysis การรายงานอุบัติการณ์

โดยสรุปการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ การกำหนดบริบทเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร การสื่อสารและปรึกษาหารือ การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง การรับมือกับความเสี่ยง การติดตามและทบทวน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนบริหารความเสี่ยงของสถานพยาบาลรับรองคุณภาพ

เครื่องมือบริหารความเสี่ยงแนวคิดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ, 2562)

1. ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register or risk rog) เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การตอบสนอง ไปจนถึงติดตามและทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยง เป็นกระบวนการที่มีชีวิต ทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

2.risk register ทะเบียนจัดการความเสี่ยงเป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนการตอบสนอง ไปจนถึงการติดตามและทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต และทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

3.risk profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยงซึ่งเป็นผลของการวิเคราะห์เชิงปริมาณในสิ่งคุกคามประเภทต่าง ๆ ที่องค์กรต้องเผชิญ เกิดและผลที่ตามมา อาจนำเสนอในรูป risk matrix หรือrisk rating tableเป็นขั้นตอนแรกในการทำ risk register risk owner คือบุคคลหรือคณะบุคคลที่ได้รับ authority เพื่อจัดการกับ ความเสี่ยงใดความเสี่ยงหนึ่งและออกหน้ารับผิดชอบ (accountable) ในการรับทำหน้าที่ดังกล่าวบทบาทสำคัญของ risk owner คือการติดตามและทบทวนตามกำหนดรอบเวลาในประเด็นต่อไปนี้ มาตรการรับมือกับความเสี่ยงที่กำหนดไว้นั้นได้รับการปฏิบัติเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคในการนำไปปฏิบัติอย่างไร ผลลัพธ์ของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงเป็นอย่างไร ระดับและแนวโน้มของอุบัติการณ์เป็นอย่างไร ควรมีการปรับปรุงมาตรการรับมือกับความเสี่ยงอะไรบ้าง หรือมีการทดลองเพื่อหาคำตอบใหม่ ๆ

4.ทะเบียนจัดการความเสี่ยง เป็นเครื่องมือใหม่เป็นเครื่องมือต่อยอดจาก risk profile ที่รพ. มีอยู่แล้วมุ่งเน้นการจัดการในภาพรวม ทำให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงทั้งโรงพยาบาลการเริ่มต้นใช้ risk register ควรนำความเสี่ยงทั้งหมดมาวิเคราะห์และจัดการตามระดับความสำคัญตามแนวทางต่อไปนี้ รวบรวมรายการความเสี่ยงจากทุกแหล่งที่มีเช่น risk profile, PSG: SIMPLE, รายงานอุบัติการณ์, การทบทวนเวชระเบียน, MM conference, ฯลฯ วิเคราะห์ระดับโอกาสเกิดและผลที่จะตามมาของทุกความเสี่ยงเหมือนกับที่เราทำใน risk profile คำนวณระดับความเสี่ยงด้วยการเอาโอกาสเกิดกับผลที่จะตามมา มาบวกหรือคูณกัน แบ่งรายการความเสี่ยงนับร้อย ๆ เป็นสามกลุ่ม กลุ่มที่สำคัญสูง กลุ่มที่สำคัญปานกลาง และกลุ่มทั่วไป กลุ่มความเสี่ยงทั่วไป ซึ่งอาจจะโอกาสพบน้อย ความรุนแรงน้อยให้ไปตรวจสอบว่ามีมาตรการป้องกันอยู่ในคู่มือแล้วหรือไม่ถ้ามีก็หาวิธีสื่อสารและทำให้มั่นใจว่ามีการรับรู้และปฏิบัติ กลุ่มที่สำคัญสูง ร่วมกันกำหนด/ทบทวนแนวทางป้องกัน และการเตรียมพร้อมตอบสนองเมื่อเกิดเหตุ มอบหมายผู้ทำหน้าที่ risk owner มีหน้าที่ทบทวนการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ระดับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และพิจารณาว่าควรเพิ่มมาตรการป้องกันอย่างไร ทบทวนอย่างน้อยทุก 3 เดือนจำนวนความเสี่ยงในรายการนี้พิจารณาจากจำนวนความเสี่ยงที่สำคัญสูง ร่วมกับจำนวนคนที่จะมาทำหน้าที่ risk owner กลุ่มที่สำคัญปานกลาง มอบให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงนั้น ๆ ทบทวนมาตรการป้องกัน และทำหน้าที่ risk owner ทบทวนเหมือนข้อ (6) ความถี่อาจจะห่างกว่าความเสี่ยงที่สำคัญสูง ด้วยแนวทางดังกล่าว ทำให้

สามารถรับมือกับความเสี่ยงได้ทุกรายการในการวางแผนรับมือกับความเสี่ยงให้แบ่งมาตรการเป็น 3 ส่วน คือ 1) มาตรการป้องกัน (preventive measures), 2) การเตรียมพร้อมลดความรุนแรงเมื่อเกิดเหตุ (mitigation plan) และ 3) การค้นหาคำตอบใหม่ ๆ แนวคิดใหม่ เพื่อการป้องกันที่ได้ผล (improvement plan) ทั้งนี้ บทบาทของหน่วยงานต่าง ๆ ในการจัดการความเสี่ยงยังคงเหมือนเดิม แต่จะมีกลไกมาเชื่อมประสานให้มีการปฏิบัติที่สอดคล้องกันทั้งองค์กร เชื่อมโยงข้อมูลให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงทั้งองค์กร หน่วยงานยังคงทำ RCA (root cause analysis) ตามข้อบ่งชี้แล้ว risk owner ประมวลผลการทำ RCA ของหลาย ๆ กรณีหลาย ๆ หน่วย เข้ามาเพื่อปรับปรุงมาตรการป้องกันในภาพรวม

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพทฤษฎีเชิงระบบของ โดนาบิเดียน (Donabedian)

แนวคิดการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลได้อธิบายลักษณะการทำงานในเชิงระบบของ โดนาบิเดียน (Donabedian, 2005) เป็นองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบหลัก คือ

1. โครงสร้าง (input or structure) หมายถึง คุณสมบัติ หรือลักษณะของผู้ให้บริการสุขภาพรวมถึงการใช้ทรัพยากร เปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าเพื่อจัดบริการการดูแลทางด้านสุขภาพให้แก่ผู้ใช้บริการได้แก่ มาตรฐานการปฏิบัติงาน นโยบาย คู่มือการปฏิบัติงานต่าง ๆ ทรัพยากรบุคคล เช่นจำนวน ประเภท ความสามารถและเชี่ยวชาญของบุคลากรผู้ให้บริการ ตลอดจนลักษณะองค์กร เช่น การฝึกอบรมพนักงานและวิธีการชำระเงิน ปัจจัยเหล่านี้ควบคุมการกระทำของผู้ให้บริการและผู้ป่วยในระบบการรักษาพยาบาล และเป็นการวัดคุณภาพเฉลี่ยของการดูแลภายในสถานบริการหรือระบบโครงสร้างมักง่ายต่อการสังเกตและวัดผล และอาจเป็นสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการต้นน้ำ ทรัพยากรทางกายภาพ ประกอบด้วยปัจจัยทั้งหมดที่ส่งผลต่อบริบทในการดูแล ซึ่งรวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อุปกรณ์ เช่นอาคารสถานที่ การจัดหอผู้ป่วย เป็นต้น ทรัพยากรขององค์การ เช่นสินทรัพย์ต่าง ๆ ขององค์การและ เครื่องใช้ต่าง ๆ วัสดุ อุปกรณ์ เทคโนโลยี เครื่องมือต่าง ๆ

2. กระบวนการ (process) หมายถึง ส่วนประกอบต่าง ๆ ทางปฏิสัมพันธ์ซึ่งรวมกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการผู้ป่วย การดำเนินกิจกรรมและการปฏิบัติการพยาบาลที่ตรงตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาล กระบวนการเป็นผลรวมของการดำเนินการทั้งหมดที่ประกอบขึ้นเป็นการดูแลสุขภาพ โดยทั่วไปรวมถึงการวินิจฉัย การรักษา การดูแลป้องกัน และการศึกษาผู้ป่วย แต่อาจขยายให้ครอบคลุมการดำเนินการของผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วย กระบวนการสามารถจำแนกได้เพิ่มเติมเป็นกระบวนการทางเทคนิค วิธีการดูแล หรือกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งทั้งหมดรวมถึงลักษณะในการส่งมอบการดูแล ตามที่ Donabedian (2005) กล่าว การวัดกระบวนการเกือบจะเทียบเท่ากับการวัดคุณภาพการดูแล เนื่องจากกระบวนการประกอบด้วยการดำเนินการทั้งหมดของการส่งมอบการรักษาพยาบาลกิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นสภาพความเป็นจริง ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการสามารถหาได้จากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน หรือการสังเกตโดยตรงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การปฏิบัติงานที่ยึดเป้าหมายในการรักษาพยาบาล

3. ผลลัพธ์ (outcome or output) หมายถึง สภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วย รวมถึงด้านจิตใจและสังคมที่อาจเป็นปัจจัยนำของภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยผลกระทบทั้งหมดของการดูแลสุขภาพต่อผู้ป่วยหรือประชากร รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ พฤติกรรม หรือความรู้ตลอดจนความพึงพอใจของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่น อัตราการตาย อัตราการเกิดอุบัติการณ์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นต้น ผลลัพธ์บางครั้งถูกมองว่าเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญที่สุด เนื่องจากการปรับปรุงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การวัดผลลัพธ์อย่างแม่นยำซึ่งสามารถนำมาประกอบกับการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะนั้นเป็นเรื่องยากมาก การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการและผลลัพธ์มักต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก การปรับเปลี่ยนตามการผสมผสานของกรณีและปัญหา และการติดตามผลระยะยาวเนื่องจากผลลัพธ์อาจใช้เวลานานพอสมควรกว่าจะสังเกตเห็นได้

ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวความคิดระบบของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) มาบูรณาการเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ช่วยให้มองเห็นการบริหารความเสี่ยง ช่วยให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสัมพันธ์กันขององค์ประกอบหลักทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โครงสร้างที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการและผลลัพธ์ที่ดีด้วยเช่นกัน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยที่มีเป้าหมายมุ่งแก้ปัญหา การแสวงหาความรู้ ความจริง โดยการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มาใช้ในการแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริงหรือข้อสรุปที่ต้องการ จากนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหา หรือพัฒนางานที่ปฏิบัติการพัฒนากิจกรรมโดยการ ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงกับปัญหาที่เผชิญอยู่มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ การลดช่องว่างระหว่างการนำทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งมุ่งพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่หน่วยงานหรือบุคลากรนั้น ๆ รับผิดชอบอยู่ เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น (วีระยุทธ์, 2558) นักวิชาการหลายท่าน ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการวิจัยระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน (ศิริพร, 2555; เพชรน้อย, 2552) และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นให้สอดคล้องกับสภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ เคมมิส และแมคทากาท (Kemmis & Mc Taggart, 2014) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ๆ ใน เชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงาน ที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (spiral of self-reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) นอกจากนี้ ยังหมายถึง การวิจัยที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ของกลุ่มคนที่ร่วมกันอธิบายปัญหา แก้ไขปัญหา และตรวจสอบความสำเร็จจากการแก้ไขปัญหา มีการทดลองปรับปรุงแก้ไขปัญหาใหม่ในครั้งต่อ ๆ มา จนกว่าจะถึงจุดที่พอใจ (วรรณดี, 2562)

กล่าวคือลักษณะสำคัญของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการสร้างความเปลี่ยนแปลง เป็นการอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามตามความเป็นจริง เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ เป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการที่ต้องประสานประโยชน์ที่ทุกคนจะได้จากการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ เป็นการบันทึกอย่างเป็นระบบ นำมาประมวลเป็นแนวคิดหลักการ สร้างเป็นทฤษฎีได้ เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรเล็กสู่การเปลี่ยนแปลงในวงกว้าง (ศิริพร, 2555)

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยที่มุ่งแสวงหาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ มาใช้ในการแก้ปัญหา เพื่อลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติจริง ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเช่นเดียวกับกระบวนการวิจัยประเภทอื่น ๆ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ เริ่มต้นด้วยการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด แต่สิ่งที่จะกล่าวได้ว่ามีความแตกต่างกันกับการวิจัยแบบอื่น ๆ คือ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยด้วยการใช้รูปแบบบันไดเวียน (spiral) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นั่นคือ ถ้าผลการวิจัยสามารถแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาหน่วยงานผลผลิตได้ตามที่ต้องการก็ถือว่าสิ้นสุดขั้นตอนการวิจัย แต่ถ้าผลการวิจัยยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสิ่งที่ต้องการได้ ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนใหม่ นอกจากนี้ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสามารถปรับปรุงแก้ไขแผนงานได้ตลอดเวลา เพื่อให้แผนงานมีความเหมาะสมกับสภาพจริงของการปฏิบัติงาน รวมทั้งมุ่งพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่หน่วยงาน หรือบุคลากรนั้น ๆ ได้รับผิดชอบอยู่ ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเช่นเดียวกับกระบวนการวิจัยประเภทอื่น ๆ โดย นอกจากนี้ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสามารถ ปรับปรุงแก้ไขแผนงานได้ตลอดเวลา เพื่อให้แผนงานมีความเหมาะสมกับสภาพจริงของ การปฏิบัติงาน

ระดับของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพผสมกับวิจัยเชิงปริมาณ จากการศึกษา พบว่า ระเบียบวิจัยที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย (Holter & Schwartz-Barcott, 1993 อ้างตามสมปอง, 2554) ได้จำแนกรูปแบบระเบียบวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับปฏิบัติการ (technical action research) เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายในการทดสอบวิธีการแก้ปัญหาอย่างนักเทคนิค ผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคที่จะใช้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจะมีการตั้งสมมติฐาน มีการกำหนด ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหามาก่อน โดยผู้ร่วมวิจัย

มาช่วยปรับปรุงในหน่วยงาน และจะอยู่ภายใต้การ ควบคุมของนักวิจัย ผู้ร่วมวิจัยมักไม่มีบทบาทในการแสดง

2. ระดับความร่วมมือ (practical action research) เป็นการดำเนินการวิจัยโดยอาศัยความร่วมมือของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีการร่วมกันวางแผนและปฏิบัติจนได้วิธีที่เหมาะสมกับหน่วยงาน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่มีแนวคิดแบบกว้าง ๆ และนำไปวางแผนร่วมกับผู้วิจัย โดยการร่วมกันคิดวิธีการแก้ปัญหา ผู้วิจัยทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยสะท้อนคิดถึงปัญหา ผลการปฏิบัติ และคิดวิเคราะห์เพื่อพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงาน นำมาสู่การพัฒนาคุณภาพ และได้รูปแบบการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับหน่วยงาน

3. ระดับก้าวหน้าหรือปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) เป็นการดำเนินการวิจัย ที่ทีมผู้ร่วมวิจัยเป็นเจ้าของพื้นที่เป็นผู้ปฏิบัติ ผู้วิจัยจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่นั้น ส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยสะท้อนความคิดถึงปัญหา และผลการปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้ค้นพบ มุมมอง หรือแนวคิดใหม่ในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของหน่วยงานนั้น ๆ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) ของ ทีมผู้ให้บริการสุขภาพการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมกันวางแผน ปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ ปรับปรุงแผนร่วมกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยอาศัยทฤษฎีการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล จนได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

งานวิจัยนี้นำกระบวนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดเคมมิสและแมคทาคกาท (Kemmis & McTaggart, 2014) มาใช้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่ต้องการศึกษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีเป้าหมายที่จะพัฒนา โดยมีการวิเคราะห์ รวบรวมหลักฐานของสถานการณ์ปัจจุบัน ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.1 รวบรวมหลักฐานของสถานการณ์ปัจจุบัน ด้วยการสังเกตบริบท บันทึกสิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้องกล่าวถึงหรือปฏิบัติ พูดคุย หรือสัมภาษณ์เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง พิจารณาแนวนโยบาย รายงานการประชุมหรือข้อปฏิบัติ คำประกาศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาว่าสิ่งที่กำลังศึกษาหรือทำความเข้าใจอยู่นั้น มีใครศึกษาไว้อย่างไรบ้าง

1.3 รวบรวมหลักฐานภูมิหลังของประเด็นที่ศึกษา เพื่อทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดจึงเกิดสถานการณ์อย่างที่เป็นอยู่เช่นนี้

ในขั้นตอนนี้นักวิจัยใช้กระบวนการเชิงคุณภาพ หรือใช้ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณก็ได้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และคำตอบที่ต้องการ แต่ต้องให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

ร่วมกันให้ข้อมูล ทำความเข้าใจสถานการณ์ และสะท้อนความคิดเห็นและความต้องการ ผลที่ได้จากการดำเนินการวิจัยขั้นที่ 1 นี้ คือ ภาพของสถานการณ์ปัจจุบันที่สะท้อนให้เห็นความต้องการพัฒนาการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนแนวทางปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2. ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิดในช่วงของการวางแผน นักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะต้องตอบคำถามเหล่านี้ ทำไมจึงต้องการเปลี่ยน ต้องการเปลี่ยนอะไร มีข้อจำกัดอะไรบ้าง จะหาทางออกให้กับข้อจำกัดที่มีได้อย่างไร การดำเนินงานจะมีผลกระทบต่อใครบ้าง อย่างไร จะต้องทำงานกับใครบ้าง อย่างไร จะปกป้องสิทธิของผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างไร จะมีอะไรผิดพลาดได้บ้าง และจะป้องกันหรือมีแนวทางแก้ไขข้อผิดพลาดนั้นอย่างไร จะรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เป็นระบบได้อย่างไร เพื่อที่จะทำให้มีการตรวจสอบผลของการดำเนินงาน หรือการลงมือปฏิบัติได้เมื่อตอบคำถามและเตรียมการปฏิบัติแล้ว ในช่วงของการปฏิบัติซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอันเป็นผู้ร่วมวิจัยด้วยนั้นก็จะร่วมมือกับนักวิจัยในการดำเนินงานหรือลงมือปฏิบัติ สะท้อนกลับการปฏิบัติ (reflecting) นักวิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การปฏิบัติจากการสังเกต สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม หรือสำรวจ (ตามความเหมาะสม) นำมาวิเคราะห์และประเมิน ผลการประเมินจะย้อนไปสู่การวางแผน ปรับปรุงการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติอีกครั้ง เป็นวงจรไปจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ในแต่ละวงจรของการดำเนินงานนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยก็จะเรียนรู้ทั้งกระบวนการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาที่เกิดขึ้น (ศิริพร, 2555)

3. ขั้นตอนการประเมินผล

ในการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ การประเมินผลในขั้นที่ 3 จะเกิดขึ้น 2 ระยะ คือ ระยะที่แทรกอยู่ในขั้นที่ 2 และระยะที่สิ้นสุดการดำเนินการหรือปฏิบัติการโดยที่ในขั้นที่ 2 การประเมินผลจะเกิดขึ้นในวงจรการปฏิบัติการ โดยเฉพาะในช่วงของการสะท้อนกลับในทุกวงจร เมื่อการดำเนินการไปถึงช่วงที่ต้องสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งอาจจะเนื่องจากได้มีการปรับปรุงพัฒนาตามเป้าหมายแล้ว หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่การพัฒนาได้ หรือสิ้นสุดโครงการวิจัย (หมดเวลา หมดงบประมาณ ฯลฯ) ก็จะต้องมีการประเมินในภาพรวมอีกครั้ง เพื่อสรุปให้เห็นวิธีการที่ใช้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงใหม่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการเรียนรู้ที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนานั้น ๆ ต่อไป (ศิริพร, 2555)

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

จากหลักการพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มุ่งเน้นการปฏิบัติ เพื่อก้าวไปสู่การเปลี่ยนแปลง ดังนั้นกระบวนการวิจัยจึงต้องมีการศึกษาปัญหาจากสภาพจริง บูรณาการ เชื่อมโยงสู่การนำทฤษฎีมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการทำงาน มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดเคมมิสและแมคทาคกาท (Kemmis & McTaggart, 2014) มาใช้ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด มีรายละเอียด ดังนี้

1) การวางแผน (planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้าโดยผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันพิจารณาปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยทั่วไป

การวางแผนจะต้องคำนึงถึงความ ยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2) การปฏิบัติ (action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ ควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน

3) การสังเกต (observation) โดยการสังเกต ติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งสังเกตปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคการดำเนินงาน เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผล การปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4) การสะท้อนกลับ (reflection) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อจะนำมาสู่การทบทวนแผน และ ปรับปรุงแผน (re–planning) ในเกลียวรอบต่อไป โดยทำเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนหมดปัญหาในการดำเนินงานในขั้นตอนนี้จะได้แผนพัฒนาที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ไปปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา

การเลือกพื้นที่ศึกษาและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ

การออกแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ มักจะไม่นิยมเรียกว่า ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เหมือนวิจัยเชิงปริมาณ แต่มักจะเรียกว่า พื้นที่ในการศึกษา ซึ่งอาจเป็น ชุมชน หมู่บ้าน องค์กรหรือกลุ่มคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ตอบโจทย์ที่ตั้งไว้ โดยเรียกคนกลุ่มนี้ว่า ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ การกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมักใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถให้ข้อมูลในเรื่องนั้น ๆ ได้ลึกซึ้งดีที่สุด หรือเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นโดยตรง (ศิริพร, 2555)

เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการตัวนักวิจัยถือเป็นเครื่องมือของการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดกระทำและกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การตั้งคำถามเพื่อก่อให้เกิดการค้นหาคำตอบ ซึ่งคำตอบที่เกิดขึ้นจะสะท้อนให้เห็นมุมมองความคิด ความเชื่อ และการกระทำ เมื่อนักวิจัยได้ออกแบบกระบวนการวิจัยแล้วสิ่งที่สำคัญคือการเลือกเครื่องมือการวิจัยให้เหมาะสมกับแต่ละขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (สุภางค์, 2554) การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ดีจะช่วยทำให้นักวิจัยมีข้อมูลที่เพียงพอและนำไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัยที่กำลังศึกษาได้อย่างมีแบบแผน เครื่องมือที่นิยมนำมาในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ

1. แบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือวิจัยทางคุณภาพที่นำมาใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง โดยมีประเด็นคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า สร้างข้อความจากกรอบแนวคิดในการวิจัย ที่ได้จากแนวทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีแนวคำถาม โดยกำหนดประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ไว้คร่าว ๆ สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดในการวิจัยที่ได้จากแนวทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) แบบสัมภาษณ์ชนิดไม่มีโครงสร้าง เป็นคำถามเปิดโดยไม่จำกัด

คำตอบ ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายแนวคิดได้อย่างอิสระ การสัมภาษณ์ชนิดนี้ ผู้วิจัยมักไม่ยึดติดกับกรอบแนวคิดทฤษฎีหลักมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย หากแต่มุ่งหาความจริงจากสภาพการณ์นั้น ๆ (ศิริพร, 2555)

2. แบบสอบถาม (questionnaire) แบบสอบถามเป็นลักษณะชุดคำถามที่สร้างขึ้นมาอย่างมีระบบ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มบุคคล ลักษณะแบบสอบถามจะเป็นชุดคำถามที่ต้องการทราบพฤติกรรมภายในส่วนบุคคล เช่น อารมณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็น ความต้องการ ความสนใจ รวมทั้งทัศนคติเกี่ยวกับปัญหา ตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการศึกษานั้น ๆ (จิตติรัตน์, 2558) แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในขั้นตอนของการสำรวจ ใช้วิธีแปลงข้อมูลเชิงคุณภาพให้เป็นตัวเลขเพื่อให้ง่ายต่อการวัด แต่อาจขาดความลุ่มลึกทำให้การสะท้อนความจริงไม่ลึกซึ้งเท่าที่ควร ผู้วิจัยอาจออกแบบการสำรวจข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือหลักแล้วเสริมด้วยการสำรวจเชิงคุณภาพก็ได้ ข้อควรพึงระวังในการออกแบบแบบสอบถาม คือ ข้อคำถามควรให้เหมาะสมกับระดับการศึกษา และวัฒนธรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามที่ดีไม่ควรมีความยาวเกินไป ควรออกแบบให้มีความกระชับ รูปแบบควรออกแบบให้ดูสบายตา และควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถตอบโต้ได้ ไม่สร้างความอึดอัด และไม่ชี้แนะผู้ตอบไปทางใดทางหนึ่ง

3. แบบสังเกตเชิงปริมาณ การสังเกต คือกระบวนการที่ผู้วิจัยเรียนรู้ปรากฏการณ์ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่ต้องการศึกษา ในขณะที่ปรากฏการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นและดำเนินไปตามธรรมชาติติดต่อกันเป็นเวลานาน โดยไม่มีการควบคุมหรือดัดแปลง แบบสังเกตเชิงปริมาณเป็นลักษณะการสังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติ แล้วเลือกตอบ หรือให้น้ำหนักคะแนน ออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อการให้คะแนน และ ประมวลผลด้วยการใช้วิธีการทางสถิติ ความแตกต่างของแบบสังเกตเชิงปริมาณ กับแบบสังเกตเชิงคุณภาพ คือแบบสังเกตเชิงปริมาณเป็นลักษณะการเลือกตอบ หรือให้น้ำหนักคะแนน การออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อการให้คะแนนและประมวลผลด้วยวิธีการทางสถิติ

4. การสนทนากลุ่ม มีการดำเนินการด้วยการจัดคนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเข้ากลุ่ม จำนวน 6 - 15 คน ใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงถึง 2 ชั่วโมง โดยมีผู้ดำเนินการทำหน้าที่ถามคำถามและให้สมาชิกเป็นคนตอบ ซึ่งก่อนการเริ่มต้นคำถาม จะต้องมีการแจ้งที่มาของวัตถุประสงค์ของงานวิจัยให้สมาชิกรับทราบ มีการกระตุ้นเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม ผู้วิจัยอาจมีผู้ช่วยคอยจดบันทึก ข้อมูลและบันทึกเสียง หากได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนสามารถกระทำซ้ำได้

5. การประชุมกลุ่ม เป็นกระบวนการร่วมกันของกลุ่มคนในการคิดและตัดสินใจดำเนินกิจกรรมที่เป็นไปได้ตามเป้าหมายของกลุ่ม นำมาเป็นเทคนิคในการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ เป็นการประชุมเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจกับเป้าหมายและการมีส่วนร่วม ทั้งในการระดมปัญหาวัตถุประสงค์ร่วมกัน ร่วมกำหนดเป็นแนวทางการแก้ปัญหา รวมทั้งเป็นการประชุมเพื่อตรวจสอบผลการปฏิบัติได้อีกด้วย

6. การบันทึกภาคสนาม เป็นสิ่งสำคัญประกอบไปด้วย สิ่งที่นักวิจัยได้เห็นและได้ฟังจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่บอกเล่าถึงเหตุการณ์ว่าเกิดอะไรขึ้น จะใช้การสังเกตร่วมด้วยเพื่อให้การตีความข้อมูลถูกต้องตามข้อเท็จจริง การบันทึกสนาม ได้แก่ การบันทึกเรื่องราวของปรากฏการณ์เกี่ยวกับบุคคล กิจกรรม รวมทั้งเรื่องราว โดยเรียงตามลำดับเวลา ของการสังเกตและการสัมภาษณ์ การบันทึกความรู้สึกส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานโดยการบันทึก ที่เขียนทบทวนความรู้สึกของตนเอง

เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสังคมที่มากระทบงานซึ่งผู้ปฏิบัติงานจะนำมาร่วมวิเคราะห์ในเวลาเพื่อหาความหมายข้อมูล

7. เครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ แบบสอบถาม นิยมใช้ในขั้นตอนการสำรวจ ผู้วิจัยออกแบบสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือหลัก แล้วเสริมด้วยการสำรวจเชิงคุณภาพก็ได้ ประโยชน์ของแบบสอบถามคือ ผู้ให้ข้อมูลสามารถ ตอบคำถามได้รวดเร็ว และง่ายต่อการประมวลผล ข้อควรระวังในการออกแบบสอบถามคือ ข้อคำถามควรให้เหมาะสมกับระดับการศึกษา และวัฒนธรรมของผู้ตอบแบบสอบถามที่ดีไม่ควรมีความยาวเกินไปควร ออกแบบให้มีความกระชับ รูปแบบควรออกแบบให้ดูสบายดี และควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่สร้างความอึดอัด และไม่ชี้แนะผู้ตอบไปทางใดทางหนึ่ง (อารีย์วรรณ, 2559)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตัวผู้วิจัยเองถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยจะต้องฝึกตนเองให้มีความพร้อม และเตรียมเครื่องมือในการวิจัยอย่างอื่นด้วย เช่น เทปบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก ปากกา กล้องถ่ายรูป หรือในบางครั้งอาจใช้แบบสอบถามหรือแบบสำรวจเพิ่มเติมก็ได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องฝึกฝนตนเองให้สามารถใช้เทคนิควิธีการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การตั้งคำถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่ม และการ บันทึกภาคสนาม เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (วรรณดี, 2562)

การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจะต้องทำการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งบางครั้งอาจทำไปพร้อม ๆ กับขณะรวบรวมข้อมูลก็ได้ การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ มักใช้วิธีการที่เรียกว่า การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย โดยการเปลี่ยนผู้สังเกตหรือสัมภาษณ์ และ 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้วิธีการสังเกตควบคู่ไปกับการซักถาม

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลแบบวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้สถิติช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลเช่นเดียวกับวิจัยเชิงปริมาณ โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลแบบวิจัยเชิงคุณภาพจะใช้แนวคิดทฤษฎีเป็นกรอบในการวิเคราะห์ โดยวิธีการหลักที่ใช้ มี 2 วิธี คือ วิธีแรก เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความ ซึ่งได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ที่ได้จดบันทึกไว้จากสิ่งที่เป็นรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น โดยผู้วิจัยได้เห็นหลาย ๆ เหตุการณ์และได้ทำการตรวจสอบข้อมูล แบบสามเส้าแล้ว ข้อมูลที่ไม่ต้องการจะถูกกำจัดออกไปได้ หลังจากนั้นทำการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย โดยการเขียนเป็นประโยคหรือข้อความตามกรอบแนวคิดทฤษฎีหรือตอบปัญหาของการวิจัย วิธีที่สอง เป็นการวิเคราะห์เนื้อหาได้จากการศึกษาเอกสาร ในการวิเคราะห์เอกสารนั้น ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงบริบทหรือสภาพแวดล้อมของข้อมูลเอกสารที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย ว่ามีการ

เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองวิธีนี้ ผลการวิเคราะห์จะเป็นแบบบรรยาย ไม่มีสูตรสำเร็จตายตัว ดังนั้น การมีกรอบความคิดหรือทฤษฎีที่หลากหลายจะมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการช่วยวิเคราะห์ข้อมูลได้ลึกซึ้งและได้ข้อสรุปที่หนักแน่น น่าเชื่อถือ (วรรณดี, 2562)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีเป้าหมายสำคัญในมิติคุณภาพความปลอดภัยของงานผู้ป่วยนอก การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิผลต้องมีกรอบและกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน การประเมินความเสี่ยง ในคลินิกผู้ป่วยนอกที่มีความครอบคลุมการบริหารความเสี่ยงเรื่องยา การพลัดตกหกล้ม การระบุตัวบุคคล ระบบการคัดกรอง การติดเชื้อ การส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูล ความเสี่ยงด้านโภชนาการ ความเสี่ยงเรื่องความปวด การเจ็บป่วยระยะยาว การตอบสนองต่อภาวะที่ทรุดลงของผู้ป่วยนอก ความพึงพอใจในบริการ มีการรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด การรายงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการอบรม จดบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ กระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย การเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กรกำหนดบริบท และ การกำหนดวัตถุประสงค์ การสื่อสารและปรึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประเมินความเสี่ยง โดยมีการระบุเหตุการณ์ความเสี่ยง การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง การยอมรับความเสี่ยง การจัดการการตอบสนองรับมือกับความเสี่ยง การกำหนดกิจกรรมติดตามการควบคุมและทบทวนความเสี่ยง ตามประยุกต์นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ โดยนำแนวความคิดการพัฒนาคุณภาพเชิงระบบของโดนาบีเดียน มาบูรณาการเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ของคลินิกหูคอจมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ช่วยให้มองเห็นการจัดการคุณภาพในเชิงระบบ ช่วยให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสัมพันธ์กันขององค์ประกอบหลักทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก ซึ่งได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ เนื่องจากโครงสร้างที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการและผลลัพธ์ที่ดีด้วยเช่นกัน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) ของผู้วิจัยทีมผู้ให้บริการสุขภาพการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมกันวางแผนปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติสังเกตและปรับปรุงแผนร่วมกัน ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจนได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

บทที่ 3
วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้ระเบียบการวิจัย เชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research)และ 2) ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของ โดนาบิเดียน (Donabedian, 2005) โดยวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในการให้บริการคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 3 องค์ประกอบหลัก คือด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และ ผลลัพธ์ (output) ระยะที่ 2) การพัฒนารูปแบบของการให้บริการคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตามแนวคิดเคมมิสและแมคทาคกาท (Kemmis & McTaggart, 2014) มาใช้ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด ระยะที่ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประเมินผลโดยการติดตามอัตราการปฏิบัติตามรูปแบบบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นของบุคลากรในคลินิกหูคอจมูก ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดขั้นตอนวิจัยดังต่อไปนี้

การเลือกพื้นที่การศึกษา

การดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิก หู คอ จมูก 1 คลินิกในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระยะเวลาพัฒนา เดือนมกราคม 2564 – ตุลาคม 2564 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นสถานพยาบาลระดับเหนือกว่าตติยภูมิ

คลินิก หู คอ จมูก มีบริบทที่มีความพร้อมที่เหมาะจะเป็นพื้นที่ในการศึกษาและสามารถเป็นตัวแทนของคลินิกอื่น ๆ ได้ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เนื่องจากมีบริบทที่มีการดูแลผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ และให้บริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนที่เหนือกว่าตติยภูมิในภาคใต้จาก 14 จังหวัดภาคใต้และมีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในการดูแลเช่น ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนต้นอุดกั้น ผู้ป่วยกลุ่มทางเดินหายใจ กลุ่มเจาะคอ เจาะท้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยเวียนศีรษะบ้านหมุน กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ที่ต้องให้ยานอนหลับก่อนตรวจประสาทการได้ยิน ศักยภาพคลินิกหูคอจมูก มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ให้บริการคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกมะเร็ง คลินิกโรคหู ฯลฯ มีการทำหัตถการเสร็จสิ้นภายในคลินิก

คลินิก หู คอ จมูก มีพื้นที่แบ่งตามจุดบริการดังนี้คือจุดบริการด่านหน้าสำหรับคัดกรองผู้ป่วย จุดเรียกชื่อเข้าห้องตรวจ ห้องรถนั่งรถนอน ห้องหัตถการ ห้องตรวจ ห้องฝึกพูด ห้องตรวจการทรงตัว ห้องตรวจการได้ยิน จุดบริการก่อนกลับบ้าน มีห้องตรวจ 17 ห้อง ห้องหัตถการและส่องกล้อง 1 ห้อง (8 เตียง) ห้องตรวจการได้ยินและโสตประสาทการได้ยิน 5 ห้อง ห้องตรวจการ

ทำงานของสายเสียง 1 ห้อง ห้องฝึกพูด 2 ห้อง ห้องตรวจของนักศึกษาแพทย์ 1 ห้อง อัตรากำลังคน ประกอบด้วย พยาบาล 4 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 6 คน และพนักงานช่วยการพยาบาล 8 คน รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 18 คน พยาบาลภาควิชาโสตศอนาสิกประจำห้องมะเร็ง 1 คนเจ้าหน้าที่ฝึกพูด1คน เจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน 4 คน แพทย์ออกตรวจในคลินิกหูคอจมูกทั่วไปวันละ 8-10 คน คลินิกเฉพาะโรค วันละ 2-5 คน (วันราชการ) และ 2-3 คน (นอกเวลาราชการ) ปริมาณงาน: ผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 250 คน (ในเวลาราชการ) และเฉลี่ยวันละ 30 คน (นอกเวลาราชการ) ให้บริการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ และทำหัตถการเพื่อการรักษาและวินิจฉัยเฉลี่ย 60 ราย/วัน รับ refer รายใหม่ประมาณ 10 ราย/วัน รับปรึกษาจากคลินิกอื่นหรือหอผู้ป่วย ประมาณ 13 ราย/วัน นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7 ราย/วัน มีผู้ป่วยฉุกเฉิน เฉลี่ย 1-2 ราย/วัน ให้สุขศึกษาผู้ป่วย เฉลี่ย 10 ราย/วัน การเตรียมผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดแบบ OPD case ประมาณ 3-4 ราย/วัน ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องให้เลือดเฉลี่ย 30 ราย/ปี รับปรึกษาทางโทรศัพท์ เฉลี่ย 250 ราย/วัน การโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยเฉลี่ย 20 ราย/วัน นอกจากนี้ยังให้บริการตรวจวินิจฉัยรักษาโดยใช้เครื่องมือพิเศษ มีการทำหัตถการภายในคลินิก มีการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังทำหัตถการมีห้องหัตถการและเครื่องมือส่องกล้องที่ทันสมัยที่ตรวจทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน

กลุ่มเป้าหมาย

การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบความเสี่ยงคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก patient care team (PCT) หูคอจมูก เจ้าหน้าที่หน่วยบริการจากภาควิชาโสตศอนาวิทยาที่ให้บริการ ที่ห้องตรวจผู้ป่วยมะเร็ง ห้องตรวจการได้ยิน ห้องฝึกพูด และ เจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการหู คอ จมูกทั้งหมด) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติคัดเข้าที่กำหนดไว้ การศึกษาครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 4 กลุ่มรวม 31 คน ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 1 หมายถึง หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน และ เป็นพยาบาลของห้องตรวจหู คอจมูก 2 คน พยาบาลประจำห้องมะเร็งและห้องตรวจการได้ยิน 1 คน ทั้งหมด 4 คน

กลุ่มที่ 2 อาจารย์แพทย์และแพทย์ที่อยู่ใน PCT ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยา งานผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก อาจารย์แพทย์หู คอ จมูก จำนวน 3 คน แพทย์ประจำบ้านหูคอจมูกที่ประจำ PCT งานผู้ป่วยนอก จำนวน 7 คน) รวมจำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 3 บุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านในคลินิก หู คอ จมูก อันได้แก่ พนักงานช่วยการพยาบาล 8 คน ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน

กลุ่มที่ 4 เจ้าหน้าที่ภาควิชาในห้องตรวจการได้ยิน เจ้าหน้าที่ห้องตรวจฝึกพูด 5 คน

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่คัดเข้าการศึกษา (inclusion criteria)

1. ปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานผู้ป่วยนอกในคลินิก หู คอ จมูก มาอย่างน้อย 1 ปี
2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. ย้ายสถานที่ทำงานระหว่างทำวิจัย
2. ไม่ได้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องระหว่างที่มีการศึกษา
3. ไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกกลุ่มที่ให้บริการในคลินิกหูคอจมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 3 ระยะหลัก ได้แก่ 1) ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง 2) ระยะการพัฒนารูปแบบ 3) ระยะประเมินผลรูปแบบ และเพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างถูกต้องและไม่ละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เอกสารเลขที่ REC.64 -103 -19-9 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2564 เพื่อผ่านความเห็นชอบทางด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ และใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุมัติหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการผ่านความเห็นชอบในการทำวิจัยโดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงฝ่ายบริการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย และทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัยขออนุญาตจากหัวหน้าผู้ป่วยนอก 1 เพื่ออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัยทุกขั้นตอนจนกว่าจะเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยในคลินิกหูคอจมูก
4. ติดต่อกลุ่มเป้าหมายและหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกและผู้ตรวจการพยาบาลแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง สนทนากลุ่มโดยมีการแยกสนทนากลุ่มแต่ละระดับนัดหมายวันเวลาแต่ละกลุ่ม เก็บข้อมูลสอบถามความคิดเห็น เก็บแบบสอบถามความพึงพอใจ การจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง สังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบ แบบรายงานอุบัติการณ์ ด้วยตัวผู้วิจัยเองผู้วิจัยได้ดำเนินตามหลักจริยธรรมการวิจัยแล้ว ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1) ขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง 2) ขั้นการพัฒนารูปแบบ 3) ประเมินผลรูปแบบ ดังมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในการให้บริการในคลินิก หู คอ จมูก

วัตถุประสงค์ของการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความเสี่ยงการบริหารความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก ให้ได้ข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงและระบบที่จะนำไปพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงในคลินิกหูคอจมูก

1. รวบรวมรายการความเสี่ยงจากทุกแหล่งที่เกี่ยวข้องจากแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีคือปี 2560 – 2564 ที่เกี่ยวข้องกับคลินิกหูคอจมูกได้แก่ 1) Service profile 5 ฉบับ 2) Risk Profile 5 ฉบับ 3) รายงานอุบัติการณ์และในระบบ HIS จำนวน 72 รายการ 4)ข้อร้องเรียน 4 5) รายการคำติชม 4 รายการ 6) การทบทวนเวชระเบียนในรายที่เกิดอุบัติการณ์และข้อร้องเรียนอื่นที่เกี่ยวข้องจำนวน 81 รายการ7) หลักฐานการบันทึกอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในคลินิกหูคอจมูก ได้แก่ สมุดบันทึกรายงานผิดปกติในคลินิก 5 เล่ม 8) นโยบายด้านความเสี่ยงฝ่ายบริการพยาบาลและนโยบายคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ฉบับปัจจุบันปี 2563 – 64 จำนวน 15 ฉบับ

2. สนทนากลุ่มกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับคลินิก หู คอ จมูก ทุกกลุ่มมีการบันทึกเสียงโดยผ่านการขออนุญาตกับทุกกลุ่มตามหลักจริยธรรมปกป้องสิทธิผู้ร่วมวิจัย การวิเคราะห์ความเสี่ยงบริบทสถานการณ์ที่เสี่ยง และการศึกษาข้อมูลเอกสารในคลินิกหูคอจมูก การวิเคราะห์บริบทสถานการณ์ที่เสี่ยง ระบบงานและขั้นตอนที่เกิดความเสี่ยงผู้ป่วยกลุ่มใดที่เกิดความเสี่ยง การศึกษาข้อมูลเอกสารในคลินิก หู คอ จมูก เวชระเบียนผู้ป่วยที่เคยเกิดอุบัติการณ์ ระบบขั้นการเข้ารับบริการของผู้ป่วยทุก ๆ จุดบริการ ทุกขั้นตอนที่เข้ารับบริการทุกขั้นตอนกระบวนการการตรวจในคลินิกหูคอจมูก การเข้าถึง ขั้นตอนแรกรับ การคัดกรองเข้าตรวจ การลงทะเบียน การรอเรียกตรวจ การเข้าตรวจ การเข้าพบแพทย์ การทำหัตถการในห้องหัตถการ การเฝ้าระวังระหว่างรอตรวจ การเข้ารับบริการพบพยาบาลหลังพบแพทย์ ผู้ป่วยห้องรถนั่งรถนอน ในห้องฝึกพูด ห้องตรวจการได้ยิน ขั้นตอนก่อนกลับบ้าน ขั้นตอนกลับบ้านหรือ ออกจากคลินิกหูคอจมูก ขั้นตอนการนำส่งที่ตึกผู้ป่วยในและห้องผ่าตัด หรือกลับบ้าน สนทนากลุ่มกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับคลินิกหูคอจมูกทุกกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสียของคลินิกหูคอจมูก

วิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ขั้นตอนนี้เป็นการทำความเข้าใจสถานการณ์ที่จะศึกษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลังได้ผลการสนทนากลุ่มมีการประชุมคืนข้อมูลและแจ้งผลการสนทนากลุ่มไปยังทุกกลุ่มเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม และมีเป้าหมายที่จะศึกษาดังนี้ รวบรวมหลักฐานของสถานการณ์ปัจจุบัน ด้วยการสังเกตบริบท บันทึกสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องกล่าวถึง ปฏิบัติการสนทนากลุ่ม การรับฟังข้อคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มของผู้เกี่ยวข้องและต้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ให้ข้อมูล พิจารณา แนวนโยบาย รายงานการประชุม ข้อปฏิบัติคำประกาศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวบรวมหลักฐานภูมิหลังของประเด็นความเสี่ยงในคลินิกหูคอจมูกค้นหาหลักฐานการบันทึกความเสี่ยง ย้อนหลัง 5 ปี การค้นหาความเสี่ยงจากการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูล และวิเคราะห์ความเสี่ยงจากทุกจุดบริการของคลินิกหูคอจมูก ศึกษาจากเอกสารศึกษาสถานการณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง ศึกษาจากบัญชีความเสี่ยงเดิมของคลินิก

หู คอ จมูก ศึกษาจากรายงานอุบัติการณ์เดิมศึกษาระบบความเสี่ยงจากทุกขั้นตอนของจุดบริการ วิเคราะห์ความเสี่ยงทุกจุดบริการจากการนำเสนอของผู้ร่วมวิจัยทุกคนวิเคราะห์ระดับโอกาสเกิดและผลที่จะตามมาของทุกความเสี่ยง ใน risk profile คำนวณระดับความเสี่ยงด้วยการเอาโอกาสเกิดกับผลที่จะตามมา มาบวกกัน แบ่งรายการความเสี่ยง เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่สำคัญสูง สำคัญปานกลาง และกลุ่มที่สำคัญน้อย ผลที่ได้จากขั้นตอนนี้คือสถานการณ์ปัจจุบันที่สะท้อนให้เป็นปัญหาระบุปัญหาและความต้องการพัฒนาตลอดจนสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น เพื่อให้ได้ draft risk management เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในคลินิกหูคอจมูก

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่สร้างจากแนวคิดการจัดการเชิงระบบและการบริหารความเสี่ยง แนวคำถามสนทนากลุ่มเป็นแบบคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ และสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อ (ภาคผนวก ก) แนวคำถามกึ่งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลังจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านความเสี่ยงจำนวน 3 คน พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านความเสี่ยง 1 คนอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความเสี่ยง 1 คน อาจารย์แพทย์ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาที่ทำงานด้านความเสี่ยง 1 คน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน ความถูกต้อง และเหมาะสมของเนื้อหา คำนวณค่าสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (IOC) รายข้ออยู่ในช่วง 0.67 – 1 หลังจากปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย

2.1.1 ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับวิธีการเชิงคุณภาพในการวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการคลินิกหูคอจมูก และการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research)

2.1.2. แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Interview guidelines) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวทางชุดคำถามแบบสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการจัดการความเสี่ยง งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) แนวคำถามสนทนากลุ่ม (focus group) ประกอบด้วยแบบ สอบถามส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล 7 ข้อและแนวคำถามสนทนากลุ่มมี 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิด (open-ended questions) ใช้ในระยะขั้นตอนที่ 1 ในการวิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกคลินิกหูคอจมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีการทำ pilot test โดยนำไปถามกลุ่มคนที่ลักษณะคล้ายกับผู้ให้ข้อมูลปรับปรุงให้ง่ายแล้วไปใช้จริงกับผู้ให้ข้อมูล

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสนทนากลุ่ม การสังเกต แบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเป็นผู้นำการสนทนากลุ่ม โดยนัดหมายวันเวลา และสถานที่ และขออนุญาตการบันทึกการสนทนากลุ่มล่วงหน้ากับผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่ม ใช้เวลาสนทนากลุ่มละ 60- 90 นาที ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยวิธีตรวจสอบข้อมูลกันเองในกลุ่มและคืนข้อมูลคืนสู่กลุ่มหลังการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อประกอบการแปลความหมาย ร่วมกับการถอดเทป และตรวจสอบสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ขณะ

สนทนากลุ่มว่ามีความหมายเหมือนเดิมหรือไม่ ผู้วิจัยจะสอบถามซ้ำผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจตรงกันหลังการสนทนากลุ่ม

2.3.เครื่องมือในการดำเนินการกลุ่ม ได้แก่ เครื่องบันทึกเทปสำหรับการสนทนากลุ่มภาคสนาม 2 เครื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของระยะที่ 1 ขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์ การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือชุดแรกระยะศึกษาสถานการณ์คือ 1) แนวคำถามสนทนากลุ่ม สอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นตรวจสอบความถูกต้องความตรงของเนื้อหาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านความเสี่ยงจำนวน 3 คน ในเครื่องมือชุดที่1 ช่วงวิเคราะห์สถานการณ์คือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านความเสี่ยง 1 คน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านความเสี่ยง 1 คน อาจารย์แพทย์ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาที่ทำงานด้านความเสี่ยง 1 คน แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษามีดังนี้ คือปรับแนวคำถามสนทนากลุ่ม ปรับเนื้อหารายละเอียดของแบบสอบถาม ในส่วนของแนวคำถามสนทนากลุ่ม นำมาคำนวณหาความตรงของเนื้อหา หาค่า IOC ของเครื่องมืออยู่ในระหว่าง 0.67 -1 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่มมาถอดเทป และวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำต่อคำ มาวิเคราะห์ใจความหลักโดยการลงรหัสจัดหมวดหมู่ สร้างตารางวิเคราะห์ แล้วนำมาหาแก่นของสาระ เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สำคัญของการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ที่มีประเด็นและโอกาสพัฒนา หลังการวิเคราะห์นัดประชุมทุกกลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลที่วิเคราะห์ได้กับทุกกลุ่มให้รับทราบและโต้แย้งข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบระบบบริหารความเสี่ยง

การดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงโดยใช้กรอบการพัฒนาเชิงระบบโดยวิเคราะห์โอกาสพัฒนาตามโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ในคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาล

สงขลานครินทร์ ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติร่วมกับการสังเกต และสะท้อนกลับ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. สร้างร่างรูปแบบครั้งที่ 1 โดยสร้างจากข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในขั้นตอนที่ 1 เชิญประชุมผู้มีส่วนร่วมกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มคืนข้อมูลที่ได้และเพื่อระดมความคิดเห็นต่อการร่างรูปแบบครั้งที่ 1

2. นำร่างรูปแบบครั้งที่ 1 มาตรวจสอบคุณภาพโดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญตรวจสอบ ประเมินความถูกต้อง มีประโยชน์ เหมาะสม ด้านมาตรฐานและครอบคลุมด้านความเสี่ยง 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ประจำ PCT 1 คน อาจารย์แพทย์ประธานความเสี่ยง 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้จัดการความเสี่ยง 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่เป็นประธานความเสี่ยงของฝ่ายบริการพยาบาล 1 คน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ที่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นทำงานคุณภาพ 1 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาเสนอแนะมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ผู้วิจัยจัดทำ คู่มือบริหารความเสี่ยง และคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานสำคัญที่จำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิกหูคอจมูก และแบบสอบถามความพึงพอใจของการใช้คู่มือทั้งสองเล่ม รวมถึงแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามรูปแบบทุกจุดบริการ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างวางแผนจัดอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือความเสี่ยง non-technical skill วางแผนให้บุคลากรทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการอบรม รวมเครื่องมือในขั้นตอนพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงทั้งหมด 7 รายการ ผู้วิจัยได้ขอคำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการเครื่องมือทั้งหมดจากอาจารย์ที่ปรึกษา และหลังจากนั้น นำเครื่องมือทั้ง 7 รายการ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ความตรงต่อเนื้อหา ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งานพร้อมข้อเสนอแนะ

4. สร้างรูปแบบครั้งที่ 2 เป็นการนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในคลินิกหู คอ จมูก หลังจากนั้นนำไปดำเนินการพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการตามวงรอบ

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Acting)

ดำเนินการโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับกลุ่มบุคลากรคลินิก หู คอ จมูก 1 วัน เพื่อนำเสนอร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ผู้วิจัยชี้แจง และทำความเข้าใจ กับผู้ร่วมวิจัย เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงานแนวทางการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และร่วมกันวางแผนในการดำเนินกิจกรรม นำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปสู่การปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. การพัฒนาอบรมการบริหารความเสี่ยง อบรมการใช้เครื่องมือบริหารความเสี่ยง อบรมการคัดกรองด้วยระบบ ESI ให้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพได้ทดลองใช้คู่มือบริหารความเสี่ยง 1 เล่ม และคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิกหูคอจมูก 1 เล่ม โดยกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องนำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติ รวมทั้งจัดประชุมออนไลน์ชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยง โดยมีการปฏิบัติดังนี้ รวมทั้งการเชิญวิทยากรอบรมออนไลน์เรื่องการคัดกรอง ESI มีการสอบ และทำความเข้าใจหลังการอบรมเจ้าหน้าที่ทุกระดับและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรของคลินิก หู คอ จมูก โดยอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือบริหารความเสี่ยง จัดอบรม non-technical skill กับให้ กลุ่ม Non nurse ทดลองการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยง และคู่มือ ชุดมาตรฐานความรู้ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ของคลินิกหูคอจมูกกับกลุ่มพยาบาล หลังการสอนให้ความรู้และการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยง จึงได้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจ

2. กำหนดแนวทางบริหารความเสี่ยงทุกจุดบริการ

3. ปรับปรุงพื้นที่เพื่อเอื้อต่อการบริหารความเสี่ยงตามที่ทุกคนนำเสนอความคิดเห็นใน risk prevention

4. พัฒนารูปแบบการสื่อสารร่วมกับ ทีมนำทางคลินิก (PCT) ในการบริหารความเสี่ยง ประชุมร่วมกับทีมนำทางคลินิกหูคอจมูกในการจัดตั้งทีมงานและผู้รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยงร่วมกันและพัฒนาเครื่องมือในการสื่อสารการรายงานความเสี่ยงในทีมนำทางคลินิก หู คอ จมูก โดยมีระบบการรายงานทุกเดือนและประชุมเพื่อหาทางแก้ไขหาต้นตอของปัญหาร่วมกัน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะลงมือปฏิบัติการ

1. คู่มือบริหารความเสี่ยงสำหรับคลินิก หู คอ จมูก 1 เล่มและคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิก หู คอ จมูก 1 เล่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตาม 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล อนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตั้งองค์กรในขั้นที่ 3 และขั้นก้าวหน้า รวมคู่มือสำหรับประกอบการบริหารความเสี่ยง 2 เล่ม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) ในระยะปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือโดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นสร้างข้อคำถามตามขอบเขตและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามและแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ชัดเจนตามโครงสร้างเนื้อหาใน ให้ตรงกับกรอบแนวคิดการวิจัย หลักของการวิจัยแล้ว หาความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านความเสี่ยงจำนวน 5 คนเป็นอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความเสี่ยง 1 คน พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านความเสี่ยง 2 คนอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความเสี่ยง 1 คน อาจารย์แพทย์ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยา 1 คน เป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหาวิจัย เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยการหาความตรงของเนื้อหา การทดสอบความตรงตามสภาพ หลังจากนั้นและนำมาปรับปรุงแก้ไข วิเคราะห์ออกแบบระบบบริการจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบบประเมิน เนื้อหาคู่มือการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื้อหาคู่มือการบริหารความเสี่ยง CVI = 0.80 เนื้อหาคู่มือชุดความรู้มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิกหู คอ จมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื้อหาคู่มือการบริหารความเสี่ยง CVI = 0.95

2.3 ขั้นตอนการสังเกต (Observing)

แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทุกกลุ่ม ทุกจุดบริการในคลินิก หู คอ จมูกเป็นแบบสังเกตเป็นคำถามเป็นแบบ (check list) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากบริบทของคลินิก หู คอ จมูก และการทบทวนเอกสารมาตรฐานความปลอดภัยการปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกและจากสถาบันรับรองคุณภาพ แนวปฏิบัติเฉพาะโรค และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้คะแนนปฏิบัติเป็น 1 ไม่ปฏิบัติเป็น 0 จำนวน 103 ข้อในการนำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติทุกจุดบริการหลังการทดลองใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปแล้ว 1 เดือน โดยสังเกตครอบคลุมทุกจุดบริการดังนี้ จุดด่านหน้าจุดคัดกรอง จุดลงทะเบียน จุดเรียกชื่อ จุดรถนั่งรถนอน ห้องหัตถการ ห้องตรวจ ห้องตรวจการได้ยินฝึกพูด จุดรอพบพยาบาลก่อนกลับบ้าน เป็นการสังเกต ติดตามกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการสังเกตในขณะทำงานตามรูปแบบที่พัฒนาอื่นทุกด้าน แบบสังเกตจะมีแบบสังเกต การปฏิบัติทุกจุดบริการโดยผู้ช่วยวิจัยเป็นการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมสังเกตตามแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น ส่วนผู้วิจัยจะสังเกตการณ์ปฏิบัติงานปัญหาหรืออุปสรรคอื่นที่สังเกตได้ตามรูปแบบการพัฒนาทุกด้านแบบมีส่วนร่วมขณะปฏิบัติงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของขั้นตอนการสังเกต

แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก แบบประเมินมีระบบการหาความเชื่อมั่นของแบบสังเกต (Interrater reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้สังเกต 2 คนคืออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้วิจัยโดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกต ผลการสังเกตพบว่าตรงกันทุกข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (Reflecting)

หลังได้ร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์แล้ว แจ้งหัวหน้าผู้ป่วยนอก 1 ประกาศใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของ คลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ขั้นตอนนี้เป็นการสะท้อนความคิดของกลุ่มเป้าหมาย โดยการสัมภาษณ์ ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ในการอบรม Non-technical skill และสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือ 2 เล่ม นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสัมภาษณ์สะท้อนคิดความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยเครื่องมือในการเก็บข้อมูลมีดังนี้

2.4.1. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยงและชุดความรู้มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิก หู คอ จมูก มีจำนวน 9 ข้อ

2.4.2. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร non – nurse ภายหลังการอบรม non- technical skill ในคลินิกหูคอจมูก ประกอบด้วยข้อคำถามต่อความพึงพอใจต่อเนื้อหารูปแบบการจัดและวิทยากรรายการ 13 ข้อ ลักษณะคำถามของแบบประเมินความพึงพอใจเป็นแบบมาตราส่วนประกอบประมาณค่า (rating scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจดังนี้

คะแนนของตัวเลือก	ระดับความพึงพอใจ
5	พึงพอใจมากที่สุด
4	พึงพอใจมาก
3	พึงพอใจปานกลาง
2	พึงพอใจน้อย
1	พึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ผู้วิจัยแบ่งการแปลผลค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ คำนวณและแบ่งอันตรภาคชั้นระดับความพึงพอใจ ในแต่ละระดับโดยคำนวณค่าพิสัย (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ เท่ากับ (5-1)/5 = 0.8 (บุญใจ, 2553)

จากเกณฑ์พิจารณาดังกล่าวจึงกำหนดให้แบ่งระดับพึงพอใจได้ 5 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 -5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 -4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 -3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 -2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน เก็บข้อมูลภายหลังนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล คำนวณค่า CVI = 0.95 2) แบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานภายหลังนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ไปใช้ CVI = 1.0

3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 4 กลุ่มโดยสุ่มตัวแทนจากการใช้รูปแบบ 1 เดือน ผู้วิจัยเข้าร่วมการสังเกตขณะปฏิบัติงานและมีการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติสะท้อนคิดผู้ร่วมวิจัยดังนี้ โดยการสุ่มสังเกตและสัมภาษณ์จากตัวแทนกลุ่มโดยสัมภาษณ์พยาบาล 3 คน จาก 4 คน สัมภาษณ์ พนักงานช่วยการพยาบาล 8 คนจากทั้งหมด 8 คน สัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 6 คนจากทั้งหมด 6 คน สัมภาษณ์แพทย์ 2 คนจาก 10 คน สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน 3 คน จากทั้งหมด 5 คนรวมผู้ให้ข้อมูล 22 คนโดยเน้นผู้ปฏิบัติงานของคลินิก หู คอ จมูก เป็นหลัก คำถามสะท้อนคิดต่อรูปแบบบริหารความเสี่ยง 10 ข้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารความเสี่ยง คลินิก หู คอ จมูก 11 ข้อ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 2 ข้อแนวคำถาม 2 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 1) ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2) ปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงการแก้ไขปัญหาและการต้องการความช่วยเหลือจากผู้วิจัยหรือผู้บริหาร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของระยะสะท้อนกลับ

1) เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ 2 ชุด โดยประเมินความพึงพอใจคู่มือบริหารความเสี่ยง และคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานที่สำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 2) คู่มือบริหารความเสี่ยง 1 เล่ม 3) คู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานที่สำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 4) และ ชุดคำถามในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างช่วงระยะสะท้อน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือโดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นสร้างข้อคำถามตามขอบเขตและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามและแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ชัดเจน ตามโครงสร้างเนื้อหาใน ให้ตรงกับกรอบแนวคิดการวิจัย หลักของการวิจัยแล้ว หาความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านความเสี่ยงจำนวน 5 คนเป็นอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความเสี่ยง 1 คน พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านความเสี่ยง 2 คนอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความเสี่ยง 1 คน อาจารย์แพทย์ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยา 1 คน เป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหา เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงของเนื้อหา การทดสอบความตรงตามสภาพ หลังจากนั้นและนำมาปรับปรุงแก้ไขวิเคราะห์ออกแบบระบบบริการจัดการความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ขั้นตอนนี้ มีการดำเนินงาน ปรับรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้จริงในคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ระยะสะท้อนกลับ

1. แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อคู่มือบริหารความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก CVI = 1

2. แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการอบรม non- technical skill ในคลินิก หู คอ จมูก CVI = 0.98

3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยอาจารย์ที่ปรึกษาปรึกษา ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงของเนื้อหา การทดสอบความตรงตามสภาพ หลังจากนั้นและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

ระยะ ที่ 3 ขั้นประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของ คลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ระยะการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูกโ รงพยาบาลสงขลานครินทร์หลังการทดลองใช้ 1 เดือน จึงประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ โดยสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบบริหารความเสี่ยงจากผู้ร่วมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับคลินิกหูคอจมูก ติดตามอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

เครื่องมือในระยะการดำเนินการวิจัยขั้นประเมินผลประกอบด้วย

3.1. แบบรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในระยะประเมินผลลัพธ์ ติดตามรายงานอุบัติการณ์ในคลินิก หู คอ จมูกและรายงานตามแบบฟอร์มอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3.2 แบบสอบถามประเมินความคิดเห็นของรูปแบบบริหารความเสี่ยงจากผู้ร่วมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับคลินิก หู คอ จมูก แบบสอบถาม มี 11 ข้อ

แบบประเมินความต่อรูปแบบของผู้ปฏิบัติในการนำไปปฏิบัติ ประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานที่มีต่อคุณภาพรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการของคลินิกหูคอจมูก ประกอบด้วยหัวข้อ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง (Feasibility) ความครอบคลุมในการปฏิบัติ โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

5 = เห็นด้วยมากที่สุด
4 = เห็นด้วยมาก
3 = เห็นด้วยปานกลาง
2 = เห็นด้วยน้อย
1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด

ผู้ตอบแบบประเมินสามารถเลือกคำตอบแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น การแปลผลค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้ระดับผู้วิจัยแบ่งการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนออกเป็น 5 ระดับ เนื่องจากค่าคะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้มีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน จึงสามารถคำนวณและแบ่งช่วงชั้นระดับความเป็นไปได้ ในแต่ละระดับโดยค่าพิสัย (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ เท่ากับ (5-1)/5 = 0.8 (บุญใจ, 2553)

จากเกณฑ์พิจารณาดังกล่าวจึงกำหนดให้แบ่งระดับความเห็นด้วยของความเป็นไปได้ 5 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 -5.00 หมายถึง มีความเป็นไปได้มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 -4.20 หมายถึง มีความเป็นไปได้มาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 -3.40 หมายถึง มีความเป็นไปได้ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 -2.60 หมายถึง มีความเป็นไปได้น้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.80 หมายถึง มีความเป็นไปได้บน้อยที่สุด

3.3 แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก แบบประเมินมีระบบการหาความเชื่อมั่นของแบบสังเกต (Interrater reliability) จำนวน 103 ข้อที่สังเกต ค่าความเชื่อมั่น ≥ 0.97 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้สังเกต 2 คนคืออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้วิจัยโดยผลการสังเกต ตรงกันทุกข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นประเมินผลรูปแบบบริหารความเสี่ยง

การใช้แบบสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงแต่ละจุดบริการแล้วนำมาวิเคราะห์ ความถี่ และร้อยละของการปฏิบัติ แบบสอบถามประเมินความคิดเห็นด้านความเป็นไปได้ของระบบความเสี่ยงว่าใช้ได้จริงจากผู้ร่วมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับคลินิก หู คอ จมูก และสอบถามด้านความครอบคลุมในการปฏิบัติจริง นำไปวิเคราะห์เชิงปริมาณรายด้าน รายข้อ ร้อยละ และรวมใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สรุปแสดงสร้างรูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของการให้บริการผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก ขั้นตอนดำเนินการวิจัยได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	**วิธีการ**	**เครื่องมือที่ใช้**
ระยะที่ 1 วิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง	1.ศึกษาจากเอกสารศึกษาสถานการณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง รวบรวมรายการความเสี่ยงจากทุกแหล่งที่เกี่ยวข้องจากแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีคือปี 2560 – 2564 ที่เกี่ยวข้องกับคลินิกหูคอจมูก ได้แก่ 1) Service profile 5 ฉบับ 2) Risk Profile 5 ฉบับ 3) รายงานอุบัติการณ์และในระบบ HIS จำนวน 72 รายการ 4)ข้อร้องเรียน 4 5) รายการคำติชม 4 รายการ 6) การทบทวนเวชระเบียนในรายที่เกิดอุบัติการณ์และข้อร้องเรียนอื่นที่เกี่ยวข้องจำนวน 81 รายการ	แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย คำถามคำถามส่วนบุคคล 7 ข้อ คำถามสนทนากลุ่ม 2 ข้อ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	วิธีการ	เครื่องมือที่ใช้
	7) หลักฐานการบันทึกอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในคลินิกหูคอจมูก ได้แก่ สมุดบันทึกรายงานผิดปกติในคลินิก 5 เล่ม 8) นโยบายด้านความเสี่ยงฝ่ายบริการพยาบาลและนโยบายคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปัจจุบันปี 2563 – 64 จำนวน 15 ฉบับ 2. สนทนากลุ่ม แยกกลุ่มสนทนาและสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยกับ 4 กลุ่ม กลุ่มละ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 60 - 90 นาที 3.ศึกษาจากบัญชีความเสี่ยงเดิมของคลินิก หู คอ จมูก รวบรวมรายการความเสี่ยง 4.ศึกษาจากรายงานอุบัติการณ์เดิม 5.ศึกษาระบบความเสี่ยงจากทุกขั้นตอนของจุดบริการ	
ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง กระบวนการ (PAOR) วางแผน (Planning)	1.จัดทำรูปแบบบริหารความเสี่ยง 2.จัดทำคู่มือการจัดการความเสี่ยง 3.จัดทำคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานสำคัญแนวปฏิบัตินำรูปแบบและคู่มือส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินการนำรูปแบบไปปฏิบัติและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ	1.แบบประเมินคู่มือบริหารความเสี่ยง และคู้มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานสำคัญ 2.รูปแบบและแนวปฏิบัติในคลินิก หู คอ จมูก นำร่างรูปแบบครั้งที่ 1 3. แบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากรูปแบบที่พัฒนา 10 ข้อ ข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	วิธีการ	เครื่องมือที่ใช้
ปฏิบัติการ (Acting)	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 1วัน เพื่อนำเสนอร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ผู้วิจัยชี้แจง และทำความเข้าใจกับผู้ร่วมวิจัย เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงานแนวทางการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง โดยกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องนำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติเป็นเวลา 1 เดือน มีการอบรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ด้านการบริหารความเสี่ยง การใช้เครื่องมือความเสี่ยง อบรมเรื่องการคัดกรองด้วยระบบ ESI อบรม เรื่อง Non-technical skill สำหรับ Non nurse	1. รูปแบบและคู่มือการบริหารความเสี่ยงและแนวปฏิบัติในคลินิก หู คอ จมูก นำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 (ผ่านการแก้ไขและแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ) 2. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยง และคู่มือ 9 มาตรฐานสำคัญต่อความปลอดภัยของพยาบาล 3. แบบประเมินความพึงพอใจหลังการอบรม Non-technical skill
การสังเกต (Observing)	การสังเกตติดตามกลุ่มเป้าหมาย ในการนำร่างรูปแบบครั้งที่ 1 ไปปฏิบัติทุกจุดบริการ โดยการใช้แบบสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงแต่ละจุดบริการแล้วนำมาวิเคราะห์ความถี่ และร้อยละของการปฏิบัติในขั้นตอนนี้เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกสังเกตให้ความรู้แนะนำก่อนการสังเกตจากผู้วิจัย	แบบสังเกตการปฏิบัติ check list ตามรูปแบบที่พัฒนา 103 ข้อ และการสังเกตบุคลากรที่ปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนา
การสะท้อนกลับ (Reflecting)	เป็นการสะท้อนความคิดของกลุ่มเป้าหมาย โดยสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบความเสี่ยงรูปแบบ	แบบสอบถามความคิดเห็นของคำถามสะท้อนคิดต่อรูปแบบบริหารความเสี่ยง 10 ข้อ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	วิธีการ	เครื่องมือที่ใช้
	ความเสี่ยง ครั้งที่ 2 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง	ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารความเสี่ยง คลินิก หู คอ จมูก 11 ข้อ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 2 ข้อ
ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	ติดตามรายงานอุบัติการณ์ตามแบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	รายงานอุบัติการณ์ตามแบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติในการนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ไปใช้

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในการวิจัยเชิงพัฒนาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายวิธี (methodology triangulation) ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสังเกต สัมภาษณ์และการทบทวนเอกสาร แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ หากข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกันจะถือว่าสามารถยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้านข้อมูล (data triangulation) โดยการยืนยันข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อมูลนั้นจะถือว่าสามารถยืนยันความน่าเชื่อของข้อมูลได้เช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ มีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่รวบรวมจากการสนทนากลุ่ม ในระยะศึกษาสถานการณ์ และแบบสนทนากลุ่ม นำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ตามหลักการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) มีขั้นตอน (อารีวรรณ, 2559) ดังนี้ การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) หลังจากการอภิปรายกลุ่มเสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาจัดระบบ ถอดเทปบันทึกเสียงจัดพิมพ์ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นขอความซ้ำกันหรือคล้ายกันรวบรวมเป็นข้อมูลที่อยู่ ในกลุ่มความหมาย เดียวกันไว้ในที่เดียวกัน แล้วประมวลผลสรุปเป็นประเด็น

สำคัญ หลังจากนั้นจึงจัดหมวดหมู่ ของข้อมูล ตามคุณสมบัติ และความคิดรวบยอด (Concept) ของแต่ละกลุ่ม และแยกข้อมูล ที่มีความหมายเกี่ยวข้องกันกับแต่ละองค์ประกอบ ออกจากข้อมูลที่ไม่มีความหมายและไม่เกี่ยวข้อง กับการวิจัย แล้วนำข้อมูลที่จัดหมวดหมู่แล้วมาสรุปเป็นประเด็นการปรับปรุงแก้ไขจากข้อเสนอแนะผู้ให้ข้อมูล และทำการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบจนสมบูรณ์ แล้วนำเสนอข้อมูลแบบบรรยาย (descriptive) (เพชรน้อย, 2552) มาสรุปเชิงวิเคราะห์

2. ข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นด้านความเป็นไปได้ของรูปแบบ แบบสังเกตและความพึงพอใจ นำไปวิเคราะห์เชิงปริมาณรายด้าน รายข้อ ร้อยละ และรวมใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทบาทผู้วิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาทในการวิจัย 3 ด้าน

1. ด้านการพยาบาล หัวหน้าคลินิกหูคอจมูก มีบทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษาเอกสารข้อมูล สื่ออุปกรณ์ในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ เสนอแนะ ความคิดเห็นปฏิบัติและปรับเปลี่ยนกิจกรรม ประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2. ด้านการเป็นผู้วิจัย ทำหน้าที่ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยง กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมทีมวิจัยร่วมวางแผนสู่การปฏิบัติ สังเกต ติดตามการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง แสดงความคิดเห็นสะท้อนกลับการใช้รูปแบบของกลุ่มเป้าหมายโดยผู้วิจัยจะไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเองเพื่อชักจูงความคิดเห็นกลุ่ม

3. ด้านการเป็นผู้ประสานการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมาย ทำหน้าที่ กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่วิจัย สนับสนุน กระตุ้น และช่วยเหลือในการดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

บทบาทผู้ช่วยวิจัย

ผู้ช่วยวิจัยในขั้นตอนนี้ คือ ผู้ช่วยวิจัยของภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาที่ทำงานอยู่ในคลินิกหูคอจมูกที่จะเข้าใจบริบทและเข้าใจบทบาทของบุคลากรทุกคนในคลินิกและรับทราบ แนวปฏิบัติทุกแนวปฏิบัติที่ใช้ในคลินิกหูคอจมูกเป็นผู้เก็บข้อมูลอยู่ในขั้นตอนในระยะสังเกตของงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในคลินิกหู คอ จมูก ตาม Work flow care process ในคลินิก หู คอ จมูก วิธีการประเมิน คือ การสังเกตในจุดบริการทุกจุดบริการของคลินิกหู คอ จมูก ตามเอกสารเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือแบบเช็คลิสต์ (check list)

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1. ผู้วิจัยอธิบายภาพรวมวิจัยและหัวข้อในการสังเกตโดยให้ผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ของคลินิก หู คอ จมูก ในด้านความเสี่ยง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้คำแนะนำจากผู้วิจัย มีการทดลองการสังเกตพร้อมผู้วิจัยหลังจากนั้นจึงให้ผู้ช่วยวิจัยสังเกตทุกจุดบริการแบบไม่มีส่วนร่วม

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาช่วยในการสังเกตการปฏิบัติแทนผู้วิจัยเพื่อลดอคติในการเก็บข้อมูลในการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในระยะสังเกต ผู้ช่วยวิจัยมีประสบการณ์ในการทำงานเพื่อเก็บข้อมูลวิจัยภาควิชาโสตศอนาสิกมา 10 ปีและสามารถสังเกตการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่คลินิกหูคอจมูกได้ทุกจุดบริการโดยไม่กระทบต่องานปกติของเจ้าหน้าที่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอนตลอดการศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัย เพื่อขอรับรองด้านจริยธรรมทำการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เอกสารเลขที่ REC.64-103-19-9 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2564

2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัย เพื่อขอรับรองด้านจริยธรรมทำการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล สงขลานครินทร์ ผู้ตรวจการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยปกป้องสิทธิ์ความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่ต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลวิจัย โดยการขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์มและการได้รับความเห็นชอบจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการศึกษา ผู้วิจัยแนะนำตัว ๆ ตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ์ ให้คำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ขั้นตอนต่าง ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลทั้งหมดเพื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย และมีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัยแล้ว หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและแบบบันทึก ถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวม เพื่อจุดมุ่งหมายทางวิชาการเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและแบบบันทึกจะถูกทำลายทิ้งเมื่อวิจัยเสร็จสมบูรณ์และได้รับการตีพิมพ์

บทที่ 4
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) โดยศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการคุณภาพเชิงระบบของโดนาบิเดียน (Donabedian, 2005) และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดเคมมิสและแมคทาคกาท (Kemmis & McTaggart, 2014) มาใช้ โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มของผู้ร่วมวิจัย 4 กลุ่ม ได้แก่ข้อมูลของกลุ่ม แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่พยาบาล นำเสนอข้อมูลการวิเคราะห์ด้วยตารางประกอบการบรรยาย และผลการวิเคราะห์เนื้อหาของสถานการณ์แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 วงรอบ

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หลังทดลองใช้ 1 เดือน

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของการให้บริการผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ

1.1 ผลการวิจัยข้อมูลทั่วไปของแพทย์

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มแพทย์ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการและการอบรมความเสี่ยง (n = 10)

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	50.00
หญิง	5	50.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
25-29	5	50.00
30-34	2	20.00
35-39	2	20.00
40 ขึ้นไป	1	10.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
แพทยศาสตรบัณฑิต	7	70.00
แพทย์วุฒิบัตรโสต ศอ นาสิก	3	30.00
ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก		
1-5	7	70.00
มากกว่า 5 ปี	3	30.00
ตำแหน่งปัจจุบัน		
อาจารย์	3	30.00
แพทย์ใช้ทุน	4	40.00
แพทย์ประจำบ้าน	3	30.00
ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการความเสี่ยง		
มี	8	80.00
ไม่มี	2	20.00
ประสบการณ์การพัฒนาความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงในระยะเวลา 3 ปี		
มี	9	90.00
ไม่มี	1	10.00

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์จำนวน 10 คนเป็นอาจารย์แพทย์ร้อยละ 30 เป็นเพศหญิงร้อยละ 50 เป็นเพศชายร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 31 ปี จบการศึกษาปริญญาโทร้อยละ 70 จบวุฒิบัตรสาขาโสตศอนาสิกวิทยา ร้อยละ 30 ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก เฉลี่ย 5 ปี ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมามีประสบการณ์ในการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 90 มีประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยละ 20

1.2 ข้อมูลทั่วไปพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการและการอบรมความเสี่ยง (n = 4)

ข้อมูลทั่วไปพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	4	100.00
อายุ (ปี)		
40-43	1	25.00
44-47	2	50.00
47 ขึ้นไป	1	25.00
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	3	75.00
ปริญญาโท	1	25.00
ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก		
1-5	1	25.00
มากกว่า 5 ปี	3	75.00
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพประจำการ	4	100.00
ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการความเสี่ยง		
ไม่เคย	3	75.00
มากกว่า 5 ปี	1	25.00
ประสบการณ์การพัฒนาความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงในระยะเวลา 3 ปี		
มี	3	75.00
ไม่มี	1	25.00

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 48 ปี จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 75 จบปริญญาโทร้อยละ 25 เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลร้อยละ 25 ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก เฉลี่ย 9 ปี ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมามีประสบการณ์ในการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 75 ประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยละ 25

1.3 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มที่ไม่ใช่พยาบาล (non-nurse)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่ม Non-Nurse จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการและการอบรมความเสี่ยง (n = 12)

ข้อมูลทั่วไป Non-Nurse	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	12	100
อายุ (ปี)		
25 – 29	2	16.70
30 – 34	4	33.33
35 – 39	2	16.70
40 ปีขึ้นไป	4	33.33
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	9	75.00
ปริญญาตรี	3	25.00
ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก		
1 - 5	3	25.00
มากกว่า 5 ปี	9	75.00
ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการความเสี่ยง		
ไม่ใช่	12	100.00
ประสบการณ์การพัฒนาความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงในระยะเวลา 3 ปี		
มี	6	50.00
ไม่มี	6	50.00

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่พยาบาล เป็นผู้หญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75 ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก เฉลี่ย 13 ปี ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมามีประสบการณ์ในการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 50 ทั้งหมดไม่เคยเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงในโรงพยาบาล

1.4 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มห้องตรวจการได้ยิน

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่ม ห้องตรวจการได้ยิน จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการและการอบรมความเสี่ยง (n = 5)

ข้อมูลทั่วไปห้องตรวจการได้ยิน	จำนวน (n = 5)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	20.00
หญิง	4	80.00
อายุ (ปี)		
25 – 29	1	20.00
30 – 34	3	60.00
34 ปีขึ้นไป	1	20.00
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	2	40.00
ปริญญาโท	1	20.00
ปริญญาเอก	1	20.00
อนุปริญญา	1	20.00
ประสบการณ์การทำงานที่คลินิก		
1 - 5	1	20.00
มากกว่า 5 ปี	4	80.00
ตำแหน่งปัจจุบัน		
นักตรวจการได้ยิน	2	40.00
นักฝึกพูด	1	20.00
พนักงานตรวจการได้ยิน	1	20.00
อาจารย์ด้านตรวจการได้ยิน	1	20.00
ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการความเสี่ยง		
ไม่เคย	5	100.00
ประสบการณ์การพัฒนาความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงในระยะเวลา 3 ปี		
มี	2	40.00
ไม่มี	3	60.00

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน จำนวน 5 คน เป็น เพศหญิงร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 36 ปี จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 40 จบปริญญาเอก

ร้อยละ 20 จบปริญญาโทร้อยละ 20 อนุปริญญาร้อยละ 20 ประสบการณ์การทำงานที่คลินิกหูคอจมูก เฉลี่ย 13 ปี ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมามีประสบการณ์ในการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 40 ทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของการให้บริการผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้อมูลการศึกษาสถานการณ์ประมวลจากข้อมูลหลายแหล่ง ประกอบด้วยข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยใช้ผู้ร่วมวิจัย 4 กลุ่ม จำนวน 31 ท่านสนทนาเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และข้อมูลการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานรวมทั้งการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และคลินิก หู คอ จมูก โดยมีรายละเอียดดังนี้

จากการสนทนากลุ่มได้ข้อมูลโครงสร้างและกระบวนการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยคลินิก หู คอ จมูก ปัญหาและแนวทางการแก้ไขดังนี้

1. ด้านบุคลากร

ผลการศึกษาพบว่า คลินิก หู คอ จมูก ประกอบด้วยบุคลากรหลายกลุ่ม บุคลากรของคลินิกส่วนหนึ่งมีความรู้และความสามารถในการบริหารความเสี่ยง มีความเข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ป่วย ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มที่อธิบายว่า *“อุปสรรคใหญ่คืออัตรากำลังไม่พอ รู้สึกว่าคนช่วยไม่พอนะ เช่น “คนไข้ที่เวียนหัวบ้านหมุนเสี่ยงตกเตียงต้องมีคนช่วยตลอดเวลา ทำให้รู้สึกว่ามันเสี่ยงเพราะคนไม่พอ”* มีการถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้ร่วมงาน *“มีการถ่ายทอดนโยบายไปยังแพทย์ทุกคนในภาควิชา รวมทั้งแจ้งทั้งเมล์และสัมมนา* ส่วนใหญ่สะท้อนว่าความรู้และความเข้าใจด้านการบริหารความเสี่ยงยังมีจำกัด พบว่ากลุ่มที่ไม่ใช่พยาบาล และกลุ่มห้องตรวจการได้ยิน เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงในจำนวนที่มากกว่าร้อยละ 50 และส่วนใหญ่ทุกกลุ่มไม่ได้เป็นกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ดังข้อมูลจาก*“เรายังไม่ค่อยเข้าใจเรื่องการดูความเสี่ยงผู้ป่วย หลังจากคัดกรองเมื่อมาอยู่หน้าห้องตรวจ ส่วนใหญ่ก็เรียกชื่อ ไม่ได้ประเมินซ้ำ” “อยากมีความรู้เพิ่มเติมเรื่องการบริหารความเสี่ยง อยากได้การอบรมความเสี่ยงที่เป็นการปฏิบัติด้วยตัวเอง อยากมีเทคนิคการสังเกตว่าผู้ป่วย อาการแย่ลงเป็นอย่างไร และเราต้องตัดสินใจทำอย่างไร” “อยากให้มีกิจกรรมให้เรียนรู้ เช่น non-technical skill” “เคยฟังแต่ลืม การบ่งชี้ผู้ป่วยที่หนูทำผิดบ่อยหนูก็จะรายงานพี่...หลายครั้งทำผิดเรื่องเดิม แต่จำไม่ได้ รอพี่บอกว่าต้องทำอย่างไร”* ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญมี 2 ประการ ประเด็นที่ 1 คือ การขาดอัตรากำลัง เนื่องจากมีการเพิ่มจำนวนห้องตรวจอย่างรวดเร็วเพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนหัตถการที่เพิ่มขึ้นทั้งในห้องหัตถการส่องกล้อง หรือในการทำหัตถการผู้ใช้บริการที่เป็นเด็ก ต้องมีบุคลากรมากกว่าปกติเพื่อลดความเสี่ยง ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ มีความวิตกกังวล และต้องทำงานแข่งกับเวลา รวมทั้งในวันที่ผู้ใช้บริการมีจำนวนมากและบุคลากรประจำของห้องตรวจลา ต้องมีบุคลากรจากหน่วยงานอื่น มาปฏิบัติงานทดแทน *“ถ้าคนเราไม่ครบวันไหนระบบเรารวน เราต้องทำหน้าที่ของคนอื่นด้วยเราทำกันไม่ทัน...รู้สึกเหนื่อยและเครียดขึ้นมาลึก ๆ เรา.... โอทีช่วยได้แต่มันไม่เหมือนคนบ้านเราอยู่แล้วแหละพี่ คือเวลาขาดคน*

มักมี emergency เข้าตลอดบางทีเราต้อง manage ด้วยความรวดเร็ว" ประเด็นที่ 2 คือ บุคลากรไม่คุ้นเคยกับระบบการรายงานในคอมพิวเตอร์เนื่องจากการเขียนมีความยุ่งยาก และรู้สึกว่าเป็นภาระทำให้การรายงานความเสี่ยงมีน้อย *"การเขียนรายงานอุบัติการณ์มีหลายขั้นตอนทำให้ไม่อยากรายงาน เราไม่ค่อยรู้เรื่องเท่าไรไม่เข้าใจด้วย ควรใส่ไว้ในการปฐมนิเทศพนักงานใหม่*

2. ด้านคู่มือบริหารความเสี่ยง ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลได้ประกาศนโยบาย 9 ประเด็นความสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง สำหรับคู่มือบริหารความเสี่ยงที่ทางห้องตรวจหู คอ จมูก นำมาใช้เป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยงเป็นคู่มือเดิม แต่เนื่องจากบริบทการให้บริการของคลินิก หู คอ จมูก ที่มี 16 ห้องตรวจ และผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจส่วนบน มีความแตกต่าง ดังนั้น บุคลากรจึงให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาคู่มือบริหารความเสี่ยงที่ตอบสนอง 9 ประเด็นความปลอดภัยและมีความสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยหู คอ จมูกและบริบทของห้องตรวจ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มที่บอกว่า *"อยากได้คู่มือที่เหมาะกับสภาพผู้ป่วยและขั้นตอนการตรวจรักษาของ ENT ที่มีหัตถการมาก .... มันไม่เหมือนแบบรูปธรรมชัดเจน เราก็ทำได้แบบว่ามีการสื่อสารควร มีเล่ม คู่มือเราต้องมี evidence support เพียงพอแต่เราต้องรวบรวมให้มาเฉพาะของ ENT มีมาตรการอะไรบ้าง ... อยากเห็นเป็นคู่มือให้ทุกคนปฏิบัติชัดเจน เป็นรูปธรรมชัดเจน น้องใหม่มาก็อ่านรู้เรื่อง เข้าใจง่ายปฏิบัติได้เลยเป็นบริบทของเราเองนะ" "อยากให้คู่มือเป็นฉบับเล็ก ๆ เนื้อหาไม่เยอะมาก และใส่ไว้หน้าเดสทอป จะได้เข้าถึงง่าย รวมทั้งใส่เนื้อหาอื่น ๆ ที่สำคัญ วิธีการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่ทรุดลง และบอกว่าต้องทำอย่างไรด้วย"*

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ "คู่มือควรครอบคลุมทุกห้องตรวจ รวมทั้งห้องตรวจการได้ยินด้วย" และควรมีการจัดทำคู่มือการเขียนอุบัติการณ์แบบเข้าใจง่าย เรียนรู้ด้วยตนเองได้ "หนูว่าจะรายงาน incident ที่เกิดขึ้นระหว่างเรากับ ER วันนั้นที่เรื่องการส่งต่อคนไข้ หนูเข้าไปแล้วไปไม่ถูกหลายขั้นตอนทำไม่ถูกไม่เคยอบรม เลยไปเข้าใน MM conference แทนแต่จริง ๆ อยากลงในระบบ HIS ด้วย"

3. ด้านสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

ด้านอาคารสถานที่สิ่งแวดล้อม พบว่าสถานที่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติใหม่ที่เข้มแข็ง มีระบบการจัดแยกพื้นที่ระหว่างผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยอื่น ๆ มีอากาศถ่ายเทดี ส่งผลดีต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแต่ยังแยกผู้ป่วยได้ไม่ทุกกลุ่ม เนื่องจากโครงสร้างคลินิกอยู่หน้าเจาะเลือดและเป็นทางแยกไปห้องเอกซเรย์และห้องตรวจอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยหลายกลุ่ม ที่มานั่งปะปน และด้วยระบบห้องตรวจเป็นห้องแอร์ทั้งหมดทางห้องตรวจมีผู้ป่วยกลุ่มใหม่ที่มีมากขึ้นคือกลุ่มเด็กทารกแรกคลอดที่ทางโรงพยาบาลมีนโยบายตรวจการได้ยินในทารกแรกคลอดให้ได้ครบ 100% ดังนั้น จึงมีปัญหาทางโครงสร้างของห้องตรวจที่จะต้องปรับและแยกกลุ่มเด็กเพื่อรองรับผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ให้แยกจากกลุ่มปกติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเด็กกลุ่มนี้ ในด้านโครงสร้างของสถานที่การจัดการสิ่งแวดล้อมพบกำลังพัฒนาระบบสิ่งแวดล้อมภายในคลินิก มีการคัดกรองแบ่งกลุ่มผู้ป่วย จัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม การแยกผู้ป่วยหลังการคัดกรองแรกรับ คือ "เรามีกลุ่มเสี่ยงไม่เหมือนคลินิกอื่น อยากให้แยกที่นั่งผู้ป่วยกลุ่มที่มีก้อนที่คอหรือกลุ่มที่มาเปลี่ยนท่อ แยก area เด็กกลุ่มภูมิต่ำ เช่น คนไข้คีโม เพื่อลดความเสี่ยงติดเชื้อ" "ควรแยก area ให้ชัดเจนตั้งแต่แรกรับเพื่อให้

การดูแลได้ตาม ESI ด้วย ผู้ป่วยที่ ESI จะได้เดินไปเยี่ยมตรวจบ่อย ๆ" "วิธีการตรวจของเราไปกระตุ้นการไอจาม มันดีขึ้นนิดนึงหลังมีโควิดเราระวังมากขึ้นแต่ก็กลัว air bone infection มากขึ้น คนไข้ที่รอ เสี่ยงต่อ droplet ของคนไข้อื่น ๆ หรือเราต้องเตรียมห้องสำหรับเด็กหรือเปล่า ออกแบบระบบป้องกัน air bone" ด้านปัจจัยสนับสนุน ด้านงบประมาณ พบว่า ไม่มีปัญหาเรื่องงบประมาณของหน่วยงานในการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ สามารถเบิกจ่ายได้เพียงพอ แต่มีปัญหาในขั้นตอนที่ยุ่งยาก การจัดหาหรือวิเคราะห์ปัญหาในการใช้เครื่องมือบางรายการ เช่น เครื่องมือส่องกล้องทางการแพทย์ที่ราคาแพง เตียงตรวจสำหรับทำหัตถการพลิกนิ่วและความพร้อมของเครื่องมือช่วยชีวิตสำคัญมีการร่วมใช้กับห้องตรวจใกล้เคียง ตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มคือ *'เวลาผู้ป่วยต้องได้รับการเปลี่ยนท่อเจาะคอ ห้องตรวจไม่มีอุปกรณ์ ต้องโทรประสานงานกับคลังวัสดุ บางครั้งไม่มี ต้องโทรมายืมที่หอผู้ป่วย ทำให้ล่าช้า หากมีสำรองไว้จะทำให้ลดความเสี่ยงในการรอนานได้" "อยากมีอุปกรณ์กรองอากาศเพิ่ม เรามีคนไข้เด็กมาปนมากขึ้นก็ กังวลเนื่องจากอาจติดเชื้อเพิ่มระหว่างรอตรวจ"*

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในส่วนของกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามกระบวนการของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561) ผลการวิจัยพบว่า

1. การกำหนดบริบทเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร (internal environment) ในประเด็นนี้พบว่าคลินิก หู คอ จมูก ได้ใช้กลยุทธ์และวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นเป้าหมายในการบริหารความเสี่ยง ไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่ให้เฉพาะเจาะจงกับความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มโรคหู คอ จมูก นอกจากนี้ในส่วนของการขยายบริการเป็นปัญหาสำคัญในคลินิกคือการมีจุดบริการหลายจุดบริการที่เพิ่มมากขึ้นประกอบกับแต่ละจุดบริการไม่มีการระบุหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือประเมินความเสี่ยงไว้ในทุกจุดทำให้แก้ไขปัญหาไม่ครอบคลุมยังมีจุดที่ยังต้องแก้ไข อยู่ตลอดเวลา ดังข้อมูล *"การที่เรามีจุดบริการเพิ่มขึ้น อาจเป็นการเพิ่มความเสี่ยง หากคนไม่พอ การเกิดอุบัติการณ์ที่จุดรอเรียก เราก็พลาดไม่ได้ดูแลคนไข้ได้ตลอดเวลา รวมทั้งในห้อง รถนั่งรถนอน และห้องตรวจการได้ยินด้วย"* (ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ *"อยากให้มีการกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน แจ้งความเสี่ยงผู้ป่วยของผู้ป่วยที่มาที่เราว่าจะเกิดอะไรได้บ้าง และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบ"* นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพสะท้อนว่า *"แผนบริหารความเสี่ยงของห้องตรวจเรายังไม่เป็นรูปธรรม" "เราต้องมีคู่มือ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นที่เฉพาะสำหรับคลินิกเรานะ...อ่านใน 2P แล้วบางทีก็เป็นแนวปฏิบัติแบบรวม ๆ ทำให้เฉพาะไปเลยคิดว่าคลินิกเราครบทั้ง 9 มาตรฐาน"*

2. การสื่อสารและปรึกษาหารือ (communication & consultation) ในประเด็นนี้พบว่า คลินิก หู คอ จมูก มีการทำงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับภาควิชาและทีมแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง มีการทำงานร่วมกับกลุ่มผู้ไร้กล่องเสียงในการมาเป็นอาสาสมัครในการพูดคุยกับผู้ป่วยใหม่ เพื่อลดความกลัวและเสริมพลังในการเตรียมตัวเข้ารับการรักษา ช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วย ในส่วนของหน่วยงานภายนอก มีการเริ่มต้นพัฒนาระบบการทำงานกับเครือข่ายคลินิก หู คอ จมูก กับโรงพยาบาลตติยภูมิและทุติยภูมิในภาคใต้เพื่อการทำงานร่วมกันและส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้การส่งต่อและการขอคำปรึกษามีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการรักษาพยาบาลรวดเร็วและต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องการสื่อสารระหว่างภาควิชากับบุคลากรคลินิก ดังตัวอย่างข้อมูล *"ควรมีการสื่อสารแผนบริหารความเสี่ยงให้ทุกคนทราบ น้องใหม่มาก็อ่านก็อ่านรู้เรื่องและเข้าใจง่ายปฏิบัติตามแผนได้เลยเป็นบริบทของเราเองนะ" "ต้องการให้ทางภาควิชาเวลามีปัญหาอุปสรรค ต้องสื่อสารให้พี่*

พยาบาลหรือแพทย์อาจารย์แพทย์รับทราบว่ามันเกิดปัญหาอยากแจ้งที่ประชุมหรือเราควรมีช่องทางที่เราจะนำเสนอได้เช่น line สายตรงไปยังกลุ่มเรา เราจะได้คุยกันได้เวลามีปัญหาความเสี่ยงเกิดขึ้น" การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ช่วยสร้างการเรียนรู้ ลดความเสี่ยงในระดับรุนแรง ทั้งนี้ต้องสื่อสารให้ทั่วถึง *"ความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้น คือสั่งยา sedate เด็ก ตามน้ำหนักถูกต้อง แต่พบว่ามีการบริหารยาคลาดเคลื่อน ...การสื่อสาร หลังการทบทวนทำให้เห็นการแก้ไขทั้งระบบ และบอกให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องทราบ" "บางครั้งมีคนไข้ที่มีอาการแย่ลงระหว่างการตรวจ อยู่ ๆ คนไข้ก็เหนื่อยซึ่งมันก็ห้ามไม่ได้ เราต้องประสานงานกับ ER เพื่อส่งให้ ER ข้อมูลการ detect คนไข้ก่อนเข้าพบแพทย์เราน่าจะต้องมาสื่อสารกัน"*

3. การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ขั้นตอนนี้ทางคลิกนิก หู คอ จมูก ได้เคยจัดให้มีการประเมินความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ ในประเด็นของการระบุตัวผู้ป่วย การป้องกันพลัดตกหกล้ม การควบคุมการติดเชื้อ ความคลาดเคลื่อนทางยา แต่ภายหลังโรงพยาบาลประกาศใช้นโยบาย 9 ประเด็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังทางคลินิกได้มีการสื่อสารกับบุคลากรอยู่บ้าง แต่ยังไม่ได้ลงในรายละเอียดบางประเด็น เช่น การสื่อสารในการส่งต่อหน่วยงานอื่น ความเสี่ยงจากการบาดเจ็บระยะยาว นอกจากนี้ในส่วนของการทำกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ครอบคลุมตั้งแต่ วิเคราะห์โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ ผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์หากเกิดขึ้น ยังไม่ได้ดำเนินการ จากผลการวิจัยนี้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า *แต่เรายังขาดตรงนี้ที่ว่าเหมือน register แผนที่เรารายงาน 3 เดือน เราทำนั่นแหละแต่ว่าเราไม่ได้มาดูเป็น line ที่เป็นไปตามแผนว่าต้องปรับอะไรบ้างมันยัง PDCA ไม่ครบเท่าไหร่ การติดตามผลการรายงานผลร่วมกันในภาพรวมกับ PCT ด้วยถ้าจะให้ดี"* ในส่วนของการสนทนากลุ่มพยาบาลมีข้อมูลที่เป็นข้อเสนอแนะ คือ *"เรากับภาควิชาควรมีการพูดคุยกันว่าในแต่ละหัตถการผู้ป่วยมีความเสี่ยงอะไรบ้าง เราจะได้ update ความรู้ และถือว่าเป็นการวิเคราะห์ความเสี่ยงร่วมกัน หรือ ผู้ป่วยที่เราส่งไปฝึกพูดพยาบาลห้องตรวจกับห้องฝึกพูด ควรได้วิเคราะห์โอกาสที่ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงอะไรบ้าง จะได้ช่วยกันป้องกัน"* นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแล *"ความเสี่ยงในผู้ป่วยฝึกกลืนเสี่ยงต่อการสำลักจากสารทดสอบการกลืน ต้องการให้มีการสังเกตอาการผู้ป่วยเพิ่มเติมหลังการทดสอบการแก้ไข เพิ่มในบัญชีความเสี่ยงของคลินิกและแจ้งเจ้าหน้าที่ทุกคนในการประสานงานและสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มเติม"*

ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมภายหลังการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย คือ "อยากให้ alert เรื่องป้าย สี visual control คนไข้เสี่ยงป้ายแดงต้องสื่อสารหรือ triggerให้แพทย์ทราบ... หรือการคัดกรอง อยากให้ลง CD ให้เรียบร้อยในผู้ป่วย refer ตั้งแต่ด้านหน้าที่ซักประวัติ"

4. การตอบสนองความเสี่ยงรับมือกับความเสี่ยง (risk treatment plan) ขั้นตอนนี้ทางคลินิกหู คอ จมูก ได้นำแนวทางการลดความรุนแรงของความเสี่ยงที่กำหนดในแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมาใช้ จากสถานการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น พบว่า การตอบสนองส่วนใหญ่ เป็นการป้องกันความเสี่ยง โดยจัดให้มีการประเมินความเสี่ยงที่จุดคัดกรอง และการส่งต่อเพื่อบรรเทาความเสียหายเมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงเกิดขึ้น จากผลการสะท้อนข้อมูลในการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ตระหนักในความสำคัญของขั้นตอนนี้ อยากให้มีการพัฒนา ปรับปรุงรูปแบบบริการอย่างเร่งด่วน เนื่องจากไม่อยากให้ผู้ใช้บริการเกิดอันตราย *"ส่วนคนไข้ที่ส่องกล้อง esophagoscope ก็คิดว่าเสี่ยง*

แต่ เราอยู่กับคนไข้ตลอด เหมือนช่วยป้องกัน มีพี่พยาบาลนั่งสังเกตอาการและให้คำแนะนำ ก่อนหลังการส่องกล้อง คนไข้มะเร็งอยู่กับเราทั้งวันดูว่าไม่เสี่ยงละเราดูแลคนไข้ตลอดเวลา" ของแพทย์ ผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่ต้องเช็คให้ได้ก่อน ทั้งเรื่องBP DROP, DESATE , TB ต้องมีระบบคัดกรองได้ก่อนเสมอที่จะมาพบแพทย์หรือแจ้งแพทย์ให้ไวให้เร็วเพื่อส่งคนไข้ไป ERได้ปลอดภัย หลังเจอ arrest ต้องหาวิธีการตอบสนอง เช่น เพิ่มอัตรากำลังในห้องส่องกล้อง หากเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น fiber ที่มีอัตราการน้อย แต่ใช้ทั้ง OPD ER OR WARD ต้องหาวิธีการบริหารเครื่องมือให้ดี เคสเป็นก้อนถ้าผู้ป่วยมาถึงเกือบเที่ยงแล้วให้มาบอกแพทย์ด่วน เพราะเสี่ยง จะได้เจออาจารย์ได้เร็ว จะได้มีการ management ทันเวลา ที่ผ่านมาเรื่องแพ้ยาชาหนูเจอ 2 คนแต่เราไม่ซักประวัติมันเสี่ยงมากถ้าเราซักได้เราจะไม่พ่นยา คนไข้ก็ปลอดภัย เพราะเราใช้ยาชากับคนไข้เยอะเสี่ยงเลย การช่วยซักประวัติจำเป็น ส่วนคนไข้ที่ส่องกล้อง esophagoscope ก็คิดว่าเสี่ยงแต่ เราอยู่กับคนไข้ตลอด เหมือนช่วยป้องกัน ต้องเอาแนวทางการตอบสนองมาใช้ เช่น การมีบุคลากรสังเกตอาการและให้คำแนะนำก่อนหลังส่องกล้อง" การติดตามและทบทวน (monitor & review) ในขั้นตอนนี้ ทางคลินิก หู คอ จมูก ได้กำหนดให้หัวหน้าห้องตรวจรับผิดชอบ กำกับดูแล สังเกตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ แนวปฏิบัติหลายแนวปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ เช่น แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจอุดกั้นส่วนบน มีการปฏิบัติและทบทวนสื่อสารได้ดีทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ดีอย่างต่อเนื่อง ทางคลินิกได้กำหนดให้มีการทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์ทุกราย แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ยังไม่มีการกำหนดให้มีคณะกรรมการความเสี่ยงระหว่างภาควิชากับห้องตรวจ ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงตลอดจนยังไม่มีรูปแบบการสื่อสารที่ชัดเจนเมื่อมีความเสี้ยงเกิดขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูลจากแพทย์ที่บอกว่า *"ถ้าจะให้ดีเราควรมีกิจกรรมทบทวนการบริหารความเสี่ยงร่วมกันนะ ทำเป็นแผนที่ทุกคนมาร่วมกัน ต้องปรับอะไรบ้าง แล้วหาโอกาส"*

ข้อเสนอแนะที่สำคัญ อีกประเด็นหนึ่ง คือ บุคลากรที่เป็นทีมนำในการทบทวนความเสี่ยงต่าง ๆ ควรมีความสามารถในการนำและมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการและขั้นตอนด้วย เพื่อจะสามารถทำให้การทบทวนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้นำการทบทวนต้องมีความสามารถในการนำและมีความรู้ในการใช้เครื่องมือด้วย *"ชอบเข้าร่วมกิจกรรมการททวนอุบัติการณ์ ได้รับความรู้ ทำให้เอาไปใช้ได้ แต่เท่าที่สังเกตเวลาทำกิจกรรม พบว่า เครื่องมือคุณภาพมีความยุ่งยากซับซ้อน อยากให้พี่ที่เป็นผู้นำมีความสามารถในเรื่องการใช้เครื่องมือ"*

ส่วนผลการศึกษาด้านผลลัพธ์ (output) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2563 พบว่าผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยพบว่ามีอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกหรือความผิดพลาดในการให้บริการระดับ A-D จำนวน 10, 16, 19 และ 25 ครั้งมีการรายงานอุบัติการณ์ระดับNear miss มากขึ้นตามลำดับ ระดับ E-I (ระดับ E) หมายถึง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายชั่วคราวจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม จนถึงระดับรุนแรงสูงสุด คือ ระดับ I หมายถึง เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จำนวน 0, 0, 1 และ 1 ครั้งตามลำดับ คือมีผู้ป่วยต้องช่วยชีวิตที่ห้องตรวจระหว่างรอตรวจ จะเห็นได้ว่ามีความเสี่ยงในระดับรุนแรงมีเพิ่มมากขึ้น ปีแม้จำนวนครั้งจะมีไม่มาก ก็ไม่ควรเกิดขึ้นในคลินิกผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2562 มีอุบัติการณ์ร้ายแรงที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ขณะรอตรวจผู้ป่วยมีอาการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น 1 ราย ต้องนำส่งผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและเสียชีวิตหลังการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเด็ก

หยุดหายใจหลังได้รับยานอนหลับเพื่อตรวจระบบประสาทชั้นในของหู 1 ราย ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ 1 วัน มีผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 1 รายขณะรอตรวจ รวมทั้งความเสี่ยงทางคลินิกอุบัติการณ์อื่น ๆ ได้แก่ ความผิดพลาดในการคัดกรองวัณโรค 3 ราย การบ่งชี้ผู้ป่วยผิดพลาด ระดับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกือบพลาดซึ่งเมื่อเกิดขึ้นมีแนวโน้มทำให้เกิดอุบัติเหตุ (near miss) 20 ราย (สถิติผู้ป่วยนอก, 2562; 2563)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในคลินิกหูคอจมูกดังกล่าว จึงได้แนวทางในการปรับเปลี่ยนพัฒนาระบบต่าง ๆ จากปัญหาที่ได้วิเคราะห์จากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 4 กลุ่มปัญหาอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังข้อมูลเหล่านี้

ข้อคิดเห็นจากพยาบาลวิชาชีพ

จากการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพมีข้อสรุปสำคัญ คือ พยาบาลไม่เข้าใจภาพรวมและขั้นตอนสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ต้องการเห็นรูปแบบหรือระบบบริหารความเสี่ยงที่เป็นรูปธรรมเข้าใจง่ายและพัฒนามาจากเจ้าหน้าที่ทุกคน เป็นรูปแบบ คู่มือหรือมีการนำไปใช้ได้ง่ายและทันสมัยต่อเหตุการณ์และสอดคล้องกับนโยบายระบบการคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุม ไม่มีการบันทึก ESI (Emergency severity index) ใน ระบบการบันทึกของโรงพยาบาล บันทึกไม่ครบไม่มีระบบการกำกับการคัดกรองระบบ ESI อย่างเป็นระบบทำให้เกิดอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด ระบบการรายงานผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังไม่ชัดเจนระบบการคัดกรอง พัฒนาระบบกำกับติดตามกระบวนการคัดกรองการเฝ้าระวังอาการ early warning sign ของโรคต่าง ๆ ไม่มีระบบ nurse round ไม่มีพื้นที่เฝ้าระวังถึงอาการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังไม่มี ระบบการประเมินซ้ำหลังการคัดกรองรอตรวจทำให้เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจระบบการเรียกตรวจ ไม่มีการจัดพื้นที่การคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ไม่มีระบบการมอบหมาย assign งานการผ่องถ่ายความเสี่ยง ระบบการรายงานพยาบาลและแพทย์อย่างรวดเร็วยังไม่เข้าใจกิจกรรม 12 กิจกรรมทบทวน ไม่มีระบบการทบทวนที่ชัดเจน แต่มีความกระตือรือร้นในการทำงานพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง

1. ไม่มีคู่มือที่นำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

การจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงและตามนโยบายมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และสามารถนำมาใช้ได้ง่ายการพัฒนาควบคู่ไปกับ PCT และเรียนรู้ ระบบ training risk ของแพทย์ปรับระบบการพัฒนาระบบอัตรากำลัง และมีการอบรมความรู้ กระตุ้นการเรียน การคัดกรองด้วยระบบ ESI ทั้งการเรียนทฤษฎีและการปฏิบัติโดยเป็นทีมนำในการนิเทศผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่พยาบาลด้วย จัดกิจกรรม 12 กิจกรรมทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทุกระดับของอุบัติการณ์

ข้อคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาล

มีข้อสรุปสำคัญ คือ ไม่ไวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยตามระบบ ESI มีการพัฒนาอบรม non - technical skill ติดตามความพึงพอใจบริหารความเสี่ยงและการนิเทศการคัดกรอง นิเทศงานกำกับติดตามโดยพยาบาล ติดตามงานด้านความไวต่อความเสี่ยงในการรายงานพยาบาลเมื่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงในระดับ near miss พนักงานช่วยไม่ไวต่อความเสี่ยงภาวะความเสี่ยงมีอุบัติการณ์ที่ผิดซ้ำ ๆ ในบางคน

จากการสังเกตหน้างานเช่นเห็นผู้ป่วยมาคนเดียวหูไม่ได้ยิน ซักประวัติเสร็จก็ไม่สนใจหาที่นั่งให้คนไข้หรือทำสัญลักษณ์ สุดท้ายเรียกคนไข้ไม่พบเนื่องจากคนไข้ไม่ได้ยิน หรือคนไข้ที่นั่งรถนั่งคอโต คอพับ ก็เดินผ่านไม่สนใจ และจากการสนทนากลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

จัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยตามระบบ ESI มีการพัฒนาอบรม NTS ติดตามความพึงพอใจบริหารความเสี่ยงและการนิเทศการคัดกรอง นิเทศงานกำกับติดตามโดยพยาบาล ติดตามงานด้านความไวต่อความเสี่ยงในการรายงานพยาบาลเมื่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงในระดับ risk near miss จัดสอนอบรม Non- technical skill ปรับ Processes design, work process และการ Assignงาน

ข้อคิดเห็นจากแพทย์

แพทย์มีข้อสรุปสำคัญ ที่สะท้อนว่าความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก ที่ควรพัฒนาดังนี้มีบุคลากรมา turn ตลอดแพทย์ที่เปลี่ยนมาใหม่ทุกปี ให้ความสำคัญกับนโยบายและระบบของคณะแพทย์ก็เปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติระเบียบการอื่น ๆ ก็เปลี่ยนแปลงรวดเร็วตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของการเมืองสังคมและโรคระบาด ขาดการสื่อสารกันอย่างต่อเนื่องในระบบ PCT และไม่มีระบบบริหารความเสี่ยงร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

การแก้ไข จึงต้องมีการประชุม PCT และคลินิก หู คอ จมูก ต้องเป็นส่วนหนึ่งของภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยา และประสานงานกันอย่างใกล้ชิด โดยหัวหน้าคลินิกได้รับมอบหมายให้ orientation แพทย์ใช้ทุนใหม่ในทุกปี และจัดกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโอพีดี ร่วมกันผ่านการประชุมและกิจกรรมของ PCT จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงร่วมกับ PCT มีรายละเอียดในคู่มือความเสี่ยง จัดตั้งgroup Line กลุ่ม PCT เพื่อสื่อสารร่วมกัน

การสื่อสารที่ผิดพลาดในการรับ order เรื่องการสื่อสารในการปฏิบัติงานประจำและการสื่อสารในการรับ order การสื่อสาร visual control ระบบ trigger กรณีผู้ป่วยเร่งด่วน

การแก้ไข การประชุม PCT สื่อสารระบบต่าง ๆ ใน OPD และการ orientation แพทย์ใช้ทุนใหม่ในทุกปี เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระบบสื่อสารผ่าน PCTและไลน์กลุ่ม PCT OPD การเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ความพร้อมใช้ของ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ในกรณีผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินเสี่ยงสูงของคลินิก

การแก้ไข มีการวิเคราะห์ระบบ การพร้อมใช้ของอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง มีการเตรียมความพร้อม ของรถฉุกเฉินประจำคลินิก หู คอ จมูก รถCPR เครื่อง DEFIB อุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่น ชุดsedate box ตามมาตรฐานของวิสัญญี ยา CPR box ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ต้องอัตรากำลังพยาบาลประจำเพื่อบริหารจัดการให้ห้องส่องกล้องห้องหัตถการ และอัตรากำลังเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในการช่วยทำหัตถการแพทย์เห็นปัญหาเรื่องอัตรากำลังที่ไม่สมดุลกับงานในคลินิก หู คอ จมูก

การแก้ไข การขออัตรากำลังเพิ่มเติมยังต้องรอระบบ HR และการวิเคราะห์อัตรากำลัง แต่การบริหารอัตรากำลังการเปลี่ยนระบบการ assign

งานการมอบหมายงานการนิเทศงานติดตามงานและแก้ไขระบบงานโดยการยอมรับข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานปรับปรุงสถานที่ในการเตรียมรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านหูมากขึ้นความเสี่ยงเรื่องการติดเชื้อและอัตรากำลังในการดูแลเด็ก

การแก้ไขปรับระบบการ การ assign งานการมอบหมายงานการนิเทศงาน ปรับสถานที่ห้องตรวจห้องสุดท้ายของคลินิกเป็นห้องแยกสำหรับรับผู้ป่วยมีความเสี่ยงด้านการติดเชื้อ

ด้านการสื่อสารการบริหารความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมแพทย์ทุกท่าน ประเด็นการเขียนรายงานอุบัติการณ์แพทย์มีการทบทวนผ่านกระบวนการประชุม การเรียนการสอน ผ่าน MM conference

สำหรับการเขียนรายงานอุบัติการณ์ในระบบของโรงพยาบาลในระบบ HIS แพทย์ไม่ได้การถ่ายทอดและลงในระบบไม่ได้ มีการทบทวน Incidents สำคัญ ผ่านการประชุมการเรียนการสอนทบทวนผ่านระบบ MM conference การติดตามตัวชี้วัดไม่ได้สื่อสารและเชื่อมโยงกับคลินิก หู คอ จมูก

การแก้ไข การเก็บตัวชี้วัดจะสื่อสารผ่าน ทีมนำทางคลินิก รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับคลินิก หู คอ จมูก มีการเชื่อมโยง กับทีมนำทางคลินิก หลังการประชุมแจ้งปัญหาทางภาควิชามีการทำแบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ในงานผู้ป่วยนอก และแจ้งการบริหารความเสี่ยงผ่าน ทีมนำทางคลินิก เริ่มการปฏิบัติตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป

ข้อคิดเห็นจากกลุ่มห้องตรวจการได้ยินและห้องฝึกพูด

มีข้อสรุปสำคัญ คือ ไม่เข้าใจภาพรวมและขั้นตอนสำคัญของการบริหารความเสี่ยง และไม่ได้อยู่ในทีมนำสำคัญในงานผู้ป่วยนอก PCT OPD ไม่ได้รับทราบนโยบายด้านความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

ระบบความเสี่ยงที่ยังไม่ครอบคลุมไปยังเจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน ต้องการพัฒนา competency ด้านการบริหารความเสี่ยง การแก้ไข แจ้งระบบการบริหารความเสี่ยงสามารถหาความรู้ผ่านระบบ online ของงานศูนย์คุณภาพแจ้งผ่านระบบ PCT การแก้ไข อัตรากำลังของภาควิชาที่ต้องมาทบทวนที่ต้องวิเคราะห์ตามภาระงานที่เป็นจริงเช่นอัตรากำลังพยาบาลในห้องตรวจการได้ยินเนื่องจากมีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคือเด็กที่ได้ยานอนหลับ วิเคราะห์อัตรากำลังร่วมกับ PCT ภาควิชา โสตศอนาสิกวิทยา ส่งงานวิเคราะห์อัตรากำลังส่งฝ่าย HR คณะแพทยศาสตร์ส่งแล้วเดือนมิถุนายน 2564 ขออัตรากำลังพยาบาลห้องตรวจการได้ยิน

การสื่อสารในภาพรวมจากภาควิชาและห้องตรวจหูคอจมูกต้องการเป็นส่วนหนึ่งของ PCT การแก้ไข แจ้งภาควิชารับทราบ

การสื่อสารกับหน่วยงานอื่นที่ส่งต่อมาตรวจการได้ยินในด้านความพร้อมของผู้ป่วยในการตรวจการได้ยิน การแก้ไขปรับระบบการส่งตรวจจากภาควิชาอื่น ๆ การ screen case ก่อนลงตรวจแจ้งระบบให้ภาควิชารับทราบแจ้ง PCT

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

เด็กที่ได้รับการให้ยานอนหลับ เสี่ยงต่อการ apnea การแก้ไข ทางคลินิก หู คอ จมูก จัดหัวข้อนี้เป็น risk level ที่เป็นความเสี่ยงสำคัญสูงของคลินิกในบัญชีความเสี่ยงของคลินิก มีระบบและClinical practice guideline (CPG) และการอบรมนิเทศติดตาม การวิเคราะห์รากสาเหตุของปัญหาเมื่อเกิดอุบัติการณ์และมีระบบติดตามกับภาควิชาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการบริหารอัตรากำลังพยาบาลร่วมกับภาควิชาเพื่อดูแลความเสี่ยงนี้ให้กับผู้ใช้บริการ

พลัดตกหกล้มในผู้ป่วยเวียนศีรษะบ้านหมุน ในผู้ป่วยที่ตรวจการได้ยิน การแก้ไข แจ้งภาควิชาผ่านระบบทีมนำทางคลินิก Patient care team (PCT) ในการคัดเลือกคนไข้ที่เหมาะสมมีความพร้อมในการตรวจการได้ยิน select case ปรับระบบการส่งเคสในห้องตรวจการได้ยินทั้งระบบจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยกลุ่มที่มาจากตึกเพื่อตรวจการได้ยินที่ไม่พร้อมในการตรวจทั้งด้านอาการและอุปกรณ์ที่เป็นอุปสรรคในการแก้ไข แจ้งภาควิชาผ่านระบบ PCT ในการ select case ปรับระบบการส่งเคสในห้องตรวจการได้ยินทั้งระบบจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในการเข้าห้องตรวจการได้ยินส่งเจ้าหน้าที่ดูแลเคสที่มีอุปกรณ์กรณีมีความจำเป็นในการตรวจเป็นราย ๆ ไป

ความเสี่ยงในผู้ป่วยฝึกกลืนเสี่ยงต่อการสำลักจากสารทดสอบการกลืนต้องการให้มีการสังเกตอาการผู้ป่วยเพิ่มเติมหลังการทดสอบการแก้ไข เพิ่มในบัญชีความเสี่ยงของคลินิกและแจ้งเจ้าหน้าที่ทุกคนในการประสานงานและสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มเติม แจ้งภาควิชาผ่าน PCT รับทราบ

ความเสี่ยงจากอุปกรณ์ไฟฟ้าในห้องตรวจการได้ยิน การแก้ไข ติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอุปกรณ์กับภาควิชา PCT และแจ้งระบบอุปกรณ์แก่หน่วยออกแบบการสร้างห้องตรวจการ

ได้ยินประสานหน่วยวิศวะ ไฟฟ้าตรวจสอบระบบ PM เครื่องมือตามรอบและเมื่อเกิดปัญหา ปูพรมห้องตรวจการได้ยินทั้งหมด

ข้อเสนอแนะจากทุกกลุ่มด้านระบบสิ่งแวดล้อมในคลินิก หู คอ จมูก

จากตัวอย่างข้อมูลการสนทนากลุ่ม

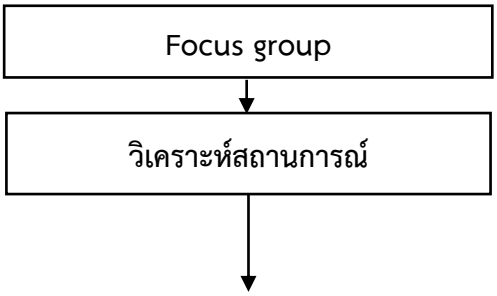
“บางทีหลังประเมินลงทะเบียนเสร็จเราก็ไม่ได้แยกที่นั่งให้คนไข้ในกลุ่มเสี่ยงที่นั่งน้อยมีคนไข้เจาะเลือดมานั่งรวม ๆ กับคนไข้เราด้วยมันแยกยากว่าคนไหนเสี่ยงมากเสี่ยงน้อย”

“ความเสี่ยงที่คิดว่ามีที่จุดด้านหน้าเราต้องแยกที่นั่งให้ชัดเจนว่าคนไหนคัดกรองแล้วยังไม่คัดกรองและคนไหนที่เราต้องไปประเมินติดตามอาการระหว่างรอตรวจค่ะเพราะคนไข้เราค่อนข้างเสี่ยงเยอะเช่นมะเร็งก้อนที่คอโตเสี่ยงผู้ป่วยเจาะคอเสี่ยง ๆ ทั้งนั้นแถมช่วงนี้คนไข้โควิดเข้ามาปะปนไปอีก”

“ก็กังวลในเรื่องของ area สถานที่ กังวลเรื่องair bone filter กรองอากาศอยากมีอุปกรณ์เพิ่ม เรามีคนไข้เด็กมาปนมากขึ้นก็กังวลเรื่อง กังวลเนื่องจากการตรวจ ของเราไปกระตุ้นการไอจาม มันดีขึ้นนิดนึงหลังมีโควิดเราระวังมากขึ้นแต่ก็กลัว air bone infection มากขึ้น คนไข้ที่รอเสี่ยงต่อ droplet ของคนไข้อื่น ๆ หรือเราต้องเตรียมห้องสำหรับเด็กหรือเปล่า ออกแบบระบบป้องกัน air bone”

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

ปรับพื้นที่ในการคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและไม่เสี่ยง กลุ่มเปราะบางที่ต้องการความช่วยเหลือ กลุ่มพระภิกษุสงฆ์ แยกกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ แยกบริเวณให้ผู้ป่วยรอส่งศูนย์คัดกรอง แยกบริเวณห้องหัตถการ จัดหา Hepa filter กรองอากาศในห้องหัตถการ จัดห้องสำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ มีอุปกรณ์ป้องกันเพิ่มเติมสำหรับคนไข้เด็กใช้นวัตกรรมจากตึกเด็กในการจับมัดเด็ก จัดซื้อเตียงปรับระดับได้เพื่อให้ผู้ป่วยที่ทำหัตถการพลิกนิ่วในหู ป้องกันพลัดตกหกล้มเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เตรียมอุปกรณ์ถังดับเพลิงให้ครบตามมาตรฐาน เตรียมแผนในการป้องกันอุบัติภัยเพลิงไหม้ จัด 5 ส ใหม่ในคลินิก เช่นการปรับป้ายการแยกกลุ่มผู้ป่วย จัดป้ายแนะนำป้องกันพลัดตกหกล้ม จัดบริเวณสำหรับการช่วยชีวิตผู้ป่วย ติดป้ายเพื่อให้เห็นอุปกรณ์และยาในการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้สะดวกเป็นต้นดังสรุปในภาพที่ 3



วิเคราะห์กลุ่ม/ประเด็น	ปัญหาจากการวิเคราะห์	แนวทางการพัฒนาข้อเสนอแนะในการแก้ไข
พยาบาล	ไม่มั่นใจในการบริหารความเสี่ยง/ไม่มีคู่มือ	จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง
Non- nurse	ไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ขาดความรู้	จัดอบรม risk management Non-technical skill
แพทย์	ระบบที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต้องการสื่อสาร	พัฒนาการสื่อสาร/ประชุมร่วมประสาน PCT
เจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน	ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม PCT ไม่รับทราบนโยบายความเสี่ยง	รายงาน PCT รับทราบแจ้งภาควิชาในการสื่อสารนโยบาย
วิเคราะห์องค์กรนโยบาย/เอกสาร	นโยบายนำสู่การปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมไม่เป็นปัจจุบัน	นำนโยบายสู่การปฏิบัติสื่อสารผ่านPCT ให้กับทุกกลุ่มและรวบรวมในคู่มือบิหารควาเมสี่ยงสำหรับคลินิกหูคอจมูก
สิ่งแวดล้อม/สถานที่	จุดบริการมีหลายจุด/ระบบสิ่งแวดล้อมบางส่วนที่ไม่เอื้อต่อการบริหารความเสี่ยง/สถานการณ์โควิด	ปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อระบบบริหารความเสี่ยงและสถานการณ์ระบาดของโควิด -19 ค้นหาความเสี่ยงทุกจุดบริการเพื่อเข้าระบบบริหารความเสี่ยง

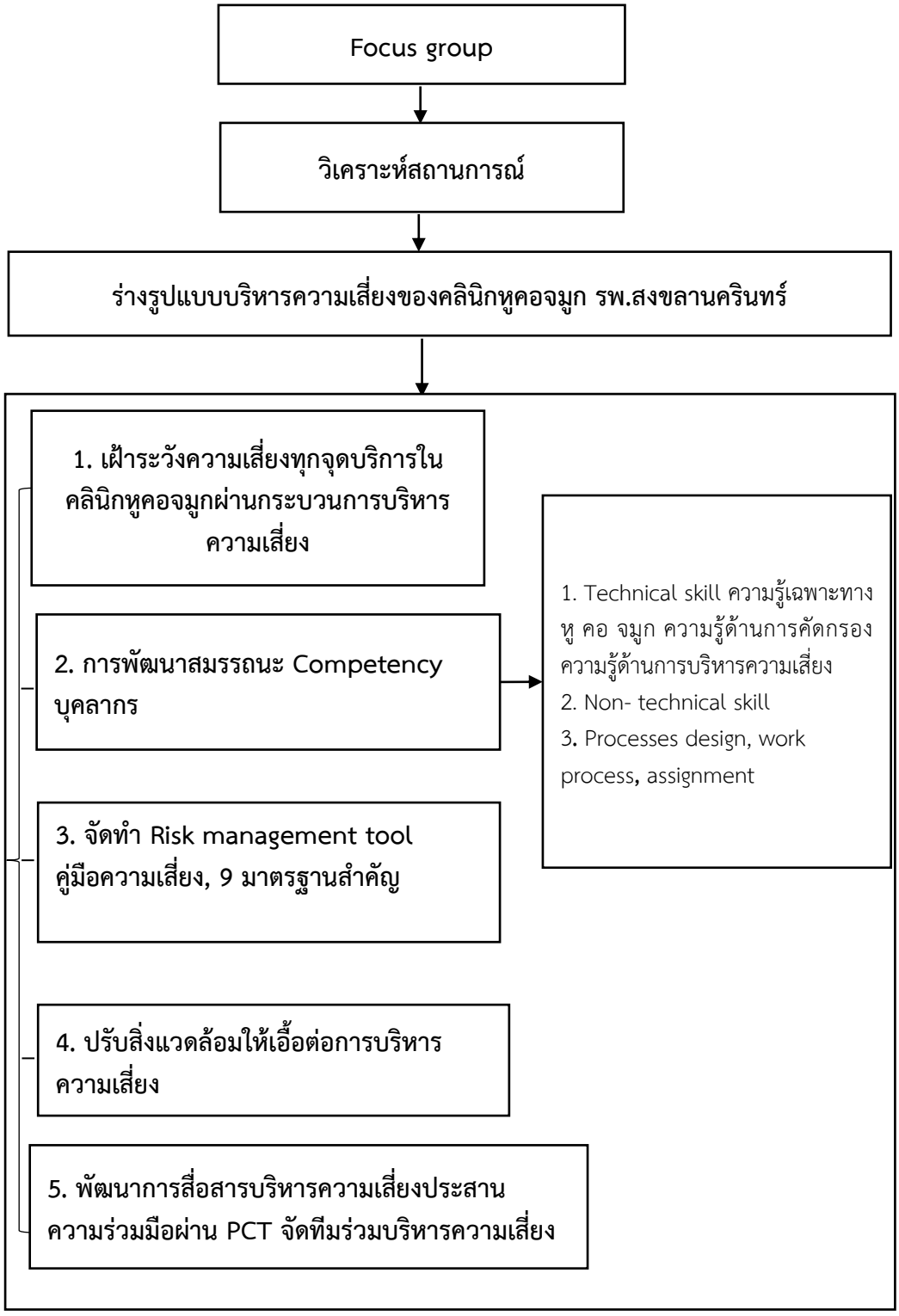
ภาพที่ 3 สรุปการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาร่างรูปแบบบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนโดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคทากาท (Kemmis & McTaggart, 2014) มาใช้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนกลับ

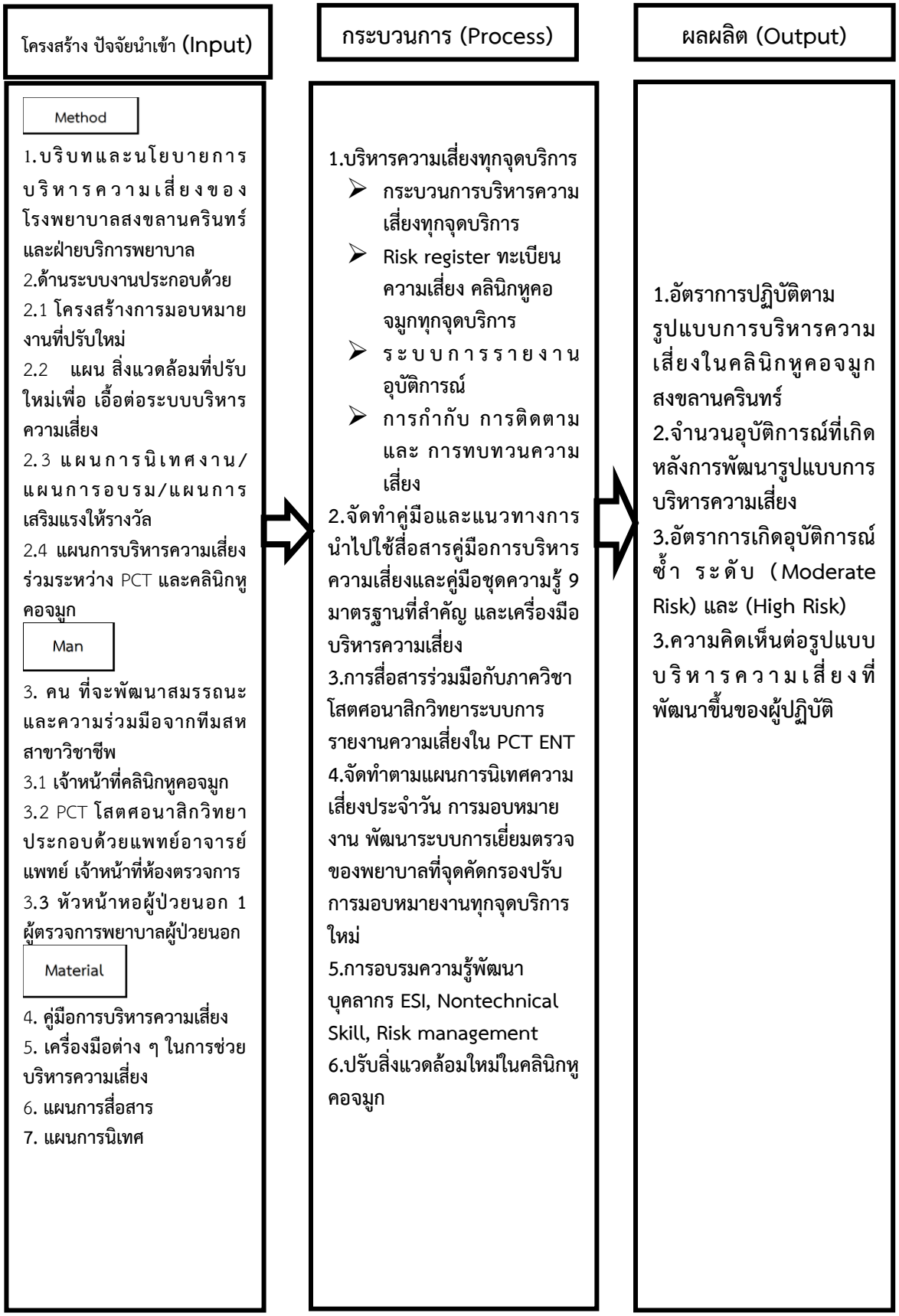
2.1 การวางแผน(plan) ร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นศึกษาสถานการณ์มาประชุมกลุ่มร่วมกันกับผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ก่อนนำไปร่างรูปแบบ หลังจากนั้นจึงได้ประชุมร่วมกันร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในสิ่งที่จะปรับเปลี่ยนและพัฒนา คือการเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการในคลินิก หู คอ จมูก จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงตรวจสอบการประเมิน Risk level แต่ละจุดบริการ และชุดความรู้มาตรฐานความปลอดภัยที่สำคัญจำเป็นสำหรับคลินิกหูคอจมูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบและเสนอแนะซึ่งได้มีข้อเสนอ ต่อคู่มือและชุดมาตรฐานความปลอดภัย และระบบการสื่อสารร่วมกันของภาควิชาโสตศอนาสิก PCT การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความเสี่ยง การปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการบริหารความเสี่ยง จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อพัฒนาร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และพัฒนาร่างรูปแบบสรุปได้ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ร่างรูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ภาพที่ 5 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบหลังรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงของการให้บริการ

กระบวนการพัฒนา	แบบเก่า(ก่อนการพัฒนา)	การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก
1. การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการในคลินิกหู คอ จมูก	มีการ Risk identify ในบางจุดบริการที่เกิดปัญหาและมี CPG ที่สำคัญในการเฝ้าระวังความเสี่ยงไม่ครอบคลุมเช่น ห้องตรวจการได้ยิน ห้องหัตถการเด็ก	Risk identify ความเสี่ยงทุกจุดบริการในคลินิกหู คอ จมูก เข้ากระบวนการ จดทะเบียนความเสี่ยงในทุกจุดและร่วมกันทำ Risk treatment Risk prevention มีผู้รับผิดชอบดูแลในแต่ละจุดบริการ จัดการความเสี่ยงที่สำคัญที่สุด Risk Level ที่คะแนนสูงก่อน
2.การพัฒนาสมรรถนะ Competency บุคลากร 2.1Technical skill ความรู้เฉพาะทาง หู คอ จมูก ความรู้ด้านการคัดกรอง ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง 2.2 Non- technical skill 2.3 Processes design, work process วิเคราะห์ความเสี่ยงทุกจุดบริการ	1. อบรม ESI มานานเกิน 5 ปี ไม่มีการซ้อมเหตุการณ์ 2. อบรม เรื่อง UAO การใช้ guideline มาเกิน 5 ปี ไม่มีการซ้อมรับเหตุการณ์ 3. ไม่มีการอบรม Non-technical skill ให้สำหรับ Non nurse 4. Process design, work process คงเดิม ไม่ได้วิเคราะห์ความเสี่ยงทุกจุดบริการ	1.จัดอบรม ESI แยกกลุ่ม nurse non nurse มีการสอบก่อนหลัง และมีการซ้อมเหตุการณ์จำลอง 2. จัดอบรม UAO update guideline โดยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและซ้อมเหตุการณ์จำลองในการเตรียมซ้อมรับผู้ป่วย 3.จัดอบรม Non- technical skill ให้สำหรับ Non nurse 100% 4.ปรับระบบงานการ assignงานเพิ่ม job ปรับการพักปรับการมอบหมายงาน เฝ้าระวังวิเคราะห์ความเสี่ยงทุกจุดบริการ ใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง
3. Risk management tool คู่มือความเสี่ยง, 9 มาตรฐานสำคัญ	2. ไม่มีคู่มือบริหารความเสี่ยงและคู่มือ 9 มาตรฐานสำคัญ	3. พัฒนาคู่มือบริหารความเสี่ยงและคู่มือ 9 มาตรฐานสำคัญสำหรับคลินิก หู คอ จมูก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กระบวนการพัฒนา	แบบเก่า(ก่อนการพัฒนา)	การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก
4.ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการบริหารความเสี่ยง	3.สิ่งแวดล้อมเดิม	3.ปรับสิ่งแวดล้อมใหม่จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ที่เอื้อในการบริหารความเสี่ยง
5.กระบวนการสื่อสารบริหารความเสี่ยง ประสานความร่วมมือผ่าน PCT จัดทีมร่วมบริหารความเสี่ยง	4.ยังไม่มีระบบการสื่อสารบริหารความเสี่ยงร่วมกันระหว่าง PCT OPD	4. พัฒนาระบบการสื่อสาร จัดทีมงานผู้รับผิดชอบ ประสานงานเรื่องการบริหารความเสี่ยงร่วมกับภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาผ่านกลุ่ม PCT จัด group line และเอกสารการรายงานความเสี่ยงเพื่อสื่อสารใน PCT

2.2 การทดลองรูปแบบ (action) ตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก มีดังนี้

ด้านโครงสร้าง

1. มีการสื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนและหลากหลายช่องทางลงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย การบูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับงานประจำ ใช้จุดแข็งด้านความพร้อมด้านงบประมาณให้เกิดประโยชน์ การมอบหมายงานและจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงานปรับ Processes design, work process

2. การพัฒนาความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือคุณภาพแก่บุคลากรด้านการบริหารความเสี่ยงยังไม่มีแผนบริหารความเสี่ยงที่เชื่อมต่อครอบคลุมทั้งระบบของทีมนำทางคลินิก (Patient care team) ยังขาดการประสานงานในการบริหารความเสี่ยงในภาพของความเชื่อมต่อในทีมนำทางคลินิก ยังมีการแยกวิชาชีพและไม่มีการสื่อสารในภาพรวม มีแนวทางในการซ้อมแผนในการดูป่วย จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงร่วมกับ ทีมนำทางคลินิก มีรายละเอียดในคู่มือความเสี่ยง แจ้ง ทีมนำทางคลินิก เพิ่มเติมในการดึงกลุ่มห้องตรวจการได้ยินเข้าร่วม ทีมนำทางคลินิก ในคลินิก หู คอ จมูก แนวทางการแก้ปัญหามีดังนี้ ควรมีการกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้เกิดความร่วมมือในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง วิธีการบริหารความเสี่ยง มีการติดตามประเมินผลและพัฒนาการบริหารความเสี่ยงโดยมีการทำโครงการพัฒนางานในแต่ละปีงบประมาณ

3. มีการประสานงานในทีมสหสาขาผ่านระบบทีมนำทางคลินิก (Patient care team) PCT ในภาพรวม การพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะทักษะเตรียมความพร้อมในการบริหารความเสี่ยงความรู้และทักษะของบุคลากรในการเตรียมความพร้อมในการบริหารความเสี่ยง รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง พัฒนาสมรรถนะ บุคลากรทุกระดับ พัฒนาสมรรถนะ

พยาบาล และบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลอบรม Non-technical skill เรียนการบริหารความเสี่ยง เครื่องมือบริหารความเสี่ยง จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง

4. การปรับสิ่งแวดล้อมในคลินิกและการจัดระบบเพื่อการบริหารความเสี่ยงช่วยในการบริหารความเสี่ยงรวมถึงการสร้างบรรราากาศที่เอื้อต่อการบริหารความเสี่ยง การคัดกลุ่ม ผู้ป่วย การส่งมอบบริการ service delivery ปรับพื้นที่ในการคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและไม่เสี่ยง กลุ่มเปราะบางที่ต้องการความช่วยเหลือ กลุ่มพระภิกษุสงฆ์ แยกกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ แยกบริเวณรอส่งศูนย์คัดกรอง แยกบริเวณห้องหัตถการ จัดห้องสำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ มีอุปกรณ์ป้องกันเพิ่มเติมสำหรับคนไข้เด็ก จัดซื้อเตียงปรับระดับได้เพื่อให้ผู้ป่วยที่ทำหัตถการพลิกนิ่วในหูป้องกันพลัดตกหกล้ม รวมถึงจัดทำแผนผัง 5 ส และแผนอัคคีภัยเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้บริการในความปลอดภัยสูงสุด

ด้านกระบวนการ

1. จัดระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการในคลินิก หู คอ จมูก ผ่านกระบวนการบริหารความเสี่ยงกระบวนการเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการโดยการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการคือการค้นหาความเสี่ยง ระบุความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง ทบทวนควบคุม พิจารณาโอกาสการเกิดความเสี่ยงและความรุนแรงของความเสี่ยง จัดระดับความเสี่ยงเข้าระบบ การจดทะเบียนความเสี่ยงของคลินิกจัดรายการความเสี่ยงของแต่ละจุดบริการออกเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับความเสี่ยง โดยจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละจุดบริการได้แก่ กลุ่มสำคัญมาก สำคัญปานกลางและสำคัญน้อย โดยตรวจสอบ ระดับของความเสี่ยงนี้โดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการดำเนินการแก้ไขกลุ่มสำคัญกลุ่มเสี่ยงสูงก่อนและร่วมกันทำประเมินความเสี่ยง และหาทางรับมือกับความเสี่ยงจัดทำแผนรับมือความเสี่ยงมี Risk treatment, Risk prevention, Qi plan บรรจุไว้ในคู่มือบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก ในภาคผนวก ข โดยมีการ ใช้ระบบการคัดกรองและเครื่องมือบริหารความเสี่ยงของ สรพ. มาใช้หลังจากนั้นจึงได้สื่อสารให้ทั้งภาควิชาโสตศอนาสิก รับทราบ ติดตามทบทวนโดยมีการบันทึกรายงานหากเกิดอุบัติการณ์ดังในภาคผนวก ค

2. มีการกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับจัดกิจกรรมและการถ่ายทอดการบริหารความเสี่ยงให้เข้ากับบริบททุกกลุ่มงานในการค้นหาความเสี่ยง การรายงานความเสี่ยง ติดตามการใช้คู่มือแนวปฏิบัติวิธีการการจัดกิจกรรมทบทวนความเสี่ยงยังไม่เป็นระบบ การติดตามทบทวน ความเสี่ยงและการจัดการความรู้ด้านความเสี่ยง พัฒนาสมรรถนะพยาบาล เรียนการบริหารความเสี่ยง เครื่องมือบริหารความเสี่ยง ระบบการรายงาน incident การรายงานความเสี่ยงยังมีน้อย โดยเฉพาะการรายงาน Near miss การรายงานนโยบาย no blame no shame ยังไม่เป็นรูปธรรม ระบบการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลระบบ HIS ยังเป็นระบบที่ยุ่งยากยังเข้าไม่ถึงทุกกลุ่มของบุคลากรทุกกลุ่มกลัวการรายงานความเสี่ยงและอยากรายงานความเสี่ยงแบบไม่ระบุตัวตนจัดโครงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และ บุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาล อบรมการบริหารความเสี่ยง เครื่องมือบริหารความเสี่ยงโดยมีกระบวนการ พัฒนา ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 4 กลุ่มจากปัญหาความเสี่ยงในการสนทนากลุ่ม

3. จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง มีการติดตามประเมินผล อย่างต่อเนื่องหรือแนวปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย Risk management tool คู่มือความเสี่ยง, 9 มาตรฐานสำคัญในการนิเทศและสื่อสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ในคลินิก หู คอ จมูก เพื่อให้พยาบาลสามารถนิเทศและเป็นผู้นำในการบริหารความเสี่ยงได้

4. กระบวนการสื่อสารบริหารความเสี่ยงประสานความร่วมมือผ่าน PCT จัดทีมร่วมบริหารความเสี่ยงการประสานความร่วมมือในการบริหารความเสี่ยงสื่อสาร แบบสหสาขาวิชาชีพโดยมีภาควิชาโสตศอนาสิกเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนในภาพรวม

ด้านผลผลิต

กระตุ้นให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์ โดยมีการติดตามการรายงานทุกเวรจัดกิจกรรมทบทวน กระตุ้นให้มีการบันทึกข้อมูล สร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานความเสี่ยงมีการรายงานอุบัติการณ์วิธีที่หลากหลายให้เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรทุกกลุ่มเช่นการรายงานที่ไม่ระบุตัวตน และการติดตามตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงทุกเดือนแนวทางแก้ปัญหา มีดังนี้ ควรกระตุ้นให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์ โดยมีการติดตามการรายงานทุกเวรจัดกิจกรรมทบทวน กระตุ้นให้มีการบันทึกข้อมูล สร้างทัศนคติเชิงบวกบรรยากาศที่ดีต่อการรายงานความเสี่ยงมีการรายงานอุบัติการณ์วิธีที่หลากหลายให้เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรทุกกลุ่มเช่นการรายงานที่ไม่ระบุตัวตน และการติดตามตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน ติดตามผลลัพธ์ในงานวิจัยดังนี้ 1) อัตราการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 2) จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง 3) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ระดับ (Moderate Risk) และ (High Risk) 4) ความเป็นไปได้ของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น

ในขั้นตอนนี้ หลังการร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเสี่ยง 5 ท่านปรับแก้ไขและแสดงความคิดเห็น

หลังจากแก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจึงได้พัฒนารูปแบบสู่การปฏิบัติโดยการพัฒนาคู่มือบริหารความเสี่ยงและคู่มือมาตรฐาน 9 มาตรฐานสำคัญประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิกหูคอจมูก ให้พยาบาลได้ทดลองใช้ ผลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยงและคู่มือมาตรฐาน 9 มาตรฐานสำคัญประกอบในการบริหารความเสี่ยงผลดังตารางที่ 7 ตารางที่8 และในตารางที่ 9 แสดงค่า ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของบุคลากรกลุ่ม non- nurse ต่อการอบรม non-technical skill ในคลินิก หู คอ จมูก

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้คู่มือมาตรฐาน 9 มาตรฐานสำคัญประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิก หู คอ จมูก ในหัวข้อต่อไปนี้ (n = 4)

รายการ	M	SD	ระดับ
ความพึงพอใจต่อเนื้อหา/ความรู้ที่ได้รับ			
1. มีประโยชน์ต่อการบริหารความเสี่ยง	5	0	มากที่สุด

ตารางที่ 7 (ต่อ)

รายการ	M	SD	ระดับ
2. เนื้อหาทันสมัยและน่าสนใจ	4.75	0.43	มากที่สุด
3. สามารถใช้ได้จริงในบริบทคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	4.75	0.43	มากที่สุด
4. นำไปใช้และมีการนำไปปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.5	0.5	มากที่สุด
5. เนื้อหามีความครอบคลุมและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน	4.5	0.5	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อรูปเล่ม			
6. รูปแบบดึงดูดความสนใจ	4.25	0.43	มากที่สุด
7. ขนาดรูปเล่มและขนาดตัวอักษรมีความเหมาะสม	4.75	0.43	มากที่สุด
8. สะดวกในการใช้	4.25	0.82	มากที่สุด
9. ภาพรวมของคู่มือ	4.5	0.5	มากที่สุด
เฉลี่ย	4.52	0.44	มากที่สุด

จากตาราง ที่ 7 ผลการวิจัยพบว่า คู่มือมาตรฐาน 9 มาตรฐานสำคัญประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิก หู คอ จมูก ผู้ใช้มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเนื้อหา/ความรู้ที่ได้รับและความพึงพอใจต่อรูปเล่มในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M =4.52, SD =0.44)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้คู่มือประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิก หู คอ จมูกในหัวข้อต่อไปนี้

รายการ	M	SD	ระดับ
ความพึงพอใจต่อเนื้อหา/ความรู้ที่ได้รับ			
1. มีประโยชน์ต่อการบริหารความเสี่ยง	4.75	0.43	มากที่สุด
2. เนื้อหาทันสมัยและน่าสนใจ	4.75	0	มากที่สุด
3. สามารถใช้ได้จริงในบริบทคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	5	0	มากที่สุด
4. นำไปใช้และมีการนำไปปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.25	0.43	มากที่สุด
5. เนื้อหามีความครอบคลุมและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน	4.75	0.43	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อรูปเล่ม			
6. รูปแบบดึงดูดความสนใจ	4.25	0.43	มากที่สุด

ตารางที่ 8 (ต่อ)

รายการ	M	SD	ระดับ
7. ขนาดรูปเล่มและขนาดอักษรมีความเหมาะสม	4.25	0.43	มากที่สุด
8. สะดวกในการใช้	4.25	0.43	มากที่สุด
9. ภาพรวมของคู่มือ	4.5	0.50	มากที่สุด
เฉลี่ย	4.52	0.43	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อการใช้คู่มือประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิก หู คอ จมูก มีความพึงพอใจต่อเนื้อหา/ความรู้ที่ได้รับและความพึงพอใจต่อรูปเล่มในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M =4.52, SD =0.43)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของ Non nurse ต่อการอบรม non-technical skill ในคลินิก หู คอ จมูก (n = 13)

รายการ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจต่อเนื้อหา/ความรู้ที่ได้รับ			
1. มีประโยชน์ต่อการจัดการบริหารความเสี่ยงในคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	4.8	0.4	มากที่สุด
2. หัวข้อการอบรมเป็นหัวข้อที่น่าสนใจ	4.8	0.4	มากที่สุด
3. สามารถใช้ได้จริงในบริบทคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	4.9	0.35	มากที่สุด
4. นำไปใช้และมีการนำไปปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.9	0.35	มากที่สุด
5. มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ก่อให้เกิดประโยชน์	4.9	0.3	มากที่สุด
6. มีประโยชน์ต่อการจัดการความเสี่ยง	4.8	0.5	มากที่สุด
7. เนื้อหาที่บรรยายและกิจกรรมการอบรมเหมาะสม	4.9	0.3	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดสถานที่ เวลา			
8. ระยะเวลาในการอบรมเหมาะสม	4.6	0.5	มากที่สุด
9. สถานที่เหมาะสมในการอบรม	4.7	0.45	มากที่สุด
10. รูปแบบสถานการณ์จำลองจากการอบรมนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานได้จริง	4.8	0.4	มากที่สุด

ตารางที่ 9 (ต่อ)

รายการ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจต่อวิทยากร			
11. วิทยากรถ่ายทอดได้ชัดเจนเข้าใจง่าย	4.9	0.3	มากที่สุด
12. เปิดโอกาสให้ซักถาม	4.9	0.35	มากที่สุด
13. ภาพรวมของการอบรม	4.9	0.3	มากที่สุด
เฉลี่ย	4.9	0.35	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรต่อการอบรม Non-technical skill ในคลินิก หู คอ จมูก ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.8, SD = 0.35) ทุกหัวข้อ ได้แก่หัวข้อความพึงพอใจต่อเนื้อหา/ความรู้ที่ได้รับ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดสถานที่ เวลาและความพึงพอใจต่อวิทยากร

2.3 ข้อมูลจากการสังเกต (observation) และสะท้อนกลับ (reflection) ต่อการใช้รูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

จากการใช้รูปแบบ 1 เดือน ผู้วิจัยเข้าร่วมการสังเกตขณะปฏิบัติงานและมีการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติสะท้อนคิดผู้ร่วมวิจัยดังนี้ โดยการสุ่มสังเกตและสัมภาษณ์จากตัวแทนกลุ่มโดยสัมภาษณ์พยาบาล 3 ท่าน จาก 4 คน สัมภาษณ์ พนักงานช่วยการพยาบาล 8 คนจากทั้งหมด 8 คน สัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 6 คนจากทั้งหมด 6 คน สัมภาษณ์แพทย์ 2 คนจาก 10 คน สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน 3 คน จากทั้งหมด 5 คนรวมผู้ให้ข้อมูล 22 คนโดยเน้นผู้ปฏิบัติงานของคลินิก หู คอ จมูก เป็นหลัก

1. การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการในคลินิกหูคอจมูกในการเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการ มีระบบการ Risk identify ความเสี่ยงทุกจุดบริการในคลินิกหูคอจมูก เข้ากระบวนการจดทะเบียนความเสี่ยงในทุกจุดและร่วมกัน ทำ Risk treatment Risk prevention มีผู้รับผิดชอบดูแลในแต่ละจุดบริการโดยมีปรับระบบการมอบหมายงานกับบุคลากรทุกระบบใหม่เป็นช่วงเวลาตามภาระงานภายใต้อัตรากำลังเท่าเดิม และสามารถปฏิบัติตามรูปแบบบริหารความเสี่ยงได้เป็นส่วนใหญ่ แม้ทำให้ทุกคนมีความเหนื่อยล้ากันบ้างเพราะจากภาระงานประจำในช่วงที่กำลังรับผู้ป่วยพร้อม ๆ ในวันที่คนไข้จำนวนมากและสถานการณ์โควิดการเฝ้าระวังความเสี่ยงจะมีมากขึ้นเพราะต้องมีการประชุมกันบ่อยขึ้นเพื่อทำความเข้าใจและกำกับระบบมากขึ้น รวมทั้งการสื่อสารนโยบายในสถานการณ์โควิดที่ปรับเปลี่ยนทุกวันหรือทุกสัปดาห์ทำให้ระบบที่วางไว้ ในบางครั้งทำไม่ได้ต้องปรับเปลี่ยนแต่ทุกคนให้ความร่วมมือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานยังต้องการการสื่อสารและนิเทศเพิ่มเติม เนื่องจากมีมาตรฐานหัวข้อรายละเอียดค่อนข้างมาก รวมถึงปัญหาอุปสรรคเรื่องอัตรากำลังที่มีจำกัดและขาดอัตรากำลังอย่างต่อเนื่องแต่อย่างไรก็ตามก็พบว่าผู้ปฏิบัติรายงานความเสี่ยงมากขึ้นเห็นความเสี่ยงแต่ละจุดได้ไวขึ้นสามารถส่งผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉินได้เร็วขึ้นและเข้าใจขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง

ได้มากขึ้น รวมถึงสะท้อนปัญหาการเบิกจ่ายวัสดุที่มีราคาแพงที่มีผลต่อความเสี่ยงของผู้ป่วยเช่นท่อเจาะคอ การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการกลุ่มผู้ปฏิบัติงานให้ข้อมูลว่าปฏิบัติได้ดังข้อมูลดังนี้

"สามารถปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงได้ค่ะ แต่จะยุ่งยากเพราะในช่วงสถานการณ์โควิด มีผู้ป่วยบางรายปิดบังข้อมูล เพราะกลัวจะไม่ได้ตรวจและเนื่องจากพยาธิสภาพของผู้ป่วย เช่น หูไม่ได้ยิน ทำให้การสื่อสารกันยาก และในผู้ป่วยบางราย มาคนเดียว ทำให้สื่อสารยากต้องใช้เวลามาก

แนวปฏิบัติที่ทำไม่ได้เพราะในกรณีผู้ป่วยมาโดยรถนั่งรถนอน บางรายระดับความรู้สึกตัวไม่คงที่ เกินขีดจำกัดในทางการประเมินของผู้ปฏิบัติงานการพยาบาล จนข้าพเจ้ากลัวว่าผู้ป่วยจะเป็นอันตรายได้รับการช่วยเหลือดูแลล่าช้า รู้สึกค่อนข้างกดดันและเครียดค่ะแต่ก็รีบรายงานพี่ ๆ พยาบาลอย่างเร็วคะเพื่อไม่ให้คนไข้เราแย่แบบครั้งนั้น"

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 5)

"สามารถปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงได้ค่ะ แต่จะยุ่งยากและเพิ่มภาระงานมากขึ้นเพราะสภาพการณ์โควิดทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ให้ข้อมูลตามความจริง หรือปิดบังข้อมูลทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคระบาดโควิดได้ทั้งผู้ป่วยรายอื่นและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้วย และบางรายเนื่องจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่หูไม่ได้ยิน ทำให้สื่อสารกันยากและในผู้ป่วยบางรายมาคนเดียวทำให้ใช้เวลาในการสื่อสารนาน"

"แนวทางปฏิบัติที่ทำไม่ได้ เพราะในกรณีบางจุดเช่นผู้ป่วยมาโดยรถนั่ง รถนอน บางรายระดับความรู้สึกตัวไม่คงที่ เกินขีดจำกัดในการประเมินของผู้ปฏิบัติงานพยาบาล และกลัวผู้ป่วยเป็นอันตรายได้รับความช่วยเหลือล่าช้า"

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 1)

"มันก็ยากกับความเคยชินค่ะพี่แต่ทำไปเรื่อย ๆ ก็จะเป็น habit เรา และช่วงหลังสังเกตว่าหลังจากประสาน PCT ในเรื่องการส่งคนไข้ที่ซับซ้อนและไม่พร้อมลงมาตรวจการได้ยินน้อยลงมากขอบคุณมากคะพี่"

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 20)

"ผมไม่มีปัญหานะทำตามได้ปกติก็ทำอยู่แล้วไม่ได้เป็นภาระ"

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 21)

"การสื่อสารให้จนท.ทุกระดับรับทราบ บางเรื่องมีการปรับระบบการทำงานแต่จนท.ของท่านไม่ทราบรายละเอียด ควรมีการประชุมและแจ้งแนวปฏิบัติที่ชัดเจนให้จนท.ทุกระดับทราบในรายละเอียดเป็นช่วง ๆ เนื่องจากทุกคนมีความเคยชินกับการทำงานแบบเดิม ๆ แต่ก็สังเกตได้ว่าน้อง ๆ เรามารายงานความผิดปกติของคนไข้ให้พยาบาลรับทราบบ่อยกว่าแต่ก่อนนะคะทำงานกันไว

ขึ้น ความเสี่ยงเรื่อง UAO ต้องการเครื่องวัด O2 เพิ่มที่จุด D/C เพื่อให้พยาบาลวัด O2 sat + ประเมิน V/S ก่อน D/C พร้อมทั้งบันทึกในระบบ HIS"

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 3)

"การขาดอัตรากำลังต่อเนื่องอาจทำให้การทำงานในบางจุดต้องขาดคนบ้างก็ต้องทำงานแบบรีบเร่งกดดันทำให้บางครั้งจึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ได้แบบเป๊ะทุกข้อค่ะ ควรมีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมเพิ่มเติมในการบริหารความเสี่ยงกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับอย่างต่อเนื่อง"

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 2)

2. ด้านการพัฒนาสมรรถนะ competency บุคลากร technical skill ความรู้เฉพาะทางหูคอจมูก ความรู้ด้านการคัดกรอง ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง non - technical skill processes design, work process เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่สามารถ ปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการคลินิกหูคอจมูกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้ ตามตารางการอบรมที่ได้ จัดไว้ เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจการอบรมตามตารางการอบรมที่ได้จัดไว้ ในส่วนของการปรับระบบการทำงานในบางจุด และระบบการทำงานในบางคนบางจุดส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ ดีมาก มีบางคนที่ต้องอาศัยเวลาในการปรับเนื่องจากความเคยชินในงานเดิม และรู้สึกอึดอัดในการทำในครั้งแรกหลังการอบรมทุกรายการทุกคนเริ่มชินกับระบบที่ปรับใหม่มากขึ้น ในด้านความมั่นใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่มีมากขึ้น กลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มพยาบาล สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติบริหารความเสี่ยงได้แต่มีปัญหาจากสถานการณ์ใหม่เช่นสถานการณ์โควิดและผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้นต้องการการนิเทศและกำกับเพิ่มเติมจากพยาบาล กลุ่มพยาบาลต้องการการสื่อสารเรื่องการบริหารความเสี่ยงให้บ่อยขึ้นให้ทั่วถึงและการนิเทศการบริหารความเสี่ยงเพิ่มเติมให้เข้าใจง่ายมากขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

"สามารถปฏิบัติตามการบริหารความเสี่ยงได้ ไม่เป็นภาระเพิ่ม แต่มีผลดีกับผู้ป่วยทำให้ได้รับความปลอดภัย เพิ่มความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ ลดข้อร้องเรียนหรือการฟ้องร้อง"

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 4)

"สามารถ สามารถปฏิบัติตามได้และทำให้เกิดความมั่นใจในระบบการทำงานมากขึ้นซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและพึงพอใจตามมาค่ะ มี flow การป้องกันความเสี่ยงแต่ละจุดก็ยิ่งสะดวกมากขึ้นค่ะ"

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 3)

3. ด้านเครื่องมือบริหารความเสี่ยง คู่มือความเสี่ยง, 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นสำหรับคลินิก หู คอ จมูก กลุ่มพยาบาลให้ความสนใจต่อคู่มือนำเสนอรูปแบบในการปรับเปลี่ยน หลังพบปัญหาในการใช้คู่มือและต้องการให้รูปแบบน่าอ่าน น่าสนใจมากกว่าเดิม และยังต้องการการนิเทศ

เรื่องความเสี่ยงเพิ่มเติมเนื่องจากการอบรมเป็นการอบรมทาง ระบบ zoom การรับข้อมูลในบางครั้งรับได้ไม่ครบถ้วน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“งานคุณภาพเช่น 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นและคู่มือความเสี่ยงก็เป็นภาษาวิชาการและเป็นเรื่องใหม่สำหรับเราอยากให้พี่อธิบายเพิ่มเติมเช่นเรื่องการทบทวนความเสี่ยงแบบ 12 กิจกรรมทบทวนเพิ่มเติม”

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 11)

“คิดว่าความรู้ในด้านความเสี่ยงและ ต้องการนิเทศเพิ่มเติมและมีคู่มือในการบริหารงาน (แบบสั้น ๆ กว่าเดิม) จะได้ใช้เวลาให้น้อยที่สุดในการหาข้อมูลเวลาเกิดเรื่อง และควรนำเสนอไว้เป็น QR CODE หรือลงไว้ใน Desktop หน้าจอคอมของพยาบาลสั้น ๆ เข้าใจง่าย”

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 6)

“คิดว่าความรู้ในด้านความเสี่ยงและ ต้องการนิเทศเพิ่มเติมและมีคู่มือในการบริหารงาน (แบบสั้น ๆ กว่าเดิม)”

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 7)

4. ด้านปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการบริหารความเสี่ยง การปรับสิ่งแวดล้อมใหม่ พบว่าทุกคนทุกกลุ่มให้ความร่วมมือดีและนำเสนอปรับเปลี่ยนรับทราบปัญหาได้เอง และต้องการทรัพยากรต่าง ๆ เพิ่มเติมเมื่อเห็นปัญหาความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข การปรับเปลี่ยนระบบคล้าย ระบบ 5ส ที่คณะแพทยศาสตร์ได้ฝังรากลึกในการทำงานคุณภาพนี้อยู่แล้วทุกคนไม่ได้รู้สึกว่าเปลี่ยนไปมาก ปกติระบบก็เปลี่ยนอยู่แล้วตามรอบของผู้บริหารอุปสรรคคือการเบิกจ่ายของ ครุภัณฑ์ที่มีระบบการเบิกจ่ายที่ช้า มีกรรมการตรวจสอบหลายชั้น และสถานการณ์โควิดก็ทำให้ทุกคนเห็นปัญหาที่ต้องปรับระบบการใช้ห้องแยกห้องดูแลคนไข้เฉพาะและการดูแลคนไข้เด็กที่มากขึ้นทุกคนก็เล็งเห็นถึงปัญหานี้ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“สามารถปฏิบัติตามรูปแบบความเสี่ยงได้ ไม่ได้ยุ่งยาก เพราะวางแผนปรึกษา หารือประชุมกับเจ้าหน้าที่ในคลินิก หู คอ จมูก ถึงปัญหาความเสี่ยง เช่น กรณีผู้ป่วยเวียนศีรษะบ้านหมุน การพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยรถนั่ง รถนอน ดีที่เราได้เตียงสำหรับพลิกนิ่วมาคือดีมากจะมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลระหว่างการตรวจและทำหัตถการต่างๆอย่างใกล้ชิด และการแยกกลุ่มเด็กไปตรวจในห้องสุดท้ายก็จะช่วยเรื่องป้องกันการติดเชื้อได้ระดับหนึ่งเพราะจริง ๆ เด็กเป็นหวัดเยอะนะแยกได้จะดีและตอนนี้ดีขึ้นมั่นใจขึ้นเรามี Hepa filter มาใช้กรองอากาศในห้องหัตถการช่วงโควิดถือว่าดี “

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 10)

“ช่วงสถานการณ์โควิดพอดีเลยการจัดป้ายแยกกลุ่มในการนั่งรอเรียกตรวจและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อไปศูนย์คัดกรองทำให้เราทำงานง่ายขึ้นป้องกันการติดเชื้อได้ การจัดเก้าอี้ใหม่สำหรับ

ผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการ ถือว่าตอบโจทก์เพราะบางครั้งมีคนไข้คลินิกอื่นมานั่งปะปนอยู่ด้วยพอเราติดป้ายและแยกไว้ก็แยกได้ง่ายขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 5)

5. กระบวนการสื่อสารบริหารความเสี่ยงประสานความร่วมมือผ่าน PCT จัดทีมร่วมบริหารความเสี่ยง การสื่อสารกับภาควิชามีระบบมากขึ้น มีผู้รับผิดชอบประสานงานและรายงานความเสี่ยงมากขึ้นมีการจัดตั้งกลุ่ม line และประชุม PCT ประสานการทำงานกันมากขึ้น ภาควิชารับทราบปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาความเสี่ยงที่คลินิกหูคอจมูกได้รายงานผ่านระบบมากขึ้น มีสะท้อนข้อมูลดังนี้

“คิดว่าไม่ยุ่งยากอะไรนะครับเพราะเราทำตามมาตรฐานที่ดีอยู่แล้ว ช่วงที่เกิดโควิดมาปีนี้ผมว่าคลินิกเราทำระบบการคัดกรองได้ดีทั้งที่พวกเราน่าจะเสี่ยงสุดในรพ.นะพี่ ระบบในห้องหัตถการก็เจ้าหน้าที่แต่งตัวป้องกันเรียบร้อยมากกว่าเดิมเจ้าหน้าที่เรายังไม่มีใครติดโควิดเลยนะเยี่ยมผมว่า การสื่อสารก็ดีขึ้นครับมีการเขียน incident แจ้งเวลาเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติทำให้อาจารย์ได้มาสื่อสารแพทย์ทุกคน ผ่าน MM conference”

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 18)

“การปฏิบัติเรื่องความเสี่ยงโดยรวมถือว่าแพทย์ทำได้นะคะแต่การสื่อสารช่วงโควิดก็จะขลุกขลักกันนิดหน่อยนะคะแต่ความร่วมมือของ PCT และ OPD ก็ยังประสานงานกันตลอดที่เราสื่อสารกับแพทย์ใช้ทุนแต่มันยากจริงที่ทุกคนจะทำตามได้หมดเช่นการล้างมือเปอร์เซ็นต์ก็ไม่ตรงเป้า การ seal mask ของแพทย์ยังไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ก็ค่อย ๆ ปรับไปค่ะดีที่พี่พยาบาลช่วยกันเตือนมากขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 19)

“มีปัญหาและอุปสรรคสำคัญของแพทย์คือควบคุมให้ปฏิบัติได้เป๊ะมันยากเพราะค่อนข้าง individual มาก ๆ แต่เราก็พยายามสื่อสารและนโยบายตั้งแต่เขาเริ่มเข้ามาก็คงต้องให้ OPD ช่วย feedback ให้เป็นช่วง ๆ นะคะ”

(ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 19)

ระยะ ที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีการดำเนินการโดย หัวหน้าคลินิก หู คอ จมูก ประกาศใช้รูปแบบการจัดการเป็นเวลา 1 เดือน ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 ตุลาคม 2564 ดังนี้

ตารางที่ 10 ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในคลินิก หู คอ จมูก

จุดบริการ	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
คัดกรอง	87.42	12.58
ลงทะเบียน	86.06	13.94
จุดเรียกชื่อ	91.77	8.23
จุดรถนั่งรถนอน	90.81	9.19
ห้องหัตถการ	93.31	6.69
จุดหน้าห้องตรวจ	90.22	9.78
จุด Exist nurse	89.79	10.21
ห้องตรวจการได้ยิน	86.36	13.64
เฉลี่ย	**89.46**	**10.54**

ตารางที่ 10 อัตราการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในคลินิก หู คอ จมูก เฉลี่ยทุกจุดบริการ เฉลี่ย ปฏิบัติได้ร้อยละ 89.46 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 10.54

สรุปผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการผู้ป่วยคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ดังต่อไปนี้

1. ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในคลินิก หู คอ จมูก เฉลี่ยทุกจุดบริการ เฉลี่ย ปฏิบัติได้ร้อยละ 89.22 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 10.54

2. จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย

2.1 ระดับ A รายงานเหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน จำนวน 10 ครั้งรายงานจากเจ้าหน้าที่ระดับที่ไม่ใช่พยาบาล 8 ครั้ง พยาบาล 2 ครั้ง

2.2 ระดับ B รายงานเหตุการณ์เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย 5 ครั้ง รายงานจากเจ้าหน้าที่ระดับที่ไม่ใช่พยาบาล 1 ครั้ง รายงานจากพยาบาล 4 ครั้ง

2.3 ระดับ D 1 ครั้งเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังและมีการส่งตรวจอื่น ๆ เพิ่มเติมคือมีการ CT และ film chest เป็นอุบัติการณ์ผู้ป่วยล้มในห้องน้ำที่หน้าห้องเจาะเลือดจากพื้นห้องน้ำลื่นพื้นรองเท้าลื่นเป็นผู้ป่วยของคลินิก หู คอ จมูก ที่ได้รับการตรวจเสร็จแล้วในคลินิก

3. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ระดับ (moderate risk) และ (high risk) ประกอบด้วย

3.1 ไม่เกิด อุบัติการณ์ ระดับ (moderate risk) และ (high risk)

3.2 ไม่มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ระดับ(moderate risk) และ (high risk)

4. ความคิดเห็นของของเจ้าหน้าที่คลินิก หู คอ จมูก ต่อรูปแบบบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นผลดังนี้

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานภายหลังนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในหัวข้อต่อไปนี้ (n = 18)

รายการ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านความคิดเห็นในการนำไปปฏิบัติจริงรูปการบริการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น			
1. นำไปปฏิบัติจริง	4	0.23	มาก
2. นำไปปฏิบัติได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	4	0	มาก
3. มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน	4.2	0.42	มากที่สุด
4. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นปฏิบัติได้โดยบทบาทอิสระ	3.9	0.4	มาก
ด้านความครอบคลุมในการปฏิบัติจริง			
5. ครอบคลุมทุกจุดบริการ	4.4	0.5	มากที่สุด
6. สามารถนำไปใช้กับผู้ใช้บริการได้ทุกกลุ่มบริการ	4.4	0.5	มากที่สุด
7. ตรงกับปัญหาความเสี่ยงที่จะแก้ไข	4.3	0.45	มากที่สุด
8. ด้านคุณค่าในการทำงาน	4.3	0.45	มากที่สุด
9. ลดเวลาในการทำงาน	4	0.3	มาก
10. ทำให้มีโอกาสดูแลผู้ใช้บริการได้มากขึ้น	4	0.2	มาก
11. มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ ก่อให้เกิดประโยชน์ ไม่เกิดความเสี่ยง ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (cost-benefit ratio)	4	0.3	มาก
เฉลี่ย	4.13	0.34	มาก

ตารางที่ 11 ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.13, SD = 0.34) หัวข้อที่มีความเป็นไปได้ที่อยู่ในระดับมากที่สุดมีดังนี้ คือ ความเป็นไปได้ในด้านความเหมาะสมกับหน่วยงาน (M = 4.20, SD = 0.42) ด้านความครอบคลุมทุกจุดบริการ สามารถนำไปใช้ได้กับผู้รับบริการได้ทุกกลุ่มบริการ (M = 4.4, SD = 0.5) และตรงกับปัญหากับความเสี่ยงที่จะแก้ไขรวมถึง ด้านคุณค่าในการทำงาน (M = 4.4, SD = 0.5)

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบบริหารความเสี่ยงของการให้บริการในคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พัฒนาขึ้นโดยกระบวนการเชิงปฏิบัติการ ระดับความร่วมมือ (practical action research) ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยง ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่เป็นโรงพยาบาลที่เหนือกว่าตติยภูมิ โดยผู้วิจัยนำเสนออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีจุดเด่นดังนี้คือเป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการภายใต้การดูแลของบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง กระบวนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การจัดโครงสร้าง ได้แก่ การสื่อสารนโยบายด้านความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านทักษะทางคลินิกและทักษะที่นอกเหนือจากทักษะทางคลินิก 2) ด้านการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ การจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงตาม 9 มาตรฐานสำคัญที่จำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิก หู คอ จมูก การกำหนดแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงกับ Patient care team 3) ด้านกระบวนการได้แก่จัดให้มีกระบวนการคัดกรองทุกจุดบริการจัดให้มีกิจกรรมการเยี่ยมตรวจผู้ใช้บริการ จัดการสิ่งแวดล้อมที่ลดความเสี่ยง และส่งเสริมบรรยากาศปลอดภัย

1.1 รูปแบบบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ด้านโครงสร้างประกอบด้วย การสื่อสารนโยบาย พบว่า คลินิก หู คอ จมูก มีการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ, 2563) มีการสื่อสารนโยบายมาตรฐานการรับรองขั้นก้าวหน้า AHA และมาตรฐานความปลอดภัยที่จำเป็น 9 มาตรฐานสำคัญสำหรับคลินิกหูคอจมูกสู่การปฏิบัติผ่านหัวหน้างานและอาจารย์ประจำ Clinical lead Team และ Patient care Team แต่การนำนโยบายการถ่ายทอดการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจนแต่ลงสู่การปฏิบัติได้ยังไม่ครอบคลุม การสื่อสารลงสู่การปฏิบัติและการรับสารไม่ครบถ้วนสำหรับบุคลากรบางกลุ่มเนื่องจากโครงสร้างขององค์กรที่ซับซ้อนและใหญ่ การสื่อสารจะเน้นสำหรับหัวหน้างานการบริหารความเสี่ยงจะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทั้งในด้านนโยบาย วัฒนธรรมการทบทวน กำกับติดตาม แก้ปัญหา (สรพ, 2562) ส่งผลต่อการรับทราบและการปฏิบัติตามนโยบายซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิผลเกี่ยวกับกลยุทธ์กระบวนการบริหารความเสี่ยงและวิธีปฏิบัติมีความสำคัญมากรวมทั้งยังไม่มีแผนบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมที่มีความเชื่อมโยงทั้งระบบในภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา เพราะการสื่อสารที่มีคุณภาพเชื่อมโยงกับกลยุทธ์วัตถุประสงค์ของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิผลนั้น ต้องให้มั่นใจได้ว่า ผู้บริหารได้ถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ถูกต้องและทันเวลา (สรพ, 2562) ผู้บริหารสามารถจัดการกับความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญหรือตามการเปลี่ยนแปลงหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ได้ทันท่วงที มีการติดตามแผนการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงการบริหารองค์การ และจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้องค์การมีโอกาสในการบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากที่สุดประเด็นสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ตามแนวคิดใหม่ได้ให้ความสำคัญถึงการเชื่อมโยง การบริหารความเสี่ยงองค์กรเข้ากับการวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อเพิ่มมูลค่าให้กับองค์กร (Pierce & Goldstein, 2018) แนวทางการแก้ปัญหาในการบริหารความเสี่ยงด้าน

โครงสร้างตามรูปแบบของคลินิก หู คอ จมูก ควรมีการสื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน และหลากหลายช่องทางลงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย เพื่อทำให้บุคลากรเข้าใจและลงมือปฏิบัติได้ เช่นเดียวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการด้านความปลอดภัยของ สาหร่าย (2560) ที่กล่าวไว้ว่า ควรมีการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ควรมีการ บูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับงานประจำ ควรเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ ควร มอบหมายงานและจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงานจะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และ การทำงานเป็นทีมและควรพัฒนาความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือคุณภาพแก่บุคลากร เพราะความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพของบุคลากรที่ ปฏิบัติงาน ส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมาย (ธีรพรและคณะ, 2562)

ด้านการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในการบริหารความเสี่ยงส่งเสริมให้ปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติของการบริหารความเสี่ยงและทำให้ระบบการรายงานอุบัติการณ์ไม่ยุ่งยากเพื่อให้บุคลากร สามารถใช้งานได้โดยใช้เวลาอบรมให้น้อยที่สุด จึงควรพัฒนาสมรรถนะตามบริบทของบุคลากร ด้าน งบประมาณในการบริหารด้านความปลอดภัย แต่ด้วยระบบขององค์กรที่ใหญ่มีระบบการใช้ งบประมาณต้องขออนุมัติตามขั้นตอน ทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์บางรายการที่มี ราคาแพง ที่กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนไม่ว่าจะด้านใดก็ตาม จะช่วยให้การบริหารความเสี่ยง ประสบความสำเร็จ ซึ่งการไม่สามารถดำเนินการวางแผนงบประมาณได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้ องค์กรเสียโอกาสและได้รับความเสียหายที่รุนแรงขึ้นถ้าไม่รับการแก้ไขส่งผลต่อความเสี่ยงของ ผู้ใช้บริการ (วิจิตรา, 2563) ด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านทักษะทางคลินิกและทักษะที่ นอกเหนือจากทักษะทางคลินิกในรูปแบบที่ได้จากการวิจัยจัดอบรมบุคลากรด้านการบริหารความ เสี่ยงและการใช้เครื่องมือด้านการบริหารความเสี่ยง มีการจัดอบรมการบริหารความเสี่ยง และความรู้ เฉพาะทางคลินิกหูคอจมูก ด้านมาตรฐานความเสี่ยงของงานผู้ป่วยนอกเช่นด้านการคัดกรองและ Non-technical skill จากการศึกษาพบว่ารับรู้ได้ว่าการส่งเสริมในเรื่องการตระหนักรู้สถานการณ์ ความเสี่ยงซึ่งส่งผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยการบริการ ณ คลินิกหูคอจมูกสอดคล้องกับ การศึกษาของพนิดา (2562) ศึกษาการยอมรับและแนวโน้มการนำแนวคิดทักษะนอกเหนือการ ฝึกอบรม Non-technical skill กลุ่มตัวอย่างร้อยละร้อยพบว่าเป็นทักษะที่เป็นภาพรวมของการอยู่ ร่วมกันของสังคมการพัฒนาได้ตรงจุดป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นและยังเป็นระบบงานที่มี ความมั่นคงทำให้ทุกคนในทีมมีส่วนร่วมมากขึ้นนอกจากนี้พบว่าในการจัดอบรมควรจัดลำดับของ หัวข้อที่สำคัญคือทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์การพัฒนาทักษะเหนือจากทักษะวิชาชีพที่สำคัญ การเรียงลำดับความสำคัญที่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัชยา, ปรัชญานันท์และปราโมทย์ (2563) และการศึกษาของ มาลี, ปฐมามาศ และธิดารัตน์ (2563) พบว่าทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคเป็นทักษะที่ สำคัญที่ต้องควบคู่กับความรู้และทักษะทางเทคนิค ได้แก่การตระหนักรู้ในสถานการณ์ การสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีม ความกล้าหาญในการแสดงออก หรือโต้แย้งอย่างสร้างสรรค์ ภาวะ คุณธรรมและจริยธรรม พบปัญหาการสื่อสารไม่เพียงพอ และมีความเสี่ยงซ่อนเร้นอยู่สอดคล้องกับ การศึกษาของสาหร่าย (2560) ที่พบว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมมี ความสัมพันธ์ทางบวกในการจัดการด้านความปลอดภัย ควรกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพพัฒนา สมรรถนะของบุคลากรในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาล

และกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ที่แท้จริง และจัดการกับปัญหาหรือความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อนุวัฒน์, 2543) ควรนิเทศและสื่อสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ วิธีการบริหารความเสี่ยง ควรมีการติดตามประเมินผล และพัฒนาการบริหารความเสี่ยง และควรประสานงานในทีมสหสาขาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความร่วมมือของทีมสหสาขาการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของงาน (สาหร่าย, 2560) และการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพจะเชื่อมโยงไปสู่องค์รวมในการดูแลผู้ป่วยและเห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่หลากหลาย หากทำโดยวิชาชีพเดียวก็จะได้รับบริการที่ไม่ครอบคลุม (อนุวัฒน์, 2543)

1.2. ด้านการพัฒนาเครื่องมือคุณภาพผลวิจัยที่ได้ สอดคล้องกับ ภคภร (2561) มาตรฐานการบริหารความเสี่ยง การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสมการวิเคราะห์หาสาเหตุรากลึกของปัญหาจะช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพที่มีความยั่งยืน ไม่เกิดเหตุการณ์ซ้ำขึ้นอีก และพบปัญหา คือ เครื่องมือคุณภาพมีความยุ่งยากซับซ้อนและบุคลากรขาดความรู้ในการนำเครื่องมือคุณภาพไปใช้ สอดคล้องกับ วีณาและเกรียงศักดิ์ (2555) ที่สรุปไว้ว่า การมีความรู้ไม่เพียงพอ การไม่ปฏิบัติหรือการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ในการใช้เครื่องมือคุณภาพ เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการบริหารความเสี่ยง ดังนั้นในการพัฒนาคู่มือด้านการบริหารความเสี่ยงและคู่มือ 9 มาตรฐานสำคัญต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิก หู คอ จมูก ควรใช้จุดแข็งของคลินิก หู คอ จมูก ในด้านความสามัคคีความร่วมมือของภาควิชาทั้งแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ พร้อมทั้งบุคลากรมีอัตลักษณ์ที่สำคัญในการพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ควรจัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย เพราะการมีคู่มือและแนวปฏิบัติจะช่วยลดความแตกต่างและลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานได้ (สรพ, 2558) ในผลการวิจัยจึงสอดคล้องกับคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดของคู่มือบริหารความเสี่ยงและคู่มือ 9 มาตรฐานสำคัญทั้ง 2 เล่มของพยาบาลที่ได้ใช้คู่มือ

1.3. ด้านกระบวนการ ได้แก่ จัดให้มีกระบวนการคัดกรองเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการพบว่าการพัฒนารูปแบบเกิดขึ้นในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด – 19 การที่หน่วยงานมีบริบทหลายจุดบริการและบริบทของคลินิกหู คอจมูก ที่มีผู้ใช้บริการที่มีอาการโรคทางเดินหายใจที่คล้ายกับอาการโรคโควิด – 19 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทุกกลุ่มมีปัญหาความเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการนำมาแก้ไขการจึงทำให้เกิดอุบัติการณ์ต่างๆ ที่ตามมาการออกแบบการบริการการบริหารความเสี่ยงและการจัดสิ่งแวดล้อมใหม่เพื่อสอดรับการสถานการณ์การระบาดของโควิด – 19 ในคลินิก หู คอ จมูก จึงสอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรา (2562) พบว่าผู้บริหารสามารถจัดการความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญหรือตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ให้ได้ทันท่วงทีจึงจะทำให้การบริหารความเสี่ยงเกิดความยืดหยุ่นและรอบด้านเหมาะสมกับสถานการณ์

การทำให้โรงพยาบาลมีระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยตั้งแต่เริ่มการคัดกรอง ประเมินอาการการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยที่ทรุดลงขณะรอตรวจการให้การช่วยเหลือเมื่อมีอาการเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน การจัดจุดบริการเฝ้าระวังทุกจุดบริการ การจัดป้ายสัญลักษณ์ต่าง ๆ เพื่อสื่อสารในทีมจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องโดยพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรและวัลภา (2562) การจัดให้มีกิจกรรมการเยี่ยมตรวจผู้ใช้บริการ

และการศึกษาของวิสาร์กร, พรรณิภาและอุรชา (2557) และแนวทางการคัดกรองด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินเป็นเครื่องมือที่ช่วยการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดทำคู่มือสำหรับใช้สามารถปรับใช้ในงานผู้ป่วยนอกได้ดีส่งผลให้คัดกรองให้ผู้ป่วยที่มีภาวะทรุดลงได้ปลอดภัยมากขึ้น และการที่ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการว่ามีกระบวนการการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพผู้ใช้บริการทุกจุดบริการในการเข้าถึง ตามความต้องการอย่างทันเวลามีการประสานงานที่ดีภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะสร้างความปลอดภัยและความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ (สรพ, 2562) จีรนันท์และประจักร (2564) พบว่าจัดการสิ่งแวดล้อมที่ลดความเสี่ยงและส่งเสริมบรรยากาศและวัฒนธรรมที่ปลอดภัยคือปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยงและการศึกษาของกิติพงศ์ (2562) และ โกเมธ (2563) พบว่าแผนการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการบริหารความเสี่ยงการส่งเสริมบรรยากาศการบริหารความเสี่ยง พบว่าบุคลากรรับรู้โอกาสเกิดความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยในการทำงานเกิดภัยคุกคามต่อชีวิตในการปฏิบัติงาน และการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่เหมาะสมคือความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโควิด – 19 พบว่าแต่ละโรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในด้านสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจนโดยมีการบริหารไปตามสถานการณ์ที่เผชิญและปรับเปลี่ยนออกแบบไปตามสถาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและตามนโยบายที่เปลี่ยนแปลงเช่นกัน (ธีรพรและคณะ, 2564)

2. ผลการใช้รูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของการให้บริการคลินิก หู คอจมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์การบริหารความเสี่ยง การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงจุดบริการในคลินิกหูคอจมูกที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในคลินิก หู คอ จมูก เฉลี่ยทุกจุดบริการเฉลี่ย ปฏิบัติร้อยละ 89.46 ไม่ปฏิบัติร้อยละ 10.54 จะพบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติบริหารความเสี่ยงที่เกิดจากทุกคนมีส่วนร่วมก็จะได้รับความร่วมมือ ได้เกินร้อยละ 80 ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่สังเกตได้ โดยเก็บข้อมูลทุกจุดบริการ 1 เดือน การปฏิบัติที่ปฏิบัติได้เกิดจากการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบของบุคลากรทุกระดับในคลินิกหูคอจมูกมาตั้งแต่ต้น การเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาจะทำให้ได้แนวปฏิบัติและรูปแบบที่ตอบสนองความต้องการของทุกฝ่าย การปฏิบัติทั้งหมดเกิดจากความคิดเห็นข้อเสนอแนะ และมาตรฐาน ความปลอดภัยแนวปฏิบัติของภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาและทุกคนให้ความสนใจที่จะร่วมส่งเสริมคลินิกให้พัฒนามากขึ้นการเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับทุกกลุ่มได้มีส่วนร่วมในการวางแผนงานจะทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองสำคัญต่อองค์กรและมีแรงจูงใจในการทำให้บรรลุตามเป้าหมายและการบริหารอย่างมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ (2562) และวนิสาและคณะ (2563) แต่ในรายหัวข้อการปฏิบัติที่ทำไม่ได้ เกิดจากความเหนื่อยล้าและความเครียดของบุคลากรในช่วงที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากและเกิดเหตุการณ์ระบาดโรคโควิด – 19 เพิ่มเข้ามาแนวปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นหลายแนวปฏิบัติและการขาดอัตรากำลังอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารที่ไม่ต่อเนื่องในแนวปฏิบัติทุกแนวปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรนันท์และประจักร (2564) ที่โรงพยาบาลและผู้บริหารควรเพิ่มช่องทางในการสื่อสารในการบริหารความเสี่ยงให้หลากหลายช่องทางตามบริบทของบุคลากร รวมทั้งการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม ซึ่งบางแนวปฏิบัติในการปฏิบัติจะปฏิบัติจากความเคยชินเดิมและภาระงานที่ยุ่งทำให้ปฏิบัติได้ไม่ครบตามที่วางไว้ จึงเป็นหน้าที่ของผู้บริหารในการกำกับติดตามนิเทศจนเป็นงานประจำที่อยู่ในระบบให้ได้ (ภัทริษาและคณะ, 2561) ในส่วนของความคิดเห็นของ

บุคลากรต่อรูปแบบความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นพบว่า ความคิดเห็นด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.13, SD = 0.34) ความเป็นไปได้ในด้านความเหมาะสมกับหน่วยงาน ด้านความครอบคลุมทุกจุดบริการ สามารถนำไปใช้ได้กับผู้รับบริการได้ทุกกลุ่มบริการ ตรงกับปัญหาที่จะแก้ไขและด้านความคุ้มค่าในการทำงาน มีความเป็นไปได้ระดับมากที่สุดเฉลี่ย (M = 4.32, SD = 0.46) การบริหารความเสี่ยงที่มาจากการเห็นปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกันและการทำงานร่วมกันเป็นทีมเดียวกันทุกคนก็จะเข้าใจในบริบทและนำเสนอปัญหาต่าง ๆ ได้ตรงกับความต้องการของปัญหาจึงทำให้ผลการวิจัยว่าความเป็นไปได้ของรูปแบบมีความเป็นไปด้านทุกด้านในระดับมากและมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริลักษณ์ (2560) การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลต้องเป็นการดำเนินงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างหลากหลายอาชีพ หรือสหสาขาวิชาชีพ ต้องเป็นการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมต้องมีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบและยั่งยืนได้ พบว่าผลลัพธ์หลังการพัฒนาเป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัด คืออัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ระดับ (Moderate Risk) และ (High Risk) ไม่มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงของอุบัติการณ์ร้ายแรง แต่ในกลุ่ม ผลลัพธ์ อุบัติการณ์ ระดับ A-D มีการรายงานอุบัติการณ์มากขึ้นทั้งทางวาจาการเขียนตามระบบคือA 10 ครั้ง ระดับ B 5 ครั้ง ระดับ D 1 ครั้งและเป็นเหตุการณ์ไม่รุนแรง เปรียบเทียบกับการรายงานในเดือนตุลาคมปีก่อนคือปี 2562 และ 2563 พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์ระดับ A-D น้อยกว่ามากคือปี 2562 อุบัติการณ์ระดับ A-D รวม 2 ครั้ง ปี2563 อุบัติการณ์ระดับ A-D 5 ครั้งการมีการรายงานอุบัติการณ์ในระดับ A-D เป็นอุบัติการณ์ Near miss ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนเสียหายหากมีการทบทวนและติดตามอุบัติการณ์เหล่านี้ก่อนจะเกิดอุบัติการณ์ร้ายแรง จะทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการในภาพรวมที่ดีขึ้น (สรพ, 2563)

การที่หัวหน้างานส่งเสริมนโยบาย no blame policy รวมถึงการให้รางวัลเสริมแรงสำหรับการรายงานอุบัติการณ์จะส่งเสริมพลังบวกให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการรายงานอุบัติการณ์มากขึ้นซึ่งจะส่งผลดีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การกำหนดให้การรายงานอุบัติการณ์ Near miss เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงานผ่านการทำโครงการพัฒนางานของบุคลากรทุกระดับในหน่วยงานและมีผู้รับผิดชอบในการรายงานและทบทวนรวมทั้งการประสานงานรายงานความเสี่ยงไปยังภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาในกลุ่ม ทีมนำทางคลินิก เพื่อประสานความร่วมมือและแก้ไขเชิงป้องกันตามระบบบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์เป็นการติดตามระดับการเกิดปัญหาในการบริหารความเสี่ยง การรายงานและการสืบสวนตั้งแต่เริ่มแรกจะช่วยแก้ปัญหาได้อย่างทันท่วงที และลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น (อนุวัฒน์, 2543) สอดคล้องกับกิตติพงศ์ (2562) พบว่าการไม่รายงานเหตุการณ์อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงซ้ำ ควรสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานความเสี่ยง ไม่ตำหนิที่ตัวบุคคล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล ทำความเข้าใจกับบุคลากรให้มองอุบัติการณ์เป็นเชิงบวก และทำให้เห็นเป็นรูปธรรมว่า การเขียนรายงานอุบัติการณ์จะไม่ทำให้ผู้ถูกรายงานรู้สึกว่าถูกคุกคาม และต้องสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ เพื่อให้บุคลากรกล้าที่จะรายงาน (อนุวัฒน์, 2543) และควรติดตามตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงทุก 3 เดือนเพราะการติดตาม ประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพ จะบอกถึงความสำเร็จและคุณภาพของการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นการฝึกรายงาน

อุบัติการณ์ให้เป็นวัฒนธรรม การรายงานอุบัติการณ์ (incident) ไม่มีการถอดบทเรียนบางอย่างจะผิดซ้ำ เปลี่ยนวิธีคิด mindset ในการรายงานความเสี่ยง ให้รู้สึกบวก no blame no shame รวมถึงควรจัดกิจกรรมทบทวนความเสี่ยงในแต่ละวันผ่านกิจกรรม ทบทวนหลังการปฏิบัติงาน ให้เป็นวัฒนธรรม (ภัคภร, 2560) ผู้บริหารทางการพยาบาลควรวางระบบการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในการรายงานอุบัติการณ์ส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่ยุ่งยากเพื่อให้บุคลากรใช้งานได้โดยใช้เวลาอบรมน้อยที่สุด เนื่องจาก พยาบาลและบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ภาระงานที่มากขึ้นหรือมากเกินไป และอัตรากำลังที่ขาดแคลน ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงานได้ สถานการณ์ที่แท้จริงและจัดการกับปัญหาหรือความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วีณาและเกรียงศักดิ์, 2555)

สรุปจากผลการวิจัยการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่นำเสนอ มาแล้วข้างต้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของ คลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และมีความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติว่ามีความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติเพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องด้วยบริบทของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ มีการทำงานคุณภาพเข้ามาอย่างต่อเนื่องเช่น การขอรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้าจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และมีอัตลักษณ์พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เมื่อผู้บริหารและหัวหน้างานมีโครงการหรือความคิดใหม่ ๆ ลงสู่การปฏิบัติบุคลากรส่วนใหญ่ยินดีให้ความร่วมมือด้วยดีและ ให้ความสนใจในเรื่องที่ตนเองเห็นว่ามีประโยชน์ต่อหน่วยงานและองค์กรและที่สำคัญคือผู้ป่วยผู้ใช้บริการ และทุกคนอยากทำงานอย่างมีความสุขไม่ต้องการการถูกฟ้องร้องและต้องการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อหน่วยงาน และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นก็มาจากความคิดเห็นของทุกคนทุกกลุ่ม ที่เห็นความเสี่ยงและปัญหาที่ต้องการพัฒนา สิ่งที่พัฒนาขึ้นก็เป็นเรื่องใหม่สำหรับกลุ่มที่ไม่ใช่พยาบาลเช่นการอบรม Non-technical skill หรือในส่วนของพยาบาลเองที่อยากมีคู่มือการบริหารความเสี่ยงเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานอยู่แล้ว แต่ยังไม่มีใครช่วยให้เกิดขึ้นเนื่องจากภาระงานที่หนักตลอดเวลา และในส่วนของภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาก็ต้องการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงในภาพรวมอยู่แล้วเพื่อประโยชน์ในการเรียนการสอนของแพทย์เองและประโยชน์ในการพัฒนาหลักสูตรหลังรับปริญญาของแพทย์ กลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มห้องตรวจการได้ยินเป็นบุคลากรในภาควิชาโสตศอนาสิกแต่ปฏิบัติในห้องตรวจการได้ยิน ซึ่งต้องปฏิบัติงานตลอดเวลาไม่มีได้อบรมเพิ่มเติมและไม่ได้เป็นสมาชิกในทีมนำทางคลินิก จึงไม่ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและไม่ได้มีโอกาสพัฒนาตนเองก็ได้ประโยชน์จากงานวิจัยครั้งนี้ที่ได้แสดงความคิดเห็นและได้เป็นสมาชิกทีม ทีมนำทางคลินิก และได้รับทราบช่องทางในการเรียนรู้และรับทราบนโยบายด้านความเสี่ยง แต่อย่างไรก็ตามการบริหารความเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และบริบทรวมถึงมาตรฐาน งานคุณภาพต่าง ๆ ที่จะเข้ามาผู้บริหารทางการพยาบาล ควรมีระบบการกำกับติดตามและนิเทศ สื่อสาร อย่างใกล้ชิดเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยผู้ใช้บริการมีความปลอดภัยอย่างสูงสุด (ภัคภร, 2560)

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) โดยศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูคอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้กรอบการจัดการคุณภาพเชิงระบบของโดนาบิเดียน (Donabedian, 2005) และกระบวน การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดเคมมิสและแมคทาคกาท (Kemmis & McTaggart, 2014) มาใช้ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบความเสี่ยงคลินิกหูคอจมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะกรรมการ ทีมนำทางคลินิก หู คอ จมูก PCT ENT เจ้าหน้าที่หน่วยบริการจากภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาที่ให้บริการ ที่ห้องตรวจผู้ป่วยมะเร็ง ห้องตรวจการได้ยิน ห้องฝึกพูด และเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการหูคอจมูกทั้งหมด) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติคัดเข้าที่กำหนดไว้ การศึกษาครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 4 กลุ่มจำนวน 31 ท่าน ผู้วิจัยได้นำเสนอสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ นำเสนอผลการวิเคราะห์เนื้อหาของสถานการณ์แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มของผู้ร่วมวิจัย 4 กลุ่มได้แก่ ข้อมูลของกลุ่ม แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่พยาบาล

ตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด ร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงและ 1 วงรอบ

ตอนที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หลังทดลองใช้ 1 เดือน

ผลการวิจัย

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นรูปแบบที่มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการภายใต้การดูแลของบุคลากรที่ได้พัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง ได้รับความร่วมมือในการบริหารความเสี่ยงร่วมกันจากทีมนำทางคลินิกจากภาควิชาโสตสอนาสิกวิทยา ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 3 ส่วนคือ 1) การจัดโครงสร้าง โดยการนำนโยบายด้านความเสี่ยงจากคณะแพทยศาสตร์สู่การปฏิบัติ เตรียมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกกลุ่มในด้านความเสี่ยงทักษะวิชาชีพและทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่

จำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการบริหารความเสี่ยง ส่งเสริมบรรยากาศที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยง 2) ด้านกระบวนการ การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการผ่านกระบวนการบริหารความเสี่ยง พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกกลุ่มการอบรมความรู้เฉพาะทางด้านหูคอจมูก ด้านการคัดกรอง ซ้อมเตรียมรับผู้ป่วยในสถานการณ์ความเสี่ยงต่าง ๆ อบรมทักษะที่นอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ มีเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงได้แก่คู่มือบริหารความเสี่ยงและ 9 มาตรฐานที่จำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับคลินิกหูคอจมูก ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการบริหารความเสี่ยงทุกจุดบริการ มีระบบการสื่อสารการบริหารความเสี่ยงและมอบหมายผู้รับผิดชอบร่วมกันกับทีม นำทางคลินิก ภาควิชาโสตสอนาสิกวิทยา 3) การประเมินผลลัพธ์ ผลจากการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงความคิดเห็นด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.13, SD = 0.34) ความเป็นไปได้ในด้านความเหมาะสมกับหน่วยงาน ด้านความครอบคลุมทุกจุดบริการสามารถนำไปใช้ได้กับผู้รับบริการได้ทุกกลุ่มบริการ ตรงกับปัญหาที่จะแก้ไขและด้านความคุ้มค่าในการทำงาน มีความเป็นไปได้ระดับมากที่สุดเฉลี่ย (M = 4.32, SD = 0.46) ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในคลินิกหูคอจมูก เฉลี่ยทุกจุดบริการ เฉลี่ย ปฏิบัติได้ร้อยละ 89.46 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 10.54 จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ A เป็นระดับความเสี่ยงรายงานเหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน จำนวน 10 ครั้งระดับ B รายงานเหตุการณ์เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย 5 ครั้ง ระดับ D 1 ครั้ง ในส่วนของอุบัติการณ์และอุบัติการณ์ซ้ำระดับ (Moderate Risk) และ (High Risk) ไม่เกิดอุบัติการณ์

ข้อจำกัดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิกหูคอจมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในครั้งนี้มีข้อจำกัดของระยะเวลาในการทดลองใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยมีการนำไปทดลองใช้เพียง 1 เดือน และสถานการณ์โควิดที่ทำให้การจัดกิจกรรมเช่นการอบรม หรือสนทนากลุ่มมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ด้านการบริหาร

1.รูปแบบบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในเรื่องการบริหารความเสี่ยงทุกจุดบริการ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง และการมีคู่มือบริหารความเสี่ยงที่เฉพาะบริบทของหน่วยงาน รูปแบบมาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาความเสี่ยงมีระบบการ RCA โดยกลุ่มบุคลากรทุกกลุ่ม และมีการจัดตั้งกลุ่มทำงานบริหารความเสี่ยงร่วมกันกับทีมนำทางคลินิก หากหน่วยงานอื่นนำไปใช้ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่โครงสร้างการบริหารของหน่วยงานนั้น ๆ

2. จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้บริหารควรมีการทบทวนนโยบายและการสื่อสารให้มีการสื่อสารหลากหลายช่องทางตามบริบทการทำงานและความสนใจของบุคลากรและกลุ่มและแต่

ละระดับส่งเสริมให้ทุกคน มีส่วนร่วมในการกระบวนการบริหารความเสี่ยงและจัดทำแผนพัฒนาร่วมกันในหน่วยงานโดยให้เห็นภาพ ของความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ CLT (Clinical lead team) และทีม PCT (Patient care team) ควรเป็นผู้มีบทบาทในการเป็นผู้นำในการสื่อสารและติดตามทบทวนในการบริหารความเสี่ยงในภาพรวม

3. ควรปรับรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความเสี่ยงกลุ่มทักษะสำคัญทักษะด้านอื่น ๆ เช่นระบบ training non-technical skill

4. ผู้บริหารควรเป็นแบบอย่างที่ดีต่อการรายงานอุบัติการณ์ในเชิงบวกมีระบบการให้รางวัลหรือการตอบแทนที่เป็นบวกในการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร เพื่อให้มีวิธีการเปลี่ยนวิธีคิด mindset ในการรายงานความเสี่ยง ให้รู้สึกบวกให้ระบบ no blame no shame เกิดขึ้นจริงในการทำงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1.จากข้อจำกัดในการศึกษาโดยมีการนำไปทดลองใช้เพียง 1 เดือนการศึกษาครั้งต่อไปควรทดลองใช้รูปแบบในระยะยาวเช่น 1 ปีจะทำให้ผลงานวิจัยและการวิเคราะห์ผล มีความสมบูรณ์และวิเคราะห์ได้ครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษา รวมทั้งสร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอื่น ๆ เพิ่มเติม และศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทั้งด้านคลินิก และด้านที่ไม่ใช่คลินิกเพื่อเป็นข้อมูลในภาพรวมขององค์กรแล้วนำไปใช้วางแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาการบริหารความเสี่ยงขององค์กรให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3. การศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารความเสี่ยงในมุมมองของผู้ใช้บริการที่สะท้อนต่อรูปแบบบริหารความเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

กาญจน์วจี จตุเทน, และประจักร์ บัวผัน. (2561). *การบริหารความสำเร็จของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด.* วารสารวิจัย มข. (บัณฑิตศึกษา), 18(4), 167-177.

กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน. (2559). *การวิจัยทางสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.

กิติพงษ์ จันทรพล.(2562) *ความเสี่ยงของบุคลากรโดยหัวหน้างานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้.*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

กิตติยา วงษ์ขันธ์. (2561). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) และ รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR). ค้นจาก https://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2017060214303228.pdf

โกเมธ นาคบรรณกิจ. (2558) การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล. ค้นจาก https://www.youtube.com/watch?v=u6_qEmwYCCA

กรมควบคุมโรค. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ค้นจาก https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65

กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง. (2563). คู่มือการบริหารความเสี่ยงสำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง. ค้นจาก https://psdg.mof.go.th/th/view/attachment/file/.pdf

กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการบริหารความเสี่ยงสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ค้นจาก http://wwwnpo.moph.go.th/auditor/files-.pdf

จิตติรัตน์ แสงเลิศอุทัย. (2558). เครื่องมือในการวิจัย. *วารสารบัณฑิตศึกษา 12*(58), 13-23.

จิรัชญา ศิวาวุธ, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, และปราโมทย์ ทองสุข. (2563). ทักษะนอกเหนือจากทักษะ วิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย. *พยาบาลสาร*, *47*(4), 460-471.

จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, และอัมภา ศรารัชต์. (บรรณาธิการ) (2551). *ความรู้ทักษะและตัวชี้วัดเฉพาะงานการพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดนใต้.*กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, พรพิมล พลอยประเสริฐ, และ สมทรง บุตรชีวัน. (2560). การพัฒนาการจัดการระบบความเสี่ยงฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารเวชศาสตร์ป้องกันประเทศ, 7(1),* 24-36.

จีรนันท์ ชานนท์, และ ประจักษ์ บัวผัน. (2564). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและวัฒนธรรมความปลอดภัยของ องค์การที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาล ขอนแก่น. *วารสารวิจัยมข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, *21*(1), 216-228.

ชุษณะ มะกรสาร, ศิวาพร สังรวม, และ สินีนาฏ อ้นบุรี. (2563). ระบบบริการทางการแพทย์ค้นจาก http: / / training. dms. moph. go. th/ rtdc/ storage/ app/ uploads/ public/ 59b/9e7/946/59b9e7946b9dd575274016.pdf

ชูศักดิ์ เอกเพชร. (2561). การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D). ค้นจาก https://graduate.sru.ac.th/wp-content/uploads/2018/11/RD-1.pdf

นันท์ชญาน์ นฤนาทธนาเสฏฐ์. (2563). การพัฒนาสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ในห้องตรวจอายุรกรรม ทั่วไปแผนก ผู้ ป่วย นอก โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม,* 17(2), 111-118.

นภัสภรณ์ เชิงสะอาด, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และวัชระเอี่ยม รัศมีกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน.โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3), 147-157.

นฤชา โกมลสุรเดช. (2563). ความปลอดภัยในผู้ป่วยในงานดูแลผู้ป่วยนอก ค้นจาก https://meded.psu.ac.th/binla/class04/388_441/patient_safety_in_ambulatory_care/in dex.html

บังอร เขื่อนคำ, สมใจ ศิระกมล, และ บุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). การ วิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *Nursing Journal*, 47(1), 337-349.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา. (2565) *การจัดการความปลอดภัยสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล*. สงขลา:ชานเมืองการพิมพ์.(Inpress).

ปิยะเนตร ทาจวง, และ ชูศักดิ์ ยืนนาน. (2561). รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสานพลังลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยArrestของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่. *Journal of Health Science and Community Public Health,* 1(2), 115-130.

ธีรพร สถิรอังกูร, สิริมา ลีละวงศ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ณิชาภา จนจอหอ, และกนกพร แจ่มสมบูรณ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาด ของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *30*(2), 320-333.

ธีรพร สถิรอังกูร, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, สมจิตต์ วงสุวรรณศิริ, สิริมา ลีละวงศ์, และ หทัยรัตน์ บุญแก้ว. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของ ผู้ป่วย: กรณีศึกษาจังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *28*(6), 1130-1142.

ธงชัย ทองมา, และ ธีระวัฒน์ จันทึก. (2558). การบริหารจัดการความเสี่ยงกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง: องค์การในยุคโลกาภิวัตน์. Veridian E-Journal, Silpakorn University (ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ), 8(3), 596-621.

มัลลิกา นาจีคำ. (2551). การวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีสังวาลย์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2(3),1403 - 1407.

รัชนี หลงสวาสดิ์. (2562). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 4(3), e0070-e0070.

วิจิตรา สีแดงก่ำ. (2562). การบริหารความเสี่ยงขององค์กรในศตวรรษที่21. *รายงานการประชุม การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 3 วันที่ 15 พ.ย.62, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.* 3(1), 141-151.

วรรณดี สุทธินรากร. (2562). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการการวิจัยเพื่อเสรีภาพและสรรค์สร้าง*. กรุงเทพมหานคร: สยามปริทัศน์.

วิสาร์กร มดทอง, พรรณนิภา รักพาณิชย์, และ อุรชา อำไพพิศ. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(6), 1044 - 1050.

วีณา จีรแพทย์, และเกรียงศักดิ์ จีรแพทย์. (2555). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1), 29-49. ค้นจาก http://e-journal.sru.ac.th/index.php/srj/article/view/241

พนิดา ชื่นชม. (2561). การยอมรับและแนวโน้มการนำแนวความคิดทักษะนอกเหนืองานหน้าที่ไปใช้ในการ พัฒนาคุณภาพการบริการ: กรณี ศึกษา โรงพยาบาลธนบุรี. *วารสารเกษมบัณฑิต*, *19*(ฉบับพิเศษ), 178-188.

เพชรชณี วงค์มาก, และ สมชาติ โตรักษา. (2563). การพัฒนางานรับผู้ป่วยใหม่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 30(1), 138-151

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย.(2552). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

พงศ์ธัช เปียน้อย, วุฒิภัทร สุภายะ, และ ศุภรา เจริญภูมิ. (2561). 4. การพัฒนาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *Journal of Innovation and Management*, 3(3), 41-54.

ภัคภร โลจนะวงศกร.(2560). *Monitor & Evaluation Risk Management System เอกสารประกอบการเรียนการสอนหลักสูตร ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.

ภัทริษา ชุมพล, พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และพรชัย สิทธิศรัณย์กุล. (2561). วัฒนธรรม ความปลอดภัยในองค์กรกับการปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐาน ความปลอดภัยตามการรับรู้ ของ พยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการเกิด และการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด. *วารสารกรมการแพทย์*, *43*(5), 142-147.

สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว, และ สมพิศ พรหมเดช. (2557). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับ คุณภาพบริการพยาบาล. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *15*(2), 66-70.

สาหร่าย จันสา. (2560). อิทธิพลของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *18*, 299-307.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับการบริบาล ณ.ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2560). *ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2561-2564)*. นนทบุรี: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561*. (พิมพ์ครั้งที่2). นนทบุรี: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับที่ 4).* กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). *HA UPDATE 2019*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561) *New HA Standards: Risk management through risk register*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).(2561). *Risk Management Guidance for Implementation of HA Standards (4th Edition)* กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.

สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. (2557). *Update and Practical points in preterm care.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย.

สิทธิชัย ยกถาวร. (2554). *การออกแบบรูปแบบบริการสำหรับผู้ป่วยนอกของแผนกหูคอจมูกในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์โดยใช้เทคนิคการแปลงหน้าที่ทางคุณภาพ.* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สุคนธ์จิต อุปนันชัย, และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2560). ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรอง ผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพแผนก อุบัติเหตุ และ ฉุกเฉินโรงพยาบาลกลาง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 13(2),* 90-101.

สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ.* (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาพร พลพันธ์, และวัลลภา ช่างเจรจา. (2562). ผลการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ต่ออุบัติการณ์ การคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภท งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบึงกาฬ. *วารสารวิชาการ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม, 2(4)*, 50-57.

สุรเดช ศรีอังกูร. (2560). ห้องเรียนความเสี่ยง. ค้นจาก https://www.facebook.com/notes risk Management/1738419489795461/

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2562). *คู่มือความบริหารเสี่ยง ปี 2562*. สงขลา: โรงพยาบาล.

งานเวชระเบียน. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2560). *สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2560*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.

งานเวชระเบียน. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2561). *สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2561*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.

งานเวชระเบียน. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2562). *สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2562*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.

งานเวชระเบียน. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2563). *สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2563*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.

งานเวชระเบียน. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2564). *สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2564*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.

สมปอง พะมุลิลา. (2554). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. ค้นจาก http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledge detail/Actionresea

สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2555). *คู่มือการปฏิบัติงาน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ด้านการให้ผู้ป่วยนอก(OPD)*. กรุงเทพฯ: สำนักการแพทย์

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.*ปรับปรุงครั้งที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่3). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักการพยาบาล. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวง สาธารณสุข.

สำนักการพยาบาล. (2554). *การประกันคุณภาพการพยาบาลประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอก*. กรุงเทพฯ: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวง สาธารณสุข.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2559). การวิจัยและพัฒนาการศึกษาไทย. *Silpakorn Educational Research Journal,* 8(2), 1-18.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2555). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

ศิริลักษณ์ ฤทธ์ไธสง. (2560) การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 3(1), 77 – 86.

ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2564).งานคุณภาพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ค้นจาก http://medinfo2.psu.ac.th/~webadm/backend/hospital_risk_register_form_user_show.php

อติภรณ์ ตันธนะเสตะกุล, ธวัช โอวาทพารพร, รุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์, และ พิณทิพย์ วัฒนสุขชัย. (2562). ผลของการประสานรายการยาผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนาโปรแกรมต่อระบบงานบริการจ่ายยาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 6(2), 84-91.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. (2543). *ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล.* สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: กรุงเทพมหานคร.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 3*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อิทธิพล สูงแข็ง. (2562) บรรยายพิเศษเรื่องการบริหารจัดการความขัดแย้งในการบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต7 ขอนแก่น. ค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2019/01/16725

Cohen, J. M., and Uphoff N.T. (1981) *Rural development concept and measure for Project Design Implementation and evaluation. New York*: Cornell University.

Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly, 83*(4), 691-729.

Honn, K. A., Dongen, H. P. A. V., & Dawson, D. (2019). Working Time Society consensus statements: Prescriptive rule sets and risk management-based approaches for the management of fatigue-related risk in working time arrangements. *Industrial Health*, 57(1), 17.

Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research doing critical participatory action research*. Retrieved from http://repository.umpwr.ac.id:8080/bitstream/handle/123456789/874/The%20Action%20Research%20Planner%202014.pdf?sequence=1

Pierce, E.M. and Goldstein, J., (2018). ERM and strategic planning: A change in paradigm. *International Journal of Disclosure and Governance*,15(1), 51-59.

Lang, S., Garrido, M. V., & Heintze, C. (2016). Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: A systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC family practice*, 17(1), 6.

Lewin, K. (1946) Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34-46. doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.

Melissa, S., Chow, A., Marion, P., Rowe, J., Ryan, M., Rygiel-Zbikowska Beata., & Tomlin, I. (2019). Quality risk management framework: Guidance for successful implementation of risk management in clinical development. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 53(1), 36-44. doi.org/10.1177/2168479018817752.

Polit, D. F., & Beck C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott William & wilkins.

World Health Organization. (2020) *Patient Safety*. Retrieved from https://www.who.int/patient safety/en/

Williams, Jr. C., Smith, Michael L., and Young Peter C. (1998). *Risk Management and Insurance.* 8th ed. Retrieved from https://www.academia.edu/7940322/Fundamentals_of_Risk_and_Insurance

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการวิจัย

แนวคำถามในการสนทนากลุ่มย่อยในระยะที่ 1 ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์

หัวข้อการวิจัย: พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วัตถุประสงค์การวิจัย:

พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ชื่อเครื่องมือการวิจัย: แนวคำถามการสนทนากลุ่มย่อยในระยะการวิเคราะห์สถานการณ์

เครื่องมือในการวิจัย ชุดที่ 1

ชื่อองค์ประกอบ	รวมจำนวนข้อคำถาม
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	7 ข้อ
แนวคำถามการสนทนากลุ่มสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการบริหารความสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก และความต้องการที่อยากเห็นการเปลี่ยนแปลง	2 ข้อ
รวมข้อคำถามทั้งหมด	9 ข้อ

หัวข้อวิจัย การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Development of Risk Management Model for providing service at the ENT Clinic, Songklanagarind Hospital)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

<u>คำชี้แจง</u> ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของท่านโดยการทำเครื่องหมาย / ลงหน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุดหรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี หากเกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด
   - ☐ มัธยมศึกษา
   - ☐ อนุปริญญา
   - ☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า.
   - ☐ ปริญญาโท ระบุสาขา.....
   - ☐ ปริญญาเอก ระบุสาขา.....

☐ วุฒิบัตร ระบุสาขา.....
☐ อื่น ๆ ระบุ.....

3. เพศ
☐ 1.ชาย
☐ 2.หญิง

4. ประสบการณ์ทำงานที่คลินิก หู คอ จมูก.....ปี

5. การดำรงตำแหน่งในปัจจุบัน
☐ พยาบาลวิชาชีพประจำการ
☐ พยาบาลวิชาชีพบริหาร
☐ อาจารย์แพทย์
☐ แพทย์
☐ นักวิชาการ
☐ นักฝึกพูด
☐ นักตรวจการได้ยิน
☐ อื่น ๆ.....

6. ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการความเสี่ยง/ความปลอดภัยในโรงพยาบาล
☐ ไม่เคย
☐ เคย.....ปี

7. ในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมาท่านได้เข้าร่วมประชุมวิชาการหรืออบรมเกี่ยวกับ “ความปลอดภัย หรือการบริหารความเสี่ยง” หรือไม่
☐ ไม่ได้รับ
☐ ได้รับ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มย่อยในระยะที่ 1 ของการพัฒนาระบบวิเคราะห์สถานการณ์

หัวข้อวิจัย :หัวข้อวิจัย การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Development of Risk Management Model at the ENT Clinic, Songklanagarind Hospital)

วัตถุประสงค์การวิจัย:
พัฒนารูปแบบการบริหารเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
วัตถุประสงค์ในการสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก ก่อนการพัฒนาระบบ
ชื่อเครื่องมือการวิจัย: แนวคำถามการสนทนากลุ่มย่อยในระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ข้อมูลของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม
Code..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลาที่บันทึก.....

แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มย่อย
1. จากประสบการณ์การทำงานการทำงานของท่าน ท่านมีความเห็นอย่างไรกับการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในปัจจุบัน

1.1 ด้านนโยบายและแผนการดำเนินการ

1.1.1 ท่านทราบนโยบายความเสี่ยงของคณะแพทย์หรือไม่อย่างไร

1.1.2 ท่านปฏิบัติได้หรือไม่ มีอุปสรรคอะไรหรือไม่อย่างไร

1.1.3 การสื่อสารเรื่องความเสี่ยงจากคณะแพทย์เป็นอย่างไร

1.1.4 แผนการดำเนินงานด้านความเสี่ยงปัจจุบันท่านเข้าใจเพียงใดปฏิบัติได้หรือไม่

1.2 ด้านผู้ปฏิบัติงาน: ความรู้ ความสามารถ ความพร้อม

1.2.1 ปัจจุบันท่านมีความรู้เพียงพอในการปฏิบัติงานด้านบริหารความเสี่ยงหรือไม่อย่างไร

1.2.2 ท่านพร้อมปฏิบัติงานในการรับความเสี่ยงในปัจจุบันหรือไม่อย่างไร

1.3 ด้านกระบวนการดำเนินการ: แนวทางการปฏิบัติที่มีอยู่ การปฏิบัติจริง

1.3.1 ท่านรับทราบแนวปฏิบัติด้านการบริหารความเสี่ยงอะไรบ้าง ปฏิบัติจริงได้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่

1.4 ด้านผลลัพธ์: การติดตาม การทบทวนผลลัพธ์

1.4.1 หลังการจัดการบริหารความเสี่ยงในคลินิกได้ติดตามตัวชี้วัดอะไรบ้าง หรือทราบว่ามีตัวชี้วัดอะไรต้องติดตามบ้าง ได้มีการทบทวนหรือไม่

1.4.2 ได้นำข้อมูลตัวชี้วัดที่ไม่ดีไปปรับปรุงทบทวนอย่างไรบ้าง

.....
.....
.....

2. จากข้อ 1 ท่านคิดว่ารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับคลินิก หู คอ จมูก ควรเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด

2.1 ท่านมีมีปัญหาอุปสรรคต้องการให้คณะแพทย์หรือฝ่ายบริการการพยาบาลช่วยท่านด้านใด

2.2 ท่านคิดว่ามีจุดเด่นจุดด้อยอะไรในระบบการบริหารความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก ปัจจุบันอยากแก้ไขหรือปรับปรุงจุดไหน โอกาสพัฒนา ที่ท่านต้องการพัฒนาเป็นอย่างไร

.....
.....
.....
.....

เครื่องมือในการวิจัย ชุดที่ 2

แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน
(เก็บข้อมูลภายหลังนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงาน)
รายละเอียดแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานภายหลังนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ไปใช้

หัวข้อวิจัย หัวข้อวิจัย การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ Development of Risk Management Model at the ENT Clinic, Songklanagarind Hospital)

ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานภายหลังนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ไปใช้

โปรดเขียนเครื่องหมาย ☑ ในข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ระดับความเป็นไปได้ของระบบความเสี่ยง	คะแนนของตัวเลือก
เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

ข้อคำถาม ความคิดเห็นต่อรูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในหัวข้อต่อไปนี้	ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น						
1.นำไปใช้ปฏิบัติจริง						
2. นำไปปฏิบัติได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน						
3. มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน						
4. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นปฏิบัติได้โดยบทบาทอิสระ						

ข้อคำถาม ความคิดเห็นต่อรูปแบบบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในหัวข้อต่อไปนี้	ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
ด้านความครอบคลุมในการปฏิบัติจริง 5. ครอบคลุมทุกจุดบริการ						
6. สามารถนำไปใช้กับผู้ใช้บริการได้ทุกกลุ่มบริการ						
7. ตรงกับปัญหาความเสี่ยงที่จะแก้ไข						
8. ด้านคุณค่าในการทำงาน						
9. ลดเวลาในการทำงาน						
10. ทำให้มีโอกาสดูแลผู้ใช้บริการได้มากขึ้น						
11. มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ ก่อให้เกิดประโยชน์ ไม่เกิดความเสี่ยง ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (cost-benefit ratio)						

เครื่องมือชุดที่ 3

เป้าหมายการใช้เครื่องมือ

เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติความพึงพอใจในการใช้ของบุคลากรต่อการอบรม Non-technical skill ในคลินิก หู คอ จมูก

ผู้ให้ข้อมูลความคิดเห็น:

เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกหูคอจมูกที่ไม่ใช่พยาบาลได้แก่ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาล จำนวน 14 คน

เครื่องมือ เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติความพึงพอใจของบุคลากรต่อการอบรม Non-technical skill ในคลินิก หู คอ จมูก

คำชี้แจง

เกณฑ์การให้คะแนนมีระดับความพึงพอใจในแบบสอบถาม 5 ระดับ ได้แก่

1) ไม่พึงพอใจ	เท่ากับ	1	คะแนน
2) พึงพอใจในระดับน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
3) พึงพอใจในระดับปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
4) พึงพอใจในระดับมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
5) พึงพอใจในระดับมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน

กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง	ระดับความพึงพอใจ				
ท่านพึงพอใจต่อต่อการอบรม Non-technical skill ในคลินิก หู คอ จมูก ในหัวข้อต่อไปนี้	พอใจมากที่สุด 5	พอใจมาก 4	พอใจปานกลาง 3	พอใจน้อย 2	ไม่พึงพอใจ 1
ความพึงพอใจต่อเนื้อหา/ ความรู้ที่ได้รับ					
1.มีประโยชน์ต่อการจัดการบริหารความเสี่ยงในคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์					
2.หัวข้อการอบรมเป็นหัวข้อที่น่าสนใจ					
3.สามารถใช้ได้จริงในบริบทคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์					
4.นำไปใช้และมีการนำไปปฏิบัติไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน					
5. มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ ก่อให้เกิดประโยชน์					
6. มีประโยชน์ต่อจัดการความเสี่ยง					
7. เนื้อหาที่บรรยายและกิจกรรมการอบรมเหมาะสม					
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัด สถานที่ เวลา					
8. ระยะเวลาในการอบรมเหมาะสม					
9. สถานที่เหมาะสมในการอบรม					
10. รูปแบบสถานการณ์จำลองจากการอบรมนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานได้จริง					
ความพึงพอใจต่อวิทยากร					
11. วิทยากรถ่ายทอดได้ชัดเจนเข้าใจง่าย					
12. เปิดโอกาสให้ซักถาม					
13.ภาพรวมของการอบรม					

เครื่องมือชุดที่ 4 เพื่อประเมินความคิดเห็นของแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อคู่มือประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิก หู คอ จมูก

เป้าหมายการใช้เครื่องมือ

เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติด้านความพึงพอใจในของบุคลากรต่อคู่มือประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิก หู คอ จมูก

ผู้ให้ข้อมูลความคิดเห็น:

เจ้าหน้าที่ประจำคลินิก หู คอ จมูก ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาล จำนวน 17 คน

เครื่องมือ เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติความพึงพอใจของบุคลากรต่อคู่มือประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิก หู คอ จมูก แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อคู่มือประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิก หู คอ จมูก

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย □ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอในของท่านมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนมีระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่

1) ไม่พึงพอใจ	เท่ากับ	1	คะแนน
2) พึงพอใจในระดับน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
3) พึงพอใจในระดับปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
4) พึงพอใจในระดับมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
5) พึงพอใจในระดับมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน

ผู้ประเมิน □ พยาบาล

กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง	ระดับความพึงพอใจ				
ท่านพึงพอใจต่อการใช้คู่มือประกอบในการบริหารความเสี่ยง ในคลินิก หู คอ จมูก ในหัวข้อต่อไปนี้	พอใจมากที่สุด 5	พอใจมาก 4	พอใจปานกลาง 3	พอใจน้อย 2	ไม่พึงพอใจ 1
ความพึงพอใจต่อเนื้อหา/ ความรู้ที่ได้รับ					
1. มีประโยชน์ต่อการบริหารความเสี่ยง					
2. เนื้อหาทันสมัยและน่าสนใจ					
3. สามารถใช้ได้จริงในบริบทคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์					
4. นำไปใช้และมีการนำไปปฏิบัติไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน					
5. เนื้อหามีความครอบคลุมและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน					
ความพึงพอใจต่อรูปเล่ม					
6. รูปแบบคู่มือน่าสนใจ					
7. ขนาดรูปเล่มและขนาดอักษรมีความเหมาะสม					
8. สะดวกในการใช้					
9. ภาพรวมของของคู่มือ					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม .....

.....

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือของท่านในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

เครื่องมือชุดที่ 5 เพื่อประเมินความคิดเห็นของแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อคู่มือชุดมาตรฐานความเสี่ยง 9 มาตรฐานในคลินิก หู คอ จมูก

เป้าหมายการใช้เครื่องมือ

เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติด้านความพึงพอใจในของบุคลากรต่อคู่มือประกอบในการบริหารความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก

ผู้ให้ข้อมูลความคิดเห็น:

เจ้าหน้าที่ประจำคลินิก หู คอ จมูก ได้แก่ จำนวน 4 คน

เครื่องมือ เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติความพึงพอใจของบุคลากรต่อคู่มือ ชุดมาตรฐานความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย □ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอในของท่านมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนมีระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่

1) ไม่พึงพอใจ	เท่ากับ	1	คะแนน
2) พึงพอใจในระดับน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
3) พึงพอใจในระดับปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
4) พึงพอใจในระดับมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
5) พึงพอใจในระดับมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน

ผู้ประเมิน □ พยาบาล

กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง	ระดับความพึงพอใจ				
ท่านพึงพอใจต่อการใช้คู่มือประกอบในการบริหารความเสี่ยง ชุดมาตรฐานความเสี่ยง ในคลินิก หู คอ จมูก ในหัวข้อต่อไปนี้	พอใจมากที่สุด 5	พอใจมาก 4	พอใจปานกลาง 3	พอใจน้อย 2	ไม่พึงพอใจ 1
ความพึงพอใจต่อเนื้อหา/ ความรู้ที่ได้รับ					
1. มีประโยชน์ต่อการบริหารความเสี่ยง					
2. เนื้อหาทันสมัยและน่าสนใจ					
3. สามารถใช้ได้จริงในบริบทคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์					
4. นำไปใช้และมีการนำไปปฏิบัติไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน					
5. เนื้อหามีความครอบคลุมและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน					
ความพึงพอใจต่อรูปเล่ม					
6. รูปแบบคู่มือน่าสนใจ					
7. ขนาดรูปเล่มและขนาดอักษรมีความเหมาะสม					
8. สะดวกในการใช้					
9. ภาพรวมของของคู่มือ					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ....

.....

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือของท่านในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

เครื่องมือชุดที่ 6

แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบบริหารความเสี่ยงในคลินิก หู คอ จมูก ตาม Work flow care process ในคลินิกหูคอจมูกวิธีการประเมิน คือการสังเกต

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
บริเวณจุดคัดกรองด้านหน้าคลินิก **จุดคัดกรอง(พยาบาล)**			
1. เมื่อผู้ป่วยแสดงตัว เจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อ สกุล ดังนี้ * คุณ / ผู้ป่วยชื่อ-สกุล HN อะไร เพื่อตรวจสอบให้ตรงกับ sticker label ชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วย ที่ระบุเวลาตรวจหน้าแฟ้มผู้ป่วย			
2. การปฏิบัติคัดกรอง ตาม ระบบ ESI LEVEL			
3. หลังการคัดกรองนำส่งผู้ป่วยตาม ESI LEVEL			
4. การปฏิบัติ Quick round การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล nursing round การเยี่ยมตรวจงานหน้าจุดคัดกรอง ห้องรถนั่งรถนอน และบริเวณหน้าห้องเจาะเลือด			
5. การบันทึก ในเอกสาร Quick round			
6. ประเมิน V/S ก่อนเข้าตรวจหรือส่งต่อ			
7. ประเมิน ตาม Guideline UAO			
8. ซักประวัติความเสี่ยงโควิด 19			
9. ซักประวัติความเสี่ยง โรควัณโรคและติดเชื้ออีสุกอีใส			
10. ห้องผู้ป่วยรถนั่งรถนอน round ผู้ป่วยที่จุดสังเกตอาการ			
11. แบ่ง Area สำหรับสังเกตอาการและผู้ป่วยที่คัดกรองแล้ว จัดบริเวณที่สังเกตอาการสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง			
12. ติดป้ายสัญลักษณ์ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง			
13. มีการ Reassess ผู้ป่วยที่จุดเฝ้าระวัง			
14. จัดให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจไปรอยังจุดรอส่งศูนย์คัดกรองในบริเวณที่จัดไว้			
15. ปฏิบัติตามมาตรการ safety transfers ในการส่งต่อผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉิน			
16. พยาบาลมีความไวต่อการรอคอยนานของผู้ใช้บริการไวต่อความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
จุดลงทะเบียน (พยาบาล/PN/OA)			
17. เมื่อผู้ป่วยแสดงตัว เจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อ สกุล ดังนี้ * คุณ / ผู้ป่วยชื่อ-สกุล HN อะไร เพื่อตรวจสอบให้ตรงกับ sticker label ชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วย ที่ระบุเวลาตรวจหน้าแฟ้มผู้ป่วย			
18. อ่านออกเสียงทวนซ้ำข้อมูลของผู้ป่วยเช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิ ฯลฯ ในขณะที่ลงบันทึกข้อมูล			
19. เมื่อลงทะเบียนแล้ว sticker label ชื่อ สกุล ผู้ป่วย ที่ระบุเวลาตรวจ ที่ถูก print ออกมา ให้สอบถามชื่อ สกุล HN จากผู้ป่วย / ญาติตรวจเช็คให้ตรงกับใน sticker label ขณะยื่น sticker label ระบุเวลาให้แก่ผู้ป่วย / ญาติ			
20. ซักประวัติตามที่ template กำหนดไว้			
21. ใส่ label ชื่อสกุลผู้ป่วยในแฟ้ม ให้แยกแฟ้มผู้ป่วยเป็นรายคน ไม่ใส่มากกว่า 1 ชื่อในแฟ้มเดียวกัน			
22. ให้ผู้ป่วยและญาติ seal mask ก่อนเข้าห้องตรวจ			
23. ติดป้ายสัญลักษณ์ตามความเร่งด่วนตามที่พยาบาลคัดกรอง ตามสัญลักษณ์ visual control			
24. ในขั้นตอนการส่งผู้ป่วยส่งศูนย์คัดกรองทุกรายให้พยาบาลประเมินผู้ป่วยก่อนส่งทุกราย			
25. ประกาศเสียงตามสายเฝ้าระวังอาการที่เกิดภาวะฉุกเฉินและการให้การช่วยเหลือ			
26. กรณีรับผู้ป่วยกลับจากศูนย์คัดกรองให้พยาบาลอ่านผล **film** จากศูนย์คัดกรอง และประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าตรวจทุกครั้งประเมินผู้ป่วยหลังกลับจากศูนย์คัดกรอง			
27. พยาบาลบันทึกในระบบ **HIS** บันทึก **v/s** หลังผู้ป่วยกลับจากศูนย์คัดกรอง			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
จุดรถนั่งรถนอน(พยาบาล/PN)			
28. เจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อ สกุล ดังนี้ * คุณ / ผู้ป่วยชื่อ-สกุล HN อะไร เพื่อตรวจสอบให้ตรงกับ sticker label ชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วย ที่ระบุเวลาตรวจหน้าแฟ้มผู้ป่วย			
29. ประเมินผู้ป่วยหลังการคัดกรองนำส่งผู้ป่วยตาม ESI LEVEL			
30. การบันทึก ในเอกสาร การประเมินรถนั่งรถนอนของงานผู้ป่วยนอก			
31. ประเมิน V/S ก่อนเข้าตรวจหรือส่งต่อ			
32. ผู้ป่วยที่ฉีดยาในหูได้รับการอธิบายอาการก่อนกลับบ้าน และนอนราบสังเกตอาการก่อนกลับ 30 นาที			
33. ผู้ป่วยที่ฉีดยาในหูได้รับการประเมิน P/S และ V/S ก่อนกลับจากพยาบาล			
34. ประเมิน ตาม Guideline UAO			
35. ซักประวัติความเสี่ยงโควิด 19			
36. ซักประวัติความเสี่ยง โรควัณโรคและติดเชื้ออีสุกอีใส			
37. round ผู้ป่วยห้องผู้ป่วยรถนั่งรถนอน			
38. round Area ที่สังเกตอาการสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง ติดป้ายสัญลักษณ์ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง			
39. มีระบบการติดตามแพทย์มาตรวจผู้ป่วยในรายที่ประเมินแล้วอาการเปลี่ยนแปลงตามระบบESI 1,2			
40. มีการ Reassess ผู้ป่วยที่จุดเฝ้าระวัง			
41. ปฏิบัติตามมาตรการ safety transfers ในการส่งต่อผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉิน			
42. ผู้ป่วยรถนอนประเมินการพลัดตกหกล้มเอาไม้ข้างเตียงขึ้นหลังทำหัตถการหรือทำกิจกรรมกับผู้ป่วยพูดคุยกับญาติสื่อสารในการป้องกันพลัดตกหกล้ม			
43. ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลมีความไวต่ออาการเปลี่ยนแปลงของคนไข้ โดยการไปประเมินผู้ป่วยและรายงานพยาบาลต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นทันที			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
จุดเรียกชื่อเข้าห้องตรวจ (พนักงานช่วย OA)			
44. เจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อ สกุล ดังนี้ * คุณ / ผู้ป่วยชื่อ-สกุล HN อะไร เพื่อตรวจสอบให้ตรงกับ sticker label ชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วย ที่ระบุเวลาตรวจหน้าแฟ้มผู้ป่วย			
45. เจ้าหน้าที่เรียกชื่อสกุล (เต็ม) ของผู้ป่วย			
46. ก่อนผู้ป่วยเข้าห้องตรวจเพื่อพบแพทย์ มีการตรวจสอบชื่อสกุล HN ใน label หน้าแฟ้มร่วมกับสอบถามจากผู้ป่วย / ญาติอีกครั้งให้ตรงกัน			
47. ตรวจสอบป้ายสัญลักษณ์รถนั่งรถนอนของผู้ป่วยเพื่อเตรียมเรียกผู้ป่วยให้ถูกต้องและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย			
48. ตรวจสอบผู้ป่วยและญาติ seal mask ก่อนเข้าพบแพทย์อีกครั้ง			
49. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรถนั่งรถนอนตามป้ายสัญลักษณ์เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้เข้าพบแพทย์			
50. กรณีผู้ป่วยกลับจากศูนย์คัดกรองก่อนเข้าตรวจ เมื่อผู้ป่วยมาจากศูนย์คัดกรอง พนักงานช่วยแจ้งให้พยาบาลรับทราบและอ่านผล **film** และประเมิน			
51. ผู้ป่วยก่อนเข้าตรวจทุกครั้งต้องมีการบันทึกในระบบ **HIS** ปรับระบบการบันทึก **v/s** หลังผู้ป่วยกลับจากศูนย์คัดกรองก่อนเรียกผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ			
52. พนักงานช่วยการพยาบาลมีความไวต่ออาการเปลี่ยนแปลงของคนไข้โดยการไปประเมินผู้ป่วยและรายงานพยาบาลต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นทันที			
ห้องหัตถการ (ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล PN)			
53. เมื่อผู้ป่วยแสดงตัว เจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อสกุล ดังนี้ * คุณ/ผู้ป่วยชื่อ-สกุล HN อะไร เพื่อตรวจสอบให้ตรงกับ sticker label ชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วย ที่ระบุเวลาตรวจหน้าแฟ้มผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการ			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
54. ติดป้ายชื่อที่หน้าอกผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ			
55. ติดป้ายชื่อหัตถการที่หน้าแฟ้มผู้ป่วย			
56. เจ้าหน้าที่เรียกชื่อสกุล (เต็ม) ของผู้ป่วย			
57. ก่อนผู้ป่วยเข้าห้องหัตถการ มีการตรวจสอบชื่อสกุล HN ใน label หน้าแฟ้มร่วมกับสอบถามจากผู้ป่วย/ญาติอีกครั้งให้ตรงกัน			
58. ผู้ป่วยที่หัตถการได้รับการอธิบายก่อนทำหัตถการ			
59. ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุให้ญาติช่วยดูแลร่วมด้วยทุกครั้ง เพื่อป้องกันผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มและผู้ป่วยพลัดหลงกับญาติ			
60. ผู้ป่วยทำหัตถการนั่งเก้าอี้ได้รับการแจ้งเตือนให้ผู้ป่วยรับทราบในการใส่สายคาดป้องกันพลัดตกหกล้มขณะทำหัตถการ			
61. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหมุนนิ่วในหูได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่พนักงานช่วย/ผู้ป่วยอย่างน้อย1คนตลอดการทำหัตถการพร้อมแพทย์ ไม้ข้างเตียงเจ้าหน้าที่นำขึ้นทุกครั้งทั้ง 2 ข้าง			
62. พยาบาลมาประเมินผู้ป่วยจากตึกหอผู้ป่วยในทุกครั้ง			
63. พยาบาลมาร่วมช่วยแพทย์ในการทำหัตถการเปลี่ยนท่อเจาะคอและประเมินคนไข้ก่อนกลับทุกครั้ง			
64. คนไข้เด็กมีการดูแลร่วมกับผู้ปกครองทุกครั้ง			
65. ให้ทำให้เสร็จเป็นรายคนในทุกขั้นตอน ในการทำหัตถการ/คนไข้ 1คน			
66. ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลมีความไวต่ออาการเปลี่ยนแปลงของคนไข้โดยการไปประเมินผู้ป่วยและรายงานพยาบาลต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นทันที			
67. ล้างมือ 5 moment			
68. ส่งต่อผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทำหัตถการที่บริเวณที่จัดไว้			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
ห้องตรวจ/หน้าห้องตรวจ (พนักงานช่วยการพยาบาล			
69. เมื่อผู้ป่วยแสดงตัว เจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อ สกุล ดังนี้ * คุณ/ผู้ป่วยชื่อ-สกุล HN อะไร เพื่อตรวจสอบให้ตรงกับ sticker label ชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วย ที่ระบุเวลาตรวจหน้าแฟ้มผู้ป่วย ก่อนทุกครั้ง			
70. เจ้าหน้าที่เรียกชื่อสกุล (เต็ม) ของผู้ป่วย			
71. หากญาติมาติดต่อแทน มีการตรวจสอบชื่อ สกุล HN ใน label หน้าแฟ้มร่วมกับสอบถามจากผู้ป่วย/ญาติอีกครั้งให้ตรงกัน			
72. ให้ทำให้เสร็จเป็นรายคนในทุกขั้นตอน หากมีการขัดจังหวะในระหว่างให้บริการ ให้เริ่มต้นสอบถามชื่อ สกุลใหม่			
73. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเช่นรถนั่งรถนอนและผู้ป่วยเด็ก เดินตามไปส่งผู้ป่วยที่ห้องหัตถการและดูแลส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้ง			
74. ติดป้ายชื่อและป้ายชนิดของหัตถการก่อนเข้าห้องหัตถการทบทวนชื่อผู้ป่วยและชื่อหัตถการก่อนทุกครั้ง			
75. ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลด้วยตัวเองในรายที่เร่งด่วน			
จุด Exit (พยาบาล)			
76. เมื่อผู้ป่วยแสดงตัว เจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อ สกุล ดังนี้ * คุณ/ผู้ป่วยชื่อ-สกุล HN อะไร เพื่อตรวจสอบให้ตรงกับ sticker label ชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วย ที่ระบุเวลาตรวจหน้าแฟ้มผู้ป่วย ก่อนทุกครั้ง			
77. จุด Exit ขณะที่เจ้าหน้าที่ Key HN ให้ตรวจสอบชื่อ สกุล ของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย/ญาติโดยการสอบถามชื่อสกุลกับผู้ป่วย/ญาติ			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
79. เจ้าหน้าที่เรียกชื่อสกุล (เต็ม) ของผู้ป่วย ก่อนให้ใบคิวรับยา ใบนัด หรือให้เอกสารต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ให้ตรวจสอบความถูกต้อง โดยการสอบถามชื่อ สกุล HN ผู้ป่วย และอ่านออกเสียงทวนซ้ำทุกครั้ง			
80. หากญาติมาติดต่อแทน มีการตรวจสอบชื่อ สกุล HN ใน label หน้าแฟ้มร่วมกับสอบถามจากผู้ป่วย/ญาติอีกครั้งให้ตรงกัน			
81. ให้ทำให้เสร็จเป็นรายคนในทุกขั้นตอน หากมีการขัดจังหวะในระหว่างให้บริการ ให้เริ่มต้นสอบถามชื่อ สกุลใหม่			
82. เมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ตรวจสอบ ชื่อนามสกุล HN ของผู้ป่วยโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ชื่อสกุลอะไร"ให้ตรงกันทุกเอกสารที่ใช้และตรงกับข้อมูลในป้ายข้อมือผู้ป่วย			
83. ก่อนใส่ป้ายข้อมือให้ตรวจสอบชื่อ สกุล HN ร่วมกับผู้ป่วยและญาติอีกครั้งโดยการอ่านออกเสียง			
84. คัดกรองซักประวัติประเมินอาการโควิด-19 ก่อนขึ้นตึกและบันทึกทุกราย			
85. ติดตามผลการตรวจ โควิด-19 ก่อนขึ้นตึกทุกรายในระบบ HIS			
86. พยาบาลประสานกับแพทย์ Assertive แพทย์ในการทักท้วงคำสั่งแพทย์การรักษาและอื่น ๆ หากเห็นว่า order ผิดปกติหรือไม่เข้าใจมีการประสานทำความเข้าใจก่อน D/C ผู้ป่วย			
87. เมื่อมี Lab วิกฤติได้รับการรายงานจากห้อง labพยาบาลมีการรายงาน แพทย์ตามระบบและบันทึกในระบบ			
88. พยาบาลมีความไวต่อการรอคอยนานของผู้ใช้บริการไวต่อความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ			
89. พยาบาลประเมิน V/S ผู้ป่วยก่อนกลับในผู้ป่วยรถนั่งรถนอนในห้องหัตถการ			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
90. พยาบาลประเมิน V/S ผู้ป่วยก่อนกลับในผู้ป่วยฉีดยาในหูและให้คำแนะนำตาม CPG			
91. พยาบาลประเมิน V/S ผู้ป่วยก่อนกลับในผู้ป่วยที่เปลี่ยนท่อเจาะคอ			
92. พยาบาลประเมิน V/S ผู้ป่วยก่อนกลับในผู้ป่วยในทุกรายและส่งเวรในกรณีมีชิ้นเนื้อหรือหัตถการที่ต้องเฝ้าระวังเช่นเปลี่ยนท่อเจาะก้อนชิ้นเนื้อ ส่องกล้อง			
ห้องตรวจการได้ยิน พยาบาล/พนักงานช่วย/เจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน			
93. เมื่อผู้ป่วยแสดงตัว เจ้าหน้าที่จะสอบถามชื่อ สกุล ดังนี้ * คุณ/ผู้ป่วยชื่อ-สกุล HN อะไร เพื่อตรวจสอบให้ตรงกับ sticker label ชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วย ที่ระบุเวลาตรวจหน้าแฟ้มผู้ป่วย ก่อนทุกครั้ง			
94. เจ้าหน้าที่ Key HN ให้ตรวจสอบชื่อ สกุล ของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย/ญาติโดยการสอบถามชื่อสกุลกับผู้ป่วย/ญาติ			
95. เจ้าหน้าที่เรียกชื่อสกุล (เต็ม) ของผู้ป่วย			
96. ก่อนให้ใบคิวรับยา ใบนัด หรือให้เอกสารต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ให้ตรวจสอบความถูกต้อง โดยการสอบถามชื่อ สกุล HN ผู้ป่วย และอ่านออกเสียงทวนซ้ำทุกครั้ง			
97. หากญาติมาติดต่อแทน มีการตรวจสอบชื่อสกุล HN ใน label หน้าแฟ้มร่วมกับสอบถามจากผู้ป่วย/ญาติอีกครั้งให้ตรงกัน			
98. ทำให้เสร็จเป็นรายคนในทุกขั้นตอน หากมีการขัดจังหวะในระหว่างให้บริการ ให้เริ่มต้นสอบถามชื่อ สกุลใหม่			
99. เมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ตรวจสอบชื่อ นามสกุล HN ของผู้ป่วยโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ชื่อสกุลอะไร "ให้ตรงกันทุกเอกสารที่ใช้และตรงกับข้อมูลในป้ายข้อมือผู้ป่วย			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
100. กลุ่มเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เวียนศีรษะบ้านหมุนเจ้าหน้าที่ประเมินก่อนตรวจเช่นสอบถามอาการให้ญาติเฝ้าระวังเป็นต้น			
101. กลุ่มเด็กที่ได้รับการให้ยานอนหลับ sedate ในเด็กที่ตรวจ ABR พยาบาลให้ยาและสังเกตอาการตามขั้นตอนใน CPG เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและปฏิบัติการให้ยาสังเกตอาการเด็กตาม CPG			
102. เจ้าหน้าที่เช็คอุปกรณ์ไฟฟ้าในห้องตรวจก่อนขั้นตอนการตรวจผู้ป่วย			
103. เจ้าหน้าที่ฝึกพูดมีการส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลในผู้ป่วยฝึกกลืนเสี่ยงต่อการสำลักจากสารทดสอบการกลืนต้องการโดยให้มีการสังเกตอาการผู้ป่วยเพิ่มเติมหลังการทดสอบก่อนกลับบ้านและมีการบันทึกโดยพยาบาล			

เครื่องมือชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับ

หัวข้อวิจัย: การพัฒนารูปแบบการการบริหารความเสี่ยงของ คลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วัตถุประสงค์การวิจัย:

1. เพื่อสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ชื่อเครื่องมือการวิจัย: แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับ **ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์**

Code.....วันที่...เดือน.....พ.ศ.....เวลาที่บันทึก.....

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1. ท่านสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้หรือไม่ ยุ่งยากเพิ่มภาระหรือไม่ เพราะอะไร การปฏิบัติแนวปฏิบัติหรือระบบที่ท่านทำไม่ได้เพราะอะไร มีข้อไหนที่ทำไม่ได้ เพราะอะไร

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างในการพัฒนาปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์หรือไม่ เพราะอะไร และท่านมีวิธีการแก้ปัญหานั้นอย่างไร ควรมีการสนับสนุนด้านใดอีกบ้าง เช่น ระบบคอมพิวเตอร์ การประสานงาน สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอ อื่น ๆ ที่ต้องการเสนอแนะหรือให้สอนนิเทศอะไรเพิ่มเติมที่ยังไม่เข้าใจในการบริหารความเสี่ยง

ภาคผนวก ข
คู่มือบริหารความเสี่ยงสำหรับคลินิกหูคอจมูก

คู่มือการบริหารความเสี่ยง
คลินิก หู คอ จมูก
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คำนำ

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ สิ่งที่จำเป็นต้องคำนึงถึงในกระบวนการรักษาพยาบาล ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ความเสี่ยงที่อาจขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรผู้ให้บริการ ดังนั้นการมีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งซึ่งจะช่วยป้องกันและควบคุมปัญหาความเสี่ยงด้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและโรงพยาบาลโดยรวม นอกจากนี้ การบริหารความเสี่ยง ยังทำให้โรงพยาบาลได้ค้นพบโอกาสในการพัฒนาคุณภาพได้อย่างกว้างขวางและครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานและทีมนำต่าง ๆ ที่ให้บริการ

ระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจะมีประสิทธิภาพ และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดได้นั้น ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของบุคลากรในองค์กรทุกคนที่จะมุ่งให้บริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางดังนั้น เพื่อให้ระบบการบริหารความเสี่ยง บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

จึงได้จัดทำ คู่มือการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ขึ้น เพื่อให้บุคลากรของคลินิกหูคอจมูกได้เข้าใจระบบได้ง่าย และเห็นความเชื่อมโยงของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านต่าง ๆ นโยบายความเสี่ยงที่เป็นปัจจุบัน รวมทั้งใช้เป็นเอกสารอ้างอิง ระหว่างการปฏิบัติงาน อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรและผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล และองค์กรต่อไป

สุชานาฏ มูสิการัตน์
สิงหาคม 2564

สารบัญ

นโยบายการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1
คำนิยามศัพท์ด้านความเสี่ยง 2
เกณฑ์การพิจารณาระดับความรุนแรง 4
การรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์รุนแรง (Sentinel events) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์..... 5
เกณฑ์การพิจารณา Likelihood & Consequence 8
ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง..... 12
การรายงานอุบัติการณ์ ในระบบ HIS/บัญชีความเสี่ยงคลินิกหูคอจมูก..... 28
แผนการบริหารความเสี่ยงร่วมระหว่าง PCT และคลินิก หู คอ จมูก..... 38
อ้างอิง..... 41
ภาคผนวก..... 42

คู่มือชุดความรู้
มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย
สำหรับคลินิก หู คอ จมูก

คำนำ

ประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นบังคับใช้ 1/4/2563 คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้ออกประกาศมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ที่ถูกกำหนดเป็นเกณฑ์ในการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรและสถาบัน จัดทำรายงานการประเมินตนเอง SAR 2020 ซึ่งเพิ่มเติมมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด โดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตั้งองค์กรในขั้นที่ 3 และขั้นก้าวหน้าโดยมี 9 มาตรฐานสำคัญและจำเป็นต่อความปลอดภัย

คลินิก หู คอ จมูก จึงได้จัดทำ คู่มือชุดความรู้มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับปรับใช้ในคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ขึ้นเพื่อให้บุคลากรของคลินิก หู คอ จมูก ได้เข้าใจได้ง่าย และเห็นความเชื่อมโยงของกิจกรรม การบริหารความเสี่ยงด้านต่าง ๆ นโยบายความเสี่ยงที่เป็นปัจจุบัน รวมทั้งใช้เป็นเอกสารอ้างอิงระหว่างการปฏิบัติงาน อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรและผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล และองค์กรต่อไป

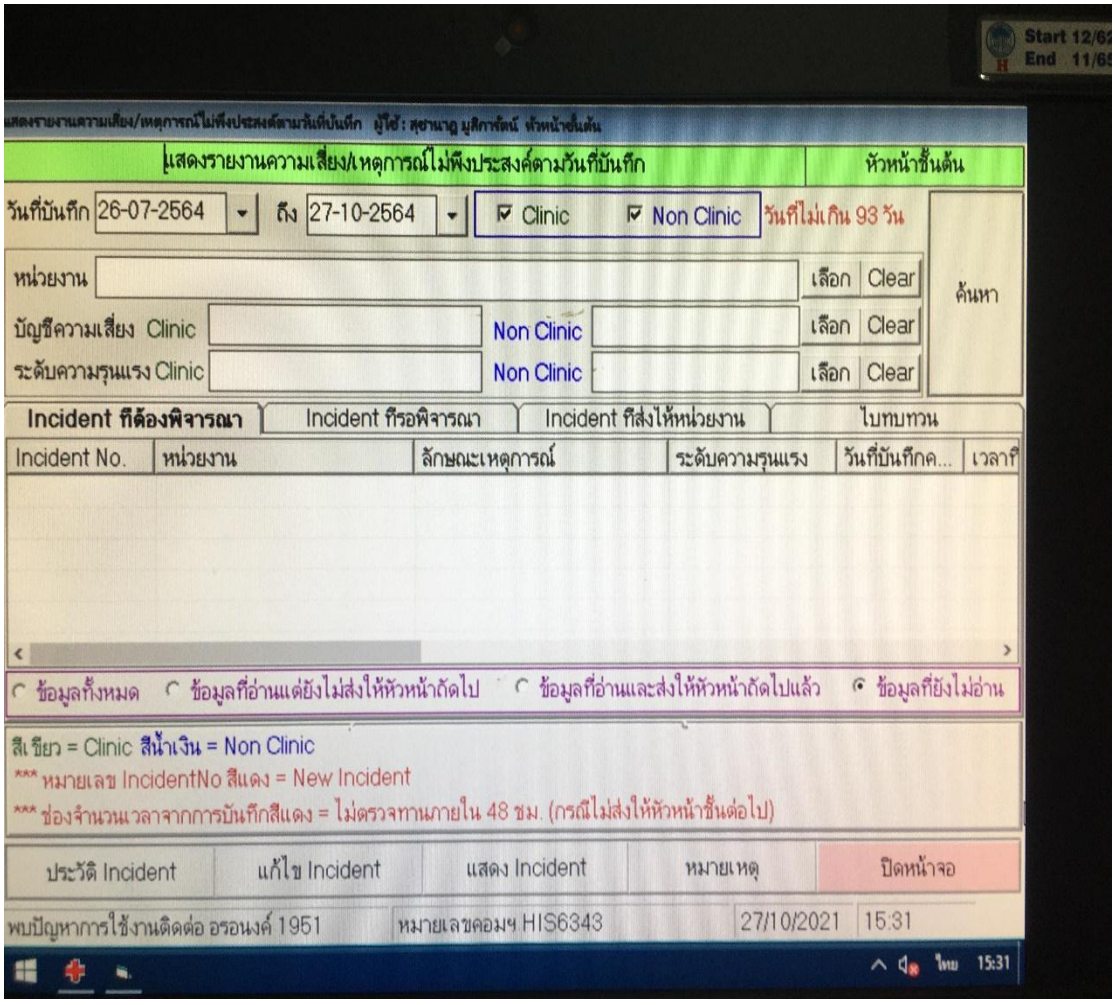
สุชานาฏ มูสิการัตน์
สิงหาคม 2564

สารบัญ

ชุดความรู้ มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1
การผ่าตัดผิดคนผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ..... 2
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทของหูคอจมูก 7
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์..... 9
การเกิด medication error และ adverse drug event 13
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด..... 17
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด..... 25
การคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค..... 29
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน..... 39
การคัดกรองที่คลินิกหูคอจมูก..... 44
ภาคผนวก..... 61

ภาคผนวก ค

ใบรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบ HIS รพ.สงขลานครินทร์



แบบรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่าง คลินิก หู คอ จมูก ส่งประสาน PCT

วันที่เกิดเหตุการณ์ ..... เวลา .....น. หน่วยงานที่เกิดเหตุ .....
วันที่รายงาน ..... เวลา .....น.
HN. ..... ชื่อ ..... สกุล ..... อายุ ..... ปี
เพศ ชาย หญิง
ผู้ประสบเหตุการณ์ ผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยนัด บุคลากร
สิทธิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม
บัตร 30 บาท เงินสด

แพทย์ผู้ตรวจ ชื่อ ..... พจบ.ปี ..... พชท.ปี ..... Fellow..... อาจารย์แพทย์.....
อาการสำคัญที่มา รพ. .....
วินิจฉัยโรค .....
ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ด้านคลินิก ด้านระบบยา ด้านการป้องกันการติดเชื้อ
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านทรัพยากร
ด้านข้อมูลข่าวสารสารสนเทศและเวชระเบียน ด้านข้อร้องเรียน
ระดับความรุนแรง A-I
A: เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
B: เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย
C: เกิดกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย
D: เกิดกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังต่อ
E: เกิดกับผู้ป่วย เป็นอันตรายชั่วคราวและมีการบำบัดรักษา
F: เกิดกับผู้ป่วย เป็นอันตรายชั่วคราวและนอน รพ. นานขึ้น
G: เกิดกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย
H: เกิดกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
I: เกิดกับผู้ป่วย เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

การรักษา/แผนการรักษา ให้คำแนะนำ ยาทั่วไป ยาเคมีบำบัด ฉายแสง
ผ่าตัด
เหตุการณ์โดยย่อ รายงานแบบ SBAR .....
Situation: .....
Background: .....
Assessment: .....
Recommendation: .....
สรุปปัญหาที่เกิดขึ้น .....
การแก้ไขเบื้องต้น ไม่มี แก้ไข ดังนี้.....
.....
.....
.....
กรณีเสียชีวิต ไม่มี มี สาเหตุ (ระบุ) .....
ผู้รายงาน ชื่อ ..... ตำแหน่ง .....

ภาคผนวก ง
ใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ดิฉัน นางสุชานาฏ มูสิการัตน์ นักศึกษาบัณฑิตศึกษา สาขาการบริหารการพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะดำเนินการวิจัย วิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) เรื่องการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของการให้บริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ Development of risk Management Model for providing service at ENT clinic songklanagarind hospitals การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของการให้บริการผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้ระเบียบการ โดยศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกคลินิก หู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์โดยใช้กรอบแนวคิดการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถาบันการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนวิจัยดังต่อไปนี้

ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้คือการได้รับการสนทนากลุ่มให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุมัติการทำวิจัยผ่านคณะกรรมการประเมินงานด้านจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขออนุญาตกรรมการและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยโดยพิทักษ์สิทธิ์ของท่านได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของทุกท่าน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และข้อมูลความลับขององค์กร ที่ไม่ได้รับอนุมัติให้เผยแพร่สู่สาธารณะ รวมถึงการชี้แจงให้ทราบถึง ชื่อ-สกุล ของผู้วิจัย วัตถุประสงค์ ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย รวมถึงการชี้แจงสิทธิ์ในการเข้าร่วมตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่อย่างใด ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลของการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยหรือแสดงข้อมูลส่วนบุคคล และใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น หากท่านมีความประสงค์ หรือมีความจำเป็นที่จะออกจากการวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากมีข้อสงสัยในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ท่านเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้งานวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์สูงสุด หากยินดีเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ให้ท่านลงชื่อเพื่อเป็นหลักฐาน หากมีข้อสงสัย สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่นักวิจัย โทรศัพท์ 098 -0150244 หรือ ทาง (E-mail) msuchana@medicine.psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....
(พว.สุชานาฏ มูสิการัตน์)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก.....
(ผศ.ดร.ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ
หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

AL-011_TH

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หนังสือรับรองฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

รหัสโครงการ :	REC.64-103-19-9	
ชื่อโครงการ :	การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Development of Risk Management Model for ENT clinic Songklanagarind Hospitals)	
ผู้วิจัยหลัก :	สุชานาฏ มูสิการัตน์	ภาควิชาบริหารทางพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ร่วมวิจัย :	ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา	ภาควิชาบริหารทางพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชั่น 2.0 ฉบับวันที่ 15 มีนาคม 2564
2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เวอร์ชั่น 2.0 ฉบับวันที่ 15 มีนาคม 2564
3. เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และเอกสารแสดงเจตนายินยอมของอาสาสมัคร เวอร์ชั่น 2.0 ฉบับวันที่ 15 มีนาคม 2564
4. แบบบันทึกข้อมูล เวอร์ชั่น 1.0 ฉบับวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2564
5. เอกสารประชาสัมพันธ์ เวอร์ชั่น 1.0 ฉบับวันที่ 15 มีนาคม 2564
6. ประวัติผู้วิจัยและหลักฐานการอบรมจริยธรรมการวิจัย

ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยยึดหลักจริยธรรมของประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice) โดยบรรจุวาระในการประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ครั้งที่ 10/2564 วาระที่ 3.4

ขอให้นักวิจัยรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย ทุก 12 เดือน และยื่นต่ออายุก่อนถึงวันหมดอายุอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ

(รศ.นพ.บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับรอง : 22 มีนาคม พ.ศ. 2564
หมดอายุ : 21 มีนาคม พ.ศ. 2565

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถนนกาญจนวณิชย์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
90110
โทรศัพท์ 074451149, 074451157
โทรสาร 074212900

Ref no. 7BSZ-iRYk-eJ8u-zgNv
มอ 351.7.2/ec.1885

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. พว.ลักษมี สารบรรณ	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายคุณภาพ ผู้ตรวจการพยาบาลผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. พว.พรทิวา มีสุวรรณ	ผู้ตรวจการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้จัดการความเสี่ยงการบ่งชี้ผู้ป่วย กรรมการความเสี่ยงฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
3. รศ.นพ.ธวัช ชาญชญานนท์	รองคณบดีฝ่ายคุณภาพและประธานความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
4. ผศ.พญ.ยุวติยา ปลอดภัย	อาจารย์ประจำภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาประธาน PCT งานผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
5. พว.นันทา เกลี้ยงเกิด	ผู้จัดการความเสี่ยงพลัดตกหกล้มกรรมการความเสี่ยงฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
6.รศ.พญ.วิราภรณ์ อัจฉริยเสถียร	อาจารย์ประจำภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยาหน่วยหลังรับปริญญา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
7. ผศ.ดร.ปราโมทย์ ทองสุข	อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8. ดร.เกษกนก กมลมาตยากุล	อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล สุชานาฏ มูสิการัตน์
รหัสนักศึกษา 6210420045
วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิตและผดุงครรภ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2537

ประสบการณ์การทำงาน ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ปี 2537-2554
ปี 2554 คลินิกหูคอจมูก - ปัจจุบัน

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน พยาบาลชำนาญการ รักษาการหัวหน้าหอผู้ป่วยนอก 1
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
เบอร์โทร 098-0150244 เบอร์ภายใน 1750