



การพัฒนาแบบการสร้างความร่วมมือด้านการรายงานอุบัติการณ์
ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

Development Model for Creating Shared Value an Incident Reporting in
Bangkok-Surat Hospital

กณิกนันต์ ศรีทอง
Kaniknan Sonthong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
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

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



การพัฒนาแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์
ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

Development Model for Creating Shared Value an Incident Reporting in
Bangkok-Surat Hospital

กณิกนันต์ ศรีทอง

Kaniknan Sonthong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
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

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ใน
 โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์
 ผู้เขียน นางสาวกณิกนันต์ ศรีทอง
 สาขาวิชา การบริหารทางการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

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

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา)

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

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชารัฏร พุฒิกามิน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
 ทางการพยาบาล

.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เถกิง วงศ์ศิริโชติ)
 รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

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

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

ลงชื่อ.....
(นางสาวกณิกนันต์ ศรทอง)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการขอยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวกณิกนันต์ ศรีทอง)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ใน
 โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์
 ผู้เขียน นางสาวกณิกนันต์ ศรทอง
 สาขาวิชา การบริหารทางการพยาบาล
 ปีการศึกษา 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยคือ แนวคิดการจัดการคุณภาพเชิงระบบ และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดเคมมิสและแมคทาตกาท (Kemmis & McTaggart, 2014) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อน โดยศึกษาในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 ถึง เดือนสิงหาคม 2565 เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สอบถาม สังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการสร้างค่านิยมร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ 3 ด้าน ได้แก่ (1) โครงสร้างพบว่า ขาดการสื่อสารนโยบายที่ต่อเนื่อง บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงสหวิชาชีพมีส่วนร่วมน้อย (2) กระบวนการ พบว่า การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ไม่มีประสิทธิภาพ และ (3) ผลลัพธ์ พบว่า จำนวนการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าความเป็นจริง และเป็นการรายงานอุบัติการณ์ของผู้อื่นมากกว่าตนเอง มีทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์เชิงลบ 2) รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ (1) องค์กรนำ (2) ทีมทำงาน (3) สานพลัง และ (4) ฝังคุณค่า หรือ LTEV model และแนวทางการรายงานอุบัติการณ์มี 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะค้นหาและประเมิน (2) ระยะวิเคราะห์ และ (3) ระยะเรียนรู้ พบว่าสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้ ร้อยละ 82.00 สิ่งสนับสนุนให้รูปแบบประสบผลสำเร็จคือ ผู้นำเทคโนโลยี และการสื่อสาร 3) ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่าโดยรวมปฏิบัติอยู่ในระดับบุคคล ($M = 2.16, SD = 0.51$) ความตระหนักด้านการรายงานอุบัติการณ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.34, SD = 0.51$) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความตระหนักก่อนและหลัง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.13, p < .05$) ทัศนคติ และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วมโดยรวมมองเชิงบวกเพิ่มขึ้น จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตามความเป็นจริงเพิ่มขึ้น จาก 22 เรื่อง เป็น 202 เรื่อง และพบการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานตนเองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลลัพธ์ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการสร้างค่านิยมร่วมแผนกอื่น เพื่อสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย

Thesis Title	Development Model for Creating Shared Value an Incident Reporting in Bangkok-Surat Hospital
Author	Kaniknan Sonthong
Major program	Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration
Academic Year	2022

ABSTRACT

This practical action research aimed to study the situation of incident reporting, develop an incident reporting model, and study the effect of using shared values to report incidences in Bangkok Surat Hospital. The study applied the systemic framework (Donabedian, 2005) and the action research process consisting of 4 phases: planning, action, observation and reflection (Kemmis & McTaggart, 2014). Data were collected through group discussion, semi-structured interview, questionnaires, and observation. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results showed that: 1) Incident reporting situation in 3 aspects were: (1) structure: lack of continuing policy communication. and lack knowledge, understanding, and multi-disciplinary participation among personnel. (2) process: inefficient of information technology management and responses to incidence reports. and (3) outcome: incidences were under report. The report was about incidences of others more than the reporter's unit. The attitude to the reporting was for the negative incidences. 2) The shared value model of incident reporting consisted of 4 parts: (1) leading organizations, (2) teamwork, (3) empowerment & errorless, and (4) value on staff or LTEV model. This model was implemented into incidence reporting system in 3 stages: (1) detection (2) analysis and (3) learning. There were 82 % of personnel following the guideline of incident reporting during the implementing of the LTEV model. Leader, technology, and communication were keys of success for this model. 3) The results of using the model found that the overall practice was at their individual level ($M = 2.16$, $SD = 0.51$). The overall of realization score was high ($M = 4.34$, $SD = 0.51$). Awareness difference comparison results before and after. The difference was statistically significant ($t = -8.13$, $p < 0.05$). The number of incidence reports increased from 22 cases to 202 cases, and the department self-reporting increased by 5%. Nursing administrators can use the results as a guideline for creating share values in other departments. To ensure patient safety.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ได้ด้วยดีจากความมุ่งมั่นและความวิริยะอุตสาหะของผู้วิจัย ตลอดจนการได้รับความเมตตากรุณา ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำอันมีคุณค่าและเป็นประโยชน์จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ปลายเมฆ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัย รวมทั้งให้การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้วิจัย ด้วยความรัก ความหวังดีเสมอมา ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณประธานกรรมการและคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ เสนอแนวทาง ข้อคิดเห็นเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณภาพและมีคุณค่าทางการศึกษามากยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ทุกท่านที่ติดตามความก้าวหน้า คอยให้คำแนะนำและให้กำลังใจในระหว่างการศึกษา และได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้จนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กรุณาเอื้อเฟื้อ อำนวยความสะดวก ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ให้ดำเนินไปด้วยความราบรื่นจนสำเร็จ

ขอขอบคุณ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ศูนย์คุณภาพ หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน และบุคลากรโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือสนับสนุน และให้กำลังใจในระหว่างทำการเก็บข้อมูลด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายผู้วิจัย ขอขอบคุณมารดา ที่ได้อบรมเลี้ยงดู คุณจิรพล เหล็กเพชรที่สนับสนุนการศึกษา ตลอดจนบุตรสาว เพื่อนระดับปริญญาตรีทุกคน และผู้มีพระคุณทุกท่านที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจและห่วงใย ให้การสนับสนุนทั้งร่างกาย แรงใจแก่ผู้วิจัย จนสามารถก้าวผ่านอุปสรรคและประสบความสำเร็จดังที่ปรารถนา คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน

กณิกนันต์ ศรทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
Abstracts.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการรายงานอุบัติการณ์.....	9
แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ.....	9
แนวคิดและองค์ประกอบการสร้างวัฒนธรรมของความปลอดภัย.....	9
แนวคิดความหมาย ความสำคัญการรายงานอุบัติการณ์.....	13
ระบบการรายงานอุบัติการณ์.....	16
รูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล.....	17
องค์ประกอบของการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล.....	17
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์.....	21
การสร้างค่านิยมร่วม.....	23
ความหมาย ความสำคัญการสร้างค่านิยมร่วม.....	23
องค์ประกอบและกระบวนการสร้างค่านิยมร่วม.....	25
การวัดการสร้างค่านิยมร่วม.....	26
ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างค่านิยมร่วม.....	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บริษัทโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์และการรายงานอุบัติการณ์ใน โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์.....	28
บริษัทโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์.....	28
บทบาทและหน้าที่ของสาขาชีพในการรายงานอุบัติการณ์.....	30
สถานการณ์ระบบการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพ สุราษฎร์.....	33
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	34
แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	34
แนวคิดกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดเคมมิสและ เมคทาเกท (Kemmis and Mc Taggart).....	35
ระดับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	36
ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	37
เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	38
เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	38
เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	39
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
การเลือกพื้นที่การศึกษา.....	41
กลุ่มเป้าหมาย.....	42
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	43
ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล กรุงเทพสุราษฎร์.....	44
เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะศึกษาสถานการณ์.....	45
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์.....	46
ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงาน อุบัติการณ์.....	47
2.1 ขั้นตอนการวางแผน (planning).....	47

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติการ (acting).....	48
2.3 ขั้นตอนการสังเกต (observing).....	49
2.4 ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (reflecting).....	49
ระยะที่ 3 ชั้นประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้าน การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร.....	50
เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะชั้นประเมินผลลัพธ์.....	51
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูลในชั้นประเมินผลรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้าน การรายงานอุบัติการณ์.....	53
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
บทบาทผู้วิจัย.....	57
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	57
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	59
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมดำเนินการวิจัย.....	59
ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร.....	62
ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงาน อุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร.....	66
ตอนที่ 4 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงาน อุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร.....	72
อภิปรายผลการวิจัย.....	83
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปผลการวิจัย.....	89
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	92
ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ด้านการบริหาร.....	92
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป.....	92

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เอกสารอ้างอิง.....	93
ภาคผนวก.....	98
ก เครื่องมือในการวิจัย.....	99
ข หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	114
ค หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์.....	115
ง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	116
จ การตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น.....	122
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	124
ประวัติผู้เขียน.....	125

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงระดับความรุนแรงตามกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก.....	19
2	แสดงระดับความรุนแรงกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป.....	20
3	แสดงสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	53
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามอายุ วุฒิการศึกษา การดำรงตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การรายงานอุบัติการณ์ การเข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือการบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา และการมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล (n=25).....	60
5	ร้อยละของการเข้าร่วมตามแนวทางการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ตามรูปแบบที่ 1 หลังการทดลองใช้ 1 เดือน ตามระยะการรายงานอุบัติการณ์ (n=25).....	66
6	จำนวนกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามกลุ่มวิชาชีพ (n=15).....	68
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครของของกลุ่มเป้าหมาย โดยรวม (n=25).....	72
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการค้นหาความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครของกลุ่มเป้าหมาย เป็นรายข้อและโดยรวม (n=25).....	73
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการจัดการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครของกลุ่มเป้าหมาย เป็นรายข้อและโดยรวม (n=25).....	74
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครของกลุ่มเป้าหมาย เป็นรายข้อและโดยรวม (n=25).....	75

รายการตาราง (ต่อ)

		หน้า
11	เปรียบเทียบความแตกต่างของความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ ก่อนและหลังของบุคลากร โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=25).....	78
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการปฏิบัติตามการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมายก่อนหลังการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ เป็นรายข้อและโดยรวม (n=25).....	79
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายก่อนหลังการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ เป็นรายข้อและโดยรวม (n=25).....	80
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการคาดการณ์พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายก่อนหลังการพัฒนาแบบโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ เป็นรายข้อและโดยรวม (n=25).....	82

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิด.....	6
2	ร่างรูปแบบที่ 1.....	69
3	รูปแบบที่ 1.....	70
4	รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์.....	71

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นหัวใจสำคัญของบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (ปรัชญานันท์ และคณะ, 2559) เป็นศาสตร์แห่งการกำจัดความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาพยาบาล (วรรณเพ็ญ, 2018) ในแต่ละปีทั่วโลกพบสถิติผู้ป่วยกว่าล้านคนเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างรับบริการทางการแพทย์ ประเทศไทยมีการนำสถิติดังกล่าวมาสร้างความปลอดภัยให้กลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรที่ดีจำเป็นต้องสร้างการรับรู้ที่ตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารหรือองค์กร (วชิระ, 2564) ปัจจุบันแนวโน้มมูลค่าการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางการแพทย์มีอัตราที่สูงขึ้นส่งผลให้องค์กรสุขภาพเร่งวางแนวทางป้องกันความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ผ่านการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งจากอดีตจนถึงปัจจุบันการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลมีการพัฒนารูปแบบที่แตกต่างกันไปเพื่อประสิทธิภาพของการจัดการรายงานอุบัติการณ์ ควบคู่กับการสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างให้เกิดความตระหนักต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ยั่งยืน

การรายงานอุบัติการณ์เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงคุณภาพความปลอดภัย (Pham, 2013) ทำให้องค์กรทราบขนาดและแนวโน้มปัญหาของระบบการทำงาน และสามารถนำมาสร้างมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ (Suphachutikul, 2000) ดังนั้นการพัฒนาการรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพจึงสำคัญ ปัจจุบันพบว่ามีองค์กรสุขภาพภาครัฐได้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Donabedian (2005) ให้ครอบคลุมคุณภาพทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ และ 3) ด้านผลลัพธ์ ทั้งนี้ทำให้องค์กรทราบถึงปัญหา อุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ที่ตรงกับบริบทองค์กรนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการรายงานอุบัติการณ์ในองค์กรที่ประสบผลสำเร็จมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านโครงสร้าง ได้แก่ ผู้นำ ด้วยการสนับสนุนการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจน (บังอร, 2563) บุคลากร การจัดอบรมให้เห็นประโยชน์ของการรายงานอุบัติการณ์ ปรับความคิดเติบโตของบุคลากร รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ถูกลงโทษ (Yoo, 2017) มีระบบป้องกันการโดนลงโทษจากองค์กร และการสร้างมิตรภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน (Engeda, 2016) การจัดบรรยากาศที่ส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร (Chiang, 2011) ด้านกระบวนการ ได้แก่ ระบบรายงานอุบัติการณ์ การตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ สร้างความมั่นใจในการ

แก้ปัญหาเชิงระบบที่แท้จริง (Benn, 2009) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ทักษะ การรับรู้เชิงบวกของบุคลากร เห็นได้ว่าการรายงานอุบัติการณ์จะประสบความสำเร็จได้ย่อมต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนตั้งแต่ระดับผู้นำจนถึงระดับผู้ปฏิบัติงานด้วยการสร้างแนวทางการปฏิบัติที่ทุกคนในองค์กรพร้อมใจยึดถือ ภายใต้อัตนคติ ความเชื่อ ความตระหนักเดียวกัน

การสร้างค่านิยมร่วมเป็นพื้นฐานของวิสัยทัศน์ที่จะนำองค์กรสู่ความสำเร็จ เป็นเสมือนจุดศูนย์กลางที่ทุกคนในองค์กรยึดถือ เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดทัศนคติ ความเชื่อ และความมุ่งมั่นในการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นค่านิยมร่วมจึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีพบว่าในการสร้างค่านิยมร่วมมี 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับของความเชื่อเป็นการรับรู้ถึงสิ่งนั้นเป็นเป้าหมายขององค์กร 2) ระดับของพฤติกรรมเป็นเหมือนขั้นตอนการปฏิบัติงานที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย และ 3) ระดับของทัศนคติเป็นเสมือนแรงขับเคลื่อนพฤติกรรมให้มีการดำเนินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งค่านิยมร่วมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร เมื่อการรายงานอุบัติการณ์จำเป็นต้องใช้บุคลากรในการขับเคลื่อนจึงมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลควรมีการสร้างแนวทางปฏิบัติด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจนให้บุคลากรแสดงพฤติกรรมในแนวทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง นั่นคือการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ให้แก่บุคลากรในองค์กรสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ได้จัดตั้งขึ้นภายใต้บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด (มหาชน) ซึ่งถือเป็นองค์กรภาคเอกชนในระบบบริการสุขภาพ ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิควบคุมคุณภาพการพยาบาลจนได้รับรองมาตรฐานการปฏิบัติตามแนวทางพัฒนาบันไดขั้นที่ 3 สู่ HA เมื่อปี 2563 มีค่านิยมหลัก คือ วัฒนธรรมความปลอดภัย และมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังพบว่าการร้องเรียนจากระบบบริการการรักษาที่ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นอยู่ ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนเงินเฉลี่ย 500,000-1,000,000 บาท ในแต่ละปี โดยเมื่อทบทวนรายงานอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น พบว่าในปี 2562-2563 มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเพียง 44 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 2 (ข้อมูลศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล, 2563) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องสูญเสียเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 56 แสดงถึงจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ที่โรงพยาบาลได้รับอาจมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง เมื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ พบว่า โรงพยาบาลมีรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ที่เข้มแข็ง แต่ขาดการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ กลัวโดนตำหนิ หรือลงโทษ ภาระงานมาก เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์บริบท หรือสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์แต่ละแผนก พบว่ามีการจัดการที่หลากหลาย ส่งผลถึงผลลัพธ์และคุณค่าของการรายงานอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ให้บริการดูแลผู้ป่วยสุขภาพดี และผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต มีผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 100 - 150 ราย การรายงานอุบัติการณ์เฉลี่ยวันละ 0 - 1 เรื่อง การบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ในแผนกมีรูปแบบแตกต่างกันทั้งระบบ นำโดยโรงพยาบาล กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ และสื่อสารตามสายงานผ่านหัวหน้าแผนกเป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการภายในแผนกตนเอง พบว่าการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติของหัวหน้าแผนกมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ ทักษะของผู้นำต่อการรายงานอุบัติการณ์มองว่ามีความสำคัญเพราะช่วยในการปรับปรุงพัฒนางาน และทำให้ทราบแนวโน้มปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้รับสารจากหัวหน้าแผนก ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ มองไม่มีประโยชน์ กลัวโดนลงโทษ โดนตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้ส่งผลถึงพฤติกรรมของบุคลากรต่อการรายงานอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ขึ้น เพื่อแลกเปลี่ยนคุณค่าของการรายงานอุบัติการณ์ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งสิ้น ด้วยการศึกษาศาสนาการณการรายงานอุบัติการณ์ให้ได้มาซึ่งข้อเท็จจริง นำเสนอเป็นข้อเสนอแนะ และมาพัฒนารูปแบบให้ตรงกับบริบทโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย พบว่า มีวิจัยที่ใกล้เคียงซึ่งเป็นวิจัยของระบบการศึกษาในการเสริมสร้างค่านิยมด้านความรับผิดชอบต่อของนักเรียนประถม (ศุภมิต, 2560) บทบาทของค่านิยมร่วมสู่การพัฒนาการเรียนรู้อื่น (รจนา, 2563) ในต่างประเทศ พบการศึกษาโปรแกรมการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยต่ออัตราอุบัติการณ์การบาดเจ็บของพยาบาลวิชาชีพ (Cope, 2014) ประเทศไต้หวัน พัฒนาตัวชี้วัดของวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ (Chiang, 2011) เป็นต้น แต่ยังไม่พบการสร้างค่านิยมร่วมการรายงานอุบัติการณ์ในสถานพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ขึ้น เนื่องด้วยบริบทขององค์กรที่กำลังพัฒนาหากมีรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจนจะเป็นตัววัดความสำเร็จขององค์กรในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และส่งผลถึงความน่าไว้วางใจของระบบสุขภาพภาคเอกชนที่มีต่อสังคมอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร
 - 3.1 จำนวนการรายงานอุบัติการณ์, จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของหน่วยงาน
 - 3.2 ความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์
 - 3.3 การปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การจัดการรายงานอุบัติการณ์: ความลับ และการขับเคลื่อนระบบ และ 3) การประยุกต์ใช้การเรียนรู้
 - 3.4 ทศนคติ และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วม

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ด้านการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับใด
 - 3.1 จำนวนการรายงานอุบัติการณ์, จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของหน่วยงานมีจำนวนเท่าใด
 - 3.2 ความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์อยู่ในระดับใด
 - 3.3 การปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับใด ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การจัดการรายงานอุบัติการณ์: ความลับ และการขับเคลื่อนระบบ และ 3) การประยุกต์ใช้การเรียนรู้
 - 3.4 ทศนคติ และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วมเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของ โดนาบิเดียน (Donabedian, 2005) โดยวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน 3 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้าง (structure) ได้แก่ นโยบาย, บุคลากร, การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ 2) กระบวนการ (process) ได้แก่ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ, การจัดการรายงานอุบัติการณ์ และ 3) ผลลัพธ์ (output) ได้แก่ ทักษะคิด และการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์, จำนวนการรายงานอุบัติการณ์, จำนวนการรายงานตนเอง รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การรายงานในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครย้อนหลัง 3 ปี

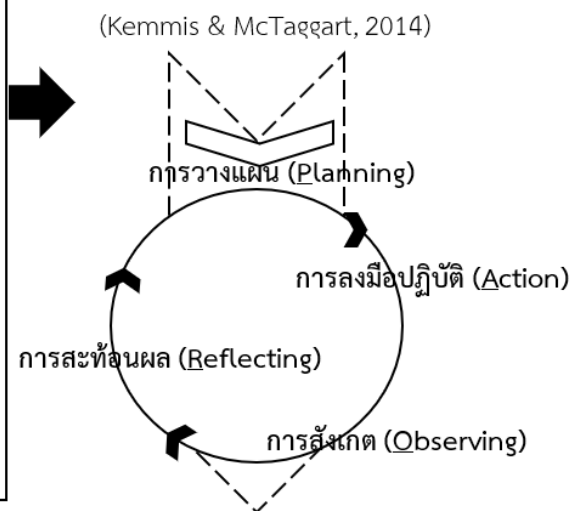
ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) ตามแนวคิดเคมีสและแมคทาคาท (Kemmis & McTaggart, 2014) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด หรือเรียกกระบวนการ PAOR

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร โดยสร้างขึ้นจากตัวชี้วัดวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ในพยาบาลโรงพยาบาลประเทศไต้หวัน หรือเรียก IRCQ (Chiang, 2011) ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การจัดการรายงานอุบัติการณ์: ความลับและการขับเคลื่อนระบบ และการประยุกต์ใช้การเรียนรู้ และสอบถามความตระหนักของบุคลากรต่อการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครโดยทักษะการคิด 3 ระดับ (Endsley, 1995) ได้แก่ การรับรู้ (perception) ความเข้าใจ (comprehension) และการคาดการณ์พฤติกรรม (projection) ทักษะคิด และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ และจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของหน่วยงานที่เกิดขึ้นในเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2565 สรุปกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

- การรายงานอุบัติการณ์ ได้แก่
 - 1) โครงสร้าง (นโยบาย, บุคลากร, การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ)
 - 2) กระบวนการ (การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ, การจัดการรายงานอุบัติการณ์)
 - 3) ผลลัพธ์ (ทัศนคติ และการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์, จำนวนการรายงานอุบัติการณ์, จำนวนการรายงานตนเอง)
- Donabedian (2005)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ตามแนวคิดเคมีสและแมคทาตกาท



ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบ

รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

จำนวนการรายงานอุบัติการณ์, จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของหน่วยงาน
 ความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ (การรับรู้, ความเข้าใจ, และการคาดการณ์พฤติกรรม)
 (Endsley, 1995)

การปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจาก IRCQ in Taiwan

- การค้นหาความเสี่ยง
- การจัดการรายงานอุบัติการณ์ : ความลับ และการขับเคลื่อนระบบ
- การประยุกต์ใช้การเรียนรู้

(Chiang, 2011)

ทัศนคติ และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ หมายถึง การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ที่บุคลากรร่วมกันสร้างให้เกิดคุณค่าร่วม โดยการนำมาเป็นกฎเกณฑ์มาตรฐานขององค์กรให้บุคลากรยึดถือปฏิบัติร่วมกันจนกลายเป็นรากฐานของระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ หมายถึง องค์กรประกอบและกระบวนการดำเนินการเพื่อสร้างค่านิยมร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นำมาซึ่งรูปแบบที่สามารถสะท้อนพฤติกรรมของบุคลากรที่ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวันของการทำงาน เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร หมายถึง จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของหน่วยงานในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรก่อน หลังใช้รูปแบบประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ ความเข้าใจ และการคาดการณ์พฤติกรรม การปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาความเสี่ยง การจัดการรายงานอุบัติการณ์: ความลับ และการขับเคลื่อนระบบ และการประยุกต์ใช้การเรียนรู้ รวมถึงทัศนคติ และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร กลุ่มเป้าหมายคือ บุคลากรในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ แผนกฉุกเฉิน แผนกส่งเสริมสุขภาพ และแผนกโรคระบบทางเดินหายใจ ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2565 ถึง ตุลาคม 2565

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ พัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ทบทวน แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการรายงานอุบัติการณ์
 - 1.1 แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ
 - 1.2 แนวคิดและองค์ประกอบการสร้างวัฒนธรรมของความปลอดภัย
 - 1.3 แนวคิดความหมาย ความสำคัญการรายงานอุบัติการณ์
 - 1.4 ระบบการรายงานอุบัติการณ์
 - 1.5 รูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล
 - 1.6 องค์ประกอบของระบบการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล
 - 1.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์
2. การสร้างค่านิยมร่วม
 - 2.1 ความหมาย ความสำคัญการสร้างค่านิยมร่วม
 - 2.2 องค์ประกอบและกระบวนการสร้างค่านิยมร่วม
 - 2.3 การวัดการสร้างค่านิยมร่วม
 - 2.4 ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างค่านิยมร่วม
3. บริบทโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครและการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร
 - 3.1 บริบทโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร
 - 3.2 บทบาทและหน้าที่ของสหวิชาชีพในการรายงานอุบัติการณ์
 - 3.3 สถานการณ์ระบบการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - 4.1 แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - 4.2 ระดับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - 4.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - 4.4 เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการรายงานอุบัติการณ์

แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพและเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพให้ต่อเนื่องและยั่งยืนทุกคนในองค์กรต้องตระหนักและปฏิบัติจนคุณภาพคืองานประจำ สร้างความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง (สายสมร, 2557) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า เป็นการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้น จากการบริการสุขภาพให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (WHO, 2009) กล่าวคือ ระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้บนพื้นฐานของข้อมูล ความรู้ ทรัพยากร และบริบทที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความเสี่ยงระหว่างการไม่ได้รับหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ (สรพ, 2565) จึงอาจให้ความหมายของคำ “ความปลอดภัยของผู้ป่วย” ได้ว่าเป็นระดับความเสี่ยงจากภัยหรืออันตรายที่ยอมรับได้จากการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพบนพื้นฐานของข้อมูล ความรู้ ทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยได้มีการจัดการออกแบบที่มีประสิทธิภาพภายใต้แนวคิดของรีสัน (Reason, 2000) กล่าวว่า 2 แนวคิดที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดการความปลอดภัย ได้แก่ 1) แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคลซึ่งเชื่อว่าความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นเกิดจากความผิดพลาดของตัวผู้ให้บริการ และ 2) แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบเชื่อว่าความผิดพลาดของมนุษย์เป็นผลจากความผิดพลาดของระบบ ซึ่งทั้ง 2 แนวคิดมีพื้นฐานความเชื่อที่ต่างกันอย่างไรก็ตามหน่วยงานความปลอดภัยแห่งชาติในประเทศไทยยังเชื่อว่าควรมีการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบมากกว่า สิ่งนี้จึงเป็นพื้นฐานให้ระบบสุขภาพวางความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ แบบจำลองที่ได้รับความนิยมในการอธิบายความผิดพลาดเชิงระบบ คือ แบบจำลองเนยแข็งสวิส หรือ “The Swiss Cheese Model” ของเจมส์ รีสัน (Reason, 2000) โดยกล่าวว่า ความเสี่ยงหรืออันตรายต่างๆสามารถทะลุผ่านมาตรการป้องกันออกมาได้โดยผ่านตามช่องโหว่ของมาตรการป้องกัน ดังนั้นการจัดการจึงมุ่งไปที่การสร้างปราการป้องกันความผิดพลาดด้วยการพยายามลดช่องโหว่ของมาตรการป้องกัน (เพชรสุนีย์, 2561)

แนวคิดและองค์ประกอบการสร้างวัฒนธรรมของความปลอดภัย

วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) คือ พฤติกรรมของคนในองค์กรที่แสดงให้เห็นถึงทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในระดับต่าง ๆ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่เห็นเป็นรูปธรรม ระดับหลักการสนับสนุน และระดับสามัญสำนึก (Person, 2000) หรืออีกนัยหนึ่งเป็นการรับรู้ร่วมกัน

ของบุคคลในองค์กรเกี่ยวกับทัศนคติ ค่านิยม สมรรถนะและพฤติกรรมการปฏิบัติที่แสดงออกโดยอัตโนมัติในการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยที่มารับบริการ (บังอร, 2560) หรือเป็นระดับของความพยายามที่สามารถสังเกตเห็นได้จากความตั้งใจ และการกระทำของบุคลากรในองค์กรที่มุ่งปรับปรุงความปลอดภัยร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน (Cooper, 1958 อ้างตาม ยุทธภูมิ 2560) กระบวนการเพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติที่ส่งเสริมให้เกิดการจัดการด้านความปลอดภัยร่วมกันของบุคลากรในองค์กรนั้น ๆ เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากข้อผิดพลาดหรือความเสี่ยงจากที่ทำงาน (วชิระ, 2564) หรือกล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นชุดของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ ความคิด สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรมที่บุคลากรส่วนใหญ่ในองค์กรมีเหมือนกัน ในการจัดการความเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานในองค์กรทำให้เกิดความปลอดภัยตลอดเวลาที่ทำงาน (สรพ, 2565)

โดยสรุป วัฒนธรรมความปลอดภัย คือ ชุดของค่านิยม ความคิด การรับรู้ และแบบแผนพฤติกรรมที่บุคลากรใช้จัดการด้านความปลอดภัย เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้จากความมุ่งมั่นของบุคลากรที่ร่วมกันปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยพบว่ามีหลากหลายแนวคิดที่แตกต่างกันแต่มีรายละเอียดในองค์ประกอบที่คล้ายกัน (Reason, 1997) ได้ อธิบายองค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่มี 5 วัฒนธรรมย่อย ได้แก่ 1) วัฒนธรรมการสื่อสาร (informed culture) 2) วัฒนธรรมการรายงาน (reporting culture) 3) วัฒนธรรมความเที่ยงธรรม (just culture) 4) วัฒนธรรมการเรียนรู้ (learning culture) และ 5) วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (flexible culture) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วัฒนธรรมการสื่อสาร (informed culture) คือระบบความปลอดภัยที่รวบรวมข้อมูลจากอุบัติการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอุบัติเหตุผนวกกับสิ่งที่ได้จากมาตรการเชิงรุกนั้น ๆ โดยต้องได้รับความร่วมมืออย่างจริงจังจากผู้ปฏิบัติงานทุกคนร่วมกันในการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดีต่อการสำรวจความปลอดภัย และมีส่วนร่วมในการบริหารและจัดการความปลอดภัยขององค์กร

2. วัฒนธรรมการรายงาน ทุกคนจะมีอิสระในการสื่อสารหรือให้ความร่วมมือกับการปฏิบัติงานตามระบบของความปลอดภัยในองค์กร ซึ่งจะต้องมีระบบและช่องทางการรับส่งข้อมูลรวมถึงการสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าถึงของสมาชิกในองค์กรทุก ๆ คน

3. วัฒนธรรมความเที่ยงธรรม โดยมีการกำหนดขอบเขตอย่างชัดเจนว่าพฤติกรรมใดที่ไม่สามารถยอมรับได้ และมีวิธีการในการจัดการอย่างเหมาะสมอย่างไร รวมถึงประเด็นของวัฒนธรรมความเที่ยงธรรมคือทุกคนจะต้องรู้สึกรู้ว่าตนเองนั้นมีส่วนรับผิดชอบในระบบของการทำงานที่มีความปลอดภัยรวมทั้งตัวของเพื่อนร่วมงานเช่นกัน

4. วัฒนธรรมความยืดหยุ่น เกี่ยวข้องกับสมรรถภาพของผู้ปฏิบัติงาน และสะท้อนต่อทัศนคติของการบริหารต่อคนที่ปฏิบัตินอกเหนือจากมาตรฐานการปฏิบัติอย่างมีเหตุผลถูกต้องและเหมาะสม

5. วัฒนธรรมการเรียนรู้ องค์กรจะต้องส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานนั้นมีสมรรถภาพมีการเรียนรู้ใหม่ ๆ จากระบบข้อมูลความปลอดภัยขององค์กร และนำบทสรุปที่ได้มาปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดแนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุ และปรับปรุงด้านความปลอดภัยในองค์กรของตนเองอย่างต่อเนื่อง

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลา และการสนับสนุนจากผู้นำหรือผู้บริหารอย่างต่อเนื่องด้วยการทำพันธะสัญญาที่จะดำเนินการอย่างมุ่งมั่น ตั้งใจ และมีแบบแผนที่ชัดเจนโดยการสร้างวัฒนธรรมประกอบด้วยหลายส่วนประกอบ ได้แก่ ความตระหนักต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ การรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อความปลอดภัยผู้ป่วย และความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จนเกิดเป็นวัฒนธรรม ดังนั้นหากต้องการสร้างให้เกิดวัฒนธรรมในองค์กรใดควรเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ความตระหนักต่อผู้ป่วย โดยสิ่งนี้เป็นทักษะการคิดที่ป้องกันหรือลดความผิดพลาดจากปัจจัยมนุษย์ ประกอบด้วยทักษะการคิด 3 ระดับ (Endsley, 1995) คือ 1) การรับรู้ คือรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้น มองสถานะแวดล้อมร่วม 2) ความเข้าใจ คือเข้าใจในสถานการณ์นั้นว่า คืออะไร ซึ่งบนพื้นฐานความรู้ในการตัดสินใจ การทำความเข้าใจ และ 3) การคาดการณ์ คือการทำนายได้ว่า จะเกิดอะไรขึ้นในปัจจุบัน โดยสามารถรับรู้สิ่งที่กำลังจะเกิด หรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในเวลาอันใกล้ได้

องค์ประกอบของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยจะมีความเชื่อมโยง และพึ่งพาซึ่งกันและกัน ความสำเร็จในพื้นที่หนึ่งจะบอกกล่าวความสำเร็จในพื้นที่อื่น (สรพ, 2565) ประกอบด้วย

1. ผู้นำ (leadership) มีหน้าที่ คือ การผลักดันให้ “ผู้ใต้บังคับบัญชา” พัฒนาพฤติกรรม กระบวนการ และเทคโนโลยี ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีแนวคิด 4 ประการหลัก ประกอบด้วย การคุ้มครองระบบการเรียนรู้ ด้วยการเป็นผู้นำ ในการสร้างความโปร่งใสของระบบงาน สร้างความเข้าใจ และนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือ มาพัฒนากระบวนการเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การเรียนรู้จากความผิดพลาด และการสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานทั่วทั้งองค์กรทั้งภายในและภายนอก การสร้างแรงบันดาลใจภายในเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้นำเน้น เช่น ผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ดีขึ้น ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และการลดการตาย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้

เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้อง นำค่านิยมองค์กรมาใช้ในการตัดสินใจ ในเรื่องความปลอดภัย ในการบริการ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ความสำคัญกับคุณภาพ และความปลอดภัย โดยผู้ปฏิบัติงานต้องรู้ว่า องค์กรมีจุดเน้นเรื่องใด งาน หรือปัญหาส่วนใดที่ เจ้าหน้าที่ในส่วนนั้นมีโอกาสต้องเกี่ยวข้อง แล้วนำสิ่งนั้นมาทบทวน ทำการวิจัย เพื่อการพัฒนาจะเป็น โอกาสที่จะปรับวัฒนธรรม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม และวิธีการทำงานของบุคลากรจะทำให้ ผลลัพธ์ดีขึ้น และการเล่าเรื่อง (storytelling) ปรับปรุงตัวของพนักงาน เป็นสิ่งที่น่าสนใจบุคลากร ได้ การสร้างความไว้วางใจด้วยการสร้างบรรยากาศการไม่แก้ตัว ไม่มองโลกในแง่ร้าย เพื่อให้มั่นใจว่า ทุก ๆ ความคิดเห็นมีค่า และการสร้างความมั่นใจว่าทุกคนในองค์กร รวมถึงผู้ป่วย และครอบครัว สามารถพูด เรื่องที่กังวล ข้อเสนอแนะ และแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้อย่างสะดวกใจ

2. ความปลอดภัยในเชิงจิตวิทยา (psychological safety) เป็นสภาพแวดล้อมที่ ทุกคนในองค์กร รวมถึงผู้ป่วย และครอบครัวสามารถพูด เรื่องที่กังวล ข้อเสนอแนะ และแนวคิดใน การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกใจ โดยจะไม่ถูกลงโทษ หรือหักหน้าจากการพูดถึงความคิด คำถาม ข้อกังวล หรือความผิดพลาดนั้น ไม่ถูกมองว่าไม่มีความสามารถ ถูกมองว่าเป็นคนไม่ดี และถูก มองว่าเป็นคนที่รบกวนการทำงานของผู้อื่น ขณะเดียวกันผู้ฟังและผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์เองก็ควรเลือกที่จะ เชื่อ และวางใจไปก่อนว่าผู้ที่มีความตั้งใจที่ดี ผลลัพธ์ของการสร้างสภาพแวดล้อมนี้คือทำให้มี ความมั่นใจ ที่จะมีการแสดงออกต่าง ๆ เช่นการพูดถึงความผิดพลาด การแบ่งปันข้อมูล และการขอ ผลป้อนกลับซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ต่อไปได้ พื้นฐานของสิ่งนี้คือการไว้วางใจกันและกันของคนในทีมที่ ต้องมาจากการที่คนในทีมมีความสามารถเพียงพอ มีความรับผิดชอบ และความปรารถนาดีต่อกัน

บทบาทผู้บริหาร จะต้องเป็นแบบอย่างในการนำความรู้ที่เหมาะสม และการ ตัดสินใจอย่างรอบคอบมาใช้กับความล้มเหลวและความผิดพลาดของตนเอง สนับสนุนให้บุคลากรได้ เรียนรู้ ให้การส่งเสริม กระตุ้น และผลักดันให้บุคลากรได้เรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง และสามารถที่จะ เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง การตอบสนองต่อข้อเสนอแนะที่ได้รับเป็นสิ่งสำคัญ บุคลากรต้องรู้สึกได้ว่า ผู้นำ ของเขารับผิดชอบต่อความกังวล และข้อคิดเห็นต่างๆที่ได้รับ และได้ดำเนินการจัดการเรื่องต่าง ๆ เหล่านั้น

3. ความรับผิดชอบ (accountability) แบ่งออกเป็น 2 ทางได้แก่ ทางผู้ปฏิบัติงาน คือความกล้าที่จะรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองทำ และทางองค์กร คือความรับผิดชอบในการปฏิบัติต่อ พนักงานอย่างเป็นธรรมและยุติธรรมเมื่อเกิดความผิดพลาด โดยการประยุกต์ใช้ Just Culture ซึ่งเป็น การตอบสนองของผู้บริหารที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น โดยไม่ขึ้นกับความรุนแรงของอันตรายที่เกิด ทำให้สมาชิกในทีมยอมรับที่จะมีความรับผิดชอบ ต่อการ กระทำของตัวเอง และมั่นใจว่าองค์กรเองก็จะปฏิบัติกับเขาอย่างเป็นธรรม และไม่กล่าวโทษสำหรับ ความผิดพลาดที่เกิดจากปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดบรรยากาศของความไว้วางใจ

4. การทำงานเป็นทีมและการสื่อสาร (teamwork and communication) คือ การร่วมกันทำงานของบุคคล หรือสมาชิกมากกว่าหนึ่งคน ในการสร้างความรู้สึกร่วมต่อการทำงาน โดยทุกคนจะต้องมีเป้าหมายเดียวกันว่าจะทำอะไร รู้สิ่งที่จะต้องปฏิบัติงาน ไม่ต้องรอรับคำสั่งจากใครคนใดคนหนึ่ง มีการวางแผนการทำงานที่ทุกคนช่วยกันแสดงความคิดเห็นจัดการกับความขัดแย้ง สรุปผล และยอมรับร่วมกัน ทำให้เกิดการดำเนินงานไปในแนวทางเดียวกัน ลักษณะสำคัญของการร่วมกันทำงานที่เข้มแข็ง คือ เริ่มจากการใช้เวลา ช่วงเวลาสั้น ๆ สรุปขั้นตอนต่าง ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการความเสี่ยงที่ดีที่สุด ความปลอดภัย และประสิทธิภาพนำมาสรุปประเด็นในทีม เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินผลสิ่งที่ดี และสิ่งที่เป็นอุปสรรคนำมาซึ่งโอกาสพัฒนา การใช้โครงสร้างทางการสื่อสารมาทำให้ข้อมูลที่สำคัญถูกส่งต่อ ระหว่างทีม มีความถูกต้อง รัดกุม ครบถ้วน และการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้ทีมหยุดสิ่งที่กำลังทำอยู่ และทบทวนแผนงานใหม่ เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ดังเช่นการศึกษา วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยการสำรวจคุณลักษณะโรงพยาบาลในยุโรปที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยพบว่า มิติที่แข็งแกร่งที่สุด คือการทำงานเป็นทีมภายในแผนก และการพัฒนาองค์กรเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Reis, 2018)

5. การเจรจาต่อรอง (negotiation and conflict management) สำหรับเรื่องที่มีความสำคัญ และมีความเห็นต่างของคนทำงาน องค์กรต้องหาแนวทางและเจรจาต่อรองเพื่อจัดการกับข้อขัดแย้งนั้น ๆ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมที่แท้จริง โดยลักษณะของการต่อรองมี 5 ลักษณะ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การปรับตัว การแข่งขัน การประนีประนอม และการทำงานร่วมกัน

สรุปจากผลการศึกษาการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและความมุ่งมั่นของผู้นำ ในการดำเนินการสร้างชุดของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ ความคิด สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรมด้านความปลอดภัยที่บุคลากรส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลประพฤติ เป็นชีวิตประจำวัน จนทำให้เกิดความปลอดภัยตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องสร้างให้บุคลากรเริ่มมีความตระหนักในเรื่องของความปลอดภัยเป็นอันดับแรก ซึ่งความตระหนักเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม และดำเนินการต่อโดยวางแผนให้วัฒนธรรมย่อยทั้ง 5 เกิดขึ้น ผ่านองค์ประกอบการสร้างวัฒนธรรม การศึกษาพบว่าปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้วัฒนธรรมของความปลอดภัยเกิดขึ้น คือการสร้างความตระหนักในระดับบุคคล จนรู้ว่าเรื่องนี้จำเป็นต้องทำ สู่ระดับความรับผิดชอบที่ไม่ต้องให้ใครบอก และระดับสุดท้ายกลายเป็นวัฒนธรรมในที่สุด

แนวคิดความหมาย ความสำคัญการรายงานอุบัติการณ์

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า อุบัติการณ์ (incident) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่สามารถทำให้เกิดหรือได้ทำให้เกิดอันตราย อาจโดยไม่เจตนาและ/หรือ

เป็นอันตรายที่ไม่ควรเกิดแก่บุคคล และ/หรือข้อร้องเรียนความสูญเสีย หรือความเสียหาย (สมพนธ์, 2558) เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สร้างความเสียหายทั้งร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สินต่อผู้รับบริการ ผู้มาติดต่อรับบริการ บุคลากร และโรงพยาบาล (อภิชาติ, 2559) เทียบได้กับสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ที่ไม่ควรเกิดขึ้น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) จึงพอสรุปได้ว่า อุบัติการณ์ คือเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย หรือทำให้เกิดอันตราย อาจโดยไม่เจตนา หรือข้อร้องเรียนความสูญเสียที่สร้างความเสียหาย และผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สินต่อผู้รับบริการ ผู้ให้ และโรงพยาบาล เมื่อเกิดอุบัติเหตุเกิดขึ้นในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการรายงานอุบัติเหตุ เพื่อเป็นการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและนำมาวิเคราะห์ปัญหา สรุปบทเรียนเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความหมาย ความสำคัญการรายงานอุบัติเหตุในโรงพยาบาล

การรายงานอุบัติเหตุ (incident report) หมายถึง การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยผู้ประสบเหตุการณ์ รายงานตามระบบการรายงานของโรงพยาบาล (อภิชาติ, 2559) หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นการรายงานเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือได้ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (ที่ไม่ควรเกิดขึ้น) (สรพ, 2565) ดังนั้น การรายงานอุบัติเหตุ หมายถึง การรายงานเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่ไม่เป็นไปตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามปกติ โดยเหตุการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อ ความเสียหายต่อตัวบุคคล และโรงพยาบาล การรายงานอุบัติเหตุถือเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลเพราะเป็นเครื่องมือในการรวบรวมเหตุการณ์ ความเสี่ยงต่างๆที่มีโอกาสเกิดความผิดพลาด หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ที่ไม่เป็นไปตามกระบวนการทำงานตามปกติในโรงพยาบาล ผ่านช่องทางวาจา การเขียน และระบบคอมพิวเตอร์จากบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและตนเอง การรายงานอุบัติเหตุในโรงพยาบาล มีความสำคัญดังนี้

1. ความสำคัญระดับบุคคล การรายงานอุบัติเหตุในโรงพยาบาลของบุคลากร สิ่งนี้สะท้อนถึงความโปร่งใสในการทำงานของบุคคลนั้น แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและตัวผู้ให้บริการเอง บุคลากรสามารถนำรายงานอุบัติเหตุมาสร้างความตระหนักในการปฏิบัติงาน สร้างการมีส่วนร่วมของเพื่อนร่วมงาน ทำให้ระบบการทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรายงานอุบัติเหตุเพื่อสร้างรูปแบบป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล ประเทศอังกฤษ พบว่า สถิติการรายงานอุบัติเหตุในโรงพยาบาลแสดงว่าการพลัดตกหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดในโรงพยาบาล ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปพัฒนาให้กลุ่มแพทย์ พยาบาล

และบุคลากรที่เกี่ยวข้องปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย สร้างนวัตกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ร่วมกันได้ (Morris, 2017)

2. ความสำคัญระดับองค์กร การนำไปใช้พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการกำหนดเป็นนโยบาย และขับเคลื่อนพฤติกรรมกรรมการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรให้ปฏิบัติต่อเนื่อง นำผลลัพธ์จากระบบรายงานอุบัติการณ์ที่ผ่านการค้นหาต้นตอของปัญหา มาปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร อีกทั้งนำมาสร้างการเรียนรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยร่วมกันโดยไม่กล่าวโทษกันให้เกิดขึ้นในองค์กร จากการศึกษาโปรแกรมการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยต่ออัตราการบาดเจ็บของพยาบาล พบว่าวิจัยนำอัตราการรายงานอุบัติการณ์การบาดเจ็บของพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปลอดภัยขึ้นในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าเมื่อองค์กรมีการจัดการด้านความปลอดภัยที่ดี ประกอบด้วยการใช้อุปกรณ์สนับสนุนการปฏิบัติงาน เพื่อร่วมงานช่วยเหลือกันในองค์กร ความสามารถการใช้โปรแกรมการจัดการความปลอดภัย การสื่อสารระหว่างคณะกรรมการความเสี่ยง และพยาบาล และการฝึกสอนการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัย องค์กรประกอบเหล่านี้วัดข้อมูลผลลัพธ์จากอัตราการรายงานอุบัติการณ์การบาดเจ็บจากการทำงานของพยาบาลที่ลดลง สะท้อนถึงว่าหากมีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ดีส่งผลถึงความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพด้วยเช่นกัน (Cope, 2014)

3. ความสำคัญระดับประเทศ การพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์เป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร โดยมีการขับเคลื่อนและควบคุมมาตรฐานร่วมกับเปิดโอกาสให้สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ และนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันในการจัดการวางระบบเพื่อสร้างความปลอดภัย ช่วยสร้างความไว้วางใจต่อระบบบริการสุขภาพของประชาชน แสดงถึงมาตรฐานการรักษาที่ถูกดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ช่วยป้องกันความเสี่ยงทางกฎหมาย ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นด้วย (สรพ, 2565)

โดยสรุป การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล มีความสำคัญต่อระดับบุคคล องค์กร และประเทศ การรายงานอุบัติการณ์เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงคุณภาพการบริการสุขภาพ ช่วยให้บุคลากรมีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัย แสดงความโปร่งใสในการทำงาน องค์กรสามารถนำรายงานอุบัติการณ์มาสร้างระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เป็นตัวช่วยในการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงการทำงาน ลดการฟ้องร้อง และค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล

ระบบการรายงานอุบัติการณ์

การรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report System) เป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงที่มีคุณภาพ สามารถนำไปปรับปรุงพัฒนางานให้เกิดความปลอดภัยที่ยั่งยืน จากการศึกษาแนวคิดของระบบการรายงานอุบัติการณ์ (Hewitt, 2016) พบว่ามี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะค้นหาและประเมินรายงานอุบัติการณ์ (detection stage) 2) ระยะวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ (analysis stage) และ 3) ระยะการเรียนรู้ (learning stage) โดยในระยะ การวิเคราะห์ และการเรียนรู้จะมีการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ สามารถอธิบายรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะค้นหา และประเมินรายงานอุบัติการณ์ (detection stage) คือ ระบุเป็นจุดเน้นของระบบรายงานอุบัติการณ์เพราะเป็น ขั้นตอนแรกที่บุคลากรจะตัดสินใจรายงานอุบัติการณ์ และลงรายละเอียดระดับความรุนแรงของรายงานอุบัติการณ์ ดังนั้นระยะนี้ผู้รายงานอุบัติการณ์จึงมีบทบาทสำคัญที่จะมีอิสระอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคสำหรับระยะนี้คือความกลัวที่จะเปิดเผยความผิดพลาดของตนเอง ภาระงาน และการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่สามารถรายงานได้ หรือประโยชน์จากการรายงานอุบัติการณ์ที่แท้จริง

2. ระยะวิเคราะห์การรายงานอุบัติการณ์ (analysis stage) คือระยะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในรายงานอุบัติการณ์ควรมาสื่อสาร พูดคุยวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ว่าเกิดจากสภาพแวดล้อมใดที่ผิดปกติ มีการทำทีมในหน่วยงานเพื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และนำมาตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมาย บทบาทสำคัญในระยะนี้คือทีมสหวิชาชีพในหน่วยงานที่เกิดเหตุการณ์

3. ระยะการเรียนรู้ (learning stage) คือระยะที่ระดับโรงพยาบาลควรที่จะนำอุบัติการณ์มาเรียนรู้เชิงระบบ ไม่ใช่การแก้ปัญหาเพียงแค่การฝึกทักษะให้แก่บุคลากร หรือการปรับแก้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ระยะนี้ระดับผู้บริหารจะเข้ามามีบทบาทในการสร้างการเรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์ เมื่อได้ระบบการปฏิบัติงานใหม่ควรมีการสื่อสารกลับไปยังผู้รายงาน อย่างมีประสิทธิภาพ

การตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ ไม่ถือเป็นระยะแต่มีความสำคัญโดยเฉพาะการตอบกลับไปยังผู้รายงานควรมีการดูแลสภาวะจิตใจผู้รายงานอุบัติการณ์ควบคู่ไปด้วย เนื่องจากผู้รายงานอุบัติการณ์เป็นผู้ที่ต้องใช้ความกล้าในการรายงานโดยเฉพาะการรายงานตนเอง ดังนั้นเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอาจต้องมีการศึกษาการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ที่ผู้รายงานรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจ ไม่เป็นผู้รับผลกระทบที่สองรองจากผู้รับบริการ

รูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล

การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยในโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละแห่งมีระบบการบริหารความเสี่ยง (risk management system) และความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล ประสานสอดคล้องกันเพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน (สถาบันรับรองคุณภาพในสถานพยาบาล, 2561) โดยเริ่มจากการรอบการบริหารความเสี่ยง การสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด จัดการประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ และการประเมินประสิทธิผล จะเห็นได้ว่าการรายงานอุบัติการณ์ เป็นกระบวนการหนึ่งของระบบบริหารความเสี่ยง ระบบการรายงานอุบัติการณ์ประกอบด้วย การรายงาน การตรวจสอบข้อเท็จจริง ปฏิบัติการฝึกอบรม จัดทำบันทึก วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง ให้ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบ โดยโรงพยาบาลมีการกำหนดรูปแบบในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลหรือการบันทึกที่แตกต่างกัน แต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลพบว่า รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์มีทั้งแบบ manual แบบผสมผสานระหว่าง manual กับระบบคอมพิวเตอร์ และระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งแต่ละรูปแบบก็ก่อให้เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต่างกันด้วย ลักษณะของรายงานอุบัติการณ์จะเป็นการระบุเหตุการณ์ทั้งหมดซึ่งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย หรือการปฏิบัติตามปกติ เป็นการระบุปัญหาและผลที่ตามมา ไม่สอดแทรกความคิดเห็นส่วนตัว ไม่ได้เป็นการตำหนิหรือกล่าวโทษเพื่อนร่วมงาน ไม่ได้เป็นการยอมรับว่าละเลย และนำไปสู่การตั้งคำถามต่อวิธีปฏิบัติที่ข้องใจ รูปแบบรายงานไม่ยุ่งยากซับซ้อน และผู้รายงานอุบัติการณ์ไม่รู้สึกลัว ข้อมูลรายงานต้องได้รับการรักษาความลับ และหน่วยรับระบบรายงานต้องเป็นอิสระจากอำนาจการบริหารที่สามารถให้คุณให้โทษได้ รายงานจะได้รับการวิเคราะห์โดยผู้ที่เข้าใจสถานการณ์ และรายงานจะได้รับการตอบสนองอย่างทันเวลา มีข้อเสนอแนะในการแก้ไขมุ่งที่การปรับปรุงระบบ และหน่วยงานเกิดการประสานงานให้เกิดการปรับเปลี่ยนเชิงระบบให้เป็นรูปธรรม โดยการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลจะเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในองค์กร ไม่เฉพาะพยาบาลหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

องค์ประกอบของการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล

การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล หากศึกษาผ่านหัวข้อที่ลงบันทึกการรายงานอุบัติการณ์พบว่ามีองค์ประกอบสำคัญ 8 ประเด็น ได้แก่ ประเภทอุบัติการณ์ บุคคลที่ได้รับผลกระทบ สถานที่เกิดอุบัติการณ์ เวลาที่เกิดอุบัติการณ์ รายละเอียดเหตุการณ์ ระดับความรุนแรง ผลลัพธ์ทาง

กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ทางสังคม ที่ต้องลงในรายงานอุบัติการณ์ เพื่ออธิบายรายละเอียด สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาล ดังนี้

1. ประเภทอุบัติการณ์ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแต่ละครั้ง เป็นการบันทึก รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงซึ่งมีรหัสกำกับไว้ทุกรายการ ตามที่มีในบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดย รหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะแสดงประเภทอุบัติการณ์ และความหมายของอุบัติการณ์ความเสี่ยง ประกอบด้วย ระดับชั้นของประเภทอุบัติการณ์ รหัสอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการจัดรูปแบบ โครงสร้างรายการอุบัติการณ์

2. บุคคลที่ได้รับผลกระทบ ประกอบด้วย เพศ และอายุ

3. สถานที่เกิดอุบัติการณ์ แบ่งเป็นประเภทสถานที่ ได้แก่ ในและนอกพื้นที่ของ โรงพยาบาล และชนิดของสถานที่

4. เวลาที่เกิดอุบัติการณ์ แบ่งเป็น เวร/กะ/ผลัด ซึ่งกำหนดช่วงเวลาตามบริบทของ สถานพยาบาล

5. รายละเอียดเหตุการณ์พอสังเขป บันทึกตามรูปแบบเพื่อบอกให้ทราบว่า เกิดอะไร เพราะเหตุใด อย่างไร (free text)

6. ระดับความรุนแรง แยกระดับตามกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยง ดังนี้ (สถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

6.1 กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกและหมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง personnel safety goals ของกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป กำหนดระดับความรุนแรงเป็นระดับ A - I ตามรายละเอียด ตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1

แสดงระดับความรุนแรงตามกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	(เกิดที่นี้) เกิดเหตุการณ์กับตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วย	น้อย
B	(เกิดที่ไกล) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้วส่งต่อเหตุการณ์/ ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่น แต่สามารถตรวจเจอและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบต่อผู้ผู้ป่วย	
C	(เกิดกับใคร) เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ผู้ป่วยหรือผู้อื่นแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	
D	(ให้ระวัง) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ผู้ป่วยหรือผู้อื่น ต้องเฝ้าระวัง ให้การดูแลเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	ปานกลาง
E	(ต้องรักษา) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ผู้ป่วยหรือผู้อื่น เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น	
F	(เยียวยาวนาน) เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	
G	(ต้องพิการ) เกิดความผิดพลาดถึงผู้ผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือและ/ หรือมีการร้องเรียน	มาก
H	(ต้องการบีม) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องช่วยชีวิตหรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	
I	(จำใจลา) เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ	

6.2 กลุ่มปฏิบัติการความเสี่ยงทั่วไป กำหนดระดับความรุนแรงเป็นระดับ 1-5
ดังตาราง 2

ตาราง 2

แสดงระดับความรุนแรงกลุ่มปฏิบัติการความเสี่ยงทั่วไป

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
1	เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0-10,000 บาท)	น้อย
2	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001-50,000 บาท)	น้อย
3	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001-250,000 บาท)	ปานกลาง
4	เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 250,001-10,000,000 บาท)	มาก

7. ผลลัพธ์ทางกระบวนการทำงาน แสดงข้อมูลรายละเอียดว่ามีการปรับระบบอะไรหรือพัฒนาอะไร

8. ผลลัพธ์ทางสังคม แสดงข้อมูลรายละเอียดว่ามีผลกระทบอะไร

สรุปได้ว่า องค์กรประกอบรายงานปฏิบัติการ เป็นข้อมูลที่บุคลากรบันทึกลงในระบบการรายงานปฏิบัติการที่ทางโรงพยาบาลกำหนด ข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุของปัญหา จัดการอย่างมีระบบเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น สิ่งสำคัญคือระดับความรุนแรงที่บุคลากรต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับนิยามของแต่ละระดับอย่างถูกต้อง เพราะจะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกระดับความรุนแรงซึ่งจะส่งผลต่อระยะเวลาในการจัดการ พบการศึกษารายงานปฏิบัติการมีข้อผิดพลาดในการลงระดับความรุนแรงเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งส่งผลให้การดำเนินการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ ประกอบด้วยหลายปัจจัยด้วยกัน โดยเมื่อพิจารณาวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรในประเทศแถบเอเชียที่มีบริบทใกล้เคียงกับประเทศไทยจะพบ 4 ปัจจัยหลักที่สามารถนำมาพัฒนาตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของการประเมินวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ (IRCQ) ขององค์กรได้ ซึ่งประกอบด้วย การประยุกต์ใช้การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ ความพร้อมในการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ บรรยากาศของเพื่อนร่วมงาน (ความไม่พอใจและการลงโทษ) และการจัดการรายงานอุบัติการณ์ (ความลับและการขับเคลื่อนระบบ) (Chiang, 2011) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถนำมาจำแนกตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของโดนาบีเดียน Donabedian (2005) 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย นโยบาย การประยุกต์ใช้การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ บรรยากาศของเพื่อนร่วมงาน (ความไม่พอใจและการลงโทษ) วัฒนธรรมความปลอดภัย

1.1 นโยบาย จากการศึกษาพบว่า การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติพยาบาลเป็นสิ่งที่จะช่วยปรับทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการรายงานอุบัติการณ์ ส่งผลถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Mjadu, 2018)

1.2 บรรยากาศของเพื่อนร่วมงาน (ความไม่พอใจและการลงโทษ) จากการศึกษาพบว่า การสร้างบรรยากาศปราศจากการตำหนิ และไม่ลงโทษ และบรรยากาศของเพื่อนร่วมงาน การทำงานเป็นทีม การสื่อสารให้มองถึงความปลอดภัยในการทำงานของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข สามารถช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการทำงานเชิงบวกให้แก่ผู้รายงานอุบัติการณ์ (Mjadu, 2018) และสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยส่งผลโดยตรงต่อการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร (Yoon, 2022)

1.3 วัฒนธรรมความปลอดภัย จากการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย พบว่าโรงพยาบาลที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการรายงานอุบัติการณ์ ($r=0.838$, $p=0.005$) (Kusumawati, 2019) การประยุกต์ใช้วัฒนธรรมความยุติธรรมในบทลงโทษ (The Joint Commission, 2018) โรงพยาบาลในเกาหลีใต้พบว่าปัจจัยเรื่องวัฒนธรรมความยุติธรรมมีผลโดยตรงต่อการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร (Yoon, 2022)

2. ปัจจัยด้านกระบวนการ ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบและความพร้อมในการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ การจัดการรายงานอุบัติการณ์ (ความลับและการขับเคลื่อนระบบ) และความรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.1 รูปแบบและความพร้อมในการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ จากการศึกษาพบว่า รายงานอุบัติการณ์ที่ไม่มีการระบุตัวตนของผู้รายงานจะส่งผลให้ผู้รายงานรู้สึกปลอดภัย ทำให้การรายงานอุบัติการณ์มีความถี่มากขึ้น (The Joint Commission, 2018) และระบบกระบวนการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การทำกลุ่ม และ Root Cause Analysis สิ่งนี้ช่วยเสริมพฤติกรรมการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร (Benn, 2009)

2.2 การจัดการรายงานอุบัติการณ์ พบว่า รายงานอุบัติการณ์ควรเป็นความลับ และปฏิบัติผ่านระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่ได้มาตรฐาน การรักษาความลับของผู้รายงานช่วยเสริมความน่าไว้วางใจขององค์กร ส่งผลให้บุคลากรกล้าตัดสินใจรายงานอุบัติการณ์ (The Joint Commission, 2018) และการขับเคลื่อนระบบการรายงานอุบัติการณ์ควรสร้างให้เป็นพลวัตร ด้วยการสร้างให้เกิดการหมุนเวียนกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียตลอดเวลา

2.3 ความรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการรายงานอุบัติการณ์เพื่อสร้างความปลอดภัย (Yoon, 2022)

3. ปัจจัยด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย ทักษะจิตของบุคลากรต่อการรายงานอุบัติการณ์ และความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์

3.1 ทักษะจิตของบุคลากรสุขภาพต่อรายงานอุบัติการณ์ พบการศึกษาทักษะจิตของบุคคลสุขภาพที่รายงานหากมีการรับรู้ว่ารายงานอุบัติการณ์ช่วยสร้างความปลอดภัยในโรงพยาบาลการรายงานจะเพิ่มประสิทธิภาพ และความถี่มากขึ้น (บังอร, 2563) เทียบกับหากมีทักษะจิตหรือการรับรู้ว่ารายงานอุบัติการณ์เมื่อรายงานแล้วจะโดนตำหนิ หรือโดนลงโทษบุคลากรจะไม่มีการรายงานและรายงานต่ำกว่าเกณฑ์

3.2 ความตระหนักต่อความปลอดภัยผู้ป่วยเปรียบได้กับความรู้สึก ความคิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติกรพยาบาล ซึ่งความตระหนักเป็นองค์ประกอบของวัฒนธรรมมีการศึกษาพบว่าพยาบาลที่มีความตระหนักในเรื่องใดมาก จะมีแนวโน้มพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับมากขึ้น (Wuthimapagron, 2014 อ้างตาม สุภิญญา, 2561) ความตระหนักต่อสถานการณ์ผู้ป่วย (situation awareness) ที่นำไปสู่อันตรายได้ เป็นทักษะการคิดที่ป้องกันหรือลดความผิดพลาดจากปัจจัยมนุษย์ ประกอบด้วยทักษะการคิด 3 ระดับ (Endsley, 1995) คือ 1) การรับรู้ (perception) คือรับรู้ผลจากการสังเกตองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมรอบตัว รับรู้ถึงสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น ถึงสถานะและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดมาจากองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมนั้น 2) ความเข้าใจ (comprehension) คือ เข้าใจถึงสถานการณ์ของปัจจุบันซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการวิเคราะห์องค์ประกอบจากความรู้ มีความเข้าใจว่า คืออะไร หรืออะไร และ 3) การฉายภาพ (projection) คือ การทำนาย หรือคาดการณ์ได้ว่าสถานการณ์ที่กำลังจะเกิด จะเกิดอะไร หรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้น

ในเวลาอันใกล้ (สุภิญญา, 2561) ดังนั้น ความตระหนักต่อสถานการณ์ใด ๆ จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์นั้น ๆ

การสร้างค่านิยมร่วม

ความหมาย ความสำคัญการสร้างค่านิยมร่วม

ค่านิยม หมายถึง ความคิด ความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดที่แต่ละบุคคลใช้เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตโดยมีส่วนร่วมช่วยกำหนดการกระทำและเป็นเครื่องช่วยตัดสินใจของแต่ละบุคคล (อับซิชิส, 2558) หรือเป็นความเชื่อ ความคิด เป็นพฤติกรรม และสิ่งที่คนในสังคมหนึ่งเห็นว่า มีคุณค่า จึงยอมรับมาปฏิบัติ ค่านิยมมักมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลสมัย มีหน้าที่เป็นตัวนำในการตัดสินใจและการกระทำต่าง ๆ ค่านิยมจึงมีบทบาท และอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล (เกตุวดี, 2561) หรือ สิ่งที่เป็นหลักยึดสำคัญที่บุคคลได้พิจารณาเลือกสรรแล้วอย่างรอบคอบด้วยเหตุผลและประเมินว่ามีคุณค่า ถูกต้องแก่การกระทำ และเป็นที่ยอมรับของสังคม เกิดการชื่นชมและมุ่งมั่นที่จะนำไปเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการตัดสินใจ ตลอดจนประพฤติปฏิบัติต่อไป หรืออาจเป็นฐานความเชื่ออย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะถูกยึดถือไว้เพียงส่วนบุคคลหรืออาจจะเป็นค่านิยมที่ยึดถือของสมาชิกในสังคม อันเป็นการแสดงออกให้เห็นถึงจุดยืนที่ชัดเจนที่มีต่อสิ่งใด ๆ ว่าดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยและนำมาเป็นบรรทัดฐานในการประพฤติปฏิบัติตน เป็นความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก และถูกนำมาเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต เป็นจุดมุ่งหมายของชีวิตที่บุคคลหรือสังคมมองว่าดีงาม (Rokeach, 1973) ทำหน้าที่เป็นตัวช่วยในการตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ (Schwartz, 2007) นักวิจัยสรุปได้ว่า ค่านิยม คือ ฐานความเชื่อ หลักยึดสำคัญที่บุคคลหรือสังคมใช้เป็นบรรทัดฐานในการประพฤติตน และพิจารณาเลือกสรรอย่างรอบคอบด้วยเหตุผลว่ามีคุณค่า คงทน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจ โดยค่านิยมมักใช้ในการระบุเป้าหมาย หรือกำหนดพฤติกรรมในการแสดงออก เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา

ทั้งนี้ตัวอย่างค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts) ของ HA เกิดจากการผสมผสานหลักคิดของการพัฒนาคุณภาพและการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการประยุกต์แนวคิด TQM การสะสมหลักคิดที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนาในแต่ละขั้นตอนและมาผสมผสานกับข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาองค์กรที่ประสบความสำเร็จที่ MBNQA นำมาใช้ หลักคิดนี้เป็นสิ่งที่จะช่วยกำกับวิธีคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มีมากขึ้นได้ เมื่อผสมผสานหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

1) ทิศทางนำ: visionary leadership, systems perspective, agility 2) ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility 3) คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard 4) การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach และ 5) พาเรียนรู้: learning, empowerment

ค่านิยมร่วม คือ ค่านิยมที่ทุกคนในองค์กรมีความเชื่อร่วมกัน ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยค่านิยมร่วมเป็นกฎเกณฑ์มาตรฐานหรือคุณค่าที่องค์กรนั้นคาดหวังหรือต้องการจะให้เป็น จนเกิดเป็นค่านิยมและบรรทัดฐานที่สมาชิกขององค์กรยึดถือร่วมกัน จนกลายเป็นรากฐานของระบบการบริหาร และวิธีการปฏิบัติของบุคลากรและผู้บริหารภายในองค์กร เป็นสิ่งที่ขับเคลื่อนองค์กรให้ดำเนินต่อไปและเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการแข่งขัน (เกศรา, 2553 อ้างตามรจนา, 2563; ฌัฐพงศ์, 2546)

ความสำคัญการสร้างค่านิยมร่วม

ความสำคัญของการสร้างค่านิยมร่วม พบว่าจากการศึกษาค่านิยมร่วมการเรียนรู้ทางวิชาชีพในโรงพยาบาล บุคลากรแสดงการมีค่านิยมร่วมกันด้วยการมุ่งเน้นความสำคัญไปที่การเรียนรู้ของบุคลากรทุกคน จนส่งผลให้เกิดโรงพยาบาลที่มีความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ความสำคัญของค่านิยมร่วม เป็นแหล่งกำเนิดแรงที่นำไปสู่การปฏิบัติ เป็นสิ่งที่หยั่งรากฝังลึกเกี่ยวข้องกับอารมณ์ เปลี่ยนแปลงได้ยาก เป็นพื้นฐานแห่งวิสัยทัศน์ ซึ่งเป็นปณิธานขององค์กรเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ เป็นพื้นฐานสำคัญของวัฒนธรรมองค์กรซึ่งทำให้บุคลากรมีทิศทางเดียวกันและเป็นแนวทางในการปฏิบัติตน และยังมีความสำคัญต่อการทำงานในการสร้างพันธสัญญาร่วมกันคือ การจูงใจและแนวโน้มความคิดของบุคลากรให้เข้ามาสู่เป้าหมายขององค์กร (Stoll et al, 2003 อ้างตาม ฌัฐพงศ์, 2546)

ดังนั้น องค์กรหนึ่ง ๆ จะบรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ได้นั้นขึ้นอยู่กับผลการปฏิบัติงานของสมาชิกในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าการกำหนดลักษณะงานและเป้าหมายผลงานจะมีส่วนช่วยให้บุคลากรปฏิบัติตามผลที่คาดหวังได้ แต่หากมีตัวช่วยชี้แนะพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเอื้อต่อการบรรลุเป้าหมายก็จะทำให้องค์กรได้รับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ได้ง่ายขึ้น อีกทั้งช่วยลดความเสี่ยงที่ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรจะเบี่ยงเบนไปจากที่คาดหวังได้อีกทางหนึ่งด้วย สรุปว่า การสร้างค่านิยมร่วม (shared values) คือ การสร้างค่านิยมที่ทุกคนในองค์กรมีความเชื่อ บรรทัดฐานเดียวกันจนนำไปสู่การบริหาร และวิธีปฏิบัติของทุกคน เป็นสิ่งที่ขับเคลื่อนให้องค์กรดำเนินงานจนประสบผลสำเร็จ การสร้างค่านิยมร่วมมีความสำคัญโดยเป็นพื้นฐาน

การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่พึงประสงค์ ด้วยวิธีการปลูกฝังแนวประพฤติปฏิบัติที่คาดหวังให้เกิดขึ้นในหมู่บุคลากร ค่านิยมร่วมนี้ยังก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ผูกพันกับองค์กร อีกทั้งยังทำให้บุคลากรเกิดความชัดเจนว่าองค์กรคาดหวังพฤติกรรมแบบใดจากตน และประเมินตนเองได้อย่างมั่นใจว่าเมื่อปฏิบัติตนตามนั้นแล้วย่อมส่งผลดีต่อผลงานของตนและองค์กรอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบและกระบวนการสร้างค่านิยมร่วม

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดของนักจิตวิทยาสังคม โรคิช (Rokeach, 1973) ค่านิยมมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1) ค่านิยมมีลักษณะความเชื่อหรือความระลึกรู้ (cognitive) คือบุคคลรู้ว่าการทำงานให้ถูกต้องตามเป้าหมายที่องค์กรวางไว้ควรประพฤติตนอย่างไร

2) ค่านิยมมีลักษณะความรู้สึกสัมพันธ์ (affective) คือบุคคลมีอารมณ์ความรู้สึกในทางบวก เห็นด้วย สนับสนุนเมื่อมีค่านิยมที่ถูกต้อง และไม่เห็นด้วย คัดค้าน เมื่อเป็นค่านิยมที่องค์กรไม่ต้องการ

3) ค่านิยมเป็นองค์ประกอบของพฤติกรรม (behavioral) คือการสร้างค่านิยมในการทำงานต้องประกอบด้วยวิถีปฏิบัติที่นำไปสู่พฤติกรรมในการทำงานที่เป็นเป้าหมายขององค์กร

สรุปได้ว่าองค์ประกอบค่านิยม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ระดับการรับรู้ของทุกคนในองค์กรถึงเป้าหมายที่องค์กรต้องการ ระดับความรู้สึกหรือความสามารถในการกระทำของทุกคนในองค์กรที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย โดยองค์กรมีการกำหนดวิถีปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ในการสร้างค่านิยมร่วมได้ผ่านกระบวนการสร้างค่านิยมร่วมที่มีประสิทธิภาพ

กระบวนการสร้างค่านิยมร่วม

การสร้างค่านิยมร่วม อาจเกิดจากการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความคิดพฤติกรรมการแสดงออกได้โดยไม่เพียงบุคคลที่เป็นต้นแบบเท่านั้น ยังรวมถึงสื่อต่างๆ เช่น วิทยู โทรทัศน์ (ทิตนา, 2542) และกระบวนการเกิดค่านิยม มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องสรุปดังนี้ (ธีรศักดิ์, 2543)

1) ความคิดและประสบการณ์ พบว่าคนที่มีประสบการณ์สูงจะเห็นข้อดี ข้อเสียของเหตุการณ์ต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมที่พึงกระทำและไม่พึงกระทำจนสามารถตัดสินใจได้ว่าจะเลือกปฏิบัติให้ถูกต้องได้อย่างไร

2) การอบรมสั่งสอน ผู้ที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอจะมีสำนึก พฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นค่านิยมที่ถูกต้อง

3) การชักชวนจากผู้ใกล้ชิดบุคคลซึ่งเป็นที่เคารพนับถือ พบว่าบุคคลเหล่านี้มี อิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือค่านิยมอย่างมาก

4) การปลูกฝังอุดมการณ์ สร้างความเชื่อคนที่ได้รับให้เกิดความน่าเชื่อถือก็จะ ปฏิบัติตาม และยากแก่การเปลี่ยนแปลง

5) การศึกษาเล่าเรียนทำให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจว่าสิ่งไหนควรทำหรือไม่ควร

6) การเห็นตามกันของคนใกล้ชิด ซึ่งมักมีความเห็นคล้ายกัน

7) การใช้กฎหรือข้อบังคับเป็นวิธีในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในเวลาจำกัด และเมื่อกระทำต่อเนื่องจนเกิดความเคยชินก็จะถูกยอมรับในที่สุด

8) ความนิยมตามยุคตามสมัยที่เกิดขึ้น

สรุปว่า กระบวนการสร้างค่านิยมร่วม คือ กรรมวิธีในการทำให้เกิดค่านิยมที่ทุกคน ในองค์กรมีความเชื่อ บรรทัดฐานเดียวกันที่จะประพฤติปฏิบัติโดยการใช้ปัจจัยการเกิดค่านิยมมาเป็น วิธีในการสนับสนุนพฤติกรรมที่องค์กรต้องการปลูกฝังให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

การวัดการสร้างค่านิยมร่วม

ตัวบ่งชี้ค่านิยม ได้แก่ เป้าหมาย แรงบันดาลใจ ทศนคติ ความสนใจ ความรู้สึก ความ เชื่อ การเรียนรู้และกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น เคอร์ลิงเกอร์ (Kerlinger, 1973) กล่าวถึงค่านิยมของบุคคล สามารถวัดได้จากพฤติกรรม เจตคติหรือความเห็น เนื่องจากค่านิยมเป็นการแสดงความชอบต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยการประเมินค่าหรือตีค่าเป็นค่านิยมดี หรือไม่ดี นอกจากนี้ยังสามารถวัดความเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย สามารถศึกษาค่านิยมเชิงปริมาณโดยศึกษา เจตคติ ความคิดเห็น ความเชื่อ ด้วยแบบสอบถาม และสามารถศึกษาค่านิยมเป็นเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตพฤติกรรม การ สัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย การสังเกตค่านิยมสามารถศึกษาได้จากพฤติกรรมต่าง ๆ 5 ประการ ดังนี้

1. ศึกษาจากสิ่งที่บุคคลนั้นเลือกปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น เมื่อบุคลากรเจอความ เสี่ยง หรืออุบัติเหตุ บุคคลนั้นมีการจัดการหรือปฏิบัติตนอย่างไร

2. ศึกษาจากทิศทางแห่งความสนใจของบุคคล เช่น เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นบุคคลนั้น เลือกรายงานในรูปแบบใด

3. ศึกษาจากคำพูดที่แสดงออกโดยทั่วไป เช่น เมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้น บุคลากร สื่อสารอุบัติเหตุในเชิงบวกหรือเชิงลบ

4. ศึกษาจากคำพูดที่ใช้ในการสนทนา เช่น เมื่อเกิดการรายงานอุบัติการณ์บุคลากรมีการตำหนิ หรือกล่าวโทษเพื่อนร่วมงานหรือไม่

5. ศึกษาจากการคิด การเขียน ซึ่งแสดงถึงอุดมการณ์ที่บุคคลนั้นมีอยู่ เช่น การรายงานอุบัติการณ์เมื่อลงข้อมูลจะเห็นได้ว่าบุคคลนั้นมองความผิดพลาดเป็นการเรียนรู้เชิงระบบ หรือตำหนิบุคคล สิ่งเหล่านี้จะสะท้อนทั้งสิ้น

ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างค่านิยมร่วม

การสร้างค่านิยมในการทำงานเป็นการร่วมมือกันของบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อขับเคลื่อนพฤติกรรมที่เป็นที่ต้องการขององค์กรให้ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น พบว่าการดำเนินการให้เกิดค่านิยมดี ๆ เหล่านั้นไม่ได้เกิดขึ้นง่าย ๆ หลายค่านิยมเมื่อกาลเวลาเปลี่ยน หรือมีปัจจัยมากระทบ พบว่าการสร้างค่านิยมจะไม่ถูกถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรม จากการศึกษาผู้วิจัยสรุปปัญหาและอุปสรรคในการสร้างค่านิยมในการทำงาน ดังนี้

1. นโยบาย กฎระเบียบที่ไม่ชัดเจน กล่าวคือ การสร้างค่านิยมในโรงพยาบาลโดยขาดทีมผู้นำ หรือผู้บริหารที่จะมาอธิบายความสำคัญของค่านิยมนั้นแก่บุคลากร หรือความต้องการแท้จริงของกฎระเบียบที่นำมาใช้กับบุคลากรไม่ได้ถูกสื่อสารด้วยความเข้าใจที่แท้จริง ผู้บริหารควรจัดกิจกรรมสื่อสารการสร้างค่านิยมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในช่วงเวลาที่เหมาะสม (สยาม, 2559)

2. ขาดการมีส่วนร่วมของบุคลากร การบังคับใช้โดยออกเป็นนโยบาย อำนาจการตัดสินใจขึ้นอยู่กับผู้บริหาร บุคลากรไม่สามารถออกความคิดเห็นได้ การปฏิบัติที่ฝืนความรู้สึกเพราะต้องอยู่บนนโยบายและความต้องการของผู้บริหาร เป็นปัญหาในการพัฒนาคุณภาพการบริการ ผู้บริหารควรมีการจัดกิจกรรมเพิ่มความรู้และทักษะที่เชื่อมโยงกับการสร้างค่านิยม โดยมีการตกลงร่วมกัน เปิดโอกาสให้ทุกคนทุกตำแหน่งได้มีโอกาสเสนอข้อคิดเห็น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และองค์กรที่ปฏิบัติงาน (สยาม, 2559)

3. ขาดแรงจูงใจ กล่าวคือ การสร้างค่านิยมเป็นการกำหนดพฤติกรรมที่ต่อเนื่องของบุคลากร หากขาดแรงจูงใจ หรือการสนับสนุนจากผู้บริหารจะทำให้บุคลากรขาดการเสริมแรงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (อุดมรัตน์, 2554) ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนบุคลากรด้วยการส่งเสริมพฤติกรรม การสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้กำลังใจ คำชม รางวัล เป็นต้น

4. ภาระงานที่หนัก และการปฏิบัติงานที่ยาวนาน ข้อผิดพลาดมักเกิดขึ้นเมื่อบุคลากรมีความเหนื่อยล้า รีบเร่งในการปฏิบัติงาน การที่ภาระงานมากมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการขององค์กร (สยาม, 2559) ดังนั้นเมื่อผู้บริหารต้องการสร้างค่านิยมใด

ค่านิยมหนึ่งชิ้นในองค์กรควรทบทวนเรื่องภาระงานของบุคลากร เช่นความเหมาะสมในการจัดอัตรากำลัง เพื่อสร้างบรรยากาศองค์กรแห่งการพัฒนา

สรุป ปัญหา อุปสรรคในการสร้างค่านิยมร่วมในการทำงานเป็นสิ่งที่ผู้บริหารต้องประเมินอย่างซื่อสัตย์ ศึกษาสถานการณ์อย่างตรงไปตรงมาเพื่อให้ได้ปัจจัยที่เป็นปัญหาที่แท้จริง นำสิ่งที่ได้มาวางแนวทางในการจัดก่อนจะสร้างรูปแบบด้านค่านิยมขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการพัฒนาที่ยั่งยืน การค้นหาปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาขององค์กรสามารถปฏิบัติได้ด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้นำ และผู้ที่มีส่วนร่วม บุคลากรทุกคนในองค์กร สามารถสะท้อนปัญหาการดำเนินการที่เกิดขึ้นร่วมกันด้วยความเต็มใจให้กลายเป็นค่านิยมที่ไม่ผูกติดกับตัวบุคคล (ผู้บริหารการพยาบาล) แต่สามารถสร้างให้กลายเป็นสินทรัพย์ขององค์กรที่มีคุณค่า (อุดมรัตน์, 2554)

บริบทโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์และการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

บริบทโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ถือเป็นองค์กรภาคเอกชนที่ประกอบธุรกิจระบบบริการสุขภาพ ภายใต้บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด (มหาชน) หรือเครือ BDMS (Bangkok Dusit Medical Service: BDMS) เปิดบริการในปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานบุคลากรและระบบสนับสนุนที่แข็งแกร่งเพื่อยกระดับการปฏิบัติงานและมาตรฐานการดูแลให้ดียิ่งขึ้น ภายใต้วิสัยทัศน์โรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในภาคใต้ตอนบน ที่ประชาชนเชื่อถือไว้วางใจและผูกพัน พัฒนาสู่ระดับตติยภูมิเบื้องต้นภายในปี 2566 พันธกิจ ว่าด้วยการให้บริการ รักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย บริการครอบคลุมในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิพื้นฐาน สร้างความน่าเชื่อถือและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพทุกช่วงชีวิตของผู้รับบริการ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ยกย่องระบบคุณภาพด้วยมาตรฐานสากล สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพโดยบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงสร้างบุคลากรให้มีทัศนคติเชิงบวก เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและปรับตัว รวมถึงสร้างบรรยากาศการทำงานที่เกื้อหนุน อบอุ่นและทำงานเป็นทีม ค่านิยม (VALUE) โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ปรับค่านิยมของเครือข่ายให้เหมาะสมกับบริบทเป็น BDMS+S ประกอบด้วย B: Beyond excellence เหนือกว่าความเป็นเลิศ และการทำระบบให้มีประสิทธิภาพโดยใช้เทคโนโลยีมาประยุกต์ D: Deep empathy สร้างให้เกิดความเข้าใจ และการบริการที่ครบถ้วนแบบองค์รวม M: Moral commitment จรรยาบรรณธำรงไว้ และบริการตามหลักวิชาชีพ และโปร่งใส S: Service

with Thai hospitality คงเอกลักษณ์ไทยด้วยหัวใจบริการ และ S: Safety Culture เป็นองค์กรที่
 คำนึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และได้มาตรฐานการรักษา

ปัจจุบันโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคใต้
 ตอนบน มีจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยในทั้งหมด 59 เตียง มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
 ทั้งในระดับการป้องกันสร้างเสริมสุขภาพ รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ จนถึงระดับตติยภูมิพื้นฐาน เช่น
 โรคมะเร็งทางและภาวะฉุกเฉิน ในสาขาหลักได้แก่ โรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก
 สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม หูคอและจมูก บริการคลินิกพิเศษได้แก่ คลินิกต่อมไร้ท่อเด็ก คลินิก
 ภูมิแพ้เด็ก คลินิกโรคทางเดินอาหาร คลินิกโรคอายุรกรรมทางสมอง เป็นต้น จากผลการดำเนินงานใน
 รอบ 4 ปี ที่ผ่านมาพบว่าในด้านบริการ ปี 2560-2564 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นโรคไม่
 ชับซ้อน ได้แก่โรคกลุ่มทางเดินหายใจส่วนบน กลุ่มทางเดินอาหาร และ การระบาดของโรคติดเชื้อ
 โควิด-19 ตามลำดับ ในปี 2563-2564 พบกลุ่มทางเดินหายใจส่วนบนลดลง ในขณะที่กลุ่มทางเดิน
 อาหาร และโรคเรื้อรัง NCD (HT, DM)มีจำนวนสูงขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 144, 170, 173,
 184 และ 210 คนต่อวัน ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยในอัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 48, 83, 76, 68,
 และ 76 ตามลำดับ โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์มีความมุ่งมั่นสู่เป้าหมายที่วางไว้ด้วยการพัฒนา
 คุณภาพการบริการที่เป็นไปตามกฎหมายและข้อกำหนดตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพของสถาบัน
 รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) ในปี 2563 ที่ผ่านมาโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ได้
 รับรองมาตรฐาน HA ขั้นที่ 3 โดยมุ่งผลลัพธ์ทางการรักษา ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ อีก
 ยังส่งเสริมให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ด้วยการสนับสนุนของผู้บริหารสำรวจ
 วัฒนธรรมความปลอดภัยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน และนำข้อมูลมาใช้ในการ
 ปรับปรุงและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยผลของ Safety culture score
 ปี 2561-2564 ได้ร้อยละ 61, 65, ไม่ได้สำรวจ และ 64 ตามลำดับ โอกาสพัฒนาเน้นเรื่องการจัดการ
 ความเสี่ยงเชิงรุก โดยกำหนดให้เป็น Hospital wide project ในปี 2563 เป้าหมายความปลอดภัย
 เรื่อง 2P Safety เป็นหลัก และมีการประกาศใช้นโยบาย 2P Safety ทั่วทั้งองค์กร

ระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ มีเป้าหมายให้ผู้ป่วย
 ปลอดภัยจากการดูแลรักษาพยาบาลและมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี สิ่งแวดล้อมปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
 ผู้มาเยี่ยมและเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน และระบบการบริหารจัดการความ
 เสี่ยงมีประสิทธิภาพ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทีมบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยสหสาขา
 วิชาชีพ ร่วมปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ด้านการสื่อสารนโยบายการจัดการความเสี่ยงไปสู่
 ผู้ปฏิบัติงาน ผ่านการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ การประกาศใช้นโยบายการจัดการความเสี่ยง และ
 นำเข้าระบบไว้ใน E-document เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าไปศึกษาทำความเข้าใจถึงแนวทาง
 ปฏิบัติขององค์กร คณะกรรมการวางแผนทางการทบทวนบัญชีความเสี่ยงระดับหน่วยงานทุก 1 ปี

เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้กำหนดช่องทาง ผ่านโปรแกรม ERM Occurrence report online ในระบบ Intranet และบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล พร้อมมีการกำกับ ติดตามการบริหารงานอย่างต่อเนื่อง

บทบาทและหน้าที่ของสหวิชาชีพในการรายงานอุบัติการณ์

การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลถือเป็นเครื่องมือสำคัญของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรายงานอุบัติการณ์จึงควรดำเนินการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในองค์กร เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงสุด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ การกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจนจึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความซ้ำซ้อน ดังแนวคิดการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ (inter professional practice) ที่ทุกคนต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ และการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกให้ชัดเจน เพื่อให้สมาชิกทีมเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งเข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้อื่นว่าทุกบทบาทมีความสำคัญเท่ากัน ทั้งนี้จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพและเกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น (นุชนาฏ, 2552) จากการศึกษาบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละระดับในการดำเนินการจัดการรายงานอุบัติการณ์ มีรายละเอียดดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ประสานงานและจัดการความเสี่ยง

พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการรับรายงานข้อมูลการร้องเรียน ข้อเสนอแนะจากผู้บริการ รายงานอุบัติการณ์ โดยบุคลากรผ่าน occurrence online ทางโทรศัพท์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล สื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ องค์กรภายนอกหรือการทบทวนจากคณะกรรมการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร แล้วมาประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาตามผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยและปัญหาทางคุณภาพ รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากผู้ร้องเรียน ผู้ถูกร้องเรียน ผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ รวมทั้งเอกสารหลักฐานต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ประสานงานกับทีมเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา และร่วมกับบุคลากรที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าปัญหา หาแนวทางแก้ไข ติดตาม ดูแล ช่วยสนับสนุนแก้ไขปัญหาจนจบกระบวนการ รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติ สรุปรายงานอุบัติการณ์การร้องเรียน/ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ และรายงานเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และคณะกรรมการบริหารคุณภาพโรงพยาบาลทุกเดือน

สรุปได้ว่าพยาบาลผู้ประสานงานและจัดการความเสี่ยงมีบทบาทเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลโดยการกำหนดนโยบายตั้งแต่การเฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยง ร่วมวางแผนแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ที่ปกปิดข้อมูลผู้รายงาน นิเทศเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ผ่านสื่อของโรงพยาบาล ติดตามกำกับ ให้เจ้าหน้าที่มีการรายงานอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่องและลงบันทึกตามแนวทางที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการประสานงานกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในการประชุม เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไข ประสานกับผู้นำองค์กรในการรายงานผลการดำเนินการ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่เพื่อให้คำปรึกษา และพูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับความเสี่ยงจากการบริการที่ไม่ได้ตามมาตรฐาน

2. บทบาทหน้าที่ของผู้ตรวจการ

พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้บริหารของโรงพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการรับรายงานข้อมูลการร้องเรียน ข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการโดยตรง และรายงานอุบัติการณ์ที่มีระดับความรุนแรง F, G, H, I, ระดับ 5 (non clinical) หรือ near miss SE & Sentinel events จากผู้ให้บริการ รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดการ ติดตาม ดูแลช่วยสนับสนุนการแก้ไขปัญหา จนจบกระบวนการ ประเมินผล ประสานงานการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับหัวหน้าแผนก และผู้จัดการฝ่ายที่เกี่ยวข้องตามแนวทางที่ได้รับมอบหมาย โดยมีข้อกำหนด เป็นช่วงเวลาในการรายงานอุบัติการณ์ตามสายบังคับบัญชา และแนวทางระยะเวลาในการรายงานอุบัติการณ์ โดยระดับความรุนแรง A, B, C รายงานภายใน 24 ชั่วโมง ระดับ D, E รายงานภายใน 8 ชั่วโมง และระดับ F, G, H, I รายงานทันที

สรุปได้ว่าผู้ตรวจการมีบทบาทหน้าที่ ในการรับรายงานความเสี่ยงโดยตรงจากผู้รับและผู้ให้บริการ ประเมินระดับความรุนแรงและค่าความเสียหาย ดำเนินการแก้ไข ติดตามกำกับการจัดการ และรายงานผู้อำนวยการโดยตรงตามระยะเวลาที่กำหนด

3. บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าแผนก

พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลาง ทำหน้าที่รับรายงานข้อมูลการร้องเรียน ข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ และรายงานอุบัติการณ์ที่รายงานโดยบุคลากรของโรงพยาบาล ทางโทรศัพท์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลที่พยาบาลผู้จัดการความเสี่ยง รวบรวมให้ ประเมินระดับความรุนแรงของปัญหา จัดหมวดหมู่ตามมาตรฐานความเสี่ยง รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประสานงานดำเนินการแก้ไขปัญหาและจัดการต่อข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นเบื้องต้น จัดประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อร่วมวางแผนการแก้ปัญหาาร่วมกัน รายงานผลการดำเนินการของหน่วยงาน รวบรวมสถิติการดำเนินการจัดการรายงานอุบัติการณ์ส่งผู้จัดการความเสี่ยง ติดตามกำกับดูแลการบริหารงานและบริหารความเสี่ยงประจำวัน ร่วมทำการวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไข ทบทวน risk profile หน่วยงาน

สรุปได้ว่า หัวหน้าแผนกมีบทบาทหน้าที่ในการรายงานอุบัติการณ์ตั้งแต่เป็นผู้รายงานเข้าระบบเอง รวบรวมรายงานอุบัติการณ์ ประเมินความรุนแรง วางแผนหาแนวทางป้องกัน และการแก้ไขปัญหา ร่วมปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ กำกับติดตามการแก้ปัญหาการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อขจัดความเสี่ยง การประสานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้รับผลกระทบตามรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานตามมาตรฐาน

4. บทบาทหน้าที่ของบุคลากรโรงพยาบาล

บุคลากรของโรงพยาบาล ทำหน้าที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรงผ่านกระบวนการทำงานที่โรงพยาบาลกำหนดตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย บุคลากรจึงมีความสำคัญในการค้นหา และรายงานข้อมูล อุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการและลงบันทึกในระบบ occurrence online บนหน้าจอคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ตามแนวทางการดำเนินการจัดการอุบัติการณ์พร้อมดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นที่สามารถทำได้ขณะนั้น พร้อมบันทึกการดำเนินการที่กระทำไปในระบบภายในระยะเวลาที่กำหนด หากเป็นเรื่องร้องเรียนหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้เกิดความรุนแรงระดับ E, F, G, H, I ให้รายงานโดยตรงแก่หัวหน้าแผนก ผู้ตรวจการทันทีภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ และให้ความร่วมมือในการชี้แจงข้อมูลรายละเอียดต่างๆเพิ่มเติมเกี่ยวกับเหตุการณ์ ร่วมทำการวิเคราะห์สาเหตุและวางมาตรการการแก้ไขป้องกันร่วมกับผู้บังคับบัญชาตามสายงาน

สรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ประเมินรายงานเหตุการณ์ นำรายงานเหตุการณ์ลงระบบออนไลน์ตามระยะเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด ดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น ติดตามการดำเนินการรวมถึงการให้ความร่วมมือในการชี้แจงข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ เพิ่มเติมเกี่ยวกับเหตุการณ์

กล่าวโดยสรุปว่า โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิที่มีอายุการดำเนินการ 5 ปีและได้รับการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นที่ 3 โดยมีเข็มมุ่งทางการรักษาคือความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยการกำหนดพันธกิจเพื่อดำเนินการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาการขับเคลื่อนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ความร่วมมือของคณะกรรมการความปลอดภัยในโรงพยาบาล การประเมินความปลอดภัยในโรงพยาบาลสามารถวัดได้จากรายงานอุบัติการณ์ภายในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลมีการกำหนดแนวทางการจัดการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่ตั้งแต่บุคลากรจนถึงระดับบริหารในการมีส่วนร่วมจัดการกับรายงานอุบัติการณ์ เพื่อสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ที่ผ่านมามีปัญหาของระบบการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลมีทุกขั้นตอน โดยเฉพาะขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรเนื่องจากกลัวโดนตำหนิ หรือบทลงโทษ ดังนั้นการแก้ปัญหการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ยั่งยืน คือการส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมกรรายงาน รับรู้ และตระหนักถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มีการรายงาน

อุบัติการณ์ที่ต่อเนื่องในโรงพยาบาล หรืออาจกล่าวได้ว่า โรงพยาบาลควรเริ่มสร้างค่านิยมการรายงานอุบัติการณ์ขึ้นเป็นค่านิยมร่วมของบุคลากรเพื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคลากรได้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยขึ้นในโรงพยาบาล เพราะระยะเวลาที่ผ่านมาแม้การจัดการจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแต่ค่าความเสียหายของโรงพยาบาลไม่มีแนวโน้มลดลงที่ชัดเจน รูปแบบในการสร้างค่านิยมเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลก็ไม่มีปรากฏ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครขึ้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร

สถานการณ์ระบบการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

การนำมาตรการหรือเป้าหมายลงสู่การดำเนินการจัดการอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร เพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทิศทางเดียวกัน สามารถนำข้อมูลที่ได้รับจากอุบัติการณ์มาประเมินแนวโน้ม ประกอบการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดีขึ้น สร้างการเรียนรู้ในองค์กร โดยแบ่งความเสี่ยงในโรงพยาบาล เป็น 3 ประเภท ได้แก่ ความเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป และที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบเฉพาะโรค โดยกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรผู้ประสานงานและจัดการความเสี่ยง หัวหน้าแผนก ผู้จัดการศูนย์คุณภาพ ผู้ตรวจการ แยกต่างหาก และมีแนวทางข้อกำหนดการรายงานอุบัติการณ์ในเวลา นอกเวลา และระดับความรุนแรง เพื่อแก้ปัญหาตามความเหมาะสม โดยมีแนวทางปฏิบัติ 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย การรายงานและดำเนินการบริหารจัดการกับอุบัติการณ์ การรับรายงานอุบัติการณ์และการดำเนินการจัดการกับรายงานอุบัติการณ์ การตอบสนองต่อผู้รายงานอุบัติการณ์ การรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาวิเคราะห์สาเหตุและดำเนินการจัดการกับข้อร้องเรียน การวิเคราะห์ สรุปสาเหตุ และแนวทางการป้องกันแก้ไข การติดตามผล และการเก็บบันทึกข้อมูล โดยทุกขั้นตอนมีการเฝ้าติดตาม และการวัดกระบวนการตามกำหนดอย่างเหมาะสม และปฏิบัติการแก้ไขเมื่อการเฝ้าติดตามการวัดไม่เป็นที่พอใจตามที่คาดหวัง การรายงานอุบัติการณ์ในปี 2560 เป็นปีการเริ่มต้นนำระบบการรายงานเข้ามาในองค์กรเป็นรูปแบบกระดาษให้บุคลากรบันทึกอุบัติการณ์ตามองค์ประกอบ

พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์เป็น QR Code และแบบอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ในปีพ.ศ. 2564 เห็นได้ว่าโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์โดยการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่องตามเทคโนโลยีที่ทันสมัย การสื่อสารเกี่ยวกับการใช้ระบบจะจัดผ่านการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ การศึกษาด้วยตนเองผ่าน Application PacD และการถ่ายทอดผ่านบุคลากรในหน่วยงาน

ผลลัพธ์จำนวนอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน เป้าหมายมากกว่า 2400 เรื่อง ในปี 2561-2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 843, 1930, 2068 และ 2310 เรื่อง ตามลำดับ การรายงานอุบัติการณ์โดยหน่วยงาน รายงานตนเองมีจำนวนร้อยละ 17.75, 36.24, 32.49 และ 35.09 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์จำนวนการ รายงานอุบัติการณ์พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่มีโอกาสพัฒนาในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกเนื่องจาก พบน้อย (ไม่ถึงร้อยละ 10) และจากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนของ หน่วยงานตนเอง พบว่ามีแนวโน้มลดลงและเมื่อนำมาทบทวนพบว่าความเสี่ยงส่วนหนึ่งหน่วยงานได้ แก้ไขปัญหาเองแล้ว จึงไม่ได้รายงานเข้าสู่ระบบ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) หมายถึง การวิจัยที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ จากการปฏิบัติของกลุ่มคนที่ร่วมกัน อธิบายปัญหา และร่วมกันตรวจสอบความสำเร็จของวิธีการ แก้ปัญหาในรอบต่อไป จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (วรรณดี, 2556) นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการให้ ความหมายวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาคุณภาพของงานที่ตนกำลังปฏิบัติอยู่ และในขณะเดียวกันสร้างความ เข้าใจถึงสภาพและกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการซ้ำหลาย ๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ และการวิจัยเชิง ปฏิบัติการยังหมายถึง กระบวนการวิจัยที่มุ่งศึกษาชุมชนด้วยนักวิจัยร่วมกับผู้มีส่วนร่วม ร่วมกัน ทำงานกันอย่างเป็นระบบผ่านวงจรรอบด้วยการเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล สะท้อนถึงวิธีการเปลี่ยนสถานการณ์หรือการสร้าง ความสามารถของชุมชน โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง และทุกขั้นตอนมีสมาชิกของชุมชนเข้าร่วมด้วย (สัณญา, 2561)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยที่นักวิจัยทำงานร่วมกับ ผู้มีส่วนร่วม มุ่งศึกษาชุมชนอย่างเป็นระบบผ่านวงจรรอบด้วยการเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ลดช่องของ ปัญหาด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของคนในชุมชนเอง เพื่อร่วมหาแนวทางการแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล สะท้อนวิธีการเปลี่ยนสถานการณ์หรือเสริมสร้าง ความสามารถของชุมชน โดยทุกขั้นตอนจะมีสมาชิกของชุมชนร่วมในการวิจัยด้วย การทำงานจะ ปฏิบัติเป็นวงจร และดำเนินการซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์

แนวคิดกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดเคมมิสและแมคทา กาท (Kemmis and Mc Taggart)

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นบูรณาการเชื่อมโยงความรู้หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ๆ ในสถานที่ปฏิบัติงาน มีการสะท้อนความคิดไปมาไขเชิงวิพากษ์ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไปตามแผนที่วางไว้ว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จเพียงใด อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง ต้องดำเนินการอย่างไร จึงจะเข้าสู่สภาวะการณ์ที่นำความสำเร็จนั้นมา ดังนั้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (วีระยุทธ, 2558) กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดเคมมิส และแมคทา กาท (Kemmis & Mc Taggart, 2014) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลักคือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลง 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน 3) สังเกตการณ์ และ 4) สะท้อนกลับ กระบวนการและผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ โดยความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่เกิดขึ้นเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกที่นำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (planning) เป็นการกำหนดทิศทาง หรือแนวปฏิบัติงานของนักวิจัยที่เกิดจากการรวบรวมปัญหา เรื่องราว สถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์ตามประสบการณ์ มีการไตร่ตรองถึงปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางความสำเร็จของการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า โดยทั่วไปการวางแผนจะมีการคาดคะเนผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า และคำนึงถึงความยืดหยุ่น เพื่อสามารถที่จะปรับเปลี่ยนแผนได้ตลอดเวลา

2. การปฏิบัติการ (action) เป็นการดำเนินการตามทิศทาง หรือแนวปฏิบัติที่นักวิจัยวางไว้และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน โดยคำนึงถึงความยืดหยุ่นหากแผนไม่ได้เป็นอย่างที่วางไว้ ต้องรู้จักการปรับเปลี่ยนให้คำนึงเสมอว่าแผนสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขหรือปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

3. การสังเกตการณ์ (observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไป รวมถึงการสังเกตปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการมีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร ทุกขั้นตอนในการสังเกตการณ์ นักวิจัยจะมีแผนเตรียมไว้ โดยวางขอบเขตที่ไม่แคบและไม่กว้างจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น

4. การสะท้อนกลับ (reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำหรือผลจากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ตลอดจนผลการวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาพัฒนาและวางแผนดำเนินการปฏิบัติงานใหม่ หากพบว่าวงจรเดิมยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ การสะท้อนกลับอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นแนวทางใหม่จนได้แผนปฏิบัติงานการวิจัยในเกเลียวต่อไป

ระดับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพผสานกับวิจัยเชิงปริมาณ จากการศึกษาพบว่า ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย (Holter & Schwartz, 1933 อ้างตามสมปอง, 2554) ได้จำแนกรูปแบบระเบียบวิธีเชิงปฏิบัติการได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับปฏิบัติการ (technical action research) เป็นวิจัยที่มีเป้าหมายในการทดสอบวิธีการแก้ปัญหาอย่างนักเทคนิค ผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคที่จะใช้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจะมีการตั้งสมมติฐาน มีการกำหนดปัญหา และวิธีการแก้ปัญหามาก่อน โดยผู้ร่วมวิจัยมาช่วยปรับปรุงในองค์กร และจะอยู่ภายใต้การควบคุมของนักวิจัย ผู้ร่วมวิจัยมักไม่มีบทบาทในการแสดง

2. ระดับความร่วมมือ (practical action research) เป็นการดำเนินการวิจัยโดยอาศัยความร่วมมือของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีการร่วมกันวางแผนและปฏิบัติจนได้วิธีที่เหมาะสมกับองค์กร โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่มีแนวคิดแบบกว้าง ๆ และนำไปวางแผนร่วมกับผู้วิจัย โดยการร่วมกันคิดวิธีแก้ปัญหา ผู้วิจัยทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยสะท้อนคิดถึงปัญหา ผลการปฏิบัติ และคิดวิเคราะห์เพื่อพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงาน นำมาสู่การพัฒนาคุณภาพ และได้รูปแบบการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับองค์กร

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

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล

กรุงเทพมหานคร และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ประชุมวางแผน ปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ ปรับปรุงแผนร่วมกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยอาศัยค่านิยมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล นำมาสร้างเป็นค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แนวคิดกระบวนการวิจัยของเคมมิสและแมคทาเกาท มีกระบวนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ขั้นตอนดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนคิด 3) ขั้นตอนการประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Kemmis & McTaggart, 2014)

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน สังเกตบริบท บันทึกจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่สนับสนุนหรืออุปสรรคที่มีในการปฏิบัติงาน รวบรวมมาเพื่อวางเป้าหมายในการพัฒนาเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน รวมทั้งทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาทำความเข้าใจ รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่ออธิบายที่สอดคล้องกับปัจจัยที่เราสังเกตได้ ในขั้นตอนนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลจะรวมทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ ร่วมกัน และต้องให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

2. การดำเนินการพัฒนารูปแบบ เป็นขั้นตอนที่นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาพัฒนารูปแบบ ไปสู่การแก้ปัญหาโดยใช้แนวคิดของ เคมมิสและแมคทาเกาท (Kemmis & McTaggart, 2014) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนกลับ การพัฒนารูปแบบจะดำเนินตามวงล้อไปเรื่อย ๆ จนได้รูปแบบการพัฒนางานที่เหมาะสมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและแก้ปัญหาที่ยั่งยืน

3. การประเมินผล เป็นขั้นตอนตรวจสอบและรายงานผลการพัฒนารูปแบบที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ว่าปฏิบัติตามแนวทางและได้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานอย่างไร มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในขั้นตอนนี้จะได้ผลจากวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้งหมดเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบงานที่ยั่งยืนต่อไป

เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีหลายเครื่องมือ ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยต้องพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และร่วมกันสร้างวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ ตรวจสอบได้ และสามารถนำมาซึ่งการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์ การบันทึกประจำวัน การใช้แบบสอบถาม และการสำรวจ เป็นต้น

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participation observation) เป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ โดยผู้วิจัยกลายเป็นผู้ร่วมคนหนึ่งในกระบวนการนั้น ๆ ร่วมฟังเห็น และแชร์ประสบการณ์ที่เป็นจริงในสถานการณ์ของผู้มีส่วนร่วม ผู้วิจัยไม่เพียงแค่สังเกต แต่ยังต้องเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมในสังคม เป็นการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ บันทึกเหตุการณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ ด้วยการให้รายละเอียดและบันทึกภาคสนามอย่างเข้าใจ ผู้วิจัยเป็นผู้รู้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนในสังคม ผู้วิจัยต้องมีมุมมองที่กว้าง คาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น

2. การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นรูปแบบการสัมภาษณ์แบบกลุ่มที่มีการสนทนาระหว่างผู้ร่วมวิจัยในการรวบรวมข้อมูลประมาณ 7-12 คน ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการทำวิจัย ระหว่างการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยต้องสร้างสิ่งแวดล้อมและเอื้ออำนวยในการอภิปรายและการกระตุ้นให้เกิดมุมมอง ตามแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือผู้มีส่วนร่วมทุกคน จะได้รับการยอมรับและให้คุณค่าเท่าเทียมกันทุกคน ให้โอกาสทุกคนได้มีส่วนร่วมในการสื่อสารขณะสนทนากลุ่ม (McTaggart, 1997 อ้างตาม อมาวสี, 2560)

3. การสัมภาษณ์ (in-depth interview) เป็นการที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงความคิด และจดจำคำพูดของเขาเขียน มากกว่าการเขียนโดยใช้คำพูดจากนักวิจัยเอง เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูลจากบุคคลที่มีประสบการณ์เรื่องนั้น ๆ เพื่อนำไปสู่มุมมองของผู้มีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยต้องให้ความเคารพ และเกียรติในทางความคิด อีกทั้งสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมอีกด้วย

4. การบันทึกภาคสนาม มีเป้าหมายเพื่อบันทึกสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย ช่วยให้นักวิจัยนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือตั้งสมมุติฐานเบื้องต้นในสนาม เนื้อหาภายใต้การจดบันทึกขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการบันทึก ว่าเป็นการบันทึกประกอบการสังเกต การสัมภาษณ์ หรือ

การสนทนากลุ่ม หรือเป็นการบันทึกภาคสนามในงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีการวิจัยแบบใด (ยาวลักษณ์, 2563)

เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แบบสอบถามที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นแบบสอบถามออนไลน์ และมักใช้ในขั้นตอนการสำรวจหรือขั้นตอนของการศึกษาสถานการณ์ การสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประโยชน์คือง่ายต่อการตอบคำถามของผู้ตอบแบบสอบถาม ง่ายต่อการประมวลผล แต่ยากขั้นตอนของการตั้งคำถามและคำตอบเพราะจะต้องต้องสื่อถึงความเหมาะสมทั้งระดับการศึกษา ความกระชับของคำ ภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย และไม่ชี้แนะไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างค่านิยมร่วม ด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล ได้แก่ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการรายงานอุบัติการณ์ การสร้างค่านิยมร่วม บริบทโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครรวมถึงการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล ตลอดจนแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นหัวใจของการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีองค์ประกอบวัฒนธรรมย่อย 5 วัฒนธรรม ได้แก่ วัฒนธรรมการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร วัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมความเที่ยงธรรม วัฒนธรรมการเรียนรู้ และวัฒนธรรมความยืดหยุ่น การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงต้องอาศัยความเชื่อมโยงของหลายภาคส่วนในการจัดการ พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ได้แก่ ผู้นำ ความปลอดภัยในเชิงจิตวิทยา ความรับผิดชอบ การทำงานเป็นทีมและการสื่อสาร และการเจรจาต่อรอง แนวคิดการรายงานอุบัติการณ์ คือ การรายงานเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยเหตุการณ์อาจส่งผลกระทบต่อบุคคล และองค์กร โดยการรายงานอุบัติการณ์มีความสำคัญต่อบุคคล คือ เป็นสิ่งสะท้อนความโปร่งใสในการทำงาน แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อความปลอดภัย ความสำคัญต่อระดับองค์กร คือ ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ให้เกิดผลลัพธ์อย่างมีประสิทธิภาพ และความสำคัญระดับประเทศ คือ สร้างความไว้วางใจระบบสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามเมื่อทบทวนวรรณกรรมปัญหาเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ พบว่าการรายงานอุบัติการณ์มีน้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้การรายงานอุบัติการณ์น้อย คือ นโยบายไม่สนับสนุนการปฏิบัติงานได้จริง บรรยากาศในการทำงานที่มีการตำหนิ กล่าวโทษกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน การไม่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่

เอื้อให้ผู้รายงาน การจัดการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่เป็นความลับ และการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงทัศนคติของบุคลากรต่อการรายงานอุบัติการณ์ คือละอายเมื่อกระทำ เหตุการณ์ผิดพลาด กลัวบทลงโทษ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การรายงานอุบัติการณ์มีจำนวนต่ำกว่าความเป็นจริง เมื่อวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวสามารถแยกปัญหาเพื่อรับการแก้ไขเป็น 2 ส่วน ได้แก่ส่วนที่เกิดจากบุคคล และส่วนที่เกิดจากระบบ เนื่องจากบุคคลเป็นผู้ขับเคลื่อนระบบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

จากการทบทวนผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลต่อการรายงานอุบัติการณ์ นั่นคือการสร้างวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ในองค์กร แต่เนื่องจากการวิจัยมีเวลาจำกัดจึงเริ่มจากการสร้างค่านิยมให้เกิดขึ้นก่อน เมื่อทบทวนวรรณกรรมการสร้างค่านิยม พบว่าค่านิยมร่วม คือค่านิยมที่ทุกคนในองค์กรมีความเชื่อร่วมกัน ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยค่านิยมร่วมเป็นกฎเกณฑ์มาตรฐานหรือคุณค่าที่องค์กรคาดหวังหรือต้องการให้เป็นจนเกิดเป็นค่านิยมและบรรทัดฐานที่บุคลากรในองค์กรยึดถือ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์โดยมีการศึกษาสถานการณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์หาข้อเสนอแนะที่ตรงตามบริบทองค์กร ซึ่งการศึกษาสถานการณ์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพเชิงระบบของโดนาปีเดียนนำมาบูรณาการ ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ได้แก่ นโยบาย บุคลากร และการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ด้านกระบวนการ ได้แก่ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการรายงานอุบัติการณ์ และด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ทัศนคติ และการรับรู้ ความตระหนัก จนได้เป็นข้อเสนอแนะของแต่ละด้าน ผลการศึกษาสถานการณ์นำไปพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ผ่านแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ การวางแผน ปฏิบัติการ สังเกต และสะท้อนผล โดยค่านิยมร่วมที่ผู้วิจัยศึกษาและนำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบ คือ ค่านิยมการเรียนรู้ และการทำงานเป็นทีม ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เมื่อพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ควรมีการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วม โดยแบบประเมินผลลัพธ์ผู้วิจัยศึกษาจากวรรณกรรมตัวชี้วัดวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ในพยาบาล โรงพยาบาลไต้หวัน (IRCQ) พบว่ามี 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การประยุกต์ใช้การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ ความพร้อมในการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ บรรยากาศของเพื่อนร่วมงาน (ความไม่พอใจ และการลงโทษ) และการจัดการรายงานอุบัติการณ์ (ความลับและการขับเคลื่อนระบบ) นำมาปรับให้เข้ากับการประเมินการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้รูปแบบมีประสิทธิภาพ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ที่บุคลากรมีส่วนร่วมกันพัฒนาตามบริบทของตน ส่งผลถึงการปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ที่ยั่งยืน เพื่อสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นเป็นพื้นฐานวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสืบไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัย

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของ โดนาบิเดียน (Donabedian, 2005) วิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ 3 องค์ประกอบหลัก คือด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (output) 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) ตามแนวคิดเคมีสและแมคทาเกาท (Kemmis & McTaggart, 2014) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนกลับ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ประเมินผลโดยการติดตามอัตราการเข้าร่วมตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมที่พัฒนาขึ้นของบุคลากรในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ความตระหนัก ทักษะของผู้ปฏิบัติต่อการรายงานอุบัติการณ์ และจำนวนอุบัติการณ์และการรายงานอุบัติการณ์ตนเองที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

การเลือกพื้นที่การศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ทำการศึกษแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ แผนกฉุกเฉิน แผนกส่งเสริมสุขภาพ และแผนกโรกระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาพัฒนา เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2565 - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 เนื่องจาก

โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เป็นองค์กรสุขภาพภาคเอกชนที่มีค่านิยมหลักเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย อายุการดำเนินงานกิจการเท่ากับ 5 ปี มีแผนการพัฒนาคุณภาพ และมีความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเกี่ยวกับรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ที่เข้มแข็ง ผู้บริหารมีความเชี่ยวชาญในเรื่องการรายงานอุบัติการณ์ และมีทีมสหวิชาชีพที่มีความยืดหยุ่นสูง

แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ แผนกฉุกเฉิน แผนกส่งเสริมสุขภาพ และแผนกโรกระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร มีบริบทที่เหมาะสมจะเป็นพื้นที่ในการศึกษา และสามารถเป็นตัวแทนของแผนกอื่น ๆ ได้ เนื่องจากแผนกดังกล่าวมีการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพถึงขั้นฉุกเฉิน วิกฤต 24 ชั่วโมง มีความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ในแต่ละวันหลากหลายแต่พบการ

รายงานอุบัติการณ์ต่ำกว่าความเป็นจริง ด้านโครงสร้างหัวหน้าแผนกมีประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์เฉลี่ย 10 ปีขึ้นไป ทักษะคิดต่อการรายงานอุบัติการณ์เชิงบวก พร้อมให้การสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานเรื่องการรายงานอุบัติการณ์อย่างเต็มที่ ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ประสบการณ์เฉลี่ยน้อยกว่า 5 ปี และมีทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกัน

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครตั้งแต่โรงพยาบาลเปิดกิจการ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อระดับผู้บริหารโรงพยาบาลจนถึงระดับผู้ปฏิบัติงาน มีบทบาทเป็นผู้ช่วยเลขา PCT อายุรกรรมและเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

กลุ่มเป้าหมาย

การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ แผนกฉุกเฉิน แผนกส่งเสริมสุขภาพ และแผนกโรคระบบทางเดินหายใจ มีส่วนเกี่ยวข้องในการรายงานอุบัติการณ์ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่คัดเลือกที่กำหนดไว้ในแต่ละระยะของการดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 2 กลุ่ม รวม 25 คน มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มเป้าหมายที่ 1 กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ คือ เป็นผู้บริหารมีตำแหน่งระดับหัวหน้างาน/กลุ่มงาน และเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ ภายใต้นโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งสิ้น 7 คน ประกอบด้วย หัวหน้าองค์กรแพทย์ 1 คน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก 3 คน ผู้จัดการความเสี่ยง 1 คน พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานผู้ป่วยนอก 1 คน และพนักงานผู้ช่วยพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก 1 คน

กลุ่มเป้าหมายที่ 2 กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ คือ เป็นผู้ปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 18 คน ประกอบด้วย แพทย์ประจำแผนก 2 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 6 คน และพนักงานผู้ช่วยพยาบาล 10 คน

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่คัดเลือกเข้าการศึกษา (inclusion criteria)

1. ปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแผนกผู้ป่วยนอกใน ได้แก่ แผนกฉุกเฉิน แผนกส่งเสริมสุขภาพ และคลินิกตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ มาอย่างน้อย 1 ปี
2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. ย้ายสถานที่ทำงานระหว่างทำวิจัย
2. ไม่ได้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องระหว่างที่มีการศึกษา
3. ไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกกลุ่มที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร จังหวัดสุราษฎร์ธานี วิธีดำเนินการวิจัยทั้งหมด 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ 2) ขั้นตอนการพัฒนาแบบ 3) ขั้นตอนประเมินผลรูปแบบ และเพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างถูกต้องและไม่ละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อผ่านความเห็นชอบทางด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ และใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการผ่านความเห็นชอบในการทำวิจัยโดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าชี้แจงต่อหัวหน้าศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัยในส่วนงานคุณภาพ
4. ผู้วิจัยเข้าชี้แจงต่อผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัย ขออนุญาตจากหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกในการเก็บข้อมูลวิจัยทุกขั้นตอนจนกว่าจะเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยในแผนกผู้ป่วยนอก
5. ติดต่อกลุ่มเป้าหมายและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ผู้จัดการความเสี่ยงแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มโดยมีการนัดหมายเวลาแต่ละคน เมื่อปฏิบัติตามขั้นตอนจริยธรรมการวิจัยแล้ว ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการศึกษาระยะที่ 1 เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

1. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครและของแผนกกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์คุณภาพ ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 – พ.ศ.2564 ได้แก่ 1) ข้อมูลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย 2) จำนวนรายงานอุบัติการณ์ 3) จำนวนการรายงานอุบัติการณ์โดยหน่วยงานรายงานตนเอง 4) ค่านิยมของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร 5) ข้อมูลการบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ และ 6) นโยบายด้านการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 2 ฉบับ

2. ศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ โดยสำรวจข้อมูลพื้นฐานความตระหนักของบุคลากรต่อการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ร่วมกับ สนทนากลุ่ม (focus group) กับกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์จำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารได้แก่แพทย์ แพทย์หัวหน้าศูนย์คุณภาพ ผู้ตรวจการ และหัวหน้าหน่วยงาน กลุ่มคณะกรรมการจัดการความเสี่ยง ได้แก่เลขา PCT อายุรกรรม และรองหัวหน้าเภสัชกร และกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครที่มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี ขึ้นไปทั้งแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และนักรกายภาพบำบัด การสัมภาษณ์แต่ละครั้งมีการบันทึกเสียงโดยผ่านการขออนุญาตตามหลักจริยธรรมปกป้องสิทธิผู้ร่วมวิจัย วิเคราะห์สถานการณ์ตั้งอดีตจนถึงปัจจุบันเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย นโยบาย บุคลากร และการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ 2) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการรายงานอุบัติการณ์ และ 3) ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย ทักษะและการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ และจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของแผนก นำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

วิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ขั้นตอนนี้เป็นการทำความเข้าใจสถานการณ์ที่จะศึกษา เพื่อนำมาสร้างการเปลี่ยนแปลงในภายหลัง ผลการสนทนากลุ่มมีการนำมาทำความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม เป้าหมายที่จะศึกษาดังนี้ รวบรวมข้อมูลสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ด้วยการพิจารณาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร ผ่านแบบตรวจสอบรายการ

วิเคราะห์ข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ รับฟังความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์กลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการรายงานอุบัติการณ์ โดยการนำผลวิเคราะห์ข้อมูลมาสื่อสารย้อนกลับแก่ผู้ให้ข้อมูล ผลที่ได้จากขั้นตอนนี้คือ สถานการณ์ปัจจุบันที่สะท้อนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะด้านการรายงานอุบัติการณ์ นำผลที่ได้พัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อเปลี่ยนแปลงพัฒนาคุณภาพการทำงานไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนาการกลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเป็นผู้นำการสนทนากลุ่ม โดยนัดหมายวันเวลา และสถานที่ ขออนุญาตบันทึกการสนทนาล่วงหน้ากับผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ใช้เวลา 30 -45 นาที ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยวิธีตรวจสอบข้อมูลผ่านผู้วิจัยและคืนข้อมูลสู่กลุ่มหลังการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อประกอบการแปลความหมาย ถอดเทพและตรวจสอบสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ขณะสัมภาษณ์ว่ามีความหมายเหมือนเดิมหรือไม่ ผู้วิจัยจะสอบถามซ้ำผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจตรงกันหลังการสัมภาษณ์

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะศึกษาสถานการณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่สร้างจากแนวคิดการประเมินวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์และการประเมินการสร้างค่านิยมร่วม ผู้วิจัยนำเครื่องมือตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลังจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านการรายงานอุบัติการณ์จำนวน 3 คน ประกอบด้วย 1) อาจารย์แพทย์ ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 2) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ และ 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (face validity) และปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับวิธีการเชิงคุณภาพในการวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ การสร้างค่านิยมร่วมในโรงพยาบาล และการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) โดยการศึกษาด้วยตนเอง และขอคำปรึกษาจากผู้รู้

2. แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Interview guidelines) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ แนวทางชุดคำถามแบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยแบบสอบถามส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล 7 ข้อ และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกมี 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิด (open-ended questions) มีการทำ pilot test โดยนำไปถามกลุ่มคนที่ลักษณะคล้ายกับผู้ให้ข้อมูล ปรับปรุงให้ง่ายและนำไปใช้จริงกับผู้ให้ข้อมูล

3. เครื่องมือในการดำเนินการกลุ่ม ได้แก่ เครื่องบันทึกเทปสำหรับการสัมภาษณ์
1 เครื่อง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบเอกสาร คือ 1) เอกสารรายงานการประเมินตนเองของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร 2) บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ค่าความเสียหาย 3) บันทึกของผู้จัดการความเสี่ยง 3) บันทึกสรุปการบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ของแผนก และ 4) บันทึกการลงทะเบียนความเสี่ยงของแผนก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของระยะที่ 1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือชุดแรก ระยะศึกษาสถานการณ์คือ 1) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหาพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 3 คน ในเครื่องมือชุดที่ 1 ช่วงวิเคราะห์สถานการณ์คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความเสี่ยง 1 คน ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลชำนาญการด้านการรายงานอุบัติการณ์และด้านการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร 1 คน อาจารย์แพทย์ด้านคุณภาพความปลอดภัยของโรงพยาบาล 1 คน แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษามีดังนี้ คือ ปรับแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ปรับเนื้อหารายละเอียดของแบบสอบถาม ในส่วนของแนวคำถามสนทนากลุ่ม ใช้แนวคำถามเดียวกัน นำมาคำนวณหาความตรงของเนื้อหา ทดลองใช้กับบุคลากร โดยมีการทำ pilot test

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม มาถอดเทป และวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำต่อคำ มาวิเคราะห์ใจความหลักโดยการลงรหัสจัดหมวดหมู่ สร้างตารางวิเคราะห์ แล้วนำมาหาแก่นของสาระ เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สำคัญของการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ที่มีประเด็นและโอกาสพัฒนาหลัง

การวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำข้อมูลตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปตรวจสอบกับผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลเพื่อตรวจสอบข้อมูลอีกครั้ง นัดประชุมกลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลที่วิเคราะห์ได้กับทุกกลุ่มให้รับทราบและโต้แย้งข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ข้อมูลจากการตรวจสอบรายการ การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์จากแบบตรวจสอบรายการ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

การดำเนินการพัฒนาการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์โดยใช้กรอบการพัฒนาเชิงระบบวิเคราะห์โอกาสพัฒนาตามโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติร่วมกับการสังเกต และสะท้อนกลับ มีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 2 เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (planning)

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1.1 นำผลข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์มาพัฒนารูปแบบที่ 1 โดยเชิญกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบประชุม วางแผน ระดมความคิด

2.1.2 นำร่างรูปแบบที่ 1 มาสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อดูความถูกต้อง และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย 1) ผู้เยี่ยมชมตรวจ สถานพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพ 2) พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งผู้จัดการผู้มีประสบการณ์การรายงานอุบัติการณ์ มากกว่า 15 ปี 3) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ที่เคยมีประสบการณ์ในการทำงานคุณภาพ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และส่งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาความถูกต้องภายหลังแก้ไข

2.1.3 เมื่อได้ร่างรูปแบบที่ 1 ผู้วิจัยจัดทำแผนการปฏิบัติงาน เพื่อกำหนดเป้าหมายกิจกรรม เวลาดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ และผลลัพธ์ที่ชัดเจนในแต่ละขั้นตอน หลังจากนั้นนำเสนอต่อกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อแผนปฏิบัติงาน เมื่อกลุ่มมีมติเห็นด้วยจึงนำร่างรูปแบบที่ 1 ไปดำเนินการตามรูปแบบผ่านกระบวนการ PAOR

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติการ (acting)

2.2.1 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงาน เริ่มจากจัดประชุมกลุ่มผู้ใช้รูปแบบครึ่งวัน เพื่อนำเสนอร่างรูปแบบที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจง และทำความเข้าใจ เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามแผนการปฏิบัติงานการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่วางไว้

2.2.2 ผู้วิจัยลงปรับปรุงพื้นที่ให้เอื้อต่อการปฏิบัติตามแผนงาน โดยการขอความร่วมมือกลุ่มผู้ใช้รูปแบบในแผนกร่วมกันปรับปรุงพื้นที่ และสื่อสารหัวหน้าแผนกกำหนดเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติตามร่างรูปแบบที่ 1 เพื่อขอการสนับสนุน กำกับ ติดตามการปฏิบัติตามร่างรูปแบบที่ 1อย่างต่อเนื่อง

2.2.3 กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ หัวข้อการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลแก่บุคลากรภายในแผนกเป้าหมาย โดยกำหนดให้กลุ่มผู้ใช้รูปแบบเข้าร่วมประชุมร้อยละ 100 ผู้ให้การอบรมจะเป็นวิทยากรภายใน ได้แก่ศูนย์คุณภาพ และผู้วิจัยสนับสนุนให้แผนกจัดตั้งบุคลากรต้นแบบด้านการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อรับผิดชอบสื่อสาร ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา สนับสนุนบุคลากรในทีมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่องแผนกละ 1 ท่าน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะปฏิบัติการ

แผนปฏิบัติงานการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการรายงานอุบัติการณ์ และแนวคิดทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างค่านิยมร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในระยะปฏิบัติการ

ผู้วิจัยนำแผนการปฏิบัติงานตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมตามร่างรูปแบบที่ 1 ที่วางแผนไว้ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านการเขียนแผนปฏิบัติการ หัวหน้าแผนก และแพทย์ประธานศูนย์คุณภาพ เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเฉพาะหน้า (face validity) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2.3 ขั้นตอนการสังเกต (observing)

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านรายงานอุบัติการณ์ เป็นแบบสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม สังเกตตามแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นหลังจากผู้ใช้รูปแบบนำร่องรูปแบบที่ 1 ไปปฏิบัติ ผู้พัฒนารูปแบบนำแบบสังเกตมาวิเคราะห์ถึงผลการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ถึงความเป็นไปได้ของการนำร่องรูปแบบไปใช้ในการเข้าร่วมจริงและนำข้อเสนอแนะมาปรับแผนการปฏิบัติงาน โดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามระยะ เป็นการสังเกตการปฏิบัติตามร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นวันต่อวัน ส่วนผู้วิจัยมีบทบาทในการร่วมสังเกตการปฏิบัติตามร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมทุกระยะ รวมถึงสังเกตปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติตามรูปแบบที่สังเกตได้พร้อมทั้งช่วยเหลือ สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะสังเกต

แบบสังเกตการเข้าร่วมตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากบริบทของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามแบบ check list ตามระยะของร่างรูปแบบที่ 1 ให้คะแนนการเข้าร่วมเป็น 1 ไม่เข้าร่วมเป็น 0 จำนวน 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของขั้นตอนการสังเกต

แบบสังเกตการเข้าร่วมตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ การหาความเชื่อมั่นของแบบสังเกต (Interrater reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้สังเกต 2 คน คือผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและผู้วิจัยโดยให้หัวหน้าแผนกที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นผู้สังเกต ผลการสังเกตพบว่าตรงกันทุกข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (reflecting)

หลังได้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์แล้ว ประสานงานกับหัวหน้าแผนกชี้แจงเป้าหมายขอความร่วมมือประกาศใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์

เป็นเวลา 1 เดือน ขั้นตอนนี้เป็นการสะท้อนคิดของกลุ่มผู้ใช้รูปแบบในมิติพฤติกรรมการเข้าร่วมตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะสะท้อนกลับ

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับเป็นแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ มีการสัมภาษณ์สะท้อนคิดผู้ร่วมวิจัยทั้ง 25 คน สัมภาษณ์เชิงลึกบุคคล และสัมภาษณ์กลุ่ม คำถามสะท้อนคิดต่อรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ 4 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 1) สามารถปฏิบัติตามแนวทางการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ได้หรือไม่ เพราะอะไร 2) แนวคิดหรือเคล็ดลับอะไรบ้างที่ทำให้การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ประสบความสำเร็จ 3) ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขของการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์เป็นอย่างไร 4) การสนับสนุนด้านใดจากองค์กรที่จะช่วยให้การสร้างค่านิยมร่วมประสบความสำเร็จ อย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของระยะสะท้อนกลับ

ชุดคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นสร้างข้อคำถามตามขอบเขตและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามและแก้ไขข้อความให้ถูกต้องชัดเจนตามโครงสร้างเนื้อหาและตรงกับกรอบแนวคิดการวิจัย หลังจากนั้นนำมาหาค่าความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหา เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามกรอบแนวคิดการวิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงเฉพาะหน้า หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขวิเคราะห์กำหนดรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ที่มีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์

ระยะการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์หลังการทดลองใช้ 1 เดือน จึงประเมินผลลัพธ์เชิง

กระบวนการใน 2 มิติ ได้แก่ 1) มิติผลลัพธ์เชิงประจักษ์ ได้แก่ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของแผนก 2) มิติผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทศนคติต่อค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ และความตระหนักด้านการรายงานอุบัติการณ์

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะขั้นประเมินผลลัพธ์

3.1 แบบบันทึกจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ และจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของแผนก

3.2 แบบสอบถามการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ของผู้ใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร จำนวน 15 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

การปฏิบัติตนตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยหัวข้อ ด้านการค้นหาความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์ ด้านจัดการรายงานอุบัติการณ์ และด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์ โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- 5 = ปฏิบัติตนจนเป็นแบบอย่างในโรงพยาบาล
- 4 = ปฏิบัติตนจนเป็นแบบอย่างในหน่วยงาน
- 3 = ปฏิบัติตนจนเป็นแบบอย่างแก่เพื่อนร่วมงาน
- 2 = ปฏิบัติตนกับตัวเองเป็นประจำ
- 1 = ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติบางครั้ง

ผู้ตอบแบบประเมินสามารถเลือกคำตอบแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น การแปลผลค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้ระดับผู้วิจัยแบ่งการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนออกเป็น 3 ระดับ สามารถคำนวณและแบ่งอันตรายภาคขึ้น ในแต่ละระดับโดยค่าพิสัย (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับเท่ากับ $(5-1)/3 = 1.3$ (บุญใจ, 2553)

จากเกณฑ์พิจารณาดังกล่าวจึงกำหนดให้แบ่งระดับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติตนตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์อยู่ในระดับโรงพยาบาล หรือองค์กร

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีการปฏิบัติตนตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์อยู่ในระดับทีม หรือเพื่อนร่วมงานและแผนก

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการปฏิบัติตนตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์อยู่ในระดับบุคคล

3.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับทัศนคติต่อค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ เป็นการสะท้อนความคิดเห็น นำมาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

3.4 แบบสอบถามความตระหนักรู้ด้านการรายงานอุบัติการณ์ ภายหลังเข้าร่วมปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านความเข้าใจต่อการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 10 ข้อ และด้านการคาดการณ์พฤติกรรมกรรมการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำถามของแบบประเมินทั้ง 3 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประกอบประมาณค่า (rating scale) มีเกณฑ์ระดับความคิดเห็น ดังนี้

คะแนนของตัวเลือก	ระดับความคิดเห็น
5	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	เห็นด้วย
3	ไม่แน่ใจ
2	ไม่เห็นด้วย
1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ทั้ง 3 ด้าน ผู้วิจัยแบ่งการแปลผลค่าเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ คำนวณและแบ่งอันตรภาคชั้น ในแต่ละระดับโดยคำนวณค่าพิสัย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ เท่ากับ $(5-1)/3 = 1.3$ (บุญใจ, 2553)

จากเกณฑ์พิจารณาดังกล่าวจึงกำหนดให้แบ่งระดับความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ ได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ในด้านการรับรู้ ความเข้าใจ และการคาดการณ์พฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ในด้านการรับรู้ ความเข้าใจ และการคาดการณ์พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ในด้านการรับรู้ ความเข้าใจ และการคาดการณ์พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของระยะขั้นประเมินผลลัพธ์

ชุดคำถามในแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือโดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นสร้างข้อคำถามตามขอบเขตและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามและแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ชัดเจนตามโครงสร้างเนื้อหา ให้ตรงกับกรอบแนวคิดการวิจัย หลักของการวิจัยแล้ว หาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหา เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงเฉพาะหน้า (face validity)

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นประเมินผลรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

การใช้แบบสอบถามประเมินการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์นำไปวิเคราะห์เชิงปริมาณรายด้าน รายข้อ ร้อยละ และรวมใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างนำไปวิเคราะห์เชิงคุณภาพ สรุปแสดงสร้างรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร สุราษฎร์ ขึ้นตอนดำเนินการวิจัยได้ดังตาราง 3

ตาราง 3

สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	วิธีการ	เครื่องมือที่ใช้
ระยะที่ 1 วิเคราะห์ ศึกษาสถานการณ์	1. ประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อขอ อนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเมื่อได้หนังสือ อนุมัติ ผู้วิจัยยื่นขอเอกสารตามแบบ ตรวจสอบรายการที่ 1 และ 2 ต่อ ประธานศูนย์คุณภาพ เพื่อขอข้อมูล การรายงานอุบัติการณ์ย้อนหลัง 3 ปี ได้แก่ปี 2562 – 2564 และยื่นหนังสือตามแบบตรวจสอบ รายการ ที่ 3 และ 4ต่อหัวหน้าแผนก	แบบตรวจสอบรายการ 4 ข้อ ประกอบด้วย 1.เอกสารรายงานการประเมิน ตนเองของโรงพยาบาลกรุงเทพ สุราษฎร์ 2.บันทึกรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ค่าความเสียหาย ของผู้จัดการความเสี่ยง

ตาราง 3 (ต่อ)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	วิธีการ	เครื่องมือที่ใช้
	เพื่อขอข้อมูลดังกล่าวย้อนหลัง 3 ปี เช่นกัน	3.บันทึกสรุปรายงานการจัดการ รายงานอุบัติการณ์ของแผนก 4.บันทึกการลงทะเบียนความ เสี่ยงของแผนก
	2. สัมภาษณ์เชิงลึก ใช้กับการ สัมภาษณ์ผู้บริหาร คณะกรรมการ และ ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 1 ครั้ง ใช้ เวลา 30 - 45 นาที	แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่ง โครงสร้าง ระยะศึกษา สถานการณ์ ประกอบด้วย คำถามส่วนบุคคล 7 ข้อ คำถามสัมภาษณ์เชิงลึก 7 ข้อ
	3. สอนทากลุ่มในผู้ปฏิบัติงาน 1 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที	คำถามสนทนากลุ่ม 8 ข้อ
ระยะที่ 2 การพัฒนา รูปแบบการสร้าง ค่านิยมร่วมด้านการ รายงานอุบัติการณ์ กระบวนการ (PAOR) ได้แก่การวางแผน (planning)	1.จัดทำรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วม ด้านการรายงานอุบัติการณ์ โดยนำ ค่านิยมการเรียนรู้ และการ ทำงานเป็นทีมมาประยุกต์ใช้ในการ สร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงาน อุบัติการณ์ 2.จัดทำแผนปฏิบัติงาน จากการมีส่วน ร่วมของวิชาชีพ เพื่อวางแผน ดำเนินการ 3.จัดเตรียมพื้นที่ 4.ปรับร่างรูปแบบที่ 1 ตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	แบบสอบถามความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบ การสร้างค่านิยมร่วมด้านการ รายงานอุบัติการณ์ใน โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 1) ด้านประสิทธิภาพของ รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วม 4 ข้อ แบบแผนปฏิบัติงาน 2) ด้านการนำไปใช้ของ รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วม 5 ข้อ
ปฏิบัติการ(acting)	1.จัดประชุมผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อนำเสนอรูปแบบครั้งที่ 2 นำแผนปฏิบัติงาน สื่อสาร กำหนดเวลา ผู้รับผิดชอบ การวัด ผลลัพธ์ที่ชัดเจน	แผนปฏิบัติงาน

ตาราง 3 (ต่อ)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	วิธีการ	เครื่องมือที่ใช้
การสังเกต (observing)	การสังเกต ติดตาม กลุ่มเป้าหมาย ในการนำร่าง รูปแบบครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติทุก หน่วยงาน โดยการใช้แบบ สังเกตการปฏิบัติของ กลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติ ตามแนวทางการสร้างค่านิยม ร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ความถี่ และร้อยละของการปฏิบัติใน ขั้นตอนนี้เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยที่ ได้รับการฝึกสังเกตให้ความรู้ แนะนำก่อนการสังเกตจาก ผู้วิจัย	แบบสังเกตการปฏิบัติตาม รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วม ด้านการรายงานอุบัติการณ์ 4 ระยะ
การสะท้อนกลับ (reflecting)	1. การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ ปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการ รายงานว่ามีปัญหา อุปสรรค หรือข้อเสนอแนะให้ประสบ ความสำเร็จ	แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ระยะสะท้อนกลับ 4 ข้อ
ระยะที่ 3 ชั้นประเมินผลลัพธ์ ของการใช้รูปแบบการสร้าง ค่านิยมร่วมด้านการรายงาน อุบัติการณ์ในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร	1. จำนวนรายงานอุบัติการณ์ใน แผนกตัวอย่าง 2. จำนวนการรายงาน อุบัติการณ์ตนเองของแผนก ตัวอย่าง 3. ติดตามประเมินผลลัพธ์การ ปฏิบัติตามรูปแบบการสร้าง ค่านิยมร่วมด้านการรายงาน อุบัติการณ์	รายงานอุบัติการณ์ตามข้อมูล การรายงานอุบัติการณ์ของ โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ แบบสอบถามการปฏิบัติตาม ค่านิยมร่วมด้านการรายงาน อุบัติการณ์ 15 ข้อ

ตาราง 3 (ต่อ)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	วิธีการ	เครื่องมือที่ใช้
	4. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติงาน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที	แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างด้าน ทัศนคติ และการรับรู้ด้านการ รายงานอุบัติการณ์ 1 ข้อ
	5. สอบถามความตระหนัkd้าน การรายงานอุบัติการณ์ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่การรับรู้ ทัศนคติ และการคาดการณ์ของ พฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานหลัง ใช้รูปแบบ	แบบสอบถามความตระหนัก ด้านการรายงานอุบัติการณ์ 20 ข้อ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในการวิจัยเชิงพัฒนาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายวิธี (methodology triangulation) ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ หากข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกันจะถือว่าสามารถยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้านข้อมูล (data triangulation) โดยการยืนยันข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อมูลนั้นจะถือว่าสามารถยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้เช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ มีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่รวบรวมจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ในระยะศึกษาสถานการณ์ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ตามหลักการวิเคราะห์เนื้อหา มีขั้นตอนดังนี้ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม หลังจากการอภิปรายกลุ่มเสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม มาจัดระบบ ถอดเทปบันทึกเสียง จัดพิมพ์ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อความซ้ำกันหรือคล้ายกันรวบรวมเป็นข้อมูลที่อยู่ในกลุ่มความหมายเดียวกันไว้ในที่เดียวกัน แล้วประมวลผลสรุปเป็นประเด็นสำคัญ หลังจากนั้นจึงจัด

หมวดหมู่ของข้อมูลตามคุณสมบัติ และความคิดรวบยอด ของแต่ละกลุ่ม และแยกข้อมูลที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับแต่ละองค์ประกอบ ออกจากข้อมูลที่ไม่มีความหมายและไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย แล้วนำข้อมูลที่จัดหมวดหมู่แล้วมาสรุปเป็นประเด็นการปรับปรุงแก้ไขจากข้อเสนอแนะผู้ให้ข้อมูล และทำการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบจนสมบูรณ์ แล้วนำเสนอข้อมูลแบบบรรยาย (descriptive) (เพชรน้อย, 2552) มาสรุปเชิงวิเคราะห์

2. ข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นด้านความเป็นไปได้ของรูปแบบ แบบสังเกตนำไปวิเคราะห์เชิงปริมาณรายด้าน รายข้อ ร้อยละ และรวมใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทบาทผู้วิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาทในการวิจัย 3 ด้าน

1. ด้านการเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ร่วมวางนโยบาย เป้าหมายการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล 2P Safety และมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และเป็นผู้ร่วมรายงานอุบัติการณ์ จัดการรายงานอุบัติการณ์ ประเมินผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่วิจัย

2. ด้านการเป็นผู้วิจัย ทำหน้าที่ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่างรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยวางแผนสู่การปฏิบัติ สังเกต ติดตามการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้าน แสดงความคิดเห็นสะท้อนกลับการใช้รูปแบบของกลุ่มเป้าหมายโดยผู้วิจัยจะไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเองเพื่อชักจูงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

3. ด้านการเป็นผู้ประสานดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมาย ทำหน้าที่ ติดต่อกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่วิจัย สนับสนุน กระตุ้นและช่วยเหลือในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอนตลอดการศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรม

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่และได้รับการพิจารณารับรอง รหัส PSU IRB ๒๐๒๒ – St – Nur ๐๐๙ วันที่ 8 เมษายน 2565 และผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ เลขที่ อว ๖๘๑๐๕/๑๐๕๔ วันที่ 20 เมษายน 2565

2. ผู้วิจัยปกป้องสิทธิความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่ต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลวิจัย โดยการขออนุญาตเป็นลายอักษรตามแบบฟอร์ม และการได้รับความเห็นชอบจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการศึกษา ผู้วิจัยแนะนำตัวตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ ให้คำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลทั้งหมดเพื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย และมีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัยแล้ว หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและแบบบันทึก ถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวม เพื่อจุดมุ่งหมายทางวิชาการเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและแบบบันทึกจะถูกทำลายทิ้งเมื่อวิจัยเสร็จสมบูรณ์และได้รับการตีพิมพ์แล้ว 1 ปี

3. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตแต่ประการใด

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (practical action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยาย

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร นำเสนอผลการวิเคราะห์เนื้อหาของสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยสรุปเป็นผลการศึกษาข้อเสนอแนะไว้แต่ละด้าน

ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ร่างรูปแบบการสร้างค่านิยมการรายงานอุบัติการณ์ และข้อมูลจากการสังเกตและสะท้อนกลับของวงรอบที่ 1

ตอนที่ 4 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น 2 มิติ ประกอบด้วย 1) มิติผลลัพธ์เชิงประจักษ์ ได้แก่ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของแผนก 2) มิติผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ทิศนคติต่อค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ และความตระหนักด้านการรายงานอุบัติการณ์

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมดำเนินการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยในการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ และกลุ่มผู้ใช้รูปแบบ ดังนี้

1.1 ข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมวิจัย

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามอายุ วุฒิการศึกษา การดำรงตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การรายงานอุบัติการณ์ การเข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือการบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา และการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับงานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล (n=25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย		กลุ่มผู้ร่วมพัฒนา		กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ	
	ทั้งหมด (n = 25)		รูปแบบ (n = 7)		(n = 18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	16	1	13	3	17
หญิง	21	84	6	87	15	83
อายุ(ปี)						
20-30	9	36	0	0	9	50
31-40	10	40	4	57	6	39
40 ปีขึ้นไป	6	24	3	43	2	11
วุฒิการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	9	36	1	14	8	44
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	11	44	3	43	8	44
ปริญญาโท	5	20	3	43	2	12
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน						
ผู้บริหารโรงพยาบาล	1	4	1	13	0	0
ผู้จัดการ	2	8	2	29	0	0
อาจารย์แพทย์	2	8	0	0	2	11
หัวหน้าแผนก, รองหัวหน้าแผนก	3	12	2	29	1	6
ผู้ปฏิบัติงาน (พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล)	17	68	2	29	15	83

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมด (n = 25)		กลุ่มผู้ร่วมพัฒนา รูปแบบ (n = 7)		กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ (n = 18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การรายงาน อุบัติการณ์ในโรงพยาบาล						
1-5 ปี	9	36	0	0	9	50
6-10 ปี	2	8	0	0	2	11
11-15 ปี	3	12	0	0	3	17
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	11	44	7	100	4	22
การเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือ อบรมเกี่ยวกับ “ความปลอดภัย หรือการรายงานอุบัติการณ์”						
ไม่ได้เข้าร่วม	22	88	4	57	18	100
ได้เข้าร่วมการอบรม	3	12	3	43	0	0
บทบาทในการมีส่วนเกี่ยวข้อง กับงานบริหารความเสี่ยงใน โรงพยาบาล						
ผู้บริหารโรงพยาบาล	4	16	4	57	0	0
คณะกรรมการ	2	8	2	30	0	0
ผู้ปฏิบัติงาน	1	76	1	13	18	100

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มผู้มีส่วนร่วมดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 84) เกือบทั้งหมดมีอายุเฉลี่ยระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 40) และสำเร็จการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 11 คน (ร้อยละ 44.00) ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 68) กลุ่มเป้าหมายครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ด้านการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 44.00) และจำนวน 22 คน (ร้อยละ 88.00) ไม่ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการหรืออบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือการรายงานอุบัติการณ์ ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา และพบว่ากลุ่มเป้าหมาย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 76.00) มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลในฐานะพยาบาลระดับปฏิบัติงาน

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาสถานการณ์ประกอบด้วย 1) ข้อมูลจากการศึกษาบริบทของการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร รวมทั้งการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ย้อนหลัง 3 ปี และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร จำนวน 22 คน แบ่งเป็น 1) กลุ่มผู้บริหารประกอบด้วย อดีตประธานองค์กรแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและระบบทางเดินหายใจ ผู้ตรวจการโรงพยาบาล และหัวหน้าแผนกฉุกเฉิน 2) กลุ่มคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย รองหัวหน้าเภสัชกร และเลขา PCT อายุรกรรม และ 3) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล โดยใช้การสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ข้อมูลจากการศึกษาบริบทและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

2.1.1 ด้านโครงสร้าง (structure)

1. นโยบาย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยตั้งเป็นค่านิยมองค์กร กำหนดเป็นพันธกิจ และมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรอย่างต่อเนื่อง ดังข้อมูลในปี พ.ศ.2562 - 2564 พบว่าผล Safety culture survey score เท่ากับ 65%, ไม่ได้สำรวจ และ 64% ตามลำดับ เป้าหมาย 74% มีนโยบายที่เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงความปลอดภัยทางจิตใจ ทางโรงพยาบาลมีการกำหนดการสื่อสารนโยบายผ่านการจัดอบรม บุคลากรใหม่และสนับสนุนให้มีระบบสารสนเทศช่วยในการสื่อสารที่เข้มแข็ง ซึ่งมีทั้งโปรแกรมในคอมพิวเตอร์และแอปพลิเคชันไว้ศึกษาเคลื่อนที่ อย่างไรก็ตามพบว่า การสื่อสารเหล่านั้นยังมีช่องว่างในการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับบุคลากร เนื่องจากแนวทางการสื่อสารที่วางไว้เป็นระบบการสื่อสารทางเดียว ส่งผลให้บุคลากรเกิดความไม่ชัดเจนในนโยบาย ส่งผลถึงการปฏิบัติตามที่ต่อเนื่อง ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ “น้องไม่เข้าใจเหมือนกันว่าทำไมต้องรายงานภายในเวลาที่กำหนด แคร้วว่ามันต้องมีเวลา เป้าหมายความปลอดภัยของโรงพยาบาล ไม่รู้ไม่แน่ใจว่าใช้ตัวไหนเหมือนกัน” เมื่อพิจารณาการสื่อสารนโยบายระดับหน่วยงาน พบว่ามีการสื่อสารที่น้อยเกินไปและขาดความต่อเนื่อง จนผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบเป้าหมายด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจนตามบริบทของหน่วยงาน ดังข้อมูล

การสัมภาษณ์ “น้องจำไม่ได้แล้วเรื่องการรายงานระดับความรุนแรงไหนควรรายงานภายในเวลาเท่าไร เรียนตั้งแต่เข้าทำงาน” ผู้ปฏิบัติงานไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ตามนโยบายกำหนด ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย คือ ออกแบบการสื่อสารนโยบายความปลอดภัยและการรายงานอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่องแก่บุคลากร ตั้งแต่ระดับฝ่ายบริหารจนถึงระดับหน่วยงาน เพื่อสร้างให้เกิดการแลกเปลี่ยนความปลอดภัย และคุณค่าของการรายงานอุบัติการณ์ผ่านการสื่อสารที่ชัดเจนของผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. บุคลากร

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าความเป็นจริง และส่วนใหญ่ผู้ที่มีประสบการณ์สูงกว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการรายงานอุบัติการณ์ ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ “คือน้อง ๆ ในแผนกไม่ค่อยรายงาน ส่วนใหญ่จะให้พี่ที่ดูแลรายงานให้ บางทีเรายุ่งก็ค่อยมาลงวันหลัง มีบ้างที่ลืม” ปัญหา อุปสรรคในการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร คือ mind set หรือทัศนคติต่อการรายงานที่แสดงว่าการรายงานอุบัติการณ์ไปไม่เกิดประโยชน์ ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ “การรายงานอุบัติการณ์ที่นี้แต่ละครั้งก็รายงานปัญหาเดิม ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อให้แก้ไขแต่น้องก็ไม่เห็นอะไรเปลี่ยน จนบางครั้งเราต้องเลิกเขียนไปเอง” ข้อเสนอแนะด้านบุคลากร คือ ควรจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามบริบทของโรงพยาบาลให้แก่บุคลากร เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ

3. การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการรายงานอุบัติการณ์ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพยาบาล เภสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร นักกายภาพบำบัด ที่รายงานอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพ มีการรายงานอุบัติการณ์มากกว่าแพทย์ และปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้าเวร ในด้านการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ พบว่าขาดการมีส่วนร่วมของผู้ช่วยพยาบาล แพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพบเห็นอุบัติการณ์ ความเสี่ยงโดยตรง ทำให้ปัญหาของหน่วยงานไม่ถูกแก้ไขเชิงระบบหรือเรียนรู้ร่วมกันจากการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพเพื่อสร้างความปลอดภัย ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ “เมื่อเห็นเหตุการณ์ความเสี่ยงหนูก็มาเล่าพี่อื่นจากพี่ ว่าเกิดอะไรขึ้น หนูไม่รู้เหมือนกันว่ารายงานอุบัติการณ์ยังไง จำไม่ได้ ผู้ช่วยไม่ค่อยได้รายงานพี่ พี่เค้าก็ไม่เคยสอน” การรายงานอุบัติการณ์ใช้ช่องทางออนไลน์ผ่านทางไลน์ ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ “ไม่ค่อยได้รายงานในระบบ ส่วนใหญ่จะแจ้งในไลน์กลุ่มแพทย์มากกว่า เร็วดี” และวิชาชีพอื่น ซึ่งอาจเป็นผลมาตั้งแต่ระดับการบริหารองค์กร ทำให้หน่วยงานไม่สามารถวางระบบบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพได้ จึงมีข้อเสนอแนะด้านการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ คือ ส่งเสริมให้สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในทีมด้านการรายงานอุบัติการณ์

2.1.2 ด้านกระบวนการ (process)

โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครมีกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน HA ภายใต้การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ได้แก่ โปรแกรม occurrence online ซึ่งมีความสะดวกในการเข้าถึง เป็นระบบออนไลน์ และไม่ระบุตัวผู้เขียน ในอดีตรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์มีลักษณะแบบเขียนใส่กระดาษและแบบสแกน QR Code โดยโปรแกรม occurrence online เป็นรูปแบบล่าสุด สามารถใช้บันทึกการรายงานอุบัติการณ์ได้ทั้งกระบวนการ พบว่าเมื่อการรายงานอุบัติการณ์ไม่มีการระบุชื่อ และสามารถเข้าถึงง่ายทำให้ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความสะดวกใจที่จะรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น แต่ข้อเสียของรูปแบบโปรแกรมคือหัวข้อความเสี่ยงอุบัติการณ์ที่โปรแกรมจัดตั้งมีปริมาณมากส่งผลถึงการตัดสินใจเลือกหัวข้อรายงานอุบัติการณ์ใช้เวลานาน และบางหัวข้อไม่ตรงกับบริบทความเสี่ยง อุบัติการณ์ของโรงพยาบาล ขาดการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่อง ด้านกระบวนการสามารถจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

1. การจัดการ เทคโนโลยีสารสนเทศ

ผลการศึกษา พบว่าการนำโปรแกรม occurrence online มาใช้ในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ในปัจจุบัน เข้าถึงได้ง่าย สะดวก สามารถเลือกไม่ระบุชื่อผู้รายงานได้ ทำให้รู้สึกสะดวกใจในการรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ “ข้อดีของโปรแกรม ส่วนตัวหนูชอบที่ไม่ระบุตัวคนเขียน เพราะทำให้สบายใจขึ้นเมื่อต้องรายงาน เข้าถึงง่ายด้วยมันอยู่หน้าคอมพร. สะดวกดี” แต่มีความยุ่งยากในประเด็นการเลือกหัวข้อของอุบัติการณ์ เพราะไม่ตรงกับบริบทของโรงพยาบาล ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ “มีความยุ่งยาก หาหัวข้อยากเพราะมีเยอะไม่ตรงกับบริบทของโรงพยาบาล ทำให้เสียเวลา” กลุ่มผู้บริหารมองว่าโปรแกรมเป็นเครื่องมือที่จะช่วยสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ได้ เพราะมีความน่าเชื่อถือและพัฒนามาจาก AHRQ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีมาตรฐานรองรับ กลุ่มคณะกรรมการความเสี่ยง ในระดับผู้ปฏิบัติงานให้ข้อมูลว่าโปรแกรม occurrence online ไม่สามารถช่วยให้ระดับผู้ปฏิบัติสามารถใช้โปรแกรมดังกล่าวให้เกิดประสิทธิภาพได้ เพราะการอบรมใช้โปรแกรมเพียงครั้งเดียวในช่วงปฐมนิเทศ และการศึกษาด้วยตนเองผ่านสื่อของโรงพยาบาลไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้โปรแกรม occurrence online และให้ผู้ปฏิบัติงานฝึกปฏิบัติจนเกิดประสิทธิภาพ หรือการจัดบุคลากรที่มีประสบการณ์การรายงานสูงเป็นต้นแบบแก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้คำปรึกษา และช่วยเหลือเมื่อต้องบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ลงโปรแกรม occurrence online

2. การจัดการรายงานอุบัติการณ์

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครไม่สามารถปฏิบัติตามการจัดการรายงานอุบัติการณ์ได้ตามแนวทางที่วางไว้ จากการทบทวนเอกสาร ในปี 2561- 2564 กำหนดให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วงเวลาที่กำหนด ระดับ E-F รายงานภายใน 24 ชม. ร้อยละ 100 แต่พบว่ามีกรรายงานภายใน 24 ชั่วโมง 98.8, 79.25, 74.83 และ 76.24 ตามลำดับ การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ถูกต้องผ่านเป้าหมายร้อยละ 80 ทุกปี และด้านการจัดการและการทบทวนความเสี่ยง อัตราของอุบัติการณ์ ระดับ A-D ทบทวน ตอบกลับภายใน 15 วัน เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 90 โดยในปี 2561-2564 มีจำนวนร้อยละเพียง 37.33, 52.64, 35.69 และ 33.42 ตามลำดับ ระดับ E-F มีจำนวน 33.41, 56.37, 48.19 และ 53.46 ตามลำดับ จะเห็นว่า ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถปฏิบัติตามการจัดการรายงานอุบัติการณ์ได้ตามนโยบายเนื่องจาก ภาระงาน และขาดความรู้ในการประเมินความรุนแรงขั้นแรก ดังการสัมภาษณ์ “การรายงานอุบัติการณ์ในระดับสูงๆ จะรายงานผ่าน supervisor ก่อนที่แล้วก็กลับมาบันทึกในระบบ บางครั้งถ้าหน้างานยุ่งก็ลืมหรือบางทีถ้าเป็นน้องใหม่เขาก็จะไม่รู้ว่านี่เป็นเรื่องรุนแรงที่ต้องรายงานหรือเข้าใจว่าเป็นอุบัติการณ์ของหน่วยงานอื่นบ้าง” เมื่อวิเคราะห์การตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ พบว่าไม่สามารถปฏิบัติตามนโยบายที่วางไว้เช่นเดียวกัน เนื่องจากโครงสร้างขององค์กรที่ไม่สนับสนุน ดังการสัมภาษณ์ “พี่ได้รับรายงานอุบัติการณ์อาทิตย์ละ 1 ครั้ง การกลับไปทบทวนเหตุการณ์นัดประชุมที่มักกับอาจารย์แพทย์ น้องๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และนำเรื่องเข้าทบทวนมันใช้เวลา เพราะทุกคนก็มีภารกิจของตนเอง” จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานเข้ามามีบทบาทในการออกแบบการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ในหน่วยงานตนเองก่อน เพื่อสร้างการเรียนรู้จากอุบัติการณ์ให้ผู้รายงานเกิดการปรับปรุงแก้ไขได้ทันเวลา

2.1.3 ด้านผลลัพธ์ (output)

1. จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ และจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเอง

จากการทบทวนเอกสารการกำหนดเป้าหมายจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ในแต่ละปีมากกว่า 2400 เรื่อง โดยปี พ.ศ. 2561-2564 มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์เท่ากับ 843, 1930, 2068 และ 2310 เรื่อง ตามลำดับ และกำหนดการรายงานอุบัติการณ์โดยหน่วยงานรายงานตนเองมากกว่าร้อยละ 50 ต่อปี โดยมีจำนวนร้อยละ 17.75, 36.24, 32.49 และ 35.29 ต่อปี ตามลำดับ การที่แผนกมีการรายงานตนเองน้อยเนื่องมาจากบรรยากาศ เพื่อนร่วมงาน ดังการสัมภาษณ์ “หนูมองว่าการรายงานอุบัติการณ์เป็นเครื่องมือที่ใช้ตำหนิกันมากกว่า ถ้าเป็นเรื่องตนเองไม่ใช่จะว่านะพี่ไม่มีใครรายงานหรอก รายงานไปก็อายเพื่อน” เมื่อพิจารณาจำนวนการรายงานอุบัติการณ์แต่ละ

หน่วยงานพบว่าจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับน้อยกว่าความเป็นจริงมาก หัวหน้าแผนกมีการรายงานผ่านการเล่าเหตุการณ์ให้ฟังเป็นส่วนใหญ่ แต่จะไม่พบในบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล ดังการสัมภาษณ์ “เอาจริง ๆ จำนวนรายงานที่เขาส่งมาทุกสัปดาห์น้อยกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริงนะ เพราะที่น้อง ๆ โทรมาเล่าบ้าง พี่รับเวรบ้างจะรู้เรยว่ามีหลายเรื่อง แต่ขาดการบันทึกลงระบบ” เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้ยิ่งสนับสนุนว่า หากโรงพยาบาลละเลยให้ผู้ปฏิบัติงานไม่เห็นคุณค่าของการรายงานอุบัติการณ์ไปเรื่อย ๆ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ที่ทางโรงพยาบาลได้รับก็จะยิ่งน้อยลงจนไม่สามารถนำไปปรับปรุงการทำงานได้ ข้อเสนอแนะ คือ เพิ่มจำนวนบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ให้เทียบเท่าความเป็นจริง

2. ทักษะคิด และการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์

ผลการศึกษาทักษะคิด การรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร พบว่ามองเห็นถึงประโยชน์ของการรายงาน รับรู้ว่ามีความสำคัญ แต่เมื่อรายงานอุบัติการณ์แล้วไม่มีการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ หรือรายงานแล้วถูกเพื่อนร่วมงานมองไม่ดี ละอายในความผิดต่อตนเอง และต่อเพื่อนร่วมงานจึงมองว่าการรายงานอุบัติการณ์ไม่มีประโยชน์ ไม่สบายใจที่จะรายงาน ดังการสัมภาษณ์ “รู้นะพี่ว่าการรายงานมันดี แต่บางทีก็ท้อเวลารายงานไปแล้วไม่แก้ไข” ส่วนใหญ่บุคลากรจะรายงานอุบัติการณ์เพื่อนร่วมงานมากกว่ารายงานอุบัติการณ์ตนเอง ดังการสัมภาษณ์ “รายงานเพื่อนมากกว่าพี่ จำไม่ได้แล้วด้วยว่ารายงานอุบัติการณ์ตนเองล่าสุดเมื่อไหร่” ข้อเสนอแนะ คือ สร้างบรรยากาศส่งเสริมทักษะคิดเชิงบวกด้านการรายงานอุบัติการณ์ให้แก่บุคลากร

ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

การดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ มีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนโดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคทาเกท (Kemmis & Mc Taggart, 2014) จำนวน 1 วัฏรอบ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย กระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการวางแผน

3.1 ร่างรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

ผู้วิจัยประสานหน่วยงานเป้าหมาย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการ หลังได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยได้ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทราบถึงกระบวนการวิจัย โดยจัดทำหนังสือขอเชิญเข้าร่วมงานวิจัย และลงหน้างานเพื่อสื่อสารแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 25 คน พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนของการทำวิจัยพอสังเขปให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และทุกคนยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยต่อไป พร้อมให้ลงนามในเอกสารยินยอม กระบวนการวางแผนร่างรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์มีรายละเอียด ดังนี้

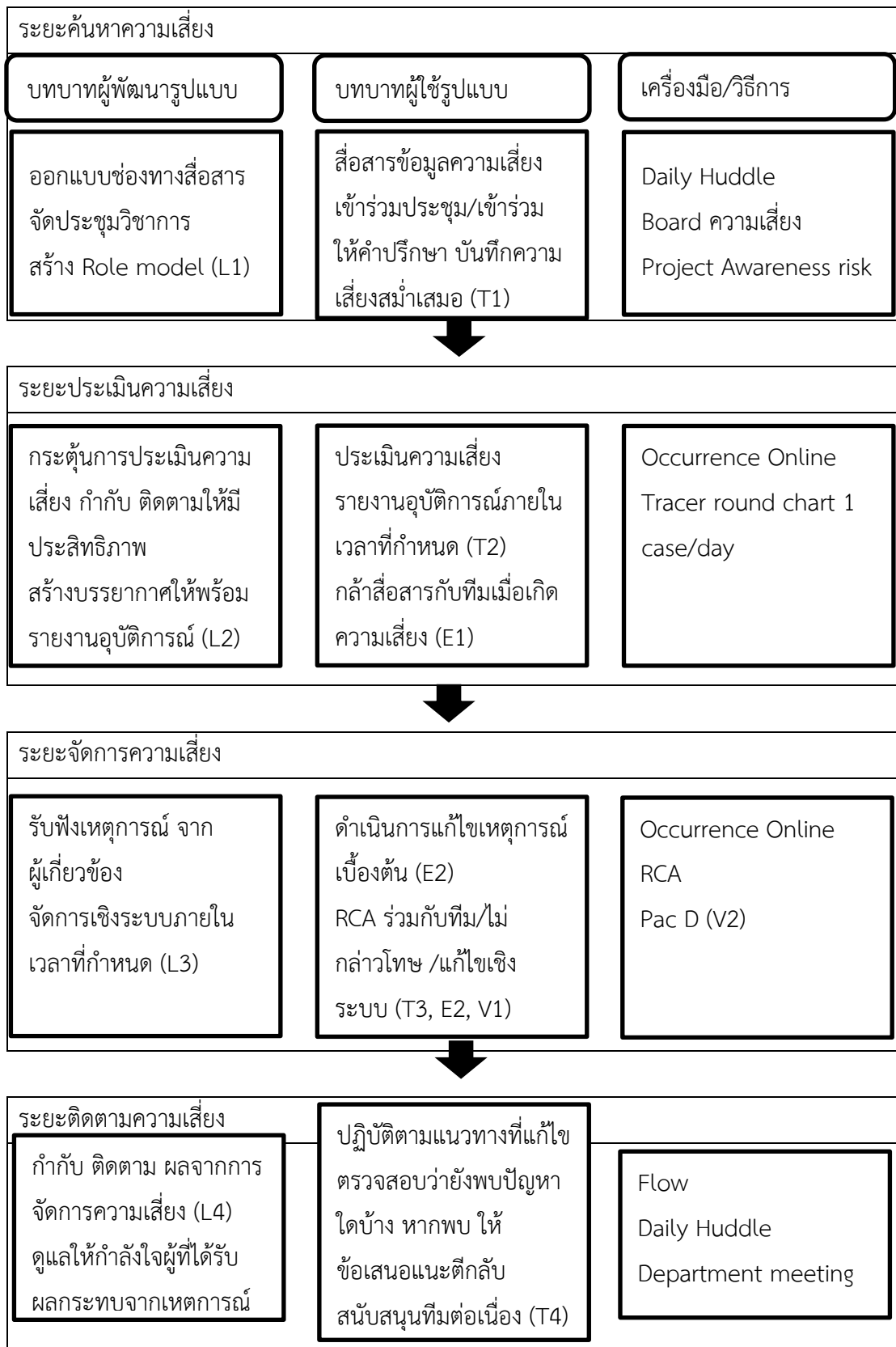
3.1.1 ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ได้แก่ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ รวมถึงข้อเสนอแนะ นำเสนอต่อผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำ เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2565 และนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ตรงกับบริบทของโรงพยาบาล สามารถรวบรวมข้อเสนอแนะได้ดังนี้

ด้านโครงสร้าง ควรออกแบบการสื่อสารเป้าหมายความปลอดภัยหรือการบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ให้มีความต่อเนื่อง ภายใต้บุคลากรที่มีความตระหนัก ทักษะคิดต่อการรายงานอุบัติการณ์ในเชิงบวก ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจด้วยการจัดประชุมปฏิบัติการโดยมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ด้านกระบวนการ ควรใช้โปรแกรม occurrence online ให้เกิดประสิทธิภาพด้วยการจัดอบรมการใช้เครื่องมือ และฝึกการปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หัวหน้าแผนกออกแบบการบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ระดับแผนก เพิ่มการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ที่สร้างการเรียนรู้ให้แก่บุคลากร ด้านผลลัพธ์ ควรกำกับ ติดตามให้จำนวนรายงานอุบัติการณ์ในแผนกที่ได้รับการบันทึกใกล้เคียงหรือเทียบเท่ากับความเป็นจริง เพิ่มการรายงานตนเองของแผนก

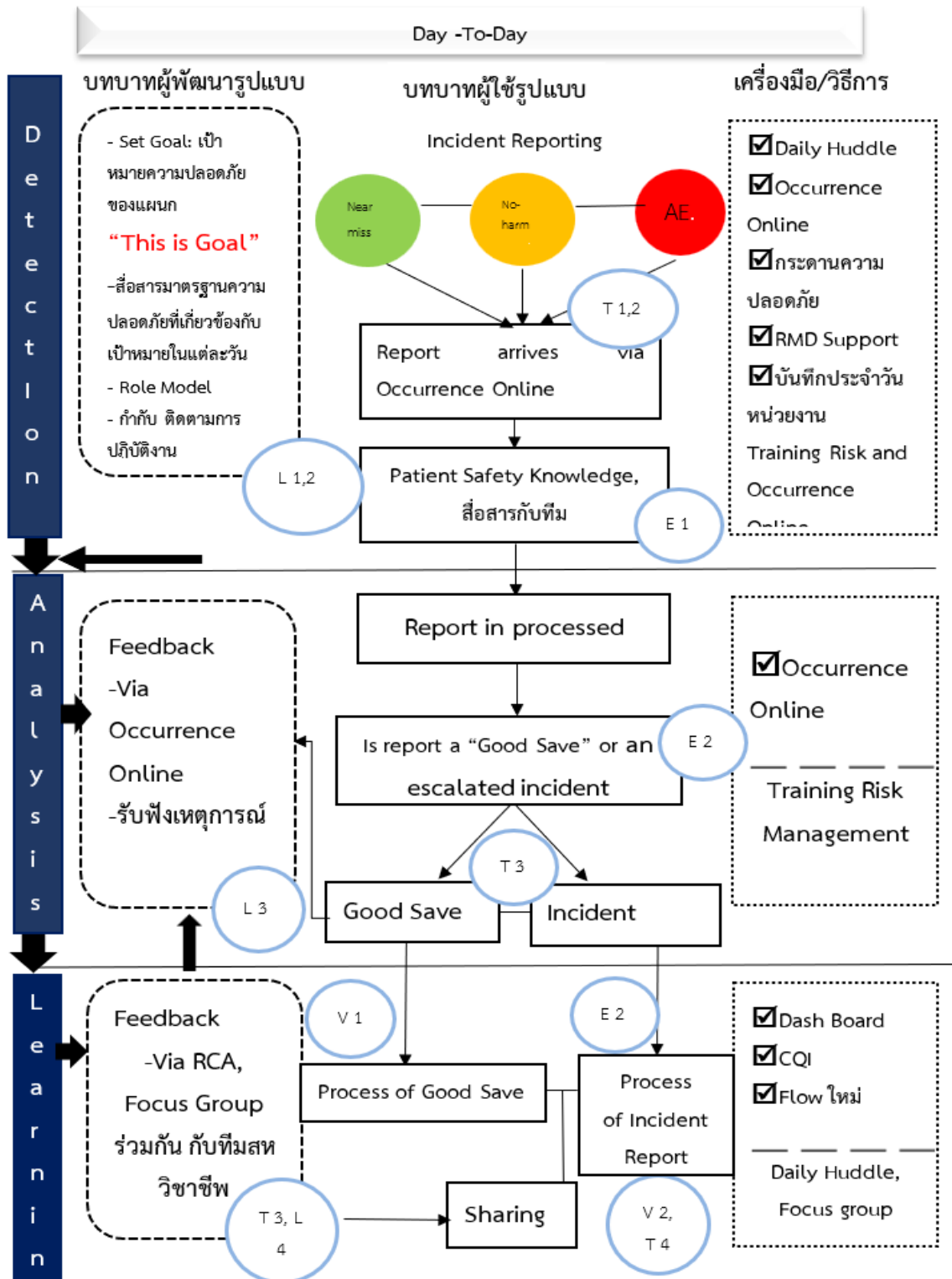
3.1.2 จัดประชุมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ณ ห้องประชุมศรีวิชัย เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2565 ร่วมกันร่างรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ภายใต้สิ่งที่จะพัฒนา คือ ส่งเสริมบุคลากรให้มีความตระหนัก ทักษะคิดต่อการรายงานอุบัติการณ์ในเชิงบวก และสื่อสารผลดำเนินการรายงานอุบัติการณ์ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องด้วยการทำ daily huddle ส่งเสริมให้สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์เพื่อลดการตำหนิและกล่าวโทษกัน การฝึกใช้งานโปรแกรม occurrence online เพื่อช่วยให้การรายงานอุบัติการณ์ง่ายและสะดวกมากขึ้น เรียนรู้การตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ และเพิ่มจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ให้เทียบเท่ากับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เมื่อได้ร่างรูปแบบที่ 1 ผู้วิจัยนำส่งให้

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบและเสนอแนะ ซึ่งมีข้อเสนอแนะปรับร่างรูปแบบให้สามารถ
กำกับ ติดตามสังเกตได้วันต่อวัน ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงร่างรูปแบบที่ 1 ด้านการนำไปใช้ จนได้เป็น
รูปแบบที่ 1 และส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง

3.1.3 จัดประชุมนำรูปแบบที่ 1 มาวางแผนเขียนแผนปฏิบัติงานร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อวางเป้าหมายและวันเวลาในการดำเนินการ กำกับติดตามที่ชัดเจน



ภาพที่ 2 ร่างรูปแบบที่ 1



ภาพที่ 3 รูปแบบที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการปฏิบัติ

3.2 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการของการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

ผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบของ action plan เพื่อให้เห็นแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน เริ่มจากการกำหนดรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ นำมาสื่อสารจากรูปแบบที่วางไว้ให้กลายเป็นพฤติกรรม โดยการกำหนดบทบาทของผู้มีส่วนร่วมวิจัยและพฤติกรรมที่คาดหวัง คู่ขนานไปกับการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายความปลอดภัยและความเสี่ยง จนนำไปสู่การรายงานอุบัติการณ์ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ โปรแกรม occurrence online ให้มีการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ และบุคลากรมีความพร้อม จึงนำรูปแบบที่ 1 สื่อสารประกาศทดลองปฏิบัติตามแผนภายในเวลาที่กำหนด ดังแผนการดำเนินงาน

แผนปฏิบัติงาน

การปฏิบัติตามแผนรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : แผนกฉุกเฉิน แผนกโรคระบบทางเดินหายใจ และแผนกส่งเสริมสุขภาพ

แผนการดำเนินงาน

ลำดับ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	มิถุนายน 2565				กรกฎาคม 2565				ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
			สป1	สป2	สป3	สป4	สป1	สป2	สป3	สป4		
1	สื่อสารเป้าหมาย	- จัดประชุมวิชาการระดับหน่วยงาน เพื่อสื่อสารเป้าหมายความปลอดภัยของโรงพยาบาล ได้แก่ IPSPG นโยบาย 2P Safety มาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ แก่บุคลากร - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Risk awareness และการรายงานผ่านโปรแกรม occurrence online	→								- ผู้ปฏิบัติทราบนโยบายเป้าหมายความปลอดภัย สามารถนำไปออกแบบการทำงานประจำวันได้ - ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้โปรแกรม occurrence online ได้อย่างมีประสิทธิภาพ - เกิดความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยและความเสี่ยง	ทีมศูนย์คุณภาพและหัวหน้าหน่วยงาน (วิทยากร) - จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด 25 คน

แผนการดำเนินงาน (ต่อ)

ลำดับ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	มิถุนายน 2565				กรกฎาคม 2565				ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
			สป1	สป2	สป3	สป4	สป1	สป2	สป3	สป4		
2	สื่อสารรูปแบบสร้างทีมทำงาน	- จัดประชุมกลุ่มนำเสนอร่างรูปแบบที่ 1 ชี้แจงแก่ทีมผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน - ทีมผู้ปฏิบัติงานจัดทำบอร์ดสื่อสารในหน่วยงาน 2P safety - ฝึกปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์ลงโปรแกรม occurrence online		→							- ผู้ปฏิบัติงานรับทราบร่างรูปแบบ 100%	ผู้วิจัย
3		- รมรงค์การปฏิบัติตามร่างรูปแบบ ด้วยการลงสังเกตหน้างาน			→							หัวหน้าหน่วยงาน ผู้วิจัย
4		- ลงพื้นที่หน่วยงานสอบถาม ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามรูปแบบ พร้อมข้อเสนอแนะ			→							
5		- ประชุมทีมผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ถึงปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติตามร่างรูปแบบ ข้อเสนอแนะ และนำมาปรับ				→						

แผนการดำเนินงาน (ต่อ)

ลำดับ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	มิถุนายน 2565				กรกฎาคม 2565				ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
			สป1	สป2	สป3	สป4	สป1	สป2	สป3	สป4		
6		- ฝึกผู้ปฏิบัติงานใช้กระดาน daily huddle เป็นพื้นที่ในการสื่อสารผลการตอบกลับ รายงานอุบัติการณ์ - จัดประชุมนำเสนอร่างรูปแบบที่ 2 ชี้แจง แก่ทีมผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเก็บข้อมูล รวม 30 วัน				→					- ผู้ปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติได้ 100% - ผู้ปฏิบัติงาน รับทราบร่าง รูปแบบ 100%	ผู้วิจัยและหัวหน้าแผนก
7		- รมรงค์การปฏิบัติตามร่างรูปแบบ day to day และให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานที่รายงานอุบัติการณ์ตามแนวปฏิบัติที่วางไว้								→		
8	เพื่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับรายงานอุบัติการณ์ มีความรู้ในการจัดการรายงานอุบัติการณ์	- สนับสนุนให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับรายงานอุบัติการณ์ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการการบริหารความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพ ด้วยการจัดหาประชุมที่เกี่ยวข้องส่งไปยังศูนย์คุณภาพ ให้เปิดการจัดอบรม								→		จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม ร้อยละ 20

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต

การสังเกตการเข้าร่วมตามแนวทางการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ โดยผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วมตรวจสอบติดตามเป็นระยะเวลา 1 เดือน ระหว่างวันที่ 1 – 30 กรกฎาคม 2565 การติดตามผลการเข้าร่วม ตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์รูปแบบที่ 1 โดยวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังตาราง 5

ตาราง 5

ร้อยละของการเข้าร่วมตามแนวทางการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ตามรูปแบบที่ 1 หลังการทดลองใช้ 1 เดือน ตามระยะการรายงานอุบัติการณ์ (n=25)

ระยะ	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (ร้อยละ)	
		เข้าร่วม	ไม่เข้าร่วม
detection stage (n=25)	หัวหน้าแผนก	25 (100)	0 (0)
	แพทย์ประจำแผนก	16 (66.67)	9 (33.33)
	พยาบาลวิชาชีพ	22 (87.5)	3 (12.5)
	ผู้ช่วยพยาบาล	20 (81.82)	5 (18.18)
	รวม	83 (83)	17 (17)
analysis stage (n=25)	หัวหน้าแผนก	16 (64)	9 (36)
	พยาบาลวิชาชีพ	21 (84)	4 (16)
	ผู้ช่วยพยาบาล	17 (68)	8 (32)
	รวม	54 (72)	21 (28)
learning stage (n=25)	หัวหน้าแผนก	25 (100)	0 (0)
	แพทย์ประจำแผนก	20 (80)	5 (20)
	พยาบาลวิชาชีพ	22 (88)	3 (12)
	ผู้ช่วยพยาบาล	22 (88)	3 (12)
	รวม	89 (89)	11 (11)
รวม		226 (82.18)	49 (17.82)

จากตาราง 5 ผลการสังเกตการณ์การปฏิบัติตามรูปแบบที่ 1 หลังการทดลองใช้ 1 เดือน โดยกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมตามรูปแบบที่ 1 จำนวนทั้งสิ้น 25 ครั้ง วิเคราะห์ตามระยะของการรายงานอุบัติการณ์ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ระยะค้นหาและประเมิน (detection stage) พบว่าหน่วยงานมีการปฏิบัติตามรูปแบบที่ 1 จำนวนทั้งสิ้น 25 ครั้ง ผู้เกี่ยวข้องในรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ระยะนี้ได้แก่ หัวหน้าแผนกเข้าร่วมตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ในระยะ detect stage ได้ทั้งหมด 25 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 แพทย์ประจำแผนกเข้าร่วมได้ 16 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.67 พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมได้ 22 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.5 ผู้ช่วยพยาบาลเข้าร่วมได้ 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 81.82 และภาพรวมของการเข้าร่วมตามแนวทางการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในระยะ detect stage คิดเป็นร้อยละ 82.18

1.2 ระยะวิเคราะห์ (analysis stage) ผู้เกี่ยวข้องในรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ระยะนี้ได้แก่ หัวหน้าแผนกเข้าร่วมตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ได้ทั้งหมด 16 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 64 พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมได้ 21 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 84 ผู้ช่วยพยาบาลเข้าร่วมได้ 17 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68 และภาพรวมของการเข้าร่วมตามแนวทางการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในระยะ analysis stage คิดเป็นร้อยละ 72

1.3 ระยะการเรียนรู้ (learning stage) ผู้เกี่ยวข้องในรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ระยะนี้ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานเข้าร่วมตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ในระยะ เรียนรู้ได้ ทั้งหมด 25 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 แพทย์ประจำหน่วยงานเข้าร่วมได้ 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 80 พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมได้ 22 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 88 ผู้ช่วยพยาบาลเข้าร่วมได้ 22 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 88 และภาพรวมของการเข้าร่วมตามแนวทางการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในระยะ เรียนรู้คิดเป็นร้อยละ 89

สรุปผลการเข้าร่วมตามแนวทางของรูปแบบที่ 1 พบว่า สหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ เข้าร่วมตามแนวทางที่กำหนดได้คิดเป็นร้อยละ 82.18 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล

4.1 ผลการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1.1 ผลการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการทดลองใช้รูปแบบที่ 1 จำนวน 15 คน ประกอบด้วยหัวหน้าแผนกฉุกเฉิน หัวหน้าแผนกส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้าคลินิกระบบทางเดินหายใจ

แพทย์ประจำแผนก พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล โดยมีรายละเอียดจำนวนของกลุ่มเป้าหมาย ดังตาราง 6

ตาราง 6

จำนวนกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามกลุ่มวิชาชีพ (n=15)

วิชาชีพ	จำนวน (คน)
หัวหน้าแผนก	3
แพทย์ประจำหน่วยงาน	2
พยาบาลวิชาชีพ	5
ผู้ช่วยพยาบาล	5

สรุปผลการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องหลังดำเนินการทดลองใช้รูปแบบที่ 1 พบว่ารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์สามารถปฏิบัติตามได้จริง แนวคิดหรือเคล็ดลับที่ทำให้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ประสบความสำเร็จ คือ การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ และการสนับสนุนของผู้นำ ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางคือ ภาระงาน วิธีการแก้ไขคือสนับสนุนให้การรายงานอุบัติการณ์เป็นหนึ่งในกิจวัตรประจำวันของการทำงาน และสิ่งที่คอยสนับสนุนให้องค์กรประสบความสำเร็จเรื่องการรายงานอุบัติการณ์ คือ ผู้นำที่มีความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลง เพิ่มการสนับสนุนในเรื่องการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล การตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ที่สร้างการเรียนรู้ สามารถอธิบายรายละเอียดดังนี้

แนวคิดหรือเคล็ดลับที่ทำให้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ประสบความสำเร็จ จากผลการสัมภาษณ์มีรายละเอียด ดังนี้

1. การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพในแผนก ส่งผลให้การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ประสบผลสำเร็จ ดังการให้สัมภาษณ์

“ตอนนี้การรายงานอุบัติการณ์ต่างจากเมื่อก่อนมาก การที่ทุกคนทำงานมีปัญหาอะไรมาบอก มาพูดคุยสื่อสารกัน ทำให้หน่วยงานรู้ปัญหารอบด้านมากขึ้น ช่วยกันแก้ปัญหาทำให้ปัญหาที่พบถูกส่งต่อและได้รับการแก้ไขเชิงระบบมากขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“หนูคิดว่าเกิดจากทุกคนในหน่วยงานช่วยกัน เมื่อก่อนถ้าพวกหนูเจอความเลวร้ายอุบัติการณ์หนูรายงานบ้างไม่รายงานบ้าง เพราะเห็นบางคนก็ไม่รายงาน แต่พอมีรูปแบบนี้มาทุกคนมีบทบาทหน้าที่ในการรายงานเท่ากันหมด หนูจึงกล้าที่จะรายงาน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

2. การสนับสนุนของผู้นำ ส่งผลให้การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ประสบความสำเร็จ ดังการให้การสัมภาษณ์

“หัวหน้านะที่ เห็นได้ชัดพอที่เขาสื่อสารว่ามีอุบัติการณ์ในไลน์กลุ่มหรือใน daily huddle ตอนเช้าอยากให้ทีมช่วยกันแก้ปัญหา ทุกคนก็จะช่วยกันคิดว่าจะแก้แบบไหน เวลาที่หัวหน้าไม่กระตุ้นบางครั้งทุกคนก็จะเฉื่อย ๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

“น้องคิดว่าเพราะหัวหน้าให้ความสำคัญ คนในหน่วยงานเลยเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ด้วย หัวหน้าทำให้หนักแล้ว กลับบอกเวลาเจอปัญหาที่ เขาจะช่วยจัดการให้ พี่เขาไม่ดูเลยพยายามบอกเสมอว่าไม่ต้องกังวลเราต้องช่วยกันแก้ไขเชิงระบบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

ปัญหา อุปสรรคสำคัญในการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ จากผลการสัมภาษณ์มีรายละเอียด ดังนี้

1. ภาระงาน

“บางครั้งรู้นะที่ว่าต้องรายงาน แต่พอยุ่ง ๆ ก็ลืมแจ้งไปเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“งานเยอะที่ แค่อุบัติการณ์ใช้วัน ๆ หนึ่งก็ไม่ทันแล้ว ไม่รู้จะเอาเวลาไหนไปรายงาน แต่โชคดีตั้งแต่มีรูปแบบทำให้ช่วยกันรายงานมากขึ้น คือถ้าเรายุ่ง เราพอบอกเพื่อนให้คีย์เข้าระบบแทนได้ ช่วยกันที่ตอนนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

สิ่งที่ยังคงสามารถสนับสนุนให้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ประสบความสำเร็จ จากผลการสัมภาษณ์มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้นำ

“หัวหน้ามีส่วนสำคัญมากสำหรับพี เราต้องสร้างผู้นำรุ่นใหม่ที่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงให้องค์กรได้ ยิ่งเป็นเรื่องความปลอดภัย เรื่องปฏิบัติการผู้นำควรมีความรู้ ความเข้าใจ ถ่ายทอดสิ่งที่เรียนรู้ได้ให้น้อง ๆ เห็นประโยชน์ ถ้าเขาไม่เห็นความสำคัญก็อย่าหวังว่าน้องจะเห็น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2. การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ

“ข้อดีของโปรแกรม ส่วนตัวหนูชอบที่ไม่ระบุตัวคนเขียน เพราะทำให้สบายใจขึ้นเมื่อต้องรายงาน เข้าถึงง่ายด้วยมันอยู่บนคอมพิวเตอร์. สะดวกดี แต่อาจต้องสอนใช้ สอนเลือกหัวข้อมากกว่านี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

3. การสื่อสารการตอบกลับการรายงานที่สร้างการเรียนรู้

“น้องชอบที่เวลาในแผนกได้มาพูดคุยกันถึงปัญหาว่าเกิดจากอะไร แล้วเราจะช่วยแก้ปัญหาได้อย่างไร พี่หัวหน้าก็จะนำวิธีแก้ปัญหาที่เราเสนอ ไปสื่อสารกับฝ่ายอีกทีและมาสื่อสารกลับถึงข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เหมือนเราได้เรียนรู้ร่วมกันกับฝ่ายค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

สรุปผลการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานปฏิบัติการ และการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างหลังมีการใช้รูปแบบที่ 1 เป็นเวลา 1 เดือน พบว่ารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานปฏิบัติการเป็นรูปแบบที่เหมาะสม และตรงกับบริบทของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ราชภัฏ โดยผู้ใช้รูปแบบส่วนใหญ่ปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 82.18 ผลการสัมภาษณ์ พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางสามารถปฏิบัติได้ แนวคิดหรือเคล็ดลับที่ทำให้การสร้างค่านิยมประสบความสำเร็จ คือ การทำงานเป็นทีม และการสนับสนุนของหัวหน้า ปัญหาอุปสรรคสำคัญ คือ ภาระงาน วิธีแก้ปัญหาคือ สนับสนุนให้การรายงานปฏิบัติการเป็นหนึ่งในกิจวัตรประจำวันของการทำงาน และองค์กรควรเพิ่มการสนับสนุนในเรื่องการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล การสื่อสารผลการตอบกลับรายงานปฏิบัติการที่สร้างการเรียนรู้ และเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจและการนำไปใช้จึงนำเสนอในรูปแบบ LTEV Model ประกอบด้วย

L = Learning Organization

องค์กรแห่งการเรียนรู้ เพื่อตอบสนอง
ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ

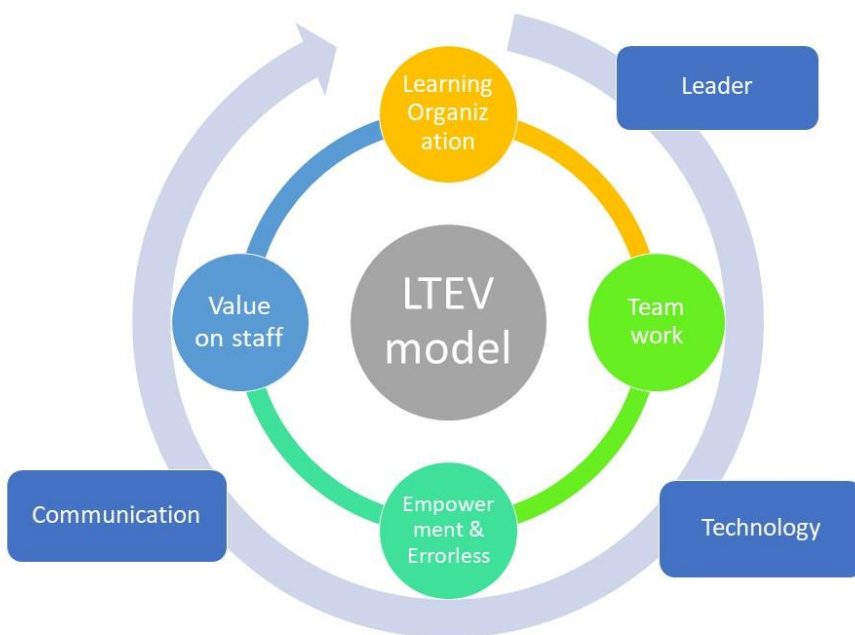
T = Team Work

การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน
ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ

E = Empowerment & Errorless ให้พลังเจ้าหน้าที่แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง & ลดปมกล่าวโทษหากผิดพลาด

V = Value on Staff ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

“องค์กรนำ ทีมทำงาน สานพลัง ฝังคุณค่า”



ภาพที่ 4 รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

องค์ประกอบของการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะค้นหาและประเมิน (detection stage) การดำเนินงานตามรูปแบบที่ 1 วางแผนจัดการวันต่อวัน โดยเริ่มจากหัวหน้าแผนกสื่อสารเป้าหมายความปลอดภัย ความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ ใน daily huddle ทุกเช้า 15 นาที ผู้ปฏิบัติงาน (แพทย์ในหน่วยงาน พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล) จะเดิน Round หรือสื่อสารความเสี่ยง อุบัติการณ์ที่ตนพบเจอในเวร ประเมินความรุนแรงและรายงานอุบัติการณ์ตามเวลาที่กำหนด ร่วมกันในทีมที่จะออกแบบป้องกันความเสี่ยงในแผนกแต่ละวันร่วมกัน หลังจากหัวหน้าหน่วยแผนกแสดงบทบาทให้ดูเป็นตัวอย่าง 1 สัปดาห์ ก็เริ่มสลับกับสหวิชาชีพในทีมเป็นผู้นำการสื่อสาร เพื่อสร้างคุณค่าให้ทุกคนมีศักยภาพเท่าเทียมกัน

ระยะวิเคราะห์ (analysis stage) การดำเนินงานในระยะนี้ต่อจากการประเมินสำเร็จ การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหาเป็นบทบาทของหัวหน้าแผนกในการวิเคราะห์และนำ

ผลที่ได้ต่อกลับรายงานอุบัติการณ์ผ่านโปรแกรม occurrence online สำหรับความเสี่ยงระดับ A,B พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาลสามารถวิเคราะห์การปฏิบัติงานของตนที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงและรายงานโดยตรงต่อหัวหน้าหน่วยแผนก ส่วนของแพทย์ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเนื่องจากหัวหน้าแผนกสนับสนุนส่วนนี้ เพื่อให้แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้รับบริการมากขึ้น

ระยะการเรียนรู้ (learning stage) เมื่อมีการรายงานเข้าโปรแกรม occurrence online หัวหน้าแผนกจะจัดลำดับความสำคัญของรายงานอุบัติการณ์ และนำมาพูดคุยในแผนกโดยสื่อสารร่วมกันทั้งทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาผลของการจัดการรายงานอุบัติการณ์เชิงระบบที่แท้จริง จากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในแผนก หลังจากที่ยุติกันแก้ปัญหา ไม่กล่าวโทษกัน จนออกเป็นการจัดการเชิงระบบ จะมีการนำไปใช้ในการออกแบบการดูแลผู้ป่วยในวันถัดไป และมีการติดตามการเกิดซ้ำ หัวหน้าแผนกจะมีบทบาทในการนำผลที่ได้ไปสื่อสารให้โรงพยาบาลรับทราบถึงการจัดการปัญหา ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำข้อมูลที่ได้มาสร้างผลงาน CQI เพื่อสร้างการเรียนรู้จากการรายงานให้องค์กรมีการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ตอนที่ 4 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในการศึกษานี้ ประเมินผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ และด้านทัศนคติ และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วม

4.1 ผลลัพธ์การประเมินการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมของผู้ปฏิบัติงานด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร (เชิงปริมาณ) ในการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาความเสี่ยง ด้านการจัดการรายงานอุบัติการณ์ และด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครของกลุ่มเป้าหมาย โดยรวม (n=25)

การปฏิบัติตามค่านิยมร่วม	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ด้านการค้นหาความเสี่ยง	2.31	0.58	บุคคล
ด้านการจัดการรายงานอุบัติการณ์	2.64	0.62	ทีม
ด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้	1.54	0.33	บุคคล
รวม	2.16	0.51	บุคคล

จากตาราง 7 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ปฏิบัติตามค่านิยมร่วมโดยรวมในระดับบุคคล ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.16 (SD= .51) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์รายข้อพบว่า ด้านการจัดการรายงานอุบัติการณ์ มีระดับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมอยู่ในระดับดี ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 (SD= .62) รองลงมา คือด้านการค้นหาความเสี่ยง มีระดับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม อยู่ในระดับบุคคล ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 (SD= .58) และด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้ มีระดับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม อยู่ในระดับบุคคล ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.54 (SD= .33)

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการค้นหาความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครของกลุ่มเป้าหมาย เป็นรายข้อ และโดยรวม (n=25)

การปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการค้นหาความเสี่ยง	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. จะทักท้วงเมื่อเกิดเหตุการณ์เกือบพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	2.36	0.69	ดี
2. เมื่อพบเห็นความเสี่ยง หรือเหตุการณ์ผิดพลาดในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครมักเขียนรายงานอุบัติการณ์	2.72	0.59	ดี
3. เมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้นมักรายงานตามระยะเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด	2.56	0.64	ดี
4. มีการนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานที่ เกิดเข้ามาพูดคุยใน daily huddle	2.68	0.55	ดี
5. มีการสร้างนวัตกรรมการค้นหาความเสี่ยงจากรายงานอุบัติการณ์	1.24	0.51	บุคคล
รวม	2.31	0.58	บุคคล

จากตาราง 8 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร การปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการค้นหาความเสี่ยงโดยรวม อยู่ในระดับบุคคล ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 (SD= 0.58) เมื่อพิจารณา

การปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการค้นหาความเสี่ยงรายข้อพบว่า เมื่อบุคลากรพบเห็นความเสี่ยง หรือเหตุการณ์ผิดพลาดในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครจะเขียนรายงานอุบัติการณ์ มีการเกิดค่านิยมร่วมสูงสุด อยู่ในระดับทีม ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 (SD= 0.59) รองลงมา การนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานที่เกิดเข้ามาพูดคุยใน daily huddle และการรายงานอุบัติการณ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด ตามลำดับ บุคลากรจะทักท้วงเมื่อเกิดเหตุการณ์เกือบพลาดหรือเหตุการณ์ผิดพลาดในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับทีม ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 (SD= 0.69) การปฏิบัติตามค่านิยมร่วมอยู่ในระดับบุคคล คือการสร้างนวัตกรรมจากการค้นหาความเสี่ยง ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.24 (SD= 0.51)

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการจัดการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครของกลุ่มเป้าหมาย เป็นรายข้อและโดยรวม (n=25)

การปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการจัดการรายงานอุบัติการณ์	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. หาสาเหตุของรายงานอุบัติการณ์ด้วยตนเองหรือเข้าร่วมพบทวนเมื่อมีโอกาส	2.52	0.70	ทีม
2. รายงานอุบัติการณ์เพราะไม่กลัวโดนลงโทษหรือตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน	2.84	0.46	ทีม
3. เมื่อมีการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ให้ปรับปรุงกระบวนการทำงานยินดีและปฏิบัติตาม	2.64	0.48	ทีม
4. ตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ หรือจัดการทำ RCA ในระยะเวลาที่กำหนด	2.32	0.79	บุคคล
5. นำผลการวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ไปสื่อสารให้บุคลากรรับรู้	2.88	0.65	ทีม
รวม	2.64	0.62	ทีม

จากตาราง 9 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการจัดการรายงานอุบัติการณ์โดยรวม อยู่ในระดับทีม ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 (SD= .62) เมื่อพิจารณาการ

ปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการจัดการรายงานอุบัติการณ์รายข้อพบว่า บุคลากรมีการนำผลวิเคราะห์ รายงานอุบัติการณ์ไปสื่อสารในบุคลากรในโรงพยาบาลรับรู้ บุคลากรไม่กลัวโดนลงโทษหรือเพื่อนร่วมงานตำหนิจากการรายงานอุบัติการณ์ และเมื่อมีการปรับปรุงกระบวนการบุคลากรยินดีจะปฏิบัติตาม และบุคลากรมีการหาสาเหตุของรายงานอุบัติการณ์ด้วยตนเองหรือเข้าร่วมทบทวนเมื่อมีโอกาส อยู่ในการเกิดค่านิยมร่วมระดับทีม ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52-2.88 (SD= .46-.70) และการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ หรือการจัดทำ RCA ภายในระยะเวลาที่กำหนด พบการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมในระดับบุคคล ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 (SD= .79)

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครของกลุ่มเป้าหมาย เป็นรายข้อและโดยรวม (n=25)

การปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. เมื่อพบเหตุการณ์ผิดพลาดที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มักรายงานอุบัติการณ์ตนเอง	2.76	.76	ทีม
2. มีการนำบทเรียนจากการรายงานอุบัติการณ์ที่มีสาเหตุจากความรู้ ทักษะของผู้ปฏิบัติงานไปวางแผนพัฒนาความสามารถ	1.84	.61	บุคคล
3. มีการนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ไปปรับปรุงกระบวนการทำงาน หรือปรับปรุง CPG WP WI ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร	1.00	.00	บุคคล
4. มีการนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ไปจัดทำงานวิชาการ (Interesting Case, CQI, R2R)	1.08	.27	บุคคล
5. มีการนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์มาสร้างนวัตกรรมความปลอดภัย	1.00	.00	บุคคล
รวม	1.54	.33	บุคคล

จากตาราง 10 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร การปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้โดยรวม อยู่ในระดับบุคคล ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.54 (SD= .33) เมื่อ

พิจารณาการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้รายข้อพบว่า เมื่อบุคลากรพบเหตุการณ์ผิดพลาดที่ท่านมีส่วนเกี่ยวข้อง มักมีรายงานอุบัติการณ์ตนเอง ผ่านโปรแกรม Occurrence Online มีการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมสูงสุด อยู่ในระดับทีม ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 (SD= .76) รองลงมา การนำทริเจนจากการรายงานอุบัติการณ์ที่มีสาเหตุจากความรู้ทักษะของปฏิบัติงาน ไปวางแผนพัฒนาความสามารถ ปฏิบัติตามค่านิยมร่วมอยู่ในระดับบุคคล ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 (SD= .61) และการนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ไปจัดทำงานวิชาการ ปรับปรุงแนวทางการทำงาน (CPG, WP, WI) และการสร้างนวัตกรรมจากรายงานอุบัติการณ์ การปฏิบัติตามค่านิยมร่วมอยู่ในระดับบุคคล ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-1.08 (SD= .00-.27)

4.2 ผลลัพธ์ด้านทัศนคติ และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

ผลการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 25 คน สรุปผลการสัมภาษณ์ ด้านทัศนคติหรือการรับรู้ค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ได้ 2 ประเด็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การทำงานเป็นทีม (team work) ของสหวิชาชีพในการช่วยกันปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์ ไม่ตำหนิ สิ่งนี้สามารถช่วยให้บุคลากรมีพฤติกรรมการรายงานอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่อง เพราะไม่ว่าใครเป็นผู้เจอหรือพบเห็นอุบัติการณ์ก็สามารถเป็นผู้รายงานอุบัติการณ์ได้ บุคลากรรับรู้ได้ถึงสภาพแวดล้อมที่ทุกคนพร้อมจะรายงานเหตุการณ์ และการรายงานก็ไม่ใช่เรื่องที่น่าอายหรือรู้สึกว่าเป็นภาระงาน ดังตัวอย่างสัมภาษณ์

“ที่รับรู้ได้เรียกว่าเรื่องการรายงานอุบัติการณ์ต่างจากเมื่อก่อนมาก ทั้งด้านจำนวนที่มีคนรายงานมากขึ้น พี่รายงานมากขึ้น นื่องๆในหน่วยงานรายงานมากขึ้นจนทำให้รายงานอุบัติการณ์ที่ได้เกือบเท่า ๆ กับเรื่องที่เกิด และมุมมองต่อการรายงานที่เมื่อก่อนจะรายงานผู้อื่นมากกว่าตอนนี้พี่ก็รายงานเรื่องของตัวเองโดยไม่กลัวเรื่องโดนตำหนิอะไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ตอนนี้หนูมองเรื่องการรายงานอุบัติการณ์เป็นเรื่องของทุกคนในหน่วยงาน หนูรายงานได้ พี่เขาก็รายงานได้ช่วยกันพี่ และหนูชอบที่เอาประเด็นสำคัญมาพูดใน Daily Huddle มันทำให้หนูตระหนักในเรื่องนั้น เวลาหนูเจอก็จะระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“ต้องยอมรับเรานื่องว่าพี่มีทัศนคติต่อรายงานอุบัติการณ์ต่างจากเมื่อก่อนมาก ด้านของความรู้ ความเข้าใจที่ได้เข้าร่วมเรียนการบริหารความเสี่ยงของ HA ที่น้องจัดคอร์สมาให้ ทำให้พี่กลับกระตุน ไปนานนึ่ง ๆ ในหน่วยงานให้มีการทำ RCA ด้วยความมั่นใจ และพอมียุติในหน่วยงานผู้ช่วยเข้ามาร่วมทั้งแผนก พี่ก็ได้ไอเดียใหม่ ๆ ในการจัดการปัญหาที่ครอบคลุมมากขึ้น เยี่ยม ๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

2. การเรียนรู้ (learning) จากการรายงานอุบัติการณ์ ค่านิยมเรื่องนี้สามารถทำให้บุคลากรมีทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์เปลี่ยนไป ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

“น้องมอง IR ต่างจากเมื่อก่อนไปเลย เมื่อก่อนรายงานไปก็ไม่มีใครแก้ไข ไม่มีอะไรเปลี่ยน เดียวนี้พอเป็นการจัดการวันต่อวัน มันเหมือนเรามาเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน แก่ร่วมกันว่าพรุ่งนี้เราจะแก้ไข หรือป้องกันมันอย่างไร สำหรับน้องคิดว่า ปัญหาเกิดซ้ำน้อยลงด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ที่ต้องยอมรับว่าการสร้างการเรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์ฟังครั้งแรกมันน่าจะท่ายากอยู่ แต่พอน้องเข้ามาช่วย มาทำให้เกิดเป็นรูปธรรม พี่เห็นเรียกว่าจริง ๆ มันไม่ได้ยาก เพราะ บางครั้งพฤติกรรมแบบนั้นเราทำอยู่แล้ว แต่แค่มันไม่ต่อเนื่อง พอทำไปเรื่อย ๆ ทุกวัน พี่เห็นทุกคนก็ชินไปแล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

4.3 ผลการตอบแบบสอบถามความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์

การตอบแบบสอบถามความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ก่อนและหลังของบุคลากร โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์หลังนำรูปแบบไปใช้สูงกว่าก่อนนำรูปแบบไปใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = -8.13, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ก่อนมีการนำรูปแบบไปใช้ เท่ากับ 2.99 (SD=.72) และค่าเฉลี่ยความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์หลังมีการนำรูปแบบไปใช้ เท่ากับ 4.24 (SD = .51) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการรับรู้หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = 13.9, p < .01$) และค่าเฉลี่ยความตระหนักด้านการรับรู้ก่อนใช้รูปแบบ เท่ากับ 1.98 (SD=.70) และค่าเฉลี่ยความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการรับรู้หลังใช้รูปแบบ เท่ากับ 4.24 (SD = .58) ความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านความเข้าใจหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = 10.86, p < .01$) และค่าเฉลี่ยความตระหนักด้านความเข้าใจก่อนใช้รูปแบบ เท่ากับ 2.95 (SD=.86) และค่าเฉลี่ยความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านความเข้าใจหลังใช้รูปแบบ เท่ากับ 4.26 (SD = .56) ความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการคาดการณ์พฤติกรรมหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = 2.56, p > .05$) และค่าเฉลี่ยความตระหนักด้านการคาดการณ์พฤติกรรมก่อนใช้รูปแบบ เท่ากับ 4.04 (SD=.59) และค่าเฉลี่ยความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการรับรู้หลังใช้รูปแบบ เท่ากับ 4.53 (SD = .38) (ตาราง 11)

ตาราง 11

เปรียบเทียบความแตกต่างของความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร
ราษฎร์ ก่อนและหลังของบุคลากร โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=25)

ความตระหนักรู้ต่อการ รายงานอุบัติการณ์	ก่อน		หลัง		df	S.D.	t	p values
	M	SD	M	SD				
ด้านการรับรู้	1.98	.70	4.24	.58	4	0.36	13.9	0.000
ด้านความเข้าใจ	2.95	.86	4.26	.56	9	0.38	10.86	0.000
ด้านการคาดการณ์								
พฤติกรรม	4.04	.59	4.53	.38	4	0.19	2.56	0.062
รวม	2.99	.72	4.24	.51	19	0.74	-8.13	0.000

ผลการตอบแบบสอบถามความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการรับรู้พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนมีการใช้รูปแบบที่ 1 กลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการรับรู้ ในภาพรวมอยู่ระดับน้อย เท่ากับ 1.98 (SD=.70) ค่าเฉลี่ยหลังนำไปใช้ภาพรวมอยู่ระดับมาก เท่ากับ 4.24 (SD=.58) เมื่อพิจารณาด้านการรับรู้รายชื่อที่อยู่ในระดับมาก พบว่าค่าเฉลี่ยหลังมีการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องการรายงานอุบัติการณ์กรณีมีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น และมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยคิดเขียนรายงานอุบัติการณ์ เท่ากับ 4.26 (SD=.56) และค่าเฉลี่ยการรายงานอุบัติการณ์ตนเองมากกว่าเพื่อนร่วมงาน เท่ากับ 4.26 (SD=.56) รองลงมาคือค่าเฉลี่ยการรายงานตนเองโดยหัวหน้าหรือผู้มีอำนาจเหนือกว่าไม่ต้องบอกกล่าว การค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน และนำมาสื่อสาร daily huddle กับทีม และกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยท่านคิดเขียนรายงานอุบัติการณ์ ตามลำดับ อยู่ในช่วง 3.76 – 4.36 (SD = .43 - .69) (ตาราง 12)

ตาราง 12

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการปฏิบัติ ตามการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมายก่อนหลังการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ เป็นรายข้อ และโดยรวม (n=25)

ความตระหนักด้านการรับรู้	ก่อน			หลัง		
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไข ก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วย คิดเขียนรายงานอุบัติการณ์	1.52	.70	น้อย	3.76	.43	มาก
2. กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย คิดเขียนรายงานอุบัติการณ์	2.68	.61	ปานกลาง	4.60	.49	มาก
3. มีการรายงานอุบัติการณ์ตนเองมากกว่าเพื่อนร่วมงาน	1.92	.80	น้อย	4.60	.63	มาก
4. รายงานอุบัติการณ์ตนเอง โดยหัวหน้า/ผู้มีอำนาจเหนือกว่าไม่ต้องบอกกล่าว	1.80	.75	น้อย	4.36	.69	มาก
5. ค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานและนำมาสื่อสาร daily huddle กับทีม	2.00	.63	น้อย	3.88	.65	มาก
รวม	1.98	.70	น้อย	4.24	.58	มาก

ผลการตอบแบบสอบถามความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านความเข้าใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนมีการใช้รูปแบบที่ 1 กลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านความเข้าใจ ในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 2.95 (SD=.86) ค่าเฉลี่ยหลังนำไปใช้ภาพรวมอยู่ระดับมาก เท่ากับ 4.26 (SD=.56) เมื่อพิจารณาความตระหนักรู้ด้านความเข้าใจรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความเข้าใจในเรื่องของการรายงานอุบัติการณ์ไม่ได้เป็นเรื่องน่าละอาย และการรายงานเป็นหน้าที่ของทุกคนในแผนก เมื่อเจออุบัติการณ์ท่านมักรายงานอุบัติการณ์ถ้าเป็นเรื่องตนเอง ความรู้สึกว่าการรายงานไม่ใช่การตำหนิ เพื่อนร่วมงานไม่ว่ากล่าวและบรรยากาศของหน่วยงานเหมาะสมกับการรายงานอุบัติการณ์ จำเป็นต้องรายงานอุบัติการณ์เพราะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้ และการ

รายงานอุบัติการณ์ไม่เป็นภาระงาน ตามลำดับ อยู่ในระดับมาก อยู่ในช่วง 3.76 - 4.80 (SD=0.40 - 0.75) รองลงมา ค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ด้านความเข้าใจ ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ เมื่อเกิดอุบัติการณ์ไม่ลังเลที่จะรายงานเพราะคิดว่าเป็นประโยชน์ อยู่ในช่วง 3.56 (SD=0.50) (ตาราง 13)

ตาราง 13

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายก่อนหลังการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เป็นรายข้อและโดยรวม (n=25)

ความตระหนักรู้ด้านทัศนคติ	ก่อน			หลัง		
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. เมื่อเกิดอุบัติการณ์/เจออุบัติการณ์ไม่ลังเลที่จะรายงานเพราะแน่ใจว่าการรายงานจะเกิดประโยชน์	2.84	1.01	ปานกลาง	3.56	0.50	ปานกลาง
2. รู้สึกว่าจำเป็นต้องรายงานเพราะสามารถแก้ไข/จัดการได้	2.16	0.78	น้อย	3.76	0.59	มาก
3. รู้สึกว่าการรายงานอุบัติการณ์ไม่เป็นภาระงาน	2.84	0.61	ปานกลาง	3.80	0.63	มาก
4. รู้สึกไม่กลัวถูกลงโทษเมื่อต้องรายงานอุบัติการณ์ตนเอง	3.20	0.69	ปานกลาง	4.60	0.49	มาก
5. รู้สึกว่าเพื่อนร่วมงานไม่ว่ากล่าวเมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์	2.24	0.99	น้อย	4.20	0.75	มาก
6. รู้สึกว่าบรรยากาศในหน่วยงานเหมาะกับการรายงานอุบัติการณ์	2.80	0.89	ปานกลาง	4.20	0.75	มาก
7. รู้สึกว่าการรายงานอุบัติการณ์ไม่ใช่การตำหนิ	2.68	0.79	ปานกลาง	4.32	0.55	มาก
8. การรายงานเป็นหน้าที่ของทุกคน	3.36	0.69	ปานกลาง	4.80	0.40	มาก
9. เมื่อเกิด/เจออุบัติการณ์มักรายงานถ้าเป็นเรื่องตนเอง	3.52	1.02	ปานกลาง	4.56	0.57	มาก

ตาราง 13 (ต่อ)

ความตระหนักรู้ด้านทัศนคติ	ก่อน			หลัง		
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
10. คิดว่าการรายงานอุบัติการณ์ ไม่ได้เป็นเรื่องน่าละอาย	3.84	1.12	มาก	4.80	0.40	มาก
รวม	2.95	0.86	ปานกลาง	4.26	0.56	มาก

ผลการตอบแบบสอบถามความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการคาดการณ์พฤติกรรม พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนมีการใช้รูปแบบที่ 1 กลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการคาดการณ์พฤติกรรม ในภาพรวมอยู่ระดับมาก เท่ากับ 4.04 (SD=.59) ค่าเฉลี่ยหลังนำไปใช้ภาพรวมอยู่ระดับมาก เท่ากับ 4.53 (SD=.38) เมื่อพิจารณาความตระหนักรู้ด้านการคาดการณ์พฤติกรรมรายข้อ ซึ่งอยู่ระดับมากทั้งหมด พบว่า ค่าเฉลี่ยในหน่วยงาน หากหัวหน้า/ผู้มีอำนาจเหนือกว่ารับฟังที่เล่า/เปิดเผยความผิดพลาด สิ่งนี้เสริมพลังให้มีพฤติกรรมรายงานเพิ่มขึ้น การสร้างบรรยากาศให้รู้สึกปลอดภัยในการรายงานอุบัติการณ์ การที่หัวหน้างานรับฟังเรื่องอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านจะช่วยเสริมพลังให้ท่านมีพฤติกรรมรายงานเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดพลาดขึ้นในหน่วยงาน หากทีมมีการช่วยกันแก้ไข ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิกัน การได้รับการสื่อสารถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากฐานข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ และ การได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำสิ่งนี้เสริมพลังให้มีพฤติกรรมรายงานเพิ่มขึ้น ตามลำดับ อยู่ในช่วง 4.10-4.80 (SD=.27-.43) (ตาราง 14)

ตาราง 14

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ด้านการ
 คาดการณ์พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายก่อนหลังการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลกรุงเทพ
 สุราษฎร์ เป็นรายข้อและโดยรวม (n=25)

ความตระหนักด้านการคาดการณ์พฤติกรรม	ก่อน			หลัง		
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. ในหน่วยงาน หากหัวหน้า/ผู้มีอำนาจ เหนือกว่ารับฟังที่เล่า/เปิดเผยความ ผิดพลาด สิ่งนี้เสริมพลังให้มีพฤติกรรม การรายงานเพิ่มขึ้น	3.76	0.43	มาก	4.80	0.40	มาก
2. หากได้รับการสื่อสารถึงการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดจากฐานข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ สิ่งนี้เสริมพลังให้มีพฤติกรรมกรรายงาน เพิ่มขึ้น	4.12	0.82	มาก	4.20	0.40	มาก
3. การได้มีส่วนร่วมในการแสดงความ คิดเห็นเกี่ยวกับแนวทาง/วิธีการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ สิ่งนี้เสริมพลัง ให้มีพฤติกรรมกรรายงานเพิ่มขึ้น	3.24	0.59	ปาน กลาง	4.10	0.27	มาก
4. หากองค์กรหรือหน่วยงาน ทำให้รู้สึก ปลอดภัยในการรายงานอุบัติการณ์ สิ่งนี้ เสริมพลังให้มีพฤติกรรมกรรายงาน เพิ่มขึ้น	4.52	0.57	มาก	4.80	0.40	มาก
5. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดพลาดขึ้นในหน่วยงาน ทีมมีการช่วยกันแก้ไข ไม่กล่าวโทษหรือ ตำหนิกัน	4.56	0.57	มาก	4.76	0.43	มาก
รวม	4.04	0.59	มาก	4.53	0.38	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์พัฒนาขึ้นโดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (practical action research) ทั้งนี้เพื่อพัฒนาการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่มีชุดของพฤติกรรมให้บุคลากรแสดงออกด้านการรายงานอุบัติการณ์ในแต่ละวัน ภายใต้ระยะของระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่สังเกตได้และเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลกรุงเทพ สุราษฎร์ โดยผู้วิจัยนำเสนออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ เป็นการศึกษาตามกรอบแนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะใช้ศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันของบุคลากร ประกอบด้วย

1.1 ด้านโครงสร้าง จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยและการรายงานอุบัติการณ์เป็นหนึ่งในนโยบายที่องค์กรให้ความสำคัญ ผ่านช่องทางโครงสร้างงานพัฒนาคุณภาพ ได้แก่สารสนเทศ ซึ่งสามารถช่วยใช้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างรวดเร็ว (Srisatidnarukul, 2007) อย่างไรก็ตามช่องทางที่ได้ถูกกำหนดย่อมต้องนำมาสื่อสารผ่านหัวหน้าแผนก เพื่อเน้นย้ำให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเห็นความสำคัญ หากขาดการออกแบบการสื่อสารที่ต่อเนื่องด้านการรายงานอุบัติการณ์ในระดับหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานอาจไม่สามารถปฏิบัติตามการรายงานอุบัติการณ์ตามนโยบายที่กำหนดไว้ได้ ข้อเสนอแนะคือหัวหน้าแผนกควรออกแบบพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ได้ในการปฏิบัติงานประจำวัน โดยใช้เครื่องมือ daily huddle เพื่อสื่อสารเป้าหมายความปลอดภัยในแต่ละวันร่วมกันกับทีมผู้ปฏิบัติงานให้ชัดเจนจนนำไปสู่การปฏิบัติได้ สามารถสนับสนุนเวลาให้บุคลากรเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับความปลอดภัยและการรายงานอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวเป็นต้นแบบที่ดีในการรายงานอุบัติการณ์ และการพัฒนารูปแบบการแสดงผลของบุคลากรด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่สามารถสังเกตได้ชัดเจนเป็นรูปธรรม ง่ายต่อการกำกับติดตาม ทำให้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานประสบความสำเร็จ ดังค่านิยมร่วม องค์กรนำ และ ทีมทำงาน

1.2 ด้านกระบวนการ สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ดำเนินการจัดการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เรียกว่า โปรแกรม occurrence online ซึ่งระบบดังกล่าวมีความสะดวก เข้าถึงง่าย ไม่ระบุชื่อผู้รายงาน ทำให้การรายงานอุบัติการณ์มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากอดีต ทั้งนี้เนื่องจากการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่ระบุตัวผู้รายงาน ทำให้เขารู้สึกปลอดภัยและลดการตำหนิถึงตัวบุคคลได้ ดังเช่น การศึกษาของ JCI ที่พบว่าเมื่อการรายงานอุบัติการณ์ไม่ระบุชื่อผู้รายงานทำให้จำนวนการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น และโปรแกรมที่ง่ายต่อการ

รายงาน เป็นความลับเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะเพิ่มการเรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์ (Flemons, 2012) อย่างไรก็ตามพบว่าบุคลากรยังขาดทักษะการใช้โปรแกรมส่วนของการเลือกหัวข้อการรายงานอุบัติการณ์ เนื่องจากไม่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการจัดการรายงานอุบัติการณ์ของหัวหน้าหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ในเรื่องของเวลาในการส่งตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ รวมถึงการทำ RCA ในเวลาที่กำหนด ดังนั้นข้อเสนอแนะในด้านนี้ คือ การนำโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์มาเรียนรู้เชิงปฏิบัติการจากผู้ชำนาญการผู้ปฏิบัติงาน พร้อมทั้งให้หัวหน้างานเป็นต้นแบบของ หน่วยงานที่จะเป็นแกนหลักในการตอบข้อคำถาม ช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานในการจัดการรายงานอุบัติการณ์ และสร้างรูปแบบการจัดการรายงานอุบัติการณ์เพื่อสร้างการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรวันต่อวัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นถึงความสำคัญของการจัดการรายงานอุบัติการณ์อย่างเป็นระบบภายใต้การใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ

1.3 ด้านผลลัพธ์ จากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า จำนวนรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าความเป็นจริงเช่นเดียวกับสถานการณ์ของหอผู้ป่วยหนึ่งในโรงพยาบาลนครพิงค์ที่พบผลลัพธ์รายงานน้อยกว่าความเป็นจริง (บังอร, 2560) การรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานเป็นการรายงานอุบัติการณ์หน่วยงานอื่นมากกว่ารายงานหน่วยงานตน เนื่องจากเมื่อศึกษาพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติในการรายงานอุบัติการณ์เชิงลบ มองว่าเมื่อช่วยกันจัดการปัญหาได้ปัญหานั้นไม่จำเป็นต้องรายงานซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อ การรับรู้ ที่มีต่อการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรที่มองการรายงานไม่เกิดประโยชน์ เมื่อปรับให้ในหน่วยงานช่วยเหลือซึ่งกันในการรายงานอุบัติการณ์ ไม่ว่าจะเหตุการณ์จะเกิดกับเพื่อนร่วมงาน หรือตนเองทุกคนมีสิทธิที่จะรายงานตนเองโดยไม่ถูกตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน และปรับการรายงานอุบัติการณ์ให้เกิดเป็นการเรียนรู้ของบุคลากรในหน่วยงานทำให้ปัญหาไม่เกิดซ้ำ ทำให้การรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับจำนวนใกล้เคียงกับเหตุการณ์จริง ข้อสรุปด้านผลลัพธ์คือการสร้างบรรยากาศให้เอื้อแก่บุคลากรในการรายงานอุบัติการณ์ เป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรมีการรายงานอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการวิจัย (The Joint Commission, 2018)

2. รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ราชภัฏพัฒนาขึ้นโดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (practical action research) เป็นรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมทั้งนี้เพื่อให้ค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่สร้างขึ้นมีชุดของพฤติกรรมให้บุคลากรแสดงออกด้านการรายงานอุบัติการณ์ในแต่ละวัน ภายใต้ระยะของระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่สังเกตได้ เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ราชภัฏ โดยผู้วิจัยนำเสนออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

2.1 รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร คือ รูปแบบ(LTEV Model) “องค์กรนำ ทีมทำงาน สานพลัง ฝังคุณค่า” เป็นรูปแบบ

ที่มีกระบวนการสร้างค่านิยมตั้งแต่ องค์กรนำเป้าหมายออกแบบสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ ทีมทำงานใช้กระบวนการเรียนรู้ต่อการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ หน่วยงานมุ่งการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพในการจัดการรายงานอุบัติการณ์ และฝังคุณค่าของการรายงานอุบัติการณ์ในตัวบุคคล โดยเป็นการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ อย่างครอบคลุมตามระยะของระบบการรายงานอุบัติการณ์ ได้แก่ ระยะค้นหาและประเมิน (detection stage) ระยะวิเคราะห์ (analysis stage) และระยะการเรียนรู้ (learning stage) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. องค์กรนำ (learning organization) หัวหน้าแผนกนำเป้าหมายนโยบายของโรงพยาบาลด้านความปลอดภัย การรายงานอุบัติการณ์สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบและสร้างความตระหนัก เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หัวหน้าแผนกเปิดใจรับฟัง ไม่กล่าวโทษผู้ที่ปฏิบัติงานผิดพลาด สร้างสภาพแวดล้อมไม่ตำหนิ ไม่กล่าวโทษ เปิดการเรียนรู้จากการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ เพื่อสร้างผลลัพธ์ให้ผู้ปฏิบัติงานเปิดใจรายงานอุบัติการณ์ตนเองด้วยความเต็มใจผ่านการนำของโรงพยาบาลหรือหัวหน้าแผนกในระบบการรายงานอุบัติการณ์ทุกระยะ จากการวิจัยในครั้งนี้ได้มีการกำหนดบทบาทของหัวหน้าแผนก ในการสื่อสารเป้าหมาย นำค้นหาความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์ วิเคราะห์อุบัติการณ์ ตอบกลับรายงาน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการทำ RCA เพื่อเรียนรู้ผลจากการจัดการรายงานอุบัติการณ์ และสื่อสารเชิงระบบกลับไปยังผู้ปฏิบัติงาน ลงในร่างรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ นอกจากนี้หลังการทดลองใช้ร่างรูปแบบ จะมีการนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติเพื่อให้เป็นร่างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมากที่สุด โดยมีหัวหน้าแผนกยังมีบทบาท กระตุ้น กำกับ ติดตามการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงานด้านการรายงานอุบัติการณ์อย่างคงเส้น คงวาจนเกิดเป็น ค่านิยมร่วมที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์มีประสิทธิภาพ ดังการศึกษา การรายงานอุบัติการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วยโดยการเปรียบเทียบความปลอดภัยในโรงพยาบาลพบว่าการสร้างสภาพแวดล้อมที่เปิดกว้าง และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่จะตอบสนองจะเพิ่มการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน (Howell, 2015) และการศึกษาการพัฒนาวัฒนธรรมการรายงานควรมีการสนับสนุนของผู้นำในองค์กรจึงจะประสบผลสำเร็จ (The Joint Commission, 2018)

2. ทีมทำงาน (team work) การมีส่วนร่วมกันของสหวิชาชีพ ในการรับฟังร่วมคิด ร่วมรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน โดยมีการกำหนดให้ทุกสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสามารถเป็นผู้รายงานอุบัติการณ์เข้าระบบได้ รวมถึงมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และเรียนรู้ผลจากการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อสร้างการเรียนรู้ให้แก่ทีม โดยกำหนดให้แต่ละวิชาชีพมีบทบาทแตกต่างกันในแต่ละระยะระบบการรายงานอุบัติการณ์ ร่างรูปแบบเมื่อนำไปปรับใช้จนตรงกับบริบทของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร พบว่า จำนวนการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานแต่ละวิชาชีพช่วยกันรายงานอุบัติการณ์ และการทำ daily huddle ในแผนกก็สามารถ

สร้างการเรียนรู้แก่ทีมในการจัดการรายงานอุบัติการณ์เชิงระบบ ส่งผลให้การรายงานอุบัติการณ์ กลายเป็นค่านิยมที่ทุกสาขาวิชาชีพร่วมกันให้คุณค่า และนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อสรุป การศึกษาทัศนคติและอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ต่อการศึกษาการทำงานร่วมกันในหลายโรงพยาบาลที่พบว่า การรายงานอุบัติการณ์ส่วนใหญ่พยาบาลจะทำบ่อยกว่า แพทย์ เพื่อปรับปรุงการรายงานอุบัติการณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ จำเป็นจะต้องมีการชี้แจงว่า เหตุการณ์ใดควรรายงาน และการรายงานอุบัติการณ์ควรทำให้ง่าย รวมถึงการมีข้อเสนอแนะในการจัดการรายงานอุบัติการณ์ (Evans, 2005)

3. สานพลัง (empowerment & errorless) ด้วยการให้พลังผู้ปฏิบัติงาน ได้แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง ลดปมกล่าวโทษหากผิดพลาด การสานพลังกำหนดบทบาทให้ผู้ปฏิบัติงานมีอำนาจในการตัดสินใจแก้ปัญหาเบื้องต้นที่เกิดจากการรายงานอุบัติการณ์ได้ โดยสนับสนุนจากหัวหน้าแผนกหรือโรงพยาบาล เมื่อเกิดอุบัติการณ์ในแผนกเพื่อนร่วมงานจะไม่มี การกล่าวโทษกัน โดยรูปแบบกำหนดการสานพลังอยู่ทุกระยะ เป้าหมายเพื่อเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของแผนก เพราะความปลอดภัยทางจิตใจผู้รายงานเป็นสิ่งที่ต้องโรงพยาบาลหรือหัวหน้าแผนก ควรคำนึงถึง เปรียบเสมือนแรงผลักดันในการการรายงานอุบัติการณ์ที่ทางทีมร่วมกันสร้างให้เกิดเป็น ค่านิยมร่วม การให้กำลังใจไม่กล่าวโทษทำให้ผู้ปฏิบัติงานมองการรายงานอุบัติการณ์เชิงบวก ส่งผลให้ รูปแบบมีประสิทธิภาพและเกิดการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษา การพัฒนาวัฒนธรรมการ รายงาน ควรมีการยอมรับวัฒนธรรมที่ยุติธรรม(just culture) ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการขจัดความกลัว ต่อการลงโทษ ซึ่งส่งผลถึงพฤติกรรมกรรายงานของบุคลากร (The Joint Commission, 2018)

4. ฝังคุณค่า (value on staff) ส่งเสริมการมีและใช้ศักยภาพ สร้างแรงจูงใจ ทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์กำหนดบทบาท หน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในแต่ละระยะ โดยให้ผู้ปฏิบัติงานสลับกันเป็นผู้นำในการ daily huddle ตั้งเป้าหมายให้ทีมในการรายงานอุบัติการณ์ในแต่ละวัน นำทีมปฏิบัติงานจนประสบผลสำเร็จ จนเกิด เป็นการเฉลิมฉลองความสำเร็จเมื่อสิ้นสุด จุดนี้เป็นการสร้างคุณค่าให้ตัวบุคคลด้วยการใช้ศักยภาพ และความภาคภูมิใจ ดังการศึกษา ระบบรายงานอุบัติการณ์ในระบบสุขภาพจะอย่างไร พบว่าการ ทำให้รายงานมีความหมายต่อผู้รายงาน จะช่วยเพิ่มคุณค่าแก่ระบบการรายงานอุบัติการณ์ (Pham, 2013)

2.2 รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร (LTEV Model) เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม เนื่องจากเป็นการนำค่านิยมที่มีผล ต่อการรายงานอุบัติการณ์มาสร้างเป็นค่านิยมร่วม ผ่านระยะต่าง ๆ ของระบบการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล จากการศึกษาทบทวนการ รายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร พบว่าการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงาน

ปฏิบัติการนี้ให้ประสบผลสำเร็จควรมีการสนับสนุนจากโรงพยาบาลหรือหัวหน้าแผนก องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ผู้นำ (leader) พบว่าผู้นำเป็นปัจจัยหรือตัวแปรสำคัญในการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร เป็นผู้สร้าง กำหนดบทบาท รูปแบบในการดำเนินพฤติกรรมที่เหมาะสมในด้านนั้น ๆ กำกับ ติดตาม จนพฤติกรรมเหล่านั้นเกิดเป็นค่านิยมกลุ่ม หากผู้นำไม่เห็นถึงความสำคัญ ขาดการวางแผนการเป็นผู้สร้าง ผู้กำหนดบทบาท จะทำให้รูปแบบพฤติกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ

2. เทคโนโลยีสารสนเทศ (technology) พบว่าโรงพยาบาลหรือหัวหน้าแผนกที่มีการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้มแข็ง จะสามารถนำพาการรายงานปฏิบัติการนี้ให้ง่าย ในการปฏิบัติงานประจำวันได้ ช่วยลดภาระงานที่เกิดขึ้น และยังระบบที่ถูกพัฒนาจะสามารถบริหารจัดการได้ทั้งระบบ หัวหน้าแผนกจึงมีความจำเป็นต้องเรียนรู้ บริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3. การสื่อสาร (communication) การตอบกลับรายงานปฏิบัติการนี้ที่สร้างการเรียนรู้จำเป็นต้องมีคุณภาพ โดยมีติที่สำคัญคือ ผู้รายงานหรือผู้สื่อสารต้องเห็นถึงประโยชน์ของการรายงานปฏิบัติการนี้ และเพื่อนร่วมงานหรือผู้รับสารจะต้องได้รับการสื่อสารที่สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน ไม่ใช่รู้สึกว่าเป็นโดนตำหนิ หรือโดนลงโทษจากการรายงานปฏิบัติการนี้ หากสื่อสารผ่านทัศนคติเชิงบวก ผู้รับสารก็จะตีความหมายเชิงบวก กลับกันหากผ่านทัศนคติเชิงลบสารที่สื่อออกมาจากการรายงานปฏิบัติการนี้ก็จะเป็นเชิงลบ และไม่สร้างประโยชน์กับทีม

สรุปการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานปฏิบัติการนี้สามารถเข้าร่วมได้ร้อยละ 82 ไม่เข้าร่วมร้อยละ 18 พบว่าบุคลากรที่ไม่สามารถเข้าร่วมตามแนวทางที่วางไว้เกิดจากภาระงานกับอัตรากำลังในเวรนั้นไม่เหมาะสมเช่นเดียวกับการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือที่พบว่าการนำนโยบาย หรือแนวทางไปปฏิบัติให้ได้อย่างครบถ้วนครอบคลุมงานและจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน (กานต์พิชา, 2563) ส่วนบุคลากรที่เข้าร่วมตามแนวทางได้สำเร็จเกิดจากการที่มีผู้นำช่วยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประสิทธิภาพ และการสื่อสารการตอบกลับรายงานปฏิบัติการนี้ที่สร้างการเรียนรู้ให้บุคลากร

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานปฏิบัติการนี้ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม อยู่ในระดับบุคคล ($M = 2.16$, $SD = .51$) เนื่องจากระยะเวลาดำเนินการจำกัด และความตระหนักหลังปฏิบัติตามค่านิยมร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อยู่ในระดับสูง ($M = 4.24$, $SD = .51$) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความตระหนักต่อการรายงานปฏิบัติการนี้ก่อนและหลังของบุคลากรที่นำรูปแบบที่ 1 ไปใช้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.13$, $p = <.05$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่ 1 มีผลทำให้บุคลากรมีความตระหนักเพิ่มมากขึ้น เป็นเพราะองค์กรหรือผู้นำให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรายงาน

อุบัติการณ์แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 4 เดือน เทียบเท่ากับรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เป็นเพราะแผนกมีการปรับปรุงพฤติกรรมของบุคลากรด้วยการเพิ่มให้ทีมสหวิชาชีพมีการช่วยเหลือกันรายงานอุบัติการณ์เข้าระบบ และการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ที่สร้างการเรียนรู้ เสริมพลังให้บุคลากรมีการปฏิบัติกรายงานอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง ทักษะคิด และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วมด้านการรายงาน พบว่ามีทัศนคติเชิงบวกสูงขึ้นจากการสื่อสารผ่าน daily huddle ในเชิงสร้างการเรียนรู้ให้แก่บุคลากร มากกว่าการตำหนิ ทำให้บุคลากรกล้าสื่อสารเพื่อแก้ไขเชิงระบบ

สรุปผลการวิจัยการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร และมีความคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมายว่ามีความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติเพื่อให้ค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์เกิดเป็นรูปธรรม เนื่องด้วยโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย จนมีการสำรวจผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็นค่านิยมองค์กรร่วมกับบริบทโรงพยาบาลที่มีอายุการดำเนินงานเพียง 5 ปี การสร้างวัฒนธรรม ค่านิยมของบุคลากรย่อมมีความเป็นไปได้หากมีการกำหนดรูปแบบชุดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทองค์กรในด้านนั้นๆ ผู้นำที่เห็นถึงความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ว่าเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย บุคลากรที่ยินดีให้ความร่วมมือกับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทักษะคิด การรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ของตน ให้เป็นการเรียนรู้ความผิดพลาดร่วมกันของทีม จนนำไปสู่การแก้ไขพัฒนาการทำงาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างความปลอดภัยทั้งกับตัวบุคคล ทีม และโรงพยาบาล ผ่านการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผลเพื่อให้ได้รูปแบบที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้จริง และตรงกับบริบทของโรงพยาบาล ค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่สร้างขึ้นสามารถปฏิบัติได้วันต่อวันจนทำให้จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริงได้รับการรายงาน ความตระหนักสูงขึ้น และทัศนคติ การรับรู้เชิงบวก สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงพฤติกรรมของบุคลากรที่พึงประสงค์ในการดำเนินการรายงานอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่อง เพื่อสร้างค่านิยมร่วมจนกลายเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยขึ้นในองค์กรที่ยั่งยืน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (practical action research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านการรายงานอุบัติการณ์ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ และ 3) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ พื้นที่วิจัยโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ผู้มีส่วนร่วมกับการวิจัย จำนวน 25 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล อดีตประธานองค์กรแพทย์ หัวหน้าแผนก และ กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล) กำหนดคุณสมบัติอายุงาน มากกว่า 1 ปี ทั้งหมดจำนวน 7 คน 2) กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ ได้แก่ แพทย์ประจำแผนก หัวหน้าแผนกพยาบาลวิชาชีพประจำแผนก และผู้ช่วยพยาบาล กำหนดคุณสมบัติอายุงานมากกว่า 4 เดือน ทั้งหมดจำนวน 18 คน

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และทบทวนสถิติข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ย้อนหลัง 3 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา 2) ระยะพัฒนารูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้กรอบการพัฒนาเชิงระบบ และวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติร่วมกับการสังเกตและสะท้อนกลับ โดยขั้นตอนการวางแผน วิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ การปฏิบัติร่วมกับการสังเกตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และสะท้อนกลับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา 3) ระยะประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ และความตระหนักด้านการรายงานอุบัติการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลของการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เป็นรูปแบบที่มีจุดเน้นในการกำหนดชุดของพฤติกรรมให้บุคลากรแสดงออกด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่สังเกตได้ในแต่ละวันภายใต้ระยะของระบบการรายงานอุบัติการณ์

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84 เกือบทั้งหมดมีอายุเฉลี่ยระหว่าง 31- 40 ปี ร้อยละ 40 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 44 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 68

กลุ่มเป้าหมายครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ด้านการรายงานอุบัติการณ์ ร้อยละ 44 และส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการหรืออบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือการรายงานอุบัติการณ์ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 88 กลุ่มเป้าหมายมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลในระดับผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 76

2. ผลการศึกษาสถานการณ์ด้านการรายงานอุบัติการณ์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ นโยบาย จากการศึกษาพบว่านโยบายไม่ได้ถูกลงไปใช้ในระดับปฏิบัติการ เนื่องจากขาดการสื่อสารนโยบายที่ต่อเนื่อง บุคลากร พบว่าขาดความรู้ ความเข้าใจในการรายงานอุบัติการณ์ และสหวิชาชีพ พบว่าขาดการมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีมในการรายงานอุบัติการณ์ ข้อเสนอแนะ คือ การออกแบบการสื่อสารนโยบายความปลอดภัยและการรายงานอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่องแก่บุคลากรทุกระดับ จัดการประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัย และการรายงานอุบัติการณ์ในแผนก และส่งเสริมให้สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในทีมด้านการรายงานอุบัติการณ์ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า เป็นจุดแข็งของระบบการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวไม่ระบุชื่อผู้รายงาน และสามารถเข้าถึงได้ง่าย แต่บุคลากรใช้รูปแบบดังกล่าวด้วยความไม่ชำนาญเนื่องจากการปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง การจัดการรายงานอุบัติการณ์ พบว่า ขาดการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ตามนโยบายที่วางไว้ ข้อเสนอแนะ คือ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้โปรแกรม occurrence online กำหนดให้มี Role model ด้านการรายงานอุบัติการณ์ในแผนก และสนับสนุนการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ในแผนกเบื้องต้น 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าความเป็นจริง โดยกำหนดเป้าหมายจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ในแต่ละปี 2400 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2561 – 2564 มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์เท่ากับ 843, 1930, 2068 และ 2310 เรื่อง ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาการรายงานอุบัติการณ์ของแผนกกลุ่มตัวอย่างในเดือน ม.ค.- เม.ย.ปี 2565 มีจำนวนเพียง 22 เรื่อง และส่วนใหญ่เป็นการรายงานผู้อื่นมากกว่าตนเอง ข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์โดยแผนกรายงานตนเองในปี พ.ศ.2565 จำนวน ร้อยละ 35.29 ทศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์ยังเป็นเชิงลบ มองว่าการรายงานอุบัติการณ์ไม่เกิดประโยชน์และกลัวการโดนตำหนิ หรือโดนลงโทษ ข้อเสนอแนะ เพิ่มจำนวนบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ให้เทียบเท่าความเป็นจริง สร้างบรรยากาศส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกด้านการรายงานอุบัติการณ์ให้แก่บุคลากร

3. ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ เป็นรูปแบบที่มีองค์ประกอบดังนี้ 1) องค์กรนำ (learning organization) เป้าหมายมาวางแผน ออกแบบสื่อสารให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2) ทีมทำงาน (team work) สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการรับฟัง ร่วมคิด ร่วมรายงานอุบัติการณ์ 3) สานพลัง (empowerment & errorless) ด้วยการมอบพลังให้ผู้ปฏิบัติงานได้แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง ลดปมกลัวโทษหากผิดพลาด และ 4) ฝังคุณค่า

(value on staff) ส่งเสริมการมีศักยภาพ แรงจูงใจที่จะรายงานอุบัติการณ์ และปฏิบัติการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงาน ลักษณะ day to day แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามระบบการรายงานอุบัติการณ์ ได้แก่ ระยะ detect stage ระยะ analysis stage และ ระยะ learning stage ผลลัพธ์ของการสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบในระยะ detect stage ปฏิบัติได้ ร้อยละ 83 ระยะ analysis stage ร้อยละ 72 และระยะ learning stage ร้อยละ 89 โดยภาพรวมปฏิบัติได้ ร้อยละ 82 ผลการสัมภาษณ์พบว่าสามารถปฏิบัติตามแนวทางรูปแบบที่สร้างขึ้นได้ แนวคิดหรือเคล็ดลับที่ทำให้การสร้างค่านิยมประสบความสำเร็จ คือ การทำงานเป็นทีม และการสนับสนุนของหัวหน้า ปัญหาอุปสรรคสำคัญ คือ ภาระงาน วิธีแก้ปัญหาคือ สนับสนุนให้การรายงานอุบัติการณ์เป็นหนึ่งในกิจวัตรประจำวันของการทำงาน และองค์กรควรเพิ่มเรื่องผู้นำ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประสิทธิภาพ และการสื่อสารผลการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ที่สร้างการเรียนรู้

4. การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ โดยรวมปฏิบัติตามการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์อยู่ในระดับบุคคล ($M = 2.16, SD = 0.51$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการค้นหาความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์ ($M = 2.31, SD = 0.58$) ปฏิบัติตามการสร้างค่านิยมร่วมอยู่ในระดับบุคคล ด้านการจัดการรายงานอุบัติการณ์ ($M = 2.64, SD = 0.62$) ปฏิบัติตามการสร้างค่านิยมร่วมอยู่ในระดับทีม และด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์ ($M = 1.54, SD = 0.33$) ปฏิบัติตามการสร้างค่านิยมร่วมอยู่ในระดับบุคคล ความตระหนักด้านการรายงานอุบัติการณ์ โดยรวมก่อนมีการสร้างค่านิยมร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.99, SD = 0.72$) หลังอยู่ในระดับมาก ($M = 4.34, SD = 0.51$) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ก่อนและหลังของบุคลากรที่นำรูปแบบที่ 1 ไปใช้ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.13, p < .05$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่ 1 มีผลทำให้บุคลากรมีความตระหนักเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการรับรู้ ก่อนอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.98, SD = 0.70$) หลังอยู่ในระดับมาก ($M = 4.24, SD = 0.58$) ด้านความเข้าใจก่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.95, SD = 0.86$) หลังอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26, SD = 0.56$) และด้านการคาดการณ์พฤติกรรมอยู่ในระดับก่อนอยู่ในระดับมาก ($M = 4.04, SD = 0.59$) หลังอยู่ในระดับมาก ($M = 4.53, SD = 0.38$) ทศนคติ และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วมโดยรวมมองเชิงบวกเพิ่มขึ้น จำนวนการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นเทียบเท่าความเป็นจริง จาก 22 เรื่อง เป็น 202 เรื่อง และพบการรายงานตนเองของหน่วยงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5

ข้อจำกัดในการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครในครั้งนี้มีข้อจำกัดของระยะเวลาในการทดลองใช้รูปแบบเพื่อประเมินประสิทธิผล โดยมีการนำไปใช้เพียง 2 เดือน และการเลือกพื้นที่ในการทำวิจัยเป็นพื้นที่ที่มีภาระงานมาก ทำให้การจัดกิจกรรมอบรมจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ การประชุมทีมของผู้มีส่วนร่วมวิจัยมีการปรับเปลี่ยนเป็นแบบออนไลน์

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ด้านการบริหาร

ผู้บริหารสามารถนำรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ไปต่อยอดในแผนกอื่นในองค์กร โดยใช้การสนับสนุนของผู้บังคับการ และการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ สร้างความสำเร็จในการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาควรติดตามผลการพัฒนาารูปแบบในระยะยาว เช่น 6 เดือน – 1 ปี จะทำให้ผลงานวิจัยแปลผลมีความสมบูรณ์และน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น
2. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กานต์พิชา จันทร์หงษ์, อรอนงค์ วิชัยคำ, และ ฐิติณัฏฐ์ อัครเดชะอนันต์. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. *พยาบาลสาร*, 47(2), 406 – 416.
- เกตุวดี สมบูรณ์ทวี. (2561). อิทธิพลด้านค่านิยมส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าตราสินค้าผ่านสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่ม GEN Y ในเขตพญาไท. *Veridian E-Journal silpakorn university*, 11(2), 1500 – 1514.
- ข้อมูลศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล. (2563). สถิติการรายงานตนเองของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ 2560 – 2564. *กรุงเทพสุราษฎร์: โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์*.
- ณัฐพงศ์ เกศมาริช. (2546). วิสัยทัศน์พันธกิจและค่านิยมสำหรับการสร้างองค์การยุคใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- ทิตินา แคมมณี. (2542). การจัดการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (CIPPA MODEL). *วารสารวิชาการกรมวิชา*, 2(5), 2 – 30.
- ธีรศักดิ์ อัครบวร. (2543). ความเป็นครู(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ก. พลพิมพ์.
- นุชนาฏ จันทรา. (2552). *รูปแบบภาวะผู้นำของคนบังคับตามทัศนคติและความคาดหวังของ บุคลากร: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.*
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บังอร เชื้อนคำ, สมใจ ศิริกมล, และ บุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 47(1), 337 - 349.
- บังอร สัตยวณิช. (2560). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. Retrieved from http://digital_collect.lib.buu.ac.th/
- ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, จิรพรรณ พิรุณภูมิ, มยุรา ชนภัทรภรณ์, และ กมลพรรณ รามแก้ว. (2559). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมสร้างความปลอดภัย. *วิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 247 - 260.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล. (2561). การจัดการเชิงระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย. *พยาบาลสาร*, 45(2), 148 - 156.
- ยุทธภูมิ มีประดิษฐ์, พิทักษ์ ศิริวงศ์, และ ธีระวัฒน์ จันทิก. (2560). การพัฒนาแบบวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยเชิงรุกในระบบอุตสาหกรรมการผลิตของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(1), 1 - 11.
- รจนา บุญลพ, และ กาญจนา ภัทรวิวัฒน์. (2563). บทบาทของค่านิยมร่วมและวิสัยทัศน์ร่วมในชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพสู่การพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียน. *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 26(1), 3 - 13.
- วชิระ สุริยะวงศ์, และ เทียมศร ทองสวัสดิ์. (2564). การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานในองค์กรพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัย. *พยาบาลสาร*, 48(1), 331 - 340.
- วัชรีย์ แสงมณี, ยุพิน วัฒนสิทธิ์, และ น้ำทิพย์ แก้ววิชิต. (2561). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลต่อการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(3), 94 - 102.
- วรรณดี สุทธินรากร. (2562). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการการวิจัยเพื่อเสริมภาพและการสร้างสรรค์*. กรุงเทพมหานคร: สยามปริทัศน์ จำกัด.
- วรรณดี สุทธินรากร. (2556). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการการวิจัยเพื่อเสริมภาพและสร้างสรรค์*. กรุงเทพมหานคร: สยามปริทัศน์ จำกัด.
- วรรณเพ็ญ เนื่องสิทธิ์, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, และ กุลวดี อภิชาติบุตร. (2018). การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *Journal of the phrae hospital*, 26(1), 47 - 60.
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยปฏิบัติการ. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1), 29 - 49.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการองค์การมหาชน. (2565). <http://www.rh12.moph.go.th/wp-content/uploads/2018/08/New-STD-RM-risk-register>.
- สมพันธ์ ทักษิณม, และ นิตย ทักษิณม. (2558). คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย) เล่ม 4. *สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)*, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด, 1 - 164.
- สมปอง พะมูลิลา. (2554). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. Retrieved from <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledge>.
- สยาม ชื่นพงศ์, และ ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 3(2), 23 - 38.

- สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว, และสมพิศ พรหมเดช. (2557). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 66 – 70.
- สุภิญญา ทองแก้ว, ปราโมทย์ ทองสุข, และปรัชญนันท์ เทียงจรรยา. (2561). ความตระหนักต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 62 – 72.
- สัญญา ยี่อราน, และศิริไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(2), 288 - 300.
- ศุภมิต ศิริโสภณภิววัฒน์, และ อารยา ปิยะกุล. (2560). การพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างค่านิยมด้านความรับผิดชอบต่อของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(3), 36 – 45.
- อัชชีซิส ฮามิ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของค่านิยมบุคคลกับองค์การความผูกพันต่อองค์การและความพยายามทุ่มเทของพยาบาลวิชาชีพ. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพัฒนาศาสตร์พยาบาลมนุษยศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์*, 1 – 144. Retrieved from: <http://libdcms.nida.ac.th/thesis6/2558/b193385.pdf>.
- อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์, และพิมพ์มล วงศ์ไชยา. (2560). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 36(6), 192 - 202.
- อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์. (2559). *คู่มือการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. ฉบับปรับปรุง 2559.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2554). การจัดการเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริการพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 38(3), 168 - 177.
- Benn, J., Koutantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M., Healey, A., & Vincent, C. (2009). Feedback form incident reporting: information and action to improve patient safety. *Qual Saf Health Care*, 18, 11-21. doi:10.1136/qshc.2007.024166
- Chiang, H. Y., Hsiao, Y. C., Lin, S. Y., & Lee, H. F. (2011). Incident reporting culture: scale development with validation and reliability and assessment of hospital nurses in Taiwan. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 429-436.
- Cope, G. P., Sutton, B., Toyinbo P., Campbell, R., Patel, N. & et.al. (2014). Effects of a national safe patient handling program on nursing injury incidence rates. *The Journal of Nursing Administration*, 44(10), 525-534. doi: 10.1097/NNA.000000000000111

- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Engeda, E. H. (2016). Incident reporting behaviours and associated factors among nurses working in gondar university comprehensive specialized hospital, Northwest ethiopia. *Hindawi Publishing Corporation Scientifica*, 1-7. Retrived from <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6748301>.
- Endsley, M. R. (1995). Towards theory of situation awareness in dynamic systems. *Human factors*, 37(1), 32 – 64. Retrived from https://www.ida.liu.se/~769A09/Literature/SA/Endsley_1995a.pdf.
- Flemons, W., & Mcrae, G. (2012). Reporting, learning and the culture of safety. *Healthcare Quarterly*, 15, 12 – 17.
- Hewitt, T., Chreim, S., & Forster, A. (2016). Incident reporting systems: a comparative study of two hospital divisions. *Archives of public health*, 74(34), 1 – 19. doi: 10.1186/s13690-016-0146-8.
- Kemmis, S., Mctaggart, R., & Nixon, R. (2014). The action research doing critical participatory action research. Retrived from <https://www.springer.com>
- Kerlinger, F. (1973). Foundation of behavioral research. *New York: Holt, Rinehart and Winston*, Inc.
- Kusumawati, A. S., Handiyani, H., & Rachmi, S. F., (2019). Patient safety culture and nurses' attitude on incident reporting in Indonesia. *Enferm Clin*, 29(S2), 47-52.
- Mjadu, T. M., Jarvis, M. A. (2018). Patient' safety in adult ICUs: Registered nurses' attitudes to critical incident reporting. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 81-86.
- Morris, R., & O'Riordan, S. (2017). Prevention of falls in hospital. *Clinical Medicine*, 17(4), 360-362.
- Person, K.D. (2000). IAEA safety standards on management systems and safety culture. Vienna, Austria: Department of nuclear energy, International atomic energy agency.
- Pham, J.C., Girard, T., & Pronovost, P.J. (2013). What to do with healthcare Incident Reporting Systems. *Journal of Public Health Research*, 2(27), 154-159.

- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. New York: Ashgate publishing.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Education and debate BMJ*, 320, 768 – 770.
- Reis, C.T., Paiva, S.G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *International journal for quality in health care*, 30(9), 660 – 677.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. The free press a division of macmillan publishing Co, 1 – 456. Retrived from <https://archive.org/details/natureofhumanval00roke/page/n7/mode/2up?view>.
- Schwartz, S. H. (2007). Basic human values: theory, methods; and application. Retrived from: <http://segr-did2.fmag.unict.it/Allegati/convegno%207-8-10-05/schwartzpaper.pdf>.
- Srisatidnarukul, B. (2007). *Leadership and strategic management in nursing organization for the 21st century*. Bangkok: Chulalongkorn University printing house. (In Thai)
- Supachutikul, A. (2000). *Hospital Risk Management System*. Bangkok: (in Thai)
- The Joint Commission. (2018). Developing a reporting culture: Learning from close and hazardous conditions. *Sentinel Event Alert*, 60, 1-8. Retrived from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30540371/>
- World Health Organization. (2009). WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Retrived from http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_MPS.
- World Health Organization. (2020). Patient safety incident reporting and learning systems: Technical report and guidance. Retrived from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>.
- Yoo, M. S., & Kim, K. J. (2017). Exploring the influence of nurse work environment and patient safety culture on attitudes toward incident reporting. *JONA*, 47(9), 434-440. doi: 10.1097/NNA.0000000000000510
- Yoon, S., Lee, T. (2022). Factors influencing military nurses' reporting of patient safety events in south korea: A structural equation modeling approach. *Asian Nursing Research*, 1 - 8. Retrived from <https://doi.org/10.1016/j.anr.2022.05.006>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการวิจัย

หัวข้อวิจัย : การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล
กรุงเทพ สุราษฎร์

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์
การศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ใช้กรอบแนวคิด โดนาปี
เดียนเป็นกรอบในการสร้างแนวคำถาม ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ และ 3)
ด้านผลลัพธ์ วัดโดยการตอบแบบสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง

ชื่อเครื่องมือการวิจัย : แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและสนทนากลุ่ม ในระยะศึกษาสถานการณ์

ชุดที่ 1 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์รายบุคคลของผู้บริหารโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความตามความเป็นจริงและเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (หากเกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
3. วุฒิการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี ระบุสาขา.....
 ปริญญาโท ระบุสาขา.....
4. การดำรงตำแหน่งงานในปัจจุบัน
 ผู้บริหารโรงพยาบาล
 ผู้จัดการ
 อาจารย์แพทย์

- หัวหน้าแผนก, รองหัวหน้า
- ผู้ปฏิบัติงาน (พยาบาลวิชาชีพ, ผู้ช่วยพยาบาล)

5. ประสิทธิภาพการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล หมายถึงประสิทธิภาพการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงจนถึงปัจจุบัน

- 1- 5 ปี
- 6- 10 ปี
- 11-15 ปี
- มากกว่า 15 ปีขึ้นไป

6. ในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมาท่านได้เข้าร่วมประชุมวิชาการหรืออบรมเกี่ยวกับ “ความปลอดภัย หรือการบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์” หรือไม่

- ไม่ได้เข้าร่วม
- ได้เข้าร่วมการอบรม ระบุ Risk management for care manager, Risk management (จัดอบรมภายในองค์กร)

7. มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

- ผู้บริหารโรงพยาบาล
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ด้านโครงสร้าง

1. ในมุมมองท่านสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ของคนในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร สุราษฎร์ปัจจุบันแตกต่างจากอดีตหรือไม่ อย่างไร

.....

2. เพราะเหตุใดสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์จึงเป็นเช่นนั้น

.....

3. ท่านคิดว่าระบบการรายงานอุบัติการณ์ มีอะไรที่ยังเป็นปัญหา อุปสรรคของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ และท่านมีข้อเสนอแนะในการจัดการปัญหาอย่างไร

.....

4. ท่านมีวิธีการอย่างไรที่จะสร้างให้คนในองค์กรของท่านเต็มใจรายงานอุบัติการณ์ และท่านจะขับเคลื่อนอย่างไรให้สิ่งนี้มีความยั่งยืน

.....

ด้านกระบวนการ

1. ท่านคิดว่าเครื่องมือในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Occurrence Online) ของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครมีข้อดี ข้อเสียอย่างไรบ้าง

.....

ด้านผลลัพธ์

1. ในเชิงผลลัพธ์ท่านคาดหวังให้สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร

.....

ชุดที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลเดียวกันกับชุดที่ 1)

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

.....

ด้านโครงสร้าง

1. ในมุมมองท่านสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ของคนในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครปัจจุบันแตกต่างจากอดีตหรือไม่ อย่างไร

.....

2. เพราะเหตุใดสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครจึงเป็นเช่นนั้น

.....

3. ท่านคิดว่าสถานการณ์หรือระบบการรายงานอุบัติการณ์ใดที่ยังเป็นปัญหา อุปสรรคของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร และท่านวางแผนในการจัดการปัญหานั้นอย่างไร

.....

4. ท่านมีวิธีการอย่างไรที่จะสร้างให้คนในองค์กรของท่านเต็มใจรายงานอุบัติการณ์ และท่านจะขับเคลื่อนอย่างไรให้สิ่งนี้มีความยั่งยืน

.....

ด้านกระบวนการ

1. ท่านคิดว่าเครื่องมือในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Occurrence Online) ของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครมีข้อดี ข้อเสียอย่างไรบ้าง และท่านมีวิธีจัดการข้อเสียอย่างไร

.....

ด้านผลลัพธ์

1. ท่านคิดว่าการปลูกฝังให้คนในองค์กรให้คุณค่ากับการรายงานอุบัติการณ์ ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร ท่านคาดหวังให้ใครทำอะไร

.....

2. พฤติกรรมใดของคนในองค์กรที่ท่านอยากเห็นเมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร และวิธีการซึ่งคงไว้เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นท่านจะทำอย่างไร

.....

ชุดที่ 3 แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลเดียวกันกับชุดที่ 1)

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ด้านโครงสร้าง

1. ในมุมมองท่านสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครปัจจุบันแตกต่างจากอดีตหรือไม่ อย่างไร

.....

2. เพราะเหตุใดสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครจึงเป็นเช่นนั้น

.....

3. ท่านคิดว่าองค์กรควรให้การสนับสนุนอย่างไรเพื่อให้ตัวท่านมีการรายงานอุบัติการณ์ของตนเองอย่างต่อเนื่อง

.....

ด้านกระบวนการ

1. ท่านคิดว่าเครื่องมือในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Occurrence Online) ของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์มีข้อดี ข้อเสียอย่างไรบ้าง

.....

2. ท่านคิดว่าเครื่องมือในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ดีควรเป็นอย่างไร

.....

ด้านผลลัพธ์

1. ปกติท่านมีรายงานอุบัติการณ์ตนเอง หรือผู้อื่นมากกว่ากันเพราะอะไร ท่านคิดเห็นอย่างไรกับการรายงานอุบัติการณ์ตนเอง

.....

2. ในอนาคตหากท่านมีโอกาสบอกให้เพื่อนร่วมงานของท่านเห็นคุณค่าของการรายงานอุบัติการณ์ ท่านจะมีวิธีการสื่อสารอย่างไร

.....

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์

เครื่องมือในระยะนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

ส่วนที่ 2 แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับ

ชื่อเครื่องมือการวิจัย : แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์

ระดับคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ระดับคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
ด้านประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์					
1.เป็นไปตามแนวคิดการสร้างค่านิยมร่วมในโรงพยาบาล					
2.ทำให้การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เป็นการรายงานอุบัติการณ์ของตนเอง					
3.รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่สร้าง ขึ้นครอบคลุมค่านิยมที่เกิดกับบุคลากรผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร					
4.สามารถนำไปสู่การประเมินผลลัพธ์/ผลการดำเนินงานได้ ชัดเจนด้านการสร้างค่านิยมร่วม					
ด้านการนำไปใช้ของรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์					
1.ครอบคลุมสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ที่ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์					
2.สะท้อนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วม					
3.สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร					
4.รูปแบบที่พัฒนาขึ้นการปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อน					
5.ความเห็นต่อรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงาน อุบัติการณ์					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ชื่อเครื่องมือการวิจัย : แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงาน
อุบัติการณ์

เกณฑ์พิจารณาการสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์
ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

ระยะ	วิชาชีพ	เกณฑ์การพิจารณา	
		เข้าร่วม	ไม่เข้าร่วม
Detection	พยาบาลวิชาชีพ, ผู้ช่วยพยาบาล, แพทย์	1.ประเมินอุบัติการณ์ว่าเป็น Near miss, No Harm, Adverse event และบันทึกข้อมูล ลง Occurrence Online	1.ไม่บันทึกข้อมูลลง Occurrence Online
	หัวหน้าแผนก	1.Daily Huddle ตั้งเป้าหมายความปลอดภัยในหน่วยงาน Day to Day, ความเสี่ยงที่สำคัญ	1.ไม่สื่อสารเป้าหมายให้ทีมรับทราบ
Analysis	พยาบาลวิชาชีพ, ผู้ช่วยพยาบาล, แพทย์	1.เขียน Story อุบัติการณ์ บันทึกลงในระบบ Occurrence Online พร้อมวิธีแก้ไขปัญหาเบื้องต้น 2.สื่อสารกับทีมภายในเวร ว่า Report เป็น Good save or Incident	1.ไม่บันทึกข้อมูลลง Occurrence Online 2.ไม่สื่อสารกับทีม
	หัวหน้าแผนก	1.นำรายงานอุบัติการณ์มาสื่อสารในทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขเบื้องต้นร่วมกัน 2.ตอบกลับแนวทางแก้ไข ลงในระบบ Occurrence Online	1.ไม่สื่อสาร และลงบันทึกการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ ในระบบ Occurrence Online
Learning	พยาบาลวิชาชีพ, ผู้ช่วยพยาบาล, แพทย์, หัวหน้าแผนก	1.เข้าร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การจัดการ รายงานอุบัติการณ์เชิงระบบร่วมกัน ด้วยการทำให้ RCA	1.ไม่เข้าร่วม
	หัวหน้าแผนก	1.ตอบกลับผลการทำ RCA แก่ผู้จัดการ ความเสี่ยง	1.ไม่ตอบกลับรายงานอุบัติการณ์
Feedback	หัวหน้าแผนก	1.นำแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการทำ RCA + Focus group ในหน่วยงาน มาสื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบ 2.Set เป็น Goal ประจำสัปดาห์	1.ไม่สื่อสาร

ชื่อเครื่องมือการวิจัย : แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับ

1. ท่านสามารถปฏิบัติตามแนวทางของการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครได้หรือไม่ เพราะอะไร

.....

2. ท่านมีแนวคิดหรือเคล็ดลับอะไรบ้างเพื่อให้การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครประสบความสำเร็จ เช่น การฝึกอบรมอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

.....

3. ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างในการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร และท่านมีวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไร

.....

4. ท่านคิดว่าควรมีการสนับสนุนด้านใดบ้าง เช่น ระบบรายงานอุบัติการณ์แบบแอปพลิเคชัน ระบบการตอบกลับรายงาน การสนับสนุนจากผู้นำองค์กร เพื่อให้การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครประสบความสำเร็จ

.....

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ใน
โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

เครื่องมือในระยะนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติ และการรับรู้ต่อค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตระหนักด้านการรายงานอุบัติการณ์

ชื่อเครื่องมือการวิจัย : แบบสอบถามการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงาน
อุบัติการณ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติตนจนแบบอย่างในโรงพยาบาล

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติตนจนเป็นแบบอย่างในแผนก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติตนจนเป็นแบบอย่างแก่เพื่อนร่วมงาน

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติตนกับตัวเองเป็นประจำ

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติบางครั้ง

รายการประเมิน	ระดับการปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
ด้านการค้นหาความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์					
1.ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ท่านจะทักท้วงเมื่อเกิดเหตุการณ์เกือบพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์					
2.เมื่อพบเห็นความเสี่ยง หรือเหตุการณ์ผิดพลาดในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ท่านมักเขียนรายงานอุบัติการณ์					
3.เมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น ท่านมักรายงานตามระยะเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด					
4.ท่านมักนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานที่เกิดเข้ามาพูดคุยในDaily Huddle					
5.ท่านสร้างนวัตกรรมการค้นหาความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์					

รายการประเมิน	ระดับการปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
ด้านการประยุกต์ใช้การเรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์					
6.เมื่อท่านพบเหตุการณ์ผิดพลาดที่ท่านมีส่วนเกี่ยวข้อง ท่านมักรายงานอุบัติการณ์ตนเอง ผ่านระบบ Occurrence Online					
7.ท่านนำทริเียนจากการรายงานอุบัติการณ์ที่มีสาเหตุจากความไม่รู้ ทักษะของผู้ปฏิบัติงานไปวางแผนพัฒนาความสามารถ					
8.ท่านนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ไปปรับปรุงกระบวนการทำงาน หรือปรับปรุง CPG WP WI ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร					
9.ท่านนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ไปจัดทำงานวิชาการ (Interesting Case, CQI, R2R)					
10.ท่านนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์มาสร้างนวัตกรรมความปลอดภัย					
ด้านการจัดการรายงานอุบัติการณ์ และการขับเคลื่อนระบบ					
11.ท่านหาสาเหตุของรายงานอุบัติการณ์ด้วยตนเองหรือเข้าร่วมทบทวนเมื่อมีโอกาส					
12.ท่านไม่รายงานอุบัติการณ์เพราะกลัวโดนลงโทษหรือตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน					
13.เมื่อมีการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ให้ท่านปรับปรุงกระบวนการทำงานท่านยินดีและปฏิบัติตาม					
14.ท่านตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ หรือจัดการทำ RCA ในระยะเวลาที่กำหนด					
15.ท่านนำผลการวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ไปสื่อสารให้บุคลากรในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครรับรู้					

ภาคผนวก ข
หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2022 - St - Nur - 014 (Internal)

ชื่อโครงการ: การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล
กรุงเทพมหานคร

รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2022 - St - Nur 009 (Internal)

ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางสาวกณิชนันต์ ศรีทอง

หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย
3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง: 8 เมษายน 2565

วันที่หมดอายุ: 8 เมษายน 2567

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการ
เบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007

(ลงนาม)

วสิน พุ่มสาร


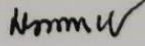
(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มสาร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ภาคผนวก ค
หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

<p>ที่ ฮว ๒๕๑๐๕/ ๑๐๕๕</p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">สำนักผู้บริหาร</td> </tr> <tr> <td>วันที่รับเอกสาร 25 พ.ค. 2565</td> </tr> <tr> <td>เวลา ๐๕:๐๐ น.</td> </tr> <tr> <td>เลขที่ทะเบียนรับ 115/2565</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถ.กาญจนวิถี ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๐</p>	สำนักผู้บริหาร	วันที่รับเอกสาร 25 พ.ค. 2565	เวลา ๐๕:๐๐ น.	เลขที่ทะเบียนรับ 115/2565
สำนักผู้บริหาร						
วันที่รับเอกสาร 25 พ.ค. 2565						
เวลา ๐๕:๐๐ น.						
เลขที่ทะเบียนรับ 115/2565						
<p>๒๐ เมษายน ๒๕๖๕</p>						
<p>เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์</p> <p>เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร</p> <p>สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย จำนวน ๑ ชุด</p>						
<p>ด้วยนางสาวกณิกนันต์ ศรีทอง รหัสนักศึกษา ๒๓๑๐๕๒๐๐๐๕ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การพัฒนาแบบการสร้างความร่วมมือด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษาที่มีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากสหสาขาวิชาชีพที่เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เพื่อทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว ทั้งนี้ โครงการวิจัยของนักศึกษาได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามรหัสหนังสือรับรอง PSU IRB ๒๐๒๒ - St - Nur ๐๐๔</p>						
<p>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้นางสาวกณิกนันต์ ศรีทอง เก็บข้อมูลวิจัยจากสหสาขาวิชาชีพที่เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๕ คน ระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ - วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕</p>						
<p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง</p>						
<p>- expert นายแพทย์ชัชวาล สุวรรณทิพย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล</p>	<p>ขอแสดงความนับถือ</p> <p></p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต) รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p>	<p>งานบัณฑิตศึกษา โทร. ๐ ๗๕๒๘ ๖๔๕๖ โทรสาร ๐ ๗๕๒๘ ๖๔๒๑ สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล</p>				

ภาคผนวก ง
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ใบพิทักษ์สิทธิ

ชื่อการศึกษา การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล
กรุงเทพสุราษฎร์

Development Model for Creating Shared Value an Incident Reporting in Bangkok-Surat
Hospital

1. บทนำ

ดิฉัน นางสาวกณิกนันต์ ศรทอง นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มีวิจัย
ซึ่งประกอบด้วยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
และดร.ศศิธร ลายเมฆ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมจะดำเนินการวิจัย เรื่อง “ การพัฒนารูปแบบ
การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ” โดยมีวัตถุประสงค์
1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์
2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ 3)
เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาล
กรุงเทพสุราษฎร์

2. ความเป็นมาของการศึกษา/ วัตถุประสงค์

ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมี
ส่วนร่วมในการให้ข้อมูล และร่วมในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ความปลอดภัยเป็นหัวใจของระบบบริการสุขภาพ เป็นเป้าหมายของสถานพยาบาลทั้ง
ภาครัฐและเอกชน ซึ่งมุ่งให้มีการขับเคลื่อนที่ต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยในทุก
องค์กร โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์เป็นองค์กรหนึ่งที่ขับเคลื่อนเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย แต่
จากการทบทวนรายงานอุบัติการณ์และค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความไม่ปลอดภัย พบว่าจำนวน
การรายงานอุบัติการณ์อาจน้อยกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง บางอุบัติการณ์ไม่ถูกรายงาน และ
อุบัติการณ์ร้อยละ 70 เป็นการรายงานผู้อื่นไม่ใช่การรายงานตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้องเรื่องการรายงานอุบัติการณ์ในสถานพยาบาลภาครัฐพบว่า ผู้รายงานกลัวถูกการลงโทษ ถูก

ตำหนักจากเพื่อนร่วมงาน ระบบการรายงานและตอบกลับรายงานไม่มีประสิทธิภาพ ผู้นำองค์กรขาดการสนับสนุนเชิงประจักษ์ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลถึงพฤติกรรมของบุคลากรที่มีต่อการรายงานอุบัติการณ์ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าหากมีรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ขึ้นในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ ที่มีรูปแบบการกำหนดพฤติกรรมที่ชัดเจน เหมาะสม ตรงกับบริบทของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ ที่มาจากการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร สร้างให้บุคลากรมีพฤติกรรมการรายงานอุบัติการณ์ด้วยความเต็มใจ ตระหนักในเรื่องความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ การศึกษาวิจัยจะทำการศึกษา ในช่วง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 เสร็จสิ้นเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยมีขั้นตอนปฏิบัติของการวิจัยดังนี้ 1) เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะประสานกับกลุ่มตัวอย่างผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย 2) ผู้วิจัยจะแนบหนังสือชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ใส่ซองแบบสอบถามพร้อมเข้าชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยตนเอง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และอธิบายขั้นตอนพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความต้องการ 3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 หรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อศึกษาสถานการณ์การด้านการรายงานอุบัติการณ์ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ประกอบด้วย แพทย์หัวหน้าศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสุราษฎร์ จำนวน 1 คน หัวหน้าองค์กรแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้จัดการกลุ่มงานผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน พยาบาลผู้จัดการความเสี่ยง จำนวน 1 คน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จำนวน 1 คน รองหัวหน้างานเภสัชกรรม จำนวน 1 คน หัวหน้างานรังสีเทคนิค จำนวน 1 คน หัวหน้างานกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน จะถูกนัดเวลาสัมภาษณ์และแจ้งเรื่องการอัดเทป การเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ การศึกษาครั้งนี้กำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูล จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ไว้คร่าว ๆ แต่จะทำการเก็บข้อมูลจนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูลในประเด็นหลัก (Nastasi and Schensul, 2005 อ้างตาม ประไพพิมพ์และประสพชัย, 2559) และเนื่องจากประเด็นศึกษามีกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะบริบทที่แตกต่างกัน มีแนวโน้มความคิดที่แตกต่างของผู้ให้ข้อมูล จึงใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ 8 คน จนเกิดการอิ่มตัวของข้อมูลหลัก ไม่เกิดข้อมูลใหม่ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 15-30 นาที ผู้วิจัยกลุ่มที่ 2 หรือผู้ใช้รูปแบบ เพื่อศึกษาระยะสะท้อนผลการใช้รูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ประกอบด้วย แพทย์กลุ่มงานผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน พยาบาลที่เป็น

คณะกรรมการของ PCT อายุรกรรม และศัลยกรรม จำนวน PCT ละ 1 คน พยาบาลหัวหน้าหน่วยงานกลุ่มงานผู้ใหญ่ จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลกรุงเทพฯสุราษฎร์มากกว่า 2 ปีขึ้นไปประจำกลุ่มงานผู้ใหญ่ จำนวน 8 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน นักรังสีเทคนิค จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน จะได้รับแบบสอบถามจำนวน 2 ส่วน มีจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที และ 4)ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเองหลังแจกแบบสอบถาม 3 วัน

3. ความเสี่ยง/ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

คุณประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลกรุงเทพฯสุราษฎร์ และยังสามารถใช้ข้อมูลรูปแบบการสร้างค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ไปปรับใช้กับหน่วยงานหรือบุคคลเอง สร้างภาพลักษณ์การให้บริการที่มีความปลอดภัย ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่น มีการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อรายได้ ค่าตอบแทนต่าง ๆ ในอนาคตสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการด้านความปลอดภัยจากสถานพยาบาลระบบบริการสุขภาพภาคเอกชน และยังเป็นรากฐานที่ดีของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

จากข้อมูลที่ผู้วิจัยมีในขณะนี้ อาจมีผลกระทบด้านจิตใจจากการแสดงความคิดเห็นที่อาจเป็นเชิงลบ อย่างไรก็ตามหากพบความเสี่ยงหรือเหตุที่คาดว่าจะเกิดอันตรายผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้ผู้ร่วมวิจัยรับทราบทันที และหากการวิจัยส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย หรือหน่วยงานสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้ในทันทีท่านสามารถติดต่อผู้ทำวิจัยได้โดยตรง นางสาวกณิกนันต์ ทรทอง โทรศัพท์ 095-9547693 หรือ E-mail: kanikanmeow@gmail.com และสามารถติดต่อคุณพรณวดี ธีระกุลพิศุทธิ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ โทรศัพท์ 074-286470 หรือ E-mail panwadee.t@psu.ac.th

4. การปกป้องความลับ

เทปบันทึกการสนทนากลุ่ม, แบบสอบถามเป็นแบบไม่ระบุชื่อสกุลผู้ตอบ หรือข้อมูลอื่นใดที่มีโอกาสระบุได้ว่าเป็นใคร แบบบันทึกภาคสนาม และการวิเคราะห์ทุกอย่างจะใช้รหัสเบื้องต้น (coding) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล เช่น P (participant) หมายถึง ผู้ให้ข้อมูล I (interview) หมายถึง การสัมภาษณ์ ดังนั้น P1I1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลเพียงคนเดียวข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 5 ปี ในการนำเสนอผลการวิจัย จะมีการปกปิดทั้งชื่อ - สกุล ผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงานที่ทำการศึกษาวินิจฉัย และใส่ซองปิดผนึกหลังผู้ร่วมวิจัยให้ข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลเพียงคนเดียว ข้อมูลที่ได้จากข้อคำถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยนำมาถอดเป็นระดับของค่าคะแนน และจะถูกจัดเก็บเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย ซึ่งมีรหัสผ่านในการเข้าถึงเอกสารทั้งหมดในงานวิจัยจะถูกเก็บในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจถือคของผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงได้ การรายงานผลวิจัย จะมีการปกปิดทั้งชื่อ – สกุลของกลุ่มตัวอย่างและรายงานผลในภาพรวม ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดจะใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นไม่มีการส่งต่อข้อมูลของท่านไปให้บุคคลอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้นและได้รับการตีพิมพ์แล้วทันที และจะไม่มีการเก็บสำรองข้อมูลใด ๆ ทั้งสิ้น

5. การเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตแต่ประการใด หากผู้ร่วมวิจัยขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะไม่นำมาเป็นผลของการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยจะเริ่มติดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยหลังจากผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมทั้งจากทางต้นสังกัดที่กำลังศึกษา และสถานที่ทำการวิจัยเก็บข้อมูล การเชิญชวนเข้าร่วมโครงการ จะแยกตามผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละกลุ่ม และเพื่อให้งานอยู่บนพื้นฐานมนุษยธรรม ผู้วิจัยจะคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยในด้านการเคารพสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล จะการรักษาความลับ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล โดยจะมีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 1 ระยะเวลาศึกษาสถานการณ์ ดังนี้

1. ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกการวิจัยได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล
2. เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางด้านร่างกาย ภายใต้อาการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในการสัมภาษณ์ทุกครั้งผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลจะมีการเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร และสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง รวมถึงในวันที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลจะต้องไม่มีอาการไข้หรืออาการของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ
3. ขณะเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล
4. เทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะถูกถอดเป็นบทสัมภาษณ์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป เทปบันทึกเสียง แบบบันทึกภาคสนาม และการวิเคราะห์ทุกอย่างจะใช้รหัสเบื้องต้น

(coding) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยจะสามารถเข้าถึงข้อมูลเพียงคนเดียว ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 5 ปี

5. ในการนำเสนอผลการวิจัย จะมีการปกปิดทั้งชื่อ - สกุล ผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงานที่ทำการศึกษาวิจัย

6. ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้น้อยมากไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 ระยะประเมินผล ดังนี้

1. ก่อนเริ่มผู้วิจัยจะแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถาม ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกการวิจัยได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆต่อผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำส่งเอกสารแบบสอบถามที่ใส่ซองปิดผลึกส่งถึงกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมอธิบายรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม เพื่อความถูกต้อง ชัดเจนของเนื้อหา และลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล การรับเอกสารแบบสอบถามกลับผู้วิจัยจะรับด้วยตนเองแบบปิดผลึกเช่นเดิม

3. การวิเคราะห์ทุกอย่างจะใช้รหัสเบื้องต้น (coding) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยจะสามารถเข้าถึงข้อมูลเพียงคนเดียว ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 5 ปี

4. ในการนำเสนอผลการวิจัย จะมีการปกปิดทั้งชื่อ - สกุล ผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงานที่ทำการศึกษาวิจัย

5. ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้น้อยมากไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูล

6. การปฏิบัติเมื่อวิจัยมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

กรณีการวิจัยมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะรีบดำเนินการช่วยเหลือ แก้ไขสาเหตุ และให้การดูแลเพื่อบรรเทาความเสียหายที่เกิดจากผลกระทบนั้นทันที โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทันที นางสาวกณิกนันต์ ศรีทอง โทรศัพท์ 095-9547693 หรือ E-mail kaniknanmeow@gmail.com

7. ผู้ที่สามารถติดต่อเมื่อมีข้อคำถาม/ปัญหา

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัยได้ที่นางสาวกณิกนันต์ ศรีทอง บ้านเลขที่

112/7 ซอย ตลาดล่าง 19 ถ.ตลาดล่าง ต.บางกุ่ม อ.เมืองสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 095-954-7693 E-mail Kaniknanmeow@gmail.com

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถ
ขอรับคำปรึกษา/ แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และ
พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-
6470 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ panwadee.t@psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....

(พว.กณิกนันต์ ศรีทอง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ
การตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น

1. การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล โดยใช้สถิติ Paired t-test

ความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ ภาพรวม

→ T-Test

[DataSet0]

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ก่อน	2.9800	20	.89287	.19965
	หลัง	4.3230	20	.40845	.09133

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	ก่อน & หลัง	20	.573	.008

Paired Samples Test

		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
					Lower	Upper			
Pair 1	ก่อน - หลัง	-1.34300	.73897	.16524	-1.68885	-.99715	-8.128	19	.000

ความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ ด้านการรับรู้

T-TEST PAIRS=ก่อนรูปแบบ WITH หลังรูปแบบ (PAIRED)
/CRITERIA=CI (.9500)
/MISSING=ANALYSIS.

T-Test

Paired Samples Statistics

→

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ก่อนรูปแบบ	1.9840	5	.42951	.19208
	หลังรูปแบบ	4.2400	5	.39799	.17799

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	ก่อนรูปแบบ & หลังรูปแบบ	5	.618	.267

Paired Samples Test

		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
					Lower	Upper			
Pair 1	ก่อนรูปแบบ - หลังรูปแบบ	-2.25600	.36288	.16228	-2.70657	-1.80543	-13.902	4	.000

ความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ ด้านความเข้าใจ

```
T-TEST PAIRS=pre WITH post (PAIRED)
/CRITERIA=CI (.9500)
/MISSING=ANALYSIS.
```

→ T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pre	2.9480	10	.53700	.16982
	post	4.2600	10	.44111	.13949

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pre & post	10	.711	.021

Paired Samples Test

		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
					Lower	Upper			
Pair 1	pre - post	-1.31200	.38218	.12086	-1.58540	-1.03860	-10.856	9	.000

ความตระหนักต่อการรายงานอุบัติการณ์ ด้านการคาดการณ์พฤติกรรม

```
T-TEST PAIRS=ก่อนรวมแบบ WITH หลังรวมแบบ (PAIRED)
/CRITERIA=CI (.9500)
/MISSING=ANALYSIS.
```

→ T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ก่อนรวมแบบ	4.0400	5	.55353	.24755
	หลังรวมแบบ	4.5320	5	.35088	.15692

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	ก่อนรวมแบบ & หลังรวมแบบ	5	.632	.252

Paired Samples Test

		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
					Lower	Upper			
Pair 1	ก่อนรวมแบบ - หลังรวมแบบ	-.49200	.42886	.19179	-1.02450	.04050	-2.565	4	.062

ภาคผนวก ฉ
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. รศ.นพ.ธวัช ชาญชฎานนท์	รองคณบดีฝ่ายคุณภาพและประธาน ความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. ผศ.ดร.ปราโมทย์ ทองสุข	อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. พว.นลภฤช ศรีเมือง	ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวกนิกนันต์ ศรีทอง

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6310420005

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิตและ ผดุงครรภ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2552
ประกาศนียบัตรการพยาบาล เฉพาะทาง การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2557

ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลระดับปฏิบัติการแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี