

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลระนอง

Factors related to Clinic Risk Management of Professional Nurses at
Ranong Hospital

รัตติกาล ชัยสีดา

Rattikan Chaiseeda

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง

(Received: October 3, 2025; Accepted: December 21, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระนอง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 90 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแทนที่ เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ได้ค่า 0.64 และ 0.65 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างวันที่ 22 ธันวาคม 2567 ถึง 22 กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้และเจตคติที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงในระดับมาก โดยปัจจัยด้านความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ ประสบการณ์การทำงาน โรคประจำตัว สถานภาพ ตำแหน่ง ภูมิสำเนา ประวัติการเป็นคณะกรรมการ และการอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยง ข้อเสนอแนะจากการศึกษาหัวหน้าพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้บุคลากรเข้ารับการอบรมการบริหารความเสี่ยงเป็นประจำทุกปีเพื่อส่งเสริมความรู้และเจตคติ ผู้บริหารควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกระบวนการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก นอกจากนี้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรกำหนดแผนทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกไตรมาสร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์และแก้ไขเชิงระบบ ลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรง และสร้างมาตรฐานความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการ บุคลากร และโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก, พยาบาลวิชาชีพ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์



Abstract

This descriptive research aimed to study clinical risk management and its related factors among registered nurses at Ranong Hospital. The sample consisted of 90 registered nurses, selected through simple random sampling with replacement. The research instrument was a four-part questionnaire covering: general information, knowledge, attitude, and clinical risk management practices. The instrument was validated for content validity by experts and tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.64 and 0.65, respectively. Data were collected via interviews conducted from December 22, 2024, to February 22, 2025. Data analysis was performed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that all participants exhibited high levels of knowledge and attitudes, which were positively correlated with clinical risk management. Knowledge and attitudes were found to be significantly associated with risk management performance. Conversely, factors such as age, gender, work experience, underlying diseases, marital status, job position, domicile, history of serving on risk committees, and prior training showed no significant correlation with clinical risk management. Based on these findings, it is recommended that head nurses establish policies requiring all nursing staff to attend annual clinical risk management training to enhance knowledge and foster positive attitudes. Nurse administrators should promote active participation in proactive risk identification. Furthermore, the Risk Management Committee should implement quarterly patient care reviews in collaboration with relevant departments to analyze and resolve issues systematically. Such measures aim to reduce the recurrence of incidents and ensure sustainable safety standards for patients, staff, the hospital, and the community.

Keywords : Clinical Risk Management, Registered Nurses, Related Factors

บทนำ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีเป้าหมายสำคัญด้านความปลอดภัย โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Goals) ซึ่งประเทศไทยได้นำมาประยุกต์ใช้เป็น Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 ข้อมูลจาก WHO (2016) ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events) ถึงร้อยละ 18 และพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 251,454 ราย (Makary & Daniel, 2016) ขณะที่ประเทศไทยพบอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 9.10 ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากระบบและกระบวนการบริการสุขภาพ สถานพยาบาลจึงต้องทบทวนติดตามข้อมูลข่าวสารให้ทันสมัย และดำเนินการเชิงรุกต่อประเด็นที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในปี พ.ศ. 2566 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ร่วมกับสถาบันวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพ (ECRI) ได้จัดทำ 10 อันดับแรกของประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย เพื่อให้สถานพยาบาลใช้เฝ้าระวังและเตรียมรับมือกับความท้าทาย โดยใช้แนวทาง ระบบความปลอดภัยโดยรวม (Total Systems Safety) เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ร้อยละ 50-70.2 สามารถป้องกันได้ผ่านการพัฒนาระบบปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนขึ้นตามวิวัฒนาการของโรคและความคาดหวังของผู้รับบริการ ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อความผิดพลาดสูงขึ้น การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันอุบัติการณ์ซ้ำ โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทโดยตรงในการบริหารความเสี่ยงทั้งก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์

ทั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะประสบการณ์การทำงาน มีผลอย่างยิ่งต่อทักษะและความชำนาญในการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ในโรงพยาบาลระนอง ที่ผ่านมา การบริหารความเสี่ยงมักจำกัดอยู่ที่บทบาทของหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้ประสานงานความเสี่ยง ในปี 2564 โรงพยาบาลระนองได้ปรับเปลี่ยนระบบรายงานจาก Program Risk Ranong เป็นระบบ HRMS ส่งผลให้ยอดการรายงานลดลงอย่างมากจาก 7,689 เรื่อง เหลือเพียง 769 เรื่อง เนื่องจากบุคลากรขาดความเข้าใจในระบบ ใช้เวลานานในการบันทึกข้อมูล และไม่เห็นความสำคัญของการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่รุนแรง รวมถึงขาดระบบการสะท้อนข้อมูลกลับ (Feedback) ต่อมาในปี 2565 ผู้บริหารได้กำหนดนโยบายให้มีการรายงานความเสี่ยง 2 เรื่องต่อคนต่อเดือน พร้อมจัดทำสื่อการสอนออนไลน์ ทำให้อัตรารายงานเพิ่มขึ้น และในปี 2566 ยอดรายงานเพิ่มขึ้นเป็น 11,356 เรื่อง จากการติดตามผลทุก 3 เดือน อย่างไรก็ตาม ยังคงพบอุบัติการณ์ระดับรุนแรงและเกิดขึ้นซ้ำ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ทบทวนยังคงเป็นระดับหัวหน้างาน ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพทุกระดับมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่การค้นหา ประเมิน วิเคราะห์ ไปจนถึงการจัดการและประเมินผล เพื่อสร้างความตระหนักด้านความปลอดภัยและนำข้อมูลมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป

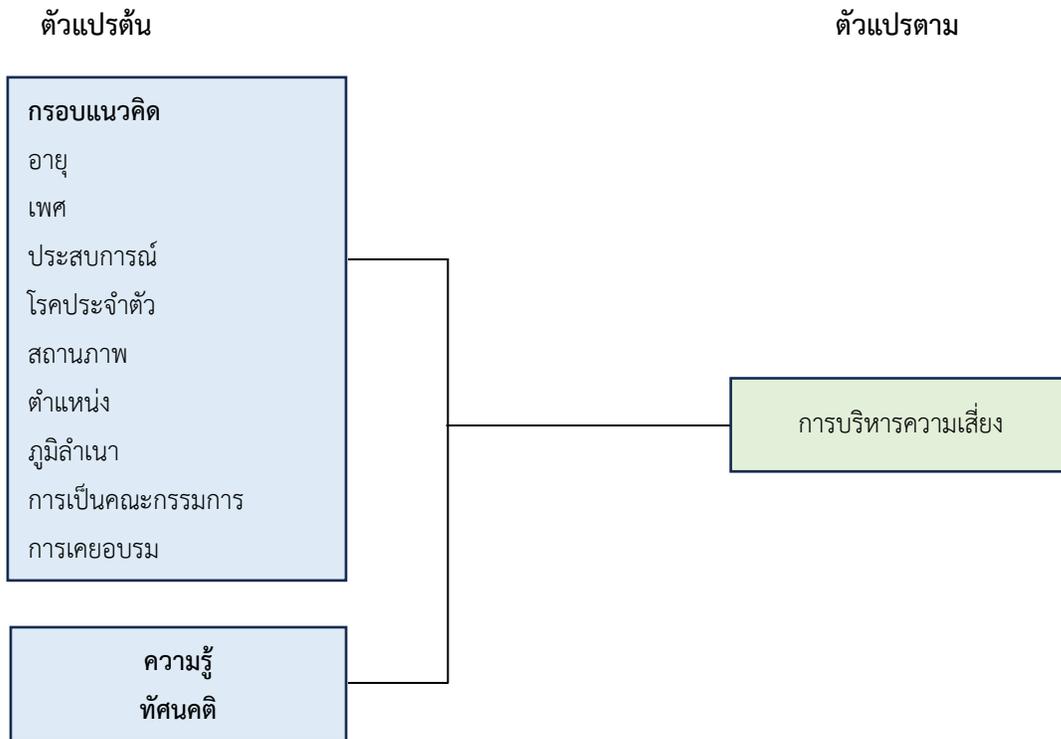
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระนอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระนอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระนอง ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

วิธีการค้นหาความเสี่ยงในโรงพยาบาลสามารถทำได้ 4 วิธีหลัก คือ การค้นหาเชิงรุก (Proactive Search) เช่น การเดินตรวจประเมินพื้นที่ (ENV Round) การเดินตรวจงานป้องกันและควบคุมการ

ติดเชื้อ (IC Round) และการเดินตรวจความเสี่ยง (Risk Round) การค้นหาจากกระบวนการทำงาน (Process-based Search) วิเคราะห์ความเสี่ยงที่แฝงอยู่ในขั้นตอนการปฏิบัติงาน การค้นหาแบบตั้งรับ (Reactive Search) เช่น การรายงานอุบัติการณ์ (Incidence Report) จากงานต่าง ๆ อาทิ รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกันอัคคีภัย รายงานการใช้จ่ายเสพติดให้โทษ บันทึกการควบคุมคุณภาพเครื่องมือ รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล เวิร์ตตรวจการ และบันทึกประจำวันของหน่วยงาน และการทบทวนเวชระเบียน (Medical Record Review) เพื่อหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

ประเภทของความเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่

(1) ความเสี่ยงทั่วไป (Common Risk): ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้กับทุกหน่วยงาน เช่น ไฟไหม้ อุบัติเหตุจากการทำงาน

(2) ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk): ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลรักษาผู้ป่วย

วิธีปฏิบัติ

1. การค้นหาและบริหารความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อควบคุมความสูญเสียในระดับหน่วยงานก่อนที่ความเสียหายจะเกิดขึ้น

2. การค้นหาและบริหารความเสี่ยงเชิงรับ เพื่อการทบทวน แก้ไข และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)

1. การประเมินเบื้องต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ ผู้ประสบเหตุต้องเข้าช่วยเหลือทันทีเพื่อป้องกันอันตรายที่เพิ่มขึ้น พร้อมประเมินสถานการณ์ว่าความเสียหายคืออะไร และต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนหรือไม่

2. การประเมินระดับหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานทบทวนเหตุการณ์เพื่อตัดสินใจรายงานต่อผู้บริหารหรือส่วนกลาง โดยควรดำเนินการทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมง

3. การจัดทำทะเบียนความเสี่ยง (Risk Profile) คือการจัดทำภาพรวมความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยจัดลำดับความรุนแรง (Severity) และโอกาสเกิด (Likelihood) เพื่อให้เห็นความเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง และไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความเสี่ยงที่มีความรุนแรงสูง

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Treatment) การจัดการความเสี่ยงมี 3 ลักษณะสำคัญคือ

(1) การป้องกันหรือควบคุมความเสียหาย (Damage Control/Prevention) การใช้กลยุทธ์เพื่อลดโอกาสเกิดหรือลดผลกระทบ

(2) การชดเชยความเสียหาย (Compensation) การบริหารจัดการเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้ว ทั้งในรูปแบบตัวเงินและการเยียวยาจิตใจ

(3) การจัดการความเสี่ยงในบริการทางการแพทย์ การปรับปรุงมาตรฐานการรักษาพยาบาลเพื่อความปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Evaluation of Risk Treatment)

(1) ทบทวนระบบและกระบวนการที่วางไว้ รวมถึงเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่

(2) วัดประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงผ่านตัวชี้วัด เช่น จำนวนและประเภทของความเสี่ยง (Risk) และอุบัติการณ์ (Incidence) อัตราการเกิดอุบัติการณ์จำแนกตามความรุนแรง (Severity Level)

อัตราการเกิดซ้ำของอุบัติการณ์เดิม (Reoccurrence Rate)

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's Taxonomy) Bloom (อ้างอิงใน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) เชื่อว่าการเรียนการสอนที่จะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายทางการศึกษาให้ชัดเจน โดยอาศัยพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวพฤติกรรมนิยม และจิตวิทยาพื้นฐานของมนุษย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุปราณี ใจตา และเดชา ทำดี (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 40 คน

ปริญญภรณ์ ธนะบุญปวง (2564) การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 41 คน

ภัทราพรรณ อาษานาม และสมปรารถนา ตาผา (2565) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 9 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 230 คน โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling)

ศิริลักษณ์ ฤทธิไธสง (2560) ได้ให้แนวคิดที่ว่า ความเสี่ยงเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาดที่องค์กรไม่ปรารถนาให้เกิดขึ้น ซึ่งต้องมีระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

สมสรรัตน์ พงษ์ขวัญ (2560) การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์ และเจตคติ ต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 36 คน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลระนอง จำนวน 285 คน

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพจำนวน 90 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) โดยใช้สูตร $= 10 \times K$ (เมื่อ K คือจำนวนตัวอย่างต่อตัวแปร)

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบแทนที่ (Random Sampling with Replacement)

ระยะเวลาการศึกษา

22 ธันวาคม 2567 – 22 กุมภาพันธ์ 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์ทำงาน โรคประจำตัว สถานภาพ ตำแหน่ง ภูมิสำเนา การเป็นคณะกรรมการ และประวัติการอบรม (แบบเติมคำและ Check-list)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการบริหารความเสี่ยง จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อสอบปรนัย 3 ตัวเลือก (ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ) เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ตอบถูก ให้ 1 คะแนนตอบผิด หรือ ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน (หมายเหตุ: เดิมเขียนผิดให้ 1 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง จำนวน 13 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง จำนวน 16 ข้อ 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ ด้านความรู้ เท่ากับ 0.64 ด้านเจตคติ เท่ากับ 0.65

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติอนุमान ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลระนอง ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2567 COA_RNH.EC. เลขที่ 010/2568

ผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระนองได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป บุคลากรโรงพยาบาลระนอง มีอายุต่ำกว่า 30 ปี มากถึงร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.10 ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.30 สถานภาพโสด ร้อยละ 67.80 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 46.70 ภูมิลำเนา นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 53.30 ไม่เคยเป็นคณะกรรมการความเสี่ยง ร้อยละ 90.00 เคยอบรม ร้อยละ 65.60 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลระนองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 30	35	38.9
30 - 39	28	31.1
40 - 49	19	21.1
≥ 50	8	8.9
M = 35.52 S.D. = 10.02		
เพศ		
ชาย	8	8.9
หญิง	82	91.1
ประสบการณ์การทำงาน(ปี)		
≤10	48	53.3
11-20	19	21.1
>20	23	25.6
M = 12.77 S.D. = 9.7		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	84	93.3
มี	6	6.7
สถานภาพ		
โสด	61	67.8
คู่	19	21.1
หม้าย /หย่า/แยกกันอยู่	10	11.1
ตำแหน่งการปฏิบัติการ		
พยาบาลวิชาชีพ	7	7.8
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	38	42.2
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	42	46.7
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	3	3.3
ภูมิลำเนา		
ในเขตเทศบาลระนอง	34	37.8
นอกเขตเทศบาลระนอง	48	53.3
ต่างจังหวัด	8	8.9

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เป็นคณะกรรมการความเสี่ยง	9	10
เป็น	81	90
ไม่เป็น		
การเคยอบรม		
เคย	59	65.6
ไม่เคย	31	34.4

2. ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่ถูกต้อง 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องการบริหารความเสี่ยงมี 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินและวิเคราะห์ การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ การค้นหาความเสี่ยงไม่อยู่ในขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 100.00

พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ที่น้อยที่สุด หรือตอบผิดมาก 2 อันดับแรก ได้แก่ Risk Round เป็นความเสี่ยงเชิงรับ ร้อยละ 90.00 รองลงมาคือ การถ่ายโอนความเสี่ยงไม่ใช่การจัดการความเสี่ยง ร้อยละ 95.56 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารความเสี่ยง แยกรายข้อ

ข้อที่	ความรู้	ตอบถูก ร้อยละ	ตอบผิด ร้อยละ
1	การบริหารความเสี่ยงมี 4 ขั้นตอน การค้นหาความเสี่ยง การประเมินและวิเคราะห์ การจัดการความเสี่ยง และประเมินผล	100.00	0.00
2	การค้นหาความเสี่ยงไม่อยู่ในขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง	100.00	0.00
3	Risk Round เป็นความเสี่ยงเชิงรับ	90.00	10.00
4	เมื่อเกิดอุบัติการณ์ การจัดการอุบัติการณ์เบื้องต้นโดยผู้พบเห็น	100.00	0.00
5	เมื่อจัดการอุบัติการณ์เบื้องต้นแล้ว รายงานในระบบ HRMS ตามระบบ	100.00	0.00
6	การจัดการความเสี่ยงมี 3 ลักษณะคือการป้องกัน การชดเชยความเสียหายและการจัดการความเสี่ยงการบริการทางการแพทย์	96.70	3.30
7	การถ่ายโอนความเสี่ยง ไม่ใช่การจัดการความเสี่ยง	95.60	4.40
8	RCA คือขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	97.80	2.20
9	การประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยงโดยใช้วงจร PDCA	100.00	0.00
10	ความเสี่ยงทาง Clinic ใช้ระดับความรุนแรง A-I	100.00	0.00
11	ความเสี่ยง Non-Clinic ใช้ระดับความรุนแรง 1-5	100.00	0.00
12	อุบัติการณ์ระดับ C หมายถึงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นถึงผู้ป่วยแล้วแต่ไม่เกิดอันตราย	95.60	4.40
13	อุบัติการณ์ระดับ E UP และ 3 ขึ้นไป ต้องวิเคราะห์ RCA	100.00	0.00

ข้อที่	ความรู้	ตอบถูก ร้อยละ	ตอบผิด ร้อยละ
14	อุบัติการณ์ด้านการเงินเป็นอุบัติการณ์ด้านทั่วไป	100.00	0.00
15	อุบัติการณ์ระดับ I ต้องรายงานภายใน 24 ชั่วโมง	100.00	0.00

เมื่อพิจารณาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0 - 8 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	0	0.00
สูง (12 คะแนนขึ้นไป)	90	100.00
รวม	90	100.00

M = 14.75 S.D. = .67 Min = 12 Max = 15

ตารางที่ 4 ทักษะของพยาบาลวิชาชีพต่อการบริหารความเสี่ยง แยกรายข้อ

ข้อที่	ทัศนคติ	ร้อยละ		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1	ท่านเชื่อว่า Risk Round ทำให้การค้นหาความเสี่ยงได้มากขึ้น	100.00	0.00	0.00
2	ท่านสามารถค้นหาความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง	100.00	0.00	0.00
3	ท่านเชื่อว่าการรายงานความเสี่ยงส่งผลให้ลดอุบัติการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	100.00	0.00	0.00
4	เมื่อท่านเจออุบัติการณ์ ท่านเป็นคนแรกที่จัดการปัญหาเบื้องต้น	100.00	0.00	0.00
5	ท่านเชื่อว่าการป้องกันความเสี่ยงทำให้เกิดความปลอดภัย	100.00	0.00	0.00
6	เมื่อท่านพบความเสี่ยงของหน่วยงานอื่น ท่านจัดการเบื้องต้นและรายงานความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ	98.90	1.10	0.00
7	ท่านรู้สึกว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องยาก	86.70	2.20	1.10
8	ท่านไม่กล้ารายงานความเสี่ยงเนื่องจากกลัวความผิด	93.30	6.70	0.00
9	ท่านไม่เห็นด้วยกับการรายงานความเสี่ยง	100.00	0.00	0.00
10	มาตรฐานสำคัญจำเป็น อยู่ในระบบบริหารความเสี่ยง	100.00	0.00	0.00
11	การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและปฏิบัติตามช่วยให้เกิดความปลอดภัย	98.90	1.10	0.00
12	การบริหารความเสี่ยงส่งผลให้ไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ	100.00	0.00	0.00
13	การบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ	94.40	5.60	0.00

เมื่อพิจารณาทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.00

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพกับการบริหารความเสี่ยง

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (13-23 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (24-31 คะแนน)	0	0.00
ดี (32-39 คะแนน)	90	100.00
รวม	90	100.00

M = 38.71 S.D. = .70 Min = 36 Max = 39

ตารางที่ 6 การปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง แยกรายข้อ

ข้อ ที่	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1	ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับในหน่วยงาน	98.90	1.10	0.00
2	ท่านให้ความร่วมมือในการรายงานความเสี่ยง	98.90	1.10	0.00
3	เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับ E UP และ 3 ขึ้นไป ท่านสามารถวิเคราะห์ RCA ได้ถูกต้อง	96.70	3.30	0.00
4	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการบริหารความเสี่ยง	98.90	1.10	0.00
5	ท่านค้นหาอุบัติการณ์มากกว่าความเสี่ยง	98.90	1.10	0.00
6	ท่านไม่สามารถแยกความเสี่ยงกับอุบัติการณ์ได้	98.90	1.10	0.00
7	เมื่อท่านเจออุบัติการณ์ E-UP ท่านรู้ว่าต้องทำ RCA	92.20	7.80	0.00
8	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน	94.40	5.60	0.00
9	ท่านไม่สามารถให้ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ได้ถูกต้อง	98.90	1.10	0.00
10	ท่านสามารถรายงานความเสี่ยงในระบบ HRMS ได้ถูกต้อง	97.80	2.20	0.00
11	ท่านไม่สามารถรายงานความเสี่ยงในระบบด้วยตนเองได้	100.00	0.00	0.00
12	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลและติดตามความเสี่ยงในหน่วยงาน	100.00	0.00	0.00
13	ท่านมีการสื่อสารและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงเสมอ	93.30	6.70	0.00
14	ท่านสามารถค้นหาความรู้ใหม่ที่เป็นสำหรับการบริหารความเสี่ยงได้	100.00	0.00	0.00
15	เมื่อท่านต้องการข้อมูล ผู้จัดการความเสี่ยงหาให้ท่านได้อย่างรวดเร็ว	98.90	1.00	0.00
16	เมื่อเกิดอุบัติการณ์ในหน่วยงาน ท่านแก้ไขและไม่ทำให้เกิดซ้ำจากสาเหตุเดิม	97.80	2.20	0.00

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับดีร้อยละ 100.00

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (27 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (28 - 37 คะแนน)	0	0.00
ดี (38-48 คะแนน)	90	100.00
รวม	90	100.00

M = 47.64 S.D. = .79 Min = 44.00 Max = 48.00

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติ ผู้วิจัยได้ใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยทำการแปลงตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) ดังต่อไปนี้

เพศ หญิง = 1.00 ชาย = 0.00

โรคประจำตัว ไม่มี = 1.00 มี = 0.00

สถานภาพ โสด = 1.00 คู่ = 0.00 หม้าย = 0.00

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ = 0.00 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ = 0.00 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ = 1.00 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ = 1.00

ภูมิสำเนา ในเขตเทศบาลเมืองระนอง = 1.00 นอกเขตเทศบาลเมืองระนอง = 0.00 ต่างจังหวัด = 0.00

เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เป็น = 1.00 ไม่เป็น = 0.00

การเคยอบรม เคย = 1.00 ไม่เคย = 0.00

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยง ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยง ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยง ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระนอง

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	ค่านัยสำคัญ (p-value)
อายุ	-.048	.651
ความรู้	.504*	<.001
ทัศนคติ	.553*	<.001

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระนอง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระนอง โดยการเลือกแบบสุ่มแทนที่ จำนวน 90.00 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง และแบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.64

และ 0.65 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 22 ธันวาคม 2567 ถึง 22 กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงระดับมาก ร้อยละ 100.00 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงจำแนกตามความรู้และทัศนคติ ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กัน ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์การทำงาน โรคประจำตัว สถานภาพ ตำแหน่งปฏิบัติงาน ภูมิลำเนา การเคยเป็นคณะกรรมการความเสี่ยง และการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยง

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษา พบว่า การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เกรียงศักดิ์ ลางคูลานนท์ (2552) ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) และกันยารัตน์ ม้าวิไล (2551) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและผ่านการ Re-accreditation (ตารางที่ 2.00) และมีเจตคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยง (ตารางที่ 3.00) ประกอบกับนโยบายโรงพยาบาลระนองให้การบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคน และการบริหารความเสี่ยงเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลภายใต้ระบบควบคุมคุณภาพการพยาบาลที่ประกอบด้วยการบริหารคุณภาพและการบริหารความ

เสี่ยง (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546) สำหรับการบริหารความเสี่ยงนั้น เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญและนำมาใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2554: 12) ที่คาดหวังให้มีการค้นหา การรายงาน การรับรู้ ป้องกันจำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้องและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลจึงอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 100.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ ลางคูลานนท์ (2552) อธิบายได้ว่า พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบและรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ให้เกิดความปลอดภัยมากที่สุดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เมื่อพบความเสี่ยงจึงจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขโดยเร็ว (กฤษดา แสงวดี 2542: 43 เพ็ญจันทร์ แสนประสาน 2548: 52 สภาการพยาบาล 2540) ทั้งนี้เพื่อควบคุม ป้องกันหรือลดโอกาสเกิดความสูญเสีย หรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์จากงานบริการอันส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543) และเมื่อพิจารณารายข้อของความรู้ในการบริหารความเสี่ยง 3 ลำดับแรก คือ การบริหารความเสี่ยงมี 4 ขั้นตอน การค้นหาความเสี่ยง การประเมินและวิเคราะห์ การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ร้อยละ 100.00 เมื่อเกิดอุบัติการณ์ การจัดการอุบัติการณ์เบื้องต้นโดยผู้พบเห็น ร้อยละ 100.00 ความเสี่ยงทาง Clinic ใช้ระดับความรุนแรง A-I ร้อยละ 100.00 ซึ่งความรู้ทั้ง 3 ลำดับแรกนั้นเป็นความรู้พื้นฐานในการบริหารความเสี่ยงด้านการควบคุมความเสี่ยงทั้งสิ้น อธิบายได้ว่า การปฏิบัติ

กิจกรรมการพยาบาลนั้น เป็นงานบริการที่กระทำต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งการพยาบาลที่ผิดพลาดอาจส่งผลให้เกิดอันตรายถึงชีวิต การควบคุมความเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการที่จะช่วยป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดความสูญเสีย หรือเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากงานบริการรักษาพยาบาล อันส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและคุณภาพของผู้ใช้บริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2554: 12-16)

สำหรับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ Risk Round เป็นความเสี่ยงเชิงรับ ร้อยละ 90.00 สะท้อนให้เห็นว่าความรู้การบริหารความเสี่ยงส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจความเสี่ยงด้านเชิงรุกและเชิงรับ ทำให้การบริหารความเสี่ยงเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ซึ่งความเสี่ยงเชิงรุกจะป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าเชิงรับ (ผ่องศรี มรกต 2546)

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระนอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระนอง ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการบริหารความเสี่ยง อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระนองได้รับการอบรมเพิ่มเติมความรู้อย่างสม่ำเสมอและผ่านการ Re-accreditation รวมทั้งการบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลเพื่อการบริหารงานและการบริหารความเสี่ยงได้ตามนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อความปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสนับสนุนให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ จึงทำให้ความรู้ในการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 การพัฒนาตนเองของพยาบาลจึงมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของ

องค์กรพยาบาล ซึ่งถือວ່າเป็นผู้ที่มีความพร้อมสำหรับการบริหารจัดการงานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ สำหรับการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงพบว่า ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงภายในโรงพยาบาลและได้รับการอบรมจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ เนื่องจากโรงพยาบาลระนองมีนโยบายการบริหารความเสี่ยง เน้นบุคลากรทุกคนให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน จึงให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้บริหารจัดการทางคลินิกที่เหมาะสมและการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ 2549)

เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.00 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าท่านเชื่อว่าการรายงานความเสี่ยงส่งผลให้ลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เมื่อท่านเจออุบัติเหตุ ท่านเป็นคนแรกที่จัดการปัญหาเบื้องต้นและท่านสามารถค้นหาความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 100.00 อธิบายได้ว่าการที่โรงพยาบาลระนองกำหนดนโยบายให้การบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรทุกระดับและการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล (สำนักการพยาบาล 2551) ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและมีการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่โรงพยาบาลกำหนดเพื่อป้องกันปัญหาและควบคุมความสูญเสียที่เกิดจากการให้บริการทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ (เรณูอาจาสาลี และอรพรรณ ไตสิงห์ 2546)

สำหรับคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำสุด ท่านรู้สึกว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องยาก ร้อยละ 86.70 รองลงมา

คือท่านไม่กล้ารายงานความเสี่ยงเนื่องจากกลัวความผิด ร้อยละ 93.30 และการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ร้อยละ 94.40 ตามลำดับ เป็นผลมาจากบางส่วนยังเข้าใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องของความผิดพลาด และการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน รวมทั้งการอบรมการบริหารความเสี่ยงภายนอกโรงพยาบาล ปีละ 1 คน ทำให้พยาบาลที่ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการภายนอกมีจำนวนน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่า การอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับความรู้การบริหารความเสี่ยงของบุคลากร ดังนั้นหัวหน้าพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้บุคลากรพยาบาลทุกคนต้องเข้าร่วมอบรมความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงทุกปี เพื่อสร้างเสริมความรู้และเจตคติด้านการบริหารความเสี่ยง
2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมสนับสนุนพยาบาลให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยเฉพาะการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
3. หัวหน้าหน่วยงานและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ควรกำหนดแผนการทบทวนการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลระนอง. (2566). *คู่มือการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลระนอง*. โรงพยาบาลระนอง.
- ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์. *วารสารการวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(1). <https://he02.tcithaijo.org/index.php/RHJQ/article/view/250169>
- ภัทรพรธน์ อาษานาม และสมปรารถนา ดาผา. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 25(3). <https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/view/13109>

ทุกไตรมาส และทีมบริหารความเสี่ยงทบทวนร่วมกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง และให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยงนำมาวิเคราะห์ทบทวนการแก้ไขเชิงระบบ เพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิตผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ โรงพยาบาล และชุมชน

4. ทศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับดี ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดกิจกรรมอบรมบุคลากรใหม่ ฟื้นฟูบุคลากรเก่า เยี่ยมชม และให้กำลังใจ เพื่อเสริมสร้างทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของทีมสหวิชาชีพด้านคลินิกซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมทีมในการดูแลผู้ป่วย



- ศิริลักษณ์ ฤทธิไธสง. (2560). การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารกฎหมาย สุขภาพและสาธารณสุข*, 3(1). https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-1/11-Sirilak%20Ritthaisong.pdf
- สุปราณี ใจตา และเดชา ทำดี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 8(1). <https://he01.tcithaijo.org/index.php/johss/article/view/247058>
- สมรัตน์ พงษ์ขวัญ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(1). <https://he01.tcithaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/99544>
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล และคณะ. (2543). *ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.)*.