

การพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน Quality Improvement of Incident Reporting, Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit, Lamphun Hospital

จุฑามาศ คำพฤกษ์¹, กุลวดี อภิชาติบุตร^{2*}, อรอนงค์ วิชัยคำ²

Jutamas Kamphruek¹, Kulwadee Abhichattibutra^{2*}, Oranong Wichaikhum²

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹,

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Graduate Student of Master of Nursing Science (Nursing Administration), Faculty of Nursing, Chiang Mai University¹,

Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author) e-mail: akulawadee@gmail.com

(Received: April 1, 2025; Revised: May 19, 2025; Accepted: July, 17, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพัฒนานี้มุ่งพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไฟกัสพีดีซีเอ ประชากรในการศึกษารั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูนจำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2) คู่มือการรายงานอุบัติการณ์ 3) แบบบันทึกเวลาการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา และการจัดลำดับคำถาม และ 4) แบบตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกซึ่งมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และ 5) แบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาซึ่งมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และมีค่าความสอดคล้องของการสังเกตเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กสามารถปฏิบัติตามการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน อยู่ระหว่างร้อยละ 91.34 - 100 สามารถรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาได้ถูกต้อง ครบถ้วนอยู่ระหว่างร้อยละ 85.78-100 สามารถรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกในระยะเวลาที่กำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 97.27 - 100 และสามารถรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาในระยะเวลาที่กำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 85.71 - 100

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องช่วยส่งเสริมให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้โดยการกำหนดนโยบายที่สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ที่มีคุณภาพ จัดอบรมเกี่ยวกับแนวทางการรายงานอุบัติการณ์แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับทั่วทั้งโรงพยาบาล นิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ และพัฒนาการบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ที่มีการรายงานอุบัติการณ์

คำสำคัญ: การรายงานอุบัติการณ์, การพัฒนาคุณภาพ, หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก

Abstract

This developmental study aimed to improve the quality of incident reporting in the Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit at Lamphun Hospital using the continuous quality improvement process based on the PDCA (Plan-Do-Check-Act) cycle. The study population consisted of 21 healthcare personnel working in the unit. The instruments used in this study included: 1) a set of focus group discussion questions; 2) an incident reporting manual; 3) a time log form for reporting incidents, which had been validated for clarity, content appropriateness, and question sequencing;

4) an incident reporting checklist, with a content validity index (CVI) of 1.0; and 5) an observation form for verbal incident reporting, with a CVI of 1.0 and an inter-rater reliability of .94. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that staff in the Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit could accurately and completely report incidents in written form, with a completion rate ranging from 91.34% to 100%. Verbal reporting accuracy ranged from 85.78% to 100%. Timeliness of written incident reporting was between 97.27% and 100%, while verbal reporting within the specified time ranged from 85.71% to 100%.

Continuous quality improvement was found to promote effective incident reporting. Nurse administrators are encouraged to apply the findings by implementing policies that support high-quality incident reporting, conducting training on reporting procedures for all levels of nursing personnel throughout the hospital, supervising adherence to the reporting guidelines, and developing nursing services aimed at preventing reportable incidents.

Keywords: Incident reporting, Quality improvement, Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ถือเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข และมีผลกระทบต่อวงการสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกมีการส่งเสริมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 และประเทศไทยมีการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยสู่การปฏิบัติกับสถานพยาบาลทั่วประเทศผ่านโครงการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (2P Safety Hospital) และกำหนดมาตรฐานสำคัญจำเพาะต่อความปลอดภัยเป็นหนึ่งในเกณฑ์รับรองคุณภาพสถานพยาบาล การขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงข้อผิดพลาดหรือความเสี่ยงที่อาจทำให้การดำเนินงานขององค์กรไม่บรรลุตามเป้าหมาย และเนื่องจากระบบบริการสุขภาพเป็นระบบบริการที่มีความซับซ้อน ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาและการให้บริการทางการแพทย์ (Umberfield et al., 2019) ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดความพิการหรือเสียชีวิตตามมา (Wang et al., 2019) ซึ่งอุบัติการณ์ (incident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดเป็นเหตุทำให้เกิดเหตุการณ์เกือบเกิดอุบัติเหตุ (near miss) หรืออุบัติเหตุ (accident) (ศูนย์ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561) การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ป้องกันไม่ให้เกิดความสูญเสีย กำจัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยการพัฒนาและหากกลยุทธ์ในการปฏิบัติ เพื่อจัดการกับสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เป็นการลดทั้งจำนวนและความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นที่จะส่งผลถึงความเสียหายต่อผู้รับบริการ บุคลากร ระบบปฏิบัติงานและองค์กร (อนวัณ สุภชิตกุล, 2564) รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) ซึ่งในกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาและระบุความเสี่ยง 2) การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การติดตามและประเมินผลนั้น การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เป็นการค้นหาปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยง เป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหา และหากกลยุทธ์ที่จะจัดการกับปัญหาหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงเหล่านั้น ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงสามารถปฏิบัติได้โดย 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต 2) เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และ 3) การเรียนรู้ระหว่างการทำงานไปข้างหน้า โดยการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ใช้มากที่สุดในการเรียนรู้ระหว่างการทำงานไปข้างหน้า (Christine, 2025)

การรายงานอุบัติการณ์ (incident report) หมายถึง การรายงานเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานตามปกติของหน่วยงานบริการสุขภาพหรือการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาที่ผิดพลาดที่อาจเกิดความ

เสียหายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สินของบุคคล เช่น การบาดเจ็บจากเข็ม การหกล้ม หรือการใช้ยาผิดพลาด ด้วยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรและด้วยวาจา (Lama & Khanal, 2021) ซึ่งการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ครบถ้วน ถูกต้องภายในเวลาที่เหมาะสม จะส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายในการจัดการ และเกิดความปลอดภัยของผู้รับบริการ (อนวัณณ์ ศุภชิตกุล, 2564) การรายงานอุบัติการณ์ช่วยลดความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (National Patient Safety Agency, 2004) และช่วยให้เกิดการป้องกันเชิงรุก รวมถึงการปรับปรุงกระบวนการทำงานก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะส่งผลกระทบต่อองค์กร นอกจากนี้ยังช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน (Pham et al., 2013) รวมถึงประหยัดเวลาและทรัพยากรขององค์กร ลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น และสนับสนุนการปรับปรุงระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2552) จากประโยชน์ของการรายงานอุบัติการณ์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร และสนับสนุนให้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาในเชิงระบบเพื่อความปลอดภัยในระบบสาธารณสุข และกระตุ้นให้โรงพยาบาลในสังกัดนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

อย่างไรก็ตามยังพบอุปสรรคในการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา ได้แก่ 1) ด้านบุคคล คือ ขาดความตระหนัก กลัวความผิดพลาด ขาดความรู้ (Arruum & Novieastar, 2020) การขาดความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Hwang et al., 2012) 2) ด้านนโยบายและวัฒนธรรมองค์กร คือ การนำนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติไม่ทั่วถึง นโยบายในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่ชัดเจน (จิระกุล ตันวัฒนากุล, 2555) ไม่มีระบบการนิเทศติดตามของผู้บังคับบัญชา นโยบายที่เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงของโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมถึงความปลอดภัยทางใจ (กณิกนันต์ ศรทอง และคณะ, 2566) การมีวัฒนธรรมของการตำหนิตัวตนขององค์กร ขาดผู้นำในการรับผิดชอบและสนับสนุน (Terzibanjan et al., 2007) 3) ด้านทรัพยากร คือ การสนับสนุนทรัพยากรที่ใช้รายงาน และการบูรณาการการรายงานอุบัติการณ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านอื่น ๆ รวมถึงแรงจูงใจเกี่ยวกับค่าตอบแทน และการมีทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ (Kodate & Dodds, 2008) 4) ด้านกระบวนการ คือ ระบบการรายงาน แบบฟอร์มต่าง ๆ ไม่ชัดเจน ไม่มีคู่มือหรือการออกแบบระบบการรายงานที่ไม่ชัดเจน ไม่ได้นำผลลัพธ์มาแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Pfeiffer et al., 2010) และ 5) ด้านผลลัพธ์ คือ ไม่สามารถนำข้อมูลที่เก็บได้มาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างครอบคลุม (Tansirisittikul et al., 2012)

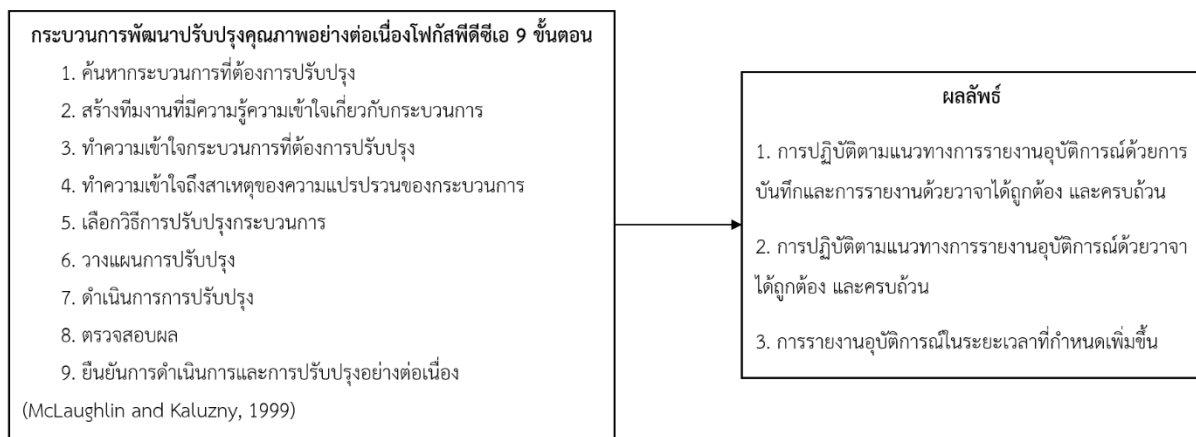
หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดและเด็กทางอายุรกรรมจนถึงอายุ 15 ปี และทารกแรกเกิดและเด็กทางศัลยกรรมจนถึงอายุ 8 ปี ที่น้ำหนักน้อยกว่า 25 กิโลกรัมที่อยู่ในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องดูแลพิเศษและหรือต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษในการดูแลรักษา ยกเว้นทารกแรกเกิดและเด็กที่มีอาการซับซ้อนต้องการแพทย์เฉพาะทางในการรักษา เช่น ทารกแรกเกิดโรคหัวใจชนิดเขียว โรคต่อมไทรอยด์ที่ต้องการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ซับซ้อน โรคมะเร็ง หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กมีการดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ และการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงานขึ้น ได้แก่ การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ (งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2566) โดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการรายงานอุบัติการณ์ โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรายงานอุบัติการณ์ทั้งความเสี่ยงด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปอย่างน้อยคนละ 1 เรื่องต่อเดือน (งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2565) ซึ่งจากการทบทวนสถิติการรายงานอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กพบว่ายังไม่มีรายงานอุบัติการณ์ตามเป้าหมายและมีแนวโน้มการรายงานอุบัติการณ์ลดลง รวมถึงมีการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง มีการรายงานช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด การพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาที่กำหนดและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน ใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องไฟกส์ทีดีซีเอ ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนการปรับปรุง 7) ดำเนินการการปรับปรุง 8) ตรวจสอบผล 9) ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (McLaughlin & Kaluzny, 1999) เพื่อให้เกิดคุณภาพที่ดีขึ้น คือการบันทึกและการรายงานด้วยวาจาจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน มีความถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 และจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาในระยะเวลาที่กำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 80



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไฟกส์ทีดีซีเอ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษานี้ศึกษาในประชากรทั้งหมด ซึ่งประชากรในการศึกษานี้ คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน 21 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ทีมพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และผู้ศึกษา 1 คน รวมจำนวน 3 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)
 - 1.1 ผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน มากกว่า 10 ปี
 - 1.2 เป็นคณะกรรมการความเสี่ยงขององค์กรพยาบาลและของหน่วยงานไม่น้อยกว่า 3 ปี
 - 1.3 มีประสบการณ์การทำงานด้านคุณภาพหรือเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กไม่น้อยกว่า 3 ปี

2. ทีมปฏิบัติการ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 15 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน รวมจำนวน 19 คน

เกณฑ์การถอดถอน (Withdrawal criteria)

1. ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน
2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมจนครบระยะเวลากำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย 1) แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรายงานอุบัติการณ์และปัญหาของการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ และ 2) คู่มือการรายงานอุบัติการณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ทั้งแบบการบันทึกและการรายงานด้วยวาจาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 5 บท ประกอบด้วย 1) การรายงานอุบัติการณ์ 2) Flow chart กระบวนการรายงานอุบัติการณ์ 3) บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง 4) แนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา และ 5) ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกในโปรแกรม HRMS on Cloud

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลของทีมปฏิบัติเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน วุฒิการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงหรือเกี่ยวกับคุณภาพ ประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 8 ข้อ

2. แบบตรวจสอบการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรม HRMS on cloud ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นสำหรับทีมพัฒนาใช้ตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์จากโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลลำพูนเกี่ยวกับวันที่บันทึกอุบัติการณ์ หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกอุบัติการณ์ สถานที่เกิดอุบัติการณ์ ประเภทอุบัติการณ์ การสรุปการเกิดอุบัติการณ์ ระดับความรุนแรง ผู้ที่ได้รับผลกระทบ วันที่เกิดอุบัติการณ์ วันที่ค้นพบว่าเกิดอุบัติการณ์ ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์ รายละเอียดการเกิดอุบัติการณ์ และการจัดการช่วยเหลือเบื้องต้น และผลลัพธ์หลังการช่วยเหลือ เป็นแบบประเมินแบบตรวจสอบรายการ (check list) บันทึกความถูกต้องครบถ้วนจำนวน 14 ข้อ ให้คะแนนการปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนเท่ากับ 1 ปฏิบัติไม่ถูกต้องครบถ้วนเท่ากับ 0

3. แบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อให้ทีมพัฒนาใช้สังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา ประกอบด้วยรายละเอียดที่ต้องรายงาน ได้แก่ อุบัติการณ์คืออะไร อุบัติการณ์เกิดเมื่อไหร่ อุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไร เกิดกับใครและใครได้รับผลกระทบ การแก้ไขเบื้องต้นทำอะไร สิ่งที่ต้องการให้ช่วยเหลือ เป็นแบบประเมินแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 6 ข้อ ให้คะแนนการปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนเท่ากับ 1 ปฏิบัติไม่ถูกต้องครบถ้วนเท่ากับ 0

4. แบบบันทึกเวลาการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและรายงานด้วยวาจา ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเวลาในการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและวาจา จำแนกตามประเภทของอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ลักษณะเป็นตารางบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย วัน/เดือน/ปี ชื่ออุบัติการณ์ ประเภทของอุบัติการณ์ ระดับความรุนแรง การรายงานปากเปล่า วันที่บันทึกในโปรแกรม HRMS on cloud

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยง 2 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลที่ทำหน้าที่พัฒนาคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลลำพูน 1 คน และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน 2 คน ดังนี้ 1) แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกเวลาการรายงานอุบัติการณ์ ได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา (clarity) ความเหมาะสมของเนื้อหา (appropriateness) และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม (sequence the question) 4) แบบตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกได้รับการตรวจสอบความตรงและมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และ 5) แบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา ได้รับตรวจสอบ

ความตรงและมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทำการสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาพร้อมกับผู้ปฏิบัติงานหัวหน้าเวรจำนวน 7 คน คนละ 10 เหตุการณ์ ซึ่งเป็นเหตุการณ์เดียวกัน คำนวณหาค่าความสอดคล้องของการสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาเท่ากับ 0.94 การสังเกตที่ไม่ตรงกันจะมีการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้สังเกต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโพลัส PDCA ดังนี้

1. ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ ผู้ศึกษาค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน ที่ต้องการปรับปรุง โดยการทบทวนเอกสารการรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ ในโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล สมุดบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน แฟ้มสรุปผลงานประจำปีของหน่วยงาน พบว่าปัญหาการรายงานอุบัติการณ์ เช่น รายงานอุบัติการณ์ช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนดร้อยละ 15.69 ประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ไม่ถูกต้องร้อยละ 30.39 การสรุปการเกิดอุบัติการณ์ไม่ครบถ้วนร้อยละ 36.27 รายงานผลลัพธ์บันทึกรายละเอียดไม่ครบถ้วนร้อยละ 21.57

2. สร้างทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการการรายงานอุบัติการณ์ ผู้ศึกษาจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย จากนั้นร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนำพัฒนาคุณภาพและขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินงาน และการประเมินคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์

3. ทำความเข้าใจกระบวนการที่ต้องการปรับปรุงการรายงานอุบัติการณ์ที่ทำในปัจจุบัน ทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติทุกคนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมกลุ่ม ระดมสมองร่วมกับทีมปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อทบทวนกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และได้จัดทำแผนภาพการไหลของงาน (Flowchart) ของกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน ที่เป็นปัจจุบัน

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการที่พบในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ โดยทีมพัฒนาจัดประชุมระดมสมองร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ ประชุมระดมสมองหาสาเหตุของปัญหาในการรายงานอุบัติการณ์โดยใช้แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และสรุปปัญหาทั้งหมดโดยใช้ผังก้างปลา (fishbone diagram) ประกอบด้วย 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) ผู้รายงาน เช่น กลัวเกิดผลกระทบต่อตนเองและเพื่อนร่วมงาน ขาดความรู้ ประสบการณ์ ความชำนาญ ขาดแรงจูงใจในการรายงาน และไม่เก็บรหัสผ่านเข้าระบบ 2) เครื่องมือและอุปกรณ์ เช่น ระบบอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรไม่มีสมุดบันทึกเหตุการณ์ คอมพิวเตอร์มีจำนวนไม่เพียงพอ โปรแกรมบันทึกอุบัติการณ์เข้าถึงยาก และข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงมากใช้เวลาบันทึกนาน 3) กระบวนการ เช่น ไม่มีแนวทางในการบันทึก และขั้นตอนในการบันทึกยุ่งยาก/ซับซ้อน และ 4) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เช่น ขาดการติดตามตรวจสอบการบันทึกอุบัติการณ์และตัวชี้วัด ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนกลับ และขาดการนิเทศติดตาม ส่วนสาเหตุของการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาไม่มีประสิทธิภาพ มาจาก 4 สาเหตุหลักคือ 1) ผู้รายงาน เช่น ขาดความรู้/ประสบการณ์ เกี่ยวกับการรายงาน ขาดความตระหนัก และกลัวผลกระทบต่อตนเองและเพื่อนร่วมงาน 2) ผู้รับรายงาน (หัวหน้าเวร) เช่น ภาระงานมาก/ไม่พร้อมรับรายงาน และไม่ทราบบทบาทของตนเอง 3) สิ่งแวดล้อมและสถานที่ เช่น มีเสียงดังรบกวนขณะรายงาน และสถานที่ไม่เอื้ออำนวยในการรายงาน และ 4) นโยบายและกระบวนการ เช่น ไม่มีแนวทางในการรายงานด้วยวาจา ไม่มีคู่มือที่เป็นลายลักษณ์อักษร และแนวปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์ไม่ชัดเจน/ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

5. เลือกวิธีการที่ปรับปรุงกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง ทีมพัฒนาจัดประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สาเหตุของการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ไม่มีประสิทธิภาพและการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาไม่มีประสิทธิภาพตามผังก้างปลา และระดมสมองค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามสาเหตุ และจัดลำดับแนวทางตามความสำคัญและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติ ใช้วิธีเสียงข้างมาก สรุปวิธีการแก้ไข ได้แก่ 1) จัดโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ 2) จัดทำคู่มือแนวทางการรายงานอุบัติการณ์

ซึ่งประกอบไปด้วยหัวข้อ บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่ผู้พบเหตุการณ์เป็นผู้บันทึกลงในโปรแกรมด้วยตนเอง ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์โดยการบันทึกในโปรแกรม HRMS On cloud ผังขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บัญชีอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องและพบบ้อยในหน่วยงาน (NICU risk list) 3) จัดทำแบบบันทึกเหตุการณ์การรายงานอุบัติการณ์ 4) ประสานผู้ดูแลโปรแกรมรายงานความเสี่ยง (HRMS On cloud) ในการขอ user ID เพื่อจัดทำบัญชีในการเข้าสู่ระบบให้กับบุคลากร 5) จัดทำป้ายสัญลักษณ์ขณะรับรายงานด้วยวาจา 5) นำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์ทุกเดือน

6. วางแผนแก้ไขปัญหาคือหรือปรับปรุง ทีมพัฒนาคุณภาพประชุมร่วมกัน เพื่อพัฒนาแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก และจัดทำคู่มือแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก แบบตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึก และแบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา รวมถึงการวางแผนการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ การวางแผนการจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักของทีมผู้ปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์

7. ปฏิบัติตามแผนที่จัดเตรียมไว้ โดยทีมพัฒนาคุณภาพประชุมทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์รวมถึงชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ทุกคนมีความเข้าใจในแนวทางเดียวกันและร่วมมือในการปฏิบัติ และจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักของทีมผู้ปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ หลังจากนั้นให้ทีมผู้ปฏิบัติทำการทดลองรายงานอุบัติการณ์ทั้งการบันทึกและการรายงานด้วยวาจาตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ที่กำหนดขึ้นเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนนำไปปฏิบัติจริง ทีมพัฒนาทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือแนะนำในการใช้งาน และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กแก่ทีมผู้ปฏิบัติ จากนั้นดำเนินการปฏิบัติจริงเป็นเวลา 8 สัปดาห์

8. ตรวจสอบการปฏิบัติ ทีมพัฒนาดำเนินการตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึก และการสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา โดยใช้แบบตรวจสอบการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรม HRMS on cloud แบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา และแบบบันทึกเวลาการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและรายงานด้วยวาจา

9. ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทีมพัฒนาและทีมผู้ปฏิบัติทุกคนได้ประชุมร่วมกันเพื่อสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาการรายงานอุบัติการณ์ และกำหนดให้เป็นแนวทางปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ทั้งการรายงานด้วยการบันทึกและการรายงานด้วยวาจาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เลขที่ 2567 – EXP047 ได้รับอนุมัติวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลลำพูนเลขที่ Ethic LPN 035/2567 ได้รับอนุมัติวันที่ 22 สิงหาคม 2567 ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยเข้าชี้แจงข้อมูลในการเข้าร่วมการศึกษา การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา หรือถอนตัวออกจากการศึกษา โดยไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา การนำเสนอในภาพรวม และการทำลายข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาทั้งหมด 2 ปี หลังการตีพิมพ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ทีมปฏิบัติการหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน มีจำนวน 19 คน ดังนี้

1.1 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100.00 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 33.33 ช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 26.67 และช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 20.00 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 73.33 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 73.33 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.00 เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 100.00 และเคยมีประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 100.00

1.2 ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 2 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100.00 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 100.00 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 100.00 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 100.00

1.3 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100.00 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 50.00 และช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 100.00 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 100.00

2. การปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและรายงานด้วยวาจา ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติการส่วนใหญ่ สามารถรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกเกี่ยวกับ 1) วันที่บันทึกอุบัติการณ์ 2) หน่วยงานค้นพบที่บันทึกอุบัติการณ์ 3) ประเภทสถานที่ที่เกิดอุบัติการณ์ ได้แก่ ในพื้นที่โรงพยาบาล/นอกพื้นที่โรงพยาบาล 4) อุบัติการณ์ความเสี่ยงชนิดใด 5) ประเภทอุบัติการณ์ย่อย 6) สรุปประเด็นปัญหา/การเกิดอุบัติการณ์ (เกิดอะไร เกิดอย่างไร) 7) ระดับความรุนแรง 8) ผู้ได้รับผลกระทบ เพศ อายุ 9) วันที่เกิดเหตุการณ์ 10) วันที่ค้นพบการเกิดอุบัติการณ์ 11) ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์เวรเช้า บ่าย ดึกหรือเวลาที่เกิด 12) แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์ 13) รายละเอียดการเกิดอุบัติการณ์ให้ชัดเจน ไม่คลุมเครือเป็นข้อเท็จจริง ไม่ใส่ความเห็นส่วนตัว และ 14) การจัดการช่วยเหลือเบื้องต้น ผลลัพธ์หลังการช่วยเหลือได้ถูกต้องครบถ้วน อยู่ระหว่างร้อยละ 91.34-100 และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา เกี่ยวกับ 1) รายงานชื่อ/ประเภทของอุบัติการณ์คืออะไร 2) รายงานรายละเอียดของการเกิดอุบัติการณ์เกิดเมื่อไร (วันที่เวลาที่เกิด) 3) รายงานรายละเอียดของการเกิดอุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไร 4) รายงานผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ได้รับผลกระทบ 5) รายงานการแก้ไขเบื้องต้น ทำอย่างไร 6) รายงานสิ่งที่ต้องการให้หัวหน้าทีมช่วยเหลือได้ถูกต้องครบถ้วน อยู่ระหว่างร้อยละ 85.78-100 ดังแสดงในตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และ ผู้ช่วย
เหลือคนไข้ที่ปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน (n=127)

รายการตรวจสอบ	การบันทึกการรายงานอุบัติการณ์		ไม่สามารถ ประเมินได้
	จำนวน (ร้อยละ) ของการ บันทึกถูกต้อง/ครบถ้วน	จำนวน (ร้อยละ) ของการ บันทึกไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน	
1. วันที่บันทึกอุบัติการณ์	124 (97.64)	3 (2.36)	-
2. หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกอุบัติการณ์	121 (95.28)	6 (4.72)	-
3. ประเภทสถานที่เกิดอุบัติการณ์ (ในพื้นที่โรงพยาบาล, นอกพื้นที่โรงพยาบาล)	121 (95.28)	6 (4.72)	-
4. ประเภทของอุบัติการณ์	121 (95.28)	6 (4.72)	-
5. ประเภทย่อยของอุบัติการณ์ ภายใน โรงพยาบาล (ถ้ามี)	85 (92.40)	7 (7.60)	35*
6. การสรุปการเกิดอุบัติการณ์ (เกิดปัญหาอะไร เกิดได้อย่างไร Key word/สาเหตุหลัก)	116 (91.34)	11 (8.66)	-
7. ระดับความรุนแรง	119 (93.70)	8 (0.79)	-
8. ผู้ที่ได้รับผลกระทบ (บุคคล/กลุ่มบุคคล/ หน่วยงาน/องค์กร เพศ/อายุ)	120 (94.49)	7 (5.51)	-
9. วันที่เกิดอุบัติการณ์	127 (100.00)	0	-
10. วันที่ค้นพบที่เกิดอุบัติการณ์	127 (100.00)	0	-
11. ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ (เวร, เวลา)	127 (100.00)	0	-
12. แหล่งที่มาของการค้นพบอุบัติการณ์ (ขณะปฏิบัติงาน การทบทวนเวชระเบียน)	127 (100.00)	0	-
13. รายละเอียดการเกิดอุบัติการณ์ (ชัดเจน เข้าใจได้ ไม่คลุมเครือ เป็นข้อเท็จจริง ไม่ใส่ความ คิดเห็นส่วนตัว)	117 (92.13)	10 (7.87)	-
14. การจัดการช่วยเหลือเบื้องต้น และผลลัพธ์ หลังการช่วยเหลือ	119 (93.70)	8 (6.30)	-

หมายเหตุ: * หมายถึง ไม่มีอุบัติการณ์ย่อยสำหรับอุบัติการณ์รายการนั้น

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือ
คนไข้ที่ปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน จำแนกเป็นความถูกต้อง และความ
ครบถ้วน (n=14)

รายการสังเกต	การรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา	
	จำนวน (ร้อยละ) ของการ รายงานถูกต้อง/ครบถ้วน	จำนวน (ร้อยละ) ของการ รายงานไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน
รายละเอียดที่ต้องรายงาน		
1. รายงานชื่อ/ประเภทของอุบัติการณ์คืออะไร	14 (100.00)	-
2. รายงานรายละเอียดของการเกิดอุบัติการณ์เกิดเมื่อไร (วันที่ เวลาที่เกิด)	14 (100.00)	-
3. รายงานรายละเอียดของการเกิดอุบัติการณ์เกิดขึ้น อย่างไร	12 (85.70)	2 (14.30)
4. รายงานผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ได้รับผลกระทบ	14 (100.00)	-
5. รายงานการแก้ไขเบื้องต้น ทำอย่างไร	13 (92.90)	1 (7.10)
6. รายงานสิ่งที่ต้องการให้หัวหน้าทีมช่วยเหลือ	14 (100.00)	-

3. การบันทึกอุบัติการณ์และการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาในระยะเวลาที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้สามารถรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกด้วยการบันทึกในระยะเวลาที่กำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 97.27-100.00 โดยความรุนแรงระดับ E-F มีการรายงานในระยะเวลาที่กำหนดคิดเป็นร้อยละ 100 และการรายงานอุบัติการณ์ประเภททั่วไปในระยะเวลาที่กำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 85.71-100.00 โดยความรุนแรงระดับ E-F มีการรายงานในระยะเวลาที่กำหนดคิดเป็นร้อยละ 100

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและด้วยวาจาตามในระยะเวลาที่กำหนดของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน

รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์	จำนวน (ร้อยละ) ของการรายงานมากกว่าระยะเวลาที่กำหนด	จำนวน (ร้อยละ) ของการรายงานในระยะเวลาที่กำหนด
รายงานด้วยการบันทึก		
อุบัติการณ์ด้านคลินิก	3 (2.52)	116 (97.48)
ความรุนแรงระดับ A-D	3 (2.73)	107 (97.27)
ความรุนแรงระดับ E-F	-	9 (100.00)
ความรุนแรงระดับ G-H-I	-	-
อุบัติการณ์ทั่วไป	1 (12.50)	7 (87.50)
ความรุนแรงระดับ A-D	1 (14.29)	6 (85.71)
ความรุนแรงระดับ E-F	-	1 (100.00)
ความรุนแรงระดับ G-H-I	-	-
รายงานด้วยวาจา		
อุบัติการณ์ด้านคลินิก	1 (11.11)	9 (90.00)
ความรุนแรงระดับ A-D	-	-
ความรุนแรงระดับ E-F	1 (11.11)	9 (90.00)
ความรุนแรงระดับ G-H-I	-	-
อุบัติการณ์ทั่วไป	-	4 (100.00)
ความรุนแรงระดับ A-D	-	-
ความรุนแรงระดับ E-F	-	4 (100.00)
ความรุนแรงระดับ G-H-I	-	-

หมายเหตุ : มากกว่าระยะเวลาที่กำหนด หมายถึง เกินกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรรายงานอุบัติการณ์ โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงดังนี้ ความรุนแรงระดับ A-D บันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรม HRMS ภายใน 7 วัน ระดับ E-F รายงานด้วยวาจาทันทีและบันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรม HRMS ภายใน 24 ชั่วโมง ระดับ G-H-I รายงานด้วยวาจาทันทีและบันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรม HRMS ภายใน 24 ชั่วโมง

อภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ในการศึกษาครั้งนี้ เกิดจากปัญหาคุลากรไม่รายงานอุบัติการณ์ รายงานอุบัติการณ์ไม่ถูกต้องครบถ้วน และมีการรายงานอุบัติการณ์ช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งภายหลังการพัฒนาคุณภาพพบว่าสามารถรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกด้วยการบันทึกในระยะเวลาที่กำหนดมากกว่าร้อยละ 80.00 และการรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกด้วยวาจาในระยะเวลาที่กำหนดมากกว่าร้อยละ 80.00 ผลการศึกษาพบว่าทีมผู้ปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80.00 การปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80.00 อาจเนื่องมาจากการในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พีดีซีเอ มาใช้ ทำให้ทุกคนในองค์กรมีการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วม

ในการวางแผนการปฏิบัติ การพัฒนา ปรับปรุงวิธีการ และรวมทั้งการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาที่กำหนดตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

นอกจากนี้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มีการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายมาใช้ ได้แก่ แผนภาพการไหลของงาน มาใช้เพื่ออธิบายขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานก่อนการพัฒนา ทำให้สามารถแยกแยะวิธีปฏิบัติและปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ให้เข้าใจง่ายขึ้น ดังที่วันรัตน์ จันทกิจ (2563) กล่าวว่าแผนภาพการไหลของงาน คือ การทำสัญลักษณ์แสดงขั้นตอนและลักษณะการทำงานแบบต่าง ๆ และสัญลักษณ์เหล่านี้จะถูกเชื่อมโยงให้เป็นลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน จะช่วยให้เข้าใจกระบวนการทำงานและมองเห็นภาพการทำงานโดยรวมได้อย่างชัดเจน เป็นการบ่งชี้ถึงปัญหาและโอกาสในการปรับปรุงกระบวนการ รวมทั้งจะช่วยให้เห็นภาพความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงมีการระดมสมอง โดยการจัดประชุมระดมสมองร่วมกันระหว่างทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติในการวางแผน การค้นหาปัญหาในการรายงานอุบัติการณ์ และหาแนวทางในการแก้ปัญหาการรายงานอุบัติการณ์และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการรายงานอุบัติการณ์ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ มีการปรับปรุงต่อยอดความคิดภายในทีม ทำให้เกิดเป็นความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพ ดังที่ปรีดี นกุลสมปรารถนา (2564) ได้กล่าวไว้ว่า การระดมสมอง คือ กระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา หรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาที่ยรวดเร็ว เป็นการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างสมาชิก เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และเกิดการมีส่วนร่วมที่สุด การระดมสมองมุ่งเน้นที่จำนวนความคิดมากกว่าคุณภาพความคิด คุณค่าของการระดมสมอง คือ การใช้ความคิด และการต่อยอดความคิด อีกทั้งมีการนำผังก้างปลา (fish bone diagram) มาใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในเชิงระบบ สรุปและวิเคราะห์รากเหง้าหาสาเหตุของการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไข ดังที่วันรัตน์ จันทกิจ (2563) ได้กล่าวว่า ผังก้างปลาเป็นแผนผังที่ใช้ในการค้นหาและวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหาที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงอย่างมีเหตุผลว่ามีอะไรบ้างที่มาเกี่ยวข้องและสัมพันธ์ต่อกันอย่างไร จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างมีเหตุผล เจาะลึกถึงรากเหง้าของสาเหตุได้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปใช้กำหนดเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่สาเหตุ นอกจากนี้มีการนำไปตรวจสอบรายการ (check sheet) โดยนำไปออกแบบแบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ ทั้งการบันทึกและการรายงานด้วยวาจา มาช่วยให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการใช้งาน ดังที่งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2566) ได้กล่าวว่าใบตรวจสอบรายการคือแบบฟอร์ม แผนผัง ตารางที่มีการออกแบบให้สามารถบันทึก ตรวจสอบ หรือควบคุมคุณภาพการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ช่วยตรวจสอบยืนยันผลการดำเนินการ และป้องกันความผิดพลาด สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลต่อได้อย่างสะดวก เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดำเนินงาน รวมทั้งช่วยติดตามผลการทำงานของพนักงาน/ทีมงาน

นอกจากการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพมาใช้แล้วการศึกษานี้ได้มีการจัดโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกในโปรแกรมรายงานความเสี่ยง (HRMS On cloud) แก่บุคลากรทุกระดับ มีการจัดกิจกรรมกระตุ้น/ส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องถึงเหตุผลในการรายงานอุบัติการณ์แก่เจ้าหน้าที่ โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ที่พัฒนาขึ้นทั้งการรายงานด้วยการบันทึกและด้วยวาจา ทำให้บุคลากรเกิดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ ดังที่ Nakamura et al. (2014) กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์เป็นประจำและสม่ำเสมอ จะช่วยให้บุคลากรมีแรงจูงใจและเห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น อีกทั้งมีการสร้างแรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ โดยการให้รางวัลประจำเดือนสำหรับผู้ที่มีการรายงานบันทึกอุบัติการณ์ครบถ้วน ถูกต้อง ในระยะเวลาที่กำหนด และต่อเนื่อง ดังที่จิราวรรณ รุ่งเรืองวรินทร์ และคณะ (2560) ได้กล่าวว่า การสร้างความตระหนักให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ การให้รางวัล และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เข้มแข็งจะสามารถทำให้การรายงานอุบัติการณ์ระดับบุคคลเพิ่มขึ้น การจูงใจเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการทำงานร่วมกัน เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลไปถึงซึ่ง

เป้าประสงค์ที่ต้องการจะได้รับ กล่าวคือ การจูงใจเป็น วิธีการที่จะกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานมีกำลังใจในการทำงาน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ หรือเป็นความต้องการ (Need) หรือความกดดันที่กระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติ (Kotler, 2003) รวมถึงมีการทำข้อตกลงร่วมกันว่าการรายงานอุบัติการณ์จะไม่มี การตำหนิหรือกล่าวโทษซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและปรับปรุงพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Mansouri et al. (2019) ที่กล่าวว่า การสร้างบรรยากาศในที่ทำงานให้เกิดวัฒนธรรมการไม่กล่าวโทษหรือตำหนิจะทำให้พยาบาลทุกคน สามารถรายงาน ข้อผิดพลาดอย่างตรงไปตรงมา ปราศจากความกลัว ช่วยให้มีการรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและได้เรียนรู้เกี่ยวกับ สิ่งผิดพลาดร่วมกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น

อีกทั้งการศึกษานี้มีการจัดทำคู่มือแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งประกอบไปด้วยหัวข้อ บทบาทของ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่ผู้พบเหตุการณ์เป็นผู้บันทึกลงในโปรแกรมด้วยตนเอง การกำกับนิเทศติดตามโดย หัวหน้าเวร/หัวหน้างาน แนวทางการรายงานอุบัติการณ์โดยการบันทึกในโปรแกรม HRMS on Cloud ผังขั้นตอนการ รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บัญชีอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องและพบบ่อยในหน่วยงาน (NICU Risk List) ซึ่งประกอบด้วยอุบัติการณ์ด้านคลินิกและอุบัติการณ์ทั่วไป รหัส ชื่ออุบัติการณ์ รายละเอียดความรุนแรงของแต่ละ ระดับ และผลกระทบความเสี่ยงด้านคลินิกและด้านทั่วไป รวมถึงมีการกระตุ้นเตือน/ติดตามผู้รายงานในการลงบันทึก ภายในเวรให้เรียบร้อย หรือมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ในเวรเดียวกันลงบันทึกแทนภายหลังเกิดเหตุการณ์ภายในเวร การจัดทำป้ายสัญลักษณ์ขณะรับรายงานด้วยวาจา กำหนดสถานที่ในการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา การจัดทำ Flowchart หัวข้อที่ต้องรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาที่อ่านเข้าใจง่ายสำหรับบุคลากรติดตรงบริเวณห้องทำงานของ เจ้าหน้าที่และในห้องพักรับประทานอาหาร การประสานผู้ดูแลโปรแกรมรายงานความเสี่ยง (HRMS On cloud) ในการขอ User ID เพื่อจัดทำบัญชีในการเข้าสู่ระบบให้กับบุคลากรทุกระดับ ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อตรวจเช็คระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ และจัดมุมกิจกรรมการรายงานอุบัติการณ์ของ หน่วยงาน ประกอบด้วย สถิติ จำนวนการรายงานในแต่ละเดือน อีกทั้งจัดทำขั้นตอนการใช้โปรแกรม (HRMS On cloud) ที่เข้าใจง่าย ติดไว้ข้างคอมพิวเตอร์ที่ใช้รายงานอุบัติการณ์ นอกจากนี้กำหนดให้คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยทำการตรวจสอบความถูกต้องการบันทึกอุบัติการณ์ ติดตามและนำข้อมูลในการทบทวนอุบัติการณ์ วิธีการแก้ไข และรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขแล้วในแต่ละเดือนแจ้งต่อการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน และจัดมุมกิจกรรมการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงาน ประกอบด้วย สถิติ จำนวนการรายงานในแต่ละเดือน และ หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้นิเทศติดตาม โดยทำการยืนยันเหตุการณ์ในโปรแกรม HRMS on Cloud ทุกวัน ทำให้ ทีมผู้ปฏิบัติสามารถรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและการรายงานอุบัติการณ์ด้วยเวลาที่กำหนดมากขึ้นจึงทำให้ ในภาพรวมส่งผลให้ทีมผู้ปฏิบัติสามารถรายงานอุบัติการณ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งแนวทางนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการรายงานอุบัติการณ์เท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างวัฒนธรรมความ ปลอดภัยในองค์กรด้วยการส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ที่อาจส่งผล กระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการให้บริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วยข้อเสนอแนะในการ นำผลการศึกษาไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับสูงควรกำหนดนโยบายความปลอดภัยในโรงพยาบาลโดยการส่งเสริม สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความตระหนักและ ทศนคติที่ดีในการรายงานอุบัติการณ์ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างบรรยากาศในที่ทำงานให้เกิดวัฒนธรรมการไม่กล่าวโทษ หรือตำหนิ
2. ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับหอผู้ป่วยควรมีการส่งเสริม นิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการ รายงานอุบัติการณ์ และการกระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรายงานอุบัติการณ์แก่ บุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเพิ่มพูนทักษะใหม่ ๆ เพื่อยกระดับบุคลากรในองค์กรให้

สามารถปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี โดยมีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาประยุกต์ในการรายงาน
อุบัติการณ์ให้ง่ายและสะดวกต่อการใช้งานมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ในหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล
2. ศึกษาการนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปใช้ใช้ในการพัฒนาคุณภาพในเรื่องอื่น ๆ ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูนต่อไป
3. วิเคราะห์แนวทางการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์จากข้อมูล เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกัน ปรับปรุง และเพิ่มคุณภาพกระบวนการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- กณิกนันต์ ศรีทอง, ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา, และศศิธร ลายเมฆ. (2566). การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงาน
อุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(3), 17-30.
- งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน. (2565). *นโยบายบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน*. โรงพยาบาลลำพูน.
- งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน. (2566). *รายงานอุบัติการณ์ปีงบประมาณ 2566*. โรงพยาบาลลำพูน.
- งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ. (2566). *7 QC Tool*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, พรพิมล พลอยประเสริฐ, และ สมทรง บุตรชีวิน. (2560). การพัฒนาระบบการจัดการ
ความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*,
7(1), 24-36.
- จิระกุล ตันวัฒนากุล. (2555). *การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่* [การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.
- ปรีดี นุกุลสมปรารณา. (2564). *รวมเทคนิคการระดมสมอง (Brainstorming) ที่น่าสนใจ*.
<https://www.popticles.com/business/brainstorming-technique-examples/>
- วันรัตน์ จันทิกิจ. (2563). *17 เครื่องมือนักคิด Problem Solving Devices*. สำนักพิมพ์สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- ศูนย์ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2561). *คู่มือความปลอดภัยในการ
ทำงาน*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2552). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. สำนักพิมพ์
หนังสือดีวัน.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย
พ.ศ. 2561 (Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018)*. เพมส์แอนท์ซิคเซ็สฟูล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2565). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5*.
บริษัท ก.การพิมพ์เทียนกวง จำกัด
- อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล. (2564). *เรียงร้อยและตกผลึกแนวคิดคุณภาพฐานของการสร้างความไว้วางใจ*. บริษัท ก.การพิมพ์
เทียนกวง จำกัด
- Arruum, D. (2019). Nurses' barriers to incident reporting in patient safety culture: A literature
review. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 2(4), 385-392.
<https://doi.org/10.37287/IJGHR.V2I4.302>
- Christine, T. (2025). *Five Steps of the Risk Management Process 2025*.
<https://www.360factors.com/blog/five-steps-of-risk-management-process/>

- Hwang, J. I., Lee, S. I., & Park, H. A. (2012). Barriers to the operation of patient safety incident reporting systems in Korean general hospitals. *Healthcare informatics research*, 18(4), 279–286. <https://doi.org/10.4258/hir.2012.18.4.279>
- Kodate, N., & Dodds, A. (2008). Factors affecting willingness to report patient safety incidents in hospitals. *NIHR King's Patient Safety and Service Quality Centre*.
http://www.academia.edu/.../Factor_affecting_willingness_to_report_patient
- Kotler, P. (2003). *Marketing management*. Pearson Education
- Lama, S., & Khanal, D. (2021). Knowledge and barriers of incident report among nurses in teaching hospital, Bharatpur. *Journal of Chitwan Medical College*, 11(37), 115-118.
<https://doi.org/10.54530/jcmc.430>
- Mansouri, N., Azimi Hosseini, S., Azizinezhad, R., & Karimzadegan, H. (2019). Prioritization of patient safety management performance assessment criteria in healthcare centers. *Journal Healthcare Management*, 11(37), 79-89.
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1999). *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implement, and Applications*. Aspen.
- Nakamura, N., Yamashita, Y., Tanihara, S., & Maeda, C. (2014). Effectiveness and sustainability of education about incident reporting at a university hospital in Japan. *Healthcare Informatics Research*, 20(3), 209-215. <https://doi.org/10.4258/hir.2014.20.3.209>
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven Steps to Patient Safety. The Full Reference Guides*. National Patient Safety Agency. <http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps>
- Pfeiffer, Y., Manser, T., & Wehner, T. (2010). Conceptualizing barriers to incident reporting: A psychological framework. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), 1-10.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030445>
- Pham, J. C, Girard, T., & Pronovost, P. J. (2013). What to do with healthcare incident reporting systems. *Journal of Public Health Research*, 2(e27), 154-159.
- Tansirisittikul, R. (2012). *The Report of Patient Safety System Development Review*. from <http://www.shi.or.th>. (In Thai)
- Terzibanjan, A. R., Laaksonen, R., Weiss, M., Airaksinen, M., & Wuliji, T. (2007). *Medication Error Reporting Systems-Lessons Learnt*. <http://www.fip.org/files/fip/Patien%20Safety/Medication%20Error%20Reporting%20-020Lessons%20Learnt2008.pdf>
- Umberfield, E., Ghaferi, A. A., Krein, S. L., & Manojlovich, M. (2019). Using incident reports to assess communication failures and patient outcomes. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(6), 406–413. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.02.007>
- Wang, J., Chen, K., Li, X., Jin, X., An, P., Fang, Y., & Mu, Y. (2019). Postoperative adverse events in patients with diabetes undergoing orthopedic and general surgery. *Medicine*, 98(14), e15089. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015089>