

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น

จิตุพร สุวรรณชิน พย.ม.*
วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์และพยากรณ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีมงาน และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ตลอดจนความสามารถร่วมกันอธิบายของปัจจัยทั้งสามต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป (ไม่รวมหัวหน้า) จำนวน 226 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 4 ฉบับ ประกอบด้วย แบบสอบถามภาวะผู้นำร่วมในทีม แบบสอบถามความยืดหยุ่นของทีมงาน แบบสอบถามระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และแบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97, 0.96, 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า 1) การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.46) 2) ภาวะผู้นำร่วมในทีม ($r = .55$, $p < .001$) ความยืดหยุ่นของทีมงาน ($r = .45$, $p < .001$) และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ($r = .58$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและภาวะผู้นำร่วมในทีมร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้ร้อยละ 41.7 ($F = 79.782$, $p < .001$, $R^2 = .417$)

คำสำคัญ: การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพ ภาวะผู้นำร่วม ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลมัญจาคีรี

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

รับบทความ: 11 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 13 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

Factors Influencing Clinical Risk Management Among Professional Nurses In Community Hospitals in Khon Kaen Province

Jatuporn Suwannakhin M.S.N.*

Wanchanok Juntachum Ph.D.**

Abstract

This descriptive correlational and predictive study aimed to examine the level of clinical risk management among professional nurses, the relationships between shared leadership, team resilience, and clinical decision support systems with clinical risk management, and the combined predictive ability of these factors in community hospitals in Khon Kaen Province. A purposive sample of 226 professional nurses with at least one year of experience (excluding supervisors) was selected through multi-stage sampling. Data were collected using four questionnaires: shared leadership questionnaire, team resilience questionnaire, clinical decision support systems questionnaire, and clinical risk management questionnaire. The instruments were validated for content validity by five experts and tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding reliability values of 0.97, 0.96, 0.97, and 0.98, respectively. Data analysis employed descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis.

Results revealed that: 1) Clinical risk management was at a high level ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.46). 2) Shared leadership ($r = .55$, $p < .001$), team resilience ($r = .45$, $p < .001$), and clinical decision support systems ($r = .58$, $p < .001$) demonstrated moderate positive correlations with clinical risk management. 3) Clinical decision support systems and shared leadership jointly predicted 41.7% of variance in clinical risk management ($F = 79.782$, $p < .001$, $R^2 = .417$).

Keywords: Clinical risk management, Professional nurses, Shared leadership, Clinical decision support system

* Registered Nurse, Senior Professional Level in Emergency Accident and Forensic Unit, Manchakiri Hospital

** Corresponding Author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received: March 11, 2026, Revised: March 13, 2026, 2025, Accepted: April 21, 2026

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกที่ระบบบริการสุขภาพทุกประเทศกำลังเผชิญ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ การศึกษาในสหรัฐอเมริการะบุว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาลเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 270,000–440,000 รายต่อปี หรือร้อยละ 10–15 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในโรงพยาบาล¹ WHO จึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก “Global Patient Safety Action Plan 2021–2030” เพื่อลดความเสียหายที่ป้องกันได้จากการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญภายในปี ค.ศ. 2030 ในประเทศไทยการพัฒนาระบบสุขภาพอยู่ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2560–2579 (ด้านสาธารณสุข) ที่เน้นความเป็นเลิศด้านบริการ โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ² อย่างไรก็ตาม ความผิดพลาดทางการแพทย์ยังคงส่งผลกระทบอย่างรุนแรง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากโรงพยาบาล 842 แห่ง พบอุบัติการณ์รวม 798,741 ครั้ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยมากกว่า 1,000 ครั้งต่อเดือน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รายงานการจ่ายเงินชดเชยตามมาตรา 41 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 1,458 เรื่อง มูลค่ารวม 304.19 ล้านบาท สะท้อนภาระทางเศรษฐกิจและสังคม แพทย์สภารายงานคดีร้องเรียนเพิ่มขึ้นจาก 182 เรื่อง เป็น 359 เรื่องในปี พ.ศ. 2562 โดยสาเหตุสำคัญคือการวินิจฉัยที่ผิดพลาด การรักษาที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการบริหารจัดการทางการแพทย์³ การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกจึงเป็นกระบวนการสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงของอุบัติการณ์ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกำลังหลักในทีมสุขภาพและดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์ได้ถึงร้อยละ 70 โดยเฉพาะในด้านความปลอดภัยในการใช้ยา การวินิจฉัย และการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน⁴

โรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในฐานะด่านหน้าของระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ แต่มักเผชิญข้อจำกัด

ด้านทรัพยากร ภาระงานสูง และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกที่จำกัด ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบการร้องเรียนตามมาตรา 41 จำนวน 9, 6 และ 7 เรื่องตามลำดับ อับัติการณ์ความเสี่ยงรวม 1,729, 2,547 และ 1,439 เรื่อง ตามลำดับ โดยเป็นความเสี่ยงทางคลินิก 218, 451 และ 532 เรื่อง ตามลำดับ และเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เสียชีวิตหรือเกิดอันตรายรุนแรงระดับ E-I รวม 84 เรื่อง สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพและส่งต่อโดยไม่ได้อาณัติการวินิจฉัยผิดพลาด การรักษาและส่งต่อล่าช้า การแพ้ยา การให้น้ำเกลือผิดชนิด การระบุตัวผู้ป่วยผิด และการพลัดตกหกล้ม⁵ สาเหตุของปัญหาเกิดจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ ขาดแคลนบุคลากร ส่งผลให้ภาระงานสูง ไม่มีเวลาดำเนินการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ บุคลากรยังขาดความเข้าใจและตระหนักรู้⁶ ในการรายงานความเสี่ยง เนื่องจากวัฒนธรรมองค์กรที่มีความใกล้ชิดทำให้เกิดความเกรงใจไม่รายงานกลัวเกิดผลกระทบ และบุคลากรขาดภาวะผู้นำในสถานการณ์ฉุกเฉิน เมื่อเกิดความเสี่ยงไม่มีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นต้องให้หัวหน้าจัดการนโยบายในการจัดการความเสี่ยงจากองค์กรยังไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง มีการหมุนเวียนผู้บริหารบ่อย และระบบสารสนเทศยังไม่ทันสมัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การอธิบายประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดยอาศัยเพียงปัจจัยระดับบุคคลยังไม่เพียงพอ ยังมีปัจจัยระดับทีมและองค์กรที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำร่วมในทีม (shared leadership in teams) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สมาชิกทีมหลายคนมีบทบาทในการชี้นำ แบ่งปันอำนาจ และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน⁷ ส่งเสริมความเชื่อมั่น ความรับผิดชอบ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาของทีม⁸ ที่มีบทบาทสำคัญต่อการบริหารความเสี่ยง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความยืดหยุ่นของทีม (team resilience) ที่สะท้อนความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตตามทฤษฎีองค์การ มีความน่าเชื่อถือสูง⁹ โดยมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงาน และความสามารถในการจัดการกับความเครียด รวมทั้งระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (clinical decision support system: CDSS) ช่วยเพิ่มความแม่นยำและลด

ความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านแพทย์เฉพาะทาง ช่วยลดข้อผิดพลาดทางคลินิก ป้องกันการใช้จ่ายเกินขนาด ปรับปรุงการตัดสินใจทางการแพทย์และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย¹⁰ แม้มีการศึกษาด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในหลายบริบท แต่ยังพบช่องว่างองค์ความรู้ในโรงพยาบาลชุมชน ยังขาดการศึกษาที่บูรณาการปัจจัยระดับทีมและระดับองค์กรเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ โดยการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นปัจจัยระดับบุคคลและองค์กร และดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีทรัพยากรและโครงสร้างที่แตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพตามมาตรฐาน และผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น
3. ศึกษาความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ของภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

- 1.ภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และ

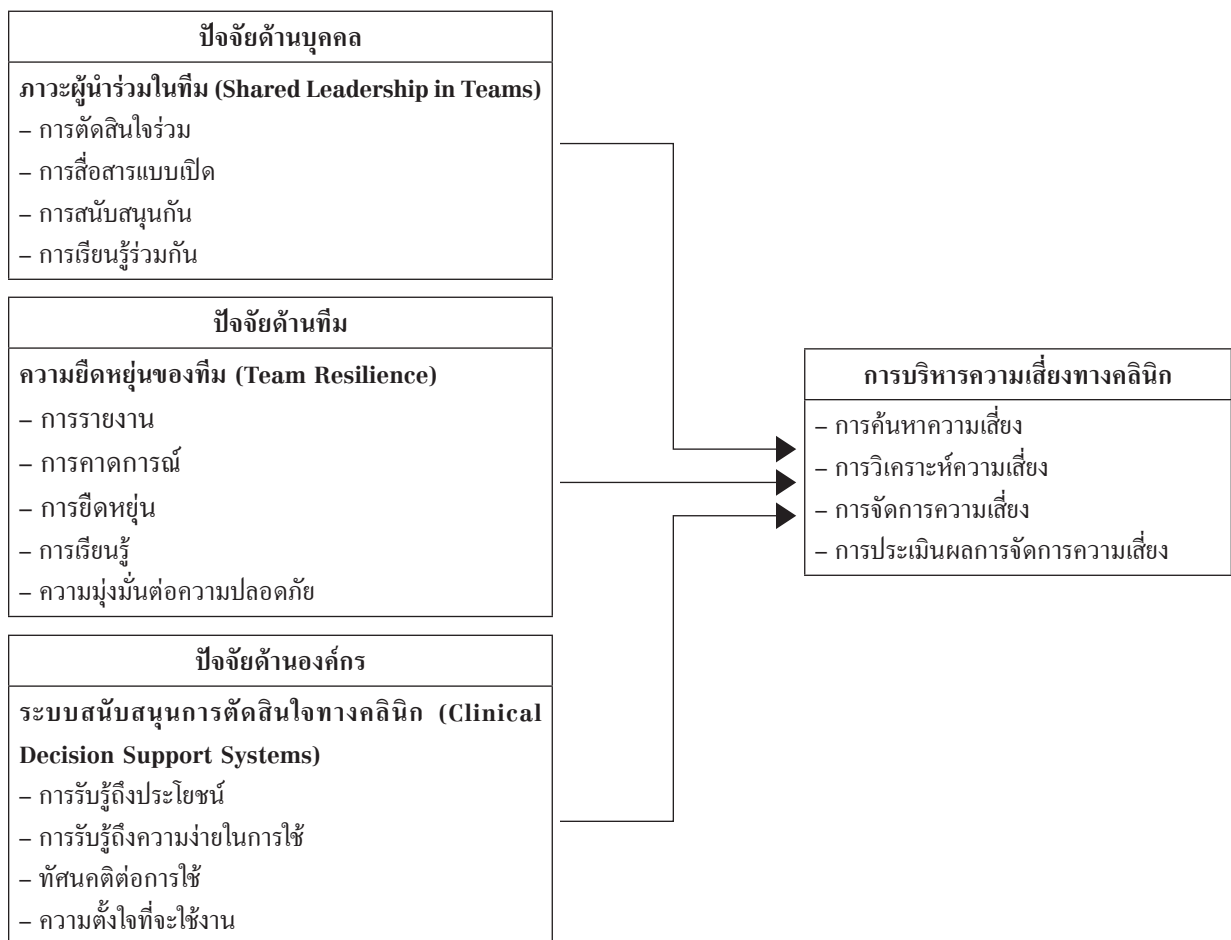
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

- 2.ภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดตัวแปรอิสระ 3 ระดับ ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล คือ ภาวะผู้นำร่วมในทีม (shared leadership) ตามแนวคิดของ Pearce และ Conger ซึ่งเน้นกระบวนการร่วมกันของสมาชิกทีมผ่านการตัดสินใจร่วม การสื่อสารแบบเปิด การสนับสนุนซึ่งกันและกัน และการเรียนรู้ร่วมกัน ปัจจัยระดับทีม คือ ความยืดหยุ่นของทีม (team resilience) ตามแนวคิดของ Morgan และคณะ ซึ่งเน้นการลดความผิดพลาดร้ายแรงในองค์กรที่มีความซับซ้อน ผ่านกระบวนการรายงาน การคาดการณ์ความเสี่ยง การปรับตัวต่อสถานการณ์ การเรียนรู้จากประสบการณ์ และความมุ่งมั่นต่อความปลอดภัย และปัจจัยระดับองค์กร คือ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (clinical decision support system: CDSS) ตามแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (technology acceptance model: TAM) ของ Davis¹¹ ซึ่งเน้นการรับรู้ถึงประโยชน์ ความง่ายในการใช้งาน ทักษะคิดต่อการใช้ และความตั้งใจในการใช้งาน ตัวแปรตาม คือ การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดของ Wilson และ Tingle¹² ประกอบด้วยกระบวนการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง โดยแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการพิจารณาว่าเป็นโครงการที่เข้าข่ายการพิจารณาแบบยกเว้น ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 1578/2567 หมายเลขโครงการ HE682180 วันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 –F3 , M2 ในจังหวัดขอนแก่น มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่า ขึ้นทะเบียนการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ทั้งหมด 22 แห่ง จำนวนพยาบาลวิชาชีพ 1,171 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง โดยไม่นับรวมหัวหน้าหน่วยงาน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) สำหรับการวิเคราะห์

ถดถอยพหุคูณ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha=0.05$ ขนาดอิทธิพล (effect size) 0.15 ระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen¹³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 189 คน เพิ่มร้อยละ 20 เพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 226 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามกรอบแนวคิดที่ศึกษา ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ปัจจุบัน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน การอบรมที่ผ่านมา ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และจำนวนสมาชิกในทีมพยาบาล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะผู้นำร่วมในทีม จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การตัดสินใจร่วม (8 ข้อ) การสื่อสารแบบเปิด (8 ข้อ) การสนับสนุนกัน (8 ข้อ) และการเรียนรู้ร่วมกัน (6 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยกำหนดเกณฑ์แปลผล คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก 3.41–4.20 หมายถึง ระดับสูง 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง ระดับต่ำ และ 1.00–1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความยืดหยุ่นของทีม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การรายงาน (4 ข้อ) การคาดการณ์ (4 ข้อ) การยืดหยุ่น (4 ข้อ) การเรียนรู้ (4 ข้อ) และความมุ่งมั่นต่อความปลอดภัย (4 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยกำหนดเกณฑ์แปลผล คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก 3.41–4.20 หมายถึง ระดับสูง 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง ระดับต่ำ และ 1.00–1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ (4 ข้อ) การรับรู้ถึงความง่ายในการใช้ (5 ข้อ) ทศนคติต่อการใช้ (5 ข้อ) และความตั้งใจที่จะใช้งาน (6 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยกำหนดเกณฑ์แปลผล

คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก 3.41–4.20 หมายถึง ระดับสูง 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง ระดับต่ำ และ 1.00–1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การค้นหาความเสี่ยง (7 ข้อ) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (7 ข้อ) การจัดการความเสี่ยง (6 ข้อ) และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (5 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยกำหนดเกณฑ์แปลผล คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก 3.41–4.20 หมายถึง ระดับสูง 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง ระดับต่ำ และ 1.00–1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00, 0.98, 0.99, 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ส่วนที่ 2–5 เท่ากับ 0.97, 0.96, 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และดำเนินเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการศึกษา จัดทำรหัสแบบสอบถาม แล้วจัดส่งไปยังผู้ประสานงานพร้อมเอกสารชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม โดยกำหนดระยะเวลาสองสัปดาห์ให้ผู้ประสานงานรวบรวมแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์มายังผู้วิจัยโดยตรง ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบทั้งหมด 226 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อคัดเลือกสมการถดถอยที่ดีที่สุด โดยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (Assumptions) ก่อนใช้ ได้แก่ การแจกแจงปกติของข้อมูล ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปร ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน ความแปรปรวนคงที่ และปัญหาความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ ผลการตรวจสอบพบว่า เป็นไปตามเงื่อนไขทุกข้อ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.10) อายุเฉลี่ย 36 ปี โดยมากกว่า 45 ปี (ร้อยละ 24.77) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 80.97) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีการพยาบาล

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น จำแนกรายด้าน และโดยรวม (n = 226)

การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การค้นหาความเสี่ยง	4.15	0.50	สูง
การวิเคราะห์ความเสี่ยง	4.10	0.57	สูง
การจัดการความเสี่ยง	4.01	0.53	สูง
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง	3.98	0.71	สูง
รวมทุกด้าน	4.07	0.46	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีมงาน และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก กับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาวะผู้นำร่วมในทีม ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

(ร้อยละ 88.93) ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ร้อยละ 57.07) มีประสบการณ์ในตำแหน่งงานปัจจุบันมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 61.06) โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 9.33 ปี ปฏิบัติงานที่หน่วยผู้ป่วยใน (ร้อยละ 37.16) สังกัดโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 (ร้อยละ 39.38) ด้านการฝึกอบรม พบว่า เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (ร้อยละ 61.51) โดยเข้าร่วมอบรมอย่างน้อย 1 ครั้ง (ร้อยละ 50.35) ส่วนการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ/การทำงานเป็นทีม พบว่า ไม่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 52.22) และผู้ที่เคยรับการอบรมเข้าร่วมอย่างน้อย 1 ครั้ง (ร้อยละ 55.55) มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปีในการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 30.97) และทำงานในทีมพยาบาลขนาด 5-10 คน (ร้อยละ 38.49)

2. ระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ทางคลินิก และความยืดหยุ่นของทีมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ($r = .55$, $r = .58$, $r = .45$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น (n = 226)

	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับของความสัมพันธ์
ภาวะผู้นำร่วมในทีม	0.554*	< 0.001	ปานกลาง
ความยืดหยุ่นของทีม	0.452*	< 0.001	ปานกลาง
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก	0.582*	< 0.001	ปานกลาง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความสามารถในการร่วมกันทำนายนของภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวพยากรณ์ที่มีอำนาจในการพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพใน

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงตามลำดับ คือ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Beta = 0.398) และภาวะผู้นำร่วมในทีม (Beta = 0.335) โดยทั้งสองปัจจัยร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ได้ร้อยละ 41.70 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวในสมการพยากรณ์ถดถอยที่เหมาะสมที่สุด

ตัวแปรพยากรณ์	b	Std.Error	Beta	t	p-value
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก	0.353	0.054	0.398	6.502	< 0.001*
ภาวะผู้นำร่วมในทีม	0.293	0.054	0.335	5.462	< 0.001*

F = 79.782 (sig. = < 0.001) Constance = 1.465 (sig. = < 0.001) df = 223

R = 0.646 R² = 0.417 R²_{adj} = 0.412

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุปผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามประเด็นสำคัญที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนว่าพยาบาลมีความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติเป็นระบบสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกที่เน้นระบบวัฒนธรรมความปลอดภัย และการเรียนรู้จากความเสี่ยง ทั้งนี้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่นซึ่งมีลักษณะการให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก ทรัพยากรและกำลังคนจำกัด แต่มีระบบคุณภาพและการพัฒนางานตามมาตรฐานโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติด้านการบริหารความเสี่ยงอย่างจริงจัง ดังนั้นแม้จะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่

หากมีระบบการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการสนับสนุนจากผู้บริหาร และพยาบาลมีความตระหนักด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ก็สามารถดำเนินการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำร่วมในทีม ความยืดหยุ่นของทีม และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามตัวแปร โดยทั้งสามปัจจัยอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยระดับบุคคล ระดับทีม และระดับองค์กร ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรง

พยาบาลชุมชน สำหรับภาวะผู้นำร่วมในทีม พบว่า การสนับสนุนกันมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การสื่อสารแบบเปิด การตัดสินใจร่วม และการเรียนรู้ร่วมกัน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการกระจายบทบาทผู้นำ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการสื่อสารในทีมส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิด Shared Leadership และการศึกษา ที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำร่วมกับผลการดำเนินงานของทีมในระดับปานกลางถึงสูง¹⁴ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในระดับปานกลาง¹⁵

ความยืดหยุ่นของทีม พบว่า ความมุ่งมั่นต่อความปลอดภัยมีคะแนนเฉลี่ยสูงมาก รองลงมาคือ การเรียนรู้ การรายงาน การยืดหยุ่น และการคาดการณ์ ตามลำดับ โดยเฉพาะด้านการเรียนรู้และการคาดการณ์แสดงให้เห็นว่าทีมพยาบาลที่สามารถเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่ผ่านมาและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงจะบริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด High-Reliability Organization (HRO) และ Team Resilience

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ความตั้งใจที่จะใช้งาน ทักษะคิดต่อการใช้ และการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้ ตามลำดับ โดยระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดในการพยากรณ์ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้ในระดับที่เป็นสาระสำคัญ สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Technology Acceptance Model (TAM) ที่บอกว่าการใช้ระบบสนับสนุนการตัดสินใจช่วยลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจทางคลินิก รวมทั้งการศึกษาก่อนของช่อผกา สระทองพูน และคณะ¹⁶ ที่พบว่าการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงและช่วยลดความผิดพลาดทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์

3. ปัจจัยร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหาร

ความเสี่ยงทางคลินิกในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงตามลำดับ คือ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และภาวะผู้นำร่วมในทีม สามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงตัวแปรตามได้ร้อยละ 41.7 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้งสองมีบทบาทสำคัญต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน การที่ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกเป็นปัจจัยที่เข้าสมการพยากรณ์เป็นลำดับแรก สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีข้อมูล แนวทางปฏิบัติ และเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจที่ถูกต้อง ทันเวลา และสอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วย ระบบดังกล่าวช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการตัดสินใจ เพิ่มความแม่นยำในการดูแลรักษา และส่งเสริมให้พยาบาลสามารถบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้อย่างเป็นระบบ สำหรับปัจจัยด้านภาวะผู้นำร่วมในทีมซึ่งเป็นตัวแปรที่เข้าสมการพยากรณ์ในลำดับถัดมา แสดงให้เห็นว่าการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกไม่ใช่ภารกิจของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในทีม การมีภาวะผู้นำร่วมช่วยให้พยาบาลเกิดความกล้าในการแสดงความคิดเห็น การรายงานความเสี่ยง และการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่เน้นความสำคัญของการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบในทีม ซึ่งสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพงาน การทำงานเป็นทีม และการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ⁸

สำหรับความยืดหยุ่นของทีมที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ แม้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ($r = .45, p < .001$) เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความแปรปรวนที่ความยืดหยุ่นของทีมสามารถอธิบายได้นั้น ถูกอธิบายไปแล้วโดยระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและภาวะผู้นำร่วมในทีม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารความเสี่ยงแบบบูรณาการที่เน้นว่าความยืดหยุ่นของทีมเป็นผลลัพธ์ของการมีภาวะผู้นำที่ดี และระบบสนับสนุนที่เหมาะสมมากกว่าจะเป็นปัจจัยอิสระที่มีอิทธิพลโดยตรง ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด การมีระบบและโครงสร้างที่ชัดเจน อาจมีความสำคัญมากกว่าความสามารถในการปรับตัวของทีมในระยะสั้น

อย่างไรก็ตาม ความยืดหยุ่นของทีมยังคงเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ไม่คาดคิด โดยสรุป การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่นได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยด้านองค์กร (ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก) และปัจจัยด้านกระบวนการทำงานของทีม (ภาวะผู้นำร่วมในทีม) ซึ่งการพัฒนาทั้งสองด้านควบคู่กันจะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารจัดการ ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวในการพัฒนาและบูรณาการระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเป็นระบบครอบคลุมการจัดหาและพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาฐานข้อมูลคลินิก และการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรส่งเสริมภาวะผู้นำร่วมในทีมพยาบาลโดยเปิดโอกาสให้พยาบาลทุกระดับมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และจัดประชุมทีมอย่างสม่ำเสมอเพื่อทบทวนและเรียนรู้ร่วมกันจากเหตุการณ์ความเสี่ยง รวมทั้งควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงที่หลากหลาย เช่น ระบบรายงานอิเล็กทรอนิกส์ และการจัดทำกระดาน Safety Dashboard โดยเน้นสร้างความมั่นใจให้พยาบาลกล้าแจ้งเหตุการณ์เสี่ยงได้อย่างเปิดเผย

2. ด้านการพัฒนาศักยภาพ ควรจัดการอบรมและพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งการจำลองสถานการณ์ ควรพัฒนาทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีมผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับภาวะผู้นำร่วม การสื่อสารในทีม การแก้ปัญหาและตัดสินใจร่วมกัน และการเสริมสร้างความยืดหยุ่นของทีม

3. ด้านการพัฒนาระบบและกลไก ควรนำระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกมาใช้ในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการตัดสินใจ ลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยและการรักษา และทำให้การปฏิบัติงานรวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น ควรพัฒนากลไกการติดตามและประเมินผลการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดย

กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน เช่น อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความรุนแรงของเหตุการณ์ และระยะเวลาในการดำเนินการแก้ไข เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอิสระอื่นๆ เพิ่มเติม เนื่องจากตัวแปรในการศึกษานี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพียงร้อยละ 41.7 เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย ภาระงาน อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากผู้บริหาร และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (Outcome measures) เช่น อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความรุนแรงของเหตุการณ์ ความพึงพอใจและความปลอดภัยของผู้ป่วย คุณภาพการดูแล และต้นทุนทางการแพทย์ เพื่อยืนยันว่าการบริหารความเสี่ยงที่ดีส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจริง

3. ควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และควรศึกษาแบบยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา หรือใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อให้เข้าใจเชิงลึกและนำไปใช้ได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความเอื้อเฟื้ออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณชนก จันทชุม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. สมปรารถนา ดาผา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำ พร้อมทั้งถ่ายทอดความรู้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ที่สั่งสอนวิชาชีพ อันทรงคุณค่า ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย พร้อมคำแนะนำ หัวหน้าพยาบาล ผู้ประสานงาน และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแหล่งทดลองใช้เครื่องมือ ขอบขอบคุณเพื่อนสาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล ที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจ ท้ายที่สุดนี้ ขออุทิศผลแห่งการศึกษา ประโยชน์ คุณค่า และความดีงามที่เกิดขึ้น

จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ แต่ครอบคลุมอันเป็นที่รักยิ่ง และ ประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบคุณเป็นอย่าง
หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีข้อบกพร่องหรือความผิดพลาด ยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353:i2139
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560–2579. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. อิศพร คณะเจริญ. สถิติคดีทางการแพทย์ 2561–2563 สู่แนวคิดสร้างเครือข่ายจัดระบบป้องกันปญหารวม. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: แพทยสภา; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2020/11/20529>
4. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* 2009;21(1):18–26.
5. โรงพยาบาลมัญจาคีรี. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง. จังหวัดขอนแก่น : โรงพยาบาลมัญจาคีรี; 2567.
6. วรัญญา เขยด้อย, วลัยพร จันทร์เอี่ยมศรีธนา, ณัฐเศรษฐสุกุล. การรับรู้ ความตระหนัก และการบริหารจัดการ ความเสี่ยงต่อการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *ว. มหิดล R2R e-Journal* 2566;10(2):68–81.
7. Pearce CL, Conger JA. Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
8. จิรภัฏ ไชยบุบผา, วาโร เฟิงสวัสดิ์, วลนิกา ฉลากบาง.องค์ประกอบภาวะผู้นำร่วมของผู้บริหารสถานศึกษา. *ว. Journal of Graduate MCU KhonKaen Campus* 2567;11(4):193–203.
9. Morgan L, Paucar-Caceres A, Wright G. Leading effective global virtual teams: The consequences of methods of communication. *Systemic Practice and Action Research*. 2014 Dec;27(6):607–624.
10. บุญยรัตน์ ศิลปวิทยาท, บุญพิชชา จิตต์ภักดี. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. *ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2563;38(2):6–14.
11. Davis FD. A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: theory and results [Doctoral dissertation]. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology; 1986.
12. Wilson J, Tingle J. Clinical risk modification: a route to clinical governance. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Carson JB, Tesluk PE, Marrone JA. Shared leadership in teams: an investigation of antecedent conditions and performance. *Academy of Management Journal* 2007;50(5):1217–1234.
15. นุชศรีนทร์ แพงมา, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลไปสู่การปฏิบัติของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข. *ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2562;37(2):16–24.

16. ช่อผกา สระทองพูน, วรางคณา จันทร์คง, เอกพล กาละดี. การประเมินผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลห้วยพญู จังหวัดนครปฐม. ว. สารานุกรมและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2568;8(1)35-54.