

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



นางสาวนปภา ศรีเมือง

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2556

**Patient Safety Culture as Perceived by Professional nurses
of the Community hospitals in Pranakhon si Ayutthaya Province**

Miss Napapha Srimuang

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2013

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ชื่อและนามสกุล นางสาวนปภา ศรีเมือง
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2556

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรณูการ์ ทองคำรอด

ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

อรวิ ชิวเกษมสุข

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวิ ชิวเกษมสุข)

สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ชื่อการศึกษา คำนวณค่าอิสระ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ผู้ศึกษา นางสาวนปภา ศรีเมือง รหัสนักศึกษา 2545100089 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด **ปีการศึกษา** 2556

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 3 แห่ง รวมทั้งสิ้น 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติงาน และตอนที่ 3 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามตอนที่ 3 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า 1) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อจำแนกโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง $M = 3.35$ และ 2) มีค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก $M = 3.52$,
 3) ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง $M = 3.35$ และ
 4) ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง $M = 3.20$ ตามลำดับ

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน

Independent Study title Patient Safety Culture as Perceived by Professional nurses
of the Community hospitals in Pranakhon si Ayutthaya Province

Author: Miss Napapha Srimuang; **ID:** 2545100089; **Degree:** Master of Nursing Science
(Nursing Administration); **Independent Study advisor:** Dr. Renukar Thongkamrod;

Academic year: 2013

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the safety culture of patients as perceived by professional nurses who worked at community hospitals in Phranakhon Si Ayutthaya Province.

The population of this study comprised 60 professional nurses who worked at the 10 bed community hospitals in Phranakhon Si Ayutthaya Province. Questionnaires were used as research tools and comprised three sections: the demographic data, the working profile, and the safety culture of patients as perceived by the professional nurses. The questionnaires were tested for validity and reliability. The reliability of the third sections was 0.88. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The major findings were as follows: 1) Professional nurses at community hospitals in Phranakhon Si Ayutthaya Province rated their perception on safety culture of patients at the middlelevel ($M = 3.35$). 2) They rated their perception on safety culture of patients in patient wards at the high level ($M = 3.52$). 3) They rated the results of patient safety at the middle level ($M = 3.35$). Finally, 4) they rated the safety culture of patients at their hospitals at the moderate level ($M = 3.20$).

Keywords : Safety Culture of Patients , Professional nurses , Community hospitals

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ซึ่งให้แนวคิด คำแนะนำ และกำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย รวมทั้งคณาจารย์สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่เป็นประโยชน์ ต่อการปฏิบัติงาน และขอบคุณเจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัยทุกฝ่ายที่ได้อำนวยความสะดวก ด้านการเรียนด้วยดีเสมอมา

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์สาขาประจำพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทตพ.ไชยพร เทพชาติรี กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลบางซ้าย คุณเกื้อกุล มะเขือเทศ กลุ่มการพยาบาล คุณศุภณี โสรจยานุกุล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางซ้าย คุณจิรพรรณ คงเคารพธรรม กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ได้เสียสละเวลาตรวจแก้ไขเครื่องมือ ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ ทุก ๆ ท่าน ประกอบด้วย โรงพยาบาลบางซ้าย โรงพยาบาลบ้านแพรง และโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ได้อนุญาต และให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

กราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา ประกอบด้วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านในโรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้ซึ่งช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านเวลา โดยจัดเวรเพื่อให้ความสะดวกในการศึกษาจนสำเร็จลุล่วง รวมถึงขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล ที่ได้ให้กำลังใจ คำแนะนำ และความปรารถนาดีมาโดยตลอด อีกทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้มีอุปการะคุณทุกๆ ท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ ทำให้ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้ง และจะจดจำไว้ในใจเสมอ

กราบขอบพระคุณบิดามารดา บุพการีผู้ให้ชีวิต สติปัญญา และสิ่งที่ดีงาม ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่สามี สุดท้ายขอขอบคุณสามี และบุตรทั้งสองอันเป็นที่รักยิ่ง ผู้ซึ่งอยู่เคียงข้าง ที่ให้ทั้งความรัก ความเข้าใจ และร่วมเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา จนกระทั่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ ที่ได้รับจากการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบแด่ทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาทั้งหมดนี้

นปภา ศรีเมือง

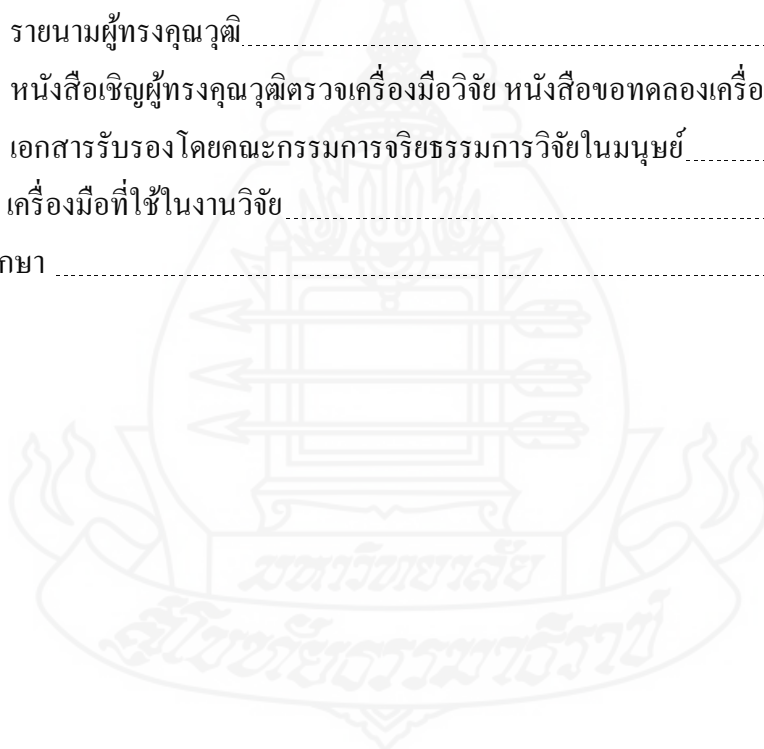
พฤศจิกายน 2556

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
กรอบแนวคิดการศึกษา	6
ข้อจำกัดในการศึกษา	6
ขอบเขตของการศึกษา	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	11
แนวคิดของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	44
การตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือ	49
การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	56
ตอนที่ 2 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	59

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ.....	59
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	71
สรุปการศึกษา	71
อภิปรายผล	75
ข้อเสนอแนะ	79
บรรณานุกรม	82
ภาคผนวก	89
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	90
ข หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย หนังสือขอทดลองเครื่องมือ	92
ค เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	99
ง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	101
ประวัติผู้ศึกษา	108



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	56
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกโดยรวม	59
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกเป็นรายด้านและ โดเยรวม	60
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในระดับหอผู้ป่วย จำแนกเป็นรายด้าน	61
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของ ผู้ป่วยในภาพรวมตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำแนกเป็นรายด้าน.....	62
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในระดับหอผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อ	63
ตารางที่ 4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระดับ โรงพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ.....	67
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวมจำแนกเป็นรายข้อ	69

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริการทางด้านสุขภาพ และสาธารณสุขนับว่าเป็นสวัสดิการสังคมด้านหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อคุณภาพชีวิต เพราะมีความเกี่ยวข้องกับสภาวะด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนที่มีความเจ็บป่วย เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย และจิตใจ ในการดำเนินชีวิตให้เกิดความปรกติสุข ส่งผลให้มีสภาพ ร่างกาย และจิตใจที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคร้าย ไข้เจ็บทั้งปวง ไม่เกิดความพิการ หรือสูญเสียชีวิต และทรัพย์สิน ด้วยเหตุผลอันไม่สมควร ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงต้องมีการพัฒนาให้มีคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการและสังคมโดยรวม (ฉันทนิยา ธรรมสุนทร, 2552) แต่ในอดีตที่ผ่านมาก็ยังพบว่า มีการให้บริการรักษาพยาบาลที่เกิดผลกระทบต่อร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของผู้ใช้บริการเกิดขึ้น เป็นระยะ ๆ เหตุผลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น (Hellings ,Schrooten ,Klazinga & Vleugels, 2007) ในการนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบายให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นเป้าหมายสำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ส่งเสริมให้นานาประเทศร่วมกันพัฒนามาตรฐาน และแนวทางการปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น (World Health Organization WHO, 2007)

ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยดังกล่าว จึงได้ร่วมมือกับองค์กรภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ร่วมกันจัดทำบันทึกข้อตกลงในการสร้างเสริม สนับสนุนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และกำหนดนโยบายความปลอดภัยผู้ป่วยระดับชาติ พ.ศ.2550-2551 เพื่อให้ผลการดำเนินงานเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้กำหนดให้ระบบการจัดการความปลอดภัยเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพ โรงพยาบาล รวมทั้งจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) ขึ้นเพื่อขับเคลื่อน ส่งเสริม และกระตุ้นและพัฒนาคุณภาพ ของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยใช้การประเมินและรับรองมาตรฐานการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเป็นเครื่องมือสำคัญ เน้นการป้องกันปัญหา และการเรียนรู้จากเหตุร้าย (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และกำหนดให้จัดทำระบบที่อ้างอิงความรู้ทาง

วิทยาศาสตร์ที่จำเป็นต่อการเพิ่มความปลอดภัยต่อผู้ป่วย มีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการรวมถึงระบบเฝ้าระวังการใช้ยา เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ สภากาพยาบาลแห่งประเทศไทยได้มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 ตามประกาศของมาตรฐานการบริหารองค์การบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Standard of Nursing and Midwifery Service Organization) โดยระบุว่าองค์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ต้องมีระบบการจัดการความปลอดภัย และต้องจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งในระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ขององค์กรนั้น ๆ (สภากาพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2544)

จากความสำคัญของระบบการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยข้างต้น ส่งผลให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ถูกกระตุ้นให้มีความตื่นตัว โดยนำเอาความคิดเรื่องการจัดการความปลอดภัยเข้ามาใช้ในระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และแม้ว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ จะมีการพัฒนาระบบการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงพบปัญหาการร้องเรียน และฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเกิดขึ้นเป็นระยะๆ โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากความผิดพลาดขณะปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ การตกเตียง การให้ยาผิดพลาด และการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของเบรนแนน และคณะ (Brennan et al.1991) ในประเทศอังกฤษ พบว่า เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดทุพพลภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพขาดความรู้ และความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ รวมไปถึงการประกอบวิชาชีพที่ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้มีการฟ้องร้องโรงพยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล สาเหตุของการถูกฟ้องร้องที่สำคัญมี 3 ประการคือ 1) มีความรู้เรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพไม่เพียงพอ 2) ไม่ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และ 3) ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล คือการกระทำการพยาบาลหรือจัดบริการพยาบาลที่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2552) และสุดท้ายยังพบว่าการบริหารจัดการระบบการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยในองค์กรหรือโรงพยาบาลมีการจัดการะงาน ที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ในการศึกษาของ อัลเฟรดส์คอตเต และบียอนคอตเต (Bjorndottir, 2008) เรื่องการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด พบว่า ภาระงานที่ไม่สมดุลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากปัญหาด้านการจัดการด้านความปลอดภัย ที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าแนวทางแก้ไขที่สำคัญประการหนึ่งคือ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ให้เกิดขึ้นในองค์กร (วีณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) เนื่องจากวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นกระบวนการหนึ่งที่

มุ่งลดอัตราความผิดพลาด และป้องกันการเกิดความผิดพลาด ด้วยการค้นหา การจำแนก และการจัดการความเสี่ยงในระบบบริการ โดยเรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้นและนำมาปรับใช้ ในการปฏิบัติของบุคลากรทุกระดับในองค์กรอย่างสม่ำเสมอและสามารถสนองตอบเป้าหมาย 4 ประการได้คือ การลดค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียจากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การบรรลุความรับผิดชอบทางกฎหมายต่อการจัดการความปลอดภัย การเพิ่มผลผลิตของบริการทางสุขภาพ ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ และการเกิดมาตรฐานด้านความปลอดภัยในองค์กร (วิณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรที่ย่อมต้องมีความเป็นเอกลักษณ์และมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันไม่ว่าบุคคลจะทำงานในระดับใด หน่วยงานใด หรือบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไปก็ตาม โดยมุ่งให้เกิด ผลลัพธ์คือผู้ป่วยพึงพอใจในบริการและเกิดความปลอดภัยในการดูแลรักษาเมื่อมาใช้บริการทุกครั้ง และเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดเช่นเดียวกันในทุกองค์การ (Kirk, Parker, Claridge, Esmail & Marshall, 2007) ประโยชน์ของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ทำให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนวิธีคิด และวัฒนธรรมองค์กรที่ต้องก้าวไปให้พ้นจากบรรยากาศของการกล่าวโทษหรือหาตัวผู้กระทำผิด มาสู่การยอมรับความจริง การให้อภัย แต่ไม่หยุดที่จะสืบสาวให้ถึงรากเหง้าของปัญหาที่ฝังอยู่ในระบบใหญ่ขององค์กรเป็นผลมาจากการตัดสินใจในระดับสูงด้วยข้อจำกัดรอบด้าน พร้อมทั้งนำนวัตกรรมต่างๆ มาใช้ได้อย่างเหมาะสม ความเสี่ยงและความปลอดภัยเป็นจุดตั้งต้น เป็นการชี้เป้าหมาย เป็นการชักชวนให้คนที่เกี่ยวข้องมาร่วมมือกัน เป็นการพัฒนาที่ต้องมองอย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงเป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับงานที่เราทำ และเป็นเครื่องมือกำกับที่ทำให้เราไม่หลงทาง เพราะความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นเป้าหมายของโรงพยาบาลคุณภาพ (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2553)

ในการนี้ องค์กรอนามัยโลก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) และสภาการพยาบาล จึงได้เห็นความสำคัญของการกระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมให้บุคลากรทำงาน โดยยึดหลักการรับรู้ค่านิยม และคุณค่าร่วมกันในการปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงคุณภาพการให้บริการ และความปลอดภัยของผู้รับบริการจนเกิดเป็นวัฒนธรรมในด้านความปลอดภัยขึ้น เมื่อใดก็ตามหากบุคลากรในองค์กรทุกคนทุกระดับมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดีและเป็นไปในทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กรแล้ว ก็จะส่งผลให้ลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งความผิดพลาดอันอาจเกิดจากการให้การรักษายาบาล และยังช่วยในการพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งในตัวผู้ป่วยเอง ญาติผู้ป่วย มีการยอมรับเชื่อถือพยาบาล และสร้าง

ภาพลักษณ์ที่ดีของความเป็นวิชาชีพได้ (จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2546; Feg, Bobay & Weiss, 2008)

พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หากพยาบาลมีการรับรู้ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระดับต่ำ หมายถึง พยาบาลขาดความรู้ ความตระหนัก ประมาท เลินเล่อ หรือปฏิบัติงานไม่ได้ตามมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่เป็นด้านลบจากการบำบัดรักษาทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เกิดทุพพลภาพระยะสั้นหรือถาวร หรือเสียชีวิตด้วยเหตุที่ไม่สมควร ทำให้สูญเสียความเชื่อมั่น เชื่อถือ เกิดความไม่ไว้วางใจ ของพ่อแม่ พี่น้อง และญาติของผู้ป่วย ต่อการรับบริการทางสุขภาพ สำหรับพยาบาลเมื่อกระทำผิดพลาด พบว่ามีผลทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย หรืออาจถูกเพิกถอนใบอนุญาตวิชาชีพ นอกจากนี้ ยังทำให้โรงพยาบาลสูญเสียชื่อเสียง และอาจต้องชดเชยค่าเสียหาย ตามที่ผู้ป่วยเรียกร้องอีกด้วย (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2548 วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550 เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549) ด้วยเหตุนี้องค์กรพยาบาลจึงเห็นความสำคัญในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยพัฒนาบุคลากรให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำงานได้เต็มศักยภาพ จากแรงผลักดันภายใน ความเชื่อ และการสนับสนุนส่งเสริมจากองค์กร ตลอดระยะเวลาทำงาน ซึ่งแนวทางหนึ่งที่จะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ได้ นั่นคือ การศึกษาและทำความเข้าใจวัฒนธรรมองค์กร ที่จะส่งผลให้พยาบาลทำงานโดยทุ่มเทกำลังกาย และกำลังใจที่มีอยู่ออกมา เพื่อให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างเต็มความสามารถ และเกิดความปลอดภัยสูงสุดเสมอ ส่งผลให้โรงพยาบาลนั้นๆ มีคุณภาพด้านความปลอดภัยอีกด้วย (อัญชลี วิสิทธิ์วงษ์, 2539)

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นสถานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ต้องรับผิดชอบงานด้านการจัดบริการสาธารณสุขทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ให้บริการภายใต้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข คำนึงถึงการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องอาศัยแนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการดำเนินงานควบคู่กันไป อีกทั้งโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา รวมถึงโรงพยาบาลบางชัยด้วยนั้นยังเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก ซึ่งมีการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ในกระบวนการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการดูแลรักษาพยาบาล แต่จากผลการตรวจประเมินคุณภาพการบริการ ในปี 2555 ที่ผ่านมา ยังพบว่าตัวชี้วัดด้านการบริหารความเสี่ยง ในหัวข้อที่ (II-1.2ก(2)) มีการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อปกป้องผู้ป่วยและผู้ให้บริการจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ได้เพียงระดับ P = Partially Met (ปฏิบัติได้บางส่วน) เท่านั้น ซึ่งผู้บริหารได้วางแนวทางแก้ไขปัญหา

ดังกล่าวร่วมกับทีมพัฒนางานคุณภาพด้านความเสี่ยง ของโรงพยาบาล กำหนดให้หน่วยงานต่างๆ รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทุกครั้งที่พบ แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากยังพบว่ามีการเก็บตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยของฝ่ายการพยาบาลซึ่งเป็นอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ เมื่อนำปัญหาดังกล่าวมาทบทวนในคณะกรรมการงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จึงพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำให้เกิดอุบัติการณ์ หรือเหตุอันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นบ่อยครั้ง อีกทั้งโรงพยาบาลบางซ้ายังไม่มีรูปแบบของวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยผู้ป่วย ที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติใช้ในแนวทางเดียวกัน

เพื่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล คือเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ และองค์การมีมาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งล้วนแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลและระดับองค์กร เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นแก่บุคลากรทางการพยาบาล ผลที่ตามมาคือคุณภาพการดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญ โดยให้ปฏิบัติกันเป็นประจำ สม่ำเสมอ จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของงาน สุดท้ายจนกลายเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลในที่สุด (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ประกอบกับการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการศึกษเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ยังมีอยู่น้อยมาก ดังนั้นผู้ศึกษา จึงมีความสนใจทำการศึกษารื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการนำมาพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ และ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหาร ซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานควบคุมคุณภาพ ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้พิจารณา กำหนดมาตรการในการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการจัดการคุณภาพด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3. กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย (Hospital survey on patient safety culture) ของสถาบันด้านคุณภาพ และงานวิจัยวิจัยด้านการดูแลสุขภาพ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2004) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แนวคิดที่ใช้ประกอบด้วย การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย รวม 3 ด้าน คือ

- 1) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย
- 2) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล
- 3) ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม

4. ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ ใช้ประชากรจริงที่มีทั้งหมด ร้อยละร้อย เนื่องจากมีจำนวนประชากรจำนวนน้อยรวมทั้งสิ้นเพียง 60 คน เท่านั้น ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง หรือหาความเที่ยง เนื่องจาก สุ่มอย่างไม่พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อื่นในประเทศไทยปรากฏอยู่ และเนื่องจากผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์จะนำผลของการศึกษาในครั้งนี้ไปปรับใช้ ในการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัย ภายในโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงที่ปฏิบัติงานอยู่ต่อไปด้วย

5. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

5.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลบางซ้าย 18 คน โรงพยาบาลบ้านแพรก 20 คน และโรงพยาบาลมหาราช 22 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานประจำในแผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และแผนกห้องคลอด ภายในโรงพยาบาล

5.2 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการปฏิบัติงาน และวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านดังนี้ 1) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย 2) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล และ 3) ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety culture) หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกถึงความคิด และการตอบสนองในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในการลดโอกาส และปกป้องอันตรายจากการเกิดภัยต่อผู้ป่วย โดยเป็นสถานะที่ทุกคนร่วมมือกัน ทำในสิ่งที่จำเป็นเพื่อป้องกันอันตราย มีความตระหนัก และคอยเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นอันตราย สามารถระบุนความผิดพลาด โดยเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น และจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้เกิดสิ่งที่ถูกต้อง

6.2 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในการแสดงออกถึงความคิด พฤติกรรมการตอบสนอง ต่อกิจกรรมด้านการเฝ้าระวังภัย ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตามหลักวิชาชีพการพยาบาล มีความตระหนัก และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องต่อสิ่งต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดความผิดพลาด และสามารถระบุนความผิดพลาด โดยเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น และจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้เกิดในสิ่งที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

6.2.1 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกถึงความคิด พฤติกรรม การตอบสนองต่อกิจกรรมด้านการเฝ้าระวังภัยของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เพื่อจัดการและป้องกันภัยอันตรายภายในหอผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามแนวทางด้านการเฝ้าระวังภัยที่หอผู้ป่วยกำหนดไว้ เพื่อลดโอกาสการเกิดภัย และป้องกันอันตรายจากภัย โดยมีความตระหนัก และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

6.2.2 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล หมายถึง

ความสามารถในการแสดงออกถึงความคิด พฤติกรรม การตอบสนองต่อกิจกรรมด้านการเฝ้าระวังภัยของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อจัดการและป้องกันภัยอันตรายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล โดยปฏิบัติตามแนวทางด้านการเฝ้าระวังภัย หลังจากที่ได้รับมอบหมาย โดยผู้บังคับบัญชาจากสายการบริหารงาน มีลำดับขั้นตอนชัดเจน โดยบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย แบบเป็นรูปธรรม สามารถวัดผลการปฏิบัติงานได้

6.2.3 ผลลัพธ์ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวม หมายถึง

สิ่งที่เป็นผลอันเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำเพื่อส่งเสริม ป้องกัน ภาวะคุกคาม จากภัยของผู้ป่วย ในมุมมองที่ปรากฏ ซึ่งเป็นหน้าที่ และความรับผิดชอบจากการกระทำ ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

6.3 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ หรือเทียบเท่า และได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในแผนกแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และแผนกห้องคลอด มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี

6.4 โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา หมายถึง

สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นสถานประกอบการโรคติดต่อตามกฎหมาย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่อื่นๆ ปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ และการพยาบาล สามารถวินิจฉัย และรักษาโรคให้กับผู้ป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน เพื่อรักษาต่อเนื่องไม่เกิน 10 เตียง รวมถึงมีรถพยาบาลไว้รับส่งผู้ป่วย หรือ ผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ได้ กรณีที่ผู้ป่วย ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ที่ซับซ้อน หรือ มีความจำเป็นต้องผ่าตัด เกินขีดความสามารถของแพทย์ประจำ หากจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทาง มีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางซ้าย โรงพยาบาลบ้านแพรก และโรงพยาบาลมหาราช

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เพื่อให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์ในการนำมาพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

7.2 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหาร ซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานควบคุมคุณภาพ ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้พิจารณากำหนดมาตรการในการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาและรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยจากแนวคิดทฤษฎี จากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการศึกษาโดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

- 1.1 ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 1.2 วิวัฒนาการของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 1.3 องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 1.4 ระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 1.5 แนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 1.6 ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 1.7 การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. แนวคิดของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

- 2.1 ความหมายและความสำคัญของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 2.3 การประเมินการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

- 3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศ
- 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย

1. แนวคิดของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.1 ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการศึกษาความหมาย ของคำว่า วัฒนธรรม วัฒนธรรมความปลอดภัย และ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จากตำรา บทความทางวิชาการ พบว่ามีผู้ให้คำจำกัดความไว้ ต่างๆ กันดังนี้

วัฒนธรรม (culture)

วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่กว้างและเกิดขึ้นสม่ำเสมอตลอดเวลา เป็นสมบัติของสังคม ถ่ายทอดและเปลี่ยนแปลงได้ วัฒนธรรมจะมีความแตกต่างในแต่ละสังคม วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของการประพฤติปฏิบัติของบุคคลในสังคม จึงมีผู้รู้ให้ความหมายไว้ดังนี้ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) ให้ความหมายของคำว่า วัฒนธรรม(culture) หมายถึง วิถีชีวิตทั้งมวลที่ผู้คนปฏิบัติต่อกันโดยอัตโนมัติ ผู้คนยอมรับและปฏิบัติจนเคยชิน เกิดการสั่งสมพอสมควร โดยวัฒนธรรมที่พึงประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพ มีทั้ง วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งองค์ประกอบ ที่อยู่ในวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1. ความรู้ความเชื่อ 2. คุณค่า ค่านิยม และ3. แบบแผนการปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างเป็นสมมติฐานที่ซ่อน ลึก อยู่ในจิตใต้สำนึกแต่ละคน และชุมชนโดยรวม

ไพบุลย์ ช่างเรียน (2532) ให้ความหมายของคำว่า วัฒนธรรม(culture) หมายถึง สิ่ง ที่เกิดจาก การพูด การกระทำ และการคิด ของบุคคลภายในองค์กรหนึ่งๆ ที่ปฏิบัติกันจนเป็นนิสัย กลายเป็นวิธีการดำเนินชีวิตและหลักเกณฑ์ของคนในสังคมหรือในองค์กรนั้น แนวทางในการ ปฏิบัติเกิดจากการที่บุคคลหรือกลุ่มคนทำเป็นต้นแบบและคนส่วนใหญ่ปฏิบัติตาม สืบต่อมา วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะการประพฤติปฏิบัติของคนในองค์กรดังนั้นการ ทำงานของคนในองค์กรจึงตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของวัฒนธรรม

อัญชลี วิสิทธิ์วงษ์ (2539) ให้ความหมายของคำว่า วัฒนธรรม(culture) หมายถึง ค่านิยม แนวประพฤติปฏิบัติ สิ่งยึดถือ พฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิกในองค์กรนั้น ๆ ที่หล่อ หลอมสมาชิกในองค์กรเข้าด้วยกันซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละองค์กร การทำให้เป็นเอกลักษณ์ เป็นค่านิยมที่ยึดถือร่วมกัน (shared values) ที่เอื้อประโยชน์ต่อการบริหารจัดการองค์กรให้ประสบความสำเร็จและยังมีผลต่อทัศนคติความพึงพอใจในงาน ความร่วมมือร่วมใจกันในการทำงานของ สมาชิกในองค์กรและเพิ่มผลผลิตและคุณภาพให้กับองค์กร เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป วัฒนธรรม หมายถึง แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มนุษย์ในสังคม สร้างขึ้นและยอมรับร่วมกัน โดยใช้ เพื่อเป็นเป็นแนวทาง ในการประพฤติปฏิบัติ สืบต่อกันมา

วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture)

จากการศึกษาดำรงต่างๆ พบว่ามีผู้ให้ความหมายของคำว่า วัฒนธรรมความปลอดภัย ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ดังนี้

กรรมวิธีการที่ปรึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยในกิจการปรมาณู (The Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installation: ACSNI, 1993) ให้ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ ผลผลิตของบุคคลหรือกลุ่มคนที่เกิดจากค่านิยม เจตคติ การรับรู้ความสามารถแบบของพฤติกรรม ในการตัดสินใจร่วมกันกระทำอย่างเป็นรูปแบบในการตัดสินใจร่วมกันกระทำอย่างเป็นรูปธรรมด้วยความเชี่ยวชาญในการจัดการด้านคุณภาพขององค์กร

คอปเปอร์ (Cooper M.D., 2000) ให้ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ วัฒนธรรมองค์กรอย่างหนึ่งที่สะท้อนความคิด ทักษะ พฤติกรรมของสมาชิกในองค์กร เรื่องสุขภาพ และความปลอดภัย ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากสมาชิกและองค์กร

องค์กรด้านการบริหารสุขภาพและความปลอดภัย (Health and safety Executive: HSE) ของประเทศอังกฤษ ให้ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ ทักษะ การรับรู้สมรรถนะ รูปแบบของพฤติกรรมที่กำหนดความรับผิดชอบที่มีรูปแบบที่ชัดเจนทางด้านการบริหารสุขภาพและความปลอดภัย (กิตติ ลิ้มอภิชาติ, 2552)

ดวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล (2553) ให้ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ พฤติกรรมของคนในสังคมที่แสดงออกถึงลักษณะ และทัศนคติที่เกี่ยวกับความปลอดภัย โดยลักษณะของวัฒนธรรมความปลอดภัยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับรูปธรรม (Artifact level) ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำของคน สามารถมองเห็นได้จากการสังเกต ระดับหลักการสนับสนุน (Espoused value level) ได้แก่ค่านิยมของสังคมหรือองค์กร การกำหนดจุดมุ่งหมาย และระดับสามัญสำนึก (Basic assumption level)

อารีย์ แก้วทวี และ จรรยา วงศ์กิตติถาวร (2553) ให้ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ ทักษะ ความเชื่อ และพฤติกรรมของคนที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย เป็นสิ่งที่ผสมผสานอยู่ในองค์กร ซึ่งวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรเป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณค่า ทักษะ ความสามารถ การรับรู้ ลักษณะอุปนิสัย การประพฤติปฏิบัติ ของแต่ละบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ในการที่จะตกลงใจ ตัดสินใจ หรือยึดถือยอมรับรูปแบบในการทำงานที่ทำให้เกิดความปลอดภัย

กล่าวโดยสรุป วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมมนุษย์ และโครงสร้างเชิงสัญลักษณ์ ที่ทำให้กิจกรรมนั้นเด่นชัดและมีความสำคัญ ต่อวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งเป็นสิ่งที่คนในหมู่มากสร้างขึ้นด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ และปฏิบัติใช้ในหมู่พวกของตน ซึ่ง

สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามยุคสมัย และความเหมาะสมของสถานการณ์นั้น ๆ ให้พ้นจากภัยอันตราย ที่อาจเกิดขึ้นกับคนในสังคม

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety culture)

ในความหมายของคำว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จะแตกต่างกันไปตามบริบทในการปฏิบัติงาน ซึ่งจากการค้นคว้าวรรณกรรมและตำราที่เกี่ยวข้อง พบในประเทศไทยน้อยมาก แต่ได้มีผู้ศึกษาในต่างประเทศให้ความหมาย ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ใกล้เคียงกันดังนี้

มาสเตอร์ด (Mustard, 2002) กล่าวว่า ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นเป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม ในการแลกเปลี่ยนแนวความคิด พฤติกรรม รวมทั้งการปฏิบัติงานที่คำนึงถึงความปลอดภัยผู้ปวยมาเป็นอันดับต้น

เนียร์วา และซอร์ร่า (Nieva & Sorra, 2003) กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นผลที่เกิดจากค่านิยม ทักษะ ทักษะ การยอมรับ สมรรถนะ ทั้งในส่วนบุคคลและของกลุ่ม ในการกำหนดรูปแบบของพฤติกรรมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์การสุขภาพในการจัดการด้านความปลอดภัย

เคิร์ค (Kirk, 2005) กล่าวว่า ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นผลที่เกิดจาก ค่านิยม ทักษะ ความเชื่อ และสมรรถนะของบุคคลและกลุ่มในองค์การ รวมทั้งรูปแบบของพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดความยึดมั่น ในแนวทางการปฏิบัติขององค์การสุขภาพในการจัดการด้านความปลอดภัยในองค์การ

The Association of Perioperative Registered Nurses (2006) กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย หมายถึง สิ่งแวดล้อมภายในองค์การที่ส่งเสริมให้เกิดการรายงานลดการลงโทษ และการทำงานร่วมกันของผู้นำที่มีประสบการณ์มุ่งไปที่การมองเป็นระบบในการสร้าง ให้เกิดความปลอดภัยในผู้ป่วย

ฮิลลิงส์, เซอร์รูทเทน, คาร์ชินการ์ และเวียร์จินนส์ (Helling, Schrooten, Klazinga & Vleugels, 2007) กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย หมายถึง การผสมผสานระหว่างพฤติกรรมส่วนบุคคลและพฤติกรรมองค์การบนพื้นฐานในการแลกเปลี่ยน ความเชื่อและค่านิยมที่จะค้นหาแนวทางอย่างต่อเนื่องในการลดอันตรายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจากกระบวนการในการดูแลรักษา

สรรชวัช อัสวเรืองชัย (2549) กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นผลของค่านิยม ทักษะ การรับรู้ สมรรถนะ และแบบแผนของพฤติกรรมของบุคคลและของกลุ่ม ซึ่งกำหนดความมุ่งมั่น และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและ ความปลอดภัยในองค์การ

จากความหมายของ วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมที่ได้กล่าวมาในข้างต้นจึงนำมาสู่การพัฒนาความหมายของคำว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย

กล่าวโดยสรุป วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ผลที่เกิดจาก ค่านิยมทัศนคติ การรับรู้ ของบุคคลและกลุ่มคนในองค์กรรวมทั้งแบบแผนของพฤติกรรม ที่แสดงให้เห็นความร่วมมือและมุ่งมั่นในการสร้างแนวทาง การเรียนรู้ในด้านความปลอดภัย รวมทั้งการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ให้ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยครั้งนี้ หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกถึงความคิด และการตอบสนองในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในการลดโอกาส และปกป้องอันตรายจากการเกิดภัยต่อผู้ป่วย โดยเป็นสภาวะที่ทุกคนร่วมมือกัน ทำในสิ่งที่จำเป็นเพื่อป้องกันอันตราย มีความตระหนัก และคอยเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นอันตราย สามารถระบุนुकความผิดพลาด โดยเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น และจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้เกิดสิ่งที่ถูกต้อง

1.2 วิวัฒนาการของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัยเริ่มมีการกล่าวถึงครั้งแรกโดยองค์การพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ The International Atomic Energy Agency [IAEA] เป็นองค์การแรกที่พัฒนาแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยมาใช้ ต่อมาวัฒนธรรมความปลอดภัยได้ถูกนำมาอภิปรายอีกหลายครั้งในการวิเคราะห์ความผิดพลาดของมนุษย์ โดยเฉพาะความผิดพลาดทางเทคนิค นโยบายและการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย อย่างต่อเนื่องของนานาประเทศทั่วโลก รวมถึงนำมาใช้ในประเทศไทยด้วย (ชนายุ ขำละม้าย, 2549)

การกำเนิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในประเทศไทยนั้น พัฒนามาจากแนวความคิดเรื่องการบริหารความเสี่ยง โดยปี พ.ศ.2549 สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้นำเสนอ patient safety goals เพื่อชักชวนให้โรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพได้ตระหนักถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จนกระทั่งเมื่อปี พ.ศ.2551 ได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของ patient safety goals ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกเรียกว่า SIMPLE ย่อมาจาก safety surgery, infection control, medication and blood safety, patient process, line/tube/catheter, emergency และได้เพิ่ม tackling antimicrobial resistance ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2553) มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อแนวทางในการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และพฤติกรรมกรปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร จนกระทั่งเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่แข็งแกร่ง ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคลากรให้เป็นไปตามคาดหวังโดย

ส่งผลต่อประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการปฏิบัติของบุคลากรได้โดยตรง จนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นมา (Hellringel, 1995: อ้างใน จิรวัดน์ จีระดีพลัง, 2546)

ปัจจุบันองค์การในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้บริการทางการแพทย์ มีความมุ่งมั่นในการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยในการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงเข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมาก และมีวิวัฒนาการในงานพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและลดความเสี่ยงในการให้บริการที่เกิดขึ้น (Fleming, 2000; Glendon, Clarke & Mckenna, 2006)

1.3 องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

การศึกษาองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยนั้นเริ่มจากการศึกษาจากองค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยบางท่านเรียกองค์ประกอบ และบางท่านเรียกว่า ปัจจัยเมื่อศึกษาแล้วพบว่า เป็นองค์ประกอบที่ใช้ในความหมายเดียวกันได้แก่

ริสัน (Reason, 1997 อ้างใน ธนาญ ขำละหม้าย, 2549) ได้อธิบายเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยจะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ วัฒนธรรมการสื่อสาร (Informed Culture) วัฒนธรรมการรายงาน (Reporting Culture) วัฒนธรรมความเที่ยงธรรม (Just Culture) วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (Flexible Culture) และวัฒนธรรมการเรียนรู้ (Learning Culture) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้

1. วัฒนธรรมการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร (Informed Culture) หมายถึง ระบบความปลอดภัยที่รวบรวมข้อมูลจากอุบัติการณ์ และเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ ผนวกกับสิ่งที่ได้จากมาตรการเชิงรุก โดยต้องมีการความร่วมมืออย่างจริงจังจากผู้ปฏิบัติทุกคนในการรายงาน การมีทัศนคติที่ดีต่อการสำรวจความปลอดภัย และมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยขององค์การ

2. วัฒนธรรมการรายงาน (Reporting Culture) หมายถึงบรรยากาศที่ทุกคนรู้สึกมีอิสระที่จะสื่อสารหรือให้ความร่วมมือกับการปฏิบัติในระบบความปลอดภัย องค์การมีระบบและช่องทางการรับข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลที่ง่ายต่อการเข้าถึงของสมาชิกในองค์การ

3. วัฒนธรรมความเที่ยงธรรม (Just Culture) โดยกำหนดเส้นแบ่งที่ชัดเจนว่า พฤติกรรมที่ไม่สามารถยอมรับได้จะต้องถูกจัดการอย่างเหมาะสม ประเด็นของวัฒนธรรมความเที่ยงธรรมคือทุกคนต้องรู้สึกว่าเขามีส่วนรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของตัวเองและเพื่อนร่วมงาน

4. วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (Flexible Culture) เนื่องจาก วัฒนธรรมจะดีได้นั้นจึงต้องเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงและฝึกฝนการปฏิบัติในหลาย ๆ แบบ องค์ประกอบบางอย่างของวัฒนธรรมความยืดหยุ่นนั้นเกี่ยวข้องกับสมรรถภาพของผู้ปฏิบัติงาน และบางอย่างนั้นสะท้อนทัศนคติ ของการบริหารต่อคนที่ปฏิบัตินอกเหนือจากมาตรฐานการปฏิบัติ

5. วัฒนธรรมการเรียนรู้ (Learning Culture) องค์กรจะต้องมีความเต็มใจและสมรรถภาพที่รวบรวมบทสรุปที่ถูกต้องจากระบบข้อมูลความปลอดภัยขององค์กร และนำบทสรุปที่ได้มาปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดแนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุ และปรับปรุงด้านความปลอดภัยในองค์กรอย่างต่อเนื่อง

ต่อมาฮัดสัน (Hudson, 2001) ได้อธิบายองค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้ในทำนองเดียวกันกับ รีสัน (Reason, 1997) โดยมี 5 องค์ประกอบเช่นกัน แต่มีส่วนที่แตกต่างคือได้รวมวัฒนธรรมการรายงานไว้กับวัฒนธรรมการเรียนรู้ และเพิ่มในส่วนของวัฒนธรรมเฝ้าระวัง (Wary Culture) โดยอธิบายว่า การที่องค์กรมีการส่งต่อข้อมูลว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับองค์กรและประสบการณ์อันตรายที่ผ่านมา ซึ่งวัฒนธรรมที่แท้จริงของความปลอดภัยส่วนหนึ่งจะต้องมาจากการเฝ้าระวังปัญหาหรืออันตรายใหม่ที่อาจเกิดขึ้น อันตรายที่ยังไม่เคยประสบ หรืออันตรายที่สามารถ ควบคุมได้

จากองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยดังกล่าวข้างต้นจะเน้นวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยทั่วไปซึ่งในองค์การด้านสุขภาพได้มีการนำมาปรับใช้ในกระบวนการในการดูแลรักษาผู้ป่วยในรูปแบบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งได้มีผู้ศึกษาองค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยไว้ดังนี้

ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2003) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยว่าต้องประกอบไปด้วย

1. มีความร่วมมือในเรื่องของความปลอดภัยอยู่ในระดับสูงในองค์กรและมีการส่งต่อและการแลกเปลี่ยน ค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมที่เป็นบรรทัดฐานในทุกระดับขององค์กร
2. การเข้าถึงทรัพยากร การส่งเสริมและการให้รางวัล
3. การสร้างให้ความปลอดภัยเป็นค่านิยมเบื้องต้นในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร
4. การมีการติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผยในแต่ละระดับขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ
5. ในกระบวนการให้บริการต้องไม่พบสิ่งทีก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย
6. มีการเปิดเผยเกี่ยวกับความผิดพลาดและปัญหาที่เกิดขึ้น
7. องค์กรมีค่านิยมในการเรียนรู้ ให้เกิดการปรับปรุงทั้งระบบ ไม่มองเพียงแค่ตัวบุคคล

ต่อมาซิงเกอร์ และ ทักเกอร์ (Singer & Tucker, 2005) ได้ปรับองค์ประกอบด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น โดยสรุปได้ว่าวัฒนธรรมผู้ป่วยประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

1. ภาวะผู้นำและความยึดมั่นในความปลอดภัย

2. ทรัพยากรขององค์กรที่สนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย
3. ความปลอดภัยเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงก่อนผลผลิต
4. ประสิทธิภาพและอิสระในการสื่อสาร
5. การเปิดเผยปัญหาและความผิดพลาดที่เกิดขึ้น
6. ความถี่ของการปฏิบัติงานหรือพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย

ส่วนเคิร์ค (Kirk, 2005) ได้นำองค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัยมาปรับใช้ในส่วนของพื้นฐานของทีมและสรุปว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยประกอบด้วย

1. การติดต่อสื่อสารในด้านความปลอดภัย
2. การรับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของความปลอดภัย
3. ความมั่นใจในประสิทธิภาพของเครื่องมือในการป้องกันความปลอดภัย
4. การเรียนรู้ในองค์กรในเรื่องที่เกี่ยวกับความปลอดภัย
5. ความรับผิดชอบของผู้นำในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
6. การเข้าถึงการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นสำหรับกินซ์เบิร์ก, นอร์ตัน, เคสแบร์ และ เลวิส (Ginsburg, Norton, Casebeer &

Lewis, 2005) กล่าวว่าทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยต้องอาศัย 3 องค์ประกอบหลักคือ

1. ปรับปรุงระบบการประเมินผลและการสะท้อนกลับของการเพิ่มการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และสร้างแนวทางในการปฏิบัติเพื่อปรับปรุง

กระบวนการดูแล

2. เครื่องมือและกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงในการปรับเปลี่ยนกระบวนการการดูแลสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีการทำงานเป็นทีมและในการวิเคราะห์และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น

3. ภาวะผู้นำที่ต้องส่งเสริมการปรับปรุงในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

ซึ่งต่อมา กินซ์เบิร์ก และคณะ (Ginsburg et al., 2007) ได้มีการพัฒนาองค์ประกอบที่ทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยขององค์กรด้านสุขภาพเพื่อให้มีความครอบคลุมมากขึ้นและสรุปว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยควรประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ผู้นำองค์กรมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย คือ การที่บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรมีการรับรู้ว่ามีหน้าที่สำคัญ กับกิจกรรมในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยที่สะท้อนให้เห็นถึงการส่งเสริมกระบวนการจัดการด้านความปลอดภัย ได้แก่ การเปิดกว้างในนโยบายในด้านความปลอดภัยผู้ป่วย การสนับสนุนในทรัพยากรในการปฏิบัติงาน

การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความปลอดภัย การติดต่อสื่อสารและส่งเสริมการอภิปรายในเรื่องของความปลอดภัยการพิจารณาในระบบของการให้รางวัลในด้านการปฏิบัติกิจกรรมด้านความปลอดภัย เพื่อความสำเร็จในการพัฒนางานด้านความปลอดภัย

2. ผู้นำในระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย คือ การที่บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรมีการรับรู้ว่าคุณำนำในระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานมีการสนทนาในด้านความปลอดภัยผู้ป่วยและความผิดพลาดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเปิดเผย การปรับปรุงด้านความปลอดภัยผู้ป่วยร่วมกันภายในหน่วยงาน การกล่าวชมเชยและให้กำลังใจแก่บุคลากรที่ได้ปฏิบัติตามแนวทางในด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่ได้วางเอาไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่มองข้ามปัญหาในด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

3. การรับรู้สภาวะความปลอดภัยในองค์กร คือ การที่บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรมีการรับรู้ถึงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของตนเองที่ส่งผลความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัย รวมทั้งการรับรู้ถึงแนวทางในการปฏิบัติเมื่อเกิดความผิดพลาด

4. ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์ เป็นการที่บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรมีการรับรู้ถึงผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองเมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

5. พฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย คือการที่บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรมีการรับรู้ว่าคุณำนำหน่วยงานจะมีการเรียนรู้ร่วมกันในด้านความปลอดภัยจากประสบการณ์ หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเพื่อพัฒนาแนวทางหรือกิจกรรมในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยที่มีอยู่ของตนให้มีความเข้มแข็งและมั่นคง

6. วัฒนธรรมการรายงาน เป็นการที่บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรมีการรับรู้ว่าคุณำนำในองค์กรหรือหน่วยงานมีค่านิยม และแนวประพฤติปฏิบัติ ในการรายงานการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในองค์กรเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีการรายงานเหตุการณ์ในทุกเหตุการณ์และการวิเคราะห์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นที่ยึดถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันของบุคลากรทุกคนในองค์กร

7. วัฒนธรรมการเรียนรู้ คือ การที่บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรมีการรับรู้ว่าการที่บุคลากรในองค์กรหรือหน่วยงานมีค่านิยม และแสดงออกเห็นในการเรียนรู้ในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมกันทั้งจากการค้นหาความเสี่ยงตามแนวปฏิบัติในระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและการเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งในระดับภายในและภายนอกองค์กรเพื่อนำมาพัฒนางานในองค์กรของตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

สถาบันวิจัยทางด้านสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2004) ของสหรัฐอเมริกา เล็งเห็นความสำคัญถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับคุณภาพกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ รับรู้ถึงความสำคัญของการสร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยว่ามีการพัฒนาขึ้นมา และจะบรรลุผลได้ต่อเมื่อมีความเข้าใจถึง คุณค่า ความเชื่อ และบรรทัดฐานว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญในองค์กร ทศนคติใด และพฤติกรรมใด ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม ได้รับการคาดหวังไว้ และประสบผลสำเร็จ จึงแบ่งวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ไว้เป็น 3 องค์ประกอบหลักที่สำคัญ ซึ่งประกอบด้วย

1. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ

1.1 ความคาดหวัง และการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย

1.2 การเรียนรู้ขององค์กร และพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง

1.3 การทำงานเป็นทีม

1.4 การเปิดใจในการสื่อสาร

1.5 การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด

1.6 การตอบสนองต่อความผิดพลาดแบบไม่เอาผิด และไม่มีการลงโทษ

1.7 การจัดอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วย

2. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

2.1 การบริหารจัดการ เกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2.2 การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล

2.3 การประสานงาน และความต่อเนื่อง ต่อการส่งมอบงานกันระหว่างหอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

3. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

3.1 การรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในภาพรวมโดยทั่วไป

3.2 ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์

3.3 การแบ่งระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.4 จำนวนบันทึกของรายงาน ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้น

ในประเทศไทยได้มีผู้ศึกษา และอธิบายองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ดังนี้

วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ทั้งหมด 8 ประการ ได้แก่

1. การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เปิดเผยและเป็นธรรมในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ ให้เป็นเสมือนบทเรียนให้ศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์นั้นซ้ำ
2. แสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญในลำดับต้นและผลักดันให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม โดยผู้บริหารองค์กรมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจกับบุคลากรเสริมสร้างการสื่อสารสองทางภายในทีมสุขภาพ เกี่ยวกับสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร ระบบการจัดการความผิดพลาดและอุบัติการณ์ ประโยชน์ของการรายงานอุบัติการณ์ตลอดจนการจัดทำสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดการดำเนินงานที่ปลอดภัย
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมรับผิดชอบใน กระบวนการดูแลที่ปลอดภัย
4. ผสานกระบวนการจัดการความเสี่ยงและประเมินองค์กรในเรื่องความเสี่ยงต่อความผิดพลาดและอุบัติการณ์ทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ โดยประเมินให้ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านคลินิก หัตถการ กระบวนการ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
5. รายงานอุบัติการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วยและชี้บ่งแนวโน้มของความเสี่ยงตลอดจนให้ความสนใจกับการรายงานอุบัติการณ์และการตัดสินใจที่ใช้ในการทำให้เกิดความปลอดภัย
6. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมรับรู้ในอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน โดยอธิบายการและการนำบทเรียนที่ได้รับไปใช้ในการป้องกันการเกิดซ้ำ
7. การนำผลการสืบสวนอุบัติการณ์มาใช้เป็นแนวทางในการเรียนรู้และพัฒนาาระบบ
8. เสริมสร้างระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่หลีกเลี่ยงการใช้วิธีที่ต้องพึ่งพาความจำและการปฏิบัติงานที่ต้องขึ้นกับความรอบคอบของบุคคลเป็นหลัก

อนุวัฒน์ สุขหตุกุล (2551) กล่าวว่า องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย จะมีบรรยากาศของความไว้วางใจ เชื่อใจ ความยืดหยุ่น การมีความรู้ พร้อมทั้งจะรายงานเหตุการณ์ และการสรุปบทเรียนเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลง โดยลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจะมีองค์ประกอบดังนี้

1. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยมนุษย์ เทคนิคองค์กรและสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยตรง
2. ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสภาวะที่มีอันตราย การเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้น บังคับบัญชามาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

3. วัฒนธรรมการรายงาน โดยผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาดและ near-miss
4. บรรยากาศของความไว้วางใจซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้
5. วัฒนธรรมการเรียนรู้ โดยการสรุปความรู้จากระบบข้อมูล ความปลอดภัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ เอื้อต่อการพัฒนาความปลอดภัยผู้ป่วย

จากองค์ประกอบด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยข้างต้น ที่มีผู้ศึกษากล่าวไว้สามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ซึ่งกล่าวถึงผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ ความคาดหวัง และการสนับสนุน การส่งเสริมด้านการบริหารจัดการ และ การเรียนรู้ การทำงานเป็นทีมและการประสานงาน ด้านข้อมูลข่าวสาร การส่งต่อข้อมูลข่าวสาร การรายงานความผิดพลาด และการตอบสนองต่อความผิดพลาด เป็นต้น สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิด ของสถาบันวิจัยทางด้านสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2004) ของสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีความครอบคลุมทั้งระดับหอผู้ป่วย ระดับ โรงพยาบาล และในด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม

1.4 ระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรมีการแบ่งระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรมีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

(Hudson P., 2001) แบ่งระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัย เป็น 5 ระดับ คือ

1. ความผิดพลาดเกิดขึ้นจากการความประมาทของผู้ปฏิบัติงาน ถ้าผู้ปฏิบัติไม่สามารถตรวจสอบได้ ความผิดพลาดจะไม่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขหรือป้องกัน ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจะถูกปิด (Pathological)
2. ความปลอดภัยเป็นเรื่องที่องค์กรรู้ว่าสำคัญ แต่จะดำเนินการตรวจสอบแก้ไขเฉพาะเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นเท่านั้น (Reactive)
3. มีระบบป้องกันความผิดพลาดไว้เรียบร้อยแล้ว มีการเก็บข้อมูล แต่ไม่มีการนำข้อมูลไปใช้ ไม่เกิดการเรียนรู้หรือทำให้เกิดความปลอดภัยดีขึ้น (Calculative)
4. เริ่มมีระบบป้องกันความผิดพลาด ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม กำหนดคุณค่าและพัฒนาให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และพยายามสร้างกระบวนการ หรือกลไกป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด (Proactive)

5. ความปลอดภัยที่ทุกคนในองค์กรตระหนัก มีส่วนร่วม และคำนึงถึงอยู่เสมอจนเป็นวัฒนธรรมขององค์กร (Generative)

ดังนั้น องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงมีลักษณะ ไม่เน้นการลงโทษ, มุ่งเน้นที่ระบบและกระบวนการ, มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง, มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระ, ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงและการลงมือทำ, เน้นกิจกรรมที่ระดับปฏิบัติการ, ขับเคลื่อนโดยผู้นำ การสื่อสารในองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจะอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อใจกันและกัน (trust), มีการรับรู้ร่วมกันถึงความสำคัญของความปลอดภัย (perception), และมีความมั่นใจในประสิทธิภาพของมาตรการป้องกัน (confidence)

นอกจากนี้ ดวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล (2550) ได้แบ่งระดับความปลอดภัยไว้ 3 ระดับ ดังนี้คือ

1. ระดับรูปธรรม (Artifact level) หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำของคนสามารถ มองเห็นได้จากการสังเกต เช่น สถาปัตยกรรม การแต่งตัว ซึ่งวัฒนธรรมความปลอดภัย ความปลอดภัยดังกล่าวมีลักษณะ ดังนี้

1.1 การบริหารสูงสุดมีส่วนร่วมในเรื่องความปลอดภัย (Top management commitment to safety)

1.2 มีผู้นำอย่างชัดเจน (Visible leadership)

1.3 ใช้ระบบ 5 ส (Good housekeeping)

1.4 มีกลยุทธ์ทางธุรกิจที่ให้ความสำคัญด้านความปลอดภัย (Strategic business importance of safety)

1.5 มีกระบวนการผลิตที่ไม่ขัดแย้งกับความปลอดภัย (Absence of safety versus production conflict)

1.6 มีความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างหน่วยงานควบคุมกับหน่วยงานอื่นจากภายนอก (Relationship to regulator and other external groups)

1.7 มีวิสัยทัศน์ยาวไกลและมีแผนระยะยาว (Proactive and long-term perspective)

1.8 มีการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Management of change)

1.9 มีระบบเอกสารและคู่มือการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ (Quality of documentation and procedures)

1.10 มีความสอดคล้องกันระหว่างกฎระเบียบกับวิธีการปฏิบัติงาน (Compliance with regulations and procedures)

- 1.11 ผู้ปฏิบัติงานมีความสามารถและมีจำนวนที่เพียงพอ (Sufficient and competent staff)
- 1.12 มีการจัดการเรียนรู้ของบุคลากร เทคโนโลยี และองค์กร (Man, technology and organization knowledge)
- 1.13 มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน (Clear roles and responsibilities)
- 1.14 มีการจูงใจและสร้างความพึงพอใจในงาน (Motivation and job satisfaction) พนักงานทุกคนมีส่วนร่วม (Involvement of all employees)
- 1.15 มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี ทั้งด้านเวลา ความกดดัน ปริมาณงาน และความเครียด (Good working conditions with regard to time pressure workload and stress)
- 1.16 มีการวัดระดับความสามารถด้านความปลอดภัย (Measurement of safety performance)
- 1.17 มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม (Proper resource allocation)
- 1.18 มีความร่วมมือกันและมีการทำงานเป็นทีม (Collaboration and teamwork)
- 1.19 มีมุมมองในการตัดสินใจที่เปิดกว้าง (Decision – making breadth of perspective)
- 1.20 มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหารและพนักงาน (Relationship between managers and employees)
- 1.21 ให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงาน (Awareness of work process)
- 1.22 สามารถรับมือกับความขัดแย้ง (Handing of conflict)
2. ระดับหลักการสนับสนุน (Espoused value level) หรือค่านิยมของสังคม หรือองค์กรเช่น ยุทธวิธี กำหนดจุดมุ่งหมาย ซึ่งวัฒนธรรมความปลอดภัยมีลักษณะ (Characteristic of Safety Culture) ดังนี้
- 2.1 การให้ความสำคัญกับความปลอดภัยเป็นอันดับต้น (High priority to safety)
- 2.2 มีการสื่อสารที่ดีและรับฟังความคิดเห็น (Openness and communications)
- 2.3 เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Organizational learning)
3. ระดับสามัญสำนึก (Basic assumption level) หรือความคิดพื้นฐาน ซึ่งวัฒนธรรมความปลอดภัยมีคุณลักษณะ ดังนี้
- 3.1 การให้ความสำคัญกับเวลา (Time focus)

3.2 มุมมองในเรื่องความผิดพลาด (View of mistakes)

3.3 บทบาทของผู้บริหาร (Role of managers)

3.4 ทักษะของบุคลากร (View of people)

1.5 แนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

มีหลักฐานทางวิชาการระบุว่า ถ้าวัฒนธรรมขององค์กรมีการตระหนักในความปลอดภัย และบุคลากรได้รับการสนับสนุนให้พูดเกี่ยวกับความผิดพลาด จะเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร ซึ่งทำโดยการเปิดเผยและแบ่งปันข้อมูลด้วยวิธีการรับฟังอย่างกัลยาณมิตร มีการดำเนินการกับบุคลากรเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรม เพราะเป็นสิ่งจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และสวัสดิการของบุคลากรที่ให้บริการ ฉะนั้นองค์กรจึงควรมีการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องให้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และจากการค้นคว้าตำราพบว่า ได้มีผู้อธิบายแนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้ดังนี้

บัณฑิต ประดับสุข (2552) กล่าวว่า การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยสามารถทำได้โดย การให้ความรู้ การสร้างทัศนคติ การยกระดับความคิด การเสริมทักษะให้รู้เท่าทันภัยที่จะเกิดขึ้น ประกอบด้วยผลก่อกำเนิดจากผู้บริหารองค์กร โดยผู้บริหารในองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยควรมีลักษณะ ดังนี้ รับฟังความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีส่วนร่วมในการเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อการพัฒนา สื่อสารแผนงาน กลยุทธ์และเป้าหมาย ให้ผู้ปฏิบัติได้ทราบโดยทั่วถึงกัน ให้ความสำคัญของการรับรู้ปัญหาโดยผู้ปฏิบัติงานและสนับสนุน ให้รางวัล สร้างขวัญ กำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงาน มีการกำหนดนโยบาย เข้มมุ่ง ทรัพยากร เพื่อสร้างพฤติกรรมความปลอดภัย (Safety behavior) มีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินการ โดยผู้บริหารมีการปฏิบัติเป็นตัวอย่างและสร้างความตระหนักว่าเป็นสิ่งที่ทุกคนในองค์กรต้องทำ ในส่วนของผู้ปฏิบัติ หน่วยงานที่มีการพัฒนาระบบความปลอดภัย และการป้องกันความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องในองค์กร ควรที่จะทบทวนปัญหาที่พบระหว่างการทำงาน มีการบันทึกทบทวนปัญหา และกำหนดความรุนแรง วิธีการแก้ปัญหา มีการสร้างและทบทวนระบบการดำเนินงานมีการสื่อสารในเรื่องความไม่ปลอดภัยต่างๆ มีการทบทวน ในเรื่องความไม่ปลอดภัยต่างๆ มีการทบทวนในเรื่องความปลอดภัยมีการจัดอบรมความรู้เรื่องความปลอดภัย และ การจัดการความเสี่ยง เป็นระยะ มีทีมผู้รับผิดชอบในการจัดการความเสี่ยงในระดับต่างๆ มีการสื่อสารเรื่องความปลอดภัยอย่างกว้างขวางทั่วทั้งองค์กร มีการตอบสนองแบบไม่กล่าวโทษ เมื่อพบ และมีการรายงานความผิดพลาด

สถาบัน Institute for Healthcare Improvement (IHI) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา อ่างในสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) ได้ให้คำแนะนำในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ดังนี้

1. การมอบหมายผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย (Designate a Patient Safety Officer) โดยการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการด้านความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Manager) โดยการจัดตั้งให้มีสำนัก ด้านความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Officer) ในทุกโรงพยาบาล เพื่อให้ทำหน้าที่สร้างความตระหนัก การจัดการฝึกอบรมและนำวิธีที่ได้ผลเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยมาสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้ผู้จัดการด้านความปลอดภัยผู้ป่วย ควรขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีการมอบหมายอำนาจหน้าที่ที่สามารถในการดำเนินการและขจัดปัญหาอุปสรรคต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลง และให้หน้าที่เฉพาะงานนี้เป็นหลัก

2. มีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วยงาน (Appoint a safety for Every Unit) โดยหน่วยงานทุกหน่วยงานควรมีการจัดตั้งผู้ทำหน้าที่ Safety Champion ให้ทำหน้าที่ช่วยหัวหน้าหน่วยงานในการสื่อสาร การสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยให้กับสมาชิกในหน่วยงาน เป็นแนวร่วมของทีมงานในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย แต่ไม่ใช่สายลับหรือผู้คุมกฎ โดยให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความรู้สึกสะดวกใจมากขึ้นในการซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูล ทั้งนี้ Safety Champion จะต้องได้รับการฝึกอบรม มีการสนับสนุนทรัพยากรและอำนาจที่เพียงพอในการทำหน้าที่

3. กิจกรรมการเยี่ยมชมหน่วยงานโดยผู้นำระดับสูง (Conduct Patient Safety Leadership Walk Rounds) โดยที่ผู้นำระดับสูงขององค์กรได้ลงมาพูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละหนึ่งชั่วโมง ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นผู้ปฏิบัติเห็นความมุ่งมั่นของผู้นำในเรื่องความปลอดภัยและสื่อถึงความเอาใจใส่จริงใจในประเด็นความปลอดภัยผู้ป่วยและการเรียนรู้ร่วมกันกับผู้ปฏิบัติงาน โดยในระหว่างการตรวจเยี่ยม ควรมีการสื่อสารกับหัวหน้างานหน่วยงานให้เข้าใจว่าทำไมผู้นำระดับสูง จึงต้องลงเยี่ยมชมหน่วยงาน มีการสื่อสารแบบสองทางและเปิดใจในการรับฟังอย่างตั้งใจ มีการติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับประเด็นความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยงานและตอบสนองความต้องการของหน่วยงานที่จะสนับสนุนการดำเนินงานในด้านความปลอดภัยผู้ป่วย

4. การจัดตั้งทีมเคลื่อนที่เร็ว ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Create an Adverse Event Response Team) โดยการจัดตั้งทีมเคลื่อนที่เร็ว ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้มาทำหน้าที่เข้าไปช่วยสร้างบรรยากาศให้กับหน่วยงานให้อยู่ในความสงบลงได้เร็ว และลดความรุนแรงตลอดจนป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การป้องกันการคว่ำลงโทษ การทบทวนในสิ่งที่เกิดขึ้น การให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ แพทย์และครอบครัวผู้ป่วย โดยทีมนี้ต้องได้รับการฝึกอบรมให้ใช้วัฒนธรรมของการให้กำลังใจมากกว่าการตำหนิติเตียน

5. การสร้างความตระหนักจากเหตุการณ์ (Reenact Real Adverse Events From Your Hospital) การสร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริง เป็นการนำเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุการณ์เกือบพลาดที่เกิดขึ้นใน โรงพยาบาล มาจัดทำเป็นเรื่องราวโดยให้เจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลเป็นผู้แสดง ทั้งนี้เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้บริการและเจ้าหน้าที่ระดับ ปฏิบัติ

6. การสอนโดยสร้างสถานการณ์จำลอง (Simulate Possible Adverse Events) โดยการให้สถานการณ์จำลองที่มีความเสี่ยงสูง และมีโอกาสผิดพลาดสูง มาใช้เป็นกรณีศึกษาให้กับ เจ้าหน้าที่ในการฝึกในการตรวจจับปัญหาและเข้าใจผลของการตัดสินใจ

7. เพิ่มกิจกรรมพูดคุย เป็นนิจ จิตตื่นตัว (Conduct Safety Briefing) โดยจัดกิจกรรม การพูดคุยในประเด็นความปลอดภัยกับผู้ป่วย ที่สังเกตพบได้ในหน่วยงานระหว่างปฏิบัติงานมา พุดคุยกันภายในทีมงาน โดยใช้เวลาเพียงเล็กน้อยแต่มีความถี่สูง ให้เป็นส่วนหนึ่งของ ชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อสร้างความตระหนักให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การทำกิจกรรมการพูดคุย ไม่จำเป็นต้องมีหัวหน้าหน่วยงานเข้ามาพูดคุยด้วยทุกครั้ง และสร้างบรรยากาศในการไม่กล่าวโทษกัน

8. การส่งเวรในประเด็นเรื่องความปลอดภัย (Relay Safety Reports at Shift Changes) ให้ท่าขณะรับส่งเวรเป็นการระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์เพื่อสร้างความตื่นตัวในเรื่องความปลอดภัยให้กับทีมผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้ช่วยลดโอกาส เกิดความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างส ภาวิชาชีพ และระหว่างหน่วยงานด้วยกันและมีการเฝ้าระวังในประเด็นที่มีความเสี่ยงอย่าง ต่อเนื่อง

9. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (Involve Patient in Safety Initiatives) โดยการเชิญ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเยี่ยมชมของทีมสหวิชาชีพ และให้แสดงความคิดเห็น ร่วมด้วย เพราะผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมีความสำคัญ เป็นด่านป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อีกชั้นหนึ่ง และเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด นอกจากนี้ประเด็นคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวมักจะ ช่วยบ่งชี้ถึงความคาดเคลื่อนที่เป็นไปได้

10. การสร้างระบบการรายงาน (Create a Reporting System) โดยมีประเด็นที่ สำคัญสองประเด็น คือ 1) การสร้างความตระหนักในเรื่องความปลอดภัย และ 2) การให้อิสระแก่ เจ้าหน้าที่ที่จะรายงานเหตุการณ์ซึ่งจะนำไปสู่เหตุการณ์เกือบพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยผู้บริหารขององค์กรต้องสร้างบรรยากาศของการให้รางวัลในการรายงานความเสี่ยงและไม่ ลงโทษแก่เจ้าหน้าที่ ที่กระทำการผิดพลาด

11. การแจ้งให้ทราบถึงการตอบสนองต่อการรายงาน (Positive Feedback to Front Line staff) เป็นการแสดงออกของผู้นำที่ได้ให้ความสำคัญและความมุ่งมั่นในเรื่องความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงานคือการแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบว่าได้ตอบสนองต่อข้อเสนอแนะและรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เป็นการส่งเสริมกำลังใจในการรายงานอุบัติการณ์แก่ผู้ปฏิบัติงาน

1.6 ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัฒนธรรมองค์กรมีอิทธิพลยิ่งต่อแนวทางในพฤติกรรม และการปฏิบัติของบุคลากรในองค์กร วัฒนธรรมองค์กรที่แข็งแกร่งจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้เป็นที่ไปตามความคาดหวัง โดยส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการปฏิบัติงานขององค์กร โดยตรงที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงสูง รวมถึงโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในองค์กร (สุเมธา เองประเสริฐ, 2548) จึงมีผู้กล่าวถึงปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ดังนี้

มังกร ประพันธ์วัฒนะ (2552) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ดังนี้

1. ผู้บริหารสูงสุดต้องให้ความสำคัญ ประกาศเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องนำลงสู่หน่วยงานผ่านแผนงาน โครงการ
2. กำหนดช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจน
3. การตอบสนองอุบัติการณ์และการป้อนกลับ
4. การสร้างบรรยากาศการรายงานเช่น นโยบายการรายงานที่ไม่ถือเป็นความผิด
5. การทบทวนอุบัติการณ์ทางคลินิกที่สำคัญ
6. ผู้บริหารปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดี
7. การให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ตั้งแต่ปฐมนิเทศ การฝึกทักษะการกำหนดเรื่องความปลอดภัยเป็นหัวข้อหนึ่ง
8. เน้นการประเมินสมรรถนะด้านความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
9. การสร้างบรรยากาศ กิจกรรมสนับสนุนในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย
10. การสร้างเงื่อนไขให้มีช่องทางการเฝ้าระวัง ความคาดเคลื่อนของยา เช่น การสรุปประเด็นด้านความปลอดภัยของหน่วยงาน (Safety Briefing)
11. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเกิดอุบัติการณ์
12. การเยี่ยมหน่วยงานโดยผู้นำลงมาเยี่ยม
13. การมีระบบประกันการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ

14. การพัฒนาระบบการสื่อสารในหลายช่องทางอาทิเช่น อินเทอร์เน็ต (Internet) หรือสื่อสิ่งพิมพ์ และการประชาสัมพันธ์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว

จะเห็นได้ว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรจะเกิดขึ้นได้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การสื่อสารที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ การบริหารการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพ และการสร้างความตระหนักแก่บุคลากรต่อมาตรการต่าง ๆ เพื่อความปลอดภัยในองค์กร การสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการนำมาสู่การยอมรับความพึงพอใจในการให้บริการ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นต่อองค์กร บุคลากรเกิดความภาคภูมิใจการบริหารความปลอดภัยในองค์กร เป็นกระบวนการจัดการที่มุ่งเน้นลดอัตราความผิดพลาดและการสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาด (protective barriers) จากการค้นหา จำแนก และจัดการความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในระบบบริการขององค์กร โคนนำสิ่งที่เรียนรู้มาใช้ในการออกแบบอีกครั้ง (redesign) เพื่อให้เกิดระบบบริการที่ปลอดภัยมากขึ้น ไม่เกิด อุบัติเหตุซ้ำ และตอบสนองเป้าหมายต่อการ ลดค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียจากการเกิดอุบัติการณ์และอุบัติเหตุทั้งในทางตรงและทางอ้อม การบรรลุถึงความรับผิดชอบทางกฎหมายต่อการจัดการความปลอดภัย การเพิ่มผลผลิตของการจัดการต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและจุดขายของการมีมาตรฐานองค์กรด้านความปลอดภัย

กล่าวโดยสรุป การสร้างหรือการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ประสบความสำเร็จนั้นจะต้องมีการพัฒนาความปลอดภัยในหลายมิติ ไปพร้อม ๆ กัน ทั้งในด้านการสร้างความตระหนัก ความตื่นตัวแก่เจ้าหน้าที่ในการค้นหาความเสี่ยงในทุกโอกาสที่อยู่รอบตัว ตลอดจนการวิเคราะห์สถานการณ์ในมุมมองที่แตกต่างจากเดิมและการคิดค้นนวัตกรรมที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาความปลอดภัยผู้ป่วยให้ดีขึ้น อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อความยั่งยืนในองค์กรนั้นๆ ต่อไป

1.7 การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย อาจได้มาจากการสังเกตโดยตรง แต่หลายส่วนได้เพียงแค่อธิบายซึ่งไม่สามารถวัดได้ เช่น ความคิด ความรู้สึก และความมีอคติของผู้ที่ให้ความเห็น ดังนั้นวิธีการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงควรใช้การผสมผสานหลายๆ วิธีร่วมกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์ การทำแบบสอบถาม การเฝ้าสังเกต โดยประเมินจากเอกสาร และจากการค้นคว้าตำราของผู้ศึกษาพบเอกสารที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งนิยมใช้ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่สร้างขึ้นโดยนักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญ หรือการนำแบบสอบถามที่มีอยู่มาปรับเปลี่ยนหรือ สร้างขึ้นใหม่โดยใช้แนวคิดจากผู้รู้ และปรากฏเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดให้เหมาะสมกับองค์กรของตนเองได้มีดังนี้ (กิตติ ลิ้มอภิชาติ, 2552) Safety Attitude Questionnaire (SAQ), AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS), Patient Safety Climate in Healthcare Organization

(PSCHO) Survey (Standford), VA Palo Alto/Stand PSCI (Patient Safety Center of Inquiry), VA Patient Safety Questionnaire, Flin/modified ORMAQ, Itoh/ Hospital Safety Questionnaire, Patient Safety Climate in Anesthesia, Safety Climate Survey Survey, Culture of Safety Survey, Children's Hospital of Boston Trainee Supplement, Allina Hospital and Clinic, Teamwork and Patient Safety Attitude Questionnaire และ Safety Climate Scale. เป็นต้น

ดวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล (2550) ได้กล่าวถึงการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยว่า ควรทำการประเมินตามมิติของวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่ทบวงการกระทรวงพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ ได้กำหนดให้เป็นองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร (Safety culture) ซึ่งประกอบด้วยมิติต่างๆ 5 มิติ (5 IAEA A Safety culture Dimensions) ดังนี้

1. มิติในด้านความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบของบุคลากรด้านความปลอดภัย (Accountability for Safety is clear) ซึ่งหมายถึงองค์กรได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของบุคลากรในแต่ละระดับทั้งในระดับผู้นำองค์กร หน่วยงานและระดับของผู้ปฏิบัติงานที่มีความชัดเจน ระดับมากน้อยเพียงใด

2. มิติด้านความตระหนักถึงประโยชน์ของความปลอดภัยอย่างแท้จริง (Safety is a clearly recognized value) ซึ่งหมายถึง กระบวนการที่องค์กรปฏิบัติอยู่เสมอถึงความตระหนักถึงคุณค่าประโยชน์ของความปลอดภัยอย่างแท้จริงหรือไม่อย่างไร

3. มิติด้านบูรณาการความปลอดภัยเข้ากับกิจกรรมงานประจำในทุกกิจกรรม (Safety is integrated into all activities) ซึ่งหมายถึง การบูรณาการความปลอดภัยเข้ากับทุกกิจกรรมการทำงาน เสมือนเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ

4. มิติด้านการมีผู้นำ ในเรื่องความปลอดภัยที่ชัดเจน (Safety leadership is clear) ซึ่งหมายถึง องค์กรได้กำหนดให้มีผู้นำในเรื่องของความปลอดภัยที่ชัดเจน ทั้งในระดับองค์กรสูงสุด และระดับหน่วยงานย่อย

5. มิติกระบวนการเรียนรู้ขององค์กรใช้ประเด็นความปลอดภัยเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน (Safety is learning driving) ซึ่งหมายถึง การจัดให้ความปลอดภัยเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้ขององค์กร

สถาบันวิจัยทางด้านสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2004) ของสหรัฐอเมริกา แบ่งการประเมินใน 2 มิติ 12 ด้าน ดังนี้

1. มิติทางผลลัพธ์ (Outcome dimension) ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้ความปลอดภัยในภาพรวม

1.2 ความถี่ของการรายงานอุบัติการณ์

2. มิติด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture dimension) ประกอบด้วย

- 2.1 ความคาดหวังของการเป็นที่ปรึกษา หรือผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
- 2.2 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล
- 2.4 การสื่อสารที่เปิดกว้าง
- 2.5 การสื่อสาร และการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด
- 2.6 การตอบสนองต่อความผิดพลาดโดยไม่มีภาระโทษ
- 2.7 การจัดอัตรากำลัง
- 2.8 การสนับสนุนจากผู้บริหาร
- 2.9 การทำงานเป็นทีมคร่อมสายงานภายในโรงพยาบาล
- 2.10 การส่งมอบงานกันระหว่างหน่วยงาน

จากการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยข้างต้นที่มีผู้ศึกษาได้กล่าวไว้ จะเห็นว่า การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย จะแบ่งออกเป็น มิติต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่ จะสอดคล้องกับ องค์ประกอบที่เอื้อต่อการประเมินระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัย เมื่อนำไปใช้ในทุ ก องค์กร เช่น ใช้ในการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นต้น

ส่วนวิธีการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย พบว่ามีความยากในการวัด ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) คือไม่มีตัวชี้วัดแบบง่าย ๆ ที่ใช้ในการวัด มีอีก หลาย ๆ ส่วนไม่ได้มาจากการสังเกตโดยตรง ซึ่งมีบางส่วนได้เพียงแต่การอธิบายแต่ไม่สามารถวัด ได้ เช่น ความคิด ความรู้สึก และความมีอคติผู้ให้ความเห็น ดังนั้นจึงควรใช้การผสมผสานหลาย ๆ วิธีดังนี้

1. การสัมภาษณ์/การพูดคุย (Interviews) แบบตัวต่อตัว หรือหน่วยงาน
2. การทำแบบสอบถาม (Questionnaires) รายบุคคล เฉพาะกลุ่มงาน
3. การเฝ้าสังเกต (Observation) ใช้วิธีเก็บข้อมูลโดยลักษณะที่มองเห็นได้
4. การประเมินจากเอกสาร (review of documentation) โดยดูจากผลการปฏิบัติ

2. แนวคิดของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

การรับรู้เป็นการเปิดโอกาสสู่การเรียนรู้ โดยจะนำไปสู่ทัศนคติ ความเชื่อ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สู่การเรียนรู้ โดยจะนำไปสู่ทัศนคติ ความเชื่อ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เบื้องต้นได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้แล้ว ต่อไปจำเป็นต้องเข้าใจความหมายของการรับรู้ด้วย เนื่องจากเมื่อนำมาผนวกกันเป็น “การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้ว” จะทำให้เกิดความเข้าใจตามแนวทางตามที่คุณศึกษาได้กำหนดไว้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการรวบรวมแนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ จากผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆไว้ดังต่อไปนี้

2.1 ความหมายและความสำคัญของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ “Percipere” ซึ่ง Per หมายถึง ผ่าน (Through) และ Cipere หมายถึง การนำ (To Take) ถือเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าปราศจากการรับรู้แล้วจะไม่สามารถมีความจำหรือการเรียนรู้ได้ (บุปผา พวงมาลี, 2547)

ชิฟแมน และ คานุก (Schiffman & Kanuk, 2004) การรับรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลแต่ละคนมีการเลือก การประมวลผลและการตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้นออกมา ให้ความหมาย และได้ภาพของโลกที่มีเนื้อหา

อุบลวรรณา ภวกันันท์และคณะผู้เขียน (2554) ให้ความหมายการรู้สึกและการรับรู้ คือ การที่อวัยวะรับความรู้สึกมีหน้าที่รับรู้ข้อมูลที่อยู่รอบ ๆ ตัวเรา ส่งผ่านเส้นประสาทขึ้นสู่สมอง ข้อมูลจะอยู่ในรูปของพลังงานต่าง ๆ เช่น ความร้อน แสง เสียง ฯลฯ อวัยวะรับความรู้สึกแต่ละชนิดจะรับพลังงานได้เฉพาะ เช่น ตารับแสง หูรับเสียง ผิวหนังรับอุณหภูมิ สัมผัส ฯลฯ ข้อมูลเร้าอวัยวะรับความรู้สึกให้แปรพลังงานเหล่านี้เป็นกระแสประสาทเดินทางสู่สมองจะเกิดความรู้สึก เช่น มองเห็นได้ยิน นั่นคือการรับรู้จึงเป็นขบวนการรับรู้

ลักขณา สริวัฒน์ (2549) ให้ความหมายการรับรู้ หมายถึง การเกิดสัมผัสอย่างมีความหมายและเป็นประสาทสัมผัสเกิดการสัมผัสขึ้น และตีความแห่งการสัมผัสได้รับออกมาเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย อันเป็นสิ่งที่รู้จักและเข้าใจกัน และในการแปลความหมายของการสัมผัสนั้นจาเป็นที่อินทรีย์จะต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม ดังนั้นหากคนเราไม่มีความรู้เดิมหรือลืมเรื่องนั้นๆ ไปก็จะไม่มีการรับรู้ในสิ่งนั้น ๆ แต่จะเกิดเฉพาะการสัมผัสกับสิ่งเร้าเท่านั้น

เปรมมิกา ปลาสุวรรณ, 2549 กล่าวว่า ความหมาย การรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึง ความรู้ ความเห็นซึ่งเกิดขึ้นจากการตีความ การสัมผัสระหว่างอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งเร้า โดยมีการใช้ประสบการณ์เดิม ช่วยในการให้ความหมายแห่งการสัมผัสนั้น ๆ

บัณฑิต เผ่าวัฒนา, 2548 ได้ให้ความหมายของการรับรู้ คือ กระบวนการที่เกิด ภายในตัวของแต่ละบุคคล และการรับรู้เกิดขึ้นกับสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว โดยการสัมผัส การเห็น การได้ยิน การรู้สึกรู้กลิ่น การสัมผัส ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะผ่านทางประสาทสัมผัส แล้วแปล ออกมาโดยการอาศัยประสบการณ์เดิม

กมลวัฒน์ ยะสารวรรณ (2547) การรับรู้ หมายถึง ขบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้า ที่มากระทบประสาทสัมผัสของเราและแปลความหมายอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต ของแต่ละบุคคล

จากความหมายของการรับรู้ที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการ ทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ที่มีผลมา จากกระบวนการรับและตีความสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มาสัมผัส ด้วยความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยส่วน บุคคลและประสบการณ์ที่ผ่านมา คนแต่ละคนจึงมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่งการรับรู้จะส่งผลต่อ พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อการรับรู้ในสิ่งนั้น ๆ

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

เมื่อทราบแนวคิด และความหมายของการรับรู้ และ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้ว จึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจความหมายของคำทั้งสองคำนี้ เมื่อนำมาผนวกกันเพื่อ ใช้ในการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ แต่เนื่องจาก ที่ผ่านมาพบว่า มีงานวิจัยทั้งในประเทศ และ ต่างประเทศ จำนวนไม่มากที่ศึกษา และพบว่ามีการให้ความหมาย ของคำว่า “การรับรู้วัฒนธรรม ความปลอดภัยของผู้ป่วย” ใช้น้อยมาก ซึ่งผู้ศึกษาพอจะรวบรวมมากได้ว่า ได้ดังนี้

สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ให้ความหมายของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วย หมายถึง ผลที่เกิดจากค่านิยม ทศนคติ ตามการรับรู้ของบุคคลและกลุ่มคนในองค์กร เกี่ยวกับแนวทางและการจัดการเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย

เคิร์ก, ปาร์คเกอร์, คลาริดจ์, เอสมอลด์, และมาร์ชอลด์ (Kirk, Parker, Claridge, Esmail & Marshall, 2007) อธิบายไว้ว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของ วัฒนธรรมองค์กรที่ข้อมต้องมีความเป็นเอกลักษณ์และมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันไม่ว่า บุคคลจะทำงานในระดับ หน่วยงาน หรือ บทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันก็ตาม เพื่อมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ คือผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการดูแลรักษาเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดเช่นเดียวกันในทุกองค์การ

กัมปนาท บุญทอง (2542) อธิบายการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย คือ กระบวนการตีความเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และปรากฏการณ์ของความรู้สึกรู้สึกออกมาเป็นสิ่งที่มีความหมาย การรับรู้ขึ้นอยู่กับ การบูรณาการระหว่างความรู้ในอดีตกับสิ่งที่ได้จากการสัมผัสสิ่งเร้าโดยอาศัย ค่านิยม เจตคติ แรงจูงใจ ความสนใจ ความคาดหวัง การรับรู้จะขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล เป้าหมาย และ ค่านิยมส่วนบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีลักษณะงานและเป้าหมายที่มีคุณค่าจะทำให้เกิดความทุ่มเททำงานอย่างหนักหรือพยายามทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดวงพร เอ็งตระกูล (2551) อธิบายว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย อาจไม่ใช่ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการเรียนรู้ของคน ๆ หนึ่งที่ได้รับอิทธิพลต่าง ๆ และแรงสนับสนุนที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานความปลอดภัย ซึ่งหากคิดว่าการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องง่าย แต่ผู้นำหรือผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญแล้ว การจัดการความปลอดภัยในองค์กรจึงเป็นเรื่องยากยิ่งกว่า เพราะวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นรากฐานของการบริหารจัดการที่ฝังรากลึกในใจของผู้ปฏิบัติงานทุกคน ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดผลดีขึ้นกับองค์กรมากมาย และเป็นการพัฒนาองค์กรสู่สังคมแห่งความปลอดภัยอีกด้วย

สรุปได้ว่าการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการตีความหมายจากสิ่งที่ได้เรียนรู้ สัมผัส หรือได้รับอิทธิพลมาจากการสัมผัสสิ่งเร้าโดยอาศัย ค่านิยม เจตคติ แรงจูงใจ ความสนใจ ความคาดหวัง มีความเป็นเอกลักษณ์และมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันไม่ว่าบุคคลจะทำงานในระดับ หน่วยงาน หรือ บทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันก็ตาม เพื่อมุ่งให้เกิดผลลัพธ์คือผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการดูแลรักษาเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดเช่นเดียวกันในทุกองค์การ สำหรับการศึกษานี้ให้นิยามความหมายของคำว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพว่า หมายถึง ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ในการแสดงออกถึงความคิด พฤติกรรมการตอบสนอง ต่อกิจกรรมด้านการเฝ้าระวังภัย ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตามหลักวิชาชีพการพยาบาล มีความตระหนัก และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องต่อสิ่งต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดความผิดพลาด และสามารถระบุความผิดพลาดโดยเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น และจัดกระทำเพื่อแก้ไขให้เกิดในสิ่งที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน

จากแนวคิดของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น แสดงให้เห็นว่าในกระบวนการในการให้การพยาบาลผู้ป่วยนั้น การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ ถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการรับรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น หากพยาบาลวิชาชีพในองค์การมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในแต่ละด้านที่เป็นไปในแนวทาง

เดียวกันแล้วก็จะส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวนโยบายนั้นเป็นไปได้ง่ายและเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้เกิดเป็นวัฒนธรรมในการปฏิบัติในด้านความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย การรับรู้ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันนั้นจะส่งผลในการยกระดับคุณภาพในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ เกิดเป็นแนวทางในการเรียนรู้ในการพัฒนางานหรือองค์การของตนเองในด้านความปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัย ลดภาวะเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ อันอาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการได้ (Feg, Bobay & Weiss, 2008)

ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้านความปลอดภัยของพยาบาล (Accountability for safety is clear) เป็นการสร้างความตระหนักในด้านความปลอดภัยให้เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน หรือระดับปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการจัดการความปลอดภัย ตระหนักถึงคุณประโยชน์ของความปลอดภัยอย่างแท้จริง (Safety is a clearly recognized value) มีความใส่ใจ และเห็นความสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมี การบูรณาการความปลอดภัยในการทำงาน (Safety is integrated into all activities) พัฒนานาแนวปฏิบัติหรือกระบวนการในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์การ โดยผู้นำในด้านความปลอดภัยจะต้องมีบทบาทในการสนับสนุนในด้านของการทรัพยากรและเครื่องมือการพัฒนาบุคลากรรวมทั้งส่งเสริมกิจกรรมในด้านความปลอดภัย และการปฏิบัติงานที่คำนึงถึงความปลอดภัยมาเป็นอันดับแรกของผู้ปฏิบัติงาน มีการจัดให้ความปลอดภัยเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้ขององค์กร (Safety is learning driven) ส่งเสริมให้บุคลากรในองค์การได้เรียนรู้ความผิดพลาดและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ในองค์การได้อย่างเป็นอิสระ ส่งเสริมให้มีการอภิปรายเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นพร้อมกับหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (International atomic energy agency: IAEA, 2005)

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

การที่วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรจะสูงหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในบุคคล และภายนอกบุคคล โดยปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง การได้รับการอบรม ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยระบบการทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านผู้ป่วย (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงไกร จีระแพทย์ 2550) การที่ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้จะช่วยในการปรับปรุง และจัดการเพื่อให้องค์กรมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นไปดังที่ต้องการ โดยปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งช่วยผลักดันให้เกิดการ

สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ประสบความสำเร็จอย่างเป็นระบบและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และจากการค้นคว้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีดังนี้

ฉวีวารณ งามเนียม (2553) อธิบายปัจจัยที่สนับสนุนด้านการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ไว้ดังนี้

1. การเรียนรู้หรือการได้รับการอบรม เกี่ยวกับความปลอดภัย พบว่าจะทำให้ระดับของการรับรู้สูงขึ้น (JCAHO 2004) เช่น การศึกษาของ อีเลียนอร์ (Eleanor 1996) พบว่าการที่พยาบาลได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย ทำให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นในคุณค่าของบรรยากาศและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง ได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย ในที่สุดจะส่งผลเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

2. การสนใจ เป็นปัจจัยที่สนับสนุน การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การศึกษาของบุญส่ง ประกอบนอก (2549) พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย

3. การที่บุคลากรมีประสบการณ์ในการทำงานมาก เป็นปัจจัยสนับสนุนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่นการศึกษาของ นิโกรและ นิโกร (Nigro & Nigro, 1989) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมาก ย่อมส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคล มีความเข้าใจในงานที่ปฏิบัติได้มากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า

วิณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย มีดังนี้

1. ผู้บริหารระดับสูงแสดงออกถึงการเป็นผู้นำ เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

2. องค์กรกำหนดนโยบายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจน

3. บุคลากรทุกคน สามารถอธิบายนโยบายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยขององค์กรได้

4. บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและสามารถอธิบายผลลัพธ์ที่ต้องการ

5. บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการค้นหา และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

6. บุคลากรอธิบายได้ว่าความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยการปฏิบัติงานของตนมีส่วนร่วมอย่างไร

7. บุคลากรมีความเชื่อว่าตนเองมีทรัพยากรและอำนาจที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย

ให้ปลอดภัย

8. มีระบบการวัดผลลัพธ์ของการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยเทียบกับเป้าหมาย และมีการนำเสนอให้ทุกคนทราบตลอดจนให้รางวัลตอบแทนต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติ
9. มีการสรุป และทบทวนผลงานประจำปีเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย และนำผลมาปรับปรุงแก้ไข
10. มีการค้นหาโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์อันตรายที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และการนำผลมาใช้ในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย
11. เมื่อค้นพบอันตรายด้านความปลอดภัยผู้ป่วยเกิดขึ้น บุคลากรได้รับการเสริมพลังเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
12. มีระบบการรวบรวมข้อมูลความปลอดภัยผู้ป่วยในทุกแง่มุมด้วยความเป็นกัลยาณมิตร
13. มีการเผยแพร่แนวโน้ม (Trend) ของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมทั้งสาเหตุ และมาตรการป้องกัน
14. มีการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (Root cause Analysis) ทุกครั้งเมื่อเกิดอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์เกือบพลาดขึ้น
15. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมในการใช้อุปกรณ์ ตลอดจนการบำรุงรักษา
16. การจัดการฝึกอบรม การฝึกซ้อมการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน
17. ระบบสถานการณ์ฉุกเฉิน และเครื่องมือที่ใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉินได้รับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ และ สื่อสารให้ทุกคนทราบ

2.3 การประเมินการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

จากการค้นคว้าตำราที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีการสร้างเครื่องมือขึ้นเอง โดยนำเครื่องมือที่มีอยู่มาปรับตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี ของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ มาประยุกต์ใช้กันอย่างหลากหลาย แต่ยังไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับพยาบาลวิชาชีพโดยตรง สามารถใช้ประเมินได้กับบุคลากรที่ทำงานในสถานพยาบาลต่างๆ ระดับ ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ มักมีคะแนนของระดับการรับรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มงาน หรือตำแหน่งงานในสถานพยาบาลเดียวกัน ตัวอย่างเช่น แบบสอบถามตามแนวความคิดของกินเบิร์ก หรือ แบบสอบถามตามแนวความคิดของสถาบันสถาบันวิจัยทางด้านสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ],

2004) ของสหรัฐอเมริกา เป็นต้น และเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพ นับเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความสำคัญมาก ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย มากที่สุด เพราะต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง ฉะนั้นความสำคัญในเรื่องการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ จึงมีความจำเป็นต้องมีความจำเพาะเจาะจงอย่างยิ่ง เพื่อใช้ในการประเมิน ระดับของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อนำมาผลการศึกษามาพัฒนาระบบการจัดการด้านความปลอดภัยในผู้ป่วยของโรงพยาบาลให้ดีที่สุด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำแนวความคิดในการแบ่งมิติของการรับรู้ด้านความปลอดภัยของ สถาบันวิจัยทางด้านสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2004) ของสหรัฐอเมริกา มาปรับเปลี่ยน และ จัดหมวดหมู่ของการรับรู้ให้เหมาะสมกับบริบทของพยาบาลวิชาชีพ และนำมาหาค่าความเที่ยงของเนื้อหา เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีคุณภาพ และใช้ในการประเมินการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในครั้งนี้

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

จากการค้นคว้าตำรา และวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมามีผู้วิจัยจำนวนมากที่ศึกษาในเรื่อง การรับรู้ด้านความปลอดภัย ทั้งในโรงงานอุตสาหกรรม ในสถานศึกษา รวมถึงในสถานพยาบาล แต่เนื้อหาเพื่อให้ใช้ได้กับบุคลากรทุก ๆ คนในองค์กร ไม่เฉพาะเจาะจง อาทิเช่น ความปลอดภัยของผู้ป่วย ของบุคลากรในสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐบาล และเอกชน แต่ที่จำเพาะเจาะจงศึกษาในด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในพยาบาลวิชาชีพนั้น ยังคงมีอยู่น้อย ทั้งภายใน ประเทศ และต่างประเทศ จึงได้นำมาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ตัวอย่างเช่น

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศ

ฮักส์ และลาเปนนี (Hughes & Lapane, 2006) ได้ทำการศึกษาการรับรู้เรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาลในทางการแพทย์ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นงานการพยาบาลที่บ้าน 26 แห่งใน รัฐโอไฮโอ เป็นพยาบาลวิชาชีพ 367 คน และ ผู้ช่วยพยาบาล 636 คน โดยปรับประยุกต์เครื่องมือการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยตามกรอบแนวคิดของ ซอร์ร่าและ เนียร์ว่า (Sorra & Nieva, 2004) ภายใต้การสนับสนุนขององค์การวิจัยทางด้านสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]) จากผลการวิจัยพบว่า มีเพียงครั้งที่มีการรายงานและการอภิปรายของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและความผิดพลาด และ 1 ใน 5 ของการรายงานความผิดพลาดรู้สึกว่าคุณกลังโทษ แสดงให้เห็นว่าในการรายงานเหตุการณ์ในงานการพยาบาลที่บ้านนั้นมีความจำเป็นและยังคง

ต้องการแนวทางในการปรับปรุงสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในบริบทขององค์กรหรือแต่ละหน่วยงานที่ยังคงเป็นปัญหาเพื่อให้เกิดการดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คิม, อัน, คิม และ ยูน (Kim, An, Kim & Yoon, 2007) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในการรายงานความผิดพลาดและวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในเกาหลี ศึกษาในพยาบาล 886 คน จาก 8 โรงพยาบาล โดยปรับประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดของแนวคิดขององค์การวิจัยทางด้านสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2004) จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในทางบวกมากกว่าพยาบาลในระดับปฏิบัติการ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 จะมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยทางบวกมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า และการที่พยาบาลรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยล่าช้า หรือไม่รายงานเนื่องจากมีความกลัวในการรายงานข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นและส่วนใหญ่ของการตอบแบบสอบถามรู้สึกว่าจะไม่มีการอำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารในประเด็นด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพวกเขา

ฮิลลิ่งส์, เซอร์รูทเทน, คาร์ชินการ์, และเวียร์จินส์ (Hellings, Schrooten, Klazinga & Vleugels, 2007) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั่วไปในเบลเยียม 5 โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลรวม 2,813 คน แพทย์ 462 คน นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ห้องเอ็กซเรย์และเจ้าหน้าที่ด้านรังสีรวม 397 คน และเภสัชกร รวมทั้งผู้ช่วยเภสัชกร อีก 64 คน ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำทุกโรงพยาบาล โดยหัวข้อที่มีค่าคะแนนต่ำมากที่สุดได้แก่การจัดการของโรงพยาบาลที่สนับสนุนในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (ร้อยละ 35) การไม่ลงโทษในความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการรายงานเหตุการณ์ (ร้อยละ 36) และการสื่อสารภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ 36)

สเปน ลาสชินเจอร์, เฮเทอร์ เค.ไลเทอร์, มิเชลล์ พี (Spence Laschinger, Heather K. ; Leiter, Michael P.(2006) ได้ทำการศึกษาสิ่งแวดล้อมในการทำงานการพยาบาลมีต่อผลลัพธ์ด้านการปลอดภัยผู้ป่วยโดยศึกษาในการพยาบาลในระดับปฏิบัติการพยาบาลในประเทศแคนาดา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 8,597 คน โดยวัดดัชนีในการทำงานด้านสิ่งแวดล้อม (Practice environment scale of The nursing work index) ภาวะเหนื่อยล้า (Maslach Burnout Inventory –Human Service Scale) และการรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ความปลอดภัยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาดังกล่าวมี

ข้อเสนอแนะว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงานการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและบทบาทผู้นำทางการพยาบาล การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การทำงานเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าทางการพยาบาล

กวงแอน, ไมนาท คังคิม และ ชุกฮียูน (Kyungeh An , Minach Kang Kim and Sook Hee yoon (2007) ได้ทำการศึกษารับรู้ของพยาบาลต่อการรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดและวัฒนธรรมความปลอดภัยในประเทศเกาหลีโดยศึกษาในพยาบาลจำนวน 889 คน จำนวน 8 โรงพยาบาล โดยประเมินการรับรู้ของพยาบาลในเรื่องความถี่ของการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์กับหน่วยงานที่ปฏิบัติงานของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่สะดวกใจต่อการรายงานความผิดพลาดหรือการสื่อสารประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อความปลอดภัยผู้ป่วยและการรายงานอุบัติการณ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน โดยพบว่า พยาบาลระดับปฏิบัติสามารถค้นหาความเสี่ยงที่เป็นประเด็นต่อปัญหาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยน้อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า ($p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งบริหาร ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า การรายงานอุบัติการณ์และวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยยังให้ความสำคัญไม่เพียงพอ และให้ข้อเสนอแนะว่า ความปลอดภัยผู้ป่วยสามารถพัฒนาได้โดยสร้างวัฒนธรรมไม่ถูกลงโทษบุคคลสามารถเปิดใจและพูดคุยในประเด็นความผิดพลาดในการรักษาและโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

บาวารา บีบีเวอร์ (Barbara B. Brewer (2002) ได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ของทีมความปลอดภัยผู้ป่วย และผลลัพธ์การใช้ทรัพยากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทีมการพยาบาล จำนวน 411 ทีม จำนวน 372 คน และทีม สหสาขาวิชาชีพจากแผนกศัลยกรรม 16 ทีม มีจำนวน 11 คน ประเมินการรับรู้ต่อวัฒนธรรมโรงพยาบาลการออกแบบทีมงาน และกระบวนการทำงานของทีมเชิงบวกเชิงลบ และมีการติดตามข้อมูลด้วยพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ระยะเวลาอนของผู้ป่วย การจัดอัตรากำลัง และการใช้ทรัพยากรหน่วยงาน ผลการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมโรงพยาบาลประเภททำงานเป็นทีมจะทำลายอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยได้ วัฒนธรรมโรงพยาบาลประเภทพัฒนาจะทำลายต้นทุนต่อหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยที่สูงกว่า และกระบวนการออกแบบกระบวนการทำงานเป็นทีม จะทำนายระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ สรุปได้ว่า บริบทภายนอกของหน่วยงานหากมีความสำคัญต่อการนำไปสู่ความปลอดภัยผู้ป่วย และต้นทุนต่อหน่วยงานได้

กินซ์เบิร์ก, นอร์ตัน, เคสเบียร์ และ เลวิส (Ginsburg, Norton, Casebeer & Lewis, 2005) ได้ทำการศึกษารับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในหัวหน้าพยาบาลทางคลินิก 356 คนใน 2 โรงพยาบาลในแคนาดา โดยใช้เครื่องมือ Modified Stanford Instrument [MSI] จาก

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนของผู้นำมีผลกระทบต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในปัจจัยทั้ง 3 ด้านแก่บุคลากรในองค์กรได้แก่ 1) การเห็นคุณค่าของความปลอดภัย 2) ความกลัวในผลสะท้อนกลับทางลบในการรายงานด้านความปลอดภัย 3) การรับรู้ในสภาพการณ์ความปลอดภัยที่จะช่วยให้อุบัติการณ์ในการปลุกดันวัฒนธรรมความปลอดภัยได้ในองค์กรได้

ฮิลลิ่งส์, เซอร์รูทเทน, คาร์ชินการ์, และเวียร์จินส์ (Hellings, Schrooten, Klazinga & Vleugels, 2007) ได้ทำการศึกษาระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั่วไปในเบลเยียม 5 โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลรวม 2,813 คน แพทย์ 462 คน นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ห้องเอ็กซเรย์และเจ้าหน้าที่ด้านสังคม รวม 397 คน และเภสัชกร รวมทั้งผู้ช่วยเภสัชกร อีก 64 คน ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำทุกโรงพยาบาล โดยหัวข้อที่มีค่าคะแนนต่ำมากที่สุดได้แก่ การจัดการของโรงพยาบาลที่สนับสนุนในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (ร้อยละ 35) การไม่ลงโทษในความคิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการรายงานเหตุการณ์ (ร้อยละ 36) และการสื่อสารภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ 36)

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย

การศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยนั้น ยังพบมีอยู่น้อย ส่วนใหญ่จะพบ การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงเป็นส่วนมาก และผู้ศึกษาได้รวบรวมมาดังนี้

สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ได้ทำการศึกษารับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาล และอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ 5 แห่ง จำนวน 402 คน ผลการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์โดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62.19 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านผลกระทบจากรายงานเหตุการณ์กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยด้านนี้อยู่ในระดับสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.78 อุบัติการณ์ของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในปี 2550 ได้แก่ ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ความผิดพลาดในการให้ยา สารน้ำ และเลือด การเกิดแผลกดทับที่ 2 – ระดับที่ 4 ความผิดพลาดในการติดต่อสื่อสารตามแผนการรักษาของผู้ป่วย และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และผลการเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการ พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฉวีวรรณ งามเนียม (2553) ได้ทำการศึกษาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ ได้ศึกษา 1) การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ 2) ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยอุปสรรคต่อการ บริหารความปลอดภัย และ 3) แนวทางการเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย กลุ่ม ตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 229 คน และ 8 คน สำหรับสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า การ บริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัย ได้แก่ นโยบายการบริหารที่ชัดเจน บุคลากรได้รับการฝึกอบรม มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และการ สร้างขวัญกำลังใจบุคลากร และแนวทางการเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยได้แก่ การจัดแนวทางที่ชัดเจน การติดตามประเมินผล การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การพัฒนา องค์ความรู้และการสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากร

สุเมธา เสงประเสริฐ (2548) ได้ทำการศึกษาตัวชี้วัดวัฒนธรรมความปลอดภัยใน โรงพยาบาลศูนย์โดยพัฒนาแนวคิดมาจากการวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความปลอดภัยในช่วงปี 1995-2003 และจากการสัมภาษณ์บุคลากร โรงพยาบาลศูนย์ ได้มาทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นของผู้บริหารในการบริหารความปลอดภัย 2) การปรับปรุงการ จัดการด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง 3) การพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัย 4) การใส่ใจด้าน ความปลอดภัยและ 5) ด้านการบริหารความเสี่ยง และในการศึกษาของ ธนายุ จำละหม้าย (2549) ที่ ศึกษากระบวนการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของนักบินกองทัพอากาศ จำนวน 492 คน พบว่า ตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินสภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของนักบินกองทัพอากาศมีทั้งหมด 5 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นของกองทัพอากาศที่มีต่อความปลอดภัย ด้านความสนใจในเรื่องของ ความปลอดภัยของผู้บังคับบัญชาระดับกองบินและฝูงบิน ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกัน อุบัติเหตุของนักบิน ด้านมาตรการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีด้านความปลอดภัย รวมทั้งตัวชี้วัดด้าน ระบบการสื่อสารข้อมูลความปลอดภัย และจากการประเมินสภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยใช้ ตัวชี้วัดดังกล่าว จึงนำไปสู่ 7 แนวทางในการสร้างกระบวนการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของ นักบินกองทัพอากาศ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยได้อย่าง เหมาะสม

ยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2546) ได้ทำการศึกษาบรรยากาศองค์การด้านความ ปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองของบุคลากรโรงพยาบาล โดยประชากรที่ศึกษาได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน จำนวน 39 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 767 คน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) แสดงความคิดเห็นต่อบรรยากาศ

องค์การด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในเชิงบวก แต่ยังคงมีความคิดเห็นต่อบรรยากาศองค์การที่ ยังคงต้องมีการพัฒนาระบบขององค์การได้แก่ การไม่มีแนวทางในการปฏิบัติด้านความปลอดภัย ของผู้ป่วยที่ชัดเจนในหน่วยงานของตน (ร้อยละ 27.9) ความกังวลที่ต้องรายงานเหตุการณ์ความ ผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วย ภาระงานของบุคลากรที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ร้อยละ 35.9) การไม่นำเสนอข้อมูลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและทันเหตุการณ์ (ร้อยละ 62.6) แสดงให้เห็นว่าแม้บุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะแสดงความคิดเห็นต่อบรรยากาศ องค์การด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในเชิงบวก แต่หากพบว่ามีระบบการทำงานที่ไม่สนับสนุน อย่างเพียงพอนั้นก็อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้

จากผลงานวิจัยในการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่า บางงานวิจัยเน้นในเรื่อง ของการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร บางการศึกษาเน้นการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ ร่วมกันและในบางการศึกษาที่เน้นในเรื่องของการสร้างความเข้มแข็งของระบบการรายงาน เหตุการณ์เพื่อค้นหาแนวทางในการสร้างเสริมให้เกิดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยจาก องค์กรที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นในส่วนของปัจจัยทางด้านบุคลากร ระบบงาน และสภาพแวดล้อมในการ ปฏิบัติงาน แต่อย่างไรก็ตามการที่จะสร้างให้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในองค์กรมี ประสิทธิภาพได้อย่างยั่งยืนนั้นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งก็คือการสร้างให้บุคลากรทุกคนทุกระดับมีการ รับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กรที่จะส่งผลการ ยกระดับคุณภาพในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการเกิดการพัฒนาความปลอดภัยได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัย ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ อันอาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการได้

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นได้ว่า วัฒนธรรมองค์กรมีอิทธิพลอย่าง ยิ่งต่อแนวทางในการปฏิบัติและพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรในองค์กร วัฒนธรรม องค์กรที่แข็งแกร่งจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคลากรให้เป็นไปความคาดหวังโดยส่งผลต่อ ประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานขององค์กรได้โดยตรง (Hellringel, 1995: 479 อ้างใน จิรวัดน์ จิระดีพลัง, 2546) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่องค์กรพยาบาลต้องให้ ความสำคัญกับเรื่องวัฒนธรรมในองค์กร โดยพัฒนาบุคลากรให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำงานได้เต็ม ศักยภาพจากแรงผลักดันภายในความเชื่อ หลักยึดในการทำงาน และการสนับสนุนส่งเสริมจาก องค์กรตลอดระยะเวลาทำงานซึ่งแนวทางหนึ่งที่จะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ได้ก็คือ การศึกษาและทำ ความเข้าใจวัฒนธรรมองค์กรที่จะส่งผลให้พยาบาลทำงานโดยทุ่มเทกำลังกายกำลังใจที่มีอยู่ออกมา เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างเต็มความสามารถ (อัญชลี วิสิทธิ์วงษ์, 2539)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน โดยมีวิธีดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางซ้าย โรงพยาบาลบ้านแพรก และโรงพยาบาลมหาราช จำนวนทั้งหมด 60 คน

1.2 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาดำเนินการดังนี้

1.2.1 ผู้ศึกษาทำบันทึกเพื่อเสนอขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา เสนอต่อประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

1.2.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ ของการศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมทำแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงว่ามีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

1.2.3 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล และสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้ตามความเป็นจริง หากข้อคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกลำบากใจในการให้ข้อมูลก็มีสิทธิที่จะไม่ตอบข้อคำถามบางข้อได้

1.2.4 ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้ศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับและอยู่ในที่ปลอดภัย ไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล และโรงพยาบาลที่ผู้ตอบแบบสอบถามสังกัดไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้นเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยและสรุปผลการวิจัยเป็นรูปเล่มแล้ว จะทำลายแบบสอบถามทั้งหมด และเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ อายุ เพศ วุฒิกการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ศาสนา และรายได้รวมต่อเดือน โดยมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และเติมคำ ข้อคำถามส่วนนี้มี 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ และผลการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ ข้อคำถามส่วนนี้มี 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษาคัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรทางด้านสุขภาพของสถาบันวิจัยคุณภาพและงานวิจัยด้านสุขภาพ ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) , 2004 ประกอบด้วย 3 ส่วน มีข้อคำถามรวม 42 ข้อ ดังนี้

3.1 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ

3.1.1 ความคาดหวัง และการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

3.1.2 การเรียนรู้ขององค์กร และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

3.1.3 การทำงานเป็นทีม มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

3.1.4 การเปิดใจในการสื่อสาร มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

3.1.5 การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

3.1.6 การตอบสนองต่อความผิดพลาดแบบไม่เอาผิด และไม่มีการลงโทษ มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

3.1.7 การจัดอัตรากำลังของบุคลากรในหอผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

3.2 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

3.2.1 การบริหารจัดการ เกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วยของผู้บริหาร โรงพยาบาล มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

3.2.2 การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล มีข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ

3.2.3 การประสานงานและความต่อเนื่อง ต่อการเปลี่ยนผ่านงานระหว่างเวร หรือข้ามระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

3.3 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

3.3.1 การรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

3.3.2 ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

3.3.3 การแบ่งระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ

3.3.4 จำนวนบันทึกรายงานของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น มีข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

เนื่องจากแบบสอบถามเป็นข้อคำถามในลักษณะที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามนั้นตอบ และลงคะแนนตามการรับรู้ที่รู้สึกได้ โดยข้อคำถามทุกข้อจะแบ่งเป็น 5 ระดับคะแนนเท่ากันทั้งหมด ซึ่งลักษณะของคำตอบ จะแปลความหมายแตกต่างกันในบางตอน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 2 แบบ และอธิบายดังนี้

1. **เกณฑ์การให้คะแนนแบบที่ 1** สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้เพื่อใส่คะแนนระดับการรับรู้ เกี่ยวกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย ในด้านที่ 1-7 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลในด้านที่ 1-3 และผลลัพธ์ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม ในด้านที่ 1-2 ยกเว้นด้านที่ 3-4 เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบบ 5 ระดับ โดยตั้งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยที่สุด หรือเกิดขึ้นร้อยละ 81-100
- 4 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยมาก หรือเกิดขึ้นร้อยละ 61-80
- 3 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง หรือเกิดขึ้นร้อยละ 41-60
- 2 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง หรือเกิดขึ้นร้อยละ 21-40
- 1 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยมาก หรือไม่เกิดขึ้นเลยร้อยละ 0-20

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผล และการให้ความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลคะแนน
4.50 - 5.00	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับสูงมาก
3.50 - 4.49	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง
2.50 - 3.49	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับต่ำ
1.0 - 1.49	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับต่ำมาก

ในส่วนข้อที่เป็นคำถามเชิงลบ ได้แก่ (ข้อคำถามที่ 3,13,18,20,22,23,25,29,30,31,32,33,35 และ ข้อที่ 36) มีการให้ความหมายและค่าคะแนนกลับทางดังนี้

- 1 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยที่สุด หรือเกิดขึ้นร้อยละ 81-100
- 2 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยมาก หรือเกิดขึ้นร้อยละ 61-80
- 3 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง หรือเกิดขึ้นร้อยละ 41-60
- 4 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง หรือเกิดขึ้นร้อยละ 21-40
- 5 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยมาก หรือไม่เกิดขึ้นเลยร้อยละ 0-20

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในส่วนข้อที่เป็นคำถามเชิงลบ ได้แก่ (ข้อคำถามที่ 3,13,18,20,22,23,25,29,30,31,32,33,35 และ ข้อที่ 36) ใช้หลักการแปลผล และให้ความหมายค่าเฉลี่ย กลับทางดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลคะแนน
4.50 – 5.00	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับต่ำมาก
3.50 – 4.49	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับต่ำ
2.50 – 3.49	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง
1.00 – 1.49	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับสูงมาก

2. เกณฑ์การให้คะแนนแบบที่ 2 สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้เพื่อใส่คะแนนระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ในส่วนของผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม ประกอบด้วย 2 ด้าน ที่มีความแตกต่าง ต่อการแบ่งระดับการรับรู้ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

2.1 ลักษณะของแบบสอบถาม มุมมองในด้านที่ 3 ข้อที่ 41 เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ถามระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยข้อคำถามมีเกณฑ์ให้เลือกตอบ โดยให้คะแนน คือ

ตก	หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์	ให้ 1 คะแนน
ไม่ดี	หมายถึง ต้องแก้ไขปรับปรุง	ให้ 2 คะแนน
ยอมรับได้	หมายถึง พอใช้ ให้พัฒนาต่อ	ให้ 3 คะแนน
ดีมาก	หมายถึง ดีพอใจไม่ต้องแก้ไข	ให้ 4 คะแนน
ดีเยี่ยม	หมายถึง ดีที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมา รวมกัน และหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการ ให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย
4.50 – 5.00	มากที่สุด
3.50 – 4.49	มาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	น้อย
1.00 – 1.49	น้อยที่สุด

2.2 ลักษณะของแบบสอบถาม มุมมองในด้านที่ 3 ข้อที่ 42 เป็นข้อคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ถามถึงจำนวนการบันทึกรายงานของ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นใน 1 ปี โดยข้อคำถามมีเกณฑ์ให้เลือกตอบ โดยให้คะแนน คือ

ไม่มีรายงาน หมายถึง ไม่เคยส่งเลย	ให้ 1 คะแนน
1-2 รายงาน หมายถึง ส่งน้อยมาก	ให้ 2 คะแนน
3-5 รายงาน หมายถึง ส่งน้อย	ให้ 3 คะแนน
6-10 รายงาน หมายถึง ส่งบ่อย	ให้ 4 คะแนน
มากกว่า 10 รายงาน หมายถึง ส่งทุกครั้ง และ สม่ำเสมอ	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมา รวมกัน และหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการ ให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย
4.50 – 5.00	มากที่สุด
3.50 – 4.49	มาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	น้อย
1.00 – 1.49	น้อยที่สุด

3. การตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย ตรวจสอบความตรงด้าน เนื้อหา และ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

3.1 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Validity) มีการดำเนินการดังนี้

3.1.1 ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามที่ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา การศึกษาค้นคว้าอิสระ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

3.1.2 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วส่งมอบให้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านการบริหารการพยาบาลในสถาบันการศึกษา และสถานพยาบาลของรัฐ จำนวน 5 ท่าน เพื่อเป็นการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือการศึกษาให้เป็นที่ยอมรับ โดยถือการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยพิจารณาจากความสอดคล้องระหว่างสาระคำถาม กับสาระมิติที่วัด กับนิยาม ที่กำหนดความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ และกรอบแนวคิด ถ้อยแถลง ความสอดคล้อง โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเรื่องที่ต้องการวัด และให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน พิจารณา ลงความเห็น จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ โดยให้คะแนนรายข้อคำถาม หรือประเด็นที่ใช้ถามดังนี้

+ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความหรือข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับคำนิยามและองค์ประกอบของตัวแปรตามที่ระบุไว้จริง

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความหรือข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับคำนิยามและองค์ประกอบของตัวแปรตามที่ระบุไว้จริง

- 1 เมื่อเห็นว่าข้อความหรือข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับคำนิยามและองค์ประกอบของตัวแปรตามที่ระบุไว้จริง

คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index Objective Conguence : IOC) จากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจากสูตร

$$\text{สูตร IOC} = \sum R / N$$

IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมคะแนนทั้งหมดจากผู้ทรงคุณวุฒิ

N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยพิจารณาจากเกณฑ์ คือ ถ้าได้ค่ามากกว่า หรือ เท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความตรง ส่วนข้อคำถามที่ได้ค่าต่ำกว่า 0.5

แสดงว่าข้อคำถามนั้น ไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความของตัวแปรที่ต้องการวัด ต้องตัดทิ้ง หรือนำไปปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำผลจากการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (IOC : Index Objective Conguence) ทั้ง 5 ชุด

นำแบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่า IOC โดยพิจารณาข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป และ ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบเครื่องมือดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ คงเดิม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ คงเดิม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย จำนวน 44 ข้อ ตัดออก 2 ข้อ เหลือ 42 ข้อ และปรับปรุงข้อความเพื่อให้เกิดความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ดังนี้

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ

1. ความคาดหวัง และการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

ตัดข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 1 ข้อ

รวมมีข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ

2. การเรียนรู้ขององค์กร และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 2 ข้อ

รวมมีข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ

3. การทำงานเป็นทีม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 1 ข้อ

รวมมีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ

4. การเปิดใจในการสื่อสาร ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 1 ข้อ

รวมมีข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ

5. การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 1 ข้อ

รวมมีข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ

6. การตอบสนองต่อความผิดพลาด แบบไม่เอาผิด และไม่มีการลงโทษ ประกอบด้วย
ข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 3 ข้อ

7. การจัดอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3.2 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3
ด้าน คือ

1. การบริหารจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย ของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 3 ข้อ

2. การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อ
คำถาม จำนวน 4 ข้อ

ตัดข้อคำถาม	จำนวน 1 ข้อ
ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 3 ข้อ

3. การประสานงาน และความต่อเนื่อง ต่อการส่งมอบงานกันระหว่างหอ
ผู้ป่วย ภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3.3 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม ประกอบด้วย 4 ด้าน

1. การรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในภาพรวมโดยทั่วไป
ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 4 ข้อ

2. ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 3 ข้อ

3. การแบ่งระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 1 ข้อ

รวมมีข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ

4. จำนวนบันทึกของรายงานของเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ

ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 1 ข้อ

รวมมีข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ

โดยแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยที่ใช้ได้ จำนวน 42 ข้อ

คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (IOC : Item Objective Conguence Index) ได้เท่ากับ 0.88
ตัดทิ้ง 2 ข้อ จาก 44 ข้อ คือข้อ 3 และ 30

4. การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดมาตรการการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

4.1 การป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามทุกคนสมัครใจตอบแบบสอบถามด้วยความอิสระ ไม่มีการบังคับหลังได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการศึกษา และมีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ เนื่องจากแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม 2 ท่าน และ ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 5 ท่านแล้ว

4.2 การรักษาความลับผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อนามสกุลในแบบสอบถาม การคำนวณค่าคะแนนต่างๆ จะนำมาคิดรวมกัน และเสนอเป็นภาพรวม จึงไม่ทราบว่าเป็นแบบสอบถามชุดใดเป็นของใคร หรือมีความคิดเห็นอย่างไร ผู้ศึกษาจะเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาจะนำแบบสอบถามไปทำลาย

4.3 การป้องกันผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ภาพลักษณ์ของผู้บริหารโรงพยาบาล และภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม ผู้ศึกษาได้เสนอโครงการการศึกษา ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ คำตอบจากแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทุกชุดที่ได้รับ จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ และการแปลข้อมูล จะไม่มีอ้างอิงถึงตัวบุคคลและโรงพยาบาลที่ผู้ตอบแบบสอบถามสังกัดอยู่ ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น การรายงานผลการศึกษา ผู้ศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาคำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

5.1 ผู้ศึกษาติดต่อขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และหนังสือขออนุญาต เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ได้เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มการ/ฝ่ายการพยาบาลตามลำดับ

5.2 ผู้ศึกษาติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่ง พร้อมด้วย โครงร่างการศึกษาค้นคว้าอิสระ ตัวอย่างแบบสอบถาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการ ทำการศึกษา สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามในการปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม วิธีการจัดส่ง แบบสอบถามและนัดหมายรับแบบสอบถามคืนภายในเวลาที่กำหนด เพื่อขออนุญาต และ ขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

5.3 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้ศึกษาคำเนินการจัดส่งแบบสอบถาม พร้อมทั้งหนังสือขอ ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการเก็บรวบรวมข้อมูลแนบติดไปกับแบบสอบถาม ไปยัง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราช โรงพยาบาลบ้านแพรง และรับแบบสอบถามคืน ด้วยตนเองส่วน โรงพยาบาลบางซ้ายผู้ศึกษาแจก และเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน แบบสอบถามทั้งหมด 60 ฉบับ ได้รับคืนกลับมาครบ คิดเป็นร้อยละ 100 นำมาตรวจสอบความ สมบูรณ์ของข้อมูล พบว่า มีแบบสอบถามที่ตอบครบทุกข้อ ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 2 สัปดาห์

5.4 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมืออีกครั้ง โดยวิเคราะห์ เช่นเดียวกับขั้นตอนการหาความเที่ยงของเครื่องมือที่นำไปทดลองใช้

5.5 นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ด้วยจำนวน และร้อยละ

6.2 วิเคราะห์การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาวัดนัยธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ เป็น 2 ตอน
ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา

ตอนที่ 2 วัดนัยธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	5.0
หญิง	57	95.0
อายุ (ปี)		
21 – 30	10	16.7
31 – 40	30	50.0
41 – 50	14	23.3
51 – 60	6	10.0
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	57	95.0
ปริญญาโท	3	5.0
สถานภาพ		
โสด	21	35.0
สมรส	36	60.0
หม้าย/หย่า/แยก	3	5.0
ศาสนา		
พุทธ	58	97.0
อิสลาม	2	3.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้รวม ต่อเดือน (บาท)		
10,000 – 20,000	10	16.7
20,001 – 30,000	32	53.3
30,001 – 40,000	17	28.3
40,000 บาทขึ้นไป	1	1.7
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
1-10 ปี	10	16.7
11-20 ปี	35	58.3
21-30 ปี	11	18.3
31 ปี ขึ้นไป	4	6.7
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	50	83.4
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	5	8.3
พยาบาลวิชาชีพ	5	8.3
ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งปัจจุบัน		
1-10 ปี	35	58.3
11-20 ปี	15	25.0
21-30 ปี	8	13.4
31 ปี ขึ้นไป	2	3.3
แผนกที่ปฏิบัติงานอยู่		
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	28	46.7
แผนกผู้ป่วยนอก	10	16.7
แผนกผู้ป่วยใน	14	23.3
แผนกห้องคลอด	8	13.3

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกปัจจุบัน		
1-10 ปี	20	33.3
11-20 ปี	34	56.7
21-30 ปี	5	8.3
31 ปี ขึ้นไป	1	1.7
จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์		
31-40 ชั่วโมง	4	6.7
41-50 ชั่วโมง	30	50.0
51-60 ชั่วโมง	22	36.6
61 ชั่วโมงขึ้นไป	4	6.7
ผลการรับรองคุณภาพจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล		
ในปัจจุบัน		
ยังไม่ผ่านการรับรอง	60	100
ผ่านการรับรองแล้ว	0	0

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนมากเป็นเพศหญิง(ร้อยละ 95) มีอายุในช่วง 31-40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50) มีวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95) มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ60) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ97) มีรายได้รวมต่อเดือนโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ53.3) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในช่วง 11-20 ปี (ร้อยละ 58.3) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากที่สุด (ร้อยละ 83.4) ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งปัจจุบันส่วนใหญ่คือ 1-10 ปี (ร้อยละ 58.3) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ร้อยละ 46.7) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกปัจจุบันส่วนมาก 11-20 ปี (ร้อยละ 56.7) มีจำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด 41-50 ชั่วโมง (ร้อยละ 50) โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด และยังไม่ผ่านการรับรองของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลร้อยละร้อย

ตอนที่ 2 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำแนกโดยรวม (N=60)

องค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับหอผู้ป่วย	3.52	0.84	มาก
2. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม	3.34	0.86	ปานกลาง
3. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล	3.20	0.95	ปานกลาง
รวม	3.35	0.86	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.35$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.52$) รองลงมาคือด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม ($\bar{x} = 3.34$) และด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล ($\bar{x} = 3.20$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระดับหอผู้ป่วย จำแนกเป็นรายด้าน (N=60)

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับหอผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด	3.85	0.82	มาก
2. การเรียนรู้ขององค์กร และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.79	0.65	มาก
3. การทำงานเป็นทีม	3.69	0.73	มาก
4. การเปิดใจในการสื่อสาร	3.59	1.0	มาก
5. ความคาดหวัง และการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความปลอดภัย ของหัวหน้าหอผู้ป่วย	3.58	0.72	มาก
6. การจัดอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วย	3.16	0.96	ปานกลาง
7. การตอบสนองต่อความผิดพลาด แบบไม่เอาผิด และไม่มีการลงโทษ	2.99	0.97	ปานกลาง
รวม	3.52	0.84	มาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ระดับหอผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนจำแนกเป็นรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ยกเว้นหัวข้อ การจัดอัตรากำลัง และการตอบสนองต่อความผิดพลาดแบบไม่เอาผิด และไม่มีการลงโทษ โดยพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด ($\bar{x} = 3.85$) รองลงมาคือการเรียนรู้ขององค์กร และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($\bar{x} = 3.79$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดคือด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาด แบบไม่เอาผิดไม่มีการลงโทษ ($\bar{x} = 2.99$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระดับโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน (N=60)

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระดับโรงพยาบาล	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายใน โรงพยาบาล	3.63	0.83	มาก
2. การประสานงาน และความต่อเนื่อง ต่อการส่งมอบงานกัน ระหว่างหอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล	3.06	0.84	ปานกลาง
3. การบริหารจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัย ผู้ป่วย ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	2.91	0.95	ปานกลาง
รวม	3.20	0.87	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ระดับโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน พบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด คือ หัวข้อ การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ($\bar{x} = 3.63$) รองลงมาคือ การประสานงาน และความต่อเนื่อง ต่อการส่งมอบงานกันระหว่างหอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ($\bar{x} = 3.06$) และในหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดคือ การบริหารจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ($\bar{x} = 2.91$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของผลลัพธ์ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
ในภาพรวม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา จำแนกเป็นรายด้าน (N=60)

ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การรับรู้ เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในภาพรวม โดยทั่วไป	3.80	0.72	มาก
2. การแบ่งระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.54	0.50	มาก
3. ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์	3.31	1.10	ปานกลาง
4. จำนวนบันทึกของรายงานของเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้น	2.71	1.10	ปานกลาง
รวม	3.34	0.86	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล
วิชาชีพ ส่วนผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม พบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด คือ
หัวข้อด้านการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในภาพรวมโดยทั่วไป ($\bar{x} = 3.80$) รองลงมาคือ
การแบ่งระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.54$) และ ในหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดคือ
จำนวนบันทึกของรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ($\bar{x} = 2.71$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในระดับหอผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ (N=60)

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับหอผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสาร เกี่ยวกับข้อผิดพลาด	3.85	0.82	มาก
1.1 ในหอผู้ป่วยได้มีการทบทวนวิธีการที่จะป้องกัน ความผิดพลาดเสมอ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้น ซ้ำอีก	3.90	0.75	มาก
1.2 บุคลากรในหอผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลป้อนกลับ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง อันเป็นผลมาจากการ รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์	3.88	0.77	มาก
1.3 บุคลากรในหอผู้ป่วยจะได้รับการบอกเล่าข้อมูล การปฏิบัติงานเมื่อเกิดความผิดพลาด ที่เกิดขึ้นใน หน่วยงานเสมอ	3.77	0.96	มาก
2. การเรียนรู้ขององค์กร และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.79	0.65	มาก
2.1 ในหอผู้ป่วย ถือว่าเมื่อพบเหตุการณ์ หรือความ ผิดพลาดเกิดขึ้น จะเป็นแนวทางเพื่อนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลง และการพัฒนางานด้านความ ปลอดภัย ในทางบวก ต่อไป	3.90	0.80	มาก
2.2 ในหอผู้ป่วยกำลังมีการเร่งพัฒนาระบบการจัดการ ต่างๆ เพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง	3.77	0.65	มาก

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับหอผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับ
2.3 หอผู้ป่วยของท่านมีการประเมินผล และติดตามการทำงานรวมถึงการเฝ้าระวัง อย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อผิดพลาด ที่เกิดขึ้นแล้ว	3.69	0.73	มาก
3. การทำงานเป็นทีม	3.69	0.73	มาก
3.1 บุคลากรในหอผู้ป่วยมีการช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งกันและกันดี	3.88	0.70	มาก
3.2 ถ้ามีงานด่วนที่ต้องรีบทำให้เสร็จสิ้นอย่างรวดเร็ว บุคลากรในหอผู้ป่วยทุกคน จะร่วมมือกันทำงานเป็นทีมได้เป็นอย่างดี	3.85	0.57	มาก
3.3 บุคลากรในหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติซึ่งกันและกัน ดี	3.73	0.66	มาก
3.4 หากในหอผู้ป่วยมีการระงานด้านผู้ป่วยมาก เกินอัตรากำลังของบุคลากรในทีม จะมีบุคคลจากหอผู้ป่วยอื่น มาให้ความช่วยเหลือเสมอ	3.29	1.0	ปานกลาง
4. การเปิดใจในการสื่อสาร	3.59	1.0	มาก
4.1 บุคลากรในหอผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นได้ เมื่อพบว่าบางสิ่งบางอย่างที่จะเกิดขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อในด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย	3.78	1.0	มาก
4.2 บุคลากรในหอผู้ป่วย กล้าตั้งคำถาม และโต้ตอบการตัดสินใจ หรือการกระทำของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้	3.50	0.96	มาก
4.3 บุคลากรในหอผู้ป่วยไม่กล้าซักถาม หรือทักท้วงเมื่อพบเห็นเหตุการณ์ หรือการปฏิบัติ ที่ไม่ถูกต้องตามแนวทางด้านความปลอดภัยผู้ป่วย	3.48	1.01	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับหอผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับ
5. ความคาดหวัง และการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย	3.58	0.72	มาก
5.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยจะพิจารณาข้อเสนอแนะของบุคลากรเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง	3.83	0.55	มาก
5.2 หัวหน้าหอผู้ป่วยจะกล่าวชื่นชมผู้ปฏิบัติงานเมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้ระบุไว้	3.73	0.72	มาก
5.3 หัวหน้าหอผู้ป่วยจะมองปัญหาด้านความปลอดภัยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องทั่วไป แต่จะให้ความสำคัญเฉพาะเรื่องที่มีการร้องเรียนเท่านั้น	3.19	0.89	ปานกลาง
6. การจัดอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วย	3.16	0.96	ปานกลาง
6.1 ในหอผู้ป่วยใช้ลูกจ้างชั่วคราว หรือเจ้าหน้าที่จากแผนกอื่น มาช่วยทำงานแทนบุคลากรในหน่วยงานที่ขาดจนทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร	3.62	1.07	มาก
6.2 ในหอผู้ป่วยมีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานในปัจจุบันได้ดี	3.15	0.87	มาก
6.3 บุคลากรในหอผู้ป่วยมีชั่วโมงการทำงานมากเกินไปจนไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.04	0.95	ปานกลาง
6.4 ขณะปฏิบัติงานอยู่ในสถานการณ์ที่เกิดภาวะวิกฤติขึ้นในหอผู้ป่วย ท่านต้องทำงานแบบมากเกินไปรับผิดชอบในหน้าที่ และต้องเร่งรีบมากเกินไปเสมอ	2.83	0.96	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับหอผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับ
7. การตอบสนองต่อความผิดพลาด แบบไม่เอาผิด ไม่มีการลงโทษ	2.99	0.97	น้อย
7.1 บุคลากรในหอผู้ป่วยมีความรู้สึกว่่า เมื่อเกิดความ ผิดพลาด สิ่งที่ถูกรายงานนั้นเกิดจากตัวปัญหา ไม่ใช่เกิดจากตัวบุคคล	3.19	0.91	ปานกลาง
7.2 บุคลากรในหอผู้ป่วย มีความวิตกกังวลว่าความผิดพลาด ของตน เมื่อมีรายงานจะถูกเก็บบันทึกไว้เป็นประวัติ	2.94	0.98	ปานกลาง
7.3 บุคลากรในหอผู้ป่วยไม่รู้สึกว่่า เมื่อตนปฏิบัติงาน ผิดพลาดจะถูกดำเนินการเอาผิด และถูกลงโทษ	2.83	1.00	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ ตามองค์ประกอบของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับหอผู้ป่วย จำแนก โดยรวม พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด ($\bar{x} = 3.85$) รองลงมาคือการเรียนรู้ขององค์กร และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($\bar{x} = 3.79$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดคือด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาด แบบไม่เอาผิดไม่มีการลงโทษ ($\bar{x} = 2.99$) ตามลำดับ และเมื่อนำมา จำแนกเป็นรายข้อย่อย พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด คือหัวข้อ “ในหอผู้ป่วยได้มีการทบทวนวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาดเสมอ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก ” ($\bar{x} = 3.90$) ซึ่งอยู่ในด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด ลำดับต่อมาคือข้อ “ในหอผู้ป่วย ถือว่่าเมื่อพบเหตุการณ์ หรือความผิดพลาดเกิดขึ้น จะเป็นแนวทางเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และการพัฒนางานด้านความปลอดภัย ในทางบวก ต่อไป ” ($\bar{x} = 3.90$) ซึ่งอยู่ในด้านการเรียนรู้ขององค์กร และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุด คือ “ขณะปฏิบัติงานอยู่ในสถานการณ์ที่เกิดภาวะวิกฤติขึ้นในหอผู้ป่วย ท่านต้องทำงานแบบมากเกินความรับผิชอบในหน้าที่ และต้องเร่งรีบมากเกินไปเสมอ” ($\bar{x} = 2.83$) อยู่ในด้านการจัดอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วย ต่อมาคือ ข้อ “บุคลากรในหอผู้ป่วยไม่รู้สึกว่่า เมื่อตนปฏิบัติงานผิดพลาดจะถูกดำเนินการเอาผิด และถูกลงโทษ” ($\bar{x} = 2.83$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระดับโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อ (N=60)

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ภายในโรงพยาบาล	3.63	0.83	มาก
1.1 เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ทุกหน่วยงานใน โรงพยาบาล จึงร่วมมือกันทำงานอย่างเต็มที่	3.92	0.79	มาก
1.2 หน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือที่ ดีต่อกัน เมื่อต้องมีการทำงานร่วมกัน	3.65	0.74	มาก
1.3 บุคลากรรู้สึกขาดความสุข เมื่อต้องมีการทำงาน ร่วมกับบุคคล จากหน่วยงานอื่น	3.31	0.96	ปานกลาง
2. การประสานงาน และความต่อเนื่องต่อการเปลี่ยนผ่านงาน ระหว่างเวร หรือ ข้ามระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล	3.06	0.84	ปานกลาง
2.1 ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จะพบมากในช่วงเวลา ที่มีการสับเปลี่ยนเวร	3.46	0.84	ปานกลาง
2.2 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยบางอย่างที่สำคัญมักจะขาด หายไปหรือขาดการส่งต่อข้อมูลกันระหว่างเปลี่ยนเวร	3.25	0.88	ปานกลาง
2.3 มักพบปัญหาเสมอเมื่อมีการส่งต่อข้อมูลกันระหว่าง แผนกภายในโรงพยาบาล	3.15	0.85	ปานกลาง
2.4 ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างแผนก มักถูกมองข้ามไป	2.38	0.80	น้อย

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล	\bar{X}	SD	ระดับ
3. การบริหารจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัย	2.91	0.95	ปานกลาง
ผู้ป่วยของผู้บริหารโรงพยาบาล			
3.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีการสร้างบรรยากาศในการ ทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย	3.62	0.80	มาก
3.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ให้ความสนใจด้านความ ปลอดภัยของผู้ป่วย เฉพาะเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่พึง ประสงค์เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น	2.75	1.10	ปานกลาง
3.3 การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็น ว่าความปลอดภัยผู้ป่วยนั้นเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด	2.35	0.99	น้อย

จากตารางที่ 4.7 พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ตามองค์ประกอบของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับ โรงพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อย่อย พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุดคือหัวข้อ “เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล จึงร่วมมือกันทำงานอย่างเต็มที่ ” ($\bar{x} = 3.92$) รองลงมาคือ หน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือที่ดีต่อกัน เมื่อต้องมีการทำงานร่วมกัน ($\bar{x} = 3.63$) ซึ่งอยู่ในด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำที่สุดคือ “การกระทำของผู้บริหาร โรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยผู้ป่วยนั้นเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด ” ($\bar{x} = 2.35$) ซึ่งอยู่ในด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย ของผู้บริหารโรงพยาบาล ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม จำแนกเป็นรายชื่อ (N=60)

ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม	3.80	0.72	มาก
1.1 แม้ว่าภาระงานจะมากขึ้น แต่ท่านก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.33	0.51	มาก
1.2 การที่ไม่เกิดเหตุความผิดพลาดที่ร้ายแรงขึ้นนั้นเป็นเพราะเหตุบังเอิญ	3.88	0.83	มาก
1.3 แนวทางปฏิบัติและระบบการทำงานในหน่วยงานของท่าน สามารถป้องกันความผิดพลาดได้ดี	3.57	0.83	มาก
2. การแบ่งระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.54	0.50	มาก
2.1 กรุณาให้คะแนนระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์กรที่ท่านปฏิบัติงานอยู่จำนวนบันทึกของรายงานของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น	3.54	0.50	มาก
3. ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์	3.31	1.10	ปานกลาง
3.1 มีการรายงานเหตุการณ์ กรณีมีการกระทำผิดพลาดขึ้นแต่มีการตรวจพบและได้รับการแก้ไขก่อนจะถึงตัวผู้ป่วย	3.58	0.94	มาก
3.2 มีการรายงานเหตุการณ์ กรณีมีการกระทำผิดพลาดขึ้นและอาจเกิดอันตรายหรือความเสียหายต่อผู้ป่วยได้ แต่ได้รับการแก้ไขก่อน	3.23	1.25	ปานกลาง
3.3 มีการรายงานเหตุการณ์ กรณีมีการกระทำผิดพลาดขึ้นและถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	3.13	1.10	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม	\bar{X}	SD	ระดับ
4. จำนวนบันทึกของรายงานของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น	2.71	1.10	ปานกลาง
4.1 ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมาท่านได้บันทึกและ ส่งรายงานเหตุการณ์ จำนวนเท่าใด	2.71	1.10	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.8 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ตามองค์ประกอบของผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยของคะแนน จำแนกเป็นรายข้อย่อย พบรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด คือ “แม้ว่าภาระงานจะมากขึ้น แต่ท่านก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยของผู้ป่วย” ($\bar{x} = 4.33$) รองลงมาคือหัวข้อ “การที่ไม่เกิดเหตุการณ์ผิดพลาดที่ร้ายแรงขึ้น นั้นเป็นเพราะเหตุบังเอิญ” ($\bar{x} = 3.88$) ซึ่งอยู่ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม และข้อที่มีระดับคะแนนต่ำสุดคือ “ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมาท่านได้บันทึกและ ส่งรายงานเหตุการณ์ จำนวนเท่าใด ” ($\bar{x} = 2.71$) ซึ่งอยู่ในด้านจำนวนบันทึกของรายงานของ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

บทที่ 5

สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การศึกษานี้มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1.2 วิธีดำเนินการ

1.2.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางซ้าย โรงพยาบาลบ้านแพรก และโรงพยาบาลมหาราช ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และแผนกห้องคลอด และปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 60 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เพื่อ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัย มาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการสร้าง และ ดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ของสถาบันวิจัยคุณภาพ และ งานวิจัยด้านสุขภาพ ของสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2004) จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ อายุ เพศ วุฒิการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ศาสนา และ

รายได้รวมต่อเดือน โดยมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และเติมคำ ข้อคำถามส่วนนี้มี 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ และ ผลการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและ รับรองคุณภาพ (องค์กรมหาชน) ข้อคำถามส่วนนี้มี 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรทางด้านสุขภาพของสถาบันวิจัยคุณภาพและงานวิจัยด้านสุขภาพ ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) , 2004 ประกอบด้วย 3 ส่วน มีข้อคำถามรวม 42 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา ได้ผ่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา (IOC : 0.88)

1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล กับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จากนั้นมอบแบบสอบถามไว้กับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อให้ดำเนินการแจกและเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ให้ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้กรอกข้อมูลในแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administrated questionnaire) แล้วนัดหมายวัน และเวลาในการรับแบบสอบถามคืน โดยการไปรับคืนด้วยตนเอง และได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 60 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่ส่งไป อันเนื่องจากผู้ศึกษา มีความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ดีกับผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีระยะทางห่างกันประมาณ 30-40 กิโลเมตรเท่านั้น สะดวกต่อการเดินทาง

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ด้วยจำนวน และร้อยละ

วิเคราะห์ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ผลการศึกษา

จากการศึกษา สามารถสรุปผลการศึกษาจากแบบสอบถามได้ดังนี้

1.3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 60 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95) มีอายุในช่วง 31-40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50) มีวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95) มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 60) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 97) มีรายได้รวมต่อเดือนโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 53.3) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในช่วง 11-20 ปี (ร้อยละ 58.3) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากที่สุด (ร้อยละ 83.4) ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งปัจจุบันส่วนใหญ่คือ 1-10 ปี (ร้อยละ 58.3) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ร้อยละ 46.7) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกปัจจุบันส่วนมาก 11-20 ปี (ร้อยละ 56.7) มีจำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด 41-50 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 50) และยังไม่ผ่านการรับรองของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ร้อยละ 100)

1.3.2 ผลการศึกษาระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งจำแนกโดยรวม ประกอบด้วย การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับหอผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.52$, S.D. = 0.84) ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม ($\bar{x} = 3.34$, S.D. = 0.86) และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล ($\bar{x} = 3.20$, S.D. = 0.95) ซึ่งทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.35$, S.D. = 0.86) ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็นรายด้าน และรายข้อได้ดังนี้

1) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับหอผู้ป่วย พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนจำแนกเป็นรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด $\bar{x} = 3.85$, S.D. = 0.82) ยกเว้นหัวข้อ การจัดอัตรากำลัง และการตอบสนองต่อความผิดพลาดแบบไม่เอาผิด และไม่มีการลงโทษ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุด ($\bar{x} = 2.99$, S.D. = 0.97) เมื่อพิจารณาในรายข้อจะพบ รายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด คือหัวข้อ “ในหอผู้ป่วยได้มีการทบทวนวิธีการที่จะป้องกันความ

ผิดพลาดเสมอ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก” ($\bar{x} = 3.90$, S.D. = 0.75) ซึ่งอยู่ในด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด ลำดับต่อมาคือข้อ “ในหอผู้ป่วย ถือว่าเมื่อพบเหตุการณ์ หรือความผิดพลาดเกิดขึ้น จะเป็นแนวทางเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และการพัฒนางานด้านความปลอดภัย ในทางบวก ต่อไป ” ($\bar{x} = 3.90$, S.D. = 0.80) ซึ่งอยู่ในด้านการเรียนรู้ขององค์กร และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุด คือ “ขณะปฏิบัติงานอยู่ในสถานการณ์ที่เกิดภาวะวิกฤติขึ้นในหอผู้ป่วย ท่านต้องทำงานแบบมากเกินไปความรับผิดชอบในหน้าที่ และต้องเร่งรีบมากเกินไปเสมอ” ($\bar{x} = 2.83$, S.D. = 0.96) อยู่ในด้านการจัดอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วย ต่อมาคือ ข้อ “บุคลากรในหอผู้ป่วยไม่รู้สึกลัว เมื่อตนปฏิบัติงานผิดพลาดจะถูกดำเนินการเอาผิด และถูกลงโทษ” ($\bar{x} = 2.83$, S.D. = 1.00) อยู่ในด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาด แบบไม่เอาผิดไม่มีการลงโทษ ตามลำดับ

2) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล พบว่าระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ระดับโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด คือหัวข้อการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.63$, S.D. = 0.83) และหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การบริหารจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ($\bar{x} = 2.91$, S.D. = 0.95) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาในรายข้อจะพบ รายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุดคือหัวข้อ “เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลจึงร่วมมือกันทำงานอย่างเต็มที่ ” ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.79) ซึ่งอยู่ในด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำที่สุดคือ “การกระทำของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยผู้ป่วยนั้นเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด ” ($\bar{x} = 2.35$, S.D. = 0.99) ซึ่งอยู่ในด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ตามลำดับ

3) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยของคะแนน ด้านการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในภาพรวมโดยทั่วไปสูงที่สุด ($\bar{x} = 3.80$, S.D. = 0.72) และ พบค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดคือ จำนวนบันทึกของรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ($\bar{x} = 2.71$, S.D. = 1.10) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาในรายข้อจะพบ รายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุดคือ “แม้ว่าภาระงานจะมากขึ้น แต่ท่านก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยของผู้ป่วย” ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.51) ซึ่งอยู่ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม และข้อที่มี

ระดับคะแนนต่ำสุดคือ “ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมามีคนได้บันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์ จำนวนเท่าใด” ($\bar{x} = 2.71$, S.D. = 1.10) ซึ่งอยู่ในด้านจำนวนบันทึกของรายงานของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

2. อภิปรายผล

ผลการศึกษารับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีประเด็นที่ผู้ศึกษานำมาอภิปรายได้ดังนี้

2.1 วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยภาพรวม

ผลการศึกษาพบว่า ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.35$, S.D. = 0.86) (ตารางที่ 4.2) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีวัฒนธรรมความปลอดภัยตามองค์ประกอบทั้งในระดับหอผู้ป่วย ระดับโรงพยาบาล รวมถึงผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้ง 3 แห่ง กำลังอยู่ในช่วงที่มีการพัฒนาคุณภาพทั้งในด้านกระบวนการ ระบบ แนวปฏิบัติที่ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในด้านความปลอดภัย รวมทั้งการพัฒนาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง ให้มีประสิทธิภาพ และสร้างวัฒนธรรมในการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในองค์กร ของทุกแห่ง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2551) อีกทั้งโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่งยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยจัดเป็นประเด็นสำคัญที่ทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เน้นที่จะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้การบริหารความเสี่ยงกำลังอยู่ในขั้นตอนที่กำลังพัฒนากระบวนการ ระบบ และแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับของ เอล เจดาลี และคณะ (El-Jardali al.,2011) ที่ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศเลบานอน โดยใช้แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Culture-HSOPSC) พบว่า โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพมีการรับรู้ความปลอดภัยสูงกว่าโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรอง ดังเช่นที่โรงพยาบาลบางซ้ายในปัจจุบันมีการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) มาใช้เพื่ออำนวยความสะดวกในการรายงานความเสี่ยง กับเจ้าหน้าที่ แต่ก็ยังพบว่า จำนวนยอดของรายงาน ไม่มีเพิ่มขึ้นเลยในช่องทางนี้

ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และยังคงมีการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ เข้ามาเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติในเรื่องการจัดการความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล

2.2 ผลการศึกษาด้านองค์ประกอบของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระดับหอผู้ป่วย พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนจำแนกเป็นรายด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.52$, S.D. = 0.84) พบในรายข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำสุดดังนี้

2.2.1 ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในรายข้อคือ ในหอผู้ป่วยได้มีการทบทวนวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาดเสมอเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก ($\bar{x} = 3.90$, S.D. = 0.84) อธิบายได้ว่าเมื่อมีเหตุการณ์ความผิดพลาดเกิดขึ้นพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับหอผู้ป่วย ในด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาดได้ดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากภายในหอผู้ป่วยมีการสนับสนุนให้มีการรายงานความผิดพลาด โดยที่ในการรายงานนั้นจะไม่มีการลงโทษ หรือกล่าวโทษผู้ที่รายงานเหตุการณ์ แต่จะมีการนำเหตุการณ์ดังกล่าวมาทบทวนในหอผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดซ้ำอีก สิ่งนี้อาจส่งผลให้การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในด้านนี้อยู่ในระดับสูง (ยอดชาย สุวรรณวงษ์, 2546) สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติด้านความปลอดภัยภายในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลบางซ้าย คือ เมื่อเกิดเหตุการณ์ หรือความผิดพลาดเกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วย จะต้องมีการทบทวน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทันทีภายใน 1 สัปดาห์หากเกิดกรณีรุนแรง หรือเร่งด่วน และภายใน 1 เดือนกรณีเหตุการณ์นั้นไม่เร่งด่วนหรือเสียหายมาก เพื่อหาข้อสรุปและวางแนวทางการพัฒนางานด้านความปลอดภัยต่อไป

2.2.2 ระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในรายข้อคือ ขณะปฏิบัติงานอยู่ในสถานการณ์ที่อยู่ในสถานการณ์ที่เกิดภาวะวิกฤติขึ้นในหอผู้ป่วย ท่านต้องทำงานแบบมากเกินความรับผิชอบในหน้าที่ และต้องเร่งรีบมากเกินไปเสมอ ($\bar{x} = 2.83$, S.D. = 0.96) อธิบายได้ว่า ความเพียงพอของทรัพยากรบุคคลมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างจึงเห็นด้วยน้อย อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยที่มีเป็นจำนวนมาก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องปฏิบัติงานนั้นมีอัตรากำลังไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจึงทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเกินความรับผิชอบ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น (กาญจนา คงแก้ว, 2553) เช่นเดียวกับคำกล่าวที่ว่า การจัดอัตรากำลังที่เพียงพอ และมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ และมีผลต่อความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการพยาบาล โดยจากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง พบว่าการเพิ่มพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต่อจำนวนวันนอนของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการลดของอัตราการตายภายใน 30 วัน ถึงร้อยละ 50 (การศึกษาของไอเคน และคณะ Aiken et al., 1999 อ้างในกาญจนา คงแก้ว, 2553) สอดคล้องกับบริบทในการทำงานของ

พยาบาลในโรงพยาบาลบางซ้าย ด้านอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากมีพยาบาลไม่เพียงพอในการขึ้นปฏิบัติงานเวรนอกเวลาราชการ มีการขึ้นเวรครบเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน และปฏิบัติงานเกินวันราชการในแต่ละเดือนที่กำหนดไว้ อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการก็มีจำนวนมากในแต่ละวันอีกด้วย

2.3 ผลการศึกษาด้านองค์ประกอบของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนจำแนกเป็นรายด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.20$, S.D. = 0.95) พบในรายชื่อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำสุด ดังนี้

2.3.1 ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในรายชื่อคือ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล จึงร่วมมือกันทำงานอย่างเต็มที่ ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.79) ซึ่งอยู่ในด้านการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างหน่วยงาน อธิบายได้ว่า ในการปฏิบัติงานที่คำนึงถึงความปลอดภัยมาเป็นอันดับต้นๆ ได้นั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่ต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนาเพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกัน ในการทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยในด้านของวัฒนธรรมองค์กร ค่านิยม ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมที่ดีในด้านความปลอดภัยของแต่ละบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานเป็นทีมร่วมกัน และการติดต่อสื่อสาร ทั้งในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน จึงทำให้เกิดบรรยากาศ และสภาพในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมกันได้ (Sorra, Nieva, Famolaro, & Dyer, 2007) สอดคล้องกับบริบทในการทำงานของโรงพยาบาลบางซ้าย เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีระดับองค์กรขนาดเล็ก มีระบบการจัดการแบบสายการบังคับบัญชา ที่ไม่ซับซ้อนแบบแนวราบ จึงทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ในการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2.3.2 ระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในรายชื่อคือ การกระทำของผู้อำนวยการแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยผู้ป่วยนั้นเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด ($\bar{x} = 2.35$, S.D. = 0.99) ซึ่งอยู่ในด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วยของผู้อำนวยการโรงพยาบาล พบการรับรู้ในระดับต่ำสุดในหัวข้อนี้ ทั้งนี้เนื่องจาก ในโรงพยาบาลชุมชนหัวหน้าฝ่ายการจะเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดปรัชญา แนวนโยบาย เป้าหมายและแนวปฏิบัติของฝ่ายการพยาบาล ในการที่จะบริหารความเสี่ยง โดยในการกำหนดนโยบายในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยแต่ละครั้ง จะมีการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ จากการประชุมทั้งในระดับองค์กร และระดับหน่วยงาน รวมทั้งมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในด้านความปลอดภัยผู้ป่วย และกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร จึงทำให้ทุกคนทราบและปฏิบัติไปในทางเดียวกัน (ยอดชาย สุวรรณงษ์, 2546) ทั้งนี้เนื่องจากการะงาน

ด้านการบริหารงานมีมาก หลายด้านจึงมองว่าผู้อำนวยการในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญกับเรื่องการบริหารจัดการเรื่องอื่นสำคัญกว่า หรือ ยังขาดการให้ความสนใจเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกกรณี อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติงานเป็นทั้งแบบเชิงรุก และเชิงรับ มีภาระกิจงานมากทำให้บางครั้งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นความเลื่องที่ซ่อนเร้นอยู่แต่ไม่ได้รับการแก้ไข และเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นอีกจะนำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ ดังนั้นต้องให้ความสนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และค้นหาสาเหตุที่แฝงอยู่เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีณา กวีกิจธรรมกุล (2553) ที่กล่าวว่า ผู้นำที่ให้ความสำคัญในด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวัฒนธรรมความปลอดภัย และสอดคล้องกับการศึกษาของฮิลลิ่งส์, เซอร์รูทเทน, คาร์ซิงการ์, และเวียร์จิ้นส์ (Hellings, Schrooten, Klazinga & Vleugels, 2007) ในการศึกษาการรับรู้ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั่วไปในเบลเยียม พบว่า ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำทุกโรงพยาบาล โดยหัวข้อที่มีค่าคะแนนต่ำมากที่สุด ได้แก่ การจัดการของโรงพยาบาลที่สนับสนุนในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (ร้อยละ 35) การไม่ลงโทษในความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการรายงานเหตุการณ์ (ร้อยละ 36) และการสื่อสารภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ 36)

2.4 ผลการศึกษาทางด้านของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ในด้านผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนน จำแนกตามรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.34$, S.D. = 0.86) พบในรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและต่ำสุดดังนี้

2.4.1 ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในรายชื่อคือ แม้ว่าภาระงานจะมากขึ้นแต่ท่านก็ไม่ละเลยความปลอดภัยผู้ป่วย $\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.51) อธิบายได้ว่า ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องทำให้การปฏิบัติทางการแพทย์มีทิศทางในด้านความปลอดภัยเป็นไปในทางเดียวกัน และการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติตามประเด็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพของผู้ป่วยมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล ซึ่งจะมีส่วนช่วยลดปัญหาความผิดพลาด และความบกพร่องที่อาจก่อให้เกิดความสูญเสียให้แก่ผู้ป่วย และผู้ใช้บริการอย่างมีคุณภาพ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2548) ทั้งนี้เนื่องจากถึงแม้ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างมีมาก และจากปัญหาการขาดอัตรากำลัง โดยดูได้จากจำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 41-50 ชั่วโมง มากกว่า ร้อยละ 50 (ตารางที่ 4.1) แต่ระดับคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในข้อนี้ ก็อยู่ในระดับสูงได้ สอดคล้องกับบริบทในการทำงานของโรงพยาบาลบางซ้าย

เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีระดับองค์กรขนาดเล็ก จำนวนบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีจำนวนน้อย ภาระงานที่รับผิดชอบก็มีมาก แต่ในด้านการรับด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนนั้นคำนึงถึงเสมอ และให้ความสำคัญเป็นลำดับต้น ๆ เนื่องจากมักได้รับคำชมเชย และกล่าวถึงการปฏิบัติที่ดีต่อผู้ป่วย และญาติ เรื่องการดูแลเอาใจใส่ เป็นอย่างดี และสม่ำเสมอ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ซึ่งดูได้จากระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

2.4.2 ระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในรายข้อคือ ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมาท่านได้บันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์ จำนวนเท่าใด ($\bar{x} = 2.71$, S.D. = 1.10) ซึ่งอยู่ในด้านจำนวนบันทึกของรายงานของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น อธิบายว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงการพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อยู่ตลอดเวลาขณะปฏิบัติงาน แต่ขาดการเขียนบันทึกรายงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อาจเนื่องมาจากในกระบวนการรายงานเหตุการณ์ของโรงพยาบาลชุมชนนั้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดขึ้นก็จะรายงานเหตุการณ์นั้นให้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับทราบซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีบทบาทในการเข้ามาแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในเบื้องต้นก่อน และเป็นผู้ที่รับรู้เหตุการณ์และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการหลังจากเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วหน่วยงานบริหารความเสี่ยงจะเข้ามามีบทบาทในการแก้ไขเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยจะอยู่ในส่วนของการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และทบทวนอุบัติการณ์เพื่อค้นหาแนวทางในการปรับปรุงและวางมาตรการในการป้องกันร่วมกันกับทีมผู้ให้การดูแลรักษา (พรเพชร ปัญญาปิยะกุล และคณะ, 2549) แต่อาจมีปัญหาด้านระบบ และช่องทางการรายงาน ที่ยังไม่มีความสะดวก และรวดเร็วเพียงพอ สอดคล้องกับบริบทในการทำงานของโรงพยาบาลบางซ้ายในปัจจุบันมีการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) มาใช้เพื่ออำนวยความสะดวกในด้านการรายงานความเสี่ยง กับเจ้าหน้าที่ แต่ก็ยังพบว่า จำนวนยอดของรายงาน ไม่มีเพิ่มขึ้นเลยในช่องทางนี้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.35$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 3 ด้านพบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับหอผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ระดับโรงพยาบาล และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้บริหารควรมีการส่งเสริมในด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยดังนี้

3.1.1 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับหอผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการรับนโยบายจากผู้บริหาร และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจแนวปฏิบัติ และวัตถุประสงค์ของหน่วยงานในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย แสดงถึงศักยภาพ และความสำเร็จทั้งในระบบงาน และระบบการบริหารจัดการคนในองค์กร ผู้บริหารระดับสูงควรมีการชื่นชม และ สนับสนุน ให้มีการพัฒนาให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

3.1.2 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้าน การบริหารจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วยของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ดังนั้นผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้บริหาร โรงพยาบาลทุกฝ่ายรวมทั้งฝ่ายการพยาบาลควรให้การสนับสนุน ทั้งในด้านการสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ให้ความสนใจด้านความปลอดภัยในทุกๆ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น และผู้อำนวยการควรแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยผู้ป่วยนั้นเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด

3.1.3 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ พบค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำที่สุดในด้านนี้ ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาในด้านระบบรายงานยังไม่มีความสะดวก และรวดเร็วในการรายงาน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้บริหารควรเพิ่มช่องทางในการรายงานให้มีความสะดวกรวดเร็ว รวมถึงสร้างกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากร มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการด้านความปลอดภัยมากขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

3.2.1 จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ต่างกันในแต่ละด้าน ดังนั้นควรทำการศึกษา เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอาทิเช่น ในด้านบทบาทหน้าที่ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการศึกษามากยิ่งขึ้น

3.2.2 จากผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังนั้นจึงควรศึกษาเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ของสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาลเดียวกัน และเปรียบเทียบการรับรู้เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.2.3 จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพครั้งนี้เป็นการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรศึกษาเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาล

วิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเตียงมากขึ้น หรือเปรียบเทียบกับกับโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ ของภาครัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชน ว่ามีระดับที่แตกต่างกันมากน้อยเพียงใด



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กาญจนา คงแก้ว (2549). *พยาบาลที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย (Safe staffing saves lives)*. Retrieved May, 26, 2007, from <http://southnurse.com/paper/282>
- กระทรวงสาธารณสุข (2550) “นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ พ.ศ. 2550-2551”
ประกาศ ณ วันที่ 10 กันยายน 2550
- กฤษดา แสงดี “การบริหารความเสี่ยงชนิดหนึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาล วารสารกอง
การพยาบาล” 26,3 (กันยายน - ธันวาคม) : 34-35
- กันยารัตน์ ม้าวิไล (2551) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- กุดยา ดันติผลาชีวะ(2539) การบริหารหอผู้ป่วย พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โพรโตแมนชั่นอีเอ็ม
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพบริการสุขภาพ (2550) นโยบายระดับชาติด้านความ
ปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับชาติ 2550-2551 (National Patient Goal, 2007-2008)
กรุงเทพมหานคร กลุ่มวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรม
สนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ
เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล : ที่ปฏิบัติการในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- จรัส สุวรรณเวลา (2545) ความเสี่ยงในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนา และรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาล โฮลิสติก พับลิชชิ่ง
- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2546). การสร้างวัฒนธรรมการดูแลความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ.
วารสารกองการพยาบาล, 30(2)
- เฉลิมศรี นนทนาคร. (2549). *วัฒนธรรมองค์การพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับการรับรอง
คุณภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล,
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ งามหัตถ์ (2553) “การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลชุมชน จ.ชัยภูมิ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

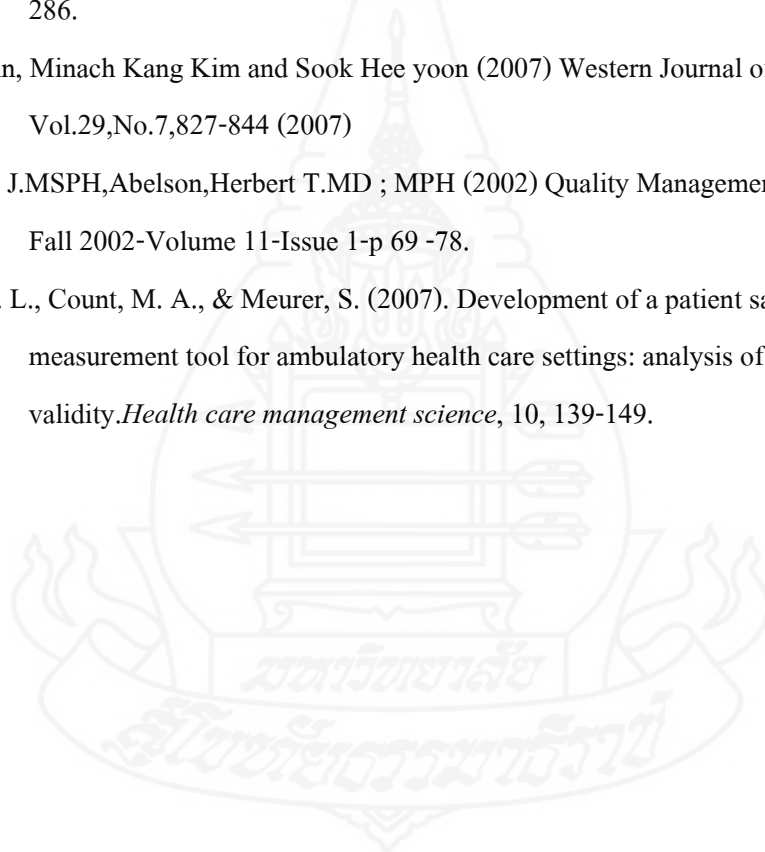
- ชนนิกานต์ อุตมมาตร (2550) “ การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่าย
การพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ชนบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ดวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล. (2550). *วัฒนธรรมด้านความปลอดภัย (Safety Culture)*. บทความสมาคม
นิเวศลิษฐ์แห่งประเทศไทย. Retrieved June 15, 2007, from
<http://www.nst.or.th/article/article142/article1432.htm>
- ทัศนาศ นุญทอง. (2547). *ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึง
ประสงค์ในอนาคต* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศรียอดการพิมพ์.
- ธนาญ ขำละม้าย. (2549). *กระบวนการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของนักบินกองทัพอากาศ.*
เอกสารวิจัย หลักสูตรเสนาธิการกิจ โรงเรียนเสนาธิการทหารอากาศ สถาบันวิชาทหาร
อากาศชั้นสูง กองบัญชาการศึกษาทหารอากาศ.
- นิภาพร ลกรวงส์. (2547). *การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อคุณภาพบริการการ
พยาบาล โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุปผา พวงมาลี (2542). *การรับรู้ความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล
ของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศรา กาฮี. (2546). *วัฒนธรรมองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ประภัสสร นาวเหนียว (2550) “ ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยใน
ระบบบริการกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จ.นครสวรรค์”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- พัชฌิตา สุทธิสุทธิ (2550) การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

- พร บุญมี และคณะ (2553) “วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่องการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย” รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2552) “พยาบาลกับการประกอบวิชาชีพที่อาจถูกฟ้องได้” วารสารสภาการพยาบาล 24, 2 (เมษายน-มิถุนายน) :11
- พรพิมล ผดุงสงฆ์ (2546) “ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการสื่อสาร ความมีอิสระในงานกับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พลสุข หิงคานนท์ (2549) “ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารระบบบริการพยาบาล” ในประมวลสาระชุดวิชาพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล หน่วยที่ 3 หน้า 3-32 นนทบุรี . มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์
- เพชรน้อย. (2551). *วัฒนธรรมองค์กรกับความปลอดภัย*. Retrieved January, 13, 2008, from <http://gotoknow.org/blog/puangpet/174777>
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร สุขุมวิทการพิมพ์
- มยุรัตน์ วิรัชชัย (2552) “ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารความปลอดภัยกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามธิบดี” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ยอดชาย สุวรรณวงษ์. (2546). *บรรยากาศองค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองของบุคลากร โรงพยาบาล วิทยานิพนธ์แพทยศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- ยุวดี ฤาชาและคณะ(2543) *คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. โครงการตำราพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*
- รุ่งทิพย์ เลากิตติศักดิ์ (2552) “ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล สังกัดการปกครองส่วนท้องถิ่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

- วิไล กุศลวิเศษกุล (2549) “การสุ่มตัวอย่างและหาขนาดตัวอย่าง” ในประมวลสาระชุดวิชาการวิจัย
 ทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ หน่วยที่ 5 หน้า 1-102 นนทบุรี
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์
- วีณา จีระแพทย์, และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิด
 กระบวนการ และแนวทางปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก*. กรุงเทพมหานคร
 ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2546). *Patient safety concept and practice*. นนทบุรี ดิไซร์
- สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.HA Update 2009.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี
 การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 10 Lean and and seamless Health
 Care 10-13 มีนาคม พ.ศ.2552 ศูนย์การประชุมอิมแพคเมืองทองธานี กรุงเทพมหานคร
 หนังสือดีวัน
- สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (2553) โครงสร้างการแบ่งสายงานภายในโรงพยาบาลชุมชน
 (หนังสือ ก.พ.ที่ นร.1008.3.3/160 ลงวันที่ 1 เมษายน 2552) ในปฏิทินสาธารณสุข
 พ.ศ.2553 (หน้า 70)
- สมรมาศ กันเงิน. (2549). *วัฒนธรรมความปลอดภัย (ของผู้ป่วย)* ภาควิชาพยาธิวิทยา
 คณะแพทยศาสตร์. Retrieved November 1, 2007, from
<http://gotoknow.org/blog/youngpath/22587>
- สมพร เจษฎาญาณเมธา (2550)“ความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์”
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
 มหาวิทยาลัยนเรศวร
- สรรรวิชัย อัครเรืองชัย. (2546ก). ความปลอดภัยของผู้ป่วย นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรอง
 คุณภาพโรงพยาบาล
- สรรรวิชัย อัครเรืองชัย. (2546ข). บทความทบทวนวิชาการ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย *Patient
 safety concept and practice*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- _____. (2550). Patient Safety Solutions. Retrieved March, 16, 2007, from
http://intranet.srbr.in.th/HACenter/HAforum8/HAforum8_18.pdf
- สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) *การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาล และอุบัติการณ์
 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์
 หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- สุเมธา เสงประเสริฐ (2548) “ตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุพัตรา ใจโปร่ง(2553) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 17” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). *คุณภาพของระบบสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2551ข). *Safety culture: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในงานประจำ*. Retrieved
May, 26, 2007, from [http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/soqd/admin/
news_files/47_18_1.pdf](http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/soqd/admin/news_files/47_18_1.pdf)
- อรพรรณ โตสิงห์, และ ปองหทัย พุ่มระย้า. (2546). *พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วย
ศัลยกรรม*. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
กรุงเทพมหานคร แอล.ที.เพรส.
- ACAHO/ ACEN. (2005). Patient safety culture and leadership in Canada’s academic health
science centers. *Health care quarterly*, 8(1), 36-38.
- Bennett,A.C. and Tibbitts ,S.J.(1989) Maximizing Quality Performance in Health Care
Facilities.America: Aspen Publisher.
- Carroll, J. S. (1998). Safety culture as an ongoing process: Culture survey as Opportunities for
Enquiry and change. *Work & stress*, 12(3), 272-284.
- Castle, G. N. (2006). Nurse aids’ ratings of the resident safety culture in nursing
homes.*International journal of healthcare quality assurance*, 18(5), 370-376.
- Castle, G. N., & Sonon, K. (2006). A culture of patient safety in nursing home. *Quality safety
health care*, 15, 405-408.
- Fleming, M. (2005). Patient safety culture measurement and improvement: A how to
guide. *Healthcare quaterly*, 8, 14-19.
- Generic_Safety_Culture_Benchmarking_Report.pdf
- Ginsburg, R. L. (2006). *Perceptions of patient safety culture in four health region*. Retrieved
July 12, 2007, from <http://www.atkinson.yorku.ca/~safetyculture/questionnaire/>

- Ginsburg, R. L., Tregunno, D., Fleming, M., Flemons, W., Gilin, D., & Norton, P. (2007). *Perceptions of patient safety culture in six Canadian health care organizations*. Retrieved July 12, 2007, from http://www.atkinson.yorku.ca/~safetyculture/reports_docs/PSC_2007_MainReport.pdf
- Helling, J., Schrooten, W., Klazinga, N., & Vleugels, A. (2007). Challenging patient safety culture: survey result. *International journal of health care quality assurance*, 20(7), 620-632.
- Hughes, C. M., & Lapane, K. (2006). Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *International journal for quality in health care*, 18(4), 281-286.
- Kyugeh An, Minach Kang Kim and Sook Hee yoon (2007) *Western Journal of Nursing Research* Vol.29, No.7, 827-844 (2007)
- Mohr, Julie J. MSPH, Abelson, Herbert T. MD ; MPH (2002) *Quality Management in Health Care* : Fall 2002-Volume 11-Issue 1-p 69 -78.
- Schutz, A. L., Count, M. A., & Meurer, S. (2007). Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity. *Health care management science*, 10, 139-149.





ภาคผนวก

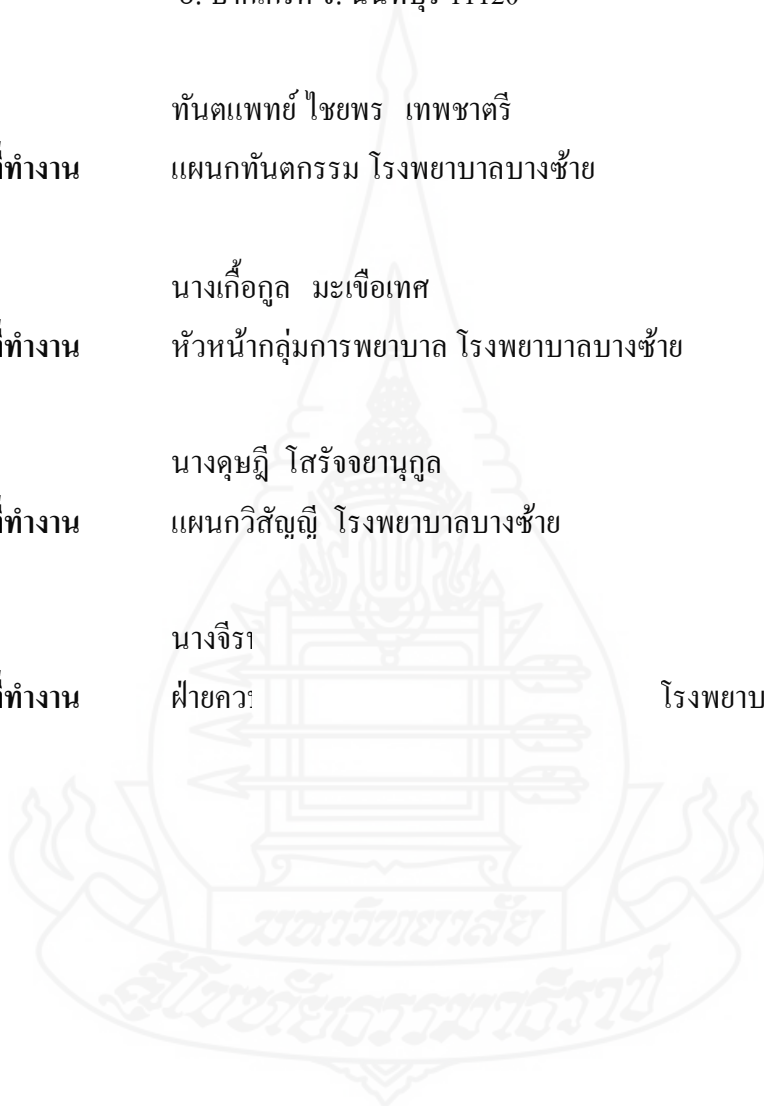
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



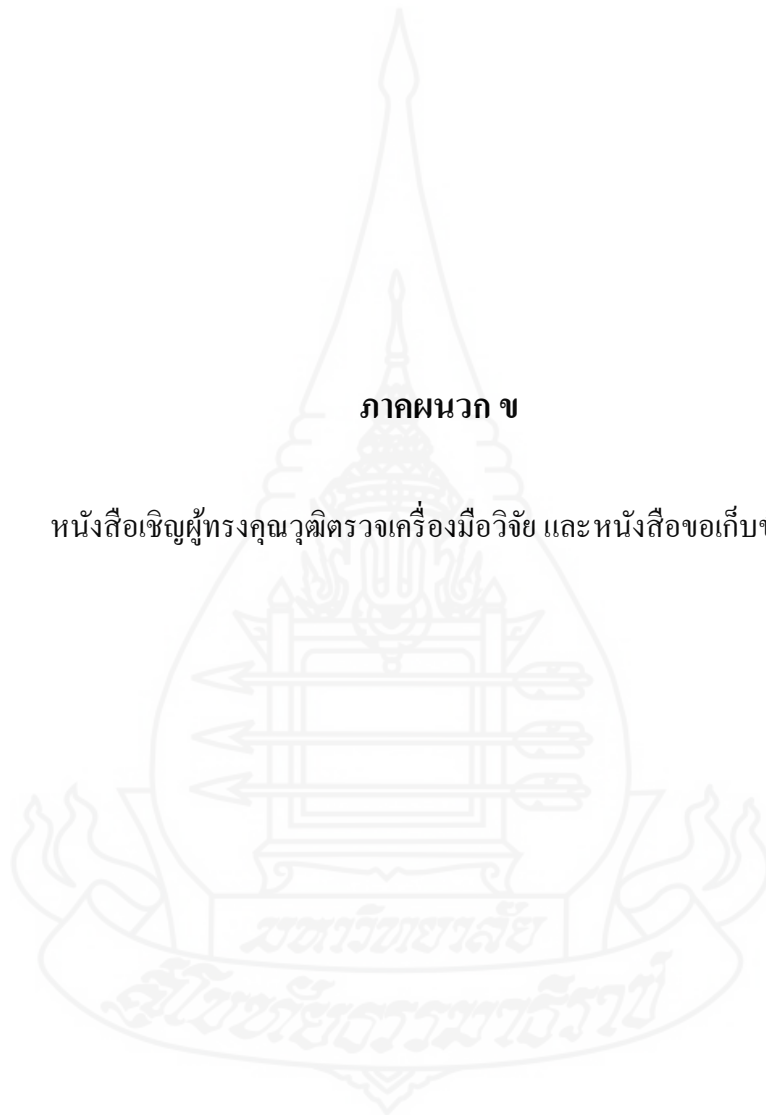
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข
สถานที่ทำงาน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ต. บางพูด อ. ปากเกร็ด จ. นนทบุรี 11120
2. ชื่อ ทันตแพทย์ ไชยพร เทพชาตรี
สถานที่ทำงาน แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลบางซ้าย
3. ชื่อ นางเกื้อกุล มะเชื้อเทศ
สถานที่ทำงาน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางซ้าย
4. ชื่อ นางคุณฤดี โสรจยานุกุล
สถานที่ทำงาน แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลบางซ้าย
5. ชื่อ นางจีรา
สถานที่ทำงาน ฝ่ายคว: โรงพยาบาลท่าเรือ



ภาคผนวก ข

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย และหนังสือขอเก็บข้อมูล





ที่ ศธ 0522.26/ ๖๑๑๕๑

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ทนตแพทย์ไชยพร เทพชาตรี

ด้วย นางสาวนปภา ศรีเมือง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง
วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในกรณีนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษา
ค้นคว้าอิสระให้กับนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 087-936-3739 (นางสาวนปภา ศรีเมือง)

ที่ ศธ 0522.26/1169



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

44 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางซ้าย

ด้วย นางสาวนปภา ศรีเมือง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง
วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่า ทันตแพทย์ไชยพร เทพชาติรี บุคลากรใน
สังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญ
เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระให้กับนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ
การศึกษาค้นคว้าอิสระด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 087-9363-739 (นางสาวนปภา ศรีเมือง)

สำเนาเรียน ทันตแพทย์ไชยพร เทพชาติรี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 8036-7

ที่ ศบ 0522.26/ ๖ ๑๕๔ วันที่ ๑๙ สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอลาอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข

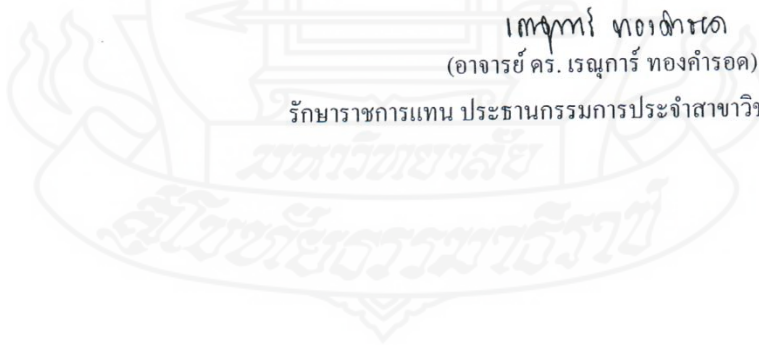
ด้วย นางสาวนปภา ศรีเมือง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าอิสระให้กับนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เกตุพร ทองคำรอด
(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์





ที่ ศธ 0522.26/ ๑116๒

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด

อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๑๓ สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวนปภา ศรีเมือง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม “ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ” เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ ในการพัฒนาระบบจัดการดูแลด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับจากผู้วิจัยได้รับข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะทำการวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 087-9363-739 (นางสาวนปภา ศรีเมือง)

ที่ ศธ 0522.26/ 21164



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

13 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช

ด้วย นางสาวนปภา ศรีเมือง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อดำเนิน
การศึกษาค้นคว้าอิสระจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และแผนกอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลมหาราช ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษา
จะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เกษุพัท ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 087-9363-739 (นางสาวนปภา ศรีเมือง)



ที่ ศธ 0522.26/ 21162

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

19 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอลความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราช

ด้วย นางสาวนปภา ศรีเมือง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง
วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอลความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อดำเนิน
การศึกษาค้นคว้าอิสระจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และแผนกอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลมหาราช ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษา
จะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เกตุภาวี ทอระฉาเด.

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 087-9363-739 (นางสาวนปภา ศรีเมือง)

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096
 School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood,
 Pakkred, Nonthaburi 11120
 Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่... 52 / 2556 ...

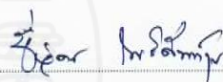
ชื่อโครงการวิจัย วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2545100683

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวนปภา ศรีเมือง

ที่ทำงาน โรงพยาบาลบางซ้าย อ.บางซ้าย จ.พระนครศรีอยุธยา

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม 

(อาจารย์ ดร.ชินจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)
 กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง 12 พฤศจิกายน 2556



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

แบบสอบถามเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

คำแนะนำ ในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวไป
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติงาน
 - ส่วนที่ 3 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
2. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิจัยครั้งนี้ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นท่านมากที่สุด

1. เพศ
 - ชาย หญิง
2. อายุ
 - 21-30 ปี 31-40 ปี
 - 41-50 ปี 51-60 ปี
3. วุฒิการศึกษาสูงสุด
 - ปริญญาตรี ปริญญาโท
4. สถานภาพสมรส
 - โสด สมรส
 - หม้าย ,หย่า,แยก
5. ศาสนา
 - พุทธ อิสลาม
6. รายได้รวม ต่อเดือน
 - 10,000 – 20,000 บาท 20,001 – 30,000 บาท
 - 30,001 – 40,000 บาท 40,000 บาท ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นท่านมากที่สุด

1. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

<input type="checkbox"/> 1-10 ปี	<input type="checkbox"/> 11-20 ปี
<input type="checkbox"/> 21-30 ปี	<input type="checkbox"/> 31 ปี ขึ้นไป
2. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
<input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ
<input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ
3. ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1-10 ปี	<input type="checkbox"/> 11-20 ปี
<input type="checkbox"/> 21-30 ปี	<input type="checkbox"/> 31 ปี ขึ้นไป
4. แผนกที่ปฏิบัติงานอยู่

<input type="checkbox"/> แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
<input type="checkbox"/> แผนกผู้ป่วยนอก
<input type="checkbox"/> แผนกผู้ป่วยใน
<input type="checkbox"/> แผนกห้องคลอด
5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1-10 ปี	<input type="checkbox"/> 11-20 ปี
<input type="checkbox"/> 21-30 ปี	<input type="checkbox"/> 31 ปี ขึ้นไป
6. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์

<input type="checkbox"/> 31-40 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 41- 50 ชั่วโมง
<input type="checkbox"/> 51-60 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 61 ชั่วโมง ขึ้นไป
7. ผลการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนา และ รับรองคุณภาพ

<input type="checkbox"/> ผ่านการรับรองเรียบร้อยแล้ว
<input type="checkbox"/> ยังไม่ผ่านการรับรอง

ส่วนที่ 3 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety Culture) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน

กรุณาทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1 หมายถึง น้อยมาก | 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง |
| 3 หมายถึง เป็นบางครั้ง | 4 หมายถึง บ่อยมาก |
| 5 หมายถึง บ่อยที่สุด | |

ส่วนที่ 1

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระดับหอผู้ป่วย	ระดับความคิดเห็น				
	น้อย มาก (1)	นาน ๆ ครั้ง (2)	เป็น บางครั้ง (3)	บ่อย มาก (4)	บ่อย ที่สุด (5)
ด้านที่ 1 : ความคาดหวัง และการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของ หัวหน้าหอผู้ป่วย					
1 หัวหน้าหอผู้ป่วย จะพิจารณาข้อเสนอแนะของบุคลากรเพื่อ ปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง					
2 หัวหน้าหอผู้ป่วยจะกล่าวชื่นชมผู้ปฏิบัติงาน เมื่อเห็นว่ามีกรปฏิบัติ ตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้ระบุไว้					
3 หัวหน้าหอผู้ป่วย จะมองปัญหาด้านความปลอดภัยที่เกิดขึ้น เป็น เรื่องทั่วไป แต่จะให้ความสำคัญเฉพาะเรื่อง ที่มีการร้องเรียนเท่านั้น					
ด้านที่ 2 : การเรียนรู้ขององค์กร และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง					
4 ในหอผู้ป่วย ถือว่าเมื่อพบเหตุการณ์ หรือความผิดพลาดเกิดขึ้น จะเป็นแนวทางเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และการพัฒนางาน ด้านความปลอดภัย ในทางบวก ต่อไป					
5 ในหอผู้ป่วยกำลังมีการเร่งพัฒนาระบบการจัดการต่างๆ เพื่อ ยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
6 หอผู้ป่วยของท่านมีการประเมินผล และติดตามการทำงานรวมถึง การเฝ้าระวัง อย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหา ข้อผิดพลาด ที่เกิดขึ้นแล้ว					
ด้านที่ 3 : การทำงานเป็นทีม					
7 บุคลากรในหอผู้ป่วยมีการช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งกันและกันดี					
8 ถ้ามีงานด่วนที่ต้องรีบทำให้เสร็จสิ้นอย่างรวดเร็ว บุคลากรในหอ ผู้ป่วยทุกคน จะร่วมมือกันทำงานเป็นทีม ได้เป็นอย่างดี					
9 บุคลากรในหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติซึ่ง กันและกันดี					

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระดับหอผู้ป่วย	ระดับความคิดเห็น				
	น้อย มาก (1)	นาน ๆ ครั้ง (2)	เป็น บางครั้ง (3)	บ่อย มาก (4)	บ่อย ที่สุด (5)
10 หากในหอผู้ป่วยมีการะงานด้านผู้ป่วยมาก เกินอัตรากำลังของบุคลากรในทีม จะมีบุคคลจากหอผู้ป่วยอื่น มาให้ความช่วยเหลือเสมอ					
ด้านที่ 4 : การเปิดใจในการสื่อสาร					
11 บุคลากรในหอผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นได้ เมื่อพบว่า บางสิ่งบางอย่างที่จะเกิดขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย					
12 บุคลากรในหอผู้ป่วยกล้าตั้งคำถาม และ ได้ตอบการตัดสินใจ หรือ การกระทำของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้					
13 บุคลากรในหอผู้ป่วยไม่กล้าซักถาม หรือ ทักท้วงเมื่อพบเห็น เหตุการณ์ หรือ การปฏิบัติ ที่ไม่ถูกต้องตามแนวทางด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย					
ด้านที่ 5 : การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด					
14 ในหอผู้ป่วยได้มีการทบทวนวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาดเสมอ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก					
15 บุคลากรในหอผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง อันเป็นผลมาจากการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์					
16 บุคลากรในหอผู้ป่วยจะได้รับการบอกเล่าข้อมูล การปฏิบัติงานเมื่อเกิดความปลอดภัย ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานเสมอ					
ด้านที่ 6 : การตอบสนองต่อความปลอดภัยแบบไม่เอาผิด ไม่มีการลงโทษ					
17 บุคลากรในหอผู้ป่วยมีความรู้สึก ว่า เมื่อเกิดความปลอดภัย สิ่งที่ถูกรายงานนั้นเกิดจากตัวปัญหา ไม่ใช่เกิดจากตัวบุคคล					
18 บุคลากรในหอผู้ป่วย มีความวิตกกังวลว่าความปลอดภัยของตน เมื่อมีรายงานจะถูกเก็บบันทึกไว้เป็นประวัติ					
19 บุคลากรในหอผู้ป่วยไม่รู้สึก ว่า เมื่อคนปฏิบัติงานผิดพลาดจะถูก ดำเนินการ เอาผิด และถูกลงโทษ					
ด้านที่ 7 : การจัดอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วย					
20 ในหอผู้ป่วยจะใช้ลูกจ้างชั่วคราว หรือ เจ้าหน้าที่ จากแผนกอื่น มาช่วยทำงานแทนบุคลากร ในหน่วยงานที่ขาด จนทำให้ ประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร					
21 ในหอผู้ป่วยมีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานในปัจจุบันได้ดี					
22 บุคลากรในหอผู้ป่วยมีชั่วโมงการทำงานมากเกินไปจนไม่สามารถ ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ					

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระดับหอผู้ป่วย	ระดับความคิดเห็น				
	น้อย มาก (1)	นาน ๆ ครั้ง (2)	เป็น บางครั้ง (3)	บ่อย มาก (4)	บ่อย ที่สุด (5)
23 ขณะปฏิบัติงานอยู่ในสถานการณ์ที่เกิดภาวะวิกฤติขึ้นในหอผู้ป่วย ท่านต้องทำงานแบบมากเกินความรับผิดชอบในหน้าที่ และต้องเร่งรีบมากเกินไปเสมอ					
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระดับโรงพยาบาล					
ด้านที่ 1 : การบริหารจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนความปลอดภัย ผู้ป่วยของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล					
24 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมีการสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย					
25 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ให้ความสนใจด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เฉพาะเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น					
26 การกระทำของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยผู้ป่วยนั้นเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด					
ด้านที่ 2 : การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ภายใน โรงพยาบาล					
27 เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ทุกหน่วยงานใน โรงพยาบาล จึงร่วมมือกันทำงานอย่างเต็มที่					
28 หน่วยงานต่างๆ ภายใน โรงพยาบาลให้ความร่วมมือที่ดีต่อกัน เมื่อต้องมีการทำงานร่วมกัน					
29 บุคลากรรู้สึกขาดความสุข เมื่อต้องมีการทำงานร่วมกับบุคคล จากหน่วยงานอื่น					
ด้านที่ 3 : การประสานงาน และความต่อเนื่องต่อการเปลี่ยนผ่านงาน ระหว่างเวร หรือ ข้ามระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล					
30 ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จะพบมากในช่วงเวลาที่มีการ สับเปลี่ยนเวร					
31 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยบางอย่างที่สำคัญมักจะขาดหายไปหรือ ขาดการส่งต่อข้อมูลกันระหว่างเปลี่ยนเวร					
32 มักพบปัญหาเสมอเมื่อมีการส่งต่อข้อมูลกันระหว่างแผนก ภายในโรงพยาบาล					

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระดับโรงพยาบาล		ระดับความคิดเห็น				
		น้อย มาก (1)	นาน ๆ ครั้ง (2)	เป็น บางครั้ง (3)	บ่อย มาก (4)	บ่อย ที่สุด (5)
33	ปัญหาที่เกิดขึ้น จากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างแผนก มักถูกมองข้ามไป					
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระดับโรงพยาบาลในภาพรวม						
ด้านที่ 1 : การรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม						
34	แม้ว่าภาระงานจะมากขึ้น แต่ท่านก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยของผู้ป่วย					
35	การที่ไม่เกิดเหตุความผิดพลาดที่ร้ายแรงขึ้นนั้นเป็นเพราะเหตุบังเอิญ					
36	ท่านมักพบปัญหาทุกครั้งเมื่อต้องทำงานที่เกี่ยวข้องด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย					
37	แนวทางปฏิบัติและระบบการทำงานใน หน่วยงานของท่าน สามารถป้องกันความ ผิดพลาดได้ดี					
ด้านที่ 2 : ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์						
38	มีการรายงานเหตุการณ์ กรณีมีการกระทำผิดพลาดขึ้นแต่มีการตรวจพบและได้รับการแก้ไขก่อนจะถึงตัวผู้ป่วย					
39	มีการรายงานเหตุการณ์ กรณีมีการกระทำผิดพลาดขึ้นและอาจเกิดอันตรายหรือความเสียหายต่อผู้ป่วยได้ แต่ได้รับการแก้ไขก่อน					
40	มีการรายงานเหตุการณ์ กรณีมีการกระทำผิดพลาดขึ้นและถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย					
ด้านที่ 3 : การแบ่งระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย		ตก	ไม่ดี	ยอมรับ ได้	ดี มาก	ดี เยี่ยม
41	ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)					

ส่วนที่ 2

ด้านที่ 4 : จำนวนบันทึกของรายงานของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

42. ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมามีบันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์ จำนวนเท่าใด

- ไม่มีรายงาน 1-2 รายงาน
 3-5 รายงาน 6-10 รายงาน
 10 รายงานขึ้นไป

ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ที่สละเวลาเพื่อตอบแบบสอบถามฉบับนี้ได้อย่างครบถ้วน สมบูรณ์ เป็นอย่างดี

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวนปภา ศรีเมือง
วัน เดือน ปีเกิด	24 มิถุนายน 2521
สถานที่เกิด	จังหวัด พระนครศรีอยุธยา
ประวัติการศึกษา	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลบางซ้าย อำเภอบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

