

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง



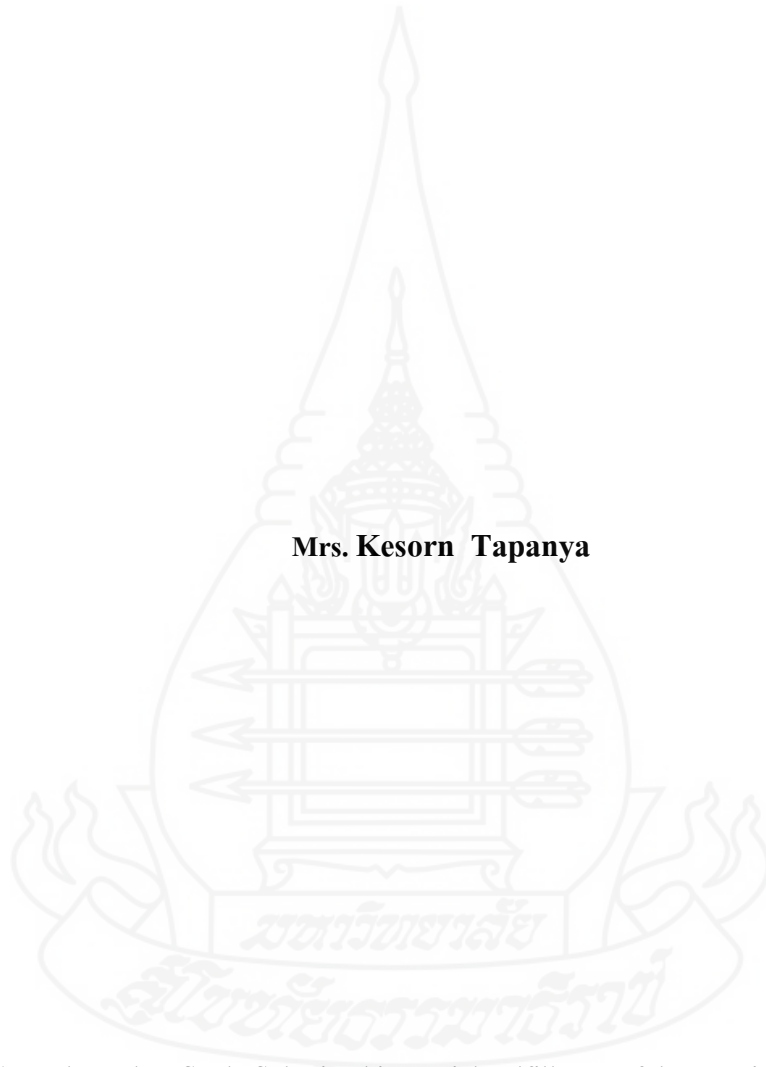
นางเกษร ตาปัญญา

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2558

The Culture of Patient Safety at a Community Hospital

Mrs. Kesorn Tapanya



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

School of Nursing

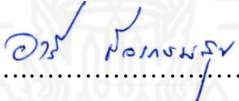
Sukhothai Thammathirat Open University

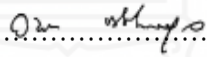
2015


หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
ชื่อและนามสกุล นางเกษร ตาปัญญา
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2559

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญ โณภาสกุล)


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ชื่อการศึกษา คั่นคว่ำอิสระ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
ผู้ศึกษา นางเกษร ตาปัญญา รหัสนักศึกษา 2565100274
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข
ปีการศึกษา 2558

บทคัดย่อ

การศึกษาคั่นคว่ำอิสระครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง และ 2) ศึกษาแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ประชากรที่ศึกษา เป็นสมาชิกทีมสุขภาพ จำนวน 52 คน ได้แก่ แพทย์ 3 คน ทันตแพทย์ 2 คน เภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 36 คน นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน นักรังสีการแพทย์ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และ 3) แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.89 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ผลการศึกษามีดังนี้ 1) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ (1) วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน (2) การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด (3) ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย (4) การติดตามอุบัติการณ์ (5) การนิเทศงานด้านความปลอดภัย และ (6) การสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด และ 2) แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน

Independent Study title: The Culture of Patient Safety at a Community Hospital
Author: Mrs. Kesorn Tapunya; **ID:** 2565100274;
Degree: Master of Nursing Science (Nursing Administration);
Independent Study advisor: Dr. Aree Cheevakasemsook, Assistant Professor;
Academic year: 2015

Abstract

The purposes of this independent study were: 1) to explore the culture of patient safety in a community hospital and 2) to investigate the guidelines for improving the culture of patient safety.

The population comprised 52 healthcare members in the community hospital including 3 physicians, 2 dentists, 4 pharmacists, 36 registered nurses, 3 medical technicians, 1 radiographer, 1 physical therapist, 1 occupational therapist, and 1 Thai traditional medicine. The study tool consisted of 3 parts: 1) demographic data, 2) the culture of patient safety, and 3) the guidelines for improving the culture of patient safety. The tool was verified by three experts. The reliabilities of the second and the third part which were analyzed by Cronbach's alpha coefficient were 0.89 and 0.95 respectively. Research data were analyzed by descriptive statistics.

The results were as follows. 1) Total and subscales of the culture of patient safety in the community hospital was rated at the moderate level in the following ranking. (1) Each unit learns culture of patient safety. (2) Transparent communication is established, and do not judge anybody for being false. (3) Administrators of the organization support patient safety. (4) Incidences were followed. (5) Supervision for patient safety was done. Finally, (6) transparent communication of job errors or mistakes was employed. 2) Overall and subscales of guidelines for improving culture of patient safety were rated at the moderate level.

Keywords: Culture of patient safety, Community hospital

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ซึ่งเสียเวลาอันมีค่าของท่านในการให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และติดตามการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิติวิทยานันท์ รองศาสตราจารย์ ดร.เรมवल นันทสุภวัฒน์ และคุณสุนีย์ พงษ์โสภิต ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้สละเวลาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ สมิต สมพันธ์พงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และทีมดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าวทุกท่านที่ให้ช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ สมศักดิ์ โอภาสตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่แตง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และทีมดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลแม่แตงที่ให้ความกรุณาทดลองใช้เครื่องมือ และขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.สิน กินส์เบิร์ก ที่กรุณาให้นำเครื่องมือประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่สนับสนุน ทั้งกำลังใจ กำลังใจแก่ผู้ศึกษา คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบแด่บุพการี ครูอาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างองค์ความรู้ครั้งนี้ หากมีข้อบกพร่องประการใดผู้ศึกษาขอน้อมรับไว้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงงานศึกษาวิจัยในโอกาสต่อไป

เกษร ตาปัญญา

ตุลาคม 2559

สารบัญ

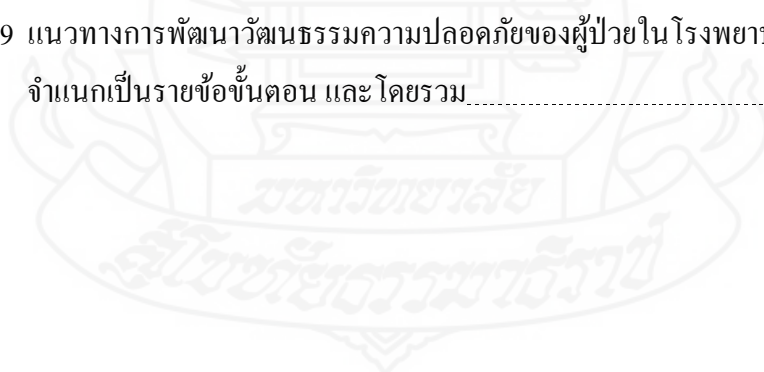
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การศึกษา.....	4
กรอบแนวคิดการศึกษา.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย.....	9
การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรม	
ความปลอดภัยของผู้ป่วย.....	18
บริบทเกี่ยวกับโรงพยาบาลพร้าว.....	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากร.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	37
การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม.....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 2 สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล.....	44
ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย.....	51
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	53
สรุปการศึกษา.....	53
อภิปรายผล.....	55
ข้อเสนอแนะ.....	58
บรรณานุกรม.....	60
ภาคผนวก.....	67
ก. จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือและจดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ.....	68
ข. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	71
ค. หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ.....	73
ง. หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือ.....	77
จ. หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล.....	79
ฉ. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	82
ช. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าอิสระ.....	84
ประวัติผู้ศึกษา.....	94

สารบัญญัตินำ

	หน้า
ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร	41
ตารางที่ 4.2 สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม	44
ตารางที่ 4.3 สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าวด้านวัฒนธรรมการ การเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน จำแนกเป็นรายข้อและ โดยรวม	45
ตารางที่ 4.4 สภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ด้านการสื่อสารอย่างเปิดเผย โดยไม่ตัดสินผู้ผิด จำแนกเป็นรายข้อและ โดยรวม	46
ตารางที่ 4.5 สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความ ปลอดภัยของผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อและ โดยรวม	47
ตารางที่ 4.6 สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ด้านการติดตาม อุบัติการณ์ จำแนกเป็นรายข้อและ โดยรวม	48
ตารางที่ 4.7 สภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ด้านการนิเทศงาน ด้านความปลอดภัย จำแนกเป็นรายข้อและ โดยรวม	49
ตารางที่ 4.8 สภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ด้านการสื่อสาร อย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาดจำแนกเป็นรายข้อและ โดยรวม	50
ตารางที่ 4.9 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว จำแนกเป็นรายข้อขั้นตอน และ โดยรวม	51



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลยังพบว่ามีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแม้ว่าเทคโนโลยีด้านการรักษามีการพัฒนามากขึ้นเรื่อยๆ เช่นในสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาของ ลีวินสัน (Levinson, 2010) ในโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 780 แห่ง ปี ค.ศ. 2008 พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 13.5 ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 324 ล้านดอลลาร์ ซึ่งทีมแพทย์เห็นว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นสามารถป้องกันได้ร้อยละ 44 และการศึกษาของ มูฮัมหมัด ซีซาน และคณะ (Zeeshan et. al., 2014) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง ปี ค.ศ. 2009 พบว่าการผ่าตัด 82,784 ครั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อน 6,856 ครั้ง คิดเป็น 82.8 ครั้ง ต่อการผ่าตัด 1,000 ครั้ง การผ่าตัดหลอดเลือดพบภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด ภาวะแทรกซ้อนทำให้ระยะเวลาอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งหมด 5,368 วัน ในประเทศไทยการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่ำกว่าความเป็นจริง เช่น มีการรายงานความเสี่ยงที่มีความผิดพลาดร้ายแรงจนทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตเพียง ร้อยละ 82.00 และกรณีเกิดข้อผิดพลาดขณะเตรียมการรักษาแต่ยังไม่ได้ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยมีการรายงานเพียงร้อยละ 42 (อนงค์ ถาวร พร บุญมี และ เกษร เกตุชู, 2552) ส่งผลให้มีการร้องเรียนด้านจริยธรรมและฟ้องคดีจากการรักษาผิดพลาด ตั้งแต่ พ.ศ.2535 – 2553 รวม 3,585 เรื่อง เป็นเรื่องไม่รักษาตามมาตรฐานร้อยละ 60 การฟ้องคดีเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 – พ.ศ. 2555 เป็นคดีจากการรักษาผิดพลาด ร้อยละ 44 ของคดีทั้งหมด รวมค่าชดเชยประมาณ 1,094 ล้านบาท (อนุชา กาศลังกา, 2555) ดังนั้นความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นปัญหาสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญขององค์การอนามัยโลกและทุกประเทศ (Kohn, Corrigan and Donaldson, 2000 cited in Galt and Paschal, 2011:18) สถาบันการแพทย์แนะนำให้องค์กรสุขภาพสร้างสภาพแวดล้อมที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นเป้าหมายสำคัญสูงสุดขององค์กรอย่างชัดเจน องค์การอนามัยโลกจึงได้เห็นชอบในมติที่เรียกว่า “มติสมัชชาอนามัยโลกเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย” และก่อตั้ง “องค์กรความร่วมมือเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโลก” ในปี ค.ศ. 2004 (World Health Organization, 2009 อ้างใน คุสิต สถาวร, 2554)

และมีนโยบายให้ทุกประเทศทั่วโลกมุ่งเน้นการบริการที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุด ในประเทศไทย มีการจัดการด้านความปลอดภัยโดยการควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ ต่อมา มีการกำหนดคชรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ซึ่งมีหลักการคือ สร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม มุ่งเน้นลดการเจ็บป่วย ความพิการ และการตายที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพมาเป็นแนวทางกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินเพื่อขอรับการประกันคุณภาพโรงพยาบาลตามระดับคุณภาพ 3 ระดับ เรียกว่าบันได 3 ขั้นสู่การรับรองคุณภาพ และการประชุมวิชาการประจำปีเมื่อเดือน มีนาคม พ.ศ. 2559 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพได้รวมเอาแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ร่วมกับมาตรฐานคุณภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2559, น.16-59)

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อองค์กร ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ซึ่งคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านสุขภาพและความปลอดภัยขององค์กรความปลอดภัยพลังงานนิวเคลียร์ (Health and Safety Commission Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations, 1993 cited in Sammer et al., 2009) กล่าวว่า การให้บริการโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากรทุกคนในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดความมุ่งมั่นและความสามารถในการจัดการด้านคุณภาพและความปลอดภัยในหน่วยงาน เช่น นีเยวาและซอร์รา (Nieva and Sorra, 2003 cited in Fleming, 2005) พบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการรักษาพยาบาลอย่างใส่ใจเพื่อให้มีคุณภาพและความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ส่วนครัมเบอร์เกอร์ มัสตาร์ด และคลาร์ค (Krumberger, 2001; Mustard, 2002 and Clarke, 2006 cited in Feng, Bobay and Weiss, 2008) พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยทำให้มีการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการรักษาพยาบาลดีขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องทำให้เกิดวัฒนธรรมในการรักษาพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการทบทวนพบว่า มีการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศจำนวนมาก เช่น การพัฒนาวัฒนธรรมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย (Hellings et al., 2010; Weaver et al., 2016) แนวทางการวัดและการปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในการบริการด้านสุขภาพ (Fleming, 2005; Halligan and Zecevic, 2010 and Ginsburg et al., 2013) สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของทีมสุขภาพหน่วยบริการฉุกเฉินในประเทศแคนาดา (Ginsburg and Oore, 2015) ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Feng, Bobay and Weiss, 2008; Abdolazadeh, Zamanzadeh and Boroumand, 2012 and

Amarapthy et al., 2013) เป็นต้น สำหรับในประเทศไทยผู้ศึกษาพบว่า มีการศึกษาเรื่องนี้จากความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ และศึกษาจากความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนเพียงเรื่องเดียว เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาโดยประเมินจากการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ (อนงค์ ถาวร พร บุญมี และ เกษร เกตุชู , 2552) การรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์, 2552; พรรณณนิม กิละกุลคิด, 2553) พฤติกรรม ความรู้ และทัศนคติความปลอดภัยในการพยาบาลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (สุนทร บุญบำเรอ, 2556) วัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง (นภาพร ถิ่นขาม, 2556) และผลลัพธ์ของการดูแลรักษาพยาบาลจากการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ (เรมवल นันท์สุภวัฒน์, 2550) จะพบว่าในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทุกระดับ แต่การศึกษาเรื่องนี้ในทีมสุขภาพหรือศึกษาในบุคลากรทั้งโรงพยาบาลน้อยมาก เช่นเดียวกับ โรงพยาบาลพร้าวที่มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล (วิลาวัลย์ สมพันธ์, 2552) และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว

โรงพยาบาลพร้าวเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ ขนาด 60 เตียง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นองค์รวม ดูแลผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล ขณะส่งต่อ และให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้บริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลร่วมกับมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย มีการดำเนินการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ.2549 ผ่านการรับรองคุณภาพสถานบริการตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระดับ 2 เมื่อ พ.ศ. 2549 (วิลาวัลย์ สมพันธ์, 2552) และคงรักษาสถานภาพมาตรฐานสถานบริการในระดับที่ 2 โดยผ่านการรับรองคุณภาพทุก 1 ปี จนถึงพ.ศ. 2559 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2559) โดยมีการดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในหลายกิจกรรม ได้แก่ กำหนดให้ความปลอดภัยจากการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล และกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน (ทีมนำคุณภาพ โรงพยาบาล, 2558) รวมทั้งกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงเพื่อดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมนำคุณภาพ โรงพยาบาล, 2559)

สรุปได้ว่า ความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาลมีโอกาสดังเกิดขึ้นในสถานบริการสาธารณสุขได้มากหรือน้อยแตกต่างกันและจะส่งผลเสียทั้งต่อผู้ป่วย และผู้ให้บริการ ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการให้บริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ความปลอดภัยของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายจึงจำเป็นต้อง

ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งในโรงพยาบาล
พริ้วยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้มาก่อน ผู้ศึกษาจึงสนใจประเมินสภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุเข็ม
มุ่งของโรงพยาบาล และเป็นแนวทางในการสร้างวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัย
ของผู้ป่วยต่อไป

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

- 2.1 เพื่อศึกษาสภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพริ้ว
- 2.2 เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพริ้ว

3. กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และ
แนวคิดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือ CAN-PACS
(Canadian Patient Safety Climate Survey) ของกินส์เบิร์ก และคณะ (Ginsburg et al., 2013) ซึ่งเป็น
เครื่องมือในการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพสถานบริการในประเทศแคนาดาใช้ในการ
ประเมิน เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่าง
ครอบคลุมตามบริบทของโรงพยาบาลพริ้ว และได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพของ
เครื่องมืออย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้ศึกษานี้มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้บริหารระดับสูงมีการ
ส่งเสริมด้านความปลอดภัย 2) การติดตามอุบัติการณ์ 3) การนิเทศงานด้านความปลอดภัย 4)
วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน 5) การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด
และ 6) การสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด

สำหรับแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ผู้ศึกษานำแนวคิด
ของ ฮอลลิแกน และ ซีซีวิก ชื่อ “The model of improving safety culture in healthcare” (Halligan
and Zecevic, 2010) มาสร้างเป็นเครื่องมือในการประเมิน เนื่องจากแนวคิดนี้ทำให้มีการปรับปรุง
ค่านิยมของคนในองค์กรเพื่อการปฏิบัติงานที่เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยใน 2 ขั้นตอน ได้แก่ การ
ประเมิน และการดำเนินการพัฒนา เป็นวงจรต่อเนื่องของการประเมิน การวิเคราะห์ผลการประเมิน
เพื่อหาจุดแข็งจุดอ่อนของหน่วยงาน นำไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ และประเมินผลการพัฒนา ซึ่ง
แนวคิดของ ฮอลลิแกนและซีซีวิก ในขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาตามองค์ประกอบ

ทั้ง 6 ของแนวคิดการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของ กิ้นส์เบิร์ก และคณะ และขั้นตอนที่ 2 นำผลการประเมินที่ได้จากขั้นตอนแรกมาดำเนินการ

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามให้เลือกตอบซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกต (Likert scale) มี 5 ระดับ จากระดับกิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยมากหรือไม่เกิดขึ้นเลยจนถึงระดับกิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นมากที่สุด

4.1 ประชากร ที่ศึกษา เป็นทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย แพทย์ 3 คน (ไม่รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล) ทันตแพทย์ 2 คน เภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 36 คน (ไม่รวมหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล) นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน นักรังสีการแพทย์ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน รวมทั้งหมด 52 คน

4.2 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ 1) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของทีมสุขภาพ และ 2) แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของทีมสุขภาพเกี่ยวกับค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมของผู้บริหารและทีมสุขภาพในโรงพยาบาลที่มีการหลีกเลี่ยงป้องกัน และลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย สามารถวัดได้โดยใช้แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของแคนาดารุ่น 2012 ของ กิ้นส์เบิร์ก และคณะ (The Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument: MSI-2012) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้

5.1.1 ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของทีมสุขภาพว่า ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยชัดเจน สนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และทบทวนความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในองค์กรในรูปของคณะกรรมการที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

5.1.2 การติดตามอุบัติการณ์ หมายถึง การรับรู้ของทีมสุขภาพว่า โรงพยาบาลมีระบบรวบรวมและติดตามข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ ตรวจสอบข้อเท็จจริงเพื่อหาสาเหตุของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมสุขภาพเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขปัญหาความปลอดภัยของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

5.1.3 การนิเทศงานด้านความปลอดภัย หมายถึง การรับรู้ของทีมสุขภาพว่าหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชื่นชมการทำงานของทีมสุขภาพที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับข้อเสนอแนะของทีมสุขภาพในการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย

5.1.4 วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน หมายถึง การรับรู้ของทีมสุขภาพว่า โรงพยาบาลนำความผิดพลาดร้ายแรงที่เกิดขึ้นมาพิจารณาไตร่ตรองอย่างระมัดระวัง และพิจารณาวิธีการแก้ไขอย่างรอบคอบเพื่อหาสาเหตุและวิธีป้องกันการเกิดความปลอดภัยซ้ำในอนาคต

5.1.5 การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด หมายถึง การรับรู้ของทีมสุขภาพว่า หากบุคลากรในทีมสุขภาพทำงานผิดพลาดร้ายแรง หน่วยงานและเพื่อนร่วมงานจะไม่ตำหนิตีความ และไม่ว่าว่าคุณคนนั้นขาดสมรรถนะในงาน

5.1.6 การสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด หมายถึง การรับรู้ของทีมสุขภาพว่า การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทของบุคลากรในทีมสุขภาพอาจทำให้บุคคลนั้นต้องออกจากงาน ถูกลงโทษทางวินัย และมีผลต่อความก้าวหน้าในอาชีพของบุคคลนั้น

5.2 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล หมายถึง วิธีปฏิบัติ เพื่อให้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลดีขึ้น สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สร้างจากแนวคิดรูปแบบการปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (The model of improving safety culture in healthcare) ของฮอลลิแกน และซีซีวิก (Halligan and Zecevic, 2010) ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย และการดำเนินการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย

5.1.7 การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง กิจกรรมที่มีการกำหนดสิ่งที่ต้องพัฒนา สํารวจตรวจวัดสิ่งที่ต้องพัฒนา สร้างความตระหนักของบุคลากรถึงความสำคัญของการพัฒนา ประเมินผลการสำรวจ และการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของหน่วยงาน

5.1.8 การดำเนินการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง การปฏิบัติเพื่อให้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การฝึกอบรมทีมงาน

การสร้างทีมความปลอดภัยของผู้ป่วย หัวหน้างานตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

5.3 โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีขนาด 30-120 เตียง ซึ่งเป็นสถานประกอบการ โรคศิลปะตามกฎหมาย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ และเครื่องมือเกี่ยวกับการแพทย์ สามารถวินิจฉัยโรคและรักษาโรคให้แก่ผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ มีเตียงรับผู้ป่วยเพื่อนอนพักรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการเป็นศูนย์การฝึกอบรมและวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนและระบบสาธารณสุข

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการปรับปรุงสภาพวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัย

6.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงลึกต่อไป เช่นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในทีมสุขภาพ และการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับความปลอดภัยที่ได้รับจากการบริการ ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยที่เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้รวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.1 ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.2 ความสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.3 ความเป็นมาและวิวัฒนาการของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.5 ความแตกต่างระหว่างความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.1 การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.2 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
3. บริบทเกี่ยวกับโรงพยาบาลพร้าว
 - 3.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายของโรงพยาบาลพร้าว
 - 3.2 ขนาดและขอบเขตหน้าที่ของโรงพยาบาลพร้าว
 - 3.3 มาตรฐานการบริการสุขภาพ
 - 3.4 การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล
 - 3.5 การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.1 ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญและได้รับความสนใจตั้งแต่เริ่มวิวัฒนาการของความปลอดภัย สำหรับวัฒนธรรมความปลอดภัยนั้นมีวิวัฒนาการหลังจากการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย กัลเดนมันด์ (Guldenmund, 2000) กล่าวว่า แนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยพัฒนามาจากแนวคิดวัฒนธรรมองค์กร ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงทบทวนความหมายของทั้ง 3 คำไว้ดังนี้

1.1.1 ความหมายของคำว่า วัฒนธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมและตำราที่เกี่ยวข้องมีการให้ความหมายของคำนี้ ไว้ดังนี้

1) การประชุมคุณภาพแห่งชาติ (The National Quality Forum, 2009) ให้ความหมายของวัฒนธรรมว่า เป็นรูปแบบการบูรณาการความรู้ของมนุษย์ ค่านิยม ความเชื่อและพฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเรียนรู้และการถ่ายทอดความรู้

2) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2011) ให้ความหมายของวัฒนธรรมว่า หมายถึง ภาษาและประเพณี รวมถึง ค่านิยม ความเชื่อ พฤติกรรม การปฏิบัติ และวิธีการที่ผู้คนใช้ติดต่อสื่อสาร

3) พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถานฉบับ พ.ศ. 2554 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) ให้ความหมายของวัฒนธรรมว่า หมายถึง สิ่งที่ทำให้ความเจริญงอกงามให้แก่หมู่คณะ เช่น วัฒนธรรมไทย วัฒนธรรมในการแต่งกาย วิถีชีวิตของหมู่คณะ เช่น วัฒนธรรมพื้นบ้าน วัฒนธรรมชาวเขา

4) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551 อ้างใน พร บุญมี และคณะ, 2553) ให้ความหมายว่า วัฒนธรรมคือ วิถีชีวิตของคนในกลุ่มที่ปฏิบัติคล้ายกัน โดยไม่ต้องมีใครบอก ทุกคนในกลุ่มยอมรับและปฏิบัติตามเป็นนิสัย และวัฒนธรรมเกิดจากการสะสมประสบการณ์การเรียนรู้ของสมาชิกซึ่งต้องใช้เวลาในการสะสมนานพอสมควร โดยวัฒนธรรมที่พึงประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพมีทั้งวัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมเรื่องความปลอดภัย ซึ่งองค์ประกอบในวัฒนธรรม ได้แก่ 1) ความรู้ ความเชื่อ 2) คุณค่า ค่านิยม และ 3) แบบแผนการปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างที่อยู่ภายใต้จิตใจสำนึกของสมาชิกแต่ละบุคคล และชุมชนโดยรวม

5) *อนุวัฒน์ สุขหฤตกุล (2556)* กล่าวว่า วัฒนธรรมหมายถึง สิ่งที่ดีงาม สิ่งที่ดีก่อให้เกิดสุนทรียะหรือสิ่งที่ทำให้ความเจริญงอกงามให้แก่หมู่คณะ เป็นวิถีชีวิตทั้งมวลที่ผู้คนปฏิบัติคล้ายกัน มีการสืบทอด ผู้คนยอมรับและปฏิบัติจนเคยชิน เป็นไปโดยอัตโนมัติ เป็นไปโดยไม่ต้องคิด

กล่าวโดยสรุปได้ว่า วัฒนธรรม หมายถึง ค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมของกลุ่มบุคคลที่มีการปฏิบัติคล้ายคลึงกัน และปฏิบัติสืบทอดกันมา

1.1.2 ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ความปลอดภัยของผู้ป่วยเกิดจากกระบวนการจัดการความปลอดภัยในการกระทำการรักษาแก่ผู้ป่วยของผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งต้องอาศัยความรู้ ทักษะและจริยธรรมของผู้ให้บริการสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีการกล่าวถึงความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยดังนี้

1) *คอห์น (Kohn, Corrigan and Donaldson, 2000 cited in Galt and Paschal, 2011,p.18)* กล่าวว่า สถาบันการแพทย์ (The Institute of Medicine) ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า หมายถึง ความเป็นอิสระจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

2) *หน่วยงานวิจัยสุขภาพและคุณภาพ (The Agency for Healthcare Research and Quality, 2001 cited in Galt and Paschal, 2011,p.18)* ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า เป็นประเภทของกระบวนการหรือโครงสร้างในโปรแกรมที่จะลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาดจากกระบวนการดูแลในระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละโรค และแต่ละขั้นตอน

3) *สถาบันความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Foundation, 2008 cited in Galt and Paschal, 2011,p.18)* ให้ความหมายของ ความปลอดภัยของผู้ป่วยว่าเป็นการหลีกเลี่ยง ป้องกัน และการเยียวยาผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากกระบวนการดูแลสุขภาพ

4) *แองกู๊ด (Angood et al. as cite in National Quality Forum, 2009)* กล่าวว่า เวทีคุณภาพแห่งชาติ (The National Quality Forum) ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า หมายถึง การป้องกันและลดอันตรายที่เกิดจากข้อผิดพลาดจากการละเลยในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพรวมทั้งการสร้างระบบการดำเนินงาน และกระบวนการที่ช่วยลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาดให้น้อยที่สุดและเพิ่ม โอกาสในการป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดได้สูงสุด

5) *องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009, 2012)* ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายที่ไม่จำเป็นในการดูแลสุขภาพให้เกิดน้อยที่สุดเท่าที่จะยอมรับได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การหลีกเลี่ยง ป้องกัน และลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย

1.1.3 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Culture)

คำนี้ มีผู้ให้ความหมายไว้ไม่มากนัก เช่น ซิงเกอร์และคณะ (Singer, 2009 cited in Ulrich and Kear, 2013) ให้ความหมายว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นค่านิยมร่วมกันระหว่างสมาชิกขององค์กรเกี่ยวกับสิ่งสำคัญ ความเชื่อของพวกเขาเกี่ยวกับงานในองค์กร และความสัมพันธ์ของหน่วยงาน โครงสร้างองค์กรและระบบซึ่งร่วมกันกำหนดบรรทัดฐานขององค์กรเพื่อส่งเสริมความปลอดภัย ดังนั้นจากความหมายของ “วัฒนธรรม” และ “ความปลอดภัยของผู้ป่วย” และจากความหมายที่ซิงเกอร์และคณะกล่าวมาสรุปได้ว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรที่มีการหลีกเลี่ยง ป้องกัน และลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริการด้านสุขภาพ

1.2 ความสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อองค์กร ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ดังที่นักวิชาการหลายคนได้กล่าวไว้ เช่น คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านสุขภาพและความปลอดภัยขององค์กรความปลอดภัยพลังงานนิวเคลียร์ (Health and Safety Commission Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations, 1993 cited in Sammer et al., 2009) กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยที่องค์กรมีอยู่จะกำหนดความมุ่งมั่นต่อรูปแบบและความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพและความปลอดภัยขององค์กร นีเวาและซอร์รา (Nieva and Sorra, 2003 cited in Fleming, 2005) กล่าวว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างใส่ใจเพื่อให้มีคุณภาพและความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ส่วนครัมเบอร์เกอร์ มัสตาร์ด และคลาร์ค (Krumberger, 2001; Mustard, 2002 and Clarke, 2006 cited in Feng, Bobay and Weiss, 2008) พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้มีการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผลการดูแลด้านสุขภาพมีความปลอดภัยยิ่งขึ้น เช่น ฮวงและคณะ (Huang et al., 2010 cited in Ulrich and Kear, 2014) พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้สภาพแวดล้อมการทำงานในโรงพยาบาลดีขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการเกิดข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล นอกจากนี้เบรทเวท และคณะ (Braithwaite et al, 2010 cited in Ulrich and Kear, 2014) พบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตลดลง และทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ซอร์รา และคณะ (Sorra et al, 2012 cited in Ulrich and Kear, 2014) พบว่า ผู้ป่วยประเมินว่าได้รับการดูแลรักษาที่ดี การบริการของโรงพยาบาลน่าเชื่อถือ และน่าไว้วางใจ

กินส์เบิร์ก และคณะ (Ginsburg et al., 2013) อธิบายว่า บรรยากาศความปลอดภัยขององค์กรเป็นการรับรู้ของบุคลากรถึงขั้นตอน และแนวทางการปฏิบัติที่ให้ผลตอบแทนและสนับสนุนต่อกลยุทธ์เฉพาะ เช่น กลยุทธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นคุณลักษณะของ

บรรยากาศองค์กรจึงมีผลต่อการกำหนดลักษณะของวัฒนธรรมในองค์กร (Zohar and Hofmann, 2012 cited in Ginsburg et al., 2013) บรรยากาศองค์กรจึงเป็นแนวคิดและเป็นประเด็นหลักของการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่กินส์เบิร์ก และคณะนำมาใช้

1.3 ความเป็นมาและวิวัฒนาการของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.3.1 องค์กรสุขภาพในต่างประเทศ เริ่มพัฒนาการบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 คอห์น คอรัริแกน และ โดเนลสัน (Kohn, Corrigan and Donaldson, 2000 cited in Sammer et al., 2009) กล่าวว่า หลังจากมีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของสถาบันการแพทย์ ในปี ค.ศ.1999 ชื่อ “To Err is Human : Building a Safer Health System” องค์กรต่างๆจึงตื่นตัวต่อความปลอดภัยจากการรักษาและมีการปรับเปลี่ยนเป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยกำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญสูงสุด องค์กรสุขภาพได้นำแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรมาปรับเปลี่ยนเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยในระบบสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 โดยองค์การอนามัยโลกได้เห็นชอบในมติที่เรียกว่า “มติสมัชชาอนามัยโลกเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย” “World Health Assembly resolution on patient safety” และก่อตั้ง “องค์กรความร่วมมือเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโลก” (World Alliance for Patient Safety) ในปี 2004 เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกต่างๆร่วมมือกันในการพัฒนาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีนโยบายให้ทุกประเทศมีการพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยเป็นเป้าหมายสำคัญขององค์กร (องค์การอนามัยโลก, 2009 อ้างใน คูสิต ศถาวร, 2554)

คูเปอร์ (Cooper, 2000) กล่าวว่า แนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยพัฒนามาจากทฤษฎีความปลอดภัย ชื่อ “model of reciprocal determinism” ระยะเวลาแนวคิดของวัฒนธรรมองค์กรและแนวคิดความปลอดภัยถูกพัฒนาต่อยอดให้เป็นแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดย เฟลมมิง (Fleming, 2007) ในปี ค.ศ.1999 ชื่อ “Safety Culture Maturity Model” (SCMM) มีการนำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นมาสร้างรูปแบบการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยในการบริการสุขภาพ อย่างเช่น ซิงเกอร์ และ คณะ (Singer et al., 2003 cite in Ginsburg et al., 2013) พัฒนาเครื่องมือสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ชื่อ “Stanford” ต่อมาปี ค.ศ. 2006 กินส์เบิร์กได้ปรับปรุงให้เป็นเครื่องมือประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อใช้สำหรับการประกันและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในประเทศแคนาดา ชื่อ “The Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument” (MSI) (Ginsburg, 2006) และมีการปรับปรุงเครื่องมืออย่างต่อเนื่องจนถึงปี ค.ศ. 2011.แบบประเมินรุ่น 2012 มีรายการประเมินทั้งหมด 19 ข้อ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัย 2) การติดตามอุบัติการณ์ 3) การนิเทศงาน

ด้านความปลอดภัย 4) วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน 5) การสื่อสารที่มีความอิสระไม่ตัดสินผู้ผิด 6) การสื่อสารถึงผลกระทบที่เกิดจากการทำงานผิดพลาด (Ginsburg et al., 2013)

1.3.2 ในประเทศไทย เริ่มพัฒนาความปลอดภัยของบริการสุขภาพจากการควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยองค์การวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทยสภา ทันแพทยสภา สภาเภสัชกรรมและสภาการพยาบาล โดยกำกับมาตรฐานของการศึกษาฝึกอบรม และควบคุมมาตรฐานจริยธรรมของแต่ละวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพในแต่ละสาขา ระยะต่อมามีการกำหนดธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ที่มีหลักการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ มุ่งเน้นลดการเจ็บป่วย ความพิการ และการตายที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพและกำหนดเป็นนโยบายการบริการสุขภาพ โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจร ให้การดูแลตั้งแต่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์จนถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ พัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน และปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ, 2552) มาตรฐานที่ใช้คือ มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพให้ผู้รับบริการปลอดภัย มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 15 วันที่ 11-14 มีนาคม พ.ศ. 2557 เรื่อง “ความผูกพันเพื่อคุณภาพ” เริ่มใช้แนวคิดของวัฒนธรรมในองค์กร คือ การสร้างพลังทางสังคม ความร่วมมือของบุคลากร และพลังของชุมชน โดยใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นองค์รวม (Total Quality Management) เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมของทุกคนในองค์กรในการปรับปรุงคุณภาพบริการสู่ความเป็นเลิศโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2557, น.6) เมื่อเดือน มีนาคม พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมา การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 17 ของสถาบันสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้รวมเอาแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ร่วมกับมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนในโรงพยาบาลกระทำด้วยความเต็มใจ ผู้รับบริการได้รับสิ่งที่มีคุณภาพอย่างแน่นอนทุกครั้งที่ใช้บริการ และสังคมเกิดความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ เกิดความร่วมมือของชุมชนในการพัฒนาระบบบริการ ไม่เกิดความขัดแย้ง

ด้วยหลักการสำคัญคือ การสร้างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทุกลมหายใจ และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยสร้างความปลอดภัยและความไว้วางใจในทุกช่วงเวลา (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2559, น.16-59)

จากความเป็นมาและวิวัฒนาการของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย นักวิชาการจึงพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้หลายแนวคิดเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละองค์กร

1.4 แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย บรรยากาศความปลอดภัยขององค์กรและจิตวิทยาของบุคลากรในองค์กร เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดวัฒนธรรมองค์กรและแนวคิดความปลอดภัย ซึ่ง กิ้นส์เบิร์กและคณะ (Ginsburg et al., 2013) กล่าวว่าคุณลักษณะของบรรยากาศองค์กรมีผลต่อการกำหนดการแสดงออกทางวัฒนธรรมขององค์กร ดังนั้นบรรยากาศองค์กร จึงเป็นแนวคิดและประเด็นหลักของการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยหลายแนวคิดตั้งแต่ ปี 1999 เป็นต้นมา ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ 3 แนวคิด ดังนี้

1.4.1 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Culture of Patient Safety) แซมเมอร์ และคณะ (Sammer et al., 2009) เสนอแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบย่อยของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ความเป็นผู้นำ 2) การทำงานเป็นทีม 3) หลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การสื่อสาร 5) การเรียนรู้ 6) ความยุติธรรม 7) ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1.4.2 แนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก (WHO Patient Safety Curriculum Guide, 2011) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) กำหนดคุณลักษณะของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ 5 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 วัฒนธรรมที่บุคลากรที่ดูแลด้านสุขภาพทุกคนถือว่าเป็นความรับผิดชอบเพื่อความปลอดภัยของตนเอง เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง

ระดับที่ 2 วัฒนธรรมที่จัดลำดับความปลอดภัยเป็นเป้าหมายทางการเงินและการดำเนินงาน

ระดับที่ 3 วัฒนธรรมที่สนับสนุนและให้รางวัล การระบุ การสื่อสารและการแก้ปัญหาความปลอดภัย

ระดับที่ 4 วัฒนธรรมที่สนับสนุนการเรียนรู้ขององค์กรจากการจากการเกิดอุบัติการณ์ในหน่วยงาน

ระดับที่ 5 วัฒนธรรมที่จัดให้มีทรัพยากรที่เหมาะสม โครงสร้างและความรับผิดชอบในการรักษาระบบความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ

1.4.3 แนวคิดบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยของแคนาดา (Canadian Patient / Safety Climate Survey: CAN-PACS) กิ้นส์เบิร์ก และคณะ (Ginsburg et al., 2013) อธิบายว่าแบบจำลองทางทฤษฎีของเครื่องมือประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแคนาดาใช้ทฤษฎีของ โซฮาร์ (Zohar, 1980, 2000) และ ทฤษฎีของ ฮอฟแมน และมาร์ค (Hofmann and Mark, 2006) เป็นพื้นฐานของการสร้างแนวคิดบรรยากาศด้านความปลอดภัย มิติด้านการเป็นผู้นำองค์กรเพื่อความปลอดภัยและความเป็นผู้นำหน่วยงานสนับสนุนความปลอดภัย ในความหมายของบรรยากาศความปลอดภัยของโซฮาร์ คือความมุ่งมั่นที่จะบริหารจัดการ (Zohar, 1980) และจัดลำดับความสำคัญของความปลอดภัย (Zohar, Livne, Tenne-Gazit et al., 2007) โดยภาวะผู้นำในหลายระดับ (Zohar, 2000) มิติวัฒนธรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการสื่อสารหรือพูดคุยเกี่ยวกับข้อผิดพลาดมีความสอดคล้องกับรูปแบบบรรยากาศความปลอดภัยของฮอฟแมนและมาร์ค กิ้นส์เบิร์กและคณะ (Ginsburg et al., 2013) ได้ออกแบบการประเมินบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยแคนาดาโดยใช้แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของแคนาดารุ่น 2012 (The Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument: MSI-2012) ซึ่งนำเครื่องมือชื่อ Stanford instrument ของ ซิงเกอร์ ปี ค.ศ. 2003 มาพัฒนา และมีการปรับปรุงเครื่องมืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2006 จนถึงรุ่นล่าสุดคือรุ่น 2012 เครื่องมือรุ่นนี้ได้รับการวิจัยเพื่อตรวจสอบการใช้งานแล้วสรุปว่ามีการปรับปรุงที่ดีขึ้นคือ 1) เป็นเครื่องมือที่ใช้ตามทฤษฎีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีจำนวนมิติน้อย มีโครงสร้างหลักของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) มีคุณสมบัติทางจิตวิทยาที่สมบูรณ์ 3) มีการตรวจสอบสำหรับการใช้งานว่าเหมาะสมสำหรับระบบการดูแลสุขภาพสร้างความตระหนักในระบบการดูแลสุขภาพ และสามารถช่วยเพิ่มความคาดหวังเกี่ยวกับระดับที่ยอมรับได้ของสภาพแวดล้อมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบนั้น 4) แบบประเมินรุ่นนี้ได้รับการทดลองใช้ในระบบประกันสุขภาพสาธารณะและเหมาะสมสำหรับประเทศที่ระบบการดูแลสุขภาพคล้ายกัน แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของแคนาดารุ่น 2012 มีรายการประเมินทั้งหมด 19 ข้อ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัย 2) การติดตามอุบัติการณ์ 3) การนิเทศงานด้านความปลอดภัย 4) วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน 5) การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด และ 6) การสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด

การศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลครั้งนี้เลือกใช้แนวคิดบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยแคนาดา (Canadian Patient Safety Climate Survey: CAN-PACS) ของ กิ้นซ์เบิร์ก และคณะ ในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตรงกับทฤษฎีความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เครื่องมือที่ใช้ประเมินได้รับการตรวจสอบและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีโครงสร้างหลักของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีจำนวนมิติในการวัดครอบคลุมทั้งบรรยากาศความปลอดภัยขององค์กรและด้านจิตวิทยาของผู้ปฏิบัติงาน จำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป และได้รับการวิจัยยืนยันว่าใช้ได้กับระบบประกันสุขภาพสาธารณะตรงกับบริบทของโรงพยาบาลที่ใช้ศึกษา

1.5 ความแตกต่างระหว่างความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยได้รับกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกันแต่มีบางประเด็นที่แตกต่างกัน เช่น ความหมาย แนวคิด ตัวชี้วัดหรือสิ่งบ่งชี้ ซึ่งผู้ศึกษาสรุปได้ดังนี้

1.5.1 ความแตกต่างด้านความหมาย ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การหลีกเลี่ยงป้องกัน และลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย แต่วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรที่มีการหลีกเลี่ยง ป้องกัน และลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย

1.5.2 ความแตกต่างด้านแนวคิด แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยมุ่งเน้นการจัดระบบบริการให้มีความปลอดภัย โดยควบคุมการปฏิบัติงานของคนเพื่อลดโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน จัดระบบความปลอดภัยในองค์กรเพื่อจัดหรือลดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย อย่างเช่น วิณา จิระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550) อธิบายไว้ 2 แนวคิดได้แก่ 1) แนวคิดการจัดการความผิดพลาดส่วนบุคคลที่เชื่อว่าการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัยของคนเกิดจากความบกพร่องของกระบวนการรับรู้ ความนึกคิดของแต่ละคน ทุกคนมีอิสระที่จะเลือกกระทำในสิ่งที่ปลอดภัยหรือไม่ปลอดภัย ดังนั้นเมื่อเกิดข้อผิดพลาดขึ้น ผู้กระทำผิดจึงต้องรับผิดชอบผลของการกระทำนั้นๆ แนวคิดนี้มุ่งที่การควบคุมการกระทำของคน เพื่อลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออันตรายโดยการกำหนดกฎระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรการลงโทษเพื่อควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงาน และ 2) แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบของรีสัน (Reason, 2000; Reason, 1997 อ้างใน วิณา จิระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2550) เป็นแนวคิดการจัดการความผิดพลาดของระบบ (system approach to error)

แนวคิดนี้ใช้หลักการบริหารความปลอดภัยเชิงระบบโดยใช้หลักฐานที่ว่ามนุษย์ผิดพลาดได้แม้ว่าจะอยู่ในองค์กรที่มีการจัดการที่ดีที่สุด การทำงานผิดพลาดของคนเกิดจากปัญหาของระบบในองค์กร

นอกจากนี้พบว่าแนวคิดของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นการทำให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกครั้งของการบริการ โดยมุ่งเน้นกระบวนการสร้างให้เกิดความตระหนักรู้ เห็นคุณค่า และรับผิดชอบต่อความปลอดภัยด้านสุขภาพของบุคลากรและผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยในองค์กร พฤติกรรมการบริการเพื่อความปลอดภัย การเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นทัศนคติ ค่านิยม การรับรู้ และบรรทัดฐานที่บุคลากรยึดถือปฏิบัติโดยไม่ต้องออกคำสั่ง หรือมีกฎบังคับ ยกตัวอย่าง เช่น แนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Culture of Patient Safety) แนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก (WHO Patient Safety Curriculum Guide, 2011) และ แนวคิดบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยแคนาดา (Canadian Patient Safety Climate Survey: CAN-PACS) ที่กล่าวไว้ข้างต้น

1.5.3 ความแตกต่างด้านตัวชี้วัด/สิ่งบ่งชี้ ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ลดโอกาสของการเกิดอุบัติเหตุ ทำให้เกิดผลประโยชน์ทางธุรกิจและการเงินในระยะยาวโดยแสดงให้เห็นผลตอบแทนของเงินลงทุนด้านสุขภาพและความปลอดภัย ผลประโยชน์เหล่านี้รวมถึงการลดลงของการลาป่วย ค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดี ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เบี้ยประกันสำหรับชีวิตและการประกันสุขภาพ ค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การฝึกอบรมและต้นทุนในการพัฒนา นอกจากนี้การปรับปรุงความปลอดภัยจะเห็นผลในผลการปฏิบัติงานและ/หรือการผลิต ความเป็นอยู่ที่ดีและกำลังใจในการทำงานของพนักงาน ความจงรักภักดีของพนักงาน และภาพลักษณ์ของบริษัท (British Safety Council, year unknown, cited in Health and Safety Executive, 2005) สำหรับตัวชี้วัดของวัฒนธรรมความปลอดภัยในเชิงบวก 5 ตัวชี้วัด ของ คณะกรรมการความปลอดภัยและสุขภาพ (HSC, 2001, cited in Health and Safety Executive, 2005) ได้แก่ ความเป็นผู้นำ การสื่อสารแบบสองทาง การมีส่วนร่วมของพนักงาน การดำรงอยู่ของวัฒนธรรมการเรียนรู้ การดำรงอยู่ของวัฒนธรรมความไว้วางใจ (มุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนทัศนคติของการกล่าวโทษ)

2. การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.1 การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรมีความสัมพันธ์กัน ปาร์ค (Parke et al., 2006 cited in Fleming and Wentzell, 2008) กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงองค์กร เช่น การเปลี่ยนแปลงภาวะผู้นำ ระบบ กระบวนการและการปฏิบัติขององค์กร คลาร์ก (Clarke, 1999 cited in Fleming and Wentzell, 2008) กล่าวว่า องค์กรที่มีคุณลักษณะเชิงบวกของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจะมีการสื่อสารที่เปิดเผยม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่สำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัย และมีความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันความปลอดภัย แต่ กัลเดนมันด์ (Guldenmund, 2000 cited in Fleming and Wentzell, 2008) กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นแนวคิดที่กว้างยากต่อการกำหนด วิเคราะห์ และการจัดการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือช่วยในการระบุปัญหาและวิธีการปรับปรุง โซฮาร์ (Zohar and Hofmann, 2012 cited in Ginsburg et al., 2013) พบว่า บรรยากาศองค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคลากรถึงขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติที่ให้ผลตอบแทนและสนับสนุนต่อกลยุทธ์เฉพาะ เช่น กลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นบรรยากาศขององค์กรเกี่ยวกับความปลอดภัยจึงมีผลต่อการกำหนดการแสดงผลทางวัฒนธรรมขององค์กร กิ้นส์เบิร์กและคณะ (Ginsburg, 2013) ได้ใช้แนวคิด บรรยากาศขององค์กรด้านความปลอดภัยเป็นประเด็นหลักของการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และพัฒนาเครื่องมือประเมินบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยให้สามารถประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านบรรยากาศความปลอดภัยและจิตวิทยาของบุคลากรในองค์กรเพื่อวัดประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันความปลอดภัย และคุณลักษณะขององค์กรต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินว่าองค์กรมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับใด

เฟลมมิ่ง (Fleming, 2005) พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ใช้อยู่มี 4 แบบ ซึ่งแต่ละแบบมีข้อดีและจุดบกพร่องแตกต่างกันดังนี้

2.1.1 แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture) เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย ซอร์ร่า และ นีย์ว่า ปี ค.ศ. 2004 เฟลมมิ่ง (Fleming, 2005) พบว่า ข้อดีของเครื่องมือนี้คือ มีคุณสมบัติในการประเมินด้านจิตวิทยาที่ดี ครอบคลุมองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ใช้ทดสอบกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ให้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานที่ดี สามารถนำข้อมูลมาใช้เทียบเคียงกันได้ เป็นข้อมูลมีค่าความเชื่อมั่น

สัมประสิทธิ์ แอลฟา .63-.84 ข้อเสียคือ มีรายการคำถามค่อนข้างมาก มีรายการประเมินทั้งหมด 79 ข้อ ต่อมาหน่วยงานวิจัยสุขภาพและคุณภาพ (AHRQ, 2016) ปรับปรุงแบบสอบถามเหลือ 50 ข้อ มีองค์ประกอบในการประเมินมีทั้งหมด 12 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความคาดหวังและการสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูงและหัวหน้าหน่วยงาน 2) การเรียนรู้ขององค์กร 3) การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน 4) การสื่อสารอย่างเปิดเผย 5) การคืนข้อมูลและการสื่อสารเกี่ยวกับความผิดพลาด 6) ความถี่ของการรายงานอุบัติการณ์ 7) การไม่ลงโทษเมื่อเกิดความผิดพลาด 8) บุคลากร 9) การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล 10) การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน 11) การดูแลขณะเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อ และ 12) การรับรู้ของทุกคนในองค์กรเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.1.2 แบบประเมินทัศนคติด้านความปลอดภัย (Safety Attitudes Questionnaire) สร้างโดย เซกตัน และคณะ ปี ค.ศ. 2004 เฟลมมิ่ง (Fleming, 2005) พบว่าข้อดีของเครื่องมือนี้คือ มีคุณสมบัติในการประเมินด้านจิตวิทยาที่เพียงพอ ใช้ทดสอบกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ มีค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์ แอลฟา .65-.83 ข้อเสียคือ ไม่มีความเฉพาะเจาะจงต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เซกตัน (Sexton et al., 2006) สร้างเครื่องมือนี้ ซึ่งมีองค์ประกอบในการประเมินทั้งหมด 6 องค์ประกอบมีรายการประเมินทั้งหมด 60 ข้อ ได้แก่ 1) บรรยากาศการทำงานเป็นทีม 2) บรรยากาศความปลอดภัย 3) ความเข้าใจต่อการจัดการ 4) ความพึงพอใจในการทำงาน 5) สภาพการทำงาน และ 6) การรับรู้ความเครียด

2.1.3 แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรสุขภาพ (Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey) สร้างโดย ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2012) ในปี 2009 เฟลมมิ่ง (Fleming, 2005) พบว่า แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 45 ข้อ แบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่ 1) โรงพยาบาลมีส่วนร่วมต่อบรรยากาศความปลอดภัย 2) หน่วยงานมีส่วนร่วมต่อบรรยากาศความปลอดภัย 3) การมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลกับบรรยากาศความปลอดภัย 4) ด้านอื่นๆของบรรยากาศความปลอดภัย เช่นการตรวจสอบการให้การดูแลความปลอดภัย ข้อดีของแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรสุขภาพ ตามแนวคิดนี้คือ มีคุณสมบัติในการประเมินด้านจิตวิทยา

2.1.4 เครื่องมือประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ปรับปรุงจากเครื่องมือ สแตนฟอร์ด (Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument) สร้างโดย กินส์เบิร์ก และคณะ ปี 2009 เฟลมมิ่ง (Fleming, 2005) พบว่าข้อดีของเครื่องมือนี้คือ มีคุณสมบัติในการประเมินด้านจิตวิทยาที่ดี เป็นแบบสอบถามที่สั้น มีค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์ แอลฟา .66-.86 ข้อเสียคือ มีจำนวนรายการประเมินองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยที่จำกัด กินส์เบิร์ก

(Ginsburg et al., 2013) กล่าวว่า แบบประเมินนี้มีรายการประเมินทั้งหมด 19 ข้อองค์ประกอบในการประเมินมีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัย 2) การติดตามอุบัติการณ์ 3) การนิเทศงานด้านความปลอดภัย 4) วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน 5) การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด 6) การสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด

แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของแคนาดารุ่น 2012 (The Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument: MSI-2012) ตามแนวคิดของ กิ้นส์เบิร์ก และคณะ (Ginsburg, 2013) เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นโดยใช้เกณฑ์แบ่งระดับคะแนนแบบ ลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เฉยๆ เห็นด้วย และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังรายละเอียดการประเมินในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

1) ผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัย ประเมินจาก 4 รายการ ต่อไปนี้

(1) ผู้บริหารระดับสูงมีวิสัยทัศน์การบริหารความเสี่ยงเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ชัดเจน

(2) การตัดสินใจด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยกระทำโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

(3) ผู้บริหารระดับสูงสนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

(4) ผู้บริหารระดับสูงมีการทบทวนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเสมอเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในองค์กร

2) การติดตามอุบัติการณ์ ประเมินจาก 3 รายการ ต่อไปนี้

(1) เมื่อมีรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ผู้เกี่ยวข้องจะติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเพิ่มเติม

(2) เมื่อมีรายงานอุบัติการณ์ที่ร้ายแรง ฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล จะพยายามตรวจสอบข้อเท็จจริง หาสาเหตุของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

(3) บุคลากรจะได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ที่จะนำไปพัฒนาหน่วยงานบนพื้นฐานของรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

3) การนิเทศงานด้านความปลอดภัย ประเมินจาก 2 รายการต่อไปนี้

(1) ผู้นิเทศงานหรือผู้บริหารชื่นชมบุคลากร เมื่อเห็นว่าบุคลากรทำงานตามวิธีการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

(2) ผู้นิเทศงานหรือผู้บริหารให้ความสำคัญกับข้อเสนอแนะของบุคลากร ในการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย

4) วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน ประเมินจาก 4 รายการต่อไปนี้

- (1) เมื่อมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้นในหน่วยงาน บุคลากรมีการพิจารณาไตร่ตรองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างระมัดระวัง
- (2) หลังจากมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้นในหน่วยงานแล้ว บุคลากรจะพิจารณาไตร่ตรองถึงสาเหตุและวิธีป้องกันการเกิดความปลอดภัยซ้ำในอนาคต
- (3) เมื่อมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้นในหน่วยงาน บุคลากรจะร่วมกันวิเคราะห์อย่างถี่ถ้วน
- (4) เมื่อมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้นในหน่วยงาน บุคลากรจะร่วมกันคิดพิจารณาเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขอย่างรอบคอบ

5) การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด ประเมินจาก 3 รายการต่อไปนี้

- (1) เมื่อบุคลากรทำงานผิดพลาดร้ายแรง ผู้บริหารจะคิดว่าบุคลากรผู้นั้นไม่มีสมรรถนะ
- (2) เพื่อนร่วมงานจะไม่นับถือบุคลากรที่ทำงานผิดพลาดร้ายแรง
- (3) ผู้ร่วมงานทำให้บุคลากรที่ทำงานผิดพลาดรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวเล็กน้อย

6) การสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด

ประเมินจาก 2 รายการต่อไปนี้

- (1) การทำงานผิดพลาดร้ายแรงอาจทำให้บุคลากรสูญเสียงาน
- (2) ถ้าทำงานผิดพลาดร้ายแรง บุคลากรจะกังวลว่าจะถูกดำเนินการทางวินัยการทำงานผิดพลาด จะมีผลต่อโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument (MSI) ของ กีนส์เบิร์ก เนื่องจากเครื่องมือนี้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2006 จนถึงปีล่าสุดคือฉบับ ปี 2012 และมีคุณสมบัติที่ดีหลายประการคือ เครื่องมือมีจำนวนมิติในการวัดครอบคลุมทั้งบรรยากาศความปลอดภัยขององค์กรและด้านจิตวิทยาของผู้ปฏิบัติงาน มีคุณสมบัติในการประเมินด้านจิตวิทยาได้ดี ประกอบด้วยจำนวนรายการประเมินที่น้อย ได้รับการออกแบบและทดสอบการใช้งานสำหรับประเมินในหลายหน่วยบริการที่แตกต่างกัน และได้รับการวิจัยยืนยันว่าใช้ได้กับระบบประกันสุขภาพสาธารณะตรงกับบริบทของโรงพยาบาลที่ใช้ศึกษา

2.2 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการกำหนดควิลิตี้ทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายขององค์กร รวมทั้งคุณภาพการดูแลด้านสุขภาพของโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม และเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการ

พัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องยกระดับสุขภาพ แต่วิธีที่จะช่วยให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน ต้องทำให้ความปลอดภัยเกิดจากความตระหนักของบุคลากรทุกคนและทุกกระบวนการของการให้บริการสุขภาพ ซึ่งผู้ศึกษาทบทวนแนวทางการสร้างและปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลไว้ 3 แนวทางดังนี้

2.1.3 แนวทางการปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามหลัก 5 C

ของโรส โทมัส เทอร์ลิคินิ เซกตัน และไฟร์เออร์ (Galt and Paschal, 2011:101) อธิบายแนวทางการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรให้เป็นวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยหลัก 5 C ดังนี้ 1) ความเข้าใจ (Comprehension) ทำความเข้าใจสาเหตุของปัญหาและวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสำหรับแต่ละบุคคลหรือแต่ละวิชาชีพ 2) เห็นอกเห็นใจ (Compassion) มีความเห็นอกเห็นใจปราศจากการลงโทษเมื่อพบความผิดพลาดหรือปัญหาในระบบ รวมทั้งการยอมรับความคิดเห็นเพื่อการเปลี่ยนแปลง 3) มีส่วนร่วม (Collaboration) การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพต่อความปลอดภัย 4) การประสานงาน (Coordination) การประสานงานที่ดี ซึ่งประกอบด้วยการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล และ 5) การรวมกันเป็นหนึ่ง (Convergence) บุคลากรทุกคนมีเป้าหมายและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันในการบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.1.4 แนวทางปฏิบัติเพื่อการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร

สุขภาพ (Emerging model of improving safety culture in healthcare) ของ ฮอลลิแกน และ ซีชีวิก (Halligan and Zecevic, 2010) ฮอลลิแกน และ ซีชีวิก อธิบายว่า การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ ควรมีการกำหนดแนวคิดการพัฒนาอย่างชัดเจน เนื่องจากวัฒนธรรมเป็นบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และการมุ่งเน้นพัฒนาที่ระดับหน่วยงานจะประสบผลสำเร็จมากกว่าการพัฒนาทั้งองค์กร การพัฒนาที่ระดับหน่วยงานทำให้เกิดการพัฒนาทั้งองค์กร ขั้นตอนแรก เป็นการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในปัจจุบัน แล้วนำผลการประเมินที่พบว่าเป็นจุดอ่อนมากำหนดเป็นเป้าหมายการพัฒนา ขั้นตอนที่สอง คือการดำเนินการพัฒนา แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยนี้ประกอบด้วยกระบวนการต่อเนื่องของการวัดเพื่อระบุจุดแข็งจุดอ่อน การดำเนินการพัฒนา และการประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แนวทางปฏิบัติเพื่อการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในองค์กรสุขภาพตามแนวคิดของ ฮอลลิแกน และ ซีชีวิก ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ประการ ดังนี้
 - (1) กำหนดสิ่งที่ต้องพัฒนา
 - (2) สืบสวนตรวจวัดสิ่งที่ต้องพัฒนา

ประการดังนี้

- (3) สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนา
 - (4) ประเมินผลการสำรวจ
 - (5) วิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของหน่วยงาน
- 2) การดำเนินการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย ประกอบด้วยกิจกรรม 5

- (1) การฝึกอบรมทีมงาน
- (2) สร้างทีมความปลอดภัยของผู้ป่วย
- (3) ตรวจสอบหน่วยงาน
- (4) ให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย
- (5) พัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.1.5 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย 10 ประการ ของสถาบันพัฒนาสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement, 2016) สถาบันพัฒนาสุขภาพ (The Institute for Healthcare Improvement) เสนอแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการดำเนินการในกิจกรรม 10 ประการดังนี้

- 1) การชี้้นำความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยผู้นำหน่วยงานตรวจสอบหน่วยงาน (Conduct Patient Safety Leadership Walk Rounds)
- 2) สร้างระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Create a Reporting System)
- 3) การมอบหมายผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย (Designate a Patient Safety Officer)
- 4) สร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Reenact Real Adverse Events from Your Hospital)
- 5) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัย (Involve Patients in Safety Initiatives)
- 6) การส่งเวรในประเด็นเรื่องความปลอดภัย (Relay Safety Reports at Shift Changes)
- 7) มีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วยงาน (Appoint a Safety Champion for Every Unit)
- 8) สอนด้วยสถานการณ์จำลอง (Simulate Possible Adverse Events)
- 9) ชี้้นำโดยการบรรยายสรุปความปลอดภัย (Conduct Safety Briefings)
- 10) สร้างทีมช่วยเหลือแก้ปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Create an Adverse Event Response Team)

การศึกษาแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ครั้งนี้ใช้แนวคิดของ ฮอลลิแกน และ ซีซีวิก ปี ค.ศ. 2010 เนื่องจากแนวคิดนี้ให้แนวทางเพื่อการพัฒนา วัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งมีสองขั้นตอนสำคัญคือ การประเมินสภาพวัฒนธรรมความปลอดภัย และการพัฒนาองค์กร เป็นวงจรอย่างต่อเนื่องของการ ประเมิน วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของหน่วยงาน นำไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผลการพัฒนา ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การศึกษาสภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอย่างสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลผู้ศึกษาจึงทบทวนและเรียบเรียง ข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาลพร้าวไว้ดังนี้

3. บริบทเกี่ยวกับโรงพยาบาลพร้าว

3.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่ง และแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพร้าว (ทึมนำ
คุณภาพโรงพยาบาล, 2559)

3.1.1 **วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล** เป็นองค์กรที่ให้บริการระบบสุขภาพแบบบูรณาการที่มีคุณภาพคู่คุณธรรมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สร้างนวัตกรรมหรือวิจัยด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

3.1.2 **ค่านิยมของโรงพยาบาล** คือ สนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต สนับสนุนการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามอัตลักษณ์ของโรงพยาบาล คือ “ซื่อสัตย์ สามัคคี มีน้ำใจ”

3.1.3 **เข้มมุ่งของโรงพยาบาล** คือ ผู้รับบริการปลอดภัย การบริการมีคุณภาพและมาตรฐาน

3.1.4 **พันธกิจของโรงพยาบาล** คือ จัดระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล จัดระบบบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐานแบบบูรณาการโดยให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านการบริการสุขภาพ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ นวัตกรรม/วิจัยด้านสุขภาพ โดยมีแผนยุทธศาสตร์รองรับ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพแบบบูรณาการ 3) จัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และ 5) ส่งเสริมการจัดการความรู้ในองค์กร (ทึมนำคุณภาพโรงพยาบาล, 2559)

3.2 ขนาดและขอบเขตหน้าที่ของโรงพยาบาลพร้าว

3.2.1 **ขนาดของโรงพยาบาล** โรงพยาบาลพร้าวเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ ระดับต้น สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข จำนวนเตียง 60 เตียง

ประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวน 49,605 คน 15,911 หลังคาเรือน 109 หมู่บ้าน มีเครือข่ายบริการ เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 16 แห่ง และมีหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพร้าว พ.ศ. 2558) มีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทั้ง 16 แห่ง ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ 1 คน แพทย์ 1 คน พยาบาล 16 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 19 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 17 คน รวมทั้งหมด 54 คน

3.2.2 ขอบเขตหน้าที่ของโรงพยาบาล (ข้อมูลพื้นฐานขององค์กรเมื่อ กรกฎาคม พ.ศ. 2558) มีหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพดังนี้

1) **บริการหลัก** ด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้คลอด มารดาและทารกหลังคลอด ผ่าตัด (ทำหมันและผ่าตัดเล็ก) ทันตกรรม และ เภสัชกรรม

2) **คลินิกพิเศษเฉพาะโรค** ได้แก่ คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคหัวใจ โรค คลินิกยาด้านไวรัส คลินิกโรคหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกสุขภาพจิต คลินิกบำบัดผู้ติดยาเสพติด

3) **ด้านส่งเสริมสุขภาพ** บริการวางแผนครอบครัว บริการฝากครรภ์ บริการคลินิกเด็กดี

4) **ด้านป้องกันโรค** ป้องกันและควบคุมโรคระบาดในพื้นที่

5) **ด้านฟื้นฟูสุขภาพ** การแพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด

ข้อมูลด้านการบริการสุขภาพ พ.ศ.2558 มีรายละเอียดดังนี้ 1) สถิติผู้ป่วยนอก จำนวนผู้รับบริการ 48,160 คน 159,986 ครั้ง เฉลี่ยจำนวน 560 ครั้ง/วันทำการ จำนวนผู้ป่วยนอก 25,593 คน 118,597 ครั้ง เฉลี่ยจำนวน 415 ครั้ง/วันทำการ 2) สถิติผู้ป่วยใน จำนวนผู้ป่วยใน 4,161 ราย รวมวันนอน 12,980 วัน จำนวนวันนอนเฉลี่ย 3 วัน/ราย อัตราการครองเตียง 58.04 อัตราการใช้เตียง 68.68 และ 3) อัตรากำลังของบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 5 คน ทันตแพทย์ จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 38 คน พยาบาลเทคนิค จำนวน 1 คน ข้าราชการอื่นๆ จำนวน 18 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 26 คน พนักงานราชการ จำนวน 4 คน ลูกจ้างประจำ จำนวน 19 คน ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 21 คน จ้างเหมาบริการ จำนวน 7 คน รวมทั้งสิ้น 148 คน (ทีมนำคุณภาพ, 2558)

3.3 มาตรฐานการบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลพร้าวให้บริการสุขภาพตามมาตรฐานหลักสำคัญ คือ 1) มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ 2) มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละมาตรฐานดังนี้

3.3.1 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของสถาบันรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ มีมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1) ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และ 3) บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2558)

กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแบ่งระดับคุณภาพเป็น 3 ระดับ เรียกว่าบันได 3 ขั้นสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) บันไดขั้นที่ 1 คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยการทบทวนปัญหาจากงานประจำเพื่อพัฒนางานประจำให้ดีขึ้น บันไดขั้นที่ 2 คือการพัฒนาหน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กรอย่างเป็นระบบ มีการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บันไดขั้นที่ 3 คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2558)

3.3.2 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการตามมาตรฐาน คือ 1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีเครือข่ายสุขภาพ 2) การวางแผนกลยุทธ์และการบริหารทรัพยากร 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 4) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร 5) การส่งเสริมสุขภาพ ผู้รับบริการ ครอบครัวและญาติ 6) การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และ 7) ผลลัพธ์การดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2555)

3.4 การดำเนินงานด้านคุณภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลพร้าวมีการดำเนินงานด้านคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลที่สำคัญดังนี้

3.4.1 ระบบการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีทีมนำคุณภาพในการบริหารจัดการระบบคุณภาพทั้งองค์กร พัฒนาคุณภาพโดยการทำงานร่วมกันของทีมคร่อมสายงาน และหน่วยงานต่างๆ ในหลายๆ มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สภาการพยาบาล สมาคมเทคนิคการแพทย์ มาตรฐานโรงพยาบาลแม่ลูกสุขภาพดี มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และ มาตรฐานด้านวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล (ทีมนำคุณภาพ, 2558)

3.4.2 กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ได้แก่ 1) กระบวนการประเมินผลในระดับองค์กรตามมาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการ และระบบควบคุมคุณภาพ

ภายใน ระดับหน่วยงานตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและสถานบริการ ระบบควบคุมคุณภาพภายใน และมาตรฐานเฉพาะของแต่ละงาน เช่น มาตรฐาน โรงพยาบาลแม่ลูกสุขภาพดี มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และ 2) กระบวนการเรียนรู้ของหน่วยงาน โดยมีกิจกรรม จัดเวทีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม และ นำเสนอ ผลงาน/ นวัตกรรม/งานวิจัย ทั้งในระดับ อำเภอ /จังหวัด/เขต และ ในระดับประเทศ (ทีมนำคุณภาพ, 2558)

3.4.3 ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลพร้าว มีการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบริการเรื่อยมาและผ่านการรับรองคุณภาพสถานบริการตามมาตรฐานของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระดับ 2 เมื่อ พ.ศ. 2549 และคงรักษา สถานภาพมาตรฐานสถานบริการในระดับที่ 2 โดยผ่านการรับรองคุณภาพทุก 1 ปี จนถึงพ.ศ. 2559 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2559) และผ่านเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2552 และมีการประเมินทุก 2 ปี ผ่านเกณฑ์การ ประเมินครั้งล่าสุดเมื่อพ.ศ. 2555 ระยะเวลาในการรับรอง 5 กันยายน 2555 - 4 กันยายน 2558 (ทีม นำคุณภาพโรงพยาบาล, 2559) จากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลพร้าว ปัญหาที่พบ คือ คณะกรรมการในทีมเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้ไม่เต็มที่เนื่องจากมีภาระงานในงาน ประจำค่อนข้างมาก เวลาว่างไม่ตรงกัน และมีการเปลี่ยนคณะกรรมการในทีมบ่อยครั้ง การจัดการ ด้านความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม การค้นหาความเสี่ยง การจัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยง การ ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด การรายงานอุบัติการณ์ และการวิเคราะห์ปัญหาจากรายงานอุบัติการณ์ ยังไม่ครอบคลุม (วิลาวัลย์ สมพันธ์, 2552)

3.5 การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย จากข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล พราว เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558 และนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลพร้าว พ.ศ. 2559 มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยตามกลยุทธ์และนโยบายการบริหารความเสี่ยงของ โรงพยาบาลดังนี้

3.5.1 มีการสนับสนุนความปลอดภัยของโรงพยาบาล ดังนี้ 1) มิยทุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบสนับสนุนบริการให้มีคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยจัดระบบบริหาร ด้านการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่ให้ความรู้ที่เหมาะสมและ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความปลอดภัย มีความสุข พัฒนาระบบป้องกันอันตรายจากการทำงาน 2) กำหนด นโยบายบริหารความเสี่ยงโดยกำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของทุกคนในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย และบุคลากรปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงทุกประเภทที่จะเกิดขึ้นใน โรงพยาบาล จัดตั้ง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อวางระบบบริหารความเสี่ยง ทบทวนและประเมินผลระบบ บริหารความเสี่ยง วางแผนและปรับปรุงการดำเนินงาน (ทีมนำคุณภาพ, 2558)

3.5.2 มีการติดตามอุบัติการณ์ด้านความเสี่ยง ดังนี้ 1) ระดับบุคคล โรงพยาบาล มีนโยบายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทำหน้าที่เฝ้าระวัง ค้นหา จัดการแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในเบื้องต้น และรายงานอุบัติการณ์ตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ที่กำหนดไว้ 2) ระดับหน่วยงาน มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากกิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม และการทบทวนเวชระเบียน แล้วสรุป รายงานอุบัติการณ์ทุกๆ สัปดาห์เพื่อรายงานข้อมูลให้ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน และ 3) ระดับหน่วยงานและทีมคร่อมสายงานต้อง ทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหาเพื่อจัดทำแนวทาง และวางมาตรการป้องกัน ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับต่อไปนี้เป็น (1) เกิดการบาดเจ็บหรือสูญเสียถาวร (2) อันตรายหรือการบาดเจ็บรุนแรงถึงขั้นต้องให้การรักษาเพื่อช่วยชีวิตในทันที และ (3) กรณีผู้ป่วย เสียชีวิต การดำเนินงานด้านความเสี่ยงที่ผ่านมา มีข้อมูลของการรายงานอุบัติการณ์ที่พบใน โรงพยาบาลดังรายละเอียดต่อไปนี้ จำนวนอุบัติการณ์แยกตามโปรแกรมความเสี่ยง พ.ศ. 2555 - พ.ศ.2558 จำแนกได้ดังนี้ ด้านยา 28 ครั้ง ด้านคลินิก 24 ครั้ง ด้านการควบคุมการติดเชื้อ 9 ครั้ง ด้าน สิ่งแวดล้อม 14 ครั้ง ด้านข้อมูลสารสนเทศ 19 ครั้ง ด้านทรัพยากรบุคคล 23 ครั้ง ด้านระบบงาน 6 ครั้ง และตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือน พฤษภาคม 2559 มีรายงานความเสี่ยงด้านคลินิก 19 ครั้ง ความเสี่ยงทั่วไป 23 ครั้ง (ทีมนำคุณภาพ, 2559) ซึ่งมีการรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

3.5.3 การนิเทศงานด้านความปลอดภัย โรงพยาบาลมุ่งความสำคัญของการ ทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยมีทีมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล ทีมนำคุณภาพโรงพยาบาล และทีมนำเฉพาะด้าน ต่างๆ ได้แก่ ทีมดูแลผู้ป่วย ทีมควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทีมบริหารสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล ทีมสารสนเทศ ทีมพัฒนาบุคลากร และหน่วยงานต่างๆ

3.5.4 การเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน โรงพยาบาลมีกระบวนการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาในระดับองค์กร โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการพัฒนา คุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ตามรอยคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้หน่วยงานทบทวนและพัฒนาการทำงาน โดยใช้หลัก 3P (เป้าหมาย กระบวนการ และ ผลลัพธ์) ส่งเสริมให้มีการนำเสนอผลงาน หรือนวัตกรรม ทั้งในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับ เขต และระดับประเทศ รวมทั้งกำหนดแนวทางการจัดการความเสี่ยง โดยเมื่อมีการรายงาน อุบัติการณ์จากหน่วยงานต่างๆ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะนำข้อมูลที่ได้นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลและทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาล รวมทั้งรายงานข้อมูลการเกิด อุบัติการณ์ต่างๆ ไปยังทีมนำเฉพาะด้าน เพื่อรับทราบรายงานการเกิดอุบัติการณ์ ร่วมวิเคราะห์หา

สาเหตุของปัญหา และจัดทำแนวทาง วางมาตรการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ (ทีมนำคุณภาพ, 2559)

3.5.5 การสื่อสารด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นการสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการกระทำผิดพลาดโดยไม่ตัดสินผู้ผิด โดยมีนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ระบุว่า การรายงานอุบัติเหตุและความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องปฏิบัติเมื่อพบเห็นอุบัติเหตุโดยไม่มี การตำหนิหรือกล่าวโทษซึ่งกันและกันทั้งผู้รายงานและผู้เกี่ยวข้องกัอุบัติเหตุ (ทีมนำคุณภาพ, 2559)

3.5.6 การดำเนินงานด้านวิศวกรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานวิศวกรรมการแพทย์ โดยมีการดำเนินงานตรวจระบบที่เกี่ยวข้อง 6 ระบบ ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบปรับอากาศและระบายอากาศ ระบบไอน้ำ ระบบสุขาภิบาล ระบบอ็อกซิเจน และการสอบเทียบคุณภาพเครื่องมือทางการแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง (ทีมนำคุณภาพ, 2558)

จากทบทวนข้อมูลของโรงพยาบาลพร้าว พบว่ามีการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในหลายกิจกรรม เริ่มจากการกำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล กำหนดกลยุทธ์ และกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้การบริการผู้ป่วยมีความปลอดภัย ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่นๆ ในโรงพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพและผู้ป่วยปลอดภัย บรรลุจุดมุ่งหมายที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเพื่อให้ได้แนวทางการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กร

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

มีการศึกษาหลายงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การศึกษาในต่างประเทศ

วัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริการสุขภาพได้รับความสนใจและมีการศึกษาเรื่อยมา นานนับสิบปี นับตั้งแต่รายงานความผิดพลาดในมนุษย์ของสหรัฐอเมริกา สาธารณชนและองค์การอนามัยโลกจึงร่วมมือกันศึกษาและพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อป้องกันและลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาล ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

เฟลมมิ่ง (Fleming, 2005) ศึกษาแนวทางการวัดและการปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่ามี 10 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเสริมสร้างขีดความสามารถโดยการสร้างทีมเพื่อการประเมิน 2) การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมในการสำรวจ 3) การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำ 4) สร้าง การมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ 5) การสำรวจและรวบรวมข้อมูล 6) การวิเคราะห์ข้อมูลและการตีความ 7) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ 8) การทำให้เกิดการยอมรับโดยผ่านกระบวนการให้การศึกษา 9) การดำเนินการ และ 10) การติดตามผล

กินส์เบิร์ก (Ginsburg, 2006) ศึกษาการรับรู้ของผู้นำเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการ ศึกษาพบว่า แพทย์มีผลการรับรู้เชิงบวกต่อความปลอดภัยในระดับต่ำสุด ผู้จัดการการดูแลทางคลินิกมีผลการรับรู้เชิงบวกต่อความปลอดภัยในระดับสูงสุด พยาบาลมีผลการรับรู้เชิงบวกต่อความปลอดภัยในระดับต่ำรองจากแพทย์และต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ในระดับทีม พบว่า หน่วยบริการสุขภาพจิตมีผลการรับรู้เชิงบวกต่อความปลอดภัยในระดับต่ำสุด หน่วยบริการ ผู้ป่วยในชุมชนมีผลการรับรู้เชิงบวกต่อความปลอดภัยในระดับสูงสุด ส่วนหน่วยบริการอื่นๆมีการรับรู้เชิงบวกต่อความปลอดภัยในระดับใกล้เคียงกัน การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าวิชาชีพที่ต่างกันและหน่วยบริการที่ต่างกันมีผลต่อการรับรู้เชิงบวกต่อความปลอดภัย

เฟลมมิ่ง และ เวนท์เซล (Fleming and Wentzell, 2008) ศึกษาการพัฒนาและแนวทางการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า องค์ประกอบของเครื่องมือ มีดังนี้ 1) ผู้นำด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้และการฝึกอบรมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) ระบบของการวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การจัดการภาระงาน ได้แก่ อัตรากำลังภาระงาน 4) การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้ขององค์กร รายงานอุบัติการณ์ การเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 5) การจัดการทรัพยากร ได้แก่ การอบรมทีม (ทักษะส่วนบุคคล การทำงานเป็นทีม และ ความตระหนักในตนเอง)

ลีวินสัน (Levinson, 2010) ศึกษาข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐทั่วโลก โดยการสุ่มศึกษาในโรงพยาบาลที่เป็นระบบประกันสุขภาพของรัฐ 780 แห่ง ในปี ค.ศ. 2008 ผลการศึกษาพบว่า เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ประมาณร้อยละ 13.5 ของการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 13.5 นั้นทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว แพทย์มีความคิดเห็นว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้นสามารถป้องกันได้ร้อยละ 44 ผลของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 324 ล้านดอลลาร์ในเดือนตุลาคม ปี 2008

องค์กรสุขภาพ (The health foundation, 2011) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์พบว่า 1) เพิ่มอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน โดยไม่ได้วางแผน 2) ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น 15 % ต่อสภาพแวดล้อมความปลอดภัยที่ลดลง 10% 3) การสื่อสารและความร่วมมือระหว่างแพทย์มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของผู้ป่วย 4) ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเช่น แผลกดทับ 5) สัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยและความคลาดเคลื่อนทางยา 6) บรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผลของการผ่าตัด 7) มีผลต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผลกระทบต่อทีมสุขภาพพบว่า 1) มีผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) ทักษะด้านความปลอดภัยของสมาชิกในทีมมีผลกระทบต่อผลการดำเนินงานและการรายงานความผิดพลาด 3) การบาดเจ็บจากการทำงาน การศึกษาในสหรัฐอเมริกาองค์กรที่บรรยากาศความปลอดภัยไม่ดีและภาระงานหนัก มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมและเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาล และ 4) อัตราการลาออกของพยาบาล

สตาฟริน โนเปาโล เทออดอซิอุส (Stavrianopoulos Theodosios, 2012) ศึกษาการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่า ประกอบด้วยวัฒนธรรมย่อย 7 ประการ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำ ความรู้ของผู้นำเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง และการจัดวางวิสัยทัศน์ เป้าหมาย สมรรถนะของทีม และการจัดการทรัพยากรบุคคล 2) การทำงานเป็นทีมของผู้บริหาร ทีมสุขภาพ และผู้ปฏิบัติงานด้วยความสัมพันธ์แบบเปิดเผย มีความปลอดภัย เคารพต่อกัน และยืดหยุ่น 3) การดูแลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ 4) การสื่อสารแบบเปิดเผย 5) การเรียนรู้ โรงพยาบาลเรียนรู้จากข้อผิดพลาดและค้นหาโอกาสพัฒนา 6) ความยุติธรรม 7) ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

อับโดลาซาเดห์ และคณะ (Abdolazadeh et al., 2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยขององค์กรต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่า การรับรู้ของพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส สถานที่ทำงาน และชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา ปัจจัยส่วนบุคคลและองค์กรส่งผลกระทบต่อกรรับรู้ของพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

อมาราพาตี และคณะ (Amarapathy et al., 2013) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศศรีลังกา ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านภาระงานและผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาระงานมีผลกระทบต่อทัศนคติเชิงบวกต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

หน่วยงานวิจัยสุขภาพและคุณภาพ (The Agency for Healthcare Research and Quality, 2014) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ปี ค.ศ. 2014 ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยของวัฒนธรรมความปลอดภัยเชิงบวกมากที่สุด 3 อันดับ คือ การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน ร้อยละ 81 ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย ร้อยละ 76 และการเรียนรู้ของหน่วยงานและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 73 วัฒนธรรมความปลอดภัยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 3 อันดับ คือ การตอบสนองต่อความผิดพลาดโดยปราศจากการลงโทษ ร้อยละ 44 การดูแลขณะอยู่ในหน่วยงานและการดูแลส่งต่อ ร้อยละ 47 และ บุคลากรในหน่วยงาน ร้อยละ 55

มุฮัมหมัด ซิซซาน และคณะ (Zeeshan et. al., 2014) ศึกษาอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาข้อมูลจากการผ่าตัด 82,784 ครั้ง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง ปี ค.ศ. 2009 พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 6,856 ครั้ง อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 82.8 ครั้ง/การผ่าตัด 1,000 ครั้ง การผ่าตัดที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุด 3 อันดับคือ การผ่าตัดหลอดเลือด 455 ครั้ง คิดเป็น 3.8/1,000 การผ่าตัด รองลงมา คือการผ่าตัดที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง 436 ครั้ง และ การผ่าตัดซ่อมแซมข้อกระดูก 407 ครั้ง การผ่าตัดที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยที่สุดคือการผ่าตัดเลนส์กระจกตา 18 ครั้ง/การผ่าตัดทั้งหมด คิดเป็น 3.8/1,000 การผ่าตัด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดทำให้จำนวนวันนอนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งหมด 5,368 วัน

กิน ส์ เบิร์ก และ กิลลิน ออร์ (Ginsburg and Oore, 2015) ศึกษาผลของสภาพแวดล้อมความปลอดภัยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของหน่วยงาน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยรายด้านเกี่ยวกับ ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย การติดตามอุบัติการณ์ การนิเทศงานด้านความปลอดภัย วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน และด้านของการสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด อยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่าค่าเฉลี่ยด้านการสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาดมีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำ ผลการเปรียบเทียบหน่วยบริการที่มีสภาพแวดล้อมความปลอดภัยที่ดีได้แก่ ผู้นำหน่วยงานนิเทศงานด้านความปลอดภัย และ ด้านของการสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด มีผลต่อระดับค่าเฉลี่ยของวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวม

เฮลลิง และคณะ (Hellings et al., 2010) และ วีเวอร์ และคณะ (Weaver et al., 2016) ศึกษาการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่าการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมากที่สุด การฝึกอบรมทีมที่เพิ่มประสิทธิภาพ กระบวนการทำงานเป็นทีมเช่นการสื่อสาร ความร่วมมือในการทำงานร่วมกันและความเป็นผู้นำ มี

ผลต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น ลดระยะเวลาวันนอน มีการใช้การสื่อสารแบบมีโครงสร้าง และผลลัพธ์การดูแล เช่น หลังจากมีการอบรมความปลอดภัยของทีมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงร้อยละ 37

4.1 การศึกษาภายในประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ไม่มากนักใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล และปัญหาการฟ้องร้องบุคลากรสาธารณสุข ผู้ศึกษาได้สรุปไว้ดังนี้

อนุชา กาศลังกา (2555) ศึกษาปัญหาการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาความขัดแย้งส่วนใหญ่มาจากความคาดหวังของผู้ป่วยหรือญาติต่อการรักษาพยาบาลของแพทย์โดยมีมูลเหตุมาจากการไม่รู้ข้อเท็จจริง ไม่เข้าใจกระบวนการรักษา ความเสี่ยงของการรักษา ข้อจำกัดต่างๆ รวมทั้งความผิดพลาดบกพร่องของบุคลากรทางการแพทย์ ข้อมูลการร้องเรียนทางจริยธรรมของแพทยสภา (ข้อมูล ณ สิงหาคม พ.ศ.2554) มีข้อร้องเรียนจริยธรรมตั้งแต่ปี 2535 – 2553 รวม 3,585 เรื่อง เป็นเรื่องไม่รักษามาตรฐาน 2,144 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 60 ของข้อร้องเรียนทั้งหมด ส่วนการฟ้องคดีในส่วนภาครัฐเฉพาะกรณีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2539 – พ.ศ. 2555 (ข้อมูล ณ 17 กันยายน 2555) จำนวนร้อยละของมูลเหตุการฟ้องคดีจากการรักษาผิดพลาด 79 คดี คิดเป็นร้อยละ 44 ของการฟ้องคดีของสำนักงานปลัดกระทรวงและกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด คดีที่มีการฟ้องเป็นแพ่งรวม 179 คดี คดีอาญา 24 คดี รวมทุนทรัพย์ที่ฟ้องเรียกร้องในคดีแพ่งประมาณ 1,094 ล้านบาท และมีแนวโน้มสูงขึ้น

เรมवल นันท์ศุภวัฒน์ (2550) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทุกระดับ มีวัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านสภาพความปลอดภัยในองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดในโรงพยาบาลทุกระดับในเขตภาคเหนือมีจำนวนผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ทุกประเภทเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ต่างระดับกันมีความแตกต่างกัน โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการไม่มีความแตกต่างกัน แต่บริบทขององค์กรที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้วัฒนธรรมของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ศึกษาพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง โรงพยาบาล

ศูนย์อยู่ในระดับสูง ด้านผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์อยู่ในระดับสูงที่สุด วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านอื่น ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงส่งเสริมความปลอดภัย ผู้นำระดับหน่วยงานส่งเสริมความปลอดภัย การรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร การเรียนรู้ความปลอดภัย และ การรายงานความผิดพลาดอยู่ในระดับสูง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือในปีงบประมาณ 2550 ได้แก่ ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา สารน้ำ และเลือด การเกิดแผลกดทับ ความผิดพลาดในการสื่อสารแผนการรักษาของผู้ป่วย และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

อนงค์ ถาวร พร บุญมี และ เกษร เกตุชู (2552) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรายงานอุบัติการณ์ต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งพบว่ามีรายงานความเสียหายกรณีมีความผิดพลาดร้ายแรงจนทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตเพียง ร้อยละ 82.00 ส่วนกรณีเกิดข้อผิดพลาดขณะเตรียมการรักษาแต่ยังไม่ได้ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยมีการรายงานเพียง ร้อยละ 42 ความปลอดภัยของหน่วยงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับยอมรับได้ ร้อยละ 49.50 พยาบาลระดับบริหารมีความคิดเห็นว่าการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการมีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วยงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และด้านการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด พยาบาลระดับปฏิบัติการมีความคิดเห็นว่าการพัฒนาด้านการส่งเสริมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และการสร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริงมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

พรรณณานิม กิละกุลดิลก (2553) พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับคือ สถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ และภาพรวมจังหวัดปทุมธานีอยู่ระดับปานกลาง วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและตติยภูมิแตกต่างจากสถานบริการระดับตติยภูมิเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความแตกต่างกันยกเว้นด้านการยอมรับความเครียดและวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่มีตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันต่างกันจะมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน

นภาพร ถิ่นขาม (2556) ศึกษาพบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครมีความคิดเห็นเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วย ด้านมิติวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยภาพรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรในหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยงานสนับสนุน รวมทั้งบุคลากรที่ลักษณะงานสัมผัสผู้ป่วยโดยอ้อม และไม่มีสัมผัสผู้ป่วย มีความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วยโดยภาพรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง แต่บุคลากรในหน่วยงานแผนกผู้ป่วยใน และบุคลากรในหน่วยงานบริการทั่วไป รวมทั้งบุคลากรที่มีลักษณะงานสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง มีความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก สรุปได้ว่า บุคลากรที่ทำงานในหน่วยงาน และลักษณะงานแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วยในภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้าน บุคลากรที่ทำงานในหน่วยงานแตกต่างกันมีความแตกต่างของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในมิติการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มิติการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล และมิติการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับคนในภายหลัง

สุนทร บุญบำรุง (2556) ศึกษาพฤติกรรมการทำงานของพยาบาลที่มีผลต่อความปลอดภัย พบว่า พฤติกรรมการทำงานของพยาบาลโดยรวมมีความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด อายุงาน ตำแหน่งงาน และทัศนคติด้านความปลอดภัยทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการทำงานที่มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ปัจจัยด้านชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ทำให้ความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลลดลง

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่าการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีการศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในระดับประเทศ ระดับภาค โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป และศึกษาในพยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาในระดับโรงพยาบาลชุมชนและศึกษาในทีมสุขภาพยังมีรายงานการศึกษางานบางส่วน และเช่นเดียวกับโรงพยาบาลพร้าวที่มีเพียงการศึกษา การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล (วิลาวัดย์ สมพันธ์, 2552) ประกอบกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้เพิ่มแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยควบคู่กับมาตรฐานคุณภาพ ในการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 17 เมื่อวันที่ 8-11 มีนาคม 2559 (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, 2559, น.16-59) ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาสภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าวเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และศึกษาแนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนินการดังนี้

1. ประชากร

1.1 ประชากร ที่ศึกษาครั้งนี้ คือทีมสุขภาพในโรงพยาบาลพร้าว ทั้งหมด 52 คน ได้แก่ แพทย์ 3 คน (ไม่รวมผู้อำนวยการ โรงพยาบาล) ทันตแพทย์ 2 คน เภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 36 คน (ไม่รวมหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล) นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน นักรังสีการแพทย์ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน ซึ่งทำงานในโรงพยาบาลนี้มานานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และยินยอมตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

1.2 การพิทักษ์สิทธิ

1.2.1 ทำบันทึกเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วเสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 25/2559 และขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตามหนังสือเลขที่ ศร 0522.26/ว 938 ลว. 8 กรกฎาคม 2559

1.2.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษาให้ทีมสุขภาพที่เป็นกลุ่มประชากรรับทราบและเก็บข้อมูลจากทีมสุขภาพที่ยินยอมให้ข้อมูล โดยประชากรในกลุ่มสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ การปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษามิจำเป็นต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และการปฏิเสธนั้นจะไม่มีผลใดๆต่อผู้ปฏิเสธดังกล่าว

1.2.3 แจ้งให้ประชากรทราบว่า ข้อมูลทุกอย่างจะถือว่าเป็นความลับ ในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อโดยจะทำเป็นรหัสแทน และผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปอภิปรายในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น

1.2.4 ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกรักษาเป็นความลับ และไม่ระบุถึงบุคคลที่ให้ข้อมูล แต่จะเป็นการนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาแล้วจะไม่มีการเก็บแบบสอบถามทั้งหมดไว้

1.2.5 กลุ่มประชากรจะลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ใช้เครื่องมือที่ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของทีมนิสิตพยาบาล มีรายละเอียดเกี่ยวกับวุฒิการศึกษาสูงสุด วิชาชีพ ตำแหน่งในปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ชั่วโมงการทำงานในแต่ละสัปดาห์ ชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาในแต่ละสัปดาห์ และหน่วยบริการที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติงานอยู่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งผู้ศึกษาดัดแปลงจากแบบสอบถามที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ กิ้นซ์เบิร์ก และคณะ (Ginsburg et al., 2013) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่	จำนวน (ข้อ)
1 ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย	4
2 การติดตามอุบัติการณ์	3
3 การนิเทศงานด้านความปลอดภัย	2
4 วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน	4
5 การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด	3
6 การสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด	3

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของทีมนิสิตพยาบาลเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลร้าวเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยใช้รูปแบบการปรับปรุงตามแนวคิดของ เฮลลิแกน และ ซีซีวิก ชื่อ The model of improving safety culture in healthcare (Halligan and Zecevic, 2010) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คือ การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย	จำนวน 5 ข้อ
ขั้นตอนที่ 2 คือ การดำเนินการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย	จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบซึ่งมีลักษณะเป็น
มาตราส่วนประมาณค่า ของลิเกด (Likert scale) มี 5 ระดับ (บุญชุม ศรีสะอาด, 2543) ดังนี้

ความหมาย	ความถี่ของกิจกรรมที่เกิดขึ้น
5	บ่อยที่สุด (ร้อยละ 81 – 100)
4	บ่อยมาก (ร้อยละ 61 – 80)
3	เป็นบางครั้ง (ร้อยละ 41 – 60)
2	นานๆครั้ง (ร้อยละ 21 – 40)
1	น้อยมากหรือไม่เกิดขึ้นเลย (ร้อยละ 0 – 20)

เกณฑ์การแปลผลความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยนำคะแนนของแบบสอบถามทุกฉบับรวมกันแล้ว
หาค่าเฉลี่ย (บุญชุม ศรีสะอาด, 2543) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลผลระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
4.21 - 5.00	สูงมาก
3.41 – 4.20	สูง
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	ต่ำ
1.00 – 1.80	ต่ำมาก

3. การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการทดสอบ
คุณภาพแบบสอบถามก่อนนำมาใช้จริงดังนี้

3.1 ทดสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอแก่
อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก) เพื่อพิจารณา ตรวจสอบ
และให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสม ค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่ามากกว่า
หรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อคำถามหรือประเด็นที่จะทำการรวบรวมข้อมูลมีความตรง (นิรัตน์ อิมามี,
2556) ถ้าค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ต้องปรับแก้ไขเครื่องมือ

3.2 ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการ
ทดสอบความตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้กับทีมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนระดับเดียวกับ
โรงพยาบาลพร้าว จำนวนมากกว่า 30 ชุด

3.3 นำข้อมูลจากการทดลองเครื่องมือมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดให้ค่าที่ยอมรับได้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 (นิรัตน์ อิมามิ, 2556)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้

4.1 ขอรับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 25/2559 และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพริ้วเพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูลตามหนังสือ เลขที่ ศช 0522.26/ว 938 ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2559

4.2 ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โครงร่างการศึกษา ตัวอย่างเครื่องมือ และที่อยู่พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ศึกษาที่สามารถติดต่อได้ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพริ้ว

4.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดโครงการ รายละเอียดในการดำเนินการวิจัยให้ผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และทีมสุขภาพที่ต้องการศึกษาทราบ แล้วแจกเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการพร้อมกับแบบสอบถาม เมื่อทีมสุขภาพตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้ศึกษารับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม ถึง 31 สิงหาคม 2559

4.4 นำแบบสอบถามที่ได้รวบรวมได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) สภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพริ้ว และ 3) แนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพริ้ว สถิติที่ใช้เป็นสถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาสภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว และ
แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว โดยเก็บ
ข้อมูลในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ได้ผลตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพในโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลพร้าว



ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรที่มีสุขภาพ โรงพยาบาลพร้าว จังหวัด
เชียงใหม่ จำนวน 52 คน ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร (N=52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	45	86.54
ปริญญาโท	6	11.54
อื่นๆ (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)	1	1.92
วิชาชีพ		
แพทย์	3	5.77
ทันตแพทย์	2	3.85
เภสัชกร	4	7.69
พยาบาลวิชาชีพ	36	69.23
นักเทคนิคการแพทย์	3	5.77
นักรังสีการแพทย์	1	1.92
นักกายภาพบำบัด	1	1.92
นักกิจกรรมบำบัด	1	1.92
แพทย์แผนไทย	1	1.92
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน		
หัวหน้างาน	14	26.92
ผู้ปฏิบัติงาน	38	73.08

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	μ	σ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ				
1-5 ปี	11	21.15		
6 – 10 ปี	6	11.54		
> 10 ปี	35	67.31		
	ต่ำที่สุด 2	สูงที่สุด 32	15.19	9.11
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้				
1-5 ปี	17	32.69		
6 ปี – 10 ปี	6	11.54		
> 10 ปี	29	55.77		
	ต่ำที่สุด 1	สูงที่สุด 33	13.50	9.81
จำนวนชั่วโมงการทำงานในแต่ละสัปดาห์				
< 40 ชั่วโมง	7	13.46		
40 ชั่วโมง	42	80.77		
> 40 ชั่วโมง	3	5.77		
	ต่ำที่สุด 35	สูงที่สุด 48	40.12	2.11
จำนวนชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาในแต่ละสัปดาห์				
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 10.0 ชั่วโมง	26	50.00		
10.1 – 20.0 ชั่วโมง	1	1.92		
20.1 – 30.0 ชั่วโมง	5	9.62		
30.1 – 40.0 ชั่วโมง	14	26.92		
มากกว่า 40 ชั่วโมง	6	11.54		
	ต่ำที่สุด 0	สูงที่สุด 48	18.52	16.32

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยบริการที่ปฏิบัติงาน		
หน่วยบริการฉุกเฉิน	14	26.92
หน่วยบริการห้องคลอด	12	23.08
หน่วยบริการผู้ป่วยนอก	6	11.54
หน่วยบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ	5	9.62
หน่วยบริการผู้ป่วยใน	16	30.77
หน่วยบริการจิตเวช	2	3.85
หน่วยบริการเวชปฏิบัติชุมชน	4	7.69
หน่วยบริการทำฟัน	2	3.85
ห้องจ่ายยา	4	7.69
ห้องปฏิบัติการ	3	5.77
ห้องเอกซเรย์	1	1.92
ห้องกายภาพบำบัด	2	3.85
ห้องนวดแผนไทย	1	1.92
งานยุทธศาสตร์	3	5.77
ห้องผ่าตัด	1	1.92
หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลเวียง	1	1.92

หมายเหตุ

* คิดทำงาน 8 ชั่วโมง เป็นการทำงาน 1 วันทำการ หรือ คิดเป็นการทำงานล่วงเวลา 1 เวน

* * กรณีปฏิบัติงานไม่ถึง 8 ชั่วโมง คิดค่าล่วงเวลาเป็นชั่วโมง

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ประชากรในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 86.5) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 69.2) ที่มีสุขภาพ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในวิชาชีพมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 67.3) และทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้นานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 55.8) ที่มีสุขภาพส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา ช่วงระยะเวลา 30.1 – 40.0 ชั่วโมง (ร้อยละ 26.9) หน่วยบริการที่แพทย์และพยาบาลปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการผู้ป่วยใน (ร้อยละ 30.8)

ตอนที่ 2 สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว จังหวัด เชียงใหม่ จากทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ตามองค์ประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ดังแสดง ในตารางที่ 4.2 – 4.8 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว จำแนกเป็นรายด้าน และ โดยรวม (N = 52)

สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	μ	σ	ระดับ
1. วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน	3.37	0.72	ปานกลาง
2. การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด	3.21	0.67	ปานกลาง
3. ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.17	0.75	ปานกลาง
4. การติดตามอุบัติการณ์	3.17	0.68	ปานกลาง
5. การนิเทศงานด้านความปลอดภัย	3.10	0.70	ปานกลาง
6. การสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด	2.74	0.86	ปานกลาง
รวม	3.13	0.5	ปานกลาง

การศึกษานี้ พบว่า สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว มีค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย การติดตามอุบัติการณ์ การนิเทศงานด้านความปลอดภัย และการสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด

ตารางที่ 4.3 สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าวด้านวัฒนธรรมการ
เรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (N = 52)

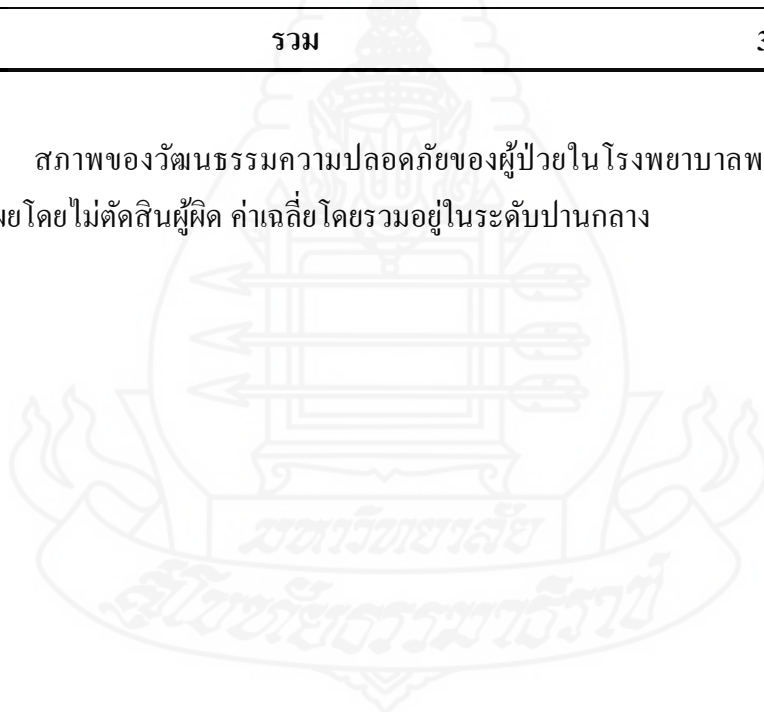
วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน	μ	σ	ระดับ
หลังจากมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้น ทีมสุขภาพจะพิจารณา ไต่ตรองถึงสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถี่ถ้วน	3.46	0.80	สูง
เมื่อมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้น ทีมสุขภาพจะพิจารณา ไต่ตรองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ	3.42	0.75	สูง
หลังจากมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้น ทีมสุขภาพจะพิจารณา ไต่ตรองถึงวิธีป้องกันการเกิดความปลอดภัยซ้ำ ในอนาคต	3.38	0.82	ปานกลาง
หลังจากเกิดความปลอดภัยร้ายแรงเกิดขึ้น ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็นในการป้องกันเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	3.19	0.79	ปานกลาง
รวม	3.37	0.72	ปานกลาง

วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงและปานกลางพอๆกัน

ตารางที่ 4.4 สภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพริ้ว ด้านการสื่อสารอย่างเปิดเผย โดยไม่ตัดสินผู้ผิด จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (N = 52)

การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด	μ	σ	ระดับ
เมื่อบุคลากรในทีมสุขภาพทำงานผิดพลาดร้ายแรงโดยไม่ประมาท เพื่อนร่วมงานจะไม่แสดงพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าเขาทำงานล้มเหลว	3.40	0.91	ปานกลาง
การทำงานผิดพลาดที่ไม่เกิดจากความประมาทของบุคลากรในทีมสุขภาพ จะไม่ทำให้เพื่อนร่วมงานขาดความนับถือ	3.27	0.80	ปานกลาง
การทำงานผิดพลาดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ทำให้ผู้บริหารมองว่าท่านไม่มีสมรรถนะในการทำงาน	2.96	0.86	ปานกลาง
รวม	3.21	0.67	ปานกลาง

สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพริ้ว ด้านการสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 4.5 สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อและ โดยรวม (N = 52)

ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย	μ	σ	ระดับ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีการแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญความปลอดภัยเป็นคณะกรรมการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.27	0.89	ปานกลาง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจน	3.17	0.83	ปานกลาง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.15	0.80	ปานกลาง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทบทวนความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมการจัดการความปลอดภัย	3.10	0.85	ปานกลาง
รวม	3.17	0.75	ปานกลาง

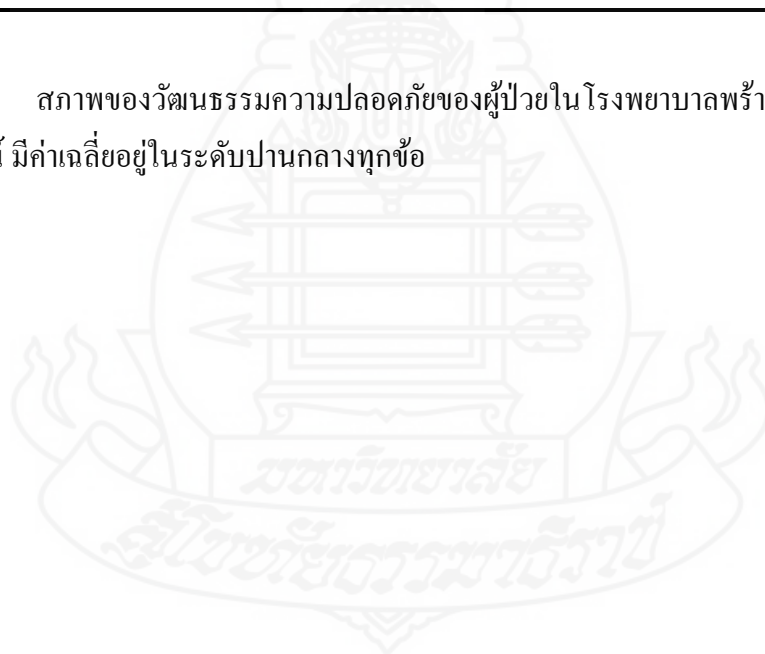
สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าวด้านผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ



ตารางที่ 4.6 สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ด้านการติดตาม
อุบัติการณ์ จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (N = 52)

การติดตามอุบัติการณ์	μ	σ	ระดับ
เมื่อมีรายงานอุบัติการณ์ที่ร้ายแรง ผู้บริหารโรงพยาบาลตรวจสอบ ข้อเท็จจริงและวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของ อุบัติการณ์	3.38	0.91	ปานกลาง
คณะกรรมการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยติดตามและรวบรวมข้อมูล รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาที่กำหนด	3.06	0.75	ปานกลาง
ทีมสุขภาพจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานรายงานอุบัติการณ์	3.06	0.70	ปานกลาง
รวม	3.17	0.68	ปานกลาง

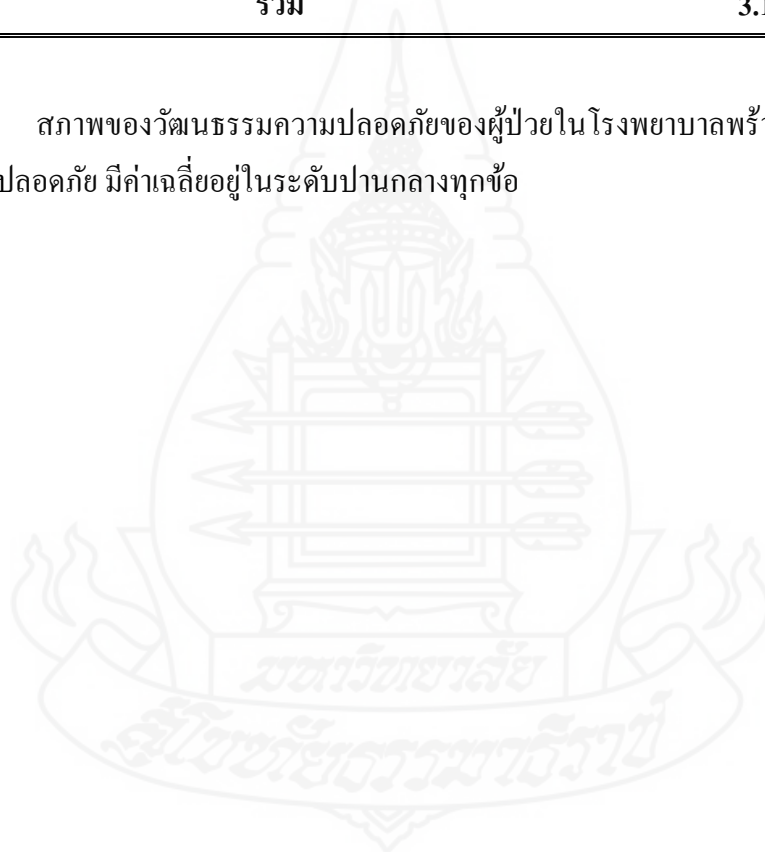
สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ด้านการติดตาม
อุบัติการณ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ



ตารางที่ 4.7 สภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ด้านการนิเทศงานด้านความปลอดภัย จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (N = 52)

การนิเทศงานด้านความปลอดภัย	μ	σ	ระดับ
ผู้อำนวยการและหัวหน้าหน่วยงานเห็นความสำคัญของข้อเสนอแนะของ ทีมสุขภาพในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.13	0.79	ปานกลาง
ผู้อำนวยการและหัวหน้าหน่วยงานชื่นชมต่อการปฏิบัติตามแนวทาง ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยของทีมสุขภาพ	3.06	0.73	ปานกลาง
รวม	3.10	0.70	ปานกลาง

สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ด้านการนิเทศงานด้านความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ



ตารางที่ 4.8 สภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ด้านการสื่อสารอย่างเปิดเผย ถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาดจำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (N = 52)

การสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด	μ	σ	ระดับ
การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทมีผลต่อความก้าวหน้าในอาชีพ ของบุคคลนั้น	3.17	1.04	ปานกลาง
การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทจะทำให้บุคคลนั้นถูกลงโทษ ทางวินัยจากหน่วยงาน	2.79	1.02	ปานกลาง
การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทของบุคลากรในทีมสุขภาพ อาจทำให้บุคคลนั้นต้องออกจากงาน	2.27	1.07	ต่ำ
รวม	2.74	0.86	ปานกลาง

สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว ด้านการสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ค่าเฉลี่ยรายข้อที่อยู่ในระดับต่ำได้แก่ การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทของบุคลากรในทีมสุขภาพ อาจทำให้บุคคลนั้นต้องออกจากงาน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว

ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลจำนวน 52 คน

ตารางที่ 4.9 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว จำแนกเป็นรายชื่อ ขั้นตอน และโดยรวม (N = 52)

แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลพร้าว	μ	σ	ระดับ
ขั้นตอนที่ 1 การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.27	0.82	ปานกลาง
1.1 กำหนดสิ่งที่ต้องพัฒนา	3.37	0.84	ปานกลาง
1.2 สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนา	3.33	0.92	ปานกลาง
1.3 ดำรวจตรวจวัดสิ่งที่ต้องพัฒนา	3.25	0.91	ปานกลาง
1.4 ประเมินผลการสำรวจ	3.21	0.96	ปานกลาง
1.5 วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของหน่วยงาน	3.19	0.89	ปานกลาง
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล	3.27	0.82	ปานกลาง
2.1 สร้างทีมความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.25	0.74	ปานกลาง
2.2 หัวหน้าหน่วยงานตรวจเยี่ยมหน่วยงาน	3.23	0.88	ปานกลาง
2.3 ฝึกอบรมทีมงานด้านความปลอดภัย	3.17	0.79	ปานกลาง
2.4 ให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.17	0.86	ปานกลาง
2.5 พัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.13	0.93	ปานกลาง
รวม	3.27	0.82	ปานกลาง

ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว มีค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อ ค่าเฉลี่ยแต่ละขั้นตอน และค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยขั้นตอนที่ 1 การกำหนดสิ่งที่จะต้องพัฒนา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด การวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และขั้นตอนที่ 2 การสร้างทีมความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด การพัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด



บทที่ 5

สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าวตามการรับรู้ของทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ และศึกษาแนวทางการสร้างวัฒนธรรมของโรงพยาบาลพร้าวเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รายละเอียดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังนี้

1. สรุปการศึกษา

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาสภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว

1.1.2 เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว

1.2 วิธีดำเนินการศึกษา

1.2.1 ประชากรที่ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นทีมสุขภาพในโรงพยาบาลพร้าว ทั้งหมด 52 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มี 3 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสุขภาพผู้ตอบแบบสอบถาม มีรายละเอียดเกี่ยวกับวุฒิการศึกษา วิชาชีพ ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ จำนวนชั่วโมงการทำงานในแต่ละสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาในแต่ละสัปดาห์ และหน่วยบริการที่ปฏิบัติงาน

2) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) การติดตามอุบัติการณ์ 3) การนิเทศงานด้านความปลอดภัย 4) วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน 5) การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด และ 6) การสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด

3) แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย และ 2) การดำเนินการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน ด้านความตรงของเนื้อหาได้ผ่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำไปทดลองเก็บข้อมูลกับทีมดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลแม่แตง จำนวน 35 คน จากนั้นนำคะแนน ที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว เท่ากับ 0.89 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับ แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าอิสระ และรายละเอียดของวิธีการเก็บข้อมูลกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาล จากนั้นแจกแบบสอบถามและชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการตอบแบบสอบถามให้กับทีมดูแลผู้ป่วยที่ต้องการศึกษา และนัดหมายวันในการรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติในการประมวลผลข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.4 ผลการศึกษา

จากการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้สรุปผลได้ดังนี้

1.4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสุขภาพที่ศึกษา พบว่า ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาสูงสุดเป็นระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 86.54) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 69.23) ทีมสุขภาพ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในวิชาชีพมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 67.31) และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้มานานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 55.77) ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา ช่วงระยะเวลา 30.1 – 40.0 ชั่วโมง (ร้อยละ 26.92) หน่วยบริการที่แพทย์และพยาบาลปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่คือหน่วยบริการผู้ป่วยใน (ร้อยละ 30.77) (ตารางที่ 4.1)

1.4.2 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย สรุปผลการศึกษาที่สำคัญได้ดังนี้

1) **วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล** โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย การติดตามอุบัติการณ์ การนิเทศงานด้านความปลอดภัย และการสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด (ตารางที่ 4.2)

2) *วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว* เมื่อพิจารณารายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน มี 2 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับสูง ได้แก่ ข้อที่ระบุว่า เมื่อมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้นทีมสุขภาพจะพิจารณาไต่ตรองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถี่ถ้วน และ ข้อที่ระบุว่า หลังจากเกิดความผิดพลาดร้ายแรงของการรักษาพยาบาลทีมสุขภาพจะพิจารณาไต่ตรองถึงสาเหตุของความผิดพลาดนั้นอย่างรอบคอบ (ตารางที่ 4.3) ยกเว้น ด้านการสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด มี 1 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำ ได้แก่ ข้อที่ระบุว่า การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทของบุคลากรในทีมสุขภาพอาจทำให้บุคคลนั้นต้องออกจากงาน (ตารางที่ 4.8)

1.4.3 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมแต่ละขั้นตอนและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยขั้นตอนที่ 1 การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย การกำหนดสิ่งที่ต้องพัฒนา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด การวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การสร้างทีมความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด การพัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (ตารางที่ 4.9)

2. อภิปรายผล

ผลการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว สามารถอภิปรายตามผลที่พบได้ดังนี้

2.1 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย อภิปรายได้ดังนี้

2.1.1 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน

จากการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลพร้าวมีค่านิยม เข้มมุ่ม และให้บริการสุขภาพตามมาตรฐานเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารและทีมสุขภาพในโรงพยาบาลมีการหลีกเลี่ยง ป้องกัน และลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจาก 1) ผลการศึกษาสภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าวทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.2) 2) โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ.2549 จนถึงปัจจุบัน โดยมีข้อมูลสนับสนุนการรับรองคุณภาพสถานบริการตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระดับ 2 เมื่อ พ.ศ. 2549 (วิลาวัลย์ สมพันธ์, 2552) และคงรักษา สถานภาพมาตรฐานสถานบริการในระดับที่ 2 โดยผ่านการรับรองคุณภาพทุก 1 ปี จนถึงพ.ศ. 2559 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2559) และผ่านเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ เมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2552 และมีการประเมินทุก 2 ปี ผ่านเกณฑ์การประเมินครั้ง ล่าสุดเมื่อพ.ศ. 2555 ระยะเวลาในการรับรอง 5 กันยายน 2555 – 4 กันยายน 2558 (ทีมนำคุณภาพ โรงพยาบาลพร้าว, 2559) ตรงกับผลการเชื่อมโรงพยาบาลเพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพตาม บันไดขั้นที่ 2 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่ประเมินว่าผู้บริหาร ทีมนำ และบุคลากร ในโรงพยาบาลมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพ ถึงแม้มีข้อจำกัดทั้งในเรื่องอัตรากำลังและงบประมาณ ทีม นำสูงสุดได้ใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ มีการ ปฏิบัติงานโดยมีค่านิยมการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนาคุณภาพในงานประจำอย่างต่อเนื่อง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2559) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ถิ่นขาม (2556) พรรณณิมา กิละกุลดิลก (2553) และเรมวอล นันท์สุภวัฒน์ (2550) ที่พบว่า สภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

2.1.2 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจำแนกเป็นรายชื่อ

ผลการศึกษานี้ โรงพยาบาลพร้าวมีคะแนนเฉลี่ยของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรายชื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโรงพยาบาลมีการดำเนินกิจกรรมที่เน้นการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ทีมนำคุณภาพโรงพยาบาล, 2559) แต่ยังไม่มีการพัฒนาวัฒนธรรม ของโรงพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรม ความปลอดภัยของผู้ป่วยยังไม่ได้นำมากำหนดเป็นนโยบายในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล อย่างชัดเจน จนกระทั่งเมื่อเดือน มีนาคม พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมา การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 17 ของสถาบันสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้รวมเอาแนวคิดเกี่ยวกับ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ร่วมกับมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ด้วย หลักการสำคัญคือ การสร้างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทุกลมหายใจ และสร้างวัฒนธรรมของ โรงพยาบาลที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้การบริการปลอดภัยและน่าไว้วางใจทุก ช่วงเวลา (อนุวัฒน์ สุภชติกุล, 2559, น.16-59)

วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน ข้อที่ระบุว่า เมื่อมีความ ผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้นทีมสุขภาพจะพิจารณาไต่ตรองความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอย่างถี่ถ้วน และ ข้อ ที่ระบุว่า หลังจากมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้นทีมสุขภาพจะพิจารณาไต่ตรองถึงสาเหตุของ ความผิดพลาดนั้นอย่างรอบคอบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 4.3) เนื่องจากโรงพยาบาลมีการ

พัฒนาคุณภาพบริการผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพในระดับที่ 2 ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 (วิลาวัดย์ สมพันธ์, 2552) โดยผ่านการรับรองคุณภาพทุก 1 ปี จนถึงพ.ศ. 2559 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2559) มีเป้าหมายการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องครอบคลุมกระบวนการสำคัญของการรักษาพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558, หน้า 178) จึงส่งผลให้การศึกษาค้นคว้า การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทของบุคลากรในทีมสุขภาพถึงขั้นที่ทำให้ต้องออกจากงาน อยู่ในระดับต่ำไปด้วย (ตารางที่ 4.8) สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ของ กิ้นส์เบิร์ก และ กิวลิน ออร์ (Ginsburg and Oore, 2015) ที่พบว่า การสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และผลการวิจัยของหน่วยงานวิจัยระบบสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา (AHRQ) ปี ค.ศ. 2014 พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงร้อยละ 44 ที่เห็นด้วยกับการสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด (AHRQ, 2014)

2.2 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.27$) (ตารางที่ 4.9) อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลแห่งนี้มีการปฏิบัติเพื่อทำให้วัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีกิจกรรมกำหนดสิ่งที่ต้องพัฒนา ตรวจสอบตรวจวัดสิ่งที่ต้องพัฒนา สร้างความตระหนักของบุคลากรถึงความสำคัญของการพัฒนา ประเมินผลการสำรวจ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของหน่วยงาน และพัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการฝึกอบรมทีมงานความปลอดภัย สร้างทีมความปลอดภัย หัวหน้าหน่วยงานตรวจเยี่ยมหน่วยงาน ให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และพัฒนาวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการทุกกิจกรรมอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจาก 1) ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยโดยรวม แต่ละขั้นตอนและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด 2) โรงพยาบาลมีการมุ่งเน้นการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ แต่ยังไม่มีการดำเนินการเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับคำกล่าวของ กิ้นส์เบิร์ก นอร์ตัน และเคสเบียร์ (Ginsburg, Norton and Casebeer, 2005 cited in Halligan and Zecevic, 2010) และ คอร์เนอร์ คัลคอมบ์ บาร์เคลย์ และคณะ (Connor, Duncombe, Barclay et al., 2007 cited in Halligan and Zecevic, 2010) ที่กล่าวว่า การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรเพียงอย่างเดียวไม่สามารถพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ จึงต้องดำเนินการในหลายกิจกรรมไปพร้อมๆกัน แตกต่างกับผลการศึกษาของ เฮลลิงส์ และคณะ (Hellings et al., 2010) และ วีเวอร์ และคณะ (Weaver. et al.,

2016) ที่พบว่าการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมากที่สุด แต่จากผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลพร้าวของวิลาวัลย์ พบว่า คณะกรรมการในทีมเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้ไม่เต็มที่เนื่องจากมีภาระงานในงานประจำค่อนข้างมาก เวลาว่างไม่ตรงกัน และมีการเปลี่ยนคณะกรรมการในทีมบ่อยครั้ง การจัดการด้านความเสี่ยงได้แก่ การค้นหา การจัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยง การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด การรายงานอุบัติการณ์ และการวิเคราะห์ปัญหาจากรายงานอุบัติการณ์ยังไม่ครอบคลุม (วิลาวัลย์ สมพันธ์, 2552) และผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสุขภาพของโรงพยาบาลพร้าวพบว่าทีมสุขภาพส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา ช่วงระยะเวลา 30.1 – 40.0 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 26.9 (ตารางที่ 4.1) จึงส่งผลให้การพัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบริการสุขภาพยังมีโอกาสที่ต้องพัฒนาเพิ่มขึ้นมากกว่าที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการศึกษาพบว่า การเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงานเกี่ยวกับการทบทวนเหตุการณ์เมื่อเกิดความผิดพลาดร้ายแรงมีค่าเฉลี่ยในระดับสูง (ตารางที่ 4.3) ดังนั้นผู้บริหารทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานควรส่งเสริมด้านการเรียนรู้ดังกล่าวให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขวัฒนธรรมด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางให้ดีขึ้นกว่าเดิม เช่น ทบทวนข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นทุกครั้งและให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดร้ายแรงซ้ำในอนาคต เป็นต้น

3.1.2 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยรวม รายด้าน และรายข้อ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด (ตารางที่ 4.9) ดังนั้นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานควรนำกิจกรรมในแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับปานกลางมาดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม เช่น พัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และให้ความรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่อาจนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

3.2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาเชิงสำรวจวัดนวัตกรรมการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นควรศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีความซับซ้อน และจำนวนบุคลากรในทีมสุขภาพมากกว่า เพื่อให้ได้ความรู้และข้อมูลเพิ่มขึ้น

3.2.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ดังนั้นควรมีการศึกษาในเชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อวัดนวัตกรรมการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย การศึกษาเชิงทำนาย เช่น ผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยแก่ทีมสุขภาพต่อระดับการรับรู้วัดนวัตกรรมการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นต้น



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- คูสิต สถาวร. (2554). *Patient Safety in the ICU*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ทริยาพรรณ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิฑิตกุล และผ่องศรี เกียรติเลิศสนภา. (2557). การปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน. *พยาบาลสาร*, 41(ฉบับพิเศษ), 48-58.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ*. สืบค้นจาก <http://www.hed.go.th/linkhed/file/271>.
- ทีมนำคุณภาพโรงพยาบาลพร้าว. (2558). ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลพร้าว พ.ศ. 2558 (อัคราณา) _____ (2559). นโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลพร้าว พ.ศ. 2559 (อัคราณา).
- นภาพร ถิ่นขาม. (2556). *วัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วย ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- นิรัตน์ อิมามี. (2556). เครื่องมือวิจัยทางการแพทย์. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการแพทย์ สถิติและเทคโนโลยีสารสนเทศ*. หน่วยที่ 4 หน้า 56. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญชุม ศรีสะอาด (2543). *การวิจัยเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- พร บุญมี บัวบาน ยะนา วัชรไชยจันดี และ ลักษณ์ ไทยประเสริฐ. (2553). *วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมประชุมวิชาการเรื่อง การจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย*. สืบค้นจาก <http://mis.bcnpy.ac.th/webapp/research/myfile/9-53.pdf>.
- พรรณณนิม กิละกุลดิถ. (2553). *วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- เรมวล นันท์สุภวัฒน์. (2550). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ. *พยาบาลสาร*, 38(4), 1-14. สืบค้นจาก <http://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/download/7688/6657>.

- วิลาวัลย์ สมพันธ์. (2552). การศึกษางานพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ (ภาคนิพนธ์เพื่อสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรบริหารธุรกิจบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- สุนทร บุญบำรุง. (2556). พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 20(2), 82-91. สืบค้นจาก <http://www.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/download/28689/24695>.
- สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์. (2550). การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2555). คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง. สืบค้นจาก <http://hpc5.anamai.moph.go.th/director/hphStd/data/hph/HPHStd2555New.pdf>.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2559). รายงานการเยี่ยมเพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพ ชั้นที่ 2 โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. (อัดสำเนา).
- อนงค์ ถาวร พร บุญมี และเกษร เกตุชู. (2552). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัด พะเยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 8(2), 6-15 สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/download/29539/25438>.
- อนุชา กาศลังกา. (2555). การศึกษาปัญหาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถูกฟ้องเนื่องจากการรักษาพยาบาล. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 9(1), 63-69. สืบค้นจาก <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/HSSJ/article/download/17832/17422>.
- อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล. (2556). HA Update 2013. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นนทบุรี.
- _____. (2557). HA Update 2014. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นนทบุรี.

- _____. (2558). *HA Update 2015*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นนทบุรี.
- _____. (2559). *HA Update 2016*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นนทบุรี.
- Abdolahzadeh, F, Zamanzadeh, V., and Boroumand, A. (2012). "Studying the Relationship between Individual and Organizational Factors and Nurses's Perception of Patient Safety Culture". *Journal of Caring Sciences*, 1(4), 215-222 .
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). "*Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014 :User Comparative Database Report*". Retrieved from <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). "*Hospital Survey on Patient Safety Culture: Items and Dimension*"s. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospdim.pdf>.
- Amarapathy, M., Sridharan, S., Perera, R. and Handa, Y. (2013). "Factors Affecting Patient Safety Culture in A Tertiary Care Hospital In Sri Lanka" *International Journal of Scientific & Technology*, 2(3), 173-180. Retrieved from <http://www.ijstr.org/final-print/mar2013/Factors-Affecting-Patient-Safety-Culture-In-A-Tertiary-Care-Hospital-In-Sri-Lanka.pdf>.
- Cooper, M.D. (2000). "Towards a model of safety culture". *Safety Science*, 36, 111-136. Retrieved from http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards_a_model_of_safety_culture.pdf.
- Cooper, M.D. (2002). "Safety Culture a model for understanding & quantifying a difficult concept". *Professional Safety*, 30-31. Retrieved From http://www.behavioural-safety.com/articles/safety_culture_understanding_a_difficult_concept.pdf.
- Feng, x., Bobay, K. and Weiss, M. (2008). "Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis." *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 310–319.
- Fleming, M. (1999). "Safety Culture Maturity Model". *Offshore technology report*, 49, 1-9. Retrieved from <http://www.hse.gov.uk/research/otopdf/2000/oto00049.pdf>

- Fleming, M. (2005). "Patient Safety Culture Measurement and Improvement: A how to Guide". *Healthcare Quarterly*, 8(24), 14-19. Retrieved from <http://www.longwoods.com/content/17656>.
- Fleming, M. (2007). "Developing safety culture measurement tools and techniques based on site audits Rather than questionnaires". *Final project report*, 1-61. Retrieved from http://www.pr-ac.ca/files/files/133_FinalReport_12May07.pdf.
- Fleming, M and Wentzell, N. (2008). "Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use". *Healthcare Quarterly*, 11, 1-15. Retrieved from <https://www.longwoods.com/product/download/code/19604>.
- Galt, K.A. and Paschal, K.A. (2011). "*Patient Safety for Health Professionals*". United States of America: Jones and Bartlett publishers.
- Ginsburg (2006). "*Perceptions of Patient Safety Culture in Four Health Regions April 2006*". Retrieved from http://www.yorku.ca/patientsafety/psculture/questionnaire/Generic_Safety_Culture_Benchmarking_Report.pdf.
- Ginsburg, L., Tregunno, D., Norton, P.G., Mitchell, J.I., Howley, H. (2013). Not another safety culture survey: using the Canadian patient safety climate survey (Can-PSCS) to measure provider perceptions of PSC across health settings. *BMJ Qual Saf*, 2013, 0:1–9.
- Ginsburg, L. and Oore, D.G. (2015). Patient safety climate strength: a concept that requires more attention. *BMJ Qual Saf* 2015; 0:1–8.doi:10.1136/bmjqs-2015-004150.
- Guldenmund, F.W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34 (2000), 215-257. Retrieved from http://aml-safety.com.au/AMLstores/_images/pdf-files/safetyscience2000.pdf.
- Halligan, M. (2010). *Safety Culture in Healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and Progress*. Retrieved from http://www.knowledgemobilization.net/wp-content/uploads/2011/01/SafetyCulture_LitReviewMH2010.pdf.
- Halligan, M. and Zecevic, A. (2010). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *Qual Saf Health Care*, 1-6.
- Health and Safety Executive. (2005). A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. *research report*, 367, i-42. Retrieved from <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>.

- Helling, J., Schrooten W., Klazinga, N.S. and Vleugels, A. (2010). “*Improving patient safety Culture*” Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20845679>.
- Institute for Healthcare Improvement. (2016). “*Develop a Culture of Safety*”. Retrieved from <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>.
- Law, M. P. (2011). Understanding and changing the patient safety culture in Canadian hospital A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Health Policy, Management and Evaluation University of Toronto, Canada. Retrieved from https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/29784/3/Law_Madelyn_P_201106_PhD_thesis.pdf.
- Levinson, D. R. (2010). *Adverse events in hospitals : National incidence among medicare Beneficiaries*. Retrieved from <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>
- National Quality Forum. (2009). *NQF Patient Safety Terms and Definitions*. Retrieved from http://www.qualityforum.org/topics/safety_definitions.aspx
- Sammer, C.E., Lykens, K., Singh , K.P., Mains, D.A. and Lackan, N.A. (2009). “What is Patient Safety Culture. A Review of the Literature”. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156–165.
- Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilands, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P.R. and Thomas, E.J. (2006). “The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research.” *BMC Health Services Research*, 6(44).
- Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., and Rosen, (2012). “Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO)”. *Measurement Instrument Database for Social Sciences*, Retrieve from http://www.midss.org/sites/default/files/pscho_survey_2006.pdf.
- Stavrianopoulos Theodosios. (2012). “The Development of Patient Safety Culture”. *Health Science Journal*, 6(2), 201-211. Retrieve from <http://www.hsj.gr/medicine/the-development-of-patient-safety-culture.pdf>.
- The Health Foundation. (2011). “*Research scan: Does improving safety culture affect patient outcomes?*”. Retrieved from <http://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>.

- Ulrich, B. and Kear, T. (2014). "Patient safety culture in nephrology nurse practice settings: Initial findings". *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 459-475. Retrieved from <https://www.annanurse.org/download/reference/journal/patientSafety2.pdf>.
- Weaver, S.J., Lubomksi, L.H., Wilson, R.F., Pfoh, E.R., Martinez, K.A. and Dy, S.M. (2016). "Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy". Retrieved from <http://annals.org/article.aspx?articleID=1656428>.
- World Health Organization. (2009). "*The Conceptual Framework for the International Classification for patient Safety: International Classification for Patient Safety Key Concepts and Preferred Term*". Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf.
- World Health Organization. (2012). *Definitions of Key Concepts from the WHO Patient Safety Curriculum Guide (2011)*. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course1a_handout.pdf.
- Zeeshan, M.F., Dembe, A.E., Seiber, E.E., Lu, B. (2014) "Incidence of adverse events in an integrated US healthcare system: a retrospective observational study of 82,784 surgical hospitalizations". Retrieved from <http://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1754-9493-8-23>.







ภาคผนวก ก

จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ
และจดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ

Dear, Assistant Professor Dr. Liane Ginsburg

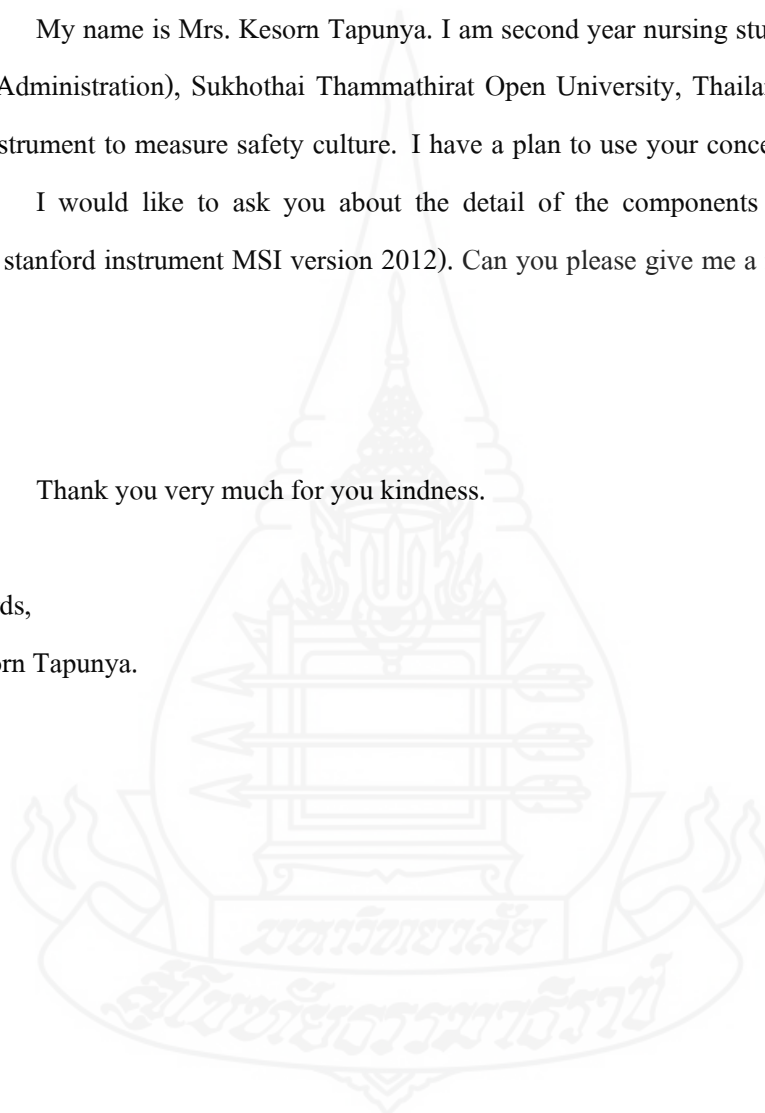
My name is Mrs. Kesorn Tapunya. I am second year nursing student, Master degree (Nursing Administration), Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand. I am interesting in your instrument to measure safety culture. I have a plan to use your concept to do my thesis.

I would like to ask you about the detail of the components of your instrument (modified stanford instrument MSI version 2012). Can you please give me a new version of MSI 2012.

Thank you very much for you kindness.

Best regards,

Mrs. Kesorn Tapunya.



จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

Kesorn you are welcome to use the instrument.

The items are available as an on-line only appendix to the most recent paper in BMJ Quality & Safety.

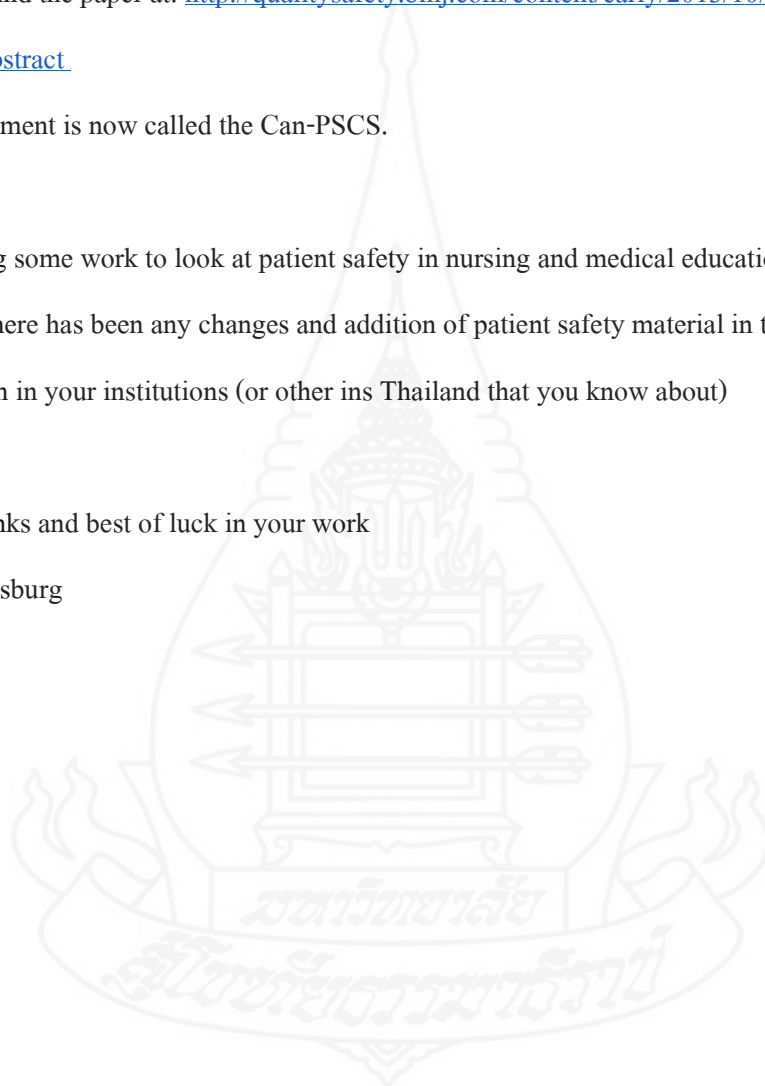
You can find the paper at: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2013/10/11/bmjqs-2013-002220.abstract>

The instrument is now called the Can-PSCS.

I am doing some work to look at patient safety in nursing and medical education. Can you tell me whether there has been any changes and addition of patient safety material in the training curriculum in your institutions (or other ins Thailand that you know about)

Many thanks and best of luck in your work

Liane GInsburg





ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



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

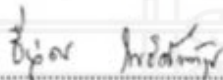
Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ 25/2559


ชื่อโครงการวิจัย วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
เลขที่โครงการ/รหัส ID 2565100274
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางเกษร ตาปัญญา
ที่ทำงาน ห้องคลอด โรงพยาบาลพร้าว เลขที่ 181 ม.4 ต.เวียง อ.พร้าว จ.เชียงใหม่ 50190

ขอรับรองว่าโครงการศึกษาค้นคว้าอิสระดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม 

(อาจารย์ ดร.ชินจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

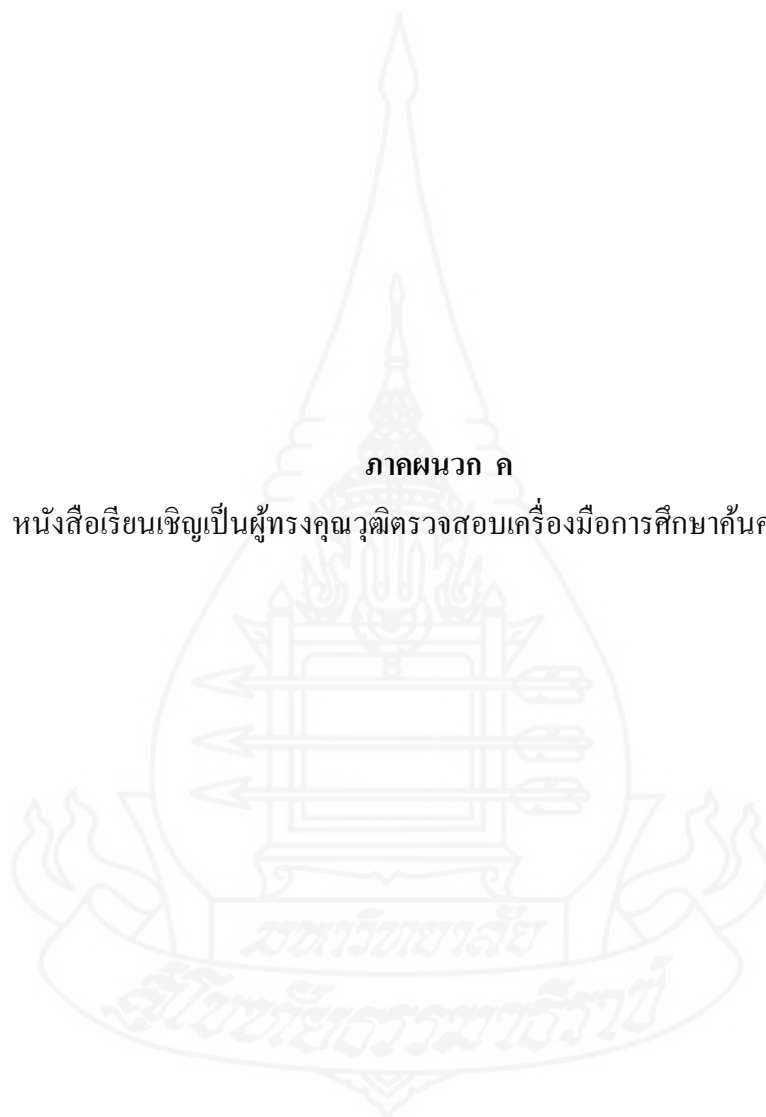
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาทิทัศกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ 4/ก.ค./2559

ภาคผนวก ค

หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 025048036-7

ที่ ศธ 0522.26/๒๕๕๐ วันที่ 23 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาคั่นคว่ำอิสระ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติติวิทยานันท์

ด้วย นางเกษร ตาปัญญา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาคั่นคว่ำอิสระ เรื่อง “วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการ ทำการศึกษาคั่นคว่ำอิสระของนักศึกษาดังกล่าว รายละเอียดตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์



ที่ ศธ 0522.26/ว ๒๕๐

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ด้วย นางเกษร ตาปัญญา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง “วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่า รองศาสตราจารย์ ดร.เรมवल นันทศุภวัฒน์
เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระให้กับนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ
การศึกษาค้นคว้าอิสระด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 082 - 1926591 (นางเกษร ตาปัญญา)

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร.เรมवल นันทศุภวัฒน์



ที่ ศธ 0522.26/ว 680

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

ด้วย นางเกษร ตาปัญญา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง “วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่า นาง สุนีย์ พงษ์โสภา เป็นผู้มีความรู้
ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระให้กับนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ
การศึกษาค้นคว้าอิสระด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 082 - 1926591 (นางเกษร ตาปัญญา)

สำเนาเรียน คุณสุนีย์ พงษ์โสภา

ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือ





ที่ ศธ 0522.26/ว 856

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่แตง

ด้วย นางเกษร ตาปัญญา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 35 คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะประสานงานเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร. 0-2503-2620

โทรศัพท์ 082-192-6591 (นางเกษร ตาปัญญา)

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลแม่แตง



ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล



ที่ ศธ 0522.26/ว ๑๓๔

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๔ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

ด้วย นางเกษร ตาปัญญา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 50 คน ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะประสานงานเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 082-192-6591 (นางเกษร ตาปัญญา)

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพร้าว

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

กรกาคม 2559

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ทีมสุขภาพที่เคารพทุกท่าน

ด้วยดิฉัน นางเกษร ตาปัญญา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่” จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลพร้าวด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลจากการศึกษาจะช่วยทำให้ทราบถึงสภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว และแนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพร้าว เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลพร้าวต่อไป

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งสามารถให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ดังกล่าวได้ ดิฉันจึงขออนุญาตจากท่านให้ตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ คำตอบในแบบสอบถามไม่มีข้อถูกหรือข้อผิด โปรดตอบด้วยความสบายใจ โดยอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และตอบให้ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในรูปของกลุ่ม มิใช่รายบุคคล ท่านมีสิทธิ์จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่าน ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางเกษร ตาปัญญา)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต



ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และผู้ดำเนินการวิจัยพร้อมจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน และผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ จึงลงลายมือชื่อในใบยินยอมไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....(ผู้ยินยอม)





ภาคผนวก ช

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าอิสระ

แบบสอบถามการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
The Culture of Patient Safety at Phrao Hospital in Chiang Mai Province

เสนอ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชีวเกษมสุข



นางเกษร ตาปัญญา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

แบบสอบถามการศึกษาค่านักว่าอิสระ
เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
The Culture of Patient Safety at Phrao Hospital in Chiang Mai Province

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์กรประกอบ

องค์กรประกอบที่ 1 ผู้บริหารองค์กร สนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ

องค์กรประกอบที่ 2 การติดตามอุบัติการณ์ จำนวน 3 ข้อ

องค์กรประกอบที่ 3 การนิเทศงานด้านความปลอดภัย จำนวน 2 ข้อ

องค์กรประกอบที่ 4 วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน จำนวน 4 ข้อ

องค์กรประกอบที่ 5 การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด จำนวน 3 ข้อ

องค์กรประกอบที่ 6 การสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ตอบเกี่ยวกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลพร้าว ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ

2. แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า
ของลิเกต (Likert scale) มี 5 ระดับ จากระดับกิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยที่สุด จนถึงระดับกิจกรรม
ที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยมากหรือไม่เกิดขึ้นเลย

5 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยที่สุด
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 81 - 100

4 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยมาก
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 61 - 80

3 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 41 - 60

2 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นนานๆครั้ง
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 21 - 40

1 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยมากหรือไม่เกิดขึ้นเลย
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 0 - 20

3. โปรดอ่านคำจำกัดความการวิจัย และคำแนะนำแต่ละส่วนก่อนตอบแบบสอบถาม
4. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริงเพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการศึกษาครั้งนี้ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยของโรงพยาบาลต่อไป
5. ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด
6. ท่านสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้หากไม่ประสงค์จะให้ข้อมูล

ขอขอบพระคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถามอย่างสมบูรณ์



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีจำนวน 8 ข้อ โปรดกรอกข้อมูล โดยเขียนเครื่องหมาย / ลงใน

หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. วุฒิการศึกษาสูงสุด edu
 - 1.ปริญญาตรี
 - 2.ปริญญาโท
 3. อื่นๆ.....
2. วิชาชีพ pro
 1. แพทย์
 2. ทันตแพทย์
 3. เภสัชกร
 4. พยาบาลวิชาชีพ
 5. นักเทคนิคการแพทย์
 6. นักรังสีการแพทย์
 7. นักกายภาพบำบัด
 8. นักกิจกรรมบำบัด
 9. แพทย์แผนไทย
3. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน pos
 1. หัวหน้างาน
 2. ผู้ปฏิบัติงาน
4. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ.....ปี dopp
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ปี dohw
6. จำนวนชั่วโมงการทำงานในแต่ละสัปดาห์.....ชั่วโมง nhww
7. จำนวนชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา ในแต่ละสัปดาห์ชั่วโมง nhot
8. หน่วยบริการที่ท่านปฏิบัติงาน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) svu
 1. แผนกฉุกเฉิน
 2. ห้องคลอด
 3. ผู้ป่วยนอก
 4. คลินิก เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง และคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง (NCD clinic)
 5. ผู้ป่วยใน
 6. แผนกจิตเวช
 7. เวชปฏิบัติชุมชน
 8. อื่นๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 2 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นต่อประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้ในระดับใดแล้วใส่เครื่องหมาย /

ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

5 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยที่สุด (ร้อยละ 81 – 100)

4 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยมาก (ร้อยละ 61 – 80)

3 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 41 – 60)

2 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง (ร้อยละ 21 – 40)

1 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยมากหรือไม่เกิดขึ้นเลย

(ร้อยละ 0 – 20)

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเชื่อหรือความรู้สึก					สำหรับ ผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
1	องค์ประกอบที่ 1 ผู้บริหารองค์กร สนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจน						organize leadership <input type="checkbox"/> OLS1
2	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย						<input type="checkbox"/> OLS2
3	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีการทบทวนความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยในหน่วยงาน (เช่น โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง)						<input type="checkbox"/> OLS3
4	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจัดตั้งคณะกรรมการที่มีผู้เชี่ยวชาญในการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย						<input type="checkbox"/> OLS4
5	องค์ประกอบที่ 2 การติดตามอุบัติการณ์ คณะกรรมการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจะติดตามและรวบรวมข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาที่กำหนดเป็นแนวทางการรายงาน						Incident follow up <input type="checkbox"/> IFU1

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเชื่อหรือความรู้สึก					สำหรับ ผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
6	เมื่อมีรายงานอุบัติการณ์ที่ร้ายแรงผู้บริหารโรงพยาบาลจะตรวจสอบข้อเท็จจริงและวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น						IFU2
7	ทีมสุขภาพจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานบนพื้นฐานข้อมูลของรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น						IFU3
8	องค์ประกอบที่ 3 การนิเทศงานด้านความปลอดภัย หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชื่นชมทีมสุขภาพเมื่อเห็นว่าทีมสุขภาพทำงานตามวิธีการที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย						Supervisory Leadership for Safety SLS1
9	หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับข้อเสนอแนะของทีมสุขภาพในการปรับปรุงหรือพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย						SLS2
10	องค์ประกอบที่ 4 วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน เมื่อมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้น ทีมสุขภาพจะพิจารณาไต่ตรองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถี่ถ้วน						Unit Learning Culture ULC1
11	หลังจากมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้น ทีมสุขภาพจะพิจารณาไต่ตรองถึงสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ						ULC2
12	หลังจากมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้น ทีมสุขภาพจะพิจารณาไต่ตรองถึงวิธีป้องกันการเกิดความปลอดภัยซ้ำในอนาคต						ULC3
13	หลังจากเกิดความปลอดภัยร้ายแรงเกิดขึ้น ทีมสุขภาพให้ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการป้องกันเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น						ULC4

ข้อ	ข้อความ	ระดับความเชื่อหรือความรู้สึก					สำหรับ ผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
14	<u>องค์ประกอบที่ 5 การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด</u> การทำงานผิดพลาด เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ทำให้ผู้บริหารมองว่าท่านไม่มีสมรรถนะในการทำงาน						Judgment free environment JFE1
15	การทำงานผิดพลาดที่ไม่เกิดจากความประมาทของบุคลากรในทีมสุขภาพจะไม่ทำให้เพื่อนร่วมงานขาดความนับถือที่มีอยู่เดิม						JFE2
16	เมื่อบุคลากรในทีมสุขภาพทำงานผิดพลาดร้ายแรงโดยไม่ประมาท เพื่อนร่วมงานจะไม่แสดงพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกทำงานล้มเหลว						JFE3
17	<u>องค์ประกอบที่ 6 การสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด</u> การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทของบุคลากรในทีมสุขภาพอาจทำให้บุคคลนั้นต้องออกจากงานได้						Job repercussions of error JRE1
18	การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทจะทำให้บุคคลนั้นถูกลงโทษทางวินัยจากหน่วยงานได้						JRE2
19	การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทมีผลต่อความก้าวหน้าในอาชีพของบุคคลนั้น						JRE3

ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นต่อประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้ในระดับใดแล้วใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

- 5 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยที่สุด (ร้อยละ 81 – 100)
- 4 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยมาก (ร้อยละ 61 – 80)
- 3 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 41 – 60)
- 2 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง (ร้อยละ 21 – 40)
- 1 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยมากหรือไม่เกิดขึ้นเลย (ร้อยละ 0 – 20)



ข้อ	ข้อความ	ระดับความเชื่อหรือความรู้สึก					สำหรับ ผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
1	ขั้นตอนที่ 1 การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย กำหนดสิ่งที่ต้องพัฒนา						Assess Patient Safety Culture APSC1
2	สำรวจตรวจวัดสิ่งที่ต้องพัฒนา						APSC2
3	สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนา						APSC3
4	ประเมินผลการสำรวจ						APSC4
5	วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของหน่วยงาน						APSC5
1	ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ฝึกอบรมทีมงานด้านความปลอดภัย						Implement for Improve Patient Safety Culture IPSC1
2	สร้างทีมความปลอดภัยของผู้ป่วย						IPSC2
3	หัวหน้าหน่วยงานตรวจเยี่ยมหน่วยงานของตนเอง						IPSC3
4	ให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย						IPSC4
5	พัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย						IPSC5

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางเกษร ตาปัญญา
วัน เดือน ปีเกิด	9 ธันวาคม 2514
สถานที่เกิด	อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบรมราชชนนี ลำปาง พ.ศ.2537
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลพร้าว อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

