

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบ
บริการพยาบาลกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดนครสวรรค์

ชื่อและนามสกุล นางประภัสสร นาวเหนียว

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุภมาส อังสุโชติ

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

กัญญดา ประจุกิลป์

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุกิลป์)

พูลสุข หิงคานนท์

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์)

สุภมาส อังสุโชติ

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภมาส อังสุโชติ)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา
การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ศิริวรรณ ศรีพหล

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ ศรีพหล)

วันที่ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2551

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล
กับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์
ผู้วิจัย นางประภัสสร นาวเหนียว ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงคานนท์ (2) รองศาสตราจารย์ ดร. สุภมาส อังศุโชติ
ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ประสิทธิภาพ การบริหารความปลอดภัยใน
ระบบบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน (2) ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลชุมชน และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผล การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล
และระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 230
คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามขนาดของโรงพยาบาล เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น การ
บริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย เท่ากับ 0.98 และ 0.92 ตามลำดับ
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า (1) ประสิทธิภาพของการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลของ
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายขั้นตอนของการบริหารความ
ปลอดภัย พบว่าการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย และการบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง อยู่ในระดับสูง
ขั้นตอนการนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การนำและสนับสนุนการ
ทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล และการสื่อสารให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความ
ปลอดภัย อยู่ในระดับปานกลาง (2) ความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาระดับ
ความปลอดภัยรายด้านพบว่าทุกด้านได้แก่ การคิดเชื่องจากกรดูแลรักษา การระบุตัวผู้ป่วย การใช้ยา และการ
สื่อสาร อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (3) ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการ
พยาบาล กับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางทุกขั้นตอน
($r = .326 - .437$) ด้านการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำทุกขั้นตอน ($r = .192 - .279$) และด้านการระบุตัวมี
ความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำทุกขั้นตอน ($r = .160 - .274$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05 ด้านการ
คิดเชื่องจากการดูแลรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลทุก
ขั้นตอน

คำสำคัญ การบริหารความปลอดภัย ระบบบริการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน

Thesis title: The Relationships Between the Effectiveness of Safety Management in Nursing Care Delivery System and Patient Safety at Community Hospitals in Nakhon Sawan Province

Researcher: Mrs. Prapasson Nowneow; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Poonsuk Hingkanont, Associate Professor; (2) Dr. Supamas Aungsuchoti, Associate Professor; **Academic year:** 2007

ABSTRACT

The purposes of this research were (1) to investigate the effectiveness of management in nursing care delivery system (2) to study the level of patient safety, and (3) to explore the relationship between the effectiveness of safety management in nursing care delivery and patient safety in community hospitals in Nakhon Sawan province.

The subjects were 230 nurses. They were selected based on hospital size by stratified random sampling. Questionnaires were used as research tools. They consisted of two parts: management in nursing care delivery system and patient safety. The Cronbach Alpha reliability coefficients of those two parts were 0.98 and 0.92 respectively. The statistical devices employed in the study were descriptive statistics (including frequency, percentage, and standard deviation) and Pearson's Correlation Coefficient.

The findings were as follows. 1) Nurses rated four effectiveness factors of safety management in nursing care delivery system at the high level. These factors were (a) creating safety culture in the organization (b) encouraging to write incidental report. (c) exchanging safety experiences, and (d) improving of risk management activities. Four factors were rated at average level. They were: (a) application process of problem solving to prevent injury or damage to patients, (b) provide safe work places and support nurses to work safely finally, (c) communicate and encourage patients and communities to participate in the safety system. 2) Nurses rated patient safety factors at the high level. These factors were type: (a) patients were not infected by treatment, (b) patient were identified correctly, (c) medication usage was efficient, and (d) communication was effective. 3) There were significantly positive correlations between the effectiveness of safety management in nursing care delivery system and patient safety ($p < .01$ and $.05$). These factors were communication ($r = .326$ to $.437$), medication usage ($r = .192$ to $.274$), and patient identification ($r = .160$ to $.274$). However, there was no correlation between infection by treatment and the effectiveness of management in nursing care delivery system.

Keywords: Safety Management , Nursing Care Delivery System, Patient Safety
Community Hospitals

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงคานนท์ และรองศาสตราจารย์ ดร. สุภมาส อังศุโชติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้แนวคิด กำลังใจตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกสิลาป คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย อาจารย์ ดร.ราศรี ลินะกุล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่ได้เสียสละเวลาตรวจแก้ไขเครื่องมือในการทำวิจัย ขอขอบคุณคุณ สุมล อุ่นใจ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ช่วยดำเนินการทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครสวรรค์ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดนครสวรรค์ ที่อำนวยความสะดวกในการแจกแบบสอบถาม และขอขอบคุณ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ที่ได้ให้ความร่วมมือ เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามและส่งกลับ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ในโอกาสนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ผู้ได้บังคับบัญชา ในโรงพยาบาลลาชาวทุกท่าน ที่ได้ให้กำลังใจ และปรารถนาดีมาตลอด โดยเฉพาะเพื่อนร่วมรุ่น สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาบริหารการพยาบาล และขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดการทำวิจัยและทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจมาก

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวที่ร่วมเป็นกำลังใจในการทำวิจัยมาโดยตลอด จนกระทั่งงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ประภัสสร นาวเหนียว

พฤศจิกายน 2550

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดของการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่จะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล	10
แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย	36
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์	48
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	65
ข้อมูลทั่วไป	66
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัย ในระบบบริการพยาบาล	68
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	81
ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	88
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	92
สรุปการวิจัย	92
อภิปรายผล	95
ข้อเสนอแนะ	104
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	114
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	116
ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	118
ประวัติผู้วิจัย	140

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากร กลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครสวรรค์ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับและลงข้อมูล ครบถ้วน.....	59
ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์.....	66
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผล การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลจำแนกตามขั้นตอน	69
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความ ปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ในองค์กรพยาบาล จำแนกรายข้อ	70
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความ ปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนการทำงานที่ ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล จำแนกรายข้อ	72
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความ ปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหาร ความเสี่ยง จำแนกรายข้อ	73
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความ ปลอดภัยในระบบ บริการพยาบาล ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงาน อุบัติการณ์ จำแนกรายข้อ.....	74
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความ ปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชน มีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย จำแนกรายข้อ	75
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความ ปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ขั้นตอนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียน ของ ความปลอดภัยจำแนกรายข้อ	77

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ชั้นตอนที่ 7 การนำแนวทางการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จำแนกรายข้อ	78
ตารางที่ 4.10	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย จำแนกรายด้าน	82
ตารางที่ 4.11	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) จำแนกรายข้อ	83
ตารางที่ 4.12	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านที่ 2 การใช้ยา (Medication Safety) จำแนกรายข้อ	85
ตารางที่ 4.13	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านที่ 3 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection) จำแนกรายข้อ	86
ตารางที่ 4.14	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านที่ 4 การสื่อสาร (Communication) จำแนกรายข้อ	87
ตารางที่ 4.15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (รายขั้นตอนและรายด้าน).....	89
ตารางที่ 4.16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม.....	91

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ภาพที่ 1.2 แบบจำลองลำดับขั้นตอนของการเกิดอุบัติเหตุในองค์กร	15

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) เป็นแผนพัฒนาสุขภาพที่มีเป้าหมายการพัฒนาไว้ 10 ประการ และประการหนึ่งคือ การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้องและเหมาะสมทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวได้ถูกแปลงเป็นยุทธศาสตร์และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความเป็นธรรม การเข้าถึงบริการ และการให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ลดความทุกข์อันเกิดจากระบบบริการสุขภาพ โดยกำหนดให้เป้าหมายและกลวิธีในการลดการร้องเรียน การกำหนดระบบชดเชยและไกล่เกลี่ยกรณีพิพาทอันเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ หรือผู้เสียหาย โดยไม่ต้องได้สวนหาคนผิด (กระทรวงสาธารณสุข 2549 :40) ซึ่งการกำหนดแผนดังกล่าวเป็นการคำนึงถึงความปลอดภัยของการให้บริการผู้ให้บริการ โดยเน้นคุณภาพ มาตรฐานและแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาจากการปฏิบัติการที่ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ให้บริการ ทั้งนี้การบริการด้านสุขภาพนั้น ผู้ที่ให้บริการจะต้องมีความมั่นใจในการให้บริการด้วยคุณภาพ และป้องกัน ควบคุมปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยทุกราย

จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งนับวันจะมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของผู้ป่วย ทำให้สูญเสียทรัพย์สินชื่อเสียงของโรงพยาบาล ตลอดจนทำลายขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ จึงร่วมทำบันทึกข้อตกลงในการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และกำหนด นโยบายความปลอดภัยผู้ป่วยระดับชาติ พ.ศ.2550 – 2551 เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้สถานบริการสาธารณสุขทุกหน่วยงาน ดำเนินการตามนโยบาย การป้องกันการติดเชื้อจากการรักษาพยาบาล (Health Care Associated Infection) ในหัวข้อ “บริการปลอดภัยใส่ใจความสะอาด” ซึ่งหากเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ให้บริการที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แล้วจะเป็นสิ่งที่สร้างความสูญเสียให้กับผู้ให้บริการ ญาติ ผู้ให้บริการและระบบสุขภาพโดยรวม มีผลกระทบที่สำคัญคือการฟ้องร้องต่อศาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการเรียกชดเชยค่าเสียหาย หรือการขอ

โทษจากผู้ให้บริการ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้ใช้บริการและญาติ เกิดความตึงเครียดมากขึ้น

นโยบายการบริหารความปลอดภัยดังกล่าวนี้ มีความสำคัญต่อการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งมุ่งให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและ ลดความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ใช้บริการ ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น ป้องกันการเสียชีวิตหรือเสียหายด้านการบริการ และถูกฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อเรียกค่าเสียหาย แต่การดำเนินการนั้นต้องจริงจังและมีหน่วยงานที่เป็นผู้กำกับดูแล เพราะถือเป็นมาตรฐานที่ประกันคุณภาพการให้บริการด้วยประการหนึ่ง ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Board of Commissioners ของ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO) ได้อนุมัติและเห็นชอบให้มีการประกาศเป้าหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยในปี 2003 โดยให้ทุกโรงพยาบาลที่จะขอรับการรับรองคุณภาพจากหน่วยงานนี้ปฏิบัติตาม เรียกว่า 2003 National Patient Safety Goals และได้มีการพัฒนาดัชนีทุกปีเพื่อให้สามารถประกันคุณภาพด้านความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย (สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 2546 : 64) ในประเทศไทยก็เช่นกัน สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ก็ได้กำหนดมาตรฐานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ในเกณฑ์การประเมินและการรับรองคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน แต่การที่จะสามารถดำเนินการป้องกันควบคุมมิให้เกิดการบริการที่จะสร้างความไม่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ก็ต้องมีกระบวนการบริหารความปลอดภัยของหน่วยบริการด้วยเช่นกัน ซึ่ง การบริหารความปลอดภัยนั้นเป็นกระบวนการจัดการที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาดและการสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาด (protective barriers) จากการค้นหา จำแนก และจัดการความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในระบบบริการขององค์กร โดยนำสิ่งที่เรารู้มาใช้ในการออกแบบอีกครั้ง (redesign) เพื่อให้เกิดระบบบริการที่ปลอดภัยมากขึ้น ไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำ (วิณา จีระแพทย์ 2549)

การบริหารความปลอดภัยในหน่วยบริการสุขภาพนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกประเทศให้ความสนใจ และหาแนวทางในการแก้ไขสิ่งที่บกพร่อง เพื่อให้เกิดมาตรฐานด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ในประเทศแคนาดา ได้มีรายงานวิจัยที่พบว่าอุบัติการณ์ที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การตกเตียง การให้ยาผิดหรือคลาดเคลื่อน และการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม ที่มีผลต่ออัตราการตายและอัตราป่วยของผู้ป่วยมีสูงถึง 7.5% กล่าวคือมีผู้ป่วยประมาณ 2.5 ล้านคนต่อปี ที่ประสบปัญหาดังกล่าว ในจำนวนดังกล่าวประมาณ 7 หมื่นคนประสบปัญหาความผิดพลาดของบุคลากรพยาบาลที่สามารถป้องกันได้ (Baker et al., 2004) การวิจัยแสดงให้เห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลด้านสุขภาพเกิดจากระบบที่มีการจัดสรรบุคลากรไม่เพียงพอ และระบบการสนับสนุนไม่เอื้อต่อการป้องกันอันตรายที่เกิดจากการปฏิบัติงานและในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่ตายจากความผิดพลาด

เกี่ยวกับการให้ยาของบุคลากรในโรงพยาบาลมากถึง 98,000 คนต่อปี ซึ่งเป็นการตายที่สูงกว่าอุบัติเหตุจากรถยนต์ มะเร็งเต้านม หรือ การติดเชื้อ AIDS (Kohn, et al., 2000)

จากการวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติการณ์ ความผิดพลาดความไม่ปลอดภัยในผู้ป่วย ในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยคือปัจจัยจากองค์กร จากการที่ไม่มีนโยบายคุณภาพมาตรฐาน หรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความเคยชิน ขาดการตระหนัก และการใช้องค์ความรู้ ความคิดวิเคราะห์ในการปฏิบัติงาน สะท้อนให้เห็นถึงองค์กรขาดการบริหารจัดการที่เหมาะสม ปัจจัยด้านบุคคล บุคลากรขาดความรับผิดชอบการปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพ เมื่อเกิดข้อผิดพลาดผู้ใช้บริการจึงร้องเรียนให้ลงโทษถอดถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานผิดพลาด และหน่วยงานหรือองค์กรต้องชดใช้ค่าเสียหาย รวมทั้งอาจจะต้องรับผิดชอบผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ใช้บริการ อันเนื่องมาจากข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น อันเป็นสาเหตุของความผิดพลาดครั้งต่อไปได้อีก เนื่องจากไม่มีการแก้ไขต้นตอสาเหตุของปัญหา ส่งผลให้ผู้ใช้บริการขาดความเชื่อมั่น วิตกกังวล และระแวงผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานขาดความมั่นใจ ความภาคภูมิใจและวิตกกังวล (จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ 2546)

ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นนั้นส่วนหนึ่งมาจากการบริการในระบบบริการพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อการป้องกันและลดปัญหาความไม่ปลอดภัยในการบริการแก่ผู้ใช้บริการ การสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการพยาบาลให้ประสบความสำเร็จ จึงต้องอาศัยการบูรณาการหลักการบริหารแบบธรรมาภิบาล การจัดการความเสี่ยง และการประกันความปลอดภัย โดยมีองค์ประกอบของวิธีการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน (National Patient Safety Agency, 2004) คือ 1) สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล 2) นำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล 3) บูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 4) สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ 5) สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนความปลอดภัย 7) นำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นได้มีการกำหนดเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับประเทศของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แห่งประเทศไทย (The Patient Safety Goals 2006) เพื่อให้โรงพยาบาลที่ต้องการรับรองคุณภาพและมาตรฐานปฏิบัติ ซึ่งมี 8 ด้าน คือ การระบุตัวผู้ป่วย การผ่าตัด การใช้ยา การติดเชื้อจากการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก การดูแลรักษาที่ล่าช้า กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และการสื่อสาร ซึ่งเมื่อพิจารณาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ซึ่งมีหน้าที่บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิบางส่วนนั้น ไม่มีกิจกรรมในด้านการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนมารดาและทารก การดูแลรักษาที่ล่าช้า กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจ

เขียนพัตน์ จึงมีความเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในด้านดังกล่าวน้อย (รายงานประจำสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ 2548-2549)

การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลและการให้ความปลอดภัยกับ
ผู้ใช้บริการนั้น เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพทุกคน
พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาท หน้าที่ และถูกคาดหวังจากสังคมในการดูแลความปลอดภัย
ของผู้ป่วย เป็นบุคลากรส่วนใหญ่ในทีมสุขภาพและรับผิดชอบผู้ใช้บริการ ตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น
พยาบาลจึงต้องมีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงหรือการบริหารความปลอดภัยในการให้บริการต่อ
ผู้ใช้บริการ และต้องเสริมพลังให้ทุกคนสามารถจัดการกับความเสี่ยงเพื่อการยกระดับมาตรฐานความ
ปลอดภัยในการให้บริการและให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของกฎหมาย สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งม
ีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ และการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาล
คุณภาพ อีกทั้งการบริหารจัดการความปลอดภัยเป็นประเด็นหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการประกัน
คุณภาพบริการพยาบาลที่สะท้อนถึงความรับผิดชอบต่อผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ และความ
ร่วมมือของบุคลากรทุกระดับต่อคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในองค์กร และไม่ให้เกิด
อุบัติเหตุความเสี่ยงกับบุคลากร ผู้ใช้บริการ ญาติ และผู้มาเยี่ยม ความปลอดภัยเหล่านี้ต้องใช้การ
บริหารการจัดการในการค้นหา การประเมินความรุนแรง การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ และการ
ประเมินผล ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนใน จ. นครสวรรค์ ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพใน โรงพยาบาล
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา จากการประเมินคุณภาพในภาพรวมของจังหวัดซึ่งได้รับรายงานในการ
ประชุมคณะกรรมการคุณภาพของจังหวัด โดยภาพรวมยังไม่ผ่านเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ปัจจัยหนึ่ง
ของการประเมินที่ไม่ผ่านคือ การจัดการความปลอดภัยในโรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละแห่งของ
โรงพยาบาลชุมชน คือ ขั้นตอนปฏิบัติในการบริหารความปลอดภัยที่ขาดการประเมินเชื่อมโยงกิจกรรม
การทบทวนกิจกรรมที่ยังไม่สามารถนำข้อมูลมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของ
คณะกรรมการด้านคุณภาพและ เป็นหัวหน้างานใน โรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของ
โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครสวรรค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

2.2 เพื่อศึกษาระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดนครสวรรค์

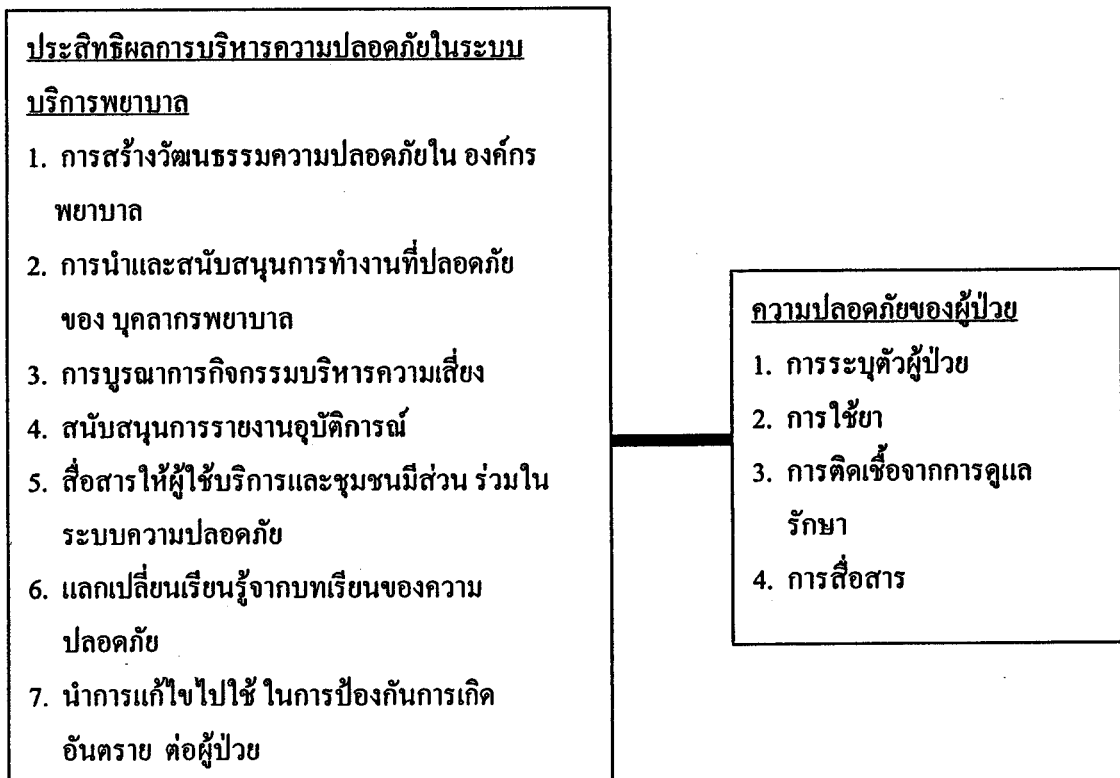
2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบ
บริการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการทางสุขภาพขององค์กร โดยอาศัยการบูรณาการหลักการบริหารแบบธรรมาภิบาล การจัดการความเสี่ยงและการประกันความปลอดภัย ของ Nation Patient Safety Agency, 2004 (อ้างใน วิณา จิระแพทย์ 2550) กับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับประเทศของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย (The Patient Safety Goals 2006)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วย

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive research) ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครสวรรค์ 12 แห่ง จำนวน 577 คน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 230 คน ได้จากการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยวิธีการใช้ตารางสำเร็จรูปของเคร็จซี่ และมอร์แกน (Krejcie R.V.and Morgan D.W.1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น(stratified random sampling) จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถาม ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2550

5.2 ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน มี 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์

ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 7 นำการแก้ไขไปใช้ ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ตัวแปรตาม คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดระดับมี 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)

ด้านที่ 2 การใช้ยา (Medication Safety)

ด้านที่ 3 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection)

ด้านที่ 4 การสื่อสาร (Communication)

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ที่ได้ปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วยความรู้ ความสามารถ และอดุสาหะ ตอบสนองความต้องการของหน่วยงานที่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

6.2 การบริหารความปลอดภัย หมายถึง การควบคุมความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุ หรือการจัดการกับสิ่งที่จะทำให้เกิดอันตรายหรือบาดเจ็บ เพื่อลดจำนวนความรุนแรงของอุบัติเหตุ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะคือ การเตรียมการก่อนการเกิดเหตุ การควบคุมการสูญเสียเมื่อเกิดเหตุ และการบริหารเงินชดใช้ค่าเสียหาย

6.3 การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล หมายถึง กระบวนการจัดการที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาด และการสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาด ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนคือ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล การผสมผสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การสื่อสารให้ผู้ให้บริการ และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนความปลอดภัย การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ให้บริการ

6.4 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลในองค์กรมีความตระหนักมีการแสดงออก ในเรื่องการเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือความไม่ปลอดภัยในการทำงานประจำทุกขณะ โดยบุคคลในองค์กรสามารถเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น และจัดการแก้ไขปัญหามาเพื่อป้องกันไม่ความปลอดภัย

6.5 การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล หมายถึง บุคคลที่ต้องมีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน กระตุ้น และชี้แนะให้บุคคลในองค์กรได้ใช้ความสามารถในการปฏิบัติงานสำเร็จตามเป้าหมาย มีการสื่อสารที่ดี และมีการสนับสนุนผู้ปฏิบัติในการทำงาน มีการทำงานที่ปลอดภัย

6.6 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง หมายถึง การนำบทเรียนที่ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงอื่นๆอย่างรวดเร็วทั่วทั้งองค์กร อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

6.7 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ หมายถึง การที่ผู้บริหารหรือหน่วยงานมีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติมีการรายงานเหตุการณ์ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด และนำไปสู่การกำจัดหรือลดความผิดพลาด ตลอดจนหาแนวทางในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

6.8 สื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย หมายถึงผู้บริหารหรือหน่วยงานมีกระบวนการถ่ายทอดข่าวสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับทราบข่าวสารที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในระบบบริการที่ผู้รับบริการจะได้รับ และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในระบบการดูแลที่ปลอดภัย

6.9 แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย หมายถึงการค้นหาและเรียนรู้ว่าอุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไร อะไรคือสาเหตุ องค์กรพยาบาลจะต้องส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปลอดภัยของผู้ให้บริการ โดยรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องรายงาน ข้อมูลอะไรที่จำเป็นและควรใช้เมื่อใด วิธีการวิเคราะห์ และการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาไม่ความปลอดภัย

6.10 การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หมายถึง การถ่ายโอนบทเรียนที่ได้รับจากอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยไปสู่การวางแผนการแก้ไขปัญหาและนำแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระยะยาวในการปฏิบัติงานบริการที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรและเป็นสิ่งที่บุคลากรในองค์กรปฏิบัติเป็นกิจวัตรขณะทำงาน

6.11 ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patients safety) หมายถึงการปลอดภัยจากอันตรายการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ หรือการกระทำผิด และหรือการละเลยที่จะกระทำในการดูแล ในระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วย

6.12 การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) หมายถึงการยืนยันว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยจริงโดยมีการใช้ข้อมูลอย่างน้อย 2 สิ่งในการบ่งชี้ผู้ป่วยได้แก่ ชื่อสกุล ป้ายระบุชื่อนามสกุลที่อยู่กับตัวผู้ป่วย

6.13 การใช้ยา (Medication Safety) หมายถึงการป้องกันการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรงอย่างครอบคลุม โดยการกำหนดรายการยาที่ต้องระมัดระวังสูง จัดระบบป้องกันอันตรายให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญของยา ตั้งแต่การค้นหา การจัดเก็บ การสั่งใช้ การจัด การจ่าย การเตรียมจนถึงการบริหารยา

6.14 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection) หมายถึงการติดเชื้ออันเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อ หรือพิษของเชื้อโรค(toxins) ขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

6.15 การสื่อสาร (Communication) หมายถึงเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้รับคำสั่งได้รับคำสั่งในการดูแลที่ถูกต้อง

6.16 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จากมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยพยาบาล ที่สภากาชาดพยาบาลรับรอง ที่มีใบประกอบวิชาชีพฯ ที่ยังใช้ประโยชน์ได้โดยไม่ถูกพักใช้หรือเพิกถอนหรือยังไม่หมดอายุ และปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพตามวุฒิการศึกษาดังกล่าวในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-31 กรกฎาคม 2550

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาความรู้ และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการ บริหารความปลอดภัยในการบริการพยาบาล

7.2 สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยในบริการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล

7.3 เป็นแนวทางการดำเนินงานในการบริหารความปลอดภัยในบริการพยาบาลของผู้ป่วยในหน่วยงาน

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังจะเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 แนวคิด
 - 1.3 องค์ประกอบ
 - 1.4 การพัฒนารูปแบบการบริหารความปลอดภัย
 - 1.5 หลักการการบริหารความปลอดภัยในโรงพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.1 ความสำคัญและความหมาย
 - 2.2 แนวคิดเป้าหมายความปลอดภัย
3. โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล

1.1 ความหมายของประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล

เป็นความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับคำหลายคำ ได้แก่ ประสิทธิภาพ การบริหารความปลอดภัย และระบบบริการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาความหมายของคำดังกล่าว ดังนี้ ประสิทธิภาพ หมายถึง การทำงานที่ได้ผล โดยสามารถบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ (ธงชัย สันติวงษ์ 2536:3)

ประสิทธิผล หมายถึง เครื่องตัดสินใจในขั้นสุดท้ายว่า การบริหารองค์กรประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด (ภรณ์ มหามนต์ 2532) ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลผลิตหรือผลการ

ดำเนินงานขององค์กรที่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร (บุญใจ ศรีสถิตนรากร 2550: 3) ประสิทธิภาพ หมายถึง การที่กลุ่มสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ ซึ่งถือว่าเป็นประสิทธิผลของกลุ่ม (Fiedler 1967:9)

ประสิทธิผล หมายถึงการที่ผู้นำได้ใช้ความสามารถในการแยกแยะการบริหารงาน และการใช้ทรัพยากรให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (Steers 1977:55)

สรุป ประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานที่ได้ปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วย ความรู้ ความสามารถ และอุตสาหกรรม ตอบสนองความต้องการของหน่วยงานที่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

การบริหารความปลอดภัย หมายถึง การทำงานภายใต้ระบบงานคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การกำหนดผู้รับผิดชอบ การทราบปัญหาและสถานภาพ การวางแผน การควบคุม การประเมินผล ทั้งนี้ เพื่อนำข้อบกพร่องและความต้องการที่พบเพิ่มเติมไปปรับปรุงแก้ไขในวงรอบการทำงานถัดไป (รายงานสรุปสำหรับผู้บริหาร โครงการศึกษาสำรวจจัดทำแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัยในการคมนาคมทางน้ำ : 3)

การบริหารความปลอดภัย หมายถึง กรรมวิธีเกี่ยวกับการวางแผน (PLANNING) การจัดองค์การ (ORGANIZING) การจัดบุคลากร (STAFFING) การเป็นผู้นำ (LEADING) การควบคุม (CONTROLLING) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของความปลอดภัยที่กำหนดขึ้น โดยความร่วมมือของพนักงานและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (รายงานการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน)

ระบบบริการพยาบาล หมายถึง ระบบที่มุ่งให้การดูแลผู้ใช้บริการเฉพาะแต่ละกลุ่ม ซึ่งการให้บริการรวมถึงการประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการ การวางแผนการพยาบาล การให้การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Sullivan and Decker, 2005 อ้างในพูลสุข หิงคานนท์ 2549: 3-7)

ระบบบริการพยาบาล หมายถึง ระบบที่ทำหน้าที่เพื่อให้เกิดการบริการ คือ การบริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยบุคลากรด้านการพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยป้อนของระบบคือทรัพยากรต่างๆ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ กระบวนการในการบริการ และผลลัพธ์ของการบริการ (พูลสุข หิงคานนท์ 2549: 1-7)

สรุประบบบริการพยาบาลของผู้วิจัย หมายถึง ระบบที่ให้การดูแลผู้ใช้บริการโดยมีการประเมินความต้องการ มีการวางแผน การให้การพยาบาล และการประเมินผลซึ่งในระบบนี้

ต้องครอบคลุมทั้งด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ใช้บริการ โดยมีบุคลากรด้านการพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ

ดังนั้นจึงกล่าวโดยรวมได้ว่าประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล หมายถึง การจัดระบบให้การดูแลผู้ใช้บริการแบบ 4 มิติ ได้แก่ การบริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่ปลอดภัย โดยใช้กระบวนการการวางแผน การจัดองค์กร การจัดบุคลากร การนำ การควบคุมและการประเมินผล เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแลที่ปลอดภัยที่กำหนดไว้ขององค์กร

1.2 แนวคิดการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ

ความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกวัย และการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งมุ่งเน้นให้การจัดการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ แต่จากความซับซ้อนของสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาลและรูปแบบการบริการที่เพิ่มมากขึ้นทำให้การให้บริการสุขภาพในแต่ละวัน ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล และทำให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วย (วิภา จีระแพทย์ 2550: 1) ในอดีตที่ผ่านมาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยไม่ใช่เรื่องใหม่ มีหลักฐานเป็นบทความเรื่องโรคหอบทำว่าเป็นผลสืบเนื่องมาจากความไม่รู้ ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือความผิดพลาดจากการใช้เครื่องมือหรือการวินิจฉัยบางประการของแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ หรือถึงกับเสียชีวิต การค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ให้บริการจะมีจำกัด แต่หากพิจารณามุมมองของผู้รับบริการพบว่าจำนวนการร้องเรียนแพทย์จากการผิดพลาดในการดูแลมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว เมื่อพิจารณาความรุนแรงในมุมมองของผู้รับบริการจะพบว่า ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันสร้างปัญหาให้กับผู้รับบริการไว้ไม่น้อย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงข้อบกพร่องทั้งในด้านการบริการ ค้ำคุณภาพ และทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพที่ขาดองค์รวม ที่สั่นคลอนความเชื่อมั่นของผู้รับบริการในด้านความปลอดภัยของบริการสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 6-7) ในปัจจุบันซึ่งเป็นยุคแห่งการรับรองคุณภาพ ระบบของการรับรองคุณภาพในหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ จำเป็นต้องมีการสร้างระบบการบริหารความปลอดภัยเพื่อรักษามาตรฐาน และยกระดับคุณภาพการบริการที่จัดให้กับผู้รับบริการ ป้องกันปัญหา และควบคุมการสูญเสียจากการให้บริการกับผู้รับบริการ ได้มีแนวคิดการบริหารความปลอดภัยดังนี้

1.2.1 แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล (person approach on the error)

แนวคิดนี้เชื่อว่าการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์มีสาเหตุเริ่มต้นมาจากความบกพร่องด้านกระบวนการทางความรู้สึนึกคิด เช่น การลืม ความไม่เอาใจใส่ การขาดแรงจูงใจ ความสะเพร่า ความละเลย หรือความประมาท ขาดความสามารถ ขาดความรู้ ประสบการณ์การฝึกหัด การแนะนำไม่เพียงพอ ความเข้าใจผิด ขาดความชำนาญ ขาดการสอน งานการฝึกฝน ขาดการชี้แนะ การทำงานร่วมกับผู้อื่นไม่ได้ มีปฏิริยาตอบสนองหรือจดจำได้ช้า และความเครียดทางกายและจิตใจ (Reason J, 2000 : 768-770) เมื่อศึกษาสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบว่ากว่าร้อยละ 80 เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ โดยประเด็นที่พบมากที่สุด คือความล้มเหลวในทางปฏิบัติ ความล้มเหลวในการตัดสินใจ และการส่งตรวจหรือการปรึกษาที่ผิดพลาด (Wilson RM, อ้างในสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล 2546: 13) ดังนั้นในการป้องกันและแก้ไขเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องความผิดพลาดของมนุษย์เป็นประเด็นสำคัญ

ผู้ใช้แนวคิดนี้ในการบริหารความปลอดภัยจึงมุ่งที่ การควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกำหนดกฎระเบียบ การเตือน การควบคุมกำกับ และมาตรการลงโทษที่ทำให้ผู้ทำผิดพลาดเกิดความกลัวต่อผลที่จะเกิดตามมา จึงไม่รายงานอุบัติการณ์ ส่งผลให้ องค์กรขาดโอกาสในการเรียนรู้จากบทเรียนที่เกิดขึ้น มักเกิดขึ้นซ้ำได้อีก แม้ว่าจะปฏิบัติโดยบุคคลคนละคน ทำให้เกิดผลเสียอย่างรุนแรงต่อความสามารถในการออกแบบระบบความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพขององค์กร นอกจากนี้การมองสาเหตุที่บุคคลเท่านั้น ยังจำกัดโอกาสในการมองเห็น (วีณา จิระแพทย์ 2550: 11) นักจิตวิทยาได้อธิบายการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์ จากศาสตร์ด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ (cognitive psychology) และความเข้าใจในปฏิริยาของมนุษย์กับเทคโนโลยีว่าเกี่ยวข้องกับพื้นฐานของกลไกทางความคิด ในระดับของการขาดสติในการกระทำ ไปจนถึงการคิดอย่างมีสติในสิ่งที่กำลังจะทำ โดยจำแนกสาเหตุในระดับการรับรู้ที่นำไปสู่การกระทำที่ไม่ปลอดภัย 2 แบบ (Rasmussen J, อ้างในวีณา จิระแพทย์, 2550: 11)

1) การกระทำที่ไม่ปลอดภัยจากความผิดพลาด (error) มี 2 ประเภทคือ

(1) ความผิดพลาดจากการกระทำที่ไม่ตั้งใจ เป็นการใช้ทักษะที่เกิดขึ้นรวดเร็วและทำเป็นอัตโนมัติ โดยไม่คิดหรือมีสติอยู่กับสิ่งที่กำลังจะทำ พบบ่อยในการปฏิบัติงานประจำที่ทำเป็นเคยชิน หรือมีทักษะและความชำนาญในสิ่งที่ทำงานเป็นอัตโนมัติ ความผิดพลาดในการใช้ทักษะที่จำแนกตามสาเหตุ ได้แก่ การไม่รับรู้เป็นการที่ไม่สามารถจำแนกสัญญาณหรือ

ข่าวสารที่แตกต่างกันได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึง การถูกขัดจังหวะ ไม่มีสมาธิ การหลงลืม และการละเลย

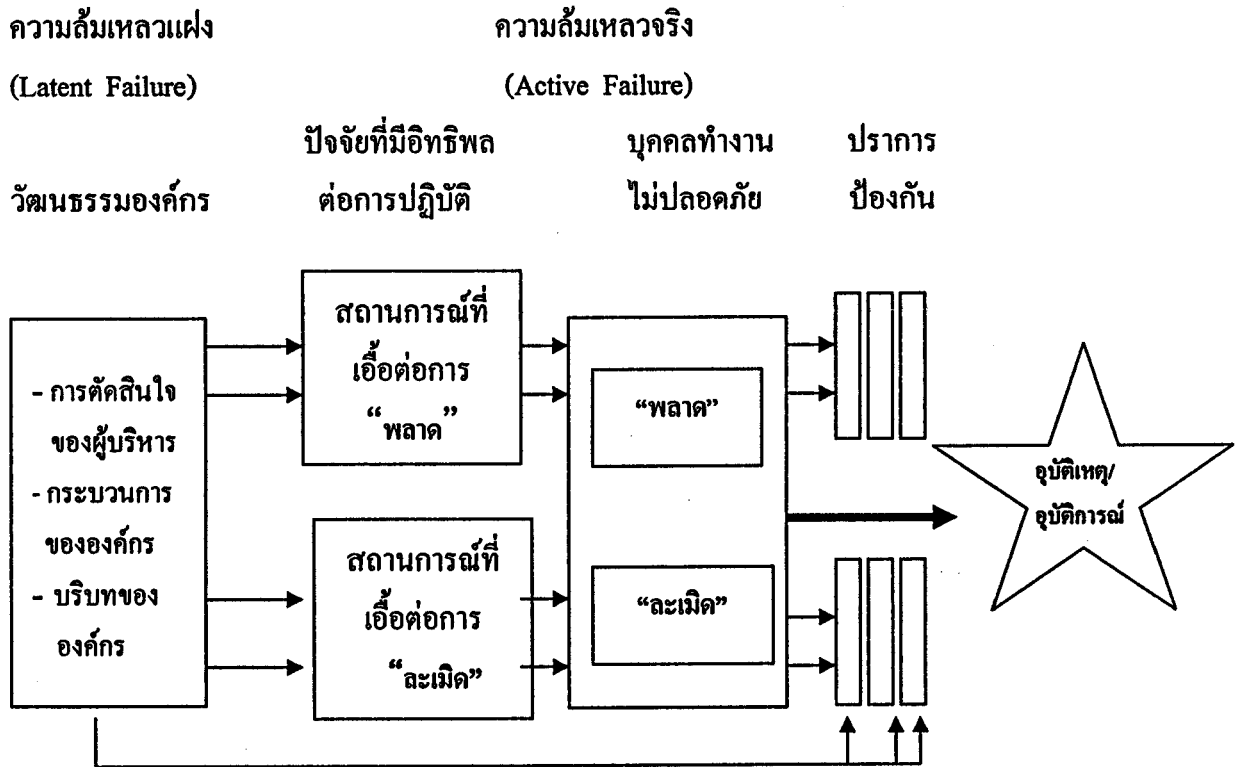
(2) ความผิดพลาดจากการกระทำที่จงใจ ได้แก่ ความผิดพลาดจากการใช้กฎผิดซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่เพื่อนำมาแก้ปัญหาแต่นำไปใช้ไม่ถูกต้อง ความผิดพลาดในการใช้ความรู้เป็นกระบวนการคิดโดยการใช้อรรถ แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จึงนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติที่ผิดพลาดขึ้น

2) การกระทำที่ไม่ปลอดภัยจากการละเมิดกฎระเบียบ เป็นการกระทำที่ไม่ปลอดภัยอย่างจงใจ โดยเกิดจากกลไกความคิดที่เบี่ยงเบนไปจากกฎระเบียบ ข้อตกลง บรรทัดฐานที่ดี และถูกต้องสำหรับการปฏิบัติ เช่นกฎดีแต่ไม่ใช้เนื่องจากไม่ยอมรับหรือยุ่งยากในการนำไปใช้หรือทำล้นขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้เสร็จเร็วขึ้น จนทำให้เกิดอุบัติเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

1.2.2 แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (System approach to error)

การบริหารความปลอดภัยเชิงระบบมีความเชื่อว่ามนุษย์ผิดพลาดได้แม้ว่าจะอยู่ในองค์กรที่มีการจัดการที่ดีที่สุด โดยแนวคิดนี้มองว่าความผิดพลาดของมนุษย์เป็นผลมาจากปัญหาของระบบองค์กรมากกว่าเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความผิดพลาดขึ้น แบบจำลองสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในองค์กรซึ่งอธิบายความเกี่ยวข้องของระบบองค์กรกับการทำงานที่ผิดพลาดของมนุษย์ และการทำหน้าที่ของปราการป้องกันกับการเกิดอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Vincent 2001, อ้างในวิณา จีระแพทย์ 2550: 15) การแก้ไขปัญหาเชิงระบบมีสมมติฐานที่สำคัญคือ “มนุษย์ทำพลาดได้ แม้จะอยู่ในองค์กรที่มีการจัดการที่ดีที่สุด” แนวคิดนี้มองว่าความผิดพลาดเป็นผลลัพธ์มากกว่าที่จะเป็นเหตุ โดยเปรียบเทียบระบบที่ล้มเหลวเสมือนกับดักที่รออยู่ในการทำงาน แนวคิดนี้เชื่อว่าการป้องกันความผิดพลาดไม่ใช้การเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ แต่อาศัยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบของผู้ปฏิบัติงานมากกว่า ระบบที่ว่ามันได้แก่ แนวการป้องกันระบบเตือนภัย และการเฝ้าระวังที่มีอยู่ อาจจะใช้เครื่องมือเทคโนโลยีขั้นสูง บุคลากรผู้เชี่ยวชาญต่างๆ หรือกระบวนการและการจัดการใด ๆ เพื่อป้องกันความสูญเสียจากความผิดพลาดดังกล่าว ช่องโหว่ของระบบต่าง ๆ เกิดจาก ปัจจัยสองอย่างได้แก่ ความล้มเหลวจริง หมายถึง การกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยผู้ให้บริการที่อยู่กับผู้ป่วยโดยตรง เช่น ความพลั้งเผลอ ผิดพลาด ผ่าฝืนระเบียบปฏิบัติ เป็นต้น และความล้มเหลวแฝง มักจะมองเห็นได้ยากกว่าถ้าไม่มีการวิเคราะห์ เป็นจุดอ่อนที่แฝงอยู่ในระบบซึ่งเกิดจากการวางระบบที่ผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ ผู้จัดทำระเบียบขั้นตอนต่าง ๆ ไปจนถึงผู้บริหารระดับสูง ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดได้ เช่น เวลาที่จำกัด จำนวนบุคลากร หรืออุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ ความเหนื่อย การขาดประสบการณ์ เป็นต้น หรืออาจทำให้เกิดจุดอ่อนของระบบการป้องกัน เช่นระเบียบปฏิบัติที่ใช้ปฏิบัติไม่ได้จริง ความล้มเหลวดังกล่าวจะแฝงตัวอยู่ใน

ระบบเป็นเวลานาน เมื่อมีความล้มเหลวจริงเกิดขึ้นจึงรวมตัวกันทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 ในที่สุด ดังแบบจำลองภาพที่ 2.1 (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 14-15)



ภาพที่ 1.2 แบบจำลองลำดับขั้นของการเกิดอุบัติเหตุในองค์กร
 ที่มา สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2546) *Patient Safety Concept and Practice*
 กรุงเทพมหานคร คีไซร์ หน้า 15

แบบจำลองนี้ให้แนวคิดที่สำคัญคือ บุคคลที่ปฏิบัติงานในโครงสร้างองค์กรลักษณะนี้
 คือเป็นผู้รับช่วงต่อ ในลำดับของการเกิดอุบัติเหตุไม่ใช่ผู้เป็นต้นเหตุ ของการทำให้เกิดอุบัติเหตุ
 โดยมีองค์กรเป็นรากเหง้าที่สำคัญของการเกิดและส่งผ่านไปยังการปฏิบัติงานของบุคคล การสร้าง
 แนวปราการป้องกันความผิดพลาดของมนุษย์นั้นยังไม่พอ เพราะยังมีบางส่วนของการทำงานที่ไม่
 ปลอดภัยจากการมีความล้มเหลวแฝง และความล้มเหลวจริงอยู่ในกระบวนการขององค์กร ที่
 สามารถทะลุทะลวงผ่านแนวปราการป้องกันทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เสียหายได้

ความล้มเหลวจริง (Active Failure) คือ การกระทำที่ไม่ปลอดภัยของผู้ให้บริการที่
 เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยหรือระบบ ได้แก่ ความผิดพลาด ความพลั้งเผลอ ความเข้าใจผิด การ

ละเมิดกฎระเบียบปฏิบัติซึ่งปกติจะมีผลกระทบระยะสั้นต่อความมั่นคงของปราการป้องกัน เพราะสังเกตเห็นได้ชัด และได้รับการแก้ไข

ความล้มเหลวแฝง (Latent Failure) คือ สิ่งที่แฝงตัวอยู่ในระบบซึ่งมีผลเสียคือ ทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน เช่น ความกดดันที่ต้องทำงานแข่งกับเวลา การมีอัตรากำลังน้อยกว่าภาระงาน ความขาดแคลนหรือการขาดการบำรุงรักษาเครื่องมือ ความอ่อนล้า และการขาดประสบการณ์เป็นต้น นอกจากนี้ความล้มเหลวแฝง ยังสร้างช่องโหว่ หรือทำให้เกิดจุดอ่อนในระบบป้องกัน ซึ่งจะคงอยู่เป็นเวลานาน เช่น ตัวชี้วัดที่เชื่อถือไม่ได้ กระบวนการทำงานที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ แบบหรือโครงสร้างความปลอดภัยที่บกพร่อง นโยบายที่เน้นการลงโทษเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

เมื่อความล้มเหลวจริงเกิดขึ้น ความล้มเหลวแฝงจะร่วมสร้างโอกาสของการเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้นแนวคิดการบริหารความปลอดภัยเชิงรุก จึงต้องเน้นที่การค้นหา การจัดการกับความล้มเหลวแฝง การออกแบบแนวปราการป้องกันความผิดพลาดหลายๆชั้น เช่น นโยบาย แนวทางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย การฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ การออกแบบสภาพแวดล้อมและเครื่องมือแพทย์ที่สะดวกในการทำงานเป็นต้น (วีณา จีระแพทย์ 2550: 18)

1.2.3 การจัดการให้ปลอดภัยในแนวคิดของ Nolan TW

แนวคิดของ Nolan TW (อ้างในสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 17) เป็นแนวคิดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงยึดหลักว่า เราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ที่กระทำความผิดพลาดได้แต่เราสามารถออกแบบระบบที่ลดความผิดพลาดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญดังนี้

1. การจัดระบบที่ป้องกันความผิดพลาด เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ ระบุการจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ การใช้ Care Map ในการสั่งการรักษาโรคที่มีรายละเอียดมาก เป็นต้น

2. การจัดหาวิธีค้นหาความผิดพลาดเหล่านั้น ให้ปรากฏเพื่อที่จะได้หยุดความผิดพลาดนั้น เช่น การตรวจซ้ำในเรื่องชนิด ขนาดของยาอันตรายที่จะให้ผู้ป่วย การรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดโดยยังไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย การทบทวนการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

3. การจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายแม้ความผิดพลาดดังกล่าว ไม่สามารถหยุดได้ จนทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การเตรียม antidote ให้พร้อมใช้หากมีการให้ยาอันตราย ผิดพลาด การเตรียมพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย เป็นต้น

การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องอาศัยความเข้าใจถึงลักษณะ และสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ หรือสาเหตุไม่พึงประสงค์จึงจะนำไปสู่วิธีการป้องกันและการแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ การค้นหาความเสี่ยงโดยการรายงานอุบัติการณ์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดที่ยังไม่เกิดความเสียหาย หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการรายงานคือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ เผื่อระวังอันตรายที่อาจจะเกิด และติดตามผลของการป้องกันภัยที่โรงพยาบาลได้จัดทำไว้ หากระบบรายงานดังกล่าวได้รับการส่งต่อไปภายนอกให้โรงพยาบาลอื่นได้เรียนรู้ก็ยิ่งเป็นประโยชน์ในการเตือนโรงพยาบาลอื่นถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และค้นหาวิธีป้องกัน สามารถเผื่อระวังวิเคราะห์ผลของมาตรการเหล่านั้น เพื่อขยายผลไปโรงพยาบาลอื่นต่อไป (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 18)

1.3 องค์ประกอบของกระบวนการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล

การสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการพยาบาลให้สำเร็จต้องอาศัยการบูรณาการ หลักการบริหารแบบธรรมาภิบาล การจัดการความเสี่ยง และการประกันความปลอดภัย โดยมีองค์ประกอบของวิธีการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน (Nation Patient Safety Agency, 2004 อ้างในวิณา จีระแพทย์) ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล
 - ขั้นตอนที่ 2 มีผู้นำและผู้สนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
 - ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง
 - ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์
 - ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย
 - ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย
 - ขั้นตอนที่ 7 นำการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล โดยการมีแบบแผนความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ บรรทัดฐาน ข้อตกลงเบื้องต้นที่เข้าใจกันโดยไม่ต้องพูด และกระบวนการที่ยึดถือมีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะมีพฤติกรรม และการทำงานร่วมกันอิทธิพลของวัฒนธรรมองค์กรจะคงอยู่ แม้ว่ามันทีมและบุคลากรเปลี่ยนไป ดังนั้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรให้เกิดขึ้นจึงเป็นวิธีที่จะช่วยให้ความปลอดภัยบรรลุความสำเร็จอย่างยั่งยืน

ความหมายวัฒนธรรม ในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง พฤติกรรมและสิ่งที่คนในหมู่ผลิต สร้างขึ้นด้วยกันเรียนรู้จากกันและกัน และร่วมใจอยู่ในหมู่พวกเขาของคน

วัฒนธรรมความปลอดภัย (Institute of Healthcare Improvement) เป็นสถานะที่ทุกคนลงมือทำในสิ่งที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัย ใครไม่ทำจะถูกตำหนิ มีแรงกดดันมาจากทุกทิศทาง ไม่มีช่องให้ใครบอกว่าความปลอดภัยไม่ใช่หน้าที่ของฉัน ผู้นำต้องแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่แบ่งปันข้อมูลเรื่องความปลอดภัย สนับสนุนทรัพยากร และการประเมินบรรยากาศของความปลอดภัยเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์”(ชาตรี บานชื่น 2549)

วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง ความเชื่อและพฤติกรรมของบุคคลในองค์กรที่แสดงออกในเรื่องการป้องกันความเสี่ยงในงานประจำทุกที่ ทุกเวลา เมื่อบุคคลใดเห็นสิ่งที่ตนเองกระทำอยู่มีความเสี่ยงจะต้องหยุดคิด หยุดทำทันที อีกทั้งไม่มีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการทำงานที่รวดเร็วเร่งรีบโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย (สมพร เจษฎาญาณเมธา 2550)

วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง การที่บุคลากรภายในองค์กรมีความตระหนัก เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่มีแนวโน้มว่าจะก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย โดยบุคลากรและองค์กรสามารถระบุมความผิดพลาด เรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น และจัดการกระทำเพื่อการแก้ไขที่ถูกต้อง (วิภา จีระแพทย์ 2550: 24)

วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ขององค์กรที่ใช้ “ระบบ” เป็นตัวขับเคลื่อน โดยมีเป้าหมายคือมุ่งสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เช่นเดียวกับเป้าหมายที่มุ่งในด้านผลผลิต หัวใจสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยก็คือ ทุกคนในองค์กรตระหนักและรู้ว่ามนุษย์ทุกคนมีข้อจำกัดในตนเอง ความผิดพลาดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้และห้ามไม่ให้เกิดขึ้นไม่ได้ แต่ลดได้ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่มุ่งเน้นการลงโทษที่ตัวบุคคล แต่ให้ถือว่า ความผิดพลาดเกิดจาก “ระบบ” ที่สมาชิกวางไว้ไม่ดีพอ (สมรมาศ กันเงิน 2548)

สรุปวัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลในองค์กรมีความตระหนักมีการแสดงออก ในเรื่องการเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือความไม่ปลอดภัยในการทำงานประจำทุกขณะ โดยบุคคลในองค์กรสามารถเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น และจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันไม่ความปลอดภัย

การสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้มีการปฏิบัติโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ จะนำไปสู่การสร้างระบบประกันคุณภาพ การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและระบบบริหารความเสี่ยงซึ่งเป็นเนื้องานสำคัญของการทำโรงพยาบาลคุณภาพได้อย่างเหมาะสม เพราะระบบบริหารความเสี่ยงที่ตั้งอยู่บนฐานวัฒนธรรมการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ จะสามารถเอื้อให้เกิดการรายงาน การจดบันทึก และนำบันทึกนั้นไปใช้มีการพบปะพูดคุยกันระหว่างหน่วยงาน หรือระหว่างวิชาชีพในการป้องกันการปฏิบัติที่ผิดพลาด ซึ่งเมื่อระบบเดินได้แล้ว จะพบว่ามีความผิดพลาดจำนวนหนึ่งที่มีได้เกิดจากบุคลากร แต่เกิดจาก

ระบบงาน และโครงการที่ซับซ้อนมากขึ้นไป (อนูวัฒน์ สุภชุตินกุล และคณะ 2544) องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจะมีลักษณะที่ไม่เน้นการลงโทษ มุ่งเน้นที่ระบบและกระบวนการ มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง มีการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างอิสระ ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงและลงมือทำ เน้นกิจกรรมที่ระดับปฏิบัติ ขับเคลื่อนโดยผู้นำ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 66) จากระบบการจัดการความปลอดภัยใช้แนวคิดพื้นฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ความผิดพลาดในผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงกับระบบที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ขณะปฏิบัติงาน ดังนั้นการสรุปทเรียนความผิดพลาดที่ได้จากข้อมูลตรงของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ จะทำให้เกิดความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ว่ามีอะไรผิดพลาดในระบบมากกว่าการคาดการณ์จากบุคคลอื่น เพราะบทเรียนที่ถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและสวัสดิภาพของบุคลากรที่ให้บริการ (วิณา จีระแพทย์ 2550 :26) ขั้นตอนในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยมีดังนี้

1. ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เปิดเผยและเป็นธรรมในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุโดยการ

- 1) จัดทำช่องทางที่ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุมีอิสระในการพูด เปิดเผยสิ่งที่เกิดขึ้นกับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา
- 2) สร้างบรรยากาศในการรายงาน โดยไม่มีการตำหนิหรือมุ่งเน้นการลงโทษ แต่ใช้การรับฟังอย่างเป็นมิตรร่วมกันปรึกษาปัญหา และแก้ไขป้องกันการเกิดซ้ำ
- 3) ใช้รูปแบบการดำเนินงานที่เป็นธรรมกับบุคลากรเมื่อมีอุบัติเหตุ ทั้งนี้หากพบว่าเป็นอุบัติเหตุของการละเมิด ผู้ที่เกี่ยวข้องยังคงต้องรับผิดชอบต่อการกระทำที่เกิดขึ้น
- 4) ดำเนินการให้แน่ใจว่าองค์กรได้เรียนรู้บทเรียนที่เกิดขึ้น

2. แสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญในลำดับแรก และให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม โดยผู้บริหารองค์กรมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจกับบุคลากร และเสริมสร้างการสื่อสารสองทางภายในทีมพยาบาลเกี่ยวกับสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร ระบบการจัดการความผิดพลาดและอุบัติเหตุ ประโยชน์ของรายงานอุบัติเหตุ ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย

3. สนับสนุนให้ผู้รับบริการร่วมรับผิดชอบในกระบวนการดูแลที่ปลอดภัย

4. ผสานกระบวนการจัดการความเสี่ยงและประเมินองค์กรในเรื่องความเสี่ยงต่อความผิดพลาดและอุบัติเหตุ ทัวทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ โดยประเมินให้ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านคลินิก หัตถการ กระบวนการ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

5. รายงานอุบัติการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย และข้อบ่งชี้แนวโน้มของการบริหารความเสี่ยง ตลอดจนให้ความสนใจกับการรายงานอุบัติการณ์ และการตัดสินใจที่จะนำไปใช้ในการทำให้เกิดความปลอดภัย

6. ให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวร่วมรับรู้อุบัติการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตน โดยอธิบายการตอบสนองขององค์กรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และการนำบทเรียนที่ได้รับไปใช้ในการป้องกันการเกิดซ้ำ

7. ให้การรับรองผลการสืบสวนอุบัติการณ์ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการเรียนรู้ และพัฒนาระบบ

8. เสริมสร้างระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยงการใช้วิธีที่ต้องพึ่งพาความจำ และการปฏิบัติงานที่ต้องขึ้นกับความรอบคอบของบุคคลเป็นหลัก

หลักความปลอดภัยสามารถช่วยให้วัฒนธรรมความปลอดภัยสำเร็จลุล่วงได้มีดังนี้ (สมพร เจริญญาณเมธา 2550)

1. ความปลอดภัย เป็นค่านิยม (core value) ที่ต้องปลูกฝังเข้าไปอยู่ในชีวิตจิตใจของมนุษย์มากกว่าต้องการเหนือสิ่งอื่นใด

2. สร้างความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมความปลอดภัยให้กับบุคลากร หากพบว่าใครบางคนต้องหยุดกิจกรรมบางอย่างเพราะเห็นว่าไม่ปลอดภัย เพื่อนร่วมงานและหัวหน้าไม่ควรที่คู่คู้ว่ากล่าว แต่สมควรที่จะยกย่องชมเชย (ไม่เน้นให้งานเสร็จเร็วภายใต้ความเสี่ยง)

3. ผู้จัดการ หัวหน้างาน ผู้ตรวจการควรติดตาม ประเมิน ดูพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และมีการ Feedback ให้กับบุคลากรที่พฤติกรรมทำงานที่เสี่ยง

4. ผู้บริหารระดับสูงควรยกย่อง และยกระดับให้กับหัวหน้างานหรือผู้ตรวจการที่แสดงให้เห็นถึงการร่วมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้กับลูกน้อง ส่วนหัวหน้าที่ไม่มีส่วนร่วมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยควรขจัดออก (Eliminate) ทั้งนี้เพราะลูกน้องก็เฝ้ามองพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยของหัวหน้าอยู่เช่นกัน

5. การฝึกฝนเรื่องพฤติกรรมที่ปลอดภัยทั้งที่อยู่ในเวลางาน และนอกเวลางาน เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยการให้ความรู้อย่างเฉียวไม่พอ ต้องมีการฝึกทักษะ บนพื้นฐานของความสามารถ และเหมาะสมของแต่ละบุคคล และคัดเลือกคนให้เหมาะสมกับงาน ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการสร้างโอกาสเสี่ยงให้กับบุคลากรเพื่อนร่วมงาน และองค์กร

6. บ่อยครั้งที่พบว่าคนมักทำงานตามความเคยชินที่เคยปฏิบัติต่อ ๆ กันมา จากการศึกษาเรื่องปลอดภัยขององค์กรบินพบว่า ความผิดพลาดมักเกิดจากมนุษย์ถึงร้อยละ 80 และจะเกิดขึ้นในงานประจำมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการหลงลืม หรือ มีการ distraction ขณะทำงาน เช่น

บางครั้งคุณกำลังพูดอะไรซักอย่างอยู่กับใคร แต่กลับนึกไม่ออก หรือเดินไปที่ผู้เขียนแล้วแต่ก็ไม่ได้ ออกว่าจะหยิบอะไรต้องกลับไปตั้งค้นกันใหม่ หรือโทรศัพท์ที่เคยพกพาอยู่ทุกวันก็ยังไม่ได้ออกมา ดังนั้น การสร้างระบบเตือนความจำก็จะเพิ่มความปลอดภัยให้กับตัวคุณเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะระบบช่วยเตือน ช่วยจำในสิ่งที่เป็นอันตรายก่อนการทำงานและคุณต้องสร้างเรื่องความปลอดภัยเข้าอยู่ในใจคุณทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

ขั้นตอนที่ 2 มีผู้นำและผู้สนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปัจจัยสำคัญคือ การมีผู้บริหารระดับสูงขององค์กรและผู้นำในทุกหน่วยงาน และแผนกมีวิสัยทัศน์ นโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ สามารถแสดงให้เห็นแนวทางการนำนโยบายไปใช้ มีการสื่อสารและให้ข้อมูลย้อนกลับ ที่สร้างความตระหนักในสถานะความปลอดภัยในการจัดบริการขององค์กรให้แก่บุคลากร (วีณา จิระแพทย์ 2550)

ผู้นำ หมายถึง ผู้ที่สามารถชักจูงโน้มน้าวหรือใช้อิทธิพลให้ผู้อื่นหรือผู้ใต้บังคับบัญชา ปฏิบัติงานได้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ขององค์กร ทั้งนี้โดยอาศัยทักษะสำคัญต่างๆ อาทิ การจูงใจ การติดต่อสื่อสาร ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำงานเป็นทีม และการตัดสินใจเป็นต้น (ราณี อธิชัยกุล 2547:209)

ผู้นำ หมายถึง บุคคลที่สามารถโน้มน้าวผู้ตามหรือสมาชิกกลุ่มให้กระทำตามที่ตนปรารถนา และบรรลุสำเร็จตามเป้าหมาย ภาวะผู้นำเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่เป็นผู้นำที่ดีหรือเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพสามารถ โน้มน้าวผู้ตามหรือผู้ใต้บังคับบัญชา หรือสมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือกับผู้นำในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550: 286)

ผู้นำ หมายถึง บุคคลที่สามารถชักจูงหรือชี้นำบุคคลอื่นให้ปฏิบัติงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 39)

การนำ เป็นการกระตุ้นให้บุคคลในองค์กรได้ใช้ความสามารถในการปฏิบัติงานทั้งในบุคคลและกลุ่ม ซึ่งผู้บริหารจะต้องมีภาวะผู้นำ สร้างแรงจูงใจ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัย (Koontz and Wehrich,1988; Marquis and Huston,2003 อ้างใน พูลสุข หิงคานนท์ 2549:3-11)

การนำ เป็นการใช้อิทธิพลและความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ตามในการชี้เป้าหมาย ชักจูง กระตุ้น และเปลี่ยนแปลงผู้ใต้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติอย่างเต็มความสามารถ ด้วยความเต็มใจ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์แก่องค์กรอย่างเต็มที่ (รัชณี นามจันทร์ และวรรณิ บุญช่วยเหลือ 2550: 9)

ผู้บริหารองค์กรจะทำหน้าที่ในการนำ ชี้นำ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อความริเริ่มของกลุ่ม เกิดผลงานตามเป้าหมาย คุณลักษณะผู้นำที่เป็นผู้บริหารต้องมี คือมีความสามารถคิด

ได้ไกล มีโลกทัศน์กว้างและมองสู่นาคต ทราบทิศทางในอนาคตจากผลการตัดสินใจในปัจจุบัน มุ่งเน้นคุณค่าและแรงจูงใจไว้ต่อสถานการณ์ เข้าใจเหตุการณ์ได้ด้วยความรู้สึกรู้จักจากการสังเกตและ ประสบการณ์ตรง (ฟารีดา อิบราฮิม 2542:21)

สรุปผู้นำหมายถึง บุคคลที่ต้องมีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน กระตุ้น และชี้แนะให้บุคคลในองค์กรได้ใช้ความสามารถในการปฏิบัติงานสำเร็จตามเป้าหมาย มีการสื่อสารที่ดี และมีการสนับสนุนผู้ปฏิบัติในการทำงาน

แนวทางการนำและการสนับสนุนบุคลากรในการสร้างความปลอดภัย (วิณา จีระแพทย์ 2550: 30) มีดังนี้

1. ผู้บริหารแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ต้องให้ความสนใจทั่วทั้งองค์กร อย่างสม่ำเสมอ
2. มีการพบปะกันระหว่างผู้นำกับบุคลากรและผู้ป่วยเพื่อหารือประเด็นความปลอดภัยที่เกิดขึ้น
3. สร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการ พัฒนาความปลอดภัยในการจัดระบบบริการ
4. จัดให้มีการสนทนาเกี่ยวกับประเด็นความปลอดภัยในองค์กรก่อนเริ่มการ ปฏิบัติงานประจำ ขณะส่งเวรเพื่อฝึกการรายงานอุบัติการณ์ วิธีจัดการความปลอดภัย และสร้าง จริยธรรมในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับบุคลากร ติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อสิ้นสุดการทำงาน
5. ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของความคิดเห็นที่ได้รับเพื่อให้ บุคลากรเห็นประโยชน์ของการเสนอความเห็น
6. มีคณะกรรมการบริหารเป็นผู้ดูแลการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย
7. จัดการประกวดหน่วยงานดีเด่นด้านการจัดบริการที่ปลอดภัย เพื่อให้เกิดความ มั่นใจว่าบุคลากรปฏิบัติตามระบบการจัดการความเสี่ยงขณะทำงานตลอดเวลา
8. สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
9. สร้างกระบวนการเรียนรู้และนำบทเรียนความปลอดภัยไปใช้ในการปฏิบัติงาน คิดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ในองค์กร (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2543:2) โดยความเสี่ยงจะแทรกอยู่ในทุกขณะของการปฏิบัติงาน ประเภทความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

1. ความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการ เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวกับอันตรายต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจที่คุกคามทำให้กลัว อับอาย สับสน ด้านสังคมได้แก่การละเมิดสิทธิผู้ป่วย และด้านจิตวิญญาณที่ทำให้ผู้รับบริการสูญเสียความเชื่อ รู้สึกไม่ปลอดภัย

2. ความเสี่ยงต่อองค์กร เกี่ยวกับชื่อเสียงในชุมชนที่ใช้บริการ รายได้พึงได้รับ การสูญเสียทรัพย์สินจากการขาดการบำรุงรักษา และการเสียหายากรบุคคลที่มีคุณภาพ

การบูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับการสร้างความปลอดภัย เป็นการนำบทเรียนที่ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงอื่นๆอย่างรวดเร็วทั่วทั้งองค์กร อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในการทำงานกิจกรรมสำคัญ 4 ประเภทดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2543:10)

1. การค้นหาความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดความสูญเสียต่อผู้ใช้บริการและองค์กร โดยการค้นหาจากข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล อาจใช้การสัมภาษณ์บุคลากร ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับประเด็นและประสบการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงในองค์กร การเรียนรู้จากรายงานอุบัติการณ์ที่ครอบคลุมทุกแผนก และการเรียนรู้จากความผิดพลาดขององค์กรอื่น

2. การประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิดความเสี่ยง ทั้งในระดับหน่วยงานและแผนกเพื่อการควบคุมและแก้ปัญหา ในระดับโรงพยาบาลมีการจัดการตามข้อร้องเรียนและจัดเก็บข้อมูลความเสี่ยงที่พบไว้ในระบบสารสนเทศ เพื่อการจัดการความเสี่ยง

3. การจัดการกับความเสี่ยง ได้แก่ การป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากบุคคลและอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม ด้อยคุณภาพ การถ่ายโอนความเสี่ยงให้กับองค์กรอื่นเพื่อเพิ่มความคุ้มทุนในการบริหารหรือเมื่อเกินความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วย การป้องกันความเสี่ยงโดยใช้แนวปฏิบัติ ระเบียบการกำกับ การปฏิบัติงาน การให้ความรู้ที่ทันสมัยแก่บุคลากรทางสุขภาพ และการบำรุงรักษาอุปกรณ์ การแพทย์ การลดความสูญเสียเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น โดยการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาแสดงความเอาใจใส่ รับผิดชอบ และสื่อสารอย่างจริงใจกับผู้เสียหายและครอบครัว ตลอดจนจัดให้มีระบบสำรองทรัพย์สินขององค์กรที่รัดกุมสำหรับการจ่ายค่าชดเชย การชดเชยความเสียหายที่เกิดจากอุบัติการณ์ โดยองค์กรเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง หรือการโอนความรับผิดชอบให้กับบริษัทประกัน ในประเทศไทยมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีเจตนารมณ์ที่

จัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ แต่การบริการบางครั้งอาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการ ดังนั้นจึงมีการกำหนดให้มีการช่วยเหลือเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายโดยใช้พระราชบัญญัติมาตรา 41 ชดเชยในกรณีที่ใช้บริการที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพของรัฐมีความพิการ หรือเสียชีวิตจากการดูแลรักษา(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2550: 193)

4. การประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง กับดัชนีความปลอดภัยขององค์กรที่มุ่งลดและบรรเทาการเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ความสูญเสียขององค์กรจากการถูกร้องเรียน ฟ้องร้องทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการให้บริการทางคลินิก บุคลากรถูกฟ้องร้องและการสูญเสียทางการเงินใน

การบริหารความปลอดภัยเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการประกันคุณภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถลดความเสี่ยงต่างๆ ลงได้ในปัจจุบันการบริหารความเสี่ยงมีขอบเขตที่ขยายกว้างขึ้น และครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ (อนุวัฒน์ สุภชติกุล 2545) ได้แก่ การส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลในมาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่จะต้องมีการบริหารความเสี่ยงในการให้บริการ (มาตรฐานวิชาชีพพยาบาล 2544) ลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และผู้ให้บริการ การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การสร้างความตื่นตัวแก่ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติในการค้นหา ฝ้าระวัง และจัดการเพื่อควบคุม ป้องกันความเสี่ยง ลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากความบกพร่องที่อาจเกิดขึ้น และสร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อโรงพยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพ

ข้อมูลที่ได้รับจากกระบวนการบริหารความเสี่ยง จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการออกแบบโครงการที่ต้องการการปรับปรุง และการจัดการความปลอดภัยใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพ การบริหารความเสี่ยงเกิดจากการปรับกลยุทธ์ในทางธุรกิจเข้ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพ ถือเป็นความรับผิดชอบที่จะป้องกันความสูญเสีย และควบคุมความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยวิเคราะห์ ประเมินผล และวางแผน เพื่อลดความรุนแรงหรือความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย การสอบสวน การให้ความรู้ และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านความปลอดภัย ทั้งนี้ต้องอาศัยการทำงานร่วมกัน ที่สำคัญต้องได้รับนโยบาย การสนับสนุนและส่งเสริมจากผู้บริหารสูงสุด กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงที่จะกระทำ (ฟาริดา อิบราฮิม 2542: 161-162) ได้แก่

1. การกำหนดลักษณะความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บหรือการสูญเสีย กำหนดปัญหา และแจ้งให้ทราบทั่วทั้งองค์กรเพื่อร่วมกันป้องกัน
2. ทบทวนระบบการดำเนินการเมื่อเกิดความเสี่ยง เช่นการรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบ การร้องเรียน การออกแบบสอบถาม ประเมินความครบถ้วน และหาวิธีปฏิบัติเพิ่มเติมให้ได้ข้อเท็จจริงที่จำเป็น เพื่อนำมาใช้ในการควบคุมความเสี่ยง
3. วิเคราะห์ความถี่ ความรุนแรง สาเหตุโดยทั่วไป และเฉพาะเจาะจงซึ่งมีผลให้เกิดการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย วางแผนกลยุทธ์จัดการความเสี่ยง และคาดคะเนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้
4. ทบทวน ประเมินปัจจัยด้านความปลอดภัยและด้านความเสี่ยง เพื่อหาแนวทางแก้ไข
5. กำหนด กฎระเบียบ แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย และให้การดูแลผู้ป่วย
6. ขจัดและลดความเสี่ยงให้มากที่สุด
7. ทบทวนกิจกรรมของคณะกรรมการอื่น ๆ เพื่อกำหนดให้ข้อปฏิบัติในการป้องกัน และการแก้ไข เช่นคณะกรรมการประกันคุณภาพ กรรมการควบคุมการติดเชื้อ กรรมการดูแลความปลอดภัยด้านยา และกรรมการสิ่งแวดล้อม
8. กำหนดความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ความจำเป็นในการจัดอบรม เจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกัน และคุ้มครองความปลอดภัย
9. ประเมินผลโครงการบริหารความเสี่ยง
10. รายงานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นระยะๆ

ผลของการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงดังกล่าว จะได้ผลเพียงใดขึ้นอยู่กับ การประสานเชื่อมโยงกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการตั้งแต่การ ค้นหาความเสี่ยงเพื่อกำหนดปัญหา และต้องมีการแจ้งให้ทราบทั่วกัน มีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงโดยการประเมินความถี่ ความรุนแรงของความเสี่ยงเพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญในการ แก้ปัญหา และทบทวนระบบการดำเนินงานเมื่อเกิดความเสี่ยง เช่น การรายงานเหตุการณ์ เพื่อให้ ทราบสาเหตุ และแนวโน้ม มีการจัดการกับความเสี่ยง โดยการดำเนินแก้ไขและป้องกันการเกิด ความเสี่ยงซ้ำ และในขั้นตอนสุดท้าย คือ มีการประเมินผลของการจัดการความเสี่ยงโดยการติดตาม ผลการดำเนินการ และผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์

การรายงานสิ่งผิดพลาดที่เกิดขึ้น เป็นข้อมูลพื้นฐานจำเป็นสำหรับการสร้างระบบบริการพยาบาลที่ปลอดภัยสำหรับผู้ให้บริการ โดยมีกิจกรรมสำคัญ 3 ประการคือ

1. สนับสนุนบุคลากรพยาบาลทุกคน ในรายงานปัญหาที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ให้บริการ
2. ติดตามและเทียบเคียงสถิติการเกิดอุบัติการณ์ และวิธีการจัดการกับอุบัติการณ์ขององค์กร กับองค์กรอื่น
3. ตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากการเกิดอุบัติการณ์ และวางแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในทุกกรณีการตาย ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ของความไม่ปลอดภัย

อุปสรรคในการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร เกี่ยวข้องกับความรู้สึกล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ บางคนรู้สึกรับไม่ได้กับที่ต้องรับรู้ และเรียนรู้ในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความกลัวที่ต้องถูกกล่าวโทษ กลัวว่ารายงานจะไม่เป็นความลับเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้อง กลัวถูกลงโทษทางกฎหมายและทางวินัย มองไม่เห็นประโยชน์ของการรายงาน ขาดแหล่งสนับสนุนการรายงานที่ทำให้รู้สึกมั่นคงปลอดภัย ที่มีความสะดวกในการรายงาน ตลอดจนความรู้สึกที่ว่า “ไม่ใช่หน้าที่ของฉันที่ต้องรายงาน” หากพบอุบัติการณ์ที่ตนไม่ได้ทำ การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ จึงต้องจัดทำระบบเข้าถึงและรายงานที่ได้ ใช้นเวลาน้อย มีแบบฟอร์มการรายงานที่ใช้ได้ทุกอุบัติการณ์ ครอบคลุมข้อมูลจำเป็นสำหรับการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีระบบรักษาความลับ เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ โดยใช้แนวคิดในการมองกันในแง่ดี (วีณา จีระแพทย์ 2550:30) สิ่งสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์นั้นควรเริ่มต้นด้วยการที่ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่รู้สึกลัวถูกคุกคาม และควรทำให้เกิดบรรยากาศของความไว้วางใจภายในก่อน เพื่อให้บุคลากรมีความกล้าที่จะรายงานในเรื่องที่เป็นอุบัติการณ์ และทำให้เห็นเป็นรูปธรรมว่าการรายงานนั้นส่งผลให้เกิดความพยายามในการปรับปรุงระบบ เพื่อป้องกันมากกว่าการกล่าวโทษกันและกัน หรือการหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ โดยยึดหลักสำคัญคือ จะต้องมีการรับรู้เท่าที่จำเป็น จะต้องสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับ ระบบรายงานอุบัติการณ์ที่ดีจะสร้างความเสี่ยงต่าง ๆ ถูกมาบันทึกเข้าระบบ สามารถนำมาคำนวณอัตราการเกิดอุบัติการณ์ได้ และจะช่วยให้สามารถประเมินได้ว่า ระดับความเสี่ยงลดลง หรือยังคงเดิม (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล 2544)

การรายงานอุบัติการณ์ หรือการรายงานเหตุการณ์เป็นวิธีการหนึ่งในขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด และนำไปสู่การกำจัดหรือลดความผิดพลาด ตลอดจนหาแนวทางในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยมี

เป้าหมายสำคัญ คือการรับรู้เหตุการณ์ทั้งหมด และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นในอนาคต เนื่องจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น รายงานอุบัติการณ์จึงเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ทราบแนวโน้ม ของปัญหา ซึ่งประเด็นสำคัญอยู่ที่การกระทำให้ทุกคนตระหนักว่า การรายงานทำให้รู้สถานการณ์ของ ตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ รู้ว่างานของตนมีความเสี่ยงอะไร รู้มาตรการป้องกันเกิดความตื่นตัว ที่จะรับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้น และทำงานด้วยความระมัดระวัง (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล 2543) นอกจากนี้ การรายงานอุบัติการณ์ยังช่วยในการประเมินขนาดของปัญหา ซึ่งให้เห็นถึงอัตราการเกิดอุบัติการณ์ ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงแนวทางการแก้ปัญหา และข้อมูลที่รวบรวมได้สามารถนำมาวิเคราะห์สาเหตุ ของการเกิดอุบัติการณ์ และช่วยในการวัดประสิทธิผลว่ามาตรการในการแก้ไขปัญหาใช้ได้ผล หรือไม่ (จิตรพรรณ ภูภักดีภพ 2542) สอดคล้องกับจงจิตต์ คณากุล และสุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย (2545) ซึ่งได้อธิบายถึงการรายงานเหตุการณ์ หรือรายงานอุบัติการณ์ที่โรงพยาบาลศิริราชได้ ดำเนินการโดยสร้างประกาศใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ และได้มีการดำเนินการต่อเนื่อง ในลักษณะการพัฒนา และสร้างไว้ซึ่งคุณภาพของระบบโดยมีการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่พบบ่อย หรือ มีผลกระทบรุนแรง นำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง และนำแนวทางป้องกันความเสียหายไป ดำเนินการ ส่งผลให้สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็น และสามารถบ่งชี้ได้ ว่าการรายงานอุบัติการณ์ช่วยในการนำไปสู่การพัฒนา และเป็นประโยชน์อย่างมากต่อหน่วยงานที่ รายงาน

ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย

จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายของการสื่อสาร ว่าหมายถึง การนำถ้อยคำหรือข้อความหรือหนังสือ เป็นต้น ของฝ่ายหนึ่งส่งให้อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีสื่อนำไป (อ้างในจิตตภา สุขพลา 2548:2)

การสื่อสาร หมายถึงกระบวนการของการถ่ายทอดสารจากบุคคลฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่า ผู้ส่งสาร ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่าผู้รับสาร โดยผ่านสื่อ (ประมะ สตะเวทิน อ้างในจิตตภา สุขพลา 2548:2)

การสื่อสาร หมายถึงการนำเรื่องราวต่างๆที่เป็นข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น หรือความรู้สึก โดยอาศัยเครื่องนำไปโดยวิธีใดวิธีหนึ่งให้ไปถึงจุดหมายปลายทางที่ต้องการจนทำให้เกิดการ กำหนดรู้ความหมายแห่งเรื่องราวนั้นร่วมกันได้ (สวณิต ยมาภัย อ้างใน สุชาติ พงษ์พานิช 2539:2)

การสื่อสาร หมายถึงกระบวนการแลกเปลี่ยน และร่วมกันรับรู้เรื่องราวข่าวสารต่างๆ โดยมีความเข้าใจร่วมกันต่อสัญลักษณ์ที่แสดงเรื่องราวข่าวสารนั้น ๆ (บุญศรี ปราบณศักดิ์ 2538:9)

การสื่อสาร หมายถึงกระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างผู้ส่งข่าว และผู้รับสาร โดยการพูด การเขียน ทำทาง การสัมผัส และสัญลักษณ์ต่างๆในการสื่อความหมาย เพื่อให้ผู้รับข่าวสารทราบความหมายข่าวสารที่ผู้ส่งข่าวสารไป (บุญใจ ศรีสถิตนราฎร 2550: 355)

สรุปการสื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย หมายถึง ผู้บริหารหรือ หน่วยงานมีกระบวนการถ่ายทอดข่าวสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับทราบข่าวสารที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในระบบบริการที่ผู้รับบริการจะได้รับ และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในระบบการดูแลที่ปลอดภัย

ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ต้องรับรู้เมื่อมีอันตรายเกิดขึ้น โดยองค์กรมีการปฏิบัติดังนี้

1. กำหนดและเผยแพร่นโยบาย และจัดอบรมแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสาร ปัญหา และอุบัติการณ์ความปลอดภัยกับผู้ให้บริการและญาติ

2. คณะกรรมการบริหารขององค์กรให้การสนับสนุนการสื่อสารและการให้ผู้ให้บริการและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการทางสุขภาพ โดยองค์กรความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งสหราชอาณาจักรได้เสนอแนวทาง “SPEAK UP” ในการให้ความรู้ และสิทธิของประชาชนและชุมชนเกี่ยวกับความปลอดภัยของบริการสุขภาพที่ได้รับ (อ้างในวิมา จีระแพทย์ 2550: 31-32)

Speak up คือ พูดเมื่อสงสัย ไม่แน่ใจ หรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และรู้สึกไม่ปลอดภัยโดยไม่ต้องอายหรือกลัวที่จะพูด

Pay attention คือ เอาใจใส่การดูแลที่ได้รับ ให้แน่ใจว่าได้รับการรักษาพยาบาล ได้รับยาที่ถูกต้อง ตลอดจนเข้าใจผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้นได้

Educate คือ เรียนรู้โรคที่ได้รับการวินิจฉัยสอบถามหากไม่เข้าใจ อย่าคิดว่าเป็นการไม่ได้รับข่าวสารหรือข่าวดี เช่น คงไม่เป็นไร หมอ-พยาบาลเลขไม่พูดอะไร

Ask คือ การขอให้สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไว้วางใจเป็นผู้แทนในการดูแลสุขภาพ เช่น ช่วยสอบถามปัญหาถ้ารู้สึกเครียดเกินกว่าจะถามด้วยตัวเอง ช่วยจดจำและอธิบายให้เข้าใจภายหลัง

Know คือ รู้ว่าต้องได้รับยาอะไร เพราะเหตุใด ระบุยาที่แพ้ หากต้องได้รับสารละลายยาทางหลอดเลือดให้ถามถึงระยะเวลาที่ควรได้รับ หากพบว่าเร็วหรือช้าเกินต้องแจ้งให้พยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

Understand คือ เข้าใจองค์กรที่ใช้บริการว่ามีมาตรฐานความปลอดภัยหรือไม่ มีอุบัติการณ์ความผิดพลาดหรือความประมาทเกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงใด

Participate คือ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ และไม่ต้องกลัวที่จะขอความคิดเห็นจากแพทย์ พยาบาลหากต้องการข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมั่นใจ

3. ให้ผู้ใช้บริการหรือผู้ปกครองเป็นหุ้นส่วนในระบบความปลอดภัย โดยให้มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลที่ตนเอง หรือเด็กป่วยได้รับ และร่วมตรวจสอบความถูกต้อง การเฝ้าติดตาม การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลเนื่องจากเป็นบุคคลที่รู้ดีเกี่ยวกับเรื่องของตน และสามารถบ่งชี้ความเสี่ยงก่อนที่จะเกิดหรือตั้งแต่เริ่มต้น เช่น การตรวจสอบให้ยาถูกคน โดยให้ผู้ป่วยบอกชื่อ ตรวจสอบประเภทและขนาดยาที่จะได้รับ เฝ้าระวังและแจ้งเตือนหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

4. ให้ผู้ใช้บริการและญาติมีส่วนตามความเหมาะสม ในกระบวนการสืบสวนเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา กำหนดกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อขจัดปัญหาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในอนาคต เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการและญาติเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ และตระหนักถึงความใส่ใจ ความจริงใจในการแก้ปัญหาขององค์กร ตลอดจนพัฒนาระบบความปลอดภัยในการจัดบริการ

ประเทศออสเตรเลีย มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย (Australian Council for Safety and Quality in Health care) เมื่อปี ค.ศ. 2000 เพื่อปรับปรุงระบบความปลอดภัยและคุณภาพของบริการสุขภาพ (อ้างในซุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์ 2548) โดยมุ่งเน้นการลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดและผลกระทบดังนี้

1. สนับสนุนผู้ให้บริการสุขภาพดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยยิ่งขึ้น เช่น เผยแพร่ตัวอย่างข้อบกพร่องของระบบคุณภาพและความปลอดภัยในทุกระดับ มีกระบวนการที่เหมาะสมในการประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ ปรับปรุงกระบวนการรับรองคุณภาพ ปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูล ทบทวนยุทธศาสตร์ในการจัดกำลังคนเพื่อความปลอดภัย

2. ปรับปรุงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น เช่น กำหนดแนวทางการดำเนินการเวลาเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงเกิดขึ้น จัดทำข้อกำหนดระบบรายงานและการจัดการอุบัติการณ์ ส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลจากการชันสูตรศพที่เกิดจากเหตุร้ายอันไม่พึงประสงค์เพื่อนำไปปรับปรุงระบบการทำงาน

3. ร่วมมือกับผู้บริโภคในการปรับปรุงความปลอดภัยของบริการสุขภาพโดยให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมให้คำแนะนำ และรับเสียงสะท้อน จัดทำแนวทางในการเปิดเผยและสื่อสารข้อมูลสำหรับผู้บริโภค จัดทำระบบให้ผู้ป่วยรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากยาให้โดยตรง การใช้ข้อมูลคำร้องเรียนเพื่อยกระดับความปลอดภัย

4. การออกแบบระบบใหม่เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยา ให้ทุนสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมเพื่อความปลอดภัย ส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพเรียนรู้การบริหารความเสี่ยง

5. สร้างความตระหนักและความเข้าใจในเรื่องความปลอดภัยของบริการสุขภาพ ความพึงพอใจส่วนใหญ่มักเกิดจากระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อนขณะเดียวกันก็ยังคงเกิดขึ้นได้เมื่อมีปัญหาในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เช่น แพทย์หรือพยาบาลไม่ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้รับบริการที่ไม่รับข้อมูล และไม่มีส่วนร่วมจะยอมรับทางเลือกในการรักษาที่ผู้ให้บริการเลือกให้น้อยกว่า และอาจไม่ได้รับความร่วมมืออย่างเต็มที่ในสิ่งที่จะต้องปฏิบัติเพื่อให้ผลตามแผนการดูแล การมีส่วนร่วมเป็นวิธีการสำคัญที่สุดที่จะช่วยป้องกันความผิดพลาดได้ก็คือ การที่ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมเป็นสมาชิกของทีมรักษาพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกอย่างเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองยังมีส่วนร่วมมากเท่าไร ก็ยิ่งทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นเท่านั้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 217-218)

พยาบาลมีบทบาทเกี่ยวข้องในเรื่องการบริหารความเสี่ยงโดยตรง เพราะในการปฏิบัติงานต้องพบปัจจัยเสี่ยงมากมาย จึงต้องควบคุมคุณภาพการพยาบาล ระวังความผิดพลาดในการปฏิบัติต้องจัดการกับสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย ระวังไม่ให้เกิดผลกระทบต่อบทบาทของวิชาชีพจากข้อเรียกร้องหรือร้องเรียนทั้งหลายและไม่ละเลยต่อข้อร้องเรียนเหล่านั้น พยาบาลต้องระวังในท่าทีการสื่อสารกับผู้รับบริการและครอบครัวให้ความเป็นกันเอง ให้ความรู้สึกที่ดีมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ทำร้ายในเรื่องการบริหารความเสี่ยงคือ พยาบาลต้องลดความผิดพลาดก่อนที่จะเกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการบาดเจ็บหรืออื่น ๆ ต้องขจัดข้อผิดพลาดที่จะเกิดแก่ผู้รับบริการหาวิธีการในการจัดการกับข้อผิดพลาดโดยการผสมผสานแนวคิดในเรื่องการบริหารความเสี่ยงให้เข้ากับการบริหารคุณภาพการพยาบาล เพื่อปฏิบัติในบทบาทของพยาบาลด้วยความมั่นใจไม่ประมาท และไม่ต้องกลัวข้อผิดพลาดจนเกินไป (ฟาริดา อิบราฮิม 2542: 181-185)

ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึงกระบวนการที่จะช่วยให้มีการสร้าง รวบรวม จัดระบบ เผยแพร่ความรู้ที่พิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติให้เกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุดตามสถานการณ์และข้อจำกัดของแต่ละองค์กรส่งผลให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ใหม่ ๆ และนวัตกรรม (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน 2549:44)

การแลกเปลี่ยนความรู้ หมายถึงกระบวนการจัดการความรู้ ความสามารถ และทักษะอื่น ๆ ที่มีอยู่ในองค์การมาบริหารเพื่อเพิ่มคุณค่าของ กิจกรรมภายในองค์การ ซึ่งต้องประกอบไป

ด้วยการค้นหา การจัดการ และประยุกต์ใช้ความรู้อย่างเป็นระบบต่อเนื่อง (พรพรรณ ภูมิภู 2550) โดยมีกระบวนการจัดการความรู้ 9 ประการดังนี้

1. การค้นคว้าความรู้ หรือการขุดค้นความรู้ โดยการสำรวจความรู้ที่จำเป็นที่จะใช้ในการ ปฏิบัติงาน อาจอยู่ทั้งภายนอกและภายในองค์กร นำมาตรวจ สังเคราะห์ ความน่าเชื่อถือ และประโยชน์ของการนำไปใช้

2. การสะสมความรู้โดยการจัดหมวดหมู่ของความรู้ ให้เป็นระบบเหมาะสมกับการนำไปใช้ประโยชน์ภายในองค์กร

3. สร้างวิธีการจัดเก็บ อาจใช้สื่อ นวัตกรรม หรืออุปกรณ์มาช่วยในการจัดเก็บ เพื่อให้เกิด การจัดเก็บ เพื่อให้เกิดการค้นหา และนำไปใช้ได้สะดวก รวดเร็ว เหมาะกับประเภทของการนำไปใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

4. กระบวนการถ่ายทอดและกระจายความรู้ Transfer Knowledge หรือเป็นการแพร่กระจาย ความรู้ โดยใช้กระบวนการสื่อสาร (communication) เป็นการจัดการความรู้ที่นำเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ร่วมกัน ไม่เฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

5. การสร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้ ด้วยการจัดกิจกรรม และกระบวนการให้บุคคลในองค์กรเกิดการเรียนรู้ทุกรูปแบบ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนถ่ายทอดความรู้ที่ฝังแน่น หรือแฝงอยู่ในตัวบุคคล ด้วยการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ทุกรูปแบบ สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยดำเนินการขจัดอุปสรรคต่อการแลกเปลี่ยนและเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศพัฒนาระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพและเข้าถึงได้ง่าย สร้างวัฒนธรรมที่เปิดเผยข้อมูลต่อพนักงานและวัฒนธรรมของการถามคำถาม ถามสิ่งที่ตนไม่รู้จากเพื่อนร่วมงาน ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน เพื่อนช่วยเพื่อน, เพื่อนช่วยตรวจสอบ และเพื่อนร่วมแลกเปลี่ยนวิธีการทำงาน ส่งเสริมให้พนักงานมีทักษะในการเรียนรู้เป็นทีม (team learning) และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามสายงาน (วิจารณ์ พานิช 2548)

6. การปรับระดับความรู้ และการสังเคราะห์ความรู้ เนื่องจากความรู้มีหลากหลายรูปแบบ เมื่อนำมารวมกัน จำเป็นต้องวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ องค์กร แต่หาใช่การปรับเปลี่ยนความรู้เดิม แต่หมายถึงการนำความรู้ที่นำมา ปรับปรุงให้เกิดความรู้เชิงบูรณาการใหม่ และนำไปใช้เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ และเป็นประโยชน์ แก่การนำไปปฏิบัติ

7. การสร้างความรู้ใหม่ (Knowledge generation) เนื่องจากความรู้มีอยู่ในตัวบุคคลมากมาย หลากรูปแบบ เราสามารถ กระตุ้นให้บุคคลที่มีความรู้ นำความรู้ที่เขามีอยู่มาสร้างความรู้ ใหม่ ๆ เกิดขึ้นเพื่อนำมาใช้ในองค์กรได้

8. การนำมาบูรณาการ และการประยุกต์ใช้ เป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการบริหารองค์ความรู้หรือการจัดการความรู้ซึ่งสามารถกระทำในลักษณะบูรณาการ การดำเนินการควรดำเนินการให้อยู่ในกิจกรรมหรืองานประจำ โดยไม่ถือเป็นภาระเพิ่มเติมจากงาน ประจำเพราะพื้นฐานของการจัดการความรู้คือ การนำความรู้ที่ได้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ สูงสุดแก่องค์กร ซึ่งต้องอาศัยวัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้นำความรู้ไป ใช้ หรือเกิดการถ่ายโอน การธำรงรักษาไว้ (Knowledge maintenance) เมื่อมีระบบการบริหารองค์ความรู้ สิ่งหนึ่ง ที่จะทำให้ความรู้ทั้งหมด มีค่าแก่องค์กรและสังคม คือการเผยแพร่ และการดำรงรักษา ความรู้ไว้มิให้สูญสลาย แต่กลับส่งเสริมให้นำความรู้ไปใช้ให้เกิด ความคิดใหม่ บูรณาการสิ่งใหม่ และให้คนในองค์กรเรียนรู้จากการใช้ความรู้ เป็นการประยุกต์การเรียนรู้ที่ เป็นระบบ

การแลกเปลี่ยนความรู้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด และเป็นขั้นตอนที่ท้าทายที่สุด ในองค์กรบางประเภทที่สมาชิกองค์กรมีพฤติกรรมปกปิดความรู้ เก็บงำไว้คนเดียวเพื่อเอาไว้ใช้แสดง ความเหนือผู้อื่น เพื่อประโยชน์ในการแข่งขันเลื่อนตำแหน่งหน้าที่ กระบวนการจัดการความรู้ จะต้องสร้างเงื่อนไข และกติกาส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผลประโยชน์แก่ผู้มีพฤติกรรมแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ ไม่ให้ผลประโยชน์แก่ผู้มีพฤติกรรมกักตุนความรู้ (วิจารณ์ พานิช 2548) เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นสิ่งสำคัญไม่ได้อยู่ที่ค้นหาคนผิด แต่เป็นการค้นหาและเรียนรู้ว่า อุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไร อะไรคือสาเหตุ องค์กรพยาบาลจะต้องส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ โดยรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องรายงาน ข้อมูลอะไรที่จำเป็นและควรใช้เมื่อใด วิธีการวิเคราะห์ และการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของ ปัญหา(Root cause analysis) เป็นเทคนิคของระบบการตรวจสอบในการค้นหา และทำความเข้าใจในสาเหตุบริบทของสิ่งแวดล้อมที่แท้จริงของอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยในการดูแลรักษาซึ่ง ช่วยให้เกิดความเข้าใจในสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์ องค์กรพยาบาลสามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อวางมาตรการป้องกัน ลดโอกาสเกิดซ้ำ (วิณา จีระแพทย์ 2550:33)

กระบวนการตอบสนองและเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุเกือบพลาดมีการตอบสนองดังต่อไปนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล 2546: 135-171)

1. การดำเนินการขั้นต้น เป็นการดำเนินการที่จำเป็น เช่นให้การดูแลแก้ปัญหาให้ ผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม แก้ไขเพื่อคืนสภาพสิ่งแวดล้อมในการดูแลที่ปลอดภัย ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำในระยะอันใกล้ โดยการรายงานให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เก็บข้อมูลหลักฐานต่างๆที่จะ ช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ได้อย่างครบถ้วน นำสิ่งที่ปัญหาออกจากการใช้งาน สื่อสาร

ผู้ใช้บริการและญาติในเวลาที่เหมาะสม สื่อสารให้ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบทราบด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร

2. พิจารณาระดับความเสี่ยงของเหตุการณ์ เป็นขั้นตอนที่ผู้รับผิดชอบจะต้องดำเนินการโดยทันทีเพื่อตัดสินใจว่าจะต้องทำอะไรต่อไป

3. จัดตั้งทีม ระบุปัญหา และวางแผนปฏิบัติการ การจัดตั้งทีมมีความจำเป็นในการค้นหาปัญหา เพื่อนำเอาความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ ประสบการณ์ ของสมาชิกมาใช้ในการแก้ไขปัญหา การระบุปัญหาเป็นการบรรยายอย่างชัดเจน เจาะจงว่าเกิดอะไร เพื่อให้ทีมมีจุดเน้นในการวิเคราะห์และปรับปรุง การจัดทำแผนปฏิบัติการควรทำอย่างคร่าวๆ ซึ่งมีการกำหนดกิจกรรมไว้เป็นแนวทางในการทำงานและวัดความก้าวหน้าของงาน

4. การศึกษาปัญหาเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่อยู่รอบเหตุการณ์ซึ่งควรกระทำโดยเร็วเพื่อป้องกันการหลงลืม หลีกเลี่ยงการเก็บข้อมูลที่ไม่จำเป็นมุ่งเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้หลักฐานจากแหล่งต่างๆมาเสริมกัน ทำให้มีโอกาสเห็นภาพเหตุการณ์ทั้งหมด ตลอดจนกระบวนการที่เกี่ยวข้อง

5. การค้นหาสาเหตุเบื้องต้น ให้พิจารณาว่าเกิดอะไรขึ้น ค้นหาปัจจัยกระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิดเหตุ เก็บข้อมูลตัวชี้วัดเกี่ยวกับสาเหตุเบื้องต้นและเบื้องหลัง

6. การค้นหารากเหง้าของปัญหา (Root Cause) ต้องระบุระบบที่เกี่ยวข้องได้แก่คำบรรยายเหตุการณ์โดยละเอียด บัญชีรายการสาเหตุเบื้องต้น เก็บข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุเบื้องต้น สรุปบัญชีรายการของปัญหาและยืนยันข้อมูลที่ได้มา

7. ออกแบบและดำเนินการปรับปรุง โดยการค้นหากลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงได้แก่การออกแบบกลยุทธ์ที่ปรับปรุงเพื่อขจัดรากเหง้าของปัญหา ซึ่งควรประกอบด้วย แนวทางการดำเนินงานที่มีการจัดลำดับความสำคัญ ผู้รับผิดชอบ กำหนดเวลา และวิธีการวัดความสำเร็จของการดำเนินงาน คิดค้นกิจกรรมปรับปรุงในลักษณะของงานประจำในองค์กร โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงที่กระบวนการ ประเมินกิจกรรมปรับปรุงที่คิดไว้โดยพิจารณาผลกระทบของการปฏิบัติการปรับปรุงในเชิงกระบวนการ จากนั้นวางแผนการปรับปรุงโดยระบุว่าทำอะไร อย่างไร เมื่อไร โดยใคร ที่ไหน และนำแผนที่วางไว้ไปดำเนินการ

8. การทบทวนข้อมูลปฏิบัติการร่วม จะแสดงให้เห็นแบบแผนหรือแนวโน้ม การทบทวนข้อมูลปฏิบัติการร่วม จะทำได้โดยการวิเคราะห์ความถี่ การวิเคราะห์ตารางเปรียบเทียบ และการวิเคราะห์แนวโน้ม

ขั้นตอนที่ 7 นำการแก้ไขปัญหามาใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ขั้นนี้เป็นการส่งเสริมการถ่ายโอนบทเรียนที่ได้รับจากอุบัติการณ์ไปสู่การเปลี่ยนแปลงระยะยาวในการปฏิบัติงานบริการที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรและเป็นที่บุคลากรในองค์กรปฏิบัติเป็นกิจวัตรขณะทำงาน (วีณา จีระแพทย์ 2550:35-36) โดยมีหลักการบริหารที่สำคัญคือ

1. ออกแบบระบบที่ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพทำสิ่งที่ถูกได้ง่าย

2. ออกแบบโดยนำปราการป้องกันทางกายภาพมาใช้ในระบบมากกว่าใช้ปราการป้องกันแบบอื่นๆ ซึ่งเป็นวิธีที่ต้องพึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และขึ้นกับการกระทำของผู้ปฏิบัติงาน

3. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าวิธีที่จะนำมาใช้จัดทำแผนการเปลี่ยนแปลง ได้ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพในการป้องกันและการทำให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้จริง

การเรียนรู้รากเหง้าของปัญหาเป็นการสืบสวนที่มีแบบแผนที่ชัดเจน ซึ่งมีเป้าหมายที่จะค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และกำหนดกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อขจัดปัญหาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต คุณภาพความปลอดภัยจะเกิดขึ้นต่อเมื่อสมาชิกในองค์กรเกิดการเรียนรู้ การเรียนรู้ขององค์กรเป็นวงล้อที่หมุนอย่างต่อเนื่อง การเรียนรู้ไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวแล้วเลิก แต่เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง โดยช่วงแรกของการเรียนรู้คือการวิเคราะห์ปัญหา และค้นหาคำตอบที่เป็นไปได้ ช่วงที่สอง คือการนำคำตอบไปปฏิบัติและเรียนรู้จากผลของการปฏิบัติ ความสำคัญของการเรียนรู้ในช่วงแรกคือ การทำความเข้าใจอย่างแท้จริงแต่เริ่มแรกว่าเกิดอะไรขึ้น จะต้องเปลี่ยนแปลงอะไร ทำไมต้องเปลี่ยนจึงจะนำไปสู่การเรียนรู้ได้ ความสำคัญในช่วงที่สองคือ การติดตามเฝ้าระวังผลของการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้มั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ และใช้ผลการเรียนรู้มาตอบย้ำให้พฤติกรรมใหม่ได้ฝังเข้าไปในวัฒนธรรมและวิธีการทำงานปกติขององค์กร (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546:169)

1.4 การพัฒนารูปแบบการบริหารความปลอดภัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารความปลอดภัยโดยใช้กรอบแนวคิดของ Evidence-Based Practice Model ของ Rosswurm & Larrabee(1999)(อ้างในเรณู อาจสาถิและ อรพรรณ โตสิงห์ 2546:26-28) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยระบุความต้องการของผู้รับบริการ รวบรวมข้อมูลภายในองค์กรเกี่ยวกับการปฏิบัติพยาบาล และปัญหาในประเด็นนั้นๆ เปรียบเทียบข้อมูลภายในองค์กรกับข้อมูลภายนอกองค์กร จากนั้นระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการเชื่อมโยงปัญหาที่ต้องการแก้ไข กับการพยาบาล และผลลัพธ์ของการแก้ไข โดยระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข แนวทางที่เป็นแนวโน้มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จากนั้นกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเคราะห์เพื่อให้ได้หลักฐานที่ดีที่สุด โดยการค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรทั้งหมดที่ต้องการศึกษา วิเคราะห์งานวิจัย และการให้นำหนัก สังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานที่ดีที่สุด ประเมินความเป็นไปได้ ของนวัตกรรมในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ ได้แก่ ความร่วมมือในการนำไปใช้ การถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ผู้ร่วมงาน หน่วยงานที่จะนำไปปฏิบัติมีความพร้อมที่จะสามารถนำไปปฏิบัติได้ การนำผลการศึกษาที่ค้นพบไปทดลองใช้ในหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบแผนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติ โดยระบุรายละเอียดของสิ่งที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ระบุทรัพยากรที่ต้องการใช้สำหรับการเปลี่ยนแปลงได้แก่ บุคลากร งบประมาณ การวางแผนเพื่อระบุกระบวนการในการนำไปใช้ ระบุผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้ และการประเมินการเปลี่ยนแปลง โดยการดำเนินการตามการศึกษานำร่อง การประเมินกระบวนการ และผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 6 การผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติ และการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติใหม่ โดยการเผยแพร่ข้อมูล นำเสนอโครงการแก่ผู้ใช้บริการ บุคลากรพยาบาล และบุคลากรสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติจริง การวางแผนดำเนินการเพื่อเฝ้าระวังให้มีการดำเนินการปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาล

1.5 หลักการการบริหารความปลอดภัยในโรงพยาบาล

หลักการการบริหารความปลอดภัยในโรงพยาบาลควรครอบคลุมหลักการดังต่อไปนี้ (เรณู อาจสาธิตและอรพรรณ โคสิงห์ 2546:9-10)

1. การตรวจสอบ (check) ตรวจสอบว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงในกระบวนการดำเนินงานใดหรือไม่ วิเคราะห์และกำหนดแนวทางป้องกันความเสี่ยงทุกจุดที่เป็นไปได้
2. การสื่อสาร (Communication) การสื่อสารภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานในการดำเนินตามข้อตกลงไว้ พิจารณาความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ
3. ความต่อเนื่อง (continuity) มีการติดตาม การดำเนินการตามระบบที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง
4. การทำงานร่วมกันเป็นทีม (team) มีการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ หรือมีการกระทำกิจกรรมร่วมกัน ให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ความเสี่ยงร่วมกัน

5. การระดมทรัพยากรบุคคล(human resources) และศักยภาพทั้งหมดที่มีมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยการให้ความรู้กับบุคลากรให้มีทักษะในการทำงานเฉพาะด้าน และการทำงานเป็นทีมที่เพียงพอ

6. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (environment) การวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมในหน่วยงานไม่ให้มีโอกาเป็นสาเหตุของความเสียหายได้

7. การบันทึก (record) เป็นการเขียนรายงานอุบัติการณ์ หรือการบันทึกข้อมูล เพื่อจะได้มีโอกาสทบทวนและนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นต่อไป

สรุปแนวทางการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบแนวคิดได้ใช้แนวคิด กระบวนการสร้างความปลอดภัยในองค์กร ของ National Patient Safety Agency (อ้างในวิธมา จีระแพทย์ 2550: 23-37) ซึ่งมีความครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนคือ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล บูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การสื่อสารให้ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนความปลอดภัย และนำการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการ

2. แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.1 ความสำคัญและความหมาย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นหัวใจของคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาล และเป็นรากฐานสำคัญของความเชื่อมั่น และไว้วางใจของประชาชนผู้รับบริการต่อระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นแหล่งพึ่งพิงยามเจ็บป่วยในระบบสุขภาพ ปัจจุบันยังพบปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการติดเชื้อจากการรักษาพยาบาล ความปลอดภัยจากการใช้ยา ซึ่งความสูญเสียทั้งทรัพย์สิน ชื่อเสียงขององค์กร และขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน (กระทรวงสาธารณสุข 2550)

ความหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) หมายถึง การปลอดจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุในระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพ การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดจากอันตรายดังกล่าว สามารถทำได้โดยการวางระบบและกระบวนการที่รัดกุม เพื่อลด

โอกาสของการเกิดข้อผิดพลาด และรับทราบปัญหาทันทีที่เกิดขึ้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 212)

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) หมายถึง การปลอดจากการบาดเจ็บ (Injury) อันเนื่องมาจากการกระทำผิด และละเลยที่จะกระทำในการดูแล (วิณา จีระแพทย์ 2550: 3)

การปฏิบัติที่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย (Patient safety practice) หมายถึง การใช้รูปแบบของกระบวนการ หรือโครงสร้างที่ลดโอกาสการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับบริการในระบบการดูแลรักษา

สรุปความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การปลอดจากอันตรายการบาดเจ็บ ที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ หรือการกระทำผิด และหรือการละเลยที่จะกระทำในการดูแล ในระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วย

2.1 แนวคิดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย

การบริหารคุณภาพและการบริหารความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับ เป้าหมายของการประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพ เป็นการทบทวนตรวจสอบผลงานเพื่อรักษาระดับคุณภาพ และเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมุ่งสู่ระดับที่เป็นเลิศ ในขณะที่เป้าหมายของความปลอดภัย คือการปกป้องคุ้มครองไม่ให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาล บุคลากร และผู้ใช้บริการ หากมีความเสียหายเกิดขึ้นก็พยายามลดความสูญเสียให้เหลือน้อยที่สุด (ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ 2550: 26)

จากเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ (National Hospital Patient Safety Goals 2008) กำหนดโดย The Joint Communication on Accreditation of Healthcare Organization : JCAHO มี 8 ประเด็นดังนี้ (อ้างใน ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ 2550: 45)

1. เพิ่มประสิทธิภาพในการระบุตัวผู้ป่วยให้มีความแม่นยำ โดยใช้สิ่งระบุตัวผู้ป่วยอย่างน้อยสองสิ่งขึ้นไป เมื่อให้การดูแลรักษาและบริการ

2. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการโดยการ

2.1 การรับคำสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ หรือการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ควรมีการอ่านกลับ และทำการบันทึกข้อมูลไว้

2.2 มีการกำหนดมาตรฐานบัญชีคำย่อ สัญลักษณ์ และหน่วยวัดต่างๆที่ต้องใช้ภายในโรงพยาบาล

2.3 เพิ่มประสิทธิภาพในการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ และรีบด่วนต่อแพทย์ผู้ดูแลในระยะเวลาที่เหมาะสม

2.4 มีรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการที่มีมาตรฐาน รวมถึงการซักถามและการตอบข้อซักถาม

3. เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา โดยการ

3.1 กำหนดให้มีการทบทวนรายการยาที่ใช้ในโรงพยาบาลที่มีรูปแบบคล้ายกัน ชื่อยาออกเสียงใกล้เคียงกัน และหามาตรการป้องกันความผิดพลาดในการใช้ยาคิด สับสนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.2 ทำฉลากยา บรรจุภัณฑ์ของยา และสารละลายต่างๆ ทุกชนิด

3.3 ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

4. ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อเนื่องมาจากกระบวนการรักษา โดยการ

4.1 ปฏิบัติตามแนวทางการล้างมือขององค์การอนามัยโลก หรือแนวทางการล้างมือของศูนย์ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

4.2 ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย หรือมีการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวรที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเนื่องมาจากการดูแลรักษา ต้องทำการบริหารจัดการในลักษณะของเหตุการณ์ต้องทบทวน

5. มีกระบวนการส่งต่อการรักษาต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและมีความสมบูรณ์ โดยการ

5.1 มีกระบวนการเปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในปัจจุบันกับที่เคยใช้มาก่อน ขณะอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กร

5.2 สรุปผลการรักษาโดยเฉพาะเรื่องยาของผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อเนื่องที่สถานบริการอื่น และจะต้องเขียนสรุปอย่างสมบูรณ์ไว้ในแผนการจำหน่ายด้วย

6. ลดความเสี่ยงอันตรายของผู้ป่วยจากการพลัดตก หกล้ม โดยการปฏิบัติตามโปรแกรมการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการพลัดตก หกล้ม และทำการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมด้วย

7. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้มีความปลอดภัย โดยการ อธิบายและสื่อสารแนวทางในการดูแลความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และกระตุ้นให้พวกเขามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้มีความปลอดภัย

8. เพิ่มความตระหนักและตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยการที่องค์กรมีการเลือกวิธีที่เหมาะสมให้บุคลากรสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อสถานะของผู้ป่วยเลวลง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2549) มีการติดตามและเฝ้าระวังอุบัติการณ์ รวมทั้งกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ทั้งภายในและภายนอกประเทศอย่างต่อเนื่องมีหลายเรื่องราวที่เกิดขึ้นที่ต่างประเทศแต่อาจไม่เกิดขึ้นในไทยและกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่มีบริบทที่แตกต่างกันส่งผลให้การประกาศเป้าหมายความปลอดภัยระดับประเทศเพื่อให้โรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางต้องกระทำด้วยความระมัดระวังด้วยเกรงว่าจะเป็นภาระที่เพิ่มมากขึ้นอย่างไรก็ตามหลายโรงพยาบาลมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยไปบ้างแล้วซึ่งมีความหลากหลายในการนำไปใช้ แม้ว่าจะอยู่บนหลักการเดียวกันคือความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาที่สอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกันสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับประเทศ มี 8 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) เป็นการบอก หรือยืนยันว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยจริง ซึ่งเป้าหมายของการระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง เป็นการเพิ่มความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษา โดยมีจุดเน้นเหมือนกับการที่พยาบาลเคยถูกสั่งสอน และสั่งสมประสบการณ์มาว่า ในเรื่องของการให้ยา ให้เลือด เก็บส่งตรวจ และการระบุตัวทารกถือว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งว่าต้องเป็นตัวผู้ป่วยจริง ซึ่งตรงประเด็นกับสิ่งที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เน้นในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ หากพยาบาลมีความรอบคอบ ความผิดพลาด ต่างๆก็จะไม่เกิดขึ้น เช่น การส่งตัวทารกผิดครอบครัว การให้ยาผิด การให้เลือดผิดคน เป็นต้น (นันทา ชัยพิชิตพันธ์ 2550) โดยมี

เป้าหมาย (Goals) : เพิ่มความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษา

จุดเน้น (Priorities) :

- 1) การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา (Drug Administration)
- 2) การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เลือด (Blood Transfusion)
- 3) การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เก็บส่งตรวจ (Specimen Collection)
- 4) การระบุตัวทารกแรกเกิด (Newborn)

แนวทาง (Guidelines)

1) ใช้สิ่งระบุตัวผู้ป่วยอย่างน้อยสองสิ่งขึ้นไป เป้าหมายข้อนี้ไม่ได้ต้องการให้มีการใช้วิธีการบ่งชี้ผู้ป่วย 2 วิธีแยกกัน โดยเด็ดขาด แต่ต้องการให้มีการใช้ข้อมูลอย่างน้อย 2 ประเภทในการบ่งชี้ผู้ป่วย ได้แก่

1.1 ชื่อ - สกุล

1.2 ป้ายระบุชื่อ - นามสกุล ที่อยู่กับตัวผู้ป่วย

1.3 รูปถ่าย

ในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ทางโรงพยาบาลควรมีแนวทางในการกำหนดชื่อและเลขประจำตัวชั่วคราวเพื่อใช้ในการบ่งชี้ผู้ป่วยระหว่างรอข้อมูลที่สมบูรณ์

2) ใช้ระบบการทวนซ้ำและการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ระบบ Independent check ก่อนเริ่มลงมือทำหัตถการ หรือให้บริการ เพื่อยืนยันความถูกต้อง (สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 65)

ด้านที่ 2 การผ่าตัด (Operation Safety)

เป้าหมาย (Goals) : ลดและป้องกันการเสียชีวิต หรือภาวะแทรกซ้อนจากความผิดพลาดในกระบวนการผ่าตัด

จุดเน้น (Priorities) :

- 1) ความถูกต้องของตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด
- 2) ความถูกต้องของประเภทของการผ่าตัด
- 3) ความถูกต้องของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด

แนวทาง (Guidelines) : ก่อนให้การทำหัตถการที่ invasiveต่อการผ่าตัด

- 1) มีกระบวนการตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องก่อนเริ่มการผ่าตัด ให้ถูกคน ถูกหัตถการ และถูกตำแหน่ง ให้มีการบันทึกที่ชัดเจนเหมาะสม
- 2) กระบวนการทำเครื่องหมายเพื่อระบุตำแหน่งที่จะผ่าตัดโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม บุคลากรทุกคนและทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการหรือการผ่าตัดนั้นๆ ควรมีส่วนร่วมในการยืนยันความถูกต้อง

ด้านที่ 3 การใช้ยา (Medication Safety)

เป้าหมาย (Goals) : เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา

จุดเน้น (Priorities) : ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง

ครอบคลุม

- 1) ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High alert drug)
- 2) การแพ้ยาซ้ำที่มีผลกระทบรุนแรง (Repeated Adverse Drug Reactions : ADRs type B)
- 3) ผลข้างเคียงจากยาที่มีผลต่อการดำรงชีวิต ละส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะยาว (Adverse Drug Reactions : ADRs type A)

แนวทาง (Guidelines) :

ระบบการบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High alert drug Management)

1) กำหนดรายการยาที่ต้องระมัดระวังสูงให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละ

สาขา

2) จัดระบบป้องกันอันตรายให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญของยา ตั้งแต่การ
จัดหา การจัดเก็บ การสั่งใช้ การจัด การจ่าย การเตรียมจนถึงการบริหารยา

3) กำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการเฝ้าระวัง เกณฑ์การรายงานแพทย์ การ
ติดตามประเมินผล และการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง

ระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำที่มีผลกระทบรุนแรง (Repeated Adverse Drug
Reactions : ADRs type B) มีดังนี้

1) มีระบบการค้นหาประวัติการแพ้ยาที่มีประสิทธิภาพ จากการใช้ส่วน
ร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีงานเภสัชกรรมเป็นแกนสำคัญตามแนวทางมาตรฐานวิชาชีพ

2) มีระบบที่ง่ายต่อการรายงานข้อมูลเบื้องต้น และเอื้อต่อการประเมิน
ความน่าเชื่อถือของ Adverse Drug Reactions

3) มีระบบป้องกันการเกิดแพ้ยาที่รัดกุม โดยนำข้อมูลที่ได้เชื่อมโยงกับ
เวชระเบียนและความร่วมมือของผู้ป่วย

ระบบป้องกันผลข้างเคียงจากยาที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย
ในระยะยาว (Repeated Adverse Drug Reactions : ADRs type A) มีดังนี้

1) ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการวางแผน และสร้างความเข้าใจในการค้นหา
เฝ้าระวัง อาการข้างเคียงจากยา(side effect) ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย
ระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาต่อเนื่อง และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและสามารถ
ปฏิบัติได้

2) มีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง นำข้อมูลที่ได้ประสานกับแพทย์
ผู้รักษา และสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

ธิดา นิงสานนท์ และคณะ (2545) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อน
จากการให้ยา ดังนี้คือ

1. การขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่ง

2. การขาดข้อมูลของผู้ป่วย เช่น ประวัติการแพ้ยา การทำงานของตับและไต ทำให้การประเมินความเหมาะสมของการให้ยาคิดพลาด ดังนั้นจึงควรมีการประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะให้
ยา ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาควรมีสัญลักษณ์ที่ระบุอย่างชัดเจน เช่น ดิคสติ๊กเกอร์ที่หน้าป้ายว่า

ผู้ป่วยैयाอะไร หรือ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกควรมีการระบุไว้ในทุกๆหน้า ไม่ใช่เพียงเฉพาะหน้าแรกเท่านั้น โดยที่จะต้องมั่นใจว่าระบุดัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง และจะต้องมีการเชื่อมโยงให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดได้รับทราบ

3. การเตรียมยาผิดหรือไม่เหมาะสม เช่น การคำนวณขนาดยาผิด, การผสมยาผิด ความเข้มข้น (เนื่องจากความเข้าใจต่างจากความตั้งใจในการสั่งใช้ยาของแพทย์ เช่น Dopamine 2:1) การผสมยาสองชนิดที่เข้ากันไม่ได้, การใช้สารละลายที่ไม่เหมาะสมกับตัวยา, การไม่เขย่าขวดน้ำยาแขวนตะกอน ฯลฯ

ขั้นตอนการให้ยา เช่น การระบุดัวผู้ป่วยก่อนให้ยา, การใช้อุปกรณ์ที่ไม่คุ้นเคย การให้ผู้ป่วย รับประทานยาเอง, การเก็บรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่เหมาะสม (Stock Ward) การเปลี่ยนยาบ่อย การมีขนาดยามากเกินไปในหอผู้ป่วย ฯลฯ

กฤษฎา แสงวดี (2549) ระบุดัวปัจจัยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนในการให้ยา อาจมีสาเหตุจาก

1. ไม่เข้าใจแนวทางปฏิบัติในการให้ยาของโรงพยาบาล
2. การมีภาระงานมากเกินไปกำลังมักพบบ่อยในสถานการณืขาดแคลนพยาบาลหรือกำหนดภาระงานไม่เหมาะสม และนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ ที่รัฐบาลได้ขยายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งในปีพ.ศ.2546 ได้ครอบคลุมประชากรไทยถึงร้อยละ 94.6 และพบว่าการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 103 ล้านครั้งในปีพ.ศ.2545 เป็น 118 ล้านครั้ง ในปีพ.ศ.2548 และปริมาณผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 3.8 ล้านรายเป็น 4.5 ล้านรายในช่วงปีเดียวกัน ซึ่งเป็นการเพิ่มถึง ร้อยละ 14.6 และร้อยละ 18.4 ตามลำดับ (สงวน นิตยารัมย์พงศ์ 2549 อ้างใน กฤษฎา แสงวดี, 2549) ซึ่งทำให้ต้องเพิ่มพยาบาลวิชาชีพอีกกว่า 10,000 คน เพื่อรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น โดยภาระงานทางการพยาบาลที่มากเกินไป (high nursing workload) เป็นปัจจัยใหญ่ที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ ในประเทศไทยพบว่าภาระงานมากเกินไปกำลังเป็นสาเหตุหลักความคลาดเคลื่อนในการให้ยา โดยเฉพาะการให้ยาผิดเวลาและการให้ยาคิดด้วยอัตราที่เร็วผิด
3. การขาดการสื่อสารระหว่างผู้สั่งยา ผู้จ่ายยา ผู้ให้ยาและผู้ป่วย
4. การขาดระบบการตรวจสอบซ้ำเมื่อมีการเตรียมยาโดยทั่วไปมักไม่มีการตรวจสอบซ้ำจากบุคคลอื่น
5. การสั่งยาด้วยลายมือที่อ่านยาก หรือการสั่งโดยวาจาที่อาจไม่ชัดเจนพอ และไม่มีการยืนยันคำสั่งโดยเร็ว

6. การขาดการจัดระบบยาที่ดี เช่นแพทย์เยี่ยมผู้ป่วยช้า ง่ายยาไม่ทันเวลาทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ง่าย

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมและสถานการณ์ เช่นการเพิ่มภาระงานกะทันหัน ถูกเบี่ยงเบนความสนใจขณะปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล เช่นคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ การใช้คำย่อไม่เป็นสากล การเขียนด้วยลายมือไม่ชัดเจนปัจจัยด้านกระบวนการ เช่น การรับคำสั่งการใช้ยา การเตรียมและผสมให้ถูกวิธี ถูกประเภทและขนาด การแจกจ่ายและติดตามผู้ป่วยที่ได้รับ โดยเรียงประเภทความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ตามลำดับที่พบบ่อยไปน้อย ดังนี้ การให้ผิดขนาด (wrong dose) การให้ผิดคน (wrong patient) การให้ผิดเวลา (wrong drug time) การให้ผิดชนิด (wrong dose) การให้ผิดวิธี (incorrect administration technique) การให้ยาที่เลิกให้ (continuation of a discontinued order)

ด้านที่ 4 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection)

การติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง การติดเชื้ออันเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อ หรือพิษของเชื้อโรค(toxins) ขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเชื่อนั้นอาจเป็นเชื้อที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยเอง หรือเป็นเชื้อจากภายนอกร่างกายผู้ป่วย โดยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และไม่ได้อยู่ในระยะฟักตัวของเชื้อ ดังนั้นหากพบการติดเชื้อหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้อยู่ในระยะฟักตัวของเชื้อหรือมีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วให้ถือว่าเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล (กองการพยาบาล 2538:48 สมหวัง คำานชัยวิจิตร 2548:27)

การติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยอันเป็นผลจากการได้รับเชื้อจุลินทรีย์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และต้องไม่ได้อยู่ในระยะฟักตัวของเชื้อในขณะแรกรับหรือมีการติดเชื้อในขณะแรกรับเข้ามาอยู่โรงพยาบาลที่เป็นผลมาจากการอยู่โรงพยาบาลครั้งก่อน โดยพิจารณาจากระยะฟักตัวของเชื้อแต่ละชนิด ส่วนอาการของโรคติดเชื้ออาจปรากฏขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล หรือหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว (กรมการแพทย์ 2543: 1)

เป้าหมาย (Goals): ลดและป้องกันการเสียชีวิต หรือภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดูแลรักษา

จุดเน้น (Priorities) :

- 1) ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis)
- 2) การติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ

- 3) การติดเชื้อที่แผลกดทับ
- 4) การติดเชื้อแผลผ่าตัดที่สะอาด

แนวทาง (Guidelines) :

1) การวินิจฉัย มีกระบวนการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ไวและแม่นยำ (Early Detection & Accuracy) ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจน เช่น Stages of Sepsis Consensus Conference Definition ของ CDC

2) การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และเหมาะสม ด้วยการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม และให้การดูแลผู้ป่วยแบบวิกฤตทันเวลา

การกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สะท้อนความรู้วิชาการที่ทันสมัย ครอบคลุมกิจกรรมที่สำคัญเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางในการปฏิบัติอย่างเดียวกัน โดยมีเอกสารมาตรฐานวิธีปฏิบัติสำหรับการปฏิบัติงาน เช่น การล้างมือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสวนคาสายสวนปัสสาวะ การแยกผู้ป่วย การควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ เป็นต้น (กองการพยาบาล 2542)

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดเป็นกิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุดในโรงพยาบาล การลดการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยการทำลายเชื้อที่มือก่อนการสัมผัสผู้ป่วย ต้องรอน้ำยาฆ่าเชื้อที่เช็ดผิวหนังแห้ง ใช้เวชภัณฑ์ปลอดเชื้อเท่านั้นเมื่อต้องการปิดทับบริเวณที่แทงที่ให้สารน้ำ การดูแลเปลี่ยนตำแหน่งที่แทงที่ให้สารน้ำทุก 96 ชั่วโมง

การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการใช้อุปกรณ์ เพื่อระบายปัสสาวะ ในสภาวะปกติเชื้อในท่อปัสสาวะจะถูกขจัดออกขณะถ่ายปัสสาวะ เมื่อมีการใส่สายสวนปัสสาวะกลไกการขับเชื้อที่มืออยู่ถูกสกัดกั้น จากสาเหตุนี้ทำให้เกิดการเจริญของเชื้ออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ 2549: 98) การลดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะโดยไม่ใส่สายสวนโดยไม่จำเป็น เปลี่ยนสายสวนเมื่อสายรั่ว หลุด ไม่จำเป็นอย่าปลดสายออกจากกัน เช่นเพื่อเปลี่ยนถุงใส่ปัสสาวะ ระวังอย่าให้สายเลื่อนเข้าออก ในผู้ป่วยที่พูดไม่ได้และใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปต้องรีบทำความสะอาดทันทีที่ถ่ายอุจจาระ เวลาเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ต้องหนีบสายสวนเพื่อป้องกันการย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546:131)

แผลกดทับ หมายถึงบริเวณที่มีการตายของเซลล์หรือเนื้อเยื่อเนื่องจากการขาดเลือด อันเป็นผลจากการถูกกดทับเป็นเวลานาน ซึ่งมักจะเกิดบริเวณปุ่มกระดูกเหนือกระดูกก้นกบ แผลกด

ทับ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวอยู่บนเตียง และถูกจำกัดการเคลื่อนไหว(เรณู อาจสาถิ และอรพรรณ โตสิงห์ 2546:38)

แผลกดทับ (pressure sore) หมายถึงการอักเสบที่ผิวหนังซึ่งมีอาการบวม แดง ร้อน หรือมีแผลเกิดขึ้น เนื่องจากบริเวณนั้นถูกทับจนมีการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง อาจตรวจพบเชื้อ โดยวิธีเจาะดูดสารน้ำข้างแผลหรือพบเชื้อในเลือด (Garner JS, Jarvis WR 1996:A1-20) แผลกดทับมักจะมีการติดเชื้อร่วมด้วย การติดเชื้อที่แผลกดทับจะเป็นแหล่งของเชื้อโรคที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกาย หรือการติดเชื้อในผู้ป่วยอื่นและบุคลากร สาเหตุส่งเสริมการติดเชื้อของแผลกดทับคือ การระคายจากการสัมผัสกับปัสสาวะหรืออุจจาระในกรณีที่มีปัสสาวะหรืออุจจาระรด ทำให้เกิดการอักเสบและเป็นแผล เมื่อมีแผลเกิดขึ้นแบคทีเรียที่อยู่ที่ผิวหนังจะเข้าสู่แผลกดทับ ทำให้มีการทำลายของเซลล์มากขึ้น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคทางระบบประสาท เช่น ไม่รู้สึกตัว อัมพาต จะไม่รู้สึกเจ็บบริเวณที่ถูกกดทับ ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดจนเซลล์ตายในที่สุด เมื่อมีเลือดมาเลี้ยงหลังจากเซลล์ตายแล้ว จะทำให้น้ำเหลืองคั่งบริเวณนั้น ทำให้บวมหรือ พุพอง และมีการอักเสบเกิดขึ้นที่เนื้อเยื่อข้าง ๆ ที่ยังไม่ตาย ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ในแผลกดทับ นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกดทับและสิ่งที่ทำให้เกิดภัยอันตรายต่อผิวหนัง ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ ความร้อนและความชื้นของอากาศ เป็นต้น การป้องกันการติดเชื้อที่แผลกดทับได้โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้น้อยให้มีการพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ดูแลความสะอาดร่างกายเมื่อมีการขับถ่ายต้องเช็ดทำความสะอาดทันที ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ (สมหวัง คำนชัย วิจิตรและป่วน สุทธิพิณีจ 2550:4-7)

การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัดพบเป็นปัญหาลำดับต้นๆของการติดเชื้อในโรงพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด จะต้องดำเนินการตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดจนกระทั่งการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังการผ่าตัด เพื่อให้ทราบขนาดของปัญหาการติดเชื้อ และได้ข้อมูลซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัดมีทั้งปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีผลต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกายระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลก่อนการผ่าตัด การโกนขนและการเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัด รวมทั้งวิธีการเทคนิคการผ่าตัด และความเร่งรีบของการผ่าตัดมีผลต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อโดยการให้ยาต้านจุลชีพแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ 2548: 7-26) การเตรียมเพื่อการผ่าตัดในปัจจุบันมีเทคนิคการปราศจากเชื้อในการผ่าตัดทุกอย่างระหว่างการผ่าตัด ใน

บริเวณที่ผ่าตัดจะต้องไม่มีเชื้อโรค ห้องผ่าตัดต้องสะอาด ทำการกำจัดเชื้ออยู่เป็นประจำด้วยวิธีการต่างๆ ตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (จรัส สุวรรณเวลา 2545: 13-15)

ด้านที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก (Maternal & Neonatal Morbidity)

เป้าหมาย (Goals) : ลดและป้องกันการเสียชีวิต หรือภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก

จุดเน้น (Priorities) :

- 1) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)
- 2) ภาวะพิษแห่งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension)
- 3) ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)

แนวทาง (Guidelines) : ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)

มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะช็อก และเกือบช็อก โดย

- 1) การค้นหาที่ไวพ (Early Detection) โดยมีเกณฑ์การค้นหาในกลุ่ม

เสี่ยงสูง

- 2) การติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด (Close monitoring) โดยมีเกณฑ์การ

เฝ้าระวัง ที่ชัดเจน

- 3) การให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ (Effective Management)ในเชิงรุก ภาวะพิษแห่งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension) มีแนวทางการดูแล

ผู้ป่วยดังนี้

- 1) การค้นหาที่ไวพ (Early Detection) โดยมีเกณฑ์การค้นหาในกลุ่ม

เสี่ยงสูง

- 2) การติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด (Close monitoring) โดยมีเกณฑ์การ

เฝ้าระวังที่ชัดเจน

- 3) การให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ (Effective Management)ในเชิงรุก ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย

ดังนี้

- 1) การค้นหาที่ไวพ (Early Detection) โดยมีเกณฑ์การค้นหาในกลุ่ม

เสี่ยงสูงในช่วงก่อนและระหว่างคลอด

- 2) การติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด (Close monitoring) โดยมีเกณฑ์การ

เฝ้าระวังที่ชัดเจน

- 3) การให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ (Effective Neonatal Resuscitation)
- 4) มีการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนดูแลร่วมกันระหว่างทีมสูติกรรม และกุมาร

เวชกรรม

ด้านที่ 6 การดูแลรักษาที่ล่าช้า (Delayed Rescue)

เป้าหมาย (Goals): ลดและป้องกันการเสียชีวิต หรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่หรือตรวจไม่พบหรือให้การดูแลล่าช้า

จุดเน้น (Priorities) : ผู้ป่วยที่อาการทรุดลง

แนวทาง (Guidelines) : การให้การตอบสนองที่รวดเร็ว (Rapid Response Reaction)

- 1) การปรับเปลี่ยน CPR team เป็น Medical Emergency และ Rapid

Response team

- 2) ผู้ป่วยตามเตียงเสริม และผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่นอกหน่วยวิกฤต

ด้านที่ 7 กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome)

เป้าหมาย (Goals): ลดและป้องกันการเสียชีวิต หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

จุดเน้น (Priorities) :

- 1) ค้นหาและประเมิน
- 2) การส่งต่อผู้ป่วย
- 3) การตรวจรักษา

แนวทาง (Guidelines) :

1) มีกระบวนการค้นหาและประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจไวพอ เช่น เกณฑ์การวินิจฉัยอาการเจ็บหน้าอกที่ชัดเจน หรือเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน (ในกรณีที่มีข้อจำกัดด้านศักยภาพ)

2) มีกระบวนการให้การตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น เกณฑ์การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการทำหัตถการ

ด้านที่ 8 การสื่อสาร (Communication)

เป้าหมาย (Goals): เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ

จุดเน้น (Priorities) :

- 1) การสั่งการรักษาหรือรายงานผลการตรวจที่มีค่าวิกฤตทางโทรศัพท์หรือ

ด้วยวาจา

2) คำย่อ สัญลักษณ์ และหน่วยวัดต่างๆ

แนวทาง (Guidelines) :

1) การสั่งการรักษาหรือการรายงานผลการตรวจที่มีค่าวิกฤตทางโทรศัพท์ หรือด้วยวาจาควรมีการอ่านกลับให้ผู้ส่งได้รับทราบทุกครั้งหรือบันทึกไว้เพื่อนำมาทวนสอบในภายหลังเมื่อจำเป็น เป้าหมายข้อนี้ไม่ต้องการส่งเสริมให้มีการสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ แต่ให้ใช้เฉพาะกรณีที่จำเป็นเท่านั้น และต้องการให้โรงพยาบาลทบทวนนโยบายและแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับคำสั่งการรักษาด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์ของแพทย์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้รับคำสั่งเป็นบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และมีการบันทึกคำสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ของแพทย์ พร้อมทั้งกำหนดให้ผู้รับคำสั่งอ่านทวนคำสั่งที่สมบูรณ์ให้แก่แพทย์ผู้สั่งการรักษาทุกครั้ง และแพทย์ต้องยืนยันด้วยวาจาว่าเป็นคำสั่งรักษาที่ถูกต้องสมบูรณ์ เป้าหมายข้อนี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะคำสั่ง การรักษาที่เกี่ยวกับการส่งยาเท่านั้นแต่ครอบคลุมถึงคำสั่งทุกชนิด

2) มีการกำหนดมาตรฐานบัญชีคำย่อ สัญลักษณ์ และหน่วยวัดที่ต้องใช้ในโรงพยาบาลให้ชัดเจน เป้าหมายข้อนี้ต้องการให้โรงพยาบาลทบทวนนโยบาย และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้อักษรย่อ คำย่อ สัญลักษณ์ทางการแพทย์ ซึ่งตกลงให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับการสื่อสารภายในโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล 2546: 66)

3) กำหนดให้มีการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต้อง รายงานแพทย์ผู้ดูแลในเวลาที่เหมาะสมอย่างชัดเจน ถ้าไม่สามารถรายงานได้ต้องมีกลไกการ รายงานผู้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ

สรุป เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (patients safety) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นตัวแปรตาม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การระบุตัวผู้ป่วย การใช้ยา การติดเชื้อจากการดูแลรักษา และการสื่อสาร เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษามีศักยภาพทางด้านการดูแลรักษาอยู่ในระดับทุติยภูมิระดับต้น มีกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติให้กับผู้รับบริการในพื้นที่ๆ ซึ่งจะครอบคลุมการปฏิบัติการดูแลทั้ง 4 ด้านทุกแห่ง ส่วนด้านที่เหลือจะมีเพียงบางแห่งที่สามารถปฏิบัติการดูแลได้ เช่น โรงพยาบาล 90 เดียงที่มีการให้บริการดูแลรับผู้ป่วยหนัก เป็นต้น

3. โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครสวรรค์

จังหวัดนครสวรรค์มีโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 12 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลขนาด 90 เดียงจำนวน 1 แห่ง ขนาด 60 เดียงจำนวน 6 แห่ง และขนาด 30 เดียง 5 แห่ง ได้แก่

1. โรงพยาบาลตากดี	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง
2. โรงพยาบาลลาดยาว	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง
3. โรงพยาบาลบรรพตพิสัย	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง
4. โรงพยาบาลชุมแสง	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง
5. โรงพยาบาลท่าตะโก	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง
6. โรงพยาบาลไพศาลี	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง
7. โรงพยาบาลหนองบัว	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง
8. โรงพยาบาลตากฟ้า	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง
9. โรงพยาบาลพยุหะคีรี	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง
10. โรงพยาบาลโกรกพระ	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง
11. โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง
12. โรงพยาบาลแม่วงก์	เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

โครงสร้างโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้บริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 6 พ.ศ.2542) ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดูแลสำนักงานสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยมีโรงพยาบาลอำเภออยู่ภายใต้สายงานบังคับบัญชาและสายนิเทศงาน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาตั้งแต่ 10-120 เตียง(ไม่เกิน 150 เตียง) ประจำชุมชนระดับอำเภอ เป็นศูนย์บริการและวิชาการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การปรับปรุงสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อมชุมชน และการฟื้นฟูสภาพในระดับอำเภอ หรือเขตพื้นที่บริเวณรอบที่ตั้งโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณหนึ่งแสนคน เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าส่วนราชการ ประกอบด้วย 6 กลุ่มงาน ได้แก่

1. กลุ่มบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย งานเวชปฏิบัติทั่วไป/เฉพาะทาง งานทันตสาธารณสุข งานกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู งานแพทย์แผนไทย
2. กลุ่มงานการพยาบาล ประกอบด้วย งานหน่วยจ่ายกลาง งานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานห้องผ่าตัด งานห้องคลอด งานวิสัญญีพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน
3. กลุ่มเทคนิคบริการ ประกอบด้วย งานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค งานชันสูตรสาธารณสุข งานรังสีการแพทย์ งานโภชนศาสตร์

4. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย งานเวชปฏิบัติครอบครัว งานบริการสุขภาพชุมชน งานส่งเสริมสุขภาพ งานสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานควบคุมและป้องกันโรค งานระบาดวิทยา งานสุขภาพจิต งานบำบัดยาเสพติด งานสุขศึกษา งานสนับสนุนภาคประชาชน งานสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

5. กลุ่มงานบริหารทั่วไป ประกอบด้วย งานบริหารทั่วไป งานธุรการ งานการเจ้าหน้าที่ งานการเงินและบัญชี งานพัสดุและครุภัณฑ์ งานก่อสร้างและซ่อมบำรุง งานประชาสัมพันธ์ งานพาหนะ งานซักฟอก งานสวัสดิการรักษความปลอดภัย งานตรวจสอบและควบคุมภายใน งานห้องสมุด

6. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และการพัฒนา ประกอบด้วย งานแผนงาน งานพัฒนาคุณภาพ งานประกันคุณภาพ งานนิเทศงานและประเมินผล งานแผนสาธารณสุขในพื้นที่ งานวิจัยและสนับสนุนวิชาการ งานเวชระเบียนละสถิติ งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ

อัตรากำลังของโรงพยาบาลชุมชน 10-30 เตียง มีกรอบอัตรากำลังข้าราชการประมาณ 88 ตำแหน่ง ขนาด 90 เตียงมีประมาณ 121 ตำแหน่ง ขนาด 90 เตียงมีประมาณ 146 ตำแหน่ง และขนาด 120 เตียงมีประมาณ 171 ตำแหน่ง

หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน

1. ทำการตรวจวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
2. จัดทำแผนงาน โครงการ และดำเนินการให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานทันตสาธารณสุข งานสุขภาพจิต
3. การจัดบริการรักษาพยาบาลแบบหน่วยเคลื่อนที่ การจัดและควบคุมระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการรักษาพยาบาลทางวิทยุในฐานะที่เป็นเครือข่ายย่อย
4. นิเทศ ฝึกอบรม และพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและอำเภอ ให้มีความรู้ความสามารถในด้านการให้บริการรักษาพยาบาลตามนโยบาย แผนงานและโครงการต่างๆ เช่น การจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน การสาธารณสุขมูลฐาน โครงการบัตรสุขภาพ โครงการรณรงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นต้น
5. ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำสถิติข้อมูลเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา เสนอหน่วยงานเหนือตามลำดับ

6. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ หน่วยงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุข และการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนได้ผลดีตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้

โครงสร้างกลุ่มงานการพยาบาล เป็นกลุ่มงานหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชน มีหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ ปฏิบัติงานโดยขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งรับผิดชอบในการวางแผน สนับสนุนการจัดบริการพยาบาล การศึกษา ค้นคว้าวิเคราะห์และวิจัยงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน สนับสนุนการจัดบริการพยาบาล นิเทศ ติดตาม ประเมินผลงาน พัฒนางาน ฝึกอบรม ให้การปรึกษาทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ สนับสนุนการจัดบริการและพัฒนางานสาธารณสุขแก่สถานบริการสาธารณสุขแก่สถานบริการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีที่สุด

กลุ่มการพยาบาลมีหน่วยงานในความรับผิดชอบดังนี้

1. งานหน่วยจ่ายกลาง รับผิดชอบจัดเตรียมชุดเครื่องมือ เครื่องใช้ทางการรักษาพยาบาล ซึ่งผ่านกระบวนการทำลายเชื้อ การทำให้สะอาด และทำให้ปลอดเชื้อ เพื่อให้บริการแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลได้อย่างพอเพียงกับความต้องการใช้และได้มาตรฐาน

2. งานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นงานสนับสนุนทางวิชาการ การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล และระบบควบคุมคุณภาพการพยาบาลในด้านความปลอดภัยจากการติดเชื้อของผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยและผู้ให้บริการเพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

3. งานห้องผ่าตัดและงานวิสัญญีพยาบาล ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และหรือรักษาโรค โดยการผ่าตัดแบบครบวงจรอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การตรวจเยี่ยม เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย การเตรียมและดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้บริการระงับความรู้สึกเฉพาะที่และทั่วไป ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งการประสานงานเพื่อการส่งต่อการพยาบาล

4. งานห้องคลอด ให้บริการการคลอด หรือการดูแลการรอกคลอด หลังคลอด ระยะต้น และการดูแลทารกแรกเกิดให้ปลอดภัยในทุกๆระยะของการคลอด รวมทั้งการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

5. งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ และผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อช่วยชีวิตเบื้องต้นให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตและความพิการ คัดกรองผู้ป่วยและช่วยแพทย์ในการตรวจรักษาโรคทั่วไป ให้การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างและหลังการตรวจรักษา

6. งานผู้ป่วยนอก ให้บริการพยาบาลที่ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย โดยการคัดกรองผู้ป่วยและช่วยแพทย์ในการตรวจรักษาโรคทั่วไป ให้การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างและหลังการตรวจรักษา

8. งานผู้ป่วยใน ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยให้บริการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งให้การสนับสนุนผู้ป่วยในรายที่จำเป็นต้องให้บริการรับ-ส่ง

ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะมีหัวหน้างานขึ้นตรงต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล บริหารจัดการภายใต้ปรัชญา นโยบาย และกฎระเบียบของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (กองการพยาบาล 2544 :127-129)

1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (assessment) หมายถึง การปฏิบัติดังต่อไปนี้

1.1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและประเมินปัญหาความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

1.2 การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล การพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

2. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ หมายถึง การช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทางด้านร่างกาย และจิตใจ ได้แก่ อาการคุกคามชีวิตและอาการรบกวนความสุขสบาย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การช่วยหายใจ การบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ วิดกกังวล กลัวเป็นต้น

3. การดูแลความปลอดภัย หมายถึงการปฏิบัติดังต่อไปนี้

3.1 การจัดการให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้าน ภายนอก ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บต่าง ๆ เช่น พลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3.2 การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อ การรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 การจัดการ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล หมายถึง กิจกรรมพยาบาลใด ๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย ด้วยวิธีต่างๆ เป็นต้น

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องให้ผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็น ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การเฝ้าระวัง การปฏิบัติตามแผนการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การมาตรวจตามนัดซึ่งรวมถึงการให้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆด้วย เช่น การอธิบายก่อนการลงนามยินยอม รักษาพยาบาล หรือก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น และแจ้งข่าวร้ายในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลบน พื้นฐานของสัมพันธภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม

โดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม

จากรายงานการเก็บข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยด้านคลินิก ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมที่พบได้แก่

1. ความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ การจัดยาผิด จัดจ่ายยาไม่ครบตามแผนการรักษา
2. การระบุตัวผู้ป่วย ได้แก่ การให้บริการรักษาผิดคน
3. การติดเชื้อจากการดูแลรักษา ได้แก่ การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ การติดเชื้อที่แผลกดทับ การติดเชื้อที่แผลสะอาด การติดเชื้อบริเวณที่ให้สารน้ำเป็นต้น
4. การสื่อสาร ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบขั้นตอน และข้อมูลด้านการรักษาไม่ครบถ้วน และจากการวิเคราะห์การบันทึกรายงานยังขาดความครอบคลุม ทำให้การดักจับการเกิดอุบัติเหตุการณ์ยังไม่ดีพอ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิไลพร รังควัต (2535) ได้ศึกษา การใช้วิธีฝึกความไวต่อการรับรู้ และการพัฒนาทีมงานเพื่อการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอในเขตเมือง พบว่า การพัฒนาทีมงาน สามารถเพิ่มประสิทธิภาพ ในการทำงานร่วมกันให้ดีขึ้นได้ การพัฒนาการทำงานเป็นทีม มีการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ เปิดโอกาสให้สมาชิกทีมแสดงความคิดเห็น และมีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง

วิมลพร ไสยวรรณ (2545) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการอันเนื่องมาจากการให้บริการ โดยตรง 5 เรื่อง คือ 1) ผู้ให้บริการได้รับยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด 2) ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด 3) ผู้ให้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม 4) ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด และ 5) ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน รูปแบบการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย นโยบาย วัตถุประสงค์ ผู้รับผิดชอบ บทบาทและหน้าที่ และ กระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การ

วิเคราะห์ความเสี่ยง 3) วิธีการจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล โดยแต่ละขั้นตอนจะกำหนดกิจกรรม ระยะเวลา วัตถุประสงค์ ลักษณะกิจกรรม 2. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงรายรวมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ใน

จันทิมา ไตรทาน (2546) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรีพบปัญหาอุปสรรคในการจัดการความเสี่ยงในหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 50 ได้ระบุปัญหาอุปสรรคของการจัดการความเสี่ยง เรื่อง การติดต่อสื่อสาร การประสานงาน ความร่วมมือจากบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน ความรู้ความสามารถของหัวหน้าหอผู้ป่วย การรายงานอุบัติการณ์ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง คือเจตคติเจ้าหน้าที่ซึ่งมีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงในทางที่ไม่ถูกต้อง คิดว่าไม่ใช่เรื่องของตนเอง ตนเองปฏิบัติงานคืออยู่แล้ว หรือต้อง ช่วยกันปิดบัง เพราะอาจต้องรับผิดชอบความผิด นั้นเองและคิดว่าเป็นหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ภาระงานในแต่ละหอผู้ป่วย มีจำนวน ผู้ป่วยมากและผู้ป่วยหนักมาก ทำให้การเขียนรายงานอุบัติการณ์ไม่ครอบคลุมและไม่ตรงกัน ไม่มีเวลาการประชุมปรึกษาหารือ การทำงานด้วยความเคยชิน ปฏิบัติเป็นประจำไม่รู้ว่าเป็นปฏิบัติผิด เช่น การละเมิดหลักการปราศจากเชื้อ การพูดคุยเปิดเผยความลับของผู้ป่วย

พงษ์พจน์ ธีรานันตชัย (2544) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ และการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในงานบริการด้านสูติกรรม โรงพยาบาลโพธาราม โดยการติดตามเฝ้าระวังวัดผลความเสี่ยงระดับที่ยอมรับได้ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการติดตามผลการปฏิบัติ การจัดเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผล นำมาเป็นแนวทางส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน พบว่าภายหลังการดำเนินการไปแล้ว 6 เดือน ระดับความเสี่ยงจากการทำงานลดลง โดยไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากเทคนิคการให้บริการ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ ไม่พบข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างทันทั่วทั้งมากขึ้น ความคิดเห็นและความตระหนักของเจ้าหน้าที่ต่อระบบการจัดการความเสี่ยงพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง

สมชาย โทวณะบุตร (2544) ได้ทำการศึกษา ปัญหาจากการสั่งใช้ยาที่ทำให้เกิด Adverse Drug Reaction มีทั้งส่วนที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ และ Medication error สามารถป้องกันได้ 2 ใน 3 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ คือ

1. สภาพความเร่งรีบและปัญหาการทำงาน ผู้ป่วยรอนาน มีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วย เพิ่มค่าใช้จ่าย
2. ลายมือของแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาแก่เภสัชกรในการอ่านคำสั่งยาถึงร้อยละ 25

3. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาอาจจะเป็นจากการละเลย ไม่ระบุข้อความสำคัญให้ชัดเจน) หรือการสั่งใช้ ระบุข้อความผิด การขาดความรู้ ขาดสมาธิ ขาดการสื่อสารที่ดี ใช้ อักษรย่อที่ไม่เป็นสากล, ลายมืออ่านยาก, คำสั่งที่ไม่ชัดเจน

จงจิตร อริยประยูร (2545) ได้ศึกษาการค้นหาความเสี่ยงของงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ผลการศึกษาวิจัย พบว่า พบความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยา ร้อยละ 3.15 โดยเป็นความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนบันทึกข้อมูล ร้อยละ 0.75 ขั้นตอนการบรรจุยา ร้อยละ 1.66 ขั้นตอนตรวจสอบยา ร้อยละ 0.05 จากการสอบถามความคิดเห็น Aungsuchoti นของเจ้าหน้าที่งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกถึงสาเหตุของเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าเกิดจากการอ่านลายมือแพทย์ไม่ออก ร้อยละ 96.46 จากการทำงานเครื่องคอมพิวเตอร์บกพร่อง ร้อยละ 83.33 และรายละเอียดใบสั่งยาไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 69.70

พรพิมล ผดุงสงฆ์ (2546) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ความมีอิสระในงานกับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1.ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean = 176.56, SD = 23.198) 2.ทักษะในการสื่อสารทั้ง โดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านคือทักษะในการฟัง ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ไม่มีการลำเอียง และทักษะการสื่อสารแบบเปิด มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง กับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .613, .518, .564, .564, .482$ ตามลำดับ) 3.ความมีอิสระในงาน โดยรวม และรายด้าน 2 ด้าน คือความมีอิสระในการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน, ความมีอิสระในการควบคุมเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .442, .554, .309$ ตามลำดับ) ส่วนด้านความมีอิสระในการเลือกวิธีปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัดใน โรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ของประเทศไทย ผลการศึกษาวิจัย พบว่ามีการผ่าตัดทั้งสิ้น 19,168 ครั้ง มีการติดเชื้อ 248 ครั้ง คิดเป็นอัตราการติดเชื้อ 1.3 ครั้งต่อการผ่าตัด 100 ครั้ง และอัตราการติดเชื้อปรับตามดัชนีความเสี่ยง คิดเป็น 0.6 เท่าของการติดเชื้อในประเทศสหรัฐอเมริกา (ค่าความเชื่อมั่น 0.5-0.6) โดยการติดเชื้อ 107 ครั้ง (ร้อยละ 43.1) พบหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล การผ่าตัดมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ร้อยละ 55.4)

การผ่าตัดไส้ติ่ง (ร้อยละ 18.8) และการผ่าตัดไส้เลื่อน (ร้อยละ 5.5)

พิศมิตา สุภิสุทธิ์ (2550) ได้ศึกษา การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ทราบนโยบายการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรพยาบาลจากการประชุมของ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และการประชุมระดับหน่วยงาน องค์กรพยาบาลนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ของกลุ่มการพยาบาล และนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพรับรู้ปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงทั้ง สองด้านคือ ด้านกระบวนการพบเรื่องการไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ และไม่ตอบสนองจากรายงานอุบัติการณ์ ด้านบุคลากรปัญหาเรื่องการขาดความรู้เรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยง การไม่ให้ความร่วมมือ การขาดขวัญและกำลังใจ

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบ ว่าความไม่ปลอดภัยของผู้ใช้บริการจะเกี่ยวกับ การปฏิบัติพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล การจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยงาน นอกจากนี้ปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ส่วนใหญ่ที่เกิดกับผู้ให้บริการ จะเกี่ยวกับการให้การพยาบาล ความคลาดเคลื่อนด้านการบริหารยาและพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดด้านบุคคล (Human Error) ความคลาดเคลื่อนด้านยาหรือ medication error ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง ปัจจุบันพบว่ายังขาดข้อมูลในการจัดการความปลอดภัยของผู้ให้บริการที่ไม่ชัดเจน ยังผลให้ผู้รับบริการเกิดความไม่ปลอดภัยขณะเข้ารับบริการ หากพยาบาลมีการปรับปรุงและพัฒนาให้มีระบบการบริหารความปลอดภัยในการดูแลผู้ให้บริการ เพื่อป้องกันปัญหาจากสาเหตุทั้งหลายที่กล่าวมา ทำให้ลดแนวโน้มหรือโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยของผู้รับบริการและความผิดพลาดด้านการบริการพยาบาลได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 577 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตากถี โรงพยาบาลลาดยาว โรงพยาบาลตากฟ้า โรงพยาบาลหนองบัว โรงพยาบาลไพศาลี โรงพยาบาลท่าตะโก โรงพยาบาลชุมแสง โรงพยาบาลพยุหะคีรี โรงพยาบาลโกรกพระ โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว โรงพยาบาลบรรพตพิสัย โรงพยาบาลแม่วงก์ โดยแบ่งตามขนาดของโรงพยาบาลได้ 3 ขนาด คือขนาด 30 เตียง 60 เตียง และ 90 เตียง

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 230 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1.2.1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตารางสำเร็จรูป เกร็งจี และมอร์แกน (Krejcie R.V. and Morgan) (ถัดคาวัลย์ เพชรโรจน์. 2547 :264) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลที่ต้องการศึกษา 230 คน

1.2.2 วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ขนาดโรงพยาบาลชุมชน คือ ขนาด 30 เตียง 60 เตียง และ 90 เตียง ทำรายชื่อพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละขนาดมาทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ ให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณได้ ของแต่ละขนาดโรงพยาบาลดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากร กลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนใน
จังหวัดนครสวรรค์ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับและลงข้อมูลครบถ้วน

ขนาดโรงพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	จำนวน ประชากร	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง	จำนวนที่ ตอบกลับ	ร้อยละที่ตอบ กลับและลงข้อมูล ครบถ้วน
30 เตียง	5	173	69	65	94.20
60 เตียง	6	323	129	110	85.27
90 เตียง	1	81	32	32	100
รวมทั้งหมด	12	577	230	207	90

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษา
แนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำมากำหนดเป็นนิยามของตัวแปรเพื่อใช้เป็น
แนวทางในการกำหนดรูปแบบและสร้างชุดของคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย
3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สอบถามพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับอายุ เพศ
ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ และขนาดของโรงพยาบาลที่
ปฏิบัติงาน โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) และเติมคำ ข้อความ
จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในงานบริการ
พยาบาล โดยมีองค์ประกอบของวิธีการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน (Nation Patient Safety
Agency, 2004 อ่างโนวีณา จีระแพทย์) มีจำนวน 62 ข้อ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น
10 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล
จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ

ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ

ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ

ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย
จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ

ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ

ขั้นตอนที่ 7 การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อ
ผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ

แบบสอบถามในแต่ละ ข้อเกี่ยวกับประสิทธิผลเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยใน
บริการพยาบาล เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 5 ระดับ โดย
ตั้งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติมากที่สุด (76-100%)
มีคะแนนเท่ากับ 4

ปฏิบัติบ่อย ๆ หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติบ่อย ๆ (51-75%) มีคะแนนเท่ากับ 3
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง(26-50%)
มีคะแนนเท่ากับ 2

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-25%) มีคะแนนเท่ากับ 1
ไม่มีการปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการปฏิบัติในหน่วยงาน (0%)
มีคะแนนเท่ากับ 0

การแปลผลคะแนน

จากแบบสอบถามส่วนที่ 2 เกี่ยวกับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในงาน
บริการพยาบาล ซึ่งใช้แบ่งระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล
โดยใช้วิธีของเบสท์ (Best, 1977: 174) ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหาร
ด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการแบ่ง

$$\text{จากสูตร ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

$$\frac{4 - 0}{3} = 1.33$$

ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะได้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 – 1.33	ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำ
1.34 – 2.66	ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง
2.67 – 4.00	ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยอยู่ในระดับ สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งสร้างจากเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับประเทศ (2006HA-Thailand Patient Safety Goals) ซึ่งผู้วิจัยใช้เป้าหมายความปลอดภัยมาเป็นแบบสอบถามจำนวน 4 ด้าน และมีข้อย่อยทั้งหมดจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น ดังนี้

ด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)	จำนวน 15 ข้อ
ด้านที่ 2 การใช้ยา (Medication Safety)	จำนวน 11 ข้อ
ด้านที่ 3 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection)	จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 4 การสื่อสาร (Communication) จำนวน 6 ข้อ
การให้คะแนนคำตอบเกี่ยวกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานบริการพยาบาลเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยตั้งเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อความเชิงบวกและเชิงลบดังนี้

การแปลผลคะแนน

คะแนนระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานบริการพยาบาล มีค่าอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน โดยใช้วิธีของเบสท์ (Best, 1977 : 174) ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการแบ่ง

$$\text{จากสูตร ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

$$\frac{4 - 0}{3} = 1.33$$

3

ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะได้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 – 1.33	ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ
1.34 – 2.66	ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
2.67 – 4.00	ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับ สูง

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การหาความตรง (Validity)

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามที่ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัย และเอกสาร ที่เกี่ยวข้องและข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นจึงได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัยและการพยาบาล เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามที่กำหนด ความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามให้ตรงกับเรื่องที่ต้องการวัด (Content Validity) โดยกำหนดเกณฑ์ความเห็นพ้องต้องกันจาก 2 ใน 3 ท่าน พิจารณาเลือกข้อที่มีค่าความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.66 ขึ้นไป จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนไปทดลองใช้

3.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

นำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าวมาตรวจคะแนนวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) (จักรภพ ธาตุสุวรรณ 2548: 250-253) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล เท่ากับ 0.98 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เท่ากับ 0.92 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ขอนหนังสือจากประธานกรรมการสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งใน จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อขออนุญาตให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทางไปรษณีย์ โดยแนบหนังสืออนุญาตในการเก็บข้อมูลใน โรงพยาบาล และคำชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการใน

การเก็บข้อมูล ทั้งนี้ โดยได้ชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม และขอความอนุเคราะห์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนในการส่งแบบสอบถามให้กับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อ ดำเนินการต่อ ซึ่งผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลไว้เป็นการภายในก่อนแล้ว โดย ที่หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลจะเป็นผู้จัดส่งแบบสอบถามให้พยาบาลวิชาชีพที่มีชื่อระบุเป็นกลุ่ม ตัวอย่างตามแบบสอบถาม ส่วนการดำเนินการรับแบบสอบถามคืนนั้น ผู้วิจัยได้อำนวยความสะดวกโดยแนบซองเอกสารเปล่าติดแสตมป์ จ่าหน้าซอง ชื่อ ที่อยู่ ของผู้วิจัย เพื่อส่งแบบสอบถาม กลับทางไปรษณีย์ โดยกำหนดระยะเวลาภายใน 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1-30 กรกฎาคม 2550

4.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมา ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และ เลือกแบบสอบถามที่มีการตอบครบถ้วนทุกข้อ เพื่อเตรียมมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนที่ตอบข้อมูลครบถ้วนจำนวน 207 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูล ซึ่งมีวิธีการดำเนินการดังต่อไปนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์ ข้อมูล ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล โดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.3 วิเคราะห์ข้อมูลความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการ พยาบาล กับ ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

5.5 การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ใช้เกณฑ์พิจารณาดังนี้ (ประคอง กรรณสูต 2542)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.70 – 1.00	สูง
0.30 – 0.69	ปานกลาง
0.00 – 0.29	ต่ำ

5.6 การวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance)

ที่ 0.01 และ 0.05

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำจดหมายแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ให้กับผู้ประสานงานแต่ละโรงพยาบาลชุมชนรับทราบ แล้วจึงขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ในแบบสอบถามได้ชี้แจงให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบว่ามีความเป็นอิสระในการตัดสินใจที่จะตอบหรือเข้าร่วมในการทำวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถาม คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นความรู้ที่แท้จริง และตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล

ตอนที่ 3 ความปลอดภัยของผู้ป่วย

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เป็นการนำเสนอข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานด้านประชากรที่ศึกษา จำนวน 207 คน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าร้อยละของอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ และขนาดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ (n=207)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. อายุ (ปี) Mean =35.59 ปี SD = 6.70 ปี	Min = 23 ปี	Max = 54 ปี
20 – 30 ปี	52	25.1
31 - 40 ปี	104	50.2
41 - 50 ปี	49	23.7
51 - 60 ปี	2	1
รวม	207	100.0
2. เพศ		
ชาย	11	5.3
หญิง	196	94.7
รวม	207	100.0
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	195	94.2
ปริญญาโท	12	5.8
รวม	207	100.0
4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ (Mean =11.42 ปี SD = 6.71 ปี)		
1 – 10 ปี	101	48.8
11 – 20 ปี	85	41.1
21 – 30 ปี	20	9.6
31 ปีขึ้นไป	1	0.5
รวม	207	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n)	ร้อยละ
5. ปฏิบัติงานในแผนก		
ผู้ป่วยใน	88	42.5
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	49	23.7
ผู้ป่วยนอก	24	11.6
ห้องคลอด	25	12.1
ห้องผ่าตัด	13	6.3
ฝากครรภ์	3	1.4
เวชปฏิบัติชุมชน	5	2.4
รวม	207	100.0
6. ขนาดโรงพยาบาล		
30 เตียง	65	31.4
60 เตียง	110	53.1
90 เตียง	32	15.5
รวม	207	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุดร้อยละ 50.2 รองลงมาอายุระหว่าง 20 – 30 ปี, 41 - 50 ปี และ 51 – 60 ปี ร้อยละ 25.1, 23.7 และ 1.00 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 35.59 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 94.7 สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ 1 – 10 ปี ร้อยละ 48.8 รองลงมา 11 – 20 ปี ร้อยละ 41.1 ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 42.5 รองลงมา แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 23.7 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มากที่สุดร้อยละ 53.1

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบ บริการพยาบาล

ในการศึกษาประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล
- ขั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล
- ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง
- ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์
- ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย
- ขั้นตอนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย
- ขั้นตอนที่ 7 การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย
การแปลผลคะแนน

คะแนนระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานบริการพยาบาล มีค่าอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน โดยใช้วิธีของเบสท์ (Best, 1977 : 174) ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะได้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 – 1.33	ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ
1.34 – 2.66	ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
2.67 – 4.00	ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับ สูง

ผู้วิจัยนำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัย โดยรวม รายขั้นตอน และรายข้อ ดังตารางที่ 4.2 – 4.9

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล จำแนกตามขั้นตอน

ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผลระดับประสิทธิผล
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร พยาบาล	3.01	.86	สูง
ขั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล	2.57	.97	ปานกลาง
ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง	2.70	.96	สูง
ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์	2.95	.92	สูง
ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย	2.23	1.20	ปานกลาง
ขั้นตอนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย	2.77	.94	สูง
ขั้นตอนที่ 7 การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย	2.62	1.05	ปานกลาง
ภาพรวมประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล	2.69	0.99	สูง

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล โดยรวม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.99 เมื่อพิจารณารายขั้นตอนพบว่า ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ และขั้นตอนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 , 2.95 และ 2.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 , 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ ส่วนขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 2.23 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.20

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความ
ปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ชั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยใน
องค์กรพยาบาลจําแนกรายข้อ

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับ ประสิทธิผล
1	เมื่อท่านพบอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้อง กับความไม่ ปลอดภัยในหน่วยงานท่านมีการแจ้งให้เพื่อน ร่วมงานทราบ	3.51	.65	สูง
2	เมื่อเกิดอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องท่านมีการศึกษา ปัญหาการเกิดอุบัติการณ์	3.04	.79	สูง
3	หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้ผู้ให้บริการมี ส่วนร่วมรับผิดชอบในกระบวนการดูแลที่ ปลอดภัย	2.90	.99	สูง
4	หน่วยงานของท่านมีการผสมผสาน กระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อความผิดพลาด ทั่วทั้งองค์กร	2.83	.88	สูง
5	หน่วยงานของท่านมีการผสมผสานการประเมิน องค์กรเรื่องความเสี่ยงต่อความผิดพลาดทั่วทั้ง องค์กร	2.82	.93	สูง
6	หน่วยงานของท่านมีการผสมผสาน กระบวนการจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับ อุบัติการณ์ ทั่วทั้งองค์กร	2.80	.91	สูง
7	หน่วยงานของท่านมีการผสมผสานการประเมิน ความเสี่ยงเกี่ยวกับอุบัติการณ์ ทั่วทั้งองค์กร	2.86	.91	สูง
8	หน่วยงานของท่านมีการประเมินความเสี่ยงใน กระบวนการดูแลผู้รับบริการ	3.21	.76	สูง
9	หน่วยงานของท่านมีการประเมินความเสี่ยง เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน	3.00	.86	สูง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับ ประสิทธิผล
10	หน่วยงานของท่านมีการนำรายงานอุบัติการณ์ ไปใช้ในการปรับปรุงที่ทำให้เกิดความปลอดภัย ในองค์กร	3.11	.87	สูง
	ภาพรวมขั้นตอนที่ 1	3.01	.86	สูง

จากตารางที่ 4.3 ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล
ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมี
ระดับประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระดับสูง โดยข้อที่ 1 การพบอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้อง
ความไม่ปลอดภัยในหน่วยงานท่านมีการแจ้งให้เพื่อนร่วมงานทราบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.51
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.65 และข้อที่ 6 การผสมผสานกระบวนการจัดการความเสี่ยง
เกี่ยวกับอุบัติการณ์ทั่วทั้งองค์กร มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 2.80 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ
0.91

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความ
ปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ชั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนการทำงานที่
ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล จำแนกรายข้อ

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับ ประสิทธิผล
11	ผู้บริหารองค์กรรับฟังความคิดเห็นของ บุคลากรเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกต่อการจัดการ บริการที่ปลอดภัย และไม่ปลอดภัยของ หน่วยงาน	2.62	.98	ปานกลาง
12	ผู้บริหารองค์กรแจ้งประเด็นความปลอดภัย ของผู้ใช้บริการที่ต้องระมัดระวังทั่วทั้งองค์กร	2.58	1.00	ปานกลาง
13	ผู้บริหารองค์กรมีการสนับสนุนการแสดง ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการ ปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัย	2.52	.93	ปานกลาง
14	ผู้บริหารองค์กรมีการสื่อสารเกี่ยวกับวิธีการ ทำงานที่ปลอดภัยแก่บุคลากรทั่วทั้งองค์กร	2.54	.98	ปานกลาง
	ภาพรวมชั้นตอนที่ 2	2.57	.97	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่าประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล
ในชั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล ภาพรวมอยู่ใน
ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.97 เมื่อพิจารณาราย
ข้อพบว่าทุกข้อมีระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระดับปานกลาง โดยข้อที่ 11
ผู้บริหารองค์กรรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกต่อการจัดการบริการที่ปลอดภัย
และไม่ปลอดภัยของหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.98
และข้อที่ 13 ผู้บริหารองค์กรมีการสนับสนุนการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการ
ปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 2.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.93

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัย
ในระบบบริการพยาบาล ชั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง
จำแนกรายข้อ

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับ ประสิทธิผล
15	หน่วยงานของท่านมีการค้นหาความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียต่อผู้ใช้บริการและองค์กร	2.99	.80	สูง
16	หน่วยงานของท่านมีการประเมินความรุนแรงของการเกิดความเสี่ยง ทุกระดับของหน่วยงาน	3.01	.85	สูง
17	หน่วยงานของท่านมีการประเมินความถี่ของการเกิดความเสี่ยง ทุกระดับ	2.79	.87	สูง
18	หน่วยงานของท่านมีการจัดการตามข้อร้องเรียนที่พบในระบบสารสนเทศ	2.83	.92	สูง
19	หน่วยงานของท่านมีการจัดการกับความเสียหายโดยการลดความสูญเสียภายหลังเกิดเหตุ	2.79	.94	สูง
20	หน่วยงานของท่านมีการประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง	2.52	1.00	ปานกลาง
21	หน่วยงานของท่านมีการประเมินดัชนีความปลอดภัยที่มุ่งลดการเกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการ	2.34	1.18	ปานกลาง
22	หน่วยงานของท่านมีการประเมินดัชนีความปลอดภัยขององค์กรที่บรรเทาการเกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการ	2.32	1.13	ปานกลาง
ภาพรวมชั้นตอนที่ 3		2.70	.96	สูง

จากตารางที่ 4.5 พบว่าประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล
ในชั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยงของบุคลากรพยาบาล ภาพรวมอยู่ใน
ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.96 เมื่อพิจารณาข้อพบว่า

ระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระดับสูงและปานกลาง โดยข้อที่ 16 หน่วยงานของท่านมีการประเมินความรุนแรงของการเกิดความเสี่ยงทุกระดับของหน่วยงานในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.85 และข้อที่ 22 หน่วยงานของท่านมีการประเมินดัชนีความปลอดภัยขององค์กรที่บรรเทาการเกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการ ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด เท่ากับ 2.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.13

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ชั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์
จำแนกรายข้อ

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับ ประสิทธิผล
23	หน่วยงานของท่านกำหนดให้พยาบาลทุกคน รายงานปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของ ผู้ใช้บริการ	3.24	.83	สูง
24	หน่วยงานของท่านมีการเปรียบเทียบข้อมูล สถิติการเกิดอุบัติการณ์ในแต่ละเดือน	2.82	1.02	สูง
25	หน่วยงานของท่านกำหนดเป้าหมายการลด ความรุนแรงของผลกระทบจากการเกิด อุบัติการณ์	2.74	.96	สูง
26	หน่วยงานของท่านมีการวางแผนปฏิบัติการ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในทุกกรณี ที่เกี่ยวข้อง กับการเกิดอุบัติการณ์ของความปลอดภัย	2.98	.86	สูง
ภาพรวมชั้นตอนที่ 4		2.95	.92	สูง

จากตารางที่ 4.6 พบว่าประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล
ในชั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับสูง
มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.92 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมี
ระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระดับสูง โดยข้อที่ 23 หน่วยงานของท่าน

กำหนดให้พยาบาลทุกคนรายงานปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.83 และข้อที่ 25. หน่วยงานของท่านกำหนดเป้าหมายการลดความรุนแรงของผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุการมีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 2.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.96

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ชั้นตอนที่ 5 การสื่อสารให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย จำแนกรายข้อ

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผลระดับประสิทธิผล
27	หน่วยงานของท่านกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการสื่อสารเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยกับผู้ใช้บริการและญาติ	2.90	.94	สูง
28	หน่วยงานของท่านเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการสื่อสารเพื่อป้องกันปัญหาความไม่ปลอดภัยกับผู้ใช้บริการและญาติ	2.64	1.04	ปานกลาง
29	คณะกรรมการบริหารขององค์กรสนับสนุนการสื่อสาร โดยให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการพยาบาล	1.83	1.29	ปานกลาง
30	หน่วยงานของท่านให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมตรวจสอบความถูกต้องของการดูแลรักษา	1.98	1.30	ปานกลาง
31	หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้ผู้ปกครองของผู้ใช้บริการได้ร่วมตรวจสอบความถูกต้องของการดูแลรักษา	2.03	1.33	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับ ประสิทธิผล
32	หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการสืบสวนหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา	1.83	1.34	ปานกลาง
33	หน่วยงานของท่านมีการกำหนดกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อจัดการปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในอนาคต	2.22	1.22	ปานกลาง
34	หน่วยงานของท่านมีการกำหนดกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในอนาคต	2.40	1.13	ปานกลาง
ภาพรวมขั้นตอนที่ 5		2.23	1.20	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 พบว่าประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ใน ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของ บุคลากรพยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานเท่ากับ 1.20 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยใน ระดับสูงและปานกลาง โดยข้อที่ 27 หน่วยงานของท่านกำหนดแนวปฏิบัติกรพยาบาลเรื่องการ สื่อสารเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยกับผู้ให้บริการและญาติอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย สูงสุดเท่ากับ 2.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.94 และข้อที่ 29 คณะกรรมการบริหารของ องค์กรสนับสนุนการสื่อสาร โดยให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของ การจัดการบริการพยาบาล ข้อที่ 32 หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการ สืบสวนหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 1.83 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.29, 1.34 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัย
ในระบบบริการพยาบาล ขั้นตอนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัยจำแนกรายข้อ

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับ ประสิทธิผล
35	องค์กรพยาบาลส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับ วิธีการจัดการความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ	2.55	1.05	ปานกลาง
36	หน่วยงานของท่านมีการวิเคราะห์ การค้นหา สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา	2.67	.98	ปานกลาง
37	ท่านสามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งที่เกิดขึ้นในการ ปฏิบัติงาน เพื่อวางมาตรการป้องกัน	2.84	.95	สูง
38	ท่านสามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งที่เกิดขึ้นในการ ปฏิบัติงาน เพื่อลด โอกาสเกิดซ้ำ	3.01	.80	สูง
ภาพรวมขั้นตอนที่ 6		2.77	.94	สูง

จากตารางที่ 4.8 พบว่าประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล
ใน ขั้นตอนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย ของบุคลากรพยาบาลภาพ
รวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.94 เมื่อพิจารณา
รายข้อพบว่า มีระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระดับสูงและปานกลาง โดยข้อที่ 38
ท่านสามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานเพื่อลดโอกาสเกิดซ้ำในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย
สูงสุดเท่ากับ 3.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.80 และข้อที่ 35 องค์กรพยาบาลส่งเสริมการ
เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปลอดภัยของผู้ใช้บริการในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด
เท่ากับ 2.55 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.05

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลชั้นตอนที่ 7 การนำแนวทางการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จำแนกรายข้อ

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับ ประสิทธิผล
39	ท่านได้ค้นหาอุบัติการณ์ในการปฏิบัติงาน ที่เน้นที่ระดับความรุนแรง	2.72	.97	สูง
40	ท่านได้ค้นหาอุบัติการณ์ในการปฏิบัติงาน ที่เน้นที่โอกาสที่เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น	2.75	.96	สูง
41	ท่านได้ค้นหาข้อบ่งชี้ในการปฏิบัติงานที่ เน้นระดับความรุนแรง	2.60	1.01	ปานกลาง
42	ท่านได้ค้นหาข้อบ่งชี้ที่ เน้น โอกาสการ เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการ ปฏิบัติงาน	2.66	0.98	ปานกลาง
43	หน่วยงานของท่านได้รวบรวมข้อมูลจาก การบันทึกสุขภาพของผู้ใช้บริการ	2.49	1.27	ปานกลาง
44	หน่วยงานของท่านได้รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับผลการตรวจต่าง ๆ จากการบันทึก ทางการพยาบาล	2.78	1.09	สูง
45	หน่วยงานของท่านมีการรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการตรวจอุปกรณ์ในหอผู้ป่วยบริการ จากบันทึกทางการพยาบาล	2.49	1.27	ปานกลาง
46	หน่วยงานของท่านได้รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการตรวจสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ในหอผู้ป่วยบริการ จากบันทึกทางการ พยาบาล	2.32	1.23	ปานกลาง

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับ ประสิทธิผล
47.	หน่วยงานของท่านมีมาตรการที่กำหนดให้ บุคลากรผู้ปฏิบัติ เป็นผู้เขียนรายงาน อุบัติการณ์	3.31	0.78	สูง
48.	หน่วยงานของท่านมีการทำแผนของ เหตุการณ์	2.07	1.37	ปานกลาง
49.	หน่วยงานของท่านนำข้อมูลที่รวบรวม ได้มาจัดลำดับเวลา ก่อนหลังของการเกิด เหตุการณ์	2.59	1.06	ปานกลาง
50.	หน่วยงานของท่านค้นหาข้อมูลของปัญหา ในกระบวนการดูแลที่ยังขาดหายไป	2.52	1.02	ปานกลาง
51.	หน่วยงานของท่านค้นหาประเด็นสำคัญ ของปัญหาเรื่องความปลอดภัยใน กระบวนการดูแล	2.66	1.02	สูง
52.	หน่วยงานของท่านนำข้อมูลที่รวบรวมได้ จากการเกิดอุบัติการณ์มาวิเคราะห์หา สาเหตุ	2.78	.94	สูง
53.	หน่วยงานของท่านนำข้อมูลที่รวบรวมได้ จากการเกิดอุบัติการณ์มาวิเคราะห์บทเรียน ที่ได้รับ	2.69	1.00	สูง
54.	หน่วยงานของท่านมีการจัดลำดับ เหตุการณ์ของการเกิดอุบัติการณ์มา วิเคราะห์หาสาเหตุ	2.71	.94	สูง
55.	หน่วยงานของท่านมีการจัดลำดับ เหตุการณ์ของการเกิดอุบัติการณ์มา วิเคราะห์บทเรียนที่ได้รับ	2.55	1.02	ปานกลาง

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับ ประสิทธิผล
56	หน่วยงานของท่านมีการระดมสมองเพื่อ ค้นหาสาเหตุแท้จริงของปัญหา	2.66	.98	สูง
57	หน่วยงานของท่านนำปราการป้องกัน อันตรายต่อผู้ใช้บริการมาใช้	2.26	1.24	ปานกลาง
58	หน่วยงานของท่านวิเคราะห์ปราการ ป้องกันอันตรายต่อผู้ใช้บริการ	2.15	1.23	ปานกลาง
59	หน่วยงานของท่านพัฒนาการป้องกัน อันตรายต่อผู้ใช้บริการ	2.49	1.09	ปานกลาง
60	หน่วยงานของท่านมีแนวทางการป้องกัน อันตรายต่อผู้ใช้บริการ	2.83	.91	สูง
61	ท่านได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน อันตรายต่อผู้ใช้บริการ	2.91	.87	สูง
62	หน่วยงานของท่านมีการสรุปปัญหาการ เกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ	2.90	.94	สูง
	ภาพรวมขั้นตอนที่ 7	2.62	1.05	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.9 พบว่าประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลใน
ขั้นตอนที่ 7 การนำแนวทางการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ภาพรวมอยู่ใน
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.05 เมื่อพิจารณารายข้อ
พบว่า มีระดับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระดับสูงและปานกลาง โดยข้อที่ 47
หน่วยงานของท่านมีมาตรการที่กำหนดให้บุคลากรผู้ปฏิบัติ เป็นผู้เขียนรายงานอุบัติการณ์ใน
ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.78 และข้อที่ 48 หน่วยงาน
ของท่านมีการทำแผนของเหตุการณ์ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 2.07 ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.37

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

เป็นการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ที่ปฏิบัติงานในการให้บริการผู้ป่วยใน เรื่องระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยสร้างจากเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับประเทศมาเป็นแบบสอบถามจำนวน 4 ด้าน ดังนี้

- ด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)
- ด้านที่ 2 การใช้ยา (Medication Safety)
- ด้านที่ 3 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection)
- ด้านที่ 4 การสื่อสาร (Communication)

การแปลผลคะแนน

คะแนนระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานบริการพยาบาล มีค่าอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน โดยใช้วิธีของเบสท์ (Best, 1977 : 174) ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะได้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 – 1.33	ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ
1.34 – 2.66	ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
2.67 – 4.00	ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับ สูง

ผู้วิจัยนำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยรวม รายชั้นตอน และรายข้อ ดังตารางที่ 4.10 – 4.14

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย จำแนกรายด้าน

ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผลระดับ ความ ปลอดภัย
ด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)	3.13	1.04	สูง
ด้านที่ 2 การใช้ยา (Medication Safety)	3.08	1.05	สูง
ด้านที่ 3 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection)	3.15	.80	สูง
ด้านที่ 4 การสื่อสาร (Communication)	2.81	.95	สูง
ภาพรวมของความปลอดภัย	3.04	.96	สูง

จากตารางที่ 4.10 พบว่าระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.96 เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านที่ 3 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection) ด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) และด้านที่ 2 การใช้ยา (Medication Safety) ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15, 3.13 และ 3.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .80, 1.04 และ 1.05 ตามลำดับ ส่วนด้านที่ 4 การสื่อสาร (Communication) อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 2.81 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.95

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย
ด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) จำแนกรายข้อ

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผลระดับ ความปลอดภัย
1	การคิดป้ายชื่อมือผู้รับบริการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ถามชื่อสกุลโดยการให้ผู้รับบริการตอบเอง	2.80	1.45	สูง
2	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีการ ถามชื่อ-นามสกุลผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการตอบเอง	3.26	0.90	สูง
3	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีการตรวจสอบชื่อ-นามสกุลจากป้ายชื่อมือก่อนการให้บริการ	2.56	1.37	ปานกลาง
4	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการถามชื่อสกุลผู้รับบริการ โดยการให้ผู้รับบริการตอบเองก่อนการให้ยาหรือสารน้ำ	3.22	0.92	สูง
5	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการตรวจสอบคำสั่งแพทย์ก่อนการให้ยาหรือสารน้ำแก่ผู้รับบริการ	3.46	0.79	สูง
6	การให้เลือดหรือสารประกอบของเลือดแก่ผู้รับบริการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการตรวจสอบถุงเลือด ป้ายคล็องถุงเลือดกับเวชระเบียนผู้รับบริการ	3.49	1.04	สูง
7	การให้เลือดหรือสารประกอบของเลือดแก่ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการถามชื่อ-นามสกุลและอายุ ก่อนการให้	3.45	1.06	สูง
8	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการ ถามชื่อ-นามสกุลและอายุ ผู้รับบริการก่อนการเจาะเลือด	3.25	0.89	สูง

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผลระดับ ความปลอดภัย
9	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการตรวจสอบป้ายบน ภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจ ก่อนการเจาะเลือด	3.35	0.93	สูง
10	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการถามชื่อ-นามสกุล และอายุ ผู้รับบริการ โดยการให้ผู้ป่วยตอบ เองก่อนการเก็บสิ่งส่งตรวจ	3.06	1.02	สูง
11	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการตรวจสอบคำสั่ง แพทย์ ก่อนการเก็บสิ่งส่งตรวจ	3.30	0.91	สูง
12	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการตรวจสอบใบคำสั่ง การตรวจก่อนเก็บ สิ่งส่งตรวจ	3.33	0.91	สูง
13	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการตรวจสอบป้ายบน ภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจก่อนเก็บสิ่งส่งตรวจ	3.23	0.96	สูง
14	หน่วยงานมีระบบการตรวจสอบซ้ำ โดย หัวหน้า เวิร์ช และเวรป่วยทุกวันถ้าพบ ว่าป้ายชื่อมือเลอะเลือน/ชำรุดต้อง เปลี่ยนใหม่ทันที	1.98	1.48	ปานกลาง
15	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการถามชื่อ-นามสกุล และอายุ ผู้รับบริการก่อนส่งไปตรวจหรือ ทำหัตถการ	3.25	1.00	สูง
ภาพรวมระดับความปลอดภัยด้านที่ 1		3.13	1.04	สูง

จากตารางที่ 4.11 พบว่าระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์โดยรวมอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ
3.13 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.04 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าระดับความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงและปานกลาง โดยข้อที่ 6 การให้เลือดหรือสารประกอบของเลือดแก่ผู้รับ
บริการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการตรวจสอบถุงเลือด ป้ายคล่องถุงเลือดกับเวรระเบียบผู้รับบริการอยู่
ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.04 และข้อที่ 14 หน่วยงานมี

ระบบการตรวจสอบซ้ำโดยหัวหน้า เวิร์กและเวิร์กบอยทุกวัน ถ้าพบว่าป้ายข้อมือและเสื้อ/จากรูด ต้องเปลี่ยนใหม่ทันที อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 1.98 และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานเท่ากับ 1.48

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย
ด้านที่ 2 การใช้ยา (Medication Safety) จำแนกรายข้อ

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผลระดับ ความปลอดภัย
16	ท่านพบการให้ยาผู้ป่วยถูกชนิด	3.24	0.74	สูง
17	ท่านพบการจ่ายยาตรงกับผู้ป่วยที่แพทย์สั่ง	3.23	0.75	สูง
18	ท่านพบการทวนสอบความถูกต้องของยาที่เตรียมไว้ก่อนการให้	3.16	1.20	สูง
19	การให้ยาที่อันตรายกับผู้ใช้บริการได้มีการตรวจสอบยา 2 ครั้งก่อนให้	3.24	1.05	สูง
20	การเตรียมยาผู้เตรียมยาและผู้ให้ยาเป็นคนเดียวกัน	2.90	1.11	สูง
21	หน่วยงานมีการบันทึกชนิดของยาที่ผู้รับบริการได้รับไว้ในแบบบันทึกการดูแลรักษา	3.27	1.32	สูง
22	การให้ยาผู้ใช้บริการมีการแจ้งชนิดของยาที่ผู้ใช้บริการแพ้ให้ผู้ใช้บริการทราบ	3.20	1.07	สูง
23	การให้ยาผู้ใช้บริการมีการแจ้งชนิดของยาที่ผู้ใช้บริการแพ้ให้ญาติผู้ใช้บริการทราบ	2.81	1.11	สูง
24	การ ปรึกษาการดูแลผู้ใช้บริการก่อนและระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อติดตามผู้ใช้บริการที่ได้รับยาสำคัญ	2.84	0.99	สูง
25	การวางแผนการจำหน่าย เรื่องการรักษา ชื่อ ยา ขนาด จำนวนครั้งและจำนวนยาที่ได้รับของผู้ใช้บริการในการปฏิบัติงาน	2.89	1.08	สูง

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผลระดับ ความปลอดภัย
26	การตรวจสอบยาที่ให้กับผู้ใช้บริการที่ จำหน่ายกลับบ้านตรงกับแผนการรักษา	3.15	1.11	สูง
	ภาพรวมระดับความปลอดภัยด้านที่ 2	3.08	1.05	สูง

จากตารางที่ 4.12 พบว่าระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านที่ 2 การใช้ยาของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.05 เมื่อพิจารณาข้อพบว่าทุกข้อมีระดับความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยในระดับสูง โดยข้อที่ 21 หน่วยงานมีการบันทึกชนิดของยาที่ผู้รับบริการได้รับไว้ในแบบ
บันทึกการดูแลรักษา มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.32 และข้อที่
23. การให้ยาผู้ใช้บริการมีการแจ้งชนิดของยาที่ผู้ใช้บริการแพ้ให้ญาติผู้ใช้บริการทราบ มีค่าเฉลี่ย
น้อยสุดเท่ากับ 2.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.11

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านที่ 3
การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection) จำแนกรายข้อ

	ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ระดับความ ปลอดภัย
27	ท่านไม่พบการติดเชื้อทางเส้นเลือดจากการให้ สารละลาย	3.33	0.74	สูง
28	ท่านไม่พบการติดเชื้อที่แผลกดทับ	2.91	0.89	สูง
29	ท่านไม่พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการ คาสายสวน	2.94	0.86	สูง
30	ท่านไม่พบการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่สะอาด	3.41	0.72	สูง
	ภาพรวมระดับความปลอดภัยด้านที่ 3	3.15	0.80	สูง

จากตารางที่ 4.13 พบว่าระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านที่ 3 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.80 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสูง โดยข้อที่ 30 ท่านไม่พบการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่สะอาด มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.72 และข้อที่ 28 ท่านไม่พบการติดเชื้อที่แผลกดทับ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 2.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.89

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านที่ 4 การสื่อสาร (Communication) จำแนกรายข้อ

ข้อรายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผลระดับ ความปลอดภัย
31 การบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ที่ชัดเจน	2.31	0.95	ปานกลาง
32 การบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ที่อ่านออก	2.15	0.94	ปานกลาง
33 การให้ข้อมูลการดูแลและการปฏิบัติตนแก่ผู้ใช้บริการก่อน การรักษาพยาบาล	3.07	0.94	สูง
34 การให้ข้อมูลการดูแลและการปฏิบัติตนแก่ผู้ใช้บริการขณะให้การรักษาพยาบาล	3.14	0.86	สูง
35 การให้ข้อมูลการดูแลและการปฏิบัติตนแก่ผู้ใช้บริการก่อน การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	3.19	0.93	สูง
36 การให้ผู้ใช้บริการทบทวนข้อมูลการดูแลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา	3.00	1.07	สูง
ภาพรวมระดับความปลอดภัยด้านที่ 4	2.81	.95	สูง

จากตารางที่ 4.14 พบว่าระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านที่ 4 การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.95 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ใน

ระดับสูงและปานกลาง โดย ข้อที่ 35 การให้ข้อมูลการดูแลและการปฏิบัติตนแก่ผู้ใช้บริการก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.93 และข้อที่ 32 การบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ที่อ่านออก อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 2.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.94

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ กับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เทคนิคการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์พิจารณาดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร 2542)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.00 – 0.29	ต่ำ
0.30 – 0.69	ปานกลาง
0.70 – 1.00	สูง

ตารางที่ 4.15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วย (รายขั้นตอนและรายด้าน)

ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัย ในระบบบริการพยาบาล	ความปลอดภัยของผู้ป่วย (r)			
	ด้านที่ 1	ด้านที่ 2	ด้านที่ 3	ด้านที่ 4
ขั้นตอนที่ 1	.220(**)	.213(**)	-.046	.387(**)
ขั้นตอนที่ 2	.181(**)	.192(**)	-.022	.326(**)
ขั้นตอนที่ 3	.258(**)	.222(**)	.018	.382(**)
ขั้นตอนที่ 4	.194(**)	.256(**)	-.047	.420(**)
ขั้นตอนที่ 5	.261(**)	.212(**)	-.021	.374(**)
ขั้นตอนที่ 6	.160(*)	.206(**)	.061	.370(**)
ขั้นตอนที่ 7	.274(**)	.279(**)	-.021	.437(**)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตารางที่ 4.15 พบว่าเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ในแต่ละขั้นตอนของประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วยในแต่ละด้านแล้วผลการวิเคราะห์พบว่า

1. ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลขั้นตอนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาลมีความสัมพันธ์ กับความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านการระบุตัวผู้ป่วย การใช้ยา และการสื่อสาร ที่ระดับความมีนัยสำคัญ 0.01 ($r = .220, .213, .387$ ตามลำดับ) และไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการติดเชื้อจากการดูแลรักษา
2. ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลขั้นตอนการนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาลมีความสัมพันธ์ กับความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านการระบุตัวผู้ป่วย การใช้ยา และการสื่อสาร ที่ระดับความมีนัยสำคัญ 0.01 ($r = .181, .192, .326$ ตามลำดับ) และไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการติดเชื้อจากการดูแลรักษา
3. ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลขั้นตอนการบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ กับความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านการระบุตัวผู้ป่วย

การใช้ยา และการสื่อสาร ที่ระดับความมีนัยสำคัญ 0.01 ($r = .258, .222, .382$ ตามลำดับ) และไม่มี ความสัมพันธ์กับด้านการติดเชื้อจากการดูแลรักษา

4. ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลขั้นตอนการ สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์มีความสัมพันธ์ กับความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านการระบุตัว ผู้ป่วย การใช้ยา และการสื่อสาร ที่ระดับความมีนัยสำคัญ 0.01 ($r = .194, .256, .420$ ตามลำดับ) และไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการติดเชื้อจากการดูแลรักษา

5. ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลขั้นตอนการสื่อสาร ให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ กับความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านการระบุตัวผู้ป่วย การใช้ยา และการสื่อสาร ที่ระดับความมีนัยสำคัญ 0.01 ($r = .261, .212, .374$ ตามลำดับ) และไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการติดเชื้อจากการดูแลรักษา

6. ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลขั้นตอนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ กับความปลอดภัยของผู้ป่วยใน ด้านการระบุตัวผู้ป่วย การใช้ยา และการสื่อสาร ที่ระดับความมีนัยสำคัญ 0.05 ($r = .160, .206, .370$ ตามลำดับ) และไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการติดเชื้อจากการดูแลรักษา

7. ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลขั้นตอนการนำการ แก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ กับความปลอดภัยของผู้ป่วยใน ด้านการระบุตัวผู้ป่วย การใช้ยา และการสื่อสาร ที่ระดับความมีนัยสำคัญ 0.01 ($r = .274, .279, .437$ ตามลำดับ) และไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการติดเชื้อจากการดูแลรักษา

ตารางที่ 4.16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยภาพรวม

ตัวแปร	ความปลอดภัยของผู้ป่วย
ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล	.305**

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 4.16 พบว่าเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวมแล้วผลการวิเคราะห์พบว่าประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับปานกลางที่ระดับความมีนัยสำคัญ 0.01 ($r = .308$)

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการศึกษา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ รายละเอียดดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

1.1.2 เพื่อศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

1.1.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ กับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา ในครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ 12 แห่ง ซึ่งมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ 577 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 230 คน ได้จากการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยวิธีการใช้ตารางสำเร็จรูปของเคร์จซี่ และมอร์แกน (Krejcie R.V.and Morgan D.W.1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล โดยมีองค์ประกอบของวิธีการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การสื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย และการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 62 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ การระบುವิวผู้ป่วย การใช้ยา การติดเชื้อจากการดูแลรักษา และการสื่อสาร ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 36 ข้อ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามจำนวน 30 ชุด ไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล เท่ากับ 0.98 ความปลอดภัยของผู้ป่วย เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามไปยังผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดนครสวรรค์ทุกแห่ง เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเป็นผู้ส่งแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่กำหนด จากนั้นรับแบบสอบถามคืน โดยให้กลุ่มตัวอย่างส่งคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนตามกำหนดเวลาระหว่างวันที่ 1- 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 207 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 94.7 อายุระหว่าง 31 - 40 ปี มากที่สุดร้อยละ 50.2 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 94.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระหว่าง 1 - 10 ปี มากที่สุดร้อยละ 48.8 ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด ร้อยละ 42.5 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มากที่สุดร้อยละ 53.1

1.3.2 ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.69, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.99) เมื่อพิจารณารายชั้นตอนพบว่า ชั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล ชั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ชั้นตอนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียน ของความปลอดภัย และชั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.01, 2.95, 2.77, 2.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.86, 0.92, 0.94, 0.96 ตามลำดับ) ส่วนชั้นตอนที่ 7 การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย ชั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล และชั้นตอนที่ 5 การสื่อสารให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.62, 2.57, 2.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.05, 0.97, 1.20 ตามลำดับ)

1.3.3 ความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.04, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.96) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีระดับสูงทุกด้าน โดยด้านที่ 3 การคิดเชิงจากการดูแลรักษา มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.15, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.80) รองลงมาด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.13 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.04) ด้านที่ 2 การใช้ยา (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.09, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.05) และค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านที่ 4 การสื่อสาร (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.81 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.95) ตามลำดับ

1.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการ พยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความสัมพันธ์โดยรวมนั้นมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = .308$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการ พยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วยในรายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ทุกชั้นตอน มีความสัมพันธ์กับความ

ปลอดภัยของผู้ป่วยด้านที่ 1 การระบุดัวผู้ป่วย ด้านที่ 2 การใช้จ่าย ด้านที่ 4 การสื่อสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ ด้านที่ 3 การคิดเชื่อจากการดูแลรักษา

2. อภิปรายผล

ผลการวิจัยมีประเด็นที่ผู้วิจัยนำมาอภิปรายดังนี้

2.1 ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

2.2 ความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

2.1 ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาในรายชั้นตอนแล้วพบว่ามีเพียง 4 ชั้นตอน อยู่ในระดับสูงและ 3 ชั้นตอนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งนำมาอภิปรายได้ตามชั้นตอน ดังต่อไปนี้

ชั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพในชั้นตอนนี้ระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาลนั้นเป็นสิ่งจำเป็น เพราะวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นสถานะที่ทุกคน โดยเฉพาะพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการกับมนุษย์ ต้องตระหนักและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดความไม่ปลอดภัยทั้งต่อผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยนั้น เป็นสิ่งที่ถูกปลูกฝังในพยาบาลวิชาชีพที่จะต้องปฏิบัติการพยาบาล โดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยหายฟื้นคืนสภาพ โดยปลอดภัย (วิณา จีระแพทย์ 2550 :25) และเมื่อพิจารณาในรายชื่อของชั้นตอนนี้จะพบว่า การพบอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัยในหน่วยงานท่านมีการแจ้งให้เพื่อนร่วมงานทราบจะมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากในบริบทของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน การปฏิบัติงานกับผู้ใช้บริการในแต่ละแผนก พยาบาลวิชาชีพจะมีความสนิทสนม รู้จักกัน เมื่อเวลามีปัญหาที่เกิดขึ้นกับความไม่ปลอดภัยก็จะเล่าสู่กันฟัง โดยไม่มีการตำหนิ มีความร่วมมือ

กันแก้ปัญหาและมีการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาไปด้วยกันเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดซ้ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล ผดุงสงฆ์ (2546) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ความมีอิสระในงานกับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนในการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง

ขั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล
พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลในขั้นตอนนี้อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารองค์กรจะทำหน้าที่ในการนำ ชี้แนะ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อความสำเร็จของกลุ่ม เกิดผลงานตามเป้าหมาย (ฟาริดา อิบราฮิม 2542) จากรายข้อพบว่า ผู้บริหารองค์กรรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกต่อการจัดการบริการที่ปลอดภัยและไม่ปลอดภัยของหน่วยงานที่มีค่าเฉลี่ยในขั้นตอนนี้มากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าการมีผู้นำที่เป็นผู้บริหารระดับสูงขององค์กร ที่มีวิสัยทัศน์และนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย สามารถแสดงให้เห็นการนำไปใช้เพื่อการจัดบริการ และการเปิดรับความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกต่อการจัดการบริการที่ปลอดภัย และไม่ปลอดภัย จะช่วยเสริมสร้างทีมการพยาบาลที่ทำงานร่วมกันเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยได้ (วิมา จีระแพทย์ 2550) นอกจากนี้ผู้จัดการ หัวหน้างาน ผู้ตรวจการที่ได้มีการติดตาม ประเมิน ดูพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับให้กับบุคลากรที่พฤติกรรมทำงานที่เสี่ยงจะทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย และผู้นำจะต้องเป็นตัวอย่างในปฏิบัติงานที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยด้วยเนื่องจากผู้ปฏิบัติก็เฝ้ามองพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยของหัวหน้าอยู่เช่นกัน (สมพร เกษฎาญานเมธา 2550)

ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลในขั้นตอนนี้อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องมาจาก การบริหารความปลอดภัยเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการประกันคุณภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถลดความเสี่ยงต่างๆ ลงได้ในปัจจุบันการบริหารความเสี่ยงมีขอบเขตที่ขยายกว้างขึ้น และครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ (อนุวัฒน์ สุภษฎกุล 2543) ได้แก่ การส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลในมาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่จะต้องมียุทธศาสตร์การบริหารความเสี่ยงในการให้บริการ (มาตรฐานวิชาชีพพยาบาล 2544) ลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และผู้ใช้บริการ การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ

การสร้างความตื่นตัวแก่ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติในการค้นหา เฝ้าระวัง และจัดการเพื่อควบคุม ป้องกันความเสี่ยง ลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากความบกพร่องที่อาจเกิดขึ้น และสร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อโรงพยาบาล และผู้ประกอบการวิชาชีพ เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า หน่วยงาน มีการประเมินความรุนแรงของการเกิดความเสี่ยงทุกระดับของหน่วยงานมีค่าเฉลี่ย สูงสุดใน ชั้นตอนนี้ สามารถอธิบายได้ว่าการบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครสวรรค์ ได้ให้ความสำคัญด้านการประเมินความรุนแรงของการเกิดความเสี่ยง ทุกระดับของหน่วยงาน เพื่อการประเมินผลลัพธ์การเกิดความเสี่ยง และนำผลลัพธ์ดังกล่าวไปใช้ในการควบคุมและแก้ปัญหาทำให้องค์กรสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผล ของการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงดังกล่าว จะได้ผลเพียงใดขึ้นอยู่กับ การประสานเชื่อมโยงกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการ ตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง เพื่อกำหนดปัญหา และต้องมีการแจ้งให้ทราบทั่วกัน มีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงโดยการ ประเมินความถี่ ความรุนแรงของความเสี่ยงเพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา และ ทบทวนระบบการดำเนินงานเมื่อเกิดความเสี่ยง เช่น การรายงานเหตุการณ์ เพื่อให้ทราบสาเหตุ และแนวโน้ม มีการจัดการกับความเสี่ยง โดยการดำเนินแก้ไขและป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ และในขั้นตอนสุดท้าย คือ มีการประเมินผลของการจัดการความเสี่ยงโดยการติดตามผลการ ดำเนินการ และผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (ฟาริดา อิบราฮิม 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ (พงษ์พจน์ ธีรานันตชัย 2544) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการวิเคราะห์ และการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในงานบริการด้านสูติกรรม โรงพยาบาลโพธาราม โดยการติดตามเฝ้าระวังวัดผลความเสี่ยงระดับที่ยอมรับได้ควบคู่ไปกับการ พัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการติดตามผลการปฏิบัติ การจัดเก็บข้อมูลเพื่อ วิเคราะห์ผล นำมาเป็นแนวทางส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน พบว่าภายหลังการ ดำเนินการไปแล้ว 6 เดือน ระดับความเสี่ยงจากการทำงานลดลง โดยไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น จากเทคนิคการให้บริการ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ ไม่พบข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างทันทั่วทั้งมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มี ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลในชั้นตอนนี้อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องมาจาก การรายงานอุบัติการณ์ หรือการรายงานเหตุการณ์เป็นวิธีการหนึ่งในขั้นตอนของการ ค้นหาความเสี่ยง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด และนำไปสู่ การกำจัดหรือลดความผิดพลาด ตลอดจนหาแนวทางในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยมี เป้าหมายสำคัญ คือการรับรู้เหตุการณ์ทั้งหมด และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นในอนาคต

เนื่องจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น รายงานอุบัติการณ์จึงเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ทราบแนวโน้ม ของ ปัญหา ซึ่งประเด็นสำคัญอยู่ที่การกระทำให้ทุกคนตระหนักว่า การรายงานทำให้รู้สถานการณ์ของ ตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ รู้ว่างานของคนมีความเสี่ยงอะไร รู้มาตรการป้องกันเกิดความตื่นตัว ที่จะรับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้น และทำงานด้วยความระมัดระวัง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543) เมื่อ พิจารณารายข้อพบว่า หน่วยงานได้กำหนดให้พยาบาลทุกคนรายงานปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัย ของผู้ใช้บริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในขั้นตอนนี้ สามารถอภิปรายได้ว่า การสนับสนุนการรายงาน อุบัติการณ์ ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครสวรรค์ ในภาพรวมมีการกำหนดให้พยาบาลมี การรายงานปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการสร้าง ระบบบริการพยาบาลที่ปลอดภัย และการรายงานอุบัติการณ์ต้องจัดทำระบบเข้าถึง รายงานง่าย ใช้เวลาน้อย ครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ใช้แนวคิดในการ มองกันในแง่ดี (วิณา จีระแพทย์ 2550) นอกจากนี้การรายงานอุบัติการณ์ยังช่วยในการประเมิน ขนาดของปัญหา ซึ่งให้เห็นถึงอัตราการเกิดอุบัติการณ์ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงแนวทางการแก้ปัญหา และข้อมูลที่รวบรวมได้สามารถนำมาวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ และช่วยในการวัด ประสิทธิภาพว่ามาตรการในการแก้ไขปัญหาใช้ได้ผลหรือไม่ (จิตรพรรณ ภูภักดีภพ 2542) สอดคล้องกับ (จงจิตต์ คณากุล และสุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย 2545) ซึ่งได้อธิบายถึงการรายงาน เหตุการณ์ หรือรายงานอุบัติการณ์ที่โรงพยาบาลศิริราชได้ดำเนินการ โดยสร้างประกาศใช้ระบบ รายงานอุบัติการณ์ และได้มีการดำเนินการต่อเนื่องในลักษณะการพัฒนา และสร้างไว้ซึ่งคุณภาพ ของระบบโดยมีการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่พบบ่อย หรือมีผลกระทบรุนแรง นำเสนอต่อผู้บริหาร ระดับสูง และนำแนวทางป้องกันความเสียหายไปดำเนินการ ส่งผลให้สามารถดำเนินการ การ แก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็น และสามารถบ่งชี้ได้ว่าการรายงานอุบัติการณ์ช่วยในการนำไปสู่ การพัฒนา และเป็นประโยชน์อย่างมากต่อหน่วยงานที่รายงาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (จันทิมา ไตรทาน 2546) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการ พยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบปัญหาการเขียนรายงานอุบัติการณ์ไม่ ครอบคลุมและไม่ตรงกันในระดับสูง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ยังมีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ในทางที่ไม่ถูกต้อง คิดว่าไม่ใช่เรื่องของตนเอง และตนเองปฏิบัติงานคืออยู่แล้ว หรือต้อง ช่วยกัน ปัดบัง เพราะอาจต้องรับผิดชอบความผิด

ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลในขั้นตอนนี้ อยู่ ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากการสื่อสารให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความ ปลอดภัย จะทำให้ผู้รับบริการและญาติเกิดความตระหนักในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ต่างๆที่

เกิดจากการดูแลรักษา และจากการที่ผู้รับบริการไม่ทราบถึงปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติ คนที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการรับบริการยิ่งขึ้น (วีณา จีระแพทย์ 2550) เมื่อพิจารณาข้อพบว่า คณะกรรมการบริหารขององค์กรสนับสนุนการสื่อสารโดยให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการพยาบาล และหน่วยงานสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการสืบสวนหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาความไม่ปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดในขั้นตอนนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ความล้มเหลวส่วนใหญ่เกิดจากระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อนขณะเดียวกันก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ เมื่อมีปัญหาในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เช่น แพทย์หรือพยาบาลไม่ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ให้บริการที่ไม่รับข้อมูล และไม่มีส่วนร่วมจะยอมรับทางเลือกในการรักษาที่ผู้ให้บริการเลือกให้น้อยกว่า และอาจไม่ได้รับความร่วมมืออย่างเต็มที่ในสิ่งที่จะต้องปฏิบัติเพื่อให้ผลตามแผนการดูแล การมีส่วนร่วมเป็นวิธีการสำคัญที่สุดที่จะช่วยป้องกันความล้มเหลวได้ก็คือ การที่ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมเป็นสมาชิกของทีมรักษาพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกอย่างเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองยังมีส่วนร่วมมากเท่าไร ก็ยิ่งทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นเท่านั้น (สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546) นอกจากนี้ ถ้าได้รับความร่วมมือจากผู้ให้บริการในการปรับปรุงความปลอดภัยของบริการสุขภาพ โดยให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ และรับเสียงสะท้อน จัดทำแนวทางในการเปิดเผยและสื่อสารข้อมูลสำหรับผู้ใช้บริการ จัดทำระบบให้ผู้ป่วยรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการรักษาโดยตรง การใช้ข้อมูลข้อร้องเรียน เพื่อยกระดับความปลอดภัย (ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์ 2548)

ขั้นตอนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย พบว่า

กลุ่มตัวอย่าง มีประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลในขั้นตอนนี้ อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น องค์กรพยาบาลมีการส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อค้นหา และทำความเข้าใจสาเหตุของสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยในการดูแลรักษา ซึ่งช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงของอุบัติการณ์ สามารถนำมาวางมาตรการเพื่อป้องกันและลดโอกาสเกิดซ้ำ นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย ยังช่วยให้เกิดคลังความรู้ในการแก้ไขเชิงป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ กับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย (วีณา จีระแพทย์ 2550) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ปฏิบัติสามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เพื่อลดโอกาสเกิดซ้ำมีค่าเฉลี่ยสูงสุดขั้นตอนนี้ สามารถอธิบายได้ว่า การแลกเปลี่ยนความรู้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด และเป็นขั้นตอนที่ทำยากที่สุด ในองค์กรบางประเภทที่สมาชิกองค์กรมีพฤติกรรมปกปิดความรู้ เก็บงำไว้คนเดียวเพื่อเอาไว้ใช้แสดงความเหนือผู้อื่น เพื่อประโยชน์ในการแข่งขันเลื่อนตำแหน่ง

หน้าที่ กระบวนการจัดการความรู้จะต้องสร้างเงื่อนไข และกติกาส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผลประโยชน์แก่ผู้มีพฤติกรรมแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ ไม่ให้ผลประโยชน์แก่ผู้มีพฤติกรรม กักตุนความรู้ การนำความรู้มาบูรณาการ และการประยุกต์ใช้ เป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการ บริหารองค์ความรู้หรือการจัดการความรู้ซึ่งสามารถกระทำในลักษณะบูรณาการ การดำเนินการควรร ดำเนินการให้อยู่ในกิจกรรมหรืองานประจำโดยไม่ถือเป็นภาระเพิ่มเติมจากงานประจำ เพราะ พื้นฐานของการจัดการความรู้คือ การนำความรู้ที่ได้มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์กร ซึ่งต้อง อาศัยวัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้นำความรู้ไป ใช้ หรือเกิดการถ่ายโอน การธำรง รักษาไว้ (Knowledge maintenance) เมื่อมีระบบการบริหารองค์ความรู้ สิ่งหนึ่ง ที่จะทำให้ความรู้ ทั้งหมด มีค่าแก่องค์กรและสังคม คือการเผยแพร่ และการดำรงรักษา ความรู้ไว้มิให้สูญสลาย แต่ กลับส่งเสริมให้นำความรู้ไปใช้ให้เกิด ความคิดใหม่ บูรณาการสิ่งใหม่ และให้คนในองค์กรเรียนรู้ จากการ ใช้ความรู้ เป็นการประยุกต์การเรียนรู้ที่ เป็นระบบ (วิจารณ์ พานิช 2548) นอกจากนี้การ แบ่งปันความรู้เกี่ยวกับปัญหาของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในหน่วยงาน ปัจจุบันนี้ถือว่าเป็นสิ่ง สำคัญและจำเป็นต้องทำ เพื่อสร้างความพึงพอใจของการอยู่ร่วมกัน (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ 2548) ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (วิไลพร รังควัต 2535) พบว่าการพัฒนาทีมงาน สามารถ เพิ่มประสิทธิภาพ ในการทำงานร่วมกันให้ดีขึ้นได้ การพัฒนาการทำงานเป็นทีม มีการเรียนรู้ ร่วมกัน โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ เปิดโอกาสให้สมาชิกทีมแสดงความคิดเห็น และมีการ พัฒนาการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 7 การนำการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลในขั้นตอนนี้ อยู่ใน ระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจาก ขั้นนี้เป็นการส่งเสริมการถ่าย โอนบทเรียนที่ได้รับจากอุบัติการณ์ ไปสู่การเปลี่ยนแปลงระยะยาวในการปฏิบัติงานบริการที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็น วัฒนธรรมขององค์กรและเป็นสิ่งที่บุคลากรในองค์กรปฏิบัติเป็นกิจวัตรขณะทำงาน โดยมีหลักการ บริหารที่สำคัญคือ การออกแบบระบบที่ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพทำสิ่งที่ถูกได้ง่าย นำปรกการ ป้องกันทางกายภาพมาใช้ในระบบมากกว่าใช้ปรกการป้องกันแบบอื่นๆ ซึ่งเป็นวิธีที่ต้องพึงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และขึ้นกับการกระทำของผู้ปฏิบัติงาน ตรวจสอบให้แน่ใจว่าวิธีที่จะ นำมาใช้จัดทำแผนการเปลี่ยนแปลงได้ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพในการป้องกันและการทำให้เกิด ความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้จริง (วิภา จีระแพทย์ 2550) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าหน่วยงานมีการสรุปปัญหาการเกิดอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับ ผู้ใช้บริการอยู่ในระดับสูงสุดใน ขั้นตอนนี้ สามารถอภิปรายได้ว่า การเรียนรู้รากเหง้าของปัญหาเป็นการสืบสวนที่มีแบบแผนที่ ชัดเจน ซึ่งมีเป้าหมายที่จะค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และกำหนดกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อขจัด

ปัญหาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต คุณภาพความปลอดภัยจะเกิดขึ้นต่อเมื่อสมาชิกในองค์กรเกิดการเรียนรู้ การเรียนรู้ขององค์กรเป็นวงล้อที่หมุนอย่างต่อเนื่อง การเรียนรู้ไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวแล้วเลิก แต่เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง โดยช่วงแรกของการเรียนรู้คือการวิเคราะห์ปัญหา และค้นหาคำตอบที่เป็นไปได้ ช่วงที่สอง คือการนำคำตอบไปปฏิบัติและเรียนรู้จากผลของการปฏิบัติ ความสำคัญของการเรียนรู้ในช่วงแรกคือ การทำความเข้าใจอย่างแท้จริงแต่เริ่มแรกว่าเกิดอะไรขึ้น จะต้องเปลี่ยนแปลงอะไร ทำไมต้องเปลี่ยนจึงจะนำไปสู่การเรียนรู้ได้ ความสำคัญในช่วงที่สองคือ การติดตามเผื่อระวังผลของการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้มั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ และใช้ผลการเรียนรู้มาคอยำให้พฤติกรรมใหม่ได้ฝังเข้าไปในวัฒนธรรมและวิธีการทำงานปกติขององค์กร (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546)

2.2 ความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

จากการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ในภาพรวม ของความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ซึ่งนำมาอภิปรายได้ตามรายด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านนี้สูง ทั้งนี้เนื่องจาก การระบุตัวผู้ป่วยเป็นการบอก หรือยืนยันว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยจริง ซึ่งเป้าหมายของการระบุตัวผู้ป่วยที่ต้องเป็นการเพิ่มความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษา โดยมีจุดเน้นเหมือนกับการที่พยาบาลเคยถูกสั่งสอนและสั่งสมประสบการณ์มาว่า ในเรื่องของการให้ยา ให้เลือด เก็บสิ่งส่งตรวจ และการระบุตัวทารกถือว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งว่าต้องเป็นตัวผู้ป่วยจริง ซึ่งตรงประเด็นกับสิ่งที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เน้นในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ หากพยาบาลมีความรอบคอบ ความผิดพลาด ต่างๆก็จะไม่เกิดขึ้น เช่น การส่งตัวทารกผิดครอบครัว การให้ยาผิด การให้เลือดผิดคน เป็นต้น (นันทา ชัยพิชิตพันธ์ 2550) และเมื่อพิจารณาในรายชื่อของด้านนี้พบว่า การให้เลือดหรือสารประกอบของเลือดแก่ผู้รับบริการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการตรวจสอบถุงเลือดป้ายคล็องถุงเลือดกับเวชระเบียนผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สามารถอภิปรายได้ว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครสวรรค์ มีระบบการตรวจสอบในการระบุตัวผู้ป่วยใน เพื่อป้องกันการให้บริการที่ผิดคน ซึ่งอาจจะมีผลเสียกระทบต่อชีวิตของผู้รับบริการได้ และสนองตอบก่อนนโยบาย อริบติกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กล่าวว่าจะขอความร่วมมือกับโรงพยาบาลทุกแห่งจัดระบบระบุตัวผู้ป่วยให้ชัดเจนป้องกันการผิดพลาดของการรักษา และการให้ยา ด้วยการมีระบบเพิ่มเติมจากการระบุแค่ ชื่อ-นามสกุล เพราะ ชื่อ-สกุล อาจจะซ้ำกันได้ โดยเฉพาะในต่างจังหวัดที่มีชื่อ-สกุล ซ้ำกันมาก โดยอาจจะจัดทำระบบบาร์โค้ด หรือรหัสเฉพาะ ขึ้นมาเป็น

ระบบที่สองในการระบุตัวผู้ป่วย ทั้งหมดนี้ก็เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การให้เลือด หรือยาผิดคน การสลับตัวเด็กหลังคลอด การเจาะตรวจ ตรวจปัสสาวะ แล้วนำผลที่ได้ไปวาง แผนการรักษาผิดคน (สุภชัย คุณรัตน์พฤกษ์ 2550)

ด้านที่ 2 การใช้ยา (Medication Safety) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านนี้สูง ทั้งนี้เนื่องจากการใช้ยาเป็นกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ หลักความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และจะต้องมีการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการ พยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลที่ทันสมัย สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน 2546) และเมื่อพิจารณาในรายชื่อของด้านนี้พบว่า หน่วยงานมีการบันทึกชนิดของยาที่ผู้ใช้บริการ ได้รับไว้ในแบบบันทึกการดูแลรักษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด สามารถอภิปรายได้ว่า การบันทึกเป็นการ ตรวจสอบสิ่งที่ได้ปฏิบัติงานไป เช่น การได้รับยาของผู้รับบริการว่าได้รับครบถ้วนตามแผนการ ดูแลรักษาหรือไม่ ทีมผู้ร่วมงานสามารถรับรู้ของการปฏิบัติการในการใช้ยาของผู้รับบริการอย่าง ต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงของการได้รับยาที่ไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ยังพบว่ากิจกรรมการบริหารยา ของพยาบาลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูง เพราะเป็นการปฏิบัติงานที่ซับซ้อนและ ต้องปฏิบัติร่วมกับแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลโดยพยาบาลมีหน้าที่ในการถ่ายถอดและคัดลอก แผนการรักษาเกี่ยวกับยา เพื่อที่จะนำไปให้กับผู้ป่วย ตรวจสอบยาที่เภสัชจัดให้กับผู้ป่วย ว่า ถูกต้อง ครบถ้วน ตามแผนการรักษาหรือไม่ และพยาบาลยังเป็นบุคคลสุดท้ายในกระบวนการให้ ยาโดยการตรวจสอบความถูกต้องของยา ประเมินสภาพ ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย ก่อนที่จะให้ยา (ธิดา นิงสานนท์และคณะ 2547)

ด้านที่ 3 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความปลอดภัยในด้านนี้สูงสุด ทั้งนี้เนื่องมาจากโรงพยาบาลชุมชนใน จังหวัดนครสวรรค์ มีการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาลที่สะท้อนความรู้วิชาการที่ทันสมัย ครอบคลุมกิจกรรมที่สำคัญเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางในการปฏิบัติอย่างเดียวกัน โดยมีเอกสารมาตรฐานวิธีปฏิบัติสำหรับการ ปฏิบัติงาน เช่น การล้างมือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสวนคาสายสวนปัสสาวะ การ แยกผู้ป่วย การควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ เป็นต้น (กองการพยาบาล 2542) และเมื่อพิจารณารายชื่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านนี้ พบว่า ไม่พบการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่สะอาดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สามารถอภิปรายได้ว่า การเตรียมเพื่อการ ผ่าตัดในปัจจุบันมีเทคนิคการปราศจากเชื้อในการผ่าตัดทุกอย่างระหว่างการทำผ่าตัด ในบริเวณที่ ผ่าตัดจะต้องไม่มีเชื้อโรค ห้องผ่าตัดต้องสะอาด ทำการกำจัดเชื้ออยู่เป็นประจำด้วยวิธีการต่างๆ ตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (จรัส สุวรรณเวลา 2545) ประกอบกับ

โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครสวรรค์บางแห่งให้บริการผ่าตัดไม่ได้เนื่องจากศักยภาพไม่เพียงพอ ต้องส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัด สถิติการผ่าตัดในแต่ละปีน้อย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ 2548-2549) จึงทำให้ไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ด้านที่ 4 การสื่อสาร (Communication) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความปลอดภัยในดำนนี้สูง ทั้งนี้เนื่องมาจากโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครสวรรค์มีการกำหนดมาตรฐาน สำหรับการสื่อสารภายในโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันการส่งการรักษาหรือการรายงานผล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 66) และเมื่อพิจารณารายชื่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านนี้ พบว่าการให้ข้อมูลการดูแลและการปฏิบัติตนแก่ผู้ใช้บริการก่อน การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงสุดสามารถอภิปรายได้ว่า หน่วยงานให้การสนับสนุนการสื่อสาร โดยการให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ และไม่ต้องกลัวที่จะขอความคิดเห็นจากแพทย์ พยาบาล หากต้องการข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจ (วิณา จิระแพทย์ 2550: 31-32) ประกอบกับหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีการสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้ยา การปฏิบัติตามแผนการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การมาตรวจตามนัดทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆด้วย (กองการพยาบาล 2544 :128)

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

ประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ นั้นพบว่าประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ทั้งนี้เนื่องมาจากการบริหารคุณภาพและการบริหารความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับ เป้าหมายของการประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพ เป็นการทบทวนตรวจสอบผลงานเพื่อรักษาระดับคุณภาพ และเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมุ่งสู่ระดับที่เป็นเลิศ ในขณะที่เป้าหมายของความปลอดภัย คือการปกป้องคุ้มครองไม่ให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาล บุคลากร และผู้ใช้บริการ หากมีความเสียหายเกิดขึ้นก็พยายามลดความสูญเสียให้เหลือน้อยที่สุด (ปรางค์ทิพย์ อุระรัตน์ 2550: 26) นอกจากนี้หน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพ ต้องจัดการให้ผู้ป่วยหรือและผู้ใช้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บต่าง ๆ

เช่น พัดตกหกถล่ม การบาดเจ็บจากการผูกยึด การบาดเจ็บจากเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นต้น (กองการพยาบาล 2544) และเมื่อพิจารณาประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กับความปลอดภัยของผู้ป่วยรายด้านพบว่า ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลทุกชั้นตอนมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านการระบุตัวผู้ป่วย การใช้ยา และการสื่อสาร และไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการติดเชื้อจากการดูแลรักษา สามารถนำมาอภิปรายได้ว่า ความสำคัญของการติดเชื้อจากการดูแลรักษา เป็นวาระสำคัญของการบริการที่ต้องทำการป้องกันการติดเชื้อแม้จะมีแนวทางดำเนินงานที่มีผลการศึกษาวิจัยสนับสนุนที่ชัดเจน มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาตลอดแต่ก็ดูเหมือนว่าความเข้าใจและการสนับสนุนที่จำเป็นยังไม่เพียงพอที่จะสร้างความมั่นใจว่าจะไม่เกิดปัญหาที่น่าจะป้องกันได้ นอกเหนือจากการที่ต้องรู้จริงในหลักการพื้นฐานของแนวทางดังกล่าวแล้ว ผู้ที่เกี่ยวข้องยังต้องตระหนักในความสำคัญปัจจัยและข้อจำกัดอื่น ๆ รวมทั้งความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงของปัจจัยดังกล่าว การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจึงเป็นมาตรการจำเป็นที่โรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับจะต้องให้ความสำคัญและดำเนินการต่อเนื่อง การดำเนินงานจะต้องมีประสิทธิภาพและยั่งยืนซึ่งมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องได้แก่ การมีระบบการทำงานและการบริหารจัดการที่ดี บุคลากรของโรงพยาบาลมีความรู้ที่ทันสมัยถูกต้องมีความเข้าใจและนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติงานประจำวัน แม้ว่าการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง แต่การดำเนินงานยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดองค์ความรู้ที่ทันสมัยในการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ การกระจายข้อมูลข่าวสารไม่ทั่วถึง ขาดการประสานงานที่ดีเป็นต้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2548:26-27)

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายชั้นตอนทั้ง 7 ชั้นตอน พบว่า การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การบูรณาการกิจกรรม

บริหารความเสี่ยง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ ยกเว้นขั้นตอน การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล การสื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย และการนำแนวทางการแก้ไข ไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง จึงขอเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล ควรเป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะต้องให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย มีนโยบายที่ชัดเจน สร้างความตระหนัก เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานให้กับผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ประเด็นความปลอดภัยที่เกิดขึ้นผู้บริหารองค์กรต้อง สนับสนุนการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย และมีมาตรฐานในการปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือความเข้าใจผิดในการดูแลรักษา โดยหน่วยงานและบุคลากรทุกคนต้องมีระบบ ระเบียบและวิธีการปฏิบัติที่ดี ซึ่งช่วยลดข้อร้องเรียนจากการปฏิบัติงานได้

2. การสื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย ควรมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการและญาติตามสิทธิของผู้ให้บริการที่พึงจะได้รับ ซึ่งได้แก่ การให้ผู้ให้บริการและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกอย่างที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การให้ข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับแผนการรักษาที่เคยได้รับมา ประวัติการแพ้ยา เมื่อไปรับยาสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ได้ เช่น ยาสำหรับแก้อะไร วิธีการใช้ยาเป็นอย่างไร จะต้องใช้นานแค่ไหน จะเกิดผลข้างเคียงอะไรบ้าง เมื่อเกิดผลข้างเคียงจะทำอย่างไร เป็นต้น การปฏิบัติดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ พยาบาลควรเตรียมญาติให้มีส่วนร่วมให้ข้อมูลและตัดสินใจด้วย เช่น อธิบายความสำคัญของการให้ข้อมูลกับแพทย์ ให้จดข้อคำถามหรือข้อมูลที่จะบอกกับแพทย์ ก่อน เป็นต้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม รวมทั้งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามจากแพทย์ โดยตรง นอกจากนี้ การให้ข้อมูลด้านความรู้ในโรคที่เป็นครอบคลุมทุกด้าน ช่วยให้ผู้ใช้บริการและญาติสามารถมีส่วนร่วม มีอิสระในการตัดสินใจในการดูแลตนเองจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งทำให้ผู้ใช้บริการและญาติเกิดความพึงพอใจ และเป็นผลดีต่อการดูแลรักษา

3. การนำแนวทางการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติในแนวทางการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ให้สามารถตรวจพบและแก้ไข ปัญหาได้ทันที่ มีการทบทวนบทเรียนจากความบกพร่องในอดีตรวมทั้งโอกาสที่จะเกิดในอนาคต มีการวางแผนจัดการกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ทั้งที่มีโอกาสเกิดขึ้นบ่อย ๆ และที่คาดว่าจะเป็น

ให้ผู้ปฏิบัติฝึกเตรียมความคิดหากว่าเกิดสถานการณ์ จะทำอะไร โดยให้ความสำคัญกับทักษะในการคิด และต้องฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเมื่อผู้ปฏิบัติสามารถเข้าใจในการค้นหาสาเหตุของปัญหาได้ และนำไปปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่อง จะไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระยะยาวในการปฏิบัติงานบริการที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร และกลายเป็นสิ่งที่บุคลากรพยาบาลปฏิบัติเป็นประจำในการทำงาน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลที่ได้มาจากแบบสอบถามอย่างเดียว ซึ่งควรมีการทำวิจัยในลักษณะการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีการตรวจสอบได้ในระดับลึกกว่าแบบสอบถาม

3.2.2 การศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ครั้งต่อไป ควรเน้นการวิจัยด้านกระบวนการสร้างความปลอดภัยสำหรับผู้ให้บริการ ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เกิดรูปแบบกระบวนการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ให้บริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กฤษฎา แสงวดี (2549) "การบริหารทรัพยากรเพื่อการจัดบริการพยาบาล" ใน *ประมวลสาระชุดวิชา ประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน้าที่ 6 หน้า 25 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- _____ (2542) *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก
- กรมการแพทย์ (2543) *คู่มือเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี เมฆาเพรส
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. (2550) *คู่มือบริหารความเสี่ยงของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย* กรุงเทพมหานคร ไม่ปรากฏโรงพิมพ์
- กองการพยาบาล (2538) *รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- _____ (2542) *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร สามเจริญพานิช
- _____ (2544) *การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด
- กระทรวงสาธารณสุข (2542) *การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 6)* นนทบุรี ไม่ปรากฏโรงพิมพ์
- _____ (2550) "นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ พ.ศ. 2550-2551" ประกาศ ณ วันที่ 10 กันยายน 2550
- จงจิตร คณาภูกุล และสุพรรณณี เลิศผดุงกมลชัย (2545) *การบริหารความเสี่ยงในก้าวต่อไปหลัง HA* *สู่ความเป็นเลิศ* กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล
- จงจิตร อริยประยูร (2545) *การค้นหาความเสี่ยงของงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก* โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา
- จิตรพรรณ ภูษาภักติกภ (2542) "ความปลอดภัยในการทำงาน" ในเอกสารประกอบการสอน ชลบุรี มหาวิทยาลัยบูรพา
- จินนระรัตน์ ศรีภักทธิบุญ (2546) "การสร้างวัฒนธรรมการดูแลความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ" *วารสารสำนักการพยาบาล* 30, 2

- จันทิมา ไตรทาน (2546) “การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล
เจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี” วารสารสำนักการพยาบาล 30, 2
- จรัส สุวรรณเวลา (2545) ความเสี่ยงในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาและรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาล โอลิสติกพิบลิชซึ่งจำกัด
- ชาติรี บานชื่น(2549) การบรรยาย นโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ
จิตภา สุขพล่า (2548) การสื่อสารระหว่างบุคคล กรุงเทพมหานคร โอ.เอส. พรินดีง เฮาส์
- ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช (2548) บทความเรื่องอย่าทำร้ายคนไข้ / ตอน2 ใกล้เคียง กันยายน2548
หน้า 45 สืบค้นวันที่ 1 ตุลาคม 2550 จาก <http://www.pantown.com/board.php>
- ณรงค์วิทย์ แสนทอง (2548) การบริหารความปลอดภัยในชีวิต : มิติใหม่ของการบริหารบุคลากร
สืบค้นวันที่ 10 พฤศจิกายน 2550 <http://www.hrcenter.co.th>
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2550) ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์กรพยาบาลในศตวรรษที่ 21
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ธิดา นิงสานนท์และคณะ (2545) ตรงประเด็นเน้นมุ่งสู่คุณภาพงานเภสัชกรรม
โรงพยาบาล. กรุงเทพ อาร์บีดี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- ธิดา นิงสานนท์และคณะ (2547) การป้องกันความคาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ประชาชน
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2550) พยาบาลกับการระบุดัวผู้ป่วย สืบค้นวันที่ 10 พฤศจิกายน 2550
<http://gotoknow.org/blog/nan0308/22013>
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) การบริหารการพยาบาล โครงการสวัสดิการวิชาการ
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
- บุญศรี ปรามณศักดิ์(2538) การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประคอง วรรณสุด. (2542) สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปรารค์ทิพย์ อุจะรัตน์ (2550) การจัดการความเสี่ยง เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ
เรื่อง การจัดการความเสี่ยงคุณภาพการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ
จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 8-10 สิงหาคม 2550
โรงแรมตวันนา กรุงเทพมหานคร
- พงษ์พจน์ ธีรานันดชัย. (2544) การพัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ และการจัดการความเสี่ยงจาก
การทำงานในงานบริการด้านสูติกรรม โรงพยาบาลโพธาราม

พรพิมล ผดุงสงฆ์ (2546) ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ความมีอิสระในงานกับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พรพรรณ ภูมิภู (2550) “การบริหารองค์ความรู้” สืบค้น 20 ธันวาคม 2550

<http://www.nfe.go.th/0419/siced/KM/managekm.html>

พุดสุข หิงคานนท์ (2549) “แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 1 หน้า 1-63 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

พุดสุข หิงคานนท์ (2549) “ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบริหารระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 3 หน้า 6-66 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2548) *การพยาบาลอาชีวอนามัย:แนวคิดและการปฏิบัติ* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชวนพิมพ์

เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2548) *การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร บริษัทสุมุวิทการพิมพ์

_____. (2549) *การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร บริษัทสุมุวิทการพิมพ์

พัชฌิกา สุภิสุทธิ์ (2550) การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา.

พาริดา อิบราฮิม (2542) *สาระการบริหารการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร บริษัทสามเจริญพาณิชย์

ภรณ์ มหามนต์ (2532) *การประเมินประสิทธิผลองค์กร* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์โอเคียนสโตร์

รายงานการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน.บริษัท ABCD จำกัด http://www.sut.ac.th/e-texts/Medicine/ism/lesson2_3.html

รายงานการศึกษาแผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางน้ำ (2550) รายงานสรุปสำหรับผู้บริหารเรื่องโครงการศึกษาสำรวจจัดทำแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัยในการคมนาคมทางน้ำ ระหว่างปี 2551-2560

- ราณี อธิชัยกุล (2547) “ภาวะผู้นำในองค์กร” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การจัดการองค์การและ
ทรัพยากรมนุษย์* หน่วยที่ 4 หน้า 208 พิมพ์ครั้งที่ 4 :นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิทยาการจัดการ
- รัชนิกร ชมสวน (2542) *อาชีพอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล กองอาชีพอนามัย
กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร*
- รัชณี นามจันทร์ และวรรณิ บุญช่วยเหลือ (2550) “ การบริหารการพยาบาลกับการจัดการเชิง
ธุรกิจ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล* หน่วยที่ 14
หน้า 9 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- เรณู อาจสาตีและคณะ (2546) *พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม
กรุงเทพมหานคร บริษัทแอล.ที.เพรสจำกัด*
- ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และคณะ (2546) *สถิติสำหรับการวิจัยและเทคนิคการใช้ SPSS
กรุงเทพมหานคร บริษัทมิสชั่นมีเดียจำกัด*
- วิจารณ์ พานิช (2547) *การจัดการความรู้ : ปัญหาที่ต้องสร้าง ภายใต้อุปสรรคประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง พลังปัญญาสู่หลักประกันสุขภาพ
จัดโดยสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2547*
- วิจารณ์ พานิช (2548) *สุขภาพบนพื้นฐานของปัญญา เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ
เรื่อง การจัดการความรู้:เส้นทางสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาล จัดโดย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 17-18 กุมภาพันธ์ 2548
โรงแรมปรีnceพาเลส กรุงเทพมหานคร*
- วิไลพร รังควัด (2535) “การใช้วิธีฝึกความไวต่อการรับรู้ และการพัฒนาทีมงานเพื่อการทำงาน
ร่วมกันของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอในเขตเมือง” *วิทยานิพนธ์
ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาบริหาร โรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล*
- วีณา จีระแพทย์ (2549) “การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระ
ชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 11 หน้า 2-58 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- _____. (2550) *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย* กรุงเทพมหานคร บริษัทอีเล็ฟ
แวนส์แอลเอส์ จำกัด

- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ (2550) สธ.สั่งรพ.รื้อระบบระบุตัวผู้ป่วย ป้องกันการรักษา-ให้ยาผิดคน
ข้อมูลข่าวโดยหนังสือพิมพ์มติชนออนไลน์ ฉบับวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2550 ปีที่ 30
ฉบับที่ 10694 หน้า 10
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา:บูรณา
การภาพรวมระดับโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร บริษัทดีไซร์ จำกัด
_____. (2546) *Patient Safety: Concept and Practice* นนทบุรี บริษัทดีไซร์ จำกัด
_____. (2546) *Best Practices in Patient Safety* นนทบุรี บริษัทดีไซร์ จำกัด
_____. (2548) *การจัดการเชิงระบบ:วิธีองค์รวมเพื่อการสร้างคุณค่า* นนทบุรี บริษัทดีไซร์ จำกัด
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2549) "2006 HA – Thailand Patient Safety
Goals" ใน นวัตกรรมตามรอยและวัดผลคุณภาพ 14-17 มีนาคม 2549 อิมแพค
เมืองทองธานี
- สมพร เจษฎาญาณเมธา (2550) “การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล” สืบค้นวันที่ 6 ธันวาคม
2550 <http://gotoknow.org/planet/gaisomporn667200>
- สมรมาศ กันเงิน (2548) “วัฒนธรรมความปลอดภัย (ของผู้ป่วย)” สืบค้นวันที่ 7 กรกฎาคม 2548
<http://gotoknow.org/planet/gaisomporn667200>
- สมหญิง สายธนูและคณะ (2546) การจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์
วารสารวิชาการสาธารณสุข
- สมหวัง ด้านชัยจิตร (2548) *วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล*
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์อักษรสมัย
- สมหวัง ด้านชัยจิตร และป่วน สุทธิพิณธรรม (2550) การป้องกันการติดเชื้อที่ผิวหนังและแผล
กดทับ สืบค้นวันที่ 15 พฤศจิกายน 2550 http://www.geocities.com/kanok33/prevention_of_skin_infection_and_pressure_sore.htm
- สุชาติ พงษ์พานิช (2539) *การเขียนเพื่อการสื่อสาร* กรุงเทพมหานคร บริษัทวิสิทธิ์พัฒนา จำกัด
สำนักงานพยาบาล (2547) *แผนยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล (พ.ศ.2547 – 2549)* นนทบุรี
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550) *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* นนทบุรี
ไม่ปรากฏโรงพิมพ์
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ (2548) “รายงานการประชุมประจำปีสาธารณสุขจังหวัด
นครสวรรค์” จัดทำโดยฝ่ายพัฒนาบุคลากร

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ (2549) “รายงานการประชุมประจำปีสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์” จัดทำโดยฝ่ายพัฒนาบุคลากร
- อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- อนูวัฒน์ ศุภชุติกุลและคณะ (2544) เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- อะเกื้อ อุณหเลขกะ (2548) การติดเชื้อในโรงพยาบาล: ระบาดวิทยาและการป้องกัน พิมพ์ครั้งที่ 2 เชียงใหม่ โรงพิมพ์มิ่งเมือง
- _____ (2549) *Infection Control Basic Concepts and Training* พิมพ์ครั้งที่ 2 เชียงใหม่ โรงพิมพ์มิ่งเมือง
- Fiedler, F.E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. New York : McGraw-Hall.
- Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. In : Olmsted RN, ed. APIC Infection Control and Applied Epidemiology : Principles and Practies. St. Louis : Mosby, 1996 : pp A-1-A-20.
- Hicks RW, Becker SC.(2006) “Journal of Infusion Nursing” January / February 2006;
29 (1): 20 – 27 JACHO (2005) สืบค้นวันที่ 6 มีนาคม 2550
- Katz, J., & Green, E (1992). *Managing Quality A guide to monitoring and evaluating Nursing services.* St. Louis: Mosey – Year Book.
- National Patient Safety Agency(NPSA). Department of Health (2004) . Seven steps to Patient Safety. Available at : [http://www.npsa.nhs.uk/Seven step](http://www.npsa.nhs.uk/Seven%20step) (march 2006)
- Reason J. Human error: *Model and Management*. Br Med J 2000; 320:768-770
- Sterrs, R. M. (1977). *Organizational effectiveness: A behavioral view*. Santa Monica. Good Years.
- Swans burg, R. C. (1996). *Management and Leadership for nurse managers*. Boston: Jones & Bartlett International

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุกสิปป | คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร |
| 2. ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา | วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
กรุงเทพมหานคร |
| 3. ดร. ราศรี ถีนะกุล | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
จังหวัดนครสวรรค์ |

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย



ที่ ศธ 0522.26 / 693

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

11 มิถุนายน 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล.....

ด้วยนางประภัสสร นาวเหนียว นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการ
พยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์”

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูล
เพื่อการวิจัย จากโรงพยาบาลแม่สอด โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ
ของโรงพยาบาลแม่สอด ทั้งนี้ นักศึกษาจะดำเนินการประสานเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการ
ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในครั้งนี้นี้ด้วย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณ มา ณ
โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร.0-2503-2620,0-2504-8036-7

โทรสาร.0-2504-8096



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ที่..... วันที่ 22 มิถุนายน 2550
 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล.....

ด้วยดิฉัน นางประภัสสร นาวเหนียว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 (หัวหน้างานห้องคลอด) โรงพยาบาลลาดยาว จ. นครสวรรค์ เป็นนักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์” เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล เพื่อศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพและระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

ดิฉันจึงขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของท่าน จำนวน ฉบับ ทั้งนี้ขอความกรุณาให้ท่านช่วยแจกและรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับคืนภายใน วันที่ 31 กรกฎาคม 2550 จักเป็นพระคุณอย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ

(นางประภัสสร นาวเหนียว)

นักศึกษาปริญญาโท แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เขียนที่ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2550

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม (พยาบาลวิชาชีพ)

เนื่องด้วยดิฉัน นางประภัสสร นาวเหนียว ปัจจุบันปฏิบัติงาน ในตำแหน่ง หัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ เป็นนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ” อยู่ระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามทุกข้อตรงตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วน ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากท่านจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ดีเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ซึ่งไม่เกิดผลกระทบต่อท่าน ทั้งในหน้าที่การงาน และส่วนตัวอย่างไรก็ตามคำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี และผลสรุปของงานวิจัยนี้จะนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครสวรรค์ ต่อไป โดยผู้วิจัยขอให้ท่านส่งแบบสอบถามคืนที่กลุ่มการพยาบาลของท่าน ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2550

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับการอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางประภัสสร นาวเหนียว)

นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา
สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับ
ความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหาร
ความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดนครสวรรค์ และนำแบบสอบถามนี้มาใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
เท่านั้น เพื่อนำข้อมูลนี้ไปพัฒนาการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาล
ชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ในแขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง การให้ข้อมูล
ของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานใดๆ การนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวมเท่านั้น
ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคลท่านสามารถปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ที่
ท่านต้องการ

ผู้วิจัยขอความมือจากพยาบาลวิชาชีพ กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้อมูล
ที่ได้รับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และ
ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ถ้า มีข้อสงสัย
สามารถติดต่อได้ที่ นางประภัสสร นาวเหนียว โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ 60150
โทร. 056-271345 หรือ 056-271149 ต่อ 115, 138

ท่านยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้หรือไม่ โปรดใส่เครื่องหมาย✓ ลงใน (...)

(.....) ยินดี

(.....) ไม่ยินดี

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล กับ
ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลของ
พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบ
บริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
ชุมชนจังหวัดนครสวรรค์

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ใช้สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับแบบสอบถามกรุณาตอบคำถามตาม
ความเป็นจริง
3. ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการ
ศึกษาวิจัยเท่านั้น
4. ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถามผู้วิจัยคาดว่าจะนำผลงานวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนาในการบริหารความ
ปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครสวรรค์
5. แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 3 ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน	6 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ กระบวนการบริหารความปลอดภัยในงานบริการ พยาบาล จำนวน	62 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน	36 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของท่าน

คำชี้แจง กรุณาเติมคำตอบในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. เพศ () 1. ชาย, () 2. หญิง
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - () 1.ปริญญาตรี หรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี
 - () 2.ปริญญาโทหรือสูงกว่า สาขา
4. ท่านมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพนาน.....ปี
5. ท่านปฏิบัติงานในแผนก
 - () ผู้ป่วยใน
 - () อุบัติเหตุฉุกเฉิน
 - () ระบุ.....
6. ขนาดโรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงาน
 - () 30 เตียง
 - () 60 เตียง
 - () 90 เตียง หรือเทียบเท่า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ กระบวนการบริหารความปลอดภัยในงานบริการพยาบาล คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนที่ 2 ข้อความในรายการเป็นการสำรวจความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ ขอให้ท่านโปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าท่านปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด โดยให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในข้อความที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงมากที่สุด เลือกเพียงคำตอบเดียวเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยในบริการพยาบาลเป็นแบบมาตรวัดประมาณ ค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตั้งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติมากที่สุด (76-100%) มีคะแนนเท่ากับ 4
ปฏิบัติบ่อยๆ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติบ่อย (51-75%) มีคะแนนเท่ากับ 3
ปฏิบัติเป็นบางครั้งหมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง(26-50%)มีคะแนนเท่ากับ 2
ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัตินานๆครั้ง (1-25%) มีคะแนนเท่ากับ 1
ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับไม่มีการปฏิบัติในหน่วยงาน(0%)มีคะแนนเท่ากับ 0

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยๆ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล ในหน่วยงานของท่าน							
1	เมื่อท่านพบอุบัติการณ์ที่ เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัยใน หน่วยงานท่านมีการแจ้งให้ เพื่อนร่วมงานทราบ						
2	เมื่อเกิดอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้อง ท่านมีการศึกษาปัญหาการเกิด อุบัติการณ์						
3	หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้ ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ในกระบวนการดูแลที่ปลอดภัย						
4	หน่วยงานของท่านมีการ ผสมผสานกระบวนการจัดการ ความเสี่ยงต่อความผิดพลาด ทั่วทั้งองค์กร						
5	หน่วยงานของท่านมีการ ผสมผสานการประเมินองค์กร เรื่องความเสี่ยงต่อความผิดพลาด ทั่วทั้งองค์กร						
6	หน่วยงานของท่านมีการ ผสมผสานกระบวนการจัดการ ความเสี่ยงเกี่ยวกับอุบัติการณ์ ทั่วทั้งองค์กร						
7	หน่วยงานของท่านมีการ ผสมผสานการประเมินความ เสี่ยงเกี่ยวกับอุบัติการณ์ ทั่วทั้ง องค์กร						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยๆ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
8	หน่วยงานของท่านมีการประเมินความเสี่ยงในกระบวนการดูแลผู้รับบริการ						
9	หน่วยงานของท่านมีการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน						
10	หน่วยงานของท่านมีการนำรายงานอุบัติการณ์ไปใช้ในการปรับปรุงที่ทำให้เกิดความปลอดภัยในองค์กร						
ขั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล							
11	ผู้บริหารองค์กรรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกต่อการจัดการบริการที่ปลอดภัย และไม่ปลอดภัยของหน่วยงาน						
12	ผู้บริหารองค์กรแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ใช้บริการที่ต้องระมัดระวังทั่วทั้งองค์กร						
13	ผู้บริหารองค์กรมีการสนับสนุนการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัย						
14	ผู้บริหารองค์กรมีการสื่อสารเกี่ยวกับวิธีการทำงานที่ปลอดภัยแก่บุคลากรทั่วทั้งองค์กร						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยๆ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง							
15	หน่วยงานของท่านมีการค้นหา ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความ สูญเสียต่อผู้ใช้บริการและ องค์กร						
16	หน่วยงานของท่านมีการ ประเมินความรุนแรงของการ เกิดความเสี่ยง ทุกระดับของ หน่วยงาน						
17	หน่วยงานของท่านมีการ ประเมินความถี่ของการเกิด ความเสี่ยง ทุกระดับ						
18	หน่วยงานของท่านมีการจัดการ ตามข้อร้องเรียนที่พบในระบบ สารสนเทศ						
19	หน่วยงานของท่านมีการจัดการ กับความเสี่ยง โดยการลดความ สูญเสียภายหลังเกิดเหตุ						
20	หน่วยงานของท่านมีการ ประเมินผลลัพธ์ของกิจ กรรมการบริหารความเสี่ยง						
21	หน่วยงานของท่านมีการ ประเมินดัชนีความปลอดภัยที่มุ่ง ลดการเกิดอันตรายต่อ ผู้ใช้บริการ						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยๆ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
22	หน่วยงานของท่านมีการประเมินดัชนีความปลอดภัยขององค์กรที่บรรเทาการเกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการ						
ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์							
23	หน่วยงานของท่านกำหนดให้พยาบาลทุกคนรายงานปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ						
24	หน่วยงานของท่านมีการเปรียบเทียบข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติการณ์ในแต่ละเดือน						
25	หน่วยงานของท่านกำหนดเป้าหมายการลดความรุนแรงของผลกระทบจากการเกิดอุบัติการณ์						
26	หน่วยงานของท่านมีการวางแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในทุกกรณี ที่เกี่ยวข้องกับเกิดอุบัติการณ์ของความปลอดภัย						
ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย							
27	หน่วยงานของท่านกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการสื่อสารเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยกับผู้ใช้บริการและญาติ						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยๆ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
28	หน่วยงานของท่านเผยแพร่แนว ปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการ สื่อสารเพื่อป้องกันปัญหาความ ไม่ปลอดภัยกับผู้ใช้บริการและ ญาติ						
29	คณะกรรมการบริหารของ องค์กรสนับสนุนการสื่อสาร โดย ให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วน ร่วมในระบบความปลอดภัยของ การจัดบริการพยาบาล						
30	หน่วยงานของท่านให้ ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมตรวจสอบ ความถูกต้องของการดูแลรักษา						
31	หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้ ผู้ปกครองของผู้ใช้บริการเด็ก ร่วมตรวจสอบความถูกต้องของ การดูแลรักษา						
32	หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้ ญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการ สืบสวนหาสาเหตุที่แท้จริงของ ปัญหา						
33	หน่วยงานของท่านมีการกำหนด กิจกรรมที่จำเป็นเพื่อขจัดปัญหา ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการใน อนาคต						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยๆ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
34	หน่วยงานของท่านมีการกำหนด กิจกรรมที่จำเป็นเพื่อป้องกัน ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับ ผู้ใช้บริการในอนาคต						
ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย							
35	องค์กรพยายามส่งเสริมการ เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการ จัดการ ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ						
36	หน่วยงานของท่านมีการ วิเคราะห์ การค้นหาสาเหตุที่ แท้จริงของปัญหา						
37	ท่านสามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งที่ เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เพื่อ วางมาตรการป้องกัน						
38	ท่านสามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งที่ เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เพื่อลด โอกาสเกิดซ้ำ						
ขั้นตอนที่ 7 การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย							
39	ท่านได้ค้นหาอุบัติการณ์ในการ ปฏิบัติงาน ที่เน้นที่ระดับความ รุนแรง						
40	ท่านได้ค้นหาอุบัติการณ์ในการ ปฏิบัติงาน ที่เน้นที่โอกาสที่ เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น						
41	ท่านได้ค้นหาข้อบ่งชี้ในการ ปฏิบัติงานที่เน้นระดับความ รุนแรง						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยๆ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
42	ท่านได้ค้นหาข้อบ่งชี้ที่ เน้น โอกาสการเรียนรู้จากเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้น ในการปฏิบัติงาน						
43	หน่วยงานของท่านได้รวบรวม ข้อมูลจากการบันทึกสุขภาพของ ผู้ใช้บริการ						
44	หน่วยงานของท่านได้รวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจต่างๆ จากการบันทึกทางการแพทย์						
45	หน่วยงานของท่านมีการ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจ อุปกรณ์ในหอผู้ใช้บริการ จาก บันทึกทางการแพทย์						
46	หน่วยงานของท่านได้รวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจ สถานการณ์สิ่งแวดล้อมในหอ ผู้ใช้บริการ จากบันทึกทางการแพทย์						
47	หน่วยงานของท่านมีมาตรการที่ กำหนดให้บุคลากรผู้ปฏิบัติ เป็น ผู้เขียนรายงานอุบัติการณ์						
48	หน่วยงานของท่านมีการทำแผน ของเหตุการณ์						
49	หน่วยงานของท่านนำข้อมูลที่ รวบรวมได้มาจัดลำดับเวลา ก่อนหลังของการเกิดเหตุการณ์						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยๆ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
50	หน่วยงานของท่านค้นหาข้อมูล ของปัญหาในกระบวนการดูแล ที่ยังขาดหายไป						
51	หน่วยงานของท่านค้นหา ประเด็นสำคัญของปัญหาเรื่อง ความปลอดภัยในกระบวนการ ดูแล						
52	หน่วยงานของท่านนำข้อมูลที่ รวบรวมได้จากการเกิด อุบัติเหตุการณ์มาวิเคราะห์หาสาเหตุ						
53	หน่วยงานของท่านนำข้อมูลที่ รวบรวมได้จากการเกิด อุบัติเหตุการณ์มาวิเคราะห์บทเรียนที่ ได้รับ						
54	หน่วยงานของท่านมีการ จัดลำดับเหตุการณ์ของการเกิด อุบัติเหตุการณ์มาวิเคราะห์หาสาเหตุ						
55	หน่วยงานของท่านมีการ จัดลำดับเหตุการณ์ของการเกิด อุบัติเหตุการณ์มาวิเคราะห์บทเรียนที่ ได้รับ						
56	หน่วยงานของท่านมีการระดม สมองเพื่อค้นหาสาเหตุแท้จริง ของปัญหา						
57	หน่วยงานของท่านนำปรากร ป้องกันอันตรายต่อผู้ใช้บริการ มาใช้						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยๆ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
58	หน่วยงานของท่านวิเคราะห์ ปรាកการป้องกันอันตรายต่อ ผู้ให้บริการ						
59	หน่วยงานของท่านพัฒนาการ ป้องกันอันตรายต่อผู้ให้บริการ						
60	หน่วยงานของท่านมีแนวทาง การป้องกันอันตรายต่อ ผู้ให้บริการ						
61	ท่านได้ปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันอันตรายต่อผู้ให้บริการ						
62	หน่วยงานของท่านมีการสรุป ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุที่ เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ						

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความถี่ของการเกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยผู้ป่วย

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนที่ 3 ข้อความในรายการเป็นการสำรวจความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับความถี่ของการเกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งสร้างจากเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับประเทศ (2006HA-Thailand Patient Safety Goals) ในการบริหารความปลอดภัยของระบบบริการพยาบาล ขอให้ท่านโปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่า ท่านพบเหตุการณ์ได้มากน้อยเพียงใดโดยให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ข้อความที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงมากที่สุด เลือกเพียงคำตอบเดียวซึ่งแต่ละคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง ผู้ตอบพบเหตุการณ์มากที่สุด	(76- 100%)	มีคะแนนเท่ากับ 4
มาก	หมายถึง ผู้ตอบพบเหตุการณ์มาก	(51-75%)	มีคะแนนเท่ากับ 3
ปานกลาง	หมายถึง ผู้ตอบพบเหตุการณ์ปานกลาง	(26-50%)	มีคะแนนเท่ากับ 2
น้อย	หมายถึง ผู้ตอบพบเหตุการณ์น้อย	(1-25%)	มีคะแนนเท่ากับ 1
ไม่พบเหตุการณ์	หมายถึง ผู้ตอบไม่พบเหตุการณ์	(0%)	มีคะแนนเท่ากับ 0

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุก ครั้ง	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่พบ เหตุ การณ์	
ด้านที่ 1. การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)							
1	ก่อนการติดป้ายชื่อมือ ผู้รับบริการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ถามชื่อสกุลโดยการให้ ผู้รับบริการตอบเอง						
2	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ถามชื่อ-นามสกุลผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการตอบเอง						
3	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ตรวจสอบชื่อ-นามสกุลจากป้าย ชื่อมือก่อนการให้บริการ						
4	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติถาม ชื่อสกุลผู้รับบริการ โดยการให้ ผู้รับบริการตอบเองก่อนการให้ ยาหรือสารน้ำ						
5	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ก่อนการ ให้ยาหรือสารน้ำแก่ผู้รับบริการ						
6	ในการให้เลือดหรือสารประกอบ ของเลือดแก่ผู้รับบริการท่านพบ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติตรวจสอบดู เลือดป้ายคล็องดูเลือดกับ เวชระเบียนผู้รับบริการ						
7	ในการให้เลือดหรือสารประกอบ ของเลือดแก่ผู้รับบริการท่านพบ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติถามชื่อ- นามสกุลและอายุ ก่อนการให้						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุก ครั้ง	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่พบ เหตุ การณ์	
8	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติถาม ชื่อ-นามสกุลและอายุ ผู้รับบริการก่อนการเจาะเลือด						
9	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ตรวจสอบ ป้าย บนภาชนะเก็บ สิ่งส่งตรวจ ก่อนการเจาะเลือด						
10	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติถาม ชื่อ-นามสกุลและอายุ ผู้รับบริการ โดยการให้ผู้ป่วย ตอบเองก่อนการเก็บสิ่งส่งตรวจ						
11	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ตรวจสอบ คำสั่งแพทย์ ก่อนการ เก็บสิ่งส่งตรวจ						
12	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ตรวจสอบใบคำสั่งการตรวจ ก่อนเก็บสิ่งส่งตรวจ						
13	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ตรวจสอบป้ายบนภาชนะเก็บ สิ่งส่งตรวจ ก่อนเก็บสิ่งส่งตรวจ						
14	หน่วยงานมีระบบการตรวจสอบ ซ้ำโดยหัวหน้าเวรเช้าและเวร บ่ายทุกวันถ้าพบว่าป้ายข้อมือ เลอะเลือน/ชำรุด ต้องเปลี่ยน ใหม่ทันที						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุก ครั้ง	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่พบ เหตุ การณ์	
15	ท่านพบเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ชื่อ-นามสกุลและอายุ ผู้รับบริการก่อนส่งไปตรวจหรือ ทำหัตถการ						
ข้อที่ 2 การใช้ยา (Medication Safety)							
16	ท่านพบการให้ยาผู้ป่วยฉุกเฉิน						
17	ท่านพบการจ่ายยาตรงกับผู้ป่วย ที่แพทย์สั่ง						
18	ท่านทวนสอบความถูกต้องของ ยาที่เตรียมไว้ก่อนการให้						
19	ในการให้ยาที่อันตรายกับ ผู้ใช้บริการท่านตรวจสอบยา 2 ครั้งก่อนให้						
20	ท่านพบผู้เตรียมยาและผู้ให้ยา เป็นคนเดียวกัน						
21	ในหน่วยงานมีการบันทึกชนิด ของยาที่ผู้รับบริการ						
22	ในการให้ยาผู้ใช้บริการท่านแจ้ง ชนิดของยาที่ผู้ใช้บริการแพ้ ให้แก่ผู้ใช้บริการทราบ						
23	ในการให้ยาผู้ใช้บริการท่านแจ้ง ชนิดของยาที่ผู้ใช้บริการแพ้ ให้แก่ญาติผู้ใช้บริการทราบ						
24	ท่านพบว่ามีการ ปรึกษาการดูแล ผู้ใช้บริการก่อนและระหว่างการ ปฏิบัติงานเพื่อติดตาม ผู้ใช้บริการที่ได้รับยาสำคัญ						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุก ครั้ง	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่พบ เหตุ การณ์	
25	ท่านพบว่ามีกรวางแผนการ จำหน่าย เรื่องการรักษา ซื่อยา ขนาด จำนวนครั้งและจำนวนยา ที่ได้รับของผู้ใช้บริการในการ ปฏิบัติงาน						
26	ท่านพบว่ามีกรตรวจสอบยาที่ ให้กับผู้ให้บริการที่จำหน่ายกลับ บ้านตรงกับแผนการรักษา						
ข้อที่ 3 การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care Associated Infection)							
27	ท่านไม่พบการติดเชื้อทางเส้น เลือดจากการให้สารละลายทาง เส้นเลือด						
28	ท่านไม่พบการติดเชื้อที่แผลกด ทับ						
29	ท่านไม่พบการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะจากการคาสายสวน						
30	ท่านไม่พบการติดเชื้อแผลผ่าตัด ที่สะอาด						
ข้อที่ 4 การสื่อสาร (Communication)							
31	ท่านพบการบันทึกคำสั่งการ รักษาของแพทย์ที่ชัดเจน						
32	ท่านพบการบันทึกคำสั่งการ รักษาของแพทย์ที่อ่านออก						
33	ท่านให้ข้อมูลการดูแลและการ ปฏิบัติคนแก่ผู้ให้บริการก่อนการ รักษาพยาบาล						

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุก ครั้ง	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่พบ เหตุ การณ์	
34	ท่านให้ข้อมูลการดูแลและการปฏิบัติตนแก่ผู้ใช้บริการขณะให้การรักษาพยาบาล						
35	ท่านให้ข้อมูลการดูแลและการปฏิบัติตนแก่ผู้ใช้บริการก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล						
36	ท่านให้ผู้ใช้บริการทบทวนข้อมูลการดูแลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา						

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ประภัสสร นาวเหนียว
วัน เดือน ปีเกิด	20 กรกฎาคม 2504
สถานที่เกิด	อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์
ประวัติการศึกษา	พยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท จบปีการศึกษา 2525 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี จบปีการศึกษา 2531 พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จบปีการศึกษา 2532
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์
ตำแหน่ง	หัวหน้างานแม่และเด็ก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์