



บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

ศิวาพร แก้วสมลี* นันทิยา วัฒมาญ** และนันทวัน สุวรรณรูป***

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 999 ถ.พุทธมณฑล สาย 4

ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพทุกคน ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ที่โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง จำนวน 259 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ .85, .94 และ .86 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) เท่ากับ .61, .87 และ .84 ตามลำดับ มีเพียงพยาบาลวิชาชีพจำนวน 202 คน ตอบกลับแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 77.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียลและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 9.10$) และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .303$, $p < .001$)

สรุป: ผลการศึกษาในครั้งนี้ ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อที่จะส่งเสริมคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติการพยาบาล / ความปลอดภัยผู้ป่วย / พยาบาลวิชาชีพ

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



Factors Related to Nursing Practice for Patient Safety of Registered Nurses in Community Hospitals, Phetchabun Province

Siwaporn Kaewsomsee* Nantiya Wattayu** and Nuntawan Suwonnaroop***

Abstract

Purpose: To explore nursing practice for patient safety and to investigate relationships between personal factors, patient safety knowledge, patient safety culture with nursing practice for patient safety of registered nurses

Research design: Descriptive correlation research

Methods: The participants were all 259 registered nurses working more than 1 year at seven community hospitals. The data were collected using the questionnaires for patient safety knowledge, patient safety culture, and nursing practice of patient safety. The content validity index for the questionnaires were .85, .94 and .86 respectively, and the values for the reliability of the questionnaires were .61 .87 and .84, respectively. Only 202 registered nurses responded to the questionnaires which the response rate was 77.99%. The data were analyzed using descriptive statistics, point biserial correlation coefficient, and Spearman rank correlation coefficient.

Results: The overall score for nursing practice of patient safety was at the highest level ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 9.10$), and the patient safety culture was the only one factor having the relationship with nursing practice for patient safety statistically significantly at .01 ($r = .303$, $p < .01$).

Conclusion: The finding of this study has indicated the importance of improving the safety culture of patients in primary care units in order to promote better quality of care and patient safety.

Keyword: Nursing practice / Patient safety / Registered nurses

* Graduate student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Mahidol University.

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thesis advisor.

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thesis co-advisor.



บทนำ

ความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety) เป็นประเด็นสำคัญที่มีผลกระทบต่อวงการแพทย์ทั่วโลก เนื่องจากเป็นคุณภาพของการบริการในระบบสาธารณสุข (Tansirisithikul et al, 2012) องค์การอนามัยโลกเปิดเผยข้อมูลว่า มีผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 18 (WHO, 2016) และมีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ถึง 251,454 ราย (Makary & Daniel, 2016) สำหรับประเทศไทย พบว่ามีอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (9.1%) (Khunthar, 2014) โดยมีสาเหตุมาจากระบบและกระบวนการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยผิดพลาด (61%) ความผิดพลาดเกี่ยวกับยา (60.8%) (Cheragi et al, 2013) และการระบุแฟ้มผู้ป่วยผิดพลาด (53.2%) (Khoo et al, 2012) เป็นต้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัว บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพและระบบบริการสุขภาพของประเทศโดยรวม (Chaleoykitti, Kamproy & Promdet, 2014) อย่างไรก็ตาม การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ สามารถป้องกันได้จากระบบการปฏิบัติงาน (50.0 – 70.2%) (WHO, 2016)

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ทั่วโลกจึงกำหนดมาตรฐานและแนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยขึ้น ได้แก่ Patient Safety Curriculum Guide (WHO, 2011) และ International patient safety goals (Joint Commission International, 2015) สำหรับประเทศไทย ได้นำแนวคิดดังกล่าวมากำหนดเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยคือ Thai patient safety goals (Suphachutikul, 2008) โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการในระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Ministry of Public Health, 2013) แต่เนื่องจากประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ (Office of the Higher Education Commission, 2013) จึงอาจส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติการพยาบาลได้ เช่น ความผิดพลาดทางยาและการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การสื่อสารผิดพลาด เป็นต้น (Khunthar, 2014) ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่ง ที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการบริการในระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ตามมาตรฐานและตัวชี้วัดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อ จาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ได้แก่ อายุเป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคล หรือความสามารถในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Kamphan, 2010) โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อยจะมีทักษะในการปฏิบัติงานและมีความรับผิดชอบมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย (Phokaew, 2014; Lueluang & Vorahan, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่า หากพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย จะไม่มีความเข้าใจในระบบการปฏิบัติงาน และขาดความชำนาญในการจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ (Pornpanuwit, 2013 & Jirapeat, 2007) สำหรับแผนกในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่มีความแตกต่างกัน อาจส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยที่แตกต่างกันได้ เช่น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จะมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยมากกว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก (Sukosit, 2014) นอกจากนี้จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์ ยังมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย โดยพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานมากกว่า 12 ชั่วโมง/วัน อาจส่งผลกระทบต่อการใช้เวลาได้ (Rogers et al, 2004; Supamane, Kunaviktikul & Keitlerntapha, 2014) นอกจากนี้การได้รับการปฐมนิเทศ หรือการอบรมความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยต่าง ๆ อาจส่งผลให้พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยที่แตกต่างกัน (Thongthip & Chalongsuk, 2014) รวมทั้งการศึกษาของ Chen & Li (2010) & Nantsupawat et al (2012) พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย โดยส่งผลต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับต่ำ อาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่



พึงประสงค์และความผิดพลาดทางการแพทย์ตามมาได้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะการศึกษาในระดับปฐมภูมิยังมีจำนวนน้อย จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีการเกิดแผลกดทับ (24.14%) มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (3.97%) เกิดความผิดพลาดจากการบริหารยาและสารน้ำ 118 ครั้ง มีผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 37 ครั้ง และมีการรักษาพยาบาล ผิดคน/ตำแหน่ง 34 ครั้ง เป็นต้น (Regional Health 2, 2015) รวมทั้งมีความขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลเป็นอันดับ 2 ในเขตภาคเหนือตอนล่าง (Regional Health 2, 2015) ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาว่าการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์เป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา ปรับปรุงหรือเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยในองค์กร และเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด แนวทางการปฏิบัติและนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย ดังนั้นคือ แนวคิดความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยของ WHO (2011) แนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของ Agency for Healthcare Research and Quality (2012) แนวคิดเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยสากลของ Joint Commission International (2015) และแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย Thai Patient Safety Goals ของ The Healthcare Accreditation Institute (2008) สำหรับการศึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยตามกรอบเป้าหมายของ Thai patient safety goals ได้แก่

การป้องกันการติดเชื้อ ความปลอดภัยในการใช้ยา กระบวนการดูแลผู้ป่วย การดูแลสาย, ท่อ และสายสวน ต่าง ๆ และการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน โดยเชื่อว่าการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์ โดยเป็นการแสดงออกในเรื่องของ วุฒิภาวะ ความรับผิดชอบ ความตระหนัก ทักษะและความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการตัดสินใจ ที่จะกระทำหรือปฏิบัติการใด ๆ ต่อผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โดยเป็นการแสดงออกเกี่ยวกับทัศนคติ ค่านิยมและการรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย ที่เกิดจากความตระหนักและการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ จนเกิดเป็นนิสัยและความเคยชิน และเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์) ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีจำนวน 202 คน



สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบูรณ์ที่มีขนาด 10 -120 เตียง จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า บึงสามพัน ชนแดน เขาค้อ วังโป่ง ศรีเทพและน้ำหนาว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจำนวน 5 ข้อ (เกณฑ์คัดเข้า)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ แนวคิดและความหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย สาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ประเภทของความผิดพลาดทางการแพทย์ การจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ และการบริหารความเสี่ยงขององค์กร ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยมีการแปลผลคะแนนดังนี้ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-5 คะแนน), มีความรู้ในระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง (11-15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย พัฒนาโดย Agency for Healthcare Research and Quality (2012) ได้มีการแปลและนำมาใช้ในประเทศไทย โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2552) แบ่งออกเป็น 11 มิติ ได้แก่ ความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวม ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล การสื่อสารที่เปิดกว้าง การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง การจัดอัตรากำลัง การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วยการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และการส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลจำนวน 39 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 21 ข้อ และเชิงลบจำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ

คือ ไม่เห็นด้วย (1) – เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5), คะแนนเต็ม 195 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety goal) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามนโยบายของ The Healthcare Accreditation Institute (2008) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อ ความปลอดภัยในการใช้ยา กระบวนการดูแลผู้ป่วย การดูแลสาย, ท่อและสายสวน ปัสสาวะต่าง ๆ และการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก และลบจำนวน 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่เคย ปฏิบัติเลย (1) – ปฏิบัติเป็นประจำ (5), คะแนนเต็ม 115 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยมาก

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson Method) ได้ค่าเท่ากับ .61 ค่าสัมประสิทธิ์การคูณภาคแอลฟาของแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเท่ากับ .87 และแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านขั้นตอนการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ และมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างที่ดำเนินการวิจัยไปแล้ว โดยไม่ต้องส่งแบบสอบถามตอบกลับ และสามารถไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ หรือสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ โดยการไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ผลการวิจัยจะนำเสนอและเผยแพร่ในภาพรวม



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยเสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจำนวน 7 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและให้ตอบกลับแบบสอบถามทางไปรษณีย์ หากมีการลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์ ถือว่าเป็นการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

3. หลังจากแจกแบบสอบถามไปแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือให้หัวหน้าแผนกต่างๆ ช่วยแจ้งเตือนกับพยาบาลให้ตอบแบบสอบถามและส่งกลับทางไปรษณีย์อย่างไ้ก็ตาม มากกว่าครึ่งหนึ่งของสถานที่ในการเก็บข้อมูล ให้ผู้วิจัยเข้าไปรับแบบสอบถามด้วยตนเอง เนื่องจากไม่สะดวกส่งกลับทางไปรษณีย์

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับคืนมาจำนวน 213 ฉบับ (คิดเป็น 82.24%) ตรวจสอบความครบถ้วน/สมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่าเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถวิเคราะห์ได้จำนวน

202 ฉบับ (คิดเป็น 77.99%) ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยต์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 202 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (95.54%) มีอายุเฉลี่ย 38.50 ปี (SD = 9.928) ประมาณ 1 ใน 3 (35.15%) มีอายุระหว่าง 36 – 45 ปี ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 15.80 ปี (SD = 10.25) ประมาณเกือบ 1 ใน 4 (24.26 %) มีประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 1 – 5 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่ง (52.97%) ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย 52.95 ชั่วโมง (SD = 15.10) มากกว่าครึ่งหนึ่ง (53.47%) ปฏิบัติงานจำนวน 35 – 55 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ที่เหลือเกือบครึ่งหนึ่ง (46.53%) ปฏิบัติงานจำนวน 56 – 96 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 89.60) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย	จำนวน (คน) ที่ตอบถูก (%)	จำนวน (คน) ที่ตอบผิด (%)	การแปลผล ระดับความรู้
การจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ	188 (93.07%)	14 (6.93%)	สูง
แนวคิดและความหมายความปลอดภัยผู้ป่วย	181 (89.60%)	21 (10.40%)	สูง
การบริหารความเสี่ยงขององค์กร	168 (83.29%)	34 (16.83%)	สูง
สาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	150 (74.26%)	52 (25.74%)	สูง
ประเภทของความผิดพลาดทางการแพทย์	137 (67.82%)	65 (32.18%)	ปานกลาง
รวม	181 (89.60%)	21 (10.40%)	สูง



วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.58$, $SD = .109$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล การสื่อสารที่เปิดกว้าง การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพ

รวม การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย ส่วนด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล และการจัดอัตรากำลัง พบว่ามีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

มิติด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย	$\bar{X}$	SD	การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	3.87	.675	มาก
การสื่อสารที่เปิดกว้าง	3.83	.747	มาก
การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	3.83	.789	มาก
การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.76	.782	มาก
การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล	3.70	.761	มาก
ความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวม	3.70	.840	มาก
ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการและกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย	3.69	.763	มาก
การสนับสนุนการจัดการโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.46	.944	ปานกลาง
การตอบสนองความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	3.37	1.017	ปานกลาง
การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล	3.33	.967	ปานกลาง
การจัดอัตรากำลัง	2.93	1.057	ปานกลาง
รวม	3.58	.109	ปานกลาง

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 9.10$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย	$\bar{X}$	SD	ระดับการปฏิบัติการพยาบาล
การดูแลสาย, ท่อ และสายสวนต่างๆ	4.76	1.54	มากที่สุด
การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน	4.61	1.01	มากที่สุด
การป้องกันการติดเชื้อ	4.50	1.46	มากที่สุด
ความปลอดภัยในการใช้ยา	4.50	2.46	มากที่สุด
กระบวนการดูแลผู้ป่วย	4.02	4.92	มาก
รวม	4.25	9.10	มากที่สุด

ปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .303, p < .01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยและ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์	p - value
อายุ	$r = .099$	.162
ประสบการณ์ในการทำงาน	$r = .134$	.056
แผนกที่ปฏิบัติงาน	$r_{pb} = .010$	.893
จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์	$r = -.120$	.090
ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย	$r = .063$	.376
วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย	$r = .303$	.001

หมายเหตุ r ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมน, r_{pb} ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยด์ไบซีรีส์เรียล

อภิปรายผลการวิจัย

ความปลอดภัยผู้ป่วย เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่ง ที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด จะเป็นการป้องกันและลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Hughes, 2008) ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.25$,

SD = 9.10) สามารถอภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบูรณ์ ต้องได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารจึงมีการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล ให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด รวมทั้งมีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล โดยการเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือการฟื้นฟูทักษะ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ในการ



ทำงานนาน (เฉลี่ย 15.80 ปี) ทำให้มีทักษะในการปฏิบัติ การพยาบาล จึงส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุดดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Wuthimapagorn (2014) และ Thongthip & Chalongsuk (2014) ที่พบว่า การ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับ มาก เนื่องมาจากการได้รับการอบรมและสั่งสมให้มุ่งเน้น ในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย การปลูกฝังจากจรรยา บรรณวิชาชีพ และการพัฒนาคุณภาพงานบริการอย่าง ต่อเนื่อง อาจส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อิสระที่ศึกษา กับ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า มีเพียงปัจจัยวัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ($r = .303$, $p < .001$) อธิบายได้ว่า ประเทศไทยมีการประกัน คุณภาพของสถานพยาบาล (Hospital accreditation) โรงพยาบาลจึงต้องได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพ ดังกล่าว ผู้บริหารจึงมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับ ความปลอดภัยผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติการพยาบาลตาม ตัวชี้วัดที่กำหนด และสร้างความตระหนักให้แก่พยาบาล วิชาชีพ ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยให้ เกิดขึ้นในองค์กร ดังนั้น อาจส่งผลให้วัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการสร้าง วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมีองค์ประกอบหลาย ประการ ต้องอาศัยเวลาในการป่มเพาะ และความร่วมมือ จากบุคลากรทุกคนในองค์กร จึงอาจทำให้ปัจจัยทั้งสองมี ความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Najjar, Nafouri, Vanhaecht & Euwema (2015) ที่พบ ว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย เนื่องจาก สาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบ บริการสุขภาพ ส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล และหากพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับต่ำ ก็อาจส่งผลกระทบต่อ การทำงานเป็นทีมและการสื่อสารระหว่างวิชาชีพได้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการ สื่อสารที่เปิดกว้าง มีการพูดคุยถึงวิธีการป้องกันความ ผิดพลาดเพื่อไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำ (91.08%) และพยาบาล สามารถเสนอข้อคิดเห็น เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (77.22%) อธิบายได้ว่า การสื่อสารเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย เป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนให้ความตระหนัก เนื่องจาก เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้น มีผลกระทบ ต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม (Joint Commission, 2008) ดังนั้นวัฒนธรรมด้านการสื่อสาร จึงมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ความปลอดภัยผู้ป่วย ส่วนด้านการจัดอัตรากำลัง พบว่า อัตรากำลังมากกว่าครึ่งหนึ่ง (56.38%) ไม่เพียงพอที่จะรองรับปริมาณงาน มีการทำงานแบบอยู่ในภาวะ วิกฤต (Crisis mode) พยายามทำงานมากเกินไป เร่ง รีบมากเกินไป (48.51%) และมีการใช้เจ้าหน้าที่จาก ภายนอกมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วย ได้ดีที่สุด (64.86%) นอกจากนี้ด้านการส่งต่องานและ การเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล พบว่า มักเกิดปัญหา ขึ้นกับผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนเวร (75.73%) และข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญมักจะสูญหายไปหรือไม่มีการ สื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร (80.19%) อธิบายได้ว่า พยาบาลมีจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย 59.95 ชั่วโมง (เฉลี่ย 10.6 ชั่วโมงต่อวัน) และเกือบ ครึ่งหนึ่ง (47.02%) ปฏิบัติอยู่งานในแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและผู้ป่วยที่มี อาการเปลี่ยนแปลงตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี สัญญาณชีพผิดปกติ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก เป็นต้น ส่งผลให้พยาบาลมีภาระงานที่หนักและจำนวนมาก จึง อาจส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลได้ไม่ เต็มที่ และส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khunthar (2014) ที่ พบว่า การขาดแคลนอัตรากำลังของพยาบาล ส่งผล ให้พยาบาลมีทัศนคติในการปฏิบัติงานในเชิงลบ ได้แก่ เกิดความเหนื่อยหน่าย ความเครียด ไม่พึงพอใจใน การปฏิบัติงาน ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการดูแลตาม มาตรฐาน เป็นต้น รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rogers, et al (2004) ที่พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิด



เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะเพิ่มขึ้น เมื่อพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเกิน 12 ชั่วโมง โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานเกิน 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ นอกจากนี้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ในด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง พบว่า พยาบาลรู้สึกว่าการเกิดเหตุการณ์ผิดพลาดตนเองจะถูกกล้งโทษ (Held against them) (59.89%) และถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ (51.97%) อธิบายว่า พยาบาลอาจมีแนวคิดแบบเดิม ๆ ที่เชื่อว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาด มักมีสาเหตุมาจากตัวบุคคลเสมอ ซึ่งเป็นแนวคิดเดิม ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว การที่พยาบาลอาจมีแนวคิดเดิมดังกล่าว จึงส่งผลให้พยาบาลมีความกังวลว่า หากตนเองเป็นผู้รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะถูกกล้งโทษและบันทึกความผิดพลาดไว้ในแฟ้มประวัติ ทำให้ไม่กล้ารายงานข้อมูลความผิดพลาดที่เกิดขึ้น แต่ปัจจุบันเชื่อว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากบุคคล และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากระบบในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความหลากหลายของแนวทางการปฏิบัติงาน เช่น รูปแบบในการสั่งยา แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย ระบบการให้คำปรึกษาตามสายงาน หรือประเภทของเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่มีอยู่อย่างจำกัด เป็นต้น (WHO, 2011)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้บริหารควรปรับกลยุทธ์ ด้านการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย เช่น การเขียนกระบวนการรักษาผู้ป่วยให้ชัดเจน การพิมพ์/บันทึกข้อมูลเข้าระบบออนไลน์ การสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยในระหว่าง, ก่อนหรือหลังการปฏิบัติงาน (safety briefing) เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ และเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงสุด

2. ส่งเสริมให้มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขในระบบการปฏิบัติงานเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย

3. ในช่วงเวลารอต่อของเวร ควรจัดตารางการปฏิบัติงานเหลื่อมช่วงเวลากัน เช่น 8, 10, 12 ชั่วโมง เป็นต้น เพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างรอยต่อเวร

4. ควรจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวัน เช่น ปฏิบัติงาน 10 ชั่วโมง/วัน (4 วัน/สัปดาห์) หรือการแบ่งออกเป็นช่วง ๆ (07.00-15.00 น., 09.00-17.00 น.) เป็นต้น เพื่อให้ทีมพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). *Hospital survey on patient safety culture 2012: User comparative database report*. Maryland, UK: Rockville.
- Buppasiri, P., Kuhirunyaratn, P., Kaewpila, P., Veteewutachan, N., & Sattayasai, J. (2012). Duty hour of interns in university hospital and hospital in ministry of public health. *Srinagarind Medical Journal*, 27(1), 8-13. (in Thai)
- Chaleoykitti, S., Kamprow, P., & Promdet, S. (2014). Patient safety and quality of nursing service. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 66-70. (in Thai)
- Chen, I.C. & Li, H.H. (2010). Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 10(152), 2-10.
- Cheragi, M.A., Manoocheri, H., Mohammadnejad, E. & Ehsani, S.R. (2013). Types and



- causes of medication errors from nurse's viewpoint. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(3), 228-231.
- Hughes, R.G. (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Maryland, US: Rockville.
- Jirapeat, V. & Jirapeat, K. (2007). *Patient safety management: Concept, process and guidelines for clinical safety practice*. Bangkok: Dansutha. (in Thai)
- Joint Commission International. (2008). *Joint commission international accreditation standard for primary care center*. Retrieved June 19, 2016 from <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Primary-Care-Standards-Only.pdf>
- Joint Commission International. (2015). *International patient safety goals*. Retrieved July 4, 2016 from <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>
- Kampan S. & Kampan P. (2010). Perception competency of advanced practice nursing (APNs) on the anesthesia of nurse's anesthesia. *Journal of Nursing Division*, 37(2), 109-126. (in Thai)
- Kieft, R. AMM., Brouwer, B.BJM., Francke, A.L., & Delnoij, D.MJ. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(249), 1-10.
- Khunthar, A. (2014). The impacts and solutions to nursing workforce shortage in Thailand. *Journal of Nursing Science*, 32(1), 81-90. (in Thai)
- Khoo, E.M., Lee, W.K., Sararaks, S., Samad, A.A., Liew, S.M., Cheong, A.T....Hamid, M.A. (2012). Medical errors in primary care clinics - a cross sectional study. *BMC Family Practice*, 13(127), 1-6.
- Lueluang, W., & Vorahan, V. (2012). Factors influencing role practices of professional nurses at operating room in regional hospitals, Northeast Region. (Master's Thesis, KhonKaen University, KornKaen). Retrieved March 5, 2016 from <http://www.tnrr.in.th>. (in Thai)
- Makary, M.A., & Daniel, M. (2016). Medical error the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353 (i2139), 1-5.
- Ministry of Public Health. (2013). *Development of holistic health service system in primary and secondary health care*. Bangkok: The agricultural co-operative federation of Thailand. (in Thai)
- Na-Rungsri, K. (2012). Patient safety. *Thammasat Medical Journal*, 12(1), 201-206. (in Thai)
- Najjar, S., Nafouri, N., Vanhaecht K. & Euwema, M. (2015). The relationship between patient safety culture and adverse events: A study in palestinian hospitals. *Safety in Health*, 1(16), 1-9.
- Nantsupawat, R., Junmahasathien, S., Phumvitchuvate, L., Charuwatcharapaniskul, U., Chareonsanti, J., Keitlertnapha, P., & Sunthorn, V. (2012). Patient safety culture and nursing outcome professional nurse in northern regional hospital. *Nursing Journal*, 38(4), 9-11. (in Thai)
- Office of the Higher Education Commission. (2013). *Project to increase production and improve educational management:*



- Nursing science year 2013-2017*. Retrieved January 18, 2016 from http://www.cabinet.soc.go.th/doc_image/2556-new/9930759231.pdf. (in Thai)
- Phokaew, W. (2014). *Attitude factors affecting working behavior of nurse in Samitivej pubic company LTD*. (Master's Thesis, Srinakharinwirot University, Bangkok). Retrieved from (in Thai)
- Pornpanuwit C. (2013). Work safety among high risk personal in Phare hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 21(2), 71-80. (in Thai)
- Regional Health 2. (2015). *General: Resource information*. Retrieved March 18, 2016 from <http://www.rh2.go.th/www/about.php?MsID=27>. (in Thai)
- Rogers, A.E., Wang, W.T., Scott, L.D., Aiken, L.H., & Dinges, D.F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.
- Sukosit, S. (2014). Safety culture of professional nurse in police general hospital. *Journal of The Police Nurse*, 6(1), 221-229. (in Thai)
- Suphachutikul, A. (2008). *Thai patient safety goals: SIMPLE*. Bangkok: Paramartha. (in Thai)
- Supamanee, T., Kunaviktikul, W., & Keitlertnapha, P. (2014). Nurses' extended work hours and nurse outcomes in community hospitals. *Nursing Journal, Special*(41), 48-58. (in Thai)
- Tansirisithikul, R., Wannasil, N., Theppang, K., Limpanyalert, P., & Winyawat, C. (2012). *Knowledge review report developing a patient safety system*. Retrieved December 15, 2016 from <https://www.shi.or.th>. (in Thai)
- The Heathcare Accreditation Institute. (2008). *Patient safety goal: SIMPLE*. Bangkok: Paramartha. (in Thai)
- Thongthip, S., & Chalongsuk, R. (2014). Professional nurse' knowledge and practice for patient safety goals, (SIMPLE Indicators) at pranangklaio hospital, Nonthaburi province. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Science*, 9(2), 18-31. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (1997). *Professional Nursing and Midwifery Act*. Retrieved June 8, 2016 from <http://www.tnc.or.th:81/parliament-1-list.html>
- Wuthimapagorn, N. (2014). *Professional nurses caring behavior for the patient safety in Kasamrad hospital group*. (Master's Thesis, Silpakorn University, Bangkok). Retrieved February 5, 2015 from <http://www.thapra.lib.su.ac.th>. (in Thai)
- World Health Organization. (2011). *Based on the WHO multi-professional patient safety curriculum guide*. Retrieved March 30, 2016 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789_241501958_eng.pdf
- World Health Organization. (2016). *Patient safety: Data and statistics*. Retrieved January 24, 2016 from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>