

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ*

พร บุญมี RN, MNS** เถลิ้มพรรณณ์ เหมลอย RN, MNS ***

บทคัดย่อ

ความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพและเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการได้ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมุ่งเน้นการสร้าง ความตระหนักแก่บุคลากรเพื่อให้เห็นความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมประชุมวิชาการ เรื่องการ จัดการทางโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจำนวน 90 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง อายุ 31-35 ปี ร้อยละ 22.20 สังกัด โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 65.60 ระยะเวลาในการทำงานในโรงพยาบาล > 21 ปี ร้อยละ 25.90 ระยะเวลา ในการทำงานในหน่วยงานที่กำลังทำงานอยู่ ในช่วงระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 35.60 ระยะเวลา ในการทำงานชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 40-59 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 73.30 ตำแหน่งปัจจุบัน เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการร้อยละ 72.20 ใ้การพยาบาลโดยตรง ร้อยละ 96.70 และสังกัด โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 76.70 วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.55, SD = 0.33$) ด้านความถี่ของการรายงานอุบัติการณ์ กรณีมีการกระทำผิดพลาด (Mistake) เกิดขึ้นและผู้ป่วยเสียชีวิต รายงานทุกครั้งร้อยละ 81.10 ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงาน อยู่ในระดับยอมรับได้ (Acceptable) ร้อยละ 61.10 และความคิดเห็นต่อการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วย โดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59, SD = 0.46$)

ผลการวิจัยนี้ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารการพยาบาล สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับ โรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัย ความปลอดภัยผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ

* ใ้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยาประจำปีพุทธศักราช 2553

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา

Registered Nurses ' s Perception on Patient Safety Culture and Development of Patient Safety Culture.

Pond Boonmee RN, MNS** Chalrumpan Makloy RN, MNS ***

Abstract

Patient safety has been defined as a service outcome and a significant indicator of hospital accreditation (HA). The development of patient safety culture aims to increase concerns of patient safety among health care providers.

This descriptive research aimed to study nurses' perception of patient safety culture and the development of this culture. The population of this study included 90 nurses who participated in the conference on patient safety culture. A questionnaire of patient safety culture and the development of the culture was used for data collection. Both content validity index were 0.95 and 0.98 and the reliability were 0.85 and 0.92. Descriptive statistics was used for data analysis.

Results of this study showed that 22.20 % of the population included registered nurses aged between 31-35 years old and 65.60 % of these worked in community hospitals. 25.90 % of the population had more than 21 year working experiences as a registered nurse. There was 35.60 % who had been working in the current hospital between 6-10 years, with a working time of 40-59 hours per week (73.30 %). There were 96.70 % of the population took action in direct care and 76.70% worked at the hospitals certified as accredited hospitals. Although overall scores of nurses' perception on patient safety culture were in a high level (= 3.55, =0.33), the incidence of mistaken practices and death among patients were always reported (81.10 %). 61.10 % of the population perceived that a level of patient safety was in an acceptable level. In addition, the overall scores of nurses' perception on the development of patient safety culture was also in a high level (= 3.59, =0.46).

Findings from this study suggested that the hospital and nurse administrators should develop and enhance patient safety culture both at a unit level and an organizational level in order to increase quality of the hospital.

Keywords : safety culture, patient safety, registered nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) คือ การที่ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับอันตรายจากการให้บริการสุขภาพ¹ หรือการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย หรือมีโอกาสได้รับอันตรายจากการ โดยไม่จำเป็น² สถาบันทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกา (IOM, Institute of Medicine) รายงานว่ามีผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจำนวน 98,000 คน ในแต่ละปีจึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงคุณภาพการดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วย³ การสร้างความตระหนักต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบอุตสาหกรรมด้านการบริการสุขภาพ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นต่อการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องมีการเปลี่ยนทั้งแนวคิดและวัฒนธรรม⁴ วัฒนธรรมเป็นแบบแผน ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะ ทักษะพื้นฐานและข้อตกลงเบื้องต้นที่เขาใจกัน โดยไม่ต้องอธิบาย และเป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลมีพฤติกรรมแสดงออกและการทำงานร่วมกัน⁴ และวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร (Safety culture of an organization) คือ ผลรวมของค่านิยม ทักษะ ทักษะพื้นฐาน สมรรถนะ และรูปแบบประสิทธิภาพของบุคคล และกลุ่มในองค์กรสุขภาพและการจัดการความปลอดภัยขององค์กร⁵ หรือหมายถึง การที่บุคลากรภายในองค์กร มีการตระหนักและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดความผิดพลาด โดยทั้งบุคลากรและองค์กรสามารถระบุนความผิดพลาดเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง⁴

การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรนั้น ต้องกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนและถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องขับเคลื่อนโดยผู้นำองค์กร ต้องมีการปรับปรุงกระบวนการให้บริการที่มีความบกพร่อง รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย มีลักษณะที่สำคัญ คือ มีภาวะผู้นำ (leadership) มีการทำงานเป็นทีม (teamwork) มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-base) มีการสื่อสาร (communication) มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ (learning) มีความตระหนักต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย (just a culture) และ การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered)⁵ และสถาบันซึ่งมีบทบาทในการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO) ได้กำหนดให้ Patient safety goal เป็นเป้าหมายสำคัญที่ใช้ในการพิจารณาการประกันคุณภาพโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อลดความผิดพลาด และอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน⁶ และการได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ เป็นสิ่งสะท้อนว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐาน โดยมีการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการพัฒนาระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ และการสร้างหลักประกันความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการทำให้บุคลากรในโรงพยาบาล คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดเวลาจนเกิดเป็นวัฒนธรรมและกระทำเป็นเรื่องปกติวิสัย ซึ่งต้องใช้เวลาในการบ่มเพาะและเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือการกระทำที่มุ่งพัฒนาพัฒนาและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนใน องค์กรที่มี

ความเห็นพ้องต้องกัน² และการที่บุคลากรในองค์กรได้รับรู้ถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย จะช่วยให้องค์กรนั้นมีภูมิคุ้มกันทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกัน และแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้นและยั่งยืน⁸ และการศึกษาของ สะแกแก้ว ผดุงศักดิ์¹¹ พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตภาคเหนือ โดยรวมอยู่ในระดับสูง คือเป็นร้อยละ 62.19 ของกลุ่มตัวอย่างและพบว่าในด้านผลกระทบจากรายงานอยู่ในระดับสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.78 ในด้านผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมความปลอดภัยร้อยละ 54.73 ด้านผู้นำระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมความปลอดภัยร้อยละ 61.19 ด้านการรับรู้สภาวะความปลอดภัยในองค์กรร้อยละ 48.51 ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยร้อยละ 33.33 ด้านวัฒนธรรมการรายงานร้อยละ 34.33 และด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้ร้อยละ 55.22 นอกจากนี้ก็ยังพบว่าการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการไม่มีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นอย่างไร ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร เพื่อให้ผู้บริหาร โรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร

2. เพื่อศึกษาการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร

คำจำกัดความ

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย หมายถึง ผลรวมของค่านิยม ทศนคติ การรับรู้ สมรรถนะ และรูปแบบประสิทธิภาพของบุคคลและกลุ่มในองค์กร และการจัดการต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลต่อความปลอดภัยของบุคลากรประกอบด้วย 1) การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน 2) ความคาดหวังของของ ผู้บริหารและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยบุคลากร 3) ระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยบุคลากร 4) การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อเนื่อง 5) การรับรู้ความปลอดภัยบุคลากรในภาพรวม 6) การสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด 7) การสื่อสารที่เปิดเผยม 8) การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน 9) การจัดอัตรากำลัง หรือจัดคนเข้าทำงาน 10) การส่งมอบงานระหว่างหน่วยงาน และ 11) การไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด

การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยบุคลากร หมายถึง การพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหลายมิติต่อการพัฒนาความปลอดภัยบุคลากรให้ดีขึ้น ประกอบด้วย 1) การมอบหมายผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยบุคลากร 2) การมีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วยงาน 3) การเดินเยี่ยมหน่วยงานของผู้นำองค์กร 4) การมีทีมเคลื่อน

ที่เร็วช่วยเหลือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 5) การสร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริง 6) การสอนด้วยสถานการณ์จริง 7) กิจกรรมการพูดคุยเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ 8) การส่งเวรในประเด็นเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย 9) การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม 10) การสร้างระบบการรายงาน และ 11) การแจ้งให้ทราบต่อการตอบสนองต่อการรายงาน

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมวิชาการเรื่องการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา ในเดือน 21-22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของ พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมวิชาการเรื่องการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัย (Hospital survey on Patient safety culture) ของอนุวัฒน์ ศุภชติกุล⁷ แปลมาจากสถาบัน AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) ประกอบด้วย วัฒนธรรมความปลอดภัย 11 ด้าน คือ 1) ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน 2) ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย 3) ด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย 4) ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) ด้านการรับรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวม 6) ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย 7) ด้านสื่อสารที่เปิดเผยมุม 8) ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน 9) ด้านการจัด

อัตรากำลังหรือจัดคนเข้าทำงาน 10) ด้านส่งมอบงานระหว่างหน่วยงาน และ 11) ด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด และการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล⁸ แปลมาจากสถาบัน IHI (Insitute of Healthcare Improvement) ประกอบด้วย 11 ด้านคือ 1) ด้านการมอบหมายผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยผู้ป่วย 2) ด้านการมีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วยงาน 3) ด้านการเดินเยี่ยมหน่วยงานของผู้นำองค์กร 4) ด้านการมีทีมเคลื่อนที่เร็วช่วยเหลือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 5) ด้านการสร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริง 6) ด้านการสอนด้วยสถานการณ์จริง 7) ด้านกิจกรรมการพูดคุยเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ 8) ด้านการส่งเวรในประเด็นเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย 9) ด้านการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม 10) ด้านการสร้างระบบการรายงาน และ 11) ด้านการแจ้งให้ทราบต่อการตอบสนองต่อการรายงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมวิชาการเรื่องการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยจำนวน 90 คน โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมวิชาการเรื่องการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยมีจำนวนทั้งหมด 90 คน สุ่มครีโงตอบแบบสอบถามทั้งหมด 90 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดย

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง วันที่ 21-22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัยให้พยาบาลที่เข้าร่วมประชุมได้รับทราบ และอธิบายให้เข้าใจถึงการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการเข้าร่วมประชุม นอกจากนี้ยังชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และยึดหลักการปฏิบัติจริยธรรมในการศึกษาวิจัยในมนุษย์การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบ โดยคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ หน่วยงานต้นสังกัด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานแผนกที่ปฏิบัติการ จำนวนชั่วโมงการทำงานตำแหน่งในการปฏิบัติการ การได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีข้อความทั้งหมด 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยผู้วิจัยคิดแปลงและพัฒนาจากแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย (Hospital survey on Patient safety culture) ของ อนุวัฒน ศุภชติกุล แปลงมาจากสถาบัน AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) ประกอบด้วยข้อความดังนี้

2.1 วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงาน จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 12 ข้อ มีข้อความเชิงลบจำนวน 6 ข้อ

2.2 บทบาทของหัวหน้างาน ต่อการสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัย มีจำนวน 4 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 2 ข้อ มีข้อความเชิงลบจำนวน 2 ข้อ

2.3 การสื่อสารต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ มีข้อความเชิงลบจำนวน 1 ข้อ

2.4 ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ จำนวน 9 ข้อ

2.5 ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงาน เป็นคำถามให้เลือกตอบ ระดับดีเยี่ยม ดีมาก ขอมรับได้ ไม่ดี และระดับ ตก

2.6 จำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เป็นคำถามให้เลือกตอบ ตามจำนวนการรายงานเหตุการณ์

2.7 บุรยากาศการทำงานของหน่วยงาน จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ มีข้อความเชิงลบจำนวน 6 ข้อ

ผู้วิจัยนำข้อความวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในส่วนที่ ส่วนที่ 2.1, 2.2, 2.3 และ

2.8 มาจัดกลุ่ม วัฒนธรรมความปลอดภัยออกเป็น 11 ด้าน คือ 1) ด้านการทำงาน เป็นทีมภายในหน่วยงาน 2) ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย 3) ด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย 4) ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) ด้านการรับรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวม 6) ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด 7) ด้านสื่อสารที่เปิดเผย 8) ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน 9) ด้านการจัดอัตรากำลัง หรือจัดคนเขาทำงาน 10) ด้านส่งมอบงานระหว่างหน่วยงาน และ 11) ด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาดรวมข้อความจำนวนทั้งหมด 47 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามให้เลือกตอบในลักษณะประเมินค่า 5 อันดับ ตามแนว ลิเกิตสเกล (Likert scale)

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคน มารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย
4.50-5.00	มากที่สุด
3.50-4.49	มาก
2.50-3.49	ปานกลาง
1.50-2.49	น้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (content validity index : CVI) เท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามกรอบแนวคิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล² แปลมาจากสถาบัน IHI (Insitute of Healthcare Improvement) จำนวน 45 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะของแบบสอบถามส่วนนี้จะมีให้เลือกตอบ ในลักษณะประเมินค่า 5 อันดับ ตามแนว ลิเกิตสเกล (Likert scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบ่งกลุ่มการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วยออกเป็น 11 ด้าน คือ 1) ด้านการ

มอบหมายผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยผู้ป่วย 2) ด้านการมีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วยงาน 3) ด้านการเดินเยี่ยมหน่วยงานของผู้นำองค์กร 4) ด้านการมีทีมเคลื่อนที่เร็วช่วยเหลือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 5) ด้านการสร้างวัฒนธรรมหนีจากเหตุการณ์จริง 6) ด้านการสอนด้วยสถานการณ์จริง 7) ด้านกิจกรรมการพูดคุยเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ 8) ด้านการส่งเสริมในประเด็นเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย 9) ด้านการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม 10) ด้านการสร้างระบบการรายงานและ 11) ด้านการแจ้งให้ทราบต่อการตอบสนองต่อการรายงาน

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (content validity index : CVI) เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.92

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ มีอายุในช่วง 31-35 ปี ร้อยละ 22.20 สังกัดโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 65.60 ระยะเวลาในการทำงานในโรงพยาบาล > 21 ปี ร้อยละ 25.90 ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงานในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 35.60 จำนวนชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ 40-59 ชั่วโมง ร้อยละ 73.30 ตำแหน่งระดับชำนาญการ ร้อยละ 72.20 ใ้การพยาบาลโดยตรง ร้อยละ 96.70 สังกัดโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 76.70 และพื้นที่ปฏิบัติงานเป็นหอผู้ป่วยในรวม ร้อยละ 35.60

2. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 0.33$) ดังตารางที่ 1

3. ความถี่ของการรายงานอุบัติการณ์ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย แต่ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้อุ่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย รายงานทุกครั้ง ร้อยละ 63.30 กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องบำบัดรักษา

รายงานทุกครั้ง ร้อยละ 73.30 กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลนานเกิน รายงานทุกครั้ง ร้อยละ 78.90 กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย เกิดอันตรายถาวร รายงานทุกครั้ง ร้อยละ 80.00 กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต รายงานทุกครั้ง ร้อยละ 78.90 และกรณีมีการกระทำผิดพลาด (Mistake) เกิดขึ้นและผู้ป่วยเสียชีวิต รายงานทุกครั้ง ร้อยละ 81.10 ดังตารางที่ 2

4. ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับยอมรับได้ (Acceptable) ร้อยละ 61.10 ดังตารางที่ 3

5. จำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบว่ส่วนใหญ่มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์จำนวน 1-2 รายงาน ร้อยละ 30.00 ดังตารางที่ 4

6. การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$, $SD = 0.46$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (N=90)

วัฒนธรรมความปลอดภัย	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน	3.84	0.53	มาก
2. ด้านความคาดหวังของของผู้บริหารและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย	3.70	0.56	มาก
3. ด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย	3.27	0.63	ปานกลาง
4. ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.62	0.64	มาก
5. ด้านการรับรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวม	3.66	0.49	มาก
6. ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด	3.84	0.58	มาก
7. ด้านสื่อสารที่เปิดเผย	3.65	0.49	มาก
8. ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	3.80	0.64	มาก
9. ด้านการจัดอัตรากำลัง หรือจัดคนเข้าทำงาน	3.71	0.55	มาก
10. ด้านส่งมอบงานระหว่างหน่วยงาน	3.38	0.49	ปานกลาง
11. ด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด	3.12	0.86	ปานกลาง
เฉลี่ยภาพรวม	3.55	0.33	มาก

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของการรายงานอุบัติการณ์ (N= 90)

ลำดับ	หน่วยงานของท่าน	ร้อยละ ของการรายงาน			
		ไม่เคย รายงานเลย	นาน ๆ ครั้งถึง จะรายงาน	รายงานเกือบ ทุกครั้ง	รายงาน ทุกครั้ง
1.	กรณีมีการกระทำผิดพลาด (Mistake) เกิดขึ้นแต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไข ก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วย (Near Missed)	10.00	24.40	47.80	17.80
2.	กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	14.40	23.30	43.00	22.20
3.	กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตราย ต่อผู้ป่วย	2.20	11.10	36.70	50.00
4.	กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย แต่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	2.20	6.70	26.70	63.30
5.	กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องบำบัดรักษา	3.30	4.40	18.90	73.30
6.	กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	3.30	4.40	13.30	78.90
7.	กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย เกิดอันตรายถาวร	6.70	4.40	7.80	80.00
8.	กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและถึงผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการ ช่วยชีวิต	4.70	3.30	8.90	78.90
9.	กรณีมีการกระทำผิดพลาด (Mistake) เกิดขึ้นและผู้ป่วยเสียชีวิต	7.80	3.30	6.70	81.10

ตารางที่ 3 ร้อยละ ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงาน (N=90)

หน่วยงานของท่าน	ร้อยละ			
	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ยอมรับได้	ไม่ดี
	Excellent	Very Good	Acceptable	Poor
ระดับความปลอดภัยของหน่วยงาน	2.20	31.10	61.10	5.60

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ การรายงานอุบัติการณ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (N=89)

จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รายงาน	12	13.30
จำนวน 1-2 รายงาน	27	30.00
จำนวน 3-5 รายงาน	21	23.30
จำนวน 6-10 รายงาน	9	10.00
จำนวน 11-20 รายงาน	9	10.00
จำนวน ≥ 21 รายงาน	11	12.20

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของหน่วยงาน (N=90)

ลำดับ	ระดับการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	\bar{X}	SD	แปลผล
1.	ด้านการมอบหมายผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยผู้ป่วย	3.87	0.67	มาก
2.	ด้านการมีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วยงาน	4.04	0.66	มาก
3.	ด้านการเดินเยี่ยมหน่วยงานของผู้นำองค์กร	3.91	0.63	มาก
4.	ด้านการมีทีมเคลื่อนที่เร็วช่วยเหลือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	4.07	0.62	มาก
5.	ด้านการสร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริง	3.23	1.21	ปานกลาง
6.	ด้านการสอนด้วยสถานการณ์จริง	4.13	0.97	มาก
7.	ด้านกิจกรรมการพูดคุยเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ	3.91	0.51	มาก
8.	ด้านการส่งเวรในประเด็นเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย	4.28	0.49	มาก
9.	ด้านการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม	3.55	0.79	มาก
10.	ด้านการสร้างระบบการรายงาน	4.10	0.64	มาก
11.	ด้านการแจ้งให้ทราบต่อการตอบสนองต่อการรายงาน	4.30	0.57	มาก
เฉลี่ยรวม		3.59	0.46	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.55, SD = 0.33$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์¹¹ พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62.19 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมิน และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว ถึงร้อยละ 76.70 และระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับยอมรับได้ (Acceptable) ร้อยละ 61.10 รองลงมาคือระดับดีมาก (Very Good) ร้อยละ 31.10 ซึ่งกระบวนการให้ได้มาซึ่งการประเมิน และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น (Hospital Accreditation) จำเป็นต้องมีการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย ผลจากการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัยผู้ป่วยดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก¹² นอกจากนี้ปัจจุบัน ประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ระบบการจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ และกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety Goal) เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล¹⁴ และมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 ตามประกาศสภาการพยาบาล ได้ระบุไว้ว่าองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับต้องมีระบบการบริหารความเสี่ยง และต้องจัดไว้เป็นระบบหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์¹⁵

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านการทำงานเป็นทีมของหน่วยงาน และด้านการสื่อสารการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด มีคะแนนสูงสุด ($\bar{X} = 3.84, SD = 0.53$) ($\bar{X} = 3.84, SD = 0.58$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะการทำงานของบริการในโรงพยาบาลมีลักษณะการทำงานที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม มีทั้งในทีมการพยาบาลในหน่วยงาน และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายของการดูแลคือคุณภาพการและความปลอดภัยของผู้ป่วย¹² นอกจากนี้ จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ได้กำหนดให้พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล และพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ¹³ และข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรม แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 กำหนดให้พยาบาลต้องปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน โดยพึงส่งเสริมและสนับสนุนการประกอบวิชาชีพของผู้ร่วมงาน¹⁷ และโรงพยาบาลที่ได้ผ่านการประเมิน และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาแล้ว มักมีการพัฒนาบุคลากรให้ทำงานเป็นทีม มีกระบวนการหล่อหลอมพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมที่มีความรักในองค์กรและมีหัวใจของคุณภาพด้วย¹² ในด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดมีคะแนนสูงสุด อาจเนื่องมาจากกระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้นจะต้องมีกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงและทบทวนความเสี่ยงร่วมกัน โดยมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นทีมผู้ดำเนินการกำกับติดตามและ

สื่อสารข้อมูลดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง จึงเน้นการพัฒนาความตระหนัก เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจนพัฒนาเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัย¹² ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลชุมชนถึง ร้อยละ 65.60 ซึ่งเป็นองค์กรขนาดเล็กทำให้การสื่อสารต่างๆ เป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษายังพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยด้านการไม่ลงโทษ หรือการไม่ตำหนิต่อความผิดพลาดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.12, SD=0.86$) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นเพิ่มเติมของพยาบาลวิชาชีพว่าการเขียนรายงานอุบัติการณ์เสมือนการรายงานความผิดพลาดการถูกตำหนิและได้รับการลงโทษ จึงมักไม่ร่วมมือ ในการส่งรายงานการแก้ไขเหตุการณ์ และระบบการรายงานอุบัติการณ์ เป็นการรายงานความผิดพลาด ความคลาดเคลื่อน หรือเหตุการณ์ไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น ด้วยความสมัครใจของผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งอัตราการรายงาน ขึ้นกับบรรยากาศวัฒนธรรมขององค์กร เกี่ยวกับการจัดการปัญหาความเสี่ยงมีเพียง 10-20% ของความผิดพลาดที่ถูกรายงานและ 90-95% มิได้ ก่อให้เกิดอันตรายใดๆ แก่ผู้ป่วยและ มีความไม่ปลอดภัยด้านความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) จำนวนมากไม่ถูกรายงาน เนื่องจากแพทย์มักมองว่าเป็นเรื่องปกติ หรือเกรงว่าอาจนำไปสู่การฟ้องร้องในภายหลัง¹⁸ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารีย์ แก้วทวี และ จรรยา วงศ์กิตติถาวร⁶ พบว่าระดับทัศนคติของบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในค่านับบรรยากาศในการทำงานอยู่ในระดับต่ำสุดคะแนนเฉลี่ย 51.20 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้บริหารของโรงพยาบาลยังมีแนวคิดของการบริหารความปลอดภัยในการจัดการความผิดพลาด ที่มุ่งควบคุมพฤติกรรมของบุคลากรเพื่อลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยกำหนด ระเบียบ กฎเกณฑ์ การควบคุมกำกับและ

มาตรการการลงโทษ ซึ่งส่งผลให้บุคลากรเกิดความหวาดกลัว ต่อผลที่จะตามมา จึงไม่รายงานอุบัติการณ์ซึ่งผลเสียที่ตามมาคือองค์กรขาดโอกาสในการเรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และพัฒนาไปสู่การป้องกันการเกิดซ้ำ⁴ ดังนั้นการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย ควรเน้นการแก้ปัญหาคความผิดพลาดในเชิงระบบมากกว่าการตำหนิหรือการลงโทษผู้กระทำผิดพลาด โดยมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยน โดยนำประเด็นความปลอดภัยผู้ป่วยที่พบหรือสังเกตพบระหว่างปฏิบัติงานมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในทีมงาน โดยต้องเน้นที่การพัฒนาาระบบมากกว่า นอกจากนั้นวัฒนธรรมองค์กรที่มีปัญหาหลักขณะของการสื่อสารจะมีการปกปิดไม่รับรู้เปิดความรับผิดชอบ ผลของความบกพร่องจะถูกลงโทษ จะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งตรงกันข้ามกับวัฒนธรรมองค์กร ที่สามารถพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยได้นั้น จะมีลักษณะของการแสวงหาข้อมูลร่วมกัน ร่วมรับผิดชอบ มีการไต่ถามถึงความบกพร่องที่เกิดขึ้น นำไปสู่การแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม และมีการส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์อย่างทันเวลาและครอบคลุม มีการพัฒนาระบบรายงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เสียเวลา ระบบรายงานทำให้ผู้รายงานทำหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ ข้อมูลรายงานต้องได้รับการรักษาความลับ หน่วยรับระบบรายงานต้องเป็นอิสระจากอำนาจ การบริหารที่สามารถให้ข้อเสนอแนะได้ โภชมีการวิเคราะห์รายงานโดยผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถรายงานจะได้รับการตอบสนองอย่างทันเวลา ข้อเสนอแนะในการแก้ไขมุ่งที่การปรับปรุงระบบหน่วยงานที่รับรายงานต้องประสานงานให้เกิดการปรับเปลี่ยนเชิงระบบให้เป็นรูปธรรม⁹ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องสร้างบรรยากาศของการตอบสนองต่อความผิดพลาดด้วยการไม่ลงโทษ หรือตำหนิต่อความผิดพลาดใ้หน่วยลง

ด้านความถี่ของการรายงานอุบัติการณ์พบว่าในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (Mistake) เกิดขึ้นและผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนใหญ่ รายงานทุกครั้งเพียงร้อยละ 81.10 จึงเป็นความจำเป็นที่ผู้บริหารโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาล ต้องพัฒนาวัฒนธรรม การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้มีการรายงานทุกครั้ง โดยเฉพาะกรณีการกระทำผิดพลาดที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย และเกิดอันตรายตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงเสียชีวิต ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ในด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยการไม่ลงโทษหรือการไม่ตำหนิต่อความผิดพลาดมีคะแนนต่ำสุด ($\bar{X} = 3.12, SD = 0.86$) ส่วนจำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาพบว่าจำนวนรายงานเหตุการณ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าการรายงาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 30.00 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Kyungeh An, Minach Kang Kim and Sook Hee yoon¹⁰ พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่สะดวกใจ ต่อการรายงานความผิดพลาดหรือการสื่อสารประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วย และการรายงานอุบัติการณ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน โดยพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติการสามารถค้นหาความเสี่ยงที่เป็นประเด็นต่อปัญหาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยน้อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า ($p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งบริหาร ($p < 0.05$)¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอลนิคสกายและคณะ อ่างใน สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์¹¹ พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวว่าผู้ตรวจการจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเอง เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์¹¹ พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือรับรู้วัฒนธรรมการรายงานเหตุการณ์พบ อยู่ในระดับ

ปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยน้อยกับการรับรู้หน่วยงานบริหารความเสี่ยงจะเป็นผู้ที่เข้ามาแก้ไขปัญหา เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ซึ่งเห็นด้วยน้อย และน้อยที่สุดถึงร้อยละ 10.45 และ 5.22 ตามลำดับ

การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59, SD = 0.46$) อาจเนื่องมาจากการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพยังมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเกณฑ์มาตรฐานการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวทางที่กำหนดไว้ใน มาตรฐานโรงพยาบาล¹⁶ นอกจากนี้ การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อลดความผิดพลาด และอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ได้มีการกำหนดให้เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety goal) เป็นเป้าหมายสำคัญที่ใช้ในการพิจารณาการประกันคุณภาพโรงพยาบาลต่างๆ¹⁴ และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์¹¹ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.73 รับรู้ว่าผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลศูนย์ มีการส่งเสริมด้านความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และประเด็นความปลอดภัยผู้ป่วยยังคงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นที่โรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญต่อการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และจริงจัง เพราะการพัฒนาวัฒนธรรมนั้นต้องใช้เวลาในการหล่อหลอม ปรับทัศนคติ แนวคิดพฤติกรรมของคนในองค์กรให้มีความตระหนักต่อความปลอดภัยผู้ป่วยจนสามารถแสดงออกโดยการปฏิบัติ ต่อผู้ป่วย และเกิดผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ในที่สุด⁴

บทสรุป

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่องการจัดการทางพยาบาลเฉื่อย โดยรวมในระดับมาก และระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงาน อยู่ในระดับยอมรับได้ (Acceptable) ร้อยละ 61.10 แสดงได้ว่าโรงพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติอยู่ส่วนใหญ่ได้ให้ความสำคัญและมีความตระหนักในเรื่องการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยขึ้นในองค์กร

ข้อเสนอแนะ

ระดับนโยบาย

ผู้บริหารระดับสูงของสถานบริการควรกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติด้านการบริหารความเสี่ยง การกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรมีการประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ความรู้ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยอุบัติการณ์ความเสี่ยงและแนวทางแก้ไขป้องกันให้แก่บุคลากร ตลอดจนการสร้างความตระหนักของการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้วยการจัดการความรู้และการปลูกจิตสำนึกบุคลากรให้ตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณวิชาชีพ

ระดับปฏิบัติการ

พยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติการควรปฏิบัติงานตามข้อกำหนดและกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด มีการพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติ เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนา ประเมิน

ค้นหาความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา ตลอดจนติดต่อกับการบันทึกรายงานอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับผลลัพธ์การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย
2. ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพ
3. ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรในโรงพยาบาลที่ได้รับและไม่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Paul Bowel, Building a safety and improvement culture in primary care. Practice Nurses ; 5 (8) :156; 2010.
2. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ,HA Update 2009.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 10 " Lean and Seamless Healthcare" 10-13 มีนาคม พ.ศ. 2552.
3. Connie R. Curran & Mary K. Totten, Quality, Patient safety and the Board. Nursing Economic 28(4): 273; 2010.
4. วิณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร. บริษัทโอเล็ฟเวนคัลเลอร์ส ; 2550.

5. Christine E. Sammer, Kristine Lykens, Karan P. Singh, Douglas A. Mains & Nuha A. Lackan, What is Patient safety culture ? A review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship : Second Quarter* ; 42,2 Proquest Nursing & Allied Health Source pg. 156; 2010.
6. อารีย์ แก้วทวี และ จรรยา วงศ์กิตติถาวร. วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 2553; 3 (28) : 1
7. อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพมหานคร;2551. [เข้าถึง 22 กรกฎาคม 2551].เข้าถึงได้ จาก : <http://www.gotoknow.org/blog/puala-story>.
8. อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. ความปลอดภัยผู้ป่วย. *จดหมายข่าวเพื่อคุณภาพการรักษ*, 2548; 8 (10) : 7-8.
9. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. HA Updated 2008. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 9 องค์กรที่มีชีวิต Living Organization. 11-14 มีนาคม พ.ศ. 2551.
10. Kyungeh An , Minach Kang Kim and Sook Hee yoon . Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *Western Journal of Nursing Research*, 29(7) : 827-844 ; 2007.
11. สะแก้วลัย ผดุงศักดิ์. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล,บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาวิทาลัยเชียงใหม่,2552.
12. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์. 2549.
13. อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนาชัย. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. บริษัทประชุมการช่างจำกัด, 2545.
14. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. Thai Patient Safety goal : SIMPLE. [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพมหานคร;2551. [เข้าถึง 15 พฤษภาคม 2552].เข้าถึงได้ จาก : <http://www.gotoknow.org/blog/puala-story>.
15. เรณู อาจสาตี และ อรพรรณ โตสิงห์. พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม. บริษัท แอล.ที. เพรส จำกัด, 2550.
16. อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. Hospital Accreditation บทเรียนจากแคนาดา. กรุงเทพมหานคร : ดีไซร์,2542.
17. สภาการพยาบาล. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์.นนทบุรี:เดอะ เบสท์กราฟฟิค แอนด์ ปริ้นท์, 2541.
18. สุรวุฒิ ลิพะหะกร. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลที่ครบกำหนดการเยี่ยมสำรวจ เพื่อต่ออายุการรับรอง (Re-Accreditation Survey) [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพมหานคร;2553. [เข้าถึง 1 กันยายน 2554].เข้าถึงได้ จาก : http://www.detudomhospital.org/.../B5.2_WorkshopMeetingPrepForm.