

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ

Patient Safety Culture: Perception of State Hospital Nurses

สมพร สันติประสิทธิ์กุล* ปิยธิดา จุลละปิย พิมรัตน์ บุญยะภักดิ์ วิภาดา ศรีมันทยามาต
Somporn Santiprasitkul, Piyatida Junlapeeya, Pimrat Boonyapak, Vipada Srimanthayamas
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อ.เมือง เชียงราย ประเทศไทย 57100
School of Nursing, Mae Fah Luang University, Mueang, Chiangrai, Thailand 57100

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ และเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐแต่ละระดับ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 500 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้นตอน ร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถาม Hospital Survey on Patient Safety ของ Agency for Healthcare Research and Quality แปลด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตรวจสอบระดับความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติเชิงอ้างอิงเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้ independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการบริหารความปลอดภัย ความปลอดภัยเกี่ยวกับการทำงาน การสื่อสารภายในหน่วยงาน อยู่ระดับมาก และด้านการปฏิบัติงานของผู้บังคับบัญชา อยู่ระดับปานกลาง ด้านการสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย การทำงานเป็นทีมระหว่างพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .12$) การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า พยาบาลเคยรายงานเหตุการณ์ ร้อยละ 94 และส่วนใหญ่รายงาน ≥ 21 ครั้ง การเขียนรายงานเหตุการณ์ที่ผิดพลาดที่ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายในโรงพยาบาลทั่วไป สูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสร้างเสริมมาตรการการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่พยาบาลอย่างชัดเจนและทั่วถึง

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย การรับรู้ของพยาบาล

Abstract

The purpose of this descriptive study was to explore patient safety culture as perceived by nurses in state hospitals and compare perception of patient safety culture among nurses in different level of hospitals. Five hundred registered nurses were recruited by stratify random sampling of 10 % of the number of the regional hospital and general hospital. Data were collected using a 5-point Likert scale of the Hospital Survey on Patient Safety developed by AHRQ with Chronbach alpha coefficient of .79. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent T test.

Results showed that the average perception scores of patient safety culture regarding management of safety, working safety, communication within units were at a high level and working of the supervisor/head of unit was at a moderate level. Supporting for safety culture regarding team work was not statistically significantly different ($p = .11$) between nurses of regional hospital and general hospital. Ninety four percent of nurses reported experience of reporting adverse event and the majority of them reported ≥ 21 times. The report of near miss incidence in general hospital was statistically significantly higher than that of regional hospital ($p = .02$). Nursing administrators should raise awareness on patient safety among nurses in regional and general hospitals and set policy on patient safety culture in their organizations.

Keywords: patient safety culture. Nurses' perception

บทนำ

เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยรวมทั้งญาติอาจมีอาการหวุ่นวิตกกังวลสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาทิ พยาบาลอาจให้การพยาบาลผิดพลาดขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือแพทย์ผ่าตัดผิดพลาดตำแหน่ง เมื่อการดูแลรักษาเกิดความผิดพลาดขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ บุคลากรต้องรับผิดชอบการแก้ไขสิ่งที่ผิดพลาดนั้น¹ มีการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยตรงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน ประกอบด้วย การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การติดเชื้อในโรงพยาบาล การสูญเสียรายได้ ความพิการและค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งสิ้นสูงถึงประมาณปีละ 6 - 29 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ นอกจากนี้ยังทำให้สูญเสียความไว้วางใจในระบบบริการ ชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือในการรับบริการสุขภาพ เป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยที่ประมาณค่าเป็นเงินไม่ได้ จากรายงาน พบว่า โรงพยาบาลในประเทศไทยรื้อต้องใช้จ่ายงบประมาณถึง 15% เพื่อรักษาผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเมื่อประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการได้รับอันตรายจากการสูญเสียความสามารถและรายได้ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวพบว่ามียุทธค่าหลายล้านล้านดอลลาร์ต่อปี ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น

เมื่อนำมาวิเคราะห์ทั้งเรื่องปัจจัยด้านคนและระบบ พบว่า เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากการผ่าตัดคิดเป็น 27% ความผิดพลาดในการให้ยา คิดเป็น 18.3 % และการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็น 12.2% เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ระหว่างการเกิดอันตรายจากเครื่องบินและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษา พบว่า อัตราการสูญเสียที่ได้รับอันตรายจากการบินคิดเป็น 1 ต่อ 1,000,000 คน ขณะที่การสูญเสียที่เกิดจากอันตรายจากบริการทางการแพทย์ คิดเป็นประมาณ 1 ต่อ 300 คน นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้สรุปรายงานจากประเทศต่าง ๆ พบว่า ประชาชนที่ได้รับการดูแลสุขภาพทุก 10 คน จะประสบความทุกข์ทรมานจากปัญหาการบาดเจ็บจากการรักษาหรือการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 ครั้ง หรือคิดเป็นอัตราสูง ร้อยละ 10 และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยดังกล่าวประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้²

ความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพ เป็นการปฏิบัติ การดูแลที่ปราศจากความเสียหายแก่ผู้รับบริการ จากบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม และปฏิบัติการดูแลด้วยคุณภาพอย่างต่อเนื่องในสถานบริการด้วยความรับผิดชอบ และมีความยืดหยุ่น ไม่ต้องมีการบังคับ รวมทั้งยังสามารถป้องกันความผิดพลาดได้³ สถาบันทางการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of

Medicine: IOM) ได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า เป็นการป้องกันอันตรายของผู้ป่วยที่เน้นการวางระบบการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อ 1) ป้องกันความผิดพลาด 2) เรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และ 3) สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรเกี่ยวกับบุคลากร องค์กร และผู้ป่วย⁴ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.)⁵ กล่าวว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้นั้นจำเป็นต้องมีการรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อเสริมสร้างให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย อีกทั้งต้องมีการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้และเรียนรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้น โดยสร้างบรรยากาศความกล้าหาญในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและหาแนวทางในการป้องกัน

จากการศึกษา พบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจของบุคลากรทางแพทย์ แต่มักเกิดจากความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งไม่เกี่ยวกับความสามารถของผู้ให้บริการเท่านั้น แต่อาจเกิดเนื่องจากการให้บริการในแต่ละครั้งมีผู้ให้บริการที่มีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ดังนั้นการให้บริการที่มั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับการบริการที่มีความปลอดภัยตลอดเวลา นั้นอาจเกิดขึ้นได้ยาก เว้นแต่สถานบริการนั้น ๆ มีการออกแบบระบบการดูแลที่ดี บุคลากรได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลครบถ้วนและทันการณ์ รวมทั้งมีการสร้างความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย คือ ภาวะการขาดแคลนบุคลากร โครงสร้างทางกายภาพที่ไม่เพียงพอ จำนวนผู้ป่วยที่แออัดมากเกินไปที่กำหนดการขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานทางการแพทย์ สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม จากการขาดแคลนงบประมาณ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดเหล่านี้เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย⁴ วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง องค์กรประกอบของวัฒนธรรมองค์กร ได้แก่ ค่านิยมร่วม ทักษะ ทักษะ ทักษะ และพฤติกรรมของบุคลากร ที่ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และอัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล⁵ เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่เกิดจากการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่ผ่านมา ระบุว่า การรับรู้

ของพยาบาลต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล เป็นเครื่องมือสำคัญของความสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพและเพิ่มผลผลิต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความล้มเหลวที่แฝงอยู่ในขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยและระบบขององค์กรที่มีส่วนช่วยในการออกแบบกลยุทธ์การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยส่งเสริมการลดปัญหาและการสกัดกั้นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาด² ดังนั้นการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจะเป็นพื้นฐานในการสร้างและพัฒนาวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในเชิงบวกได้เป็นอย่างดี รวมทั้งเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพการบริการด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกันตามลักษณะของสถานบริการและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย⁶ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ของพยาบาล เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องอัตราค่าจ้างบุคลากร จำนวนผู้ป่วย และความซับซ้อนของความเจ็บป่วยว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐเปรียบเทียบการรับรู้เรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยในด้านต่าง ๆ ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐแต่ละระดับ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับจำเป็นต้องมีการรับรู้ถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดเป็นมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ ได้อย่างดี การรับรู้ถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นผลรวมของค่านิยม ทักษะ ทักษะ ทักษะ และรูปแบบประสิทธิภาพของบุคคลและกลุ่มในองค์กร และการจัดการต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) แห่งสหรัฐอเมริกา⁷ ได้ระบุ

องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่
1) การทำงานของหอผู้ป่วยในลักษณะการทำงานเป็นทีม
อัตรากำลังที่เพียงพอ การส่งมอบงานระหว่างหน่วยงาน
2) การปฏิบัติของผู้ตรวจการ/หัวหน้างาน เรื่อง การพัฒนาให้
เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการไม่ลงโทษ
หรือตำหนิเมื่อเกิดความผิดพลาด 3) การสื่อสาร ซึ่งเป็นการ
สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด 4) การรายงานเหตุการณ์
ไม่พึงประสงค์^{2,6}

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient
safety culture) คือ องค์ประกอบของวัฒนธรรมองค์กร
ซึ่งรวมถึงค่านิยมร่วม ทศนคติ บรรทัดฐาน และพฤติกรรม
ของบุคลากร ที่ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคลากร
ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพของ
ผู้ป่วยและเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์และอัตราการ
ตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล^{2,4} สิ่งที่แสดงถึงความสำเร็จใน
การดูแลผู้ป่วย คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความพึงพอใจ
ของผู้ป่วยและญาติ ความเสี่ยงและข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด
และหากไม่มีเหตุการณ์ผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้น ย่อมกล่าวได้ว่า
เกิดความสำเร็จสูงสุดในการให้บริการแก่ผู้ป่วย^{4,5}

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive
study) แบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) โดย
ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 33 แห่ง และโรงพยาบาล
ทั่วไปจำนวน 83 แห่ง กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้นตอน
โดยแบ่งตามภูมิภาค เพื่อให้ได้ตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์
และโรงพยาบาลทั่วไปในแต่ละภูมิภาค ได้จำนวนโรงพยาบาล
ศูนย์ 5 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 11 แห่ง เมื่อได้โรงพยาบาล
แต่ละแห่งผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนตัวแทนประชากรเป็น 1:10
สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเพื่อให้ได้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติใน
โรงพยาบาลดังกล่าว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาล
ศูนย์ จำนวน 272 คน และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 182 คน
ผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่ออัตราการสูญเสีย
ของข้อมูลร้อยละ 10 จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 500 คน
เกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลนั้นอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 2) ปฏิบัติงานใน
ตำแหน่ง/แผนก/หน่วยงานนั้นนานอย่างน้อย 1 ปี 3) เต็มใจ
เข้าร่วมวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ลักษณะ

การปฏิบัติงานไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม
Hospital Survey on Patient Safety ของ Agency for
Healthcare Research and Quality โดยได้รับอนุญาตให้ใช้
จาก US Department of Health and Human Service
แบบสอบถามแบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป
เป็นแบบปลายปิด ส่วนที่ 2) วัฒนธรรมความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยของหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 3) การปฏิบัติหน้าที่
ของผู้บังคับบัญชา ส่วนที่ 4) การสื่อสารภายในหน่วยงาน
ต่าง ๆ และ ส่วนที่ 5) ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ไม่พึง
ประสงค์ และ ส่วนที่ 6) ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วย
งาน ลักษณะข้อคำถามและการให้คะแนนในส่วนที่ 2, 3 และ
6 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 = เห็นด้วย
มากที่สุด 4 = เห็นด้วยมาก 3 = เห็นด้วยปานกลาง 2 = เห็น
ด้วยน้อย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด และในส่วนที่ 4 และ 5 ลักษณะ
ข้อคำถามและการให้ค่าเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5
ระดับ คือ 5 = ทำบ่อยครั้ง 4 = ทำเป็นส่วนใหญ่ 3 = ทำบาง
ครั้ง 2 = ทำนาน ๆ ครั้ง 1 = ไม่เคยทำ ในข้อคำถามที่เป็นเชิง
ลบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 = เห็นด้วยน้อยที่สุด/
ไม่เคยทำเลย 4 = เห็นด้วยน้อย/ทำนาน ๆ ครั้ง 3 = เห็นด้วย
ปานกลาง/ทำบางครั้ง 2 = เห็นด้วยมาก/ ทำเป็นส่วนใหญ่ 1
= เห็นด้วยมากที่สุด/ ทำบ่อยครั้ง เกณฑ์ในการตัดสินค่าเฉลี่ย
การรับรู้ หากค่าอันตรภาคชั้นได้ 0.8 แบ่งเกณฑ์คะแนน ได้แก่
ช่วงคะแนน 4.20 - 5.00 ระดับมากที่สุด 3.40 - 4.19 ระดับ
มาก 2.60 - 3.39 ระดับปานกลาง 1.80 - 2.59 ระดับน้อย และ
1.00 - 1.79 ระดับน้อยที่สุด และในข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ การ
ตัดสินค่าเฉลี่ยการรับรู้ ได้แก่ ช่วงคะแนน 4.20 - 5.00 ระดับ
น้อยที่สุด 3.40 - 4.19 ระดับน้อย 2.60 - 3.39 ระดับปานกลาง
1.80 - 2.59 ระดับมาก และ 1.00 - 1.79 ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยนี้ ได้รับอนุญาตให้แปลเป็น
ภาษาไทยจาก Agency for Health Care Research and
Quality, US Department of Health and Human
Service ซึ่งเป็นหน่วยงานของประเทศสหรัฐ อนุญาตให้ผู้วิจัย
ทำการแปลเครื่องมือด้วยการแปลย้อนกลับ (back translation)
จากนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นอาจารย์พยาบาล 2 คน

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI = .83 และได้หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการเก็บข้อมูลพร้อมแนบหนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (REH-๖๐๑๓ ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2560) เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงประสานงานกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเพื่อขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างติดตาม และส่งคืนแบบสอบถามมายังผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงการให้ข้อมูลและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในหนังสือขอความร่วมมือการทำวิจัย โดยแนบพร้อมแบบสอบถาม แจ้งถึงความสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยแจ้งรหัสแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะถอนข้อมูลนั้นออกจากระบบการวิเคราะห์ทันที พร้อมทั้งแจ้งวิธีการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมและการจัดเก็บแบบสอบถามในที่ที่ปลอดภัย มี

ทีมผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ข้อมูลให้ตอบแบบสอบถามตามความจริงและครบทุกข้อ และส่งคืนแก่ผู้ประสานงานการวิจัยนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

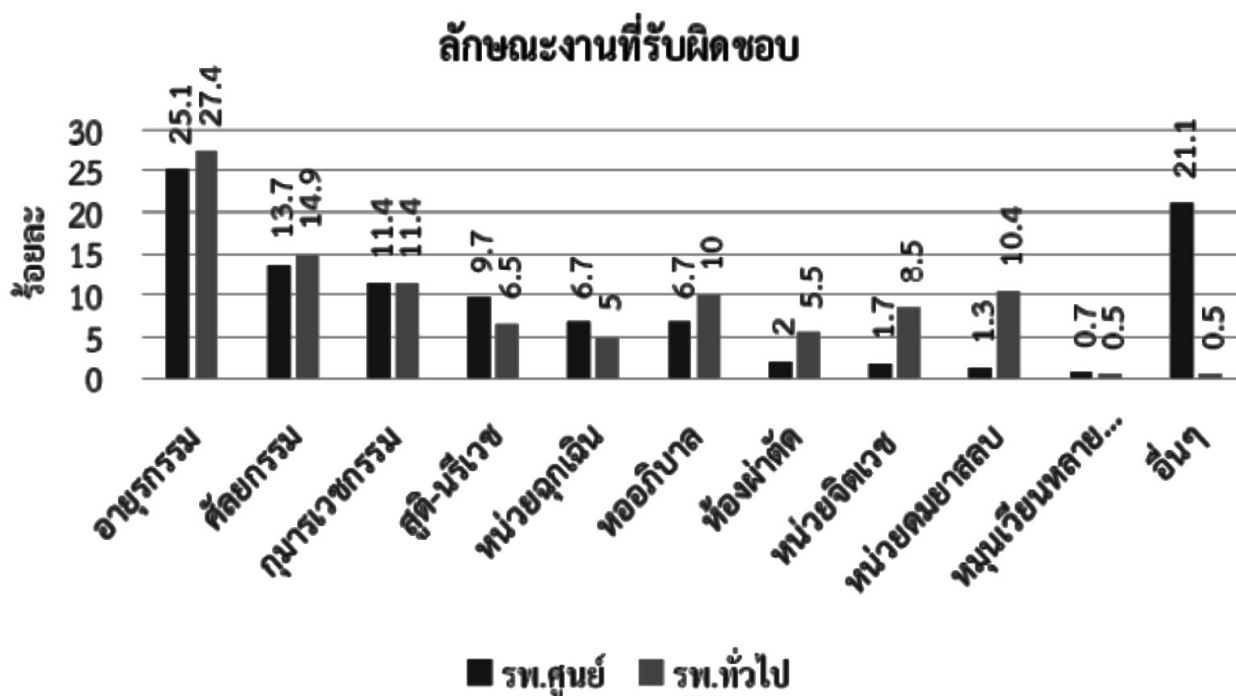
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลด้านวัฒนธรรมของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลจากโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 299 คน (ร้อยละ 59.8) และพยาบาลจากโรงพยาบาลทั่วไป 201 คน (ร้อยละ 40.2) ลักษณะงานที่รับผิดชอบ 3 อันดับแรก ได้แก่ อายุรกรรม (ร้อยละ 25.1 และ 27.4 ตามลำดับ) ศัลยกรรม (ร้อยละ 13.7 และ 14.9 ตามลำดับ) และกุมารเวชกรรม (ร้อยละ 11.4 และ 11.4 ตามลำดับ) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ลักษณะงานที่รับผิดชอบจำแนกตามลักษณะโรงพยาบาล

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เฉลี่ย 18.82 ปี (± 10.21) และโรงพยาบาลทั่วไป เฉลี่ย 19.88 (± 9.39) จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานเฉลี่ยใน 1 เดือน โรงพยาบาลศูนย์ เฉลี่ยคิดเป็น 31.82 (± 4.55) เวก โรงพยาบาลทั่วไป เฉลี่ยคิดเป็น 31.40 (± 4.49) เวก และระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ เฉลี่ย 20.07 (± 10.22) ปี ของโรงพยาบาลทั่วไป เฉลี่ย 20.79 (± 9.54) ปี

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.50 \pm .34, 3.55 \pm .33$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านต่าง ๆ ได้แก่ การทำงานของหอผู้ป่วย การสื่อสารภายในหน่วยงาน และระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานเรื่องการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และการปฏิบัติหน้าที่ของผู้บังคับบัญชา อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม

วัฒนธรรมความปลอดภัย	โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป			t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย		
การทำงานของหอผู้ป่วย	3.66	.34	มาก	3.64	.35	มาก	.55	.58
การปฏิบัติหน้าที่ของผู้บังคับบัญชา	3.08	.54	ปานกลาง	3.09	.46	ปานกลาง	-.29	.77
การสื่อสารภายในหน่วยงาน	3.58	.49	มาก	3.63	.40	มาก	-1.23	.22
การบริหารความปลอดภัย	3.70	.53	มาก	3.73	.51	มาก	-.68	.50
วัฒนธรรมความปลอดภัยในภาพรวม	3.50	.338	มาก	3.55	.329	มาก	-1.41	.16

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ เรื่อง การสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วย พบว่า การรับรู้เรื่องการทำงานเป็นทีมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03 \pm .50, 4.10 \pm .51$ ตามลำดับ) และพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .11$) แต่การช่วยกันทำงานให้เสร็จเมื่อมีงานที่รับผิดชอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 4.20 \pm .61$ และ $4.08 \pm .66$ ตามลำดับ, $p = .03$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเรื่องการทำงานเป็นทีมในภาพรวม

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย เรื่อง การทำงานเป็นทีม	โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป			t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย		
บุคลากรสนับสนุนซึ่งกันและกัน	4.02	.65	มาก	4.07	.62	มาก	-1.00	.32
เมื่อมีงานที่รับผิดชอบ จะช่วยกันทำงานนั้นให้เสร็จ	4.08	.66	มาก	4.20	.61	มากที่สุด	-2.18	.03
บุคลากรในหน่วยงานมีความเคารพซึ่งกันและกัน	3.89	.66	มาก	4.00	.65	มาก	-1.79	.07
เมื่อทีมหนึ่งยุ่ง อีกทีมจะเข้าช่วยเหลือ	4.13	.63	มาก	4.13	.67	มาก	-.01	.99
การทำงานเป็นทีมในภาพรวม	4.03	.50	มาก	4.10	.51	มาก	-1.59	.11

เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ด้านโรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พบว่า การรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08 \pm .46$, $4.10 \pm .45$ ตามลำดับ) โดยเรื่องความกระตือรือร้นเพื่อการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย การเรียนรู้โดยใช้ความผิดพลาดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี และการประเมินผลประสิทธิภาพของการปฏิบัติหลังการเปลี่ยนแปลง พบว่า ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต่างมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ($p = .63, .59, .25$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเรื่องโรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวม

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย เรื่อง โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป			t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย		
กระตือรือร้นในการทำงาน เพื่อพัฒนา ความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.21	.586	มากที่สุด	4.04	.630	มาก	-.49	.63
หน่วยงานใช้ความผิดพลาดนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงที่ดี	4.04	.63	มาก	4.01	.64	มาก	-.54	.59
หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนา ความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้มีการ ประเมินผลประสิทธิภาพของการปฏิบัติ	3.97	.56	มาก	4.03	.57	มาก	-1.17	.25
องค์กรแห่งการเรียนรู้ ในภาพรวม	4.08	.46	มาก	4.10	.45	มาก	-.49	.63

สำหรับการรับรู้ เรื่อง บุคลากรพยาบาลในภาพรวม พบว่า ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต่างเห็นด้วยในระดับน้อย และแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 2.50 \pm .48$, $2.53 \pm .51$ ตามลำดับ, $p = .46$) โดยในเรื่องจำนวนบุคลากรมากพอในการปฏิบัติงานตามปริมาณงานที่มี พบว่า ต่างเห็นด้วยในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเรื่องบุคลากรพยาบาลในภาพรวม

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย เรื่อง บุคลากรพยาบาล	โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป			t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย		
จำนวนบุคลากรมากพอในการปฏิบัติงาน ตามปริมาณงานที่มี	2.91	.95	ปานกลาง	2.73	.99	ปานกลาง	2.02	.04
บุคลากรใช้เวลาในการปฏิบัติมากกว่าเดิม เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด	2.03	.68	น้อย	1.99	.70	น้อย	-.59	.56
บุคลากรจากหน่วยงานอื่นมาช่วยมากขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด	3.00	1.13	ปานกลาง	3.08	1.11	ปานกลาง	-.86	.39
ในภาวะวิกฤติ บุคลากรร่วมมือกันทำงาน เกินความจำเป็นและอย่างรวดเร็ว	1.88	.72	น้อย	1.78	.71	น้อยที่สุด	-1.46	.14
บุคลากรพยาบาล ในภาพรวม	2.50	.48	น้อย	2.53	.51	น้อย	.74	.46

สำหรับความรู้สึกรู้ถึงความปลอดภัยในการเขียนรายงานโดยไม่ได้รับโทษ พบว่า ในภาพรวมโรงพยาบาลทั่วไปรู้สึกถึงความปลอดภัยมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 3.78 \pm .54, 2.96 \pm .62$ ตามลำดับ, $p = .03$) โดยโรงพยาบาลทั่วไปไม่มีความกังวลว่าความผิดพลาดของตนจะถูกบันทึกไว้ในประวัติของตนมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์อยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} 3.14 \pm .98$ และ 2.91 ± 1.05 ตามลำดับ, $p = .01$) ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการเขียนรายงานโดยไม่ได้รับโทษ ในภาพรวม

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย เรื่อง ความปลอดภัยในการเขียนรายงาน	โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป			t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย		
เมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติที่ต้องรายงาน ถูกมองว่าทำงานบกพร่อง	3.80	.96	มาก	3.96	.92	มาก	-1.91	.05
เมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติที่ต้องรายงาน บุคลากรรับรู้ว่าเป็นการเขียนรายงานและไม่มีปัญหาที่ต้องเขียน	2.18	.81	น้อย	2.13	.81	น้อย	-.70	.49
กังวลว่าความผิดพลาดที่ตนทำให้เกิดขึ้น จะถูกไว้ในประวัติของตน	2.91	1.05	ปานกลาง	3.14	.98	ปานกลาง	-2.56	.01
ความปลอดภัยในการเขียนรายงาน โดยไม่ได้รับโทษ ในภาพรวม	2.96	.62	ปานกลาง	3.78	.54	มาก	-2.16	.03

การปฏิบัติของผู้บังคับบัญชา พบว่า พยาบาลรับรู้การปฏิบัติของผู้บังคับบัญชาในการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 3.66 \pm .56, 3.77 \pm .55$ ตามลำดับ, $p = .02$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นการรับรู้ เรื่อง การรับข้อเสนอแนะของพยาบาลในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างจริงจังของโรงพยาบาลทั่วไปสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติของผู้บังคับบัญชาในภาพรวม

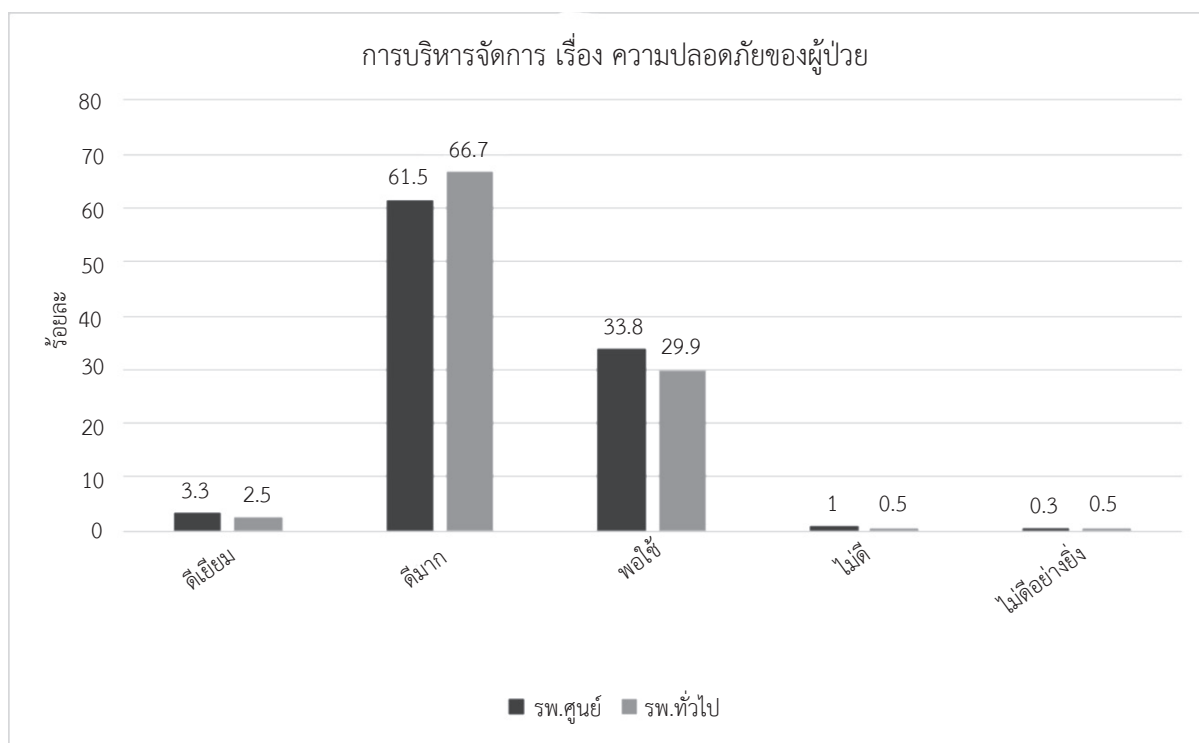
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย เรื่อง การปฏิบัติของผู้บังคับบัญชา	โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป			t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย		
กล่าวชมเชยเมื่อบุคลากรปฏิบัติงาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.74	.77	มาก	3.84	.73	มาก	-1.41	.16
รับข้อเสนอแนะของบุคลากรในการพัฒนา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างจริงจัง	3.74	.70	มาก	3.90	.64	มาก	-2.67	.01
ในภาวะคับขัน กดดันให้บุคลากร ปฏิบัติอย่างรวดเร็ว แม้จะละเมิดขั้นตอนในแนวทางที่กำหนดไว้	3.30	.95	ปานกลาง	3.38	.96	มาก	-.90	.37
ในภาวะวิกฤติ ร่วมมือกันทำงานเกิน ความจำเป็นและอย่างรวดเร็ว	3.85	.10	มาก	3.98	.95	มาก	1.45	.15
การปฏิบัติของผู้บังคับบัญชาในภาพรวม	3.66	.56	มาก	3.77	.55	มาก	2.31	.02

เมื่อวิเคราะห์การสื่อสารภายในหน่วยงาน พบว่า พยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 3.59 \pm .49, 3.63 \pm .40$ ตามลำดับ, $p = .22$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า การรับรู้ของโรงพยาบาลทั่วไปสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในประเด็น 1) การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของโรงพยาบาลทั่วไปสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) 2) มีอิสระที่จะถามกับผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าเกี่ยวกับการตัดสินใจหรือการกระทำเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ($p = .01$) แต่การรับรู้ เรื่อง บุคลากรไม่กล้าถามเมื่อพบว่าบางสิ่งอาจมีความไม่ถูกต้องของโรงพยาบาลศูนย์สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเรื่องการสื่อสารภายในหน่วยงาน ในภาพรวม

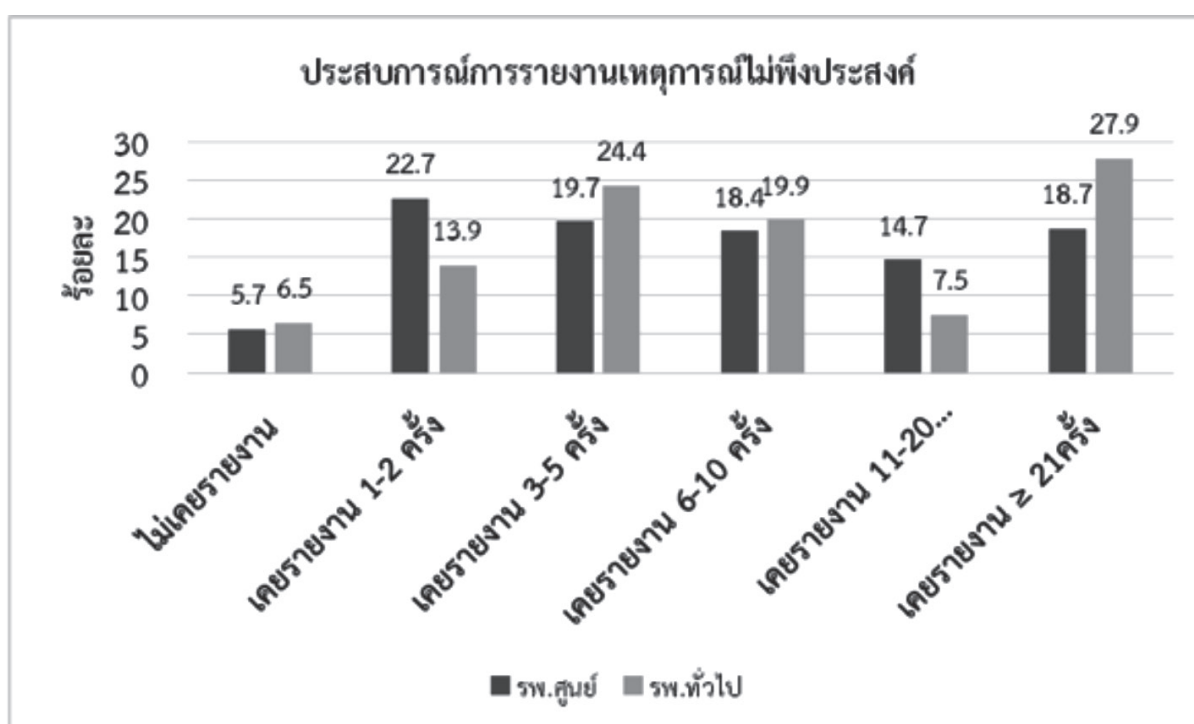
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย เรื่อง การสื่อสารภายในหน่วยงาน	โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป			t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย		
การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	3.59	.85	มาก	3.75	.78	มาก	-2.13	.03
การได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน	3.94	.80	มาก	3.95	.80	มาก	-.08	.94
การพูดคุยกันถึงแนวทางการป้องกัน ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน	4.21	.69	มากที่สุด	4.27	.61	มากที่สุด	-.96	.34
สามารถพูดได้อย่างอิสระถึงประเด็น ที่อาจเกิดผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วย	3.64	.87	มาก	3.71	.83	มาก	-.886	.38
มีอิสระที่จะถามกับผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า เกี่ยวกับการตัดสินใจหรือการกระทำเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น	3.50	.85	มาก	3.70	.76	มาก	-2.62	.01
ไม่กล้าถาม เมื่อพบว่าบางสิ่ง อาจมีความไม่ถูกต้อง	2.61	.99	ปานกลาง	2.43	.95	น้อย	2.00	.04
การสื่อสารภายในหน่วยงานในภาพรวม	3.59	.49	มาก	3.63	.40	มาก	-1.23	.22

เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดการบริหารจัดการ เรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงาน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 มีความคิดเห็นว่ายู่ในระดับดีมาก และร้อยละ 32.2 มีความคิดเห็นว่ายู่ในระดับพอใช้ ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 2 เมื่อจำแนกตามลักษณะของโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต่างระบุว่า มีการบริหารจัดการอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 62.5 และ 64.4 ตามลำดับ) และรองลงมา อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 33.8 และ 32.2 ตามลำดับ) ในภาพรวมระดับการรับรู้ของพยาบาล เกี่ยวกับการบริหารจัดการ เรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยระดับดีมาก (3.70 และ 3.73 ตามลำดับ)



แผนภูมิที่ 2 การบริหารจัดการ เรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วย

การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีพยาบาลที่ไม่เคยรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพียงร้อยละ 6 และที่เหลือร้อยละ 94 เคยรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 3 โดยพบว่า พยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่ระบุว่ามีการรายงาน ≥ 21 เรื่อง ร้อยละ 27.9 พยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ระบุว่าส่วนใหญ่มีการรายงาน 1 - 2 เรื่อง ร้อยละ 22.7 ซึ่งการรายงานของโรงพยาบาลทั่วไปสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$)



แผนภูมิที่ 3 ประสบการณ์การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

สรุปและการอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในภาพรวมระดับการรับรู้ของพยาบาล เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลพะเยาเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน⁷ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก และมีภาวะซับซ้อนย่อมมีโอกาสความผิดพลาดได้มาก⁶ ซึ่งพยาบาลทั้งจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต่างมีความเห็นในข้อคำถามที่ว่า จำนวนบุคลากรมากพอในการปฏิบัติงานตามปริมาณงานที่มี อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น จากการศึกษาของริซาลาและทีโอปู⁸ พบว่า ค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับปานกลาง ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระงานที่มากเกินไป อัตราการล้า และความสามารถในการเลือกหน่วยงานที่ทำงานเฉพาะช่วงเวลากลางวันหรือทำงานในเวลากลางคืน รวมทั้งความรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และจากการศึกษาของคาร์เลสซีและคณะ (Carlesi et al.)⁹ พบว่า ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เรื่อง ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระงานที่มากเกินไป อัตราการล้าในการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วย และส่งผลเชิงลบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น โดยพยาบาลร้อยละ 94 ที่เคยรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ระบุว่ามีการส่งผลการรายงานมากที่สุด คือ ≥ 21 ครั้ง ถึงร้อยละ 22.4 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า พยาบาลเกือบทุกคนมีประสบการณ์ในการรายงานเหตุการณ์ไม่ปกติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสเตอร์จิโอเปอลอสและคณะ (Stergiopoulos et al.)¹⁰ ที่สำรวจการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ ในโรงพยาบาล พบว่า มีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง โดย ร้อยละ 66 ของบุคลากรทางการแพทย์ระบุว่า เป็นการยากที่บอกว่าเกิดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ร้อยละ 63 ระบุว่าไม่มีเวลาเพียงพอในการเขียนรายงาน และร้อยละ 52 ระบุว่าเกิดจากความไม่แน่นอนเกี่ยวกับขั้นตอนการรายงาน การศึกษาดังกล่าวระบุว่าปัจจัยสำคัญที่มีส่วนใน

การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้แก่ การขาดกระบวนการที่ได้มาตรฐาน ขาดการฝึกอบรมและการศึกษา และขาดการบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการสื่อสารภายในหน่วยงานด้านการได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และความมีอิสระที่จะถามกับผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าเกี่ยวกับการตัดสินใจหรือการกระทำเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการที่บุคลากรไม่กล้าถาม เมื่อพบว่ามีบางสิ่งอาจมีความไม่ถูกต้อง อาจเป็นปัญหามาสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการพูดในสิ่งที่กังวลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมทั้งพฤติกรรมปฏิบัติที่ไม่ได้มาตรฐานมักเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก¹¹ ทั้งนี้ มีรายงานการวิจัย พบว่า การลังเลใจในการพูดหรือซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเกิดจากความกลัวผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งกังวลว่าจะไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของทีม ทำให้ไม่กล้าที่จะพูดหรือซักถามสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น¹²

สำหรับการรับรู้ด้านจำนวนพยาบาลในการปฏิบัติงานมากเพียงพอ พบว่า ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต่างเห็นด้วยในระดับน้อย ยกเว้นจำนวนบุคลากรมากพอในการปฏิบัติงานตามปริมาณงานที่มี พบว่า ต่างเห็นด้วยในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value.} = .044$) และความรู้ถึงความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไปมีความกังวลว่าความผิดพลาดที่ตนทำจะถูกบันทึกไว้ในประวัติมากกว่าพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าเป็นเรื่องยากที่บุคลากรจะยอมรับความผิดพลาดของตน ไม่ว่าจะด้วยความกลัวการถูกลงโทษหรือความไม่เข้าใจของบุคลากรภายในองค์กร การแจ้งเตือนข้อผิดพลาดมักถูกมองว่าเป็นปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์ผู้นั้น มีการศึกษาชี้ให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ไม่ได้สื่อสารหรือแจ้งความผิดพลาดต่าง ๆ เนื่องจากรู้สึกอับอายเพราะต่างมีความคิดเชิงลบโทษว่าตนทำผิดพลาด และกลัวการถูกลงโทษจากผู้บริหาร ทั้งโดยคำพูด การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร การปลดออกจากงาน และการลงโทษทางกฎหมายทางแพ่งและทางจริยธรรม¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของไทรล์โด¹⁴ ที่ระบุว่า บุคลากรลังเลที่จะรายงานข้อผิดพลาดไม่เพียงเพราะความอับอายของการกล่าวขานและตำหนิ และอาจลงโทษข้อผิดพลาด และยังพบว่าในปีที่ผ่านมา

มามีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สื่อสันนิษฐานขึ้นมากกว่ารายงานที่เกิดขึ้นจริงในสถานบริการ ดังนั้นความกลัวของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ถูกตำหนิหรือทำให้รู้สึกด้อยค่า จึงเป็นสาเหตุของความไม่ซื่อสัตย์ในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือแม้เป็นเพียงเหตุการณ์ใกล้พลาด (near miss) ก็ตาม

บุคลากรรับรู้การปฏิบัติของผู้บังคับบัญชาในการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการรับข้อเสนอแนะของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างจริงจัง สอดคล้องกับการศึกษาของโอลิเวียและคณะ¹³ ที่รายงานว่า หากผู้นำให้ความใส่ใจรับฟัง รวมทั้งเสนอแนะการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและนำไปสู่การให้บริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของฮอลล์¹⁵ ที่พบว่า บุคลากรรับรู้และมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล รู้ว่าเป็นเรื่องที่บุคลากรสามารถป้องกันได้ และรับรู้ว่าการปรับปรุงคุณภาพการดูแลวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้บริหารควรจัดลำดับให้เป็นเรื่องความสำคัญ ควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและรัฐบาล โดยกำหนดนโยบายให้ชัดเจน สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของสถานที่ทำงานและลดความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ในขณะให้การดูแล

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลมีการรับรู้เรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลางถึง ต่ำมาก ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มใหญ่ที่สุดในโรงพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ จากการศึกษาพบว่า พยาบาลกลัวความผิดพลาดรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งที่ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ดังนี้

กำหนดมาตรการการเสริมสร้างให้บุคลากรระดับปฏิบัติรับรู้ถึงนโยบายวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลอย่างทั่วถึง

สร้างเสริมมาตรการการปฏิบัติการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในการรับบริการ

ปรับข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้จากรายงานที่เกิดขึ้นเป็นบทเรียนการพัฒนามาตรฐานการดูแลอย่างมีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยนี้ สำเร็จได้ด้วย 1) วิทยทัศน์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเพื่อการพัฒนา 2) ความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพที่สละเวลาตอบข้อมูล ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตน 3) การประสานงานที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ และ 4) มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่ให้ทุนสนับสนุนผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณอย่างสูงที่มา ณ โอกาสนี้

References

1. World Health Organization. WHO patient safety curriculum guide: Multi-professional edition. Geneva: World Health Organization Press; 2011.
2. World Health Organization. Patient safety: Making health care safer. Geneva: World Health Organization Press; 2017.
3. Tobias C, Bezerra ALQ, Moreira IA, Paranaquá TTB, Silva AEBC. Knowledge of nurses on the culture of patient safety in university hospital. J Nurs UFPE on line, Recife 2016; 10 (3):1071-79.
4. Clancy CM, Farquhar MB, Sharp BA. Patient safety in nursing practice. J Nurs Care Qual 2005; 20 (3):193-7.
5. The Health Care Accreditation Institute. (Public Organization). WHO patient safety curriculum guide: Multidisciplinary code. (Thai). Nonthaburi: D-ONE BOOKS; 2015. (in Thai)
6. Paranaquá TT, Bezerra AL, dos Santos AL, Silva AE. Prevalence and factors associated with incidents related to medication in surgical patients. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2014; 48 (1):41-8.

7. Thawon A, Boonme, P, Ketchu, K. Registered nurses' perception on patient safety culture and the development of patient safety in Phayao hospital. *J Heal Sce Res* 2014; 8 (2): 6-16. (in Thai).
8. Rizalar, S. and Topcu SY. The patient safety culture perception of Turkish nurses who work in operating room and intensive care unit. *Pak J Med Sci* 2017; 33 (2):374-79. DOI: 10.12669/pjms. 332.11727.
9. Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Juan MAC. Patient safety incidents and nursing workload science research 2017; 8 (2):6-16. DOI: 10.1590/1518-8345.1280.2841.
10. Stergiopoulos S, Brown CA, Felix T, Grampp G, Getz A. A survey of adverse event reporting practices among US healthcare professionals. *Drug Safety Journal* 2016; 39 (11): 1117-27. DOI: 10.1007/s40264-016-0455-4.
11. Pichert JW, Moore IN, Hickson GB. Professionals promoting professionalism. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2011; 37 (10): 446.
12. Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC Health Serv Res* 2014; 14-61. DOI: 10.1186/1472-6963-14-61.
13. Oliveira KA, Tonini NS, Nicola AL. Leadership and patient safety culture: Perceptions of professionals in a university hospital 2016; 4387-4398. DOI: 10.9789/2175-5361. 2016. v8i2.4387-4398.
14. Toraldo DM, Vergari U., Toraldom M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidiscip Respir Med* 2015; 10:12.
15. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor, DB. Health care Staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review *PLoS One Journal* 2016; 11 (7): e0159015; DOI:10.1371/journal.pone.0159015.