



การสำรวจวัฒนธรรมคุณภาพโรงพยาบาลจิตเวช

อรรณพ ศิลปกิจ, พ.บ.*

สุคนธ์ ชมชื่น, ศศ.ม.*

ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, ป.ร.ด.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจวัฒนธรรมคุณภาพของโรงพยาบาลศรีธัญญา ก่อนการตรวจเยี่ยมเพื่อการรับรองคุณภาพครั้งที่ 2 ในวันที่ 29 พฤษภาคม 2552

วัสดุและวิธีการ เป็นการสำรวจระหว่างวันที่ 9-16 เมษายน 2552 ในกลุ่มเป้าหมายคือ บุคลากรทั่วไป จำแนกตามบทบาทซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงคือ หัวหน้าหน่วย ระดับปฏิบัติการ และสมาชิกทีมคุณภาพ และสมาชิกทีมนำทุกคน บุคลากรตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร ทีมนำตอบเฉพาะแบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบร้อยละของการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรระหว่างทีมนำและบุคลากรของโรงพยาบาล และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและองค์กรตามบทบาทด้วย ANOVA

ผล การรับรู้ความปลอดภัยของบุคลากรสูงสุดคือ ผู้ป่วยปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญอย่างสำคัญ (ร้อยละ 89) ผลการประเมินการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรของบุคลากรและทีมนำสอดคล้องประเด็นการนำองค์กรมีค่าสูงสุด (> ร้อยละ 80) และประเด็นวัฒนธรรมประชาคมต่อกระบวนการคุณภาพ และผู้นำทุกระดับทำงานคุณภาพในระดับยั่งยืน มีการรับรู้ต่ำสุด (ร้อยละ 40) การตื่นตัวและการบูรณาการระหว่างทีมทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้แตกต่างกันระหว่าง ร้อยละ 60-80

สรุป วัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลศรีธัญญามีจุดแข็งคือการนำองค์กร ในส่วนที่ควรพัฒนา คือความสัมพันธ์ระหว่างทีม การสื่อสารระหว่างทีม การพัฒนาผู้นำระดับต่าง ๆ ให้พัฒนางานคุณภาพได้ด้วยตนเอง ส่วนวัฒนธรรมความปลอดภัยภาพรวมอยู่ในระดับดี ตระหนักถึงนโยบายความปลอดภัยของผู้รับบริการ ในทางปฏิบัติควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติและการกำกับอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความปลอดภัย คุณภาพ วัฒนธรรม

* โรงพยาบาลศรีธัญญา

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



Quality culture survey in mental hospital

*Orawan Silpakit, M.D.**

*Sukon Chomchuen, M.A.**

*Chatchawan Silpakit, Ph.D.***

Abstract

Objective To survey the quality culture of Srithanya Hospital prior to the hospital re-accreditation on 29th May 2009.

Materials and methods Subjects were divided into 2 groups. The first group was personnel from all units. They were specific selected by role as a head or a sub-head or an ordinary staff. The second group was members of the leading team. Personnel completed 2 questionnaires, i.e., a safety climate and a quality culture of the organization. The leading team completed only the quality culture of the organization questionnaire. The survey was done during 9-16 April 2009. Descriptive statistics was analysis. The frequency of quality culture of the organization perception between 2 groups was analyzed. The mean scores of safety climate and quality culture of the organization of personnel's perception according to their role were compared by ANOVA

Results The highest score of the safety climate of personnel's perception was on the item of "patient's safety is constantly reinforced as the priority in the unit" (89%). The agreement of quality culture of the organization of both groups were on items of leadership (>80%) and on items of sustainable process of quality culture of people and all level of leaders (about 40%). The enthusiasm and system integration items were different between groups ranged from 60-80%.

Conclusion The strength of organization culture of Srithanya Hospital was on the leadership and the opportunity for improvement focused on the system integration, effective ways of communication between teams and all level of leaders should be trained to initiate or create quality by themselves. Personnel were highly aware of the policy of patient's safety. The guidelines should be revised and consistent monitoring in order to improve the safety culture.

Key words : culture, quality, safety

* Srithanya Hospital

** Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine

บทนำ

วัฒนธรรมองค์กรหมายถึงพฤติกรรมที่ประพฤติหรือปฏิบัติสืบๆ กันมา¹ องค์กรที่มุ่งหวังการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ต้องสร้างและเพาะบ่มวัฒนธรรมพึงประสงค์ขึ้นในองค์กร² แนวคิดของการพัฒนาองค์กรให้มีคุณภาพ ต้องมีค่านิยมระบบการทำงาน วัฒนธรรมการทำงานอย่างมีส่วนร่วม (shared values)^{2,3} ในอดีตพฤติกรรมของประชาคมในองค์กรมีรูปแบบหรือต้นแบบจากผู้นำองค์กร³ ปัจจุบันกระบวนการทัศน์ของการบริหารในส่วนราชการเน้นประสิทธิภาพ และคุณภาพ⁴ ไม่แตกต่างจากการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล⁵ วัฒนธรรมคุณภาพเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการโดยต้องระบุในพันธกิจขององค์กร มีการบริหารจัดการกับความเสี่ยง เน้นความปลอดภัย การบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ⁶ ครอบคลุมมิติคุณภาพเช่น การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ ความเหมาะสม^{5,6} โดยมีรูปแบบการทำงานคุณภาพ Plan-Do-Check-Act พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หรือการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นลำดับขั้นของวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กร^{3,5}

เกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพจำเป็นต้องแสดงให้เห็นวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กรเป็นรูปธรรม⁷ ปัจจุบันไม่มีการสำรวจการรับรู้วัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 3 แห่ง ที่ผ่านการรับรองซ้ำและอยู่ในระหว่างการเตรียมการรับรองครั้งที่ 3 ในปีนี้ (โรงพยาบาลสวนปรุง สถาบันกัลยาณราชนครินทร์

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา) การประเมินวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กร ทำให้ทราบจุดอ่อนจุดแข็งของวัฒนธรรมคุณภาพพึงประสงค์ขององค์กร ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแผนพัฒนาเพาะบ่มวัฒนธรรมพึงประสงค์ตามลำดับความสำคัญที่จะเอื้อต่อการพัฒนาองค์กรให้ยั่งยืนต่อไป

โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่ใหญ่ที่สุดของกรมสุขภาพจิต อยู่ในระหว่างการเตรียมพร้อมเพื่อรับการเยี่ยมสำรวจรับรองคุณภาพครั้งที่ 2 จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ ในวันที่ 29 พฤษภาคม 2552 จึงมีความประสงค์ที่จะสำรวจการรับรู้วัฒนธรรมคุณภาพขององค์กร และ วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร เพื่อเป็นแนวทางวางแผนการพัฒนาคุณภาพขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการสำรวจระหว่างวันที่ 9 เมษายน - 16 เมษายน 2552 กลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็น 2 กลุ่มหลักคือ สมาชิกทีมนำ ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เภสัชกร ทุกคนที่ปฏิบัติราชการในโรงพยาบาลขณะสำรวจ (ยกเว้นผู้อำนวยการโรงพยาบาล) และกลุ่มบุคลากรทั่วไปสุ่มแบบเจาะจง ประกอบด้วย หัวหน้า รองหัวหน้า พยาบาลประจำการ 2 คนต่อหอผู้ป่วย (คือพยาบาลเวรป่วย และดึก 1 คนต่อเวร) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คนต่อหอผู้ป่วย (28 หอ) สมาชิกทีมคุณภาพ (พยาบาลประจำการต้องไม่เป็นสมาชิกทีมคุณภาพ) และ

หัวหน้าหน่วยสนับสนุน 20 หน่วย หรือ รองหัวหน้าหน่วย (กรณีหัวหน้าหน่วยเป็นสมาชิกทีมนำ)

สมาชิกทีมคุณภาพได้แก่ เลขานุการทีม นำหลักเฉพาะด้าน 6 ทีม คือ คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง (risk management : RM) คณะกรรมการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ (infectious control : IC) คณะกรรมการบำบัดรักษา ด้านยา (medical management : MM) คณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน (information management : IM) คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อม (environment : Env) และ คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (human resources development : HRD) และเลขานุการ ทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team : PCT) 7 ทีม (จิตเวชทั่วไป จำนวน 3 ทีม ทีมยาเสพติด ทีมจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทีมจิตเวชสูงอายุ และ ทีมประสาทจิตเวช)

เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งเป็นประเมินค่า 1-4 (1 = ไม่มี/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 = มีเล็กน้อย/ไม่เห็นด้วย, 3 = มีปานกลาง/เห็นด้วย และ 4 = มีมาก/เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จำนวน 21 ข้อ คะแนนรวม 21-84 แปล เป็นภาษาไทยจาก Safety climate survey ของ Sexton^๘ โดยผู้วิจัย ข้อคำถามมีความ ตรงอิงหลักเกณฑ์การบริหารจัดการความเสี่ยง โดย ประเมินทั้งการรับรู้เชิงนโยบาย ระบบการรายงาน การจัดการและการปฏิบัติจริงของบุคลากร^๕

แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร แบบประเมินค่า 3 ระดับได้แก่ ไม่มี (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) และมี (2 คะแนน) จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 15-30 คะแนน ประยุกต์จาก แบบประเมินการธำรงวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร ของเฉลิมพงษ์ สุคนธผล^๙ โดยคัดข้อคำถามเฉพาะ ระดับการประเมิน 4 คะแนนขึ้นไปจากองค์ประกอบ 3 ประเด็นหลักคือ ประเด็นการนำองค์กรในข้อ คำถามที่ 1-7 ได้แก่ การนำองค์กร (ข้อ 1, 2) การ สร้างแรงจูงใจ (ข้อ 3, 4) การกำกับอย่างต่อเนื่อง (ข้อ 5, 6) และ ค่านิยม (ข้อ 7) ประเด็นการ บูรณาการเชิงระบบในข้อคำถามที่ 8-11 ได้แก่ มุมมองเชิงระบบ (ข้อ 8, 9) การบริหารเป็นทีม (ข้อ 10) และการทำงานเป็นทีม (ข้อ 11) และ ประเด็นสุดท้าย การตื่นตัวของหน่วยงานในข้อ คำถามที่ 12-13 ซึ่งเป็นการทบทวนเชิงระบบ สำหรับข้อที่ 14 และ 15 เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินวัฒนธรรมคุณภาพของ ประชาคม และผู้นำในระดับยั่งยืน ซึ่งข้อคำถาม มีความตรงในระดับผู้เชี่ยวชาญ อิงตามเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพตามกรอบการนำองค์กร การ บูรณาการระหว่างทีม การติดตามผลลัพธ์ การ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร^{3,5,9}

บุคลากรตอบแบบสอบถามทั้งสองฉบับ ส่วนทีมนำตอบเฉพาะการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ค่า ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามทั้งสอง

ฉบับด้วย Conbrach's alpha ชนิดตัดรายข้อ เพื่อคำนวณคะแนนรวม เปรียบเทียบร้อยละของการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรระหว่างทีมนำและบุคลากรของโรงพยาบาลด้วยกราฟไทม์แมงมุม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและองค์กรตามบทบาทหน้าที่ คือ หัวหน้าหน่วยระดับปฏิบัติการ และ สมาชิกทีมคุณภาพด้วย ANOVA

ผล

ได้รับแบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรจากทีมนำครบถ้วนจำนวน 25 ฉบับจากสมาชิกทั้งหมด 33 คน อายุเฉลี่ย 36.7 (SD = 20.9) ปี จำแนกเป็นเพศหญิง 19 คน

ส่งแบบสอบถามให้บุคลากรตามกำหนดจำนวน 145 ฉบับ ได้รับคืนภายในเวลาที่กำหนดและมีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์จำนวน 120 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 82.8 วิเคราะห์ผลดังนี้ อายุเฉลี่ย 41.5 (SD = 9.3) ปี จำแนกตามวิชาชีพเป็นพยาบาล 72 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 20 คน เกษตรกร 4 คน และฝ่ายสนับสนุน 19 คน (ไม่ระบุ 5 ฉบับ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำแนกเป็นหัวหน้าหน่วย จำนวน 25 คน ระดับปฏิบัติการ 68 คน เป็นสมาชิกทีมคุณภาพ 12 คน (ไม่ระบุ 7 ฉบับ)

แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย (โดยกลับคะแนนในข้อ 20 ในการวิเคราะห์) และการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรทั้งฉบับ

มีค่า Conbrach's alpha 0.77 และ 0.81 ตามลำดับ

การรับรู้ความปลอดภัยของบุคลากรสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ผู้ป่วยปลอดภัยเป็นสิ่งสนับสนุนอย่างสำคัญ (ร้อยละ 89) การส่งเวรหรือการวางแผนความเสี่ยง (ร้อยละ 75) และบุคลากรรับผิดชอบเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (ร้อยละ 65) บุคลากรไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยมากรวม 3 อันดับแรกคือ บ่อยครั้งที่บุคลากรละเมิดกฎหรือแนวทางที่ใช้ในหน่วย (ร้อยละ 60) การรับฟังของผู้อาวุโสของโรงพยาบาล (ร้อยละ 42.5) ความเห็นของฉันจะได้รับการปฏิบัติถ้าแจ้งต่อทีมบริหาร (จัดการ) (ร้อยละ 38.4) ดังตารางที่ 1

เฉพาะข้อคำถามที่ 20 เป็นข้อคำถามด้านลบ พิจารณาการรับรู้ตามบทบาทพบว่า สมาชิกทีมคุณภาพ ระดับปฏิบัติการ และหัวหน้าหน่วยเห็นด้วยว่า บ่อยครั้งที่บุคลากรละเมิดกฎหรือแนวทางที่ใช้ในหน่วย ร้อยละ 41.6, 41.2 และ 36 ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรจำแนกตามบทบาท บุคลากรระดับหัวหน้าและสมาชิกคุณภาพมีคะแนนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยสูงกว่าระดับปฏิบัติการ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญดังตารางที่ 2

ผลการประเมินการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรของบุคลากรดังนี้ ประเด็นการนำองค์กรของผู้บริหาร (ข้อ 1-4) การกำกับอย่างต่อเนื่อง

(ข้อ 5) และการใช้คำนิยาม (ข้อ 7) และประเด็นด้านการตื่นตัวของหน่วยงานเฉพาะ (ข้อ 13) มีการรับรู้มากกว่าร้อยละ 80 ประเด็นการบูรณาการเชิงระบบ (ข้อ 8-11) และประเด็นการตื่นตัวของหน่วยงาน (ข้อ 12) มีการรับรู้ระหว่างร้อยละ 60-70 ประเด็นการรับรู้วัฒนธรรมประชาคมต่อกระบวนการคุณภาพ (ข้อ 14) และผู้นำทุกระดับทำงานคุณภาพในระดับยั่งยืน (ข้อ 15) มีการรับรู้ต่ำสุดร้อยละ 40 ดังตารางที่ 3

ผลการประเมินการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรของทีมนำดังนี้ ประเด็นการนำองค์กรของผู้บริหาร (ข้อ 1-4) และประเด็นการบูรณาการเชิงระบบเฉพาะ (ข้อ 8) มีการรับรู้มากกว่าร้อยละ 80 การนำองค์กรในด้านการใช้คำนิยามฯ (ข้อ 7) ประเด็นการบูรณาการเชิงระบบ (ข้อ 9-11) และประเด็นการตื่นตัวของหน่วยงาน มีการรับรู้ระหว่างร้อยละ 40-60 ส่วนประเด็นการรับรู้วัฒนธรรมประชาคมต่อกระบวนการคุณภาพ และผู้นำทุกระดับทำงานคุณภาพในระดับยั่งยืน (ข้อ 14, 15) มีการรับรู้ต่ำสุดร้อยละ 32 และ 28 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมขององค์กรระหว่างทีมนำกับบุคลากรมีความสอดคล้องกันมากในประเด็นการนำองค์กร (ข้อ 1-4) (ในระดับสูงสุด) และประเด็นวัฒนธรรมประชาคมในกระบวนการคุณภาพ และผู้นำทุกระดับทำงานคุณภาพในระดับยั่งยืน (ข้อ 14, 15) (ในระดับต่ำสุด) ส่วนประเด็นการบูรณาการเชิงระบบ และการตื่นตัวของหน่วยงานจะมีระดับการรับรู้ที่ต่างกัน ดังรูปกราฟที่ 1

วิจารณ์

ในปัจจุบันจากการสืบค้นข้อมูล ยังไม่มีรายงานผลการสำรวจวัฒนธรรมองค์กรและวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลจิตเวชแบบสอบถามในการศึกษานี้มีความสอดคล้องในระดับดี ดังนั้นแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามหรือสำรวจวัฒนธรรมองค์กร และความปลอดภัยรายข้อ หรือ รวมคะแนนทั้งฉบับ ผู้ใช้สามารถปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เช่น ข้อคำถามเกี่ยวกับงานสนับสนุนที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง

บรรยากาศความกระตือรือร้นขององค์กร มีผลต่อการรับรู้วัฒนธรรมขององค์กร ช่วงเวลาในการเตรียมรับการรับรองมักจะมีภาวะกระตือรือร้นและกิจกรรมคุณภาพเข้มข้นกว่าหลังการรับรองคุณภาพใหม่ๆ แต่ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการสำรวจวัฒนธรรมขององค์กรหรือบรรยากาศความปลอดภัยในองค์กร นอกจากข้อเสนอแนะควรสำรวจติดตามทุก 6 เดือน⁸ เพื่อสามารถวางแผนแก้ไขหรือสร้างคำนิยามที่ต้องการปลูกฝังให้เป็นวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กร การสำรวจครั้งนี้เลือกระยะเวลาที่ดำเนินกิจกรรมคุณภาพหลังได้รับการตรวจเยี่ยมให้คำปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการ 2 เดือน ซึ่งมีกิจกรรมและกระบวนการคุณภาพเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามข้อเสนอแนะ เช่น การนำองค์กร ระบุเป้าหมายยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ทีมนำเฉพาะด้านต่าง ๆ และการกำหนดเข็มมุ่งระดับยุทธศาสตร์และทีมนำ

ทางคลินิก และมีการสื่อสารประชามของโรงพยาบาลสองครั้ง ห่างกันไม่น้อยกว่า 3 สัปดาห์ ดังนั้นผลการประเมินการนำองค์กรในบทบาทของผู้อำนวยความสะดวกจึงมีค่าสูงสุด สอดคล้องกันทั้งในบุคลากรและสมาชิกทีม นำ โดยที่ทีมนำประเมินการนำองค์กรสูงกว่าบุคลากร เนื่องจากผู้อำนวยความสะดวกเป็นประธานการประชุมของทีมนำทุกครั้งซึ่งมีการประชุมทุกสัปดาห์ และเป็นประธานการสัมภาษณ์ทีมนำเฉพาะด้านและ PCT ในการเสนอความก้าวหน้าของทีมซึ่งจะต้องมีการแสดงถึงภาวะผู้นำเช่น การชี้ประเด็น การตัดสินใจสนับสนุนทีมต่าง ๆ

สำหรับการประเมินการบูรณาการเชิงระบบ การตื่นตัวของหน่วยงาน ในการรับรู้ของบุคลากร ซึ่งมีระดับสูงกว่าทีมนำ เนื่องจากมีกระบวนการเยี่ยมสำรวจภายในโดยทีมนำเฉพาะด้าน เช่น RM, IC, Env และมีระบบตัวแทนหน่วยคุณภาพของทีมเฉพาะด้าน เช่น IC, RM ของหน่วยงาน ส่วนทีมนำเนื่องจากขาดการรายงานผลความก้าวหน้าหรือความเชื่อมโยงของผลการดำเนินงานทีมนำเฉพาะด้านในการประชุมของทีมนำ จึงควรกำหนดวาระการประชุม เน้นการสื่อสารความก้าวหน้าของกิจกรรมคุณภาพและผลการปฏิบัติการของทีมเฉพาะด้านรายไตรมาสหรือรายเดือนตามความเหมาะสมของบริบท

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้อิงระดับคะแนนของ เฉลิมพงษ์ สุคนธผล เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคลากรว่ามี หรือไม่ และไม่มี ในกิจกรรมที่แสดงถึงการพัฒนาคุณภาพในระดับดีเท่านั้น ดังนั้นการรับรู้อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 60 ควร

วางแผนแก้ไข เพื่อสร้างหรือพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร โดยเฉพาะการบูรณาการเชิงระบบ ความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างทีม สามารถเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่กับทีมที่เกี่ยวข้อง (ข้อ 9) ประเด็นต่อไปคือ การใช้ข้อมูลร่วมกัน การวิเคราะห์ความเสี่ยงร่วมกันระหว่างทีม การวิเคราะห์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับองค์กร ซึ่งเป็นจุดเน้นทั้งระดับทีมนำและบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับ อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล ที่กล่าวถึงภาพรวมเชิงประจักษ์ของหน่วยงานที่มีคุณภาพคือ วัฒนธรรมการป้องกันและการจัดการความเสี่ยง วัฒนธรรมความปลอดภัย และการเรียนรู้¹⁰

ส่วนวัฒนธรรมความปลอดภัย บุคลากรรับรู้ประเด็นความปลอดภัยเป็นสิ่งสนับสนุนสม่ำเสมอในระดับมาก (ข้อ 21) แต่บุคลากรในหน่วยรับผิดชอบเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมีระดับเห็นด้วยมากกว่า ซึ่งอาจจะอธิบายจากการประเมินในข้อ 21 เป็นการถามเชิงนโยบายที่เน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการ ซึ่งบุคลากรรับรู้ แต่การปฏิบัติจริงเป็นการถามในข้อ 19 และในข้อ 20 พบว่าบุคลากรยังมีการละเมิดต่อกฎหรือแนวทางที่ใช้ในหน่วย ซึ่งมุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เช่น การเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide : S) อุบัติเหตุ (accident : A) พฤติกรรมรุนแรง (fighting : F) และ การหลบหนี (elopement : E) ตามระบบ “SAFE” program ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยจิตเวช¹¹ หรือการเฝ้าระวังอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัดด้วยไฟฟ้า ซึ่งแนวปฏิบัติเหล่านี้

พัฒนาตั้งแต่การรับรองครั้งแรกใน พ.ศ. 2547 ดังนั้นจึงเป็นโอกาสทบทวนระบบ เพื่อให้ปฏิบัติได้ง่าย เสริมแรงทางบวกเพื่อจูงใจให้มีการปฏิบัติตามกฎถ้าแนวปฏิบัติไม่ยุ่งยาก หรือปฏิบัติได้จริงเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติ และพัฒนาระบบการกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังข้อเสนอแนะของเรวดี ศิรินคร ที่กล่าวถึงจุดบกพร่องในการพัฒนาคุณภาพที่ไม่สม่ำเสมอทั้งระยะยาวทำให้การรับรองคุณภาพซ้ำล้มเหลว⁷

ส่วนประเด็นที่ต้องแก้ไขคือ การสนับสนุนหรือรับฟังของผู้นำอาวุโสของโรงพยาบาล และการจัดการของฝ่ายบริหารตามความต้องการของหน่วยงาน และมาตรการความปลอดภัยของฝ่ายจัดการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป

วัฒนธรรมองค์กรโรงพยาบาลศรีธัญญามีจุดแข็งคือ การนำองค์กร ในส่วนที่ควรพัฒนา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างทีม การสื่อสารระหว่างทีม การพัฒนาผู้นำระดับต่างๆ ให้พัฒนางานคุณภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเอื้อให้มีวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กรในระดับยั่งยืนได้ ส่วนวัฒนธรรมความปลอดภัยภาพรวมอยู่ในระดับดี ตระหนักถึงนโยบายความปลอดภัยของผู้รับบริการ แต่ในทางปฏิบัติควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับองค์กรโดยไม่ละเลยความปลอดภัยของผู้รับบริการ ผู้อาวุโสควรเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานมีโอกาสแสดงความคิดเห็น

ตารางที่ 1 การรับรู้ของบุคลากรต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย (n = 120)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)				
	1	2	3	4	N/A
1. วัฒนธรรมของหน่วยงาน ทำให้เรียนรู้ความคิดพลาดของผู้อื่นได้ง่าย	8 (6.7)	15 (12.5)	61 (50.8)	28 (23.3)	8 (6.7)
2. ความคลาดเคลื่อนทางคลินิก จัดการได้เหมาะสมในหน่วยงาน	5 (4.2)	12 (10)	61 (50.8)	31 (25.9)	11 (9.2)
3. ผู้นำอาวุโสของโรงพยาบาล รับฟังและใส่ใจความกังวลของฉันท	15 (12.5)	36 (30.0)	52 (43.3)	14 (11.7)	3 (2.5)
4. แพทย์และหัวหน้าหน่วย รับฟังและใส่ใจความกังวลของฉันท	7 (5.8)	20 (16.7)	66 (55)	23 (19.2)	4 (3.3)
5. การนำองค์การขับเคลื่อนเราให้เป็นองค์กรที่ยึดความปลอดภัยเป็นหลัก	3 (2.5)	7 (5.8)	47 (39.2)	60 (50)	3 (2.5)
6. ความเห็นของฉันทจะได้รับการปฏิบัติถ้าแจ้งต่อทีมบริหาร (จัดการ)	8 (6.7)	38 (31.7)	50 (41.7)	14 (11.7)	10 (8.3)
7. ฝ่ายบริหาร ไม่ยอมลดมาตรการปลอดภัยเพื่อผลผลิตขององค์กร	7 (5.8)	28 (23.3)	36 (30)	29 (24.2)	20 (16.7)
8. ฉันทได้รับการสนับสนุนให้รายงานเกี่ยวกับความปลอดภัยที่ฉันทอาจกังวล	5 (4.2)	17 (14.2)	50 (41.7)	42 (35)	6 (5)
9. ฉันทรู้ช่องทางที่เหมาะสมในการถามเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย	4 (3.3)	5 (4.2)	56 (46.7)	49 (40.8)	6 (5)
10. ฉันทได้รับผลการประเมินที่เหมาะสมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของฉันท	4 (3.3)	6 (5)	66 (55)	43 (35.8)	1 (0.8)
11. ฉันทรู้สึกปลอดภัยถ้าเป็นผู้ป่วยของที่หน่วยงาน	7 (5.8)	9 (7.5)	58 (48.3)	40 (33.3)	6 (5)
12. การส่งเวร (หรือวางแผนเกี่ยวกับความเสี่ยง) เป็นส่วนสำคัญของความปลอดภัย			17 (14.2)	90 (75)	13 (10.8)
13. การส่งเวร (หรือสรุปเหตุการณ์) เป็นสิ่งปกติของที่นี่	3 (2.5)	5 (4.2)	16 (13.3)	76 (63.3)	20 (16.7)
14. ฉันทพอใจกับความพร้อมของผู้นำทางคลินิกของแพทย์	10 (8.3)	12 (10)	67 (55.8)	22 (18.3)	
15. ฉันทพอใจกับความพร้อมของผู้นำทางคลินิกของเภสัชกร	14 (11.7)	18 (15)	60 (50)	18 (15)	10 (8.3)
16. ฉันทพอใจกับความพร้อมของผู้นำทางคลินิกของพยาบาล	8 (6.7)	13 (10.8)	60 (50)	31 (25.8)	
17. รพ.ได้จัดการเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าสิ่งที่ทำในปีที่ผ่านมา	1 (0.8)	12 (10)	58 (48.3)	45 (37.5)	
18. ฉันทเชื่อว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) เกิดขึ้นเพราะความผิดพลาดของหลายระบบ ไม่ใช่ความผิดของคนใดคนหนึ่ง	2 (1.7)	6 (5)	46 (38.3)	60 (50)	6 (5)
19. บุคลากรในหน่วยรับผิดชอบเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย		5 (4.2)	31 (25.8)	78 (65)	
20. ป่วยครั้งที่บุคลากรในหน่วยงานละเมิดกฎหรือแนวทางที่ใช้ในหน่วย	9 (7.5)	63 (52.5)	32 (26.7)	14 (11.7)	2 (1.7)
21. ผู้ป่วยปลอดภัย เป็นสิ่งสำคัญที่สนับสนุนอย่างสม่ำเสมอในหน่วยงาน		3 (2.5)	7 (58)	107 (89.2)	3 (2.5)

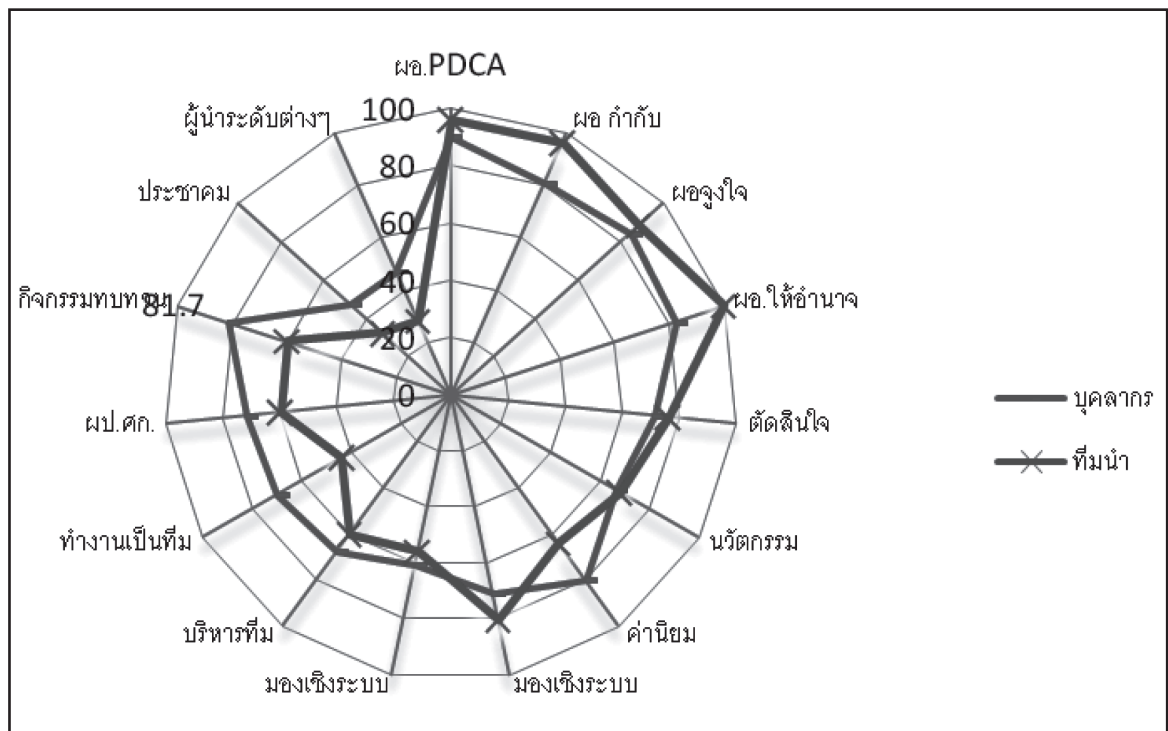
1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก/ไม่มี, 2 = ไม่เห็นด้วย/มีเล็กน้อย, 3 = เห็นด้วย/มีปานกลาง, 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง/มีในระดับมาก, n/a = คำถามไม่เหมาะสมกับผู้ตอบ

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมองค์กร จำแนกตามบทบาท

บทบาท	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย (SD)			
		วัฒนธรรมองค์กร	95%CI	วัฒนธรรมความปลอดภัย	95%CI
หัวหน้าหน่วยงาน	25	23.5 (5.4)	21.5, 25.7	63.9 (9.2)	60.1, 67.7
ระดับปฏิบัติการ	68	22 (6.7)	20.4, 23.6	62 (9.1)	59.8, 64.2
งานคุณภาพ	12	22.4 (5.9)	18.8, 26.3	65.7 (6)	61.9, 69.6
รวม	105	22.4 (6.2)	21.2, 23.6	62.9 (8.8)	61.2, 64.6
p		0.58		0.33	

CI = confident interval

รูปกราฟที่ 1 เปรียบเทียบวัฒนธรรมองค์กรรายข้อ ตามการรับรู้ของทีมนำและบุคลากร



ตารางที่ 3 การรับรู้พัฒนาธรรมองค์กรของบุคลากรและทีมนำ

	บุคลากร (n=120)				ทีมนำ (n=25)			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	มี	
1. ผู้อำนวยการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพภายใต้หลัก PDCA อย่างจริงจัง	109 (90.8)	7 (5.8)	4 (3.3)	24 (96)	1 (4)	-	-	
2. ผู้อำนวยการสนับสนุนให้นำทุกระดับให้ประชุมสม่ำเสมอและมีการดำเนินงาน	97 (80.8)	20 (16.7)	3 (2.5)	24 (96)	1 (4)	-	-	
3. ผู้อำนวยการสนับสนุน/เปิดโอกาสใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน/องค์กร	101 (84.2)	16 (13.3)	3 (2.5)	22 (88)	3 (12)	-	-	
4. ผู้อำนวยการเปิดโอกาสและสนับสนุนการตัดสินใจ (empowerment) เพื่อบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน	99 (82.5)	17 (14.2)	4 (3.3)	25 (100)	-	-	-	
5. มีการตัดสินใจและตอบสนองของทีมนำ เกิดความก้าวหน้าตามแผนที่กำหนดไว้	85 (71.1)	25 (21.1)	9 (7.8)	19 (76)	6 (24)	-	-	
6. มีนวัตกรรมและการเชื่อมโยงที่ดีขึ้น เป็นผลจากการวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับองค์กร	79 (66.1)	33 (27.8)	7 (6.1)	17 (68)	8 (32)	-	-	
7. มีการใช้คำนิยามในการทำงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างแพร่หลายในโรงพยาบาล	96 (80)	14 (11.7)	10 (8.3)	16 (64)	4 (16)	5 (20)	-	
8. ระบบบริการและการประสานงานของโรงพยาบาล สอดคล้องกับความจริงของผู้รับบริการ	85 (70.8)	27 (22.5)	8 (6.7)	20 (80)	5 (20)	-	-	
9. มีความสัมพันธ์ที่ดีเจเนระหว่างทีม สามารถเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่ที่ทับกันที่เกี่ยวข้อง	73 (60.8)	38 (31.7)	9 (7.5)	14 (56)	3 (12)	8 (32)	-	
10. การใช้อุปกรณ์ มีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรมของทั้งต่าง ๆ โดยเฉพาะทางคลินิก	81 (67.8)	31 (28.2)	7 (6.1)	15 (60.3)	2 (8.3)	7 (28.3)	-	
11. โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ปัญหาและความเสี่ยงร่วมกันระหว่างทีม เช่น RM กับ CLT	84 (70)	31 (25.8)	5 (4.2)	11 (44)	9 (36)	5 (20)	-	
12. มีการวิเคราะห์หาความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม จนเห็นผลลัพธ์ของการบริการดีขึ้น	86 (71.7)	26 (21.7)	7 (5.8)	15 (60)	10 (40)	-	-	
13. มีการทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานการสม่ำเสมอและพัฒนาเครื่องมือคุณภาพที่สำคัญ เช่น ความเสี่ยงทางคลินิก การวางแผนจำหน่าย การตามรอยทางคลินิก	98 (81.7)	15 (12.5)	7 (5.8)	15 (60)	10 (40)	-	-	
14. ประสิทธิภาพของโรงพยาบาลปฏิบัติตามกระบวนการคุณภาพโดยไม่ติดกัยกับ (ยั่งยืน)	57 (47.5)	50 (41.3)	13 (10.8)	8 (32)	15 (60)	2 (8)	-	
15. ผู้นำทุกระดับสามารถทำงานคุณภาพในระดับคิดเองทำได้ (ยั่งยืน)	56 (47.1)	50 (42)	13 (11.1)	7 (28)	16 (64)	2 (8)	-	

* ผู้นำทุกระดับหมายถึงหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/หน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. เข้าถึงได้ที่ <http://www.th.wikipedia.org/wiki/วัฒนธรรม>. [30 เมษายน 2552].
2. Davies HTWO, Nutley SM, Mannion R. Organizational culture and quality of health care. *Qual Health Care* 2000;9: 111-9. doi:10.1136/qhc.9.2.111.
3. พนพ เกษมา. การบริหารคุณภาพเพื่อความเป็นเลิศ/อยู่รอด/ยั่งยืน : การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กรคุณภาพ. *Management bet practices* 2003;14:38-46. เข้าถึงได้ที่ http://www.tqmbest.com/knowledge_base/5article/5Workforce_Focus/1Work_Systems&Quality_Culture/index.php?organization. [30 เมษายน 2552].
4. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. เข้าถึงได้ที่ [http://www.opdc.go.th/Law/File_download/1097807787-\\$.pdf](http://www.opdc.go.th/Law/File_download/1097807787-$.pdf). [30 เมษายน 2552].
5. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ.ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). นนทบุรี: หนังสือดีวัน; 2551.
6. อนุวัฒน์ สุขขุติกุล. บันได 3 ขั้นสู่ HA. เข้าถึงได้ที่ <http://www.hsri.nu.ac.th/document/ha301/ThreeStepsSSO020719.ppt>. [30 เมษายน 2552].
7. เรวดี ศิรินคร. การตามรอยและการธำรงรักษากระบวนการพัฒนาคุณภาพ.เข้าถึงได้ที่ <http://www.phraehospital.go.th/~plan/Myweb/Data/tracer.ppt>. [28 มีนาคม 2552].
8. Sexton JB. Safety climate surveys. Available from www.primaris.org/documents/resources/patient_safety/resource_materials/clinical_education/safety%20climate%20survey.pdf.
9. เฉลิมพงษ์ สุคนธผล. การประเมิน การธำรงวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร. เข้าถึงได้ที่ <http://www.sk-hospital.com/skmessage/download.php?id=4255&sid=eecbf766058de4647f015caeec633740>. [10 มีนาคม 2552].
10. อนุวัฒน์ สุขขุติกุล. สอบถาม Dr. Anuwat Supachutikul: ความหมายคำว่า คุณภาพและมาตรฐาน. เข้าถึงได้ที่ <http://gotoknow.org/ask/anuwatsup/6260>. [30 เมษายน 2552].
11. อรพรรณ ศิลปกิจ. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจิตเวช: กรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548;13:49-56.