

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก

Patient Safety Culture as Perceived by Professional Nurses in a University Hospital in the Eastern Region

บังอร สัตยวานิช* อารีรัตน์ ขำอยู่** ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์**

Bangorn Satyavanija,* Areerut Khumyu,** Yune Pongjaturawit**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding Author: kratai555@gmail.com

บทคัดย่อ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพบริการ และเป็นหลักการพื้นฐานของคุณภาพการดูแล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก และเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยจำแนกด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ออกเป็น 12 ด้าน ซึ่งครอบคลุม 3 ระดับ คือ ระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาล และผลลัพธ์ของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกสังกัดฝ่ายบริการการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก จำนวน 102 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่มีความเที่ยงตามค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนา One way ANOVA และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.53$, $SD = .36$) และพบว่ามีการรับรู้ในระดับมาก 7 ด้าน โดยด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15$, $SD = .59$) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของ

Received: April 17, 2018; Revised: March 27, 2019; Accepted: July 22, 2019



โรงพยาบาลและการส่งต่อ ด้านบุคลากร และด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($M = 3.47, SD = 1.04; M = 3.37, SD = .75; M = 3.37, SD = .82; M = 3.15, SD = .79; M = 3.10, SD = .73$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ($F_{2,99} = 2.49, p = .08; F_{2,99} = 2.67, p = .07; t_{100} = .66, p = .14$ ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยที่การรับรู้ในระดับปานกลาง 5 ด้าน คือ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ ด้านบุคลากร และด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรจัดอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมระหว่างจำนวนบุคลากรกับภาระงาน และมีการวางแผนและดำเนินงานด้านการบริหารจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ : วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคล พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

Patient safety is an important indicator of service quality and basic principle of care quality. The purposes of this research were to study the patient safety culture as perceived by professional nurses at university hospitals in eastern region of Thailand and to compare the differences in perception of patient safety culture as classified by agency level, hospital level and the results of perception that covers the safety of patients in a total of 12 aspects. By simple sampling method, the 102 samples of professional nurses who work in inpatient and outpatient sections of nursing service division were selected. The research instruments consist of personal data questionnaires and culture safety questionnaires with reliability based on Cronbach's Alpha Coefficient) equal to 0.78. The descriptive statistic, one-way ANOVA and Independent t-test were used in data analysis.

The results of patient safety culture dimensional study revealed that the overall patient safety culture grade of "high" ($M = 3.53, SD = 0.36$). There are seven unit-level aspects of patient safety culture grade of "high". However, five unit-level aspects of patient safety are "moderate" grade in aspects of frequency of event reporting, teamwork across hospital units, hospital handoffs and transitions, staffing, and hospital management support for patient safety ($M = 3.47, SD = 1.04; M = 3.37, SD = .75; M = 3.15, SD = .79; M = 3.10, SD = .73$, respectively). There was no significant difference in safety culture perception of professional nurses as classified by age, years of experience, and the safety culture training. ($F_{2,99} = 2.49, p = .08; F_{2,99} = 2.67, p = .07; t_{100} = .66, p = .14$, respectively)

According to the research, five unit-level aspects of patient safety are “moderate” grade in aspects of frequency of event reporting, teamwork across hospital units, hospital handoffs and transitions, staffing, and hospital management support for patient safety are at a moderate aspect. There is a suggestion that the administration should plan and promote the management in patient safety culture in hospital and manage appropriate allocation between staffs and workloads issues in order to improve the patient safety.

Keywords : patient safety culture, personal factors, professional nurses

≡ ความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหา

คุณภาพบริการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการให้บริการสุขภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพบริการ และมีความต้องการของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการจากโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงเป็นหลักการพื้นฐานของคุณภาพการดูแลที่มีความสำคัญต่อการบริการในโรงพยาบาลที่จะต้องเป็นไปตามมาตรฐาน และไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการบำบัดรักษาดังกล่าว World Health Organization (WHO)¹ ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ โดยให้ทุกประเทศต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมให้มีการพัฒนามาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญที่ใช้ในการพิจารณา การประกันคุณภาพโรงพยาบาลต่างๆ และจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีความปลอดภัยเกิดขึ้นอย่างผสมผสานกับการทำงานประจำวัน²

Leotsagos³ ผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยครอบคลุมระบบที่จะป้องกันอันตรายหรือผลที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นในขั้นตอนการวินิจฉัยโรคและการรักษา จากสถิติทั่วโลกผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ได้รับอันตรายจากความผิดพลาดซึ่งอาจเกิดจากคน เครื่องมือ หรือระบบบริหารจัดการ จากการศึกษาของ วิธนา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์⁴ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างที่สามารถป้องกันได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ทุพพลภาพในระยะสั้นหรือถาวร และสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ด้านบุคลากรทางสุขภาพก็ได้รับผลกระทบต่อความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย การเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ส่วนโรงพยาบาลก็ได้รับผลกระทบ คือ เสียชื่อเสียง สูญเสียลูกค้า และถูกฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นเพิ่มสถิติการสูญเสียความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สำหรับในประเทศไทย⁵ จากรายงานเกี่ยวกับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ปี 2557 พบว่ามีผู้ยื่นคำร้องจำนวน 1,112 ราย ได้รับการจ่ายค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ 931 ราย รวมมูลค่าเงินชดเชยทั้งสิ้น 218.44 ล้านบาท

วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นผลผลิตที่มีคุณค่าของแต่ละบุคคล เป็นผลรวมของทัศนคติ การรับรู้ สมรรถนะ รูปแบบพฤติกรรม และความเชี่ยวชาญ ของการบริหารจัดการด้านสุขภาพ และความปลอดภัยขององค์กร⁶ วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์การ ซึ่งมีอิทธิพลต่อทัศนคติ และพฤติกรรมของสมาชิกในองค์การ โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความ เป็นไปทางด้านสุขภาพ และการกระทำที่ปลอดภัย ขององค์กรนั้น⁷ วัฒนธรรมองค์การจะกำกับให้ วัฒนธรรมความปลอดภัยแสดงคุณลักษณะ ภายใต้อุปสรรค หรือข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับ ความปลอดภัย⁸ นั่นคือ ถ้าองค์กรใดมีวัฒนธรรม ความปลอดภัยที่ดี องค์กรนั้นย่อมให้ความสำคัญ กับความปลอดภัยเป็นลำดับต้นๆ⁹ องค์กรที่มีวัฒนธรรม ความปลอดภัยที่ดี จะช่วยให้องค์กรนั้นมีภูมิคุ้มกัน ทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกัน และแก้ปัญหาที่ อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและปฏิบัติงานได้ดีขึ้น¹⁰

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยใน องค์กรจึงเป็นวิธีที่ช่วยให้องค์กรประสบ ความสำเร็จอย่างยั่งยืน⁴ นอกจากนี้วัฒนธรรม ความปลอดภัย จะช่วยลดอัตราความผิดพลาด และป้องกันการเกิดความผิดพลาดโดยการค้นหา จำแนก และจัดการความเสี่ยงในระบบบริการ¹¹ การเรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำมาปรับปรุง แก้ไขความผิดพลาดที่ทันกับสถานการณ์ให้มีความ ปลอดภัยเกิดขึ้นตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน เป็นเนื้อเดียวกับการทำงานประจำวันของทุกคน จนเกิดเป็นวัฒนธรรมที่แท้จริง² ดังนั้นการสร้าง และพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ เกิดขึ้นกับบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในระบบบริการทางสุขภาพ จะช่วยลด ความผิดพลาดในการรักษาผู้ป่วย รวมถึงป้องกัน ความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ด้วยการรับรู้

ความปลอดภัยนั้น และผสมผสานความปลอดภัย เป็นเนื้อเดียวกับการทำงานประจำวันของทุกคน

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ที่มีจำนวนมากที่สุดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล¹² พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญ ในการ ให้บริการด้านสุขภาพให้เกิดความปลอดภัยต่อ ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง¹³ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากการบาดเจ็บหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นที่ เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็น อันเนื่องมาจากการกระทำผิดและการละเลยที่จะ กระทำ⁴ และจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัย สรุปความหมายวัฒนธรรมความปลอดภัยของ ผู้ป่วย คือ การรับรู้ร่วมกันของบุคคลในองค์กร ที่ เกี่ยวข้องกับทัศนคติ ค่านิยม สมรรถนะและพฤติกรรม การปฏิบัติ ที่แสดงออกโดยอัตโนมัติในการจัดการ ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย ที่มารับบริการ^{1,4,6}

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียง เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจสอบและรับรอง คุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล อีกทั้งเป็นแหล่งรักษา และฝึกปฏิบัติงานของ นิสิตในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบุคลากร ด้านสาธารณสุข เช่น นิสิตแพทย์ พยาบาล โรงพยาบาลแห่งนี้จึงมีแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐาน ในการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพผู้ป่วย เป็น ต้นแบบในการเรียนรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามบริบทวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร แห่งนี้ และในการปฏิบัติงานนั้น พยาบาลวิชาชีพ จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง จึงเป็นตัวอย่าง เป็นแม่แบบของการปฏิบัติให้กับให้กับนิสิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ระดับการรับรู้ วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ จึง เป็นสิ่งที่ควรทราบ แต่ระดับการรับรู้วัฒนธรรม ความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียง ยังไม่เคยมีการศึกษา

มาก่อน ซึ่งการรับรู้ของพยาบาลแต่ละบุคคลนั้น มีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล¹⁴ โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย^{4,15,16}

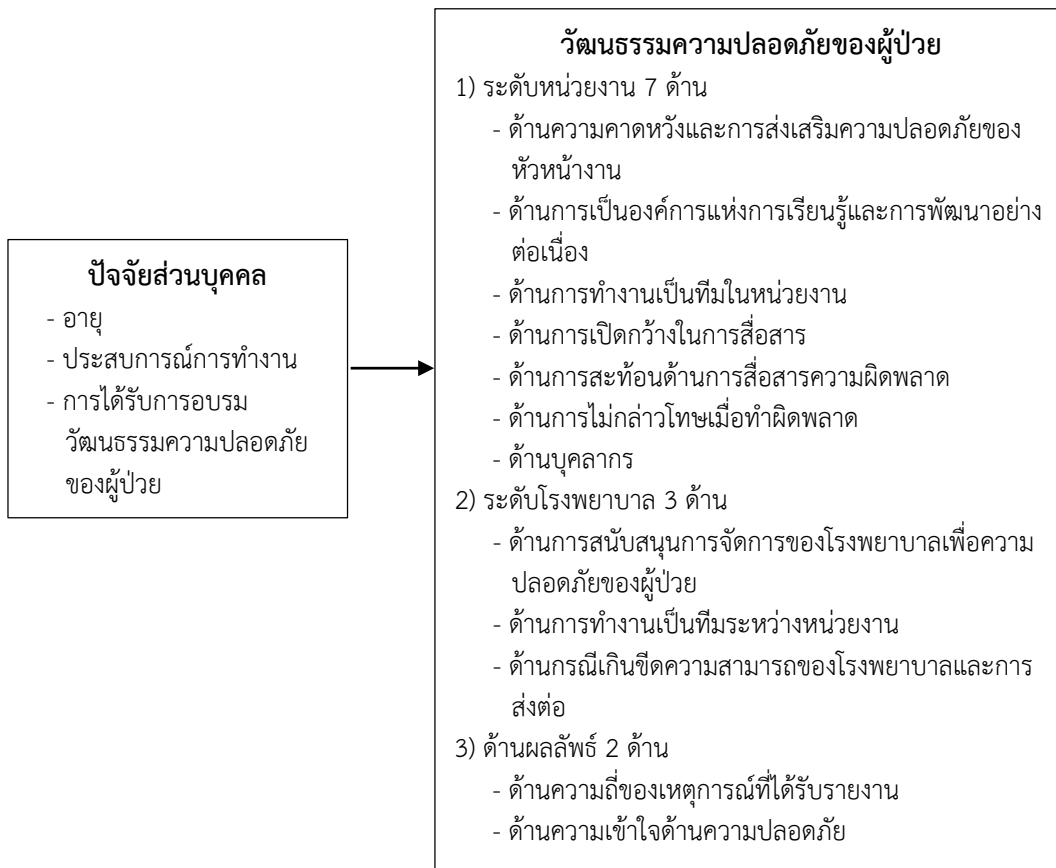
จากสภาพปัญหาความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ทั้งในและต่างประเทศ และส่งผลต่อคุณภาพ มาตรฐานการบริการ ตลอดจนความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งยังไม่มีผู้ใดศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นแนวทางพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วยให้การบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอายุประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการจากแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของ Neiva and Sorra¹⁷ ซึ่งเป็นผู้จัดทำเครื่องมือทดสอบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Hospital survey on Patient Safety Culture, HSOPSC) ให้กับ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ระดับ 12 ด้าน ได้แก่ 1) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับหน่วยงาน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านความคาดหวังและการส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้า ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร ด้านการสะท้อนด้านการสื่อสารความผิดพลาด ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด และด้านบุคลากร 2) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน และด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ และ 3) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านผลลัพธ์ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน และด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก สังกัดฝ่ายบริการการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 132 คน จากจำนวนพยาบาล 132 คนนี้ นำมาคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Bartlett, Kotlik, & Higgins¹⁸ ที่คำนวณตามสูตรของ Cochran's sample size formula ชนิดข้อมูลแบบต่อเนื่อง

(Continuous data) กำหนดค่าสถิติที่ ที่ระดับนัยสำคัญ .01 เท่ากับ 2.58 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Margin of error) เท่ากับ .03 และด้วยประชากรที่ศึกษามีจำนวน 132 คน ซึ่งเกินกว่า 100 คน ผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดตัวอย่างในตารางที่คำนวณไว้สำหรับประชากร 200 คน เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ คือ จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 102 คน จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จากบัญชีรายชื่อของพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรม วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หน่วยงานหลักที่ปฏิบัติงาน การให้ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล การบันทึกและส่งรายงานอุบัติการณ์ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามของ สุกัญญา โคตรศรีวงศ์¹⁹ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Nieva & Sorra¹⁷ มีจำนวน 42 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับหน่วยงาน จำนวน 24 ข้อ วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล จำนวน 11 ข้อ และวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์ จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามดังกล่าว ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 24 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 18 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อแปลผลข้อคำถามเชิงบวก จากคะแนน 1 (เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด/ปฏิบัติได้น้อยที่สุด แทบไม่ได้ปฏิบัติเลย) จนกระทั่งถึงคะแนน 5 (เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ/ปฏิบัติได้ทุกครั้ง) เกณฑ์การให้คะแนนเพื่อแปลผลข้อคำถามเชิงลบ จากคะแนน 1 (เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ/ปฏิบัติได้ทุกครั้ง) จนกระทั่งถึงคะแนน 5 (เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด/ปฏิบัติได้น้อยที่สุด แทบไม่ได้ปฏิบัติเลย)

การแปลผล จะใช้ค่าเฉลี่ย โดยให้ความหมายตามคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนน 4.50 ถึง 5.00 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับมากที่สุด คะแนน 3.50 ถึง 4.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับมาก คะแนน 2.50 ถึง 3.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับปานกลาง คะแนน 1.50 ถึง 2.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับต่ำ และ คะแนน 1.00 ถึง 1.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย สุกัญญา โคตรศรีวงศ์¹⁹ อนุญาตให้ผู้วิจัยนำมาใช้และไม่ได้ดัดแปลงแต่อย่างใด ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมาแล้ว และใช้วัดในประชากรพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะคล้ายกับประชากรของการวิจัยครั้งนี้ จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีก สำหรับการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามได้ค่าเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งของแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมใบชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ประกอบด้วย แบบฟอร์มการให้ข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้การเข้าร่วมวิจัย

ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 102 คนเป็นไปโดยความสมัครใจ และแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่า ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม นำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่างๆ ในแบบสอบถามถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม และใบลงชื่อยินยอม โดยในช่วง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์เตือนการตอบแบบสอบถามและเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามเก็บแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามกลับคืนจำนวน 102 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ (หมายเลขจริยธรรม 01-03-2560) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลที่ศึกษา (หมายเลขจริยธรรม 004/2560) ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยนี้หลังจากโรงพยาบาลที่ ศึกษาได้อนุญาตให้ทำการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอรายชื่อพยาบาลวิชาชีพเพื่อนำมาประกอบการสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน และขออนุญาตเข้าแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยการแบ่งอายุและประสบการณ์การทำงาน กลุ่มละ 3 ช่วง ใช้สถิติ one way ANOVA การได้รับและไม่ได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีอายุเฉลี่ย 30.78 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี (ร้อยละ 67.65) รองลงมาอายุ 31 - 40 ปี (ร้อยละ 18.62) อายุมากที่สุด 55 ปี และอายุน้อยที่สุด 23 ปี มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 70.59) เกือบทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93.14) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 6.15 ปี ประสบการณ์การทำงานระหว่าง 2 - 5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 36.28) และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยมาก่อน (ร้อยละ 64.71)
2. วิเคราะห์การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก (n = 102)

ลำดับ	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	M	SD	ระดับ
1	การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน	4.15	.59	มาก
2	ความคาดหวังและการส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้างาน	3.97	.59	มาก
3	การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.90	.62	มาก
4	การเปิดกว้างในการสื่อสาร	3.80	.64	มาก
5	การสะท้อนด้านการสื่อสารความผิดพลาด	3.70	.71	มาก
6	ความเข้าใจด้านความปลอดภัย	3.69	.51	มาก
7	การไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด	3.56	.76	มาก
8	ความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน	3.47	1.04	ปานกลาง
9	การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน	3.37	.82	ปานกลาง
10	กรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ	3.37	.79	ปานกลาง
11	บุคลากร	3.15	.73	ปานกลาง
12	การสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของ	3.10	.64	ปานกลาง
รวม		3.53	.36	มาก

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ($F_{2,99} = 2.49, p = .08$; $F_{2,99} = 2.67, p = .07$; $t_{100} = .66, p = .14$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2, 3 และ 4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก จำแนกตามอายุ (n = 102)

อายุ	n	M	SD	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
20 ถึง 30 ปี	69	3.64	.35	ระหว่างกลุ่ม	2	.73	.36	2.49	.08
31 ถึง 40 ปี	19	3.62	.39	ภายในกลุ่ม	99	14.57	.14		
41 ถึง 60 ปี	14	3.39	.49	รวม	101	15.30			



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน (n = 102)

ประสบการณ์การทำงาน	n	M	SD	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1 - 2 ปี	28	3.51	.36	ระหว่างกลุ่ม	2	.78	.39	2.67	.07
2 - 5 ปี	39	3.71	.35	ภายในกลุ่ม	99	14.52	.14		
> 5 ปี	35	3.54	.42	รวม	101	15.30			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก จำแนกตามการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (n = 102)

การอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	n	M	SD	Mean difference	t	df	p
เคยได้รับการอบรม	36	3.56	.43	.05	.66	100	.14
ไม่เคยได้รับการอบรม	66	3.62	.36	.05			

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อยู่ในระดับมาก 7 ด้าน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน และอยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน โดยมีด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่ำที่สุด

การที่พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน Hospital Accreditation ต้องจัดบริการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และโรงพยาบาล

แห่งนี้แหล่งฝึกต้นแบบสำหรับฝึกการปฏิบัติงานของนิสิตแพทย์ นิสิตในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบุคลากรด้านสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงได้รับการคาดหวังเป็นต้นแบบที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด แต่จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจาก ถึงแม้โรงพยาบาลกำหนดแนวทางปฏิบัติส่งเสริมให้บุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ดี มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้คุณภาพมีมาตรฐาน ที่ได้รับการตรวจสอบและรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของสากล แต่เนื่องจากภาระงานที่มาก ไม่สอดคล้องกับจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่มี ที่จะทำให้การทำงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากผู้ร่วมงานในทีมงานร่วมขับเคลื่อนภาระงานในแต่ละกรณีในแต่ละวัน

ให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผลการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยจึงพบว่าอยู่เพียงระดับมาก ซึ่งผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย พบว่า พยาบาลประจำการมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก¹⁹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย พบว่า พยาบาลมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน²⁰

ในด้านที่มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.10 ถึง 3.47 โดยด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และด้านบุคลากรมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำลำดับถัดขึ้นมาในกลุ่มระดับปานกลาง นั้น บ่งชี้ว่า พยาบาลมีภาระงานมากเกินไป ทำให้พยาบาลมีชั่วโมงการทำงานไม่พอที่จะดูแลผู้ป่วยให้ได้ดีที่สุด มีการทำงานที่เร่งรีบเกินไป ไม่สามารถส่งต่อข้อมูลสำคัญระหว่างบุคคล ระหว่างหน่วยงานได้ครบถ้วน เกิดความผิดพลาดจากความพลั้งเผลอบ่อยครั้ง ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน ซึ่งนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับปานกลางนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีที่วิจัยเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับสถานบริการ 6 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การทำงานเป็นทีม บรรยากาศด้านความปลอดภัย ความเข้าใจในการบริหารจัดการ ความพึงพอใจในการทำงาน บรรยากาศในการทำงานและการยอมรับความเครียด พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย

ของผู้ป่วยรายด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน²¹

2. การเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จำแนกตาม อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก

2.1 อายุ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี (ร้อยละ 67.65) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาสำเร็จการศึกษาไม่นาน เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ สำหรับพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในโรงพยาบาล จะได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย (Patient safety goal) อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุในช่วง 20 - 30 ปี จัดอยู่ใน Generation Y²² มีลักษณะเด่น คือ ชอบการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว ชอบเทคโนโลยีใหม่ๆ และโรงพยาบาลมีนโยบาย แนวปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรสามารถสืบค้นข้อมูลผ่านทางอินเทอร์เน็ต จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถรับรู้เกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มผู้ที่มีอายุมากจะรับรู้เกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยโดยการสั่งสมความรู้จากประสบการณ์²³ สอดคล้องกับผลการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน²⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า²⁵

2.2 ประสบการณ์การทำงาน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกที่มีประสบการณ์

การทำงานต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 2 - 5 ปี เป็นผู้ที่เริ่มเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ได้รับการนิเทศ หรือถ่ายทอดสอนงานจากพยาบาลพี่เลี้ยง ทำให้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน นำมาซึ่งสมเป็นองค์ความรู้²⁶ ปลุกฝังในเรื่องการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรงทุกวัน จึงมีโอกาสพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย และเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น องค์กรจะมีกระบวนการหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นเพื่อค้นหาสาเหตุและวางแผนทางแก้ไข จึงส่งผลให้มีอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ลดลงและอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องก็จะได้รับประสบการณ์ และเรียนรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยไปด้วยกัน จึงทำให้การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานที่ต่างกันมีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน²⁰

2.3 การได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ที่เคยได้รับการอบรมและไม่เคยได้รับการอบรมมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ แม้ว่า ไม่เคยรับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย อาจเนื่องจากในโรงพยาบาลแห่งนี้ มีมาตรฐานและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงานมีการนิเทศทางคลินิก หรือพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์มากกว่ามีการ

สอนงานให้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า โดยที่ไม่มีการจัดหลักสูตรอบรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจน และรวมถึงทำงานอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ทำให้ได้รับประสบการณ์จากการทำงานและเรียนรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง ภายใต้กฎระเบียบและแบบแผนปฏิบัติอันเดียวกัน จึงเป็นการซึมซับถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่านภาวะแวดล้อมการทำงาน และกรณีที่มีหลักสูตรการศึกษาอบรมภายนอก ผู้ที่ได้รับการอบรมมักจะเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ แล้วนำมาถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติงาน และนอกจากนี้แล้วโดยพื้นฐาน พยาบาลวิชาชีพยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย กฎหมาย และจริยธรรมวิชาชีพในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาแล้ว จึงมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ต่างกัน²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ความปลอดภัยจำนวนมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไปมีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากพยาบาลที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยน้อยครั้งกว่า

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

จากผลการวิจัยพบว่าระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกโดยรวมอยู่ในระดับมาก มี 7 ด้าน ที่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก โดยมีด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานมีคะแนนการรับรู้มากที่สุด มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้านโดยเรียงลำดับการรับรู้จากมากไปหาน้อย คือ ด้านความถี่ของเหตุการณ์

ที่ได้รับรายงาน ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ด้านกรณีฉุกเฉินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ ด้านบุคลากร และด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นด้านมีการรับรู้น้อยสุด ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้บริหารทางการแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาล ควรนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ดังนี้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรให้การสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้เพิ่มมากขึ้น โดยส่งเสริมการจัดทำสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น และสนับสนุนการสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่บุคลากรต้องให้ความสนใจทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ สร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนำความคิดเห็นที่ได้รับไปพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร เพื่อให้บุคลากรเห็นประโยชน์ของการนำเสนอความคิดเห็นที่ตรงประเด็น มีคณะกรรมการบริหารเป็นผู้ดูแลการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้และนำบทเรียนความปลอดภัยไปใช้ในการปฏิบัติงานและติดตามประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงนั้น และจัดทำสภาพแวดล้อมการทำงานที่ทำให้เกิดการทำงานที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

2. จากระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ที่อยู่ในระดับปานกลางนั้น จำเป็นต้องได้รับการผลักดันและสนับสนุน ทั้งจากระดับผู้อำนวยการและผู้บริหารทางการแพทย์ ที่จะกระตุ้น หรือสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยพิจารณาถึง

- 2.1 การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและสมดุลระหว่างจำนวนบุคลากรกับภาระงาน เพื่อให้ในแต่ละช่วงเวลาทำงานมีการกระจายของบุคลากรที่หน่วยงานนั้นๆ มีอยู่ให้เหมาะสมกับปริมาณงาน และมีการผสมอัตรากำลังทางการแพทย์แต่ละประเภทได้รวดเร็ว เหมาะสม และเพียงพอต่อการตอบสนองต่อความต้องการทางการแพทย์ ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้บุคลากรในแต่ละหน่วยงานมีชั่วโมงการทำงานเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เช่น จากการแพ้ยา การติดเชื้อ สำหรับการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์นั้น สามารถคำนวณหาปริมาณความต้องการการพยาบาลตามหลักการจำแนกประเภทผู้ป่วย²³ (Patient classification)

- 2.2 มีจำนวนพยาบาลที่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้เหมาะสมพอดี สามารถทำงานโดยไม่เร่งรีบเกินไป และมีเวลาพอที่จะสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกันในช่วงเวลาระหว่างการเปลี่ยนเวร มีเวลาพอที่จะทบทวนข้อมูลในแง่การรักษาพยาบาลที่สำคัญต่างๆ เช่น กรณีการซักประวัติผู้ป่วย เมื่อนำฐานความรู้และประสบการณ์ที่มีของพยาบาล ทำให้ทราบและจำแนกแยกกลุ่มโรค สามารถวินิจฉัยถึงความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยทันก่อนเกิดวิกฤต ดังในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคระบบเส้นเลือดและหัวใจ หากพยาบาลไม่มีเพียงพอ ทำงานแข่งกับเวลาโดยไม่มี

คุณภาพ อาจละเลยข้อที่พึงสังเกตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

2.3 พยาบาลสามารถทำงานได้ครบถ้วนตามแนวทางปฏิบัติ ไม่ตกหล่นสูญเสีย ทำให้การสื่อสารถ่ายทอดข้อมูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการประชุมข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในกรณีที่มีส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่น เช่น ปัญหาการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบคลาดเคลื่อน เป็นต้น

2.4 การกระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ การรายงานความเสี่ยงนี้เป็นไปเพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อสร้างมาตรการลดความเสี่ยง ลดการเกิดความเสียหายในอนาคต ไม่ใช่การรายงานความ

ขัดแย้ง การกล่าวโทษหาเหตุ เช่น การสร้างระบบบริหารองค์การที่ไม่มุ่งเน้นการตำหนิหรือกล่าวโทษบุคลากร แต่ให้เป็นการเรียนรู้จากความผิดพลาดอย่างสร้างสรรค์

2.5 ผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นทีม โดยผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจและเสริมสร้างการสื่อสารสองทางภายในทีม และระหว่างทีม ที่เกี่ยวกับสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์การ และมีระบบการจัดการความผิดพลาด สร้างประสิทธิภาพในการทำงาน เพื่อนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญสูงสุดตามมาตรฐาน Hospital Accreditation แม้ไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World alliance for patient safety to develop and international patient safety event classification: the concept framework an international patient safety event classification. [Internet]. [cited 2016 November 22]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/IPSEC_Conceptual_Framework_Document.pdf.
2. Sangounsiritham U. Management for creating safety culture in nursing service. Nursing Journal 2011;38(3):168-77. (in Thai).
3. Leotsagos A. Health focus. [Internet]. [cited 2017 June 1]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2014/09/8177>.
4. Jirapaet V, Jirapaet K. Patient safety management, process concept and clinical safety practices. Bangkok: Darnsutha Press; 2007.
5. National Health Security Office. Universal health coverage annual report 2014. [Internet]. [cited 2017 November 1]. Available from: <http://www.nhso.go.th>.
6. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. [Internet]. [cited 2017 January 17]. Available from: http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.long.



7. Cooper MD. Toward a model of safety culture. [Internet]. [cited 2016 November 20]. Available from: [http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards a model_of_safety_culture.pdf](http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards_a_model_of_safety_culture.pdf).
8. Muangsort R. Safety culture: integration factor for sustainable success of organization. [Internet]. [cited 2015 April 18]. Available from: <http://journal.pim.ac.th>.
9. Kaeotawe A, Wongkittithawor J. Safety culture of operating room personnel in Songklanagarind Hospital. Songklanagarind Medical Journal 2010;28(3):116-23. (in Thai).
10. National Health Security Office. Patient safety culture. [Internet]. [cited 2015 November 14]. Available from: [http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/HA/Plates/ HA 602 25-26 มีนาคม 56/safety culture clinic 20101013.pdf](http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/HA/Plates/HA_602_25-26_มีนาคม_56/safety_culture_clinic_20101013.pdf).
11. Thatreenaranon S. Factors affecting patient safety culture in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Sukhothai Thammathirat Open University; 2011. (in Thai).
12. Bureau of Policy and Strategy. Public Health Statistics A.D. 2015: strategy and planning division, ministry of public health. [Internet]. [cited 2017 February 13]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic 2558.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic_2558.pdf).
13. Chanpanyasakun A. Situational analysis of risk management in the pediatric ward 3, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 2010. (in Thai).
14. Sothasathien S. Concepts and theories about knowledge, attitude and behavior. [Internet]. [cited 2017 February 13]. Available from: <http://www.novabizz.com>.
15. James R. Managing the risks of managing the risks of organizational accidents. England: Ashgate Publishing Limited; 1997.
16. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. [Internet]. [cited 2016 November 20]. Available from: [https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/9890/6/Vincent%20Adams%20Stanhope%20BMJ%201998%20Framework%20for %20analysis.pdf](https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/9890/6/Vincent%20Adams%20Stanhope%20BMJ%201998%20Framework%20for%20analysis.pdf).
17. Nieva VF, Sorra J. Hospital survey on patient safety culture. [Internet]. [cited 2015 November 14]. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>.
18. Bartlett JE, Kotrlík JW, Higgins C. Organizational research: determining appropriate sample size in survey research. Information Technology, Learning, and Performance Journal 2001;19(1):43-50.

19. Koatsriwong S. Patient safety culture, perceived by staff nurses in the Crown Prince Hospitals Thailand. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2014. (in Thai).
20. Mueangsuriya S. Nurse's perception on patient safety culture and incidence of adverse events in Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province. Nursing Public Health and Education Journal 2013;14(3):42-53. (in Thai).
21. Kilakuldilok P. Safety culture of registered nurses who work on Offices of Public Health in Pathum Thani Province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Khon Kaen University; 2010. (in Thai).
22. Vitawas O' Ran S. Gen Y: How to make them work. Bangkok: Bangkok Business Biz Books; 2007. (in Thai).
23. Srisathitnarakun B. Leadership and strategic management in nursing organization for the 21th Century. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2007. (in Thai).
24. Sukosit S. Safety culture of professional nurse in Police General Hospital. Journal of the Police Nurse 2014;6(1):119-29. (in Thai).
25. Sukruaen S. Factor affecting occupational safety awareness of registered nurses in Somdech Phra Pinklao Hospital. Royal Thai Navy Medical Journal 2015;42(3):43-60. (in Thai).
26. Benner P. From novice to expert. California: Addison-Wesley; 1984.