

วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรกับการปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการเกิดและการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด

ภักริษา ชุมพล พย.ม.*, พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ ศษ.ด.*, ดุสิต สุจิรารัตน์ วท.ม.*, พรชัย สิกิริศรีณย์กุล Dr.P.H.**

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

**คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

Abstract: Organizational Safety Culture, Nursing Practices under Safety Standards and Registered Nurses' Perception Affecting Incidence and Report of Adverse Events and Near Miss

Chumphon P*, Sillapasuwan P*, Sujirarat D*, Sittisarankul P**

*Faculty of Public Health, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400

**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Pathumwan, Bangkok, 10330

(E-mail: pattarisa_ch@hotmail.com)

Adverse events from nursing practices continue to lack complete report in tertiary hospitals. This study aimed at studying adverse event and near miss incidence and reports, perceived safety organization culture and nursing practices under safety standards. This was a cross-sectional study. The subjects were 353 professional nurses who worked directly with patients in a tertiary hospital. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed using chi-square and logistic regression statistics. According to the findings, most of the subjects were professional nurses at the expert level (41.9%). The subjects encountered incidence of adverse events (75.1%), never encountered adverse events and almost encountered adverse events (24.9%). In addition, reports were incomplete when adverse events occurred (52.8%). Overall perceived safety organization culture among professional nurses was high (90.4%). Factors related to adverse event reports were considered, beginner nurses were found to be 4.23 times more likely to make incomplete reports than expert nurses (AdjOR = 4.23 : 95%CI = 2.10-8.51). In addition, nurses with low-moderate perceived organization safety culture and perceived effects from incident reports were found to be 2.80 and 1.93 times more likely to make incomplete reports than nurses with high perception of the aforementioned topics (AdjOR = 2.80 : 95% CI = 1.22 - 6.43, 1.93 : 95%CI = 1.19 - 3.14, respectively). The findings provided recommendations for hospital administrators to specify nursing safety management practice guidelines for patients based on information systems for beginner nurses to receive effective supervision from senior nurses. Furthermore, hospital administrators should encourage personnel at every level to have access to safety organization culture on the topic of patient safety. Hospital administrators should promote reporting cultures without reprimands or punishments, and focus on the importance of reporting adverse events and near misses in order to lead to more effective practice guidelines aimed at reducing adverse events from nursing care.

Keywords: Organizational safety culture, Nursing practices safety standards, Incidence reporting

บทคัดย่อ

การเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพพบว่ายังขาดการรายงานที่สมบูรณ์อย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลตติยภูมิ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเกิดและการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด ความสัมพันธ์ด้านการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร และการปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 353 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์และสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในระดับพยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด ร้อยละ 41.9 พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ร้อยละ 75.1 ไม่เคยเกิดและเกือบเคยเกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 24.9 และเมื่อเกิดอุบัติการณ์จะมีการรายงานไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 52.8 ส่วนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 90.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่าพยาบาลระดับผู้เริ่มต้นจะมีโอกาสที่จะรายงานไม่สมบูรณ์เป็น 4.23 เท่าของพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ (AdjOR = 4.23: 95%CI= 2.10-8.51) อีกทั้งพบว่าพยาบาลที่มีการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กรและการรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์ในระดับต่ำ-ปานกลางมีโอกาสที่จะรายงานไม่

สมบูรณ์เป็น 2.80 และ 1.93 เท่า ของพยาบาลที่มีการรับรู้เรื่องดังกล่าวในระดับสูง (AdjOR = 2.80; 95%CI= 1.22-6.43, 1.93; 95%CI= 1.19-3.14 ตามลำดับ)ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานด้านการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยจากระบบนิเทศงานสำหรับพยาบาลระดับผู้เริ่มต้นให้ได้รับการกำกับดูแลจากพยาบาลที่เลี้ยงอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงกระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับได้เข้าถึงในวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่งเสริมเรื่องวัฒนธรรมการรายงานโดยไม่มี การตำหนิหรือลงโทษ เน้นให้เห็นความสำคัญเรื่องการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด เพื่อนำมาสู่การเกิดแนวทางปฏิบัติลดการเกิดเหตุการณ์ผิดพลาดจากการปฏิบัติงานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัย การรายงานอุบัติการณ์

บทนำ

วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรเปรียบเสมือนกลไกในการขับเคลื่อนให้บุคลากรเกิดการรับรู้และตระหนักในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของโรงพยาบาลที่จะได้รับการพิจารณารับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) องค์กรใดที่สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นได้จะเหมือนมีภูมิคุ้มกันที่สามารถตรวจจับป้องกันและนำมาใช้ในการวิเคราะห์แก้ไขปัญหาคืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้ทั้งนี้การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงเป็นวิธีที่จะช่วยให้องค์กรบรรลุความสำเร็จอย่างยั่งยืนโดยมีเป้าหมายสูงสุดคือผู้ป่วยได้รับการบริการที่ปราศจากอันตรายที่อาจเกิดจากความผิดพลาดในระหว่างเข้ารับบริการทางสุขภาพ² อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังคงมีการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาดสูงอยู่ จากการรายงานของสถาบันทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือเสียชีวิตจากความผิดพลาดจากการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนประมาณ 44,000 - 98,000 ราย นำมาซึ่งการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความผิดพลาดเป็นจำนวนเงินมากกว่า 37,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี³ สำหรับประเทศไทยจากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังพบว่าอัตราการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ถือว่ายังมีอัตราความผิดพลาดที่สูงอยู่มาก ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ความผิดพลาดและความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการรักษาผู้ป่วย พบว่ายังขาดการรายงานหรือมีการรายงานน้อยและไม่ครบถ้วนของพยาบาล เนื่องจากยังคิดว่าการรายงานเหตุการณ์ที่ผิดพลาดจะส่งผลกระทบต่อตนเอง จึงทำให้เกิดทัศนคติที่ผิดในการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทำให้ไม่ทราบข้อมูลที่แท้จริงจากปฏิบัติงานพยาบาลที่ผิดพลาดและไม่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ไม่ได้รับการแก้ไขที่สาเหตุแท้จริงและก่อให้เกิดความผิดพลาดดังกล่าวซ้ำได้อีก^{4,5} การปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพนั้นเป็นส่วนสำคัญ เพราะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การบริการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรงจึงนับเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพที่ได้กำหนดไว้ มีความรู้ มีทักษะความสามารถ ความเชี่ยวชาญและมีการพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติงานพยาบาล มีการจัดการบริหารความเสี่ยงต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ

โรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ เป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษานักกีฬาที่มีอาการบาดเจ็บ ผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และเป็นโรงพยาบาลสำหรับรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง⁶ ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพการบริการและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรจึงเป็นเรื่องจำเป็นต่อการได้การรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลตลอดจนเป็นการ

ตอบสนองต่อนโยบายที่มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานในการให้การบริการรักษาพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยเน้นความสอดคล้องในการรับรู้ของบุคลากรทุกระดับบริหารซึ่งเป็นผู้กำหนดแนวนโยบายและในระดับปฏิบัติการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำแนวนโยบายไปปฏิบัติโดยต้องมีความเข้าใจในแนวนโยบายที่เป็นไปในทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยอย่างช่วยลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ในระดับหนึ่ง

ด้วยเหตุนี้ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตรงตามมาตรฐานความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการรายงานอุบัติการณ์ผิดพลาดรวมถึงเหตุการณ์เกือบพลาด จากการปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยและศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อที่จะนำไปเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยเฉพะอย่างยิ่งในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเนื่องจากจะทำให้มองเห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นในเรื่องของการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรตามการรับรู้ในส่วนที่มีความแตกต่างกันของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับตามทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานพยาบาล เพื่อนำมาปรับปรุงให้บุคลากรขององค์กรได้รับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันส่งเสริมการปฏิบัติงานบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดจนการเพิ่มประสิทธิภาพในเรื่องของการรายงานความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การลดความผิดพลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ผล

พยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามในการศึกษานี้มีทั้งหมด 353 คน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 28.6 อยู่ที่ช่วงอายุ 26 - 30 ปี (ค่าเฉลี่ยอายุ 34.64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.40 ปี) สถานภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.2 โสด ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 92.4 จบปริญญาตรี ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 21.8 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยในอายุกรรมหัวใจ รองลงมาร้อยละ 15.0 ปฏิบัติงานที่แผนกศัลยกรรมหัวใจและปอด สำหรับตำแหน่งงานพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ 12.26 ปี และส่วนใหญ่มีระดับทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ รองลงมาเป็นพยาบาลผู้เริ่มต้นร้อยละ 41.9 และ 17.3 ตามลำดับ

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.4) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ 7 ด้าน พบว่า การรับรู้ด้านภาวะความปลอดภัยในองค์กรและการรับรู้สถานะผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์พบว่า มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.9 และร้อยละ 34.6 ตามลำดับส่วนด้านอื่นๆ พบว่า พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีการรับรู้ในระดับสูง อัตราการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ร้อยละ 75.1 สำหรับการรายงานเหตุการณ์ พบว่าเมื่อเกิดอุบัติการณ์จะมีการรายงานไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 52.8 ในรายประเด็นของการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของการล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมกับผู้ป่วยมีความผิดพลาดร้อยละ 52.1 รองลงมาคือ เกิดความผิดพลาดจากการให้ยาและสารน้ำในผู้ป่วยร้อยละ 29.2 และร้อยละ 22.1 เกิดการบังคับตัวผู้ป่วยผิดพลาด สำหรับการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่าเมื่อไม่ได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของการล้างมือ ร้อยละ 45.65 จะไม่มีการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรองลงมาร้อยละ 21.7 เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มพบว่าจะไม่มีการรายงานเหตุการณ์ผิดพลาดดังกล่าว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนอุบัติการณ์ การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำแนกตามการเกิดเหตุการณ์

| ประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ | การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ | จำนวน (ร้อยละ) | การรายงาน จำนวน (ร้อยละ) | |
|--|-------------------------------|----------------|--------------------------|------------|
| | | | สมบูรณ์ | ไม่สมบูรณ์ |
| ภาพรวม | เคยเกิดขึ้น | 265 (75.1) | 125 (47.2) | 140 (52.8) |
| | ไม่เคยเกิดและเกือบผิดพลาด | 88 (24.9) | 57 (64.8) | 31 (35.2) |
| 1. การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของการล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมกับผู้ป่วย | เคยเกิดขึ้น | 184 (52.1) | 100 (54.4) | 84 (45.6) |
| | เกือบผิดพลาด | 56 (15.9) | 30 (53.6) | 26 (46.4) |
| | ไม่เคยเกิดขึ้น | 113 (32.0) | - | - |
| 2. ความผิดพลาดจากการให้ยาและสารน้ำในผู้ป่วย | เคยเกิดขึ้น | 103 (29.2) | 88 (85.4) | 15 (14.6) |
| | เกือบผิดพลาด | 80 (22.7) | 41 (51.3) | 39 (48.7) |
| | ไม่เคยเกิดขึ้น | 170 (48.2) | - | - |
| 3. การชี้บ่งตัวผู้ป่วยผิดพลาด | เคยเกิดขึ้น | 78 (22.1) | 66 (84.6) | 12 (15.4) |
| | เกือบผิดพลาด | 64 (18.1) | 31 (48.4) | 33 (51.6) |
| | ไม่เคยเกิดขึ้น | 211 (59.8) | - | - |
| 4. การเกิดผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม | เคยเกิดขึ้น | 60 (17.0) | 47 (78.3) | 13 (21.7) |
| | เกือบผิดพลาด | 48 (13.6) | 27 (56.3) | 21 (43.7) |
| | ไม่เคยเกิดขึ้น | 245 (69.4) | - | - |
| 5. ท่อช่วยหายใจหลุดเลื่อน | เคยเกิดขึ้น | 42 (11.9) | 41 (97.6) | 1 (2.4) |
| | เกือบผิดพลาด | 35 (9.9) | 14 (40.0) | 21 (60.0) |
| | ไม่เคยเกิดขึ้น | 276 (78.2) | - | - |
| 6. ความผิดพลาดจากการให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด | เคยเกิดขึ้น | 2 (0.6) | 2 (100.0) | 0 (0.0) |
| | เกือบผิดพลาด | 24 (6.8) | 21 (87.5) | 3 (12.5) |
| | ไม่เคยเกิดขึ้น | 327 (92.6) | - | - |

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด ได้แก่ (1) พยาบาลผู้เริ่มต้น ในขณะที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ให้คงที่มีโอกาสเกิดการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาดเป็น 2.31 เท่าของกลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Adj OR = 2.38: 95% CI = 1.09-5.18) และ (2) ผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมหัวใจ อายุรกรรมปอดผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมหัวใจ/ปอด และผู้ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกหัวใจ/ปอด ผู้ป่วยฉุกเฉิน คลินิกตรวจพิเศษ ขณะที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ เพิ่มโอกาสในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด (Adj OR = 3.74: 95% CI = 1.20-11.68 และ Adj OR = 3.45: 95% CI = 1.05-11.31 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัด/วิสัญญี ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การให้ยาและสารน้ำผิดพลาด ได้แก่ (1) พยาบาลผู้เริ่มต้นเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ให้คงที่ มีความเสี่ยงต่อการให้ยาและสารน้ำผิดพลาด 2.31 เท่าของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Adj OR = 2.31: 95%CI = 1.10-4.87) และ (2) ผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมหัวใจอายุรกรรมปอด แผนกวิกฤตอายุรกรรมหัวใจวิกฤตศัลยกรรมหัวใจวิกฤตอายุรกรรมปอด และแผนกศัลยกรรมหัวใจและปอด และศัลยกรรมหัวใจ/ปอด ในขณะที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ให้คงที่ มีโอกาสเกิดการให้ยาและสารน้ำผิดพลาดมากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัด/วิสัญญี, ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด (Adj OR = 3.15:95%CI = 1.29-7.72, Adj OR = 3.75: 95%CI = 1.46-9.65 และ Adj OR = 3.41:95% CI = 1.27-9.21 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุการณเหตุการณไม่พึงประสงค์ กรณี: การเกิดการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาดเทียบกับไม่เคยเกิดการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาดและกรณี: เกิดการให้ยาและสารน้ำผิดพลาดเทียบกับไม่เคยเกิดการให้ยาและสารน้ำผิดพลาดเมื่อควบคุมตัวแปรจน

| ตัวแปร | Model 1 | | Model 2 | |
|--|-----------|-------------|-----------|------------|
| | Adjust OR | 95% CI | Adjust OR | 95% CI |
| ประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล | | | | |
| พยาบาลผู้เริ่มต้น | 2.38 | 1.09-5.18* | 2.31 | 1.10-4.85* |
| พยาบาลผู้เรียนรู้ | 1.7 | 0.65-4.45 | 1.36 | 0.54-3.43 |
| พยาบาลผู้ปฏิบัติ | 0.98 | 0.43-2.22 | 1.1 | 0.51-2.37 |
| พยาบาลผู้ชำนาญ | 1.22 | 0.55-2.72 | 1.33 | 0.62-2.87 |
| พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ | 1 | | 1 | |
| แผนกที่ปฏิบัติงาน | | | | |
| ผู้ป่วยนอกหัวใจ/ปอด ผู้ป่วยฉุกเฉิน คลินิกตรวจพิเศษ | 3.45 | 1.05-11.31* | 1.33 | 0.45-3.91 |
| อายุรกรรมหัวใจ อายุรกรรมปอด | 2.84 | 0.98-8.24 | 3.15 | 1.29-7.72* |
| วิกฤตอายุรกรรมหัวใจ วิกฤตศัลยกรรมหัวใจ | 2.62 | 0.87-7.88 | 3.75 | 1.46-9.65* |
| วิกฤตอายุรกรรมปอด | | | | |
| ศัลยกรรมหัวใจ/ปอด | 3.74 | 1.20-11.68* | 3.41 | 1.27-9.21* |
| ห้องผ่าตัด/ วิสัญญี ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด | 1 | | 1 | |
| การรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร | | | | |
| ต่ำ - ปานกลาง | 2.22 | 0.95-5.21 | 1.38 | 0.61-1.86 |
| สูง | 1 | | 1 | |
| การรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์ | | | | |
| ต่ำ - ปานกลาง | 0.61 | 0.34-1.12 | 1.06 | 0.61-1.86 |
| สูง | 1 | | 1 | |

**p-value <0.05

Model 1: การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด vs. ไม่เคยเกิดการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด

Model 2: การให้ยาและสารน้ำผิดพลาด vs. ไม่เคยเกิดการให้ยาและสารน้ำผิดพลาด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณไม่พึงประสงค์และเหตุการณเกือบพลาด ได้แก่ (1) พยาบาลผู้เริ่มต้นในขณะที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ให้คงที่ จะมีความเสี่ยงต่อการไม่รายงานไม่สมบูรณ์ 4.23 เท่าของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Adj OR= 4.23: 95%CI= 2.10-8.51) (2) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ พบว่าพยาบาลที่มีการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กรในระดับต่ำ-ปานกลางมีโอกาสที่จะรายงานไม่สมบูรณ์เป็น 2.80 เท่าของพยาบาลที่มีการรับรู้เรื่องดังกล่าวในระดับสูง (AdjOR= 2.80: 95%CI= 1.22-6.43) และ(3) การรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ พบว่าพยาบาลที่มีการรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณในระดับต่ำ-ปานกลางมีโอกาสที่จะรายงานไม่สมบูรณ์เป็น 1.93 เท่าของพยาบาลที่มีการรับรู้เรื่องดังกล่าวในระดับสูง (Adj OR= 1.93: 95%CI= 1.19-3.14) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณไม่พึงประสงค์และเหตุการณเกือบพลาด เมื่อควบคุมตัวแปรจน

| ตัวแปร | Adjust OR | 95% CI | p-value |
|---------------------------------------|-----------|-----------|---------|
| ประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล | | | |
| พยาบาลผู้เริ่มต้น | 4.23 | 2.10-8.51 | 0.001* |
| พยาบาลผู้เรียนรู้ | 1.44 | 0.64-3.25 | 0.382 |
| พยาบาลผู้ปฏิบัติ | 0.92 | 0.47-1.77 | 0.778 |
| พยาบาลผู้ชำนาญ | 1.16 | 0.60-2.24 | 0.664 |
| พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ | 1 | | |

| ตัวแปร | Adjust OR | 95% CI | p-value |
|--|-----------|-----------|---------|
| แผนกที่ปฏิบัติงาน | | | |
| ผู้ป่วยนอกหัวใจ/ ปอด ผู้ป่วยฉุกเฉิน คลินิกตรวจพิเศษ | 1.05 | 0.45-2.46 | 0.910 |
| อายุรกรรมหัวใจ อายุรกรรมปอด | 1.86 | 0.91-3.79 | 0.088 |
| วิกฤตอายุรกรรมหัวใจ วิกฤตศัลยกรรมหัวใจ วิกฤตอายุรกรรมปอด | 1.17 | 0.54-2.52 | 0.696 |
| ศัลยกรรมหัวใจ/ ปอด | 0.86 | 0.37-1.99 | 0.716 |
| ห้องผ่าตัด/ วิสัญญี ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด | 1 | | |
| การรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร | | | |
| ต่ำ - ปานกลาง | 2.80 | 1.22-6.43 | 0.015* |
| สูง | 1 | | |
| การรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์ | | | |
| ต่ำ - ปานกลาง | 1.93 | 1.19-3.14 | 0.008* |
| สูง | 1 | | |

*p-value < 0.05

วิจารณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด คือประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล และแผนกที่ปฏิบัติงานตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาลน้อยจะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดอุบัติการณ์หรือข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงานกล่าวคือพยาบาลในระดับผู้เริ่มต้นหรือพยาบาลจบใหม่มักถูกคาดหวังในเรื่องความรู้ความสามารถและทักษะการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน รวมถึงพยาบาลในระดับผู้เริ่มต้นยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ขาดความชำนาญในการคิดวิเคราะห์และการวางแผนส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน¹²

แผนกที่ปฏิบัติงานเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีรายงานการศึกษาพบว่าในบางแผนกสัดส่วนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลต้องมีการระงับงานมาก เนื่องจากในแต่ละวันมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลอย่างทั่วถึง ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จนอาจทำให้เสียชีวิตได้¹³ สำหรับประเทศไทยโรงพยาบาลบางแห่งต้องเผชิญกับการขาดแคลนพยาบาล ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติงานล่วงเวลาเพิ่มขึ้น และเมื่อต้องปฏิบัติงานเกินเวลาอยู่บ่อยครั้งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมีความอ่อนแอ และตอบสนองช้า อาจก่อให้เกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติงานได้¹⁴⁻¹⁵

ปัจจัยที่มีผลต่อการรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด คือประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย และการรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แต่ไม่มีการรายงาน เนื่องจากพยาบาลกลัวปฏิกิริยาจากผู้บริหารและผู้ร่วมงานรวมถึงกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน และเห็นว่าการรายงานไม่ได้ช่วยลดและป้องกันความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้¹⁶ งานวิจัยในประเทศเกาหลี¹⁷ พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่สะดวกใจต่อการรายงานความผิดพลาดหรือการสื่อสารประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย รวมถึงพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

สามารถค้นหาความเสี่ยงที่เป็นประเด็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้น้อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในองค์กรนานๆ จะมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยสูง เนื่องจากเป็นบุคลากรที่มีการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ทำงานโดยตรงและได้รับการฝึกอบรมต่างๆ¹⁶ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย และการรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการรายงานอุบัติการณ์ขึ้นอยู่กับบรรยากาศ วัฒนธรรมขององค์กรเกี่ยวกับการจัดการปัญหาความเสี่ยง ซึ่งมีเพียงประมาณร้อยละ 10 - 20 ของความผิดพลาดมีการรายงานการผิดพลาดออกไปทั้งยังมีความไม่ปลอดภัยหรือความเสี่ยงทางคลินิกจำนวนมากที่ไม่ถูกรายงาน เพราะแพทย์มักมองว่าเป็นเรื่องปกติหรือกลัวว่าจะถูกร้องเรียน ฟ้องร้องจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยในภายหลัง¹⁸

สรุป

การศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย จำนวน 353 คน พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ร้อยละ 75.1 สำหรับการรายงานอุบัติการณ์พบว่าร้อยละ 52.8 เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะมีการรายงานที่ไม่สมบูรณ์ ส่วนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยรวมพบว่า ร้อยละ 90.4อยู่ในระดับสูงส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด และการให้ยาและสารน้ำผิดพลาด คือ ประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล และแผนกที่ปฏิบัติงาน ในส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด คือ ประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล การรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร และการรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์

สรุป

ผู้บริหารควรมีการส่งเสริมประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ให้เกิดการรับรู้ และเข้าใจในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและส่งเสริมบุคลากร ให้เกิดทัศนคติที่ดีในเรื่องวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงต่างๆ ตั้งแต่เหตุการณ์ที่เกือบผิดพลาดจนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้การ สนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอ ตลอดจนสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อปลูกจิตสำนึกให้บุคลากรตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและ เกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

References

1. Healthcare Accreditation institute. Hospital Accreditation. [Internet].2014. [cited 2016 Nov 10] Available from:<http://www.ha.or.th>
2. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M, et al. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care* 2007; 16:313-20.
3. Institute Of Medicine (IOM). To error is human: building a safer health system.[Internet]. 2012. [cited 2014 Oct 1]. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.
4. Phadungsong, P. Relationship between communication skill, job autonomy, and patient safety management as perceived by staff nurses, regional hospital and medical centers.Master's thesis of Nursing Science.Nursing Administration, Bangkok: Chulalongkorn University; 2003.
5. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *QualSaf Health Care* 12 (Suppl):ii17-ii23. [Internet]. 2003. [cited 2016 Nov 10]. Available from:<http://www.qshc.bmj.com>
6. Department of Medical Services. Annual Report 2016 Department of Medical Services.Nonthaburi. Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2016.
7. Ginsburg RL, Tregunno D, Fleming M, Flemons W, Gilin D, Norton P. "Perceptions of patient safety culture in six Canadian health care organizations" Paper presented in Patient Safety Research in 6 Healthcare Organizations Page 1-35, November 5, 2007. Ottawa, Canada. [Internet]. 2007. [cited 2014 Nov 12. Available from:http://www.atkinson.yorku.ca/~safetyculture/reports_docs/ PSC_2007_ MainReport.pdf
8. Benner P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. California: Addison-Wesley; 1984.
9. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
10. Phadungsuk S.Nurse's perception on patient safety culture and incidence of adverse events in Northern Regional Hospitals.Master's thesis of Nursing Science, Nursing Administration, Chiangmai: Chiangmai University; 2009.
11. Suriyawong W. Organization safety culture and compliance with safety practices among registered nurses at a tertiary care hospital. Master's thesis of Nursing Science, Community Health Nurse Practitioner, Bangkok: Mahidol University; 2015.
12. Tamarpirat N, Oumtanee A. Being a newly graduated nurse working under supervision of a mentor. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18: 32-40.
13. Kang JH, Kim CW, Lee SY. Nurse-perceived patient adverse events depend on nursing workload. *Osong Public Health Res Perspect* 2016; 7: 56-62.
14. Thailand Nursing and Midwifery Council.Strategic plan Thailand nursing and midwifery council No.3. (2012-2016). [cited 2016 Nov 30]Available from:http://www.tnc.or.th/files/2010/09/page-239/_19333.pdf
15. Supamenee T, Kunaviktikul W, Keitlertnapha P. Nurses' extended work hours and outcomes in community hospitals. *Nursing Journal* 2014; 41: 48-58.
16. Mathapun K. Factors associated with perceived safety culture in personal: a case study of a private group in Thailand. Master's thesis of Science, Public Health Administration, Bangkok: Mahidol University; 2013.
17. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea.*West. J. Nurs. Res* 2007; 29: 827-44.
18. Chaloeykitti S, Kamprow P, Promdet S. Patient safety and quality of nursing service. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014; 15: 66-70.