

ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*

Factors Affecting Patient Safety Culture in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

สาธกา ธาตรีนันท์, ทพม. (Sathaka Thatreenaranon, DDS.)**

พรทิพย์ เกยุรานนท์, Dr. PH. (Porntip Keyuranon, Dr. PH.)***

อารยา ประเสริฐชัย, Ph.D. (Araya Prasertchai, Ph.D.)****

Abstract

The purposes of this survey research were to assess the patient safety culture in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, determine patient safety culture among personnel by working group, section and position and to identify predictive factors that affect patient safety culture in the Institute. The sample consisted of 227 personnel, who worked with patients, selected using the stratified random sampling procedure. The research instrument was a questionnaire containing three parts: factors affecting patient safety culture, patient safety culture, and general health, with the reliability values of 0.95, 0.94 and 0.85, respectively. Percentage, mean, standard deviation, t-test, one way ANOVA and stepwise multiple regression analysis were utilized in the data analysis.

The results revealed that patient safety culture in Somdet Chaopraya Institute of

Psychiatry was at a high level; for all the elements, reporting culture, learning culture, wary culture and just culture were at a high level, while flexible culture was at a medium level. Personnel with different working groups, sections and positions did not have different patient safety culture. The factors that significantly affected patient safety culture, at level of 0.05, were teamwork, organization, administrators and educational level; the four factors could 61.1% predict the patient safety culture.

This study suggested that the Institute should improve patient safety culture in the flexible culture aspect by developing the coordination system so as to quickly and effectively deal with adverse events and the risk management committee should increase its role in supporting and assisting organizational units to solve patient safety problems.

Keywords: patient safety culture, teamwork factor, organization factor, administrator factor

* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** Corresponding author, ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข E-mail: sathaga02z@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**** อาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากร จำแนกตามกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่ง และศึกษาปัจจัยทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวน 227 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และภาวะสุขภาพทั่วไป โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95, 0.94 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามีวิวัฒธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านวัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง และวัฒนธรรม ความเป็นธรรม ยกเว้นด้านวัฒนธรรมความยืดหยุ่นที่อยู่ในระดับปานกลาง และบุคลากรที่อยู่ในกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่งที่ต่างกัน มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน โดยปัจจัยทีมงาน ปัจจัยองค์กร

ปัจจัยผู้บริหาร และระดับการศึกษา มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 61.1

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า สถาบันฯ ควรสร้างเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านวัฒนธรรมความยืดหยุ่น โดยพัฒนาระบบการประสานงานเพื่อให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรเพิ่มบทบาทในการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือหน่วยงานในการแก้ไขปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย **คำสำคัญ** วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร

ความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546) โดยความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยและการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (วีณา และเกรียงไกร จีระแพทย์, 2550) การที่จะเริ่มต้นความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพนั้น วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ (Pronovast and Sexton, 2005) เนื่องจากวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อให้เกิดความร่วมมือของบุคคลในองค์กร ทำให้ทุกคนมีความมุ่งมั่นในการสร้างแนวทางและจัดการกับ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2552) ได้ให้นิยามว่า วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) คือ คุณลักษณะขององค์กรใน ด้านความปลอดภัย ดังนี้ (1) การรับรู้ถึงธรรมชาติ ในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาส เกิดความผิดพลาด (2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิ กัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ (3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกัน ความล่าช้าและผิดพลาดต่างๆ (4) ความเต็มใจขององค์กร ที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย นอกจากนี้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ยังมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานขององค์กรโดย สามารถลดข้อผิดพลาดการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงของเหตุไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย ลดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการบำบัดรักษาผลข้างเคียง และลดค่าใช้จ่ายทางการเงินและสังคมของผู้ป่วย (Ginsburg, 2006) ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ ปัจจุบันสถานพยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เกิดขึ้น ในองค์กร (สุเมธา เสงประเสริฐ, 2548) สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นหน่วยงาน สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและประสาท จิตเวชศาสตร์ ประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐาน ในการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็น หนึ่งในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความไม่ปลอดภัยในการรักษาได้สูง (สถาบันรับรองคุณภาพสถาน พยาบาล, 2546) โดยความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวช

นั้นจะแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ในผู้ป่วยทั่วไป มักเกิดความเสี่ยงจากการให้บริการการแพทย์ แต่ ผู้ป่วยจิตเวชนั้นปัญหาความเสี่ยงที่พบจะมัก เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมรุนแรงจะมีอาการควบคุมตนเองไม่ได้ ก้าวร้าว มีแนวโน้มที่จะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้คนรอบข้างและทรัพย์สินสิ่งของที่อยู่กับตัว ผู้ป่วย (กัลยา ภักดีมงคล และเพชร คันธสาขี, 2548) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มของ ยานอนหลับ ยาต้านโรคจิต มีผลให้เกิดอาการ ง่วงซึมและวิงเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนอิริยาบถ อาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้ (ละเอียด พรรณเชษฐ์, ภิญญาดา ภักดีกิจจารุ, สุธา ไชยาคิกุล, 2551) สำหรับผลการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ได้มีรายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ได้แก่ ล้ม ทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตัวเอง หลบหนีสำเร็จ และผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2552) โดยที่ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง และการนำผลการบริหารความเสี่ยงมาใช้ประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง (ละเอียด รอดจันทร์, 2551) จากผลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นในการ พัฒนาและปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสูงทั่วทั้งองค์กร ซึ่งการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นสิ่งแรกที่จะต้องทราบ คือ สถานะหรือระดับของวัฒนธรรม ขององค์กรในปัจจุบัน (National Patient Safety Agency, 2008) เพื่อนำไปวางแผนแนวทางปรับปรุง ระบบการดูแลรักษาพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพ

ของระบบบริหารความเสี่ยง โดยทั่วไปวัฒนธรรมองค์กรจะอยู่ร่วมกับระบบต่าง ๆ ในองค์กรมากมายซึ่งระบบเหล่านี้จะส่งผลกระทบถึงกันตลอดเวลา วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยก็เช่นเดียวกัน คือจะได้รับผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ ขององค์กร ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีหลายประการ (วันชัย มีชาติ, 2544; Reason, 1995; Vincent, Taylor-Adams, Stanhope, 1998; วิณา และเกรียงไกร จิระแพทย์, 2550) ได้แก่ ปัจจัยทีมงานที่เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เน้นการสื่อสารกันระหว่างสมาชิกในทีม ปัจจัยผู้บริหารในด้านพฤติกรรมที่เป็นตัวอย่างและการสนับสนุนบุคลากร ปัจจัยองค์กรในด้านกฎ ระเบียบ นโยบาย ปัจจัยระบบการทำงานที่เกี่ยวกับโครงสร้างการทำงาน คู่มือการปฏิบัติงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อมขณะปฏิบัติงานที่เอื้อต่อการทำงานของบุคลากร และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัจจัยผู้ป่วยในด้านความรุนแรงของโรค ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยภายนอก ส่วนปัจจัยภายในจะเป็นคุณลักษณะของบุคลากรที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยรวมถึงภาวะสุขภาพด้วยการที่ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้จะช่วยในการปรับปรุงและจัดการเพื่อให้องค์กรมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นไปดังต้องการ โดยปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งช่วยผลักดันให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ประสบความสำเร็จอย่างเป็นระบบและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

จากสภาวะการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบัน

จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาด้านของความปลอดภัยผู้ป่วยและปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร เพื่อนำไปสู่ประสิทธิภาพในการบริหารความเสี่ยงและปรับปรุงการบริการที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

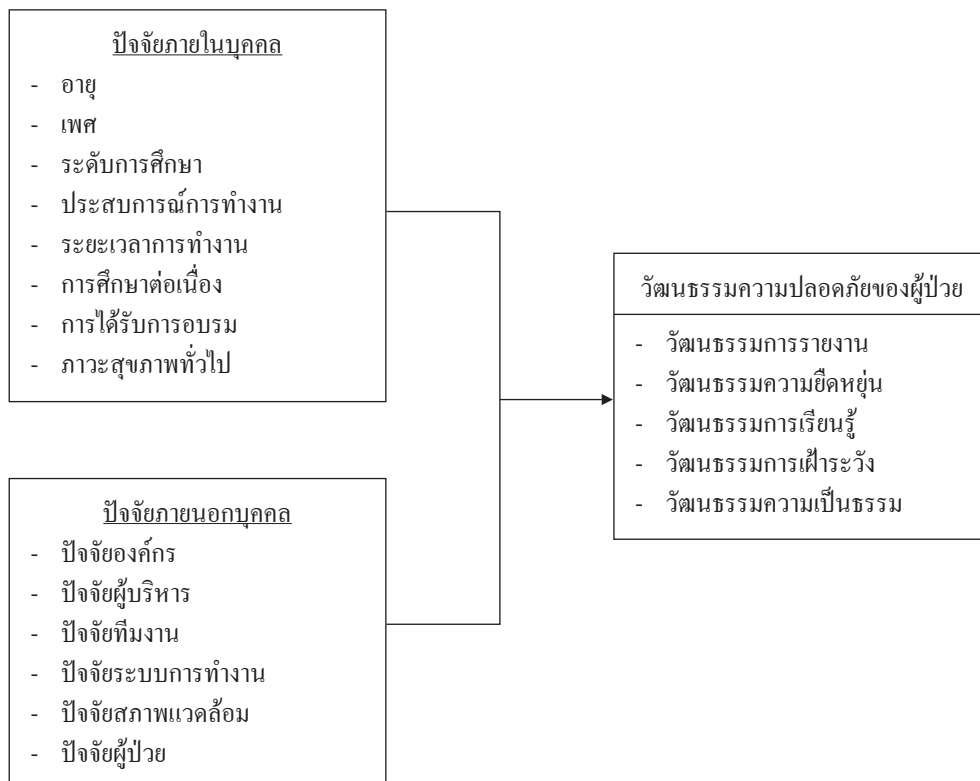
1. ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
2. ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรจำแนกตามกลุ่มภารกิจหน่วยงาน และตำแหน่งของบุคลากร
3. ศึกษาปัจจัยทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของสมาคมพยาบาลผ่าตัด (Association of periOperative Registered Nurses-AORN, 2006) โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นประกอบด้วยวัฒนธรรมย่อย 5 ด้าน ได้แก่ วัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมความยืดหยุ่น วัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง และวัฒนธรรมความเป็นธรรม และใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาการทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง การได้รับการอบรม

ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยระบบการทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อม

ปัจจัยผู้ป่วย (วันชัย มีชาติ, 2544; Reason, 1995; Vincent, et al., 1998; วิณา จีระแพทย์ และ เกรียงไกร จีระแพทย์, 2550) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในหน่วยงานด้านการรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วย กลุ่มบริการทางคลินิก กลุ่มบริการทางการแพทย์ และกลุ่มการพยาบาล จำนวน 557 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เกรกซีและมอร์แกน ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 227

คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาการทำงาน ตำแหน่ง การศึกษาต่อเนื่อง การได้รับการอบรม และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยระบบการทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อม ปัจจัยผู้ป่วย (วันชัย มีชาติ, 2544; Reason, 1995; Vincent, et al., 1998; วิณา จีระแพทย์ และเกรียงไกร จีระแพทย์, 2550) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จาก 5 มากที่สุด ถึง 1 น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดของสมาคมพยาบาลผดุงครรภ์ (2006) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จาก 5 มากที่สุด ถึง 1 น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ภาวะสุขภาพทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป (The 36-Item Short-Form Health - SF-36) ของวัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแด้ม (2548) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale มีช่วงคะแนนระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 แสดงว่ามีสุขภาพดี และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 แสดงว่ามีปัญหาสุขภาพ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง 4 ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และภาวะสุขภาพทั่วไป

เท่ากับ 0.95 0.94 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2554 ถึง 18 ตุลาคม พ.ศ.2554 และได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืน 201 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 88.55

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (Independent t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการวิจัยและกรอกแบบฟอร์มยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและคำตอบในแบบสอบถามหรือข้อมูลทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหาย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม หากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีความประสงค์ออกจากการศึกษาวิจัย สามารถแจ้งขอยกจากการวิจัยได้ก่อนการดำเนินวิจัยจะสิ้นสุด ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ

70.15 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 28.36 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.31 ประสบการณ์การทำงานต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 20.90 ระยะเวลาการทำงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 28.36 ได้รับการศึกษาต่อเนื่องร้อยละ 58.21 ได้รับการอบรมร้อยละ 94.53 ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล ร้อยละ 59.20 ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 85.07 และมีภาวะสุขภาพทั่วไปดี ร้อยละ 84.58

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบว่าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = 0.43) เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า มีวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้านไม่ว่าด้านวัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง และวัฒนธรรมความเป็นธรรม ($\bar{x}$ ระหว่าง 3.72 ถึง 4.12) ยกเว้นด้านวัฒนธรรมความยืดหยุ่นที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.66$, S.D. = 0.59) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา (n=201)

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
องค์ประกอบด้าน	3.86	.50	สูง
1. วัฒนธรรมการรายงาน	3.66	.59	ปานกลาง
2. วัฒนธรรมความยืดหยุ่น	3.90	.60	สูง
3. วัฒนธรรมการเรียนรู้	4.12	.50	สูง
4. วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง	3.72	.49	สูง
5. วัฒนธรรมความเป็นธรรม			
รวม	3.86	.43	สูง

2. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรจำแนกตามกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่ง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามกลุ่มภารกิจ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจที่แตกต่างกันมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

กัน ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อทำการเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามหน่วยงาน และตำแหน่งของบุคลากรด้วยการทดสอบค่าที พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน และตำแหน่งที่แตกต่างกันมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ตามกลุ่มภารกิจ (n=201)

ตัวแปร	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย			F	p- value
	n	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มภารกิจ					
กลุ่มบริการทางคลินิก	28	3.82	.53	.14	.87
กลุ่มบริการทางการแพทย์	54	3.87	.41		
กลุ่มการพยาบาล	119	3.86	.39		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ตามหน่วยงาน และตำแหน่งของบุคลากร (n=201)

ตัวแปร	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย			t	p- value
	n	$\bar{x}$	S.D.		
หน่วยงาน					
ด้านการรักษา	156	3.85	.43	-.55	.58
ด้านสนับสนุนการรักษา	45	3.89	.39		
ตำแหน่ง					
ผู้บริหาร	30	3.98	.37	-1.75	.08
ผู้ปฏิบัติงาน	171	3.83	.43		

3. ปัจจัยทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาพบว่า ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร และระดับการศึกษา สามารถทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถร่วมกันพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 61.1 ($R^2 =$

.611) โดยปัจจัยทีมงานสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้มากที่สุด ($\beta = .40$, $p < .01$) รองลงมาเป็นปัจจัยองค์กร ($\beta = .27$, $p < .01$) และปัจจัยผู้บริหาร ($\beta = .20$, $p < .01$) ส่วนระดับการศึกษาพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้น้อยที่สุด ($\beta = .11$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนเพื่อพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p-value
1. ปัจจัยทีมงาน	.75	.13	.40	5.60	.00
2. ปัจจัยองค์กร	.92	.21	.27	4.27	.00
3. ปัจจัยผู้บริหาร	.69	.20	.20	3.47	.00
4. ระดับการศึกษา	3.15	1.26	.11	2.51	.01

ค่าคงที่ 30.74 ; SE_{est} = $\pm$ 7.76
R=.782 R²=.611 ; F=77.082 ; p-value=.000

อภิปรายผล

1. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสูง เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสูงเกือบทุกด้านไม่ว่าด้านวัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง และวัฒนธรรมความเป็นธรรม ยกเว้นด้านวัฒนธรรมความยืดหยุ่นที่อยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากในระบบของการพัฒนาคุณภาพประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่ทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลนั้นจะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยานั้นได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ จึงมีการพัฒนาคุณภาพทั้งในด้านกระบวนการระบบ และแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงการมีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง และการพัฒนาคุณภาพในการให้การบริการอย่างต่อเนื่อง (สะแกวัลย์

ผดุงศักดิ์, 2552; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน), 2553) โดยองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงสุด คือ วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = .50) อาจเนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้มีการสร้างโปรแกรมค้นหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมหลบหนีจากโรงพยาบาล สำหรับใช้สื่อสารปัญหาความเสี่ยงของการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละคนให้ทีมสหวิชาชีพทราบ (นพดล วาณิชชิต, ชลพร กองคำ และกาญจนา สุทธิเนียม, 2548) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการคัดกรองและเฝ้าระวัง และทำให้มีความไวในการรายงานและการจัดการให้ทันเหตุการณ์ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2553) สำหรับองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำสุด คือ วัฒนธรรมความยืดหยุ่น ($\bar{x}$ = 3.66, S.D. = 0.59) เนื่องจากระบบ

ราชการในองค์กรมีโครงสร้างสายบังคับบัญชา และมีกฎระเบียบมากอาจทำให้การดำเนินการเพื่อแก้ไขหรือป้องกันสถานการณ์ต่างๆ ทำได้ช้าไม่ทันทั่วถึง ดังนั้น องค์กรระบบบริการสุขภาพควรพัฒนาระบบการทำงานให้มีการประสานงานในแนวราบและทำงานเป็นทีมมากขึ้น เพื่อให้มีความคล่องตัวในการให้บริการรวมทั้งสามารถวินิจฉัยและแก้ปัญหาระบบการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบทบาทของผู้บังคับบัญชาควรเปลี่ยนแปลงจากการเป็นผู้ตัดสินใจสั่งการและมีอำนาจเหนือลูกน้องมาเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหาเอง โดยมอบอำนาจให้แต่ละจุดทำงานมีความยืดหยุ่นและเปิดรับในการพัฒนาคุณภาพการทำงาน (ชูศรี มโนการ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2550)

2. ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ระหว่างบุคลากรจำแนกตามกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่ง นั้นมีค่าไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ที่พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลระดับบริหารและระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Sexton และคณะ (2006) ที่พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาลเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทขององค์กรที่แตกต่างกัน และการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยใช้แบบสอบถามที่มีองค์ประกอบต่างกัน

3. ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร และระดับการศึกษา เป็นปัจจัยทำนาย

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ร้อยละ 61.1 ปัจจัยทีมงานสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้มากที่สุด รองลงมาเป็นปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร และระดับการศึกษา ตามลำดับ อธิบายได้ว่าปัจจัยทีมงานทำให้นุคลากรทำงานร่วมกันเป็นทีมในลักษณะสหวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย นุคลากรเปิดใจรับฟังข้อเสนอแนะซึ่งกันและกันรวมทั้งกล้าคิดกล้าทำสิ่งใหม่ๆ ส่งผลให้มีการนำปัญหาด้านความเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานมาทบทวนปรับปรุงร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2553) ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยาพร ประสาระเอ (2545) ที่พบว่า ปัจจัยการทำงานเป็นทีมมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางการพัฒนาและรับรองคุณภาพ และสอดคล้องกับ บุญบา สังข์ทอง (2550) ซึ่งศึกษาการจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพบริการหอผู้ป่วยวิกฤต ในด้านปัจจัยองค์กรที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากองค์กรเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิผลงานสุขภาพจิตและมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างนโยบายและการปฏิบัติกับประสิทธิผลงานสุขภาพจิต (จิรัฐกรณ์รุ่งสี, 2543) ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของชูศรี มโนการ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2550) ที่พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการสนับสนุน

และส่งเสริมจากองค์กร จะทำให้เกิดความร่วมมือและยินดีปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร ปัจจัยผู้บริหารมีผลในการส่งเสริมกระบวนการจัดการด้านความปลอดภัยในองค์กร ได้แก่ การเปิดกว้างในแนวนโยบายในด้านการความปลอดภัยผู้ป่วย การสนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงาน การสร้างบรรยากาศการทำงานที่ทุกคนสามารถพูดคุยและเรียนรู้เกี่ยวกับข้อผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเปิดเผย และการพิจารณาการให้รางวัลในกิจกรรมเพื่อพัฒนางานด้านความปลอดภัยผู้ป่วย (Ginsburg, 2006) ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับ ยอดชาย สุวรรณวงศ์ (2546) ที่ศึกษาบรรยากาศองค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองของบุคลากรโรงพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่าการที่ผู้บริหารให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยกำหนดเป็นนโยบายและมีการชี้แจงนโยบาย ส่งผลให้บุคลากรรับทราบนโยบายด้านความปลอดภัยผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันได้ง่าย ส่วนระดับการศึกษานั้นทำให้บุคคลมีความรู้ ความสามารถ มีการพัฒนาสมรรถนะสำหรับการปฏิบัติงาน (อวยพร สมใจ, พรทิพย์ เกตุรานนท์ และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550) ทำให้สามารถทำงานด้านความปลอดภัยผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันฯ ควรพัฒนาวัฒนธรรมความ

ปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านวัฒนธรรมความยึดหยุ่น โดยพัฒนาระบบการประสานงานเพื่อให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2. สถาบันฯ ควรเสริมสร้างปัจจัยทีมงานให้เข้มแข็ง โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรเพิ่มบทบาทในการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือบุคลากรและหน่วยงานเมื่อเกิดปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ นายแพทย์นพดล วาณิชฤดี อาจารย์เรวัติ ศิรินคร อาจารย์ละเอียด รอดจันทร์ อาจารย์วิภา วณิชกิจ และอาจารย์อำพัน วิมลวัฒนา ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแบบสอบถาม และขอขอบคุณบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา ภักดีมงคล และเพชร กันธสาขบัว. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 19(2), 14-20.
- จรัสกร ญัฐรังสี. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- ชูศรี มโนการ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2550).

- การวิเคราะห์ห้วงที่ประกอบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาล*, 22(2), 57-71.
- นพดล วาณิชชิตี, ชลพร กองคำ และกาญจนา สุทธิเนียม. (2548). โปรแกรมการค้นหาและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมหลบหนี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 19(2), 43-54.
- บุษบา สังข์ทอง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัย การทำงานเป็นทีม ความมีอิสระในงานกับคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยอดชาย สุวรรณวงษ์. (2546). *บรรยากาศองค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองของบุคลากรโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(เวชศาสตร์ชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตติยาพร ประสาระเอ. (2545). *การศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ตามแนวทางการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลนาเชือก*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาบัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏมหาสารคาม.
- ละเอียด รอดจันทร์. (2551). *ประสิทธิผลการบริหารความเสี่ยง:สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*. ภาคนิพนธ์มหาบัณฑิต รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- ละเอียด พรรณเชษฐ์, ภิญญาดา ภัทรกิจจาทร, สุชา ไชชาติกุล. (2551). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(2), 83-94.
- วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2548) การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ฉบับแปลใหม่ ภาษาไทย. *วารสารไทยเภสัชสาร*, 29(1), 69-88.
- วันชัย มีชาติ. (2544). *พฤติกรรมองค์กรสาธารณะ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิดกระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2552). *เอกสารนำเสนอผลการบริหารความเสี่ยง*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.
- สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2546). *Patient Safety concept and practice*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

- สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2552). *SPA II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ* กรุงเทพมหานคร: บริษัท ซีพีอาร์ จำกัด.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2553). *รายงานสรุปผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์. (2552). *การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุเมธา เสงประเสริฐ. (2548). *การวิเคราะห์ตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร สมใจ, พรทิพย์ เกตุรานนท์ และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(2), 44-56.
- Association of periOperative Registered Nurses – AORN. (2006). *AORN Guidance Statement: Creating a Patient Safety Culture*. *AORN Journal*, 83(4), 289-94.
- Ginsburg, R. L. (2006). Perceptions of patient safety culture in four health region. Retrieved July 12, 2011, from http://www.atkinson.yorku.ca/~safetyculture/questionnaire/Generic_Safety_Culture_Benchmarking_Report.pdf.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- National Patient Safety Agency. (2008). *Seven Steps to Patient Safety in Mental Health*. Retrieved Nov 19, 2010. from : <http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps>
- Pronovast, P., Sexton, B. (2005). Assessing Safety Culture : Guidelines and Recommendations. *Qual Saf Health Care*, 14, 231-233.
- Reason, J. (1995). Understanding Adverse Events : Human Factors. *Quality in Health Care*, 4(2), 80-89.
- Sexton, J.B., and others. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire : Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. *BMC Health Serv Res*, 6:44.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (1998). Framework for Analyzing Risk and Safety in Clinical Medicine. *BMJ*, 316(11), 1154-1157.