

**วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ**
**Patient Safety Culture and Nursing Outcome among Professional
Nurses in Northern Regional Hospitals**

เรมवल	นันท์ศุภวัฒน์	ศศ.ด.*	Raymoul	Nantsupawat	Ph.D.*
สุนีย์	จันทร์มหเสถียร	วท.ม.**	Sunee	Junmahasathien	M.S.**
ลดาวัลย์	ภูมิวิชชเวช	ค.ม.*	Ladawan	Phumvitchuvate	M.Ed.*
อำไพ	จารุวัชรพานิชกุล	วท.ม.*	Umpai	Charuwatcharapaniskul	M.S.*
จันทร์รัตน์	เจริญสันติ	พย.ด.**	Jantararat	Chareonsanti	Ph.D.**
ผ่องศรี	เกียรติเลิศสนภา	กศ.ด.**	Pongsri	Keitlertnapha	Ed.D.**
วรารพร	สุนทร	พย.ม.***	Varaporn	Sunthorn	M.S.***

บทคัดย่อ

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นในสถานบริการทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจนำมาซึ่งความสูญเสียแก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ให้บริการและภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลได้ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ ตลอดจนเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละประเภท ในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการของโรงพยาบาล ในเขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือ จำนวน 1182 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัย และแบบบันทึกอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่คณะผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยตามกรอบแนวคิดของ กินซ์เบิร์ก และคณะ (Ginsburg, Tregunno, Fleming, Flemons, Gilin, & Norton, 2007) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ วิเคราะห์ความแปรปรวน

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Associate Professor of Nursing, Chiang Mai University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor of Nursing, Chiang Mai University

*** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiang Mai University

ผลการวิจัยพบว่า

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 157.68$ S.D. = 16.51)

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ด้านการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กรและ ด้านวัฒนธรรมการรายงานเหตุการณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 26.80$ S.D. = 4.87, $\bar{X} = 16.77$ S.D. = 2.67) ส่วนในด้านอื่นๆ อยู่ในระดับสูง

2. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ของอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ ในปีงบประมาณ 2550 ได้แก่ ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ความผิดพลาดในการให้ยา สารน้ำ และเลือด การเกิดแผลกดทับในระดับที่ 2 – ระดับที่ 4 ความผิดพลาดในการติดต่อสื่อสารตามแผนการรักษาของผู้ป่วย และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะยังเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับองค์กรได้ และเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารและปฏิบัติแต่ละโรงพยาบาลใช้ในการเทียบเคียงเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศของโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : ระบบสุขภาพตำบล ระบบสุขภาพชุมชน ชุมชนเข้มแข็ง

Abstract

Creating patients' safety culture is necessary for healthcare organizations in order to prevent adverse outcomes that may be harmful to patients, family members, and providers, and may also damage hospital image. This descriptive comparative research aimed to study the level of patient safety culture as perceived by professional nurses; trace the incidence of adverse outcomes; compare the perceived patients' safety culture among professional nurses in different levels of hospitals; and compare the perceived patients' safety culture between staff nurses and nurse administrators in the hospitals of the northern region. Subjects included 1,182 professional nurses who worked for more than one year in the hospitals of the northern region. The research

instruments included: demographic data profile, the incidence of adverse outcomes record form, and the Patients' Safety Culture Questionnaire modified by the researchers from Ginsburg et al. (2007). The content validity index of this instrument was 0.94 and the reliability was 0.090. Data were analyzed using descriptive statistics; comparing the mean differences of perceived patients' safety culture by t-test and analyzing the variance using F-test.

The results of study

1. Professional nurses perceived the patients' safety culture at a high level (66.10%). When analyzing the patients' safety culture in each dimension, the shame and repercussions of reporting was at a highest level (43.78%). Organizational leadership support for safety, learning culture, unit leadership support for safety, perceived state of safety, reporting culture, and safety learning behaviors were at a high levels (61.19%, 55.22%, 54.73%, 48.51%, 34.33%, and 33.33%, respectively).

2. The incident of adverse outcomes in the hospitals of the northern region, in the year 2007 were higher than the expected levels and included mistakes in patients' identification, patients' fall, medication error, pressure ulcer grade 2-4, miscommunication in medical treatment, and urinary tract infections.

3. The perception of patients' safety culture among professional nurses in the community hospitals, general hospitals, and regional hospitals were found to be statistically significantly different at 0.05.

4. The perception of patients' safety culture between staff nurses and nursing administrators were not different at 0.05.

The nursing administrators can use the results of this study for improving and promoting patient safety culture in every dimension, which would have an effect on patients' safety at both the unit and organization levels. Moreover, the nursing administrators and nursing staff can use the results of this study for benchmarking the patient safety culture with best practice hospitals.

Key words: Sub-district Health System, Community Health, Strengthen Community.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรที่ต้องการความเป็นเอกลักษณ์และมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันไม่ว่าบุคคลจะทำงานในระดับ หน่วยงาน หรือองค์กรที่แตกต่างกัน

โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการดูแลรักษา ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของทุกองค์กร (Kirk, Parker, Claridge, Esmail, & Marshall, 2007) โดยมีความหมายวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย คือ ผลที่เกิดจากค่านิยม ทักษะ การรับรู้ของบุคคลและกลุ่มคนในองค์กร ที่แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือและ

มุ่งเน้นในการสร้างแนวทางและการจัดการเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่อาจเกิดจากความผิดพลาดและอุบัติเหตุในระหว่างการเข้ารับบริการทางสุขภาพ การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยจากอันตรายดังกล่าว ผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานหรือองค์กรนั้นต้องทำงานร่วมมือกัน (Fleming, 2005) ความสำเร็จในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวม ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ 1) ด้านผู้นำองค์กรมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย 2) ด้านผู้นำในหน่วยงานมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย 3) ด้านการรับรู้ระดับของความปลอดภัยในองค์กร 4) ด้านการรายงานเหตุการณ์ 5) ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย 6) ด้านวัฒนธรรมการรายงานเหตุการณ์ และ 7) ด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้ (Ginsburg, Tregunno, Fleming, Flemons, Gilin, & Norton, 2007)

ประเทศไทยมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยนำเอากระบวนการจัดการความเสี่ยงเข้ามาเพื่อรักษามาตรฐานและยกระดับคุณภาพการบริการที่จัดให้กับผู้รับบริการ รวมทั้งป้องกันปัญหาและควบคุมความสูญเสียจากการให้บริการที่อาจเกิดขึ้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการจัดการความเสี่ยงมีทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ โดยผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ คือ การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อน การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อ การพลัดตกหกล้ม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือต้องสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายหรือ อาจเสียชีวิต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งทำการศึกษาดูเฉพาะผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เป็นหลัก

ประเทศสหรัฐอเมริกามีการประมาณความสูญเสียจากการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากความผิดพลาดในการดูแลรักษาของโรงพยาบาล ประมาณ 44,000- 98,000 คน ทำให้ต้องสูญเสียเงินมากกว่า 37,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี

(Institute of Medicine [IOM], 1999) เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ (The National Health Service [NHS]) ยังคงพบว่าการรายงานผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 28,998 ผลลัพธ์ ที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม การให้ยาผิด และการวินิจฉัยที่ผิดพลาด (Shaw, Drever, Hughes, Osborn, & Williams, 2005) ส่วนประเทศไทยจากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2545 พบว่าจากประชากรผู้ป่วย 5.42 ล้านคนต่อปี มีผู้ป่วยร้อยละ 5 หรือเท่ากับ 2.17 แสนคน ที่ได้รับอันตรายจากการรักษาพยาบาลที่ผิดพลาด เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายพบว่าประเทศไทยต้องสูญเสียเงิน สำหรับการรักษาการบาดเจ็บจากผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ปีละมากกว่า 1,108 ล้านบาท ซึ่งเงินจำนวนนี้ยังไม่รวมค่าสูญเสียรายได้ที่มีมูลค่าสูงกว่านี้หลายเท่าตัว (ข้อมูลสถิติกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2545 อ้างใน สรรวิช อัครเรืองชัย, 2546) และจากรายงานผลการศึกษา เรื่อง ผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 400 ราย พบผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 11.4 และความพิการถาวรของร่างกายคิดเป็นร้อยละ 3 ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 9.74 วัน และในจำนวนของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดนี้พบสัดส่วนของการเกิดขึ้นในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 12.8 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย, และ วีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์, 2546) นอกจากนี้ ปี 2549 พบผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อซ้ำสองหลังเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ปีละ 200,000 ราย เสียชีวิต 12,000 ราย สูญค่ารักษาปีละ 5,000 ล้านบาทโดยพบในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมากที่สุด เป็นอันดับหนึ่งรองลงมา คือ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับ (ศุภชัย คุณรัตน์พฤษ, 2550)

การจัดการกับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในอดีต

จะใช้วิธีการดำเนินเป็นรายบุคคลและ ค้นหาผู้กระทำผิด มาลงโทษ ซึ่งการจัดการดังกล่าวไม่เพียงแต่จะทำให้ ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียดและความวิตกกังวล ขณะปฏิบัติงาน แต่ยังทำให้สาเหตุที่แท้จริงของการ ปฏิบัติงานผิดพลาดไม่ได้รับแก้ไข และก่อให้เกิด ความผิดพลาดดังกล่าวซ้ำได้อีก (Nieva & Sorra, 2003) ในปัจจุบันการจัดการกับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นนั้น จะเป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุและการ แก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นและกำหนดแนวทาง ในการปรับปรุงระบบเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาใน ระยะยาว ซึ่งสาเหตุความผิดพลาดที่นำไปสู่เหตุการณ์ ที่ไม่พึงประสงค์ในองค์กรได้แก่ ขาดการสื่อสารที่ดี ขาดความสนใจในกระบวนการให้การดูแลความปลอดภัย ผู้ป่วย ขาดการนิเทศงาน การให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง ภาระงานมาก จำนวนอัตรากำลังไม่เพียงพอสำหรับ งานที่ระบุไว้ (Johnson & Hudson, 2004) อีกทั้งผู้ให้ บริการที่เป็นกำลังสำคัญมีความเหนื่อยล้า จึงส่งผล ความปลอดภัยผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้การจัด ตารางเวรจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยผู้ป่วย โดยมีข้อบ่งชี้จากการศึกษาพบว่าอัตราความเสี่ยงต่อ การผิดพลาดจะเพิ่มขึ้นเมื่อพยาบาลทำงานอยู่เวรนาน เกิน 12 ชั่วโมงต่อเวร โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงาน นอกเวลาเพิ่มหรือทำงานเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Rogers, Hwang, Scott, Aiken, & Dinges, 2004) ดังนั้นการสร้างความปลอดภัย ผู้ป่วยจึงต้องอาศัย ความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับ (Glendon, Clarke, & McKenna, 2006) ในการพัฒนากระบวนการและ วิธีการปฏิบัติ การสร้างค่านิยม ทัศนคติ ในด้านความ ปลอดภัยที่ทุกคนเห็นพ้องต้องกันจนเกิดเป็น วัฒนธรรมอันจะส่งผลให้เกิดแบบแผนพฤติกรรม การปฏิบัติงานที่แสดงออกถึงความมุ่งมั่นในการจัดการ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

การศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยใน ต่างประเทศที่ผ่านมา และได้นำมาเปรียบเทียบแต่ละ หน่วยงานเพื่อใช้ในการเทียบเคียง (benchmarking) กับหน่วยงานอื่น เช่น ในสหรัฐอเมริกาจากการศึกษา

ของ คาสเชิล และ โซนอน (Castle & Sonon, 2006) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบระดับของวัฒนธรรมความ ปลอดภัย ในหน่วยงานการพยาบาลที่บ้านโดยกลุ่ม ตัวอย่างเป็นพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าวัฒนธรรม ความปลอดภัยในผู้ป่วยของแต่ละหน่วยงานและโดย ภาพรวมผลลัพธ์นั้น ยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเมื่อ เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษานี้เป็น แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ หน่วยงานการพยาบาลที่บ้านต่อไป

ส่วนกินซ์เบิร์ก และคณะ (Ginsburg, Tregunno, Fleming, Flemons, Gilin, & Norton, 2007) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความ ปลอดภัยผู้ป่วยใน 6 องค์กรด้านสุขภาพในประเทศ แคนาดาโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรในระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการใน หน่วยงานที่แตกต่างกัน ได้แก่ งานดูแลก่อนมาโรงพยาบาล (pre-hospital care) งานดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน งานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานสุขภาพชุมชน และงานการดูแลสุขภาพจิตและ จิตเวชในโรงพยาบาล จำนวน 6,243 คน จากการศึกษา พบว่า ผู้บริหารมีการรับรู้ด้านการจัดการความ ปลอดภัยและการส่งเสริมด้านความปลอดภัยสูงกว่า พยาบาลระดับปฏิบัติการ และเมื่อเปรียบเทียบโดย จำแนกตามกลุ่มงานพบว่ามีความแตกต่างกันด้วย นอกจากนี้ยังมี การศึกษาของ แฮนเดิลล์ และคณะ (Handle, Castle, Studnski, Perera, Fridsma, Nace, & Hanlon, 2007) ในการประเมินความแตกต่างของ ระดับวัฒนธรรม ความปลอดภัยของแต่ละวิชาชีพ พบว่าในแต่ละวิชาชีพของงานการพยาบาลที่บ้านมี ความแตกต่างกันในด้านทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับ วัฒนธรรม ความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการศึกษา เปรียบเทียบดังกล่าว โรงพยาบาลต่างๆ ได้นำผลที่ได้ มาเทียบเคียงกันเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกันและกันในการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัย ในองค์กรที่มีการปฏิบัติที่ดีมาพัฒนาในการปฏิบัติของ องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ต่ำกว่า

ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้แบ่ง

ประเภทของโรงพยาบาลตามขนาดของโรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละขนาดจะมีโครงสร้างจำนวนบุคลากร จำนวนเตียงรับผู้ป่วยและความซับซ้อนของโรคที่ผู้ป่วยเป็นแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามจุดมุ่งหมายสูงสุดของทุกองค์การคือผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการดูแลรักษาเหมือนกัน ดังนั้นวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยย่อมต้องการความเป็นเอกลักษณ์และมีแนวปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันไม่ว่าบุคคลจะทำงานในระดับใด หน่วยงานหรือองค์การที่แตกต่างกันก็ตาม (Kirk, Parker, Claridge, Esmail, & Marshall, 2007) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ตลอดจนเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลแต่ละระดับในเขตภาคเหนือ เพื่อพิสูจน์แนวคิดดังกล่าวข้างต้น และเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในองค์การของตนเองอันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตภาคเหนือ
3. เพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ระดับบริหารและระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตภาคเหนือ

4. เพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ ซึ่งภายใต้โครงการวิจัยนี้ประกอบด้วยโครงการวิจัยย่อยทั้งหมด 3 โครงการ โดยโครงการแยกศึกษาตามประเภทของโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารตั้งแต่หัวหน้าหอผู้ป่วยขึ้นไป และพยาบาลระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานมาแล้วตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ แยกเป็นโรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของยามานะ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งสิ้น 1,320 คนแยกเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 425 คน โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 440 คน โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 455 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนโดยหาจำนวนโรงพยาบาลตามอัตราส่วนของโรงพยาบาลแต่ละประเภทในแต่ละเขต และสุ่มจำนวนตัวอย่างที่เป็นพยาบาลระดับบริหารและระดับปฏิบัติการของโรงพยาบาลแต่ละประเภท เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่คณะผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยจากกินซ์เบิร์ก และคณะ (Ginsburg, Tregunno, Fleming, Flemons, Gilin, & Norton, 2007) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 และแบบบันทึกผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการ

รับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และได้รับกลับคืนที่สมบูรณ์จากโรงพยาบาลชุมชน 421 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 92.53 โรงพยาบาลทั่วไป 359 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 97.55 โรงพยาบาลศูนย์ 402 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 94.59 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบความแปรปรวน (ANOVA) และทดสอบความแตกต่างของคะแนน การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล แต่ละคู่โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe's method)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.90 อายุอยู่ระหว่าง 31-35 ปี ร้อยละ 25.70 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 91.21 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 11 ปีขึ้นไปร้อยละ 70.30 สำหรับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 99.20 อายุมากกว่า 45 ปีร้อยละ 44.00 การศึกษาระดับปริญญาตรี 80.20 มีประสบการณ์ในการทำงาน 11 ปีขึ้นไปร้อยละ 92.50 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.00 อายุอยู่ระหว่าง 31-35 ปี ร้อยละ 20.15 วุฒิปริญญาตรี ร้อยละ 82.60 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 11 ปีขึ้นไปร้อยละ 71.39

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ มีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 160.34$, S.D. = 17.15, $\bar{X} = 157.61$, S.D. = 15.55 และ $\bar{X} = 154.58$, S.D. = 25.77 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใน

โรงพยาบาลชุมชน มีการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 27.06$, S.D. = 4.59) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร และด้านวัฒนธรรมการรายงานเหตุการณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 26.99$, S.D. = 4.79 และ $\bar{X} = 15.44$, S.D. = 2.17 ตามลำดับ) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับสูง

สำหรับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย และด้านวัฒนธรรมการรายงานเหตุการณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 26.36$, S.D. = 5.22, $\bar{X} = 19.33$, S.D. = 4.22 และ $\bar{X} = 16.92$, S.D. = 4.22 ตามลำดับ) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือพบว่า โรงพยาบาลทุกระดับมีจำนวนผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ทุกประเภทเกินเกณฑ์มาตรฐานของอะไรที่กำหนดไว้ ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ต่างระดับกันพบว่ามีความแตกต่างกัน ($F = 11.83$, P value < 0.05) (ตารางที่ 2) โดยวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าจากโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2 และ 3

เมื่อการเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยรายด้านและโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจำแนกตามระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วย	พยาบาลวิชาชีพโดยรวม			
	โรงพยาบาลชุมชน (n=421)	โรงพยาบาลทั่วไป (n=359)	โรงพยาบาลศูนย์ (n=402)	รวม (n=1182)
1. ด้านผู้บริหารระดับสูง มีการส่งเสริมในด้าน ความปลอดภัย	$\bar{X}=26.97$, S.D.=4.01 ระดับสูง	$\bar{X}=27.40$, S.D.=3.66 ระดับสูง	$\bar{X}=27.72$, S.D.=3.75 ระดับสูง	$\bar{X}=27.36$, S.D.=3.84 ระดับสูง
2. ด้านผู้นำในระดับ หน่วยงาน มีการส่งเสริม ในด้านความปลอดภัย	$\bar{X}=25.77$, S.D.=3.62 ระดับสูง	$\bar{X}=25.58$, S.D.=3.42 ระดับสูง	$\bar{X}=25.70$, S.D.=3.47 ระดับสูง	$\bar{X}=25.69$, S.D.=3.50 ระดับสูง
3. ด้านการรับรู้สถานะ ความปลอดภัยใน องค์กร	$\bar{X}=27.06$, S.D.=4.59 ระดับปานกลาง	$\bar{X}=26.99$, S.D.=4.79 ระดับปานกลาง	$\bar{X}=26.36$, S.D.=5.22 ระดับปานกลาง	$\bar{X}=26.80$, S.D.=4.87 ระดับปานกลาง
4. ด้านผลกระทบจากการ รายงานเหตุการณ์	$\bar{X}=15.82$, S.D.=2.78 ระดับสูง	$\bar{X}=15.20$, S.D.=2.43 ระดับสูง	$\bar{X}=15.90$, S.D.=3.32 ระดับสูง	$\bar{X}=15.64$, S.D.=2.82 ระดับสูง
5. ด้านพฤติกรรม เรียนรู้ด้านความ ปลอดภัย	$\bar{X}=21.99$, S.D.=3.64 ระดับสูง	$\bar{X}=22.13$, S.D.=3.48 ระดับสูง	$\bar{X}=19.33$, S.D.=4.22 ระดับปานกลาง	$\bar{X}=21.09$, S.D.=3.70 ระดับสูง
6. ด้านวัฒนธรรมการ รายงานเหตุการณ์	$\bar{X}=17.78$, S.D.=2.72 ระดับสูง	$\bar{X}=15.44$, S.D.=2.17 ระดับปานกลาง	$\bar{X}=16.92$, S.D.=4.22 ระดับปานกลาง	$\bar{X}=16.77$, S.D.=2.67 ระดับปานกลาง
7. ด้านวัฒนธรรมการ เรียนรู้	$\bar{X}=24.95$, S.D.=3.80 ระดับสูง	$\bar{X}=24.38$, S.D.=3.71 ระดับสูง	$\bar{X}=23.12$, S.D.=3.09 ระดับสูง	$\bar{X}=24.31$, S.D.=3.65 ระดับสูง
โดยรวม	$\bar{X}=160.34$, S.D.=17.15 ระดับสูง	$\bar{X}=157.64$, S.D.=15.55 ระดับสูง	$\bar{X}=154.58$, S.D.=25.77 ระดับสูง	$\bar{X}=157.68$, S.D.=16.51 ระดับสูง

ตารางที่ 2

เกณฑ์และจำนวนการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550

ประเภทผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่ไม่พึงประสงค์	เกณฑ์	จำนวนการเกิดอุบัติการณ์		
		โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์
1. ความผิดพลาดของบุคลากรในการระบุตัวผู้ป่วย	0 %	0.27	0.02%	0.02%
2. การพลัดตก หกล้มของผู้ป่วย	0 %	0.26%	0.01%	0.10%
3. การให้ยา สารน้ำ หรือเลือดผิดพลาดแก่ผู้ป่วย	0 %	3.99%	0.11%	10.68%
4 การเกิดแผลกดทับในระดับที่ 2 – ระดับที่ 4 ของผู้ป่วย	1 ครั้ง: 1000 วันนอน	5.28 ครั้ง: 1000 วันนอน	1.44 ครั้ง: 1000 วันนอน	4.35 ครั้ง:1000 วันนอน
5. ความผิดพลาดในการติดต่อสื่อสารตามแผนการรักษาของผู้ป่วย	0 % 1 ครั้ง: 1000	5.53% 10.43 ครั้ง: 1000	0.04 % 3.05 ครั้ง: 1000	0.03% * 11.96 ครั้ง: 1000
6. การติดเชื้อมาตรฐานผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ	วันนอน	วันนอน	วันนอน	วันนอน

ตารางที่ 3

วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลระดับต่างกัน

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	6331.01	3165.51	11.83*
ภายในกลุ่ม	1179	315476.20	267.58	

* P < 0.05

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โดยวิธีเชฟเฟ

ระดับโรงพยาบาล	$\bar{X}$	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลชุมชน	160.41	-	0.06	0.00*
โรงพยาบาลทั่วไป	157.61	0.06	-	0.07
โรงพยาบาลศูนย์	154.61	0.00*	0.07	-

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการจำแนกตามโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ

วัฒนธรรมความปลอดภัย	พยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร (n=43)		พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ (n=359)		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
โรงพยาบาลชุมชน	163.58	16.38	159.81	17.24	1.65
โรงพยาบาลทั่วไป	159.61	13.90	155.62	16.85	2.45
โรงพยาบาลศูนย์	158.91	15.92	154.53	16.67	1.61
โดยรวม	160.50	15.53	157.30	16.60	2.16

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลทุกระดับที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ต้องดำเนินการตามกรอบของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพเกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง และการสร้าง

วัฒนธรรมในการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในองค์กร (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2551ข) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีประสบการณ์ทำงานส่วนใหญ่มากกว่า 11 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคิม, อัน, คิม และ ยูน (Kim, An, Kim, & Yoon, 2007) พบว่าในระดับปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ขึ้นไป จะมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยทางบวกมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า

เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากโรงพยาบาลในต่างระดับดังกล่าวยังมีการขาดแคลนอัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลซึ่งในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั่วประเทศยังขาดอัตรากำลัง โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล (กฤษดา แสงดี, 2550) ทำให้รับรู้ว่า อาจมีการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพลดลง ถ้ามีทรัพยากรบุคคลไม่เพียงพอก็จะทำให้ส่งผลให้การปฏิบัติงานการพยาบาลก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เบลเจน กู๊ด และรีด (Blegen, Goode, & Reed, 1998) พบว่าการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพจะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราอุบัติการณ์ของการให้ยาผิดพลาดและการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งจะทำให้อัตราการให้ยาผิดพลาดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การที่มีอัตรากำลังน้อยทำให้ต้องเพิ่มจำนวนเวลาการทำงานนอกเวลามากขึ้นเพิ่มทดแทนอัตรากำลังที่ขาดแคลนสอดคล้องกับการศึกษาของโรเจอร์และคณะ (Rogers, Rogers, Hwang, Scott, Aiken, & Dinges, 2004) พบว่าอัตราความเสี่ยงต่อการผิดพลาด จะเพิ่มขึ้นเมื่อพยาบาลทำงานอยู่เวรนานเกิน 12 ชั่วโมง โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานนอกเวลาเพิ่ม หรือทำงานเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ วัฒนธรรมรายงานเหตุการณ์อยู่ในระดับปานกลางนั้น เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่การรักษาผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีบุคลากรหลายระดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องการเปิดเผยความผิดพลาดและกลัวผลกระทบทางลบต่อตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คิม, อัน, คิม และ ยูน (Kim, An, Kim, & Yoon, 2007) พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่รู้สึกว่าการติดต่อ สื่อสารในประเด็นด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานไม่ได้รับความสะดวก ส่งผลให้การ

รายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นล่าช้าหรือไม่มีการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับซอร์รา และคณะ (Sorra, Nieva, Fastman, Kaplan, Schreiber, & King, 2008) พบเหตุผลความผิดพลาดแล้วไม่รายงาน คือ เป็นความผิดพลาดที่เกือบพลาดแต่แก้ไขแล้วไม่เกิดอันตราย ร้อยละ 40 แก้ไขความผิดพลาดเองง่ายกว่าที่จะบอกคนอื่นร้อยละ 33 ความผิดพลาดอาจจะถูกบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในประวัติส่วนตนร้อยละ 27 ไม่ต้องการจะบอกใครเพราะกลัวว่าตัวเองจะได้รับความลำบากร้อยละ 26

ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ยังพบว่าพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 154.58$, S.D. = 25.77) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยังขาดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เมื่อมีความผิดพลาด โดยเบลแลนดี แอลโบรีโนและ ทอมมาซินี (Bellandi, Albolino, & Tomassini, 2007) กล่าวว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ คือโอกาสของการเรียนรู้ แม้ว่าเป็นเหตุการณ์เกือบพลาดก็ยังเป็นบทเรียนที่ต้องศึกษา เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มักเป็นผลที่เกิดจากระบบและควรมุ่งเน้นบริบทขององค์กร การและวัฒนธรรมมากกว่าผลการปฏิบัติของแต่ละคน

การศึกษานี้พบว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่าทุกโรงพยาบาลมีวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง อาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากระบบที่มีอัตรากำลังไม่สมดุลกับผู้ป่วย ซึ่งมีการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนให้เห็นว่าการปรับปรุงให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีมีความสัมพันธ์กับการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอและการผสมผสานทักษะของบุคลากรทางการพยาบาล ความไม่เพียงพอของอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดบวม

การติดเชื้อหลังผ่าตัด การฉีดยาผิดพลาด การพลัดตก หกล้ม ช็อค หัวใจหยุดเต้น การจัดการเจ็บปวด และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ เป็นต้น

ผลการศึกษายังพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับผลการวิจัย ของกินซ์เบิร์ก (Ginsburg, Tregunno, Fleming, Flemons, Gilin, & Norton, 2007) ที่พบโรงพยาบาลที่มีบริบทต่างกันจะมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า โรงพยาบาลชุมชนมีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยได้ดีกว่าโรงพยาบาลศูนย์เนื่องจากมีบุคลากรที่น้อยกว่า งานการรักษาพยาบาลไม่ซับซ้อน การสร้างวัฒนธรรมได้ง่าย และใช้เวลาน้อยในการที่จะให้ทุกคนปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือเปลี่ยนแปลงความคิดโดยเฉพาะเรื่องความผิดพลาดเมื่อเกิดขึ้นจะต้องรายงานผลการเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นประโยชน์ในการเทียบเคียงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล ซึ่งแฮนเดิลส์ และคณะ (Handle, Castle, Studnski, Perera, Fridsma, Nace, & Hanlon, 2007) ได้กล่าวว่าการเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลจะเป็นการเทียบเคียงเพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรที่มีการปฏิบัติที่ดีมาพัฒนาในการปฏิบัติขององค์กรที่ยังมีจุดอ่อน/ข้อบกพร่องมีวัฒนธรรมความปลอดภัยและการบริการที่มีคุณภาพดี

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรกระตุ้นให้บุคลากรทุกฝ่ายตระหนักและร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการรับรู้สถานะความปลอดภัย วัฒนธรรมรายงานเหตุการณ์และพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย
2. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานควรร่วมกันวางแนวทางการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัย พร้อมทั้งจัดเวทีสนทนาปัญหาและแนวทางในการแก้ไขเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
3. ผู้บริหารควรกระตุ้นให้บุคลากรในองค์กรดำเนินการค้นหาความเสี่ยงในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และพร้อมที่จะดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในองค์กรอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้บริหารควรค้นหาระบบที่ต้องปรับปรุงเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นแทนที่การตำหนิผู้กระทำผิดเพื่อทำให้ผู้ปฏิบัติมีวัฒนธรรมของการไว้วางใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติมีการบันทึกรายงานอุบัติการณ์และลดอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์นโยบายและผลลัพธ์ทางการพยาบาล และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา แสงดี. (2550). “สถานการณ์ด้านกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย” การประชุมวิชาการเรื่อง “วิกฤตการขาดแคลนพยาบาล: วิกฤตชาติ” ณ ห้องประชุมชั้น 12 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลราชวิถี วันที่ 3-5 ตุลาคม 2550. หน้า 103-104
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ, และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (2546). *ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย (โครงการนำร่อง)*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุภชัย คุณรัตน์พฤกษ์. (2550). *พบผู้ติดเชื้อซ้ำสองหลังการรักษาตัวในโรงพยาบาล ปีละกว่า 200,000*. Retrieved November 22, 2007, from http://www.happyhospital.org/autopagev3/show_page.php?
- สรรรวิชัย อัครเรืองชัย. (2550). Patient Safety Solutions. Retrieved March, 16, 2007, from http://intranet.srbr.in.th/HACenter/HAforum8/HAforum8_18.pdf
- อนวัช คุชชิตกุล. (2551ข). *Safety culture: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในงานประจำ*. Retrieved May, 26, 2007, from http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/soqd/admin/news_files/47_18_1.pdf
- Bellandi, T., Alblino, S., & Tomassini, C.R. (2007) How to create a safety culture in the healthcare system: the experience of the Tuscany Region. *Theoretical Issues in Ergonomics Science* 8(5), 495-507.
- Blegen, M. A., Goode, C. J., & Reed, L. (1998). Nurse staffing and patient outcome. *Journal of Nursing research*, 47(1), 43-50.
- Castle, G. N., & Sonon, K. (2006). A culture of patient safety in nursing home. *Quality safety health care*, 15, 405-408.
- Fleming, M. (2005). Patient safety culture measurement and improvement: A how to guide. *Healthcare quarterly*, 8, 14-19.
- Ginsburg, R. L., Tregunno, D., Fleming, M., Flemons, W., Gilin, D., & Norton, P. (2007). *Perceptions of patient safety culture in six Canadian health care organizations*. Retrieved July 12, 2007, from http://www.atkinson.yorku.ca/~safetyculture/reports_docs/PSC_2007_MainReport.pdf
- Glendon, A. Lan., Clarke, S. G., & McKenna, E.F. (2006). *Human safety and risk management*. New York: Taylor & Francis group.
- Handle, S. M., Castle, N. G., Studnski, S. A., Perera, S., Fridsma, D. B., Nace, D. A., & Hanlon, J. T. (2007). Patient safety culture assessment in the nursing home. *Quality safety health care*, 15, 400-404.
- Institute of Medicine (IOM). (1999). *To error is human: building a safer health system*. Retrieved October 31, 2007, from <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
- Johnson, K., & M. A. Hudson. (2004). “Keeping Patients Safe : An Analysis of Organizational Culture and Caregiver Training.” *J Healthc Manag*, 49(3): 171-79.
- Kim, J., An, K., Jim, M. K., & Yoon, S. H. (2007). Nurse’s perception error reporting and patient safety culture in Korea. *Western journal of nursing research*, 29(7), 827-844.

- Kirk, S., Parker, D., Claridge, T., Esmail, A., & Marshall, M. (2007). Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality safety health care*, 313-320.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations*. Retrieved November, 3, 2007, from www.qshc.bmj.com
- Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). "The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety." *Health Affairs* (Millwood), 23(4): 202-12.
- Sorra, J., Nieva, V., Fastman, B. R., Kaplan, H., Schreiber, G., & King, M. (2008). Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services. *Transfusion Journal* 48 (September), 1934-1942.
- Shaw, R., Drever, F., Hughes, H., Osborn, S., & Williams, S. (2005). *Adverse events and near miss reporting in the NHS*. Retrieved June, 04, 2008, from <http://qshc.bmj.com/cgi/reprint14/4/279?>