

(Original Articles)

Nurses' Perception on Patient Safety Culture in A Tertiary Hospital in Bangkok

Soparn Potaya R.N, DNS.

School of Nursing, Eastern Asia University

potaya_so@yahoo.com

Background : Patient safety is a significant outcome and it is an indicator of the hospital quality. Patient safety culture is the process focus on prevention and reduction risk of adverse events resulting harm to patients.

Objective : The purpose of this descriptive study was to survey patient safety culture and to compare perception on patient safety culture between executives and staff nurses in a tertiary hospital in Bangkok.

Materials and methods : The subject was 664 nurses who had one or more years of experience. The questionnaire was the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) of Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The reliability was 0.84. Descriptive data were analyzed in terms of frequency, percentage, standard deviation and t-test.

Results : The results revealed that the overall means of patient safety culture perceived by nurses were at a high level ($\bar{X}=3.74$, $SD=0.32$). When considering each dimension, it was revealed that 9 dimensions were at a high level. The top three high levels were teamwork within units, organizational learning-continuous improvement, and supervisor/manager expectations & actions promoting patient safety were 4.27 ($SD=0.48$), 4.11 ($SD=0.42$) and 4.09 ($SD=0.51$) respectively. The lowest level was non-punitive response to errors ($\bar{X} = 3.06$, $SD = 0.85$).

The patient safety culture of executive nurses had a statistically significant higher mean of overall score of patient safety culture than staff nurses ($p=.006$). And the patient safety culture of executive nurses had a statistically significant higher mean of 7 from 12 dimensions of patient safety culture than staff nurses. The level of overall grade on patient safety perceived by nurses was very good (67.8 %). In the past 12 months, 24.1 % of nurses filled out and submitted more than 20 event reports.

Conclusion : The findings suggest that nurse administrators should develop and enhance patient safety culture in organization in order to increase quality of the hospital.

Keywords : Nurses' perception, Patient safety, Patient safety culture

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 64 No. 3 September - December 2018

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

โสพรรณ โพทะยะ พย.ด.

คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

ความเป็นมา : ความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์และเกณฑ์สำคัญของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีมุ่งเน้นการป้องกันและลดความผิดพลาดที่อาจก่ออันตรายต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติการ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขต

กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 664 คน ใช้แบบสอบถามวัดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลของ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ประกอบด้วย 12 ด้าน จำนวน 44 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการศึกษา : พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลโดยรวม ($\bar{X}=3.74$, $SD=0.32$) และเป็นรายด้านจำนวน 9 ด้านอยู่ในระดับมาก โดย 3 ลำดับแรกที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ($\bar{X}=4.27$, $SD=0.48$) ด้านการพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.42$) และด้านความคาดหวังของผู้บริหาร และกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.51$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การตอบสนองที่ไม่ใช่การลงโทษต่อการผิดพลาด ($\bar{X} = 3.06$, $SD = 0.85$)

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมและเป็นรายด้าน 7 ใน 12 ด้าน ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาล สูงกว่าพยาบาลปฏิบัติกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.006$) การรับรู้ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 67.8) โดยมีการบันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์มากกว่า 20 เหตุการณ์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 24.1)

สรุป : ผลการศึกษจะเป็นแนวทางให้ผู้บริหารนำไปใช้ในการสร้างเสริม ปรับปรุงและพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยขององค์กรต่อไป

คำสำคัญ : การรับรู้ของพยาบาล ความปลอดภัยผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

บทนำ

ความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้สถานบริการสุขภาพในทุกประเทศทั่วโลกร่วมกันพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการรักษายาบาล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อป้องกัน หลีกเลี่ยง หรือลดความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน และพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพโดยรวม⁽¹⁾ จากรายงานของสถาบันทางการแพทย์ (Institute of Medicine: IOM) ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดจากการรักษายาบาลในโรงพยาบาล 44,000-98,000 คน⁽²⁾ และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้ Trigger tool ในการค้นหาและติดตามระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยประมาณการได้ว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้มากกว่า 400,000 ราย และได้รับอันตรายร้ายแรงจำนวน 4,000,000-8,000,000 รายต่อปี นั่นหมายความว่าในแต่ละวันมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1,096 ราย และได้รับอันตรายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ 10,959-20,918 ราย⁽³⁾

สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษาในสถานพยาบาลเกิดขึ้นกับผู้ป่วยร้อยละ 9.1 และในจำนวนนี้เป็นภาวะไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ถึงร้อยละ 71.4⁽⁴⁾ และจากรายงานข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล ปี 2557 ของสำนักงานการพยาบาล พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต โดยพบความผิดพลาดในการบริหารยาและสารน้ำ การรักษายาบาลผิดคนผิดตำแหน่ง และการพลัดตก หกล้ม หรือตกเตียง เฉลี่ยจำนวนครั้งต่อปี เท่ากับ 13.41, 8.99 และ 4.63 ตามลำดับ และพบการเกิดอุบัติการณ์ทั้ง 3 ประเภทในโรงพยาบาลศูนย์สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน⁽⁵⁾ และผลการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ พบความผิดพลาดในด้านการระบุตัวผู้ป่วย การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ความผิดพลาดในการบริหารยา สารน้ำหรือเลือด การเกิดแผลกดทับ ความผิดพลาดในการติดต่อสื่อสารและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด^(6,7)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยในกระบวนการรักษายาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของ

อวัยวะในร่างกาย มีความพิการหรือเสียชีวิต และมีผลกระทบ ต่อครอบครัวผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังนำความเสียหายมาสู่โรงพยาบาลและผู้ป่วยปฏิบัติงานทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย ให้ชดเชยค่าเสียหาย⁽⁸⁾ และ/หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพฯ จึงเป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องสร้างความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพเป็นการป้องกันหรือลดความผิดพลาดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่ชัดเจน มีการบริหารจัดการความเสี่ยง การพัฒนาระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในองค์กร^(3,9)

วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นผลของค่านิยม ทศนคติ การรับรู้ สมรรถนะและแบบแผนพฤติกรรมของ บุคคลและกลุ่มบุคคลที่เป็นตัวกำหนดเจตจำนงค์ วิธีการทำงาน และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในองค์กร⁽²⁾ วัฒนธรรมความปลอดภัยจะช่วยให้ องค์กรมีภูมิคุ้มกันทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกันและแก้ปัญหา ที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยปฏิบัติงานได้ดีขึ้น⁽¹⁰⁾ มีรายงานว่าระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับการลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้น⁽³⁾ โดยในการ ประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย มีการใช้ เครื่องมือที่หลากหลาย รวมถึงแบบสำรวจวัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วย Hospital survey on patient safety culture ของ Agency for healthcare research and quality (AHRQ) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศทั่วโลก^(1,11)

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยใน โรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ให้ความสำคัญในประเด็นความปลอดภัยผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย (Patient safety goal) เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล มาอย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลมากกว่าศวรรษ และได้รับการรับรองคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า (Advanced Hospital Accreditation/AHA) แต่ยังไม่มีการศึกษาการรับรู้ของบุคลากรในด้านวัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งเป็น

บุคลากรสุขภาพกลุ่มใหญ่ มีบทบาทสำคัญในการให้บริการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ต้องคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ⁽¹²⁾ และเปรียบเทียบระดับการรับรู้ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์และ ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตาม การรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในเขต กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วยของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติการ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ใช้วิธีวิจัยแบบสำรวจ (Survey research) โดยมีกระบวนการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งระดับบริหารและ ระดับปฏิบัติการ มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 711 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามานะ (Taro Yamane)⁽¹³⁾ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.01 ได้กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 664 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง และจำนวน ชั่วโมงปฏิบัติงาน
2. แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยแปลมาจาก Hospital Survey on Patient Safety Culture ของ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ประกอบด้วย ข้อคำถามวัฒนธรรม ความปลอดภัยใน 12 ด้าน จำนวน 44 ข้อ ลักษณะของ แบบสอบถาม เป็นแบบให้เลือกตอบประเมินค่า 5 อันดับ

(Likert scale) ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลจำนวน 40 คน เพื่อตรวจสอบชัดเจนด้านภาษา พร้อมหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.86

การรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้ข้อมูลแล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที (t-test)

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล และมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแบบสอบถาม การขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจไม่มีการบังคับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.3) อายุระหว่าง 20-60 ปี อายุเฉลี่ย 36.04 ปี (SD=10.88) สถานภาพโสด (ร้อยละ 56.9) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 86.0) ประสบการณ์การทำงานหลังจบการศึกษาตั้งแต่ 1 ปี ถึง 39 ปี เฉลี่ย 13.86 ปี (SD=10.82) เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 85.8) และมีจำนวนชั่วโมงทำงาน 40-88 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เฉลี่ย 52.49 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (SD=15.01)

2. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมของพยาบาลอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.74 (SD=0.32) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มี 9 ด้านอยู่ในระดับมาก โดย 3 ลำดับแรกที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ($\bar{X}$ =4.27, SD=0.48) ด้านการพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ =4.11, SD=0.42) ด้านความคาดหวังของผู้บริหาร และกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย ($\bar{X}$ =4.09, SD=0.51) สำหรับ 3 ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการโอนย้ายและการเปลี่ยนผ่าน ด้านบุคลากร และด้านการตอบสนองที่ไม่ใช้การลงโทษต่อการผิดพลาด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.23 (SD=0.070), 3.07 (SD=0.69), และ 3.06 (SD=0.85) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลโดยรวม และเป็นรายด้าน (n=664)

วัฒนธรรมความปลอดภัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. การทำงานเป็นทีม	4.27	0.48
2. ความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย	4.09	0.51
3. การพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง	4.11	0.42
4. การสนับสนุนการจัดการเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	3.69	0.53
5. การรับรู้ในภาพรวมเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	3.78	0.48
6. การให้ข้อมูลป้อนกลับและการสื่อสารเกี่ยวกับความผิดพลาด	3.90	0.48
7. การเปิดกว้างด้านการสื่อสาร	3.83	0.52
8. การทำงานเป็นทีมร่วมกับหน่วยงานอื่น	3.07	0.69
9. บุคลากร	3.23	0.70
10. การโอนย้ายและการเปลี่ยนผ่าน	3.06	0.85
11. การตอบสนองที่ไม่ใช้การลงโทษต่อการผิดพลาด	3.97	0.77
12. ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์		
วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวม	3.74	0.32

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลจำแนกตามตำแหน่งงานปัจจุบัน พบว่าการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของผู้บริหารการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.83 (SD=0.33) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดย 3 อันดับแรกได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ($\bar{X}$ =4.38, SD=0.45) ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย ($\bar{X}$ =4.22, SD=0.45) และด้านการพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ =4.17, SD=0.43) ส่วนการรับรู้ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การโอนย้ายและการเปลี่ยนผ่าน ($\bar{X}$ =3.19, SD=0.71)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติการ

วัฒนธรรมความปลอดภัย	ผู้บริหาร (n=94)		พยาบาลปฏิบัติการ (n=570)	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD
1. การทำงานเป็นทีม	4.38	0.45	4.25	0.49
2. ความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย	4.22	0.45	4.07	0.51
3. การพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง	4.17	0.43	4.10	0.42
4. การสนับสนุนการจัดการเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย	3.89	0.50	3.66	0.52
5. การรับรู้ในภาพรวมเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย	3.93	0.54	3.76	0.47
6. การให้ข้อมูลป้อนกลับ การสื่อสารเกี่ยวกับความผิดพลาด	3.83	0.61	3.91	0.46
7. การเปิดกว้างด้านการสื่อสาร	4.05	0.47	3.88	0.50
8. การทำงานเป็นทีมร่วมกับหน่วยงานอื่น	3.90	0.47	3.82	0.52
9. บุคลากร	3.25	0.83	3.05	0.66
10. การโอนย้ายและการเปลี่ยนผ่าน	3.19	0.71	3.24	0.69
11. การตอบสนองที่ไม่ใช้การลงโทษต่อการผิดพลาด	3.28	0.87	3.02	0.84
12. ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์	3.85	0.75	3.99	0.77
วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวม	3.83	0.33	3.73	0.31

3. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติการ พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย ด้านการสนับสนุนการจัดการเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลปฏิบัติการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.73 (SD=0.31) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามี 9 ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับมาก โดย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ($\bar{X}$ =4.25, SD=0.49) ด้านการพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ =4.10, SD=0.42) และด้านความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย ($\bar{X}$ =4.07, SD=0.51) ส่วนการรับรู้ด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ การตอบสนองที่ไม่ใช้การลงโทษต่อการผิดพลาด มีคะแนนเฉลี่ย 3.02 (SD=0.84) (ตารางที่ 2)

ปลอดภัยผู้ป่วย ด้านการรับรู้ในภาพรวมเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย ด้านการเปิดกว้างด้านการสื่อสาร ด้านบุคลากรและด้านการตอบสนองที่ไม่ใช้การลงโทษต่อการผิดพลาดตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลสูงกว่าพยาบาลปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติการ

วัฒนธรรมความปลอดภัย	N	Mean	SD	t	p
1. การทำงานเป็นทีม					
ผู้บริหารการพยาบาล	94	4.38	0.45	-	.023
				2.275*	
พยาบาลปฏิบัติการ	570	4.25	0.49		
2. ความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย					
ผู้บริหารการพยาบาล	94	4.22	0.45	-	.011
				2.561*	
พยาบาลปฏิบัติการ	570	4.07	0.51		
3. การพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง					
ผู้บริหารการพยาบาล	94	4.17	0.43	-	.161
				1.402	
พยาบาลปฏิบัติการ	570	4.10	0.42		
4. การสนับสนุนการจัดการเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย					
ผู้บริหารการพยาบาล	94	3.89	0.50	-	.000
				3.945*	
พยาบาลปฏิบัติการ	570	3.66	0.52		
5. การรับรู้ในภาพรวมเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย					
ผู้บริหารการพยาบาล	94	3.93	0.54	-	.005
				2.836*	
พยาบาลปฏิบัติการ	570	3.7	0.47		
6. การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสื่อสารเกี่ยวกับความผิดพลาด					
ผู้บริหารการพยาบาล	94	3.83	0.61	1.306	.194
พยาบาลปฏิบัติการ	570	3.91	0.46		
7. การเปิดกว้างด้านการสื่อสาร					
ผู้บริหารการพยาบาล	94	4.05	0.47	-	.003
				2.973*	
พยาบาลปฏิบัติการ	570	3.88	0.50		
8. การทำงานเป็นทีมร่วมกับหน่วยงานอื่น					
ผู้บริหารการพยาบาล	94	3.90	0.47	-	.160
				1.408	
พยาบาลปฏิบัติการ	570	3.82	0.52		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

วัฒนธรรมความปลอดภัย	N	Mean	SD	t	p
9. บุคลากร ผู้บริหารการพยาบาล	94	3.25	0.83	- 2.211*	.029
พยาบาลปฏิบัติการ	570	3.05	0.66		
10. การโอนย้ายและการเปลี่ยนผ่าน ผู้บริหารการพยาบาล	94	3.19	0.71	.637	.525
พยาบาลปฏิบัติการ	570	3.24	0.69		
11. การตอบสนองที่ไม่ใช้การลงโทษต่อการผิดพลาด ผู้บริหารการพยาบาล	94	3.28	0.87	- 2.728*	.007
พยาบาลปฏิบัติการ	570	3.02	0.84		
12. ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ ผู้บริหารการพยาบาล	94	3.85	.75	1.664	.097
พยาบาลปฏิบัติการ	570	3.99	.77		
วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวม ผู้บริหารการพยาบาล	94	3.83	0.33	- 2.739*	.006
พยาบาลปฏิบัติการ	570	3.73	0.31		

*p < .05

4. ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงานตามการรับรู้ของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 67.8) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง/ยอมรับได้ (ร้อยละ 26.1) (ตารางที่ 4) โดยมีการบันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์มากกว่า 20 เหตุการณ์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 24.1 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความถี่และร้อยละของระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงานตามการรับรู้ของพยาบาล (n=664)

ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงาน	จำนวน	ร้อยละ
ดีเยี่ยม	34	5.1
ดีมาก	450	67.8
ปานกลาง/ยอมรับได้	173	26.1
ความปลอดภัยต่ำ	3	0.5
ไม่มีความปลอดภัย	4	0.6
	664	100.0

ตารางที่ 5 ความถี่และร้อยละของการบันทึกและรายงานเหตุการณ์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (n=664)

การบันทึกและรายงานเหตุการณ์	จำนวน	ร้อยละ
มีรายงานมากกว่า 20 เหตุการณ์	160	24.1
มีรายงาน 11 - 20 เหตุการณ์	88	13.3
มีรายงาน 6 - 10 เหตุการณ์	120	18.1
มีรายงาน 3 - 5 เหตุการณ์	125	18.8
มีรายงาน 1 - 2 เหตุการณ์	112	16.9
ไม่มีรายงาน	59	8.9

การอภิปรายผล

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.74$, $SD=0.32$) สอดคล้องกับหลายการศึกษา^(6,7,14,15,16,17) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ

โรงพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่มุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยและมีการบริหารจัดการความเสี่ยงมาอย่างต่อเนื่อง ผนวกกับการได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงทำให้มีการสร้างระบบ และแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากร

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการดำเนินงานเป็นทีมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.27$, $SD=0.48$) เนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลจำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีม กระบวนการรักษาพยาบาลที่ต้องอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ⁽¹²⁾ โดยมีผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และโรงพยาบาลได้กำหนดให้การทำงานเป็นทีมเป็นสมรรถนะหลักของบุคลากร เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกัญญา โคตรศรีวงศ์และอภิญา จำปามูล⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยด้านการดำเนินงานเป็นทีม ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.05$, $SD=0.64$) และการศึกษาของพร บุญมี, เฉลิมพรรณ เหมลอย⁽¹⁴⁾ และสมบุรณ์ สุโธสิต⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการดำเนินงานเป็นทีมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการโอนย้ายและการเปลี่ยนผ่าน ($\bar{X}=3.23$, $SD=0.70$) โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มักเกิดจากการสื่อสารหรือการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานเกิดขึ้นบ่อยครั้งและยังไม่ได้ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม ในการจัดการความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการความขัดแย้งได้หลากหลายวิธี ประกอบด้วยการประชุมปรึกษาหารือโดยการเจรจาไกล่เกลี่ย การแก้ไขปัญหโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วม การโน้มน้าวให้เกิดการยอมรับ การขออภัยให้ยอมเพื่อผลประโยชน์ของหน่วยงาน และการหลีกเลี่ยงการปะทะความขัดแย้ง และวิธีที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งโดยการจัดระบบงานและแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการติดต่อสื่อสารหลายช่องทาง มีการสร้างบรรยากาศในที่ทำงานเชิงสร้างสรรค์ การสร้างความน่าเชื่อถือให้ตนเอง และการฝึกอบรมเพิ่มทักษะในการจัดการความขัดแย้ง⁽¹⁹⁾ สำหรับ

วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านบุคลากร ($\bar{X}=3.07$, $SD=0.69$) กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าหน่วยงานมีบุคลากรไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมกับการะงาน และบุคลากรในหน่วยงานมีภาระงานมากเกินไปจะทำให้การดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ละ 52.49 ชั่วโมง มีการทำงานล่วงเวลาเฉลี่ย 12.49 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เพื่อทดแทนอัตรากำลังคนที่ขาด ซึ่งการขาดแคลนพยาบาลยังคงเป็นปัญหาที่หลายฝ่ายได้ดำเนินการแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง⁽²⁰⁾ มีรายงานการศึกษาพบว่าอัตราความเสี่ยงต่อความผิดพลาดจะเพิ่มขึ้นเมื่อพยาบาลทำงานเกินวันละ 12 ชั่วโมง ทำงานล่วงเวลาหรือทำงานเกิดสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง⁽²¹⁾ แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) รับรู้ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงานอยู่ในระดับดีมาก

ด้านการตอบสนองที่ไม่ใช้การลงโทษต่อความผิดพลาด ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าคะแนนต่ำสุด ($\bar{X}=3.06$, $SD=0.85$) โดยบุคลากรส่วนใหญ่เข้าใจว่าหากเกิดความผิดพลาดเขาจะได้รับการตำหนิหรือลงโทษ และกังวลว่าความผิดพลาดของตนจะถูกบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของพร บุญมีและเฉลิมพรรณ เหมลอย⁽¹⁴⁾ สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ และอภิญา จำปามูล⁽¹⁷⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการรายงานอุบัติการณ์เสมือนการรายงานความผิดของตนเอง และเกรงว่าจะถูกตำหนิหรือลงโทษจึงไม่รายงาน การที่โรงพยาบาลมีกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยการประชุมร่วมกันเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาทั้งในระดับหน่วยงานและร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่น และยังขาดกลัวต่อผลที่จะตามมา ทำให้โรงพยาบาลขาดโอกาสในการเรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และพัฒนาไปสู่การป้องกันการเกิดซ้ำ⁽⁹⁾ ดังนั้นการกำหนดนโยบายด้านบริหารความเสี่ยงที่เน้นการแก้ปัญหาเชิงระบบมากกว่าการหาคนผิดมาลงโทษ มีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis/RCA) การถ่ายทอดนโยบายแก่บุคลากร การสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล โดยสนับสนุนให้บุคลากรได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิดความผิดพลาดซ้ำ รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลรายงานที่เป็นรูปธรรม

จะช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยไม่กลัวการถูกตำหนิหรือการลงโทษต่อความผิดพลาด

เมื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลปฏิบัติการพบว่าการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมและเป็นรายด้าน ในด้านการทำงานเป็นทีม ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย ด้านการสนับสนุนการจัดการเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ด้านการรับรู้ในภาพรวมเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย ด้านการเปิดกว้างด้านการสื่อสาร ด้านบุคลากร และด้านการตอบสนองที่ไม่ใช้การลงโทษต่อการผิดพลาดของผู้บริหารการพยาบาลสูงกว่าการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสมบูรณ์สุโสลิต⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่มีตำแหน่งหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงานกว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลประจำการทั้งนี้อาจเนื่องจากในกระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลมักมุ่งเน้นกลุ่มผู้บริหารการพยาบาลระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงานซึ่งมีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายขององค์กรสู่การปฏิบัติโดยผ่านแผนงานต่าง ๆ การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยงานให้สอดคล้องกับเข็มมุ่งและเป้าหมายขององค์กรพยาบาลและโรงพยาบาล รวมทั้งภารกิจหลักของหน่วยงานเพื่อสนองความต้องการของผู้ใช้บริการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์สูงสุดกับการบริการของหน่วยงาน⁽²²⁾ ผลการศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติการไม่แตกต่างกัน^(6,-7,-16,23)

ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงานตามการรับรู้ของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 67.8) โดยมีการบันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์มากกว่า 20 เหตุการณ์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 24.1 ต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่าระดับความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่รับได้^(14,-23) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระบวนการให้ได้มาซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้นจำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นจุดมุ่งเน้นของโรงพยาบาล และมีการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้การปฏิบัติด้านความปลอดภัยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยลดปัญหาความผิดพลาดซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย การเกิดผลลัพธ์ที่ดีส่งผลให้พยาบาลมีการรับรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของของพยาบาลโดยรวม และในแต่ละด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และการรับรู้ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงานอยู่ในระดับดีมาก โดยผู้บริหารการพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายขององค์กรสู่การปฏิบัติมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลปฏิบัติการ จากผลการศึกษาผู้บริหารควรมีการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านบุคลากรโดยการเพิ่มจำนวนบุคลากร การปรับลดชั่วโมงการทำงาน การลดปริมาณงานหรือการปรับลดส่วนของบุคลากรแบบผสมผสานอัตรากำลัง (staff mixed) ให้เหมาะสมกับภาระงาน และการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล นอกจากนี้ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจและส่งเสริมการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมให้มีระบบและช่องทางการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลากหลายวิธี และการสร้างความมั่นใจในระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อเพิ่มระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ที่อนุญาตให้ใช้แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture /HSPSC) ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปลเครื่องมือวิจัยผู้บริหารที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงกลุ่มตัวอย่างพยาบาลและผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. AHRO Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety Culture [Internet] 2014. [cited 2018 Mar 16]; Available from <URL>: <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
2. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42(2):156-165.
3. Ulrich B, Kear T. Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery. *Nephrology nursing Journal* 2014; 41(5):447-505.
4. อนุชา กาศลังกา. การศึกษาปัญหาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถูกฟ้องเนื่องจากการรักษาพยาบาล. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ* 2556;9(1):57-69.
5. สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล [Internet] ปี 2557. [cited 2018 Jan 16]; Available from <URL>: <http://www.nursing.go.th/?p=2732>
6. สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์, เรมवल นันท์ศุภวัฒน์, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ. *พยาบาลสาร* 2553;37(2):95-108.
7. เรมवल นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ. *พยาบาลสาร* 2554;38(4):1-14.
8. วันเพ็ญ รักษ์ปวงชน. ผลกระทบของกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขต่อวิชาชีพพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 2554;29(1):5-11
9. วิธนา จีระแพทย์, เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิด กระบวนการและแนวทางปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธาการพิมพ์. 2555.
10. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. HA Update 2013. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 2556.
11. Xuanyue M, Yanli N, Hao C, Pengli J, Mingming Z. Literature review regarding patient safety culture. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2013;6:43-9.
12. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2544. ลงวันที่ 24 เมษายน 2544.
13. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด 2553.
14. พร บุญมี, เฉลิมพรรณ เมฆลอย. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. *การพยาบาลและการศึกษา* 2554;4(3):48-62.
15. สาธกา ธาตรีรัตนานนท์, พรทิพย์ เกษรอนนท์, อารยา ประเสริฐชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2556; 27(2):43-55.
16. ศุภจริย์ เมืองสุริยา. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา* 2556;14(3): 42-53.
17. สุกัญญา โคตรศรีวงศ์, อภิญา จำปามูล. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* 2558;18 (2):57-76.
18. สมบูรณ์ สุโสมลิต. วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2557;6(1):219-29.

19. สุมาลี ยุทธวรวิทย์. การจัดการความขัดแย้งในการทำงาน: ประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550
20. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กฤษดา แสงดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2555;27(1):5-12.
21. Rogers AE, Hwang W, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs 2004; 23(4):202-12.
22. ปราณี มีหาญพงษ์, เนตรชนก ศรีทุมมา. ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2559; 24(4):15-22.
23. อนงค์ ถาวร, พร บุญมี, เกสร เกตุชู. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2557;8(2):6-16.