


วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก

บังอร สัตยวณิช

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

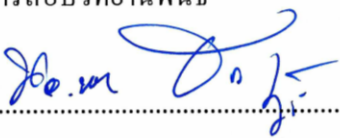
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ บังอร สัตยวณิช ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ น้าอยู่)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธาน
(นาวาเอกหญิง ดร.ชนพร แยมสุดา)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ น้าอยู่)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียวิเศเรศ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 23 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีจากความกรุณาและการดูแลอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ จำอยู่ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทาง ที่ถูกต้องในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ นาวาเอกหญิง ดร.ชนพร เข้มสุดา ประธานในการสอบวิทยานิพนธ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ดร.อารีรัตน์ จำอยู่ ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขและวิจารณ์ผลงาน ทำให้งานวิจัย มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้ง ให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และแบ่งปัน ประสบการณ์ที่มีค่าให้แก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และผู้อำนวยการ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา และผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลทุกท่านที่ให้โอกาสในการศึกษา รวมทั้ง เพื่อนร่วมงานและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านและขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาที่ให้ความกรุณา อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม ในการวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายขอขอบพระคุณครอบครัวที่ให้การสนับสนุน คอยห่วงใย และเป็นกำลังใจ ที่สำคัญยิ่ง ขอขอบคุณเพื่อน ๆ พยาบาล เพื่อนร่วมหลักสูตรมหัศจรรย์ทุกท่านที่คอยให้การช่วยเหลือ เอื้ออาทร และให้กำลังใจมาตลอด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ในความกรุณาที่ได้รับจากทุก ๆ ท่านที่กล่าวมา จึงกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

บังอร สัตยวณิช

53920640: สาขาวิชา: การบริหารการพยาบาล; พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย/ ปัจจัยส่วนบุคคล/ พยาบาลวิชาชีพ

บ้งอร สัตยวณิช: วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก (PATIENT SAFETY CULTURE AS PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES AT A UNIVERSITY HOSPITAL IN EASTERN REGION)

คณะกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์: อาริรัตน์ จำอยู่, D.S.N., युณี พงศ์จตุรวิทย์, Ph.D. 77 หน้า.

ปี พ.ศ. 2560.

ความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพบริการ และเป็นหลักการพื้นฐานของคุณภาพการดูแล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก และเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก สังกัดฝ่ายบริการการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก จำนวน 102 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนา One way ANOVA และ Independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.53, SD = .36$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าการรับรู้ในระดับมาก 7 ด้าน โดยด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15, SD = .59$) และในระดับปานกลาง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ ด้านบุคลากร และด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($M = 3.47, SD = 1.04; M = 3.37, SD = .75; M = 3.37, SD = .82; M = 3.15, SD = .79; M = 3.10, SD = .73$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย ต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,99} = 2.49, p = .08; F_{2,99} = 2.67, p = .07; t_{100} = .66, p = .14$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารควรส่งเสริมด้านการจัดการของโรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมระหว่างจำนวนบุคลากรกับปริมาณงาน

53920640: MAJOR: NURSING ADMINISTRATION; M.N.S.

(NURSING ADMINISTRATION)

KEYWORDS: PATIENT SAFETY CULTURE/ PERSONAL FACTORS/
PROFESSIONAL NURSES

BANGORN SATYAVANIJA: PATIENT SAFETY CULTURE AS PERCEIVED BY
PROFESSIONAL NURSES AT A UNIVERSITY HOSPITAL IN EASTERN REGION.

ADVISORY COMMITTEE: AREERUT KHUMYU, D.S.N., YUNEE PONGJATURAWIT,
Ph.D. 77 P. 2017.

Patient safety is an important indicator of service quality and serves as a basic principle of care quality. The purposes of this research were to study the patient safety culture as perceived by professional nurses in a university hospital at the Eastern region of Thailand and to compare the differences in perception of patient safety culture. The sample of 102 professional nurses working in inpatient and outpatient sections of nursing service division were recruited. The research instruments consisted of personal data questionnaire and culture safety questionnaire. Descriptive statistic, one-way ANOVA and Independent t-test were employed for data analyses.

The results showed that the overall mean score of patient safety culture was at a high level ($M = 3.53$, $SD = 0.36$). There were 7 aspects of patient safety culture which were classified in a high level in which teamwork was at highest ($M = 4.15$, $SD = .59$). There were 5 aspects were at a moderate level including frequency of reported events, teamwork across hospital units, hospital handoffs and transitions, staffing, and hospital management in supporting for patient safety ($M = 3.47$, $SD = 1.04$; $M = 3.37$, $SD = .75$; $M = 3.15$, $SD = .79$, and $M = 3.10$, $SD = .73$ respectively). There was no significant difference in safety culture perception of professional nurses as classified by age, experience, and the safety culture training. ($F_{2,99} = 2.49$, $p = .08$; $F_{2,99} = 2.67$, $p = .07$; and $t_{100} = .66$, $p = .14$, respectively).

The results suggest that the administrators should promote management for patient safety culture in hospitals and proper management of number of staffs and workload issues in order to improve safety for the patients.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย	9
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ	17
ปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย	18
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	21
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	22
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	23
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	23
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	24
การวิเคราะห์ข้อมูล	25
4 ผลการวิจัย	26
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	26

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ตอนที่ 2 วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	28
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของ พยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรม วัฒนธรรมความปลอดภัย	37
5 สรุป และอภิปรายผล	40
สรุปผลการวิจัย	40
อภิปรายผลการวิจัย	43
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	45
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	47
บรรณานุกรม	48
ภาคผนวก	53
ภาคผนวก ก	54
ภาคผนวก ข	57
ภาคผนวก ค	61
ภาคผนวก ง	64
ภาคผนวก จ	66
ประวัติย่อของผู้วิจัย	77

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	26
2	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โดยรวมและรายด้านของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ .	29
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน	30
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านความคาดหวังของหัวหน้างาน/ ผู้บังคับบัญชา และการส่งเสริมความปลอดภัย.....	30
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง	31
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร	32
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการสะท้อนด้านการสื่อสารที่ผิดพลาด.....	32
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย	33
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด.....	33
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน	34
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	35
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของ โรงพยาบาล และการส่งต่อ.....	35

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านบุคลากร 36
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อ ความปลอดภัยของผู้ป่วย..... 37
15	เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตามอายุ..... 38
16	เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน 38
17	เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตามการได้รับการอบรมวัฒนธรรม ความปลอดภัย..... 39

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย..... 5

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพบริการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการให้บริการสุขภาพ ความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพบริการ และเป็นความต้องการของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ จากโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) จึงเป็นหลักการพื้นฐานของคุณภาพการดูแลที่มีความสำคัญต่อการบริการในโรงพยาบาล ที่จะต้องให้การบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานและไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการบำบัดรักษาดังกล่าว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2006) ได้กำหนด ให้ความสำคัญของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ โดยให้ทุกประเทศต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมให้มีการพัฒนา มาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วย นอกจากนี้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดให้ความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญ (Patient safety goal) ที่ใช้ในการพิจารณา การประกันคุณภาพโรงพยาบาลต่าง ๆ และจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีความปลอดภัยเกิดขึ้นอย่างผสมผสานกับการทำงานประจำวัน (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2554)

ผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก (อนุวัฒน์ สุขชุติกุล, 2557)กล่าวว่า ระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยครอบคลุมระบบที่จะป้องกันอันตรายหรือผลที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นในขั้นตอนการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล จากสถิติทั่วโลกผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ได้รับอันตรายจากความผิดพลาดซึ่งอาจเกิดจากคน เครื่องมือ หรือระบบบริหารจัดการ สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของ วิณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างที่สามารป้องกันได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ทุพพลภาพในระยะสั้นหรือถาวร และสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ด้านบุคลากรทางสุขภาพก็ได้รับผลกระทบต่อความมั่นใจ ในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย การเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ส่วนโรงพยาบาลก็ได้รับผลกระทบคือ เสียชื่อเสียง สูญเสียลูกค้า และถูกฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อชดใช้ความเสียหายที่เกิดขึ้นเพิ่มสถิติการสูญเสียความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งจากรายงานเกี่ยวกับการจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์พบว่า มีผู้ยื่นคำร้อง จำนวน 1,112 ราย ได้รับการจ่ายค่าชดเชย ค่าบริการ

ทางการแพทย์ 931 ราย รวมมูลค่าเงินชดเชยทั้งสิ้น 218.44 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นผลผลิตที่มีคุณค่าของแต่ละบุคคล เป็นผลรวมของทัศนคติ การรับรู้ สมรรถนะ รูปแบบพฤติกรรม และความเชี่ยวชาญ ของการบริหารจัดการด้านสุขภาพ และความปลอดภัยขององค์กร (Nieva & Sorra, 2003) วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นส่วนหนึ่งของ วัฒนธรรมองค์กร ซึ่งมีอิทธิพลต่อทัศนคติ และพฤติกรรมของสมาชิกในองค์กร โดยมีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับความเป็นไปทางด้านสุขภาพ และการกระทำที่ปลอดภัยขององค์กรนั้น (Cooper, 2000) วัฒนธรรมองค์กรจะกำกับให้วัฒนธรรมความปลอดภัย แสดงคุณลักษณะภายใต้ขอบเขต หรือข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย (รังสรรค์ ม่วงโสธส, 2553) นั่นคือ ถ้าองค์กรใด มีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดี องค์กรนั้นย่อมให้ความสำคัญกับความปลอดภัยเป็นลำดับต้น ๆ (อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิตติถาวร, 2553) องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดี จะช่วยให้ องค์กรนั้นมีภูมิป้องกัน ทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกัน และแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) การสร้างวัฒนธรรม ความปลอดภัยในองค์กรจึงเป็นวิธีที่ช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

นอกจากนี้วัฒนธรรมความปลอดภัย จะช่วยลดอัตราความผิดพลาด และป้องกันการเกิด ความผิดพลาดโดยการค้นหา จำแนก และจัดการความเสี่ยงในระบบบริการ (สาธิตา ชาติรินรานนท์, 2554) การเรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขความผิดพลาดที่ทันกับสถานการณ์ มีความปลอดภัยเกิดขึ้นตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานเป็นเนื้อเดียวกับการทำงานประจำวัน ของทุกคนจนเกิดเป็นวัฒนธรรมที่แท้จริง (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2554) ดังนั้นการสร้าง และพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยให้เกิดขึ้นกับบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการทางสุขภาพ จะช่วยลดความผิดพลาดในการรักษาผู้ป่วย รวมถึงป้องกัน ความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ด้วยการรับรู้ความปลอดภัยนั้น และผสมผสานความปลอดภัย เป็นเนื้อเดียวกับการทำงานประจำวันของทุกคน

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ, 2558) พยาบาลวิชาชีพ จึงมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, 2553) ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บ หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็น อันเนื่องมาจากการกระทำผิดและการละเลยที่จะกระทำ (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจสอบ และรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล อีกทั้งเป็นแหล่งรักษา และฝึกปฏิบัติงาน ของนิสิตแพทย์ นิสิตในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบุคลากรด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลแห่งนี้ จึงมีแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานในการรักษา และเสริมสร้างสุขภาพผู้ป่วย เป็นต้นแบบในการเรียนรู้ ความปลอดภัยผู้ป่วย ตามบริบทวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรแห่งนี้ และในการปฏิบัติงาน นั้น พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง จึงเป็นตัวอย่าง เป็นแม่แบบของการปฏิบัติ ให้กับนิสิตแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาล วิชาชีพ จึงเป็นสิ่งจำเป็น แต่ยังไม่พบมีการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมาก่อน ซึ่งการรับรู้ของพยาบาลแต่ละบุคคลนั้น มีความแตกต่างกัน ตามปัจจัยส่วนบุคคล (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533) โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการรับรู้ ความปลอดภัยผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมวัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วย (กนกวรรณ เมฆะพันธ์, 2556; วิณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2550; Reason, 1995; Vincent, Taylor-Adams, & Stanhope, 1998)

จากสภาพปัญหาความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ทั้งใน และต่างประเทศ และส่งผลต่อคุณภาพ มาตรฐานการบริการตลอดจนความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งยังไม่มีผู้ใดศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปเป็น แนวทางพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วยให้การบริการสุขภาพ ได้อย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก
2. เพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยแตกต่างกัน

คำถามการวิจัย

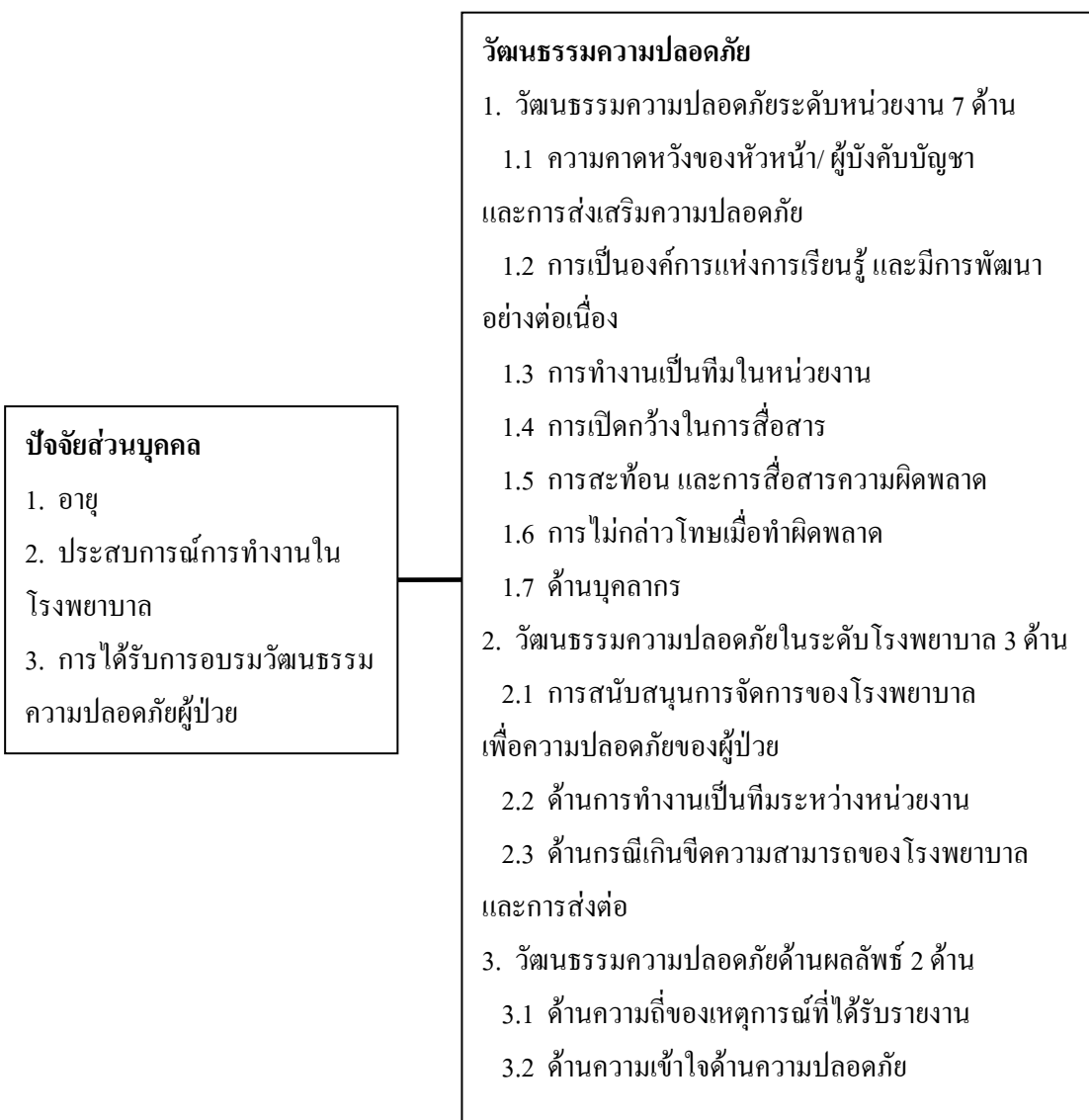
1. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับใด
2. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยแตกต่างกัน มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการจากแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของ Nieva and Sorra (2003) ซึ่งเป็นผู้จัดทำเครื่องมือทดสอบ Hospital Survey on Patient Safety Culture [HSOPSC] ให้กับ Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ] ประเทศสหรัฐอเมริกา มีความครอบคลุม ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 12 ด้าน ใน 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ระดับหน่วยงาน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านความคาดหวังและการส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้า ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร ด้านการสะท้อนและการสื่อสารความผิดพลาด ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด และด้านบุคลากร 2) ระดับโรงพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน และด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล และการส่งต่อ 3) ด้านผลลัพธ์ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน และด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย ดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษา และเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรม วัฒนธรรมความปลอดภัยแตกต่างกัน ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก สังกัดฝ่ายบริการการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 132 คน สุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน

และเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2560

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล เกี่ยวกับทัศนคติ ค่านิยม สมรรถนะและพฤติกรรมกาปฏิบัติ ที่แสดงออก โดยอัตโนมัติในการจัดการด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประเมินได้จากการตอบแบบสอบถาม วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของ สุกัญญา โศตรศรีวงศ์ (2557) ประกอบด้วย วัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วยทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาล และด้านผลลัพธ์ จำนวน 12 ด้าน ตามรายละเอียดดังนี้

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระดับหน่วยงาน 7 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านความคาดหวังและการส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้า (Supervisor/ Manager expectations & actions promoting safety) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการให้คำแนะนำปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วยของหัวหน้าให้ปลอดภัย ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และไม่มองข้ามปัญหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.2 ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Organizational learning-continuous improvement) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับความผิดพลาด ที่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านบวก และได้รับการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาความปลอดภัยผู้ป่วย

1.3 ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน (Teamwork within units) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือคนอื่น ปฏิบัติต่อคนอื่นด้วยความเคารพ และให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม

1.4 ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร (Communication openness) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการให้ข้อเสนอแนะ หรือข้อคิดเห็นเมื่อพบเห็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย

1.5 ด้านการสะท้อน และการสื่อสารความผิดพลาด (Feedback and communication about error) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการแจ้งข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นการรายงานการเปลี่ยนแปลง และแนวทางในการป้องกันข้อผิดพลาดไปยังหน่วยงานที่เกิดผิดพลาด

1.6 ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด (Nonpunitive response to error) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับความผิดพลาดของตนเองจะไม่ได้รับการนำมา พิจารณาลงโทษ

และไม่เสียประวัติการทำงาน

1.7 ด้านบุคลากร (Staffing) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ และมีชั่วโมงในการทำงานที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

2. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล มี 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Hospital management support for patient safety) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการสร้างบรรยากาศในการทำงานของผู้บริหารที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด

2.2 ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน (Teamwork across hospital units) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือ และประสานงานกับผู้อื่น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

2.3 ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล และการส่งต่อ (Hospital handoffs and transitions) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการส่งต่อข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล และระหว่างการเปลี่ยนเวร

3. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยด้านผลลัพธ์ มี 2 ด้าน ได้แก่

3.1 ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน (Frequency of event reporting) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประเภทของความผิดพลาดที่ต้องรายงาน ได้แก่ 1) ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นแต่ได้รับการตรวจสอบแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วย 2) ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นแต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย 3) ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และมีโอกาสเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ยังไม่เกิด

3.2 ด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย (Overall perceptions of safety) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติ และระบบงานที่ดี ซึ่งจะเป็นการประกันเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณสมบัติและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ได้แก่

2.1 อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยนับระยะเวลาจำนวนเต็มปีบริบูรณ์

2.2 ประสบการณ์การทำงาน หมายถึง ระยะเวลาเป็นจำนวนปีที่พยาบาลวิชาชีพจบการศึกษา และเป็นพนักงานประจำของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.3 การได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย หมายถึง ประสิทธิภาพ
ของพยาบาลวิชาชีพ ในการเคยหรือไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัย
ทั้งจากการที่หน่วยงานส่งไปอบรม หรือไปรับการอบรมด้วยตนเอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียง ซึ่งแบ่งเป็นหัวข้อต่อไปนี้

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
 - 1.1 ความหมายวัฒนธรรมความปลอดภัย
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
 - 1.3 นโยบายและการดำเนินการด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียง
2. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
3. ปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

ความหมายวัฒนธรรมความปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัย มีผู้ให้คำนิยามแตกต่างกันออกไปในมิติต่าง ๆ ดังนี้

Persson (2000) ให้ความหมายวัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง พฤติกรรมของคนในองค์กรที่แสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในระดับต่าง ๆ โดยแบ่งลักษณะวัฒนธรรมความปลอดภัย ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่เห็นเป็นรูปธรรม เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำของคนในองค์กรที่สังเกตเห็นได้ง่าย ระดับหลักการสนับสนุนเป็นสิ่งที่ทุกคนในองค์กรร่วมกันให้ความสำคัญกับความปลอดภัย และระดับสามัญสำนึก เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมของทุกคนที่แสดงออกถึงความปลอดภัยโดยอัตโนมัติจากทัศนคติและความเชื่อส่วนตัวในทิศทางเดียวกัน และร่วมกันแก้ปัญหา

Nieva and Sorra (2003) ให้ความหมายวัฒนธรรมความปลอดภัย ตามคำนิยามขององค์กรทางด้านความปลอดภัย (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations [ACSNI]) สหราชอาณาจักร เป็นผลผลิตที่มีคุณค่าของแต่ละบุคคลและของกลุ่ม ของทัศนคติของการรับรู้ ของสมรรถนะและรูปแบบของพฤติกรรม และความเชี่ยวชาญชำนาญการบริหารจัดการด้านสุขภาพและความปลอดภัยขององค์กร

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. 2007) กำหนดความหมายของความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety) คือ การลดความเสี่ยงจากอันตรายที่ไม่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพให้เหลือน้อยที่สุด อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

องค์กรพัฒนาการวิจัยและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]) โดย Sorra et al. (2012) พิจารณาว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพการดูแลสุขภาพ เนื่องจากองค์การด้านการดูแลสุขภาพมีความมุ่งมั่นในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง มีการตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย การบรรลุวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัยต้องมีความเข้าใจในค่านิยมความเชื่อและบรรทัดฐานเกี่ยวกับสิ่งที่มีความสำคัญในองค์กร และควรคาดหวังว่าจะมีความเหมาะสมและเหมาะสมกับทัศนคติและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และให้นิยามว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นผลที่เกิดจากค่านิยมทัศนคติ การยอมรับ สมรรถนะ ทั้งในส่วนบุคคลและของกลุ่ม ในการกำหนดรูปแบบของพฤติกรรมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์การสุขภาพในการจัดการด้านความปลอดภัย

Emanuel et al. (2008) ให้นิยามความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพที่นำวิธีการทางวิทยาศาสตร์ไปใช้ในการดูแลด้านความปลอดภัย เพื่อให้บรรลุระบบการบริการสุขภาพที่เชื่อถือได้ รวมถึงการดำเนินการเพื่อลดอุบัติเหตุ ลดผลกระทบของความเสี่ยง และฟื้นฟูความเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

วิชา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550) ให้ความหมายวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นแบบแผนความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ บรรทัดฐาน และข้อตกลงเบื้องต้นที่เข้าใจกัน โดยไม่ต้องพูดออกมา และเป็นกระบวนการยึดถือที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการทำงานร่วมกัน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2558) กำหนดลักษณะวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) วัฒนธรรมที่ผู้ดูแล (ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหาร คำนหน้า แพทย์ และผู้บริหาร) ยอมรับในความรับผิดชอบด้านความปลอดภัยของตนเอง เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย และผู้มาเยี่ยม 2) วัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยเหนือเรื่องเงินและเป้าหมายของการปฏิบัติงาน 3) วัฒนธรรมที่ส่งเสริมและให้รางวัลในการค้นพบ การสื่อสาร และการหาทางแก้ปัญหาในเรื่องความปลอดภัย 4) วัฒนธรรมที่ให้องค์กรเรียนรู้จากความผิดพลาด 5) วัฒนธรรมที่จัดหาทรัพยากร โครงสร้าง และการตรวจสอบอย่างเหมาะสม ที่จะทำให้ระบบความปลอดภัยที่มีคุณภาพคงอยู่ได้

โดยความหมายที่มีอยู่ร่วมกันของค่านิยมที่กล่าวมา วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย คือ การรับรู้ร่วมกันของบุคคลในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ ค่านิยม สมรรถนะและพฤติกรรมปฏิบัติ

ที่แสดงออกโดยอัตโนมัติในการจัดการด้านสุขภาพ เช่น การวางกรอบ แนวทาง กฎระเบียบ
ปรับปรุง แก้ไข ได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยที่มารับบริการ

แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ที่สถาบันการแพทย์สหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine [IOM])
ทำรายงานเรื่อง “To err is human: Building a safer health system” ที่พบว่า ในแต่ละปีมีประชาชน
ในโรงพยาบาลสหรัฐฯ จำนวน 44,000 ถึง 98,000 คน ตายเนื่องจากข้อผิดพลาดทางการแพทย์
(Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999) จากผลกระทบและแนวโน้มของปัญหาดังกล่าวกระตุ้นให้
องค์การอนามัยโลก (WHO) เชิญผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลก เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ด้านความปลอดภัย
ของผู้ป่วย และร่วมกำหนดประเด็นการวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ในปี ค.ศ. 2004
องค์การอนามัยโลกจึงได้ก่อตั้งโครงการความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้น เริ่มแรกใช้ชื่อว่า “พันธมิตร
เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย” (The world alliance for patient safety) เพื่อประสานงาน อำนวย
ความสะดวกและกระตุ้นการพัฒนาทางด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกประเทศทั่วโลก
ปี ค.ศ. 2008 องค์การอนามัยโลก เผยแพร่รายงาน “พันธมิตรเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย รายงาน
ความก้าวหน้า ปี 2006-2007” (World alliance for patient safety progress report 2006-2007)
เกี่ยวกับการจัด 6 ลำดับความสำคัญที่จะทำการวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัย โดยการจัดลำดับ
ความสำคัญแบ่งออกตามกลุ่มประเทศต่าง ๆ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว
กลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และกลุ่มที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนผ่านทางเศรษฐกิจ ซึ่งอันดับปัญหาด้าน
ความปลอดภัยของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน แต่มีบางส่วนที่ทับซ้อนกันหลายประเด็น
เช่น ความสามารถและทักษะการฝึกอบรมไม่เพียงพอ ขาดความรู้และการถ่ายโอนที่เหมาะสม
ขาดการสื่อสารและการประสานงานทั้งกรณีภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน แนวทาง
การปฏิบัติในการให้บริการไม่ปลอดภัย การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ

ประเทศไทยในฐานะสมาชิกขององค์การอนามัยโลก และจัดอยู่ในกลุ่มประเทศ
ที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนผ่านทางเศรษฐกิจ มีเป้าหมายที่จะมุ่งสู่ความสำเร็จคือ สุขภาพดีและมีความ
ปลอดภัยตามที่องค์การอนามัยโลกประกาศ (Global patient safety challenge) ที่กำหนดให้ทุกประเทศ
ต้องให้ความสำคัญ ส่งเสริม กระตุ้นให้มีการพัฒนามาตรฐาน และสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วย
ให้ปลอดภัย (WHO, 2006) โดยมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการพัฒนาด้านความปลอดภัย
ของผู้ป่วย ภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
(อย.) มีหน้าที่ดูแลทางด้านกรบริโภคมลพิษภัณฑ์สุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐานและปลอดภัย
สถานพยาบาล แพทย์สภาหรือสภาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะมุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ
และมาตรฐานด้านสุขภาพของประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่พัฒนา

ระบบสุขภาพของให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเสมอภาค สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีหน้าที่พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้กล่าวถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้ว่า องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจะมีลักษณะที่ไม่เน้นการลงโทษ มุ่งเน้นที่ระบบ และกระบวนการ มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระ ส่งเสริม การเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติ มีการสื่อสารโดยผู้นำทุกระดับ องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย จะอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อใจกัน รับรู้ร่วมกันถึงความสำคัญของความปลอดภัย และมีความมั่นใจ ในประสิทธิภาพของมาตรการการป้องกันความปลอดภัย

แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย การบริหารความปลอดภัยในระบบ บริการประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ

1. แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล และแนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ ซึ่งแต่ละแนวคิดจะมีการจัดการความผิดพลาดแตกต่างกัน แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล เชื่อว่าการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์ มีสาเหตุมาจากความบกพร่องด้านกระบวนการ ด้านความรู้สึนึกคิด ได้แก่ การลืมน ไม่เอาใจใส่ การขาดแรงจูงใจ ความละเลย หรือความประมาท โดยมนุษย์จะดูมองว่าสามารถเลือกการกระทำ พฤติกรรมที่ปลอดภัยและไม่ปลอดภัยได้ ความผิดพลาดจึงเป็นประเด็นจริยธรรมส่วนบุคคล (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ผู้ที่ใช้แนวคิดนี้ในการบริหารความปลอดภัยจึงมุ่งที่จะควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ โดยการสร้างระเบียบ กฎเกณฑ์มาควบคุมกำกับ หรือสร้างมาตรการการลงโทษ ทำให้บุคคลกลัวความผิด และไม่รายงานอุบัติการณ์ทำให้เกิดความผิดพลาดซ้ำแล้วซ้ำอีก (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

2. แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ กล่าวว่า ความผิดพลาดของมนุษย์ มีสาเหตุหลักจากปัญหาของระบบในองค์กร (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัย ได้เสนอแบบจำลองเพื่ออธิบายความผิดพลาดของมนุษย์ ที่เกี่ยวข้องกับระบบในองค์กร ดังนี้

2.1 แบบจำลองสาเหตุการเกิดอุบัติการณ์ในองค์กร (Organization accident model) Vincent and Williams (2001) เสนอแบบจำลองโครงสร้างการเกิดอุบัติเหตุในองค์กร เริ่มต้นมาจากกระบวนการตัดสินใจขององค์กรที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการวางแผนการกำหนด การคาดการณ์ การออกแบบ นโยบาย การสื่อสาร การควบคุม และการบำรุงรักษาทำให้เกิดความล้มเหลวแฝงอยู่ในกระบวนการในองค์กร ซึ่งจะถูกส่งผ่านไปยังแผนกต่าง ๆ ในองค์กรและนำไปสู่สถานที่ปฏิบัติการในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้เกิดสถานการณ์การปฏิบัติที่ผิดพลาด การกระทำที่ละเมิดกฎ

หรือการปฏิบัติที่ปลอดภัย เช่น การมอบหมายงานที่มีภาระงานมาก การจัดอัตรากำลังไม่เหมาะสมกับภาระงาน การใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพต่ำ การใช้แนวปฏิบัติที่ไม่ดี เป็นต้น แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับบุคคลที่ปฏิบัติงานในโครงสร้างองค์การในหน้าที่รับผิดชอบ เป็นผู้รับช่วงต่อในลำดับของการเกิดอุบัติเหตุ ไม่ใช่ผู้เป็นต้นเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ในองค์การสาเหตุที่สำคัญของการเกิดอุบัติเหตุ และส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคคล การสร้างแนวทางป้องกันความผิดพลาดของมนุษย์อย่างเดียวยังไม่เพียงพอ เพราะมีบางส่วนของการทำงานที่ไม่ปลอดภัยทั้งที่เป็นความล้มเหลวแฝง และความล้มเหลวจริงอยู่ในกระบวนการ และแนวทางป้องกันขององค์การที่สามารถผ่านแนวปรากฏทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เสียหายได้ (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

2.2 แนวคิดภาระงานทางการพยาบาล (Nursing workload) และความปลอดภัยผู้ป่วย Carayon and Gurses (2012) เสนอกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายสาเหตุความปลอดภัยผู้ป่วย และผลลัพธ์ของภาระงานทางการพยาบาลต่อคุณภาพการดูแล ความปลอดภัยผู้ป่วย ปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ 1) ปัจจัยในคน เช่น ขาดสมรรถนะ ประสบการณ์ 2) ปัจจัยด้านระบบขององค์การ ได้แก่ อุปกรณ์ทางการแพทย์เสื่อมสภาพ และไม่เพียงพอ การสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาลคลาดเคลื่อน ภาระงานทางการพยาบาลที่มากเกินไป เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ จึงเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

2.3 แบบจำลองเนยสวิสเชิงระบบของการเกิดอุบัติเหตุ (Swiss cheese model of system accidents) Reason (1997) ได้เสนอแบบจำลองการทำหน้าที่ของแนวป้องกันกับกระบวนการเกิดอุบัติเหตุ โดยนำไปเปรียบเทียบกับเนยสวิส ซึ่งเมื่อนำมาตัดตามขวางเนยแต่ละแผ่นจะมีรูพรุนของอากาศอยู่บนแผ่นเนยแข็งตัดตามขวางเป็นเสมือนชั้นปราการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และรูบนแผ่นเนย คือ โอกาสเกิดกระบวนการความล้มเหลวในระบบตามปกติ เมื่อนำแผ่นเนยมาวางเรียงซ้อนกัน โอกาสที่รูบนแผ่นจะเรียงตรงกันเป็นสิ่งที่ยาก แต่หากรูบนแผ่นเนยตั้งแต่แผ่นแรกจนถึงแผ่นสุดท้ายเรียงตัวตรงกันจะเกิดช่องโหว่ทะลุตรงกัน เปรียบเสมือนการเกิดการผิดพลาดที่สามารถหลุดลอดช่องโหว่ของระบบป้องกัน ไปก่อเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุไม่พึงประสงค์ขึ้น (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ซึ่งสาเหตุการเกิดช่องโหว่ในแนวป้องกันเกิดจาก 1) ความล้มเหลวจริง คือ การกระทำที่ไม่ปลอดภัยของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย หรือระบบ เช่น เข้าใจผิดพลั้งผลอ ละเมิดกฎระเบียบปฏิบัติ ซึ่งมีผลกระทบระยะสั้นต่อความมั่นคงของปราการป้องกัน เพราะมักสังเกตเห็นได้ชัดและได้รับการแก้ไข 2) ความล้มเหลว

แฝงคือสิ่งที่แฝงตัวอยู่ในระบบมักจะมองเห็นได้ยาก ไม่มีการวิเคราะห์เป็นจุดอ่อนที่แฝงตัวอยู่ในระบบเกิดขึ้นกับการวางระบบผิดพลาด เช่น จำนวนบุคลากร อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ความเหนื่อยล้า ขาดประสบการณ์ หรืออาจเกิดจากจุดอ่อนของระบบป้องกัน เช่น ระเบียบปฏิบัติที่ใช้ไม่ได้จริง ตัวชี้วัดที่ใช้ไม่ได้ ความล้มเหลวแฝงจะแฝงตัวอยู่ในระบบเป็นเวลานาน และเมื่อมีความล้มเหลวจริงเกิดขึ้น จึงทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แนวคิดในการบริหารความปลอดภัยเชิงรุก จึงต้องเน้นการค้นหาและจัดการความล้มเหลวแฝง เช่น สร้างนโยบายการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์เร่งรีบ ออกแบบสภาพแวดล้อม และอุปกรณ์การแพทย์ที่สะดวกในการทำงาน เป็นต้น และความล้มเหลวที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยจากการตัดสินใจและระบบขององค์กร ซึ่งก่อให้เกิดอุบัติการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีการบริหารความปลอดภัย พบว่า มนุษย์สามารถทำผิดพลาดได้แม้จะอยู่ในองค์กรที่มีการบริหารจัดการที่ดี ดังนั้นในการบริหารจัดการความปลอดภัยจึงต้องมีการจัดการความเสี่ยงที่ไม่มุ่งไปที่ตัวบุคคล แต่ควรมุ่งไปที่งาน ทีม สถานการณ์ และองค์กร เพื่อเป็นการสร้างระบบป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เสียหาย ลดลง ไม่มุ่งที่การลงโทษ และหาผู้กระทำผิด

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Nieva and Sorra (2004) ซึ่งเป็นผู้จัดทำเครื่องมือทดสอบ Hospital Survey on Patient Safety Culture [HSOPSC] ให้กับ Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ] ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยนำมาจากแนวคิดของ Reason (1997) มีความครอบคลุม ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 12 ด้าน ใน 3 ระดับ ประกอบด้วย วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ระดับหน่วยงาน 7 ด้าน ระดับโรงพยาบาล 3 ด้าน ด้านผลลัพธ์ 2 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ระดับหน่วยงาน 7 ด้าน ประกอบด้วย

1.1 ด้านความคาดหวัง และการส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้าหัวหน้า (Supervisor/ Manager expectations & actions promoting safety) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการให้คำแนะนำปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และไม่มองข้ามปัญหาความปลอดภัยผู้ป่วย

1.2 ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Organizational learning-continuous improvement) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความผิดพลาดทั้งหลาย ที่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงด้านบวก และได้รับการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ หลังจากมีการดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.3 ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน (Teamwork within units) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือคนอื่น ปฏิบัติต่อคนอื่นด้วยความเคารพ และให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม

1.4 ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร (Communication openness) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการให้ข้อเสนอแนะ หรือข้อคิดเห็นเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจมีผลกระทบด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย และกล้าที่จะตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้บริหาร

1.5 ด้านการสะท้อน และการสื่อสารความผิดพลาด (Feedback and communication about error) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการแจ้งข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น และมีการรายงานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง และอภิปรายวิธีการ พร้อมทั้งแนวทางในการป้องกันข้อผิดพลาดนั้นไปยังหน่วยงานที่เกิดผิดพลาด

1.6 ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด (Nonpunitive response to error) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความผิดพลาดของตนจะไม่ได้รับการนำมาพิจารณาลงโทษ และไม่เสียประวัติการทำงาน

1.7 ด้านบุคลากร (Staffing) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอที่จะจัดการกับภาระงาน และชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

2. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ระดับโรงพยาบาลมี 3 ด้าน ประกอบด้วย

2.1 ด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Hospital management support for patient safety) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างบรรยากาศในการทำงานของผู้บริหารที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด

2.2 ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน (Teamwork across hospital units) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการให้ความร่วมมือ และประสานงานกับคนอื่นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด

2.3 ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล และการส่งต่อ (Hospital handoffs and transitions) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีการส่งต่อระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล และระหว่างการเปลี่ยนเวร

3. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์ มี 2 ด้าน ประกอบด้วย

3.1 ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน (Frequency of event reporting) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับประเภทของความผิดพลาดที่ต้องรายงาน

3.2 ด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย (Overall perceptions of safety) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและระบบงานที่ดีจะประกันเรื่องความผิด และไม่มีปัญหาในเรื่อง

ความปลอดภัยของผู้ป่วย

นโยบายและการดำเนินการด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ในภาคตะวันออก

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก เป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปในด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ตามมาตรฐานทางการแพทย์ ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และยังเป็นหน่วยงานสำหรับฝึก การปฏิบัติงานของนิสิตแพทย์ นิสิตในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบุคลากรด้านสาธารณสุข

ในด้านนโยบายและการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เกี่ยวกับความปลอดภัย แก่ผู้รับบริการนั้นมีพัฒนาการเป็นลำดับ โดย ในปี พ.ศ. 2556 กำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพ ด้านความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ระบบการบริหารความเสี่ยงขององค์กรให้มีความเข้มแข็งต่อเนื่อง และยั่งยืน ปี พ.ศ. 2557 กำหนดนโยบายความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริม ให้บุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่ดีภายใต้วัฒนธรรมองค์การด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นที่ยอมรับของสากล และให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นโยบายที่ประกาศใช้นำไปสู่การทบทวน และจัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากร เช่น จัดทำคู่มือระบบบริหารจัดการความเสี่ยง แนวปฏิบัติ การเตรียมก่อนผ่าตัด-ขณะผ่าตัดของทีมศัลยกรรม แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ แนวปฏิบัติสำหรับระบบการตอบสนอง ต่อภาวะฉุกเฉิน เช่น การบริหารจัดการทีมการผ่าตัด ปรับปรุงระบบการบริการ/ การให้เลือดผู้ป่วย ได้ความเพียงพอ ทันต่อเวลา และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุให้เลือดผิด แนวปฏิบัติการจัดการ ด้านยา แนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้การปฏิบัติงานบริการ สุขภาพต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ผิดพลาดน้อย และปลอดภัย จนได้รับการตรวจสอบและรับรอง คุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ผ่านการรับรองกระบวนการ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินการประเมิน ความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล จากกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานสำหรับฝึกการปฏิบัติงานของนิสิตแพทย์ นิสิตในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบุคลากรด้านสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก มีแนวทางปฏิบัติ ที่มีมาตรฐานในการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพผู้ป่วย เป็นต้น แบบหน่วยงานที่ทำการถ่ายทอด แนวปฏิบัติและการเรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมนั้นปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพ ยังไม่เคยมีรายงานเกี่ยวกับ ระดับ

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับใด พัฒนาการของบุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยด้านใดที่อ่อนด้อยกว่าด้านอื่นที่สมควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงเป็นลำดับต้น ความแตกต่างในอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมความรู้ด้านความปลอดภัยผู้ป่วย ที่ต่างกันของพยาบาลวิชาชีพ มีผลต่อระดับความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างไร

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

การรับรู้ เป็นกระบวนการที่บุคคลจัดระเบียบและตีความการแสดงผลทางประสาทสัมผัส เพื่อให้ความหมายต่อสิ่งที่อยู่โดยรอบ หรือสถานะที่แวดล้อมตัวเขา โดยไม่คำนึงถึงว่าเป็นจริงหรือไม่ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกจึงเป็นไปตามการรับรู้ หรือกระบวนการตีความนั้น ซึ่งไม่ได้เป็นจริง โดยตัวของมันเอง (Robbins & Judge, 2012) และจากความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย คือ การรับรู้ร่วมกันของบุคคลในองค์กร ที่เกี่ยวกับทัศนคติ ค่านิยม สมรรถนะและพฤติกรรม การปฏิบัติที่แสดงออกโดยอัตโนมัติในการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย ที่มารับบริการนั้น การส่งเสริมให้พยาบาลรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โดยคำนึงถึงคุณภาพ การให้บริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย จนเกิดเป็นวัฒนธรรมในด้านความปลอดภัยขึ้น เป็นสิ่งจำเป็น เมื่อใดก็ตามหากพยาบาลทุกคนมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยที่ดี และเป็นไปในแนวเดียวกันทั่วทั้งองค์กรก็จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งลดความผิดพลาดที่เกิดจากการให้การพยาบาล และช่วยพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ขอมรับนับถือพยาบาลวิชาชีพ และสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพที่ดีได้ (จินะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2546) ดังเช่นการศึกษาของ สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ในเขตภาคเหนือ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.19) พร บุญมี และเฉลิมพรรณ เมฆลอย (2554) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และ สุภจรรย์ เมืองสุริยา (2556) ศึกษาการรับรู้ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาล และอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 77.77)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียง

ปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่หล่อหลอมมาจากบุคคลในองค์กร และเป็นรูปแบบการทำงานที่คนในองค์กรยึดถือปฏิบัติ สามารถถ่ายทอดจากอดีตมาถึงปัจจุบัน ซึ่งแต่ละองค์กรจะมีลักษณะเฉพาะของตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนั้น เพื่อการจัดการองค์กรให้มีวัฒนธรรมตามที่ต้องการ จึงควรทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่ง วิณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550) กล่าวถึง 2 ปัจจัยหลักที่มีผลต่อการปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Egogeneous factors หรือ Human factors) หมายถึง ปัจจัยที่มีเฉพาะในแต่ละบุคคล เช่น อายุ รูปร่างลักษณะ สุขภาพทั่ว ความรู้ และประสบการณ์ในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน และการจัดการให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย และปัจจัยภายนอกบุคคล (Exogeneous factors) ได้แก่ ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยระบบการทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยผู้ป่วย

ด้วยเหตุที่ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ให้บริการแก่ผู้ที่ต้องการเข้ารับการรักษาตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้ปฏิบัติ อยู่ดูแล ให้ความ และเข้าถึงตัวผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยตรง พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย (อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, 2553) พยาบาลจึงเป็นปัจจัยภายนอกของผู้ป่วย เป็นผู้สร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย ดังรายละเอียด ดังนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของร่างกายกับจิตใจ อารมณ์สังคม และสติปัญญาของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีพัฒนาการตามวัยจะมีความสามารถในการปรับตัว มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีเหตุผล รับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ของตนได้เป็นอย่างดี สามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้ดี (ณัฐชยา วุฒิมานกรณ์, 2556) จากการศึกษาของ ทศนีย์ วงศ์เกษมศักดิ์ (2551) ศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า พยาบาลที่มีอายุมากมีความสามารถในการปฏิบัติงานมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย ซึ่งเมื่อพิจารณาในเรื่องการทำงานให้มีคุณภาพนั้น พบว่า อายุจะมีส่วนสำคัญสำหรับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย

ของพยาบาลวิชาชีพให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีมุมมองที่กว้างขึ้น สุขุม รอบคอบ ไตร่ตรอง เหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี จึงสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ดีเช่นกัน ส่วนการศึกษา ของ พรรณณิมา กิตะกุลดิลก (2553) ศึกษาเรื่อง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ที่มีอายุต่างกัน จะมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้อมูลส่วนบุคคล ทางด้านอายุกับวัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพข้างต้นนั้น จะเห็นว่าข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุส่งผลโดยตรง ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกันในบริบทต่าง ๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ที่มีอายุ แตกต่างกัน มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยแตกต่างกันหรือไม่

2. ประสิทธิภาพการทำงาน ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีทักษะความชำนาญ ในการทำงานมากขึ้นตามจำนวนปีที่ปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพมากกว่า จะมีพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่า เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพมากจะสามารถมองปัญหา วิเคราะห์ปัญหาได้มากกว่า เนื่องจากเคยผ่านเหตุการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกับในอดีตมาแล้วทำให้สามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจ ได้ดีขึ้น (ณัฐชยา วุฒิมานพกรณ์, 2556) เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรรณณิมา กิตะกุลดิลก (2553) ศึกษาเรื่อง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพในการทำงาน ต่างกัน จะมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน ส่วนการศึกษาของ สมบูรณ์ สุโหมจิต (2557) เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจ มีประสิทธิภาพการทำงานในหน่วยงานปัจจุบันมีวัฒนธรรม ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .59

จากการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ทางด้านประสิทธิภาพ การทำงาน และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพข้างต้นนั้น จะเห็นว่า ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัย จึงนำข้อมูลส่วนบุคคลทางด้านประสิทธิภาพการทำงาน มาทำการศึกษา

3. การยอมรับวัฒนธรรมความปลอดภัย ปัจจัยภายในบุคคลตามแนวคิดของ Reason (2009) นั้น พิจารณาว่า มนุษย์ที่มีโอกาสผิดพลาดในการทำงาน ได้ (To error is human) ซึ่งความผิดพลาด พบได้บ่อยในสถานการณ์ที่บุคลากรมีภาวะต่อไปนี้ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านความรู้และขาดประสบการณ์ ในงานที่ทำ ความเครียด ความง่วง ความเพื่อย และอ่อนล้าขณะปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนการไม่ตระหนัก

ในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งการได้รับการอบรมในด้านการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยนั้น เป็นการลดข้อจำกัดด้านความรู้ลงไป ส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยผู้ป่วย เนื่องจากการฝึกอบรมนั้นเป็นการทบทวนความรู้เดิม และเพิ่มความรู้ใหม่ให้กับพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง ดังเช่น ศุภจรีย์ เมืองสุริยา (2556) พบว่า พยาบาล โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยจำนวนมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป มีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยแตกต่างจากพยาบาลที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยน้อยครั้งกว่า และ ณัฐชยา วุฒิมาปกรณ์ (2556) พบว่า พยาบาลวิชาชีพในเครือโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ที่มีประสบการณ์การได้รับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

จากที่กล่าวมา โรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก มีการนำเครื่องมือที่ใช้ในการจัดการความปลอดภัยในผู้ป่วยเข้ามาใช้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และพัฒนาคุณภาพในการบริการ อย่างไรก็ตามยังคงพบว่ามีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เกิดขึ้น โดยมีความแตกต่างกันไปตามบริบทในการปฏิบัติงาน รวมถึงวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปแต่ละองค์กร ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยได้ แม้ว่าวัฒนธรรมองค์กรโดยทั่วไปอาจมีความแตกต่างกันตามนโยบาย ลักษณะองค์กร แต่ในส่วนของวัฒนธรรมความปลอดภัยเน้นในการสร้างให้เกิดความปลอดภัยในผู้ป่วย โดยยึดเกณฑ์มาตรฐานตามที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพพยาบาลได้กำหนดเป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติที่เหมือนกัน ผู้บริหารโรงพยาบาลก็ต้องเน้นให้เกิดความปลอดภัยผู้ป่วย โดยต้องมีแนวปฏิบัติที่เป็นทิศทางเดียวกัน การเรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัย ล้วนแต่ต้องการให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยทั้งสิ้น แสดงให้เห็นว่า ในส่วนของวัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วยนี้จึงไม่น่าจะมีความแตกต่างกันในแต่ละองค์กร เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภาคตะวันออก จึงต้องมีการเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงใต้ มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก สังกัดฝ่ายบริการการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลประชากร จากฝ่ายบริการการพยาบาลของโรงพยาบาล ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 พบว่า มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 132 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก สังกัดฝ่ายบริการการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงใต้ และมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 102 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการใช้ตารางสำเร็จรูปของ Bartlett, Kotlik, and Higgins (2001) ซึ่งได้จัดทำตารางสำเร็จรูปที่คำนวณตามสูตรของ Cochran's sample size formula โดยเปิดตารางที่ใช้สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) กำหนดค่าสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01 เท่ากับ 2.58 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Margin of error) เท่ากับ .03 ในการศึกษานี้ ประชากรที่ศึกษามีจำนวน 132 คน ซึ่งเกินกว่าหนึ่งร้อย ผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดตัวอย่างในตารางที่คำนวณไว้สำหรับประชากรสองร้อยคนเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 102 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อของพยาบาล ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรม วัฒนธรรมความปลอดภัย หน่วยงานหลักที่ปฏิบัติงาน การให้ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยใน โรงพยาบาล การบันทึกและส่งรายงานอุบัติการณ์ ลักษณะข้อคำถามเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นแบบสอบถามของ สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ (2557) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Nieva and Sorra (2004) และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78 มีจำนวน 42 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับหน่วยงาน จำนวน 24 ข้อ
2. วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล จำนวน 11 ข้อ
3. วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์ จำนวน 7 ข้อ

ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 24 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 21, 25, 26, 29, 31, 36, 37, 38, 40, 42) ข้อคำถามเชิงลบจำนวน 18 ข้อ (ข้อ 3, 4, 14, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 39, 41) มีคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ	ความหมาย
5 คะแนน	1 คะแนน	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ/ ปฏิบัติได้ทุกครั้ง
4 คะแนน	2 คะแนน	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก/ ปฏิบัติได้เกือบทุกครั้ง
3 คะแนน	3 คะแนน	เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางประการ/ ปฏิบัติได้บางครั้ง
2 คะแนน	4 คะแนน	เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย/ ปฏิบัติได้น้อยครั้ง
1 คะแนน	5 คะแนน	เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด/ ปฏิบัติได้น้อยที่สุด แทบไม่ได้ปฏิบัติเลย

การแปลผล การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคน โดยให้ความหมายดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมายการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
4.50-5.00	ระดับมากที่สุด
3.50-4.49	ระดับมาก
2.50-3.49	ระดับปานกลาง
1.50-2.49	ระดับต่ำ
1.00-1.49	ระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของ สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ (2557) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมาแล้ว และใช้วัดในประชากรพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับประชากรของการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความตรงเชิงเนื้อหาอีก

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัย (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม .78 จึงถือว่าแบบสอบถามนี้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสอบถามถึงการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยตามแบบฟอร์ม

การอธิบายการเข้าร่วมงานวิจัยและการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การให้ความร่วมมือ เป็นไปโดยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้นำเสนอในภาพรวม นำไปใช้ สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ ในแบบสอบถามถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 1 เดือน ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ โดยการนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พร้อมทั้งโครงร่างฉบับย่อ ตัวอย่างแบบสอบถามในการวิจัย เสนอต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวม ข้อมูล
3. หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล ของโรงพยาบาล แนะนำตัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง ขอรายชื่อพยาบาลวิชาชีพ และขออนุญาตเข้าแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืน
4. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม และใบเซ็นยินยอมให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใส่ซองปิดผนึกไว้ และกำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์
5. เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามความเรียบร้อยในการตอบ แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง
6. เมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามเก็บแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยตนเอง โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกไว้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวม ข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยการทดสอบที่มี 3 กลุ่มตัวอย่างขึ้นไป ใช้สถิติ one-way ANOVA และกรณีทดสอบ 2 กลุ่มตัวอย่าง ใช้ Independent *t*-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรม วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สังกัดฝ่ายบริการการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก จำนวน 102 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 102 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ทั้ง 102 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อทำการ ทดสอบการกระจายของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ One-way ANOVA, Independent *t*-test ไม่มีคะแนนที่ต่างจากกลุ่ม (Outliers) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก ($n = 102$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ ($M = 30.78$, $SD = 7.60$, $Min = 23$, $Max = 55$)		
20-30 ปี	69	67.7
31-40 ปี	19	18.6
41-60 ปี	14	13.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	95	93.1
ปริญญาโท	7	6.9
สถานภาพสมรส		
โสด	72	70.6
สมรส/ หม้าย/ หย่า	30	29.4
ประสบการณ์การทำงาน ($M = 6.15$, $SD = 6.54$, $Min = 1$, $Max = 26$)		
1-2 ปี	29	28.4
> 2-5 ปี	37	36.3
> 5 ปี	36	35.3
อบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย		
เคยได้รับ	36	35.3
ไม่เคยได้รับ	66	64.7
สถานที่ปฏิบัติงาน		
แผนกผู้ป่วยนอก	24	23.5
แผนกผู้ป่วยใน	42	41.2
หน่วยฉุกเฉิน ผ่าตัด ผู้ป่วยวิกฤติ และไตเทียม	36	35.3
ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาล		
ดีเยี่ยม	11	10.8
ดีมาก	46	45.1
ยอมรับได้	42	41.2
ไม่ดี	2	1.9
ตก	1	1.0
การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยในหน่วยงานใน 12 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มีรายงาน	27	26.5
1-2 รายงาน	36	35.3
3-5 รายงาน	21	20.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6-10 รายงาน	11	10.7
11-20 รายงาน	5	4.9
21 รายงานหรือมากกว่า	2	2.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 30.78 ปี อายุมากที่สุด 55 ปี อายุน้อยที่สุด 23 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี (ร้อยละ 67.7) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93.1) สถานภาพโสด (ร้อยละ 70.6) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 6.15 ปี ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 2-5 ปี (ร้อยละ 36.3) ไม่เคยอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย (ร้อยละ 64.7) ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน (ร้อยละ 41.2) หน่วยฉุกเฉินผ่าตัดผู้ป่วยวิกฤติและไตเทียม (ร้อยละ 35.3) และหอผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 23.5) ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 45.1) รองลงมาคือ ระดับยอมรับ (ร้อยละ 41.2) มีการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยในหน่วยงาน จำนวน 1-2 รายงาน จำนวน 36 คน (ร้อยละ 35.3) รองลงมาคือ ไม่มีรายงาน จำนวน 27 คน (ร้อยละ 26.5)

ตอนที่ 2 วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมของแต่ละด้าน รายงานและรายชื่อ มีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย แสดงด้วยค่าสถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โดยรวมและรายด้านของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก ($n = 102$)

ลำดับ	วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1	การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน	4.15	.59	มาก
2	ความคาดหวังของหัวหน้างาน/ ผู้บังคับบัญชา และการส่งเสริมความปลอดภัย	3.97	.59	มาก
3	การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.90	.62	มาก
4	การเปิดกว้างในการสื่อสาร	3.80	.64	มาก
5	การสะท้อนด้านการสื่อสารที่ผิดพลาด	3.70	.71	มาก
6	ความเข้าใจด้านความปลอดภัย	3.69	.54	มาก
7	การไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด	3.56	.76	มาก
8	ความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน	3.47	1.04	ปานกลาง
9	การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	3.37	.75	ปานกลาง
10	กรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล และการส่งต่อ	3.37	.82	ปานกลาง
11	บุคลากร	3.15	.79	ปานกลาง
12	การสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.10	.73	ปานกลาง
	รวม	3.53	.36	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.53, SD = .36$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับมาก 7 ด้าน โดยด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.15, SD = .59$) อย่างไรก็ตามพบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับปานกลาง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ ด้านบุคลากร และด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($M = 3.47,$

$SD = 1.04$; $M = 3.37$, $SD = .75$; $M = 3.37$, $SD = .82$; $M = 3.15$, $SD = .79$; $M = 3.10$, $SD = .73$
ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน ($n = 102$)

ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. บุคลากรจะช่วยกันทำงานถ้าในหน่วยงานอยู่	4.22	.65	มาก
2. มีภาระงานมากและต้องการความรวดเร็ว จะทำงานเป็นทีม เพื่อให้งานสำเร็จ	4.21	.68	มาก
3. มีการทำงานช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน	4.13	.69	มาก
4. บุคลากรจะปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติซึ่งกันและกัน	4.04	.74	มาก
รวม	4.15	.59	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการทำงานเป็นทีม
ในหน่วยงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.15$, $SD = .59$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ทุกข้ออยู่ใน
ระดับมาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านความคาดหวังของหัวหน้างาน/ ผู้บังคับบัญชา
และการส่งเสริมความปลอดภัย ($n = 102$)

ด้านความคาดหวังของหัวหน้างาน/ ผู้บังคับบัญชา และการส่งเสริมความปลอดภัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. หัวหน้างานใส่ใจปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น นำมาทบทวนแก้ไขไม่ให้เกิดซ้ำอีก	4.31	1.05	มาก
2. การใส่ใจในคำแนะนำของบุคลากรในเรื่องการพัฒนาความ ปลอดภัยของผู้ป่วย	4.18	.68	มาก
3. การกล่าวคำชมเชยเมื่อมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้	3.90	.74	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ด้านความคาดหวังของหัวหน้างาน/ ผู้บังคับบัญชา และการส่งเสริมความปลอดภัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
4. เมื่อมีภาระเร่งด่วนหัวหน้างานจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น และทำตามขั้นตอนการทำงานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	3.49	1.19	ปาน กลาง
รวม	3.97	.59	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านความคาดหวังของหัวหน้างาน/ ผู้บังคับบัญชา และการส่งเสริมความปลอดภัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.97, SD = .59$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แต่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

1 ข้อ ได้แก่ เมื่อมีภาระเร่งด่วนหัวหน้างานจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้นและทำตามขั้นตอนการทำงานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ($M = 3.49, SD = 1.19$)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($n = 102$)

ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ความผิดพลาดในหน่วยงานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านบวก	4.00	.70	มาก
2. การเร่งพัฒนาเพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.95	.69	มาก
3. หน่วยงานมีการประเมินประสิทธิผลหลังจากมีการดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.75	.84	มาก
รวม	3.90	.62	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.90, SD = .62$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ทุกข้ออยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร ($n = 102$)

ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. บุคลากรในหน่วยงานสามารถให้ข้อเสนอแนะ เมื่อพบเห็น สิ่งผิดปกติที่อาจก่อให้เกิดผลเสียในการดูแลผู้ป่วย	4.13	.70	มาก
2. ในหน่วยงานของเรา บุคลากรจะกล้าซักถามสิ่งที่ถูกต้อง	3.74	1.14	มาก
3. ในหน่วยงานบุคลากรมีอิสระในการถามเกี่ยวกับการตัดสินใจ หรือการปฏิบัติของผู้มีอำนาจเหนือกว่า	3.56	.94	มาก
รวม	3.80	.64	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการเปิดกว้าง
ในการสื่อสาร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.80$, $SD = .64$) และมีการรับรู้ในรายข้อ ทุกข้ออยู่ใน
ระดับมาก

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการสะท้อนด้านการสื่อสารที่ผิดพลาด ($n = 102$)

การสะท้อนด้านการสื่อสารที่ผิดพลาด	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. พยาบาลมีการพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด ไม่ให้เกิดซ้ำอีกในหน่วยงาน	4.19	.74	มาก
2. หน่วยงานได้รับข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง เป็นผลมาจากการรายงานเหตุการณ์/ อุบัติการณ์	3.63	1.03	มาก
3. พยาบาลได้รับการรายงานเกี่ยวกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นใน หน่วยงาน	3.31	1.05	ปาน กลาง
รวม	3.70	.71	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการสะท้อน
ด้านการสื่อสารที่ผิดพลาด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.70$, $SD = .71$) และมีการรับรู้ในรายข้อ
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แต่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ พยาบาลได้รับการรายงาน

เกี่ยวกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ($M = 3.31, SD = 1.05$)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย ($n = 102$)

ด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่พยาบาลไม่เคยมีการละเลยความปลอดภัยผู้ป่วย	4.25	.75	มาก
2. มีแนวทางปฏิบัติและระบบที่สามารถป้องกันความผิดพลาดได้	3.81	.75	มาก
3. ไม่มีปัญหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงาน	3.60	1.08	มาก
4. ในหน่วยงานไม่เกิดความผิดพลาดแบบร้ายแรงขึ้นจากเหตุบังเอิญ	3.09	1.28	ปานกลาง
รวม	3.69	.54	มาก

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.69, SD = .54$) และมีการรับรู้ในรายชื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แต่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ ในหน่วยงานไม่เกิดความผิดพลาดแบบร้ายแรงขึ้นจากเหตุบังเอิญ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.09, SD = 1.28$)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด ($n = 102$)

ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. การรายงานเหตุการณ์เป็นการรายงานปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เป็นการรายงานปัญหาบุคคล	3.71	.91	มาก
2. บุคลากรไม่มีความกังวลใจว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้น จะถูกบันทึกในประวัติการทำงาน	3.55	.92	มาก
3. บุคลากรมีความรู้สึกที่ ความผิดพลาดของตนจะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ	3.42	.90	ปานกลาง
รวม	3.56	.76	มาก

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการไม่กล่าวโทษ เมื่อทำผิดพลาด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.56, SD = .76$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แต่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับ ความผิดพลาดของตนจะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.42, SD = .90$)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ($n = 102$)

ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ในหน่วยงานมีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใดเมื่อมีการกระทำที่ผิดพลาดเกิดขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	3.51	1.33	มาก
2. ในหน่วยงาน มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด เมื่อมีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น แต่มีการตรวจพบแก้ไขก่อนที่จะส่งผลต่อผู้ป่วย	3.46	1.09	ปานกลาง
3. ในหน่วยงานมีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใดเมื่อมีการกระทำที่ผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ยังไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	3.45	1.06	ปานกลาง
รวม	3.47	1.04	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านความถี่ของ เหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.47, SD = 1.04$) ผลการวิเคราะห์ รายชื่อ พบว่า มีการรับรู้ในรายชื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการรับรู้ในระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ ในหน่วยงานมีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใดเมื่อมีการกระทำที่ผิดพลาดเกิดขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ($M = 3.51, SD = 1.33$)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ($n = 102$)

ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. พยาบาลมีความสุขในการทำงานร่วมกับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล	3.66	.81	มาก
2. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดีเพื่อให้การดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย	3.45	.89	ปานกลาง
3. มีความร่วมมืออันดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งต้องทำงานร่วมกัน	3.22	.90	ปานกลาง
4. มีการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล	3.16	1.08	ปานกลาง
รวม	3.37	.75	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.37$, $SD = .75$) และมีการรับรู้ในรายชื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ พยาบาลมีความสุขในการทำงานร่วมกับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล ($M = 3.66$, $SD = .81$)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล และการส่งต่อ ($n = 102$)

ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างการเปลี่ยนเวร	3.61	1.07	มาก
2. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนเวร	3.58	1.01	มาก
3. มีการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ทำให้ไม่มีปัญหาในการทำงาน	3.23	.88	ปานกลาง
4. การย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานหนึ่งไปอีกหน่วยงานหนึ่ง ไม่มีปัญหา	3.07	1.04	ปานกลาง
รวม	3.37	.82	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.37, SD = .82$) ผลการวิเคราะห์หำรายข้อพบว่าการรับรู้อยู่ในระดับมาก 2 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อ โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างการเปลี่ยนเวร ($M = 3.61, SD = 1.07$) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ การย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานหนึ่งไปอีกหน่วยงานหนึ่งไม่มีปัญหา ($M = 3.07, SD = 1.04$)

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านบุคลากร ($n = 102$)

ด้านบุคลากร	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. การใช้บุคคลภายในหน่วยงานของเราเอง ทำให้เราสามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้ดีที่สุด	3.84	1.03	มาก
2. พยาบาลทำงานด้วยความสบายใจไม่เร่งรีบเกินไป	3.21	.99	ปานกลาง
3. บุคลากรในหน่วยงานของเรามีชั่วโมงการทำงานเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ดีที่สุด	2.90	1.11	ปานกลาง
4. มีบุคลากรเพียงพอกับปริมาณงาน	2.63	1.21	ปานกลาง
รวม	3.15	.79	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านบุคลากร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.15, SD = .79$) และมีการรับรู้ในรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการรับรู้ในระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ การใช้บุคคลภายในหน่วยงานของเราเอง ทำให้เราสามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้ดีที่สุด ($M = 3.84, SD = 1.03$)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ ด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($n = 102$)

ด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญสูงสุด	3.27	.90	ปานกลาง
2. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.10	.90	ปานกลาง
3. ผู้บริหารโรงพยาบาลจะให้ความสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดเวลาถึงแม้ไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น	2.91	.99	ปานกลาง
รวม	3.10	.73	ปานกลาง

จากตารางที่ 14 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10$, $SD = .73$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย

การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตาม อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย แสดงด้วยค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) และความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t -test) ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตามอายุ ($n = 102$)

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

จากตารางที่ 15 ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($F_{2,99} = 2.49, p = .08$)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน
($n = 102$)

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

จากตารางที่ 16 ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลต่างกัน มีการรับรู้วัฒนธรรม
ความปลอดภัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,99} = 2.67, p = .07$)

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก จำแนกตามการได้รับการอบรมวัฒนธรรม
ความปลอดภัย ($n = 102$)

การได้รับ การอบรม	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
เคยได้รับ	36	3.56	.43	.05	.66	100	.14
ไม่เคยได้รับ	66	3.62	.36	.05			

จากตารางที่ 17 ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
ในภาคตะวันออกที่เคยได้รับการอบรมและไม่เคยได้รับการอบรมมีการรับรู้วัฒนธรรมความ
ปลอดภัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{100} = .66, p = .14$)

บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย จำแนกตาม อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สังกัดฝ่ายบริการการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 102 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของ สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ (2557) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามกลับคืน มีความสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) และสถิติทดสอบค่าที (Independent *t*-test)

สรุปผลการวิจัย

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

2. ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.53, SD = .36$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับมาก 7 ด้าน โดยด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15, SD = .59$) อย่างไรก็ตามพบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

ในระดับปานกลาง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ด้านการทำงานเป็นทีม ระหว่างหน่วยงาน ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ ด้านบุคลากร และด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($M = 3.47$, $SD = 1.04$; $M = 3.37$, $SD = .75$; $M = 3.37$, $SD = .82$; $M = 3.15$, $SD = .79$; $M = 3.10$, $SD = .73$ ตามลำดับ) โดยมีผลการวิเคราะห์รายชื่อในแต่ละด้านดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.15$, $SD = .59$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ทุกข้ออยู่ในระดับมาก

2.2 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านความคาดหวังของหัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชา และการส่งเสริมความปลอดภัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.97$, $SD = .59$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แต่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ เมื่อมีภาระเร่งด่วนหัวหน้างานจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้นและทำตามขั้นตอนการทำงานเพื่อป้องกันไม่ให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ($M = 3.49$, $SD = 1.19$)

2.3 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.90$, $SD = .62$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ทุกข้ออยู่ในระดับมาก

2.4 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.80$, $SD = .64$) และมีการรับรู้ในรายชื่อทุกข้ออยู่ในระดับมาก

2.5 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการสะท้อนด้านการสื่อสารที่ผิดพลาด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.70$, $SD = .71$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แต่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ พยาบาลได้รับการรายงานเกี่ยวกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ($M = 3.31$, $SD = 1.05$)

2.6 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.69$, $SD = .54$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แต่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ ในหน่วยงานไม่เกิดความผิดพลาดแบบร้ายแรงขึ้นจากเหตุบังเอิญ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.09$, $SD = 1.28$)

2.7 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.56$, $SD = .76$) และมีการรับรู้ในรายชื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แต่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ บุคลากรมีความรู้ดีกว่า ความผิดพลาดของตน จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.42$, $SD = .90$)

2.8 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.47, SD = 1.04$) ผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า มีการรับรู้ในรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการรับรู้ในระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ ในหน่วยงานมีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใดเมื่อมีการกระทำที่ผิดพลาดเกิดขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ($M = 3.51, SD = 1.33$)

2.9 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.37, SD = .75$) และมีการรับรู้ในรายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการรับรู้ในระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ พยาบาลมีความสุขในการทำงาน ร่วมกับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล ($M = 3.66, SD = .81$)

2.10 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.37, SD = .82$) ผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า มีการรับรู้ในระดับมาก 2 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อ โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างการเปลี่ยนเวร ($M = 3.61, SD = 1.07$) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ การย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานหนึ่งไปอีกหน่วยงานหนึ่งไม่มีปัญหา ($M = 3.07, SD = 1.04$)

2.11 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านบุคลากร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.15, SD = .79$) และมีการรับรู้ในรายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการรับรู้ในระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ การใช้บุคคลภายในหน่วยงานของเราเอง ทำให้เราสามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้ดีที่สุด ($M = 3.84, SD = 1.03$)

2.12 กลุ่มตัวอย่างรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10, SD = .73$) และมีการรับรู้ในรายข้อ ทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก พบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยต่างกัน มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,99} = 2.49, p = .08; F_{2,99} = 2.67, p = .07; t_{100} = .66, p = .14$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก 7 ด้าน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน และอยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน โดยมีด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่ำสุด

ในด้านที่มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน Hospital Accreditation [HA] ต้องจัดบริการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นแหล่งฝึกต้นแบบสำหรับฝึกการปฏิบัติงานของนิสิตแพทย์ นิสิตในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบุคลากรหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จึงได้รับการคาดหวังว่า ควรเป็นต้นแบบที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาล กำหนดแนวทางปฏิบัติส่งเสริมให้บุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของสากล และให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และให้การบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้คุณภาพ มีมาตรฐาน แต่เนื่องจากภาระงานที่มาก ไม่สอดคล้องกับจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่มี ทำให้การทำงานต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากผู้ร่วมงานในทีมงาน เพื่อขับเคลื่อนภาระงานในแต่ละกรณี ในแต่ละวันให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่อเนื่อง ดังนั้นผลการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย พบว่า อยู่ในเพียงระดับมาก ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ (2557) พบว่า พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับ สุกัญญา เมืองสุริยา (2556) พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลเชียงใหม่ เชียงราย มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน

ในด้านที่มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า เนื่องจากการรายงานความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียน ความปลอดภัยในองค์กร ไม่ได้ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งมีการลาออกโอนย้าย หรือเปลี่ยนงานของพยาบาลวิชาชีพจึงทำให้การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในองค์กรไม่ต่อเนื่อง แต่ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสนใจ เฝ้าระวัง สร้างมาตรการควบคุมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดเวลา ถึงแม้ไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น จึงทำให้การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย

ยังอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ พรรณณนิม กิละกุลคิด (2553) พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

2. การเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย จำแนกตาม อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก

2.1 อายุ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจาก พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี (ร้อยละ 67.65) เป็นพยาบาลวิชาชีพเพิ่งสำเร็จ การศึกษาเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ สำหรับพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในโรงพยาบาลจะได้รับการ อบรมนิเทศเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย (Patient safety goal) อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพ ที่มีอายุในช่วง 20-30 ปี จัดอยู่ใน Generation Y (เสาวคนธ์ วิวัฒน์โอฬาร, 2550) มีลักษณะเด่น คือ ชอบการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว ชอบเทคโนโลยีใหม่ ๆ และโรงพยาบาลมีนโยบาย แนวปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรสามารถสืบค้นข้อมูล ผ่านทางอินเทอร์เน็ต จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถรับรู้ เกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่มีอายุมากจะรับรู้เกี่ยวกับ มาตรฐานความปลอดภัยโดยใช้เวลาในการสั่งสมประสบการณ์ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550) สอดคล้องกับ ผลการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน (สมบุญรณ์ สุโขษิต, 2557)

2.2 ประสบการณ์การทำงาน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกัน มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ การทำงานระหว่าง 2-5 ปี เป็นผู้ที่เริ่มเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ต้องเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ในการปฏิบัติงาน ได้รับการนิเทศหรือสอนงานจากพยาบาลพี่เลี้ยง นำมาสั่งสมเป็นองค์ความรู้ (Benner, 1984) ปลูกฝังในเรื่องการรับรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้ ปฏิบัติงาน และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรงทุกวัน จึงมีโอกาสพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ กับผู้ป่วย และเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นองค์การจะมีกระบวนการหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เพื่อทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งค้นหาสาเหตุและวางแนวทางแก้ไข จึงส่งผล ให้มีอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ลดลงและอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ บุคลากรทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องก็จะได้รับประสบการณ์ และเรียนรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยไปด้วยกัน จึงทำให้ประสบการณ์

การทำงานในโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับ ศุภจรรย์ เมืองสุริยา (2556) พบว่า โรงพยาบาลโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานที่ต่างกันมีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน

2.3 การได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่เคยได้รับการอบรมและไม่เคยได้รับการอบรม มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะไม่เคยรับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย อาจเนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ มีมาตรฐานและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย และหัวหน้าหน่วยงานมีการนิเทศทางคลินิก หรือได้รับการสอนงานจากพยาบาลพี่เลี้ยง ที่มีประสบการณ์มากกว่า โดยที่ไม่มีการจัดหลักสูตรอบรมความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างชัดเจน และรวมถึงทำงานอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ทำให้ได้รับประสบการณ์จากการทำงานและเรียนรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยโดยตรง ภายใต้กฎระเบียบและแบบแผนปฏิบัติอันเดียวกัน จึงเป็นการซึมซับถึงความปลอดภัยผู้ป่วยผ่านภาวะแวดล้อมการทำงาน ประกอบกับมีการจัดสอนในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล ส่วนหลักสูตรการศึกษาอบรมภายนอก ผู้ที่ได้รับการอบรมมักจะเป็นผู้บริหารทางการแพทย์แล้วนำมาถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพเข้าใจว่าตนเองไม่เคยได้รับการอบรม ซึ่งสอดคล้องกับ ศุภจรรย์ เมืองสุริยา (2556) พบว่า พยาบาล โรงพยาบาล เชียงแสน จังหวัดเชียงราย พยาบาลที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัย จำนวนมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป มีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยแตกต่างจากพยาบาล ที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วยน้อยครั้งกว่า และนอกจากนี้แล้ว พยาบาลวิชาชีพยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาแล้ว จึงมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มี 7 ด้านที่การรับรู้อยู่ในระดับมาก โดยมีด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานมีการรับรู้มากที่สุด มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน โดยเรียงการลำดับการรับรู้จากมากไปหาน้อย คือ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล และการส่งต่อ ด้านบุคลากร และด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัย

ของผู้ป่วยซึ่งเป็นด้านมีการรับรู้ต่ำสุด ดังนั้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และให้พยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาล ควรนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก ดังนี้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ควรกระตุ้นหรือสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและสมดุลระหว่างจำนวนบุคลากรกับปริมาณงาน ทำให้บุคลากรในแต่ละหน่วยงานมีชั่วโมงการทำงานเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด สามารถทำงานอย่างไม่เร่งรีบเกินไปและมีเวลาพอที่จะสื่อสารกันระหว่างการเปลี่ยนเวร ทบทวนข้อมูลในแง่การรักษาพยาบาลที่สำคัญต่าง ๆ ครบถ้วน ไม่ตกหล่นสูญหาย ทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในกรณีที่มีส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่น เช่น ปัญหาการส่งถ่ายข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบ การส่งถ่ายข้อมูลผู้ป่วยคลาดเคลื่อน เป็นต้น มีการกระตุ้นให้มีการรายงานความเสียหายอย่างสม่ำเสมอ และผลักดันให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีมโดยผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจและเสริมสร้างการสื่อสารสองทางภายในทีม และระหว่างทีมที่เกี่ยวกับสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร มีระบบการจัดการความผิดพลาด ส่งเสริมการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาาร่วมกันโดยใช้ประโยชน์จากการรายงานอุบัติการณ์

2. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรให้การสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น โดยส่งเสริมการจัดทำสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น และสนับสนุนการสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่บุคลากรต้องให้ความสนใจทั่วทั้งองค์การอย่างสม่ำเสมอ สร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนำความคิดเห็นที่ได้รับไปพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อองค์การ เพื่อให้บุคลากรเห็นประโยชน์ของการเสนอความคิดเห็น มีคณะกรรมการบริหารเป็นผู้ดูแลการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยผู้ป่วย เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ และนำบทเรียนความปลอดภัยไปใช้ในการปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงนั้น และจัดทำสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดการดำเนินงานที่ปลอดภัย เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การมอบหมายงาน อัตรากำลังที่แตกต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่แตกต่างกัน

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ เมฆะพันธ์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนไทย. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2546). การสร้างวัฒนธรรมการดูแลความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ. วารสารกองการพยาบาล, 30(2), 1-5.
- ณัฐชา วุฒิมาปกรณ์. (2556). พฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายโรงพยาบาลเกษมราษฎร์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ทัศนีย์ วงศ์เกษมศักดิ์. (2551). ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัย ทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พร บุญมี และเฉลิมพรรณ เมฆลอย. (2554). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ: เรื่องการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. วารสาร การพยาบาลและการศึกษา, 4(3), 49-62.
- พรรณณนิม ทิละกุลติลก. (2553). วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ภัทรพร ชุบลพันธ์. (2559). การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยในบริการสุขภาพ. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 27(3), 127-138.

- รังสรรค์ ม่วงโสรส. (2553). *วัฒนธรรมความปลอดภัย: ปัจจัยเชิงบูรณาการเพื่อความสำเร็จอย่างยั่งยืนขององค์กร*. เข้าถึงได้จาก <http://journal.pim.ac.th/pages/safety-culture-integration-factor-for-sustainable-success-of-organization>
- วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธการพิมพ์.
- ศุภจรรย์ เมืองสุริยา. (2556). การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ แสง จังหวัดเชียงราย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 14(3), 42-53.
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์. (2550). *พบผู้ติดเชื้อซ้ำสองหลังการรักษาตัวในโรงพยาบาล ปีละกว่า 200,000*. เข้าถึงได้จาก <http://elib.fda.moph.go.th/library/default.asp?page2=subdetail&id=14968>
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). *คู่มือหลักมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย) เล่ม 3*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- สมบูรณ์ สุโฆษิต. (2557). *วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจ*. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 119-229.
- สรรธวัช อัสวเรืองชัย. (2546). *ความปลอดภัยของผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์. (2552). *การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธกา ชาติรินรานนท์. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ. (2558). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558*. เข้าถึงได้จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/18527/20347.pdf
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2547). *การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานประจำปี 2547*. เข้าถึงได้จาก http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *Patient safety culture*. เข้าถึงได้จาก http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/ha/Plates/HA_602_25-26_มีนาคม_56/safety_culture_clinic_20101013.pdf
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานประจำปี 2557*. เข้าถึงได้จาก http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานประจำปี 2559*. เข้าถึงได้จาก http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx
- ศุภัญญา โคตรศรีวงศ์. (2557). *วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรพงษ์ ลือทองจักร. (2552). *การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย*. อดุรธานี: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.
- สุรพงษ์ โสชนะเสถียร. (2533). *การสื่อสารกับสังคม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวคนธ์ วิทวัสโอฬาร. (2550). *จับให้มันคั้นให้เวิร์ค*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพบิสเนสส์.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. (2557). *สถิติผู้ป่วยทั่วโลกเสียหายจากการแพทย์ 10% สรพ. ปรับหลักสูตร WHO พัฒนาระบบ*. เข้าถึงได้จาก <https://www.hffocus.org/content/2014/09/8177>
- อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิตติถาวร. (2553). *วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 28(3), 116-123.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2554). *การจัดการเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริการพยาบาล*. *วารสารพยาบาลสาร*, 38(3), 168-77.
- Bartlett, J. E., Kotrlik, J. W., & Higgins, C. (2001). Organizational research: Determining appropriate sample size in survey research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, 19(1), 43-50.
- Benner, P. E. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.

- Carayon, P., & Gurses, A. P. (2012). A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurse, 21*, 284-301.
- Cooper, M. D. (2000). Toward a model of safety culture. *Safety Science, 36*, 111-136.
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., & Leape, L. (2008). *What exactly is patient safety?* Retrieved from https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol1/Advances-Emanuel-Berwick_110.pdf
- 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, 2*, 313-320.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). *Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations*. Retrieved from http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.long
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2004). *Hospital survey on patient safety culture*. Retrieved from <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>
- Persson, K. D. (2000). *IAEA safety standards on management systems and safety culture*. Vienna, Austria: Department of Nuclear Energy, International Atomic Energy Agency.
- Reason, J. (1995). Understanding adverse events: Human factors. *Quality in Health Care, 4*, 80-89.
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of managing the risks of organizational accidents*. Hampshire, England: Ashgate.
- Reason, J. (2009). *Human error* (20th ed.). New York: Cambridge University Press.
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2012). *Organizational behavior* (15th ed.). New York: Prentice Hall.

- Sorra, J., Laura, G., Streagle, S., Famolaro, T., Yont, N., & Behm, J. (2012). *AHRQ hospital survey on patient safety culture: User's guide*. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Vincent, C., & Williams, J. (2001). *Clinical risk management enhancing patient safety* (2nd ed.). London: BMJ Book.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, 316(7138), 1154-7. Retrieved from <http://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/9890/6/Vincent%20Adams%20Stanhope%20BMJ%201998%20Framework%20for%20analysis.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Quality of care: Patient safety report*. Retrieved from http://www.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2006). *The world health organization world alliance for patient safety project to develop an international patient safety event classification: The concept framework of an international patient safety event classification*. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/IPSEC_Conceptual_Framework_Document.pdf
- World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. (2007). *Report on the web based modified Delphi survey of the international classification for patient safety*. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ps_modified_delphi_survey.pdf
- World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. (2009). *Global priorities for patient safety research: Better knowledge for safer care*. Retrieved from <http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2016/11/Globalprioritiesforpatientsafetyresearch.pdf>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

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

ชื่อนิติ นางบังอร สัตยวงนิช

รหัสประจำตัวนิสิต 53920640 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 03 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 102 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 13 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ ๐๐๔/๒๕๖๐

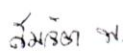
เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณา	
โครงการวิจัยเรื่อง	“วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ”
หัวหน้าโครงการ	นางบังอร สัตยวงษ์
ที่ปรึกษาโครงการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาริรัตน์ ขำอยู่
สังกัดหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แล้วเห็นว่าโครงการดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้ดำเนินโครงการ
เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการลวงละเมิดสิทธิ์ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่
กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ

จึงเห็นสมควรรับรองจริยธรรมการวิจัยในข้อข้อยกเว้นของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออกเอกสาร
รับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ จนถึงวันที่ ๓๑ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ออกให้ ณ วันที่ ๒๘ เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ลงนาม 
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสมจิต พงษ์ชะรัตนานนท์)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

- สำเนา -

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๒๒๕

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๙ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วย นางบังอร สัตยวณิช รหัสประจำตัว ๕๓๙๒๐๖๔๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาต ใช้เครื่องมือวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ของประเทศไทย” ของ คุณสุกัญญา โคตรศรีวงศ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา จำปามูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖
โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐ ๘๑ ๘๑๒ ๔๐๖๖

ร่าง.....
พิมพ์.....
ทาน.....



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๐๐๑๒๑
วันที่ 21 เม.ย. 2560
เวลา 11.21 น.

ที่ ศธ ๐๕๑๔.๑๐/๑๑๓๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๒

- ลงนามที่ ๑๖ มีนาคม ๖๐

๑๕ เมษายน ๒๕๖๐

มีที่: ตาม นส.กษ.ร.น.๑๘

อ.ท.ม.ร.จ.มา (ส.ร.๑๖.๑๖๖๓๓๖)

- งานพัสดุฯ

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๔๔๕ ลงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง ซึ่งนางบังอร สัตยวงนิช นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากวิทยานิพนธ์ของนางสุกัญญา โคตรศรีวงศ์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยานิพนธ์เรื่อง “วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ของประเทศไทย” ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้นางบังอร สัตยวงนิช ใช้เครื่องมือวิจัยจากวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของเครื่องมืออย่างถูกต้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์ ดร. อัญญา เตจฉายา

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์ (๐๔๓) ๒๐๒๔๒๐ ต่อ ๔๒๔๒๓

โทรสาร (๐๔๓) ๒๐๒๔๒๑



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

กลุ่มงานการพยาบาล
เลขที่รับ 308160
วันที่ 21 มี.ค. 2560
เวลา 12.55

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา
รับที่ 00589
วันที่ 20 มี.ค. 2560
เวลา 15.54 น.

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร. ๒๘๓๖
ที่ ศร ๖๒๐๖/ ๑๗๕๒ วันที่ ๑๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ด้วย นางบังอร สัตยวงษ์ รหัสประจำตัว ๕๓๙๒๐๖๔๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์ จากท่านผู้อำนวยการความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ที่ปฏิบัติงาน ณ แผนผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๑๐๒ ราย ระหว่างวันที่ ๒๗ มีนาคม - ๑๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

๑. เรื่องไม่ทราบ
 ๒. เรื่องขอแจ้ง
 - ✓ ขอจดหมายแจ้งผู้อำนวยการเสกได้
 - จดแจ้งผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร คณะพยาบาล
 - แจ้งที่งานแผนกผู้ป่วยใน, ที่หอพยาบาล
 - แจ้งที่งานบริหารการพยาบาลเสกได้
- เพื่อพิจารณา

- ทน
- นริ ชูเจริญพงศ์

ทน/อ.น.ค.
อ.น.ค.

๒๐ มี.ค. ๒๕๖๐

๒๐ มี.ค. ๒๕๖๐

งานส่วนงานได้รับหนังสือแจ้งเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2560

เวลา 15.30 น.

ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียง

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-02-2560

ชื่อผู้วิจัย นางบังอร สัตยวณิช

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียง ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกสังกัดฝ่ายบริการการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียง เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2560

เมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว กรุณาอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนก่อนตอบ และโปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริง ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับผลการวิจัยผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพสามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงการทำงานเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับอย่างเคร่งครัด จะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่านในการบันทึกข้อมูลและผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม จึงไม่เกิดผลกระทบต่อการทำงานและการดำรงชีวิตประจำวันของท่าน และจะดำเนินการทำลายข้อมูล ตลอดจนข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี โดยวิธีการเผาทำลาย หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดสามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางบังอร สัตยวณิช หมายเลขโทรศัพท์ 081-8124066

หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ จำอยู่ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์
083-1100549

นางบังอร สัตยวณิช
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้ง
ให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ
ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ภาคผนวก ง
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก

วันที่คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางบิ่งอร สัตยวณิช)

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
ในภาคตะวันออกเฉียง

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามการวิจัยฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยจำแนกตามปัจจัย
ส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ ได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

จำนวน 42 ข้อ

2. กรุณาอ่านคำชี้แจงของการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน ก่อนตอบแบบสอบถาม

3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริงเพื่อให้คำตอบของท่าน
สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิจัยครั้งนี้ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

4. ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด

นางบังอร สัตยวณิช

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมค่าลงในช่องว่างตามความเป็นจริงหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (เกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)
2. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท
------------------------------------	-----------------------------------
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส/ หม้าย/ หย่าร้าง
------------------------------	--
4. ประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้.....ปี.....เดือน
5. การได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
------------------------------	---------------------------------
6. หน่วยงานหลักที่ปฏิบัติงาน

<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยในสามัญ	<input type="checkbox"/> หน่วยฉุกเฉิน
<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยในพิเศษ	<input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัด
<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยสูติกรรม	<input type="checkbox"/> วิทยาลัยวิทยา
<input type="checkbox"/> แผนกผู้ป่วยนอก	<input type="checkbox"/> หน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤติ
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไตเทียม
7. การให้ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลของท่าน

<input type="checkbox"/> A. ดีเยี่ยม	<input type="checkbox"/> B. ดีมาก	<input type="checkbox"/> C. ยอมรับได้
<input type="checkbox"/> D. ไม่ดี	<input type="checkbox"/> E. ตก	
8. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา หน่วยงานได้บันทึกและส่งรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยจำนวนเท่าไร ให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ

<input type="checkbox"/> ก. ไม่มีรายงาน	<input type="checkbox"/> ข. 1-2 รายงาน
<input type="checkbox"/> ค. 3-5 รายงาน	<input type="checkbox"/> ง. 6-10 รายงาน
<input type="checkbox"/> จ. 11-20 รายงาน	<input type="checkbox"/> ฉ. 21 รายงานหรือมากกว่า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในข้อคำถามแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วทำเครื่องหมาย (✓)

ลงในช่องที่ตรงกับการรับรู้ของท่าน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางประการ
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ส่วนในด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร การสะท้อนและการสื่อสารความผิดพลาด

และด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงานมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

ทุกครั้ง	5 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้ทุกครั้ง
เกือบทุกครั้ง	4 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้เกือบทุกครั้ง
บางครั้ง	3 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้บางครั้ง
นาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้น้อยครั้ง
น้อยที่สุด	1 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้น้อยที่สุด แทบไม่ได้ปฏิบัติเลย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในข้อคำถามแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ของท่าน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

ด้านที่ 1 ความคาดหวังของหัวหน้างาน/ ผู้บังคับบัญชา และการส่งเสริมความปลอดภัย: คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน

โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับหัวหน้างานที่ใกล้ชิดท่านที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด 5	เห็น ด้วย มาก 4	เห็น ด้วย ปาน กลาง 3	เห็น ด้วย น้อย 2	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด 1	
1. จะกล่าวคำชมเชยเมื่อมีการปฏิบัติตาม แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัย ของผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้						
.....						
.....						
4. หัวหน้างานของฉันมักจะมองข้าม ปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ซ้ำแล้วซ้ำอีก						

ด้านที่ 2 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง: คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงาน หรือหน่วยงานของท่าน

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด 5	เห็น ด้วย มาก 4	เห็น ด้วย ปาน กลาง 3	เห็น ด้วย น้อย 2	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด 1	
5. เรากำลังเร่งพัฒนาเพื่อยกระดับความ ปลอดภัยของผู้ป่วย						
.....						
.....						

ด้านที่ 3 การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน: คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงาน หรือหน่วยงานของท่าน

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด 5	เห็น ด้วย มาก 4	เห็น ด้วย ปาน กลาง 3	เห็น ด้วย น้อย 2	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด 1	
8. มีการทำงานช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกัน และกัน						
.....						
.....						
11. บุคลากรจะช่วยกันทำงานถ้าใน หน่วยงานอยู่						

ด้านที่ 4 ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร: สิ่งต่อไปนี้เกิดขึ้นในพื้นที่ปฏิบัติงาน หรือหน่วยงานของท่านบ่อยครั้งเพียงใด

ข้อความ	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	ทุก ครั้ง 5	เกือบ ทุกครั้ง 4	บาง ครั้ง 3	นาน ๆ ครั้ง 2	น้อย ที่สุด 1	
12. บุคลากรในหน่วยงานของเรา สามารถให้ข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นสิ่ง ผิดปกติกี่อาจก่อให้เกิดผลเสียในการ ดูแลผู้ป่วย						
.....						
.....						

ด้านที่ 5 ด้านการสะท้อนด้านการสื่อสารที่ผิดพลาด: สิ่งต่อไปนี้เกิดขึ้นในพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่านบ่อยครั้งเพียงใด

ข้อความ	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	ทุก ครั้ง 5	เกือบ ทุกครั้ง 4	บาง ครั้ง 3	นาน ๆ ครั้ง 2	น้อย ที่สุด 1	
15. หน่วยงานของเราได้รับข้อมูล สะท้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง เป็นผลมาจากการรายงานเหตุการณ์/ อุบัติการณ์						
.....						
.....						

ด้านที่ 6 ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด: คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงาน หรือหน่วยงานของท่าน

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด 5	เห็น ด้วย มาก 4	เห็น ด้วย ปาน กลาง 3	เห็น ด้วย น้อย 2	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด 1	
18. บุคลากรมีความรู้สึกถึงความผิดพลาด ของตนจะถูกนำมาจัดการลงโทษ						
.....						
.....						

ด้านที่ 7 ด้านบุคลากร: คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงาน หรือหน่วยงานของท่าน

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด 5	เห็น ด้วย มาก 4	เห็น ด้วย ปาน กลาง 3	เห็น ด้วย น้อย 2	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด 1	
21. มีบุคลากรเพียงพอกับปริมาณงาน						
.....						
.....						
24. เราทำงานแบบอยู่ในภาวะวิกฤติ พยายามทำงานมากและเร่งรีบเกินไป						

ด้านที่ 8 การสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด 5	เห็น ด้วย มาก 4	เห็น ด้วย ปาน กลาง 3	เห็น ด้วย น้อย 2	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด 1	
25. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศ ในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของ ผู้ป่วย						
.....						
.....						

ด้านที่ 9 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน: คิดถึงโรงพยาบาลของเรา

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด 5	เห็น ด้วย มาก 4	เห็น ด้วย ปาน กลาง 3	เห็น ด้วย น้อย 2	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด 1	
28. ไม่มีการประสานงานที่ดีระหว่าง หน่วยงานใน โรงพยาบาลของท่าน						
.....						
.....						
31. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงาน ร่วมกัน ได้ดีเพื่อให้การดูแลที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วย						

ด้านที่ 10 กรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ: คิดถึงโรงพยาบาลของเรา

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด 5	เห็น ด้วย มาก 4	เห็น ด้วย ปาน กลาง 3	เห็น ด้วย น้อย 2	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด 1	
32. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยระหว่าง หน่วยงานหนึ่งไปอีกหน่วยงานหนึ่งมักถูก มองข้าม						
.....						
.....						
35. มักจะเกิดปัญหากับผู้ป่วยในช่วง เปลี่ยนเวร						

วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์

ด้านที่ 11 ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน: ในพื้นที่ปฏิบัติงาน หรือหน่วยงานของท่าน
เมื่อเกิดความผิดพลาดต่อไปนี้จะมียางานบ่อยเพียงใด

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	ทุก ครั้ง 5	เกือบ ทุกครั้ง 4	บางค ั้ง 3	นาน ๆ ครั้ง 2	น้อย ที่สุด 1	
36. ในหน่วยงานของเรา มีการรายงาน เหตุการณ์บ่อยเพียงใด เมื่อมีการกระทำ ผิดพลาดเกิดขึ้น แต่มีการตรวจพบแก้ไข ก่อนที่ส่งผลต่อผู้ป่วย						
.....						
.....						

ด้านที่ 12 ด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด 5	เห็น ด้วย มาก 4	เห็น ด้วย ปาน กลาง 3	เห็น ด้วย น้อย 2	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด 1	
39. ในหน่วยงานของท่านไม่เกิดความ ผิดพลาดแบบร้ายแรงขึ้นเพราะเหตุบังเอิญ						
.....						
.....						
42. มีแนวทางปฏิบัติและระบบที่สามารถ ป้องกันความผิดพลาดได้						

ขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้