



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคเหนือตอนล่าง



ลลิตพร คีนประคอง

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคเหนือตอนล่าง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคเหนือตอนล่าง "
ของ ลลิตพร คีนประคอง
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สันตยากร)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคเหนือตอนล่าง
ผู้วิจัย	ลลิตพร คีนประคอง
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การบริหารทางการพยาบาล, มหาวิทยาลัยนเรศวร , 2566
คำสำคัญ	ปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย, วิสัญญีพยาบาล, วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย, การทำงานเป็นทีม

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ วิสัญญีพยาบาลจำนวน 105 คนที่ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบคิดปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยของวินเซนต์ และแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในวิสัญญีพยาบาลจำนวน 30 คน มีด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำเข้าทั้งหมด

ผลการศึกษาพบว่า วิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่างมีค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ($M= 3.96, SD= 0.32$) และมีค่าเฉลี่ยของปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M= 3.93, SD= 0.34$) โดยปัจจัยด้านทีมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M= 4.14, SD= 0.44$) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล พบว่าปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยทั้ง 7 ด้านร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยได้ร้อยละ 48.0 ($R^2=.480, p<.001$) โดยปัจจัยด้านทีมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.526, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้ หน่วยงานวิสัญญีพยาบาลให้ความสำคัญกับการ

พัฒนาการทำงานเป็นทีมให้เกิดขึ้นในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ



Title	FACTORS INFLUENCING PATIENT SAFETY CULTURE AMONG NURSE ANESTHETISTS OF TERTIARY HOSPITAL IN LOWER NORTHERN REGION
Author	Lalitporn Keunpracon
Advisor	Assistant Professor Uraiwan Chaichanawirote, Ph.D.
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Nursing Administration, Naresuan University, 2023
Keywords	Seven-factor safety Nurse Anesthetists Patient safety culture Teamwork

ABSTRACT

The purpose of this correlation research predictive was to study factors influencing patient safety culture among nurse anesthetists of Tertiary Hospital in lower northern region. The samples included 105 nurse anesthetists selected by stratified random sampling. The instrument used as a questionnaire was the Seven-Factor Safety Questionnaire developed from Vincent's seven-factor framework of safety, and the Patient Safety Culture Survey of the Institute for Healthcare Quality Development and Accreditation. The Index of Item Objective Congruence (IOC) was between 0.6-1.0 and the reliability of the instrument was tested among 30 anesthetists with a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.95 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results of the study found that the nurse anesthetists at the Lower North Regional Tertiary Hospital had a high mean level of safety culture ($M=3.96$, $SD=0.32$) and the overall mean of the seven-factor safety was at a high level ($M= 3.93$, $SD= 0.34$). The team factor had the highest mean ($M= 4.14$, $SD= 0.44$). The analysis of factors influencing patient safety culture of nurse anesthetists showed that factor from the seven levels of safety in all seven areas together explained 48.0% of the variance in patient safety culture ($R^2= .480$, $p<.001$). The team factor significantly influenced the patient safety culture, as evidenced by statistical significance

(β = .526, $p < .001$).

The findings of this research suggest recommendations for the nurse anesthetist unit to prioritize the development of effective teamwork within the organizational context.



ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุไรวรรณ ชัยชนะ วิโรจน์ ที่ให้เกียรติเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณในความเมตตากรุณาตลอดเวลา ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง หล่อหลอมกระบวนการคิด และคอยผลักดันช่วยเหลือในการดำเนินการทำ วิทยานิพนธ์ด้วยความเสียสละและใส่ใจ ตลอดจนให้กำลังใจทุกช่วงเวลาจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์วิสัญญีแพทย์หญิงสมภววรรณ อินสัน, พ.ท.หญิง ดร. มลฤดี โภคศิริ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล, อาจารย์ดร. รุ่งทิวา บุญประคม และหัวหน้าวิสัญญี พยาบาล คุณศิริลักษณ์ วรรณละเอียด ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จรรยา สันตยากร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิรรัตน์ หรือตระกูล ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และชี้แนะแนวทางจนวิทยานิพนธ์สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าวิสัญญีพยาบาลและวิสัญญี พยาบาลทั้ง 4 แห่งที่สละเวลาให้ความร่วมมือผู้วิจัยในการดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่ม ตัวอย่าง อีกทั้งผู้ประสานงานโรงพยาบาล แพทย์หญิง สาลินี นาคยศ และคุณปิยนุช งามวิลาส ที่ ดำเนินการช่วยเหลือประสานงานวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ เหนือสิ่งอื่นใด ขอขอบคุณวิสัญญีพยาบาลผู้ให้ ข้อมูลทุกท่าน งานวิจัยจะไม่สามารถสำเร็จไปได้หากไม่ได้รับความร่วมมือจากท่าน

ท้ายนี้ ขอขอบพระคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจสำคัญ ขอขอบคุณวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาล อุดรดิตต์ ที่ช่วยเหลือในการขึ้นปฏิบัติงาน ขอขอบคุณเพื่อนทุกท่าน รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดำเนินงานต่างๆ ที่ให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือ จนทำให้ผู้วิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

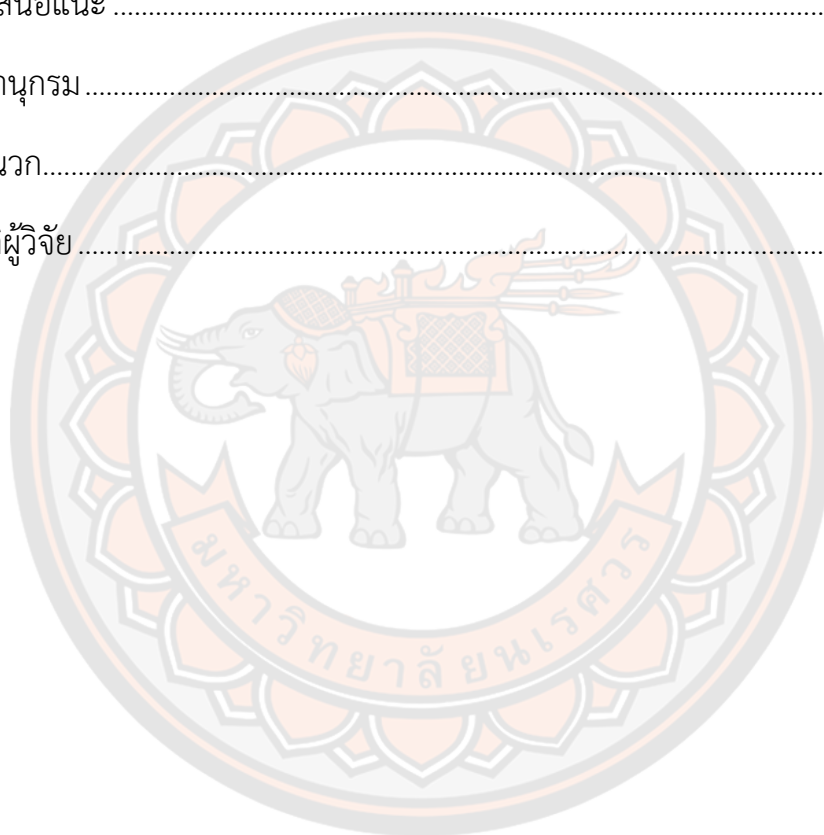
ลลิตพร คีนประคอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการศึกษา.....	5
ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
ขอบเขตของงานวิจัย.....	6
ขอบเขตด้านเนื้อหา.....	6
ขอบเขตด้านพื้นที่.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Culture).....	10
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety culture)..	16

3. บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง.....	19
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	32
5. กรอบแนวคิดการวิจัย	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	47
การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)	47
การหาความเที่ยง (Reliability).....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
วิธีการเข้าถึงอาสาสมัคร (Approach to participant).....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	50
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง	50
ส่วนที่ 2 ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง.....	52
ส่วนที่ 3 ปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยผู้ป่วย ของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง.....	53
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านทีม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้าน องค์กรและปัจจัยด้านบริบท กับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคเหนือตอนล่าง.....	54

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล	
โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง.....	56
บทที่ 5 บทสรุป.....	58
สรุปผลการวิจัย.....	58
อภิปรายผล	59
ข้อเสนอแนะ	62
บรรณานุกรม.....	64
ภาคผนวก.....	73
ประวัติผู้วิจัย.....	90



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของวิสัญญีพยาบาล ตามบริบทโรงพยาบาลตติย ภูมิภาคเหนือตอนล่าง.....	43
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือ ตอนล่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป (n=105).....	51
ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=105)	52
ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง (n=105).....	53
ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้าน งาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านทีม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้าน องค์กรและปัจจัยด้านบริบท กับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง	55
ตาราง 6 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง.....	56

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	41
-------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักการสำคัญด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2004 (World Health Organization, 2010) โดยนิยามความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ว่าเป็นการป้องกันและลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการบริการด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2011) ถือเป็นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข ในประเทศไทยมีส่วนร่วมในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ที่เป็นองค์กรทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานและรับรองคุณภาพในบริการของสถานพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2564) โดยริเริ่มโครงการ 2P Safety Hospitals ในการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety อย่างต่อเนื่องและให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักในการปฏิบัติ (อนวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2551) อีกทั้งบูรณาการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขเข้าไปในกระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในการกำหนดให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งเป็น 2P Safety Hospitals (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2563) โดยออกมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย เป็นมาตรฐานที่ปรากฏอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 สอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย (Thailand patient and Personnel Safety Goals: 2P Safety Goals) ที่ประกาศโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ในการส่งเสริมคุณภาพบริการ ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากกระบวนการบริการสุขภาพ และเพื่อสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560) งานบริการวิสัญญีมีบทบาทเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยนอกเหนือไปจากการผ่าตัดโดยตรง ในการปฏิบัติงานให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ไม่ต้องทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดระหว่างผ่าตัด (วรินี เล็กประเสริฐ, 2561) โดยการวินิจฉัยปัญหาเพื่อเลือกวิธีการระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย ภายใต้มาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญีโดยยึดหลัก 2P Safety ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

งานบริการวิสัญญีพยาบาลเป็นงานบริการสุขภาพที่มีความสำคัญเพราะผลลัพธ์ของการพยาบาลวิสัญญีมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤติและชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (สำนักการพยาบาล, 2550) ถึงแม้ว่าการให้ยาระงับความรู้สึกในปัจจุบันถือว่ามีความปลอดภัยสูง จากการเลือกวิธีการระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าที่สามารถช่วยให้ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกลดลง แต่จากการวิจัยสหสถาบันเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในปี 2546 ผู้ป่วยจำนวน 86,265 รายที่เข้ารับบริการงานวิสัญญี พบอุบัติการณ์ความปลอดภัยเกิดขึ้นหลายประการ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 26 ราย (3.01:10000) การใส่ท่อหายใจเข้าหลอดอาหาร 19 ราย (2.20:10000) การให้ยาผิด 10 ราย (1.15:10000) บุคลากรวิสัญญีบาดเจ็บ 5 ราย (0.57:10000) (สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์ และคณะ, 2560) ซึ่งเมื่อมีการศึกษาซ้ำในปี 2560 พบว่าอุบัติการณ์ความปลอดภัยยังไม่ลดลงจากเดิม เช่น อัตราเสียชีวิตจากทุกสาเหตุภายใน 24 ชั่วโมง (13:10000) ภาวะใส่ท่อหายใจซ้ำหลังการถอดท่อหายใจ (11.1:10000) การใส่ท่อหายใจเข้าหลอดอาหาร (8.5:10000) ภาวะรู้ตัวระหว่างผ่าตัด (0.4:10000) ภาวะหมดสติ/อุบัติเหตุหลอดเลือดสมอง/ชัก (1.5:10000) ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย (0.6:10000) ภาวะอนาไฟแลกซีส/อนาไฟแลคตอยด์/แพ้ยา (2.3:10000) การบริหารยาผิด (3.3:10000) บุคลากรวิสัญญีได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน (0.6:10000) การให้เลือดผิด (0.2:10000) การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่งหรือผิดชนิด (0.2:10000) เป็นต้น (สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์ และคณะ, 2560) รายงานอุบัติการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ช่วยเน้นย้ำให้เห็นความจำเป็นของการป้องกันการเกิดความปลอดภัยในงานวิสัญญีพยาบาล การจะลดอันตรายดังกล่าวจำเป็นต้องมีการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้เกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ในการสร้างนโยบายความปลอดภัยและวางระบบบริหารความเสี่ยงที่สะดวก เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในองค์กร

การบริหารงานให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญต่อความสำเร็จอย่างต่อเนื่องของระบบการจัดการความปลอดภัย (Reason, 1997) เพราะเป็นพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรที่แสดงถึงลักษณะทัศนคติที่เกี่ยวกับความปลอดภัย (ดวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล, 2548) วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยสามารถเกิดได้จากบุคลากรสุขภาพในระดับผู้บริหารและปฏิบัติงานสร้างแบบแผน ค่านิยม ทัศนคติ ความรู้ ของบุคลากรในองค์กรให้เกิดแนวทางการปฏิบัติและการรับรู้ตระหนักถึงความปลอดภัยผู้ป่วย (สำนักการพยาบาล, 2550) ในการวางระบบและออกนโยบาย ส่งเสริมงานบริการด้านการพยาบาลวิสัญญีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน (ชมรมวิสัญญีพยาบาล, 2561) โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2561) ได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นเป้าหมายหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย และได้กำหนดแนวทางในการให้บริการ

เพื่อความปลอดภัยในงานวิสัญญีไว้อย่างชัดเจน แม้กระนั้นการบริการในงานด้านนี้ก็ยังคงมีความไม่ปลอดภัยอันเนื่องมาจากลักษณะของการทำงานที่มีความเสี่ยงสูง จึงต้องมีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในงานด้านวิสัญญี สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าระบบบริการด้านสุขภาพจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริการ โดยต้องมีความเข้าใจว่าการบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้นแทนที่จะยึดปรัชญาการทำงานที่สมบูรณ์แบบ ปราศจากข้อผิดพลาดของแต่ละคน การบริการสุขภาพต้องเปลี่ยนมาให้ความสำคัญกับการทำงานและออกแบบระบบให้มีความปลอดภัยแทน โดยจะต้องขจัดวัฒนธรรม “ตำหนิและความอับอาย” (blame and shame) ออกจากระบบ เพื่อสร้างระบบให้ได้เรียนรู้จากความผิดพลาด (Nieva, & Sorra, 2003) นอกจากนี้ยังต้องจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยอีกด้วย

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยในงานวิสัญญีที่พบบ่อย คือ การขาดประสบการณ์ ภาวะฉุกเฉิน การประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกไม่เพียงพอ การตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาดความรอบคอบระแวดระวัง และขาดบุคลากรผู้ช่วยที่มีประสบการณ์ และปัจจัยที่จะสามารถลดการเกิดอุบัติการณ์ได้คือการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ การฝึกอบรมเพิ่มเติมการศึกษาต่อเนื่อง การปรับปรุงระบบให้คำปรึกษาหรือระบบพี่เลี้ยง และกิจกรรมประกันคุณภาพเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก (สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์ และคณะ, 2560) รวมทั้งความระแวดระวังของผู้ให้การระงับความรู้สึก และประสบการณ์ของวิสัญญีพยาบาล (มาลินี วงศ์สวัสดิ์วัฒน์ และคณะ, 2561) ข้อเสนอเหล่านี้สอดคล้องตามแนวคิดของวินเซนต์ (Vincent, 2011) ซึ่งอธิบายกรอบแนวคิดเจ็ดระดับของความปลอดภัย (Seven levels of safety) ว่าการเกิดความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านทีม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านบริบท

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของวิสัญญีพยาบาล แต่พบงานวิจัยที่ศึกษาพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลมากที่สุดทางปฏิบัติและผลลัพธ์ทางการพยาบาล (จุฑารัตน์ ช่วยทวี, 2559) โดยปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยอาจมีโอกาส่งผลกระทบต่อการทำงานวิสัญญีในการสอบถามอาการ ระดับความเจ็บป่วยและการสื่อสาร นอกจากนี้ปัจจัยผู้ป่วยที่เป็นปัจจัยสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยแล้ว ยังพบว่าปัจจัยด้านงานมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งงานวิสัญญีพยาบาลเป็นงานที่จะพบว่ามีโอกาสที่จะเกิดความเสียหายได้ทุกขั้นตอน (ธวัช ชาญชานนท์, 2550) พบงานวิจัยของรัชนิตา เทียนโพธิ์ (2564) ศึกษาพบปัจจัยด้านงานมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และปัจจัยด้านงานสามารถทำนายและพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ (สาธกา ธาตรีรานนท์, 2556;

จุฑารัตน์ ช่วยทวี, 2559) นอกจากนี้ปัจจัยด้านบุคลากร ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์สุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากร จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (Vincent, 2011) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรในด้านประสบการณ์ทำงานที่แผนกปัจจุบันสามารถร่วมกันพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ร้อยละ 12.1 (จุฑารัตน์ ช่วยทวี, 2559) ทั้งนี้บุคลากรล้วนเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างทีมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการได้รับความสนับสนุนในทีมมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Vincent, 2011) สอดคล้องกับผลการศึกษาพบปัจจัยทีมงานสามารถทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองผู้ให้บริการได้ (ภาศิณี เกิดบึงพร้าว, 2562) แต่พบว่างานวิจัยของรัชนิดา เขียนโพธิ์ (2564) พบว่าปัจจัยด้านทีมไม่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์ อีกทั้งการเข้ารับบริการวิสัญญีในห้องผ่าตัด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของห้องผ่าตัด ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ แสงและอุณหภูมิอาจส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานของบุคลากรได้ (Vincent, 2011) เช่นการศึกษาพบปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์ (รัชนิดา เขียนโพธิ์, 2564) และสามารถทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองผู้ให้บริการได้ (ภาศิณี เกิดบึงพร้าว, 2562) ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งสนับสนุนต่อการเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้แก่ ปัจจัยด้านองค์กร ซึ่งการกำหนดมาตรฐานนโยบายเป้าหมายความปลอดภัยของหน่วยงานและการให้ความสำคัญด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยนั้นเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนบุคลากรในการปฏิบัติงาน (Vincent, 2011) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านองค์กรสามารถทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (สาธกา ธาตรีนรานนท์, 2556) สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชนิดา เขียนโพธิ์ (2564) พบว่าปัจจัยด้านองค์การสามารถทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์ได้ร้อยละ 66.80 อีกทั้งแนวคิดเจ็ดระดับของความปลอดภัยของวินเซนต์ (Vincent, 2011) ได้อธิบายว่าปัจจัยด้านบริบท สามารถส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการที่องค์กรกำหนดงบประมาณ หน่วยกำกับจากปัจจัยภายนอกผลจากเศรษฐกิจและนโยบายการเมือง ซึ่งล้วนแต่สามารถส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น ในงานวิสัญญีที่ผู้ป่วยจัดอยู่ในภาวะวิกฤติประกอบกับการผ่าตัดที่ซับซ้อน การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในการเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่พร้อมใช้และครบครัน ทั้งอุปกรณ์ดมยาสลบ หัวจ่ายแก๊สทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน การจัดซื้ออุปกรณ์ภายในหน่วยงานส่งผลต่อการเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยทั้งสิ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่า ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจะเกิดได้เมื่อองค์กรสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2557) ทั้งนี้งานวิสัญญีพยาบาลให้บริการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤติเกี่ยวกับระบบทางเดิน

หายใจ และให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก (เน็มนวล มั่นตรารภรณ์, 2561) เป็นงานที่จำเป็นต้องมีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดีจึงจะเกิดคุณภาพของงานตามเป้าหมายของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561) คือ ด้าน S2 Safe Anesthesia ซึ่งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคเหนือตอนล่าง เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้รับบริการจากวิสัญญีพยาบาลเป็นจำนวนมากในแต่ละปี บริบทห้องผ่าตัดมีการให้บริการวินิจฉัยและผ่าตัดรักษาโรคที่มีความง่ายไปจนถึงซับซ้อนทุกระบบของร่างกาย ทั้งในและนอกเวลาราชการซึ่งต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญแต่ละสาขามาทำงานร่วมกันจำนวนมาก (จิรัชยา ศิวาวุธ, 2563) จึงมีโอกาที่จะพบอุบัติการณ์ความปลอดภัยในผู้ป่วยสูง อีกทั้งลักษณะการทำงานของวิสัญญีพยาบาลเป็นงานที่ต้องอาศัยการระแวดระวังสูงและต้องมีการตัดสินใจที่ดี จึงมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมาก โดยความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการบริการในงานวิสัญญีพยาบาล และเป็นแนวทางส่งเสริมการเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ในงานวิสัญญีพยาบาลเพื่อการเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ด้านการบริหาร ผลการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลแก่ผู้บริหารในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในองค์กร
2. ด้านวิชาการ ผลการศึกษาสามารถก่อประโยชน์เป็นข้อมูลทางวิชาการสำหรับการศึกษาทำวิจัยพัฒนาความรู้ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล
3. ด้านการปฏิบัติ ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้วิสัญญีพยาบาลมีคุณภาพการบริการผู้ป่วยด้านวิสัญญีที่ปลอดภัย

ขอบเขตของงานวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษางานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

1. ตัวแปรอิสระ คือ เจ็ดระดับของความปลอดภัยตามแนวคิดของ Vincent (2011) ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านทีม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านบริบท

2. ตัวแปรตาม คือ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของ Nieva, & Sorra (2003) จากสำนักงานเพื่อการวิจัยและคุณภาพด้านการดูแลสุขภาพ (Agency for HealthCare Research and Quality: AHRQ)

ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาในวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

ขอบเขตด้านเวลา ศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 – เดือนกันยายน 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย หมายถึง สิ่งที่ส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาล ในด้านต่างๆดังต่อไปนี้

1.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย หมายถึง ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ระดับความรุนแรงและซับซ้อนของโรคและปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ ความสามารถในการสื่อสาร การแสดงออกและพฤติกรรมส่วนบุคคล ความมั่นคงทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และการรับมือกับความเครียด

1.2 ปัจจัยด้านงาน หมายถึง ความคิดเห็นถึงความเหมาะสมของการมอบหมายงานของหัวหน้างานที่มีต่อวิสัญญีพยาบาล ตามลักษณะงาน หน้าที่ ความรับผิดชอบ ภาระงานและระยะเวลาการปฏิบัติงาน

1.3 ปัจจัยด้านบุคลากร หมายถึง ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับความรู้และทักษะ ประสบการณ์ทางด้านงานวิสัญญีพยาบาล การเข้ารับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัย และการฝึกอบรมการพัฒนาความรู้เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพการบริการทางวิสัญญี

1.4 ปัจจัยด้านทีม หมายถึง ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของทีมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย การสื่อสาร ประสานงานร่วมกัน ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ การบริหารจัดการทีมและการช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในการบริการของวิสัญญีพยาบาล

1.5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน หมายถึง ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของหน่วยงานวิสัญญี ได้แก่ สถานที่ แสงสว่างในหน่วยงาน อุณหภูมิ เสียง สิ่งแวดล้อมทางด้านเคมี ได้แก่ ฝุ่นละออง คิวบิก ก๊าซ ไอสาร สิ่งแวดล้อมทางด้านชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรคต่าง ๆ สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม ได้แก่ ความเป็นอยู่ การใช้ชีวิตที่ทำงาน พฤติกรรมกฎระเบียบในหน่วยงาน และสิ่งที่รบกวนก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน คุณภาพการพร้อมใช้เครื่องมือที่เพียงพอและคุณภาพของเทคโนโลยีทางด้านวิสัญญี ความสะดวกของการใช้อุปกรณ์และความชำนาญในการใช้เครื่องมือของวิสัญญีพยาบาล

1.6 ปัจจัยด้านองค์กร หมายถึง ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยของหัวหน้างาน การสนับสนุนเป้าหมายด้านความปลอดภัยในหน่วยงาน การให้ความสำคัญด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย การกำหนดกฎเกณฑ์ การให้การสนับสนุนของวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติงานทางด้านทรัพยากรทางการเงิน

1.7 ปัจจัยด้านบริบท หมายถึง ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับสถานการณ์แวดล้อมของงานวิสัญญี ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบการทำงาน เป้าหมายองค์กร และการถ่ายทอดนโยบายสู่หน่วยงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย

2. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของวิสัญญีพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย สามารถวัดได้โดยใช้แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของ Nieva, & Sorra (2003) จากสำนักงานเพื่อการวิจัยและคุณภาพด้านการดูแลสุขภาพ (Agency for HealthCare Research and Quality)

2.1 ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน หมายถึง วิสัญญีพยาบาลช่วยเหลือกันและกัน ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพและทำงานร่วมกันเป็นทีม

2.2 ด้านความคาดหวังของหัวหน้างานและผู้บริหาร และการส่งเสริมความปลอดภัย หมายถึง หัวหน้าหน่วยงานวิสัญญีและผู้บริหารระดับสูงรับฟังคำแนะนำของวิสัญญีพยาบาลในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย กล่าวยกย่องชมเชยวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติตามขั้นตอนความปลอดภัยของผู้ป่วย และไม่มองข้ามปัญหาด้านความปลอดภัย

2.3 ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การเรียนรู้พร้อมทั้งเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และได้รับการประเมินพัฒนาเพื่อการเกิดประสิทธิผล

2.4 ด้านการสนับสนุนการจัดการสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง โรงพยาบาลจัดให้มีบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงสุด

2.5 ด้านการรับรู้ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การมีขั้นตอนและระบบที่ดีสามารถป้องกันข้อผิดพลาดและปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.6 ด้านการสื่อสารและการสะท้อนความผิดพลาด หมายถึง วิทยาลัยพยาบาลจะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาและป้องกันการเกิดข้อผิดพลาด

2.7 ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร หมายถึง วิทยาลัยพยาบาลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เมื่อพบบางสิ่งบางอย่างส่งผลเสียต่อผู้ป่วยโดยไม่ลังเลที่จะสอบถามแก่ผู้ที่มีอำนาจมากกว่า

2.8 ด้านความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ หมายถึง มีการรายงานข้อผิดพลาดดังต่อไปนี้ 1) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ตรวจจับได้และแก้ไขได้ก่อนที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย 2) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแต่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และ 3) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นและเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยไม่ตั้งใจ

2.9 ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานฝ่ายอื่นของโรงพยาบาลให้ความร่วมมือและประสานงานกัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด

2.10 ด้านการจัดอัตรากำลัง หมายถึง การมีวิทยาลัยพยาบาลเพียงพอต่อภาระงาน และเวลาทำงานมีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด

2.11 ด้านการส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล หมายถึง ระบบการจัดการของโรงพยาบาลในการถ่ายโอนข้อมูลและส่งต่องาน เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.12 ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อเกิดข้อผิดพลาด หมายถึง วิทยาลัยพยาบาลรับรู้ข้อผิดพลาดและการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น จะไม่ถูกตำหนิตัวบุคคล

3. วิทยาลัยพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับประกาศนียบัตรการศึกษาผ่านการอบรมหลักสูตรวิทยาลัยพยาบาลหลักสูตร 1 ปีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านทีม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านบริบท มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิทยาลัยพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง โดยผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมสรุปเป็นเนื้อหาสาระดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Culture)

- 1.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความปลอดภัย (Patient Safety)
- 1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Culture)
- 1.3 องค์ประกอบเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
- 1.4 เครื่องมือที่วัดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

- 2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในงานอุตสาหกรรม
- 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในด้านสุขภาพ

3. บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่างกับบริบทงานวิสัญญีพยาบาล

- 3.1 บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง
- 3.2 งานวิสัญญีพยาบาลกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย (Patient Safety)

- 4.1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
- 4.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
- 4.3 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในงานวิสัญญีพยาบาล
- 4.4 วรรณกรรมต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Culture)

1.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความปลอดภัย (Patient Safety)

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญในการบริการด้านสุขภาพ เพราะแสดงถึงคุณภาพการพยาบาล หากการปฏิบัติกรพยาบาลมุ่งเน้นความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติ จะช่วยป้องกันหรือลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางด้านสุขภาพและยังช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่จำเป็นอีกด้วย โดยทางองค์การอนามัยโลก กำหนดวัตถุประสงค์ความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยง ข้อผิดพลาดและอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระหว่างการให้การดูแลสุขภาพ (World Health Organization, 2011) โดยการกระทำที่จะส่งผลทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย จำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอันตรายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อันตรายที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่ได้คาดคิด ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วย (National Health service, 2010)

ในประเทศไทย มีส่วนร่วมในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ตอรับนโยบายและริเริ่มโครงการ 2P safety โดยมีการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety อย่างต่อเนื่องและให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักในการปฏิบัติ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ทั้งนี้ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นที่สนใจแก่องค์กรต่างๆอย่างมาก มีผู้ให้คำจำกัดความสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างหลากหลาย มีนิยามทางการศึกษากล่าวถึงความปลอดภัยผู้ป่วยไว้ว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นการปลอดภัยจากการบาดเจ็บ (Injury) อันเนื่องมาจากการกระทำผิดและการละเลยที่จะกระทำในการดูแล (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2555) และการปลอดภัยจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพ (ตุลิต สถาวร, 2546) ซึ่งการทำให้เกิดความปลอดภัย ต้องมีการควบคุมและรักษาภาวะที่อาจก่อให้เกิดการสูญเสียต่อบุคคลและทรัพย์สินให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้สามารถกระทำได้ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินและจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (สิทธิเดช เหมืองสิน, 2562)

โดยสรุปจากการทบทวน ความปลอดภัยของผู้ป่วยหมายถึง การกระทำที่ส่งผลให้ผู้ป่วยปราศจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลรักษาในระหว่างการเข้ารับบริการสุขภาพ

1.1.1 เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Goals) ในประเทศไทย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ริเริ่มโครงการ 2P safety โดยมีการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety อย่างต่อเนื่อง จากการพัฒนากระบวนการนำไปสู่การพัฒนาเชิงระบบ โดยปี พ.ศ. 2551 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals: PSGs) โดยรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์และความเสี่ยงสำคัญที่พบจากการเยี่ยมสำรวจและการศึกษาข้อมูลต่างประเทศ มาสรุปเป็นหมวดหมู่เป็น SIMPLE เผยแพร่เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบบริการ

สุขภาพ ผนวกเป็นประเด็นสำคัญเพื่อสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาลในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ และได้ดำเนินการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ตามยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปี พ.ศ. 2561 มีผลดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมได้แก่ หลักสูตร Training for the trainers ในหัวข้อเรื่อง 2P Safety และระบบการประเมิน Patient Experience เพื่อพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัย, สื่อความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม, พัฒนาระบบ National Reporting and Learning System ที่มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจเป็น 2P Safety และพัฒนาเครื่องมือ Hospital Safety Culture Survey เพื่อนำมาขยายผลการพัฒนาในโรงพยาบาล มีการพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย (National Patient and Personnel Safety Goals, 2P Safety Goals) ซึ่งเป็น critical preventable harms ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาวิชาชีพ โดยจัดหมวดหมู่และแนวทางปฏิบัติเป็น SIMPLE โดยมีการประกาศโครงการ 2P safety Goals 2018 ในวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการจัดงาน Thailand Patient and Personnel Safety Day ครั้งที่ 3 ของประเทศไทย และในปี พ.ศ. 2562 คณะกรรมการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เห็นว่าเรื่อง Patient and Personnel Safety Goals เป็นเรื่องที่สำคัญและควรปฏิบัติ ถือเป็นหน้าที่ของทุกโรงพยาบาลต้องปฏิบัติ และมุ่งมั่นพัฒนาโรงพยาบาลให้สร้างความมั่นใจและไว้วางใจในระบบบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน จึงมีมติให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งเป็น 2P Safety hospitals และให้บูรณาการเรื่อง 2P Safety เข้าไปในกระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการพัฒนาในสถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพแห่งประเทศไทย โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้บูรณาการไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ซึ่งเป็นมาตรฐานจำเป็นต่อความปลอดภัย

1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Culture)

วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นหัวใจสำคัญต่อความสำเร็จอย่างต่อเนื่องของระบบการจัดการความปลอดภัย (Reason, 1997) เพราะเป็นพฤติกรรมของคนในสังคม ที่แสดงถึงลักษณะทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัย (ตวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล, 2548) วัฒนธรรมความปลอดภัยจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการปลูกฝังค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะ และแบบแผนต่อบุคคลและกลุ่มคน ทำให้เกิดความมุ่งมั่นและวิถีการทำงานและความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในองค์กร (ตวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล, 2548; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2551)

1.2.1 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับความปลอดภัยผู้ป่วย

นักวิชาการด้านความปลอดภัย ได้เสนอแบบจำลองสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในองค์กร มีการอธิบายความเกี่ยวข้องของระบบองค์กร กับการทำงานที่ผิดพลาดของมนุษย์ และการทำหน้าที่ป้องกันกับการเกิดอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และภาระงานของบุคลากรกับความปลอดภัย ออกมาเป็นแนวคิดแบบจำลองการเกิดอุบัติเหตุการณ์องค์กรดังนี้

1) แบบจำลองเนยสวิสเชิงระบบของการเกิดอุบัติเหตุ (Swiss Cheese Model Of System Accidents)

Reason (1997) ได้เสนอแบบจำลองเพื่ออธิบายการทำหน้าที่ของแนวป้องกันกับกระบวนการเกิดอุบัติเหตุโดยนำไปเปรียบเทียบกับเนยสวิส ซึ่งเมื่อนำมาตัดตามขวางเนยแต่ละแผ่นจะมีรูพรุนของอากาศอยู่ แผ่นเนยแข็งตัดขวางเปรียบเสมือนปราการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และรูบนแผ่นเนยคือโอกาสเกิดกระบวนการความล้มเหลวในระบบตามปกติ เมื่อนำแผ่นเนยมาวางเรียงซ้อนกัน โอกาสที่รูบนแผ่นจะเรียงตรงกันเป็นสิ่งที่ยากแต่หากรูบนแผ่นเนยตั้งแต่แผ่นแรกจนถึงแผ่นสุดท้ายเรียงตัวตรงกัน จะเกิดช่องโหว่ทะลุตรงกัน เปรียบเสมือนการเกิดความผิดพลาดที่สามารถหลุดรอดช่องโหว่ของระบบป้องกันไป ก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

2) แบบจำลองสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในองค์กร (Organizational Accident Model)

Vincent (2011) ได้เสนอแบบจำลองแสดงโครงสร้างการเกิดอุบัติเหตุในองค์กรตามลำดับสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ โดยแสดงให้เห็นว่าการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์ไม่ได้มีจุดเริ่มต้นจากตัวบุคคลเสมอไป แต่อาจถูกกำหนดจากชั้นต่างๆของกระบวนการในองค์กรและสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยผลลัพธ์ด้านลบมีจุดเริ่มต้นมาจากกระบวนการตัดสินใจขององค์กรที่ผิดพลาด เกี่ยวกับการวางแผน การกำหนดนโยบาย การสื่อสาร การควบคุม และการบำรุงรักษา ทำให้เกิดความล้มเหลวแฝงอยู่ในกระบวนการองค์กร ซึ่งจะถูกส่งต่อจนถึงการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ทำให้เกิดสถานการณ์ ที่ส่งเสริมการทำให้เกิดการปฏิบัติที่ผิดพลาดและการกระทำที่ละเมิดการปฏิบัติที่ปลอดภัย เช่นการจัดอัตรากำลังที่ไม่เหมาะสม การมอบหมายปริมาณงานที่มากเกินไป และการให้เครื่องมือแพทย์ที่เมื่อบุคลากรนำไปใช้จะทำให้เกิดการดูแลรักษาที่มีคุณภาพต่ำ การใช้แนวปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ในองค์กร จะสามารถทำให้เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

1.3 องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัย ประกอบด้วยหลายมิติ Reason (1997) ได้เสนอแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1) วัฒนธรรมที่มีข้อมูล องค์กรจะรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและกระตือรือร้นเผยแพร่ข้อมูลด้านความปลอดภัย

2) วัฒนธรรมการรายงาน การสร้างบรรยากาศให้พนักงานมีความเชื่อมั่นการรายงานด้านความปลอดภัย โดยไม่ต้องกังวลว่าจะถูกตำหนิ พนักงานรับรู้ได้ว่า ข้อมูลการรายงานจะได้รับการรักษาเป็นความลับ ไม่เช่นนั้นพวกเขาจะตัดสินใจว่า ไม่มีประโยชน์ในการรายงานของพวกเขา

3) วัฒนธรรมการเรียนรู้ องค์กรสามารถเรียนรู้จากความผิดพลาดและทำการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังช่วยให้มั่นใจว่าผู้คนที่เข้าใจกระบวนการในระดับส่วนบุคคล

4) วัฒนธรรมที่ส่งเสริมบรรยากาศ ในวัฒนธรรมที่ผิดพลาดและการกระทำที่ไม่ปลอดภัยจะไม่ถูกลงโทษ หากข้อผิดพลาดนั้นไม่ได้ตั้งใจ อย่างไรก็ตามผู้ที่ทำกระทำโดยประมาทหรือรับความเสี่ยงโดยเจตนาและไม่ยุติธรรม อาจยังถูกลงโทษทางวินัยได้อยู่ ซึ่งวัฒนธรรมส่งเสริมบรรยากาศของความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทุกคนจะได้รับการสนับสนุนให้รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองและองค์กรเพื่อความเป็นเลิศ ให้ความสำคัญกับเรื่องความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล และขององค์กรในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย

5) วัฒนธรรมที่ยืดหยุ่น เป็นสิ่งที่องค์กรและผู้คนในองค์กรสามารถปรับตัวให้เข้ากับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยตามแนวคิดของ Reason (1997) เป็นแนวคิดที่ใช้ในบริบททางด้านอุตสาหกรรม ในบริบททางด้านสุขภาพกินซ์เบิร์ก และคณะ (Ginsburg et al., 2007) ซึ่งเป็นนักวิชาการที่ปฏิบัติงานทางด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้อธิบายองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในบริบทขององค์การด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่

1) ความเป็นผู้นำองค์กรเพื่อความปลอดภัย คือ การที่ผู้บริหารองค์กรระดับสูงให้ความสำคัญในการส่งเสริมกระบวนการจัดการด้านความปลอดภัย มีการตัดสินใจด้านความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การมีนโยบายที่ชัดเจนและส่งเสริมด้านความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีการสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน

2) ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์ คือ การที่บุคลากรรู้สึกกระทบหรือได้รับผลกระทบด้านลบ เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น หรือเมื่อรายงานปัญหาด้านความปลอดภัยผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อผู้รายงาน

3) พฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย คือ การที่บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดสร้างแนวทางและพัฒนางานด้านความปลอดภัยที่เป็นไปได้ของหน่วยงาน

4) การรับรู้ได้ถึงความปลอดภัยในองค์กร คือ การที่บุคลากรรับรู้ถึงสถานะที่องค์กรสนับสนุนสิ่งทำให้เกิดประสิทธิภาพ ที่สามารถส่งผลด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ได้แก่

การรับรู้ถึงระยะเวลาที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย การสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วย สภาวะร่างกายความเหนื่อยล้าของบุคลากร รวมถึงปัญหาส่วนตัวที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานลดลงได้ และการไม่ได้รายงานข้อผิดพลาดที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย

5) ผู้นำในระดับหน่วยงานเพื่อความปลอดภัย คือ การที่หัวหน้างานให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชยอย่างสุภาพ เมื่อพบว่าบุคลากรทำตามขั้นตอนด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่กำหนดไว้ มีการรับฟัง และพิจารณาคำแนะนำของบุคลากร เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานด้านความปลอดภัย

ในประเทศไทย ได้มีการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยตามแนวคิดของ Reason (1997) มาปรับใช้ในบริบททางด้านสุขภาพแบ่งเป็น 5 วัฒนธรรมย่อย (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2558) โดยอธิบายแต่ละองค์ประกอบไว้ว่า

1) วัฒนธรรมองค์กร คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีระบบ มีความรู้ที่ทันสมัย เกี่ยวกับปัจจัยมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม

2) วัฒนธรรมการรายงาน คือ ผู้ปฏิบัติพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาด และ near missed

3) วัฒนธรรมส่งเสริมบรรยากาศ คือ บรรยากาศของความไว้วางใจ เชื่อใจ ซึ่งบุคลากรจะได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้

4) วัฒนธรรมการเรียนรู้ คือ การสรุปความรู้จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่

5) วัฒนธรรมยืดหยุ่น คือ ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสภาวะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับขั้นบังคับบัญชามาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

1.4 เครื่องมือที่วัดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้มีการพัฒนาเครื่องมือ สร้างกลไกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น Patient Safety Challenge สอดคล้องกับทิศทางการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยขององค์กรอนามัยโลก โดยอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2551) ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture: HSOPSC) ของสถาบัน Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) โดยแปลมาจากแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลของ Nieva, & Sorra (2003) และนำมาใช้ในสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ประกอบด้วย 12 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน (Teamwork Within Units) คือ การที่บุคลากรในหน่วยงาน ช่วยเหลือกันและกัน ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพและทำงานร่วมกันเป็นทีม

2) ด้านความคาดหวังของหัวหน้างาน ผู้บริหาร และการส่งเสริมความปลอดภัย (Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety) คือ การที่หัวหน้าหน่วยงาน ผู้บริหารระดับสูง รับฟังคำแนะนำของบุคลากรในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย ยกย่อง ชมเชยบุคลากรในการปฏิบัติตามขั้นตอนความปลอดภัยของผู้ป่วย และไม่มองข้ามปัญหาด้านความปลอดภัย

3) ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Organizational Learning Continuous Improvement) คือ การนำข้อผิดพลาดเกิดขึ้นไปสู่การเรียนรู้เปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และได้รับการประเมินพัฒนาเพื่อประสิทธิผล

4) ด้านการสนับสนุนการจัดการสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Management Support for Patient Safety) คือ การที่โรงพยาบาลสนับสนุนให้มีบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงสุด

5) ด้านการรับรู้ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Overall Perceptions of Patient Safety) คือ การมีขั้นตอนและระบบที่ดี สามารถป้องกันข้อผิดพลาดและปัญหาขาดความปลอดภัยของผู้ป่วย

6) ด้านการสื่อสารและการสะท้อนความผิดพลาด (Feedback & communication About Error) คือ การที่บุคลากรจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาและป้องกันการเกิดข้อผิดพลาด

7) ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร (Communication Openness) คือ การที่บุคลากรสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ หากพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วย และไม่ลังเลที่จะสอบถามแก่ผู้ที่มีอำนาจมากกว่า

8) ด้านความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ (Frequency of Events Reported) คือ มีความถี่การรายงานข้อผิดพลาดดังต่อไปนี้ 1) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ตรวจจับได้และแก้ไขได้ ก่อนที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย 2) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น แต่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และ 3) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นและเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจ

9) ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน (Teamwork Across Units) คือ การที่หน่วยงานในแต่ละแผนกของโรงพยาบาลให้ความร่วมมือและประสานงานกัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด

10) ด้านการจัดอัตรากำลัง (Staffing) คือ การมีบุคลากรในหน่วยงานเพียงพอต่อภาระงาน และเวลาทำงานเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด

11) ด้านการส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล (Handoffs & Transitions) คือ การจัดการของโรงพยาบาลในการถ่ายโอนข้อมูลและส่งต่องานเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

12) ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อเกิดข้อผิดพลาด (Nonpunitive Response to Errors) คือ บุคลากรมีการรับรู้ข้อผิดพลาดและการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น จะไม่ถูกตำหนิที่ตัวบุคคล

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety culture)

2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในงานอุตสาหกรรม

Reason (1997) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยทางด้านอุตสาหกรรม ประกอบไปด้วย

- 1) ปัจจัยด้านองค์กร เป็นโครงสร้างวัฒนธรรมและนโยบายที่เป็นลักษณะขององค์กรนั้น ๆ เช่นลักษณะความเป็นผู้นำ วัฒนธรรม กฎเกณฑ์ ขอบเขตการควบคุมของผู้นำ
- 2) ปัจจัยด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เป็นลักษณะงานของแต่ละคนรวมทั้งผู้ป่วยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างเป็นส่วนหนึ่งของระบบ
- 3) ปัจจัยด้านงาน เป็นลักษณะงานที่ผู้ให้บริการปฏิบัติ ลักษณะเนื้องาน รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่นการไหลเวียนของงาน แรงกดดันเรื่องเวลา การควบคุม ปริมาณงาน
- 4) ปัจจัยด้านทีม เป็นบริการสุขภาพโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น การสื่อสารของทีม ความชัดเจนของบทบาท และการบริหารจัดการทีม
- 5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นลักษณะของสิ่งแวดล้อมของสถานที่ให้บริการสุขภาพ เช่น แสงสว่าง ความดังของเสียง ขนาดและพื้นที่ปฏิบัติงาน
- 6) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือ หมายถึง ทั้งปริมาณและคุณภาพของเทคโนโลยีขององค์กรนั้น ๆ จำนวนและประเภทของเทคโนโลยี ความพร้อมใช้และการคงสภาพให้พร้อมใช้งาน ตำแหน่งที่ตั้ง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีอื่น และการฝึกอบรมผู้ใช้งาน

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในด้านสุขภาพ

โดยแนวคิดปัจจัยวัฒนธรรมความปลอดภัยตามแนวคิดของ Reason (1997) นั้น เป็นแนวคิดที่ใช้ในบริบททางด้านอุตสาหกรรม ซึ่งไม่ครอบคลุมกับบริบททางด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม Vincent (2011) ได้ทำการศึกษาโดยอธิบายถึง เจ็ดระดับของความปลอดภัยในบริบททางการแพทย์และสุขภาพ การเกิดอุบัติเหตุในองค์กร ว่ามีอุบัติการณ์จำนวนมากในระบบอุตสาหกรรมและระบบสาธารณสุข มีมุมมองของระบบที่กว้างขวาง ที่ต้องมีการทำความเข้าใจถึงการกระทำและความผิดพลาด ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีบทบาทสำคัญ ในด้านความคิด พฤติกรรม ที่ได้รับอิทธิพลมาจาก

สภาพแวดล้อมและกระบวนการขององค์กร โดยแบบจำลองอุบัติเหตุขององค์กรสามารถอธิบายถึงข้อผิดพลาดและปัญหาที่เกิดขึ้นทันทีและสภาวะแฝงที่อยู่เบื้องหลัง

วินเซนต์ (Vincent, 2011) อธิบายปัจจัยเงื่อนไขของการเกิดความปลอดภัยในองค์กร สุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดเจ็ดระดับของความปลอดภัย (Seven levels of safety) ได้ว่า

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านผู้ป่วยมีอิทธิพลมากที่สุดในทางปฏิบัติและผลลัพธ์ เงื่อนไข ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่นบุคลิกภาพ ภาษาและการสื่อสาร และอารมณ์ทางด้านจิตใจ อาจเป็นปัญหาที่มีอิทธิพลสำหรับการสื่อสาร

2) ปัจจัยงาน การออกแบบงานและความชัดเจนของโครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ ความพร้อมใช้งานและประโยชน์ของแนวทางการปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อกระบวนการดูแลและมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล

3) ปัจจัยบุคคล ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ สุขภาพส่วนบุคคลทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และประสบการณ์ของบุคลากร จะส่งผลต่อการปฏิบัติทางคลินิกของเจ้าหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วย

4) ปัจจัยด้านทีม เจ้าหน้าที่แต่ละคนล้วนเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างทีมในการดูแลผู้ป่วย วิธีปฏิบัติของแต่ละบุคคล การได้รับความสนับสนุนในทีม มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การสื่อสารด้วยวาจา การสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษร

5) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานรวมถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ วัสดุ และแสง ความร้อนที่ส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานของบุคลากร

6) ปัจจัยด้านองค์กร การกำหนดมาตรฐานนโยบายและเป้าหมายความปลอดภัย การดำเนินการจัดการ และตัดสินใจในระดับผู้บริหารในองค์กร ในการสนับสนุนบุคลากรในการปฏิบัติงาน ทรัพยากรทางการเงินและข้อจำกัด โครงสร้างองค์กร การให้ความสำคัญด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย

7) ปัจจัยด้านบริบท ระดับทักษะบุคลากร การผสมผสานปริมาณงานและรูปแบบการทำงาน ความพร้อมของอุปกรณ์ในการใช้งานและการบำรุงรักษา และการองค์กรเป็นผลที่ถูกจำกัดโดยปัจจัยภายนอกและนโยบายเศรษฐกิจการเมือง

ในประเทศไทยวิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2555) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดและเป็นอุปสรรคต่อความปลอดภัยมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยสาเหตุใหญ่ ๆ 2 ด้าน

1) ปัจจัยภายในบุคคลได้แก่

1.1) ปัจจัยด้านบุคลกรทางสุขภาพ ที่มีโอกาสผิดพลาดในการทำงานได้ในสถานการณ์ที่บุคลากรมีข้อจำกัดด้านความรู้ ขาดประสบการณ์ในงานที่ทำ ความเครียด ความง่วง ความเพื่อยและอ่อนล้าขณะปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนการไม่ตระหนักในบทบาทของการเป็นตัวแทนผู้ป่วย

1.2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด ได้แก่ ผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และทารกป่วยที่เกิดก่อนกำหนด

2) ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่

2.1) ปัจจัยด้านระบบปฏิบัติการดูแล ในการปฏิบัติงานที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ ต่องานการดูแลผู้ป่วย การจัดบริการพยาบาลแบบใช้บุคลากรทางการพยาบาลที่มีทักษะต่าง ๆ กัน อีกทั้งการไม่มีระบบที่ปรึกษา ลักษณะงานและการมอบหมายงานไม่เหมาะสมกับความพร้อมของบุคคล เช่น การมอบหมายงานที่ซับซ้อนให้กับแพทย์ พยาบาลที่จบใหม่

2.2) ปัจจัยด้านอุปกรณ์การแพทย์ ในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนในการใช้งานไม่ได้มาตรฐาน หรือชำรุดหรือไม่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ตลอดจนขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย

2.3) ปัจจัยสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ ที่ทำให้บุคลากรถูกเบี่ยงเบนความสนใจไปจากงานที่กำลังปฏิบัติเพื่อไปปฏิบัติงานอื่น เช่น การปฏิบัติงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน พบมากในช่วงของการรับส่งเวร มีการเพิ่มของภาระงานในการดูแลผู้ป่วยกะทันหัน สถานการณ์ที่ยากต่อการสังเกตหรือการจดจ่อในการปฏิบัติงานเช่น สภาพแวดล้อมที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอต่อการสังเกต ความผิดปกติของผู้ป่วย อุณหภูมิในห้องที่สูงหรือต่ำเกินไป ระดับเสียงภายในห้อง เป็นต้น

2.4) ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล เช่น การสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาล ทั้งในลักษณะของการสื่อสารด้วยวจนภาษา เช่น การออกคำสั่งการรักษาผ่านทางโทรศัพท์ และการสื่อสารด้วยอวจนภาษา เช่น การเขียนด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน อ่านยาก การใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล ตลอดจนคำสั่งที่ไม่มีการส่งต่อระหว่างบุคลากรในทีม เป็นต้น

โดยสรุปในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดเจ็ดระดับของความปลอดภัยตามแนวคิดของวินเซนต์ (Vincent, 2011) ซึ่งปัจจัยเงื่อนไขของการเกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยมีสอดคล้องเหมาะสมครอบคลุมกับบริบททางด้านสาธารณสุข และสอดคล้องกับบริบทของงานวิสัญญี

3. บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

3.1 บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System: GIS)

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง สถานบริการตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย ศูนย์เทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน มีภารกิจงานส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลให้บริการสิ้นสุดที่ผู้ป่วยนอก (OPD) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้จุดศูนย์กลางตำบลที่สุดและประชาชนสามารถเดินทางเข้าถึงบริการสะดวกที่สุด

หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับต้น หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลมีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยในและรักษาโรคพื้นฐานทั่วไป หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน มีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น มีความจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ได้แก่ สูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับสูง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน มีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขารองนอกจากแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลัก เช่น จักษุวิทยา โสต นาสิก ลาลิงซ์ รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเวชบำบัดวิกฤต

หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ หน่วยบริการระดับตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางหรือหน่วยบริการอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาค่อยอด (Sub-specialty) และหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลอื่นๆทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจนอกจากจะทำหน้าที่บริการระดับตติยภูมิแล้ว ยังกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น กำหนดระดับ Excellence center

จากการทบทวนข้อมูลจากสถาบันพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (2560) โดยอ้างอิงจากสำนักงานวิจัย และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) แสดงข้อมูลการบริการในระบบบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ดังนี้

การบริการตติยภูมิ หมายถึงระบบบริการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเป็นพิเศษ ทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยี มากกว่าบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ต้องอาศัยความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและทุติยภูมิ และระบบบริการอื่น ๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี

การบริการสุขภาพในระบบบริการตติยภูมิจะเกิดขึ้นในหน่วยบริการระดับตติยภูมิ ซึ่งหมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือหน่วยบริการอื่นๆทั้งของภาครัฐและเอกชนซึ่งมีภารกิจขยายขอบเขตทางด้านการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง สาขาต่อยอด (Sub-specialty) เช่น สาขาต่อยอดของอายุศาสตร์คือ อายุศาสตร์โรคไต โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคเลือด โรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ สาขาต่อยอดศัลยศาสตร์ เช่น ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ศัลยศาสตร์ทรวงอก กุมารศัลยศาสตร์ สาขาอื่น เช่น พยาธิวิทยา กายวิภาค รังสีรักษา รังสีวินิจฉัย เวชศาสตร์นิวเคลียร์ มะเร็งวิทยา รับบริการประชาชนในระยะทางไม่เกิน 202.5 กิโลเมตร หรือระยะเวลาการเดินทางไม่เกิน 4 ชั่วโมง รับผิดชอบประชากรไม่น้อยกว่า 1 ล้านคน

ปัจจุบันมีหน่วยบริการตติยภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 116 แห่งทำงานประสานกับหน่วยบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิในลักษณะเครือข่าย

นอกจากนี้ หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิระดับสูง ยังมีศูนย์ความเป็นเลิศในด้านต่างๆ (Excellence center) ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการเฉพาะทาง และต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ที่ต้องการกำลังคนวิชาชีพแพทย์สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก อายุศาสตร์โรคหัวใจ อายุศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง เน้นแพทย์สาขา รังสีรักษา รังสีวินิจฉัย เวชศาสตร์นิวเคลียร์ แพทย์สาขาพยาธิวิทยา กายวิภาค และอายุศาสตร์ โรคเลือด ศูนย์อุบัติเหตุเน้นแพทย์สาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ นิติเวช และกุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น ส่วนใหญ่ศูนย์บริการสุขภาพความเป็นเลิศจะสังกัดโรงเรียนแพทย์หรือเป็นของโรงพยาบาลเอกชน

กำลังคนด้านสุขภาพในระบบบริการตติยภูมิปี 2560 ระบบบริการในระดับตติยภูมิมีความต้องการวิชาชีพต่าง ๆ เมื่อรวมภาระงานทั้งหมด คืองานบริการ งานบริหารและอื่น ๆ เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 15 โดยมีความต้องการบริการจากวิชาชีพพยาบาลสูงสุด 110,738 FTE ตามด้วย

ความต้องการแพทย์ 16,362 FTE เทคนิคการแพทย์ 7,906 FTE เภสัชกร 6,312 FTE ทันตแพทย์ 4,482 FTE แพทย์แผนไทยและผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจำนวนเท่ากันคือวิชาชีพละ 2,792 FTE และ นักกายภาพบำบัด 2,012 FTE (กองบริหารทรัพยากรบุคคลกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

เมื่อเปรียบเทียบเป็นสัดส่วนความต้องการแพทย์ต่อความต้องการวิชาชีพต่างพบว่า ผลการสัดส่วนความต้องการแพทย์ จำนวน 1 คน ต่อพยาบาล พบว่าการให้บริการในระดับตติยภูมิมีความต้องการแพทย์ 1 คน ต่อพยาบาล 6.8 คน ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำของสภาการพยาบาล (จำนวนแพทย์ 1 ต่อพยาบาล 4 คน) แสดงถึง workload หรือภาระงานที่เกิดขึ้นแก่วิชาชีพพยาบาลในการให้บริการระดับตติยภูมิ

3.2 งานวิสัญญีพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.2.1 ลักษณะงานวิสัญญีพยาบาล

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ (2550) อธิบายถึงการบริการพยาบาลวิสัญญี เป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญี และระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลผ่าตัดและทีมแพทย์ผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านบริการทางวิสัญญี ตั้งแต่ขนาดยาและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแต่ละชนิดรวมทั้งการถอนยาระงับความรู้สึก เพื่อให้การผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละรายเป็นไปอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

นันทวรรณ มันทราภรณ์ (2561) ได้อธิบายถึงงานวิสัญญีพยาบาล (Nurse Anesthetist) เป็นการปฏิบัติงานให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยโดยการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย เพื่อเลือกวิธีการและดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้ระเบียบหรือกฎกระทรวงของกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ และให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก การทำงานและกิจกรรมหลักของงานวิสัญญีพยาบาล

3.2.2 หน้าที่รับผิดชอบและสมรรถนะหลักของวิสัญญีพยาบาล

คือ การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตัว โดยการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างมีมาตรฐาน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการโดยการระงับความรู้สึกให้ได้รับความปลอดภัยมากที่สุด ขอบเขตการปฏิบัติงานมีขั้นตอนดังนี้

หน้าที่รับผิดชอบหลักและสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย ทำให้ได้ข้อสรุปภารกิจหลักของงานการพยาบาลวิสัญญี มี 9 ข้อ ดังนี้

- 1) การประเมินผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมเพื่อการระงับความรู้สึก

- 2) การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป (General Anesthesia)
- 3) การเฝ้าระวังผู้ป่วยและแก้ไขภาวะวิกฤติระหว่างได้รับการระงับความรู้สึก
- 4) การพยาบาลหลังการระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้นและการส่งต่อ
- 5) การติดตามประเมินผลหลังการระงับความรู้สึก ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
- 6) การศึกษาวิจัยและนำผลวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลวิสัญญี (Research and Utilize of Evidence Based Practice in Nursing Service)
- 7) การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี (Quality Improvement and Development of Standards / Guidelines)
- 8) การสอนและให้คำปรึกษาการพัฒนางานและการปฏิบัติงานการพยาบาลวิสัญญี

9) การจัดการ ควบคุมมลภาวะ และป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด

3.2.3 มาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญี

นันทนวล มั่นตราภรณ์ (2551) ได้อธิบายถึงมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาล ทางด้านการให้ยาระงับความรู้สึก พิจารณาจากตัวชี้วัด ดังนี้

- 1) ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ
- 2) การได้รับยาที่ถูกต้อง
- 3) การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 4) การบรรเทาจากทุกข์ทรมาน
- 5) ความรู้ของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ
- 6) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ
- 7) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญี ประกอบด้วย 4 ส่วน

- 1) ลักษณะสำคัญของงานบริการพยาบาลวิสัญญี ประกอบด้วย 2 หมวด
 - 1.1) ลักษณะของงานบริการพยาบาลวิสัญญี
 - 1.2) การปรับปรุงผลการดำเนินงาน
- 2) มาตรฐานการบริหารงานบริการพยาบาลวิสัญญี แบ่งเป็น 7 หมวด ได้แก่
 - 2.1) การนำองค์กร
 - 2.2) การวางแผนยุทธศาสตร์
 - 2.3) การให้ความสำคัญกับผู้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - 2.4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

2.5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

2.6) การจัดกระบวนการ

2.7) ผลลัพธ์การดำเนินงาน

3) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการรวมถึงการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย

มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญี

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี

มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล

4) เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลวิสัญญี เป็นผลของการปฏิบัติตามมาตรฐานทั้งมาตรฐานการบริหารการพยาบาลและมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาล แบ่งเป็น 4 มิติ

มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ

มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล

มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร

3.2.4 เป้าหมายความปลอดภัยในงานวิสัญญีพยาบาล

งามจิตร ภัทรวิทย์ (2564) อธิบายถึงการเกิดภาวะฉุกเฉินทางวิสัญญี สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ตั้งแต่เริ่มนำสลบจนถึงระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางวิสัญญีและผลการดูแลรักษาขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย อาทิเช่น ปัจจัยด้านบุคคล ระบบงาน สิ่งแวดล้อมและทีมเป็นต้น

ปัจจัยด้านบุคคลในงานวิสัญญี ถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากต้องอาศัยทักษะทางการแพทย์ร่วมกับการใช้ทักษะการตัดสินใจ การสื่อสารตลอดจนทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยระหว่างเกิดภาวะวิกฤต อย่างไรก็ตามพบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ภาระงานที่มากเกินไป ความเครียด ความเหนื่อยล้าระหว่างวัน รวมถึง

การเพ่งสมาธิอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากเกินไปหรือขาดสมาธิในการทำงานจากสิ่งเร้า สามารถส่งผลกระทบต่อทักษะซึ่งอาจทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะวิกฤติลดลง

แนวคิดในการบริการจัดการภาวะฉุกเฉินทางวิสัญญี (Anesthesia Crisis Resource Management: ACRM) เกิดขึ้นจากผลสัมฤทธิ์ของการใช้แนวทางบริหารจัดการภาวะวิกฤติทางการบิน ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดอุบัติเหตุอุบัติการณ์และเพิ่มความปลอดภัยทางการบินได้อย่างมีนัยสำคัญ หลักในการนำ ACRM มาใช้คือ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยระหว่างผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางวิสัญญี ผ่านกระบวนการประเมินและบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อช่วยให้เกิดความปลอดภัยในบริบทนั้น ๆ โดยแนวคิดการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางวิสัญญี (ACRM) มีองค์ประกอบสำคัญสองส่วนคือ ด้านการตัดสินใจในระดับปัจเจกและการทำงานเป็นทีม

1) ด้านการตัดสินใจ เป็นกระบวนการตัดสินใจทางวิสัญญี มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ องค์กรความรู้วิสัญญี ร่วมกับการมีทักษะ Non-Technical skill ช่วยประกอบการตัดสินใจ โดยคำนึงถึงบริบทขณะนั้น การคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ไม่ถึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นทั้งจากการรักษาและไม่รักษา การบริหารจัดการบุคคลที่เหมาะสม รวมถึงการใช้ตัวช่วยทางพหุปัญญา (Cognitive aids) ในลักษณะของคำแนะนำที่ง่ายต่อการใช้งาน เพื่อให้การตัดสินใจทางวิสัญญีนั้นมีความเหมาะสมกับบริบทนั้นมากที่สุด

2) ด้านการบริหารจัดการทีม นอกเหนือจากการตัดสินใจในระดับปัจเจกแล้ว การบริหารจัดการทีมได้แก่ การมีภาวะผู้นำที่ดี การจัดสรรแบ่งงานที่เหมาะสม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยเพิ่มสมรรถนะของทีมในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561) ได้ให้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัย Patient safety เป็นแนวทางสู่การสร้างวัฒนธรรม Patient Safety Goals เป็นเป้าหมายความปลอดภัยที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังควบคู่กับการติดตามผล ซึ่งทางสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้ใช้ตัวย่อของเป้าหมายความปลอดภัยในด้านต่าง ๆ มาเรียงเรียงต่อกันเพื่อให้เกิดเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เรียกว่า Patient Safety Goals: SIMPLE โดยมีความหมายดังนี้

S = Safety surgery

I = Infection control

M = Medication Safety

P = Patient care process

L = Line, tube, catheter

E = Emergency response

โดย S2: Safe Anesthesia เป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านการให้ยาระงับความรู้สึก จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทยโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทย มีข้อเสนอแนะเพื่อความปลอดภัยในการให้บริการวิสัญญีดังนี้

1) สนับสนุนให้มีวิสัญญีแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปในการดูแลผู้ป่วย ASA class 3 ขึ้นไป

2) สนับสนุนให้วิสัญญีพยาบาลได้มีโอกาสปฏิบัติการระงับความรู้สึกไม่น้อยกว่าปีละ 50 ราย

3) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก

3.1) มีมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉพาะอย่าง เช่น การเกิดคลื่นไส้

อาเจียน

3.2) มีมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเชิงระบบ ได้แก่

3.2.1) การจัดทีมบุคลากร โดยคำนึงถึงจำนวนบุคลากร คุณวุฒิ ประสบการณ์ การกำกับ ดูแลโดยผู้มีความชำนาญและการให้คำปรึกษากรณีฉุกเฉิน

3.2.2) การประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับวิธีใหม่ทั้งด้านวิสัญญีและ ศัลยกรรม

3.2.3) การประเมินและวางแผนการดูแลภาวะเจ็บป่วยร่วมในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาบางชนิด ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถรอผ่าตัดได้ควรเตรียมผู้ป่วยให้มีสภาวะที่พร้อมที่สุดก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก โดยประเมินร่วมกันของวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์

3.2.4) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและความยินยอมในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เช่น ข้อมูลสิ่งที่ผู้ป่วยอาจจะต้องประสบเมื่อเข้ารับการระงับความรู้สึก

3.2.5) การสื่อสารกับผู้ร่วมงานประกอบด้วยทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค เป็นต้น

3.2.6) การระบุตัวผู้ป่วย ชนิด ตำแหน่งและข้างในการทำผ่าตัด

3.2.7) การระบุป้ายฉลากยาที่จะใช้กับผู้ป่วย

3.2.8) หลีกเลี่ยงการเกิดสายน้ำเกลือหรือท่อต่าง ๆ ที่ต่อกับผู้ป่วยหลุด

3.2.9) เผื่อระวางสัญญาณชีพตลอดระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึก

3.2.10) บุคลากรได้รับการฝึกฝนใช้เครื่องมือเผื่อระวาง รวมทั้งเครื่องมือใหม่ และมีเครื่องมืออื่นที่เพียงพอ มีมาตรฐานความปลอดภัย มีความพร้อมและสามารถใช้งานได้ดี รวมถึงการตรวจสอบศักยภาพในการใช้เครื่องมือของบุคลากร

3.2.11) สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ควรมีการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานต่อบุคลากรและผู้ป่วย เช่น มีระบบกำจัดก๊าซส่วนเกิน การแยกขยะ การแลกเปลี่ยนอากาศในห้องผ่าตัด การดูแลระบบไฟฟ้า และมีการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด

3.2.12) มีการประเมินและวางแผนการระงับความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีโอกาสเกิดปัญหาระหว่างการระงับความรู้สึก

3.2.13) การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ทั้งในห้องพักฟื้นและที่หอผู้ป่วย

4) มีแนวทางการจัดการเมื่อเกิดภาวะไม่ถึงประสงค์ เพื่อไม่ให้นำไปสู่ผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การมีสติสามารถระงับความรู้สึกตกใจเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินไม่พึงประสงค์ การขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การสื่อสารที่ดีกับทีมศัลยแพทย์ทันที รายงานผู้จัดการความเสี่ยงและผู้บังคับบัญชา รวมทั้งการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและสร้างความเข้าใจที่ดีกับญาติ

5) การให้ยากระดับความรู้สึกตัวระดับปานกลาง (Moderate conscious sedation) โดยการให้ยาระดับดังกล่าวจะต้องมีการติดตามสถานะทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ทำต้องผ่านการอบรมมาในระดับหนึ่ง

6) ใช้แนวทางการให้บริการทางวิสัญญีวิทยาของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ตลอดจนแนวทางที่เป็นมาตรฐานระดับนานาชาติ

ซึ่งเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทยพ.ศ. 2561 Patient Safety Goals: SIMPLE ในหัวข้อ Safe Anesthesia ได้ให้ความหมายความปลอดภัยในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยว่า หมายถึง การมีอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกี่ยวข้องกับ การให้ยาระงับความรู้สึกในอัตราต่ำ และหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจป้องกันได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสม มีกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อให้ได้รับการผ่าตัดโดยปลอดภัย ลดอัตราเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกประกอบด้วย

1. บุคลากรที่สามารถให้การระงับความรู้สึกได้แก่

1.1 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาวิสัญญีวิทยา จากแพทย์สภา

1.2 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับของรัฐ หรือสถานพยาบาลของสภาการขาดไทย

1.3 พยาบาลที่ได้รับประกาศนียบัตรการศึกษาหรือการอบรมในหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล โดยปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับของรัฐหรือสถานพยาบาลของสภาการขาดไทย

โดยจำนวนบุคลากรที่บริการต้องมีความเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ ระวังความรู้สึกทุกประเภท ทั้งการระงับความรู้สึกทั้งแบบ moderate sedation และ deep sedation ตลอดจนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยดูแลหลังผ่าตัดหรือหอผู้ป่วยวิกฤต

2. กระบวนการทำงาน ขั้นตอนในการระงับความรู้สึก

ก่อนทำการระงับความรู้สึก 1) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินสถานะ ก่อนการระงับความรู้สึก 2) จำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกา (American Society of Anesthesiologists Physical Status) เพื่อวางแผนการระงับความรู้สึกและจัดเตรียม อุปกรณ์เครื่องมือให้เหมาะสม 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีระงับความรู้สึก การปฏิบัติตนหลังการระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 4) มีการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย 5) Anesthetic Consent Form 6) ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือและยาที่จำเป็น

ระหว่างการระงับความรู้สึก ต้องมีการเฝ้าระวังและการบันทึกที่เหมาะสม ตามแนวทางมาตรฐานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และต้องประเมินผู้ป่วยก่อน การเคลื่อนย้าย

หลังการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยในระยะนี้อาจมีผลจากยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลางและยาหย่อนกล้ามเนื้อหลงเหลืออยู่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมี บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และเครื่องมือที่จำเป็นในระหว่างการเคลื่อนย้าย นอกจากนี้ยังต้อง มีการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น เป็นเวลาที่ไม่ต่ำกว่า 1 ชั่วโมง โดยมีบุคลากรที่คุณสมบัติตามข้อ 1 หรือบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลัง การระงับความรู้สึกของแต่ละสถานพยาบาล ต้องมีการบันทึกและการส่งต่อที่เหมาะสม

3. เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม ตามมาตรฐานราชวิทยาลัย วิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

4. มีแนวทางการจัดการเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อไม่ให้นำไปสู่ผลลัพธ์ ไม่พึงประสงค์หรือลดความรุนแรงของภาวะไม่พึงประสงค์

วรินี เล็กประเสริฐ (2550) อธิบายเป้าหมายของการระงับความรู้สึก คือการที่ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหรือหัตถการต่างๆได้รับการรักษาดังกล่าวอย่างปลอดภัย โดยไม่ทรมานกับ ความเจ็บปวดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจึงมีความ เกี่ยวข้องกับคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง

ธวัช ชาญชฌานนท์ (2550) ในงานวิสัญญีกระบวนการหลักของการดูแล ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การให้ยาคลายกล้ามเนื้อก่อนให้ยาระงับ ความรู้สึก ทั้งการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน รวมทั้งการ

ดูแลติดตามหลังจากให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งจะพบว่ามีโอกาสที่จะเกิดความเสียหายได้ทุกขั้นตอน จาก การทบทวนกระบวนการทางด้านวิสัญญี พบว่ามีโอกาสที่จะมีความเสี่ยงดังนี้

1. กระบวนการ set ผ่าตัด จุดมุ่งหมาย เพื่อการมอบหมายงานและเตรียม ผู้ป่วยให้พร้อมในเย็นวันก่อนผ่าตัด ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจเยี่ยมและประเมิน ความพร้อมก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยถูกเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากไม่พร้อม

2. กระบวนการ Preoperative visit จุดมุ่งหมาย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้ได้รับการระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ บันทึกเวชระเบียน (Anesthetic records) ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ขั้นตอนและการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ไม่ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการให้ยาระงับ ความรู้สึกและไม่ได้เซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัดและ/หรือให้ยาระงับความรู้สึก

3. กระบวนการ Intraoperative management จุดมุ่งหมาย เพื่อให้ได้รับการ ระงับความรู้สึกตามมาตรฐานและปลอดภัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ เครื่องให้ยาดมสลบและ วงจรให้ยาดมสลบไม่พร้อม มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่ได้รับเฝ้าระวัง (monitors) ที่เหมาะสม

4. กระบวนการ Recovery room care and discharge criteria จุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยในห้องพักฟื้นจนกระทั่งพร้อมที่จะออกจากห้องพักฟื้น ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก, ถูกจำหน่ายออกจาก ห้องพักฟื้นโดยที่ผู้ป่วยไม่พร้อม

5. กระบวนการ Postoperative visit and acute pain management จุดมุ่งหมาย เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นพร้อมให้คำแนะนำ แก่ไข และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการระงับ ปวดอย่างเหมาะสม ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก, ได้รับการดูแลระงับปวดไม่เพียงพอ, มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับปวด

การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) คือ การรับรองและให้ความมั่นใจ ว่ากระบวนการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งประกอบด้วยวิธีการรักษาพยาบาล ผลการรักษาที่ต้องการและความเสี่ยงที่สัมพันธ์กัน โดยเป็นไปอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาตัวชี้วัด คุณภาพ (Quality indicators) ที่สำคัญ การประกันคุณภาพประกอบด้วย

1. คุณภาพด้านโครงสร้าง (Structure) ต้องมีการจัดโครงสร้างของบุคลากร และมีศักยภาพของอุปกรณ์และเครื่องอำนวยความสะดวก (Facilities) ในการจัดการเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วย บุคลากรทุกระดับต้องมีคุณภาพและได้รับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ที่มีประสบการณ์น้อยหรืออยู่ในระหว่างการฝึกอบรม ต้องได้รับการดูแลจากผู้ที่มีประสบการณ์ มากกว่า เช่น จัดเป็นระบบพี่เลี้ยง รวมทั้งต้องมีการกำหนดสัดส่วนของบุคลากรต่อจำนวนผู้ป่วยที่ต้อง

ดูแล ด้านโครงสร้างรวมถึงมาตรฐานสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกทั้งหลาย โครงสร้างองค์กรสำหรับงานบริการวิสัญญี จะรวมถึงโครงสร้างของระบบจ่ายก๊าซ (Anesthetic gas delivery systems) เครื่องให้ยาดมสลบและอุปกรณ์เสริม (Anesthetic machine and equipment) อุปกรณ์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย (Monitoring systems) หัตถการที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัด รวมทั้งการช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiac life support)

2. คุณภาพในด้านการกระบวนการ (Process) ประกอบด้วยกำหนัดลำดับขั้นตอนที่สำคัญ (Value creation process) และกิจกรรมด้านการประสานงานในทีมดูแลผู้ป่วยทั้งทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน มีการตรวจเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยที่มารับบริการ ความรู้สึกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยถูกเขินทุกรายก่อนให้ยาระงับความรู้สึก รวมทั้งการวางแผนให้ยาระงับความรู้สึก มีการบันทึกข้อมูลและติดตามดูแลผู้ป่วยตลอดการผ่าตัดทั้งระบบไหลเวียนเลือดและการหายใจ รวมทั้งสังเกตการทำงานของอุปกรณ์ที่ใช้ในการระงับความรู้สึก มีข้อตกลงในวิธีต่างๆที่เลือกใช้ข้อบ่งชี้ในการให้เลือด ให้ยา ใช้ invasive monitoring และการดูแลเรื่องการระงับปวดหลังผ่าตัด

3. คุณภาพในด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome) ผลลัพธ์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงภาวะทางสุขภาพ (Health status) ของผู้ป่วยหลังจากให้การดูแลรักษาพยาบาล สิ่งที่มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือคุณภาพด้านโครงสร้างและกระบวนการ ดังนั้น การทบทวนเกี่ยวกับโครงสร้างและกระบวนการอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น เช่นการจัดกิจกรรมทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพ (Morbidity and mortality conference) เป็นประจำทุกเดือน อีกทั้งการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งลูกค้าภายในเช่นศัลยแพทย์ และลูกค้าภายนอก เช่นผู้ป่วยเป็นต้น

3.2.5 ความเสี่ยงในงานวิสัญญี

การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเป็นการรักษาทั่วโลก และมีอุบัติการณ์รายงานพบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเกิดขึ้น ในประเทศไทยพบว่าการผ่าตัดซึ่งทำในโรงพยาบาลต่างๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาที่ปลอดภัย แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเกิดความปลอดภัยจากการผ่าตัด ในด้านวิสัญญีก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (Sing in) การประเมินความเสี่ยงต่อ ASA classification เป็นการทบทวนประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเรื่องของโรคประจำตัว ความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่จะมาทำการผ่าตัด รวมถึงการตรวจสอบของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก การตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Airway equipment) ระบบและอุปกรณ์การช่วยหายใจ (Breathing system) ได้แก่ ออกซิเจน และยาดมสลบที่ใช้ในการระงับความรู้สึก เครื่องดูดเสมหะ เครื่องอุปกรณ์ และบุคลากรผู้ช่วยของทีมิวิสัญญี ที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ตรวจสอบ

อุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ (Monitor) ที่จำเป็นติดไว้บนตัวผู้ป่วย และสามารถใช้งานได้โดยค่าที่อ่านได้มีความถูกต้อง สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็นของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการให้การระงับความรู้สึก ก่อนการลงมีดผ่าตัด ทีมวิสัญญีต้องทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังในผู้ป่วยเฉพาะราย กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเสียเลือดปริมาณมาก ที่ต้องจำเป็นให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดทดแทน ประกอบกับโรคประจำตัวที่รุนแรง มีโอกาสเกิดความเสียหายในการช่วยฟื้นคืนชีพ ที่ต้องมีการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า เพื่อสื่อสารให้กับทีมในการเฝ้าระวังและวางแผนการเตรียมดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัยอย่างทั่วถึง

ความเสี่ยงในการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก เกิดจาก 4 ปัจจัยร่วมกันได้แก่

- 1) ปัจจัยการผ่าตัด ในด้านความรุนแรงของเนื้อเยื่อบาดเจ็บ ความอันตรายจากอวัยวะที่ผ่าตัด การเสียน้ำและเลือด การที่อุณหภูมิร่างกายลดลงและความอันตรายจากเทคนิคการผ่าตัด
- 2) ปัจจัยการระงับความรู้สึก ในด้านความอันตรายจากทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ความอันตรายจากการสำลัก สรีรวิทยาของระบบหายใจที่เปลี่ยนไป ภาวะระบบไหลเวียนเลือดคงที่และความเสี่ยงต่อการแพ้ยา
- 3) ปัจจัยผู้ป่วย ได้แก่สภาพร่างกาย และโรคประจำตัว และ
- 4) ปัจจัยระบบงาน ซึ่งอาจแบ่งเป็นโครงสร้างระบบงานการจัดการที่วางไว้แล้วในแต่ละสถานที่ และระบบการปฏิบัติการของบุคลากร โดยระบบงานเป็นระบบสนับสนุนงานผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดถึงหลังผ่าตัด ครอบคลุมหลายมิติที่มีผลต่อความเสี่ยง ได้แก่ การจัดสถานที่ในโรงพยาบาลและในห้องผ่าตัด เช่นเหตุการณ์จากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าลิฟต์และเป็นการเสียเวลาจากการเคลื่อนย้ายต่างชั้น โดยปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 ปัจจัยจะส่งผลกับความเสียหายมากน้อยไม่เท่ากัน ความเสี่ยงที่รุนแรงมากคือความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และความเสี่ยงที่ไม่รุนแรงคือความเสี่ยงที่ไม่รุนแรงถึงแก่ชีวิตและเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือส่งผลให้พิการ ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาระหว่างการดำเนินงาน

ปัจจัยการผ่าตัด ทุกการผ่าตัดมีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อจึงมีการเกิดภาวะเครียดจากการผ่าตัด ภาวะเครียดจากการผ่าตัดจะทำให้เกิดภาวะอักเสบ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในร่างกายหลายระบบและลดส่วนสำรองระบบหัวใจและหายใจหลังผ่าตัด การประเมินความรุนแรงการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อจึงใช้จัดความรุนแรงของความเสี่ยง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาจเป็นภาวะผิดปกติเล็กน้อยหรือเฉพาะที่พบได้บ่อยสามารถหายได้จากกลไกชดเชย แต่หากภาวะชดเชยทำงานไม่ดี ภาวะแทรกซ้อนที่เล็กน้อยจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความพิการและถึงแก่ชีวิตได้

ปัจจัยการระงับความรู้สึก เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของความเสี่ยงน้อยกว่าปัจจัยผู้ป่วย หรือปัจจัยการผ่าตัด ไม่พบว่าเป็นปัจจัยเริ่มต้นที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากเทคนิคการระงับความรู้สึก หลักการของวิสัญญีวิทยาที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะผิดปกติ

ดังนั้นกระบวนการการทำงานของวิสัญญีวิทยาจะต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องจนสามารถป้องกันความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การประเมินสภาพผู้ป่วยและโรคประจำตัว จะเป็นการเน้นการประเมินเพื่อจะประเมินภาวะสำรองระบบหัวใจและหายใจ เปรียบเทียบก่อนเริ่มผ่าตัด ซึ่งหากภาวะสำรองระบบหัวใจและระบบหายใจลดลงมากจนไม่สามารถคงระดับออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ได้เพียงพอ จะเกิดกระบวนการชดเชยทั้งระบบหัวใจและระบบหายใจ คือการเพิ่มการหายใจ ประกอบกับภาวะอ็อกเสบจากการผ่าตัดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเร็ว จึงมีโอกาสเกิดระบบหายใจล้มเหลว กระบวนการชดเชยหัวใจคือการเพิ่ม cardiac output ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก

ปัจจัยระบบงาน เป็นกลไกการทำงานการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วยโครงสร้างการบริหารและทีมงาน กลไกการทำงานของระบบเป็นลักษณะกลไกการสนับสนุนการรักษา โครงสร้างการบริหาร ส่วนประกอบของระบบคือคนทำงานในระบบหรือทีมงาน ซึ่งกลไกการทำงาน ได้แก่ การประสานงาน การสื่อสาร การร่วมมือ การติดตามผล การทบทวนและการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ส่วนทีมงานเป็นส่วนที่พัฒนาได้ ระบบงานครอบคลุมหลายมิติที่มีผลต่อความเสี่ยงได้แก่ การจัดสถานที่ในโรงพยาบาลและในห้องผ่าตัด หรือระบบโครงสร้างการทำงานที่ปฏิบัติเป็นประจำ บุคคลเป็นส่วนประกอบอยู่ในระบบงานที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ระบบงานระดับบุคคล ประกอบด้วย การใช้ความสามารถในเชิงปัจเจกของบุคคลได้แก่ การคิดวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การตรวจสอบ การตัดสินใจ การสื่อสาร และการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การใช้ความสามารถของทีมงานได้แก่ การร่วมมือของทีม การตั้งเป้าหมายของทีม การสื่อสารในทีม ระบบงานในมิติการใช้ความสามารถของทีม มีการให้นิยามว่าเป็น Non - technical skills ซึ่งการขาดปัจจัยนี้จะเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาระหว่างการดำเนินงานจริงและเป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วย

รัช ชาชญานันท์ (2553) บูรณาการคุณภาพจากความเสี่ยงทางวิสัญญีสู่เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่า Safe Anesthesia เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้การระงับความรู้สึกโดยเฉพาะสาเหตุที่ป้องกันได้ มีมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเชิงระบบ กำหนดแนวทางการจัดการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ ได้แก่

1) การจัดทีมบุคลากร จำนวน คุณวุฒิ ประสบการณ์ การแนะนำก่อนการทำงาน การกำกับดูแลโดยผู้มีความชำนาญ การให้คำปรึกษากรณีฉุกเฉิน

2) การประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคใหม่ ทั้งด้านวิสัญญีและศัลยกรรม

- 3) การประเมินและวางแผนการดูแลภาวะเจ็บป่วยร่วมกันของวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์
- 4) การสื่อสารกับผู้ร่วมงาน ทั้งทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เจ้าหน้าที่ธนาคาร เลือด ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค
- 5) การระบุตัวผู้ป่วยและชนิด ตำแหน่ง ข้างของการผ่าตัด
- 6) การระบุป้ายฉลากยาที่จะใช้กับผู้ป่วย
- 7) Time out
- 8) ใฝ่ระวังสัญญาณชีพตลอดระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึก ทั้ง basic และ special monitors
- 9) บุคลากรได้รับการฝึกฝนการใช้เครื่องมือใฝ่ระวัง รวมทั้งเครื่องมือใหม่และมีเครื่องมืออื่นที่เพียงพอ มีมาตรฐานความปลอดภัย พร้อมและใช้งานได้ดี นอกจากนี้มีการตรวจสอบการใช้เครื่องมือของบุคลากร

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

คะนิงนิตย์ มีสุวรรณค์ (2563) ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจำนวน 63 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัย ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.27$, S.D.=0.32) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยจำแนกตามรายหอผู้ป่วย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

นขพรรณ สุขนิ่ม (2554) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะการรับรู้ทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในปัจจุบันระหว่างบุคลากรสายวิชาชีพที่มีต่อตนเองและทีมสุขภาพต่อองค์กร เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และนักโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 8 วิชาชีพมีทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในเชิงบวกไม่แตกต่างกัน วิชาชีพที่มีทัศนคติในด้านบวกที่ดีที่สุดคือพยาบาล

สมบุญรณ์ สุโฆสิต (2557) ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจ เปรียบเทียบทัศนคติตามปัจจัยส่วนบุคคลและหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาลวิชาชีพจำนวน 707 คน โดยใช้แนวคิดของ University of Texas และ John Hopkins University ประกอบด้วย 6 ปัจจัย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามทัศนคติด้าน

ความปลอดภัย (Safety Attitudes Questionnaire: SAQ) ผลการศึกษาพบว่า ระดับทัศนคติ วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจอยู่ในระดับปานกลาง มีปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีมและความพึงพอใจในการทำงานระดับสูง สถานภาพการทำงานและ ตำแหน่งงานที่แตกต่างกันจะมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.05 และผลการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < 0.001$)

สมพร สันติประสิทธิ์กุล, ปิยธิดา จุลละปีย์, พิมพ์รัตน์ บุญยะภักดิ์, และวิภาดา ศรีมันทยา มาศ (2562) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลใน โรงพยาบาลรัฐ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล ทั่วไปจำนวน 500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถาม Hospital survey on patient Safety ของ Agency for Healthcare Research and Quality โดยอนุญาตให้ใช้จาก US Department of Health and Human Service ผู้วิจัยทำการแปลเครื่องมือด้วยการแปลย้อนกลับ (Back translation) ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก เมื่อวิเคราะห์ในด้านต่างๆ พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการบริหารความ ปลอดภัย ความปลอดภัยเกี่ยวกับการทำงาน การสื่อสารภายในหน่วยงาน อยู่ระดับมาก และด้านการ ปฏิบัติงานของผู้บังคับบัญชาอยู่ระดับปานกลาง เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เรื่องการสนับสนุนให้เกิด วัฒนธรรมความปลอดภัย การทำงานเป็นทีมภาพรวมอยู่ในระดับมาก และระหว่างพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาล วิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ จำนวน 425 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับการรับรู้ วัฒนธรรมความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าด้านผลกระทบจากการรายงาน เหตุการณ์อยู่ในระดับสูงที่สุด และเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

โสพรรณ โปะทะยะ (2561) ศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการ รับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติการ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขต กรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงบรรยายใช้วิธีแบบสำรวจ ใช้แบบสอบถามผู้วิจัยแปลมาจาก Hospital Survey on Patient Safety Culture ของ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมของพยาบาลอยู่ ในระดับมาก เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลและ

พยาบาลปฏิบัติการพบว่า การรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลสูงกว่าพยาบาลปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ถาวร ภาวงศ์ และพีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย (2561) ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับความสามารถทางคลินิกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปทุกแผนกการพยาบาล มีจำนวน 1,362 คน กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย Hospital Survey on Patient Safety culture (HSOP-SC) ตามแนวคิดของ Sorra, & Nieva แปลเป็นไทย โดย สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ในรายย่อยพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาล และระดับผลลัพธ์อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

วชิระ สุริยะวงศ์, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และมธุรส ทิพยมงคลกุล (2560) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ 637 คนทุกแผนกที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนบนช่วงเดือนมิถุนายน 2557 ถึง กรกฎาคม 2557 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร Daniel ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 447 คน ผลการศึกษาพบว่า การทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 46.3 เท่านั้น และพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

วัลยา ภาคภูมิ และพุลสุข หิงคานนท์ (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบบารมีของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือตอนล่าง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ใช้กรอบแนวคิดของกินซ์เบอร์ก ผลการศึกษาพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือตอนล่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก พิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้สภาวะความปลอดภัยในองค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับน้อยที่สุด และพบว่าภาวะผู้นำแบบบารมีของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 มีขนาด .849 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

ศยามล ภูเขมา, และวรรณชนก จันทชุม (2561) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพการพยาบาลบริการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและไม่มีตำแหน่งบริหาร จำนวน 102 คน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Nieva, & Sorra (2003) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยบูรณาการกรอบแนวคิดของ Nieva, & Sorra (2003) ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.82) และพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพบริการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิติถาวร (2553) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประชากรที่ศึกษาบุคลากรห้องผ่าตัดทั้งหมด 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามทัศนคติด้านความปลอดภัย (Safety Attitudes Questionnaire: SAQ) ที่พัฒนาโดย University of Texas และ John Hopkins University ผลการศึกษาพบว่า ระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ศึกษาปัจจัยระหว่างกลุ่มบุคลากรพบว่า กลุ่มพยาบาลมีจำนวนบุคลากรที่มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในทางบวกน้อยที่สุดในด้านความเข้าใจในการบริหารจัดการ เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัดระหว่างกลุ่มแพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่ระดับอื่นๆ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (Analysis of variance: ANOVA) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ค่า P = .080 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายปัจจัยระหว่างกลุ่มแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ระดับอื่นๆ พบว่า ระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในด้านบรรยากาศด้านความปลอดภัย ความเข้าใจในการจัดการ และความพึงพอใจในงาน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

อุบล แจ่มนาม และรัศมี ศรีนนท์ (2561) ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลราชบุรี ประชากรที่ศึกษาประชากรคือบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมในโรงพยาบาลราชบุรีในช่วงเดือนกันยายน 2560 จำนวน 146 ราย ประกอบด้วย 8 หน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมในโรงพยาบาลราชบุรีตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 116 ราย ใช้แบบสอบถามเรื่องการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของ พร บุญมีและคณะ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย จำแนกตามชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์และตำแหน่งในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน เปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรม

ความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีตำแหน่งในการปฏิบัติงานต่างกันพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน

4.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย

กนกวรรณ เมระพันธุ์ (2556) ได้ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานกรณีศึกษาหนึ่ง กลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนไทย กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาคเอกชนไทยหนึ่งกลุ่มที่ปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 304 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนไทยมี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านความคาดหวังที่มีต่อหัวหน้างาน ผู้จัดการในการดำเนินงานเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย และความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านการส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล ส่วนตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนไทย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน มิติความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล ด้านการจัดคนทำงาน ด้านการสื่อสารที่เปิดกว้าง ด้านการสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผิดพลาด และด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล

รัชนิตา เขียนโพธิ์ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลแพร์ และมีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 146 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์รับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.05$, S.D. = 0.43) พิจารณารายด้านพบว่า ด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 4.16$, S.D. = 0.52) โดยด้านผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.84$, S.D. = 0.60) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์ โดยรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$, S.D. = 0.38) คือ ปัจจัยด้านองค์การ ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = 0.51) รองลงมาคือปัจจัยด้านทีม ($\bar{x} = 4.13$, S.D. = 0.47) และปัจจัยด้านงาน ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.47) ตามลำดับ โดยปัจจัยด้านผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.87$, S.D. = 0.45) ผลการวิเคราะห์อำนาจการพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร์ แสดงว่าปัจจัยด้านงานมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร์ รองลงมาด้านปัจจัยด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือ ด้านองค์การและด้านสิ่งแวดล้อม

สามารถร่วมกันทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร่ ได้ร้อยละ 66.80

ภาคิณี เกิดบึงพร้าว และชญารินทร์ ประทุมสูตร (2562) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิษณุโลกจำนวน 176 คน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองผู้ให้บริการภาพรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.70, S.D. = 0.38) พิจารณารายด้านพบว่า ด้านความคาดหวังของหัวหน้าผู้บังคับบัญชาและการส่งเสริมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูงที่สุด (\bar{X} = 3.91, S.D. = 0.51) รองลงมาคือด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (\bar{X} = 3.82, S.D. = 0.46) และด้านการทำงานเป็นทีม (\bar{X} = 3.80, S.D. = 0.50) ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด คือด้านการจัดอัตรากำลัง รองลงมาคือการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด ปัจจัยผู้บริหาร ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยความรับผิดชอบของบุคลากรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยได้ร้อยละ 71

จริญญา บุญรอดรักษ์, อารีรัตน์ ขำอยู่, และโสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม (2562) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี จำนวน 92 คน ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถด้านความปลอดภัยผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.98, S.D. = 0.48) พิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านการนำไปสู่วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูงที่สุด (\bar{X} = 4.10, S.D. = 0.46) รองลงมาคือด้านการทำงานเป็นทีมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย และด้านการรับรู้และตอบสนองต่อการเปิดเผยเหตุการณ์ไม่ถึงประสงค์ ด้านที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ด้านการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัย (\bar{X} = 3.88, S.D. = 0.56) ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความสามารถด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี พบว่า บรรยากาศองค์กร การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี และบรรยากาศองค์กรและการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถร่วมกันทำนายความสามารถด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรีได้ ร้อยละ 45.7 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จุฑารัตน์ ช่วยทวี (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนพิษณุโลกอย่างน้อย 1 ปี ทั้ง 8 แห่งจำนวน 258 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลกรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.30, S.D. = 1.15) พิจารณาในแต่ละองค์ประกอบพบว่า ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานโรงพยาบาล และด้านการสื่อสารและรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาดตามลำดับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลก พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือปัจจัยงาน ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ซึ่งสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ร้อยละ 12.1 (R^2 = .121) ส่วนปัจจัยบุคลากร ได้แก่ ความรู้และทักษะ และความเหนื่อยล้า รวมถึงปัจจัยบริบทสถาบัน ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทีมงาน ไม่สามารถร่วมพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาธิตา ธาตรีรานนท์, พรทิพย์ เกษรานนท์, และอารยา ประเสริฐชัย (2556) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในหน่วยงานด้านการรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วยกลุ่มบริการทางคลินิก กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มการพยาบาล จำนวน 557 คน กลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie, & Morgan 1970 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน ผลการศึกษาพบว่า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.86, S.D. = .43) พิจารณาในแต่ละองค์ประกอบพบว่า อยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านวัฒนธรรมความยืดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรจำแนกตามภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่ง พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจที่แตกต่างกันมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ปัจจัยทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหารและระดับการศึกษา สามารถทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ร้อยละ 61.1 โดยปัจจัยทีมงานสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมากที่สุด

4.3 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในงานวิสัญญีพยาบาล

กรภัทร พวงทอง, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และนฤมล ปทุมารักษ์ (2562) ได้ทำการศึกษาสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาลมุมมองของผู้เชี่ยวชาญเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย (Del phi technique) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญีพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องจำนวน 16 คน ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาลประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้านได้แก่ ด้านการสร้างเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการทำงานร่วมกันเพื่อความปลอดภัย ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัย ด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยง ด้านการสร้างเสริมปัจจัยทางทรัพยากรมนุษย์และสิ่งแวดล้อมและด้านการรายงานความปลอดภัยที่มีคุณภาพ

วิภารัตน์ จุฑาสันติกุล, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และทัศนีย์ นะแส (2558) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าวิสัญญีพยาบาลและการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลทุติยภูมิและโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาลจำนวน 176 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกของวิสัญญีพยาบาลในระดับดี และการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลเพื่อความปลอดภัยในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกตามการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นุสรรา ดิลกรัตนพิจิตร, วิภารัตน์ จุฑาสันติกุล, พรรณนิภา ผาคำ, และมลวิวัลย์ ออพุวงค์ (2562) ศึกษาผลการประเมินตนเองถึงระดับการรับรู้ในการจัดการความเสี่ยงของวิสัญญีพยาบาลในผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ วิสัญญีพยาบาลจำนวน 62 ราย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกของวิสัญญีพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก การจัดการความเสี่ยงเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อน ระหว่าง และหลังในยาระงับความรู้สึกมีคะแนนอยู่ในระดับดี

4.4 วรรณกรรมต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

Edis Kakemam (2022) ได้ทำการศึกษา วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสอนภาษาอิหร่าน ได้การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอิหร่าน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในโรงพยาบาล 32 แห่ง ประชากรได้แก่พยาบาลจำนวน 2295 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

ของ Hospital Survey of Patient Safety Culture (HOPSC) ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคิดเชิงบวก ในทุกมิติ ด้านการจัดบุคลากร และด้านการทำงานเป็นทีม มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย และพบว่า อายุ เพศ อายุประสบการณ์ในการทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงาน และขนาดของโรงพยาบาล สามารถทำนายการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ($p < 0.05$)

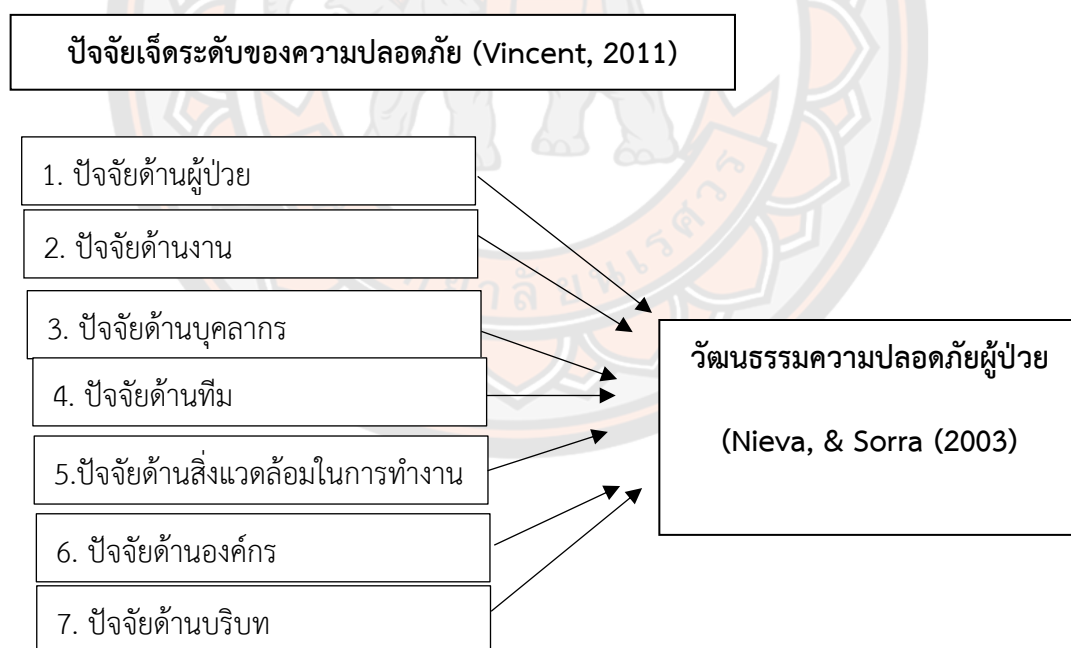
Desiree Zago Sanchis (2020) ได้ทำการศึกษา วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของบุคลากรในสถาบันที่มีความซับซ้อน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยพยาบาลในสถาบัน 3 แห่ง ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานศัลยกรรม กุมารเวชศาสตร์ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก และแผนกฉุกเฉินทั้งหมด 587 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามสำรวจของโรงพยาบาลเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSPSC) ผลการศึกษาพบว่า จากการศึกษา วัฒนธรรมความปลอดภัย 7 มิติ พบด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ด้านการทำงานเป็นทีมภายใน หน่วยของโรงพยาบาลมีค่ามากที่สุด (72.6%) รองลงมาได้แก่ ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและการ ดำเนินงานเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้าและปฏิบัติ (66.5%) ด้านองค์กรแห่งการเรียนรู้ (66.3%) และการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (58.8%)

Musa Sani Kaware (2022) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เชิงลบของ โรงพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของพยาบาลในโรงพยาบาล ของรัฐทางตะวันตกเฉียงเหนือของไนจีเรีย ประชากรได้แก่พยาบาลทั้งหมด 460 คน ในสถานบริการ 21 แห่ง โดยใช้แบบสอบถาม Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSPSC) ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยด้านบุคลากร ด้านผลกระทบต่อความผิดพลาดและความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Temiz Zeynep (2020) ได้ทำการศึกษาการกำหนดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดของพยาบาลตุรกี ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วยพยาบาล จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบฟอร์มวัดระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย Patient Safety Culture Scale (PSCS) ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับ PSCS ของพยาบาลห้องผ่าตัดในตุรกี อยู่ใน ระดับ 2.38 ± 0.36 ค่าเฉลี่ยระดับที่มากที่สุดได้แก่ ด้านพฤติกรรมของบุคลากร (2.53 ± 0.40) ในขณะที่ ค่าต่ำสุดได้แก่ด้านสิ่งแวดล้อม (2.19 ± 0.49)

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยของวินเซนต์ (Vincent, 2011) โดยแบ่งปัจจัยเจ็ดระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในสถานพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านทีม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านบริบท ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยตามแนวคิดของ Nieva, & Sorra (2003) จากสำนักงานเพื่อการวิจัยและคุณภาพด้านการดูแลสุขภาพ (Agency for HealthCare Research and Quality) ประกอบด้วย 12 ด้าน คือ ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน ด้านความคาดหวังของหัวหน้างานผู้บริหารและการส่งเสริมความปลอดภัย ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านการสนับสนุนการจัดการสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการรับรู้ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการสื่อสารและการสะท้อนความผิดพลาด ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร ด้านความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ด้านการจัดอัตรากำลัง ด้านการส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล และด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อเกิดข้อผิดพลาด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยนี้ คือ วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 112 คน ประกอบด้วย

วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน

วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 44 คน

วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสวรรคภ์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 38 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1973) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α) ที่ระดับ .05

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดประชากร

e แทน ระดับความแม่นยำ (Precision) กำหนดที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95%

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า} \quad n &= \frac{112}{1 + 112(0.05)^2} \\ n &= 87.5 \end{aligned}$$

เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ใช้ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 คิดเป็น 17.5 คน ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 105 คน

จากนั้น ได้นำมาทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น (Proportionate stratified random sampling) โดยผู้วิจัยคำนวณตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของวิสัญญีพยาบาล ตามบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือ ตอนล่าง

ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนสุ่มตัวอย่าง (คน)
1.	โรงพยาบาลแห่งที่ 1	30	28
2.	โรงพยาบาลแห่งที่ 2	44	42
3.	โรงพยาบาลแห่งที่ 3	38	35
	รวม	112	105

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับประกาศนียบัตรหลักสูตรการฝึกอบรมวิชาชีพวิสัญญีพยาบาล
- 2) ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด แผนกวิสัญญีในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง
- 3) สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion)

- 1) มีประสบการณ์การณในตำแหน่งวิสัญญีพยาบาลน้อยกว่า 3 เดือน

เกณฑ์การถอนถอน (Withdrawal Criteria)

- 1) หากอาสาสมัครมีการโยกย้ายหน่วยงานปฏิบัติงานหรือสถานที่ปฏิบัติงานระหว่างการเก็บข้อมูล ทั้งนี้จะไม่มีการดำเนินการใดๆหากอาสาสมัครถูกถอนออกจากการวิจัย

กลุ่มทดลองสำหรับทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในวิสัญญีพยาบาลจากโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือในเขตใกล้เคียง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็นสามส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) ระดับตำแหน่งงาน 5) ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาล 6) การอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย 7) การเข้ารับอบรมการพัฒนาเพื่อฟื้นฟูและเพิ่มพูนศักยภาพการบริการวิสัญญี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของ Sorra, & Nieva (2003) จากสำนักงานเพื่อการวิจัยและคุณภาพด้านการดูแลสุขภาพ (Agency for HealthCare Research and Quality) ประกอบด้วย 12 ด้าน จำนวน 44 ข้อ ประกอบด้วยเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 43 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ด้านที่ 2 ข้อที่ 3

ด้านที่ 1 ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 2 ด้านความคาดหวังของหัวหน้างานผู้บริหารและการส่งเสริมความปลอดภัย จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 3 ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 ข้อ

ด้านที่ 4 ด้านการสนับสนุนการจัดการสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ

ด้านที่ 5 ด้านการรับรู้ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 6 ด้านการสื่อสารและการสะท้อนความผิดพลาด จำนวน 3 ข้อ

ด้านที่ 7 ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร จำนวน 3 ข้อ

ด้านที่ 8 ด้านความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ จำนวน 3 ข้อ

ด้านที่ 9 ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 10 ด้านการจัดอัตรากำลัง จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 11 ด้านการส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 12 ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อเกิดข้อผิดพลาด จำนวน 3 ข้อ

โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้ 5 ระดับตามวิธีของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- | | |
|---|----------------------------------|
| 5 | หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 4 | หมายถึง ท่านเห็นด้วย |
| 3 | หมายถึง ท่านไม่แน่ใจ |
| 2 | หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง	กำหนดให้คะแนน 5	1 คะแนน
ท่านเห็นด้วย	กำหนดให้คะแนน 4	2 คะแนน
ท่านไม่แน่ใจ	กำหนดให้คะแนน 3	3 คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วย	กำหนดให้คะแนน 2	4 คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	กำหนดให้คะแนน 1	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยโดยคำนวณช่วงห่างอันตรภาคชั้นที่ใช้ในการแบ่งระดับ (รัตนศิริ ทาโต, 2566) ในช่วงคะแนนโดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.88 \end{aligned}$$

การแปลความหมายแต่ละค่าคะแนนเฉลี่ยมีค่าอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักเกณฑ์ของการแบ่งอันตรภาคชั้นดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 – 2.33	มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยน้อย
2.34 – 3.66	มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยปานกลาง
3.67 – 5.00	มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดเจ็ดระดับของความปลอดภัยของวินเซนต์ (Vincent, 2011) ประกอบด้วย 7 ปัจจัย จำนวน 51 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 43 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยด้านที่ 1 ข้อ 1, 2, 4, 7 ปัจจัยด้านที่ 2 ข้อ 3, 6, 7 และปัจจัยด้านที่ 3 ข้อ 6 โดยแบบสอบถามนี้ แบ่งข้อคำถามปัจจัย 7 ด้าน ดังต่อไปนี้

ปัจจัยที่ 1 ด้านผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในงานวิสัญญีของท่าน จำนวน 7 ข้อ

ปัจจัยที่ 2 ด้านงานในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน จำนวน 7 ข้อ

ปัจจัยที่ 3 ด้านบุคลากรในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน จำนวน 6 ข้อ

ปัจจัยที่ 4 ด้านทีมในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน จำนวน 6 ข้อ

ปัจจัยที่ 5 ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน จำนวน 10 ข้อ

ปัจจัยที่ 6 ด้านองค์กรในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน จำนวน 9 ข้อ

ปัจจัยที่ 7 ด้านบริบทของโรงพยาบาลและหน่วยงานของท่าน จำนวน 6 ข้อ

โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบได้ 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ท (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วย

3 หมายถึง ท่านไม่แน่ใจ

2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วย

1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง	กำหนดให้คะแนน 5	1 คะแนน
ท่านเห็นด้วย	กำหนดให้คะแนน 4	2 คะแนน
ท่านไม่แน่ใจ	กำหนดให้คะแนน 3	3 คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วย	กำหนดให้คะแนน 2	4 คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	กำหนดให้คะแนน 1	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยโดยคำนวณช่วงห่างอันตรภาคชั้นที่ใช้ในการแบ่งระดับ (รัตนศิริ ทาโต, 2566) ในช่วงคะแนนโดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$\begin{aligned}
 \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{5 - 1}{3} \\
 &= 1.88
 \end{aligned}$$

การแปลความหมายแต่ละค่าคะแนนเฉลี่ยมีค่าอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักเกณฑ์ของการแบ่งอันตรายภาคชั้นดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 – 2.33	มีการรับรู้ปัจจัยของความปลอดภัยน้อย
2.34 – 3.66	มีการรับรู้ปัจจัยของความปลอดภัยปานกลาง
3.67 – 5.00	มีการรับรู้ปัจจัยของความปลอดภัยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านในการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาและขอบเขตของเนื้อหาให้เหมาะสมตามคำนิยามศัพท์ ซึ่งประกอบไปด้วย

วิสัญญีแพทย์	จำนวน 1 ท่าน
วิสัญญีพยาบาล	จำนวน 1 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญรับผิดชอบงานด้านความปลอดภัย	จำนวน 1 ท่าน
อาจารย์พยาบาล	จำนวน 2 ท่าน
รวมทั้งสิ้น	จำนวน 5 ท่าน

จากนั้นนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาพิจารณาความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์และแบบทดสอบรายข้อ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีเกณฑ์ที่ยอมรับได้อยู่ที่ 0.6 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถามแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อความเหมาะสมด้านภาษาและความชัดเจนของเนื้อหาเพื่อนำไปใช้

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยนำไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือกับกลุ่มทดลองจากโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือในเขตใกล้เคียง ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 30 คน หลังจากนั้น นำแบบสอบถามวัดนรรถธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและแบบสอบถามปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95 และ 0.94 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้อยู่ที่ .70 ขึ้นไป (รัตนศิริ ทาโต, 2566)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตใช้สถานที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมแนบตัวอย่างแบบสอบถามการวิจัยเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยทำการติดต่อประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยดำเนินการส่งแบบสอบถามใส่ซองเอกสารที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านผู้ประสานงานแจกกลุ่มตัวอย่างและรวบรวมกลับคืนโดยใช้เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 เดือน

3. ผู้วิจัยทำการรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืนและนำไปตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

วิธีการเข้าถึงอาสาสมัคร (Approach to participant)

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลศึกษากลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยส่งเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านผู้ประสานงานวิจัยของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และเก็บรวบรวมข้อมูลส่งกลับคืนภายใน 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนระดับสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ระดับปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย ของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
5. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง โดยการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบนำเข้าทั้งหมด (Multiple regression analysis, Enter method)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษางานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยทำการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 19 พฤษภาคม 2566 – 16 กันยายน 2566 ได้รับแบบสอบถามสมบูรณ์กลับคืนทั้งสิ้นจำนวน 105 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 5 ส่วน ตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยของผู้ป่วย ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านทีม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านบริบทกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

ส่วนที่ 5 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาล การอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย การเข้ารับการอบรมการพัฒนาเพื่อฟื้นฟูและเพิ่มศักยภาพ การบริการทางวิสัญญี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 105 คน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และการหาค่าร้อยละ (Percentile) การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป (n=105)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
1. อายุ (<i>Mean</i> 40.13, <i>S.D.</i> = 8.21, <i>Min</i> = 28 ปี, <i>Max</i> = 59ปี)		
21 – 30 ปี	12	11.40
31 – 40 ปี	47	44.80
41 – 50 ปี	32	30.50
51 – 60 ปี	13	13.30
2. เพศ		
ชาย	17	16.20
หญิง	88	83.80
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	98	93.30
ปริญญาโท	7	6.70
4. ระดับตำแหน่งงาน		
ระดับปฏิบัติการ	90	85.70
ระดับบริหาร	15	14.30
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาล (<i>Mean</i> = 11.41 ปี, <i>S.D.</i> = 8.63, <i>Min</i> = 1 ปี, <i>Max</i> = 35 ปี)		
1 – 5 ปี	23	34.30
6 – 10 ปี	22	20.90
11 – 20 ปี	30	28.60
21 – 30 ปี	14	13.30
มากกว่า 30 ปี	3	2.90
6. การอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย		
เคย	76	72.40
ไม่เคย	29	27.60
7. การเข้ารับการอบรมการพัฒนาเพื่อฟื้นฟูและเพิ่มพูนศักยภาพ การบริการทางวิสัญญี		
เคย	96	91.40
ไม่เคย	9	8.60

จากตาราง 2 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือ ตอนล่าง เฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.80 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.80 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 93.30 ปฏิบัติงานระดับตำแหน่งปฏิบัติการร้อยละ 85.70 ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาลเฉลี่ย 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.30 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยร้อยละ 72.40 และเคยเข้ารับการอบรมการพัฒนาเพื่อฟื้นฟูและเพิ่มพูนศักยภาพการบริการทางวิสัญญีร้อยละ 91.40

ส่วนที่ 2 ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

วิเคราะห์ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม โดยการหาค่าเฉลี่ย (*Mean*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*Standard deviation, SD*) ดังรายละเอียดตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=105)

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	M	S.D.	ระดับ
1. วัฒนธรรมด้านการสื่อสารและการสะท้อนความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงานวิสัญญี	4.17	0.40	มาก
2. วัฒนธรรมด้านการรับรู้ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.15	0.50	มาก
3. วัฒนธรรมด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4.11	0.46	มาก
4. วัฒนธรรมด้านการเปิดกว้างในการสื่อสารที่เกิดขึ้น	4.06	0.54	มาก
5. วัฒนธรรมด้านการทำงานเป็นทีม	4.04	0.37	มาก
6. วัฒนธรรมด้านการส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล	4.03	0.42	มาก
7. วัฒนธรรมด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานโรงพยาบาล	4.02	0.50	มาก
8. วัฒนธรรมด้านความคาดหวังของหัวหน้างานและผู้บริหารและการส่งเสริมความปลอดภัย	4.00	0.43	มาก
9. วัฒนธรรมด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อเกิดข้อผิดพลาดในหน่วยงาน	3.91	0.59	มาก
10. วัฒนธรรมด้านการสนับสนุนการจัดการสำหรับความปลอดภัย	3.91	0.55	มาก
11. วัฒนธรรมด้านความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	3.62	0.88	ปานกลาง
12. วัฒนธรรมด้านการจัดอัตรากำลังในหน่วยงาน	3.56	0.57	ปานกลาง
รวม	3.96	0.32	มาก

จากตาราง 3 พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M= 3.96$, $S.D.= 0.32$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า วัฒนธรรมด้านการสื่อสารและการสะท้อนความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงานวิสัญญีมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M= 4.17$, $S.D.= 0.40$) รองลงมาคือวัฒนธรรมด้านการรับรู้ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($M= 4.15$, $S.D.= 0.50$) และวัฒนธรรมด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($M= 4.11$, $S.D.= 0.46$) ตามลำดับ และพบว่าวัฒนธรรมด้านการจัดอัตรากำลังในหน่วยงานมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M= 3.56$, $S.D.= 0.57$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยผู้ป่วย ของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

การวิเคราะห์ปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยผู้ป่วย ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง จำแนกเป็นภาพรวมและรายด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านทีม ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านบริบทโดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ดังรายละเอียดตาราง 4

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง ($n=105$)

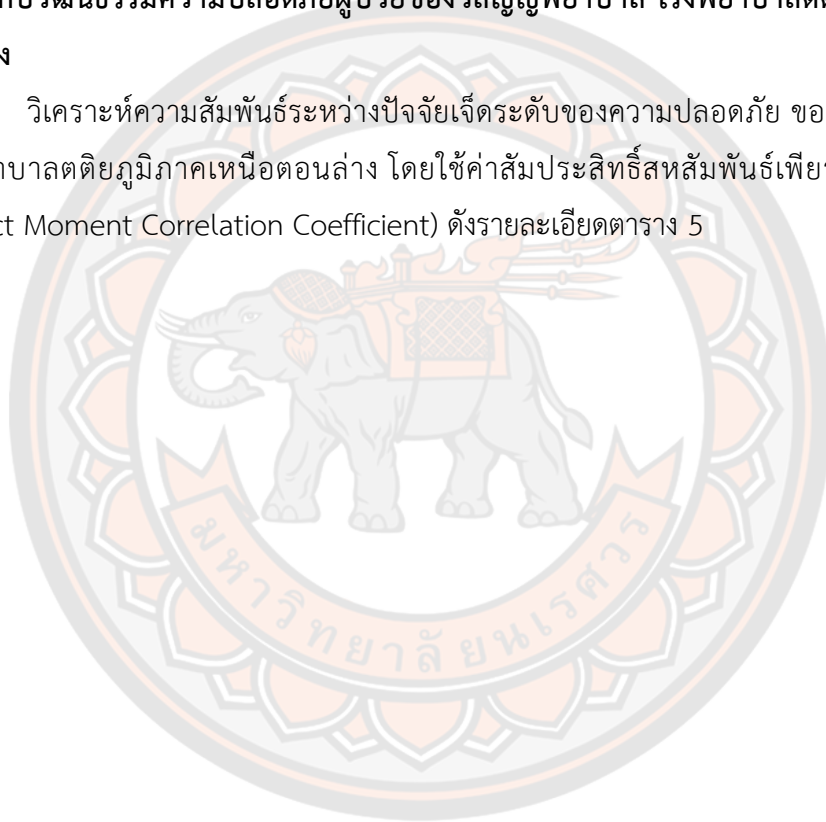
ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	M	S.D.	ระดับ
1. ปัจจัยด้านทีม	4.14	0.44	มาก
2. ปัจจัยด้านบุคลากร	4.12	0.34	มาก
3. ปัจจัยด้านองค์กร	4.06	0.45	มาก
4. ปัจจัยด้านงาน	3.99	0.42	มาก
5. ปัจจัยด้านบริบท	3.98	0.50	มาก
6. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน	3.72	0.49	มาก
7. ปัจจัยด้านผู้ป่วย	3.63	0.58	ปานกลาง
รวม	3.93	0.34	มาก

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยผู้ป่วย ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.93$, $S.D.= 0.34$)

เมื่อพิจารณาผลการศึกษารายด้านพบว่า ปัจจัยด้านทีมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่นและอยู่ในระดับมาก ($M= 4.14, S.D.= 0.44$) รองลงมาได้แก่ปัจจัยด้านบุคลากร ($M= 4.12, S.D.= 0.34$) และปัจจัยด้านองค์กร ($M= 4.06, S.D.= 0.45$) ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M= 3.63, S.D.= 0.58$)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านทีม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านองค์กรและปัจจัยด้านบริบท กับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคเหนือตอนล่าง

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ดังรายละเอียดตาราง 5



ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านทีม ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านองค์กรและปัจจัยด้านบริษัท กับวัฒนธรรมความปลอดภัยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาล ตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

	วัฒนธรรม	ด้านผู้ป่วย	ด้านงาน	ด้านบุคลากร	ด้านทีม	ด้านสภาพแวดล้อม ในการทำงาน	ด้าน องค์กร	ด้าน บริษัท
ความ								
ปลอดภัย								
ด้านผู้ป่วย	.172*	1						
ด้านงาน	.411**	.323**	1					
ด้านบุคลากร	.460**	.154	.566**	1				
ด้านทีม	.677**	.175*	.621**	.5.93**	1			
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	.292**	.474**	.510**	.287**	.410**	1		
ด้านองค์กร	.582**	.440**	.655**	.536**	.726**	.463**	1	
ด้านบริษัท	.523**	.260**	.564**	.404**	.638**	.386**	.793**	1

*P<.05, **P<.01

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่างพบว่า ตัวแปรที่ทำนายมีความสัมพันธ์กันทางบวก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นน้อยกว่า .08 ($r < 0.80$) สรุปได้ว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวเป็นอิสระต่อกัน (No Multicollinearity)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง โดยการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบนำเข้าทั้งหมด (multiple regression analysis, Enter method)

ตาราง 6 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

ตัวแปรพยากรณ์	<i>b</i>	SE. <i>b</i>	Beta	<i>t</i>	Sig.
ปัจจัยด้านผู้ป่วย	.010	.051	.017	.189	.850
ปัจจัยด้านงาน	-.099	.084	-.127	-1.167	.246
ปัจจัยด้านบุคลากร	.096	.092	.101	1.044	.299
ปัจจัยด้านทีม	.385	0.88	.526	4.386	0.00
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน	-.001	.061	-.001	-.014	.989
ปัจจัยด้านองค์กร	.100	.111	.141	.905	.368
ปัจจัยด้านบริบท	.067	.080	.103	.840	.403

R=.699^a
R²=.489 Adjust R²=.452
F=13.235
Sig.= 0.00

จากตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยของวิสัญญีพยาบาลกับตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัว โดยใช้การคัดเลือกตัวแปรแบบนำเข้าทั้งหมด ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 48 (R²= .048, $p < .05$)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบของคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยคือ ปัจจัยด้านทีม มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนน

ดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน b เท่ากับ .385 Beta เท่ากับ .526 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านบริบทมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาลแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ วิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของชาร์ล วินเซนต์ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่าตั้งแต่ 0.6 – 1.00 และนำไปทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มทดลอง (Try out) ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและแบบสอบถามปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95 และ 0.94 ตามลำดับ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 19 พฤษภาคม 2566 – 16 กันยายน 2566 ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์กลับคืนจำนวน 105 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.5 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระทั้ง 7 ตัวแปร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง โดยการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบนำเข้าทั้งหมด (multiple regression analysis, Enter method)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.80 เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 83.80 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 93.30 ปฏิบัติงานระดับตำแหน่งปฏิบัติการ

ร้อยละ 85.70 ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาลเฉลี่ย 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.30 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ร้อยละ 72.40 และเคยเข้ารับการอบรมการพัฒนาเพื่อฟื้นฟูและเพิ่มพูนศักยภาพการบริการทางวิสัญญี ร้อยละ 91.40

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M= 3.96$, $S.D.= 0.32$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าวัฒนธรรมด้านการสื่อสารและการสะท้อนความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงานวิสัญญีมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ($M= 4.17$, $S.D.= 0.40$) รองลงมาคือวัฒนธรรมด้านการรับรู้ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($M= 4.15$, $S.D.= 0.50$) และวัฒนธรรมด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($M= 4.11$, $S.D.= 0.46$) ตามลำดับ และพบว่าวัฒนธรรมด้านการจัดอัตรากำลังในหน่วยงานมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M= 3.56$, $S.D.= 0.57$)

ปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยของผู้ป่วย ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M= 3.93$, $S.D.= 0.34$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยด้านทีมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่นและอยู่ในระดับมาก ($M= 4.14$, $S.D.= 0.44$) รองลงมาคือปัจจัยด้านบุคลากร ($M= 4.12$, $S.D.= 0.34$) และปัจจัยด้านองค์กร ($M= 4.06$, $S.D.= 0.45$) ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M= 3.63$, $S.D.= 0.58$)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัย ของวิสัญญีพยาบาลกับตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัว โดยใช้การคัดเลือกตัวแปรแบบนำเข้าทั้งหมด ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 48 ($R^2= .048$, $p<.05$)

พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบของคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยคือปัจจัยด้านทีม มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน b เท่ากับ $.385$ Beta เท่ากับ $.526$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านบริบทมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาลแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง ผู้วิจัยค้นพบประเด็นของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้และนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง อยู่ในระดับมาก โดยวัฒนธรรมด้านการสื่อสารและการสะท้อนความผิดพลาดที่เกิดขึ้นใน

หน่วยงานมากที่สุด และมีวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการจัดอัตรากำลังในหน่วยงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด จากผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร (โสพรรณ โพทะยะ, 2561) และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่พบว่ามีความปลอดภัยอยู่ในระดับมากเช่นกัน (ศยามล ภูเขมาและวรรณชนก จันทชุม, 2561) อย่างไรก็ตาม วิชาชีพพยาบาลจะมีบทบาทหน้าที่แตกต่างจากพยาบาลทั่วไปในลักษณะงานที่มีความซับซ้อนของระบบร่างกายภายใต้ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ซึ่งจัดว่าเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด (วัชริน สินธวานนท์, 2560) ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานวิชาชีพพยาบาลเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูง มีอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยบ่อย วิชาชีพพยาบาลจึงต้องปฏิบัติงานด้วยความระแวดระวัง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัย และเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่อาจนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยผู้ป่วย วิชาชีพพยาบาลจะให้ความสำคัญมีการเรียนรู้สู่การป้องกัน และมีความเข้าใจถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นระบบร่วมกัน ในการวิเคราะห์หาต้นตอสาเหตุของปัญหานำข้อมูลมาปรับปรุงพัฒนางานให้เกิดความปลอดภัย โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2564) มีแนวทางในการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลที่เป็นระบบมีมาตรฐานความปลอดภัย และความเป็นส่วนตัวของบุคลากรในการรายงานเหตุการณ์ ซึ่งสนับสนุนให้วิชาชีพพยาบาลเกิดความมั่นใจ มีความกล้าในการรายงานเหตุการณ์ รู้สึกถึงการมีหลักการประกันในการรักษาความลับและมีความเชื่อมั่น เป็นการรับรู้สร้างความเข้าใจว่าการรายงานปัญหาจะก่อให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบขององค์กร ไม่ใช่การลงโทษที่ตัวบุคคล ดังที่ Nieva, & Sorra (2003) ได้กล่าวไว้ว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดีจะให้ความสำคัญเชิงระบบเพื่อสร้างการเรียนรู้จากความผิดพลาด โดยไม่ตำหนิตัวบุคคล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวัฒนธรรมด้านการสื่อสารและการสะท้อนความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงานมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของสะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ มีวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการรายงานเหตุการณ์อยู่ในระดับสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่า เมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้นภายในหน่วยงาน วิชาชีพพยาบาลจะมีการรายงานเหตุการณ์ในระบบและมีการจัดประชุมทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อหาแนวทางการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ มีการสื่อสารถ่ายทอดประสบการณ์ในหน่วยงานสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน สอดคล้องกับการวางระบบขององค์กรในการนำข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาพัฒนาเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) และกลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 91.4 ได้ผ่านการอบรมด้านความปลอดภัย ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพบริการทางวิชาชีพแบบมีทิศทางที่เป็นระบบอย่างต่อเนื่องเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก สอดคล้องกับการวิจัยในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก (บังอร สัตยวินิช, อารี ขำอยู่, และยูนี พงศ์จตุรวิทย์, 2562) ที่พบว่า

วัฒนธรรมการสะท้อนด้านการสื่อสารความผิดพลาดอยู่ในระดับมากเช่นกัน ซึ่งนอกจากนี้ การวิจัยยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการจัดอัตรากำลังในหน่วยงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการที่หน่วยงานมีกำลังคนที่มีไม่เพียงพอกับปฏิบัติงาน อาจส่งผลทำให้บุคลากรแต่ละคนมีจำนวนชั่วโมงการทำงานมาก แต่วิสัญญีพยาบาลยังคงมีการปฏิบัติงานที่เน้นความปลอดภัยตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในทุกมิติ จึงส่งผลให้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการจัดอัตรากำลังในหน่วยงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเจ็ดระดับของความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โดยพบว่า ปัจจัยด้านทีมมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงวิสัญญีพยาบาลเห็นความสำคัญของการทำงานเป็นทีม ว่าการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดความปลอดภัยผู้ป่วย ดังที่วินเซนต์ (2011) อธิบายความสำคัญของทีมงานว่าการทำงานเป็นทีมที่ไม่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มโอกาสของการเกิดความคลาดเคลื่อน ส่วนทีมที่มีการทำงานเป็นทีมที่ดีจะมีความปลอดภัยมากกว่าการทำงานเพียงคนเดียว และพบว่าการทำงานเป็นทีม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในงาน เช่นเดียวกับบุญใจ ศรีสถิตนรากร (2550) กล่าวว่าองค์กรที่มีวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม จะทำให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการบริหารจัดการทีมที่ดี มีการจัดสรรแบ่งงานที่เหมาะสม มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มสมรรถนะของทีมในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ (งามจิตร์ ภัทรวิทย์, 2564) ซึ่งกระบวนการทำงานวิสัญญีต้องมีการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ กับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้แก่ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และผู้ให้บริการทั่วไป ทั้งนี้รวมถึงศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด ในการวางแผนร่วมมือกันถึงการบริการ หากทีมมีการดำเนินงาน ติดต่อสื่อสารประสานงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันจะส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) อีกทั้งปัจจัยด้านทีมงานยังสามารถกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการบริการทางวิสัญญีอย่างมีทิศทางเป็นระบบและต่อเนื่องในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยได้ (ซุซซัย ปรีชาไว, 2550) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (สาธกา ธาตรีรินานนท์, 2556) และโรงพยาบาลอิหร่าน (Kakemam, 2022) ที่พบว่าปัจจัยทีมสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผลการวิจัยอาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบท ดังเช่นการศึกษาของกนกวรรณ เมระพันธุ์ (2556) ที่พบว่า การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลภาคเอกชนไทยกลุ่มหนึ่ง และรัชนิตา เขียนโพธิ์ (2562) ที่พบว่าปัจจัยด้านทีมไม่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ไม่พบอิทธิพลของปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือ และปัจจัยด้านบริบท ต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเกิดจากบริบทของงานวิสัญญีเป็นการทำงานที่อยู่ในภาวะวิกฤติ คุณภาพงานบริการวิสัญญีจะส่งผลโดยต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีความรุนแรงมากเพียงใดงานด้านวิสัญญีจะยังคงต้องรักษาระดับมาตรฐานความปลอดภัยไว้เสมอ ทำให้ปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านงาน ด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเทคโนโลยี และเครื่องมือ และปัจจัยด้านบริบท ไม่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร

1.1 สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยที่มุ่งเน้นด้านการทำงานเป็นทีม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

1.2 ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถส่งเสริมความเข้มแข็งของการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถส่งเสริมนโยบายการทำงานที่สามารถพัฒนางานให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ โดยสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร รวมถึงการบริหารจัดการอัตรากำลังที่เหมาะสม ตำแหน่งหน้าที่ตามความสามารถ เพื่อช่วยให้ทีมงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีระบบและผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยตามมาตรฐาน

2. ด้านวิชาการ

2.1 ควรมีการศึกษาถึงการพัฒนาศักยภาพปัจจัยด้านทีมงานที่จะส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในเชิงลึก เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการของทีมทางด้านบริการวิสัญญี

2.2 ควรมีการศึกษาถึงการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยด้านต่างๆของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในงานวิสัญญีพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพในการบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านปฏิบัติการ

3.1 พัฒนาศักยภาพวิสัญญีด้านทีมงาน โดยการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนางาน เช่น การศึกษางานวิจัย การพัฒนาแนวทางปฏิบัติภายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนการเข้ารับการฝึกอบรมประชุมวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้ เป็นการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานในหน่วยงานได้

3.2 พัฒนาการมีส่วนร่วมของการปฏิบัติงานของทีม ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และให้ความร่วมมือการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติงานเป็นทีม เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการทางวิสัญญีอย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้จำกัดการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยในงานด้านวิสัญญีพยาบาลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงควรมีการศึกษาในงานวิสัญญีพยาบาลในสถานพยาบาลระดับอื่นที่มีบริบทของการบริการวิสัญญีพยาบาลที่แตกต่างกันออกไป
2. ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านทีมมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย จึงควรมีการวิจัยทดลองโปรแกรมส่งเสริมการทำงานเป็นทีมที่เฉพาะเจาะจงในงานด้านวิสัญญีพยาบาล



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนกวรรณ เมระพันธุ์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรภัทร พวงทอง, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และนฤมล ปทุมรักษ์. (2563). สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าวิสัญญีพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 47(3), 363-375.
- กฤษณา สำเร็จ, ศศิวิมล พงศ์จรรยากุล, ทิพยวรรณ มุกนำพร, ธิรดา จิมอาษา, จันทร์จิราภรณ์ บำรุง, วราภรณ์ เชื้ออินทร์, และสมบูรณ์ เทียนทอง. (2554). การศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ระหว่างปี 2547-2551. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(3), 183-190.
- คะนิงนิตย์ มีสุวรรณค์. (2563). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร*, 29(1), 107-118.
- งามจิตร ภัทรวิทย์. (2564). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางวิสัญญี: แนวคิดและการใช้งาน 2*. ใน อรรถลักษณ์ รอดอนันต์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, นฤตม์ เรือนอนุกุล, และงามจิตร ภัทรวิทย์ (บ.ก.), *วิสัญญีมีภูมิหรือยัง* (น. 249-251). กรุงเทพฯ: พีเอสพีวี.
- จรรยา สันตยากร. (2556). *พฤติกรรมองค์กรทางการพยาบาล*. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย พิษณุโลก.
- จริญญา บุณรอดรักษ์, อาริรัตน์ ขำอยู่, และโสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม. (2562). ปัจจัยทำนายความสามารถด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี. *วารสารแพทยนาวิ*, 46(3), 552-565.
- จิรัชยา ศิวารุช, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และปราโมทย์ ทองสุข. (2563). ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย. *พยาบาลสาร*, 47(4), 460-471.
- จุฑารัตน์ ช่วยทวี. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(3). 42-51.

- ชนิดา จิตตรุทธะ. (2559). *วัฒนธรรมองค์กรการ: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยและปัจจัยกำหนดความสำเร็จทางวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2562). *วิสัญญีพยาบาลกับความปลอดภัยผู้ป่วย*. สืบค้น 25 เมษายน 2566, จาก <https://nurseanesth.org/home/wp-content/uploads/2019/03/2561-2564.pdf>
- ซัชชัย ปรีชาไว. (2549). *Anesthesia: Quality, Safety and New Concepts Management*. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- ดุสิต สดาวร. (2546). เครื่องมือชี้วัดความปลอดภัยของผู้ป่วย. ใน *เอกสารนำเสนอการประชุม 4th National Forum on Quality Improvement and Hospital Accreditation* (น. 212). ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ดุสิต สดาวร. (2554). *ความรู้พื้นฐานเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: บ.ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ดวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล. (2548, 2 พฤษภาคม). *วัฒนธรรมด้านความปลอดภัย*. สืบค้น 25 เมษายน 2566, จาก <https://www.nst.or.th/article/article142/article1432.htm>
- ถาวร ภาวงศ์ และพีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. (2561). เปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับความสามารถทางคลินิก ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 110-119.
- ธวัช ชาญชญาณนท์. (2550). การบริหารจัดการด้านประกันคุณภาพโดยใช้ปัญหาเป็นแนวทาง. ใน *ธิดา เอื้อกฤดาธิกา, อรรรัตน์ กาญจนวนิชกุล, นลินี โกวิทวานางษ์, และวิรัตน์ วศิณวงศ์ (บ.ก.), วิสัญญีปฏิบัติโดยใช้ปัญหาเป็นแนวทาง* (น. 260-275). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ธวัช ชาญชญาณนท์. (2553). *บูรณาการเรื่องคุณภาพในงานวิสัญญี*. เชียงใหม่: ชานเมืองการพิมพ์.
- นชพรรณ สุขนิ่ม. (2554). *การวัดระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในบุคลากรวิชาชีพของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ประเทศไทย (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นลินี โกวิทวานางษ์ และอรรรัตน์ กาญจนวนิชกุล. (2552). *คุณภาพบนเส้นทางวิสัญญี*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). *การบริหารทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- นิติพล ภูตะโชติ. (2557). *พฤติกรรมองค์กรการ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: วี. พรินท์ (1991).

- นันทนวล มั่นตราภรณ์. (2561, ธันวาคม). *การพยาบาลขั้นสูงสาขาการให้ยาระงับความรู้สึก: การก้าวสู่ APN ของวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย*. สืบค้น 25 เมษายน 2566, จาก https://nurseanesth.org/home/wp-content/uploads/2018/12/original_PeeNimnual -HistoryOfNurseAnes.pdf.
- นุสรดา ดิลกรัตนพิจิตร, วิภารัตน์ จุฑาสันตกุล, พรพรรณนิภา ผาคำ, และมลิวลัย ออฟูวัลย์. (2562). *การจัดการความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(6), 635-641.
- บังอร สัตยวงษ์, อาริรัตน์ ขำอยู่, และยุณี พงศ์จตุรวิทย์. (2560). *วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียง (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ต.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุษกร รักสวย. (2560). *วิสัญญีวิทยาน่ารู้*. กรุงเทพฯ: การพิมพ์ดอกท้อคอม.
- เบญจรัตน์ หยกอุบล, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นรุตม์ เรือนอนุกุล, และงามจิตร ภัทรวิทย์. (2564). *วิสัญญีมีภูมิ*. กรุงเทพฯ: พีเอสพีวี.
- ปรก เหล่าสุวรรณ, สุรัญชญา เลิศศิริโสภณ, และอธิฐาน เอียสกุล. (2563). *ภาวะวิกฤติทางวิสัญญี วิทยา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาศิณี เกิดบึงพร้าว. (2562). *ปัจจัยทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองผู้ให้บริการ ในโรงพยาบาล ชุมชนจังหวัดพิษณุโลก*. *พุทธชินราชเวชสาร*, 36(1), 34-42
- มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, คัทลียา ทองรอง, และปรารถนา วิทยาไพโรจน์. (2556). *วิกฤตก่อโอกาส ในงานวิสัญญี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาคารพิมพ์.
- มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ ศรีราช, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ, ดารณี ปราการกานันท์, กาญจนา อุปปัญ, และลำไพ พลเสนา. (2561). *อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการระงับ ความรู้สึกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิ*. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(4), 308- 313.
- รัชนิดา เขียนโพธิ์. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของ พยาบาลโรงพยาบาลแพร่*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุตรดิตถ์*, 13(1), 147- 159.

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2566). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ดิกรังวิชั่น.
- วชิระ สุริยะวงศ์, มธุรส ทิพย์มงคลกุล, และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณะ. (2560). วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(1), 103-118.
- วรีณี เล็กประเสริฐ. (2561). *ตำราฟื้นฟูวิสัญญีวิทยา*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- วัชริน สินธวานนท์. (2560). *Behind perioperative risk insights of anesthesia risk reduction*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลยา ภาคภูมิ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบบารมีของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือตอนล่าง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(2), 90-99.
- วิภารัตน์ จุฑาสันติกุล, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และทัศนีย์ นະແສ. (2558). การรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยโดยหัวหน้าวิสัญญีพยาบาลและการปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกโรงพยาบาลตติยภูมิและตติยภูมิในภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 3, 121-137.
- วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2555). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- ศยามล ภูเขมา และวรรณชนก จันทชุม. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(3), 51-60.
- ศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มพัฒนามาตรฐานรหัสด้านสุขภาพ. (2560). *การแบ่งสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ*. สืบค้น 20 เมษายน 2566, จาก <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf>
- สถาบันพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. (2560). *กำลังคนด้านสุขภาพในระดับตติยภูมิ*. สืบค้น 20 เมษายน 2566, จาก http://hrdo.org/wp-content/uploads/2020/09/HRDO-fact-sheet_6_new.pdf.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2546). *Patient Safety concept and practice*. กรุงเทพฯ: การพิมพ์ ไชร์.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2551). *HA Update 2010*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018*. กรุงเทพฯ: ปรเมตต์การพิมพ์.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). *Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018*. กรุงเทพฯ: เพล็กซ์ แอนด์ ซัคเซสฟูล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2563). *HA Update 2022*. กรุงเทพฯ: ก.การพิมพ์เทียนทอง.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2564). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5*. กรุงเทพฯ: ก.การพิมพ์เทียนทอง.
- สมบูรณ์ สุขโขสิต. (2557). วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 221-229.
- สมพร สันติประสิทธิ์กุล, ปิยธิดา จุลละปีย์, พิมพ์รัตน์ บุญยะภักดิ์, และวิภาดา ศรีมันทยาภาศ. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 327-339.
- สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. (2554). ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์, *เอกสารนำเสนอการประชุมวิชาการประจำปีการพัฒนามาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ครั้งที่ 12 ความงามในความหลากหลาย (Beauty in Diversity)*. ม.ป.พ.
- สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์, ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์, ศิริพร ปิติมานะ, อารี เทวารักษ์ วีระวัฒนกานนท์, วรีณี เล็กประเสริฐ, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, อักษร พูลนิตพร, และวรวิฑู ลาภพิเศษพันธ์. (2560). *การศึกษาการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากการรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์, สุวรรณีย์ สุระเศรณีวงศ์, ประสาทนีย์ จันทร์, วิมลรัตน์ ศรีราช, ธวัช ชาญชฎานนท์, ศักดิ์ ถนัดศีลธรรม, ชัยพฤกษ์ กุสุมาพรรณโณ, ธนารัตน์ สุรัตน์สัญญา, สุรชาติ พจนสุภาวรรณ, ศิริลักษณ์ ณรงค์, อักษร พูลนิตพร, ภูพิงค์ เอกะวิภาต, และยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์. (2551). การวิจัยสถาบันเพื่อศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทย โครงการรายงานอุบัติการณ์ Thai AIMS). *วารสาร J MedAssoc Thai*, 91(7), 1011-1019.
- สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์. (2552). *การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สาธกา ชาตรีนนท์, พรทิพย์ เกษุรานนท์, และอารยา ประเสริฐชัย. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อ
วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(2), 43-55.
- สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์. (2550). *มาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัยทัศน์*.
สืบค้น 15 มีนาคม 2566, จาก [http://www.sirindhornhosp.go.th/userfile/
file/nursing_standards/12.pdf](http://www.sirindhornhosp.go.th/userfile/file/nursing_standards/12.pdf)
- สิทธิเดช เหมือนสิน. (2562). *ระบบการจัดการความปลอดภัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ์. (2554, 15-18 มีนาคม). Patient Safety in King Chulalongkorn Memorial
Hospital: Hospital's Policy. *การประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและคุณภาพ
โรงพยาบาล ครั้งที่ 12 ความงามในความหลากหลาย (Beauty in Diversity)*.
ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- โสพรรณ โปทะยะ. (2561). การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ
แห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารแพทยสารทหารอากาศ*, 64(3), 25-35.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2551). *Patient Safety Goals: SIMPLE*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2551). *แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล*. สืบค้น 15 มกราคม
2566, จาก <http://www.gotokhow.org/posts/207975>
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2556). *HA UPDATE 2013*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2557, 11-17 มีนาคม). ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย. ใน *การประชุมวิชาการ
ประจำปี การพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 15*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2558). *HA update 2016*. สำนักพิมพ์ หนังสือดีวัน จำกัด.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2561, 22 พฤษภาคม). *วัฒนธรรมความปลอดภัย*. สืบค้น 15 มกราคม 2566,
จาก <file:///C:/Users/Owner/Downloads/ppkHA40chantaburi.pdf>
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2562). *Quality transformation HA Update 2019*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิติถาวร. (2553). วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 28(3), 117-125.
- อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิติถาวร. (2553). วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 28(3), 117-125.

- อุบล แจ่มนาม และรัศมี ศรีนนท์. (2561). การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคเหนือ*, 24(2), 25-36.
- อุษา ราชปรีชา. (2554, 15-18 มีนาคม). Patient Safety ในฝ่ายการพยาบาล. ใน *การประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 12 ความงามในความหลากหลาย (Beauty in Diversity)*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- Cooper, M.D. (2000). *Safety Culture, Safety models taking stock and moving forward*. Retrieved December 2, 2023, from http://link.springer.com/charpter/10/100/978-3-319-95129-4_5
- Ginsburg, L.R. (2007). *Perceptions of Patient Safety culture in Six Canadian Healthcare Organization*. Retrieved December 2, 2023, from https://www.researchgate.net/publication/228598609Perceptions_of_Patient_Safety_Culture_in_Six_Canadian_Healthcare_Organizations
- IAEA. (1991). *Safety Culture* (Safety Series No 75- INSAG-4). International Nuclear Safety Advisory Group, International Atomic Energy Authority, Vienna
- Institute of Medicine - IOM. (2022). *Patient safety*. Retrieved December 2, 2023, from <http://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>
- Kakemam, E., Albelbeisi, A.H., Davoodabadi, S., Ghafari, A., Dehghandar, Z., & Raeissi, P. (2022). *Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: Baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking*. Retrieved December 2, 2023, from <http://doi.org/10.111186/s12913-022-07774-0>
- Musa, S. K., Ibrahim, M. I., Shafei, M. N., Hairon, S. M., & Abdullahi, A. U. (2020). *Patient Safety Culture and Its Associated Factors: A situational Analysis among Nurses In Kastsina Public Hospitals Northwest Nigeria*. Retrieved December 2, 2023, from <http://doi.org/10.3390/ijerph19063305>
- NHS England. (2020). *Patient safety*. Retrieved December 2, 2023, from <http://www.england.nhs.uk/patient-safety/>
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Quality & safety in health care*, 12(2), ii17-ii23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17

- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing, Aldershot, Hants.
- Reason, J. (2000). *Human error: Models and management*.
doi:10.1136/bmj.320.7237.768
- Robert, H.H. (2010). *Safety for chemistry student*. Retrieved December 2, 2023, from <https://en.th1lib.org/book/2343563/4c036d>
- Sanchis, D. Z., Fernandez, M.C., Haddad, L., Giroto, E., & A. M. R., Silva. (2020). *Patient Safety Culture: Perception of professionals in high complexity institutions*. Retrieved December 2, 2023, from <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
- Temiz, Z., Ozbas, A., Cavdar, I., Tutuncu, S., Ayoglu, T., Akyuz, N., & Ozbay, S. (2020). *Determining the Patient Safety Culture of Operation Room Nurses in Turkey*. Retrieved December 2, 2023, from www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Vincent, C. (2011). *Patient Safety* (2nd Ed.). N.P.: BMJI books
- World Health Organization. (2009). *Patient Safety Safe Surgery*. Retrieved December 2, 2023, from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2010). *Patient Safety*. Retrieved December 2, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization. (2011). *Patient Safety curriculum Guide Multi Professional edition*. Retrieved December 2, 2023, from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2020). *Patient safety*. Retrieved December 2, 2023, from <http://who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis (3rd Ed.)*. New York: Haper Row.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

COA No. 038/2023
IRB No. P2-0410/2565



AF 08-09/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8721

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ศึกษาระดับปริญญาโทเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคลากร
โรงพยาบาลศัลยกรรมภาคเหนือตอนล่าง

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสิทธพร สีนประคอง

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. IF 01 Research Ethical Application for Non-Intervention Study เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 8 ตุลาคม 2565
3. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 8 ตุลาคม 2565
4. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 8 ตุลาคม 2565
5. IF 05 CV เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 8 ตุลาคม 2565
6. IF 06 Budget เวอร์ชัน 1.0 8 ตุลาคม 2565
7. Full Protocol เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566
8. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนวาลีย์ คาทิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 10 กุมภาพันธ์ 2566

วันหมดอายุ : 10 กุมภาพันธ์ 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

AF 13/6.0

COA No. 038/2023
IRB No. P2-0410/2565



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย งานวิจัยอยู่พยาบาล
โรงพยาบาลสตัญญูภาคเหนือตอนล่าง

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอลิศพร สีนประคอง

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

เอกสารที่ได้รับการรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2566
2. PF 02 ตารางสรุปการเปลี่ยนแปลง เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2566
3. เครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย เวอร์ชัน 4.0 วันที่ 30 มีนาคม 2566

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนวาลี ลัท)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 18 พฤษภาคม 2566

หมายเหตุ ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (คู่ด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

CODE

เครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย งานวิสัญญีพยาบาล
โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามความเป็นจริง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย

3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยงานวิสัญญีพยาบาล

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง: โปรดเติมคำระบุจำนวนในช่องว่างและโปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่องว่าง ตาม
ลักษณะความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านให้สมบูรณ์

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	
1. เพศ	
1) <input type="checkbox"/> ชาย	
2) <input type="checkbox"/> หญิง	
2. อายุ.....ปี	
3. ระดับการศึกษา	
1) <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	
2) <input type="checkbox"/> ปริญญาโท	
3) <input type="checkbox"/> ปริญญาเอก	
4. ระดับตำแหน่งงาน	
1) <input type="checkbox"/> ระดับปฏิบัติการ	
2) <input type="checkbox"/> ระดับบริหาร	
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาล.....ปี	
6. การอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย	
1) <input type="checkbox"/> เคย	
2) <input type="checkbox"/> ไม่เคย	
7. การเข้ารับการอบรมการพัฒนาเพื่อฟื้นฟูและเพิ่มพูนศักยภาพการบริการทางวิสัญญี	
1) <input type="checkbox"/> เคย	
2) <input type="checkbox"/> ไม่เคย	

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาล

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความดังต่อไปนี้ตรงกับความเป็นจริงในงานวิสัญญีพยาบาลของท่านมาก

น้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริง

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
ด้านที่ 1 ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน					
2. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็วเราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม					
3. สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติ					
4. ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีงานยุ่งจะมีคนอื่นช่วยเหลือ					
ด้านที่ 2 ด้านความคาดหวังของหัวหน้างานผู้บริหารและการส่งเสริมความปลอดภัย					
1. หัวหน้างานของฉันกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้					
2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง					
3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็วระมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน (shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น					

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก					
ด้านที่ 3 ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
2. ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก					
3. เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่ได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย					
ด้านที่ 4 ด้านการสนับสนุนการจัดการสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลของท่าน					
1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
2. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการสำคัญสูงสุด					
3. ผู้บริหารโรงพยาบาลสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น					
ด้านที่ 5 ด้านการรับรู้ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย					
2. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี					

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
3. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่ หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบ ป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะ เหตุบังเอิญ (by chance)					
4. เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้					
ด้านที่ 6 ด้านการสื่อสารและการสะท้อนความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงาน เหตุการณ์					
2. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลความผิดพลาด ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน					
3. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่ จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้ เกิดซ้ำขึ้นอีก					
ด้านที่ 7 ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสารที่เกิดขึ้นหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. บุคลากรสามารถให้ข้อคิดเห็นหรือ ข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นสิ่งที่มีผล ด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการ					
2. บุคลากรกล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจ หรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า					
3. บุคลากรกล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าสิ่งที่ ไม่ถูกต้อง					

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านที่ 8 ด้านความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ ในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไข ก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
3. การรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ด้านที่ 9 ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานโรงพยาบาลของท่าน					
1. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน					
2. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดีเพื่อให้การดูแล/บริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ					
3. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี					
4. รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล					
ด้านที่ 10 ด้านการจัดอัตรากำลังในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. มีกำลังคนเพียงพอรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน					
2. บุคลากรในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด					
3. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่ภายนอก (outsources) จำนวนเหมาะสมเพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด					
4. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุมระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)					

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ด้านที่ 11 ด้านการส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลของท่าน					
1. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ					
2. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการ สื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร					
3. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ					
4. จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการแม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวร					
ด้านที่ 12 ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อเกิดข้อผิดพลาดในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. รู้สึกว่าความผิดพลาดของตนเป็น บทเรียนสู่การพัฒนา จะไม่ถูกนำมา จัดการลงโทษ					
2. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือ รายงานระบบที่เป็นปัญหาไม่ใช่ ตัวบุคคล					
3. ไม่รู้สึกกังวลว่าความผิดพลาด (mistake) ของตน จะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ					

ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)

โปรดให้คะแนนความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม สำหรับหน่วยงานวิสัญญีของท่าน เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excellent ดีเยี่ยม	Very Good ดีมาก	Acceptable ยอมรับได้	Poor ไม่ดี	Failing ตก

จำนวนการรายงานเหตุการณ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ท่านได้บันทึกและส่งรายงานจำนวนเท่าไร ให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ

<input type="checkbox"/> ไม่มีรายงาน	<input type="checkbox"/> 3 - 5 รายงาน	<input type="checkbox"/> 11 - 20 รายงาน
<input type="checkbox"/> 1 - 2 รายงาน	<input type="checkbox"/> 6 -10 รายงาน	<input type="checkbox"/> 21 รายงานหรือมากกว่า

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยงาน
วิสัญญีพยาบาล

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความดังต่อไปนี้ตรงกับความเป็นจริงในงานวิสัญญีพยาบาลของท่านมาก
น้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริง

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
ปัจจัยที่ 1 ด้านผู้ป่วย					
ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในงานวิสัญญีของท่าน					
1. ผู้ป่วยมีสภาวะระดับความรุนแรง ASA Classification 3 ขึ้นไป					
2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาความรู้สึกทั่วร่างกายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในสภาวะฉุกเฉิน					
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกในครั้งก่อนจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง					
4. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาความรู้สึกมีข้อจำกัดทางการสื่อสาร					
5. ผู้ป่วยมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการระงับความรู้สึก					
6. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาความรู้สึกส่วนมากจะมีความวิตกกังวล					
7. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาความรู้สึกมักจะปกปิดข้อมูลความเป็นจริงเมื่อเผชิญกับความเครียด					
ปัจจัยที่ 2 ด้านงาน					
ท่านคิดว่าภายในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. มีการมอบหมายงานสำหรับบุคลากรอย่างเหมาะสม					

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
2. มีวิสัยทัศน์พยาบาลเพียงพอต่อการ ผลัดเปลี่ยนเวรในหน่วยงาน					
3. มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบจำนวนมาก					
4. มีระบบหรือกระบวนการทำงาน ในการ ส่งต่อข้อมูลอย่างครอบคลุม					
5. มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ เป็นไปตามมาตรฐาน					
6. ลักษณะงานมักมีแรงกดดันเรื่องเวลาใน การปฏิบัติงาน					
7. ในการปฏิบัติงานวิสัยทัศน์ มักเกิด ความเครียดบ่อย ๆ					
ปัจจัยที่ 3 ด้านบุคลากร					
ท่านคิดว่าบุคลากรภายในหน่วยงานวิสัยทัศน์ของท่าน					
1. ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ ในงานวิสัยทัศน์ อย่างต่อเนื่อง					
2. สนับสนุนและส่งเสริมให้ได้เข้ารับการ อบรมและประชุมวิชาการด้านความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย					
3. มีทักษะในการให้การปฏิบัติงานระงับ ความรู้สึก					
4. มีประสบการณ์การทำงานด้านวิสัยทัศน์ ที่ช่วยในการตัดสินใจขณะปฏิบัติงาน					
5. ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ ต่างๆที่เกิดขึ้นได้					
6. มักเกิดความเหนื่อยล้าจากการ ปฏิบัติงาน					

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
ปัจจัยที่ 4 ด้านทีม					
ท่านคิดว่าทีมงานภายในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. ทีมวิสัญญี ให้ความร่วมมือช่วยเหลือ กันเกื้อกูลกันในด้านความปลอดภัย					
2. มีการสื่อสารส่งต่องานกันอย่างมี ประสิทธิภาพ					
3. มีความร่วมมือประสานงานกันทุก ระดับเพื่อคุณภาพของงาน					
4. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ จัดสรรงาน ในการปฏิบัติงานของบุคลากรในทีม อย่างชัดเจน					
5. มีการบริหารจัดการทีมอย่างเหมาะสม ในแต่ละวัน					
6. มีทีมงานที่พร้อมให้คำปรึกษาและ สามารถช่วยเหลือทันที					
7. บุคลากรในทีมมีความรับผิดชอบต่อ หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย					
ปัจจัยที่ 5 ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน					
ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมการทำงานภายในหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. มีขนาดพื้นที่กว้างขวางต่อการสังเกต อาการผู้ป่วย					
2. มีแสงสว่างในการทำงานอย่างเพียงพอ					
3. อุณหภูมิภายในหน่วยงานมีความ เหมาะสม					
4. มีเสียงรบกวนขณะการทำงาน					
5. ระบบหมุนเวียนอากาศป้องกันการ ตกค้างของGas โดยเฉพาะ N ₂ O, CO ₂ , ฝุ่นละออง PM 2.5					

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
6. พื้นที่ห้อง อุปกรณ์ภายในห้องผ่าตัดมี ความสะอาดปราศจากเชื้อโรค					
7. มีพื้นที่สำหรับการพักผ่อน					
8. มีอุปกรณ์ใช้งานในหน่วยงานที่อย่าง เพียงพอ					
9. มีการสถานที่เก็บอุปกรณ์จัดเก็บใช้งาน ได้สะดวก					
10. มีการตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์ และเครื่องมือพร้อมคู่มือปฏิบัติ					
ปัจจัยที่ 6 ด้านองค์กร					
ท่านคิดว่าองค์กรวิสัยทัศน์ของท่าน					
1. ผู้บริหารในหน่วยงานมีการกำหนด นโยบายด้านความปลอดภัย					
2. ผู้บริหารในหน่วยงานสนับสนุนการ ทำงานอย่างปลอดภัยของบุคลากร					
3. มีระบบนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน อย่างเหมาะสม					
4. มีการปฏิบัติตาม Surgical Checklist ก่อนการระงับความรู้สึก					
5. มีการใช้แนวทางปฏิบัติตาม Safe Anesthesia ดังข้อแนะนำใน Patient Safety Goals 2018					
6. มีการจัดทบทวนความรู้ภายใน หน่วยงานอย่างต่อเนื่อง					
7. มีการจัดสรรงบประมาณค่าตอบแทน สนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากร อย่างเหมาะสม					

ประเด็นข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
8. มีผู้นำในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการดำเนินงานด้านความปลอดภัย					
ปัจจัยที่ 7 ด้านบริบท					
ท่านคิดว่าหน่วยงานวิสัญญีของท่าน					
1. มีการจัดสรรงบประมาณจากอย่างเพียงพอเพื่อสนับสนุนความปลอดภัย					
2. มีการจัดแผนสนับสนุนจัดสรรอุปกรณ์หมุนเวียนในการบริการจากอย่างเพียงพอ					
3. มีระบบงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย					
4. มีเป้าหมายสอดคล้องเป็นไปตามนโยบายความปลอดภัยของกระทรวงสาธารณสุข					
5. มีการถ่ายทอดนโยบายจากโรงพยาบาลมาถึงหน่วยงานได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ					

ขอขอบคุณอย่างยิ่งที่ท่านกรุณาใช้เวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้