



การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน
ปีการศึกษา 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน
ปีการศึกษา 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย”

ของ เจสินันท์ ปันนันท

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมหญิง พุ่มทอง)

.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(อาจารย์ ศุภชัย อินสุข)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชื่นจิตร กองแก้ว)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดารณี เขียวชาญกิจ)

อนุมัติ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด อินทจามรรักษ์)

หัวหน้าภาควิชาภาษาศาสตร์ คติชนวิทยา ปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย
ผู้วิจัย	เจสันท์ ปันนันท
ประธานที่ปรึกษา	อาจารย์ศุภชัย อินสุข
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ภ.ม. สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2568
คำสำคัญ	วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย, เภสัชกรโรงพยาบาล, การพัฒนาแบบประเมิน, ความเที่ยงตรง, ความเชื่อมั่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย และเพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินในด้านความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

วิธีการ: ใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อหาประเด็นในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาล และมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงพินิจโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามคำแนะนำ จากนั้นทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินในการศึกษานำร่อง จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาซึ่งเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทยจำนวน 105 คน

ผลการวิจัย: แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประเด็นการประเมินที่ครอบคลุมมิติสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย มีข้อคำถาม 45 ข้อ 7 โดเมน มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (I-CVI) ตั้งแต่ 0.8 ถึง 1 และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.97 และผลการประเมินความเชื่อมั่นใน pilot study มีค่า Cronbach's alpha >0.7 ทุกโดเมน และค่า Cronbach's alpha ของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.965 95% CI (0.935–0.978) และการทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา มีค่า Cronbach's alpha >0.7 ทุกโดเมน ค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับเท่ากับ 0.953 โดย 95% CI (0.936 – 0.964)

สรุป: แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาที่ดี นอกจากนี้ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินพบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีถึงดีมาก แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินมีความสม่าเสมอภายในและสามารถนำไปใช้ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลได้อย่างน่าเชื่อถือ สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนา

วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล และสามารถประยุกต์ใช้
ในการพัฒนางานคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยต่อไป



Title DEVELOPMENT OF A PATIENT SAFETY CULTURE ASSESSMENT
TOOL FOR HOSPITAL PHARMACISTS IN THAILAND

Author Jesinun Punnun

Advisor Suppachai Insuk, PharmD, MSc, BCPS

Academic Paper M. Pharm. Thesis in Community Pharmacy, Naresuan
University, 2025

Keywords patient safety culture, hospital pharmacists, instrument
development, validity, reliability

ABSTRACT

Objectives: To develop a patient safety culture assessment tool for hospital pharmacists in Thailand and to examine the quality of the instrument in terms of validity and reliability.

Methods: A systematic literature review was conducted to identify key domains for assessing patient safety culture among hospital pharmacists. Content validity and face validity were evaluated by a panel of experts, and the instrument was revised. Reliability testing was performed in a pilot study involving 30 participants and subsequently in a sample of 105 hospital pharmacists in Thailand.

Results: The developed patient safety culture assessment tool for hospital pharmacists comprised 45 items across 7 domains, covering essential dimensions of patient safety culture. The item-level content validity index (I-CVI) ranged from 0.8 to 1.0, and the scale-level content validity index (S-CVI) was 0.97. In the pilot study, Cronbach's alpha coefficients were greater than 0.7 for all domains, with an overall Cronbach's alpha of 0.965 (95% CI: 0.935–0.978). Reliability testing in the main sample also demonstrated Cronbach's alpha values greater than 0.7 for all domains, with an overall Cronbach's alpha of 0.953 (95% CI: 0.936–0.964).

Conclusion: The developed assessment tool demonstrated good content validity. In addition, the reliability results indicated good to excellent internal consistency, confirming that the instrument is a reliable tool for assessing patient safety culture among hospital pharmacists. This assessment tool can be used as a

guideline for evaluating and improving patient safety culture within hospital pharmacy departments and can be further applied to support quality improvement and patient safety initiatives in healthcare settings.



ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ศุภชัย อินสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้ และกราบขอบพระคุณคณะกรรมการทุกท่านที่ได้ให้เป็นข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ 1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.กิตติศักดิ์ เจริญฮั่ว 2) ดร.ศรีสุตา อัสวพลังกุล 3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ.ดารณี เขียวชาญธนกิจ 4) ภก.ดร.ทรงศักดิ์ ทองสนิท และ 5) ภก.พิชญ์สิทธิ์ อุดมสุขชัยทรัพย์ ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และให้คำแนะนำแก้ไข

ขอกราบขอบพระคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้อง ๆ เกสัชกรโรงพยาบาลต่างๆ ท่าน ที่สละเวลาตอบแบบประเมิน ทำให้ได้ข้อมูลมาเพื่อวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์งานวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณสุรินทร์ นิลพันธ์ ที่ช่วยเหลือประสานงานทุกเรื่องด้วยความเอาใจใส่ ตั้งแต่เข้ารับการศึกษา จนสำเร็จการศึกษาอย่างสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ คุณรุ่งทิพย์ คำจ้าง เจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้องของรูปแบบเล่มวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้คำแนะนำด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี

เหนือสิ่งอื่นใดขอขอบพระคุณบิดาและมารดาของผู้วิจัย ครอบครัว เพื่อนนิสิต บ.โท ที่เรียนมาด้วยกัน รวมถึงหัวหน้างานที่คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ เรื่อง ตลอดมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมินความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเกสัชกรโรงพยาบาลต่อไป

เจสินันท์ ปันนันท

ผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

ประกาศคุณูปการ	ซ
สารบัญ	ซ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการศึกษา.....	2
ประโยชน์ที่ได้รับ	3
นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
ส่วนที่ 1: วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	4
ส่วนที่ 2: วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร	6
ส่วนที่ 3: การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย	7
ส่วนที่ 4: การพัฒนาแบบประเมิน	10
ส่วนที่ 5: การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน	15
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	22
ขั้นที่ 1 การสร้างและพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร โรงพยาบาลในประเทศไทย.....	23
ขั้นที่ 2 การศึกษานำร่อง (PILOT STUDY).....	27
ขั้นที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (RELIABILITY) ของแบบประเมิน	28
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	31
ส่วนที่ 1 การหาข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาแบบประเมิน.....	31
ส่วนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินและทดสอบความเที่ยงตรง (VALIDITY)	39
ส่วนที่ 3 การทดสอบความเชื่อมั่น (RELIABILITY).....	49
บทที่ 5 บทสรุป	53

อภิปรายผลการวิจัย.....	54
ข้อจำกัดในการศึกษาและข้อเสนอแนะ	60
บรรณานุกรม	63
ภาคผนวก	83



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย.....	8
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประเด็นของแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	9
ตารางที่ 3 ขั้นตอนการวิจัยทั้งหมด	22
ตารางที่ 4 การประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีของการศึกษาที่ผ่านการคัดเข้า (n = 100).....	33
ตารางที่ 5 งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	34
ตารางที่ 6 ลักษณะของการศึกษาที่ผ่านการคัดเข้า	38
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบโดเมนของแบบประเมิน.....	39
ตารางที่ 8 สรุปการทดสอบ face validity จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ.....	40
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบข้อคำถามแบบประเมิน version 1.1 และ 1.2.....	41
ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบข้อคำถามแบบประเมิน version 1.3 และ 1.4.....	45
ตารางที่ 11 ข้อคำถามของแบบประเมิน version 1.3 ที่ถูกตัดออก และเหตุผล	48
ตารางที่ 12 สรุปจำนวนข้อคำถาม ค่า I-CVI และ S-CVI ของ version 1.....	49
ตารางที่ 13 ค่า Cronbach' Alpha ของแบบประเมินใน pilot study.....	49
ตารางที่ 14 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา	51
ตารางที่ 15 ค่า Cronbach' alpha ของแบบประเมินในการศึกษากลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา.....	52
ตารางที่ 16 แสดงข้อคำถามและ Item-Total Statistics ใน Section B หัวหน้าของท่าน	60

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 PRISMA FLOW DIAGRAM ผลการคัดเลือกรงานวิจัยเพื่อใช้ในการศึกษา.....	32
ภาพที่ 2 แผนภาพสรุป flow ของการพัฒนาแบบประเมินในการศึกษา.....	53
ภาพที่ 3 สรุปการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมิน.....	54
ภาพที่ 4 สรุปการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน.....	54



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

วัฒนธรรมเป็นแบบแผน ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะ ทักษะการตัดสินใจ และข้อตกลงเบื้องต้นที่เข้าใจกันโดยไม่ต้องอธิบาย และเป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลมีพฤติกรรมแสดงออกและการทำงานร่วมกัน และวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร (Safety culture of and organization) หมายถึง การที่บุคลากรในองค์กรมีการตระหนักและเฝ้าระวังเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่มีแนวโน้มว่าอาจเกิดความผิดพลาดอย่างต่อเนื่อง โดยทั้งบุคลากรและองค์กรสามารถระบุความผิดพลาด เรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง การสร้างความตระหนักต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบอุตสาหกรรมด้านการบริการสุขภาพและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นต่อการปรับปรุงความปลอดภัยผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องมีการเปลี่ยนทั้งแนวคิดและวัฒนธรรม (Agency for Healthcare Research and Quality, 2022)

วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (patient safety culture) เป็นผลผลิตของค่านิยม ทักษะ การรับรู้ ความสามารถ และรูปแบบพฤติกรรมของกลุ่มและบุคคลที่เป็นตัวกำหนดความมุ่งมั่น รูปแบบ และความเชี่ยวชาญในการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยในการให้บริการด้านสุขภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2022) ทั้งนี้วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรที่ต้องการความเป็นเอกลักษณ์และมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันว่าบุคลากรจะทำงานในระดับ หน่วยงาน หรือองค์กรที่แตกต่างกัน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการดูแลรักษา ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดขององค์กร (Kirk, Parker, Claridge, Esmail, & Marshall, 2007) และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ที่เน้นความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ลดความผิดพลาดทางการแพทย์ วัฒนธรรมความปลอดภัยที่เข้มแข็งจะช่วยให้การลดอันตรายต่อผู้ป่วย โดยจะช่วยกำจัดความเสี่ยง (risks) และอันตรายที่สามารถป้องกันได้ (preventable harm) ได้ และยังช่วยเสริมสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย นอกจากนี้วัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานบริการด้านสุขภาพ ยังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการเสียชีวิต อีกทั้งเพิ่มระดับความพึงพอใจและลดภาวะเครียดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ด้วย อย่างไรก็ตามก่อนที่จะดำเนินการใดๆ ที่ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถาบัน จะต้องได้รับการ

ประเมินและทำความเข้าใจก่อน โดยค้นหาวิธีที่ดีที่สุดในการประเมินวัฒนธรรมด้านความปลอดภัย โดยพิจารณาจากวิสัยทัศน์ ภารกิจ และวัตถุประสงค์ อย่างไรก็ตาม การวัดวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินคุณภาพการดูแลที่มอบให้ผู้ป่วย และสามารถทำได้ก่อนและหลังการดำเนินการตามมาตรการ เช่น การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ และกิจกรรมที่สามารถลดความเครียดของผู้เชี่ยวชาญได้ (Carvalho et al., 2023)

มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการด้านสุขภาพต่างๆ โดยแบบสำรวจ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) ที่พัฒนาโดย Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการวิจัยระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ได้รับความนิยมในการใช้มากที่สุด รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทย และใช้ในการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่ใช้ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล ที่สามารถดำเนินการได้เองตามบริบทจากการมีส่วนร่วมในการตอบแบบสำรวจของบุคลากรโรงพยาบาลทุกระดับ และนำมาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในมิติมุมมอง ซึ่งผู้บริหารสามารถนำข้อมูลผลลัพธ์นั้น ไปสู่การวางแผนพัฒนาองค์กร ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรได้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2560) แต่แบบประเมินนี้เป็นบริบทภาพรวมของบุคลากรโรงพยาบาล ไม่ได้เจาะจงถึงบทบาทของเภสัชกรโดยตรง

ทั้งนี้ AHRQ ยังมีการพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองของเภสัชกร คือแบบประเมิน Community Pharmacy Survey on Patient Safety (Aboneh, Look, Stone, Lester, & Chui, 2016) แต่เป็นบริบทของเภสัชกรร้านยา จึงไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับเภสัชกรในประเทศไทยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบประเมินนี้ขึ้นมาเพื่อใช้ในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาล

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย ในด้านความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เกสซ์กรโรงพยาบาล สามารถใช้แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเกสซ์กรโรงพยาบาลในประเทศไทย เพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่ใช้ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของฝ่ายเกสซ์กรรม
2. ได้แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเกสซ์กรโรงพยาบาลในประเทศไทย ที่มีคุณภาพดี และมีประเด็นการประเมินที่ครอบคลุม
3. งานคุณภาพของโรงพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเกสซ์กรโรงพยาบาลในประเทศไทยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของวิชาชีพอื่นๆ

นิยามเชิงปฏิบัติการ

วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety culture) หมายถึง พฤติกรรมของบุคลากรโรงพยาบาล ที่แสดงถึงลักษณะและ ทักษะที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในระบบงานและการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล

วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety culture) ของเกสซ์กรโรงพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมของเกสซ์กรโรงพยาบาล ที่แสดงถึงลักษณะและ ทักษะที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในระบบงานและการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยทดสอบคุณภาพของแบบประเมินที่มีกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย เพื่อให้ได้แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลโดยเฉพาะ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าพร้อมทั้งนำเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2567; อำพล อรดี, 2561) เป็นหลักการพื้นฐานของคุณภาพการดูแลที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะบริการในโรงพยาบาลที่จะต้องให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลตามมาตรฐานที่ไม่เกิดความผิดพลาดหรือเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นจากการบำบัดรักษา ดังนั้นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่ได้รับอันตรายจากการให้บริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพัฒนาและกระตุ้นให้เกิดความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ ทั้งนี้ทีมสุขภาพควรมีความตระหนักและความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้การรักษายาบาล โดยมีความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นเป้าหมายที่สำคัญ ซึ่งในระดับองค์กรนั้นควรมีการสร้างเสริมบุคลากรในทีมสุขภาพให้มีการรับรู้ความปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายหรือความผิดพลาดจากการให้บริการสุขภาพ ควรพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความปลอดภัยและสุดท้ายเป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย

วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Culture) (อำพล อรดี, 2561) เป็นการสร้างค่านิยม ทักษะ ทักษะ การรับรู้ของบุคลากรทุกระดับ ทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ โดยเป็นแบบแผนของพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นความร่วมมือและความมุ่งมั่นในการสร้างแนวทางการเรียนรู้ในด้านความปลอดภัย รวมทั้งการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ดีจะช่วยให้องค์กรสุขภาพสามารถปรับปรุงการกำกับดูแลทางคลินิกและส่งผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานขององค์กร โดยทำให้บุคลากรตระหนักถึงสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น มีการรายงานข้อผิดพลาด และรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น ทำให้องค์กรสามารถวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้และมีการกำหนดเป้าหมายเพื่อการตรวจสอบและเฝ้าระวังต่อไป วัฒนธรรมความปลอดภัยจึงมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานขององค์กร โดยจะช่วยให้องค์กรบรรลุผลลัพธ์ในการดูแลทางคลินิกที่ดีได้ เป็นผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพ และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของ

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ทุกคนในองค์กรต้องตระหนักและปฏิบัติจนคุณภาพกลายเป็นงานประจำ มีการสร้างความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งเน้นในการสร้างความตระหนักแก่บุคลากร เพื่อให้เห็นความสำคัญต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติจนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร

องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามแนวคิดของ James Reason (Scahill, Harrison, Carswell, & Babar, 2009) อาจารย์ทางจิตวิทยา มหาวิทยาลัยแมนเชสเตอร์ สหราชอาณาจักร ได้ให้นิยามและอธิบายองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้ว่า ความปลอดภัยจะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักที่สำคัญ ได้แก่

1. วัฒนธรรมการให้ข้อมูล (Informed Culture) คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบ มีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม การรวบรวมข้อมูลจากอุบัติการณ์ เหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอุบัติการณ์ หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ประสานกับข้อมูลที่ได้รับจากมาตรการเชิงป้องกันขององค์กร ได้แก่ การสำรวจทางด้านสุขศาสตร์และความปลอดภัย การวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งจะรวบรวมข้อมูลดังกล่าวได้ จะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงานที่จะรายงานและนำเสนอข้อเท็จจริงด้านความปลอดภัย ดังนั้นหากผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่อการสำรวจ รวมทั้งมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลเพื่อการบริหารความปลอดภัยขององค์กร ก็จะทำให้การบริหารความปลอดภัยขององค์กรสัมฤทธิ์ผล

2. วัฒนธรรมการรายงาน (Reporting Culture) คือ มีบรรยากาศขององค์กรที่ผู้คนพร้อมที่จะรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดและเหตุเกือบพลาด (near misses) การรายงานข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพงานและสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย จะทำให้นำข้อมูลต่างๆ มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาความปลอดภัยและแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น ทั้งนี้ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ เช่น ความเป็นอิสระในการรายงาน หรือสื่อสารข้อมูลต่างๆ โดยองค์กรจะต้องมีระบบและช่องทางการรับข้อมูลและการสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าถึงของผู้ปฏิบัติงานในองค์กร

3. วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (Flexible Culture) คือ ความสามารถในการปรับตัวขององค์กร เมื่อเผชิญกับสถานะที่มิอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้น บังคับบัญชาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น เป็นความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อต้องเผชิญสถานะที่เป็นอันตราย วัฒนธรรมที่ที่จะต้องเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นองค์กรจะต้องมีการเตรียมบุคลากรในการฝึกฝนการปฏิบัติในหลายๆ รูปแบบ เพื่อให้มีสมรรถนะในการรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

ต่างๆ ได้ ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมของบุคลากรนั้นอาจอยู่ในรูปแบบของการฝึกอบรม การซักซ้อม เป็นต้น

4. วัฒนธรรมความเป็นธรรม (Just Culture) คือ มีบรรยากาศของความเชื่อใจ ไว้วางใจ ซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้ เป็นการสร้างความรับผิดชอบให้กับบุคคลในองค์กร โดยพฤติกรรมและการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ไม่สามารถยอมรับได้หรือไม่เป็นไปตามวิธีการทำงาน (Work instruction) จะต้องถูกจัดการอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนักในทางปฏิบัติ เนื่องจากอาจมีการปิดบังข้อมูล เพราะหากเปิดเผยอาจส่งผลเสียต่อตัวผู้ปฏิบัติงานเอง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของตนเองและเพื่อร่วมงาน จะเป็นผลดีที่ทำให้มีการวางแผนจัดการแก้ไขปัญหได้ง่ายขึ้น

5. วัฒนธรรมการเรียนรู้ (Learning Culture) คือ องค์กรสามารถสรุปความรู้จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ การรวบรวมข้อมูลแล้วเรียนรู้จากความผิดพลาด เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำหนทางหนึ่ง โดยองค์กรจะต้องเปิดใจยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการตั้งระบบความปลอดภัยที่ไม่สมบูรณ์นัก และนำข้อมูลที่ได้ดังกล่าวมาปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้เกิดแนวทางป้องกันอุบัติเหตุได้ในอนาคต

ส่วนที่ 2: วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร

เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย หรือ Patient Safety Goals เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้เพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนัก นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2551 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ได้นำแนวทางจาก World Health Organization (WHO) มาใช้เป็นฐานความรู้ในการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพเภสัชกรโดยตรง คือ ความปลอดภัยด้านยา (Medication Safety) (วณิษฐ วราชน, 2560; อำพล อรดี, 2561)

มาตรการความปลอดภัยด้านยามีเป้าหมายเพื่อรณรงค์และจัดการระบบยา 4 ประการ ได้แก่

1. การลดความคลาดเคลื่อนทางยา
2. การป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา
3. การลดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและการแพ้ยา
4. การพัฒนาระบบรวบรวมและจัดการความรู้ของกรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา

การพัฒนาระบบยา มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการจัดการด้านยา ส่งผลให้มีการใช้ยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล อีกทั้งได้ยาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้งระบบงานที่มีอยู่จะต้องมีความไวเพียงพอในการค้นพบปัญหา การป้องกันการเกิดปัญหาด้านยาซ้ำ มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่ดี เพื่อนำข้อมูลปัญหา ความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการระบบยาในโรงพยาบาลประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือกและจัดหายา (Medication selection and procurement) 2) การเก็บรักษายา (Storage) 3) การสั่งใช้ยา (Ordering and prescribing) รวมถึงการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา (Transcribing medication order) 4) การเตรียมยาและการจ่ายยา (Preparing and dispensing) 5) การให้ยา (Administration) และ 6) การติดตามการใช้ยา (Monitoring) (ฉัตรภรณ์ ชุ่มจิต, และเยาวลักษณ์ อ่ำราไพ, 2553) โดยการจัดการระบบยาในโรงพยาบาลทั้ง 6 ขั้นตอนที่ดี จะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายทั้ง 4 ประการได้

ส่วนที่ 3: การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย

การประเมิน safety culture (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2567; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) สามารถดูได้จาก 3 ส่วน คือ

1. Physical Aspects คือ ความรู้สึกของคนในองค์กร เจตคติ การรับรู้
2. Behavioral Aspects คือ พฤติกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัย
3. Situational Aspects คือ องค์กรทำอะไร เช่น การประกาศนโยบาย โครงสร้างองค์กร

ระบบ บริหาร การสื่อสาร

วิธีการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยนั้นมีความยากในการวัดระดับ safety culture คือไม่มีตัวชี้วัดแบบง่ายๆ ที่ใช้ในการวัด หลายๆ ส่วนไม่ได้มาจากการสังเกตโดยตรง หลายๆ ส่วนได้เพียงแค่อธิบายแต่ไม่สามารถวัดได้ (เช่น ความคิด ความรู้สึก) และอาจมีอคติของผู้ที่ให้ความเห็น โดยมีวิธีการที่สามารถทำได้ ดังนี้

1. การสัมภาษณ์/การพูดคุย (Interviews)
2. การทำแบบสอบถาม (Questionnaires)
3. การสังเกต (Observations)
4. ทบทวนจากเอกสาร (Review of documentation)

ประเทศไทยมีการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยใช้แนวข้อคำถามจาก AHRQ ซึ่งได้รับอนุญาตในการประยุกต์ใช้อย่างเป็นทางการให้นำมาพัฒนาใช้ในระบบสุขภาพในประเทศไทย Hospital Safety Culture Survey เป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่ใช้ประเมินวัฒนธรรมความ

ปลอดภัยของโรงพยาบาล ที่สามารถดำเนินการได้เองตามบริบทจากการมีส่วนร่วมในการออกแบบ
สำรวจของบุคลากรทุกระดับ

ตารางที่ 1 แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ชื่อของแบบประเมิน	SOPS Hospital Survey (HSOPS)*	SOPS community Pharmacy Survey (PSOPSC)**
ผู้แต่ง	Sorra, Yount, และ Famolaro (2021)	Franklin และ Sorra (2018)
ผู้ใช้	บุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ	บุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Culture) จากมุมมองของบุคลากรโรงพยาบาล	เพื่อพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Culture) จากมุมมองของเภสัชกรร้านยา
ขั้นตอน	1) ระบุองค์ประกอบหลักของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และพัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้าน patient safety และบุคลากรโรงพยาบาล 2) พัฒนาและร่างแบบประเมินโดยคณะผู้พัฒนา (design team) 3) ทดสอบภาคสนาม (field testing) กับบุคลากรโรงพยาบาลประมาณ 1,400 คน จาก 21 โรงพยาบาล 4) วิเคราะห์คุณสมบัติทางจิตวิทยาของเครื่องมือ ได้แก่ ความเชื่อมั่นและโครงสร้างองค์ประกอบของแบบประเมิน ได้เป็น Hospital Survey on Patient Safety Culture	1) ระบุองค์ประกอบหลักของวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านยา โดยการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม และ patient safety 2) พัฒนาและร่างแบบประเมินโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (Technical Expert Panel: TEP) จำนวน 19 คน 3) ทดสอบภาคสนาม (field testing) ในร้านยาชุมชน 62 แห่ง จาก 25 รัฐ 4) วิเคราะห์คุณสมบัติทางจิตวิทยาของเครื่องมือ ได้แก่ ความเชื่อมั่นและโครงสร้างองค์ประกอบของแบบประเมิน ได้เป็น Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture
จำนวนข้อคำถาม	32 ข้อคำถามหลัก (core items) + 2 ข้อคำถามเชิงเดี่ยว (single-item measures) + 6 ข้อคำถามข้อมูลพื้นฐาน	36 ข้อคำถาม ครอบคลุม 11 องค์ประกอบ (composite measures)

หมายเหตุ: *พัฒนาโดย Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) สำหรับบริบทโรงพยาบาล (Sorra et al., 2021)

**พัฒนาโดย Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) สำหรับบริบทเภสัชกรรมชุมชน (Franklin & Sorra, 2018)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประเด็นของแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ประเด็น (Domains) ในการประเมิน Patient Safety Culture	SOPS community Pharmacy Survey (PSOPSC)	SOPS Hospital Survey
Communication About Mistakes/Errors	√	√
Communication About Prescriptions Across Shifts	√	-
Communication Openness	√	√
Handoffs and Information Exchange	-	√
Hospital Management Support for Patient Safety	-	√
Organizational Learning—Continuous Improvement	√	√
Overall Perceptions of Patient Safety	√	-
Patient Counseling	√	-
Physical Space and Environment	√	-
Response to Mistakes/Errors	√	√
Reporting Patient Safety Events	-	√
Staffing, Work Pressure, and Pace	√	√
Teamwork	√	√
Staff Training and Skills	√	-
Supervisor, Manager, or Clinical Leader Support for Patient Safety	-	√

จากตาราง 1 และ 2 พบว่า แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งสองฉบับได้รับการพัฒนาตามกระบวนการมาตรฐานของ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดกรอบแนวคิด การทบทวนวรรณกรรม การพัฒนาข้อคำถาม การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ การทดสอบความเข้าใจของผู้ตอบ การทดสอบภาคสนาม และการวิเคราะห์คุณสมบัติทางจิตวิทยาของเครื่องมือ ส่งผลให้แบบประเมินมีความตรงและความเชื่อมั่นเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในบริบทที่ออกแบบไว้ โดยแต่ละแบบประเมินมีประเด็นในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามบริบท และกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการวัดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ประเด็นของแบบประเมิน Hospital survey จะไม่มีบริบทของเภสัชกร เช่น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องมีการทบทวนวรรณกรรม

เพิ่มเติม และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทยต่อไป

ส่วนที่ 4: การพัฒนาแบบประเมิน

การพัฒนาแบบประเมินหรือแบบวัดต่างๆ ทำได้ 2 วิธี คือ การสร้างแบบประเมินขึ้นใหม่ และการแปลจากแบบประเมินต้นฉบับ (Bastos, Duquia, González-Chica, Mesa, & Bonamigo, 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่างๆ มีข้อคำถามรวม 36-50 ข้อ ที่แตกย่อยมาจากประเด็น 8-11 ประเด็น มีแบบประเมินที่ใช้การแปลจากต้นฉบับและพัฒนาขึ้นใหม่ ทดสอบคุณภาพของแบบประเมิน โดยการวัดความเที่ยงตรง (validity) แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา และความเชื่อมั่น (reliability) โดยการทดสอบ internal consistency, test retest reliability หรือ inter rater reliability

ก่อนการพัฒนาแบบประเมิน ควรค้นหาแบบประเมินที่มีอยู่แล้ว (existing tools) เพื่อพิจารณาเนื้อหาและความเหมาะสม ซึ่งแบบประเมินที่มีอยู่แล้วอาจเหมาะสมกับประชากรที่เราต้องการศึกษาและมีเนื้อหาครบถ้วนเพียงพอ (DeVellis & Thorpe, 2017)

ในการพัฒนาแบบประเมินควรศึกษาในประชากรที่จะใช้งานจริง เพื่อพิจารณาความเข้าใจที่มีต่อแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ซึ่งอาจพบข้อผิดพลาดที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิด นำมาสู่การตอบแบบประเมินที่ผิดพลาดได้ ทำให้ผู้พัฒนาแบบประเมินทราบว่าแบบประเมินนี้มี concept ที่ชัดเจนหรือไม่ ผู้ใช้งานจะสามารถเข้าใจเนื้อหาได้

1.1 การสร้างแบบประเมินโดยวิธีการแปลจากต้นฉบับเดิม

การแปลจากต้นฉบับมีหลายวิธี (Bastos et al., 2014) ดังนี้

1. การแปลไปข้างหน้าอย่างเดียว (forward only translation)
2. การแปลไปข้างหน้าพร้อมกับการทดสอบ (forward only translation with testing)
3. การแปลย้อนกลับ (back translation)
4. การแปลย้อนกลับและทดสอบกับผู้ใช้ภาษาเดียว (back translation with monolingual test)
5. การแปลย้อนกลับและทดสอบกับผู้ใช้สองภาษา (back translation with bilingual test)
6. การแปลย้อนกลับและทดสอบกับผู้ใช้ภาษาเดียวและสองภาษา (back translation with both monolingual test and bilingual test))

1.1.1 เกณฑ์ในการพิจารณาความเหมือนหรือเทียบเท่ากันของแบบประเมิน (Bastos et al., 2014)

ในการแปลเครื่องมือจากต้นฉบับ นอกจากจะต้องใช้เทคนิคในการแปลที่ดีแล้ว ยังต้องพิจารณาความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากันกับต้นฉบับเดิม ดังต่อไปนี้

1. ความเหมือนหรือเทียบเท่ากันด้านแนวคิด (conceptual equivalence)
2. ความเหมือนหรือเทียบเท่ากันด้านเนื้อหา (content equivalence)
3. ความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากันด้านความหมาย (semantic equivalence)
4. ความเหมือนหรือเทียบเท่ากันด้านเทคนิค (technical equivalence)
5. ความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากันด้านเกณฑ์ (criterion equivalence)

เครื่องมือวิจัยที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยวิธีการแปลจากต้นฉบับเดิมจะต้องมีทีมงานแปลที่มีคุณภาพ เข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดี และมีความเชี่ยวชาญของทั้งสองภาษา เพื่อให้เครื่องมือที่ได้มีความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากับต้นฉบับมากที่สุด และต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่แปลได้เทียบกับต้นฉบับเดิม โดยตรวจสอบทั้งความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) เพื่อให้มั่นใจได้ว่าสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการศึกษาได้เหมือนเครื่องมือต้นฉบับ

1.2 การสร้างแบบประเมินโดยวิธีการพัฒนาขึ้นใหม่

จากการศึกษาในตาราง 1 และตาราง 2 พบว่า แบบประเมินที่สร้างขึ้นใหม่มีขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมินใกล้เคียงกัน ต่างกันเล็กน้อยในรายละเอียด สามารถสรุปขั้นตอนได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษางานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดคำค้นหาและแหล่งในการสืบค้นข้อมูลให้ชัดเจน และสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องการวัดหรือประเมิน

ขั้นที่ 2 พัฒนาร่างข้อคำถาม โดยแบ่งตามประเด็นหรือมิติที่ต้องการศึกษา

ขั้นที่ 3 ตรวจสอบความเที่ยงตรง (validity) ของแบบประเมินที่สร้างขึ้น ด้วยวิธีต่างๆ โดยผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 4 ปรับปรุงแบบประเมินตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 5 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมิน

ขั้นที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูลและปรับปรุงแบบประเมิน

จาก guideline in scale development ได้แนะนำ ขั้นตอนในการพัฒนาแบบประเมิน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (DeVellis & Thorpe, 2017)

ขั้นที่ 1 กำหนดสิ่งที่ต้องการวัดให้ชัดเจน

ขั้นที่ 2 รวบรวมข้อคำถาม

ขั้นที่ 3 กำหนดรูปแบบของการประเมิน

ขั้นที่ 4 ตรวจสอบข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 5 พิจารณาความเที่ยงตรงของข้อคำถาม

ขั้นที่ 6 ทดสอบแบบประเมินกับกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

ขั้นที่ 7 วิเคราะห์ข้อคำถาม

ขั้นที่ 8 พิจารณาความเหมาะสมของความยาวของข้อคำถามและแบบประเมิน

แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดสิ่งที่ต้องการวัดให้ชัดเจน

ผู้พัฒนาแบบประเมินต้องมีความชัดเจนในสิ่งที่ต้องการวัดจากแบบประเมินที่ออกแบบขึ้น อาจได้มาจากทฤษฎีหรือเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริงมาก่อน และในบางการศึกษาอาจต้องใช้แบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจงเป็นอย่างมาก เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่มีความชัดเจนตรงประเด็น ซึ่งแบบประเมินที่ได้ อาจมีหลายมิติ หลายประเด็น และมีความเจาะจงต่อ setting หรือประชากร

ขั้นที่ 2 รวบรวมข้อคำถาม

สร้างข้อคำถามที่ต้องการใช้ในแบบประเมินให้ครอบคลุมมากที่สุด ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้อาจไม่ได้ถูกนำไปใช้ในแบบประเมินทั้งหมด โดยตั้งข้อคำถามให้ตรงกับวัตถุประสงค์หรือสิ่งที่ต้องการจะวัด ควรตั้งข้อคำถามให้ได้มากที่สุดแม้ว่าจะต่างกันเพียง 1 คำในประโยค การตั้งคำถามในลักษณะนี้จะทำให้มองเห็นความชัดเจนของความหมายที่ต้องการจะสื่อสารแตกต่างกันไป ซึ่งเป็นประโยชน์ในการนำไปคัดเลือกข้อคำถามที่จะนำไปใช้จริงในแบบประเมินต่อไป เนื่องจากผู้พัฒนาแบบประเมินไม่สามารถกำหนดจำนวนข้อคำถามให้มีจำนวนที่แน่นอนตั้งแต่แรกของการศึกษาได้ ดังนั้นจึงต้องมีจำนวนข้อคำถามให้ครอบคลุมมากที่สุด และมากกว่าจำนวนที่คาดหวังในแบบประเมินขั้นสุดท้าย จากนั้นนำข้อคำถามแต่ละข้อมาพิจารณาความชัดเจนของความหมาย ความยาวของข้อคำถาม ความง่ายในการอ่าน คำถามซ้อนคำถาม หรือการใช้สรรพนามในข้อคำถามที่คลุมเครือ

ขั้นที่ 3 กำหนดรูปแบบของการประเมิน

ผู้พัฒนาแบบประเมินควรพิจารณารูปแบบ scale ของแบบประเมินให้เหมาะสมกับข้อคำถาม การเลือกรูปแบบ scale ควรตัดสินใจให้ได้ตั้งแต่ช่วงแรกของการศึกษา เนื่องจากข้อคำถามที่ใช้และคำตอบ (ตัวเลือก) จะแตกต่างกันไปตามรูปแบบ ผู้พัฒนาแบบประเมินสามารถกำหนดจำนวนคำตอบ (ตัวเลือก) ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ซึ่งหากมีข้อคำถามจำนวนน้อย ควรจะมีคำตอบ (ตัวเลือก) ที่มากเพียงพอให้ผู้ตอบสามารถเลือกคำตอบได้ชัดเจนตรงตามวัตถุประสงค์ ในทางตรงกันข้าม หากแบบประเมินนั้นมีข้อคำถามจำนวนมาก ควรต้องมีคำตอบ (ตัวเลือก) จำนวนน้อย เนื่องจากผู้ตอบแบบประเมินอาจมีความเบื่อหน่าย อ่อนล้า ซึ่งอาจส่งผลให้คำตอบที่ได้จากการประเมินอาจไม่ได้มาจากความเป็นจริง ซึ่งรูปแบบของ scale มีหลายแบบ เช่น Likert scale, visual analog scale หรือ binary options เป็นต้น สามารถเลือกใช้ตามความเหมาะสมของสิ่งที่ต้องการประเมิน พบว่าหากแบบประเมินมีข้อคำถามจำนวนมาก ผู้ตอบส่วนใหญ่จะเต็มใจตอบในรูปแบบ binary options ซึ่งรูปแบบของคำตอบ (format of statements with tick box categories) ใช่, ไม่ใช่, ไม่แน่ใจ เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่ายและสามารถตอบได้เร็ว (Boynton & Greenhalgh, 2004)

ขั้นที่ 4 ตรวจสอบข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อได้ข้อคำถามและรูปแบบ scale ที่ต้องการแล้ว ข้อคำถามเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาของแบบประเมิน โดยการประเมินความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามกับสิ่งที่ต้องการจะวัดจากแบบประเมิน หากมีการพัฒนาข้อคำถามมาเป็นอย่างดีแล้ว ผู้เชี่ยวชาญจะสามารถให้คะแนนความสอดคล้องได้ง่าย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีหน้าที่ในการช่วยยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่จะวัด ประเมินความชัดเจนของคำถาม รวมถึงชี้แนะในสิ่งที่ควรจะต้องประเมินเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามในการตัดสินใจปรับปรุงข้อคำถาม เป็นหน้าที่ของผู้พัฒนาแบบประเมิน ซึ่งจะพิจารณาปรับตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญหรือไม่ก็ได้ เนื่องจากบางครั้งผู้เชี่ยวชาญอาจไม่เข้าใจหลักการของโครงสร้างแบบประเมินที่ต้องการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน นำมาสู่คำแนะนำที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งผู้พัฒนาแบบประเมินควรนำข้อเสนอแนะที่ได้มาใช้ในการพิจารณาปรับปรุงข้อคำถามอย่างระมัดระวัง

ขั้นที่ 5 พิจารณาความเที่ยงตรงของข้อคำถาม

ทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมิน โดยพิจารณาตามประเภทของความเที่ยงตรงให้เหมาะสมกับแบบประเมินที่ต้องการพัฒนาขึ้น เพื่อนำไปคัดเลือกข้อคำถามลงในแบบประเมิน จากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาต่อไป

ขั้นที่ 6 ทดสอบแบบประเมินกับกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ใช้ทดสอบแบบประเมินควรมีขนาดใหญ่เพียงพอ หากใช้จำนวนน้อยเกินไปจะทำให้รูปแบบของ covariation ของข้อคำถามไม่คงที่ ส่งผลให้ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ต่ำ นั่นก็คือ ค่า Cronbach's alpha ต่ำ อีกทั้งยังไม่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดี ค่าที่ได้จากการทดสอบแบบประเมินของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษามีค่าต่ำหรือสูงกว่าความเป็นจริงจากประชากร

ขั้นที่ 7 วิเคราะห์ข้อคำถาม

ในแต่ละข้อคำถามควรมี correlation สูง ซึ่งจะส่งผลให้ข้อคำถามนั้นมีความเชื่อมั่นสูง หมายถึง ข้อคำถามนี้วัดผลได้ใกล้เคียงกับ true score มาก หากข้อคำถามมีความเชื่อมั่นสูงแล้ว ก็จะส่งผลให้แบบประเมินนั้นมีความเชื่อมั่นสูงไปด้วย

ค่า corrected item scale correlation นำมาใช้ในการพิจารณาคัดเข้าออกของข้อคำถาม และค่า Cronbach's alpha นำมาใช้พิจารณาว่าข้อคำถามที่เลือกเข้ามาในแบบประเมินทั้งฉบับมีความเหมาะสมและสามารถวัดเป็นคุณลักษณะเดียวกันทั้งหมดหรือไม่ ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0-1 โดยค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้คือ 0.7 หากกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนไม่เพียงพอจะทำให้ค่า Cronbach's alpha ไม่คงที่ หรือสูงต่ำกว่าความเป็นจริง ในกรณีที่มีข้อคำถามเดียวจะไม่สามารถหาค่า Cronbach's alpha ได้ จะใช้การหา test retest correlation แทน

ขั้นที่ 8 พิจารณาความเหมาะสมของความยาวของข้อคำถามและแบบประเมิน

การตัดออกของข้อคำถามในแบบประเมินจะมีผลต่อค่า Cronbach's alpha ดังนั้น หากต้องการให้แบบประเมินมีจำนวนข้อคำถามน้อยลง ต้องพิจารณาตัดข้อคำถามออกอย่างระมัดระวัง ข้อคำถามที่นำมาพิจารณาคัดออกได้ ควรเป็นข้อที่มีค่า corrected item scale correlation ต่ำ เมื่อตัดออกแล้วจะทำให้ค่า Cronbach's alpha สูงขึ้น ซึ่งแบบประเมินที่มีข้อคำถามจำนวนมาก จะให้ค่า Cronbach's alpha สูงกว่าแบบประเมินที่มีข้อคำถามจำนวนน้อย ในกรณีที่ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินต่ำมาก ไม่ควรตัดข้อคำถามออกอีก เพราะจะยิ่งทำให้ค่าความเชื่อมั่นต่ำลงไป นอกจากนี้ค่า Cronbach's alpha อาจเปลี่ยนแปลง หากนำแบบประเมินไปใช้วัดในสิ่งที่แตกต่างกัน หรือ กลุ่มคนที่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสร้างแบบประเมิน วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยวิธีการพัฒนาขึ้นใหม่ เนื่องจากแบบประเมินที่พัฒนาในต่างประเทศ เป็นแบบประเมินที่ต่างวัฒนธรรม

ต่างวิชาชีพ อาจไม่สามารถวัดได้อย่างเที่ยงตรงในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ต้องการศึกษา (Boynton & Greenhalgh, 2004) ซึ่งเป็นเภสัชกรในประเทศไทย การเลือกแบบประเมินแบบใดแบบหนึ่งมาแปลเป็นภาษาไทยจะมีความจำกัดของมิติหรือประเด็นตามต้นฉบับเท่านั้น ซึ่งไม่อาจทราบได้ว่าแบบประเมินนั้นครอบคลุมประเด็นที่สำคัญในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรหรือไม่ อีกทั้งแบบประเมินที่แปลได้นั้น มักมีคุณภาพไม่เทียบเท่ากับต้นฉบับ ซึ่งอาจเป็นผลจากการใช้เทคนิคการแปลข้ามวัฒนธรรมได้ไม่ดีพอ (นันทกา สวัสดิพานิช, และสุจิตร์ เทียนสวัสดิ์, 2554) เมื่อนำมาใช้งานจริงจึงไม่สามารถบอกได้ว่า ผลการประเมินจะถูกแปลผลอย่างถูกต้องตามแบบประเมินต้นฉบับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อรวบรวมข้อมูลมิติหรือประเด็นสำคัญที่ใช้ในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร วิธีนี้จะทำให้ได้มาซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ (2019) จากนั้นนำข้อมูลที่สรุปผลได้มาใช้พัฒนาแบบประเมินขึ้นใหม่ให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญในบริบทที่เหมาะสมสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย และทดสอบคุณภาพโดยการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นซึ่งมีกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นคนไทย ดังนั้นการศึกษานี้ที่พัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทยขึ้นใหม่ จึงมีความเหมาะสมมากกว่าใช้วิธีการแปลจากแบบประเมินอื่นที่มีอยู่แล้ว

ส่วนที่ 5: การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน

แบบประเมินที่ดี ควรจะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพเพื่อให้ทราบว่าสามารถนำไปใช้ประเมินผลออกมาได้ตรงตามที่คุณพัฒนาแบบประเมินต้องการหรือไม่ แบบประเมินหรือแบบวัดที่ดี ไม่ว่าจะสร้างขึ้นด้วยวิธีใดก็ตาม ควรทดสอบคุณภาพเพื่อให้ผลการประเมินออกมาได้ตรงตามเป้าหมายที่ต้องการ ในการทดสอบคุณภาพนั้น ควรทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) (Wiseman & Harris, 2015)

ความเที่ยงตรง (validity) หมายถึง ความสามารถของเครื่องมือที่สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้ (วัลลภ รัฐฉัตรานนท์, 2557)

ความเชื่อมั่น (reliability) หมายถึง ความคงเส้นคงวาของเครื่องมือที่สามารถวัดสิ่งที่ต้องการได้ในแต่ละครั้งได้ผลไม่แตกต่างกัน (วัลลภ รัฐฉัตรานนท์, 2557)

4.1 ชนิดของความเที่ยงตรง (validity)

ความเที่ยงตรงแบ่งได้ 3 ประเภท ได้แก่

4.1.1 ความเที่ยงตรงเชิงตีความ (translation validity) (Drost, 2011)

เป็นความเที่ยงตรงที่ใช้ในการตีความในสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัดว่าสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้หรือไม่ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

เป็นความสามารถของแบบประเมินที่สามารถวัดได้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ สามารถคำนวณได้ 2 ค่า ดังนี้ คือ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) และค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ซึ่งค่า IOC สามารถหาได้เฉพาะความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหารายข้อเท่านั้น แต่สำหรับค่า CVI สามารถหาได้ทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหารายข้อ จากการคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item Content Validity Index หรือ I-CVI) และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของทั้งฉบับ จากการคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งฉบับ (Scale Content Validity Index หรือ S-CVI) ซึ่งค่า I-CVI ที่นิยมอ้างอิง ถ้ามีผู้เชี่ยวชาญ 5 คนขึ้นไป ค่า I-CVI ที่ยอมรับได้ควรมีค่า 0.78 ขึ้นไป อย่างไรก็ตามงานวิจัยจำนวนมากส่วนใหญ่มักกำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป จึงจะถือว่าข้อคำถามนั้นผ่าน และหากได้คะแนน 0.9 ขึ้นไปจะถือว่าเป็นข้อคำถามที่มีความตรงเชิงเนื้อหาสูงมาก และสำหรับ S-CVI ควรมีค่าอย่างน้อย 0.9 (Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006; Polit, Beck, & Owen, 2007)

2. ความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (face validity)

เป็นคุณภาพของแบบประเมินที่พิจารณาว่า ข้อคำถามแต่ละข้อ สามารถวัดได้ตรงตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้หรือไม่ จะต้องกำหนดคุณลักษณะหรือนิยามไว้ให้ชัดเจนก่อนสร้างแบบประเมิน จากนั้นจึงสร้างแบบประเมินให้สอดคล้องกัน จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อ ว่าตรงกับที่กำหนดนิยามหรือคุณลักษณะไว้หรือไม่ การเพิ่มคุณภาพของ face validity ทำได้โดยกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญที่น่าเชื่อถือที่ถูกคัดเลือกมาอย่างดี เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบและตัดสินแบบประเมินที่สร้างขึ้น ซึ่งหากแบบประเมินนั้นสร้างได้ตรงกับนิยาม ก็แสดงว่าแบบประเมินนั้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้านความเที่ยงตรงเชิงพินิจ(ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2540)

ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจนั้นอาจใช้วิธีการกำหนดประเด็นเพื่อช่วยในการตรวจสอบ ยกตัวอย่างเช่น ในการศึกษาของ Parsian and Dunning (Parsian & Dunning, 2009) ได้กำหนดประเด็นเพื่อใช้ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ ในประเด็นดังนี้ 1) ความชัดเจนของข้อความในแบบประเมิน 2) ความเป็นไปได้ที่จะตอบคำถามในแต่ละข้อคำถาม และ 3) ความเหมาะสมของรูปแบบประเมิน โดยผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจในแต่ละงานวิจัยนั้น อาจให้ผู้เชี่ยวชาญหรือตัวแทนของกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ตรวจสอบก็ได้ (Setia, 2017) ซึ่งการสอบถามข้อมูลเพื่อให้ได้ความเที่ยงตรงเชิงพินิจสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์ (Banna, Buchthal, &

Tauyan, 2015) แบบสอบถามโดยใช้ rating scale (Parsian & Dunning, 2009) และแบบสอบถามโดยใช้คำถามปลายเปิด (Twohig, Mitchell, Mallen, Adebajo, & Mathers, 2015)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ โดยใช้วิธีการกำหนดคำถามปลายเปิดให้ครอบคลุมในทั้ง 3 ประเด็น ตามการศึกษาของ Parsian and Dunning (Parsian & Dunning, 2009) โดยมีผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ เป็นผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

4.1.2 ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ (criterion validity)(วัลลภ รัฐฉัตรานนท์, 2557)

เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินที่สร้างขึ้นกับเกณฑ์มาตรฐานหรือสภาพความเป็นจริง ซึ่งแสดงความสามารถของแบบประเมินในการวิเคราะห์ในแต่ละเหตุการณ์ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท

1. ความเที่ยงตรงตามสภาพ (concurrent validity)

เป็นความสามารถของแบบประเมินที่สร้างขึ้น ที่วัดได้ตรงกับสภาพความเป็นจริง โดยนำแบบประเมินใช้วัดข้อมูล และวัดเกณฑ์ภายนอกที่เป็นมาตรฐานซึ่งสามารถวัดสภาพปัจจุบันได้ เช่นเดียวกับแบบประเมินที่สร้างขึ้น โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย

2. ความเที่ยงตรงตามพยากรณ์ (predictive validity)

เป็นความสามารถของแบบประเมินที่สร้างขึ้นที่วัดได้ตรงกับสภาพความเป็นจริง ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยนำแบบประเมินเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนแล้วทิ้งไว้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง แล้วนำผลที่วัดได้ไปเทียบกับเกณฑ์ภายนอกในภายหลัง โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย

3. ความเที่ยงตรงเชิงรวม (convergent validity)

เป็นการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินที่สร้างขึ้นกับแบบประเมินเดิมที่มีอยู่แล้ว แต่ไม่ใช่ประเด็นเดียวกันกับแบบประเมินที่สร้างขึ้นใหม่ แต่มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกัน โดยพิจารณาจากความสอดคล้องของแบบประเมินผ่านเมตริกซ์หลายคุณลักษณะและนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเมตริกซ์กับแบบประเมินเดิม

4. ความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (discriminant validity)

เป็นความสามารถที่แบบประเมินนี้วัดได้ผลแตกต่างจากแบบประเมินอื่นที่วัดในตัวแปรที่ตรงข้ามกัน มีวิธีการทดสอบเช่นเดียวกับความเที่ยงตรงเชิงรวม แต่ใช้แบบประเมินที่มีการวัดค่าตัวแปรที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับแบบประเมินที่สร้างขึ้นใหม่ ดังนั้นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายควรมีค่าสูงและแปรผกผัน

4.1.3 ความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (construct validity)

เป็นการทดสอบความสามารถของแบบประเมินที่สร้างขึ้นที่สามารถวัดได้ตรงกับโครงสร้างทางทฤษฎี (ล้วน สายยศ, และอังคณา สายยศ, 2540) ซึ่งมีแนวทางการทดสอบ 3 วิธี

1. การทดสอบเชิงเหตุผลโดยผู้เชี่ยวชาญ (logical by experts)

เป็นการตรวจสอบเฉพาะความเหมาะสมของโครงสร้างของแบบประเมินที่สร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เฉพาะด้าน ซึ่งวิธีการทดสอบจะคล้ายกับความเที่ยงตรงเชิงพินิจ หรือความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แต่จะเป็นการพิจารณาเฉพาะโครงสร้างเพียงอย่างเดียว

2. การทดสอบจากกลุ่มที่แตกต่างกัน (Known group technique)

เป็นการทดสอบแบบประเมินที่สร้างขึ้น โดยมีกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา 2 กลุ่มที่มีลักษณะตรงข้ามกันอย่างชัดเจน โดยตรวจสอบอำนาจจำแนก หากมีอำนาจการจำแนกรายข้อสูง จะถือว่ามีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างสูง

3. การทดสอบจากตัวแบบสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model)

การทดสอบด้วย Structural Equation Model (SEM) จะต้องใช้สถิติขั้นสูง และต้องกำหนดกรอบแนวคิดที่ชัดเจนนำมาสร้างเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร โดยสร้างตัวแบบที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงและตัวแปรที่สังเกตได้ จากนั้นพิจารณาความเที่ยงตรงจากการตรวจสอบการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ซึ่งต้องใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคำนวณโดยเฉพาะ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและสัมประสิทธิ์การพยากรณ์

การสร้างแบบประเมินหรือแบบวัด ไม่จำเป็นต้องทดสอบความเที่ยงตรงครบทั้ง 3 ประเภท ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแบบประเมินว่าต้องการเน้นการทดสอบความเที่ยงตรงประเภทใด หรือใช้อะไรเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ จากนั้นจึงออกแบบการศึกษาให้สอดคล้องกัน (ล้วน สายยศ, และอังคณา สายยศ, 2540)

4.2 ชนิดของความเชื่อมั่น (reliability) (วัลลภ รัฐฉัตรานนท์, 2557)

อาจหาความเชื่อมั่นได้หลายวิธี ที่นิยมทั่วไปมี 4 วิธี ดังนี้

4.2.1 วิธีการวัดแล้ววัดซ้ำ หรือ การทดสอบแล้วทดสอบซ้ำ (test retest reliability)

เป็นวิธีที่การศึกษาส่วนใหญ่ใช้ในการแสดงความคงที่ในการวัดแต่ละครั้งของแบบประเมิน (Wiseman & Harris, 2015) ซึ่งมีความเชื่อว่าแบบประเมินนั้นสามารถวัดทั้ง 2 ครั้งได้ผลเหมือนกัน หรือคงที่ พิจารณาได้จากค่า Pearson correlation coefficient หรือจากค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) (Polit, 2014) ซึ่งค่า ICC มีความไวต่อ systematic error เช่น อคติจากผู้ประเมินหรือระยะห่างจากการทดสอบทั้งสองครั้ง มากกว่าค่า Pearson correlation

coefficient (Keszei, Novak, & Streiner, 2010; Weir, 2005) ค่า ICC ที่ได้จะมีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 (Weir, 2005) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาใดพิสูจน์และสรุปไว้อย่างชัดเจนเรื่องระยะห่างระหว่าง การประเมินของการทดสอบโดยวิธีวัดแล้ววัดซ้ำ (Marx RG, 2003) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำระยะห่าง ในการทดสอบซ้ำครั้งที่ 2 ไม่ควรน้อยกว่า 2 สัปดาห์ ในการศึกษาทั่วไปที่ไม่มีสิ่งมากระทบการ ประเมินในระยะเวลาสั้นๆ (Streiner, 1993) ยกเว้นในการศึกษาที่อาจมีสิ่งกระทบในเวลานั้นๆ เช่น การศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวด ซึ่งควรปรับระยะห่างให้สั้นลง แต่ต้องระมัดระวังในการแปลผลจาก การจดจำคำตอบเดิมได้ด้วยเช่นกัน (David L. Streiner, 2014) ดังนั้นการเลือกช่วงระยะห่างที่ เหมาะสมอาจแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาและควรพิจารณาอย่างรอบคอบ

ในการคำนวณค่า ICC โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ จะต้องคำนึงถึง model type และ definition ให้เหมาะสมตามรูปแบบของการศึกษา จาก guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research ซึ่งเป็นการศึกษาของ Koo and Li (Koo & Li, 2016) พบว่า การศึกษาที่ใช้การทดสอบแบบ test-retest reliability ควรใช้ two-way mixed effect model, average measurement type, absolute agreement definition เนื่องจากมีการสุ่มเฉพาะตัวอย่างมาจากประชากร แต่ลำดับเวลาของการประเมินครั้งที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยาวขึ้นในการประเมินนั้นเป็นสิ่งที่สุ่มไม่ได้ ถูกกำหนดเวลาที่ต้องการให้มีการ ประเมินไว้อย่างเจาะจง (Two-way mixed effect model) มีการประเมิน 2 ครั้ง ควรใช้เป็นค่าเฉลี่ย ของการวัด (average measurement) และควรคำนึงถึง systematic error เช่น practice effects หรือ fatigue effects เป็นต้น (Hansen, Segtnan, & Håberg, 2016) อย่างไรก็ตาม สูตรในการ คำนวณค่า ICC นั้นจะเหมือนกัน หากผู้วิจัยใช้ definition เดียวกัน (Koo & Li, 2016) ดังนั้นใน การศึกษาครั้งนี้ จึงใช้ two-way mixed effect model, average measurement type, absolute agreement definition ในการคำนวณโปรแกรมทางสถิติ ตามการศึกษาของ Koo and Li

4.2.2 วิธีการวัดแบบที่ทดสอบแทนกันได้ (alternate consistency method)

เป็นการทดสอบสองครั้ง ด้วยเครื่องมือสองชนิดที่แตกต่างกัน แต่สามารถวัดแทนกันได้ หรือ วัดในเรื่องเดียวกันได้ และให้ประเมินในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งแบบประเมินทั้ง 2 ชุด จะต้องมีความเท่าเทียมกันในความหมายทางสถิติ มีค่าเฉลี่ย ความแปรปรวน ความยากใกล้เคียงกัน มีรูปแบบ ของแบบประเมินที่เหมือนกัน จากนั้น นำคะแนนที่ได้จากการทดสอบครั้งที่ 1 และ 2 มาคำนวณค่า Pearson correlation coefficient

4.2.3 วิธีการแบ่งครึ่ง (split half method)

เป็นการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยการแบ่งครึ่งแบบประเมินที่เทียบเคียงกัน โดยแบบประเมินจะต้องมีระดับความยากของข้อคำถามที่ใกล้เคียงกัน และมีความสัมพันธ์กับเนื้อหาเดียวกัน ทำได้โดยการนำแบบประเมิน 1 ฉบับไปใช้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา 1 กลุ่ม เพียง 1 ครั้ง จากนั้นนำคะแนนข้อคู่ และข้อคี่ ซึ่งเป็นคะแนนประเมิน 2 ชุด จากแต่ละครึ่งของแบบประเมิน มาหาค่า Pearson correlation coefficient ซึ่งค่าที่คำนวณได้จะเป็นค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินครึ่งฉบับ จึงจำเป็นต้องปรับขยายค่าความเชื่อมั่นให้เป็นค่าของทั้งฉบับได้โดยใช้สูตร Spearman-Brown

4.2.4 วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency)(Keszei et al., 2010)

เนื่องจากการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการแบ่งครึ่ง อาจมีผลทำให้ได้ค่าสัมประสิทธิ์ที่แตกต่างกันได้ ดังนั้นจึงใช้การวัดความสอดคล้องภายในเป็นการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับ โดยการทดสอบเพียงครั้งเดียว ซึ่งมีวิธีคำนวณดังนี้

1. แบบคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson)

ใช้กับแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นเอกพันธ์ คือ วัดคุณลักษณะเดียวกันและให้คะแนนเป็น 0 กับ 1 เท่านั้น หรือเป็นแบบวัดที่มีการแจกแจงได้เพียง 2 ลักษณะ ซึ่งคะแนนรวมของแบบประเมินได้แก่ คะแนนรวมของแต่ละข้อคำถาม มีสองสูตร คือ KR-20 และ KR-21 โดยค่าความเที่ยงที่คำนวณได้จากสูตร KR-21 จะมีค่าต่ำกว่าสูตร KR-20 เนื่องจากสูตร KR-21 สมมติให้ข้อคำถามทั้งหมดมีความยากเท่ากัน

2. แบบครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha)

เป็นวิธีการทดสอบความเชื่อมั่นที่คล้ายกับวิธีการแบ่งครึ่ง ซึ่งหากแต่ละข้อคำถามวัดในสิ่งเดียวกัน ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อจะสูง คือ จะได้ค่า Cronbach's alpha เข้าใกล้ 1 แต่ในทางตรงกันข้าม หากแต่ละข้อคำถามวัดในสิ่งที่ต่างกัน ค่า Cronbach's alpha จะลดลงจาก 1 สูตรที่ใช้ในการคำนวณเป็นสูตรที่ดัดแปลงมาจากแบบคูเดอร์ ริชาร์ดสัน KR-20 ซึ่งสามารถใช้ได้กับแบบวัดทุกชนิดที่มีการให้คะแนน ดังนั้นจึงเป็นสูตรที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ค่า Cronbach's alpha ที่ยอมรับได้ของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นใหม่ คือ ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป หากเป็นแบบประเมินที่ใช้ในทางคลินิก ควรมีค่าประมาณ 0.9 และหากแบบประเมินมีค่า Cronbach's alpha มากกว่า 0.9 แสดงว่าอาจมีจำนวนข้อคำถามที่มากเกินไป ควรทำให้สั้นลงโดยการตัดออกในบางคำถาม (DeVon Holli A, 2007) และควรหาค่า Cronbach's alpha ในแต่ละปีวิจัย หรือ มิติของแบบประเมินด้วยเช่นกัน ซึ่งจะทำให้ทราบได้ว่า ข้อคำถามในกลุ่มของปีวิจัยหรือมิตินั้น สามารถวัดในคุณลักษณะเดียวกันหรือไม่ (Cronbach, 1951)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมิน สามารถเลือกใช้วิธีทดสอบคุณภาพของแบบประเมินได้หลายวิธี สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็น การศึกษาครั้งแรก และมีข้อจำกัดของระยะเวลา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกตรวจสอบคุณภาพที่ควรใช้ในการ พัฒนาแบบประเมินครั้งแรก และสะดวกในการคำนวณโดยโปรแกรมทางสถิติ ดังนี้

1. การทดสอบความเที่ยงตรง (validity)

เลือกใช้ 2 วิธี คือ วิธีวัดความเที่ยงตรงเชิงพื้นผิว (face validity) และวิธีวัดความเที่ยงตรงเชิง เนื้อหา (content validity) ซึ่งทั้ง 2 วิธีเป็นวิธีทดสอบความเที่ยงตรงที่อย่างน้อยผู้วิจัยควรทดสอบใน การพัฒนาแบบประเมิน(Pullmer, Linden, Rnic, & Vodermaier, 2014) เพื่อจะทราบถึงข้อจำกัด และความเหมาะสมของเนื้อหา (Wiseman & Harris, 2015) โดยวิธีวัดความเที่ยงตรงเชิงพื้นผิว เป็นวิธี ที่การศึกษาส่วนใหญ่ใช้ในขั้นตอนการศึกษานำร่อง (Pilot study)(Peter M. Fayers & Machin, 2007) และวิธีวัดความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งเป็นวิธีสำคัญและใช้มากที่สุด(Anthoine, Moret, Regnault, Sebille, & Hardouin, 2014) โดยพิจารณาจากการคำนวณค่า Content validity Index (CVI) ทั้งแบบรายข้อ (I-CVI) และแบบประเมินทั้งฉบับ (S-CVI)

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability)

เลือกใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งพบว่า เป็นวิธีที่ใช้ในการวัด ความเป็นคุณลักษณะเดียวกันของข้อคำถามในแบบประเมินและมีวิธีทดสอบที่ไม่ซับซ้อน(Anthoine et al., 2014) โดยพิจารณาจากค่า Cronbach's alpha

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยมีการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพดี และนำไปใช้กับงานวิจัยอื่นๆ ต่อไปได้ (Polit & Beck, 2003)

เนื่องจากงานวิจัยนี้มีขั้นตอนการวิจัยหลายขั้นตอน ผู้วิจัยจึงสรุปภาพรวมของขั้นตอนทั้งหมดของงานวิจัยนี้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการวิจัยทั้งหมด

ขั้นตอนที่	ประเด็นที่ต้องการ	การดำเนินการ	ผลที่ได้
1	กำหนดหัวข้อที่สนใจ	สำรวจปัญหา ศึกษาแนวคิด	เรื่องที่ต้องการศึกษาวิจัย “การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรม ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย”
2	วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 1. ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2. นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวน	แผนขั้นตอนการทำงาน
3	การพัฒนาแบบประเมินและ การทดสอบ validity	วรรณกรรมมาสร้างแบบประเมิน version 1 มีการทดสอบ content validity และ face validity โดย ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน	นำผลที่ได้มาปรับปรุงเป็นแบบ ประเมิน version 2
4	pilot study	ทดสอบ reliability ของ แบบประเมิน version 2 ใน pilot study (n=30)	นำผลที่ได้มาปรับปรุงเป็นแบบ ประเมิน version 3
5	ผู้เข้าร่วมการศึกษา	ส่งหนังสืออนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม/ link/QR code ไปยัง รพ.ต่างๆ ใน ประเทศไทย	ข้อมูลที่ครบถ้วนจากผู้เข้าร่วม การศึกษา
6	วิเคราะห์ข้อมูล และ สรุปผล การศึกษา	คำนวณหาค่า Cronbach's Alpha และ ค่า ICC เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมั่นและ ปรับปรุงข้อคำถาม	ได้แบบประเมิน version 4 (final version) ที่มีคุณภาพดีและ เหมาะสม

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นที่ 1 การสร้างและพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร โรงพยาบาลในประเทศไทย

ขั้นที่ 1.1 การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อรวบรวมข้อมูล และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างและพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ในทั้งบริบทของบุคลากรโรงพยาบาล และเภสัชกร โดยมีจุดประสงค์ของการสืบค้นคือ “มีประเด็นใดบ้างที่ใช้ในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย” และสืบค้นทางอิเล็กทรอนิกส์ใน 4 ฐานข้อมูล ได้แก่ 1) CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials) 2) Medline ผ่าน platform Pubmed 3) ScienceDirect และ 4) Scopus นอกจากนี้ยังสืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์จาก 2 ฐานข้อมูล ได้แก่ ClinicalTrials.gov (www.clinicaltrials.gov) และ The International Clinical Trials Registry Platform (<https://trialsearch.who.int>) เนื่องจากทาง AHRQ ได้มีการพัฒนา Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ.2004 ดังนั้นจึงกำหนดการสืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ พฤศจิกายน ค.ศ.2004 ถึง สิงหาคม ค.ศ.2024 โดยศึกษาถึงวิธีประเมินคุณภาพและมิติหรือประเด็นที่สำคัญที่ต้องใช้ในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยกำหนด search strategy ใช้คำค้น 3 กลุ่ม และแต่ละกลุ่มเชื่อมด้วย AND ได้แก่

1. (“patient safety culture” OR “patient safety climate”)
2. (hospital OR pharmacist)
3. (“rating scale” OR assess* OR evaluat* OR checklist OR "Content analysis" OR framework)

ขั้นที่ 1.2 การคัดเลือกรงานวิจัย

การศึกษานี้ใช้การสืบค้นและการคัดเลือกรงานวิจัยตามหลักการ Preferred reporting items for systematic reviews and met-analyses (PRISMA) flow diagram (Liberati et al., 2009) ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยศึกษาถึงวิธีประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและมิติหรือประเด็นที่สำคัญที่ต้องใช้ในการพิจารณาวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และค้นหางานวิจัยเพิ่มเติมโดยวิธี hand searching จาก reference list ของงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกแล้ว

คัดเลือกงานวิจัย โดยพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จากนั้นทำการสืบค้นงานวิจัยนิพนธ์ต้นฉบับ มีเนื้อหาฉบับเต็ม กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

กำหนด inclusion criteria

1. เกี่ยวกับการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด
2. การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย มีกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรโรงพยาบาล และเภสัชกร
3. บทความใช้ภาษาอังกฤษในการตีพิมพ์เท่านั้น

กำหนด exclusion criteria

1. เป็นแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่แปลมาจากต้นฉบับ

ซึ่งการคัดเลือกงานวิจัยโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา หากผลที่ได้ไม่ตรงกันจะนำข้อมูลมาทบทวนใหม่ และอภิปรายเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน

ขั้นที่ 1.3 การสกัดข้อมูล

สกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด โดยใช้ data extraction form ที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น และมีอาจารย์ที่ปรึกษาดตรวจสอบการสกัดข้อมูล หากได้ผลไม่ตรงกันจะต้องนำมาทบทวนใหม่และตัดสินใจร่วมกัน

ขั้นที่ 1.4 การตรวจสอบคุณภาพของงานวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพของงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด โดยทำการเคราะห์คุณภาพผลงาน โดยใช้ Critical Appraisal Tool ตามเครื่องมือของ JBI (Liberati et al., 2009)

ขั้นที่ 1.5 วิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุป

นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาวิเคราะห์ผลเพื่อหาข้อสรุปที่ได้จากการสกัดข้อมูล เกี่ยวกับมิติหรือประเด็นของการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาล และเภสัชกร เพื่อนำไปพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรต้นแบบ (แบบประเมิน version 1)

ขั้นที่ 1.6 ออกแบบแบบประเมิน version1

แบบประเมิน version1 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1. คำอธิบายแบบประเมิน
2. ข้อคำถามการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ที่ต้องการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยใน

การดูแลผู้ป่วย โดยสร้างแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท ที่มีตัวเลือก 5 ระดับ ซึ่งหมายถึง ระดับความเห็นด้วย มีรายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

ขั้นที่ 1.7 การตรวจสอบความเที่ยงตรง (validity) ของแบบประเมิน version1

ในการศึกษานี้ใช้วิธีการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยมีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

- ผู้ทรงคุณวุฒิวิชาชีพอื่น ที่ไม่ใช่เภสัชกร ที่เป็นคณะทำงานด้านความปลอดภัยผู้ป่วย อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน
- อาจารย์มหาวิทยาลัย ที่มีประสบการณ์การสอนและวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมิน อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 ท่าน
- เภสัชกรที่มีประสบการณ์ทำงานด้านความปลอดภัยผู้ป่วย อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 ท่าน

ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ให้คะแนนความสอดคล้องต่อความครอบคลุมเนื้อหาของคำถามในแบบประเมินที่สร้างขึ้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่า CVI (Content Validity Index) ทั้งแบบรายข้อ (I-CVI) และแบบประเมินทั้งฉบับ (S-CVI) โดยมีวิธีดังนี้

1. นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับเนื้อหา ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ กำหนดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหา
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเป็นอย่างมาก
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเล็กน้อย
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีสอดคล้องกับเนื้อหา

2. รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4
3. รวบรวมคำถามข้อที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นระดับ 3 และ 4
4. หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

4.1 Item Content Validity Index หรือ I-CVI เป็นการแสดงถึง CVI รายข้อ ที่คำนวณได้จากสูตร

$$\text{สูตรคำนวณ I-CVI} = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ กำหนดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหา
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเป็นอย่างมาก
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเล็กน้อย
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีสอดคล้องกับเนื้อหา

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คือ ต้องได้ค่า I-CVI ต้องมีค่า 0.80 ขึ้นไป โดยหากมีข้อคำถามใดที่มีค่าต่ำกว่า 0.80 จะพิจารณาปรับปรุงข้อคำถามหรือตัดออกตามความเหมาะสม

4.2 Scale Content Validity Index หรือ S-CVI เป็นการแสดงถึง CVI ภาพรวมของแบบประเมินทั้งฉบับ คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยสัดส่วนโดยใช้ค่าเฉลี่ยจากค่า I-CVI ที่บ่งบอกคุณภาพของคำถามรายข้อ เรียกค่าดัชนีนี้ว่า S-CVI/Ave ซึ่งควรมีค่าอย่างน้อย 0.9 (Polit & Beck, 2006)

$$\text{สูตรคำนวณ S-CVI} = \frac{\text{รวมค่า } I - CVI \text{ ของทุกข้อคำถาม}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์คือ S-CVI จะต้องมีค่าอย่างน้อย 0.9 หากมีข้อคำถามใดที่มีค่าต่ำกว่า 0.9 จะพิจารณาปรับปรุงข้อคำถามหรือตัดออกตามความเหมาะสม

5. ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (face validity) ทำไปพร้อมๆ กับการหาค่า I-CVI และ S-CVI โดยสอบถามผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ในประเด็นดังนี้ (Parsian & Dunning, 2009)

5.1 ความชัดเจนของข้อความในแบบประเมิน

5.2 ความเป็นไปได้ที่จะตอบคำถามในแต่ละคำถาม

5.3 ความเหมาะสมของรูปแบบของแบบประเมิน โดยใช้ข้อคำถามปลายเปิด 3 ข้อดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 ในภาพรวมทั้งหมดของแบบประเมินมีข้อความใดที่ไม่ชัดเจน อ่านไม่เข้าใจหรือไม่

ข้อที่ 2 ท่านคิดว่ารูปแบบของแบบประเมินมีสิ่งใดที่ต้องการให้ปรับปรุงหรือไม่

ข้อที่ 3 ท่านคิดว่าข้อคำถามในแบบประเมิน มีคำถามใดที่ต้องการให้เพิ่ม หรือ ตัดออกหรือไม่

จากนั้นผู้วิจัยจะปรับปรุงแบบประเมิน version1 ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญได้เป็นแบบประเมิน version2 เพื่อใช้ในการศึกษานำร่อง

ขั้นที่ 2 การศึกษานำร่อง (pilot study)

นำแบบประเมินที่ได้จากการปรับแก้ไขคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว เป็นแบบประเมิน version 2 ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

Bujang และคณะ (Bujang, Omar, Foo, & Hon, 2024) ได้แนะนำขนาดตัวอย่างขั้นต่ำของ pilot study ไว้ที่จำนวน 30 คน เพื่อที่จะทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบประเมิน version 2 มาใช้ในการศึกษานำร่องกับเภสัชกรที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ไม่ใช่ผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบ reliability ของแบบสอบถาม โดยพิจารณาค่าครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) จากสูตรคำนวณค่า Cronbach's alpha

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_1^2}{S_1^2} \right]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
K แทน จำนวนข้อของเครื่องมือวัด

$\sum S_1^2$ แทน ผลรวมของความแปรปรวนแต่ละข้อ

S_1^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวม

ค่า Cronbach's alpha coefficient จะต้องมียกตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงถือว่ามีความสอดคล้องในระดับที่ยอมรับได้ (DeVellis & Thorpe, 2017; Nunnally & Bernstein, 1994) โดยหากคำนวณแล้วได้น้อยกว่า 0.7 ผู้วิจัยจะตัดข้อคำถามที่มีค่า corrected item total correlation ต่ำกว่า 0.3 ออกจากแบบประเมิน เนื่องจากคำถามที่ดีควรมีค่าสหสัมพันธ์ดังกล่าวมากกว่า 0.3 (บุญใจ ศรีสถิตย นรากร, 2555) แล้วทำการคำนวณหาค่าอัลฟาใหม่ จนได้ค่ามากกว่า 0.7 ซึ่งจะได้ข้อคำถามได้เป็นแบบประเมิน version 3 เพื่อใช้ในขั้นตอนรวบรวมข้อมูลเพื่อทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาต่อไป

ขั้นที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมิน

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน version 3 ใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) มีขั้นตอน ดังนี้



ขั้นที่ 3.1 รวบรวมผู้เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มคนในการศึกษานำร่อง

ประชากรและกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

ประชากร คือ เภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย

กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา คือ เภสัชกรที่เข้าร่วมงานวิจัย จำนวนไม่ต่ำกว่า 100 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ อ้างอิงตามแนวทางของ Bonett (Bonett, 2002) โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้ Cronbach's alpha ตามสูตร

$$n > \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2(1-\rho)^2}{\delta^2}$$

เมื่อ	Z	แทน ระดับความเชื่อมั่น
	δ	แทน การยอมรับความคลาดเคลื่อน
	ρ	แทน ค่า Cronbach's alpha ที่คาดหวัง

กำหนดค่าที่คาดหวังไม่น้อยกว่า 0.75 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และยอมรับความคลาดเคลื่อนประมาณ ± 0.05 จะต้องใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อยประมาณ 96 คน ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ขั้นต่ำไว้ 100 คน เพื่อให้เพียงพอสำหรับการประเมินความเชื่อมั่นของแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย

กระบวนการเลือกตัวอย่าง

ในการศึกษานี้กำหนดจำนวนผู้ตอบแบบประเมินอย่างน้อย 100 คน ผู้วิจัยจะส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามที่ออกโดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พร้อมแนบ link และ QR code ของแบบสอบถามออนไลน์ไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย ซึ่งกระบวนการนี้ผ่านการยอมรับจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเรียบร้อยแล้ว ผู้ที่ยินยอมตอบแบบประเมินจะถือว่ายินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ในแบบประเมินจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออกจากงานวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาสาสมัครจะได้รับ และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรกำหนดไว้จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วนจากกลุ่มอย่างน้อย 100 คน และนำไปวิเคราะห์ผลต่อไป

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา คือ เป็นเภสัชกรที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

กำหนดเกณฑ์การออกจากการศึกษา คือ เภสัชกรที่ให้ข้อมูลที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ขั้นที่ 3.2 วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์คำถามรายข้อ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคำถามแต่ละข้อ โดยควรมีค่าระหว่าง 0.2-0.8 และวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของคำถามข้ออื่นๆ ทั้งฉบับ (corrected item total correlation) คำถามที่ดีควรมีค่าสหสัมพันธ์ดังกล่าวมากกว่า 0.3 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555) การศึกษาความเที่ยงใช้ Cronbach's alpha coefficient โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.7 ขึ้นไป (DeVellis & Thorpe, 2017) โดยหากข้อมูลใดไม่ครบถ้วนสำหรับนำไปวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha จะถูกคัดออกจากการศึกษาทันที และผู้วิจัยจะรับผู้เข้าร่วมการศึกษาใหม่มาทดแทน

ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมิน version 3 มาใช้ในการศึกษากับเภสัชกรที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาน้อย 100 คน เพื่อทดสอบ reliability ของแบบสอบถาม โดยพิจารณาหาค่า Cronbach's alpha จากสูตรคำนวณค่า Cronbach's alpha

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_1^2}{S_1^2} \right]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
 K แทน จำนวนข้อของเครื่องมือวัด
 $\sum S_1^2$ แทน ผลรวมของความแปรปรวนแต่ละข้อ
 S_1^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวม

โดยค่า Cronbach's alpha coefficient จะต้องมียค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงถือว่ามีความสอดคล้องในระดับที่ยอมรับได้ (DeVellis & Thorpe, 2017) เมื่อได้ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการศึกษาน้อย 100 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ใช้สถิติเชิงพรรณนา

การวิเคราะห์คำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของแบบประเมิน รายงานผลคะแนน เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS Statistics for Window รุ่นที่ 21

บทที่ 4

ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยมีการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพดี และนำไปใช้กับงานวิจัยอื่นๆ ต่อไปได้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2567 ถึง พฤศจิกายน 2568 จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วนจากตัวอย่างจำนวน 105 คน

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

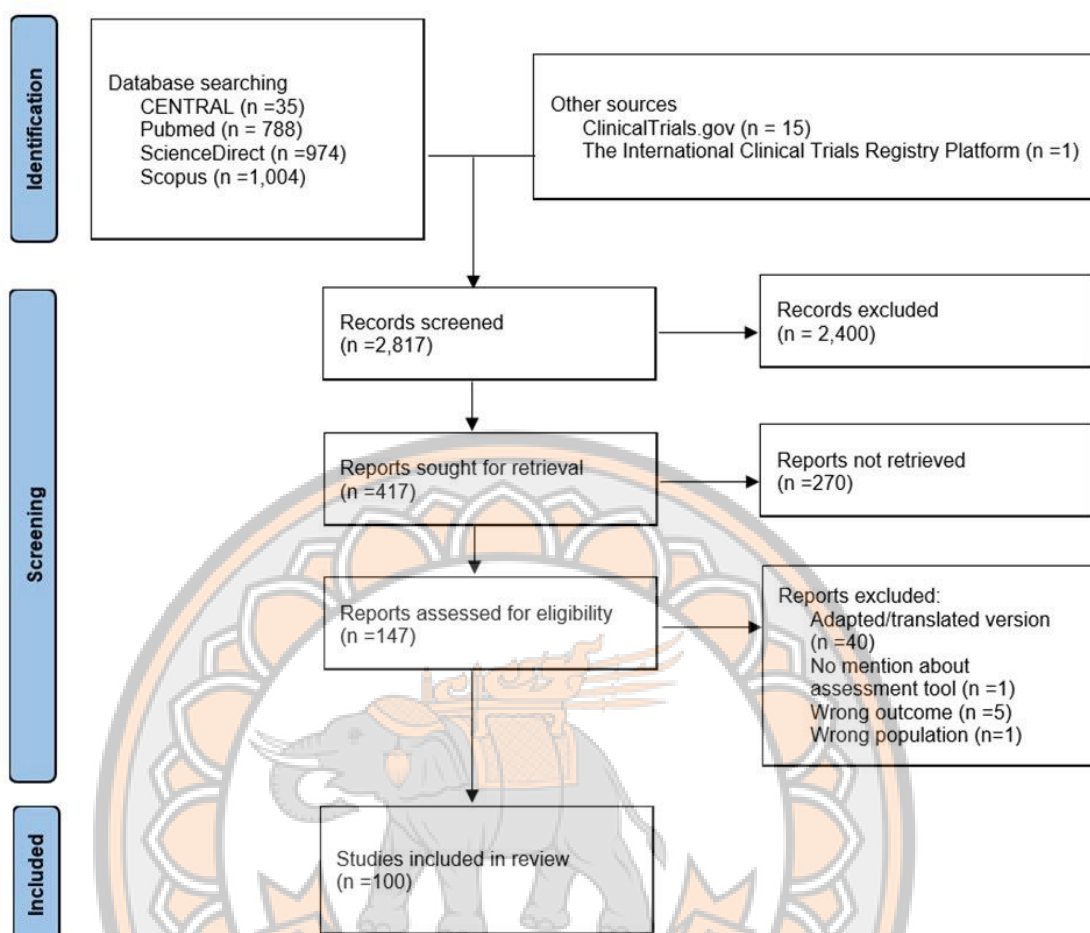
ส่วนที่ 1 การหาข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาแบบประเมิน

ส่วนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินและทดสอบความเที่ยงตรง (validity)

ส่วนที่ 3 การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ส่วนที่ 1 การหาข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาแบบประเมิน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีรวบรวมข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปมาใช้ในการพัฒนาแบบประเมิน โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ดังในภาพที่ 1 แสดงแผนผังการคัดเลือกงานวิจัยเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูล จากนั้นนำผลสรุปไปใช้ในการพัฒนาแบบประเมินต่อไป



ภาพที่ 1 PRISMA FLOW DIAGRAM ผลการคัดเลือกรงานวิจัยเพื่อใช้ในการศึกษา

จากภาพที่ 1 คำถามงานวิจัย คือ “ประเด็นที่ใช้ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ในมุมมองของเภสัชกรโรงพยาบาล มีประเด็นใดบ้าง” ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการรวบรวมข้อมูล โดยสืบค้นจาก 4 ฐานข้อมูล ได้แก่ 1) CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials) 2) Medline ผ่าน platform Pubmed 3) ScienceDirect และ 4) Scopus นอกจากนี้ยังสืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์จาก 2 ฐานข้อมูล ClinicalTrials.gov (www.clinicaltrials.gov) และ The International Clinical Trials Registry Platform (<https://trialsearch.who.int>) เนื่องจากทาง AHRQ ได้มีการพัฒนา Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) ในเดือน พฤศจิกายน ค.ศ.2004 ดังนั้นจึงกำหนดการสืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ พฤศจิกายน ค.ศ.2004 ถึง สิงหาคม ค.ศ.2024 โดยกำหนด search strategy ใช้คำค้น 3 กลุ่ม และแต่ละกลุ่มเชื่อมด้วย AND ได้แก่

1. (“patient safety culture” OR “patient safety climate”)
2. (hospital OR pharmacist)

3. (“rating scale” OR assess* OR evaluat* OR checklist OR "Content analysis" OR framework)

เกณฑ์การคัดเข้างานวิจัย คือ 1) เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 2) การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย มีกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรโรงพยาบาล หรือเภสัชกร 3) บทความใช้ภาษาอังกฤษในการตีพิมพ์เท่านั้น สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ใช้แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของงานวิจัยอื่น โดยแปลมาจากแบบประเมินอื่น และ 2) เป็นบทความที่ไม่ใช่ original article

ผู้วิจัยสืบค้นใน 6 ฐานข้อมูล โดยสืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ พฤศจิกายน ค.ศ.2004 ถึง สิงหาคม ค.ศ.2024 ได้ทั้งหมด 2,817 บทความ จากนั้นมีการตรวจสอบการศึกษาซ้ำ รวมถึงคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อแล้ว คัดออกจำนวน 2,400 บทความ คงเหลือการศึกษาที่ต้องตรวจสอบบทความฉบับเต็ม 417 บทความ มีการค้นหาบทความฉบับเต็ม ได้จำนวน 147 บทความ (คัดออก 270 บทความ) และทำการคัดเข้าการศึกษาตามเกณฑ์ได้การศึกษาที่ตรงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 100 บทความ ดังแสดงในตารางที่ 4 และมีการประเมินการประเมินคุณภาพของบทความที่ผ่านการคัดเข้าโดยใช้ JBI Critical Appraisal Checklist เพื่อประเมินความเสี่ยงของอคติและคุณภาพเชิงระเบียบวิธีของการศึกษา พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ความกังวลปานกลาง (moderate methodological concerns) คิดเป็นร้อยละ 67.0 รองลงมาคือการศึกษาที่มีความกังวลต่ำ ร้อยละ 18.0 และการศึกษาที่มีความกังวลสูง ร้อยละ 15.0 ดังแสดงในตารางที่ 4 โดยข้อจำกัดที่พบได้บ่อย ได้แก่ การรายงานและการจัดการปัจจัยกวน รวมถึงความเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่มีความชัดเจนของวัตถุประสงค์ ใช้เครื่องมือวัดที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง และมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม

ตารางที่ 4 การประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีของการศึกษาที่ผ่านการคัดเข้า (n = 100)

ระดับคุณภาพของการศึกษา	จำนวน)n(	ร้อยละ (%)
ความกังวลต่ำ)Low concerns(	18	18.0
ความกังวลปานกลาง)Moderate concerns(	67	67.0
ความกังวลสูง) High concerns(	15	15.0
รวม	100	100.0

ตารางที่ 5 งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ผู้ประพันธ์	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการศึกษา	แบบประเมิน
Ansari et al. (2020)	Healthcare professionals	OBS	HSOPSC
Alshammari et al. (2019)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Abrishami, Golestani, Farhang Ranjbar, Ghasemie Abarghouie, and Ghadami (2024)	Nurses	EXP	HSOPSC
Hannah, Schade, Lomely, Ruddick, and Bellamy (2008)	Healthcare professionals	DESC	HSOPSC
Adams-Pizarro, Walker, Robinson, Kelly, and Toth (2008)	Healthcare professionals	EXP	HSOPSC
Omid, Akbari, Hadavandi, and Zarei (2019)	Healthcare professionals	CS	PSOPSC
Rotta et al. (2023)	Nurses	CS	HSOPSC
Azyabi, Karwowski, Hancock, Wan, and Elshennawy (2022)	Healthcare professionals	CS	PSOPSC
Alsaleh, Abahussain, Altabaa, Al-Bazzaz, and Almandil (2018)	Community pharmacists	CS	HSOPSC
Alahmadi (2010)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Rawlings, Herner, Delate, Palmer, and Swartzendruber (2018)	Pharmacy department staff	CS	PSOPSC
Batalha, Borges, and Melleiro (2024)	Nurses	CS	HSOPSC
Hebballi et al. (2024)	Physicians	CS	HSOPSC
Al-Awa et al. (2012)	Nurses	CS	HSOPSC
Ziarukh and Sabir (2023)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Alenezi et al. (2019)	Healthcare professionals	CR	HSOPSC
Profit et al. (2016)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Banaszak-Holl et al. (2017)	Nursing home staff	CS	unknown assessment tool
Okafor, Ugwu, and Okon (2018)	Radiology health workers	CS	HSOPSC
Abdurabuh, Hamid, Che Hassan, and Fatani (2024)	Healthcare professionals	CS	PSOPSC
Sivanandy et al. (2016)	Pharmacists	CS	HSOPSC
Aboneh, Stone, Lester, and Chui (2020)	Community pharmacists	CS	SAQ
Al Ma'mari, Al Omari, and Sharour (2022)	Nurses	CS	HSOPSC
Alkahf and Alonazi (2024)	Healthcare professionals	DESC	HSOPSC
Khatr et al. (2024)	Pharmacy staff	CS	HSOPSC
Ribeliene et al. (2022)	Nurses	CS	HSOPSC
Thu et al. (2023)	exclude	CS	HSOPSC
Kim (2019)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Raziani, Nazari, and Raziani (2024)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ผู้ประพันธ์	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการศึกษา	แบบประเมิน
Johnson et al. (2021)	Nurses	EXP	HSOPSC
Lima de Andrade, Saturno-Hernández, Mendes de Melo, and da Silva Gama (2022)	Healthcare professionals	DESC	HSOPSC
Gambashidze et al. (2021)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Mehralian, Yusefi, Ahmadinejad, Bahmaei, and Bordbar (2024)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Bahrami, Chalak, Montazeralfaraj, and Dehghani Tafti (2014)	Nurses	CS	HSOPSC
Moghri et al. (2013)	Nurses	DESC	HSOPSC
Chen and Li (2010)	Nurses	CS	HSOPSC
Fassarella, Silva, Camerini, and Figueiredo (2019)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Alrasheadi et al. (2022)	Nurses	CS	HSOPSC
Granel, Manresa-Domínguez, Watson, Gómez-Ibáñez, and Bernabeu-Tamayo (2020)	Nurses	OBS	SAQ
Alrasheeday et al. (2024)	Nurses	CS	HSOPSC
Salem, Labib, Mahmoud, and Shalaby (2019)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Al-Dossary (2023)	Nurses	CS	HSOPSC
Weaver, Weeks, Pham, and Pronovost (2014)	Nurses	ANA	HSOPSC
Hamid et al. (2021)	Healthcare professionals	ANA	HSOPSC
Kolankiewicz et al. (2017)	Healthcare professionals	CS	SAQ
Hameed, Humayun, Yaqoob, and Rehm (2023)	Nurses	CS	HSOPSC
Al-Mandhari et al. (2014)	Healthcare professionals	CS	SAQ
Abreu et al. (2019)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Alsulami, A'Aqoulah, and Almutairi (2022)	Nurses	CS	HSOPSC
Davoodi et al. (2013)	Healthcare professionals	CS	unknown assessment tool
Hurtado-Arenas, Guevara, and González-Chordá (2024)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Bartoničková, Kalánková, Mikšová, Žiaková, and Mazalová (2019)	Nurses	CS	HSOPSC
Kolankiewicz et al. (2020)	Nurses	CS	SAQ
Aljaffary, Al Yaqoub, Al Madani, Aldossary, and Alumran (2021)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Algethami et al. (2024)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Segura-García et al. (2023)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Draganović and Offermanns (2022)	Healthcare professionals	CS	A-PaSKI

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ผู้ประพันธ์	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการศึกษา	แบบประเมิน
Granel-Giménez et al. (2022)	Healthcare professionals	ANA	HSOPSC
Toso et al. (2016)	Nurses	CS	SAQ
Farzi, Moladoost, Bahrami, Farzi, and Etminani (2017)	Nurses	CS	HSOPSC
Brás, Ferreira, de Figueiredo, and Duarte (2023)	Nurses	CS	HSOPSC
Zhong et al. (2019)	Nurses	CS	HSOPSC
Pedroso et al. (2023)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
F. D. S. Oliveira, Pessoa, Campêlo, and Cavalcante (2024)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
de Carvalho Lemos et al. (2022)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Ribeiro, Nogueira, Rizatto Tronchin, Rossato, and Serpa (2019)	Nurses	DESC	HSOPSC
Sanchis, Haddad, Girotto, and Silva (2020)	Nurses	CS	HSOPSC
Al-Khalifa et al. (2024)	Nurses	CS	SAQ
I. Oliveira, Costeira, Pereira Sousa, and Santos (2024)	Dental professionals	CS	HSOPSC
Pedroni et al. (2020)	Nurses	CS	HSOPSC
Juliasih et al. (2023)	Nurses	OS	HSOPSC
Silva et al. (2021)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Nthumba, Mwangi, and Odhiambo (2024)	Nurses	OS	HSOPSC
Fujita et al. (2019)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Azyabi, Karwowski, and Davahli (2021)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Karademirler and Manav (2020)	Nurses	DESC	HSOPSC
Bashir et al. (2024)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Rawas and Abou Hashish (2023)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Ebrahimabadi et al. (2022)	Nurses	CS	HSOPSC
Poku et al. (2023)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Al-Surimi, Alwabel, Bawazir, and Shaheen (2021)	Healthcare professionals	CS	PSOPSC
Kosydar-Bochenek et al. (2023)	Pharmacists	CS	EMS-SAQ
Abuosi et al. (2022)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Adamson, Beldham-Collins, Sykes, and Thwaites (2022)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Shahian, Liu, Rossi, Mort, and Normand (2018)	Radiology health workers	CS	HSOPSC
Ventura, Façanha, Néri, Diógenes, and Lopes (2022)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ผู้ประพันธ์	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการศึกษา	แบบประเมิน
Notaro, Corrêa, Tomazoni, Rocha, and Manzo (2019)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Schmidt et al. (2022)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Bonds (2018)	Healthcare professionals	DESC	HSOPSC
Teles and Kaya (2019)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Afework, Tamene, Tesfaye, Tafa, and Gemedie (2023)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Vifladt, Simonsen, Lydersen, and Farup (2016)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Tang et al. (2020)	Nurses	DESC	SAQ
Al-Surimi, Najjar, Al Quidaihi, and Masuadi (2021)	Healthcare professionals	EXP	HSOPSC
Wu et al. (2013)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Richter, McAlearney, and Pennell (2016)	Nurses	DESC	HSOPSC
Amarneh and Al Nobani (2022)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Pousette, Larsman, Eklöf, and Törner (2017)	Nurses	CS	HSOPSC
Yesilyaprak and Demir Korkmaz (2023)	Healthcare professionals	CS	HSOPSC
Nicácio, Pereira, Neto, de Almeida, and Penna (2020)	Nurses	ANA	HSOPSC

หมายเหตุ

- CS: Cross-sectional, EXP: Experimental, OBS: Observational, DESC: Descriptive, ANA: Analytical, CR: correlational study
- HSOPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture
- PSOPSC: Pharmacy Survey on Patient Safety Culture
- SAQ: Safety Attitude Questionnaire
- A-PaSKI: Austrian Patient Safety Climate Inventory
- EMS-SAQ: Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire

ลักษณะของการศึกษาที่คัดเข้า

ลักษณะทั่วไปของการศึกษาที่ผ่านการคัดเข้านำเสนอในตารางที่ 6 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบสังเกต (observational study) 96 บทความ และส่วนใหญ่ใช้แบบประเมิน Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) จำนวน 83 บทความ (ร้อยละ 83) โดยมี 1 บทความที่ใช้ 2 แบบประเมิน กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้เจาะจงวิชาชีพใด 53 บทความ (ร้อยละ 53) รองลงมาเป็นพยาบาล 36 บทความ

ตารางที่ 6 ลักษณะของการศึกษาที่ผ่านการคัดเข้า

หัวข้อ	จำนวนการศึกษา (n=100)
<i>Study design</i>	
Observational study	96
Experimental study	4
<i>Target populations</i>	
Healthcare professionals	53
Nurses	36
Radiology health workers	2
Pharmacists	2
Community pharmacists	2
Physicians	1
Pharmacy staff	1
Dental professionals	1
Pharmacy department staff	1
Nursing home staff	1
<i>Assessment tool</i>	
Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	83*
Safety Attitude Questionnaire (SAQ)	9*
Pharmacy Survey on Patient Safety Culture (PSOPSC)	5
unknown assessment tool	2
Austrian Patient Safety Climate Inventory (A-PaSKI)	1
Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ)	1

*หมายเหตุ: 1 บทความที่ใช้แบบประเมิน 2 อย่าง

การจัดกลุ่มของแบบประเมิน patient safety culture

แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุด คือ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) อย่างไรก็ตามแบบประเมินที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจงกับเภสัชกร คือ Pharmacy Survey on Patient Safety Culture (PSOPSC) จึงมีการจัดกลุ่มตามความคล้ายคลึงกันของแบบประเมิน เหลือคำถาม 48 ข้อ จัดเป็น 7 โดเมน ดังตารางที่ 7 ได้แก่ การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน หัวหน้างาน การสื่อสาร Patient counselling ระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Grade) โรงพยาบาล และจำนวนและความถี่ของรายงาน โดยโดเมน “การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน” เป็นโดเมนที่พบมากที่สุดในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้แบบประเมินที่ไม่ได้นำมาจัดเป็น

โดเมนใด ๆ เนื่องจากมีการศึกษาที่กล่าวถึง คือแบบประเมิน Austrian Patient Safety Climate Inventory (A-PaSKI) และ Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ) เพียงอย่างละ 1 การศึกษา

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบโดเมนของแบบประเมิน

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	Pharmacy Survey on Patient Safety Culture (PSOPSC)	Patient Safety Culture for Hospital Pharmacist version 1
Teamwork Staffing, Work Pressure, and Pace	Teamwork Staffing, Work Pressure, and Pace	พื้นที่ปฏิบัติงาน/ หน่วยงานของท่าน (กลุ่มงานเภสัชกรรม) SECTION A
Supervisor, Manager, or Clinical Leader Support for Patient Safety	-	หัวหน้างานของท่าน SECTION B
Communication Openness/about mistakes/response	Communication Openness/about mistakes/response	การสื่อสาร ความเปิดกว้าง/เกี่ยวกับข้อผิดพลาด/การตอบสนอง SECTION C
-	Patient Counseling	การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยของเภสัชกร SECTION D
Reporting Patient Safety Events	-	การรายงานเหตุการณ์ SECTION E
Organizational Learning—Continuous Improvement	Organizational Learning—Continuous Improvement	โรงพยาบาลของท่าน SECTION F
-	Overall Perceptions of Patient Safety	Patient safety grade SECTION G

ได้แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 7 โดเมน ได้แก่ 1) การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน 2) หัวหน้างาน 3) การสื่อสาร ความเปิดกว้าง/เกี่ยวกับข้อผิดพลาด/การตอบสนอง 4) patient counseling 5) ระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (patient safety grade) 6) ระบบโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และ 7) ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีคำถามรวมทั้งหมด 48 คำถาม

ส่วนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินและทดสอบความเที่ยงตรง (validity)

การพัฒนาแบบประเมิน version 1

การพัฒนาแบบประเมิน version 1.1

การทดสอบความเที่ยงตรงที่ใช้ในการพัฒนาแบบประเมิน version 1.1 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ภาคผนวก ก) มีจำนวนข้อคำถาม 48 ข้อ มีการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (face validity) โดยออกแบบข้อ

คำถามให้ครอบคลุมการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรใน 7 ประเด็น ที่ต้องการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

จากนั้นนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับ เนื้อหาในแบบประเมินที่สร้างขึ้น และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่า CVI (Content Validity Index) ทั้ง แบบรายข้อ (I-CVI) และแบบประเมินทั้งฉบับ (S-CVI) โดยพบว่า ในแต่ละข้อคำถามได้ค่าดัชนีความ เทียงตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) ตั้งแต่ 0.4 ถึง 1 และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.87 จากนั้นข้อสรุปที่ได้จากการทดสอบ face validity ดังตารางที่ 8 และนำคะแนน CVI และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญไปใช้ในการพัฒนาแบบประเมิน version 1.2 ต่อไป

ตารางที่ 8 สรุปการทดสอบ face validity จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ

ประเด็นของคำถาม	ข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการทดสอบ face validity	ข้อสรุปที่ได้ (n=5)
ความชัดเจนของข้อความในแบบประเมิน	ในภาพรวมทั้งหมดของแบบประเมินมี ข้อความใดที่ไม่ชัดเจน อ่านไม่เข้าใจหรือไม่	ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าชัดเจนดี (n=4) มี 1ท่านแนะนำให้ผู้วิจัยพิจารณาเลือกใช้คำที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไป
ความเป็นไปได้ที่จะตอบคำถามในแต่ละข้อคำถาม	ท่านคิดว่ารูปแบบของแบบประเมินมีสิ่งใด ที่ต้องการให้ปรับปรุงหรือไม่	ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าไม่ยาก (n=4) มี 1 ท่านแนะนำให้ผู้วิจัยพิจารณาเลือกใช้คำที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไป
ความเหมาะสมของรูปแบบของแบบประเมิน	ท่านคิดว่าข้อคำถามในแบบประเมิน มี คำถามใดที่ต้องการให้เพิ่ม หรือ ตัดออกหรือไม่	ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าไม่มีสิ่งใดต้องปรับปรุง (n=4) มี 1ท่านแนะนำว่าเนื้อหาข้อ F2 และ F4 คล้ายคลึงกัน

การพัฒนาแบบประเมิน version 1.2

นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงพิณิจ (face validity) ดังแสดงในตารางที่ 8 และคะแนนจากการประเมินการทดสอบ content validity ของแบบประเมิน version 1.1 มาปรับปรุง ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 48 ข้อ เมื่อนำมาพัฒนาเป็นแบบประเมิน version 1.2 (ภาคผนวก ข) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถามเดิม 24 ข้อ ปรับปรุงข้อคำถาม 24 ข้อ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินอีกครั้ง พบว่า แต่ละข้อคำถามได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) ตั้งแต่ 0.6 ถึง 1 และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.92

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบข้อคำถามแบบประเมิน version 1.1 และ 1.2

Section	Version1.1	I-CVI ver.1.1	Version1.2	I-CVI ver.1.2
A	1. สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน	0.8	เปลี่ยนคำว่าหน่วยงานเป็น กลุ่มงานเภสัชกรรม	0.8
A	2. เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของ หน่วยงาน	0.6	เปลี่ยนคำว่า เรา เป็น กลุ่ม งานเภสัชกรรม	0.6
A	3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เรา จะทำงานร่วมกันเป็นทีม	0.8	คงเดิม	0.8
A	4. สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้ เกียรติกัน	0.6	เปลี่ยนคำว่า หน่วยงานนี้ เป็น กลุ่มงานเภสัชกรรม	0.8
A	5. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่ เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	0.8	เปลี่ยนคำว่า หน่วยงานนี้ เป็น กลุ่มงานเภสัชกรรม	0.8
A	6. เรากำลังเร่งพัฒนางาน เพื่อยกระดับความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย	0.6	เปลี่ยนคำว่า “งาน” เป็น “งานด้านระบบยา”	1
A	7. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จาก ภายนอก(outsource) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้ สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	0.6	ขยายความเจ้าหน้าที่จาก ภายนอก เป็น เจ้าหน้าที่ ภายนอกที่มีประสิทธิภาพ	0.6
A	8. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการฉกฉวยผลประโยชน์ของตนเป็นประโยชน์ สำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)	1	คงเดิม	1
A	9. หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การ เปลี่ยนแปลงในด้านบวก	1	เดิมคำว่า “กลุ่มงานเภสัช กรรม” ท้ายประโยค	1
A	10. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้ เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่ เพราะเหตุบังเอิญ (by chance)	0.8	เปลี่ยนคำว่า “หน่วยงานนี้” เป็น “กลุ่มงานเภสัชกรรม”	1
A	11. ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมา ช่วยเหลือ	0.6	เปลี่ยนคำว่า “หน่วยงานนี้” เป็น “กลุ่มงานเภสัชกรรม”	0.8
A	12. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดจะเกิด ความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็น ปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล	1	คงเดิม	1
A	13. เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่ได้ดำเนินการ เปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการ	0.8	ปรับการเรียงเรียงข้อความ	1
A	14. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบ จนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)	1	คงเดิม	1

ตารางที่ 9 (ต่อ)

Section	Version1.1	I-CVI ver.1.1	Version1.2	I-CVI ver.1.2
A	15. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	1	คงเดิม	1
A	16. เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าคุณผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ	1	คงเดิม	1
A	17. เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้	0.8	ปรับการเรียบเรียงข้อความ	1
A	18. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี	1	คงเดิม	1
B	1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้	1	คงเดิม	1
B	2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง	1	คงเดิม	1
B	3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานของฉันจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้ว่าอาจจะเกิดการ ทำงานที่ลดขั้นตอน (Shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	1	คงเดิม	1
B	4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก	1	คงเดิม	1
C	1. เราได้รับข้อมูล feedback เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์	1	คงเดิม	1
C	2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	0.8	ปรับการเรียบเรียงข้อความ	1
C	3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้	0.8	เปลี่ยนสรรพนามคำว่า “เรา” เป็น “ท่าน”	1
C	4. เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า	1	คงเดิม	1
C	5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีก	1	คงเดิม	1
C	6. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่า มีบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง	0.8	คงเดิม	1
D	1. มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับยาของพวกเขา	1	คงเดิม	1

ตารางที่ 9 (ต่อ)

Section	Version1.1	I-CVI ver.1.1	Version1.2	I-CVI ver.1.2
D	2. เกสเซอร์ใช้เวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษาด้านยากับ คนไข้	1	คงเดิม	1
D	3. เกสเซอร์แจ้งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับรายการใหม่ให้กับ ผู้ป่วย	1	คงเดิม	1
E	1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการ กระทำผิดพลาด(mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบ และแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความ รุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรง ระดับ 1)	0.8	เพิ่มคำว่า “near miss” ใน ข้อความ	0.6
E	2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีการกระทำ ผิดพลาด(mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความ เสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2)	0.8	คงเดิม	0.6
E	3. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีการกระทำ ผิดพลาด(mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิด อันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป)	0.8	คงเดิม	0.6
F	1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	1	คงเดิม	1
F	2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกัน อย่างดี	1	คงเดิม	1
F	3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่อระหว่างหน่วยงาน จะ ถูกนำมาพบทบทวนร่วมกันเสมอ	0.8	คงเดิม	1
F	4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ใน โรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน	0.8	คงเดิม	0.8
F	5. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมี การบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร	1	คงเดิม	1
F	6. รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับ เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล	0.4	เดิมคำว่า “ท่าน” เป็น ประธานในประโยค	0.8
F	7. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง หน่วยงานต่าง ๆ	0.8	ปรับการเรียงเรียงข้อความ	1
F	8. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority)	1	คงเดิม	1

ตารางที่ 9 (ต่อ)

Section	Version1.1	I-CVI ver.1.1	Version1.2	I-CVI ver.1.2
F	9. ดูเหมือนว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลจะสนใจความปลอดภัยของผู้ป่วยแม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น	1	คงเดิม	1
F	10. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	0.8	คงเดิม	1
F	11. จะไม่เกิดปัญหขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ	1	คงเดิม	1
G	ท่านรู้สึกว่ารระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) ในหน่วยงานของท่านอยู่ในระดับใด	1	คงเดิม	1
H	ท่านได้บันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์จำนวนเท่าไร	0.6	เดิม “ในการทำงาน 12 เดือน” ที่ผ่านมา ในประโยค	0.8
I	ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่านอย่างอิสระ	0.8	คงเดิม	0.8

การพัฒนาแบบประเมิน version 1.3

นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และคะแนนจากการประเมินการทดสอบ content validity ของแบบประเมิน version 1.2 มาปรับปรุง ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 48 ข้อ เมื่อนำมาพัฒนาเป็นแบบประเมิน version 1.3 (ภาคผนวก ค) โดย ปรับปรุงข้อคำถาม 10 ข้อ และไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถามเดิม 30 ข้อ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินอีกครั้ง พบว่า แต่ละข้อคำถามได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) ตั้งแต่ 0.6 ถึง 1 และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.93 ดังแสดงในตารางที่ 10

การพัฒนาแบบประเมิน version 1.4

นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการทดสอบ content validity ของแบบประเมิน version 1.3 มาปรับปรุง ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 48 ข้อ เมื่อนำมาพัฒนาเป็นแบบประเมิน version 1.4 โดยตัดข้อคำถามออก 3 ปรับปรุงข้อคำถาม 3 ข้อ และข้อไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถามเดิม 41 ข้อ เหลือข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 10 ได้เป็นแบบประเมิน version 1.4 (ภาคผนวก ง) พบว่า แต่ละข้อคำถามได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) ตั้งแต่ 0.8 ถึง 1 และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.97 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบข้อคำถามแบบประเมิน version 1.3 และ 1.4

Section	Version 1.3	I-CVI ver.1.3	Version 1.4	I-CVI ver.1.4
A	1. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย	1	คงเดิม	1
A	2. กลุ่มงานเภสัชกรรมมีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย	0.8	คงเดิม	0.8
A	3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำางร่วมกันเป็นทีม	0.8	คงเดิม	0.8
A	4. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรม ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน	0.8	คงเดิม	0.8
A	5. เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการ ได้ดีที่สุด	0.8	คงเดิม	0.8
A	6. เรากำลังพัฒนางานด้านระบบยา เพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	1	คงเดิม	1
A	7. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว(part time)หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก(outsource) ที่มีประสิทธิภาพในจำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	0.6	ตัดออก เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับ Patient safety culture ในหน่วยงาน	-
A	7. เจ้าหน้าที่ที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)	1	คงเดิม	1
A	8. ความคลาดเคลื่อนทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก ในกลุ่มงานเภสัชกรรม	1	คงเดิม	1
A	9. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance)	1	คงเดิม	1
A	10. เมื่อภายในหน่วยงานของท่านมีงานยุ่ง จะมีบุคคลจากหน่วยงานอื่นในกลุ่มงานเภสัชกรรมมาช่วยเหลือเสมอ (Call for help)	0.8	คงเดิม	0.8
A	11. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดจะเกิดความรูสึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล	1	คงเดิม	1
A	12. เราประเมินประสิทธิภาพ หลังจากที่ได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	1	คงเดิม	1
A	13. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)	1	คงเดิม	1

ตารางที่ 10 (ต่อ)

Section	Version 1.3	I-CVI ver.1.3	Version 1.4	I-CVI ver.1.4
A	14. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	1	คงเดิม	1
A	15. เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าคุณผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ	1	คงเดิม	1
A	16. เราจัดการปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ได้ดี	1	คงเดิม	1
A	17. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี	1	คงเดิม	1
B	1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้	1	คงเดิม	1
B	2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง	1	คงเดิม	1
B	3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานของฉันจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้ว่าอาจจะเกิดการ ทำงานที่ลดขั้นตอน (Shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	1	คงเดิม	1
B	4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก	1	คงเดิม	1
C	1. เราได้รับข้อมูล feedback เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์	1	คงเดิม	1
C	2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	1	คงเดิม	1
C	3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้	1	คงเดิม	1
C	4. เจ้าหน้าที่ที่กล่าวถึงคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า	1	คงเดิม	1
C	5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก	1	คงเดิม	1
C	6. เจ้าหน้าที่ที่กล่าวถึงจะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง	1	คงเดิม	1

ตารางที่ 10 (ต่อ)

Section	Version 1.3	I-CVI ver.1.3	Version 1.4	I-CVI ver.1.4
D	1. มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับยาของพวกเขา	1	คงเดิม	1
D	2. เภสัชกรใช้เวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษาด้านยากับคนไข้	1	คงเดิม	1
D	3. เภสัชกรแจ้งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับยารายการใหม่ให้กับผู้ป่วย	1	คงเดิม	1
E	1. ช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีการรายงานเหตุการณ์ near miss (ความรุนแรงของอุบัติการณ์ระดับ A,B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1) บ่อยเพียงใด	0.6	ปรับการเรียงเรียงข้อความ	1
E	2. ช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีการรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2 บ่อยเพียงใด	0.6	ปรับการเรียงเรียงข้อความ	1
E	3. ช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีการรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป บ่อยเพียงใด	0.6	ปรับการเรียงเรียงข้อความ	1
F	1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	1	คงเดิม	1
F	2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันอย่างดี	1	คงเดิม	1
F	3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่อระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ	1	คงเดิม	1
F	4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน	0.8	ตัด เพราะคล้ายกับข้อ F2	0.8
F	5. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร	1	คงเดิม	1
F	6. ท่านรู้สึกสบายใจในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล	0.8	คงเดิม	0.8
	7. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ	1	คงเดิม	1
F	8. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority)	1	คงเดิม	1

ตารางที่ 10 (ต่อ)

Section	Version 1.3	I-CVI ver.1.3	Version 1.4	I-CVI ver.1.4
F	9. ดูเหมือนว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลจะสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยแม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น	1	คงเดิม	1
F	10. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	1	คงเดิม	1
F	11. จะไม่เกิดปัญหาค้างขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วยเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ	1	คงเดิม	1
G	ท่านรู้สึกรวาระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) ในหน่วยงานของท่านอยู่ในระดับใด	1	คงเดิม	1
H	ท่านได้บันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์จำนวนเท่าไร	0.8	ตัด เพราะเป็น freely text	-
I	ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่านอย่างอิสระ	0.8	ตัด เพราะเป็น freely text	-

ตารางที่ 11 ข้อคำถามของแบบประเมิน version 1.3 ที่ถูกตัดออก และเหตุผล

Section	ข้อ	คำถามที่ตัดออก	เหตุผล
A	7	7. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (outsourcing) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า การใช้ part time ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับ Patient Safety Culture
F	2	2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี	รวมข้อคำถาม section F ข้อ 2 กับ 4
F	4	4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน	เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าคำถามซ้ำซ้อนกัน
H		ท่านได้บันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์จำนวนเท่าไร	Free-text ไม่มีการตรวจ reliability แบบ Cronbach's alpha
I		ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่านอย่างอิสระ	Free-text ไม่มีการตรวจ reliability แบบ Cronbach's alpha

ตารางที่ 12 สรุปจำนวนข้อคำถาม ค่า I-CVI และ S-CVI ของ version 1

Version	จำนวนคำถาม	I-CVI	S-CVI
1.1	48	0.4-1	0.87
1.2	48	0.6-1	0.92
1.3	48	0.6-1	0.93
1.4	45	0.8-1	0.97

โดยแบบประเมินทุกข้อใน version 1.4 มีค่า I-CVI มากกว่า 0.8 หมายถึง ข้อคำถามแต่ละข้อ มีความชัดเจนและตรงตามวัตถุประสงค์ และค่า S-CVI มากกว่า 0.9 ดังสรุปในตารางที่ 12 นั่นคือ ชุดแบบประเมินโดยรวมมีความน่าเชื่อถือด้านเนื้อหาดีเยี่ยม ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ใน pilot study ต่อไป

ส่วนที่ 3 การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability)

3.1 pilot study

ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน version 2 (ภาคผนวก จ) ในการศึกษาสำรวจ (pilot study) จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงผลข้อสรุปไว้ในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่า Cronbach' Alpha ของแบบประเมินใน pilot study

Section	จำนวนข้อคำถาม	Cronbach's alpha	95% CI	การแปลผล
A	17	0.923	0.870 – 0.954	ดีมาก
B	4	0.73	0.54 – 0.84	พอใช้
C	6	0.97	0.94 – 0.986	ดีมาก
D	3	0.81	0.67 – 0.90	ดี
E	3	0.79	0.63 – 0.89	พอใช้
F	10	0.94	0.88 – 0.97	ดีมาก

โดยแบบประเมินมีค่า Cronbach's alpha มากกว่า 0.7 ทุกโดเมน หมายถึง ผลลัพธ์โดยรวมชี้ให้เห็นว่าแบบประเมินในแต่ละด้านมีความสอดคล้องภายในที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงได้ อีกทั้งคำนวณค่า Cronbach's alpha ของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.965 และมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 0.935–0.978 ซึ่งแสดงถึงความเชื่อมั่นอยู่ในระดับ ดีมาก ผู้วิจัยจึงนำ

แบบประเมินที่ได้มาทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาต่อไป ทั้งนี้ ข้อคำถามใน Section G เป็นการวัดระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 3.37 ± 0.56 คะแนน

3.2 กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผลการคัดเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้วิจัยจะส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามที่ออกโดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พร้อมแนบ link และ QR code ของแบบสอบถามออนไลน์ไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 1 เดือน มีผู้ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 105 คน

จากตารางที่ 14 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 62.9 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 69.5 สถานภาพโสด ร้อยละ 52.4 ไม่มีผู้อยู่ภายใต้การระ บุตรหลาน หรือจำนวนคนที่ต้องเลี้ยงดู ร้อยละ 45.7 มีประสบการณ์การทำงานใกล้เคียงกัน 2 กลุ่ม คือ 1-5 ปี ร้อยละ 31.4 และ 11-20 ปี ร้อยละ 30.5 รับราชการ ร้อยละ 73.3 และตำแหน่งงานมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง ร้อยละ 88.6 โดยมีตำแหน่งงานเภสัชกรรวมบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 41

ตารางที่ 14 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

คุณลักษณะ		จำนวน (n=105)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	20	19
	หญิง	85	81
ช่วงอายุ	21-30 ปี	12	11.4
	31-40 ปี	66	62.9
	41-50 ปี	20	19.0
	51-60 ปี	7	6.7
	61-70 ปี	0	0.0
ระดับการศึกษาสูงสุด	ปริญญาตรี	73	69.5
	ปริญญาโท	22	21.0
	ปริญญาเอก	1	1.0
	หลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน	9	8.6
สถานภาพสมรส	สมรสมีบุตร	41	39.0
	สมรสไม่มีบุตร	7	6.7
	โสด	55	52.4
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่/ม่าย	2	1.9
	ไม่มี	0	0.0
จำนวนผู้อยู่ภายใต้อุปการะ/ จำนวนบุตร-หลาน/ จำนวน คนที่ต้องเลี้ยงดู	มี 1 คน	22	21.0
	มี 2-3 คน	32	30.5
	มี 4 คนขึ้นไป	3	2.9
	ไม่มี	48	45.7
	ไม่มี	0	0.0
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล	11-20 ปี	32	30.5
	1-5 ปี	33	31.4
	6-10 ปี	29	27.6
	น้อยกว่า 1 ปี	2	1.9
	มากกว่า 20 ปี	9	8.6
ประเภทการจ้าง	ข้าราชการบำนาญ ออกนอกระบบเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย	1	1.0
	พนักงานมหาวิทยาลัย	2	1.9
	พนักงานราชการ	6	5.7
	รับราชการ	77	73.3
	ลูกจ้าง โรงพยาบาลรัฐ	4	3.8
	ลูกจ้าง โรงพยาบาลเอกชน	15	14.3
	ไม่มี	0	0.0

ตารางที่ 14 (ต่อ)

คุณลักษณะ		จำนวน (n=105)	ร้อยละ
ตำแหน่งงานมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ใช่	92	87.6
	ไม่ใช่	13	12.4
ตำแหน่งงาน	งานเภสัชกรรมบริการผู้ป่วยนอก	43	41.0
	งานบริบาลเภสัชกรรมคลินิก	15	14.3
	ผู้บริหาร หรือ ระดับหัวหน้าหน่วยงานขึ้นไป	15	14.3
	งานบริหารเภสัชภัณฑ์ ได้แก่ งานจัดซื้อ งานคลังยา	8	7.6
	งานเภสัชกรรมบริการผู้ป่วยใน	8	7.6
	งานเภสัชกรรมการผลิต	6	5.7
	งานเภสัชสนเทศและพัฒนาคุณภาพ	2	1.9
	เภสัชคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	1	1.0
	เภสัชปฐมนูมิ	1	1.0
	TDM	1	1.0
	ปฏิบัติงานหลายตำแหน่ง	5	5.0

ตารางที่ 15 ค่า Cronbach' alpha ของแบบประเมินในการศึกษากลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

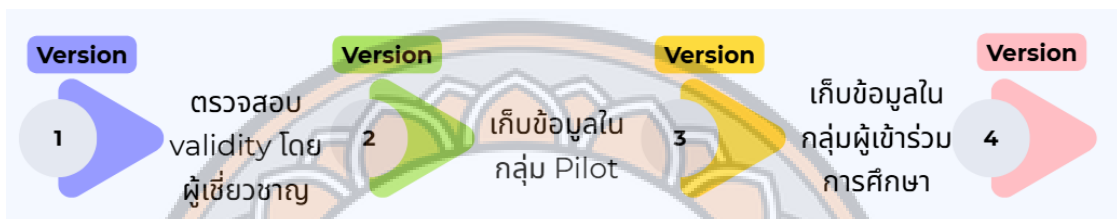
Section	จำนวนข้อคำถาม	Cronbach's alpha	95% CI	การแปลผล
A	17	0.97	0.968 – 0.972	ดีมาก
B	4	0.826	0.799 – 0.853	ดี
C	6	0.883	0.869 – 0.897	ดีมาก
D	3	0.735	0.684 – 0.786	พอใช้
E	3	0.737	0.686 – 0.788	พอใช้
F	10	0.906	0.898 – 0.915	ดีมาก

เมื่อกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา 105 คน ทำแบบประเมิน version 4 (final version) แล้วพบค่า Cronbach's alpha ได้ดังตารางที่ 15 โดยแบบประเมินมีค่า Cronbach's alpha >0.7 ทุกโดเมน และคำนวณค่า Cronbach's alpha ของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.953 และมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ (0.936 – 0.964) ดังแสดงในตารางที่ 15 มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) เท่ากับ 3.56 ± 0.587 คะแนน

บทที่ 5

บทสรุป

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่มุ่งพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล โดยมีการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพดีและนำไปใช้กับงานวิจัยอื่น ๆ ต่อไป โดยสามารถสรุป flow ของการพัฒนาแบบประเมินแต่ละ version ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภาพสรุป flow ของการพัฒนาแบบประเมินในการศึกษา

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปผลจากการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้ 2 ส่วน ดังนี้

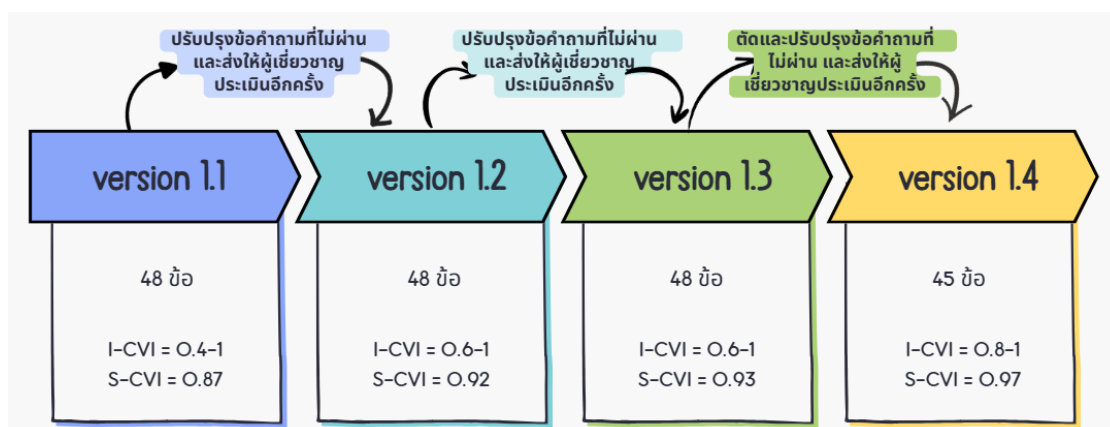
ส่วนที่ 1 การสร้างและพัฒนาแบบประเมิน

ผู้วิจัยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปมาใช้ในการพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจาก 6 ฐานข้อมูล ได้ทั้งหมด 2,817 บทความ มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 100 บทความ นำมาสกัดข้อมูลพบว่า มีเกณฑ์การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรทั้งหมด 48 ข้อ 7 ประเด็น (domains) ได้แก่ 1) พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานของท่าน (กลุ่มงานเภสัชกรรม) 2) หัวหน้างานของท่าน 3) การสื่อสาร ความเปิดกว้าง/เกี่ยวกับข้อผิดพลาด/การตอบสนอง 4) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยของเภสัชกร 5) การรายงานเหตุการณ์ 6) โรงพยาบาลของท่าน 7) Patient safety grade

ส่วนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

2.1 การทดสอบความเที่ยงตรง

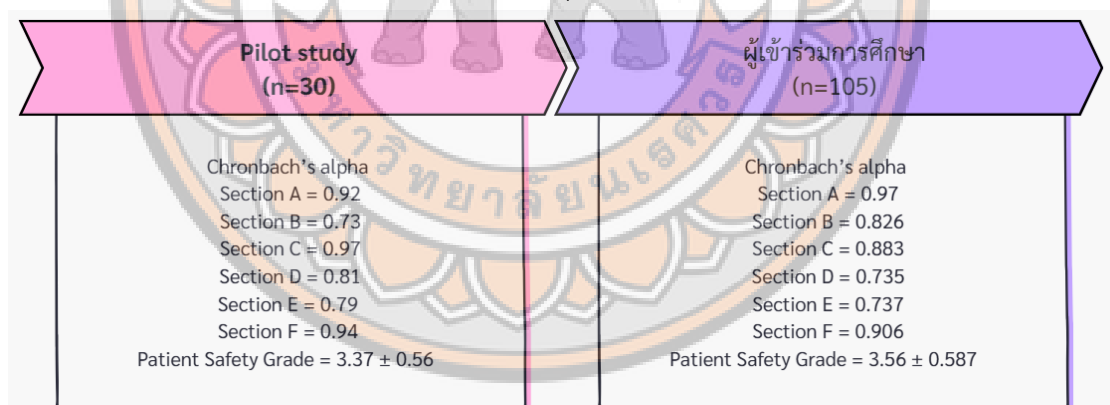
การทดสอบ content validity และ face validity โดยผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมด 3 ครั้ง มีการปรับและตัดคำถามเหลือ 45 ข้อ จนได้คะแนน I-CVI มากกว่า 0.8 และ S-CVI เท่ากับ 0.97 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 สรุปการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมิน

2.2 การทดสอบความเชื่อมั่น

จากการทดสอบ reliability เพื่อหาค่า Cronbach's alpha ใน pilot study พบว่า Section A-F มีค่า Cronbach's alpha มากกว่า 0.7 ทุก section คือ เท่ากับ 0.923, 0.73, 0.97, 0.81, 0.79 และ 0.94 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดสอบ reliability อีกครั้งในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 105 คน พบว่า แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทยที่สร้างขึ้นมีค่า Cronbach's alpha มีค่ามากกว่า 0.7 ทุก section คือเท่ากับ 0.97, 0.826, 0.883, 0.735, 0.737 และ 0.906 ตามลำดับ ดังสรุปในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 สรุปการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย มีความเที่ยงตรงอยู่ในระดับดี มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีเยี่ยม

อภิปรายผลการวิจัย

1. หาโครงสร้างของแบบประเมินโดย systematic review

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อหาโครงสร้างของแบบประเมินในบทความนี้ได้โดเมนของการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล จำนวน

7 โดเมน โดยควรใช้โดเมนเหล่านี้ในกระบวนการพัฒนาประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม โดเมนที่ 7 เป็นการให้ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย มีคำถามเพียง 1 ข้อ จึงไม่สามารถนำไปคำนวณค่า Cronbach's alpha ได้ จึงมีการรายงานผลเป็น ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD

อย่างไรก็ตามในขั้นตอนสืบค้นบทความ ผู้วิจัยได้ทำสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คงเหลือการศึกษาที่ต้องตรวจสอบบทความฉบับเต็ม 417 บทความ และค้นหาคำถามฉบับเต็มได้จำนวน 147 บทความ (คัดออก 270 บทความ) ซึ่งการไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูล อาจเกิดอคติจากการคัดเลือก (selection bias) และการที่งานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความกังวลปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าหลักฐานที่นำมาสังเคราะห์มีข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีบางประการ แม้จะไม่ถึงระดับที่ทำให้ผลลัพธ์ไม่น่าเชื่อถือ แต่ควรใช้ผลการศึกษาระมัดระวังในการตีความและการนำไปใช้

จำนวนข้อคำถามในแต่ละ section แตกต่างกัน อาจเนื่องจากความซับซ้อนของแต่ละ section ไม่เท่ากัน เช่น Section D การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยของเภสัชกร เป็นบทบาทของเภสัชกรโดยเฉพาะ ความซับซ้อนไม่มาก จึงมีเพียง 3 คำถาม ในขณะที่ Section A พื้นที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเภสัชกรรม มีพฤติกรรมหลากหลาย และอาจมีความซับซ้อนมากกว่า จึงมีคำถามถึง 17 คำถาม เป็นต้น

ในกระบวนการพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยทั่วไปอาจมีการทดสอบความเข้าใจของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ตอบจริง (cognitive interview) เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อคำถาม รวมถึงตรวจสอบว่ามีถ้อยคำใดที่คลุมเครือหรือยากต่อการทำความเข้าใจหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ดำเนินการในขั้นตอนดังกล่าว เนื่องจากข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นการดัดแปลงมาจากแบบประเมิน HSOPSC และ PSOPSC ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาและผ่านการทดสอบความเหมาะสมมาแล้ว นอกจากนี้ แบบสอบถามยังได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความชัดเจนของข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ในขั้นตอนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

2. การพัฒนาแบบประเมิน

2.1 การทดสอบความเที่ยงตรง (validity)

จากกระบวนการพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย ได้มีการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Item-Content Validity Index: I-CVI) ผลการประเมินพบว่า ข้อคำถามบางข้อมีค่า I-CVI ต่ำกว่า 0.80 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ปัญหาที่พบในข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มีดังนี้

1. การใช้ถ้อยคำหรือการเรียงเรียงข้อความไม่ชัดเจน ทำให้ตีความได้หลายความหมาย
2. ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับมิติหรือหัวข้อของแบบประเมิน
3. มีความซ้ำซ้อนของเนื้อหาระหว่างข้อคำถาม

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. การใช้ถ้อยคำที่ผู้ตอบแบบประเมินอาจเข้าใจยาก หรือมีการใช้ศัพท์เชิงวิชาการมากเกินไป ทำให้ความหมายคลาดเคลื่อน

2. ข้อคำถามขาดความจำเพาะเจาะจง หรือไม่ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิดที่กำหนด

ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขถ้อยคำและเนื้อหาของข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และพิจารณาความเหมาะสมเชิงเนื้อหาในแต่ละมิติอย่างรอบคอบ โดยมีการส่งแบบประเมินฉบับปรับปรุงให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินซ้ำทุกครั้งหลังการแก้ไข จนกระทั่งข้อคำถามทุกข้อมีค่า I-CVI ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือวิจัยฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จึงสามารถนำไปใช้ในการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) เนื่องจากข้อจำกัดด้านขนาดตัวอย่าง ซึ่งอาจไม่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบให้มีความเสถียร โดย Joseph F. Hair และคณะ ระบุว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบควรดำเนินการเมื่อมีขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ โดยทั่วไปควรมีอย่างน้อย 5-10 เท่าของจำนวนข้อคำถาม (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดมิติของแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และมีการนำข้อคำถามบางส่วนมาแบบประเมิน Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) และ Pharmacy Survey on Patient Safety Culture (PSOPSC) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) มาแล้ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่ได้ดำเนินการทดสอบ construct validity ซ้ำอีกครั้งในการศึกษา

2.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability)

การศึกษานี้ใช้การทดสอบ reliability โดยวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ทั้งหมด 2 ครั้ง

2.3 Pilot study

ผลการประเมินความเชื่อมั่นใน pilot study ของแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ พบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.965 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องภายในสูง และสามารถวัดตัวแปรตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่าง

มีความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่า Cronbach's alpha (0.935–0.978) ยังอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงความเสถียรของเครื่องมือวัด แม้ใช้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาในการศึกษานำร่องที่มีขนาดไม่มากนัก (30 คน) อย่างไรก็ตาม ข้อคำถาม section G ที่วัดระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) มีคำถามเพียง 1 ข้อ จึงไม่สามารถประเมินความเชื่อมั่นด้วยค่า Cronbach's alpha ได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ค่า I-CVI จากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งพบว่า มีความเหมาะสมในการวัดตัวแปรตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา จึงมีการรายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย $\pm$ SD

เมื่อพิจารณาค่า reliability ของแต่ละ section พบว่า ทุก section มีค่า Cronbach's alpha ตั้งแต่ระดับพอใช้ถึงระดับดีมาก โดยส่วนใหญ่มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.80 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสังคมศาสตร์ (Polit & Beck, 2006) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nunnally และ Bernstein ซึ่งเสนอว่าเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ควรมีค่า Cronbach's alpha ไม่น้อยกว่า 0.70 เพื่อให้สามารถยอมรับได้ในเชิงความเชื่อมั่น (Nunnally & Bernstein, 1994) ทั้งนี้ ค่า Cronbach's alpha ที่อยู่ในระดับสูงมากในบางส่วนของแบบสอบถาม โดยเฉพาะในส่วนที่มีค่าเกิน 0.90 อาจสะท้อนถึงความสอดคล้องของเนื้อหาข้อคำถามที่วัดโครงสร้างเดียวกันอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการออกแบบเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม นักวิจัยบางรายได้เสนอว่า ค่า Cronbach's alpha ที่สูงมากอาจบ่งชี้ถึงความซ้ำซ้อนของข้อคำถามบางข้อได้ ดังนั้น การพิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือจึงควรอาศัยทั้งการประเมินความเชื่อมั่นเชิงสถิติและการพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาในเชิงคุณภาพร่วมกัน (Bonett, 2002; DeVellis & Thorpe, 2017; Tavakol & Dennick, 2011) ทั้งนี้ Section ที่มีค่า Cronbach's alpha ที่สูง อาจเกิดจากคำถามใน section มีความซ้ำซ้อนกัน อาจใช้สถิติมาวิเคราะห์และแสดงเพิ่มเติม เช่น Exploratory Factor Analysis (EFA) มาวิเคราะห์ เพื่อให้ทราบถึง factor loading โดยหากทำแล้ว section ที่มีข้อคำถามมาก อาจมี 2 มิติย่อยด้วยค่าทางสถิติ หรือมีมิติย่อยอยู่ในมิติใหญ่

ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยเดิมที่ใช้แบบสอบถามในการประเมินความคิดเห็นทัศนคติ หรือการตัดสินใจทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งรายงานค่า Cronbach's alpha ของเครื่องมืออยู่ในช่วง 0.80–0.95 และสรุปว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ใช้ในบริบทต่างประเทศ เช่น Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นรวมสูงถึง 0.945 และระหว่าง 0.785–0.899 ในระดับมิติ (Sexton et al., 2006) หรืออีกงานศึกษาที่รายงาน SAQ มีค่า Cronbach's alpha 0.86 (Mbuthia & Moleki, 2020) เครื่องมือ HSOPSC ที่ถูกดัดแปลงในบริบทเยอรมันมีค่าอยู่ระหว่าง 0.61–0.87 (Pfeiffer & Manser, 2010) ในสวีเดนอยู่ที่

0.60–0.87 (Nordin, Wilde-Larsson, Nordström, & Theander, 2013) และในบราซิลที่มีค่า alpha รวม 0.92 (Andrade et al., 2017) การที่แบบสอบถามในงานวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับใกล้เคียงหรือสูงกว่างานวิจัยที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ ตั้งแต่การกำหนดตัวแปร การสร้างข้อคำถาม การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ไปจนถึงการทดสอบในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษานำร่อง ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่า แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมากทั้งในภาพรวมและรายด้าน มีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาจริง และสามารถสนับสนุนความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.4 กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

จากตารางที่ 14 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา สามารถอภิปรายความคล้ายคลึงของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษากับประชากรเภสัชกรโรงพยาบาลไทย ได้ดังนี้

1. เพศ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งเป็น เพศหญิง (ร้อยละ 81) ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรวิชาชีพเภสัชกรรมของประเทศไทย โดยข้อมูลจาก สภาเภสัชกรรม (สภาเภสัชกรรม, 2567) รายงานว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในประเทศไทยมีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในสายงานโรงพยาบาล

2. อายุ

ผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งอยู่ในช่วงอายุ 31–40 ปี (ร้อยละ 62.9) รองลงมาคือ 41–50 ปี (ร้อยละ 19) และ 21–30 ปี (ร้อยละ 11.4) สะท้อนว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งเป็นเภสัชกรวัยกลางคน ซึ่งโดยโครงสร้างบุคลากรในโรงพยาบาลของภาครัฐ ภายใต้การกำกับของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) พบว่า เภสัชกรส่วนใหญ่อยู่อายุในช่วงอายุ 30–45 ปี เช่นเดียวกัน

3. วุฒิการศึกษา

กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งจบปริญญาตรี (ร้อยละ 69.5) และปริญญาโท (ร้อยละ 21) ซึ่งสะท้อนภาพรวมของเภสัชกรโรงพยาบาลไทย ที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้วยวุฒิปริญญาตรีเป็นหลัก และมีสัดส่วนศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาเพิ่มขึ้นในช่วงหลัง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

4. ประสบการณ์ทำงาน

กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษามีประสบการณ์ทำงานกระจายตัวค่อนข้างสมดุล (1–5 ปี ร้อยละ 31.4, 6–10 ปี ร้อยละ 27.6%, 11–20 ปี ร้อยละ 30.5) ซึ่งใกล้เคียงกับโครงสร้างบุคลากรจริงที่มีทั้งรุ่นใหม่และรุ่นกลางจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม สัดส่วนผู้มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปีมีเพียง ร้อยละ 8.6 อาจทำให้มุมมองเชิงนโยบายหรือเชิงบริหารระดับสูงถูกสะท้อนในสัดส่วนที่จำกัด

5. ตำแหน่งงาน

กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็น เภสัชกร รวมเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาคือหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน และตำแหน่งบริหาร ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างองค์กรโรงพยาบาลที่มีเภสัชกรระดับปฏิบัติการเป็นสัดส่วนมากที่สุด

สามารถกล่าวได้ว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษามีความคล้ายคลึงกับประชากรเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย และสามารถสะท้อนความคิดเห็นของประชากรเป้าหมายได้

ผลการประเมินความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นสูง (Cronbach's alpha > 0.80) และค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.953 โดย 95% CI (0.936 – 0.964) ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดว่าค่า Cronbach's alpha มากกว่า 0.70 ถือว่ามีความน่าเชื่อถือเพียงพอสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และสุขภาพ

- **Section A, C และ F** มีค่า Cronbach's alpha สูงมาก (>0.90) แสดงถึงความสอดคล้องภายในของข้อคำถามที่ดีเยี่ยม
- **Section B** อยู่ในระดับดี (0.826) ซึ่งยังถือว่ามีความน่าเชื่อถือ
- **Section D และ E** มีค่าอยู่ในระดับพอใช้ (ประมาณ 0.73) อาจเกิดจากจำนวนข้อคำถามที่น้อย (เพียง 3 ข้อ) ทำให้ความแปรปรวนของข้อมูลสูงขึ้น ส่งผลต่อค่าความเชื่อมั่น

ผลนี้สอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่า จำนวนข้อคำถามมีผลต่อค่า Cronbach's alpha ยังมีจำนวนข้อมาก ความเชื่อมั่นมักสูงขึ้น ดังนั้นหากต้องการเพิ่มความน่าเชื่อถือใน Section D และ E อาจพิจารณาเพิ่มจำนวนข้อคำถามหรือปรับปรุงเนื้อหาให้มีความชัดเจนมากขึ้น (Cronbach, 1951; DeVellis & Thorpe, 2017; Feldt, 1965)

งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการทดสอบ corrected item total correlation เนื่องจาก ค่า Cronbach's alpha ของทุก section มีค่ามากกว่า 0.7 อย่างไรก็ตามเมื่อมีการทดสอบแล้ว พบว่า ใน section B หัวหน้าของท่าน ที่มีข้อคำถาม 4 ข้อ และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.728 มีข้อคำถาม 1 ข้อที่ได้ corrected item total correlation เพียง 0.174 และหากตัดข้อคำถามนี้ไปจะทำให้

ให้ค่า Cronbach's alpha ของ section B เพิ่มขึ้นเป็น 0.877 แต่ข้อคำถามใน section นี้จะเหลือเพียง 3 ข้อดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 แสดงข้อคำถามและ Item-Total Statistics ใน Section B หัวหน้าของท่าน

คำถามใน Section B	CITC	α^{**} if Item Deleted
1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้	.571	.635
2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง	.744	.536
3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานของฉันจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้ว่าอาจจะเกิดการทำงานที่ลดขั้นตอน (Shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	.174	.877
4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก	.725	.559

*CITC = Corrected Item-Total Correlation

** α = ค่า Cronbach's alpha

ข้อจำกัดในการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดในการศึกษา

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการศึกษาได้แก่

1. ขนาดตัวอย่างและการเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นระยะเริ่มต้นของการพัฒนาเครื่องมือ โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อน เนื่องจากการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง เช่น Exploratory Factor Analysis (EFA) จำเป็นต้องใช้ขนาดตัวอย่างที่มากเพียงพอ โดยทั่วไปอย่างน้อย 5–10 เท่าของจำนวนข้อคำถาม (Hair et al., 2010) ซึ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษามีเพียง 105 คน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตเพื่อทดสอบ construct validity อย่างเป็นระบบ

2. การใช้แบบสอบถามแบบรายงานตนเอง (Self-report)

ข้อมูลอาจได้รับผลกระทบจากอคติการตอบตามแนวโน้มของสังคม (social desirability bias) กล่าวคือ ผู้ตอบอาจเลือกคำตอบที่สะท้อนภาพลักษณ์เชิงบวกของตนเองหรือหน่วยงาน มากกว่าความคิดเห็นหรือพฤติกรรมที่แท้จริง โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและการจัดการความคลาดเคลื่อน ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความอ่อนไหวในเชิงวิชาชีพ

3. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

ใช้เฉพาะ Cronbach's alpha ซึ่งวัดความสอดคล้องภายใน แต่ไม่ได้ตรวจสอบโครงสร้างเชิงปัจจัย (factor structure) อย่างละเอียด

4. การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

แม้ผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ แต่จำนวนผู้เชี่ยวชาญมีจำกัด และไม่ได้ใช้การวิเคราะห์เชิงสถิติขั้นสูง เช่น CVR หรือ CFA

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มขนาดและความหลากหลายของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา เพื่อให้สามารถนำไปวิเคราะห์ factor analysis
2. ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) หรือการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA)
3. บาง section ที่มีค่า Cronbach's alpha ต่ำ เช่น Section D และ E อาจพิจารณาเพิ่มจำนวนข้อคำถาม เพื่อยกระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
4. ในการนำแบบประเมินไปใช้ในการปฏิบัติจริง ควรจัดให้มีแนวทางเบื้องต้นสำหรับการแปลผลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถตีความข้อมูลได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกัน โดยอาจใช้ค่าเฉลี่ยรายข้อและรายมิติเป็นหลักในการประเมินภาพรวมของแต่ละด้าน เพื่อระบุประเด็นที่เป็นจุดแข็งและประเด็นที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม นอกจากนี้ หรือรายงานผลในรูปแบบร้อยละของคำตอบเชิงบวก (% positive response) เนื่องจากเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินคุณภาพในระบบสุขภาพ เช่น แนวทางของ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ในแบบประเมิน Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) ซึ่งจัดให้ค่าร้อยละคำตอบเชิงบวกตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไปเป็นด้านที่มีความเข้มแข็ง ส่วนค่าที่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ถือเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญและเร่งพัฒนา แนวทางดังกล่าวสามารถใช้เป็นกรอบเบื้องต้นเพื่อช่วยให้การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูลจากแบบประเมินเป็นไปอย่างมีทิศทาง และสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. เนื่องจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจต้องการขนาดตัวอย่างที่เพียงพอเพื่อให้ได้โครงสร้างที่มีเสถียรภาพ โดยทั่วไปแนะนำให้มือน้อยกว่า 5–10 คนต่อหนึ่งข้อคำถาม และควรมีขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 200 คน (Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2013) ดังนั้น การวิจัยในอนาคตที่มีขนาดตัวอย่างมากขึ้นควรพิจารณาดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเพิ่มเติม

งานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยดำเนินการตั้งแต่การกำหนดโครงสร้างของแบบประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ไปจนถึงการทดสอบความเชื่อมั่นทั้งในกลุ่มนัรื่องและกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงอยู่ในระดับดี และมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมากถึงดีเยี่ยม สะท้อนถึงคุณภาพของเครื่องมือวัดที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลได้อย่างน่าเชื่อถือ

แบบประเมินนี้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในงานวิจัย การประเมินตนเองของหน่วยงานเภสัชกรรม และการพัฒนาคุณภาพระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับองค์กรและระดับประเทศต่อไป อย่างไรก็ตาม การศึกษาในอนาคตควรขยายกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และใช้ตัวชี้วัดด้านความเชื่อมั่นเพิ่มเติม เพื่อยืนยันความแข็งแรงของเครื่องมือและเพิ่มความสามารถในการอธิบายปรากฏการณ์ทางคลินิกได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- ฉัตรารณณ์ ชุ่มจิต, และเขาวลักษณ์ อ่ำราไฟ. (2553). การจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยา
ในโรงพยาบาล: บทวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสในการพัฒนา [Medication system
management for drug safety in hospitals: Problem analysis and development
opportunities]. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 4(1), 15-23.
- นันทกา สวัสดิพานิช, และสุจิตร์ เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยข้าม
วัฒนธรรม เทคนิค และประเด็นที่ต้องพิจารณา [Translation of tools for cross-cultural
research: techniques and considerations]. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 10.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). *Development and validation of research instruments:
psychometric properties*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- ล้วน สายยศ, และอังคณา สายยศ. (2540). สถิติวิทยาทางการวิจัย. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วณิษฐ วราขุน. (2560). Patient Safety Goals ในมุมมองเภสัชกร. หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม.
- วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. (2557). เทคนิควิจัยทางสังคมศาสตร์ [Social Science Research
Techniques]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2560). การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
และประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย [Hospital Safety Culture Survey Online].
Retrieved from [https://www.ha.or.th/TH/Contents/ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความ
ปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์](https://www.ha.or.th/TH/Contents/ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์).
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2567). ถอดบทเรียนการดำเนินโครงการ
พัฒนากลไกเพื่อคุณภาพความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมระยะเวลา
ดำเนินการ ปี 2561-2564. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). Safety Culture Survey.
สภาเภสัชกรรม. (2567). รายงานสถิติสมาชิกผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ประจำปี 2567.
Retrieved from <https://www.pharmacycouncil.org>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข สังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566. Retrieved from
<https://bps.moph.go.th>

อำพล อรดี. (2561). วัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Abdurabuh, A., Hamid, M. D., Che Hassan, C. R., & Fatani, M. I. (2024). Evaluating the impact of hospital accreditation on patient safety culture in Saudi Arabia healthcare facilities. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 5021–5033. <https://doi.org/10.2147/jmdh.S480496>

Aboneh, E. A., Look, K. A., Stone, J. A., Lester, C. A., & Chui, M. A. (2016). Psychometric properties of the AHRQ Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture: a factor analysis. *BMJ Quality & Safety*, 25(5), 355-363. doi:10.1136/bmjqs-2015-004001

Aboneh, E. A., Stone, J. A., Lester, C. A., & Chui, M. A. (2020). Evaluation of Patient Safety Culture in Community Pharmacies. *Journal of Patient Safety*, 16(1), e18-e24. doi:10.1097/pts.0000000000000245

Abreu, I. M., Rocha, R. C., Avelino, F., Guimarães, D. B. O., Nogueira, L. T., & Madeira, M. Z. A. (2019). Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(spe), e20180198. doi:10.1590/1983-1447.2019.20180198

Abrishami, R., Golestani, K., Farhang Ranjbar, M., Ghasemie Abarghouie, M. H., & Ghadami, A. (2024). A survey on the effects of patient safety training programs based on SBAR and FMEA techniques on self-efficacy and patient safety culture. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 66. doi:10.4103/jehp.jehp_194_23

Abuosi, A. A., Poku, C. A., Attafuah, P. Y. A., Anaba, E. A., Abor, P. A., Setordji, A., & Nketiah-Amponsah, E. (2022). Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. *PloS One*, 17(10), e0275606. doi:10.1371/journal.pone.0275606

Adams-Pizarro, I., Walker, Z., Robinson, J., Kelly, S., & Toth, M. (2008). Advances in Patient Safety Using the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture as an Intervention Tool for Regional Clinical Improvement Collaboratives. In K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes, & M. L. Grady (Eds.), *Advances in Patient*

- Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Adamson, L., Beldham-Collins, R., Sykes, J., & Thwaites, D. (2022). Safety culture and incident learning systems in radiation oncology: Staff perceptions across Australia and New Zealand. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 66(2), 299-309. doi:10.1111/1754-9485.13335
- Afework, A., Tamene, A., Tesfaye, A., Tafa, A., & Gemedede, S. (2023). Status and Factors Affecting Patient Safety Culture at Dilla University Teaching Hospital: A Mixed-Method Cross-Sectional Study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 1157-1169. doi:10.2147/rmhp.S419990
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2022). What is patient safety culture? . Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
- Al-Awa, B., Al Mazrooa, A., Rayes, O., El Hati, T., Devreux, I., Al-Noury, K., Habib, H., . . . El-Deek, B. S. (2012). Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. *Annals of Saudi Medicine*, 32(2), 143-150. doi:10.5144/0256-4947.2012.143
- Al-Dossary, R. N. (2023). Nurses' Perceptions of the Clinical Decision Support System Effect on Patient Safety. *Safety*, 9(4). doi:10.3390/safety9040086
- Al-Khalifa, K. S., Shahin, S. Y., AlSharief, M., Asiri, A., AlYousef, Y., & Nazir, M. (2024). Patient safety culture perceptions among dentists in the eastern region of Saudi Arabia. *BMC Oral Health*, 24(1), 826. doi:10.1186/s12903-024-04610-1
- Al-Mandhari, A., Al-Zakwani, I., Al-Kindi, M., Tawilah, J., Dorvlo, A. S., & Al-Adawi, S. (2014). Patient safety culture assessment in oman. *Oman Medical Journal*, 29(4), 264-270. doi:10.5001/omj.2014.70
- Al-Surimi, K., Alwabel, A. M., Bawazir, A., & Shaheen, N. A. (2021). Road towards promoting patient safety practices among hospital pharmacists: Hospital-based baseline patient safety culture assessment cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore)*, 100(2), e23670. doi:10.1097/md.00000000000023670
- Al-Surimi, K., Najjar, S., Al Quidaihi, A., & Masuadi, E. (2021). The Impact of a National Accreditation Program on Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital: Pre- and

Post-Evaluation Study. *Glob J Qual Saf Healthc*, 4(1), 18-26. doi:10.36401/jqsh-20-30

- Al Ma'mari, Q., Al Omari, O., & Sharour, L. A. (2022). Exploring Frequency of Event Reporting as Perceived by Intensive Care Unit Nurses in the Sultanate of Oman: A quality improvement project. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 22(1), 28-36. doi:10.18295/squmj.4.2021.055
- Alahmadi, H. A. (2010). Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*, 19(5), e17. doi:10.1136/qshc.2009.033258
- Alenezi, A., Pandaan, R. P. M., Almazan, J. U., Pandaan, I. N., Casison, F. S., & Cruz, J. P. (2019). Clinical practitioners' perception of the dimensions of patient safety culture in a government hospital: A one-sample correlational survey. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24), 4496-4503. doi:10.1111/jocn.15038
- Algethami, F., Alasmari, A. S., Alessa, M. K., Alhamid, A. A., Ateeq, M. K., Alsulami, H., . . . Alruwaili, S. F. (2024). Patient safety culture in a tertiary care hospital in Makkah, Saudi Arabia, a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 883. doi:10.1186/s12913-024-11310-7
- Aljaffary, A., Al Yaqoub, F., Al Madani, R., Aldossary, H., & Alumran, A. (2021). Patient Safety Culture in a Teaching Hospital in Eastern Province of Saudi Arabia: Assessment and Opportunities for Improvement. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 3783-3795. doi:10.2147/rmhp.S313368
- Alkahf, D., & Alonazi, W. (2024). Exploring the safety reporting culture among healthcare practitioners in Saudi hospitals: a comprehensive 2022 national study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 769. doi:10.1186/s12913-024-11160-3
- Alrasheadi, B. A., Alamri, M. S., Aljohani, K. A., Al-Dossary, R., Albaqawi, H., Alharbi, J., . . . Almazan, J. U. (2022). Nurses' perception of safety culture in medical-surgical units in hospitals in Saudi Arabia. *Medicina*, 58(7), 897. doi:10.3390/medicina58070897
- Alrasheeday, A. M., Alkubati, S. A., Alqalah, T. A. H., Alrubaiee, G. G., Pasay-An, E., Alshammari, B., . . . Loutfy, A. (2024). Nurses' perceptions of patient safety culture and adverse events in Hail City, Saudi Arabia: A cross-sectional

approach to improving healthcare safety. *BMJ Open*, 14(9).

doi:10.1136/bmjopen-2024-084741

Alsaleh, F. M., Abahussain, E. A., Altabaa, H. H., Al-Bazzaz, M. F., & Almandil, N. B.

(2018). Assessment of patient safety culture: a nationwide survey of community pharmacists in Kuwait. *BMC Health Services Research*, 18(1), 884.

doi:10.1186/s12913-018-3662-0

Alshammari, F., Pasay-an, E., Alboliteeh, M., Alshammari, M. H., Susanto, T., Villareal, S.,

Indonto, M. C., . . . Gonzales, F. (2019). A survey of hospital healthcare professionals' perceptions toward patient safety culture in Saudi Arabia.

International Journal of Africa Nursing Sciences, 11, 100149.

doi:10.1016/j.ijans.2019.100149

Alsulami, A., A'Aqoulah, A., & Almutairi, N. (2022). Patient safety culture awareness among healthcare providers in a tertiary hospital in Riyadh, Saudi Arabia.

Frontiers in Public Health, 10, 953393. doi:10.3389/fpubh.2022.953393

Amarneh, B. H., & Al Nobani, F. (2022). The influence of physician-nurse collaboration on patient safety culture. *Heliyon*, 8(9), e10649.

doi:10.1016/j.heliyon.2022.e10649 External Link

Andrade, L. E. L., Melo, L. O. M., Silva, I. G. D., Souza, R. M., Lima, A. L. B., Freitas, M. R.,

Batista, A. M., . . . Gama, Z. A. D. S. (2017). Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, 26(3), 455-468. doi:10.5123/S1679-49742017000300004

Ansari, S. P., Rayfield, M. E., Wallis, V. A., Jardine, J. E., Morris, E. P., & Prosser-Snelling, E.

(2020). A safety evaluation of the impact of maternity-orientated human factors training on safety culture in a tertiary maternity unit. *Journal of Patient Safety*, 16(4), e359-e366. doi:10.1097/pts.0000000000000609

Anthoine, E., Moret, L., Regnault, A., Sebille, V., & Hardouin, J. B. (2014). Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health Qual Life Outcomes*, 12, 176.

doi:10.1186/s12955-014-0176-2

- Azyabi, A., Karwowski, W., & Davahli, M. R. (2021). Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5). doi:10.3390/ijerph18052466
- Azyabi, A., Karwowski, W., Hancock, P., Wan, T. T. H., & Elshennawy, A. (2022). Assessing Patient Safety Culture in United States Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4). doi:10.3390/ijerph19042353
- Bahrami, M. A., Chalak, M., Montazeralfaraj, R., & Dehghani Tafti, A. (2014). Iranian nurses' perception of patient safety culture. *Iran Red Crescent Med J*, 16(4), e11894. doi:10.5812/ircmj.11894
- Banaszak-Holl, J., Reichert, H., Todd Greene, M., Mody, L., Wald, H. L., Crnich, C., . . . Meddings, J. (2017). Do Safety Culture Scores in Nursing Homes Depend on Job Role and Ownership? Results from a National Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2244-2250. doi:10.1111/jgs.15030
- Banna, J. C., Buchthal, O. V., & Tauyan, S. (2015). Assessing Face Validity of a Food Behavior Checklist for Limited-resource Filipinos. *Hawaii J Med Public Health*, 74(10), 334-340.
- Bartoníčková, D., Kalánková, D., Mikšová, Z., Žiaková, K., & Mazalová, L. (2019). Patient safety culture from a nursing point of view in a broader context. *Kontakt*, 21(2), 121-127. doi:10.32725/kont.2018.008
- Bashir, H., Barkatullah, M., Raza, A., Mushtaq, M., Khan, K. S., Saber, A., & Ahmad, S. (2024). Practices Used to Improve Patient Safety Culture Among Healthcare Professionals in a Tertiary Care Hospital. *Glob J Qual Saf Healthc*, 7(1), 9-14. doi:10.36401/jqsh-23-10
- Bastos, J. L., Duquia, R. P., González-Chica, D. A., Mesa, J. M., & Bonamigo, R. R. (2014). Field work I: Selecting the instrument for data collection. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 89(6), 918-923. doi:10.1590/abd1806-4841.20143884
- Batalha, E., Borges, E., & Melleiro, M. M. (2024). Association between patient safety culture and professional quality of life among nursing professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 58, e20230359. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0359en

- Bonds, R. L. (2018). SBAR tool implementation to advance communication, teamwork, and the perception of patient safety culture. *Creative Nursing*, 24(2), 116-123. doi:10.1891/1078-4535.24.2.116
- Bonett, D. G. (2002). Sample size requirements for estimating coefficient alpha. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 27(4), 335-340. doi:10.3102/10769986027004335
- Boynton, P. M., & Greenhalgh, T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ*, 328(7451), 1312-1315. doi:10.1136/bmj.328.7451.1312
- Brás, C. P. C., Ferreira, M. M. C., de Figueiredo, M. D. C. A. B., & Duarte, J. C. (2023). Patient safety culture in nurses' clinical practice. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31. doi:10.1590/1518-8345.6231.3837
- Bujang, M. A., Omar, E. D., Foo, D. H. P., & Hon, Y. K. (2024). Sample size determination for conducting a pilot study to assess reliability of a questionnaire. *Restor Dent Endod*, 49(1), e3. doi:10.5395/rde.2024.49.e3
- Carvalho, R., Bates, D. W., Syrowatka, A., Almeida, I., Sousa, L., Goncalves, J., . . . Alencar, A. P. (2023). Factors determining safety culture in hospitals: a scoping review. *BMJ Open Qual*, 12(4). doi:10.1136/bmjopen-2023-002310
- Chen, I. C., & Li, H. H. (2010). Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 10. doi:10.1186/1472-6963-10-152
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- David L. Streiner, G. R. N., John Cairney. (2014). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Davoodi, R., Mohammadzadeh Shabestari, M., Takbiri, A., Soltanifar, A., Sabouri, G., Rahmani, S., & Moghiman, T. (2013). Patient Safety Culture Based on Medical Staff Attitudes in Khorasan Razavi Hospitals, Northeastern Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 42(11), 1292-1298.
- de Carvalho Lemos, G., da Mata, L. R. F., Ribeiro, H. C. T. C., Menezes, A. C., de Sousa Penha, C., Valadares, R. M. C., & Castro, M. S. R. (2022). Patient safety culture

- in three hospital institutions: Nursing team perspective. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36. doi:10.18471/rbe.v36.43393
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4ed.). California: Sage Publications.
- DeVon Holli A, B. M. E., Moyle-Wright P, Ernst Diane M, Hayden Susan J, Lazaara Deborah J, et al. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 155-164.
- Draganović, Š., & Offermanns, G. (2022). Patient safety culture in Austria and recommendations of evidence-based instruments for improving patient safety. *PloS One*, 17(10 October). doi:10.1371/journal.pone.0274805
- Drost, E. (2011). Validity and Reliability in Social Science Research. *Education Research and Perspectives*, 38, 105-124.
- Ebrahimabadi, M., Karimy, M., Poorcheraghi, H., Salahshoor, V. N., Fournier, A., & Abedi, A. (2022). Perspectives of teaching hospitals' medical staff of the dimensions of patient safety culture. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 8(1), 15-22. doi:10.32598/JCCNC.8.1.277.4
- Farzi, S., Moladoost, A., Bahrami, M., Farzi, S., & Etminani, R. (2017). Patient Safety Culture in Intensive Care Units from the Perspective of Nurses: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(5), 372-376. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_150_16
- Fassarella, C. S., Silva, L. D. D., Camerini, F. G., & Figueiredo, M. (2019). Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 767-773. doi:10.1590/0034-7167-2018-0376
- Feldt, L. S. (1965). Statistical Tests and Confidence Intervals for Cronbach's Coefficient Alpha. *Psychometrika*, 30(3), 357-370. doi:10.1007/BF02289499
- Franklin, M., & Sorra, J. (2018). *Community pharmacy survey on patient safety culture: User's guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/pharmacy/index.html>
- Fujita, S., Wu, Y., Iida, S., Nagai, Y., Shimamori, Y., & Hasegawa, T. (2019). Patient safety management systems, activities and work environments related to hospital-

- level patient safety culture: A cross-sectional study. *Medicine (United States)*, 98(50). doi:10.1097/MD.00000000000018352
- Gambashidze, N., Hammer, A., Wagner, A., Rieger, M. A., Brösterhaus, M., Van Vegten, A., & Manser, T. (2021). Influence of gender, profession, and managerial function on clinicians' perceptions of patient safety culture: A cross-national cross-sectional study. *Journal of Patient Safety*, 17(4), e280-e287. doi:10.1097/pts.0000000000000585
- Granel-Giménez, N., Palmieri, P. A., Watson-Badia, C. E., Gómez-Ibáñez, R., Leyva-Moral, J. M., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2022). Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2). doi:10.3390/ijerph19020939
- Granel, N., Manresa-Domínguez, J. M., Watson, C. E., Gómez-Ibáñez, R., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Nurses' perceptions of patient safety culture: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 20(1). doi:10.1186/s12913-020-05441-w
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hameed, S., Humayun, A., Yaqoob, M., & Rehm, M. H. (2023). Patient Safety Culture: A Healthcare Provider's Prospect. *Cureus*, 15(12), e49989. doi:10.7759/cureus.49989
- Hamid, S., Joyce, F., Burza, A., Yang, B., Le, A., Saleh, A., & Poston, R. S. (2021). OR and ICU teams 'running in parallel' at the end of cardiothoracic surgery improves perceptions of handoff safety. *BMJ Open Quality*, 10(1). doi:10.1136/bmjopen-2020-001001
- Hannah, K. L., Schade, C. P., Lomely, D. R., Ruddick, P., & Bellamy, G. R. (2008). *Advances in Patient Safety Hospital Administrative Staff vs. Nursing Staff Responses to the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

- Hansen, T. I., Segtnan, H. L., & Håberg, A. K. (2016). Initial assessment of reliability of a self-administered web-based neuropsychological test battery. *Computers in Human Behavior*, 63, 382-387. doi:10.1016/j.chb.2016.05.063
- Hebballi, N. B., Kilcullen, M. P., Broussard, M., Ottosen, M. J., Thomas, E. J., Salas, E., & Tsao, K. (2024). Attending physicians and trainees' perspective of patient safety culture in operating room: A mixed methods study. *Journal of Pediatric Surgery Open*, 7, 100152. doi:10.1016/j.yjpso.2024.100152
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (2nd ed.). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Hurtado-Arenas, P., Guevara, M. R., & González-Chordá, V. M. (2024). Patient Safety Culture from a Nursing Perspective in a Chilean Hospital. *Nursing Reports*, 14(2), 1439-1451. doi:10.3390/nursrep14020108
- Johnson, J., Latif, A., Randive, B., Kadam, A., Rajput, U., Kinikar, A., . . . Milstone, A. M. (2021). Implementation of the Comprehensive Unit-Based Safety Program to Improve Infection Prevention and Control Practices in Four Neonatal Intensive Care Units in Pune, India. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 794637. doi:10.3389/fped.2021.794637
- Juliasih, N. N., Dhamanti, I., Semita, I. N., Wartiningsih, M., Mahmudah, M., & Yakub, F. (2023). Patient Safety Culture, Infection Prevention, and Patient Safety in the Operating Room: Health Workers' Perspective. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 1731-1738. doi:10.2147/RMHP.S425760
- Karademirler, Y., & Manav, G. (2020). Perceptions and factors affecting patient safety culture of employees in pediatric services. *Journal of Pediatric Research*, 7(4), 301-308. doi:10.4274/JPR.GALENOS.2019.77699
- Keszei, A. P., Novak, M., & Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(4), 319-323. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.01.006
- Khatri, S. A., Ahmad, R., Osama, M., Khan, K., Khan, M. A., Ishaqui, A., & Kumar, N. (2024). Exploring Patient Safety Culture: A Study of Community Pharmacies in Karachi, Pakistan. *Cureus*, 16(1), e52135. doi:10.7759/cureus.52135

- Kim, R. J. A., Chin, Z. H., Priscilla, S., Benjamin, P., & Senok, J. (2019). Hospital survey on patient safety culture in Sarawak General Hospital: A cross sectional study. *Medical Journal of Malaysia*, 74(5), 385-388.
- Kirk, S., Parker, D., Claridge, T., Esmail, A., & Marshall, M. (2007). Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality & Safety in Health Care*, 16(4), 313-320. doi:10.1136/qshc.2006.018366
- Kolankiewicz, A. C. B., Loro, M. M., Schmidt, C. R., Dos Santos, F. P., Bandeira, V. A. C., & De Souza Magnago, T. S. B. (2017). Patient safety climate among nursing staff: Contributing factors. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 30(5), 531-537. doi:10.1590/1982-0194201700076
- Kolankiewicz, A. C. B., Schmidt, C. R., Carvalho, R., Spies, J., Dal Pai, S., & Lorenzini, E. (2020). Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190177. doi:10.1590/1983-1447.2020.20190177
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. doi:10.1016/j.jcm.2016.02.012
- Kosydar-Bochenek, J., Religa, D., Knap, M., Czop, M., Knap, B., Mędrzycka-Dąbrowska, W., & Krupa, S. (2023). Safety climate perceived by pre-hospital emergency care personnel - An international cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1192315. doi:10.3389/fpubh.2023.1192315
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J. P., . . . Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), e1-34. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.06.006
- Lima de Andrade, L. E., Saturno-Hernández, P. J., Mendes de Melo, L. O., & da Silva Gama, Z. A. (2022). Improvements in Patient Safety Structures and Culture following Implementation of a National Public Program: An Observational Study in Three Brazilian Hospitals. *Portuguese Journal of Public Health*, 40(2), 81-90. doi:10.1159/000525147

- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385. doi:10.1097/00006199-198611000-00017
- Marx RG, M. A., Horovitz I, Jones EC, Warren RF. (2003). A comparison of two time intervals for test-retest reliability of health status instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(8), 730-735.
- Mbuthia, N., & Moleki, M. (2020). Assessing Patient Safety Culture: Application of the Safety Attitudes Questionnaire in a Kenyan Setting. *The Open Nursing Journal*, 14, 203-210. doi:10.2174/1874434602014010203
- Mehralian, G., Yusefi, A. R., Ahmadinejad, P., Bahmaei, J., & Bordbar, S. (2024). Investigating the Professional Commitment and its Correlation with Patient Safety Culture and Patient Identification Errors: Evidence from a Cross-Sectional Study from Nurses' Perspectives. *The Open Public Health Journal*, 17. doi:10.2174/0118749445292305240416101923
- Moghri, J., Akbari Sari, A., Yousefi, M., Zahmatkesh, H., Ranjbar Ezzatabadi, M., Hamouzadeh, P., . . . Sadeghifar, J. (2013). Is Scores Derived from the Most Internationally Applied Patient Safety Culture Assessment Tool Correct? *Iranian Journal of Public Health*, 42(9), 1058-1066.
- Nicácio, M. C., Pereira, A. L. F., Neto, M. O., de Almeida, L. F., & Penna, L. H. G. (2020). WOMEN'S SAFETY CULTURE IN CHILDBIRTH AND RELATED INSTITUTIONAL FACTORS. *Texto e Contexto Enfermagem*, 29. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2019-0264
- Nordin, A., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., & Theander, K. (2013). Swedish Hospital Survey on Patient Safety Culture—Psychometric properties and health care staff's perception. *Open Journal of Nursing*, 3(8A), 41-50. doi:10.4236/ojn.2013.38A006
- Notaro, K. A. M., Corrêa, A. D. R., Tomazoni, A., Rocha, P. K., & Manzo, B. F. (2019). Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3167. doi:10.1590/1518-8345.2849.3167

- Nthumba, P. M., Mwangi, C., & Odhiambo, M. (2024). Patient safety in a rural sub-Saharan Africa hospital: A 7-year experience at the AIC Kijabe Hospital, Kenya. *PLOS Glob Public Health*, 4(11), e0003919. doi:10.1371/journal.pgph.0003919
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3 ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Okafor, C. H., Ugwu, A. C., & Okon, I. E. (2018). Effects of Patient Safety Culture on Patient Satisfaction With Radiological Services in Nigerian Radiodiagnostic Practice. *J Patient Exp*, 5(4), 267-271. doi:10.1177/2374373518755500
- Oliveira, F. D. S., Pessoa, R. A., Campêlo, C. L., & Cavalcante, L. P. (2024). Patient safety culture in the Operating Room of an emergency hospital in Amazonas: perspectives from the healthcare team. *Rev Col Bras Cir*, 51, e20243743. doi:10.1590/0100-6991e-20243743-en
- Oliveira, I., Costeira, C., Pereira Sousa, J., & Santos, C. (2024). Patient Safety Culture in the Context of Critical Care: An Observational Study. *Nurs Rep*, 14(3), 1792-1806. doi:10.3390/nursrep14030133
- Omidi, L., Akbari, R., Hadavandi, E., & Zarei, E. (2019). An intelligent algorithm for assessing patient safety culture and adverse events voluntary reporting using PCA and ANFIS. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 30(1), 45-58. doi:10.3233/jrs-180036
- Parsian, N., & Dunning, T. (2009). Developing and Validating a Questionnaire to Measure Spirituality: A Psychometric Process. *Global Journal of Health Science*, 1(1). doi:10.5539/gjhs.v1n1p2
- Pedroni, V. S., Gouveia, H. G., Vieira, L. B., Wegner, W., Oliveira, A. C. S., Santos, M. C. D., & Carlotto, F. D. (2020). Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41(spe), e20190171. doi:10.1590/1983-1447.2020.20190171
- Pedroso, A. C., Fernandes, F. P., Tuma, P., Vernal, S., Pellizzari, M., Seisdedos, M. G., ... Cendoroglo Neto, M. (2023). Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Qual*, 12(4), e002362. doi:10.1136/bmjog-2023-002362

- Peter M. Fayers, & Machin, D. (2007). *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes*. from John Wiley & Sons, Ltd
- Pfeiffer, Y., & Manser, T. (2010). Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS_M). *BMC Health Services Research*, 10(199).
- Poku, C. A., Attafuah, P. Y. A., Anaba, E. A., Abor, P. A., Nketiah-Amponsah, E., & Abuosi, A. A. (2023). Response to patient safety incidents in healthcare settings in Ghana: the role of teamwork, communication openness, and handoffs. *BMC Health Services Research*, 23(1). doi:10.1186/s12913-023-10000-0
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2003). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29(5), 489-497. doi:10.1002/nur.20147
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 30(4), 459-467. doi:10.1002/nur.20199
- Polit, D. F. (2014). Getting serious about test-retest reliability: A critique of retest research and some recommendations. *Quality of Life Research*, 23(6), 1713-1720. doi:10.1007/s11136-014-0632-9
- Pousette, A., Larsman, P., Eklöf, M., & Törner, M. (2017). The relationship between patient safety climate and occupational safety climate in healthcare - A multi-level investigation. *J Safety Res*, 61, 187-198. doi:10.1016/j.jsr.2017.02.020
- Profit, J., Lee, H. C., Sharek, P. J., Kan, P., Nisbet, C. C., Thomas, E. J., . . . Sexton, B. (2016). Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 954-961. doi:10.1136/bmjqs-2014-003924
- Pullmer, R., Linden, W., Rnic, K., & Vodermaier, A. (2014). Measuring symptoms in gastrointestinal cancer: a systematic review of assessment instruments. *Supportive Care in Cancer*, 22(11), 2941-2955. doi:10.1007/s00520-014-2250-z

- Rawas, H., & Abou Hashish, E. A. (2023). Predictors and outcomes of patient safety culture at King Abdulaziz Medical City, Jeddah, Saudi Arabia. A nursing perspective. *BMC Nursing*, 22(1). doi:10.1186/s12912-023-01391-w
- Rawlings, J. E., Herner, S. J., Delate, T., Palmer, K. E., & Swartzendruber, K. A. (2018). Assessment of pharmacy department patient safety culture with the use of validated work environment survey indices. *The Permanente Journal*, 22, 17-070. doi:10.7812/tpp/17-070
- Raziani, Y., Nazari, A., & Raziani, S. (2024). Impact of Covid-19 on patient safety culture in hospital wards: A comparative study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 20, 100687. doi:10.1016/j.ijans.2024.100687
- Ribeiro, A. C., Nogueira, P. C., Rizzato Tronchin, D. M., Rossato, V., & Serpa, L. F. (2019). Patient safety culture: Perception of nurses in a cardiopneumology reference center. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2018-0118
- Ribelienė, J., Macijauskienė, J., Tamelienė, R., Kudrevičienė, A., Nedzelskienė, I., & Blaževičienė, A. (2022). Factors Relating to a Safety Culture in the University Perinatal Center: The Nurses' and Midwives' Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). doi:10.3390/ijerph19169845
- Richter, J. P., McAlearney, A. S., & Pennell, M. L. (2016). The influence of organizational factors on patient safety: Examining successful handoffs in health care. *Health Care Management Review*, 41(1), 32-41. doi:10.1097/hmr.0000000000000033
- Rotta, A. L. O., de Souza, L. P., Carvalho, M. S. G. V., da Silva, A. P., Bandeira, A. G., & Urbanetto, J. S. (2023). Analysis of the convergence of the Safety Attitudes Questionnaire and the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(1). doi:10.1590/0034-7167-2021-0379
- Salem, M., Labib, J., Mahmoud, A., & Shalaby, S. (2019). Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Intensive Care Units: A Cross-Sectional Study. *Open Access Maced J Med Sci*, 7(21), 3667-3672. doi:10.3889/oamjms.2019.737

- Sanchis, D. Z., Haddad, M., Girotto, E., & Silva, A. M. R. (2020). Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190174. doi:10.1590/0034-7167-2019-0174
- Scahill, S., Harrison, J., Carswell, P., & Babar, Z. U. (2009). Organisational culture: an important concept for pharmacy practice research. *Pharmacy World and Science*, 31(5), 517-521. doi:10.1007/s11096-009-9318-8
- Schmidt, M., Lambert, S. I., Klasen, M., Sandmeyer, B., Lazarovici, M., Jahns, F., . . . Sopka, S. (2022). Safety management in times of crisis: Lessons learned from a nationwide status-analysis on German intensive care units during the COVID-19 pandemic. *Front Med (Lausanne)*, 9, 988746. doi:10.3389/fmed.2022.988746
- Segura-García, M. T., Castro Vida, M., García-Martin, M., Álvarez-Ossorio-García de Soria, R., Cortés-Rodríguez, A. E., & López-Rodríguez, M. M. (2023). Patient safety culture in a tertiary hospital: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2329. doi:10.3390/ijerph20032329
- Setia, M. S. (2017). Methodology Series Module 9: Designing Questionnaires and Clinical Record Forms - Part II. *Indian Journal of Dermatology*, 62(3), 258-261. doi:10.4103/ijd.IJD_200_17
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., . . . Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6(44).
- Shahian, D. M., Liu, X., Rossi, L. P., Mort, E. A., & Normand, S. T. (2018). Safety Culture and Mortality after Acute Myocardial Infarction: A Study of Medicare Beneficiaries at 171 Hospitals. *Health Services Research*, 53(2), 608-631. doi:10.1111/1475-6773.12725
- Silva, S. C. D., Morais, B. X., Munhoz, O. L., Ongaro, J. D., Urbanetto, J. S., & Magnago, T. (2021). Patient safety culture, missed nursing care and its reasons in Obstetrics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3461. doi:10.1590/1518-8345.4855.3461

- Sivanandy, P., Maharajan, M. K., Rajiah, K., Wei, T. T., Loon, T. W., & Yee, L. C. (2016). Evaluation of patient safety culture among Malaysian retail pharmacists: results of a self-reported survey. *Patient Prefer Adherence*, 10, 1317-1325. doi:10.2147/ppa.S111537
- Sorra, J., Gray, L., & Streagle, S. (2018). *AHRQ hospital survey on patient safety culture: User's guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- Sorra, J., Yount, N., & Famolaro, T. (2021). *AHRQ hospital survey on patient safety culture version 2.0: User's guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Streiner, D. L. (1993). A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38(2), 140-148. doi:10.1177/070674379303800214
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Tang, N. H., Tsai, S. F., Liou, J. H., Lai, Y. H., Liu, S. A., Sheu, W. H., & Wu, C. L. (2020). The Association between the Participation of Quality Control Circle and Patient Safety Culture. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23). doi:10.3390/ijerph17238872
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Teleş, M., & Kaya, S. (2019). Staff perceptions of patient safety culture in general surgery departments in Turkey. *African Health Sciences*, 19(2), 2208-2218. doi:10.4314/ahs.v19i2.46
- Thu, N. T. H., Anh, B. T. M., Ha, N. T. T., Tien, D. N. T., Giang, P. H., Nga, T. T., . . . Hung, P. T. (2023). Health staff perceptions of patient safety and associated factors in hospitals in Vietnam. *Frontiers in public health*, 11, 1149667. doi:10.3389/fpubh.2023.1149667

- Toso, G. L., Golle, L., Magnago, T. S., Herr, G. E., Loro, M. M., Aozane, F., & Kolankiewicz, A. C. (2016). Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), e58662. doi:10.1590/1983-1447.2016.04.58662
- Twohig, H., Mitchell, C., Mallen, C., Adebajo, A., & Mathers, N. (2015). "I suddenly felt I'd aged": A qualitative study of patient experiences of polymyalgia rheumatica (PMR). *Patient Education and Counseling*, 98(5), 645-650. doi:10.1016/j.pec.2014.12.013
- Ventura, M. W. S., Façanha, A. P. M., Néri, E. D. R., Diógenes, M. S., & Lopes, E. M. (2022). Safety culture in the Neonatal Intensive Care Unit: contributions from the multiprofessional team. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 22(2), 311-322. doi:10.1590/1806-9304202200020007
- Vifladt, A., Simonsen, B. O., Lydersen, S., & Farup, P. G. (2016). The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: a cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 36, 26-34. doi:10.1016/j.iccn.2016.03.004
- Weaver, S. J., Weeks, K., Pham, J. C., & Pronovost, P. J. (2014). On the CUSP: Stop BSI: evaluating the relationship between central line-associated bloodstream infection rate and patient safety climate profile. *American Journal of Infection Control*, 42(10 Suppl), S203-208. doi:10.1016/j.ajic.2014.05.020
- Weir, J. P. (2005). Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and The SEM. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 19(1), 231-240.
- Wiseman, N., & Harris, N. (2015). A systematic review of data collection techniques used to measure preschool children's knowledge of food and nutrition. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(4), 345-353.e1. doi:10.1016/j.jneb.2015.03.013
- Wu, Y., Fujita, S., Seto, K., Ito, S., Matsumoto, K., Huang, C. C., & Hasegawa, T. (2013). The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the

Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research*, 13, 394. doi:10.1186/1472-6963-13-394

Yesilyaprak, T., & Demir Korkmaz, F. (2023). The relationship between surgical intensive care unit nurses' patient safety culture and adverse events. *Nursing in Critical Care*, 28(1), 63-71. doi:10.1111/nicc.12611

Zhong, X., Song, Y., Dennis, C., Slovensky, D. J., Wei, L. Y., Chen, J., & Ji, J. (2019). Patient safety culture in Peking University Cancer Hospital in China: Baseline assessment and comparative analysis for quality improvement. *BMC Health Services Research*, 19(1). doi:10.1186/s12913-019-4837-z

Ziarukh, S., & Sabir, A. (2023). Burnout and patient safety culture assessment in a secondary care hospital. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 40(2), S58-S63. doi:10.12669/pjms.40.2(ICON).8970





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบประเมินดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) สำหรับ

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมิน Version 1.1

ตัวอย่างที่ใช้ประเมิน: แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกร
โรงพยาบาลในประเทศไทย version 1.1

การวิจัยเรื่อง: การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกร
โรงพยาบาลในประเทศไทย

คำชี้แจง เชิญท่านพิจารณาข้อความสำหรับการวิจัยแต่ละข้อว่า มีความเหมาะสม ไม่สอดคล้อง ขัด
จริยธรรม สอดคล้องกับเนื้อหาของตัวแปรที่ศึกษาหรือไม่

ถ้าพิจารณาแล้วท่านเห็นว่าสอดคล้อง ให้เขียน ✓ ที่ช่องต่อไปนี้

- 1 = ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหา
- 2 = ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเป็นอย่างมาก
- 3 = ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเล็กน้อย
- 4 = ข้อคำถามมีสอดคล้องกับเนื้อหา

และท่านสามารถให้คำแนะนำหากข้อคำถามนั้นท่านเห็นว่าควรปรับปรุงอย่างไร

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
SECTION A: พื้นที่ปฏิบัติงาน/ หน่วยงานของท่าน					
1. สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน					
2. เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน					
3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงาน ร่วมกันเป็นทีม					
4. สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน					
5. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับ การให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด					
6. เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย					
7. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว(part time)หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (outsourc) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือ ให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด					
8. เจ้าหน้าที่ที่รู้ถึงความผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการ พัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)					
9. หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงใน ด้านบวก					
10. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะ มีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance)					
11. ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ					

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
12. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล					
13. เราประเมินประสิทธิภาพหลังจากที่ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
14. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม รมั้ดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)					
15. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
16. เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าคุณผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ					
17. เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้					
18. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี					
SECTION B: หัวหน้างานของท่าน					
1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามีปฏิบัติตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้					
2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง					
3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานของฉันขอให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้ว่าอาจจะเกิดการ ทำงานที่ลัดขั้นตอน (Shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น					
4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก					
SECTION C: Communications					
1. เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์					
2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีความเสี่ยงต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้					
4. เจ้าหน้าที่ที่กล่าวถึงคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า					
5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก					
6. เจ้าหน้าที่ที่กล่าวถึงจะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง					

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
SECTION D: การใช้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยของเภสัชกร					
1. มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับยาของพวกเขา					
2. เภสัชกรใช้เวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษาด้านยากับคนไข้					
3. เภสัชกรแจ้งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับรายการใหม่ให้กับผู้ป่วย					
SECTION E: ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์					
1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด(mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1)					
2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีการกระทำผิดพลาด(mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2)					
3. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีการกระทำผิดพลาด(mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป)					
SECTION F: ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)					
ท่านรู้สึกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) ในหน่วยงานของท่านอยู่ในระดับใด					
SECTION G: โรงพยาบาลของท่าน					
1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี					
3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่อระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ					
4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน					
5. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร					
6. รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล					
7. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
8. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority)					
9. ดูเหมือนว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลจะสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยแม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น					
10. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
11. จะไม่เกิดปัญหาค้างกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ					
SECTION H: จำนวนการรายงานเหตุการณ์ ในช่วง 12 เดือน (1 ปี) ที่ผ่านมา					
ท่านได้บันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์จำนวนเท่าไร					
SECTION I: ความคิดเห็นของท่าน					
ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่านอย่างอิสระ					

คำแนะนำเพิ่มเติม

ข้อที่ 1 ในภาพรวมทั้งหมดของแบบประเมินมีข้อความใดที่ไม่ชัดเจน อ่านไม่เข้าใจหรือไม่ หากมี โปรดระบุ (หากท่านแนะนำไว้ในข้อเสนอแนะรายข้อแล้ว ไม่ต้องระบุในส่วนนี้)

ตอบ

.....

.....

ข้อที่ 2 ท่านคิดว่ารูปแบบของแบบประเมินมีสิ่งใดที่ต้องการให้ปรับปรุงหรือไม่ หากมี โปรดระบุ (หากท่านแนะนำไว้ในข้อเสนอแนะรายข้อแล้ว ไม่ต้องระบุในส่วนนี้)

ตอบ

.....

.....

ข้อที่ 3 ท่านคิดว่าข้อคำถามในแบบประเมิน มีคำถามใดที่ต้องการให้เพิ่ม หรือ ตัดออกหรือไม่ หากมี โปรดระบุ (หากท่านแนะนำไว้ในข้อเสนอแนะรายข้อแล้ว ไม่ต้องระบุในส่วนนี้)

ตอบ

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ภาคผนวก ข แบบประเมินดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) สำหรับ

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมิน Version 1.2

ตัวอย่างที่ใช้ประเมิน: แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกร
โรงพยาบาลในประเทศไทย version 1.2

การวิจัยเรื่อง: การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกร
โรงพยาบาลในประเทศไทย

คำชี้แจง เชิญท่านพิจารณาข้อความสำหรับการวิจัยแต่ละข้อว่า มีความเหมาะสม ไม่สอดคล้อง ขัด
จริยธรรม สอดคล้องกับเนื้อหาของตัวแปรที่ศึกษาหรือไม่

ถ้าพิจารณาแล้วท่านเห็นว่าสอดคล้อง ให้เขียน ✓ ที่ช่องต่อไปนี้

- 1 = ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหา
- 2 = ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเป็นอย่างมาก
- 3 = ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเล็กน้อย
- 4 = ข้อคำถามมีสอดคล้องกับเนื้อหา

และท่านสามารถให้คำแนะนำหากข้อคำถามนั้นท่านเห็นว่าควรปรับปรุงอย่างไร

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
SECTION A: พื้นที่ปฏิบัติงาน/ หน่วยงานของท่าน					
1. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ช่วยเหลือ เกื้อกูลกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย					
2. กลุ่มงานเภสัชกรรมมีกำลังคนเพียงพอที่จะ รองรับปริมาณงาน					
3. ถ้ามีงานเร่งด่วนจำนวนมาก เราจะทำงาน ร่วมกันเป็นทีม					
4. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ปฏิบัติต่อกัน ด้วยความเคารพให้เกียรติกัน					
5. เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ มีจำนวน ชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วย หรือให้บริการแก่ผู้รับบริการ					
6. เรากำลังเร่งพัฒนางานด้านระบบยา เพื่อ ยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
7. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว(part time)หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก(outsource) ที่มีสมรรถภาพในงานจำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด					
8. เจ้าหน้าที่ที่รู้สึกว่าการผลิตของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)					
9. ความคลาดเคลื่อนทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก ในกลุ่มงานเภสัชกรรม					
10. การไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงในกลุ่มงานเภสัชกรรม เป็นเพราะทุกคนในหน่วยงานทำตามนโยบาย ป้องกันและควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ					
11. เมื่อส่วนใดในหน่วยงานนี้มียางยัง จะมีคนบุคคลจากหน่วยงานอื่นมาช่วยเหลือเสมอ (call for help)					
12. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ จะมีการประเมินประสิทธิผล					
13. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ จะมีการประเมินประสิทธิผล					
14. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)					
15. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
16. เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าความผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ					
17. เราจัดการปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ได้ดี					
18. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี					
SECTION B: หัวหน้างานของท่าน					
1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้					
2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง					
3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานของฉันจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้ว่าอาจจะเกิดการ ทำงานที่ลดขั้นตอน (Shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผล ให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น					
4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก					
SECTION C: Communications					
1. เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์					
2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเหตุการณ์ที่อาจส่งผลการ					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
ดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
3. ท่านได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อน(errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้					
4. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง					
5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด(errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก					
6. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง					
SECTION D: การใช้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยของเภสัชกร					
1. มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับยาของพวกเขา					
2. เภสัชกรใช้เวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษาด้านยากับคนไข้					
3. เภสัชกรแจ้งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับรายการใหม่ให้กับผู้ป่วย					
SECTION E: ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์					
1. มีการรายงานเหตุการณ์ near miss บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด(mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1)					
2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีการกระทำผิดพลาด(mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2)					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
3. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีการกระทำผิดพลาด(mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป)					
3. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีการกระทำผิดพลาด(mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป)					
SECTION F: ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)					
ท่านรู้สึกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) ในหน่วยงานของท่านอยู่ในระดับใด					
SECTION G: โรงพยาบาลของท่าน					
1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันได้ดี					
3. ปัญหาจากการย้ายผู้ป่วยหรือเกิดขึ้นในขณะที่มีการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ					
4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน					
5. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
6. ท่านรู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล					
7. หน่วยงานสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ ระหว่างกัน โดยไม่มีปัญหา					
8. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority)					
9. คุณเหมือนว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลจะสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยแม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น					
10. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการอย่างเต็มที่ แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
11. จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ					
SECTION H: จำนวนการรายงานเหตุการณ์ ในช่วง 12 เดือน (1 ปี) ที่ผ่านมา					
ท่านได้บันทึกและส่งรายงานเหตุการณ์จำนวนเท่าไร					
SECTION I: ความคิดเห็นของท่าน					
ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่านอย่างอิสระ					

**ภาคผนวก ค แบบประเมินดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) สำหรับ
ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมิน Version 1.3**

ตัวอย่างที่ใช้ประเมิน: แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกร
โรงพยาบาลในประเทศไทย version 1.3

การวิจัยเรื่อง: การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกร
โรงพยาบาลในประเทศไทย

คำชี้แจง เชิญท่านพิจารณาข้อความสำหรับการวิจัยแต่ละข้อว่า มีความเหมาะสม ไม่สอดคล้อง ขัด
จริยธรรม สอดคล้องกับเนื้อหาของตัวแปรที่ศึกษาหรือไม่

ถ้าพิจารณาแล้วท่านเห็นว่าสอดคล้อง ให้เขียน ✓ ที่ช่องต่อไปนี้

- 1 = ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหา
- 2 = ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเป็นอย่างมาก
- 3 = ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเล็กน้อย
- 4 = ข้อคำถามมีสอดคล้องกับเนื้อหา

และท่านสามารถให้คำแนะนำหากข้อคำถามนั้นท่านเห็นว่าควรปรับปรุงอย่างไร

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
SECTION A: พื้นที่ปฏิบัติงาน/ หน่วยงานของท่าน					
1. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย					
2. กลุ่มงานเภสัชกรรมมีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย					
3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม					
4. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรม ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน					
5. เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการ ได้ดีที่สุด					
6. เรากำลังเร่งพัฒนางานด้านระบบยา เพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย					
7. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)					
8. ความคลาดเคลื่อนทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก ในกลุ่มงานเภสัชกรรม					
9. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ					

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
(by chance)					
10. เมื่อภายในหน่วยงานของท่านมีงานยุ่ง จะมีบุคคลจากหน่วยงานอื่นในกลุ่มงานเภสัชกรรมมาช่วยเหลือเสมอ (Call for help)					
11. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดจะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล					
12. เราประเมินประสิทธิภาพ หลังจากที่ได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
13. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระวังมิให้พลาด ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)					
14. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
15. เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยถึงความผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ					
16. เราจัดการปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ได้ดี					
17. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี					
SECTION B: หัวหน้างานของท่าน					
1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามีการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้					
2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง					
3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานของฉันจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้ว่าอาจจะเกิดการท้อถอยที่ลดขั้นตอน (Shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น					
4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก					
SECTION C: Communications					
1. เราได้รับข้อมูล feedback เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์					
2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีความเสี่ยงต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้					
4. เจ้าหน้าที่ที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า					

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก					
6. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง					
SECTION D: การใช้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยของเภสัชกร					
1. มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับยาของพวกเขา					
2. เภสัชกรใช้เวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษาด้านยากับคนไข้					
3. เภสัชกรแจ้งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับรายการยาใหม่ให้กับผู้ป่วย					
SECTION E: ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์					
1. ช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีการรายงานเหตุการณ์ near miss (ความรุนแรงของอุบัติการณ์ระดับ A,B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1) บ่อยเพียงใด					
2. ช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีการรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2 บ่อยเพียงใด					
3. ช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีการรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป บ่อยเพียงใด					
SECTION F: โรงพยาบาลของท่าน					
1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี					
3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่อระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ					
4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน					
5. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร					
6. ท่านรู้สึกสบายใจในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล					
7. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ					
8. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority)					
9. คุณเหมือนว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลจะสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยแม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น					
10. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
11. จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ					
SECTION G: ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)					
ท่านรู้สึกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) ในหน่วยงานของท่านอยู่ในระดับใด					



**ภาคผนวก ง แบบประเมินดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI) สำหรับ
ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมิน Version 1.4**

ตัวอย่างที่ใช้ประเมิน: แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกร
โรงพยาบาลในประเทศไทย version 1.4

การวิจัยเรื่อง: การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกร
โรงพยาบาลในประเทศไทย

คำชี้แจง เชิญท่านพิจารณาข้อคำถามสำหรับการวิจัยแต่ละข้อว่า มีความเหมาะสม ไม่สอดคล้อง ขัด
จริยธรรม สอดคล้องกับเนื้อหาของตัวแปรที่ศึกษาหรือไม่

ถ้าพิจารณาแล้วท่านเห็นว่าสอดคล้อง ให้เขียน ✓ ที่ช่องต่อไปนี้

- 1 = ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหา
- 2 = ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเป็นอย่างมาก
- 3 = ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเล็กน้อย
- 4 = ข้อคำถามมีสอดคล้องกับเนื้อหา

และท่านสามารถให้คำแนะนำหากข้อคำถามนั้นท่านเห็นว่าควรปรับปรุงอย่างไร

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
SECTION A: พื้นที่ปฏิบัติงาน/ หน่วยงานของท่าน					
1. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย					
2. กลุ่มงานเภสัชกรรมมีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย					
3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม					
4. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรม ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน					
5. เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการ ได้ดีที่สุด					
6. เรากำลังเร่งพัฒนางานด้านระบบยา เพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย					
7. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)					
8. ความคลาดเคลื่อนทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก ในกลุ่มงานเภสัชกรรม					
9. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ					

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
(by chance)					
10. เมื่อภายในหน่วยงานของท่านมีงานยุ่ง จะมีบุคคลจากหน่วยงานอื่นในกลุ่มงานเภสัชกรรมมาช่วยเหลือเสมอ (Call for help)					
11. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดจะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล					
12. เราประเมินประสิทธิภาพ หลังจากที่ได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
13. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระวังมิให้พลาด ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)					
14. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
15. เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยถึงความผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ					
16. เราจัดการปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ได้ดี					
17. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี					
SECTION B: หัวหน้างานของท่าน					
1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามีการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้					
2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง					
3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานของฉันจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้ว่าอาจจะเกิดการท้อถอยที่ลดขั้นตอน (Shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น					
4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก					
SECTION C: Communications					
1. เราได้รับข้อมูล feedback เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์					
2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้					
4. เจ้าหน้าที่ที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า					

ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก					
6. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง					
SECTION D: การใช้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยของเภสัชกร					
1. มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับยาของพวกเขา					
2. เภสัชกรใช้เวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษาด้านยากับคนไข้					
3. เภสัชกรแจ้งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับรายการยาใหม่ให้กับผู้ป่วย					
SECTION E: ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์					
1. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น โดยเป็นความคลาดเคลื่อนที่สามารถดักจับและแก้ไขได้ก่อนถึงตัวผู้ป่วย ท่านจะรายงานอุบัติการณ์					
2. เมื่อความคลาดเคลื่อนนั้นถึงตัวผู้ป่วยแล้ว โดยอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังไม่ได้เกิดอันตราย ท่านจะรายงานอุบัติการณ์					
3. เมื่อความคลาดเคลื่อนนั้นถึงตัวผู้ป่วยและเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ท่านจะรายงานอุบัติการณ์					
SECTION F: โรงพยาบาลของท่าน					
1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี					
3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่อระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ					
4. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร					
5. ท่านรู้สึกสบายใจในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล					
6. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ					
7. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority)					
8. ดูเหมือนว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลจะสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยแม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น					
9. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
10. จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วยเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ					
SECTION G: ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)					
ท่านรู้สึกว่ารระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	1	2	3	4	ข้อเสนอแนะ
Grade) ในหน่วยงานของท่านอยู่ในระดับใด					



ภาคผนวก จ แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร
โรงพยาบาลในประเทศไทย ที่ใช้ใน Pilot study

โครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแบบประเมิน วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของ เภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย (Patient Safety Culture Assessment Tool for Hospital Pharmacists in Thailand)

ผู้วิจัย: นางเจลินันท์ ปันนันทน์ นิสิตระดับปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เบอร์โทรศัพท์ 090-909-9494

อาจารย์ที่ปรึกษา: อ.ดร.ศุภชัย อินสุข

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย
2. เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

เป็นเภสัชกรที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

กำหนดเกณฑ์การออกจากงานวิจัย

เภสัชกรที่ไม่ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสำหรับนำไปวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha

ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีประโยชน์โดยตรงกับท่าน แต่ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย

ความเสี่ยงที่อาสาสมัครจะได้รับ

ท่านอาจจะเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที ค่าถามบางข้ออาจทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัดใจ กังวลใจ ท่านไม่จำเป็นต้องตอบคำถามข้อใดที่ท่านไม่สบายใจ
อย่างไรก็ตาม การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตของท่าน

มาตรการการป้องกันการเกิดอันตราย

การตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีการเก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ และจะเข้าถึงได้เฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการระบุข้อมูลที่สามารถสืบค้นไปถึงตัวบุคคลได้

ท่านสามารถสอบถามหรือขอคำปรึกษาได้จาก

- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โทรศัพท์ 0 5596 3611
- ผู้วิจัย โทรศัพท์ 090 909 9494
- สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โทรศัพท์ 096-7799853 อีเมล: nu-irb-board1@nu.ac.th

* Indicates required question

1. ท่านความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้หรือไม่ *

Check all that apply.

- ☐ ยินยอม
☐ ไม่ยินยอม

แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย Patient Safety Culture Assessment Tool for Hospital Pharmacists in Thailand Version 1

คำอธิบายแบบประเมิน

แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ที่ต้องการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง

โปรดให้คะแนนตามระดับความเห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่านต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย

2. เพศ *

Check all that apply.

- ☐ ชาย
☐ หญิง

3. อายุ *
- (เศษของปีน้อยกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 0 ปี
ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี)

Check all that apply.

- ☐ 21-30 ปี
- ☐ 31-40 ปี
- ☐ 41-50 ปี
- ☐ 51-60 ปี

4. ระดับการศึกษาสูงสุด *

Mark only one oval.

- ☐ ปริญญาตรี
- ☐ หลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน
- ☐ ปริญญาโท
- ☐ ปริญญาเอก
- ☐ Other: _____

5. สถานภาพสมรส *

Check all that apply.

- ☐ โสด
- ☐ สมรสมีบุตร
- ☐ สมรสไม่มีบุตร
- ☐ หย่าร้าง/แยกกันอยู่/ม้าย

6. จำนวนผู้อยู่ภายใต้อุปการะ/จำนวนบุตร-หลาน/ จำนวนคนที่ต้องเลี้ยงดู *

Check all that apply.

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี 1 คน
- ☐ มี 2-3 คน
- ☐ มี 4 คนขึ้นไป

7. ท่านทำงานในโรงพยาบาลนี้ มานานเท่าไร *

(เศษของปีน้อยกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 0 ปี

ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี)

Mark only one oval.

- ☐ น้อยกว่า 1 ปี
- ☐ 1-5 ปี
- ☐ 6-10 ปี
- ☐ 11-20 ปี
- ☐ มากกว่า 20 ปี

8. ท่านเป็นเภสัชกรที่อยู่ในประเภทการจ้างแบบใด *

Mark only one oval.

- ☐ รับราชการ
- ☐ พนักงานราชการ
- ☐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
- ☐ ลูกจ้าง โรงพยาบาลรัฐ
- ☐ ลูกจ้าง โรงพยาบาลเอกชน
- ☐ Other: _____

9. ในตำแหน่งงานของท่าน ท่านมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย *
ใช่หรือไม่

Check all that apply.

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

10. ตำแหน่งงานของท่าน *

Mark only one oval.

- ☐ ผู้บริหาร หรือ ระดับหัวหน้าหน่วยงานขึ้นไป
- ☐ งานบริการเภสัชภัณฑ์ ได้แก่ งานจัดซื้อ งานคลังยา
- ☐ งานเภสัชกรรมการผลิต
- ☐ งานบริการเภสัชกรรมคลินิก เช่น Ambulatory care, Acute care
- ☐ งานเภสัชสนเทศและพัฒนาคุณภาพ
- ☐ งานเภสัชกรรมบริการผู้ป่วยนอก
- ☐ งานเภสัชกรรมบริการผู้ป่วยใน
- ☐ Other: _____

11. ท่านทำงานในสาขา/วิชาชีพนี้มานานเท่าไร *
(เศษของปีน้อยกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 0 ปี
ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี)

Mark only one oval.

- ☐ น้อยกว่า 1 ปี
- ☐ 1-5 ปี
- ☐ 5-10 ปี
- ☐ 11-20 ปี
- ☐ มากกว่า 20 ปี

ส่วนที่ 2 : แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของโรงพยาบาลในประเทศไทย

คำแนะนำ แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาดทางการแพทย์ และการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีในการตอบ

โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่านต่อไปนี้

โดยเลือกตัวเลข ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1 =

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก, 2 = ไม่เห็นด้วย, 3 = ไม่แน่ใจ, 4

= เห็นด้วย, 5 = เห็นด้วยอย่างมาก

SECTION

A: พื้นที่ปฏิบัติงาน/ หน่วยงานของท่าน (กลุ่มงานเภสัชกรรม)

12. 1. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย *

1 2 3 4 5

๕ ๔ ๓ ๒ ๑

13. 2. กลุ่มงานเภสัชกรรมมีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย *

1 2 3 4 5

๕ ๔ ๓ ๒ ๑

14. 3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็น *
ทีม

1	2	3	4	5
๑	๑	๑	๑	๑

15. 4. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรม ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน *

1	2	3	4	5
๑	๑	๑	๑	๑

16. 5. เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรม มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการ *
ให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด

1	2	3	4	5
๑	๑	๑	๑	๑

17. 6. เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย *

1	2	3	4	5
๑	๑	๑	๑	๑

18. 7. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าคุณผิดพลาดของคุณเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะ *
ไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

19. 8. ความคลาดเคลื่อนทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก ในกลุ่ม *
งานเภสัชกรรม

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

20. 9. การที่ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนร้ายแรงขึ้นที่กลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ เป็น *
เพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by
chance)

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

21. 10. เมื่อภายในหน่วยงานของท่านมีงานยุ่ง จะมีคนบุคคลจากหน่วยงานอื่น ใน *
กลุ่มงานเภสัชกรรมมาช่วยเหลือเสมอ (call for help)

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

22. 11. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนจะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูก *
รายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล

1	2	3	4	5
๑	๒	๓	๔	๕

23. 12. เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับ *
ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1	2	3	4	5
๑	๒	๓	๔	๕

24. 13. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ใน *
ภาวะวิกฤติ (crisis mode)

1	2	3	4	5
๑	๒	๓	๔	๕

25. 14. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย *
หรือผู้รับบริการ

1	2	3	4	5
๑	๒	๓	๔	๕

26. 15. เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรม ไม่กังวลเลยว่าการผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

27. 16. เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

28. 17. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

SECTION B: หัวหน้างานของท่าน

29. 1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่าการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้ *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

30. 2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุง
ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง *

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

31. 3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานของฉันจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น
แม้ว่าอาจจะเกิดการทำงานที่ลดขั้นตอน (Shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น *

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

32. 4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
ที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก *

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

SECTION C: Communications

33. 1. เราได้รับข้อมูล feedback เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจาก
รายงานเหตุการณ์ *

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

34. 2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่าง *
 อย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1 2 3 4 5

๒ ๒ ๒ ๒ ๒

35. 3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด(errors) ซึ่งเกิดขึ้นใน *
 หน่วยงานนี้

1 2 3 4 5

๒ ๒ ๒ ๒ ๒

36. 4. เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจ *
 มากกว่า

1 2 3 4 5

๒ ๒ ๒ ๒ ๒

37. 5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด(errors) ไม่ *
 ให้เกิดขึ้นอีก

1 2 3 4 5

๒ ๒ ๒ ๒ ๒

38. 6. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

SECTION D: การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยของเภสัชกร

39. 1. มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับยาของพวกเขา *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

40. 2. เภสัชกรใช้เวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษาด้านยากับคนไข้ *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

41. 3. เภสัชกรแจ้งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับรายการใหม่ให้กับผู้ป่วย *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

SECTION E: ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์

- 1 = ไม่เคยรายงานเลย
 2 = นาน ๆ ครั้ง
 3 = บางครั้ง
 4 = เกือบทุกครั้ง
 5 = ทุกครั้ง

42. 1. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น โดยเป็นความคลาดเคลื่อนที่สามารถดักจับ *
 และแก้ไขได้ก่อนถึงตัวผู้ป่วย ท่านจะรายงานอุบัติการณ์

1 2 3 4 5
 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

43. 2. เมื่อความคลาดเคลื่อนนั้นถึงตัวผู้ป่วยแล้ว โดยอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย *
 แต่ยังไม่เกิดอันตราย ท่านจะรายงานอุบัติการณ์

1 2 3 4 5
 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

44. 3. เมื่อความคลาดเคลื่อนนั้นถึงตัวผู้ป่วยและเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ท่านจะ *
 รายงานอุบัติการณ์

1 2 3 4 5
 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

SECTION F: โรงพยาบาลของท่าน

45. 1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ *

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

46. 2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันได้ดี *

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

47. 3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่อระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ *

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

48. 4. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเผื่อะวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร *

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

49. 5. ท่านรู้สึกสบายใจในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จาก
หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล *

1	2	3	4	5
👎	👎	👎	👎	👎

50. 6. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ *

1	2	3	4	5
👎	👎	👎	👎	👎

51. 7. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้
ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority) *

1	2	3	4	5
👎	👎	👎	👎	👎

52. 8. ดูเหมือนว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลจะสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย
แม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น *

1	2	3	4	5
👎	👎	👎	👎	👎

53. 9. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการ *
ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

54. 10. จะไม่เกิดปัญหขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวร *
หรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

SECTION G: ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)

55. ท่านรู้ลึกว่าระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) ใน *
หน่วยงานของท่านอยู่ในระดับใด

Check all that apply.

- ☐ Excellent ดีเยี่ยม
☐ Very Good ดีมาก
☐ Acceptable พอรับได้
☐ Poor ไม่ดี
☐ Failing ควรปรับปรุง

Post-survey feedback form

เพื่อประเมินการใช้ได้จริงของแบบสอบถาม

5=มาก

4=ค่อนข้างมาก

3=ปานกลาง

2=น้อย

1=น้อยมาก

56. ข้อคำถามในแบบประเมินมีความชัดเจนครอบคลุม *

1 2 3 4 5

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

57. ระดับความยาก/ง่ายในการตอบแบบประเมิน *

1 2 3 4 5

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

58. คุณมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับแบบประเมินนี้หรือไม่?
กรุณาระบุ หากท่านมีคำชี้แนะเพิ่มเติม

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

ภาคผนวก ฉ แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร
โรงพยาบาลในประเทศไทย ที่ใช้ในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

โครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแบบประเมิน วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของ เภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย (Patient Safety Culture Assessment Tool for Hospital Pharmacists in Thailand)

ผู้วิจัย: นางเจลินันท์ บัณณันท์ นิสิตระดับปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เบอร์โทรศัพท์ 090-909-9494

อาจารย์ที่ปรึกษา: อ.ดร.ศุภชัย อ้นสุข
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย
2. เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

เป็นเภสัชกรที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

กำหนดเกณฑ์การออกจากงานวิจัย

เภสัชกรที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีประโยชน์โดยตรงกับท่าน แต่ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย

ความเสี่ยงที่อาสาสมัครจะได้รับ

ท่านอาจจะเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที คำถามบางข้ออาจทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัดใจ กังวลใจ ท่านไม่จำเป็นต้องตอบคำถามข้อใดที่ท่านไม่สบายใจ
อย่างไรก็ตาม การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่องานหรือการดำรงชีวิตของท่าน

มาตรการการป้องกันการเกิดอันตราย

การตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีการเก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ และจะเข้าถึงได้เฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการระบุข้อมูลที่สามารถสืบค้นไปถึงตัวบุคคลได้

ท่านสามารถสอบถามหรือขอคำปรึกษาได้จาก

- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โทรศัพท์ 0 5596 3611
- ผู้วิจัย โทรศัพท์ 090 909 9494
- สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โทรศัพท์ 096-7799853 อีเมล: nu-irb-board1@nu.ac.th

* Indicates required question

1. ท่านความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้หรือไม่ *

Check all that apply.

- ☐ ยินยอม
☐ ไม่ยินยอม

**แบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกร
 โรงพยาบาลในประเทศไทย Patient Safety Culture Assessment Tool
 for Hospital Pharmacists in Thailand Version 1**

คำอธิบายแบบประเมิน

แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
 ของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่างๆ
 ที่ต้องการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง

โปรดให้คะแนนตามระดับความเห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่านต่อไป

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นเภสัชกรโรงพยาบาลใน
 ประเทศไทย**

2. เพศ *

Check all that apply.

- ☐ ชาย
☐ หญิง

3. อายุ ^{*}
(เศษของปีน้อยกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 0 ปี
ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี)

Check all that apply.

- ☐ 21-30 ปี
☐ 31-40 ปี
☐ 41-50 ปี
☐ 51-60 ปี

4. ระดับการศึกษาสูงสุด ^{*}

Mark only one oval.

- ☐ ปริญญาตรี
☐ หลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน
☐ ปริญญาโท
☐ ปริญญาเอก
☐ Other: _____

5. สถานภาพสมรส ^{*}

Check all that apply.

- ☐ โสด
☐ สมรสมีบุตร
☐ สมรสไม่มีบุตร
☐ หย่าร้าง/แยกกันอยู่/ม่าย

6. จำนวนผู้อยู่ภายใต้อุปการะ/จำนวนบุตร-หลาน/ จำนวนคนที่ต้องเลี้ยง *
ดู

Check all that apply.

- ☐ ไม่มี
☐ มี 1 คน
☐ มี 2-3 คน
☐ มี 4 คนขึ้นไป

7. ท่านทำงานในโรงพยาบาลนี้มานานเท่าไร *
 (เศษของปีน้อยกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 0 ปี
 ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี)

Mark only one oval.

- ☐ น้อยกว่า 1 ปี
☐ 1-5 ปี
☐ 6-10 ปี
☐ 11-20 ปี
☐ มากกว่า 20 ปี

8. ท่านเป็นเภสัชกรที่อยู่ในประเภทการจ้างแบบใด *

Mark only one oval.

- ☐ รับราชการ
☐ พนักงานราชการ
☐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
☐ ลูกจ้าง โรงพยาบาลรัฐ
☐ ลูกจ้าง โรงพยาบาลเอกชน
☐ Other: _____

9. ในตำแหน่งงานของท่าน ท่านมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยไข้หรือไม่ *

Check all that apply.

- ☐ ใช่
☐ ไม่ใช่

10. ตำแหน่งงานของท่าน *

Mark only one oval.

- ☐ ผู้บริหาร หรือ ระดับหัวหน้าหน่วยงานขึ้นไป
☐ งานบริการเภสัชภัณฑ์ ได้แก่ งานจัดซื้อ งานคลังยา
☐ งานเภสัชกรรมการผลิต
☐ งานบริการเภสัชกรรมคลินิก เช่น Ambulatory care, Acute care
☐ งานเภสัชสนเทศและพัฒนาคุณภาพ
☐ งานเภสัชกรรมบริการผู้ป่วยนอก
☐ งานเภสัชกรรมบริการผู้ป่วยใน
☐ Other: _____

11. ท่านทำงานในสาขา/วิชาชีพนี้มานานเท่าไร *

(เศษของปีน้อยกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 0 ปี
ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี)

Mark only one oval.

- ☐ น้อยกว่า 1 ปี
☐ 1-5 ปี
☐ 5-10 ปี
☐ 11-20 ปี
☐ มากกว่า 20 ปี

ส่วนที่ 2 : แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของ โรงพยาบาลในประเทศไทย

คำแนะนำ แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัย
ของผู้ป่วย ความคิดเห็นทางการแพทย์ และการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน ซึ่งจะใช้เวลา
ประมาณ 10-15 นาทีในการตอบ

โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของ
ท่านต่อไปนี้

โดยเลือกตัวเลข ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1 =

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก, 2 = ไม่เห็นด้วย, 3 = ไม่แน่ใจ, 4

= เห็นด้วย, 5 = เห็นด้วยอย่างมาก

SECTION

A: พื้นที่ปฏิบัติงาน/ หน่วยงานของท่าน (กลุ่มงานเภสัชกรรม)

12. 1. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อให้เกิดความ
ปลอดภัยของผู้ป่วย *

1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13. 2. กลุ่มงานเภสัชกรรมมีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับการปฏิบัติงานที่ทำให้ *
เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14. 3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกัน
เป็นทีม *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

15. 4. สมาชิกในกลุ่มงานเภสัชกรรม ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติ
กัน *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

16. 5. เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรม มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับ
การให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

17. 6. เรากำลังเร่งพัฒนางานด้านระบบยา เพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้
ป่วย *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

18. 7. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะ *
ไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)

1 2 3 4 5

👍 👍 👍 👍 👍

19. 8. ความคลาดเคลื่อนทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก ในกลุ่ม *
งานเภสัชกรรม

1 2 3 4 5

👍 👍 👍 👍 👍

20. 9. การที่ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนร้ายแรงขึ้นที่กลุ่มงานเภสัชกรรมนี้ เป็น *
เพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ
(by chance)

1 2 3 4 5

👍 👍 👍 👍 👍

21. 10. เมื่อภายในหน่วยงานของท่านมีงานยุ่ง จะมีบุคคลจากหน่วยงานอื่น ใน *
กลุ่มงานเภสัชกรรมมาช่วยเหลือเสมอ (call for help)

1 2 3 4 5

👍 👍 👍 👍 👍

22. 11. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนจะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ *
ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

23. 12. เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับ *
ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

24. 13. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ *
ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

25. 14. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ *
ป่วยหรือผู้รับบริการ

1 2 3 4 5

๑ ๑ ๑ ๑ ๑

26. 15. เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรม ไม่กังวลเลยถึงความผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

27. 16. เราจัดการปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงาน นี้ได้ดี *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

28. 17. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

SECTION B: หัวหน้างานของท่าน

29. 1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่าการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้ *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

30. 2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุง *
ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

31. 3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานของฉันจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น *
แม้ว่าอาจจะเกิดการทํางานที่ลดขั้นตอน (Shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

32. 4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับ *
บริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

SECTION C: การสื่อสาร ความเปิดกว้าง/เกี่ยวกับการขอผิดพลาด/การตอบสนอง

33. 1. เราได้รับข้อมูล feedback เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจาก *
รายงานเหตุการณ์

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

34. 2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่าง *
 อย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

35. 3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด(errors) ซึ่งเกิดขึ้นใน *
 หน่วยงานนี้

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

36. 4. เจ้าหน้าที่กล่าวถึงคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจ *
 มากกว่า

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

37. 5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด(errors) *
 ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

38. 6. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

SECTION D: การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยของเภสัชกร

39. 1. มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับยาของพวกเขา *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

40. 2. เภสัชกรใช้เวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษาด้านยากับคนไข้ *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

41. 3. เภสัชกรแจ้งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับรายการใหม่ให้กับผู้ป่วย *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

SECTION E: การรายงานเหตุการณ์

1 = ไม่เคยรายงานเลย

2 = นาน ๆ ครั้ง

3 = บางครั้ง

4 = เกือบทุกครั้ง

5 = ทุกครั้ง

42. 1. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น โดยเป็นความคลาดเคลื่อนที่สามารถดักจับและแก้ไขได้ก่อนถึงตัวผู้ป่วย ท่านจะรายงานอุบัติการณ์ *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

43. 2. เมื่อความคลาดเคลื่อนนั้นถึงตัวผู้ป่วยแล้ว โดยอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังไม่เกิดอันตราย ท่านจะรายงานอุบัติการณ์ *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

44. 3. เมื่อความคลาดเคลื่อนนั้นถึงตัวผู้ป่วยและเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ท่านจะรายงานอุบัติการณ์ *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

SECTION F: โรงพยาบาลของท่าน

45. 1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

46. 2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันอย่างดี *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

47. 3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่อระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวน ร่วมกันเสมอ

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

48. 4. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้ หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

49. 5. ท่านรู้สึกสบายใจในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จาก หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

50. 6. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

51. 7. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority)

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

52. 8. ดูเหมือนว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลจะสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยแม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

53. 9. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ *

1	2	3	4	5
👍	👍	👍	👍	👍

54. 10. จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวร *
หรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ

1 2 3 4 5

👍 👍 👍 👍 👍

SECTION G: ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)

55. ท่านรู้สึกวาระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) ใน *
หน่วยงานของท่านอยู่ในระดับใด

Check all that apply.

- ☐ Excellent ดีเยี่ยม
☐ Very Good ดีมาก
☐ Acceptable ยอมรับได้
☐ Poor ไม่ดี
☐ Failing ควรปรับปรุง

Post-survey feedback form

เพื่อประเมินการใช้ได้จริงของแบบสอบถาม

5=มาก

4=ค่อนข้างมาก

3=ปานกลาง

2=น้อย

1=น้อยมาก

56. ข้อคำถามในแบบประเมินมีความชัดเจนครอบคลุม *

1 2 3 4 5

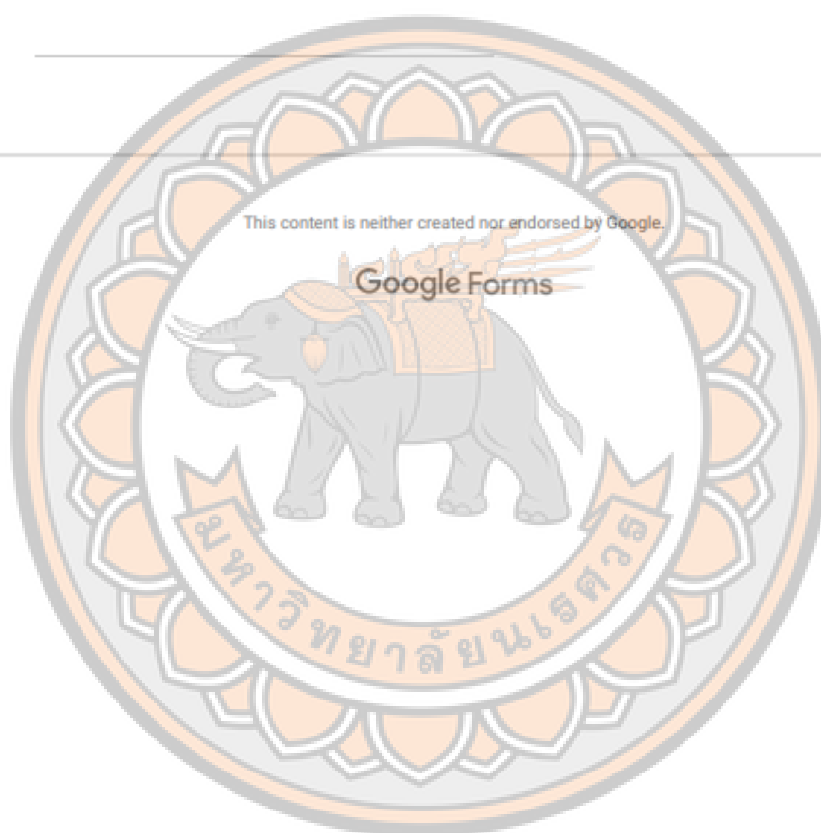
☆ ☆ ☆ ☆ ☆

57. ระดับความยาก/ง่ายในการตอบแบบประเมิน *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

58. คุณมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับแบบประเมินนี้หรือไม่?

กรุณาระบุ หากท่านมีคำชี้แนะเพิ่มเติม



ภาคผนวก ข ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

COE No. 209/2024
IRB No. P1-0172/2567

AF 10/6.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 055 96 8752

หนังสือรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

ชื่อโครงการ : การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย

ผู้วิจัยหลัก : นางเจสสิกันท์ ปิ่นนันทน์

สังกัดหน่วยงาน : คณะเภสัชศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบยกเว้น

ลงนาม: *สุวิทย์ คุ้มทรัพย์*

(นายแพทย์สมบุรณ์ คั่นสุกสวัสดิ์กุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรม : 11 พฤศจิกายน 2567

หมายเหตุ

1. ไม่ต้องส่งรายงานความก้าวหน้า (Progress Report) และรายงานสรุปผลการวิจัย (Final Report)
2. หากมีการแก้ไขโครงการวิจัยภายหลังการรับรอง ให้ผู้วิจัยดำเนินการส่งส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment) หรือจัดทำเป็นโครงการวิจัยใหม่

ภาคผนวก ข ประกาศอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย



คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	
วันที่ 10/8/68	วันที่ 18/2/68
เวลา 17.00	จัดเก็บแฟ้มที่ 216

ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เรื่อง อนุมัติให้บัณฑิตระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย ครั้งที่ ๕๑/๒๕๖๘

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นางเจลินันท์ ปันนันทน์ รหัสประจำตัว ๖๓๐๖๓๑๔๙ นิสิตระดับปริญญาโท
หลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่างวิทยานิพนธ์
ที่เสนอ

เรื่อง	ภาษาไทย	“การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ของเภสัชกร โรงพยาบาลในประเทศไทย”
	ภาษาอังกฤษ	“DEVELOPMENT OF A PATIENT SAFETY CULTURE ASSESSMENT TOOL FOR HOSPITAL PHARMACISTS IN THAILAND”
โดยมี	อาจารย์ศุภชัย อินสุข เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	

ทั้งนี้ ในการทำวิจัยหากเกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยในสัตว์ หรือความปลอดภัยทางชีวภาพ
ให้ดำเนินการขอรับรองไปยังคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และเริ่มดำเนินการวิจัยในส่วนนั้นๆ หลังได้รับการรับรอง

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์