

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล เนื่องจากหากผู้ป่วยได้รับอันตรายจากความผิดพลาดในการให้บริการสุขภาพอาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือได้รับอันตรายจนถึงแก่ชีวิต (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546) ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากความผิดพลาดในการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 44,000 - 98,000 คน/ปี ซึ่งคิดเป็นมูลค่าความสูญเสียในรูปตัวเงินมากกว่า 37,600 ล้านดอลลาร์ต่อปี (Institute of Medicine, 1999) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเกือบ 10 เท่าจาก 73 รายในปี พ.ศ. 2547 เป็น 660 ราย ในปี พ.ศ. 2552 และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2553 รัฐบาลได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 เป็นเงิน 296,466,183 บาท (รีโนะ เรื่องหนู, 2553)

อันตรายจากความผิดพลาดในการให้บริการสุขภาพที่เกิดขึ้นทำให้องค์การสุขภาพทั่วโลกตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย โดยองค์การอนามัยโลกได้มีการประชุมร่วมกันในปี ค.ศ. 2002 และมีฉันทามติว่าให้ทุกประเทศมีการพัฒนาระบบ มาตรฐาน และแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย (World Health Organization, 2006) เช่นเดียวกับคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อการรับรองคุณภาพของสถาบันสุขภาพ (The Joint Commissions on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO) ได้วางกรอบการบริหารจัดการให้เกิดความปลอดภัยที่เรียกว่า “Patient Safety Goal” ซึ่งหลายโรงพยาบาลที่ต้องการได้รับการประกันคุณภาพจาก JCAHO ต้องมีการดำเนินการตามกรอบนี้เพื่อเป็นเครื่องยืนยันว่าการรักษาพยาบาลจะได้มาตรฐานและลดความผิดพลาดหรือลดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย (JCAHO, 2008)

สำหรับประเทศไทย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรมหาชนในประเทศไทยที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานบริการทางด้านสุขภาพและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้นำแนวคิดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ในประเทศไทย ที่เรียกว่า Thai Patient Safety Goals มาใช้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและใช้เป็นเกณฑ์การประเมินและการรับรับคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล (อนวัณน์ ศุภชติกุล, 2548) และเพื่อเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แบ่งตามหมวดอักษรย่อว่า SIMPLE โดยมีความหมายดังนี้ S=Safe Surgery คือความปลอดภัยในการผ่าตัด I=Infection Control คือความปลอดภัยในการควบคุมการติดเชื้อ M=Medication & Blood Safety คือความปลอดภัยในการให้ยาและให้เลือด P=Patient Care Processes คือความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย L=Line, Tube & Catheter คือความปลอดภัยในการหลีกเลี่ยงการใส่หรือเชื่อมต่อผิดตำแหน่ง และ E=Emergency Response คือความปลอดภัยในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551)

ปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งระดับความรุนแรงและจำนวนค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากอุบัติการณ์ความผิดพลาดสูงขึ้นทุกปี จากสถิติในปี พ.ศ. 2545 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขและได้รับอันตรายจากความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลมีจำนวน 271,000 ราย และสูญเสียเงินรักษาการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดเป็นเงิน 1,108 ล้านบาท (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546) และในปี พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อซ้ำสองหลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 2 00,000 ราย เสียชีวิต 12,000 ราย และสูญเสียเงินค่ารักษามากถึง 5,000 ล้านบาท โดยพบการเกิดอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, 2550) ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายชีวิต และทรัพย์สินของผู้ป่วย โรงพยาบาลต้องเสื่อมเสียชื่อเสียงและสูญเสียทรัพย์สินโดยไม่จำเป็น ตลอดจนทำลายขวัญและกำลังใจของบุคลากร ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการวางนโยบายการจัดการความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของประเทศมาตั้งแต่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2554) ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพ มาตรฐาน และมีแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยอันเกิดจากการให้บริการทางสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยเฉพาะในบทบัญญัติมาตราที่ 41 และ 42 ได้ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการดูแลรักษามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และทางกองทุนมีสิทธิที่จะดำเนินการฟ้องร้องไล่เบี้ยเอาจากผู้กระทำผิดได้ (ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์ และคณะ,

2546) และยุคโลกาภิวัตน์ในปัจจุบันนี้ มีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระแสสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคสื่อสังคมออนไลน์ที่ข้อมูลข่าวสารต่างๆสามารถค้นหาและเผยแพร่ไปอย่างรวดเร็ว ประชาชนมีการศึกษาที่สูงขึ้น จึงมีความคาดหวังต่อการรับบริการทางด้านสุขภาพที่สูงตามมาด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีคณะบุคคลส่วนหนึ่งมองเห็น โอกาสในการนำเรื่องการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้รับความปลอดภัยของผู้ป่วยไปประกอบธุรกิจที่มุ่งแสวงหาผลกำไร เป็นเหตุให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสุขภาพทุกคนต้องตระหนักและให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลถูกฟ้องร้อง หรือเกิดการถูกฟ้องในใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (สายสมร เกลยกิติ, และคณะ, 2557)

จากผลการศึกษาการวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ในประเทศไทยของ จินนะรัตน์ ศรีภักทธิบุญโญ (2546) พบว่าความผิดพลาดที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยเกิดจากปัจจัยด้านองค์กรเกิดจากการที่มีนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ไม่มีคุณภาพ ขาดมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความเคยชิน ขาดความตระหนัก และการใช้องค์ความรู้ ความคิดวิเคราะห์ในการปฏิบัติงาน สะท้อนให้เห็นถึงองค์การบริหารจัดการที่เหมาะสม ส่วนปัจจัยด้านบุคลากรเกิดจากบุคลากรขาดความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ มีความเร่งรีบในขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือทำงานข้ามขั้นตอน ปฏิบัติงานด้วยความเคยชิน ขาดความรู้และประสบการณ์ในงานที่ทำ ความเครียด ความง่วง ความเพื่อยและอ่อนล้าในขณะที่ปฏิบัติงาน (จินนะรัตน์ ศรีภักทธิบุญโญ, 2546; วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) และปัจจัยด้านผู้ป่วยเกิดจากสถานะของโรคและการบาดเจ็บที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น เป็นอีกสาเหตุให้เกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดระหว่างเข้ารับการรักษาได้เช่นกัน (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านองค์กรและบุคลากรที่เป็นสาเหตุให้เกิดความไม่ปลอดภัย ส่งผลต่อผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการขาดความเชื่อมั่น ในกระบวนการรักษาพยาบาล วิตกกังวล และหวาดระแวงผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความมั่นใจในการทำงานซึ่งหากไม่มีการแก้ไขสาเหตุหลักที่เป็นรากของปัญหาทั้งหมดในเชิงระบบ ปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรก็จะไม่สามารถแก้ไขให้หมดไปได้ และอภิวันทน ไทยงามศิลป์ (2552) ที่ได้พบว่าการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณและมีการปรับลดอัตราค่าจ้างคนลงเพื่อให้ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า ทำให้พยาบาลมีภาระงานเพิ่มขึ้น เกิดความเหนื่อยล้า และความเครียดจากการทำงาน ส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงจึงเป็นสาเหตุให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของคิมและคณะ (Kim et al., 2013) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสำคัญและการปฏิบัติงานในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยใน

บุคลากรทางการแพทย์ในประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยคือภาระงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ความรู้เรื่องการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย และการได้รับทราบข้อมูลที่เพียงพอในเรื่องระบบการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินและการรับรองคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, 2548) ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาล รวมทั้งผู้บริหารทางการแพทย์มีส่วนสำคัญในการกำหนดกิจกรรม วางแผน สนับสนุนและจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด จากการทบทวนเอกสารพบว่ามีผู้ให้นิยามความหมายของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย คือกระบวนการทำงานเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัย ปราศจากอันตราย โดยครอบคลุมกิจกรรมสำคัญดังนี้ 1) การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย 2) การบริหารความเสี่ยง 3) การรายงานอุบัติการณ์ 4) การเรียนรู้และติดตามเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร และ 5) การวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ (Hudson, 2001; National Patient Safety Agency [NPSA], 2004; Maacchi et al., 2011; วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (NPSA, 2004) ได้กำหนดว่าควรมีการดำเนินการเป็นลำดับขั้นต่อเนื่องกัน 7 ขั้นตอนดังนี้ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากร การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา และการลงมือเพื่อป้องกันอันตราย ซึ่งหากมีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยดำเนินการไปโดยที่ผู้ให้บริการทุกคนมีส่วนร่วมและตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ให้และผู้รับบริการ อีกทั้งส่งผลต่อองค์กรคือเป็นการยกระดับมาตรฐานการความปลอดภัยในการให้บริการทางด้านสุขภาพ (Maacchi et al., 2011) รวมทั้งช่วยลดความผิดพลาดในการสื่อสาร ความผิดพลาดในการให้ยา ความผิดพลาดในการระบุตัวและการติดเชื้อ (ประภัสสร นาวเหนียว, 2550) และการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในบุคลากรพยาบาลจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานและการมีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย เช่นการป้องกันการเกิดความผิดพลาดในกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยบุคลากรพยาบาลสามารถชี้บ่งความผิดพลาดได้จากการค้นหาสิ่งที่จะก่อให้เกิดความผิดพลาด (near miss) หรือตรวจพบความผิดพลาดได้ตั้งแต่แรกเริ่ม จะช่วยลดผลกระทบต่อนักป่วยได้ (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

จากการที่การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความจำเป็นต่อการบริหารและจัดการองค์การสุขภาพในปัจจุบัน ผู้ศึกษาจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย และพบว่าที่ผ่านมามีการวิจัยเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจำนวนมาก (ชนิกานต์ อุดมมาตร, 2550; ประภัศร นาวเหนียว, 2550; รุ่งเพชร อรุณรัชฎารมย์, 2555) และการวิจัยเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลจำนวนมาก (สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์, 2552; สุกัญญา โคตรศรีวงศ์, 2557; อริย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิตติถาวร, 2553) ซึ่งการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลเป็นกิจกรรมบางส่วนในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเท่านั้น ในขณะที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยเพียง 1 เรื่อง ที่ทำการวิจัยโดย ประภัศร นาวเหนียว (2550) โดยเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (NPSA, 2004) และนำไปประเมินกับพยาบาลวิชาชีพ ได้ผลการศึกษาว่าประสิทธิผลของการจัดการความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละขั้นตอนของการจัดการความปลอดภัย พบว่าการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัยและการบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ส่วนขั้นตอนการนำแนวทางการแก้ปัญหาไปใช้ในการป้องกันอันตรายที่ต่อผู้ป่วย การนำและการสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาลและการสื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลางรวมทั้งสนับสนุนว่าการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลดีต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง เป็นโรงพยาบาลทหารระดับตติยภูมิขั้นสูง (ขนาดกลาง) 150 เตียง ให้การตรวจรักษาวินิจฉัยโรคทั่วไป และเฉพาะทางด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุกรรม ทันตกรรม ออร์โธปิดิกส์ โสต ศอ นาสิก และรังสีวินิจฉัย จากสถิติจำนวนผู้ป่วยในปัจจุบัน(ต.ค.58-มี.ค.59) มีผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 49,324 คน และในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 1,987 คน (โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559) โดยโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลจากสถาบัน พัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลล่าสุด ในเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2557 และในส่วนของกองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรพยาบาลอยู่ในความดูแลจำนวนทั้งสิ้น 146 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 41 คน ผู้ช่วยพยาบาล/นายสิบพยาบาล จำนวน 50 คน

และพนักงานช่วยการพยาบาล จำนวน 55 คน โดยมีหน่วยงานที่กองการพยาบาลรับผิดชอบ ประกอบด้วย หอผู้ป่วยจำนวน 4 หอผู้ป่วยดังนี้ หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก 14 ห้อง ห้องผ่าตัด และห้องฉุกเฉิน (กองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2558)

โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ได้มีการพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่องโดยมีการดำเนินการดังนี้ 1) มีการประกาศเป็นนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน 2) มีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และตัวแทนจากทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย 3) มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล 4) มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในทีมต่างๆ เช่น ตัวชี้วัดเรื่องสัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดต่อพลาด เท่ากับ ร้อยละ 60:40 อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเลียงสูง (ระดับG,H,I) เท่ากับ 0 ครั้ง ตัวชี้วัดของทีมนำทางคลินิกและไม่ใช้คลินิก เช่น จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมง เท่ากับ 0 ครั้ง อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม น้อยกว่าร้อยละ 3 ต่อพันวันนอน และตัวชี้วัดของทีมนำด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น อัตราการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด เท่ากับ ร้อยละ 0 เป็นต้น 5) กำหนดให้ประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นวาระการประชุมประจำเดือนของโรงพยาบาลเพื่อติดตามการดำเนินงานและตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย 6) มีการบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ เช่นกระตุ้นให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ให้สามารถเข้าถึงได้มากขึ้น ให้ทุกหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ในระดับสูงมีการทบทวนวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาเพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงและหาแนวทางแก้ไขและป้องกัน และ 7) มีการสื่อสารเรื่องอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นให้บุคลากรรับทราบทั่วทั้งองค์กรผ่านวาระการประชุมประจำเดือนและให้กรรมการจากทุกหน่วยงานที่เข้าร่วมประชุมนำไปขยายผลต่อ (โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2557) อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ 1,316 ครั้ง และ 3,086 ครั้ง ตามลำดับ (โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2558) สะท้อนว่ายังมีปัญหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลอยู่

ในปี พ.ศ. 2557 ผู้บริหารโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีได้มีการกระตุ้นให้ทุกหน่วยงานทำการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยกองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ได้มีการกำหนดให้บุคลากรพยาบาลทุกคน ร่วมมือกันค้นหาความเสี่ยงที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยภายในหน่วยงานของตนเอง และให้รายงานความเสี่ยงเข้ามาตามช่องทางต่างๆของทางโรงพยาบาล มี

การสร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัลแก่หน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์มากที่สุด (กลุ่มงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2557ก) และเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ได้มีการประเมินการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจากบุคลากรทางแพทย์ บุคลากรทางพยาบาลและบุคลากรสนับสนุนการรักษาพยาบาล เช่น รังสีเทคนิค เป็นต้น โดยใช้แบบการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผลการประเมินพบว่าคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยภาพรวมมีค่าเท่ากับร้อยละ 64.02 จากคะแนนเต็ม 100 (โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2557) ซึ่งเป็นผลการประเมินที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกำหนดคือร้อยละ 80 แต่ยังไม่ได้มีการประเมินการจัดการความปลอดภัยด้านอื่นๆ เช่น การส่งเสริมบุคลากรด้านความปลอดภัย การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา และการป้องกันอันตราย ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากข้อมูลข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบด้านการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานจึงมีความสนใจที่จะทำการสำรวจการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ที่ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (NPSA, 2004) ที่ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย 2) การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากร 3) การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 4) การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ 5) การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม 6) การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา และ 7) การลงมือเพื่อป้องกันอันตราย มาเป็นกรอบแนวคิดในการสำรวจการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี และทำการเปรียบเทียบการรับรู้การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาล 3 ระดับคือ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล เนื่องจากโอกาสในการรับรู้การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรทั้ง 3 ระดับมีความต่างกัน เช่น พยาบาลวิชาชีพมีโอกาสได้เป็นส่วนหนึ่งของทีมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานและของโรงพยาบาล ได้เข้าร่วมประชุมติดตามการดำเนินงานการจัดการความเสี่ยงเป็นประจำทุกเดือน และได้เข้าอบรมเพิ่มพูนความรู้นอกโรงพยาบาล แต่ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลเป็นกรรมการบริหารงานด้านความปลอดภัย และโอกาสในการเข้าประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพ แต่ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลมีความสำคัญในการปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาการจัดการให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรพยาบาลใน

แต่ละระดับได้ครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ การจัดการความปลอดภัยของบุคลากรพยาบาลทั้ง 3 ระดับเพื่อหวังว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็น ประโยชน์ต่อผู้บริหาร โรงพยาบาลและหัวหน้ากองการพยาบาลในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุง การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาระดับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาล ในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

1.2.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

1.3 คำถามการศึกษา

1.3.1 การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาล ค่ายสุรศักดิ์มนตรี โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับใด

1.3.2 การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

1.4 นิยามศัพท์

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลค่าย สุรศักดิ์มนตรี มีความปลอดภัย ตามแนวคิดของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Agency [NPSA], 2004) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างวัฒนธรรมความ ปลอดภัย 2) การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากร 3) การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 4) การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ 5) การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม 6) การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา และ 7) การลงมือเพื่อป้องกันอันตราย ประเมินโดยใช้ แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ที่พัฒนาขึ้นโดย ผู้ศึกษา เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล และอภิรดี นันทศุภวัฒน์ (2558)

บุคลากรพยาบาล หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานทางการพยาบาลที่อยู่ภายใต้การกำกับของ กองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลและ พนักงานช่วยการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรหรือเทียบเท่าและได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล และเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลค่าสุรศักดิ์มนตรีไม่น้อยกว่า 1 ปี

ผู้ช่วยพยาบาล หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลค่าสุรศักดิ์มนตรีไม่น้อยกว่า 1 ปี

พนักงานช่วยการพยาบาล หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรพนักงานช่วยการพยาบาลและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลค่าสุรศักดิ์มนตรีไม่น้อยกว่า 1 ปี



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved