

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การสำรวจการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.1.1 ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.1.2 เป้าหมายในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.1.3 สถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 2.2 การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.2.1 ความหมายของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.2.2 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.2.3 รูปแบบของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.2.4 แบบประเมินการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 2.4 สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.1.1 ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปัจจุบันองค์การในด้านสุขภาพต่างๆทั่วโลก ดังเช่นองค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นหลักการพื้นฐานสำคัญในระบบบริการสุขภาพ โดยให้ทุกประเทศให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการพัฒนามาตรฐาน และแนวทางในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพทั่วโลกให้ปลอดภัย จากการค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย มีผู้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยดังนี้

คุนและยังเบิร์ก (Kuhn & Youngberg, 2002) ได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่าคือการป้องกัน การหลีกเลี่ยง และการแก้ไขผลกระทบหรือความเสียหายอันเนื่องมาจากระบวนการของการดูแลสุขภาพ รวมถึงข้อผิดพลาด การกระทำที่เบี่ยงเบนจากมาตรฐานและอุบัติเหตุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) ได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่าคือการดูแลผู้ป่วยไม่ให้ได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บจากระบบการรักษาหรือความผิดพลาดในทางการแพทย์ รวมถึงการปรับปรุงคุณภาพในด้านการปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

องค์การอนามัยยุโรป (2006) ได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่าคือ เสรีภาพของผู้ป่วยในการหลุดพ้นจากอันตรายที่ไม่จำเป็นหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

องค์กรพัฒนาการวิจัยและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) (อ้างใน Emanuel et al, 2011) ได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่าคือศาสตร์การดูแลสุขภาพที่นำไปใช้ในการดูแลด้านความปลอดภัย เพื่อให้บรรลุระบบการบริการสุขภาพที่เชื่อถือได้ รวมถึงการดำเนินการเพื่อลดอุบัติการณ์ ผลกระทบของความเสียหาย และฟื้นฟูความเสียหายต่างๆที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ

อนูวัฒน์ สุขขุดิกุล (2543) ได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่าคือการปลอดจากการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการกระทำผิด และการละเลยที่จะกระทำในการดูแล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2546) ได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่าคือการปลอดจากอันตรายที่เกิดจากอุบัติเหตุในระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพ การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยจากอันตรายดังกล่าว สามารถทำได้โดยการวางระบบและกระบวนการที่รัดกุมเพื่อลดโอกาสของการเกิดข้อผิดพลาด และทราบปัญหาที่เกิดขึ้นทันที

วินา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่าคือการปลอดจากการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการกระทำผิดและละเลยที่จะกระทำในการดูแล

สรุปได้ว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึงการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากอันตรายหรือการบาดเจ็บ การเกิดความเสียหายที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ การกระทำที่ผิดพลาด หรือการละเลยที่จะกระทำ การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานในระหว่างการเข้ารับบริการสุขภาพ

2.1.2 เป้าหมายในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goals)

คณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อการรับรองคุณภาพของสถาบันสุขภาพ (The Joint Commissions on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO, 2008) เป็นองค์กรสำคัญที่มีภารกิจหลักคือการส่งเสริมให้สถานบริการทางด้านสุขภาพมีการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ดังนั้นจึงได้มีการกำหนดเป้าหมายในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ไว้หลายประการดังนี้

1) เพิ่มประสิทธิภาพในการระบุตัวผู้ป่วยให้มีความแม่นยำ โดยใช้สิ่งระบุตัวผู้ป่วย อย่างน้อยสองสิ่งขึ้นไป เช่นการใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อยสองสิ่งเพื่อยืนยันการระบุตัวผู้ป่วย

2) เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ

2.1) รับคำสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ หรือการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ควรมีการอ่านกลับ และทำการบันทึกข้อมูลไว้

2.2) มีการกำหนดมาตรฐานบัญชีคำย่อ สัญลักษณ์ และหน่วยวัดต่างๆ ที่ต้องใช้ภายในโรงพยาบาล

2.3) เพิ่มประสิทธิภาพในการรายงานผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่สำคัญและรีบด่วนต่อแพทย์ผู้ดูแลในระยะเวลาที่เหมาะสม

2.4) มีรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการที่มีมาตรฐาน รวมถึงการซักถามและการตอบข้อซักถาม

3) เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา

3.1) กำหนดให้มีการทบทวนรายการยาที่ใช้ในโรงพยาบาลที่มีรูปแบบคล้ายกัน ชื่อยา ออกเสียงใกล้เคียงกัน และหามาตรการป้องกันความผิดพลาดในการใช้ยาผิด สับสนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.2) ทำฉลากยา บรรจุภัณฑ์ของยา และสารละลายต่างๆ ทุกชนิด

3.3) ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

4) ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในกระบวนการรักษา

4.1) ปฏิบัติตามแนวทางการล้างมือขององค์การอนามัยโลก หรือแนวทางการล้างมือของ ศูนย์ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

4.2) มีการทบทวนเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหมายหรือมีการสูญเสีย หน้าที่ของร่างกายอย่างถาวรเนื่องจากการติดเชื้อในกระบวนการดูแลรักษา

5) มีกระบวนการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับยาอย่างถูกต้องครบถ้วนและต่อเนื่อง

5.1) มีกระบวนการเปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในปัจจุบันกับที่เคยใช้มาก่อน ขณะอยู่ ภายใต้การดูแลขององค์กร

5.2) สรุปผลการรักษาโดยเฉพาะเรื่องยาของผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่ง ต่อไปรักษาต่อหนึ่งที่สถานบริการอื่น และจะต้องเขียนสรุปอย่างสมบูรณ์ไว้ในแผนการจำหน่ายด้วย

6) ลดความเสี่ยงอันตรายของผู้ป่วยจากการพลัดตกหกล้ม

6.1) การปฏิบัติตามโปรแกรมการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการพลัดตกหกล้ม และ ทำการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม

7) กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้มีความปลอดภัย

7.1) อธิบายและสื่อสารแนวทางในการดูแลความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้มีความปลอดภัย

8) เพิ่มความตระหนักและตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

8.1) องค์กรมีการเลือกวิธีที่เหมาะสมให้บุคลากรสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อสถานะของผู้ป่วยเลวลง

สำหรับในประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรมหาชนที่ ยกระดับมาจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้เสนอให้โรงพยาบาลต่างๆมีการ กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยและ ติดตามวัดผลได้ โดยได้จัดทำคู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอักษรย่อว่า SIMPLE จัดเป็นหมวดหมู่ที่จดจำได้ง่ายและพร้อมที่จะรองรับเป้าหมายในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่

จะมีมาในอนาคต โดยให้แต่ละอักษรย่อมีความหมายดังต่อไปนี้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล., 2551)

S : Safe Surgery	ความปลอดภัยในการผ่าตัด
I : Infection Control	การควบคุมการติดเชื้อ
M : Medication & Blood Safety	ความปลอดภัยในการให้ยาและให้เลือด
P : Patient Care Processes	กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย
L : Line, Tube & Catheter	หลักเกี่ยวกับการใส่หรือเชื่อมต่อผิวดำเนิน
E : Emergency Response	ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน

Safe Surgery คือการมีความปลอดภัยในการผ่าตัด โดยมี 3 มาตรฐานหลักที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดังนี้ 1) การป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด (site surgical infection prevention) 2) การให้ยาระงับความรู้สึก (safe anesthesia) และ 3) การป้องกันการผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง (safe surgical team) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การป้องกันการติดเชื้อ บุคลากรควรมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อในสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control, 1999) ในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด (surgical site infection)

2) การให้ยาระงับความรู้สึก บุคลากรควรมีการปฏิบัติตามข้อแนะนำเพื่อความปลอดภัยในการให้บริการของวิสัญญีราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทย

3) การป้องกันการผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง บุคลากรควรมีการปฏิบัติตามข้อแนะนำการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ตามแนวทางของ WHO เรื่อง Performance of Correct Procedure at Correctly body site ที่มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ 1) verification คือการทวนสอบหรือยืนยันตัวคนไข้ หัตถการ ตำแหน่ง ข้าง วัตถุอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ที่จะใส่กับร่างกายคนไข้ เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ภาพถ่ายทางรังสีและผลการตรวจพิเศษ มีการระบุผลที่เหมาะสมและมีแสดงให้เห็น 2) mark site คือการกำหนดให้แพทย์ที่จะทำหัตถการทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่จะลงมีดผ่าตัดหรือสอดใส่อุปกรณ์อย่างชัดเจน และ 3) time-out คือการกำหนดให้มีช่วงขอลานอก ณ เวลาก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึกและการผ่าตัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องตรงกัน เกี่ยวกับการจัดทำของคนไข้ หัตถการที่จะทำ ตำแหน่งและอุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียม และถ้ามีข้อมูลที่ขัดแย้งกันต้องกลับไปทบทวนใหม่ทั้งหมดจนมั่นใจ และใช้เครื่องมือสื่อสารในการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยในทุกกระบวนการผ่าตัดของ WHO ที่เรียกว่า surgical check list เพื่อให้ผู้ป่วย

เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยว่าได้รับการผ่าตัดที่ถูกคน ถูกตำแหน่ง การระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย และการป้องกันการติดเชื้อ

Infection Control คือการควบคุมการติดเชื้อ มีมาตรฐานหลักที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1) การส่งเสริมการทำความสะอาดมือและสุขอนามัยของบุคคล (hand hygiene/clean hand) ตามแนวทางของ WHO

2) การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI prevention) ตามแนวทางของ NHS ซึ่งได้เสนอแนวทางไว้ 5 ประการคือ 1) การประเมินความจำเป็นที่จะต้องใส่สายสวนปัสสาวะ 2) การเลือกประเภทของสายสวนปัสสาวะ 3) การใส่สายสวนปัสสาวะ 4) การดูแลระหว่างสายสวนปัสสาวะและ 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่

3) การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (VAP Prevention) ตามแนวทางของ CDC Recommendation for Prevention of Healthcare Associated Pneumonia (2003), Washington University ซึ่งเรียกย่อๆ ว่า WHAP และแนวทางของ American Association of Critical-Care Nurse โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้ 1) การถอดอุปกรณ์และเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยให้เร็วที่สุด (wean) ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและ weaning protocol ของโรงพยาบาล 2) การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) และ 3) การป้องกันการสำลัก (aspiration precautions) จากการใส่ท่อช่วยหายใจและการให้อาหารทางสายยาง

4) การป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำและการติดเชื้อในกระแสเลือด (central line infection prevention) ตามแนวทางของ WHO

Medication & Blood Safety คือความปลอดภัยในการให้ยาและให้เลือด มีมาตรฐานดังต่อไปนี้

1) การควบคุมการให้สารละลายอิเล็กโทรไลต์ ที่มีความเข้มข้นสูง (control of concentrated electrolyte Solutions) โดยปฏิบัติตามแนวทางเรื่อง Control of concentrated electrolyte Solutions ของ WHO เช่นการให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการใช้ยาโพแทสเซียมคลอไรด์ (Potassium chloride) และการปรับปรุงเรื่องความปลอดภัยในการใช้ยาความเสี่ยงสูง (improve the safety of High-Alert Drug) โดยการจัดทำแนวทางในการป้องกันอันตราย การค้นหาความผิดพลาดและอันตราย และการบรรเทาอันตรายจากการใช้ยาความเสี่ยงสูง ในกลุ่มยาดังต่อไปนี้ ยาต้านเลือดแข็งตัว (anticoagulants drugs) ยาแก้ปวดในกลุ่มยาเสพติด (narcotic drugs) ยาอินซูลิน (insulin) และกลุ่มยาระงับประสาท (sedative)

2) การค้นหาและจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้องมอคล้าย (Look-Alike Sound-Alike Medication Names: LASA) ในเชิงรุก เช่นการทบทวนยาชื่อพ้องมอคล้าย (LASA) ที่มีใช้ในโรงพยาบาล และการนำแนวทางทางคลินิก (clinical protocol) ไปปฏิบัติ เช่นการลดการใช้คำสั่งการรักษาด้วยวาจาและคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์

3) การจัดทำระบบมาตรฐานในการรวบรวมและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย (assuring medication accuracy at transition in care) เช่นการมีกระบวนการในการระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในการให้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในทุกจุดของการให้บริการ มีการเปรียบเทียบบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้กับคำสั่งแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีการรับไว้ ย้าย หรือจำหน่าย เป็นต้น

Patient Care Processes คือกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย มีมาตรฐานดังต่อไปนี้

1) การจัดทำแนวทางชี้บ่งตัวผู้ป่วย (patients identification) เช่นส่งเสริมให้มีการใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อยสองตัวเพื่อยืนยันตัวบุคคลของผู้ป่วย ตามแนวทางของ WHO

2) การจัดทำแนวทางในการสื่อสารระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้ SBAR (situation-background-assessment-recommendation) เพื่อให้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมให้มีความต่อเนื่องในการดูแล ตามแนวทางของ IHI

3) การจัดทำแนวทางในการสื่อสารส่งมอบข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ในการเปลี่ยนเวรและระหว่างหน่วยงาน (communication during patient care handovers) ตามแนวทางของ WHO

4) การจัดทำแนวทางการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้ในเวลาที่เหมาะสม (communicating critical test results) ตามแนวทางของ WHO

5) การจัดทำแนวทางสำหรับการสื่อสารที่มีการสั่งการรักษาทางวาจาหรือสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ หรือการรับรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางโทรศัพท์ (verbal or telephone order communication) ตามแนวทางของ JACHO/JCI

6) การจัดทำแนวทางการสื่อสารโดยใช้คำย่อ ชื่อย่อ สัญลักษณ์ และการระบุขนาดยาที่เป็นมาตรฐาน (abbreviations, acronyms, symbols, & dose designation) ตามแนวทางของ JACHO/JCI

7) การจัดทำแนวทางการให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง (proper diagnosis) เพื่อป้องกันการป้องกันความล่าช้าและความผิดพลาดในการวินิจฉัย ตามแนวทางของ WHO

8) การจัดทำแนวการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (preventing common complications) โดย การกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงเรื่องการเกิดแผลกดทับ และการ พลัดตกหกล้ม ตามแนวทางของ WHO

Line, Tube & Catheter คือการหลีกเลี่ยงการใส่หรือเชื่อมต่อผิดต่อหรือสายสวนผิดตำแหน่ง ใน ขั้นตอนการต่อหรือถอดสายสวนหลอดเลือด โดยการจัดทำแนวทางเรื่อง Avoiding Catheter and Tubing Mis-connections ตามแนวทางของ WHO ซึ่งประกอบด้วย 1) การมีระบบและวิธีปฏิบัติการ 2) การจัดฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร และ 3) การส่งเสริมการจัดซื้อ tube และ catheter ที่ถูก ออกแบบเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเชื่อมต่อผิดตำแหน่งกับอุปกรณ์หรือ tube อื่นๆ

Emergency Response คือการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน มีมาตรฐานดังต่อไปนี้

1) การตอบสนองอาการเปลี่ยนแปลงที่ทรุดลงของผู้ป่วย ควรมีการจัดทำเกณฑ์การประเมิน สำหรับการร้องขอความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยได้อย่าง ทันทีทันใด

2) การลดและป้องกันการการติดเชื้อในกระแสเลือดควรมีการปฏิบัติตามแนวทางของ International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008 ซึ่งประกอบด้วย 1) management of severe sepsis และ 2) supportive therapy of severe sepsis

3) การลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ มีจุดเน้นที่ สำคัญ 3 ด้านคือ 1) การค้นหาและการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว 2) การให้การรักษาที่ทันทีและ มีประสิทธิภาพ และ 3) การตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็วไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพกว่า

4) การป้องกันการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนมารดาและทารกแรกเกิด โดยมีจุดเน้น การดูแลมารดาในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะพิษแห่งครรภ์ และใน ทารกแรกเกิดเรื่องการป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

สรุปได้ว่าเป้าหมายในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยของทั้ง JCAHO และสถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาลมีความคล้ายคลึงกัน โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านกระบวนการใน การดูแลผู้ป่วย กระบวนการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับยาอย่างถูกต้องครบถ้วนและต่อเนื่องการระบุตัวผู้ป่วย ให้มีความแม่นยำ การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ การให้ยาและให้เลือด ความเสี่ยงจากการติดเชื้อใน กระบวนการรักษา การพลัดตกหกล้ม กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้มีความปลอดภัย การเพิ่มความตระหนักและตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ความปลอดภัยในการผ่าตัด การใส่หรือเชื่อมต่อผิดตำแหน่ง และการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน

2.1.3 สถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการบริหารงานของโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในการจัดการบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาล ดังนั้นทุกประเทศจึงได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นนโยบายที่สำคัญในระดับชาติ โดยจากพระราชบัญญัติประกันสุขภาพของประเทศไทยได้กำหนดให้มีการนำนโยบายการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เพื่อควบคุมคุณภาพ มาตรฐาน การให้บริการทางสุขภาพ และสร้างความมั่นใจในการให้บริการทางสุขภาพให้เกิดขึ้นกับทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีความปลอดภัย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนด้านผู้ให้บริการคือการมีระบบบริการที่มีคุณภาพทางด้านการรักษาพยาบาล ช่วยลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง ป้องกันการเสียชีวิตเนื่องจากการบริการของโรงพยาบาล แต่ระบบบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันพบว่าการเปลี่ยนแปลงไปมากจากระบบเดิมเนื่องจากความซับซ้อนที่มากขึ้นทั้งจากโรคและสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาล รูปแบบการจัดบริการและการบริการเฉพาะทางที่เพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ผู้ใช้บริการมีความต้องการที่หลากหลายโดยเฉพาะในเรื่องคุณภาพของการบริการ อีกทั้งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางเทคโนโลยีที่ทันสมัยสามารถทำได้ง่ายขึ้น ผู้รับบริการมีการรับรู้และตระหนักในเรื่องสิทธิของตนเองเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้มีความคาดหวังและความต้องการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพเพิ่มสูงขึ้นตามมา ซึ่งหากไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติหรือมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นระหว่างการเข้ารับบริการ อาจนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายจากทางโรงพยาบาลได้ (วิณา จิระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2550)

ดังนั้นองค์กรสุขภาพทั้งในและต่างประเทศจึงมีความตื่นตัวในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลมีการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นเช่นกำหนดไว้ในระดับองค์กรผู้บริหารควรกำหนดความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับองค์กร กำหนดเป็นนโยบายด้านความปลอดภัยขององค์กร ให้การสนับสนุนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในองค์กร ส่วนระดับการจัดการและบริหารควรมีการจัดทำคู่มือการจัดการระบบหรือนำรูปแบบ แนวทางการทำงานที่ปลอดภัยมาใช้ มีการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่าง ๆ และระดับบุคลากรควรมีการเสริมสร้างทัศนคติ ความรู้ ทักษะต่างๆ รวมทั้งการทำงานเป็นทีม เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรายงานความผิดพลาด และนำมาสู่การพัฒนาการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังใช้เป้าหมายในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goals) เป็นหนึ่ง

ในมาตรฐานการประกันคุณภาพการให้บริการของการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล โดยในประเทศสหรัฐอเมริกา มีคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อการรับรองคุณภาพของสถาบันสุขภาพ (The Joint Commissions on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO, 2008) ซึ่งมีการประกาศให้ทุกโรงพยาบาลที่จะขอทำการรับรองคุณภาพจากหน่วยงาน ต้องปฏิบัติตามกรอบการบริหารจัดการให้เกิดความปลอดภัยที่เรียกว่า “patient safety goal” เพื่อเป็นเครื่องยืนยันว่าการรักษาพยาบาลจะได้มาตรฐานและลดความผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย สำหรับประเทศไทย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้มีการกำหนดมาตรฐานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ในเกณฑ์การประเมินและการรับรับคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลไว้ด้วยเช่นกัน (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2548)

ในสถานการณ์ปัจจุบันแม้ว่าทุกโรงพยาบาลจะมีการพัฒนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่สถานการณ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในและต่างประเทศยังคงพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญอยู่ โดยในต่างประเทศพบว่าประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้เสียชีวิตจากความผิดพลาดในการรักษาของโรงพยาบาลประมาณ 44,000 - 98,000 คน/ปี ซึ่งสูญเสียเงินมากกว่า 37,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ในการจ่ายค่าดูแลรักษาพยาบาลที่ผิดพลาด (Institute of Medicine, 1999) และรายงานจากองค์การอนามัยโรค มีผู้ป่วย 1,400,000 ราย ที่มีอาการแย่ลงหลังจากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะมีอาการติดเชื้อระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล (World Health Organization: WHO, 2007) นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยของเบเกอร์และคณะ (Baker et al., 2004) ที่พบว่าในประเทศแคนาดา มีผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยโดยเฉลี่ยสูงถึง 7.5% หรือจำนวน 2.5 ล้านคนต่อปี ที่เกิดความไม่ปลอดภัยในเรื่องของการตกเตียง การให้ยาผิดหรือการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสมทำให้มีอัตราการตายและอัตราป่วยของผู้ป่วยเกิดขึ้น และพบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากความผิดพลาดที่เกี่ยวกับการให้ยาของบุคลากรภายในโรงพยาบาลที่มีมากถึง 98,000 คนต่อปี (Kohn, et al., 2000) เช่นเดียวกับการบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย (The National Health Service [NHS]) ได้มีการรายงานผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 28,998 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม การให้ยาผิดและการวินิจฉัยที่ผิดพลาด (Shaw et al., 2005) และจากการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 14,000 ราย ในโรงพยาบาล 28 แห่ง ในประเทศออสเตรเลีย พบว่ามีอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 16.6 โดยเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ ร้อยละ 51 มีผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร ร้อยละ 13.7 และผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 4.9 (Brennan et al, 1991)

สำหรับในประเทศไทยจากสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยจากการรับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับอันตรายจากการรักษาพยาบาลที่ผิดพลาด เช่น ได้รับบาดเจ็บ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2545 มีจำนวน 271,000 ราย และประเทศไทยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาการบาดเจ็บจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ปีละมากกว่า 1,108 ล้านบาทจากข้อมูลสถิติของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2545 (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546) ในปี พ.ศ.2547 มีสถิติเพิ่มขึ้นเป็น 73 ราย และในช่วงปี พ.ศ. 2552 ถึง ปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 660 ราย ทั้งนี้พบว่าสถิติมีการเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าภายในระยะเวลา 6 ปี และในปี พ.ศ.2553 มีผู้ได้รับความเสียหาย 3,284 ราย มี 1,496 ราย ได้รับความเสียหายถึงขั้นเสียชีวิต โดยรัฐบาลได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 จนถึง ปี พ.ศ. 2553 เป็นเงิน 296,466,183 บาท และมีสถิติการฟ้องร้องในคดีแพ่งในช่วงปี พ.ศ. 2539-2551 มากถึง 76 คดี อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (รินี เรืองหนู, 2553) และในส่วนของกรณีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่พบจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2544 จำนวน 400 ราย พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 11.4 และเกิดความพิการถาวรของร่างกายคิดเป็นร้อยละ 3 ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 9.74 วัน และในจำนวนผลลัพธ์ของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดนี้พบสัดส่วนของการเกิดขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 12.8 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ, 2546) นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2549 พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อซ้ำสองหลังเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ปีละ 200,000 ราย เสียชีวิต 12,000 ราย สูญเสียค่ารักษาพยาบาลปีละ 5,000 ล้านบาท และพบว่าจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2539 -2551 คดีที่ถูกฟ้องร้องมากที่สุดสามอันดับแรกคือ 1) การรักษาผิดพลาดและไม่ได้มาตรฐาน 2) การทำคลอด และ 3) การวินิจฉัยผิดพลาด (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยพบว่าอุบัติการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นมากสุดที่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (สุกชัย คุณารัตนพลกุล, 2550)

สำหรับสถิติความเสี่ยงและความผิดพลาดในกระบวนการพยาบาลพบว่ามีสถิติการร้องเรียนที่สภาการพยาบาลเรื่องความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยในกระบวนการคลอดจำนวน 15 เรื่อง พบว่าพยาบาลถูกฟ้องร้องในคดีแพ่ง 11 ราย และคดีอาญา 2 ราย สาเหตุฟ้องร้องส่วนใหญ่เกิดจากพยาบาลกระทำผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยแล้วไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยและญาติ จนผู้ป่วยเกิดความเสียหายหรือได้รับอันตรายต่อชีวิต พยาบาลแสดงกิริยาท่าทางที่ไม่เหมาะสมทั้งคำพูดและการแสดงออก (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553) และพบสถิติการเกิดแผลกดทับแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามในปี พ.ศ. 2550 ทั้งหมด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.15 และในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามพยาบาลตาม

แนวทางที่กำหนด ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นเกินความจำเป็น (ชนะใจ จุฑาพิพัตกุล, วรุณี หาวิรส, และ พรรณนิภา เกตมมาลา, 2553)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่ามีสถิติคดีฟ้องร้องเนื่องมาจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของกระบวนการรักษาพยาบาลจำนวนมากและมีแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นโดยการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และมีความปลอดภัยสูงสุด อีกทั้งการที่โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งจากภายในและต่างประเทศสามารถช่วยเป็นหลักประกันให้ผู้รับบริการและประชาชนยอมรับและเชื่อถือได้ว่าจะไม่เกิดความผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (มานิตย์ จุมปา, 2553)

2.2 การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.2.1 ความหมายของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

ฮัดสัน (Hudson, 2001) ได้ให้ความหมายของการจัดการความปลอดภัยว่าเป็นกระบวนการจัดการความเสี่ยงที่สามารถตอบสนองต่ออันตรายที่เกิดขึ้นการจัดการได้อย่างรวดเร็ว มีระบบการจัดการและมีกระบวนการเฝ้าระวังเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยอยู่ตลอดเวลา มีการค้นหาความเสี่ยงในเชิงรุกเนื่องจากอันตรายที่เกิดขึ้นอาจเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิดและคาดไม่ถึง

หน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Agency [NPSA], 2004) ได้ให้ความหมายการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยว่าเป็นกระบวนการขององค์กรที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น โดยจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สำคัญ 7 ประการได้แก่ 1) การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย 2) การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากร 3) การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 4) การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ 5) การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม 6) การส่งเสริมบุคลากรให้มีการใช้การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหาเพื่อการเรียนรู้และค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้น และ 7) การลงมือเพื่อป้องกันอันตราย

แมกชีและคณะ (Maacchi et al., 2011) ได้ให้ความหมายการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยว่าเป็นการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยบูรณาการเข้ากับระบบการบริหารจัดการทั้งหมดขององค์กรและนำปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ในการพิจารณาหาประเด็นในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการจัดการความปลอดภัยขององค์กร จัดให้มีการ

ออกแบบระบบการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้รับบริการ โดยการค้นหา การจำแนกและการประเมินความรุนแรง การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ และการบริหารความเสี่ยงภายในองค์กร

วีณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550) ได้ให้ความหมายของการจัดการความปลอดภัยเชิงรุกคือการค้นหาและการจัดการกับความล้มเหลว การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาด ในหลายระดับ เช่น นโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย การฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์ที่เร่งรีบและการปฏิบัติที่ซับซ้อน รวมถึงการออกแบบสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ การแพทย์ที่สะดวกในการทำงาน เพื่อป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความสูญเสียหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นลดลง

สรุปว่า การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกระบวนการทำงานเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยปราศจากอันตราย ประกอบด้วย การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การเรียนรู้และติดตามเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร และการวางแผนทางแก้ไขปัญหามาเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าการนิยามการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยความหมายของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (2004) มีความครอบคลุมกระบวนการทำงานดังกล่าวทั้งหมด ดังนั้นในการศึกษานี้จึงนิยามความหมายการจัดการความปลอดภัยตามนิยามของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (2004) ที่กล่าวว่าจัดการความปลอดภัยคือการกระบวนการขององค์กรทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านความปลอดภัยโดยจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สำคัญ 7 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย 2) การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากร 3) การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 4) การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ 5) การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม 6) การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา และ 7) การลงมือเพื่อป้องกันอันตราย

2.2.2 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

รีสัน (Reason, 1997; 2000) กล่าวว่าจัดการความปลอดภัย ประกอบด้วย 2 แนวคิดที่สำคัญ คือ แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล (person approach on the error) และแนวคิดจัดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (system approach to error) โดยแต่ละแนวคิดจะมองสาเหตุของความผิดพลาดและวิธีแก้ไขที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

2.2.2.1 แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล (person approach on the error) เชื่อว่าการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์ มีสาเหตุเริ่มต้นมาจากความบกพร่องด้านกระบวนการทางความรู้สึนึกคิด (mental process) ได้แก่การลืม ความไม่เอาใจใส่ การขาดแรงจูงใจ ความสะเพร่า ความละเลยหรือความประมาท โดยมนุษย์ถูกมองว่ามีอิสระ และสามารถเลือกกระหว่างการกระทำ พฤติกรรมที่ปลอดภัยและไม่ปลอดภัย ความผิดพลาดจึงเป็นประเด็นจริยธรรมส่วนบุคคล ดังนั้นเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อการกระทำของตน และอธิบายการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์จากศาสตร์ด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ (cognitive psychology) และความเข้าใจในปฏิกิริยาของมนุษย์กับเทคโนโลยีว่าเกี่ยวข้องกับพื้นฐานกลไกทางความคิด (mechanism of thought) ในระดับของการขาดสติในการกระทำ (unconscious thought) ไปจนถึงการคิดอย่างมีสติในสิ่งที่กำลังกระทำ (conscious thought) โดยจำแนกสาเหตุในระดับการเรียนรู้ (perception) ที่นำไปสู่การกระทำที่ไม่ปลอดภัย 2 แบบดังนี้

1) การกระทำที่ไม่ปลอดภัยจากความผิดพลาด (error) มี 2 ประเภทคือ

1.1) ความผิดพลาดจากการกระทำที่ไม่จงใจ (error of unintentional act) เป็นความผิดพลาดในการใช้ทักษะที่ผิด (skill-based error) เกิดจากการกระทำที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและทำเป็นอัตโนมัติจากการมีทักษะความชำนาญในสิ่งที่ทำ แต่ปราศจากการมีสติอยู่กับสิ่งที่ทำซึ่งพบบ่อยในการปฏิบัติงานประจำที่ทำจนเคยชิน หรือความผิดพลาดในการใช้ทักษะผิด จำแนกตามสาเหตุ ได้แก่ การไม่รับรู้ (recognition failure) เป็นการไม่สามารถจำแนกสัญญาณที่แตกต่างกัน หรือมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการจำแนก เช่นการถูกขัดจังหวะ ไม่มีสมาธิ มีเรื่องกังวลใจ เหนื่อยล้า เกร็งรับ การหลงลืม (memory failure) และการละเลย (attention failure)

1.2) ความผิดพลาดจากการกระทำที่จงใจ (error of intentional act) ได้แก่ ความผิดพลาดจากการใช้กฎผิด (rule-base error) เป็นการประยุกต์ใช้กฎเกณฑ์ต่างๆ ที่มีอยู่เพื่อนำมาแก้ปัญหาแต่นำไปใช้ไม่ถูกต้อง เกิดความผิดพลาดในการใช้ความรู้ที่ผิด (knowledge-base error) เป็นกระบวนการคิดโดยใช้กฎ แต่ไม่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เช่นผู้ปฏิบัติงานสรุปสถานการณ์ผิดพลาดจากการที่มีความรู้ไม่เพียงพอในการพิจารณาไตร่ตรองแก้ปัญหา และการจงใจกระทำตามความรู้ที่ผิดนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติงานที่ผิดพลาดขึ้น และการกระทำที่ไม่ปลอดภัยจากการละเมิดกฎระเบียบอย่างจงใจ (intentional unsafe act) โดยเกิดจากกลไกความคิดที่เบี่ยงเบนไปจากกฎระเบียบ ข้อตกลง บรรทัดฐานที่ดี และถูกต้องสำหรับการปฏิบัติ เช่นกฎดีแต่ไม่ใช้เนื่องจากไม่ยอมรับหรือยุ่งยากในการนำไปใช้ หรือทำการลดหรือข้ามขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้เสร็จเร็วขึ้น จนทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ตามมา

2.2.2.1 แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (system approach on the error) เชื่อว่ามนุษย์ทำผิดพลาดได้แม้ว่าจะอยู่ในองค์กรที่มีการจัดการที่ดีที่สุด โดยมองว่าความผิดพลาดของมนุษย์มีสาเหตุหลักมาจากปัญหาของระบบในองค์กร โดยริสันได้เสนอแบบจำลองเชิงระบบของการเกิดอุบัติเหตุในรูปแบบโมเดลเนยแข็งสวิส หรือ “The Swiss Cheese Model” ที่อธิบายมาตรการป้องกันอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับใช้แผ่นเนยที่มีรูวางเรียงซ้อนกันเป็นชั้นๆ แต่ละชั้นเปรียบกับปราการป้องกันอันตรายต่างๆ ส่วนความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นจะผ่านรูเป็นแนวไปตามแต่ละชั้น โดยทั่วไปรูที่แผ่นเนยมักไม่ตรงกันเป็นแนวเส้นตรงในทุกชั้น จึงเป็นการหยุดความเสี่ยงหรือป้องกันให้ไม่สามารถผ่านไปได้ แต่ถ้าเมื่อรูเหล่านี้ตรงกันเป็นแนวเส้นตรง ที่อาจเป็นผลมาจากความบกพร่องในการปฏิบัติงานหรือความบกพร่องที่แฝงเร้นในองค์กร เนื่องมาจากการตัดสินใจของผู้บริหารทำให้ความเสี่ยงผ่านชั้นเนยไปได้ทุกชั้นก็จะเกิดความสูญเสียหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้

โดยสาเหตุของการเกิดช่องโหว่ในแนวป้องกัน เกิดได้จาก 2 สาเหตุ คือ ความล้มเหลวจริง (active failure) คือการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยหรือระบบ ได้แก่ ความผิดพลาดหรือพลั้งเผลอ เข้าใจผิด ละเมิดกฎหรือระเบียบปฏิบัติ ซึ่งมีผลกระทบในระยะสั้นต่อความมั่นคงของปราการป้องกัน เนื่องจากสังเกตเห็นได้ชัดและได้รับการแก้ไข และความล้มเหลวแฝง (latent failure) คือสิ่งที่แฝงอยู่ในระบบและส่งผลให้เกิดผลเสียมีอยู่ 2 ประการ ประการแรกคือปฏิบัติงานที่กระตุ้นให้เกิดความผิดพลาดเช่น ภาระงานมากแต่มีอัตราค่าน้อยกว่าภาระงาน ความอ่อนล้า การขาดประสบการณ์ และการทำงานที่ต้องแข่งกับเวลา ประการที่สองคือสร้างช่องโหว่หรือทำให้เกิดจุดอ่อนในระบบป้องกัน ซึ่งจะคงอยู่เป็นเวลานาน เช่นการมีนโยบายที่เน้นการลงโทษเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์ การมีกระบวนการทำงานที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง และการมีระบบสัญญาณเตือนหรือตัวชี้วัดที่เชื่อถือไม่ได้ เป็นต้น

สรุปการจัดการความปลอดภัยด้วยแนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคลซึ่งมุ่งที่จะควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกำหนดกฎเกณฑ์ ระเบียบ การเตือนการควบคุมกำกับหรือมาตรการลงโทษ ทำให้ผู้ทำผิดพลาดกลัวต่อผลที่ตามมา และไม่รายงานอุบัติการณ์ ส่งผลให้องค์กรขาดโอกาสในการเรียนรู้จากบทเรียนที่เกิดขึ้น ทำให้ความผิดพลาดเกิดซ้ำ (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ในขณะที่หากมีการบริหารความปลอดภัยด้วยแนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ มีการมุ่งเน้นที่การบริหารความปลอดภัยเชิงรุก โดยการค้นหาและจัดการกับความล้มเหลวแฝงที่เป็นสาเหตุการเกิดความผิดพลาด และหาแนวทางป้องกันการเกิดซ้ำร่วมกับการดักจับความผิดพลาดให้ได้ในหลายๆขั้นตอนของกระบวนการทำงาน เช่นการมี

นโยบายและแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัย การฝึกอบรมบุคลากรเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์เร่งรีบและการปฏิบัติงานที่ซับซ้อน ดังนั้นแนวคิดนี้จึงมีความเหมาะสมในการแก้ปัญหาความผิดพลาดที่เกิดจากบุคคลหรือจากองค์กรเพราะการกล่าวโทษทำให้ไม่สามารถค้นพบความบกพร่องที่แท้จริง และไม่สามารถสร้างวัฒนธรรมของการรายงานได้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2546)

2.2.3 รูปแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมเรื่องรูปแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของแมกชีและคณะ (Macchi et al., 2011) พบว่ามีอยู่ 3 รูปแบบดังนี้คือ

2.2.3.1 รูปแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของกระทรวงกิจการสังคมและสาธารณสุขแห่งประเทศฟินแลนด์ (ministry of Social affair and Health) ที่ใช้เป็นกลยุทธ์ในองค์กรสุขภาพทั่วประเทศในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยให้มีแนวปฏิบัติเดียวกันเพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบการบริการด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบอยู่ทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเสริมสร้างทัศนคติ ความเชื่อและค่านิยมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยให้พัฒนาไปสู่การมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ยั่งยืน ด้านความรับผิดชอบ โดยบุคลากรในองค์กรทุกคนต้องมีความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้รับบริการให้เกิดความปลอดภัย และผู้นำองค์กรเล็งเห็นถึงความสำคัญและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากร ด้านการจัดการ โดยมีการจัดการที่เน้นความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและสร้างความเชื่อมั่นว่ามีระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย และ ประเด็นทางกฎหมาย โดยบุคลากรต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามหลักของมาตรฐานวิชาชีพ และอยู่บนพื้นฐานของแนวปฏิบัติที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพ

นอกจากนี้ประเทศฟินแลนด์ยังได้เพิ่มองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 2010 ดังนี้ ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร โดยการมีบทบาทในการจัดการส่งเสริมให้มีกลยุทธ์และแผนงานในการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาให้เกิดกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง พัฒนาการสร้างบรรยากาศในองค์กรให้มีการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์และนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุเพื่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกันภายในองค์กร โดยการสร้างให้เกิดบรรยากาศการเปิดใจรับฟังและไม่กล่าวโทษเมื่อมีผู้กระทำความผิดพลาด กำหนดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในระบบ โครงสร้างขององค์กร มีแนวปฏิบัติการจัดการความ

ปลอดภัยของผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร กำหนดให้มีการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย กำหนดขั้นตอนการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม มีการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาด้านกระบวนการต่างๆ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรให้มีทักษะเชี่ยวชาญทั้งเทคนิคทางวิชาชีพและที่ไม่ใช่ทางด้านเทคนิค และการบูรณาการการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้ากับระบบงานด้านต่างๆ ขององค์กร เช่น ด้านอาชีวอนามัย ด้านการเงิน ด้านข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย เป็นต้น

2.2.3.2 รูปแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศเนเธอร์แลนด์ได้ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการจัดการระบบสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วประเทศให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดและป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้ 1) บทบาทของผู้นำและการสื่อสารเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยภายในองค์กร การค้นหาเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และการนำอุบัติการณ์มาทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น การรายงานอุบัติการณ์ การควบคุมและประเมินความเสี่ยง และการเฝ้าระวังความเสี่ยง

2.2.3.3 รูปแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติของประเทศอังกฤษ (NPSA, 2004) ได้กล่าวว่าการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (building a safety culture) การนำและสนับสนุน ส่งเสริม บุคลากร (leading and supporting your staff) การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (integrating risk management activity) การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ (promoting incident report) การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม (involving and communicating with patients and the public) การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา (learning and sharing safety lessons) และการลงมือเพื่อป้องกันอันตราย (implementing solutions to prevent harm) ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

การที่องค์กรสุขภาพมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จะส่งผลให้บุคลากรทุกคนในองค์กรมีความตระหนักรู้ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดเวลา และเข้าใจว่าผู้ปฏิบัติงานทุกคนสามารถที่จะเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและสามารถพัฒนาการทำงานให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้

หน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติได้ให้แนวทางในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยแยกเป็น 2 ระดับดังนี้

ในระดับองค์กร มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

- 1) นโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยควรมีการระบุสิ่งที่ต้องค้นหาสาเหตุของอุบัติการณ์ ความเสี่ยงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติและผู้ปฏิบัติงานเมื่อเกิดความผิดพลาดในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วย
- 2) นโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยควรมีการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรเมื่อเกิดความผิดพลาดที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
- 3) มีการประเมินระบบการรายงานความปลอดภัยของผู้ป่วยและประเมินวัฒนธรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของโรงพยาบาล

ในระดับทีมผู้ให้บริการ มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

- 1) สร้างบรรยากาศให้มีการพูดคุยและมีการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- 2) มีการจัดการกับผู้ที่ทำผิดพลาดในการรักษายาบาลอย่างเป็นธรรม และมีการเรียนรู้และดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากร

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยต้องอาศัยผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำที่เข้มแข็งและการจัดการที่ช่วยให้บุคลากรทุกระดับสามารถบอกเล่าได้อย่างเปิดเผย เมื่อเกิดความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

หน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติได้ให้แนวทางในการนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากรในการจัดการด้านความปลอดภัยโดยแยกเป็น 2 ระดับดังนี้

ในระดับองค์กร มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

- 1) มีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล
- 2) มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในระดับโรงพยาบาล แผนก และหน่วยงาน
- 3) มีการกำหนดให้มีประเด็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุดในการประชุมระดับโรงพยาบาล แผนก และหน่วยงาน
- 4) จัดให้มีการอบรมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และติดตามประเมินผลและประสิทธิภาพของการนำกระบวนการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยขององค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ในระดับทีมผู้ให้บริการ มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

- 1) เป็นผู้นำในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 2) มีการอธิบายความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยให้บุคลากรทุกคนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญ คุณค่า และประโยชน์ที่ได้รับ
- 3) ส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงาน สามารถพูดคุยกันได้อย่างเปิดใจในเรื่องของความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกุญแจสำคัญในกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งความเสี่ยงภายในองค์กรและหน่วยงานภายนอก โดยต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทุกคน และเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ควรมีการขยายผลไปสู่หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชื่อมโยงข้อมูลการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรร่วมกัน เพื่อให้บุคลากรทุกคนรับรู้ และได้ปฏิบัติตามระบบที่วางไว้

หน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติได้ให้แนวทางในการบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลโดยแยกเป็น 2 ระดับดังนี้

ในระดับองค์กร มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

- 1) ทบทวนโครงสร้างและกระบวนการจัดการความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวข้องกับคลินิก และบูรณาการการจัดการความเสี่ยงเหล่านี้เข้ากับการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ปัญหาของผู้ให้บริการ ข้อร้องเรียนและปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาการเงิน การคลัง สิ่งแวดล้อม ระบบยา ระบบป้องกันการติดเชื้อ อาชีวอนามัย เป็นต้น
- 2) กำหนดตัวชี้วัดเพื่อให้ผู้บริหารสามารถทำการตรวจสอบและประเมินระบบการจัดการความเสี่ยงได้
- 3) ใช้ข้อมูลที่มาจากระบบการรายงานความเสี่ยงในการตรวจสอบและวางมาตรการในการป้องกันล่วงหน้าและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยในองค์กร

ในระดับทีมผู้ให้บริการ มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

- 1) มีการจัดประชุมเพื่ออภิปรายและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมผู้ให้บริการ
- 2) มีการค้นหาความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อนำไปสู่การวางมาตรการเชิงรุกในการแก้ปัญหา

3) มีการประเมินความรุนแรงและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และวางมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม

4) มีการรายงานเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยเข้าระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์

การสร้างช่องทางและขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงที่ง่ายและหลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก บุคลากรสามารถรายงานความเสี่ยงได้อย่างเปิดเผย และยอมรับในความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยความเสี่ยง 3 ประเภทที่ต้องมีการรายงาน ได้แก่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแล้ว เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ยังไม่เกิดกับตัวผู้ป่วย และเหตุการณ์พึงประสงค์ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย มีแนวทางการค้นหาความเสี่ยงที่หลากหลายนอกเหนือจากการรายงานความเสี่ยง เช่น การทำการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา ทั้งนี้ผู้บริหารต้องสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรว่าการรายงานว่คือโอกาสในการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่ได้เป็นการจับผิด หรือกล่าวโทษ

หน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติได้ให้แนวทางในการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลโดยแยกเป็น 2 ระดับดังนี้

1) ในระดับองค์กร มีข้อเสนอให้ควรมีการวางระบบขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงในเรื่อง เอกสาร ขั้นตอน วิธีการรายงาน การให้นิยามความหมายของความเสี่ยงที่ต้องรายงาน และกำหนดเป็นนโยบายว่า “การรายงานความเสี่ยงมิใช่การจับผิดกล่าวโทษ แต่เป็นการนำมาพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย” ให้กับบุคลากรทุกคนในองค์กรรับทราบ

2) ในระดับทีมผู้ให้บริการ มีข้อเสนอให้ มีการส่งเสริม และกระตุ้นให้บุคลากรในระดับปฏิบัติงาน รายงานความเสี่ยงทั้งที่เกิดขึ้นแล้ว และยังไม่เกิด เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง และการเรียนรู้ร่วมกันภายในองค์กร

ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม

การพัฒนาเรื่องการสื่อสารที่เปิดกว้าง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พูดคุย และรับฟังจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยในด้านผู้รับบริการมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา เช่น ให้รับทราบถึงการวินิจฉัย การดูแลรักษา การพูดคุยเรื่องความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ ความเสี่ยงของตนเอง และสามารถแจ้งบุคลากรได้ทันทีเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น จะสามารถช่วยลด ความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ บ้านเป็นต้น และในส่วนของผู้ให้บริการ มีการนำข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยทั้งใน

โรงพยาบาล และชุมชนที่องค์กรตั้งอยู่มาเรียนรู้เรื่องของความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อที่พัฒนาและปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น

หน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติได้ให้แนวทางในการสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยแยกเป็น 2 ระดับดังนี้

1) ในระดับองค์กร มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

1.1) กำหนดให้มีนโยบายเรื่องการสื่อสารเช่นการพูดคุย กับผู้ป่วย ครอบครัว เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น

1.2) สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่า เมื่อมีความผิดพลาดจากกระบวนการรักษา และมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับข้อมูลจากสิ่งที่เกิดขึ้น

1.3) จัดอบรมหรือให้การช่วยเหลือบุคลากรที่ต้องทำการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

2) ในระดับทีมผู้ให้บริการ มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

2.1) กรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยและญาติอย่างไรให้เกียรติ

2.2) จัดลำดับข้อมูลที่ต้องมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้ที่ทำหน้าที่ในการสื่อสารจะต้องทำการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันเวลา

2.3) ทีมผู้ให้การรักษาต้องกล่าวขอโทษผู้ป่วยและญาติทันทีที่ทราบว่าเกิดเหตุการณ์ขึ้น และทำการแก้ไขปัญหาด้วยความสุภาพและแสดงความเห็นใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา

เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจะไม่หาตัวผู้กระทำ แต่ให้บุคลากรช่วยกันคิดแก้ปัญหา ร่วมกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์เกิดซ้ำอีก โดยกระตุ้นให้ใช้การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เพื่อค้นหาต้นเหตุหลักของปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยว่าแท้จริงมีสาเหตุเกิดจากอะไร และกำหนดเป็นมาตรการป้องกันความเสี่ยงนั้นไว้ล่วงหน้า โดยจัดให้ความรู้แก่บุคลากรในองค์กร รับทราบเพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าอะไรคือความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะต้องรายงาน ขั้นตอนของการรายงานเช่นช่วงเวลาในการรายงาน รายละเอียดของข้อมูล การประเมินระดับความรุนแรง และวิธีการจัดการที่ได้ดำเนินการไป

หน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติได้ให้แนวทางในการส่งเสริมบุคลากรให้มีการเรียนรู้และค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้น โดยแยกเป็น 2 ระดับดังนี้

1) ในระดับองค์กร มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

- 1.1) จัดให้บุคลากรทุกคนมีความรู้ในการค้นหาสาเหตุและรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- 1.2) กำหนดแนวทาง วิธีการ และเหตุการณ์ที่ต้องนำมาทำการวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหา ซึ่งควรเป็นเหตุการณ์ที่มีผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายอย่างรุนแรงและอาจเสียชีวิตได้

2) ในระดับทีมผู้ให้บริการ มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

- 2.1) มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การค้นหาและการจัดการกับความเสี่ยงภายในทีมผู้ให้บริการ
- 2.2) มีการค้นหาหน่วยงานที่อาจเกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 7 การลงมือเพื่อป้องกันอันตราย

การนำบทเรียนที่ได้จากการแก้ไขปัญหามาเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ดีขึ้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพราะมาตรการป้องกันความผิดพลาดจากทั้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เคยเกิดขึ้นและยังไม่มีเกิดขึ้น จะต้องมีการประเมินว่ามาตรการเหล่านั้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ปัญหาได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้นการทำให้มีการทบทวนผลลัพธ์ของการดำเนินการตามมาตรการเหล่านั้นจะทำให้การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีความยั่งยืน

หน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติได้ให้แนวทางในนำแนวทางการแก้ไขปัญหามาใช้ในการป้องกันการเกิดอันตราย โดยแยกเป็น 2 ระดับดังนี้

1) ในระดับองค์กร มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

- 1.1) ควรมีการนำข้อมูลที่ได้จากระบบการรายงานความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การค้นหาสาเหตุของความเสี่ยงมาใช้ในการวางมาตรการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น และปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลให้มากขึ้น
- 1.2) มีการติดตามประเมินจำนวนความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับแผนงานที่จะลงมือทำ
- 1.3) มีการคาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากแผนงานที่จะลงมือทำ
- 1.4) มีการวางแผนงานในการแก้ปัญหาโดยอาศัยมาตรการหรือแนวทางจากองค์กรภายนอกหรือแนวปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับ

1.5) มีการสะท้อนการดำเนินงานที่เป็นผลจากการได้รับข้อมูลความเสี่ยงจากระบบการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล

2) ในระดับทีมผู้ให้บริการ มีข้อเสนอให้ดำเนินการดังนี้

2.1) เปิดโอกาสให้ทีมผู้ให้บริการเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

2.2) มีการติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ

2.3) ทีมผู้ให้บริการทุกคนต้องได้รับทราบการดำเนินการในการแก้ไขปัญหาเมื่อมีการรายงานความเสี่ยงเข้ามาในระบบ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย มี 3 รูปแบบ คือ รูปแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของกระทรวงกิจการสังคมและสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ฟินแลนด์ รูปแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศเนเธอร์แลนด์ และรูปแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติของประเทศอังกฤษ โดยพบว่าการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติของประเทศอังกฤษ มีกระบวนการและขั้นตอนของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ชัดเจนมีข้อเสนอแนะการดำเนินการทั้งในระดับองค์กรและในระดับทีมผู้ให้บริการ ผู้ศึกษาจึงนำมาใช้ประกอบการแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง

2.2.4 เครื่องมือในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการทบทวนเอกสารพบว่ามีแบบประเมินการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในประเทศและต่างประเทศดังนี้

1. แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งพัฒนาโดย ซาอัลซามานีและโมฮัมหมัด (Sahebalzamani & Mohammady, 2014) โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งหมด 5 ด้าน และมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ ดังนี้ 1) วัฒนธรรมความปลอดภัย จำนวน 9 ข้อ 2) การมีภาวะผู้นำด้านความปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ 3) การให้ความรู้เรื่องความปลอดภัย จำนวน 7 ข้อ 4) สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีด้านความปลอดภัย จำนวน 9 ข้อ และ 5) องค์ประกอบของการรายงานอุบัติการณ์ตามความเป็นจริง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยแบ่งเป็นช่วงระดับค่าคะแนนที่ 0-3 ดังนี้ ปฏิบัติ (ให้ระดับคะแนน 3) ไม่ได้ปฏิบัติ (ให้ระดับคะแนน

2) ควรได้รับการปรับปรุง (ให้ระดับคะแนน 1) และไม่ทราบข้อมูล (ให้ระดับคะแนน 0) ผ่านการทดสอบค่าความความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินซึ่งทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.91

2. แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งพัฒนาโดยโดย คิมและคณะ (Kim et al., 2012) ที่ใช้ประเมินบุคลากรในระดับปฏิบัติงาน ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินการรับรู้ความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งได้ดัดแปลงเครื่องมือมาจากของกวาง (Kang, 2007) โดยผ่านการทดสอบค่าความความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.85 ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามประเมินการปฏิบัติงานด้านการบริหารยาเสพติด โดยใช้แบบสอบถามของหน่วยงานที่เรียกว่า Korea Health Industry Development Institute และการบริหารยาให้มีความปลอดภัยตามเป้าหมายของ JCI (2008) ผ่านการทดสอบค่าความความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.92 มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยแบบสอบถามทั้งสองส่วนเป็นแบบประเมินมาตราวัดการประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ค่าคะแนน 1 ถึง 5 โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไปจนถึงคะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด และการแปรผลคะแนนแบ่งเป็นค่าคะแนนเฉลี่ย 4 ระดับ คือ ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ (1.0-2.0) ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (2.1-3.0) ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (3.1-4.0) และระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงสุด (4.1-5.0)

3. แบบประเมินการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งพัฒนาโดย ประภัศร นาวเหนือ (2550) ตามกรอบแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (NPISA, 2004) โดยแบบสอบถามที่มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.66 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 โดยแบบข้อคำถามที่มีองค์ประกอบด้านการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ทั้งหมด 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล การนำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การสื่อสารให้ผู้ให้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย และการนำแนวทางแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 62 ข้อ ให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ค่าคะแนน 0 ถึง 4 โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่มีการปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง คะแนน 2 หมายถึงปฏิบัติเป็นบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึงปฏิบัติบ่อยๆ และคะแนน 4 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนการแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ (0-1.33) ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (1.34-2.66) และระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (2.67-4.00)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าเครื่องมือในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย มีอยู่ 3 เครื่องมือ โดยพบว่าในต่างประเทศเป็นแบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่พัฒนาโดยชาวอิตาลี และโมฮัมหมัดและพัฒนาโดยกิมและคณะ สำหรับประเทศไทยพัฒนาโดยประภัศร นาวเหนียว ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (NPSA, 2004) แต่เครื่องมือมีค่าความสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นในการศึกษานี้จึงไม่นำแบบประเมินการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ผ่านมานำมาใช้ แต่จะพัฒนาเครื่องมือการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวคิดของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (NPSA, 2004) ขึ้นมา

2.2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความผิดพลาดและส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยมีอยู่ 3 ปัจจัยหลักคือ

1) ปัจจัยด้านองค์กร ลักษณะองค์กรที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดอัตรากำลังของบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอต่อการะงานการดูแลผู้ป่วย การมีนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ไม่มีคุณภาพ ขาดมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีระบบที่ปรึกษาในงานที่ยากและต้องการคำปรึกษา (จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2546; วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

2) ปัจจัยด้านบุคลากร ลักษณะบุคลากรที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ บุคลากรขาดความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ และมีความเร่งรีบในขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือทำงานข้ามขั้นตอน ปฏิบัติงานด้วยความเคยชิน ขาดความตระหนักและการใช้องค์ความรู้ ความคิดวิเคราะห์ในการปฏิบัติงาน ข้อจำกัดด้านการขาดความรู้และประสบการณ์ในงานที่ทำของบุคลากร หรือลักษณะการมอบหมายงานไม่เหมาะสมกับความพร้อมของบุคลากร (ระดับความรู้

และประสบการณ์ในงาน) ความเครียด ความง่วง ความเหนื่อยและอ่อนล้าในขณะปฏิบัติงาน (จินนรัตน์ ศรีภักตร์ภิญโญ, 2546; วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ลักษณะของผู้ป่วยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ สภาพของโรคของผู้ป่วย การบาดเจ็บที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติ (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ปัจจัยสำคัญคือ คือปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยบุคลากร และปัจจัยด้านผู้ป่วย ซึ่งต้องการการแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศ พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยของ ซาอัลซามานีและโมฮัมหมัด (Sahebalzamani & Mohammady, 2014) ได้ศึกษาเรื่องการจัดการความปลอดภัยความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านการดูแลทางคลินิกของพยาบาลไอซียู ในโรงพยาบาลทางภาคตะวันออกของกรุงเทพมหานคร ประเทศอิหร่าน เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ภายใต้กรอบแนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางด้านคลินิก การใช้ทรัพยากรทางเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย การให้บริการทางคลินิกของรัฐ การให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยแก่บุคลากร และการประเมินด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งหมดจำนวน 5 ด้าน 1) ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านการมีภาวะผู้นำด้านความปลอดภัย 3) ด้านการให้ความรู้เรื่องความปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีด้านความปลอดภัย และด้านองค์ประกอบของการรายงานอุบัติการณ์ตามความเป็นจริง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤติ มีระดับคะแนนสูงสุด ($\bar{X}$ =20.4, S.D.=30.53) คิดเป็น 55% ของคะแนนรายด้านจากทั้งหมด 5 ด้าน ที่ทำการศึกษา

ฮานัน (Hanan, 2013) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลในโรงพยาบาลตะวันออกกลาง โดยการใช้การกระบวนกรสนทนากลุ่ม (focus group) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการใช้การสัมภาษณ์พยาบาลในโรงพยาบาลที่ตั้งกัศกระทรวงสาธารณสุขในประเทศซาอุดีอาระเบีย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล จำนวน 23 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี และเคยมีส่วนร่วมในกระบวนกรจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้ แบ่งทำการศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม และทำการวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการศึกษา

พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยมีดังนี้คือ ผู้บริหารทางการแพทย์ ความคาดหวังในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ชั่วโมงการทำงาน ภาระงาน วัฒนธรรมการกล่าวโทษ และวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยพบว่าในระดับผู้บริหารทางการแพทย์ที่ไม่สามารถบริหารความปลอดภัยให้มีประสิทธิภาพได้นั้นเกิดจากการที่ยังคงมีการตำหนิและกล่าวโทษเมื่อพยาบาลในระดับปฏิบัติงานเกิดความผิดพลาดในการทำงานซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการงานที่มากเกินไปและส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยต่อผู้รับบริการได้

ฟรานโกลินและคณะ (Françolin et al., 2015) ได้ศึกษาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับพยาบาลเพื่อประเมินบทบาทของพยาบาลในการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 56 คน ในโรงพยาบาลจำนวน 7 แห่งในเมืองริเบรรา โอเปรโต้ รัฐเซาเปาลู ประเทศบราซิล แบ่งเป็นพยาบาลในระดับผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 7 คน และพยาบาลในระดับปฏิบัติงาน จำนวน 49 ผลการศึกษาพบว่า 1) ทุกโรงพยาบาลมีระบบการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อยู่ที่ 100% 2) มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง อยู่ที่ 71.4% 3) มีการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมาทบทวนอยู่ที่ 80% และพบว่าปัญหาการไม่รายงานอุบัติการณ์ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ปรากฏอยู่ สาเหตุเกิดจากการที่พยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติงานรู้สึกกลัวการถูกตำหนิหรือถูกกลงโทษจากผู้บังคับบัญชา จากผลการศึกษาพบว่ามีพยาบาลในระดับปฏิบัติงานเห็นด้วย จำนวน 44 คน จากทั้งหมด 49 คน คิดเป็น 89.8%

คิมและคณะ (Kim et al., 2013) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสำคัญและการปฏิบัติงานในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลของประเทศเกาหลี โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร โภชนากร และพนักงานธุรการของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรการพยาบาลคือภาระงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ความรู้เรื่องการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย และการได้รับทราบข้อมูลเพียงพอในเรื่องระบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากรการพยาบาลคือการมีภาระงานที่เหมาะสม การได้รับทราบข้อมูลเพียงพอในเรื่องระบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการที่บุคลากรมีความตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในส่วนการทบทวนการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 1 เรื่อง คือการวิจัยของ ประภัศร นาวะนิยว

(2550) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลการจัดการความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นคือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในงานบริการพยาบาล โดยมีองค์ประกอบของวิธีการจัดการความปลอดภัย 7 ขั้นตอน ของ (NPSA, 2004) ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของการจัดการความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยในรายขั้นตอนของการจัดการความปลอดภัย พบว่าการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย และการบูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ส่วนขั้นตอนการนำแนวทางการแก้ปัญหาไปใช้ในการป้องกันอันตรายที่ต่อผู้ป่วย การนำและการสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล และการสื่อสารให้ผู้ใช้บริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง

ในขณะที่มีหลายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ การจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล ได้แก่

วิมลพร ไสยวรรณ (2545) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงโดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขต กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่ามี การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงโดยการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา และกิจกรรม ตามกระบวนการจัดการความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) วิธีการจัดการความเสี่ยง 4) การประเมินผล และรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้รายรวมผ่านเกณฑ์ 80% ส่วนรายด้านพบว่าด้านการค้นหาความเสี่ยงไม่ผ่านเกณฑ์ที่จะนำไปใช้ได้

วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2545) ได้ศึกษาความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาล เปรียบเทียบความสามารถในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์การทำงานและประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง ในหอผู้ป่วยในและห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนรายด้านพบว่าความสามารถด้านการจัดการระบบควบคุมต่างๆ ในองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลที่ได้รับการอบรมด้านการจัดการความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดโดยรวมและรายด้านสูงกว่าพยาบาลที่ไม่ผ่านอบรมด้านการจัดการความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า เมื่อจำแนกตามราย

ด้านพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการลดและกำจัดสิ่งที่เป็นความเสี่ยงในการให้ยาผิดสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชฌิตา สุภีร์สุทธี (2550) ได้ศึกษาประสบการณ์การจัดการความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร ผลการวิจัยพบว่าการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงตามแนวทางของ สรพ. ทั้งในระดับโรงพยาบาลและในองค์กรพยาบาล พบปัญหาอุปสรรคในการนำการจัดการความเสี่ยงมาใช้ โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีการเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงน้อยเนื่องจากภาระงานมาก กลัวความผิด เห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย อาจส่งผลกระทบต่อผู้เขียน ขาดการตอบสนองต่อการเขียนรายงาน ไม่ได้รับความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนขาดขวัญกำลังใจเมื่อต้องเผชิญปัญหาและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง

ประกายแก้ว คำคำ (2551) ได้ศึกษาการจัดการความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลเชิงรายประจํานครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับตำแหน่งประสบการณ์การจัดการและวุฒิการศึกษาที่สูงกว่า จะมีคะแนนการจัดการความเสี่ยงที่สูงกว่าผู้ที่มีระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหารและวุฒิการศึกษาที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

รุ่งเพชร อรุณรัชฎารมย์ (2555) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะการทำงาน บรรยากาศความเชื่อใจ ในองค์กรกับการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลห้องคลอด ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะการทำงานและบรรยากาศความเชื่อใจในองค์กร อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการจัดการความเสี่ยง พบว่าอยู่ในระดับสูง คุณลักษณะการทำงานมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยง ในระดับปานกลาง และ บรรยากาศความเชื่อใจในองค์กรมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงในระดับสูง

ปาริชาติ นิลประยูร (2555) ได้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบปัญหา อุปสรรคในขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ ขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยง มีการรายงานความเสี่ยงล่าช้า กลัวผลกระทบจากการรายงาน ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยง มีการประเมินความรุนแรงไม่ถูกต้อง ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง คือขาดความเข้าใจในการหาสาเหตุรากลึกของปัญหา ภาระงานมาก การขาดการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ และขั้นตอนการประเมินผล ขาดความสม่ำเสมอในการทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยง

รวมทั้งมีหลายงานวิจัยที่ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่

สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ได้ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาล กับอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ โดยศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการและอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของ โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ของกินซ์เบิร์กและคณะ คณะ (Ginsburg et al, 2007) ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.19) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอุบัติการณ์ของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิตติถาวร (2553) ได้ศึกษาระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรม ความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ทัศนคติด้านความปลอดภัย (Safety Attitudes Questionnaire: SAQ) ที่พัฒนาโดย University of Texas และ John Hopkins University (Sexton et al., 2007) ผลการศึกษาพบว่า ระดับทัศนคติเกี่ยวกับ วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทุกกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ระดับทัศนคติเกี่ยวกับ วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านบรรยากาศความปลอดภัย การรับรู้ด้านความปลอดภัยและด้านความพึงพอใจในงานพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.50 p-value เท่ากับ 0.019 0.003 และ 0.000 ตามลำดับ ส่วนระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการทำงานเป็นทีม การยอมรับความเครียดและด้านบรรยากาศในการทำงาน ไม่มีความแตกต่างกัน

สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ (2557) ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ประจำการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Hospital Survey on Patient Safety Culture) ผลการวิจัยพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่าองค์ประกอบของ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 มี 8 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการทำงาน เป็นทีมในหน่วยงาน 2) ด้านการสื่อสาร การประสานงาน และการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน 3) ด้าน การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด 5) ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน 6) ด้านการสะท้อนการสื่อสารที่ผิดพลาด 7) ด้านการ

ทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน และ8) ด้านความคาดหวังของหัวหน้างานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

เรมวอล นันทสุภวัฒน์, ผ่องศรี เกียรติเลิศสนา, ฐิติณัฐ อัครเดชนันต์ และสะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2554) ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางการพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยและแบบบันทึกอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่คณะผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยตามกรอบแนวคิดของกินซ์เบอร์ทและคณะ (Ginsburg et al., 2007) ผลการวิจัยพบว่า 1) วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับสูง 2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ของอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ ในปีงบประมาณ 2550 พบว่ามีความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย การพลัดตกหกล้ม ความผิดพลาดในการให้ยา สารน้ำและเลือด การเกิดแผลกดทับในระดับที่ 2 ถึงระดับที่ 4 3) ความผิดพลาดในการติดต่อสื่อสารตามแผนการรักษาของผู้ป่วยและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะยังเกินมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ 4) ผลการเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 5) ผลการเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยสรุป จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลและการศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยเท่านั้น ในขณะที่มีการศึกษาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย และไม่พบว่ามีการศึกษาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปใช้ในการปรับปรุงการทำงานของโรงพยาบาลต่อไป

2.4 สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง เป็นโรงพยาบาลทหารระดับตติยภูมิ (ขนาดกลาง) 150 เตียง เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยทั่วไป ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้การตรวจรักษาวินิจฉัยโรคทั่วไป และเฉพาะทางด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุกรรม หู คอ จมูก

กระดูกและข้อ และทันตกรรม อีกทั้งเปิดให้บริการแพทย์ทางเลือก คือนวดแผนไทย และฝังเข็ม ปัจจุบันมีผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในปีพ.ศ. 2555 มีจำนวน 178,259 คน ปีพ.ศ. 2556 มีจำนวน 180,839 คน ปีพ.ศ. 2557 มีจำนวน 178,789 คน และปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 75,603 คน ส่วนสถิติผู้ป่วยในที่มารับบริการในปีพ.ศ. 2555 มีจำนวน 3,784 คน ปีพ.ศ. 2556 มีจำนวน 3,964 คน ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 3,625 คน และในปีพ.ศ. 2558 มีจำนวน 3,410 คน (โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี , 2558) โดยโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (hospital accreditation) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 31 สิงหาคม 2555 และผ่านการตรวจรับรองซ้ำครั้งที่ 1 (reaccreditation) ในเดือนธันวาคม ปีพ.ศ. 2557 และในส่วนของกองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรทางการพยาบาลอยู่ในความดูแลจำนวนทั้งสิ้น 139 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 34 คน ผู้ช่วยพยาบาล/นายสิบพยาบาล จำนวน 50 คน และพนักงานช่วยการพยาบาล จำนวน 55 คน โดยมีหน่วยงานที่กองการพยาบาลรับผิดชอบประกอบด้วย หอผู้ป่วยจำนวน 4 หอผู้ป่วย (หอผู้ป่วย อายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม) ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก 14 ห้อง ห้องผ่าตัด และห้องฉุกเฉิน (กองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี , 2558)

โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ได้มีการพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่องโดยมีการประกาศเป็นนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย กำหนดให้ทุกหน่วยงานต้องมีวัฒนธรรมความปลอดภัย มีคณะกรรมการดำเนินงานและรับผิดชอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งมาจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่ประกอบด้วยผู้บริหารจากองค์กรแพทย์ ผู้บริหารจากองค์กรพยาบาล หัวหน้าแผนกและหัวหน้าหน่วยงาน ร่วมกับตัวแทนจากบุคลากรในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้รับบริการ เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด และโภชนาการ เป็นต้น จัดตั้งเป็นคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ ที่เรียกว่าทีมนำ (lead team) ดังนี้ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัด คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล กำหนดตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในทีมนำต่างๆ เช่น ทีมนำการบริหารความเสี่ยง มีตัวชี้วัดเรื่องสัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดต่อพลาด เท่ากับ ร้อยละ 60:40 อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูง (ระดับG,H,I) เท่ากับ 0 ครั้ง ตัวชี้วัดของทีมนำทางคลินิกและไม่ใช้คลินิก เช่น จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมง เท่ากับ 0 ครั้ง อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม น้อยกว่าร้อยละ 3 ต่อพัน วันนอน และตัวชี้วัดของทีมนำด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น อัตราการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด เท่ากับ ร้อยละ 0 เป็นต้น กำหนดให้ประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในวาระการประชุมประจำเดือนของโรงพยาบาล เพื่อติดตามการดำเนินงานและตัวชี้วัด

ส่งเสริมให้บุคลากรเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตั้งแต่การค้นหาคำความเสี่ยง เพื่อช่วยป้องกันและลดการเกิดอุบัติการณ์ในระดับพลาดให้เกิดลดลง ซึ่งพบว่าจากสถิติของสัดส่วนการเกิดอุบัติการณ์ในระดับเกือบพลาดต่อพลาด ในปี พ.ศ. 2555-2558 เท่ากับ 82.66:17.34, 50.17:49.82, 52.88:47.11 และ 60.04:30.86 ตามลำดับ (กลุ่มงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2558ข) มีการบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ เช่นกระตุ้นให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ให้สามารถเข้าถึงได้มากขึ้น ให้ทุกหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ในระดับสูงมีการทบทวนวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาเพื่อค้นหาความสาเหตุหาที่แท้จริงและหาแนวทางแก้ไขและป้องกันการสื่อสารเรื่องอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นให้บุคลากรรับทราบทั่วทั้งองค์กรโดยผ่านวาระการประชุมประจำเดือนและให้กรรมการจากทุกหน่วยงานที่เข้าร่วมประชุมนำไปขยายผลต่อ โดยในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ 1,316 ครั้ง และ 3,086 ครั้ง ตามลำดับ โดยเป็นอุบัติการณ์ในระดับเกือบพลาดจำนวน 1,853 ครั้ง และระดับพลาด 1,233 ครั้ง สะท้อนว่าปัญหาการไม่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสามารถแก้ไขได้แล้วในระดับหนึ่งคือมีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้มสถิติการเกิดอุบัติการณ์ในระดับพลาด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2558 พบมีจำนวนการเกิดจำนวน 154 ครั้ง 425 ครั้ง 620 ครั้ง และ 1,233 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นอุบัติการณ์ในระดับที่ส่งผลกระทบในระดับที่ถึงตัวผู้ป่วยแล้ว (กลุ่มงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2558ข) จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการค้นหาความเสี่ยงและมีการรายงานอุบัติการณ์ในระดับเกือบพลาดให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สถิติของการเกิดอุบัติการณ์ในระดับพลาดลดลง จึงจะบรรลุตามตัวชี้วัดในเรื่องสัดส่วนของการเกิดอุบัติการณ์ในระดับพลาดต่อเกือบพลาดให้บรรลุผลสำเร็จ

ในเดือน พฤษภาคม ปีพ.ศ. 2557 โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ได้มีการประเมินการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจากบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี โดยใช้แบบการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่แปลมาจากแบบสอบถาม Hospital Survey on Patient Safety Culture ซึ่งได้พัฒนาโดย Agency for Healthcare Research and Quality ประเทศสหรัฐอเมริกา (จิรพรรณ เลิศวงศ์สกุล, 2554) ประกอบด้วยการประเมินใน 4 มิติคือ มิติพื้นฐานปฏิบัติงาน/หน่วยงาน มิติหัวหน้างาน มิติการติดต่อสื่อสาร และมิติความเสี่ยง โดยสอบถามจากบุคลากรทางแพทย์ บุคลากรทางพยาบาลและบุคลากรสนับสนุนการรักษาพยาบาล เช่น รังสีเทคนิค เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เป็นต้น ผลการประเมินพบว่าคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยภาพรวมมีค่าเท่ากับร้อยละ 64.02 จากคะแนนเต็ม 100 (กองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี , 2557) ซึ่งเป็นผลการประเมินที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกำหนดคือร้อยละ 80 สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรของโรงพยาบาลมีการรับรู้เรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอยู่ในระดับที่ไม่ดี อีกทั้งผู้บริหารยังไม่สามารถนำผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผลการประเมินไม่ได้แยกแยะให้เห็นว่ามีปัญหาการจัดการความปลอดภัยในเรื่องใด (การสัมภาษณ์หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, ดัดต่อเป็นการส่วนตัว, เดือนธันวาคม 2558)

จากการสัมภาษณ์หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ได้ให้ข้อมูลว่าการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ยังคงมีประเด็นปัญหาสำคัญเกิดขึ้นอยู่และวางแผนจะทำการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขต่อไป เช่นการจัดประชุมชี้แจงให้หัวหน้าหน่วยงานและหัวหน้าหอผู้ป่วยนำนโยบายเรื่องการกระตุ้นให้มีการรายงานอุบัติการณ์ต่างๆ ให้นำบุคลากรรับทราบว่าการรายงานอุบัติการณ์นั้นไม่ถือว่าเป็นความผิด แต่จากวัฒนธรรมองค์กรที่ยังคงมีการตำหนิและกล่าวโทษผู้ที่ทำผิดพลาดอยู่ ก่อปรกับบริบทของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลทหาร จึงทำให้บุคลากรพยาบาลมีความหวาดกลัวไม่คอยกล้ารายงานอุบัติการณ์ ส่งผลให้การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำหรือในระดับที่รุนแรงยังปรากฏอยู่ (การสัมภาษณ์หัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, ดัดต่อเป็นการส่วนตัว, เดือนเมษายน 2559) และขั้นตอนการรายงานให้ครบตามกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ในระบบเป็นหน้าที่ของผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์หรือพยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งพบปัญหาว่ายังมีการรายงานที่ล่าช้าและขาดการรายงานเข้ามาในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ได้มีการประกาศนโยบาย บริหารความเสี่ยง ความเสี่ยงไว้ทั้งหมด 7 ข้อ ดังนี้ มีการค้นหาเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานการดำเนินงานในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง มีการควบคุมและป้องกันความเสี่ยงทุกประเภทที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาลทั้งต่อผู้รับบริการเจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของ และชื่อเสียงของโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานต้องมีการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานโดยการค้นหา และจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง มีการวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทุกหน่วยงานต้องมีวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่า และมีส่วนในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นต้องมีระบบรายงานที่ชัดเจน โดยผู้ประสบเหตุ หรือรับทราบเหตุการณ์ต้องรายงานตามลำดับชั้น ซึ่งการรายงานเหตุการณ์เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติโดยไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด เมื่อมีข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร โรงพยาบาลถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญที่มีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกรายงาน และตอบสนองข้อร้องเรียนอย่าง

เหมาะสมตามระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน และบุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และการจัดการความรู้ในการจัดการความเสี่ยงทุกด้าน เพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความเสี่ยง (โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559ข)

จากผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการสำรวจไปก่อนหน้านี้พบว่ามียกระดับคะแนนที่ค่อนข้างน้อย อีกทั้งวัฒนธรรมความปลอดภัยยังเป็นหนึ่งในเจ็ดขั้นตอนของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าทางโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีได้มีการดำเนินการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวทาง 7 ขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (NPSA, 2004) นอกจากประเด็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่ผู้ศึกษาสนใจที่จะประเมินซ้ำในกลุ่มบุคลากรพยาบาลเพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลให้มีความชัดเจนมากขึ้นจากกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยตรง รวมถึงการสำรวจการรับรู้ในภาพรวมของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในกลุ่มบุคลากรพยาบาล ทางโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรียังไม่เคยได้ดำเนินการสำรวจว่าบุคลากรพยาบาลมีการรับรู้อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาเรื่องการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปางนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (NPSA, 2004) ที่ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย 2) การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากร 3) การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 4) การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ 5) การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม 6) การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา และ 7) การลงมือเพื่อป้องกันอันตราย มาเป็นแนวทางในการประเมินการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาล ในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี