

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) เรื่องการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี และ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้อภิปราย และผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระดับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง หน่วยงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี การเป็นคณะกรรมการความปลอดภัยของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน การประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและหน่วยงาน ($n=103$ คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พยาบาลวิชาชีพ ($n=26$)		ผู้ช่วยพยาบาล ($n=37$)		พนักงานช่วยการพยาบาล ($n=40$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	$(\bar{X} = 30.81, S.D.=4.63)$		$(\bar{X}= 36.95, S.D.= 9.04)$		$(\bar{X}= 32.65, S.D.= 10.61)$	
20 – 30 ปี	16	61.54	10	27.03	19	47.50
31 – 40 ปี	9	34.62	15	40.54	12	30.00
41 – 50 ปี	1	3.84	10	27.03	6	15.00
50 ปีขึ้นไป	0	0	2	5.40	3	7.50
เพศ						
ชาย	0	0	5	13.51	5	12.50
หญิง	26	100	32	86.49	35	87.50
สถานภาพสมรส						
โสด	15	57.69	13	35.14	20	50
คู่	11	42.31	21	56.76	18	45
หม้าย/หย่าร้าง	0	0	3	8.10	2	5
แยกกันอยู่						

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พยาบาลวิชาชีพ		ผู้ช่วยพยาบาล		พนักงานช่วยการพยาบาล	
	(n=26)		(n=37)		(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0	0	21	56.76	38	95
ปริญญาตรี	25	96.15	16	43.24	2	5
ปริญญาโท	1	3.85	0	0	0	0
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	$(\bar{X}=5.96, S.D.=3.90)$		$(\bar{X}=12.89, S.D.=8.03)$		$(\bar{X}=10, S.D.=9.18)$	
1-5 ปี	13	50	13	35.14	21	52.50
6-10 ปี	10	38.46	1	2.70	2	5
11-15 ปี	3	11.54	4	10.81	3	7.50
15 ปีขึ้นไป	0	0	19	51.35	14	35
หน่วยงาน						
ผู้ป่วยนอก	4	15.39	6	16.22	11	27.50
ห้องฉุกเฉิน	3	11.53	8	21.62	3	7.50
ห้องผ่าตัด	4	15.39	7	18.92	4	10
ศัลยกรรม	4	15.39	4	10.81	6	15
สูติ-นรีเวชกรรม	2	7.68	3	8.11	7	17.50
หอผู้ป่วยหนัก	4	15.39	4	10.81	3	7.50
อายุรกรรม	5	19.23	5	13.51	6	15

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พยาบาลวิชาชีพ (n=26)		ผู้ช่วยพยาบาล (n=37)		พนักงานช่วยการพยาบาล (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเป็นคณะกรรมการความปลอดภัยของโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน						
เคย	14	53.85	10	27.03	5	12.50
ไม่เคย	12	46.15	27	72.97	35	87.50
การประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในช่วง 2 ปี						
เคย	17	65.38	26	70.27	31	77.50
ไม่เคย	9	34.62	11	29.73	9	22.50
การมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล						
มาก	9	34.62	15	40.54	12	30
ปานกลาง	15	57.69	20	54.05	25	62.50
น้อย	2	7.69	2	5.41	3	7.50
การมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงาน						
มาก	19	73.08	23	62.16	17	42.50
ปานกลาง	7	26.92	12	32.43	22	55
น้อย	0	0	2	5.41	1	2.50

จากตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล มีอายุเฉลี่ย 30.81 ปี 36.95 ปี และร้อยละ 32.65 ปี ตามลำดับ โดยพบว่ากลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยการพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.54 และร้อยละ 47.50 ตามลำดับ และผู้ช่วยพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.54 โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ช่วยพยาบาลเป็นเพศหญิงและเพศชายคิดเป็นร้อยละ 86.49 และ ร้อยละ 13.51 และพนักงานช่วยการพยาบาลเป็นเพศหญิงและเพศชายคิดเป็นร้อยละ 87.50 และร้อยละ 12.50 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 57.69 รองลงมาคือพนักงานช่วยการพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 35.14 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพมีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 3.85 แต่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 96.15 ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาล ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 56.76 และร้อยละ 95 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ยในโรงพยาบาลมากที่สุด คือผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 12.89ปี รองลงมาคือพนักงานช่วยการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10ปี และ5.96ปี ตามลำดับ โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยการพยาบาลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 6-10ปี คิดเป็นร้อยละ 38.46 และร้อยละ 52.50 ตามลำดับ ส่วนผู้ช่วยพยาบาลมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากที่สุดคือ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 51.35 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 19.23 ผู้ช่วยพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 21.62 และพนักงานช่วยการพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 27.50

พยาบาลวิชาชีพเคยเป็นคณะกรรมการความปลอดภัยของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.85 รองลงมาคือผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 27.03 และร้อยละ 12.50 ตามลำดับ ส่วนการประชุมและการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาพบว่ามากที่สุดคือพนักงานช่วยการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 77.50 รองลงมาคือผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 70.27 และร้อยละ 65.38 ตามลำดับ และการมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.69 ร้อยละ 54.05 และร้อยละ 62.50 ตามลำดับ การมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 73.08 ร้อยละ 62.16 และร้อยละ 42.50 ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 2 ระดับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และ
พนักงานช่วยการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

ตารางที่ 4.2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม
และแต่ละขั้นตอนตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
แต่ละขั้นตอน				
1.การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย	0-4	3.39	0.38	สูง
2.การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากร	0-4	3.25	0.39	สูง
3.การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง	0-4	3.31	0.43	สูง
4.การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์	0-4	3.19	0.50	สูง
5.การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชน มีส่วนร่วม	0-4	3.16	0.48	สูง
6.การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา	0-4	3.10	0.56	สูง
7.การลงมือเพื่อป้องกันอันตราย	0-4	3.15	0.46	สูง
โดยรวม	0-4	3.22	0.39	สูง

จากตารางที่ 4.2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของ
บุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.22$, S.D.=0.39)
และในแต่ละขั้นตอนก็มีคะแนนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

ตารางที่ 4.3

การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี (n=103)

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	RN (n=26)	PN (n=37)	NA (n=40)	F	Sig.
		$\bar{X}(S.D.)$	$\bar{X}(S.D.)$	$\bar{X}(S.D.)$		
แต่ละขั้นตอน						
1.การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย	0-4	3.29(0.34)	3.40(0.41)	3.45(0.37)	1.402	.251
2.การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากร	0-4	3.11(0.40)	3.29(0.36)	3.31(0.39)	2.278	.108
3.การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง	0-4	3.23(0.43)	3.36(0.44)	3.31(0.44)	0.652	.523
4.การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์	0-4	2.95(0.45)	3.30(0.43)	3.25(0.55)	4.623	.012**
5.การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม	0-4	2.88(0.40)	3.23(0.47)	3.29(0.47)	6.844	.002**
6.การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา	0-4	3.04(0.54)	3.20(0.60)	3.05(0.54)	0.864	.425
7.การลงมือเพื่อป้องกันอันตราย	0-4	2.97(0.44)	3.21(0.44)	3.21(0.47)	2.718	.071
โดยรวม	0-4	3.06(0.34)	3.28(0.39)	3.26(0.40)	2.854	.062

หมายเหตุ: ** p-value < .05

RN = พยาบาลวิชาชีพ PN = ผู้ช่วยพยาบาล และ NA = พนักงานช่วยการพยาบาล

จากตารางที่ 4.3 แสดงให้เห็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้โดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล

โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One -Way ANOVA) พบว่าระดับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}=.062$) แต่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อแยกเป็นแต่ละขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ และการสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วมของบุคลากรทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}=.012$ และ $p\text{-value}=.002$ ตามลำดับ)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4.4

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบจับคู่พหุคูณ (Multiple Comparison) ของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย	ประเภทบุคลากร I และ J	Mean Difference (I-J)	S.D.	Sig.
1.การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย	RN และ PN	-.111	.097	.519
	RN และ NA	-.159	.096	.256
	PN และ NA	-.047	.086	.860
2.การนำและสนับสนุนส่งเสริม บุคลากร	RN และ PN	-.178	.098	.195
	RN และ NA	-.191	.096	.147
	PN และ NA	-.012	.087	.990
3.การบูรณาการกิจกรรมการบริหาร ความเสี่ยง	RN และ PN	-.127	.111	.524
	RN และ NA	-.080	.110	.767
	PN และ NA	.047	.100	.894
4.การสนับสนุนการรายงาน อุบัติการณ์	RN และ PN	-.356	.124	.018**
	RN และ NA	-.304	.122	.049**
	PN และ NA	.053	.110	.892
5.การสื่อสารและส่งเสริมให้ ผู้รับบริการ/ประชาชนมีส่วนร่วม	RN และ PN	-.345	.116	.014**
	RN และ NA	-.403	.114	.003**
	PN และ NA	-.058	.103	.855
6.การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา	RN และ PN	-.161	.144	.536
	RN และ NA	-.016	.142	.993
	PN และ NA	.145	.128	.531
7.การลงมือเพื่อป้องกันอันตราย	RN และ PN	-.236	.116	.130
	RN และ NA	-.242	.114	.110
	PN และ NA	-.006	.103	.998

หมายเหตุ: I = ค่าเฉลี่ยตัวตั้ง, J = ค่าเฉลี่ยตัวตาม, ** p-value < .05

RN = พยาบาลวิชาชีพ PN = ผู้ช่วยพยาบาล และ NA = พนักงานช่วยการพยาบาล

จากตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบจับคู่พหุคูณของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี โดยแยกเป็นรายด้านตาม One-Way ANOVA พบว่าด้านการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ พยาบาลกับผู้ช่วยพยาบาล มีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}=0.018$) และพยาบาลกับพนักงานช่วยการพยาบาลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}=0.049$) ส่วนด้านการสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม พยาบาลกับผู้ช่วยพยาบาลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}=0.014$) และพยาบาลกับพนักงานช่วยการพยาบาลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}=0.003$)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4.2 การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ 1) เพื่อศึกษาระดับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี และ 2) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ดังนั้นการอภิปรายผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

ผลการศึกษาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Agency [NPSA], 2004) โดยภาพรวม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.22$, S.D.=0.39) (ตารางที่ 4.2) อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิขั้นสูง สังกัดกระทรวงกลาโหม ได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตั้งในปี พ.ศ. 2555 และได้มีการได้มีการปรับเปลี่ยนเจตคติและเตรียมความพร้อมบุคลากรต่อการพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในส่วนของกองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีได้พัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลและคำนึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญเช่นกันและผ่านการรับรองมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 (โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559ก) จากการที่โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสะท้อนว่าโรงพยาบาลได้มีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานเนื่องจากกระบวนการได้มาซึ่งการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น จำเป็นต้องมีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ที่กล่าวว่าการศึกษาที่โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลรับรู้ว่าโรงพยาบาลมีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาแต่ละขั้นตอนของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Agency [NPSA], 2004) ได้ผลนำมาอภิปราย ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรพยาบาลมีการรับรู้ว่าโรงพยาบาลมีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.39$, S.D.=0.38) (ตารางที่ 4.2) ซึ่งผลที่ได้มีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ ประภัศร นาวเหนียว (2550) ที่ทำการศึกษาเรื่องการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรพยาบาลรับรู้ว่าการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรอยู่ในระดับสูง

จะเห็นได้ว่าในการศึกษานี้พบว่าบุคลากรพยาบาลมีการรับรู้ว่าโรงพยาบาลมีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ซึ่งผลการศึกษานี้มีความแตกต่างจากผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่สำรวจ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 ที่พบว่าร้อยละ 64.02 ของบุคลากรทั้งหมดในโรงพยาบาลรับรู้ว่าการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลอยู่ในระดับไม่ดี (กองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2557) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ภายหลังจากการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยใน พ.ศ. 2557 โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีได้มีการปรับเปลี่ยนการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการประกาศนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนทั้งหมด 7 ข้อ คือ 1) มีการค้นหาเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานการดำเนินงานในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 2) มีการควบคุมและป้องกันความเสี่ยงทุกประเภทที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาลทั้งต่อผู้รับบริการเจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของ และชื่อเสียงของโรงพยาบาล 3) ทุกหน่วยงานต้องมีการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานโดยการค้นหา และจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง มีการวิเคราะห์และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 4) ทุกหน่วยงานต้องมีวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง 5) เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นต้องมีระบบรายงานที่ชัดเจน โดยผู้ประสบเหตุหรือรับทราบเหตุการณ์ต้องรายงานตามลำดับชั้น ซึ่งการรายงานเหตุการณ์เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติโดยไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด และ 7) เมื่อมีข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร โรงพยาบาลถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญที่มีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกรายงาน และตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมตามระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน และบุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และการจัดการความรู้ในการจัดการความเสี่ยงทุกๆ ด้าน เพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความเสี่ยง (โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559)

จากการที่โรงพยาบาลมีนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจนดังกล่าวทำให้บุคลากรพยาบาลทุกคนในองค์กรมีความตระหนักรู้และปฏิบัติตามการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ตลอดจนมีการดำเนินการเกี่ยวกับการกระทำที่ผิดพลาดหรือเกือบพลาดที่อาจเป็นอันตราย

ต่อผู้ป่วยอย่างเปิดเผยและทำเป็นประจำ โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหอผู้ป่วยผ่านการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในรูปแบบของ CoP (Community of Practice) เช่น CoP fall, CoP bed sore, CoP miss identify เป็นต้น ดังผลการศึกษา (ภาคผนวก จ ตารางที่ จ1) ที่พบว่าร้อยละ 31.07 ระบุว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งที่ “โรงพยาบาลมีการดำเนินการอย่างเปิดเผยเมื่อเกิดความผิดพลาดในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วย” และร้อยละ 61.17 ระบุว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งที่ “หน่วยงานมีการพูดคุยกันเกี่ยวกับการกระทำที่ผิดพลาดหรือเกือบพลาดที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเป็นประจำ” และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยอดชาย สุวรรณงษ์ (2546) ที่ทำการศึกษาบรรยากาศองค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองของบุคลากรโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยกำหนดเป็นนโยบาย และมีการชี้แจงนโยบาย จะส่งผลให้บุคลากรรับทราบนโยบายด้านความปลอดภัยผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันได้ง่ายขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากรพยาบาล ในการศึกษาพบว่าบุคลากรพยาบาลรับรู้ว่ายโรงพยาบาลและหน่วยงานมีการนำและส่งเสริมให้บุคลากรสามารถพูดคุยกันได้อย่างเปิดใจในเรื่องของความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.25$, S.D.=0.39) (ตารางที่4.2) ซึ่งผลการศึกษาที่มีความแตกต่างจากผลการศึกษาของ ประภัสสร นาวเหนียว (2550) ที่พบว่าบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์รับรู้ว่าการนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากรพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี มีความแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชน นครสวรรค์ โดยที่โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบและดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับหน่วยงานมีการใช้รูปแบบทีมนำทางคลินิก ซึ่งเป็นตัวแทนจากแพทย์พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพในแต่ละหน่วยงาน ทำหน้าที่กำกับติดตามการดำเนินงานโดยใช้กรณีศึกษาที่เรียกว่าการทำ grand round, RM round, ENV round, IC round, PCT round, PTC round และ QIC round มีการประเมินผลโดยการติดตามตัวชี้วัดของทีมนำต่างๆ (กลุ่มงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559) เพื่อนำมาวางแผนในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยในแต่ละปีนำประเด็นจากอุบัติการณ์หรือตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้รับบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาปรับปรุงพัฒนา และจัดให้ประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นวาระสำคัญสูงสุดในการประชุมทุกครั้งทั้งในระดับโรงพยาบาล และหน่วยงาน นอกจากนี้ในการวิเคราะห์รายชื่อ (ภาคผนวก จ ตารางที่ จ1) ที่พบว่าร้อยละ 50.49 ระบุว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งที่ “ผู้บริหาร โรงพยาบาลมีการนำเอาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุดในการประชุมทุกครั้ง” จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็น

ว่าผู้บริหารโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีมีความจริงจังในการวางระบบและการนำองค์การในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในการส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถพูดคุยกันได้อย่างเปิดใจในเรื่องของความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงานนั้น แต่ละหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี มีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง โดยการ pre-post conference ของทีมพยาบาลในแต่ละเวร การสร้างบรรยากาศของการไม่กล่าวโทษหรือตำหนิผู้ที่ทำผิดพลาด แต่จะนำประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในเชิงระบบ ไม่ค้นหาหรือแจ้งตัวผู้กระทำผิดพลาด สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์รายชื่อ (ภาคผนวก ข ตารางที่ ข1) ที่พบว่าร้อยละ 32.04 ระบุว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งที่ “หน่วยงานในโรงพยาบาลมีการพูดคุยถึงความสำคัญ คุณค่า และประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประจำ” และร้อยละ 29.13 ระบุว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งที่หน่วยงานของโรงพยาบาลมีการพูดคุยกันได้อย่างเปิดใจในเรื่องความปลอดภัยหรือความเสี่ยงของผู้ป่วย”

ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง ในการศึกษาพบว่าบุคลากรพยาบาลรับรู้ว่าการบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.31$, $S.D.=0.43$) (ตารางที่4.2) ซึ่งผลการศึกษานี้มีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของประภัสสร นาวเหนียว (2550) ที่พบว่าการบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครสวรรค์อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลทุกแห่งต้องดำเนินการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นมิติที่สำคัญที่ต้องได้รับการประเมินเพื่อนำไปสู่การพิจารณารับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2552)

สำหรับโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีมีการปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยงตามการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์/การประเมินความเสี่ยง 3)การจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นการตรวจสอบและติดตาม ทั้งในด้านของกระบวนการ และระบบเพื่อค้นหาความเสี่ยงก่อนที่จะเกิดข้อผิดพลาด และป้องกันการเกิดความผิดพลาดซ้ำในการให้การรักษายาบาลต่อไปในอนาคตได้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546) โดยในการค้นหาความเสี่ยงนั้น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีมีการบริหารความเสี่ยงเชิงระบบ โดยการติดตามประเมินผลการรายงานทุกเดือน การประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วนำมาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงที่ค้นพบทั้งหมด และจัดลำดับและประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยนำมาเป็นหนึ่งในวาระการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและประเมิน

ประสิทธิภาพของระบบการรายงานเป็นประจำทุกสิ้นปีงบประมาณ โดยกลุ่มงานบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีได้กำหนดเป็นวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดคุณภาพของการบริหารความเสี่ยงมีเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรแจกจ่ายให้ทุกหน่วยงานที่ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ เช่น สัดส่วนการรายงานเหตุการณ์พลาดต่อเกือบพลาดต้องไม่เกิน 60 ต่อ 40 และตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทางคลินิก ในปี พ.ศ. 2559 มีจุดเน้นตาม Patient Safety Goals: SIMPLE โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย และมีการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการความเสี่ยงดังที่ระบุในตัวชี้วัดและเป้าหมาย เช่น หน่วยงานมีการทำ RCA, CQI และ clinical tracer ที่ได้มาจากความเสี่ยงในหน่วยงานให้มากกว่าร้อยละ 90 จำนวนคำร้องเรียน/อุบัติการณ์ที่มีการฟ้องร้องหรือเป็นคดีความเท่ากับศูนย์ (กลุ่มงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรอนงค์ ครุฑนาถ (2553) ที่พบว่าระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิผลควรมุ่งเน้นที่มาตรการป้องกันเชิงระบบมากกว่าการแก้ไขปัญหาที่ตัวบุคคล และการประเมินผลและการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงควรทำการประเมินผลเป็นประจำทุกปี และมีการปรับปรุงคุณภาพและการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ในการศึกษาพบว่าบุคลากรพยาบาลรับรู้ว่าการรายงานและหน่วยงานมีการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.39$, $S.D.=0.50$) (ตารางที่ 4.2) ซึ่งผลการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ ประภัศร นาวเหนือ (2550) ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์รับรู้ว่าการรายงานอุบัติการณ์อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่เสนอแนะว่าทุกโรงพยาบาลควรมีการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ที่มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนโดยนำเสนอประเด็นความปลอดภัยผู้ป่วยที่พบหรือสังเกตพบระหว่างปฏิบัติงานมาพูดคุยกันภายในทีมงาน (conference) โดยไม่มีการกล่าวโทษกัน เพื่อให้บุคลากรพูดคุยกันมากจนเกิดความตระหนักที่จะรายงานเหตุการณ์ได้อย่างสะดวกใจและนำไปสู่การรายงานอุบัติการณ์ให้เกิดขึ้นเป็นประจำ (สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์รายข้อ (ภาคผนวก ข ตารางที่ ข1) พบว่าบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลค่ายฯ ร้อยละ 53.40 เห็นด้วยในเรื่อง “โรงพยาบาลของท่านมีการสร้างบรรยากาศให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าการรายงานความเสี่ยงเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนาไม่ใช่การนำมาใช้เพื่อการลงโทษ”

สำหรับโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีมีการส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ โดยมีการกำหนดช่องทางบันทึกการรายงานอุบัติการณ์เป็น 3 ช่องทาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 คือ 1) ผ่านระบบสารสนเทศ (intranet) ของโรงพยาบาล 2) บันทึกในสมุดอุบัติการณ์ของหน่วยงาน (log book) และ

3) บันทึกในแบบฟอร์มสรุปรายงานอุบัติการณ์ส่งที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพ(เพิ่มเติมภายหลัง) (กลุ่มงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2558) เพื่อให้มีระบบขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ที่เข้าถึงได้มากขึ้น และคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลและตัวแทนผู้รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานนำผลการสรุปข้อมูลที่ได้จากการรายงานอุบัติการณ์ไปใช้ปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยกำหนดให้หน่วยงานวิเคราะห์ตาม 9 โปรแกรมความเสี่ยง เช่นการเกิดอุบัติการณ์ทางด้านการบริหารยาผิดพลาด หรืออุบัติการณ์ทางคลินิกและไม่ใช่คลินิกที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางด้านการรักษาและการพยาบาล เช่น อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม การย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน หรือการเสียชีวิตหลังผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง เป็นต้น และอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปให้หน่วยงานทำการวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา (RCA) นอกจากนี้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล(RM)ได้กำหนดแนวทางให้เพิ่มการรายงานในประเด็นความเสี่ยงของผู้ป่วยที่พยาบาลเวรตรวจการได้ตรวจพบจากการเข้าไปนิเทศหน่วยงานในช่วงนอกเวลาทำการ และให้พยาบาลหัวหน้าเวรทำการลงบันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลทุกครั้งเพื่อให้ข้อมูลเกิดการรายงานเข้าสู่ระบบการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทีม RM ได้มีการปรับเปลี่ยนฟอร์มเพิ่มช่องที่มาของการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มเติม (กลุ่มงานบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559) นำข้อมูลมาเรียนรู้ร่วมกันทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานเพื่อป้องกันความผิดพลาดไม่ให้เกิดซ้ำ

ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม ในการศึกษานี้พบว่าบุคลากรพยาบาลรับรู้ว่าคุณภาพและหน่วยงานมีการสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.16$, S.D.=0.48) (ตารางที่ 4.2) ซึ่งผลการศึกษาที่มีความแตกต่างจากผลการศึกษาของประภัสสร นาวเหนียว (2550) ที่พบว่าบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์รับรู้ว่าคุณภาพมีการสื่อสารให้ผู้รับบริการและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรีให้ความสำคัญกับเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น โดยมีทีมใกล้เคียงของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้โดยตรงเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติที่ได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลโดยทันที ดังจะเห็นได้จากการวิเคราะห์รายข้อ (ภาคผนวก ฉ ตารางที่ ฉ1) ที่พบว่า ร้อยละ 32.04 ระบุว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งที่ “เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และทันเวลา”

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา ในการศึกษาพบว่าบุคลากรพยาบาลรับรู้ว่าการวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.10$, S.D.=0.56) (ตารางที่ 4.2) ซึ่งผลการศึกษานี้มีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ ประภัสสร นาวเหนียว (2550) ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์รับรู้ว่าการวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่เสนอแนะว่าทุกโรงพยาบาลควรมีการวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหาเพื่อนำมาวางแผนในการรักษาและการดูแลผู้ป่วย (สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551)

การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหาช่วยในการค้นหาและทำความเข้าใจต้นเหตุและบริบทของสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนจะมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ทำความเข้าใจและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งกำหนดมาตรการป้องกันและลดโอกาสการเกิดซ้ำ (วิณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ซึ่งในโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ได้นำเอาวิธีการวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา (Root Cause Analysis: RCA) มาใช้จัดการกับเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น โดยให้ทำ RCA จากความเสี่ยงที่ค้นหามาได้ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดคือ 1) เหตุการณ์มีความรุนแรงและมีผลกระทบสูง (sentinel event) 2) เหตุการณ์มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับพลาด (miss) ตั้งแต่ category E ขึ้นไปคือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย/โรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา เกิดความไม่ไว้วางใจ จากบริษัทประกัน/หน่วยงานของรัฐ ทรัพย์สินเสียหายมากกว่า 5,000 - 15,000 บาท และ 3) เหตุการณ์มีความรุนแรงต่ำ แต่มีแนวโน้มการเกิดซ้ำ ซึ่งโรงพยาบาลได้กำหนดนโยบายชัดเจนว่าไม่หาตัวผู้กระทำผิดพลาด แต่ให้บุคลากรช่วยกันคิดแก้ปัญหาาร่วมกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์เกิดซ้ำอีก (โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559) และค้นหาต้นเหตุหลักของปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยว่าแท้จริงมีสาเหตุเกิดจากอะไร ได้จัดทำแบบฟอร์มการทำ RCA ของโรงพยาบาลที่เรียกว่า quick RCA เพื่อให้บุคลากรได้ใช้เป็นแนวทางในการร่วมกันระดมสมองวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น จากนั้นสรุปเป็นแนวทางในการดำเนินแก้ไขเชิงระบบในรูปแบบของ one page summary ผ่านหัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อสื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานใช้เป็นประเด็นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และแจ้งในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงานทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์สำคัญและนำผลการทบทวนการทำ RCA ส่งรายงานต่อไปที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเพื่อแลกเปลี่ยนและขยายผลการการค้นหาสาเหตุปัญหาความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และนำไปเป็นประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างหน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยรับทราบในวาระการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 7 การลงมือเพื่อป้องกันอันตราย ในการศึกษาพบว่าบุคลากรพยาบาลรับรู้ว่าการพยาบาลและหน่วยงานมีการลงมือเพื่อป้องกันอันตราย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.22$, S.D.=0.39) (ตารางที่ 4.2) ทั้งนี้เนื่องจาก โรงพยาบาลฯ มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมนำคุณภาพฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ทำหน้าที่ในการนำข้อมูลที่ได้จากระบบการรายงานความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การค้นหาสาเหตุของความเสี่ยงมาใช้ในการวางแผนการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย เช่น การเพิ่มการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานและการเรียนรู้ของบุคลากรในองค์กรและองค์กรพยาบาล ได้มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานบริการทางการแพทย์ดำเนินการประชุมบุคลากรทุกระดับก่อนเริ่มให้การพยาบาล (pre-conference) เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลของตนเองและร่วมกันประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยในรายที่ได้รับมอบหมายงานทั้งความเสี่ยงทางคลินิกและไม่ใช่คลินิก เช่น ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น โดยความเสี่ยงทางคลินิกทางทีมนำคุณภาพ ได้จัดทำบัญชีความเสี่ยงแจกจ่ายให้ทุกหน่วยงานไว้ใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยประเมินความเสี่ยง และให้หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินสมรรถนะของบุคลากรพยาบาล โดยกำหนดเป็นสมรรถนะรายโรคจากความถี่สูงสุดของกลุ่มโรคที่พบบ่อย ที่บุคลากรต้องให้บริการพยาบาลตามบริบทของแต่ละหอผู้ป่วยซึ่งเพิ่งเริ่มดำเนินการในช่วงปี พ.ศ.2559 (กลุ่มงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

ในการศึกษาพบว่าบุคลากรพยาบาลทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้การจัดการความปลอดภัยโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.3) สะท้อนได้ว่าบุคลากรพยาบาลในระดับปฏิบัติการไม่ว่าอยู่ในตำแหน่งใดต่างก็มีการรับรู้การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ของบุคลากรทั้ง 3 กลุ่มในแต่ละขั้นตอนของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่ามีความคิดเห็นแตกต่างกันใน 2 ขั้นตอนจากทั้งหมด 7 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ และขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งแม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะรับรู้ว่าการจัดการในทั้งสองขั้นตอนอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลแล้ว พบว่าคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.3) อภิปรายความแตกต่างของคะแนนในสองขั้นตอนได้ดังนี้

ในขั้นตอนการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนของการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ($\bar{X}$ =2.95, S.D.=0.45) น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ช่วยพยาบาล ($\bar{X}$ =3.30, S.D.=0.43) และ พนักงานช่วยการพยาบาล ($\bar{X}$ =3.25, S.D.=0.55) (ตารางที่ 4.3) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อในขั้นตอนนี้ พบว่าข้อที่มีความแตกต่างกันคือ การรับรู้ในเรื่อง “ระบบขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ที่ง่ายและรวดเร็ว” และการรับรู้ในเรื่อง “การสร้างบรรยากาศให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าการรายงานความเสี่ยงเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนาไม่ใช่การนำมาใช้เพื่อการลงโทษ” ที่คะแนนเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่าผู้ช่วยพยาบาลและ พนักงานช่วยการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาคผนวก จ ตารางที่ จ5) อธิบายได้ว่าระบบการรายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ความผิดพลาดของโรงพยาบาลค่อยๆ มุ่งเน้นให้มีการรายงานเหตุการณ์โดยไม่ระบุชื่อผู้รายงาน จึงได้มีการมอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยการพยาบาลมีหน้าที่ในการค้นหาและแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบทางวาจา หรือจดบันทึกใส่กระดาษให้พยาบาลวิชาชีพทราบเท่านั้น ในขณะที่การรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการรายงานเป็นขั้นตอนดังนี้ พยาบาลหัวหน้าเวรบันทึกในสมุดอุบัติการณ์ของหน่วยงานก่อนเป็นอันดับแรกจากนั้นรายงานเข้าไปในระบบสารสนเทศของทางโรงพยาบาลหรือลงบันทึกในแบบฟอร์มสรุปรายงานอุบัติการณ์ส่งที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ส่วนผู้รับผิดชอบติดตามการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานมีหน้าที่ตรวจสอบและติดตาม หากพยาบาลเวรมีการบันทึกเพียงแค่ว่าในสมุดอุบัติการณ์ จะต้องบันทึกเพิ่มเติมเข้าไปในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อให้การรายงานเข้าสู่ระบบการรายงานผลตามโปรแกรมความเสี่ยงของทางโรงพยาบาล ก่อนวันที่ 5 ของเดือนถัดไป เพื่อให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลสามารถดึงข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ มาดำเนินการเก็บรวบรวมสถิติการรายงานอุบัติการณ์ประจำเดือน (กลุ่มงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยการพยาบาลมีบทบาทในการค้นหาและแจ้งให้กับพยาบาลวิชาชีพในขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ความผิดพลาดของโรงพยาบาล จึงเป็นไปได้ที่จะทำให้รับรู้ว่าจะระบบขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลง่ายและรวดเร็ว แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ต้องทำหน้าที่หลักในการรายงานให้ครบถ้วนตามขั้นตอนต่างๆอย่างถูกต้องและทันเวลา จึงทำให้รู้สึกว่าระบบขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลมีค่อนข้างมากและอาจต้องใช้เวลาดำเนินการให้ครบทุกขั้นตอน

สำหรับประเด็นการสร้างบรรยากาศให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าการรายงานความเสี่ยงไม่ใช่การนำมาใช้เพื่อการลงโทษนั้น ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีนโยบายที่ไม่ระบุชื่อผู้กระทำผิดในใบรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีการให้ระบุชื่อผู้ที่ให้ยาผิดแก่ผู้ป่วยในแบบฟอร์มการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งอาจทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกไม่สบายใจหรือกลัวการถูกดำเนินจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน เช่นกรณีผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่ตรงตามอัตราที่

แพทย์กำหนด ในกระบวนการนี้บุคลากรพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องคือพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล แต่พยาบาลหัวหน้าเวรหรือพยาบาลผู้พบเจอเหตุการณ์ต้องเป็นผู้ดำเนินการรายงานอุบัติการณ์และระบุชื่อผู้ที่ให้สารน้ำลงในระบบหรือแบบฟอร์มบันทึกการรายงานด้วย ส่วนการรายงานอุบัติการณ์ที่เป็นความผิดพลาดของบุคลากรในระดับพนักงานช่วยการพยาบาล เช่นการขาดความพร้อมใช้ของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบ จนส่งผลให้กระบวนการรักษาเกิดความล่าช้า มีเพียงการรายงานอุบัติการณ์ในประเด็นที่เป็นปัญหาเชิงระบบ ไม่ได้มีการระบุชื่อหรือตำแหน่งของบุคลากรที่กระทำผิดพลาด ดังนั้นจึงทำให้การรับรู้ในด้านการรายงานอุบัติการณ์ของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างจากการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในระดับอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของเมโย และดันแคน (Mayo & Duncan, 2004) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในสมาคมพยาบาลรัฐแคลิฟอร์เนีย ในเรื่องความปลอดภัยจากความคลาดเคลื่อนทางยา ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลร้อยละ 46.60 เชื่อว่าความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลไม่ถูกรายงานเพราะกลัวผู้บริหารลงโทษและกลัวปฏิกิริยาจากเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งการศึกษาของวูล์ฟ และ เซอร์เรมบัส (Wolf & Serembus, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงานพบว่าสาเหตุที่พยาบาลไม่รายงานอุบัติการณ์เพราะกลัวปฏิกิริยาจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงาน

ในขั้นตอนการสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนของการสื่อสารและส่งเสริมให้ผู้รับบริการและประชาชนมีส่วนร่วม ($\bar{X}$ =2.88, S.D.=0.40) น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของ ผู้ช่วยพยาบาล ($\bar{X}$ =3.23, S.D.=0.47) และ พนักงานช่วยการพยาบาล ($\bar{X}$ =3.29, S.D.=0.47) (ตารางที่ 4.3) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อ (ภาคผนวก จ ตารางที่ จ 6) ในขั้นตอนนี้ พบว่าข้อที่มีความแตกต่างกันคือ การรับรู้ในเรื่อง “การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ป่วย” การรับรู้ในเรื่อง “การแสดงให้เห็นผู้ป่วยหรือญาติมั่นใจว่าเมื่อเกิดความผิดพลาดหรืออันตรายกับผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเพียงพอ” และการรับรู้ในเรื่อง “การอบรมให้ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติที่ได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล” ที่คะแนนเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่าผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ภาคผนวก จ ตารางที่ จ 6) เนื่องจากการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดความผิดพลาดเกิดขึ้นนั้นเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยการพยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อเกิดเหตุการณ์นี้น้อยมาก

นอกจากนี้ในปัจจุบันโรงพยาบาลค่ายฯ มีแนวปฏิบัติชัดเจนในเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ (กลุ่มงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี, 2559) แต่ในการศึกษานี้พบว่าพยาบาล

วิชาชีพที่อยู่ในระดับปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุน้อย คืออยู่ในช่วงอายุ 20 ถึง 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.5 และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยที่สุดคือ อยู่ในช่วง 1 ถึง 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 (ตารางที่ 4.1) จึงอาจทำให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้ขาดความมั่นใจในการแสดงออกให้ผู้ป่วยและญาติเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น แม้ว่าโรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติเมื่อเกิดอุบัติการณ์ แต่ยังคงขาดการจัดอบรมให้ความรู้เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ

ในประเด็นเรื่องการอบรมเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยเมื่อเกิดความผิดพลาดนั้น ผลการวิเคราะห์ในรายชื่อ (ภาคผนวก ข ตารางที่ ข2) พบว่าพยาบาลวิชาชีพพบว่า “โรงพยาบาลมีการอบรมให้ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติที่ได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล” อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.50$, $S.D. = 0.76$) ส่วนผู้ช่วยพยาบาล ($\bar{X}=2.97$, $S.D. = 0.64$) และพนักงานช่วยการพยาบาล ($\bar{X}=3.24$, $S.D. = 0.59$) มีการรับรู้ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมน้อยกว่าผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการเข้าประชุมหรืออบรมเพียงร้อยละ 65.4 แตกต่างจากผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลที่เข้าประชุมอบรมมากกว่าคิดเป็นร้อยละ 70.3 และ 77.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.1)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved