

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งมุ่งเน้นให้การจับบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประชาชน แต่จากความซับซ้อนของสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาลและรูปแบบการบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การบริการสุขภาพในแต่ละวันต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลมากมาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและทำให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วยตลอดจนอนาคตการทำงานของบุคลากรทางสุขภาพผู้ให้บริการ ดังการศึกษาของ วิณา และเกรียงไกร จิระแพทย์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพในระยะสั้นหรือถาวรและสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น สำหรับบุคลากรทางสุขภาพเมื่อกระทำผิดพลาด พบว่า มีผลต่อความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย และ/หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้ โรงพยาบาลหรือองค์กรสุขภาพก็ได้รับผลกระทบด้วย คือ ต้องสูญเสียลูกค้า เสียชื่อเสียง และถูกฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อเรียกค่าเสียหาย การจัดการบริหารความปลอดภัยเชิงรุกที่สามารถป้องกันและลดความเสียหายต่อผู้ป่วย บุคลากรและองค์กรสุขภาพจึงเกิดขึ้น เพื่อประกันคุณภาพการบริการที่ทำให้เกิดความมั่นใจว่าการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละครั้งจะเป็นสิ่งที่ช่วยบำบัดทุกข์โรคร้ายของผู้ป่วย ไม่ใช่การทำให้เกิดอันตรายและปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

สรรธวัช อัสวเรืองชัย (2546) ได้รวบรวมรายงานการศึกษาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีการศึกษาเรื่องนี้มานานกว่าประเทศไทย โดยเรื่องข้อผิดพลาดทางการแพทย์และอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนี้ในต่างประเทศได้ศึกษาจริงจังในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา การศึกษาภาพรวมนั้นเริ่มต้นที่สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีปัญหาการฟ้องร้องกันเรียกค่าเสียหายจากความผิดพลาดในการรักษาของแพทย์เป็นจำนวนมาก โดยในปี 1991 มีการศึกษา Harvard Medical Practice Study (HMPS) เรื่องระบาดวิทยาของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรัฐนิวยอร์ก โดยการสุ่มประเมินเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 1984 พบว่า อุบัติการณ์ของเหตุไม่พึง

ประสงค์เท่ากับ ร้อยละ 3.7 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในจำนวนนี้ร้อยละ 27 เกิดจากความ
 ละเลยของแพทย์ และส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 15 เกิดความพิการถาวรหรือเสียชีวิต ต่อมาในปี 1992
 มีการนำวิธีเดียวกันไปศึกษาหาอุบัติเหตุการณเหตุการณไม่พึงประสงค์ในรัฐูฑาฑและโคโคราโค ซึ่งได้
 ผลใกล้เคียงกัน คือ พบอัตราการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์เท่ากับ ร้อยละ 3.0 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรง
 พยาบาลของรัฐดังกล่าว ผลการวิจัยทั้งสองชิ้นนี้เนื่องจากเป็นครั้งแรกที่มีการเปิดเผยอุบัติเหตุการณดัง
 กล่าวกระตุ้นให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตื่นตัวในปัญหาเหตุการณไม่พึงประสงค์เป็นอย่างมาก
 และเมื่อสถาบันการแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine, 2000) รายงานผลกระทบ
 ของข้อผิดพลาดในการดูแลสุขภาพว่า มีผู้ป่วยจาก 44,000 ถึง 98,000 รายเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้อง
 กันได้เป็นประจำทุกปีเนื่องจากข้อผิดพลาดทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และในจำนวนนี้ 7,000
 รายเกี่ยวข้องกับข้อผิดพลาดของยาเพียงอย่างเดียว ก็เป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงในการบริ
 หารความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพทำให้มีการตื่นตัวจากทั้งผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้บริหาร
 และรัฐบาลในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น

ในประเทศไทย พบว่า เหตุการณไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ให้บริการมี
 การศึกษาน้อยมาก แต่หากพิจารณาจากมุมมองของผู้รับบริการ พบว่า จำนวนการร้องเรียนแพทย์มี
 แนวโน้มสูงขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว แม้ว่าจำนวนข้อร้องเรียนอาจจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ให้บริการที่
 เพิ่มขึ้นแต่ก็สะท้อนได้ว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังที่สูงขึ้นมาก จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการ
 รักษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2545 พบว่า จากประชากรผู้ป่วย 5.42 ล้านคน
 ต่อปี มีผู้ป่วยร้อยละ 5 หรือเท่ากับ 2.17 แสนคน ที่ได้รับอันตรายจากการรักษาพยาบาลที่ผิดพลาด
 เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายพบว่า ประเทศไทยต้องสูญเสียเงินสำหรับการรักษาการบาดเจ็บจากเหตุการณ
 ที่ไม่พึงประสงค์มากกว่า 1,108 ล้านบาทต่อปี โดยเงินจำนวนนี้ยังไม่รวมค่าสูญเสียรายได้ที่มีมูลค่า
 สูงกว่านี้หลายเท่าตัว (ข้อมูลสถิติกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2545 อ้างในสรรพวิช อัสวเรืองชัย
 2546)นอกจากนี้ การศึกษาภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทยของ ปัดพงษ์
 เกษสมบุรณและคณะในปี 2546 โดยการสุ่มเฉพาะระเบียบของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 ในประเทศไทยระหว่างเดือน มกราคม - ธันวาคม 2544 จากบันทึกเฉพาะระเบียบในคอมพิวเตอร์ของ
 สำนักงานประกันสังคม จำนวน 400 ราย พบว่า มีภาวะที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจำนวน 35 ราย คิด
 เป็นร้อยละ 9.1 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 9.74
 วัน และในจำนวนนี้เป็นภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ คิดเป็นร้อยละ 71.4

การสร้างความปลอดภัยในระบบบริการทางสุขภาพขององค์กรจึงเป็นการจัดการเพื่อมุง
 ลดอัตราความผิดพลาด และสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาด โดยการสร้าง
 ความตระหนัก ขอมรับถึงความสำคัญในความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติในงานประจำ

ของบุคลากรทุกระดับในองค์กรอย่างสม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัยมากขึ้น ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) นั้นมีความสำคัญอยู่ในระดับนานาชาติ เห็นได้จากการประชุมองค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนมีนาคม 2002 ได้กำหนดให้ความสำคัญของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546) สำหรับในประเทศไทยเองได้มีการประกาศนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ (National Patient Safety Goals 2007-2008) ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันการติดเชื้อจากการรักษาพยาบาลและมาตรการความปลอดภัยด้านยา และเนื่องจากความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จึงได้จัดทำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย (Thai Patient Safety Goals 2008: SIMPLE) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้โรงพยาบาลต่างๆ นำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยคำว่า SIMPLE เป็นตัวย่อให้ง่ายต่อการจดจำ โดย S = Safe Surgery, I = Infection Control, M = Medication Safety, P = Patient Care Process, L = Line, Tube, Catheter, E = Emergency Response

เห็นได้ว่าระบบบริการสุขภาพได้พัฒนาและมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยเฉพาะในส่วนของการบริหารคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการบริหารโรงพยาบาลหากผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและขาดการพัฒนาในประเด็นเหล่านี้ จะนำไปสู่ความล้มเหลวขององค์กรได้ ปัจจุบันสถานบริการสุขภาพต่างให้ความสำคัญกับการจัดการเพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย โดย Pronovast and Sexton (2005) กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ และเป็นการเริ่มต้นของการสร้างความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ และคณะกรรมการร่วมเพื่อการรับรองระบบงานขององค์กรสุขภาพ (The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO, 2007) ได้ให้การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยประจำปีเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย สำหรับประเทศไทยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยเน้นว่าจะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยในอดีตการบริหารโรงพยาบาลจะปฏิบัติในระดับของการบริหารความเสี่ยงซึ่งเป็นการจัดการกับปัญหาที่ล่าช้าเกินไป การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นการตามแก้ไขปัญหามากกว่าการป้องกัน นำมาซึ่งการเปลี่ยนสู่ระบบการบริหารความปลอดภัยที่เป็นการมองมุมที่กว้างขึ้นถึงแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา หรือค้นหาความบกพร่องในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยและจัดการแก้ไขก่อนที่ปัญหาจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดย อนุวัฒน์ สุขหุดิฏ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2546) ให้ความเห็นว่า ความเสี่ยงและความปลอดภัยดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามแต่แท้จริงแล้วเป็นสองด้านของเรื่องเดียวกัน เมื่อนำคำว่า ความเสี่ยงมาใช้ทำให้เราพบ

ยามมองหาโอกาสที่จะเกิดปัญหาต่างๆ ให้มากขึ้น ทำให้เราปรับจากการตั้งรับแก้ไขเหตุการณ์มาสู่การสำรวจ แก้ไข และวางมาตรการป้องกันเชิงรุกมากขึ้น อย่างไรก็ตามคำว่า “ความเสี่ยง” ให้ความรู้สึกชวนให้หลีกเลี่ยง อย่าทำ หรือทำให้น้อยที่สุด ในขณะที่คำว่า “ความปลอดภัย” ให้ความรู้สึกในเชิงการบรรลุเป้าหมาย และการนำแนวคิดเรื่องความปลอดภัยเข้ามาใช้ทำให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนวิธีคิดและวัฒนธรรมองค์กรที่จะต้องก้าวไปให้พ้นจากบรรยากาศของการกล่าวโทษหรือหาตัวผู้กระทำผิด มาสู่การยอมรับความจริงการให้อภัยแต่ไม่หยุดที่จะสืบสาวให้ถึงรากของปัญหาที่ฝังอยู่ในระบบใหญ่ขององค์กร เป็นผลมาจากการตัดสินใจในระดับสูงด้วยข้อจำกัดรอบด้านพร้อมทั้งนำนวัตกรรมต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสม

ที่ผ่านมา การจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมักใช้วิธีการกล่าวโทษเป็นรายบุคคลหาผู้กระทำผิดมาลงโทษ ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียดและความวิตกกังวลขณะปฏิบัติงาน แต่ยังทำให้สาเหตุที่แท้จริงของการปฏิบัติงานผิดพลาดไม่ได้ถูกแก้ไขและก่อให้เกิดความผิดพลาดดังกล่าวซ้ำได้อีก (Nieva and Sorra, 2003) ปัจจุบันการจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้น จะเป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุในการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น และการวางแผนทางในการปรับปรุงระบบเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในระยะยาวร่วมกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นก่อให้เกิดความร่วมมือของบุคคลในองค์กร ทำให้ทุกคนมีความมุ่งมั่นในการสร้างแนวทางและการจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Ginsburg และคณะ 2007) หน่วยงานความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Agency, 2004) จึงให้คำแนะนำว่า ในการบริหารคุณภาพสิ่งที้องค์กรผู้ให้บริการสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ คือ การสร้างให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ คือ สิ่งที่พนักงานภายในองค์กรรับรู้ถึงความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ยังเป็นวัฒนธรรมที่เปิดกว้างเป็นธรรมและสนับสนุนให้ผู้คนพูดถึงเกี่ยวกับข้อผิดพลาด ในองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยทุกคนสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในความคิดคำนึงของบุคลากรทุกคน องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจะส่งผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานขององค์กร และช่วยให้องค์กรสุขภาพสามารถปรับปรุงคุณภาพดูแลทางคลินิก โดยองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจะมีลักษณะเป็นองค์กรแห่งข้อมูลและการเรียนรู้ ซึ่งทำให้อุบัติการณ์ตระหนักถึงสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น มีรายงานข้อผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์มากขึ้นซึ่งองค์กรก็จะสามารถวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ และหากการผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงรูปแบบและกลุ่มของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเฉพาะอย่าง ก็จะมีการกำหนดเป้าหมายเพื่อการตรวจสอบต่อไป นอกจากนี้ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยยังมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน

ขององค์กรโดยจะช่วยให้องค์กรบรรลุผลลัพธ์การดูแลทางคลินิกที่ดี โดยสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงของเหตุไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย ลดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการบำบัดรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาลดข้างเคียง และลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสังคมของผู้ป่วยในด้านการเสียเวลาทำงาน และความทุกข์ทรมาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและประสาทจิตเวชศาสตร์ และเป็นสถาบันพัฒนาวิชาการในการสอน ฝึกอบรม และดูงานทางจิตเวช ประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐาน ในการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความไม่ปลอดภัยในการรักษาได้สูง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2546) และความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ในผู้ป่วยทั่วไปความเสี่ยงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มาจากความผิดพลาดของการให้บริการการแพทย์ เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา การทำหัตถการต่างๆ แต่ ในผู้ป่วยจิตเวชปัญหาความเสี่ยงที่พบจะมักเกิดจากกระทำของผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงจะควบคุมตนเองไม่ได้ ก้าวร้าว มีแนวโน้มที่จะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้คนรอบข้าง และทรัพย์สินสิ่งของที่อยู่กับตัวผู้ป่วย (กัลยา ภักดีมงคล และเพชร คันธสาขบัว 2548) และผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มของยานอนหลับ ยาด้านโรคจิต จะมีผลให้เกิดอาการง่วงซึมและวิงเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนอิริยาบถ อาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้ (ละเอียดพ วรรณเชษฐ์, ภิญญดา ภัทรกิจจาทร, สุธา ไชยาคีกุล 2551) นอกจากนี้ ผลการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงอยู่ ดัง รายงานความเสี่ยงด้านคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาปี 2552 พบความเสี่ยงกรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวและจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม (ระดับ E) 5 อันดับแรก ได้แก่ ล้ม ทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตัวเอง หลบหนีสำเร็จ ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และความเสี่ยงกรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวจำเป็นต้องได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น (ระดับ F) ได้แก่ ล้ม ทำร้ายตนเอง ทำร้ายตนเอง หลบหนี กระโดดตึก บริหารยาคลาดเคลื่อน ญาติร้องเรียนพฤติกรรมบริการ โดยที่ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา (ละเอียด รอดจันทร์ 2551) อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการค้นหาความเสี่ยง ด้านประเมินความเสี่ยง ด้านจัดการความเสี่ยง ด้านประเมินผลความเสี่ยง และด้านโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากสภาพปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยและผลการบริหารความเสี่ยง นับว่าเป็นข้อที่ควรได้รับการแก้ไขและปรับปรุงจากคณะผู้บริหาร โดยการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสูงทั่วทั้งองค์กร ซึ่งการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นสิ่งแรกที่จะต้องทราบ

คือ สถานะหรือระดับของวัฒนธรรมขององค์กรในปัจจุบัน (National Patient Safety Agency, 2008) โดยที่เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยควรครอบคลุมทุกมุมมองของวัฒนธรรมที่องค์กรสนใจศึกษาและเหมาะกับบริบทขององค์กร (Pronovast and Sexton, 2005) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยานั้น ยังไม่เคยทำการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมาก่อน และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบแบบประเมินสำหรับองค์กรที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้น เพื่อให้สถาบันฯ สามารถกำหนดแนวทางในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะสร้างแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อวัดระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ทราบสถานะขององค์กร ก่อนที่จะวางแผนการปรับปรุงระบบการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง และลดอัตราการเกิดความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช

การที่วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร ย่อมต้องมีความเป็นเอกลักษณ์และมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่ว่าบุคลากรจะทำงานในระดับหน่วยงานหรือมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน เพื่อมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการดูแลรักษาเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดเช่นเดียวกันในทุกองค์กร (Kirk และคณะ, 2007) ซึ่งจากการศึกษาของ อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิตติถาวร (2553) เกี่ยวกับ วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยระหว่างกลุ่มบุคลากรตำแหน่งต่างๆ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างกันในด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และอาจเกิดความเสี่ยงในการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ด้วยเหตุนี้ การศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรกลุ่มต่างๆ จึงมีความจำเป็นเพราะทำให้ทราบปัญหาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในส่วนที่มีความแตกต่างกัน สามารถนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและปรับปรุงกระบวนการทำงานองค์กรเพื่อให้ได้ผลงานในด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่ดีขึ้น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2549)

อย่างไรก็ตาม การที่วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรจะสูงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งที่เกี่ยวกับปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล โดยปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง การได้รับการอบรม ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยระบบการทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อม ปัจจัยผู้ป่วย (วันชัย มีชาติ 2544; Reason,

1995; Vincent และคณะ, 1998; วิณา จีระแพทย์และเกรียงไกร จีระแพทย์ 2550) การที่ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้จะช่วยในการปรับปรุงและจัดการเพื่อให้องค์กรมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นไปดังต้องการ โดยปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งช่วยผลักดันให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ประสบความสำเร็จอย่างเป็นระบบและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อสร้างรูปแบบพื้นฐานของการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจในปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร และยังใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง และปรับปรุงการบริการที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

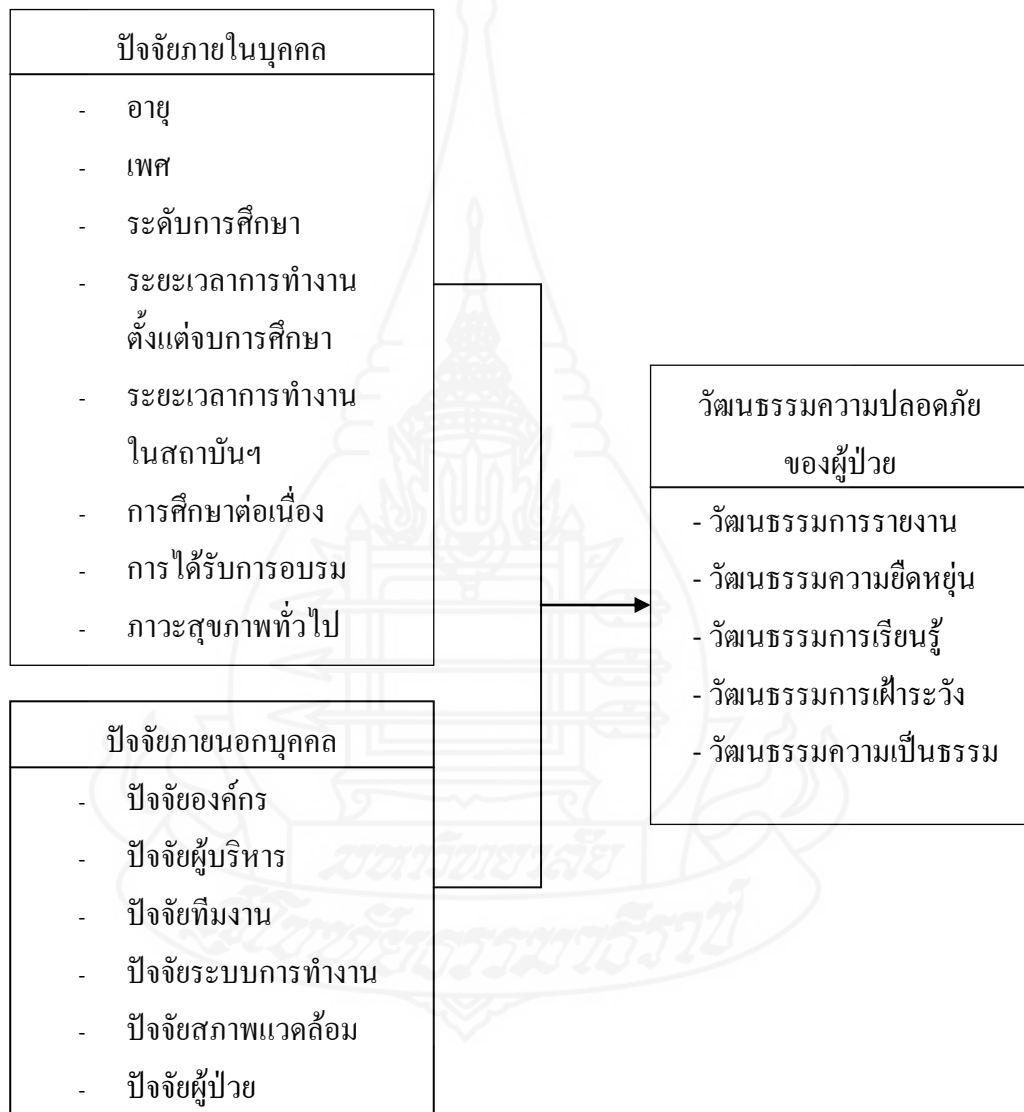
- 2.1 เพื่อประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- 2.2 เพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตามกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่งของบุคลากร
- 2.3 เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

3. ปัญหาในการวิจัย

- 3.1 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับใด
- 3.2 บุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่งที่แตกต่างกัน มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างไร
- 3.3 มีปัจจัยใดในปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน ตั้งแต่จบการศึกษา ระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ การศึกษาต่อเนื่อง การได้รับการอบรม ภาวะสุขภาพทั่วไป ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร ปัจจัย ทีมงาน ปัจจัยระบบการทำงาน ปัจจัยสภาพ

แวดล้อม และปัจจัยผู้ป่วย ที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



5. สมมุติฐานการวิจัย

5.1 บุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่อยู่ในกลุ่มภารกิจต่างกันมี วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกัน

5.2 บุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่อยู่ในหน่วยงานต่างกันมี วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกัน

5.3 บุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่มีตำแหน่งต่างกันมีวัฒนธรรม ความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกัน

5.4 ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบ การศึกษา ระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ การศึกษาต่อเนื่อง การได้รับการอบรม ภาวะสุขภาพ ทั่วไป และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร ปัจจัย ทีมงาน ปัจจัยระบบการ ทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยผู้ป่วย มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

6. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยศึกษาจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการ รักษาผู้ป่วย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทำการ ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2554 ถึง มีนาคม 2555

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติ งานของบุคลากรในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีบรรยากาศที่บุคลากรมี ความเชื่อใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะรายงานความผิดพลาด และทุกคนสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้

7.1.1 วัฒนธรรมการรายงาน คือ บรรยาการในการทำงานที่สมาชิกขององค์กรสามารถรายงานข้อผิดพลาดและเหตุเกือบพลาดได้อย่างอิสระและเป็นระบบ มีการตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์โดยให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับกับเจ้าหน้าที่ในประเด็นที่รายงาน

7.1.2 วัฒนธรรมความยืดหยุ่น คือ ความสามารถขององค์กรในการปรับตัวได้รวดเร็วทันกับการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพหรือเมื่อเผชิญสภาวะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้นบังคับบัญชามาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

7.1.3 วัฒนธรรมการเรียนรู้ คือ องค์กรมีความพร้อมในการเรียนรู้ และสรุปความรู้จากประสบการณ์ ข้อมูล และเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและเหตุเกือบพลาด และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำ

7.1.4 วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง คือ การที่บุคลากรขององค์กรมีความตระหนักเกี่ยวกับโอกาสในเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นพร้อมทั้งมีการเฝ้าระวังและหาทางป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นๆ ขึ้น

7.1.5 วัฒนธรรมความเป็นธรรม คือ บรรยาการที่ทำให้บุคลากรเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยสนับสนุนให้บุคลากรแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีการลงโทษหรือตำหนิ และมีความตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้ ใน สภาพแวดล้อมที่มีการวิเคราะห์การกระทำเพื่อให้มั่นใจว่าบุคคลมีความรับผิดชอบและมีการกระทำที่เหมาะสม

7.2 ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดย

7.2.1 ปัจจัยภายในบุคคล หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพทั่วไป รวมถึงความรู้ และประสบการณ์ในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน และการจัดการให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย โดย

1) **ปัจจัยส่วนบุคคล** คือ ลักษณะเฉพาะตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา

2) **สุขภาพทั่วไป** คือ สุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ร่างกายทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และมีสุขภาพจิตที่ปกติ ปราศจากความเครียดและแรงกดดัน

3) **ความรู้** คือ ความรู้ในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การศึกษาต่อเนื่องด้านจิตเวช การได้รับการอบรม

4) **ประสบการณ์** คือ ระยะเวลาในการทำงาน ประกอบด้วย

(1) ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษา หมายถึง ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่เริ่มต้นปฏิบัติงานหลังจบการศึกษามาจนถึงปัจจุบัน

(2) ระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ หมายถึง ระยะเวลาการทำงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

7.2.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล หมายถึง ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยระบบการทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยผู้ป่วย ที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดย

1) **ปัจจัยองค์กร** หมายถึง สถานะทางเศรษฐกิจขององค์กร กฎ ระเบียบ และนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และแผนการดำเนินงานเชิงรุกในการป้องกันความเสี่ยง

2) **ปัจจัยผู้บริหาร** หมายถึง ผู้บริหารระดับต้นขึ้นไป และผู้นำคณะกรรมการคุณภาพต่างๆ ซึ่งจะต้องมีความเป็นผู้นำ มีความกล้าในการตัดสินใจเพื่อจัดการให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้บริหารควรเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคลากรในพฤติกรรมการทำงานที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และความใกล้ชิดระหว่างผู้บริหารกับผู้ใต้บังคับบัญชา ความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ปฏิบัติงานจะส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร และความทุ่มเทของพนักงานในการปฏิบัติงาน

3) **ปัจจัยทีมงาน** หมายถึง ทีมงานมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย มีการสื่อสารระหว่างสมาชิกอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีโครงสร้างการทำงานเป็นทีมเพื่อการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ภายใต้การควบคุมดูแลและให้การช่วยเหลือกันภายในทีมงาน และยังรวมถึงความผูกพันกันของสมาชิกและความผูกพันกับภาระหน้าที่ขวัญและกำลังใจในทีมงานซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของสมาชิกในทีมด้วย

4) **ปัจจัยระบบการทำงาน** หมายถึง ระบบการทำงานในองค์กรที่มีความชัดเจนของโครงสร้างและตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงาน มี แนวทางปฏิบัติหรือคู่มือในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช มีระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง และระบบการปฏิบัติงานที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้ มี การจัดอัตรากำลังเพื่อดูแลผู้ป่วย และระบบการให้คำปรึกษาหรือส่งต่อในงานที่ยาก และยังรวมถึงระบบการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาของผู้ป่วย

5) **ปัจจัยสภาพแวดล้อม** หมายถึง สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ในขณะปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยสภาพแวดล้อม คือ สิ่งแวดล้อมในบริเวณการทำงานที่เอื้อให้ผู้ปฏิบัติงานมีสมาธิในงาน โดยในบริเวณพื้นที่ปฏิบัติงานไม่มีการรบกวนจากแสง สี เสียงที่ไม่เหมาะสม และมีการจัดสิ่งแวดลอมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช มี เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น

เพียงพอ พร้อมใช้งาน มีสภาพบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อบุคลากรในการทำงานได้อย่างเต็มที่ ไม่ถูกเบียดเบียนด้วยสถานการณ์ต่างๆ ที่รบกวนสมาธิในการทำงาน

6) **ปัจจัยผู้ป่วย** หมายถึง สภาพความซับซ้อนและความรุนแรงของโรค การให้ความร่วมมือของผู้ป่วย และบทบาทของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการรักษา

7.3 กลุ่มภารกิจ หมายถึง การจัดกลุ่มภารกิจในการปฏิบัติงานตามผังโครงสร้างสถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

7.3.1 กลุ่มบริการทางคลินิก ประกอบด้วย กลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวช กลุ่มงานประสาทจิตเวชศาสตร์ กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด และกลุ่มงานจิตเวชวัยรุ่น

7.3.2 กลุ่มบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย กลุ่มการแพทย์ กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานอาชีวบำบัด กลุ่มงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานรังสีวิทยา และกลุ่มงานพยาธิวิทยา

7.3.3 กลุ่มการพยาบาล ประกอบด้วย หอผู้ป่วยจิตเวช หอผู้ป่วยประสาทจิตเวชศาสตร์ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้า และงานกลุ่มบำบัดผู้ป่วยชุกยาเสพติด

7.4 หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานต่างๆ ใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งจำแนกตามลักษณะการปฏิบัติงานเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

7.4.1 หน่วยงานด้านการรักษาผู้ป่วยจิตเวชและประสาทจิตเวชศาสตร์ ประกอบด้วย กลุ่มการแพทย์ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวช กลุ่มงานประสาทจิตเวชศาสตร์ กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด กลุ่มงานจิตเวชวัยรุ่น หอผู้ป่วยจิตเวช หอผู้ป่วยประสาทจิตเวชศาสตร์ ศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้า และงานกลุ่มบำบัดผู้ป่วยชุกยาเสพติด

7.4.2 หน่วยงานสนับสนุนการรักษา ประกอบด้วย กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานอาชีวบำบัด กลุ่มงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานพยาธิวิทยา และงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

7.5 ตำแหน่ง หมายถึง ตำแหน่งการปฏิบัติงานตามสายการบริหารแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

7.5.1 ระดับผู้บริหาร ประกอบด้วย หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ทันตแพทย์ ประธาน /รองประธาน/เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพต่างๆ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการทีมเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์

7.5.2 ระดับผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่งานอาชีวบำบัด เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข และพนักงานช่วยเหลือคนไข้

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในการวางแผนพัฒนาระบบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้วัฒนธรรมองค์กรในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์กรและบุคลากรขององค์กร

8.2 เกิดการขยายองค์ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยผู้ที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพ สามารถนำความรู้ไปใช้เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

8.3 โรงพยาบาลจิตเวชหรือหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช สามารถนำไปประยุกต์ในการวางแผนและดำเนินการในการดูแลรักษาผู้ป่วย และสร้างเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร