

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งออกตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.1 ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.2 การรับรู้ความปลอดภัย
 - 1.3 การบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.1 ความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.2 การบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช
3. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมและวัฒนธรรมองค์กร
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
4. ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
5. ข้อมูลทั่วไปสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับองค์กรสุขภาพ และสถานพยาบาลจำเป็นที่จะต้องบริหารจัดการและปรับปรุงการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างให้เกิดระบบการบริการสุขภาพที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

1.1 ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วย

อนูวัณน์ ศุภชติกุล (2543) ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การปลอดจากการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการกระทำผิด และการละเลยที่จะกระทำในการดูแล

Kuhn and Youngberg (2002) ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การป้องกัน การหลีกเลี่ยง และการแก้ไขผลกระทบหรือความเสียหายอันเนื่องมาจากระบวนการของการดูแลสุขภาพ เหตุการณ์เหล่านี้รวมถึงข้อผิดพลาด การกระทำที่เบี่ยงเบนจากมาตรฐาน และอุบัติเหตุ

องค์การอนามัยยุโรป (2006) ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง เสรีภาพของผู้ป่วยในการหลุดพ้นจากอันตรายที่ไม่จำเป็นหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (2008) ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพ โดยในทุกๆ ขั้นตอนของการดูแลรักษาจะมีระดับของความไม่ปลอดภัยอยู่โดยธรรมชาติ ซึ่งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากปัญหาในการปฏิบัติงาน ตัวผลิตภัณฑ์หรือจากระบบ การปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องการความพยายามทั้งในการปรับปรุงการปฏิบัติงาน ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม และการบริหารความเสี่ยง รวมถึงการควบคุมการติดเชื้อ ความปลอดภัยในการใช้ยา ความปลอดภัยในอุปกรณ์เครื่องมือ ความปลอดภัยในการปฏิบัติทางคลินิก และสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

สรุปได้ว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยไม่ให้ได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บจากระบวนการรักษาหรือความผิดพลาดในทางการแพทย์ รวมถึงการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

1.2 การรับรู้ความปลอดภัย

1.2.1 ความหมายของการรับรู้

Garrison and Magoon (1972) ให้คำจำกัดความว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการซึ่งสมองตีความหมายหรือแปลข้อความที่ได้จากการสัมผัสของร่างกาย(ประสาทต่างๆ) เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งเร้า ที่ทำให้ทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร ฯลฯ การที่เราจะรับรู้ที่มาสัมผัสได้นั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

ประหยัด ชิตทอง (2540) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การได้รับอิทธิพลจากการสังเกต พบเห็นและรู้จัก แล้วทำให้เกิดความเข้าใจและการตีความหมายสิ่งที่สังเกต พบเห็น หรือรู้จัก

ชาคริต บุญชัยศรี (2542) การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล หลังจากได้รับสิ่งเร้าหรือข้อมูลต่างๆ แล้วเกิดการเลือกจัดการให้ความหมายต่อสิ่งเร้าทั้งภายในกาย

นอกโดยมีการตีความหรือแปลความของสิ่งเร้านั้นๆ ออกมาในรูปความคิด ความรู้ ความเข้าใจ หรือการกระทำ

พนมพร ภูสีเขียว (2543) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ร่างกายจะกระตุ้นประสาทสัมผัส และนำไปแปลความหมายที่สมองโดยอาศัยประสบการณ์กับสิ่งหรือเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้บุคคลรับทราบและเข้าใจในสิ่งที่ได้รับ ทำให้บุคคลมีการตัดสินใจที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นๆ ออกมาในรูปความคิดหรือการกระทำ การที่จะรับรู้สิ่งใดๆ ได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความต้องการ ความสนใจของบุคคล และสภาพแวดล้อมนั้นๆ

จารุวรรณ ขำประเสริฐ (2551) การรับรู้ หมายถึง กระบวนการด้านความคิด และจิตใจของมนุษย์ ที่รวบรวมตีความหมายหรือการแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่ได้พบเห็นหรือได้ยิน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ หรือความรู้เดิมที่เคยประสบมาเป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ได้สัมผัส

สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง การแปลความหมายจากสิ่งเร้า สิ่งที่เกิดขึ้น พบเห็น หรือรู้จัก โดยอาศัยความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ หรือความรู้เดิม เมื่อบุคคล รับทราบและเข้าใจในสิ่งที่ได้รับ ทำให้บุคคลมีการตัดสินใจที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นๆ ออกมาในรูปความคิดหรือการกระทำ

1.1.2 การรับรู้ความปลอดภัย

การรับรู้ความปลอดภัยในองค์กร คือ การที่บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรมีการรับรู้ถึงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของตนเองที่ส่งผลความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัย รวมทั้งการรับรู้ถึงแนวทางในการปฏิบัติเมื่อเกิดความผิดพลาด (Ginsburg และคณะ 2007) ดังนั้น ในปัจจุบันองค์กรจึงได้เน้นการส่งเสริมให้บุคลากรทำงานโดยยึดการรับรู้ค่านิยมและคุณค่าร่วมกันในการปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงคุณภาพการให้บริการและความปลอดภัยของผู้รับบริการ จนเกิดเป็นวัฒนธรรมในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้น เมื่อใดก็ตามหากบุคลากรในองค์กรทุกระดับมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ดีและเป็นไปในทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กรแล้ว ก็จะส่งผลให้ลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์รวมทั้งความผิดพลาดอันอาจเกิดจากการให้การรักษายาบาลและยังช่วยในการพัฒนาผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ 2552)

1.3 การบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปัจจุบันสถานบริการสุขภาพต่างให้ความสำคัญกับการจัดการเพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ในการบริหารคุณภาพโรงพยาบาลนั้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญที่ทางสถาบันที่ให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เน้นที่จะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ทั้งจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) และสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (Joint Commission International : JCI ภายใต้คณะกรรมการร่วมเพื่อการรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization : JCAHO) ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากในอดีต การบริหารโรงพยาบาลจะปฏิบัติในระดับของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นการจัดการกับปัญหาที่ล่าช้าเกินไป โดยเน้นการรายงานอุบัติการณ์และนำเหตุการณ์มาแก้ไข เรียนรู้ จากนั้นจึงสร้างแนวทางหรือวิธีการเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำในครั้งต่อไป การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นการตามแก้ไขปัญหามากกว่าการป้องกัน นำมาสู่ระบบการบริหารความปลอดภัยที่เป็นการมองมุมที่กว้างขึ้นถึงแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา หรือค้นหาความบกพร่องต่างๆ ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยและจัดการแก้ไขก่อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยยังคงเน้นที่การรายงานอุบัติการณ์เช่นเดิมแต่เป็นอุบัติการณ์ของ near miss หรือเหตุเกือบพลาด และที่สำคัญ คือ ให้ความสำคัญกับการสื่อสารกันระหว่างบุคลากรที่ทำงานร่วมกันทั้งในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน มีการสื่อสารที่เปิดใจ ไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เน้นการลงโทษหรือจับผิด

ในการบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้น ทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดย อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2546) ได้ให้หลักการไว้ ดังนี้

1.3.1 เรียนรู้จากองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูง ความรู้ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในปัจจุบันทำให้เราทราบถึงจำนวนและสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ความรู้ในเรื่องมาตรการในการป้องกันนั้นยังคงมีจำกัดมาก จึงจำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้จากองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูงอื่นๆ ได้แก่ การควบคุมการจราจรทางอากาศ โรงงานไฟฟ้าพลังนิวเคลียร์ และเรือบรรทุกเครื่องบินพลังงานนิวเคลียร์ ซึ่งแม้จะมีรูปแบบและวัตถุประสงค์ต่างจากบริการสุขภาพแต่ก็สามารถประยุกต์ลักษณะที่สำคัญมาใช้ทางการแพทย์ได้ ลักษณะสำคัญประการแรก ได้แก่ องค์กรเหล่านี้คาดการณ์สถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดไว้ล่วงหน้า และทุกหน่วยงานเตรียมพร้อมจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวอยู่เสมอ ประการที่สอง บุคลากรในองค์กรอาจจะลืมอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นแต่องค์กรจะต้องจัดเตรียมเครื่องมือและเครื่องช่วยจำเพื่อเตือนคนในองค์กรเสมอ ประการที่สาม องค์กรเหล่านี้จัดให้มีระบบที่เข้มแข็งเพียงพอที่จะเผชิญหน้ากับอันตรายใดๆ ที่เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์หรือระบบ และประการสุดท้าย องค์กรเหล่านี้เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นมาทำให้เกิดระบบที่เข้มแข็งกว่าเดิมยิ่งขึ้น

1.3.2 การจัดการให้ปลอดภัย เนื่องจากความผิดพลาดนั้นเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของมนุษย์ ดังนั้น การจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงยึดหลักการว่า แม้เราจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ที่ทำให้เกิดความผิดพลาด แต่เราสามารถออกแบบระบบที่ลดความผิดพลาดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญในการจัดระบบสามประการ ได้แก่

1) การจัดระบบที่ป้องกันความผิดพลาด เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ระบุ การจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ การใช้แบบแผนการรักษา (caremap) ในการสั่งการรักษาโรคที่มีรายละเอียดมาก เป็นต้น

2) การจัดหาวิธีค้นหาความผิดพลาดเหล่านั้นให้ปรากฏ เพื่อเราจะได้หยุดได้ทัน เช่น การตรวจซ้ำในเรื่องชนิดและขนาดของยาอันตรายที่จะให้ผู้ป่วย การรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดโดยยังไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย การทบทวนการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

3) การจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหาย แม้ความผิดพลาดดังกล่าวไม่สามารถหยุดได้ทันจนทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การเตรียมยาต้าน (antidote) ให้พร้อมใช้หากมีการให้ยาอันตรายผิดพลาด การเตรียมพร้อมเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย เป็นต้น

1.3.3 การรายงานอุบัติการณ์ หัวใจของระบบบริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องอาศัยความเข้าใจอย่างมากถึงลักษณะ และสาเหตุของอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จึงจะนำไปสู่วิธีการป้องกันแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ การค้นหาความเสี่ยงโดยการรายงานอุบัติการณ์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการรายงานความผิดพลาดที่ยังไม่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนมากกว่าความเสียหายจริง วัตถุประสงค์สำคัญของการรายงาน คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ เพื่อระวังอันตรายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้น และติดตามผลของการป้องกันภัยที่โรงพยาบาลได้จัดทำไว้ หากระบบรายงานดังกล่าวได้รับการส่งต่อไปภายนอกให้โรงพยาบาลอื่นได้เรียนรู้ก็จะเป็นประโยชน์ ในการเตือนโรงพยาบาลอื่นถึงอันตรายที่อาจพบหน่วยงานกลางก็จะค้นหาวิธีป้องกัน สามารถเฝ้าระวัง และวิเคราะห์ผลของมาตรการเหล่านั้น เพื่อขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป ดังตัวอย่าง เช่น ระบบรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากการสำรวจการติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งชาติ พบว่า โรงพยาบาลที่มีระบบดังกล่าวมีรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อต่ำกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีระบบถึงร้อยละ 32 อย่างไรก็ตามระบบรายงานส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติค่อนข้างน้อยสาเหตุ ได้แก่ ความยุ่งยากในการรายงาน เช่น ต้องใช้เวลาลงบันทึกในเอกสารจำนวนมาก ผู้รายงานไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยที่ตนจะได้รับ กลัวข้อมูลของตนจะถูกเปิดเผยทำให้เสียชื่อเสียง หรือถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย และผู้รายงานไม่เห็นประโยชน์จากการรายงาน หรือไม่มีการตอบสนองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ

1.3.4 การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การทบทวนการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีมานานแล้วโดยจัดทำเป็นประจำในโรงเรียนแพทย์ ในรูปแบบการทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ในบางประเทศถือเป็นข้อบังคับของแพทยสภาให้จัดกิจกรรมการทบทวนผู้ป่วยในทุกโรงพยาบาล การทบทวนในลักษณะที่มุ่งเน้นผลการรักษาสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างไรก็ตาม การทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดต่อการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาโดยมักไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยที่เกิดความผิดพลาดในการรักษาแต่ไม่เกิดอันตรายร้ายแรง สาเหตุของข้อจำกัด ได้แก่ การทบทวนดังกล่าวมักจะมุ่งเน้นความต้องการตามความถนัดของอาจารย์แพทย์หรือเพื่อตอบสนองการเรียนการสอนของนักเรียนแพทย์ การทบทวนที่เจาะจงหาข้อผิดพลาด ประเมินแต่บุคคลโดยไม่ประเมินระบบ การมองเพียงเหตุการณ์เดียวแทนที่จะมองหาแนวโน้มของปัญหา และการมองเพียงปัญหาเฉพาะหน้าแทนที่จะมองผลระยะยาว นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในทางเทคนิคของการทบทวนย้อนหลังด้วยเวชระเบียน ได้แก่ คุณภาพของเวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์เหตุผลของการรักษา เกณฑ์ ในการตัดสินใจใช้ดุลยพินิจส่วนตัวของผู้ทบทวน โดยไม่มีเกณฑ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ง่าย ผู้ทบทวนต้องมีความรอบรู้ในทุกด้านไม่สามารถใช้ความเชี่ยวชาญสาขาใดสาขาหนึ่งเป็นพิเศษ เนื่องจากอาจพบเหตุการณ์ที่ไม่ตรงกับความรู้ความเชี่ยวชาญของตนก็เป็นได้ และสุดท้ายคือ บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลจำกัดเฉพาะการรักษาในครั้งเดียวอาจมองไม่เห็นความเปลี่ยนแปลง หรือผลลัพธ์ที่แท้จริงของการรักษาที่ใช้เวลานาน ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยจึงควรปรับปรุงวัตถุประสงค์และวิธีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งลดข้อจำกัดข้างต้น และให้การทบทวนที่มุ่งเน้นการบริการโดยเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เช่น การทบทวนแนวทางการรักษาตามแนวทางปฏิบัติ หรือในกลุ่มเสี่ยงสูงจะทำให้ค้นหาความเสี่ยงได้ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้แพทย์ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาและจัดการข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการ เพื่อให้แพทย์ได้ทบทวนและวิเคราะห์ที่ตรงประเด็น และทำงานได้สะดวกขึ้น

1.3.5 การจัดการในประเทศไทย การจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยได้มีการประกาศนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ (National Patient Safety Goals 2007-2008) ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันการติดเชื้อจากการรักษาพยาบาลและมาตรการความปลอดภัยด้านยา และเนื่องจากความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพรวมถึงการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จึงได้จัดทำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย (Thai Patient Safety Goals 2008 : SIMPLE) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้โรงพยาบาลต่างๆ นำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

สำหรับการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกได้เป็น การจัดการปัจจัยนำเข้าของบริการสุขภาพและการประกันหรือส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การควบคุมมาตรฐานของบุคลากรโดยองค์การวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และสภาการพยาบาล จะมีบทบาทในการกำกับมาตรฐานของการศึกษาฝึกอบรมและควบคุมทั้งด้านมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ โดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายพระราชบัญญัติวิชาชีพในแต่ละสาขาในการควบคุมมาตรฐานสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข จะมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลของรัฐในทุกระดับ และกองการประกอบโรคศิลปะจะเป็นผู้กำกับคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลของเอกชน โดยอาศัย กฎหมายสถานพยาบาลและกฎหมายประกอบโรคศิลปะเป็นเครื่องมือสำคัญ ด้านการควบคุมคุณภาพยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ก็อาศัยกลไกของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และปัจจุบันมีพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ ปี 2551 เพื่อควบคุมมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ด้วยอีกทาง

ในด้านการควบคุมและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ยังแบ่งออกเป็นกระบวนการทางเทคนิคซึ่งต้องอาศัยองค์การวิชาชีพต่างๆ เช่น สภาวิชาชีพ และสถาบันการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในการพัฒนาองค์ความรู้ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนในด้านการบริหารจัดการ ปัจจุบันประเทศไทยมีการใช้ระบบบริหารคุณภาพที่หลากหลาย เช่น การนำระบบมาตรฐานสากล (ISO) มาใช้บริหารหน่วยงานหรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ (PSO) อย่างไรก็ตาม พบว่า ระบบที่กล่าวมานี้มักจะเน้นการบริหารจัดการองค์กรและบริการทั่วไป แต่ประเด็นคุณภาพของระบบบริการสุขภาพยังได้รับการพัฒนา ก่อนข้างจำกัด ดังนั้น ในปัจจุบันประเทศไทยจึงมีการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพบริการสุขภาพโดยตรงขึ้นนั่นคือ ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA)

1.3.6 การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นระบบที่ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารนโยบายสุขภาพระดับประเทศ องค์การวิชาชีพต่างๆ และสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นอย่างสูง โดยมีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งผ่านการรับรองคุณภาพไปแล้ว และก็มีสถานพยาบาลอีกจำนวนมากทั้งภาครัฐและเอกชนที่กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาและรับรองคุณภาพ เป้าหมายคือ การนำมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเกิดจากการทบทวนประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพของประเทศที่พัฒนาแล้วมาประยุกต์ให้เข้ากับการดำเนินงานของโรงพยาบาลในประเทศไทยผ่านกลไกการกระตุ้นและรับรองการปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าว เพื่อให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีทิศทาง นำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่

นำทำงาน การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และความอยู่รอดของโรงพยาบาล โดยมีการบริหารความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญของคุณภาพผ่านกลไกการทำงานเป็นทีมของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนนำไปปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ป้องกันปัญหาและควบคุมความสูญเสียของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล

1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.4.1 แนวคิดการบริหารความปลอดภัย

Reason (1995) เสนอแนวคิดในการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพโดยประกอบด้วย 2 แนวคิดสำคัญ คือ 1) แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล และ 2) แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ แต่ละแนวคิดมีปรัชญาในการมองสาเหตุของความผิดพลาดและวิธีการแก้ไขความผิดพลาดแตกต่างกัน ความเข้าใจในความแตกต่างของ 2 แนวคิดนี้มีความสำคัญต่อการนำไปใช้ ในการเผชิญกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อในการให้บริการสุขภาพ

1) แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล (Person Approach on the Error) แนวคิดนี้เชื่อว่า การกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์มีสาเหตุเริ่มต้นจากความบกพร่องด้านกระบวนการทางความรู้ตื้นึกคิด (Mental Process) เช่น การลืม ความไม่เอาใจใส่ การขาดแรงจูงใจ ความสะเพร่า ความละเลย หรือความประมาท เป็นต้น ผู้ใช้แนวคิดนี้ในการบริหารความปลอดภัยจึงมุ่งที่การควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยการกำหนดกฎเกณฑ์ระเบียบ การเตือน การควบคุมกำกับ และมาตรการลงโทษ ส่งผลให้องค์กรขาดโอกาสในการเรียนรู้จากบทเรียนที่เกิดขึ้น ซึ่งรูปแบบความผิดพลาดที่เกิดขึ้นซ้ำได้อีกแม้ว่าจะปฏิบัติโดยบุคคลคนละคน ทำให้เกิดผลเสียอย่างรุนแรงต่อความสามารถในการออกแบบระบบความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพขององค์กร นอกจากนี้ การมองสาเหตุที่บุคคลเท่านั้นยังจำกัดโอกาสในการเห็นและการขจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดพลาดที่มาจากกระบวนการขององค์กร

เป็นเวลานานที่ระบบบริการสุขภาพมีวัฒนธรรมของการเน้นการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล โดยเน้นไปที่การกระทำที่ไม่ปลอดภัยและกระบวนการทำงานที่ผิดพลาดของบุคคลไม่ว่าจะเป็นพยาบาล แพทย์ ศัลยแพทย์ วิชาญญแพทย์ เกศษกร และบุคลากรอื่นๆ โดยให้ความสำคัญว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมาจากการกระบวนการทางจิตที่ไม่เป็นไปตามปกติ เช่น ความพลอเรือ ความไม่สนใจ ขาดแรงจูงใจ ความไม่ใส่ใจ ประมาท นำมาซึ่งการแก้ไขที่จะลดพฤติกรรมของมนุษย์ที่ไม่ต้องการ วิธีการเหล่านี้รวมถึงการณรงค์ ไปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ให้คนกลัวการทำผิด การดำเนินการทางวินัย การดำเนินคดี การลงโทษ และการทำให้อับอาย โดยผู้ที่ใช้

แนวความคิดนี้มองข้อผิดพลาดทางการแพทย์ว่าเป็นประเด็นคุณธรรม โดยสรุปว่า ผู้ที่ไม่ดีจึงจะทำสิ่งที่ไม่ดี

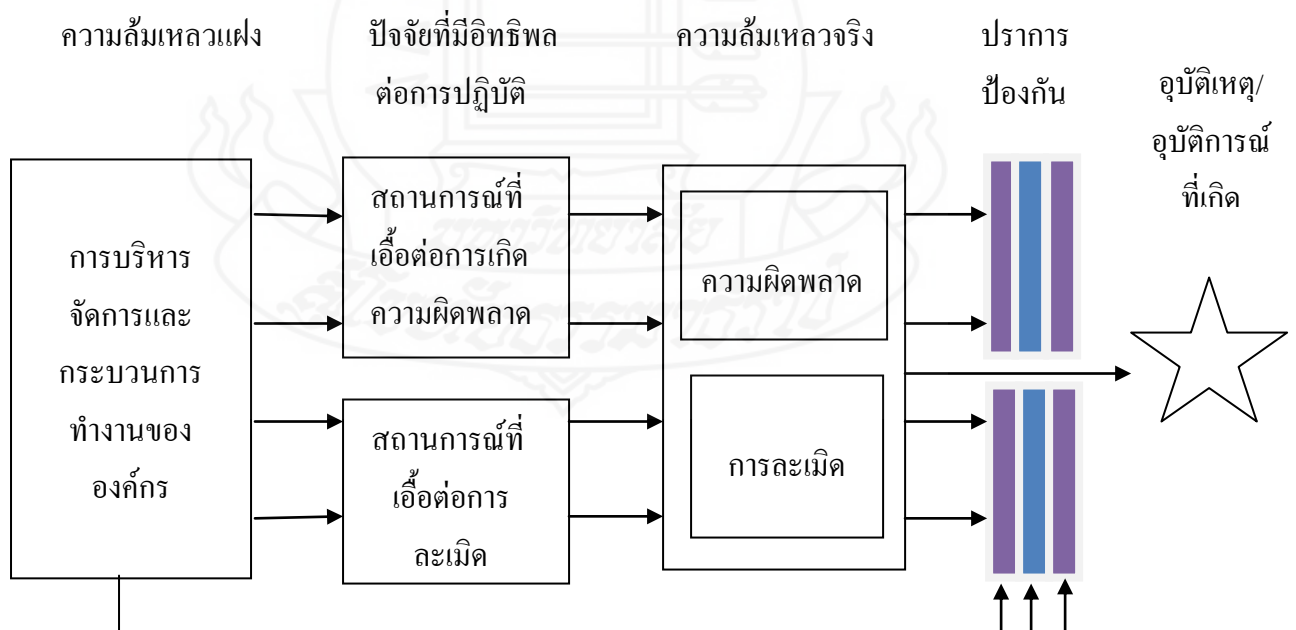
2) แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (System Approach to Error)

การบริหารความปลอดภัยเชิงระบบใช้หลักการที่ว่ามนุษย์ผิดพลาดได้แม้ว่าจะอยู่ในองค์กรที่มีการจัดการดีที่สุด แนวคิดนี้มองว่าความผิดพลาดของมนุษย์มีสาเหตุหลักจากปัญหาของระบบองค์กร และตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า เราไม่สามารถเปลี่ยนธรรมชาติของมนุษย์ได้แต่เราสามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในการทำงานของมนุษย์ได้ ในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่เสี่ยงอันตรายจะสร้างระบบที่เป็นปราการป้องกันต่างๆ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สิ่งสำคัญแทนที่จะหาว่าใครเป็นผู้ทำผิดองค์กรเหล่านี้จะถาม ว่าระบบป้องกันล้มเหลวได้อย่างไร แต่ในทางการแพทย์นั้นยังคงใช้แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล โดยมนุษย์ถูกมองว่ามีอิสระและสามารถเลือกกระหว่างการทำพฤติกรรมที่ปลอดภัยกับไม่ปลอดภัย ความผิดพลาดจึงเป็นประเด็นจริยธรรมส่วนบุคคล ดังนั้น เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อการกระทำของตน แต่แนวคิดแบบนี้มีข้อบกพร่องและไม่เหมาะสมกับลักษณะการให้บริการทางการแพทย์ โดยแนวคิดนี้จะขัดขวางการพัฒนาความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับการสร้างวัฒนธรรม การรายงานอุบัติการณ์ด้วยความเชื่อใจเป็นองค์ประกอบสำคัญของวัฒนธรรมการรายงาน จุดอ่อนอีกข้อของการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล คือ การเน้นว่าคนเป็นจุดเริ่มและสาเหตุของความผิดพลาดจะทำให้แยกความผิดพลาดออกจากระบบขององค์กร ผลคือลักษณะสำคัญของความผิดพลาดจะถูกมองข้ามไป ผู้ที่ทำผิดพลาดมักจะทำงานได้ดีแต่เมื่อมีสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดก็จะเกิดการทำผิดพลาดได้ และความผิดพลาดในรูปแบบเดิมๆ จะเกิดซ้ำอีกถึงแม้จะเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานแล้วก็ตาม เนื่องจากหน่วยงานยังไม่ได้มีการค้นหาและกำจัดปัจจัยของระบบที่กระตุ้นให้เกิดความผิดพลาดนั้น

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการบริหารความปลอดภัย ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยได้เสนอแบบจำลองสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในองค์กร (Reason, 1995) ซึ่งอธิบายความเกี่ยวข้องของระบบองค์กรกับการทำงานที่ผิดพลาดของมนุษย์ และการทำหน้าที่ของปราการป้องกันกับการเกิดอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ โดยการเกิดอุบัติเหตุในองค์กรตามลำดับของสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุมนุษย์จะอยู่ในลำดับสุดท้าย แสดงให้เห็นว่าการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์ไม่ได้มีจุดเริ่มต้นจากตัวบุคคลเสมอไป แต่มาจากเงื่อนไขที่ถูกกำหนดในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการในองค์กรและสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยผล ลัพธ์ด้านลบมีจุดเริ่มต้นมาจากกระบวนการตัดสินใจขององค์กรที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการวางแผน กำหนดการ การคาดการณ์ การออกแบบ การกำหนดนโยบาย การสื่อสาร การควบคุม และการบำรุงรักษา ทำให้ความล้มเหลวแฝง

(Latent Organization Failure) ที่อยู่ในกระบวนการองค์กรถูกส่งผ่านไปยังแผนกต่างๆ ในองค์กร และนำไปสู่สถานที่ปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้เกิดสถานการณ์ที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ผิดพลาดและการกระทำที่ละเมิดกฎ/การปฏิบัติที่ปลอดภัย ได้แก่ การจัดอัตรากำลังต่ำกว่าความเหมาะสม การมอบหมายภาระงานปริมาณมาก และการให้เครื่องมือแพทย์ที่เมื่อบุคลากรนำไปใช้จะทำให้เกิดการดูแลรักษาที่มีคุณภาพต่ำ การเป็นแบบอย่างของผู้นำ และการให้แนวปฏิบัติที่ไม่ดี เป็นต้น กระบวนการเหล่านี้ในองค์กรทำให้เกิดหลุมพรางที่รื้อให้มนุษย์กระทำการที่ไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงานโดยเกิดขึ้นซ้ำๆ อยู่เรื่อยๆ และเนื่องจากการบริหารจัดการและการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูงในองค์กรมักถูกกำหนดโดยสภาพเศรษฐกิจ การเมือง และข้อจำกัดในการดำเนินการขององค์กร ด้วยเหตุนี้ การออกแบบการจัดบริการสุขภาพจึงมักถูกประนีประนอมจากสภาพและข้อจำกัดเหล่านี้ ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในบางส่วนของระบบการบริการเสมอ สิ่งยุ่งยากในการบริหารความปลอดภัยจึงอยู่ที่ไม่สามารถป้องกันการเกิดความล้มเหลวแฝงได้ แต่ทำได้เพียงการทำให้เห็นผลเสียที่เกิดขึ้นตามมาและจัดการก่อนที่จะไปร่วมกับปัจจัยอื่นในการทำลายระบบการป้องกันความปลอดภัย การบริหารความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพจึงต้องไม่มุ่งตำหนิหรือกล่าวโทษบุคลากรซึ่งไม่ได้เป็นต้นเหตุของความผิดพลาดที่แท้จริง แต่ต้องค้นหาสาเหตุในระดับองค์กรควบคู่กันไป

แบบจำลองลำดับขั้นของการเกิดอุบัติเหตุในองค์กร



แบบจำลองสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในองค์กรจึงให้แนวคิดสำคัญ คือ บุคคลที่ปฏิบัติงานในโครงสร้างองค์กรลักษณะนี้ คือ “ผู้รับช่วงต่อ” ในลำดับของการเกิดอุบัติเหตุ ไม่ใช่ “ผู้

เป็นต้นเหตุ” ของการทำให้เกิดอุบัติเหตุ โดยมีองค์กรเป็นรากเหง้าที่สำคัญของสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุและส่งผ่านไปยังการปฏิบัติงานของบุคคล การสร้างแนวปราคการป้องกันความผิดพลาดของมนุษย์เท่านั้นจึงไม่เพียงพอเพราะยังคงมีบางส่วนของการทำงานไม่ปลอดภัยทั้งที่เป็นความล้มเหลวแฝงและความล้มเหลวจริงอยู่ในกระบวนการและแนวป้องกันขององค์กรที่สามารถทะลุทะลวงผ่านแนวปราคการและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เสียหายได้ โดยสาเหตุของการเกิดช่องโหว่ในแนวป้องกันประกอบด้วย 1) ความล้มเหลวจริง คือ การกระทำที่ไม่ปลอดภัยของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยหรือระบบ ได้แก่ ความผิดพลาด พลังเพลอ หรือละเมิดกฎ /ระเบียบปฏิบัติ ซึ่งปกติจะมีผลกระทบระยะสั้นต่อความมั่นคงของปราคการป้องกันเพราะมักสังเกตเห็นได้ชัดและได้รับการแก้ไข และ 2) ความล้มเหลวแฝง คือ สิ่งที่แฝงตัวอยู่ในระบบ เป็นการตัดสินใจจากผู้บริหารระดับสูง ผู้วางและออกแบบระบบงาน ทำให้เกิดผลเสียโดยกระตุ้นให้เกิดความผิดพลาดในที่ทำงาน เช่น ความกดดันที่ต้องทำงานแข่งกับเวลา การมีอัตรากำลังน้อยกว่าภาระงาน ขาดแคลนหรือขาดการบำรุงรักษาอุปกรณ์ ความอ่อนล้า และการขาดประสบการณ์ และยังทำให้เกิดจุดอ่อนในระบบป้องกันซึ่งจะคงอยู่เป็นเวลานาน เช่น ระบบสัญญาณเตือนหรือตัวชี้วัดที่เชื่อถือไม่ได้ กระบวนการทำงานที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ แบบหรือโครงสร้างระบบความปลอดภัยที่บกพร่อง นโยบายที่เน้นการลงโทษเมื่อเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ เป็นต้น ความล้มเหลวแฝงนี้จะอยู่ในระบบเป็นเวลานานหลายปีก่อนที่ร่วมกับความล้มเหลวจริงทำให้เกิดความผิดพลาดขึ้น

การบริหารความปลอดภัยเชิงรุกจะเน้นที่การค้นหาและการจัดการความล้มเหลวแฝง โดยให้ความสำคัญกับการออกแบบแนวปราคการป้องกันความผิดพลาดหลายๆ ชั้น เช่น นโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์เร่งรีบและการปฏิบัติที่ซับซ้อน การออกแบบสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์การแพทย์ที่สะดวกในการทำงาน เป็นต้น หากปราคการป้องกันมีมากขึ้นทันใดโอกาสเห็นหรือหยุดความผิดพลาดก่อนที่จะเกิดขึ้นก็มีมากขึ้นเท่านั้น การกระทำที่ไม่ปลอดภัยของบุคคลและองค์กรจะทะลุทะลวงผ่านแนวปราคการป้องกันความผิดพลาดและทำให้เกิดความสูญเสียหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ยากขึ้น ดังนั้น มาตรการบริหารความปลอดภัยจึงมีจุดรวมความคิดอยู่ที่การปรับเปลี่ยนเงื่อนไขภายใต้สิ่งที่มีมนุษย์ทำงาน คือ การสร้างระบบป้องกันหรือปราคการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้โอกาสของการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ทะลุทะลวงผ่านแนวปราคการและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เสียหายได้ลดลง จุดมุ่งหมายของการบริหารความปลอดภัยจึงไม่ใช่เพื่อลดความผิดพลาดของบุคคลแต่เป็นการมองระบบรวมโดยมุ่งเน้นที่ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยงาน ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยองค์กร

(1) **ปัจจัยทีมงาน** การให้บริการด้านสุขภาพเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ควรให้ความสำคัญกับการบริหารทีมงานและคุณภาพในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคคล

(2) **ปัจจัยงาน** ความแตกต่างของงานมีผลต่อการเกิดความผิดพลาด การเรียนรู้และวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดความล้มเหลวของงานเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารความเสี่ยง ยกตัวอย่าง งานที่มีความเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีขั้นสูงต้องการการดูแลรักษาที่สมบูรณ์ พบว่า ปัญหาในการบำรุงรักษาเครื่องมือเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การทำงานผิดพลาดได้

(3) **ปัจจัยสถานการณ์** สถานการณ์ที่แตกต่างจะมีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้ต่างกัน โดยพบว่าสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดสูง คือ ภาระงานหนัก การมีความรู้ ความสามารถหรือประสบการณ์ไม่เพียงพอ การออกแบบกระบวนการติดต่อไม่ดี การควบคุมดูแลหรือคำสั่งไม่ชัดเจน สภาพแวดล้อมที่เครียด สภาพจิตใจเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย และการเปลี่ยนแปลง

(4) **ปัจจัยองค์กร** คุณภาพและความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาพร้อมทั้ง 2 ด้าน การรายงานอุบัติการณ์และอุบัติเหตุนั้นเป็นส่วนสำคัญในการบริหารความเสี่ยงแต่ไม่เพียงพอสำหรับการบริหารความปลอดภัยและคุณภาพ เนื่องจากข้อมูลที่ได้น้อยเกินไปและช้าเกินไป องค์กรควรมีการดำเนินการเชิงรุกในการป้องกันมากกว่าการแก้ไข โดยการประเมินสถานะความปลอดภัยขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ

1.4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทางคลินิก

Charles Vincent และคณะ (1998) ได้นำแนวคิดการบริหารความปลอดภัยเชิงระบบนี้ทำการออกแบบกรอบโครงสร้างเพื่อการวิเคราะห์ความเสี่ยงและความปลอดภัยในคลินิก (Framework for Analyzing Risk and Safety in Clinical Medicine) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์ เช่น ลักษณะผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม กฎระเบียบทางการแพทย์ และบริบททางเศรษฐกิจ ดังในตาราง

กรอบโครงสร้างเพื่อการวิเคราะห์ความเสี่ยงและความปลอดภัยในคลินิก

โครงสร้าง	ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์
บริบทของสถาบัน	บริบททางเศรษฐกิจและกฎระเบียบ นโยบายบริการสุขภาพ แผนการสร้างควมไว้วางใจทางคลินิก
ปัจจัยองค์กรและการบริหาร	สถานะการเงินและข้อจำกัด นโยบาย มาตรฐาน และเป้าหมาย วัฒนธรรมความปลอดภัย
สิ่งแวดล้อมในการทำงาน	ระดับพนักงานและทักษะ ภาระงานและแบบการเปลี่ยนแปลง การออกแบบ และบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ การสนับสนุนจากการบริหารจัดการ
ปัจจัยทีมงาน	การสื่อสารทางวาจา การสื่อสารด้วยการเขียน การควบคุมดูแลและให้การช่วยเหลือ โครงสร้างการทำงานเป็นทีม
ปัจจัยบุคลากร	ความรู้และทักษะ แรงจูงใจ สุขภาพกายและสุขภาพจิต
ปัจจัยงาน	การออกแบบงานและความชัดเจนของโครงสร้าง การใช้ระเบียบปฏิบัติ และคู่มือในการทำงาน ความถูกต้องของผลการทดสอบ
ลักษณะผู้ป่วย	สภาพผู้ป่วย (ความซับซ้อน และความรุนแรง) ภาษาและการสื่อสาร บุคลิกภาพและปัจจัยทางสังคม

การประยุกต์ใช้งานกรอบโครงสร้างเพื่อการวิเคราะห์ความเสี่ยงและความปลอดภัยในคลินิก มีดังนี้

1) กรอบโครงสร้างนี้สามารถช่วยนักวิจัย และผู้จัดการด้านการบริหารความเสี่ยงในการจัดรูปแบบและขยายผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น แทนที่จะมุ่งเน้นเพียงการกระทำของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วย แต่จะทำให้สามารถตรวจสอบปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้รอบด้านโดยโครงสร้างนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

2) ช่วยขับเคลื่อนแนวทางการพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงให้ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นบุคลากร ผู้ป่วย งาน และการทำงานเป็นทีม

3) ปัญหาที่สำคัญที่สุดและยากที่สุด คือ การประเมินอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่มีต่อผลการรักษาผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาเชิงประจักษ์ในด้านนี้ยังไม่ชัดเจนแต่การมีงานวิจัยหลายงานที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้ต่อการเปลี่ยนแปลงองค์กร

เป้าหมายสูงสุดของการจัดทำกรอบโครงสร้างเพื่อการวิเคราะห์ความเสี่ยงและความปลอดภัยในคลินิกก็เพื่อช่วยแพทย์และผู้รับผิดชอบความเสี่ยงในการปรับปรุงความปลอดภัยและคุณภาพการรักษาโดยรวม โดยเน้นการปฏิบัติที่ปลอดภัยมาจากศักยภาพในการยอมรับความผิดพลาดและสร้างกลยุทธ์ในการลดข้อผิดพลาด โครงสร้างนี้จะช่วยตรวจสอบอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีต่อการปฏิบัติงานทางคลินิกทำให้จัดทำกลยุทธ์ในการลดข้อผิดพลาดได้อย่างเหมาะสม

1.4.3 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย

วิลมา จีระแพทย์ และ เกรียงไกร จีระแพทย์ (2550) กล่าวว่า ประสิทธิภาพของการบริหารความปลอดภัยมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับความเสี่ยงทางคลินิก หากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการจัดบริการลงความปลอดภัยของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยเกี่ยวข้องกับปัจจัยสาเหตุใหญ่ๆ 2 ด้าน ได้แก่

1) ปัจจัยภายในบุคคล

(1) ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพ คือ มนุษย์ที่มีโอกาสผิดพลาดในการทำงานได้ (To err is human) ซึ่งความผิดพลาดพบได้บ่อยในสถานการณ์ที่บุคลากรมีภาวะต่อไปนี้ได้แก่ ข้อจำกัดด้านความรู้และขาดประสบการณ์ในงานที่ทำ ความเครียด ความง่วง ความเพลีย และอ่อนล้าขณะปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนการไม่ตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้แทนผู้ป่วย

ประสิทธิภาพในการทำงานนั้นมาจากสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพควรมีสภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี โดย ริเอ็องรอง (2544) ให้นิยามว่า สุขภาพกาย คือ สภาพ

ร่างกายที่ไม่เจ็บป่วยบ่อย ไม่มีโรคประจำตัว หรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการที่ร่างกายทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ส่วนสุขภาพจิต ตามความหมายของ ชัยนัฏ พิเชษฐสุนทร (2545) กล่าวว่า เป็นสภาพจิตใจที่มีความสุข มองโลกในแง่ดี ภาวะสุขภาพจิตที่ปราศจากความเครียดและแรงกดดัน

(2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยบางกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด ได้แก่ ผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และทารกป่วยที่เกิดก่อนกำหนด

2) ปัจจัยภายนอกบุคคล

(1) ปัจจัยด้านระบบปฏิบัติการดูแล

ก. การปฏิบัติงานในที่ที่มีอัตรากำลังของแพทย์ พยาบาลไม่เพียงพอต่อภาระงานการดูแลผู้ป่วย

ข. รูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่ปฏิบัติตามหน้าที่ และปฏิบัติเป็นทีม ซึ่งลดความสามารถของพยาบาลในการเข้าใจการเปลี่ยนแปลงการติดตาม และการให้การดูแลผู้ป่วย เฉพาะรายได้อย่างสมบูรณ์และอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยในการได้รับการที่ช้า ช้อน ลำช้า หรือไม่ได้รับการบริการ และได้รับการรักษาผิดคน

ค. รูปแบบการจัดบริการพยาบาลแบบใช้นุเคราะห์ทางพยาบาลที่มีทักษะต่างๆ กัน เช่น พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ร่วมกับผู้ช่วยเหลือคนไข้ และการหมุนเวียนพยาบาลใหม่เข้ามาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

ง. การไม่มีระบบที่ปรึกษาในงานที่ยากและต้องการคำปรึกษา

จ. กระบวนการปฏิบัติงานหนึ่งอย่างที่ยับยั้งโดยหลายคน เช่น การบริหารยาคิดซึ่งดำเนินการโดยมีผู้รับคำสั่ง ผู้เตรียม และผู้ให้ยา เป็นพยาบาลคนละคนกัน การประกอบ/ติดตั้งท่อวงจรเครื่องช่วยหายใจที่ใช้พยาบาลและ/หรือนุเคราะห์ทางสุขภาพหลายคนร่วมกันทำ เป็นต้น

ฉ. ลักษณะงานและการมอบหมายงานไม่เหมาะสมกับความพร้อมของบุคคล (ระดับความรู้หรือประสบการณ์ในงาน) เช่น มอบหมายงานที่ซับซ้อนให้แพทย์/พยาบาลจบใหม่ หรือผู้มีอายุนานแต่เพิ่งมาช่วยงานนั้นแทนชั่วคราว

ช. ระบบปฏิบัติงานที่เพิ่มความเสี่ยงอื่นๆ เช่น ระบบจัดเรียงและจัด เก็บยาคิดที่ทำให้ตรวจสอบความถูกต้องได้ยาก และการจัดเก็บยาอันตรายในบริเวณใกล้กับยาทั่วไป ตลอดจนการเก็บยาหลายประเภทและจำนวนมากไว้ในหอผู้ป่วย

(2) ปัจจัยด้านอุปกรณ์การแพทย์

การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนในการใช้งาน ไม่ได้มาตรฐาน ชำรุด หรือไม่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ตลอดจนการขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติ การรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย

(3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสถานการณ์

ก. สถานการณ์ที่ทำให้บุคลากรถูกเบี่ยงเบนความสนใจไปจากงานที่กำลังปฏิบัติเพื่อไปปฏิบัติงานอื่น เช่น การปฏิบัติงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ซึ่งพบมากในช่วงของการรับส่งเวร และขณะกำลังปฏิบัติงานจริงๆ กลางๆ แต่ถูกขอให้ไปช่วยงานอื่น

ข. การเพิ่มขึ้นของภาระงานในการดูแลผู้ป่วยกะทันหันโดยไม่มีบุคลากรเสริมทำให้เกิดภาระงานมากเกินไป มีเวลาไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างรอบคอบ และไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง ซึ่งพบบ่อยในกรณีที่มีการรับผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วยมีอาการทรุดลงทันทีทันใด

ค. สถานการณ์ที่มีความเหมือนและ/หรือคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยผาเผด ผู้ป่วยที่มีชื่อหรือนามสกุลเหมือนหรือคล้ายคลึงกัน มีการเปลี่ยนตำแหน่งเตียง หรือห้องผู้ป่วยภายหลังคำสั่งการรักษา ใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีลักษณะหรือบรรจุภัณฑ์เหมือนกันแต่ต่างคุณสมบัติหรือเพื่อวัตถุประสงค์ต่างกัน

ง. สถานการณ์ที่แตกต่างจากสิ่งที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรในหอผู้ป่วย ได้แก่ การสั่งยา/สารน้ำ/ผลิตภัณฑ์เลือด ที่เป็นคำสั่งชั่วคราว เช่น คำสั่งวันเดียว และคำสั่งที่ไม่ตรงตามเวลาที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร เช่น เมื่อรับผู้ป่วยใหม่ เปลี่ยนคำสั่งยาระหว่างวัน หรือให้ยาฉุกเฉิน

จ. สถานการณ์ที่ทำให้ยากต่อการสังเกตและจดจ่อในการปฏิบัติงาน เช่น สภาพแวดล้อมที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอต่อการสังเกตความผิดปกติของผู้ป่วย อุณหภูมิในหอผู้ป่วยที่สูงหรือต่ำเกินไป และระดับเสียงภายในหอผู้ป่วยที่ดังมาก

(4) ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล

การสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาลทั้งในลักษณะของการสื่อสารด้วย วจนภาษา (verbal communication) เช่น คำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ และการสื่อสารด้วยอวัจนภาษา (non-verbal communication) ที่พบบ่อย คือ การเขียนด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน อ่านยาก การใช้คำย่อในคำสั่งที่ไม่เป็นสากล ตลอดจนคำสั่งที่ไม่มีการส่งต่อระหว่างบุคลากรในทีม เช่น มีคำสั่งการรักษาแต่วางไว้โดยไม่บอกบุคลากรในทีม และการที่หัวหน้าทีมพยาบาลรับคำสั่งการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่ได้ถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติ

จากรายละเอียดจะเห็นว่า ปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยและมีคุณภาพนั้นมีหลายอย่าง โดยผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความผิดพลาดหรือความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละครั้งมักมีสาเหตุจากปัจจัยมากกว่า 1 ด้านที่เสริมกัน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยรุนแรงขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจุบันประชาชนไทยได้รับแรงกดดันจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงผลกระทบจากปรากฏการณ์ธรรมชาติ การแข่งขันกันทางการเรียน และการประกอบอาชีพ ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผลการสำรวจสุขภาพจิตของประเทศไทยปี 2546 โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา พบว่า มีประชาชนมีปัญหาทางสุขภาพจิตจำนวน 2,169 คนจากตัวอย่าง 11,685 คน หรือร้อยละ 18.56 และจากข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ พบว่า ในปี พ.ศ. 2540 - 2545 ผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นจำนวนมากคิดเป็นอัตราร้อยละ 100 ในระยะเวลา 5 ปี (พิเชษฐ อุดมรัตน์ 2547) โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยประสบกับปัญหาสำคัญตรงกัน คือ ปัญหาอัตราค่าจ้างเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลรับผิดชอบ ทำให้เกิดผลกระทบตามมาในหลายระบบการทำงานของโรงพยาบาล แนวทางการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทดังกล่าวเป็นสำคัญโดยต้องเน้นระบบที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ให้ความสำคัญกับการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย และใช้อัตรากำลังที่มีอยู่ในจำนวนจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

นอกจากสถานการณ์ความเจ็บป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้มีผลต่อการภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลจิตเวชแล้ว กฤษณา จันทร์ตรี (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาล พบว่า การบริการพยาบาลยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานเท่าที่ควร โดยพยาบาลส่วนมากไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่กำหนดไว้ การบริหารและการปฏิบัติการพยาบาลยังเป็นไปตามแนวทางและนโยบายที่หน่วยงานแต่ละแห่งกำหนดขึ้น ซึ่งทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ขาดมาตรฐานกลางในการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และขาดการเชื่อมโยงเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และเทคโนโลยีระหว่างกัน การพัฒนาไม่เป็นอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานตามวัฒนธรรมหน่วยงานร้อยละ 63.0 รองลงมา คือ ความรู้จากหลักสูตรพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 58.0 ใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการทำงาน ร้อยละ

54.5 ปฏิบัติตามคำสั่งหัวหน้าร้อยละ 38.7 และปฏิบัติตามการปฐมพยาบาลร้อยละ 37.9 จะเห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามวัฒนธรรมหน่วยงานที่สืบทอดกันมาหรือทำตามที่พยาบาลอาวุโสสั่งมากกว่าทำตามหลักวิชาการ

2.1 ความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมีแนวโน้มความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เพราะผู้ป่วยนั้นป่วยทางจิตแต่สภาพร่างกายมีความแข็งแรงสามารถเดินไปมาและประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ อีกทั้งผู้ป่วยมักมีอาการที่ไม่คงที่ยากต่อการประเมิน การดูแลและเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาของ นพดล วาณิชฤดี (2548) ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาซึ่งเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช มีการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาความเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล 3 อันดับแรก คือ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมหลบหนี พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมดังกล่าวมักมีอาการและอาการแสดงก่อนเกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกัน แต่ใช้แนวทางดูแลรักษาป้องกันตามระดับความรุนแรงของปัญหาคล้ายกัน ปัญหาสำคัญที่ผ่านมาในการปฏิบัติงาน คือ ขาดระบบประเมินความเสี่ยงที่มีความน่าเชื่อถือตรงประเด็นปัญหาและเข้าใจตรงกันระหว่างวิชาชีพ การสื่อสารระหว่างกันอาศัยผ่านการสั่งการรักษาของแพทย์และการส่งเวรกันภายในหอผู้ป่วยเท่านั้น จากบริบทที่มีอัตราค่าลงน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานทำให้มีโอกาสน้อยลงในการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องออกไปนอกหอผู้ป่วยเพื่อรับบริการหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่แผนกหรือกลุ่มงานต่างๆ นอกหอผู้ป่วย

จากรายงานความเสี่ยงทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี 2552 พบความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป 5 อันดับแรก ได้แก่ ล้ม ทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตัวเอง หลบหนีสำเร็จ และผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งสาเหตุมาจากความเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรง การพลัดตกหกล้ม และการฆ่าตัวตาย จะเห็นว่าส่วนใหญ่ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชจะมาจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง และอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วยนั้นค่อนข้างรุนแรงเสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วยและชื่อเสียงโรงพยาบาล

2.1.1 พฤติกรรมรุนแรง

กัลยา ภัคคิมงคล และเพชร คันธสายบัว (2548) ได้ศึกษา พบว่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นอาการทางจิตที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ป่วยมีอาการควบคุมตนเองไม่ได้ ก้าวร้าวส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่น มีแนวโน้มที่จะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้คนรอบข้าง และทรัพย์สินสิ่งของที่อยู่ใกล้ตัวผู้ป่วย อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และสามารถพบได้ในผู้ป่วยจิตเวชเกือบทุกโรค

องค์การอนามัยโรคคาดการณ์ว่าความรุนแรงจากภาวะปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชจะมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยในปี 1990 จัดให้อยู่ในลำดับที่ 19 และคาดว่าในปี 2020 ความรุนแรงดังกล่าวจะเลื่อนมาอยู่ในลำดับที่ 12 แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้มาก ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโดยการควบคุมผู้ป่วยให้สงบอย่างรวดเร็วเพื่อสามารถทำการรักษาได้ตามกระบวนการรักษาที่ถูกต้อง ลดพฤติกรรมที่เป็นอันตราย จะสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายมีหลายวิธีตั้งแต่การแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่น ใช้ทักษะการสื่อสารที่แสดงความเอาใจใส่ ให้ความสนใจผู้ป่วย ทำหน้าที่สงบ มั่นคง พูดคุยด้วยประโยชน์ และมีความชัดเจน แสดงถึงการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย แต่การพูดคุยไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ทุกคน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริงจากอาการทางจิตที่รุนแรง ดังนั้น ในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยโดยเฉพาะการผูกมัดยังคงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเป็นทางเลือกสุดท้ายในการแก้ไขเหตุการณ์ที่รุนแรง แต่อีกมุมมองหนึ่ง การผูกมัดเป็นประเด็นที่อ่อนไหว โดยในมุมมองของจริยธรรมนับเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ให้การดูแลต้องคำนึงถึงตลอดเวลานี้ เนื่องจากการผูกมัดเป็นการจำกัดสิทธิและเสรีภาพบุคคลไม่ให้มีการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนที่ได้ อย่างอิสระ และการผูกมัดเป็นปัญหาสำคัญมากเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญสาเหตุหนึ่งซึ่งคณะกรรมการร่วมในการรับรองระบบงานขององค์กรสุขภาพ (Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations : JCAHO) ได้กำหนดให้การผูกมัดผู้ป่วยและการแยกผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแยกใช้เป็นวิธีการสุดท้ายในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยหรือผู้อื่น

2.1.2 การปลัดตกหกล้ม

อุบัติการณ์ปลัดตกหกล้มนั้นพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ยิ่งอายุมากก็ยิ่งเสี่ยงสูง แต่การศึกษาการปลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายปัจจัยดังการศึกษาของละเอียด พรหมเชษฐ์และคณะ (2551) พบว่า สภาวะทางจิตของผู้ป่วย (วิตกกังวล ซึมเศร้า และกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง) และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้เกิดอาการสับสนและเสียการทรงตัว นอกจากนี้การได้รับยาในกลุ่มของยานอนหลับ ยาด้านโรคจิต มีผลให้เกิดอาการง่วงซึม และเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนอิริยาบถ ผลของการปลัดตกหกล้มถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตแต่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย บาดเจ็บ เสี่ยงต่อความพิการหรือ เคลื่อนไหวไม่ได้ และในบางกรณีเกิดการฟ้องร้องดำเนินคดีขึ้น การป้องกันทำได้โดยการประเมินความเสี่ยงจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเพื่อหาแนวทางการเฝ้าระวังและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม สำหรับปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ประวัติการปลัดตกหกล้มในอดีต สภาพอาการทางจิต สภาพร่างกาย (อ่อนเพลีย มองเห็นไม่ชัดเจน ความดันโลหิตต่ำ ประสาทสัมผัสบกพร่อง) ปัญหาการเดิน การทรงตัว

และปัญหาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน จากนั้นจะทำการประเมินสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นเตียงนอนที่ไม่มีราวกัน สูงหรือเตี้ยเกินไป ห้องนอนอยู่ไกลห้องน้ำหรือไม่ การมีเฟอร์นิเจอร์กีดขวางทางเดิน และประเมินสภาพห้องน้ำให้มีแผ่นยางกันลื่น มีราวยึดเกาะ พื้นไม่ลื่นหรือเปียก เป็นต้น

2.1.3 การฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบจากโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าเป็นหลักและยังมักมีอาการร่วม ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่าและสิ้นหวัง อาการร่วมเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันยาวนาน ในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีหลักการ ดังนี้

- 1) การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ควรมีการดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตราย จัดบุคลากรดูแลให้อยู่ในสายตา
- 2) การใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ
- 3) การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การฝึกคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 4) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม
- 5) แนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหา ถึงแม้มาตรการและระเบียบปฏิบัติต่างๆ เพื่อควบคุมป้องกันความเสี่ยงได้มีออกมาอย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งสำคัญ คือ การสร้างความตระหนักและจิตสำนึกของผู้ให้บริการต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการรักษายาบาลต้องมุ่งเน้นความปลอดภัยเป็นสำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการความปลอดภัยในระหว่างรับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งตรงกับเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพและปลอดภัย

2.2 การบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช

Kathleen และคณะ (2008) ให้ข้อเสนอแนะถึงความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างปลอดภัย โดยในโรงพยาบาลจิตเวช พยาบาลจิตเวชถือเป็นบุคลากรกลุ่มวิชาชีพที่มีจำ

นวนมากและมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมงและรับผิดชอบความปลอดภัยของผู้ป่วยในแต่ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่เห็น ความสำคัญของการกิจนี้ และมีความไม่ชัดเจนในส่วนแผนงานเพื่อให้พยาบาลขับเคลื่อนกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงโครงสร้างหน่วยงานและทักษะที่จำเป็นในการสนับสนุนความปลอดภัย โดยแนวคิดที่ควรนำมาพิจารณาในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช มีดังนี้

1) จากคำนิยามแบบเดิมที่ว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย หมายถึง การหลีกเลี่ยงจากการบาดเจ็บในการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้น จะเน้นเฉพาะผลตามที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ความผิดพลาดจากยา การบาดเจ็บจากการแยก และการผูกมัดผู้ป่วย ส่วนการค้นหาและป้องกันการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยรวมถึงวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพยังมีน้อย

2) การคำนึงเฉพาะความปลอดภัยทางกายภาพ ทำให้นักวิจัยมุ่งพัฒนาเรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งการมุ่งเน้นในเรื่องความปลอดภัยทางกายภาพนี้ทำให้มองข้ามการพิจารณาความปลอดภัยทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้น ความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวชนอกจากการพิจารณาสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บแล้วควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว รู้สึกไม่มีคุณค่าและไร้ศักยภาพ

3) ในทางจิตเวชความปลอดภัยของผู้ป่วยในเป็นเรื่องของคุณภาพที่ซับซ้อน การที่หน่วยงานจะบรรลุถึงสภาพแวดล้อมที่ให้ความปลอดภัยทางด้านจิตใจ และความปลอดภัยทางร่างกาย จะขึ้นอยู่กับโครงสร้างองค์กรและกระบวนการในการดูแลให้เกิดคุณภาพของผลลัพธ์การรักษา

2.2.1 สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

Keltner และคณะ (1999) (อ้างถึงใน มัลลิกา พูนสวัสดิ์ 2546) กล่าวถึง สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดที่เป็นแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์จากสิ่งแวดล้อม โดยพยาบาลในฐานะที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยควรพิจารณาในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ซึ่งประกอบด้วย 6 ลักษณะ คือ

1) *ความปลอดภัย (Safety)* เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงและให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก ความปลอดภัยจะต้องเกิดขึ้นทั้งตัวผู้ป่วย พยาบาล และทุกคนในสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด มีความสำคัญเท่ากัน ความปลอดภัยทางจิตใจและทางกายภาพ การเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน เช่น การเผชิญกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ถ้าสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัยอาจทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย หนีออกจากโรงพยาบาล และมีปัญหาทางเพศได้ การป้องกันอันตรายจะกระทำได้โดยกำหนดมาตรฐานที่จะไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยต้องเผชิญหน้ากับคนมากเกินไป โดยอาจจำกัดผู้เข้าเยี่ยมชมทั้งญาติที่คิดว่าจะกระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล

มากๆ การพูดคุยระบายความรู้สึกให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย คอยดูแลอยู่ใกล้ๆ และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการกระตุ้น

2) *โครงสร้าง (Structure)* หมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การควบคุมจัดการ จัดกิจกรรม ซึ่งต้องมีการกำหนดตารางกิจกรรม เช่น กลุ่มทักษะทางสังคม (Social skill) กลุ่มทักษะการดำเนินชีวิต (Living skill) กลุ่มเสริมคุณค่าในตนเอง (Self esteem) กลุ่มออกกำลังกาย (Physical exercise) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) เป็นต้น ซึ่งกลุ่มกิจกรรมมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ นอกจากนี้โครงสร้างยังรวมถึงการจัดออกแบบตกแต่ง การจัดพื้นที่ให้เหมาะสมและปลอดภัย ฉะนั้น การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน การจัดอัตรากำลังควรให้สอดคล้องกับงานที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ควรมีการวางแผนงานที่ดีในการดูแลผู้ป่วย มีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3) *บรรทัดฐาน (Norms)* เป็นมาตรฐานเป้าหมายพฤติกรรมที่คาดหวังไว้ เป็นการกำหนดบุคลากรในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับหอผู้ป่วย จัดสภาพหอให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และมีความสอดคล้องกัน สร้างกฎเกณฑ์ภายในหอให้สอดคล้องกับความคาดหวังของบุคลากรและผู้ป่วย การจัดให้ผู้ป่วยมีชีวิตความเป็นอยู่และพฤติกรรมที่ดีสังคมยอมรับ เช่น สภาพหอผู้ป่วยแบบเปิด เป็นผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมที่รุนแรง มีพฤติกรรมที่เปิดเผย ไม่เป็นอันตราย มีการสะท้อนความคิดเห็น มีความเป็นส่วนตัว และมีการยอมรับซึ่งกันและกัน เป้าหมายอีกอย่าง คือ การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้โดยให้อาสาผู้ป่วยสำรวจตนเอง รับฟัง และให้การยอมรับ มีการสะท้อนกลับของข้อมูล (Feedback) เคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ทั้งหมดนี้จะช่วยสร้างบรรยากาศการอยู่ร่วมกันที่ดีได้

4) *การจำกัดพฤติกรรม (Limit settings)* เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งสำหรับการจัดการที่สัมพันธ์กับบรรทัดฐาน หมายถึง การจำกัดพฤติกรรมให้เป็นที่ยอมรับไม่เป็นผลร้ายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น จะเกิดจากการตั้งกฎเกณฑ์และสร้างข้อตกลงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยที่พยาบาลอาจจะใช้วิธีให้ผู้ป่วยเขียนข้อตกลง มีเกณฑ์ในการปฏิบัติตัวอย่างไร และให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อรับทราบในข้อตกลงเหล่านั้น

5) *การรักษาความสมดุล (Balance)* เป็นศิลปะที่จำเป็นของพยาบาลซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในจริยธรรม คุณธรรม กฎหมาย และพยาธิสภาพของโรคจิต เป็นกระบวนการที่ค่อยๆ ยอมให้มีพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นอิสระขึ้น การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลในหอผู้ป่วย ทั้งในเรื่องความปลอดภัยการมองเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน และการให้อาสาผู้ป่วยในการดูแลและจัดการกับตนเองได้อย่างสร้างสรรค์

6) การปรับสภาพหอผู้ป่วย (Environmental modification) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยตกแต่งให้เกิดบรรยากาศในการบำบัดรักษาและส่งเสริมให้การบำบัดรักษาเกิดประสิทธิภาพ เช่น การทำสีห้องช่วยให้เกิดความเย็นตา ทำให้อารมณ์สงบ บางหอผู้ป่วยอาจจะจัดที่สำหรับให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่เพราะว่าการงดสูบบุหรี่อาจก่อความกดดันให้กับผู้ป่วยได้ โดยพยาบาลสามารถสนับสนุนให้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมของการรักษา มีการทบทวนอย่างต่อเนื่องในเรื่องบรรทัดฐาน กฎระเบียบ ความยืดหยุ่น การควบคุมจัดการของสิ่งแวดล้อมจะเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาในสิ่งแวดล้อมบำบัด

2.2.2 แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิต

เนื่องจากความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชนั้นแตกต่างจากผู้ป่วยโรคทั่วไป ดังนั้นการจัดการเพื่อให้เกิดการรักษาอย่างปลอดภัย จึงมีวิธีการบางอย่างที่แตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป หน่วยงานความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Agency - NPSA, 2008) ได้จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเป็นโรคที่พบได้ทั่วไปในปัจจุบัน หน่วยงานความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งชาติเป็นองค์กรของประเทศอังกฤษและเวลส์ ก่อตั้งขึ้นในปี 2001 เพื่อเป็นผู้นำและสนับสนุนทุกองค์กรในการพัฒนาด้านความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า มีอุบัติการณ์ ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการให้บริการสุขภาพจิตมากกว่า 1 แสนอุบัติการณ์ ที่รายงานไปยัง NPSA's Reporting and Learning System ทุกปี การพัฒนาความปลอดภัยในผู้ป่วยจิตเวชและสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งที่ NPSA ให้ความสำคัญ และได้ออกแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2008 โดยขั้นตอนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวชและสุขภาพจิต ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจะมีลักษณะที่มีการแบ่งปันข้อมูลร่วมกันอย่างเปิดเผยและอย่างอิสระเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น โดยใช้วิธีการจัดการเชิงระบบซึ่งมีแนวคิดที่ว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ใช่แค่จะเชื่อมโยงกับการกระทำของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ แต่จะเชื่อมโยงไปยังระบบที่บุคคลทำงานอยู่ การ มองหาสิ่งที่ผิดในระบบช่วยให้องค์กรสามารถเรียนรู้บทเรียนที่สามารถป้องกันไม่ให้เหตุการณ์เกิดขึ้นซ้ำอีก องค์กรด้านสุขภาพจิตนั้นมีการเผชิญความเสี่ยงหลากหลาย องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงานสูงนั้นบุคลากรทางคลินิกและพนักงานมีความตระหนักในการบริหารจัดการไม่เพียงแต่ความเสี่ยงส่วนบุคคล แต่ยังมีความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบที่ทำงานอยู่ด้วย วัฒนธรรมนี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับพนักงานเพื่อให้สามารถระบุและจัดการความเสี่ยงภายในองค์กร

ขั้นตอนแรกในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ การทราบว่าวัฒนธรรมขององค์กรในปัจจุบันเป็นอย่างไร ซึ่งมี เครื่องมือที่สามารถช่วยตรวจสอบมากมาย ส่วนใหญ่เป็นในรูปแบบของรายการตรวจสอบหรือแบบสอบถามสำหรับพนักงาน โดยหัวข้อในการประเมินโดยส่วนใหญ่ ประกอบด้วย การจัดการและความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูงในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างพนักงานและผู้จัดการ ทักษะคิดต่อการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การตำหนิและลงโทษ และปัจจัยในสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพ (เช่น ความเมื่อยล้า การถูกรบกวน การออกแบบอุปกรณ์หรือการใช้งาน)

สิ่งที่ควรดำเนินการในระดับองค์กร

(1) ทำการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

(2) เผยแพร่ผลการประเมินเพื่อให้พนักงานทุกคนมีความตระหนักในสถานการณ์ปัจจุบัน ทำการออกแบบแผนการปรับปรุงความปลอดภัยจากผลจากการประเมินนี้ โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วม

(3) การประเมินอีกครั้งเพื่อวัดความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และควรประเมินเพื่อติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ

(4) ตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้อธิบายถึงบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล

(5) แสดงออกถึงความมุ่งมั่นของทีมบริหารต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเข้าร่วมในการตรวจตราความปลอดภัยของผู้ป่วย และให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

2) ขั้นตอนที่ 2 การเป็นผู้นำและสนับสนุนบุคลากร การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับผู้นำที่เข้มแข็ง ที่มีความชัดเจนในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและความตั้งใจที่จะพัฒนาบริการ โดยแสดงให้เห็นว่าผู้นำให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและทีมบริหารมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการดำเนินงานความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวชและสุขภาพจิตหลายๆ ประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ เช่น ความเสี่ยงของผู้ป่วยในฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยหลบหนีสูญหายไป และผู้หญิงในหอผู้ป่วยถูกทำร้ายทางเพศ ปัจจุบันพบว่าประเด็นอื่นๆ ได้รับการ รายงานเมื่อเร็วๆ นี้ เช่น ปัญหาระบบการช่วยชีวิตฉุกเฉินในหอผู้ป่วยใน ซึ่งกระบวนการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เข้มแข็งจะทำให้การดำเนินการแก้ปัญหาทั้งเก่าและใหม่ดีขึ้นได้

สิ่งที่ควรดำเนินการในระดับองค์กร

- (1) ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีคณะกรรมการที่รับผิดชอบเรื่องความปลอดภัย โดยผู้ป่วยและพนักงานในองค์กรทราบว่าใครเป็นคณะกรรมการ
- (2) นำเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยใส่ไว้ในวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและการประชุมคณะผู้บริหาร
- (3) ระบุความเป็นเลิศด้านความปลอดภัยในแต่ละหน่วยงาน หรือแผนกขององค์กร โดยที่หน่วยงานนั้นควรชี้แจงวิธีการและบทบาทในการสื่อสารได้อย่างชัดเจน
- (4) มีการเยี่ยมชมสำรวจด้านความปลอดภัยจากทีมผู้นำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรวบรวมข้อมูลและความคิดจากพนักงานและผู้ให้บริการเกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการ และใช้ข้อมูลที่ได้มาร่วมกับข้อมูลจากการรายงานเพื่อกำหนดเป้าหมายของการจัดการความปลอดภัยที่สำคัญให้แคบลงและตรงจุด และนำข้อคิดเห็นไปเสนอแนะทีมงานในการประชุม
- (5) การกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้เพื่อวัดความสำเร็จ ยกตัวอย่าง เช่น จุดมุ่งหมายเพื่อลดความเสี่ยงจากผู้ป่วยสูญหาย ควรตั้งเป้าหมายควรในด้านกระบวนการที่สามารถมีการเปลี่ยนแปลงแทนที่จะตั้งเป้าว่าจำนวนผู้ป่วยที่หายไปลดลง

3) **ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง** ระบบบริหารความเสี่ยงในองค์กรสุขภาพจิตถูกออกแบบมาเพื่อช่วยองค์กรในการจัดการเหตุไม่พึงประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและลดโอกาสของการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญของการบริหารความเสี่ยงและควรบูรณาการกับความปลอดภัยของบุคลากร การบริหารข้อร้องเรียน การจัดการการดำเนินคดี และการเรียกช่องทางการเงิน รวมถึงความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมด้วย ทั้งนี้การบริหารความเสี่ยงควรได้รับการสนับสนุนจากแผนกลยุทธ์ด้านการบริหารความเสี่ยงขององค์กร เช่น การฝึกอบรมการวิเคราะห์และการตรวจสอบความเสี่ยง โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงเชิงรุกและการรวบรวมรายงานความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร โดยเป้าหมายของการบูรณาการและการจัดการความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรจะทำให้องค์กรมีความน่าเชื่อถือสูง ลักษณะขององค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูง คือ การเป็นกังวลกับความล้มเหลว มีความมุ่งมั่น และความยืดหยุ่นในการทำงานเชิงรุกในการมองหาอันตรายที่อาจเกิดและจัดการก่อนก่อให้เกิดอันตราย มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการที่บุคคลสามารถที่จะพูดและรับฟัง มีวัฒนธรรมการรายงานสูง และมีกระบวนการตรวจสอบที่เน้นโครงสร้างพื้นฐานหรือกลไกการทำงาน รวมถึงมีการจัดการกับระบบที่นำไปสู่ผลกระทบในด้านความปลอดภัยหรือคุณภาพในการดูแลรักษา

สิ่งที่ควรดำเนินการในระดับองค์กร

- (1) ทบทวนโครงสร้างและกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และที่

ไม่ใช่ทางคลินิกและบูรณาการเข้ากับความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร การจัดการข้อร้องเรียน ความประมาททางคลินิก และความเสี่ยงทางการเงินและสิ่งแวดล้อม

(2) พัฒนาตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงที่สามารถตรวจสอบติดตามได้โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

(3) ใช้ข้อมูลที่ได้จากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและการประเมินความเสี่ยงขององค์กรเพื่อการทำงานเชิงรุกในการปรับปรุงระบบการดูแลรักษา

4) **ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ในระบบบริการสุขภาพจิต**
การมีรายงานอุบัติการณ์ปริมาณสูงในองค์กรแสดงถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดีกว่า เนื่องจากเมื่อเจ้าหน้าที่ตระหนักถึงปัญหาด้านความปลอดภัยก็จะเขียนรายงานส่งเพิ่มขึ้น ดังนั้น ทุกหน่วยงานสุขภาพจิตควรมีการดำเนินการระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้องค์กรสามารถวิเคราะห์ชนิด ความถี่ และความรุนแรงของเหตุการณ์ความปลอดภัย ไม่ปลอดภัย ตอบสนองต่อเหตุการณ์ในเวลาที่เหมาะสม ทำนายอุบัติการณ์ได้ตามความรุนแรงและลักษณะเหตุการณ์ และ ใช้ข้อมูลนี้เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการแก้ไข และปรับปรุงระบบการดูแลทางคลินิก อุปสรรคสำคัญในการรายงาน คือ การที่บุคลากรส่งรายงานแล้วไม่ได้รับการตอบสนองจากองค์กร ดังนั้น สิ่งสำคัญในการปรับปรุงระบบการรายงาน คือ ต้องสร้างความมั่นใจได้ว่าการเรียนรู้จากรายงานที่ได้รับและมีผลตอบสนองต่อการรายงานนั้น

สิ่งที่ควรดำเนินการในระดับองค์กร

(1) ตรวจสอบระดับของการรายงานอุบัติการณ์ภายในองค์กร และเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่คล้ายคลึงกัน

(2) ตรวจสอบอัตราการรายงานอุบัติการณ์และประเภทของเหตุการณ์ระหว่างทีมที่คล้ายกันทั้งหมด เช่น ทีมดูแลสุขภาพจิตผู้ใหญ่ โดยความแตกต่างในจำนวนรายงานหรือประเภทของเหตุการณ์สามารถเป็นตัวชี้วัดของปัญหาวัฒนธรรมการรายงาน ได้

(3) วิเคราะห์หาปัญหาและอุปสรรคสำหรับบุคลากรในการรายงานอุบัติการณ์ เช่น ขั้นตอนการบังคับบัญชาตามลำดับขั้นมากเกินไป การส่งรายงานไม่มีการตอบรับจากผู้บริหาร ซึ่งหลายๆ องค์กรในปัจจุบันใช้ระบบการรายงานอุบัติการณ์ทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่รายงานได้ง่ายขึ้น

(4) มีการสื่อสารกับบุคลากรไม่ว่าจะทางจดหมายข่าว การวิเคราะห์แนวโน้ม การเล่าเรื่องราวของผู้ป่วย และรวมถึงการแจ้งการดำเนินการต่างๆ

(5) เน้นใจว่าการรายงานอุบัติการณ์ได้ถูกส่งไปยังหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางการรายงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

(6) อุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงในระดับที่เสียชีวิตหรือรุนแรงควรส่งรายงานทันทีภายใน 36 ชั่วโมง

5) **ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารกับผู้ใช้บริการและชุมชน** การพัฒนาวิธีการในการสื่อสารอย่างเปิดเผยและรับฟังผู้ป่วย ญาติ / ผู้ดูแล และประชาชนนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงความปลอดภัย บริการด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับแนวหน้าของบริการที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ และสามารถใช้ประสบการณ์นี้ในการสนับสนุนผู้ใช้บริการและผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย

สิ่งที่ควรดำเนินการในระดับองค์กร

(1) พัฒนานโยบายที่เปิดโอกาสให้มีการสื่อสารกับผู้ใช้บริการและญาติเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

(2) สร้างความมั่นใจผู้ใช้บริการและญาติว่าจะได้รับแจ้งข้อมูลเมื่อมีความผิดพลาดและก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และตรวจสอบให้แน่ใจว่าข้อมูลอยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยเข้าใจได้

(3) ให้การสนับสนุนบุคลากรด้วยการฝึกอบรม และให้กำลังใจเมื่อจะต้องมีการสื่อสารกับผู้ใช้บริการและญาติ

6) **ขั้นตอนที่ 6 การเรียนรู้และแบ่งปันบทเรียนความปลอดภัยร่วมกัน** การรายงานอุบัติการณ์เป็นสิ่งสำคัญในองค์กรสุขภาพ ซึ่งไม่ใช่เพียงเพราะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่มีความสำคัญกับองค์กรสุขภาพจิตในการหาสาเหตุของเหตุการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเรียนรู้วิธีการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก บ่อยครั้งที่สาเหตุจำนวนมากและส่วนใหญ่อยู่เกินกว่าความเกี่ยวข้องของบุคลากรแต่ละคนหรือทีมงาน องค์กรจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการอย่างเป็นระบบ เช่น การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis - RCA) เพื่อให้บุคลากรรู้ถึงประเภทของอุบัติการณ์ที่ควรจะรายงาน ข้อมูลที่จำเป็น วิธีการวิเคราะห์และดำเนินการกับข้อมูลนี้ เทคนิค RCA เน้นคำถามสำคัญที่จะไม่พูดถึงว่ามีใครผิดในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่จะดูว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างไร และทำไมจึงเกิดเหตุขึ้น RCA จะเน้นการปฏิบัติสำหรับการเปลี่ยนแปลง และข้อเสนอแนะที่ช่วยลดโอกาสของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นซ้ำอีก การเผยแพร่ผลการเรียนรู้ไปสู่แพทย์และผู้บริหารเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของกระบวนการเรียนรู้ เนื่องจากส่วนใหญ่หน่วยงานสุขภาพจิตจะมีขนาดใหญ่ซึ่งทำให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสารได้ง่าย

สิ่งที่ควรดำเนินการในระดับองค์กร

(1) เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมวิธีการตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เช่น การทำ RCA

(2) กำหนดนโยบายที่อธิบายหลักเกณฑ์ กรณีที่องค์กรควรดำเนินการทำ RCA เกณฑ์เหล่านี้ควรรวมถึงเหตุการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อาจนำไปสู่อันตรายร้ายแรงหรือเสียชีวิตได้

(3) ตรวจสอบให้แน่ใจว่าคุณภาพในกระบวนการทำ RCA มีมาตรฐานที่น่าพอใจ และทีมงานมีมาตรฐานแม่แบบสำหรับการวิเคราะห์และการเขียนรายงาน

7) **ขั้นตอนที่ 7 นำวิธีการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย** การดำเนินการกลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงที่รวดเร็วและเชื่อถือได้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ปลอดภัยมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหานั้นมีตั้งแต่การออกแบบเพื่อลดการเกิดอันตรายหรือออกแบบระบบที่ง่ายต่อการทำงาน การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาคควรจะทำให้ง่ายและประหยัดค่าใช้จ่าย โดยควรหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงความจำของบุคคล ทำการปฏิบัติงานให้ง่ายขึ้น ลดความซับซ้อนของกระบวนการ และสร้างมาตรฐานกระบวนการทั่วไป ซึ่งมีวิธีการโดยการใช้ความร่วมมือกัน และการดำเนินการทางคลินิกอย่างง่าย การใช้บุคคลที่เคารพหรือที่มีอิทธิพลต่อผู้อื่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำวิธีการหลายๆ แบบมาใช้ ได้แก่ การประชุม การตรวจสอบ การกระตุ้นเตือน ธรรมเนียมปฏิบัติ ข้อเสนอแนะ การดำเนินการทางสังคม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สิ่งที่ควรดำเนินการในระดับองค์กร

(1) ใช้การจัดการเชิงระบบในการพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหารวมทั้งการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

(2) ให้ผู้ให้บริการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการของการรวบรวมความคิดเพื่อแก้ปัญหา

(3) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาหรือความเสี่ยง โดยใช้หลักฐานจาก RCA และแหล่งข้อมูลอื่นๆ รวมทั้งตัวอย่างของการปฏิบัติที่ดีที่สุดจากองค์กรอื่นๆ

(4) ระบุมการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต้องทำ และอธิบายให้กับเจ้าหน้าที่ทราบว่าทำไมพวกเขาต้องเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ

(5) ทบทวนการปฏิบัติงานโดยดูจากนโยบายระดับประเทศ และแนวทางปฏิบัติขององค์กรที่มีการปฏิบัติงานที่ดีเยี่ยม

(6) แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสร้างความแตกต่างได้ โดยใช้การวัดระดับความสำเร็จโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผลการเปลี่ยนแปลงนั้นทำให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

3. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัยเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพและองค์กรสุขภาพมีความตระหนักและให้ความสำคัญ โดยการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรในการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นจะนำไปสู่ระบบสุขภาพที่ปลอดภัยได้ และเนื่องจากวัฒนธรรมความปลอดภัยนั้นจัดเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมและวัฒนธรรมองค์กร รวมถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรจะนำไปสู่ความเข้าใจในวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และสามารถบรรลุเป้าหมายขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมและวัฒนธรรมองค์กร

3.1.1 ความหมายของวัฒนธรรมและวัฒนธรรมองค์กร

1) ความหมายของวัฒนธรรม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) วัฒนธรรม หมายถึง สิ่งที่ทำ ความเจริญงอกงามให้แก่หมู่คน เช่น วัฒนธรรมไทย วัฒนธรรมในการแต่งกาย วิถีชีวิตของหมู่คณะ เช่น วัฒนธรรมพื้นบ้าน วัฒนธรรมชาวเขา

สุพัตรา สุภาพ (2538) วัฒนธรรม มีความหมายครอบคลุมทุกสิ่งที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่งที่ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ ศิลปะ ศิลธรรม กฎหมาย ประเพณี วิทยาการ และทุกสิ่งทุกอย่างที่คิดและทำในฐานะเป็นสมาชิกของสังคม

สุนทร วงศ์ไวยวรรณ (2540) วัฒนธรรม หมายถึง สิ่งต่างๆ อันประกอบด้วยสิ่งประดิษฐ์ แบบแผนพฤติกรรม บรรทัดฐาน ความเชื่อ ค่านิยม อุดมการณ์ ความเข้าใจ และข้อสมมุติพื้นฐานของคนจำนวนหนึ่งหรือส่วนใหญ่ในองค์กร

ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ (2547) วัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อหรือค่านิยมหรือสมมุติฐานที่มีร่วมกันในองค์กร ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคมหรือในองค์กร เป็นสิ่งที่มีร่วมกันระหว่างสมาชิกของกลุ่มสังคมซึ่งเราสามารถเรียนรู้สร้างขึ้นและถ่ายทอดไปยังคนอื่นได้โดยมีทั้งส่วนที่เป็นวัตถุและสัญลักษณ์

2) ความหมายของวัฒนธรรมองค์กร

Robert (1993) วัฒนธรรมองค์กร หมายถึง วิสัยทัศน์ คุณค่า มาตรฐานแบบของผู้นำ พฤติกรรมระหว่างบุคคลและพฤติกรรมที่คาดหวัง และมาตรฐานขององค์กร วัฒนธรรมองค์กรจะเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดประสิทธิภาพขององค์กรเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กรโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความปลอดภัย

สนใจ ลักษณะ (2546) วัฒนธรรมองค์กร หมายถึง ปรัชญา ความเชื่อร่วมกันขององค์กรที่สะท้อนค่านิยมและเจตคติร่วมกัน รวมทั้งเป็นมาตรฐาน เป็นกฎระเบียบ ข้อตกลงที่ยึดถือปฏิบัติโดยเป็นสัญลักษณ์หรือลักษณะเฉพาะขององค์กรที่สมาชิกยอมรับและถือเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

สุนทร วงศ์ไวยวรรณ (2548) วัฒนธรรมองค์กร หมายถึง ความรู้ ความคิด ความเชื่อ ข้อสมมุติพื้นฐาน (basic assumption) และค่านิยมที่มีอยู่ร่วมกันภายในจิตใจของคนจำนวนหนึ่งหรือส่วนใหญ่ขององค์กร ซึ่งคนกลุ่มดังกล่าวใช้ระบบความรู้ความคิดนี้เป็นแนวทางในการคิดตัดสินใจและทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายในองค์กร

กรวิทย์ ดันศรี (2549) วัฒนธรรมองค์กร หมายถึง แบบแผนหรือมาตรฐานในการประพฤติปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะร่วมกันของคนในองค์กร ใช้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของคนในองค์กร ซึ่งเป็นทั้งส่วนที่มองเห็นโดยการรับรู้ผ่านสัญลักษณ์และพิธีกรรมและส่วนที่อยู่ภายในซึ่งเป็นค่านิยม ความเชื่อพื้นฐานขององค์กร บรรทัดฐาน อุดมการณ์และความเข้าใจของสมาชิกในองค์กร ซึ่งสามารถถ่ายทอดไปยังสมาชิกใหม่เพื่อให้นำไปใช้เป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติตนในองค์กร

นวลลอ แสงสุข (2549) วัฒนธรรมองค์กร หมายถึง พฤติกรรมที่สร้างขึ้นจากคนในองค์กรโดยมีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการยึดถือปฏิบัติกันมาจนเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กรนั้นๆ

วิณา จิระแพทย์ และเกรียง ไกร จิระแพทย์ (2550) วัฒนธรรมองค์กร เป็นแบบแผนความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ บรรทัดฐาน และข้อตกลงเบื้องต้นที่เข้าใจกันโดยไม่ต้องพูดออกมา และเป็นกระบวนการที่ยึดถือที่มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมและการทำงานร่วมกันมีผลให้อิทธิพลของของวัฒนธรรมองค์กรจะยังคงอยู่แม้ว่าเมื่อทีมและบุคคลเปลี่ยนไป

พิรชร บุญยรัตพันธุ์ และคณะ (2552) วัฒนธรรมองค์กร หมายถึง กฎเกณฑ์ที่ไม่เป็นทางการในหน่วยงาน/องค์กรที่สมาชิกในองค์กรต้องเรียนรู้ และได้รับการหล่อหลอมเพื่อที่สมาชิกจะสามารถปฏิบัติงานในหน่วยงาน/องค์กรได้อย่างสอดคล้อง กลมกลืน และในขณะเดียวกันก็เป็นการควบคุมให้สมาชิกอยู่ในกรอบวิถีปฏิบัติเดียวกัน

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า วัฒนธรรมองค์กร เป็นค่านิยม ความรู้ ความคิด ความเชื่อ แบบแผน และทัศนคติของสมาชิกในองค์กร ที่นำไปสู่การยึดถือปฏิบัติและพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา สามารถเรียนรู้และถ่ายทอดได้ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือ/กลไกในการควบคุมและขัดเกล่าอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้คนในองค์กรสามารถทำงานได้และอยู่ในกรอบวิถีปฏิบัติเดียวกัน

3.1.2 ความสำคัญของวัฒนธรรมองค์กร

องค์กรจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งทางวัฒนธรรม วัฒนธรรมองค์กรมาจากสมาชิกในองค์กร การมีวัฒนธรรมองค์กรที่ดีเป็นพื้นฐานที่ทำให้องค์กรสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่นยั่งยืน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานและเสริมสร้างความผูกพันให้กับสมาชิกในองค์กร จะเห็นว่าวัฒนธรรมองค์กรเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากในการดำเนินงานขององค์กร องค์กรทุกแห่งต่างก็มีวัฒนธรรมของตนเองซึ่งประกอบด้วยวัฒนธรรมย่อยหลายๆ อย่าง วัฒนธรรมเหล่านี้ต่างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคคลในองค์กรและมีผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพและความสามารถในการปฏิบัติตามวัตถุประสงค์และแผนงานเสมอ แต่ในทางปฏิบัติแล้ว วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่เห็นได้ไม่ชัดเจนและจับต้องได้ยาก องค์กรส่วนมากต่างมีการพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นเอกลักษณ์แตกต่างกัน วัฒนธรรมเฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นนี้ต่างมีผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กรโดยอาจเอื้ออำนวยหรือขัดขวางต่อการพัฒนาการปรับปรุง หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กรได้

นวลออ แสงสุข (2549) กล่าวว่า วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่หล่อหลอมมาจากหลายสิ่งไม่ใช่กฎหมายหรือข้อบังคับขององค์กรที่เขียนไว้ให้ปฏิบัติ แต่จะเป็นประเพณีในการถือปฏิบัติของคนในองค์กรจนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรนั้นๆ วัฒนธรรมองค์กรแต่ละแห่งมีความแตกต่าง วัฒนธรรมองค์กรเป็นกรอบบังคับรูปแบบการทำงานขององค์กรที่ถูกถ่ายทอดจากผู้บริหารและพนักงานในอดีตมาจนถึงปัจจุบัน ดังนั้น องค์กรที่ต้องการปรับตัวอย่างรวดเร็วจึงต้องใช้วัฒนธรรมองค์กรเป็นตัวกำหนดทิศทางขององค์กรมากกว่าการที่จะใช้กฎระเบียบ ที่เชื่อกันว่าไม่สามารถจะกำหนดข้อบังคับให้ครอบคลุมได้ทุกกรณี เมื่อองค์กรมีขนาดใหญ่ขึ้นมีจำนวนคนหรือพนักงานมากขึ้นปัญหาทางด้านวิธีปฏิบัติก็เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ การแก้ปัญหาโดยการเพิ่มกฎระเบียบเพื่อให้ครอบคลุมทุกเรื่องจะทำให้องค์กรเต็มไปด้วยกฎระเบียบจนขาดความยืดหยุ่นในการทำงาน ขาดความคิดสร้างสรรค์ มีสภาพเป็นการปกครองแบบชนชั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ ในการบริหารการพัฒนาองค์กรจึงใช้วัฒนธรรมขององค์กรเป็นเครื่องมือในการแก้ไขโดยการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้สอดคล้องกับความต้องการของธุรกิจ

3.1.3 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กร

วัฒนธรรมองค์กรมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบหลายรูปแบบ บางวัฒนธรรมเข้มแข็ง คือ อยู่ในทิศทางบวกและเป็นพฤติกรรมที่สร้างสรรค์และมีจุดมุ่งหมาย เช่น การทำงานเป็นทีมและการยึดวัตถุประสงค์ร่วมกัน ซึ่งเหตุผลนี้จะทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง แต่ถ้าวัฒนธรรมอ่อนแอเป็นแนวทางลบ เช่น มีการแข่งขันและมีข้อต่อต้านอยู่ตลอดเวลา องค์กรนั้นจะมีวัฒนธรรมที่อ่อนแอ ความรู้สึกร่วมและตรงกันของค่านิยมความคาดหวังของตนเองกับองค์กร

กรไม่ชัดเจนทำให้เกิดสับสนในการทำงานและคุณภาพงานอาจลดลงได้ วันชัย มีชาติ (2544) ให้ความเห็นว่า โดยทั่วไปแล้ววัฒนธรรมองค์กรจะอยู่ร่วมกับระบบย่อยๆ ต่างๆ ในองค์กรมากมายซึ่งมีทั้งระบบการให้รางวัลตอบแทน ระบบโครงสร้างองค์กร ระบบการติดต่อสื่อสารในองค์กร ฯลฯ ระบบต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อถึงกันตลอดเวลาระบบวัฒนธรรมองค์กรก็เช่นเดียวกัน คือ จะได้รับผลกระทบจากด้านอื่นๆ ขององค์กร ซึ่งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กรมีหลายประการด้วยกัน คือ

1) *กลุ่ม (Work Group)* เป็นปัจจัยที่กระทบต่อวัฒนธรรมองค์กรโดยตรง เพราะกลุ่มจะทำหน้าที่ในการกล่อมเกลาสมาชิกในกลุ่มและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกซึ่งก็จะส่งผลต่อวัฒนธรรมองค์กรได้เช่นกัน ปัจจัยในกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมองค์กร ได้แก่ ความผูกพันกันของสมาชิกกลุ่มและความผูกพันกับภาระหน้าที่ของกลุ่มสมาชิก ขวัญและกำลังใจในกลุ่ม มิตรภาพภายในกลุ่ม เป็นต้น พบว่า ในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรกลุ่มคนในองค์กรหรือพนักงานเกี่ยวกับเพศ อายุ อายุงาน การศึกษา ภาษาในการสื่อสาร ความสามัคคี มีผลต่อการสร้างวัฒนธรรมที่ดีได้ง่ายหรือยาก

2) *ภาวะผู้นำของผู้บริหาร (Manager/Supervisor Leader Style)* ได้แก่ ภาวะผู้นำของผู้บังคับบัญชาระดับต้นซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของพนักงาน เนื่องจากผู้บริหารจะเป็นตัวอย่างของพฤติกรรมพนักงานและวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านภาวะผู้นำของผู้บริหารที่มีผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กร เช่น ความใกล้ชิดระหว่างผู้บริหารกับผู้ใต้บังคับบัญชา ความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ปฏิบัติงานจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพขององค์กร และความทุ่มเทของพนักงานในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้รูปแบบภาวะผู้นำในองค์กร เช่น เผด็จการ ประชาธิปไตย ยึดหยุ่น ยอมรับการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ มุ่งมั่นที่จะปรับปรุงและพัฒนาหรือไม่ ซึ่งจะส่งผลต่อวัฒนธรรมองค์กรที่ดีได้เช่นกัน

3) *ลักษณะขององค์กร (Organizational Characteristics)* เป็นการพิจารณา ลักษณะขององค์กร เนื่องจากองค์กรแต่ละองค์กรจะมีลักษณะเฉพาะของตัวเองในด้านต่างๆ ทั้งด้านขนาดขององค์กร โครงสร้างองค์กร ความสลับซับซ้อน การรวมอำนาจ ความเป็นทางการ ฯลฯ ลักษณะเหล่านี้แต่ละองค์กรจะมีความแตกต่างกันอย่างมาก เช่น งานด้านความมั่นคงกับงานด้านสื่อสารมวลชนก็จะมีวัฒนธรรมองค์กรที่ต่างกันสิ่งเหล่านี้จะส่งผลถึงวัฒนธรรมองค์กรด้วย องค์กรจะใช้รูปแบบต่างๆ เหล่านี้กำหนดความประพฤติของพนักงานในองค์กร เช่น การที่องค์กรขนาดใหญ่จะเน้นที่ความชำนาญเฉพาะด้านและการติดต่อสื่อสารมักจะมีความเป็นทางการไม่เป็นส่วนตัว องค์กรใหญ่จะเกิดสภาพง่ายกว่าองค์กรขนาดเล็กเพราะองค์กรขนาดเล็กมีความระบอบความสัมพันธ์ภายในองค์กรที่ไม่เป็นทางการระหว่างพนักงานและผู้บริหาร เป็นต้น ลักษณะต่างๆ ขององค์กรจึงกระทบต่อนุคลิกหรือวัฒนธรรมองค์กร

4) กระบวนการในการบริหาร (Administrative Process) เป็นระบบการทำงานในองค์กร เช่น กระบวนการในการติดต่อสื่อสารในองค์กร วิธีการปฏิบัติ ติงงานขององค์กร ระเบียบ กฎเกณฑ์ในกระบวนการดำเนินงาน เช่น เข้มงวดหลายขั้นตอนกับยืดหยุ่นกระจายอำนาจก็จะทำให้วัฒนธรรมองค์กรแตกต่างกัน ขั้นตอนการทำงานในเรื่องต่างๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กร เช่น องค์กรที่มีระบบการสื่อสารแบบเปิดทุกคนสามารถติดต่อกันได้จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในองค์กร และช่วยสร้างบรรยากาศมีส่วนร่วมในองค์กรซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติงานขององค์กรทั้งหมดและล้วนแต่ส่งผลถึงวัฒนธรรมองค์กรทั้งสิ้น

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

แม้ว่าได้มีการนำเอากลยุทธ์ที่หลากหลายเข้ามาใช้ในการแก้ไขอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่วิธีการเหล่านี้จะไม่สามารถประสบความสำเร็จในการลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หากขาดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในองค์กร (Nieva and Sorra, 2003) ปัจจุบันองค์กรในด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้บริการทางการแพทย์ จึงมีความมุ่งมั่นในการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงานเพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย แนวคิดในด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงเข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมากเพื่อพัฒนาคุณภาพในการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและลดความเสี่ยงในการให้บริการที่เกิดขึ้น (สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ 2552)

3.2.1 ความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ให้ความหมายวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยไว้ ดังนี้

Nieva and Sorra (2003) ได้นำความหมายของวัฒนธรรมความปลอดภัยจากคณะกรรมการที่ปรึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการติดตั้งระบบนิวเคลียร์ (The Advisory Committee on Safety of Nuclear Installations) มาปรับให้เหมาะสมกับระบบสุขภาพโดยมีความหมาย ดังนี้ วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นผลผลิตของคุณค่า ทักษะคิด การรับรู้ สมรรถนะ และรูปแบบของพฤติกรรมของบุคคลและองค์กร ซึ่งเป็นตัวกำหนดข้อตกลง รูปแบบ และความเชี่ยวชาญขององค์กรในการบริหารความปลอดภัย องค์กรที่มีวัฒนธรรมองค์กรด้านความปลอดภัยเชิงบวกจะมีการสื่อสารบนความเชื่อซึ่งกันและกันบุคลากรมีส่วนร่วมต่อความสำคัญด้านความปลอดภัยและสามารถมั่นใจในประสิทธิผลของมาตรการป้องกัน

หน่วยงานความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Agency - NPSA, 2004) กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นสิ่งที่พนักงานภายในองค์กรรับรู้ถึงความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทั้งพนักงานและองค์กรสามารถรับทราบข้อผิดพลาดและเรียนรู้จากสิ่งที่

เกิดขึ้น ดำเนินการเพื่อแก้ไขด้วยการรับฟัง และใช้ข้อมูลร่วมกันอย่างเปิดเผยและอิสระ รวมถึงให้ความเป็นธรรมแก่เจ้าหน้าที่เมื่อเกิดเหตุขึ้น สิ่งนี้มีความสำคัญทั้งด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการทำงานของผู้ที่ให้บริการสุขภาพ ในการบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยควรใช้การจัดการเชิงระบบ เนื่องจากสาเหตุของเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยไม่เชื่อมโยงกับการกระทำของเจ้าหน้าที่บุคคลผู้ใดผู้หนึ่งแต่เชื่อมโยงกับระบบที่บุคคลทำงาน การมองหาสิ่งที่ผิดในระบบจะช่วยให้องค์กรสามารถเรียนรู้บทเรียนที่สามารถป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดซ้ำอีก โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ คือ สิ่งที่พนักงานภายในองค์กรรับรู้ถึงความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังเป็นวัฒนธรรมที่เปิดกว้างและเป็นธรรม และสนับสนุนให้ผู้คนพูดถึงเกี่ยวกับข้อผิดพลาด องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยทุกคนสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น ในองค์กรเหล่านี้ความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในความคิดคำนึงของบุคลากรทุกคน ไม่เพียงแต่เมื่อมีการดูแลรักษาสุขภาพแต่เริ่มตั้งแต่การตั้งวัตถุประสงค์ การพัฒนากระบวนการและขั้นตอนในการทำงาน การจัดซื้ออุปกรณ์ รวมถึงการออกแบบคลินิก หอผู้ป่วย และโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายขององค์กรด้วย

สำนักงานเพื่อการวิจัยด้านสุขภาพและคุณภาพ (The Agency for Health care Research and Quality : AHRQ อ้างถึงในสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2546) ให้คำจำกัดความไว้ว่า วัฒนธรรมความปลอดภัย คือ คุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้

- 1) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูงมีโอกาสเกิดความผิดพลาด
- 2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ (near miss เป็นการกระทำหรือละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกันหรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง)
- 3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่าช้าแตกต่าง
- 4) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย

วินา จีระแพทย์ และเกรียง ไกร จีระแพทย์ (2550) ให้นิยามว่า วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง การที่บุคลากรในองค์กรมีการตระหนักและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดความผิดพลาด โดยทั้งบุคลากรและองค์กรสามารถระบุนความผิดพลาด เรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้เกิดสิ่งที่ถูกต้อง ซึ่งการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพให้เกิดขึ้นเป็นวิธีที่จะช่วยให้องค์กรบรรลุความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยทำให้ความปลอดภัยอยู่ในความคิดของบุคลากรทุกคน

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2550) วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นผลของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะและแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลและของกลุ่ม ซึ่งกำหนดความมุ่งมั่น วิธีการทำงาน และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในองค์กร องค์กรที่สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นได้จะช่วยให้องค์กรนั้นมีภูมิคุ้มกัน ทำให้สามารถตรวจ จับ ป้องกัน และแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้นและยั่งยืน

สรุปได้ว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ค่านิยม ความคิด ความเชื่อ และทัศนคติของสมาชิกในองค์กร ที่นำไปสู่การยึดถือปฏิบัติและพฤติกรรมที่บุคคลแสดง ออกมาในการให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย สามารถเรียนรู้และถ่ายทอดได้ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือ/กลไกในการควบคุมและขัดเกลาอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้คนในองค์กร สามารถทำงานได้และอยู่ในกรอบวิถีปฏิบัติเดียวกัน องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยสูงจะมี ลักษณะวัฒนธรรมที่เปิดกว้างและเป็นธรรม มีการสื่อสารบนความเชื่อใจซึ่งกันและกัน และมีบรรยากาศที่ผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาด ทุกคนสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น ในองค์กรเหล่านี้ความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในความคิดคำนึงของบุคลากรทุกคน

3.2.2 ความสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจะช่วยให้องค์กรสุขภาพสามารถปรับปรุง การกำกับดูแลทางคลินิกและส่งผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานขององค์กร โดยองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจะเป็นองค์กรแห่งข้อมูลซึ่งทำให้บุคลากรตระหนักถึงสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นมีการ รายงานข้อผิดพลาดและรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น ซึ่งองค์กรก็จะสามารถวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้และหากการผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงรูปแบบและกลุ่มของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง กับปัจจัยเฉพาะอย่างก็จะมีกำหนดเป้าหมายเพื่อการตรวจสอบต่อไป

วัฒนธรรมความปลอดภัยมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานขององค์กร โดยจะ ช่วยให้องค์กรบรรลุผลลัพท์ดูแลทางคลินิกที่ดีได้ ดังนี้ (National Patient Safety Agency, 2004)

- 1) การลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์และความรุนแรงของเหตุไม่พึงประสงค์ ที่เกิดกับผู้ป่วย โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยทำให้มีการรายงานเพิ่มขึ้นและเกิดการเรียนรู้ของ องค์กร
- 2) การลดลงในด้านอันตรายต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากบุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของปลอดภัยและทำงานเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด และมีการพูดคุยกันเมื่อ สิ่งผิดปกติเกิดขึ้น
- 3) จำนวนที่ลดลงของพนักงานที่มีความทุกข์จากความรู้สึกผิด อับอาย สูญเสียความเชื่อมั่นและขวัญกำลังใจเพราะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นน้อยลง

- 4) ช่วงเวลารับการรักษาของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากการหมุนเวียนผู้ป่วยเร็วขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความปลอดภัย จะมีวันนอนในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 7-8 วันนอกเหนือจากการรักษาตามปกติ
- 5) การลดลงของค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการบำบัดรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาผลข้างเคียง
- 6) การลดลงของทรัพยากรที่ต้องใช้สำหรับการจัดการกับข้อร้องเรียนและการเรียกร้องค่าชดเชย
- 7) การลดลงของค่าใช้จ่ายทางการเงินและสังคมของผู้ป่วย ในด้านการเสียเวลาทำงานและความทุกข์ทรมาน

3.2.3 องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

1) องค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวคิดของ Reason (1995) โดย James Reason อาจารย์ทางจิตวิทยา มหาวิทยาลัยแมนเชสเตอร์ สหราชอาณาจักร ได้ให้นิยามและอธิบายขององค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้ว่า ความปลอดภัยจะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ วัฒนธรรมการให้ข้อมูล (Informed Culture) วัฒนธรรมการรายงาน (Reporting Culture) วัฒนธรรมความเป็นธรรม (Just Culture) วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (Flexible Culture) และวัฒนธรรมการเรียนรู้ (Learning Culture) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) วัฒนธรรมการให้ข้อมูล (Informed Culture) คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม

(2) วัฒนธรรมการรายงาน (Reporting Culture) คือ มีบรรยากาศองค์กรที่ผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาดและเหตุเกือบพลาด

(3) วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (Flexible Culture) คือ ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้นบังคับบัญชา มาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

(4) วัฒนธรรมความเป็นธรรม (Just Culture) คือ มีบรรยากาศของความเชื่อใจซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้

(5) วัฒนธรรมการเรียนรู้ (Learning Culture) คือ องค์กรสามารถ สรุปความรู้จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่

2) องค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัยของตามแนวคิดของ Hudson

(2001) ซึ่งได้อธิบายองค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้ในทำนองเดียวกันกับ Reason โดยมี 5 องค์ประกอบเช่นกันแต่มีส่วนที่แตกต่าง คือ ได้รวมวัฒนธรรมการรายงานไว้กับวัฒนธรรมการเรียนรู้ และเพิ่มในส่วนของวัฒนธรรมการเฝ้าระวัง (Wary Culture) โดยอธิบายว่า วัฒนธรรมที่แท้จริงของความปลอดภัยส่วนหนึ่งจะต้องมาจากการเฝ้าระวังปัญหา หรืออันตรายใหม่ที่อาจเกิดขึ้น อันตรายที่ยังไม่เคยประสบหรืออันตรายที่สามารถควบคุมได้ โดยมาตรการในการป้องกันอันตรายเหล่านั้นจะถูกกำหนดไว้โดยระบบบริหารความปลอดภัยขององค์กร อย่างไรก็ตามองค์กรที่มีมาตรการเชิงรุกจะต้องมีแนวทางในการค้นหาสาเหตุหรืออันตรายอันอาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอันตรายที่เกิดขึ้นอาจเป็นสิ่งที่เราไม่คาดคิดและคาดไม่ถึง ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาสองแนวทางให้เกิดขึ้นในองค์กร คือ

(1) ระบบการบริหารความเสี่ยงที่ต้องสามารถตอบสนองต่ออันตรายที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ระบบต้องมีความสามารถที่จะบริหารจัดการและมีกระบวนการเฝ้าระวังเหตุการณ์ตลอดเวลา

(2) การเฝ้าระวังอย่างไม่สิ้นสุดถือเป็นทัศนคติที่จำเป็นต่อความสำเร็จและเป็นทักษะที่ต้องได้รับการฝึกฝนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้บริหาร เมื่อองค์กรคิดล่วงหน้ามักจะมีมาตรระหนักว่าอันตรายหรืออุบัติการณ์พร้อมที่จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

องค์กรความปลอดภัยทางอากาศของยุโรป (European Organisation for the Safety of Air Navigation – EUROCONTROL, 2006) ได้อธิบายความหมายและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัย 5 ข้อเพิ่มเติม ดังนี้ วัฒนธรรมการให้ข้อมูล คือ ระบบความปลอดภัยที่รวบรวมข้อมูลจากการเกิดอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด และรวมเข้ากับข้อมูลจากมาตรการเชิงรุก เช่น การตรวจสอบความปลอดภัยและการสำรวจบรรยากาศการทำงาน โดยระบบความปลอดภัยนี้ต้องการความกระตือรือร้นและการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังจากพนักงานในการรายงาน การสำรวจทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยจะเรียกว่า วัฒนธรรมการรายงานซึ่งมีลักษณะบรรยากาศองค์กรที่พนักงานมีอิสระในการสร้างวัฒนธรรมข้อมูล อย่างไรก็ตามพนักงานจะยังไม่รู้สึกถึงความเป็นอิสระจนกว่าจะมีวัฒนธรรมความเป็นธรรม ซึ่งมีลักษณะบรรยากาศความไว้วางใจกันซึ่งต้องแตกต่างจากวัฒนธรรมที่ไม่มีคำหยาบ วัฒนธรรมความเป็นธรรมจะไม่ยินยอมการกระทำผิดทางอาญาหรือความประมาท บางสถานการณ์อาจมีการให้รางวัลผู้ที่รายงานเหตุเกือบพลาดได้มากเพื่อเป็นการเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัย แต่ต้องระวังการเกิดปัญหาการรายงานมากเกินไปจนจริงด้วย วัฒนธรรมความยืดหยุ่นเป็นหนึ่งในการบริหารความปลอดภัยที่ประสบความสำเร็จในสังคมที่การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความต้องการภายนอก เช่น ความซับซ้อนของ

เทคโนโลยีของระบบปฏิบัติการหรือการเปลี่ยนแปลงองค์กรที่สำคัญ (เช่น การแปรรูป) วัฒนธรรมการเรียนรู้เป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างข้อสรุปที่เหมาะสมจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมพร้อมกับดำเนินการเปลี่ยนแปลงวิธีการและอุปกรณ์ตามที่จำเป็น

3) องค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวคิดของสมาคมพยาบาลผ่าตัด (*Association of peri Operative Registered Nurses – AORN, 2006*) ซึ่งเป็นองค์กรระดับนานาชาติ ให้ความหมายว่า วัฒนธรรมเป็นศูนย์กลางความคิด ค่านิยมร่วม ทักษะหรือความเชื่อภายในองค์กร และวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการรายงาน การทำงานไม่มีการตำหนิกัน ภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูง และการมุ่งเน้นที่ระบบมากกว่าตัวบุคคล นอกจากนี้ สมาคมพยาบาลผ่าตัดเชื่อว่าทุกองค์กรในการดูแลสุขภาพมุ่งมั่นที่จะสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยนั้นจะทำให้เกิดบรรยากาศที่สมาชิกทั้งหมดสามารถเปิดเผยหรือข้อผิดพลาด ปรับปรุงกระบวนการหรือปัญหาของระบบโดยไม่ต้องกลัวการลงโทษ วัฒนธรรมความปลอดภัยเน้นความยืดหยุ่นและการเรียนรู้ เป็นวิธีการในการปรับปรุงความปลอดภัยและลดข้อผิดพลาด โดยลักษณะของวัฒนธรรมของความปลอดภัย ได้แก่ การสื่อสารแบบเปิดเผยและจริงใจ การเน้นที่ทีมงานมากกว่าบุคคล มีการพัฒนามาตรฐานและวิธีการปฏิบัติงาน พนักงานช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน พนักงานไว้วางใจซึ่งกันและกัน สมาชิกในทีมมีความเป็นมิตรโดยเน้นความเชื่อถือและความเอาใจใส่กัน สภาพแวดล้อมมีความยืดหยุ่นโดยส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และใช้ผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นตัวขับเคลื่อน มีการให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานขั้นตอนการทำงาน และมีการเรียนรู้จากอุบัติเหตุและเหตุเกือบพลาด ด้วยเหตุดังกล่าว สมาคมพยาบาลผ่าตัดจึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อวางกรอบการทำงานที่ทีมงานสามารถเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้น ประกอบด้วย วัฒนธรรมย่อย 5 วัฒนธรรม คือ วัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมความยืดหยุ่น วัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง และวัฒนธรรมความเป็นธรรม โดยมีความหมาย ดังนี้

(1) วัฒนธรรมการรายงาน (*Reporting Culture*) คือ วัฒนธรรมในการที่สมาชิกทั้งหมดของทีมสามารถรายงานข้อผิดพลาดและเหตุเกือบพลาดได้อย่างง่ายดาย และเมื่อวัฒนธรรมความปลอดภัยพัฒนาขึ้นจะพบความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการรายงานข้อผิดพลาดเพิ่มขึ้น ในวัฒนธรรมการรายงานที่แท้จริงพนักงานทุกคนในองค์กรสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์อุบัติเหตุของผู้อื่นได้

กลยุทธ์ที่แนะนำ

ก. ให้ความสำคัญทั้งเหตุอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและเหตุเกือบพลาดที่ยังไม่ได้เกิดผลต่อผู้ป่วย

ข. ใช้การวิเคราะห์สาเหตุของลักษณะข้อบกพร่องและผลกระทบเชิง
 รุก (Failure Mode and Effects Analysis - FMEA) เพื่อคาดการณ์และป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจ
 เกิดขึ้น

ค. พูดยกกันถึงวิธีการที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
 ง. การพัฒนาระบบเอกสารที่ใช้งานง่าย
 จ. การพัฒนาระบบการรายงานที่เน้นการเล่าเรื่องและการแบ่งปัน
 ความรู้ร่วมกัน

ฉ. หาวิธีที่ทำให้เรื่องราวและบทเรียนที่เกิดสามารถเรียนรู้กันทั่วทั้ง
 องค์กร

ช. ให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับกับเจ้าหน้าที่ในทุกประเด็นที่มีการรายงาน
 ซ. พัฒนาศูนย์วัดความสำเร็จ (เช่น การเพิ่มจำนวนของรายงาน)
 ฌ. จัดลำดับความสำคัญการปรับปรุงแก้ไขตามข้อบกพร่องที่ค้นพบ
 หรือความเสี่ยงที่สำคัญ

ญ. การใช้กระบวนการที่มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพ (เช่น Plan , Do,
 Check, Act)

(2) วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (Flexible Culture) คือ วัฒนธรรมที่มีการปรับ
 ตัวรวดเร็วทันกับการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ

กลยุทธ์ที่แนะนำ
 ก. ระบุรูปแบบ โปรแกรมการปรับปรุงที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงได้
 อย่างรวดเร็ว

ข. พัฒนาระบบการที่ให้ความเป็นผู้นำร่วมกัน
 ค. ความเป็นผู้นำร่วมกันคือจุดเด่นขององค์กร
 ง. มีสภาพแวดล้อมของการให้ความเคารพ ความร่วมมือ และความไว
 วางใจกันปรากฏอยู่ระหว่างสมาชิกในทีมทั้งหมดและผู้นำ

(3) วัฒนธรรมการเรียนรู้ (Learning Culture) คือ วัฒนธรรมที่มีความ
 สามารถและพร้อมรับความรู้จากประสบการณ์และข้อมูล และ ยินดีที่จะดำเนินการเปลี่ยนแปลงตาม
 สิ่งที่ได้จากระบบข้อมูลด้านความปลอดภัย หรือกล่าวว่า วัฒนธรรมการเรียนรู้ คือ การรับทราบและ
 เรียนรู้จากเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและเหตุเกือบพลาด

กลยุทธ์ที่แนะนำ
 ก. โอกาสการเรียนรู้มาจากการสื่อสารแบบเปิดระหว่างกัน

ข. การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่
เปลี่ยนไปของระบบสุขภาพและยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้

ค. พนักงานมีส่วนร่วมในการใช้ความคิดริเริ่มเพื่อแก้ปัญหาในสถาน
การณ์ต่างๆ

ง. ประสิทธิภาพการทำงานของบุคคลที่จะเชื่อมโยงกับประสิทธิภาพ
ของทีมงาน

(4) วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง (Wary Culture) เป็นวัฒนธรรมที่สมาชิกทั้ง
หมดของทีมตระหนักถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด การที่จะเกิดความรอบคอบ ระมัดระวังได้
นั้นมาจากการได้รับข้อมูลจากการรายงานและเกิดความตระหนักว่า ในทุกๆ ขณะสามารถเกิดเหตุ
การณ์ไม่พึงประสงค์ได้ โดยวัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมการเรียนรู้ และวัฒนธรรมความยึด
หยุ่นที่มีความเข้มแข็งจะช่วยให้เกิดวัฒนธรรมการเฝ้าระวัง

กลยุทธ์ที่แนะนำ

ก. มองหาปัญหาโดยการเดินเยี่ยมชมสำรวจในพื้นที่การทำงานทั้งหมด

ข. พยายามหาโอกาสในการปรับปรุงแก้ไข

ค. มีความตั้งใจที่จะท้าทายต่อปัญหา

ง. หาวิธีในการหยุดยั้งปัญหาและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพ

จ. หาวิธีที่ทำให้งานดีขึ้น แม้ว่าสิ่งที่เป็นอยู่จะดีอยู่แล้ว

(5) วัฒนธรรมความเป็นธรรม (Just Culture) เป็นวัฒนธรรมที่ทำให้เกิด
สภาพแวดล้อมของความไว้วางใจ ที่สมาชิกทั้งหมดของทีมได้รับการสนับสนุนให้แจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
กับความปลอดภัยและมีความตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับ
ไม่ได้ ข้อผิดพลาดและความผิดพลาดจะต้องมีการประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดเหตุก่อนจากนั้นจึง
จะกำหนดความรับผิดชอบที่สัมพันธ์กับการกระทำ วัฒนธรรมความเป็นธรรมไม่ใช่แค่สภาพแวด
ล้อมที่ไม่มีการลงโทษหรือตำหนิ แต่เป็นสภาพแวดล้อมที่มีการวิเคราะห์การกระทำเพื่อให้มั่นใจว่า
บุคคลมีความรับผิดชอบและมีการกระทำที่เหมาะสม

องค์กรในระบบบริการสุขภาพจะต้องนำแนวคิดการจัดการความผิดพลาด
เชิงระบบมาใช้ในการส่งเสริมวัฒนธรรมความเป็นธรรม ซึ่งมีการรายงานข้อผิดพลาดได้อย่างอิสระ
เพื่อให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างระเบียบวินัยและความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรพิจารณาแนว
คิดพฤติกรรม 4 แบบ ได้แก่ ข้อผิดพลาดของมนุษย์ ความประมาท การละเมิดกฎโดยเจตนาและการ
กระทำแบบเสี่ยงอันตราย

ในการประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ควรตรวจสอบว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นข้อผิดพลาดของมนุษย์หรือเป็นการจงใจกระทำผิด ในอดีตการดำเนินการทางวินัยส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับผลของอุบัติเหตุ แต่ถ้าผู้ป่วยเป็นอันตรายจะถือว่าคนที่ดูแลรักษามีความผิด ซึ่งการลงโทษหรือดำเนินทำให้องค์กรด้านการดูแลสุขภาพสูญเสียโอกาสในการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด และข้อผิดพลาดนั้นอาจเกิดซ้ำได้อีก นโยบายการลงโทษทางวินัยจะต้องมีความสมดุลกับประโยชน์ที่ได้จากวัฒนธรรมการเรียนรู้เพื่อรักษาความรับผิดชอบส่วนบุคคลและระเบียบวินัย เครื่องมือการตรวจสอบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้งานตามกลยุทธ์ที่แนะนำ โดยเมื่อมีเหตุไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นสิ่งสำคัญ คือ การมุ่งเน้นความผิดพลาดไม่ใช่ผลลัพธ์ และควรมีการตรวจสอบเหตุการณ์โดยมีขั้นตอนที่แนะนำ 6 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นแรกควรตั้งคำถามเพื่อดูความตั้งใจว่าการกระทำหรือการละเว้นการกระทำนี้เป็นไปโดยเจตนาหรือไม่ หากมีเจตนาการกระทำนั้นควรได้รับการดำเนิน

ขั้นตอนที่ 2 หากพบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้เจตนา ต่อไปควรพิจารณาว่ามีการใช้ยาหรือสารเสพติดหรือไม่ หากมีการใช้สารเสพติดก็ควรจะถูกดำเนิน หากผู้ปฏิบัติงานใช้ยาด้วยเหตุผลทางการแพทย์ และตระหนักว่าเขาหรือเธออาจจะมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงได้ ก็ยังควรดำเนินอยู่แต่ไม่รุนแรงเท่าการใช้สารเสพติด

ขั้นตอนที่ 3 ถ้าผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ปัจจัยต่อไป คือ พิจารณาว่าเขาหรือเธอจงใจละเมิดขั้นตอนการปฏิบัติการที่ปลอดภัยหรือไม่ ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่เสี่ยง เกณฑ์สำหรับพฤติกรรมเสี่ยง คือ เมื่อมีระเบียบปฏิบัติในการทำงานที่ถูกต้องและใช้งานได้ดีแต่ยังคงมีการละเมิดโดยผู้ปฏิบัติงานจะถือว่ามีความเสี่ยง แต่ถ้าไม่มีระเบียบปฏิบัติหรือคู่มือการทำงานอย่างเพียงพอสิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นข้อผิดพลาดของระบบ ในการประเมินสถานการณ์ควรพิจารณาว่าการกระทำที่เบี่ยงเบนจากมาตรฐานหรือไม่ ถ้า มี แสดงว่านโยบายหรือระเบียบปฏิบัติในองค์กรนั้นไม่ได้รับการปฏิบัติตาม

ขั้นตอนที่ 4 หากพบว่ามีกรณีละเมิดนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติที่วางไว้ควรทำการทดสอบโดยถามคำถามเพื่อนร่วมงานท่านอื่นว่าในสถานการณ์เดียวกัน เขามีพฤติกรรมปฏิบัติแบบเดียวกันนี้ไหม หากพบว่าผู้ปฏิบัติงานท่านอื่นๆ ตอบสนองเช่นเดียวกับผู้ที่ทำการละเมิดแสดงว่าเกิดความผิดพลาดที่ระบบไม่ใช่ตัวบุคคลแต่หากผู้อื่นตอบสนองแตกต่างกันพิจารณาได้ว่าเป็นการกระทำโดยประมาท

ขั้นตอนที่ 5 คำถามต่อไป คือ ผู้ปฏิบัติ งานมีประวัติของการกระทำที่ไม่ปลอดภัย หากคำถามในขั้นตอนที่ 1 ถึง 4 พบว่าไม่ใช่ และไม่มีประวัติของการกระทำที่ไม่ปลอดภัย แสดงว่าเป็นข้อผิดพลาดของมนุษย์ (Human Error) ซึ่งไม่ควรดำเนินหรือลงโทษ แต่หากผู้ปฏิบัติ

งานมีประวัติของการกระทำที่ไม่ปลอดภัยก็ยังไม่ควรตำหนิ แต่องค์กรควรจะทบทวนแนวโน้มนำการเกิดเหตุและอาจพิจารณาย้ายผู้ปฏิบัติงานไปทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่ำ

ขั้นตอนที่ 6 คำถามข้อสุดท้ายและการประเมินผล คือ การพิจารณาปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ รวมถึงความเครียด (เช่น โกรธ ความกลัว เรื่องส่วนตัว) การบกพร่องและขัดจังหวะ (เช่น วิทยุติดตามตัว เพลง อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมภายนอก การสนทนา) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมยังรวมถึงสภาพทางกายภาพ ขนาดห้องทำงาน และอื่น ๆ (เช่น แออัด ไม่สะดวกในการทำงาน)

สิ่งสำคัญในการใช้รูปแบบการตรวจสอบเหตุการณ์นี้ คือ จะไม่รวมถึงสิ่งที่พิสูจน์ได้จากหลักฐานตามกฎหมายว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงหรือความประมาททางอาญา และไม่ควรรู้ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมาชิกในทีม ผู้ใช้งานควรเป็นผู้นำองค์กร หลังจากการรวบรวมข้อเท็จจริงทั้งหมดและทำทันทีหลังจากเกิดเหตุการณ์ หากพบว่ามีผู้ที่เกี่ยวข้องมากกว่าหนึ่งคนควรใช้รูปแบบการตรวจสอบนี้แยกสำหรับแต่ละบุคคล

3.2.4 *สรุปวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย*

จากแนวคิดเริ่มแรกโดย James Reason ในปี 1995 ว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ วัฒนธรรมการให้ข้อมูล วัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมความยืดหยุ่น วัฒนธรรมความเป็นธรรม และวัฒนธรรมการเรียนรู้ ต่อมา Hudson (2001) ได้รวมวัฒนธรรมการรายงานไว้กับวัฒนธรรมการเรียนรู้ และเพิ่มในส่วนของวัฒนธรรมการเฝ้าระวัง (Wary Culture) และสมาคมพยาบาลผ่าตัด (AORN, 2006) ได้เสนอองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ 5 องค์ประกอบ โดยตัดวัฒนธรรมการให้ข้อมูล และเพิ่มวัฒนธรรมการเฝ้าระวัง ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พิจารณาใช้แนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของสมาคมพยาบาลผ่าตัด เนื่องจากวัฒนธรรมการเฝ้าระวังนั้นเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช โดยสรุปความหมาย ดังนี้

1) *วัฒนธรรมการรายงาน (Reporting Culture)*

วัฒนธรรมการรายงาน คือ บรรยายการทำงานที่สมาชิกขององค์กรสามารถรายงานข้อผิดพลาดและเหตุเกือบพลาดได้อย่างอิสระและเป็นระบบ มีการตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์โดยให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับกับเจ้าหน้าที่ในประเด็นที่รายงาน

2) *วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (Flexible Culture)*

วัฒนธรรมความยืดหยุ่น คือ ความสามารถขององค์กรในการปรับตัวได้รวดเร็วทันกับการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพหรือเมื่อเผชิญสภาวะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับขั้นบังคับบัญชามาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

3) วัฒนธรรมการเรียนรู้ (Learning Culture)

วัฒนธรรมการเรียนรู้ คือ องค์กรมีความพร้อมในการเรียนรู้ และสรุปความรู้จากประสบการณ์ ข้อมูล และเหตุ การณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและเหตุเกือบพลาด และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ

4) วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง (Wary Culture)

วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง คือ การที่บุคลากรขององค์กรมีความตระหนักเกี่ยวกับโอกาสในเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งมีการเฝ้าระวังและหาทางป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นๆ ขึ้น

5) วัฒนธรรมความเป็นธรรม (Just Culture)

วัฒนธรรมความเป็นธรรม คือ บรรยากาศที่ทำให้บุคลากรเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยสนับสนุนให้บุคลากรแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีการลงโทษหรือตำหนิ และให้มีความตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้ และยอมรับไม่ได้ในสภาพแวดล้อมที่มีการวิเคราะห์การกระทำเพื่อให้มั่นใจว่าบุคคลมีความรับผิดชอบและมีการกระทำที่เหมาะสม

4. ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

เนื่องจากวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่หล่อหลอมมาจากสมาชิกในองค์กรเป็นกรอบรูปแบบการทำงานที่คนในองค์กรยึดถือปฏิบัติ สามารถถ่ายทอดจากอดีตมาถึงปัจจุบันและแต่ละองค์กรจะมีลักษณะเฉพาะของตัวเองในด้านต่างๆ ดังนั้น การจัดการกับวัฒนธรรมเพื่อให้องค์กรสามารถสร้างและมีวัฒนธรรมดังต้องการได้ จึงควรทราบถึงสิ่งที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร (นวลอ อสงสุข 2549) โดยการรวบรวมปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดปัจจัยที่มีผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กร (วันชัย มีชาติ 2544) เป็นองค์ประกอบด้านวัฒนธรรมองค์กร นำมาวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Reason, 1995; Vincent และคณะ, 1998; วิณา และเกรียงไกร จิระแพทย์ 2550) โดยสามารถสรุปปัจจัยต่างๆ ได้ ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล

4.1 ปัจจัยภายในบุคคล หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพทั่วไป รวมถึงความรู้และประสบการณ์ในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานและการจัดการให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย โดย

4.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ลักษณะเฉพาะตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา

4.1.2 สุขภาพทั่วไป คือ สุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ร่างกายทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และมีสุขภาพจิตที่ปกติ ปราศจากความเครียดและแรงกดดัน

4.1.3 ความรู้ คือ ความรู้ในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การศึกษาต่อเนื่องด้านจิตเวช การได้รับการอบรม

4.1.4 ประสบการณ์ คือ ระยะเวลาในการทำงาน ประกอบด้วย

1) ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษา หมายถึง ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่เริ่มต้นปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาจนถึงปัจจุบัน

2) ระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ หมายถึง ระยะเวลาการทำงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

4.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่

4.2.1 ปัจจัยองค์กร หมายถึง สถานะทางเศรษฐกิจขององค์กร ฐานะเทียบ และนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และแผนการดำเนินงานเชิงรุกในการป้องกันความเสี่ยง

4.2.2 ปัจจัยผู้บริหาร หมายถึง ผู้บริหารระดับต้นขึ้นไปและผู้นำคณะกรรมการคุณภาพต่างๆ ควรมีความเป็นผู้นำ มีความกล้าในการตัดสินใจเพื่อจัดการให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้บริหารควรเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคลากรในพฤติกรรมการทำงานที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย มีความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงและพัฒนาองค์กร โดยความใกล้ชิดระหว่างผู้บริหารกับผู้ได้บังคับบัญชา ความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ปฏิบัติงานจะส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์กรและความทุ่มเทของพนักงานในการปฏิบัติงาน

4.2.3 ปัจจัยทีมงาน หมายถึง ทีมงานมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย มีการสื่อสารระหว่างสมาชิกอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีโครงสร้างการทำงานเป็นทีมเพื่อการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ภายใต้การควบคุมดูแลและให้การช่วยเหลือกันภายในทีมงาน และยังรวมถึงความผูกพันกันของสมาชิก และความผูกพันกับภาระหน้าที่ขวัญและกำลังใจในทีมงานซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของสมาชิกในทีมด้วย

4.2.4 ปัจจัยระบบการทำงาน หมายถึง ระบบการทำงานในองค์กรที่มีความชัดเจนของโครงสร้างและตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงาน มอบหมายงานที่เหมาะสมกับระดับความรู้

และประสบการณ์ของบุคลากร มีแนวทางปฏิบัติหรือคู่มือในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และระบบการปฏิบัติงานที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้ มีระบบ การจัดอัตราค่าจ้างเพื่อดูแลผู้ป่วย และระบบการให้คำปรึกษาหรือส่งต่อในงานที่ยาก

4.2.5 ปัจจัยสภาพแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ในขณะปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยสภาพแวดล้อม คือ สิ่งแวดล้อมในบริเวณการทำงานที่เอื้อให้ผู้ปฏิบัติงานมีสมาธิในงาน โดยในบริเวณพื้นที่ปฏิบัติงานไม่มีการรบกวนจากแสง สี เสียงที่ไม่เหมาะสม และมีการจัดสิ่งแวดลอมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช มีเครื่องมือแพทย์ ที่จำเป็นเพียงพอพร้อมใช้งาน มีสภาพบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อบุคลากรในการทำงานได้อย่างเต็มที่ ไม่ถูกเบียดเบียนด้วยสถานการณ์ต่างๆ ที่รบกวนสมาธิในการทำงาน

4.2.6 ปัจจัยผู้ป่วย หมายถึง สภาพความซับซ้อนและความรุนแรงของโรค การสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วย

ปัจจัยที่กล่าวมาเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพและนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัยได้ โดยในขั้นตอนแรกของการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัย ควรมีการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรก่อนเพื่อให้ทราบสถานะปัจจุบันขององค์กร และวางแนวทางการปรับปรุงแก้ไขโดยใช้ปัจจัยเหล่านี้เพื่อสร้างเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในส่วนที่ขาด และยังใช้เปรียบเทียบแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรอื่นได้ ทั้งหมดนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการวางแผนนโยบายเพื่อพัฒนารูปแบบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เหมาะสม และจัดการแก้ปัญหาในเชิงระบบวัฒนธรรมองค์กรได้

ตารางสรุปปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมองค์กร	ปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย			ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
วันชัย มีชาติ 2544	James Reason 1995	Charles Vincent และคณะ 1998	วิณา และเกรียงไกร จีระแพทย์ 2550	
กลุ่ม	ทีมงาน	ทีมงาน	การสื่อสารระหว่างบุคคล	ปัจจัยทีมงาน
ภาวะผู้นำของผู้บริหาร				ปัจจัยผู้บริหาร
กระบวนการบริหาร	งาน	งาน	ระบบปฏิบัติการดูแล	ปัจจัยระบบการทำงาน
	สถานการณ์	สิ่งแวดล้อมในการทำงาน	สภาพแวดล้อมและสถานการณ์	ปัจจัยสภาพแวดล้อม
			อุปกรณ์การแพทย์	
		บุคลากร	ปัจจัยภายในบุคคลด้านบุคลากร	ปัจจัยภายในบุคคล
ลักษณะองค์กร	องค์กร	องค์กรและการบริหาร		ปัจจัยองค์กร
		บริบทของสถาบัน		
		ลักษณะผู้ป่วย	ปัจจัยภายในบุคคลด้านผู้ป่วย	ปัจจัยผู้ป่วย

5. ข้อมูลทั่วไปสถานจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

5.1 ข้อมูลทั่วไปและภารกิจหลัก

สถานจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ตั้งอยู่ เลขที่ 112 ถนนสมเด็จพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการตรวจและรักษาโรคทางจิตเวช บริการให้คำแนะนำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต และให้บริการบำบัดรักษาทางระบบประสาทจิตเวชศาสตร์ โดยมีนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจนผ่านมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในปี 2545 และรับรองการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในปี 2548 จากนั้นก็ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ในปี 2549 และ 2552 ตามลำดับ

สถานจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและผู้ป่วยประสาทจิตเวชศาสตร์เป็นภารกิจหลัก นอกจากนี้ยังมีการประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในด้านการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยร่วมมือกันในการลงเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่และชุมชน ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในความรับผิดชอบของสถาบันฯ จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ ชลบุรี จันทบุรี ตรัง ฉะเชิงเทรา นครนายก สมุทรปราการ และผู้รับบริการทั่วไปรวมถึงผู้ป่วยนอกเขตที่เข้ามาใช้บริการในสถาบันฯ และยังเป็นสถานที่ศึกษาผลงานของสถาบันการศึกษาต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน อีกทั้งผลิตและฝึกอบรมบุคลากรหลักสูตรเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชหลายสาขาวิชาชีพ

5.2 การบริหารความเสี่ยงของสถานจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

ในประเทศไทยระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้เข้ามามีบทบาทในกระบวนการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาล โดยเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล คือ การสร้างระบบคุณภาพที่เน้นความปลอดภัยและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ภายใต้แนวคิดของการสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดความยั่งยืนในกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ไม่มีจุดสิ้นสุด เนื่องจากเป้าหมายดังกล่าว ความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นประเด็นที่มาตรฐานให้ความสำคัญสูง ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นระบบที่โรงพยาบาลคุณภาพมีความคุ้นเคย ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องควบคู่กับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องมือในการป้องกันปัญหา และควบคุมความสูญเสียของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล และเป็นแนวทางในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล 2543)

สำหรับการบริหารความเสี่ยงของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระนริน্দรา บรมราชินี (2551) ได้สรุปความไว้ ดังนี้ การบริหารความเสี่ยงของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระนริน্দรา บรมราชินี มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงซึ่งมีตัวแทนจากสหวิชาชีพโดยมีขอบเขตหน้าที่เพื่อสำรวจความเสี่ยงภายในสถาบัน วางแผน และจัดระบบการบริหารความเสี่ยง ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ และทีมนำเฉพาะด้านเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านความเสี่ยงและเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคต่อคณะกรรมการอำนวยการ โดยมีนโยบายด้านความเสี่ยง ดังนี้

- 1) กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบด้านการบริหารความเสี่ยงอย่างชัดเจน
 - 2) มีการจัดระบบบริหารความเสี่ยง ระบบการเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล
 - 3) มีการประสานงานระหว่างโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วย การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบรักษาความปลอดภัย ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ และอาชีวอนามัย
 - 4) ทุกหน่วยงานต้องมีการสำรวจ และวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเอง และรายงานอุบัติการณ์ไปยังผู้รับผิดชอบด้านการบริหารความเสี่ยงของสถาบันฯ
 - 5) จัดทำแนวทางการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง
 - 6) มีการกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างรัดกุม
- ขั้นตอนการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง มีดังนี้

5.2.1 การค้นหาความเสี่ยง

หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานกำหนดจุดเฝ้าระวังความเสี่ยงพร้อมกับจัดทำบัญชีความเสี่ยงในหน่วยงาน และดำเนินการค้นหาความเสี่ยงโดยค้นหาจาก 1) ความผิดพลาดจากกระบวนการปฏิบัติงานและทบทวนเวชระเบียน 2) การรับข้อร้องเรียนและความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ 3) จากการบริการดูแลสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และ 4) จากการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จากนั้นจัดทำรายงานอุบัติการณ์การค้นหาความเสี่ยงและชี้แจงข้อมูลให้บุคลากรทราบ

5.2.2 การประเมินความเสี่ยง

หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย ร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานหาแนวทางป้องกันความเสี่ยง โดยการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงในหน่วยงาน การประเมินความถี่ และความรุนแรงของความเสี่ยง ดังนี้

ความถี่ต่ำ เกิดไม่บ่อย ไม่รุนแรง ให้จัดทำคู่มือป้องกัน

ความถี่ต่ำ เกิดไม่บ่อย รุนแรง ต้องให้ความสำคัญ ดำเนินการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ค้นหาโอกาสพัฒนา จัดทำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI)

ความถี่สูง เกิดบ่อย รุนแรง เหตุการณ์วิกฤต จะต้องจัดการเร่งด่วน และทำบันทึกตามแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ เสนอประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

5.2.3 การจัดการความเสี่ยง

ในกรณีที่เกิดปัญหาในหน่วยงานในเวลาราชการให้รายงานหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่ายทันที ส่วนนอกเวลาราชการให้รายงานแพทย์เวร/พยาบาลตรวจการนอกเวลาราชการ/เวรรักษาการ โดยให้พิจารณาตามสายบังคับบัญชา โดยให้หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย ดำเนินการพิจารณาแก้ไขในเบื้องต้น ดังนี้

- 1) ในกรณีที่สามารแก้ไขได้ ให้หน่วยงานดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้เสร็จสิ้นโดยไม่มีการฟ้องร้องหรือความเสียหายตามมา
- 2) ในกรณีที่สามารแก้ไขได้ โดยหน่วยงานได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นแล้วแต่ปัญหาแก้ไขไม่แล้วเสร็จ ให้ดำเนินการแจ้งผู้บังคับบัญชาตามสายการบังคับบัญชาเพื่อดำเนินการแก้ไข
- 3) ในกรณีที่เกิดปัญหารุนแรง เร่งด่วน หากปล่อยทิ้งไว้อาจจะเกิดความเสียหายร้ายแรงให้หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายรายงานผลโดยตรงต่อผู้อำนวยการ เช่น ผู้ป่วยตายผิดปกติ ผู้ป่วยถูกทำร้ายได้รับบาดเจ็บสาหัส เกิดอหิวาต์ เกิดการโจรกรรมทรัพย์สินของสถาบันฯ

5.2.4 การประเมินผลความเสี่ยง

- 1) หน่วยงานสรุปแบบรายงานการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงทุก 1 เดือนและส่งรายงานที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ศูนย์บริหารความเสี่ยง)
- 2) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานความเสี่ยงประจำเดือนของแต่ละหน่วยงาน
- 3) ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทบทวนประเมินผล ในแง่ของความถี่ ความรุนแรง ความเสียหาย ส่งหัวหน้าหน่วยงานดำเนินการหาวิธีปฏิบัติ และปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด
- 4) ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงสรุปรายงานการแก้ไขป้องกันความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน และนำเสนอประชุมคณะกรรมการอำนวยการ
- 5) หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าหอผู้ป่วยบันทึกรายงานการแก้ไขป้องกันความเสี่ยงจากที่ประชุมแจ้งให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ

5.2.5 เครื่องชี้วัด

- 1) จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในสถาบันฯ
- 2) อัตราการส่งแบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน
- 3) จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไข

5.2.6 บัญชีความเสี่ยงที่สำคัญของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ดำเนินการรวบรวมและจัดลำดับความสำคัญพร้อมทั้งประกาศเป็นบัญชีความเสี่ยงของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ดังนี้ 1) ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย 2) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง 3) ผู้ป่วยหลบหนี 4) ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า 5) ความคลาดเคลื่อนทางยา 6) การร้องเรียนของผู้ใช้บริการ 7) การเกิดอัคคีภัย 8) ข้อมูลผู้ป่วยถูกเปิดเผย 9) ผู้ป่วยพกพาอาวุธ 10) บุคลากรทำร้ายผู้ป่วย 11) การได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัดของผู้ป่วย

5.3 ผลการเยี่ยมชมสำรวจตามกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ได้เข้าเยี่ยมชมสำรวจสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลในปี 2552 ได้สรุปประเด็นสำคัญที่พบในการเยี่ยมชมสำรวจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง มีดังนี้

5.3.1 สิ่งที่น่าชื่นชม

1) ผู้นำองค์กรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ และสามารถนำองค์กรให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เข้มแข็ง ได้ให้การสนับสนุนในทุกด้านและที่สำคัญ คือ การสนับสนุนการเสริมสร้างบรรยากาศการเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ และ empowerment ทีมทำให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรทั่วทั้งองค์กรในการพัฒนาเพื่อให้เกิดกระบวนการต่างๆ โดยมีการปรับปรุงระบบงาน ปรับปรุงโครงสร้างกายภาพอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้คุณภาพการบริการที่ดีขึ้นโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้กระบวนการวัฒนธรรมองค์กรหลายอย่างยังดำเนินการต่อได้

2) สิ่งที่เปลี่ยนแปลงในระดับบุคลากรทุกระดับมีความตั้งใจในการเรียนรู้และพัฒนาทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในโรงพยาบาล มีการประสานงานกันในแนวราบเพิ่มขึ้น มีการร่วมกันแก้ไขปัญหาในลักษณะทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บุคลากรในโรงพยาบาลเปิดใจรับฟังข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน รวมทั้งกล้าคิดกล้าทำสิ่งใหม่ๆ ส่งผลให้มีการนำปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานมาทบทวน ปรับปรุงร่วมกันอย่างสม่ำเสมอจนเกิดเป็นวัฒนธรรมและเกิดบรรยากาศของการเรียนรู้ร่วมกันในโรงพยาบาล

3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน การค้นหาคลังความรู้ทั้ง explicit knowledge และ tacit knowledge โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่อยู่ในตัวบุคลากรที่มีคุณค่าและถอด

บทเรียนสำคัญๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานจำนวนมาก นอกจากนั้นยังมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านห้องเสวนา การสร้างเครือข่ายโดยเฉพาะ tacit knowledge จากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ เช่น การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เป็นต้น

4) การบริหารความเสี่ยงมีความก้าวหน้าในเรื่องการนำบทเรียนที่ได้จากอุบัติเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาทบทวน เรียนรู้ และวางระบบป้องกันเกือบทุกเรื่อง เพื่อป้องกันปัญหาอุบัติเหตุการณ์การเกิดซ้ำ เช่น ภาชนะน้ำเป็นพิษ

5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1) ทีมควรเพิ่มบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจ สามารถค้นหาและรายงานความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการทำงานของตนได้อย่างเข้าใจ โดยเฉพาะระบบงานสนับสนุนบริการ เพื่อให้หน่วยงานเห็นประเด็นที่ยังเป็นปัญหานำไปสู่กระบวนการวิเคราะห์กำหนดเป้าหมายการพัฒนา และตัวชี้วัดที่สอดคล้อง ทำให้เกิดการปรับปรุงระบบงานที่มีประสิทธิภาพขึ้นและเกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2) ควรพัฒนาและปรับปรุงในเรื่องการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลให้เห็นแนวโน้มทั้งในภาพรวมในรายโปรแกรมเชื่อมกับระดับความรุนแรงทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงานให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการแปรผล /สะท้อนประสิทธิผลของระบบงานที่เกี่ยวข้อง และนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดลำดับความสำคัญในการจัดการปัญหาที่ตรงประเด็น

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย
พอจะสรุปได้ ดังนี้

1) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติ
ปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีบรรยากาศที่บุคลากรมี
ความเชื่อใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะรายงานความผิดพลาด และทุกคนสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับข้อผิดพลาด
ที่เกิดขึ้น โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้

(1) วัฒนธรรมการรายงาน คือ บรรยากาศในการทำงานที่สมาชิกขององค์กร
สามารถรายงานข้อผิดพลาดและเหตุเกือบพลาดได้อย่างอิสระและเป็นระบบ มีการตอบสนองต่อ
การรายงานอุบัติการณ์โดยให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับกับเจ้าหน้าที่ในประเด็นที่รายงาน

(2) วัฒนธรรมความยืดหยุ่น คือ ความสามารถขององค์กรในการปรับตัวได้
รวดเร็วทันกับการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพหรือเมื่อเผชิญสภาวะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยน
จากการมีลำดับขั้นบังคับบัญชามาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

(3) วัฒนธรรมการเรียนรู้ คือ องค์กรมีความพร้อมในการเรียนรู้ และสรุป
ความรู้จากประสบการณ์ ข้อมูล และเหตุ การณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและเหตุเกือบพลาด และนำ
ไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ

(4) วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง คือ การที่บุคลากรขององค์กรมีความตระหนัก
เกี่ยวกับโอกาสในเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งมีการเฝ้าระวังและหาทางป้องกัน
ไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นๆ ขึ้น

(5) วัฒนธรรมความเป็นธรรม คือ บรรยากาศที่ทำให้บุคลากรเกิดความไว
างใจซึ่งกันและกัน โดยสนับสนุนให้บุคลากรแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในสภาพแวด
ล้อมที่ไม่มีการลงโทษหรือตำหนิ และให้มีความตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ยอม
รับได้และยอมรับไม่ได้ในสภาพแวดล้อมที่มีการวิเคราะห์การกระทำเพื่อให้มั่นใจว่าบุคคลมีความ
รับผิดชอบและมีการกระทำที่เหมาะสม

2) ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ปัจจัยภายในบุคคล
และปัจจัยภายนอกบุคคล ที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดย

(1) ปัจจัยภายในบุคคล หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพทั่วไป รวมถึงความ
รู้และประสบการณ์ในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน และการจัด
การให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย โดย

ก. ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ลักษณะเฉพาะตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับ
การศึกษา

ข. สุขภาพทั่วไป คือ สุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ร่างกายทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และมีสุขภาพจิตที่ปกติ ปราศจากความเครียดและแรงกดดัน

ค. ความรู้ คือ ความรู้ในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การศึกษาต่อเนื่องด้านจิตเวช การได้รับการอบรม

ง. ประสบการณ์ คือ ระยะเวลาในการทำงาน ประกอบด้วย

ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษา หมายถึง ระยะเวลา การทำงานตั้งแต่เริ่มต้นปฏิบัติงานหลังจบการศึกษามาจนถึงปัจจุบัน

ระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ หมายถึง ระยะเวลา การทำงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

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 และ ความใกล้ชิดระหว่างผู้บริหารกับผู้ได้บังคับบัญชา ความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ปฏิบัติงานจะส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์กรและความทุ่มเทของพนักงานในการปฏิบัติงาน

(3) ปัจจัยทีมงาน หมายถึง ทีมงานมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย มีการสื่อสารระหว่างสมาชิกอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีโครงสร้างการทำงานเป็นทีมเพื่อการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ภายใต้การควบคุมดูแลและให้การช่วยเหลือกันภายในทีมงาน และยังรวมถึง ความผูกพันกันของสมาชิกและความผูกพันกับภาระหน้าที่ขวัญและกำลังใจในทีมงานซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของสมาชิกในทีมด้วย

(4) ปัจจัยระบบการทำงาน หมายถึง ระบบการทำงานในองค์กรที่มีความชัดเจนของโครงสร้างและตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงาน มี แนวทางปฏิบัติหรือคู่มือในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช มีระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง และระบบการปฏิบัติงานที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้ มี การจัดอัตรากำลังเพื่อดูแลผู้ป่วย

และระบบการให้คำปรึกษาหรือส่งต่อในงานที่ยาก และยังรวมถึงระบบการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาของผู้ป่วย

5) ปัจจัยสภาพแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ในขณะปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยสภาพแวดล้อม คือ สิ่งแวดล้อมในบริเวณการทำงานที่เอื้อให้ผู้ปฏิบัติงานมีสมาธิในงาน โดยในบริเวณพื้นที่ที่ปฏิบัติงานไม่มีการรบกวนจากแสง สี เสียงที่ไม่เหมาะสม และมีการจัดสิ่งแวดลอมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช มี เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นเพียงพอพร้อมใช้งาน มีสภาพบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อบุคลากรในการทำงานได้อย่างเต็มที่ ไม่ถูกเบียดเบียนด้วยสถานการณ์ต่างๆ ที่รบกวนสมาธิในการทำงาน

6) ปัจจัยผู้ป่วย หมายถึง สภาพความซับซ้อนและความรุนแรงของโรค การให้ความร่วมมือของผู้ป่วย และบทบาทของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการรักษา

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Wu และคณะ (1991) ทำการสำรวจแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ที่ฝึกอบรมในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่จำนวน 254 คน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 104 คน (ร้อยละ 45) เกี่ยวกับความผิดพลาดในการทำงาน โดยความผิดพลาดที่พบ ได้แก่ การวินิจฉัยโรคผิด ร้อยละ 33 การจ่ายยาผิดพลาด ร้อยละ 29 การประเมินผลและรักษาผิดพลาด ร้อยละ 21 การสื่อสารผิด ร้อยละ 5 และเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 11 โดยผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากความผิดพลาด ร้อยละ 91 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 31 สาเหตุของความผิดพลาดจะมีความแตกต่างกันมาก ส่วนใหญ่มาจากมากกว่า 1 ปัจจัย ซึ่งร้อยละ 54 ตอบว่ามาจากมีข้อมูลในการรักษาไม่เพียงพอ ร้อยละ 51 มาจากภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก ร้อยละ 41 มีความเหนื่อยล้า เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น พบว่า มีแพทย์ประจำบ้านเพียง ร้อยละ 54 ที่พูดคุยถึงความผิดพลาดกับแพทย์ที่ปรึกษาประจำโรงพยาบาล และมีร้อยละ 24 ที่แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ และแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่มีการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดย ร้อยละ 76 ตั้งใจว่าจะทำสิ่งที่แตกต่างจากเดิมในครั้งต่อไป ร้อยละ 62 จะไปค้นคว้าความรู้เพิ่มเติม และร้อยละ 21 ทำการขอโทษหรือทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อแก้ไขความผิดพลาด แพทย์ประจำบ้านรู้สึกว่าการบรรยายในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยขัดขวางการพูดคุยเรื่องความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย และความผิดพลาดจะถูกผู้บริหารนำไปพิจารณา โดยกล่าวว่าโปรแกรมการฝึกอบรมไม่สนับสนุนให้มีการเรียนรู้จากความผิดพลาด และผู้บริหารมักจะเพ่งเล็งผู้ที่ทำผิดทำให้ผู้อื่นในสังคมยาก อย่างไรก็ตาม แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน โดยให้ความสนใจกับข้อมูลผู้ป่วยและแสวงหาที่ปรึกษามากขึ้น พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่ยอม

รับความผิดพลาดและพุดคุยถึงปัญหามักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางบวก ส่วนผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางลบจะสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อภาระงานที่มากและรู้สึกว่าองค์กรมีการลงโทษ ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การลดภาระงานและการดูแลอย่างใกล้ชิดของอาจารย์แพทย์จะช่วยป้องกันความผิดพลาดได้ และการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้โดยองค์กรควรสนับสนุนให้แพทย์ประจำบ้านยอมรับในความผิดพลาดและมีการพุดคุยปรึกษาหารือกันถึงสิ่งที่เกิดขึ้น

Robyn (2000) ศึกษาบรรยากาศความปลอดภัยในโรงพยาบาลและความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดบรรยากาศความปลอดภัยในโรงพยาบาลที่มีนโยบายการบริหารความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเลือด และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศความปลอดภัยกับการปฏิบัติตามความปลอดภัยในโรงพยาบาลของพนักงาน และพฤติกรรมการสัมผัสเลือดและของเหลวในร่างกายอื่นๆ วิธีการทำโดยใช้แบบสอบถามบรรยากาศความปลอดภัยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (1,000 เตียงขึ้นไปและศูนย์วิจัยทางการแพทย์) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 789 คนที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อทางเลือด โดยแบ่งออกเป็น 6 ปัจจัย คือ 1) ผู้บริหารระดับสูงสนับสนุนโปรแกรมความปลอดภัย 2) ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย 3) ความสะอาดและการปฏิบัติตามระเบียบในทำงาน 4) มีความขัดแย้งน้อยและมีการสื่อสารที่ดีในหมู่พนักงาน 5) มีการแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย/ การฝึกอบรมโดยผู้บังคับบัญชา และ 6) ความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและการควบคุมทางวิศวกรรม โดยร้อยละของความคิดเห็นเชิงบวกที่มากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยใน ข้อ 6) ความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและการควบคุมทางวิศวกรรม ร้อยละ 92.75 ข้อ 4) ความขัดแย้งน้อยและมีการสื่อสารที่ดีในหมู่พนักงาน มีผู้แสดงความคิดเห็นเชิงบวกน้อยที่สุด ร้อยละ 49.3 ผลที่ได้ยังพบว่า การที่ผู้บริหารระดับสูงสนับสนุนโปรแกรมความปลอดภัย การไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย และความสะอาด/การปฏิบัติตามระเบียบในทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามความปลอดภัย ($p < .05$) และการที่ผู้บริหารระดับสูงสนับสนุนโปรแกรมความปลอดภัยและการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสเลือดและของเหลวในร่างกาย ($p < .05$) ดังนั้น การค้นพบที่สำคัญที่สุดในแง่ของการส่งเสริมการปฏิบัติตามข้อตกลงด้านความปลอดภัย และการลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือด ก็คือ การรับรู้ของผู้บริหารระดับสูงสนับสนุนโปรแกรมความปลอดภัย

Singer และคณะ (2003) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามใน 16 หัวข้อสำคัญเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ โดยส่งแบบสำรวจไปยังโรงพยาบาล 15 แห่งในแคลิฟอร์เนียที่เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง 2,989 คนจากทั้งหมด 6,312 คน (อัตราการได้รับแบบสอบถามคืน ร้อยละ 47.4) ประเมินผลจากการนับจำนวนคำตอบที่แสดงถึงการขาดวัฒนธรรมความปลอดภัย (การตอบว่า “มีปัญหา”

หรือตอบว่า “เป็นกลาง” บ่งบอกถึงการขาดวัฒนธรรมความปลอดภัยได้เช่นกัน) ผลที่ได้พบว่ามีผู้ตอบ “มีปัญหา” ร้อยละ 18 และอีกร้อยละ 18 ของผู้ตอบแบบสอบถามให้คำตอบ “เป็นกลาง” และมีการตอบที่แตกต่างกันระหว่างสถาบันที่เข้าร่วมโครงการ บุคลากรทางคลินิกโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจะตอบว่า “มีปัญหา” มากกว่าพนักงานที่ไม่ได้ทำงานคลินิก และพนักงานด้านหน้าให้คำตอบว่า “มีปัญหา” มากกว่าผู้จัดการอาวุโส สรุปคือ วัฒนธรรมความปลอดภัยอาจไม่ได้มีคุณภาพอย่างที่พึงปรารถนาในองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือ และวัฒนธรรมความปลอดภัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญไม่เพียงแต่ระหว่างโรงพยาบาล แต่รวมถึงระหว่างสถานะทางคลินิกและวิชาชีพด้วย

ยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2546) ศึกษาบรรยากาศสององค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองของบุคลากรโรงพยาบาล ประชากรที่ศึกษา คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล วิชาชีพที่ศูนย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 39 แห่ง ในพื้นที่ 12 เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 767 คน ได้รับการตอบกลับของแบบสอบถาม จำนวน 728 คน คิดเป็นร้อยละ 94.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Chi Square Test ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ (ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป) แสดงความคิดเห็นต่อบรรยากาศสององค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในเชิงบวกในองค์ประกอบของบรรยากาศสององค์กรทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านการเปิดเผยกับการปกป้อง ด้านการยอมรับและป้อนกลับข้อมูล ด้านการให้รางวัลและการลงโทษ ด้านความมั่นคงกับการเสี่ยง และด้านการฝึกอบรมและพัฒนา อย่างไรก็ตาม มีความคิดเห็นต่อบรรยากาศสององค์กรที่แสดงถึงโอกาสพัฒนาในเรื่องที่สำคัญ ได้แก่ การไม่มีแนวทางการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ชัดเจนในหน่วยงานของตน (ร้อยละ 27.9) การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของแผนก (ร้อยละ 27.1) ความกังวลเมื่อต้องรายงานความผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 44.5) การไม่รายงานความผิดพลาดจากการดูแลรักษาหากยังไม่เกิดผลจากความผิดพลาด (ร้อยละ 41.3) ภาระงานของบุคลากรที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ร้อยละ 35.9) การไม่นำเสนอข้อมูลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและทันต่อเหตุการณ์ (ร้อยละ 62.6) นอกจากนี้ บรรยากาศสององค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า มีความสัมพันธ์กับการอบรมการศึกษาและวิชาชีพของบุคลากร ($p < .05$) บรรยากาศสององค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์ประกอบองค์กรด้านโครงสร้างองค์กร และการฝึกอบรมและพัฒนาด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับประเภทของโรงพยาบาล ($p < .05$)

Sexton และคณะ (2006) ได้พัฒนาแบบสอบถามทัศนคติความปลอดภัย (Safety Attitudes Questionnaires) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การทำงานเป็นทีม บรรยากาศด้านความ

ปลอดภัย การยอมรับความเครียด ความเข้าใจในการบริหารจัดการ บรรยากาศในการทำงาน และ ความพึงพอใจในงาน โดยนำไปใช้ในการสำรวจวัฒนธรรมองค์กรในผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 10,843 คน(ได้รับแบบสอบถามคืนกลับ ร้อยละ 65.7 จากจำนวนที่ส่งไป 16,184 ฉบับ) ในพื้นที่ คลินิกบริการ 203 แห่ง ใน 3 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และนิวซีแลนด์ ทำการแปลผล ด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนและร้อยละของความคิดเห็นเชิงบวกต่อข้อคำถาม พบว่า ปัจจัย ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ปัจจัย คือ บรรยากาศการทำงานเป็นทีม การยอมรับความเครียด และความพึงพอใจในงาน คะแนนเฉลี่ย 3.64 , 3.64 และ 3.59 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การรับรู้ การบริหารคะแนนเฉลี่ย 2.95 และผลความคิดเห็นเชิงบวกต่อปัจจัยการยอมรับความเครียดมีจำนวน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64 รองลงมาคือ บรรยากาศการทำงานเป็นทีม ร้อยละ 62.5 และความพึงพอใจในงานร้อยละ 58.2 โดยที่การรับรู้การบริหารมีผู้ให้ความคิดเห็นเชิงบวกน้อยที่สุดร้อยละ 49.5 สรุปว่า แบบสอบถามทัศนคติความปลอดภัย (SAQ) มีคุณสมบัติทางทดสอบสถิติที่ดีมีค่าความเที่ยง 0.9 โดยองค์กรสามารถนำแบบสำรวจนี้ไปใช้ในการวัดทัศนคติของผู้ให้บริการ และสามารถเปรียบเทียบบ่งชี้กับองค์กรอื่น หรือเพื่อวัดผลก่อนและหลังการทำโครงการในการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย

Matsubara และคณะ (2008) ได้พัฒนาแบบประเมินบรรยากาศด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าบรรยากาศที่ปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในองค์กรระบบสุขภาพ แต่ในประเทศญี่ปุ่นแบบสำรวจเพื่อวัดประเมินบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยนี้ ยังไม่มีแบบการวัดที่เป็นรูปแบบของตนเอง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบประเมินบรรยากาศความปลอดภัยโดยมีการวัด 2 ปัจจัยใน 8 ด้าน คือ ปัจจัยทัศนคติของบุคลากร (การติดต่อสื่อสารอย่างอิสระ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว) และปัจจัยองค์กร (ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของผู้บริหาร ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของผู้ประกอบวิชาชีพ ภาวะผู้นำของคณะกรรมการด้านความปลอดภัย ความพร้อมของเครื่องมือ/กฎระเบียบ) ทำการวัดค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้มากกว่า 0.70 ในทุกด้าน จากนั้นทำการสำรวจโรงพยาบาลทั่วไปขนาดมากกว่า 100 เตียงที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์ จังหวัดฟูกูโอกะประเทศญี่ปุ่น จำนวน 9 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักบำบัดการพูด ช่างเทคนิค (ช่างเทคนิครังสี เทคนิคการแพทย์และเทคโนโลยีวิศวกรรมทางคลินิก) เภสัชกร และแพทย์ โดยหัวหน้าแผนกแต่ละวิชาชีพไม่รวมอยู่ในการสำรวจ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 1,878 ชุดจากจำนวน 2,453 ชุดที่ส่งไป คิดเป็นร้อยละ 76.6 ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 18.2 ± 3.4 รองลงมา คือ การติดต่อสื่อสารอย่างอิสระ 16.1 ± 3.9 และการปฏิบัติ

ตามกฎระเบียบ 15.2 ± 2.9 ส่วนปัจจัยที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 9.0 ± 2.2 คะแนน สรุปว่า แบบสำรวจบรรยากาศด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศญี่ปุ่นมีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ และเป็นเครื่องมือในการประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ในระดับของสถานที่ทำงาน

Lee และคณะ (2010) ได้ทำการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลไต้หวันทั่วประเทศโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติความปลอดภัย (SAQ) ฉบับภาษาจีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบว่าแบบสอบถามทัศนคติความปลอดภัยฉบับภาษาจีนนี้สามารถใช้ได้ในไต้หวันหรือไม่ และเพื่อประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลในไต้หวัน โดย ได้ปรับปรุงแบบสอบถามทัศนคติความปลอดภัย (SAQ) จากฉบับภาษาจีนจาก 6 มิติเหลือแค่ 5 มิติ ได้แก่ บรรยากาศด้านความปลอดภัย บรรยากาศการทำงานเป็นทีม การรับรู้ในการบริหาร ความพึงพอใจในงาน และสภาพการทำงาน การศึกษาวิจัย เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2008 โดยการสำรวจบุคลากรในโรงพยาบาล 200 แห่ง ได้แบบสอบถามคืน 45,242 ชุด คิดเป็นร้อยละ 69.4 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงานเป็นทีม คิดเป็นร้อยละ 48.9 การรับรู้การบริหาร ร้อยละ 45.2 ความพึงพอใจในงาน ร้อยละ 42.1 บรรยากาศด้านความปลอดภัย ร้อยละ 37.2 และสภาพการทำงาน ร้อยละ 31.8 ในส่วนของพฤติกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ร้อยละ 71.1 ของผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้การทำงานร่วมกันได้ดีกับพยาบาล ซึ่งสูงกว่าการทำงานร่วมกันกับแพทย์ (ร้อยละ 60.0) และเภสัชกร (ร้อยละ 52.4) หากตัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลออกไป พบว่า มีคะแนนเปลี่ยนไป ดังนี้ ร้อยละ 68.9 ของผู้ตอบรับรู้การทำงานร่วมกันได้ดีกับพยาบาล และร้อยละ 66.3 รู้สึกกับแพทย์ และร้อยละ 62.9 กับเภสัชกร เกือบร้อยละ 70.1 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติเชิงบวกต่อความพยายามของโรงพยาบาลในการให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมความปลอดภัย และร้อยละ 77.3 รู้สึกดีเมื่อมีการให้กำลังใจจากผู้บริหารสำหรับการรายงานเหตุไม่พึงประสงค์ มีเพียงร้อยละ 18.4 เห็นว่า ความล้มเหลวของการสื่อสารที่นำไปสู่ความล่าช้าในการดูแลนั้นพบได้เสมอ และในการหาความสัมพันธ์ระหว่างความปลอดภัยของแต่ละมิติกับพฤติกรรมความปลอดภัย พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกด้านบรรยากาศการทำงานเป็นทีมเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบแล้วมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือที่ดีกับเพื่อนร่วมงานมากกว่า ค่า odds ratio เป็น 1.445 ในกลุ่มพยาบาล 1.498 ในกลุ่มแพทย์และ 1.371 ในกลุ่มเภสัชกรที่ $p < 0.001$ ทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาล พบว่า มีความแตกต่างของผลคะแนนโดยผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อแต่ละมิติของวัฒนธรรมความปลอดภัยจะมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน และโรงพยาบาลของเขามีแนวโน้มที่จะสนับสนุนการรายงาน และให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมด้านความ

ปลอดภัย สรุปคือ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ของไต้หวันยังไม่ได้พัฒนาอย่างเต็มที่และมีข้อควรปรับปรุงด้านคุณภาพ

สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ได้ศึกษาระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ระดับบริหารและระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ 5 แห่ง จำนวน 402 คน ผลการศึกษา พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์โดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62.19 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ในด้านผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยด้านนี้อยู่ในระดับสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.78 ในด้านผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมความปลอดภัย ด้านผู้นำระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมความปลอดภัย ด้านการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย ด้านวัฒนธรรมการรายงาน และด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยในด้านดังกล่าวนี้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 54.73, 61.19, 48.51, 33.33, 34.33, และ 55.22 ตามลำดับ สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือในปีงบประมาณ 2550 ได้แก่ ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ความผิดพลาดในการให้ยา สารน้ำและเลือด การเกิดแผลกดทับในระดับที่ 2 – ระดับที่ 4 ความผิดพลาดในการติดต่อสื่อสารตามแผนการรักษาของผู้ป่วย และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และผลการเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อารีย์ แก้วทวี และ จรรยา วงศ์กิตติถาวร (2553) ศึกษาระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ใช้แบบสอบถามทัศนคติความปลอดภัยของห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 58 คำถาม ครอบคลุมใน 6 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การทำงานเป็นทีม บรรยากาศด้านความปลอดภัย การยอมรับความเครียด ความเข้าใจในการบริหารจัดการ บรรยากาศในการทำงาน และความพึงพอใจในงาน ผลการวิจัย บุคลากรห้องผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 450 คน ได้รับข้อมูลตอบกลับ 343 คน หรือร้อยละ 76.2 พบว่า ระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 57.6 ± 8.3 แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ระดับอื่นๆ มีระดับทัศนคติใกล้เคียงกันในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 50.8 ± 8.6 , 57.4 ± 8.1 และ 57.1 ± 8.1 และมีระดับทัศนคติต่ำที่สุดเกี่ยวกับบรรยากาศในการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 50.8 ± 10.8 , 50.5 ± 10.4 และ 52.6 ± 12.5 ตามลำดับ บุคลากรทั้ง 3 กลุ่มที่มีระดับทัศนคติในทางบวกมี

จำนวนตั้งแต่ร้อยละ 37 - 67 โดยพยาบาลมีจำนวนบุคลากรที่มีระดับทัศนคติในทางบวกน้อยที่สุดเกี่ยวกับความเข้าใจในการบริหารจัดการ (ร้อยละ 37) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของกลุ่มบุคลากรเป็นรายปัจจัย พบว่า บรรยากาศด้านความปลอดภัย ความเข้าใจในการบริหารจัดการ และความพึงพอใจในงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปคือ บุคลากรห้องผ่าตัดโดยรวมมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยใกล้เคียงกันในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับทัศนคติระหว่างกลุ่มบุคลากรเป็นรายปัจจัย พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

El-Jardali และคณะ (2011) ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศเลบานอน โดยทำการวิจัยในโรงพยาบาล 68 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6,807 คน โดยใช้แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC) ผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบที่มีร้อยละของความคิดเห็นเชิงบวกสูงสุด คือ ทีมงานภายในหน่วยงาน การบริหารงานของโรงพยาบาล การเป็นองค์กรการเรียนรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนองค์ประกอบที่มีร้อยละความคิดเห็นเชิงบวกต่ำสุด ได้แก่ ทีมงานระหว่างหน่วยงาน ช่วงการเปลี่ยนเวรบุคลากร และการตอบสนองต่อข้อผิดพลาดโดยไม่ใช้การลงโทษ โดยที่การรายงานอุบัติการณ์ การสื่อสาร ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัย การบริหารจัดการบุคลากร และการรับรองคุณภาพ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยได้และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของวัฒนธรรมความปลอดภัย พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลที่มีขนาดต่างกันและสถานะการรับรองคุณภาพต่างกัน โรงพยาบาลขนาดเล็กมีการรับรู้ความปลอดภัยมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพมีการรับรู้ความปลอดภัยสูงกว่าโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรอง โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างให้ค่าการรับรู้ปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับดี ดีเยี่ยม มากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งหน่วยงานที่มีร้อยละความปลอดภัยผู้ป่วยระดับดี ดีเยี่ยมสูงสุด คือ หน่วยวินิจฉัย (ร้อยละ 83.6) โดยตำแหน่งแพทย์และผู้บริหารระบบมีการรับรู้ความปลอดภัยระดับดี ดีเยี่ยม น้อยที่สุด (ร้อยละ 63.3)