

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาตามกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่งของบุคลากร

1.1.3 เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านการรักษาผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 227 คนที่ได้จากการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเกรกซีและมอร์แกนที่ระดับ .05 (Krejcie and Morgan 1970) และทำการเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจัดชั้น (Stratified random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และภาวะสุขภาพทั่วไป ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบไปทดลองกับบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน หาค่าความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเท่ากับ 0.94 ด้านปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเท่ากับ 0.95 และด้านภาวะสุขภาพทั่วไปเท่ากับ 0.85 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 4 ตุลาคม 2554 ถึงวันที่ 18 ตุลาคม 2554 ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์

กลับคืน 201 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 88.55 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (Independent t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

1.3 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล บุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 70.15 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.36 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.59 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 37.31 มีระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 20.90 โดยระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษาเฉลี่ย 17.41 ปี ระยะเวลาการทำงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 28.35 โดยระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ เฉลี่ย 15.80 ปี ได้รับการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 58.21 ได้รับการอบรมร้อยละ 94.53 เป็นการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 68.66 บุคลากรส่วนมากปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล ร้อยละ 59.20 เป็นตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 85.07 มีผู้ช่วยเหลือคนไข้และพยาบาลวิชาชีพคิดเป็นร้อยละ 36.32 และ 35.82 ตามลำดับ

1.3.2 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

พระยา พบว่า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงทุกองค์ประกอบไม่ว่าด้านวัฒนธรรมการรายงาน ด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้ ด้านวัฒนธรรมการเฝ้าระวัง และด้านวัฒนธรรมความเป็นธรรม ยกเว้น ด้านวัฒนธรรมความยืดหยุ่นที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

1.3.3 การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวช

ศาสตร์สมเด็จพระยาตามกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่งของบุคลากร พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่งที่แตกต่างกันมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

1.3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวช

ศาสตร์สมเด็จพระยา พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพทั่วไป บุคลากรสถาบันฯ ส่วนมากมีภาวะสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 84.58 และปัจจัยภายนอกบุคคลของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัย พบว่า เกือบทุกปัจจัยอยู่ในระดับดีไม่ว่าปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยระบบการทำงาน ยกเว้น ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยผู้ป่วยที่อยู่ในระดับพอใช้

1.3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวช

ศาสตราจารย์สมเด็จเจ้าพระยา จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้การคัดเลือกตัวแปรแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร และระดับการศึกษา มี ผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .782 และสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้ร้อยละ 61.1 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ ± 7.76 ซึ่งสามารถสร้างสมการถดถอยเพื่อพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย} = & 30.744 + .403 \text{ ปัจจัยทีมงาน} + .274 \text{ ปัจจัยองค์กร} \\ & + .199 \text{ ปัจจัยผู้บริหาร} + .112 \text{ ระดับการศึกษา} \end{aligned}$$

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษา ระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ การศึกษาต่อเนื่องด้านจิตเวช การได้รับการอบรม ภาวะสุขภาพทั่วไป ปัจจัยระบบการทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยผู้ป่วย

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวช ศาสตราจารย์สมเด็จเจ้าพระยาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

2.1 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตราจารย์สมเด็จเจ้าพระยา

ผลการศึกษา พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตราจารย์สมเด็จเจ้าพระยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.86$, S.D. = 0.43) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า องค์ประกอบของวัฒนธรรมอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านวัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง และวัฒนธรรมความเป็นธรรม ยกเว้นด้านวัฒนธรรมความยืดหยุ่นที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการที่วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตราจารย์สมเด็จเจ้าพระยาอยู่ในระดับสูงเนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตราจารย์สมเด็จเจ้าพระยาได้ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยจัดเป็นประเด็นสำคัญที่ทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เน้นที่จะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้การบริหารความเสี่ยงของสถาบันจิตเวชศาสตราจารย์สมเด็จเจ้าพระยา มีการดำเนินการต่อเนื่องอย่างเป็น

ระบบ โดยมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงซึ่งมีตัวแทนจากสาขาวิชาชีพทำหน้าที่เพื่อสำรวจความเสี่ยงภายในสถาบันฯ วางแผน และจัดระบบการบริหารความเสี่ยง ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ และทีมนำเฉพาะด้านเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านความเสี่ยง และเสนอผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคต่อคณะกรรมการอำนวยการ (ละเอียด รอดจันทร์ 2551) ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับ El-Jardali และคณะ (2011) ที่ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศเลบานอน โดยใช้แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC) พบว่า โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพมีการรับรู้ความปลอดภัยสูงกว่าโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรอง และสอดคล้องกับสะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ซึ่งศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62.19 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อาจเนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพทั้งในด้านกระบวนการ ระบบ และแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย มีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงรวมถึงการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า

2.1.1 วัฒนธรรมการรายงาน จากผลการศึกษา พบว่า วัฒนธรรมการรายงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.86$, S.D. = 0.50) เนื่องจากนโยบายสถาบันฯ ในการจัดระบบบริหารความเสี่ยง มีระบบการเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยทุกหน่วยงานต้องมีการสำรวจและวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเอง และรายงานอุบัติการณ์ไปยังผู้รับผิดชอบด้านการบริหารความเสี่ยงของสถาบันฯ ทุกเดือน (ละเอียด รอดจันทร์ 2551) ซึ่ง NPSA (2008) กล่าวว่า การมีรายงานอุบัติการณ์ปริมาณสูงในองค์กรแสดงถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดีเนื่องจากเมื่อเจ้าหน้าที่ตระหนักถึงปัญหาด้านความปลอดภัยก็จะเขียนรายงานส่งเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานด้านสุขภาพจิตควรมีการดำเนินการระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้องค์กรสามารถวิเคราะห์ชนิด ความถี่ และความรุนแรงของเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัย ตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้เหมาะสม และใช้ข้อมูลนี้เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการแก้ไขและปรับปรุงระบบการดูแลทางคลินิก ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับ ยอดชาย สุวรรณงษ์ (2546) ที่ศึกษาบรรยากาศองค์การด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองของบุคลากรโรงพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน พบว่า บุคลากรร้อยละ 81.20 ยินดีที่จะรายงานความผิดพลาดในการดูแลรักษาที่เกิดขึ้นให้ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานทราบโดยไม่กลัวว่าจะเป็นความผิดซึ่งร้อยละ 58.70 เคยรายงานความผิดพลาดที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยยังไม่เกิดผลจากความผิดพลาด

นั้น โดยกล่าวว่า สิ่งสำคัญที่จะทำให้การรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะมีประสิทธิภาพได้จะต้องอาศัยระบบและแนวทางในการส่งเสริมเพื่อให้การรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างราบรื่น การไม่สร้างวัฒนธรรมการกล่าวโทษหรือลงโทษผู้ที่กระทำผิดพลาด แต่จะเป็นการนำความผิดพลาดมาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ในความผิดพลาดนั้นผู้บริหารระดับสูงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการสร้างระบบที่ส่งเสริมให้เกิดการรายงานเหตุการณ์และวางแผนนโยบายให้บุคลากรทุกคนปฏิบัติ

2.1.2 วัฒนธรรมความยืดหยุ่น จากผลการศึกษา พบว่า วัฒนธรรมความยืดหยุ่นในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพรมยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.66$, S.D. = 0.59) เนื่องจากสถาบันฯ เป็นหน่วยงานราชการ ความเป็นระบบราชการในองค์กรซึ่งได้แก่ การมีโครงสร้างสายการบังคับบัญชาที่มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน มีขั้นตอนการทำงานและระเบียบแบบแผนที่กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร อาจทำให้มีปัญหาการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ ขั้นตอนกฎระเบียบที่มากมายอาจทำให้การดำเนินการต่างๆ เพื่อแก้ไขหรือป้องกันสถานการณ์ต่างๆ ทำได้ช้าไม่ทันทั่วถึง ซึ่งความยืดหยุ่นเป็นสิ่งสำคัญขององค์กรในการที่จะวางแผนปรับโครงสร้างการสั่งการและการดำเนินการให้สอดคล้องกับสถานการณ์เฉพาะหน้า การปรับตัวอย่างเหมาะสมทำให้สามารถแก้ปัญหาและป้องกันการเกิดเหตุการณ์รุนแรงได้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546) โดย อำพร ไตรภักดิ์ (2550) กล่าวว่า วัฒนธรรมองค์กรจะดีได้ก็ต่อเมื่อมีความเหมาะสมกับยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทุกวันนี้สิ่งที่องค์กรต้องการ คือ การมีพนักงานที่ยืดหยุ่น หมายถึง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งมีเพียงวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้องค์กรปรับตัวได้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เหตุผลที่องค์กรต้องปรับตัวเพราะโลกมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วที่ไม่สามารถคาดเดาได้ การคงความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงและปรับตัวเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการคงอยู่ขององค์กร ดังนั้น องค์กรในระบบบริการสุขภาพควรพัฒนาระบบการทำงานให้มีการประสานงานในแนวราบและทำงานเป็นทีมมากขึ้น เพื่อทำให้มีความคล่องตัวในการให้บริการ รวมทั้งสามารถวินิจฉัยและแก้ปัญหาระบบการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบทบาทของผู้บังคับบัญชาควรเปลี่ยนแปลงจากการเป็นผู้ตัดสินใจสั่งการและมีอำนาจเหนือลูกน้องมาเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริมให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหาเอง โดยมอบอำนาจให้แต่ละจุดทำงานมีความยืดหยุ่นและเปิดรับในการพัฒนาคุณภาพการทำงาน (ศิริอร พันธุ์ฟูง 2006)

2.1.3 วัฒนธรรมการเรียนรู้ จากผลการศึกษา พบว่า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพรมยา มีวัฒนธรรมการเรียนรู้สูง ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.59) เนื่องจากสถาบันฯ มีภารกิจหลักอีกอย่างนอกเหนือจากการให้บริการผู้ป่วยคือ การเป็นสถาบันพัฒนาวิชาการ โดยทำการสอน ฝึกอบรม ศึกษาดูงาน วิจัย และพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิต จิตเวชศาสตร์ และประสาทจิต

เวชศาสตร์ (สถาบันจิตเวชศาสตร์เจ้าพระยา 2552) โดยผลการเยี่ยมชมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) กล่าวว่า ที่สถาบันฯ บุคลากรทุกระดับมีความตั้งใจในการเรียนรู้และพัฒนา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างหน่วย/ทีม มีการค้นหาคลังความรู้ทั้งจากตำราเอกสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคลากรที่มีคุณค่า และถอดบทเรียนสำคัญๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานจำนวนมาก และยังมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติจริง จัดให้มีตลาดนัดความรู้ สร้างวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านห้องเสวนา เป็นต้น นอกจากนี้ การบริหารความเสี่ยงมีความก้าวหน้าในเรื่องการนำบทเรียนที่ได้จากอุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาทบทวนเรียนรู้ และวางระบบป้องกันเกือบทุกเรื่องเพื่อป้องกันปัญหาอุบัติการณ์ซ้ำ ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) เรื่องการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ พบว่า ในด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.22 มีการรับรู้ว่ามีอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือมีการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นนั้นจะมีการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ข้อผิดพลาดและหาแนวทางในการแก้ไขและป้องกันการเกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดนั้นซ้ำร่วมกันในองค์กร ซึ่งคุณภาพและความปลอดภัยจะเกิดขึ้นต่อเมื่อสมาชิกในองค์กรเกิดการเรียนรู้ การเรียนรู้ขององค์กรเป็นวงล้อที่หมุนต่อเนื่อง การเรียนรู้ไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวแล้วเลิกแต่เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องโดยช่วงแรกของการเรียนรู้ คือ การวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาคำตอบที่เป็นไปได้ ช่วงที่สองคือการนำคำตอบไปปฏิบัติและเรียนรู้จากผลของการปฏิบัติ ความสำคัญของการเรียนรู้ในช่วงแรกคือการทำความเข้าใจอย่างแท้จริงแต่แรกว่าเกิดอะไรขึ้น จะต้องเปลี่ยนแปลงอะไร ทำไมต้องเปลี่ยนแปลงจึงจะนำไปสู่การเรียนรู้ได้ ความสำคัญของช่วงที่สอง คือ การติดตามเฝ้าระวังผลของการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้มั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ และใช้ผลการเรียนรู้นั้นมาต่อยอดให้พฤติกรรมใหม่ได้ฝังเข้าไปในวัฒนธรรมและวิถีการทำงานปกติขององค์กร (อนุวัฒน์ สุขสุทธิกุล 2550)

2.1.4 วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง จากผลการศึกษา พบว่า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยามีวัฒนธรรมการเฝ้าระวังอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.50) ซึ่งมีคะแนนสูงสุดในองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากในระบบของโรงพยาบาลจิตเวชการเฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทุกคนต้องตระหนัก และมีความรอบคอบในการปฏิบัติงาน สาเหตุมาจากผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนั้นมีแนวโน้มมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เพราะผู้ป่วยนั้นป่วยทางจิตแต่สภาพร่างกายมีความแข็งแรงสามารถเดินไปมาและประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ อีกทั้งผู้ป่วยมักมีอาการที่ไม่คงที่ยากต่อการประเมิน การดูแลและเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดย

ทางสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาได้มีการสร้างโปรแกรมค้นหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมหลบหนีจากโรงพยาบาล สำหรับใช้สื่อสารปัญหาความเสี่ยงของการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละคนให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อช่วยกันเฝ้าระวังดูแลไม่ให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว (นพดล วาณิชฤดี 2548) และจากรายงานการเยี่ยมชมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) กล่าวว่า สถาบันฯ มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยนำการจัดระดับความรุนแรงมาใช้ประโยชน์ในการคัดกรองการเฝ้าระวังทำให้มีความไวในการรายงานและการจัดการให้ทันเหตุการณ์ สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Hudson (2001) ที่อธิบายว่า วัฒนธรรมที่แท้จริงของความปลอดภัยส่วนหนึ่งจะต้องมาจากการเฝ้าระวังปัญหาหรืออันตรายใหม่ที่อาจเกิดขึ้น อันตรายที่ยังไม่เคยประสบ หรืออันตรายที่สามารถควบคุมได้ โดยมาตรการในการป้องกันอันตรายเหล่านั้นจะถูกกำหนดไว้โดยระบบบริหารความปลอดภัยขององค์กร อย่างไรก็ตาม องค์กรที่มีมาตรการเชิงรุกจะต้องมีแนวทางในการค้นหาสาเหตุหรืออันตรายอันอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอันตรายที่เกิดขึ้นอาจเป็นสิ่งที่เราไม่คาดคิดและคาดไม่ถึง ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาสองแนวทางให้เกิดขึ้นในองค์กร คือ 1) ระบบการบริหารความเสี่ยงที่ต้องสามารถตอบสนองต่ออันตรายที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ระบบต้องมีความสามารถที่จะบริหารจัดการและมีกระบวนการเฝ้าระวังเหตุการณ์ตลอดเวลา และ 2) การเฝ้าระวังอย่างไม่สิ้นสุดถือเป็นทัศนคติที่จำเป็นต่อความสำเร็จและเป็นทักษะที่ต้องได้รับการฝึกฝน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้บริหาร เมื่อองค์กรคิดล่วงหน้ามักจะมีมาตรการที่เหนือกว่าอันตรายหรืออุบัติการณ์พร้อมที่จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

2.1.5 วัฒนธรรมความเป็นธรรม จากผลการศึกษา พบว่า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา มีวัฒนธรรมความเป็นธรรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.49) เนื่องจากการทำงานของสถาบันฯ เน้นระบบที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและให้ความสำคัญกับบรรยากาศการทำงานที่เป็นมิตร ซึ่ง บรรยากาศในองค์กรที่มีความรักความผูกพัน มีสัมพันธภาพแบบที่น้องช่วยเหลือนกันในการทำงาน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการวิจารณ์งาน ทำให้งานมีประสิทธิภาพดีขึ้น (พนิตนาฎ ชำนาญเสื่อ และ ประกริต รัชวัตร 2550) นอกจากนี้ ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมาได้หล่อหลอมให้บุคลากรมีทัศนคติที่มองความผิดพลาดเป็นโอกาสในการพัฒนามากกว่าการหาคนผิดมาลงโทษโดยเน้นการแก้ปัญหาเชิงระบบมากกว่าตัวบุคคล ซึ่ง NPSA (2008) กล่าวว่า องค์กรในระบบบริการสุขภาพจะต้องนำแนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบมาใช้ในการส่งเสริมวัฒนธรรมที่เป็นธรรม โดยองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจะมีลักษณะที่มีการแบ่งปันข้อมูลร่วมกันอย่างเปิดเผยและอย่างอิสระเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น โดยการจัดการเชิงระบบมีแนวคิดว่าการเกิดเหตุการณ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ใช่แค่จะเชื่อมโยง

กับการกระทำของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแต่ละคนจะเชื่อมโยงไปยังระบบที่บุคคลทำงานอยู่ การมองหาสิ่งที่ผิดในระบบช่วยให้องค์กรสามารถเรียนรู้บทเรียนที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการเกิดขึ้นซ้ำอีก และขั้นตอนแรกในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เปิดเผยและเป็นธรรม ทำโดยการจัดทำช่องทางให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์มีอิสระในการพูด เปิดเผยสิ่งที่เกิดขึ้นกับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา สร้างบรรยากาศการรายงานที่ไม่ตอบสนองด้วยการตำหนิอย่างรุนแรงหรือมุ่งเน้นการลงโทษ แต่ใช้วิธีรับฟังอย่างเป็นกัลยาณมิตรร่วมกันศึกษาปัญหาและแก้ไขป้องกันการเกิดซ้ำ และใช้รูปแบบการดำเนินการที่เป็นธรรมกับบุคลากรเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น ทั้งนี้หากพบว่าเป็นอุบัติการณ์ของการละเมิดผู้เกี่ยวข้องยังคงต้องรับผิดชอบต่อการกระทำที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างกับการศึกษาของ Wu และคณะ (1991) ซึ่งทำการสำรวจแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ที่ฝึกอบรมในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่เกี่ยวกับความผิดพลาดในการทำงาน โดยเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น พบว่า มีแพทย์ประจำบ้านเพียงร้อยละ 54 ที่พูดคุยถึงความผิดพลาดกับแพทย์ที่ปรึกษาประจำโรงพยาบาล และแพทย์ประจำบ้านรู้สึกว่าการรายงานในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยขัดขวางการพูดคุยเรื่องความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย โดยความผิดพลาดอาจจะถูกผู้บริหารนำไปพิจารณาได้ ซึ่งการที่ได้ผลแตกต่างกันอาจเนื่องมาจาก Wu และคณะทำการศึกษาในปี 1991 ซึ่งเป็นเวลาที่ระบบบริการสุขภาพยังใช้แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล วัฒนธรรมความเป็นธรรมจึงยังไม่ได้ได้รับการส่งเสริม

2.2 การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จพระยาตามกลุ่มภารกิจ หน่วยงาน และตำแหน่งของบุคลากร

2.2.1 การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามกลุ่มภารกิจ

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มภารกิจ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบริการทางคลินิก กลุ่มบริการทางการแพทย์และกลุ่มการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มบริการทางการแพทย์ 3.87 คะแนน กลุ่มการพยาบาล 3.86 คะแนน และกลุ่มบริการทางคลินิก 3.82 คะแนน และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) พบว่า กลุ่มภารกิจทั้ง 3 กลุ่มมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในระบบของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA นั้นให้ความสำคัญกับการทำงานที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้การทำงานของหน่วยงานในกลุ่มภารกิจต่างๆ มีจุดมุ่งหมายเดียวกันในการทำงาน จึงมีระบบการทำงานที่ประสานงานกันและทำงานร่วม

กันเป็นทีมเพื่อให้สามารถพัฒนาการให้บริการเป็นไปตามที่ผู้รับบริการต้องการ ดังนั้น วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มภารกิจจึงไม่แตกต่างกัน

2.2.2 การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามหน่วยงาน

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน พบว่า หน่วยงานด้านการรักษาผู้ป่วยจิตเวชและประสาทจิตเวชศาสตร์ มีค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย 3.85 คะแนน และหน่วยงานสนับสนุนการรักษา 3.89 คะแนน เมื่อทำการเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามหน่วยงานด้วยค่าสถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างจาก Sexton และคณะ(2006) ที่พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาลเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำงานภายในองค์กรแตกต่างกัน การวัดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยใช้แบบสอบถามที่มีองค์ประกอบแตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยส่วนการศึกษาของ Sexton และคณะเป็นบุคลากรทุกหน่วยงาน

2.2.3 การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามตำแหน่ง

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างตำแหน่งของบุคลากร พบว่า ผู้บริหารมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเฉลี่ย 3.98 คะแนน และผู้ปฏิบัติงานมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเฉลี่ย 3.83 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในผู้บริหารสูงกว่าผู้ปฏิบัติงาน แต่เมื่อทำการ เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามตำแหน่งด้วยค่าสถิติ t-test พบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ที่ศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ พบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่า นโยบายในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของสถาบันฯ ได้ถ่ายทอดและรับรู้กันอย่างทั่วถึงในผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าอยู่ในตำแหน่งงานใดต่างก็มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ในการให้บริการผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จพระเจ้าพระยา

ผลการศึกษาโดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร และระดับการศึกษา ส่วนปัจจัยที่ไม่ผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษาต่อเนื่องด้านจิตเวช ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษา ระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ การได้รับการอบรม สุขภาพทั่วไป ปัจจัยระบบการทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยผู้ป่วย

2.3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร และระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ ปัจจัยทีมงาน รองลงมาคือ ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร และระดับการศึกษา ตามลำดับ

1) ปัจจัยทีมงาน

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทีมงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากสถาบันฯ มีการทำงานเป็นทีมในลักษณะสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมีการต่อยอดไปสู่การสร้างศูนย์ความเป็นเลิศ มีการร่วมกันแก้ไขปัญหาในลักษณะสหวิชาชีพอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บุคลากรในโรงพยาบาลเปิดใจรับฟังข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน รวมทั้งกล้าคิดกล้าทำสิ่งใหม่ๆ ส่งผลให้มีการนำปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานมาทบทวน/ปรับปรุงร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2553) ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติยาพร ประสาระเอ (2545) ที่พบว่า ปัจจัยการทำงานเป็นทีมมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางการพัฒนาและรับรองคุณภาพ และสอดคล้องกับบุษบา สังข์ทอง (2550) ซึ่งศึกษาการจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่า การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพบริการหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .79$) และสอดคล้องกับ Sexton และคณะ (2006) ที่วัดทัศนคติความปลอดภัย (Safety Attitudes Questionnaires) พบว่า ปัจจัยบรรยากาศการทำงานเป็นทีมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด นอกจากนี้ ประเด็นที่บุคลากรมีความเห็นว่าเป็นจุดแข็งขององค์กร คือ การที่บุคลากรรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วยพร้อมที่จะร่วมมือกันในการปรับปรุงงานเพื่อให้สถาบันฯ ประสบความสำเร็จ การมีเป้าหมายร่วมกันในด้าน

ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพโดยยอมรับฟังความคิดเห็นและมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันในการดูแลผู้ป่วย ส่วนสิ่งที่ควรปรับปรุง คือ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรให้การสนับสนุนและช่วยเหลือหน่วยงานต่างๆ เมื่อเกิดความผิดพลาดในการทำงานหรือเกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย โดย จินตนา ยูนีพันธ์ (2536) กล่าวว่า การทำงานหรือปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการผสมผสานแนวทฤษฎีและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับสภาพแวดล้อมและแหล่งความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลจึงจะต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกันกับบุคลากรในวิชาชีพอื่นๆ

2) ปัจจัยองค์กร

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยองค์กรมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับ จิรัชกร ญัฐรังสี (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า องค์กรเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิผลงานสุขภาพจิต และมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างนโยบายและการปฏิบัติกับประสิทธิผลงานสุขภาพจิต และสอดคล้องกับ ชุศรี มโนการ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี (2550) ที่ศึกษาองค์ประกอบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ในด้านการสนับสนุนจากองค์กร ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากองค์กรทำให้เกิดความร่วมมือและยินดีปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร ถ้าผู้ปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเป็นอย่างดีจะทำให้เกิดการสร้างสรรค์งานในองค์กรมีความกระตือรือร้นที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานสร้างผลการดำเนินงานให้ดีขึ้น แต่แตกต่างกับการศึกษาของ ยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2546) ที่พบว่า บุคลากรร้อยละ 41.50 แสดงความคิดเห็นว่านโยบายขององค์กรไม่ง่ายในการที่จะนำมาปฏิบัติ และร้อยละ 19.60 เห็นว่าคู่มือในการปฏิบัติงานยังมีความซับซ้อนที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง และจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นว่าสถาบันฯ มีข้อดีในด้านนโยบายและแผนงานเพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย มีกฎระเบียบ วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และมีการนำข้อมูลรายงานที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการบริหารความเสี่ยง ส่วนสิ่งที่ควรปรับปรุง คือ ด้านการสนับสนุนการทำงาน ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และโครงสร้างองค์กรในการดูแลความเสี่ยงของผู้ป่วย สอดคล้องกับการเฝ้าตรวจสอบจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) ซึ่งกล่าวว่า สถาบันฯ ควรทบทวนถึงโอกาสในการสร้างนโยบายต่างๆ ในด้านจิตเวชระดับประเทศให้ชัดเจน และควรพิจารณาใช้งบประมาณเพื่อพัฒนาองค์กรตลอดจนการปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เอื้อต่อสุขภาพได้มากขึ้น

3) ปัจจัยผู้บริหาร

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยผู้บริหารมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้บริหารสถาบันฯ มีความชัดเจนในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและมีความตั้งใจที่จะพัฒนาการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช โดยการแสดงให้เห็นบุคลากรเห็นว่าผู้นำให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และทีมบริหารมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาผลที่ได้สอดคล้องกับ จีริงกูร ฌฐรังสี (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของบรรยากาศองค์กรกับประสิทธิภาพงานสุขภาพจิต พบว่า พฤติกรรมผู้นำมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพงานสุขภาพจิตสูงสุด รองลงมา คือ นโยบายและการปฏิบัติ และสอดคล้องกับ สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ที่ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ พบว่า ในด้านผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.73 รับรู้ว่ามีอยู่ในระดับสูง มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่รับรู้ว่ามีระดับต่ำ ในด้านผู้นำระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.19 รับรู้ว่ามีในระดับสูงเมื่อเทียบกับ ร้อยละ 2.74 ที่รับรู้ว่ามีอยู่ในระดับต่ำ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2546) ซึ่งศึกษาบรรยากาศองค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองของบุคลากรโรงพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน พบว่า บุคลากร ร้อยละ 84.4 เห็นว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยกำหนดเป็นนโยบาย และมีการชี้แจงนโยบายส่งผลให้บุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.30 รับทราบนโยบายด้านความปลอดภัยผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันได้ง่าย และบุคลากรร้อยละ 66.60 เห็นว่าข้อเสนอแนะของตนเองได้รับการยอมรับและส่งเสริมจากหัวหน้าเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นว่าผู้บริหารสถาบันฯ ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรและกล้าตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และหัวหน้าหน่วยงานมีความใกล้ชิดเป็นกันเองกับผู้ใต้บังคับบัญชา ให้ความเห็นอกเห็นใจ และกล่าวชื่นชมบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้ดี ส่วนประเด็นที่ควรปรับปรุง คือ ผู้บริหารควรให้ความสนใจต่อรายงานอุบัติการณ์ต่างๆ ทั้งที่เกิดปัญหาและยังไม่เกิดปัญหากับผู้ป่วย ไม่ควรรอจนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ซึ่ง Ginsburg และคณะ (2007) เสนอว่า การสร้างให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องเริ่มต้นจาก 1) ผู้นำองค์กรมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย คือ การที่บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรมีการรับรู้ ผู้นำองค์กรให้ความสำคัญกับกิจกรรมในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยที่สะท้อนให้เห็นถึงการส่งเสริมกระบวนการจัดการด้านความปลอดภัย ได้แก่ การเปิดกว้างในแนวนโยบายในด้านความปลอดภัยผู้ป่วย การสนับสนุนในทรัพยากรในการปฏิบัติงาน การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร และส่งเสริมการอภิ

ปรายในเรื่องของความปลอดภัย การพิจารณาในระบบของการให้รางวัลในด้านการปฏิบัติกิจกรรมด้านความปลอดภัยเพื่อความสำเร็จในการพัฒนางานด้านความปลอดภัย และ 2) ผู้นำในระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย คือ การที่บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรมีการรับรู้ว่าคุณนำในระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานมีการสนทนาในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงความผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเปิดเผย การปรับปรุงความปลอดภัยผู้ป่วยร่วมกันภายในหน่วยงาน การกล่าวชมเชยและให้กำลังใจแก่บุคลากรที่ได้ปฏิบัติตามแนวทางในด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่ได้วางเอาไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่มองข้ามปัญหาในด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

4) ระดับการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลที่ได้สอดคล้องกับสะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์ (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติงานในด้านความปลอดภัยผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aiken และคณะ (2003) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของพยาบาลกับอัตราการตายของผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนของพยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโทขึ้นไปจะมีอัตราการตายของผู้ป่วยผ่าตัดและอัตราความล้มเหลวในการช่วยชีวิตอยู่ในระดับต่ำ โดยอวยพร สมใจ และคณะ(2548) กล่าวว่า การศึกษาเป็นปัจจัยหลักในการทำให้บุคคลมีความรู้ความสามารถมีการพัฒนาสมรรถนะสำหรับการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ความรู้ความสามารถยังเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ตนเองและองค์กรเจริญก้าวหน้าและสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี โดยคุณลักษณะผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ โดยการพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่องและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ดังนั้น บุคลากรจึงต้องมีความกระตือรือร้นในการหาความรู้เพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอตลอดเวลา (ชูศรี มโนการ และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี 2550)

สรุป ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า เป็นปัจจัยภายนอก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร และเป็นปัจจัยภายใน 1 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษา แสดงให้เห็นว่าปัจจัยภายนอกมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามากกว่าปัจจัยภายใน

2.3.2 ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า อายุ เพศ ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษา ระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ การศึกษาต่อเนื่องด้านจิตเวช การได้รับการอบรม ภาวะสุขภาพทั่วไป ปัจจัยระบบการทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้มีการนำแนวทางของการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA มาใช้ตั้งแต่ปี 2543 บุคลากรสถาบันฯ ทั้งหมดจึงเข้าสู่กระบวนการของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปพร้อมๆ กัน ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพนั้นอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการเชื่อมโยงระบบคุณภาพต่างๆ ทั้งหมด บุคลากรจึงปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยมีการเรียนรู้ปรับปรุงคุณภาพงานและมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นแม้ว่าบุคลากรสถาบันฯ จะมีความแตกต่างกันในด้านปัจจัยส่วนบุคคลไม่ว่าจะเป็นอายุ เพศ ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษา ระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ การศึกษาต่อเนื่อง การอบรม และภาวะสุขภาพ จึงอาจไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพราะว่าทุกคนมีระยะเวลาที่เริ่มต้นเรียนรู้เกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยพร้อมกัน

1) อายุ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า อายุไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งน่าจะมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.59 ปี และมากกว่าร้อยละ 80 มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่มีความคิดรอบคอบสามารถมองปัญหาได้ชัดเจนขึ้น และมีความชำนาญในงานที่ทำงานเป็นอย่างดี (อวยพร สมใจ และคณะ 2548) ผลที่ได้สอดคล้องกับ อัจฉรา อูไรเลิศ (2551) ที่ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า บุคลากรที่มีอายุแตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลในการพัฒนาคุณภาพไม่แตกต่างกัน

2) เพศ

ผลการศึกษา พบว่า เพศไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่หล่อหลอมมาจากสมาชิกในองค์กรทุกคน เป็นแบบแผนหรือมาตรฐานในการประพฤติปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะร่วมกันของคนในองค์กร และใช้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของคนในองค์กร (กรวิทย์ ดันศรี 2549) โดยในการให้บริการสุขภาพ บุคลากรทั้งชายและหญิงต่างเป็นสมาชิกองค์กรและทำงานร่วมกันในองค์กรเพื่อผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

3) ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่จบการศึกษาไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากในระบบบริการสุขภาพนั้นมีการควบคุมมาตรฐานของบุคลากรโดยองค์วิชาชีพซึ่งมีบทบาทในการกำกับมาตรฐานของการศึกษา และควบคุมทั้งด้านมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ (อนุวัฒน์ 2546) ทำให้บุคลากรสาธารณสุขไม่ว่ามีระยะเวลาการทำงานน้อยหรือมากต่างก็มีมาตรฐานในการทำงานไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ทางสถาบันได้มีการจัดทำตัวชี้วัดระดับบุคคลเพื่อเป็นเครื่องมือให้บุคลากรมีศักยภาพในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สถาบันฯ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2551) ทำให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเองและสามารถปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ผลที่ได้สอดคล้องกับ สุรศรีเดชเกษม (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานการบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาล พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ ($r = .232$) กับสมรรถนะการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

4) ระยะเวลาการทำงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาการทำงานในสถาบันฯ ไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย อาจเนื่องมาจากบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.1 มีระยะเวลาการทำงาน 3 ปีขึ้นไป และร้อยละ 72.6 ทำงานเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ซึ่ง Benner (1982) (อ้างถึงใน ธรรมศักดิ์ ศรีสงคราม 2553) กล่าวว่า ผู้ที่ทำงานมานาน 3-5 ปี เป็นระดับที่มีความสามารถมากขึ้นมองสถานการณ์ต่างๆ ในลักษณะองค์รวม ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีสามารถวางแผนการที่รองรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องได้ หรือกระทำการเพื่อแก้ปัญหา มากกว่ารอให้เหตุการณ์เกิดขึ้นก่อน และสถาบันฯ ยังได้มีการจัดทำคลังความรู้และมีคู่มือแนวทางปฏิบัติงานที่ได้จากกระบวนการพัฒนาคุณภาพในหลายปีที่ผ่านมา (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2553) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานใหม่ในสถาบันฯ สามารถปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์ ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับ อัจฉราอุไรเลิศ (2551) ที่ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า บุคลากรที่มีระยะเวลาในการทำงานที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการพัฒนาคุณภาพไม่แตกต่างกัน

5) การศึกษาต่อเนื่องด้านจิตเวช

ผลการศึกษา พบว่า การศึกษาต่อเนื่องด้านจิตเวชไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีระบบการพัฒนาบุคลากรของสถาบันฯ ให้มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีการปฐมนิเทศฝึกอบรมบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ และในการประเมินผลการปฏิบัติงานยังมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคลเพื่อให้

บุคลากรสามารถพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะทั้งจากการฝึกอบรมในห้องเรียนและเครื่องมืออื่นที่ไม่ใช่การฝึกอบรมในห้องเรียน เช่น การเรียนรู้หน้างาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง การสอนงาน จากหัวหน้า และการหมุนเวียนงาน (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2552) จึงทำให้บุคลากรที่ไม่ได้ศึกษาต่อเนื่องทางด้านจิตเวชมีความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้ใกล้เคียงกับผู้ที่ได้รับการศึกษาต่อเนื่องด้านจิตเวช

6) การได้รับการอบรม

ผลการศึกษา พบว่า การได้รับการอบรมไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ด้วยวิธีที่หลากหลายเพื่อให้บุคลากรสามารถพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน โดยมีเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของบุคลากร 19 เครื่องมือ ซึ่งการฝึกอบรมเป็นเพียง 1 ในเครื่องมือดังกล่าว ส่วนเครื่องมืออื่นๆ อาทิเช่น การสอนงาน การฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน โปรแกรมพี่เลี้ยง การมอบหมายโครงการ การหมุนเวียนงาน การดูงานนอกสถานที่ การฝึกงานกับผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นต้น โดยการฝึกอบรมในห้องเรียนเป็นเครื่องมือที่ทำให้ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ระยะสั้นในขณะที่เครื่องมือพัฒนาอื่นที่ไม่ใช่การฝึกอบรมในห้องเรียนสามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ระยะยาว (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2552)

7) ภาวะสุขภาพทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะสุขภาพของบุคลากรในสถาบันฯ ไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจาก บุคลากรสถาบันฯ ส่วนมากมีภาวะสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 84.58 โดยบุคลากรสถาบันฯ เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองและสถาบันฯ มีนโยบายตรวจสุขภาพประจำปีให้กับบุคลากรทุกคน

8) ปัจจัยระบบการทำงาน

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยระบบการทำงานไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากสถาบันฯ มีการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กรตามแนวทางของการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้ตัวชี้วัดผลงานและตัวชี้วัดการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ทำให้ปัจจัยระบบการทำงานมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทุกหน่วยงานและทุกระบบงาน สอดคล้องกับผลการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) ที่กล่าวถึงระบบงานของสถาบันฯ ว่ามีความก้าวหน้าในการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเริ่มแสดงให้เห็นแนวโน้มผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระบบมีความเข้มแข็งขึ้นเกือบทุกระบบและนำลงสู่การปฏิบัติได้ดีเป็นรูปธรรมในระดับที่ค่อนข้างดีเหมาะสมกับบริบท

9) ปัจจัยสภาพแวดล้อม

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามังคลายามีปัจจัยสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับพอใช้ อาจเนื่องมาจากสถาบันฯ อยู่ระหว่างการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร รวมถึงการติดตามประเมินประสิทธิภาพของการจัดการเครื่องมือแพทย์ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2553) ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ กัมปนาท บุญทอง (2547) ที่พบว่า การบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของหัวหน้างานของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนครอยู่ในระดับปานกลาง

10) ปัจจัยผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยผู้ป่วยไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามังคลายามีระบบการดูแลและโปรแกรมการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (นพดล วาณิชชิต 2548) ใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษาและป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย และสถาบันฯ เป็นองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยผู้ป่วยด้านลักษณะความซับซ้อนของโรคและความยากในการรักษาพยาบาลจึงไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัย ของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามังคลายามีอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า องค์ประกอบของวัฒนธรรมอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านวัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง และวัฒนธรรมความเป็นธรรม ยกเว้นด้านวัฒนธรรมความยืดหยุ่นที่อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยทีมงาน ปัจจัยองค์กร ปัจจัยผู้บริหาร และ ระดับการศึกษา ดังนั้น เพื่อให้มีการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

3.1.1 สถาบันฯ ควรพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านวัฒนธรรมความยืดหยุ่นโดยพัฒนาระบบการประสานงานเพื่อให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3.1.2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรเพิ่มบทบาทในการสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือบุคลากรและหน่วยงานเมื่อเกิดปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.1.3 สถาบันฯ ควรสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานในด้านทรัพยากร อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ รวมถึงการให้ความรู้ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.1.4 สถาบันฯ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการจัดการด้านความปลอดภัย รวมถึงการพิจารณาระบบการให้รางวัลในด้านการปฏิบัติกิจกรรมด้านความปลอดภัย

3.1.5 ผู้บริหารควรให้ความสนใจในรายงานอุบัติการณ์ต่างๆ ทั้งรายงานเหตุไม่พึงประสงค์และรายงานเหตุเกือบพลาดที่ยังไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย รวมถึงการนำรายงานนั้นมาใช้ประโยชน์ในการสะท้อนประสิทธิผลของระบบงานที่เกี่ยวข้อง และนำไปดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็น

3.1.6 สถาบันฯ ควรมีการปรับปรุงระบบการทำงานของบุคลากรโดยจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และจัดทำระเบียบข้อกำหนดในการส่งต่อผู้ป่วยให้ชัดเจน

3.1.7 สถาบันฯ ควรพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงานให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างสะดวกสบาย ไม่มีการรบกวนการทำงานจากสิ่งต่างๆ รวมถึงควรมีการตรวจตราดูแลโครงสร้างอาคารและสถานที่ทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย

3.1.8 สถาบันฯ ควรส่งเสริมกระบวนการหรือกิจกรรมในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อชักจูงให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการบำบัดรักษาซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเนื่องจากวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่วัดประเมินได้ยาก ควรมีการเก็บข้อมูลจากหลากหลายวิธีการผสมผสานกันทั้งการสัมภาษณ์ การสังเกต และการประเมินจากเอกสาร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.2.2 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรเปรียบเทียบผลของปัจจัยในบุคลากรหลายกลุ่มที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มงานด้านการรักษาผู้ป่วย และกลุ่มงานด้านสนับสนุนการรักษา เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เหมาะสม

3.2.3 ควรศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการรักษาผู้ป่วย เช่น อัตราการติดเชื้อ อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น