

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ทุกประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเน้นการสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ (Third report of committee A: A55/52 2002) และจากการประชุมองค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 2002 ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด โดยมีสาระสำคัญที่มุ่งให้ทุกประเทศให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้จัดทำและส่งเสริมระบบที่อ้างอิงความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นต่อการเพิ่มความปลอดภัยต่อผู้ป่วย มีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการรวมถึงระบบเฝ้าระวังการใช้ยา เครื่องมือ และอุปกรณ์การแพทย์ และกระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546) จากการที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่านโยบายดังกล่าว ประเทศสมาชิกทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยได้พัฒนาด้านบุคลากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีความเชี่ยวชาญในทุกสาขา การพัฒนาด้านยาและเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น มีการนำนโยบายการบริหารความปลอดภัย มาใช้พัฒนาคุณภาพระบบบริการ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย เช่น การนำระบบมาตรฐานสากล (ISO) หรือ ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มาใช้ เป็นต้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ 2546)

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสำหรับประเทศไทยได้เริ่มตั้งแต่ เมื่อ พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา โดยเริ่มจากการพัฒนาระบบการบริหารจัดการในโรงพยาบาลชุมชน แต่ยังไม่ได้นับถึงการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยได้นำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (hospital accreditation) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก ใช้เป็นครั้งแรกในโรงพยาบาล 35 แห่ง เมื่อ พ.ศ. 2540 ซึ่งนำระบบบริหารความเสี่ยง (Risk management) มาใช้ในกระบวนการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการดูแลรักษาพยาบาล โดยโรงพยาบาลหลายแห่งได้พัฒนาให้ครอบคลุมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และส่งเสริมให้ผู้บริหารเกิด

ความตื่นตัวเกี่ยวกับความเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพรวมทั้งความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ (เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ เรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2541)

ต่อมา พ.ศ. 2546 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้กระตุ้นให้โรงพยาบาลต่าง ๆ มีความตื่นตัว โดยนำแนวคิดเรื่องการบริหารความปลอดภัยเข้ามาใช้ในระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรทีมสุขภาพเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนวิธีคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ซึ่งจากเดิมที่ใช้การบริหารความเสี่ยงเปลี่ยนเป็นการเชื่อมโยงรวมไปถึงการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้พ้นจากบรรยากาศของการกล่าวโทษหรือหาตัวผู้กระทำผิดมาสู่การยอมรับความจริง พร้อมทั้งค้นหาสาเหตุรากเหง้าของปัญหาและนำนวัตกรรมต่าง ๆ มาใช้อย่างเหมาะสม ทำให้โรงพยาบาลปรับเปลี่ยนจากการตั้งรับแก้ไขเหตุการณ์มาสู่การสำรวจ แก้ไข และวางมาตรการป้องกันเชิงรุกมากขึ้น (อนุวัฒน์ สุภชุติกุล 2553) ดังนั้นการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงพัฒนามาจากการบริหารความเสี่ยง โดยการบริหารความเสี่ยงเริ่มต้นในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมุ่งเน้นที่จะลดความเสียหายและภาระรับผิดชอบทางการเงิน แต่การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกระบวนการจัดการเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้บริหารองค์กรและบุคลากรทีมสุขภาพทุกระดับ โดยมีการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความผิดพลาด วิเคราะห์และจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ แต่อย่างไรก็ตามแม้จะมีการนำการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ถึง 6 ปีที่ผ่านมาแล้วก็ตาม แต่ก็พบว่ายังเกิดปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการดูแลรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยขึ้นอีก (อนุวัฒน์ สุภชุติกุล 2553)

ประเด็นปัญหาประการแรกของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัยเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา ดังเช่น จากการศึกษาของเบรนนันและคณะ (Brennan et al. 1991) ในประเทศอังกฤษ พบว่า เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วยอัตราร้อยละ 4-17 ทำให้ผู้ป่วยเกิดทุพพลภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว และมีรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกา ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากความผิดพลาดในการดูแลรักษาของโรงพยาบาล ประมาณ 44,000 คน ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายกว่า 37,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และกว่าร้อยละ 60 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดจากความผิดพลาดของระบบที่สามารถป้องกันได้ (Report of the Quality Interagency Coordination Task Force To the President 2000) ผลการศึกษาของ รอส เบคเกอร์ และคณะ (G.Ross Baker et al., 2004) พบว่า มีอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยที่เกิดจากการผิดพลาดขณะปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ การตกเตียง การให้ยาผิดพลาด และการผ่าตัดที่ไม่

เหมาะสมที่ส่งผลกระทบต่ออัตราตายและอัตรายของผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 7.5 กล่าวคือ มีผู้ป่วยประมาณ 2.5 ล้านคนต่อปีที่ประสบปัญหาดังกล่าว และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยประมาณ 7 หมื่นคนที่ประสบปัญหาจากความผิดพลาดของการพยาบาลที่สามารถป้องกันได้

ประเด็นปัญหาประการที่สองของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ บุคลากรทีมสุขภาพขาดความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ รวมไปถึงการประกอบวิชาชีพที่ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้มีการฟ้องร้องโรงพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ปัญหาการฟ้องร้องทางการแพทย์ในประเทศไทย เริ่มมีมากขึ้นเมื่อปี 2541 หลังการประกาศสิทธิผู้ป่วย และมีการเลียนแบบการฟ้องร้องของผู้ป่วยอื่น ทำให้การฟ้องร้องเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากเดือนละ 1 ราย มาเป็นวันละ 1 รายในปัจจุบัน และเดิพบว่าโรงพยาบาลเอกชนถูกฟ้องมาก แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนและรัฐบาลถูกฟ้องเท่า ๆ กัน และผู้ป่วยเปลี่ยนจากการฟ้องร้องแพทย์ เป็นการฟ้องร้องกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น เพราะเมื่อมีการฟ้องร้องแพทย์ แพทย์ได้นำผู้เชี่ยวชาญมาต่อสู้ในแง่ของการรักษาได้ตามมาตรฐาน แต่หากฟ้องร้องกระทรวงสาธารณสุขจะไม่มีใครเข้ามาช่วยเหลือได้ เพราะไม่ใช่ฟ้องร้องคน และพบว่า แพทย์ที่ถูกฟ้องร้องมากที่สุด คือ ศัลยแพทย์ แพทย์สูตินรีเวช และอายุรแพทย์

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทยได้มีการร้องเรียนกล่าวโทษมายังสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2544 จำนวน 44 เรื่อง โดยร้อยละ 55 เป็นการประกอบวิชาชีพการพยาบาลไม่ได้มาตรฐาน การละเลย และการปฏิเสธการให้บริการ ร้อยละ 18 เป็นการประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่ผิดกฎหมาย การปฏิบัติหน้าที่ที่รุกรานวิชาชีพเวชกรรมซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายทางร่างกาย กระแทกกระเทือนด้านจิตใจหรือเสียชีวิต (วิณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ 2550) สาเหตุของการถูกฟ้องร้องซึ่งเกิดจากพยาบาลโดยตรงที่สำคัญมี 3 ประการ คือ 1) มีความรู้เรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพพยาบาลไม่เพียงพอ 2) ไม่ปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณทางการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และ 3) ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลคือกระทำการพยาบาลหรือจัดบริการพยาบาลที่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ 2552)

ประเด็นปัญหาประการที่สาม คือ องค์กรหรือโรงพยาบาลมีการจัดการะงานที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย จากการศึกษาวรรณกรรมต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การศึกษาของ รามานูเจมและคณะ (Ramanujam et al. 2008) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตระหนักของพยาบาลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่า ความตระหนักของพยาบาลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลงเมื่อพยาบาลมีภาระงานมาก

ขึ้น นั่นคือ ภาระงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และการศึกษาของ อัลเฟรดส์ดอตเตและบียอนดอตเต (Alfredsdottir and Bjorndottir 2008) เรื่อง การพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด พบว่า ภาระงานที่ไม่สมดุลเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นผลจากการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดความผิดพลาด บุคลากรที่มีสุขภาพขาดความรู้และความตระหนัก ประมาท เลินเล่อ หรือ ปฏิบัติงาน ไม่ได้มาตรฐาน และองค์กรหรือโรงพยาบาลมีการจัดการที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการ สูญเสียของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดการฟ้องร้อง โรงพยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพ ข่ม ส่งผลกระทบต่อบุคลากรที่มีสุขภาพและองค์กรหรือโรงพยาบาล บุคลากรเสียขวัญกำลังใจ และ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน บางรายถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ องค์กรหรือ โรงพยาบาลต้องสูญเสียชื่อเสียง สูญเสียผู้ให้บริการ และต้องจ่ายค่าเสียหาย (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548; วิณา จิระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ 2550; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ 2549)

จากความเสียหายและผลกระทบจากอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา พยาบาลที่กล่าวมา กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศนโยบายการ ดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ปี 2550 - 2551 เพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้กับสถานบริการ สุขภาพ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้นับว่ายังเป็นเรื่องใหม่การศึกษา เกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยยังมีน้อยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการณ์ในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ระบบบริหารความเสี่ยงเป็นระบบที่ดูแลด้านความ ปลอดภัยของผู้ป่วย (อนุวัฒน์ ศุภชุตikul 2543) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ และ โรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิที่ยังใช้การบริหารความเสี่ยง มากกว่าการบริหารความปลอดภัย

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ เป็นสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ต้องรับผิดชอบการจัดการสาธารณสุขทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การนำระบบบริหารความปลอดภัย มาใช้ มีเพียงโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งเท่านั้นที่นำมาใช้ในการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ ปลอดภัย ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดชัยภูมิ และยังถือว่าการบริหารความ ปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องใหม่ โรงพยาบาลส่วนใหญ่นำระบบการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการ เฝ้าระวังอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังเชิงรับ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการ ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่สนับสนุน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการ

บริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยและแนวทางที่เสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
ชุมชน จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัย
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างไร
3. แนวทางที่เสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างไร

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ
- 2.3 เพื่อศึกษาแนวทางที่เสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาล
ชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้
ได้แก่ แนวคิดการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ แนวคิดปัจจัยสนับสนุน
การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวคิดปัจจัยอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของ
ผู้ป่วย ดังนี้

3.1 แนวคิดการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการทางสุขภาพ โดย
ใช้แนวคิดขององค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับชาติ ประเทศอังกฤษ (National Patient
Safety Agency 2004) เนื่องจากเป็นขั้นตอนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เป็นสากล

นานาชาติให้การยอมรับ และเป็นขั้นตอนที่สามารถนำมาบูรณาการการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ได้ตามแนวคิดนี้ การบริหารความปลอดภัย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย 2) มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร 3) บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง 4) สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ 5) สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม 6) เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย และ 7) ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย

3.2 แนวคิดปัจจัยสนับสนุนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา (The joint commission on accreditation of healthcare organization: JCAHO 2004) ร่วมกับการศึกษาของบุญส่ง ประกอบนอก (2549) ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สนับสนุนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การเรียนรู้ระหว่างการทำงานหรือการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัย และ 2) การตั้งใจ

3.3 แนวคิดปัจจัยอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาระงานทางการแพทย์และความปลอดภัยของผู้ป่วยของคารายอน และคณะ (Carayon. et al. 2006) กับแนวคิดของ วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) โดยกล่าวว่า ปัจจัยอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในบุคคล แบ่งเป็น ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ และปัจจัยด้านผู้ป่วย และ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบปฏิบัติการ การดูแล ส่วนแนวคิดของคารายอนและคณะ (Carayon. et al. 2006) กล่าวว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วยปัจจัยในคน ได้แก่ ขาดสมรรถนะและประสบการณ์ ปัจจัยด้านระบบองค์กร เช่น ปัญหาของเครื่องมือแพทย์เสื่อมสภาพและไม่เพียงพอ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาล และภาระงานทางการแพทย์ที่มากเกินไปเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.4 แนวทางการเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ใช้แนวคิดของ วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ร่วมกับแนวคิดของ สมศักดิ์ โล่ห์เลขา (2548) ซึ่งแนวทางการเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสม รวมไปถึงมีการสื่อสารที่ดี ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งแรก ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างสุภาพและเห็นอกเห็นใจ รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย เคารพในศักดิ์ศรี สิทธิ และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา อธิบายข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ฟังแล้วเข้าใจมีความจริงใจ ไม่หลอกลวง ไม่มีอคติ รู้ขีดความสามารถของตนเอง ส่งต่อเมื่อจำเป็น และทางโรงพยาบาลต้องมีทีมที่พร้อมจะเข้าไปช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเริ่มไม่พอใจ หรือมีปัญหาขึ้น ก่อนที่ปัญหาจะมากขึ้น (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา 2548)

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 533 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลชุมชน 1 ปีขึ้นไป โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และ คำนวณขนาดของตัวอย่างด้วยสูตรของทาโรยามาน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 229 คน

4.2 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ 1) การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย 3) ปัจจัยอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย และ 4) แนวทางการเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ หมายถึง ขั้นตอนการป้องกันความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานของผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชน และบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการค้นหาความผิดพลาด และจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความผิดพลาด สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามการบริหารความปลอดภัยของหน่วยงานด้านความปลอดภัย ระดับชาติ (National Patient Safety Agency 2004) ของประเทศ อังกฤษ แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

5.1.1 *สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (build a safety culture)* หมายถึง การที่ผู้บริหาร และบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนมีความรู้และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดพลาด โดยมีการระบุนुकความผิดพลาด มีการเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้วปรับปรุงแก้ไขให้เป็นสิ่งที่ถูกต้องปลอดภัยอย่างเปิดเผยเป็นธรรมเนียมและเป็นระบบ รวมทั้งให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย

5.1.2 *มีผู้นำและการสนับสนุนบุคลากร (lead and support your staff)* หมายถึง การที่ผู้บริหารทุกระดับของโรงพยาบาลมีความยึดมั่นต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและ ใจบุคลากรในโรงพยาบาลให้เห็นความสำคัญของการเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย รับฟัง

และช่วยเหลือนุเคราะห์เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นรวมทั้งแสดงความกระตือรือร้นต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

5.1.3 บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง (*integrate your risk management activity*) หมายถึง การที่โรงพยาบาลชุมชนมีการประเมินวิเคราะห์ และจัดการความเสี่ยงหรือโอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ทุกประเภทและอุบัติการณ์ทุกระดับในองค์กร รวมทั้งมีการรวบรวมผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยงทุกระดับปฏิบัติการ

5.1.4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ (*promote reporting*) หมายถึง การที่โรงพยาบาลชุมชนส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์อย่างเป็นระบบชัดเจน และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ รวมทั้งมีการเชื่อมโยงกับการรายงานในระดับชาติ

5.1.5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม (*involve and communicate with patients and the public*) หมายถึง การที่โรงพยาบาลชุมชนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการที่ปลอดภัยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและส่งเสริมการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างเปิดเผย และเป็นระบบการสื่อสารแบบสองทางเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น

5.1.6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย (*learn and share safety lessons*) หมายถึง การที่โรงพยาบาลชุมชนส่งเสริมให้มีการใช้การค้นหาค่าเหตุรากเหง้า (*root cause analysis*) ในการวิเคราะห์ความเสี่ยง และให้บุคลากรมีการเรียนรู้การใช้การค้นหาค่าเหตุรากเหง้า

5.1.7 ลงมือแก้ไขปัญหามาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย (*implement solutions to prevent harm*) หมายถึง การที่โรงพยาบาลชุมชนมีวิธีแก้ไขความเสี่ยงที่แท้จริงได้ คัดค้านและใช้วิธีการแก้ไขความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาล

5.2 ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง สิ่งส่งเสริมการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลเหล่านี้ได้จากการสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนากลุ่ม ได้แก่ การเรียนรู้ระหว่างการทำงานหรือการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัย และการจูงใจ

5.3 ปัจจัยอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง สิ่งขัดขวางหรือบั่นทอนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลเหล่านี้ได้จากการสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนากลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในบุคคล แบ่งเป็น (1) ปัจจัยด้านบุคลิกภาพทางสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดด้านความรู้ ขาดประสบการณ์ในงานที่ทำ ความเครียด ความง่วง ความเหนื่อยและอ่อนล้า การไม่ตระหนักในบทบาทการเป็นผู้แทนผู้ป่วย (2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยระยะวิกฤติ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย วัยของผู้ป่วย และทารกที่คลอดก่อน

กำหนด และ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบปฏิบัติการการดูแล เช่น อัตรากำลังแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอ การจัดบริการที่ปฏิบัติตามหน้าที่หรือเป็นทีม รูปแบบการจัดบริการแบบใช้บุคลากรที่มีทักษะต่างกัน การไม่มีระบบที่ปรึกษา การปฏิบัติงานหนึ่งอย่างที่ทำโดยคนหลายคน และแนวคิดภาระงานทางการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยของ คารายอนและคณะ (Carayon et al. 2006)

5.4 แนวทางการเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ขั้นตอนที่จะช่วยให้เกิดความปลอดภัยในการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ สามารถประเมินได้จากการสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนาที่ใช้แนวคิดของ วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ได้แก่ การออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสม เช่น การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเพิ่มความสะดวกให้กับพยาบาลในการปฏิบัติงาน การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายกับผู้ป่วย ระบบสาธารณสุขปโภค และอุปกรณ์การแพทย์ที่ปลอดภัย

5.5 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่า ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติหน้าที่ในการให้การพยาบาลแก่ผู้มารับบริการด้านสุขภาพตามวุฒิการศึกษาดังกล่าวในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ โดยมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ในแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกห้องคลอด แผนกห้องผ่าตัด กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

5.6 โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ ที่มีขนาด 30 - 90 เตียง ซึ่งเป็นสถานประกอบการโรคศิลปะตามกฎหมาย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่น ๆ และเครื่องมือเกี่ยวกับการแพทย์ สามารถวินิจฉัยโรคและรักษาโรคให้แก่ผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน รวมถึงการเป็นศูนย์การฝึกอบรมและวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนและระบบสาธารณสุข มีจำนวน 14 แห่ง

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัจจัยที่สนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย สำหรับการพัฒนาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

6.2 ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ต่อไป

6.3 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาและทำวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป