

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางที่เสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี จากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.1 ความเป็นมาของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.2 ความหมายของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.3 ความสำคัญของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.4 เป้าหมายของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.5 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.6 ขั้นตอนของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 1.7 แนวทางการเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความปลอดภัย
 - 2.1 ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 2.2 ปัจจัยอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ
 - 3.1 ขนาดและโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชน
 - 3.2 ขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน
 - 3.3 กลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน
 - 3.4 องค์การพยาบาล
 - 3.5 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน
 - 3.6 หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.1 ความเป็นมาของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย

การบริหารความปลอดภัยได้พัฒนามาจากการบริหารความเสี่ยง ซึ่งการบริหารความเสี่ยง (Risk management) เริ่มต้นในประเทศอเมริกาโดยมุ่งเน้นที่จะลดความเสียหาย และภาระรับผิดชอบทางการเงิน แต่ต่อมาได้พัฒนาให้ครอบคลุมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ และส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพเกิดความตื่นตัวในความเสี่ยง หรือความบกพร่องที่มีอยู่ รวมทั้งปลอดภัยจากการทำงาน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2541) จะเห็นว่า ความเสี่ยงและความปลอดภัยดูเหมือนจะเป็นสิ่งตรงกันข้าม แต่แท้ที่จริงแล้วเป็นสองด้านของเรื่องเดียวกัน เมื่อนำคำว่าความเสี่ยงมาใช้ทำให้บุคลากรพยายามมองหาโอกาสที่จะเกิดปัญหาต่าง ๆ และป้องกันการเกิดปัญหานั้น แต่เมื่อพูดถึงความปลอดภัยทำให้บุคลากรทางสุขภาพปรับจากการตั้งรับแก้ไขเหตุการณ์มาสู่การสำรวจ แก้ไข และวางมาตรการป้องกันเชิงรุกมากขึ้น อย่างไรก็ตาม คำว่า ความเสี่ยง ให้ความรู้สึกในเชิงชักชวนให้หลีกเลี่ยง อย่าทำ หรือทำให้น้อยที่สุด ในขณะที่ คำว่า ความปลอดภัย ให้ความรู้สึกในเชิงการบรรลุเป้าหมาย เมื่อเอาเป้าหมายเป็นตัวตั้ง ย่อมต้องพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น

แม้ว่าความเสี่ยงและความปลอดภัยจะเป็นเรื่องเดียวกัน แต่การนำแนวคิดเรื่องความปลอดภัยเข้ามาใช้ทำให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนวิธีคิด และวัฒนธรรมองค์กรที่จะต้องก้าวไปให้พ้นจากบรรยากาศของการกล่าวโทษ หรือหาตัวผู้กระทำผิด มาสู่การยอมรับความจริง การให้อภัย แต่ไม่หยุดที่จะสืบสาวให้ถึงรากของปัญหาที่ฝังอยู่ในระบบใหญ่ขององค์กร เป็นผลมาจากการตัดสินใจในระดับสูงด้วยข้อจำกัดรอบด้าน พร้อมทั้งนำนวัตกรรมต่าง ๆ มาใช้อย่างเหมาะสม ความเสี่ยงและความปลอดภัยเป็นจุดตั้งต้น เป็นการชี้เป้าหมาย เป็นการชักชวนให้คนที่เกี่ยวข้องมาร่วมมือกัน เป็นการพัฒนาที่ต้องมองอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงเป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับงานที่เราทำ และเป็นเครื่องกำกับที่ทำให้ไม่หลงทาง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546) พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจทั้งการบริหารความเสี่ยงและการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

1.2 ความหมายของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety management)

โรงพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัย ซึ่งต้องมีระบบการจัดการที่ครอบคลุม ประกอบด้วย การเฝ้าระวังกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อค้นหา ประเมิน และแก้ไขเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น และมีการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม



การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และส่งเสริมให้ผู้บริหาร โรงพยาบาลเกิดความตื่นตัวในการจัดการ ความเสี่ยงรวมทั้งความปลอดภัยจากการทำงาน ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ทุกคน รวมทั้งผู้บริหาร โรงพยาบาลที่จะต้องรับรู้ ตระหนัก และเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วย ทุกกระบวนการดูแล ซึ่งจากการค้นคว้าวรรณกรรมและ ตำราที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ศึกษาและให้ ความหมายของการบริหารความปลอดภัย (safety management) ไว้ใกล้เคียงกันดังนี้

The online medical dictionary (พจนานุกรมทางการแพทย์ออนไลน์ 1998) ได้ให้ คำนิยามของการบริหารความปลอดภัยไว้ว่า คือ การพัฒนาของระบบการป้องกันอุบัติเหตุ การ บาดเจ็บและอุบัติเหตุร้ายอื่น ๆ ในสถานบริการ โดยมีแนวคิดรวมถึงการป้องกัน หรือ การลดลงของเหตุการณ์ร้ายหรืออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร ผู้ป่วย หรือสถานบริการ เช่น การวางแผนเพื่อลดการบาดเจ็บจากการตกเตียง หรือการวางแผนเพื่อความปลอดภัยจากอัคคีภัยและ ส่งเสริมความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในสถานบริการ

รายงานสรุปสำหรับผู้บริหารและรายงานสรุปผลการศึกษาโครงการศึกษาสำรวจ จัดทำแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัยในการคมนาคมทางน้ำ (กรมการขนส่งทาง น้ำและพาณิชยนาวี กระทรวงคมนาคม 2550) กล่าวว่า การบริหารความปลอดภัย หมายถึง การ ทำงานภายใต้ระบบงานคุณภาพ ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การกำหนด ผู้รับผิดชอบ การทราบปัญหาและสถานภาพ การวางแผน การควบคุม การประเมินผล ทั้งนี้เพื่อนำ ข้อบกพร่องและความต้องการที่พบเพิ่มเติมไปปรับปรุงแก้ไขในวงรอบการทำงานถัดไป

วีณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550) กล่าวว่า การบริหารความ ปลอดภัย คือ กระบวนการจัดการที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาด และการสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อ ป้องกันการเกิดความผิดพลาด (protective barriers) จากการค้นหา จำแนก และจัดการความเสี่ยง ต่อความไม่ปลอดภัยโดยนำสิ่งที่เรารู้มาใช้ในการออกแบบอีกครั้ง (redesign) เพื่อให้เกิดระบบ บริการที่ปลอดภัยมากขึ้น ไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำ

สมพร เจริญญาณเมธา (2548) กล่าวว่า การจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จะต้องมียุทธศาสตร์งานอุบัติการณ์และการรายงานเหตุการณ์ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การ ป้องกันความผิดพลาดจากการดูแลรักษา ซึ่งมี 2 วิธี คือ การตอบสนองและการเรียนรู้จากเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแล้ว และวิธีการวิเคราะห์ความบกพร่อง ผลกระทบและการป้องกันก่อนที่ จะเกิดความเสียหายกับผู้ป่วย ซึ่งทั้งสองวิธีต่างก็มุ่งเน้นการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาที่มา จากระบบและกระบวนการทำงาน เพื่อนำข้อบกพร่องเหล่านั้น ไปดำเนินการปรับปรุงระบบ และ กระบวนการทำงานใหม่ ที่ทำให้ผู้ปฏิบัติทำผิดพลาดได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ ปลอดภัยเพิ่มขึ้น



องค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับชาติ ประเทศอังกฤษ (National Patient Safety Agency 2004) ได้ให้คำนิยามของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่า หมายถึง วิธีการป้องกันความผิดพลาดของผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีการค้นหาความผิดพลาดและจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความผิดพลาด

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการจัดการเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้บริหารองค์กรและบุคลากรในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยมีการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความผิดพลาด วิเคราะห์ และจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

1.3 ความสำคัญของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย

การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย พัฒนามาจากการบริหารความเสี่ยง โดยเมื่อปี 2549 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้นำเสนอ patient safety goals เพื่อชักชวนให้โรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพได้ตระหนักถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จนถึงเมื่อปี พ.ศ. 2551 ได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของ patient safety goals ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกเรียกว่า SIMPLE ย่อมาจาก safety surgery, infection control, medication and blood safety, patient care process, line/tube/catheter, emergency และได้เพิ่ม tackling antimicrobial resistance ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (อนุวัฒน์ สุขชุติกุล 2553)

1.4 เป้าหมายของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย

เป้าหมายของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ กระบวนการจัดการที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาดและสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดด้วยการค้นหาจำแนกและการจัดการความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในระบบบริการ โดยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการออกแบบอีกครั้ง การสร้างความตระหนัก การยอมรับ และการนำไปปฏิบัติในงานประจำของบุคลากรทุกระดับในองค์กรอย่างสม่ำเสมอ และอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดระบบบริการทางสุขภาพที่ปลอดภัยมากขึ้น ไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ และสามารถตอบสนองเป้าหมาย 4 ประการ คือ

1. ลดค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียจากการเกิดอุบัติการณ์ และอุบัติเหตุทั้งในทางตรงและทางอ้อม
2. บรรลุความรับผิดชอบทางกฎหมายต่อการจัดการความปลอดภัย
3. เพิ่มผลผลิตของการจัดบริการต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

4. สร้างจุดขายของการมีมาตรฐานขององค์กรด้านความปลอดภัย

1.5 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ

การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการ ประกอบด้วย 2 แนวคิดสำคัญ คือ (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550)

1.5.1 แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล (person approach on the error) แนวคิดนี้เชื่อว่าการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์มีสาเหตุเริ่มต้นจากความบกพร่องด้านความรู้สึนึกคิด (mental process) ดังนั้นเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นบุคคลต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ผู้ใช้แนวคิดนี้จึงมุ่งที่การควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยการกำหนดเกณฑ์ระเบียบ การควบคุมกำกับและมาตรการลงโทษ ทำให้ผู้ทำผิดพลาดเกิดความกลัวต่อผลที่จะตามมา และไม่รายงานอุบัติการณ์

1.5.2 แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (system approach to error) ใช้หลักฐานที่ว่ามนุษย์ผิดพลาดได้แม้ว่าจะอยู่ในองค์กรที่มีการจัดการที่ดีที่สุด แนวคิดนี้มองว่าความผิดพลาดของมนุษย์มีสาเหตุหลักจากปัญหาของระบบองค์กร มาตรการบริหารความปลอดภัยจึงมีจุดรวมของความคิดอยู่ที่การสร้างระบบป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ลดโอกาสของการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ไม่ใช่การมุ่งลงโทษ และ ค้นหาผู้กระทำผิด

1.6 ขั้นตอนของการบริหารความปลอดภัย

องค์กรความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ (National Patient Safety Agency 2004) แห่งประเทศไต้หวันได้กล่าวว่า ความสำเร็จของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการทางสุขภาพขององค์กรต้องอาศัยการบูรณาการหลักการบริหารแบบธรรมาภิบาลการจัดการความเสี่ยง และการประกันความปลอดภัยโดยมีองค์ประกอบของวิธีการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ
- 2) มีผู้นำและการสนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
- 3) บูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง
- 4) สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์
- 5) สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย
- 6) แลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนความปลอดภัย และ
- 7) นำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย รายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง การที่บุคลากรภายในองค์กรมีภาระหนักและการเฝ้าระวัง อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มว่าอาจเกิดความผิดพลาด โดยทั้งบุคลากรและองค์กรสามารถระบุความผิดพลาดเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้เกิดสิ่งที่ถูกต้อง

ขั้นตอนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยมี 7 ประการ

1. ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เปิดเผยและเป็นธรรมในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุการณ์โดยจัดทำช่องทางที่ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุการณ์มีอิสระในการพูดเปิดเผยสิ่งที่เกิดขึ้นกับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา สร้างบรรยากาศการรายงาน โดยไม่ตอบสนองด้วยการตำหนิอย่างรุนแรงหรือมุ่งเน้นการลงโทษทัณฑ์แต่ใช้วิธีการรับฟังอย่างเป็นกัลยาณมิตรร่วมกันศึกษาปัญหาและแก้ไขป้องกันการเกิดซ้ำ ใช้รูปแบบการดำเนินการที่เป็นธรรมกับบุคลากรเมื่อมีอุบัติเหตุการณ์เกิดขึ้น ทั้งนี้หากพบว่า เป็นอุบัติเหตุการณ์ของการละเมิดผู้เกี่ยวข้องยังคงต้องรับผิดชอบต่อการกระทำที่เกิดขึ้นดำเนินการให้แน่ใจว่าองค์กรได้เรียนรู้บทเรียนที่เกิดขึ้น

2. แสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญในระดับต้น ๆ และผลักดันให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีมโดยผู้บริหารองค์กรมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจกับบุคลากรและเสริมสร้างการสื่อสารสองทางภายในทีมสุขภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรระบบการจัดการความผิดพลาดและอุบัติเหตุการณ์ประโยชน์ของการรายงานอุบัติเหตุการณ์ตลอดจนการจัดทำสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดการดำเนินงานที่ปลอดภัย

3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมรับผิดชอบในกระบวนการดูแลที่ปลอดภัย

4. ผสานกระบวนการจัดการความเสี่ยงและประเมินองค์กรในเรื่องความเสี่ยงต่อความผิดพลาดและอุบัติเหตุการณ์ทั้งทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอโดยประเมินให้ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านคลินิก หัตถการ กระบวนการและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

5. การรายงานอุบัติเหตุการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วยและชี้แจงแนวโน้มของความเสี่ยงตลอดจนให้ความสนใจกับการรายงานอุบัติเหตุการณ์และการตัดสินใจที่ใช้ในการทำให้เกิดความปลอดภัย

6. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมรับรู้ในอุบัติเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนโดยอธิบายการตอบสนองขององค์กรต่อเหตุการณ์ที่เกิดและการนำบทเรียนที่ได้รับไปใช้ในการป้องกันการเกิดซ้ำ

7. ให้การรับรองผลการสืบสวนอุบัติเหตุการณ์เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการเรียนรู้และพัฒนาระบบ

8. เสริมสร้างระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยงการใช้วิธีที่ต้องพึ่งพาความจำและการปฏิบัติงานที่ต้องขึ้นกับความรอบคอบของบุคคลเป็นหลัก

ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปัจจัยสำคัญ คือ การมีผู้บริหารระดับสูงขององค์กรและผู้นำในทุกหน่วยงาน/แผนกซึ่งมีวิสัยทัศน์และนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยสามารถแสดงให้เห็นแนวทางการนำนโยบายไปใช้เพื่อความเป็นเลิศในการจัดบริการ ตลอดจนมีการสื่อสารและให้ข้อมูลย้อนกลับที่

สร้างความตระหนักในสถานะความปลอดภัยในการจัดบริการขององค์กรให้แก่บุคลากรพร้อมทั้งสนับสนุนการสร้างทีมสหสาขาที่ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการจัดบริการสุขภาพ

แนวทางการนำและการสนับสนุนบุคลากรในการสร้างความปลอดภัย

1. ผู้บริหารแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ต้องให้ความสนใจทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ
 2. มีการพบปะกันระหว่างผู้นำกับบุคลากรและผู้ป่วยเพื่อหารือประเด็นความปลอดภัยที่เกิดขึ้น
 3. สร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการ
 4. จัดให้มีการสนทนาเกี่ยวกับประเด็นความปลอดภัยในองค์กรโดยใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที (briefing) ก่อนเริ่มการปฏิบัติงานประจำวันช่วงพักเที่ยงหรือขณะส่งเวรเพื่อพิจารณาปฏิบัติการจัดการความปลอดภัย และสร้างจริยธรรมในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับบุคลากรและติดตามการเปลี่ยนแปลงในวันถัดไปและให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อสิ้นสุดการทำงานของวันนั้น ๆ
 5. ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของความเห็นที่ได้รับเพื่อให้บุคลากรเห็นประโยชน์ของการเสนอความเห็น
 6. มีคณะกรรมการบริหารเป็นผู้ดูแลการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย
 7. จัดการประกวดหน่วยงานดีเด่นด้านการจัดบริการที่ปลอดภัยและให้รางวัลแก่ผู้ชนะเลิศเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าบุคลากรปฏิบัติตามระบบการจัดการความเสี่ยงขณะทำงานตลอดเวลา
 8. จัด/สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
 9. สร้างกระบวนการเรียนรู้และนำบทเรียนความปลอดภัยไปใช้ในการปฏิบัติงานและติดตามประเมินผลของการเปลี่ยนแปลง
- ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง** ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในองค์กร
- ประเภทของความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ
1. ความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดกับด้านร่างกาย ด้านจิตใจ (ถูกคุกคาม ทำให้กลัว อับอาย สับสน) ด้านสังคม (การละเมิดสิทธิผู้ป่วย) และด้านจิตวิญญาณที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความเชื่อรู้สึกไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัย

2. ความเสี่ยงต่อองค์กร เกี่ยวกับการเสียชื่อเสียงในชุมชนที่ใช้บริการ รายได้ที่ได้รับ การสูญเสียทรัพย์สินจากการขาดการบำรุงรักษา และการเสียทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ ตลอดจนการทำลายสภาพแวดล้อมของส่วนรวม

การบูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับการสร้างความปลอดภัย คือ การนำทริเจนที่ ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงอื่น ๆ อย่างรวดเร็วทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการทำกิจกรรมสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการสูญเสียต่อผู้ใช้บริการและองค์กรโดยค้นหาจากข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลอาจใช้การสัมภาษณ์บุคลากรและผู้ใช้บริการเกี่ยวกับประเด็นความเสี่ยงในองค์กรการเรียนรู้จากรายงานอุบัติการณ์และการเรียนรู้จากความผิดพลาดขององค์กรอื่น

2. การประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิดความเสี่ยงทั้งในระดับหน่วยงานและแผนกเพื่อควบคุมและแก้ไขปัญหาและในระดับ โรงพยาบาลเพื่อจัดการตามคำร้องเรียนและจัดเก็บข้อมูลความเสี่ยงที่พบไว้ในระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการความเสี่ยง

3. การจัดการกับความเสี่ยง

3.1 การป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากบุคคลและอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม/ด้อยคุณภาพการถ่ายโอนความเสี่ยงให้กับองค์กรอื่นเพื่อเพิ่มความคุ้มทุนในการจัดบริการหรือเมื่อเกินความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วย การป้องกันความเสี่ยงโดยใช้แนวปฏิบัติ/ระเบียบกำกับการทำงานการให้ความรู้ที่ทันสมัยแก่บุคลากรทางสุขภาพและการบำรุงรักษาอุปกรณ์การแพทย์การลดความสูญเสียเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น โดยเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาแสดงความเอาใจใส่รับผิดชอบและสื่อสารอย่างจริงจังกับผู้สูญเสียและครอบครัว ตลอดจนจัดให้มีระบบสำรองทรัพย์สินขององค์กรที่รัดกุมสำหรับการจ่ายค่าชดเชย

3.2 การชดเชยความเสียหายที่เกิดจากอุบัติการณ์โดยองค์กรเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงหรือการถ่ายโอนความรับผิดชอบด้านการเงินให้กับบริษัทประกัน

4. การประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงกับดัชนีความปลอดภัยขององค์กรที่มุ่งลดและบรรเทาการเกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการความสูญเสียขององค์กรจากการถูกร้องเรียนการฟ้องร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้บริการทางคลินิก บุคลากรถูกฟ้องร้องและการสูญเสียทางการเงิน

ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การรายงานสิ่งผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการสร้างระบบบริการทางสุขภาพที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมสำคัญสำคัญ 3 ประการ คือ

1. สนับสนุนบุคลากรทุกคนในการรายงานปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. ติดตามและเทียบเคียงสถิติการเกิดอุบัติการณ์และวิธีการจัดการกับอุบัติการณ์ขององค์กรกับองค์กรอื่น (benchmark)
3. ตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์และวางแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในทุกการตายที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ของความปลอดภัยของกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร คือ การที่ผู้รายงานรู้สึกล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่บางคนรู้สึกรับไม่ได้กับการที่ต้องรับรู้และเรียนรู้ในเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งใจปฏิบัติดี กล่าวคือว่า การรายงานจะไม่เป็นความลับเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้อง กล่าวถึงโทษทางกฎหมาย มองไม่เห็นประโยชน์ของการรายงานขาดแหล่งสนับสนุนการรายงานที่ทำให้รู้สึกมั่นคงปลอดภัย และไม่ได้รับความสะดวกในการรายงาน ตลอดจนความรู้สึกว่าไม่ใช่หน้าที่ของฉันที่ต้องรายงานหากพบอุบัติการณ์ที่ตนไม่ได้กระทำ การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์จึงต้องจัดทำระบบที่เข้าถึงและรายงานง่ายใช้เวลาอันน้อยมีแบบฟอร์มรายงานที่ใช้ได้กับทุกอุบัติการณ์ ครอบคลุมข้อมูลจำเป็นสำหรับการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีระบบการรักษาความลับและการปิดบังชื่อของผู้รายงาน ตลอดจนเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ ตามแนวคิดของการมองกันในด้านดี เอลนิตกี ชิ และคณะ (Elnitky, C. and et al. 1997) ศึกษาการรายงานอุบัติการณ์ของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน 15 รัฐทางตะวันออกเฉียงใต้เพื่อศึกษาการรายงานอุบัติการณ์และความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้รายงานของผู้ตรวจการพยาบาล โดยศึกษาในพยาบาลปฏิบัติ จำนวน 380 คน ใช้แบบสำรวจรายงานอุบัติการณ์ 20 ข้อ ที่สามารถตรวจสอบการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างทำงาน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลร้อยละ 36 เชื่อว่าอุบัติการณ์บางเรื่องไม่ต้องรายงานร้อยละ 14 ไม่เชื่อว่าการรายงานอุบัติการณ์มีความเที่ยงตรงพอ และร้อยละ 14 ไม่เชื่อว่าการรายงานอุบัติการณ์จะป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ได้ สำหรับความเชื่อในการใช้รายงานของผู้ตรวจการ พบว่า พยาบาลร้อยละ 17 เชื่อว่าผู้ตรวจการนำรายงานอุบัติการณ์มาใช้ในการประเมินการพยาบาล และร้อยละ 25 กล่าวว่าผู้ตรวจการจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพยาบาลเมื่อรายงานอุบัติการณ์ และพบว่า พยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์ดีกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาน้อยกว่า

ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย
โดยองค์กรทางสุขภาพควรปฏิบัติดังนี้

1. กำหนดและเผยแพร่นโยบายและจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหาและอุบัติการณ์ความปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ

2. คณะกรรมการบริหารขององค์กรให้การสนับสนุนการสื่อสารและการให้ผู้ป่วยและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการทางสุขภาพ

3. ให้ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองเป็นส่วนหนึ่งในระบบความปลอดภัยโดยให้มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลที่ตนเองหรือเด็กป่วยได้รับและร่วมตรวจสอบความถูกต้องการเฝ้าติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลเนื่องจากเป็นบุคคลที่รู้ดีเกี่ยวกับเรื่องของตนและสามารถชี้บ่งความเสี่ยงก่อนที่จะเกิดหรือตั้งแต่เริ่มต้นเช่นการตรวจสอบการให้ยาถูกคนโดยให้ผู้ป่วยบอกชื่อตรวจสอบประเภทและขนาดยาที่ได้รับเฝ้าระวังและแจ้งเตือนหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

4. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตามความเหมาะสมในกระบวนการสืบสวนเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา กำหนดกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อขจัดปัญหาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยในอนาคตเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจในสถานการณ์และตระหนักถึงความใส่ใจและความจริงใจในการแก้ไขขององค์กรตลอดจนการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการ

ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย การวิเคราะห์หาสาเหตุรากหญ้า (root cause analysis: RCA) คือ เทคนิคของระบบการตรวจสอบเพื่อค้นหาและทำความเข้าใจในต้นเหตุ และบริบทของสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยในการรักษาพยาบาล โดยย้อนกลับไปสืบสวนหาต้นเหตุของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์องค์กรสามารถเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและนำมาใช้เพื่อวางมาตรการป้องกันและลดโอกาสเกิดซ้ำ ขั้นตอนของ RCA ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาและการชี้บ่งอุบัติการณ์เน้นที่ระดับความรุนแรงและโอกาสการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2. การรวบรวมข้อมูลจากบันทึกสุขภาพของผู้ป่วยผลการวินิจฉัยผลการตรวจต่าง ๆ อุปกรณ์และสถานการณ์แวดล้อมในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องบันทึกทางการแพทย์และทางการแพทย์นโยบายขององค์กรและมาตรการที่กำหนดให้บุคลากรปฏิบัติแบบรายงานอุบัติการณ์รายชื่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้เขียนรายงาน

3. การทำแผนของเหตุการณ์ (map) ทำโดยทีม RCA และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ร่วมกันพิจารณานำข้อมูลที่รวบรวมได้มาผูกโยงเข้าด้วยกันตามลำดับเวลา ก่อน-หลังของการเกิดเหตุการณ์ที่น่าจะเป็นค้นหาข้อมูลและประเด็นสำคัญของปัญหาในกระบวนการดูแลที่ยังขาดหายไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมและจัดลำดับเหตุการณ์ของการ

เกิดอุบัติเหตุแล้วมาวิเคราะห์สาเหตุและบทเรียนที่ได้รับ โดยพิจารณาจากสถานการณ์แวดล้อม ก่อนและขณะเกิดเหตุการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่การวิเคราะห์อาจใช้เทคนิคการระดมสมองการใช้ แผนภูมิแก้มปลาและเทคนิคการตั้งคำถามว่าทำไมแต่ละปัญหาจึงเกิดขึ้นจนพบต้นเหตุของปัญหา

5. การวิเคราะห์ปรากรป้องกันอันตรายต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพและล้มเหลวในการทำหน้าที่ชัดเจนหรือป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในครั้งนั้น
6. การพัฒนาและใช้แนวทางการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย
7. การสรุปรายงาน RCA ต้องสรุปให้เร็วที่สุดหลังการสืบสวน การดำเนินการตามขั้นตอนของ RCA จึงเป็นวงจรของการเรียนรู้อุบัติเหตุที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้พัฒนาระบบความปลอดภัยขององค์กรต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 นำการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมการถ่ายโอนบทเรียนที่ได้รับจากอุบัติเหตุไปสู่การเปลี่ยนแปลงระยะยาวในการปฏิบัติงานบริการที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรและเป็นสิ่งที่บุคลากรในองค์กรปฏิบัติเป็นกิจวัตรขณะทำงาน โดยมีหลักการบริหารที่สำคัญ คือ

1. ออกแบบระบบที่ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพทำสิ่งที่ถูกได้ง่าย
2. ออกแบบโดยนำปรากรป้องกันทางกายภาพมาใช้ในระบบมากกว่าการใช้ปรากรป้องกันแบบอื่น ซึ่งเป็นวิธีที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขึ้นกับการกระทำของผู้ปฏิบัติงาน
3. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าวิธีที่จะนำมาใช้จัดทำแผนการเปลี่ยนแปลงได้ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพในการป้องกันและการทำให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงระยะยาวได้จริง

วงจรการพัฒนาและการใช้มาตรการ/แนวทางความปลอดภัยในองค์กร

1. สร้างความเข้าใจปัญหาและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงร่วมกันระหว่างผู้นำองค์กรกับผู้ปฏิบัติโดยนำข้อมูลที่ได้รับจากกระบวนการ RCA มาใช้ในการสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนร่วมกัน
2. ชี้แจงวิธีการจัดการร่วมกันในองค์กรโดยดำเนินการในลักษณะทีมสหสาขา เพื่อให้บุคลากรทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการบ่งบอกวิธีและลำดับความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงวิชาการเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการดำเนินการ
3. ออกแบบระบบโดยนำหลักการออกแบบระบบจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับปฏิบัติการมาใช้เป็นกรอบความคิดและควรเลือกใช้วิธีการเปลี่ยนแปลงที่เรียบง่าย ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจและการนำไปใช้ได้เร็วกว่าวิธีที่ซับซ้อน เช่น การดำเนินการเพื่อเสริมสร้าง

ความปลอดภัยในการบริหารยาฉีด โดยจัดให้มีการอบรมความรู้และ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรในการสั่งซื้อวัสดุในการฉีดและผสมยาที่ป้องกันการเกิดความปลอดภัยของการเตรียมและการให้ยา

4. ตรวจสอบความเสี่ยงของวิธีการจัดการว่าจะไม่มีผลเสียที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใหม่ขึ้น

5. การทดลองและเรียนรู้ก่อนที่จะกำหนดและถ่ายทอดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กรต้องมีการทดลองใช้เพื่อศึกษาความเหมาะสมในการปฏิบัติทางคลินิกประโยชน์และความคุ้มค่าของการดำเนินการ

6. การนำไปใช้ในทางปฏิบัติในองค์กรผู้บริหารต้องจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการปฏิบัติที่ปลอดภัยชัดเจนกำหนดเกณฑ์/ตัวชี้วัดผลของการเปลี่ยนแปลงโดยกำหนดก่อนหรือเมื่อเริ่มนำการเปลี่ยนแปลงไปใช้ ตลอดจนแสดงความเอาใจใส่อย่างจริงจังในการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นในองค์กร เช่น การออกนโยบาย/กลยุทธ์ในการจัดบริการทางสุขภาพเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

7. การประเมินผลทั้งในกระบวนการดำเนินการและผลลัพธ์ของการดำเนินการ

8. การปิดวงจรการเปลี่ยนแปลง เมื่อพบว่าการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เพิ่มความปลอดภัยสามารถดำเนินได้ตามแผนและเป็นไปตามเกณฑ์ผลลัพธ์ ทั้งนี้ยังต้องมีคณะกรรมการตรวจสอบภายในทำหน้าที่ติดตามการคงอยู่ของการปฏิบัติระยะยาวเพื่อให้บุคลากรมีความตื่นตัวเฝ้าระวังสิ่งที่คาดไม่ถึงที่อาจเกิดขึ้นและนำผลการติดตามที่ได้ไปใช้เทียบเคียงผลการปฏิบัติกับต่างหน่วยงานเพื่อการพัฒนาความปลอดภัยในระบบบริการทางสุขภาพที่เป็นสากล

สรุป แนวทางการบริหารความปลอดภัยที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบแนวคิดได้ใช้แนวคิดกระบวนการสร้างความปลอดภัยในองค์กรขององค์การความปลอดภัยแห่งชาติของประเทศอังกฤษซึ่งมีความครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ ขั้นตอนการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอนดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550-2551 ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงรุกมากกว่าการบริหารความเสี่ยง

1.7 แนวทางการเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย

แนวทางการเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสม (วิมา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550) ได้แก่

7.1.1 การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

7.1.2 การเพิ่มความสะดวกให้พยาบาลในการปฏิบัติงาน เพื่อลดความเหนื่อยล้า และช่วยเพิ่มเวลาในการอยู่กับผู้ป่วย เช่น ออกแบบตำแหน่งที่ทำงานของพยาบาลให้อยู่ใกล้เตียงผู้ป่วย- ลดระดับเสียงของสภาพแวดล้อมของการทำงาน ใช้ระบบไร้กระดาษ (paperless) ในการบันทึกให้มากที่สุด โดยเฉพาะคำสั่งแพทย์ (medical order) ควรใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการบันทึกและส่งยา เพื่อลดเวลาและลดโอกาสเกิดความผิดพลาดในการคัดลอกคำสั่ง

7.1.3 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายกับผู้ป่วย ได้แก่ ออกแบบหอผู้ป่วยที่สามารถนำเทคโนโลยีที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาเข้ามาในห้องได้ ออกแบบติดตั้งปลั๊ก ท่อก๊าซต่างๆ ประจำเตียงผู้ป่วย ติดตั้งกล้องวงจรปิดในกรณีเป็นห้องแยก เพื่อเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม หรืออาการผิดปกติของผู้ป่วย ได้ตั้งแต่เริ่มแรก ออกแบบเตียงหรือห้องผู้ป่วยที่ปลอดภัยป้องกันผู้ป่วยล้ม เกิดการบาดเจ็บระหว่างการจับต้องและถูกบีบรัดติดอยู่กับเตียง ติดตั้งอุปกรณ์ จัดอบรม และเตรียมแผนปฏิบัติการกรณีไฟไหม้

7.1.4 ระบบสาธารณูปโภค (utility system) เช่น แสงสว่างเพียงพอแก่การปฏิบัติงานระบบแก๊สทางการแพทย์ต้องคำนึงถึงการจัดเก็บถังบรรจุ การตรวจสอบการรั่วของถัง ระบบประปาและสายไฟในหน่วยบริการที่มีมาตรฐานและติดตั้งในตำแหน่งที่บำรุงรักษาได้ง่าย บำบัดน้ำเสียในหน่วยบริการ

7.1.5 อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปลอดภัย

จากการนำแนวทางการเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ก็พบว่ายังมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับระบบการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายปัจจัย ดังจะได้กล่าวต่อไป

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.1 ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยมีผู้เขียนไว้ในตำราจำนวนไม่มาก และพบว่า มีการศึกษาวิจัยปัจจัยสนับสนุนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยได้ดังนี้

2.1.1 การเรียนรู้หรือการได้รับการอบรม เรื่อง การบริหารความเสี่ยงของบุคลากร สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO 2004) กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่สนับสนุนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การเรียนรู้ระหว่างการทำงาน หรือการได้รับการอบรมเกี่ยวกับ

การบริหารความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาเรีย (Maria 1983) ที่พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการ สามารถวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม และการศึกษาของ อีเลียนอร์ (Eleanor 1996) พบว่า การที่พยาบาลได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงจะทำให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นในคุณค่าของบรรยากาศการบริหารความเสี่ยง และปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย ในที่สุดจะส่งผลเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

2.1.2 การจูงใจ เป็นปัจจัยสนับสนุนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น จากการศึกษาของ นูญส่ง ประกอบนอก (2549) พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับระดับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับสูง

2.1.3 การที่บุคลากรมีประสบการณ์ในการทำงานมาก เป็นปัจจัยสนับสนุนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น จากการศึกษาของ นิโกรและนิโกร (Nigro & Nigro 1989) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมาก ย่อมทำให้นักวิชาการเข้าใจในงานที่ปฏิบัติ และรับผิดชอบได้ดี ซึ่งสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาภา นิตยศักดิ์ (2533) พบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารมากจะมีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงด้านต่าง ๆ สูงกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

2.2 ปัจจัยอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัย

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาด และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย แบ่งได้ 2 ประการ ได้แก่

2.2.1 ปัจจัยภายในบุคคล (endogenous factors or human factors)

1) ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ บุคลิกภาพทางสุขภาพ คือ มนุษย์ที่มีโอกาสผิดพลาดในการทำงานได้ ความผิดพลาดที่พบบ่อยในสถานการณ์ที่บุคลากรมีภาวะต่อไปนี้ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านความรู้ และขาดประสบการณ์ในงานที่ทำ ความเครียด ความง่วง ความเพีย และอ่อนล้าขณะปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนการไม่ตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้แทนผู้ป่วย มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า พยาบาลที่มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้มีความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง พยาบาลที่ทำงานเต็มเวลา และมีการศึกษาสูงจะมีความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง (Ramanujam, Abrahamson and G. Anderson 2008)

2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด ได้แก่ ผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย วัยของผู้ป่วย และทารกป่วยที่คลอดก่อนกำหนด

2.2.2 ปัจจัยภายนอก (exogenous factors)

1) ปัจจัยด้านระบบปฏิบัติการการดูแล (care operating system) ได้แก่

(1) การปฏิบัติงานในที่ที่มีอัตรากำลังของแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอต่อภาระงาน

(2) รูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่ปฏิบัติตามหน้าที่ และปฏิบัติเป็นทีม ซึ่งลดความสามารถของพยาบาลในการเข้าใจการเปลี่ยนแปลง การติดตาม และการให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างสมบูรณ์และต่อเนื่อง ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยในการได้รับการที่ช้า ช้อนล่าช้า หรือ ไม่ได้รับบริการและได้รับการรักษาผิดคน

(3) รูปแบบการจัดบริการพยาบาลแบบใช้นุคลากรทางการพยาบาลที่มีทักษะต่าง ๆ กัน (*staff skill mix*) เช่น พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคร่วมกับผู้ช่วยเหลือคนไข้และการหมุนเวียนพยาบาลใหม่เข้ามาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (*staff floating system*)

(4) การไม่มีระบบที่ปรึกษาในงานที่ยาก และต้องการคำปรึกษา

(5) กระบวนการปฏิบัติงานหนึ่งอย่างที่ปฏิบัติโดยคนหลายคน (*handoff procedure*) เช่น การบริหารยาฉีด ซึ่งดำเนินการ โดยมีผู้รับคำสั่ง ผู้เตรียม และผู้ให้ยาเป็นพยาบาลคนละคนกัน การประกอบติดตั้งท่อวงจรเครื่องช่วยหายใจที่ใช้พยาบาลหรือนุคลากรทางสุขภาพหลายคนร่วมกันทำ เป็นต้น

(6) ลักษณะงานและการมอบหมายงานไม่เหมาะสมกับความพร้อมของบุคคล ระดับความรู้ หรือประสบการณ์ในงาน เช่น มอบหมายงานที่ซับซ้อนให้แพทย์และพยาบาลจบใหม่หรือผู้ที่มีอายุงานนานแต่เพิ่งมาช่วยงานนั้นแทนชั่วคราว

(7) ระบบปฏิบัติงานที่เพิ่มความเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ระบบจัดเรียงและจัดเก็บคาร์ดยาที่ทำให้ตรวจสอบความถูกต้องได้ยาก และการจัดเก็บยาอันตรายในบริเวณใกล้กับยาทั่วไป ตลอดจนการเก็บยาหลายประเภทและจำนวนมากไว้ในหอผู้ป่วย

2) ปัจจัยด้านอุปกรณ์การแพทย์

การใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่ซับซ้อนในการใช้งานไม่ได้มาตรฐาน ชำรุดหรือไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ตลอดจนการขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย

3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสถานการณ์

(1) สถานการณ์ที่ทำให้บุคลากรถูกเบี่ยงเบนความสนใจไปจากงานที่กำลังปฏิบัติเพื่อไปปฏิบัติงานอื่น เช่น การปฏิบัติงานหลายอย่างในเวลาเดียวกันซึ่งพบมากในช่วงของการรับส่งเวร และขณะกำลังปฏิบัติงานครั้ง ๆ กลาง ๆ แต่ถูกขอให้ช่วยงานอื่น มีการเพิ่มขึ้นของภาระงานในการดูแลผู้ป่วยกะทันหัน โดยไม่มีบุคลากรเสริม ทำให้เกิดภาระงานมากเกินไป

มีเวลาไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างรอบคอบ และไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ ซึ่งพบบ่อยในกรณีที่มีการรับผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วยมีอาการทรุดลงทันทีทันใด

(2) สถานการณ์ที่มีความเหมือนหรือคล้ายคลึง ได้แก่ การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยฝาแฝดที่มีชื่อหรือนามสกุลเหมือนหรือคล้ายกัน มีการเปลี่ยนตำแหน่งเตียง ห้องผู้ป่วย ภายหลังคำสั่งการรักษา ใช้วัสดุหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีลักษณะหรือบรรจุภัณฑ์เหมือนกันแต่ต่างคุณสมบัติหรือเพื่อวัตถุประสงค์ต่างกัน ได้แก่ การใช้เครื่องให้สารละลายเครื่องเดียวกันเพื่อให้ยาทางหลอดเลือดหรือผลิตภัณฑ์เลือดในอัตราการไหลเร็วสลับกับการให้สารน้ำที่ให้ในอัตราการไหลช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการลืมปรับเปลี่ยนอัตราการไหล และการใช้ยาที่มีชื่อและบรรจุภัณฑ์คล้ายคลึงกันในหอผู้ป่วย

(3) สถานการณ์ที่แตกต่างจากสิ่งที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรในหอผู้ป่วย ได้แก่ การสั่งยา สารน้ำ ผลิตภัณฑ์เลือดที่เป็นคำสั่งชั่วคราว เช่น คำสั่งวันเดียวและคำสั่งที่ให้ไม่ตรงตามเวลาที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร เช่น เมื่อรับผู้ป่วยใหม่เปลี่ยนคำสั่งยาระหว่างวันหรือให้ยาฉุกเฉิน

(4) สถานการณ์ที่ทำให้ยากต่อการสังเกตและการจดจำในการปฏิบัติงาน เช่น สภาพแวดล้อมที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอต่อการสังเกตความผิดปกติของผู้ป่วย อุณหภูมิในหอผู้ป่วยที่สูงหรือต่ำเกินไป และระดับเสียงภายในหอผู้ป่วยที่ดังมาก

4) ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล

การสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาลทั้งในลักษณะของการสื่อสารด้วยวัจนภาษา (Verbal communication) เช่น คำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ และการสื่อสารด้วยอวัจนภาษา (Non-verbal communication) เช่น การเขียนด้วยลายมือไม่ชัดเจน อ่านยาก การใช้คำย่อในคำสั่งที่ไม่เป็นสากล ตลอดจนคำสั่งที่ไม่มีการส่งต่อระหว่างบุคลากรในทีม เช่น มีคำสั่งการรักษาแต่วางไว้โดยไม่บอกบุคลากรในทีม และการที่หัวหน้าทีมพยาบาลรับคำสั่งการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่ได้ถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติ

นอกจากนี้ เคารยอนและคณะ (Carayon et al. 2006) ได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัย ได้แก่ 1) ภาระงานทางการพยาบาล (nursing workload) กับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยอธิบายสาเหตุในงาน ผลที่ตามมา และผลลัพธ์ของภาระงานทางการพยาบาลต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และ 2) ปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารงานประกอบด้วยปัจจัยในคน ได้แก่ ขาดสมรรถนะและประสบการณ์ และปัจจัยด้านระบบองค์กร เช่น ปัญหาของเครื่องมือแพทย์เสื่อมสภาพและไม่เพียงพอ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาล โดยภาระงานทางการพยาบาลที่มากเกินไปเป็นปัจจัย

สำคัญที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดอุบัติเหตุการที่ไม่พึงประสงค์ โดยพบว่าร้อยละ 81 มีสาเหตุมาจากปัญหาการขาดแคลนพยาบาล และร้อยละ 19 เกิดจากภาระงานในหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากจนไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทัน

ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อทราบการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้วความสำเร็จของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงไรก็ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สำหรับการศึกษานี้ เป็นการศึกษาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ดังจะได้อีกกล่าวถึงบริบทของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ต่อไป

3. โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานประกอบการโรคติดต่อตามกฎหมาย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ และมีเครื่องมือเกี่ยวกับการแพทย์ สามารถวินิจฉัยโรค และรักษาโรคให้แก่ผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน รวมถึงการเป็นศูนย์การฝึกอบรมและวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนและระบบสาธารณสุข มีนายแพทย์เป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาล มีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีขนาด 10-120 เตียง ไม่เกิน 150 เตียง เดิมเรียก โรงพยาบาลอำเภอ (กระทรวงสาธารณสุข 2542)

3.1 ขนาดและโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชน

3.1.1 ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ก็มีความคล้ายคลึงกับขนาดและโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอื่น ดังนี้ โรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบการให้บริการแก่ประชาชนในเขตของอำเภอที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดแบ่งขนาดของโรงพยาบาลชุมชนออกเป็น 4 ขนาด ดังนี้ (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย 2540)

- 1) โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10-30 เตียง
- 2) โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง
- 3) โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง
- 4) โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง

แต่ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ มี 3 ขนาด คือ โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง

3.1.2 โครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ โครงสร้างการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย 2553)

- 1) กลุ่มงานบริหาร
- 2) กลุ่มงานเทคนิคบริการ
- 3) กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวชุมชน
- 4) กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์
- 5) กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
- 6) กลุ่มการพยาบาล

3.2 ขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ
(กระทรวงสาธารณสุข 2542)

3.2.1 ทำการตรวจวินิจฉัย และให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอก
โรงพยาบาล

3.2.2 จัดทำแผนงานหรือโครงการ และดำเนินการให้บริการทางสาธารณสุข
แก่ประชาชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานทันตสาธารณสุข งานสุขภาพจิต

3.2.3 การจัดบริการรักษาพยาบาลแบบหน่วยเคลื่อนที่ การจัดและควบคุมระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการรักษาพยาบาลทางวิทยุในฐานะที่เป็นเครือข่ายย่อย

3.2.4 นิเทศฝึกอบรม และพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและอำเภอ
ให้มีความรู้ความสามารถในด้านการให้บริการรักษาพยาบาลตามนโยบาย แผนงาน และโครงการต่าง ๆ เช่น การจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานการสาธารณสุขมูลฐาน โครงการบัตรสุขภาพโครงการรณรงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นต้น

3.2.5 ศึกษาวิเคราะห์และจัดทำสถิติข้อมูลเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และจัดทำ
รายงานผลการปฏิบัติงาน ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาเสนอหน่วยงานเหนือตามลำดับประสานงาน กับเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขและการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน ได้ผลดีตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

3.3 กลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วยกลุ่มงานดังนี้

3.3.1 กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย งานเวชปฏิบัติทั่วไป หรือ

เฉพาะทาง งานทันตสาธารณสุข งานกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3.3.2 กลุ่มงานการพยาบาล ประกอบด้วย งานหน่วยจ่ายกลาง งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานห้องผ่าตัด งานห้องคลอด งานวิสัญญีพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานบริการให้คำปรึกษา งานผู้ป่วยหนัก งานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.3.3 กลุ่มงานเทคนิคบริการ ประกอบด้วย งานชันสูตรสาธารณสุข งานรังสีการแพทย์ งานโภชนศาสตร์

3.3.4 กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานบริการสุขภาพชุมชน งานผู้พิการและผู้สูงอายุ งานสุขภาพจิต งานบำบัดยาเสพติด งานสุขศึกษา งานอาชีวอนามัย งานโรคเอดส์ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

3.3.5 กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ประกอบด้วย งานแผนงาน งานพัฒนาคุณภาพ งานประกันสุขภาพ งานนิเทศงานและประเมินผล งานแผนสาธารณสุขในพื้นที่ งานวิจัยและสนับสนุนวิชาการ งานเวชระเบียนและสถิติ งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ งานระบาดวิทยา งานพัฒนาบุคลากร

3.3.6 กลุ่มงานบริหาร ประกอบด้วย งานบริหารทั่วไป งานการเจ้าหน้าที่ งานการเงินและบัญชี งานพัสดุและครุภัณฑ์ งานก่อสร้างและซ่อมบำรุง งานประชาสัมพันธ์ งานยานพาหนะ งานซักฟอก งานสวัสดิการรักษาความปลอดภัยและความเสี่ยง งานตรวจสอบและควบคุมภายใน งานห้องสมุด งานเทิดพระเกียรติ

3.3.7 กลุ่มงานเอกลักษณ์และคุ้มครองผู้บริโภค

3.3.8 กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย งานส่งเสริมสุขภาพ งานสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานควบคุมป้องกันโรค งานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

3.4 องค์การพยาบาล

3.4.1 ความหมายขององค์การพยาบาล

องค์การพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ทั้งผู้บริหาร ระดับปฏิบัติการ และบุคลากรอื่น ๆ มาร่วมดำเนินการและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อผู้รับบริการ องค์การพยาบาลมีชื่อเรียกแตกต่างกันตามความนิยมหรือตามความเหมาะสมของโรงพยาบาลหรือสถาบันบริการสุขภาพ บางแห่งเรียก กองการพยาบาล

หรืองานพยาบาล เช่น กระทรวงสาธารณสุข ใช้คำว่า กลุ่มงานการพยาบาล ส่วนทบวงมหาวิทยาลัย ใช้คำว่าฝ่ายการพยาบาล ซึ่งหมายถึง องค์การพยาบาลนั่นเอง (กุลยา ตันติผลาชีวะ 2539) มีผู้ให้คำนิยามองค์การพยาบาลไว้หลากหลายดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้ให้ความหมายองค์การพยาบาลไว้ว่า องค์การพยาบาล เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการบริหารการพยาบาล โดยมีหน้าที่จัดทำแผนงานและดำเนินงานตามแผนหรือนโยบายของโรงพยาบาลและส่วนกลาง สนับสนุนและจัดบริการพยาบาล ศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ และวิจัยผลงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ฝึกอบรมความรู้ด้านการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วไป นิเทศงาน ติดตามประเมินผลงาน ให้คำปรึกษาทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ พัฒนางานสาธารณสุขแก่สถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและงานที่ได้รับมอบหมาย โดยงานการพยาบาล ประกอบด้วย งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานหอผู้ป่วย งานห้องผ่าตัด งานห้องคลอด งานหอผู้ป่วยหนัก และงานหน่วยจ่ายกลาง

สุดักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) กล่าวว่า องค์การพยาบาลเป็นการรวมกลุ่มของพยาบาลในระดับต่าง ๆ เพื่อให้การพยาบาลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยยึดหลักการให้ความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และคงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยของประชาชน

3.4.2 ลักษณะงานขององค์การพยาบาล

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2539) จำแนกลักษณะงานขององค์การพยาบาลได้ 4 ด้าน คือ ด้านบริหารการพยาบาล ด้านบริการพยาบาล ด้านวิชาการพยาบาล และด้านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) **ด้านบริหารการพยาบาล** เพื่อให้การดำเนินงานขององค์การเป็นไปอย่างมีระบบ มีประสิทธิภาพและสามารถให้การสนับสนุนการจัดบริการรักษาพยาบาลให้เป็นระเบียบ มีขั้นตอน โดยให้มีปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด

2) **ด้านการบริการพยาบาล** เป็นการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพโดยยึดหลักการพยาบาลที่รวดเร็ว ปลอดภัย ประหยัด โดยให้ผู้ป่วยบรรเทาหรือหลุดจากความเจ็บป่วยปราศจากอาการทุพพลภาพหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และสามารถกลับเข้าดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขรวมทั้งดูแลตนเองได้ถูกต้องภายหลังการเจ็บป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3) **ด้านวิชาการพยาบาล** เป็นการจัดระบบงานเพื่อสนับสนุนการพยาบาลให้ มีประสิทธิภาพและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะตลอดจนมีคุณธรรมและ

จริยธรรมในการปฏิบัติงาน สามารถสอน นิเทศงาน และควบคุมกำกับงานที่รับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพ

4) ด้านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นการจักระบบงาน เพื่อให้การดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงาน สอดคล้องกับการบรรจุจุดมุ่งหมายของการจัดบริการพยาบาล ตลอดจนลดปัญหาอุปสรรคและข้อขัดแย้ง ทำให้การทำงานคล่องตัว มีแนวทางในการดำเนินงานติดต่อกับหน่วยงานต่าง ๆ

3.4.3 หน้าที่ความรับผิดชอบขององค์การพยาบาล

องค์การพยาบาลหรือกลุ่มงานการพยาบาล รับผิดชอบในการวางแผน สนับสนุนการจัดบริการพยาบาล การศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์และวิจัยงานที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล สนับสนุนการจัดบริการและพัฒนางานสาธารณสุขแก่สถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย งานต่าง ๆ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข 2542)

1) งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ และผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อช่วยชีวิตเบื้องต้น ให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤติและความพิการ คัดกรองผู้ป่วยและช่วยแพทย์ในการตรวจรักษาโรคทั่วไป ให้การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างและหลังการตรวจรักษา

2) งานผู้ป่วยใน ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยให้บริการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งให้การสนับสนุนผู้ป่วยในรายที่จำเป็นต้องให้บริการรับส่งต่อ

3) งานห้องผ่าตัด ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคด้วยการผ่าตัดแบบครบวงจรอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย การเตรียมและดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้บริการระงับความรู้สึกเฉพาะที่และทั่วไป ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งการประสานงานเพื่อการส่งต่อการพยาบาล

4) งานห้องคลอด ให้บริการทำคลอดหรือการดูแลการรอกคลอด หลังคลอด ระยะต้นและการดูแลทารกแรกเกิดให้ปลอดภัยในทุกระยะคลอด รวมทั้งการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

5) งานหน่วยจ่ายกลาง รับผิดชอบจัดเตรียมชุดเครื่องมือเครื่องใช้ทางการรักษาพยาบาลซึ่งผ่านกระบวนการทำลายเชื้อ การทำให้สะอาด การทำให้ปลอดภัย เพื่อให้บริการแก่หน่วยงานใน โรงพยาบาล ได้อย่างเพียงพอกับความต้องการใช้และได้มาตรฐาน

3.5 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้าน คือ (กองการพยาบาล 2539)

3.5.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ความรู้และทักษะขั้นพื้นฐานในการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อควบคุมคุณภาพ ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพตามความจำเป็น ได้อย่างเหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

3.5.2 ด้านการบริหารจัดการ มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการดูแลภายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานเพื่อประกันคุณภาพของการให้บริการ

3.5.3 ด้านวิชาการ มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

กล่าวได้ว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกำหนดโดยกองการพยาบาลตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ประกอบด้วย บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล บทบาทด้านการบริหารจัดการ และบทบาทด้านวิชาการ

3.6 หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัย

กองการพยาบาล (2544) ได้กำหนดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพไว้ดังนี้

3.6.1 การประเมินผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ (assessment) หมายถึง การปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวัง และประเมินปัญหาความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแลจนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

2) การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแลรวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

3.6.2 การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ หมายถึง การช่วยเหลือ จัด หรือบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการคุกคามชีวิต และอาการรบกวนความสุขสบาย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การช่วยหายใจ การบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้

อาเซียน นอนไม่หลับ วิตกกังวลกลัว เป็นต้น

3.6.3 การดูแลความปลอดภัย หมายถึง การปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) การจัดการให้ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสง และเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บต่าง ๆ เช่น พลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2) การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้เพียงพอพร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งาน กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การจัดการการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

3.6.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล

หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นต้น

3.6.5 การให้การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องให้ผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานและทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาล หรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยเสียชีวิต

3.6.6 การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการและครอบครัว

หมายถึง กิจกรรมช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การใช้ยา การปฏิบัติตามแผนการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การมาตรฐานวัด ทั้งนี้ รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นด้วย เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาลหรือก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น และการแจ้งข่าวร้ายในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

3.6.7 การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ หมายถึง กิจกรรม

การพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพและการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูล และการตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 การศึกษาในต่างประเทศ

Ramanujam, Abrahamson and G. Anderson, (2008) ได้ศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของพยาบาลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า บรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลงเมื่อพยาบาลมีภาระงานมากขึ้น ภาระงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วย และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลมากจะมีการรับรู้และมีความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมากตามไปด้วย

Alfredsdottir and Bjomsdottir (2008) ได้ศึกษาเรื่องการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเรกจาวิก ประเทศไอซ์แลนด์ พบว่า ประสบการณ์การทำงานของพยาบาล การสื่อสาร ภาระงานที่ไม่สมดุล และการทำงานที่มีความรีบเร่งเพิ่มขึ้นของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

4.2 การศึกษาภายในประเทศ

ประภัสสร นาวเหนียว (2550) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางทุกขั้นตอน

พรพิมล ผดุงสงฆ์ (2546) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ความมีอิสระในงาน กับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทักษะการสื่อสารทั้ง โดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือทักษะในการฟัง ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ทักษะในการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง และทักษะการสื่อสารแบบเปิด มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการ

จัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ ความมีอิสระในงาน โดยรวมและรายด้าน 2 ด้าน คือ 1) ความมีอิสระในการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน และ 2) ความมีอิสระในการควบคุมเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย จะเห็นว่า การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยมีกรอบแนวคิดสำคัญ ได้แก่ แนวคิดหรือทฤษฎีและขั้นตอนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรค และแนวทางเสริมสร้างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัยในบทที่ 3 ต่อไป

