

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

Patient Safety Culture Depended on Perception of Nurse-Midwives
in Community Hospital of Songkhla Province

ฟาอิซ๊ะ หลีเส็น* กิตติพร เนาว์สุวรรณ**

Faizah Leesen* Kittiporn Nawsuwan**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษาระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา จำแนกตามตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา จำนวน 128 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากร เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของนาตยา คำสว่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .8 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอ้างอิง Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$ SD = 0.41) โดยพบว่าการรับรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, SD = 0.64) และด้านการจัดอัตรากำลังและจัดคนเข้าทำงานค่าเฉลี่ยน้อยสุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.11$, SD = 0.62) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าตำแหน่งงานที่ต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้บริหาร ทิมนำคุณภาพบริการ และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ของโรงพยาบาลชุมชนสามารถนำข้อมูลเพื่อการพัฒนาเกี่ยวกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกด้าน สร้างเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้คลอดอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย, การพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

Abstract

This descriptive research was to study the level of patient safety culture depending on the perception of nurse-midwives and to compare patient safety culture depending on the perception of nurse-midwives in the community hospital of Songkhla Province, classified by job position, professional work experience, working hours per week and patient safety culture training. The sample group consisted of 128 nurse-midwives in 13 community hospitals in Songkhla Province, selected using a stratified random sampling method based on the proportion of the population. The instrument used was the Nattaya Kamsawang Patient Safety Culture Questionnaire. The Cronbach's alpha reliability coefficient was .8. The data analysis was performed using descriptive statistics and inferential statistics, independent t-test.

The results of the study found that the patient safety culture level according to the perception of nurse-midwives, the overall average score was at a high level ($\bar{X} = 3.59$, $SD = 0.41$). The perception of nurse-midwives in terms of overall patient safety was the highest average at a high level ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.64$). Whereas, manning and organizing people to work was the lowest average at a moderate level ($\bar{X} = 3.11$, $SD = 0.62$). In comparison, different job positions were statistically significantly different in perceived patient safety culture at the level of .05. Professional work experience, working hours per week, and patient safety culture training were not statistically significantly different at the level of .05.

The results of the study can be useful for the administrators, health service quality leadership teams, and professional nurses in community hospitals to enhance perceptions of patient safety culture in all aspects for a sustainable birth safety culture.

Keywords: Patient safety culture, Nurse-midwives

ความสำคัญและความเป็นมา

องค์การอนามัยโลก กำหนดให้ความปลอดภัยผู้ป่วย เป็นพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด โดยส่งเสริมให้แต่ละประเทศร่วมกันพัฒนามาตรฐาน และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย รวมถึงการกระตุ้นให้สร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยให้ความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพทั่วโลก (WHO, 2006 อ้างถึงใน ศุภจารีย์ เมืองสุริยา, 2556) และวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นขอบเขตที่วัฒนธรรมขององค์กรสนับสนุนและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ค่านิยม ความเชื่อ และบรรทัดฐานที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งทั้งองค์กรใช้ร่วมกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกระทำและพฤติกรรมของพวกเขา (AHRQ, 2022) ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาสำหรับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่าย และเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในอดีตมักไม่ค่อยมีใครฟ้องร้องผู้ประกอบการวิชาชีพในการช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ แต่ในปัจจุบัน เนื่องจากกระแสสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ ผสมกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้คณะบุคคลส่วนหนึ่งมองเห็นโอกาสในการนำเรื่องการรักษาพยาบาลไปประกอบธุรกิจที่มุ่งแสวงหาผลกำไร เป็นเหตุให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับประเด็นด้านสิทธิและการคุ้มครองผู้บริโภคได้พัฒนาไปอย่างก้าวกระโดด ดังนั้นหากผู้ป่วยต้องพบกับความผิดหวังหรือได้รับอันตรายจากการประกอบอาชีพ จึงเกิดกรณีการร้องเรียนฟ้องร้องเพิ่มขึ้น เช่น กรณีความผิดพลาดการให้เลือดผิด การปล่อยปละละเลยทอดทิ้งผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพทุกคนต้องตระหนัก และให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล (สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว และสมพิศ พรหมเดช, 2557)

วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) คือ สิ่งที่ทำแล้วเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ เป็นความเชื่อที่เป็นทิศทางเดียวกัน ต้องให้ทุกคนมีความเชื่อก่อน ทำในทางเดียวกัน จนเป็นนิสัย วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นผลของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะ และ แบบแผนพฤติกรรม ของบุคคล และของกลุ่ม ซึ่งกำหนดความมุ่งมั่น วิธีการทำงาน และ ความสามารถในการจัดการ เกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในองค์กร คุณค่าของการมีวัฒนธรรมที่ปลอดภัย คือนำมาใช้ควบคู่กับการวางระบบเพราะจะทำให้ระบบไม่แข็งเกินไป ระบบที่วางไว้อาจไม่ปลอดภัย ถ้ามีการเพิกเฉยเมื่อเห็นความล่อแหลมที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ความไม่ตระหนักถึงอันตรายของกิจกรรมที่กำลังปฏิบัติ อาจทำให้เกิดความเสียหายได้ การไม่เปิดใจคุยกัน อาจทำให้การแก้ปัญหาทำได้ล่าช้า และเกิดความเสียหาย และองค์กรที่สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นได้ จะช่วยให้องค์กรนั้นมีภูมิคุ้มกัน และแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้นและยั่งยืน (สถานบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อ้างถึงใน โรงพยาบาลกำแพงเพชร, ม.ป.ป.) ทำให้ Patient safety หรือความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของ กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งสถานพยาบาลควรมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย (Patient Safety Goals) เพื่อให้เกิด

ความตระหนักและนำมาสู่แนวทางปฏิบัติที่เป็นไปได้ ตลอดจนการเรียนรู้ และปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสถานพยาบาลที่บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ (วิภาดา เหล่าสุขสถิต, อมรินทร์ นาควิเชียร และพัชนี ภาชิตชาคริต., 2560) และสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่กำหนดให้เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน และสนับสนุนให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีประเด็นความปลอดภัยทั้งในผู้ให้และผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพ รวมถึงยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการติดตามประเมินผล ตลอดทั้งการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการให้ความสำคัญของประเด็นนี้จากทุกภาคส่วน ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยจะนำมาซึ่งความไว้วางใจของผู้ให้และผู้รับบริการอันจะทำให้เกิดความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2564) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA การธำรงคุณภาพด้วยการพัฒนาต่อเนื่องด้วยระบบบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน การกำหนดประเด็นเป้าหมายความปลอดภัยที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน รวมถึงเทคนิควิธีการใช้งานเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพต่างๆ เช่น ระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2566) จะเห็นได้ว่าทั้งในระดับประเทศ และระดับโลกให้ความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลไกหลักในการทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน ดังนั้นวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรสุขภาพสร้างได้จากการทำให้ความปลอดภัยอยู่ในความคิดของบุคลากรทุกคน และวัฒนธรรมองค์กรเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงมีอิทธิพลต่อการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายขององค์กร (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2555) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาด และป้องกันการเกิดความผิดพลาดด้วยการค้นหา การจัดการความเสี่ยงในระบบบริการ โดยเรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้นและนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติของบุคลากรทุกระดับในองค์กรอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการทุกเพศทุกวัย การจะบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพได้นั้นต้องมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพให้ประสิทธิภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประชาชน (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงไกร จีระแพทย์, 2550)

อย่างไรก็ตามยังพบว่าในแต่ละปีผู้ป่วยกว่าล้านคนต้องเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า อุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นระหว่างร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 16 โดยพบว่าประชาชนหลายล้านคนทั่วโลก ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งในทุก ๆ 100 คน ที่นอนรักษาโรงพยาบาลจะมี

โอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาล 7 – 10 คน นอกจากนี้ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า ประมาณ 1 คนในทุก ๆ 10 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ต่าง ๆ ซึ่งอุบัติการณ์เหล่านี้ในประเทศที่กำลังพัฒนาเกิดขึ้นสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วหลายเท่า (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560) ประกอบกับปี ค.ศ. 1990 – 2015 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) พบสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการคลอดบุตรโดยตรง ได้แก่ การตกเลือด โรคความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สาเหตุทางอ้อมที่ไม่ใช่ทางสุติกรรม เช่น โรคโลหิตจางและเอชไอวี เป็นสัดส่วนของการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น สำหรับทารกแรกเกิด สาเหตุหลักของการเสียชีวิตสามประการคือการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับคลอด และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งในปี ค.ศ. 2015 เป็นต้นมามีผู้หญิงเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ราว 290,000 คน ทารกตายคลอด 1.9 ล้านคน และทารกที่เสียชีวิตหลังคลอดไม่ถึงเดือน 2.3 ล้านคน เมื่อรวมตัวเลขทั้งหมดเข้าด้วยกันเท่ากับว่า มีการเสียชีวิต 1 ครั้งทุกๆ 7 วินาที และส่วนใหญ่สามารถป้องกันหรือรักษาได้ หากมีบริการสุขภาพที่เหมาะสม (สถานีสสุขภาพ, 2566)

ในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2559 – 2562 มีอัตราส่วนการตายของมารดาไทย 26.2, 21.8, 19.9 และ 20.34 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2562) ซึ่งเกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในส่วนจังหวัดสงขลาสถานการณ์แม่ตายตั้งแต่ปี 2558-2562 มีอัตราส่วนการตายของมารดาไทย 51.2, 19.9, 20.2, 25.84 และ 6.21 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2563) ซึ่งยังคงพบอัตราส่วนมารดาตายสูงกว่าเป้าหมาย เช่นเดียวกับระดับประเทศ โดยไม่ได้มีแนวโน้มลดลง และในปีงบประมาณ 2566 ก็ยังพบอัตราส่วนมารดาตาย เท่ากับ 23.57 ต่อแสนการเกิด- มีชีพ สาเหตุที่พบบากที่สุดคือ Indirect cause ร้อยละ 69.2 และ Direct cause ร้อยละ 23.07 มี 3 รายได้แก่ ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด ช็อคจากการติดเชื้อ และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (สำนักเขตสุขภาพที่ 12, 2566) ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผู้คลอด เป็นบทบาทสำคัญที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดผู้รับบริการทั้งผู้คลอดแลทารกในครรภ์ ซึ่งมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ในมาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในข้อกำหนดที่ 4.2 ได้กล่าวถึงการมีระบบคุณภาพและความปลอดภัยของบริการการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2562) ทำให้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลาได้ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) สร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย และผู้ให้บริการในระดับหนึ่ง

จังหวัดสงขลามีโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 15 โรงพยาบาล ปัจจุบันมีห้องคลอดให้บริการคลอด 13 โรงพยาบาล และปิดห้องคลอดให้บริการคลอด 2 โรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติการณ์การคลอดน้อย ส่วนโรงพยาบาลสะเดาเป็นหนึ่งใน 13 โรงพยาบาลที่มีห้องคลอดให้บริการคลอดตามปกติ ทั้งนี้โรงพยาบาล

ชุมชนทั้ง 13 โรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) อย่างน้อยขั้นที่ 2 และโรงพยาบาลสะเดาผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) ขั้นที่ 3 ครั้งที่ 4 ถึงแม้ผ่านมาตรฐาน HA แล้วก็ตามแต่ยังคงพบอุบัติการณ์ความเสี่ยง การทบทวนอุบัติการณ์และระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่ได้เป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำให้ขาดโอกาสพัฒนาปรับปรุงแก้ไขเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้คลอดซึ่งมีสองชีวิตที่ต้องให้การดูแลไปพร้อม ๆ กัน ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ

นอกจากนี้จากข้อมูลสรุปรายงานประจำปีของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสะเดา ถึงแม้จะไม่พบอัตราการยังพบภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเกือบทุกปี ตั้งแต่ปี 2562 - 2566 มีจำนวน 3, 0, 0, 3 และ 1 ราย ตามลำดับ ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีระบบงานที่มีการทบทวนอุบัติการณ์ มีแนวปฏิบัติ มีการสื่อสาร และมีทีมการทำงานที่ดีแล้ว แต่ยังคงพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ หากยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการนี้คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดสงขลา จึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่และนำไปสู่การตายของหญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดซึ่งสอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข มีการถ่ายทอดนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติ มีกระบวนการออกประเมินรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการจัดประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหามารดาตายยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและเขตสุขภาพที่ 12 ทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาได้ขับเคลื่อนนโยบาย One Province One labor Room อย่างเป็นทางการเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้คลอดของลูกข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา สร้างเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยรูปแบบหนึ่งในการดูแลผู้คลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชน โดยมีแม่ข่ายคือโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลาเป็นผู้ดูแล

จากการทบทวนข้อมูลในระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลสะเดา ปี 2564 - 2566 พบว่า มีจำนวน 1,116, 918 และ 1104 รายงานอุบัติการณ์ ตามลำดับ ทั้งนี้การบริหารยาเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงสุดทั้ง 3 ปี ที่กล่าวมา โดยเฉพาะปี 2566 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอดมีถึงระดับ H (ระดับ A-I) ซึ่งเป็นการบริหารยาผิดขนาด ถึงแม้มีการทบทวนเพื่อวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (RCA) แล้วก็ยังคงพบปัญหาการบริหารยาผิดพลาดด้านอื่น ๆ อีก ได้แก่ ผิดชนิด ผิดเวลา เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอดยังไม่เป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะเมื่อเกิดกรณีความไม่ปลอดภัยขึ้น จะเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เกิดปัญหาการฟ้องร้อง และการสูญเสีย (รัศมี ตันติศิริสิทธิกุล และคณะ, 2555) นอกจากนี้งานการพยาบาลผู้คลอด ยังพบว่ามีกรรายงาน

อุบัติการณ์ด้านคลินิกลดลงเช่นเดียวกัน โดยปี 2562 – 2566 พบว่า มีจำนวน 60, 24, 26, 41 และ 27 รายงานอุบัติการณ์ตามลำดับ ทั้งนี้ปี 2565 มีเพิ่มขึ้นจากปี 2564 เนื่องจากได้รับกระตุ้นให้มีการรายงานในระบบมากขึ้น และอุบัติการณ์ความสำคัญที่ไม่ได้บันทึกในระบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทำให้ขาดการทบทวนอุบัติการณ์ทุกรายถึงแม้จะมีอุบัติการณ์การเกิดน้อยก็ตาม แต่อาจเป็นความเสี่ยงที่ถึงแก่ชีวิตได้ หากมีการทบทวนและรายงานในระบบจนเป็นวัฒนธรรมการดูแลผู้คลอด จะสามารถวิเคราะห์และประมวลผลทางคลินิก เพื่อการเฝ้าติดตามเฝ้าระวัง เพื่อจัดการกับความเสี่ยงและปรับปรุงคุณภาพการบริการ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ ของผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (สภาการพยาบาล, 2561) ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีระบบงานที่มีการทบทวนอุบัติการณ์ มีแนวปฏิบัติ มีการสื่อสาร และมีทีมงานที่ดีแล้ว แต่ยังคงพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ หากยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนเป็นกิจนิสัย

การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด จึงมีความสำคัญในการสร้างความตระหนักในประเด็นความปลอดภัย ความรับผิดชอบในหน้าที่ ลดความผิดพลาด การจัดการและการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ที่เป็นระบบ ก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยจนเป็นปกติวิสัย เพื่อมุ่งพัฒนาให้เกิดการปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยของผู้คลอด และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ที่สภาการพยาบาล กำหนดไว้ในมาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในข้อกำหนดที่ 4.2 ได้กล่าวถึงการมีระบบคุณภาพและความปลอดภัยของบริการการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2562) ซึ่งปัจจุบันทำให้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลาได้ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) สร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย และผู้ให้บริการในระดับหนึ่ง และในมาตรฐานที่ 3 ยังกำหนดไว้ว่า การจัดระบบงานและกระบวนการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ต้องคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ และมาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล กำหนดให้มีระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยของบริการการพยาบาลอีกด้วย นอกจากนี้มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในมาตรฐานที่ 2 ยังกล่าวถึงการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ในการจัดอัตรากำลังเหมาะสมกับความต้องการบริการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2562) ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลาบางแห่งยังใช้อัตรากำลังร่วมระหว่างอัตรากำลังของงานการพยาบาลผู้คลอด กับงานอื่นๆ โดยเฉพาะงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งบางครั้งต้องใช้อัตรากำลังในการแก้ไขภาวะวิกฤติของผู้รับบริการพร้อม ๆ กันทั้ง 2 งาน อาจเกิดความเสียหายต่อผู้รับและผู้ให้บริการได้ ดังนั้นการบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสมจึงเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยอีกด้านหนึ่ง ดังนั้นวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยเฉพาะความปลอดภัยของผู้คลอด จึงเป็นตัวชี้วัด

ที่สำคัญของการให้บริการการคลอดที่ได้มาตรฐาน โดยความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้นั้น จำเป็นต้องมีการรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานที่ปฏิบัติ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ๒๕๕๒)

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอดของโรงพยาบาลสะเตา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทโดยตรงตามสมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ (สภากาชาดไทย, 2561) ในการส่งเสริมคุณภาพบริการและการดูแลอย่างปลอดภัย ได้เล็งเห็นความสำคัญความปลอดภัยของผู้คลอดทั้งจังหวัด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การพยาบาลผู้คลอด ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้คลอด จนเป็นกิจนิสัยจนเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัย ส่งผลให้มารดาและทารกแรกเกิดมีสุขภาพดีทั้งในระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา
2. เพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา จำแนกตามตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ ชั่วโมงการทำงานในแต่ละสัปดาห์ และการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

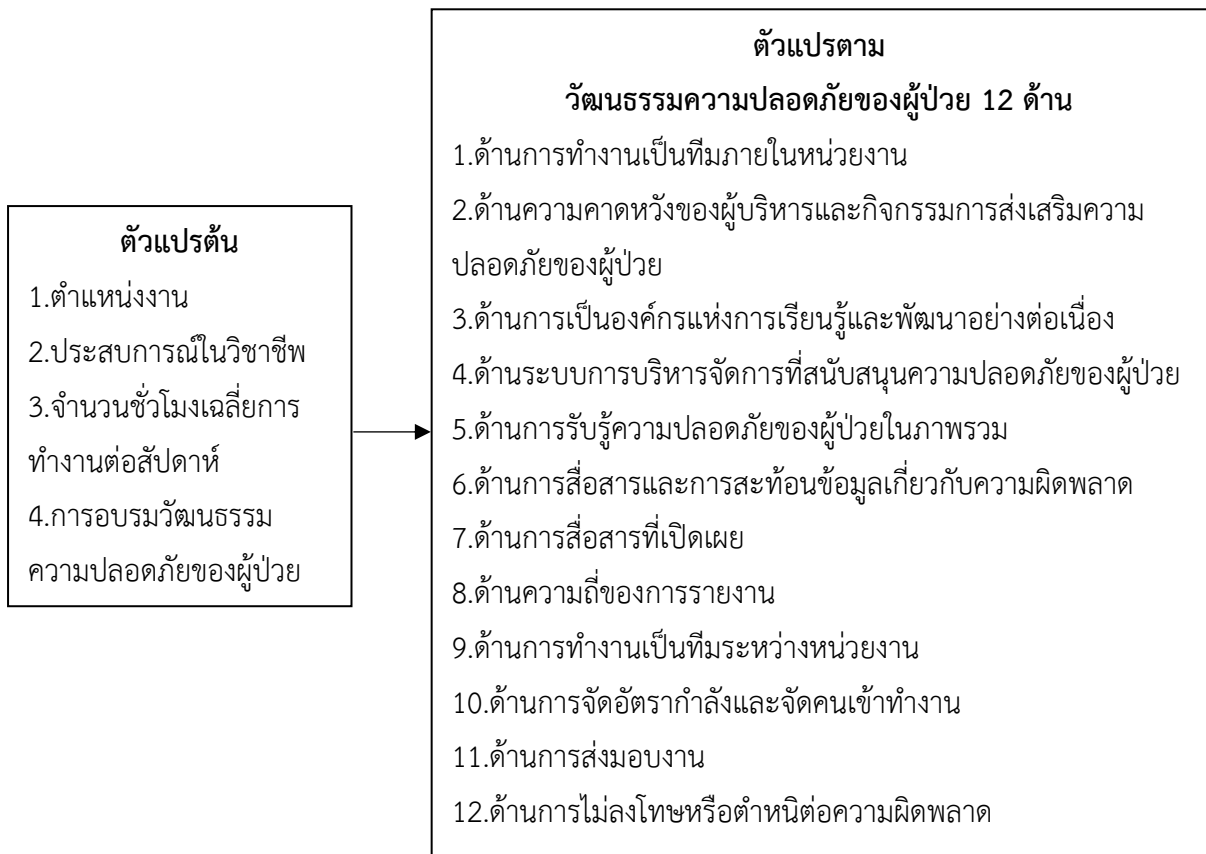
คำจำกัดความ

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผลของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะซึ่งกำหนดความมุ่งมั่น วิธีการทำงาน และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ และความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ ประกอบด้วย 1. ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน 2. ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย 3. ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4. ด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย 5. ด้านการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม 6. ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด 7. ด้านการสื่อสารที่เปิดเผย 8. ด้านความถี่ของการรายงาน 9. ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน 10. ด้านการจัดอัตรากำลังและจัดคนเข้าทำงาน 11. ด้านการส่งมอบงาน และ 12. ด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด ประเมินโดยแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (HSOPSC) ZAHRO, 2004 ที่ได้รับการแปลย้อนกลับโดย นาดยา คำสว่าง, ทริยาพรรณ สุขามณี และบุญพิชชา จิตต์ภักดี (นาดยา คำสว่าง และคณะ, 2560)

พยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด หมายถึง พยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ที่ให้การพยาบาลผู้คลอดในโรงพยาบาล ตั้งแต่รอคลอด ขณะคลอด และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและใช้แนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์กรวิจัยสุขภาพและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (AHRQ, 2018) ประกอบด้วย 12 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน 2. ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย 3. ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4. ด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย 5. ด้านการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม 6. ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด 7. ด้านการสื่อสารที่เปิดเผย 8. ด้านความถี่ของการรายงาน 9. ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน 10. ด้านการจัดอัตรากำลังและจัดคนเข้าทำงาน 11. ด้านการส่งมอบงาน และ 12. ด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด ซึ่งแต่ละด้านเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในวิชาชีพ ประสบการณ์ในหน่วยงานปัจจุบัน จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยการทำงานต่อสัปดาห์ การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Description research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ที่ให้การพยาบาลผู้คลอด ตั้งแต่รอคลอด ขณะคลอด และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 13 แห่ง รวม 136 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ที่ให้การพยาบาลผู้คลอด ตั้งแต่รอคลอด ขณะคลอด และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 13 แห่ง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลางขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 128 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้คลอด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่ง ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในวิชาชีพ ประสบการณ์ในหน่วยงานปัจจุบัน จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยการทำงานต่อสัปดาห์ การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของนาตยา คำสว่าง (นาตยา คำสว่าง, 2560) ซึ่งแปลจากแบบสอบถาม วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Culture: HSOPSC) ตามกรอบแนวคิดขององค์การวิจัยสุขภาพและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ, 2004) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้เท่ากับ .8 ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาค่าความตรงของเครื่องมือ และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งประกอบด้วย 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย 12 ด้าน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 24 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 18 ข้อดังนี้

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	จำนวน (ข้อ)	หัวข้อ ที่	ข้อคำถามเชิงบวก (ข้อที่)	ข้อคำถามเชิงลบ (ข้อที่)
1. ด้านการทำงานเป็นทีมภายใน หน่วยงาน	4	1	1,3,4,11	-
2. ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและ กิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยของ ผู้ป่วย	4	2	1,2	3,4
3. ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3	1	6,9,13	-
4. ด้านระบบการบริหารจัดการที่ สนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย	3	5	1,8	9
5. ด้านการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย ในภาพรวม	4	1	15,18	10,17
6. ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูล เกี่ยวกับความผิดพลาด	3	3	1,3,5	-
7. ด้านการสื่อสารที่เปิดเผย	3	3	2,4	6
8. ด้านความถี่ของการรายงาน	3	4	1,2,3	-
9. ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่าง หน่วยงาน	4	5	4,10	2,6
10. ด้านการจัดอัตรากำลังและจัดคนเข้า ทำงาน	4	1	2	5,7,14
11. ด้านการส่งมอบงาน	4	5	-	3,5,7,11
12. ด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความ ผิดพลาด	3	1	-	8,12,16

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบ่งเป็น 5 หมวด มีคำตอบให้เลือกเป็น มาตรการส่วน
ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

มาตรการส่วนแบบที่ 1 ใช้ในหัวข้อที่ 1, 2 และ 5 โดยมีระดับการให้คะแนน ดังนี้

	ระดับคะแนนข้อคำถามเชิงบวก	ระดับคะแนนข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

มาตรวัดส่วนแบบที่ 2 ใช้ในหัวข้อที่ 3 และ 4 โดยมีระดับการให้คะแนน ดังนี้

	ระดับคะแนนข้อคำถามเชิงบวก	ระดับคะแนนข้อคำถามเชิงลบ
สม่ำเสมอ	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคย	1	5

การแปลผลคะแนน มีการคิดคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมารวมกัน
แล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย (วัฒนา สุนทรธัย, ม.ป.ป.) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย
4.50 – 5.00	มากที่สุด
3.50 – 4.49	มาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	น้อย
1.00 – 1.49	น้อยที่สุด

ตอนที่ 2 ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1 ข้อ คือ โปรดให้คะแนนระดับ
ความปลอดภัยของผู้คลอดโดยรวม สำหรับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน โดยมีมาตรการประมาณ
ค่าคะแนน 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง ดีเยี่ยม 4 หมายถึง ดีมาก 3 หมายถึง ยอมรับได้ 2 หมายถึง ไม่ดี และ 1
หมายถึง ล้มเหลว โดยการแปลผลคะแนนคิดเป็นร้อยละของคะแนนแต่ละคน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความตรงของเครื่องมือ (Validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เนื่องจากได้รับอนุญาตการใช้แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของนิตยา คำสว่าง ซึ่งแปลจากแบบสอบถาม วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Culture: HSOPSC) ตามกรอบแนวคิดขององค์การวิจัยสุขภาพและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานและมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .8

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสะเดา เลขที่ SSDK9/2566 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2566

การรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยทำหนังสือจากโรงพยาบาลสะเดา ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลาจำนวน 13 แห่ง หลังจากอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยประสานหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสะเดา เพื่อประสานงานหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลาจำนวน 13 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้พยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด ตอบแบบสอบถามโดยใช้ Application Line จำนวน 128 คน ภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปร 2 ตัวแปร ใช้ทดสอบค่า Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ทั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูล โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Q-Q plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน เป็นเพศหญิง 122 คน และเพศชาย 6 คน มีอายุเฉลี่ย 38 ปี อายุน้อยสุด 22 ปี และอายุมากที่สุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี 127 คน และรองลงมาปริญญาโท 1 คน การทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบันระยะเวลา 11 – 15 ปี รองลงมา 21 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่ทำงานในหน่วยงานปัจจุบันระยะเวลา 11 – 15 ปี และรองลงมา 1 – 5 ปี

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของหน่วยงานหลัก การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และระดับความปลอดภัยของผู้คลอดโดยรวม (N = 128)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานหลัก		
งานการพยาบาลผู้คลอด	71	55.5
งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล	6	4.7
งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	42	32.8
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	5	3.9
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	2	1.6
ยังไม่มีหน่วยงานหลัก	2	1.6
การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มีรายงาน	44	34.4
1 – 2 รายงาน	42	32.8
3 – 5 รายงาน	26	20.3
6 – 10 รายงาน	12	9.4
11 – 20 รายงาน	2	1.6
21 รายงานหรือมากกว่า	2	1.6
ระดับความปลอดภัยของผู้คลอดโดยรวม		
ดีเยี่ยม	15	11.7
ดีมาก	76	59.4
ยอมรับได้	35	27.3
ไม่ดี	0	0.0
ล้มเหลว	2	1.6

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นงานการพยาบาลผู้คลอดร้อยละ 55.5 รองลงมา เป็นงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ร้อยละ 32.8 ส่วนการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีรายงานร้อยละ 34.4 รองลงมา มี 1 - 2 รายงาน ร้อยละ 32.8 และระดับความปลอดภัยของผู้คลอดโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่ดีมากร้อยละ 59.4 และรองลงมายอมรับได้ร้อยละ 27.3

ตารางที่ 2 ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา (N = 128)

วัฒนธรรมความปลอดภัย	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน	3.88	0.67	มาก
- สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน	4.16	0.76	มาก
- ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม	3.99	0.81	มาก
- สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน	4.02	0.82	มาก
- ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ	3.34	1.06	ปานกลาง
2. ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.77	0.65	มาก
- หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม เมื่อเห็นว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามแนวทางด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่กำหนดไว้	3.94	0.77	มาก
- หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างจริงจัง	3.87	0.81	มาก
- เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานต้องการให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้ว่ามันเป็นการทำงานที่ลัดชั้นตอน	3.33	1.04	ปานกลาง
- หัวหน้างานของฉันมักจะมองข้ามปัญหาความปลอดภัยผู้ป่วยที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก	3.95	1.08	มาก
3. ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.81	0.75	มาก
- เรากำลังทำงานด้วยความกระตือรือร้นเพื่อยกระดับความปลอดภัยผู้ป่วย	4.03	0.86	มาก
- ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงด้านบวกในหน่วยงาน	3.63	0.99	มาก
- เราประเมินประสิทธิผลหลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาความปลอดภัยผู้ป่วย	3.77	0.86	มาก
4. ด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.52	0.73	มาก
- ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย	3.54	0.87	มาก
- การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด	3.79	1.02	มาก
- ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลจะสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นเท่านั้น	3.22	1.11	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา (N = 128) (ต่อ)

วัฒนธรรมความปลอดภัย	\bar{X}	SD	แปลผล
5. ด้านการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม	3.89	0.64	มาก
- การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่นี้เป็นเพราะเหตุบังเอิญ	3.97	1.10	มาก
- แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	4.21	0.87	มาก
- เรามีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานนี้	3.70	0.98	มาก
- กระบวนการทำงานและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาดได้ดี	3.69	0.87	มาก
6. ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด	3.48	0.75	ปานกลาง
- เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์	3.34	0.94	ปานกลาง
- เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้	3.22	1.03	ปานกลาง
- ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาดไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก	3.89	0.85	มาก
7. ด้านการสื่อสารที่เปิดเผย	3.26	0.71	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่จะพูดได้อย่างอิสระเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย	3.16	1.08	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า	3.03	1.06	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่กลัวที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งที่ไม่ถูกต้อง	3.59	1.08	มาก
8. ด้านความถี่ของการรายงาน	3.36	1.11	ปานกลาง
- มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด เมื่อเกิดการกระทำผิดพลาด แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วย	3.38	1.04	ปานกลาง
- มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด เมื่อเกิดการกระทำผิดพลาด แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	3.27	1.02	ปานกลาง
- มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด เมื่อเกิดการกระทำผิดพลาดที่สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิด	3.41	2.09	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา (N = 128) (ต่อ)

วัฒนธรรมความปลอดภัย	\bar{X}	SD	แปลผล
9. ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	3.80	0.62	มาก
- หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลไม่ค่อยร่วมมือกับหน่วยงานอื่น	3.55	0.96	มาก
- มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน	3.66	0.87	มาก
- บ่อยครั้งที่รู้สึกไม่พอใจเมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล	4.10	0.88	มาก
- หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดีเพื่อให้การดูแลที่ดี	3.89	0.90	มาก
10. ด้านการจัดอัตรากำลังและจัดคนเข้าทำงาน	3.11	0.62	ปานกลาง
- เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน	2.93	0.97	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีชั่วโมงทำงานมากเกินไปที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด	2.79	1.02	ปานกลาง
- เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราวหรือเจ้าหน้าที่จากภายนอกมากเกินไป จนทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด	3.80	1.09	มาก
- เราทำงานแบบอยู่ในภาวะวิกฤติ พยายามทำงานมากเกินไป เร่งรีบเกินไป	2.93	0.93	ปานกลาง
11. ด้านการส่งมอบงาน	3.71	0.78	มาก
- ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานมักจะถูกมองข้ามไป	3.32	1.10	ปานกลาง
- ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญมักจะสูญหายไปบ่อยครั้งระหว่างเปลี่ยนเวร	3.91	1.00	มาก
- มักจะเกิดปัญหาขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล	3.76	0.88	มาก
- ช่วงเปลี่ยนเวรมักเกิดปัญหาสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลนี้	3.84	1.00	มาก
12. ด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด	3.33	0.82	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าความผิดพลาดของตนจะทำให้ตนถูกลงโทษ	3.38	1.02	ปานกลาง
- เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือตัวบุคคล ไม่ใช่ปัญหา	3.27	1.06	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่กังวลว่าความผิดพลาด ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ	3.34	1.07	ปานกลาง
เฉลี่ยภาพรวม	3.59	0.41	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$ SD = 0.41) โดยพบว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอดด้านการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยมากสุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, SD = 0.64) รองลงมาด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, SD = 0.67) และด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.81$, SD = 0.75) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอดด้านการจัดอัตรากำลังและจัดคนเข้าทำงานมีค่าเฉลี่ยน้อยสุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.11$, SD = 0.62) รองลงมาด้านการสื่อสารที่เปิดเผยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, SD = 0.71) และด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาดอยู่ในระดับ ($\bar{X} = 3.33$, SD = 0.82) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา จำแนกตามตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Independent t-test (N = 128)

ตัวแปร	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value
ตำแหน่งงาน						
หัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด	12	3.86	0.55	2.418	126	.017
พยาบาลระดับปฏิบัติการ	116	3.56	0.39			
ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ						
1- 10 ปี	48	3.62	0.38	0.633	126	.528
ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป	80	3.57	0.43			
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์						
น้อยกว่า 40 ช.ม.	15	3.64	0.52	0.479	126	.633
40 ช.ม.ขึ้นไป	113	3.59	0.40			
การอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย						
เคยอบรม	85	3.60	0.44	0.427	126	.693
ไม่เคยอบรม	43	3.57	0.35			

จากตารางที่ 3 พบว่า พยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลาที่มีตำแหน่งงานต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา พบว่าหน่วยงานหลักที่ให้การพยาบาลผู้คลอดเป็นงานการพยาบาลผู้คลอดเพียงหน่วยงานเดียว ร้อยละ 56.1 และรองลงมาใช้อัตรากำลังร่วมกับงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ร้อยละ 33.3 สืบเนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา ทั้งสองงานนี้ให้การพยาบาลลักษณะเกื้อกูลกัน ซึ่งบางโรงพยาบาลจำนวนการคลอดน้อย ทำให้งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีบทบาทหน้าที่ให้การพยาบาลผู้คลอดด้วย โดยเฉพาะนอกเวลาราชการ สอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model เพื่อลดปัญหามารดาตาย เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ห้องคลอดบางแห่งใช้อัตรากำลังร่วมกันกับแผนกฉุกเฉิน หรือใช้เรียกอัตรากำลังเพิ่มในกรณีที่มีคลอด (On call) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของโรงพยาบาลหลายแห่ง (มลลณี แสงใจ และวิภาวี พิพัฒน์กุล, 2564) ในส่วนการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการรายงาน ร้อยละ 34.4 และรองลงมารายงานเพียง 1- 2 รายงาน ร้อยละ 32.8 โดยมีความสอดคล้องกับความคิดเห็นได้แก่ “ยังรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์น้อย ชอบพูดลอยๆ” “ไม่เขียนความเสี่ยงทำให้ไม่มีข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร” และ “ส่วนใหญ่การเขียนรายงานจะมึนน้อยในเหตุการณ์ที่ไม่ถึงผู้ป่วย (Near miss)” และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกและส่งใบอุบัติการณ์ 1 – 2 รายงาน ร้อยละ 31.7 (คณิงนิตย์ มีสุวรรณค์, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าด้านความถี่ของการรายงานเหตุการณ์อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าระดับความปลอดภัยของผู้คลอดโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 59.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53 (นาคยา คำสว่าง, 2560) อาจเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งส่วนใหญ่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) อย่างน้อยผ่านการรับรองขั้นที่ 2 และในส่วนของโรงพยาบาลสะเดา ได้รับการรับรองเป็นขั้นที่ 3 ครั้งที่ 4 ในเดือนกรกฎาคม 2566 ที่ผ่านมา ทำให้พยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด มีกระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐาน บริหารความเสี่ยงที่ีระดับหนึ่ง และการสร้างความปลอดภัยในงานบริการนั้นยังต้องอาศัยการบริหารจัดการของผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีการวางแผนงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (สายสมร เฉลยกิตติ และคณะ, 2557) แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีระดับความปลอดภัยของหน่วยงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับยอมรับได้ ร้อยละ 61.10 (พร บุญมี และเฉลิมพรรณ เมฆลอย, 2554)

ส่วนระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$ $SD = 0.41$) สอดคล้องกับการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล

วิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 0.33$) (พร บุญมี และเฉลิมพรรณ เมฆลอย, 2554) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนไทย พบว่ามีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.41$) (กนกวรรณ เมระพันธุ์, 2556) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลกโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30$, $SD = 1.15$) (จุฑารัตน์ ช่วยทวี และณิกานต์ ทรงไทย, 2560) ทั้งนี้มีการรับรู้ในองค์ประกอบแต่ละด้านแตกต่างกัน โดยด้านการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.64$) เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดสงขลา ได้ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีการกำหนดนโยบาย และกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทำให้พยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด ตระหนักถึงความปลอดภัย มีกระบวนการทำงานและมีระบบที่สามารถป้องกันความผิดพลาดร้ายแรงได้ดี ถึงแม้ว่าจะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยของผู้คลอดซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อมากที่สุด ($\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.87$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนไทย พบว่าด้านการรับรู้ความปลอดภัยในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (กนกวรรณ เมระพันธุ์, 2556) นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยรองลงมาเป็นด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.67$) อาจเนื่องมาจากการพยาบาลผู้คลอด เป็นการบริหารความเสี่ยงสูงที่มีสองชีวิตที่ต้องดูแลไปพร้อมๆ กัน ตามมาตรฐานลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ซึ่งต้องใช้ทีมการพยาบาลในหน่วยงาน และทีมสหวิชาชีพ ประกอบกับเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง มักมีการพัฒนาบุคลากรให้ทำงานเป็นทีม มีกระบวนการหล่อหลอมพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม มีความรักในองค์กรและหัวใจของคุณภาพด้วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ศิริพร ประลันย์, 2564) และยังสอดคล้องกับความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “ความผิดพลาดหน่วยงานจะมีการทบทวน case ทุกครั้ง” “หาสาเหตุ ร่วมกันแก้ปัญหา” “มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในรายอื่นต่อไป ไม่ให้เกิดความผิดพลาดซ้ำอีก และเมื่อมีความผิดพลาดหรือผิดพลาดสิ่งที่ต้องการคือการรายงานให้เป็นลายลักษณ์อักษร จะได้เข้าสู่ระบบการทบทวน” และ “ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ไม่ควรมองข้าม ควรมีสติในการทำงานทุกครั้ง เพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดกับผู้ป่วย หากเกิดข้อผิดพลาดที่เราไม่ได้มีเจตนา ต้องแก้ปัญหานั้นให้ดีที่สุด เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย” “มีความใส่ใจ ความกระตือรือร้น ในการใส่ใจดูแลผู้ป่วย” ทำให้การระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาเป็นด้านการเป็นองค์กรแห่งการ

เรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.81$, $SD = 0.75$) สืบเนื่องมาจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดสงขลาได้มีการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA: Healthcare Accreditation) และได้รับการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ. โดยมีมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 เป็นฉบับล่าสุด (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560) และได้รับการประเมินมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ทำให้การรับรู้ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลกอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน (จุฑารัตน์ ช่วยทวี และณิชนันท์ ทรงไทย, 2560)

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าด้านการจัดอัตรากำลังและจัดคนเข้าทำงานค่าเฉลี่ยน้อยสุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.11$, $SD = 0.62$) อาจเนื่องมาจากการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลา มีการใช้อัตรากำลังร่วมกันหลายหน่วยงาน ได้แก่ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล เป็นต้น ทำให้การจัดกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณของการพยาบาลผู้คลอดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.93$, $SD = 0.97$) และทำให้พยาบาลวิชาชีพที่มีชั่วโมงทำงานมากเกินไปจะทำให้การดูแลผู้คลอดได้ดีที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X} = 2.79$, $SD = 1.02$) และยังมีความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยได้แก่ “อาจเกิดอุบัติเหตุได้เมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉินหรือมีผู้คลอดคลอดติด ๆ กันหลายเคส” “ต้องที่คำนึงถึงภาระงานของพยาบาลด้วยที่ไม่ทำงานเกินเวลาจนเกิดความเหนื่อยล้าเพราะสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการดูแลตลอดถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย” และ “นอกเวลาราชการ พยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นคนต้องดูแลผู้ป่วยในห้องคลอดด้วย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา อาจเกิดปัญหาด้านความปลอดภัยได้” โดยสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมีการจัดอัตรากำลังอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X} = 2.79$, $SD = 1.02$) (ศิวาพร แก้วสมสี, นันทิยา วัฒมา และนันทวัน สุวรรณรูป, 2560) ส่วนผลการศึกษาด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยรองลงมาเป็นด้านการสื่อสารที่เปิดเผย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, $SD = 0.71$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่กล้าที่พูดได้อย่างอิสระเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้คลอด ไม่กล้าที่จะตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมีการสื่อสารที่เปิดกว้าง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$, $SD = 0.75$) ที่มีการพูดคุยถึงวิธีการป้องกันความผิดพลาดเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ และพยาบาลสามารถเสนอความคิดเห็น เมื่อพบเห็นอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ศิวาพร แก้วสมสี และคณะ, 2560) และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าด้านการสื่อสารที่เปิดเผย สอดคล้องกับด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด ซึ่งการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอดอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ($\bar{X} = 3.33$, $SD = 0.82$)

และจากการศึกษารายข้อพบว่า เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนจะทำให้ตนถูกลงโทษ เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือตัวบุคคล ไม่ใช่ปัญหาและกังวลว่าการผิดพลาดของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยสอดคล้องกับการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยด้านการไม่ลงโทษหรือการไม่ตำหนิต่อความผิดพลาดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.12$, $SD = 0.86$) (พร บุญมี และเฉลิมพรรณ เมฆลอย, 2554) และสอดคล้องกับความคิดเห็นเพิ่มเติมของพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลผู้คลอดว่า ”อยากให้อำนาจงานเปลี่ยนทัศนคติและกระบวนการวิเคราะห์เหตุการณ์เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่ามองที่ตัวบุคคล ให้มองที่ระบบหรือกระบวนการ และนำมาทบทวนหาแนวทางแก้ไขหรือปิดช่องว่างไม่ให้เกิดซ้ำ แต่ที่เจอและเสียความรู้สึกคือมุ่งเป้าไปที่คนอยู่ในเหตุการณ์ว่าเป็นคนผิดมากกว่า” จึงมักไม่ให้ความร่วมมือในการรายงานอุบัติการณ์ ทำให้การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาดอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษายังพบว่าพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ที่มีตำแหน่งงานต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่าพยาบาลที่อยู่ในตำแหน่งแตกต่างกัน มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกันด้วย (นาตยา คำสว่าง และคณะ, 2560) ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพระดับบริหารมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติด้านการบริหารความเสี่ยง นิเทศ ติดตาม คุณภาพทางการพยาบาล มีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพมากกว่าพยาบาลระดับปฏิบัติการ สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งใหม่ที่พบว่าด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก โดยผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย และการกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด ทำให้ผลการศึกษารับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีตำแหน่งงานต่างกันมีความแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ พบว่าเมื่อการเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลระดับบริหารและระดับปฏิบัติการพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (เรมवल นันทศุภวัฒน์ และคณะ, 2554) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา ซึ่งพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (อนงค์ ถาวร, พร บุญมี และเกสร เกตุชู, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา เกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ ชั่วโมงการทำงานในแต่ละสัปดาห์ และการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด พบว่าส่วนใหญ่มี

ประสบการณ์ในวิชาชีพ 11 ปี ขึ้นไป ทำให้มีความรู้ในงาน และเก็บเกี่ยวประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เกิดความตระหนักถึงความปลอดภัย และหน่วยงานยังมีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก พบว่า การรับรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกัน (บังอร สัตยวงวิช, 2560) และในส่วนของชั่วโมงการทำงานแต่ละสัปดาห์ จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 40 ชั่วโมงขึ้นไปต่อสัปดาห์ โดยอยู่ระหว่าง 40 – 59 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของสภาการพยาบาล ไม่ควรเกิน 48 ชั่วโมงในสัปดาห์ แต่สอดคล้องกันในเรื่อง ถ้าจำเป็นที่ต้องมีการทำงานเกินกว่าชั่วโมงที่กำหนด จะต้องมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้พยาบาลมีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ และควรจัดให้มีเวลาพักผ่อนระหว่างการปฏิบัติงานในแต่ละวันอย่างเหมาะสม (สภาการพยาบาล, 2560) ดังตัวอย่างเช่น ในตารางเวร การพยาบาลผู้คลอด สูติ-นรีเวชกรรมและงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสะเดา มีหมายเหตุให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรเช้าต่อเวรบ่ายได้พักช่วงต่อเวรเวลา 15.00 – 16.00 น. นอกเหนือจากการพักปกติในเวรเช้า เป็นต้น และพบว่าด้านการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม ในข้อย่อยแม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.87$) อยู่ในระดับมาก จึงทำให้ชั่วโมงทำงานในแต่ละสัปดาห์ มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

ส่วนการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่ามี การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน อาจมีความสอดคล้องกับความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “เมื่อเกิดอุบัติเหตุการเกิดขึ้นถึงแม้ว่าอุบัติเหตุจะยังไม่ถึงผู้ป่วยหรือถึงตัวผู้ป่วยและมีความรุนแรงเกิดขึ้นจะมีการทบทวนอุบัติการณ์นั้นว่าเกิด ความผิดพลาดในขั้นตอนใด หรือเกี่ยวกับระบบใด และหาแนวทางแก้ไข ป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดนั้นๆ ในรูปแบบของระบบ” และ “การให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนจะทำให้เกิดข้อผิดพลาดน้อยที่สุด” ทั้งนี้บุคลากร มีความรู้ในการทบทวนความเสี่ยง ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐาน HA นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพ ยังมีคู่มือ แนวปฏิบัติในการบริหาร ความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เป็นระบบ ผู้บริหารทางการพยาบาลพัฒนาบุคลากรโดยเข้าร่วม ประชุมวิชาการหรือฟื้นฟูทักษะในงานเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอดอย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมให้มีการ ปฏิบัติการพยาบาลตามตัวชี้วัดที่กำหนด ทำให้พยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด เรียนรู้บทบาทในการ ทำงานในหน่วยงาน บทบาทในทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาล ทำให้การอบรมและไม่เคยอบรมวัฒนธรรม ความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Description research) เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ที่ให้การพยาบาลผู้คลอด ตั้งแต่รอคลอด ขณะคลอด และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 13 แห่ง รวม 136 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ที่ให้การพยาบาลผู้คลอด ตั้งแต่รอคลอด ขณะคลอด และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 13 แห่ง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ได้กลุ่มตัวอย่าง 128 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากร เครื่องมือที่ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้คลอด ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่ง ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในวิชาชีพ ประสบการณ์ในหน่วยงานปัจจุบัน จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยการทำงานต่อสัปดาห์ การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของนาตยา คำสว่าง (นาตยา คำสว่าง, 2560) ซึ่งแปลจากแบบสอบถาม วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Culture: HSOPSC) ตามกรอบแนวคิดขององค์การวิจัยสุขภาพและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ, 2004) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้เท่ากับ .8 ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาค่าความตรงของเครื่องมือ และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ประกอบด้วย 12 ด้าน คำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ การแปลผลคะแนน มีการคิดคะแนนระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยแบ่งเป็น 5 ระดับเช่นเดียวกัน

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลตามขั้นตอน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามโดยใช้ Application Line ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามครบถ้วนทั้งหมดจำนวน 128 คน ภายใน 2 สัปดาห์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปร 2 ตัวแปร ใช้ทดสอบค่า Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน เป็นเพศหญิง 122 คน และเพศชาย 6 คน มีอายุเฉลี่ย 38 ปี อายุน้อยสุด 22 ปี และอายุมากที่สุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี 127 คน และรองลงมาปริญญาโท 1 คน การทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบันระยะเวลา 11 – 15 ปี รองลงมา 21 ปีขึ้นไป และ

ส่วนใหญ่ทำงานในหน่วยงานปัจจุบันระยะเวลา 11 – 15 ปี และรองลงมา 1 – 5 ปี เป็นงานการพยาบาล ผู้คลอดร้อยละ 55.5 รองลงมาเป็นงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชร้อยละ 32.8 ในการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีรายงานร้อยละ 34.4 รองลงมา มี 1 – 2 รายงาน ร้อยละ 32.8 และระดับความปลอดภัยของผู้คลอดโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่ดีมาก ร้อยละ 59.4 และรองลงมายอมรับได้ร้อยละ 27.3

2. ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาล ผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา มีทั้งหมด 12 ด้าน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$ SD = 0.41) ทั้งนี้ด้านที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากมี 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน และด้านการส่งมอบงาน ส่วนด้านที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยปานกลางมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด ด้านการสื่อสารที่เปิดเผย ด้านความถี่ของการรายงาน ด้านการจัดอัตรากำลัง และจัดคนเข้าทำงาน และด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด ทั้งนี้ด้านการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากสุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, SD = 0.64) ส่วนการรับรู้ด้านการจัดอัตรากำลังและจัดคนเข้าทำงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.11$, SD = 0.62)

3. เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ที่มีตำแหน่งงานต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาด้านการบริหารอัตรากำลังในหน่วยงาน เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้คลอด ภายใต้ข้อจำกัดของอัตรากำลัง

1.1 การปฏิบัติงานทุกเวร จะต้องมียาบาลผู้คลอดเป็นอัตรากำลังหลักอย่างน้อย 1 คน หากไม่สามารถบริหารจัดการได้ จำเป็นต้องใช้กำลังเกือกกุล จะต้องผ่านการฝึกประสบการณ์การดูแลผู้คลอดตั้งแต่ รอคคลอด ทำคลอด และดูแล 2 ชั่วโมงหลังคลอด ในส่วนของการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสะเดา มีอัตรากำลังการปฏิบัติงานเดิมจนถึงปัจจุบันร่วมกัน 3 งาน ได้แก่ งานการพยาบาลผู้คลอด งานผู้ป่วยสูติ-นรี เวชกรรม และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล (ห้องผ่าตัดเล็กและห้องผ่าตัดใหญ่) ซึ่งมีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 12 คน ทำให้ไม่เพียงพอในการให้บริการ จึงมีการขออัตรากำลังเสริมนอกเวลาราชการ จากงานปฐมภูมิและองค์กรรวม และงานผู้ป่วยนอก ซึ่งไม่มีความชำนาญด้านการคลอดเหมือนอัตรากำลังปกติ

มาปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด และงานผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม อาจทำให้เกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานได้ ดังนั้นได้มีการทบทวนการปฏิบัติงาน และนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์กล่าวคือ ทั้งงานการพยาบาลผู้คลอด และงานผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม จะต้องมีพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักทั้ง 2 งาน หากจำเป็นต้องใช้กำลังเสริมดังกล่าว ให้ใช้อัตรากำลังเสริมในงานผู้ป่วยสูติ-นรีเวชเท่านั้น โดยปฏิบัติงานควบคู่กับพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลผู้คลอดหรือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล

1.2 อายุในงานการพยาบาลผู้คลอด น้อยกว่า 6 เดือน ในการปฏิบัติงานจะต้องมีพยาบาลพี่เลี้ยงคอยควบคุม กำกับ ติดตาม และนิเทศงานด้วยเสมอ

1.3 สะท้อนผลการวิจัยให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการเพิ่ม หรือการบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสม เนื่องจากการพยาบาลผู้คลอด เป็นการปฏิบัติหัตถการที่อยู่ภายใต้ความเสี่ยงสูงที่ต้องให้การดูแลสองชีวิตในเวลาเดียวกัน หากเกิดการสูญเสียจะทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ให้บริการ และส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล

2. พัฒนาด้านความถี่ของการรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ ดังคู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย) เล่ม 4 ส่วนบี หน้า 420 ได้กล่าวไว้ว่าความถี่ของการรายงานและลักษณะการวิเคราะห์อุบัติการณ์ ไม่ว่าจะใช้วิธีการเชิงระบบหรือเชิงบุคคล จะขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำ และวัฒนธรรมขององค์กรเป็นอย่างมาก (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) ดังนั้นผู้นำหรือผู้บริหารของหน่วยงาน หรือโรงพยาบาล จะต้องเป็นแกนนำในการกระตุ้นและจัดกิจกรรมเพื่อเสริมแรงจูงใจให้บุคลากรมีการรายงานอย่างสม่ำเสมอ ปรับเจตคติของการรายงานอุบัติการณ์เป็นสิ่งที่น่าชื่นชม ไม่ตำหนิ หรือลงโทษต่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ทำให้พัฒนาระบบการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น และสามารถต่อยอดเป็นนวัตกรรมใหม่ ๆ ได้ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร นอกจากนี้การออกแบบช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ที่เข้าถึงได้ง่าย และสะดวก ได้แก่ โปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ออนไลน์ที่สามารถเชื่อมโยงกับโทรศัพท์มือถือได้ เป็นต้น

3. พัฒนาด้านการอบรมการบริหารความเสี่ยง ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ให้มีการเพิ่มเติมเนื้อหาการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงในการปฐมพยาบาลกรณีใหม่ทุกสายงานวิชาชีพด้านสาธารณสุขเพื่อให้เห็นความสำคัญ และตระหนักถึงความปลอดภัยทั้งผู้รับและผู้ให้บริการในการนำไปใช้จริงในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และในส่วนของโรงพยาบาล บุคลากรทุกคนได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปีอย่างสม่ำเสมอ และหัวหน้างานพาทำคุณภาพการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานทุกสัปดาห์ โดยเฉพาะกลุ่มรับบริการคลอดหรือสูติกรรมที่มีการบริหารความเสี่ยง สูงตลอดจนทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้ประเมินผลการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ เมระพันธุ์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร
ที่ปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนไทย. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข). บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณินันต์ มีสุวรรณ. (2563). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล
โคกสำโรง จังหวัดลพบุรี. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร*, 29(1) (Supple1), 107-118.
- จุฑารัตน์ ช่วยทวี และณิชากร ทรงแทง. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการ
รับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(3), 42-51.
- นาคยา คำสว่าง. (2560). วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล
พุทธชินราช พิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บังอร สัตยวณิช. (2560). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พร บุญมี และเฉลิมพรรณ เมฆลอย. (2554). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรม
ความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(3),
48-62.
- มลลิวี แสนใจ และวิภาวี พิพัฒน์กุล. (2564). ผลการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model เพื่อลดปัญหามารดา
ตาย เขตสุขภาพที่ 10. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 30(2), S242-S254.
- รัศมี ดันตศิริสิทธิกุล, นิลรัตน์ วรรณศิลป์, เกสร เทพแปง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, และชนภัทร วินยวัฒน์.
(2555). รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
(Patient Safety). นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.
- เรมวอล นันทศุภวัฒน์, สุนีย์ จันทรมหเสถียร, ลดาวัลย์ ภูมิวิษุเวช, อำไพ จารุวัชรพานิชกุล,
จันทรัตน์ เจริญสันติ, ผ่องศรี เกียรติเลิศนภา, และวราพร สุนทร. (2554). วัฒนธรรม
ความปลอดภัยผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขต
ภาคเหนือ. *พยาบาลสาร*, 38(4), 1-14.

โรงพยาบาลกำแพงเพชร. (ม.ป.ป.). *Safety Culture [PowerPoint slides]*. สืบค้น 28 มกราคม 2567, จาก [https://www.kph.go.th/html/attachments/article/70/Safety%20Culture%20\(15May\).pdf](https://www.kph.go.th/html/attachments/article/70/Safety%20Culture%20(15May).pdf)

วัฒนา สุนทรชัย. (ม.ป.ป.). *เหตุผลที่อยู่เบื้องหลังการพัฒนาเกณฑ์การตัดสินใจชนิด 5 ระดับ*. *Executive Journal*. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. สืบค้น 30 พฤศจิกายน 2566, จาก https://www.bu.ac.th/knowledgecenter/executive_journal/july_sep_08/pdf/Executive%20Journal_99-103.pdf

วิภาดา เหล่าสุขสถิต, อมรินทร์ นาควิเชียร, และพัชนี ภาษิตชาคริต. (2560). *Patient safety in Obstetrics and Anaesthesiology: the SIMPLE tools*. สืบค้น 3 มกราคม 2567, จาก https://elearning-aneswu.com/anesdept/wp-content/uploads/2017/05/Patient-safety_SIMPLE_Handout_Ver1_2017.pdf

วิภา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิด กระบวนการ และแนวทางปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

วิภา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2555). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิด กระบวนการและแนวทางปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: อีเลฟเว่นคัลเลอร์.

ศิริพร ประลันย์. (2564). *ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม*. สืบค้น 1 มกราคม 2567, จาก <https://ict.nkphospital.go.th>nkph>categoryPDF>

ศิวาพร แก้วสมสี, นันทิยา วัฒนา, และนันทวัน สุวรรณรูป. (2560). *ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(3), 101-112.

ศุภจรรย์ เมืองสุริยา. (2556). *การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ เชียงราย*. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 14(3), 42-53.

สถานีสุขภาพ. (2566). *หยุดชะงัก! การลดอัตราการตายแม่ทั่วโลก: WHO เผยความพยายามลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกหยุดชะงัก*. สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://www.pptvhd36.com/health/news/3304>

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). *แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA*. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2552). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ฉบับที่3)*. นนทบุรี: หนังสือดีวัน.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2560). *ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2561-2564)*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). *Patient safety concept and practice*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

สภาการพยาบาล. (2560). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง นโยบายชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย*. สืบค้น 14 มกราคม 2567, จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H002.pdf>

สภาการพยาบาล. (2561). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จจากการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ และการพยาบาลเฉพาะสาขาพยาบาลศาสตร์*. สืบค้น 26 มกราคม 2567, จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>

สภาการพยาบาล. (2562). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๒*. สืบค้น 8 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.PDF>

สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำแพรว, และสมพิศ พรหมเดช. (2557). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 66-70.

สำนักเขตสุขภาพที่ 12. (2566). *เอกสารประกอบการประชุมสรุป Service Mapping งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และจัดทำนโยบายและแผนปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. สำนักเขตสุขภาพที่ 12.

สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2566). *สธ.จับมือ 21 องค์กร ขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน*. สุขภาพ. สืบค้น 11 มกราคม 2567, จาก <https://www.hfocus.org/content/2023/11/29098>

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2562). *รายงานการตายมารดาของประเทศไทยปี พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: ม.ป.ส.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2563). *สถานการณ์แม่ตาย (PPT)*. สืบค้น 26 มกราคม 2567, จาก <https://www.thepahospital.go.th>planpolicy2.ppt>

อนงค์ ถาวร, พร บุญมี, และเกสร เกตุชู. (2557). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 8(2), 6-16.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2018). *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. Retrieved November 15, 2023, from <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/qualitypatientsafety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>

Agency for Healthcare Research and Quality. (2022). *What Is Patient safety Culture?*. Retrieved November 6, 2023, from <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>

Franz Faul, Edgar Erdfelder and Albert-Georg Lang and Axel Buchner. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical science. *Behavior Research Methods* 2007, 39(2), 175-191. Retrieved December 26, 2023, from <https://link.springer.com/content/pdf/10.3758/BF03193146.pdf>

World Health Organization. (2021). *Maternal and newborn – Mortality/causes of death*. Retrieved November 10, 2023, from <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/maternal-and-newborn-data/maternal-and-newborn-mortality-causes-of-death>