

การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล



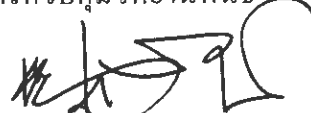
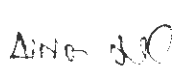
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล

	 เรือเอกหญิงจาวรรณ จำประเสริฐ ผู้วิจัย  ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H. ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์  ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ ปร.ด. กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์  รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช พ.ม. กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์  รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช พ.ม. ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพลศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
 ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ. คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย	

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสูงศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 16 พฤษภาคม 2551

เรือเอกหญิงจรรวณ จำประเสริฐ

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทร์โมลี ส.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนวนทอง ธนสุกาญจน์

Dr. P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช พ.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ ป.ร.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ ผศ.ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะกรรมการทุกท่าน ได้แก่ รศ.ธราดล เก่งการพานิช ผศ.ดร.ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ ซึ่งเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง ตลอดจน เพื่อน วท.ม. (สาธิตสุศึกษา) เอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่ได้แบ่งปันประสบการณ์ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนคอยเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบพระคุณ น.อ.ปิยะวัฒน์ วงษ์วานิช ผู้อำนวยการกองศัลยกรรม น.ท.หญิงกรทองทิพย์ จันทรอินทร์ กรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในโรงพยาบาล ที่กรุณาให้คำแนะนำและช่วยเหลือ ตลอดจนคอยเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านที่สละเวลา ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายนี้ขอขอบคุณ บิดา มารดา และพี่ ๆ ที่เป็นแรงกระตุ้นให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์เสมอมา รวมทั้งให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงดี

เรือเอกหญิงจารุวรรณ ขำประเสริฐ

การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล (PATIENT PERCEPTIONS OF HOSPITAL SAFETY)

เรือเอกหญิงจรรวณ ขำประเสริฐ 4637247 PHPH/M

วท.ม. (สาขารณศาสตร) สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H., กรณี วัฒนสมบุญ, ปร.ค., ทรายดล เก่งการพานิช พ.ม.

บทคัดย่อ

การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลให้มีมาตรฐาน ปลอดภัย อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันนั้น แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กิจกรรมการสร้างความปลอดภัย และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัย การรับรู้บทบาทการสร้างความปลอดภัย และพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัย ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 400 คน ในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 12 แผนก ด้วยแบบสอบถาม ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม.2550 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคว์สแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการในระดับสูงมาก ร้อยละ 45.5 มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับสูงร้อยละ 54.0 มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับเหมาะสมที่สุด ร้อยละ 89.0 แผนกบริการ ร้อยละ 58.3 มีการจัดกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการไม่ครบถ้วนถูกต้อง และมีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยในระดับพอใช้ ร้อยละ 75 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ เพศ ระดับการศึกษา กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการและกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ ส่วนตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย คือ ระดับการศึกษา นอกจากนี้ การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้ตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพัฒนาโรงพยาบาลซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล และมีจุดเน้นในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้มีระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัย ควรพิจารณาถึงประเด็นของการพัฒนาโรงพยาบาลเป็นองค์กรการเรียนรู้ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรให้ตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัย การเรียนรู้ และพฤติกรรมบริการ ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาซ้ำในโรงพยาบาลที่ขนาดเท่ากัน แต่บริบทของโรงพยาบาลต่างกัน เพื่อศึกษาผลที่ได้จากการกลุ่มประชากรอีกลักษณะหนึ่งว่ามีความแตกต่างหรือเหมือนกันอย่างไร

คำสำคัญ : การรับรู้ / ความปลอดภัย / โรงพยาบาล

235 หน้า

PATIENT PERCEPTIONS OF HOSPITAL SAFETY

Lt.CHARUWAN KHAMPRASERT WRTN. 4637247 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS: CHANUANBTONG TANASUKARN Dr.P.H., PARANEE VATANASOMBOON, Ph.D., TARADOL KENGKARNPANICH M.A.

ABSTRACT

Continuous quality improvement of hospital health services to meet safety standards and safety service reveals that hospitals recognizes the importance of patient safety. Activities aiming to enhance safety and safety learning processes are beneficial in increasing patients' knowledge of hospital safety. This cross-sectional survey research aimed to study patients' perception of hospital safety, patient's roles in creating safety and factors relating to patient hospital safety perception, perceived patient roles in creating safety, and patient safety behaviors. The samples consisted of 400 patients who attended 12 units of the Out-Patient and In - Patient Departments. The data were collected using a self administered questionnaire during January and March, 2007. The data were analysed by computing frequency, percentage, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's Product Moment Correlation.

It was found that 45.5 % of the patients hold a "high risk" level of perception about hospital safety; 54.0 % had a "high" level of perceived roles in carry out safety activities; 89.0 % had the "most appropriate" level of safety behaviors; 58.3 % of the Service Department had established incomplete safety activities for patients while 75 % had implemented learning processes about safety at the "moderate" level. The variables that were found to be significantly related to perceived hospital safety at the 0.05 significant level were sex, education level, activities for hospital safety implemented by the Service Departments, and learning process about safety implemented by the Service Department. Regarding personal characteristics, education was found to be significantly related to patients' perceived roles in creating safety at the $p = 0.05$ level. In addition a, significant relationship was found between patients' perceived hospital safety and perceived roles in creating safety for themselves. ($p = 0.05$)

Hospital quality improvement through hospital accreditation emphasizing patient safety should emphasize in facilitating learning process on a patient participation process by enhancing staff's skill. It is recommended that this type of study should be carried out in other hospitals of the same size but in a different policy and sociocultural environment before drawing any policy recommendation or accreditation standard regarding hospital safety.

KEY WORDS : PERCEPTION / SAFETY / HOSPITAL

235 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	9
ขอบเขตของการวิจัย	11
ข้อตกลงเบื้องต้น	12
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย	13
2. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้	24
3. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับบทบาท	35
4. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม	43
5. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วม	44
6. การจัดความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล	62
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	69
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	74
1. รูปแบบการวิจัย	74
2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	74

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	78
4. จริยธรรมทางการศึกษา	85
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล	85
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	87
บทที่ 4 ผลการศึกษา	95
บทที่ 5 อภิปรายผล	129
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	144
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	153
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	168
บรรณานุกรม	185
ภาคผนวก	193
ประวัติผู้วิจัย	235

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน	97
2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามแผนกที่มารับบริการของโรงพยาบาล	98
3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาล การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยในการใช้บริการที่โรงพยาบาล	99
4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ	101
5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการรายด้าน	101
6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการรายข้อ	102
7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง	107
8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายด้าน	108
9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายข้อ	108
10 จำนวนและร้อยละของแผนกบริการ จำแนกตามกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ	112
11 จำนวนและร้อยละของผลการเยี่ยมสำรวจ จำแนกตามเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	112
12 แสดงเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ จำแนกตามการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย และผลการเยี่ยมสำรวจภายในของกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในโรงพยาบาล	113
13 จำนวนและร้อยละของแผนกบริการ จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ	115

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง	116
15	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายด้าน	117
16	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายข้อ	117
17	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล	123
18	ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของหน่วยบริการกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล	124
19	ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล	125
20	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง	126
21	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง	128
22	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีประสบการณ์การทำงาน	221
23	จำนวนและร้อยละของผลการเชื่อมสำรวจ จำแนกตามกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ	223
24	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ จำแนกตามระดับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของหน่วยบริการ เป็นรายด้านและโดยรวม	226
25	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ จำแนกตามระดับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของหน่วยบริการ เป็นรายข้อ	226

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบความคิดของผู้นำในระบบที่ยืดหยุ่น	15
2	กระบวนการของการรับรู้	25
3	แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของเซอร์เมอร์ฮอร์นฮันท์ และออสบอร์น	29
4	แสดงกระบวนการสื่อสาร	51
5	กรอบแนวคิดในการวิจัย	73

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ตลอดเวลาที่ผ่านมาระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยเป็นระบบพึ่งพาแพทย์ โดยความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการนั้น คนไทยจะยกย่องให้แพทย์เป็นวิชาชีพที่ทำคุณประโยชน์ ผู้รับบริการให้ความเคารพนับถือ เกรงใจ เนื่องจากรู้สึกว่าแพทย์ พยาบาล เป็นผู้ให้การดูแลรักษาเปรียบเสมือนผู้มีพระคุณ แตกต่างกับในประเทศสหรัฐอเมริกาหรือยุโรปที่ถือว่าแพทย์ พยาบาลเป็นเพียงผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้รับค่าบริการตรวจรักษาเป็นสิ่งที่ตอบแทน

ต่อมาเมื่อสิ่งต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยีการสื่อสารที่เชื่อมโยงถึงกันทั่วโลก ระบบการบริการสุขภาพจากต่างประเทศได้แพร่กระจายสู่ประเทศไทย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพก้าวหน้าขึ้น อาทิเช่น การพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งแพทย์ พยาบาลให้เป็นผู้เชี่ยวชาญมีความรู้ความสามารถ มีปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น ส่งเสริมการค้นคว้าวิจัยพัฒนาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลรักษา ซึ่งนอกจากการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์แล้ว เรื่องของสิทธิมนุษยชนก็เป็นประเด็นที่มีการให้ความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องของสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นเรื่องที่มีการให้ความสำคัญจนเกิดเป็นข้อตกลงประชาคมโลก เป็นส่วนที่ถูกนำมาปฏิบัติและได้รับการพัฒนาคู่กันไปกับการพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้น มีการนำหลักการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ เข้ามาใช้ในการบริหารโรงพยาบาล เกิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น ระบบมาตรฐาน ISO., HA และ HPH เป็นต้น โดยมุ่งหวังให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดีได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย

จากการให้บริการที่มีการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้งภายใต้การแข่งขันที่สูงขึ้น จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ระบบบริการสุขภาพต้องเผชิญกับผลประโยชน์ทางธุรกิจ เกิดเป็นการแพทย์เชิงพาณิชย์ ความสัมพันธ์แบบไทย ๆ แปรเปลี่ยนไปจากความเคารพยกย่องไปสู่ การที่ผู้รับบริการมาซื้อบริการสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพตามเงื่อนไขของค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเมื่อมีการจ่ายเงินไปแล้วย่อมมีความคาดหวังในบริการ การดูแลรักษาต่าง ๆ ที่ได้รับ หากไม่ได้รับการตอบสนองตาม

ความต้องการหรือความคาดหวังไว้ ย่อมเกิดความไม่พึงพอใจจนนำมาสู่การร้องเรียน หรือการฟ้องร้องที่ตามมา ดังปรากฏทางหน้าหนังสือพิมพ์บ่อยครั้งเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยร้องเรียนผ่านสื่อมวลชน หรือฟ้องร้องสถานบริการสุขภาพ และแพทย์ผู้รักษาว่าได้รับการรักษาแล้วเกิดความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาล นำมาซึ่งความพิการและการสูญเสียโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ยังรวมถึงข้อผิดพลาดจากการให้บริการต่าง ๆ เช่น การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การให้บริการด้วยกริยาวาจาไม่สุภาพ เป็นต้น

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามหาทางแก้ปัญหาการฟ้องร้องค่าเสียหายจากแพทย์ซึ่งสูงขึ้นอย่างมหาศาล ในปี 1991 จึงมีการศึกษา Harvard Medical Practice Study (HMPS) เพื่อหาคำตอบในเรื่องระบาดวิทยาของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรัฐ New York การศึกษากระทำโดยการสุ่มประเมินเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 1984 พบว่าอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เท่ากับร้อยละ 3.7 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในจำนวนนี้ร้อยละ 27 เกิดจากการละเลยของแพทย์ และส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 27 เกิดความพิการถาวรหรือเสียชีวิต ต่อมาในปี 1992 มีการนำวิธีการเดียวกันไปศึกษาหาอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรัฐ Utah และ Colorado (UTCOS) ซึ่งได้ผลใกล้เคียงกันคือ พบอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 3.0 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลของรัฐดังกล่าว (สรรรวิษ อัสวเรืองชัย, 2546 : 8)

สำหรับในประเทศไทยจำนวนข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติที่เข้าไปยังแพทย์สภา ระหว่างปี พ.ศ.2547 มีคดีที่แพทย์ถูกตัดสินลงโทษ 72 ราย ในจำนวนนี้ ร้อยละ 35 เกิดจากการไม่รักษามาตรฐานของวิชาชีพ ร้อยละ 11 ดำรงตนโดยไม่เคารพกฎหมาย ร้อยละ 6 สนับสนุนการประกอบวิชาชีพที่ผิดกฎหมาย และร้อยละ 3 ปฏิบัติผู้ป่วยโดยไม่สุภาพ และไม่คำนึงถึงความปลอดภัยหรือความสิ้นเปลือง (วิณา จิระแพทย์, 2550 : 83) ซึ่งนอกจากการบาดเจ็บและการเสียชีวิตแล้ว หากลองมาพิจารณาการสูญเสียทางด้านอื่นๆ บ้างนั้น พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประมาณการความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจที่มาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ 17,000-29,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ซึ่งลองเปรียบเทียบความสูญเสียดังกล่าว โดยใช้อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2545 (สรรรวิษ อัสวเรืองชัย, 2546 : 12) จะพบว่า ประเทศไทยต้องสูญเสียเงินสำหรับการรักษาการบาดเจ็บจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่น่าจะป้องกันได้ปีละกว่า 1,108 ล้านบาท เงินจำนวนนี้ยังไม่นับรวมค่าสูญเสียรายได้และโอกาสสร้างรายได้ ซึ่งมีมูลค่าสูงกว่าหลายเท่าตัว ส่วนในด้านของการสูญเสียทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาตินั้นเป็นสิ่งที่ไม่สามารถประเมินค่าได้

ขณะที่ปัญหาความปลอดภัยและจำนวนข้อร้องเรียนของผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นสืบเนื่องมาจากการให้บริการได้รับข้อมูลข่าวสารและรับทราบในสิทธิของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นนั้น ทำให้ผู้รับบริการกล้าที่จะออกมาบอกกล่าวถึงปัญหาความปลอดภัยหรือความทุกข์ของตน รวมถึงมีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การร้องเรียนต่อแพทยสภา จนเป็นประเด็นสำคัญให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสนใจให้ความสำคัญ เกิดการศึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหที่แท้จริงในปัจจุบัน ซึ่งประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นถูกยกขึ้นมาเป็นนโยบายหลักในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลรักษาต่อผู้รับบริการ งานบริหารความเสี่ยงถูกนำมาใช้เป็นกระบวนการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงสร้างความปลอดภัยต่อผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณจากงานบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล รวมถึงทรัพย์สินของผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในโรงพยาบาลด้วย ซึ่งกระบวนการหรือแนวทางต่างๆ ในการบริหารความเสี่ยงเหล่านี้ ล้วนเกิดจากความพยายามของเจ้าหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันระดมความคิดเพื่อหามาตรการในการลดความเสี่ยง สร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการ

โรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานควบคู่ไปกับการความปลอดภัยของผู้รับบริการ จึงได้กำหนดนโยบายของโรงพยาบาล โดยมีเข็มมุ่ง – จุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ปี 2549 ดังนี้ คือ ความปลอดภัยของผู้รับบริการ การบริการที่รวดเร็ว ประทับใจ โดยมีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย คือ 1. การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล 2. ผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีเป้าหมายดังนี้คือ

1. งานบริการของโรงพยาบาลมีคุณภาพ มีความปลอดภัยและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

2. งานบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ทั้งงานบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ มีคุณภาพมาตรฐานและจริยธรรม ซึ่งจากยุทธศาสตร์ดังกล่าว ทำให้มีการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในงานบริการของโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่องทั่วทุกหน่วยงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

แม้โรงพยาบาลจะมีการดำเนินการพัฒนาปรับปรุงระบบการรับฟังและติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รายงานความเสี่ยงทั้งทางคลินิกและการบริการทั่วไปจากลูกค้าภายใน / ภายนอก โรงพยาบาลมีการจัดลำดับความสำคัญ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการรายงาน เกิดการป้องกันแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ และสร้างความตระหนักแก่บุคลากรของโรงพยาบาล ในงานบริการลูกค้า โรงพยาบาลก็ยังพบจำนวนข้อร้องเรียนและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตลอดเวลา โดยจำนวนข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการจากโรงพยาบาล มีดังนี้ ปี 2545 จำนวน 182 ราย ปี 2546 จำนวน 250 ราย ปี 2547 จำนวน 256 ราย และ ม.ค. – ก.ย. ปี 2548 จำนวน 219 ราย (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล / 28 ธ.ค. 2548 : 39) และจากการสรุปอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล เดือน ม.ค.- พ.ย. ปี 2548 รวม 1,407 เหตุการณ์ เป็นเหตุการณ์รุนแรงระดับสูงสุด 10 เหตุการณ์ เหตุการณ์รุนแรงระดับ 2 จำนวน 41 เหตุการณ์ ซึ่งจากการพิจารณาข้อร้องเรียนและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบนั้น แสดงให้เห็นว่าความไม่ปลอดภัยหรือข้อผิดพลาดในด้านต่าง ๆ สามารถเกิดขึ้นได้ทุก ๆ ที่ในระบบบริการสุขภาพ และสามารถเกิดขึ้นได้แม้ในงานที่ทำเป็นประจำ เช่น การสั่งอาหารเฉพาะโรค การจัดยาและการแจกยา เป็นต้น ความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาลไม่สามารถป้องกันได้โดยระบบการทำงานที่สมบูรณ์ของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือเจ้าหน้าที่เท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมของผู้รับบริการด้วย ซึ่งจากการศึกษา AMA : Public Opinion of Patient safety Issues Research Finding ของ Louis Harris & Associate (1997) ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับบริการสุขภาพพบว่า ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เชื่อว่าระบบการให้บริการสุขภาพดีเพียงพอที่จะป้องกันความผิดพลาด และร้อยละ 95 เชื่อว่าทั้งตนเองและแพทย์ต่างมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การดำเนินการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย จำต้องดำเนินการทั้งสองด้านคือ จากด้านผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ โรงพยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และจากด้านผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ทั้งนี้หากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยของตนที่เป็นอยู่ เกี่ยวกับแพทย์และโรงพยาบาลที่ตนไปรักษาว่ามีความเชี่ยวชาญในด้านใด ๆ และมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่ตนจะได้รับ ความรู้เหล่านี้ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการรักษา อันจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคมีความเที่ยงตรงยิ่งขึ้น และการปฏิบัติตามแนวทางการให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือการบาดเจ็บจากการรักษาได้ อย่างไรก็ตามถึงปัจจุบันความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลได้รับการศึกษาและป้องกันจากมุมมองของผู้ให้บริการเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการศึกษาออกแบบวัสดุอุปกรณ์ การวิจัยทางการแพทย์ การฝึกอบรมบุคลากร แต่ในด้านหนึ่งนั้นความคิดเห็นของ

ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการลดความเสี่ยงหรือการป้องกันการบาดเจ็บ มีการมองที่แตกต่างไปจากมุมมองของผู้ให้บริการ จากการศึกษาวิจัยของ Anton J. Kuzel, MD, MHPE และคณะเรื่อง Patient Report of Preventable Problems and Harms in Primary Health care ซึ่งศึกษาความผิดพลาดและการบาดเจ็บทางการรักษาพยาบาลโดยดูจากความคิดเห็นของผู้ป่วย พบว่า การบาดเจ็บและการผิดพลาดในการรักษา เกิดจากหรือยังผลมาจากเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การเข้าถึงแพทย์ ส่งผลกระทบที่นำไปสู่การบาดเจ็บ การผิดพลาดในการรักษาพยาบาลมาจากความผิดพลาดทางด้านเทคนิคในด้านการวินิจฉัยโรคและการรักษาเอง การบาดเจ็บที่สำคัญได้แก่ การบาดเจ็บทางด้านความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ CA Vincent and A Coulter (2002 : 76-80) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Patient Safety: what about the patient? พบว่า ประเด็นสองประเด็นที่รายงานการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมักจะมีได้กล่าวถึงคือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นรายบุคคลหรือโดยรวม และผลกระทบของการละเลยความปลอดภัยในผู้ป่วยและครอบครัวผลที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการบาดเจ็บมีความสำคัญเท่ากับสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ

ความคิดเห็นของผู้ป่วยเป็นกุญแจสำคัญในกลยุทธ์การปรับปรุงคุณภาพ คุณภาพสำหรับมุมมองของผู้ป่วยนั้นรวมถึง การเข้าถึงการรักษาพยาบาล การตอบสนองและความเห็นใจ การติดต่อสื่อสารที่ดี การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การรักษาที่เหมาะสมการบรรเทาอาการเจ็บป่วย การปรับปรุงภาวะสุขภาพ และที่สำคัญที่สุดคือการปราศจากการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ดังนั้นมิตินี้การทำงานเพื่อลดความเสี่ยงในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำศึกษานำร่องในผู้รับบริการจำนวน 30 คนในแผนกบริการสำคัญๆ ของโรงพยาบาล คือแผนกผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ห้องคลอด ห้องฉุกเฉิน และแผนกกุมาร โดยใช้บทสัมภาษณ์และข้อคำถามปลายเปิดในเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร ซึ่งสรุปประเด็นสำคัญได้ว่าผู้รับบริการส่วนมาก ร้อยละ 85 ไม่รับรู้ว่าทางโรงพยาบาลได้จัดระบบความปลอดภัยไว้ให้ ร้อยละ 55 ต้องการการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 70 ผู้รับบริการมีความกังวลในเรื่องความปลอดภัยมากขึ้น เนื่องจากมีเหตุการณ์ข้อร้องเรียนต่าง ๆ เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้รับบริการผ่านสื่อเป็นประจำให้ และร้อยละ 63 ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณภาพในการกำหนดความปลอดภัยของตนเอง นอกจากนี้ผู้รับบริการได้ลำดับความสำคัญเกี่ยวกับความเสี่ยงดังนี้คือ ผู้รับบริการมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55) ให้ความสำคัญกับประเด็นการได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รองลงมาร้อยละ 32 ประเด็นการให้เลือดผิด และร้อยละ 28 ในประเด็นการถูกลักพาตัว ตามลำดับ

ซึ่งจากข้อมูลที่ได้นั้น พบว่า ผู้รับบริการเป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการให้บริการของโรงพยาบาล เป็นผู้ได้รับผลจากความผิดพลาดของระบบบริการดังกล่าว ระบบหรือมาตรการดูแลความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล มักถูกกำหนดขึ้นจากเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ให้บริการเพียงฝ่ายเดียว โดยขาดการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การบริการมีคุณภาพและมีความปลอดภัย ความปลอดภัยในการให้บริการเป็นสิ่งที่ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการต้องการ โรงพยาบาลไม่ต้องการถูกฟ้องร้องและเสื่อมเสียชื่อเสียง โรงพยาบาลผู้ป่วยต้องการได้รับบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย โดยความปลอดภัยมีส่วนสำคัญ 2 ส่วนคือ ความปลอดภัยในการให้บริการตามความเป็นจริง และความปลอดภัยในการให้บริการตามการรับรู้ ความปลอดภัยตามความเป็นจริงนั้น เป็นสิ่งที่ผู้ให้มุ่งหวังให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ส่วนคุณภาพตามการรับรู้ เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการรับรู้ว่าการบริการนั้นเป็นบริการที่มีความปลอดภัย เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ หากทั้งสองส่วนนี้สอดคล้องกันมากเท่าใดความปลอดภัยในการให้บริการย่อมดียิ่งขึ้นเท่านั้น ซึ่งจากประเด็นทั้งหมดนี้จึงเป็นส่วนที่ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาปรับปรุงระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพความปลอดภัยตามมาตรฐานและจริยธรรม สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการตามนโยบายของโรงพยาบาลต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาลตามมาตรฐานอย่างไร
2. ผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองอย่างไร
3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอย่างไรในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง
4. กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาลอย่างไร
5. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองอย่างไร

6. ปัจจัยส่วนบุคคลอะไรบ้าง ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และบทบาทในการสร้างความปลอดภัยเมื่อมาใช้บริการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ จะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ จะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

3. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาลจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

4. การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ

1.2 กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกให้บริการ กระบวนการให้บริการของแผนกบริการ ครอบคลุมใน 11 ด้าน คือ 1) การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง 2) การผ่าตัด 3) เวชระเบียน 4) การเงิน 5) การลงนามยินยอมการรักษา 6) เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ 7) ทรัพย์สินหรือความเสียหาย 8) สุขภาพ 9) อุบัติภัย 10) ความไม่พึงพอใจ และ 11) ความคลาดเคลื่อนทางยา

1.3 กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ ได้แก่ การสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการจัดสิ่งแวดล้อม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

2.2 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

2.3 พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

นิยามตัวแปร

1. ผู้ป่วย หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจรักษาพยาบาล หรือการดูแลสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

2. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ได้รับจากการปฏิบัติงานเป็นรายเดือน รวมถึงรายได้พิเศษอื่นๆ ที่มีใช้เงินเดือน

3. ประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ หมายถึง การเคยของตนเอง ญาติ หรือเพื่อน ซึ่งได้รับความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลหรือกระบวนการให้บริการของแผนกบริการ ครอบคลุมใน 11 ด้าน คือ 1) การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง 2) การผ่าตัด 3) เวชระเบียน 4) การเงิน 5) การลงนามยินยอมการรักษา 6) เครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์ 7) ทรัพย์สินหรือความเสียหาย 8) สุขภาพ 9) อุบัติภัย 10) ความไม่พึงพอใจ และ 11) ความคลาดเคลื่อนทางยา ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

4. แผนกบริการ หมายถึง หน่วยงานบริการที่จำแนกเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยมาติดต่อรับบริการเพื่อการรักษาพยาบาลหรือดูแลสุขภาพของตน

5. กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ หมายถึง กิจกรรมที่แผนกบริการจัดทำขึ้นตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล วัดทางอ้อมโดยการเจเนอรัลจำนวนสิ่งค้นพบและรายงานของคณะเยี่ยมชมสำรวจ คุณภาพภายใน (Internal surveyors)

6. กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ หมายถึง กิจกรรมหรือการดำเนินงานของแผนกบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ มีความคิดความเข้าใจ และนำไปปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัยในการใช้บริการ โดยใช้การสื่อสาร การมีส่วนร่วมและการจัดสิ่งแวดล้อม

การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการที่โรงพยาบาลใช้ในการให้และรับข้อมูลต่าง ๆ กับผู้รับบริการเกี่ยวกับการสร้างความปลอดภัยเมื่อมารับบริการ ผ่านช่องทางการสื่อสาร เช่น การพูดคุย การให้คำแนะนำ แผ่นพับ ป้าย และวิดีโอ เป็นต้น

การมีส่วนร่วม หมายถึง ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมคิด ตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ เพื่อการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างปลอดภัย เช่น การถามความคิดเห็นผู้ป่วยในการวางแผนการรักษา เลือกวิธีการรักษา และปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

การจัดสิ่งแวดล้อม หมายถึง การจัดสถานที่ในการให้บริการเพื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยจากบริการที่ได้รับ และการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองเมื่อมารับบริการ

7. ความปลอดภัยในการให้บริการ หมายถึง สภาพหรือภาวะซึ่งเกิดจากการกระทำ การจัดการของผู้ให้บริการที่ปราศจากโอกาสหรือความเป็นไปได้ในอันที่จะเกิดผลทางลบต่อผู้รับบริการ มีความครอบคลุมในบริการ 11 ด้าน คือ

- 7.1 การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ได้แก่ ผิดคน เอกสารผิด
- 7.2 การผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมผ่าตัดไม่ถูกต้อง
- 7.3 เวชระเบียน ได้แก่ ชื่อ – สกุล / หมายเลขโรงพยาบาล ผิด สูญหาย การคัดกรองสิทธิการรักษาไม่ถูกต้อง การส่งเวชระเบียนมาที่ห้องตรวจล่าช้า การส่งเวชระเบียนมาผิดแผนก
- 7.4 การเงิน ได้แก่ การคิดเงินผิด
- 7.5 การลงนามยินยอมการรักษา ได้แก่ การลืมเขียน ไม่สมบูรณ์ และอื่น ๆ
- 7.6 เครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด ได้แก่ ลิฟต์ขัดข้อง เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ทักษะการใช้
- 7.7 ทรัพย์สินหรือความเสียหาย เช่น ทรัพย์สินสูญหาย ทรัพย์สินเสียหาย ทำร้ายร่างกาย
- 7.8 สุขภาพบาล ได้แก่ ขยะ / ขยะติดเชื้อ / ชิ้นส่วนเนื้อเยื่อ น้ำเสีย อาคารชำรุด อากาศสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค ห้องน้ำ อาหารและ สารเคมี เสี่ยง
- 7.9 อุบัติภัย ได้แก่ ไฟไหม้ ไฟฟ้าช็อต และแก๊สระเบิด
- 7.10 ความไม่พึงพอใจ ได้แก่ การให้คำอธิบาย / คำแนะนำ
- 7.11 ความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ผิดคน ผิดยา ผิดขนาด ผิดวิธี ผิดห่อผู้ป่วย ผิดจำนวน และมียาหมดอายุในห่อผู้ป่วย

8. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ หมายถึง ความคิดเห็น หรือการแปลความหมายโดยตัวผู้ป่วยว่าตนเองเผชิญ / พบเหตุการณ์ / อยู่ในภาวะที่ปลอดภัยในการมารับบริการซึ่งครอบคลุมในบริการ 11 ด้าน โดยประเมินจากการให้ความเห็นถึงอันตราย–ไม่อันตราย ต่อข้อคำถามที่แสดงเหตุการณ์ที่เสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยจากกิจกรรมหรือการกระทำความเสี่ยง ในวันที่มารับบริการจากโรงพยาบาล

9. การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย หมายถึง ความคิดเห็น หรือ การแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบของพฤติกรรมที่พึงกระทำในการสร้างความปลอดภัย ซึ่งสามารถวัดด้วยเกณฑ์การวัดการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย 5 บทบาท คือ 1) การเป็นผู้ป่วยที่มีความรู้ (ได้แก่ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษาและแพทย์ ตามความคิดเห็นในการรักษา) 2) การเก็บประวัติการรักษา (ได้แก่ การจดเก็บประวัติการรักษา อาการป่วย) 3) การร่วมมือกับทีมการรักษา (ได้แก่ การให้ข้อมูลในอดีต ปัจจุบัน ชักถามคำถาม ใส่ใจในสิ่งผิดปกติ และปรึกษาข้อกังวล) 4) การมีญาติ (ได้แก่ การให้ญาติหรือเพื่อนมีส่วนร่วมในกรณีที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่) 5) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (ได้แก่ การรับทราบและเข้าใจแนวทางการรักษา การรับประทานยา การอุปกรณ์ และการรายงานสิ่งผิดปกติ)

10. พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในการลดโอกาสหรือความเป็นไปได้ในอันที่จะเกิดผลทางลบหรือข้อผิดพลาดในการให้บริการ อันได้แก่ ระมัดระวังตนเอง แจ้งญาติ แจ้งเจ้าหน้าที่ เขียนข้อร้องเรียน ปฏิเสธการรักษา ขอคำแนะนำ และการฟ้องร้อง เป็นต้น ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาไว้ดังนี้ คือ ศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยเมื่อมารับบริการของแต่ละแผนกที่ผู้ป่วยมาติดต่อหรือมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งมีการจัดระบบบริการที่มีความปลอดภัยตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นแผนกบริการผู้ป่วยนอก 5 แผนก ได้แก่ ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม ห้องตรวจโรคศัลยกรรม ห้องตรวจโรคสูติ - นรีเวชกรรม ห้องตรวจโรคกุมาร และห้องตรวจโรคจักษุกรรม และแผนกบริการผู้ป่วยใน 7 หอผู้ป่วย ได้แก่ อายุรกรรมชาย, อายุรกรรมหญิง, ศัลยกรรมชาย, ศัลยกรรมหญิง, สูติ 2-3, กุมาร 2 และพิเศษ 4

2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ ผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง (กรณีที่เป็นผู้ป่วยเด็ก) ที่มารับบริการจากโรงพยาบาล

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. โรงพยาบาลมีระบบงานบริหารความเสี่ยงและมีระบบบริการตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2. เครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ สร้างขึ้นจากระบบงานบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
3. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับบทบาท
4. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
5. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วม
6. การจัดความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

สเตรสเซอร์ (Strasser, 1973 : 66) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความปลอดภัย หมายถึง เงื่อนไขหรือสภาวะที่เป็นผลมาจากการปรับพฤติกรรมของมนุษย์และ/หรือการออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพเพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอุบัติเหตุลงได้

สมาคมสุขศึกษา พลศึกษา และสันตนาการ แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความหมายไว้ว่าคือ ความปลอดภัย หมายถึง ปราศจากอันตราย หรือปราศจากการบาดเจ็บหรือการตาย ทรัพย์สินเสียหาย หรือทำให้เสียเวลาที่มีค่าไป (อ้างในเอมอัชมา วัฒนบุรณนท์, 2548 : 4)

ปลอดภัย หมายถึง หลีกเลี่ยงอันตรายต่อผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการดูแลรักษา (อ้างใน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546 : 90)

วีระพงษ์ เกลิมจิระรัตน์ และวิฑูรย์ สิมะโชคดี (2535 : 19) กล่าวว่าไว้ว่า ความปลอดภัย หมายถึง การปราศจากภัยและอันตรายที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น

อำพล ชื่อดัง (2543 : 1) ได้ให้คำนิยามความปลอดภัยไว้ว่า หมายถึง การปราศจากความเสียหายที่ยอมรับไม่ได้

Amy Bussian Bennett (2005) ได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า หมายถึง การป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย โดยลดความผิดพลาดที่เกิดจากการกระทำหรือละเว้นการกระทำใด ๆ

NPSF (approved by the NPSF Board : 2003) ได้ให้คำจำกัดความถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า หมายถึง การป้องกันการเกิดความผิดพลาดอันเนื่องมาจากการให้การรักษายาบาล รวมทั้งการบำบัดและบรรเทาอาการบาดเจ็บของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการผิดพลาดดังกล่าว

EPC (2001) การปฏิบัติความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการหรือองค์ประกอบ การกระทำที่นำไป เพื่อลดความเป็นไปได้ที่จะเกิดผลในทางลบอันเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้มา เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ทั้งในด้านความเจ็บป่วย และกระบวนการรักษายาบาล

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมดนี้สามารถสรุปความหมายของความปลอดภัยในการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้ว่า ความปลอดภัยในการให้บริการ หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมบริการหรือ สถานที่ เพื่อลดโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุ หรือข้อผิดพลาดในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งการสร้าง ความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้น โรงพยาบาลมีมุมมองด้านความปลอดภัย โดยพิจารณาจากเหตุการณ์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โรงพยาบาลพยายามมองหาโอกาสที่จะเกิดปัญหาต่าง ๆ ให้มากขึ้นและปรับจากการตั้งรับแก้ไขเหตุการณ์มาสู่การสำรวจ แก้ไข และวางมาตรการป้องกันเชิงรุกมากขึ้น กำหนดเป็นกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของหน่วยบริการต่าง ๆ เพื่อให้ทุกหน่วยงานของ โรงพยาบาลดำเนินการ ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนก บริการ หมายถึง กิจกรรมที่แผนกบริการจัดทำขึ้นตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับเป้า หมายความปลอดภัยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล วัดทางอ้อมโดยการเจนนับ จำนวนสิ่งค้นพบและรายงานของคณะเยี่ยมสำรวจ คุณภาพภายใน (Internal surveyors)

ระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัย

การจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยในการมารับบริการนั้น ไม่สามารถมี ข้อสรุปหรือบทบัญญัติออกมาชัดเจนว่าการปฏิบัติตามแนวทางเหล่านี้ทุกประการแล้วผู้ป่วยจะ ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายใด ๆ ทั้งสิ้น การพยายามพัฒนาปรับปรุงระบบบริการให้มี มาตรฐาน และหาแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมนั้น ล้วนเป็นกลวิธีในการลดความเสี่ยงลง

ความปลอดภัยของกระบวนการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และการใช้เวชภัณฑ์อุปกรณ์การแพทย์ที่ปลอดภัย สิ่งเหล่านี้ควรอยู่ในความตระหนักสนใจและให้ความร่วมมือกันของทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้บริหารองค์กร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

แนวทางการดำเนินงานสำหรับระบบสุขภาพที่ปลอดภัย

เมื่อนำลักษณะของผู้นำในระบบที่ยึดหยุ่น มาประสานเข้ากับหลัก 4Ps ของการบริหารจัดการ จะได้แนวทางการดำเนินงานเป็น 9 ประเด็น ตามกรอบความคิดในภาพ ที่ 1 (อ้างในอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2546 : 57-60)

	Commitment	Cognizance	Competence
Principle(Philosophy)	1	2	3
Policies	4	5	6
Procedures		7	8
Practices			9

แผนภูมิที่ 1 กรอบความคิดของผู้นำในระบบที่ยึดหยุ่น

$$4Ps \times 3Cs = 9 \text{ Sets of indicators}$$

1. Principles & Commitment

- เป็นที่ยอมรับว่าความปลอดภัยเป็นความรับผิดชอบของทุกคนไม่ใช่ทีมบริหารความเสี่ยงเท่านั้น
- ผู้บริหารระดับสูงยอมรับว่าความผิดพลาดเป็นสิ่งที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และฝึกอบรมทีมงานให้สามารถตรวจพบและแก้ไขปัญหาคได้
- ประเด็นเรื่องความปลอดภัยได้รับพิจารณาในที่ประชุมระดับสูงอย่างสม่ำเสมอ ไม่เฉพาะเมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงเท่านั้น

2. Principles & Cognizance

- มีการทบทวนเหตุการณ์ในอดีตในที่ประชุมระดับสูง และนำบทเรียนที่ได้รับมาสู่การปฏิรูปทั้งระบบ ไม่เพียงจุดที่เกิดปัญหาเท่านั้น
- เมื่อเกิดความผิดพลาด เป้าหมายหลักของผู้บริหารระดับสูงคือการค้นหาว่าปรากฏการณ์ของระบบมีจุดอ่อนตรงไหน และพยายามปรับปรุง ไม่พยายามที่จะตำหนิตัวบุคคลผู้ปฏิบัติงาน
- มีความเข้าใจว่าการบริหารความเสี่ยงที่ได้ผลขึ้นกับการเก็บ / วิเคราะห์ข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง

3. Principles & Competence

- ผู้บริหารระดับสูงใช้วิธีการเชิงรุกในเรื่องความปลอดภัยด้วยการพิจารณาความผิดพลาดที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก จัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดในระบบ ตรวจสอบสัญญาณสุขภาพขององค์กรเป็นประจำ
- ผู้บริหารระดับสูงตระหนักว่าการจัดการ และแก้ไขปัจจัยขององค์กรนั้นง่ายกว่าการจัดการกับภาวะทางจิตวิทยาของผู้คน

4. Principles & Commitment

- ทุกระดับสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยได้
- มีทางด่วนสำหรับการบริหารความเสี่ยง
- ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับและทุกหน่วยเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับความปลอดภัย
- ผู้ให้ข้อมูลได้รับรางวัล มีใช้ถูกลงโทษ

5. Policies & Cognizance

- ผู้บริหารตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องประสานข้อมูลผลลัพธ์เข้ากับข้อมูลกระบวนการในเชิงรุก (Proactive process information) ซึ่งมากกว่าการตรวจสอบเป็นครั้งคราว
- องค์กรมีนโยบายว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยขึ้นอยู่กับสร้างวัฒนธรรมในการรายงาน

6. Policies & Competence

- นโยบายระบบรายงาน จะต้องเป็นไปเพื่อการชดเชยที่เหมาะสมมากกว่าการลงโทษ มีระบบรักษาความลับหรือการไม่ระบุชื่อ แยกการรวบรวมข้อมูลออกจากกระบวนการทางวินัย
- นโยบายในเรื่องวินัย จะต้องมียึดตกลงกันเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ยอมรับได้และที่ยอมรับไม่ได้ โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพมีบทบาทในการดำเนินการทางวินัย

7. Procedures & Cognizance

- มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการตรวจพบ และแก้ไขความผิดพลาดเพื่อให้สามารถดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติได้
- มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ
- มีความตระหนักว่าแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่อาจจะไม่ครอบคลุมเหตุการณ์ทั้งหมด อาจจะต้องมีการฝึกอบรมพิเศษให้แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในงานที่อาจจะเป็นปัญหา
- การเขียนคู่มือปฏิบัติงานจะต้องมีการปรึกษากับผู้ปฏิบัติงานจริง

8. Procedures & Competence

- คู่มือปฏิบัติงานจะต้องชี้แนวทางที่ชาญฉลาด สามารถปฏิบัติได้ และสามารถหาจุดได้เมื่อต้องการ
- หัวหน้าที่กำกับดูแลจะต้องฝึกอบรมทักษะด้านอารมณ์ และด้านวิชาการที่จำเป็นให้แก่เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยได้ผล
- ควรมีการแบ่งปันความรู้ที่จำเป็นในการทำงานโดยใช้คู่มือการปฏิบัติงาน แบบเตือนใจ

9. Practices & Competence

- มีระบบสะท้อนกลับที่รวดเร็วและเป็นประโยชน์ เกี่ยวกับบทเรียนที่เกิดขึ้นและการดำเนินงานที่จำเป็น
- มีการรับฟังข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานและตอบสนอง
- เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น ให้แสดงความรับผิดชอบ ขอโทษ บอกกับผู้เสียหายว่า บทเรียนที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การป้องกันเพื่อลดโอกาสเกิดปัญหาลักษณะอื่นอีก

ปัจจัยในการบริหารความปลอดภัย

ประสิทธิภาพของการบริหารความปลอดภัย มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการลดความเสี่ยงทางคลินิก นั่นคือ หากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการจัดบริการลงความปลอดภัยจะเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของความผิดพลาดที่พบบ่อย และปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยในกระบวนการรักษาพยาบาล จึงเป็นข้อมูลจำเป็นที่ต้องใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ การออกแบบเพื่อเฝ้าระวัง ชะจัดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด และลดผลกระทบต่อผู้ป่วย (วิณา จิระแพทย์ 2550 : 3-9)

ประเภทของความผิดพลาด

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประเภทของความผิดพลาดที่พบบ่อยในกระบวนการรักษาพยาบาล สามารถจำแนกได้เป็น 7 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. ความผิดพลาดทางยา / สารน้ำ / ผลิตภัณฑ์เลือด (Medication / fluid / blood product error) พบเป็นอันดับสูงสุดของความผิดพลาด ที่เกิดทั้งหมดทางคลินิก โดยพบในทุกกระบวนการของการดำเนินการ ตั้งแต่ขั้นการสั่ง การรับคำสั่ง การเตรียม / การผสมให้ถูกวิธี ถูกประเภทและขนาด การแจกจ่ายและการเฝ้าติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยา โดยเรียงลำดับประเภทของความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยตามที่พบจากมากไปน้อยได้ดังนี้

การให้ผิดขนาด (wrong dose)

การให้ผิดคน (wrong patient)

การให้ผิดเวลา (wrong time)

การให้ผิดชนิด (wrong drug)

การให้ผิดวิธี (incorrect administration technique)

การให้ยาที่เลิกให้ (continuation of a discontinued order)

2. ความผิดพลาดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย (unsafe environment)

- การติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) เช่น การละเลยการล้างมือหรือล้างไม่ถูกต้อง ขาดการป้องกัน / การดูแลผิวหนังนิกขาดเป็นแผลหรือผ่านการเจาะเลือด การไม่ฆ่าเชื้อข้อต่อสามทาง (three – way) ด้วยสารระงับเชื้อ (antiseptic) ก่อนให้ยาทางหลอดเลือด การปนเปื้อนในการทำหัตถการเจาะเลือดหรือดูดน้ำคัคหลัง

- ความล้มเหลวในการบ่งชี้และช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตราย เช่น การไม่ตั้งค่าสัญญาณเตือน (alert alarm) ที่เหมาะสม หรือปิดสัญญาณเตือนเมื่อไม่ทราบสาเหตุของเสียงเตือน โดยเฉพาะเมื่อใช้ pulse oximeter

- สภาพแวดล้อมที่กระตุ้นประสาทสัมผัสเกิน เช่น การดูแลผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่มีแสงสว่าง เสียง และอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการพักผ่อนของผู้ป่วย

3. ความผิดพลาดทางเทคนิค (technical error)

- ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย (patient identification)
- ความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดคน และผิดประเภท
- ความผิดพลาดในวิธีการหัตถการ เช่น การดูแลเสมหะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและ / หรือการทำให้เกิด hypoxia การประกอบติดตั้งวงจรอุปกรณ์การแพทย์ไม่ถูกต้อง
- ความผิดพลาดการใช้อุปกรณ์การแพทย์ไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

4. ความผิดพลาดจากการเฝ้าระวังไม่เพียงพอ (lack of attentiveness)

การขาดการประเมินติดตามสภาพผู้ป่วย เพื่อให้สามารถตรวจพบความผิดปกติหรืออันตรายจากอุบัติเหตุได้โดยเร็วตั้งแต่ระยะแรก เช่น

- การพลัดตก ลื่นล้ม (falls) ของผู้ป่วยขณะอยู่ในการดูแล
- การรั่วของยา / สารน้ำ / ผลิตภัณฑ์เลือด ออกนอกหลอดเลือดอย่างรุนแรง
- การหลุดของ three – way stopcock ที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงเลือดจากการพบล่าช้า
- การขาดการเฝ้าติดตามระดับน้ำขณะเติมน้ำเข้าในอับทำความชื้นของแก๊ส (humidifier) ของเครื่องช่วยหายใจ มีผลทำให้น้ำที่ปนเข้าวงจรท่อเครื่องช่วยหายใจ (ventilator circuit) และเข้าสู่ปอดของผู้ป่วย

5. ความผิดพลาดจากการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของการดูแล (fail to follow standard protocol)

6. ความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล (documentation errors)

การขาดการบันทึกที่ครบถ้วน ตามเวลา โดยการบันทึกก่อนทำจริง หรือไม่บันทึกหลังการปฏิบัติหรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษามากเกิน / หรือขาดไป ตลอดจนการมีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือการบำบัดรักษาของผู้ป่วย

7. ความผิดพลาดจากการไม่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนผู้ป่วย (patient advocacy)

การขาดการกระทำบทบาทของแพทย์ / พยาบาลในด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ถือเป็นประเด็นจริยธรรมวิชาชีพ ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคลากรในทีมสุขภาพให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยการคาดเดา ไม่ทวนสอบ หรือไม่สอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อยืนยันความถูกต้อง เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้บริการ เช่น การให้ยาหรือทำหัตถการให้ผู้ป่วย การคาดเดาคำสั่งที่เขียนหรือพูดไม่ชัดเจน หรือไม่ตรวจสอบข้อมูลที่สงสัยในความถูกต้องตามหลักวิชาการ ตลอดจนการทำให้สัญญาณเตือนของเครื่องมอนิเตอร์หยุดทำงาน

ปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยเกี่ยวข้องกับปัจจัยสาเหตุใหญ่ ๆ 2 ด้าน

1. ปัจจัยภายในบุคคล (endogenous factor or human factor)

ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ

บุคลากรทางสุขภาพ คือ มนุษย์ที่มีโอกาสผิดพลาดในการทำงานได้ (To err is human) ความผิดพลาดพบบ่อยในสถานการณ์ในงานที่ทำ ความเครียด ความง่วง ความเพื่อย และอ่อนล้าขณะปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนการไม่ตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้แทนผู้ป่วย

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด ได้แก่ ผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และทารกที่เกิดก่อนกำหนด

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล (exogenous factors)

ปัจจัยด้านระบบปฏิบัติการการดูแล (system operating care)

- การปฏิบัติงานในหน้าที่ที่มีอัตรากำลังแพทย์ – พยาบาล ไม่เพียงพอต่อภาระงานการดูแลผู้ป่วย
- รูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่ปฏิบัติตามหน้าที่ (functional nursing care delivery) และที่ปฏิบัติเป็นทีม (team nursing care delivery) ซึ่งลดความสามารถของพยาบาลในการเข้าใจการเปลี่ยนแปลง การติดตามและการให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างสมบูรณ์และอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยในการได้บริการที่ช้าช้อน ล่าช้า หรือไม่ได้รับการบริการ และได้รับการรักษาผิดคน
- รูปแบบการจัดบริการพยาบาลแบบใช้บุคลากรทางการพยาบาลที่มีทักษะต่าง ๆ กัน (staff skill mix) เช่น พยาบาล พยาบาลเทคนิค ร่วมกับผู้ช่วยคนไข้ และการหมุนเวียนพยาบาลใหม่เข้ามาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (staff floating system)
- การไม่มีระบบที่ปรึกษา (supervision) ในงานที่ยากและต้องการคำปรึกษา
- กระบวนการปฏิบัติงานหนึ่งอย่าง ที่หยิบจับโดยคนหลายคน (handoff procedure) เช่น การบริหารยาผิด ซึ่งดำเนินการโดยผู้รับคำสั่ง ผู้เตรียมและผู้ให้ยาเป็นพยาบาลคนละคนกัน การประกอบ / ติดตั้งท่อวงจรเครื่องช่วยหายใจที่ใช้พยาบาลและ / หรือบุคลากรทางสุขภาพหลายคนร่วมกันทำ เป็นต้น
- ลักษณะงานและการมอบหมายงานไม่เหมาะสมกับความพร้อมของบุคคล (ระดับความรู้สึกรหรือประสบการณ์ในงาน) เช่น มอบหมายงานที่ซับซ้อนให้แพทย์ / พยาบาลจบใหม่ หรือผู้ที่มีอายุงานนานแต่เพิ่งมาช่วยงานนั้นแทนชั่วคราว
- ระบบปฏิบัติงานที่เพิ่มความเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ระบบจัดเรียงและจัดเก็บการ์ด (card)

ยาที่ทำให้ตรวจสอบตามความถูกต้องได้ยาก และการจัดเก็บยาอันตรายในบริเวณใกล้กับยาทั่วไป ตลอดจนการเก็บยาหลายประเภทและจำนวนมากไว้ในหอผู้ป่วย

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสถานการณ์

- สถานการณ์ที่ทำให้บุคลากรถูกเบี่ยงเบนความสนใจไปจากงานที่กำลังปฏิบัติเพื่อไปปฏิบัติงานอื่น เช่น การปฏิบัติงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ซึ่งพบมากในช่วงของการรับส่งเวร และขณะกำลังปฏิบัติงาน

- มีการเพิ่มขึ้นของภาระงานในการดูแลผู้ป่วยกะทันหัน โดยไม่มีบุคลากรเสริม (patient acuity) ทำให้เกิดภาวะงานมากเกินไป มีเวลาไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงาน ได้อย่างรอบคอบ และไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง ซึ่งพบบ่อยในกรณีที่มีการรับผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วยมีอาการทรุดลงทันทีทันใด
- สถานการณ์ที่มีความเหมือนและ / หรือคล้ายคลึง ได้แก่ การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ป่วยมีชื่อ / นามสกุลเหมือนหรือคล้ายกัน มีการเปลี่ยนตำแหน่งเตียง / ห้องผู้ป่วยภายหลังคำสั่งการรักษา ไข้สูง / อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีลักษณะหรือบรรจุภัณฑ์เหมือนกัน แต่ต่างคุณสมบัติหรือเพื่อวัตถุประสงค์ต่างกัน ได้แก่ การใช้เครื่องให้สารละลาย (infusion pump) เครื่องเดียวกัน เพื่อให้ยาทางหลอดเลือดหรือผลิตภัณฑ์เลือดในอัตราการไหลเร็ว สลับกับการให้สารน้ำที่ให้ในอัตราการไหลช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการลืมปรับเปลี่ยนอัตราการไหล และการใช้ยาที่มีชื่อและบรรจุภัณฑ์คล้ายคลึงกันในหอผู้ป่วย (บทที่ 6)
- สถานการณ์ที่แตกต่างจากสิ่งที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรในหอผู้ป่วย ได้แก่ การสั่งยา / สารน้ำ / ผลิตภัณฑ์เลือด ที่เป็นคำสั่งชั่วคราว เช่น คำสั่งวันเดียวและคำสั่งที่ให้ไม่ตรงตามเวลาที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร เช่น เมื่อรับผู้ป่วยใหม่เปลี่ยนคำสั่งยาระหว่างวัน หรือให้ยาฉุกเฉิน
- สถานการณ์ที่ทำให้ยากต่อการสังเกตและการจดจำในการปฏิบัติงาน เช่น สภาพแวดล้อมที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอต่อการสังเกตความผิดปกติของผู้ป่วย อุณหภูมิในหอผู้ป่วยที่สูงหรือต่ำเกินไป และระดับเสียงภายในหอผู้ป่วยดังมาก

ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล

- การสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาล ทั้งในลักษณะของการสื่อสารด้วยวัจนภาษา (verbal communication) เช่น คำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์และการสื่อสารด้วยอวัจนภาษา (non - verbal communication) ที่พบบ่อย คือ การเขียนด้วยลายมือไม่ชัดเจน อ่านยาก การใช้คำย่อในคำสั่งที่ไม่เป็นสากล ตลอดจนคำสั่งที่ไม่มีการส่งต่อระหว่างบุคลากรในทีม เช่น มีคำสั่งการรักษาแต่วางไว้โดยไม่บอกบุคลากรในทีม และการที่หัวหน้าทีมพยาบาลรับคำสั่งการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่ถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติ

แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

แบบประเมินเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบงานเพื่อสร้างหลักประกันเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารระดับสูงและผู้รับผิดชอบงานคุณภาพควรนำไปใช้เพื่อวางระบบในระดับองค์กร (AHRQ : 2001)

- ทุกคนรับรู้ว่ามีผู้บริหารระดับสูงแสดงออกถึงการนำที่จำเป็นเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- องค์กรมีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน
- ทุกคนสามารถอธิบายนโยบายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและสามารถอธิบายผลลัพธ์ที่ต้องการได้
- ทุกคนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการค้นหาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- ทุกคนสามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานของตนจะมีผลต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
- ทุกคนเชื่อว่าตนเองมีอำนาจและทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย
- มีการวัดผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย นำเสนอให้ทุกคนรับทราบ และให้รางวัล / การตอบแทน
- มีการทบทวนประจำปีเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทุกแห่งทุกมุม และมีกระบวนการนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- มีการวิเคราะห์ workplace hazard อย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และนำผลมาใช้ในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย
- ทุกคนได้รับการเสริมพลังเพื่อแก้ไข Patient safety hazards เมื่อค้นพบ
- มีระบบเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ Patient safety hazards ทุกแห่งทุกมุม เป็นระบบในเชิงบวก ให้รางวัล ได้ผล และมีคนใช้
- ทุกคนรับทราบแนวโน้มน้ำของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สาเหตุ และมาตรการป้องกัน
- มีการสืบสวนเพื่อหา root cause ทุกครั้งเมื่อเกิดอุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยหรือเมื่อมีเหตุการณ์ “เกือบพลาด” และมีการแก้ไขอย่างได้ผล
- ทุกคนที่ใช้เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบำรุงรักษาเครื่องมือที่จำเป็น

- ทุกคนรู้ว่าจะตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างไรด้วยการวางแผน ฝึกอบรม และฝึกซ้อม
- มีเครื่องมือและระบบที่จำเป็นพร้อมสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉินซึ่งได้รับการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ และทุกคนรู้ว่าจะใช้เครื่องมืออย่างไร จะสื่อสารกันอย่างไร

สิ่งที่กล่าวมาข้างต้นเป็นเพียงแนวทางการบริหารจัดการ พัฒนาองค์กรไปสู่การเป็นสถานบริการสุขภาพที่ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ ซึ่งบริการสุขภาพที่ปลอดภัยนั้นต้องอาศัยความร่วมมือกันของทุกฝ่าย เพราะเนื่องจากปัจจุบันนี้การรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น การรักษาพยาบาลมิได้เกิดจากการทำงานของแพทย์หรือพยาบาลเพียงผู้เดียวเท่านั้น แต่เกิดจากการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยด้วยเช่นกัน ดังนั้น การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยที่ทางโรงพยาบาลพยายามจัดให้นั้นจะเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินที่เป็นอยู่นั้น ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีความปลอดภัยเป็นอย่างไร เพื่อจะได้เป็นข้อมูลย้อนกลับมาสู่โรงพยาบาลว่าควรพัฒนาหรือปรับปรุงด้านใดให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงสุด ลดข้อผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

2. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

2.1 กระบวนการ (Process) ของการรับรู้

เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก (Sensing) ความจำ (Memory) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Decision making) การแสดงพฤติกรรม เขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

การรู้สึก	ตีความ	คิดตัดสินใจ
	การคิด ความเข้าใจ ความจำ การเรียนรู้ มโนภาพ	



แผนภูมิที่ 2 กระบวนการของการรับรู้

แหล่งที่มา : กันยา สุวรรณแสง (2539 : 129)

กระบวนการรับสัมผัส (Sensation) เป็นบันไดขั้นแรกของการรับรู้ และหลังจากเราได้ข้อมูลมาจากอวัยวะรับสัมผัสแล้ว เราก็นำมาตีความ (Interpret) อันเป็นบันไดขั้นสองของการรับรู้ ถ้าสิ่งเร้าเบาบางเกินไป เช่น เสียงเบาเกินไปก็จะไม่เกิดการรับสัมผัส และสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรามีมากมายเรารับรู้ได้บางอย่างเท่านั้น การที่เราจะรับอะไรได้นั้น มีตัวแปรหลายตัวกำหนด ตัวแปรหนึ่งคือ ระดับความไวของการรู้สึก (Sensory threshold)

กระบวนการ (Process) ของการรับรู้มีเป็นลำดับดังนี้ : มีเครื่องเร้ามาเร้าปลายประสาท เกิดมีอาการสัมผัส (Sensation) เกิดมีอาการแปรสัมผัส และมีเจตนา (Conation) ที่จะแปลสัมผัสนั้น การแปลสัมผัสเกิดขึ้นในสมอง สิ่งที่เคยพบเห็นมาแล้วย่อมจะประทับอยู่ในสมอง เมื่อได้รับสิ่งเร้า สมองที่จะทบทวนกับความรู้ที่มีอยู่เดิมว่า สิ่งเร้านั้นคืออะไร

ผู้รับสัมผัสจะต้องแปลความหมายของการสัมผัสออกมา โดยอาศัยประสบการณ์เดิม การแปลความหมายของความรู้สึกจากการสัมผัสเรียกว่า การรับรู้ (Perception) ดังนั้น การรับรู้จึงเป็นผลของความรู้เดิมบวกกับการรับสัมผัส เมื่ออวัยวะรับสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้วส่งไปที่สมองเกิดการคิด การเข้าใจ เกิดการรับรู้ สมองจึงส่งคำสั่งไปยังอวัยวะมอเตอร์ ให้แสดงปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมที่เกิดเนื่องมาจากร่างกายได้รับสิ่งเร้านั้น ๆ โดยอาศัยความคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์ และบางครั้งก็กระทำออกไปโดยมีอารมณ์ปะปนไปด้วย ในทางจิตวิทยาเรียกว่า “พฤติกรรมที่มีความมุ่งหมาย” การรับรู้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดการรับรู้ได้ต้องประกอบด้วย

1. มีสิ่งเร้าที่จะรับรู้ (Stimulus) เช่น รูป รส กลิ่น เสียง
2. ประสาทสัมผัส (Sense organs) และความรู้สึกล้มสัมผัส เช่น หู ตา จมูก ลิ้น ผิวหนัง
3. ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่ได้สัมผัส

2.2 ความหมายของการรับรู้

จากแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการการรับรู้ (Perception) ที่เกิดจากการมีสิ่งเร้า มีการรับรู้ และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่าเกี่ยวข้องกับจิตวิทยา สังคม และพฤติกรรม ดังนี้

แกริสันและมากูน (Garrison & Magoon, 1972 : 607) ให้คำจำกัดความไว้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลข้อความที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกาย (ประสาทสัมผัสต่าง ๆ) กับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ทราบว่า สิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร ฯลฯ การที่เราจะรับรู้ที่มาสัมผัสได้นั้น จะต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

โคล และสคริบบเนอร์ (Cole & Scribner, 1974 : 25) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลมีการจัดระบบ และรับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งถือเป็นการรับรู้ลึกขั้นแรก

ไพเนแกน และคณะ (Pinnegan et al., 1975 : 1110) ให้ความหมายการรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความสนใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

คิง (King, 1981 : 20-26) เชื่อว่าการรับรู้ของแต่ละบุคคลสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต อัตมโนทัศน์ ความเชื่อ พื้นฐานการศึกษา และสภาพเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสะท้อนการให้คุณค่าในปัจจุบัน ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นลักษณะสากล คือ การรับรู้โดยอาศัยประสาทสัมผัสเช่นเดียวกัน การรับรู้เป็นความรู้สึก เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลและเป็นการเลือกสรรสำหรับแต่ละบุคคล บุคคลจึงเลือกรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวตามความสนใจ ความต้องการขณะนั้น และตามเป้าหมายในอนาคต ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง บุคคลอื่นจะทราบถึงการรับรู้ได้จากพฤติกรรมการแสดงออกที่บุคคลนั้นตอบสนอง

รอย (Roy, 1991 : 166) ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากระตุ้นและความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้นภายใต้สติสัมปชัญญะ อันเป็นผลมาจากการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนคอร์เทกซ์ (Cortex)

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2527 : 22) กล่าวว่า การรับรู้ คือ กระบวนการตีความสิ่งเร้าจากการสัมผัสของอวัยวะต่าง ๆ ทั้งนี้ต้องอาศัยประสบการณ์เดิม หรือการเรียนรู้หรือการคิด

ละออ หุตางกูร (2529 : 22) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปลสิ่งกระตุ้น มีผลทำให้เราทำปฏิกิริยาตอบสนองและการตอบสนองนั้น คือ พฤติกรรม บุคคลจะมีพฤติกรรมไปตามที่ตนรับรู้ พฤติกรรมจึงเป็นภาคปฏิบัติของการรับรู้และพฤติกรรมจะถูกสั่งการควบคุมด้วยการรับรู้

ประหยัด ชิดทอง (2540 : 8) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การได้รับอิทธิพลจากการสังเกต พบเห็น และรู้จักแล้วทำให้เกิดความเข้าใจและการตีความหมาย สิ่งที่ถูกสังเกต พบเห็น หรือรู้จัก

ปรียาภรณ์ เตียยะกุล (2540 : 14) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การแปลความหรือการให้ความหมายกับสิ่งที่เขาได้โดยผ่านประสาทสัมผัสและการรับรู้นี้มีอิทธิพลนำไปสู่การกระทำต่าง ๆ ของบุคคล

ชาคริต บุญชัยศรี (2542 : 13) การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล หลังจากได้รับสิ่งเร้าหรือข้อมูลต่าง ๆ แล้วเกิดการเลือกจัดการให้ความหมายต่อสิ่งเร้าทั้งภายในภายนอก โดยมีการตีความหรือแปลความของสิ่งเร้านั้น ๆ ออกมาในรูปความคิด ความรู้ ความเข้าใจ หรือการกระทำได้

พนมพร ภูสีเขียว (2543 : 33) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ร่างกายจะกระตุ้นประสาทสัมผัส และนำไปแปลความหมายที่สมอง โดยอาศัยประสบการณ์ กับสิ่งหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้บุคคลรับทราบและเข้าใจในสิ่งที่ได้รับ ทำให้บุคคลมีการตัดสินใจที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ออกมาในรูปความคิดหรือการกระทำที่รับรู้สิ่งใด ๆ ได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับความต้องการ ความสนใจของบุคคลและสภาพแวดล้อมนั้นๆ

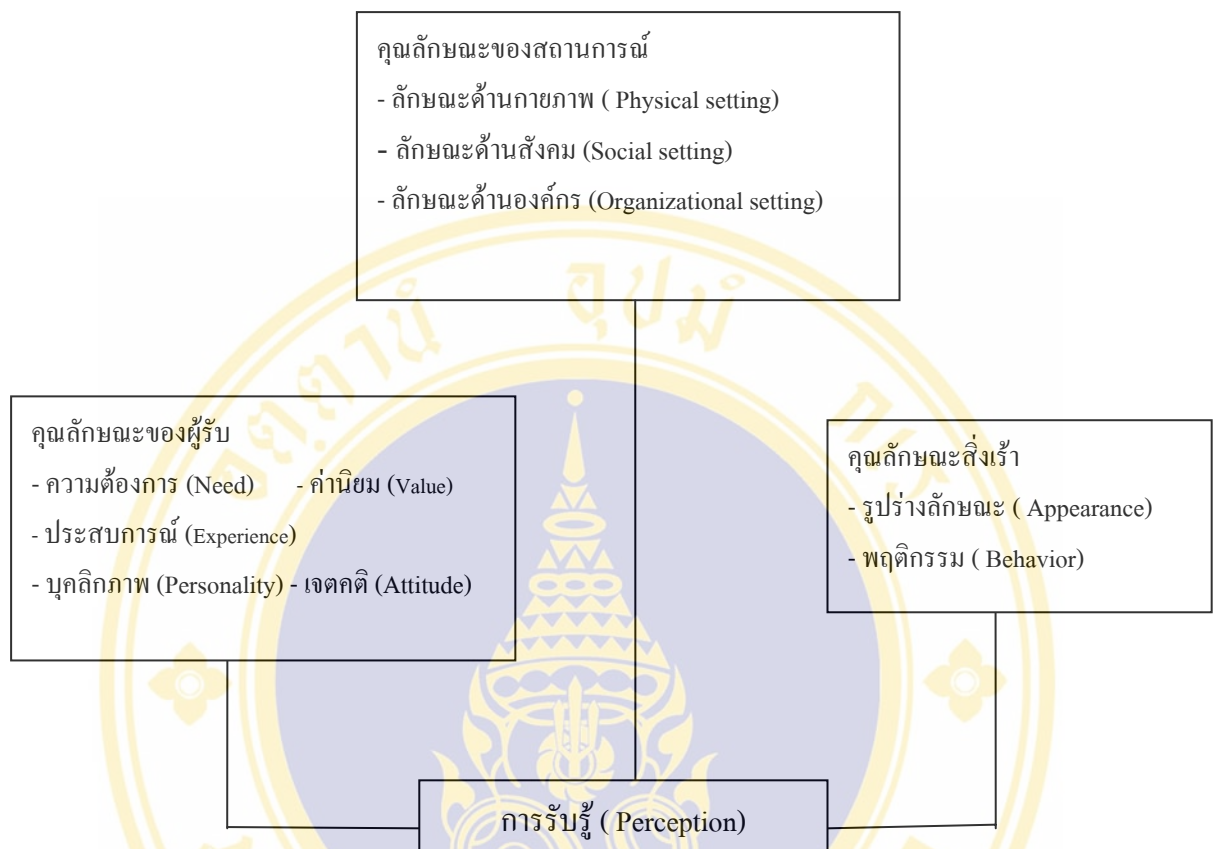
สัณญา ขาวสว่าง (2543 : 16) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจและความรู้สึจากการมองเห็น การได้ยิน การอ่าน และการตีความเกี่ยวกับปัจจัยหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มากระตุ้นประสาทสัมผัสของบุคคลและมีผลทำให้เกิดการตอบสนองในแบบของการกระทำหรือความนึกคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้ สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการด้านความคิด และจิตใจของมนุษย์ที่รวบรวมตีความหมายหรือการแปลความหมาย จากสิ่งเร้าที่ได้พบเห็น หรือได้ยิน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์หรือความรู้เดิมที่เคยประสบมาเป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ได้สัมผัส ดังนั้นการเรียนรู้สามารถบอกได้ถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ การรายงานการเรียนรู้ของผู้ป่วยจึงเป็นวิธีที่จะนำมาประเมินการให้บริการให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการได้วิธีหนึ่ง ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้การเรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการ หมายถึง ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการของแต่ละแผนกบริการ ซึ่งสามารถประเมินได้จากการตอบแบบสอบถามการเรียนรู้ความปลอดภัยในการให้บริการตามระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล นอกจากการเรียนรู้ที่เกิดภายในตัวบุคคลแล้วนั้นยังมีปัจจัยอะไรบางอย่างที่มีอิทธิพลต่อการการเรียนรู้ ซึ่งมีผู้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ไว้ดังนี้

2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

การเรียนรู้เป็นกระบวนการทางความคิด ที่เกิดจากการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ได้รับผ่านทางระบบประสาทสัมผัส โดยอาศัยข้อมูลที่ได้รับและประมวลผลร่วมกับประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ทำให้การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน โดยมีผู้กล่าวไว้หลายท่านดังนี้

เซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น (Schemerhorn, Hunt and Osborn, 1991 อ้างในวิมลมาศ สมใจ, 2542 : 55) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของเซอร์เมอร์ฮอร์มันท์ และออสบอร์น

คิง (King, 1981: 22-26) กล่าวว่า การรับรู้ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถหาข้อมูลได้โดยจากการสังเกตพฤติกรรม และถามบุคคลนั้นว่า คิดและรู้สึกร้อย่างไร

กรองแก้ว อยู่สุข (อ่างในวิมลมาศ สมใจ, 2542 : 53) การรับรู้เกิดจากหลาย ๆ สิ่งประกอบกัน เช่น อายุ เพศ ฐานะ การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ค่านิยมและทัศนคติส่วนตัว ทำให้เกิดปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งที่ได้พบเห็นตามที่ตนรับรู้ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมและทัศนคติ บุคลิกภาพ สิ่งจูงใจ ความสนใจ ประสบการณ์ และความคาดหวัง

กันยา สุวรรณแสง (2536 : 152) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะของสิ่งเร้าดังนี้

1. ลักษณะของผู้รับรู้ ได้แก่

1.1 ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม (Past Experience) ของแต่ละบุคคล จะทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ แตกต่างกัน

1.2 ความต้องการ ความปรารถนา (Need) หรือแรงขับ

1.3 สภาพของจิตใจหรือภาวะอารมณ์ คนเราขณะอารมณ์ดี มักมองเห็น สิ่งนั้นดีไปหมด แต่ถ้าหากอยู่ในภาวะอารมณ์ไม่ดี มักจะมองไม่ชอบใจไปหมด หากว่ามีอารมณ์เสีย มาก ๆ อาจจะรับรู้อะไรเลย หรือรับรู้ ผิดพลาดมาก

1.4 เจตคติ มีอิทธิต่อการรับรู้ของบุคคล

1.5 อิทธิพลของสังคม (Social Factors) สภาพความเป็นอยู่ของสังคม และ ลักษณะของวัฒนธรรม ปทัสถาน (Norms) เป็นกรอบของการอ้างอิง (Frames of Reference) จารีตประเพณี ค่านิยม เป็นเครื่องกำหนด การรับรู้ของคน ทำให้คนแต่ละกลุ่มรับรู้สิ่งต่างๆ แตกต่าง กันออกไป

1.6 ความตั้งใจ (Attention) และความสนใจ

1.7 คุณค่า (Value) เมื่อเห็นคุณค่าก็จะเพิ่มความสนใจ ใส่ใจต่อการที่จะ รับรู้ คนสนใจต่อสิ่งใดมักจะบังเกิดความตั้งใจ

1.8 เชี่ยวชาญ ปัญหา คนที่เฉลียวฉลาด รับรู้ได้ดี เร็ว ถูกต้อง และแปลความ หมายได้ดี มีเหตุผลกว่าผู้มีสติปัญญาค่ำ

1.9 ความพร้อมหรือการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้ (Preparatory Set)

1.10 การคาดหวัง (Expectancy) บางครั้งคนเรามีการคาดหวังล่วงหน้า ซึ่ง เป็นการทำให้มีการเตรียมพร้อมในการรับรู้สิ่งใหม่

2. ลักษณะของสิ่งเร้า การที่บุคคลจะรับรู้สิ่งใด มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับ คุณสมบัติ และคุณลักษณะของสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดการรับรู้ ถ้าสิ่งเร้าดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจ ก็จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ดีขึ้น

สัญญา ขาวสว่าง (2543 : 22-23) ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ มี 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยทางด้านสรีระของร่างกาย ได้แก่ ระบบประสาทสัมผัส เช่น หู ตา จมูก ลิ้น เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้รับ ได้แก่ ทักษะคิด อารมณ์ ค่านิยม ความต้องการ แรงจูงใจ บุคลิกภาพ ประสบการณ์ หรือความถี่ของประสบการณ์ เป็นต้น

3. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ บทบาททางสังคม องค์ประกอบทางสังคม วัฒนธรรม การจัดองค์การ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว

สุชา จันทร์อม (2535 : 132) สรุปได้ว่า บุคคลสามารถรับรู้ได้จากประสาทสัมผัสแต่จะรับรู้ได้มากน้อยเพียงใดนั้น ย่อมต้องอาศัยสิ่ง 3 ประการ คือ

1. ประสบการณ์เดิม อันได้แก่ ความคิด ความรู้ และการกระทำที่ได้เคยกระทำมาแล้วในอดีต ประสบการณ์เดิม เหล่านี้จะมีปริมาณมากและเป็นความรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจนแน่นอนซึ่งจะช่วยให้การตีความหมายจากการรับสัมผัส

2. ความต้องการและความสนใจขณะนั้น มีความสำคัญไม่น้อยต่อการตีความหมายจากการสัมผัสเช่นเดียวกัน ถ้าคนเรามีความต้องการและสนใจต่อสิ่งใด ก็จะมีควมตั้งใจแน่วแน่ มีความสังเกตพิจารณาสิ่งนั้นอย่างละเอียดถี่ถ้วน ซึ่งจะก่อให้เกิดการตีความหมายอย่างถูกต้องได้

3. สภาพแวดล้อมและลักษณะของสิ่งเร้าที่เร้า ถ้าคนเราอยู่ในสภาพแวดล้อมดีย่อมทำให้จิตใจแจ่มใส กระชุ่มกระชวย ใจปลอดโปร่งย่อมทำให้สติปัญญาดีขึ้น และถ้าสิ่งเร้ามีลักษณะคุณสมบัติตลอดจนมีความหมายต่อตัวเขาด้วยแล้ว ย่อมช่วยในการตีความหมายจากการรับสัมผัสได้เป็นอย่างดี

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ได้แก่

1. ปัจจัยทางด้านผู้รับรู้ ได้แก่

1.1 ปัจจัยทางด้านประชากร คือ เพศ อายุ อาชีพ

1.2 ปัจจัยทางด้านสังคม คือ การศึกษา ภาษา ประเพณีวัฒนธรรม ประสบการณ์ บทบาททางสังคม องค์ประกอบทางสังคม

1.3 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา คือ ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม ความต้องการ สติปัญญา ความพร้อม การเห็นคุณค่า บุคลิกภาพ ความสนใจ และการปรับตัว

2. ปัจจัยทางด้านสิ่งเร้าภายนอก คือ ข่าวสาร และลักษณะสิ่งเร้า อันได้แก่ ระยะเวลา ความถี่ของการได้รับสิ่งเร้า ความสัมพันธ์กับสิ่งเร้า

เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ล้วนมีผลเกี่ยวข้องต่อการรับรู้ของบุคคล ทำให้การรับรู้ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ถึงแม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกันก็ตาม เพราะบุคคลจะประมวลการรับรู้ นั้นเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะของตนเอง ซึ่งปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจนั้นได้แก่

1. เพศ เนื่องจากเพศจะแสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม และเพศยังมีผลต่อสติปัญญาการรับรู้ของบุคคล โดยมีแนวโน้มว่าเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจาก ความแตกต่างทางโครงสร้างของสมอง ที่มีผลทำให้สติปัญญา และความรู้สึกลึกซึ้งแตกต่างกัน ประกอบกับเพศชายมีบทบาทในสังคมและมีโอกาสศึกษามากกว่าเพศหญิง (Schaffer, 1981)

2. อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตัวเอง นิสัย การรับรู้และการแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการของอายุ (Orem, 1985 : 255) นอกจากนี้ เลวินสัน (Levinson, 1974 อ้างในโยธิน ศันสนยุทธ และคนอื่น ๆ, 2533 : 200) ได้จัดแบ่งพัฒนาการของมนุษย์ตามระดับอายุ ซึ่งจะต่างกันประมาณ 20 ปี คือช่วงอายุ 0-20 ปี เป็นระยะก่อนวัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 20-40 ปี เป็นระยะวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ช่วงอายุ 40 -60 ปี เป็นระยะวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง หรือวัยกลางคน อายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นระยะวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยชรา พัฒนาการของมนุษย์ในวัยผู้ใหญ่ที่สำคัญคือ มีความมั่นคงที่อยู่ระยะหนึ่ง ติดตามมาด้วยความเสื่อมสลายตามระดับอายุที่เพิ่มขึ้น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี) จะเป็นวัยที่ความสามารถของบุคคลบางด้านมีความคงที่ แต่บางด้านมีความเปลี่ยนแปลง แต่ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตมากนัก จึงทำให้บุคคลส่วนใหญ่ไม่รู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในวัยนี้ เมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (40 -60 ปี) สภาวะของความเปลี่ยนแปลงจะเด่นชัดขึ้น และเด่นชัดมากที่สุด ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือ วัยชรา (60 ปีขึ้นไป) ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงได้กระทบกระเทือนต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังขัดขวางบุคคลมิให้สามารถกระทำสิ่งที่เคยกระทำมาตลอดชีวิตอีกด้วย ในส่วนของการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ การสูญเสียประสาทสัมผัสจะมากขึ้นตามระดับอายุ เนื่องจากความเสื่อมของระบบประสาทและตัวรับรู้ความรู้สึก การเรียนรู้ในวัยหนุ่มสาวเริ่มเสื่อมถอย แต่ยังไม่ปรากฏชัดเจนเท่าวัยผู้สูงอายุ (โยธิน ศันสนยุทธ และคณะ, 2533 : 199-202) อายุมีผลต่อการรับรู้ เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงในวัยสูงอายุ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะมากกว่า และมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ อายุจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกของพฤติกรรมที่

เกิดจากการรับรู้ การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Palank, 1991)

3. ระดับการศึกษา การศึกษาเล่าเรียนจะเป็นตัวที่ช่วยพัฒนาสติปัญญา การคิดอ่าน ความรู้ความเข้าใจ ส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการคิด และวิเคราะห์ข้อมูลจากสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและปฏิกิริยาของบุคคลอื่นๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (วรรณสิทธิ ไททยเสวี, 2526 : 45) และการศึกษาเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนการรับรู้ต่าง ๆ ของบุคคล เพราะการศึกษาจะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนรับรู้ได้อย่างรวดเร็ว ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะได้เปรียบเรื่องการเรียนรู้ และเกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ วิธีการคิดวิเคราะห์หรือสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติแตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า นอกจากการศึกษาจะมีผลต่อพฤติกรรมแล้ว การศึกษายังมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลคือ ช่วยพัฒนาสติปัญญาของบุคคล ในการที่เลือกรับรู้ในสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับตน (จำเนียร ช่วงโชติ, 2528 : 67) จากการศึกษาของวิวรรธ นุญทริก (2540 : 71) เรื่องความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย พบว่า วุฒิทางการศึกษาที่ต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ ด้านวิธีการรักษาโรคแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีศึกษาระดับปริญญาตรีและอนุปริญญา หรือเทียบเท่า จะมีความคิดเห็นด้วยสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาในระดับมัธยมและต่ำกว่า ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงน่าจะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

4. รายได้ รายได้เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เป็นตัวกำหนดและเอื้ออำนวยต่อการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพที่ควรจะได้รับตามสิทธิ บุคคลที่มีรายได้ดีไม่ลำบากขัดสน จะมีโอกาสเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพตามที่ต้องการ ซึ่งหมายถึงการบริการที่ตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยด้วย ในทางตรงข้ามบุคคลที่มีรายได้ต่ำ จะมีทางเลือกในการตัดสินใจเลือกการรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขได้น้อย เพราะรายได้อิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสาธารณสุข จากการศึกษาของนิกรณ สันหจรียา (2541 : 86) เกี่ยวกับการได้รับและการใช้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน จะได้รับสิทธิในบางประเด็นต่างกัน และจากการศึกษาของฉวีวรรณ โคมโลทก (2544 : 100) พบว่า รายได้ที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย และการรับข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยต่างกัน ในทางบวก สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิวรรธ นุญทริก (2540 : 71) เรื่องความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ ด้านชื่อยา วิธีการใช้ยา และสรรพคุณยา

รักษาโรคแตกต่างกันโดยผู้ที่มีรายได้สูงกว่า จะมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า ดังนั้นรายได้จึงน่าจะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

5. ประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาล ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาหากเป็นประสบการณ์ที่ดีจะเป็นข้อดีที่ช่วยให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์ไม่รุนแรงเกินไป ในทางตรงกันข้าม หากมีประสบการณ์ที่ไม่ดี อาจทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์นั้นเลวร้ายกว่าที่ควรจะเป็น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) บุคคลที่มีประสบการณ์มากจะรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองประสบได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์น้อย หรือไม่มีประสบการณ์เลย (Molzahn & Northcott)

2.4 การรับรู้ความปลอดภัย

การรับรู้ความปลอดภัย เป็นความคิดเห็น หรือการแปลความหมายโดยตัวผู้ป่วยว่าตนเองเผชิญ พบเหตุการณ์ หรืออยู่ในภาวะที่ปลอดภัยในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง เป็นปัจจัยที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการดูแลตนเองดีขึ้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับประเทศขึ้น จนเป็นปัจจัยหนึ่งในส่วนประกอบสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เปรียบเป็นคุณสมบัติพื้นฐานที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย และมีจริยธรรม การรับรู้ความปลอดภัยทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเป็นเบื้องต้น และนำไปสู่การทำให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่ตนได้รับ ซึ่งจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไปตามที่รับรู้

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการซึ่ง หมายถึง ความคิดเห็น หรือการแปลความหมายโดยตัวผู้ป่วยว่าตนเองเผชิญ พบเหตุการณ์ หรืออยู่ในภาวะที่ปลอดภัยในการมารับบริการซึ่งครอบคลุมในบริการ 11 ด้าน โดยประเมินจากการให้ความเห็นระหว่าง อันตรายถึงไม่อันตราย ต่อข้อคำถามที่แสดงเหตุการณ์ที่เสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยจากกิจกรรมหรือการกระทำความเสี่ยง ในวันที่มารับบริการจากโรงพยาบาล

3. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับบทบาท

3.1 ความหมายของบทบาท

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “บทบาท” ไว้หลายทัศนะ ดังนี้

ลัม (Lum, 1976 : 47-48) ให้ความหมายของบทบาทคือ หน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งใดๆ ตามความคาดหวังบนบรรทัดฐานของสังคม (Social norm)

นิโคล และฮูมินิค (Nichols & Humenick 1988 : 18) ให้ความหมายของบทบาทคือ พฤติกรรมของคนที่ยึดตามค่านิยมตามสถานภาพ และความรับผิดชอบในสังคมนั้นๆ

พจนานุกรมอเมริกันเฮริเทจ ดิกชันนารีออฟ ดิ อิงริช แลנגเกจ (American Heritage Dictionary of the English Language: Fourth Edition. 2000) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่า หมายถึง บุคลิกภาพและพฤติกรรมทางสังคมที่ควรจะเป็นของบุคคล

พจนานุกรมศัพท์ สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี2524 ได้อธิบายความหมายของบทบาท (role) ว่าเป็นการทำหน้าที่หรือพฤติกรรมตามที่สังคมกำหนดหรือคาดหวังให้บุคคลกระทำ

ปรินซิซัน และคณะ (Princiton el al., 1973 : 260) กล่าวว่า บทบาท คือ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาตามตำแหน่งหน้าที่ที่รับผิดชอบ และตามความคาดหวังของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมโนทัศน์ของคนที่ยึดพฤติกรรม และผลจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

เฉลิมพล ดันสกุล (2541 : 18) กล่าวว่า บทบาท เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามสถานภาพ บทบาทเป็นสิ่งที่สังคมกำหนดและคาดหวังให้บุคคลกระทำ เมื่อบุคคลดำรงตำแหน่งในสังคมต้องแสดงบทบาทตามตำแหน่งนั้น ๆ ผู้ดำรงตำแหน่งเดียวกันในแต่ละคนอาจมีบทบาทหรือปฏิบัติหน้าที่แตกต่างกัน เนื่องจาก มีความแตกต่างกันไปตามนิสัย ความคิด ความสามารถ สภาพจิตใจ และร่างกาย

รอย (Roy, 1980 : 260) กล่าวว่าบทบาทเป็นความต้องการของสังคม เป็นพฤติกรรมที่สังคมคาดหวัง ถึงแม้ว่าบทบาทจะเป็นพฤติกรรมของบุคคล แต่บทบาทก็เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากผลการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น

บลูมและเซลส์นิก (Broom and Selznick, 1973 : 36) ได้กล่าวถึงบทบาทว่าประกอบด้วย 3 ลักษณะต่าง ๆ 3 ประการ คือ

1. อุดมคติที่มีการกำหนดสิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคมไว้
2. บทบาทที่ควรกระทำ (The performance role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งที่ได้รับ ซึ่งอาจไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติ หรืออาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล
3. บทบาทที่กระทำจริง (The performance role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริงซึ่งขึ้นอยู่กับ ความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ตลอดจนความกดดันและโอกาสในแต่ละสังคมในระยะเวลาหนึ่ง ๆ และยังรวมถึงบุคลิกภาพและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย

ผะอบ นมะตร์ (2526 : 43) กล่าวว่าบทบาทเป็นการปฏิบัติหน้าที่หรือการแสดงออกตามความคิดหรือคาดหวัง เมื่ออยู่ภายใต้สถานการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง โดยถือเอาฐานะหรือหน้าที่ทางสังคมของเขาเป็นมูลฐาน

จากแนวคิดดังกล่าว อาจสรุปความหมายของ บทบาท คือ รูปแบบของพฤติกรรมที่พึงกระทำ ตามความคาดหวังของตนเองหรือสังคม การปฏิบัติตามหน้าที่ที่ถูกกำหนดไว้ ซึ่งเกิดจากการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงบทบาท

นักวิชาการได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงบทบาทไว้หลายประการ คือ

ลินตัน (Linton 1956 : 42-62) ได้ให้แนวความคิดในเรื่องทฤษฎีบทบาท (role theory) ไว้ว่า การที่บุคคล จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ถูกกำหนดไว้ได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ

1. ลักษณะเฉพาะของสังคมหรือชุมชน
2. วัฒนธรรม ประเพณี และความปรารถนาของสังคมที่เกี่ยวข้อง
3. บุคลิกภาพและความจำเป็นของเจ้าของบทบาท

อัลพอร์ท (Allport 1967: 181-184) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในขณะที่ยังดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ คือ

1. บทบาทที่คาดหวัง (Role Expectation) คือ บทบาทตามความคาดหวังของบุคคลอื่นหรือสังคม คาดหวังให้บุคคลอื่นปฏิบัติเมื่อดำรงอยู่ในตำแหน่งหนึ่งในสังคม

2. มโนทัศน์ของบทบาท (Role Conception) คือ การที่บุคคลมองเห็นบทบาทตามการรับรู้ของตนหรือตามความคาดหวังของตนเอง ว่ามีบทบาทอย่างไร ไปตามวิถีทางของตนเอง ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมหรือไม่ก็ได้

3. การยอมรับบทบาท (Role Acceptance) คือ การยอมรับบทบาทของบุคคลซึ่งจะเกิดขึ้นภายหลัง เมื่อมีความสอดคล้องกันเองของบทบาทที่คาดหวัง และมโนทัศน์ของบทบาท

4. การปฏิบัติตามบทบาท (Role Performance) คือ การแสดงบทบาทตามสภาพจริง ซึ่งอาจแสดงตามที่คาดหวัง ตามการรับรู้และเข้าใจของตนเอง ตลอดจนการที่บุคคลจะแสดงบทบาทได้เพียงใดขึ้นอยู่กับ การยอมรับบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ หรือเนื่องมาจากความสอดคล้องของบทบาทตามความคาดหวังของสังคม และตามการรับรู้บทบาทของตนเอง

ซิลล์ (Sill, 1968 : 230) มีความเห็นว่า บทบาทที่คาดหวังเป็นการกระทำหรือคุณสมบัติต่าง ๆ ซึ่งผู้อยู่ในตำแหน่งหนึ่ง ๆ ควรจะมี ผู้ใดตำแหน่งไม่เพียงแต่จะแสดงพฤติกรรมตามบทบาท ซึ่งสอดคล้องกับการคาดหวังของคนอื่น ๆ ในสังคมทั่วไปยังต้องแสดงบทบาทซึ่งจะทำให้การครอบครองตำแหน่งของตนเองอยู่ตลอดไป การที่จะแสดงบทบาทให้ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทที่คาดหวังกับความต้องการของบุคคลนั้น

3.3 การรับรู้บทบาท

คานท์ และคณะ (Kahn, et al., 1964 : 12-26) กล่าวถึงการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทโดยบุคคลว่า “บุคคลที่มีตำแหน่งหน้าที่อย่างเป็นทางการนั้นอาจจะมี การรับรู้ของเขาเองสำหรับบทบาทของเขา สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ หรือ ความเข้าใจในบทบาทของเขาเอง คือ ภูมิหลังของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง และฐานะทางด้านสังคม ซึ่งจะมีผลกระทบต่อค่านิยมและทัศนคติของบุคคลนั้น สิ่งเหล่านี้บุคคลดังกล่าวจะนำจิตตัวเข้ามาภายในองค์การด้วย และย่อมจะมีผลกระทบต่อ การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของเขาในองค์กร”

ชินจิตต์ โพธิ์ศัพทสุข (2529 : 35) กล่าวว่า การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพจริง ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้และความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติหน้าที่ได้ดีเพียงใด นั้นขึ้นกับการยอมรับบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีความสอดคล้องกันระหว่าง บทบาทตามความคาดหวังของสังคมกับบทบาทหน้าที่ที่ตนเองรับรู้อยู่ หรือคาดหวังไว้ การยอมรับ บทบาทนี้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจบทบาทและการสื่อสารระหว่างสังคมกับบุคคลนั้น ทั้งนี้ เพราะบุคคลไม่ได้ยินดียอมรับทุกบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับการคัดเลือกหรือแรงผลักดันจาก สังคมให้รับตำแหน่งและมีบทบาทหน้าที่ให้ปฏิบัติ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ไว้อย่างชัดเจนก็ตาม แต่ถ้าหากบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้เกิดผลเสียหรือเสียประโยชน์โดยเฉพาะถ้าขัดกับความ ต้องการ หรือค่านิยมของตนเอง เขาก็จะพยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้น หรือปฏิบัติอย่างไม่เต็มใจ

อรุณ รัชธรรม (2528 : 21) กล่าวว่า iva การปฏิบัติงานตามบทบาทใดบทบาทหนึ่ง ย่อมมีการรับรู้เข้ามาเกี่ยวข้องเพราะถือว่าการรับรู้เป็นพื้นฐานพฤติกรรมของบุคคล เกิดขึ้นเมื่อ บุคคลเห็น คน วัตถุ หรือสิ่งที่ปรากฏแล้วทำความเข้าใจ ให้ความหมายหรือค่านิยมต่อสิ่งนั้นว่าคือ อะไร ซึ่งต้องผ่านกระบวนการภายใน ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และประสบการณ์หรือ ความรู้ ที่ผ่านมาในชีวิตของแต่ละคนทำให้มีลักษณะเป็นจิตวิสัย คือ ความบิดเบือนไปจากความ เป็นจริงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความเข้าใจหรือความคิดของแต่ละคน นิยามนั้นจะถูกต้องหรือไม่ เพียงใดย่อมแล้วแต่ว่าสังคมจะยอมรับความถูกต้องนั้นอยู่ที่ใด

กฤษกร ก้องสมุทร (2532 : 23) กล่าวว่า บทบาท คือ การปฏิบัติงานตามสิทธิ และ หน้าที่ของตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่ การปฏิบัติบทบาทจะกระทำได้ดี ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ ความสามารถในการรับรู้ และการกระทำของบุคคล ฉะนั้น การรับรู้บทบาทย่อมจะแตกต่างกันใน แต่ละบุคคล สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้บทบาทหรือเข้าใจบทบาทตนเองคือ ภูมิหลัง ฐานะทางสังคม ค่านิยม ทัศนคติ ฯลฯ บุคคลที่แตกต่างกันย่อมมีการรับรู้ และการเข้าใจในบทบาทที่แตกต่างกัน การ รับรู้ที่ถูกต้องในบทบาทย่อมมีผลกระทบต่อความมีประสิทธิภาพขององค์การ

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้และบทบาทข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าการปฏิบัติ ตามบทบาทใดบทบาทหนึ่ง ย่อมมีการรับรู้บทบาทเข้ามาเกี่ยวข้อง เพราะการรับรู้ถือได้ว่าเป็น พื้นฐานพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้บทบาทจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ และมีผลต่อ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่จะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยนั้นมีการ รับรู้ต่อสิ่งเร้าอย่างไร เพราะการรับรู้เป็นการแปลความหมายหรือตีความต่อสิ่งเร้า สิ่งเร้าเดียวกัน

อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่างกันได้ การที่บุคคลสามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความสนใจ อวัยวะรับสัมผัส และประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งการรับรู้ที่ต่างกันนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ในด้านการรักษาพยาบาลหรือการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย หมายถึง ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบของพฤติกรรมที่พึงกระทำในการสร้างความปลอดภัย ซึ่งสามารถวัดด้วยเกณฑ์การวัดการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย 5 บทบาท คือ 1) การเป็นผู้ป่วยที่มีความรู้ (ได้แก่ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษาและแพทย์ ตามความคิดเห็นในการรักษา) 2) การเก็บประวัติการรักษา (ได้แก่ การจดเก็บประวัติการรักษา อาการป่วย) 3) การร่วมมือกับทีมการรักษา (ได้แก่ การให้ข้อมูลในอดีต ปัจจุบัน ชักถามคำถาม ใส่ใจในสิ่งผิดปกติ และปรึกษาข้อกังวล) 4) การมีญาติ (ได้แก่ การให้ญาติหรือเพื่อนมามีส่วนร่วมในกรณีที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่) 5) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (ได้แก่ การรับทราบและเข้าใจแนวทางการรักษา การรับประทานยา การอุปกรณ์ และการรายงานสิ่งผิดปกติ)

การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง เป็นสิ่งที่สำคัญส่งผลทำให้ระบบบริการสุขภาพมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น หากการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยไม่ถูกต้องแล้วผลการรักษาจะเท่ากับศูนย์ ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีความสามารถในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับสูงก็ตาม แต่ความปลอดภัยย่อมไม่สามารถเกิดขึ้นได้ อันเนื่องมาจากการมีระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย อาทิ สังคม พยาบาล ผู้ป่วย ผู้บริหาร ต่างมีบทบาทสำคัญและเป็นความรับผิดชอบร่วมกันในการให้บริการที่มีคุณภาพปลอดภัย ซึ่งภายใต้กระบวนการการรักษายาบาลหรือบริการที่ความปลอดภัยนั้น บทบาทที่สำคัญและมักจะถูกละเลยไป คือ บทบาทของผู้ป่วย เดิมผู้ป่วยมีบทบาทเป็นเพียงผู้รับการรักษา และไม่ค่อยทราบถึงแนวทางการรักษา อาการป่วย การใช้ยาหรือคุณสมบัติของยาแต่ละชนิด แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยมีบทบาทและเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น มีการสนใจศึกษาอาการป่วย อาการข้างเคียงของยา และการดูแลตนเอง ตลอดไปจนถึงศึกษาว่าแพทย์ และโรงพยาบาลใดที่มีความชำนาญในการรักษาโรคนั้นๆ รวมถึงการการหาความคิดเห็นที่สอง เป็นต้น

ซี เอ วินเซนต์ และเอ คูลเตอร์ (CA Vincent and A Coulter : 2002) ได้กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยมักถูกมองเป็นเพียงผู้รับบริการจากโรงพยาบาลหรือเป็นเพียงเหยื่อของความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลเท่านั้น หากมีการมองว่าผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญของการให้บริการสุขภาพนั้น ผู้ป่วย

จะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งเป็นการป้องกันความผิดพลาดและช่วยให้ตนเองได้รับความปลอดภัย บทบาทสำคัญของผู้ป่วยในการส่งเสริมความปลอดภัยมีดังนี้

1. ช่วยให้การวินิจฉัยโรคนั้นถูกต้อง แม่นยำ หากการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีความใกล้ชิดกัน แพทย์ใช้เวลาและความสนใจในการฟังคำบอกเล่าอาการของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เพราะยังให้เวลารับฟังมาก โอกาสเกิดการรักษาผิดพลาดก็จะน้อยลง

2. ช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาล การให้การรักษาพยาบาลต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยด้วย หากผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ตนจะได้รับมากเท่าใด เช่น วิธีการรักษา โอกาสที่จะหาย การแพ้ยาหรือผลข้างเคียง เป็นต้น ผู้ป่วยก็จะมีความเข้าใจและจะให้ความร่วมมือกับแพทย์ การรักษาก็จะได้ผลดีกว่า เพราะผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ดังนั้นผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาของตน

3. ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกโรงพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ข้อมูลสำคัญที่ปกติจะรู้กันอยู่ในหมู่แพทย์หรือโรงพยาบาล ควรให้ผู้ป่วยรู้ด้วย เช่น ประวัติการรักษาของแพทย์ในโรงพยาบาลว่าเคยรักษาผู้ป่วยหายหรือเสียชีวิตมากน้อยอย่างไร ประวัติการถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

4. การร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยที่ทราบว่าอาการป่วยของตนควรได้รับการรักษาหรือดูแลเป็นพิเศษในด้านใด จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจและมีความรู้ในโรคนั้น ๆ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยก็จะทราบว่าแพทย์ที่รักษานั้นจะต้องตรวจดูด้านใดบ้างสำหรับโรคที่ตนเป็นอยู่ นอกจากนี้หากผู้ป่วยทราบว่ายาที่ตนใช้อยู่ นั้น อาจทำให้เกิดผลข้างเคียง หรือหากมีอาการแพ้ยาจะเป็นอย่างไร ก็จะช่วยให้สามารถแก้ไขได้ทัน ป้องกันการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่จะเกิดตามมาได้

5. การสังเกตและแจ้งแพทย์ทราบหากมีภาวะแทรกซ้อน / แพ้ยา (Nation Patient Safety Foundation : 2003) กล่าวว่า เมื่อเกิดความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยสามารถมีบทบาทให้ระบบสุขภาพมีความปลอดภัยมากขึ้น โดยเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องและรับรู้การรักษาของตน การปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และต้องการมีการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอระหว่างผู้ให้บริการ องค์กร และผู้ป่วย ทุกคนมีบทบาทในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและทุกคนก็ได้รับประโยชน์จากความสำเร็จในเรื่องนี้ สิ่ง que ผู้ป่วยสามารถมีบทบาทที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มีความรู้

- ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยหรืออาการที่มีผลต่อตน
- ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่เป็นไปได้
- เลือกแพทย์ โรงพยาบาล เกสัชกร ที่มีประสบการณ์ตรงตามอาการป่วยของตน
- ถามคำถามกับแพทย์ พยาบาล เกสัชกร หรือผู้ดูแลการประกันสุขภาพ
- ถามความคิดเห็นมากกว่า 1 ความคิดเห็น (Second opinion)

2. เก็บประวัติการเจ็บป่วย การรักษาของตน

- จัดเก็บรักษาประวัติการรักษาพยาบาลซึ่งรวมถึงอาการป่วยต่าง ๆ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค อาการแพ้ การเข้าโรงพยาบาล และอาการป่วยต่าง ๆ ที่เคยเป็น
- จัดซื้อ เบอร์โทรของแพทย์ คลินิก เกสัชกร เพื่อเป็นสิ่งอ้างอิงและเรียกใช้ได้ทันที

3. ร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ โดยการทำงานเป็นทีม

- ให้ข้อมูลประวัติของตนแก่ทีมการรักษา
- ให้ข้อมูลปัจจุบันเกี่ยวกับอาการป่วยแก่ผู้ทำการรักษา
- ให้แน่ใจว่าตนเข้าใจแนวทางการรักษาที่ได้รับ ถามคำถามถ้าไม่เข้าใจ
- ให้ความใส่ใจถ้าสิ่งใดดูเหมือนจะผิดปกติให้แจ้งแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องทราบทันที
- ปรึกษาข้อกังวลเรื่องความปลอดภัยของตนกับทีมที่ทำการรักษา

4. นำญาติหรือเพื่อนเข้าร่วมในการรักษาด้วย

- ถ้าผู้ป่วยไม่อาจมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ก็ได้ ก็อาจขอให้ญาติหรือเพื่อนมามีส่วนร่วมอยู่กับตน ช่วยถามคำถามหรือทำความเข้าใจในคำแนะนำ

5. ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ได้ตกลงกับแพทย์ไว้

- ควรดูว่าตนได้รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การใช้จ่ายและข้อมูลที่สำคัญอื่น ๆ ทั้งโดยวาจาและลายลักษณ์อักษร ชักถามถ้าไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน
- รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง
- ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เท่าที่แพทย์สั่ง
- รายงานสิ่งที่ผิดปกติแก่แพทย์

จากบทบาทที่กล่าวมาข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย ความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาล เกิดขึ้นเมื่อสิ่งๆ ที่ทำการรักษาไม่ได้เป็นไปตามแผน หรือการวางแผนผิดตั้งแต่ต้นและสามารถเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของการรักษา ความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นแม้กับงานที่ทำเป็นงานประจำ หรือเกิดขึ้นจากการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจกัน แพทย์อาจละเลยการรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและไม่ให้ข้อมูลมากเพียงพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยควรมีบทบาทในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองที่สำคัญคือ การเป็นผู้ป่วยที่มีความรู้ มีการเก็บประวัติการรักษา ร่วมมือกับทีมการรักษา การมีญาติ และการปฏิบัติตามแผนการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง หมายถึง ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบของพฤติกรรมที่พึงกระทำในการสร้างความปลอดภัย ซึ่งสามารถวัดด้วยเกณฑ์การวัดการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย 5 บทบาท คือ 1) การเป็นผู้ป่วยที่มีความรู้ (ได้แก่ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษา และแพทย์ ถามความคิดเห็นในการรักษา) 2) การเก็บประวัติการรักษา (ได้แก่ การจดเก็บประวัติการรักษา อาการป่วย) 3) การร่วมมือกับทีมการรักษา (ได้แก่ การให้ข้อมูลในอดีต ปัจจุบัน ชักถามคำถาม ใส่ใจในสิ่งผิดปกติ และปรึกษาข้อกังวล) 4) การมีญาติ (ได้แก่ การให้ญาติหรือเพื่อนมามีส่วนร่วมในกรณีที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่) 5) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (ได้แก่ การรับทราบและเข้าใจแนวทางการรักษา การรับประทานยา การใช้อุปกรณ์ และการรายงานสิ่งผิดปกติ)

4. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534 : 98) ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตพฤติกรรมมนุษย์ เริ่มตั้งแต่เมื่ออยู่ในครรภ์แล้วค่อย ๆ พัฒนาตามการเปลี่ยนแปลงตามสภาพความเจริญเติบโตของร่างกาย และวุฒิภาวะ เกิดพฤติกรรมทางความคิด ทางอารมณ์ และพฤติกรรมทางสังคมขึ้น แบ่งพฤติกรรมมนุษย์เป็น 2 ชนิด คือ

พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคลซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสะสม สิ่งการที่เป็นรูปธรรม และนามธรรม เช่น การสูบบุหรี่ไปเลี้ยงร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่นแต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้

พฤติกรรมภายนอก คือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืน การนั่ง การเดิน การขับรถ ฯลฯ

Twaddle (1981 : 11) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมมนุษย์ หมายถึง ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่มีที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัวสถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งจะสามารถทำความเข้าใจได้ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้นั้น ๆ

กันยา สุวรรณแสง (2536 : 92) ให้คำจำกัดความไว้ว่า พฤติกรรม คือ อาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏ สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือมีจะนั้นก็สามารวัดได้ด้วยเครื่องมือ

โยธิน ศันสนยุทธ (2533 : 3) ได้นิยามไว้กว้าง ๆ ว่าเป็นการกระทำทั้งหมดที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจ และยังรวมถึงกระบวนการของจิต เช่น การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก

ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรม คือ สิ่งที่แสดงออกมาสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งต้องผ่านกระบวนการภายในการรับรู้ การคิด การจำ การรู้สึก เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปความหมายของพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองได้ว่า หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในการลดโอกาสการเกิด

อุบัติเหตุ หรือข้อผิดพลาดในการให้บริการ เมื่อมารับบริการในแต่ละแผนก ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่และวัยชรา มีการเรียนรู้ได้จากหลาย ๆ แหล่ง ทั้งการศึกษาในและนอกระบบ รวมถึงการศึกษาตามอัธยาศัย อันเป็นผลจากการฝึกฝนหรือการมีประสบการณ์ การเรียนรู้เกิดได้ทุกที่รวมถึงโรงพยาบาล ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าโรงพยาบาลต้องการสื่อสารหรือจัดประสบการณ์ใดให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล หากโรงพยาบาลต้องการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานปลอดภัย การปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัย ก็เป็นอีกประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลต้องปฏิบัติให้มีคุณภาพต่อเนื่อง เพราะผลที่ได้นั้นผู้วิจัยเชื่อว่าน่าจะมีค่ามากกว่า หากผู้ป่วยสามารถเกิดการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัย และสามารถสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองได้เมื่อมารับบริการจากโรงพยาบาล

5. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วม

5.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ทุกแห่งในชีวิตประจำวัน การเรียนรู้อาจเกิดจากการลองผิด ลองถูกจากการวางเงื่อนไข ซึ่งอาจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เดิมกับสิ่งใหม่ ๆ หรือการเรียนรู้ตามแบบที่ตาม ถือว่าเป็นการเรียนรู้ทั้งสิ้น หรืออาจเกิดจากความต้องการเป็นแรงผลักดันให้เกิดความอยากรู้อยากเห็น และเมื่อเกิดความอยากรู้อยากเห็นแล้วก็จะลงมือกระทำการต่างๆ การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งแห่งการปรับตัวให้เข้ากับสังคม สามารถดำรงชีวิตและพัฒนาสังคมให้ดีขึ้น การเรียนรู้ไม่เพียงแต่เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นภายในโรงเรียนเท่านั้น แต่ยังเกิดขึ้นได้ในสภาพแวดล้อมทั่วไป (online)available <http://www.tumcivil.net/engfanatic/function/print.php> (Accessed 2008, march 25)

ความหมายของการเรียนรู้ Available on the Internet at

มีผู้ศึกษาได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “การเรียนรู้” เอาไว้มากมาย ซึ่งพอสรุปได้ว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

Klein (1987: 102) ได้ให้คำจำกัดความของการเรียนรู้ คือ การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ถาวรอย่างได้สัดส่วน ในความสามารถแสดงพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในสถานะผลของประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จหรือไม่ได้รับความสำเร็จ

Good (อ้างในสุรพันธ์ ต้นศรีวงษ์, 2538 : 41) กล่าวว่า การเรียนรู้ คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงในทางตอบสนอง

Hilgard and Bower กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ไปจากเดิมอันเป็นผลจากการฝึกฝนและประสบการณ์ แต่มิใช่ผลจากการตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น สัญชาตญาณหรือวุฒิภาวะ หรือจากการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของร่างกาย เช่น ความเมื่อยล้า พิษของยา เป็นต้น

อาจสรุปได้ว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ที่อาจมีผลสืบเนื่องจากประสบการณ์ หรือการฝึกฝน โดยมีเป้าหมาย คือวัตถุประสงค์ตอบสนองความต้องการ หรือแก้ปัญหาที่ตาม การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ใน 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะ และความรู้สึกที่เป็นผลจากสิ่งเร้า สิ่งแวดล้อม ครู สื่อ อุปกรณ์การสอน ครอบครัวยุทธศาสตร์ กระบวนการจัดการเรียนการสอน แรงจูงใจ และมีการตอบสนองจากผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนมีความสนใจใฝ่รู้เข้ามามีส่วนร่วมหลายๆ ครั้ง จนมีพัฒนาการเป็นนิสัยหรือพฤติกรรม ในที่สุดแล้วจึงสามารถกล่าวได้ว่าการเรียนรู้เกิดสัมฤทธิ์ผลโดยสมบูรณ์

องค์ประกอบของการเรียนรู้

Gagne (อ้างในกมลรัตน์ หล้าสูงษ์, 2524 : 132) กล่าวว่า องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1. ผู้เรียน (The Learner)
2. สิ่งเร้า (Stimulus) หรือสถานการณ์ต่างๆ โดยสิ่งเร้าหมายถึงสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้เรียนหรือสถานการณ์ต่าง ๆ หมายถึง สถานการณ์หลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้นรอบตัวผู้เรียน
3. การตอบสนอง (Response) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับสิ่งเร้า

แต่ในขณะที่ เชียรศรี วิวิธสิริ (2527: 23-24) กล่าวว่า สิ่งที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ง่าย ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. ตัวผู้เรียนต้องมีความพร้อม มีความต้องการที่จะเรียน มีประสบการณ์มาบ้างแล้ว และมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่เรียน

2. ผู้สอนจะต้องมีบุคลิกภาพดี มีความรู้ในเนื้อหาที่สอนเป็นอย่างดี มีวิธีการเทคนิค ที่จะถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้เรียนได้หลายวิธี และแต่ละวิธีที่ใช้จะต้องเหมาะสมกับแต่ละเนื้อหาวิชา และต้องรู้จักการใช้สื่อการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับเนื้อหาวิชาที่จะสอน เพื่อผู้เรียนจะได้เข้าใจง่าย

3. สิ่งแวดล้อม ต้องมีบรรยากาศในการเรียนดี มีมนุษย์สัมพันธ์อันดีระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน มีสถานที่เรียน ตลอดจนอุปกรณ์ เช่น ม้านั่ง โต๊ะเรียนที่อำนวยความสะดวก และเหมาะสม สถานที่เรียนต้องมีบรรยากาศถ่ายเทดี อยู่ห่างไกลจากสิ่งรบกวน และแหล่งเสื่อมโทรมต่างๆ ทางไปมาสะดวก

สอดคล้องกับปราณี รามสูต (2528 : 79-82) กล่าวว่า องค์ประกอบที่ส่งเสริมการเรียนรู้ นั้นแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบที่เกี่ยวกับผู้เรียน ได้แก่ วุฒิภาวะและความพร้อม ในการเรียนรู้ใด ๆ ถ้าบุคคลถึงวุฒิภาวะและความพร้อมจะเรียนรู้ได้ดีกว่ายังไม่ถึงวุฒิภาวะ และไม่มีความพร้อม ความสามารถในการเรียนรู้จากเด็กวัยรุ่นจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่จะคงที่ จากวัยผู้ใหญ่หรือวัยชราจะลดลง ประสบการณ์เดิม ความบกพร่องทางร่างกาย ยังมีความบกพร่องมากเท่าใด ความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ก็ยิ่งน้อยลงเท่านั้น แรงจูงใจในการเรียน เช่น รากฐานทางทัศนคติต่อครู ต่อวิชาเรียน ความสนใจและความต้องการที่อยากจะรู้ อยากเห็นในส่วนที่เรียน

2. องค์ประกอบที่เกี่ยวกับบทเรียน เช่น ความยากง่ายของบทเรียนถ้าเป็นบทเรียนที่ง่าย ผลการเรียนรู้ย่อมดีกว่า การมีความหมายของบทเรียน ถ้าผู้เรียนได้เรียนในสิ่งที่มีความหมายเป็นที่สนใจของเขา ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่า ความยาวของบทเรียน บทเรียนสั้นๆ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีกว่าบทเรียนที่ยาว ตัวรบกวนจากบทเรียนอื่น หรือจากกิจกรรมอื่น จะขัดขวางการเรียนรู้ในสิ่งนั้นๆ ไม่ว่าตัวรบกวนนั้นจะเป็นกิจกรรมก่อนหรือหลังการเรียนรู้

3. องค์ประกอบที่เกี่ยวกับวิธีเรียนวิธีสอน เช่น กิจกรรมในการเรียนการสอน ผู้สอนควร เลือกกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลการเรียนรู้ที่ดีที่สุดแก่ผู้เรียน ตามเนื้อหาและโอกาส การให้รางวัลและลงโทษ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเรียน การให้คำแนะนำในการเรียน โดยผู้สอน แนะนำให้ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้เรียนเรียนได้ดีขึ้น

4. องค์ประกอบที่เกี่ยวกับการสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น สภาพแวดล้อมทางจิตวิทยา ได้แก่ บรรยากาศในการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนต่อผู้เรียน ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน สถานที่ อากาศ แสงสว่าง ความสะอาด ความเป็นระเบียบ

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางจิตวิทยาอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behaviorism)

นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้ ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เห็นชัด สามารถวัดได้ สังเกตได้และทดสอบได้ แนวความคิดของกลุ่มนี้ถือว่าสิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและการเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อมีการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง การแสดงพฤติกรรมจะมีความถี่มากขึ้นถ้าหากได้รับการเสริมแรง แต่นักจิตวิทยาบางคนในกลุ่มนี้ไม่เห็นด้วย และได้เสนอความคิดเห็นว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นถ้าหากได้รับการเสริมแรง แต่นักจิตวิทยาบางคนในกลุ่มนี้ไม่เห็นด้วย และได้เสนอความคิดเห็นว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ถ้ามีความใกล้ชิดระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนอง

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2523 : 23) ได้สรุปแนวความคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมไว้ว่า พฤติกรรมทุกอย่างจะต้องมีสาเหตุ สาเหตุนั้นมาจากวัตถุหรืออินทรีย์ ซึ่งเรียกสิ่งเร้า (Stimulus) เมื่อมากระตุ้นอินทรีย์ จะมีพฤติกรรมแสดงออกมาเรียกว่า การตอบสนอง (Response) ซึ่งก็คือพฤติกรรมจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้ามาเร้าอินทรีย์นั่นเอง

กลุ่มพฤติกรรมนิยมสามารถจำแนกทฤษฎีการเรียนรู้หลัก ๆ ได้ 2 ทฤษฎี (พรณี ข. เจริญจิต, 2538 : 275-351)

1. Classical Conditioning หมายถึง การเรียนรู้ใด ๆ ก็ตาม ซึ่งมีลักษณะการเกิดตามลำดับขั้น ดังนี้

1.1 ผู้เรียนมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่ง โดยไม่สามารถบังคับได้ มีการสะท้อนกลับ (Reflex) ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการเรียนรู้ (Unlearned หรือ Unconditioned) เป็นไปโดยอัตโนมัติ ผู้เรียนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้

1.2 การเรียนรู้เกิดขึ้นเพราะความใกล้ชิด และการฝึกหัดโดยการนำสิ่งเร้าที่มีลักษณะเป็นกลาง คือ ไม่สามารถทำให้เกิดการตอบสนองได้มาเป็น Conditioned Stimulus (CS) โดยนำมาควบคู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการตอบสนองในช่วงที่ผู้เรียนเกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เคยเป็นกลางนั้นเรียกว่า เกิดการเรียนรู้ ชนิดมี Conditioned

2. Operant Conditioning ทฤษฎีนี้ได้เน้นถึงความสำคัญของการเสริมแรง โดย Skinner มีความคิดเห็นว่า การเสริมแรงมีส่วนช่วยให้มนุษย์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่จะเป็นไปในลักษณะที่ว่าอัตราการแสดงการกระทำต่าง ๆ มักจะมีการกระทำต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เสมอ ๆ พฤติกรรมใดก็ตามที่ได้เป็นการกระทำต่อสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่ว่าเป็นผลของอัตราการตอบสนองซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงได้ เราเรียกลักษณะที่ทำให้อัตราการตอบสนองของผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงนี้ว่า ตัวเสริมแรง แต่ถ้าพฤติกรรมใดก็ตามไม่มีการเปลี่ยนแปลงแล้วหลักการของทฤษฎีนี้ถือว่าพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการเสริมแรงทฤษฎีของ Skinner นี้สามารถนำมาใช้ในการวัดพฤติกรรมหรือปลูกฝังพฤติกรรม หรือ สร้างลักษณะนิสัยใหม่ ๆ ได้ วิธีการวัดพฤติกรรมนี้จำเป็นจะต้องใช้สิ่งเสริมแรง เข้าช่วยในกรณีที่ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมที่ต้องการการปลูกฝัง นั่นคือถ้าผู้เรียนกระทำพฤติกรรมที่ต้องการจะให้เกิดพฤติกรรมแล้วจะต้องรับให้รางวัลโดยทันที

2. ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม (Cognitive theory)

ทฤษฎีในกลุ่มนี้อธิบายว่า การเรียนรู้เป็นผลของกระบวนการคิด ความเข้าใจ การรับรู้สิ่งเร้าที่มากระตุ้น ผสมผสานกับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาของบุคคล ทำให้เกิดการเรียนรู้ขึ้น ซึ่งมาผสมผสานระหว่างประสบการณ์ที่ได้รับในปัจจุบันกับประสบการณ์ในอดีต จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการทางปัญญาเข้ามามีอิทธิพล ในการเรียนรู้ด้วย ทฤษฎีกลุ่มนี้จึงเน้นกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) มากกว่าการวางเงื่อนไข เพื่อให้เกิดพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่มนี้ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญางานสังคม การเรียนรู้แบบการหยั่งรู้ เป็นต้น

ซึ่งการเรียนรู้ตามกลุ่มปัญญานิยมของ Bandura เชื่อว่าการเรียนรู้ต้องเป็นปฏิสัมพันธ์กันและกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดย Bandura มีความเห็นแยกจากกัน 2 ส่วน คือ การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ได้มาซึ่งความรู้ ซึ่งในที่นี้ หมายถึง กิจกรรมบริการที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้จากการได้รับกิจกรรมหรือบริการนั้นๆ และเกิดเป็นสิ่งที่สอง คือ ผลงาน เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกหรือตอบสนองออกมาให้ปรากฏ ซึ่งเขาเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถ 5 อย่างดังนี้ คือ

1. ความสามารถทางสัญลักษณ์ (Symbolize) บุคคลมีความสามารถทางกระบวนการทางปัญญาการสร้างความหมาย สร้างสัญลักษณ์ และเก็บจำ ไว้ในความจำที่ดึงออกมาใช้ได้ในอนาคต ด้วยกระบวนการนี้ทำให้บุคคลมีความสามารถที่จะใส่ใจ เก็บจำ ข้อมูลต่าง ๆ ได้ ดังนั้นสัญลักษณ์ หรือข้อความต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลใช้ในการสื่อสารกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการสามารถเก็บจำ ไว้ในความคิดได้ จะต้องมีความน่าสนใจ อยู่ในสถานที่เหมาะสม เช่น การใช้

สัญลักษณ์ของป้ายทางเดินหนีไฟด้วยสีแดง การใช้ข้อความเตือนให้ระวังทรัพย์สินสิ่งของมีค่าทุกหอผู้ป่วย เป็นต้น

2. ความสามารถในการสังเกต (Vicarious Capability) ความสามารถของบุคคลที่จะเกิดการเรียนรู้ จากการสังเกตการกระทำของคนอื่น ซึ่งช่วยให้บุคคลพัฒนาความคิดที่ว่า พฤติกรรมใหม่เกิดขึ้นได้อย่างไร โดยไม่จำเป็นต้องลงมือทำด้วยตนเอง เช่น การที่ผู้รับบริการสังเกตเห็นการล้างมือของแพทย์ เจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อโรค การสังเกตการแยกทิ้งขยะต่าง ๆ ทำให้เกิดการจดจำจนสามารถนำมาเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติได้

3. ความสามารถในการคาดการณ์ (Forethought capability) พฤติกรรมของบุคคลมีจุดมุ่งหมาย และกำกับได้โดยการคาดการณ์ที่บุคคลสามารถดูใจตนเองและนำทางพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง โดยบุคคลสามารถคาดหวังว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับคนอื่นจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ ถ้าแสดงพฤติกรรมเช่นเดียวกับเขา นอกจากนี้บุคคลยังสามารถประเมินผลกระทบที่เกิดหลังการกระทำด้วยว่ามีความพอใจหรือมีคุณค่าหรือไม่เพียงไร เช่น การที่แพทย์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ว่า เมื่อตนเองนำไปปฏิบัติแล้วจะมีผลดีต่อสุขภาพของตน เช่นเดียวกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ เป็นต้น

4. ความสามารถในการกำกับตนเอง (Self – Regulatory capability) บุคคลสามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก การตั้งใจ และการกระทำได้โดยตนเอง การกำกับตนเองเป็นกลไกควบคุมภายในที่ทำหน้าที่กำกับว่าควรแสดงพฤติกรรมอะไร และจัดหาผลกระทบด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพิงคนอื่น ซึ่งโรงพยาบาลควรมีการสื่อสาร หรือจัดให้มีกิจกรรมใด ๆ ที่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ว่าการกระทำใดของตนเองจะช่วยให้การสร้างความปลอดภัยในการใช้บริการ เช่น โรงพยาบาลประกาศหรือแจ้งให้ผู้ป่วยบอกเจ้าหน้าที่ถึงประวัติการแพ้ยาทุกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าหากตนเองให้ความร่วมมือในการให้ประวัติการแพ้ยาจะทำให้เกิดความปลอดภัยขึ้น

5. ความสามารถในการโต้ตอบตนเอง (Self – Reflective capability) เป็นความสามารถที่เอื้อให้บุคคลวิเคราะห์ความสามารถตนเองว่าทำอะไรได้หรือไม่และระดับใด กระบวนการที่สำคัญ คือ การรับรู้ความสามารถตน ซึ่งเป็นการที่บุคคลพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเองจะนำไปสู่ความสำเร็จ รวมทั้งมีการใช้ความพยายามที่ทุ่มเทกับการกระทำที่เชื่อว่าตนมีความสามารถ เช่นเดียวกันหากโรงพยาบาลสามารถทำให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าคุณสามารถทำให้เกิดความปลอดภัยในระบบบริการได้ โดยการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยในขั้นตอนต่าง ๆ ของการมารับบริการ ความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลและผู้ป่วยจะทำให้ความเสี่ยงต่าง ๆ ย่อมลดลง

การเรียนรู้จากการสังเกต เป็นกระบวนการทางปัญญาที่ต้องอาศัยกระบวนการ
ดังนี้

1. ความสนใจ การเรียนรู้ในลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้รับบริการมีความสนใจและเอาใจใส่ต่อสิ่งที่น่าสนใจ ที่เด่น เช่น ในการสอนหรือแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยควรมีเนื้อหาที่น่าสนใจ เป็นต้น
2. ความจำ การที่ผู้รับบริการจะแสดงพฤติกรรมตามแบบได้นั้นต้องอาศัยความจำ ซึ่งอาจจะกระทำได้ด้วยอธิบายซ้ำ ๆ ให้ผู้รับบริการเห็นหลาย ๆ ครั้ง ให้ฝึกบ่อย ๆ เช่น การอธิบาย การยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยหลับหรืออยู่ตามลำพัง เป็นต้น
3. การลงมือกระทำ เมื่อผู้รับบริการแสดงการกระทำออกมาแล้ว ได้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขเพื่อความถูกต้องของพฤติกรรม เช่น การที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่งหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องนั้น เป็นข้อมูลย้อนกลับไปสู่การปรับปรุงการให้คำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ต่อไป
4. การสนใจและการเสริมแรง เป็นกระบวนการของสิ่งล่อใจภายนอก ทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมจับต้องอยู่ในรูปของวัตถุสิ่งของ การยอมรับของสังคม ชื่อเสียงเกียรติยศ หรืออาจเป็นสิ่งล่อใจของตนเองในรูปของการประเมินตน การเปรียบเทียบกับมาตรฐานของสังคมและมาตรฐานภายในตนเอง เช่น การที่ผู้ป่วยรับทราบหน้าที่ของผู้ป่วย และปฏิบัติตามก่อให้เกิดความปลอดภัยในการรับบริการ ทำให้มีการประเมินตนเองว่าได้ทำตามสิ่งที่ควรปฏิบัติแล้วเกิดภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

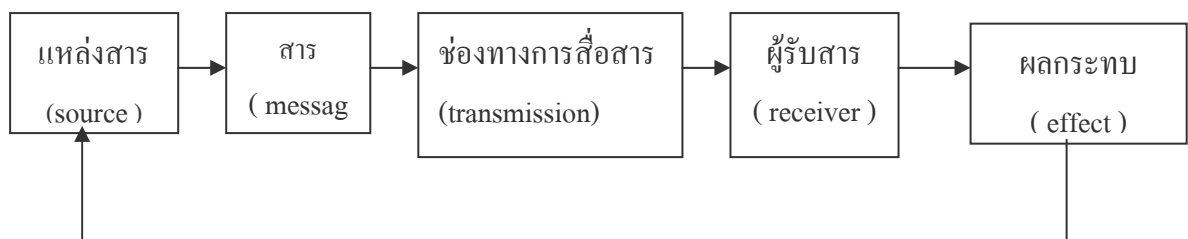
ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การเรียนรู้ หมายถึง ผลของกระบวนการคิด การปฏิสัมพันธ์กันและกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้น ผ่านประสบการณ์เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกหรือตอบสนองออกมา ซึ่งการเรียนรู้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยมีการปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ กับผู้ป่วยด้วยกันหรือกับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ของผู้ป่วยในเรื่องความปลอดภัย ซึ่งต้องทำเป็นกระบวนการมีขั้นตอน ต้องถามทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับบทบาทของแต่ละฝ่ายว่าการสร้างความปลอดภัยเกิดขึ้นได้อย่างไร และความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นได้อย่างไรด้วย รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลทำให้เกิดความปลอดภัย จากนั้นโรงพยาบาลจึงมาหาแนวทางในการสื่อสาร การจัดสถานที่หรือการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เกิดการเรียนรู้มีความเข้าใจในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองเมื่อมารับบริการ เพราะการเรียนรู้ของผู้ป่วยเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันและกัน

ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งก็คือโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล

5.2 การสื่อสาร

ผู้วางแนวคิดของกระบวนการสื่อสารไว้หลายท่าน เช่น Berlo (1960 อ้างถึงใน สรุพงษ์ โสธนะเสถียร 2545 : 232) ได้กล่าวถึงกระบวนการสื่อสารประกอบด้วย แหล่งสารซึ่งส่งผ่านช่องทางไปยังผู้รับสาร ซึ่งจากแนวคิดนี้เป็นการมองปรากฏการณ์สื่อสารที่เริ่มต้นจากผู้ส่งสารเท่านั้นจึงดูเหมือนว่าผู้รับสารได้คู่ควรรับสารไว้และสารนั้นได้หายไปในตัวผู้รับสารจนหมดสิ้นจึงทำให้รู้สึกได้ว่าการสื่อสารนั้นเพียงเพื่อการรับส่งสารเท่านั้น ต่อมา Lasswell ได้เพิ่ม ผลกระทบ (effect) เข้าไปในรูปแบบกระบวนการสื่อสาร โดยให้เหตุผลว่า ผลกระทบของการสื่อสารทำให้สามารถประเมินคุณภาพการสื่อสารได้ชัดเจนขึ้นว่ากระบวนการนั้น ๆ สำคัญและจำเป็นเพียงใด ไม่ว่าผลการสื่อสารนั้นจะทำให้เกิดผลบวกหรือผลลบก็ตาม ต่อมา Defeur (1970 : 93-40 อ้างถึงใน สรุพงษ์ โสธนะเสถียร 2545 : 233) ได้ขยายแนวคิดของกระบวนการสื่อสารโดยเพิ่ม ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เข้าไปในรูปแบบกระบวนการสื่อสาร โดยให้เหตุผลว่า ข่าวสารที่ปรากฏอยู่ในสังคมไม่ว่าจะอยู่ในรูปใดก็ตามจะไม่มีจุดสิ้นสุด ข่าวสารจะไม่หายไป แต่อาจถูกแปรสภาพไปเมื่อผ่านแต่ละขั้นตอนของกระบวนการสื่อสาร ซึ่งรูปแบบกระบวนการสื่อสารโดยทั่วไปประกอบด้วย สภาพของการสื่อสาร (context) หรือแหล่งข่าว (source) ข่าวสาร (message) หรือเนื้อหาของข่าวสาร ช่องทางการสื่อสาร (transmission) ผู้รับข่าว (receiver) ผลกระทบ (effect) และข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ซึ่งส่วนประกอบต่าง ๆ ดังกล่าวคือ ส่วนประกอบขั้นพื้นฐานสำหรับการสื่อสารทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารกับตนเอง การสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารในกลุ่มย่อย การพูดในที่ประชุม การสื่อสารมวลชน หรือการสื่อสารทางวัฒนธรรมก็ตาม

กระบวนการสื่อสาร



แผนภูมิที่ 4 แสดงกระบวนการสื่อสาร (สรุพงษ์ โสธนะเสถียร 2545 : 233)

ซึ่งจากกระบวนการสื่อสารที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ในที่นี้พอจะสรุปความหมายของการสื่อสารได้ว่า การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการสื่อสารจากผู้ส่งสารไปสู่ผู้รับสาร เกิดความเข้าใจร่วมกันในสารที่ส่งได้ ซึ่งการสื่อสารที่โรงพยาบาลใช้จำแนกตามทิศทางการไหลของสารนั้นสามารถแบ่งออกเป็นดังนี้

1. การสื่อสารทางเดียว (one way communication) เป็นกระบวนการสื่อสารที่ผู้ส่งสารต้องการส่งสารไปยังผู้รับ โดยที่ผู้รับสาร ไม่มีโอกาสหรือมีโอกาสน้อยมากที่จะส่งสารกลับมายังผู้ส่งสาร ซึ่งทำให้ผู้ส่งไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้รับสารได้รับทราบข้อมูลที่ส่งไปมากน้อยเพียงใด เนื่องจากผู้รับสารไม่สามารถโต้ตอบกับผู้ส่งสารได้ เป็นเพียงผู้รับข้อมูลหรือสารนั้นเพียงฝ่ายเดียว การสื่อสารทางเดียวเป็นกลวิธีที่โรงพยาบาลใช้ในการสื่อสารกับผู้รับบริการในเรื่องสถานที่ สิ่งแวดล้อม ขั้นตอนการรับบริการ และเรื่องทั่วไปของโรงพยาบาล เช่น ป้ายบอกทางหนีไฟ ป้ายเตือนระมัดระวังสิ่งของมีค่า ป้ายบอกระยะเวลาการจอดรถ ป้ายขั้นตอนการติดต่อขอรับบริการ และเสียงประกาศตามสาย เป็นต้น โดยโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบหรือปฏิบัติตามให้ถูกต้อง ซึ่งผู้รับบริการเมื่อรับสารหรือข้อมูลนั้นไปแล้ว อาจรับทราบเข้าใจหรือไม่เข้าใจในสารที่ส่งมาได้ เนื่องจากสารนั้นอาจถูกตีความผิดไปจากเดิม โดยระยะทาง สิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ของผู้รับ โอกาส สถานที่ไม่เอื้ออำนวยให้เข้าใจสารนั้นได้ถูกต้อง ดังนั้นสิ่งสำคัญที่โรงพยาบาลควรพิจารณาในการสื่อสารทางเดียว คือ ภาษา เนื้อความหรือรูปภาพที่ส่งออกไปนั้น จำเป็นต้องกระชับชัดเจนและง่ายในการเข้าใจ

2. การสื่อสารสองทาง (two ways communication) เป็นการสื่อสารที่ทั้งสองฝ่ายคือ ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถมีปฏิริยาโต้ตอบกัน สลับกันเป็นผู้ส่ง - ผู้รับและสามารถประเมินการรับทราบสารหรือข้อมูลที่เราส่งไปได้ การสื่อสารสองทางเป็นกลวิธีที่โรงพยาบาลใช้เป็นวิธีหลักในการที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วย เพราะเป็นการติดต่อสื่อสารกันของทุกฝ่าย ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่กับเจ้าหน้าที่ หรือผู้ป่วยกับโรงพยาบาล ซึ่งในกระบวนการสื่อสารแบบสองทางนี้ มักพบอุปสรรคของการสื่อสารระหว่างกันและกันหลายประการ ที่ทำให้ไม่สามารถเกิดความเข้าใจตรงกัน หรือทำให้ไม่สามารถแสดงปฏิกิริยาผลย้อนกลับระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารได้ในทันที เช่น อุปสรรคทางเทคนิคของกระบวนการสื่อสาร ความหมายของสาร ความแตกต่างด้านภาษา ความรู้ วัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งในกระบวนการสื่อสารสองทางนั้น เรามักพบว่าการทำให้การสื่อสารได้ผลมากน้อยเพียงไร ในการทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารนั้นขึ้นอยู่กับว่ามีประสบการณ์ร่วมกันของผู้ส่งสารและผู้รับสารด้วย

จากการศึกษาพบว่าหลายครั้งการตรวจรักษาวินิจฉัยโรคนั้น แพทย์ไม่ให้ความสำคัญในการฟังคำบอกเล่าอาการจากผู้ป่วย หรือปัญหาของระยะเวลาในการตรวจเพื่อสื่อสารอาการเจ็บป่วยน้อยเกินไป จนก่อให้เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล เกิดเป็นความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย สร้างความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ ซึ่งผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงความคิดเห็นต่าง ๆ ความต้องการ หรือความพึงพอใจในบริการที่ได้รับไปยังโรงพยาบาลได้โดยผ่านขั้นตอนของการเขียนข้อร้องเรียน การเขียนแสดงความคิดเห็น เพื่อบอกกล่าวถึงปัญหาให้ทางโรงพยาบาลทราบและหาแนวทางแก้ไขต่อไป การสื่อสารที่ดีทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วยจะประสบผลสำเร็จเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความเข้าใจของ ผู้ให้บริการว่าต้องการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับสิ่งใด เรียนรู้ในสิ่งใด ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือตัวอย่างของแนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลสามารถสื่อสารให้ผู้ผู้ป่วยและญาติสามารถระลึกได้ถึงความปลอดภัยตั้งแต่แรกมารับบริการ แนวทางปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล มีดังนี้ (Texas Health Resources Inc. : 2005)

- ตรวจป้ายชื่อผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจว่าถูกคน ก่อนที่จะให้การรักษา
- ล้างมือก่อนและหลังที่จะสัมผัสกับผู้ป่วยเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ
- ช่วยผู้ป่วยลุกจากเตียง เพื่อไม่ให้ล้มจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถลุกจากเตียงได้
- ทำเครื่องหมายบริเวณร่างกายที่จะทำการผ่าตัดให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดที่หรือผิดคน
- ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการแพ้หรือปฏิกิริยาของยาที่ได้รับ และควรทราบว่าผู้ป่วยทานยาใดบ้าง รวมถึงการใช้วิตามินหรือสมุนไพร
- ประสานงานใกล้ชิดกับเภสัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง
- ยอมรับบทบาทของผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาด้วย

นอกจากนี้สิ่งที่แสดงถึงการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ดี ได้แก่ (Russell G. Robertson : 2005)

- แพทย์และผู้เกี่ยวข้องอธิบายถึงบทบาทของตนในการให้การรักษา
- แพทย์และผู้เกี่ยวข้องรับทราบเกี่ยวกับสถานการณ์พิเศษของผู้ป่วย (หากมี)
- ใช้เวลาตรวจรักษาอย่างเพียงพอ เต็มใจพูดคุย อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

- บอกเวลาที่แพทย์จะออกตรวจแต่ละวันเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถมารอพบได้
- แพทย์อาจขอให้ผู้ป่วยมอบหมายให้ญาติ 1 คน เป็นคนกลางติดต่อกับแพทย์ในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงประสานเรื่องอาการของผู้ป่วยด้วย
- ในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงอาจขอให้ญาติผู้ป่วยมาร่วมปรึกษาหารือ เพื่อรับทราบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการรักษา
- หากผู้ป่วยหรือญาติต้องการทราบข้อมูลใดเพิ่มเติมก็ควรซักถามให้เข้าใจชัดเจน
- พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ก็สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้ รวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ดียิ่งขึ้น

การสื่อสาร การให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย

ผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ ต้องรับรู้เมื่อมีอันตรายเกิดขึ้น โดยองค์กรทางสุขภาพควรปฏิบัติดังนี้ (วิณา จีระแพทย์และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2551 : 31-32)

1. กำหนดและเผยแพร่นโยบาย และจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหาและอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ
2. คณะกรรมการบริหารขององค์กรให้การสนับสนุนการสื่อสารและการให้ผู้ป่วยและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการทางสุขภาพ โดยองค์กรความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งสหราชอาณาจักร ได้เสนอแนวทาง “SPEAK UP” ในการให้ความรู้และสิทธิของประชาชน และชุมชนเกี่ยวกับความปลอดภัยของบริการสุขภาพที่ได้รับ

แนวทางการให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย

- | | | |
|---------------|-----|--|
| Speak up | คือ | พูดเมื่อสงสัย ไม่แน่ใจหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับและรู้สึกไม่ปลอดภัย โดยไม่ต้องอายหรือกลัวที่จะพูด |
| Pay attention | คือ | เอาใจใส่การดูแลที่ได้รับและให้แน่ใจว่าได้รับการรักษาพยาบาลและยาที่ถูกต้อง ตลอดจนเข้าใจผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้นได้ |

Educate	คือ เรียนรู้โรคที่ได้รับการวินิจฉัย สอบถามหากไม่เข้าใจ อย่าคิดว่า การไม่ได้รับข่าวสาร คือ ขาดดี “คงไม่เป็นอะไร หมอ - พยาบาลเลยไม่พูดอะไร”
Ask	คือ การขอให้สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไว้วางใจเป็นผู้แทนในการดูแลสุขภาพ (agency) เช่น ช่วยสอบถามปัญหาถ้ารู้สึกเครียดเกินกว่าที่จะถามด้วยตนเอง ช่วยจดจำและอธิบายให้เข้าใจในภายหลัง
Know	คือ รู้ว่าต้องได้รับยาอะไร เพราะเหตุใด ระบุว่าแพ้ หากต้องได้รับสารละลาย / ยาทางหลอดเลือดให้ถามถึงระยะเวลาที่ควรได้รับ หากพบว่าเร็วหรือช้าเกินไปต้องแจ้งให้พยาบาล / บุคลากรผู้เกี่ยวข้องทราบ
Understand	คือ เข้าใจองค์การที่ใช้บริการว่า มีมาตรฐานความปลอดภัยหรือไม่ และมีอุบัติการณ์ความผิดพลาดหรือความประมาทเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด
Participate	คือ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ และไม่ต้องกลัวที่จะขอรับความเห็นจากแพทย์ – พยาบาลอื่น (second opinion) หากต้องการข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมั่นใจ

การสื่อสารทำให้เกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ทั้งนี้การสื่อสารมิใช่เรื่องยากแต่ก็มีเรื่องง่ายที่โรงพยาบาลสามารถทำได้ ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การสื่อสาร หมายถึง วิธีการที่โรงพยาบาลใช้สำหรับติดต่อ หรือให้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างความปลอดภัยเมื่อมารับบริการ เช่น คำแนะนำ แผ่นพับ ป้าย และวิดีโอ เป็นต้น การสื่อสารที่ดีทำให้กระบวนการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น แพทย์เข้าใจในอาการของผู้ป่วยสามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง ร่วมกันวางแผนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในภาวะสุขภาพของตนเอง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น ทำให้ผลการรักษาพยาบาลดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ การสื่อสารของโรงพยาบาลจึงเป็นกลวิธีสำคัญที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ในการสร้างความปลอดภัยให้กับชีวิตและทรัพย์สินของตนเองในการมาใช้บริการสุขภาพได้

5.3 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม มีผู้ได้ให้คำจำกัดความ และความหมายของการมีส่วนร่วมไว้หลายประการ มีทั้งที่เหมือนและแตกต่างกันไป ตามลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมีลักษณะรูปแบบ วัตถุประสงค์แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามได้มีนักวิชาการจำนวนหนึ่งได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

United Nation (1975 : 4) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่าเป็น กระบวนการเกี่ยวกับการกระทำและเกี่ยวข้องกับมวลชนในระดับต่าง ๆ ดังนี้

- ในกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งตัดสินใจเกี่ยวกับจุดประสงค์ทางสังคมและการจัดสรรทรัพยากร
- ในการกระทำโดยสมัครใจ ต่อกิจกรรมและโครงการ

วิลเลียม ดับบลิว รีเดอร์ (Reeder, 1974 : 39) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

วิลเลียม เออร์วิน (William Erwin, 1976 : 138) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความหมาย การมีส่วนร่วมคือกระบวนการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิดตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้และความชำนาญ ร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสม และสนับสนุนผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1977 : 7-10) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมโดยทั่วไปแล้ว หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นการตัดสินใจแต่เพียงอย่างเดียว ยังใช้การตัดสินใจควบคู่กันไปกับการดำเนินงาน (Implementation) ด้วย และการตัดสินใจยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่องผลประโยชน์ (Benefits) และการประเมินผล (Evaluation) ในกิจกรรมพัฒนาด้วย ซึ่งเห็นว่าการตัดสินใจนั้นเกี่ยวข้องเกือบโดยตรงกับการดำเนินงาน ทั้งยังเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์และการประเมินผลด้วยเหมือนกัน กล่าวคือ ผลประโยชน์นั้นเป็นผลมาจากการดำเนินงาน และผลประโยชน์ก็จะมาเป็นตัวกำหนดให้มีการประเมินผล ซึ่งต่างก็ได้รับผลมาจากขั้นตอนการตัดสินใจแล้วทั้งสิ้นนั่นเอง นอกจากนี้ก็มีผลสะท้อนกลับจากการประเมินผลและการดำเนินงานกลับไปสู่การตัดสินใจ

เคลย์ตัน โอคเรย์ และแพรท์ (1997 อ้างในสมใจ รัตนศรีทอง, 2546) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กระบวนการของความร่วมมือร่วมใจของประชาชน เป็นแนวทางที่สามารถทำให้ การปฏิบัติมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จ

จตุรงค์ บุญรัตนสุนทร (2530 : 20) ได้อธิบายว่า หลักการพื้นฐานของการพัฒนาที่ดี คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน เพราะประชาชนเท่านั้นที่รู้ดีว่าเขามีความต้องการอะไร มีขีดความสามารถแค่ไหนประชาชนรู้ดีว่าการพัฒนาแบบใดและโดยวิธีใด เช่นไรที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้

อรพินท์ สฟโชคชัย (2538 : 2) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งชายและหญิงในการดำเนินงานพัฒนาของรัฐ หรือ กิจกรรมการพัฒนาของชุมชนที่ประชาชนยินดีเข้าร่วม โดยที่การมีส่วนร่วมนี้สมาชิกทุกคนจะร่วมรับผลประโยชน์และการร่วมลงทุนลงแรงด้วย จึงจะเป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นธรรมชาติ

โกวิทย์ พวงงาม (2541 : 67) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการของกลุ่มองค์กร ชุมชน ตั้งแต่การได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ โดยมีความเข้าใจในปัญหาของตนเอง และตระหนักถึงสิทธิของตนที่มีต่อสิ่งนั้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการที่บุคคลได้รับข้อมูลใหม่ที่ช่วยเพิ่มอำนาจทางความคิด และมีโอกาสได้ร่วมวิเคราะห์ และตัดสินใจกำหนดเป้าหมายในกิจกรรมเหล่านั้น

สัมฤทธิ์ ต่อสติ (2542 อ้างในสมใจ รัตนศรีทอง, 2546) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อประชาชน โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ปรารถนาหรือตั้งไว้ ทั้งนี้ต้องมีใช้การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

จากความหมายดังกล่าวมาแล้ว ถึงแม้ว่าจะมีความหมายที่หลากหลาย และแตกต่างกันไป ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ทักษะคิด ความคิดเห็นของแต่ละบุคคล และขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านเวลา สถานที่ ซึ่งในที่นี้พอจะสรุปความหมายของการมีส่วนร่วมได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีโอกาสในการร่วมคิด ตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ เพื่อการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างปลอดภัย เช่น การร่วมวางแผนการรักษา เลือกวิธีการ

รักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น ซึ่งการมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้นั้น ผู้ป่วยต้องเข้าใจในบทบาท สิทธิ และหน้าที่ของผู้ป่วย โดยการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลต่าง ๆ และมีโอกาสได้ร่วมวิเคราะห์และตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของตนเอง

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์

การที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์มากเท่าใด ก็จะทำให้มีผลกับการวินิจฉัยโรค การรักษา และส่งผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย มีการศึกษามากมายที่แสดงถึงการที่ผู้ป่วยและแพทย์พูดคุยปรึกษากันจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยหลังการตรวจรักษามากขึ้น รวมถึงความพอใจของผู้ป่วย โอกาสที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และมีสุขภาพดีขึ้นด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีปฏิสัมพันธ์กันจะช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ติดต่อปรึกษาแพทย์ตลอดเวลาจะได้รับข้อมูลมากขึ้น เข้าใจในอาการป่วย แนวทางการรักษา และมีความพึงพอใจมากกว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจะช่วยให้ผลการรักษาออกมาดี เพราะผู้ป่วยจะช่วยให้แพทย์รู้ว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไรต้องการอะไร แพทย์ก็จะได้ให้การรักษาที่ถูกแนวทาง และตรงตามที่ต้องการ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดต่อไป รวมทั้งปรับปรุงแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีผลดีต่อสุขภาพ

การเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยต้องการความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย โครงการการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม หากประสบผลสำเร็จจะเสริมให้ผู้ป่วยถามคำถามและแสดงข้อห่วงใย ซึ่งการสร้างการมีส่วนร่วมอาจทำได้ในรูปแบบวิดีโอเทป ใบปลิว และการให้ความรู้โดยพยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งตามบทบาทการมีส่วนร่วมต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้นนั้น สามารถแสดงถึงรายละเอียดของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในการรับบริการได้ดังนี้ (AHRQ : 2000)

การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาล ร่วมตัดสินใจในทุกขั้นตอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ยังมีส่วนร่วมเท่าไรก็ยิ่งทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นเท่านั้น

ยา

1. ต้องให้แพทย์รู้ว่าตนทานยาอะไรอยู่บ้าง รวมทั้งวิตามิน อาหารเสริม ควรนำยาที่ทานไป ให้แพทย์ดูอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อจะได้พูดคุยกันว่าจะมีปัญหาอะไรในการใช้ยาเหล่านั้นหรือไม่ และช่วยให้แพทย์ได้ลงบันทึกไว้เป็นปัจจุบันเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ

2. ต้องแน่ใจว่าแพทย์รู้ว่าท่านแพ้ยาใด และหากมีอาการแพ้เป็นอย่างไร ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่让您ได้รับยาที่เป็นอันตรายต่อตนเอง

3. เมื่อแพทย์เขียนใบสั่งยา ขอให้ท่านแน่ใจว่าท่านอ่านใบสั่งยานั้นออก หากท่านไม่สามารถอ่านลายมือของแพทย์ได้ เกสเซอร์ก็อาจจะไม่สามารถอ่านได้เช่นเดียวกัน

4. ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ท่านได้รับจนเข้าใจ คำถามที่ควรใช้คือ “ยานี้สำหรับแก้อะไร” วิธีการใช้ยาเป็นอย่างไร จะต้องใช้นานเท่าไร จะเกิดผลข้างเคียงอะไรบ้าง จะทำอย่างไรหากเกิดผลข้างเคียงขึ้น ถ้าใช้ร่วมกับยาอื่นที่ใช้อยู่แล้วจะมีปัญหาอะไรหรือไม่ จะต้องหลีกเลี่ยงอาหาร เครื่องดื่ม หรือกิจกรรมอะไรขณะกินยานี้

5. เมื่อไปรับยาควรตรวจสอบให้ถูกต้องว่าเป็นยาของคุณ ให้ถามว่า ยานี้คือยาที่คุณหมอของฉันสั่งให้หรือไม่

6. หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา ขอให้ซักถาม เนื่องจากบางครั้งฉลากยาเป็นสิ่งที่เข้าใจยาก เช่น วันละ 4 ครั้ง หมายความว่าให้กินยาทุก 6 ชั่วโมง หรือเฉพาะเวลาที่ตื่นนอน

7. ถามข้อมูลวิธีการดองยาน้ำที่ถูกต้อง มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่เข้าใจวิธีการวัดปริมาณยาน้ำ เช่น หลายคนใช้ช้อนชาตามบ้านซึ่งไม่ใช่ขนาดที่ต้องการ การใช้อุปกรณ์บางอย่าง เช่น ไซริงก์ที่ทำเครื่องหมายไว้จะช่วยให้กำหนดปริมาณได้ถูกต้องกว่า

8. ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเป็นลายลักษณ์อักษร หากรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นจะได้ สามารถเตรียมตัวได้พร้อมกว่า และสามารถรายงานปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันทีและได้รับความช่วยเหลือก่อนที่จะอาการจะรุนแรง มีการศึกษาพบว่าข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาผลข้างเคียงยาและรายงานให้แพทย์หรือเภสัชกรได้ดียิ่งขึ้น

การนอนโรงพยาบาล

1. เลือกโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญตามที่ผู้ป่วยต้องการ จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าจะให้ผลลัพธ์การรักษาที่ดีกว่า

2. เมื่อเข้าพักในโรงพยาบาลให้ถามเจ้าหน้าที่ที่มาสัมผัสท่านว่าล้างมือมาแล้วหรือยัง การล้างมือเป็นมาตรการสำคัญที่จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล แต่ก็ยังไม่ได้มีการปฏิบัติกันอย่างถ้วนหน้า

3. เมื่อออกจากโรงพยาบาลควรให้แพทย์อธิบายแผนการรักษาเมื่อกลับไปบ้าน ควรรับรู้เกี่ยวกับยาที่ต้องใช้ และสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามปกติเมื่อใด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าแพทย์มักคิดว่าผู้ป่วยเข้าใจมากกว่าที่เป็นจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ควรหรือไม่ควรปฏิบัติ

การผ่าตัด

1. เมื่อต้องได้รับการผ่าตัด ขอให้มั่นใจว่าผู้ป่วย แพทย์ประจำตัว และศัลยแพทย์ของท่านมีความเห็นพ้องกันและชัดเจนว่าจะผ่าตัดอะไร วิธีใดเพื่อป้องกันความผิดพลาด

สิ่งอื่น ๆ ที่ทำได้

1. การซักถามเมื่อมีข้อสงสัยหรือข้อกังวลใจไม่ว่าเรื่องใด ๆ ก็ตาม ท่านมีสิทธิที่จะถามใครก็ได้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตัวท่าน

2. ขอให้มั่นใจว่ามีแพทย์อย่างน้อยหนึ่งท่านเป็นเจ้าของไข่มารับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อท่านมีปัญหาหลายอย่างเหมือนนอนโรงพยาบาล

3. ขอให้แน่ใจว่าเจ้าหน้าที่แพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรับทราบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง อย่าคาดเดาเอาเองว่าทุกคนรู้อย่างที่ควรรู้

4. ขอให้ญาติหรือเพื่อนคนหนึ่งอยู่กับท่าน และเป็นตัวแทนของท่าน ในการทำหรือพูดสิ่งที่ท่านไม่สามารถพูดหรือทำได้ แม้ว่าท่านจะคิดว่าท่านไม่ต้องการ แต่อาจมีความจำเป็นภายหลัง

5. ขอให้รับรู้ว่า “มากกว่า” ไม่ได้หมายความว่า “ดีกว่า” เสมอไป เป็นการดีที่จะรู้ว่าทำไมจึงต้องมีการตรวจหรือรักษาด้วยวิธีการหนึ่งวิธีการใด สิ่งนั้นจะช่วยท่านได้อย่างไร อาจจะดีกว่าที่ไม่ต้องรับสิ่งนั้นก็ได้

6. เมื่อได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ถามถึงผลลัพธ์ว่าเป็นอย่างไร อย่าคิดว่าการไม่ทราบผลคือข้อไม่ดี

7. เรียนรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและการรักษาของท่าน โดยการถามแพทย์พยาบาล และโดยการใช้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้อื่น ๆ

การดูแลความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยกลับออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

(NPSF : 2003)

1. ยา เมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน แพทย์ย่อมจ่ายยาให้ผู้ป่วยไปรับประทานที่บ้าน ซึ่งมีข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยดังนี้

- บอกแพทย์ว่าท่านเคยรับประทานยาใดมาก่อนที่จะมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
- แจ้งแพทย์ทุกครั้งว่าท่านแพ้ยาชนิดใด
- หากมีข้อสงสัยถึงวิธีการรับประทาน หรือวิธีการใช้ยาให้ซักถามเภสัชกรทันที

2. การนัดแพทย์เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา

- จดชื่อแพทย์และเบอร์โทรศัพท์ เพื่อประโยชน์ในการนัดหมายหลังกลับบ้าน
- ควรรู้นัดพบแพทย์แต่ละครั้งเพื่อตรวจอะไร และผู้ป่วยควรเตรียมข้อมูลใดให้พร้อมก่อนพบแพทย์ เช่น ผลตรวจเลือด ผลเอ็กซเรย์
- ผู้ป่วยควรทราบว่าตนต้องได้รับการดูแลแบบใดเป็นพิเศษ เช่น ภายภาพบำบัด หรือการฟื้นฟูหัวใจ ควรทำนัดหมายล่วงหน้าหากจำเป็น หรือควรทราบว่ามีการนัดหมายให้ไว้แล้วหรือไม่

3. การดูแลตนเองของผู้ป่วย

ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือบางเรื่องเมื่อกลับบ้าน เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การทำอาหาร การทำความสะอาด ซักผ้า การซื้อของใช้ และการเดินทางไปพบแพทย์ ดังนั้นควรจัดตารางเวลาที่ญาติหรือเพื่อนที่จะมาดูแล

4. การจัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

- วางแผนเมื่อกลับบ้านพยายามไม่ขึ้นบันได หากต้องขึ้นบันไดอาจขอให้ญาติเพื่อน หรือเพื่อนบ้านมาช่วยดูแล
- ควรจัดให้ห้องนอนอยู่ชั้นเดียวกับห้องน้ำ
- เวลากลางคืนควรเปิดไฟตามทางเดินเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- ควรวางโทรศัพท์และเบอร์โทรฉุกเฉินไว้ใกล้ตัว
- ดูแลให้ทางเดิน บันไดภายในบ้านโล่งไม่มีอะไรสะดุดขวางทาง
- สวมรองเท้าที่เหมาะสมไม่ลื่น พื้นราบไม่ควรมีส้นสูง

5. กิจวัตรประจำวัน

- ทำความเข้าใจกับหมว่าควรอาบน้ำหรือเช็ดตัว
- ขอทราบคำแนะนำจากแพทย์เรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาด
สระอาดการงดขับรถยนต์ การยกของหนัก เป็นต้น
- ควรซักถามแพทย์ว่าควรรับประทานหรืองดอาหารประเภทใด
- จัดเวลาอาบน้ำหรือทำกิจกรรมใด ๆ เมื่อมีเพื่อน หรือญาติมาอยู่ที่บ้าน
- การหาเวลาสงบของตนเพื่อการพักผ่อน

6. การจัดความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นโรงพยาบาลคุณภาพของประเทศ

เจตจำนง (Purpose)

ให้บริการทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ปลอดภัย และตอบสนองความต้องการของลูกค้า

ขอบเขตของการบริการ (Scope service)

เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศ ให้บริการดูแลรักษาทางการแพทย์ทั้ง
แก่ข้าราชการ กำลังพล ครอบครัว และประชาชนทั่วไป โดยมีอัตราการครองเตียง 505 เตียง

เป้าหมายคุณภาพของโรงพยาบาล

1. คุณภาพการบริการและคุณภาพด้านความปลอดภัย

งานบริการของโรงพยาบาลมีคุณภาพ มีความปลอดภัย และตอบสนองความต้องการ
ของผู้รับบริการ

1. คุณภาพด้านคลินิก

งานบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ทั้งงานบริการรักษาพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีคุณภาพตามมาตรฐานและจริยธรรม

2. คุณภาพด้านการบริหารจัดการทรัพยากร

ทรัพยากรของโรงพยาบาลมีการบริหารจัดการอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า

3. คุณภาพด้านบุคลากร

บุคลากรของโรงพยาบาลมีคุณภาพ มีความพร้อม ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถและมีขวัญกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน

นโยบายคุณภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาล มีความมุ่งมั่นในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ทั้งทุกหน่วยงาน เพื่อการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และประทับใจ โดยยึดหลักบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีมและมีระเบียบวินัย

จุดเน้นการพัฒนาของโรงพยาบาล ปี 2549

“ความปลอดภัยของผู้รับบริการ การบริการที่รวดเร็ว / ประทับใจ”

การดำเนินงานของโรงพยาบาล ปี 2548

1. การตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ

1.1 **สำรวจความต้องการของผู้รับบริการ** ในงานบริการด้านหน้าและงานบริการผู้ป่วยใน พบว่า ความต้องการของผู้รับบริการที่มีความสำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ 1. ความสะดวกรวดเร็ว 2. พฤติกรรมบริการที่ดี 3. คุณภาพการรักษาที่ดี 4. ความปลอดภัยในการบริการ 5. สถานที่สิ่งแวดล้อมที่ดี

1.2 **ลดระยะเวลารอคอย**

- ขยายเวลาบริการ : คลินิกรุ่งอรุณ (คลินิกศัลยกรรมกระดูก) เปิดบริการตั้งแต่เวลา 06.30 ของวันราชการ, งานตรวจพิเศษทางรังสี เปิดบริการเสาร์อาทิตย์, งานพยาธิเปิดบริการตั้งแต่เวลา 06.30, โครงการปรับปรุงการตรวจสอบสิทธิผู้ป่วย (งานบริการผู้ป่วยนอก) ขยายเวลาให้บริการตรวจสอบสิทธิแก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันตนที่มารับบริการตรวจเลือดตอนเช้าก่อนพบแพทย์ เปิดบริการตั้งแต่ 0630 ของทุกวันราชการที่ห้องบัตร 30 บาท, คลินิกฝากครรภ์เปิดบริการตั้งแต่ 0700

- โครงการนัดหมายล่วงหน้า (งานบริการผู้ป่วยนอก) งานบริการฝากครรภ์ เปิดให้บริการติดต่อนัดหมายตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลล่วงหน้าทางโทรศัพท์ เพื่อผู้รับบริการไม่ต้องเสียเวลามาติดต่อกันบัตรที่ห้องเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในวันตรวจ

- โครงการ FAST ในห้องฉุกเฉิน นำเครื่องมืออัลตราซาวด์มาใช้ในการนัดหมายตรวจวินิจฉัยแยกโรคหรือยืนยันการวินิจฉัยโรคบางอย่างที่สำคัญ ให้สามารถทำได้ภายในห้องฉุกเฉินทันที ลดขั้นตอนการเคลื่อนย้ายไปทำนอกห้องฉุกเฉิน

- การบริการรับผลตรวจชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยที่นัดตรวจภายหลังการผ่าตัดด้าน ศัลยกรรม / สูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลบริการประสานผลชิ้นเนื้อให้ผู้ป่วยไม่ต้องไปรับด้วยตนเอง

- การรายงานผลตรวจ PAP SMEAR ทางไปรษณีย์ในผู้ป่วยตรวจทาง นรีเวชกรรม

- การบริการนัดหมายล่วงหน้าในงานบริการฝากครรภ์ลดขั้นตอนการค้น / รอบัตร

- การรายงานผลแล็บทางสารสนเทศ ในงานตรวจรักษา

1.3 การอำนวยความสะดวก

- โครงการส่งผู้ป่วยในการตรวจทางรังสีนอกโรงพยาบาล : โรงพยาบาล ดำเนินการสำรองจ่ายเงินแทนผู้ป่วยต้นสังกัดในขั้นตอนค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจพิเศษทางรังสี นอก โรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และดำเนินการเบิกเงินคืนภายหลังจำหน่ายจากกรมบัญชีกลาง

- โครงการปรับปรุงโรงรถตรวจ งานบริการผู้ป่วยนอก (ด้านอายุรเวชกรรม) เพื่อแก้ปัญหาความแออัดของผู้รอตรวจ และส่งผลให้สามารถจัดระบบในการบริการ ผู้ป่วยนอก ได้ดีขึ้น ทั้งขั้นตอนการคัดกรองซักประวัติผู้ป่วยและการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนพบแพทย์

- โครงการปรับปรุงที่จอดรถมอเตอร์ไซด์สำหรับผู้มาใช้บริการ โรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยในทรัพย์สินของผู้รับบริการ

- โครงการขยายเวลาบริการยาผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ห้องยาผู้ป่วย ในของโรงพยาบาลได้ขยายเวลาให้บริการยาแก่ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมงาน บริการของโรงพยาบาลเปิดบริการทุกวันระหว่างเวลา 08.00 – 16.00 ไม่เว้นวันหยุดราชการ

- โครงการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล จัดให้มี พยาบาลทำหน้าที่ประเมินอาการ / คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น คัดแยกผู้ป่วยอาการหนักและอำนวยความสะดวกพร้อมทั้งประสาน Fast channel ตามกรณีต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอก

ของโรงพยาบาลในจุดเริ่มต้นของงานบริการ คือ ในขั้นตอนที่ผู้ป่วยมาติดต่อขอรับเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกที่ห้องบัตร โดยปฏิบัติงานที่โถงหน้าห้องบัตร

- ฝึกอบรมพฤติกรรมบริการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในงานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล

2. **การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล** มีการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเชื่อมโยงกันทุกระดับในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ มีการกำหนดเข็มมุ่ง / จุดเน้นการพัฒนา และเป้าหมายด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาล มีการกำหนดให้เรื่องความปลอดภัยในการใช้ยา การพัฒนางานเวชระเบียน และการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งเป็นจุดเน้นที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยในงานทางคลินิกโรงพยาบาล มุ่งเน้นให้ความปลอดภัยในการดูแลรักษาเฉพาะโรค ได้แก่ MI , Head injury และ DHF พร้อมทั้งลดความเสี่ยงทางคลินิกจากกระบวนการวินิจฉัย / การรักษาล่าช้า และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ส่งเสริมให้นำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่บรรลุผลสำเร็จ มาใช้เป็นมาตรฐานในงานประจำวัน เช่น การให้ข้อมูล / การประเมินสภาพผู้ป่วย, การระบุตัวทารก, การคัดกรองภาวะพร่องซึ่รยรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด, การคัดกรองภาวะ ROP ในทารกกลุ่มเสี่ยง, การป้องกันโรคเอดส์จากการดาสู้ทารก, การป้องกันการผ่าตัดผิดพลาด และการป้องกันความผิดพลาดในการให้เลือด เป็นต้น มีการติดตามผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งรูปแบบรายงานและการประชุมร่วมกัน

3. **การบริหารความเสี่ยง** มีการพัฒนาและเน้นงานความเสี่ยงทางคลินิก โดยกำหนดเป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล มุ่งเน้นให้ความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายโรค เช่น Acute MI , Head injury, DHF เป็นต้น มีการสร้างความตระหนักความเข้าใจในงานบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร / หน่วยงาน พัฒนาการค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิกของระดับหน่วยงานเชิงรุก และการวางมาตรการป้องกัน การทบทวนและการปฏิบัติตามได้ของระดับหน่วยงาน พัฒนาการเฝ้าระวัง ระบบรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล และปรับปรุงการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมของระดับโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็วและง่ายต่อการปฏิบัติ มีการวิเคราะห์ / ประเมินความเสี่ยงในภาพรวมระดับโรงพยาบาล วางมาตรการป้องกันในภาพรวมระดับโรงพยาบาล การจัดการความสูญเสียในระดับโรงพยาบาล การจัดระบบข้อมูลเพื่อบริหารความเสี่ยง การประสานโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและ การเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารด้านความเสี่ยงและใช้ประโยชน์ร่วมกัน

4. งานสารสนเทศ มีการพัฒนาเชื่อมโยงระบบข้อมูลต่าง ๆ เช่น โปรแกรมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การใช้จ่าย การเก็บสถิติโรคต่าง ๆ ระบบการเงิน เป็นต้น เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการใช้สารสนเทศในการให้บริการแก่ผู้รับบริการมากที่สุด ทั้งนี้ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล จะต้องมีประสิทธิภาพในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลด้วยเช่นกัน

5. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กำหนดและกำกับดูแลแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขอนามัยมือที่ถูก พัฒนาและกำกับดูแลระบบ CSSD ของโรงพยาบาล การเฝ้าระวังการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม จุดพักขยะของโรงพยาบาล และการตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านกระบวนการบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น

6. การใช้จ่าย การดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้จ่ายในโรงพยาบาล นั้นมีการทบทวน สร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานของความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยาทุกประเภท และสร้างความเข้าใจกับทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุงการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางยาให้ง่าย สะดวก เน้นให้เห็นความสำคัญ ทบทวนรายการยาที่มีความเสี่ยงสูง มีการบริหารยาเคมีบำบัดให้ปลอดภัยทั้งกับผู้เตรียม ผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังการเกิดอันตรายปฏิกิริยาของยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา พัฒนาระบบกระจายยาผู้ป่วยในสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน และประเมินประสิทธิภาพของระบบกระจายยาผู้ป่วยใน และมีการจัดเก็ชกรและเจ้าหน้าที่เก็ชกรกรรมปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมงได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ กำหนดรายการบัญชียา ห้องจ่ายยาดีกฉุกเฉินให้เหมาะสมทั้งสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

7. งานเวชระเบียน ส่งเสริมให้บุคลากรมีการตระหนักในการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก เน้นให้มีการเชื่อมโยง บันทึกข้อมูล ในงานของแพทย์และพยาบาล มีการประเมินความสมบูรณ์เวชระเบียนของโรงพยาบาลทุกระดับ นอกจากนี้ได้กำหนดเกณฑ์มาตรการแนวทางการรักษาความลับเพื่อความปลอดภัยของเวชระเบียนที่มีความเสี่ยง ทบทวนแนวทางการรักษาความลับ และความปลอดภัยของข้อมูล ส่งเสริมให้มีแนวทางในการส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสูญเสีย

นอกจากทางการพัฒนาการดำเนินงานบริการของโรงพยาบาลในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ประทับใจในบริการที่ได้รับจากทางโรงพยาบาลแล้ว ผู้รับบริการก็เป็นส่วนสำคัญในการสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในระบบบริการของโรงพยาบาลเช่นกัน โดยเฉพาะหาก

ผู้รับบริการรับทราบถึงสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย จะทำให้ผู้รับบริการทราบถึงสิทธิที่ตนควรได้รับจากระบบบริการสุขภาพและสิ่งที่ควรปฏิบัติเมื่อมาใช้บริการ เพื่อเป็นการร่วมกันสร้างและตรวจสอบถึงความปลอดภัยที่ตนได้รับจากงานบริการสุขภาพ ดังนั้นโรงพยาบาลจึงได้มีการตีพิมพ์ประกาศสิทธิผู้ป่วยและกำหนดหน้าที่ของผู้ป่วยไว้เพื่อผู้ป่วยรับทราบในสิทธิของตนและข้อควรปฏิบัติเมื่อมารับบริการจากโรงพยาบาลไว้ดังนี้

1. สิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วยที่มีการรับรองโดยแพทยสภา และสภาวิชาชีพต่างๆ มี 10 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรับด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิจะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้ทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่ละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

2. หน้าที่ของผู้ป่วย (คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร)

เพื่อเป็นการที่จะให้แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นสมควรประกาศให้ผู้ป่วยทราบและปฏิบัติดังนี้

1. ให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษา ผู้ป่วยจะต้องตอบคำถามอย่างสมบูรณ์ ถูกต้อง และแจ้งให้ผู้ให้บริการทราบว่ามีความรู้สึกรู้สีกต่อการดูแลรักษาที่ได้รับอย่างไร
2. ทำความเข้าใจกับปัญหาการเจ็บป่วย และการรักษาจนเป็นที่พอใจของตนเอง โดยการขอให้ผู้ให้บริการอธิบายเพื่อความกระจ่างชัด
3. แจ้งให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทราบว่า จะรับการดูแลรักษาต่อไปหรือไม่
4. แจ้งให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทราบเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง
5. มาตามกำหนดนัดหมายและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในการรักษาต่อเนื่อง
6. แจ้งให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทราบว่า ได้รับยา / แอลกอฮอล์ / การรักษาจากแพทย์อื่น ก่อนหน้าที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลนี้
7. แสดงความรู้สึกและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลรักษาด้วยท่าทียอมรับได้ และมีการสื่อสารให้ผู้รับบริการรับทราบอย่างเหมาะสมเคารพสิทธิของผู้ป่วยอื่น ๆ
8. เคารพในสิทธิของผู้ป่วยอื่น ๆ
9. ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในเรื่องความปลอดภัยของตนเอง
10. ปฏิบัติต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้วยความสุภาพ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุพา รัตนเวฬุ (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการรับรู้สิทธิผู้ป่วย และความต้องการเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของผู้ติดเชื้อเอดส์ในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีการรับรู้สิทธิผู้ป่วยทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง และมีความต้องการเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยทุกด้านอยู่ในความต้องการมาก โดยผู้ติดเชื้อที่มีอายุระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และวิธีการได้รับความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยต่างกัน จะมีการรับรู้สิทธิผู้ป่วยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า ความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากและปานกลาง มีความแตกต่างกันทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการและความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ

CA Vincent and A Coulter (2002: 76-80) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Patient Safety: what about the patient? พบว่า ในการวางแผนการปรับปรุงความปลอดภัยในการรักษาพยาบาลนั้นบ่อยครั้งที่มักจะละเลยในส่วนของ มุมมองของผู้ป่วย ซึ่งมี 2 สิ่งที่ไม่เคยกล่าวถึงเลยในรายงานความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นรายบุคคลหรือโดยรวม และผลกระทบจากการขาดความปลอดภัยที่เกิดขึ้นหลังจากการเกิดการบาดเจ็บมีความสำคัญเท่ากับสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ

มุมมองของผู้ป่วยเป็นกุญแจสำคัญในกลยุทธ์การปรับปรุงคุณภาพ คุณภาพสำหรับมุมมองของผู้ป่วยประกอบด้วย การได้รับการดูแลรักษาพยาบาล การตอบสนองและความเห็นใจ การติดต่อสื่อสารที่ดี การให้ข้อมูลที่ชัดเจน ได้รับการรักษาที่เหมาะสมบรรเทาอาการเจ็บป่วย ปรับปรุงภาวะสุขภาพ และความปลอดภัยจากการใช้ยา โดยได้สรุปบทบาทของผู้ป่วยในการส่งเสริมความปลอดภัย ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมใน

- ความถูกต้องในการวินิจฉัย
- การตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสมหรือการจัดการ
- มีโอกาสเลือกผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และปลอดภัย
- ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ต่อเนื่อง
- มีการค้นหาเหตุการณ์หรือผลกระทบอย่างรวดเร็ว และมีการติดตามที่เหมาะสม

Louis Harris & Associate (1997) ได้ทำการศึกษาให้ Nation Patient Safety at the AMA เรื่อง Public Opinion of Patient safety Issues Research Finding พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีความพอใจในประสบการณ์ของตนที่มีต่อแพทย์ พยาบาล และจากประสบการณ์ที่พบแพทย์ โดย ร้อยละ 18 ตอบว่าแพทย์มิได้ให้เวลาที่เพียงพอแก่ผู้รับบริการ ร้อยละ 17 ตอบว่าแพทย์ไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ส่วนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่า ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ของกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าระบบการให้บริการสุขภาพดีเพียงพอที่จะป้องกันความผิดพลาด ร้อยละ 95 เชื่อว่าแพทย์ของตนมีผลในทางบวกต่อความปลอดภัย ร้อยละ 92 เชื่อว่าตนเองมีผลในทางบวกต่อความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างพอใจที่จะได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องความเสี่ยงและประโยชน์ทางการให้การรักษาในรูปแบบเอกสาร ร้อยละ 63 และในรูปแบบการบอกเล่า ร้อยละ 52 และร้อยละ 20 เลือกทั้งสองแบบ นอกจากนี้ 7 ใน 10 ของผู้ตอบระบุว่าจะปฏิบัติตามมาตรการระวังป้องกัน เมื่อไปพบแพทย์ เช่น การหาความเห็นเกี่ยวกับอาการป่วยที่ร้ายแรง 4 ใน 5 ร้อยละ 80 ตอบว่าจะหาความคิดเห็นที่สอง การป้องกันไม่ให้เกิดการรักษาที่ผิดพลาด ผู้ตอบเชื่อว่าการกันบุคลากรที่มีประวัติการผิดพลาดไม่ให้มาให้บริการเป็นทางที่ได้ผลที่สุดในการป้องกันการบาดเจ็บที่เกิดจากการรักษาที่ผิดพลาด ผู้ตอบเชื่อว่าการฝึกอบรมที่ดี การเลือกแพทย์อย่างระมัดระวัง การจัดตั้งองค์กรอิสระ เพื่อทำการศึกษาสาเหตุของการผิดพลาด และการให้ข้อมูลแก่คนไข้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน จะเป็นทางออกที่ดีที่สุด

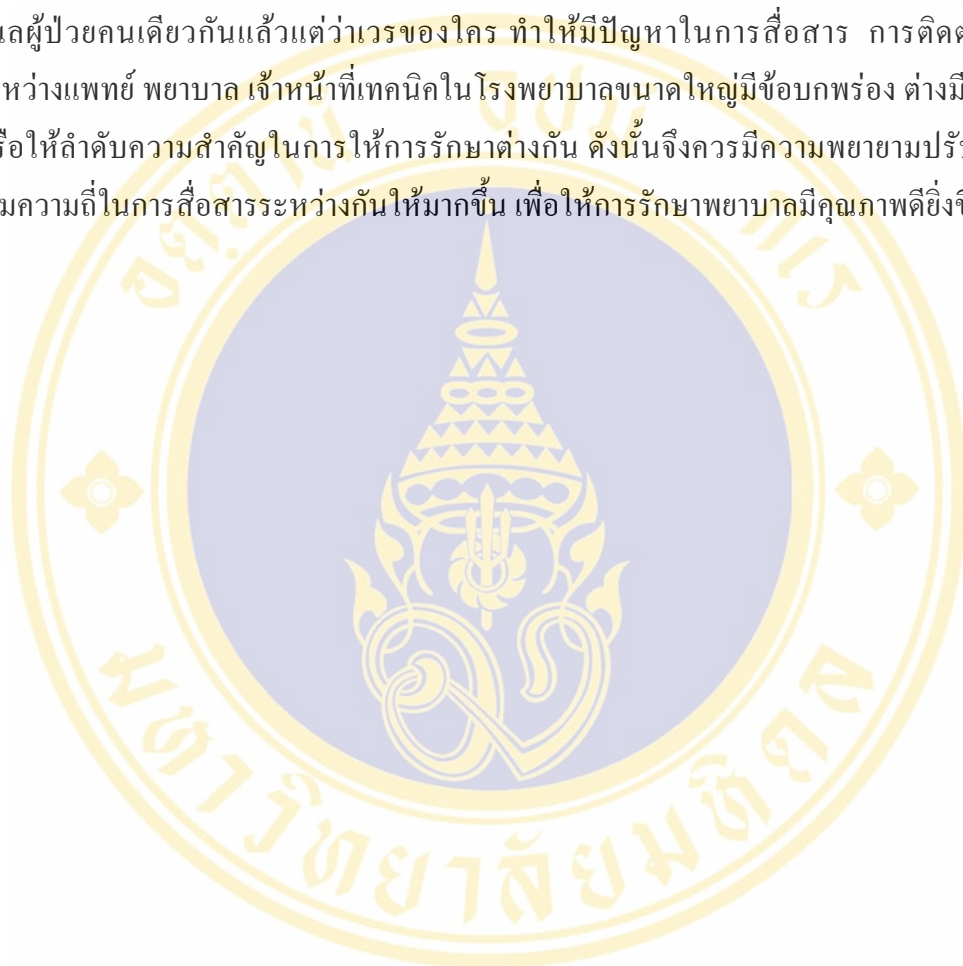
Anton J. Kuzel (2004) ได้ทำการศึกษา Patient reports of Preventable Problems and Harms in Primary Health Care โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างของผู้ใหญ่จำนวน 38 ราย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่ป้องกันได้ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่อาจก่อให้เกิดอันตรายทางร่างกายและจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ 38 รายได้กล่าวถึงเหตุการณ์ 121 เหตุการณ์ โดยมีเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเกิดอันตรายถึง 170 เหตุการณ์ ซึ่ง ร้อยละ 70 ของกรณีดังกล่าวเป็นอันตรายทางด้านจิตใจ รวมถึงความวุ่นวาย การถูกละเลย การสูญเสียความเชื่อใจและความสัมพันธ์กับแพทย์ ส่วนอันตรายทางด้านร่างกายมีจำนวน ร้อยละ 23 โดยรวมถึงการเจ็บปวด การบวมซ้ำ สุขภาพที่เลวร้ายยิ่งขึ้นและการแพ้ยา ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าความผิดพลาดที่มีการรายงานบ่งชี้ว่าการยุติความสัมพันธ์กับแพทย์ การยุติการไปพบแพทย์เป็นความบกพร่องในการรักษาพยาบาลมากกว่าความผิดพลาดด้านเทคนิคในการวินิจฉัยโรคและการให้การรักษา โดยผู้ป่วยมีแนวโน้มในการรายงานเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนั้นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการให้การรักษาที่ผิดพลาด หรือการผ่าตัดที่ผิดพลาดมากไปก็อาจทำให้ละเลยประเด็นอื่นที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ และเมื่อถามและให้จัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยผิด การเปิดเผยผลตรวจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยน้อย ความสัมพันธ์หยุดชะงักไปมีผลมาจาก

ความหยาบคายของเจ้าหน้าที่ การไม่เอาใจใส่ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย ความลำเอียงทางเชื้อชาติ และการมีส่วนร่วมหยุดชะงักลงโดยการรอนัดหมายที่นาน ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ดูเหมือนว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่สุดท้ายก็สามารถนำไปสู่ปัญหาสำคัญ และเหตุการณ์ที่ใกล้เคียงจะผิดพลาดนำไปสู่ความวิตกกังวล และขาดความน่าเชื่อถือ

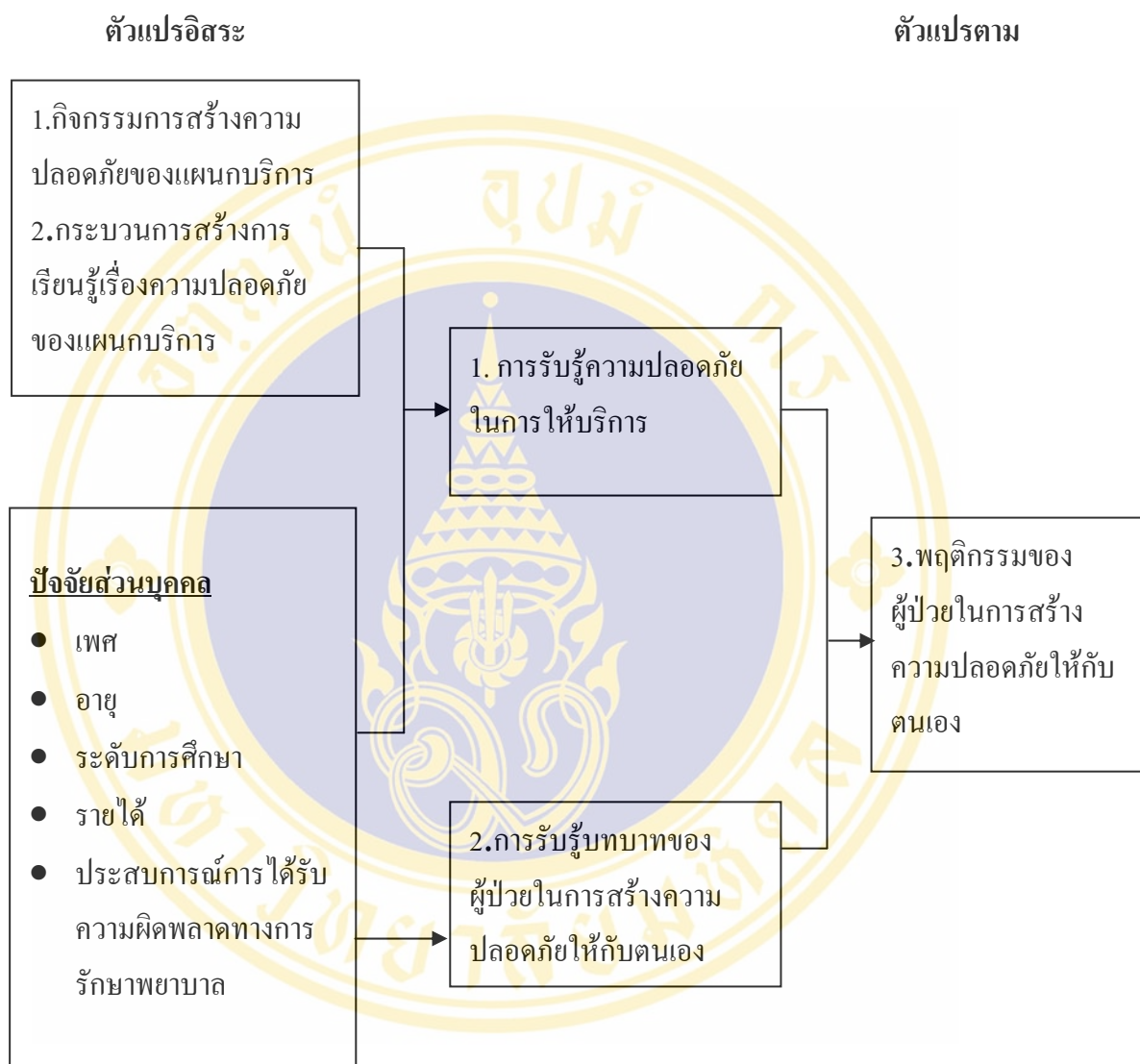
John G. Reiling (2000) ได้ทำการศึกษา Creating a culture of patient Safety through Innovative Hospital Design การสร้างวัฒนธรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการออกแบบโรงพยาบาลให้มีความงูใจ ซึ่งวัตถุประสงค์ของการศึกษาผู้บริหาร โรงพยาบาลเชื่อว่า ถ้าออกแบบสร้างโรงพยาบาลให้เหมาะสม ก็จะสามารถช่วยให้มีความปลอดภัยมากขึ้น พร้อมทั้งสามารถช่วยสร้างวัฒนธรรมเกี่ยวกับการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย วิธีการศึกษาได้ใช้การสร้างห้องทดลองแห่งการเรียนรู้ระดับชาติ เพื่อวางแผนออกแบบโรงพยาบาลที่เอื้ออำนวยให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากที่สุด โดยศึกษาจากบทความ และนำความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในด้าน การบริการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ เช่น การขนส่ง วิศวกร เจ้าหน้าที่การแพทย์ พยาบาล เกษตรกร ผู้บริหาร และนักออกแบบ มาเพื่อออกแบบสร้างโรงพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยมากที่สุด ผลการวิจัยพบว่า การออกแบบโรงพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย จะทำให้โรงพยาบาลได้ผลตอบแทนที่ดีขึ้นเนื่องจากสาเหตุ 2 ประการ คือ 1. การให้บริการมีประสิทธิภาพอันเป็นผลมาจากการที่โรงพยาบาลมีมาตรฐานที่ดี มีเครื่องมืออัตโนมัติที่ทันสมัย มีความสะอาดซึ่งความปลอดภัยและความมีประสิทธิภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่ง 2. การออกแบบโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยจะช่วยขจัดความผิดพลาดข้อบกพร่อง ผลกระทบได้มากและสามารถลดระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า การออกแบบโรงพยาบาลโดยการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยช่วยให้วัฒนธรรมสร้างความปลอดภัยเกิดขึ้น หรือมีมาตรฐานดีขึ้น

Bradley Evan off (2000) และคณะ ได้ทำการศึกษาเรื่องลำดับความสำคัญในการให้การ รักษา มีความแตกต่างกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ Can We Talk? Priorities for Patient Care Differed Among Health Care Provider การสื่อสารและความร่วมมือที่บกพร่องระหว่างเจ้าหน้าที่ ที่ทำการรักษาอาจมีผลทำให้การรักษาผู้ป่วยเกิดความผิดพลาด หรือการรักษาไม่มีคุณภาพ และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อคนผู้ป่วยได้ ทั้งนี้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ต่างทำหน้าที่ของตนและอาจให้ความสำคัญหรือมีความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งต่างกัน เช่น แพทย์ พยาบาลอาจมีความเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยต่างกัน จึงมุ่งให้ความสำคัญหรือให้การรักษากับคนละแนวทางตามความเห็นของตน อันก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ให้ข้อมูลที่สำคัญแก่

คนไข้ไม่ตรงกัน การให้การรักษามีความเห็นไม่ตรงกันก็จะส่งผลโดยรวมทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการวิจัยพบว่า การสื่อสารด้วยวาจาระหว่างแพทย์และพยาบาลไม่มีความสม่ำเสมอ และพบว่ามี การให้ลำดับความสำคัญในการให้การรักษต่างกัน มีหลายกรณีที่ไม่ได้พูดคุยกันเพียงคุณแต่ Chart ของผู้ป่วย มีแพทย์และพยาบาลหลายคน ผลัดกันดูแลผู้ป่วยคนเดียวกันแล้วแต่ว่าเวอร์ของใคร ทำให้มีปัญหาในการสื่อสาร การติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เทคนิคในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีข้อบกพร่อง ต่างมีความเห็นหรือให้ลำดับความสำคัญในการให้การรักษต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีความพยายามปรับปรุงและเพิ่มความถี่ในการสื่อสารระหว่างกันให้มากขึ้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพดียิ่งขึ้น



กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดของวิธีการในการศึกษาดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. จริยธรรมทางการศึกษา
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross - Sectional Survey Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล

2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยเด็ก) ซึ่งมารับบริการที่แผนกบริการผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม ปี พ.ศ.2550

2) เจ้าหน้าที่แผนกบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งมีใช้หัวหน้าแผนกบริการ และเจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับงานบริหารความเสี่ยงของแผนกบริการ

2.2 ขนาดตัวอย่างและการเลือกตัวอย่าง

2.2.1 กลุ่มผู้ป่วย

2.2.1.1 ขนาดตัวอย่าง ในการหาขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของยามาเน (Yamane, 1973: 725 อ้างในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2535 : 68) คือ

$$\text{เมื่อ } n = \frac{N}{1+N e^2}$$

N = ขนาดของประชากร

ในที่นี้ขนาดของประชากรใช้จำนวนผู้มารับบริการจากงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2548 ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม ซึ่งมีจำนวน 107,933 คน มาเป็นพื้นฐานในการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned} e &= \text{ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้ } 0.05 \\ \text{ขนาดของตัวอย่าง} &= \frac{107,933}{1+107,933 * (0.05)^2} \\ &= 398.523 \text{ คน (ประมาณ 400 คน)} \end{aligned}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

2.2.1.2 การเลือกตัวอย่างสำหรับกลุ่มผู้ป่วย ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 จำแนกแผนกบริการของโรงพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะบริการ และคัดเลือกแผนกบริการตามเกณฑ์ คือ 1) เป็นแผนกบริการที่เป็นแผนกหลักของโรงพยาบาล 2) เป็นแผนกบริการผู้ป่วยนอกและแผนกบริการผู้ป่วยในที่มีความสัมพันธ์กันในลักษณะของการ

รักษาพยาบาลที่สอดคล้องกัน 3) คำนึงถึงการกระจายของข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ชาย – หญิง 4) แผนกบริการสามัญ – พิเศษ ผลการเลือกดังตารางต่อไปนี้

แผนกบริการของโรงพยาบาล		แผนกบริการที่ถูกคัดเลือกเข้าในการศึกษา	
แผนกผู้ป่วยใน	แผนกผู้ป่วยนอก	แผนกผู้ป่วยใน	แผนกผู้ป่วยนอก
1. อายุรเวชกรรม	1. อายุรเวชกรรม	1. อายุรกรรมชาย	1. ห้องตรวจอายุรกรรม
2. ศัลยกรรม	2. ศัลยกรรม	2. อายุรกรรมหญิง	2. ห้องตรวจศัลยกรรม
3. ศัลยกรรมกระดูก	3. สูติกรรม	3. ศัลยกรรมชาย	3. ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม
4. สูติกรรม	4. นรีเวชกรรม	4. ศัลยกรรมหญิง	4. ห้องตรวจกุมาร
5. นรีเวชกรรม	5. กุมารเวชกรรม	5. สูติ 2-3	5. ห้องตรวจจักษุกรรม
6. กุมารเวชกรรม	6. โสต ศอ นาสิกกรรม	6. กุมาร 2	
7. จักษุกรรม	7. จักษุกรรม	7. พิเศษ 4	
8. โสต ศอ นาสิกกรรม	8. ทันตกรรม		
9. รังสีวิทยา	9. ออร์โธปิดิกส์		
10. ทันตกรรม			
11. นุกลิน			
12. PCU			
13. ห้องตรวจสุขภาพ			
14. เวชศาสตร์ครอบครัว			

ขั้นที่ 2 คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับแต่ละแผนกบริการ จากขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน ผู้วิจัยแบ่งเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คิดเป็นอัตราส่วน (50 : 50) ผู้ป่วยนอกจำนวน 200 คน และผู้ป่วยในจำนวน 200 คน หาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนกบริการ โดยใช้หลักการสัดส่วนความน่าจะเป็นตามขนาด (Probability Proportional to size) ซึ่งใช้อัตราส่วนตามสูตร ดังนี้

$$n_h = \frac{nN_h}{N}$$

(มนตรี, 2524 อ้างในพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณและคณะ 2538 : 19)

$$n = 200$$

$$N_h = \text{ขนาดประชากรแต่ละแผนกบริการ}$$

$$N = \text{ขนาดประชากรทั้งหมด}$$

ได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละแผนกต่อไปนี้

แผนกบริการ	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
แผนกผู้ป่วยนอก		
1. ห้องตรวจโรคอายุรกรรม	26291	92
2. ห้องตรวจโรคศัลยกรรม	6781	24
3. ห้องตรวจโรคสูติ - นรีเวชกรรม	10778	38
4. ห้องตรวจโรคกุมาร	7068	24
5. ห้องตรวจโรคจักษุกรรม	6141	22
แผนกผู้ป่วยใน		
6. หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย	338	26
7. หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง	351	27
8. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	270	21
9. หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	242	19
10. หอผู้ป่วยสูติ 2-3	576	45
11. หอผู้ป่วยกุมาร 2	371	29
12. หอผู้ป่วยพิเศษ 4	419	33

ขั้นที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแผนกบริการที่กำหนด โดยพิจารณาเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คุณลักษณะประชากรที่กำหนดไว้ ดังนี้

แผนกผู้ป่วยนอก 1) ผู้ป่วย / ญาติ มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถตอบแบบสอบถามได้ 2) กรณีที่เป็นผู้ป่วยใหม่ ให้ผู้ป่วย / ญาติ ผ่านกระบวนการตรวจรักษาจากแพทย์ ได้รับเอกสาร เช่น ใบสั่งยา ใบนัด คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้ว 3) กรณีผู้ป่วยเคยมารับบริการจากโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง เลือกผู้ป่วยที่นักรอเรียกชื่อเข้ารับการรักษาหรือขณะนักรอรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยใน 1) ผู้ป่วย / ญาติ มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถตอบแบบสอบถามได้ 2) เป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 คืน 3) กรณีผู้ป่วยผ่าตัด ต้องอยู่ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด

2.2.2 กลุ่มเจ้าหน้าที่

2.2.2.1. กำหนดขนาดตัวอย่าง แผนกบริการผู้ป่วยนอก ใช้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานในแผนกบริการ สำหรับแผนกบริการผู้ป่วยใน เลือกกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 จากเจ้าหน้าที่ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในแผนกบริการ

2.2.2.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แผนกบริการผู้ป่วยใน เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่มีเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ทางสถิติได้ จึงสุ่มเลือกเจ้าหน้าที่ร้อยละ 50 จากเจ้าหน้าที่ทั้งหมด โดยคำนึงถึงอายุการทำงานในจำนวนเท่า ๆ กัน ยกเว้นหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงของแผนก เนื่องจากมีความรับผิดชอบในงานบริหารความเสี่ยงของแผนกบริการ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ชุด ดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามผู้ป่วย เรื่อง การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่

- 1) เพศ
- 2) อายุ เป็นข้อคำถามให้ตอบเป็นจำนวนปีเต็ม
- 3) ระดับการศึกษา เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับการศึกษาที่จบสูงสุด ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ
- 4) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้ระบุจำนวน
- 5) แผนกที่มารับบริการ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับแผนกที่มารับบริการในครั้งนี้ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

6) ประสพการณ์ในการได้รับความผิดพลาดทางการรักษา พยาบาล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เป็นความผิดพลาดจากการรักษาหรือกระบวนการให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งเคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติ หรือเพื่อน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือก ตอบและคำถามปลายเปิด

7) การสื่อสาร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารที่สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อมารับบริการจากโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือก ตอบและแบบปลายเปิด

8) การมีส่วนร่วม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการสร้างระบบบริการที่ปลอดภัยของโรงพยาบาล และรวมถึงวิธีการในการมีส่วนร่วม ซึ่งลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล และพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ คู่ขนานกันระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล กับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง จำนวน 61 ข้อ โดยลักษณะของข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล เป็นประโยคบอกเล่าแสดงเหตุการณ์ที่เสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยในการให้บริการ ครอบคลุมงานบริหารความเสี่ยงในการบริการ 11 ด้าน คือ

1. การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ข้อที่ 1 - 3
2. การผ่าตัด ข้อที่ 4 - 6
3. เวชระเบียน ข้อที่ 7 - 10
4. การเงิน ข้อที่ 11
5. การลงนามยินยอมการรักษา ข้อที่ 12 - 14
6. เครื่องมือ / เครื่องใช้ / อุปกรณ์ขัดข้องหรือชำรุด ข้อที่ 15 - 16
7. ทรัพย์สิน / ความเสียหาย ข้อที่ 17 - 23
8. อุบัติภัย ข้อที่ 24 - 25
9. สุขภาพ ข้อที่ 26 - 44
10. ความคลาดเคลื่อนทางยา ข้อที่ 45 - 55
11. ความไม่พึงพอใจ ข้อที่ 56 - 61

โดยคำตอบในแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมี 4 ระดับตัวเลือก คือ อันตรายมาก ค่อนข้างอันตราย อันตรายน้อย และไม่อันตราย

ความหมายของการเลือกให้คำตอบมีดังนี้

อันตรายมาก	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นว่ามีความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ค่อนข้างอันตราย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นว่ามีความเสี่ยงมากต่อผู้ป่วย
อันตรายน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นว่ามีความเสี่ยงน้อยต่อผู้ป่วย
ไม่อันตราย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นว่ามีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

ส่วนพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง เป็นคำถามคู่ขนานกับการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล มีข้อความคำตอบเป็นพฤติกรรมปฏิบัติตนต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยในการให้บริการ จำนวน 61 ข้อ โดยในแต่ละข้อจะมีตัวเลือก 6-8 ตัวเลือกให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว เช่น แจ้งเจ้าหน้าที่ เขียนข้อร้องเรียน ฟ้องร้อง เป็นต้น แตกต่างกันตามเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นในการให้บริการ

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง มีจำนวน 18 ข้อ เกี่ยวข้องกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยลักษณะของข้อคำถามแบบปรนัย ทุกข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวก ครอบคลุมบทบาทของผู้ป่วย 5 บทบาท คือ

- 1) การเป็นผู้ป่วยที่มีความรู้ ข้อที่ 1 - 5
- 2) การเก็บประวัติการรักษา ข้อที่ 6 - 8
- 3) การร่วมมือกับทีมการรักษา ข้อที่ 9 - 13
- 4) การมีญาติ ข้อที่ 14
- 5) การปฏิบัติตามแผนการรักษา ข้อที่ 15 - 18

โดยคำตอบในแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว

ความหมายของการเลือกให้คำตอบมีดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	กรณีที่ท่านเห็นว่าเป็นบทบาทที่ควรจะทำ <u>มากที่สุด</u> (คิดเป็นร้อยละ 80 – 100)
มาก	หมายถึง	กรณีที่ท่านเห็นว่าเป็นบทบาทที่ควรจะทำเป็น <u>ส่วนมาก</u> (คิดเป็นร้อยละ 60 -79)
ปานกลาง	หมายถึง	กรณีที่ท่านเห็นว่าเป็นบทบาทที่ควรจะทำ <u>ปานกลาง</u> (คิดเป็นร้อยละ 40 -59)
น้อย	หมายถึง	กรณีที่ท่านเห็นว่าเป็นบทบาทที่ควรจะทำ <u>เพียงเล็กน้อย</u> (คิดเป็นร้อยละ 20 -39)
น้อยที่สุด	หมายถึง	กรณีที่ท่านเห็นว่าเป็นบทบาทที่ควรจะทำ <u>น้อยที่สุด</u> (คิดเป็นร้อยละ 1- 19)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเจ้าหน้าที่ เรื่อง กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่

- 1) เพศ
- 2) อายุ เป็นข้อคำถามให้ตอบเป็นจำนวนปีเต็ม
- 3) ระดับการศึกษา เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับการศึกษาที่จบสูงสุด
- 4) ประสบการณ์การทำงาน เป็นข้อคำถามให้ตอบเป็นจำนวนปีเต็ม
- 5) แผนกที่ทำงาน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับแผนกที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน

ปัจจุบัน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ จำนวน 29 ข้อ เกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือการดำเนินงานของแผนก 3 ด้าน คือ

- 1) การสื่อสาร ข้อที่ 1 -13
- 2) การมีส่วนร่วม ข้อที่ 14 - 22
- 3) การจัดสิ่งแวดล้อม ข้อที่ 23 - 29

โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเป็นคำถามแบบปรนัย แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมี 5 อันดับตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย และไม่ปฏิบัติ โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ความหมายของการเลือกให้คำตอบมีดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านกระทำเป็นประจำสม่ำเสมอสำหรับผู้รับบริการทุกและทุกครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 100)
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	หมายถึง	ท่านกระทำเป็นส่วนมากกับผู้รับบริการบางคนและบางครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 75)
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำเป็นบางครั้งกับผู้รับบริการบางคนและบางครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 50)
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	หมายถึง	ท่านกระทำเป็นส่วนน้อยกับผู้รับบริการบางคนและบางครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 25)
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยกระทำกับผู้รับบริการทุกคนและทุกครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 0)

ชุดที่ 3 แบบประเมินกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ แผนกบริการ เป็นข้อความถามเกี่ยวกับแผนกที่ประเมิน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ จำนวน 40 ข้อ เกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือการดำเนินงานความปลอดภัยของแผนกบริการ โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่าถึงกิจกรรม ที่แผนกบริการจัดทำขึ้นตามเป้าหมายความปลอดภัยครอบคลุมงานบริหารความเสี่ยงในการบริการ 11 ด้าน คือ

1. การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ข้อที่ 1 - 3
2. การผ่าตัด ข้อที่ 4 - 6
3. เวชระเบียน ข้อที่ 7 - 9
4. การเงิน ข้อที่ 10-11
5. การลงนามใบยินยอมการรักษา ข้อที่ 12 - 13
6. เครื่องมือ/เครื่องใช้/อุปกรณ์ขัดข้องหรือชำรุด ข้อที่ 14 - 16
7. ทรัพย์สิน / ความเสียหาย ข้อที่ 17 - 18
8. สุขภาพ ข้อที่ 19 – 28
9. อุบัติภัย ข้อที่ 29 - 30
10. ความคลาดเคลื่อนทางยา ข้อที่ 31 – 34
11. ความไม่พึงพอใจ ข้อที่ 35 –40

โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเป็นคำถามแบบปรนัย แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมี 4 อันดับตัวเลือกคือ OK (Conformity) OB (Observation) IM (Improvement) และ NC (Nonconformity) โดยให้กรรมการเยี่ยมชมสำรวจคุณภาพภายในโรงพยาบาล ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ความหมายของการเลือกให้คำตอบมีดังนี้ (คณะกรรมการเยี่ยมชมสำรวจคุณภาพภายใน, 2548 : 1)

- | | | |
|--------------------|---------|---|
| OK (Conformity) | หมายถึง | มีการทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการถูกต้องเป็นไปตามข้อกำหนด |
| OB (Observation) | หมายถึง | มีการทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการที่ต้องการแก้ไข พัฒนาต่อไป |
| IM (Improvement) | หมายถึง | มีการทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการที่ต้องการการปรับปรุง |
| NC (Nonconformity) | หมายถึง | มีการทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด |

3.2 การพัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากตำรา วรรณกรรม ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตลอดจนคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
2. กำหนดโครงสร้างและขอบเขตของเนื้อหาของแบบสอบถามที่จะใช้ศึกษาวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และสมมุติฐานการวิจัย
3. ดำเนินการสร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม รวมทั้งกำหนดเกณฑ์ต่าง ๆ ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจ และแก้ไข เพื่อให้มีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความชัดเจนของภาษาแล้วนำมาพิจารณาปรับแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปใช้ทดสอบจริง
5. ทดสอบเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด โดยทดลองใช้กับผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งมาใช้บริการในแผนกบริการที่ไม่ได้สุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อะไรวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับผู้ป่วย เรื่อง การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ส่วนที่ 2 การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล เท่ากับ 0.9467 ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง เท่ากับ 0.7249 แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่เรื่อง กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ ส่วนที่ 2 กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ เท่ากับ 0.9005 แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบประเมินกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ เท่ากับ 0.9122
6. วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยปรับปรุงข้อความต่าง ๆ ในแบบสอบถาม โดยตัดข้อความที่เป็นข้อเท็จจริง ข้อความคลุมเครือหรือไม่ชัดเจน หรือข้อความที่ซับซ้อนและบางข้อปรับเปลี่ยนข้อความให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นแล้วนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงใหม่ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

4. จริยธรรมทางการศึกษา

จริยธรรมทางการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญและควรคำนึงถึงสำหรับการทำวิจัย ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับมนุษย์ สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม รวบรวมข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำเสนอผลการศึกษาโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือกล่าวนำไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้ วิธีการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเขียนคำชี้แจงที่แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยคำตอบทั้งหมดจะเป็นความลับจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขที่ ศร 0517.016/621(1) เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2549 และกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ รหัสโครงการ RP 006 / 50 ลงวันที่ 26 มี.ค.50

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1. เสนอขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้วิจัยเสนอขอการรับรองจากกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ
3. ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือราชการจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถาม ตลอดจนประสานงานกับหัวหน้าแผนกบริการต่าง ๆ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย และเนื้อหาที่ผู้วิจัยใช้สอบถาม ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากหัวหน้าแผนกบริการที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามผู้ป่วยที่แผนกบริการผู้ป่วยนอก วันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ ช่วงเวลา 0800 น. – 1200 น. และแผนกบริการผู้ป่วยใน วันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันเสาร์ ช่วงเวลา 1800 น. – 2000 น.

6. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายใน (Internal surveyors) จำนวน 1 ท่าน เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2550

5.2 ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งหมด 400 คน โดยเริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ป่วย พิจารณาจากคุณสมบัติตามเกณฑ์คุณลักษณะประชากร และการกระจายของข้อมูลในเรื่องของเพศ อายุ และจำนวนครั้งในการมารับบริการ

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วย / ญาติ ในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยอธิบายถึงลักษณะของแบบสอบถามชุดนี้ว่า เป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท สาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการวิจัยในเรื่อง การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยมีความมุ่งหมายเพื่อการศึกษาเท่านั้น ถ้าตอบไม่ว่าถูกหรือผิด ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีผลต่อการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ และจะนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในลักษณะรวม ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่วงการศึกษาศาสนาสุขต่อไป

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยขอให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตามความคิดเห็นของผู้ป่วยให้ครบทุกข้อ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เพื่อทำความเข้าใจก่อนลงมือตอบคำถาม นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถาม และคำตอบให้ผู้ผู้ป่วยฟังและเลือกตอบให้ครบทุกข้อ

4. ตรวจสอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ถูกต้องทันที หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามเสร็จ เพื่อนำไปวิเคราะห์แปลผลต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังจากดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้แบบสอบถามครบตามจำนวนที่กำหนดไว้เรียบร้อยแล้ว ได้ดำเนินการสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ทำการบรรณาธิกรข้อมูล (Data editing) โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม
2. ทำการลงรหัสและบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ด้วยใช้โปรแกรมทางสถิติที่
3. ให้คะแนนและสร้างตัวแปรตามเกณฑ์การวัดตัวแปรที่กำหนดดังนี้

ตัวแปร	ระดับการวัด	การให้คะแนนและเกณฑ์การวัด
1. เพศ	กลุ่ม	1 เมื่อคำตอบเป็น ชาย 2 เมื่อคำตอบเป็น หญิง
2. อายุ	อันดับ	1 เมื่อคำตอบเป็น อายุ 18 -24 ปี 2 เมื่อคำตอบเป็น อายุ 25 -40 ปี 3 เมื่อคำตอบเป็น อายุ 41 -60 ปี 4 เมื่อคำตอบเป็น อายุ 60 ปีขึ้นไป
3. ระดับการศึกษา	อันดับ	1 เมื่อคำตอบเป็น ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน/ ประถมศึกษา 2 เมื่อคำตอบเป็น ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา 3 เมื่อคำตอบเป็น ระดับการศึกษา อนุปริญญา/ปริญญา
4. รายได้	อันดับ	1 เมื่อคำตอบเป็น ต่ำกว่า 5,000 บาท 2 เมื่อคำตอบเป็น 5,001 – 10,000 บาท 3 เมื่อคำตอบเป็น 10,001 – 15,000 บาท 4 เมื่อคำตอบเป็น 15,001 – 20,000 บาท 5 เมื่อคำตอบเป็น มากกว่า 20,000 บาท
5. ประสบการณ์การ ได้รับความผิดพลาด	ทวิ	0 เมื่อคำตอบเป็น ไม่เคย 1 เมื่อคำตอบเป็น เคยกับตนเอง / ผู้อื่น

ตัวแปร	ระดับการวัด	การให้คะแนนและเกณฑ์การวัด
6. กิจกรรมการสร้าง ความปลอดภัยของ แผนกบริการ	อันตรภาค กลุ่ม	เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ให้คะแนน 4 3 2 1 เมื่อคำตอบเป็น OK (Conformity), OB (Observation), IM (Improvement), NC (Nonconformity) คะแนนเต็ม 160 คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ครบถ้วนถูกต้อง เมื่อมีคะแนนเต็ม (160 คะแนน) ไม่ครบถ้วนถูกต้อง เมื่อมีคะแนนน้อยกว่าคะแนนเต็ม (<160 คะแนน)
7. กระบวนการสร้าง การเรียนรู้ของแผนก บริการ	อันตรภาค อันดับ	เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ให้คะแนน 4 3 2 1 0 เมื่อคำตอบเป็น ปฏิบัติเป็น ประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติ เป็นส่วนน้อย และไม่ปฏิบัติ ตามลำดับ คะแนนเต็มเท่ากับ 116 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่ม เจ้าหน้าที่ในแต่ละแผนกบริการ คือ ระดับดี เมื่อ มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไปของ คะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 93 คะแนน) ระดับพอใช้ เมื่อ มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60 – 79.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 70 - 92 คะแนน) ระดับต้องปรับปรุง เมื่อ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม (คะแนน <70 คะแนน)
8. การรับรู้ความ ปลอดภัยในการมารับ บริการ	อันตรภาค อันดับ	เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ให้คะแนน 3 2 1 0 เมื่อคำตอบเป็น อันตรายนมาก ค่อนข้างอันตราย อันตรายน้อย และไม่อันตราย ตามลำดับ คะแนนเต็ม 183 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็น ระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 137 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 92 - 136 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 46 - 91 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน <46 คะแนน)

ตัวแปร	ระดับการวัด	การให้คะแนนและเกณฑ์การวัด
		สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนจำแนกเป็นรายด้านดังนี้ 1) ด้านการระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง คะแนนเต็ม 9 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 7 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 5 - 6 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 2 - 4 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 2 คะแนน) 2) ด้านการผ่าตัด คะแนนเต็ม 9 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนน ดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 7 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 5 - 6 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 2 - 4 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 2 คะแนน) 3) ด้านเวชระเบียน คะแนนเต็ม 12 คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 9 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 6 - 8 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 3 - 5 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 3 คะแนน)

ตัวแปร	ระดับการวัด	การให้คะแนนและเกณฑ์การวัด
		4) ด้านการเงิน คะแนนเต็ม 3 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (คะแนน = 3 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน = 2 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน = 1 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน = 0 คะแนน) 5) ด้านการลงนามยินยอมการรักษา คะแนนเต็ม 9 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 7 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 5 - 6 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 2 - 4 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 2 คะแนน) 6) ด้านทรัพย์สินหรือความเสียหาย คะแนนเต็ม 6 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 5 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 3 - 4 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 2 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 2 คะแนน)

ตัวแปร	ระดับการวัด	การให้คะแนนและเกณฑ์การวัด
		7) ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ขัดข้องหรือชำรุด คะแนนเต็ม 21 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 16 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 11 - 15 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 5 – 10 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 5 คะแนน) 8) ด้านอุบัติเหตุ คะแนนเต็ม 6 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 5 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 3 - 4 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 2 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 2 คะแนน) 9) ด้านสุขภาพ คะแนนเต็ม 57 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 43 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 29 - 42 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 14 - 28 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 14 คะแนน)

ตัวแปร	ระดับการวัด	การให้คะแนนและเกณฑ์การวัด
		10) ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา คะแนนเต็ม 57คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 25 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 17 - 24 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 8 -16 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 8 คะแนน) 11) ด้านความไม่พึงพอใจ คะแนนเต็ม 18 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 75 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 14 คะแนน) ระดับเสี่ยงมาก เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 – 74.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 9 - 13 คะแนน) ระดับเสี่ยงน้อย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 25 – 49.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 5 - 8 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 25 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 5 คะแนน) คะแนนเต็ม 183 คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยจัดเป็นระดับความปลอดภัย 2 กลุ่ม ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับไม่ปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 92 คะแนน) ระดับปลอดภัย เมื่อ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 92 คะแนน)

ตัวแปร	ระดับการวัด	การให้คะแนนและเกณฑ์การวัด
9. การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง	อันตรภาค	เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ให้คะแนน 5 4 3 2 1 เมื่อคำตอบเป็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 – 90 คะแนน พิสัยคะแนน 72 คะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับสูง เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไปของ พิสัยคะแนน (คะแนน ≥ 76 คะแนน) ระดับปานกลาง – ต่ำ เมื่อ มีคะแนนร่วมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของพิสัยคะแนน (คะแนน < 76 คะแนน)
10. พฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง	กลุ่ม อันดับ	เกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ และกรรมการ ตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล ร่วมกันพิจารณาจัดกลุ่มตัวเลือกพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม (ตารางที่ 25 ภาคผนวก ข) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ให้คะแนน 2 1 0 เมื่อคำตอบเป็น ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสมบางส่วน และปฏิบัติไม่เหมาะสม คะแนนเต็ม 122 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเหมาะสมที่สุด เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 98 คะแนน) ระดับเหมาะสมบางส่วน เมื่อ มีคะแนนรวมร้อยละ 60 – 79.99 ของคะแนนเต็ม (คะแนน 73 – 97 คะแนน) ระดับไม่เหมาะสม เมื่อ มีคะแนนร่วมน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 73 คะแนน)

4. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

4.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้ของแผนกบริการ ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยของแผนกบริการนั้น ๆ เป็นค่าคะแนนของแต่ละแผนกบริการในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ

5.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง โดยการใช้สถิติทดสอบไค – สแควร์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5.2 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัย กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ โดยการใช้สถิติทดสอบไค – สแควร์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5.3 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง โดยแบบวิเคราะห์สองตัวแปร (Bivariate analysis) ซึ่งใช้สถิติทดสอบไค – สแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วยจำนวน 400 คน แบบสอบถามเจ้าหน้าที่ประจำแผนกบริการจำนวน 117 คน และแบบประเมินกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการของแต่ละแผนกบริการจำนวน 12 แผนก นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมได้มาวิเคราะห์ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอตามลำดับดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 1.1 เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 - 1.2 แผนกบริการ
 - 1.3 ประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาล การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยในการใช้บริการที่โรงพยาบาล
2. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ
3. การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง
4. กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ
5. พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง
6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล
7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

8. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาล จำนวน 400 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.0 เพศชาย ร้อยละ 39.0 อายุเฉลี่ยประมาณ 38 ปี ส่วนมากเป็นวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 25 - 40 ปี ร้อยละ 43.5 ส่วนวัยกลางคน ช่วงอายุระหว่าง 41 - 60 ปี และวัยรุ่นช่วงอายุระหว่าง 18-24 ปี มีการกระจายร้อยละในกลุ่มอายุไม่แตกต่างกันมากนัก คือ ร้อยละ 23.7 และ 21.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 73.5) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 29.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และมีเพียงร้อยละ 27.3 เท่านั้นที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา / ไม่ได้ศึกษา ส่วนรายได้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 69.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ซึ่งส่วนใหญ่เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท รองลงมาคือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 28.5 (ดังตารางที่ 1)

แผนกบริการผู้ป่วยนอกที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับบริการ คือ แผนกห้องตรวจโรค อายุรกรรม ร้อยละ 23.0 ส่วนแผนกบริการผู้ป่วยในที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับบริการ คือ หอผู้ป่วยสูติ 2-3 ร้อยละ 11.2 (ดังตารางที่ 2) โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 96.8) ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์นั้น มีความแตกต่างกันไม่มาก คือ เกิดขึ้นกับตนเอง ร้อยละ 3.2 รองลงมาคือญาติ ร้อยละ 2.2 เพื่อน / คนรู้จัก ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ สำหรับการสื่อสารของโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากที่สุด คือ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 65.8 รองลงมาคือ การอ่านป้ายข้อความแนะนำ ร้อยละ 43.8 และป้ายสัญลักษณ์รูปภาพ ร้อยละ 29.5 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 68.5) คิดว่าตนเองไม่มีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 31.5 คิดว่าตนเองมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งวิธีการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล คือ การตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 28.0 รองลงมาคือ การเขียนจดหมายร้องเรียน ร้อยละ 2.5 และการส่งตัวแทนเข้าประชุม ร้อยละ 0.3 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้
เฉลี่ยต่อเดือน (N = 400)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (400)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	156	39.0
	หญิง	244	61.0
อายุ (ปี)			
	วัยรุ่น (18-24 ปี)	86	21.5
	วัยผู้ใหญ่ (25-40 ปี)	174	43.5
	วัยกลางคน (41-60 ปี)	95	23.7
	วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	45	11.3
$\bar{X} = 38.18$, $SD = 15.59$, $Max = 85$, $Min = 18$			
การศึกษา			
	ไม่ได้ศึกษา	12	3.0
	ประถมศึกษา	97	24.3
	มัธยมศึกษา	116	29.0
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	67	16.7
	ปริญญาตรีขึ้นไป	108	27.0
รายได้ (บาท)			
	ต่ำกว่า 5,000	114	28.5
	5,001- 10,000	163	40.7
	10,001 – 15,000	60	15.0
	15,001 – 20,000	34	8.5
	มากกว่า 20,000 ขึ้นไป	29	7.3
$\bar{X} = 9981.02$ $SD = 8687.69$ $Max = 80,000$, $Min = 0$			

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามแผนกที่มารับบริการของโรงพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แผนก		
ห้องตรวจโรคอายุรกรรม	92	23.0
ห้องตรวจโรคศัลยกรรม	24	6.0
ห้องตรวจสูติ – นรีเวชกรรม	38	9.5
ห้องตรวจโรคกุมาร	24	6.0
ห้องตรวจโรคจักษุกรรม	22	5.5
อายุรกรรมชาย	26	6.5
อายุรกรรมหญิง	27	6.8
ศัลยกรรมชาย	21	5.2
ศัลยกรรมหญิง	19	4.8
นรีเวชกรรม	45	11.2
พิเศษ 4	33	8.2
กุมาร 2	29	7.3
รวม	400	100.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาล การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยในการใช้บริการที่โรงพยาบาล (N = 400)

ประสบการณ์		จำนวน	ร้อยละ
เหตุการณ์ความผิดพลาดจากการรักษา/กระบวนการให้บริการ			
ตนเอง	เคย	13	3.2
	ไม่เคย	387	96.8
ญาติ	เคย	9	2.2
	ไม่เคย	391	97.8
เพื่อน	เคย	6	1.5
	ไม่เคย	394	98.5
การสื่อสารของโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง			
อ่านป้ายข้อความแนะนำ		175	43.8
ป้ายสัญลักษณ์รูปภาพ		118	29.5
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่		263	65.8
อื่น ๆ ระบุ		4	1.0
การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย			
มี		126	31.5
ไม่มี		274	68.5
วิธีการมีส่วนร่วม			
ตอบแบบสอบถาม		112	28.0
ส่งตัวแทนเข้าประชุม		1	0.3
เขียนจดหมายร้องเรียน		10	2.5
อื่น ๆ ระบุ		6	1.5

2. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ เป็นความคิดเห็น หรือการแปลความหมายโดยตัวผู้ป่วยว่าตนเองเผชิญ พบเหตุการณ์หรืออยู่ในภาวะที่ไม่ปลอดภัยในการมารับบริการ ซึ่งครอบคลุมในบริการ 11 ด้าน โดยประเมินจากการให้ความคิดเห็นว่าอันตรายถึงไม่อันตราย ต่อข้อคำถามที่แสดงเหตุการณ์ที่เสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยจากกิจกรรม หรือการกระทำความเสี่ยง ในวันที่มารับบริการจากโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนรวมจากการตอบข้อคำถามจำนวน 61 ข้อ คะแนนเต็ม 183 คะแนน (ช่วงคะแนน 0-183) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการเท่ากับ 129 คะแนน เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการเป็น 4 ระดับ คือ ปลอดภัย (น้อยกว่า 46 คะแนน) เสี่ยงน้อย (46-91คะแนน) เสี่ยงมาก (92-136 คะแนน) และไม่ปลอดภัย (137 คะแนนขึ้นไป) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการในระดับเสี่ยงมาก ไม่ปลอดภัย เสี่ยงน้อย และปลอดภัย (ร้อยละ 45.5, 43.0, 11.2 และ 0.3) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการเกือบทุกด้านอยู่ในระดับเสี่ยงมากถึงไม่ปลอดภัย โดยเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการซึ่งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการอยู่ในระดับเสี่ยงมากถึงไม่ปลอดภัย คือ ด้านอุบัติเหตุ ร้อยละ 98.5 รองลงมาคือ ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 97.9 และด้านการระบุตัวผู้ป่วย ร้อยละ 90.5 ตามลำดับ ส่วนเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการที่ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการอยู่ในระดับเสี่ยงน้อยถึงปลอดภัย คือ เหตุการณ์ด้านความไม่พึงพอใจ และด้านการเงิน (ร้อยละ 47.2 และ 47.0) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 5) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามประเด็นรายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการว่าเสี่ยงมากถึงไม่ปลอดภัยในประเด็นมีควันไฟหรือกลิ่นไหม้ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 98) รองลงมาคือ กรณีทราบภายหลังว่าเลือดที่ได้รับไม่มีการตรวจสอบก่อนให้ (ร้อยละ 97.5) และกรณีเลือดและใบส่งตรวจเลือดของผู้ป่วยสลับกัน (ร้อยละ 96.5) ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50) มีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการว่าเสี่ยงน้อยถึงปลอดภัย คือ กรณีแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ มีสีหน้าบูดบึ้งไม่พอใจ (ร้อยละ 60.5) รองลงมาคือ กรณีแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ กระแทกสิ่งของเครื่องใช้เสียงดัง (ร้อยละ 52.3) และกรณีบริเวณนั่งรอตรวจอากาศไม่ถ่ายเท ร้อนอบอ้าว (ร้อยละ 50.7) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
ปลอดภัย	1	0.3
เสี่ยงน้อย	45	11.2
เสี่ยงมาก	182	45.5
ไม่ปลอดภัย	172	43.0
รวม	400	100.0

($\bar{X}$ = 129 SD = 28.2 Max = 183.0 Min = 14.0)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ รายด้าน (N = 400)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่ เกิดขึ้นในการให้บริการ	ระดับการรับรู้			
	ไม่ปลอดภัย	เสี่ยงมาก	เสี่ยงน้อย	ปลอดภัย
1. การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	245 (61.2)	117 (29.3)	36 (9.0)	2 (0.5)
2. การผ่าตัด	243 (60.7)	104 (26.0)	51 (12.8)	2 (0.5)
3. เวชระเบียน	156 (39.0)	149 (37.2)	82 (20.5)	13 (3.3)
4. การเงิน	124 (31.0)	88 (22.0)	107 (26.7)	81 (20.3)
5. การลงนามใบยินยอมการรักษา	176 (44.0)	135 (33.7)	82 (20.5)	7 (1.8)
6. ทรพย์สินหรือความเสียหาย	160 (40.0)	174 (43.5)	41 (10.2)	25 (6.3)
7. เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ ขัดข้องชำรุด	240 (60.0)	108 (27.0)	48 (12.0)	4 (1.0)
8. อุบัติภัย	324 (81.0)	70 (17.5)	5 (1.2)	1 (0.3)
9. สุขภาพาลหรือสิ่งแวดล้อม	185 (46.2)	125 (31.3)	80 (20.0)	10 (2.5)
10. ความคลาดเคลื่อนทางยา	267 (66.7)	125 (31.2)	7 (1.8)	1 (0.3)
11. ความไม่พึงพอใจ	66 (16.5)	145 (36.2)	129 (32.3)	60 (15.0)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการรายข้อ (N = 400)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น ในการให้บริการ	ระดับการรับรู้			
	ไม่ปลอดภัย	เสี่ยงมาก	เสี่ยงน้อย	ปลอดภัย
1.การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง				
1. เจ้าหน้าที่เรียกผู้ป่วยที่ชื่อเหมือนกัน เข้าตรวจโดยไม่ระบุนามสกุล	131(32.7)	153(38.2)	101(25.3)	15(3.8)
2. เลือดและใบส่งตรวจเลือดของผู้ป่วย สลับกัน	268(67.0)	118(29.5)	11(2.7)	3(0.8)
3. ประวัติการรักษาที่แพทย์อ่านไม่ใช่ ของท่านขณะที่ท่านเข้ารับการตรวจ	157(39.2)	189(47.3)	44(11.0)	10(2.5)
2. การผ่าตัด				
4. พยาบาลไม่แนะนำการปฏิบัติตนก่อน และหลังการผ่าตัด	169(42.2)	153(38.3)	76(19.0)	2(0.5)
5. ท่านหรือทีมผู้รักษาได้รับผลการตรวจ เลือดไม่ครบก่อนการผ่าตัด	211(52.7)	134(33.5)	52(13.0)	3(0.8)
6. แพทย์ผู้ดูแลให้ท่านหยุดยาไม่ครบก่อน การผ่าตัด	174(43.5)	159(39.7)	62(15.5)	5(1.3)
3. เวชระเบียน				
7. ประวัติการรักษาของผู้ป่วยสูญหาย	201(50.2)	129(32.2)	55(13.8)	15(3.8)
8. เขียนชื่อ - สกุล ของผู้ป่วยผิด	98(24.5)	150(37.5)	112(28.0)	40(10.0)
9. เจ้าหน้าที่คัดกรองสิทธิการรักษาไม่ ถูกต้อง	93(23.2)	128(32.0)	144(36.0)	35(8.8)
10. เวชระเบียนของผู้ป่วยถูกส่งไปคนละ แผนกกับที่ผู้ป่วยต้องการตรวจ	125(31.2)	110(27.5)	146(36.5)	19(4.8)
4. การเงิน				
11. เจ้าหน้าที่คิดค่ารักษาพยาบาลผิดไม่ตรง กับบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	124(31.0)	88(22.0)	107(26.7)	81(20.3)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการรายข้อ (N = 400) (ต่อ)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น ในการให้บริการ	ระดับการรับรู้			
	ไม่ปลอดภัย	เสี่ยงมาก	เสี่ยงน้อย	ปลอดภัย
5. การลงนามยินยอมการรักษา				
12. เจ้าหน้าที่เป็นผู้บอกให้ท่านลงนาม ยินยอมทำการรักษา	132(33.0)	130(32.5)	90(22.5)	48(12.0)
13. กรณีไม่ได้รับการอธิบายถึงเหตุผลใน การต้องลงนามยินยอมรักษาก่อน ได้รับการรักษา	153(38.2)	160(40.0)	79(19.8)	8(2.0)
14. กรณีไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับ วิธีการรักษา ก่อนการลงนามยินยอม	158(39.5)	181(45.2)	54(13.5)	7(1.8)
6. ทรัพย์สินหรือความเสียหาย				
15. กระเป๋าตังค์ / โทรศัพท์มือถือหาย ขณะใช้บริการในโรงพยาบาล	127(31.7)	186(46.5)	68(17.0)	19(4.8)
16. รถยนต์จอดไว้บริเวณที่จอดรถของ โรงพยาบาลถูกขูดขีด	148(37.0)	172(43.0)	59(14.7)	21(5.3)
7. เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด				
17. เสื้อผู้ป่วยไม่มีเชือกผูก	124(31.0)	124(31.0)	96(24.0)	56(14.0)
18. เสื้อผ้าผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีรอย คราบต่าง ๆ	168(42.0)	114(28.5)	88(22.0)	30(7.5)
19. เตียงรถเข็นผู้ป่วยสกปรก	158(39.5)	161(40.2)	71(17.8)	10(2.5)
20. กรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์ในการรักษาที่มี เสียงดังขณะเครื่องทำงาน แล้วเสียง หยุดลง เช่น เครื่องช่วยหายใจ	273(68.2)	100(25.0)	20(5.0)	7(1.8)
21. กรณีการต่อท่อออกซิเจนแล้วเกิด แรงอัดอากาศเสียงดัง	254(63.5)	118(29.5)	23(5.7)	5(1.3)
22. เครื่องวัดความดันที่นำมาใช้กับผู้ป่วย ชำรุด	230(57.5)	92(23.0)	69(17.2)	9(2.3)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการราย
ข้อ (N = 400) (ต่อ)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น ในการให้บริการ	ระดับการรับรู้			
	ไม่ปลอดภัย	เสี่ยงมาก	เสี่ยงน้อย	ปลอดภัย
23. ลิฟต์ของโรงพยาบาลเกิดขัดข้องขณะใช้	240(60.0)	130(32.5)	24(6.0)	6(1.5)
8. อุบัติภัย				
24. ไฟฟ้าดับเป็นเวลานาน	202(50.5)	160(40.0)	31(7.7)	7(1.8)
25. มีควันไฟ / กลิ่นไหม้ในโรงพยาบาล	339(84.7)	53(13.3)	6(1.5)	2(0.5)
9. สุขภาพหรือสิ่งแวดล้อม				
26. น้ำไม่ไหล	115(28.7)	124(31.0)	126(31.5)	35(8.8)
27. ห้องน้ำมีกลิ่นเหม็น	114(28.5)	135(33.7)	127(31.8)	24(6.0)
28. ส้วมเต็ม	130(32.5)	127(31.7)	115(28.8)	28(7.0)
29. ท่อน้ำประปารั่ว	125(31.2)	125(31.3)	111(27.7)	39(9.8)
30. พบสัตว์ เช่น หนู แมลงสาบ ในหอผู้ป่วย หรือในอาคารที่ตรวจรักษา	226(56.5)	101(25.2)	62(15.5)	11(2.8)
31. พบสุนัขหรือแมวบริเวณทางเดิน	197(49.2)	66(16.5)	92(23.0)	45(11.3)
32. พบห้องน้ำไม่สะอาด	90(22.5)	133(33.2)	134(33.5)	43(10.8)
33. พบขยะทิ้งเกลื่อนพื้น	93(23.2)	162(40.5)	100(25.0)	45(11.3)
34. พบเห็นขยะติดเชื้อใส่ถุงแดงไม่มีฝาปิด	199(49.7)	165(41.3)	33(8.2)	3(0.8)
35. โรงพยาบาลมีกลิ่นน้ำยาต่างๆ	112(28.0)	184(46.0)	84(21.0)	20(5.0)
36. ท่อน้ำทิ้งมีกลิ่นเหม็น	120(30.0)	161(40.2)	106(26.5)	13(3.3)
37. ข้าวที่โรงพยาบาลจัดให้รับประทานสุกๆ ดิบๆ	240(60.0)	84(21.0)	62(15.5)	14(3.5)
38. อาหารของโรงพยาบาลที่มีกลิ่นหรือ รสชาติผิดปกติ	255(63.7)	81(20.2)	51(12.8)	13(3.3)
39. ผลไม้ในถาดอาหารที่แจกให้ผู้ป่วยเฝ้า	267(66.7)	64(16.0)	58(14.5)	11(2.8)
40. น้ำดื่มของโรงพยาบาลมีกลิ่นเหม็น	222(55.5)	128(32.0)	43(10.7)	7(1.8)
41. พื้นบริเวณทางเดินไม่เรียบ ขรุขระเป็นหลุม	101(25.2)	163(40.7)	127(31.8)	9(2.3)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการราย
ข้อ (N = 400) (ต่อ)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น ในการให้บริการ	ระดับการรับรู้			
	ไม่ปลอดภัย	เสี่ยงมาก	เสี่ยงน้อย	ปลอดภัย
42. ภายในอาคารมีแสงสว่างไม่เพียงพอ	83(20.7)	121(30.2)	163(40.8)	33(8.3)
43. บริเวณนั่งรอตรวจอากาศไม่ถ่ายเท ร้อน อบอ้าว	88(22.0)	109(27.3)	163(40.7)	40(10.0)
44. อาคารเก่าชำรุดมีรอยร้าว	296(74.0)	73(18.2)	25(6.3)	6(1.5)
10. ความคลาดเคลื่อนทางยา				
45. กรณีพบชื่อ- นามสกุล บนใบปิด น้ำเกลือไม่ตรงกับ ชื่อ- สกุล ของผู้ป่วย	270(67.5)	102(25.5)	26(6.5)	2(0.5)
46. กรณีที่พบว่าเลือดที่ได้รับไม่ตรงกับหมู่ เลือดของตน	331(82.7)	53(13.2)	15(3.8)	1(0.3)
47. กรณีที่ทราบภายหลังว่าเลือดที่ได้รับไม่ มีการตรวจสอบก่อนให้	327(81.7)	63(15.8)	10(2.5)	0(0.0)
48. ชื่อ – สกุล ที่อยู่บนฉลากยาไม่ตรงกับ ชื่อ ผู้ป่วย	178(44.5)	178(44.5)	43(10.7)	1(0.3)
49. เภสัชกรเขียนวิธีการใช้ยาที่ซองยาไม่ชัดเจน	145(36.2)	209(52.2)	45(11.3)	1(0.3)
50. กรณีไม่มีวิธีการรับประทานยาที่หน้าซอง	154(38.5)	220(55.0)	25(6.3)	1(0.3)
51. วิธีการใช้ยาบนฉลากไม่ตรงกับ คำอธิบายของแพทย์	187(46.7)	190(47.5)	21(5.3)	2(0.5)
52. กรณีได้รับยามีสีชนิดเหมือนหมดอายุ	308(77.0)	75(18.7)	15(3.8)	2(0.5)
53. กรณีได้รับยานีตต่างไปจากเดิม	139(34.7)	191(47.7)	59(14.8)	11(2.8)
54. อุปกรณ์การฉีดยาเปลี่ยน	130(32.5)	158(39.5)	85(21.2)	27(6.8)
55. ยาที่ได้รับหมดก่อนวันนัด	134(33.5)	145(36.2)	94(23.5)	27(6.8)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการรายข้อ (N = 400) (ต่อ)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ระดับการรับรู้			
	ไม่ปลอดภัย	เสี่ยงมาก	เสี่ยงน้อย	ปลอดภัย
11.ความไม่พึงพอใจ				
56. กรณีมาเยี่ยมผู้ป่วยแล้วไม่พบผู้ป่วย(ย้ายผู้ป่วยโดยไม่บอกก่อน)	87(21.7)	95(23.8)	138(34.5)	80(20.0)
57. กรณีเข้ารับการตรวจ โดยไม่มีญาติหรือเจ้าหน้าที่อยู่ด้วย	49(12.3)	113(28.2)	130(32.5)	108(27.0)
58. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ มีสีหน้าบูดบึ้งไม่พอใจ	64(16.0)	94(23.5)	174(43.5)	68(17.0)
59. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ กระแทกสิ่งของเครื่องใช้เสียงดัง	76(19.0)	115(28.7)	147(36.8)	62(15.5)
60. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ไม่ให้คำอธิบายในขั้นตอนต่าง ๆ ของการให้การรักษาหรือบริการ	100(25.0)	136(34.0)	125(31.2)	39(9.8)
61. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ปลอ่ยให้รอนาน	120(30.0)	107(26.7)	122(30.5)	51(12.8)

3. การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองพิจารณาจากบทบาท 5 ด้าน คือ บทบาทการมีความรู้ บทบาทการเก็บประวัติการรักษา บทบาทการร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ บทบาทการมีญาติ และบทบาทการปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนรวมจากการตอบข้อคำถามการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองจำนวน 18 ข้อ คะแนนเต็ม 90 คะแนน (ช่วงคะแนน 18 – 90 คะแนน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองเท่ากับ 75.3 คะแนน เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับสูง (76 คะแนนขึ้นไป) และระดับปานกลางถึงต่ำ (น้อยกว่า 76 คะแนน) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับสูง และระดับปานกลางถึงต่ำ ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 54.0 และร้อยละ 46.0 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 7) เมื่อพิจารณาบทบาทของผู้ป่วยรายด้าน พบว่า บทบาทของผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50) มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับสูง คือ บทบาทการมีญาติ ร้อยละ 75.5 รองลงมาคือ บทบาทการปฏิบัติตามแผนการรักษา ร้อยละ 65.5 บทบาทการร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ ร้อยละ 59.0 และบทบาทการมีความรู้ ร้อยละ 56.5 ตามลำดับ มีเฉพาะบทบาทด้านการเก็บประวัติการรักษาเท่านั้นที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.5) มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในระดับปานกลางถึงต่ำ (ดังตารางที่ 8) ซึ่งเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองมากที่สุด คือ ประเด็นเรื่องการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 90.4) รองลงมาคือการรายงานอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบทันที (ร้อยละ 89.5) และการบอกอาการปัจจุบันแก่แพทย์หรือทีมการรักษา (ร้อยละ 87.5) ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 ใน 4 (มากกว่าร้อยละ 25) มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลาง คือ ประเด็นการเก็บประวัติการรักษาพยาบาลของตน เช่น फिल्मเอ็กซ์เรย์ เวชระเบียน เป็นต้น (ร้อยละ 35.5) รองลงมาคือ การจดชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของแพทย์หรือคลินิก เพื่อสามารถติดต่อได้ทันที (ร้อยละ 32.5) และการถามความคิดเห็นแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ก่อนเลือกแนวทางการรักษา (ร้อยละ 32.3) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	216	54.0
ระดับปานกลาง - ต่ำ	184	46
รวม	400	100.0

($\bar{X}$ = 75.3 SD = 11.0 Max = 90.0 Min = 44.0)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายด้าน (N = 400)

บทบาทการสร้างความปลอดภัย	ระดับการรับรู้	
	สูง	ปานกลาง-ต่ำ
1. บทบาทการมีความรู้	226 (56.5)	174 (43.5)
2. บทบาทการเก็บประวัติการรักษา	170 (42.5)	230 (57.5)
3. บทบาทการร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ	236 (59.0)	164 (41.0)
4. บทบาทการมีญาติ	302 (75.5)	98 (24.5)
5. บทบาทการปฏิบัติตามแผนการรักษา	262 (65.5)	138 (34.5)
รวม	216 (54.0)	184 (46.0)

หมายเหตุ สูง คือ คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไปของพิสัยคะแนน

ปานกลาง – ต่ำ คือ คะแนนรวมน้อยกว่า ร้อยละ 80 ของพิสัยคะแนน

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายข้อ (N = 400)

บทบาทการสร้างความปลอดภัย	ระดับของบทบาท				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. บทบาทการมีความรู้					
1. การศึกษาข้อมูลอาการป่วยหรืออาการผิดปกติที่มีผลต่อตน	205 (52.2)	103 (25.8)	71 (17.7)	13 (3.3)	8 (2.0)
2. การศึกษาค้นคว้าแนวทางการรักษาอาการป่วยของตน	168 (42.0)	147 (36.7)	69 (17.2)	11 (2.8)	5 (1.3)
3. การเลือกแพทย์ โรงพยาบาล เกสัชกร ที่มีประสบการณ์ตรงตามอาการป่วยของตน	181 (45.2)	155 (38.7)	52 (13.0)	9 (2.3)	3 (0.8)
4. การซักถามแพทย์ พยาบาล เกสัชกร เมื่อมีข้อสงสัยในความเจ็บป่วยของตน	176 (44.0)	159 (39.7)	55 (13.8)	10 (2.5)	0 (0.0)
5. ถามความคิดเห็นแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ก่อน เลือกแนวทางการรักษา	143 (35.7)	128 (32.0)	97 (24.2)	23 (5.8)	9 (2.3)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายข้อ (N = 400) (ต่อ)

บทบาทการสร้างความปลอดภัย	ระดับของบทบาท				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2. บทบาทการเก็บประวัติการรักษา					
6. การจดประวัติการรักษาพยาบาล เช่นอาการป่วยที่เคยเป็น การฉีดวัคซีน อาการแพ้ต่างๆ การเข้าโรงพยาบาล เป็นต้น	155 (38.7)	132 (33.0)	81 (20.2)	23 (5.8)	9 (2.3)
7. การเก็บประวัติการรักษาพยาบาลของตนเอง เช่น พิล์มเอ็กซเรย์ เวชระเบียน เป็นต้น	126 (31.5)	133 (33.2)	91 (22.7)	35 (8.8)	15 (3.8)
8. การจดชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของแพทย์ / คลินิก เพื่อสามารถติดต่อได้ทันที	144 (36.0)	126 (31.5)	90 (22.5)	30 (7.5)	10 (2.5)
3. บทบาทร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ					
9. การบอกประวัติการเจ็บป่วยของตนแก่แพทย์ / ทีมการรักษา	188 (47.0)	155 (38.7)	47 (11.8)	10 (2.5)	0 (0.0)
10. การบอกอาการป่วยปัจจุบันแก่แพทย์ / ทีมการรักษา	200 (50.0)	150 (37.5)	44 (11.0)	6 (1.5)	0 (0.0)
11. การซักถามแพทย์ / ทีมการรักษา เมื่อไม่เข้าใจแนวทางการรักษาที่ตนได้รับ	170 (42.5)	151 (37.7)	71 (17.8)	8 (2.0)	0 (0.0)
12. ถ้าสังเกตหรือเห็นว่ามีความผิดปกติให้แจ้งแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องทราบทันที	187 (46.7)	151 (37.7)	56 (14.0)	5 (1.3)	1 (0.3)
13. การปรึกษาทีมการรักษาเรื่องความปลอดภัยในการรักษาพยาบาลของตน	159 (39.7)	155 (38.8)	74 (18.5)	12 (3.0)	0 (0.0)
4. บทบาทการมีญาติ					
14. การให้ญาติหรือเพื่อนอยู่กับตน เพื่อถามคำถามหรือรับฟังคำแนะนำต่าง ๆ เช่น การเข้าตรวจ การแนะนำยา เป็นต้น	143 (35.8)	159 (39.7)	82 (20.5)	14 (3.5)	2 (0.5)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายข้อ (N = 400) (ต่อ)

บทบาทการสร้างความปลอดภัย	ระดับของบทบาท				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.บทบาทการปฏิบัติตามแผนการรักษา					
15. การซักถามเกี่ยวกับแผนการรักษาที่จะได้รับ	164 (41.0)	166 (41.5)	57 (14.2)	14 (3.0)	1 (0.3)
16. การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	239 (59.7)	123 (30.7)	33 (8.3)	5 (1.3)	0 (0.0)
17. การใช้ยา / อุปกรณ์ทางการแพทย์ตามแพทย์สั่งเท่านั้น เช่น ไม่ซื้อยาทานเองเป็นต้น	204 (51.0)	117 (29.2)	53 (13.2)	23 (5.8)	3 (0.8)
18. การรายงานอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบทันที	246 (61.5)	112 (28.0)	34 (8.5)	8 (2.0)	0 (0.0)

4. กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ

4.1 กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ

กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ เป็นกิจกรรมที่แผนกบริการจัดทำขึ้นตามเจตนาของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งวัดโดยทางอ้อมจากการเจตนาบังคับค้นพบและรายงานของกรรมการเยี่ยมชมสำรวจคุณภาพภายในโรงพยาบาล แผนกบริการที่มีการดำเนินการจัดกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกครบถ้วนถูกต้อง หมายถึง มีการจัดทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการครบถ้วนถูกต้องตามข้อกำหนด แผนกบริการที่มีกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการไม่ครบถ้วนถูกต้อง หมายถึง มีการจัดทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการยังไม่ครบถ้วนถูกต้องตามข้อกำหนด อาจทำให้มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการมารับบริการ ซึ่งผลการเยี่ยมชมสำรวจของกรรมการเยี่ยมชมสำรวจคุณภาพภายในโรงพยาบาล จัดเป็นข้อมูล

ระดับแผนกของแผนกบริการนั้น ๆ พบว่า แผนกบริการมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.3) มีการจัดทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการไม่ครบถ้วนถูกต้องตามข้อกำหนด และมีเพียงร้อยละ 41.7 ของแผนกบริการทั้งหมดที่มีการจัดทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยครบถ้วนถูกต้องตามข้อกำหนด (ดังตารางที่ 10) โดยแผนกบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดการสร้างความปลอดภัยได้ครบถ้วนถูกต้องตามข้อกำหนดเฉพาะงานบริการ 4 ด้าน จากทั้งหมด 11 ด้าน คือ ด้านอุบัติเหตุ ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด และด้านการลงนามใบยินยอมการรักษา ส่วนด้านอื่น ๆ นั้นจัดอยู่ในระดับต้องแก้ไขพัฒนาถึงต้องปรับปรุง (ดังตารางที่ 11) ซึ่งประเด็นของกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการที่แผนกบริการส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 40) ต้องแก้ไขพัฒนาถึงต้องปรับปรุงต่อไปมากที่สุด คือ การติดป้ายระมัดระวังสิ่งของมีค่า รองลงมา คือ ภายในหอผู้ป่วยเจียบสงบไม่มีเสียงดังกรีกโครม และการอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ (ร้อยละ 58.3, 50 และ 41.7) ตามลำดับ (รายละเอียดตามตารางที่ 23 ภาคผนวก ข) เมื่อจัดระดับการรับรู้ความปลอดภัยเป็น 2 กลุ่ม คือ ปลอดภัย และไม่ปลอดภัย โดยกลุ่มที่ปลอดภัย คือ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนเต็ม (คะแนน < 92 คะแนน) กลุ่มไม่ปลอดภัย คือ มีคะแนนรวมร้อยละ 50 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม (คะแนน ≥ 92 คะแนน) ซึ่งเมื่อพิจารณาเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยในการให้บริการ ตามการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย และผลการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายใน พบว่า เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีการรับรู้ที่ไม่ปลอดภัย แต่ผลการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายใน พบว่า แผนกบริการมีการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดการสร้างความปลอดภัยครบถ้วนถูกต้อง คือ เหตุการณ์ด้านอุบัติเหตุ ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา และด้านเครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด ส่วนเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีการรับรู้ที่ไม่ปลอดภัย แต่พบว่า แผนกบริการ 1 ใน 4 (ร้อยละ 25) มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยไม่ครบถ้วนถูกต้อง คือ ด้านการระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง และด้านการผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่า เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยด้านการเงิน และด้านความไม่พึงพอใจ ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.0 และ 47.3 ตามลำดับ) มีการรับรู้ปลอดภัย ขณะที่แผนกบริการเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 33.3 และ 41.7) มีการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสร้างความปลอดภัยไม่ครบถ้วนถูกต้อง (ดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของแผนกบริการ จำแนกตามกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ

กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ครบถ้วนถูกต้อง	5	41.7
ไม่ครบถ้วนถูกต้อง	7	58.3
รวม	12	100.0

($\bar{X}$ = 3.85 SD = 0.16 Max = 4.0 Min = 3.53)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผลการเยี่ยมสำรวจ จำแนกตามเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ (N = 12)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ผลการเยี่ยมสำรวจภายใน	
	ครบถ้วนถูกต้อง	ครบถ้วนถูกต้อง
1. อุบัติภัย	12(100.0)	12(100.0)
2. ความคลาดเคลื่อนทางยา	12(100.0)	12(100.0)
3. เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด	12(100.0)	0(0.0)
4. การลงนามใบยินยอมการรักษา	12(100.0)	0(0.0)
5. การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	9(75.0)	3(25.0)
6. การผ่าตัด	9(75.0)	3(25.0)
7. เวชระเบียน	9(75.0)	3(25.0)
8. การเงิน	8(66.7)	4(33.3)
9. ความไม่พึงพอใจ	7(58.3)	5(41.7)
10. ทรัพย์สิน/ความเสียหาย	5(41.7)	7(58.3)
11. สุขาภิบาล/สิ่งแวดล้อม	5(41.7)	7(58.3)

ตารางที่ 12 แสดงเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ จำแนกตามการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย และผลการเยี่ยมสำรวจภายในของกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในโรงพยาบาล

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ระดับการรับรู้		ผลการเยี่ยมสำรวจภายใน	
	ไม่ปลอดภัย	ปลอดภัย	ครบถ้วนถูกต้อง	ไม่ครบถ้วนถูกต้อง
1. อุบัติภัย	394 (98.5)	6 (1.5)	12(100.0)	0(0.0)
2. ความคลาดเคลื่อนทางยา	392 (98.0)	8 (2.0)	12(100.0)	0(0.0)
3. การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	362 (90.5)	38 (9.5)	9(75.0)	3(25.0)
4. เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ จัดห้องชำรุด	348 (87.0)	52 (13.0)	12(100.0)	0(0.0)
5. การผ่าตัด	347 (86.7)	53 (13.3)	9(75.0)	3(25.0)
6. ทรầyเส้นหรือความเสียหาย	334 (83.5)	66 (16.5)	5(41.7)	7(58.3)
7. การลงนามใบยินยอมการรักษา	311 (77.7)	89 (22.3)	12(100.0)	0(0.0)
8. สุขภาพาลหรือสิ่งแวดลอม	310 (77.5)	90 (22.5)	5(41.7)	7(58.3)
9. เวชระเบียน	305 (76.2)	95 (23.8)	9(75.0)	3(25.0)
4. การเงิน	212 (53.0)	188 (47.0)	8(66.7)	4(33.3)
11. ความไม่พึงพอใจ	211 (52.7)	189 (47.3)	7(58.3)	5(41.7)
รวม	354(88.5)	46(11.5)	5(41.7)	7(58.3)

4.2 กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ

กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ เป็นกิจกรรมหรือการดำเนินงานของแผนกบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ มีความคิดความเข้าใจ และนำไปปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัยในการใช้บริการ โดยใช้การสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการจัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งบ่งชี้จากคะแนนเฉลี่ยการตอบแบบสอบถามของกลุ่มเจ้าหน้าที่แต่ละแผนกบริการ เรื่องกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ จำนวน 29 ข้อ คะแนนเต็ม 116 คะแนน (ช่วงคะแนน 0-116) จัดระดับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของ

แผนกบริการเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี เมื่อคะแนนเฉลี่ยของแผนกบริการตั้งแต่ 93 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับพอใช้ เมื่อคะแนนเฉลี่ยของแผนกบริการ อยู่ระหว่าง 70 – 92 คะแนน (ร้อยละ 60–79.99) และระดับต้องปรับปรุง เมื่อคะแนนเฉลี่ยของแผนกบริการน้อยกว่า 70 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60) พบว่า แผนกบริการมีคะแนนเฉลี่ยกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการเท่ากับ 75.4 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างแผนกบริการมีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการอยู่ใน 2 ระดับ คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 75 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 25 ตามลำดับ โดยไม่มีแผนกบริการใดที่มีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยได้ในระดับดี (ดังตารางที่ 13)

เมื่อพิจารณากระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ โดยรวมพบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการทั้ง 3 ด้านไม่แตกต่างกันมาก คือ มีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยด้วยวิธีการสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการจัดสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับพอใช้ถึงต้องปรับปรุง ร้อยละ 84.6 ร้อยละ 75.2 และร้อยละ 56.4 ตามลำดับ (รายละเอียดตามตารางที่ 24 ภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ประเด็นที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงไม่ปฏิบัติ มากที่สุด คือ การเปิดวิดีโอการดูแลตนเอง เช่น ทำแผล ฉีดยา ให้ นมบุตร เป็นต้น ร้อยละ 88 รองลงมาคือ การจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลตนเอง ร้อยละ 83 และจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการพยาบาลก่อนกลับบ้าน ร้อยละ 71.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ บางประเด็นที่เจ้าหน้าที่มากกว่าครึ่ง (มากกว่าร้อยละ 50) มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงไม่ปฏิบัติ อยู่ในจำนวนมาก คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเขียนข้อร้องเรียน เมื่อพบความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดจากการบริการ ร้อยละ 59 การใช้สื่อต่าง ๆ ให้ข้อมูลความปลอดภัยผู้ป่วย เช่น แผ่นพับ ป้าย วิดีโอ เป็นต้น ร้อยละ 57.2 และการถามความคิดเห็นผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา ร้อยละ 52.9 (รายละเอียดตามตารางที่ 25 ภาคผนวก ข)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของแผนกบริการ จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ (N = 12)

กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัย ของแผนกบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	0	0
ระดับพอใช้	9	75.0
ระดับต้องปรับปรุง	3	25.0
รวม	12	100.0

($\bar{X}$ = 75.4 SD = 7.9 Max = 90.0 Min = 60.0 mode = 70.0 Median = 72.5)

5. พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง เป็นปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในการลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุ หรือข้อผิดพลาดในการให้บริการ เมื่อมารับบริการในแต่ละแผนก ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง จากการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนรวมจากการตอบข้อคำถามจำนวน 61 ข้อ คะแนนเต็ม 122 คะแนน (ช่วงคะแนน 0 - 122) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 108.8 คะแนน เมื่อจำแนกพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเหมาะสมที่สุด (มากกว่า 98 คะแนนขึ้นไป) ระดับเหมาะสมบางส่วน (73-97 คะแนน) และระดับไม่เหมาะสม (น้อยกว่า 72 คะแนน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับเหมาะสมที่สุด ร้อยละ 89.0 รองลงมาคือ ระดับเหมาะสมบางส่วน ร้อยละ 10.7 และระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 0.3 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 14)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง จำแนกตามรายด้านของเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับเหมาะสมที่สุด มีเฉพาะเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการด้านความไม่พึงพอใจและด้านการลงนามใบ

ยินยอมการรักษา และด้านการผ่าตัด ที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองแตกต่างกัน คือ ด้านความไม่พึงพอใจ และด้านการลงนามยินยอมการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด ร้อยละ 78.8 และร้อยละ 62.3 ตามลำดับ ส่วนด้านการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.3 มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับเหมาะสมบางส่วน ต่อเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการด้านการเงิน (ดังตารางที่ 15) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามประเด็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ประเด็นต่าง ๆ อยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด มีเพียงเหตุการณ์บางประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (มากกว่าร้อยละ 50) มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับเหมาะสมบางส่วน ได้แก่ เหตุการณ์ท่านหรือทีมผู้รักษาได้รับผลการตรวจไม่ครบก่อนการผ่าตัด (ร้อยละ 75.2) รองลงมาคือ แพทย์ผู้ดูแลให้ท่านหยุดยาไม่ครบก่อนการผ่าตัด (ร้อยละ 74.2) และพยาบาลไม่แนะนำการปฏิบัติตนก่อน – หลังการผ่าตัด (ร้อยละ 72.5) นอกจากนี้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการบางประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม คือ กรณีเข้ารับการรักษาโดยไม่มีญาติหรือเจ้าหน้าที่อยู่ด้วย (ร้อยละ 19.8) กรณีพบสุนัขหรือแมวบริเวณทางเดิน (ร้อยละ 9.5) และกรณี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ มีสีหน้าบูดบึ้งไม่พอใจ (ร้อยละ 8.3) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 16)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง (N = 400)

พฤติกรรมของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเหมาะสมที่สุด	356	89.0
ระดับเหมาะสมบางส่วน	43	10.8
ระดับไม่เหมาะสม	1	0.3
รวม	400	100.0

$$\bar{X} = 108.85 \quad SD = 9.52 \quad \text{Max} = 122 \quad \text{Min} = 61$$

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายด้าน (N = 400)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัย		
	เหมาะสมที่สุด	เหมาะสมบางส่วน	ไม่เหมาะสม
1. การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	359 (89.7)	39 (9.8)	2 (0.5)
2. การผ่าตัด	99 (24.7)	301 (75.3)	0 (0.0)
3. เวชระเบียน	375 (93.7)	11 (2.8)	14 (3.5)
4. การเงิน	320 (80.0)	67 (16.7)	13 (3.3)
5. การลงนามยินยอมการรักษา	249 (62.3)	150 (37.5)	1 (0.3)
6. ทรัพย์สินหรือความเสียหาย	379 (94.7)	20 (5.0)	1 (0.3)
7. เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด	387 (96.7)	11 (2.8)	2 (0.5)
8. อุบัติภัย	369 (92.2)	29 (7.3)	2 (0.5)
9. สุขภาพหรือสิ่งแวดล้อม	338 (84.5)	48 (12.0)	14 (3.5)
10. ความคลาดเคลื่อนทางยา	328 (82.0)	65 (16.2)	7 (1.8)
11. ความไม่พึงพอใจ	315 (78.8)	58 (14.5)	27 (6.8)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายข้อ (N = 400)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัย		
	เหมาะสมที่สุด	เหมาะสมบางส่วน	ไม่เหมาะสม
1.การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง			
1. เจ้าหน้าที่เรียกผู้ป่วยที่ชื่อเหมือนกันเข้าตรวจโดยไม่ระบุนามสกุล	361 (90.2)	34 (8.5)	5 (1.3)
2. เลือดและใบส่งตรวจเลือดของผู้ป่วยสลับกัน	308 (77.0)	89 (22.2)	3 (0.8)
3. ประวัติการรักษาที่แพทย์อ่านไม่เข้าใจของท่านขณะเข้ารับการรักษา	360 (90.0)	38 (9.5)	2 (0.5)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายข้อ (N = 400) (ต่อ)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัย		
	เหมาะสมที่สุด	เหมาะสมบางส่วน	ไม่เหมาะสม
2. การผ่าตัด			
4. พยาบาลไม่แนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด	110 (27.5)	290 (72.5)	0 (0.0)
5. ท่านหรือทีมผู้รักษาได้รับผลการตรวจเลือดไม่ครบก่อนการผ่าตัด	99 (24.8)	301 (75.2)	0 (0.0)
6. แพทย์ผู้ดูแลให้ท่านหยุดยาไม่ครบก่อนการผ่าตัด	103 (25.8)	297 (74.2)	0 (0.0)
3. เวชระเบียน			
7. ประวัติการรักษาของผู้ป่วยสูญหาย	292 (73.0)	106 (26.5)	2 (0.5)
8. เขียนชื่อ - สกุล ของผู้ป่วยผิด	367 (91.7)	31 (7.8)	2 (0.5)
9. เจ้าหน้าที่คัดกรองสิทธิการรักษาไม่ถูกต้อง	340 (85.0)	56 (14.0)	4 (1.0)
10. เวชระเบียนของผู้ป่วยถูกส่งไปคนละแผนกกับที่ผู้ป่วยต้องการตรวจ	363 (90.7)	34 (8.5)	3 (0.8)
4. การเงิน			
11. เจ้าหน้าที่คิดค่ารักษาพยาบาลผิด ไม่ตรงกับบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	320 (80.0)	67 (16.7)	13 (3.3)
5. การลงนามยินยอมการรักษา			
12. เจ้าหน้าที่เป็นผู้บอกให้ท่านลงนามยินยอมทำการรักษา	259 (64.7)	136 (34.0)	5 (1.3)
13. กรณีไม่ได้รับการอธิบายถึงเหตุผลใน การต้องลงนามยินยอมรักษาก่อนได้รับการรักษา	248 (62.0)	152 (38.0)	0 (0.0)
14. กรณีไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการรักษา ก่อนการลงนามยินยอม	237 (59.2)	162 (40.5)	1 (0.3)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายข้อ (N = 400) (ต่อ)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัย		
	เหมาะสมที่สุด	เหมาะสมบางส่วน	ไม่เหมาะสม
6. ทรมานหรือความเสียหาย			
15. กระเป๋าตังค์ หรือโทรศัพท์มือถือหายขณะใช้บริการในโรงพยาบาล	377 (94.2)	23 (5.8)	0 (0.0)
16. รถยนต์จอดไว้บริเวณที่จอดรถของโรงพยาบาลถูกขูดขีด	365 (91.2)	33 (8.3)	2 (0.5)
7. เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด			
17. เสื้อผู้ป่วยไม่มีเชือกผูก	388 (97.0)	8 (2.0)	4 (1.0)
18. เสื้อผ้าผู้ป่วยของรพ.มีรอยคราบต่าง ๆ	383 (95.7)	14 (3.5)	3 (0.8)
19. เตียงรถเข็นผู้ป่วยสกปรก	381 (95.2)	17 (4.3)	2 (0.5)
20. กรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์ในการรักษาที่มีเสียงดังขณะเครื่องทำงาน แล้วเสียงหยุดลง เช่น เครื่องช่วยหายใจ	359 (89.7)	39 (9.8)	2 (0.5)
21. กรณีการต่อท่อออกซิเจนแล้วเกิดแรงอัดอากาศเสียงดัง	384 (96.0)	10 (2.5)	6 (1.5)
22. เครื่องวัดความดันที่นำมาใช้กับผู้ป่วยชำรุด	390 (97.5)	8 (2.0)	2 (0.5)
23. ลิฟท์ของโรงพยาบาลเกิดขัดข้องขณะใช้	372 (93.0)	27 (6.8)	1 (0.2)
8. อุบัติภัย			
24. ไฟฟ้าดับเป็นเวลานาน	334 (83.5)	62 (15.5)	4 (1.0)
25. มีควันไฟ / กลิ่นไหม้ในโรงพยาบาล	354 (88.5)	45 (11.2)	1 (0.3)
9. สุขาภิบาลหรือสิ่งแวดล้อม			
26. น้ำไม่ไหล	363 (90.7)	35 (8.8)	2 (0.5)
27. ห้องน้ำมีกลิ่นเหม็น	340 (85.0)	58 (14.5)	2 (0.5)
28. ส้วมเต็ม	352 (88.0)	48 (12.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายข้อ (N = 400) (ต่อ)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัย		
	เหมาะสมที่สุด	เหมาะสมบางส่วน	ไม่เหมาะสม
29. ท่อน้ำประปารั่ว	362 (90.5)	38 (9.5)	0 (0.0)
30. พบสัตว์ เช่น หนู แมลงสาบในหอผู้ป่วย / ในอาคารที่ตรวจรักษา	277 (69.2)	121 (30.3)	2 (0.5)
31. พบสุนัขหรือแมวบริเวณทางเดิน	274 (68.5)	88 (22.0)	38 (9.5)
32. พบห้องน้ำไม่สะอาด	326 (81.5)	71 (17.7)	3 (0.8)
33. พบขยะทิ้งเกลื่อนพื้น	325 (81.2)	68 (17.0)	7 (1.8)
34. พบเห็นขยะติดเชื้อใส่ถุงแดงไม่มีฝาปิด	327 (81.7)	72 (18.0)	1 (0.3)
35. โรงพยาบาลมีกลิ่นน้ำยาต่าง ๆ	306 (76.5)	80 (20.0)	14 (3.5)
36. ท่อน้ำทิ้งมีกลิ่นเหม็น	300 (75.0)	91 (22.8)	9 (2.2)
37. ข้าวที่ทางโรงพยาบาลจัดให้รับประทานสุก ๆ ดิบ ๆ	286 (71.5)	112 (28.0)	2 (0.5)
38. อาหารของโรงพยาบาลที่มีกลิ่นหรือรสชาติผิดปกติ	295 (73.7)	104 (26.0)	1 (0.3)
39. ผลไม้ในถาดอาหารที่แจกให้ผู้ป่วยเฝ้า	312 (78.0)	83 (20.7)	5 (1.3)
40. น้ำดื่มของโรงพยาบาลมีกลิ่นเหม็น	379 (94.7)	19 (4.8)	2 (0.5)
41. พื้นบริเวณทางเดินไม่เรียบ ขรุขระเป็นหลุม	373 (93.2)	14 (3.5)	13 (3.3)
42. ภายในอาคารมีแสงสว่างไม่เพียงพอ	371 (92.7)	8 (2.0)	21 (5.3)
43. บริเวณนั่งรอตรวจอากาศไม่ถ่ายเท ร้อนอบอ้าว	355 (88.7)	15 (3.8)	30 (7.5)
44. อาคารเก่าชำรุดมีรอยร้าว	350 (87.5)	46 (11.5)	4 (1.0)
10.ความคลาดเคลื่อนทางยา			
45. กรณีพบชื่อ- นามสกุล บนใบปิดน้ำเกลือไม่ตรงกับ ชื่อ- สกุล ของผู้ป่วย	294 (73.5)	105 (26.2)	1 (0.3)
46. กรณีที่พบว่าเลือดที่ได้รับไม่ตรงกับหมู่เลือดของตน	238 (59.5)	161 (40.2)	1 (0.3)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองรายข้อ (N = 400) (ต่อ)

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ระดับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัย		
	เหมาะสมที่สุด	เหมาะสมบางส่วน	ไม่เหมาะสม
47. กรณีที่ทราบภายหลังว่าเลือดที่ได้รับไม่ได้มีการตรวจสอบก่อนให้	201 (50.2)	199 (49.8)	0 (0.0)
48. ชื่อ – สกุล ที่อยู่บนฉลากยาไม่ตรงกับ ชื่อผู้ป่วย	318 (79.5)	82 (20.5)	0 (0.0)
49. เกสเซอร์เขียนวิธีการใช้ยาที่ของยาไม่ชัดเจน	332 (83.0)	67 (16.7)	1 (0.3)
50. กรณีไม่มีวิธีการรับประทานยาที่หน้าของยา	344 (86.0)	56 (14.0)	0 (0.0)
51. วิธีการใช้ยานฉลากไม่ตรงกับคำอธิบายของแพทย์	332 (83.0)	68 (17.0)	0 (0.0)
52. กรณีได้รับยามีสีผิดเหมือนหมดอายุ	359 (89.8)	41 (10.2)	0 (0.0)
53. กรณีได้รับยาผิดต่างไปจากเดิม	362 (90.5)	36 (9.0)	2 (0.5)
54. อุปกรณ์การฉีดยาเปลี่ยน	381 (95.2)	17 (4.3)	2 (0.5)
55. ยาที่ได้รับหมดก่อนวันนัด	346 (86.5)	30 (7.5)	24 (6.0)
11.ความไม่พึงพอใจ			
56. กรณีมาเยี่ยมผู้ป่วยแล้วไม่พบผู้ป่วย (ย้ายผู้ป่วย โดยไม่บอกก่อน)	392 (98.0)	6 (1.5)	2 (0.5)
57. กรณีเข้ารับการตรวจโดยไม่มีญาติหรือเจ้าหน้าที่อยู่ด้วย	265 (66.2)	56 (14.0)	79 (19.8)
58. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ มีสีหน้าบูดบึ้ง ไม่พอใจ	308 (77.0)	59 (14.8)	33 (8.3)
59. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ กระแทกสิ่งของ เครื่องใช้เสียงดัง	311 (77.7)	60 (15.0)	29 (7.3)
60. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ไม่ให้คำอธิบายในขั้นตอนต่างๆ ของการให้การรักษาหรือบริการ	322 (80.5)	55 (13.7)	23 (5.8)
61. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ปลดปล่อยรอนาน	332 (83.0)	46 (11.5)	22 (5.5)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลนั้นพบว่า มีอยู่ด้วยกันหลายปัจจัยที่ทำให้การรับรู้ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ถึงแม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกันก็ตาม เพราะบุคคลจะประมวลการรับรู้นั้นเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะของตนเอง ซึ่งปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจนำมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล เมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ซึ่งจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ ปลอดภัย และไม่ปลอดภัยโดยกลุ่มปลอดภัย หมายถึง มีการรับรู้ความปลอดภัยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการว่ามีความเสี่ยงน้อยหรือปลอดภัย ส่วนกลุ่มไม่ปลอดภัย หมายถึง มีการรับรู้ความปลอดภัยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการว่ามีความเสี่ยงมาก หรือไม่ปลอดภัย ด้วยตารางไขว้และสถิติทดสอบไคสแคว์ ผลการวิเคราะห์พบว่า (ตารางที่ 17)

เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($p = 0.010$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการในระดับไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 91.8) สูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศชายซึ่งมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการในระดับไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 83.3)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($P < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปวช. / อนุปริญญา / ปริญญาตรีขึ้นไป มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการว่าไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 97.9) สูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และกลุ่มที่ไม่ได้ศึกษา / ประถมศึกษา (ร้อยละ 84.2 และร้อยละ 82.4 ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรที่พบว่า ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ คือ อายุ รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล (N = 400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้ความปลอดภัย		p-value
	ปลอดภัย	ไม่ปลอดภัย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
หญิง	20 (8.2)	224 (91.8)	0.010
ชาย	26 (16.7)	130 (83.3)	
อายุ			
18-24 ปี	8 (9.3)	78 (90.7)	0.112
25-40 ปี	15 (8.6)	159 (91.4)	
41-60 ปี	14 (14.7)	81 (88.3)	
60 ปีขึ้นไป	9 (20.0)	36 (80.0)	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	19 (17.6)	89 (82.4)	<0.001
มัธยมศึกษา	24 (15.8)	128 (84.2)	
ปวช./อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	3 (2.1)	137 (97.9)	
รายได้			
ไม่มีรายได้	6 (12.2)	43 (87.8)	0.410
น้อยกว่า 5,000 บาท	11 (16.9)	54 (83.1)	
5,000 – 10,000 บาท	19 (11.7)	144 (88.3)	
10,001 – 15,000 บาท	4 (6.7)	56 (93.3)	
15,001 – 20,000 บาท	2 (5.9)	32 (94.1)	
มากกว่า 20,000 บาท	4 (17.4)	19 (82.6)	
ประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ			
ไม่เคย	43 (18.5)	334 (81.5)	0.811
เคย (ตนเอง / ผู้อื่น)	3 (13.0)	20 (87.0)	

6.2 กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของหน่วยบริการ

กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ เป็นผลการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ โดยกรรมการเยี่ยมชมสำรวจคุณภาพภายใน เมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ซึ่งจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ ปลอดภัย และไม่ปลอดภัยโดยกลุ่มปลอดภัย หมายถึง มีการรับรู้ความปลอดภัยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการว่ามีความเสี่ยงน้อย หรือ ปลอดภัย ส่วนกลุ่มไม่ปลอดภัย หมายถึง มีการรับรู้ความปลอดภัยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการว่ามีความเสี่ยงมาก หรือไม่ปลอดภัย ด้วยตารางไขว้และสถิติทดสอบไคสแคว์ ผลการวิเคราะห์พบว่า กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($P < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการที่แผนกบริการซึ่งมีการทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการเป็นไปตามข้อกำหนดครบถ้วนถูกต้อง มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการว่าไม่ปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับบริการในแผนกบริการซึ่งมีกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดครบถ้วนถูกต้องทุกอย่าง (ร้อยละ 95.1 และ ร้อยละ 81.5) ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล

กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของ แผนกบริการ	ระดับการรับรู้ความปลอดภัย		p-value
	ปลอดภัย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปลอดภัย จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่ครบถ้วนถูกต้องทุกอย่าง	36 (18.5)	159 (81.5)	<0.001
ครบถ้วนถูกต้อง	10 (4.9)	195 (95.1)	

6.3 กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ

กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ ได้แก่ การสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการจัดสิ่งแวดล้อม เมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ซึ่งจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ ปลอดภัย

และไม่ปลอดภัย โดยกลุ่มปลอดภัย หมายถึง มีการรับรู้ความปลอดภัยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการว่ามีความเสี่ยงน้อย หรือปลอดภัย ส่วนกลุ่มไม่ปลอดภัย หมายถึง มีการรับรู้ความปลอดภัยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการว่ามีความเสี่ยงมาก หรือไม่ปลอดภัย ด้วยตารางไคสแคว์และสถิติทดสอบไคสแคว์ ผลการวิเคราะห์พบว่า กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($p = 0.021$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกบริการซึ่งมีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการในระดับพอใช้ มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการว่าไม่ปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกบริการซึ่งมีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 89.8 และร้อยละ 78.3) ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล

กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่อง ความปลอดภัยของแผนกบริการ	ระดับการรับรู้ความปลอดภัย		p-value
	ปลอดภัย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปลอดภัย จำนวน (ร้อยละ)	
ต้องปรับปรุง	10 (21.7)	36 (78.3)	0.021
พอใช้	36 (10.2)	318 (89.8)	

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

บุคคลมีความแตกต่างกันไปตามร่างกาย ความคิด นิสัย สภาพจิตใจ ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติบทบาทใด ๆ บทบาทหนึ่งย่อมแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง โดยนำมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) ด้วยตารางไคสแคว์และสถิติทดสอบไคสแคว์ ผลการวิเคราะห์พบว่า (ตารางที่ 20)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ($p < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปวช. / อนุปริญญา / ปริญญาตรีขึ้นไป มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับสูง สูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และกลุ่มที่ไม่ได้ศึกษา / ประถมศึกษา (ร้อยละ 54.6 ร้อยละ 43.5 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 20

ส่วนตัวแปรที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองคือ เพศ อายุ รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง (N = 400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้บทบาท		p-value
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง-ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
หญิง	128 (52.5)	116 (47.5)	0.566
ชาย	88 (56.4)	68 (43.6)	
อายุ			
18-24 ปี	43 (50.0)	43 (50.0)	0.824
25-40 ปี	87 (50.0)	87 (50.0)	
41-60 ปี	32 (33.7)	63 (66.3)	
60 ปีขึ้นไป	22 (48.9)	23 (51.1)	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	47 (43.5)	61 (56.5)	<0.001
มัธยมศึกษา	83 (54.6)	69 (45.4)	
ปวช./อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	86 (61.4)	54 (38.6)	

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง (N = 400) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้บทบาท		p-value
	สูง * จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง-ต่ำ ** จำนวน (ร้อยละ)	
รายได้			
ไม่มีรายได้	43 (11.8)	6 (19.4)	0.313
น้อยกว่า 5,000 บาท	58 (16.0)	7 (22.6)	
5,000 – 10,000 บาท	149 (41.0)	14 (45.2)	
10,001 – 15,000 บาท	59 (16.3)	1 (3.2)	
15,001 – 20,000 บาท	32 (8.8)	2 (6.5)	
มากกว่า 20,000 บาท	22 (6.1)	1 (3.2)	
ประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ			
ไม่เคย	204 (54.1)	173 (45.9)	0.415
เคย (ตนเอง/ผู้อื่น)	12 (52.2)	11 (47.8)	

หมายเหตุ สูง คือ คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไปของพิสัยคะแนน

ปานกลาง – ต่ำ คือ คะแนนร่วมน้อยกว่า ร้อยละ 80 ของพิสัยคะแนน

8. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง เป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยเชื่อว่ามีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ซึ่งเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) โดยดูจากความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ด้วยตารางไขว้และสถิติทดสอบไคสแคว์ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ของ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง พบว่า การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ($r=0.153$, $p<0.001$) โดยมีทิศทางความสัมพันธ์แปรตามไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ส่วนการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ($r=0.094$, $p<0.05$) โดยทิศทางความสัมพันธ์แปรผกผันกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง (ดังตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

ปัจจัย	r *	p-value
การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ	0.153	0.001
การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย	-0.094	0.030

* r คือ ค่า pearson product moment correlation coefficient

บทที่ 5

อภิปรายผล

จากการศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ได้ข้อค้นพบในประเด็นต่าง ๆ ของการอภิปรายผลการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และความสัมพันธ์กับกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ
3. การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทกับปัจจัยส่วนบุคคล
4. พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

1. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และความสัมพันธ์กับกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งคาดว่ากิจกรรมการสร้างความปลอดภัย และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ จะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันตามผลการวิจัยที่สามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

ความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกคน การบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่มุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประชาชนนั้น ต้องเผชิญกับความซับซ้อนของสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาลและรูปแบบบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การบริการสุขภาพในแต่ละวันต้องพบกับความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ส่งผลให้โรงพยาบาลพยายามให้บุคลากรค้นหาแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ในส่วนของผู้ป่วยนั้น ประสิทธิภาพ ความต้องการและความสนใจในบริการสุขภาพที่ได้รับ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการสังเกตพิจารณาคุณภาพมาตรฐานในบริการที่ตนเองได้รับ มีการรับรู้ถึงความปลอดภัยต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการให้บริการ การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ เป็นความคิดเห็น หรือการแปลความหมายโดยตัวผู้ป่วยว่าตนเองกำลังเผชิญหรือพบเหตุการณ์หรืออยู่ในภาวะที่มีความปลอดภัยระดับใดในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งรูปแบบบริการมีทั้งด้านการรักษาพยาบาล การใช้เวชภัณฑ์อุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) มีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการว่าไม่มีความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nation Patient Safety Foundation at the AMA (1997) ซึ่งทำการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมของการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าความปลอดภัยโดยทั่วไปของระบบบริการสุขภาพมีความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารการฟ้องร้องเกี่ยวกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล และการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการตื่นตัวสนใจเรื่องความปลอดภัยในการมารับบริการจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถจำแนกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าสิ่งใดเป็นความผิดพลาดหรือความไม่ปลอดภัยในการให้บริการ และผู้ป่วยควรปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษานี้พบว่า เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยในการให้บริการที่นำมาศึกษาทั้ง 11 ด้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีการรับรู้ว่าไม่ปลอดภัยในเกือบทุกด้าน แต่กลับกันขณะที่ผู้ป่วยให้ความสนใจเรื่องความปลอดภัยของตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล จนสามารถจำแนกความไม่ปลอดภัยได้นั้น ผลการศึกษานี้กลับพบว่า แผนกบริการมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.3) มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดการสร้างความปลอดภัยยังไม่ครบถ้วนถูกต้อง

ในภาพรวมกิจกรรมเพื่อสร้างความปลอดภัยทั้งหมด 11 ด้าน แต่แผนกบริการส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้มีการทำกิจกรรมได้ครบถ้วนถูกต้องเพียง 4 ด้าน คือ ด้านอุบัติเหตุ ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด และ

ด้านการลงนามยินยอมการรักษา ส่วนการให้บริการด้านอื่น ๆ แผนกบริการมีการทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดการสร้างความปลอดภัยไม่ครบถ้วนถูกต้องเป็นไปตามข้อกำหนด โดยเหตุการณ์ที่แผนกบริการครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยไม่ครบถ้วนถูกต้องอยู่ในระดับต้องแก้ไขพัฒนาถึงต้องปรับปรุง คือ ด้านทรัพย์สินหรือความเสียหาย ด้านสุขาภิบาลหรือสิ่งแวดล้อม และด้านความไม่พึงพอใจ การไม่ครบถ้วนของกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยอาจเป็นเพราะความซับซ้อนของการให้บริการ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ภาระงานมากเกินไป การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่มุ่งเน้นที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ทันเวลาที่ จึงมีเวลาไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างรอบคอบ หรือตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยในการให้บริการ อนึ่งในกระบวนการให้บริการยังมีปัจจัยสำคัญ คือ การรับรู้และการเรียนรู้ของบุคลากรทุกระดับในการนำงานประจำที่ทำมาเสนอและต่อเนื่องมาสร้างเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล เกิดเป็นมาตรฐานที่สร้างขึ้นจากการทดลองจริงและสามารถนำไปใช้ เพื่อลดความผิดพลาดที่อาจขึ้นในการให้บริการได้ แต่การศึกษาครั้งนี้กลับพบว่า แผนกบริการมากกว่า 1 ใน 4 (ร้อยละ 25) มีการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยไม่ครบถ้วนถูกต้องในงานบริการด้านการเงินและด้านความไม่พึงพอใจ (ร้อยละ 33.3 และ 41.7) ตามลำดับ ทั้งที่งานบริการด้านดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่โรงพยาบาลพยายามดำเนินการให้เกิดความปลอดภัยในการให้บริการ แต่การศึกษากลับพบว่า เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการด้านการเงิน และด้านความไม่พึงพอใจ ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.0 และ 47.3) กลับมีการรับรู้ความปลอดภัย แตกต่างกับการศึกษาของ Anton and et al. (2004) เรื่อง รายงานของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่ป้องกันได้และอันตรายในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน พบว่า เหตุการณ์ที่ทำให้ความสับสนของผู้ป่วยในการรับบริการหยุดชะงักลงคือ ความหยาบคายของเจ้าหน้าที่ การไม่เอาใจใส่ความกังวลของผู้ป่วย ความลำเอียงในเชื้อชาติ และการให้รอเป็นเวลานาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะความสับสนของคนไทยที่ให้ความเคารพยกย่องวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล ว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์จากโรคร้ายไข้เจ็บ เป็นผู้มีพระคุณต่อผู้ป่วยและญาติ การมารับบริการเป็นการมาขอความช่วยเหลือจากแพทย์ ทำให้ไม่ว่าพฤติกรรมบริการจะเป็นเช่นไรก็จะมองว่าแพทย์ พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ทำคุณประโยชน์เกินกว่าที่จะมองว่าเป็นความไม่ปลอดภัย ประกอบกับการเป็นโรงพยาบาลของรัฐซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างถูก ผู้ป่วยจึงไม่มีทางเลือกหากต้องการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อย ทำให้มีความคาดหวังน้อยต่อบริการที่ได้รับเมื่อเทียบกับเงินที่สูญเสียไป

ส่วนงานบริการด้านการลงนามยินยอมการรักษา ผลการเยี่ยมชมสำรวจคุณภาพภายในพบว่า แผนกบริการทั้งหมดสามารถปฏิบัติกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยได้ครบถ้วนถูกต้อง ขณะที่การศึกษาครั้งนี้กลับพบว่า ผู้ป่วยมากกว่า 3 ใน 4 (ร้อยละ 77.7) มีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการด้านการลงนามยินยอมการรักษาว่าไม่ปลอดภัย โดยประเด็นที่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.5) มีการรับรู้ความเสี่ยงมากถึงไม่ปลอดภัยคือ กรณีที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้บอกให้ท่านลงนามยินยอมทำการรักษา ทั้งนี้เป็นเพราะตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในเรื่องของสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กรนั้น ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น ซึ่งตามการปฏิบัติของโรงพยาบาลกลับให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมการรักษาแทนแพทย์ โดยโรงพยาบาลมีมุมมองเรื่องการลงนามยินยอมการรักษาว่า ก่อนถึงขั้นตอนของการลงนามยินยอมการรักษานั้น ผู้ป่วยได้ผ่านการตรวจรักษา ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาอย่างละเอียด ตลอดจนมีโอกาสซักถามข้อสงสัยจากแพทย์โดยตรงเรียบร้อยแล้ว การให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมการรักษาแทนแพทย์นั้น เป็นเพียงแนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยลดขั้นตอนการทำงานของแพทย์ และช่วยให้แพทย์มีเวลาตรวจผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้น โดยที่โรงพยาบาลขาดการระบุให้ชัดเจนว่าการกระทำดังกล่าวอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ผู้รักษา

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การปรับปรุงการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล เป็นกระบวนการสร้างการเรียนรู้ สำหรับผู้ป่วย การเรียนรู้มีความจำเป็นสำหรับบุคคลเพราะจะช่วยพัฒนาการรับรู้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น การเรียนรู้และการรับรู้มักเกิดควบคู่กันไป เมื่อมีการเรียนรู้มากขึ้นก็จะขยายขอบเขตการรับรู้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้นด้วย (ศิริเพิ่ม เชาวน์ศิลป์, 2533 อ้างในธีรนนท์ พุ่มหมอก, 2543 : 28) กระบวนการสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการ และปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมที่สุด เพื่อให้ได้รับความปลอดภัยในการมารับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($p=0.021$) โดยผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกบริการซึ่งมีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยในระดับพอใช้ มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการว่าไม่ปลอดภัยสูงกว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกบริการซึ่งมีการ

ปฏิบัติการกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยในระดับต้องปรับปรุง แม้กระบวนการสร้างการเรียนรู้จะเป็นกลวิธีที่สำคัญในการสร้างความปลอดภัยระบบบริการสุขภาพ แต่การศึกษาค้นคว้า กลับพบว่า แผนกบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.0) ปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยได้ในระดับพอใช้ ส่วนที่เหลือร้อยละ 25.0 อยู่ในระดับต้องปรับปรุง และไม่มีแผนกบริการใดปฏิบัติการกระบวนการสร้างการเรียนรู้ได้ในระดับดี ซึ่งเจ้าหน้าที่มากกว่า 3 ใน 4 (มากกว่า ร้อยละ 75) มีการปฏิบัติการกระบวนการสร้างการเรียนรู้ด้านการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในระดับพอใช้ถึงต้องปรับปรุง (ร้อยละ 84.6 และ 75.2) ตามลำดับ โดยพบว่า กระบวนการสร้างการเรียนรู้ที่เจ้าหน้าที่เกือบครึ่งมีการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงไม่ปฏิบัติ คือ การถามความคิดเห็นผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา (ร้อยละ 52.9) การแจกเอกสารการให้ข้อมูลแก่รับแก่ผู้ป่วยหรือญาติ อ่านประกอบคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 49.6) และการพูดคุยประเมินผลการรักษาร่วมกับผู้ป่วยเป็นระยะ (ร้อยละ 47) สอดคล้องกับการเยี่ยมชมสำรวจคุณภาพภายในที่พบว่า ประเด็นที่แผนกบริการต้องมีการแก้ไขพัฒนา คือ การอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ (ร้อยละ 25) เช่นเดียวกับผลการสำรวจครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 68.5) คิดว่าตนเองไม่มีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยในการใช้บริการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่มุ่งปฏิบัติการงานพยาบาลที่รับผิดชอบให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ทันทั่วทั้ง การปฏิบัติขั้นการให้บริการต่าง ๆ จึงขาดการคำนึงถึงการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษา CA Vincent and A Coulter (2002) เรื่อง Patient Safety: what about the patient? พบว่า ผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการก่อให้เกิดความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล ต้องมีการปรับปรุงการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย และควรทำให้ผู้ป่วยเป็นหุ้นส่วนที่สำคัญในการดำเนินการเรื่องความปลอดภัย เช่นเดียวกับ Richard L. (200) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ เช่นการหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีปฏิสัมพันธ์จะช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

ปัจจัยที่มีผลทำให้การรับรู้ของแต่ละบุคคลแตกต่างกันมีอยู่ด้วยกันหลายปัจจัย ถึงแม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกันก็ตามบุคคลจะประมวลการรับรู้เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะของตนเอง ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการ

รักษาพยาบาล โดยเชื่อว่าปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ โดยเพศหญิงมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการในระดับไม่ปลอดภัย สูงกว่าเพศชายซึ่งมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการในระดับไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 91.8 และร้อยละ 83.3 ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจาก เพศหญิงเป็นเพศที่มีความวิตกกังวลสูง (Bennett And Cohen , 1959) มีความละเอียดรอบคอบในทางความคิดมากกว่าเพศชาย กอปรกับในปัจจุบันเพศหญิงสามารถรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ทัดเทียมกับเพศชาย ทำให้เพศหญิงมีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น ช่วยให้เพศหญิงสามารถรับรู้สิ่งต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วรอบคอบ เมื่อมีความเจ็บป่วยหรือต้องมารับบริการจากโรงพยาบาล เพศหญิงจะมีความสนใจเอาใจใส่กับเรื่องสุขภาพ กระบวนการรักษา บริการที่ได้รับ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว ทำให้มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการได้ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของไวส์สเฟลด์ เคิร์ชท์ และบร็อก (Weissfeld, Kirscht, & Brock, 1990) พบว่า เพศหญิงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเห็นความสำคัญคุณค่าของการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับนิภาภรณ์ จัยวัฒน์ และไพบุลย์ ดาวสกลใส (2546) ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาประเมินการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับยารักษาและป้องกันโรค : กรณีศึกษา 5 อำเภอ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เพศหญิงมีการรับรู้ถึงข้อระวังของยาที่ได้รับมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และอรัญญา ทรัพย์พ่วง (2541: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติต่อสิทธิของผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารบก พบว่า บุคลากรทางการแพทย์หญิงมีการรับรู้ต่อสิทธิผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ชาย แตกต่างกับการศึกษาของเสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล (2537 : 96) พบว่า เพศกับการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กัน

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาระดับปวช./อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการว่าไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 97.9) สูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และกลุ่มที่ไม่ได้ศึกษา / ประถมศึกษา (ร้อยละ 84.2 และร้อยละ 82.4 ตามลำดับ) สอดคล้องกับจำเนียร โชติช่วง (2525) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนการรับรู้ของบุคคล เพราะจะช่วยให้เข้าใจสิ่งที่ได้รับรู้ได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า โดยการศึกษาเล่าเรียนจะเป็นตัวที่ช่วยพัฒนาสติปัญญา การคิดอ่าน ความรู้ความเข้าใจ ส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการคิด และวิเคราะห์

ข้อมูลจากสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและปฏิกิริยาของบุคคลอื่น ๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (วรรณสิทธิ ไวทยเสวี, 2526 : 45) ทั้งนี้ระดับการศึกษาซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัย อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถวิเคราะห์ และพิจารณาถึงคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลได้อย่างลึกซึ้ง สามารถใช้ทักษะในการแสวงหาข้อมูลซักถามปัญหาและรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่า มีโอกาสแสวงหาบริการที่ปลอดภัยสำหรับตนเอง โดยสามารถเข้าใจสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นได้อย่างรวดเร็ว จึงมีการรับรู้ความปลอดภัยในการมารับบริการที่โรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

อายุ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($p=0.112$) โดยผู้ป่วยทุกช่วงอายุมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการว่าไม่ปลอดภัยใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25–40 ปี รองลงมาคือผู้ป่วยช่วงอายุ 18-24 ปี ช่วงอายุ 41-60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 91.4, 90.7, 88.3 และ 80.0 ตามลำดับ) แตกต่างกับการศึกษาของนิภาภรณ์ จัยวัฒน์ และไพบุลย์ ดาวสกลใส (2546) พบว่า คนที่อายุมากกว่ามีแนวโน้มของการรับรู้ ชื่อยา สรรพคุณยา และข้อระวังของยา น้อยกว่า คนที่อายุน้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของวาสนา นารักษ์ (2542 : 82) เรื่องการรับรู้สิทธิผู้ป่วยของประชาชนในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า มีการรับรู้สิทธิผู้ป่วยได้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า อายุมีผลต่อการรับรู้ เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงในวัยสูงอายุ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะมากกว่า และมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ อายุจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกของพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Palank, 1991) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัย อาจเป็นไปได้จากมุมมองด้านวัฒนธรรมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการที่ฝังรากลึกมายาวนาน สังคมไทยเชื่อว่าแพทย์เป็นคนดี คนเก่ง เรียนมาดี ทำดีที่สุด ดังนั้นการมาถึงโรงพยาบาลจะทำให้ปลอดภัย ดังนั้นเมื่อมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล พฤติกรรมบริการ ทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน จึงไปเสริมแรงทำให้ผู้ป่วยทุกช่วงอายุรับรู้ได้ถึง การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ เพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล

รายได้ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($p=0.410$) แตกต่างกับการศึกษาของศิริมา วงศ์เหลมทอง พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของยุพา รัตนเวฬุ (2545 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิผู้ป่วยและความต้องการเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของผู้ติดเชื้อเอดส์ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกันมีความต้องการเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน ทั้งนี้จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้บริการที่มอบให้ผู้ป่วยนั้นเป็นบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานปลอดภัย คำนิยามถึงสิทธิของผู้ป่วย ไม่มีการแบ่งแยกผู้ป่วยจากฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยได้รับบริการที่เท่าเทียมกันตามสิทธิของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกันมีการเข้าถึงบริการได้เหมือนกัน ดังนั้นการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ไม่แตกต่างกัน

ประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($p=0.811$) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งที่เคยและไม่เคยได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการในระดับไม่ปลอดภัยใกล้เคียงกัน ขัดแย้งกับกันยา สุวรรณแสง (2536 : 152) ที่กล่าวไว้ว่า ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคลจะทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ แตกต่างกัน และมาลินี จุฑะรพ (2539 : 43) กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลว่า การใช้ประสบการณ์เดิม บุคคลจะรับรู้สิ่งเราได้ดีและถูกต้อง ถ้าบุคคลนั้นมีประสบการณ์เดิมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ใหม่ ๆ อนึ่งในงานวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการมาก่อน แต่มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการระดับใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า การที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล นอกจากนี้การรับรู้ของผู้ป่วยยังสามารถเกิดได้จากหลาย ๆ องค์ประกอบ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้ เป็นต้น ผู้ป่วยจึงไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการก็สามารถรับรู้ความปลอดภัยในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้

3. การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทกับปัจจัยส่วนบุคคล

การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการรับรู้ อาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติบทบาทใด ๆ บทบาทหนึ่งย่อมมีการรับรู้บทบาทมาเกี่ยวข้อง เพราะการรับรู้ถือได้ว่าเป็นพื้นฐานพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเห็น คน วัตถุ หรือสิ่งที่ปรากฏแล้วทำความเข้าใจให้ความหมายต่อสิ่งนั้นว่าคืออะไร ซึ่งต้องผ่านกระบวนการภายใน ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และประสบการณ์หรือความรู้ของแต่ละคน ดังนั้นการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง เป็นความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบของพฤติกรรมที่พึงกระทำการในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองเป็น 2 ระดับ คือ ระดับสูง และระดับปานกลางถึงต่ำ พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง และระดับปานกลางถึงต่ำใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 54.0 และ 46.0 ตามลำดับ) โดยบทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองที่นำมาศึกษาทั้ง 5 ด้านพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าครึ่ง (มากกว่าร้อยละ 50) มีการรับรู้บทบาทในระดับสูง มีเฉพาะเรื่องบทบาทการเก็บประวัติการรักษาที่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.5) มีการรับรู้บทบาทในระดับปานกลางถึงต่ำ ซึ่งประเด็นที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยมากถึงมากที่สุด คือ บทบาทในเรื่องของการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง รองลงมาคือ การรายงานอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบทันที และการบอกอาการปัจจุบันแก่แพทย์หรือทีมการรักษาตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ ซี เอ วินเซนต์ และเอ คลูเตอร์ (CA Vincent and A Coulter : 2002) ที่กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งเป็นการป้องกันความผิดพลาดและช่วยให้ตนเองได้รับความปลอดภัย บทบาทของผู้ป่วยในการส่งเสริมความปลอดภัย ได้แก่ การร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด การสังเกตและแจ้งแพทย์ทราบหากมีภาวะแทรกซ้อนหรือแพ้ยา การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกโรงพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ เป็นต้น นอกจากนี้ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลาง คือ การเก็บประวัติการรักษาพยาบาลของตน เช่น फिल्मเอ็กซ์เรย์ เวชระเบียน เป็นต้น รองลงมาคือ การจดชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของแพทย์หรือคลินิก เพื่อสามารถติดต่อได้ทันที และการถามความคิดเห็นแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ก่อนเลือกแนวทางการรักษา ตามลำดับ ซึ่งในประเด็นแรกนั้นอาจเป็นเพราะสิ่งเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีการเก็บรักษาไว้ที่โรงพยาบาลที่มาใช้บริการอยู่แล้ว

ผู้ป่วยจึงไม่มีความจำเป็นต้องเก็บรักษาไว้เอง ส่วนอีก 2 ประเด็นนั้น ผู้ป่วยทั่วไปซึ่งไม่ได้มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือต้องรักษาต่อเนื่อง มักจะไม่คำนึงถึงการจดชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของแพทย์หรือคลินิก เพื่อสามารถติดต่อได้ทันที เนื่องจากพบว่า ในกรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาล คลินิก อยู่เป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันทีเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน ส่วนบทบาทการถามความคิดเห็นแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ก่อนเลือกแนวทางการรักษานั้น แม้ผู้ป่วยจะมีโอกาสการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ หรือรับรู้บทบาทที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติมากขึ้นเมื่อมาโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังมีความเชื่อแบบเดิม ๆ คือ เชื่อในชื่อเสียงของโรงพยาบาลที่ตนตัดสินใจมารักษา ให้ความเคารพ ศรัทธาในแพทย์ที่ดูแลตน ดังนั้นในสังคมไทยผู้ป่วยจึงไม่นิยมไปถามความคิดเห็นแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ก่อนเลือกแนวทางการรักษา ส่วนใหญ่เมื่อแพทย์เลือกแนวทางการรักษาอย่างไรผู้ป่วยก็จะร่วมมือหรือพิจารณาเลือกตามนั้นเสมอ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทและปัจจัยส่วนบุคคล บุคคลมีความแตกต่างกันไปตามร่างกาย ความคิดนิสัย สภาพจิตใจ ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติบทบาทใด ๆ บทบาทหนึ่งย่อมแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง พบว่า

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ($p < 0.001$) โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปวช./อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป จะมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล (2537 : 98) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของประชาชน เช่นเดียวกับอริยัญญา ทรัพย์พ่วง (2541) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการศึกษาระดับการศึกษาในชั้นปริญญาตรี ปริญญาโท และสูงกว่าปริญญาโท จะมีการรับรู้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า และอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร สอดคล้องกับจรัลพรหมอยู่ (2526 : 108) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นกิจกรรมที่ทำให้คนเราพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความคิดเห็น และทัศนคติ การศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัยไม่เข้าใจตลอดจนการรู้จักแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำ สอดคล้องกับ (Matteson et al., 1996) ส่งผลให้มีความสามารถในการคิด

และวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงสามารถรับรู้ข้อมูลทางด้านสุขภาพได้จากสื่อที่หลากหลาย แสดงให้เห็นว่าการศึกษจะช่วยพัฒนาสติปัญญาและความรู้สึกลึกคิดในการเลือกรับรู้ในสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง

นอกเหนือจากปัจจัยดังกล่าวที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองแล้ว จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่คาดว่าเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง แต่กลับไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.566$) กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล (2537 : 96) พบว่า เพศกับการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กัน ชัดแจ้งกับอรัญญา พวงทรัพย์ (2541: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติต่อสิทธิของผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารบก พบว่า บุคลากรทางการแพทย์หญิงมีการรับรู้ต่อสิทธิผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ชาย ซึ่ง (Schaffer, 1981) กล่าวว่าเพศแสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม และเพศยังมีผลต่อสติปัญญาและการรับรู้ของบุคคล โดยมีแนวโน้มว่าเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้สูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างทางโครงสร้างของสมอง ที่มีผลทำให้สติปัญญา และความรู้สึกลึกคิดแตกต่างกัน ประกอบกับเพศชายมีบทบาทในสังคมและมีโอกาสศึกษามากกว่าเพศหญิง ซึ่งการไม่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยนั้น อาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสาร และความก้าวหน้าทางการศึกษา ทำให้ชายหญิงในสังคมปัจจุบันมีความทัดเทียมกันในการปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ในสถานภาพที่ตนอยู่ รวมทั้งบทบาทของผู้ป่วยตามความคาดหวังและการรับรู้ของแต่ละคน ทำให้มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองไม่แตกต่างกัน

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ($p=0.054$) นั่นคือ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีอายุมากหรือน้อยก็ตาม ไม่มีผลต่อการรับรู้บทบาทในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง สอดคล้องกับเสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล (2537) พบว่า อายุกับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับศักดิ์ชัย ทวีศักดิ์ (2529 : 88) ได้ทำการวิจัยเรื่องการรับรู้คุณภาพชีวิตในเขตเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบความแตกต่างในการรับรู้คุณภาพชีวิตเมื่อจำแนกตามอายุ ซึ่งตรงข้ามกับโยธิน สันสนยุทธ และคณะ (2533 : 199-202) ที่กล่าวว่า อายุมีผลต่อการรับรู้ เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงในวัยสูงอายุ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะมากกว่า และมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่า บทบาทของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับทันทีเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นหรือมารับบริการทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบทบาทของผู้ป่วยในทุกช่วงอายุ ดังนั้นการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองจึงไม่สัมพันธ์กับการอายุของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับว่าใครได้รับบทบาทของผู้ป่วยเมื่อใด

รายได้ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ($p=0.313$) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยไม่ว่าจะมีฐานะแตกต่างกันอย่างไร แต่ในความต้องการพื้นฐานของบุคคลย่อมต้องการให้ตนเองได้รับความปลอดภัยในชีวิตของตนทั้งสิ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองใกล้เคียงกัน ขัดแย้งกับนิภาภรณ์ จัยวัฒน์ และไพบุลย์ ดาวสคติ (2546) ซึ่งพบว่า คนที่มีรายได้สูงกว่ามีแนวโน้มการรับรู้ถึงข้อพึงระวังของยามากกว่าคนที่มีรายได้ต่ำกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของเสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ณ หมู่บ้านดอกบัว อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ($p=0.856$) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เคยและไม่เคยได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับสูง และระดับปานกลางถึงต่ำใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของราณี วิริยะเจริญกิจ (2535 : บทคัดย่อ) เรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานจริงของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานในตำแหน่งผู้บริหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จัดอันดับกับกันยา สุวรรณแสง (2536 ; 153) กล่าวไว้ว่า ประสิทธิภาพเดิมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีประสิทธิภาพมากจะรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองประสบได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีประสิทธิภาพน้อย หรือไม่มีประสิทธิภาพเลย (Molzahn & Northcott, 1989) โดยประสิทธิภาพในอดีตที่ผ่านมาหากเป็นประสิทธิภาพที่ดี จะเป็นข้อดีที่ช่วยให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์ไม่รุนแรงเกินไปในทางตรงข้าม หากมีประสิทธิภาพที่ไม่ดี อาจทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์นั้นเลวร้ายกว่าที่ควรเป็น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) อนึ่งในงานวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการมาก่อน แต่มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าการที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล

4. พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง เป็นปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในการลดโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุ หรือข้อผิดพลาดในการให้บริการ เมื่อมารับบริการในแต่ละแผนก ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง จากการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเหมาะสมที่สุด ระดับเหมาะสม และระดับไม่เหมาะสม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89) มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองอยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด โดยเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยในการให้บริการทั้ง 11 ด้านนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองระดับเหมาะสมที่สุด เฉพาะด้านความไม่พึงพอใจ และด้านการลงนามใบยินยอมการรักษาที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเหมาะสมที่สุด ร้อยละ 78.8 และ 62.3 ตามลำดับ ส่วนด้านการผ่าตัด ผู้ป่วย 3 ใน 4 (ร้อยละ 75) มีพฤติกรรมในระดับเหมาะสมบางส่วน โดยเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม คือ กรณีเข้ารับการตรวจโดยไม่มีญาติหรือเจ้าหน้าที่อยู่ด้วย (ร้อยละ 19.8) เรื่องนี้น่าจะเป็นเพราะภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ญาติไม่สามารถมาอยู่กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากการทำงานหรือการพักอาศัยอยู่คนละ

ที่ นอกจากนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ยังเน้นย้ำความสำคัญของการมีญาติมาด้วยไม่มากพอ ส่วนเหตุการณ์พบสุนัขหรือแมวบริเวณทางเดิน ผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 4 (ร้อยละ 31.5) มีพฤติกรรมในระดับไม่เหมาะสมถึงเหมาะสมบางส่วน ทั้งนี้อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากสุนัขและแมวมักมีทั้งในเรื่องของความดุร้าย หรือการเป็นพาหะนำโรค เช่น โรคสุนัขบ้า และหัดแมว ซึ่งอาจเป็นเพราะลักษณะของคนไทยที่มีความเมตตา กรุณา รักสัตว์เลี้ยง และมีความคุ้นชินกับสัตว์ดังกล่าว จึงมองว่าเหตุการณ์ดังกล่าวไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วยในการมารับบริการที่โรงพยาบาล สำหรับกรณีไม่ได้รับการอธิบายถึงเหตุผลในการต้องลงนามยินยอมรักษาก่อนได้รับการรักษา และกรณีไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการรักษาก่อนการลงนามยินยอมรักษานั้น ผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 4 (ร้อยละ 38.0 และร้อยละ 40.8 ตามลำดับ) มีพฤติกรรมในระดับไม่เหมาะสมถึงเหมาะสมบางส่วนเช่นกัน ซึ่งการลงนามไปยินยอมการรักษา และการได้รับข้อมูลก่อนการตัดสินใจทำการรักษานั้น เป็นเรื่องของสิทธิผู้ป่วย ข้อที่ 3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่า แม้ปัจจุบันการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจจะเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยบางส่วนยังคงมีลักษณะแบบเดิม คือ การให้ความเคารพศรัทธาในวิชาชีพแพทย์ โดยมักมอบความไว้วางใจให้กับแพทย์อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยเป็นเพียงผู้รับการรักษา และมักไม่ทราบถึงแนวทางการรักษา การใช้จ่าย / คุณสมบัติของยาแต่ละชนิดที่แพทย์สั่ง ทั้งนี้ พฤติกรรมของมนุษย์เป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง Twaddle (1981 : 11) ดังนั้น เมื่อมีกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของตนเองในการสร้างความปลอดภัยให้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความปลอดภัยของโรงพยาบาล โดยการเยี่ยมชมสำรวจภายในที่เน้น 11 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 12 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับรับรู้เหตุการณ์ไม่ปลอดภัยขณะรับบริการ พบว่า เรื่องที่โรงพยาบาลใส่ใจเพิ่มเติมที่ แต่ผู้ป่วยยังรับรู้ว่าไม่ปลอดภัย และเป็นสิ่งที่ดี คือ เรื่องอุบัติเหตุ และความคลาดเคลื่อนทางยา ถ้านำมิติของความปลอดภัยแบ่งเป็น 2 ส่วน จะเห็นได้ว่า ส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษา (ข้อ 1-5) เป็นเรื่องที่มีการรับรู้ความไม่ปลอดภัยสูง แม้จะมีการดำเนินการถึงครบถ้วน

ถูกต้องตามข้อกำหนดทั้งหมดแล้ว จึงนำพิจารณาว่ากิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจมิติที่โรงพยาบาลดำเนินการไปแล้ว ตลอดจนสิ่งที่หรือบทบาทที่ผู้รับบริการทำได้ มีในเรื่องเหล่านี้ อะไรบ้าง จึงนำไปเป็นมิติในการพัฒนากิจกรรมของโรงพยาบาลต่อไป แม้ในการศึกษานี้จะไม่มี การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติของการรับรู้ของ ความปลอดภัยในการให้บริการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.153, p < 0.001$) โดยทิศทางความสัมพันธ์แปรตามไป ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง สอดคล้องกับ การศึกษาของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542 : 57) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับอรัญญา ทรัพย์พ่วง (2541 : บทคัดย่อ) พบว่า การรับรู้ต่อสิทธิของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติต่อสิทธิผู้ป่วย เมื่อบุคคลมีการรับรู้หรือมีความรู้ในสิ่งใดแล้วจะรับรู้ในสิ่งนั้นร่วมกับประสบการณ์เดิมแล้วจะเกิด พฤติกรรมในเรื่องนั้นตามการรับรู้ของตน อรุณ รักธรรม (2528 : 26) ส่วนการรับรู้บทบาทในการ สร้างความปลอดภัยให้กับตนเองกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองมี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.094, p < 0.05$) โดยทิศทางความสัมพันธ์แปรผกผันกับ พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้บทบาทของ ผู้ป่วยนั้น เป็นความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบของพฤติกรรมที่พึงกระทำในการสร้างความ ปลอดภัยให้กับตนเอง แต่ด้วยบริบทของระบบบริการสุขภาพในสังคมไทย ผู้รับบริการจะให้ความ เคารพผู้ให้บริการ มองว่าเป็นคนดีมีความรู้ ศึกษาเล่าเรียนมาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย จึงมีความศรัทธา เชื่อมั่น รวมถึงเกรงใจไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น จึงยอมรับบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล และ ไม่แสดงบทบาทของตนเองตามการรับรู้ในบทบาทของผู้ป่วย เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

1. เนื่องจากการทำวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการตรวจคุณภาพภายในของโรงพยาบาล เป็น เกณฑ์ในการสะท้อน “ความปลอดภัย” ของผู้ให้บริการ ซึ่งเกิดจากผู้เยี่ยมชมสำรวจภายในจำนวน เพียง 1 คน ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมทุกมิติในทุกแผนกที่ทำการสำรวจครั้งนี้
2. การวัดการรับรู้ “ความไม่ปลอดภัย” เป็นเรื่องที่ไม่ควรที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่จึงไม่มีประสบการณ์ตรง ในเรื่อง “ความผิดพลาด” การวิจัยครั้งนี้จึงต้องอนุมานจาก “สมมติว่าเกิดขึ้น” ซึ่งอาจไม่ตรงตามความจริงทั้งหมด

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในระบบบริการ และบทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองเมื่อใช้บริการ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยเด็ก) ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 400 คน และเจ้าหน้าที่แผนกบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 117 คน ยกเว้นหัวหน้าแผนกบริการและเจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับงานบริหารความเสี่ยงของแผนกบริการ จากการสุ่มเลือกแผนกบริการ และกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จึงการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2550 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามผู้ป่วย แบบสอบถามเจ้าหน้าที่ประจำแผนกบริการ และแบบประเมินกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ โดยใช้วิธีหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง โดยการใช้สถิติทดสอบ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง แบบวิเคราะห์สองตัวแปร (Bivariate analysis) โดยการใช้สถิติทดสอบ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.0 เป็นวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 73 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.0 ประถมศึกษา / ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 27.3 ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 69.2 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.7 รองลงมาคือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 28.5 แผนกผู้ป่วยนอกและแผนก

ผู้ป่วยในที่มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นส่วนใหญ่ คือ แผนกห้องตรวจโรคอายุรกรรม ร้อยละ 23.0 และ หอผู้ป่วยสูติ 2-3 ร้อยละ 11.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90) ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ส่วนผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการนั้น เกิดขึ้นกับตนเอง ร้อยละ 3.2 รองลงมาคือ ญาติ ร้อยละ 2.2 และเพื่อนหรือคนรู้จัก ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ โดยการสื่อสารของโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากที่สุด คือ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 65.8 รองลงมาคือ การอ่านป้ายข้อความแนะนำ ร้อยละ 43.8 และการใช้ป้ายสัญลักษณ์รูปภาพ ร้อยละ 29.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่มีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล ร้อยละ 68.5 ส่วนผู้ป่วยร้อยละ 31.5 คิดว่าตนเองมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล โดยวิธีการตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 28.0 รองลงมาคือ การเขียนจดหมายร้องเรียน ร้อยละ 2.5 และส่งตัวแทนเข้าประชุม ร้อยละ 0.3 ตามลำดับ

2. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และความสัมพันธ์กับกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ

2.1 การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการในระดับเสี่ยงมาก ร้อยละ 45.5 รองลงมา คือ ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 43.0 ระดับเสี่ยงน้อย ร้อยละ 11.2 และระดับปลอดภัย ร้อยละ 0.3 โดยเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยในการให้บริการที่นำมาศึกษาทั้ง 11 ด้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีการรับรู้เกือบทุกด้านในระดับเสี่ยงมากถึงไม่ปลอดภัย มีเฉพาะ 2 ด้านที่ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับเสี่ยงน้อยถึงปลอดภัย คือ ด้านการเงิน ร้อยละ 47.2 และด้านความไม่พึงพอใจ ร้อยละ 47.0 ทั้งนี้ประเด็นที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงเสี่ยงมากถึงไม่ปลอดภัย คือ กรณีมีควันไฟหรือกลิ่นไหม้ในโรงพยาบาล ร้อยละ 98 รองลงมา คือ กรณีทราบภายหลังว่าเลือดที่ได้รับไม่มีการตรวจสอบก่อนให้ ร้อยละ 97.5 และกรณีเลือดและใบส่งตรวจเลือดของผู้ป่วยสลับกัน ร้อยละ 96.5 ส่วนประเด็นที่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (มากกว่าร้อยละ 50) มีการรับรู้ถึงเสี่ยงน้อยถึงปลอดภัย คือ กรณีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ มีสีหน้าบูดบึ้งไม่พอใจ รองลงมา คือ กรณีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ กระแทกสิ่งของเครื่องใช้เสียงดัง และกรณีบริเวณนั่งรอตรวจอากาศไม่ถ่ายเท ร้อนอบอ้าว (ร้อยละ 60.5, 52.3 และ 50.7 ตามลำดับ)

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยและกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ

แผนกบริการมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.3) มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการไม่ครบถ้วนถูกต้อง โดยผลการเชื่อมสำรวจภายในพบว่า ประเด็นที่ต้องแก้ไขพัฒนาถึงต้องปรับปรุงต่อไปมากที่สุด คือ การติดป้ายระมัดระวังสิ่งของมีค่า รองลงมาคือ ประเด็นภายในหอผู้ป่วยเงียบสงบ ไม่มีเสียงดังครึกโครม และการอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ (ร้อยละ 58.3, 50.0 และ 41.7 ตามลำดับ) และจากการศึกษา พบว่า กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($P < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยกับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ

แผนกบริการมีคะแนนเฉลี่ยกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการเท่ากับ 75.4 คะแนน โดยแผนกบริการมีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการได้ใน 2 ระดับ คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 75 ระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 25 ตามลำดับ และไม่มีแผนกบริการใดปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้ความปลอดภัยได้ในระดับดี ซึ่งกระบวนการสร้างการเรียนรู้ทั้ง 3 วิธี ได้แก่ การสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการจัดการสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับพอใช้ถึงต้องปรับปรุง (ร้อยละ 84.6, 75.2 และ 56.4 ตามลำดับ) โดยประเด็นที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การเปิดวิดีโอการดูแลตนเอง เช่น ทำแผล ฉีดยา ให้นมบุตร เป็นต้น รองลงมาคือ การจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง และการจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการพยาบาลก่อนกลับบ้าน (ร้อยละ 88.0, 83.0 และ 71.8 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบประเด็นสำคัญที่เจ้าหน้าที่มากกว่าครึ่งหนึ่ง (มากกว่าร้อยละ 50) มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงไม่ปฏิบัติในจำนวนมาก คือ การใช้สื่อต่าง ๆ ให้ข้อมูลความปลอดภัยผู้ป่วย เช่น แผ่นพับ ป้าย วิดีโอ เป็นต้น ร้อยละ 57.2 การถามความคิดเห็นผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา ร้อยละ 52.9 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเขียนข้อร้องเรียน เมื่อพบความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดจากการบริการ ร้อยละ 59 และจากผลการศึกษาพบว่า กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($p = 0.021$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

จากการศึกษา พบว่า เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนอายุ รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

4. การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทกับปัจจัยส่วนบุคคล

4.1 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 54.0 และระดับปานกลางถึงต่ำร้อยละ 46.0 โดยบทบาทที่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีการรับรู้บทบาทในระดับสูง คือ บทบาทการมีญาติ ร้อยละ 75.5 รองลงมา คือ บทบาทการปฏิบัติตามแผนการรักษา ร้อยละ 65.5 บทบาทการร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ ร้อยละ 59.0 และบทบาทการมีความรู้ ร้อยละ 56.5 ตามลำดับ มีเฉพาะบทบาทการเก็บประวัติการรักษาที่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 57.5 มีการรับรู้บทบาทในระดับปานกลางถึงต่ำ ทั้งนี้ประเด็นที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยมากที่สุด คือ การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 90.4 รองลงมา คือ การรายงานอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบทันที ร้อยละ 89.5 และการบอกอาการปัจจุบันแก่แพทย์หรือทีมการรักษา ร้อยละ 87.5 ส่วนบางประเด็นที่ผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 4 มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด คือ การเก็บประวัติการรักษาพยาบาลของตน เช่น फिल्मเอ็กซเรย์ เวชระเบียน เป็นต้น ร้อยละ 35.3 รองลงมา คือ การจดชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของแพทย์หรือคลินิก เพื่อสามารถติดต่อได้ทันที ร้อยละ 32.5 และการถามความคิดเห็นแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ก่อนเลือกแนวทางการรักษา ร้อยละ 32.3

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทและปัจจัยส่วนบุคคล

การศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ส่วนเพศ อายุ รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

5. พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

5.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.0) มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ในระดับเหมาะสมที่สุด รองลงมา คือ เหมาะสมบางส่วน ร้อยละ 10.7 และไม่เหมาะสม ร้อยละ 0.3 โดยเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยในการให้บริการทั้ง 11 ด้านนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองระดับเหมาะสมที่สุด เฉพาะด้านความไม่พึงพอใจ และด้านการลงนามใบยินยอมการรักษาที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเหมาะสมที่สุด ร้อยละ 78.8 และ 62.3 ตามลำดับ ส่วนด้านการผ่าตัด ผู้ป่วย 3 ใน 4 (ร้อยละ 75) มีพฤติกรรมในระดับเหมาะสมบางส่วน โดยประเด็นเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (มากกว่าร้อยละ 50) มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับเหมาะสมบางส่วน คือ เหตุการณ์ท่านหรือทีมผู้รักษาได้รับผลการตรวจไม่ครบก่อนการผ่าตัด ร้อยละ 75.2 รองลงมา คือแพทย์ผู้ดูแลให้ท่านหยุดยาไม่ครบก่อนการผ่าตัด ร้อยละ 74.2 และพยาบาลไม่แนะนำการปฏิบัติตนก่อน – หลังการผ่าตัด ร้อยละ 72.5 ส่วนเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองไม่เหมาะสม คือ กรณีเข้ารับการตรวจโดยไม่มีญาติหรือเจ้าหน้าที่อยู่ด้วย ร้อยละ 19.8 รองลงมา คือ เหตุการณ์พบสุนัขหรือแมวบริเวณทางเดิน ร้อยละ 9.5 และเหตุการณ์แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่มีสีหน้าบูดบึ้งไม่พอใจ ร้อยละ 8.3

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน

โดยการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการมีทิศทางความสัมพันธ์แปรตามไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ส่วนการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองมีทิศทางความสัมพันธ์แปรผกผันกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

แม้โดยภาพรวมแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการว่าไม่ปลอดภัย รับรู้บทบาทของผู้ป่วยระดับสูง และมีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับเหมาะสมที่สุด ซึ่งแสดงถึงความสนใจตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องความปลอดภัยของการมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่ในมิติของโรงพยาบาลกลับพบว่า แผนกบริการมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.3) มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการไม่ครบถ้วน ถูกต้อง และแผนกบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.0) มีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัยในระดับพอใช้ ซึ่งการศึกษครั้งนี้เชื่อมโยงให้เห็นว่าการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการและการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ดังนั้นโรงพยาบาลซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และมีจุดเน้นในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรพิจารณาถึงประเด็นของการพัฒนาการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดแนวทางในการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัย ดังนี้

1. พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการมารับบริการ บทบาทของผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง โดยใช้กระบวนการสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้

- 1.1 พัฒนาระบวนการสร้างการเรียนรู้ ลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาลลง เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจในมิติความปลอดภัยที่โรงพยาบาลดำเนินการไปแล้ว ตลอดจนสิ่งที่หรือบทบาทที่ผู้ป่วยช่วยทำได้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่น การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น เสนอความปลอดภัยที่ต้องการ จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วย จัดมุมการเรียนรู้สร้างประสบการณ์การดูแลตนเองให้ผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น เนื่องจากพบว่า บางเรื่องที่โรงพยาบาลใส่ใจทำเต็มที่ แต่ผู้ป่วยยังรับรู้ว่าไม่ปลอดภัย คือ เรื่องของอุบัติเหตุ และเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา

1.2 พัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างการเรียนรู้แก่ผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ โดยเน้นการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยวาจาที่สุภาพ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ภาษาอังกฤษ และภาษาทางวิชาการกับผู้ป่วย รวมถึงการส่งเสริมการใช้สื่ออื่น ๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ วิดีโอ รูปภาพ ในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจหรือสร้างการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วย เนื่องจากพบว่าประเด็นที่เจ้าหน้าที่มีการปฏิบัติบางครั้งถึงไม่ปฏิบัติ คือ การเปิดวิดีโอการดูแลตนเอง เช่น ทำแผล ฉีดยา ให้ นมบุตร เป็นต้น ร้อยละ 88.0 รองลงมาคือ ใช้รูปภาพเป็นสื่อในการสื่อสารกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ ร้อยละ 68.4 และการแจกเอกสารการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติ อ่านประกอบคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 49.6 ตามลำดับ ซึ่งการสื่อสารของโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากที่สุด คือ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 65.8 รองลงมาคือ การอ่านป้ายข้อความแนะนำ ร้อยละ 43.8 และป้ายสัญลักษณ์รูปภาพ ร้อยละ 29.5 ตามลำดับ

1.3 ปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อม อาคาร และสถานที่ ให้เอื้อต่อการเรียนรู้ มีความปลอดภัยในการให้บริการ เช่น การปรับปรุงพื้นผิวทางเดินให้เรียบ จัดมุมฝึกทักษะการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน จัดบอร์ดนิทรรศการเผยแพร่ผลงานการพัฒนาระบบบริการที่ปลอดภัยของโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยรับรู้ และตรวจสอบความปลอดภัยของอาคารสถานที่เป็นประจำ เป็นต้น เนื่องจากพบว่า ประเด็นที่เจ้าหน้าที่มีการปฏิบัติบางครั้งถึงไม่ปฏิบัติ คือ จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการพยาบาลก่อนกลับบ้าน ร้อยละ 71.8 รองลงมา คือ การทำบอร์ดให้ความรู้ด้านต่าง ๆ เช่น การเตรียมผ้าตัด การปฏิบัติเมื่อเกิดเพลิงไหม้ เป็นต้น ร้อยละ 42.8 และการเปิดสัญญาณกริ่งไว้ให้ผู้ป่วยเรียก ร้อยละ 29.0

2. พัฒนาศักยภาพทุกระดับของโรงพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ เช่น การจัดอบรมเจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ การจัดดูงานความปลอดภัยของหน่วยงานอื่น การส่งเสริมการศึกษาต่อเกี่ยวกับงานความปลอดภัย เป็นต้น เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินกิจกรรมการสร้างความปลอดภัย ตลอดจนสามารถนำไปใช้ปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานของตนให้เกิดความปลอดภัย เป็นมาตรฐาน เนื่องจากพบว่า แผนกบริการส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการไม่ครบถ้วนถูกต้อง และมีการจัดกระบวนการสร้างการเรียนรู้ได้ในระดับพอใช้เท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาพยาบาล (ตารางที่ 13) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ไม่ปลอดภัย

3. สร้างบริบทและขั้นตอนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลให้ชัดเจนในเรื่องการลงนามใบยินยอมการรักษา หากเจ้าหน้าที่สามารถให้ผู้ป่วยลงนามใบยินยอมการรักษาได้ จะต้องอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ตรวจรักษา โดยผู้ป่วยต้องผ่านกระบวนการตรวจและได้รับการอธิบายถึงแนวทางการรักษาจากแพทย์จนเข้าใจตามสิทธิผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปลอดภัยต่อเหตุการณ์ที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้บอกให้ท่านลงนาม ร้อยละ 34.5 รองลงมาคือ กรณีไม่ได้รับคำอธิบายถึงเหตุผลในการลงนามยินยอมรักษาก่อนได้รับการรักษา ร้อยละ 21.8 และกรณีไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการรักษาก่อนการลงนามยินยอมรักษา ร้อยละ 15.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังควรมีระบบในการประเมินติดตามว่าเจ้าหน้าที่สามารถทำตามขั้นตอนการลงนามใบยินยอมได้ดีมากน้อยอย่างไรด้วย

4. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยตระหนักถึงความปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นได้จากสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข และแมว เป็นต้น โดยไม่ควรนำอาหารมาเลี้ยงสัตว์เหล่านี้ในโรงพยาบาล เพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายจากความดุร้าย และการเป็นพาหะนำโรค เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปลอดภัยในประเด็นการพบสุนัขหรือแมวบริเวณทางเดิน ร้อยละ 34.3

5. สร้างและพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาล ให้มีหัวใจของงานบริการ เข้าใจ เห็นใจ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย เน้นการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ เนื่องจากพบว่า เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยด้านความไม่พึงพอใจ แผนกบริการเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.7) มีการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยไม่ครบถ้วนถูกต้อง

6. การจัดกิจกรรมการสร้างความปลอดภัย และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปลอดภัยและบทบาทของตนเองในการสร้างความปลอดภัยนั้น ควรมีการคำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ และระดับการศึกษา เนื่องจากพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยและการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับความปลอดภัยในบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในบริการให้ครบถ้วนถูกต้อง สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ป่วย
2. ควรมีการศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับรูปแบบโรงพยาบาลแห่งการเรียนรู้ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล ปรับปรุงกระบวนการสร้างการเรียนรู้ ตลอดจนออกแบบการจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เอื้อหรือส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้รับบริการเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง
4. ควรมีการศึกษาครั้งต่อไป โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงบทบาทของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมที่สุด
5. ควรมีการศึกษาซ้ำในโรงพยาบาลที่ขนาดเท่ากัน แต่บริบทของโรงพยาบาลต่างกัน เพื่อศึกษาผลที่ได้จากการกลุ่มประชากรอีกลักษณะหนึ่งว่ามีความแตกต่างหรือเหมือนกันอย่างไร

การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล (PATIENT PERCEPTIONS OF HOSPITAL SAFETY)

เรือเอกหญิงจรรวณ ขำประเสริฐ 4637247 PHPH/M

วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H., ธรณี วัฒนสมบูรณ์, ปร.ด.,
ธราดล เก่งการพานิช พ.ม.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีการสื่อสารที่เชื่อมโยงถึงกันทั่วโลก ทำให้ระบบบริการสุขภาพของไทยมีความก้าวหน้าพัฒนาขึ้น มีความเจริญทางเทคโนโลยีการรักษาที่ได้รับการพัฒนาควบคู่ไปกับความสนใจในเรื่องเรื่องของสิทธิมนุษยชนด้วย จากการบริการที่พัฒนาไม่หยุดยั้งภายใต้การแข่งขันที่สูงขึ้น จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ระบบบริการสุขภาพต้องเผชิญกับผลประโยชน์ทางธุรกิจ ความคาดหวังในคุณภาพบริการที่เลือกกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงจากบริการที่ได้รับ รวมถึงความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาล และการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยในยุคปัจจุบันที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกล้าร้องเรียนเหตุการณ์ความผิดพลาดต่างที่เกิดขึ้นออกมารวมถึงการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย จนทำให้หลายฝ่ายหลายหน่วยงานตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา เกิดการศึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ไขที่แท้จริง ซึ่งประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นถูกยกมาเป็นนโยบายหลักในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการดูแลรักษาต่อผู้รับบริการ

โรงพยาบาลมีการให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานควบคู่ไปกับการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ โดยมีการพัฒนาปรับปรุงระบบต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ลดความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดในการให้บริการลง แต่โรงพยาบาลก็ยังคงพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นเสมอ จึงทำ

ให้ต้องหันกลับมาคิดว่าระบบหรือมาตรการการดูแลความปลอดภัยต่าง ๆ นั้นมักถูกกำหนดขึ้นจากผู้ให้บริการเพียงฝ่ายเดียว ขาดการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บริการมีคุณภาพปลอดภัย อนึ่งความปลอดภัยในการให้บริการตามความเป็นจริงนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการมุ่งหวังให้เป็นไปตามมาตรฐาน ส่วนความปลอดภัยตามการรับรู้เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการรับรู้ว่าการบริการนั้นมีความปลอดภัย ซึ่งหากทั้งสองส่วนนี้มีความสอดคล้องกันมากเท่าใดความปลอดภัยของผู้ป่วยย่อมดีขึ้นเท่านั้น จากประเด็นทั้งหมดนี้จึงเป็นส่วนให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลว่าเป็นอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาวางแผนพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพปลอดภัยตามมาตรฐานและจริยธรรม สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างพึงพอใจ

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาลตามมาตรฐานอย่างไร
2. ผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองอย่างไร
3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอย่างไรในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง
4. กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาลอย่างไร
5. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองอย่างไร
6. ปัจจัยส่วนบุคคลอะไรบ้าง ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ จะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ จะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง
3. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาลจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง
4. การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในการใช้บริการจากโรงพยาบาล

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

- 1.1 ปัจจัยกำหนด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ในการได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ

1.2 กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ กระบวนการให้บริการของแผนกบริการ ครอบคลุมใน 11 ด้าน คือ 1) การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง 2) การผ่าตัด 3) เวชระเบียน 4) การเงิน 5) การลงนามยินยอมการรักษา 6) เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด 7) ทรัพย์สินหรือความเสียหาย 8) สุขภาพ 9) อุบัติภัย 10) ความไม่พึงพอใจ และ 11) ความคลาดเคลื่อนทางยา

1.3 กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ ได้แก่ การสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการจัดสิ่งแวดล้อม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

2.2 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

2.3 พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน คือ

1) ผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยเด็ก) ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2550

2) เจ้าหน้าที่แผนกบริการผู้ป่วยนอกและแผนกบริการผู้ป่วยใน ซึ่งมีใช้หัวหน้าแผนกบริการและเจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับงานบริหารความเสี่ยงของแผนกบริการ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วย

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ ยามาเน (Yamane, 1973 : 725 อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2535 : 68) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คนและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 จำแนกแผนกบริการของโรงพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะบริการและคัดเลือกแผนกบริการตามเกณฑ์ คือ 1) เป็นแผนกบริการที่เป็นแผนกหลักของโรงพยาบาล 2) เป็นแผนกบริการผู้ป่วยนอกและแผนกบริการผู้ป่วยในที่มีความสัมพันธ์กันในลักษณะของการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกัน 3) คำนึงถึงการกระจายของข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ชาย – หญิง 4) แผนกบริการสามัญ – พิเศษ ผลการเลือกได้แผนกบริการทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้

แผนกบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 5 แผนก ได้แก่ ห้องตรวจโรคอายุรกรรม ห้องตรวจโรคศัลยกรรม ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม ห้องตรวจโรคกุมาร และห้องตรวจโรคจักษุกรรม

แผนกบริการผู้ป่วยใน จำนวน 7 แผนก ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยสูติ 2-3 หอผู้ป่วยกุมาร 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 4

ขั้นที่ 2 คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับแต่ละแผนกบริการ จากขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน ผู้วิจัยแบ่งเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คิดเป็นอัตราส่วน (50 : 50) ผู้ป่วยนอกจำนวน 200 คน และผู้ป่วยในจำนวน 200 คน หาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนกบริการ โดยใช้หลักการสัดส่วนความน่าจะเป็นตามขนาด (Probability Proportional to size)

ขั้นที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแผนกบริการที่กำหนด โดยพิจารณาตามเกณฑ์คุณลักษณะประชากรที่กำหนดไว้ ดังนี้

แผนกบริการผู้ป่วยนอก 1) ผู้ป่วยหรือญาติ มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถตอบแบบสอบถามได้ 2) กรณีที่เป็นผู้ป่วยใหม่ ให้ผู้ป่วยหรือญาติ ผ่านกระบวนการตรวจรักษาจากแพทย์ ได้รับเอกสาร เช่น ใบสั่งยา ใบนัด และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้ว 3) กรณีผู้ป่วยเคยมารับบริการจากโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง เลือกผู้ป่วยที่นักรรเรียกชื่อเข้ารับการรักษาหรือขณะนั่งรอรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอก

แผนกบริการผู้ป่วยใน 1) ผู้ป่วยหรือญาติ มีความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ สามารถตอบแบบสอบถามได้ 2) เป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 คืน 3) กรณีผู้ป่วยผ่าตัด ต้องอยู่ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่

2.1. กำหนดขนาดตัวอย่าง แผนกบริการผู้ป่วยนอก ใช้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานในแผนกบริการ สำหรับแผนกบริการผู้ป่วยใน เลือกกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 จากเจ้าหน้าที่ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในแผนกบริการ

2.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แผนกบริการผู้ป่วยใน เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่มีเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ทางสถิติได้ จึงสุ่มเลือกเจ้าหน้าที่ร้อยละ 50 จากเจ้าหน้าที่ทั้งหมด โดยคำนึงถึงอายุการทำงานในจำนวนเท่า ๆ กัน ยกเว้นหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงของแผนก เนื่องจากมีความรับผิดชอบในงานบริหารความเสี่ยงของแผนกบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ แบ่งเป็น 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามผู้ป่วย เรื่อง การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล และพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามคู่ขนานกับพฤติกรรมการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ครอบคลุมงานบริหารความเสี่ยงในการบริการ 11 ด้าน คือ 1) การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง 2) การผ่าตัด 3) เวชระเบียน 4) การเงิน 5) การลงนามยินยอมการรักษา 6) เครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด 7) ทรัพย์สินหรือความเสียหาย 8) สุขภาพ 9) อุบัติภัย 10) ความไม่พึงพอใจ และ 11) ความคลาดเคลื่อนทางยาและ ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ครอบคลุมบทบาทของผู้ป่วย 5 บทบาท คือ 1) การเป็นผู้ป่วยที่มีความรู้ 2) การเก็บประวัติการรักษา 3) การร่วมมือกับทีมการรักษา 4) การมีญาติ 5) การปฏิบัติตามแผนการรักษา

ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามเจ้าหน้าที่ เรื่อง กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ เกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือการดำเนินงานของแผนกบริการ 3 ด้าน คือ 1) การสื่อสาร 2) การมีส่วนร่วม 3) การจัดสิ่งแวดล้อม

ชุดที่ 3 เป็นแบบประเมินกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ ครอบคลุมงานบริหารความเสี่ยงในการบริการ 11 ด้าน คือ 1) การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง 2) การผ่าตัด 3) เวชระเบียน 4) การเงิน 5) การลงนามยินยอมการรักษา 6) เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ ขัดข้องชำรุด 7) ทรัพย์สินหรือความเสียหาย 8) สุขาภิบาลหรือสิ่งแวดล้อม 9) อุบัติภัย 10) ความไม่พึงพอใจ และ 11) ความคลาดเคลื่อนทางยา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัย การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์

2.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัย กับ การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2.3 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง โดยแบบวิเคราะห์สองตัวแปร (Bivariate analysis) ซึ่งใช้สถิติทดสอบ Chi-square และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.0 อายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนมากเป็นวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 25-40 ปี ร้อยละ 43.5 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 73 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 ร้อยละ 69.2 โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 40.7 แผนกบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการ คือ แผนกห้องตรวจโรคอายุรกรรม และหอผู้ป่วยสูติ 2-3 (ร้อยละ 23.0 และ 11.2 ตามลำดับ) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90) ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ส่วนผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการนั้น เกิดขึ้นกับตนเอง ร้อยละ 3.2 รองลงมาคือญาติ ร้อยละ 2.2 และเพื่อนหรือคนรู้จัก ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ โดยการสื่อสารของโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากที่สุด คือ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ รองลงมาคือ การอ่านป้ายข้อความแนะนำ และป้ายสัญลักษณ์รูปภาพ (ร้อยละ 65.8, 43.8 และ 29.5 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่มีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล ร้อยละ 68.5 โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 31.5 คิดว่าตนเองมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล จากวิธีการตอบแบบสอบถาม รองลงมาคือ การเขียนจดหมายร้องเรียน และส่งตัวแทนเข้าประชุม (ร้อยละ 28.0, 2.5 และ 0.3 ตามลำดับ)

2. การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และความสัมพันธ์กับกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ

2.1 การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการในระดับเสี่ยงมาก ร้อยละ 45.5 รองลงมา คือ ระดับปลอดภัยน้อยที่สุด ร้อยละ 43.0 ระดับเสี่ยงน้อย ร้อยละ 11.2 และระดับปลอดภัย ร้อยละ 0.3 โดยภาพรวมของงานบริการทั้งหมด 11 องค์ประกอบนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ต่อเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยในการให้บริการในระดับเสี่ยงมากถึงไม่ปลอดภัย มีเฉพาะ 2 ด้านที่ผู้ป่วยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 50) มีระดับการรับรู้ในระดับเสี่ยงน้อยถึงปลอดภัย คือ ด้านการเงิน ร้อยละ 47.2 และด้านความไม่พึงพอใจ ร้อยละ 47.0 ซึ่งเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยในการให้บริการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเสี่ยงมากถึงปลอดภัยน้อยที่สุด คือ ประเด็นมีควันไฟหรือกลิ่นไหม้ในโรงพยาบาล ร้อยละ 98 รองลงมา คือ กรณีทราบภายหลังว่าเลือดที่ได้รับไม่มี

การตรวจสอบก่อนให้ ร้อยละ 97.5 และกรณีเลือดและใบส่งตรวจเลือดของผู้ป่วยสลับกัน ร้อยละ 96.5 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารการฟ้องร้องเกี่ยวกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล และการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการตื่นตัวสนใจเรื่องความปลอดภัยในการมารับบริการจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถจำแนกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าสิ่งใดเป็นความผิดพลาดหรือความไม่ปลอดภัยในการให้บริการ และผู้ป่วยควรปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีการรับรู้ความปลอดภัยว่าเสี่ยงน้อยถึงปลอดภัย คือ กรณีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ มีสีหน้าบูดบึ้งไม่พอใจ ร้องลงมา คือ กรณีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ กระแทกสิ่งของเครื่องใช้เสี่ยงดัง และกรณีบริเวณนั่งรอตรวจอากาศไม่ถ่ายเท ร้อนอบอ้าว (ร้อยละ 60.5, 52.3 และ 50.7) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะความสัมพันธ์ของคนไทยที่ให้ความเคารพยกย่องวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล เป็นผู้ที่มีพระคุณต่อผู้ป่วยและญาติ ทำให้ไม่ว่าพฤติกรรมบริการจะเป็นเช่นไรก็จะมองว่าแพทย์ พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ทำคุณประโยชน์เกินกว่าที่จะมองว่าเป็นความไม่ปลอดภัย ประกอบกับการเป็นโรงพยาบาลของรัฐซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างถูก ผู้ป่วยจึงไม่มีทางเลือกหากต้องการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อย ทำให้มีความคาดหวังน้อยต่อบริการที่ได้รับเมื่อเทียบกับเงินที่สูญเสียไป

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยและกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการ

แผนกบริการมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.3) มีการจัดทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยของแผนกบริการไม่ครบถ้วนถูกต้องตามข้อกำหนด ในภาพรวมกิจกรรมเพื่อสร้างความปลอดภัยทั้งหมด 11 ด้าน แผนกบริการส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้มีการทำกิจกรรมได้ครบถ้วนถูกต้องเพียง 4 ด้าน คือ ด้านอุบัติเหตุ ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์ และด้านการลงนามใบยินยอมการรักษา ส่วนด้านอื่น ๆ นั้น แผนกบริการมีการทำกิจกรรม เพื่อให้เกิดการสร้างความปลอดภัยไม่ครบถ้วนถูกต้องอยู่ในระดับต้องแก้ไขพัฒนาถึงต้องปรับปรุง ซึ่งประเด็นที่แผนกบริการส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 40) ต้องแก้ไขพัฒนาถึงต้องปรับปรุงต่อไปมากที่สุด คือ การติดป้ายระมัดระวังสิ่งของมีค่า ร้องลงมา คือ ภายในหอผู้ป่วยเจ็บสงบไม่มีเสียงดังกรีกโครม และการอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ (ร้อยละ 58.3, 50 และ 41.7) ตามลำดับ การไม่ครบถ้วนของกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยอาจเป็นเพราะความซับซ้อนของการให้บริการ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ภาระงานมากเกินไป การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่มุ่งเน้นที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ทันทั่วถึง จึงมีเวลาไม่

เพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างรอบคอบ หรือตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยในการให้บริการ

การรับรู้ความปลอดภัยของโรงพยาบาล โดยการเชื่อมสำรวจภายใน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับรับรู้เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยขณะรับบริการ พบว่า เรื่องที่โรงพยาบาลใส่ใจเพิ่มเติมที่ แต่ผู้ป่วยยังรับรู้ที่ไม่ปลอดภัย และเป็นสิ่งที่ดี คือ เรื่องอุบัติเหตุ และความคลาดเคลื่อนทางยา เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ขัดข้องชำรุด การระบุตัวไม่ถูกต้อง และการผ่าตัด ซึ่งทั้งหมดเป็นมิติของความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการการรักษา เป็นเรื่องที่มีการรับรู้ความไม่ปลอดภัยสูง แม้จะมีการดำเนินการถึงครบถ้วนถูกต้องตามข้อกำหนดทั้งหมดแล้ว จึงนำพิจารณาว่า กิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจมิติที่โรงพยาบาลดำเนินการไปแล้ว ตลอดจนสิ่งที่หรือบทบาทที่ผู้รับบริการทำได้ มีในเรื่องเหล่านี้อะไรบ้าง จึงนำไปเป็นมิติในการพัฒนากิจกรรมของโรงพยาบาลต่อไป

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปลอดภัยกับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ

แผนกบริการมีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการได้เพียง 2 ระดับ คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 75 และระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 25 ตามลำดับ ทั้งนี้ไม่มีแผนกบริการใดมีการปฏิบัติได้ในระดับดี โดยประเด็นที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การเปิดวิดีโอการดูแลตนเอง เช่น ทำแผล ฉีดยา ให้นมบุตร เป็นต้น รองลงมาคือ การจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง และการจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการพยาบาลก่อนกลับบ้าน (ร้อยละ 88.0, 83.0 และ 71.8 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบประเด็นสำคัญที่เจ้าหน้าที่มากกว่าครึ่งหนึ่ง (มากกว่าร้อยละ 50) มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงไม่ปฏิบัติในจำนวนมาก คือ การใช้สื่อต่าง ๆ ให้ข้อมูลความปลอดภัยผู้ป่วย เช่น แผ่นพับ ป้าย วิดีโอ เป็นต้น ร้อยละ 57.2 การถามความคิดเห็นผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา ร้อยละ 52.9 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเขียนข้อร้องเรียน เมื่อพบความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดจากการบริการ ร้อยละ 59 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่มุ่งปฏิบัติการงานพยาบาลที่รับผิดชอบให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ทันทั่วถึง การปฏิบัติขั้นการให้บริการต่าง ๆ จึงขาดการคำนึงถึงการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย โดยกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.021$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

จากการศึกษา พบว่า เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนอายุ รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ไม่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ

4. การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทกับปัจจัยส่วนบุคคล

4.1 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.0 และระดับปานกลางถึงต่ำร้อยละ 46.0 ในภาพรวมบทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองทั้งหมด 5 ด้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในระดับสูงทุกด้านมีเฉพาะบทบาทการเก็บประวัติการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.5) มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในระดับปานกลางถึงต่ำ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ทำให้มีการรับรู้บทบาทที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติมากขึ้น เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนบางประเด็นที่ผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 4 มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด คือ บทบาทการเก็บประวัติการรักษาพยาบาลของตน เช่น फिल्ม์เอ็กซเรย์ เวชระเบียน เป็นต้น รองลงมา คือ การจดชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของแพทย์หรือคลินิก เพื่อสามารถติดต่อได้ทันที และการถามความคิดเห็นแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ก่อนเลือกแนวทางการรักษา (ร้อยละ 35.3, 32.5 และ 32.3 ตามลำดับ) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประวัติการรักษาของผู้ป่วยมักมีรวบรวมไว้ที่โรงพยาบาล และการถามความคิดเห็นแพทย์นั้น ในสังคมไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีความเชื่อแบบเดิม ๆ คือ เชื่อในชื่อเสียงของโรงพยาบาลที่ตนตัดสินใจมารักษา ให้ความเคารพ ศรัทธาในแพทย์ที่ดูแลตน เมื่อแพทย์เลือกแนวทางการรักษาอย่างไรผู้ป่วยก็จะร่วมมือหรือพิจารณาเลือกตามนั้นเสมอ ไม่มีนิยมไปถามความคิดเห็นแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ก่อนเลือกแนวทางการรักษา

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทและปัจจัยส่วนบุคคล

การศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้ง

ไว้ ส่วนเพศ อายุ รายได้ และประสบการณ์การได้รับความผิดพลาดจากการให้บริการ ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

5. พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความ ปลอดภัยให้กับตนเอง

5.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.0) มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ในระดับเหมาะสมที่สุด รองลงมา คือ เหมาะสมบางส่วน ร้อยละ 10.7 และไม่เหมาะสม ร้อยละ 0.3 โดยเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยในการให้บริการทั้ง 11 ด้านนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองระดับเหมาะสมที่สุด มีเฉพาะเหตุการณ์ความไม่ ปลอดภัยด้านความไม่พึงพอใจ และด้านการลงนามยินยอมการรักษาที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรม เหมาะสมที่สุด ร้อยละ 78.8 และ 62.3 ตามลำดับ ส่วนด้านการผ่าตัด ผู้ป่วย 3 ใน 4 (ร้อยละ 75) มี พฤติกรรมในระดับเหมาะสมบางส่วน โดยประเด็นที่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (มากกว่าร้อยละ 50) มี พฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับเหมาะสมบางส่วน คือ เหตุการณ์ท่านหรือ ทีมผู้รักษาได้รับผลการตรวจไม่ครบก่อนการผ่าตัด ร้อยละ 75.2 รองลงมา คือแพทย์ผู้ดูแลให้ท่านหยุด ยาไม่ครบก่อนการผ่าตัด ร้อยละ 74.2 และพยาบาลไม่แนะนำการปฏิบัติตนก่อน-หลังการผ่าตัด ร้อยละ 72.5 ส่วนเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองไม่ เหมาะสม คือ กรณีเข้ารับการตรวจโดยไม่มีญาติหรือเจ้าหน้าที่อยู่ด้วย ร้อยละ 19.8 รองลงมา คือ เหตุการณ์พบสุนัขหรือแมวบริเวณทางเดิน ร้อยละ 9.5 และเหตุการณ์ แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่มี สีหน้าบูดบึ้งไม่พอใจ ร้อยละ 8.3 ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้ปัจจุบันมีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และให้ ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยบางส่วนยังคงมีลักษณะ แบบเดิม คือ การให้ความเคารพศรัทธาในวิชาชีพแพทย์ โดยมักมอบความไว้วางใจให้กับแพทย์อย่าง เต็มที่ ผู้ป่วยเป็นเพียงผู้รับการรักษา และมักไม่ทราบถึงแนวทางการรักษา การใช้ยา หรือคุณสมบัติ ของยาแต่ละชนิดที่แพทย์สั่ง ส่วนเรื่องการนำญาติมาด้วยนั้นน่าจะเป็นเพราะภาวะทางสังคมและ เศรษฐกิจ ทำให้ญาติไม่สามารถมากับผู้ป่วยได้ เนื่องจาก การทำงานหรือการพักอาศัยอยู่คนละที่ นอกจากนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ยังเน้นย้ำความสำคัญของการมีญาติมาด้วยไม่มากพอ

5.2 ความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

การรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน โดยการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการ มีทิศทางความสัมพันธ์แปรตามไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ส่วนการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง มีทิศทางความสัมพันธ์แปรผกผันกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

แม้โดยภาพรวมแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการว่าไม่ปลอดภัย มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยระดับสูง และมีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเองในระดับเหมาะสมที่สุด ซึ่งแสดงถึงความสนใจตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของการมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่ในมิติของโรงพยาบาลกลับพบว่า แผนกบริการมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.3) มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการไม่ครบถ้วนถูกต้อง และแผนกบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.0) มีการปฏิบัติกระบวนการสร้างการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัยในระดับพอใช้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เชื่อมโยงให้เห็นว่าการรับรู้ความปลอดภัยในการให้บริการและการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง ดังนั้นโรงพยาบาลซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และมีจุดเน้นในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรพิจารณาถึงประเด็นของการพัฒนาการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดแนวทางในการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัย ดังนี้

1. พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการมารับบริการ และบทบาทของผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง โดยใช้กระบวนการสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้

- 1.1 พัฒนาระบบการสร้างการเรียนรู้ ลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาลลง เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจในมิติความปลอดภัยที่โรงพยาบาลดำเนินการไปแล้ว ตลอดจนสิ่งที่หรือบทบาทที่ผู้ป่วยช่วยทำได้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่น การให้ผู้ป่วย

มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น เสนอความปลอดภัยที่ต้องการ จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วย จัดมุมการเรียนรู้สร้างประสบการณ์การดูแลตนเองให้ผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

1.2 พัฒนาศักยภาพการสื่อสารและการสร้างการเรียนรู้แก่ผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ โดยเน้นการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยวาจาที่สุภาพ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ภาษาอังกฤษ และภาษาทางวิชาการกับผู้ป่วย รวมถึงการส่งเสริมการใช้สื่ออื่น ๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ วิดีโอ รูปภาพ ในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจหรือสร้างการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วย

1.3 ปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อม อาคาร และสถานที่ ให้เอื้อต่อการเรียนรู้ มีความปลอดภัยในการให้บริการ เช่น การปรับปรุงพื้นผิวทางเดินให้เรียบ จัดมุมฝึกทักษะการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน จัดบอร์ดนิทรรศการเผยแพร่ผลงานการพัฒนาระบบบริการที่ปลอดภัยของโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยรับรู้ และตรวจสอบความปลอดภัยของอาคารสถานที่เป็นประจำ เป็นต้น

2. พัฒนาศักยภาพทุกระดับของโรงพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ เช่น การจัดอบรมเจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ การจัดดูงานความปลอดภัยของหน่วยงานอื่น การส่งเสริมการศึกษาต่อเกี่ยวกับงานความปลอดภัย เป็นต้น เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินกิจกรรมการสร้างความปลอดภัย ตลอดจนสามารถนำไปใช้ปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานของตนให้เกิดความปลอดภัย เป็นมาตรฐาน

3. สร้างบริบทและขั้นตอนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลให้ชัดเจนในเรื่องการลงนามใบยินยอมการรักษา หากเจ้าหน้าที่สามารถให้ผู้ป่วยลงนามใบยินยอมการรักษาได้ จะต้องอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ตรวจรักษา โดยผู้ป่วยต้องผ่านกระบวนการตรวจและได้รับการอธิบายถึงแนวทางการรักษาจากแพทย์จนเข้าใจตามสิทธิผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว

4. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยตระหนักถึงความปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นได้จากสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข และแมว เป็นต้น โดยไม่ควรนำอาหารมาเลี้ยงสัตว์เหล่านี้ในโรงพยาบาล เพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายจากความดุร้าย และการเป็นพาหะนำโรค

5. สร้างและพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาล ให้มีหัวใจของงานบริการ เข้าใจ เห็นใจ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย เน้นการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ สามารถแสดงบทบาทหรือสิ่งที่ทำได้ให้เกิดความปลอดภัยเมื่อมารับบริการ

6. การจัดกิจกรรมการสร้างความปลอดภัย และกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปลอดภัยและบทบาทของตนเองในการสร้างความปลอดภัยนั้น ควรมีการคำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ และระดับการศึกษาของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับความปลอดภัยในบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในบริการให้ครบถ้วนถูกต้อง สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ป่วย
2. ควรมีการศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับรูปแบบโรงพยาบาลแห่งการเรียนรู้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล ปรับปรุงกระบวนการสร้างการเรียนรู้ตลอดจนออกแบบการจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เอื้อหรือส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้รับบริการเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง
4. ควรมีการศึกษาครั้งต่อไป โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงบทบาทของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมที่สุด
5. ควรมีการศึกษาซ้ำในโรงพยาบาลที่ขนาดเท่ากัน แต่บริบทของโรงพยาบาลต่างกัน เพื่อศึกษาผลที่ได้จากการกลุ่มประชากรอีกลักษณะหนึ่งว่ามีความแตกต่างหรือเหมือนกันอย่างไร

PATIENT PERCEPTIONS OF HOSPITAL SAFETY

Lt.CHARUWAN KHAMPRASERT WRTN. 4637247 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS: CHANUANBTONG TANASUKARN Dr.P.H, PARANEE VATANASOMBOON,
Ph.D., TARADOL KENGKARNPANICH M.A.

EXECUTIVE SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Under the rapid change of globalization, Thailand's health services have been improved significantly in terms of treatment technology and interest of human right protection. Continuous health service development was also influenced by the high level of business competition. Quality of health services was expected highly by the patients in terms of no mistake in every step of health service, access to information, and patient satisfaction or feed back should be allowed. This situation made various organizations realized the significance of the safety and expectation problems and many studies have been carried out in order to find the resolutions whereby patients' safety has been emphasized as the principal policy of health system management in order to prevent mistakes of health services that may occur in any patients.

Even though most hospitals have provided the standard health services coupled with the safety standard guideline, of many systems aiming to reduce the risks and minimize mistakes in providing health services but mistakes remain. Therefore, it is necessary to rethink about those systems or safety standards executed which were usually only determined the health service providers without the participation of service receivers. In reality, the health service providers expected that the health service safety must be implemented in accordance with the safety standards and responsive to the patients' need and perception related to health service safety.

The higher relevance of these two factors is the safety service as part of hospital quality. From the forementioned issues, the researcher was interested in assessing the patients' perception about hospital safety with the aim to utilize the information for developing a plan to improve hospital service system to reach high level quality and ethical safety standard which will lead to achieving higher satisfaction level of the service receivers.

Research Questions

1. What are the patients' perceptions about standardized hospitals safety?
2. What are the patients' perceived roles in creating safety for themselves when seeking health care?
3. What are the patients' behaviors for their own safety when seeking health care?
4. Is there any relationship among safety activities implemented by the Service Department, learning process about safety implemented by the Service Department and patients' perceived safety about health services?
5. Is there any relationship between patients' perceived safety about health services, patients perceived roles in creating safety for themselves, and patients' safety behaviors performing for their own safety?
6. Is there any relationship between personal characteristics and patients perceived health service safety and perceived roles in enhancing safety for themselves

Research Objectives

To study patients' perceived hospital safety, perceived roles and behaviors in creating safety for themselves; and factors affecting patients' perceived hospital safety, perceived roles and behaviors in creating safety for themselves.

Research Hypotheses

1. There is a relationship between safety activities implemented by the Service Department, learning process about safety implemented by the Service Department and patients' perceived safety about health services.

2. There is a relationship between personal characteristics in regard to sex, age, education level, income, and experience of getting mistakes from health services, and patients perceived health service safety and perceived roles in creating safety for themselves.

3. There is a relationship between patients perceived health service safety and behaviors to create safety for themselves.

4. There is a relationship of patients' perceived roles and behaviors in creating safety during getting hospital services.

Research Variables

1. Independent Variables:

1.1 Socio-demographic factors in regard to sex, age, education level, income, the department that the patients received the services, and the experience of having mistakes from getting health services.

1.2 Safety activities executed by the Service Departments, process of providing services of the organization which included following factors : 1) incorrect patient identification ; 2) surgery ; 3) patient recording ; 4) finance ; 5) treatment consent ; 6) medical instruments / supplies ; 7) property lost while seeking hospital services ; 8) hospital sanitary environment ; 9) accident / injury prevention measures; 10) service dissatisfaction or complaints; and 11) incorrect medication giving.

1.3 Learning process about safety executed by the Service Departments which included communication and participation process, and management of the environment.

2. Dependent Variables:

2.1 Patient's perceived health service safety level

2.2 Patient's perceived roles in creating safety for themselves

2.3 Patients' behaviors in creating or precaution safety for themselves while seeking hospital service

Research Methodology

This study was a cross-sectional survey research aiming to assess patients' perception in the area of hospital safety.

Population and Sampling

The population of this study consisted of 2 groups as follows:

1. Patients or guardians (in case of children) who came to seek services at the Out-and In-patient Departments whose ages were 18 years and higher during January-March, 2007.

2. Staff of Out- and In-patient Departments who were not the heads of the service units and the staff who were responsible for risk management in each service unit.

Sampling

1. Patients

The sample size was calculated by applying the formula developed by Yamane (1973 : 725 cited in Buntham Kitpreedaborisuthi, 1992 : 68) 400 samples were needed and the selection process were as follows :

Step 1 : The service units of the hospital were categorized into 2 groups in accordance with service characteristics. The service units were selected by using the following criteria: 1) the units that were the main units of the hospital ; 2) the units in both the Out- and In-patient Departments that have Relevant health

service characteristics; 3) the distribution of data regarding male and female patients ; and 4) the types of health services in regard to general and special wards.

Step 2 : Calculating the sample size of each service unit. From the sample size of 400 patients, 50 percent of each group of the patients from the Out- and In- patients Departments were set up (50 : 50 proportion) and 200 patients from these two Departments were the sampled group. From each service unit, the probability proportional to size was employed to calculate the sample size.

Step 3 : The samples were selected from each selected service unit in accordance with the following criteria :

The Out – patient Department : 1) The patients or their relatives were ready physically and mentally and were able to answer the questionnaire ; 2) in case of the new patients, the patients or their relatives have received medical check-up by the physicians and received some documents, for example, medical prescription, medical appointment and recommendations from the clinic staff ; 3) incase that the patients have received medical service from the hospital for more than 1 time, the samples were selected from those who were waiting for the calls for medical check-up or for getting the medicine.

In – patient Department : 1) The patients or relatives who were ready physically and mentally to answer the questionnaire ; 2) those who have been hospitalized for longer than night ; and 3) in case of the patients who received surgical treatment, they must be in the rehabilitation period the operation.

2. Staff

2.1 Scoping the Sample Size. The Out-patient department was examined on all department staff. While the In-patient department was examined on 50% of all department staff .

2.2 Selecting the Sample size. In-patient department. Fifty percent of the staff were selected from all department staff. Staff were selected base on their number of years which they provided service in that department . The department heads and risk management staff were excluded because of their experiences and responsibility regarding risk management.

Research Instrument

The instrument used for collecting data was a set of questionnaires developed by the researcher, in accordance with the research conceptual framework and objectives. The content validity of each questionnaire was checked by the experts and the pretest was done in order to test the reliability of the questionnaires. There were 3 sets of the questionnaires as follows:

Set 1 : This set was the questionnaire for the patients concerning with perceived hospital safety which composed of 3 parts. Part 1 concerned with general information while part 2 concerned with the questions regarding perceived hospital safety and behaviors about creating safety for themselves. The questions of these two variables were parallel. The questions were covered all 11 services of risk management works : 1) incorrect patient identification; 2) surgery ; 3) patient recording; 4) finance; 5) treatment consent ; 6) medical instruments/ supplies ; 7) property lost while seeking hospital services ; 8) hospital sanitary environment ; 9) accident / injury prevention measures; 10) service dissatisfaction or complaints; and 11) incorrect medication giving. Part 3 was concerned with patients perceived roles in creating safety for themselves which were covered 5 patients' roles as follows : 1) being knowledge patients ; 2) keeping treatment history ; 3) participation with the health team ; 4) having relatives ; and 5) compliance.

Set 2 : this set was the questionnaire for the staff. It was concerned with learning process about the safety of service department in regard to 3 aspects of the activities or implementation of the service departments : 1) communication ; 2) participation ; and 3) management of the environment.

Set 3 : This set was concerned with the evaluation of the activities regarding creating hospital safety as regard to 11 aspects of risk management activities : 1) incorrect patient identification ; 2) surgery ; 3) patient recording ; 4) finance ; 5) treatment consent ; 6) medical instruments / supplies ; 7) property lost while seeking hospital services ; 8) hospital sanitary environment ; 9) accident / injury

prevention measures; 10) service dissatisfaction or complaints; and 11) incorrect medication giving.

Data Analysis

1. Descriptive Statistics

The data regarding personal characteristics, activities for hospital safety executed by the service departments, the learning process about safety, perception about hospital safety, patients' perceived roles in creating safety for themselves, and patients' behaviors in creating safety for themselves were analyzed by using the descriptive statistics including frequency, percentage, means, and standard deviation.

2. Analytical Statistics

2.1 The relationship between personal characteristics, perceived hospital safety, and perceived roles of the patients in creating safety for themselves were tested by using Chi-square at the significant level of 0.05.

2.2 The relationship between the activities for creating safety executed by the service departments, learning process about safety, and perception about hospital safety were tested by using Chi-square at the significant level of 0.05.

2.3 The relationship between perception about hospital safety, perceived roles in creating safety for themselves, and patients' behaviors in creating safety for themselves were analyzed by using Bivariate analysis, and Chi-square at the significant level of 0.05.

Results ad Discussion

1. Personal Characteristics

It was found that the highest percentage of the sampled patients were females (61.0%), the average age was 38 years, 43.5 percent were adults aged between

25-40 years, 73.0 percent had education level lower than Bachelor Degree, 69.2 percent had income not higher than 10,000 Bahts, and 40.7 percent had average monthly income of 5,001-10,000 Bahts. In the Out-patient and In-patient Departments, the units that most of the patients visit were the Internal Medicine Unit and the Obstetric Wards 2-3 (23.0% and 11.2% respectively). Most of the patients have not had experience about mistakes of medical services (>90.0%). For those ever had experience about medical service mistakes, 3.2 percent indicated that the mistakes occurred with themselves, while 2.2 percent and 1.8 percent cited that the mistakes happened with their relatives and friends/ other persons whom they know, respectively. Regarding the communication managed by the hospital that mostly helped them performed correct behaviors, those communication channels were : receiving suggestions from health personnel, posters with suggestions, and symbolic photographs (65.8%, 43.8%, and 29.5% respectively). Besides, most of the patients thought that they themselves have not participated in creating hospital safety (68.5%) while 31.5 percent thought that they have participated in creating hospital safety through the following activities: answering the questionnaire, sending the complaint letter, and having the representatives to attend the meeting (28.0%, 2.5% and 0.3% respectively).

2. Perception about Hospital Safety and its relationship with the activities for creating safety of the service departments and learning process about safety of the service departments

2.1 Perception About Hospital Safety

The highest percentage of the sampled patients had perceived hospital safety at the “high risk” level (45.5%) and other levels of perceived hospital safety were the “least safe”, “less safe”, and “safe” (43.0%, 11.2%, and 0.3% respectively). Almost half of sampled patients were found to have “less safe-safe” level of perceived hospital safety in regard to “financial” and “dissatisfaction” aspects (47.2% and 47.0% respectively). The unsafe situations that the patients indicated were “very risky-least safe” included : “smoke and burning smell in the hospital” (98.0%); “no blood-checking before giving blood transfusion” (97.5%); and “alternate blood sampled and blood examination slips of the patients” (96.5%). This situation may

occur due to the dissemination of the information about the prosecuted cases regarding medical treatment mistakes and the accessibility to the information about patients rights which helped the patients to be more alert and interested in hospital safety. Therefore, the patient can identify which event is caused by health services mistake and understand that what they should do when they seek hospital care. Regarding the unsafe situations more than half of the patients perceived that the situations represent “low risk-safe” are “dissatisfied faces expressed by physicians, nurses of health personnel” ; “making the loud noise of using some medical instruments by physicians, nurses, or health personnel” ; and “warm and unventilated waiting areas” (60.5%, 52.3%, and 50.7% respectively). This situation may be caused by the perceived relationship between Thai people and medical and nursing professions which mostly respect the service providers . Therefore, any kinds of service behaviors performed by physicians and nurses are perceived by the patients as highly beneficial, very few behavior ever regard as not safe. Besides, due to the low cost of the medical services provided by the government hospital, the patients do not have any choice, since they pay the low cost of the medical treatment. Thus, they had the low level of expectation from the hospital services comparing to the money that they have paid.

2.2 Relationship Between Perceived Hospital Safety and Activities for Creating Safety Executed by the Service Units

It was found that more than half of the patients (58.3%) of the service units have implemented the incomplete activities for creating safety in accordance with the standard set. Among 11 aspects of the safety activities, only 4 aspects were found to implement the complete activities. Those 4 activities were “accident / injury prevention measures”, “incorrect medication giving”, “medical instruments / supplies”, and “treatment consent”. For other activities, they were found to be implemented incompletely, another words, the level that need to be improved. The aspects that higher than 40 percent of the service units must be improved were : posting the note that patients must have caution about their own valuable things, the patients’ wards must be quiet and peaceful, and the clear instruction of the treatment procedures must be explained to the patients by the health personnel with their whole-

hearted willingness (58.3%, 50.0% and 41.7% respectively). The incompleteness of the safety-related activities may be due to the complexity of the services, the increasing numbers of the patients that caused more burdens to the personnel, the health personnel put more emphasis on responding immediately to the needs of the patients therefore they did not have enough time to work carefully or recognizing the importance of hospital safety.

Regarding perceived hospital safety, the data from observation have been compared with the patients' perception about unsafe health services received it was found that the aspects that the hospital pay full attention to perform but the patients still perceived that they were not safe were : accident / injury prevention measures, incorrect medication giving, medical instruments / supplies, incorrect patient identification, and surgery. These aspects are the safety dimensions that related to the treatment process but they were perceived by the patients that they were still at high risky even though they were implemented completely in accordance with the standard set. Therefore, it should consider that what types of learning activities health service staff should carry out, how to carry it out and how to perform the roles that the health service receivers are expected to do.

2.3 Relationship Between Perceived Hospital safety and Learning Process About Hospital Safety

It was found that the sampled service units could be able to implement learning process about hospital safety at only 2 levels : “moderate” and “need to be improved” (75% and 25% respectively). There was no service unit that its learning activities were evaluated as a “good” level. The activity that the high percentage of the health personnel (higher than 70%) implemented “sometimes – not at all” was “showing video about self-care” for example, dressing, injection, breast feeding, etc. Other activities were “organizing group activities for exchanging experiences among patients”, “self-care” and “establishing the place for patients to practice nursing care before discharge” (88.0%, 83.0% and 71.8% respectively). Besides, other important aspects that higher percentage of the health personnel were found to perform the activities “sometimes-no practice” were: using various communication channels to disseminate information about patients' safety, for

example, leaflets, posters, video tapes, etc. (57.2%); asking patients' opinions about treatment plan (52.9%), and persuading the patients to submit their complaints when they found risks or mistakes of the health services (59.0%). These findings may be due to the large number of the patients so the health personnel tried hard to implement their responsible work in order to serve the patients' needs immediately. Therefore, they did not consider the importance of communication and patient participation while they were implementing various activities because this study showed that there was the significant relationship between learning process about hospital safety and perceived hospital safety ($p=0.021$). This finding supported the hypothesis set.

3. The Relationship Between Personal Characteristics and Perceived Hospital Safety

It was found that there was the significant relationship between sex, education level, and perceived hospital safety ($p<0.05$) which supported the hypothesis set. No significant relationship was found between age, income, experience of having health service mistakes, and perceived hospital safety.

4. Patients' Perceived Roles in Creating Safety for Themselves and the Relationship Between Perceived Roles in Creating Safety and Personal Factors

4.1 Patients' Perceived Roles in Creating Safety for Themselves

The highest percentage of the sampled patients had a "high" level of perceived roles in creating safety for themselves (54.0%) and 46.0 percent had "moderate-low" level of perceived roles. Generally speaking it was found that most of the patients had a "high" level of perceived roles in all 5 aspects. Regarding the perceived role about "keeping their treatment history" more than half of the sampled patients (57.5%) perceived this role at the "moderate-low" level. This finding reflected the fact that the patients have access to various information about health service system so their perceptions about their roles were higher when they attended the clinics. The roles that one-fourth of the patients perceived at the "moderate – least" level were : "keeping their treatment history", for example, x-rays films,

records, etc.; “recording names and telephone numbers of the physicians or clinics that they can contact immediately”; and “asking the opinions from more than 1 physicians before deciding to select the treatment” (35.0%, 32.5%, and 32.3% respectively). These findings may be due to the fact that the patients treatment history are usually kept at the hospital and most of the Thai patients hold the traditional beliefs related to the fame of the hospital that they have decided to seek treatment which has high quality and perform no mistake. Besides, the patients are respect and feel confidence about their physicians, therefore when their physicians selected the medical treatment for themselves the patients will cooperate or follow the choices selected and do not want to ask the opinions of other physicians before selecting the treatment.

4.2 Relationship Between Perceived Roles

The study showed that education level related significantly with patients’ perception about their roles in creating safety for themselves ($p < 0.05$). This Finding supported the hypothesis set. For other factors, as sex, age, income, and the experience of getting mistakes from the health services received, no significant relationship was found between these factors, and perceived roles in creating safety for themselves.

5. Patients’ Behaviors in Creating Safety for Themselves and the Relationship Between Perceived Hospital Safety and Perceived Roles in Creating Safety for Themselves

5.1 Patients’ Behaviors in Creating Safety for Themselves

Most of the sampled patients (89.0%) had performed safety of themselves at the “most appropriate” level while 10.7% and performed safety at the “somewhat appropriate” and “not appropriate” levels. Of all 10 aspects of unsafe health services, most of the sampled patients ($>80\%$) had performed safety behaviors at the “most appropriate” level except for the aspects regarding “dissatisfaction” and “treatment consent” whereby the patients performed the at the “most appropriate” level (78.8% and 62.3% respectively). Regarding the aspect of “surgery” it was found that

three-fourth (75%) of the sampled patients had performed some aspects of safety behaviors at the “somewhat appropriate” level whereas the aspects that higher than half of the patients (>50%) had performed some safety behaviors at the “somewhat appropriate” level were “the patients or health team did not received all test results before the operation” (75.2%); “the physicians did not have the patients stopped using medicines completely before getting the operation” (74.2%); and “the nurses did not suggest the patients about self-care behaviors before and after the aeration” (72.5%). Regarding the unsafe events that the patients performed not appropriate behaviors to create safety for themselves were : “getting medical examination without having relatives or health personnel accompanied with” (19.8%); “there were dogs or cats on the foot-path” (9.5%) and “the dissatisfied faces expressed by physicians, nurses and health personnel” (8.3%). This finding revealed that even though at present, the consideration about patient rights has been emphasized including the importance of patient participation for decision making but some patients still have the traditional characteristics which included : respecting medical profession, trusting medical professions fully. The patients thought that they were only the service receivers who did not know the treatment procedures, medication or the good effects of each type of medicines prescribed by the physicians. Regarding “having their relatives accompanied with them”, it should be due to the socioeconomic situation that caused their relatives could not come with them because they have to work or they stay at the different places. Besides, the health personnel had insufficiently emphasized the significance of having their relatives accompanied them.

5.2 Relationship Between Perceived Hospital safety and Perceived Roles in Creating Safety

Significant relationship was found between perceived hospital safety and perceived roles in creating safety ($p < 0.05$). This finding was congruent with the hypothesis set. The perceived hospital safety was found to have the positive relationship with the patients’ behaviors in creating safety for themselves while negative relationship was found between perceived roles in creating safety and patients’ behaviors in creating safety for themselves.

Recommendations

Even though it was found that most of the patients perceived that the hospital safety was not safe, had a “high” level of perceived roles in creating safety for themselves, and performed the most appropriate” level of safety behaviors. These findings revealed the patients interest and awareness of the importance of hospital safety, but in regard to the hospital itself it was found that 58.3 percent of the service units performed the activities for creating hospital safety incompletely. It was also found that most of the service units (75.0%) performed learning process for helping the patients learned about safety at the “moderate” level. It was also found that perceived hospital safety and patients perceived roles related significantly with patients’ behaviors in creating safety for themselves. Therefore, the hospital that has been accredited and has emphasized the safety of the patients should consider the issue regarding the development of patients’ learning and participation with the aim to set up a guideline for enhancing quality and safe health service system, as follows :

1. The hospital which target in becoming the learning organization by emphasizing on helping patients learned about hospital safety, patients’ roles in performing and creating safety activities for themselves, by using communication and participation process and management of environment, as follows :

- 1.1 The process of learning, development should be done by reducing the gap between patients and the hospital in order to enhance the patients understanding the safety activities that the hospital has been done including the activities or the roles that patients can do for creating hospital safety, for example, having patients participated in sharing opinions and expressed their needs about safety, organizing group activities for discussion among the patients, establishing a learning corner, having patients and their relatives practice self-care while seeking hospital care, etc.

- 1.2 The hospital should organize the activities aiming to develop communication skills and behavior change skills for the health personnel by emphasizing on communicating with patients by using nice and polite words, avoiding medical terms, English and academic terms. The using of various media

should be encouraged, for example, leaflets, video tape, photographs, etc. in order to help patients learn.

1.3 The improvement of the physical environment, buildings, and hospital areas should be done to enable patients learning and safety. For instance, improving a walk way, establishing the learning corner where patients and their relatives can practice self-care behaviors before discharge, displaying the bulletin board to show the activities about the development of hospital safety system in order to help patients perceive correctly on hospital safety, and checking the safety of the buildings and hospital areas regularly, etc.

2. Every level of personnel should be developed in order to help them gain more knowledge, understanding and be aware of the significance of carrying on hospital safety activities. The activities may include : organizing a training program of every hospital personnel about hospital safety, organizing a field-study for hospital personnel in order to learn about other organizations' hospital safety programs; promoting hospital staff to take continuing program of study about hospital safety programs, etc. these aforementioned activities will help the hospital personnel gain more knowledge and share experiences about organizing safety development activities including, applying their knowledge to improve their own work to reach the safety standards.

3. The context and working procedures of the hospital should be set clearly in regard to the treatment consent. If the health personnel can be able to have the patients signed the treatment consent form the patients must be responsible by the physicians. The patients need to go through all examination processes and have been explained by the physicians about the treatment procedures and they should understand the procedures, in accordance with the patients' right.

4. Because it was found that 34.3 percent of the patients perceived that it was safe when they found dogs or cats on the hospital foot-paths, the health personnel and the patients should be promoted to be aware of the unsafe situation that may be caused by pets, for example, dogs, cats etc. therefore, they should not give food to

those animals in the hospital since they may be dangerous and may be a disease carrier.

5. As it was found that 41.7 percent of the patients performed safety related activities incompletely, it is recommended that service-minded every level of health personnel should be developed and strengthened including helping them to understand, sympathize with, recognize the importance of patients safety and emphasize communication with and participation of patients in order to reduce the gap between patients and health personnel.

6. Because it was found that gender of the sampled patients related with perceived hospital safety and education level related with perceived hospital safety and perceived roles for their safety, it is recommended that in implementing safety activities and learning process about safety with the aim to enhance patients' perceived hospital safety and perceived roles related to gender and education level should be considered

Recommendations for Future Research

1. The study on service receivers' expectations regarding hospital safety should be carried out in order to develop and improve hospital safety activities accordingly with the safety standards and service receivers' expectations.

2. The study on service receivers' opinions regarding the learning hospital model should be done in order to utilize the data for personnel development, to improve learning process, and design the hospital environment to be cohesive to or to promote patients' learning.

3. The factors affecting the development of the safety culture in a hospital should be carried out in order to utilize the data for promoting the health personnel in performing hospital safety activities continuously.

4. The qualitative study of this study topic should be done by collecting the data concerning the factors affecting the patients' safety-related roles so that the data will be useful for promoting patients to perform the most proper roles.

5. This type of this study should be repeated in the hospitals of the same size but having different contexts in order to develop more understanding of the issue and generalizing the result for setting a perform practice guideline based on a patient 's point of view as patient focus approach such as policy or sociocultural location.



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กมลรัตน์ เหล้าสุวงษ์. (2527). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มหามงกุฎราชวิทยาลัย.
- แก้วกล้า มีชัยโย (2551).ทฤษฎีการเรียนรู้,[on line] สาระสังเขปจาก <http://www.tumcivil.net/engfanatic/function/print.php> (11 พฤษภาคม 2551)
- โกวิท พวงงาม. (2541). การวางแผนการพัฒนาตำบล แบบมีส่วนร่วมทำให้ อบต.เข้มแข็ง. วารสารพัฒนาชุมชน, 37(3),67.
- กุนฑรี ก้องสมุทร. (2532). การรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนในภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยา สุวรรณแสง. (2536). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา.
- คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร. (2548). หน้าที่ผู้ป่วย. อุดรธานี.
- จตุรงค์ บุญรัตน์สุนทร. (2530). การพัฒนาชนบทของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : ยูนิเพริเคชั่น.
- จรัส พรหมอยู่. (2526). ความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- จำเนียร ช่างโชติ และคณะ.(2525). จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศาสนา.
- ฉวีวรรณ โกมลิลล. (2544). การรับรู้ต่อสิทธิผู้ป่วยของคนไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมพล ดันสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์
- ชาคริต บุญชัยศรี. (2542). การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแรงงานของพนักงานบริษัทสำรวจและผลิตก๊าซธรรมชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม บัณฑิตวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ ตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียน (อสร.) เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร เขตบางเขน. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์),สาขาการพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .
- ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์. (2541). คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกการบริหาร โรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรนนท์ พุ่มหมอก. (2543). การรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของบุคลากรทีมสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิกรณ์ สันหจริยา. (2541). การได้รับ และการใช้สิทธิผู้ป่วย ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรค ที่ได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาภรณ์ จัยวัฒน์ และไพบุลย์ ดาวสดไธ (2546). การศึกษาประเมินการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับ ยารักษาและป้องกันโรค : กรณีศึกษา 5 อำเภอ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (on line). สาระสังเขปจาก : <http://sts scholar.nstda.or.th> (11 พฤษภาคม 2551)
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประหยัด ชิดทอง. (2540). รายงานการวิจัย เรื่อง การรับรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติตามจรรยาบรรณครูโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตการศึกษา 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการคุรุสภา กระทรวงศึกษาธิการ.
- ปรียาภรณ์ เตียยะกุล. (2540). บทบาทที่คาดหวังและปฏิบัติจริงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในภาคกลาง ตามการรับรู้ของผู้บริหารสาธารณสุขระดับกระทรวง ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผะอบ นมะตร์. (2526). สังคมวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ที่แผนกบริการกลาง อธิการบดี
พระราชวังสนามจันทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ – ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. ปี พ.ศ. 2524.

พนมพร ภูสีเขียว. (2543). การรับรู้การยอมรับ และการปฏิบัติต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล
จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษา
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณและคณะ. (2538) วิธีวิจัยในงานสาขารณศาสตร. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก.

มนจิรา ถมัยรักษ์สัตว์. (2545). การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่ของนักเรียนอาชีวศึกษา
ในเขต 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาลินี จุฑะรพ. (2539) จิตวิทยาการเรียนการสอน. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: อักษราพิพัฒน์.

ยุพา รัตนเวฬุ. (2545). การรับรู้สิทธิผู้ป่วยและความต้องการเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของผู้ติดเชื้อเอดส์
จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

โยธิน คันสนยุทธ และคณะ. (2533). จิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ราณี วิริยะเจริญกิจ. (2535). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริง
ของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (on line).
สาระสังเขปจาก : <http://202.28.25.165/research/dbtabc/showsel.php3> (10 พฤษภาคม 2551).

ลออ หุตางกูร. (2529). จิตวิทยาเบื้องต้น. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณสิทธิ วทยเสวี. (2526). คู่มือการศึกษาพระพุทธศาสนาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเนบ
พานิรนนท์.

วาสนา นารักษ์. (2542). การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของประชาชนในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการโครงการสวัสดิการ
สังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

วิมลมาศ สมใจ. (2542). การรับรู้บทบาทการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีในเขตภาคเหนือ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วีณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพฯ :
ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- วีระพงษ์ เกลิมจิระรัตน์ และวิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2535). วิศวกรรมและการบริหารความปลอดภัยใน
โรงงาน. กรุงเทพฯ : เอเชียเพรส.
- วีรวรรณ บุญทริก. (2540). ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย : กรณีศึกษาผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหาร
กฎหมาย การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย . มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542). ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล. (2546). Patient Safety : Concept and Practice.
นนทบุรี : บริษัทไชร์ จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วี.เจ.
พรินต์.
- สมใจ รัตนศรีทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างการบริการเชิงรุก การมีส่วนร่วมในการบริการกับความพึงพอใจ
ในการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดนครสวรรค์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรรพวิช อัสวเรืองชัย.บทความทบทวนทางวิชาการ : ความปลอดภัยของผู้ป่วย.ใน Patient Safety :
Concept and Practice.นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำกัด.
- สุชา จันทน์เอม.(2540). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ ฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2547) ความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันหลักทางการเมืองและองค์กรอิสระ
ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ประสิทธิ์ภัณฑ์เอนด์พรินต์ ,.
- สัญญา ขาวสว่าง. (2543). การรับรู้การปฏิบัติงานของพัฒนากรในการสนับสนุนองค์การบริหาร
ส่วนตำบลในทัศนะของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล : กรณีศึกษาจังหวัด
สมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวนีย์ พันธพัฒนกุล. (2537). การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ หมู่บ้านดอกบัว ตำบลท่าวังทอง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2546). “ศัพท์” ว่าด้วยความไม่ปลอดภัย. ใน Patient Safety : Concept and Practice. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำกัด.

อรพินท์ สพอชชัย. (2538). การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพมหานคร :สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

อรุณ รักธรรม.(2539). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.

อริยญา พ่วงทรัพย์ (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติต่อสิทธิของผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมแพทยทหารบก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์. ความปลอดภัย. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

อำพล ชื้อตรง. (2543). ความปลอดภัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

ภาษาอังกฤษ

Allport, Gordon W. (1967). Pattern and Growth in 69 Personality New York : Holt Rienhart and Winston, Inc.,.

Anton J. Kuzel et al, (2004). Patient reports of Preventable Problems and Harms in Primary Health Care. (on line). Annals of Family Medicine, Inc. Available : <http://annalsfm.highwire.org>(Accessed 2005 , July 27).

Amy Bussian Bennett ,JD,MBA. (2005). Defining Patient Safety. (on line). Available : <http://www.psqh.com>. (Accessed 2005, November 14).

Bennett And Cohen, (1959) (on line). Bloggang_com : Available : (Accessed 2008, May 14).

Berger, K. J. & Williams,M.B. (1992). Fundamentals of nursing : Collaborating for optimal health volume I. Singapore : Appleton & Lange.

- Bradley Evanoff. Can We Talk? Priorities for Patient Care Differed Among Health Care Providers (on line). Available : <http://www.ahrg.gov/qual/advances>. (Accessed 2005, November 14).
- Broom, Leonard and Phillip Selznick. (1973). Sociology Fifty Edition. New York : Harper & Row Publisher.
- C A Vincent and A Coulter. (2002). Patient safety what about the patient? (on line). Available : <http://qshc.org> (Accessed 2005, July 16)
- Cohen ,John.M.and Uphoff Norman T. (1977). Development Participation : Concepts and Measure for Project Design Implementation and Evaluation. New York : The Rural Development Committee Center for international Studies Cornell University
- Erwin , William. (1976). Participation management : Concept Theory and Implementation. Atlanta : Georgia University.
- Finnegan, Marilyn. (1975). New Webster's Dictionary of the English Language. New York : Consolidated Book Publisher.
- Garrison K.C., Magoon R. (1972). Educational psychology. Columbus: Charles E. Meril Publishing Co.
- John G. Reiling. (2000). Creating a Culture of Patient Safety through Innovative Hospital Design. (on line). Available : <http://www.ahrg.gov/qual/advances>. (Accessed 2005, November 14).
- Kahn , Robert L, et al. (1964). OrganiZational Stress : Studies in Role Conflict and AmbuiQuity. NewYork : John Wiley & Sons.
- King, I.M. (1981). A theory for nursing : System, Concepts, process. NewYork : John Wiley & Sons. .
- Louis Harris & Associate. (1997). Public Opinion of Patient safety Issues Research Finding (on line). Available: <http://www.npsfh.org> (Accessed 2005, November 14) .
- Linton, Ralph. (1956). Culture and Mental Disorders. Spring Field III, Chartes C. : Thomas Publisher.
- Lum, J.L. and Role. (1979). Theory : In Childbearing a nursing Perspective. Philadelphia : P.A. Davis Company .

- Matteson,M.A., McConnell,E.S.,& Linton,A.D. (1997). Gerontological nursing. (2nd ed.). Philadelphia : WB.Saunders.
- Molzahn ,A.E.,& Northcott,H.C.(1989).The social bases of discrepancia in health / illness perceptions Journal of Advanced Nursing,14,132-140.
- Nation Patient Safety Foundation. (2003) Safety As You Go from Hospital to Home. (on line). Available : <http://www.npsfh.org> (Accessed 2005, November 14).
- Nation Patient Safety Foundation .(2003). What You Can Do To Make Healthcare safer. (on line). Available : <http://www.npsfh.org> (Accessed 2005, November 14)
- Nichol,F,H.and Humenick.(1988). SS.childbirth Education : Practice , Reseach , and Theory. Philadephia:Philadelphia:W.B Saunders company,
- Orem, D. (1985). Nursing: Concepts of Practice. 3nd.Ed. New York: MC Graw Hill Book Co.,
- Palank,C.L. (1991). Determinants of health promotion behavior.Nursing Clinics of North America, 26 (4),815-831.
- Princition, Joy and el. al. (1973). Maternity Nursing Today. New york : Mc Graw – Hill Book Company.
- Richard L. Street Jr. and Ryan A. Garcia. (2001). Patient Participation Critical To Accurate (on line). Available: <http://www.tamu.edu/univrel/aggiedaily/news/stories/01/111301-4.html> (Accessed 2006, january 19).
- Roy, S.C. (1991). “Sense” In The Roy Adaptation Model : The definitive statement. Connecticut : Appleton & Lange.
- Russel G. Robertson,MD. (2005).Communication in the Hospital. (on line). Available : <http://www.healthlink.mcw.edu>. (Accessed 2006, january 31).
- Schaffer, K.F. (1981). Sex role and human behavior. Cambridge : Winthrop .
- Sill,D.L. (1968). International Encychopedia of the Social sciences. New York : The Millan Co.,The Ferr Press.
- Strasser, marland K.el al.(1965). Fundamentals of safety Education. New York : The McMilan.
- Texas Health Resources Inc. (2005). Sings of Hospital Safety. (on line). Available : <http://www.Texashealth.org> (Accessed 2005, November 14).

Twaddle,A.C. (1981). Sickness behavior and the sick role.Massachusetts : Schenkman Publishing Company.

The American Heritage Dictionary of the English Language, Fourth Edition. (2000). Houghton Mifflin Company. (on line). Available: <http://www.bartleby.com/61/74/R0287400.ht> (Accessed 2005 ,November 14) .

United Nation. (1975). Population Participation in decision Making for Development. New York : United Nation Publication .

Weissfeld, J.L., Kirscht, J. P., & Brock, B.M. (1990). Health beliefs in a population : The Michigan blood pressure survey. Health Education Quarterly, 17 (2), 141 - 155

Rockville, MD.20 Tips to Help Prevent medical Errors (patient fact sheet). AHRQ Publication No. 00-PO38 February 2000. Agency for Healthcare Research and Quality, (on line). Available : <http://www.ahrg.gov/consumer/20tips.htm> (Accessed 2006, November 2).

Research and Quality (AHRQ) Publication No. 0038, February 2000. (on line). Available : <http://www.ahrg.gov/consumer/20tips.htm> (Accessed 2005, November 14).



ภาคผนวก ก

สำหรับผู้ป่วย - **แบบสอบถาม****เรื่อง การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล**

เรียน ผู้ป่วยที่เคารพ

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท สาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยทำการวิจัยในเรื่อง การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยมีคำชี้แจงดังนี้

1. แบบสอบถามชุดนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อการศึกษาเท่านั้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. คำตอบของท่านไม่ว่าถูกหรือผิด ไม่มีผลต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตามความคิดเห็นของท่าน ให้ครบทุกข้อ
3. ข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านตอบลงในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีผลต่อการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับ และจะนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในลักษณะรวม ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่วงการศึกษาศาธารณสุขต่อไป

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามและให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่งมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ร.อ.หญิงจารุวรรณ ขำประเสริฐ ร.น.

นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาสาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบสอบถามชุดที่ 1

การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริง หรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (บริบูรณ์)

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

() 1. ไม่ได้ศึกษา

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา

() ตอนต้น

() ตอนปลาย

() 4. ปวช.

() 5. อนุปริญญา/ปวส.

() 6. ปริญญาตรีขึ้นไป

4. อาชีพ

() แม่บ้าน / พ่อบ้าน

() นักเรียน / นักศึกษา

() เกษตรกร / ปศุสัตว์

() รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ

() ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย

() รับจ้าง

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โปรดระบุ.....บาท.

6. แผนกที่ท่านมารับบริการในครั้งนี้

- ☐ ห้องตรวจโรคอายุรกรรม ☐ อายุรกรรมชาย
☐ พิเศษ 4 ☐ ห้องตรวจโรคศัลยกรรม
☐ อายุรกรรมหญิง ☐ กุมาร 2
☐ ห้องตรวจสูติ - นรีเวชกรรม ☐ ศัลยกรรมชาย
☐ ห้องตรวจโรคกุมาร ☐ ศัลยกรรมหญิง
☐ ห้องตรวจโรคจักษุกรรม ☐ สูติ 2 - 3

7. เหตุการณ์ที่เป็นความผิดพลาดจากการรักษาหรือกระบวนการให้บริการของโรงพยาบาลเคยเกิดขึ้นกับท่าน ญาติ และเพื่อนหรือไม่ หากเคยโปรดระบุเหตุการณ์เป็นอย่างไร

ตนเอง	ญาติ	เพื่อนหรือคนรู้จัก
☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุเหตุการณ์	☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุเหตุการณ์	☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุเหตุการณ์
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.

8. ท่านคิดว่าการสื่อสารที่ทำให้ท่านสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อมารับบริการจากรพ.ฯ เกิดจากวิธีใด

- ☐ อ่านป้ายข้อความแนะนำ
☐ ป้ายสัญลักษณ์รูปภาพ
☐ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่
☐ อื่น ๆ ระบุ.....

9. ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างระบบบริการที่ปลอดภัยของโรงพยาบาล

() มี

() ไม่มี

ถ้า มี ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างระบบบริการที่ปลอดภัยของรพ.๑ด้วยวิธีการ

() ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการผ่านผู้รับเอกสาร

() ส่งตัวแทนผู้รับบริการเข้าร่วมประชุมกับรพ.๑

() เขียนจดหมายร้องเรียนถึงผู้อำนวยการรพ.๑

() อื่น ๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความปลอดภัยในการใช้บริการของโรงพยาบาล

- คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านว่ามีอันตรายมากน้อยเพียงใด ในกรณีของเหตุการณ์ที่พบเห็นจากการดำเนินงานกิจกรรมของโรงพยาบาล และใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องการปฏิบัติที่ตรงกับสิ่งที่ท่านทำหรือ คิดจะทำเมื่อมีกรณีของเหตุการณ์เหล่านั้น
- อันตรายมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความเสี่ยงหรือมีความ "ไม่ปลอดภัยมากที่สุดต่อผู้ป่วย"
- ค่อนข้างอันตราย หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความเสี่ยงหรือมีความ "ไม่ปลอดภัยมากต่อผู้ป่วย"
- อันตรายน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความเสี่ยงหรือมีความ "ไม่ปลอดภัยเพียงเล็กน้อยต่อผู้ป่วย"
- ไม่อันตราย หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า "ไม่มีความเสี่ยงหรือความ "ไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย"

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น			การปฏิบัติ	
	อันตรายมาก	ค่อนข้างอันตราย	อันตรายน้อย	ไม่อันตราย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้
1. เจ้าหน้าที่เรียกผู้ป่วยชื่อเหมือนกันเข้าตรวจโดยไม่ระบุนามสกุล					☐ บอกญาติ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
2. เลือดและใบส่งตรวจเลือดของผู้ป่วยสลับกัน					☐ บอกญาติ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
3. ประวัติการรักษาที่แพทย์อ่านไม่เข้าใจท่าน ขณะท่านเข้ารับการรักษา					☐ บอกญาติ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
4. โรงพยาบาลไม่แนะนำการปฏิบัติตนก่อน – หลังการผ่าตัด					☐ บอกญาติ ☐ ขอเลื่อนการผ่าตัด ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ขอเปลี่ยนแพทย์ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ ฟ้องร้อง ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ อื่น ๆ ระบุ

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น				การปฏิบัติ	
	อันตรายมาก	ค่อนข้างอันตราย	อันตรายน้อย	ไม่อันตราย	ทำนปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้	
5. ท่านหรือทีมผู้รักษาได้รับผลการตรวจเลือดไม่ครบก่อนการผ่าตัด					☐ บอกลยติ ☐ ขอเปลี่ยนแพทย์ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ อื่นๆระบุ	☐ ขอเลื่อนการผ่าตัด ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง
6. แพทย์ผู้ดูแลให้ท่านหยุดยาไม่ครบก่อนการผ่าตัด					☐ บอกลยติ ☐ ขอเปลี่ยนแพทย์ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ อื่นๆระบุ	☐ ขอเลื่อนการผ่าตัด ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง
7. ประวัติการรักษาของผู้ป่วยสูญหาย					☐ บอกลยติ ☐ อยู่เฉยๆ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ ฟ้องร้อง	☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ อื่นๆระบุ.....
8. เขียนชื่อ – สกุล ของผู้ป่วยผิด					☐ บอกลยติ ☐ อยู่เฉยๆ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ ฟ้องร้อง	☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ อื่นๆระบุ.....
9. เจ้าหน้าที่คัดกรองสิทธิการรักษาไม่ถูกต้อง					☐ บอกลยติ ☐ อยู่เฉยๆ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ ฟ้องร้อง	☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ อื่นๆระบุ.....
10. เวชระเบียนของผู้ป่วยถูกส่งไปคนละแผนกกับผู้ป่วยต้องการตรวจ					☐ บอกลยติ ☐ อยู่เฉยๆ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ ฟ้องร้อง	☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ อื่นๆระบุ.....
11. เจ้าหน้าที่คัดกรการรักษาพยาบาลผิดไม่ตรงกับบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับ					☐ บอกลยติ ☐ อยู่เฉยๆ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ ฟ้องร้อง	☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ อื่นๆระบุ.....

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น			การปฏิบัติ	
	อันตราย มาก	ค่อนข้าง อันตราย	อันตราย น้อย	ไม่ อันตราย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้
12. เจ้าหน้าที่เป็นผู้บอกให้ท่านลงนามยินยอมทำการรักษา					☐ ปริญญาบัตร ☐ ขอคำแนะนำจากแพทย์ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
13. กรณีไม่ได้รับการอธิบายถึงเหตุผลในการต้องลงนามยินยอมรักษาก่อนได้รับการรักษา					☐ ปริญญาบัตร ☐ ขอคำแนะนำจากแพทย์ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
14. กรณีไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการรักษา ก่อนการลงนามยินยอม					☐ ปริญญาบัตร ☐ ขอคำแนะนำจากแพทย์ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
15. กระเป๋าใส่ดวงจิต / โทรศัพท์มือถือหาย					☐ ระงับทรัพย์สินตนเอง ☐ บอกลูก ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น				การปฏิบัติ	
	อันตราย มาก	ค่อนข้าง อันตราย	อันตราย น้อย	ไม่ อันตราย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้	
16. รถยนต์จอดไว้ถูกขูดขีด					☐ ระวังทรัพย์สินตนเอง ☐ บอกลยดี ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ
17. เสื้อผ้าผู้ป่วยไม่มีเสื้อคลุม					☐ ขอเปลี่ยนเครื่องมือ / เครื่องใช้ / อุปกรณ์ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ	☐ บอกลยดี ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
18. เสื้อผ้าผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีรอยคราบต่าง ๆ					☐ ขอเปลี่ยนเครื่องมือ / เครื่องใช้ / อุปกรณ์ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ	☐ บอกลยดี ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
19. เตียงรถเข็นผู้ป่วยสกปรก					☐ ขอเปลี่ยนเครื่องมือ / เครื่องใช้ / อุปกรณ์ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ	☐ บอกลยดี ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น				การปฏิบัติ	
	อันตราย มาก	ค่อนข้าง อันตราย	อันตราย น้อย	ไม่ อันตราย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้	
20. กรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์ในการรักษาที่มีเสียงแล้วเสียง หยุดลง เช่น เสียงเครื่องช่วยหายใจ					☐ ระวังทรัพย์สินตนเอง ☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ
21. กรณีการต่อออกซิเจนแล้วเกิดแรงอัดอากาศเสียงดัง					☐ ระวังทรัพย์สินตนเอง ☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ
22. เครื่องวัดความดันชำรุด					☐ ระวังทรัพย์สินตนเอง ☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ
23. ลิฟต์ของโรงพยาบาลจัดซื้อ					☐ ระวังทรัพย์สินตนเอง ☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น				การปฏิบัติ	
	อันตราย มาก	ค่อนข้าง อันตราย	อันตราย น้อย	ไม่ อันตราย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้	
24. ไฟฟ้าดับเป็นเวลานาน					☐ ระวังทรัพย์สินตนเอง ☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ อยู่เฉย ๆ
25. มีควันไฟ / กลิ่นไหม้ในโรงพยาบาล					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
26. น้ำไม่ไหล					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
27. ห้องน้ำมีกลิ่นเหม็น					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
28. ส่วนเติม					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น				การปฏิบัติ	
	อันตราย มาก	ค่อนข้าง อันตราย	อันตราย น้อย	ไม่ อันตราย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้	
29. น้ำประปารั่ว					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
30. พบสัตว์ เช่น หนู แมลงสาบ ในหอผู้ป่วย / ใน ตรวจรักษา					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
31. พบสุนัขหรือแมวบริเวณทางเดิน					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
32. พบห้องน้ำไม่สะอาด					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
33. พบขยะถึงเคลื่อนบนพื้น					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น				การปฏิบัติ	
	อันตราย มาก	ก่อนซึ่ง อันตราย	อันตราย น้อย	ไม่ อันตราย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้	
34. พบเห็นขยะติดเชื้อใส่ถุงแดงไม่มีฝาปิด					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
35. โรงพยาบาลมีกลิ่นน้ำยาต่าง ๆ					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
36. ท่อน้ำทิ้งมีกลิ่นเหม็น					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
37. ชีวที่รพ. จัดให้รับประทานสุก ๆ ดิบ ๆ					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
38. อาหารของรพ. ที่มีกลิ่นหรือรสชาติผิดปกติ					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น				การปฏิบัติ	
	อันตราย มาก	ค่อนข้าง อันตราย	อันตราย น้อย	ไม่ อันตราย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้	
39. ผลไม้ในถาดอาหารเน่า					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
40. น้ำดื่มของโรงพยาบาลมีกลิ่นเหม็น					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
41. พื้นบริเวณทางเดินไม่เรียบ ขรุขระ เป็นหลุม					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
42. ภายในอาคารมีแสงสว่างไม่เพียงพอ					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
43. บริเวณนั่งรอตรวจรออากาศไม่ถ่ายเท ร้อนอบอ้าว					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น			การปฏิบัติ
	อันควรรักษา	อันควรปรับปรุง	ไม่อันควร	
44. อาคารเก่าชำรุดทรุดโทรม				ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
45. กรณีพืชมื้อ – สกุด บนใบปิดผนึกนำเกลือไม่ตรงกับชื่อ – สกุดของผู้ป่วย				☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
46. กรณีที่พบว่าเกลือที่ได้รับไม่ตรงกับหมู่เลือดของตน				☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
47. กรณีที่ทราบภายหลังว่าเลือดที่ได้รับไม่ได้มีการการตรวจสอบก่อนให้				☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
48. ชื่อ – สกุด ที่อยู่บนฉลากยาไม่ตรงกับชื่อผู้ป่วย				☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น				การปฏิบัติ	
	อันตรายน้อย	อันตรายน้อย	อันตรายน้อย	อันตรายน้อย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้	
49. เกสเซอร์เขียนวิธีการใช้ยาที่ของยาไม่ชัดเจน					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
50. กรณีไม่มีวิธีการรับทราบท่านที่หน้าชองยา					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
51. วิธีการใช้ยานหลากหลายไม่ตรงกับคำอธิบายของแพทย์					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
52. กรณีได้รับยามีสีผิดเหมือนหมดอายุ					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น				การปฏิบัติ	
	อันตราย มาก	ค่อนข้าง อันตราย	อันตราย น้อย	ไม่ อันตราย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้	
53. กรณีได้รับการจัดยาต่างเวลาไปจากเดิม					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
54. อุปกรณ์การติดยาเปลี่ยนไปจากเดิม					☐ ซักถามข้อสงสัยจากเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ☐ อยู่เฉย ๆ	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ ปฏิเสธการใช้ยา ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
55. ยาที่ได้รับหมทก่อนวันนัด					☐ ซักถามข้อสงสัยจากเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ☐ อยู่เฉย ๆ	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ ปฏิเสธการใช้ยา ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
56. กรณีมีเข็มผู้ป่วยแล้วไม่พบผู้ป่วย (เข็มผู้ป่วยโดยไม่มี บอกก่อน)					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนข้อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ

เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	ความคิดเห็น				การปฏิบัติ	
	อันตราย มาก	ค่อนข้าง อันตราย	อันตราย น้อย	ไม่ อันตราย	ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้	
57. กรณีเข้ารับการตรวจรักษา โดยไม่มีญาติหรือเจ้าหน้าที่ อยู่ด้วย					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
58. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ มีสีหน้าดูบึ้งไม่พึงพอใจ					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
59. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ กระแทกสิ่งของเครื่องใช้ เสียงดัง					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
60. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ ไม่ให้คำอธิบายในขั้นตอน ต่าง ๆ ของการให้การรักษาทะเบียน					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ
61. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ ปลอมใจหรือนาน					☐ แจ้งเจ้าหน้าที่ ☐ เขียนชื่อร้องเรียน ☐ ฟ้องร้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บอกญาติ ☐ ขอเปลี่ยนรพ. ☐ อยู่เฉย ๆ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดที่ควรจะทำสำหรับในของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง

เกณฑ์ในการเลือกตอบมี ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	กรณีที่ท่านเห็นว่าเป็นบทบาทที่ควรจะทำมากที่สุด	(คิดเป็นร้อยละ 80 – 100)
มาก	หมายถึง	กรณีที่ท่านเห็นว่าเป็นบทบาทที่ควรจะทำเป็นส่วนมาก	(คิดเป็นร้อยละ 60 -79)
ปานกลาง	หมายถึง	กรณีที่ท่านเห็นว่าเป็นบทบาทที่ควรจะทำปานกลาง	(คิดเป็นร้อยละ 40 -59)
น้อย	หมายถึง	กรณีที่ท่านเห็นว่าเป็นบทบาทที่ควรจะทำเพียงเล็กน้อย	(คิดเป็นร้อยละ 20 -39)
น้อยที่สุด	หมายถึง	กรณีที่ท่านเห็นว่าเป็นบทบาทที่ควรจะทำน้อยที่สุด	(คิดเป็นร้อยละ 1- 19)

บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง	ท่านคิดว่าเป็นบทบาทที่ควรทำ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การศึกษาข้อมูลอาการป่วยหรืออาการผิดปกติที่มีผลต่อตน					
2. การศึกษาค้นคว้าแนวทางการรักษาอาการป่วยของตน					
3. การเลือกแพทย์ โรงพยาบาล เกสัชกร ที่มีประสบการณ์ตรงตามอาการป่วยของตน					
4. การซักถามแพทย์ พยาบาล เกสัชกร เมื่อมีข้อสงสัยในความเจ็บป่วยของตน					
5. ถามความคิดเห็นแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ก่อน เลือกแนวทางการรักษา					
6. การจดประวัติการรักษาพยาบาล เช่นอาการป่วยที่เคยเป็น การฉีดวัคซีน อาการแพ้ต่าง ๆ การเข้าโรงพยาบาล เป็นต้น					
7. การเก็บประวัติการรักษาพยาบาลของตน เช่น फिल्म เอ็กซเรย์ เวชระเบียน เป็นต้น					
8. การจดชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของแพทย์ / คลินิก เพื่อสามารถติดต่อได้ทันที					

บทบาทของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยให้กับตนเอง	ท่านคิดว่าเป็นบทบาทที่ควรทำ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9. การบอกประวัติการเจ็บป่วยของตนแก่แพทย์ / ทีมการรักษา					
10. การบอกอาการป่วยปัจจุบันแก่แพทย์ / ทีมการรักษา					
11. การซักถามแพทย์ / ทีมการรักษา เมื่อไม่เข้าใจแนวทางการรักษาที่ได้รับ					
12. ถ้าสังเกตหรือเห็นว่ามีพฤติกรรมให้แจ้งแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องทราบทันที					
13. การปรึกษาทีมการรักษาเรื่องความปลอดภัยในการรักษาพยาบาลของตน					
14. การให้ญาติหรือเพื่อนอยู่กับตน เพื่อถามคำถามหรือรับฟังคำแนะนำต่าง ๆ เช่น การเข้าตรวจ การแนะนำยา เป็นต้น					
15. การซักถามเกี่ยวกับแผนการรักษาที่จะได้รับ					
16. การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง					
17. การใช้ยา / อุปกรณ์ทางการแพทย์ตามแพทย์สั่งเท่านั้น เช่น ไม่ซื้อยาทานเอง เป็นต้น					
18. การรายงานอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบทันที					

สำหรับเจ้าหน้าที่

--

 -

--	--	--

แบบสอบถาม

เรื่อง การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล

เรียน เจ้าหน้าที่ที่เคารพ

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท สาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยทำการวิจัยในเรื่อง การรับรู้ความปลอดภัยในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยมีคำชี้แจงดังนี้

4. แบบสอบถามชุดนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อการศึกษาเท่านั้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คำตอบของท่านไม่ว่าถูกหรือผิด ไม่มีผลต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตามความคิดเห็นของท่าน ให้ครบทุกข้อ
6. ข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านตอบลงในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีผลต่อการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับ และจะนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในลักษณะรวม ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่วงการศึกษาระยะต่อไป

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามและให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่งมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ร.อ.หญิงจรรวณ ขำประเสริฐ ร.น.

นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาสาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบสอบถามชุดที่ 2**กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของแผนกบริการ****ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป**

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย/ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริง หรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (บริบูรณ์)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - () 1. ประกาศนียบัตร
 - () 2. ปริญญาตรี
 - () 3. ปริญญาโท
 - () 4. ปริญญาเอก
5. ประสบการณ์การทำงาน โปรดระบุ.....ปี
6. แผนกที่ท่านทำงานในปัจจุบัน

() ห้องตรวจโรคอายุรกรรม	() อายุรกรรมชาย
() พิเศษ 4	() ห้องตรวจโรคศัลยกรรม
() อายุรกรรมหญิง	() กุมาร 2
() ห้องตรวจสูติ – นรีเวชกรรม	() ศัลยกรรมชาย
() ห้องตรวจโรคกุมาร	() ศัลยกรรมหญิง
() ห้องตรวจโรคจักษุกรรม	() สูติ 2 – 3

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม กระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของหน่วยบริการ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับกลวิธีหรือการดำเนินงานของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับความปลอดภัยในการให้บริการ โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านกระทำเป็นประจำสม่ำเสมอกับผู้รับบริการทุกและทุกครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 100)
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	หมายถึง	ท่านกระทำเป็นส่วนมากกับผู้รับบริการบางคนและบางครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 75)
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำเป็นบางครั้งกับผู้รับบริการบางคนและบางครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 50)
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	หมายถึง	ท่านกระทำเป็นส่วนน้อยกับผู้รับบริการบางคนและบางครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 25)
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยกระทำกับผู้รับบริการทุกคนและทุกครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 0)

กลวิธีหรือกิจกรรมการดำเนินงานที่ท่านกระทำ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	ไม่ปฏิบัติ
1. พุด / แจกเอกสารให้ข้อมูลผู้ป่วย / ญาติ ตามหลักคู่มือรพ.					
2. แนะนำชื่อ – สกุล ตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ					
3. แจกเอกสารการให้ข้อมูลแรกรับแก่ผู้ป่วย / ญาติ อ่านประกอบคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่					
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยถามเมื่อมีข้อสงสัย					
5. พุด / แจกเอกสารให้ข้อมูลผู้ป่วย / ญาติ ตามหลักคู่มือรพ.					
6. แนะนำชื่อ – สกุล ตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ					
7. แจกเอกสารการให้ข้อมูลแรกรับแก่ผู้ป่วย / ญาติ อ่านประกอบคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่					
8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยถามเมื่อมีข้อสงสัย					

กลวิธีหรือกิจกรรมการดำเนินงานที่ท่านกระทำ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นเล็กน้อย	ไม่ปฏิบัติ
9. กล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้					
10. ใช้สื่อต่าง ๆ ให้ข้อมูลความปลอดภัยผู้ป่วย เช่น แผ่นพับ ป้าย วิดีโอ เป็นต้น					
11. เน้นย้ำผู้ป่วย /ญาติ เพื่อความปลอดภัย เช่น การวางของมีค่าไว้ที่เตียง การถอดปลั๊กไฟฟ้า เป็นต้น					
12. ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างแก่ผู้ป่วย เช่น ไม่สูบบุหรี่ การแยกขยะ การล้างมือ เป็นต้น					
13. กระตุ้นผู้ป่วยให้บอกอาการอย่างละเอียด					
14. แจ้งผลตรวจต่างๆ ให้ผู้ป่วยทราบ เช่น ผลเลือด ผลเอ็กซเรย์ เป็นต้น					
15. ถามความคิดเห็นผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา					
16. พุดคุยประเมินผลการรักษาร่วมกับผู้ป่วยเป็นระยะ					
17. บอกแนวทางการรักษา โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกแนวทางการรักษา					
18. กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกำหนดแนวทางการดูแลตนเองที่บ้าน					
19. ให้ญาติ / เพื่อนอยู่กับผู้ป่วย ขณะพักประวัติ แนะนำการปฏิบัติตน แนะนำยา เป็นต้น					
20. จัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง					
21. จัดฝึกกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย / ญาติ เช่น ทำแผล การให้นมบุตร เป็นต้น					

กลวิธีหรือกิจกรรมการดำเนินงานที่ท่านกระทำ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นเล็กน้อย	ไม่ปฏิบัติ
22. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเขียนข้อร้องเรียน เมื่อพบความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดจากการบริการ					
23. ทำบอร์ดให้ความรู้ด้านต่าง ๆ เช่น การเตรียม ผ่าตัด การปฏิบัติเมื่อเกิดเพลิงไหม้ เป็นต้น					
24. จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการพยาบาล ก่อนกลับบ้าน					
25. จัดให้มีใบร้องเรียนและรับความคิดเห็นในแผนกบริการ					
26. จัดบริเวณทางเดินที่เป็นทางหนีไฟโล่งไม่มีสิ่งของขวางทาง					
27. จัดถังขยะตามประเภทขยะไว้ให้บริการ					
28. จัดน้ำสบู่น้ำยาเช็ดมือ / ผ้าเช็ดมือไว้ให้บริการผู้ป่วยและญาติ					
29. เปิดสัญญาณกริ่งไว้ให้ผู้ป่วยเรียก					

แบบสอบถามชุดที่ 3**แบบบันทึกกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ**

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดที่
แผนกบริการ

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------|
| () ห้องตรวจโรคอายุรกรรม | () อายุรกรรมชาย | () พิเศษ 4 |
| () ห้องตรวจโรคศัลยกรรม | () อายุรกรรมหญิง | () กุมาร 2 |
| () ห้องตรวจสูติ - นรีเวชกรรม | () ศัลยกรรมชาย | () ห้องตรวจโรคกุมาร |
| () ศัลยกรรมหญิง | () ห้องตรวจโรคจักษุกรรม | () นรีบาล |

การแสดงผล

- | | | |
|--------------------|---------|---|
| OK (Conformity) | หมายถึง | มีการทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการถูกต้องเป็นไปตามข้อกำหนด |
| OB (Observation) | หมายถึง | มีการทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการที่ต้องการแก้ไข พัฒนาต่อไป |
| IM (Improvement) | หมายถึง | มีการทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการที่ต้องการการปรับปรุง |
| NC (Nonconformity) | หมายถึง | มีการทำกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด |

กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ	ผลการเยี่ยมสำรวจภายใน				หมายเหตุ
	OK	OB	IM	NC	
1. เขียนชื่อ-สกุลผู้ป่วยถูกต้อง					
2. เอกสารผิดคน ไม่ตรงกับผู้ป่วย					
3. เอกสารทุกแผ่นมีการระบุ ชื่อ-สกุล ,HNและAN					
3. แนะนำการปฏิบัติตนก่อน-หลังการผ่าตัด					
4. เตรียมประวัติผู้ป่วย / x-ray / ผลเลือดก่อนไปห้องผ่าตัด					
6. ตรวจเช็คฟีนปปลอม เครื่องประดับก่อนไปห้องผ่าตัด					
7. ชื่อ-สกุลในเวชระเบียนตรงกับตัวผู้ป่วย					

กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ	ผลการเยี่ยมสำรวจภายใน				หมายเหตุ
	OK	OB	IM	NC	
8. การตรวจสอบและอธิบายสิทธิการรักษาให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่มารับบริการ					
9. การส่งคืน OPD CARD / ประวัติ ลำช้า สูญหาย					
10. คัดคำรักษาพยาบาลตรงตามบริการหรือการรักษาพยาบาล					
11. คัดคำรักษาพยาบาลล่าช้า รอนาน					
12. อธิบายถึงวิธีการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจนก่อนให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม					
13. ผู้ป่วยลงนามยินยอมรักษา ก่อนทำหัตถการต่าง ๆ ทุกครั้ง					
14. เครื่องมือ / เครื่องใช้/อุปกรณ์ ชัดช้อง ชำรุด					
15. จนท.ไม่มีความรู้/ความชำนาญ/ทักษะการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์					
16. ตรวจเช็คอุปกรณ์ / เครื่องมือต่าง ๆ พร้อมใช้ตลอดเวลา					
17. แนะนำผู้ป่วยระยะมะเร็งรังไข่รังไข่ / สิ่งของมีค่าสูญหาย					
18. ติดป้ายระยะมะเร็งรังไข่ของมีค่า					
19. อากาศภายในหอผู้ป่วยถ่ายเทสะดวก					
20. แยกขยะ / ขยะติดเชื้อ / ชิ้นส่วนเนื้อเยื่อถูกต้อง					
21. ห้องน้ำแห้ง สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น					
22. ห้องน้ำมีกริ่งสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่					
23. ตรวจสอบคุณภาพและประเภทอาหารตรงตามโรคก่อนแจกให้ผู้ป่วย					
24. พบสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคเช่น หนู แมลงสาบ					
25. ภายในหอผู้ป่วยไม่มีเสียงดังกรึกโครม					

กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ	ผลการเยี่ยมสำรวจภายใน				หมายเหตุ
	OK	OB	IM	NC	
26. อาคารหอผู้ป่วยเก่าชำรุด					
27. จัดน้ำสบู่น้ำยาเช็ดมือ ผ้าเช็ดมือไว้บริการ					
28. อุปกรณ์ดับเพลิงมีการตรวจเช็คอยู่ในสภาพพร้อมใช้					
29. จนท. ซ่อมและปฏิบัติตามแผนอัคคีภัยได้					
30. ตรวจสอบประเภท และคุณภาพอาหารก่อนแจกให้ผู้ป่วย					
31. ใบปิดขวดน้ำเกลือระบุชื่อ – สกุล ตรงกับผู้ป่วย					
32. ตรวจเช็คชื่อ – สกุลผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้ยา					
33. ตรวจเช็คยาหมดอายุภายในหน่วยงาน					
34. ตรวจเช็คยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน					
35. แจ้งญาติผู้ป่วยทราบทุกครั้งหากมีการย้ายผู้ป่วยไปแผนกอื่น					
36. พยาบาล/เจ้าหน้าที่อยู่กับผู้ป่วยขณะแพทย์ทำการตรวจผู้ป่วย					
37. ให้บริการด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส					
38. ให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน					
39. อธิบายขั้นตอนต่างๆในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่					
40. ให้บริการด้วยความกระตือรือร้น					

ภาคผนวก ข

เจ้าหน้าที่

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 117 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.5 เพศชาย ร้อยละ 26.5 อายุเฉลี่ยประมาณ 32 ปี ส่วนมากมีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 45.3 ช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี และอายุระหว่าง 41-50 ปี คือ ร้อยละ 35.9 และ 16.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.8 ประกาศนียบัตร ร้อยละ 18.8 และระดับปริญญาโท ร้อยละ 9.4 โดยกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 0-10 ปี ร้อยละ 55.5 ซึ่งช่วงประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 36.8 รองลงมามีประสบการณ์การทำงาน 0-5 ปี ร้อยละ 18.8 ซึ่งการกระจายของเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 33.3 และแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 66.7 (ดังตารางที่ 24)

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีประสบการณ์การทำงาน (N = 117)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	26.5
หญิง	86	73.5
อายุ (ปี)		
21-30 ปี	86	21.5
31-40 ปี	174	43.5
41-50 ปี	95	23.7
51-60 ปี	45	11.3

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีประสบการณ์การทำงาน (N = 117) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตร	22	18.8
ปริญญาตรี	84	71.8
ปริญญาโท	11	9.4
ประสบการณ์การทำงาน		
0 – 5 ปี	22	18.8
6 – 10 ปี	43	36.7
11 – 15 ปี	21	17.9
16 – 20 ปี	20	17.1
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	11	9.5
แผนกบริการ		
ห้องตรวจโรคอายุรกรรม	8	6.8
ห้องตรวจโรคศัลยกรรม	6	5.1
ห้องตรวจสูติ – นรีเวชกรรม	5	4.3
ห้องตรวจโรคกุมาร	5	4.3
ห้องตรวจโรคจักษุกรรม	15	12.8
อายุรกรรมชาย	14	12.0
อายุรกรรมหญิง	13	11.1
ศัลยกรรมชาย	11	9.4
ศัลยกรรมหญิง	12	10.3
นรีเวชกรรม	9	7.7
พิเศษ 4	11	9.4
กุมาร 2	8	6.8

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของผลการเยี่ยมสำรวจ จำแนกตามกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ (N = 12)

กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ	ผลการเยี่ยมสำรวจภายใน			
	ถูกต้อง	ต้องแก้ไขพัฒนา	ต้องปรับปรุง	ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
1. การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง				
1. เขียนชื่อ-สกุลผู้ป่วยถูกต้อง	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. เอกสารพิดคน ไม่ตรงกับผู้ป่วย	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. เอกสารทุกแผ่นมีการระบุ ชื่อ-สกุล HN และ AN	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. การผ่าตัด				
4. แนะนำการปฏิบัติตนก่อน-หลังการผ่าตัด	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. เตรียมประวัติผู้ป่วย / x-ray / ผลเลือดก่อนไปห้องผ่าตัด	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. ตรวจเช็คฟันปลอม เครื่องประดับก่อนไปห้องผ่าตัด	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. เวชระเบียน				
7. ชื่อ-สกุลในเวชระเบียนตรงกับตัวผู้ป่วย	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. การตรวจสอบและอธิบายสิทธิการรักษาให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่มาใช้บริการ	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. การส่งคืน OPD CARD / ประวัติ ลำไส้ สูญหาย	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. การเงิน				
10. คิดค่ารักษาพยาบาลตรงตามบริการหรือการรักษาพยาบาล	8 (66.7)	4 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
11. คิดค่ารักษาพยาบาลล่าช้า รอนาน	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. การลงนามยินยอมการรักษา				
12. อธิบายถึงวิธีการรักษาพยาบาล อย่างชัดเจน ก่อนให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
13. ผู้ป่วยลงนามยินยอมรักษา ก่อนทำหัตถการต่างๆ ทุกครั้ง	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของผลการเยี่ยมชมสำรวจ จำแนกตามกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ (N = 12) (ต่อ)

กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ	ผลการเยี่ยมชมภายใน			
	ถูกต้อง	ต้องแก้ไขพัฒนา	ต้องปรับปรุง	ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
6. ทรัพย์สิน/ความเสียหาย				
14. แนะนำผู้ป่วยระยะมะเร็งรังทรวงอกทรัพย์สิน / สิ่งของมีค่าสูญหาย	7 (58.3)	4 (33.3)	1 (8.4)	0 (0.0)
15. คิดป้ายระยะมะเร็งรังสิ่งของมีค่า	5 (41.7)	5 (41.7)	2 (16.6)	0 (0.0)
7. เครื่องมือ/เครื่องใช้/อุปกรณ์				
16. เครื่องมือ / เครื่องใช้/อุปกรณ์ ขัดข้อง ชำรุด	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
17. เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้/ความชำนาญ/ทักษะการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
18. ตรวจเช็คอุปกรณ์ / เครื่องมือต่าง ๆ พร้อมใช้ตลอดเวลา	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. อุบัติภัย				
19. อุปกรณ์ดับเพลิงมีการตรวจเช็คอยู่ในสภาพพร้อมใช้	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
20. เจ้าหน้าที่ซ้อมและปฏิบัติตามแผนอัคคีภัยได้	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. สุขาภิบาล/สิ่งแวดล้อม				
21. อากาศภายในหอผู้ป่วยถ่ายเทสะดวก	7 (58.3)	5 (41.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
22. แยกขยะ / ขยะติดเชื้อ / ชิ้นส่วนเนื้อเยื่อถูกต้อง	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
23. ห้องน้ำแข็ง สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
24. ห้องน้ำมีกริ่งสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
25. ตรวจดูคุณภาพและประเภทอาหารตรงตามโรคก่อนแจกให้ผู้ป่วย	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
26. พบสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค เช่น หนู แมลงสาบ	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
27. ภายในหอผู้ป่วยเงียบสงบ ไม่มีเสียงดังกรึกโครม	6 (50.0)	6 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
28. อาการหอผู้ป่วยเก่าชำรุด	9 (75.0)	1 (8.3)	2 (16.7)	0 (0.0)

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของผลการเยี่ยมสำรวจ จำแนกตามกิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ (N = 12) (ต่อ)

กิจกรรมการสร้างความปลอดภัยในการให้บริการ	ผลการเยี่ยมสำรวจภายใน			
	ถูกต้อง	ต้องแก้ไขพัฒนา	ต้องปรับปรุง	ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
29. จัดน้ำสบู่น้ำยาเช็ดมือ ผ้าเช็ดมือไว้บริการ	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
30. ตรวจสอบประเภท และคุณภาพอาหารก่อนแจกให้ผู้ป่วย	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. ความคลาดเคลื่อนทางยา				
31. ใบปิดขวदन้าเกลือระบุชื่อ – สกุล ตรงกับผู้ป่วย	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
32. ตรวจเช็คชื่อ – สกุลผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้ยา	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
33. ตรวจเช็คยาหมดอายุภายในหน่วยงาน	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
34. ตรวจเช็คยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
11. ความไม่พึงพอใจ				
35. แจ้งญาติผู้ป่วยทราบทุกครั้งหากมีการย้ายผู้ป่วยไปแผนกอื่น	12 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
36. พยาบาล/เจ้าหน้าที่อยู่กับผู้ป่วยขณะแพทย์ทำการตรวจผู้ป่วย	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
37. ให้บริการด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
38. ให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
39. อธิบายขั้นตอนต่างๆในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มใจ	7 (58.3)	5 (41.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
40. ให้บริการด้วยความกระตือรือร้น	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ จำแนกตามระดับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่อง
ความปลอดภัยของหน่วยบริการ เป็นรายด้านและโดยรวม

กิจกรรมการดำเนินงาน	ระดับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัย ของหน่วยบริการ		
	ดี	พอใช้	ต้องปรับปรุง
การสื่อสาร	18 (15.4)	56 (47.9)	43 (36.7)
การมีส่วนร่วม	29 (24.8)	47 (40.2)	41 (35.0)
การจัดสิ่งแวดล้อม	51 (43.6)	43 (36.7)	23 (19.7)
รวม	15 (12.8)	55 (47.0)	47 (40.2)

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ จำแนกตามระดับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่อง
ความปลอดภัยของหน่วยบริการ เป็นรายข้อ (N = 117)

กิจกรรมการดำเนินงาน	ระดับการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ปฏิบัติเป็น ส่วนน้อย	ไม่ปฏิบัติ
1. การสื่อสาร					
1. พุด / แจกเอกสารให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติ ตาม หลักคู่มือรพ.	27 (23.1)	36 (30.8)	43 (36.7)	10 (8.5)	1 (0.9)
2. แนะนำชื่อ – สกุล ตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ	8 (6.8)	37 (31.6)	41 (35.1)	24 (20.5)	7 (6.0)
3. แจกเอกสารการให้ข้อมูลแก่รับแก่ผู้ป่วย / ญาติ อ่านประกอบคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่	23 (19.6)	36 (30.8)	37 (31.6)	16 (13.7)	5 (4.3)
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยถามเมื่อมีข้อสงสัย	28 (23.9)	56 (47.8)	31 (26.5)	1 (0.9)	1 (0.9)
5. ใช้รูปภาพเป็นสื่อในการสื่อสารกรณีผู้ป่วย ไม่สามารถสื่อสารได้	11 (9.4)	26 (22.2)	42 (35.9)	18 (15.4)	20 (17.1)

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ จำแนกตามระดับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่อง
ความปลอดภัยของหน่วยบริการ เป็นรายข้อ (N = 117) (ต่อ)

กิจกรรมการดำเนินงาน	ระดับการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ปฏิบัติเป็น ส่วนน้อย	ไม่ปฏิบัติ
6. แนะนำผู้ป่วยอ่านป้ายเตือน/คำแนะนำต่าง ๆ	22 (18.8)	44 (37.6)	40 (34.2)	9 (7.7)	2 (1.7)
7. เปิดวิดีโอการดูแลตนเอง เช่น ทำแผล ฉีดยา ให้ฉันทุตร เป็นต้น	2 (1.7)	12 (10.3)	15 (12.8)	23 (19.7)	65 (55.5)
8. ให้คำแนะนำสู่ศึกษาและการปฏิบัติตนแก่ ผู้ป่วย	56 (47.9)	33 (28.2)	26 (22.2)	2 (1.7)	0 (0.0)
9. กล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตาม แผนการรักษาได้	31 (26.5)	47 (40.1)	29 (24.8)	5 (4.3)	5 (4.3)
10. ใช้สื่อต่าง ๆ ให้ข้อมูลความปลอดภัยผู้ป่วย เช่น แผ่นพับ ป้าย วิดีโอ เป็นต้น	16 (13.7)	34 (29.1)	41 (35.0)	15 (12.8)	11 (9.4)
11. เน้นย้ำผู้ป่วย /ญาติ เพื่อความปลอดภัย เช่น การวางของมีค่าไว้ที่เตียง การถอดปลั๊ก ไฟฟ้า เป็นต้น	56 (47.9)	33 (28.2)	19 (16.2)	7 (6.0)	2 (1.7)
12. ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างแก่ผู้ป่วย เช่น ไม่ สูบบุหรี่ การแยกขยะ การล้างมือ เป็นต้น	78 (66.7)	20 (17.1)	15 (12.8)	1 (0.8)	3 (2.6)
13. กระตุ้นผู้ป่วยให้บอกอาการอย่างละเอียด	52 (44.4)	45 (38.5)	33 (9.4)	9 (7.7)	0 (0.0)
2. การมีส่วนร่วม					
14. แจ้งผลตรวจต่างๆ ให้ผู้ป่วยทราบ เช่น ผล เลือด ผลเอ็กซเรย์ เป็นต้น	20 (17.1)	43 (36.7)	33 (28.2)	12 (10.3)	9 (7.7)
15. ถามความคิดเห็นผู้ป่วยเกี่ยวกับการวาง แผนการรักษา	12 (10.3)	43 (36.8)	39 (33.3)	21 (17.9)	2 (1.7)
16. พุดคุยประเมินผลการรักษาร่วมกับ ผู้ป่วยเป็นระยะ	13 (11.1)	49 (41.9)	45 (38.4)	7 (6.0)	3 (2.6)
17. บอกแนวทางการรักษา โดยให้ผู้ป่วย เป็นผู้เลือกแนวทางการรักษา	20 (17.1)	51 (43.6)	26 (22.2)	17 (14.5)	3 (2.6)

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ จำแนกตามระดับกระบวนการสร้างการเรียนรู้เรื่อง
ความปลอดภัยของหน่วยบริการ เป็นรายข้อ (N = 117) (ต่อ)

กิจกรรมการดำเนินงาน	ระดับการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ปฏิบัติเป็น ส่วนน้อย	ไม่ปฏิบัติ
18. กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกำหนดแนว ทางการดูแลตนเองที่บ้าน	23 (19.7)	57 (48.7)	27 (23.1)	8 (6.8)	2 (1.7)
19. ให้ญาติ / เพื่อนอยู่กับผู้ป่วย ขณะชักประวัติ แนะนำการปฏิบัติตนแนะนำยา เป็นต้น	38 (32.5)	53 (45.3)	22 (18.8)	3 (2.6)	1 (0.8)
20. จัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การดูแลตนเอง	3 (2.5)	17 (14.5)	25 (21.4)	36 (30.8)	36 (30.8)
21. จัดฝึกกิจกรรมการพยาบาลก่อนกลับ บ้านแก่ผู้ป่วย / ญาติ เช่น ทำแผล การให้ นมบุตร เป็นต้น	14 (12.0)	30 (25.6)	30 (25.6)	24 (20.5)	19 (16.3)
22. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเขียนข้อร้องเรียน เมื่อ พบความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดจากการ บริการ	17 (14.5)	31 (26.5)	32 (27.4)	20 (17.1)	17 (14.5)
3. การจัดสิ่งแวดล้อม					
23. ทำบอร์ดให้ความรู้ด้านต่าง ๆ เช่น การ เตรียมผ่าตัด การปฏิบัติเมื่อเกิดเพลิงไหม้ เป็นต้น	30 (25.6)	37 (31.6)	32 (27.4)	10 (8.6)	8 (6.8)
24. จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการ พยาบาลก่อนกลับบ้าน	11 (9.4)	22 (18.8)	24 (20.5)	33 (28.2)	27 (23.1)
25. จัดให้มีใบร้องเรียนและได้รับความ คิดเห็นในแผนกบริการ	49 (41.9)	33 (28.2)	18 (15.4)	13 (11.1)	4 (3.4)
26. จัดบริเวณทางเดินที่เป็นทางหนีไฟโล่ง ไม่มีสิ่งของขวางทาง	65 (55.5)	34 (29.1)	13 (11.1)	5 (4.3)	0 (0.0)
27. จัดถังขยะตามประเภทขยะไว้ให้บริการ	77 (65.8)	31 (26.5)	4 (3.4)	4 (3.4)	1 (0.9)
28. จัดน้ำสบู / น้ำยาเช็ดมือ / ผ้าเช็ดมือไว้ ให้บริการผู้ป่วยและญาติ	69 (59.0)	21 (17.9)	7 (6.0)	7 (6.0)	13 (11.1)
29. เปิดสัญญาณกริ่งไว้ให้ผู้ป่วยเรียก	60 (51.3)	23 (19.7)	12 (10.2)	7 (6.0)	15 (12.8)

ระดับคะแนนการปฏิบัติต่อเหตุการณ์ต่างๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	การปฏิบัติ	ระดับคะแนน			
		การปฏิบัติที่เหมาะสม	กลุ่มคำตอบ	คะแนน	
1.การระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง					
1. เจ้าหน้าที่เรียกผู้ป่วยชื่อเหมือนกันเข้าตรวจโดยไม่ระบุนามสกุล	1= บอกลาย 3= เขียนชื่อร้องเรียน 5= ฟ้องร้อง	2 =แจ้งเจ้าหน้าที่ 4 =อยู่เฉย ๆ 6= อื่น ๆ ระบุ	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	2 1,3,5 4	2 1 0
2. เลือดและใบส่งตรวจเลือดของผู้ป่วยสลับกัน					
3. ประวัติการรักษาที่แพทย์อ่านไม่ใช่ของขณะท่านเข้ารับการรักษา					
2. การผ่าตัด					
4. พยาบาลไม่แนะนำการปฏิบัติตนก่อน- หลังการผ่าตัด	1= บอกลาย 3= เขียนชื่อร้องเรียน	2 = ขอเลื่อนการผ่าตัด 4 = ขอเปลี่ยนแพทย์	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม	7 1,2,3,4,5,6	2 1
5. ท่านหรือทีมผู้รักษาได้รับผลการตรวจเลือดไม่ครบก่อนการผ่าตัด	5= ขอเปลี่ยนรพ. 7= แจ้งเจ้าหน้าที่	6= ฟ้องร้อง 8= อื่น ๆ ระบุ	ไม่เหมาะสม	-	0
6. แพทย์ผู้ดูแลให้ท่านหยุดยาไม่ครบก่อน การผ่าตัด					
3. เวชระเบียน					
7. ประวัติการรักษาของผู้ป่วยสูญหาย	1= บอกลาย 3= เขียนชื่อร้องเรียน	2 =แจ้งเจ้าหน้าที่ 4 =อยู่เฉย ๆ	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม	2 1,3,5	2 1
8. เขียนชื่อ ข สกกุล ของผู้ป่วยผิดเจ้าหน้าที่คัดกรองสิทธิการรักษาไม่ถูกต้อง	5= ฟ้องร้อง	6= อื่น ๆ ระบุ	ไม่เหมาะสม	4	0
9. เวชระเบียนของผู้ป่วยถูกส่งไปคนละแผนกกับที่ผู้ป่วยต้องการ					
4. การเงิน					
11. เจ้าหน้าที่คิดค่ารักษาพยาบาลผิดไม่ตรง กับบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	1= บอกลาย 3= เขียนชื่อร้องเรียน 5= ฟ้องร้อง	2 =แจ้งเจ้าหน้าที่ 4 =อยู่เฉย ๆ 6= อื่น ๆ ระบุ	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	2 1,3,5 4	2 1 0

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	การปฏิบัติ	ระดับคะแนน			
		การปฏิบัติที่เหมาะสม	กลุ่มคำตอบ	คะแนน	
5. การลงนามยินยอมการรักษา					
12. เจ้าหน้าที่เป็นผู้บอกให้ท่านลงนามยินยอมทำการรักษา	1= ปรึกษาญาติ 3= ขอคำแนะนำจากแพทย์	2 = ปฏิเสธการลงนามยินยอม 4 = เขียนข้อร้องเรียน	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	2,3 1,4,5 -	2 1 0
13. กรณีไม่ได้รับการอธิบายถึงเหตุผลในการต้องลงนามยินยอมรักษาก่อนได้รับการรักษา	5= ขอเปลี่ยนรพ. 7= อื่น ๆ ระบุ	6= อยู่เฉย ๆ			
14. กรณีไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับ วิธีการรักษา ก่อนการลงนามยินยอม					
6. ทรัพย์สิน/ความเสียหาย					
15. กระเป๋าตังค์ / โทรศัพท์มือถือหายขณะ ใช้บริการในรพ.	1= ระวังทรัพย์สินตนเอง 3= บอกญาติ 5= ขอเปลี่ยนรพ.	2 = แจ้งเจ้าหน้าที่ 4 = เขียนข้อร้องเรียน 6= อยู่เฉย ๆ 7= อื่น ๆ ระบุ	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	2,1 3,4,5 6	2 1 0
16. รถยนต์จอดไว้บริเวณที่จอดรถของรพ.ถูกขูดขีด					
7. เครื่องมือ/เครื่องใช้/อุปกรณ์					
17. เสื้อผู้ป่วยไม่มีเชือกผูก	1= ขอเปลี่ยนเครื่องมือ / เครื่องใช้ / อุปกรณ์		ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด	1,2	2
18. เสื้อผ้าผู้ป่วยของรพ.มีรอยคราบต่าง ๆ	2 = แจ้งเจ้าหน้าที่ 3= บอกญาติ		ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	3,4,5 6	1 0
19. เตียงรถเข็นผู้ป่วยสกปรก	4 = เขียนข้อร้องเรียน				
20. กรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์ในการรักษาที่มีเสียงดังขณะเครื่องทำงาน แล้วเสียงหยุดลง เช่น เครื่องช่วยหายใจ	5= ขอเปลี่ยนรพ. 6= อยู่เฉย ๆ 7= อื่น ๆ ระบุ				
21. กรณีการต่อท่อออกซิเจนแล้วเกิดแรงอัดอากาศเสียงดัง	1= หลีกเลียงการใช้ลิฟต์ตามลำพัง 3= บอกญาติ 6= อยู่เฉย ๆ	2= แจ้งเจ้าหน้าที่ 4= เขียนข้อร้องเรียน 5= ขอเปลี่ยนรพ. 7= อื่น ๆ ระบุ	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	1,2 3,4,5 6	2 1 0
22. เครื่องวัดความดันที่นำมาใช้กับผู้ป่วยชำรุด					
23. ลิฟท์ของรพ.เกิดขัดข้องขณะใช้					

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	การปฏิบัติ	ระดับคะแนน		
		การปฏิบัติที่เหมาะสม	กลุ่มคำตอบ	คะแนน
8. อุบัติภัย				
24. ไฟฟ้าดับเป็นเวลานาน	1= แจ้งเจ้าหน้าที่	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด	1	2
25. มีควันไฟ / กลิ่นไหม้ใน รพ.	2 =บอกญาติ	ปฏิบัติเหมาะสม	2,3,4,5	1
	3= เขียนข้อร้องเรียน	ไม่เหมาะสม	6	0
	4 = ขอเปลี่ยนรพ			
	5=ฟ้องร้อง			
	6= อยู่เฉย ๆ			
	7= อื่น ๆ ระบุ			
9. สุขาภิบาล/สิ่งแวดล้อม				
26. น้ำไม่ไหล	1= แจ้งเจ้าหน้าที่	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด	1	2
27. ห้องน้ำมีกลิ่นเหม็น	2 =บอกญาติ	ปฏิบัติเหมาะสม	2,3,4,5	1
28. ตัวมดเต็ม	3= เขียนข้อร้องเรียน	ไม่เหมาะสม	6	0
29. ท่อน้ำประปารั่ว	4 = ขอเปลี่ยนรพ			
30. พบสัตว์ เช่น หนู แมลงสาบในหอผู้ป่วย / ในอาคารที่ตรวจรักษา	5=ฟ้องร้อง			
	6= อยู่เฉย ๆ			
	7= อื่น ๆ ระบุ			
31. พบสุนัขหรือแมวบริเวณทางเดิน				
32. พบห้องน้ำไม่สะอาด				
33. พบขยะทิ้งเกลื่อนพื้น				
34. พบเห็นขยะติดเชื้อใส่ถุงแดงไม่มีฝาปิด				
35. โรงพยาบาลมีกลิ่นน้ำยาต่าง ๆ				
36. ท่อน้ำทิ้งมีกลิ่นเหม็น				
37. ข้าวที่รพ. จัดให้รับประทานสุก ๆ ดิบ ๆ				
38. อาหารของรพ.ที่มีกลิ่นหรือรสชาติผิดปกติ				
39. ผลไม้ในถาดอาหารที่แจกให้ผู้ป่วยนำ				

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	การปฏิบัติ	ระดับคะแนน		
		การปฏิบัติที่เหมาะสม	กลุ่มคำตอบ	คะแนน
9. สุขภาพ/สิ่งแวดล้อม				
40. น้ำดื่มของโรงพยาบาลมีกลิ่นเหม็น	1= แจ้งเจ้าหน้าที่ 2 =บอกญาติ	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม	1,3 2,4,5	2 1
41. พื้นบริเวณทางเดินไม่เรียบ ขรุขระเป็นหลุม	3= เขียนข้อร้องเรียน 4 = ขอเปลี่ยนรพ	ไม่เหมาะสม	6	0
42. ภายในอาคารมีแสงสว่างไม่เพียงพอ	5=ฟ้องร้อง 6= อยู่เฉย ๆ			
43. บริเวณนั่งรอตรวจอากาศไม่ถ่ายเท ร้อนอบอ้าว	7= อื่น ๆ ระบุ			
44. อาคารเก่าชำรุดมีรอยร้าว				
10. ความปลอดภัยเคลื่อนทางยา				
45. กรณีพบข้อ- นามสกุล บนใบปิดน้ำเกลือไม่ตรงกับ ข้อ- สกุล ของผู้ป่วย	1= แจ้งเจ้าหน้าที่ 2 =บอกญาติ 3= เขียนข้อร้องเรียน	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	1 2,3,4,5 6	2 1 0
46. กรณีที่พบว่าเลือดที่ได้รับไม่ตรงกับหมู่เลือดของตน	4 = ขอเปลี่ยนรพ 5=ฟ้องร้อง			
47. กรณีที่ทราบภายหลังว่าเลือดที่ได้รับ ไม่ได้มีการตรวจสอบก่อนให้	6= อยู่เฉย ๆ 7= อื่น ๆ ระบุ			
48. ชื่อ – สกุล ที่อยู่บนฉลากยาไม่ตรงกับชื่อผู้ป่วย				
49. เกสเซอร์เขียนวิธีการใช้ยาที่ของยาไม่ชัดเจน				
50. กรณีไม่มีวิธีการรับประทานยาที่หน้าของยา				
10. ความปลอดภัยเคลื่อนทางยา				
51. วิธีการใช้ยานฉลากไม่ตรงกับคำอธิบายของแพทย์	1= แจ้งเจ้าหน้าที่ 2 =บอกญาติ 3= เขียนข้อร้องเรียน 4 = ขอเปลี่ยนรพ. 5= ฟ้องร้อง 6= อยู่เฉย ๆ 7= ปฏิเสธการใช้ยา 8 = ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา 9 = อื่น ๆ ระบุ	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	1,7 2,3,4,5 6	2 1 0

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการ	การปฏิบัติ	ระดับคะแนน		
		การปฏิบัติที่เหมาะสม	กลุ่มคำตอบ	คะแนน
10.ความคลาดเคลื่อนทางยา				
52. กรณีได้รับยามีสีชนิดเหมือนหมดยา	1= แจ้งเจ้าหน้าที่ 2 =บอกญาติ 3= เขียนข้อร้องเรียน	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม	1,6 2,3,4,5	2 1
53. กรณีได้รับยาผิดต่างไปจากเดิม	4 = ขอเปลี่ยนรพ. 5= ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา 6= ปฏิเสธการใช้ยา 7 = อยู่เฉย ๆ 8 = อื่น ๆ ระบุ	ไม่เหมาะสม	7	0
10.ความคลาดเคลื่อนทางยา				
54. อุปกรณ์การฉีดยาเปลี่ยน	1= ชักถามข้อสงสัยจากเจ้าหน้าที่	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด	1,6	2
55. ยาที่ได้รับหมดก่อนวันนัด	2 = บอกญาติ 3= เขียนข้อร้องเรียน 4 = ขอเปลี่ยนรพ. 5= ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา 6= ปฏิเสธการใช้ยา 7= อยู่เฉย ๆ 8 = อื่น ๆ ระบุ	ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	2,3,4,5 7	1 0
11.ความไม่พึงพอใจ				
56. กรณีมาเยี่ยมผู้ป่วยแล้วไม่พบผู้ป่วย (ย้ายผู้ป่วยโดยไม่บอกก่อน)	1= แจ้งเจ้าหน้าที่ 2 =บอกญาติ 3= เขียนข้อร้องเรียน	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	1,3 2,4,5 6	2 1 0
57. กรณีเข้ารับการตรวจ โดยไม่มีญาติหรือเจ้าหน้าที่อยู่ด้วย	4 = ขอเปลี่ยนรพ. 5= ฟ้องร้อง			
58. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ มีสีหน้าน่าดูบึ้งไม่พอใจ	6= อยู่เฉย ๆ 7= อื่น ๆ ระบุ			
59. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ กระแทกสิ่งของเครื่องใช้เสียงดัง				
11.ความไม่พึงพอใจ				
60. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ ไม่ให้คำอธิบายในขั้นตอนต่างๆของการให้การรักษาหรือบริการ	1= แจ้งเจ้าหน้าที่ 2 =บอกญาติ 3= เขียนข้อร้องเรียน 4 = ขอเปลี่ยนรพ. 5= ฟ้องร้อง	ปฏิบัติเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติเหมาะสม ไม่เหมาะสม	1,3 2,4,5 6	2 1 0
61. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ ปล่อยให้รอนาน	6= อยู่เฉย ๆ 7= อื่น ๆ ระบุ			



No. MU 2006-228

**Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok**

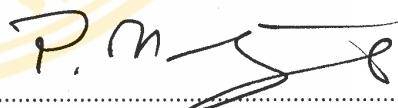
Title of Project. Patient's Perception in Hospital Safety
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Lt. Charuwan Khamprasert RTN.

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman. 
(Professor Dr. Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute. 
(Professor Dr. Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval. 20 DEC 2006

Date of Expiration. 19 DEC 2007

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	เรือเอกหญิงจางวรรณ ขำประเสริฐ
วัน เดือน ปีเกิด	16 เมษายน 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ, พ.ศ.2538 – 2541 วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, พ.ศ.2548 – 2550 บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (สาขาการจัดการ) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2546 – 2551 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ประวัติการทำงาน	พ.ศ.2550– ปัจจุบัน ตำแหน่ง ประจำกองเลขานุการ กรมกิจการชายแดนทหาร พ.ศ.2542 – 2549 ตำแหน่ง ประจำกรมแพทย์ทหารเรือ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กรมยุทธศึกษาทหาร กองบัญชาการทหารสูงสุด 9 / 1 หมู่ 16 ถนนวิภาวดี ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12130