

## การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยในบริการสุขภาพ The Participation of the Patient to Create Safety in Health Services

ภัทรพร ยุกบพันธ์  
Pataraporn Yubonpunt

สาขาการจัดการโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
Hospital Management, Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University

ติดต่อผู้เขียน py\_glor\_1@hotmail.com

ส่งบทความ 7 กุมภาพันธ์ 2559 | ตอรับ 23 พฤษภาคม 2559 | เผยแพร่ 11 พฤศจิกายน 2559

### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเป็นผู้ได้รับผลลัพธ์โดยตรงจากการรับบริการสุขภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของคุณภาพบริการสุขภาพ บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยรูปแบบ “พูดเมื่อสงสัย” มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงบทบาทที่จำเป็นเพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพที่ปลอดภัยมากที่สุด โดยผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทของตนเองในการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย ได้แก่ การสอบถามเมื่อมีข้อสงสัยในการรักษา การเอาใจใส่ในรายละเอียดการเจ็บป่วย การค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ การทำความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติตนและการใช้ยา การให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ไว้วางใจได้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา รวมถึงการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ เช่น มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Healthcare Accreditation: HA) มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (Joint Commission International Standards: JCI) ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถแสดงออกในเชิงการปฏิบัติได้ครอบคลุมทุกประเด็น โดยมีสาเหตุจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการ ปัจจัยเกี่ยวกับระดับของการจัดบริการสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ ดังนั้น นอกจากผู้ป่วยต้องตระหนักและแสดงบทบาทของตนเอง การมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของญาติ บทบาทของผู้ให้บริการที่จะสนับสนุนผู้ป่วยเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดความปลอดภัยในการบริการสุขภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการส่งผลต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพโดยรวม

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, ความปลอดภัย, บริการสุขภาพ

### Abstract

A patient is the one who receives a direct result of the health services; therefore, the safety of patient is the key to quality health services. This article aims to introduce the concept of participation in the creation of patient's safety with the pattern called “Just say when in doubt.” According to this pattern, the expressions of needed patient's roles are focused to get the safest health facilities. Patients can perform their own involvement in safety, for instance, when they are in doubt, they can ask about the treatment, pay attention to their illness details, research information about illness from reliable sources, make understanding in correct behaviors and drug use. Moreover, they should let a family member or a trusted person be involved in the treatment, make a decision to use public health facilities with certified quality, such as the hospital with accreditation standards (Healthcare Accreditation: HA), the hospital with international quality standards (Joint Commission International Standards: JCI). However, the patient may not be able to express themselves in practice for all the issues due to several factors associated with patient himself, illness, practitioner and service provider, the levels of health service setting and factors related to the roles and duties. Therefore, the patient's participation in safety does not only rely on expression and awareness of their own roles, but it also requires the roles of relatives and service providers to encourage patients to create safety in health services. Eventually, there will be a positive impact on both patients and service providers and it could lead to confidence in the healthcare system as a whole.

Keywords: participation, safety, health services

## บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) นับเป็นประเด็นที่สำคัญต่อระบบบริการสุขภาพทั่วโลก จากรายงานพบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วทุก 1 ใน 10 คน จะได้รับอันตรายที่อาจเกิดจากความผิดพลาดในกระบวนการรักษา ทุกหนึ่งร้อยคนที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 7 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และร้อยละ 10 ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยรวมประมาณหลายล้านคนทั่วโลกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการติดต่อจากการเข้ารับบริการสุขภาพ ในปี ค.ศ. 2002 ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้ลงนามมติสมัชชาอนามัยโลกเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (World Health Organization, 2014) สำหรับประเทศไทยได้ตระหนักในความสำคัญของความปลอดภัย โดยมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพว่าด้วยระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล กำหนดให้โรงพยาบาลมีโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์องค์กร บุคลากรต้องร่วมมือกันในการให้บริการและดูแลผู้ป่วย โดยตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009, p. 22) ให้ความหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย ความผิดพลาดที่ไม่จำเป็นอันเกิดจากการบริการสุขภาพให้น้อยที่สุดเท่าที่จะยอมรับได้ Vincent (2010, p. 31) ให้นิยามไว้ว่าเป็นการหลีกเลี่ยงการป้องกัน และการเยียวยาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือได้รับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากบริการสุขภาพ จากความหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่าหากไม่เกิดความผิดพลาดจากการบริการสุขภาพ ผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยหรือมีความเสี่ยงน้อยที่สุดเท่าที่จะยอมรับได้ โดยความผิดพลาดทางการแพทย์ที่นำไปสู่ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยจากการศึกษาของ Southwick, Craneley, และ Hallisy (2015, pp. 620-629) โดยทำการสำรวจเชิงคุณภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับประสบการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ (adverse medical event) สามารถจำแนกเหตุการณ์เป็น 5 ประเด็น ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาผิดพลาด ซึ่งพบว่าเป็นเหตุการณ์นำมาสู่ความไม่ปลอดภัยที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลมากที่สุด รองลงมาคือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการผ่าตัดและการทำหัตถการ การติดต่อในโรงพยาบาล เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และเหตุการณ์อื่น เช่น ความล้มเหลวของการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย เครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ รวมถึงสิ่งแวดล้อม

ระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่อผู้ป่วย

สถิติการสูญเสียชีวิตจากความผิดพลาดและการให้ยาผิดในโรงพยาบาลโดยป้องกันได้ในสหรัฐอเมริกา ประเมินโดยสถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine: IOM) ระบุว่าคนอเมริกันราว 200,000 คนเสียชีวิต โดยแบ่งเป็นหนึ่งแสนคนจากการรักษาที่ผิดพลาด และหนึ่งแสนคนจากการให้ยาผิด นำมาสู่สาเหตุของการฟ้องร้องเพื่อเรียกค่าชดเชยจำนวนมหาศาลในประเทศไทยคาดว่าคงมีสัดส่วนต่อจำนวนประชากรไม่น้อยไปกว่าสหรัฐอเมริกา จากการประเมินของเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ พบว่า สถิติผู้ป่วยในและผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2551-2552 อยู่ที่ประมาณ 65,000 คนต่อปี (ปริยานันท์ ล้อเสริมวัฒนา, 2554) ท่ามกลางการให้บริการผู้ป่วยนอกปีละกว่า 200 ล้านครั้งย่อมอาจเกิดปัญหาได้จากสาเหตุต่างๆ กันในระดับปฏิบัติการหนึ่งต่อล้านครั้ง สาเหตุหนึ่ง คือ ปัญหาความไม่เข้าใจของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษา (อิทธิพร คณะเจริญ, 2555) และมีปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้เกิดการฟ้องร้อง คือ ขาดการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยไม่ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ไม่ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2555)

ความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) เป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพราะค่าความเสียหายนำไปสู่การสูญเสียความเชื่อมั่น และความพึงพอใจที่ลดลงของผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพต่อระบบบริการสุขภาพ นำมาสู่ความไม่ปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ จากรายงานการชดเชยกรณีที่ได้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (ตามมาตรา 41) ในปีงบประมาณ 2557 มีผู้ยื่นคำร้องจำนวน 1,112 ราย ได้รับการชดเชย 931 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.73 ของผู้ยื่นคำร้อง รวมมูลค่าเงินชดเชยทั้งสิ้น 218.44 ล้านบาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกรณีเสียชีวิตทุพพลภาพถาวร รองลงมาคือบาดเจ็บ เจ็บป่วยต่อเนื่อง และสูญเสียอวัยวะพิการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) จึงเห็นได้ว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงระบบบริการสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย หากแต่มุมมองของผู้เกี่ยวข้องต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นก็แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยมักมองสาเหตุเกิดจากโรงพยาบาล แพทย์ และทีมงาน ประมาท ขาดความสามารถที่เพียงพอ หรือระบบบริการที่ไม่ดี ขณะที่ฝ่ายโรงพยาบาลหรือแพทย์มักจะมองว่าเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้เช่น เหตุสุดิวสัย พยาธิสภาพของโรค หรือการไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยอย่างเต็มที่ในการรักษาโรค (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

ผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในกระบวนการดูแลรักษา เพราะเป็นผู้ที่ต้องได้รับผลลัพธ์จากการดูแลรักษาโดยตรง ไม่ว่าผลที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นที่น่าพึงพอใจหรือไม่พึงประสงค์ก็ตาม โดยทั่วไปผู้ป่วย ประชาชนต่างให้ความเชื่อมั่นในผู้ประกอบวิชาชีพ หรือผู้ให้บริการ แต่ในบางครั้งกลับพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ปลอดภัย เป็นเหตุให้เกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ และเกิดผลกระทบกับผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์ได้รับความสนใจจากองค์กรต่างๆ บทบาทในการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัย นอกจากผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล และผู้ให้บริการทุกวิชาชีพต้องตระหนัก ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความสำคัญเช่นกัน The Joint Commission ได้กำหนดแนวทาง “SPEAK UP” “พูดเมื่อสงสัย” เพื่อให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการแสดงออกให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้นด้วยการมีส่วนร่วมเสมือนเป็นหนึ่งในสมาชิกของทีมการรักษา (The Joint Commission, 2016) ซึ่งการขอให้ผู้ป่วยพูดเมื่อสงสัย เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ทักษะการสื่อสารกับผู้ให้บริการ Kingston, Ospina, Jonsson, Childs, McLeod, และ Maxted (2010) ระบุว่าในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การตั้งคำถามและการสื่อสารของผู้ป่วยสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาความไม่ปลอดภัยได้ ดังนั้นการสร้างเสริมผู้ป่วยให้มีบทบาทสำคัญในกระบวนการดูแลรักษาจึงเป็นประเด็นที่วงการบริการสุขภาพต่างระบุว่าในปัจจุบันสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพบริการทางการแพทย์ (Davis, Jacklin, Sevdalis, และ Vincent, 2007)

ผลลัพธ์ของการให้บริการทางการแพทย์ที่ประสบความสำเร็จและปลอดภัย นอกจากผู้ให้บริการต้องตระหนักในการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้อง อาจไม่เพียงพอต่อผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ หากแต่การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในการสร้างความปลอดภัยก็จำเป็นว่าเป็นส่วนสำคัญที่องค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพต้องมุ่งเน้น และประชาชนซึ่งเป็นผู้รับผลงานโดยตรงจากการรับบริการสุขภาพต้องตระหนักและเข้าใจในบทบาทของตนเองต่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยให้มากขึ้น บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งได้นำเสนอรูปแบบ “พูดเมื่อสงสัย” ประชาชนสามารถนำไปปฏิบัติได้ และมุ่งหวังให้บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนผู้สนใจประเด็นความปลอดภัยในบริการสุขภาพได้เข้าใจและมองเห็นประโยชน์จากวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เนื้อหาประกอบด้วย การนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย พร้อมเชื่อมโยงประเด็นที่เกี่ยวข้องจากผลการศึกษาวิจัยด้านการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากนั้นได้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำเสนอประเด็นที่ควรศึกษาวิจัยในเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในความปลอดภัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการขยายขอบเขตการศึกษาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

### การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวของผู้บริโภคอย่างแพร่หลายในปี 1960 เพื่อเรียกร้องสิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะทราบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยได้ถูกระบุว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลสุขภาพ มีความสำคัญอย่างมากในกระบวนการตัดสินใจและได้รับการเสนอแนะว่าสามารถนำไปสู่การปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ (Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson, & Pittet, 2010) ในปี พ.ศ. 2527 องค์การอนามัยโลกได้ก่อตั้งพันธมิตรโลกสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย (World Alliance for Patient Safety) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกให้ความสนใจในการแก้ไขปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยพันธมิตรมีบทบาทในการรณรงค์ให้เกิดความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และยกประเด็นเรื่องความสำคัญของการสนับสนุนในเชิงนโยบายในการปรับปรุงความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วย อีกทั้งยังให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการจัดทำนโยบายและแนวปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้แก่ประเทศสมาชิก (รัศมี ดันศิริสิทธิกุล, นิลรัตน์ วรรณศิลป์, เกษร เทพแพง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, และ ชนภัทร วินิจฉัยน์, 2555) ในปัจจุบันแนวคิดการมีส่วนร่วมและการสร้างความผูกพันเป็นแนวคิดที่เป็นสากล ผ่านการขับเคลื่อนในระดับองค์การอนามัยโลก โดยจากการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2558 สมัยที่ 68 มีมติข้อตกลงร่วมกันให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญเพื่อการพัฒนาให้เกิดความปลอดภัย (ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, 2559, น. 48-49)

The US National Library of Medicine ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยไว้ว่าการที่ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมตัดสินใจตลอดกระบวนการรักษา (Longtin et al., 2010, p. 54) ส่วน European Commission (2012, p. 4) ได้ระบุว่าสำหรับผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพการมีส่วนร่วมยังเป็นประเด็นที่คลุมเครือและให้ความหมายที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพเข้าใจว่าเป็นการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความเข้าใจว่าการ

มีส่วนร่วมหมายถึงการให้ข้อมูลอาการเจ็บป่วยแก่ผู้ประกอบวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยสามารถป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์ได้ ในหลายองค์กรได้สร้างเครื่องมือเพื่อการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในความปลอดภัย (Schwappach, Frank, Koppenberg, Muller, และ Wasserfallen, 2011) อาทิ The Joint Commission ได้นำเสนอแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย ด้วย “SPEAK UP” หากจะให้คำนิยามหรือความหมาย ในที่นี้หมายถึง “พูดเมื่อสงสัย” แนวคิดดังกล่าวมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้แสดงออกในรูปแบบการมีส่วนร่วมที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ SPEAK UP เป็นการประกอบกันของตัวอักษรโดยแต่ละตัวมีความหมายที่บ่งบอกถึงการมีส่วนร่วมเพื่อความปลอดภัย ดังนี้

S: Speak up ผู้ป่วยต้องพูดหรือถาม ถ้าหากมีคำถามหรือข้อกังวลใดๆ และหากไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้บริการอธิบาย ผู้ป่วยต้องถามซ้ำ เพราะผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้การปฏิบัติต่างๆ ต่อร่างกายของตนเอง เช่น กรณีก่อนการผ่าตัด การผ่าตัด ผู้ป่วยต้องกล้าที่จะถามหรือพูด เพื่อบอกถึงตำแหน่งที่ถูกต้องเพื่อให้ทีมผู้ให้การรักษาได้มั่นใจและไม่สับสนต่อการดำเนินการรักษา

P: Pay attention ผู้ป่วยต้องให้ความสำคัญ ใส่ใจกับการดูแลรักษาที่ตนเองได้รับ เพื่อให้แน่ใจได้ว่าได้รับการรักษาหรือได้รับยาที่ถูกต้องโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่น่าเชื่อถือ เช่น บอกพยาบาลหรือแพทย์หากรู้สึกว่ามีสิ่งที่ผิดปกติ การสังเกตว่าผู้ให้การรักษา รวมถึงผู้มาเยี่ยมได้ล้างมือ ก่อนและหลังสัมผัสตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคหรือไม่ ตรวจสอบว่าพยาบาลหรือแพทย์ได้ล้างมือของตัวผู้ป่วย เช่น จากการดูสายรัดข้อมือ การสอบถามชื่อ-นามสกุล ก่อนให้การรักษา การทำหัตถการ และการให้ยา การสอบถามชื่อผู้ให้การรักษาโดยอาจสังเกตจากการแนะนำตัวหรือป้ายชื่อของผู้ให้บริการ

E: Education ผู้ป่วยต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ อาทิ แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ผู้ให้การรักษา การสอบถามสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน รวมถึงข้อมูลบนเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เพื่อให้ตนเองได้เข้าใจผลการวินิจฉัย ผลการทดสอบทางการแพทย์ และแผนการรักษามากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรทำความเข้าใจในเอกสารและแบบฟอร์มทางการแพทย์ต่างๆ ก่อนลงนามยินยอมการรักษา

A: Ask ผู้ป่วยควรให้บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไว้วางใจได้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เช่น กรณีผู้ป่วยรู้สึกเครียด ควรให้บุคคลในครอบครัวช่วยสอบถามปัญหาแทน ช่วยจดจำและช่วยอธิบายให้เข้าใจในภายหลัง รวมถึงการช่วย

ดูแลเรื่องยาที่ได้รับ การเป็นพยานลงนามยินยอมการรักษาหรือลงชื่อในเอกสารต่างๆ ตลอดจนการบอกให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจในความคาดหวังในการรักษาของผู้ป่วย

K: Know ผู้ป่วยพึงตระหนักว่าข้อผิดพลาดในการใช้ยาเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้เสมอ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ตัวเองได้รับยาอะไรเพื่อจุดประสงค์ใด และทราบผลข้างเคียงจากการใช้ยา ในกรณีที่มิใช่ยาจากแพทย์โดยการเขียนสั่งยาด้วยลายมือ หากไม่ทราบชื่อยาหรือไม่แน่ใจ ผู้ป่วยสามารถสอบถามเภสัชกร และหากผู้ป่วยต้องได้รับยาตัวใหม่ ควรบอกแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร ถึงประวัติการแพ้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ผ่านมา

U: Use ผู้ป่วยควรเลือกใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลและมาตรฐานความปลอดภัย โดยสามารถสืบค้นหาข้อมูลผ่านเว็บไซต์ หรือจากการสังเกตสัญลักษณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

P: Participate ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งหมดเกี่ยวกับการดูแลรักษาของตนเอง โดยการตระหนักว่าตนเองคือผู้รับผลลัพธ์จากการดูแลรักษา การสร้างความเข้าใจที่ตรงกันทั้งผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยคือสิ่งที่ควรทำในอันดับแรก และหากไม่มั่นใจในการเจ็บป่วยของตนเอง ไม่แน่ใจในวิธีการรักษา ผู้ป่วยควรขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ เพราะการมีข้อมูลที่มากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและให้ความร่วมมือต่อการรักษายิ่งขึ้น

จากประเด็นข้างต้นหากพิจารณาความเป็นไปได้เชิงการปฏิบัติของผู้ป่วยแต่ละประเภท แนวทาง “พูดเมื่อสงสัย” ผู้ป่วยทุกรายอาจไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ครบทุกประเด็น เพราะความรุนแรงของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้ได้ดี การมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัย ย่อมสามารถปฏิบัติได้มากกว่าผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ทั้งด้านการสื่อสารกับผู้ให้บริการ การรับทราบรายละเอียดการเจ็บป่วย และวิธีการรักษา ตลอดจนการทำความเข้าใจการใช้ยารายละเอียดของยา และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการรักษา กรณีผู้ป่วยในความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเกิดความกังวลใจในรายละเอียดของการรักษามากกว่าผู้ป่วยนอก การมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาต้องใช้ข้อมูลที่มากกว่าในส่วนนี้ในประเด็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการลงนามยินยอมการรักษาต่างๆ ผู้ป่วยต้องใช้ความเข้าใจและความรอบคอบ และจำเป็นต้องมีบุคคลในครอบครัวร่วมตัดสินใจในการรักษา กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ หากมีอาการบาดเจ็บหรืออาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยย่อมไม่สามารถสื่อสาร บอกเล่าอาการได้ด้วยตนเอง ในวิธีการที่จะให้ผู้ป่วยมี

ส่วนร่วม และบอกเล่า สอบถามในรายละเอียดการเจ็บป่วยและการรักษากับผู้ให้บริการ ย่อมมีความเป็นไปได้น้อยหรือเป็นไปได้เลย เพราะบางรายมีอาการสาหัส รุนแรงถึงขั้นหมดสติจากสภาพการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน วุฒิภาวะของผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต รวมถึงความบกพร่องในการสื่อสาร โดยเฉพาะผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินที่อาการสาหัส ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมีผู้แทนโดยชอบธรรมเพื่อทำหน้าที่ต่างๆ ต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจนกว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นและสามารถสื่อสารกับผู้ให้บริการได้ด้วยตนเอง (Waterman, Gallagher, Garbutt, Waterman, Fraser, และ Burroughs, 2006, p. 369) สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในห้องไอซียู (Intensive Care Unit: I.C.U.) บทบาทของบุคคลในครอบครัว ตลอดจนความคาดหวังต่อการรักษาแตกต่างจากผู้ป่วยประเภทอื่น ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ การสนับสนุนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยดูแลเรื่องความปลอดภัยจึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่นกัน (Davis, Savvopoulou, Shergill, Shergill, และ Schwappach, 2014, p. 1)

การสื่อสารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในระบบบริการสุขภาพ ความปลอดภัยเกี่ยวข้องกับทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย หลายครั้งความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น สาเหตุหนึ่ง คือ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการและผู้ป่วยต่างมีพื้นฐานและรูปแบบการสื่อสารที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันสามารถนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย (Myers, 2012, p. 7) เช่น การละเลยที่จะทำการสื่อสาร ความผิดพลาดและความเข้าใจผิดจากการสื่อสาร การสื่อสารที่ไม่เพียงพอนำไปสู่ความล้มเหลวในความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับแพทย์ “พูดเมื่อสงสัย” เป็นแนวทางที่สะท้อนมิติด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ถึงแม้ว่าแนวทางการมีส่วนร่วมเพื่อความปลอดภัยดังกล่าว มุ่งหมายให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทเพื่อความปลอดภัย แต่ด้วยผู้ป่วยขาดองค์ความรู้ทางการแพทย์ การประเมินความปลอดภัย เพื่อสื่อสารให้กับทีมผู้ให้การรักษาทราบ อาจมีข้อจำกัดด้านการใช้ภาษา รวมถึงความกล้าที่จะสื่อสาร ทำให้เกิดช่องว่างในการรักษา ผู้ให้บริการจึงไม่สามารถรับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัยจากบริการสุขภาพที่ได้รับ Pearson และ Aromataris (2009) เห็นว่าอุปสรรคด้านภาษาและการสื่อสารเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย Vincent และ Coulter (2002, p. 76) กล่าวว่าผู้ป่วยมักมองว่าตน คือ ผู้ตกเป็นเหยื่อของความผิดพลาดและการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ผู้ให้บริการจำเป็นต้องปรับมุมมองของผู้ป่วยโดย

สื่อสารชักนำให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมโดยตรง รวมถึงการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบทบาทของตนเองในการดูแลรักษา การให้โอกาสในการสื่อสารถึงอาการเจ็บป่วยและเปิดโอกาสให้สามารถซักถามข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติเพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษาให้เกิดความปลอดภัย ผู้ให้บริการต้องตระหนักและเริ่มต้นสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อเป็นการลดช่องว่างและเกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการนำไปสู่การสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อไป

สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในประเด็นเกี่ยวกับการใช้ยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ว่าตนเองได้รับยาอะไรเพื่อจุดประสงค์ใดและทราบผลข้างเคียงจากการใช้ยา รวมถึงสามารถบอกประวัติการแพ้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ผ่านมาจากการศึกษาของ Waterman et al. (2006, p. 369) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยจากยา เนื่องจากไม่ได้สนใจที่จะสอบถามถึงเหตุผลของการใช้ยา Pearson et al. (2009) พบว่า มีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ผู้ป่วยจะทราบชื่อยาและขนาดการใช้ยาของตนเอง Martin และ Larsen (2012, p. 17) ระบุว่า การขาดข้อมูลเกี่ยวกับยาตัวใหม่ของผู้ป่วย การขาดข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงยาของผู้ป่วย และข้อผิดพลาดในระบบเอกสารหรือระบบการบันทึกการรักษายาของผู้ป่วย เป็นประเด็นสำคัญที่นำไปสู่ความเสี่ยงในเรื่องการใช้ยา เนื่องด้วยผู้ป่วยไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับยาและการรักษามากนัก ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย แต่การพิจารณาถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียงของยา หรือการให้ข้อมูลยาที่เคยใช้ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ในทุกรายแพทย์ เกสัชกร พยาบาล ต้องเป็นผู้ให้คำแนะนำและสอบถาม ดังนั้นความปลอดภัยจากการใช้ยา ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดยังคงเป็นผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยจากยา องค์การบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนได้เข้าใจหลักการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา วิธีการจดบันทึกการรักษายา ซึ่งโรงพยาบาลอาจจัดอบรมให้ความรู้และสร้างสื่อตัวอย่างการปฏิบัติเกี่ยวกับยา เพื่อเป็นการสร้างรากฐานความรู้ความเข้าใจและการป้องกันความเสี่ยงความไม่ปลอดภัยเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย

สำหรับการแสดงออกของผู้ป่วย โดยการสอบถามผู้ให้การรักษาทำการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคหรือไม่ หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริงย่อมสามารถป้องกันหรือลดอุบัติเหตุการฉีดยาในโรงพยาบาลได้ แต่ประเด็นดังกล่าวมีข้อจำกัดจากสภาพอาการของผู้ป่วย

รวมถึงความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสอบถาม จากการศึกษาของ Waterman et al. (2006, p. 368-369) พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 45 กล้าที่จะสอบถามผู้ให้บริการ ส่วนสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมในความปลอดภัยด้วยการถามเรื่องการล้างมือ เพราะผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่ต้องให้ความสำคัญ และขาดความตระหนักว่าการล้างมือของผู้ให้บริการสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่รู้ว่าหากต้องทักท้วงต้องแสดงออกอย่างไร ในขั้นตอนใดของการรักษา จากการสำรวจผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล ในประเด็นการล้างมือของแพทย์ พยาบาล พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 90-100 สอบถามพยาบาล และร้อยละ 31 สอบถามแพทย์ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยได้รับการแนะนำวิธีการปฏิบัติตนในระหว่างที่แพทย์ พยาบาลเข้ามตรตรวจร่างกายหรือทำหัตถการ (Longtin et al., 2010, p. 57) ดังนั้นการสื่อสารการปฏิบัติตนและชี้แจงเหตุผลที่ต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและกล้าสอบถาม

การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยด้วยการเลือกรับบริการในโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานคุณภาพ อาจมีความแตกต่างกันไปตามประเภทของผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด การพิจารณามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลที่จะเข้ารับบริการ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ หากแต่บุคคลใกล้ชิด คือ ผู้ตัดสินใจแทนการพิจารณาสถานพยาบาลที่น่าเชื่อถือ มั่นใจได้ว่ามีมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย ในเบื้องต้นสามารถสังเกตได้จากตราสัญลักษณ์การรับรองขององค์กรหรือสถาบันที่ให้การรับรองคุณภาพ ซึ่งในประเทศไทย มาตรฐานการรับรองคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับ ได้แก่ มาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ HA (Healthcare Accreditation) มาตรฐานคุณภาพพระดัสสากล คือ มาตรฐาน JCI (Joint Commission International Standards) ที่มุ่งเน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ทั้งนี้ประชาชนควรทำความรู้จักในตราสัญลักษณ์การรับรอง และอาจนำไปเป็นตัวเลือกหนึ่งในการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลต่างๆ ได้อย่างไรก็ดี การที่สถานพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพไม่ได้หมายความว่าในกระบวนการให้การดูแลรักษาทั้งหมดนั้นจะไม่เกิดความผิดพลาด หรือมีความปลอดภัยมากที่สุดหากแต่เป็นการแสดงให้ประชาชน ผู้ป่วยสามารถเชื่อมั่นได้ว่าการเข้ามารับการรักษาจะเกิดความเสียหรือความผิดพลาดน้อยที่สุด นอกจากนี้การตัดสินใจว่าโรงพยาบาลใดมีคุณภาพประชาชนส่วนใหญ่มักตัดสินใจจากชื่อเสียงของโรงพยาบาล การใช้ข้อมูลประสบการณ์การได้รับบริการ และการบอกเล่าของคนใกล้ชิด โดย Schwappach, Frank, และ Hochreutener (2011, p. 543) กล่าวว่าผู้ป่วยเมื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลมักจะบอกต่อ แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์กับบุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิด ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยสามารถส่งผลต่อชื่อเสียง ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลได้ ดังนั้นการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ ผู้ป่วย ประชาชน นอกจากจะพิจารณาจากมาตรฐานคุณภาพ ยังสามารถสอบถามคุณภาพบริการจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเลือกสถานพยาบาลที่น่าไว้วางใจและเกิดความปลอดภัยต่อการเข้ารับบริการ



ภาพที่ 1 สัญลักษณ์การรับรองมาตรฐานเจซีไอ (JCI)  
ที่มา: The Joint Commission, 2016.



ภาพที่ 2 สัญลักษณ์การรับรองคุณภาพมาตรฐาน  
สถานพยาบาล HA  
ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน), ม.ป.ป.

สำหรับแนวคิด SPEAK UP (พูดเมื่อสงสัย) ได้มีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของการนำไปปฏิบัติของผู้ป่วย Entwistle, McCaughan, Watt, Birks, Hall, Peat, ... Wright (2010) ชี้ให้เห็นว่าหนึ่งในวิธีที่พบมากที่สุดของการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การขอให้ผู้ป่วย “พูดเมื่อสงสัย” ถ้ามีความกังวลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่ได้รับ อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วยในการส่งสัญญาณเพื่อความปลอดภัย (voicing safety) ล้วนเกี่ยวข้องกับ ผู้ให้บริการ แนวทางพูดเมื่อสงสัยผู้ป่วยอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้ทุกประเด็นเพราะขึ้นอยู่กับวิธีการแสดงออก การปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วย สาเหตุที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้เท่าที่ควร เกิดจาก

1. การประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรงของภัยคุกคามต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ ด้านกายภาพได้อย่างครอบคลุม ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่า การได้รับการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานต้องเป็นแบบใด นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมินภาระงานของผู้ให้บริการ และความสามารถความไวต่อสถานการณ์ที่จะได้รับการตอบสนอง

2. ความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินปัญหา ผู้ป่วยมีความเข้าใจในสภาวะหรืออาการ รวมถึงวิธีการรักษาของตนเองอย่างไร ความเพียงพอของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการรักษา ประสบการณ์ในการเจ็บป่วย และความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยมีผลที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจที่จะพูดหรือแสดงออก

3. การตัดสินใจของผู้ป่วยในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าแพทย์ พยาบาล ผู้ให้บริการต่างๆ คือ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการดูแลรักษา ผู้ป่วยมักรับรู้บทบาทของตนเองในบางเรื่อง เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์ และผู้ป่วยมักให้ความสำคัญในแง่ของการได้รับการปฏิสัมพันธ์ที่ดีจากผู้ให้บริการเท่านั้น

4. การตัดสินใจของผู้ป่วยในผลลัพธ์ที่จะตามมาจากการพูดหรือบอก การตอบสนองเชิงบวกจะเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมจากผู้ให้บริการ แต่ขณะเดียวกันผู้ป่วยจะมีความกังวลว่าจะได้รับการดูแลรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐานหรือไม่ หากสิ่งที่พูดเป็นผลสะท้อนเชิงลบต่อการรับรู้ของผู้ให้บริการ

และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยเชิงบริบทของผู้ป่วย เช่น สถานะสุขภาพ ความรู้ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ Ocloo (2010, pp. 514-515) ได้สรุปว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และทัศนคติของผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่จะพูดหรือบอก ทำให้ประเด็นที่ควรรับรู้อันเกี่ยวเนื่องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยถูกละเลยและไม่สามารถตรวจจับได้ สิ่งที่น่ามาพิจารณาในแนวปฏิบัติที่ควรทำควบคู่กัน นอกจาก “SPEAK UP” ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติเมื่อเข้ารับบริการ ควรณรงค์ “LISTENING UP” สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้บริการด้วย “LISTENING UP” ในที่นี้หมายถึง “การรับฟัง” เป็นบทบาทของผู้ให้บริการที่ต้องทำหน้าที่ในการรับฟัง เป็นการตอบสนองกับผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย อาทิ การรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล การรับฟังและทำความเข้าใจในความคาดหวังจากการรักษาของผู้ป่วยและญาติ การรับฟังอาการผิดปกติและความรู้สึกเจ็บปวดในมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ (ปียวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, 2559, น. 49)

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสุขภาพน้อยกว่าผู้ประกอบวิชาชีพ การเข้ารับบริการล้วนขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเป็นหลัก การให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทเพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ล้วนมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การทำความเข้าใจถึงประเด็นที่เป็นข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องได้เข้าใจและสามารถนำไปปรับเปลี่ยนวิธีคิด และการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพได้ Davis et al. (2007) และ Longtin et al. (2010) ระบุว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในความปลอดภัยขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัย ประสบการณ์ด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย รวมถึงคุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจะเป็นไปตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา ปัจจัยอายุมีส่วนสำคัญกับความต้องการมีส่วนร่วม โดยผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว จะมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ป่วยที่สูงอายุ ทั้งนี้ผู้ป่วยสูงอายุไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาเนื่องจากสภาวะการเจ็บป่วย เช่น อาการสับสนอาการปวดต่างๆ ความเหนื่อยล้าอาการหลงลืมและภาวะอ่อนแรง ด้านเพศพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะแสดงบทบาทให้ความสนใจกับการมีส่วนร่วมมากกว่าเพศชาย ส่วนด้านระดับการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าจะมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา มากกว่า และยังเกี่ยวเนื่องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ (level of health literacy) หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดของโรค ลักษณะอาการ และวิธีการรักษาเบื้องต้น จะทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการตรวจสอบการปฏิบัติของผู้ให้บริการและรู้บทบาทของตนเองต่อการเจ็บป่วย

ความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัย ประสบการณ์ด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย หากผู้ป่วยรับรู้ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยย่อมต้องการจะแสดงออกให้รับรู้ เพื่อลดการเกิดเหตุการณ์นั้น จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 75 รับรู้ว่าการดูแลรักษาที่มีความปลอดภัยในระดับปานกลางและมีความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือการเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์เมื่อต้องนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้บางงานวิจัยระบุว่า ร้อยละ 49 ของประชาชนรู้สึกว่าการผิดพลาดทางการแพทย์สามารถ

ป้องกันได้ และร้อยละ 59 รู้สึกว่าผู้ป่วยบางส่วนต้องรับผิดชอบข้อผิดพลาดในการดูแลตัวเอง หากเกิดความผิดพลาดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ได้แย้ง แต่ต้องการที่จะรู้รายละเอียดของความผิดพลาดและวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัย

*ประสบการณ์ด้านอารมณ์ความรู้สึกและรูปแบบการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย* ประสบการณ์ของการเจ็บป่วยด้านลบเป็นสิ่งที่บอกถึงระดับของการรับรู้ความเสี่ยงและความกังวลต่อการเกิดความไม่ปลอดภัย และมีส่วนเพิ่มการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และบทบาทในการเผชิญปัญหา (active coping) จะมีมากขึ้น เป็นผลให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการแพทย์ การมีส่วนร่วมในด้านความปลอดภัยมากขึ้นด้วย

*ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย* ได้แก่ ระยะของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย อาการ แผนการรักษา และผลลัพธ์ทางสุขภาพ รวมถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต การที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทั้งที่มีความรุนแรงมากหรือน้อยต่างส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการรักษา และผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมมากขึ้น หากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาเคยได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุที่ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีสภาวะอาการไม่รุนแรงจะมีบทบาทในการดูแลตนเองมากกว่า เช่น กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่รุนแรง ผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนบนติดเชื้อ จะมีส่วนร่วมในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งรังไข่ ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยไม่เกี่ยวกับระยะของโรคเสมอไป กล่าวคือ ผู้หญิงที่มีผลการพยากรณ์โรคที่รุนแรงมากขึ้น จะมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่าผู้ที่มีผลพยากรณ์โรคที่ดีกว่า ซึ่ง Schwappach et al. (2011, p. 547) พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานะสุขภาพที่ต่ำกว่าจะสนใจต่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยมากกว่าผู้ป่วยปกติ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ในอาการและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และลักษณะของแผนการรักษาที่ต้องการให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมได้ในระดับใด หากผลการตรวจและวิธีการรักษามีความชัดเจนและไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยจะต้องการมีส่วนร่วมน้อยกว่ากรณีผลการตรวจวินิจฉัยมีความไม่แน่นอนและแผนการรักษามีมากกว่าหนึ่งวิธี และโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความต้องการเพื่อการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการรักษามีความจำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยก็มีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดการมีส่วนร่วมหรือการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ปลอดภัยมากขึ้น

*ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการ* ในที่นี้ หมายถึง ความรู้และความเชื่อของผู้ให้บริการเกี่ยวกับความปลอดภัยและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย รวมถึงวิธีการปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการกับผู้ป่วย จากการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 58 แพทย์เชื่อว่าผู้ป่วยมีส่วนในการรับผิดชอบต่อการเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ ผู้ป่วยสามารถลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ หากบุคลากรทางการแพทย์มีองค์ความรู้และความเชื่อเช่นนี้ ย่อมส่งผลต่อการยอมรับให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจากการศึกษาของ Davis, Sevdalis, และ Vincent (2011, p. 113) เสนอแนะว่าการได้รับการสนับสนุนจากแพทย์และพยาบาลในการมีส่วนร่วมระหว่างการรักษาส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยมากขึ้น จากตัวอย่างการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 100 ผู้ป่วยกล้าที่จะสอบถามพยาบาลถึงการปฏิบัติเรื่อง การล้างมือ และมีเพียงร้อยละ 35 เท่านั้นที่สอบถามแพทย์ และผู้ป่วยมักมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลมากกว่าแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลมากกว่าแพทย์ การยอมรับในบทบาทของผู้ป่วยนับว่าเป็นส่วนสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย หากผู้ให้บริการยึดติดกับระบบอำนาจความเป็นใหญ่ (Paternalistic Power) การมองว่าตนเองมีความรู้มากกว่าผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยประโยคคำถามที่จำกัดคำตอบที่ไม่ต้องการคำอธิบายจากผู้ป่วย การให้เวลาที่ไม่เพียงพอในการตรวจรักษา และหากผู้ป่วยรู้สึกว่าการให้บริการไม่ต้องการรับข้อมูลใดๆ จากตน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงบทบาทของตนเอง ดังนั้นทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ และลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ป่วย สามารถผลักดันให้ผู้ป่วยแสดงออกต่อความร่วมมือในความปลอดภัยได้

*รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ* ได้แก่ การจัดบริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เข้ารับบริการมักมีปัญหาคำอธิบายกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมากกว่าแพทย์ หากพิจารณาในความเชี่ยวชาญของแพทย์โดยส่วนใหญ่แพทย์เวชปฏิบัติจะสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง นอกจากนี้กระบวนการประเมินผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินหรือไม่เร่งด่วน การเข้ารับบริการในแต่ละระดับของโรงพยาบาล มีส่วนทำให้ผู้ป่วยต้องเกิดปัญหาในเรื่องการสื่อสาร และทำให้ไม่เต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินจะรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในความปลอดภัยไม่มากนักเมื่อต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โอกาสมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับความต้องการความสามารถในการบอกเล่าของผู้ป่วยเอง ซึ่งหากไม่แน่ใจในสิ่ง

ที่ตนเองเจ็บป่วย จะทำให้ไม่กล้าแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมได้เท่าที่ควร

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ หมายถึงพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในความปลอดภัย ซึ่งผู้ป่วยควรตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการแสดงออกถึงความปลอดภัย เช่น การจดจำประวัติการเจ็บป่วยของตนเองมากกว่าที่จะเป็นหน้าที่ของแพทย์เท่านั้น การบอกเล่าถึงประวัติการแพ้ยา ยาที่เคยใช้ หรือการเฝ้าระวังการปฏิบัติเรื่อง การล้างมือของแพทย์ พยาบาล ถึงแม้ว่าอาจทำให้เกิดความไม่พอใจแก่ผู้ให้บริการ Waterman et al. (2006, p. 368) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 91 คิดว่าตนเองสามารถป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ร้อยละ 98 คิดว่าโรงพยาบาลควรให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยในวิธีการป้องกันความผิดพลาด นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่าผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการดูแลรักษามากขึ้นในกรณีที่การปฏิสัมพันธ์ไม่ต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์มากนัก

การตระหนักในผลลัพธ์จากการมีส่วนร่วม หากผู้ป่วยมีมุมมองว่าการมีส่วนร่วมในการรักษาให้ผลลัพธ์ทางบวก การชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย จะทำให้ผู้ให้บริการได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ป่วย Schwappach et al. (2011, pp. 547) กล่าวว่า การตั้งคำถามของแพทย์เมื่อต้องสื่อสารกับผู้ป่วยมีผลต่อความสนใจ และการตระหนักในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ให้บริการจำเป็นต้องเปิดช่องทางการสื่อสารแก่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรกเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

ระดับความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดโรคของผู้ป่วย หากในการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์มากนัก และผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอในรายละเอียดต่างๆ ย่อมมีความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นและให้ความร่วมมือเพื่อการรักษาที่ปลอดภัย นอกจากนี้ด้านเศรษฐฐานะทางสังคมของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญต่อการแสดงออกเพื่อการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมที่ต่ำกว่าจะกล้าแสดงออกเพื่อการมีส่วนร่วมกับแพทย์น้อยกว่า และอาจไม่ได้รับการเอาใจใส่จากแพทย์อย่างเหมาะสมเพราะแพทย์อาจมีความเชื่อที่ผิดว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่ต้องการข้อมูลใดๆ ตัดสินว่าผู้ป่วยด้อยศักยภาพในการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจในกระบวนการรักษา ดังนั้นการเสริมพลังให้ผู้ป่วยรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง โดยการยอมรับบทบาทของผู้ป่วยและสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้ให้บริการ เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในความปลอดภัยด้วยเช่นกัน

Buetow, Davis, Callaghan, และ Dovey (2013, pp. 3-4)

ศึกษาคุณลักษณะของผู้ป่วยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย ผ่านมุมมองของผู้นำของระบบสุขภาพ โดยเน้นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยกระทำสิ่งที่ถูกต้อง คุณลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ ความเป็นอิสระในตนเอง (autonomy) ความตระหนักในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (awareness) ความรอบคอบ (vigilance) ความไวในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ (responsiveness) ความมีเหตุผล (rationality) การมีองค์ความรู้ (knowledge) การมีมนุษยธรรม (humanity) การมีสติ (conscientiousness) ความเชื่อมั่นในตนเอง (confidence) ความเอาใจใส่สุขภาพ (commitment to health) จากการประเมิน พบว่า คุณลักษณะของผู้ป่วยที่ส่งผลให้มีส่วนร่วมในความปลอดภัยมากที่สุด คือ ความเป็นอิสระในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความสามารถที่ผู้ป่วยจะพูดเมื่อเกิดข้อสงสัย การมีอิสระในการแสดงออกทั้งความคิดเห็นและการกระทำ รองลงมาคือ การมีองค์ความรู้ของผู้ป่วย ในการพิจารณาว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องขอความช่วยเหลือผู้ป่วยต้องเรียกใครเมื่อไหร่ ด้วยวิธีการใด คุณลักษณะต่อมา คือ ความรอบคอบ ความตระหนักในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

## ข้อเสนอแนะเพื่อการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

### 1. บทบาทของผู้ป่วย

- การสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ให้บริการ ผู้ป่วยควรเอาใจใส่ในรายละเอียดการเจ็บป่วยของตนเอง อาการอาการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร โรคประจำตัว นอกจากนี้หากมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจในความผิดปกติจากการรับบริการ ผู้ป่วยต้องกล้าที่จะสอบถามหรือทักท้วง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเองมากที่สุด

- การให้ความร่วมมือในการรักษา ด้วยการทำความเข้าใจในรายละเอียด วิธีการรักษาที่ตนพึงได้รับ ตลอดจนปฏิบัติตามและข้อพึงระวังต่างๆ นอกจากเกิดความปลอดภัยแก่ตนเอง ยังส่งผลให้ทีมผู้ให้บริการสามารถติดตามประเมินอาการอาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การตัดสินใจในการรักษา ผู้ป่วยควรศึกษาข้อมูลของผู้ให้บริการ สถานพยาบาล โดยตระหนักถึงความเชี่ยวชาญ และมาตรฐานคุณภาพ เพื่อเป็นหลักประกันได้ว่า เมื่อเข้ารับการรักษาจะได้รับการบริการที่มีมาตรฐานคุณภาพ และเกิดความปลอดภัย

- การให้ความสำคัญกับการใช้ยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องจดจำชื่อยาที่เคยใช้ และอาการแพ้ยา และหากเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยควรทำบัญชีรายการยาเพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้ให้บริการในการวางแผนการรักษาและการสั่งยา นอกจากนี้ควรทำความเข้าใจในฉลากยาและการบ่งชี้ทางการแพทย์

- กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการทำหัตถการ การผ่าตัด ควรระบุตำแหน่งให้ชัดเจน ตลอดจนความกังวลใจที่มีอยู่แก่ทีมผู้ให้การรักษา เพื่อให้ทราบถึงสภาพอาการของผู้ป่วยและให้การดูแลที่ถูกต้อง

### 2. บทบาทของญาติ

- ร่วมรับทราบผลการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา เพราะในบางรายผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับฟังได้ด้วยตนเองอาจด้วยภาวะของโรค สภาพจิตใจและความสามารถในการรับรู้ต่างๆ
- การทำความเข้าใจเรื่องการใช้ยาและภาวะอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งญาติสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการสังเกตถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
- ร่วมตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย เพราะในการเผชิญการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความเครียด กังวล การตัดสินใจเพียงลำพังอาจนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์
- สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เมื่อไม่เข้าใจหรือสงสัย ตลอดจนการรายงานความผิดปกติ อาการของผู้ป่วยแก่ทีมผู้ให้การรักษา

### 3. บทบาทของผู้ให้บริการ

- การปรับเปลี่ยนทัศนคติและมุมมองที่มีต่อผู้ป่วย เปลี่ยนมุมมองและการตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นผู้ถูกกระทำ การดูแลรักษาขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเท่านั้น เป็นการยอมรับในบทบาทที่ว่าผู้ป่วยเป็นเจ้าของการเจ็บป่วย การให้ออกาสผู้ป่วยในการแสดงบทบาทและสิทธิ์ที่จะให้ข้อมูลต่างๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถที่จะกล้าแสดงออกมากขึ้นเพื่อมีส่วนร่วมในการรักษาให้เกิดความปลอดภัย
- รูปแบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ควรเป็นไปแบบพึ่งพาอาศัยกัน การรับฟังและทำความเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังหรือกังวล การยอมรับความคิดเห็น คำบอกเล่าต่างๆ ในรายละเอียดของการเจ็บป่วย ตลอดจนความรู้สึกที่มีต่อการรักษา จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถมองเห็นข้อพึงระวังต่อความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นได้
- วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะซักถามหรือเป็นฝ่ายที่จะสื่อสารกับผู้ให้บริการก่อน เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีองค์ความรู้ทางการแพทย์ จึงไม่แน่ใจว่าจะพูดหรือสื่อสารอย่างไร และการทำความเข้าใจในคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิธีการรักษา ยาที่ได้รับ และวิธีการปฏิบัติตน อาจทำให้ไม่สามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้อง อาจนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจที่ผิดพลาด ผู้ให้บริการจำเป็นต้องสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอด้วยคำอธิบายที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ และที่สำคัญการให้เวลาอย่างเพียงพอในการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความเข้าใจตรงกัน ความผิดพลาดที่จะนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยย่อม

ลดลง รวมถึงปัญหาข้อร้องเรียนต่างๆ

- โรงพยาบาล องค์การบริหารสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยในการรับบริการสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อเป็นช่องทางหนึ่งที่ประชาชนสามารถมีความรู้ในการปฏิบัติตนให้เกิดความปลอดภัย

### บทสรุป

จากรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยสำหรับประเทศไทยยังพบว่าการประเมินหรือศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้งานวิจัยที่พบส่วนใหญ่มุ่งศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ให้บริการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทในความปลอดภัยยังมีน้อย และการบริการดูแลรักษาทางการแพทย์ของประเทศไทย ยังอยู่บนความเชื่อที่ว่า ผู้ให้บริการ คือ บุคคลสำคัญที่สุดในการรักษา ถึงแม้จะมีการประกาศสิทธิผู้ป่วย ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปในโรงพยาบาลจะมีการแสดงสื่อด้วยการติดป้ายเตือนแก่ผู้ป่วย เช่น การแจ้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร หากเคยมีประวัติการแพ้ยา หากแต่บทบาทของผู้ป่วยที่พึงปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยควรเกิดขึ้นในทุกกระบวนการของการรักษา ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วย และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย ภายใต้บริบทของสังคมไทย จึงควรศึกษาการสร้างความปลอดภัยในกลุ่มของผู้ป่วย เพื่อการพัฒนาารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป โดยกรอบการศึกษาอาจใช้องค์ประกอบของแนวคิด SPEAK UP นอกจากนี้ควรศึกษาทัศนคติและการยอมรับของผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ต่อประเด็นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ หัวใจสำคัญของการให้บริการสุขภาพ รูปแบบของการสร้างความปลอดภัย มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้แสดงบทบาทที่จำเป็นเพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพที่ปลอดภัยที่สุด แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในบางประเด็นที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถแสดงออกเพื่อมีส่วนร่วมในความปลอดภัยได้ ทั้งนี้ต่างเกิดจากปัจจัยต่างๆ อาทิ คุณลักษณะของผู้ป่วย สภาพการเจ็บป่วย บุคลิกภาพ และทัศนคติของผู้ให้บริการ ดังนั้นในการสร้างความปลอดภัยจะกำหนดให้เป็นหน้าที่ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งคงเป็นไปได้ เพราะความปลอดภัยในบริการสุขภาพแตกต่างจากการสร้างความปลอดภัยในระบบอื่น การสร้างความปลอดภัยจึงจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของผู้ป่วย บทบาทของผู้ให้บริการที่จะประสานความร่วมมือกันในการสร้างการมี

ส่วนร่วมให้เกิดขึ้นการทำความเข้าใจและเรียนรู้เพื่อแสดงบทบาทของตนเอง เพื่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการและความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวม

#### เอกสารอ้างอิง

- ปริญานนท์ ล้อเสริมวัฒนา. (2554). ที่มาที่ไปทำไมต้องมี พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ทำไมจึงมีผู้ต่อต้านเบื้องต้นถึงเบื้องหลังคืออะไร. สืบค้นจาก <http://thai-medical-error.blogspot.com/2011/02/14.html>
- ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. (2559). ทุกลมหายใจเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. ใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (บรรณาธิการ), *HA Update 2016* (หน้า 41-59). นนทบุรี: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.
- รัศมี ต้นศิริสิทธิกุล, นิรัตน์ วรณศิลป์, เกษร เทพแพง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, และ ชนภัทร วินยวัฒน์. (2555). รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องการพัฒนากระบวนการความปลอดภัยของผู้ป่วย. สืบค้นจาก [https://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjn\\_uzAl5\\_MAhViHqYKHYYKIAI8QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.shi.or.th](https://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjn_uzAl5_MAhViHqYKHYYKIAI8QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.shi.or.th)
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี*. นนทบุรี: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (ม.ป.ป.). เครื่องหมายการรับรองกระบวนการคุณภาพ. สืบค้นจาก <http://www.ha.or.th/Content/EditorImage/files/เครื่องหมายการรับรองกระบวนการคุณภาพ.pdf>
- สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. (2555). การป้องกันการฟ้องร้อง. ใน *หมอใหม่ 2555* (หน้า 7-8). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. สืบค้นจาก [http://www.tmc.or.th/news\\_file/detail\\_letter\\_doctor/doctor55\\_2.pdf](http://www.tmc.or.th/news_file/detail_letter_doctor/doctor55_2.pdf)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553). จุดดัดบนเส้นขนานความสัมพันธ์. ใน *จดหมายข่าวเฉพาะกิจ “มองให้ชัด” เกาะติดความสัมพันธ์แพทย์ผู้ป่วย*, 3, 1-4. สืบค้นจาก [http://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload\\_files/dmdocs/newletter\\_3.pdf](http://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/dmdocs/newletter_3.pdf)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2557. สืบค้นจาก [http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about\\_result.aspx](http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx)
- อิทธิพร คณะเจริญ. (2555). เรื่องที่แพทย์ใหม่ต้องรู้. ใน *หมอใหม่ 2555* (หน้า 11-13). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. สืบค้นจาก [http://www.tmc.or.th/news\\_file/detail\\_letter\\_doctor/doctor55\\_2.pdf](http://www.tmc.or.th/news_file/detail_letter_doctor/doctor55_2.pdf)
- Buetow, S., Davis, R., Callaghan, K., & Dovey, S. (2013). What attributes of patients affect their involvement in safety? A key opinion leaders' perspective. *BMJ Open*, 3, 1-6. Retrieved from <http://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e003104.full.pdf+html>
- Davis, R., Savvopoulou, M., Shergill, R., Shergill, S., & Schwappach, D. (2014). Predictor of healthcare professionals' attitudes towards family involvement in safety- relevant behaviours: a cross-sectional factorial survey study. *BMJ Open*, 4, 1-8. Retrieved from <http://bmjopen.bmj.com/content/4/9/e005549.full.pdf+html>
- Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N., & Vincent, C. A. (2007). Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectation*, 10(3), 259-267. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x/epdf>
- Davis, R. E., Sevdalis, N., & Vincent, C. A. (2011). Patient involvement in patient safety: how willing are patient to participate? *BMJ Qual Saf*, 20, 108-114. Retrieved from <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/108.full.pdf>
- Entwistle, V. A., McCaughan, D., Watt, L. S., Birks, Y., Hall, J., Peat, M., ... Wright, J. (2010). Speaking up about safety concerns: multi-setting qualitative study of patients' views and experiences. *Qual Saf Health Care*, 19(6), e(33), 1-7. Retrieved from <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/e33.full.pdf+html>
- European Commission. (2012). Patient involvement aggregate report. Retrieved from [http://ec.europa.eu/health/systems\\_performance\\_assessment/docs/eurobaro\\_patient\\_involvement\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf)
- Kingston, R. J., Ospina, M., Jonsson, E., Childs, P., McLeod, L., Moxted, J. (2010). Patient safety in primary care. Edmonton, alberta: Canadian patient safety institute & BC patient safety and quality council. Retrieved from <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/primaryCare/Documents/Primary%20Care%202010.pdf>
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan S.E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*, 85(1), 53-62. Retrieved from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800278/pdf/mayoclinproc\\_85\\_1\\_009.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800278/pdf/mayoclinproc_85_1_009.pdf)
- Martin, H. M., & Larsen, J. (2012). *Patient involvement in patient safety: A literature review about European primary care*. Denmark: The Danish Institute for Health Services Research (DSI). Retrieved from <http://www.kora.dk/media/271600/dsi-3479.pdf>
- Myers, S. A. (2012). *Patient safety and hospital accreditation: A model for ensuring success*. New York: Springer Publishing Company.

- Ocloo, J. E. (2010). Harmed patients gaining voice: challenging dominant perspectives in the construction of medical harm and patient safety reforms. *Soc Sci M*, 71(3), 510-516. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610003369>
- Pearson, A., Aromataris, E. (2009). Patient safety in primary healthcare: A review of the literature. Adelaide: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Retrieved from <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2009/01/Patient-Safety-in-Primary-Health-Care-A-Review-of-the-Literature-2009.pdf>
- Schwappach, D. L., Frank, O., & Hochreutener, M. A. (2011). New perspectives on well-known issues: patients' experiences and perceptions of safety in Swiss hospitals. *ZEFQ*, 105, 542-548. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921710001832>
- Schwappach, D. L., Frank, O., Koppenberg, J., Muller, B., & Wasserfallen, J. B. (2011). Patients' and healthcare workers' perceptions of a patient safety advisory. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(6), 713-720. Retrieve from <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/23/6/713.full.pdf>
- Southwick, F. S., Craneley, N. M., & Hallisy, J. A. (2015). A patient-initiated voluntary online survey of adverse medical event: the perspective of 696 injured patients and families. *BMJ Quality Safety*, 24, 620-629. Retrieved from <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/06/19/bmjqs-2015-003980.full>
- The Joint Commission. (2016). Speak up. Retrieved from <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/speakup.pdf>
- \_\_\_\_\_. (2016). Gold seal of approval@ downloads (Certification). Retrieved from [http://www.jointmission.org/assets/1/6/GoldSeal\\_4color.jpg](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/GoldSeal_4color.jpg)
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Chichester: Wiley Blackwell.
- Vincent, C. A., & Coulter, A. (2002). Patient safety: What about the patient? *Quality Safety Health Care*, 11, 76-80. Retrieved from <http://qualitysafety.bmj.com/content/11/1/76.full.pdf+html>
- Waterman, A. M., Gallagher, T. M., Garbutt, J., Waterman, B. M., Fraser, V., & Burroughs, T. E. (2006). Brief report: Hospitalized patients' attitude about and participation in error prevention. *J GEN INTERN MED*, 21, 367-370. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484719/pdf/jgi021-0367.pdf>
- World Health Organization. (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: Technical Report. Retrieved from [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
- \_\_\_\_\_. (2014). 10 facts on patient safety. Retrieved from [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/)