

ปีงบประมาณ 2569

Hospital Safety Culture Survey

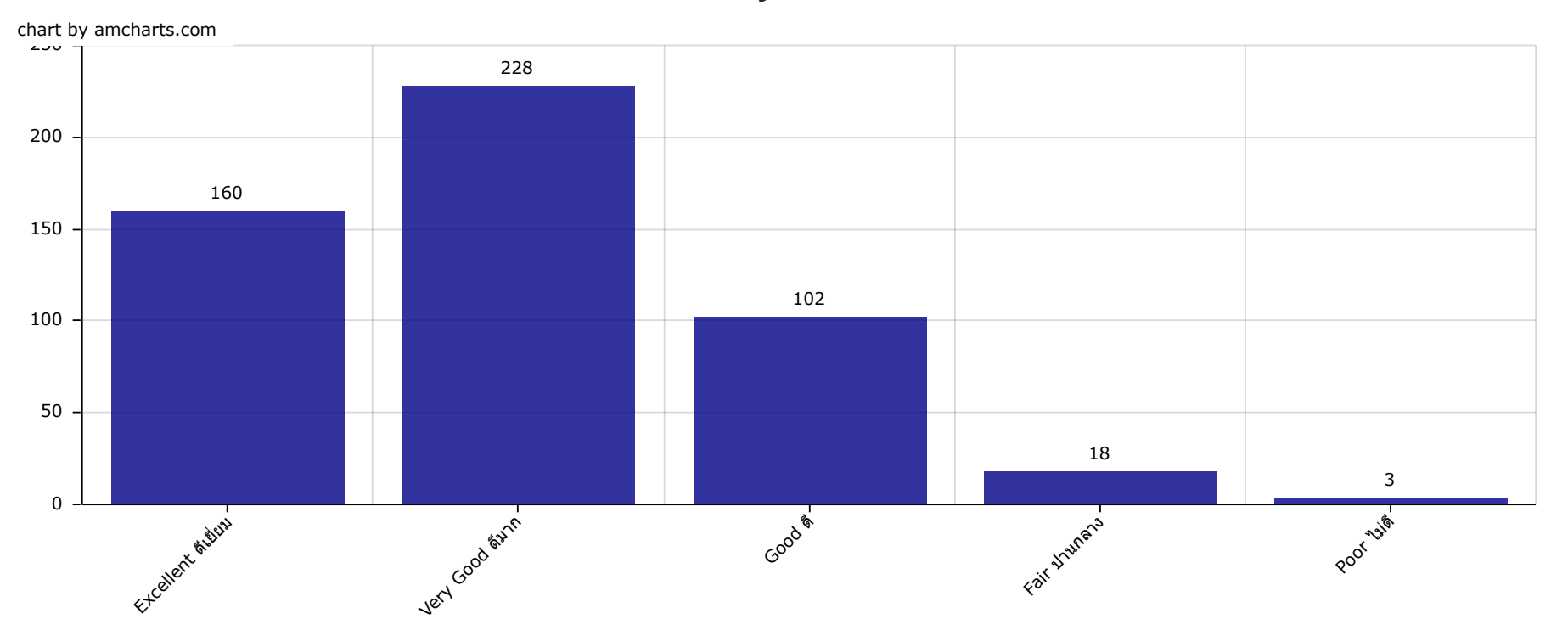
โรงพยาบาล สวนปรุง

จำนวนบุคลากรทั้งหมด 546 คน

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 511 คน

วันที่ประมวลผล 23 มิถุนายน 2569

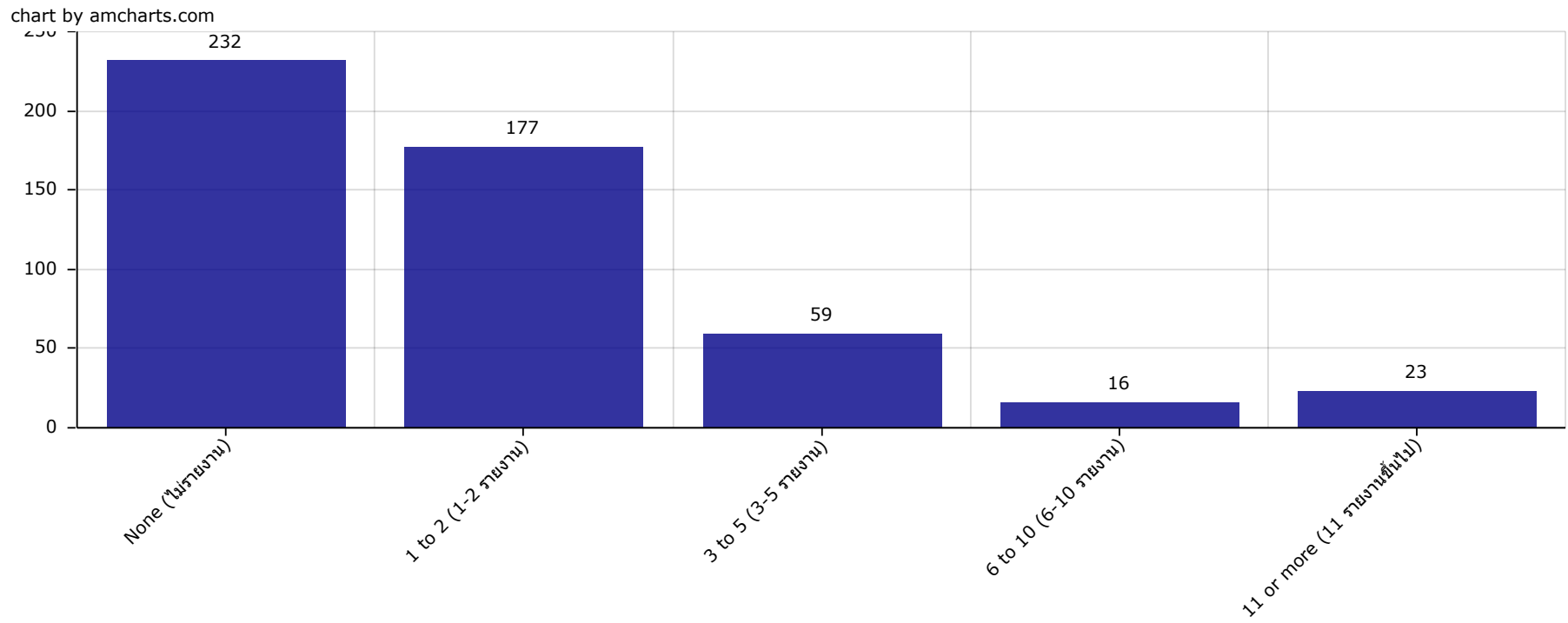
ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)



ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

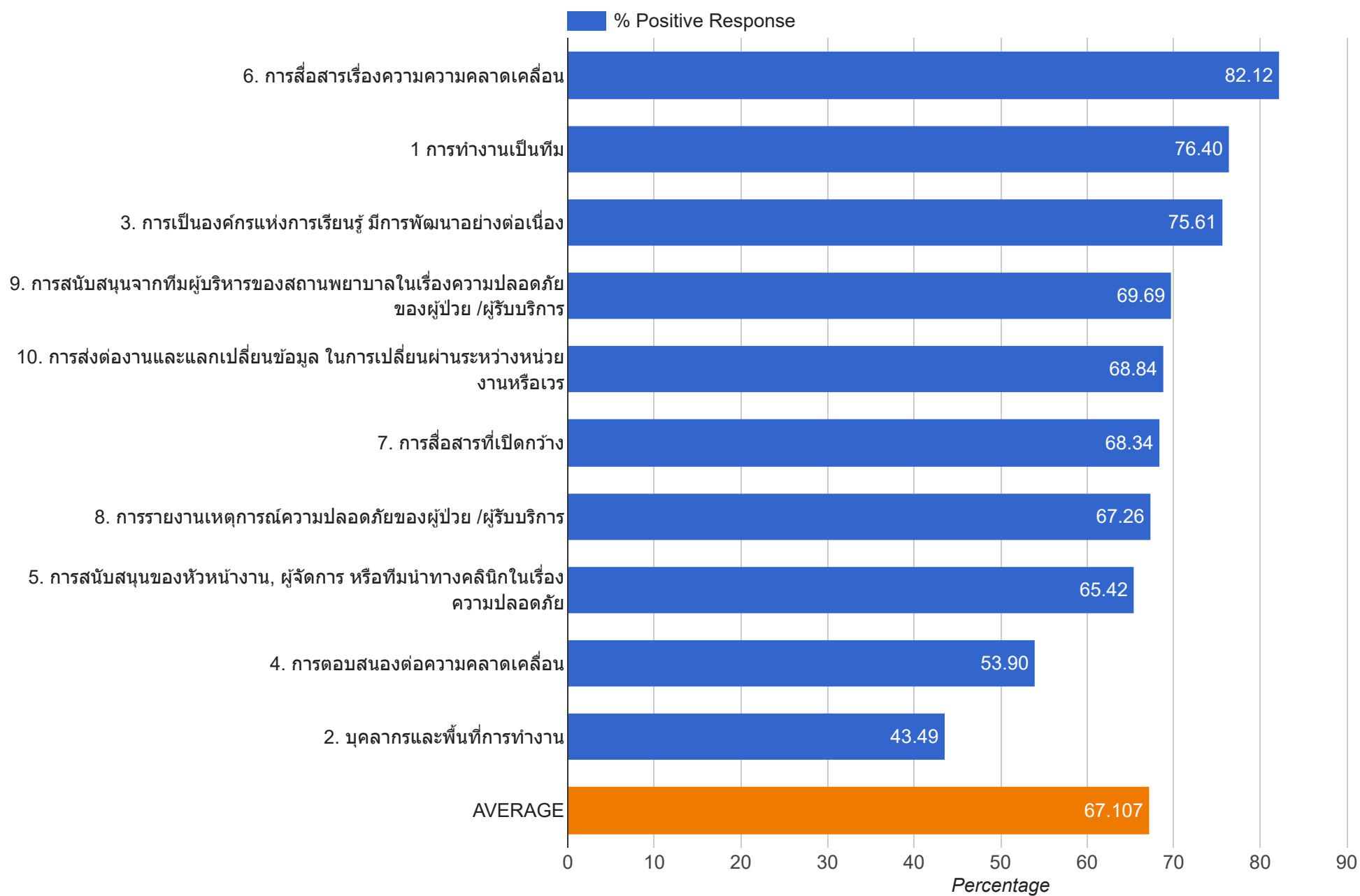
ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	ทั้งหมด (511 คน)	
	จำนวน	%
Excellent ดีเยี่ยม	160	31.3
Very Good ดีมาก	228	44.6
Good ดี	102	20.0
Fair ปานกลาง	18	3.5
Poor ไม่ดี	3	0.6
รวม	511	100.0

จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา



ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์

ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์	ทั้งหมด (507 คน)	
	จำนวน	%
None (ไม่รายงาน)	232	45.8
1 to 2 (1-2 รายงาน)	177	34.9
3 to 5 (3-5 รายงาน)	59	11.6
6 to 10 (6-10 รายงาน)	16	3.2
11 or more (11 รายงานขึ้นไป)	23	4.5
รวม	507	100.0



ร้อยละตอบเชิงบวก (% Positive Response) จำแนกตามมิติต่างๆ

มิติที่สำรวจ	ผลสำรวจ	
	จำนวน	%
1. การทำงานเป็นทีม	1,162	76.4
A1. ในหน่วยงานหรือพื้นที่ที่ท่านทำงานอยู่ ทุกคนทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ	447	88.2
A8. ในช่วงเวลาที่ย่งที่มีภาระงานยุ่งยากหรือยากบุคลากรในหน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างดี	432	85.2
A9. ในหน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมในการทำงานของบุคลากรที่ไม่เคารพซึ่งกันและกัน	283	55.8
2. บุคลากรและพื้นที่การทำงาน	882	43.5
A2. ในหน่วยงานหรือพื้นที่มีจำนวนบุคลากรในการทำงานที่เพียงพอที่จะรับมือกับปริมาณงานหรือภาระงานของหน่วยงานที่กำหนด	308	60.7
A3. ในหน่วยงานที่ท่านทำงานมีบุคลากรที่ทำงานจำนวนชั่วโมงต่อเนื่องยาวนานมากกว่าที่จำนวนชั่วโมงทำงานที่ดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ดี	109	21.5
A5. หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่ต้องอาศัยหรือพึ่งพาบุคลากรที่มาช่วยทำงานชั่วคราวบุคลากรที่หมุนเวียนมาทำงานหรือที่มาทำงานเฉพาะช่วงที่กำหนดเป็นครั้งๆ มากเกินไป	199	39.3
A11. หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่มักจะเร่งรีบในการทำงานมากเกินไปจนส่งผลกระทบในเชิงลบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	266	52.5
3. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	1,150	75.6
A4. หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่มีการทบทวนกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อพิจารณาว่าจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงใดบ้างที่ควรปรับปรุงแก้ไขเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	421	83.0
A12. หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการและการประเมินผลความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการว่าดีขึ้นอย่างไร	412	81.3
A14. หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่ปล่อยให้เกิดปัญหาเรื่องความปลอดภัยกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการในเรื่องเดิมและเกิดขึ้นซ้ำๆ	317	62.5
4. การตอบสนองต่อความคลาดเคลื่อน	1,093	53.9
A6. หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่บุคลากรยังรู้สึกว่าความผิดพลาดคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในการทำงานจะถูกนำมากล่าวโทษกับตัวบุคคล	223	44.0
A7. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ในหน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่ มักมีการระบุว่าเป็นความผิดหรือตำหนิตัวบุคคลเสมอ	254	50.1
A10. เมื่อบุคลากรทำงานผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อน หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่จะมุ่งเน้นที่การเรียนรู้มากกว่าการกล่าวโทษตัวบุคคล	369	72.8
A13. หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่ไม่มีการสนับสนุนหรือการดูแลบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	247	48.7
5. การสนับสนุนของหัวหน้างาน, ผู้จัดการ หรือทีมนำทางคลินิกในเรื่องความปลอดภัย	995	65.4
B1. หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้จัดการ หัวหน้าทีมการดูแลผู้ป่วย หรือประธานทีมนำทางคลินิกของฉันให้ความสำคัญกับข้อเสนอแนะของบุคลากรและร่วมงานอย่างจริงจังเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย	423	83.4
B2. หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้จัดการ หัวหน้าทีมการดูแลผู้ป่วย หรือประธานทีมนำทางคลินิกของฉันต้องการให้เราทำงานเร็วขึ้นในช่วงเวลาที่ภาระงานยุ่งยากขุลมุนหรือเร่งรีบแม้ว่าต้องลดขั้นตอนหรือกระบวนการ	147	29.0
B3. หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้จัดการ หัวหน้าทีมการดูแลผู้ป่วย หรือประธานทีมนำทางคลินิกของฉัน มีการดำเนินการเพื่อลดและแก้ไขความกังวลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่ได้รับทราบด้วยความตั้งใจ	425	83.8
6. การสื่อสารเรื่องความความคลาดเคลื่อน	1,249	82.1
C1. บุคลากรจะได้รับการสื่อสารให้ข้อมูลกรณีเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นในหน่วยงานหรือพื้นที่ที่ปฏิบัติงานของตน	397	78.3
C2. เมื่อเกิดข้อผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนในหน่วยงานที่ท่านงานอยู่ บุคลากรจะหาวิธีป้องกันความคลาดเคลื่อนไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีก	437	86.2
C3. ในหน่วยงานที่ฉันปฏิบัติงานอยู่ บุคลากรได้รับการให้ข้อมูลหรือสื่อสารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากรายงานอุบัติการณ์	415	81.9
7. การสื่อสารที่เปิดกว้าง	1,386	68.3
C4. ในหน่วยงานที่ฉันปฏิบัติงานอยู่ บุคลากรสามารถพูดหรือบอกกล่าวได้ทันที เมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลกระทบหรือผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	431	85.0
C5. ในหน่วยงานที่ฉันปฏิบัติงานอยู่ เมื่อบุคลากร เห็นผู้ที่มีอำนาจ ตำแหน่ง หรือบทบาทหน้าที่ สูงกว่า ทำสิ่งที่ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บุคลากรสามารถพูดหรือบอกกล่าวได้ทันที	363	71.6
C6. เมื่อบุคลากรของหน่วยงานที่ฉันปฏิบัติหน้าที่อยู่ มีข้อกังวลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ สามารถพูดหรือบอกกล่าวทันที โดยผู้ที่มีอำนาจ ตำแหน่ง หรือบทบาทหน้าที่ ที่สูงกว่า เปิดกว้างในการรับฟัง	394	77.7
C7. ในหน่วยงานที่ฉันปฏิบัติงานอยู่ บุคลากรกลัวที่ตั้งคำถามเมื่อพบสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือผิดปกติ	198	39.1
8. การรายงานเหตุการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย /ผู้รับบริการ	682	67.3
D1. เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนขึ้นแต่มีการดักจับหรือแก้ไขได้ก่อนถึงตัวผู้ป่วย (อุบัติการณ์ระดับ A, B) /ผู้รับบริการ (อุบัติการณ์ระดับ 1) มีการรายงานอุบัติการณ์ดังกล่าวบ่อยเพียงใด?	333	65.7
D2. เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนถึงตัวผู้ป่วย/ผู้รับบริการและอาจทำให้ได้รับอันตรายแต่ไม่เกิดอันตราย (อุบัติการณ์ระดับ C, D), ผู้รับบริการ (อุบัติการณ์ระดับ 2) มีการรายงานอุบัติการณ์ดังกล่าวบ่อยเพียงใด	349	68.8
9. การสนับสนุนจากทีมผู้บริหารของสถานพยาบาลในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย /ผู้รับบริการ	1,060	69.7
F1. การกระทำหรือการดำเนินการของผู้บริหารสถานพยาบาลแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญสูงสุดในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ	450	88.8
F2. ผู้บริหารสถานพยาบาลจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอเพื่อปรับปรุงและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการในระบบบริการ	401	79.1
F3. ผู้บริหารโรงพยาบาลเหมือนจะให้ความสนใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ เฉพาะกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นแล้วเท่านั้น	209	41.2
10. การส่งต่องานและแลกเปลี่ยนข้อมูล ในการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงานหรือเวร	1,047	68.8
F4. เมื่อย้ายผู้ป่วย/ ผู้รับบริการจากหน่วยงานหรือพื้นที่หนึ่งไปยังอีกหน่วยงานหรืออีกพื้นที่หนึ่ง ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและการรักษา มักถูกละทิ้งโดยไม่มีการส่งต่อ)	312	61.5
F5. ระหว่างการเปลี่ยนเวรหรือกะการทำงาน ข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ มักถูกละทิ้งหรือละเอียดโดยไม่มีการส่งต่อ	327	64.5
F6. ระหว่างการเปลี่ยนเวรหรือกะการทำงานมีเวลาเพียงพอในการแลกเปลี่ยนและส่งต่อข้อมูลสำคัญการดูแลผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ ที่สำคัญทั้งหมด	408	80.5

1. การทำงานเป็นทีม 76.4%			2. บุคลากรและพื้นที่การทำงาน 43.5%				3. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มี การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 75.6%			4. การตอบสนองต่อความคลาด เคลื่อน 53.9%				5. การสนับสนุนของหัวหน้างาน, ผู้ จัดการ หรือทีมทางคลินิกในเรื่อง ความปลอดภัย 65.4%		
A1 88.2%	A8 85.2%	A9 55.8%	A2 60.7%	A3 21.5%	A5 39.3%	A11 52.5%	A4 83.0%	A12 81.3%	A14 62.5%	A6 44.0%	A7 50.1%	A10 72.8%	A13 48.7%	B1 83.4%	B2 29.0%	B3 83.8%
6. การสื่อสารเรื่องความความคลาด เคลื่อน 82.1%			7. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 68.3%				8. การรายงานเหตุการณ์ความ ปลอดภัยของผู้ป่วย /ผู้รับบริการ 67.3%			9. การสนับสนุนจากทีมผู้บริหารของ สถานพยาบาลในเรื่องความปลอดภัย ของผู้ป่วย /ผู้รับบริการ 69.7%				10. การส่งต่องานและแลกเปลี่ยน ข้อมูล ในการเปลี่ยนผ่านระหว่าง หน่วยงานหรือเวร 68.8%		
C1 78.3%	C2 86.2%	C3 81.9%	C4 85.0%	C5 71.6%	C6 77.7%	C7 39.1%	D1 65.7%	D2 68.8%		F1 88.8%	F2 79.1%	F3 41.2%		F4 61.5%	F5 64.5%	F6 80.5%

สัญลักษณ์และความหมาย

- ควรส่งเสริม
- ควรพัฒนาต่อเนื่อง
- เร่งพัฒนา
- ควรพัฒนาด่วน

หมายเหตุ: ตัวอักษรและตัวเลขจะตรงกับ Section และข้อในแบบสำรวจ

