



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแก่สังคม พยาบาลผู้ให้บริการอยู่ในฐานะของบุคคลในระดับวิชาชีพ ดังนั้นคุณภาพการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญและได้ถือปฏิบัติกันมาช้านาน สังคมมีความคาดหวังว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งหมายความว่า การให้บริการนั้นจะต้องมีเป้าหมาย กิจกรรม และผลประโยชน์ตามที่สังคมต้องการและสอดคล้องกับทรัพยากรที่สังคมมีอยู่ (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2527: 2) ประกอบกับปัจจุบันนี้ การขยายตัวของสังคมเกิดขึ้นอย่างมาก การแข่งขันกันในด้านคุณภาพถือเป็นสิ่งจำเป็น เพราะคุณภาพที่ดีย่อมนำไปสู่ความเชื่อถือ และการยอมรับจากสังคม อันจะส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าขั้นในที่สุด และจากการตื่นตัวเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเพื่อควมมีสุขภาพดี นโยบายการพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ซึ่งเป็นฉบับที่ใช้ในปัจจุบัน จึงได้กล่าวถึงการปรับปรุงคุณภาพของบริการสาธารณสุข เพื่อสนองตอบต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนอีกด้วย (ไพโรจน์ นิงสานนท์ 2530: 49) และเป็นผลให้การพยาบาลต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว

สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่เน้นถึงคุณภาพ พิจารณาได้จากจุดเริ่มต้นของวิชาชีพอันเกิดจากการมองเห็นคุณค่าในความเป็นมนุษย์ของกันและกัน ตลอดจนความรู้สึกร่วมกันที่พึงมีต่อกัน การให้บริการทางการแพทย์จึงมีลักษณะของการช่วยเหลือปกป้องความทรนทาน มีการปฏิบัติที่ละเอียดละไมนับตั้งแต่อดีตเป็นต้นมา (สิวลี ศิริไล 2530: 87) อีกทั้งในทศวรรษที่ผ่านมา สถาบันการศึกษาและองค์กรพยาบาลต่าง ๆ ได้แสดงให้เห็นถึงการตระหนักในคุณภาพการพยาบาลอย่างชัดเจน ประการสำคัญที่สุดซึ่งเน้นถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพ และถือเป็นลักษณะเด่นของวิชาชีพพยาบาลก็คือจรรยาวิชาชีพ การที่จะกำหนดจรรยาพยาบาลขึ้นให้สมบูรณ์ได้ต้องอาศัยสิทธิมนุษยชนเป็นแกน (วิเชียร ทวีลาภ 2529: 1) จรรยาพยาบาลที่สำคัญข้อหนึ่งคือการให้ความเคารพต่อ "สิทธิในชีวิต" ของผู้รับบริการ คือพยาบาลจะป้องกันทุกวิถีทางในขอบเขตหน้าที่ของตนที่จะไม่ให้เกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ เช่น อุบัติเหตุ โรคแทรกซ้อน ความ

พิการ และการบันทึกทัศนภาพโดยทั่วไป (ละอ อุดงกูร 2530: 64) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของวิเชียร ทวีลาภ (2527: 4) ดังนี้คือ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง เพราะมีเอกลักษณ์อย่างหนึ่งคือเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพและความปลอดภัยของชีวิตมนุษย์ จึงไม่ควรจะมีการผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้น โดยที่ผู้บริหารงานการพยาบาลมีความเชื่อว่าการผิดพลาดต่าง ๆ นั้นสามารถป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้ถ้าผู้บริหารมีความรับผิดชอบ มีแผนการทำงานอย่างมีระบบระเบียบ มีความละเอียดรอบคอบ และมีการตรวจตราอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติพยาบาลได้แก่ประชาชนผู้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งมีความตื่นตัวในเรื่องสิทธิมนุษยชนและการเรียกร้องสิทธิที่ควรได้รับจากบริการทางสังคมมากขึ้น ซึ่งรวมถึงสิทธิพื้นฐานในด้านความปลอดภัยที่จะได้รับจากบริการการพยาบาล (Storch 1980: 109) อันตรงกับคำกล่าวที่ว่าหลักสำคัญของการบริการในโรงพยาบาลประการแรกคือจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่ผู้ป่วย ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ให้การดูแลและผู้ช่วยเหลือผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลต้องคำนึงถึงเสมอ (Swartzbeck and Milligan 1982: 39) และถ้าพิจารณาการบริการการรักษาพยาบาล พบว่าปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะสูงยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูงว่าจะต้องได้รับบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้นด้วย (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2529: 24)

สำหรับทางด้านนิติบัญญัติได้มีการกำหนดกฎหมายประกอบวิชาชีพขึ้น เพื่อผลในการพิทักษ์ความปลอดภัยและความเป็นธรรมแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ และผู้รับบริการวิชาชีพ ป้องกันการปฏิบัติจากผู้ที่ยึดความรู้ และกำหนดขอบเขตของการบริการและความรับผิดชอบขึ้น (รัตนาทองสวัสดิ์ 2526: 121 - 122) คุณภาพการพยาบาลที่จะประกันความปลอดภัยต่อผู้รับบริการได้นั้น ต้องเกิดจากความพร้อมของปัจจัยหลาย ๆ ด้าน อันได้แก่สถานที่ ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีความพร้อม เอื้อให้การพยาบาลดำเนินไปได้ด้วยดี ระบบบริหารและกฎหมายอันเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และสุดท้ายคือทรัพยากรบุคคล (ละอ อุดงกูร 2529: 6 - 7) ซึ่งฟาริดา อิบราฮิม (2527: 2) กล่าวว่าทรัพยากรบุคคลได้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ศาสตร์ของการพยาบาล ศิลปะของการพยาบาล และวิญญาณของการพยาบาลนั่นเอง

ถึงแม้ว่าจะได้พยายามกำหนดปัจจัยต่าง ๆ ที่จะช่วยควบคุมคุณภาพการพยาบาล แต่ก็พบว่า ยังมีความผิดพลาดจากการพยาบาลเกิดขึ้นเสมอไม่มากนักน้อย เนื่องจากลักษณะการให้

บริการพยาบาลมีความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ปริมาณงานจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยอันได้แก่อาการของผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วย และจำนวนบุคลากร เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการผลัดเปลี่ยนบุคลากร และรูปแบบตารางปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุแห่งความผิดพลาดได้เนื่องจากความอ่อนล้าของเจ้าหน้าที่จากการทำงานไม่เป็นเวลา ซึ่งรวมความถึงการอดนอนหรือความไม่พร้อมสมบูรณ์ทางร่างกายของเจ้าหน้าที่ที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการคิดและอารมณ์ (Hill and Smith 1985: 281) ลานูซา (Lanuza 1976: 589) พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานยามวิกาล ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดต่ำลง โอกาสที่พยาบาลจะปฏิบัติงานผิดพลาดจะสูงกว่าการปฏิบัติงานในเวลาอื่น จึงอาจสรุปได้ว่าเป็นไปได้เสมอที่จะพบความเสียหายอันเกิดจากการปฏิบัติงานผิดพลาดในโรงพยาบาล และเพื่อลดความผิดพลาดต่าง ๆ ที่เป็นความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติงานอย่างมีระบบเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในโรงพยาบาล (Sullivan and Decker 1985: 382)

ฝ่ายบริหารการพยาบาลมีภารกิจที่สำคัญคือความรับผิดชอบต่อการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบและมีคุณภาพ โดยการอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลทุกระดับ (กุลยา ตันติผลาชีวะ 2525: 9) ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณภาพมิได้วัดเพียงจากผลที่ได้เท่านั้น แต่ต้องวัดจากกระบวนการดูแลที่ดี มีความปลอดภัย และตอบสนองต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจด้วย (Murray and Zentner 1985: 53) ความรับผิดชอบจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการเจริญเติบโตในวิชาชีพ ซึ่งทำให้พยาบาลทุกคนต้องรับผิดชอบต่อการปฏิบัติของตน (Dovovan 1975: 233) และประการสำคัญคือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องมีความสำนึกในความรับผิดชอบต่อการประกอบวิชาชีพด้วย (accountability) โดยรู้ถึงเหตุและผลของการปฏิบัติ ภายใต้ขอบเขตของการประกอบวิชาชีพทั้งในรูปของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องสามารถตอบคำถามทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของตนได้ด้วยความเชื่อมั่นทั้งเหตุและผลของการกระทำ (พวงรัตน์ บุญนารักษ์ 2530: 788 - 789) นั่นคือพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ กล้ารับผิดชอบ ตามภูมิความรู้ความสามารถด้วยสามัญสำนึกทางจิตใจ และต่อข้อผูกพันที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินไปตามที่กำหนดไว้ ขณะเดียวกันฝ่ายบริหารการพยาบาลจะต้องทำให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี ปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้ให้และผู้รับการพยาบาล เอื้ออำนวยเครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนทักษะการพยาบาลที่ทันสมัย เพื่อช่วยเหลือให้พยาบาลปฏิบัติงานได้เต็มประสิทธิภาพ ได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์ รวดเร็ว และประหยัด จึงถือว่าการบริหารนั้นมีคุณภาพ (Douglass and Bevis 1979: 203 - 204) โดยที่คุณภาพการพยาบาลจะสูงหรือ

ด้อย อยู่ในความรับผิดชอบส่วนใหญ่ของผู้บริหารการพยาบาลในฐานะผู้กำหนดแนวปฏิบัติ ส่งเสริม จัดสรรทรัพยากร และควบคุมการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาล หรืออาจกล่าวได้ว่าการประกันคุณภาพ ของบริการพยาบาลอยู่ภายใต้การดูแลของผู้บริหารการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้คุ้มครองผู้รับบริการนั้น เอง (พวงรัตน์ บุญนารักษ์ 2530 : 469 - 470)

ผู้บริหารการพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากการพยาบาลที่ดีมิใช่วัดที่ความสามารถในการดูแล หรือทักษะของ การปฏิบัติด้วยมือเท่านั้น แต่ระบบ โครงสร้างต้องเอื้อให้พยาบาลได้ใช้ทั้งทักษะด้านการดูแล ทักษะด้านความคิด (intellectual skill) และทักษะในการติดต่อสื่อสาร (relation skill) ร่วมกัน (สมจิต หนูเจริญกุล 2527: 12) การจัดการอย่างเป็นระบบโดยอาศัยทักษะ เทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร และทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุหรือพยากรณ์ความผิดพลาดที่กำลังจะเกิดขึ้น เรียกว่าการจัดการต่อความเสี่ยง หรือ Risk Management (Poteet 1983: 457 ; Chassie 1987: 153) ซึ่งประโยชน์ที่จะได้รับนั้นก็เพื่อความมั่นใจในด้านการ ให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ควบคุมการสูญเสียด้านต่าง ๆ และช่วยป้องกันการปฏิบัติที่ผิดพลาดไม่ เหมาะสม (malpractice prevention) (Parker 1978: 156) อันจะนำไปสู่การประกัน คุณภาพการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากความรับผิดชอบเบื้องต้นของวิชาชีพคือการสนับสนุนให้ผู้ป่วย ฟื้นหรือกลับสู่สภาพที่เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายโดยเร็ว โดยการลดภัยคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม และร่างกาย การประเมินสิ่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จะนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการพยาบาลอันจะเป็นการลดความเสี่ยงได้ ในที่สุด (Chassie 1987: 154 - 155)

จากการศึกษาสถิติของสมาคมผู้ค้าประกันแห่งชาติ (The National Association of Insurance Commissioners) ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1976 เป็นระยะเวลา 1 ปี พบความผิดพลาดที่เกิดจากการรักษาพยาบาลโดยบุคลากรในโรงพยาบาล 10 อันดับ แรก 3 อันดับที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลได้แก่ การให้ยาผิดพมมากเป็น อันดับที่ 3 การหกล้ม/ตกเตียงพมมากเป็นอันดับที่ 6 และการติดเชื้อเนื่องจากการขาดเทคนิค ปลอดภัยที่ตีพมเป็นอันดับที่ 9 (Duran 1980: 23) นอกจากนี้สมาคมโรงพยาบาลแห่งรัฐ ไอโอวา ได้ศึกษาจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 104 แห่งใน ไอโอวา และ 11 แห่งในวิสคอนซิน (Wisconsin) ในปี ค.ศ. 1979 พบว่าความผิดพลาด

ของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดคือการให้ยาผิด รองลงมาคือผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุทกล้ม ช็อคจากไฟฟ้า ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องมือ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และอื่น ๆ ความรุนแรงมีได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงแก่ชีวิต สาเหตุที่สำคัญมาจากความบกพร่องของบุคลากรในการติดต่อสื่อสาร ความรู้และการได้รับการฝึกอบรม และปฏิกริยาสัมพันธ์ของบุคลากรต่อการพิจารณาอุบัติการณ์ร่วมกัน นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรทางการพยาบาลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยมากที่สุดถึงร้อยละ 75 (Latessa, Long and McCracken 1979: 58) ที่เป็นเช่นนี้มีสาเหตุประการหนึ่งมาจากบุคลากรทางการพยาบาลทำงานกับผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดตลอดเวลา และมีจำนวนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรทางสาธารณสุขประเภทอื่นๆ ในโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อการศึกษาเป็นอย่างยิ่งว่าจะมีวิธีการใ้คนทำงานที่จะปฏิบัติเพื่อช่วยลดความเสี่ยงที่มีต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ในฐานะของผู้บริหารทางการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการจัดการให้งานการพยาบาลสำเร็จลุล่วง และผู้ป่วยปลอดภัยและกลับบ้านได้เร็วที่สุด

รณมาศ วิจิตรรัตน์ ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวันขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (2522: บทคัดย่อ) โดยศึกษาทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวันขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในหมวดความต้องการรับรู้สิ่งต่างๆ เป็นอันดับแรก รองลงมาคือหมวดความต้องการเป็นอิสระ ความต้องการพึ่งพาอาศัยคนอื่น และความต้องการความปลอดภัยตามลำดับ สำหรับการจัดอันดับตำแหน่งความต้องการความปลอดภัยพบว่าต้องการป้องกันการนำเชื้อโรคไปสู่ตัวผู้ป่วยและการแพร่กระจายเชื้อโรคโดยคำนึงถึงเทคนิคความสะอาด และการป้องกันอุบัติเหตุต้องการในระดับที่สูงมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.01 - 5.00) ในส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลยังมีได้มีการเปิดเผยให้ทราบกันแพร่หลาย แต่จากการสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลทั้งด้านการบริหารและอาจารย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาด 500 เตียงขึ้นไป ที่สามารถให้ข้อมูลจากประสบการณ์ที่ผ่านมา จำนวน 8 คน (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิจากภาคผนวก ก) รวบรวมความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่พบได้บ่อยหรือเป็นปัญหาทางการพยาบาล 3 อันดับแรกได้แก่ความเสี่ยงของการให้ยาผิด รองลงมาได้แก่ความเสี่ยงจากการทกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงของการติดเชื้อจากเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (รายละเอียดดูจากภาคผนวก ก) ซึ่งความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่กล่าวมาข้างต้นนี้ล้วนแต่ป้องกันหรือ

ควบคุมได้ทั้งสิ้น ทั้งนี้จากรายงานของพยาบาลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ทกลม ตกเตียง จำนวน 554 รายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก William Jennings Bryan Dorn ใน South Carolina ในปี ค.ศ. 1980 พบว่าอุบัติการณ์จำนวน 360 ราย (ร้อยละ 42.6) สามารถป้องกันได้ (Swartzbeck 1983: 38) และหลังจากการศึกษารายงานอุบัติการณ์การทกลม ตกเตียงโดยพยาบาล 2,000 คน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนิวยอร์ก ลินน์ (Lynn 1980: 1101) ก็สรุปว่าโดยปกติโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยจากการตกเตียงโดยการใช้ไม้กั้นเตียงอยู่แล้ว แต่สิ่งที่มีความจำเป็นและขาดไปก็คือการอธิบายถึงเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการใช้ไม้กั้นเตียง และความตระหนักของพยาบาลต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่จะก่ออันตรายให้แก่ผู้ป่วยและหาทางลดอันตรายเหล่านั้น

นอกจากนี้การติดเชื้อมีในโรงพยาบาลก็เป็นสิ่งที่ควบคุมและป้องกันได้เช่นกัน ดังจะเห็นได้จาก การตั้งหน่วยควบคุมการติดเชื้อมีในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ บุคลากรพยาบาลก็จะมีบทบาทสำคัญต่องานด้านนี้เสมอ (Creighton 1982: 44) สำหรับความเสี่ยงของการให้ยาผิด ซึ่ง เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดในการเจ็บป่วยที่ผู้ให้การรักษาเป็นผู้กระทำแก่ผู้ป่วยเองในโรงพยาบาล (Iatrogenic illness) ในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1981 และร้อยละ 20 ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไร้ความสามารถขั้นรุนแรง (Kelly 1985: 485) ซึ่งก็เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ โดยการสรุปความผิดพลาดจากรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาแล้วในอดีตและหาวิธีการป้องกันได้ (McNeilly 1987: 53) จากผลการวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาผิดของพยาบาลวิชาชีพ (Farrahmand 1984: 1153 - B) พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา คือ 1) พัฒนาและจัดทำ โปรแกรมการสอนให้ตระหนักถึงเวลาที่เสี่ยงต่อการทำงานพลาด การกระทำบางอย่างที่เหมาะสม ควรถูกนำไปใช้เพื่อลดโอกาสของการผิดพลาด 2) จัดตั้งบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่ให้ความช่วยเหลือแก่พยาบาลซึ่งจะต้องมีความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ 3) จัดทบทวนระบบการจ่ายยา โดยแผนกพยาบาล โดยเฉพาะการเน้นถึงการตรวจสอบคำสั่งและการสั่งยา

ในการพิจารณาถึงคุณภาพการพยาบาลจะต้องพิจารณาทั้งระบบ มิเพียงแต่ผลที่ปรากฏต่อผู้รับบริการเท่านั้น แต่ต้องรวมเอาวิธีการและกระบวนการปฏิบัติทั้งในรูปของการบริหารจัดการ และการให้บริการ โดยตรง ทั้งต้องพิจารณารูปแบบและการดำเนินการจัดการด้วย (พงวรรัตน์ บุญญาภิรักษ์ 2530: 4 - 5) ซึ่งจะพบว่าในปัจจุบันมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากมาย แต่ละโรงพยาบาลถูกสร้างโดยมีปรัชญา นโยบาย และวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะ

หน่วยงานที่สังกัดอยู่ ผู้บริหารทางการแพทย์เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกำหนดระบบการปฏิบัติพยาบาล เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีคุณภาพสูงสุด เป็นที่พอใจและเชื่อถือจากผู้รับบริการ ต่อพยาบาล หน่วยงาน และสถานบริการ จึงทำให้เกิดปัจจัยต่าง ๆ หลายด้านที่จะกำหนดรูปแบบการปฏิบัติของพยาบาล นับตั้งแต่นโยบาย ตลอดจนความแตกต่างของผู้บริหาร เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์การบริหาร การได้รับการอบรมทางการบริหารพยาบาลและระดับผู้บริหาร การกำหนดรูปแบบการปฏิบัติพยาบาลที่สามารถปกป้องผู้ป่วยให้พ้นจากอันตรายได้นั้นต้องการพยาบาลที่ฉลาด มีความรู้กว้างขวาง รู้จักคิดพิจารณาไตร่ตรอง มีความเป็นเลิศทั้งด้านทักษะการปฏิบัติและการประเมินผู้ป่วย และมีความพยายามและอดทนต่อการค้นคว้าวิจัยเพื่อค้นหาวิธีการพยาบาลที่ดีที่สุด (Swartzbeck and Milligan 1982: 43) อย่างไรก็ตามการปฏิบัติต่าง ๆ ย่อมต้องอยู่ภายใต้ขอบเขตของโรงพยาบาลที่สังกัดด้วย

จากสภาพการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงของการปฏิบัติพยาบาล ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล และก่อให้เกิดผลทางลบต่อผู้รับบริการ และต่อวิชาชีพ ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในประเทศไทย ยังไม่ได้ยอมรับให้ทำการเปิดเผยสถิติที่เกิดขึ้น แม้ว่าทุกโรงพยาบาลจะตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว เหล่านี้ก็ตาม การจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติพยาบาลก็จะกระทำ เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น มิได้แพร่หลายหรือเสนอวิธีการจัดการให้แก่โรงพยาบาลอื่น ๆ ซึ่งหมายความว่าข้อผิดพลาดที่ทำให้เกิดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลและการจัดการ เพื่อป้องกันหรือลดข้อผิดพลาดดังกล่าว จะได้รับการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์เฉพาะสถานที่เท่านั้น จากการศึกษาของเพ็ญจันทร์ ส. โมไนยพงศ์, อาริณา ภาณุโสภณ และสุนันต์ วิจิตรกาญจน์ (2528: 21 - 32) เรื่อง "พยาบาลกับกฎหมายวิชาชีพ" เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายวิชาชีพและพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันที่ได้สำเร็จการศึกษา และระยะเวลาในการทำงาน กับความคิดเห็น ความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายวิชาชีพระหว่างพยาบาลในส่วนกลางจำนวน 259 คน และพยาบาลในส่วนภูมิภาคจำนวน 434 คน ในปี พ.ศ. 2525 พบว่า ความคิดเห็น ความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายวิชาชีพโดยรวมแล้วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในส่วนที่เกี่ยวกับความคิดเห็นทั่วไป ข้อห้ามและข้อยกเว้น ข้อจำกัดและเงื่อนไขเพิ่มเติมและมารยาทแห่งวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่าสถาบันการศึกษาที่สำเร็จ และระยะเวลาการทำงานมีผลต่อความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายวิชาชีพ นั่นคือผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน 0 - 5 ปี และ 6 - 10 ปี ไม่เห็นด้วยในเรื่องข้อห้ามและข้อ

ยกเว้นที่ว่าผู้ประกอบโรคศิลป์จะต้องให้การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยตามศีลธรรม โดยไม่รับสินจ้างรางวัล แต่ทั้งนี้จะต้องฉีดยาหรือสสารใด ๆ เข้าไปในร่างกายผู้ป่วยหรือให้ยาอันตรายตามกฎหมายว่าด้วยการให้ยาแก่ผู้ป่วยมิได้ ซึ่งข้อนี้เป็นสิ่งที่พยาบาลพึงระมัดระวัง และควรจะทำภายในขอบเขตของพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เท่านั้น เพราะถ้ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นไม่ว่าความเสี่ยงนั้นจะเกิดขึ้นได้มากหรือน้อย แต่ผลที่ผู้รับบริการได้รับไม่แตกต่างกันนั้นคือความเสี่ยงต่อชีวิต การเงิน ตลอดจนการเสียเวลาที่จะต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ด้วยความคิดพื้นฐานที่ว่าความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งที่ควบคุม ป้องกันได้ และได้มีการปฏิบัติอยู่แล้วในทุกโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงศึกษาการจัดการความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ตลอดจนความคิดเห็นต่อวิธีการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล โดยได้แยกวิเคราะห์ความแตกต่างกันของระดับตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับการศึกษา ประสบการณ์การบริหาร การได้รับการอบรมทางการบริหาร และสังกัดของโรงพยาบาล ผลการวิจัยที่ได้จะแสดงให้เห็นถึงการตระหนักต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นเครื่องแสดงว่าผู้ให้บริการการพยาบาล มีความห่วงใยและคำนึงถึงคุณภาพเป็นสำคัญ ผลที่ได้รับจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้รับบริการที่จะเกิดความเชื่อมั่นต่อการได้รับการพยาบาล นอกจากนี้ยังประโยชน์ให้แก่ผู้บริหารการพยาบาล และเนื้อเรื่องอื่นใดก็คือความเติบโตก้าวหน้าของวิชาชีพพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐจำแนกตามสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหาร

ปัญหาของการวิจัย

1. การจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงจากการให้ยา

ผิด ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงจากเทคนิคการปลดข้อที่ไม่ดี เป็นอย่างไร

2. ผู้บริหารพยาบาลที่มีสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร ระดับวุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหารแตกต่างกัน จะมี

2.1 การจัดการต่อความเสี่ยงและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยง ของการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงจากการให้ยาผิด ความเสี่ยงจาก อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงจากเทคนิคปลดข้อที่ไม่ดีแตกต่างกันหรือไม่

2.2 การจัดการต่อความเสี่ยงและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยง จากการใช้ยาผิดแตกต่างกันหรือไม่

2.3 การจัดการต่อความเสี่ยงและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยง จากอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงแตกต่างกันหรือไม่

2.4 การจัดการต่อความเสี่ยงและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยง จากเทคนิคปลดข้อที่ไม่ดีแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานของการวิจัย

ปี ค.ศ. 1973 สภาการพยาบาลระหว่างประเทศได้กำหนดหลักมโนติการรักษาวินัยธรรมแห่งวิชาชีพพยาบาล ระหว่างพยาบาลและวิชาชีพอื่นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดและปฏิบัติการทางการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน ในการปฏิบัติการพยาบาลและการศึกษาพยาบาล และเป็นความรับผิดชอบเบื้องต้นของพยาบาลที่จะต้องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย ฟื้นฟูสุขภาพ และระงับความทุกข์ทรมาน (Kelly 1985: 209) นอกจากนี้พยาบาลยังจะต้องรับผิดชอบต่อปฏิบัติของตน (Donovan 1975: 233) ทั้งการปฏิบัติโดยตรงหรือการปฏิบัติของบุคคลอื่นซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของพยาบาล ข้อบังคับสภาการพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาวินัยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้รับบริการข้อ 9 จึงกล่าวถึงผู้ประกอบวิชาชีพว่า "...ต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ" (สารสภาการพยาบาล 2530: 8) และเมื่อปรากฏอย่างชัดเจนว่า สถิติการเกิดอุบัติเหตุทางการพยาบาลมีอัตราสูงขึ้น ผู้บริหารต้องตื่นตัวต่อการหาวิธีการลดอัตราความเสี่ยงลง ฝ่ายการพยาบาลเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด พยาบาลมักจะ

เกี่ยวข้องกับความคิดพลาดความล้มเหลวของบุคลากรอื่น ๆ ในโรงพยาบาลมากที่สุด นับจากแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการและบุคลากรอื่น ๆ (Hershey and Bowes 1978: 34) ครอน (Kron 1981: 12) กล่าวถึงความรับผิดชอบของพยาบาลต่อการจัดการต่อความเสี่ยงว่าต้องคิดใครครวญถึงความปลอดภัย พิจารณาถึงการกระทำในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายซึ่งให้ปฏิบัติในขอบเขตแห่งวิชาชีพ และบันทึกสิ่งที่ได้ปฏิบัติหรือไม่ได้ปฏิบัติ รวมถึงปัญหาต่าง ๆ ด้วยอย่างมีเหตุผล จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า .

1. ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐมีการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง

ผู้บริหารระดับสูงของฝ่ายการพยาบาลได้แก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้ช่วยหรือรองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ภารกิจของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่สำคัญได้แก่การกำหนดปรัชญา นโยบาย และวัตถุประสงค์ของฝ่ายการพยาบาล โดยสนองนโยบายของโรงพยาบาล ควบคุม อำนาจการ และกระจายอำนาจสู่บุคลากรระดับต่าง ๆ ส่วนผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบคือช่วยงานหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล อำนาจหน้าที่จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดของฝ่ายการพยาบาลและนโยบายของโรงพยาบาล สำหรับผู้ตรวจการพยาบาลเป็นผู้บริหารระดับกลางในการเลื่อนโยบาย แผนงานจากระดับสูงลงสู่เบื้องล่าง เพื่อให้เกิดการประสมประสานและร่วมมือกันอย่างดี ด้วยการควบคุม ตรวจสอบและแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ (กุลยา ตันติผลาชีวะ 2525: 12 - 15) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตำแหน่งพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ซึ่งจัดเป็นผู้บริหารระดับกลางเช่นกัน กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2527: 9 - 10) ได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบข้อหนึ่งว่าเป็นผู้รับนโยบายของฝ่ายการพยาบาล ร่วมเป็นกรรมการบริหารฝ่ายการพยาบาลและรับมอบงานจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้น ต้องรับผิดชอบงานบริหารทั่วไป รวมทั้งงานการพยาบาลและวิชาการไปพร้อมกัน (กุลยา ตันติผลาชีวะ 2525: 21) โดยยึดตามบทบาทหน้าที่ที่มีคือวัตถุประสงค์ แนวความคิด เป้าหมาย และวิธีการปฏิบัติจากผู้บริหาร เชื่อมโยงไปสู่ผู้ปฏิบัติคือผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้นต่างก็ยึดแนวปฏิบัติที่แต่ละโรงพยาบาลกำหนดขึ้น ซึ่งเป็นการบริหารตามข้อสัญญาผูกมัดที่ฝ่ายการพยาบาลจะมีต่อโรงพยาบาล และโรงพยาบาลมีต่อองค์กรที่สังกัด ทำให้เกิดความเข้าใจและการตกลงต่อความรับผิดชอบที่มีร่วมกันของผู้บริหาร ผู้บังคับบัญชา และผู้รับบริการ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์

ประสงค์ขององค์การ ซึ่งมีผลต่อการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ รวมถึงข้อกำหนดของการปฏิบัติ ทำให้วิธีการปฏิบัติบางส่วนถูกนำมาจากปัญหาด้านการบริหารที่เกิดขึ้นหลายครั้งตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละแห่งจะได้รับ (Oakes 1979: 170) การจัดการต่อความเสี่ยงที่เกิดในโรงพยาบาลส่วนหนึ่งถูกกำหนดขึ้นเพื่อคุณภาพการดูแลรักษาโดยการยัดผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ ทั้งนี้เพราะความสนใจต่อสิทธิในการได้รับบริการที่ดีที่ผู้ป่วยมีมากขึ้น องค์กรสุขภาพต่าง ๆ จึงต้องกำหนดวิธีการควบคุมเพื่อจัดการต่อความเสี่ยงแตกต่างกันไป (Vestal 1987: 161) ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

2. ผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัดต่างกัน จะมีการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน
3. ผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัดต่างกัน จะมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน

ระดับผู้บริหารแตกต่างกันจะมีอำนาจแตกต่างกันด้วย แต่ปริมาณของอำนาจก็มีใช้จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับอำนาจท่านอื่น ๆ อีก (Brooten 1984: 106) อำนาจจึงมีอิทธิพลต่อการวางแผนแก้ปัญหาต่าง ๆ มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการพัฒนาและการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้แก่ แผนขององค์การ หน้าที่รับผิดชอบและอำนาจที่ได้รับ มอบหมาย ความสามารถและปรัชญาของผู้บริหารระดับสูง โอกาสที่จะได้รับการศึกษาและอบรมขณะปฏิบัติงาน และความต้องการด้านการบริหาร (Ganong and Ganong 1975: 16 - 18) นอกจากนี้องค์ประกอบที่ทำให้ผู้บริหารแตกต่างกัน ได้แก่ ความรู้ในงานของโรงพยาบาลและหน่วยงาน ประสบการณ์การทำงานในแง่มุมต่าง ๆ ที่จะนำมาประกอบการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีความสามารถทั้งทางวิชาการและการปฏิบัติ นั่นคือมีความสามารถในการบริหารและวิชาการอย่างแท้จริง (กุลยา ตันติผลาชีวะ 2525: 28) ประสิทธิภาพของการบริหารอาจอยู่ภายใต้การนำของหลักการเดียวกันขององค์การ แต่ขอบเขตของการปฏิบัติย่อมแตกต่างกันตามผู้บริหารแต่ละระดับ (Kron 181: 17)

ประสิทธิภาพทางวิชาชีพในการพยาบาลขึ้นกับการมีความรู้และความสามารถอย่างเพียงพอ (Deane and Campbell 1985: 9) ผู้บริหารที่มีความรู้ เมื่อต้องตัดสินใจจะทำให้ถูกต้องมากกว่า เนื่องจากความรู้ทำให้ทราบว่าคุณลักษณะอื่นเลือกแก้ปัญหาอย่างไรในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน (Keane 1981: 52) ผู้นำทางการพยาบาลต้องการทั้งความรู้ ความสามารถเพื่อมีอิทธิพลเหนือสิ่งแวดล้อมการทำงาน (Clark 1979: 294) โรงพยาบาลที่ให้การฝึกอบรม

แก่บุคลากร เพื่อคาดหวังว่าจะบรรลุเป้าหมายขององค์การ และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ การอบรมด้านการบริหาร เป็นการฝึกหัดเพื่อเตรียมเป็นผู้บริหารที่ดี (รัตนา ทองสวัสดิ์ 2531: 145) และนับเป็นคุณสมบัติที่ดีด้านการบริหารที่ผู้บริหารจะได้รับการจัดเตรียมความรู้ และประสบการณ์ก่อนรับตำแหน่ง (กุลยา ตันติผลาชีวะ 2525: 34) นอกจากนี้ผู้บริหารที่ได้รับการเตรียมความรู้ด้านการบริหารจะสื่อสารกับบุคลากรอื่น ๆ ในองค์การสุขภาพได้ดีกว่าด้วย (Cruise and Gorenberg 1985: 168 - 169)

ปัจจัยที่แสดงบทบาทที่สำคัญต่อกระบวนการแก้ปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือประสบการณ์ หรือระยะเวลาปฏิบัติงาน ผู้บริหารการพยาบาลจำนวนมากเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากประสบการณ์ที่ได้รับ และสามารถพัฒนาความคิดต่าง ๆ ได้โดยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชี่ยวชาญในการเลือกตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง ประสบการณ์จะสร้างความมั่นใจและการพิจารณาถึงเหตุผลต่าง ๆ ด้วยความรอบคอบ (Kirk 1981: 172) อีกทั้งการเรียนรู้จากประสบการณ์ทำให้สามารถวิเคราะห์ผลอันเป็นไปได้อันจะเกิดขึ้นได้ด้วย (Deane and Compbell 1985: 19)

จากเหตุผลทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

4. ผู้บริหารการพยาบาลในระดับตำแหน่งต่างกัน จะมีการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน โดยที่ผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับตำแหน่งสูงกว่าจะมีการจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับตำแหน่งต่ำกว่า
5. ผู้บริหารการพยาบาลในระดับตำแหน่งต่างกัน จะมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน โดยที่ผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับตำแหน่งสูงกว่าจะมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารที่มีระดับตำแหน่งต่ำกว่า
6. ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารแตกต่างกัน จะมีการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน โดยที่ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารมากกว่าจะมีการจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า
7. ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารแตกต่างกัน จะมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน โดยที่ผู้บริหารการพยาบาลที่

มีประสบการณ์การบริหารมากกว่าจะมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า

8. ผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกัน จะมีการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน โดยที่ผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับวุฒิการศึกษาสูงกว่าจะมีการจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับวุฒิการศึกษาต่ำกว่า

9. ผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกัน จะมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน โดยที่ผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับวุฒิการศึกษาสูงกว่าจะมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้บริหารที่มีระดับวุฒิการศึกษาต่ำกว่า

10. ผู้บริหารการพยาบาลที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร จะมีการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารการพยาบาลที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร

11. ผู้บริหารการพยาบาลที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร จะมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร

ขอบเขตของการวิจัย

1. ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ มีลักษณะดังนี้
 - 1.1 เป็นความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงและทำให้เกิดความเสียหาย หรือความสูญเสียแก่ผู้ป่วย
 - 1.2 เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล โดยที่การปฏิบัติการพยาบาลนั้นจะต้องอยู่ในขอบเขตของพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 - 1.3 เป็นความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากการสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิทางการบริหารการพยาบาลจากหน่วยงานต่าง ๆ จำนวน 8 ท่าน (รายชื่อแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาลไม่ต่ำกว่า 10 ปี หรือเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้บริหารในระดับนโยบาย ในลักษณะของการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติของฝ่ายการพยาบาล ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากการสอบถามเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยครั้ง หรือ

มีความสำคัญโดยจะมีความรุนแรงหรือไม่ก็ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิตอบจากประสบการณ์ 3 อันดับ ซึ่งมี ความสำคัญตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยจึงนำความเสี่ยงของการปฏิบัติการ พยาบาลมาคำนวณความถี่จากการตอบ แล้วเรียงลำดับจากมากไปน้อย เลือกศึกษาความเสี่ยง ของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความถี่สูงสุดตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำตอบ 3 ด้าน ซึ่งเป็นการระบุ ของผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่าร้อยละ 50 หรือ 4 ท่านใน 8 ท่าน ได้ความเสี่ยงของการปฏิบัติการ พยาบาลที่ศึกษาคือความเสี่ยงจากการให้ยาผิดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ ทุกกลมและตกเตียง และ ความเสี่ยงจากเทคนิคการปลดท่อที่ไม่ถูกต้อง

1.4 ผู้วิจัยนำความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากข้อ 1.3 มาสร้าง สถานการณ์จำลองความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล โดยการสอบถามจากผู้บริหารทางการ พยาบาล 3 ท่าน (ผู้วิจัยขอสงวนนามและสถานที่ปฏิบัติงาน) เกี่ยวกับอุบัติการณ์ทางการพยาบาล ที่เกิดขึ้นจริง และผู้วิจัยนำมาเสริมอีกครั้ง เพื่อความเหมาะสมในการวิจัย

2. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้บริหารการพยาบาลระดับต่าง ๆ ซึ่งปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลของรัฐขนาด 500 เตียงขึ้นไป

3. การจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย เลือกศึกษาการจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงข้อบกพร่องของการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวของเพอร์รี่ (Perry) 13 ด้าน โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการในสถานการณ์จำลอง และรวมบางข้อที่มีเนื้อหาคล้ายคลึงกันเข้าด้วยกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน ข้อที่คัดทิ้งได้แก่การป้องกัน สิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยและการควบคุมงานวิจัยทางการพยาบาล และรวมข้อการบันทึกทางการแพทย์เข้ากับข้อการจัดการเกี่ยวกับการบันทึกต่าง ๆ และข้อแนะนำสำหรับผู้ว่าจ้างเข้ากับการ กำหนดนโยบายบุคลากร ได้แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล 9 ด้าน คือการกำหนดสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล การกำหนดนโยบายบุคลากร การกำหนด นโยบายความปลอดภัย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ การปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาความ สามารถของบุคลากรพยาบาล การกำหนดมาตรฐานการดูแล การบันทึกทางการแพทย์ และการจัดการต่ออุบัติการณ์ทางการพยาบาล (Perry 1978 a: 44 - 47 ; Perry 1978 b: 16 - 20) แล้วนำมาจัดเรียงใหม่ ตามโปรแกรมการจัดการต่อความเสี่ยงหลังจากได้ระบุ ความเสี่ยงซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้นตามขั้นตอนของกิจกรรม ซึ่งเสนอโดยซัลลิแวนและเดคเกอร์ (Sullivan and Decker 1988: 500 - 501) ได้ 2 หมวดคือ การจัดการระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์กร และการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล

4. ตัวแปรที่ศึกษา

4.1 ตัวแปรอิสระ คือความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล สังกัด ระดับผู้บริหาร ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหาร

4.2 ตัวแปรตาม คือคะแนนการจัดการและคะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย

1. การกำหนดคะแนนความคิดเห็นตามอัตราส่วนประเมินค่า 4, 3, 2, 1 ที่ระบุเป็นความเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงถึงความคิดเห็นในระดับมาก - น้อยเป็นลำดับ

2. คะแนนความคิดเห็นในการจัดการที่อยู่ในระดับสูง หมายถึงความคิดเห็นที่เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง

3. การกำหนดคะแนนการจัดการเป็น 2 และ 1 หมายถึง ทำ และไม่ทำ ซึ่งแสดงว่ามีการจัดการในระดับมาก - น้อยเป็นลำดับ โดยที่คะแนนการจัดการที่อยู่ในระดับสูง หมายถึงการจัดการที่เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ผู้วิจัยศึกษาความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลเพียง 3 ด้าน คือความเสี่ยงจากการให้ยาผิด ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นการระบุงจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 8 ท่าน โดยได้สถานการณ์จำลองความเสี่ยงจากผู้ทรงคุณวุฒิเพียง 3 ท่าน

2. จำนวนประชากรที่ศึกษาแบ่งตามระดับผู้บริหารมีปริมาณไม่สมดุลกัน พบว่าผู้บริหารระดับสูงมีน้อยที่สุดรองจากผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้นตามลำดับ ทำให้ไม่สามารถสุ่มตัวอย่างประชากร โดยแบ่งตามระดับผู้บริหาร เพียงแต่สุ่มอย่างง่ายโดยการเลือกสุ่มโรงพยาบาลตามสังกัดเท่านั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเสี่ยงของการปฏิบัติกรรพยบาล หมายถึง ความเสี่ยง 3 ด้านคือความเสี่ยงจากการให้ยาผิด ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงจากเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ที่ได้รับการพิจารณาว่าเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีโอกาสของการสูญเสียที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ระยะเวลา และเศรษฐกิจ ในขณะที่หรือหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติจากกิจกรรมการพยบาลเกี่ยวกับการดูแล การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากความบกพร่องหรือขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติ (malpractice or carelessness) ตลอดจนการละเลยต่อหน้าที่ (negligence) ของพยบาลและผู้ช่วยเหลือการพยบาล

ความเสี่ยงของการปฏิบัติกรรพยบาล 3 ด้าน คือ

ความเสี่ยงจากการให้ยาผิด หมายถึง โอกาสของการสูญเสียที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ระยะเวลา และเศรษฐกิจ ในขณะที่หรือหลังจากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติจากกิจกรรมการให้ยาของพยบาล โดยที่โอกาสของการสูญเสียมีสาเหตุจากความบกพร่องหรือขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติ ตลอดจนการละเลยต่อหน้าที่ จนทำให้เกิดการสูญเสียจากการให้ยาแก่ผู้ป่วยผิดทาง

ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุและตกเตียง หมายถึง โอกาสของการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ระยะเวลา และการเงิน ในขณะที่หรือหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติจากกรรพยบาล โดยที่โอกาสของการสูญเสียมีสาเหตุจากความบกพร่องหรือขาดความระมัดระวังในการยกไม้กั้นเตียงขึ้นและขาดการดูแลที่ดี ตลอดจนการละเลยต่อการตรวจสอบความพร้อมของเตียงในการใช้งาน จนทำให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง

ความเสี่ยงจากเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง หมายถึง โอกาสของการสูญเสียที่ เกิดกับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ระยะเวลา และเศรษฐกิจ ในขณะที่หรือหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการสวนปัสสาวะ โดยที่โอกาสของการสูญเสียมีสาเหตุจากความบกพร่องหรือขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติ ตลอดจนการละเลยต่อหน้าที่ จนทำให้เกิดการสูญเสียจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

การจัดการต่อความเสี่ยง หมายถึง การปฏิบัติจริงเชิงการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันเกิดจากการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยผลที่ได้รับจากการจัดการนี้ เพื่อลดความถี่ ความรุนแรง และค่าใช้จ่ายจากความเสียหาย แนวทางการจัดการความเสี่ยงมี 2 ด้าน ได้แก่

1. ระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร หมายถึง ข้อกำหนด หลัก หรือนโยบายต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อยึดเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน หรือลดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีความหมายของแต่ละแนวทางโดยละเอียดดังนี้

1.1 การกำหนดสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ เป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลผู้บริหารต่อการกำหนดลักษณะการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์พยาบาล เพื่อประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ เช่น การออกคำสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือ การปฏิบัติของพยาบาลต่อการคัดค้านการรักษาของแพทย์

1.2 การกำหนดนโยบายบุคลากร เป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลผู้บริหารต่อการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรตามตำแหน่งต่าง ๆ ให้ชัดเจน โดยยึดเกณฑ์การศึกษาและประสบการณ์ขั้นต่ำที่ตำแหน่งนั้น ๆ ต้องการ ตลอดจนการกำหนดบทบรรณานุกรม และการจัดเวรหมุนเวียนการปฏิบัติงานให้เหมาะสมและเพียงพอ

1.3 การกำหนดนโยบายความปลอดภัย เป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลผู้บริหารต่อการกำหนดข้อปฏิบัติทางวิชาชีพพยาบาล เพื่อสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ขณะรับการดูแลในโรงพยาบาล

1.4 การกำหนดมาตรฐานการดูแล เป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลผู้บริหาร โดยการกำหนดรูปแบบและเกณฑ์การปฏิบัติให้ผู้ปฏิบัติได้ยึดเป็นแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งต้องมีความชัดเจน วัดได้ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาล

2. การลดและกำจัดสิ่งที่เป็นความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ และการปฏิบัติการพยาบาลที่จะป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีความหมายของแต่ละแนวทางโดยละเอียดดังนี้

2.1 การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลผู้บริหารที่จะนำนโยบายมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด โดยการนิเทศและการเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล

2.2 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล ผู้บริหารต่อการกำหนดการปฏิบัติพยาบาลที่เหมาะสมกับตำแหน่งของบุคลากร โดยยึดตามข้อกำหนด ในพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อการมอบหมายงานจะได้ ตรงตามความรู้ และความสามารถ

2.3 การพัฒนาความสามารถของบุคลากรพยาบาล เป็นแนวทางการจัดการ ความเสี่ยงของพยาบาลผู้บริหาร โดยการกระตุ้นและสนับสนุนให้พยาบาลสนใจต่อความก้าวหน้า ทางวิชาการ มีความรู้และทักษะที่ทันสมัยในการปฏิบัติการพยาบาล โดยที่พยาบาลทุกคนต้องถือว่าการพัฒนาตนเองเป็นความรับผิดชอบตนเองและวิชาชีพ ขณะเดียวกันพยาบาลผู้บริหารต้อง อำนาจความสะดวกให้พยาบาลได้พัฒนาตนเองด้วย

2.4 การบันทึกทางการพยาบาล เป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงของ พยาบาลผู้บริหาร ที่จะกำหนดรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล วิธีการบันทึกที่ดีและสิ่งที่ควร บันทึกในเวชหนึ่ง ๆ พร้อมทั้งตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลและพิจารณาแผนการพยาบาล ในบันทึกทางการพยาบาลด้วย

2.5 การจัดการต่ออุบัติการณ์ทางการพยาบาล เป็นแนวทางการจัดการความ เสี่ยงของพยาบาลผู้บริหารเมื่อเกิดอุบัติการณ์ทางการพยาบาล โดยการกำหนดให้พยาบาลระดับ ต่าง ๆ ที่อยู่ในเหตุการณ์บันทึกและรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นตามแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการศึกษาสถิติอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อย หาสาเหตุและการป้องกันเพื่อลดความ เสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้น

3. ความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยง หมายถึง การเลือกข้อปฏิบัติตามความ คิดเห็นในการจัดการของผู้บริหารการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเกิดจาก การได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยผลของการแสดงความคิดเห็นนี้อาจจะนำมา ใช้เป็นข้อปฏิบัติเพื่อลดความถี่ ความรุนแรง และค่าใช้จ่ายจากความเสียหาย

4. ผู้บริหารทางการพยาบาล หมายถึง พยาบาลผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งและดำรง ตำแหน่งทางการบริหารของฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงาน ในหน่วยงานในระดับต่าง ๆ คือ

4.1 ผู้บริหารระดับต้น ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งรับผิดชอบงานบริหารทั่วไป ในหอผู้ป่วย งานการพยาบาล และงานด้านการจัดการ โดยรับนโยบายและข้อปฏิบัติจากผู้บริหาร ระดับสูงและผู้บริหาร โรงพยาบาลมาปฏิบัติ

4.2 ผู้บริหารระดับกลาง ได้แก่ พยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทาง หรือผู้ตรวจการพยาบาล หรือผู้นิติศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในฐานะเป็นผู้รับนโยบายของฝ่ายการพยาบาล สื่อนโยบายจากระดับสูงสู่ระดับล่าง เพื่อการปฏิบัติงานร่วมกัน รับมอบงานจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งควบคุม ตรวจสอบ และแก้ไขข้อผิดพลาดต่าง ๆ

4.3 ผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และรองหรือผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอำนวยการ และกระจายอำนาจสู่บุคลากรระดับต่าง ๆ กำหนดปรัชญาและวัตถุประสงค์ของฝ่ายการพยาบาล และสนองต่อนโยบายของโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้ออกจากการศึกษา มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผน แก้ไขข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติการพยาบาลที่พบบ่อย เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากที่สุดขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยอาจนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้อย่างร่วมกันภายในแผนกหรือร่วมกับแผนกอื่น ๆ ตลอดจนฝ่ายการศึกษาที่น่านักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติ
2. เป็นแนวทางสำหรับศึกษาให้แก่พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลระดับอื่น ๆ ตลอดจนผู้ช่วยเหลือทางการพยาบาล ที่จะนำวิธีปฏิบัติที่ได้ระบุไว้ไปทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริหารทางการพยาบาล ตลอดจนการควบคุมคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย