

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลใน
โรงพยาบาลของรัฐมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการ
ต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ

โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้คือ

1. ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยง
ของการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง
2. ผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการ
ศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหารแตกต่างกันให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของ
การปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน
3. ผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการ
ศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหารแตกต่างกันให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อ
ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรใช้ในการวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งผู้บริหารทางการ
พยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐขนาด 500 เตียงขึ้นไป ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และส่วน
ภูมิภาค จำนวน 1,048 คน กำหนดจำนวนตัวอย่างประชากรตามหลักของเกรจซีและเมอร์แกน
(Krycie and Morgan 1970: 609) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลแบบง่าย
(Simple Random Sampling) ผู้วิจัยได้ตัวอย่างโรงพยาบาลจำนวน 14 แห่งจากโรงพยาบาล
ทั้งหมด 25 แห่ง ใน 5 สังกัด ผู้บริหารทางการพยาบาลทั้งหมดในโรงพยาบาลที่สุ่มได้จะเป็น
ตัวอย่างประชากรในการศึกษานี้ด้วย ได้ตัวอย่างประชากรทั้งสิ้น 461 คน เป็นผู้บริหารระดับสูง
40 คน ผู้บริหารระดับกลาง 114 คน และผู้บริหารระดับต้น 307 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นคำถามสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการจัดการและความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ โดยประกอบด้วยความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน แต่ละด้านประกอบด้วย 2 ส่วนคือ สถานการณ์จำลอง และแบบเสนอแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล สถานการณ์ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลได้จากการสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิที่ปฏิบัติงานบริหารทางการพยาบาล หรือเป็นผู้ที่มีส่วนให้ข้อมูลแก่ผู้บริหารทางการพยาบาลในระดับนโยบายมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 8 ท่าน โดยความเสี่ยงนั้นพบได้บ่อยหรือมีความสำคัญและเป็นปัญหากับหน่วยงาน โดยไม่พิจารณาขนาดของความรุนแรง ผู้ทรงคุณวุฒิตอบตามประสบการณ์ของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 อันดับความสำคัญ จากนั้นผู้วิจัยจึงนำความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลมาหาความถี่ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากมากไปน้อย 3 ด้าน แล้วนำไปสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ท่านละ 1 สถานการณ์เพื่อนำมาสร้างสถานการณ์จำลอง สำหรับแบบเสนอแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลผู้วิจัยนำการจัดการตามแบบของเพอร์รี่ (Perry 1978: 44 - 47 ; 1978: 16 - 20) ประกอบการศึกษาตำรา วารสาร และเอกสารงานวิจัยต่างๆ ได้แบบสอบถามพร้อมสถานการณ์จำลอง 3 ด้าน เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า ซึ่งมีคำถามตามความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้คือ ความเสี่ยงของการให้ยาผิด 43 ข้อ ความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงจำนวน 30 ข้อ และความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง จำนวน 36 ข้อ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา กระทำโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน เมื่อปรับปรุงแบบสอบถามตามการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยถือเกณฑ์การเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ใน 7 ท่านแล้ว ผู้วิจัยนำไปหาความตรงตามสภาพโดยสอบถามเฉพาะด้านการจัดการต่อความเสี่ยง พบว่ามีความตรงตามสภาพที่ต้องการและความเที่ยงของแบบสอบถามความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงจากผู้บริหารการพยาบาลที่มีลักษณะเหมือนตัวอย่างประชากร ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรแอลฟาของครอนบาคพบว่า แบบสอบถามความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งฉบับมีความเที่ยง 0.97

การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลโดยการแจกและรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเลือกไว้ ผู้วิจัยแจกและรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 10 โรงพยาบาล และส่งทางไปรษณีย์ โดยความร่วมมือจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจำนวน 4 โรงพยาบาล ระยะเวลาส่งและเก็บรวบรวมแบบสอบถามรวม 3 เดือน ได้รับแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ 461 ฉบับ จากที่ส่งไปทั้งสิ้น 578 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 79.76

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x กำหนดหาค่าสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคล คำนวณโดยใช้ค่าร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน จำแนกตามสังกัดระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหาร
3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหาร โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (ANOVA) เพื่อทดสอบค่าเอฟ
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ภายหลังการทดสอบค่าเอฟของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวิธีของเชฟเฟ
5. หาค่าร้อยละของความถี่ของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกตอบแบบสอบถามด้านการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน และจัดอันดับความถี่จากมากไปน้อย

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามสังกัดระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหาร มีดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัดแตกต่างกันพบว่า ผลการวิจัยสนองสมมติฐานที่ว่า "ผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน" เฉพาะการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องเท่านั้น สำหรับการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านพบว่า ผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล 3 ด้านดังกล่าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารจำแนกตามสังกัดพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านของผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีของเชฟเพพบว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องและความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านสูงกว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสนองสมมติฐานที่ว่า "ผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันจะให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน" เฉพาะความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการให้ยาผิด เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้าน แต่ปฏิเสธสมมติฐานดังกล่าวในด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ดังแสดงในตารางที่ 4, 9, 14, 19, 26 และ 31

2: การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามระดับตำแหน่งพบว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับตำแหน่งต่างกันให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงทุกด้าน ยกเว้นคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงพบว่าผู้บริหารระดับสูงให้คะแนนการจัดการสูงกว่าผู้บริหารระดับต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีของเชฟเพ และผู้บริหารระดับกลางให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดสูงกว่าผู้บริหารระดับต้น จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า "ผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับตำแหน่งทาง

การบริหารสูงกว่าจะให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับตำแหน่งต่ำกว่า" สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าผู้บริหารที่มีระดับตำแหน่งต่างกัน มีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า "ผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับตำแหน่งสูงกว่าจะให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับตำแหน่งทางการบริหารต่ำกว่า" ดังแสดงในตารางที่ 5, 10, 15, 20, 21, 22, 27 และ 32

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านของผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์บริหาร 10 ปีขึ้นไป ให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทุกด้านสูงกว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์ 5 ปีหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า "ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารมากกว่าจะให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า" เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลดเชื้อไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า "ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารมากกว่าจะให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า" ดังตารางที่ 6, 11, 16, 23, 28 และ 33

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด เทคนิคปลดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงด้านเทคนิคปลดเชื้อ

ไม่ถูกต้องและความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านสูงกว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี สำหรับคะแนนการจัดการด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงพบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันให้คะแนนการจัดการไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า "ผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาสูงจะให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่า" เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และด้านความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้าน พบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานว่า "ผู้บริหารที่มีระดับวุฒิการศึกษาสูงให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่า" ดังแสดงในตารางที่ 7, 12, 17, 24, 29 และ 34

5. การเปรียบเทียบคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล จำแนกตามการได้รับการอบรมทางการบริหารพบว่าผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสนองสมมติฐานที่ว่า "ผู้บริหารการพยาบาลที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารจะให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารการพยาบาลที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร" สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ผลที่ได้ปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า "ผู้บริหารการพยาบาลที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร" ในทุกๆ ด้าน ยกเว้นด้านเทคนิคปลดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ดังแสดงในตารางที่ 8, 13, 18, 25, 30 และ 35

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล

1. คะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการ



พยาบาลรวมสามด้านของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์ การบริหาร วุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหาร พบว่าอยู่ใน "ระดับสูง" ทุกกลุ่ม จึงสนองสมมติฐานที่ว่า "ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐให้คะแนนการจัดการ ต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ใน "ระดับสูง"

2. คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้าน การให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และ ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านของผู้บริหารจำแนกตามสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหารพบว่ามีความ คิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วย" และ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง"

การอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการและความคิดในการจัดการต่อความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด คะแนน เฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง คะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความ เสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติ การพยาบาลรวมทั้ง 3 ด้าน พบว่าคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล รายด้านและรวมทุกด้านของผู้บริหารการพยาบาลอยู่ในระดับ "สูง" ซึ่งมีความหมายว่าผู้บริหาร ทางการพยาบาลใช้แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงที่ระบุไว้ในแบบ เสนอแนวทางเป็นวิธีการจัด การต่อความเสี่ยงในหน่วยงานที่รับผิดชอบ และถ้าพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการ จัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิดพบว่า ผู้บริหารทางการ พยาบาลมีความเห็นระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ต่อแนวทางการจัดการที่ได้ระบุไว้ และมีความ คิดเห็นในระดับ "เห็นด้วย" ในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการจัดการต่อความเสี่ยง ของการปฏิบัติการพยาบาลรวม 3 ด้าน ทั้งนี้เนื่องมาจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การ แพทย์และความคาดหวังของประชาชนต่อการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพซึ่งเกิดขึ้นมาในช่วงระยะหลัง สงครามโลกครั้งที่ 2 ผลที่เกิดจากแรงกดดันด้านนี้ทำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ทางสุขภาพมีสูงขึ้นจนกระทั่งเกิดโปรแกรมการประกันคุณภาพ (quality assurance

programs) ในโรงพยาบาลต่าง ๆ (Gilles 1982: 388) แนวทางการปฏิบัติวิชาชีพที่มีคุณภาพเพื่อสนองให้การดำเนินงานตามนโยบายในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 6 เป็นรูปธรรมขึ้นมา อันหมายถึงการมุ่งให้ประชาชนมีคุณภาพ ต้องสะท้อนกลับที่ตัวบุคลากรว่าต้องมีคุณภาพด้วยเช่นกัน และสำหรับค่านโยบายแล้ว คุณภาพเริ่มต้นได้ที่โครงสร้าง ซึ่งหมายถึงการสร้างโครงสร้างต้องมีคุณภาพ (สุจินต์ ผลากรกุล 2530: 148) ระบบการบริการพยาบาลต้องพัฒนาและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเน้นการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาสุขภาพด้วยมาตรการและวิธีการต่าง ๆ โดยให้ประชาชนร่วมป้องกัน แก้ไข และรักษา (อาทร ชนเห็นชอบ 2530: 144 - 145) ดังนั้นการบริการสุขภาพในปัจจุบัน มิใช่เพียงแต่การรักษาพยาบาลเท่านั้น ยังต้องให้ประชาชนรู้จักดูแลตนเองและเข้าใจการรักษาพยาบาลที่ถูกตอง นั่นคือการพ้นจากวงจร ใจเจ็บใจจน การบริการพยาบาลจึงต้องเพิ่มความมีประสิทธิภาพในทุก ๆ ด้านตามมาด้วย พาริคา อิบราฮิม (2525: 10) กล่าวว่า การปฏิบัติพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ แก่ปัญหาสุขภาพและสนองความต้องการของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติยอมรับตระหนักในขอบเขตของการพยาบาล. ตระหนักในบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลที่มีต่อการพยาบาลผู้ป่วย ทั้งนี้ยอมรับสัมพันธ์กับความเชื่อของสังคมและวิชาชีพเองที่มีต่อการรักษาพยาบาล เป้าหมายของฝ่ายการพยาบาลทุก ๆ แห่งย่อมตรงกันคือ การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลจะกลับบ้านได้เร็วที่สุด ดังนั้น การจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการพยาบาลและจะทวีความสำคัญมากขึ้น เพราะประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น ความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลจึงเป็นไปในทางเห็นด้วย

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาลในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดพบว่ามีอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" อธิบายได้ว่าด้านการให้ยานั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีผลทันทีต่อร่างกายผู้ป่วยโดยตรง เมื่อเปรียบเทียบกับเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องและอุบัติเหตุของการหกล้มและตกเตียงก็เป็นสิ่งที่พยาบาลป้องกันได้ และได้มีการอบรม แนะนำ และกำหนดเป็นข้อปฏิบัติในหน่วยงานไว้เสมอถึงการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติเหตุในหอผู้ป่วย ตลอดจนการกำหนดนโยบายความปลอดภัย การจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือกำหนดไทม์ไลน์ไม่ข้างเตียง (side rails) ขึ้นทุกครั้งที่พยาบาลลงจากผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้น้อยหรือช่วยตัวเองไม่ได้เลยการให้ยาผิดเป็นเรื่องที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทุกหอผู้ป่วยของ โรงพยาบาลต่าง ๆ แม้ว่าบางครั้งยาที่ให้กับไม่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง หรือเกิด

ผลทันทีทันใด แต่เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก จากการศึกษาความผิดพลาดจากการให้ยาพบว่าทางโหยง (route) ที่พบความผิดพลาดมากที่สุดคือทางปากพบร้อยละ 48 รองลงมาคือทางหลอดเลือดดำ ทางกล้ามเนื้อ และการให้ยาชั้นใต้ผิวหนังพบร้อยละ 47 ร้อยละ 3 และร้อยละ 2 ตามลำดับ และเวลาที่เกิดความผิดพลาดมากที่สุดคือ ช่วง 8.00 - 09.00 น. (McGovern 1986: 37) ผู้บริหารทางการแพทย์ที่พึงระมัดระวังถึงอันตรายที่อาจจะเกิดแก่ชีวิตในทันทีทันใดของผู้ป่วย ขณะที่สถิติการทบทวนและตกเตียงพบว่ามีเพียงร้อยละ 26 ที่ตกจากเตียงนอน ร้อยละ 37 ทกลขณะที่ยังผู้ป่วยกำลังเดิน ร้อยละ 27 ทกลจากเก้าอี้หนึ่ง และร้อยละ 10 ตกเตียงหรือทกลขณะทำการเคลื่อนย้าย (Swartzbeck 1983: 34-35) สำหรับเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง แม้ว่าเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของโรงพยาบาลต่อการตั้งคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค แต่ในด้านความเสียหายที่มีต่อองค์กรแล้วพบว่าเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาลในกรณีที่ทำให้เกิดการติดเชื้อแก่ผู้ป่วย (Creighton 1982: 42) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้บริหารทางการแพทย์สมควรต้องให้ความสำคัญต่อการให้ยา ซึ่งเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนทั้งในด้านบทบาท ความรับผิดชอบและอันตรายที่รุนแรงที่เกิดแก่ผู้ป่วยทันทีทันใด โดยเห็นด้วยในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดมากกว่าการจัดในด้านอื่น ๆ อย่างไรก็ตามความเสี่ยงของอุบัติเหตุทกลและตกเตียงและการติดเชื้อจากเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ก็เป็นเหตุการณ์เสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งน่าจะให้ความสำคัญถึงเช่นกัน

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามสังกัดพบว่า การจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุทกลและตกเตียง และรวมทั้ง 3 ด้านไม่พบความแตกต่าง (ตารางที่ 4, 9 14 และ 19) ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าการให้ยาและการเกิดอุบัติเหตุทกลและตกเตียงเป็นความรับผิดชอบที่ค่อนข้างชัดเจนของพยาบาลวิชาชีพโดยตรง แต่การป้องกันการติดเชื้อหรือเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ต้องเกี่ยวข้องกับระบบงานต่าง ๆ มากมาย จากการศึกษาความพึงพอใจในการทำงานและประสิทธิผลของการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อพบว่าสิ่งที่บั่นทอนความพึงพอใจและประสิทธิผลของการปฏิบัติหน้าที่ประการแรกและมีความสำคัญที่สุดคือ ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านการให้ข้อมูลต่าง ๆ เนื่องจากงานที่ปฏิบัติต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูล (surveillance) การวิเคราะห์ข้อมูล และประสิทธิผลของการติดต่อสื่อสารในหน่วยงานที่สังกัด (Brandt and Benner 1980: 433) และปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ

เชื่อในโรงพยาบาลประการหนึ่งก็มาจากสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล การแก้ปัญหาที่ต้องอาศัย
 รูปของคณะกรรมการของโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง ว่องไว และมีอำนาจที่จะขอความช่วยเหลือจาก
 ทุกฝ่าย โดยคณะกรรมการต้องกำหนดนโยบาย ตลอดจนวิธีการเก็บข้อมูล และการเฝ้าระวังของ
 การติดเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับฝ่ายการพยาบาลก็ต้องมีวิธีการแน่นอนสำหรับการล้าง ฆ่าเชื้อ
 และเก็บรักษาสิ่งของเครื่องใช้ ตลอดจนการใช้สายสวนปัสสาวะต่าง ๆ ต้องแจ้งให้ทราบใน
 ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่ต้องแยกตามความรุนแรง . และกำหนดกฎเพื่อป้องกันการติดเชื้อใน
 โรงพยาบาล (อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ 2523: 27 - 28) จึงทำให้ผลการวิจัยสรุปออกมาได้ว่า
 ผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีสังกัดต่างกัน มีการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่
 ถูกต้องแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล
 ของผู้บริหารการพยาบาลในทุกสังกัด จำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน (ตารางที่ 26) พบว่า
 คะแนนเฉลี่ย "การจัดการระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ" เกี่ยวกับด้านอุบัติเหตุทุกล้มและ
 ตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหาร
 ที่มีสังกัดต่างกันมีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่พบว่าผู้บริหารสังกัด
 กระทรวงสาธารณสุข มีคะแนนการจัดการ "การจัระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ" สูงกว่า
 ผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทยและทบวงมหาวิทยาลัยในด้านอุบัติเหตุทุกล้มและตกเตียง ซึ่ง
 การจัระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรฐานการ
 ดูแล ตลอดจนการกำหนดสัมพันธ์สภาพของแพทย์และพยาบาลจึงอธิบายได้ว่าผู้บริหารสังกัดต่าง ๆ
 ต้องปฏิบัติหน้าที่โดยขึ้นกับข้อผูกพันตามนโยบายที่ผู้บริหารสังกัด โรงพยาบาลในแต่ละสังกัดก็
 จะทำ เน้นนโยบายที่แตกต่างกันทำให้การจัดการ "การจัระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ"
 แตกต่างกัน สำหรับการจัดการรายด้านเกี่ยวกับ "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติ
 การพยาบาล" ด้านเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง พบว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัดต่างกันมีการ
 จัดการต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่พบว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการรายด้านเกี่ยวกับ "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการ
 พยาบาล" สูงกว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทย ถ้าพิจารณาจากสถานการณ์จำลองใน
 การวิจัยครั้งนี้พบว่า เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ
 ประการหนึ่งในโรงพยาบาล และเป็นการติดเชื้อภายในโรงพยาบาลที่พบบ่อยที่สุด แม้ว่าการติดเชื้อ
 เชื้อทางเดินปัสสาวะที่เกิดจากการคาสายสวนปัสสาวะจะไม่สามารถป้องกันได้ 100 เปอร์เซ็นต์

แต่การตระหนักถึงปัญหาของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และให้การดูแลอย่าง ถูกต้องก็สามารถลดอัตราการเกิดการติดเชื้อได้อย่างมาก ดังนั้นการป้องกันจึงขึ้นกับความเข้าใจ ในปัญหาและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติในการใส่ และดูแลสายสวนปัสสาวะที่ใส่ คาไว้ (สุชาติ อินทรประสิทธิ์ 2523: 95) ถ้าพิจารณาจากแนวทางการจัดการด้านนี้ใน แบบสอบถามพบว่าประกอบด้วยองค์ประกอบที่เกี่ยวกับข้อปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อลดการติดเชื้อ การนิเทศทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล และ การบันทึกและวิเคราะห์อุบัติการณ์ทางการพยาบาล แม้ว่าจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติอันมีผลมาจาก นโยบาย แต่องค์ประกอบบางข้อก็เป็นข้อตกลงที่กระทำร่วมกันในโรงพยาบาลเท่านั้น โดยอาจจะ ไม่ได้กำหนดมาจากนโยบาย เช่นการวิเคราะห์อุบัติการณ์ทางการพยาบาล หรือในด้านการปฏิบัติ พยาบาล นอกจากจะกำหนดวิธีปฏิบัติมาจากนโยบาย ก็ยังกำหนดขึ้นจากความตระหนักและการ รับรู้ถึงปัญหาด้านนี้ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการต่าง ๆ ที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากอยู่ภายใต้การนิเทศงานของกองการพยาบาล และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทย ในการศึกษานี้มีเพียงโรงพยาบาลมหาดไทยเท่านั้น จึงอาจจะเป็นเหตุผลที่ทำให้การจัดการของ ผู้บริหาร โรงพยาบาลทั้งสองสังกัดต่างกัน

คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด ความ เสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการ พยาบาลรวม 3 ด้าน ของผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัดต่างกันมีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 31) แต่สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและ ตกเตียงของผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความ คิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล จำแนกตามการจัดการจัดเป็นราย ด้าน (ตารางที่ 31) ก็พบว่าคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับ "การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ใน องค์กร" ในทุก ๆ ด้านของผู้บริหารสังกัดต่างกันมีความแตกต่างกัน และคะแนนเฉลี่ยความ คิดเห็นเกี่ยวกับ "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" ในทุก ๆ ด้าน ยกเว้น ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารสังกัดต่างกัน แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างรายคู่พบว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความคิดเห็นเกี่ยวกับ "การจัด ระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร" ด้านการให้ยาผิดและการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน แตกต่างจากผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทย และความคิดเห็นเกี่ยวกับ "การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" ด้านเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้องแตกต่างจากผู้บริหาร

สังกัดกระทรวงมหาดไทยเช่นกัน สำหรับความคิดเห็นในการจัดการเกี่ยวกับ "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารสังกัดต่างกันไม่แตกต่างกัน และมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านนี้ในระดับเห็นด้วย ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการป้องกันการตกเตียงใช้แนวทางการป้องกันที่ไม่ซับซ้อน มากนัก และมีรูปธรรมในการกระทำที่ชัดเจนและพยาบาลมีความรับผิดชอบเป็นหลัก จากผลการวิจัยพบว่าข้อที่ผู้บริหารมีความเห็นด้วยสูงสุดเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการด้านนี้ 3 ลำดับแรก (ตารางที่ 37) คือ "ผู้ป่วยที่มึนงง สับสน หรือไม่รู้สีกตัวควรอยู่ในเตียงที่สามารถป้องกันการพลัดตกง่าย โดยให้เตียงอยู่ใกล้ที่ทำงานของพยาบาล" "รายงานการปฏิบัติการพยาบาลและข้อควรระวังเกี่ยวกับการหกล้มและตกเตียงของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือผู้ป่วยหนักขณะรับส่งเวรอย่างเคร่งครัด" และ "จัดของใช้ส่วนตัวไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยในระยะที่หยิบได้เอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย" ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิธีป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ในปี 1980 วิธีการที่พบจากการศึกษา 3 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลอย่างใกล้ชิดของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล การใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและการเอาใจใส่ของพยาบาลในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย (Swartzbeck 1983: 37) และ เมื่อเปรียบเทียบกับความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการไถ่ยาผิด และเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้อง การจัดการทั้งสองด้านต้องขึ้นมีวิธีการปฏิบัติที่แน่ชัดและเกี่ยวข้องกับบุคลากรอื่น ๆ มาก อีกทั้งต้องมีข้อตกลงร่วมกันจากหลายฝ่าย จึงทำให้ผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัดแตกต่างกันมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการไถ่ยาผิดเทคนิคปลอดภัยไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านแตกต่างกัน

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามระดับตำแหน่ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการไถ่ยาผิด ความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยไม่ถูกต้องและความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหารที่มีระดับตำแหน่งต่างกันมีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงแตกต่างกัน (ตารางที่ 5, 10, 15, 20, 21 และ 22) โดยเมื่อพิจารณาความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติพยาบาลรวมสามด้าน พบว่าผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนการจัดการสูงกว่า

ผู้บริหารระดับต้น และสำหรับการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดพบว่า ผู้บริหารระดับสูง และผู้บริหารระดับกลางมีคะแนนสูงกว่าผู้บริหารระดับต้น

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น จำแนกตามการจัดการรายด้าน (ตารางที่ 27 และ 32) พบว่าการจัดการเกี่ยวกับ "การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร" และ "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" ด้านการให้ยาผิด ด้านเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหารจำแนกตามระดับตำแหน่งมีคะแนนการจัดการจำแนกรายด้านแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่พบว่า ผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการจำแนกรายด้านทั้งสองด้านสูงกว่าผู้บริหารระดับต้นด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน ด้านอุบัติเหตุ หกล้มและตกเตียงพบว่าคะแนนการจัดการเกี่ยวกับ "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" ของผู้บริหารจำแนกตามระดับตำแหน่งแตกต่างกันเพียงด้านเดียว ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงต้องเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์การพยาบาลอย่างเพียงพอ มีความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะสาขาใดสาขาหนึ่งก็ได้ มีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์อันดีกับหน่วยงาน และผู้บริหารอื่นๆ ตลอดจนแพทย์ และพยาบาลในฝ่ายการพยาบาล เพื่อสร้างสรรค์ประสิทธิภาพของฝ่ายการพยาบาล (กุลยา ตันติผลลาชีวะ 2525: 27) และเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบโดยตรงต่อคุณภาพของบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และรับผิดชอบต่อ "หัวหน้า หรือ รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล" ที่จะจัดโครงสร้างของระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ จัดดำเนินการที่จะช่วยให้พยาบาลใช้ความรู้ ความสามารถที่จะให้บริการผู้ป่วย และมีโอกาสพัฒนาความรู้ ความสามารถ เจตคติ และคุณธรรม จัดระบบปฏิบัติให้อื้ออานวยต่อการให้บริการ จัดหาและใช้แหล่งประโยชน์และทรัพยากรต่าง ๆ อย่างเหมาะสม (มาลี สนธิเกษตริณ 2530: 124-125) การกำหนดโครงสร้างของพยาบาลได้แก่ 1) จัดตั้งปรัชญา วัตถุประสงค์ และจุดมุ่งหมายของการดำเนินงาน 2) จัดดำเนินการใช้ประโยชน์ของปัจจัยและทรัพยากรต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงานได้แก่ การจัดแบ่งขอบเขตของงานและสายการบังคับบัญชา การจัดระบบสื่อสารและการประสานงาน การจัดวางนโยบาย กฎ ระเบียบ มาตรฐาน การปฏิบัติงาน การพยาบาล เป็นต้น การจัดกำลังคนและการจัดเวรที่เหมาะสม การมอบหมายงานตามความรู้ ความสามารถจัดระบบการเก็บข้อมูล การบันทึก การรายงาน จัดให้มีการนิเทศงาน การประเมินผลงานและการปรับปรุงงาน จัดให้มีการพัฒนาบุคลากร และจัดวางแผนการพยาบาล



ตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งทุกข้อที่กล่าวมาผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงต้องรับผิดชอบทั้งหมด ในขณะที่ผู้บริหารระดับกลางจะเกี่ยวข้องในลักษณะการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และกำหนดวิธีปฏิบัติ และผู้บริหารระดับต้นเป็นผู้ที่จะทำให้การปฏิบัตินั้นเกิดคุณภาพสูงสุดต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน โดยต้องมีแนวทางปฏิบัติมาจากผู้บริหารระดับสูง ทำให้ผู้บริหารระดับสูงต้องมีการจัดการในระดับสูงกว่าผู้บริหารระดับต้น

สำหรับความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของทั้งสามด้านและจำแนกแต่ละด้านของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามระดับตำแหน่งไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจมีเหตุผลที่ว่าไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารระดับใดก็ตาม ต่างก็มีความคำนึงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเสมอ ดังนั้นเมื่อมีโอกาสแสดงความคิดเห็นโดยปราศจากข้อจำกัดในการปฏิบัติจึงทำให้ไม่มีความแตกต่างด้านความคิด ผลการปฏิบัติงานที่เป็นที่พอใจแก่ผู้รับบริการ พยาบาลจะได้รับการยอมรับในบทบาท และสร้างภาพพจน์ที่ดีแก่สังคม และของที่มีสุขภาพและยังผลที่ดีแก่วิชาชีพ การจัดระบบปฏิบัติงานที่ดีย่อมส่งผลด้านความพึงพอใจต่อบุคลากรการพยาบาล ทำให้เกิดการระดมพลัง (will power) ให้ทุกคนมุ่งมั่นในงานที่ทำด้วย (มาลี สนิธิ เกษตริน 2530 : 128) และข้อสำคัญผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับเป็นผู้คุ้มครองผู้รับบริการซึ่งมีความรับผิดชอบหลักในส่วนของคุณภาพของการดูแลรักษา ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อผลของบริการการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญา นุรักษ์ 2530 : 470) ทำให้ความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลไม่แตกต่างกันในทุก ๆ ด้าน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้นจำแนกตามการจัดการเป็นรายด้านพบว่า มีเพียงด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงเท่านั้น ที่มีคะแนนความคิดเห็นในการจัดการเกี่ยวกับ "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" ของผู้บริหารระดับตำแหน่งต่างกันแตกต่างกัน โดยผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงกว่าระดับกลางและผู้บริหารระดับต้น อธิบายได้ว่าผู้บริหารระดับสูงมีความรับผิดชอบต่างๆ สูงกว่าผู้บริหารระดับรองลงมา ดังนั้นเมื่อแสดงความคิดเห็นต่อความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงในฐานะผู้บริหารระดับวิชาชีพจึงไม่เพียงแต่ประเมินปัญหาของผู้ป่วย วางแผน และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้เท่านั้น ที่จะเพียงพอต่อการจัดการต่อความเสี่ยงในปัจจุบัน แต่จะขยายความรู้สึกต่อการพยากรณ์เหตุการณ์ "อะไรเกิดขึ้น - ถ้า ?" ด้วย เพื่อจะคาดการณ์ล่วงหน้า ค้นหาเหตุผลสนับสนุน และจัดการต่ออุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นได้ทันที (Lynn 1980 : 1101)

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามประสบการณ์การบริหาร พบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลรวม 3 ด้าน จำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่า ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารต่างก็มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทุก ๆ ด้านแตกต่างกัน (ตารางที่ 6, 11 และ 23) โดยพบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนการจัดการสูงกว่าผู้บริหารกลุ่มที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า และถ้าพิจารณาผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกันจำแนกตามการจัดการรายด้าน (ตารางที่ 28) ก็พบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการ "การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร" และ "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" ของผู้บริหารที่มีประสบการณ์ต่างกันแตกต่างกันทุก ๆ ด้านแต่ละด้าน และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน ยกเว้นด้านเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้องจะมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับ "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" เพียงด้านเดียว เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ก็พบว่าผู้บริหารประสบการณ์การบริหาร 10 ปีหรือมากกว่า มีคะแนนสูงกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์ 5 ปีหรือต่ำกว่า อธิบายได้ว่าประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการเป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งของคุณสมบัติของผู้บริหาร หรือพยาบาลวิชาชีพที่กำลังจะก้าวไปสู่อำนาจทางการบริหาร ดังจะเห็นว่าจะมีการกำหนดระยะเวลาของการดำรงตำแหน่งทางการบริหารการพยาบาลร่วมกับระยะเวลาของการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เมื่อจะเลื่อนตำแหน่งทางการบริหารเสมอ โดยระยะเวลาที่กำหนดก็ขึ้นกับระดับตำแหน่งทางการบริหาร (พวงรัตน์ บุญนารักษ์ 2530 : 502) ประสบการณ์การบริหารเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดทักษะในการบริหารงาน อันเกิดจากการได้พบได้แก้ไขปัญหาย่อยๆ และป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ทันเวลา ทักษะด้านความคิดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับการบริหาร ระดับสูง และมีความสำคัญน้อยลงมาในผู้บริหารระดับรองลงมา ผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงซึ่งจำเป็นต้องมีประสบการณ์การประกอบวิชาชีพการพยาบาลอย่างน้อย 6 ปี และมีประสบการณ์ทางการบริหารการพยาบาลอย่างน้อย 4 ปี ควรต้องมีทักษะด้านความคิดมาก เพราะต้องรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ และแผนงานขององค์กร รวมทั้งการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่มีผลกระทบต่อองค์กรโดยส่วนรวม สำหรับผู้บริหารระดับกลาง ซึ่งควรมีประสบการณ์

ด้านวิชาชีพอย่างน้อย 4 ปี และประสบการณ์การบริหารอย่างน้อย 3 ปี ความจำเป็นในการใช้ทักษะด้านความคิด เพราะรับผิดชอบแก้ปัญหาเฉพาะส่วนที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารระดับสูงเท่านั้น และผู้บริหารระดับต้น ซึ่งควรมีประสบการณ์ด้านวิชาชีพการพยาบาลอย่างน้อย 3 ปี และมีประสบการณ์ด้านการบริหารอย่างน้อย 2 ปี ความสำคัญของทักษะด้านความคิดจะน้อยที่สุด จะรับผิดชอบเฉพาะการนำนโยบายหรือแผนงานที่ผู้บริหารระดับสูงได้กำหนดมาปรับเป็นแผนดำเนินงานในหน่วยงานที่ตนรับผิดชอบเท่านั้น (ดวงวดี สว่างโอบต 2530: 460) ประสบการณ์ในอดีตมีบทบาทที่สำคัญในการตัดสินใจใหม่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพราะได้รู้และเข้าใจว่าอะไรเป็นสิ่งที่ควรหรือไม่ควรเสี่ยง ดีหรือไม่ดี การมีประสบการณ์มากมีโอกาสเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มาก ทำให้กล้าเผชิญปัญหา การแก้ปัญหาเป็นทักษะที่จำเป็นในการพัฒนา ทักษะในการตัดสินใจ สามารถจินตนาการได้กว้างไกล รอบคอบ มีเหตุผล และเลือกทางเดินต่างๆ ได้ถูกต้อง (Kirk 1981: 172) จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทุกๆ ด้านของผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารมากกว่า 10 ปี สูงกว่าคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า

สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามประสบการณ์การบริหารไม่แตกต่างกัน และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกัน จำแนกตามการจัดการเป็นรายด้านไม่แตกต่างกันเช่นกัน (ตารางที่ 28) อธิบายได้ว่า พฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลมาจากประสบการณ์ ลักษณะสนองตอบต่อความต้องการและปัญหาก่อให้เกิดการเรียนรู้ และการปรับตัว การเรียนรู้จะทำให้ประสบการณ์เกิดมากขึ้นเป็นลำดับ ๆ และประสบการณ์ก็ก่อให้เกิดการเรียนรู้ (ทัศนาศ บุณทอง 2530: 181) ซึ่งผู้ที่ก้าวสู่ตำแหน่งบริหารย่อมต้องเคยผ่านประสบการณ์ของความผิดพลาดจากการทำงานทั้งของผู้ร่วมวิชาชีพ ผู้ร่วมงาน และของตนเอง ดังนั้นย่อมทราบถึงผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติที่ประมาท เลินเล่อ หรือละเลยต่อหน้าที่ ดังนั้นทำให้คะแนนความคิดเห็นของผู้บริหารการพยาบาลต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทุก ๆ ด้านและด้านรวมไม่แตกต่างกัน

5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงและความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่าคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามวุฒิการ

ศึกษามีความแตกต่างกันในด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด การจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อไม่ดี และการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้าน (ตารางที่ 7, 12, 17 และ 24) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันจำแนกตามการจัดการเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการด้าน "การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร" แต่ละด้านและการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบรายกลุ่มพบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และต่ำกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่างจากผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง สำหรับคะแนนเฉลี่ยการจัดการด้าน "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" พบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่างก็มีคะแนนการจัดการต่างกันด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน (ตารางที่ 29) ซึ่งเมื่อพิจารณาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านพบว่าการจัดการที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีการจัดการในหน่วยงานในระดับสูงกว่ากลุ่มผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ถึงแม้ว่าจะกล่าวกันว่าการปฏิบัติจะมีคุณภาพได้ก็ต่อเมื่อผู้ปฏิบัติมีความรู้ในเรื่องที่ตนปฏิบัติ คือได้รับการเตรียมทางด้านการศึกษามาดี (ทัศนาศูนย์ 2523: 145) แต่การศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรีก็มีไขการศึกษาในด้านการบริหารโดยตรงเพียงอย่างเดียว ความพร้อมด้านประสบการณ์จะเป็นส่วนสำคัญประการแรกที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะและเจตคติบางประการในการทำงานด้วย (Young and Hayne 1978:404) และจากการศึกษาของหฤทยา ปรีชาสุข (2531: บทคัดย่อ) พบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลขนาด 500 เตียงขึ้นไปในทุกสังกัดที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการตัดสินใจ การปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารข้อมูลสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการศึกษาระดับตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงอาจแสดงได้ว่าการรับรู้บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สูงกว่าจะเป็นเหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้การจัดการต่อความเสี่ยงในหน่วยงานสูงกว่าด้วย

สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 7) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันจำแนกตามการจัดการเป็นราย

ด้านพบว่าไม่มีความแตกต่างกันเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 29) เหตุผลอาจจะกล่าวได้เช่นเดียวกับข้อค้นพบจากการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้น ความคิดเห็นที่สามารถแสดงออกได้โดยปราศจากข้อจำกัดในด้านกาปฏิบัติ ผู้ออกความเห็นย่อมต้องมีอิสระเต็มที่ และพยาบาลทุกคนเป็นผู้ที่ตระหนักถึงคุณภาพที่ผู้ป่วยควรจะได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะพยาบาลจะมีวุฒิการศึกษาต่างกันหรือไม่ ผลของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจึงไม่แตกต่างกัน

6. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการและความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารที่เคยได้รับและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละด้าน และด้านรวมสามด้านของผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร (ตารางที่ 8, 13, 18 และ 25 ทั้งนี้เนื่องจากการอบรมทางการบริหารเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ให้มีความรู้ความสามารถ และเสริมทักษะในการปฏิบัติงานเฉพาะด้าน เมื่อบุคลากรพยาบาลผ่านการอบรมหรือพัฒนาตามโปรแกรมที่กำหนด พยาบาลเหล่านั้นย่อมต้องผ่านกิจกรรมการพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของปรัชญาในการพัฒนาบุคลากรพยาบาล 5 ประการสำคัญ คือความเชื่อที่ว่าบุคลากรพยาบาลต้องมีคุณลักษณะสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ ความรู้ ความสามารถในการบริหาร ความสามารถในการบริการ ความเข้าใจในมนุษย์และกอบปรีย์ด้วยคุณธรรมและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล (สัจจันต์ วิจิตรกาญจน์ 2530 : 542) นอกจากนี้ผู้บริหารการพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้ด้านการจัดการจะสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรอื่น ๆ ในระดับผู้บริหารขององค์กรสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการเตรียมความรู้ (Cruise and Gorenberg 1985 : 168 - 169) ดังนั้นการวางแผนพัฒนาบุคลากรพยาบาลจำเป็นต้องจัดกิจกรรมเพื่อให้ครอบคลุมสิ่งที่เป็นความเชื่อดังกล่าว จึงพบว่าผู้บริหารการพยาบาลที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละด้าน และรวมทั้งสามด้านแตกต่างจากผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่เคยและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารจำแนกตามการจัดการ เป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการเกี่ยวกับ "การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร" ด้านการให้ยาผิด และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านแตกต่างกัน โดยที่ผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่ม

ที่ไม่เคยได้รับการอบรม (ตารางที่ 30) สำหรับการจัดการเกี่ยวกับ "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" พบว่ามีคะแนนการจัดการแตกต่างกันทุกด้าน ทั้งนี้อาจด้วยเหตุผลที่ว่า "การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล" เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ในผู้บริหารทุกระดับ และจากเหตุผลเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลด้วยการอบรมข้างต้น จึงเป็นการง่ายกว่าถ้าผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมจะเลือกปฏิบัติด้านนี้ มากกว่าเลือกจัดการในระดับนโยบาย

สำหรับความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละด้าน และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านของผู้บริหารการพยาบาลที่เคยได้รับและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 25) และเมื่อจำแนกตามการจัดการ เป็นรายด้านก็ไม่พบความแตกต่างกัน (ตารางที่ 35) ซึ่งอธิบายได้ว่าถึงแม้จะเคยได้รับการอบรมหรือไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมาก็ตาม เมื่อบุคคลต้องตัดสินใจก็จะมีความเห็นต่อแนวทางการจัดการที่ดี มีประโยชน์ต่อหน่วยงานและผู้ป่วย เมื่อผู้บริหารตระหนักว่าข้อปฏิบัติเหล่านั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญก่อให้เกิดความเห็นด้วยต่อแนวทางเหล่านั้น เนื่องจากมิได้เลือกปฏิบัติในหน่วยงาน เพียงแต่เสนอความคิดเห็นเท่านั้น ทำให้ความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละด้าน และรวมสามด้านของผู้บริหารการพยาบาลที่เคยและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารไม่แตกต่างกัน

7. สรุปความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล

7.1 ด้านการให้ยาผิด

ผู้บริหารการพยาบาลมีการจัดการในหน่วยงานมากที่สุดในข้อที่ว่า "ก่อนตัดสินใจให้ยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องมั่นใจว่าคำสั่งการให้ยาถูกต้อง ชัดเจน และในกรณีที่มีความสงสัยไม่มั่นใจต้องตรวจสอบกับผู้เขียนคำสั่งทุกครั้ง" (ตารางที่ 36) ซึ่งเป็นการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยในการให้ยาและมีความเห็นด้วยมากเป็นอันดับที่สอง ที่เป็นเช่นนี้ถ้าพิจารณาจากสถานการณ์จำลองพบว่าความผิดในการให้ยาเกิดจากความประมาท และขาดความรู้ของพยาบาล ตลอดจนความไม่ชัดเจนของคำสั่งแพทย์ ผู้บริหารที่ดีจึงพิจารณาว่านโยบายความปลอดภัยมีความจำเป็นต่อการจัดการความเสี่ยง จากการศึกษาของแม็ค โกวเวอร์น (McGovern 1986: 38) พบว่านโยบายการบริหารยามีนโยบายแตกต่างกันตามหน่วยงานและเมื่อผู้ปฏิบัติพบปัญหาหรือคำถาม ก็ไม่มั่นนโยบายที่แน่นอนในมือ ข้อเสนอแนะก็คือนโยบาย และข้อควรจำในการ

ปฏิบัติควรเป็นสิ่งที่ตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร และประกาศให้ผู้ปฏิบัติ
 ทราบ เพื่อเพิ่มความระมัดระวังในการปฏิบัติ และเมื่อคำสั่งแพทย์ไม่ชัดเจนทั้งพยาบาลและ
 เภสัชกรก็ควรขจัดความสงสัยออกไป เช่นการอ่านจากสลากยาหรือชั่งถาพแพทย์ แต่ละ
 โรงพยาบาลจะมีนโยบายที่จะยึดเป็นแนวปฏิบัติแตกต่างออกไป เช่นการเขียนคำสั่ง อยางไร
 ก็ตามแพทย์ควรมีความเต็มใจในการอธิบายหรือคำสั่งของตน (Arbeiter 1988: 91-92)
 แต่ผลการศึกษาพบว่า "กำหนดให้จัดประชุมปรึกษาหารือระหว่างพยาบาลและแพทย์ เรื่องการให้ยาแก่
 ผู้ป่วย โดยจัดขึ้นตามหอผู้ป่วยในระดับปฏิบัติเมื่อพบปัญหาการปฏิบัติงานร่วมกัน" มีความถี่ของ
 คะแนนการจัดการเป็นลำดับที่ 41 (ร้อยละ 40.2) หรือไม่มีการจัดการในหน่วยงานของผู้บริหาร
 มากเป็นอันดับ 3 และคะแนนที่ตอบไม่เห็นด้วยอยู่ในลำดับที่ 37 (ร้อยละ 93.5) ที่เป็นเช่นนี้อาจ
 เนื่องมาจากยังขาดการประสานงานที่ดีหรือความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพเท่าที่ควร ดังตัวอย่าง
 ที่เกี่ยวกับเหตุผลของผู้บริหารสถานบริการสุขภาพในการไม่เห็นคุณค่าของบุคลากรพยาบาล นั่นคือ
 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์และภายใต้ความ
 รับผิดชอบของแพทย์เท่านั้น (พรจันท์ สุวรรณชาติ 2530: 526) ข้อที่ผู้บริหาร เลือกตอบว่าไม่มี
 การจัดการในหน่วยงานมากที่สุดคือ "การกำหนดมาตรฐานการให้ยาต้องใช้เกณฑ์ประเมินผล
 ระดับสูง" และเป็นข้อที่ตอบไม่เห็นด้วยมากเป็นอันดับ 3 อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากยังไม่มี
 การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล โดยเฉพาะมาตรฐานการให้ยาขึ้นใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ และยัง
 ต้องใช้เกณฑ์ประเมินผลในระดับสูงด้วยแล้ว ยังต้องมีการควบคุมตรวจสอบอย่างใกล้ชิดซึ่งเป็นไป
 ได้ยากในสภาพการณ์ในประเทศไทย เนื่องจากระบบควบคุมต่าง ๆ ต้องมีประสิทธิภาพและต้องมี
 ทรัพยากรบริหารอย่างเพียงพอด้วย ตามการจัดการในสภาพจริงยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการ
 ให้ยาอย่างแพร่หลาย (ข้อ 16) ซึ่งพบว่าไม่มีการจัดการด้านนี้มากเป็นอันดับ 1 และความคิดเห็น
 ต่อแนวทางการจัดการด้านนี้ก็อยู่ในอันดับที่ 41 แต่ถาพิจารณา ร้อยละของผู้ที่ตอบ "เห็นด้วย"
 และ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" พบว่ามีถึงร้อยละ 90.4 ข้อที่มีผู้ตอบว่าได้จัดการต่อความเสี่ยงเป็น
 อันดับที่ 37 หรือไม่จัดการเป็นอันดับที่ 7 และมีความถี่ของความคิดเห็นเป็นอันดับที่ 38 คือ
 "วิเคราะห์กรณีผิดพลาดในการให้ยาเพื่อการเรียนรู้ต่อสถานการณ์นั้น ๆ เป็นประจำทุกกรณี โดย
 แลกเปลี่ยนสถานการณ์กันระหว่างหอผู้ป่วย" อธิบายได้ว่าบุคลากรทางการพยาบาลยังมีความ
 เข้าใจต่อการวิเคราะห์กรณีผิดพลาด (incident analysis) ไม่ถูกต้อง ประโยชน์ของการ
 วิเคราะห์กรณีผิดพลาดเพื่อการเรียนรู้ต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ ซึ่งอาจจะทำ โดยวิธีการสร้าง

สถานการณ์จำลอง เพราะไม่สามารถศึกษาได้จากความเป็นจริง อันจะทำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพในการพยาบาล และพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาลด้วย (สุนันต์ วิจิตรกาญจน์ 2530 : 557)

7.2 ด้านอุบัติเหตุทกกลมและตกเตียง

ความถี่ของคะแนนการจัดการของผู้บริหารการพยาบาลข้อที่มีการจัดการน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 28.5 และไม่เห็นด้วยเป็นอันดับสูงสุดคือ "จัดประชุมปรึกษาในหอผู้ป่วยระหว่างแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ทกกลมและตกเตียงที่วิเคราะห์แล้วว่าแพทย์และพยาบาลมีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน" เหตุผลส่วนหนึ่งอธิบายได้ว่า ตามสถานการณ์จำลองแพทย์แทบจะไม่มีส่วนรับผิดชอบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเหตุผลอีกส่วนหนึ่งคล้ายคลึงกับการจัดการด้านการไต่สวน นั่นคือสัมพันธ์ภาพของแพทย์และพยาบาล ซึ่งตามสภาพที่น่าจะเป็นควรทำให้เกิดความร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่กล้าแสดงออกและเป็นกลวิธีชนะ - ชนะ (win win strategy) ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด (Vestal 1987: 329) ข้อที่ผู้บริหารตอบว่ามีจัดการในหน่วยงานมากเป็นอันดับ 1, 2 และ 3 เป็นด้านของการปฏิบัติโดยการพยาบาลแบบทั้งสิ้น (ตารางที่ 37) ได้แก่ การจัดการระบบควบคุมในองค์การในค่านโยบายความปลอดภัยซึ่งถือเป็นข้อพึงปฏิบัติด้วยทั่วไปของพยาบาล (ข้อ 7) หรือข้อ 12 ซึ่งกล่าวถึงการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลโดยมีการจัดการสูงเป็นอันดับ 3 "หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลหัวหน้าเวรควรทำการเยี่ยมตรวจและเน้นให้ผู้ปฏิบัติระวังต่ออุบัติเหตุที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทกกลมและตกเตียง" อธิบายได้ว่าการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลหัวหน้าเวรและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ติดตามการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการนิเทศงานและมีความสำคัญคือช่วยสนับสนุนบุคลากรทางการพยาบาลให้ปฏิบัติการพยาบาลได้สำเร็จตามเป้าหมาย พัฒนาบุคลากรพยาบาล และประสานความเข้าใจระหว่างฝ่ายบริหารกับฝ่ายปฏิบัติ (ประนอม โอทกานนท์ 2530 : 701 - 702) ข้อที่ตอบว่าไม่มีการจัดการในหน่วยงานมากเป็นอันดับ 2 และมีความถี่ของคะแนนไม่เห็นด้วยเป็นอันดับ 2 คือ "เป้าหมายการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของอุบัติเหตุทกกลมและตกเตียงต้องระบุการลดความเสี่ยงอย่างชัดเจน เช่นลดความผิดพลาดจากการตกเตียงลงเหลือร้อยละ .5" คล้ายคลึงกับด้านการไต่สวน เนื่องจากการกำหนดมาตรฐานการดูแลยังเป็นสิ่งใหม่ในปัจจุบัน และยังขาดแคลนทรัพยากรบริหารหรือไม่มีเพียงพอที่จะจัดการงานด้านนี้ให้เกิดขึ้นได้จริง จึงไม่สามารถกำหนดเป้าหมายการใช้มาตรฐานการดูแลได้

7.3 ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง

ความถี่สูงสุดของคะแนนที่ไม่มีการจัดการในหน่วยงานคือ "เป้าหมายของการใช้มาตรฐานเทคนิคปลอดเชื้อ ต้องระบุการลดความผิดพลาดไว้ชัดเจน เช่นลดความผิดพลาดจากการใช้เทคนิคปลอดเชื้อลงเหลือร้อยละ 0.5" ซึ่งเหตุผลของข้อนี้ก็อธิบายได้เช่นเดียวกับด้านการให้ยาผิด และด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ถึงแม้ว่าการที่ผู้บริหารกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้าแล้วในขั้นตอนการวางแผน และเป้าหมายนั้นสามารถนำมาใช้เป็นมาตรฐานสำหรับเปรียบเทียบผลการปฏิบัติว่าเป็นไปตามสิ่งที่มุ่งหวังหรือไม่ มาตรฐานที่กำหนดจะต้องเป็นมาตรฐานเฉพาะสถานการณ์ และควรเป็นมาตรฐานที่สามารถปฏิบัติได้ (ดวงวดี สังข์บอล 2530 : 513) จึงเป็นการยากที่สภาพการณ์การบริการพยาบาลในปัจจุบันจะปฏิบัติได้ ข้อที่ไม่เห็นด้วยสูงเป็นอันดับ 2 คือ "การสวนปัสสาวะควรเป็นการปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพ" ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในปัจจุบันนี้ไม่เพียงพอกับอัตราส่วนของบุคคลต่อผู้ป่วยที่ต้องการจริง ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลหลายด้านจึงต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือ โดยอยู่ภายใต้การนิเทศของพยาบาล ซึ่งก็สอดคล้องกับคำตอบด้านการจัดการที่สูงเป็นอันดับสามก็คือ "หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรต้องเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลในเรื่องการดูแลความสะอาดของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย" และจากการจัดการที่สูงเป็นอันดับหนึ่งก็คือ "ขณะนิเทศทางการพยาบาลถ้าพบว่ามีผิดพลาดจากการใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ควรให้คำแนะนำสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง ข้อที่มีการจัดการสูงกว่าความถี่ของคำตอบที่ไม่มีการจัดการ และมีความคิดเห็นในระดับไม่เห็นด้วยสูงเป็นอันดับสามก็คือ "นำข้อมูลที่สังเกตได้จากการไม่ปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้อมาประกอบการพิจารณาความดีความชอบเป็นกรณีพิเศษ (2 ชั้น)" ที่เป็นเช่นนี้เพราะแม้ว่าผู้บริหารต้องรู้จักใช้อำนาจหน้าที่ในตำแหน่งบริหารในการจัดรางวัลหรือทำ โทษ เพื่อจูงใจให้ผู้ที่บังคับบัญชาปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอย่างเต็มความสามารถ แต่การลงโทษมักจะถูกนำมาใช้เป็นทางเลือกสุดท้าย การจูงใจในทางบวกคือการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลเพื่อให้เกิดกำลังใจ และขวัญในการทำงาน จะทำให้บุคคลมีความต้องการทำงานมากกว่า อีกประการหนึ่งการกระทำผิดพลาดก็เป็นการลงโทษด้านความรู้สึกอยู่แล้ว ผู้บริหารควรเลือกวิธีการอื่น ๆ ที่จะช่วยพัฒนาความสามารถของบุคลากรด้วยจึงจะเป็นการดีกว่า เช่นการให้ความรู้ การทำรายงานหรือศึกษาค้นคว้าในเรื่องที่ผิดพลาด เป็นต้น

7.4 ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมกัน

เมื่อพิจารณาการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านพบว่า ผู้บริหารการพยาบาลให้คะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงแต่ละด้านตามแนวทางการจัดการในแต่ละองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะอภิปรายได้ดังนี้

7.4.1 แนวทางการจัดการที่ผู้บริหารตอบ "ไม่จัดการ" และ "ไม่เห็นด้วย" และ "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ในอันดับต้น คือแนวทางการจัดการข้อที่เกี่ยวกับ "วิเคราะห์กรณีผิดพลาดเพื่อการเรียนรู้ต่อสถานการณ์นั้น ๆ เป็นประจำทุกกรณี โดยแลกเปลี่ยนสถานการณ์กันระหว่างหอผู้ป่วย" "การบันทึกอุบัติการณ์ต้องมีความคิดเห็นจากแพทย์เจ้าของไข้ เกี่ยวกับผลที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยระยะยาว" "การกำหนดให้มีการจัดประชุมปรึกษาระหว่างแพทย์และพยาบาล" "การกำหนดมาตรฐานการให้ยาต้องใช้เกณฑ์ระดับสูง" และ "เป้าหมายการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต้องระบุการลดความเสี่ยงอย่างชัดเจน เช่นลดความผิดพลาดลงเหลือร้อยละ 0.5" ที่เป็นเช่นนี้อาจจะอธิบายได้ว่าสำหรับการวิเคราะห์กรณีผิดพลาดทุกกรณีโดยแลกเปลี่ยนสถานการณ์กันระหว่างหอผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ต้องการเวลาในการวิเคราะห์มาก เจื่อนใจของผู้บริหารที่จะประชุมปรึกษาหรือวิเคราะห์สถานการณ์อาจกระทำได้ลำบาก อีกประการหนึ่งยังไม่เป็นที่นิยมกันมากนักในการนำสถานการณ์ความเสี่ยงมาใช้ศึกษาเพื่อหาวิธีการจัดการป้องกันแก้ไข แม้ว่าข้อที่ผู้บริหารควรให้ความสนใจมากที่สุดในการบริหารความเสี่ยงก็คือการจัดการด้านเอกสาร เนื่องจากไม่มีกิจกรรมใด ๆ ที่สามารถจะแทนการบันทึกเหตุการณ์ พฤติกรรมและการปฏิบัติการพยาบาล หรือการตอบสนองต่อเหตุการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้น (Young and Hayne 1988 : 338) แต่การบันทึกนั้นส่วนใหญ่มักจะนำมาประกอบการพิจารณาความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้บริหารระดับสูงเท่านั้น ในผู้บริหารระดับต้นและระดับกลางยังไม่นำมาวิเคราะห์ร่วมกัน อาจมีสาเหตุประการหนึ่งที่ไม่นิยมนำมาใช้จัดการ เพราะพิจารณาเห็นว่า เป็นสิ่งที่ไม่ควรนำมาเปิดเผย ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์อาจจะได้รับความเสียหายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือเกิดความรู้สึกละอายว่าเป็นความผิด ทั้งนี้การวิเคราะห์สถานการณ์จะช่วยให้เรียนรู้ต่อเหตุการณ์เสี่ยงและช่วยในการศึกษาค้นคว้าหาวิธีการป้องกัน และผู้บริหารสามารถนำไปสอนแก่บุคลากรได้ต่อไป (Barrett 1975 : 243) ในด้านการบันทึกอุบัติการณ์ซึ่งต้องมีความคิดเห็นของแพทย์เจ้าของไข้ เกี่ยวกับผลที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยระยะยาวอาจจะถูกพิจารณาว่าเป็น เรื่องของพยาบาลโดยตรง ซึ่งแพทย์ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ การให้แพทย์แสดงความเห็นอาจจะถูกแปลความ

หมายว่าเป็นการให้แพทย์ประเมินผลอันเกิดจากการปฏิบัติของพยาบาล แต่โดยแท้จริง การบันทึกผลที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยจะช่วยป้องกันพยาบาลต่อเหตุการณ์คล้ายคลึงกันนี้อีกในภายหน้า ที่มีผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายที่รุนแรงกว่าครั้งนี้ ซึ่งผู้บริหารอาจพิจารณาว่าผลที่จะเกิดในระยะยาวอาจเป็นสิ่งที่ไม่สามารถระบุหรือชี้ชัดได้ในปัจจุบัน

สำหรับการจัดประชุมปรึกษาระหว่างแพทย์และพยาบาล เรื่องของเหตุการณ์เสี่ยงที่แพทย์และพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องต่อเหตุการณ์ร่วมกันมีการจัดการค่าและไม่เห็นด้วยต่อแนวทางการจัดการในระดับค่อนข้างสูงอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลาในการประชุมปรึกษา และอาจถูกพิจารณาว่าเป็นความรับผิดชอบของอีกฝ่ายหนึ่ง แม้ว่าการติดต่อสื่อสารร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลเป็นข้อได้เปรียบของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิผลอย่างมากก็ตาม (Vestal 1987: 49) สำหรับแนวทางการจัดการที่ว่า "การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลต้องใช้เกณฑ์ระดับสูง" และ "เป้าหมายการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต้องระบุการลดความเสี่ยงอย่างชัดเจน เช่นลดความผิดพลาดลงเหลือร้อยละ 0.5" อธิบายได้ว่าการกำหนดเกณฑ์ระดับสูงของมาตรฐานการพยาบาลต้องมีความพร้อมของทรัพยากรบริหาร ซึ่งจะกระทำในมาตรฐานเชิงกระบวนการเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากมาตรฐานเชิงกระบวนการมุ่งเน้นที่การพยาบาลเป็นหลัก ขณะที่มาตรฐานเชิงโครงสร้างมุ่งที่กลุ่มหรือองค์กรและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มุ่งที่ผู้ป่วย (Gillies 1982: 100) ปัจจุบันยังไม่สามารถนำมาตรฐานเชิงกระบวนการมาปฏิบัติจริงได้ แต่ละโรงพยาบาลมักจะกำหนดเพียงมาตรฐานเชิงโครงสร้าง ซึ่งแม้จะกำหนดได้ยากแต่จำเป็นต้องมี หรือมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยเท่านั้น จึงเป็นไปได้ว่าจะยังไม่มีการจัดการและไม่เห็นด้วยต่อการจัดการโดยวิธีนี้ เช่นเดียวกับการกำหนดเป้าหมายในการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย แม้จะเป็นการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติโดยใช้เป้าหมายก็ตาม แต่เป็นเสมือนข้อผูกพันที่ผู้ปฏิบัติจะต้องกระทำให้ได้ จึงอาจไม่นิยมระบุตัวเลขให้ชัดเจนลงไป

7.4.2 ผู้บริหารการพยาบาลส่วนใหญ่ให้คะแนน "การจัดการ" สูงกว่าไม่มีการจัดการแต่มีคะแนนความคิดเห็นในระดับ "ไม่เห็นด้วย" สูง ในแนวทางการจัดการข้อ "กำหนดความรุนแรงของความผิดไว้อย่างชัดเจนพร้อมทั้งกำหนดบทลงโทษให้สอดคล้องกับความรุนแรง เช่นการตักเตือน ทำทัณฑ์บน โดยพิจารณาสภาพของความผิดประกอบด้วย" และ "เมื่อพิจารณาหาสาเหตุของความผิดพลาดแล้ว นำข้อมูลนี้มาประกอบการพิจารณาความดีความชอบเป็นกรณีพิเศษ (2 ชั้น) ทุกครั้ง" อธิบายได้ว่าการกำหนดบทลงโทษ และการพิจารณาความดีความชอบ โดยใช้ข้อมูลของความผิดพลาดที่ผ่านมาเป็นการลงโทษที่ส่งผลในทางลบ และทำให้เกิดความ



เครียดในการปฏิบัติงาน แต่ที่ยังใช้จัดการกันในปัจจุบันเนื่องจากเป็นกฎ ระเบียบ วินัย ที่กำหนด ขึ้นมาในองค์กรนั้น ๆ จึงทำให้ผู้บริหารไม่เห็นด้วยต่อแนวทางการจัดการนี้ ฮูเบอร์แมน (Huberman, 1964 quoting Haddock 1989: 188) ได้เสนอการกำหนดวิสัยที่จะส่งผล ทางบวกหรือวินัยที่ปราศจากการลงโทษซึ่งยืนยันว่าจะทำให้เกิดความเข้าใจอันดี เกิดความ เข้าใจและเปิดเผยระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชามากกว่าการลงโทษ ซึ่งน่าจะสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้บริหารในการวิจัยครั้งนี้

7.4.3 ผู้บริหารการพยาบาลส่วนใหญ่มี "การจัดการในระดับสูง" และ "เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง" ในแนวทางการจัดการที่เกี่ยวข้องกับ "การปฏิบัติการพยาบาล" ตามสถานการณ์ความเสี่ยงด้านต่าง ๆ "การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวร" และ "ขณะนิเทศทางการพยาบาลถ้าพบความผิดพลาดควรให้คำแนะนำและสอน เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง" อธิบายได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลเป็นความรับผิดชอบโดยผู้เดียว ของพยาบาลทุกคนและเป็นความต้องการของพยาบาลที่จะให้การปฏิบัติมีคุณภาพสูง ซึ่งพิจารณาได้ จากคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของนิษฐิศา สีนะขุนางกูร (2529: บทคัดย่อ) ซึ่งวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ : การศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อพิจารณาแต่ละชั้นของ กระบวนการพยาบาลพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการใช้ชั้นปฏิบัติการพยาบาลสูงสุด การศึกษานี้ผู้บริหาร ก็มีการจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลมากเช่นกัน และเมื่อเน้นการจัดการด้านปฏิบัติการ พยาบาล ก็ต้องมีการปรับปรุงงานให้ทันสมัยและมีคุณภาพเสมอ จึงทำให้เน้นการเยี่ยมชมตรวจและ นิเทศทางการพยาบาลด้วย เนื่องจากการนิเทศเป็นการทำงานร่วมกันเพื่อให้งานประสบความสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะปรับปรุงการพยาบาลด้วยการกระตุ้น ส่งเสริม ชักจูง และปรับปรุงความเจริญของงานของแต่ละบุคคล ซึ่งหมายถึงคุณภาพการพยาบาล ในที่สุดด้วย (กุลยา ตันติผลชีวะ 2525: 167 - 168) ผู้บริหารการพยาบาลจึงใช้แนวทาง การจัดการเหล่านี้และเห็นด้วยต่อการนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล

7.4.4 แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงที่ผู้บริหารการพยาบาล "ไม่ จัดการ" หรือมีการจัดการในระดับต่ำ แต่มีความคิดเห็นค่อนข้างไปทาง "เห็นด้วย และเห็นด้วย อย่างยิ่ง" คือ "กำหนดมาตรฐานการพยาบาลขึ้นเพื่อใช้เป็นหลักในการปฏิบัติรวมทั้งการประเมิน ผล" และ "การรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลต้องมีสิ่งที่สังเกตได้จากอาการและอาการ แสดงของผู้ป่วย" อธิบายได้ว่ามาตรฐานการพยาบาลจะยังเป็นสิ่งที่ไม่เกิดแพร่หลายใน

โรงพยาบาลต่าง ๆ แต่มาตรฐานการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพราะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการประกันคุณภาพการพยาบาล มีความสำคัญต่อพยาบาลเพราะเป็นเสมือนเป้าหมายของการพัฒนาการพยาบาล มีความสำคัญต่อผู้รับบริการเพราะเป็นข้อความที่ระบุลักษณะของบริการที่พึงประสงค์ และมีความสำคัญต่อสถาบันหรือหน่วยงานเพราะเป็นแนวทางในการจัดการบริหาร ประเมินผลการปฏิบัติงาน และการวางแผนของหน่วยงาน (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2529: 33 - 34) ผู้บริหารการพยาบาลจึงเห็นควยที่จะให้มีการจัดการในด้านนี้ สำหรับการรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลต้องมีสิ่งที่สังเกตได้จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ตรงกับการศึกษาของสุชาติ รัชชกุล (2528: บทคัดย่อ) ที่ว่าเนื้อหาการบันทึกส่วนใหญ่ของพยาบาล 3 ลำดับแรกคือ ความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย และการศึกษาของจิรา เต็มจิตรอารีย์ (2529: บทคัดย่อ) เกี่ยวกับความสามารถในการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเทพมหานคร พบว่าพยาบาลประจำการร้อยละ 64.9 มีความรู้เรื่องการบันทึกการพยาบาลในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.1 มีความสามารถในการบันทึกการพยาบาลในระดับปานกลาง และร้อยละ 66.6 ที่เห็นว่าบันทึกการพยาบาลมีความสำคัญ ฟาริดา อิบราฮิม (2525: 200) ให้ข้อเสนอแนะว่าการบันทึกที่ดีต้องมีอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยรวมด้วย ซึ่งเป็นความต้องการของผู้บริหารการพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการให้เกิดขึ้น เพราะการบันทึกที่ดีจะทำให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยที่ละเอียด ครบคลุม และครบถ้วนต่อการนำไปใช้วางแผนและให้การพยาบาลต่อไป แต่เนื่องจากปัจจุบันบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่าง ๆ แม้จะมีมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรสาขาอื่น ๆ แต่ก็ยังคงไม่เพียงพอ ปัญหาของการรวบรวมข้อมูลและการบันทึกทางการพยาบาลจึงยังคงมีอยู่ เพราะการแก้ไขปัญหาก็แก่ผู้ป่วยมีความสำคัญมากกว่า ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลทุกคนยังมีความต้องการที่จะให้การรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลต้องมีสิ่งที่ได้จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เพราะจะทำให้การพยาบาลครอบคลุมผู้ป่วยทั้งคนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้บริหารการพยาบาลที่ได้รับความรู้และการอบรมด้านบริหาร มีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร ควรจัดให้มีการพัฒนาความรู้ในด้านการอบรมทางการบริหารการพยาบาลแบบเป็นทางการแก่ผู้บริหารการพยาบาล โดยการจัดหลักสูตรระยะสั้น เช่น 1 - 2 วัน หรือ 1 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความชำนาญเฉพาะด้านการบริหาร หรือเน้นในด้านทักษะการบริหาร ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหาร ซึ่งหมายถึงคุณภาพของบริการการพยาบาลด้วย

2. ผลการวิจัยพบว่าการประชุมปรึกษาหารือระหว่างแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วย มีการจัดการในระดับต่ำ ทั้งในด้านความคิดเห็น โดยส่วนใหญ่ของผู้บริหารการพยาบาลมีความเห็นว่าน่าจะได้มีการปรึกษาร่วมกันในปัญหาที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ซึ่งมีหน้าที่ในการวางนโยบาย และข้อปฏิบัติต่าง ๆ น่าจะเสนอให้มีการจัดประชุมร่วมกันในระดับผู้บริหารทางการแพทย์ เช่น หัวหน้าแผนก หรือผู้อำนวยการ โรงพยาบาล กับหัวหน้าพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหารระดับสูงเห็นชอบในหลักการ เกี่ยวกับการจัดการด้านนี้ และนำไปสู่การปฏิบัติระดับหอผู้ป่วยในที่สุด


3. ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 10 ปีขึ้นไป การจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า ทั้งนี้เพราะประสบการณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้ แต่สำหรับความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล หรือความปลอดภัยของผู้ป่วยมิใช่สิ่งที่จะลองผิดลองถูกได้ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรจะ

3.1 จัดให้มีการประชุมปรึกษาเพื่อกำหนดนโยบายและข้อปฏิบัติต่าง ๆ เกี่ยวกับ ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่พบอยู่ในโรงพยาบาล โดยอาจจัดตั้งคณะกรรมการที่ ควบคุมความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล และจัดทำโปรแกรมการจัดการต่อความเสี่ยงของ การปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล

3.2 รวบรวมสถิติอุบัติการณ์ทางการพยาบาลและสาเหตุของอุบัติการณ์ทางการ พยาบาล เพื่อการวิเคราะห์อุบัติการณ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นและเป็นสาเหตุของการลดคุณภาพ ทางการพยาบาล เพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงโดยวิเคราะห์จากเหตุการณ์ที่เกิด ผ่านมา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิเคราะห์อุบัติการณ์ทางการพยาบาลจำแนกตามลักษณะของอุบัติการณ์ โดยวิเคราะห์สาเหตุและวิธีปฏิบัติของอุบัติการณ์ทางการพยาบาล
2. ศึกษาความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะด้าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิด การปฏิบัติการพยาบาลที่ทำให้เกิดความเสี่ยง ช่วงเวลาที่เกิดบ่อย ลักษณะของผู้ป่วยที่มักมีความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยง
3. ศึกษาเปรียบเทียบการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ กัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย