



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำ เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ในรูปของตารางประกอบคำบรรยายแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้คือ

- ตอนที่ 1 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างประชากร เสนอไว้ในตารางที่ 3
- ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหาร เสนอไว้ในตารางที่ 4 - 25
- ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลโดยจำแนกตามการจัดการเป็นรายด้านของผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหารต่างกัน เสนอไว้ในตารางที่ 26 - 35
- ตอนที่ 4 ตารางแสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล เสนอไว้ในตารางที่ 36 - 38

ตารางที่ 3 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างประชากรจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษา และการให้บริการ
อบรมทางการบริหาร

สังกัด ลักษณะ	กรุงเทพมหานคร		กลาโหม		มหาดไทย		สาธารณสุข		ทบวงมหาวิทยาลัย		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ระดับตำแหน่ง												
ผู้บริหารระดับสูง	1	2.5	5	12.5	5	12.5	20	50.0	9	22.5	40	8.7
ผู้บริหารระดับกลาง	8	7.0	19	16.7	9	7.9	43	37.7	35	30.7	114	24.7
ผู้บริหารระดับต้น	31	10.1	44	14.3	24	7.8	127	41.4	81	26.4	307	66.6
2. ประสบการณ์การบริหาร												
5 ปีหรือต่ำกว่า	16	11.0	26	17.9	10	6.9	47	32.4	46	31.7	145	31.5
6 - 10 ปี	11	9.4	18	15.4	13	11.1	43	36.8	32	27.4	117	25.4
10 ปีขึ้นไป	13	6.5	24	12.1	15	7.5	100	50.3	47	23.6	199	43.2
3. วุฒิการศึกษา												
ต่ำกว่าปริญญาตรี	8	7.0	28	24.3	13	11.3	56	48.7	10	8.7	115	24.9
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	28	8.6	38	11.6	24	7.3	133	40.7	104	31.8	327	70.9
สูงกว่าปริญญาตรี	4	21.1	2	10.5	1	5.3	1	5.3	11	57.9	19	4.1
4. การอบรมทางการบริหาร												
ไม่เคยได้รับการอบรม	15	5.6	56	20.8	29	10.8	104	38.7	65	24.2	269	58.4
เคยได้รับการอบรม	25	13.0	12	6.3	9	4.7	86	44.8	60	31.3	192	41.6
รวม	40	8.7	68	14.8	38	8.2	190	41.2	125	27.1	461	100.0

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามสังกัด ระดับ ตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิกการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหาร

1. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามสังกัด พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดไม่แตกต่างกัน สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดพบว่า มีคะแนนความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุด เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหารรวมทุกสังกัดพบว่า มีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดอยู่ใน "ระดับสูง" ถ้าพิจารณาเป็นรายสังกัดพบว่าผู้บริหารทุกสังกัดมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอยู่ในระดับสูงเช่นกัน สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด พบว่ามีคะแนนความคิดเห็นของผู้บริหารทุกสังกัดอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และถ้าพิจารณาเป็นรายสังกัดพบว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัย มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ขณะที่ผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร และกระทรวงมหาดไทย มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ดังแสดงในตารางที่ 4

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามสังกัด

สังกัด	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของ การให้ยาผิด				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความ เสี่ยงของการให้ยาผิด			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
กรุงเทพมหานคร	40	1.69	0.14		40	3.47	0.36	
กระทรวงกลาโหม	68	1.68	0.18		68	3.58	0.34	
กระทรวงมหาดไทย	38	1.64	0.17	1.26	38	3.42	0.34	3.19*
กระทรวงสาธารณสุข	183	1.71	0.16	(df=4,452)	184	3.62	0.33	(df=4,452)
ทบวงมหาวิทยาลัย	124	1.69	0.18		123	3.56	0.43	
รวม	453	1.69	0.17		453	3.57	0.37	

*P ≤ 0.05

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



2. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามระดับตำแหน่งผู้บริหารพบว่า ผู้บริหารทุกระดับมีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงใน "ระดับสูง" และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารแต่ละระดับก็พบว่า มีคะแนน "การจัดการต่อความเสี่ยงในระดับสูง" ทั้งผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้นตามลำดับ สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหารจำแนกตามระดับตำแหน่ง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารทุกระดับตำแหน่งพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ถ้าพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารในแต่ละระดับพบว่า ผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารระดับกลางมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" โดยที่ผู้บริหารระดับต้นมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วย"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดจำแนกตามระดับตำแหน่งผู้บริหารพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน สำหรับคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดพบว่า ผู้บริหารที่มีระดับตำแหน่งต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ พบว่าผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารระดับกลางมีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดสูงกว่าผู้บริหารระดับต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการไต่ถามของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามระดับตำแหน่ง

ระดับตำแหน่ง	คะแนนเฉลี่ย				การจัดการต่อความเสี่ยงของ การไต่ถาม				ความคิดเห็นต่อการต่อความเสี่ยง ของการไต่ถาม			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F				
ผู้บริหารระดับสูง	38	1.75	0.14		39	3.63	0.33					
ผู้บริหารระดับกลาง	111	1.72	0.16	5.79*	111	3.59	0.45	1.23				
ผู้บริหารระดับต้น	304	1.67	0.17	(df=2,452)	303	3.55	0.34	(df=2,452)				
รวม	453	1.69	0.17		453	3.57	0.37					

*P < 0.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของ
 ผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความ
 เสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหารกลุ่มที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า กลุ่มที่มี
 ประสบการณ์การบริหาร 6 - 10 ปี และกลุ่มที่มีประสบการณ์การบริหาร 10 ปีขึ้นไป อยู่ใน
 ระดับสูงทุกกลุ่ม และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกแต่ละกลุ่มก็พบว่าอยู่ในระดับสูงทุกกลุ่ม
 เช่นกัน สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด พบว่า
 ผู้บริหารทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ถ้าพิจารณาคะแนน
 เฉลี่ยจำแนกแต่ละกลุ่มพบว่ากลุ่มผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 6 - 10 ปี และ 10 ปี
 ขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ขณะที่กลุ่มผู้บริหารที่มี
 ประสบการณ์ 5 ปีหรือต่ำกว่า มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของ
 ผู้บริหารจำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารแตกต่างกัน
 กันจะมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ เซฟเฟมว่าผู้บริหารที่มี
 ประสบการณ์การบริหาร 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยา
 ผิดสูงกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปี หรือต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 .05 สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยา
 ผิดของผู้บริหารจำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงไว้ใน
 ตารางที่ 6

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการไต่ถามของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์การบริหาร

ประสบการณ์การบริหาร	การจัดการต่อความเสี่ยงของการไต่ถาม				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการไต่ถาม			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
5 ปีหรือต่ำกว่า	145	1.66	0.17		145	3.54	0.35	
6 - 10 ปี	115	1.68	0.16	7.24*	114	3.56	0.34	0.61
10 ปีขึ้นไป	193	1.72	0.16	(df=2,452)	194	3.59	0.40	(df=2,452)
รวม	453	1.69	0.17		453	3.57	0.37	

*P < 0.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



4. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของ
 ผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี
 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และสูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยา
 ผิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี
 มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการสูงสุด และกลุ่มที่มีวุฒิสูงกว่าปริญญาตรีมีคะแนนต่ำสุด สำหรับการ
 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหาร
 จำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหาร
 จำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่ามีการจัดการอยู่ใน "ระดับสูง" ทุกกลุ่ม สำหรับการศึกษาคะแนน
 เฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดพบว่า กลุ่มผู้บริหารที่มีวุฒิต่ำกว่า
 ปริญญาตรี และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย
 อย่างยิ่ง" และกลุ่มที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ
 "เห็นด้วย" ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยง
 ของการให้ยาผิดของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามวุฒิการศึกษา

วุฒิการศึกษา	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของ การให้ยาผิด				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความ เสี่ยงของการให้ยาผิด			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
ต่ำกว่าปริญญาตรี	113	1.72	0.15		114	3.55	0.32	
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	322	1.68	0.17	3.84*	321	3.57	0.38	0.19
สูงกว่าปริญญาตรี	18	1.62	0.14	(df=2,452)	18	3.54	0.37	(df=2,452)
รวม	453	1.69	0.17		453	3.57	0.37	

*P < 0.05

5. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดจำแนกตาม การได้รับการอบรมทางการบริหารพบว่า กลุ่มที่เคยและกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการ บริหารมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ใน "ระดับสูง" และเมื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ย ความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหารทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" เช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของ ผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารพบว่า แตกต่างจากผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย การจัดการสูงกว่ากลุ่มผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความ คิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของกลุ่มผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมและไม่ เคยได้รับการอบรมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยง ของการให้ยาผิดของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามการได้รับการอบรมทาง การบริหาร

คะแนนเฉลี่ย การอบรม ทางการบริหาร	การจัดการต่อความเสี่ยงของ การให้ยาผิด				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความ เสี่ยงของการให้ยาผิด			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
ไม่เคยได้รับการ อบรม	267	1.66	0.18	20.36*	266	3.55	0.33	0.72
เคยได้รับการอบรม	186	1.73	0.14 (df=1,452)		187	3.59	0.42 (df=1,452)	
รวม	453	1.69	0.17		453	3.57	0.37	

*P < 0.05

6. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารทางการแพทย์ จำแนกตามสังกัดพบว่าผู้บริหารทางการแพทย์ที่มีสังกัดต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงพบว่าผู้บริหารทางการแพทย์ทุกสังกัดมีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงอยู่ใน "ระดับสูง" สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกระทรวงมหาดไทย และสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารทางการแพทย์ จำแนกตามสังกัด

สังกัด	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
กรุงเทพมหานคร	39	1.74	0.16		39	3.41	0.41	
กระทรวงกลาโหม	68	1.76	0.18		68	3.50	0.40	
กระทรวงมหาดไทย	38	1.74	0.19	1.82	38	3.37	0.39	2.24
กระทรวงสาธารณสุข	188	1.79	0.16	(df=4,457)	189	3.56	0.39	(df=4,457)
ทบวงมหาวิทยาลัย	125	1.76	0.17		124	3.52	0.45	
รวม	458	1.77	0.17		458	3.51	0.41	

7. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุทุกกลุ่มและตก-
เตียงของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลจำแนกตามระดับตำแหน่งพบว่าผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหาร
ระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้นมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอยู่ใน "ระดับสูง" สำหรับคะแนน
เฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุทุกกลุ่มและตกเตียงพบว่าผู้บริหารระดับ
สูง และผู้บริหารระดับกลางมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ
ผู้บริหารระดับต้นมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของ
อุบัติเหตุทุกกลุ่มและตกเตียงของผู้บริหารจำแนกตามระดับตำแหน่งพบว่า ผู้บริหารที่มีระดับ
ตำแหน่งแตกต่างกันมีคะแนนความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการ
จัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุทุกกลุ่มและตกเตียงพบว่า ผู้บริหารที่มีระดับตำแหน่งแตกต่างกันมี
คะแนนการจัดการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้บริหารระดับสูงมี
คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้นตามลำดับ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยง
ของอุบัติเหตุทุกกลุ่มและตกเตียงของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล จำแนกตามระดับ
ตำแหน่ง

ระดับตำแหน่ง	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของ อุบัติเหตุทุกกลุ่มและตกเตียง				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความ เสี่ยงของอุบัติเหตุทุกกลุ่มและตกเตียง			
	N	X	S.D.	F	N	X	S.D.	F
ผู้บริหารระดับสูง	40	1.81	0.13		40	3.58	0.40	
ผู้บริหารระดับกลาง	112	1.79	0.18	3.40*	112	3.58	0.46	2.71
ผู้บริหารระดับต้น	306	1.76	0.17	(df=2,457)	306	3.48	0.39	(df=2,457)
รวม	458	1.77	0.17		458	3.51	0.41	

*P < 0.05

8. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลจำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารต่างก็มีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงแตกต่างกัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟอพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์ 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการสูงกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์ 5 ปีหรือต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารแตกต่างกัน พบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน

เมื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลจำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 6 - 10 ปี และผู้บริหารที่มีประสบการณ์ 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงอยู่ใน "ระดับสูง" ทุกกลุ่ม สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารจำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่า ผู้บริหารทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล จำแนกตามประสบการณ์การบริหาร

ประสบการณ์การบริหาร	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง				ความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
5 ปีหรือต่ำกว่า	145	1.74	0.18		145	3.50	0.41	
6 - 10 ปี	116	1.76	0.15	4.59*	115	3.51	0.38	0.19
10 ปีขึ้นไป	197	1.80	0.17	(df=2,457)	198	3.53	0.44	(df=2,457)
รวม	458	1.77	0.17		458	3.51	0.41	

*P < 0.05

9. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตี้ยงของผู้บริหารจำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี/เทียบเท่า และสูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอยู่ใน "ระดับสูง" ทุกกลุ่มและคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตี้ยงของผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และกลุ่มที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" และกลุ่มที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตี้ยงของผู้บริหารทางการพยาบาล จำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตี้ยงไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตี้ยงของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามวุฒิการศึกษา

วุฒิการศึกษา	การจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตี้ยง				ความคิดเห็นต่อแนวในการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตี้ยง			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
ต่ำกว่าปริญญาตรี	114	1.80	0.15		115	3.47	0.39	
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	325	1.77	0.18	2.58	324	3.52	0.42	0.77
สูงกว่าปริญญาตรี	19	1.71	0.15	(df=2,457)	19	3.56	0.39	(df=2,457)
รวม	458	1.77	0.17		458	3.51	0.41	

10. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุกลุ่มและตก-
เตี้ยของผู้บริหารทางการแพทย์ที่เคยและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารพบว่ามีความ
การจัดการใน "ระดับสูง" ทั้งสองกลุ่ม สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความ
เสี่ยงของอุบัติเหตุกลุ่มและตกเตี้ยพบว่า ผู้บริหารกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมี
ความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" และผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมีความ
คิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุกลุ่มและตก
เตี้ยของผู้บริหารจำแนกตามการได้รับการอบรมทางการบริหารพบว่า ผู้บริหารที่เคยได้รับการ
อบรมทางการบริหารมีคะแนนการจัดการสูงกว่ากลุ่มผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการ
จัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุกลุ่มและตกเตี้ยพบว่า กลุ่มผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมทาง
การบริหารมีคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดเห็นไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรม
ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความ
เสี่ยงของอุบัติเหตุกลุ่มและตกเตี้ยของผู้บริหารทางการแพทย์ จำแนกตามการอบรม
ทางการบริหาร

การอบรม ทางการบริหาร	คะแนนเฉลี่ย		การจัดการต่อความเสี่ยงของ อุบัติเหตุกลุ่มและตกเตี้ย				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความ เสี่ยงของอุบัติเหตุกลุ่มและตกเตี้ย			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F		
ไม่เคยได้รับการ อบรม	268	1.75	0.19		268	3.49	0.39			
เคยได้รับการอบรม	190	1.79	0.14	(df=1,457)	190	3.55	0.44	(df=1,457)		
รวม	458	1.77	0.17	6.14*	458	3.51	0.41	2.42		

*P < 0.05

11. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่
 ที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารทางการพยาบาลจำแนกตามสังกัดพบว่า ผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันมีคะแนน
 การจัดการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการ
 ของผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสูงสุด รองลงมาคือผู้บริหารสังกัดกระทรวงกลาโหม
 สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย สังกัดกรุงเทพมหานคร และสังกัดกระทรวงมหาดไทย ตามลำดับ เมื่อ
 เปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่
 ที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารจำแนกตามสังกัด พบว่า ผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นแตกต่าง
 กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีการ
 ของเชฟเฟพบว่า ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนความคิดเห็นสูงกว่าผู้บริหารสังกัด
 กระทรวงมหาดไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อศึกษาคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่
 ที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารทางการพยาบาลจำแนกตามสังกัดพบว่า ผู้บริหารทุก ๆ สังกัดมีคะแนนการจัดการต่อ
 ความเสี่ยงอยู่ใน "ระดับสูง" สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของ
 เทคนิคปลอดภัยที่
 ที่ไม่ถูกต้องพบว่า ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น
 อยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ขณะที่กลุ่มผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม
 กระทรวงมหาดไทย และทบวงมหาวิทยาลัยมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย"
 ดังแสดงในตารางที่ 14

ศูนย์วิทยพัชกร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามสังกัด

สังกัด	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของ เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง				ความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อ ความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
กรุงเทพมหานคร	40	1.71	0.21		40	3.44	0.41	
กระทรวงกลาโหม	68	1.76	0.21		68	3.47	0.43	
กระทรวงมหาดไทย	38	1.71	0.19	4.38*	38	3.31	0.38	3.73*
กระทรวงสาธารณสุข	187	1.80	0.16	(df=4,455)	187	3.57	0.39	(df=4,454)
ทบวงมหาวิทยาลัย	123	1.74	0.19		122	3.50	0.46	
รวม	456	1.76	0.18		455	3.50	0.42	

*P \leq 0.05

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

12. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามระดับตำแหน่งพบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้นมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอยู่ใน "ระดับสูง" และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องพบว่าผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้นมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารทั้งสามระดับ ผู้บริหารมีความเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของ เทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารจำแนกตามระดับตำแหน่งพบว่า ผู้บริหารที่มีระดับตำแหน่งต่างกันมีการจัดการต่อความเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟพบว่า ผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้บริหารระดับต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของ เทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารจำแนกตามระดับตำแหน่งไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นดังแสดงในตารางที่ 15

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้องของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามระดับตำแหน่งผู้บริหาร

ระดับตำแหน่ง	การจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง				ความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
ผู้บริหารระดับสูง	40	1.84	0.21		40	3.57	0.41	
ผู้บริหารระดับกลาง	112	1.76	0.19	3.90*	112	3.55	0.47	1.94
ผู้บริหารระดับต้น	304	1.75	0.18	(df=2,455)	303	3.47	0.40	(df=2,454)
รวม	456	1.76	0.18		455	3.50	0.42	

*P < 0.05

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

13. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารจำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี เชฟเฟอพบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องสูงกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์บริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของ เทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงไม่แตกต่างกัน

เมื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องพบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 10 ปีขึ้นไป 6 - 10 ปี และ 5 ปีหรือต่ำกว่ามีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องอยู่ใน "ระดับสูง" สำหรับความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของ เทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารจำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า 6 - 10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ทั้งสามกลุ่ม ดังตารางที่

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์การบริหาร

ประสบการณ์การบริหาร	การจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง				ความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
5 ปีหรือต่ำกว่า	143	1.73	0.19		143	3.48	0.41	
6 - 10 ปี	115	1.77	0.17	4.32*	114	3.49	0.39	0.65
10 ปีขึ้นไป	198	1.78	0.18	(df=2,455)	198	3.53	0.45	(df=2,454)
รวม	456	1.76	0.18		455	3.50	0.42	

*P < 0.05

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

14. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลดเชื้อที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และสูงกว่าปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการใน "ระดับสูง" เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลดเชื้อที่ไม่ถูกต้องพบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" และผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลดเชื้อที่ไม่ถูกต้องจำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟพบพบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการสูงกว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลดเชื้อที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารจำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 17

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามวุฒิการศึกษา

วุฒิการศึกษา	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้อง				ความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้อง			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
ต่ำกว่าปริญญาตรี	114	1.80	0.19		115	3.45	0.40	
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	324	1.75	0.18	5.92*	322	3.52	0.43	1.07
สูงกว่าปริญญาตรี	18	1.65	0.21	(df=2,455)	18	3.56	0.42	(df=2,454)
รวม	456	1.76	0.18		455	3.50	0.42	

*P < .05

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

15. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารจำแนกตามการได้รับการอบรมทางการบริหารพบว่า ผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องพบว่า ผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารที่เคยและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารพบว่า เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้บริหารที่เคยอบรมทางการบริหาร ผู้บริหารที่ไม่เคยอบรมทางการบริหาร และผู้บริหารรวมทั้งสองกลุ่มมีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องอยู่ใน "ระดับสูง" สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องพบว่า ผู้บริหารที่เคยอบรมทางการบริหาร และผู้บริหารที่ไม่เคยอบรมทางการบริหารมีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ดังแสดงในตารางที่ 18

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามการได้รับการอบรมทางการบริหาร

การอบรม ทางการบริหาร	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของ เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง				ความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อ ความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
ไม่เคยได้รับการ อบรม	266	1.75	0.19		265	3.48	0.39	
เคยได้รับการอบรม	190	1.78	0.17	4.84*	190	3.54	0.46	2.40*
รวม	456	1.76	0.18	(df=1,455)	455	3.50	0.42	(df=1,454)

* $P \leq .05$

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

16. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งสามด้านของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามสังกัดพบว่า ผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหารจำแนกตามสังกัดพบว่าผู้บริหารสังกัดต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟพบ่ว่า ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงกว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหารจำแนกตามสังกัดพบว่า ผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกระทรวงมหาดไทย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงใน "ระดับสูง" สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านจำแนกตามสังกัดพบว่า ผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกระทรวงมหาดไทย และสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย มีคะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ยกเว้นผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีคะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ดังแสดงในตารางที่ 19

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามสังกัด

สังกัด	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของ การปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความ เสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้าน			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
กรุงเทพมหานคร	39	1.71	0.16		39	3.44	0.38	
กระทรวงกลาโหม	68	1.73	0.16		68	3.52	0.36	
กระทรวงมหาดไทย	38	1.69	0.17	2.33	38	3.37	0.34	3.34*
กระทรวงสาธารณสุข	182	1.76	0.14	(df=4,448)	182	3.59	0.31	(df=4,447)
ทบวงมหาวิทยาลัย	122	1.73	0.16		121	3.53	0.43	
รวม	449	1.74	0.16		448	3.53	0.38	

*P \leq 0.05

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

17. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านของผู้บริหารแต่ละสังกัด จำแนกตามระดับตำแหน่ง พบว่าผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้นมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ใน "ระดับสูง" ทุกสังกัด

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านของผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการทุกด้านของผู้บริหารระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นผู้บริหารสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งสามด้านของผู้บริหารจำแนกตามระดับตำแหน่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟพบว่า ผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการสูงกว่าผู้บริหารระดับต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 20

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจำกัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และระดับ
ต้น ของโรงพยาบาลในทุกสังกัดจำแนกเป็นรายคาบ

สังกัด ระดับตำแหน่ง	ความรู้				ปฏิบัติเหตุทรมานและตกเตียง				เทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง				รวม			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
1. กรุงเทพมหานคร (40)																
ผู้บริหารระดับสูง	1	1.60	-	0.36	1	1.8	-	0.73	1	1.92	-	1.59	1	1.76	-	0.64
ผู้บริหารระดับกลาง	8	1.66	0.17	(df=2,39)	8	1.67	0.23	(df=2,38)	8	1.61	0.29	(df=2,39)	8	1.65	0.22	(df=2,39)
ผู้บริหารระดับต้น	31	1.70	0.13		30	1.75	0.15		31	1.75	0.18		31	1.72	0.14	
2. กระทรวงกลาโหม (68)																
ผู้บริหารระดับสูง	5	01.76	0.17	2.40	5	1.78	0.15	2.08	5	1.99	0.16	4.61*	5	1.85	0.22	3.38*
ผู้บริหารระดับกลาง	19	01.74	0.13	(df=2,67)	19	1.82	0.14	(df=2,67)	19	1.78	0.14	(df=2,67)	19	1.78	0.12	(df=2,67)
ผู้บริหารระดับต้น	44	01.65	0.19		44	1.73	0.19		44	1.72	0.18		44	1.69	0.16	
3. กระทรวงมหาดไทย (38)																
ผู้บริหารระดับสูง	5	01.73	0.18	1.85	5	1.85	0.16	1.88	5	1.75	0.22	1.32	5	1.77	0.16	1.92
ผู้บริหารระดับกลาง	9	01.70	0.19	(df=2,37)	9	1.79	0.18	(df=2,37)	9	1.78	0.25	(df=2,36)	9	1.75	0.20	(df=2,37)
ผู้บริหารระดับต้น	24	01.60	0.15		24	1.70	0.20		24	1.67	0.16		24	1.65	0.15	
4. กระทรวงสาธารณสุข (183)																
ผู้บริหารระดับสูง	18	1.74	0.12	0.89	18	1.79	0.15	0.26	18	1.84	0.13	0.77	18	1.78	0.11	0.44
ผู้บริหารระดับกลาง	41	1.73	0.18	(df=2,182)	41	1.81	0.19	(df=2,182)	41	1.78	0.18	(df=2,182)	41	1.77	0.16	(df=2,182)
ผู้บริหารระดับต้น	124	1.70	0.16		124	1.79	0.15		124	1.80	0.15		124	1.75	0.14	
5. พมวงมหาวิทยาลัย (124)																
ผู้บริหารระดับสูง	9	1.79	0.15	2.86	9	1.83	0.13	1.62	9	1.79	0.17	0.56	9	1.80	0.14	1.68
ผู้บริหารระดับกลาง	34	1.73	0.13	(df=2,123)	34	1.79	0.15	(df=2,123)	34	1.74	0.16	(df=2,123)	34	1.75	0.13	(df=2,123)
ผู้บริหารระดับต้น	81	1.67	0.19		81	1.75	0.18		81	1.73	0.20		81	1.71	0.18	

*P < .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

18. เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหาร สังกัดกรุงเทพมหานครและกระทรวงมหาดไทยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้บริหารทุกระดับตำแหน่งอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับตำแหน่ง พบว่าผู้บริหารระดับตำแหน่งต่างกันมีความคิดเห็นไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหาร ระดับสูงอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ทุกด้าน และโดยรวมสามด้าน ยกเว้นด้านเทคนิค บลอคเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ที่ผู้บริหารมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" สำหรับผู้บริหารระดับ กลางมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ทุก ๆ ด้าน และผู้บริหารระดับต้นมีความ คิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงทุกด้านอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหารสังกัดกระทรวงกลาโหม จำแนกตามระดับตำแหน่งไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการ พยาบาลของผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการ ต่อความเสี่ยงแต่ละด้านและรวมสามด้านของผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารระดับกลางอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" สำหรับผู้บริหารระดับต้นมีคะแนนเฉลี่ยระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" เฉพาะ ด้านการให้ยาผิด สำหรับด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคบลอคเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และรวมสามด้านพบว่าผู้บริหารระดับต้นมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วย" เมื่อ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหารสังกัดกระทรวง สาธารณสุข จำแนกตามระดับตำแหน่งพบว่ามีความคิดเห็นของผู้บริหารแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุก ๆ ด้านและรวมสามด้าน ยกเว้นด้านการให้ยาผิดพบว่าไม่มี ความแตกต่างกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงและด้าน เทคนิค บลอคเชื่อที่ไม่ถูกต้อง พบว่าผู้บริหารระดับกลางมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของทั้ง 2 ด้าน สูงกว่าคะแนนความคิดเห็นของผู้บริหารระดับต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น ของโรงพยาบาลในทุกลำดับตำแหน่งเป็นรายตัว

ระดับตำแหน่ง	ตัว	การพยาบาล				อุบัติเหตุทุกกลุ่มและตกเตียง				เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง				รวม				
		N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F	
1. กรุงเทพมหานคร (40)																		
	ผู้บริหารระดับสูง	1	3.12	-		1	3.00	-		1	3.44	0.42		1	3.05	-		
	ผู้บริหารระดับกลาง	8	3.49	0.34	0.61	8	3.37	0.43	0.61	8	3.49	0.38	0.61	8	3.42	0.37	0.60	
	ผู้บริหารระดับต้น	31	3.49	0.37 (df=2,39)		31	3.44	0.41 (df=2,39)		31	3.44	0.42 (df=2,39)		31	3.46	0.39 (df=2,39)		
2. กระทรวงกลาโหม (68)																		
	ผู้บริหารระดับสูง	5	3.77	0.26		5	3.59	0.49		5	3.44	0.45		5	3.61	0.33		
	ผู้บริหารระดับกลาง	19	3.68	0.32	2.72	19	3.69	0.37	3.52*	19	3.62	0.39	1.79	19	3.66	0.34	2.67	
	ผู้บริหารระดับต้น	44	3.51	0.35 (df=2,67)		44	3.41	0.38 (df=2,67)		44	3.40	0.43 (df=2,67)		44	3.45	0.36 (df=2,67)		
3. กระทรวงมหาดไทย (38)																		
	ผู้บริหารระดับสูง	5	3.22	0.36		5	3.1	0.19		5	2.96	0.19		5	3.10	0.14		
	ผู้บริหารระดับกลาง	9	3.46	0.36	0.97	9	3.49	0.44	1.69	9	3.40	0.44	2.70	9	3.45	0.39	2.03	
	ผู้บริหารระดับต้น	24	3.44	0.34 (df=2,37)		24	3.39	0.39 (df=2,37)		24	3.35	0.36 (df=2,37)		24	3.40	0.33 (df=2,37)		
4. กระทรวงสาธารณสุข (184)																		
	ผู้บริหารระดับสูง	19	3.68	0.28		19	3.67	0.36		19	3.69	0.33		19	3.67	0.31		
	ผู้บริหารระดับกลาง	42	3.70	0.34	2.59	42	3.68	0.37	3.99*	42	3.70	0.38	4.55*	42	3.69	0.33	3.59*	
	ผู้บริหารระดับต้น	123	3.58	0.33 (df=2,183)		123	3.50	0.40 (df=2,183)		123	3.51	0.39 (df=2,183)		123	3.54	0.35 (df=2,183)		
5. พบบางมหาวิทยาลัย (123)																		
	ผู้บริหารระดับสูง	9	3.75	0.28		9	3.70	0.32		9	3.80	0.28		9	3.75	0.28		
	ผู้บริหารระดับกลาง	33	3.48	0.38	1.55	33	3.46	0.58	1.03	33	3.39	0.60	3.03	33	3.44	0.41	1.95	
	ผู้บริหารระดับต้น	81	3.58	0.34 (df=2,122)		81	3.62	0.12 (df=2,122)		81	3.51	0.39 (df=2,122)		81	3.54	0.35 (df=2,122)		

*P < .05

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

19. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้านของผู้บริหารจำแนกตามระดับตำแหน่งพบว่า ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้น มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงใน "ระดับสูง" คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ยกเว้นผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้าน จำแนกตามระดับตำแหน่งพบว่า ผู้บริหารที่มีระดับตำแหน่งต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟพบว่า ผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการแตกต่างจากผู้บริหารระดับต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามระดับตำแหน่งพบว่า ระดับตำแหน่งต่างกันมีคะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 22



ศูนย์วิจัยการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน จำแนกตามระดับตำแหน่งผู้บริหาร

ระดับตำแหน่ง	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของ การปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความ เสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้าน			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
ผู้บริหารระดับสูง	38	1.79	0.14		39	3.59	0.35	
ผู้บริหารระดับกลาง	109	1.75	0.15	4.76*	109	3.57	0.44	1.85
ผู้บริหารระดับต้น	302	1.72	0.16	(df=2,448)	300	3.51	0.35	(df=2,447)
รวม	449	1.74	0.16		448	3.53	0.38	

*P < 0.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

20. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้านของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 6 - 10 ปี ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 10 ปีขึ้นไป และรวมทั้งสามกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงใน "ระดับสูง" เมื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า 6 - 10 ปี 10 ปีขึ้นไป และรวมทั้งสามกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ในระดับ "เห็นด้วย"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้านของผู้บริหารจำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารแตกต่างกันมีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟพบว่า ผู้บริหารการพยาบาลประสบการณ์การบริหาร 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการสูงกว่าผู้บริหารประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน จำแนกตามประสบการณ์การบริหารพบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 23

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน จำแนกตามประสบการณ์การบริหาร

ประสบการณ์การบริหาร	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของ การปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความ เสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้าน			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
5 ปีหรือต่ำกว่า	143	1.70	0.17		143	3.51	0.36	
6 - 10 ปี	114	1.73	0.14	6.43*	113	3.52	0.35	0.63
10 ปีขึ้นไป	192	1.76	0.15	(df=2,448)	192	3.55	0.41	(df=2,447)
รวม	449	1.74	0.16		448	3.53	0.38	

*P ≤ 0.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

21. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้านของผู้บริหารการพยาบาล จำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟอพบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน จำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้านของผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี และโดยรวมพบว่า ผู้บริหารทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ใน "ระดับสูง" สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหาร จำแนกตามวุฒิการศึกษาพบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี และโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ดังแสดงในตารางที่ 24

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน จำแนกตามวุฒิการศึกษา

วุฒิการศึกษา	คะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
ต่ำกว่าปริญญาตรี	113	1.77	0.14		114	3.50	0.34	
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	319	1.73	0.16	5.38*	317	3.54	0.39	0.47
สูงกว่าปริญญาตรี	17	1.65	0.15	(df=2,448)	17	3.53	0.38	(df=2,447)
รวม	449	1.74	0.16		448	3.53	0.38	

*P ≤ 0.05

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

22. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้านของผู้บริหารจำแนกตามการได้รับการอบรมทางการบริหารพบว่า ผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรม ผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมและ โดยรวมสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงใน "ระดับสูง" สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรม และรวมสองกลุ่มมีคะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วย" ยกเว้นผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้านของผู้บริหารการพยาบาลจำแนกตามการได้รับการอบรมทางการบริหารพบว่าผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหารจำแนกตามการอบรมทางการบริหารพบว่า ผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นไม่แตกต่างจากผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 25

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน จำแนกตามการได้รับการอบรมทางการบริหาร

คะแนนเฉลี่ย การได้รับ การอบรม	การจัดการต่อความเสี่ยงของ การปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน				ความคิดเห็นในการจัดการต่อความ เสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งสามด้าน			
	N	\bar{X}	S.D.	F	N	\bar{X}	S.D.	F
ไม่เคยได้รับการ อบรม	265	1.71	0.17		263	3.51	0.34	
				12.09*				1.53
เคยได้รับการอบรม	184	1.77	0.13	(df=1,448)	185	3.56	0.42	(df=1,447)
รวม	449	1.74	0.16		448	3.53	0.38	

*P < 0.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล โดยจำแนกตามการจัดการเป็นรายด้านของผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษา และการได้รับการอบรมทางการบริหารต่างกัน

1. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลในทุกสังกัดจำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน เมื่อพิจารณาการจัดระบบ ควบคุมต่างๆ ในองค์การพบว่า ผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีการของเซฟเฟ ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงพบว่า ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การสูงกว่าผู้บริหารสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นการให้ยาผิดที่พบว่าผู้บริหารสังกัดต่างกันมีคะแนนการจัดการด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกระทรวงมหาดไทย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องที่พบว่าผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของเซฟเฟพบว่า ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทยและผู้บริหารสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย

จากการศึกษาจะเน้นเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดระบบควบคุมต่างๆ ในองค์การและด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารจำแนกตามสังกัด ในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด ความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร ผู้บริหารสังกัดกระทรวงกลาโหม ผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทย ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย พบว่ามีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ใน "ระดับสูง" ดังแสดงในตารางที่ 26



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลในทูลงักดิ์ จำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน

คะแนนเฉลี่ยการจัดการ	สังกัด	กรุงเทพมหานคร			กลางใหม่			มหาดไทย			สาธารณสุข			ทบวงมหาวิทยาลัย			รวม	F		
		N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.				
1. ความเข้าใจแนวคิด																				
1.1	การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	40	1.65	0.17	68	1.66	0.21	38	1.58	0.22	184	1.65	0.24	124	1.64	0.22	454	1.64	0.22	1.08 (df=4,453)
1.2	การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล	40	1.76	0.15	68	1.76	0.19	38	1.75	0.17	187	1.80	0.16	125	1.80	0.18	458	1.79	0.17	1.82 (df=4,457)
2. ความปฏิบัติเหตุทงลมและตกเตียง																				
2.1	การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	40	1.62	0.20	68	1.69	0.24	38	1.61	0.24	188	1.73	0.26	125	1.61	0.26	459	1.67	0.26	5.11* (df=4,458)
2.2	การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล	39	1.80	0.17	68	1.80	0.17	38	1.81	0.20	188	1.83	0.15	125	1.85	0.15	458	1.83	0.16	1.83 (df=4,457)
3. คำนเทคนิคลอดเชื้อที่ไมถูกคอง																				
3.1	การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	40	1.62	0.26	68	1.64	0.30	38	1.64	0.27	188	1.73	0.20	124	1.66	0.24	458	1.68	0.24	3.76* (df=4,457)
3.2	การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล	40	1.78	0.21	68	1.84	0.16	38	1.75	0.16	187	1.85	0.14	124	1.78	0.18	457	1.81	0.17	5.42* (df=4,456)
4. การปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน																				
4.1	การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	40	1.63	0.19	68	1.66	0.21	38	1.61	0.21	183	1.70	0.19	123	1.64	0.21	452	1.66	0.20	2.82* (df=4,451)
4.2	การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล	39	1.78	0.16	68	1.80	0.15	38	1.77	0.16	186	1.83	0.13	124	1.81	0.15	455	1.81	0.15	2.03 (df=4,454)

*P < 0.05

2. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับตำแหน่งจำแนกตามการจัดการ เป็นรายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการจัดระบบควบคุมต่างๆ ในองค์การด้านการให้ยาผิด ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านของผู้บริหารระดับต้น ผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับสูงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของ เชฟเฟ พบว่าด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการจัดระบบควบคุมต่างๆ ในองค์การสูงกว่าผู้บริหารระดับกลางและผู้บริหารระดับต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านของผู้บริหารทุกระดับตำแหน่งจำแนกตามการจัดการด้านการจัดระบบควบคุมต่างๆ ในองค์การพบว่าผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการสูงกว่าผู้บริหารระดับต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ที่พบว่าการจัดการด้านการจัดระบบควบคุมต่างๆ ในองค์การของผู้บริหารจำแนกตามระดับตำแหน่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับตำแหน่งทุกด้าน ได้แก่ด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านพบว่าผู้บริหารที่มีระดับตำแหน่งต่างกันมีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทุกด้านต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของ เชฟเฟ พบว่าด้านการให้ยาผิด ผู้บริหารระดับกลาง มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารระดับต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องพบว่าผู้บริหารระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารระดับต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน พบว่าผู้บริหารสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารระดับต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล
ของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับตำแหน่งตามการจัดการรายด้านพบว่าผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหาร
ระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้นต่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติ
การพยาบาลด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ และด้านการลดและกำจัดความเสี่ยง
ของการปฏิบัติการพยาบาลใน ด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุทกหล้มและตกเตียง ด้านเทคนิค
ปลอดภัยไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านอยู่ในระดับสูง ดัง
แสดงในตารางที่ 27



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น จำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน

ระดับตำแหน่ง	ผู้บริหารระดับต้น			ผู้บริหารระดับกลาง			ผู้บริหารระดับสูง			รวม			F
	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	
1. ด้านการให้ยาคือ													
1.1 การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	305	1.62	0.22	111	1.68	0.24	38	1.71	0.19	454	1.64	0.22	4.25*
													(df=2,453)
1.2 การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล	306	1.77	0.18	113	1.82	0.15	39	1.84	0.14	458	1.79	0.17	5.56*
													(df=2,457)
2. ด้านอุบัติเหตุทกมลและตกเตียง													
2.1 การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	306	1.65	0.24	113	1.7	0.31	40	1.71	0.21	459	1.67	0.28	1.79
													(df=2,458)
2.2 การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล	306	1.82	0.17	112	1.85	0.15	40	1.88	0.11	458	1.83	0.16	3.40*
													(df=2,457)
3. ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง													
3.1 การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	305	1.67	0.23	113	1.70	0.25	40	1.78	0.29	458	1.68	0.24	3.75*
													(df=2,457)
3.2 การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล	305	1.81	0.16	112	1.82	0.18	40	1.88	0.17	457	1.81	0.17	3.05*
													(df=2,456)
4. การปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน													
4.1 การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	303	1.65	0.20	111	1.68	0.20	38	1.73	0.20	452	1.66	0.20	3.63*
													(df=2,451)
4.2 การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล	305	1.79	0.15	111	1.83	0.14	39	1.86	0.11	455	1.81	0.15	4.78*
													(df=2,454)

*P < 0.05

3. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกันจำแนกตามการจัดการเป็นรายด้านพบว่า เมื่อพิจารณาด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้าน ด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การของผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหาร 10 ปีขึ้นไปสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การของผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกัน ด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องและการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน พบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่าด้านการให้ยาผิด ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์บริหาร 10 ปีขึ้นไปไม่มีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 6 - 10 ปี และ 5 ปีหรือต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้อง และด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน ผู้บริหารที่มีประสบการณ์บริหาร 10 ปีขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล
ของผู้บริหารพยาบาลจำแนกตามประสบการณ์การบริหาร โดยจำแนกตามการจัดการรายด้าน
ด้านการจัดการระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร และด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการ
ปฏิบัติการพยาบาลพบว่าผู้บริหารพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า 6-10
ปี และผู้บริหารที่มีประสบการณ์บริหาร 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงใน
"ระดับสูง" ด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลดออกเชื้อที่ไม่ถูกต้อง
และการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้าน จำแนกตามด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร
และการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 28



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารต่างกัน
จำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน

คะแนนเฉลี่ยการจัดการ	ประสบการณ์ การบริหาร			5 ปีหรือต่ำกว่า			6 - 10 ปี			10 ปีขึ้นไป			รวม	F
	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านการให้ยาคิด														
1.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์กร	145	1.61	0.22	116	1.63	0.20	193	1.68	0.23	454	1.64	0.22	4.35*	(df=2,453)
1.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	145	1.75	0.18	116	1.77	0.18	197	1.82	0.16	458	1.79	0.17	7.98*	(df=2,457)
2. ด้านอุบัติเหตุทลัมและทกเพียง														
2.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์กร	145	1.65	0.24	116	1.63	0.22	198	1.70	0.28	459	1.67	0.26	3.16*	(df=2,458)
2.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	145	1.8	0.18	116	1.83	0.15	197	1.85	0.15	458	1.83	0.16	4.30*	(df=2,457)
3. ด้านเทคนิคบล็อกเชื้อที่ไม่ถูกต้อง														
3.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์กร	144	1.65	0.25	116	1.68	0.23	198	1.71	0.24	458	1.68	0.24	2.91	(df=2,457)
3.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	144	1.78	0.18	115	1.83	0.15	198	1.89	0.16	457	1.81	0.17	4.68*	(df=2,456)
4. การปฏิบัติการพยาบาลทั้ง สามด้าน														
4.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์กร	144	1.63	0.21	115	1.65	0.18	193	1.61	0.20	452	1.66	0.20	4.36*	(df=2,451)
4.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	144	1.77	0.16	115	2.81	0.14	196	1.83	0.13	455	1.81	0.14	7.39*	(df=2,454)

*P < 0.05



4. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน จำแนกตามการจัดการรายด้าน พบว่าด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน เมื่อจำแนกรายด้าน เป็นด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร และการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และสูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ใน "ระดับสูง" ทุกด้าน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน จำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน ด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน พบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กรแตกต่างกันในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีการของเชฟเฟ พบว่า ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงและด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กรสูงกว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน พบว่า ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กรสูงกว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน พบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของ เชฟเฟ พบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องสูงกว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิดและอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงของผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกัน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการจัดการไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 29

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติตามการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน จำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน

คะแนนเฉลี่ยการจัดการ	วุฒิการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี			ปริญญาตรี/เทียบเท่า			สูงกว่าปริญญาตรี			รวม			F
		N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	
1. ด้านการให้ยาสีฟัน														
1.1	การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	113	1.69	0.20	323	1.63	0.23	18	1.58	0.18	454	1.64	0.22	3.75*
													(df=2,453)	
1.2	การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติตามการพยาบาล	114	1.81	0.16	325	1.78	0.17	19	1.72	0.14	458	1.79	0.17	2.43
													(df=2,457)	
2. ด้านอุบัติเหตุทลลัมและตกเตียง														
2.1	การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	114	1.72	0.20	326	1.66	0.27	19	1.51	0.16	459	1.67	0.26	5.71*
													(df=2,458)	
2.2	การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติตามการพยาบาล	114	1.84	0.14	325	1.87	0.16	19	1.83	0.18	458	1.83	0.16	0.60
													(df=2,457)	
3. ด้านเทคนิคบล็อกเชื้อที่ไม่ถูกต้อง														
3.1	การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	114	1.72	0.26	325	1.68	0.23	19	1.52	0.25	458	1.68	0.24	5.80*
													(df=2,457)	
3.2	การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติตามการพยาบาล	114	1.85	0.17	325	1.81	0.16	18	1.79	0.23	457	1.81	0.17	4.88*
													(df=2,456)	
4. การปฏิบัติตามการพยาบาลทั้งสามด้าน														
4.1	การจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ	113	1.71	0.19	321	1.65	0.20	18	1.54	0.18	452	1.66	0.20	6.64*
													(df=2,451)	
4.2	การลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติตามการพยาบาล	114	1.83	0.13	323	1.80	0.15	18	1.75	0.16	455	1.81	0.15	3.12*
													(df=2,454)	

*P < 0.05

5. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ของผู้บริหารการพยาบาลที่เคยและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร จำแนกตามการจัดการ เป็นรายด้าน พบว่าด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน คะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงจำแนกเป็น การจัดการระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร และการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการ พยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่เคยและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร มีคะแนนเฉลี่ย การจัดการต่อความเสี่ยงใน "ระดับสูง" ทุกด้าน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล จำแนกรายด้าน ด้านการจัดการระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร พบว่าผู้บริหารการพยาบาลที่เคยได้ รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการให้ยาผิด และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน สำหรับด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องพบว่าผู้บริหารมีคะแนน เฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงจำแนกรายด้าน ด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของ การปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านการให้ ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการ พยาบาลทั้งสามด้าน ดังแสดงในตารางที่ 30

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการหรือความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่เคยและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร จำแนกตามการจัดการ เป็นรายด้าน

คะแนนเฉลี่ย การจัดการ	การอบรมทาง การบริหาร	ไม่เคยได้รับการอบรม			เคยได้รับการอบรม			รวม			F
		N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	
1. ด้านการพยาบาล											
1.1 การจัดระบบควบคุม											
	ต่าง ๆ ในองค์การ	268	1.61	0.22	186	1.70	0.22	454	1.64	0.22	15.52*
(df=1,453)											
1.2 การลดและกำจัด											
	ความเสี่ยงของการ	268	1.76	0.18	190	1.83	0.14	458	1.79	0.17	19.10*
ปฏิบัติกรพยาบาล											
(df=1,457)											
2. ด้านอุบัติเหตุทลและตคเตียง											
2.1 การจัดระบบควบคุม											
	ต่าง ๆ ในองค์การ	268	1.67	0.28	191	1.67	0.22	459	1.67	0.26	0.99
(df=1,458)											
2.2 การลดและกำจัด											
	ความเสี่ยงของการ	268	1.81	0.17	190	1.86	0.14	458	1.83	0.16	14.81*
ปฏิบัติกรพยาบาล											
(df=1,457)											
3. ด้านเทคนิคสอคเชื้อที่ไม่ถูกต้อง											
3.1 การจัดระบบควบคุม											
	ต่าง ๆ ในองค์การ	267	1.67	0.26	191	1.70	0.22	458	1.68	0.24	1.99
(df=1,457)											
3.2 การลดและกำจัด											
	ความเสี่ยงของการ	267	1.80	0.17	190	1.84	0.16	457	1.81	0.17	6.61*
ปฏิบัติกรพยาบาล											
(df=1,456)											
4. การปฏิบัติการพยาบาลทั้ง											
สามด้าน											
4.1 การจัดระบบควบคุม											
	ต่าง ๆ ในองค์การ	266	1.64	0.21	186	1.69	0.19	452	1.66	0.20	5.38*
(df=1,451)											
4.2 การลดและกำจัด											
	ความเสี่ยงของการ	267	1.78	0.15	188	1.84	0.13	455	1.81	0.15	17.41*
ปฏิบัติกรพยาบาล											
(df=1,454)											

*P ≤ 0.05

6. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหารการพยาบาลทุกสังกัดจำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน ด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร พบว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกระทรวงมหาดไทย และสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการในระดับ "เห็นด้วย" และเมื่อพิจารณาโดยรวมทุกสังกัดพบว่าผู้บริหารมีคะแนนความเห็นในระดับ "เห็นด้วย" ด้านอุบัติเหตุทกหล่มและตกเตียง และด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหารการพยาบาลทุกสังกัดจำแนกตามการจัดการด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร พบว่าผู้บริหารแต่ละสังกัดทุกสังกัดและผู้บริหารรวมทุกสังกัดมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" เมื่อพิจารณาการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงจำแนกตามการจัดการระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กรของผู้บริหารการพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และทบวงมหาวิทยาลัยมีคะแนนความคิดเห็นในการจัดการในระดับ "เห็นด้วย" ยกเว้นผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อพิจารณาโดยรวมทุกสังกัดพบว่ามีความเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" เมื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงจำแนกตามการจัดการรายด้าน ด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิดผู้บริหารการพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครและกระทรวงมหาดไทยมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารสังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัยมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่าผู้บริหารทุกสังกัดมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ด้านอุบัติเหตุทกหล่มและตกเตียง คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงจำแนกตามการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงกลาโหม มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อรวมทุกสังกัด ผู้บริหารการพยาบาลมีความเห็นในระดับ "เห็นด้วย" ด้านเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงจำแนกตามด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ผู้บริหารทุก

สังกัดมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วย" ยกเว้นผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อรวมทุกสังกัดผู้บริหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับ "เห็นด้วย" เมื่อพิจารณาความเสี่ยงซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงจำแนกตามด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าผู้บริหารสังกัดกรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม และกระทรวงมหาดไทยมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัยมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อรวมทุกสังกัดพบว่าผู้บริหารมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามการจัดการด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การ ผู้บริหารที่มีสังกัดต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของเชฟเพ พบว่า สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านการให้ยาผิดและความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลที่มีสังกัดต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการด้านการให้ยาผิด ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของเชฟเพ พบว่า ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องสูงกว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 31

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลในทุกสังกัด จำแนกตามการจัดการ เป็นรายค่า

สังกัด คะแนนเฉลี่ยการจัดการ	กรุงเทพมหานคร			กลาโหม			มหาดไทย			สาธารณสุข			ทบวงมหาวิทยาลัย			รวม	F		
	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.				
1. ความเข้าใจแนวคิด																			
1.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	40	3.42	0.36	68	3.54	0.34	38	3.35	0.31	184	3.57	0.37	123	0.44	7.93	453	3.51	0.38	3.73*
																	(df=4,452)		
1.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	40	3.5	0.40	68	3.6	0.38	38	3.47	0.39	189	3.65	0.35	124	0.45	11.15	459	3.61	0.39	2.54*
																	(df=4,458)		
2. คำนึงถึงเหตุทลนและคกเคียง																			
2.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	40	3.38	0.39	68	3.49	0.41	38	3.33	0.39	189	3.53	0.42	124	3.44	0.47	459	3.47	0.43	2.40*
																	(df=4,458)		
2.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	39	3.44	0.44	68	3.51	0.43	38	3.40	0.44	189	3.58	0.41	124	3.57	0.46	458	3.54	0.43	2.15
																	(df=4,457)		
3. คำนึงเทคนิคปลดข้อที่ไม่ถูกต้อง																			
3.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	40	3.40	0.43	68	3.40	0.46	38	3.31	0.41	188	3.55	0.40	123	3.46	0.48	457	3.47	0.44	3.61*
																	(df=4,456)		
3.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	40	3.47	0.41	68	3.51	0.42	38	3.31	0.39	188	3.58	0.40	123	3.52	0.46	457	3.52	0.43	3.68*
																	(df=4,456)		
4. การปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน																			
4.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	40	3.40	0.35	68	3.48	0.36	38	3.33	0.31	183	3.56	0.34	122	3.47	0.43	451	3.49	0.37	3.91*
																	(df=4,450)		
4.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	39	3.47	0.40	68	3.55	0.38	38	3.40	0.37	188	3.61	0.37	123	3.57	0.44	456	3.56	0.39	2.97*
																	(df=4,455)		

*p < 0.05



7. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติกรพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลระดับตำแหน่งต่างกันจำแนกตามการจัดการด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การด้านการให้ยาผิด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การด้านการให้ยาผิด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการของผู้บริหารระดับต้นและระดับกลางอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" และผู้บริหารระดับสูงอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" เมื่อพิจารณาโดยรวมทุกระดับตำแหน่งพบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติกรพยาบาลทั้งสามด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" และเมื่อพิจารณาโดยรวมผู้บริหารทุกระดับตำแหน่งมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" เช่นกัน สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติกรพยาบาลจำแนกตามการจัดการด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติกรพยาบาลพบว่าด้านการให้ยาผิดผู้บริหารทุกระดับแต่ละระดับมีความคิดเห็นในการจัดการในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อพิจารณาโดยรวมทุกระดับ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" เช่นกัน ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ผู้บริหารระดับต้นมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารระดับกลางและระดับสูงมีความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วย" และเมื่อพิจารณารวมผู้บริหารทุกระดับมีความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารระดับกลางและระดับสูงมีความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วย" ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ผู้บริหารระดับต้นมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารระดับกลางและระดับสูงมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" เมื่อพิจารณารวมผู้บริหารทุกระดับพบว่ามีความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วย" ด้านการปฏิบัติกรพยาบาลทั้งสามด้าน ผู้บริหารระดับต้นมีความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารระดับกลางและระดับสูงมีความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อพิจารณารวมผู้บริหารทุกระดับมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติกรพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีระดับตำแหน่งต่างกัน จำแนกตามการจัดการด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์การพบว่าผู้บริหารระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง มีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอด

เชื่อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้บริหารทุกระดับมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดเทคนิคปลอดภัยเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง พบว่าผู้บริหารที่มีระดับตำแหน่งต่างกันมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงจำแนกตามด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 32



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ระดับ
กลาง และระดับต้น จำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน

คะแนนเฉลี่ยการจัดการ	ระดับตำแหน่ง	ผู้บริหารระดับต้น			ผู้บริหารระดับกลาง			ผู้บริหารระดับสูง			รวม			F
		N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	
1. ด้านการให้อาาพิค														
1.1	การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองคการ	303	3.50	0.35	111	3.54	0.47	39	3.57	0.33	453	3.51	0.38	0.99 (df=2,452)
1.2	การลคและก่าจค ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	306	3.60	0.37	113	3.64	0.47	40	3.67	0.36	459	3.61	0.39	1.03 (df=2,458)
2. ด้านอุมทคเหตุหลวมและตคกเตียง														
2.1	การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองคการ	306	3.45	0.41	113	3.51	0.50	40	3.50	0.41	459	3.47	0.43	0.99 (df=2,458)
2.2	การลคและก่าจค ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	306	3.50	0.42	112	3.62	0.47	40	3.62	0.42	458	3.54	0.43	3.63* (df=2,457)
3. ด้านเทคนิคบลอคเชือทไมถูกคอง														
3.1	การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองคการ	304	3.44	0.41	113	3.53	0.49	40	3.51	0.47	457	3.47	0.44	1.72 (df=2,456)
3.2	การลคและก่าจค ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	305	3.50	0.41	112	3.57	0.48	40	3.61	0.40	457	3.52	0.43	2.09 (df=2,456)
4. การปฏิบัติการพยาบาลหัง สามก่าน														
4.1	การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองคการ	301	3.47	0.35	111	3.53	0.44	39	3.53	0.33	451	3.49	0.37	1.36 (df=2,450)
4.2	การลคและก่าจค ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	305	3.53	0.37	111	3.61	0.45	40	3.63	0.37	456	3.56	0.39	2.21 (df=2,455)

*P < 0.05

8. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านจำแนกตามการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร พบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า 6 - 10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป และเมื่อพิจารณาโดยรวม ผู้บริหารมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงจำแนกตามด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการให้ยาผิด พบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า 6 - 10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" เช่นกัน ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า และ 6 - 10 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหาร 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่าด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านพบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นในการจัดการในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" สำหรับด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องพบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกันมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วย" และเมื่อพิจารณาโดยรวมก็พบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงด้านนี้ในระดับ "เห็นด้วย"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารแตกต่างกันจำแนกตามด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร และการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน พบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกัน มีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกัน จำแนกตามการจัดทำเป็นรายด้าน

คะแนนเฉลี่ยการจัดทำ	ประสบการณ์ทาง การบริหาร			5 ปีหรือต่ำกว่า			6 - 10 ปี			10 ปีขึ้นไป			รวม	F
	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านการให้ยาคิด														
1.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	145	3.49	0.37	114	3.50	0.35	194	3.54	0.41	453	3.51	0.38	0.68	(df=2 .452)
1.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	145	3.58	0.38	115	3.61	0.36	199	3.63	0.43	459	3.61	0.39	0.52	(df=2 .458)
2. ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง														
2.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	145	3.48	0.42	115	3.46	0.38	199	3.47	0.47	459	3.47	0.44	0.07	(df=2 .458)
2.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	145	3.51	0.43	115	3.53	0.41	198	3.56	0.45	458	3.54	0.43	0.55	(df=2 .457)
3. ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง														
3.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	144	3.44	0.43	115	3.45	0.41	198	3.51	0.46	457	3.47	0.44	1.27	(df=2 .456)
3.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	144	3.51	0.41	114	3.52	0.41	199	3.54	0.45	457	3.52	0.43	0.19	(df=2 .456)
4. การปฏิบัติการพยาบาลทั้ง สามด้าน														
4.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	144	3.47	0.37	114	3.48	0.34	193	3.51	0.39	451	3.49	0.37	0.60	(df=2 .450)
4.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	144	3.54	0.38	114	3.55	0.36	198	3.58	0.42	456	3.56	0.39	0.47	(df=2 .455)

9. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้าน จำแนกตามการจัดการด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร พบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า สูงกว่าปริญญาตรี และโดยรวมทุกด้านพบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วย" เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด ผู้บริหารที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีความคิดเห็นในการจัดการในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องพบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และปริญญาตรี หรือเทียบเท่ามีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อพิจารณารวมผู้บริหารทุกระดับการศึกษาพบว่ามีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ด้านความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน พบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าและระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อพิจารณารวมทุกระดับวุฒิการศึกษาพบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันจำแนกตามด้านการจัดระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กร และการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านพบว่าผู้บริหารที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 34

ตารางที่ 34 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน จำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน

วุฒิการศึกษา คะแนนเฉลี่ยการจัดการ	ต่ำกว่าปริญญาตรี			ปริญญาตรี/เทียบเท่า			สูงกว่าปริญญาตรี			รวม			F
	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	
1. ด้านการให้ยาผิด													
1.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	114	3.51	0.33	321	3.51	0.41	18	3.49	0.33	453	3.51	0.38	0.02 (df=2,452)
1.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	115	3.58	0.36	325	3.62	0.40	19	3.55	0.41	459	3.61	0.39	0.62 (df=2,458)
2. ด้านอุบัติเหตุทลลัมและตกเตียง													
2.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	115	3.44	0.40	325	3.48	0.45	19	3.46	0.40	459	3.47	0.43	0.34 (df=2,458)
2.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	115	3.50	0.41	324	3.55	0.44	19	3.61	0.40	458	3.54	0.43	1.07 (df=2,457)
3. ด้านเทคนิคตลอดคเชื้อที่ไม่ถูกต้อง													
3.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	115	3.41	0.42	323	3.49	0.45	19	3.54	0.42	457	3.47	0.44	1.27 (df=2,456)
3.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	115	3.48	0.41	324	3.54	0.44	18	3.59	0.42	457	3.52	0.43	0.95 (df=2,456)
4. การปฏิบัติการพยาบาลทั้ง สามด้าน													
4.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	114	3.41	0.32	319	3.50	0.39	18	3.49	0.35	451	3.49	0.37	0.28 (df=2,450)
4.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	115	3.52	0.36	323	3.57	0.41	18	3.57	0.40	456	3.56	0.39	0.66 (df=2,456)

10. จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสียหายของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน จำแนกตามการจัดการด้านการจัดระบบควบคุมต่างๆ ในองค์กร พบว่าผู้บริหารที่เคยได้รับและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารและโดยรวมทั้งสองด้าน มีคะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วย" เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามด้านการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการให้ยาผิดพบว่าผู้บริหารที่เคยและไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อพิจารณาด้านรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" เช่นกัน ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องและความเสียหายของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้าน พบว่าผู้บริหารที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการในระดับ "เห็นด้วย" ผู้บริหารที่เคยได้รับการอบรมมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และเมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้านสำหรับด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง และด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง พบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงในระดับ "เห็นด้วย"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของผู้บริหารที่เคยและไม่เคยอบรมทางการบริหารจำแนกตามด้านระบบควบคุมต่างๆ ในองค์กรและการลดและกำจัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามด้าน พบว่าผู้บริหารที่เคยอบรมและไม่เคยอบรมทางการบริหาร มีความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 35

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลที่เคยและไม่เคย
ได้รับการอบรมทางการบริหาร จำแนกตามการจัดการเป็นรายด้าน

การอบรมทาง การบริหาร คะแนนเฉลี่ยการจัดการ	ไม่เคยได้รับการอบรม			เคยได้รับการอบรม			รวม			F
	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	N	\bar{X}	S.D.	
1. ด้านการให้ยาคิด										
1.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	266	3.50	0.35	187	3.53	0.43	453	3.51	0.38	1.10 (df=1,452)
1.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	268	3.10	0.36	191	3.62	0.44	459	3.61	0.39	0.47 (df=1,458)
2. ด้านอุบัติเหตุกลุ่มและตกเตียง										
2.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	268	3.45	0.42	191	3.49	0.44	459	3.47	0.43	1.09 (df=1,458)
2.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	268	3.51	0.41	190	3.58	0.46	458	3.54	0.43	3.01 (df=1,457)
3. ด้านเทคนิคบล็อกเชื้อที่ไม่ถูกต้อง										
3.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	266	3.45	0.40	191	3.50	0.49	457	3.47	0.44	1.62 (df=1,456)
3.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	267	3.50	0.40	190	3.56	0.46	457	3.52	0.43	2.92 (df=1,456)
4. การปฏิบัติการพยาบาลทั้ง สามด้าน.										
4.1 การจัดระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ	264	3.47	0.34	187	3.51	0.41	451	3.49	0.37	1.27 (df=1,450)
4.2 การลดและกำจัด ความเสี่ยงของการ ปฏิบัติการพยาบาล	267	3.54	0.36	189	3.59	0.44	456	3.56	0.39	1.99 (df=1,455)



ตอนที่ 4 ตารางแสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติกร พยาบาล

1. อันดับของความถี่ด้านความคิดเห็นของผู้บริหารการพยาบาลในการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิดพบว่า ผู้บริหารการพยาบาลเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อแนวทางการจัดการข้อ 26. "ขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ยาอันตรายต้องกำหนดให้ชัดเจนในบริเวณที่เตรียมยา" เป็นอันดับแรก ความคิดเห็นระดับ "เห็นด้วย" และ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" อันดับรองลงมาได้แก่ข้อ 10 "กอนต์ตัดสินใจให้ยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องมั่นใจ ว่าคำสั่งการให้ยานั้นถูกต้อง ชัดเจนและในกรณีที่มีความสงสัยไม่มั่นใจ ต้องตรวจสอบกับผู้เขียนคำสั่งนั้นทุกครั้ง" และข้อ 36 "หากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับยาในมือใดก็ตามจะต้องบันทึกไว้เสมอ สำหรับข้อที่มีความคิดเห็นระดับ "เห็นด้วย" และ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" 3 อันดับสุดท้ายได้แก่ข้อ 7 "เมื่อพิจารณาหาสาเหตุของความผิดพลาดจากการให้ยาแล้วนำข้อมูลนั้นมาประกอบการพิจารณาความดีความชอบ เป็นกรณีพิเศษ (2 ชั้น) ทุกครั้ง" ข้อ 13 "คำสั่งการให้ยาที่ผิดจากคู่มือการให้ยาเมื่อตรวจสอบกับผู้เขียนคำสั่งแล้วได้รับการยืนยันตามคำสั่งเดิม พยาบาลควรปฏิบัติตามคำสั่ง เขียนรายงาน เป็นหลักฐาน และรายงานผู้บริหารการพยาบาล" และข้อ 16 "กำหนดมาตรฐานการให้ยาต้องใช้เกณฑ์ประเมินผลระดับสูง"

อันดับของความถี่ด้านการจัดการต่อ ความเสี่ยงของการให้ยาผิดของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าผู้บริหารการพยาบาลมีการจัดการในหน่วยงานสูงสุดคือข้อ 10 "กอนต์ตัดสินใจให้ยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องมั่นใจว่าคำสั่งการให้ยานั้นถูกต้องชัดเจน และในกรณีที่มีความสงสัยไม่มั่นใจต้องตรวจสอบกับผู้เขียนคำสั่งนั้นทุกครั้ง" การจัดการในหน่วยงานสูงเป็นอันดับ 2 และ 3 คือ ข้อ 19 "ควรให้คำแนะนำหรือสอนเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการเตรียมยา และให้ยาเมื่อพบความผิดพลาดขณะเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล" และข้อ 36 "หากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับยาในมือใดมือหนึ่งต้องบันทึกไว้เสมอ" และข้อที่มีการจัดการน้อยที่สุดได้แก่ข้อ 16 "การกำหนดมาตรฐาน การให้ยาต้องใช้เกณฑ์ระดับสูง" ข้อ 34 "การรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลจะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยาและปฏิกิริยาโต้ตอบต่อการให้ยาเฉพาะอย่าง" และข้อ 5 "กำหนดให้จัดประชุมปรึกษาระหว่างพยาบาลและแพทย์ เรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยจัดขึ้นในหอผู้ป่วยในระดับปฏิบัติ เมื่อพบปัญหาปฏิบัติงานร่วมกัน" ตามลำดับ

สำหรับข้อที่มีรายละเอียดของความถี่ของคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการให้ยาผิด "ไม่ทำ" สูง และมีรายละเอียดของคะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยง "ไม่เห็นด้วย" และ "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" สูงด้วย มีข้อ 42 "วิเคราะห์กรณีผิดพลาดในการให้ยาเพื่อการเรียนรู้ต่อสถานการณ์นั้น ๆ เป็นประจำทุกกรณีโดยแลกเปลี่ยนสถานการณ์กันระหว่างหอผู้ป่วย" ข้อ 5, ข้อ 13 และข้อ 16 (ดูรายละเอียดข้างต้น) และข้อ 43 "การบันทึกอุบัติเหตุการให้ยาผิดจะต้องมีความเห็นจากแพทย์เจ้าของไข้ เกี่ยวกับผลที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยระยะยาว" ข้อที่มีคะแนนการจัดการสูง แต่มีคะแนนความคิดเห็น "ไม่เห็นด้วย" ในการจัดการสูงด้วยคือ ข้อ 2 "ผู้บริหารการพยาบาลร่วมกับผู้บริหารทางการแพทย์กำหนดวิธีการสั่งยาของแพทย์เพื่อให้พยาบาลนำไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย" ข้อ 3 "พยาบาลอาจรับคำสั่งการให้ยาจากแพทย์ได้ในกรณีฉุกเฉิน (ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตถ้ามิได้รับการรักษาพยาบาลทันที) ถ้าผู้บริหารการแพทย์และผู้บริหารการพยาบาลจะกำหนดข้อตกลงร่วมกันว่าแพทย์ต้องเขียนคำสั่งการให้ยาภายในเวลา 1/2 ถึง 1 ชั่วโมงหลังการออกคำสั่งในเวรนั้นๆ" ข้อ 7 (ดูรายละเอียดข้างต้น) และข้อ 6 "กำหนดความรุนแรงของความผิดพลาดจากการให้ยาผิดไว้อย่างชัดเจนพร้อมทั้งกำหนดการลงโทษให้สอดคล้องกับความรุนแรง เช่นการตักเตือน ทำทัณฑ์บน โดยพิจารณาสภาพของความผิดประกอบด้วย" คือข้อ 8 "นักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ยาแล้ว ถือว่าเป็นผู้ช่วยเหลือและร่วมปฏิบัติงานกับพยาบาลเกี่ยวกับการให้ยาได้ทุกขั้นตอนภายใต้การนิเทศของผู้รับผิดชอบ" และข้อที่มีรายละเอียดของผู้บริหารที่ตอบว่ามีจัดการสูงไม่ต่างจากที่ตอบว่าไม่มีจัดการคือข้อ 33 "จัดพยาบาลผู้เชี่ยวชาญหรือผู้เชี่ยวชาญการใช้ยาให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการให้ยาที่สำคัญซึ่งเป็นความรู้ใหม่โดยร่วมกันทุกหน่วยงาน" ข้อ 42 และข้อ 43 (ดูรายละเอียด) ดังแสดงในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการหอความเสี่ยงของการไต่ถาม

แนวทางการจัดการหอความเสี่ยง ของการไต่ถาม	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ) *	เห็นด้วย (ร้อยละ) **	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (***)
ก. การจัดการระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์กร								
1. กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการสั่ง และรับคำสั่งการไต่ถามเพื่อให้นำ ไปปฏิบัติรวมทั้งระหว่างผู้บริหาร ทางการแพทย์และผู้บริหารทาง การพยาบาล	346 (75.5)	112 (24.5)	22	292 (63.6)	151 (32.9)	10 (2.2)	6 (1.3)	28
2. ผู้บริหารการพยาบาลร่วมกับ ผู้บริหารทางการแพทย์กำหนดวิธี การสั่งยาของแพทย์เพื่อให้ พยาบาลนำไปปฏิบัติให้เกิด ประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย	283 (61.4)	173 (37.5)	31	273 (59.7)	157 (34.4)	22 (4.8)	5 (1.1)	39
3. พยาบาลอาจรับคำสั่งการไต่ถาม จากแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน (ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายถึงแก่ ชีวิตถ้ามิได้รับการรักษาพยาบาล ทันที) ถ้าผู้บริหารการแพทย์และ ผู้บริหารการพยาบาลจะกำหนด ข้อตกลงร่วมกันว่าแพทย์ต้อง เขียนคำสั่งการไต่ถามภายใน เวลา 1/2 ถึง 1 ชั่วโมงหลัง ออกคำสั่งในเวลานั้น ๆ	276 (60.2)	182 (39.7)	33	277 (60.3)	146 (31.8)	24 (5.2)	12 (2.6)	39
4. กำหนดนโยบายเพื่อการปฏิบัติ ร่วมกับแพทย์ว่าพยาบาลสามารถ สงวนสิทธิ์ที่จะไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง การไต่ถามที่ไม่ชัดเจนหรือไม่มั่น ใจ และอาจทักท้วงคำสั่งใด ๆ กว่าคำสั่งนั้นจะได้รับการแก้ไข	352 (76.8)	106 (23.2)	20	351 (76.5)	102 (22.2)	3 (0.7)	3 (0.7)	11
5. กำหนดให้จัดประชุมปรึกษา ระหว่างพยาบาลและแพทย์เรื่อง การไต่ถามแก่ผู้ป่วย โดยจัดขึ้น หออผู้ป่วยในระดับปฏิบัติเมื่อพบ ปัญหาการปฏิบัติงานร่วมกัน	184 (40.2)	274 (59.8)	41	256 (55.8)	173 (37.7)	23 (5.0)	7 (1.5)	37

ตารางที่ 36 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการความเสี่ยงของการไถ่ยาผิด (ต่อ)

แนวทางการจัดการความเสี่ยง ของการไถ่ยาผิด	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ) *	เห็นด้วย (ร้อยละ) **	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (***)
6. กำหนดความรุนแรงของความคิด จากการไถ่ยาผิดไว้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดการลงโทษให้ สอดคล้องกับความรุนแรง เช่น การพักเตือน ทำทัณฑ์บน โดย พิจารณาสภาพของความคิด ประกอบหว่าย	278 (60.5)	181 (39.4)	32	237 (51.5)	195 (42.4)	24 (5.2)	4 (0.9)	36
7. เมื่อพิจารณาหาสาเหตุของความ ผิดพลาดจากการไถ่ยาแล้ว นำ ข้อมูลนั้นมาประกอบการพิจารณา ความถี่ความชอบ เป็นกรณีพิเศษ (2 ชั้น) ทุกครั้ง	293 (63.8)	166 (36.2)	29	160 (34.8)	202 (43.9)	87 (18.9)	11 (2.4)	43
8. นักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการฝึก ปฏิบัติเกี่ยวกับการไถ่ยาแล้ว ถือ ว่าเป็นผู้ช่วยเหลือและร่วมปฏิบัติ งานกับพยาบาลเกี่ยวกับการไถ่ ยาในทุกชั้นตอนภายใต้การนิเทศ ของผู้รับผิดชอบ	418 (91.1)	41 (8.9)	10	214 (46.5)	219 (47.6)	22 (4.8)	5 (1.1)	34
9. จัดทำคู่มือการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ไถ่ยาเพื่อใช้ในหอผู้ป่วยทุกหอ	262 (57.1)	197 (42.9)	34	274 (59.6)	178 (38.7)	6 (1.3)	2 (0.4)	13
10. ก่อนตัดสินใจไถ่ยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องมั่นใจว่าคำสั่งการ ไถ่ยานั้นถูกต้อง ชัดเจนและใน กรณีที่มีความสงสัย ไม่มีใจต้อง ตรวจสอบกับผู้เขียนคำสั่งนั้นทุก ครั้ง	455 (99.1)	4 (0.9)	1	374 (81.3)	83 (18.0)	2 (0.4)	1 (0.2)	2
11. คำสั่งการไถ่ยาที่จำเป็นจะต้อง แก้ไข เช่นการเขียนคำสั่งผิด คำสั่งไม่ชัดเจน แพทย์จะต้อง เขียนคำสั่งใหม่ทุกครั้ง	386 (84.1)	73 (15.9)	16	356 (77.4)	97 (21.1)	5 (1.1)	2 (0.4)	12
12. ถ้าคำสั่งการไถ่ยาขัดแย้งกับคู่มือ การไถ่ยาต้องตรวจสอบกับ ผู้เขียนคำสั่งและชี้แจงตามคู่มือ	337 (73.4)	122 (26.6)	23	288 (62.6)	160 (34.8)	9 (2.0)	3 (0.7)	24

ตารางที่ 36 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการไต่ถาม (ต่อ)

แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยง ของการไต่ถาม	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ถี่ (ร้อยละ)	ไม่ถี่ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (***)
13. คำสั่งการไต่ถามที่ติดจากคู่มือไต่ถามเมื่อตรวจสอบกับคู่มือแล้วได้รับการยืนยันตามคำสั่งเดิม พยาบาลควรปฏิบัติตามคำสั่ง เขียนรายงานเป็นหลักฐาน และ รายงานผู้บริหารพยาบาล	189 (41.2)	270 (58.8)	40	218 (47.5)	173 (37.7)	63 (13.7)	5 (1.1)	42
14. กำหนดให้ทดสอบความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการไต่ถามแก่พยาบาลที่พบว่ามีความผิดพลาดจากการไต่ถามเสมอ	230 (51.1)	229 (49.9)	35	224 (48.8)	213 (46.4)	19 (4.1)	3 (0.7)	31
15. กำหนดมาตรฐานการไต่ถามขึ้นเพื่อใช้เป็นหลักในการปฏิบัติและการประเมินผล	206 (44.9)	253 (55.1)	39	245 (53.3)	205 (44.6)	7 (1.5)	3 (0.7)	18
16. กำหนดมาตรฐานการไต่ถามต้องใช้เกณฑ์ประเมินผลระดับสูง	141 (30.8)	316 (69.1)	43	195 (42.6)	219 (47.8)	40 (8.7)	4 (0.9)	41
17. ใช้การตรวจสอบทางพยาบาล (NURSING AUDITS) เช่นบันทึกการไต่ถาม เป็นข้อปฏิบัติหนึ่งในการรักษามาตรฐานการไต่ถาม	389 (84.9)	69 (15.1)	15	270 (58.8)	180 (39.2)	6 (1.3)	3 (0.7)	16
18. มาตรฐานการไต่ถามเป็นที่ยอมรับทั้งฝ่ายการรักษและฝ่ายการพยาบาล จึงถือปฏิบัติได้	289 (63.0)	170 (37.0)	30	273 (59.3)	175 (38.0)	12 (2.6)	- (-)	27
ข. การลดและการจำกัดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล								
19. ควรให้คำแนะนำหรือสอนเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการเตรียมยาและไต่ถามเมื่อพบความผิดพลาดขณะเยี่ยมตรวจทางพยาบาล	446 (97.2)	13 (2.8)	2	336 (73.0)	120 (26.1)	1 (0.2)	3 (0.7)	5
20. การนิเทศการไต่ถามโดยมีเป้าหมายหลักที่พฤติกรรมเตรียมยาและวิธีการไต่ถามของพยาบาลจะช่วยลดความเสี่ยงจากการไต่ถาม	417 (90.8)	42 (9.2)	11	315 (68.5)	140 (30.4)	3 (0.7)	2 (0.4)	8

ตารางที่ 36 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการความเสี่ยงของการไถ่ยาคี (ต่อ)

แนวทางการจัดการความเสี่ยง ของการไถ่ยาคี	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ) *	เห็นด้วย (ร้อยละ) **	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (***)
21. นิเทศพยาบาลที่เพิ่งจะสำเร็จ การศึกษาหรือที่มักพบว่าปฏิบัติ งานผิดพลาดเป็นประจำอย่าง ไกลซึก ชดะจัตเตรียมยาและให้ ยาแก่ผู้ป่วย	415 (90.4)	44 (9.6)	12	303 (65.9)	145 (31.5)	8 (1.7)	4 (0.9)	24
22. ห้ามปฏิบัติเกี่ยวกับการไถ่ยาคีที่ ต่อหรืออยู่นอกขอบเขตของพระ- ราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ยกเว้นกรณีที่มีข้อตกลงร่วมกับ ผู้เขียนคำสั่งระงับนโยบาย	415 (90.4)	44 (9.6)	12	303 (65.9)	145 (31.5)	8 (1.7)	4 (0.9)	24
23. การไถ่ยาที่อยู่นอกเหนือขอบเขต การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการ ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ของบัณฑิตไว้เป็น ลายลักษณ์อักษรและระบุรับผิดชอบ ต่อการปฏิบัติให้ชัดเจน	338 (73.6)	121 (26.4)	21	263 (57.2)	173 (37.6)	19 (4.1)	5 (1.1)	32
24. การปฏิบัติเกี่ยวกับการไถ่ยาต้อง เป็นไปตามคู่มือการไถ่ยาของ หน่วยงานนั้น ๆ	299 (65.1)	160 (34.9)	27	285 (62.0)	157 (34.1)	11 (2.4)	7 (1.5)	29
25. การไถ่ยาแก่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตาม ขั้นตอนอย่างเคร่งครัดทุกครั้ง	318 (69.3)	141 (30.7)	26	244 (60.0)	189 (41.1)	24 (5.2)	3 (0.7)	33
26. ขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการไถ่ ยาอันตรายต้องกำหนดให้ชัดเจน ณ บริเวณที่เตรียมยา	439 (95.6)	20 (4.4)	5	330 (71.7)	128 (27.8)	- (-)	2 (0.4)	1
27. กำหนดข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการไถ่ยา ของนักศึกษาพยาบาล โดยมอบ ความรับผิดชอบให้กับผู้ที่ทำหน้าที่ นิเทศนักศึกษา เช่น อาจารย์ พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ	335 (73.0)	124 (27.0)	24	308 (67.0)	144 (31.3)	6 (1.3)	2 (0.4)	13
28. พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องทำ ความเข้าใจและปฏิบัติตามข้อ ปฏิบัติในการนิเทศการไถ่ยาของ นักศึกษาพยาบาล	442 (91.9)	37 (8.1)	8	322 (70.0)	128 (27.8)	8 (1.7)	2 (0.4)	19

ตารางที่ 36 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการความเสี่ยงของการไถ่หนี้ (ต่อ)

แนวทางการจัดการความเสี่ยง ของการไถ่หนี้	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ) *	เห็นด้วย (ร้อยละ) **	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (***)
29. การมอบหมายการปฏิบัติเกี่ยวกับ การไถ่หนี้ต้องพิจารณาความรู้ ความสามารถของผู้ไถ่หนี้ที่พระ ราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพ กำหนดไว้	410 (89.3)	49 (10.7)	14	298 (64.8)	152 (33.0)	8 (1.7)	2 (0.4)	19
30. จัดให้ความรู้และเสริมทักษะการ ไถ่หนี้โดยเฉพาะที่เป็น อันตรายแก่พยาบาลเสมอ ๆ	428 (93.2)	31 (6.8)	6	313 (68.0)	138 (30.0)	8 (1.7)	1 (0.2)	16
31. ผู้บริหารการพยาบาลควรจัด เตรียมแหล่งค้นคว้าเกี่ยวกับการ ไถ่หนี้ในหอผู้ป่วย โดยให้หยิบ ใช้อย่างสะดวกในทุกโอกาส	322 (70.2)	137 (29.8)	25	296 (64.3)	160 (34.8)	2 (0.4)	2 (0.4)	4
32. กำหนดให้มีการอภิปรายกลุ่มย่อย เกี่ยวกับอันตรายในการไถ่หนี้ ภายในหอผู้ป่วยโดยสอดคล้อง จริยธรรมไว้ด้วยเสมอ	372 (81.0)	87 (19.0)	19	298 (64.8)	158 (34.3)	3 (0.7)	1 (0.2)	5
33. จัดพยาบาลผู้เชี่ยวชาญหรือ ผู้เชี่ยวชาญการใช้ยาให้ความรู้ แก่พยาบาลเกี่ยวกับการไถ่หนี้ที่ สำคัญซึ่งเป็นความรู้ใหม่ โดย ร่วมกันทุกหน่วยงาน	217 (47.3)	242 (52.7)	38	239 (52.0)	210 (45.7)	8 (1.7)	3 (0.7)	23
34. การรวบรวมข้อมูลทางการ พยาบาลจะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับ การแพ้ยาและปฏิกิริยาโต้ตอบ ต่อการไถ่หนี้เฉพาะอย่าง	170 (37.0)	289 (63.0)	42	250 (54.3)	200 (43.5)	8 (1.7)	2 (0.4)	19
35. การบันทึกการไถ่หนี้ทุกประเภท ต้องกระทำอย่างเคร่งครัดโดย ลงลายมือชื่อกำกับอย่างชัดเจน ทุกครั้งที่ใช้ยา	299 (65.1)	160 (34.9)	27	285 (62.0)	170 (37.0)	3 (0.7)	2 (0.4)	7
36. หากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับยาในมือ ใต้อาจะต่องบันทึกไว้เสมอ	444 (96.7)	15 (3.3)	3	346 (75.2)	111 (24.1)	2 (0.4)	1 (0.2)	2
37. ผู้ไถ่หนี้จะต้องเป็นบันทึกการไถ่หนี้ ด้วยตนเองและจะกระทำหลังจาก เสร็จสิ้นการไถ่หนี้โดยไม่มีข้อ	419 (91.3)	40 (8.7)	9	311 (67.6)	144 (31.3)	3 (0.7)	2 (0.4)	8



ตารางที่ 36 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการไถ่ยาค (ต่อ)

แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยง ของการไถ่ยาค	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันที่จริง ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันที่จริง ความถี่ (***)
38. การบันทึกการไถ่ยาคของระบุชนิด ของยา เวลา ขนาด ทางที่ไถ่ ยา รวมทั้งข้อสังเกตจากการไถ่ รับยาของผู้ป่วย (การตอบสนอง ต่อยา)	428 (91.3)	31 (8.7)	6	320 (67.6)	135 (31.3)	3 (0.7)	2 (0.4)	8
39. บันทึกการไถ่ยาคของสิ่งสุกอย่าง สมบูรณ์ในเวชระเบียน เพราะเป็น หลักฐานทางกฎหมาย	444 (96.7)	15 (3.3)	3	330 (71.7)	120 (26.1)	8 (1.7)	2 (0.4)	19
40. บันทึกอุบัติเหตุการไถ่ยาคทุก ครั้งเพื่อกระตุ้นความรู้สำนึกต่อ ความรับผิดชอบของบุคลากร	380 (83.0)	78 (17.0)	17	298 (64.9)	143 (31.2)	15 (3.3)	3 (0.7)	29
41. บันทึกและเก็บรักษาข้อมูลเกี่ยว กับอุบัติเหตุการไถ่ยาคเพื่อ เป็นข้อมูลสำคัญในการป้องกัน ความผิดพลาดและการจัดการ ทางกฎหมาย	373 (81.4)	85 (18.6)	18	288 (62.7)	163 (35.5)	6 (1.3)	2 (0.4)	15
42. วิเคราะห์กรณีผิดพลาดในการ ไถ่ยาเพื่อการเรียนรู้ต่อสถาน- การณ์นั้น ๆ เป็นประจำทุกกรณี โดยแลกเปลี่ยนสถานการณ์กัน ระหว่างหอผู้ป่วย	221 (48.1)	238 (51.9)	37	223 (48.5)	205 (44.6)	27 (5.9)	5 (1.1)	38
43. การบันทึกอุบัติเหตุการไถ่ยา มึนจะคงมีความเห็นจากแพทย์ เจ้าของไข้ เกี่ยวกับผลที่จะเกิด แก่ผู้ป่วยระยะยาว	231 (50.4)	227 (49.6)	36	222 (48.4)	199 (43.4)	33 (7.2)	5 (1.1)	40

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. จากตารางแสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นคือแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง พบว่าผู้บริหารการพยาบาลมีการจัดการต่อความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงสูงสุด 3 อันดับ คือ อันดับ 1 ข้อ 14 "ควรมีให้คำแนะนำหรือส่วนเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการตกเตียงสูง เมื่อพบข้อผิดพลาดขณะ เยี่ยมตรวจ" อันดับ 2 ข้อ 16 " จัดของใช้ส่วนตัวไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยในรายที่หยิบได้เองโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้น้อย" อันดับ 3 ข้อ 7 " ผู้ป่วยที่มึนงง สับสน หรือไม่รู้สีกตัวควรอยู่ในเตียงที่สามารถป้องกันการพลัดตกง่าย โดยให้เตียงอยู่ใกล้ที่ทำงานของพยาบาล" และข้อ 12 " หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาล หัวหน้าเวรควรทำการเยี่ยมตรวจและเน้นให้ผู้ปฏิบัติระวังต่ออุบัติเหตุที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มตกเตียง" ข้อที่มีการจัดการต่ำที่สุดคือข้อ 1 " จัดประชุมปรึกษาในหอผู้ป่วยระหว่างแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การหกล้ม/ตกเตียงที่วิเคราะห์แล้วว่าแพทย์และพยาบาลมีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน" ข้อ 11 " เป้าหมายการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุหกล้มและตกเตียงต้องระบุการลดความเสี่ยงอย่างชัดเจน เช่น ลดความผิดพลาดจากการตกเตียงลงเหลือร้อยละ 0.5" และข้อ 29 " วิเคราะห์กรณีอุบัติการณ์การหกล้ม/ตกเตียง เพื่อการเรียนรู้ต่อสถานการณ์นั้น ๆ เป็นประจำทุกกรณี" ตามลำดับ

ผู้บริหารมีความคิดเห็นต่อความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ระดับ"เห็นด้วย"และ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" รวมกันสูงสุดคือข้อ 12 "หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาล หัวหน้าเวรควรทำการเยี่ยมตรวจและเน้นให้ผู้ปฏิบัติระวังต่ออุบัติเหตุที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม/ตกเตียง และข้อ 14 " ควรมีให้คำแนะนำหรือสอนเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการตกเตียงสูง เมื่อพบข้อผิดพลาดขณะ เยี่ยมตรวจ" และข้อ 18 "พยาบาลวิชาชีพต้องถือว่าผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้น้อยหรือช่วยตัวเองไม่ได้ให้ได้รับการดูแลความต้องการพื้นฐานครบถ้วนเป็นข้อปฏิบัติที่สำคัญ" มีความคิดเห็นระดับ"เห็นด้วย" และ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" น้อยที่สุดคือข้อ 1 " จัดประชุมปรึกษาในหอผู้ป่วยระหว่างแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การหกล้ม/ตกเตียงที่วิเคราะห์แล้วว่าแพทย์และพยาบาลมีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน" ข้อ 29 " วิเคราะห์กรณีอุบัติการณ์การหกล้ม/ตกเตียง เพื่อการเรียนรู้ต่อสถานการณ์นั้น ๆ เป็นประจำทุกกรณี" และข้อ 11 " เป้าหมายการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุหกล้ม/ตกเตียงต้องระบุการลดความเสี่ยงอย่างชัดเจน เช่น ลดความผิดพลาดจากการตกเตียงลงเหลือร้อยละ 0.5

สำหรับร้อยละของผู้บริหารการพยาบาลที่มีความถี่ของคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยง "ไม่ทำ" และมีร้อยละของคะแนนความถี่ของความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยง "ไม่เห็นด้วย" สูงสุดคือข้อ 1, ข้อ 11, ข้อ 29 (ดูรายละเอียดข้างต้น) และข้อ 9 "กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทกล้ม/ตกเตียงโดยใช้เกณฑ์ระดับสูง" ข้อที่มีการจัดการสูงและร้อยละของคะแนนความคิดเห็นสูงด้วยคือข้อ 14, ข้อ 7 และข้อ 12 (ดูรายละเอียดข้างต้น) สำหรับข้อที่ผู้บริหารตอบว่ามีการจัดการมากกว่าไม่มีการจัดการและขณะเดียวกันความคิดเห็น "ไม่เห็นด้วย" และ "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" สูงด้วยคือข้อ 3 "กำหนดความรุนแรงของความผิด เมื่อพิจารณาแล้วสาเหตุของความผิดพลาดของอุบัติเหตุเกิดจากการทอดทิ้งไม่เอาใจใส่ผู้ป่วยและประมาท" ข้อ 4 "กรณีที่เกิดบุคลากรเพียงพอ ผู้ปฏิบัติงานแทนพยาบาลวิชาชีพที่ขาดเวรต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ" และข้อ 30 "การบันทึกอุบัติเหตุการทกล้ม/ตกเตียงจะต้องมีความเห็นของแพทย์ผู้รักษาคือผลที่ผู้ป่วยจะได้รับหรือผลที่เกิดขึ้นแล้วจากอุบัติเหตุ" ดังตารางที่ 37

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 37 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการความเสี่ยงของอุบัติเหตุทุกถล่มและตกเตียง

แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยง ของอุบัติเหตุทุกถล่ม/ตกเตียง	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (****)
ก. การจัดการระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ								
1. จัดประชุมปรึกษาในหอผู้ป่วย ระหว่างแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับ อุบัติการณ์ทุกถล่ม/ตกเตียงที่ วิเคราะห์แล้วว่าแพทย์และ พยาบาลมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกัน	131 (28.5)	329 (71.5)	30	170 (37.0)	229 (49.8)	55 (12.0)	6 (1.3)	30
2. บทพรรณนางาน (JOB DESCRIPTION) กำหนดหน้าที่ ของพยาบาลในการเยี่ยมตรวจ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด อุบัติการณ์ทุกถล่ม/ตกเตียงในเวร หนึ่ง ๆ	337 (73.2)	123 (26.7)	18	236 (51.3)	207 (45.0)	14 (3.0)	3 (0.7)	22
3. กำหนดความรุนแรงของความคิด โหดตลกตลกกับสาเหตุและ กำหนดบทลงโทษโหดตลกตลกกับ ความรุนแรงของความคิด เมื่อ พิจารณาแล้วว่าสาเหตุของความ ผิดพลาดของอุบัติเหตุเกิดจาก การทอดทิ้งไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย และประมาท	288 (60.4)	182 (39.6)	23	214 (46.5)	212 (46.1)	29 (6.3)	5 (1.1)	26
4. กรณีที่บุคลากรเพียงหอผู้ป่วยที่ งานแทนพยาบาลวิชาชีพที่ขาด เวรต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ	406 (88.3)	54 (11.7)	13	277 (60.2)	160 (34.8)	20 (4.3)	3 (0.7)	25
5. กำหนดให้เจ้าหน้าที่ทางการ พยาบาลให้ความช่วยเหลือแก่ ผู้ป่วยที่ลุดจากเตียงครั้งแรกหรือ ผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้น้อย	410 (89.1)	50 (10.9)	11	269 (58.5)	181 (39.3)	7 (1.5)	3 (0.7)	16
6. พยาบาลวิชาชีพต้องแสดงให้เห็น ว่าให้พิจารณาความสามารถและ ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของ ผู้ป่วยทุกคนด้วยกระบวนการ พยาบาล	406 (88.3)	54 (11.7)	13	272 (59.1)	182 (39.6)	5 (1.1)	1 (0.2)	7

ตารางที่ 37 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความถี่เห็นในการจัดการความเสี่ยงของอุบัติเหตุรถกล่มและตกเตียง (ต่อ)

แนวทางการจัดการความเสี่ยง ของอุบัติเหตุรถกล่ม/ตกเตียง	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความถี่เห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ) *	เห็นด้วย (ร้อยละ) **	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (***)
7. ผู้ป่วยที่นิ่ง สับสน หรือไม่รู้สึกรู้ตัวควรวางในเตียงที่สามารถป้องกันกรพลัดตกเตียง โดยให้เตียงอยู่ไกลที่ทำงานของพยาบาล	449 (97.6)	11 (2.4)	3	339 (73.7)	117 (25.4)	4 (0.9)	- (-)	1
8. กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกล่ม/ตกเตียงเพื่อใช้เป็นหลักปฏิบัติและประเมินผลการดูแล	285 (62.0)	175 (38.0)	22	248 (53.9)	205 (44.6)	3 (0.7)	4 (0.9)	10
9. กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุรถกล่ม/ตกเตียงโดยใช้เกณฑ์ระดับสูง	219 (47.6)	241 (52.4)	27	210 (45.7)	228 (49.6)	18 (3.9)	4 (0.9)	24
10. ใช้การตรวจสอบทางการพยาบาล (NURSING AUDITS) เป็นข้อปฏิบัติหนึ่งในการรักษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุรถกล่ม/ตกเตียง	276 (60.0)	184 (40.0)	24	213 (46.3)	237 (51.5)	9 (2.0)	1 (0.2)	16
11. เป้าหมายการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุรถกล่ม/ตกเตียงต้องระบุการลดความเสี่ยงอย่างชัดเจน เช่นลดความผิดพลาดจากการตกเตียงลงเหลือร้อยละ 0.5	173 (37.7)	286 (62.3)	29	188 (41.0)	231 (50.3)	33 (7.2)	7 (1.5)	28
ข. การลดและจำกัดความเสี่ยงของการปฏิบัติทางการพยาบาล								
12. หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาล หัวหน้าเวรควรวางการเยี่ยมตรวจและเน้นให้ผู้ปฏิบัติระวังต่ออุบัติเหตุที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกล่ม/ตกเตียง	449 (97.6)	11 (2.4)	3	293 (63.7)	163 (35.4)	3 (0.7)	1 (0.2)	1

ตารางที่ 37 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุรถกล่มและตกเตียง (ต่อ)

แนวทางจัดการต่อความเสี่ยง ของอุบัติเหตุรถกล่ม/ตกเตียง	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันคับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ) *	เห็นด้วย (ร้อยละ) **	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันคับของ ความถี่ (***)
13. สังเกตพฤติกรรมมารยาทและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการรถกล่ม/ตกเตียงขณะมีเหตุทางการพยาบาล	445 (96.7)	15 (3.3)	6	277 (60.2)	178 (38.7)	4 (0.9)	1 (0.2)	5
14. ทราไว้ที่แนะนำหรือสอนเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการตกเตียงสูงเมื่อพบข้อผิดพลาดขณะเยี่ยมตรวจ	452 (98.3)	8 (1.7)	1	289 (62.8)	167 (36.3)	3 (0.7)	1 (0.2)	1
15. จัดให้มีเครื่องส่งสัญญาณวางไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้น้อยเพื่อเรียกเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการความช่วยเหลือ	388 (84.3)	72 (15.7)	16	302 (65.7)	152 (33.0)	5 (1.1)	1 (0.2)	7
16. จัดของใช้ส่วนตัวไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยในระยะที่หยิบไ้เองโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้น้อย	450 (97.8)	10 (2.2)	2	303 (65.9)	150 (32.6)	6 (1.3)	1 (0.2)	10
17. รายงานการปฏิบัติการพยาบาลและข้อควรระวังเกี่ยวกับการรถกล่ม/ตกเตียงของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือผู้ป่วยหนักขณะวันส่งเวรอย่างเคร่งครัด	444 (96.5)	16 (3.5)	7	305 (66.3)	150 (32.6)	4 (0.9)	1 (0.2)	5
18. พยาบาลวิชาชีพต้องถือว่าผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้น้อยหรือช่วยตัวเองไม่ได้ให้ได้รับการดูแลความต้องการพื้นฐานครบถ้วนเป็นข้อปฏิบัติที่สำคัญ	448 (97.4)	12 (2.6)	5	290 (63.0)	166 (36.1)	3 (0.7)	1 (0.2)	1
19. วางแผนการป้องกันการตกเตียงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการตกเตียงเป็นกรณีเฉพาะโดยกำหนดไว้ในแผนการพยาบาล	416 (90.4)	44 (9.6)	10	274 (59.6)	179 (38.9)	6 (1.3)	1 (0.2)	10
20. การมอบหมายงานการพยาบาลผู้ป่วยให้ช่วยเหลืองานการพยาบาลต้องศึกษามาประเมินผลอย่างใกล้ชิดด้วย	420 (91.3)	40 (8.7)	9	256 (55.7)	198 (43.0)	6 (1.3)	- (-)	7

ตารางที่ 37 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของอุบัติเหตุทุกล้มและตกเตียง (ต่อ)

แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยง ของอุบัติเหตุทุกล้ม/ตกเตียง	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (***)
21. จัดให้พยาบาลร่วมกันอภิปรายถึง การป้องกันอุบัติเหตุในหอผู้ป่วย ทุกครั้งที่เกิดขึ้น	321 (69.8)	139 (30.2)	21	242 (52.6)	209 (45.4)	7 (1.5)	2 (0.4)	15
22. จัดให้มีการอภิปรายกลุ่มย่อย เกี่ยวกับการกำหนดแนวทาง ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงต่ออุบัติเหตุทุกล้ม/ตกเตียง ขึ้นในหอผู้ป่วยโดยสอดคล้องกับ จริยธรรมในการปฏิบัติทุกครั้ง	223 (48.5)	237 (51.5)	26	200 (43.5)	242 (52.6)	12 (2.6)	6 (1.3)	23
23. การรวบรวมข้อมูลทางการ พยาบาลจะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับ ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทุกล้ม/ ตกเตียงของหอผู้ป่วยด้วย	328 (71.3)	132 (28.7)	20	210 (45.7)	236 (51.3)	9 (2.0)	5 (1.1)	20
24. การบันทึกข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการ ลดอุบัติเหตุทุกล้ม/ตกเตียงต้อง ชัดเจนและสมบูรณ์และรายงาน ให้เวรต่อไปขณะรับ-ส่งเวร	405 (88.0)	55 (12.0)	15	252 (54.8)	201 (43.7)	6 (1.3)	1 (0.2)	10
25. หากผู้ป่วยปฏิเสธการปฏิบัติกิจ กรรมที่แพทย์และพยาบาลกำหนด ให้จะต้องบันทึกไว้เป็นหลักฐาน เสมอ	421 (91.5)	39 (8.5)	8	274 (59.6)	179 (38.9)	6 (1.3)	1 (0.2)	10
26. บันทึกและรายงานกิจกรรมที่ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ในทุกเวร การดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อใช้ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย	389 (84.6)	71 (15.4)	16	260 (56.5)	187 (40.7)	12 (2.6)	1 (0.2)	19
27. บันทึกปฏิบัติการดูแลการหล้ม/ตก เตียงทุกครั้ง เพื่อกระตุ้นความ รู้สำนึกต่อความรับผิดชอบของ บุคลากรพยาบาลอันจะนำไปสู่ การลดความเสี่ยง	408 (89.1)	50 (10.9)	11	266 (58.1)	181 (39.5)	8 (1.7)	3 (0.7)	18
28. บันทึกและเก็บรักษาข้อมูลเกี่ยว กับอุบัติเหตุทุกล้ม/ตกเตียง เพื่อ เป็นข้อมูลสำคัญในการป้องกัน และการจัดการทางการพยาบาล	351 (76.5)	108 (23.5)	18	239 (52.1)	206 (44.9)	13 (2.8)	1 (0.2)	20

ตารางที่ 37 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการความเสี่ยงของอุบัติเหตุรถกอล์ฟและรถเตี้ย (ต่อ)

แนวทางการจัดการความเสี่ยง ของอุบัติเหตุรถกอล์ฟ/รถเตี้ย	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ที่ (ร้อยละ)	ไม่ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (****)
29. วิเคราะห์กรณีอุบัติเหตุการ รถกอล์ฟ/รถเตี้ย เพื่อการเรียนรู้ ต่อสถานการณ์นั้น ๆ เป็นประจำ ทุกครั้ง	204 (44.3)	256 (55.7)	28	197 (42.8)	220 (47.8)	40 (8.7)	3 (0.7)	29
30. การบันทึกอุบัติเหตุการรถกอล์ฟ/ รถเตี้ยจะต้องมีความเห็นของ แพทย์ผู้รักษาต่อผลที่ผู้ป่วยจะไต รับหรือผลที่เกิดขึ้นแล้วจาก อุบัติเหตุการ	269 (58.6)	190 (41.4)	25	215 (46.8)	209 (45.5)	31 (6.8)	4 (0.9)	27



ศูนย์วิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางแสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้องพบว่าผู้บริหารการพยาบาล"เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ"เห็นด้วย" ต่อแนวทางการจัดการข้อ 9" กำหนดมาตรฐานการใช้เทคนิคปลอดเชื้อขึ้นเพื่อเป็นหลักในการปฏิบัติร่วมกับการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย" ข้อ 6 "จัดชุดสวนปัสสาวะโดยคำนึงถึงความปลอดภัยจากการติดเชื้อและความสะดวกต่อการใช้สอยเป็นสำคัญ" และข้อ 23"กำหนดให้มีการอบรมและเสริมทักษะเรื่องการใช้เทคนิคปลอดเชื้อและน้ำยาฆ่าเชื้อแก่บุคลากรเป็นระยะ ๆ" และมีความคิดเห็นระดับ"เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ"เห็นด้วย" น้อยที่สุดคือข้อ 8" จัดทำคู่มือการพยาบาลเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะนาน ๆ " ข้อ 17"การสวนปัสสาวะควรเป็นการปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพ" และข้อ 4" นำข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้อมาประกอบการพิจารณาความดีความชอบเป็นกรณีพิเศษ(2 ชั้น)"

อันดับของความถี่ด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องพบว่าผู้บริหารมีการจัดการสูงสุดข้อ 18"ขณะนิเทศทางการพยาบาลถ้าพบว่ามีความผิดพลาดจากการใช้เทคนิคปลอดเชื้อควรให้คำแนะนำและสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง" ข้อ 20 "ข้อปฏิบัติที่สำคัญที่สุดของการสวนปัสสาวะคือความเคร่งครัดต่อการใช้เทคนิคปลอดเชื้อ" และข้อ 15"หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรต้องเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลในเรื่องการดูแลความสะอาดของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย" ตามลำดับ และมีอันดับของความถี่ด้านการจัดการต่ำที่สุดคือข้อ 12"เป้าหมายของการใช้มาตรฐานเทคนิคปลอดเชื้อต้องระบุการลดความผิดพลาดไว้ชัดเจนเช่นลดความผิดพลาดจากการใช้เทคนิคปลอดเชื้อลงเหลือร้อยละ 0.5" ข้อ 3"กำหนดความรุนแรงและบทลงโทษให้สอดคล้องกับความรุนแรง เมื่อพบว่าบุคลากรทางการพยาบาลไม่ปฏิบัติตามหลักการใช้เทคนิคปลอดเชื้อแม้ว่าจะได้รับการแนะนำหลายครั้ง" และข้อ 36" การบันทึกอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการไม่ปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้อต้องมีความเห็นจากฝ่ายรักษาเกี่ยวกับผลที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยด้วยเสมอ" ตามลำดับ



สำหรับข้อที่ผู้บริหารตอบว่า "ไม่ทำ" สูง และ "ไม่เห็นด้วย" ก็สูงได้แกข 1 ก "กำหนดวิธีปฏิบัติว่าพยาบาลสามารถส่งปัสสาวะตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการได้ในผู้ป่วยที่คาสายสวนมากกว่าหนึ่งสัปดาห์โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์" ข้อ 10 "การสร้างมาตรฐานการใช้เทคนิคปลอดเชื้อต้องใช้เกณฑ์ระดับสูง" ข้อ 35 "วิเคราะห์กรณีอุบัติการณ์การติดเชื้อในหอผู้ป่วยเพื่อการเรียนรู้ต่อสถานการณ์นั้น ๆ ทุกกรณีโดยแลกเปลี่ยนสถานการณ์กันระหว่างหอผู้ป่วย" ข้อ 3, 4, 12, 17 และข้อ 36 (ดูรายละเอียดข้างต้น) ข้อที่ผู้บริหารตอบว่า "ทำ" สูงแต่ "ไม่เห็นด้วย" สูง ได้แกข 18 "กำหนดวิธีปฏิบัติว่าพยาบาลสามารถเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะของผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาทางเดินปัสสาวะและคาสายสวนเป็นเวลานานตามกำหนดเวลาหนึ่ง ๆ โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์" ข้อ 19 "การปฏิบัติเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะต้องเป็นไปตามคู่มือพยาบาลเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะของหน่วยงานนั้น" และข้อ 8 (ดูรายละเอียดข้างต้น) ข้อที่ผู้บริหารตอบว่า "ทำ" สูง และ "เห็นด้วย" สูงด้วยคือข้อ 16 "การนิเทศซึ่งมีเป้าหมายที่การสังเกตพฤติกรรมการใช้เทคนิคปลอดเชื้อขณะให้การพยาบาลจะช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อได้" ข้อ 32 "การบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงว่ามีติดเชื้อต้องปฏิบัติให้สมบูรณ์ทุกเวร เช่นบันทึกอุณหภูมิอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง" ข้อ 6, 15, 18 และข้อ 20 (ดูรายละเอียดข้างต้น) และสำหรับข้อที่ผู้บริหาร "ไม่ทำ" สูง แต่มีความคิดเห็น "เห็นด้วย" สูงคือข้อ 13 "ใช้การตรวจสอบทางการพยาบาล (Nursing Audits) เป็นข้อปฏิบัติหนึ่งในการรักษามาตรฐานการใช้เทคนิคปลอดเชื้อ" ข้อ 14 "มาตรฐานการใช้เทคนิคปลอดเชื้อต้องเป็นที่ยอมรับทั้งฝ่ายการรักษาและฝ่ายการพยาบาลจึงจะถือปฏิบัติได้" และข้อ 25 "กำหนดให้มีการอภิปรายกลุ่มย่อยเกี่ยวกับการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้อในแต่ละหอผู้ป่วย โดยสอดแทรกเรื่องจริยธรรมในการพยาบาลด้วยเสมอ" ดังแสดงในตารางที่ 38

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 38 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการความเสี่ยงของเทคนิคปลูกเชื้อไม่ถูกต้อง

แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยง ของเทคนิคปลูกเชื้อไม่ถูกต้อง	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (****)
ก. การจัดการระบบควบคุม ต่าง ๆ ในองค์การ								
1. กำหนดนโยบายและหลักปฏิบัติ เกี่ยวกับการรักษาและการ พยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะแก่ผู้ป่วยที่คา สายสวนปัสสาวะเป็นเว ลานาน ๆ ร่วมกันระหว่างผู้บริหาร ทางการแพทย์และผู้บริหารการ พยาบาล ทั้งนี้								
ก. กำหนดวิธีปฏิบัติว่าพยาบาล สามารถส่งปัสสาวะตรวจ วิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ได้ในผู้ป่วยที่คาสายสวนมาก กว่าหนึ่งสัปดาห์โดยไม่ต้อง รอกำส่งแพทย์	235 (51.1)	225 (48.9)	34	219 (47.7)	208 (45.3)	29 (6.3)	3 (0.7)	33
ข. กำหนดวิธีปฏิบัติว่าพยาบาล สามารถเปลี่ยนสายสวน ปัสสาวะของผู้ป่วยที่ไม่มี ปัญหาทางเดินปัสสาวะและ คาสายสวนเป็นเวลานาน ตามกำหนดเวลาหนึ่งๆ โดย ไม่ต้องรอกำส่งแพทย์	345 (75.0)	115 (25.0)	23	254 (55.3)	178 (38.8)	22 (4.8)	5 (1.1)	30
2. บทบรรณาธิการของพยาบาลสอ แทรกความรับผิดชอบต่อการ ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย	354 (77.0)	106 (23.0)	20	243 (52.8)	205 (44.6)	10 (2.2)	2 (0.4)	22
3. กำหนดความรุนแรงและบท ลงโทษให้สอดคล้องกับความ รุนแรง เมื่อพบวามุคลาการทาง การพยาบาลไม่ปฏิบัติตามหลัก การใช้เทคนิคปลูกเชื้อแม้ว่าจะ ได้รับการแนะนำหลายครั้ง	199 (43.3)	261 (56.7)	36	185 (40.2)	244 (53.0)	28 (6.1)	3 (0.7)	32

ตารางที่ 38 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคบล็อกเชนไม่ถูกต้อง (ต่อ)

แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยง ของเทคนิคบล็อกเชนไม่แท้	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ) *	เห็นด้วย (ร้อยละ) **	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (***)
4. นำข้อมูลที่สังเกตได้จากกรณี ปฏิบัติทางเทคนิคบล็อกเชนมา ประกอบการพิจารณาความถี่ ความชอบเป็นกรณีพิเศษ (2 ชั้น)	270 (58.8)	189 (41.2)	28	179 (39.0)	216 (47.1)	60 (13.1)	4 (0.9)	35
5. ผู้ป่วยที่อาสาส่วนปัสสาวะไว้ เป็นเวลานาน ๆ ต้องได้รับการ ตรวจปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ เป็นระยะ ๆ ด้วย	383 (83.4)	76 (16.6)	15	249 (54.2)	200 (43.6)	9 (2.0)	1 (0.2)	19
6. จัดชุดสวมปัสสาวะโดยคำนึงถึง ความปลอดภัยจากการติดเชื้อ และความสะดวกต่อการใช้สอย เป็นสำคัญ	450 (97.8)	10 (2.2)	5	308 (67.0)	148 (32.2)	3 (0.7)	1 (0.2)	2
7. แต่งตั้งคณะกรรมการพยาบาลที่ ทำหน้าที่ควบคุมป้องกันการติดเชื้อ จากสาเหตุด่าง ๆ ทางการ พยาบาล โดยอาจรวมเป็นส่วน หนึ่งของคณะกรรมการ โรงพยาบาล	373 (81.1)	87 (18.9)	16	272 (59.1)	178 (38.7)	7 (1.5)	3 (0.7)	19
8. จัดทำคู่มือการพยาบาลเกี่ยวกับ การสวมปัสสาวะและการดูแล ผู้ป่วยที่อาสาส่วนปัสสาวะ นาน ๆ	386 (83.9)	74 (16.1)	14	278 (60.4)	178 (38.7)	3 (0.7)	1 (0.2)	37
9. กำหนดมาตรฐานการใช้เทคนิค บล็อกเชนขึ้นเพื่อเป็นหลักในการ ปฏิบัติร่วมกับกรมการประเมิผล การดูแลผู้ป่วย	366 (79.6)	94 (20.4)	18	267 (59.0)	186 (40.4)	5 (1.2)	2 (0.4)	1
10. การสร้างมาตรฐานการใช้ เทคนิคบล็อกเชนต้องผ่าน กระบวนการเชิงการวิจัยที่ ถูกต้อง	240 (52.2)	220 (47.8)	32	227 (49.3)	217 (47.2)	13 (2.8)	3 (0.7)	26
11. การกำหนดมาตรฐานการใช้ เทคนิคบล็อกเชนต้องใช้เกณฑ์ ระดับสูง	257 (55.9)	203 (44.1)	31	219 (47.6)	217 (47.2)	21 (4.6)	3 (0.7)	29

ตารางที่ 38 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการความเสี่ยงของเทคนิคบล็อกเข็มไม่ถูกต้อง (ต่อ)

แนวทางการจัดการความเสี่ยง ของเทคนิคบล็อกเข็มไม่	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ) *	เห็นด้วย (ร้อยละ) **	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (***)
12. เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน เทคนิคบล็อกเข็มต้องระบุการ ลดความผิดพลาดไว้ชัดเจน เช่น ลดความผิดพลาดจากการใช้ เทคนิคบล็อกเข็มลงเหลือร้อยละ 0.5	195 (42.4)	265 (57.6)	37	216 (47.0)	215 (46.7)	24 (5.2)	5 (1.1)	31
13. ใช้การตรวจสอบทางการ พยาบาล (NURSING AUDITS) เป็นข้อปฏิบัติหนึ่งในการรักษา มาตรฐานการใช้เทคนิคบล็อก เข็ม	305 (66.3)	155 (33.7)	26	222 (48.3)	227 (49.3)	8 (1.7)	3 (0.7)	21
14. มาตรฐานการใช้เทคนิคบล็อก เข็มต้องเป็นที่ยอมรับทั้งฝ่ายการ รักษาและฝ่ายการพยาบาลจึงจะ ถือปฏิบัติได้	322 (70.0)	138 (30.0)	25	242 (52.6)	203 (44.1)	13 (2.8)	2 (0.4)	25
ข. การลดและจำกัดความเสี่ยง ของการปฏิบัติพยาบาล								
15. หัวหน้าหน่วยหรือหัวหน้าเวร ต้องเข้มงวดทางการพยาบาล ในเรื่องการดูแลความสะอาดของ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	451 (98.0)	9 (2.0)	3	289 (62.8)	166 (36.1)	4 (0.9)	1 (0.2)	5
16. การนิเทศซึ่งมีเป้าหมายที่การ สังเกตพฤติกรรมการใช้เทคนิค บล็อกเข็มเพื่อให้พยาบาลจะ ช่วยลดความเสี่ยงจากการติด เข็มได้	438 (95.2)	22 (4.8)	7	275 (59.8)	180 (39.1)	4 (0.9)	1 (0.2)	5
17. การสนับสนุนและส่งเสริมเป็น การปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพ	297 (64.7)	162 (35.3)	27	186 (40.5)	170 (37.0)	98 (21.4)	5 (1.1)	36
18. คณะนิตะทางการพยาบาลกำหนด ว่ามีความผิดพลาดจากการใช้ เทคนิคบล็อกเข็ม ควรให้คำ แนะนำและสอนเกี่ยวกับการ ปฏิบัติที่ถูกด้วย	457 (99.3)	3 (0.7)	1	300 (65.2)	155 (33.7)	3 (0.7)	2 (0.4)	5

ตารางที่ 38 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลูกเชื้อไม่ถูกต้อง (ต่อ)

แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยง ของเทคนิคปลูกเชื้อไม่แท้	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันดับของ ความถี่ (***)
19. การปฏิบัติเกี่ยวกับการสวน ปัสสาวะต้องเป็นไปตามคู่มือ พยาบาลเกี่ยวกับการสวน ปัสสาวะของหน่วยงานนั้น	423 (92.0)	37 (0.8)	9	269 (58.5)	176 (38.3)	14 (3.0)	1 (0.2)	24
20. ข้อปฏิบัติที่สำคัญที่สุดของการสวน ปัสสาวะคือความเคร่งครัดต่อ การใช้เทคนิคปลูกเชื้อ	456 (99.1)	4 (0.9)	2	330 (71.7)	126 (27.4)	3 (0.7)	1 (0.2)	3
21. สังเกตอาการที่แสดงว่ามีการ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเมื่อ ผู้ป่วยต้องคาสายสวนนาน ๆ	451 (98.0)	9 (2.0)	3	305 (66.3)	149 (32.4)	5 (1.1)	1 (0.2)	10
22. ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติของหน่วยงาน ในการ เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ และดึงเก็บปัสสาวะโดยเคร่ง ครัด	433 (94.1)	27 (5.9)	8	289 (62.8)	166 (36.1)	4 (0.9)	1 (0.2)	5
23. กำหนดให้มีการอบรมและ เสริม ทักษะ เรื่องการใช้เทคนิคปลูก เชื้อและนำยามา เชื่อมกับบุคลากร เป็นระยะ ๆ	370 (80.4)	90 (19.6)	17	271 (58.9)	185 (40.2)	3 (0.7)	1 (0.2)	3
24. จัดเตรียมแหล่งค้นคว้าเกี่ยวกับ การใช้เทคนิคปลูกเชื้อไว้ในหอ ผู้ป่วย โดยให้เจ้าหน้าที่หัดใช้ ไคส่ควมทุกโอกาส	364 (79.1)	96 (20.9)	19	254 (55.2)	197 (42.8)	7 (1.5)	2 (0.4)	17
25. กำหนดให้มีการอภิปรายกลุ่มย่อย เกี่ยวกับการกำหนดแนวทางการ ปฏิบัติตามเทคนิคปลูกเชื้อในเท ละหอผู้ป่วย โดยสอดแทรกเรื่อง จริยธรรมในการพยาบาลด้วย เสมอ	259 (56.3)	201 (43.7)	30	218 (47.4)	230 (50.0)	10 (2.2)	2 (0.4)	22
26. จัดพยาบาลผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือความก้าวหน้าในการใช้ เทคนิคปลูกเชื้อ โดยจัดร่วมกับ ทุกหน่วยงาน	261 (56.7)	199 (43.3)	29	211 (45.9)	232 (50.4)	14 (3.0)	3 (0.7)	27

ตารางที่ 38 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการความเสี่ยงของเทคนิคบล็อกเชื้อไม่ถูกต้อง (ต่อ)

แนวทางการจัดการความเสี่ยง ของเทคนิคบล็อกเชื้อไม่ถี่	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความคิดเห็นในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันทับของ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันทับของ ความถี่ (****)
27. การรวบรวมข้อมูลการพยาบาล ผู้ป่วยที่ค้ำสายสวนปัสสาวะมี ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่สังเกตได้จาก อาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้อง กับทางเดินปัสสาวะ	346 (75.4)	113 (24.6)	21	237 (51.6)	214 (46.6)	6 (1.3)	2 (0.4)	16
28. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ควรวาดำเนินการเฝ้าระวังการ ติดเชื้อ (SURVEILLANCE)	413 (89.8)	47 (10.2)	11	264 (57.4)	190 (41.3)	5 (1.1)	1 (0.2)	10
29. บันทึกรายการพยาบาลที่แสดงถึงการ บ่งกั้นการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ค้ำ สายสวนปัสสาวะทุกคน	392 (85.2)	68 (14.8)	13	250 (54.3)	203 (44.1)	5 (1.1)	2 (0.4)	13
30. กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแล ตนเองเพื่อลดหรือป้องกันการ ติดเชื้อต้องบันทึกเป็นหลักฐาน เสมอ	395 (85.9)	65 (14.1)	12	236 (51.3)	215 (46.7)	8 (1.7)	1 (0.2)	17
31. เมื่อพบว่าผู้ป่วยที่ค้ำสายสวน ปัสสาวะไว้มากการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ ต้องบันทึกพร้อมกัน รายงานการแก้ไขด้วยทุกครั้ง	422 (91.7)	38 (8.3)	10	280 (60.9)	173 (37.6)	6 (1.3)	1 (0.2)	12
32. การบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่มี อาการและอาการแสดงว่ามีการ ติดเชื้อต้องปฏิบัติให้สมบูรณ์ทุก เวร เช่นบันทึกอุณหภูมิอย่างน้อย ทุก 4 ชั่วโมง	440 (95.7)	20 (4.3)	6	294 (63.9)	161 (35.0)	4 (0.9)	1 (0.2)	5
33. ถ้าพบการติดเชื้อจากทางไม่ ปฏิบัติตามเทคนิคบล็อกเชื้อควร บันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อ กระตุ้นความรู้สำนึกต่อความ รับผิดชอบของบุคลากรอันจะนำ ไปสู่การลดความเสี่ยง	346 (75.4)	113 (24.6)	21	254 (55.3)	198 (43.1)	4 (0.9)	3 (0.7)	13
34. บันทึกและรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ การติดเชื้อเพื่อใช้ในการบ่งกั้น และการจัดการทางพยาบาล	345 (75.0)	115 (25.0)	23	239 (52.0)	213 (46.3)	7 (1.5)	1 (0.2)	15

ตารางที่ 38 แสดงความถี่ของคะแนนการจัดการและความพึงพอใจในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลูกเชื้อไม้ออกดอก (ต่อ)

แนวทางการจัดการต่อความเสี่ยง จากเทคนิคปลูกเชื้อไม้ออกดอก	ความถี่ของคะแนนการจัดการ			ความพึงพอใจในการจัดการ				
	ทำ (ร้อยละ)	ไม่ทำ (ร้อยละ)	อันพึงประสงค์ ความถี่	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ) *	เห็นด้วย (ร้อยละ) **	ไม่ เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	อันพึงประสงค์ ความถี่ (***)
35. วิเคราะห์หกรับผิดชอบการติดเชื้อ ในหอผู้ป่วยเพื่อการเรียนรู้เพื่อ สถานการณณ์นี้ ทุกกรณีโดยแลกเปลี่ยน สถานการณณ์ระหว่าง หอผู้ป่วย	238 (51.7)	222 (48.3)	33	119 (43.3)	241 (52.4)	17 (3.7)	3 (0.7)	28
36. การบันทึกอุบัติการณ์การติดเชื้อ จากการไม่ปฏิบัติตามเทคนิค ปลูกเชื้อต้องมีความเห็นจาก ฝ่ายรักษาเกี่ยวกับผลที่จะเกิดแก่ ผู้ป่วยหลายเสมอ	233 (50.8)	226 (49.2)	35	194 (42.3)	227 (49.5)	35 (7.6)	3 (0.7)	34

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย