



วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ มีวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยจะขอนำ เสนอ เป็นลำดับดังนี้คือ

1. การปฏิบัติการพยาบาลในวิชาชีพ
2. ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล
3. การจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในวิชาชีพ

คำว่า "การปฏิบัติการพยาบาล" นิยามความหมายได้ดังนี้

พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2522: 1) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลหมายถึงการกระทำในกิจกรรมการสังเกต การดูแล การให้คำปรึกษาแนะนำ การสอน และการนิเทศแก่ผู้ป่วย ผู้ได้รับบาดเจ็บ มีความพิการ หรือบุคคลปกติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี และการป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นต่อไปแก่ตนเองและผู้อื่น

จงจิต คณากุล (2526: 17 - 18) กล่าวถึงการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นการกระทำ หรือกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม การป้องกันโรค ป้องกันอุบัติเหตุ กำจัด และลดการแพร่เชื้อโรค ตลอดจนการสอนผู้ป่วยและญาติในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้วยศักยภาพของเขา การฟื้นฟูสุขภาพให้ดีขึ้น และให้การให้ความร่วมมือกับบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันว่าการพยาบาลเป็นวิชาชีพ จากการพิจารณาตามเกณฑ์วิชาชีพที่สังคมกำหนดขึ้น สไตล์ (Styles 1982: 76) ได้กล่าวยืนยันว่า "การแสดงความเป็นวิชาชีพด้วยตนเองอย่างแท้จริงจะสร้างวิชาชีพที่แท้จริงขึ้น" และสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (ANA, 1980 Quoting Kelly 1985: 191) ได้กำหนดลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้คือ

1. แนวคิดของการพยาบาล (Core) : มนุษย์ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ปรากฏจริงและแฝงอยู่ และพยาบาลจะวินิจฉัยและรักษาการตอบสนองเหล่านั้น
2. ขอบเขต (boundary) ของการพยาบาล : ขอบเขตภายนอกขยายออกไปสู่การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการตามปริมาณการเรียกร้อง และความสามารถของสังคม
3. การปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (intersections) : การพยาบาลขยายการปฏิบัติไปสู่ขอบเขตของวิชาชีพอื่น ๆ ด้วย เช่นพยาบาลเวชปฏิบัติ และพยาบาลนิติเวชศาสตร์ เป็นต้น
4. มิติของการพยาบาล (dimensions) : การปฏิบัติการพยาบาลอยู่ภายในขอบเขตของวิชาชีพที่กำหนดไว้ในรูปของปรัชญาและจริยธรรม ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาล ความรับผิดชอบของพยาบาล หน้าที่ บทบาท และทักษะในการปฏิบัติของพยาบาล

สำหรับสิทธิของพยาบาลวิชาชีพ (Nurses Rights) ต่อการปฏิบัติวิชาชีพ (Fagin 1975: 84) ได้แยกแยะไว้ดังนี้

1. มีสิทธิต่อการแสวงหาเกียรติยศในการแสดงออกด้วยการปฏิบัติโดยใช้พื้นฐานความรู้และความสามารถเฉพาะ
2. มีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ปฏิบัติประโยชน์ให้แก่สาธารณชนและได้รับค่าตอบแทนทางวิชาชีพอย่างเหมาะสม
3. มีสิทธิที่จะปฏิบัติหน้าที่ในสิ่งแวดล้อมการทำงาน ซึ่งจะช่วยลดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจและความเสี่ยงต่อสุขภาพ
4. มีสิทธิที่จะควบคุมค่านิยมของการปฏิบัติทางวิชาชีพภายในขอบเขตแห่งกฎหมาย
5. มีสิทธิที่จะกำหนดมาตรฐานสำหรับความเป็นเลิศในการพยาบาล
6. มีสิทธิที่จะเข้าร่วมในการกำหนดนโยบายทางการพยาบาล
7. มีสิทธิในการแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพแก่สังคม

เมื่อพิจารณาสิทธิของพยาบาลวิชาชีพพบว่า พยาบาลมีสิทธิที่จะปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ได้มากมายภายในขอบเขตแห่งวิชาชีพและกฎหมาย สิ่งซึ่งพยาบาลปฏิบัตินั้นจะมีประสิทธิผลเชิงวิชาชีพในการพยาบาลมากหรือน้อย จะพิจารณาได้จากกรอบการปฏิบัติด้านต่าง ๆ (Deane and Campbell 1985: 9 - 11) ดังนี้

1. ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expertise) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ แข็งแรงวิชาชีพ พยายามจะต้องมีความรู้ และความสามารถอย่างเพียงพอ เรียนรู้จากสถานการณ์เพื่อการปรับปรุงประสบการณ์ในอนาคต และสนใจต่อการเรียนรู้เสมอ สิ่งซึ่งจะแสดงว่าพยายามเป็นผู้ปฏิบัติที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่

- 1.1 ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาล
- 1.2 ใช้ทฤษฎีเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ
- 1.3 แสดงความสามารถในการปฏิบัติด้วยทักษะในการปฏิบัติ (psychomotor skills)
- 1.4 ใช้โอกาสทางการศึกษาเพื่อคงไว้และเพิ่มความสามารถของบุคลากรและวิชาชีพ
- 1.5 ใช้ทักษะการติดต่อสื่อสารในการแสดงออกต่อผู้รับบริการ เพื่อนร่วมงาน และวิชาชีพอื่น ๆ
- 1.6 ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยในสถานการณ์การปฏิบัติพยาบาล

2. มีการปกครองตนเอง (Autonomy) ซึ่งเป็นความรับผิดชอบ เป็นเหตุผล และเป็นเงื่อนไขสำหรับความสามารถในการปฏิบัติ ถ้าปราศจากการปกครองตนเอง จะไม่สามารถนำทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ การปกครองตนเองจะมีความหมายว่ามีความเป็นเอกลักษณ์ มีอิสระ และมีอำนาจ ถ้าวิชาชีพการพยาบาลมีการปกครองตนเอง จะต้องแสดงการปฏิบัติดังนี้

- 2.1 การตัดสินใจและการปฏิบัติมีพื้นฐานอยู่ที่การพิจารณาทางวิชาชีพ
- 2.2 มีส่วนร่วมในการทำงานและการประเมินผลร่วมกันของกลุ่ม
- 2.3 ยอมรับการปฏิบัติและการตัดสินใจของแต่ละบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.4 แสดงให้เห็นถึงความคิดสร้างสรรค์และความยืดหยุ่นในการวางแผนการพยาบาล
- 2.5 แสดงความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของกฎหมายและเครื่องมือของการปฏิบัติการพยาบาล

3. ข้อผูกพันต่อวิชาชีพ (Commitment to Profession) หมายถึงมีความรับผิดชอบต่อข้อผูกพันทางวิชาชีพ โดยการศึกษาต่อเนื่องหรือความเป็นผู้เชี่ยวชาญ และสังเคราะห์

ทั้งสองสิ่งเข้าด้วยกัน ความรู้ในวิชาชีพทำให้พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ พฤติกรรมที่แสดงถึงความผูกพันทางวิชาชีพคือ

- 3.1 มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการพยาบาล
- 3.2 เข้าร่วมและมีส่วนร่วมในองค์กรวิชาชีพพยาบาล
- 3.3 แสดงให้เห็นถึงทิศทางของตนเองต่อการแยกแยะการเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งจะช่วยทำให้บุคลากรและวิชาชีพเจริญก้าวหน้า
- 3.4 มีส่วนร่วมในการทำให้มาตรฐานการปฏิบัติพยาบาล และ/หรือการศึกษาพยาบาลดีขึ้น
- 3.5 สนใจติดตามวารสารทางวิชาชีพพยาบาลและความรู้อื่นซึ่งเป็นพื้นฐาน
- 3.6 แบ่งปันความรู้ทางวิชาชีพให้แก่ผู้อื่น เช่นการแต่งตำรา การวิจัย เป็นต้น
4. ความรับผิดชอบต่อสังคม (Responsibility to Society) ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้รับบริการแต่ละคน แต่หมายถึงระบบของการดูแลสุขภาพทั้งหมดด้วย ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติดังนี้
 - 4.1 ยอมรับความมีเหตุผลของมาตรฐานทางกฎหมาย-จริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
 - 4.2 ร่วมกับสมาชิกในทีมสุขภาพและประชาชนอื่น ๆ ในการสนับสนุนให้สังคมได้รับการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพ
 - 4.3 แสดงถึงการสนับสนุนความต้องการของผู้รับบริการ โดยการใช้วิจารณ์มาตรฐานทางวิชาชีพ
 - 4.4 แสดงให้เห็นถึงการพิจารณาต้นทุน-ค่าใช้จ่ายในการจัดสรรการดูแลสุขภาพ ในลักษณะของเวลา ทรัพยากร และพลังงาน
 - 4.5 กระตุ้นผู้รับบริการให้ใช้ความสามารถของแต่ละคนเพื่อไปสู่ความมีศักยภาพสูงสุด

จากข้อความที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลในวิชาชีพได้ขยายความออกไปมากขึ้นกว่าอดีต ประเด็นสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึงได้แก่สิทธิต่างๆ ที่พึงมีในสังคมและวิชาชีพ ได้แก่สิทธิของมนุษย์ สิทธิของการเป็นพยาบาล เอกลักษณ์ในวิชาชีพ การให้บริการด้านการรักษาสุขภาพอนามัย การปฏิบัติพยาบาลในวิชาชีพ จริยธรรมและจรรยาวิชาชีพ ตลอดจน

กฎหมายในการประกอบวิชาชีพ ทั้งนี้ก็เพื่อผลแห่งการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพเชิงวิชาชีพอย่างแท้จริง เพราะประชาชนผู้รับบริการคาดหวังการบริการที่ดี สังคมจึงเป็นพลังสำคัญที่จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงในการพยาบาล โดยที่พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างดีที่สุด (รัตนา ทองสวัสดิ์ 2531: 132) ตามมาตรฐานของวิชาชีพ ความล้มเหลวของพยาบาลต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นความรับผิดชอบทางกฎหมายของพยาบาลต่อการละเลย หรือทอดทิ้งผู้ป่วย อีกทั้งกฎหมายยังคาดหวังว่าพยาบาลต้องให้ความปลอดภัยและการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และต้องรักษามาตรฐานการพยาบาลให้ได้เท่ากับโรงพยาบาลอื่น ๆ ในระดับเดียวกัน การปฏิบัติพยาบาลต้องมีเหตุผลและเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ (Kron 1981: 11)

ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล

มีผู้ให้คำจำกัดความของคำว่า "ความเสี่ยง" ไว้หลายคน อธิบายได้ดังนี้

ตามความหมายในพจนานุกรมของเวสเตอร์ (Webster's Dictionary 1968: 1257) ความเสี่ยง มีความหมายว่าโอกาสของการได้รับบาดเจ็บ การสูญเสีย หรือโอกาสที่จะเกิดอันตรายขึ้น

กรีนและเซอร์เบิน (Greene and Serbein 1983: 24) กล่าวว่าความเสี่ยงเป็นคำที่อาจใช้แทนคำต่าง ๆ ได้มากมาย ได้แก่ แทนสิ่งที่นำไปทำประกันได้ เช่นบ้าน รถยนต์ ใช้แทนสิ่งซึ่งเป็นอันตราย เช่น ไฟไหม้ แผ่นดินไหว ใช้แทนโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ซึ่งเป็นสาเหตุแห่งการสูญเสีย ใช้แทนการสูญเสีย หรือใช้แทนภาวะที่เป็นอันตราย

เซอร์เชย์และโบเวส (Hershey and Bowes 1978: 33-34) ให้คำจำกัดความของความเสี่ยงตามความหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารองค์กรสุขภาพว่าหมายถึงโอกาสของการสูญเสีย ซึ่งเกิดขึ้นได้ในขณะที่มีการจัดการในโรงพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานให้บริการสุขภาพ ซึ่งพิจารณาได้ 2 ลักษณะ คือความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางการเงินโดยตรง เช่นไฟไหม้ และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียอันเกิดจากการได้รับการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม

เพอร์รี่ (Perry 1978: 43 - 44 ; Young and Hayne 1988: 324) กล่าวว่า ความเสี่ยงคือข้อบกพร่องจากการปฏิบัติ (malpractice) ซึ่งประกอบขึ้นจากปัจจัยทางกฎหมาย 4 ประการ คือ 1) การปฏิบัตินั้นเป็นหน้าที่ 2) หน้าที่นั้นมีช่องว่างเกิดขึ้น 3) เกิดการทำลาย สูญเสีย 4) ช่องว่างของหน้าที่นั้นเป็นสาเหตุของการทำลาย และสาเหตุของการเกิดข้อบกพร่องจากการปฏิบัติที่พบบ่อยคือ การละเลย/ทอดทิ้ง (negligence) ซึ่งพบได้ในรูปของการละเลยต่อสภาพแวดล้อม (custodial negligence) ทำให้สภาพแวดล้อมมีความเสี่ยงเกิดขึ้น เช่นระบบการจัดวางสิ่งของในห้องผู้ป่วยไม่ดี เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหกล้ม และการละเลย/ทอดทิ้งทางวิชาชีพ (professional negligence) ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ผู้ป่วยได้รับจากคุณภาพการดูแลคำ หรือละเลย/ทอดทิ้งผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องการ

วิลส์ (Viles 1980: 84 - 86) ให้ความหมายของคำว่า "ละเลย/ทอดทิ้ง" ว่าเป็นความหมายเช่นเดียวกับ "การขาดความระมัดระวัง" (carelessness) นั่นคือเป็นการปฏิบัติที่ต่ำกว่ามาตรฐานทางกฎหมาย (legal standard) ในการป้องกันบุคคลอื่นจากความเสียหายอันเกิดจากการได้รับอันตรายโดยปราศจากเหตุผลอันควร

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่าความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลหมายถึง โอกาสที่ผู้รับบริการทางสุขภาพในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลจะได้รับบาดเจ็บ มีการสูญเสีย หรือได้รับอันตรายจากการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับทั้งทางตรงทางอ้อมจากผู้ให้การพยาบาล ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากการละเลย/ทอดทิ้ง หรือการขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติ และเป็นผลให้เกิดการลดประสิทธิผลทางวิชาชีพในการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย

โพเทท (Poteet 1983: 462) ได้กล่าวถึงความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่มักพบได้ 9 ด้าน ได้แก่ : 1) การให้ยา 2) การพยาบาลในขณะที่ผ่าตัด 3) การหกล้ม/ตกเตียง 4) การเกิดแผลไฟไหม้ พุพอง 5) ช็อคจากไฟฟ้า 6) การบาดเจ็บจากการเสียมของเครื่องมือเครื่องใช้ 7) การติดเชื้อในโรงพยาบาล 8) ให้การพยาบาลผิดคน และ 9) การแปลผลอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยผิดพลาด ซึ่งซัลลิแวนและเดกเกอร์ (Sullivan and Decker 1985: 386) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่การให้ยาผิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลและการวินิจฉัย หกล้ม/ตกเตียง ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการรักษาพยาบาล และการปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ไม่ว่า

ความเสี่ยงจะมีลักษณะ เป็นเช่นไรก็ตาม ความเสี่ยงก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการบริหารและ
ไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น ก็ย่อมไม่มีผู้บริหาร (Wren 1974: 199)

การจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล

ครอน (Kron 1983: 1) กล่าวถึงความรับผิดชอบของพยาบาลต่อการควบคุมการ
สูญเสียซึ่งจะช่วยการจัดการต่อความเสี่ยง ได้แก่การปฏิบัติการพยาบาลต้องกระทำ โดยคำนึงถึง
ความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ต้องพิจารณาถึงสิ่งที่จะปฏิบัติในแง่กฎหมายในฐานะวิชาชีพ
และต้องบันทึกกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งบันทึกการรายงานปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย
ให้แก่ผู้เฝ้าระวังทางการพยาบาลด้วย

การจัดการทางการพยาบาล (Nursing Management) คือกระบวนการทำงาน
โดยความร่วมมือของบุคลากรทางการพยาบาลในการให้การดูแล การรักษา และการให้ความ
สุขสบายแก่ผู้ป่วย (Gillies 1982: 1) โดยที่กระบวนการจัดการก็มีลักษณะ เช่นเดียวกับ
กระบวนการทางการพยาบาล คือต้องประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การวางแผน การปฏิบัติ
ตามแผนที่ได้กำหนดไว้ และการประเมินผล สำหรับการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติ
การพยาบาลก็จะมีกระบวนการ เช่นเดียวกับการจัดการทางการพยาบาล ซึ่งมีความหมายและ
รายละเอียดดังนี้ คือ

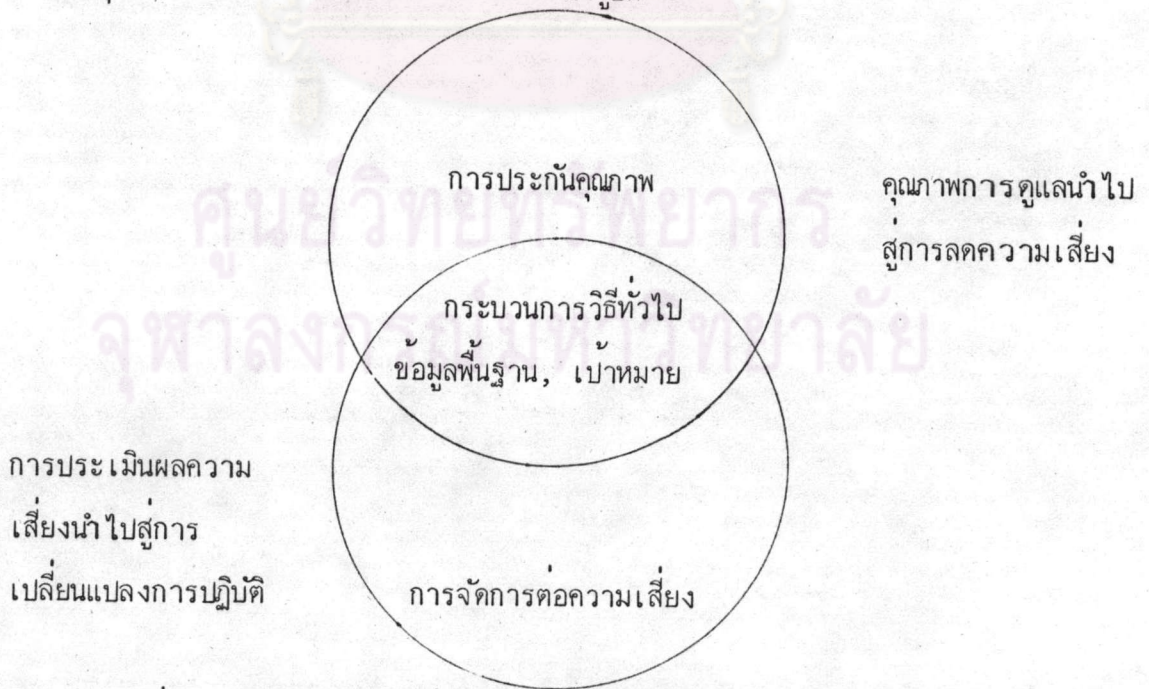
ปาร์คเกอร์ (Parker 1978: 156) กล่าวถึงการจัดการต่อความเสี่ยงว่าได้เคยนำ
ไปใช้ระยะแรกในระบบอุตสาหกรรม และต่อมาขยายไปสู่การจัดการกับความสูญเสียอันเนื่องมา
จากความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical malpractice) โดยมีความหมายเช่นเดียวกับ
โปรแกรมควบคุมการสูญเสียอันประกอบด้วย การพิจารณาถึงสิ่งที่เป็นความเสี่ยง และการใช้
เทคนิคการถ่ายเทความเสี่ยง (risk transfer techniques) ซึ่งระบบการจัดการต่อความ
เสี่ยงในทางการแพทย์ที่สำคัญที่สุดคือความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกเหนือจากนี้ได้แก่ความปลอดภัย
ของเจ้าหน้าที่และเครื่องมือ เครื่องใช้ (Korsak 1979: 176)

ดูแรน (Duran 1980: 21) กล่าวว่า การจัดการต่อความเสี่ยงในโรงพยาบาลคือ
การลดความเสี่ยงที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยและลดอันตรายที่จะทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยที่กระบวนการจะ
เริ่มจากการพิจารณาความเสี่ยง วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง และเลือกวิธีการที่ดีที่สุดที่จะ
ควบคุมความเสี่ยง (Spaulding 1982: 30)

โพทีท (Poteet 1983: 457) กล่าวว่า การจัดการต่อความเสี่ยง เป็นหน้าที่ขององค์กรโดยตรงที่จะป้องกันการสูญเสีย และควบคุมค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบจากการสูญเสีย (liability) โดยอาจนิยามได้ว่าเป็นระบบการสืบค้นที่ตั้งขึ้นเพื่อพยากรณ์ความล้มเหลวอันเกิดจากระบบหรือบุคลากร และป้องกันการความล้มเหลวนี้

เชลชี (Chassie 1987: 153) กล่าวว่า การจัดการต่อความเสี่ยงหมายถึงระบบในการทำนายความผิดพลาดและการคงไว้ซึ่งทักษะ, เทคโนโลยี, การติดต่อสื่อสาร และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการขจัดความผิดพลาด นอกจากนี้ยังต้องเตรียมพร้อมต่ออุบัติการณ์และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในองค์กร โดยที่เป้าหมายของ โปรแกรมการจัดการต่อความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการปกป้องฐานะทางการเงินขององค์กรด้วย

นอกจากนี้การจัดการต่อความเสี่ยงยังมีความสัมพันธ์กับการประกันคุณภาพการพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีความรับผิดชอบเบื้องต้นคือการสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นหรือกลับสู่สภาพที่เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายโดยเร็ว โดยลดภัยคุกคามของร่างกายและสิ่งแวดล้อม การประเมินสิ่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การลดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลและประกันคุณภาพการพยาบาลได้ในที่สุด (Chassie 1987: 154 - 155) ดังรูปที่ 1

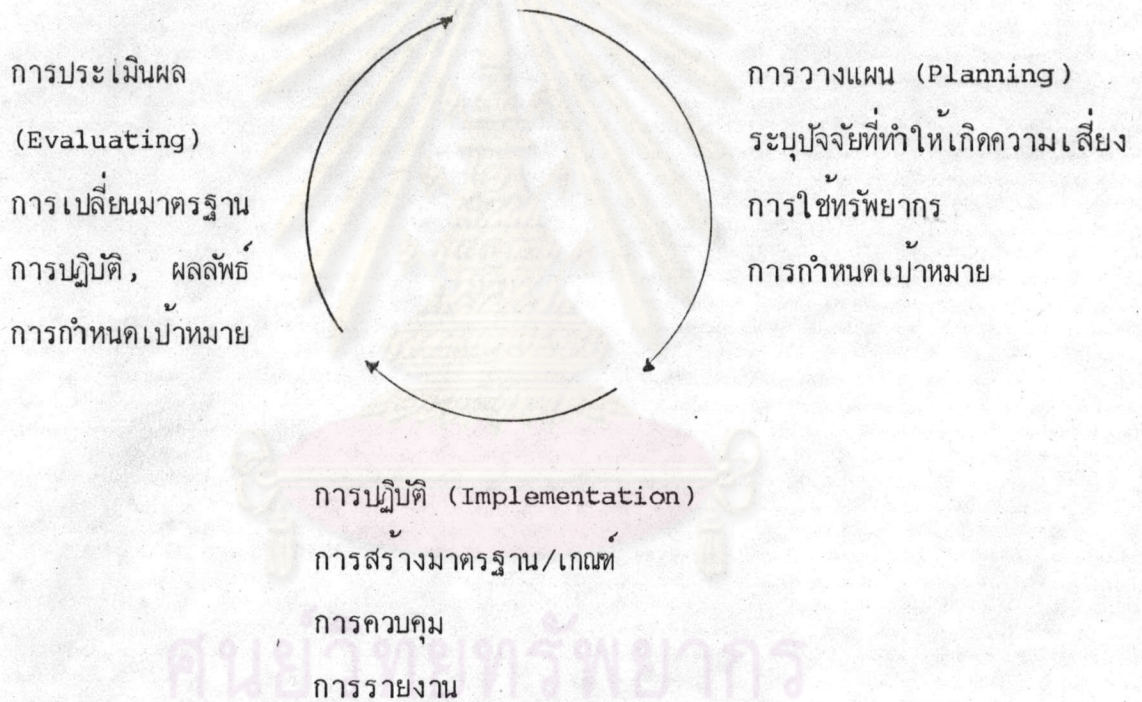


รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการประกันคุณภาพและการจัดการต่อความเสี่ยง (Chassie 1987: 155)

กล่าวโดยสรุป การจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลหมายถึงระบบหรือโปรแกรมที่จัดขึ้นโดยผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหรือขจัดความเสี่ยงที่มักเกิดขึ้น หรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย บุคลากร ตลอดจนเครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ ขณะที่มีการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล โดยผลที่ได้จากการจัดการนี้จะช่วยป้องกันการสูญเสียและควบคุมค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการสูญเสีย และเนื่องจากการจัดการต่อความเสี่ยงเป็นระบบหรือโปรแกรม จึงประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งเป็นขั้นตอน (Sullivan and Decker 1988: 500 - 501) ดังนี้

1. ขั้นระบุความเสี่ยง (identifying) ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้น ขั้นตอนนี้ต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารและการตรวจตราสิ่งที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงขึ้น ดูแรน (Duran 1980: 22) กล่าวว่า การค้นหาว่าการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงมีลักษณะเช่นไรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด ถ้าขาดการระบุว่าจะไรคือความเสี่ยง การจัดการย่อมขาดประสิทธิผล
2. ขั้นทบทวนระบบควบคุม ติดตามข้อมูลต่าง ๆ ในองค์การ (monitoring systems) ได้แก่ รายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ ระบบการตรวจสอบ (audits) ตลอดจนความคิดเห็นของผู้ป่วยค่านบริการ จากนั้นจึงประเมินความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับ และพิจารณาว่ามีข้อมูลใดที่ควรได้รับเพิ่มเพื่อประโยชน์ในการจัดการ
3. ขั้นการวิเคราะห์ (analyzing) ทั้งความถี่ ความรุนแรง และสาเหตุของอุบัติการณ์ เพื่อการประมาณการสูญเสีย และการวางแผน
4. ทบทวนและประเมินความปลอดภัยและความเสี่ยงขณะปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล
5. สอดส่อง ควบคุมกฎและหลักการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
6. กำจัดหรือลดความเสี่ยง หรือกำหนดทางเลือกเกี่ยวกับการจัดการต่อความเสี่ยง หรือทำคู่มือป้องกันความเสี่ยง
7. ทบทวนงานของคณะกรรมการอื่น ๆ ในโรงพยาบาลเพื่อหาหนทางป้องกัน แก้ไข เช่น คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ คณะกรรมการยา และคณะกรรมการตรวจสอบงานการพยาบาล เป็นต้น
8. ระบุสิ่งที่มีความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และการให้ความรู้แก่บุคลากร
9. ประเมินผลโปรแกรมการจัดการต่อความเสี่ยง
10. ส่งรายงานแก่ผู้บริหาร โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ

สมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้เสนอขั้นตอน 8 ขั้น ในการลดความเสี่ยงในโรงพยาบาล ประการแรกโปรแกรมการจัดการต่อความเสี่ยงควรได้รับการยอมรับจากผู้บริหารระดับสูง นอกจากนี้ควรผสมผสานโปรแกรมการฝึกอบรมเข้ากับ โปรแกรมการให้การศึกษา ระบุสิ่งที่เป็ความเสี่ยงสูง ควรเตรียมนโยบายและคู่มือปฏิบัติเป็นอย่างดีและปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ เลือกรูปแบบการบริหารองค์การที่เหมาะสม ปรับปรุงการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วย และผู้บริหารโรงพยาบาล ปรับปรุงระบบความร่วมมือต่าง ๆ และประเมินผลระบบ (Spaulding 1982: 30) ในส่วนของการพยาบาล บทบาทการพยาบาลในการประกันคุณภาพการพยาบาลและการจัดการต่อความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการจัดการ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 การจัดการ เกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาลและ โปรแกรมการจัดการต่อความเสี่ยง (Chassie 1987: 161)

จากรูปที่ 2 เซสซื่อธิบายว่าการประกันคุณภาพการพยาบาลและการจัดการต่อความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการจัดการ 3 ขั้นตอนคือ การวางแผน ซึ่งจะต้องค้นหปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยง กำหนดการใช้ทรัพยากร และกำหนดเป้าหมาย จากนั้นขั้นตอนต่อไปต้องนำแผนที่ได้กำหนดไว้ไปปฏิบัติตามเกณฑ์ หรือมาตรฐานของหน่วยงาน อีกทั้งต้องควบคุมการปฏิบัติให้

เป็นไปตามแผน และการรายงาน สุตท้ายจึงประเมินผลที่ได้รับตามมาตรฐาน การปฏิบัติ และ ผลลัพธ์ที่ต้องการ

การสูญเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการปฏิบัติขององค์ประกอบต่าง ๆ ในองค์การ และผลที่เกิดตามมาก็ไม่มีข้อจำกัดในการเกิดการสูญเสีย และเหตุผลเหล่านี้เองทำให้การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการบริการ โครงการต่าง ๆ ในองค์การ การอำนวยความสะดวกสบาย และ บุคลากร ตลอดจนกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงที่ให้แกผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการจัดการต่อความ เสี่ยง โดยทั้งสิน (Young and Hayne 1988: 322) การจัดการทางการพยาบาลจึงมีความ สำคัญต่อการลดความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล จึงทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลได้ ซึ่ง สอดคล้องกับพวงรัตน์ บุญญานุกฤษ (2530: 4) กล่าวว่าคุณภาพการพยาบาลต้องสัมพันธ์กับ ภาคโครงสร้างหรือการบริหาร บริการพยาบาล กระบวนการของการให้การพยาบาล และ ผลที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ โดยต้องกำหนดเกณฑ์เพื่อประเมินระดับของมาตรฐาน การบริการต้อง สม่่าเสมอ ต่อเนื่อง มีระบบและแผน ครอบคลุมทั้งเทคนิค วิทยาศาสตร์ จรรยา ศิลปะของการ พยาบาลและการจัดการ ซึ่งจะต้องบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติไว้เป็นหลักฐานเสมอ สุตท้ายเมื่อปฏิบัติ ได้ตรงตามมาตรฐานแล้วก็ต้องรักษาคุณภาพไว้ให้อยู่ในระดับสูงสุดด้วย

เพอร์รี่ (Perry 1978: 44 - 47 ; 1978: 16 - 20) ให้อธิบายแนะนำสำหรับการ จัดการที่ช่วยให้หลีกเลี่ยงข้อบกพร่องหรือความเสี่ยงจากการปฏิบัติพยาบาล เมื่อมีความเสี่ยง เกิด ขึ้น ผู้บริหารต้องมีส่วนรับผิดชอบต่อการปฏิบัตินั้น เนื่องจากผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นผู้ที่รับ รับผิดชอบต่อคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ แนวทางในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติ การพยาบาลมีดังนี้คือ

1. ข้อแนะนำสำหรับผู้ว่าจ้าง

เนื่องจากผู้บริหารต้องรับผิดชอบต่อการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ องค์การที่ว่าจ้าง จึงควรกำหนดคำแนะนำสำหรับการปฏิบัติและข้อจำกัดของเจ้าหน้าที่ โดยสามารถจัดในรูปแบบ นโยบาย กฎ กระบวนการปฏิบัติ และการควบคุมด้านความปลอดภัย ในฝ่ายการพยาบาลเป็นหน้าที่ของ ผู้บริหารการพยาบาลที่จะกำหนดและดูแลค่านโยบาย โดยถือเป็นความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจาก ถ้าพบว่ามื่อปฏิบัติการทางการพยาบาล โดยที่ไม่มีการกล่าวถึงนโยบายและกระบวนการปฏิบัติอย่าง เป็นลายลักษณ์อักษรก็จะถือเป็นความละเลยหรือความประมาททางการบริหาร (administrative negligence) (Perry 1978: 44) นโยบายของฝ่ายบริการพยาบาลได้กำหนดขึ้นเพื่อ

รักษามาตรฐานและ เป็นแหล่งคำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ ให้คำแนะนำแก่ผู้บริหารพยาบาลที่จะดูแล การปฏิบัติพยาบาลในหน่วยงาน โดยนโยบายมุ่งที่ 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือบุคลากรพยาบาล ผู้บริหาร พยาบาล และสิ่งแวดล้อมโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลัก นอกจากนี้ นโยบายยังต้องกล่าวถึงความสัมพันธ์ ของการพยาบาลกับหน่วยงานอื่นด้วย (Swansburg 1976: 293)

นโยบายและกระบวนการปฏิบัติเป็นวิธีที่จะบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ทั้ง ยังทำให้เป้าหมายในการให้บริการประสบความสำเร็จด้วยการกำหนดขอบเขตของกิจกรรม และ ช่วยในการปฏิบัติและการตัดสินใจในอนาคต ช่วยรวบวางแผน ควบคุมการปฏิบัติงานและเพิ่ม ความคงที่ของการปฏิบัติ ซึ่งหมายความว่าแม่ผู้บริหารต่างกันเผชิญเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันก็ สามารถตัดสินใจได้ไม่ต่างกัน นโยบายที่เขียนขึ้นอย่างชัดเจนจะชี้ให้เห็นถึงความตั้งใจของ องค์การและความเชื่อมั่นในการบริหาร โอกาสที่จะแปลความหมายผิดกันน้อย แต่ก็ต้องทบทวนให้ ทันสมัยอยู่เสมอ นโยบายที่ควรกำหนดในการพยาบาลที่จะลดความเสี่ยงคือการมอบหมายงานด้าน การดูแล การบันทึกคำสั่งทางการแพทย์ การให้ยา ความปลอดภัยของผู้ป่วย การบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลและการควบคุมการติดเชื้อ (Donovan 1975: 133) นโยบายจะต้องใช้ป้องกันหรือ แก้ไขความเสี่ยงในการปฏิบัติ ต้องเขียนอย่างชัดเจน รัดกุม กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และปรัชญาของหน่วยงานเป็นแนว บังชี้ถึงอำนาจของบุคคลต่าง ๆ และควรจัดไว้ให้หยิบอ่านใน หน่วยงานอย่างสะดวก เพราะถ้าเจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่ามีนโยบายอยู่ก็จะไม่นำมาใช้ (Marriner 1984: 26-28) และกลุ่มผู้บริหารก็ต้องไม่เพียงแต่กำหนดนโยบายเท่านั้น แต่ยังคงทบทวนและ ปรับปรุงให้ทันต่อปัญหาด้วย (Nardecchia and Myers 1980: 59)

ส่วนกระบวนการปฏิบัติเป็นผลจากการตัดสินใจทางการบริหาร โดยกล่าวถึง มาตรฐานเทคนิคต่างๆ และวิธีการปฏิบัติตามที่การพยาบาลอย่างกว้างๆ (Barabas 1962: 121-122) ซึ่งต้องรวมความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ความสุขสบายของผู้ป่วย ความ ประหยัด ไข้ฝีมือในการทำ เกิดประสิทธิผลในการรักษา ง่ายและดัดแปลงได้ และการกำหนด กฎก็เป็นประเด็นต่างๆ ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บริหาร โดยกล่าวถึงสิ่งที่ต้องทำและห้ามทำ โดยกฎจะไม่ อนุญาตให้เบี่ยงเบนออกจากการกระทำที่ต้องการให้เป็น (Alexander 1972: 146)

2. สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล : ความรับผิดชอบของพยาบาล

การติดต่อสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างแพทย์และพยาบาลอาจ เป็นสาเหตุของความ เสี่ยงในการปฏิบัติพยาบาล ควรกำหนดคำแนะนำสำหรับบุคลากรพยาบาลในการติดต่อสื่อสารกับ

แพทย์ และกำหนดให้แก่แพทย์ด้วยกัน บางครั้งพยาบาลต้องตั้งคำถามที่ท้าทายคำสั่งของแพทย์ ถ้าคำถามทำให้เกิดความขัดแย้งกัน พยาบาลก็ควรหาวิธีที่ปฏิบัติแล้วเกิดผลดี ดีกว่าเป็นผู้ร่วมงานที่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นต่อการรักษาผู้ป่วยที่ขาดเหตุผลหรือคุณภาพ (Northrop 1986: 35) โดยทั่วไปแล้วพยาบาลยอมรับสัมพันธ์ภาพในลักษณะการแสดงอำนาจเหนือกว่าของแพทย์จึงอยู่ภายใต้ข้อจำกัดทางปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ (Alexander 1972: 131 - 132) ปัจจุบันพยาบาลให้ความสนใจกับปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมในข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานอื่นกับแพทย์มากขึ้น ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้สัมพันธ์ภาพแบบตัวต่อตัว ถ้าพยาบาลสร้างความเชื่อถือในการปฏิบัติงานพยาบาลก็สามารถถามเหตุผลเกี่ยวกับการรักษาได้ (Epstein 1974: 143 - 144) คำสั่งแพทย์ปากเปล่าเป็นสาเหตุให้เกิดความเข้าใจผิดและแปลความไม่ถูกต้องได้มากที่สุด และควรนำมาใช้ให้น้อยที่สุดด้วย การเขียนนโยบายการออกคำสั่งด้วยปากเปล่านั้นควรมีความชัดเจนและควรปฏิบัติโดยเคร่งครัด เช่นจะใช้วิธีนี้ในโอกาสใดหรือจะต้องให้บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อไร เป็นต้น (Perry 1978: 45) การสื่อสารมีความสำคัญต่อการจัดการทุกระดับและมีประโยชน์ที่จะให้บุคลากรยอมรับนโยบาย ช่วยเหลือให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ พัฒนาการทำงานของบุคลากร และอำนวยความสะดวกในการบริหาร แต่ประโยชน์ที่กล่าวข้างต้นอาจจะล้มเหลวได้ถ้าการสื่อสารขาดความชัดเจน ผู้รับแปลความหมายผิด หรือมีแนวโน้มที่จะไต่ถามในสิ่งที่คิดเอาไว้วงหน้า (Greene and Serbein 1983: 15) วิธีการที่ดีที่สุดก็คือการติดต่อสื่อสารโดยลายลักษณ์อักษร การปฏิบัติงานในสถานการณืรับควม อาจมีความจำเป็นที่จะต้องรับคำสั่งทางโทรศัพท์ เพื่อป้องกันความผิดพลาด สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติคือต้องมั่นใจว่าความเข้าใจระหว่างแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยตรงกัน ต้องมั่นใจว่าเข้าใจคำสั่งของแพทย์ถูกต้อง เช่นการถามซ้ำหรือให้แพทย์ทวนคำสั่งและต้องจดบันทึกคำสั่งของแพทย์ ชื่อแพทย์ที่สั่ง เวลาและวันที่สั่ง และบุคคลที่เป็นพยานขณะรับคำสั่งด้วยทันทีทุกครั้ง พร้อมกันนี้ต้องให้แพทย์เขียนคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 24 ชั่วโมงด้วย (Brooke 1988: 63)

3. นโยบายบุคลากร (Personnel Policy)

นโยบายบุคลากรต้องแจ่มแจ้งตามตำแหน่งของพยาบาลและขึ้นกับขนาดขององค์กร (Swansburg 1976: 298) ซึ่งจะต้องมีบันทึกและรายงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เช่นการขาดงาน ตลอดจนข้อผิดพลาดในการให้การพยาบาล (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ป.: 10) นอกจากนี้ต้องกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบตามตำแหน่งให้ชัดเจน โดยกำหนดการศึกษาและประสบการณ์ขั้นต่ำสุดที่ต้องการตามตำแหน่งนั้น การกำหนดคหพรณณา

งาน นโยบายค่านุเคราะห์ และบันทึกต่าง ๆ ของบุคลากรมีความสำคัญต่อผู้บริหารการพยาบาล ในการเผ่าระวังการทำงานอย่างสมเหตุสมผลเพื่อให้ได้บุคลากรที่มีความสามารถ การควบคุม ค่านุเคราะห์ต้องคำนึง 2 ด้านคือด้านการปฏิบัติงาน (work performance) และการขาดงาน (absenteeism) (Kirk 1981: 21) นอกจากความรู้ความสามารถแล้ว อารมณ์และความ พึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานก็มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการทำงาน (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ 2530: 256 - 257) ซึ่งผลการปฏิบัติย่อมกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย และจากการวิจัยของจินตนา ญาติบรรทุง (2528: บทคัดย่อ) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระดับความ เหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ต่อระบบ บริหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สุขภาพและตารางการทำงานของบุคลากรก็มีความสำคัญ การผลิตเปลี่ยนเวรเป็นการทำงานที่ ผิดธรรมชาติ ดังนั้นการจัดเวรค่านึงถึงชั่วโมงการทำงานได้สูงสุดและต่ำสุดเป็นอันดับแรก ต่อ มาจึงค่านึงถึงจำนวนบุคลากร ตำแหน่ง ค่าใช้จ่าย วันหยุด จากนั้นจึงค่อยตรวจสอบข้อผิดพลาดที่ อาจเกิดขึ้นขณะจัดเวรและประกาศใ้บุคลากรทราบล่วงหน้า (Gillies 1982: 212) การจัด การเกี่ยวกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการต่อความเสี่ยงจะพิจารณา 3 หัวข้อใหญ่ ๆ ได้แก่ การกำหนดบทบรรณางาน อันประกอบด้วยกำหนดขอบเขตหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ ความรับผิดชอบ เหมาะสมตามตำแหน่ง และลักษณะงานทั่วไป ขั้นตอนมาคือการกำหนดรายละเอียดหรือลักษณะ ของการจัดการ และคัดเลือกผู้ที่จะดำรงตำแหน่งต่าง ๆ (Greene and Serbein 1983: 14) นอกจากนี้ต้องทำให้บุคลากรรู้สึกปลอดภัยและปกป้องบุคลากรจากแรงกดดันต่าง ๆ ให้ความ กระจ่างเกี่ยวกับนโยบาย ซึ่งความไม่ชัดเจนของนโยบายเป็นสาเหตุของความไม่พึงพอใจและ การเปลี่ยนอาชีพสูงในการทำงานของพยาบาล (Wolf 1981: 233 - 236) ให้ความกระจ่าง ด้าน วัตถุประสงค์ บทบรรณางาน จดอบรมขณะปฏิบัติงาน และมีความมั่นคงทั้งด้านการเงิน สุขภาพ สวัสดิการ และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Arndt and Huckabay 1980: 61 - 62) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคู่ประกอบต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลใน ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐทั้งในกรุงเทพ- มหานครและในส่วนภูมิภาค ผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบเกี่ยวกับชีวประวัติ ทักษะ และคะแนน จากผลการทดสอบความรู้ ไม่มีอิทธิพลใด ๆ ต่อผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน ยกเว้นสภาพการ ปฏิบัติงานที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานในระดับสูงมาก โดยผู้ที่ไม่พอใจในสภาพการ ปฏิบัติงานจะมีผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานต่ำ สำหรับผู้ที่พอใจในสภาพการปฏิบัติงานจะมีผลสัมฤทธิ์

ในการปฏิบัติงานจะมีผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานสูง (วรรณวิไล จันทราภา และคณะ 2532 : 17) จากการวิจัยผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้ปรับปรุงระบบและตลอดจนการบริหารงานของพยาบาล ซึ่งรวมทั้งการบริหารงานบุคคลนั่นเอง

4. นโยบายด้านความปลอดภัย

ผู้บริหารการพยาบาลมีส่วนในการสร้างความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดยการจัดเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมและเพียงพอต่อการทำงาน พยาบาลมีหน้าที่ที่จะต้องตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้และรถฉุกเฉินให้อยู่ในสภาพที่ดี และมีความรู้ในการใช้ด้วย (Perry 1978: 45) ด้านความปลอดภัยจากการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาล ฮิลเลียด (Hilliard 1974: 22 - 24) ได้กำหนดข้อปฏิบัติทางวิชาชีพพยาบาลที่จะสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยอย่างกว้าง ๆ ดังนี้ คือ

4.1 ความปลอดภัยขณะลุกออกจากเตียง บุคลากรควรไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยทุกคน ที่เพิ่งจะลุกออกจากเตียง เป็นครั้งแรกหลังได้รับการผ่าตัด หรือนอนพักบนเตียง เป็นเวลานาน และควรไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยในเวลาอื่น ๆ ที่จำเป็น

4.2 ขณะขนส่งผู้ป่วยจะเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยถ้าล้อคล้อรถทุกชนิดที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอน เมื่อผู้ป่วยลุกออกหรือช่วยผู้ป่วยลุกออกจากเตียง ใช้เข็มขัดนิรภัยเมื่อผู้ป่วยอยู่บนรถเข็นนอน ควรดึงและไม่ควรผลักรถเข็นนั่งขณะขึ้น-ลงลิฟท์ และควรรวมไปกับผู้ป่วยบางรายเมื่อผู้ป่วยถูกส่งไปแผนกอื่นของโรงพยาบาล

4.3 ควรระวังด้านความปลอดภัยขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียงนอนหรือควรให้ความสูงของเตียงอยู่ในระดับต่ำ เมื่อทราบว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อการตกเตียง ควรยกไม้กันเตียงสูงในผู้ป่วยไม่รู้สีก้าว สับสนมีนเมา มีประวัติชักหรือกำลังชัก ตาบอดทั้งสองข้าง กำลังฟื้นจากยาสลบ ได้รับยาาระงับความกระวนกระวายหรือสารเสพติด และอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป และควรวางของใช้ที่จำเป็นใกล้มือผู้ป่วยรวมทั้งสวิทช์ขอความช่วยเหลือด้วย

4.4 อาจจะต้องผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่นหรืออำนวยความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล ทั้งนี้จะใช้ได้ในกรณีที่เป็นคำสั่งของแพทย์ พยาบาล ต้องใช้ให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับความสบายเท่ากับความปลอดภัย และรักษาสมดุลของรูปทรงอย่างเหมาะสม

4.5 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัย

4.6 ใช้เทคนิคการแยกผู้ป่วยตามนโยบายของโรงพยาบาล



4.7 การกำจัดสิ่งปฏิกูลควรทิ้งในถังรองรับที่เหมาะสมยกเว้นเมื่อส่งตรวจ

4.8 การรักษาความปลอดภัยเฉพาะด้านควรอยู่ในแผนการรักษาเช่นผู้ป่วยตา

บอด หูหนวก

4.9 เครื่องหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยที่จะต้องประกาศไว้ที่ประตูหรือเตียง
ใต้แก๊ การห้ามสูบบุหรี่ขณะผู้ป่วยได้รับออกซิเจน การระวังอันตรายจากรังสีขณะเยี่ยมผู้ป่วยที่
ฝังแร่ ใช้เทคนิคการแยกผู้ป่วยขณะญาติเข้าเยี่ยม เป็นต้น

4.10 ควรระบุห้อง เบอร์เตียง และแถบชื่อที่ข้อมือของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

4.11 สักรวจความสามารถของเครื่องมือในการใช้งานทุกวัน วันละครั้งเป็น
อย่างน้อย ของใช้ควรเพียงพอและพร้อมในการหยิบใช้ และควรวางให้ถูกที่ไม่เกะกะทางเดิน

4.12 เพื่อความปลอดภัยจากอันตรายของเครื่องใช้ไฟฟ้า พยาบาลควรจะใช้
เครื่องมือที่มีปลั๊กสามตา ควรเป็นเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ใช้พลังงานจากแบตเตอรี่ หลีกเลี่ยงการวาง
ขวดของเหลวไวบนเครื่องมือเครื่องใช้ไฟฟ้า ไม่ควรเชื่อมสายต่าง ๆ จากส่วนที่มีกระแสไฟฟ้า
ออก หลีกเลี่ยงการใช้ไฟเกินขนาด และไม่ควรจับพื้นดินขณะที่อีกมือหนึ่งจับเครื่องใช้ไฟฟ้า

4.13 ควรมีป้ายปิดไว้ชัดเจนในสิ่งต่อไปนี้คือยาข้างเตียงผู้ป่วย ขวดรองรับของ
เสียออกจากผู้ป่วย สายรองรับสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากผู้ป่วย ขวดให้สารน้ำทางเส้นเลือดควรมีวันที่ที่
ให้อัตราให้ ยาที่ผสม ลายเซ็นศัลพยาบาลที่เตรียม สายต่าง ๆ ที่ใส่เข้าทางหลอดเลือดดำควร
ระบุชนิด ความยาว ขนาด และวันที่ใส่ด้วย

5. การนำนโยบายมาปฏิบัติ

การสนับสนุนนโยบายค่านุเคราะห์และความปลอดภัย ผู้บริหารการพยาบาลควร
ให้เวลากับหอผู้ป่วยต่างๆ และหน่วยงานย่อยในโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าการเยี่ยมตรวจ (Rounds)
เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผลในการบริหารการพยาบาล เพราะผู้บริหารจะมีโอกาสติดต่อสื่อสาร
กับบุคลากรเกี่ยวกับนโยบาย ตอบคำถามที่เป็นปัญหาของบุคลากร และเน้นความต้องการของ
หน่วยงาน (Nardecchia and Myers 1980: 60) เนื่องจากการเยี่ยมตรวจก็คือการสำรวจ
ตรวจสอบ ติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ประสานงานกับแผนก
ต่าง ๆ (กองการพยาบาล ม.ป.ป.: 82) ซึ่งการเยี่ยมตรวจถือเป็นกลวิธีที่เก่าแก่ที่สุดในการ
ควบคุมงาน สามารถใช้เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล จัดสรรเครื่องมือเครื่องใช้อย่างเพียงพอ
และมีความเหมาะสมกับผู้บริหารองค์กรสุขภาพที่ต้องรับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง และยังทำ
ให้มีโอกาสแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย (Donovan 1975: 162)

การเยี่ยมชมตรวจสอบพัฒนาบุคลากรและประสิทธิภาพของงานในขณะเดียวกันซึ่งมีหลายประเภท เช่น การเยี่ยมชมทางการแพทย์โดยเน้นการดูแลผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และญาติ บางครั้งอาจทำร่วมกับแพทย์ ทำให้เกิดสัมพันธภาพทางวิชาชีพและทราบแผนการรักษาและพยาบาลที่แต่ละอาชีพไม่สามารถก้าวข้ามกัน (Sheps and Bachars 1964: 108) คริสต์แมน (Christman 1965: 151 - 156) ยังกล่าวว่าถ้ามีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกิดขึ้นในด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล จะทำให้สูญเสียโอกาสที่จะขจัดความเสี่ยงที่เกิดต่อผู้ป่วยและยังสูญเสียการให้การดูแลที่ดี ส่วนการเยี่ยมชมเจ้าหน้าที่จะสามารถให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานได้ การเยี่ยมชมโรงพยาบาลจะลดอันตรายจากสิ่งแวดล้อม เช่น การแพร่กระจายเชื้อ ความพร้อมของอุปกรณ์ เป็นต้น ความรู้ ความพยายามของบุคลากรต่อการสร้างสัมพันธภาพ การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ความระลึกรถึงความปลอดภัย จะกระตุ้นให้บุคลากรอื่นสำนึกและพยายามป้องกันปัญหาที่จะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและการให้รางวัลแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานดีจะสนับสนุนวัตถุประสงค์ประสงฆ์ (Perry 1978: 46)

6. การปฏิบัติการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลที่กำหนดให้พยาบาลแต่ละระดับทำงานในขอบเขตความรู้ ความสามารถ เพื่อจะได้มอบหมายงานได้ตรง ซึ่งจะเป็นการป้องกันและลดความเสี่ยงอันจะเกิดแก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลและผู้บริหารเอง (Creighton 1975: 79) การกำหนดพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลก็เพื่อแบ่งหน้าที่การทำงานในขอบเขตของกฎหมายและความสามารถของเจ้าหน้าที่ ครีจตัน (Creighton 1975: 231) นิยามการพยาบาลว่าเป็นการนิเทศแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย สังเกต แปลความและประเมินอาการแสดงและความต้องการของผู้ป่วยทั้งกายและใจ รับผิดชอบคำสั่งทางกฎหมายของแพทย์ต่อการให้ยาและการรักษา นิเทศผู้ที่ช่วยเหลืองานพยาบาล รับผิดชอบกระบวนการและเทคนิคการพยาบาล ให้คำแนะนำสุขภาพ และบันทึกและรายงานอย่างถูกต้อง

ในส่วนของนักศึกษาสิ่งที่เป็นปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยของนักศึกษา เป็นหน้าที่ที่ผู้สอนจะต้องตระหนักและกระทำเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยง ถ้าโรงพยาบาลไม่มีนโยบายด้านนี้ ครูคลินิคต้องพยายามค้นหาข้อตกลงเชิงวิชาชีพที่อยู่ระหว่างความปลอดภัยของผู้ป่วยและการป้องกันสิทธิของนักศึกษา (Darragh and et al. 1986: 176) โดยทั่วไป ถ้านักศึกษาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จะมีสัญญาที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรกับโรงเรียน โดยกำหนดความรับผิดชอบของครูผู้สอนอย่างชัดเจนในเรื่องการนิเทศ จำนวนนักศึกษา และกำหนดขอบเขตของ

อำนาจระหว่างนักศึกษา เจ้าหน้าที่ และครู เจ้าหน้าที่ควรมีความเข้าใจวัตถุประสงค์การฝึกประสบการณ์ นักศึกษาควรได้รับการนิเทศที่ดีและปฏิบัติในสิ่งที่ได้รับการเตรียมมาอย่างดี เนื่องจากผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อคุณภาพการพยาบาล นักศึกษาควรมีความรับผิดชอบต่อตนเองร่วมกับผู้นิเทศด้วย (Perry 1978: 46)

นอกจากนี้ถ้าไม่มีการกำหนดอำนาจที่ได้จากการมอบหมายอย่างชัดเจนสำหรับพยาบาล พยาบาลไม่ควรจะ 1) เขียนคำสั่งใด ๆ ก่อนแพทย์จะลงชื่อ 2) สั่งคำสั่งทางโทรศัพท์ไปที่ห้องยา 3) สั่งยา หรือ 4) จ่ายยาจากยาตัวอย่างหรือสต็อก แต่พยาบาลอาจให้คำแนะนำที่ไม่ได้สั่งได้เพราะประชาชนมีสิทธิในการใช้ยาและมีอิสระในการตัดสินใจ (Trandel - Korenchuk and Trandel - Korenchuk 1980: 39) และอาจสรุปหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยขององค์การสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย ที่ได้จากกรณีตัวอย่างที่สำคัญจากการฟ้องร้อง (Campazzi 1980: 9 - 10) นั่นคือโรงพยาบาลมีหน้าที่ที่จะต้องดูแลผู้ป่วยที่พยากรณ์ว่าจะเกิดอันตรายได้อย่างใกล้ชิด ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยจากอันตราย อันเนื่องจากการไร้ความสามารถทั้งกายและจิต ต้องดูแลผู้ป่วยตามอาการที่ทราบผ่านผู้ป่วยและญาติ สำหรับบทบาทของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งมีได้ปฏิบัติเองแต่จะเป็นผู้ตรวจสอบ นิเทศ ให้คำปรึกษา และดูแลด้านจิตใจของบุคลากร ในด้านการป้องกันในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่จะลดความเสี่ยงของผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ ลดการแพร่เชื้อโรคและการทำลายเชื้อ ป้องกันอุบัติเหตุและสอนเกี่ยวกับการป้องกันโรคในหอผู้ป่วย และป้องกันการผิดพลาดทางการรักษา (กุลยา ตันติผลาชีวะ 2525: 146 - 147)

7. การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลต้องสนับสนุนและเปิดโอกาส ตลอดจนอำนวยความสะดวกให้พยาบาลได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพ ความรู้ ความสามารถเพื่อการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย (Creighton 1975: 268) จากการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรพยาบาลของสภาวิชาชีพ พ.ศ. 2528 (กนิษฐา ธนสารศิลป์ 2528: บทคัดย่อ) พบว่าผู้บริหารการพยาบาลมีระดับการรับรู้ปัญหาการพัฒนาบุคลากรพยาบาลแตกต่างจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ขณะนี้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในสิทธิที่ควรได้รับขณะเจ็บป่วยมากขึ้น การฟ้องร้องมีแนวโน้มสูงขึ้น การที่พยาบาลให้ความสนใจต่อความก้าวหน้าทางวิชาการเป็นสิ่งสนับสนุนว่าพยาบาลมีความพยายามที่จะดูแลตามเหตุผลและความเหมาะสม พยาบาลควรแสดงได้ว่าพยาบาล

โดยใช้ความรู้ที่รับมาในการปฏิบัติพยาบาล (Perry 1978: 46) ผู้บริหารต้องจัดวางแผนในการให้ความรู้ด้วยความรอบคอบตรงตามความต้องการของบุคลากร และต้องกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะเรียนรู้ ควรจัดห้องสมุดที่ประกอบด้วยหนังสือและวารสารทางการพยาบาล โดยเฉพาะความรู้ด้านเทคนิคการพยาบาลและโรคใหม่ ๆ ส่วนพยาบาลก็ต้องรับผิดชอบตัวเองเกี่ยวกับความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมา ตามกฎหมายถ้าพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ด้วยความไม่รู้หรือลองผิดลองถูกก็ถือเป็นความละเลยต่อหน้าที่ และผู้มอบหมายงานให้พยาบาลผู้นั้นซึ่งอาจจะ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลนิเทศก็เป็นผู้ละเลยด้วยเช่นกัน (Creighton 1975: 63)

นอกจากนี้การจัดบุคลากรก็มีความสำคัญด้วยเช่นกัน โดยพิจารณาจาก ความชำนาญและระดับความสามารถ ซึ่งมีสูตรคำนวณจำนวนบุคลากรพยาบาลที่มุ่งให้ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย สิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงก็คือผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลืองานพยาบาล ไม่ควรจัดให้ทำหน้าที่ทุกอย่างแทนพยาบาล ถ้าพิจารณาชั่วโมงแห่งผลผลิต (production hour) การใช้ผู้ช่วยงานพยาบาลอาจทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงกว่า (Clark 1977: 22 - 27) ดังนั้นผู้บริหารควรคำนึงถึงการจัดบุคลากรในด้านผลได้ ผลเสีย และมอบหมายให้พยาบาลทำงานตามความสามารถ โดยมีบุคลากรอย่างเพียงพอ (Creighton 1974: 428)

8. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานการพยาบาลอาจหมายถึงรูปแบบหรือตัวอย่างที่กำหนดขึ้นโดยผู้ที่มีอำนาจในการกระทำ หรืออาจกำหนดขึ้นจากประเพณี วัฒนธรรม หรือการยินยอมจากคนทั่วไป เช่นการพิจารณาเกณฑ์หรือระดับของคุณภาพในรูปของความเหมาะสมหรือความเพียงพอสำหรับจุดประสงค์หนึ่ง ๆ ในการพยาบาลเมื่อกล่าวถึงมาตรฐานเราจะพิจารณาทั้งสองอย่างควบคู่กันไป (Ramey 1980: 54) มาตรฐานการพยาบาลจะเป็นพื้นฐานสำหรับการแนะนำหรือการควบคุมทางการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ปรับปรุงการพยาบาล ถ้ามาตรฐานมีความชัดเจน วัดได้และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Donovan 1975: 131) สิ่งสำคัญที่สุดมาตรฐานการพยาบาลจะช่วยประกันคุณภาพแก่ผู้รับบริการว่าพยาบาลตั้งใจให้บริการที่ดีที่สุดและยอมรับในสิทธิของผู้ป่วย (ชูลีพร เซวาน์เมธากิจ 2525: 29) เพราะมาตรฐานจะช่วยเน้นเป้าหมายในการปฏิบัติงาน และเป็นเครื่องมือประเมินผลการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม 2525: 253)

ในทางกฎหมายมาตรฐานจะเป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนที่พร้อมด้วยคุณวุฒิ ทักษะและเหตุผลจะต้องคำนึงถึงเสมอ เพราะถ้าการปฏิบัติไม่ถึงระดับมาตรฐาน พยาบาลจะได้ชื่อว่าไม่เอาใจใส่ต่อผู้ป่วย (Armstrong 1981: 94 ; Bille 1980: 75) ซึ่งสิ่งนี้ถือเป็นความ

รับผิดชอบโดยตรงของพยาบาล โดยการกำหนดมาตรฐานอาจเกิดจากความผูกพัน (commitment) ของพยาบาลที่จะรักษาคุณภาพการพยาบาล หรือจากแหล่งภายนอกอื่น ๆ เช่นกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง (malpractice law) ที่ระบุว่า "ควรทำ" หรือ "ไม่ควรทำ" ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว (จินตนา ยูนิพันธ์ 2529: 27 - 28) การกำหนดมาตรฐานต้องมีความสมเหตุสมผลที่พยาบาลจะปฏิบัติภายใต้สถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากการพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ จึงมีความจำเป็นที่จะพิจารณามาตรฐานจากการประยุกต์ใช้และขอบเขต การวางมาตรฐานการพยาบาลเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ โดยต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการนำไปใช้ ผู้บริหารควรจัดพิมพ์มาตรฐานการพยาบาลไว้ในที่ที่คนทาง่าย (Perry 1978: 17)

เนื่องจากได้มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีการตรวจสอบทางการพยาบาล (nursing audit) โดยกำหนดให้ผู้ตรวจสอบมาจากตัวแทนฝ่ายพยาบาล การตรวจสอบทำให้ทราบว่าพยาบาลนั้นมีมาตรฐานหรือคุณภาพหรือไม่ กระบวนการในการตรวจสอบตามขั้นตอนมีดังนี้คือ เลือกสิ่งที่จะตรวจสอบ สร้างเกณฑ์ แยกแยะระดับของการปฏิบัติ ทำการตกลงกันในเกณฑ์ทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์ วิเคราะห์ปัญหา หาวิธีการ ประเมินผล และทำการตรวจสอบใหม่อีกครั้ง (Hanna 1976: 33-37) สำหรับเกณฑ์ที่สร้างก็พิจารณาทั้งกระบวนการปฏิบัติและผลที่ได้รับ ถ้าผู้บริหารได้มีการวิเคราะห์และทบทวนมาตรฐานการพยาบาล โดยการตรวจสอบก็จะทำให้มั่นใจว่าให้การพยาบาลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง

9. การจัดการ เกี่ยวกับการบันทึกต่าง ๆ

การบันทึกหมายถึงข้อมูลทั้งหมดในการจัดการพยาบาลที่ได้กระทำ ตลอดจนถึงตอบโต้จากผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องปฏิบัติต่อเนื่องทุกเวรและทุกวัน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2522: 102) ประโยชน์ของบันทึกทางการพยาบาลจะช่วยให้การวางแผนให้การพยาบาลมีความสมบูรณ์ เป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ใช้ประกอบในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย และประเมินคุณภาพการพยาบาล และเป็นประโยชน์ด้านกฎหมาย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา คันติผลาชีวะ 2524: 178) บันทึกทางการพยาบาลจะช่วยลดโอกาสของความผิดพลาดและยังระบุมาตรการในการป้องกันอันตรายที่เกิดแก่ผู้ป่วย ดังนั้นการรักษาบางประการที่พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามจึงควรได้รายงานต่อแพทย์ บันทึกและระบุเหตุผลและเวลาด้วย (Cazales 1971: 86) บันทึกต่าง ๆ มีความสำคัญทางกฎหมายเนื่องจากใช้ข้อมูลมาพิจารณาความรอบคอบในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย พิจารณาความละเอียดของการบันทึกหรือการถูก

ทำลาย และความล้มเหลวในการบันทึกทั้งที่มีการปฏิบัติจริง (Hershey and Lawrence 1976: 35 - 37) การบันทึกจึงต้องเขียนด้วยความซื่อสัตย์และชัดเจน เหมาะสมกับสถานการณ์ และไม่นำความคิดของผู้บันทึกมาปะปน พิสูจน์ได้ ประหยัดด้วยคำแต่ได้ใจความ (Keane 1981: 189) การบันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญเพราะเป็นบันทึกเพียงอย่างเดียวที่บอกว่าการสั่งของแพทย์ได้รับการปฏิบัติและแจ้งผลการปฏิบัติ ระบุวัน เวลา และลำดับขั้นการปฏิบัติ มีข้อมูลที่ละเอียดที่สุดเกี่ยวกับผู้ป่วยและอาการ (Perry 1978: 17) พาริดา อิบราฮิม (2525: 200) ได้แสดงทรรศนะว่าพยาบาลยังเขียนบันทึกอย่างไม่เป็นพิธีการ ขี้ขาก มุ่งการรายงานวิธีปฏิบัติมากกว่าการสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองและไม่สามารถนำการบันทึกมาใช้ในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การบันทึกที่ดีควรประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับผู้ป่วยรับใหม่ ต้องมีอาการ อาการแสดง ความผิดปกติด้านร่างกาย บันทึกกิจกรรมด้านร่างกายและพฤติกรรมอาการในโรคบางอย่างว่ามีหรือไม่มีทุกวันและทุกเวร บันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา บันทึกผลของยาบางอย่างที่ให้ไป และบันทึกคำพูดของผู้ป่วยเพื่อความเข้าใจในอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษการวิเคราะห์บันทึกการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 (สุชาดา รชชกุล 2528: บทคัดย่อ) พบว่าเนื้อหาของบันทึกการพยาบาลที่พบมาก 3 ลำดับแรกคือ ความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้บริหารทางการแพทย์จึงควรกระตุ้นให้พยาบาลได้บันทึกในด้านอื่น ๆ ให้มากขึ้นด้วยเช่นกันเพื่อผลแห่งคุณภาพการพยาบาล

10. การบันทึกทางการแพทย์

บันทึกทางการแพทย์ หมายถึงบันทึกที่แสดงในรายงานต่าง ๆ ตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา และตลอดถึงการพยาบาลที่พิจารณาให้แก่ผู้ป่วย แม้มีจุดประสงค์ในการบันทึกมาก แต่ก็มิได้สร้างเป็นบันทึกทางกฎหมายอันดับแรก แม้ความจริงจะเป็นเครื่องมือทางกฎหมาย จึงควรแน่นอน ชัดเจน และเขียนด้วยหมึก ลงชื่อผู้เขียนชัดเจน เมื่อเขียนผิดควรฆ่าทิ้ง ไม่ควรลบ และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ (Creighton 1975: 104) พยาบาลไม่ควรบันทึกสิ่งที่เป็นการบอกเล่าและข้อมูลที่ยังไม่เกิดขึ้น เช่นการลงชื่อในบันทึกการให้ยาที่ยังไม่ได้ให้ เพราะจะทำให้ขาดความน่าเชื่อถือได้ ถ้าพบว่าข้อมูลบางอย่างเป็นข้อมูลเท็จ (Bille 1980: 79)

ปัญหาข้อหนึ่งที่มักเกิดขึ้นเสมอคือ การอนุญาตให้ผู้ป่วยหรือญาติอ่านบันทึกทางการแพทย์ได้หรือไม่เมื่อมีผู้ขอ โดยความเป็นจริงบันทึกทางการแพทย์เป็นสมบัติของโรงพยาบาล และขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลข้อมูลเหล่านี้ไม่ควรถูกเปิดเผย เมื่อผู้ป่วยออกไปแล้ว อาจจะถูกคัดลอก

ออกไปได้บางส่วน แต่ควรได้รับอนุญาตจากผู้บริหารของโรงพยาบาลก่อน ซึ่งควรมีนโยบายที่ชัดเจนไว้ด้วยว่าใครบ้างที่สามารถดูบันทึกผู้ป่วยและในสถานการณ์ใด และพยาบาลควรทราบเรื่องเหล่านี้ เพราะอาจเกิดผลเสียในด้านการลวงล้าความลับของผู้ป่วย (confidentiality) ซึ่งไม่ควรให้ผู้ใดทราบนอกจากผู้เกี่ยวข้อง (Bille 1980: 79)

11. การป้องกันสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย (Right to Privacy)

การเคารพ สนับสนุน คุ้มครอง และเอื้ออนุเคราะห์ในสิทธิของผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งคุณภาพจะสูงเพียงไรย่อมขึ้นอยู่กับนิทาน ความเพียร และการยึดมั่นในจรรยาพยาบาล จริยธรรมแห่งวิชาชีพในข้อบังคับสภาการพยาบาลข้อที่ 12 กล่าวว่า "ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการซึ่งตนทราบว่าเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่" (สารสภาการพยาบาล 2530: 8) จริยธรรมข้อนี้เกิดขึ้นจากการเคารพสิทธิในเกียรติศักดิ์ของมนุษย์ อันกล่าววว่าพยาบาลจะเก็บรักษาเรื่องราวส่วนตัวของผู้ป่วยไว้เป็นความลับและให้เกียรติแก่สิทธิส่วนตัว แม้ในบางกรณีที่จะนำประวัติความเจ็บป่วยไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาหรือปรับปรุงการพยาบาล (ละออ หุตางกูร 2530: 66 - 67) เพราะเมื่อถูกเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัว ผู้ป่วยอาจเกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล หนักใจอยู่ที่พยาบาลสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ใดได้บ้างและละเอียดเพียงไร ผู้บริหารควรกำหนดให้ชัดเจนว่าผู้ใดมีอำนาจในการพูดหรือให้ข้อมูลแก่ผู้อื่นและใครมีอำนาจอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูล พยาบาลควรทราบว่า จะปรึกษาใครเมื่อมีปัญหาเหล่านี้ นโยบายต่าง ๆ ก็จะต้องมีไว้เพื่อป้องกันสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย และเพื่อให้คำแนะนำแก่บุคลากร (Perry 1978: 18)

12. การควบคุมงานวิจัยทางการแพทย์

ควรมีจริยธรรมอย่างมากในการทำวิจัยทางการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อรักษาความปลอดภัยในสิทธิของผู้ป่วย การอนุญาตและการให้หยุดวิจัยถ้ามีผลกระทบต่อการรักษา และการปกป้องผู้ที่ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ (Donovan 1975: 237) งานวิจัยมีความจำเป็นต่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพ เพื่อป้องกันสิ่งที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นในบางกรณี จึงมีความเสี่ยงเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยในการวิจัยหลายอย่าง การทดลองอาจไม่เป็นไปตามผลที่คาดคะเน แม้ว่าผู้ปฏิบัติวิชาชีพจะมีสิทธิและความรับผิดชอบต่อการทำวิจัย แต่ก็ควรทำภายในขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรม (ANA 1968: 104) ควรกำหนดคำแนะนำต่อพยาบาลในการทำวิจัย ไม่ว่าจะ

เป็นการร่วมทำวิจัยหรือการทำวิจัยด้วยตนเอง หรือบทบาทผู้ให้การดูแลที่แม่ไม่เกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจแต่ก็ต้องทราบข้อมูลเพื่อการช่วยเหลือ ผู้ที่เป็นตัวอย่างก็ต้องทราบวัตถุประสงค์ กระบวนการ ผลที่ตามมา และระดับของความเสียหาย และข้อสำคัญต้องเซ็นใบอนุญาตการทำ วิจัยด้วยความสมัครใจ (ANA 1968: 105 - 106) ละออ หุตากร (2530: 65) กล่าวว่า จรรยาพยาบาลในการวิจัยที่อาศัยผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นประชากร พยาบาลต้องให้ข้อมูลอย่าง ละเอียดเพื่อช่วยให้เขาตัดสินใจ โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ล่วงหน้า และเคารพในการตัดสินใจของ เขา ดังนั้นข้อความในใบอนุญาตการวิจัยควรเขียนเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัย และบรรยายกระบวนการและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

ผู้บริหารการพยาบาลควรมั่นใจถึงความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการทำวิจัย โดยกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับการทำวิจัย และข้อสำคัญควรมีคำแนะนำในการป้องกันตัวอย่าง การวิจัยที่เป็นมนุษย์ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และพยาบาลจะต้องตระหนักถึงสิ่งนี้เสมอ

13. การจัดการต่ออุบัติเหตุ (Incidents) ทางการพยาบาล

เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีโอกาสผิดพลาดได้ อุบัติการณ์ต่าง ๆ จึงเกิดขึ้นได้ บางครั้งการรักษายาบาลก็ไม่เป็นไปตามผลที่ต้องการ สิ่งที่เกิดขึ้นอาจไม่สามารถคาดการณ์ได้ ล่วงหน้าหรือหลีกเลี่ยงได้ อุบัติการณ์เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้โดยไม่คาดมาก่อน และอาจเป็น สาเหตุของการเกิดบาดเจ็บต่อผู้ป่วย ความเสียหายต่อทรัพย์สินของผู้ป่วย หรือผู้ที่มาติดต่อ (Perry 1978: 19) บางทีก็กล่าวว่าจะเกิดหรือไม่เกิดบาดเจ็บก็ได้ ในสถานการณ์ที่ เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุและความไม่พอใจของผู้ป่วย เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน การสูญหาย หรือ การได้รับบาดเจ็บ (Poteet 1983: 460) โดยอาจเกิดจากเทคนิคปฏิบัติ การทอดทิ้งผู้ป่วย เครื่องมือเครื่องใช้ที่หมดสภาพ หรือความบกพร่องต่อหน้าที่ ทั้งนี้จะเกี่ยวข้องกับการจัดการต่อ ความเสี่ยง (Hershey and Bowes 1978: 35) โรงพยาบาลต่าง ๆ ควรมีการประกัน อุบัติการณ์และต้องมีบันทึกอุบัติเหตุไว้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ไกรซ์เบค (Gryzbek 1979: 98) ให้เหตุผลว่าโรงพยาบาลจะได้ประโยชน์จากการบันทึกอุบัติเหตุคือ ประการแรก บันทึก อุบัติการณ์จะทำให้เจ้าหน้าที่ต้นตอการลดเหตุการณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ประการที่สอง บันทึกอุบัติเหตุจะทำให้เกิดความชัดเจนในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ประการที่สาม จะทำให้เจ้าหน้าที่ มีสติในการทำงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเกิดเจตคติต่อการควบคุมเหตุการณ์ไม่พึงปรารถนา สุดท้ายคือผู้บริหารสามารถสรุปข้อมูลทั้งหมดในลักษณะที่เข้าใจปัญหาและสาเหตุที่เกิด โดยไม่

เฉพาะที่ตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว และบันทึกเหล่านี้จะเป็นสถิติแก่ผู้บริหารเพื่อพิจารณาเหตุการณ์
เสี่ยงที่พบบ่อยและสาเหตุที่มักเกิดเพื่อหาทางป้องกัน

ไม่ว่าเหตุการณ์จะรุนแรงหรือไม่ก็ควรบันทึก บางเหตุการณ์เป็นเหตุผลที่อยู่
เบื้องหลังกฎเกณฑ์ เช่นล้มเอาไม้กันเตียงขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ แต่บางเหตุการณ์ก็อยู่นอกเหนือการ
คาดเดา เช่นการแพ้ยาสั่งอยู่นอกเหนือการป้องกัน แต่ควรจะมีมาตรการที่เหมาะสม โดยเฉพาะ
ถ้าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ จะต้องเขียนรายงานอุบัติเหตุทันทีที่ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุการณ์จนกระทั่งหลัง
เกิดเหตุ รวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วย (Bille 1980: 79) ควรบอกชนิดของอุบัติเหตุเพื่อ
ประโยชน์ในการศึกษา อากาศเสี่ยงที่นำมาก่อน และความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันด้วย
(Lynn 1980: 1098 - 1101)

ผู้บริหารการพยาบาลควรทบทวนบันทึกอุบัติการณ์เป็นระยะ ๆ เพื่อการแก้ปัญหา
มิใช่เพื่อการลงโทษ (Korsak 1979: 176) ข้อมูลที่ระบุในอุบัติการณ์จะช่วยแนะนำความ
จำเป็นในการให้บริการในหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและกระตุ้นเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติงาน
อย่างดี (Poteet 1983: 461) สิ่งที่ศึกษาเช่นหน่วยงานที่เกิดมากที่สุด ช่วงของเวลาที่เกิด
ลักษณะของผู้ป่วยที่เกิดบ่อย อัตราการเกิดเพื่อดูความรุนแรงของแนวโน้ม จำนวนและความ
รุนแรงของเหตุการณ์ เช่นชนิดของอุบัติการณ์ ชนิดของการบาดเจ็บ ความรุนแรงของการ
บาดเจ็บ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์มากที่สุด และสาเหตุส่งเสริมอื่น ๆ เป็นต้น
(Latessa 1979: 54) เมื่อเกิดอุบัติการณ์ทำให้สูญเสียเวลา เงินทอง อารมณ์และสุขภาพ
ผู้บริหารควรระงับการปฏิบัติกิจกรรมและการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ และอาจสร้างกฎเกณฑ์
เพื่อป้องกันปัญหา แต่ก็ไม่ควรตั้งจนเกิดความไม่พอใจของเจ้าหน้าที่ด้วยเช่นกัน (Perry 1980:
20)

จะเห็นได้ว่าแนวทางการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลมีอยู่มาก
หากผู้บริหารได้ตระหนักรู้และนำมาศึกษาเพื่อแสวงหาแนวทางที่สามารถจัดหรือป้องกันความเสี่ยง
ของการปฏิบัติที่จะส่งผลถึงผู้รับบริการ นั่นคือผู้บริหารการพยาบาลจะต้องแสดงบทบาทในเรื่อง
การจัดการต่อความเสี่ยงให้เด่นชัดนั่นเอง แนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ก็จะมีเกิดขึ้น และความเสี่ยง
ต่าง ๆ ก็จะมีโอกาสลดน้อยลงได้