

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17**The Factors Affecting Risk Management Behaviors of Professional Nurses at General Hospitals, Public Health Inspection Region 17**

นางสุพัตรา ใจโปร่ง* อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (1) อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด**

(2) รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงกันนท์***

Mrs. Supatra Jaiprong; Major Thesis advisor: Dr. Renukar Thongkamrod; Dr. Poonsuk Hingkanont Associate Professor

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ (2) ศึกษาพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ (3) ศึกษาอิทธิพลของเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ ต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ (4) ศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 จำนวน 303 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ และพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96, .95 และ .95 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า (1) เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (2) พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 53.7 ($R^2 = .537$) ส่วนปัจจัยด้านการสื่อสารและเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงร่วมกัน สามารถพยากรณ์พฤติกรรม การบริหารความเสี่ยงได้ร้อยละ 54.6 ($R^2 = .546$)

Abstract

The purposes of this descriptive research were: (1) to examine the attitudes towards risk management and communication of professional nurses; (2) to investigate the risk management behaviors of professional nurses at general hospitals; (3) to explore the effect of attitudes towards risk management and communication of professional nurses to risk management behaviors of professional nurses at general hospitals and (4) to identify predictors of risk management behaviors of professional nurses at general hospitals.

The sample comprised 303 professional nurses at general hospitals Public Health Inspection Region 17. They were selected by the multi – stage sampling technique. The research instruments were questionnaires which consisted of three sections: (1) attitudes towards risk management, (2) communication of professional nurses and (3) risk management behaviors of professional nurses at general hospitals. The questionnaires were tested for validity and reliability. Content validity of the instruments was tested by three experts and the Index of Congruence (IOC). The reliability of first, the second, and the third section were .96, .95, and .95 respectively. Research data were analyzed by mean, standard deviation, Chi-Square test, pearson's product moment correlation, and Stepwise multiple regression.

The research findings were as follows: (1) Professional nurses rated their attitudes towards their risk management and communication at the high level. (2) They rated their risk management behaviors at the high level. (3) Two factors: attitudes towards risk management and communication of professional nurses significantly co-predicted ($p < .05$) risk management behaviors. (4) The attitudes towards risk management and communication of professional nurses predicted their risk management behaviors. These predictors accounted for 54.6 % ($R = .546$)

Keywords: Risk management, Attitudes towards risk management, Communication, Professional Nurses, General Hospitals, Public Health Inspection Region 17

* พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช e-mail address tumsu_pachai@hotmail.com

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช e-mail address trenukar @ hotmail.com

*** คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร e-mail address poonsuk 2494 @ hotmail.com

บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดไว้ว่าในการให้บริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุข ต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อให้ผู้ใช้บริการใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับบริการ (พวงทิพย์ ชัยสถิตย์กิบาล 2551) เป้าหมายดังกล่าวได้ถูกแปลงเป็นยุทธศาสตร์และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความเป็นธรรม การเข้าถึงบริการ และการให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ลดความทุกข์อันเกิดจากระบบบริการสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายและกลวิธีในการลดการร้องเรียน การกำหนดระบบชัดเจนและใกล้เคียง กรณีพิพาทที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ หรือผู้เสียหายโดยไม่ต้องได้สวนหาคนผิด (กระทรวงสาธารณสุข 2549: 40) การกำหนดแผนดังกล่าวเป็นการคำนึงถึงความปลอดภัย และมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ รวมทั้งยังสร้างความมั่นใจให้ผู้ใช้บริการ ทั้งนี้ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ความสามารถจะต้องมีความมั่นใจในการให้บริการด้วยคุณภาพ และการป้องกัน ควบคุมปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกราย แต่ด้วยลักษณะงานของพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ ขอบเขตที่ระบุไว้ในกฎหมายและพระราชบัญญัติของวิชาชีพ รวมถึงจรรยาบรรณวิชาชีพได้สร้างภาพลักษณ์ของพยาบาลให้มีความอดทน เสียสละ ปฏิบัติงานท่ามกลางการเจ็บป่วยทุกข์ร้อนของบุคคล การเข้าเวร夜班 การทำงานที่ต้องใช้กำลังร่างกายเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ความซับซ้อนของสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาลรูปแบบการบริการของการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ใช้ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ให้บริการด้วยภาพลักษณ์ที่แจ่มใส พร้อมทั้งจะดูแลช่วยเหลือให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยความยินดี เต็มใจตลอดเวลา ทำงานหนัก และรายงานการปฏิบัติต่างๆ การตัดสินใจแก้ปัญหา ตลอดจนทักษะพิเศษในการดูแลผู้ป่วย (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และเบญจมาศ หล่อสุวรรณ 2543: 151) อีกทั้งเป็นการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงความตายและการสูญเสีย ตลอดเวลาของการปฏิบัติงานพยาบาลต้องเผชิญกับความกดดัน ความคับข้องใจ ต้องอดทนกับอารมณ์ของบุคคลต่างๆ (พัสนนัท กุ่มทวีพร และสุชนา พูลโภคผล 2544) นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งผู้ใช้บริการมีความตระหนักในความต้องการที่จะได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ทัศนา บุญทอง 2542) เป็นผลให้การบริการสุขภาพต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด (error) ในการรักษาพยาบาลมากมาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและทำให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ใช้บริการ ตลอดจนอนาคตการทำงานของบุคลากรทางสุขภาพ (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550)

ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ต่างได้พยายามเน้นการให้บริการสุขภาพที่เปี่ยมด้วยคุณภาพ จึงได้นำวิธีการบริหารจัดการต่างๆ มาใช้ในองค์กร เช่น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management) เป็นต้น เพื่อมิให้เกิดการให้บริการที่ไม่ปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการให้บริการในการบริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม จุดเน้นที่สำคัญอยู่ที่การมีความรับผิดชอบในคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพทุกคน ที่สามารถอธิบายเหตุผล และตรวจสอบความถูกต้องได้ ร่วมกับการจัดให้มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดการทางการแพทย์ไปสู่แนวทางคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น ต้องเป็นไปเพื่อการรักษามาตรฐาน ขระดับคุณภาพการบริการ และก่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ใช้บริการ จำเป็นจะต้องมีการสร้างระบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันปัญหาและควบคุมความสูญเสียที่เกิดจากการให้บริการทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ (เรณู อาจสาธิต และอรพรรณ โตสิงห์, 2546)

แนวคิดในการจัดการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยง ได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 ตามประกาศของสภาการพยาบาลในมาตรฐานที่ 4 ว่าด้วยระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของมาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาล และผดุงครรภ์ ที่ระบุไว้ว่า “องค์กรบริการพยาบาล และการผดุง

ครรภ์ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ต้องมีระบบการบริหารความเสี่ยง และต้องจัดไว้เป็นระบบหนึ่งในระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ขององค์กรนั้น” (สภาการพยาบาล 2544) นอกจากนี้ความปลอดภัยจากความเสี่ยงยังได้ถูกระบุไว้เป็นองค์ประกอบข้อแรกของมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประกาศดังกล่าวขององค์กรวิชาชีพ จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนอย่างชัดเจนถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงในการปฏิบัติการพยาบาล

เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 มีโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด 5 แห่ง ใน 3 จังหวัด คือ ดาก สุโขทัยมีโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดละ 2 แห่ง และเพชรบูรณ์มี 1 แห่งมีจำนวนเตียงตั้งแต่ 310 – 500 เตียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิที่มีภารกิจทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ พื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลด้วยโรคพื้นฐานทั่วไปซึ่งไม่ซับซ้อนมากนัก จนถึงการรักษาพยาบาลเฉพาะทางที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในหลายแผนก ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรที่มีคุณภาพ และมีทีมบุคลากรให้บริการด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในงาน พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีจำนวนมาก มีลักษณะงานของการพยาบาลเกี่ยวข้อง กับสวัสดิภาพความปลอดภัยของชีวิต และอยู่ใกล้กับผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ จึงมีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องจากความผิดพลาดซึ่งสามารถป้องกันได้ และควรเป็นบุคคลสำคัญในทีมบริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญต่อการทำงานของบริการพยาบาล ซึ่งแฝงในทุกขั้นตอนของกระบวนการปฏิบัติงาน เนื่องจากการบริหารความเสี่ยงเป็นการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการป้องกันหรือลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการ โดยมีเป้าหมายทำให้ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัยและมีความพึงพอใจในงานบริการ ปัจจุบันยังพบอุปสรรคความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย ทำให้เกิดความสูญเสียกับผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการร้องเรียนและกล่าวโทษ สามารถสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลทั่วไปเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 เพื่อให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีพฤติกรรม การบริหารความเสี่ยงที่ถูกต้อง และควบคุมป้องกันปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อการบริหารความเสี่ยงที่ไม่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลต่อไป อันจะส่งผลการ ให้บริการและการควบคุมคุณภาพของการพยาบาลในโรงพยาบาล เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

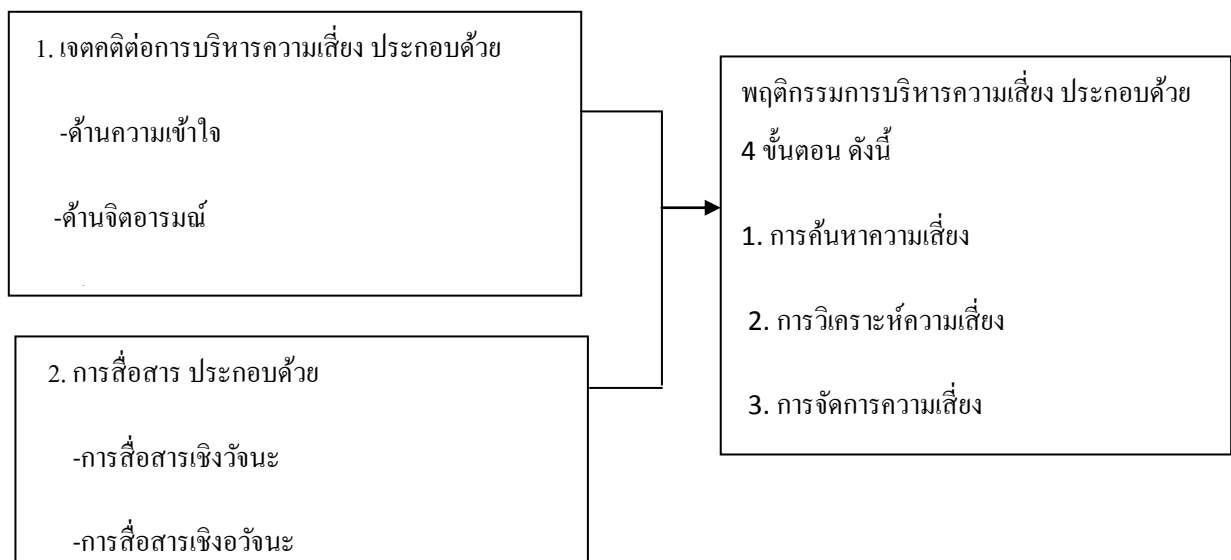
1. เพื่อศึกษาเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ และพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17
3. เพื่อศึกษาตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 อยู่ในระดับมากที่สุด
2. เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17
3. เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ มีอำนาจพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17

วิธีการดำเนินการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่การบริหารความเสี่ยงของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) ประกอบด้วย 1) การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) 3) การจัดการความเสี่ยง (Risk treatment) และ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation) ในห่อผู้ป่วย ปัจจัยเกี่ยวกับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของเทรียนดิส (Triandis, 1971) ประกอบด้วย 1) ด้านความเข้าใจ (Cognitive component) 2) ด้านจิตอารมณ์ (Affective component) และ 3) ด้านพฤติกรรม (Behavior component) ปัจจัยเกี่ยวกับการสื่อสารตามแนวคิดของปรมะ สดะเวทิน (2540) ประกอบด้วย 1) การสื่อสารเชิงวัจนะ (Verbal communication) และ 2) การสื่อสารเชิงอวัจนะ (Nonverbal communication) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 จำนวน 5 แห่ง มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งหมด 1,239 คน คือ 1) โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก 2) โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 3) โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย 4) โรงพยาบาลศรีสังวร

อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย และ 5) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาร์เยน (Tajima) สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage Sampling) ซึ่งเป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 303 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แต่ละข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีทั้งหมด 80 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดของเทรียนดิส (Triandis, 1971) จำนวน 26 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ แนวคิดของ ประมวศ เวทีน (2540) จำนวน 17 ข้อ คือ 1) การสื่อสารเชิงวินิจฉัย 2) การสื่อสารเชิงป้องกัน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) จำนวน 37 ข้อ เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่าข้อคำถามทั้ง 3 ชุด ไม่มีข้อใดที่มีค่า IOC ต่ำกว่า .5 และความเที่ยงของแบบสอบถามโดยทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ และพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ .96, .95 และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงนายแพทย์สาธารณสุขและผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 แห่ง เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย จากนั้นได้จัดส่งแบบสอบถามไปยังหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และรับคืนทางไปรษณีย์ด่วน (EMS) ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 ตุลาคม 2553 ถึงวันที่ 10 ธันวาคม 2553 รวมเป็นเวลา 50 วัน หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้ว จึงนำแบบสอบถามทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย แล้วนำไปวิเคราะห์ต่อไป โดยได้รับแบบสอบถามคืนร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's produce moment correlation coefficient) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

จากการการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุข เขต 17 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 -39 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.8 มีอายุเฉลี่ย 37.91 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 90.80 มีประสบการณ์การทำงานพยาบาลวิชาชีพระหว่าง 6-10 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.7 มีระยะเวลาในการทำงานโดยเฉลี่ยเท่ากับ 12.54 ปี ($\bar{X} = 12.54$, $SD = 7.60$) และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 80.20

2. เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$, $SD = .71$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก และพบว่า ด้านความเข้าใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงสุด ($\bar{X} = 4.21$, $SD = .65$) และด้านพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสุดท้าย ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .70$)

3. การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.75$, $SD = .56$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี ซึ่งการสื่อสารเชิงอวัจนะ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 ($\bar{X} = 3.83$, $SD = .64$) และสูงกว่าการสื่อสารเชิงวัจนะ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 ($\bar{X} = 3.71$, $SD = .63$)

4. พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.57$, $SD = .60$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพด้านการค้นหาความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงสุด ($\bar{X} = 3.76$, $SD = .63$) รองลงมาคือ ด้านการจัดการความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.52$, $SD = .63$) ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.41$, $SD = .72$) และด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสุดท้าย ($\bar{X} = 3.35$, $SD = .74$)

5. เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .464 และ .733 ตามลำดับ

6. ปัจจัยด้านการสื่อสาร และปัจจัยด้านเจตคติสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 ได้ร้อยละ 54.6 ($R^2 = .546$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเพื่อค้นหาตัวพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17

โมเดล	ตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 Change	F	p-value
1	การสื่อสาร	.733	.537	.537	349.792	< .001*
2	การสื่อสารและเจตคติ	.739	.546	.008	5.361	.021*

ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$, $SD = .71$) พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ สารนิติ บุญประสพ (2548) ที่ศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันเป็นยุคของการพัฒนาคุณภาพงานบริการสุขภาพ การดำเนินการระบบพัฒนาและรับรอง

คุณภาพของโรงพยาบาล จำเป็นต้องกำหนดการบริหารความเสี่ยงไว้เป็นนโยบายหลักเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นเสมือนการปฏิบัติงานประจำของทีมสุขภาพหรือเป็นวัฒนธรรมขององค์กร โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรกลุ่มหนึ่งในระบบบริการสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ทำให้การพยาบาลควบคู่ไปกับการบริหารความเสี่ยง โดยการนำการบริหารความเสี่ยงมาประสานกับการจัดการทางคลินิกที่ดีและมีพัฒนาคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549)

นอกจากนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงสุดคือด้านความเข้าใจ ($\bar{X} = 4.21$, $SD = .78$) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อต่อสิ่งเร้าที่ได้รับ คือความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงจากการได้รับแจ้งจากองค์กร การประชุม การอบรม การปฏิบัติกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับการปฏิบัติบริการพยาบาลของทีมบริการสุขภาพในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) กล่าวถึงเจตคติสามารถก่อตัวขึ้นมาและเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน หนึ่งในนั้นคือ การเข้าเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (Group Affiliation) เจตคติบางอย่างอาจมาจากกลุ่มต่างๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น กลุ่มเพื่อนร่วมงาน โดยกลุ่มเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นแหล่งรวมค่านิยมต่างๆ แต่ยังมีกรถ่ายทอดข้อมูลให้แก่บุคคลในกลุ่ม ทำให้เกิดการสร้างเจตคติขึ้นได้ เจตคติยังเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ สอดคล้องกับคำกล่าวของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) และธงชัย สันติวงษ์ (2539: 166- 167) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์เฉพาะอย่างของบุคคลทั้งทางที่ดีและไม่ดี ย่อมเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลตีค่าสิ่งที่ได้รับจากประสบการณ์จนกลายเป็นเจตคติได้ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาคือองค์ประกอบด้านจิตอาารมณ์ ($\bar{X} = 4.07$, $SD = .71$) น้อยที่สุดคือ องค์ประกอบด้านพฤติกรรม ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .70$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ ด้วยลักษณะงานของพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ ขอบเขตที่ระบุไว้ในกฎหมายและพระราชบัญญัติของวิชาชีพ รวมถึงจรรยาบรรณวิชาชีพได้สร้างภาพลักษณ์ของพยาบาลให้มีความอดทน เสียสละ ปฏิบัติงานท่ามกลางการเจ็บป่วยทุกข์ร้อนของบุคคล การเข้าเวร夜班 การทำงานที่ต้องใช้กำลังแรงกายยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ความซับซ้อนของสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาลรูปแบบการบริการของการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น การใช้ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ให้บริการด้วยภาพลักษณ์ที่แจ่มใส พร้อมที่จะดูแลช่วยเหลือให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยความยินดี เต็มใจตลอดเวลา ทำบันทึกและรายงานการปฏิบัติงานต่างๆ การตัดสินใจแก้ปัญหา ตลอดจนทักษะพิเศษในการดูแลผู้ป่วย (พิมพ์พรรณ สิลปะสุวรรณ และเบญจมาศ หล่อสุวรรณ 2543) และด้วยความซับซ้อนของสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาล และรูปแบบการบริการของการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550: 1) สอดคล้องกับงานวิจัยของสุเมธ ชำนิ (2546) ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเนื่องจาก บุคลากรขาดความรู้ในกระบวนการดำเนินงาน มีภาระงานมาก และเวลาปฏิบัติงานไม่ตรงกัน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2. การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.75$, $SD = .56$) และพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัยของพรพิมล ผดุงสงฆ์ (2546) ที่พบว่า ทักษะในการสื่อสารตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับสูง และงานวิจัยของประภัสสร นาวเหนือ (2550) ที่พบว่า การสื่อสารมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องติดต่อกับบุคคลทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานทั้งเป็นหัวหน้า เเว การถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ การซักถาม รวมถึงการศึกษาและสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติการทำงาน

แสดงออกของผู้ใช้บริการและผู้ร่วมงานในระดับต่างๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ โพเตอร์ โอ แกรดี (Potter O'Grady, 1986 อ้างใน สุพิศ กิตติรัชดา 2535) ที่กล่าวว่า ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการปฏิบัติงาน งานจะไม่ประสบผลสำเร็จหากขาดข้อมูลที่มีความหมายและมีจำนวนเพียงพอ วิลสัน (1999: 28) กล่าวว่า การสื่อสารเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างมากในการปฏิบัติทางระบบสุขภาพ การให้ความใส่ใจกับการให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม จะเป็นการช่วยลดการเสี่ยงจากความประมาทและความไม่พึงพอใจในระบบบริการสุขภาพลงได้ เลสเตอร์ และสมิท (Lester and Smith, 1993 อ้างถึงใน Wilson, 1999) ได้อธิบายว่า เวลาที่มีจำกัด การสื่อสารในเชิงลบของแพทย์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการตั้งใจของผู้ป่วยที่จะฟ้องร้องแพทย์ แม้ว่าผลลัพธ์ของการรักษาจะไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือจากความประมาทละเลยของผู้ให้บริการก็ตาม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสื่อสารเชิงอวัจนะ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.83$, $SD = .64$) และสูงกว่าการสื่อสารเชิงวัจนะ ($\bar{X} = 3.71$, $SD = .63$) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพตระหนักและเห็นความสำคัญถึงการสื่อสารที่มีคุณภาพเพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เปรียบเทียบกับการศึกษาของ บิลดี อุณหเลขกะ (2533) พบว่า การติดต่อสื่อสารแบบเปิดของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า โครงสร้างองค์กรได้เปลี่ยนจากโครงสร้างแบบสูงชันเป็นแบบแบนราบ ทำให้ระยะทางในการติดต่อสื่อสารถูกระงับระยะเวลาให้ปฏิบัติงานได้รวดเร็วขึ้น การเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความคิดเห็น ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มากขึ้น ส่งเสริมให้องค์กรมีการยอมรับความผิดพลาดของแต่ละบุคคล ลดการตำหนิหรือลงโทษผู้กระทำความผิดเป็นรายบุคคลลง เนื่องจากปัจจุบันมีการเรียนรู้จากข้อผิดพลาดและส่งเสริมการมองข้ามข้อผิดพลาดเป็นระบบแทน (สรรธวัช อัสวเรืองชัย 2546) และการสื่อสารด้วยวาจา โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการก่อนการให้การพยาบาล แสดงถึงพยาบาลวิชาชีพเห็นคำนึงถึงการเคารพในสิทธิของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ส่วนการแสดงออกทางกิริยาท่าทางขณะสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ร่วมงาน แสดงถึงพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานร่วมกันด้วยความเข้าใจกันและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน เป็นการแสดงถึงการให้กำลังใจ ไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษต่อผู้ร่วมงาน สอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร นาวเนียว (2550) ผลการศึกษา ขั้นตอนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อในขั้นตอนนี้พบว่า การพบอุบัติการณ์เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในหน่วยงาน ท่านมีการแจ้งให้เพื่อนร่วมงานทราบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด แสดงถึงพยาบาลมีความสนิทนสนม รู้จักกัน เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยขึ้นจะเล่าสู่กันฟัง โดยไม่มีการตำหนิ และร่วมกันแก้ปัญหา มีการเรียนรู้การแก้ไขปัญหาลงไปด้วยกันเพื่อป้องกันการเกิดความปลอดภัยซ้ำ

3. พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.57$, $SD = .60$) ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งได้เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามแผนนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพทั่วถึงและเท่าเทียมกัน รวมทั้งยังต้องให้ผู้ให้บริการได้รับความปลอดภัย พยาบาลวิชาชีพจึงรับทราบนโยบายการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรพยาบาลจากการประชุมในระดับโรงพยาบาลและระดับหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ทำให้น่านโยบายสู่การปฏิบัติ นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการปฏิบัติงานตามแนวทางที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด ให้สอดคล้องกับแนวคิดของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ที่กำหนดว่าหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ จำเป็นต้องมีการสร้างระบบการบริหารความเสี่ยงในองค์กร เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ เป็นการรักษามาตรฐานของงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ผู้ใช้บริการการเกิดความพึงพอใจ เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการและสืบเนื่องมาจนถึงการกำหนดเป้าหมายไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) ที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เป็นผลให้องค์กรที่มีหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ มีการกำหนดรูปแบบการ

บริหารจัดการความเสี่ยงไว้จนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์จึงต้องมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากลักษณะงานการพยาบาลเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ซึ่งปัจจุบันการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยได้มีการบูรณาการเข้ากับการบริหารความเสี่ยง สิ่งเหล่านี้พยาบาลวิชาชีพได้ถูกปลูกฝังให้ปฏิบัติการพยาบาล โดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยหายฟื้นคืนสภาพโดยปลอดภัย (วิมา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550) โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากงานศึกษาของประภัสสร นาวเนียว (2550) ที่พบว่า ประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุดคือ ด้านการค้นหาความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.76$, $SD = .63$) รองลงมาคือการจัดการความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.52$, $SD = .60$) 3) การวิเคราะห์ความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.41$, $SD = .72$) และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.35$, $SD = .74$) ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่บริหารความเสี่ยงเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ แสดงถึงพยาบาลวิชาชีพให้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการป้องกันและลดการเกิดความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน และอาจเป็นเพราะ การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการการบริหารความเสี่ยง สามารถดำเนินการได้โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต ศึกษา ระบบข้อมูลในหน่วยงาน ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล ประสบการณ์ของบุคคล ฯลฯ วัตถุประสงค์ของการค้นหาความเสี่ยงก็เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะและสาเหตุของอุบัติการณ์ จึงจะสามารถหาวิธีป้องกันและแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการป้องกันและการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยเมื่ออยู่โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและประกันคุณภาพของโรงพยาบาล (จรัส สุวรรณเวลา 2545) อย่างไรก็ตามการค้นหาความเสี่ยงในระบบรายงานส่วนใหญ่จะมีการปฏิบัติค่อนข้างน้อย เนื่องจากความยุ่งยากในการรายงาน เช่น ต้องใช้เวลาบันทึกในเอกสารเป็นจำนวนมาก ผู้รายงานไม่มั่นใจในความปลอดภัยที่ตนจะได้รับ กลัวข้อมูลถูกเปิดเผยทำให้เสียชื่อเสียงหรือถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย หรือไม่ได้รับการตอบสนองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ

4. เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .464 และ .733 ตามลำดับ และพบว่าด้านการสื่อสารมีอำนาจในการพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 53.7 ($R^2 = .537$) ด้านการสื่อสารร่วมกับปัจจัยด้านเจตคติ มีอำนาจการพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 54.6 ($R^2 = .546$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญและตระหนักถึงการสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และเกิดเจตคติที่ดีต่อกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง โดยมีคำกล่าวของโรเจอร์ส (Rogers, 1973) กล่าวว่า การสื่อสารก่อให้เกิดผล 3 ประการคือ 1) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ของผู้รับสาร 2) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้รับสาร และ 3) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับสาร การแสดงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ประการจะเกิดในลักษณะต่อเนื่องกัน กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนั้น และการเกิดความรู้ความเข้าใจนี้ มีผลทำให้เกิดเจตคติต่อเรื่องนั้น และยังก่อให้เกิดพฤติกรรมที่กระทำต่อเรื่องนั้น ๆ ตามมา และแหล่งหรือปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดเจตคติคือ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นหรือการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 และธงชัย สันติวงษ์, 2539: 166- 167) เจตคติจะเกิดขึ้นได้โดยมีพื้นฐานมาจากชนิดและขนาดของข่าวสารที่ได้รับ รวมทั้งแหล่งที่มาของข่าวสารด้วยกลไกการเลือกเฟ้นในการมองเห็นและเข้าใจปัญหาต่างๆ ข้อมูลข่าวสารบางส่วนที่เข้ามาสู่บุคคล จะทำให้บุคคลนั้นเก็บไปคิดและสร้างเป็นเจตคติขึ้นมาได้ ดังเช่น ข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ข่าวสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด สิ่งไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หรือผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล อาจทำให้พยาบาลวิชาชีพตระหนัก และเกิดเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงที่ดีขึ้น

สอดคล้องกับแนวคิดของเทรียนดิส (Triandis, 1971) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากเจตคติ บรรทัดฐานของสังคม นิสัยและค่าของการเปลี่ยนแปลงเจตคติมาจากการสื่อสาร และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 5) กล่าวว่า ใจว่า เจตคติของบุคคลถูกทำให้เปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี อาจโดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้อื่น จากสื่อต่างๆ ข้อมูลที่ได้รับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านความเข้าใจ องค์ประกอบด้านจิตอารมณ์ และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม รวมทั้งองค์ประกอบต่าง ๆ ของกระบวนการสื่อสาร เช่น คุณสมบัติของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ลักษณะของข่าวสาร ตลอดจนช่องทางในการสื่อสาร ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติได้ทั้งสิ้น นอกจากนี้ เจตคติของบุคคลเมื่อเกิดขึ้นแล้ว แม้จะคงทนแต่ก็ยังสามารถเปลี่ยนได้โดยตัวบุคคล สถานการณ์ ข่าวสาร การชวนเชื่อ และสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการยอมรับในสิ่งใหม่ แต่จะต้องมีความสัมพันธ์กับค่านิยมของบุคคลนั้น (Herbert C. Kelman , Compliance, 1967) สอดคล้องกับคำกล่าวของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 5) กล่าวว่า ทักษะของบุคคลสามารถถูกทำให้เปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี อาจโดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้อื่น หรือจากสื่อต่าง ๆ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของทัศนคติในส่วนของการรับรู้เชิงแนวคิดหรือความเข้าใจ และเมื่อองค์ประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบ ส่วนอื่น จะมีแนวโน้ม ที่จะ เปลี่ยนแปลงด้วย กล่าวคือ เมื่อองค์ประกอบของเจตคติในส่วนของการรับรู้เชิงแนวคิดเปลี่ยนแปลง จะทำให้องค์ประกอบในส่วนของอารมณ์ และองค์ประกอบในส่วนของพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพควรได้รับการสนับสนุน และให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลดีทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรศึกษาหาวิธีการจัดการเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีเจตคติในการบริหารความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่มากขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อการแสดงออกถึงการบริหารความเสี่ยงเพื่อลดอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ เป็นการเพิ่มความปลอดภัยและความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการรวมทั้งทีมผู้ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องต่อไป
3. เพื่อยกระดับการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพให้ที่สูงขึ้น และให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดกิจกรรมให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลวิชาชีพต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการสื่อสาร เนื่องจากการสื่อสารถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติทั้งการบริหารและการบริการพยาบาล และมีบทบาทสำคัญในกิจกรรมทุกอย่างที่พยาบาลกระทำ รวมทั้งการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 ควรศึกษาด้านผลลัพธ์ของการบริหารความเสี่ยง อาจเป็นการวัดระดับความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ หรือระดับการรับรู้ของผู้ใช้บริการโดยตรง
2. การศึกษาในครั้งต่อไป ควรเน้นการจัดโปรแกรม/การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 เพื่อให้เกิดรูปแบบการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2544). แผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9. (พ.ศ. 2545 – 2549) เอกสารอัดสำเนา.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. (พ.ศ. 2550-2554). ค้นวันที่ 22 ธันวาคม 2552 จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Plan10/Plan10-50.pdf> วิจารณ์ สุวรรณเวลา. (2545). ความเสี่ยงในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร : โอเอสพริ้นท์ จำกัด
- ทัศนาศ นุญทอง. (2542). ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ ในอนาคต กรุงเทพมหานคร ศิริยอดการพิมพ์
- ธงชัย สันติวงษ์. (2539). องค์การและการบริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- ประมว สดะเวทิน . (2540). หลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร. ภาพพิมพ์ จำกัด.
- ประภัสสร นาวเนียว. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย” พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: พีระพริ้นท์ จำกัด
- ปัลลดี ทศนประดิษฐ์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการกับความสามารถในการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของตนเองและหัวหน้าผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพิมล ผดุงสงฆ์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ความมีอิสระในงาน กับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. ราชกิจจานุเบกษา (2540, 13 ธันวาคม) ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 114 ตอนที่ 75 ก หน้า 1- 4.
- พวงทิพย์ ชัยสฤษดิ์ภิบาล. (2551). คุณภาพการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัฒน์สมณ์ คุ่มทวีพร และสุชนา พูลโกศล. (2544). ปัจจัยส่งเสริมและบั่นทอนความพอใจในการปฏิบัติงาน ผลัดเข้า ผลัดบ่าย และผลัดคึกของพยาบาล. วารสารพยาบาล 2544; 50(2): 100-109.
- พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และเบญจมาศ หล่อสุวรรณ. (2543). ความเสี่ยงทางสุขภาพและความปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาล 49, 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2543). 151-156 .
- เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ. (2549) การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์
- เรณู อาจสาธิต และอรรพรรณ โตสิงห์. (2546). พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม. กรุงเทพมหานคร: แอล. ที. เพลส จำกัด.

วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร:

ด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด

สรรพวิช อัสวเรืองชัย. (2546). บทความทบทวนทางวิชาการ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย. ใน Patient Safety

CONCEPT AND PRACTICE. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. หน้า 1-25.

สารนิติ บุญประสพ. (2548). เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง
ด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, วิชาการบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยบูรพา.

Herbert C. Kelman , Compliance. (1967). Human use of human subjects: The problem of deception in social
psychological experiments. Psychological Bulletin, 67: 1-11.

Lester, G. W. and Smith, S. G. (1993) Listening and talking to patients. West Journal of Medicine. 158, 268-
272.

Triandis, Hemy C. (1971). Attitude and Attitude Change. New York : John wiley & Sons.

Wilson, J and Tinggle, J (1999). Clinical Risk Modification: A Route to Clinical Governance? Oxford:
Butterworth – Heinemann.