บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้จัดแบ่งเนื้อหาและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม
    - 1.1 การบริหารความเสี่ยง
        - 1.1.1 ความหมายการบริหารความเสี่ยง
        - 1.1.2 แนวคิดการบริหารความเสี่ยง
        - 1.1.3 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
        - 1.1.4 การบริหารความเสี่ยง ของแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช
        - 1.1.5 โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม
    - 1.2 แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม
        - 1.2.1 ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วม
        - 1.2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม
        - 1.2.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม
2. อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม
    - 2.1 ความหมายและแนวคิดการพลัดตกหกล้ม
    - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยศัลยกรรม
    - 2.3 แนวทางในการป้องกันอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม
3. ความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ
    - 3.1 ความหมายและแนวคิดความพึงพอใจ
    - 3.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ
    - 3.3 ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม

โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรมที่ศึกษาครั้งนี้ พัฒนาจากการบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง และการบริหารแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทาง การปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช เพื่อมุ่งหวังลดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มให้เหลือน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้น พร้อมสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ รายละเอียดของการบริหารความเสี่ยง และการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีดังนี้

1.1 การบริหารความเสี่ยง

1.1.1 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยง ไว้ดังนี้

Young and Hayne (1988: 322 อ้างถึงใน ภวพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542) ให้ความหมายความเสี่ยงว่าเป็นโอกาสหรือสิ่งที่ทำนายว่าจะเกิดในด้านลบ

Williams and Heins (1976 cited in Wilson, 1999: 15) ให้ความหมายของความเสี่ยงว่าเป็นผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ปกติซึ่งเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ คือ

1. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. ในเรื่องของการละเลยทำให้ผู้ใช้บริการต้องเสียเวลาและทรัพย์สิน
3. การสูญเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาลหรือบุคลากรจากการบาดเจ็บของผู้ป่วย
4. สูญเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากกระบวนการฟ้องร้อง
5. ผู้ป่วยไม่พอใจจากการที่ไม่ได้รับข้อมูลและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ
6. ค่าเสียหายแอบแฝงจากการบาดเจ็บ และคุณภาพบริการที่ลดลง

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542: 12) ให้ความหมายของความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่ต้องการในด้านลบ เป็นความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543: 2) กล่าวว่าความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล อาจมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. การถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บ รวมความถึงการทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การถูกกลั่นแกล้ง การรบกวน

2. เหตุร้าย ภัยอันตราย ภาวะยากลำบาก

3. การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง

4. ความไม่แน่นอน สิ่งที่กำกวมน่าสงสัย คาดการณ์ไม่ได้ ทำนายไม่ได้ ไม่แน่ใจ

5. การถูกเปิดเผย ซึ่งรวมความทั้งการเปิดเผยทางกายภาพ การเผยความลับ และการแปลความที่ผิดพลาด

กล่าวโดยสรุปความหมายของความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะก่อให้เกิดความสูญเสีย หรือที่ก่อให้เกิดผลในทางลบ ความไม่แน่นอนและความผิดพลาดในการปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเสียหายในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

การบริหารความเสี่ยง มีผู้ให้ความหมายไว้ เช่น

Brown (1979 อ้างถึงใน ภวพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542) ให้ความหมายการบริหารความเสี่ยง หมายถึง การป้องกันการสูญเสียในสิ่งที่ต้องรับผิดชอบควบคุม และเป็นศาสตร์ในการค้นหาประเมิน และบำบัดความเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดปัญหาที่นำมาซึ่งความสูญเสียขององค์การ

Marriner-Tomey (1992 อ้างถึงใน มณีรัตน์ โภทชงรัก, 2538) ได้กล่าวถึงการจัดการต่อความเสี่ยง หรือการบริหารความเสี่ยง (Risk management) หมายถึง การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลโดยที่ได้รับจากการจัดการนี้เพื่อลดความถี่ ความรุนแรง และค่าใช้จ่าย

Koch and Fairly (1993 อ้างถึงใน ชวไล ชุ่มคำ, 2545) ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงว่าเป็นหนึ่งในการบริหารที่เฉพาะเจาะจงในการบริหารทั่วไป การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการวางแผนการจัดองค์การ การอำนวยการและการควบคุมต้นเหตุและกิจกรรมวางแผนองค์การ ให้เกิดประโยชน์รวมทั้งค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

Wilson and Tingle (1999) ได้กล่าวถึงกระบวนการของการบริหารความเสี่ยงในระบบของสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk assessment)
3. การจัดการกับความเสี่ยง (Risk treatment)
4. การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง (Risk evaluation)

กฤษฎา แสวงดี (2544) กล่าวว่าการบริหารความเสี่ยงเปรียบเสมือนวินัย กฎระเบียบในการทำงานป้องกันความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้ใช้บริการ การบริหารความเสี่ยงมีขอบเขต ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม ปลอดภัย สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ
2. ลดปัญหาหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ใช้บริการ การใช้ยา หรือการทำหัตถการ
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ
4. การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่
5. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
6. การสร้างความตื่นตัวแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในการค้นหา เฝ้าระวังและจัดการเพื่อควบคุมป้องกันความเสี่ยง
7. ลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากความบกพร่องที่อาจจะเกิดขึ้น
8. สร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อโรงพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ

สรุปได้ว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นการบริหารเพื่อจัดการเพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากร โดยมีระบบหรือกระบวนการเป็นขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง

1.1.2 แนวคิดการบริหารความเสี่ยง

แนวคิดการบริหารความเสี่ยงได้เริ่มนำมาใช้ในองค์การด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1958 โดย The American Hospital Association มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงาน (Koch and Fairly, 1993 อ้างถึงในวิมลพร ไสยวรรณ, 2545) ต่อมาในปี

ค.ศ. 1970 ได้เกิดวิกฤติการณ์การฟ้องร้องเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในวงการแพทย์ (Malpractice crisis) เกิดขึ้นมากในประเทศสหรัฐอเมริกา โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงได้ดำเนินการหาแนวทางป้องกันและลดความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นที่จะลดความเสียหายทางด้านการเงินที่จะต้องจ่ายเป็นค่าสินไหมทดแทนให้ผู้ร้องเรียน ต่อมาในปี ค.ศ. 1991 ระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยการรวมกิจกรรมบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันคุณภาพ และให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) เพื่อให้ความเสี่ยงต่าง ๆ ลดลง (วิมลพร ไสยวรรณ, 2545) สำหรับในประเทศไทยนั้น มีความตระหนักและตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น โดยเริ่มมีการพัฒนาอย่างจริงจังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543) และในปัจจุบันการบริหารความเสี่ยงถือเป็นหนึ่งในกิจกรรมหลักที่สำคัญในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับ ความปลอดภัยในระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมมีนักวิชาการหลายท่านได้นำเสนอแนวคิดการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

1.1.2.1 แนวคิดของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2544) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อนแสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบให้ปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม ตกเตียง การลื่นล้มขณะเคลื่อนไหว การลื่นล้มในห้องน้ำ การบาดเจ็บจากการผูกยึด รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2) การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เป็นการจัดการเพื่อให้เครื่องมือมีใช้อย่างเพียงพอ พร้อมใช้และอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้อย่างปลอดภัยทั้งในขณะปฏิบัติงาน หรือในภาวะฉุกเฉิน มีความพร้อมใช้งานกับผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ และการจัดการให้บุคลากรมีความสามารถในการใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

3) การจัดการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งกระบวนการพยาบาล และกระบวนการบริการ การจัดการด้านคุณภาพการพยาบาลเชิงระบบ ได้แก่ การจัดโครงสร้างองค์การพยาบาล เช่น การจัดตารางการทำงาน การจัดอัตรากำลัง การจัดคนให้เหมาะสมกับงาน การจัดบุคลากรให้มีความเพียงพอ และการจัดองค์การให้มีความร่วมมือในการทำงาน การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน การจัดการคุณภาพตามกระบวนการพยาบาล เช่น การจัดทำแนวทางการดูแล การทำมาตรฐาน การควบคุม

กำกับงาน การฝึกฝนบุคลากร และการจัดการด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น การเก็บตัวชี้วัด การประเมินผล การรายงานอุบัติการณ์ เพื่อนำไปจัดทำคู่มือความปลอดภัย ทำการวางแผนแก้ไขและป้องกัน และช่วยให้เกิดการพัฒนางานด้านความปลอดภัยต่อไป

1.1.2.2 แนวคิดของผ่องศรี ศรีมรกต (2546 อ้างถึงในเรณู อาจสาลี และอรพรรณ โตสิงห์, 2546) ได้กล่าวถึง วิธีการจัดการกับความเสี่ยงต่าง ๆ ดังนี้

1) การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) เป็นการพยาบาลที่จะหยุดหรือลดความเสี่ยง/ ความเสียหายที่เกิดขึ้น

2) การยอมรับความเสี่ยง (Risk acceptance) เป็นการยอมรับความเสี่ยงที่ไม่อาจป้องกันได้ 100% เช่น อัคคีภัย โดยการทำประกันภัย เพื่อถ่ายโอนความเสียหายให้บริษัทประกันภัยรับผิดชอบแทน

3) การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention) เป็นมาตรการที่ลดความเสี่ยงหรือความเสียหาย โดยการเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ทนทาน การจัดให้มีการฝึกการป้องกันอัคคีภัย มีระเบียบปฏิบัติ มี work instruction เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบ ให้เจ้าหน้าที่มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกรูปแบบ

4) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) เป็นการหลีกเลี่ยงไม่ทำในสิ่งที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง เช่น ไม่ทำผ่าตัดหากไม่มีวิสัญญีแพทย์ หรือไม่มีเลือดเพียงพอ

5) การลดความเสี่ยง (Risk reduction/ minimization) เป็นการลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุ โดยใช้การบันทึกหลักฐานไว้อย่างละเอียด มีการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดกับปัญหา หรือผู้ใช้บริการทันที มีการสื่อสาร ทำความเข้าใจเพื่อลดการฟ้องร้อง

6) การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk transfer) เป็นการถ่ายโอนความเสี่ยงไปให้หน่วยงานอื่นร่วมรับผิดชอบแทน เช่น ระบบบำรุงรักษาลิฟท์ เครื่องปรับอากาศ

7) การสำรองหรือการกระจายความเสี่ยง (Risk segregation) เป็นการสำรอง กระจาย หรือแบ่งแยกความเสี่ยงให้ลดขนาดลง เช่น จัดให้มีระบบสำรองไฟฟ้าสำหรับหน่วยงานที่สำคัญและเครื่องมือที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วย

1.1.2.3 แนวคิดของ Wilson and Tingle (1999) ได้เสนอแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วย เป็นกระบวนการของการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วย

1) การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)

2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk assessment)

3) การจัดการกับความเสี่ยง (Risk treatment)

4) การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง (Risk evaluation)

จากแนวคิดการบริหารความเสี่ยงที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่ามีกระบวนการและองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Wilson and Tingle (1999) ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในตอนต่อไปเป็นแนวคิดหลักของการบริหารความเสี่ยง เพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยศัลยกรรม เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีการดำเนินการที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งการค้นหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในอดีต เพื่อนำมาใช้เป็นบทเรียนในการพัฒนางาน วิเคราะห์ผลของการเกิดความเสี่ยง สำหรับวิเคราะห์ถึงความถี่ และความรุนแรงของผลที่เกิดขึ้น การดำเนินการจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และสุดท้ายมีระบบการตรวจสอบการทำงาน โดยการติดตามประเมินผลการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ทราบถึงข้อดีและข้อเสียของการบริหารความเสี่ยงที่ดำเนินการ

1.1.3 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง (Risk management) เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการดำเนินการและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการจัดการเพื่อควบคุมหรือลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นกับทรัพย์สินและผลประโยชน์ของโรงพยาบาล รวมทั้งลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล ซึ่ง Wilson and Tingle (1999) ได้กล่าวถึงกระบวนการบริหารความเสี่ยงว่าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk assessment) การจัดการกับความเสี่ยง (Risk treatment) และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง (Risk evaluation) โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1.1.3.1 **การค้นหาความเสี่ยง** (Risk identification) การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย อาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา อาจจะเรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น วิธีการที่ซับซ้อนน้อยที่สุด คือ การเฝ้าระวัง และมีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อให้เกิดการประสานงานและการตอบสนองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) กล่าวว่าหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเอง ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น และเรียนรู้ระหว่างการทำงานไปข้างหน้า

1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต สามารถทำได้ ดังนี้

1. ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว แม้ว่าโรงพยาบาลจะยังไม่มีระบบบริหารความเสี่ยงในภาพรวม แต่ละหน่วยงานก็จะมีการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ

ความเสี่ยงในหน่วยงาน ในกระบวนการควบคุมคุณภาพหรือการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งหน่วยงานควรจะนำข้อมูลเหล่านี้มาทบทวน

2. ประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (Peer review) เป็นการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มเพื่อนโดยอาศัยผลงานการดูแลผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง การค้นหาความเสี่ยงอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม โดยใช้คำถามดังต่อไปนี้ อะไรคือสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้ในหน่วยงานเรา ในประสบการณ์ของพวกเราเคยมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อะไรเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีความรุนแรงสูงหรือเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ในช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่ทำให้การทำงานของเรามีความเสี่ยงสูง มีการแก้ปัญหาอะไรที่ทำอยู่ในกิจกรรมคุณภาพ การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพจะทำให้เห็นแนวโน้มของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (Stoechkmann, 1992 อ้างถึงในภาพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542)

2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น อาจทำได้โดยการค้นหาจากวารสารวิชาการ Internet การร่วมเข้าประชุมวิชาการที่จัดโดยองค์การวิชาชีพ การติดตามข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ และการสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ต้องลงทุนด้วยความสูญเสีย เป้าหมายของการเรียนรู้จากอดีตและการเรียนรู้จากผู้อื่น คือ การสร้างบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงาน

3) เรียนรู้ในระหว่างการทำงาน การค้นหาความเสี่ยงระหว่างการทำงานมีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหาย และที่สำคัญเพื่อป้องกันปัญหา วิธีการที่ใช้ คือ การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย (Adverse patient occurrence) ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ (Incident reporting) การคัดกรองเหตุการณ์ (Occurrence screening) การรายงานเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ (Occurrence reporting) ตามรายการที่กำหนด คือ

1. รายงานอุบัติการณ์ (Incident report) เป็นการรายงานอุบัติการณ์เป็นข้อมูลที่สำคัญของการค้นหาความเสี่ยง การเขียนรายงานอุบัติการณ์ จะต้องรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติที่อาจทำให้เกิดปัญหาทางกฎหมาย Wilson and Tingle (1999) กล่าวว่าองค์การต้องมีการระบุการเขียนอุบัติการณ์ที่ชัดเจน การรายงานอุบัติการณ์เป็นการระบุเหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นและผลที่ตามมาโดยไม่แทรกความคิดเห็น การเขียนรายงานที่ดี ควรจะเขียนทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์โดยผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์เป็นผู้เขียน

2. การคัดกรองเหตุการณ์ (Occurrence Screening) เป็นการรายงานความเสี่ยงที่สมบูรณ์ ทันเวลา แต่ค่าใช้จ่ายสูง เพราะเป็นลักษณะของงานวิจัย จะมีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกราย ทุก 48-72 ชั่วโมง หากพบเหตุการณ์ที่มีข้อสงสัยจะถูกส่ง

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ต่อไปยังกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพที่เหมาะสมเพื่อตัดสินใจว่าต้องมีการสืบสวนต่อไปหรือไม่ จากนั้นจะถูกส่งไปยังหัวหน้าแผนกเพื่อทบทวนและดำเนินการตามความเหมาะสม

3. การรายงานเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ (Occurrence report) เป็นระบบรายงานที่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องรายงานเหตุการณ์ที่ระบุไว้ในบัญชีรายการเหตุการณ์ ซึ่งทางโรงพยาบาลต้องรวบรวมบัญชีรายการเหตุการณ์จากหน่วยงานมาเป็นบัญชีเดียวกัน และให้ทุกหน่วยงานมีหน้าที่รายงานตามแบบบันทึกที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น

ในงานวิจัยนี้ค้นหาความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม โดยใช้แนวคิดของ Wilson and Tingle (1999) โดยพยาบาลประจำการร่วมกันทบทวนสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม จากข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ในหน่วยงานศัลยกรรม เพื่อค้นหาความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มว่าเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านใด ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยจากบุคลากร ทำการสำรวจความเสี่ยงโดยพยาบาลประเมินตนเองเป็นระยะ ๆ และค้นหาความเสี่ยงจากการเรียนรู้ระหว่างให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม

1.1.3.2 **การวิเคราะห์ความเสี่ยง** (Risk assessment)

การวิเคราะห์ความเสี่ยง เป็นขั้นตอนที่ให้ความสำคัญ และค้นหาโอกาสการเกิดของแต่ละความเสี่ยงว่ามีความถี่ ความรุนแรง หรืออันตรายมากน้อยเพียงใด เป็นการประเมินเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ผ่านมาในอดีตว่าส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ทางด้านการเงิน ภาพพจน์หน่วยงาน/ องค์การ บุคลากร และจริยธรรมอย่างไร ในขั้นตอนนี้จะเป็นแนวทางที่หน่วยงานที่ใช้ในการพิจารณาการคัดเลือกความเสี่ยงที่รุนแรงและสำคัญมาจัดการได้อย่างเหมาะสม เน้นที่จะป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิด ความสูญเสียที่มหาศาลมากระทำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นบ่อย แต่มีความสำคัญน้อยกว่า เพื่อให้เกิด ความเข้าใจในการวิเคราะห์ความเสี่ยง ผู้วิจัยจึงนำเสนอเป็นตารางการวิเคราะห์ความเสี่ยง ดังนี้

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความเสี่ยง

ระดับของปัญหา	การแก้ไข
- ร้ายแรง ไม่เรื้อรัง	- Root cause analysis (RCA)
	- Risk management (RM)
- ร้ายแรง เรื้อรัง	- Continuous quality improvement (CQI)
	- Root cause analysis (RCA)
	- Risk management (RM)
	- Failure mode and effect analysis (FMEA)
- ไม่ร้ายแรง เรื้อรัง	- Continuous quality improvement (CQI)
	- Failure mode and effect analysis (FMEA)
- ไม่ร้ายแรง ไม่เรื้อรัง	- Daily management (DM)

ที่มา: ดัดแปลงจากเพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2547). เอกสารประกอบการบรรยาย " Risk management ward nurse".

จากตารางที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ความเสี่ยง อธิบายได้ดังนี้

1. ถ้าเป็นปัญหาที่ร้ายแรงแต่ไม่เรื้อรัง ทำการแก้ไขโดยใช้แนวคิดของ Root cause analysis (RCA) คือ การค้นหาปัจจัยที่เป็นรากของปัญหาหรือสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง โดยมุ่งเน้นที่ระบบ/ กระบวนการ หรือแก้ไขโดยใช้แนวคิดของ Risk management (RM) คือ การบริหารความเสี่ยง

2. ถ้าเป็นปัญหาที่ร้ายแรงแต่เรื้อรัง ทำการแก้ไขโดยการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement, CQI) หรือใช้แนวคิดของ Root cause analysis (RCA) หรือใช้แนวคิดของ Risk management (RM) หรือการค้นหาและป้องกันปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้น (Failure mode and effect analysis, FMEA)

3. ถ้าเป็นปัญหาที่ไม่ร้ายแรงแต่เรื้อรัง ทำการแก้ไขโดยการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement, CQA) หรือหรือการค้นหาและป้องกันปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้น (Failure mode and effect analysis, FMEA)

4. ถ้าเป็นปัญหาที่ไม่ร้ายแรงแต่เรื้อรัง ทำการแก้ไขโดยจัดการเฉพาะเป็นเรื่อง ๆ (Daily management, DM)

ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มนั้น นอกจากจะวิเคราะห์หาความถี่ ความรุนแรงทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว พยาบาลประจำการต้องทำการวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้ม เพราะจะเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่สมบูรณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมิน/ วิเคราะห์ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเป็นจำนวนมาก ได้แก่ เครื่องมือประเมินความเสี่ยง The Morse Fall Scale, Risk Assessment Tool (RAT), Irvin Fall Risk Assessment (1996, 1997), The Fall Risk Assessment Scale (The Conley Scale) , Hollinger & Patterson' s Fall Assessment Tool และ Hendrich fall risk model (HFRM) ซึ่งในงานวิจัยนี้เลือกเครื่องมือของ Hendrich fall risk model (HFRM) ที่พัฒนาโดย Ann Hendrich ในปี ค.ศ. 2003 เครื่องมือนี้มีค่า Interrater reliability = 97.5%, ค่า Sensitivity = 77% และค่า Specificity = 72% เครื่องมือนี้เหมาะกับการนำมาใช้ประเมินกับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลทุกกลุ่มอายุ และเครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการประเมินความเสี่ยงต่อ การพลัดตกหกล้มในสถานบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (Hendrich, 2003)

เครื่องมือของ Hendrich fall risk model (HFRM) ใช้ประเมินปัจจัยภายในของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีองค์ประกอบในการประเมิน 8 หัวข้อ คือ อาการสับสน/ ไม่รู้วันเวลาสถานที่ (Confusion/ disorientation) อาการซึมเศร้า (Depression) ความผิดปกติในการขับถ่าย (Alterd elimination) การเกิดอาการวิงเวียน (Dizziness or Vertigo) เพศชาย การได้รับยากลุ่ม Antiepileptics การได้รับยากลุ่ม Benzodiazepines และการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการยืนและเดิน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมอายุของผู้ป่วยเข้าไปเป็นเกณฑ์ในการประเมินรวมกับเพศชาย คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือน้อยกว่า 13 ปี เพราะจากสถิติการพลัดตกหกล้มที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยเด็กมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มขณะอยู่โรงพยาบาลมากที่สุด (กาญจนี นิติเรืองจรัส, 2545; Rawsky, 1998; American Geriatrics Society, 2001) และจากการศึกษาของ Hendrich, et al (2003) พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายจะมีความเป็นเอกบุรุษ มีความเป็นตัวของตัวเองสูงกว่าเพศหญิง

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรมตามแนวคิดและผลการศึกษาที่ค้นพบ แบบประเมินนี้ประกอบด้วยปัจจัยภายในที่เกิดกับผู้ป่วย ทั้งหมด 8 หัวข้อ ซึ่งยังคงหัวข้อ การให้คะแนน และเกณฑ์การประเมินผลคะแนนความเสี่ยงให้เป็นไปตามแนวคิดของ Hendrich fall risk model (2002) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม

หัวข้อประเมิน	คะแนนความเสี่ยง	
	ถ้ามีได้คะแนน คะแนน	ถ้าไม่มีได้
1. มีอาการสับสน/ ไม่รู้วันเวลาสถานที่	4	0
2. มีอาการซึมเศร้า	2	0
3. การขับถ่ายผิดปกติ	1	0
4. อาการวิงเวียน/ บ้านหมุน	1	0
5. เพศชาย หรือผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี/ น้อยกว่า 13 ปี	1	0
6. ได้รับยากันชัก	2	0
7. ได้รับยากลุ่ม Benzodiazepines	1	0
8. การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการยืนและเดิน โดยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืน		
8.1 หากสามารถยืนได้ทันที	0	0
8.2 ต้องใช้แรงมากในการพยุงตัวเองขึ้น	1	0
8.3 ต้องพยายามหลายครั้งจึงจะยืนสำเร็จ	3	0
8.4 ไม่สามารถลุกขึ้นยืนได้เองหากไม่มีคนช่วย	4	0

ที่มา: Hendrich fall risk model © 2002 (Hendrich. 2003. Applied Nursing Research 16 (10): 9-21.

ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มนี้ ให้ประเมินผู้ป่วยตามข้อทีละหัวข้อ และคิดผลรวมของการประเมิน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 16 คะแนน โดยมีความหมาย ดังนี้

คะแนนรวม	ความหมาย
0	ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
1- 4	มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับต่ำ
เท่ากับหรือมากกว่า 5	มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับสูง

นอกจากการประเมินเพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการประเมินความเสี่ยงจากปัจจัยภายในแล้ว ยังต้องมีการประเมินปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม

1. ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม ดังนี้ สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย เช่น พื้นห้อง ทางเดิน แสงสว่าง การจัดวางอุปกรณ์ สภาพแวดล้อมรอบ ๆ เตียงผู้ป่วย

2. ปัจจัยภายนอกที่เสริมต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น อุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย รถเข็น ไม้เท้า สภาพของเตียง เหล็กกั้นเตียง เก้าอี้ กริ่งเรียกขอความช่วยเหลือ การสวมเสื้อผ้า รองเท้า

1.1.3.3 **การจัดการกับความเสี่ยง** (Risk treatment) การจัดการกับความเสี่ยงเป็นทางเลือกที่องค์การสุขภาพจะนำไปจัดการกับความเสี่ยง โดยมีกลวิธี ดังนี้

1. การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถจะจัดการความเสี่ยงให้หมดไปได้ เพราะความเสี่ยงนั้นแฝงอยู่ในระบบ หรืออาจไม่มีอำนาจที่จะควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543: 1) แต่กระนั้นก็ตามการกำหนดมาตรการในการควบคุมอาจลดผลที่จะเกิดขึ้นได้โดยอาศัยมาตรการดังนี้

(1) พัฒนากระบวนการประเมินความเสี่ยง

(2) พัฒนาโปรแกรมการศึกษาและอบรมในการจัดการกับความเสี่ยง เพราะการศึกษาและการอบรมจะสร้างความตระหนักให้แก่คน การฝึกปฏิบัติจะทำให้เกิดความชำนาญ (Oppman, 1979 อ้างถึงใน ชวไล ชุ่มคำ, 2545)

(3) ใช้นโยบาย กระบวนการ แผนปฏิบัติ (Protocal) ขั้นตอนการดำเนินการ (Pathway) และแนวทางการดูแล (Clinical guideline) และมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ ปรับปรุงให้ทันสมัย และแนะนำให้เจ้าหน้าที่รับทราบ

(4) การวางแผนป้องกันอุบัติภัยในอนาคต เป็นการลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเสี่ยง

2. การยอมรับความเสี่ยง (Risk acceptance) เกี่ยวข้องกับการสูญเสียที่มีโอกาสเกิดขึ้น เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่ได้รับ และการจัดทำแผนให้ครอบคลุมความสูญเสียด้านการเงินที่จะตามมา การยอมรับความเสี่ยงเหมาะสมสำหรับกรณีดังต่อไปนี้

(1) ความเสี่ยงที่ไม่สามารถลด ย้าย หรือหลีกเลี่ยงได้ เช่น ผู้ป่วยหกล้มหรือตกเตียง ค่าเสียหายหรือความสูญเสียทีเกิดขึ้นไม่มาก โรงพยาบาลจะไม่ทำประกันความเสี่ยง แต่ใช้การเฝ้าระวังแทนหรือยอมรับค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายเอง

(2) ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากและความสูญเสียนั้นไม่มากเกินความสามารถขององค์การที่จะจ่าย เช่น การให้ยาผิด

3. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) เมื่อใช้กลวิธีต่าง ๆ ในการจัดการพบว่าใช้กลวิธีต่าง ๆ แล้วความเสี่ยงก็ไม่อาจยุติได้ อาจใช้การหลีกเสี่ยงโดยไม่ทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดความสูญเสีย เช่น ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

4. การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk transfer) การถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังหน่วยงานอื่น โดยการยอมจ่ายเบี้ยประกันให้บริษัทประกัน เพื่อเป็นการจัดค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียให้แก่ผู้ป่วย โดยให้บริษัทประกันเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติกิจกรรมบริหารความเสี่ยงขององค์การ อาจทำให้ความสูญเสียในส่วนนี้ลดลงได้

นอกจากนี้ผ่องศรี ศรีมรกต (2546: 6) ได้เสนอแนวทางการจัดการความเสี่ยงโดยแบ่งเป็นระดับต่าง ๆ คือ ระดับปฏิบัติการ ระดับโรงพยาบาล คลินิก หน่วยปฏิบัติการทั่วไป และหน่วยงานต่าง ๆ และระดับรัฐบาลและระดับชาติ มีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการจัดการความเสี่ยงในระดับปฏิบัติการ

1. ให้ข้อมูลกับบุคลากรในทีมสุขภาพให้ทราบว่า ยาทั้งหลายที่ใช้ไปและสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

2. ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนและเพิ่มความเข้าใจในภาวะสุขภาพ การรักษาและการดูแลสุขภาพ

3. ทำให้เกิดความมั่นใจว่ามีการทดสอบก่อนการใช้เครื่องมือ และมีผลทดสอบ หรือวิธีการต่าง ๆ เป็นลายลักษณ์อักษร

4. รายงานข้อผิดพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไปยังผู้รับผิดชอบโดยตรง

5. แสดงบทบาทอย่างกระตือรือร้นในการประเมินความปลอดภัย และคุณภาพของการดูแล

6. ปรับปรุงการพูดคุยการสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ให้เป็นแบบสองทาง

7. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้ทราบถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

8. ดำเนินการเพื่อปรับปรุงวิธีการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ

9. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ผู้มีอำนาจรับผิดชอบโดยตรงรับทราบ

10. เสริมสร้างความร่วมมือให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นในด้านแผนการรักษาด้วยยา

แนวทางปฏิบัติในระดับโรงพยาบาล คลินิก หน่วยปฏิบัติการทั่วไป และหน่วยงานต่าง ๆ

1. จัดอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอตลอดเวลา

2. มุ่งเน้นปรับปรุงระบบการดูแล ไม่ใช้ระบบตำหนิรายบุคคล แต่มุ่งเน้นการวิเคราะห์จุดอ่อนของระบบ

3. จัดโปรแกรมการควบคุมการติดเชื้ออย่างเข้มงวด

4. กำหนดนโยบายการรักษาที่ได้มาตรฐาน และแผนการหลีกเลี่ยงความสับสน และระบบช่วยจำที่เชื่อถือได้ เพื่อให้ทราบถึงสิ่งที่ผิดพลาด/บกพร่อง (Fallible) และระบบการรับผิดชอบกับความผิดพลาดทั้งหลาย

5. ในการบริหารจัดการห้องยา หลีกเลี่ยงชื่อยาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จัดหมวดหมู่และแยกประเภทยาให้ชัดเจน

แนวทางปฏิบัติระดับรัฐบาลและระดับชาติ

1. กำหนดให้มีระบบการรายงานระดับชาติ เพื่อบันทึกเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์และเรียนรู้เพื่อหาแนวทางการแก้ไขให้ได้

2. ส่งเสริมให้มีวัฒนธรรมการรายงานอย่างเป็นระบบ โดยมีการส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบการรายงานที่แม่นยำ เที่ยงตรง และระบบการบันทึกที่มีประสิทธิภาพ

3. เน้นความปลอดภัยให้ความสนใจเป็นอันดับแรกที่ต้องในระบบสุขภาพและการจัดการคุณภาพ

4. กำหนดกลไกเพื่อให้มั่นใจว่าที่ใดควรแยกแยะ ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงเพื่อสู่การปฏิบัติ และทำให้เกิดความก้าวหน้าในทางที่ดี

5. พัฒนานโยบายการปฏิบัติบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถปรับปรุงการดูแลสุขภาพได้

6. พัฒนากลไก เช่น ผ่านระบบรับรองคุณภาพ และวิธีการอื่น ๆ เพื่อตระหนักถึงคุณลักษณะของผู้ให้การดูแลที่สามารถเพิ่มขีดความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยสูงขึ้น

7. พัฒนาวัฒนธรรมองค์การ การสร้างวัฒนธรรมองค์การโดยเริ่มตั้งแต่การสร้างความเชื่อมั่นว่า อุบัติการณ์ที่ถูกรายงานนั้นจะไม่มีผลกระทบเชิงลบต่อผู้รายงาน แต่จะมีผลเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติครั้งต่อไป และจะมีผลต่อการพัฒนาในภาพรวม ควรหลีกเลี่ยงวัฒนธรรม การตำหนิ (Blame cultures) เพราะเป็นการส่งเสริมให้บุคคลปกปิดความผิดพลาดที่เกิดจากความล้มเหลว เนื่องจากมุ่งเน้นที่การกระทำของตัวบุคคลมากเกินไป มีกลไกเพื่อเสริมความเชื่อมั่นของบุคลากรในองค์ว่า เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์แล้ว จะมีการจำแนกข้อมูล มีการใช้หลักวิเคราะห์ข้อมูล และสถานการณ์อย่างลึกซึ้งให้ถึงรากแก่นของสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (Root cause analysis)

8. ศึกษาข้อมูลเดิมเกี่ยวกับความเสี่ยงจากแหล่งต่าง ๆ ดังนี้

8.1 จำนวนอุบัติการณ์ในระดับหน่วยงาน ภูมิภาค และระดับชาติ

8.2 การศึกษาระดับชาติในหน่วยงานการดูแลเฉพาะสาขา

8.3 การศึกษาจากภายนอกเป็นระยะ ๆ และการทบทวน เช่น โดยคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน

8.4 การรายงานสถิติด้านสุขภาพและสาธารณสุขต่าง ๆ

9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO ได้ประกาศเป้าหมายแห่งชาติเพื่อปกป้องความปลอดภัยของผู้ป่วยและให้ข้อเสนอแนะไว้ดังนี้

9.1ปรับปรุงความละเอียดถี่ถ้วนในการจำแนกแยกแยะประเภทผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงต่าง ๆ ออกมาให้ชัดเจน

9.2 ปรับปรุงประสิทธิภาพของการติดต่อสื่อสาร ระหว่างทีมผู้ให้การดูแล เพื่อป้องกันความสับสนและความผิดพลาดจากความเข้าใจไม่ตรงกันทั้งการสื่อสารด้วยตัวย่อลายลักษณ์อักษรและคำพูดหรือผ่านสื่อต่าง ๆ ทุกประเภท

9.3 ปรับปรุงความปลอดภัยในการบริหารยาทุกประเภท เช่น การนำยาอันตรายออกจากหอผู้ป่วยให้หมด และจำกัดจำนวนยาที่มีความเข้มข้นในระดับอันตรายทุกชนิดอย่าง เข้มงวด

9.4 ขจัดความผิดพลาดทุกประเภท ทั้งผิดตำแหน่ง ผิดคน ผิดวิธี ผ่าตัด มีแบบฟอร์มการตรวจเช็คก่อนลงมือผ่าตัด หรือมีการทำเครื่องหมายไว้ให้ชัดเจน

9.5 ปรับปรุงความปลอดภัยในการใช้เครื่องช่วยควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

9.6 ปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบเตือนภัยในคลินิก โดยมีการตรวจสอบสภาพการใช้งานให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา

ในกระบวนการจัดการความเสี่ยงที่กล่าวมา องค์การทางสุขภาพต้องเลือกวิธีการจัดการความเสี่ยงให้มีความเหมาะสมกับความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ควรเน้นที่การวางแนวทางป้องกันมากกว่าวิธีอื่น เพื่อมิให้เกิดอุบัติการณ์หรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด เนื่องจากการพลัดตกหกล้มเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในการประเมินเชิงผลลัพธ์ (กฤษดา แสวงดี, 2544) ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลในเชิงปริมาณของการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมดูแลในหอผู้ป่วยและโรงพยาบาล ดังนั้นขั้นตอนของการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรมของงานวิจัยนี้ เป็นการควบคุมความเสี่ยง (Risk control) โดยการพัฒนาระบบการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม คือ การสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง โดยพยาบาลประจำการจะได้รับการฝึกอบรมให้เกิดความรู้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และให้บุคลากรพยาบาลมีส่วนร่วมในการสร้างโปรแกรมทุกกระบวนการ เพื่อเกิดความเป็นเจ้าของในผลงานที่สร้างขึ้น เกิดความตั้งใจในดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม นำโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงที่สร้างร่วมกันไปทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไข จนเกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม และติดตามประเมินผลการบริหารความเสี่ยงเป็นระยะ ๆ

1.1.3.4 **การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง** (Risk evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยง เพื่อทบทวนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารความเสี่ยง ที่จะบอกถึงความสำเร็จและคุณภาพของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งกุญแจแห่งความสำเร็จของกระบวนการบริหารความเสี่ยงขึ้นอยู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ และการติดตามผลของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคลากรทุกคนได้ร่วมกันรายงานอย่างรวดเร็ว และความสำคัญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนดูว่ากระบวนการบริหารบริหารความเสี่ยงตั้งแต่ขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงนั้น ทำให้ความเสี่ยงลดลงหรือไม่ ได้ผลเป็นที่น่าพอใจในระดับที่ยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือไม่ เพื่อที่จะลดความเสี่ยงลง ทำให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการ

กิจกรรมในการประเมินผลความเสี่ยง ได้แก่ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542)

1. การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน
2. การทบทวนประสบการณ์เครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี

โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ คำถามที่ต้องถาม คือ

(1) อุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกัน

(2) อุบัติการณ์นี้เป็นเหตุเดี่ยวหรือเป็นเรื่องของระบบ มีโอกาสเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่

3. การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

นอกจากนี้ Wilson and Tingle (1999: 57) กล่าวว่า การประเมินความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้บริหารองค์การที่ดูแลสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพทั้งหมด ผู้ป่วยที่เสียหายและทนาย การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ การประเมินประสิทธิภาพของโครงการบริหาร ความเสี่ยง ทำให้แน่ใจว่ากิจกรรมการบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ ได้ถูกวัดอย่างแม่นยำและได้รับทราบหรือเข้าถึงกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงนั้น ๆ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจะทำให้สำเร็จลุล่วงได้ ภายในบรรยากาศของความซื่อสัตย์และโปร่งใส ซึ่งความผิดพลาดและเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการหรือไม่คาดฝันจะถูกค้นพบโดยเร็ว จัดการด้วยวิธีที่นุ่มนวลและมีประสิทธิภาพ ตลอดจน การรายงานอุบัติการณ์โดยปราศจากบทลงโทษหรือข้อตำหนิ การแก้ปัญหาและวิธีการที่ควรนำมาใช้ เพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้กระบวนการประเมินการบริหารความเสี่ยงเป็นไปด้วยดี ศูนย์พัฒนาคุณภาพจำเป็นต้องทำรายงานประจำปีที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมบริหารความเสี่ยงรวมถึงการประเมิน และการทบทวนแผนยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง การบริหารความเสี่ยงจะถูกจัดทำหรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมโดยผ่านกระบวนการประเมินผล

ในส่วนของการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยประเมินผลจากแบบบันทึกจำนวนอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีรายละเอียดการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม ประกอบด้วยการบันทึกสถานที่ เวลา ระดับความรุนแรง รายละเอียด สาเหตุ และการดำเนินการแก้ไขหลังจากการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม โดยนำข้อมูลที่จัดเก็บได้มารายงานก่อนและหลังใช้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ และร่วมวิเคราะห์กับพยาบาลประจำการว่าโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงมีผลทำให้จำนวนอุบัติการณ์ลดลงได้หรือไม่ เพื่อนำข้อเสนอแนะของพยาบาลประจำการที่ได้ไปปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง เพื่อใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม

กล่าวได้ว่าการบริหารความเสี่ยงมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานที่ไม่สามารถแยกจากการประกันคุณภาพได้ โรงพยาบาลที่มีระบบ

การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ จึงควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ มีการกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่ดี มีการวัดประเมินค้นหา และ การทบทวนความเสี่ยงหรือช่องว่างที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง และสามารถจัดการกับปัญหาได้ทันท่วงที ในการบริหารความเสี่ยงเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มจึงเป็นกระบวนการที่จะต้องมีการกระทำ และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงจะเกิดประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คือ จำนวนอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มลดลง หรือไม่เกิดขึ้นเลย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการดำเนินการบริหารความเสี่ยง เพื่อช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยศัลยกรรม แต่แนวคิดการบริหารความเสี่ยงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือและความรับผิดชอบของบุคลากรทุกคน จึงนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ

1.1.4 การบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช

ระบบการบริหารความเสี่ยงของแผนกศัลยกรรม ดำเนินการจัดทำเป็นรายการความเสี่ยงที่พบกับผู้ป่วยศัลยกรรม โดยมีรายการความเสี่ยงที่สำคัญ ดังนี้ (งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช, 2548)

1. การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
2. ความคลาดเคลื่อนทางยา
3. การติดเชื้อ
4. การงด/ เลื่อนผ่าตัด
5. ความคลาดเคลื่อนจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
6. ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หลังผ่าตัด
7. ความไม่พึงพอใจต่อการบริการพยาบาล
8. การเกิดแผลกดทับ
9. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน
10. อันตรายจากเครื่องรัดตรึง
11. ความคลาดเคลื่อนในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
12. อันตรายจากบุคคลแปลกปลอม
13. สิ่งแวดล้อม/ อาคาร/ สถานที่/ ไม่ปลอดภัยจากอัคคีภัย

จากรายงานความเสี่ยงที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการพลัดตกหกล้มเป็นความเสี่ยงที่อยู่ในลำดับแรกของหน่วยศัลยกรรม เพราะเป็นปัญหาที่ยังพบได้บ่อย และเป็นเป้าหมายและพันธกิจ รวมถึง Siriraj's Patient Safety Goals ที่สำคัญข้อหนึ่งที่ผู้บริหารและบุคลากรพยาบาลที่ตระหนัก และ

วางแผนในการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น แนวทางการแก้ไขกำลังเริ่มดำเนินการไม่ระบบที่ชัดเจน โดยมีแนวทางการแก้ไข ดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย
2. คัดกรองผู้ป่วยเพื่อกำหนดผู้ดูแลเป็นพิเศษ
3. มีระบบสัญญาณเมื่อต้องการความช่วยเหลือ
4. ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
5. กำกับการดูแลให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

จากแนวทางที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าระบบการบริหารความเสี่ยงของแผนกศัลยกรรมมีการดำเนินการอยู่บ้างแล้ว คือ เริ่มตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยจัดการความเสี่ยง โดยดำเนินการติดตั้งระบบสัญญาณเมื่อต้องการความช่วยเหลือ และสุดท้ายเป็นการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน แต่ในแต่ละขั้นตอนยังขาดรายละเอียดของแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงตามระดับต่าง ๆ และเป็นระบบการสั่งการจากผู้บริหารมากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำการ แผนกศัลยกรรมจึงเป็นความคิดที่จะสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อใช้ในการป้องกันอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม

1.1.5 โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม

โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม เป็นแนวทางที่กำหนดให้พยาบาลประจำการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการดำเนินการการจัดการที่รัดกุมและมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน สิ่งสำคัญที่ช่วยให้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงสามารถดำเนินการไปได้อย่างราบรื่น และประสบผลสำเร็จก็คือ ความร่วมมือของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จากการศึกษาพบว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นศิลปะในการบริหารจัดการอย่างหนึ่ง ที่จะให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นการสร้างแรงจูงใจ และดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน ทั้งยังมีผลในทางจิตวิทยาทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง ในขณะเดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (สมยศ นาวีการ, 2545; ลัมฤทธิ์ กางเพ็ง, 2545) และมีผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น (สมยศ นาวีการ , 2545; Swansburg, 2002) การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่จะนำมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรมได้เป็นอย่างดี และในการวิจัยนี้ได้สร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง โดยบูรณาการตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยงการวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงตามที่กล่าวมาข้างต้น โดยให้บุคลากรพยาบาลได้

มีส่วนร่วมในการสร้างโปรแกรมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ ทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไข มี การรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อให้รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของผลงาน ก่อให้เกิดประสิทธิภาพและ สัมพันธภาพที่ดีในการบริหารความเสี่ยงร่วมกัน

การสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง มีกิจกรรมต่าง ๆ ที่เริ่มจากการฝึกอบรมให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การนำไปปฏิบัติจริง และการประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดการฝึกอบรมแก่พยาบาลประจำการ โดยจัดการประชุมมีการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจความหมายและกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามแนวคิดของ Wilson and Tingle (1999) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์หรือการประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหาร ความเสี่ยง และเรื่องการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้อบรมเข้าใจถึงความหมายของการพลัดตกหกล้ม ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้ม และการประเมินผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม หลังจากการบรรยายให้ผู้อบรมได้ทดลองใช้เครื่องมือการประเมิน ความเสี่ยงที่ปรับปรุงจาก Hendrich fall risk model (2002) กับกรณีศึกษา 5 ราย เพื่อให้ผู้เข้ารับ การอบรมเข้าใจถึงการประเมินผู้ป่วยและจำแนกประเภทของผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มไม่มีความเสี่ยง มีความเสี่ยงน้อย และมีความเสี่ยงมาก

2. การจัดฝึกปฏิบัติ ให้พยาบาลร่วมกันสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ในขณะที่เปิดโอกาสให้พยาบาลได้ฝึกการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยเริ่มตั้งแต่

2.1 การค้นหาความเสี่ยง เป็นการค้นหาปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม โดยการศึกษารายงานอุบัติการณ์ที่ผ่านมาของหน่วยงาน เพื่อค้นหาว่าความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มเกิดปัจจัยเสี่ยงด้านใด ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยจากบุคลากร

2.2 การวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง โดยให้พยาบาลประจำการทดลองประเมินปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย โดยใช้การจำแนกประเภทผู้ป่วยของโรงพยาบาล และแบบประเมินการพลัดตกหกล้มของ Hendrich fall risk model (2002) เพื่อให้พยาบาลประจำการสามารถวิเคราะห์หรือประเมินความรุนแรงของการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มไม่มีความเสี่ยง (0 คะแนน) ความเสี่ยงต่ำ (คะแนนความเสี่ยงอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน) และความเสี่ยงสูง (คะแนนความเสี่ยงอยู่ระหว่าง 5-16 คะแนน)

2.3 การจัดการความเสี่ยง เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการประเมินหรือวิเคราะห์

ความเสี่ยง เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม สามารถดำเนินการเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ตามระดับความเสี่ยงที่ประเมินได้ ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ (คะแนน 0-4 คะแนน)

1. ด้านสิ่งแวดล้อม จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อความปลอดภัย เช่น จัดห้องให้ให้มีเฉพาะสิ่งที่จำเป็น เตียงนอนปรับระดับให้ผู้ป่วยสามารถขึ้นลงได้สะดวก ทางเดินโล่ง พื้นสะอาดไม่เปียกแฉะ ภายในห้องน้ำมีที่รองกันลื่น มีราวเกาะจับที่แข็งแรง มีกริ่ง/กระดิ่งเรียกขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ เปิดไฟให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ อุปกรณ์ที่มีล้อต้องตรวจสอบระบบล็อกให้ดีขณะใช้งาน

2. ด้านบุคลากร มีกิจกรรม ดังนี้

1) แนะนำสถานที่ และอุปกรณ์ในห้องแก่ผู้ป่วยและญาติ

2) ตรวจเยี่ยม และให้ความช่วยเหลือทุก 2 ชั่วโมง

3) ประเมินสภาพผู้ป่วย ก่อนให้ ambulate เช่น การทรงตัว เสื้อผ้า และอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย (สายยางต่าง ๆ)

ผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยง (คะแนน 5-16 คะแนน)

ให้ปฏิบัติตามการจัดการความเสี่ยงในระดับความเสี่ยงต่ำที่กล่าวมาแล้ว และมีข้อปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

1. สื่อสารให้บุคลากรทราบ โดยการติดสัญลักษณ์ "หัวใจสีชมพู" ที่หัวเตียง, ฟอร์มปรอท และคาร์เด็กส์ แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงสัญลักษณ์ที่ใช้เพื่อให้ร่วมดูแลร่วมกัน

2. ตรวจเยี่ยมทุก 1 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะลับสนหรือเสี่ยงต่อการตกเตียงสูง จัดให้มีบุคลากรอยู่เฝ้าระวังและจัดเตียงให้อยู่ใกล้กับเคาเตอร์พยาบาล

3. สอบถามถึงความต้องการเข้าห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง

4. เน้นย้ำผู้ป่วยให้กดออด เมื่อต้องการความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา

5. ก่อนให้ยาระงับประสาทก่อนผ่าตัด แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ความร่วมมือในการป้องกันการตกเตียง

6. ส่งเวรต่อ และบันทึกระดับความเสี่ยงและกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

2.4 การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง โดยให้พยาบาลประจำการร่วมกันประเมินและเก็บจำนวนอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม และนำผลการประเมินไปวิเคราะห์ เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงในป้องกันการพลัดตกหกล้ม

3. ค้นหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยให้พยาบาลประจำการอภิปรายและระดมสมองร่วมกันเสนอแนวทางการบริหารความเสี่ยง และนำไปทดลองปฏิบัติ พร้อมจัดทำคู่มือโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม

4. การนำโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มไปปฏิบัติ เป็นเวลา 1 สัปดาห์

5. การประเมินผลและการปรับปรุงโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ภายหลังจากการนำโปรแกรมไปใช้เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลประจำการ เปิดโอกาสให้เสนอปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติตามโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงโดยร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาข้อสรุปของโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ก่อนจะนำกลับไปปฏิบัติอีกครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ รวมใช้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงเป็นเวลา 4 สัปดาห์

6. ประเมินผลโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ร่วมกันสรุปแนวทางปฏิบัติของโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นคู่มือโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม และประเมินโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง

โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงที่ดี ก่อให้เกิดความร่วมมือของบุคลากร และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับ ได้บูรณาการแนวคิดที่เป็นความรู้และกระบวนการ ซึ่งใช้แนวคิดที่สำคัญคือ การบริหารความเสี่ยง และการบริหารแบบมีส่วนร่วม

1.2 แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม

1.2.1 ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วม ได้มีผู้ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

House (1976 อ้างถึงในวิมลพร ไสยวรรณ, 2545) ได้กล่าวว่าเป็นที่ผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับการแบ่งปันข้อมูล มีกระจายอำนาจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาและยอมให้ผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถร่วมตัดสินใจในการทำงาน

Anthony (1978: 3) และ Robbins (1998: 209) ให้ความหมายว่า เป็นการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้ใช้ทักษะความชำนาญ และความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมในอำนาจหน้าที่ที่ผู้บังคับบัญชามอบให้

I29833125X

Swansburg (1996) ได้อธิบายไว้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นการบริหารที่ผู้บริหารมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจลงสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา การบริหารลักษณะนี้ผู้ใต้บังคับบัญชาจะได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่ มีพันธะผูกพัน และรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วย โดยที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับความไว้วางใจจากผู้บริหารในการปฏิบัติงาน มีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน และการเข้ามามีส่วนร่วมนั้นต้องเข้ามาด้วยความเต็มใจ มิใช่ถูกบังคับ และรับรู้ว่าตนเองได้รับการยอมรับจากผู้บริหารว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ

ธงชัย สันติวงษ์ (2539) ให้ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นวิธีการบริหารที่ผู้บริหารหรือเจ้าของกิจการได้เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการบริหารงานด้านต่าง ๆ เช่น การมีส่วนร่วมในการวางแผน ช่วยเสนอแนะข้อคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของนักบริหาร ตลอดจนการให้โอกาสและมีอิสระกับกลุ่มที่จะตัดสินใจทำงานเองภายใต้เป้าหมายและนโยบายให้อย่างกว้าง ๆ

สมยศ นาวีการ (2545: 1) กล่าวว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการของการให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคลในการใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการแก้ปัญหาที่สำคัญ

สรุปได้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ สามารถเสนอแนะความคิดเห็น และกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้ใช้ทักษะความชำนาญ และความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา โดยที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับความไว้วางใจจากผู้บริหาร มีความยึดมั่นผูกต่อกัน ช่วยกันรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และการเข้ามามีส่วนร่วมต้องเข้ามาด้วยความเต็มใจ มิใช่ถูกบังคับ

1.2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นศิลปะการบริหารอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ทุกคนในองค์การได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการทำงาน เป็นการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นพื้นฐานสำหรับการบริหารแบบมีส่วนร่วม (สมยศ นาวีการ, 2545: 15) และดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน

Sashkin (1982) ได้กล่าวถึงการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับบุคลากรได้มีการวางแผนและควบคุมกิจกรรมการปฏิบัติงานด้วยตัวของเขาเอง อย่างไรก็ตามผู้บังคับบัญชาก็จะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และควบคุมงานในลักษณะต่าง ๆ ตามความสำคัญที่แตกต่างไป วิธีการสำคัญในการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมมี 4 ประการ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย (Participation in goal setting) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งในระดับบุคคล ระดับผู้บังคับบัญชา หรือระดับกลุ่ม ได้มีส่วนร่วม

ในงาน ในการกำหนดเป้าหมายของงาน เพื่อที่พวกเขาจะได้พยายามทำให้งานหรือผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุเป้าหมายที่วางไว้และเกิดผลงานที่ดี

2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) เป็นการมีส่วนร่วมของผู้ใต้บังคับบัญชาในการมีส่วนร่วมให้คำปรึกษาหารือในหลาย ๆ โอกาส มีอิทธิพลในการกำหนดเป้าหมายของงาน มีส่วนร่วมรับผิดชอบในทางเลือกวิธีการตัดสินใจตลอดจนตรวจสอบ และประเมินทางเลือกในการตัดสินใจต่าง ๆ

3. การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Participation in problem solving) เป็นความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่มีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล พัฒนาแนวคิด ใหม่ ๆ ในการทำงานโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลนั้น ๆ และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความคิดใหม่ ๆ ในการพัฒนาปรับปรุงงาน

4. การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง (Participation in change) การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้จะมีความยากและซับซ้อน ถือเป็นจุดที่สำคัญที่สุด ซึ่งรูปแบบนี้จะมาหลังจากการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชานั้นเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้าง วิเคราะห์ และแปลความหมายของข้อมูลองค์การ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาองค์การ

Swansburg (2002) กล่าวถึงการให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม บุคลากรต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ มิใช่ถูกบังคับ การบริหารแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย

1. ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust) เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการบริหารแบบมีส่วนร่วม เพราะบุคลากรได้รับความไว้วางใจ จะมีความพร้อมในการทำงานที่รับผิดชอบสามารถควบคุมการทำงานได้ด้วยตนเอง ผู้บังคับบัญชาเป็นเพียงผู้คอยสนับสนุนช่วยเหลือเอื้ออำนวยความสะดวกให้งานมีความสมบูรณ์ตามแผนที่กำหนดไว้ ผู้บริหารควรมีการกระจายงานหรือการกระจายการตัดสินใจให้มากเท่าที่จะทำได้ เช่น บริษัทโมโตโรล่า ประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำแนวคิดพื้นฐานของความไว้วางใจมาใช้ในการบริหารงานโดยยึดหลักการที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในงานของตนเองมากกว่าคนอื่น บุคลากรจะรับผิดชอบงานของตนเองหากผู้บริหารมอบหมายความรับผิดชอบให้เหมาะสม และสติปัญญาความเฉลียวฉลาด ความคิดสร้างสรรค์จะมีอยู่ในบุคลากรทุกระดับ

2. ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนที่จะให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อกัน ซึ่งความยึดมั่นผูกพันที่เกิดขึ้น พัฒนามาจากความร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกันของทีมงาน บุคลากรที่มีความยึดมั่นผูกพันจะได้รับการจูงใจให้

พัฒนาทักษะของตนเอง มีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น ต้องการที่จะประสบความสำเร็จ รวมถึง การพัฒนางานด้วย ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จขององค์การที่กำหนดไว้

3. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ (Goal and objectives) การที่คนมาทำงานอยู่ร่วมกันย่อมเกิดความขัดแย้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การแก้ไขความขัดแย้งจึงเป็นเป้าหมายหลักของการบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยการใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา การโน้มน้าวต่อรอง การวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และการให้คำปรึกษาบุคลากร

4. การมีอิสระในการทำงาน (Autonomy) การได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงานของตนเอง ต้องการความเสมอภาคในการเป็นเพื่อนร่วมงานคนหนึ่งขององค์การ มีความต้องการตัดสินใจในการทำงานด้วยตนเองตามงานที่ได้รับมอบหมาย และตามคุณสมบัติและความรู้ความสามารถของตนเอง

จากแนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ องค์ประกอบบางประการมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า องค์ประกอบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ให้ความสำคัญแก่ผู้ปฏิบัติงานมาก เน้นการสร้างสัมพันธภาพภายในองค์การ สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งคนและงานไปพร้อม ๆ กัน ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม การบริหารความเสี่ยงเพื่อลดจำนวนอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งหัวใจสำคัญของ การสร้างโปรแกรมนี้ คือ การให้พยาบาลประจำการมีความตระหนักและให้ความสำคัญในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง โดยให้พยาบาลประจำการร่วมกันคิดตัดสินใจ วางแผนเพื่อกำหนดแนวทาง ขอบเขตความรับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ร่วมกันดำเนินงาน และประเมินผลโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงที่สร้างขึ้นร่วมกัน ซึ่งการบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการบริหารแบบหนึ่งที่ควรนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพของหน่วยงาน ทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ และมีความพึงพอใจในการทำงาน

1.2.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

จากการศึกษาการบริหารแบบมีส่วนร่วม พบว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีประโยชน์มาก ซึ่ง Swansburg (2002), Robbins (1998: 209), สมยศ นาวีการ (2545: 22) และสัมฤทธิ์ กางเพ้ง (2545) กล่าวไว้ สรุปได้ดังนี้

1. บุคลากรการยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น การบริหารแบบมีส่วนร่วมมีผลในทางจิตวิทยา คือ ทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง เมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง บุคลากรจะผูกพันกับการเปลี่ยนแปลงมาก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา และผู้บริหาร มีความราบรื่นมากขึ้น การใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้ความไม่พอใจของกลุ่มถูกเปิดเผย ความไม่พอใจเหล่านี้สามารถยุติได้โดยการอภิปรายอย่างตรงไปตรงมา สร้างความไว้วางใจกันและได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งความรู้สึกไว้วางใจเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างหนึ่งของการปฏิบัติงานอย่างประสิทธิภาพ

3. ความผูกพันของบุคลากรต่อองค์การเพิ่มขึ้น การเข้ามามีส่วนร่วมทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าต่อองค์การมากขึ้น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ เพิ่มความยึดมั่นผูกมั่นต่อองค์การจากการที่มีทัศนคติต่อองค์การในทางที่ดี

4. การบริหารผู้ใต้บังคับบัญชามีความง่ายมากขึ้น ลดระดับของการบริหารงาน และถ้าหากว่าผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีความผูกพัน ยอมรับการเปลี่ยนแปลง และไว้วางฝ่ายบริหารมากขึ้น การบริหารก็จะง่ายขึ้น

5. การตัดสินใจงานบริหารมีคุณภาพมากขึ้น การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ซึ่งการรวมความรู้และความสามารถของบุคลากรหลายคนเข้าด้วยกันในการแก้ปัญหา และนำไปสู่การตัดสินใจของผู้บริหารเพียงคนเดียว

6. ลดความสับสนในการปฏิบัติงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยการปรับปรุงการติดต่อ สื่อสารให้ดีขึ้น สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ในการทำงานร่วมกันตลอดจนการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

7. การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมช่วยปรับปรุงทีมงานให้ดีขึ้น มีการประสานงานระหว่างกัน

8. ความพอใจงานที่ทำมีมากขึ้น มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานมากขึ้น การมีส่วนร่วมทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงาน เพิ่มขวัญและแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้มีความคิดริเริ่มในการทำงาน เพิ่มความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานของบุคลากร

9. นิเทศงานด้วยตนเอง กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้วินิจฉัย และการแก้ปัญหาให้ผู้ปฏิบัติงานมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็นการพัฒนาอาชีพ (Career development) การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะช่วยทำให้เพิ่มความสามารถของแต่ละบุคคล เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ขององค์การ การปรับตัว และการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ

10. ลดการสูญเสียขององค์การ เช่น การลาออกจากงาน การขาดงานน้อยลง เนื่องจากบุคลากรมีความพึงพอใจในงานที่ทำมากขึ้น

11. การใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วม ในการจัดตั้งทีมเพื่อบริหารจัดการของบุคลากร การออกแบบเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น จากการที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดและนำระบบการทำงานไปใช้ ส่งเสริมให้การปรับปรุงงานมีความเป็นไปได้สูง ตลอดจนผู้ร่วมงานมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นด้วย

จากการศึกษาของ Australian Institue of Management (1991) ได้กล่าวสรุปถึงประโยชน์ในการใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วม ไว้ 3 ประเด็น คือ ประโยชน์ขององค์การ ประโยชน์ในการบริหารงาน และประโยชน์ต่อบุคลากรดังนี้

1. ประโยชน์ขององค์การ

1.1 ระบบงานมีความยืดหยุ่นมากขึ้น เนื่องจากมีการใช้ทักษะความสามารถของผู้ปฏิบัติงานเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดการพัฒนาและเกิดประสิทธิภาพในการทำงาน

1.2 มีผลผลิตเพิ่มมากขึ้น มีผลผลิตที่เชื่อถือได้ มีคุณภาพ และมีความเจริญก้าวหน้า

1.3 เพิ่มกำไร ได้จากการลดอัตราการขาดงานที่มีสาเหตุจากความเครียดในงาน และการลาออกจากงานของเจ้าหน้าที่

1.4 มีการพัฒนาความสัมพันธ์ในองค์การ และสูญเสียเวลาจากการขัดแย้งกันของเจ้าหน้าที่น้อยลง

2. ประโยชน์ในการบริหารงาน

2.1 ทำให้เกิดการพัฒนาในเรื่องคุณภาพชีวิตการทำงาน

2.2 การพิจารณาเลื่อนขั้นจะยึดพื้นฐานของความดี ความสามารถทักษะ และคุณสมบัติมากกว่ายึดระบบอาวุโส

2.3 ได้รับการร่วมมือจากพนักงานเพิ่มมากขึ้น

2.4 การทำงานเป็นทีมถือเป็นรางวัลที่มีค่ากว่าการได้รับเงินรางวัลตอบแทน

2.5 ลดบรรยากาศที่ตึงเครียดซึ่งเป็นผลทำให้ลดความขัดแย้งได้ง่ายขึ้น

3. ประโยชน์ต่อบุคลากร

3.1 เพิ่มความพึงพอใจภายในงานและทำให้รู้สึกถึงความสำเร็จเนื่องมาจากสามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายทั้งด้านคุณภาพและผลผลิต

3.2 ระดับการควบคุมในงานของตนเองมีมากขึ้น

3.3 โอกาสในการได้ปฏิบัติงานที่ให้ความพึงพอใจมาก

3.4 เพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงาน

3.5 ความเคารพตัวเอง และความเชื่อมั่นในตนเองมีมากขึ้นจากการมีทักษะที่เพิ่มขึ้น

3.6 มีโอกาสได้รับส่วนแบ่งในรางวัลตอบแทน

จากการศึกษาความหมายและแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีประโยชน์มาก การที่ผู้บริหารได้เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารในหน่วยงานของตน สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ได้ร่วมตัดสินใจต่อการพัฒนาปรับปรุงหน่วยงานเพื่อให้เกิดการบริการที่ดีขึ้น สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา นอกจากนี้ยังช่วยส่งผลให้ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจในงาน โดยความพึงพอใจนี้จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกทางบวก ก่อให้เกิดความยึดมั่นผูกพันในงานตามมา ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาใช้เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากรูปแบบการบริหารนี้จะช่วยให้พยาบาลประจำการแผนกศัลยกรรมมีความรู้สึกว่า ตนได้รับความไว้วางใจจากผู้บริหารในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงให้เกิดขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นในการให้บริการที่มีคุณภาพ ทำกิจกรรมในโปรแกรมร่วมกันทั้งหมด ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจในงาน และความรู้สึกผูกพันกับงานที่ตนได้มีส่วนร่วม เกิดการทำงานที่ประสานกันเป็นทีม และเป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จร่วมกัน นอกจากนี้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงที่ถูกสร้างขึ้นมา จะช่วยส่งผลให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพในขณะที่มาใช้บริการ และเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และความต้องการของสังคม

2. แนวคิดเกี่ยวกับอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

2.1 ความหมายการพลัดตกหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม มีผู้ให้ความหมายไว้มากมายทั้งในประเทศ และต่างประเทศ สรุปได้ดังนี้ (Greenspan, Myer, Maitland, Resnick and Hayes, 1994; VA Nation Center for Patient Safety, 2004)

การพลัดตกหกล้ม (Falls) หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวของร่างกาย หรือการเปลี่ยนท่าโดยไม่ได้ตั้งใจ เป็นผลทำให้ร่างกายทรุดนั่งหรือลงกับพื้น หรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ ทั้งจากอาการหน้ามืด

เป็นลม ขาอ่อนแรง และจากการสะดุด เกี่ยวดึง ลื่นไถล เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่สามารถควบคุมได้

การแบ่งระดับความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม สามารถแบ่งได้ ดังนี้ (VA Nation center for patient safety, 2004)

0 = ไม่เกิดบาดเจ็บ

1 = บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น มีรอยถลอก เป็นแผลเล็กน้อย

2 = บาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหัก บาดเจ็บที่ศีรษะ แขนหัก

3 = เสียชีวิต

สรุปได้ว่า การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวของร่างกาย หรือการเปลี่ยนท่าโดยไม่ได้ตั้งใจของผู้ป่วย เป็นผลให้ร่างกายทรุดตัวลงนั่งหรือนอนลงกับพื้นหรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้ม สามารถวิเคราะห์ได้จากการค้นหาความเสี่ยง โดยวิเคราะห์ในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่รับรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล สามารถสรุปปัจจัยปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มได้ 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) และปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) ดังนี้ (มนตบงกช กนกนันทพงศ์, 2546, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, 2546 อ้างถึงในเรณู อาจสาลี และอรพรรณ โตสิงห์, 2546) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) ได้แก่

2.2.1.1 ความบกพร่องในการมองเห็น (Impaired vision) ได้แก่ ความพร่องจากปัญหาของโรคทางตา เช่น ต้อกระจก ต้อหิน การลอกหลุดของจอประสาทตา นอกจากนี้การรับรู้ทางการมองเห็นยังเกี่ยวข้องกับการทรงตัวด้วย

2.2.1.2 ประวัติการพลัดตกหกล้ม (History of falls) มีรายงานการศึกษาว่าผู้ที่เคยมีประวัติของการพลัดตกหกล้มมักจะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ

2.2.1.3 การใช้ยา (Medication use) การใช้ยาที่มีการปรับเปลี่ยนขนาดและจำนวนของยาที่เคยใช้ รวมทั้งชนิดของยาที่ใช้ เช่น ยาในกลุ่มยาระงับประสาท ยาระงับอาการซึมเศร้า ยาเฉพาะโรคทางระบบประสาท ยาลดความดันโลหิต อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง คือ อาการอ่อนล้า มึนงงสับสน ยาขับปัสสาวะ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะการเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับยาสลบระหว่างผ่าตัดก็อาจเกิดผลข้างเคียงของยา โดยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน และภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เป็นต้น

2.2.1.4 ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic diseases) ภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดได้จากการดำเนินของโรค เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะอ่อนล้าของโรคหัวใจ

2.2.1.5 ความพร่องของกระบวนการคิดและระดับการรู้สติ พบได้จากผู้ป่วยสูงอายุ มักจะพบว่ามีอาการสับสน สูญเสียความทรงจำและการตัดสินใจไม่ดี ภาวะซึมเศร้า และกระบวนการคิดที่เปลี่ยนไป

2.2.1.6 ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (Decrease mobility) เช่น ผู้สูงอายุที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวได้จำกัดภายหลังผ่าตัด

2.2.1.7 การทรงตัวไม่ดี (Poor balance or postural control) พบได้ในผู้ที่มีอาการของโรคทางตา หรือหู ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการรับรู้ความรู้สึกพร่องไป

2.2.1.8 การสูญเสียหน้าที่ของระบบทางเดินปัสสาวะ (Bladder dysfunction) ผู้สูงอายุที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การเข้าห้องน้ำเพื่อถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการพลัดตกหกล้ม

2.2.1.9 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ (Physiological change of aging) ได้แก่ การรับความรู้สึก ความไม่สัมพันธ์กันของการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อและระบบประสาท ท่าทางเดินที่ไม่มั่นคง การสูบฉีดของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่ดี เป็นต้น

2.2.2 ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) ได้แก่

2.2.2.1 เตียงนอน คือ มีระดับที่สูงกว่า 51 เซนติเมตรหรือ 20 นิ้ว เตียงนอนอยู่ห่างจากห้องน้ำมากกว่า 5 เมตร ระยะของทางเดินระหว่างเตียงแคบกว่า 100 เซนติเมตร ไม่ได้ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นขณะมีผู้ป่วย และไม่มีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่บอกระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มดังนั้นควรปรับระดับของเตียงให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่สามารถขึ้นลงได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ต้องจัดมีเก้าอี้รองยืนก่อนข้างเตียง และทำป้ายหรือสัญลักษณ์ที่บอกถึงความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เพื่อย้ำเตือนบุคลากรและผู้ป่วยในการเฝ้าระวังร่วมกัน

2.2.2.2 เก้าอี้นั่งข้างเตียง ต้องจัดให้มีความสูงที่พอเหมาะ แข็งแรง และมั่นคง

2.2.2.3 การไม่ได้จัดออดหรือกริ่ง เพื่อเรียกขอความช่วยเหลือ

2.2.2.4 ภายในห้องน้ำ อุปกรณ์ต้องสามารถหยิบจับได้สะดวก โถส้วมต้องมีขนาดและความสูงที่พอเหมาะ พื้นแห้งตลอดเวลา มีแสงสว่างเพียงพอ และถ้ามีรองเท้าให้เปลี่ยนต้องมีขนาดที่เหมาะสม ไม่ลื่น

2.2.2.5 อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้แก่ รถเข็น จะต้องใช้งานได้ดี มีระบบการล็อค และมีขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วย

2.2.2.6 ทางเดินภายในหอผู้ป่วยต้องไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน มีแสงสว่างที่เพียงพอ

2.3 แนวทางในการป้องกันอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่ามีผู้เสนอแนวทางในการป้องกันอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มไว้ดังนี้

Ignatavicius (2000) นำเสนอว่าพยาบาลสามารถป้องกันอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ได้จากการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพื่อเป็นป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม และลดอันตรายจากการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย เสนอแนะให้ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีการสื่อสารให้บุคลากรพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับรู้โดยการใช้ป้ายหรือสติกเกอร์เพื่อเตือนให้บุคลากรพยาบาลเกิดความสนใจ ใส่ใจในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และได้เสนอแนวทางในการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม ดังนี้

1. ให้พาผู้ป่วยไปห้องน้ำทุก 2-3 ชั่วโมง
2. จัดกริ่งให้ผู้ป่วยและแนะนำให้กดเรียกเมื่อต้องการความช่วยเหลือ
3. การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สะอาดเรียบร้อย มีแสงสว่างเพียงพอ
4. จัดเตียงไม่ให้สูงเกินไป และยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นหรืออาจใช้การผูกยึดผู้ป่วยเมื่อไม่มีญาติหรือผู้ช่วยเหลือที่เพียงพอ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้แว่นสายตา เครื่องช่วยในการได้ยิน และอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหว

Kimbell (2001) ได้แนะนำโปรแกรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีแนวทางในการปฏิบัติ 9 ประการ ดังนี้

1. ประเมินสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ที่เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
2. ตัดสินใจเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยง
3. ให้ความรู้แก่บุคลากรในการใช้เครื่องการประเมินความเสี่ยง
4. ให้บุคลากรทุกคนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนในการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
5. เริ่มดำเนินการ โดยทำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย เช่น มีราวให้

ผู้ป่วยจับเวลาเดิน จัดแสงสว่างให้เพียงพอ

6. สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการดูแล พร้อมทั้งสอบถามและขอคำแนะนำเกี่ยวการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

7. ประเมินผลภายหลังจากใช้โปรแกรม 1 เดือน โดยเก็บอัตราการพลัดตกหกล้มและมีการสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

8. ประเมินผลครั้งที่ 2 และให้บุคลากรร่วมกันระดมสมองเพื่อปรับปรุงโปรแกรม

9. ประเมินผลของโปรแกรมทุก 3 เดือน โดยเก็บข้อมูลของอัตราการพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บ และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับหน่วยงาน

การพลัดตกหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่สามารถทำนายล่วงหน้าและสามารถป้องกันได้ โดยการค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวส่งเสริมการพลัดตกหกล้ม โดยทั่วไปการพลัดตกหกล้มเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในของผู้ป่วย ส่วนด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม ถือเป็นปัจจัยภายนอก ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยเดียว หรือหลายปัจจัยรวมกัน (Morse et.al, 1985) การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มทั้ง 2 ด้านที่กล่าวมา ถือเป็นบทบาทอิสระที่บุคลากรทางการพยาบาลสามารถทำไปควบคู่กับการประเมินอาการทั่วไปของผู้ป่วย ช่วยสะท้อนภาพ การดูแลแบบองค์รวม และเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง คือการวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง เพื่อใช้ในการแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Lane (1999), Ignatavicius (2000), Kimbell (2001) และมนตบงกช กนกนันทพงศ์ (2546) ได้นำเสนอว่า พยาบาลประจำการสามารถป้องกันการพลัดตกหกล้ม ได้ จากการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุมทั้งภายในและภายนอก ทำให้เห็นแนวทางในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ดี ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินจะเป็นแนวทางที่สำคัญใน การบริหารจัดการ และควบคุมสถานการณ์ของการพลัดตกหกล้มได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่ามีการศึกษาหลายเรื่องที่เห็นความสำคัญว่าการประเมินปัจจัยเสี่ยงมีความสำคัญมากในการป้องกันความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม และถือเป็นหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลประจำการต้องมีการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยทุกคน เพื่อเป็นการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงในการวิจัยนี้ได้นำแนวคิดการบริหารความเสี่ยง แนวคิด การบริหารแบบมีส่วนร่วม และผลจากการศึกษาดังกล่าวมาบูรณาการเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเป็นโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ

3.1 ความหมายของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Stamps and Piedmonte (1986) ให้ความหมายของความพึงพอใจของพยาบาลว่า หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติในทางบวกของพยาบาลที่มีต่องานที่ทำอยู่ ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ ค่าตอบแทน ความเป็นอิสระ ลักษณะงาน นโยบายองค์การ สถานภาพของวิชาชีพ และการปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงาน

Gibson, Ivancevich, and Donnelly (2000) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน คือ ทัศนคติส่วนบุคคลเกี่ยวกับงาน เป็นผลจากการรับรู้งาน ขึ้นกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมในงาน เช่น ลักษณะการนิเทศ นโยบายและวิธีปฏิบัติ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มการทำงาน สภาพงานและผลประโยชน์

สมยศ นาวีการ (2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานนั้น เป็นความรู้สึกที่ดีโดยส่วนรวมของคนที่มีต่องาน ซึ่งเมื่อพูดถึงคนที่มีความพึงพอใจสูง มักหมายความว่าคนชอบให้คุณค่าต่องานของตนเองสูง และมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2544) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกรวมของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวก เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และได้รับผลตอบแทนที่เป็นความพึงพอใจที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและกำลังใจ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อประสิทธิผลของการทำงาน รวมทั้งส่งต่อความสำเร็จและเป็นไปตามเป้าหมายขององค์การ

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกที่ดีโดยรวมของพยาบาลประจำการ หรือการมีทัศนคติในทางบวกต่องานที่ปฏิบัติอยู่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน และสามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ เพื่อความสำเร็จของงาน และเป็นไปตามเป้าหมายขององค์การ

3.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ

การที่ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความพึงพอใจ ขึ้นอยู่กับแรงผลักดันหรือความต้องการต่าง ๆ ที่อยู่ภายในบุคคล ในฐานะที่เป็นแรงจูงใจให้เกิดการกระทำของบุคคล ทฤษฎีในกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (Maslow hierarchy of needs) ทฤษฎีความต้องการของ Alderfer (Alderfer's modified need hierarchy theory) ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's two factors theory) และทฤษฎีความต้องการของ McCelland (McCelland's theory of needs)

3.2.1 **ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ** Maslow (Maslow hierarchy of needs)

Maslow ให้ข้อเสนอแนะว่าความต้องการของคนจะเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการจูงใจ เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ เกิดจากความต้องการบางอย่างและเกิดความพึงพอใจเมื่อได้รับ การตอบสนอง Maslow ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็นลำดับขั้น (Robbins, 2001: 156) ได้แก่

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต

2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) เมื่อความต้องการด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว ความมั่นคงปลอดภัยจะเข้ามามีบทบาทในพฤติกรรมมนุษย์ มีความปรารถนาที่จะได้รับความคุ้มครองจากอันตรายต่าง ๆ และความมั่นคงจากการทำงาน

3. ความต้องการด้านสังคม (Social needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกาย และความต้องการความมั่นคงปลอดภัยได้รับอย่างเหมาะสมแล้ว บุคคลจะมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในองค์การและได้รับการยอมรับความเป็นมิตร และมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม มีการยกย่องชมเชย

4. ความต้องการเกียรติยศและชื่อเสียง (Esteem needs) เป็นความต้องการที่อยากให้ผู้อื่นยกย่องสรรเสริญ และความต้องการให้ความตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง หรือความก้าวหน้าทางด้านสถานการณ์ เช่น การมีอำนาจ ความสำเร็จ

5. ต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self- actualization needs) เป็นความต้องการที่บุคคลปรารถนาจะพบเห็นความสำเร็จในชีวิตของตนด้วยความรู้ความสามารถของตนเอง องค์การควรเปิดโอกาสให้พนักงานได้ทำงานที่ท้าทายความสามารถ มีโอกาสประสบความสำเร็จในงาน

3.2.2 **ทฤษฎีความต้องการของ** Alderfer (Alderfer's modified need hierarchy theory)

ในปี ค.ศ. 1972 Alderfer ได้คิดทฤษฎีความต้องการ ที่เรียกว่า ทฤษฎีอี อาร์ จี (ERG: Existence-Relatedness-Growth Theory) เนื่องจากได้มีการวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow พบว่าไม่ตรงกับทฤษฎี กล่าวคือ การตอบสนองความต้องการไม่เป็นไปตามลักษณะการลำดับขั้นของ Maslow จึงเสนอทฤษฎีความต้องการ ERG โดยแบ่งความต้องการของบุคคลเป็น 3 ประการ (Robbins, 2001: 160-161) คือ

1. ความต้องการมีชีวิตอยู่ (Existence needs) เป็นความต้องการที่จะตอบสนองเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ได้แก่ ความต้องการทางกายและความต้องการความปลอดภัย รวมถึงค่าจ้างความมั่นคงปลอดภัยด้วย

2. ความต้องการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น (Relatedness needs) เป็นความต้องการของบุคคลที่จะมีมิตรสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง

3. ความต้องการเจริญก้าวหน้า (Growth needs) เป็นความต้องการสูงสุด รวมถึงความต้องการได้รับการยกย่องและความสำเร็จในชีวิต

3.2.3 **ทฤษฎีสองปัจจัยของ** Herzberg (Herzberg's two factors theory) (Robbins, 2001: 161-162)

เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่ศึกษาถึงสาเหตุจูงใจบุคคลให้ทำงาน พบว่ามี 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการทำงาน พัฒนามาจากแนวคิดในเรื่องของความต้องการของ Maslow Herberg (1993 cited in Robbins 2001: 161-162) ได้เสนอทฤษฎีสองปัจจัย จากผลสัมภาษณ์วิศวกรและนักบัญชี จำนวน 200 คน จากวงการธุรกิจและอุตสาหกรรม 11 แห่ง ในเมืองพิทสเบิร์ท มลรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้วิธีให้ประชากรพิจารณาเหตุการณ์ กล่าวคือ ในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์คำถามของผู้สัมภาษณ์ ให้ผู้ตอบคิดถึงเวลาที่เขามีความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีเกี่ยวกับงานที่ทำในปัจจุบัน หรืองานที่เคยทำมาก่อน โดยให้ผู้ตอบระบุองค์ประกอบหรือสาเหตุที่ทำให้เขามีความพอใจและไม่พอใจในการทำงาน ผลจากการศึกษา พบว่า

1. ปัจจัยที่ทำให้พนักงานเกิดความพอใจนั้นมักจะเกิดจากตัวงานที่ทำ ซึ่งเรียกว่า ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors)

2. ปัจจัยที่พนักงานเกิดความรู้สึกไม่พอใจนั้น มักจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งเรียกว่า ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors)

จากแนวคิดทฤษฎีของ Herzberg นี้สรุปได้ว่า ถ้าผู้บริหารต้องการงานที่มีคุณภาพ ผู้บริหารต้องจัดให้มีปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่เหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางหรือเป็นการจูงใจบุคลากรในองค์การให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.4 **ทฤษฎีความต้องการของ** McCelland (McCelland's theory of needs)

McCelland (1961 cited in Robbins, 2001: 162-164) ได้กล่าวถึงความต้องการ 3 ประการ ได้แก่

1) ความต้องการความสำเร็จ (Need for achievement) หมายถึง ความต้องการที่เกิดจากแรงผลักดันภายในบุคคลที่ต้องการความสำเร็จมากกว่าการหวังผลตอบแทน

เป็นรางวัล ต้องการการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เคยทำมาก่อน จากการศึกษาวิจัยของ McCelland พบว่าผู้ที่ประสบความสำเร็จสูงจะมีแนวทางในการทำงานที่แตกต่างจากคนอื่น ใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ความรู้ความสามารถ การให้ผู้อื่นแสดงความคิดเห็น และหาสถานการณ์ที่สามารถกำหนดความท้าทายในระดับปานกลาง ซองความท้าทายในการแก้ปัญหา ผู้ที่ประสบความสำเร็จสูงจะทำงานได้ดีที่สุดเมื่อมองเห็นความเป็นไปได้ของความสำเร็จ 50-50 ไม่ชอบทำงานที่ท้าทาย ชอบทำงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของงานที่เกิดจากความพยายามในการกระทำ

2) ความต้องการด้านอำนาจ (Need for power) เป็นความต้องการให้มีผลกระทบ มีอิทธิพล และควบคุมผู้อื่นได้ ผู้ที่ต้องการมีอำนาจจะมีความพึงพอใจกับการทำงานที่ได้รับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความพึงพอใจที่จะบริหารจัดการ มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อให้มีอิทธิพลเหนือผู้อื่น และมีแนวโน้มที่จะชอบเรื่องศักดิ์ศรี

3) ความต้องการด้านสัมพันธภาพ (Need for affiliation) เป็นความต้องการการยอมรับจากผู้ร่วมงาน ความรู้สึกอบอุ่นกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ชอบสถานการณ์ที่ต้องใช้ความร่วมมือมากกว่าการแข่งขัน และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland (1961 cited in Robbins, 2001) เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีของ McCelland ได้กล่าวถึงความต้องการเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน และผลจากการปฏิบัติงานจะนำไปสู่ความพึงพอใจ ซึ่งสามารถใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการร่วมกันสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้เป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McCelland (McCelland, 1961 cited in Robbins, 2001) ทั้ง 3 ด้าน ในการประเมินความพึงพอใจของพยาบาล คือ ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการด้านอำนาจ และความต้องการด้านสัมพันธภาพ

3.3 ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม

ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเป็นหัวใจและสิ่งสำคัญของการปฏิบัติงานในองค์การ เพราะจะช่วยส่งผลที่ดีต่อการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงาน พบว่า ทฤษฎีความต้องการของ McCelland (1961 cited in Robbins, 2001) สามารถนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ต่ออุบัติการณ์พลัดตกหกล้มได้เป็นอย่างดี เนื่องจากบุคคลจะพึงพอใจถ้า

สามารถทำงานแล้วประสบผลสำเร็จ ซึ่งในงานวิจัยนี้ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม โดยได้ใช้ความรู้ความสามารถ มีความพึงพอใจกับการทำงานที่ได้รับผิดชอบในหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมาย และการทำงานนั้นถ้าร่วมมือกัน มีสัมพันธภาพที่ดี และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน จะทำให้บรรยากาศการทำงานดี และผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในการทำงาน

มีการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ อาทิเช่น จันทรา จินดา (2546) เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) และสุวพีร์ จันทรเจษฎา (2547) โดยทั้ง 3 คน ได้ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานที่มีส่วนในการสร้างทุกขั้นตอน และเมื่อสามารถทำงานได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ร่วมกัน ผลลัพธ์ที่ตามมา คือ ความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ โดยผลการทดลองของทั้ง 3 เรื่องนี้ พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ หลังใช้รูปแบบบริการพยาบาลดังกล่าวสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบบริการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสิ้น

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม เพราะจะทำให้พยาบาลประจำการได้มีโอกาสร่วมมือทำงานเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการ เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and tingle (1999) ทำให้พยาบาลประจำการรู้สึกมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับจาก การอบรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McCelland (1961 cited in Robbins, 2001) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีความต้องการของ McCelland มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม สำหรับการวิจัยนี้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อาภา นิตยศักดิ์ (2533) ศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวม 3 ด้านอยู่ในระดับสูง และให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิดอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ด้านอุบัติเหตุ หกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของ

การปฏิบัติการพยาบาลรวม 3 ด้านอยู่ในระดับเห็นด้วย ผู้บริหารการพยาบาลให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกตามสังกัดระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษาและการได้รับการอบรมทางการบริหาร โดยผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง ความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวม 3 ด้านแตกต่างจากผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มณีรัตน์ โภทชงรัก (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแลและการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาล กับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 325 คน พบว่า การจัดการต่อความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ศึกษาการเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย 289 คน พบว่าการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์โดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการป้องกันอัคคีภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และการบริหารความเสี่ยงโดยรวมไม่แตกต่างกัน ยกเว้น คะแนนเฉลี่ยด้านการป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย มีคะแนนการบริหารความเสี่ยงโดยรวมสูงกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยมีการบริหารความเสี่ยงด้านการป้องกันอัคคีภัยดีกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กาญจนี นิติเรืองจรัส (2544) ศึกษาการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคตา ศึกษาในหอผู้ป่วยแผนกตา โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มอย่างเป็นผู้ป่วยตาที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป จำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคตาส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม คือ การบกพร่องด้านการมองเห็น อายุที่มากกว่า 60 ปี การใช้ยา และท่าทางการเดิน ส่วนปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ถูกจัดให้อยู่

สภาพที่เหมาะสม แต่ที่ควรปรับปรุง คือ ความสูงของเตียงที่ค่อนข้างสูงเกินไปและควรเป็นเตียงที่สามารถปรับระดับความสูงได้ พื้นที่ระหว่างเตียงผู้ป่วยค่อนข้างแคบ ประตูทางเข้าห้องน้ำแคบและมีธรณีประตูสูง ในห้องน้ำและห้องส้วมไม่มีราวสำหรับยึดจับ

ชวไล ชุ่มคำ (2545) ศึกษาผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยง ต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิดสิน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเลิศสิน จำนวน 22 คน ผลศึกษาพบว่า ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิมลพร ไสยวรรณ (2545) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการอันเนื่องมาจากการให้บริการโดยตรง 5 เรื่อง คือ 1) ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด 2) ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด 3) ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นล้ม 4) ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด และ 5) ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน รูปแบบการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย นโยบาย วัตถุประสงค์ ผู้รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ และกระบวนการบริหารความเสี่ยงใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

จันทรา จินดา (2546) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย ที่มาใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 60 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 33 คน รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับ ความเร่งด่วน สร้างและพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ร่วมกับแนวคิดการคัดกรองผู้ป่วยตามมาตรวัดระดับความเร่งด่วนของ CTAS (1998) แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในบริการของผู้ใช้บริการ หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน

ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่าง ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

พิสมัย คุณาภรณ์ (2546) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลของการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยรับใหม่ จำนวน 40 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน และกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 15 คน ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลของจัดการรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 40 คน ครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 40 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้นศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โครงการการจัดการรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว สร้างโดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลผ่าตัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มนตบงกช กนกนันทพงศ์ (2546) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ จำนวน 120 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และการสังเกต ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยเสี่ยงภายในต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การเดินและการทรงตัวผิดปกติ การขับถ่ายผิดปกติ และมีอาการวิงเวียน/บ้านหมุน ส่วนปัจจัยเสี่ยงภายนอกต่อการพลัดตกหกล้ม

ได้แก่ การไม่มีป้ายบอกระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ไม่มีเก้าอี้รองยืน เตียงนอนสูงกว่า 51 เซนติเมตร หรือ 20 นิ้ว เตียงอยู่ห่างจากห้องน้ำมากกว่า 5 เมตร ไม่มีรองเท้าในห้องน้ำ ทางเดินระหว่างเตียงแคบกว่า 100 เซนติเมตร ไม่ได้ยกเหล็กที่กั้นเตียงขึ้น และไม่มีกริ่งกดเรียกเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ ผู้ป่วยมากกว่า 80% มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยมีความเสี่ยงระดับต่ำ 53.3-66.7% มีความเสี่ยงระดับสูง 23.2-38.5% โดยมีผู้มีระดับความเสี่ยงสูงมากในวันที่ 14 และมีผู้มีระดับความเสี่ยงต่ำมากในวันที่ 5 และได้เสนอแนะว่า พยาบาลควรเพิ่มความตระหนักต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย โดยมี การประเมินปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยง และนำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทั้งระดับต่ำและระดับสูง เพื่อเป็นการป้องกัน และไม่ให้มีการพลัดตกหกล้มเกิดขึ้น

สุกันยา สำราญพิศ (2547) ศึกษาการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในสามัญหญิงของสถาบันสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 10 คน ผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ผลการศึกษาพบว่า การบาดเจ็บของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดหลังการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยง ต่ำกว่าก่อนใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวพีร์ จันทรเจษฎา (2547) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของครอบครัว และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 30 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 15 คน ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สายธาร พจีเพชร (2548) ทำการศึกษาเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา เริ่มด้วยการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในชุมชน จากองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และการสังเกตผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง กำหนดคำสำคัญเพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ได้ข้อเสนอสำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ใน การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

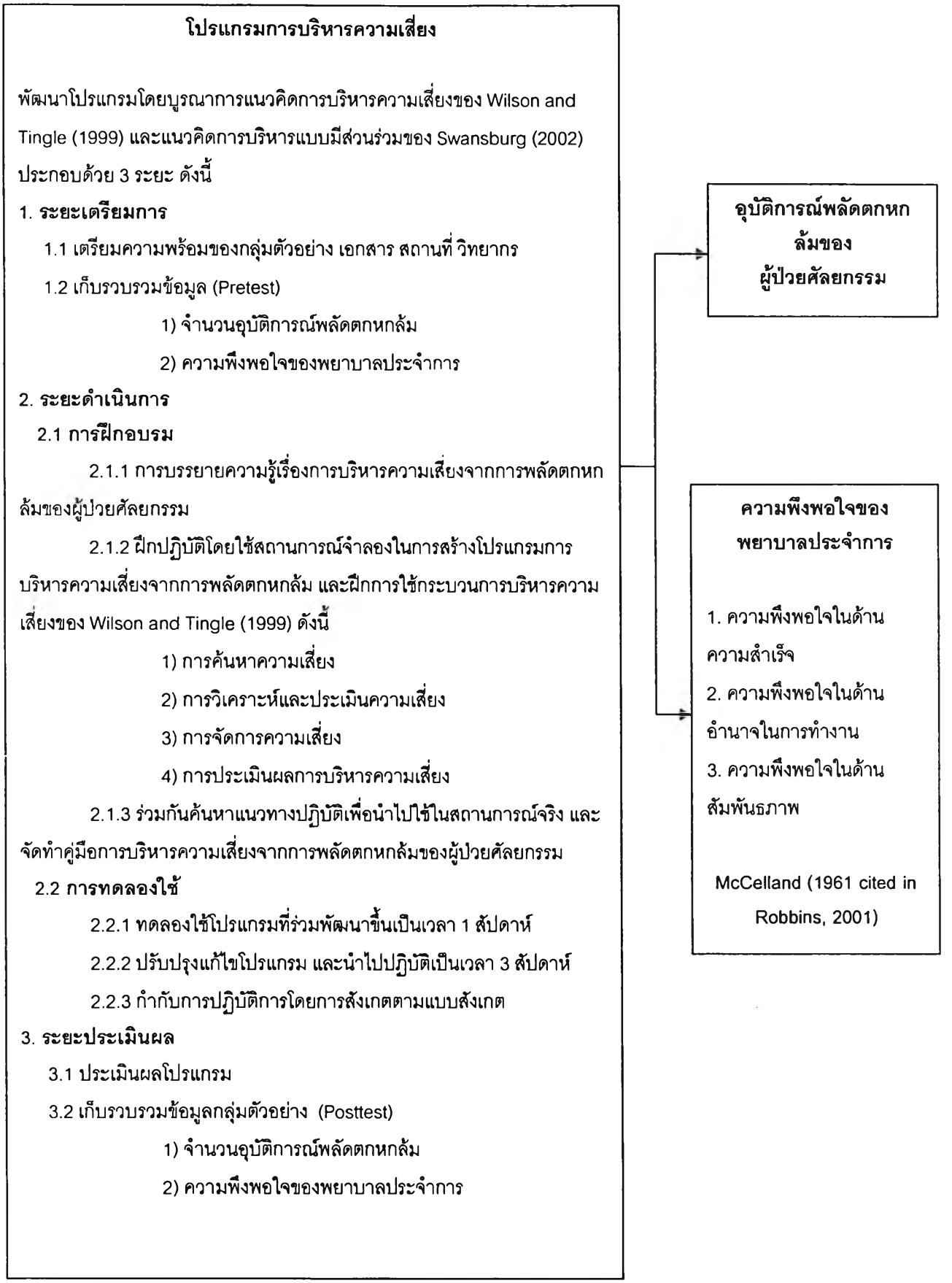
Lane (1999) ทำการศึกษาถึงการใช้โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Fall prevention program: FFP) เพื่อลดอัตราการพลัดตกหกล้ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม และผู้ป่วยหอวิกฤติ ในโรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษาพบว่า อัตราการพลัดตกหกล้มก่อนการใช้โปรแกรม การป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่แตกต่างจากหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม กล่าวคือ ก่อนใช้โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีอัตราการพลัดตกหกล้ม 101 คน หลังใช้โปรแกรม การป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีอัตราการพลัดตกหกล้ม 98 คน ปัจจัยทำนายต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย อายุ 60 ปีหรือมากกว่า มีความบกพร่องในการจำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ได้เสนอแนะให้มีการประเมินผู้ป่วยทุกคนเพื่อช่วยในการทำนายต่อ การพลัดตกหกล้ม และเป็นประโยชน์อย่างมากในการลดอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย

Robertson et al. (2002) ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายต่ออัตราการหกล้มหรืออัตราบาดเจ็บจากการหกล้ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 1,016 ราย ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านสามารถลดทั้งอัตราการหกล้มและอัตราการบาดเจ็บจากการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนได้ 35 % ลดจำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดค่าใช้ จ่ายในการรักษา และโปรแกรมการออกกำลังกายช่วยเพิ่มความสมดุลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และมีประสิทธิภาพในการลดการบาดเจ็บจากการหกล้มในกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มากกว่าในกลุ่มที่มีอายุอ่อนกว่า

Chang et al. (2004) ทำการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นการศึกษาแบบ Systematic review and meta-analysis level A พบว่าโปรแกรมการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงมีหลายวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดปัจจัยเสี่ยง และอัตราการหกล้ม โปรแกรมการออกกำลังกายสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มแต่ไม่ลดอัตราการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและการให้ความรู้มีการศึกษา

จำนวนเล็กน้อยแต่ไม่มีความสัมพันธ์แบบมีนัยสำคัญทางสถิติกับการหกล้ม และโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีผลในการลดทั้งปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มและอัตราการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงาน บุคลากรทุกระดับในหน่วยงานต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลประจำการจะต้องมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นอย่างดี เพื่อนำมาบริหารจัดการในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ส่วนแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของสมาชิกในหน่วยงาน กล่าวคือ เมื่อพยาบาลประจำการได้รับอำนาจหน้าที่ ได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชาในการสร้างงาน จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานที่สร้างร่วมกัน ทุกคนจะทุ่มเทความสามารถและความพยายามเพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพมากกว่าที่เคยเป็นมาก่อน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในหน่วยงาน ผลที่ตามมาก็คือ ความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกการบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) และแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อมุ่งหวังให้อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มลดลงหรือไม่เกิด และสร้างความพึงพอใจให้พยาบาลประจำการได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย