

2021

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

นางกัญยรัตน์ ม้าวิไล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2551

**Factors Affecting Risk Management Behaviors of Head Nurses in
Regional Hospitals under the Jurisdiction of
the Ministry of Public Health**

Mrs. Gunyarat Mawilai

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

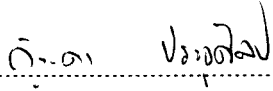
School of Nursing

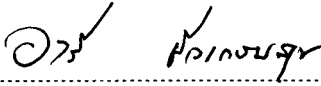
Sukhothai Thammathirat Open University

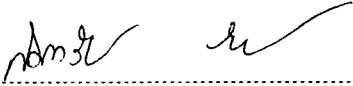
2008

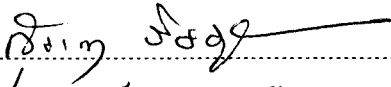
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อและนามสกุล นางกันยารัตน์ ม้าวิไล
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมถวิล วิจิตรวรรณ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

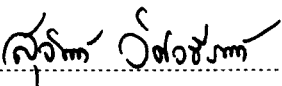

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจักษ์ศิลป)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมถวิล วิจิตรวรรณ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา
การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ วิทวธีรานนท์)

วันที่ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2552

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัย นางกันยารัตน์ ม้าวิไล ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล

(3) รองศาสตราจารย์ ดร.สมถวิล วิจิตรวรรณมา ปีการศึกษา 2551

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับของพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย (2) ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย และ (4) ตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 309 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ทักษะการติดต่อสื่อสารและพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้เท่ากับ .94, .90 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า (1) พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (2) ค่าเฉลี่ยของเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง (3) วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย สำหรับเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและทักษะการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (4) เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะการติดต่อสื่อสารสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ร้อยละ 44 ($R^2 = .440$) และสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยง = $-1.084 + .700$ (ทักษะการติดต่อสื่อสาร) + $.273$ (เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง)

คำสำคัญ พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยง เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ทักษะการติดต่อสื่อสาร

Thesis title: Factors Affecting Risk Management Behaviors of Head Nurses in Regional Hospitals under the Jurisdiction of the Ministry of Public Health

Researcher: Mrs. Gunyarat Mawilai; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration);

Thesis advisors: (1) Dr. Aree Cheevakasemsook, Assistant Professor; (2) Dr. Suchada Ratchukul, Assistant Professor; (3) Dr. Somtawin Wijitwanna, Associate Professor; **Academic year:** 2008

Abstract

The purposes of this descriptive study were: (1) to investigate the level of risk management behaviors of head nurses at regional hospitals and medical centers; (2) to study personal factors, attitudes towards risk management, and communication skills of head nurses; (3) to explore the correlation among personal factors, attitudes towards risk management, communication skills, and risk management behaviors of head nurses; and (4) to identify the predictor variables of risk management behaviors of head nurses.

The sample comprised 309 head nurses who worked at regional hospitals and medical centers under the jurisdiction of the Ministry of Public Health. They were selected by stratified random sampling. Questionnaires were used as research tools and comprised four sections: personal factors, attitudes towards risk management, communication skills, and risk management behaviors of head nurses. The questionnaires were tested for validity and reliability. The reliability of the second, the third, and the fourth sections were .94, .90, and .96 respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-Square test, Pearson's product moment correlation, and stepwise multiple regression.

The major findings were as follows: (1) head nurses rated their risk management behaviors at the high level; (2) they rated their attitudes towards their risk management and communication skills at the high level; (3) their educational level, working experience, and training did not correlate with their risk management behaviors. There were significantly positive relationships between risk management behaviors of head nurses and (a) their attitudes ($r = .551$) and (b) their communication skills ($r = .650$); (4) their attitudes towards risk management and communication skills predicted their risk management behaviors. These predictors accounted for 44% ($R^2 = .440$). Finally, the predictive equation is constructed below.

Risk management behaviors = $-1.084 + .700$ communication + $.273$ attitude towards risk management

Keywords: Risk management behaviors, Attitudes towards risk management, Communication skills

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.สมถวิล วิจิตรวรรณ อาจารย์ร่วมปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ให้ คำปรึกษา ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์ รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูศรี อาจารย์นายแพทย์ อนุวัฒน์ สุขขุติกุล และอาจารย์กฤษดา แสงวดี ซึ่งให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์เพิ่มเติม

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์ ที่กรุณาให้เกียรติเป็น ประธานสอบวิทยานิพนธ์และเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย และขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่งจนประสบความสำเร็จ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านดังปรากฏชื่อในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และสำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้ให้การสนับสนุน ขอขอบพระคุณห้องสมุดและบรรณารักษ์ของสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ที่ได้เป็นแหล่งค้นคว้าตำราและสนับสนุนเอกสารวิชาการ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลและผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณบิดา มารดา บุพการีผู้ให้ชีวิต สติปัญญาและสิ่งที่ดีงาม ขอขอบคุณ สามี บุตรธิดาอันเป็นที่รักยิ่งผู้ซึ่งอยู่เคียงข้างให้ทั้งความเข้าใจและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณ หัวหน้างาน ผู้ร่วมงานและเพื่อนร่วมรุ่นที่มีส่วนสนับสนุนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบอบแต่ทุกท่านที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้

กันยรัตน์ ม้าวิไล

ตุลาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตของการวิจัย	10
นิยามศัพท์เฉพาะ	11
ประโยชน์ที่ได้รับ	13
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	14
แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	15
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย	32
โรงพยาบาลศูนย์	48
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล	65
การวิเคราะห์ข้อมูล	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
ตอนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	69

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ตอนที่ 2 การศึกษาเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ทักษะการติดต่อสื่อสาร เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยง ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	71
ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงกับ พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	85
ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงและสมการพยากรณ์ พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	88
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	92
สรุปการวิจัย.....	92
อภิปรายผล.....	96
ข้อเสนอแนะ.....	104
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก.....	118
ก ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตัวอย่างหนังสือขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัยและขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย.....	119
ข แบบสอบถาม.....	127
ค ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกประชากรตามเขตพื้นที่ และ ตารางที่ 2 แสดงการแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค.....	138
ง การทดสอบข้อสมมุติฐานของการวิเคราะห์การถดถอย.....	141
จ แผนภาพที่ 1 โครงสร้างการบริหารงานภายในด้านการพยาบาล ของโรงพยาบาลศูนย์.....	146
ประวัติผู้วิจัย.....	148

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามภาค 58
ตารางที่ 3.2	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 65
ตารางที่ 4.1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของหัวหน้าหอผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล 69
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม (n = 309) 71
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามองค์ประกอบจำแนกเป็นรายข้อรายด้านและ โดยรวม (n = 309) 72
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของทักษะการติดต่อสื่อสาร ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นรายด้าน และ โดยรวม (n = 309) 76
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของทักษะการติดต่อสื่อสาร ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นรายข้อ รายด้านและ โดยรวม (n = 309) 77
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม (n = 309) 79
ตารางที่ 4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ของหัวหน้าหอผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 309) 80
ตารางที่ 4.8	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมบริหารความเสี่ยงของ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (n = 309) 85
ตารางที่ 4.9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะ การติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย (n = 309)) 87

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
<p>ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือก เข้าสู่สมการถดถอย สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) และการทดสอบความ มีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R² Change) ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริหาร ความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อใช้วิธี Stepwise regression (n = 309 คน).....</p>	88
<p>ตารางที่ 4.11 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยง ในรูปแบบ คะแนน ดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณ ที่ใช้พยากรณ์ พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปร ด้วยวิธี Stepwise Regression (n = 309 คน).....</p>	90

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	9
ภาพที่ 2.1 กระบวนการบริหารความเสี่ยง	24
ภาพที่ 2.2 แสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ.....	36
ภาพที่ 2.3 รูปแบบของกระบวนการสื่อสาร.....	42

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพ (Health Care Reform) ของแต่ละประเทศ (Detels 2002) เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้รับการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม (วิพุธ พูลเจริญ 2549) จึงมีการสร้างกรอบกติกาและกลไกใหม่ๆ เข้ามาดูแลการประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น เช่น กลไกการจ่ายเงินซื้อบริการแทนประชาชน กลไกการตรวจสอบรับรองคุณภาพมาตรฐานบริการ กลไกการร้องทุกข์และชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นจากงานบริการ นอกจากนี้ปัจจุบันประชาชนมีการศึกษาสูง ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้าทำให้ประชาชนมีช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขมากขึ้นและมีความคาดหวังสูงที่จะได้รับบริการอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานเท่าเทียมกันตามสิทธิที่ประกาศไว้ในรัฐธรรมนูญ ฉบับประชาชน ปี 2540 จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวและความคาดหวังตามสิทธิของประชาชนจึงก่อให้เกิดกระแสการตรวจสอบคุณภาพงานบริการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งจากภาครัฐและเอกชน

ในปัจจุบันพบว่ามีการฟ้องร้องโรงพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพมากขึ้นจะเห็นได้จากรายงานผลการศึกษาของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย พบว่าในการฟ้องร้องคดีพยาบาลพยาบาลจะต้องจ่ายเงินค่าชดเชยเฉลี่ยรายละประมาณ 39,200 เหรียญสหรัฐ ส่วนในประเทศอังกฤษมีการจ่ายเงินในคดีการปฏิบัติหน้าที่ประมาทเลินเล่อเพิ่มขึ้นจาก 53 ล้านปอนด์ ระหว่างปี ค.ศ. 1990- 1991 และ 300 ล้านปอนด์ ระหว่างปี ค.ศ. 1996 - 1997 (Wilson and Tingle 1999) จากการศึกษาในประเทศที่พัฒนาพบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอัตราร้อยละ 4-17 นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งระยะสั้นและถาวร รวมทั้งการสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น (Brennan 1991) เช่น ปีค.ศ.1995 Quality in Australian Health Care Study (QAHCs) รายงานว่าพบ เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ในอัตรา 16.6 % ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผ่องศรี ศรีมรกต 2546)

สำหรับในประเทศไทยพบรายงานผลการศึกษาคดีการร้องเรียนแพทย์ กรณีทรมานเวชปฏิบัติ (Malpractice) ในหนังสือพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2533 - 2540 จำนวนมากถึง 75 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2.7 เท่าในปี พ.ศ. 2540 มูลเหตุของการร้องเรียนเกิดจากการที่แพทย์ตรวจรักษาไม่ได้มาตรฐาน

ชัดเจนถึงร้อยละ 37.33 และเหตุที่กระตุ้นให้ผู้เสียหายร้องเรียนมากที่สุด คือ ความโกรธหรือไม่พอใจในงานบริการ โดยสถานบริการของรัฐถูกดำเนินการฟ้องร้องต่อศาลคิดเป็น 3.5 เท่า ของผู้เสียหายทั้งหมด (พรหมมินทร์ หอมหวล 2542) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์พบสถิติการร้องเรียนมายังสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2541 – 2544 มีจำนวน 44 เรื่อง ในจำนวนนี้ร้อยละ 55 เป็นการประกอบวิชาชีพไม่ได้มาตรฐาน การละเลยและปฏิเสธการให้บริการ ร้อยละ 18 เป็นการประกอบวิชาชีพอย่างผิดกฎหมายรวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ล่วงล้ำวิชาชีพเวชกรรมทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายทางร่างกาย กระแทกกระเทือนด้านจิตใจหรือเสียชีวิต (วิมา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550) ปัญหาความไม่พึงพอใจหรือความขัดแย้งที่รุนแรงระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมักจะเกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหรือผลลัพธ์ที่แตกต่างไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการและครอบครัว (ธนา ปุกหุด 2548) เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไม่คาดคิดจากการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ การเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยพลัดตกจากเตียง ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการบริหารยาผิดพลาด เป็นต้น

เมื่อพิจารณาสถิติเรื่องร้องเรียนกล่าวโทษเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านสุขภาพและปัญหาความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีจำนวนมากขึ้นพอจะสะท้อนให้เห็นถึงประเด็นปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพงานบริการของสถานบริการสุขภาพ ส่งผลให้บุคลากรและสถานบริการสุขภาพต่างมีความตื่นตัวตระหนักถึงคุณภาพงานบริการเพิ่มขึ้นโดยมีความพยายามที่จะจัดระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีความปลอดภัยและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการจนเกิดความพึงพอใจหรือประทับใจในงานบริการที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพ ดังนั้นสถานบริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนจึงต้องพัฒนาตนเองสู่กระบวนการคุณภาพ โดยมีการพัฒนาคุณภาพงานบริการตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

โรงพยาบาลศูนย์เป็นหนึ่งในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ให้บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิแก่ประชาชนทั่วไปจำนวนมาก อีกทั้งผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนกลุ่มป่วยด้วยโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนสำหรับการรักษาพยาบาล จึงมีโอกาสดูบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการรักษาพยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ทั้งหมด (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล 2543) ส่งผลทำให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจตัดสินใจคุณภาพงานบริการรักษาพยาบาลไปในทางลบ จึงทำให้โรงพยาบาลต้องมีการกำหนดนโยบายให้บริการสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นบุคลากรผู้ให้บริการเพิ่มความตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อคุณภาพงานบริการและมีความพยายามหาแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ซึ่งโครงการนี้ได้มีการก่อตั้งเป็นภาคีพัฒนาและรับรอง

คุณภาพโรงพยาบาล (CHIA : Collaboration for Hospital Quality Improvement and Accreditation) เพื่อมาช่วยกำกับดูแลด้านคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาล จัดให้มีการประสานกิจกรรมคุณภาพบริการ 3 กิจกรรม คือ การบริหารความเสี่ยง (Risk management) การประกันคุณภาพ (Quality assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการร่วมกันอย่างเป็นระบบเสริมกันและกัน (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2543) โดยการบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุกสำหรับการดูแลผู้ใช้บริการ มุ่งเน้นความสำคัญในการชี้บ่งสิ่งที่อาจเกิดความสูญเสียหรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์จากงานบริการ และดำเนินการหาแนวทางปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ลดหรือป้องกันการสูญเสียแก่ผู้ใช้บริการก่อนที่จะเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากงานบริการสุขภาพขึ้น (Wilson and Tingle 1999)

งานบริการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการสุขภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงให้ความสนใจในเรื่องคุณภาพงาน เพราะมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูง เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการมากกว่าวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ ลักษณะงานบริการพยาบาลมีความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ปริมาณงานมากตามจำนวนและอาการของผู้ใช้บริการเมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรและอาจกลายเป็นปัญหาความเสี่ยงได้จากความเหนื่อยล้า งานหนัก งานมาก การที่ต้องเร่งรีบ หรือการปฏิบัติงานนานเกินไป ทำให้มีโอกาสที่จะผิดพลาด พลังผลอ ในขณะที่ปฏิบัติงานได้ (วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ 2547) นอกจากนี้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลโดยใช้นุคลากรทางการพยาบาลที่มีทักษะต่างๆ กัน (Staff skill mix) เช่นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ร่วมกับผู้ช่วยเหลือคนไข้และยังมีการหมุนเวียนพยาบาลใหม่เข้ามาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทำให้มีข้อจำกัดด้านความรู้และขาดประสบการณ์ในการทำงาน (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550) จึงเป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานจนเป็นสาเหตุให้เกิดความสูญเสียหรือความไม่ปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นความเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความไม่พึงพอใจ

การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้บริหารการพยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญและนำมาใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ โดยจัดให้มีการประสานการดูแลระหว่างกระบวนการจัดการทางคลินิกที่เหมาะสม การบริหารความเสี่ยงที่ดีพอ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ 2549) จากการศึกษาตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย พบว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ (สุเมธา เสงประเสริฐ 2548) และจากการศึกษาการจัดทำแนวทางปฏิบัติในโปรแกรมความเสี่ยงของการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และผู้ป่วยหญิงที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องที่บ้าน พบว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดข้อ

รื่องเรียนที่อาจเกิดขึ้นได้ (Nancy 2006) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น อยู่ระหว่างผู้วางนโยบายด้านงานบริการพยาบาลทั้งหมด หรือกลุ่มการพยาบาลกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในหน่วยงานบริการสุขภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญของทีมบริหาร ความเสี่ยงซึ่งจะนำนโยบายการบริหารความเสี่ยงจากผู้บริหารระดับสูงมาถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติใน หน่วยงาน

พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยเริ่มจากการค้นหาความเสี่ยงใน หน่วยงานถือเป็นกิจกรรมเชิงรุกโดยการสร้างความตื่นตัวทำให้บุคลากรทีมการพยาบาลตระหนักถึง ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงและพร้อมที่จะปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการตาม แนวทางการควบคุม ป้องกัน ลดความผิดพลาด และโอกาสของการเกิดความสูญเสียหรือผลลัพธ์ไม่ พียงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน เป็นการประกันและพัฒนาคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล 2543) แต่จากสถิติของอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการฟ้องร้องที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็น ถึงพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุกส่งผลทำให้งาน บริการไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นการบริหารงานสู่การพัฒนาคุณภาพซึ่ง ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ โดยผู้บริหารต้องมึ ความสามารถในการควบคุม กระตุ้น ส่งเสริมและเป็นแกนนำสำคัญที่จูงใจหรือโน้มน้าวให้ผู้ปฏิบัติงาน เข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมใจและร่วมมือในกระบวนการบริหารเสี่ยงให้ประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมาย ขององค์กร

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน แต่มีหลักฐานที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการ บริหารงานซึ่งมีความใกล้เคียงการบริหารความเสี่ยงเนื่องจากการบริหารความเสี่ยงเป็นการบริหารงาน อย่างหนึ่งของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตัวอย่างของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารงานกับปัจจัย ส่วนบุคคล คือการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติบทบาทด้านบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติ บทบาทด้านบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย (วรดา ช่างแก้ว 2542) ประสิทธิภาพการทำงานและ วุฒิการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน (สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ 2545) ประสิทธิภาพการทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การปฏิบัติงานตามหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร (ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ 2546) และหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงโดยรวมสูงกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย (ภวพร ไพศาลวัชรกิจ 2542) เป็นต้น

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวข้างต้นแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย แต่พบนักวิชาการยืนยันว่าเจตคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากในทางจิตวิทยาเชื่อว่าเจตคติเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรม และอาจเป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่แสดงออกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นส่วนหนึ่งของเจตคติ (ธีรวุฒิ เอกะกุล 2550) กล่าวคือ เมื่อบุคคลรับรู้และเข้าใจเรื่องใดจะสรุปความเห็นในรูปการประเมินผลว่าสิ่งนั้นเป็นที่พอใจหรือไม่ สำคัญหรือไม่ ดีหรือเลวซึ่งเท่ากับเกิดอารมณ์ความรู้สึกต่อสิ่งนั้น จนทำให้เกิดความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ (Action tendency) หรือตอบสนองในทิศทางที่สนับสนุนคัดค้านหรือขัดแย้ง ตามการรับรู้และความรู้สึกที่เป็นพื้นฐานของแต่ละคน การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อการบริหารงานใด จะส่งผลทำให้เกิดการบริหารงานนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น จากการศึกษาการบริหารงานบุคคลของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน พบว่า เจตคติต่อการบริหารงานบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการบริหารงานบุคคล (ประไพ พรหมโนรี 2542) ดังนั้นการมีเจตคติทางบวกต่อการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นการเตรียมความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อบทบาทการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยสู่การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมขององค์กรให้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ (จินนระรัตน์ ศรีภักทธิญาญ 2546)

วิธีการหนึ่งที่จะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างกว้างขวาง คือการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยในทุกโอกาสระหว่างการทำงาน (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล 2551) ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัยจะบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่นั้นต้องอาศัยทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้วย แม้จะไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงโดยตรงก็ตาม จะเห็นได้จากผลการศึกษารจัดการเกี่ยวกับปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากงานบริการสุขภาพ สามารถช่วยลดความเสี่ยงของบุคลากรและองค์กรในการสูญเสียเงินและชื่อเสียงได้ โดยการสื่อสารระหว่างบุคคลมีทั้งในลักษณะของการสื่อสารด้วยวงนะภาษา เช่น คำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ และการสื่อสารด้วยวงนะภาษา เช่น มีคำสั่งการรักษาแต่วางไว้โดยไม่บอกบุคลากรในทีม หรือการที่หัวหน้าทีมพยาบาลรับคำสั่งการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่ถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติ (วิณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ 2550) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ใช้บริการไม่ได้รับความปลอดภัย และสร้างความไม่พึงพอใจในงานบริการได้ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงควรมีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดี เนื่องจากการติดต่อสื่อสารเป็นกิจกรรมที่ทำให้

ให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน และยังเป็นกิจกรรมที่ผู้บริหารใช้สำหรับสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ดังที่สมยศ นาวิกาน (2544) กล่าวว่า องค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับความสำเร็จของผู้บังคับบัญชา คือ ความสามารถด้านการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้การบริหารงานและการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยเป็นไปอย่างราบรื่นและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในทางตรงกันข้ามหากการติดต่อสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้การทำงานมีความผิดพลาด เกิดความขัดแย้งทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน การบริหารงานและการบริหารความเสี่ยงจึงอาจมีแต่ปัญหาและอุปสรรคไม่บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ

โดยสรุปจะเห็นว่าพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสำคัญสำหรับงานบริการพยาบาลซึ่งมีความเสี่ยงแฝงอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำงาน เนื่องจากการบริหารความเสี่ยงเป็นการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นป้องกันหรือลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากงานบริการ โดยมีเป้าหมายทำให้ผู้ใช้บริการ ได้รับความปลอดภัยและมีความพึงพอใจในงานบริการ แต่ในปัจจุบันยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากงานบริการพยาบาลเกิดขึ้นในหอผู้ป่วย นำความสูญเสียมาสู่ผู้ใช้บริการอันเป็นมูลเหตุให้เกิดการร้องเรียนและกล่าวโทษ ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้มีปัจจัยหลายประการที่ถูกอ้างถึงเกี่ยวกับข้อจำกัดของพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือไม่ นั้นยังไม่พบงานวิจัยยืนยันถึงความสัมพันธ์โดยตรง จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาความสามารถในการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ใช้บริการ ได้รับความปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและทรัพย์สิน ซึ่งเป็นการประกันคุณภาพการบริการและพัฒนาคุณภาพงานพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะด้านการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร

3. ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะด้านการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร

4. ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะด้านการติดต่อสื่อสารสามารถทำนายพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะด้านการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

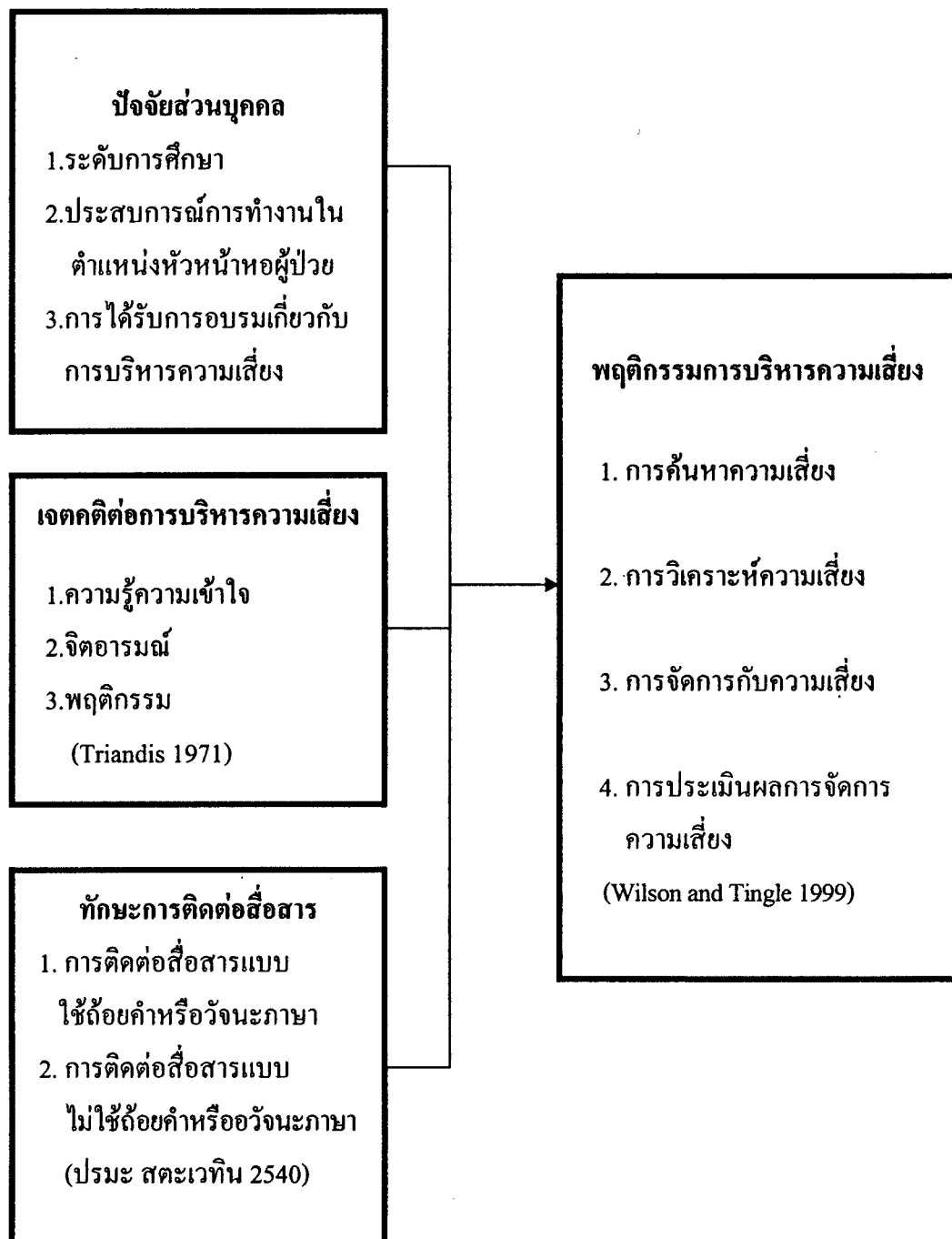
2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะด้านการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.4 เพื่อศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle 1999) เนื่องจากมีความครอบคลุมบริบทการบริหารจัดการงานบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นงานที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความเสี่ยงแฝงอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำงาน พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของวิลสันและทิงเกิลประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) การจัดการกับความเสี่ยง (Risk treatment) และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation) ในหอผู้ป่วย สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ปัจจัย

เกี่ยวกับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงใช้แนวคิดของเทรียนดิส (Triandis 1971) และปัจจัยเกี่ยวกับทักษะการติดต่อสื่อสารใช้แนวคิดของปรมะ สตะเวทิน (2540) เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ได้รับการศึกษาและพบว่ามีความสัมพันธ์กับการบริหารงานหรือการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยแล้ว ดังเช่น การศึกษาความสามารถในการปฏิบัติบทบาทด้านบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทด้านบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพมหานคร (วรดา ข่ายแก้ว 2542) ประสิทธิภาพการทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร (ภัทรรัตน์ ดันนุกิจ 2546) และหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงโดยรวมสูงกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย (ภวพร ไพศาลวัชรกิจ 2542) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับเจตคติ พบว่าเจตคติต่อการบริหารงานบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารงานบุคคลของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน (ประไพ พรหมโนรี 2542) สำหรับทักษะการติดต่อสื่อสาร พบว่ามีความสัมพันธ์กับการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (พรพิมล ผดุงสงฆ์ 2546) จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงหรือไม่ โดยใช้กรอบแนวคิดของการวิจัยดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

4.2 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

4.3 ทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

4.4 ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะด้านการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถทำนายพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดย

5.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 806 คน ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 25 แห่ง

5.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนประชากร จำนวน 309 คน

5.3 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามีดังนี้คือ

5.3.1 ตัวแปรต้น

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ในตำแหน่ง การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

2) เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง

3) ทักษะการติดต่อสื่อสาร

5.3.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk management behavior) หมายถึง การรายงานตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุม ป้องกัน และ/หรือลดโอกาสของการเกิดความเสียหาย / ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากงานบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย สามารถประเมินพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงโดยใช้แบบสอบถามตามแนวคิดของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

6.1.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) หมายถึง การรายงานตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการตระหนักรู้ถึงความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากงานบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย และดำเนินการค้นหาโอกาสเกิดความสูญเสียหรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการทำงานแต่ละขั้นตอนอย่างต่อเนื่องรวมถึงการศึกษาทบทวนรายงานอุบัติการณ์และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในงานบริการพยาบาลจากแหล่งข้อมูลทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วยเพื่อการป้องกันและควบคุมก่อนเกิดความสูญเสียขึ้นในหอผู้ป่วย

6.1.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) หมายถึง การรายงานตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินการประเมิน และตัดสินความรุนแรงของความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากงานบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อจัดประเภทและลำดับความสำคัญของความสูญเสียหรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์จากงานบริการพยาบาล เป็นการปฏิบัติที่เชื่อมโยงกับการค้นหาโอกาสเกิดความสูญเสีย เพื่อนำมากำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไขอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน

6.1.3 การจัดการกับความเสี่ยง (Risk treatment) หมายถึง การรายงานตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินการเลือกใช้กลยุทธ์ที่มีทางเป็นไปได้นำมากำหนดแนวทางร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพื่อจัดการควบคุมความสูญเสียหรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์อันเกิดจากงานบริการพยาบาลซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวประกอบด้วย การควบคุมความเสี่ยง การยอมรับความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การลดความเสี่ยงให้น้อยลง และการฟ้องถ่ายความเสี่ยง

6.1.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation) หมายถึง การรายงานตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินการติดตามวัดและประเมินประสิทธิภาพของการจัดการควบคุมความสูญเสียหรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์อันเกิดจากงานบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบกับเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหอผู้ป่วยที่ร่วมกันกำหนดขึ้นพร้อมทั้งมีการแจ้งผู้เกี่ยวข้องและนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

6.2 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

6.2.1 ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิทางการศึกษาสูงสุดของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ระดับ คือปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และปริญญาโท

6.2.2 ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย หมายถึง จำนวนระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในทุกโรงพยาบาล

6.2.3 การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยเข้ารับการฝึกอบรมตามกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถในการบริหารความเสี่ยง

6.3 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง หมายถึง ความคิดเห็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีต่อการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งบ่งบอกถึงความรู้สึกรู้สึกของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย สามารถประเมินเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงโดยใช้แบบสอบถามตามแนวคิดของเทรียนดิส (Triandis 1971) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้ คือ

6.3.1 ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component) เป็นการรับรู้และการใช้ความคิดของหัวหน้าหอผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อนโยบายการบริหารความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง และประโยชน์ของการบริหารความเสี่ยง

6.3.2 ด้านจิตอารมณ์ (Affective component) เป็นอารมณ์ (emotion) และความรู้สึก (feeling) ของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีต่อการบริหารความเสี่ยงภายหลังจากการได้รับรู้และมีการประเมินคุณค่าของกระบวนการบริหารความเสี่ยงนั้น

6.3.3 ด้านพฤติกรรม (Behavioral component) เป็นแนวโน้มของการกระทำที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจและอารมณ์ ความรู้สึกของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีต่อการบริหารความเสี่ยง

6.4 ทักษะการติดต่อสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการถ่ายทอดนโยบายและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงกับทีมพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วย โดยสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำ (วัจนภาษา) และไม่ใช่ถ้อยคำ (อวัจนภาษา) ซึ่งมีเป้าหมายให้บุคลากรรับทราบ และเข้าใจนโยบาย รวมทั้งหลักการของการบริหารความเสี่ยงจนเกิดความตระหนักที่จะให้ความร่วมมือร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมกันสร้างแนวทางปฏิบัติในบริหารความเสี่ยง พร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงจากแบบสอบถามตามแนวคิดของปรมะ สตะเวทิน (2540) แบ่งเป็น 2 ทักษะ ดังนี้

6.4.1 ทักษะการติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำหรือวัจนะภาษา (Verbal communication)

หมายถึง ความสามารถของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการถ่ายทอดนโยบายและแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานด้วยการเขียนเป็นรายงานหรือคำประกาศ ด้วยวาจาหรือคำพูด เพื่อให้บุคลากรเกิดความเข้าใจตรงกันพร้อมทั้งนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

6.4.2 ทักษะการติดต่อสื่อสาร แบบไม่ใช้ถ้อยคำหรืออวัจนะภาษา (Nonverbal communication)

หมายถึง ความสามารถของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการแสดงออกด้วยสีหน้า ท่าทางการใช้รหัสหรือสัญลักษณ์แทนการใช้คำพูดหรือการเขียน เพื่อสื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วยรับทราบข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนนโยบายการบริหารความเสี่ยงและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์

6.5 หัวหน้าหอผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ และดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่บริหารจัดการงานบริการในหอผู้ป่วย ได้แก่ การวางแผนงาน การมอบหมายงาน การติดตามควบคุมกำกับการทำงาน และการประเมินผลงาน รวมทั้งการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย

6.6 โรงพยาบาลศูนย์ หมายถึง สถานบริการด้านสุขภาพระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป แบ่งตามเขตพื้นที่เป็น 4 ภาคจำนวน 25 แห่ง มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในส่วนภูมิภาค โดยมีแพทย์เฉพาะสาขาปฏิบัติงานและมีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมสำหรับให้บริการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางให้จังหวัดใกล้เคียงในการส่งผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมารับการรักษาต่ออย่างเหมาะสม

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารระดับสูงและฝ่ายพัฒนาบุคลากรนำไปวางแผนในการพัฒนาพฤติกรรมบริหารความเสี่ยง เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ใช้บริการต่อไป

7.2 เป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย และปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
 - 1.1 ความหมายและประเภทของความเสี่ยง
 - 1.2 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง
 - 1.3 วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง
 - 1.4 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - 1.5 กลยุทธ์การบริหารความเสี่ยง
 - 1.6 พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
 - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย
 - 2.2 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง
 - 2.2.1 ความหมายของเจตคติ
 - 2.2.2 องค์ประกอบของเจตคติ
 - 2.2.3 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง
 - 2.3 ทักษะการติดต่อสื่อสาร
 - 2.3.1 ความหมายของการติดต่อสื่อสาร
 - 2.3.2 องค์ประกอบของการติดต่อสื่อสาร
 - 2.3.3 กระบวนการติดต่อสื่อสาร
 - 2.3.4 ประเภทการติดต่อสื่อสาร
 - 2.3.5 ทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล
3. โรงพยาบาลศูนย์
 - 3.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์
 - 3.2 ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์
 - 3.3 บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

1.1 ความหมายและประเภทของความเสี่ยง

1.1.1 ความหมายของความเสี่ยง ปัจจุบันการบริหารความเสี่ยงได้รับการยอมรับจากผู้บริหารว่ามีความสำคัญต่องานบริการที่มีคุณภาพ แนวทางการบริหารความเสี่ยง จึงได้รับความสนใจ และมีผู้ให้ความหมายของความเสี่ยงไว้หลากหลาย ในที่นี้จะขอกกล่าวโดยสังเขป ดังนี้

ยังและเฮนี (Young and Hayne 1988: 322) กล่าวว่าไว้ว่าความเสี่ยง หมายถึง โอกาสหรือสิ่งที่ทำนายว่าจะเกิดในทางลบและต้องการจะหลีกเลี่ยง

วิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle 1999: 15) ได้ให้ความหมายของความเสี่ยงว่า หมายถึงโอกาสของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการประกอบด้วยความไม่พึงพอใจ การไม่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร การรักษาที่ผิดพลาด เช่น การผ่าตัดผิด ความทุกข์ทรมาน ความพิการ หรือความตายอย่างไม่คาดคิด

กฤษดา แสงวดี (2542: 34) กล่าวว่าความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย การสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอน หรือการเปิดเผยต่างๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542: 12) ให้คำนิยามความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่ต้องการในด้านลบ เป็นความผิดพลาดที่ส่งผลให้ เกิดความเสียหาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2543: 2) ได้อธิบายว่าความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การถูกทำร้ายทั้งทางร่างกายและจิตใจ หรือการบาดเจ็บ เหตุร้ายภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอนและถูกเปิดเผยทั้งทางกายภาพ ความลับ รวมทั้งการแปลความที่ผิดพลาด

วิมลพร ไสยวรรณ (2545: 16) นิยามความเสี่ยงว่า หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่เมื่อเกิดขึ้นจะมีความสูญเสีย ทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม ตลอดจนทรัพย์สินต่างๆ

ชวไล ชุ่มคำ (2545: 26) กล่าวว่าความเสี่ยง หมายถึง อัตราหรือโอกาสที่จะก่อให้เกิดความสูญเสีย มีเหตุร้าย หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดผลในทางลบ ความไม่แน่นอน ในแผนการปฏิบัติการถูกเปิดเผย รวมถึงความผิดพลาดและสิ่งรบกวนที่ส่งผลเสียหาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

อภิญา ทิท่า (2546: 8) ให้คำจำกัดความว่าความเสี่ยง หมายถึงโอกาสที่จะเกิดสิ่งไม่ต้องการในด้านลบ เป็นความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ปฏิมากร ยุติธรรม (2547: 14) นิยามความเสี่ยงว่าหมายถึง โอกาสที่จะประสบความสูญเสีย เสียหาย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

จิตภักดิ์ สุตมาศ (2548: 7) กล่าวว่าความเสี่ยงหมายถึง ความเป็นไปได้หรือโอกาสที่ผลการดำเนินการจะเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมาย อันทำให้เกิดผลกระทบต่อกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

วีณา จีระแพทย์ (2549: 27) กล่าวว่าความเสี่ยง คือ โอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นในองค์กรโดยความเสี่ยงจะแทรกซึมอยู่ในทุกขณะของการปฏิบัติงาน

กล่าวโดยสรุป ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่ต้องการหรือสิ่งไม่พึงประสงค์อันก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ชื่อเสียง ตลอดจนทรัพย์สินต่างๆ

1.1.2 ประเภทของความเสี่ยง ความเสี่ยงในโรงพยาบาล สามารถจำแนกประเภทตามผลกระทบที่จะเกิดขึ้น (กฤษดา แสงวงศ์ 2542) ดังนี้ คือ

1) ความเสี่ยงด้านร่างกาย (*Physical risk*) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ การลื่นหกล้ม การพลัดตกจากเตียงหรือจากที่สูง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การตัดอวัยวะ การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน การให้บริการรักษาพยาบาลผิดคน การให้ยาผิด การชอกช้ำหรือบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ไว้ตามลำพัง การละเลยผู้ป่วยที่มีคำสั่ง “Do not Resuscitate” การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอ การรักษาล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ถูกต้องหรือการประเมินปัญหาล่าช้า

2) ความเสี่ยงด้านจิตอารมณ์ (*Emotional risk*) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อกระเทือนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การละเลยความเป็นบุคคล การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว การทำให้เสียหน้า อับอาย การละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว เช่น การไม่ยินยอมรับการรักษา การไม่ดูแลความเป็นส่วนตัว การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอแก่การตัดสินใจ

3) ความเสี่ยงด้านสังคม (*Social risk*) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคม ได้แก่ การเปิดเผยผู้ป่วยเกินความจำเป็น การไม่รักษาความลับ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว การเก็บรักษาทรัพย์สินหรือของมีค่า รวมทั้งการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

4) ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจคาบเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านจิตใจ อารมณ์ได้แก่ การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย / ครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยวาระสุดท้าย ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หรือผู้ป่วย / ครอบครัวที่ประสบความสูญเสียอวัยวะหรือชีวิต การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ไม่คงเส้นคงวา ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ ตัดสินใจไม่ได้ หรือการกระทำใดๆ ซึ่งเป็นการทำลายความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วย / ครอบครัว

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543) กล่าวว่า ความเสี่ยง คือ ความสูญเสีย หรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากงานบริการในโรงพยาบาล มี 7 ประเภท ได้แก่

1. ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจ และขาดการสนับสนุนจากชุมชน
3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนา และการดำเนินการ ไม่ว่าจะรายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง
4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทรัพย์สินที่มีความเสี่ยง ในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจโรงพยาบาล
5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนสูงการบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึง ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน
6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหา
7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ที่อาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล

1.2 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง (Risk management)

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ร่วมกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการศึกษา ทำให้ประชาชน มีช่องทางการรับรู้และสนใจข้อมูลข่าวสารในเรื่องสุขภาพมากขึ้น ต่างมีความคาดหวังสูงที่จะได้รับบริการอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานตามสิทธิของแต่ละคนที่ควรจะได้รับ จึงทำให้เกิดกระแสการตรวจสอบคุณภาพงานบริการและการฟ้องร้องขึ้น ด้วยเหตุนี้บุคลากรด้านสุขภาพจึงมีความตระหนักในเรื่องคุณภาพของงานบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัยและมีความพึงพอใจ แต่จากความซับซ้อนของระบบและสิ่งแวดล้อมในการรักษาพยาบาล รวมถึงรูปแบบงานบริการที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้งานบริการสุขภาพในแต่ละวันต้องเผชิญกับความเสี่ยง

ต่อการเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลมากมาย การหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความเสี่ยงในงานบริการสุขภาพเป็นไปได้ยาก การบริหารความเสี่ยงจึงจำเป็นที่บุคลากรในทีมสุขภาพควรนำมาปฏิบัติเพื่อประกันและพัฒนาคุณภาพงานบริการ มีผู้ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยง (Risk management) ไว้ดังนี้ คือ

บราวน์ (Brown 1979: 1) กล่าวว่าการบริหารความเสี่ยง หมายถึง การป้องกันความสูญเสียที่ต้องรับผิดชอบ ควบคุมปัญหาด้านกฎหมาย ด้วยการค้นหา ประเมิน แก้ไข ความเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดปัญหาที่ทำให้เกิดความสูญเสียแก่องค์กร

แนนซ์ (Nance 1993: 92) ได้ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงว่า หมายถึง การบริหารที่เฉพาะเจาะจง และถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร

วิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle 1999: 17) กล่าวถึงความหมายของการบริหารความเสี่ยงว่า หมายถึง กระบวนการค้นหาความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพการให้บริการ นำความเสี่ยงนั้นมาประเมินค่าและการดำเนินการขจัดหรือลด ความเสี่ยงดังกล่าว

กฤษดา แสงวดี (2542: 34) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการค้นหาความเสี่ยงและการมีกระบวนการป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542: 15) ให้คำนิยามการบริหารความเสี่ยงว่า หมายถึง กระบวนการในการบริหารเพื่อลดหรือป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากทฤษฎีปฏิบัติหรือการละเลยซึ่งมีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บ อันตรายต่อผู้ป่วย ญาติหรือเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้โรงพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมคุณภาพที่มีความสัมพันธ์กับการประกันคุณภาพ ถ้ามีการบริหารความเสี่ยงที่ดี จะส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแล

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543: 7) ได้ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงว่า หมายถึง กระบวนการหรือระบบบริหารซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

ชวไล ชุ่มคำ (2545: 27) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การบริหารที่เฉพาะเจาะจงและเป็นส่วนหนึ่งที่ควรกระทำควบคู่ไปกับการบริหารงานทั่วไป เป็นการจัดการเพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากร ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ขณะปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล โดยมีระบบหรือกระบวนการเป็นขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง

อภิญา ทิท่า (2546: 8) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการในการบริหารเพื่อลด หรือป้องกันความผิดพลาด ที่เกิดจากการปฏิบัติ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้โรงพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องถูกฟ้องร้อง เรียกค่าเสียหาย

วิสัย คตะ (2547: 8) ให้คำจำกัดความว่าการบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการในการบริหาร เพื่อลดหรือป้องกันความผิดพลาด ที่เกิดจากการปฏิบัติ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติหรือเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้โรงพยาบาล หรือผู้ที่เกี่ยวข้องถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย

ธิตินันท์ สุตมาศ (2548: 7) ได้กล่าวถึงการบริหารความเสี่ยงว่า หมายถึง กระบวนการบริหารงานที่เป็นระบบที่จะช่วยให้องค์กรสามารถเชื่อมโยงกลยุทธ์ กระบวนการทำงาน คน เทคโนโลยี และคลังความรู้เข้าด้วยกันเพื่อประเมินปริมาณและจัดการความเสี่ยง ที่องค์กรเผชิญอยู่

วิณา จีระแพทย์ (2549: 36) กล่าวว่าการบริหารความเสี่ยง เป็นกิจกรรมสร้างความปลอดภัย หมายถึงการนำบทเรียนที่ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงอื่นๆ อย่างรวดเร็ว เป็นปัจจุบัน (Up to date) และทั่วทั้งองค์กร โดยผ่านความสม่ำเสมอ และต่อเนื่องในการทำกิจกรรมสำคัญ 4 ประการ คือ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิดความเสี่ยง 3) การจัดการกับความเสี่ยง และ 4) การประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมบริหารความเสี่ยงกับดัชนีความปลอดภัยขององค์กร

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการจัดการสิ่งไม่พึงประสงค์หรือสิ่งที่ไม่ต้องการ ประกอบด้วยการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุม ป้องกันหรือลดโอกาสของการเกิดความสูญเสียหรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์จากงานบริการอันส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

1.3 วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง วัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของการบริหารความเสี่ยง คือ การรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลด โอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงสามารถปฏิบัติได้ 2 แนวทาง คือ การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (Risk financing) (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543)

1.3.1 การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสี่ยง ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการ ดังนี้ คือ

1) **การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance)** คือ การที่บุคคลหรือองค์กรยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การที่สูติแพทย์ยุติการทำคลอด

2) การพ่วงถ่ายความเสี่ยง (*risk transfer*) คือ การที่มอบหมายให้บุคคลหรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือเอกซเรย์นอกสถานที่ก็เป็นการพ่วงถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาด

3) การป้องกันความเสี่ยง (*risk prevention*) คือการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้วัสดุทนไฟ และการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย

4) การลดความสูญเสีย (*risk reduction*) คือ กลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการใช้ การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียง กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสียคือการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

5) การแบ่งแยกความเสี่ยง (*risk segregation*) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไปในรูปแบบต่างๆ หรือการมีระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ 2 ใบ มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงในตัวเองได้ แต่รวมกันแล้วทำให้ผลกระทบต่อองค์การลดลง

1.3.2 การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (*Risk financing*) มีเป้าหมายที่จะจ่ายเงินชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้วอย่างเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล การจ่ายเงินชดเชยความสูญเสียอาจเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลหรือพ่วงถ่ายไปให้ผู้อื่น การประกันภัยเป็นวิธีการหนึ่งของการพ่วงถ่ายความรับผิดชอบในการจ่ายชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลมักจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายสำหรับค่าชดเชยจำนวนไม่มากด้วยการจ่ายจากงบประมาณดำเนินการหรือตั้งเป็นกองทุนสำรอง โรงพยาบาลอาจเข้าร่วมในโปรแกรมประกันตนเอง (*Self - insurance*) ซึ่งมีลักษณะผสมระหว่างคงความรับผิดชอบและการพ่วงถ่ายความรับผิดชอบให้ผู้อื่นหรืออีกนัยหนึ่งเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงในกลุ่มสมาชิก

การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย ไม่ใช่ทางเลือกเพื่อทดแทนการควบคุมความเสี่ยง แต่ควรตระหนักว่าการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสียเป็นกลยุทธ์ที่เสริมกันและกัน ซึ่งควรนำมาใช้กับความเสี่ยงทุกอย่างที่พบ นอกจากนี้การบริหารความเสี่ยงยังเป็นระบบที่ต้องจัดการกับจุดอ่อนของบุคลากรและองค์กรให้ครอบคลุมทุกส่วน จึงจำเป็นสำหรับผู้รับผิดชอบทุกฝ่ายนำไปปฏิบัติและพัฒนา แม้ว่าจะไม่อาจขจัดความเสี่ยงให้หมดสิ้นไปแต่ความเสี่ยงก็เป็นสิ่งที่สามารถจัดการผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้

1.4 กระบวนการบริหารความเสี่ยง (*Risk management process*) เป็นรูปแบบของการบริหารจัดการ เพื่อให้งานบริการมีคุณภาพ มุ่งเน้นความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นสำคัญ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ (Wilson and Tingle 1999) ดังนี้ คือ

1.4.1 การค้นหาความเสี่ยง (*Risk identification*) การค้นหาความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่องค์กรด้านสุขภาพมีความตระหนักถึงความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ในสถานบริการสุขภาพจนกลายเป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นกับองค์กร การค้นหาและการประเมินความเสี่ยงเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ซึ่งหวังผลให้เกิดการเพิ่มการป้องกัน การควบคุม และขยับยั้งความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงสามารถใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อการค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ รายงานอุบัติการณ์เป็นหลักฐานสำคัญในระบบการบริหารความเสี่ยง การจัดการอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับการค้นหาอุบัติการณ์ความผิดพลาดและเหตุการณ์เกือบเกิดความผิดพลาด (Near misses) ได้ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุการณ์เหล่านั้น พร้อมทั้งรีบดำเนินการแก้ไข ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากอุบัติการณ์ดังกล่าวโดยเร็วและเป็นไปในเชิงบวกหรือสร้างสรรค์

1.4.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยง (*Risk analysis*) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นกระบวนการตัดสินใจความรุนแรงของความสูญเสียและจำแนกความเสี่ยงหรือโอกาสของการเกิดความสูญเสียขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการค้นหาความเสี่ยงและโอกาสของการเกิดความเสียหาย การกำหนดระบบการรับเรื่องร้องทุกข์และการเรียกร้องค่าเสียหายจะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อจัดให้มีการสำรวจการร้องทุกข์และการเรียกร้องสิทธิ์ ซึ่งระบบที่กำหนดจะทำให้สามารถลดค่าใช้จ่าย ความเครียดของผู้ปฏิบัติงานและความรู้สึกไม่เป็นมิตรของผู้ใช้บริการ ปังจัยเหล่านี้จะก่อให้เกิดความรุนแรงของความเสี่ยง และเป็นแนวทางให้องค์กรด้านสุขภาพเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการบริหารจัดการความเสี่ยงดังกล่าวได้

1.4.3 การจัดการกับความเสี่ยง (*Risk treatment*) การจัดการความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ ในการจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในองค์กร ซึ่งกลยุทธ์จะประกอบด้วย การควบคุมความเสี่ยง การยอมรับความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การลดความเสี่ยงให้น้อยลง และ การผ่อนถ่ายความเสี่ยง ในการค้นหากลยุทธ์การจัดการความเสี่ยงแต่ละอย่าง องค์กรสุขภาพสามารถใช้หลายๆกลยุทธ์ร่วมกันซึ่งจะดีที่สุดในการแก้ปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

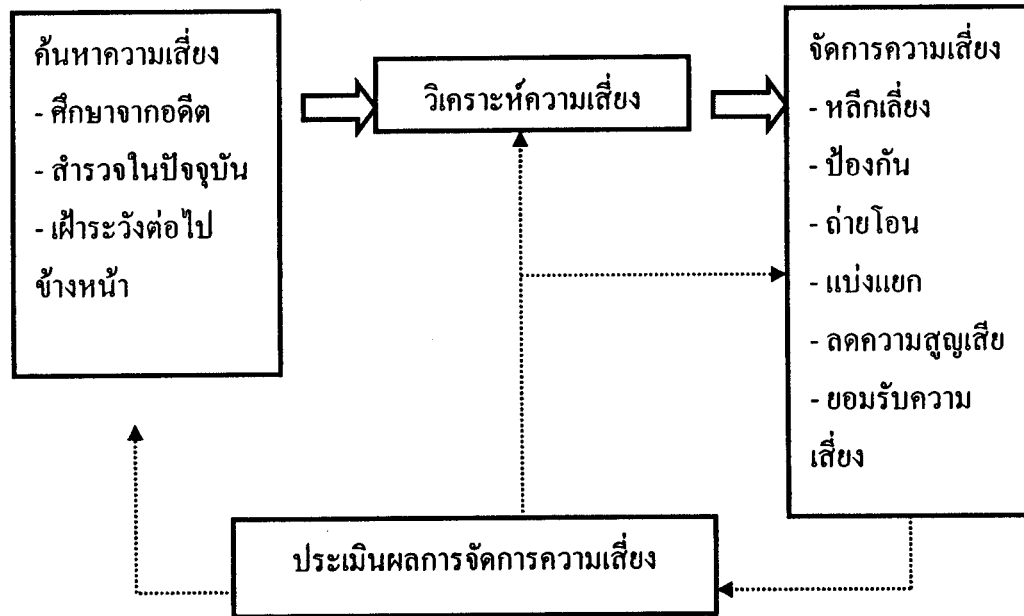
1) การควบคุมความเสี่ยง (*Risk control*) จากการรับรู้เราไม่สามารถจัดการหรือกำจัดความเสี่ยงได้ทั้งหมดดังนั้นการควบคุมความเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความสูญเสียหรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์อันเกิดจากงานบริการรักษาพยาบาล การควบคุมเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงจะประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องได้นั้นต้องติดตามผลการปฏิบัติการ การลดหรือควบคุมความเสี่ยงเบื้องต้นจะต้องติดตามประเมินผลกิจกรรม (Wilson and Tingle 1999: 55) ดังนี้

- (1) การพัฒนากระบวนการประเมินความเสี่ยงอย่างสมบูรณ์ ครอบคลุม
(Comprehensive)
- (2) การพัฒนาโปรแกรมการศึกษาและอบรมในการจัดการความเสี่ยงใน
งานบริการรักษาพยาบาล
- (3) การใช้ประโยชน์จากนโยบาย วิธีการ แผนปฏิบัติการ (Protocol)
ขั้นตอนการดำเนินการ (Pathway) และแนวทางการดูแล (Clinical guideline) สิ่งเหล่านี้จะต้องมีการ
ทบทวนและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ ให้เป็นปัจจุบันพร้อมประกาศใช้อย่างเป็นทางการจะเป็นช่องทาง
ช่วยให้ผู้ปฏิบัติกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการซึ่งมีความเชื่อถือและเชื่อมั่นได้ เอกสารหรือนโยบายต่างๆจะ
ถูกเก็บไว้ส่วนกลางเพราะอาจจำเป็นต้องใช้สำหรับการป้องกันแก้ไขผลกระทบจากการปฏิบัติที่ด้อย
ประสิทธิภาพในอดีต
- (4) การวางแผนรับภัยพิบัติและเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน (Contingency) ซึ่งมี
ความสำคัญในการลดอุบัติเหตุการณ์ภายในที่รุนแรงได้
- 2) การยอมรับความเสี่ยง (Risk acceptance) เป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งสำหรับการ
จัดการค้นหาความเสี่ยงที่ยอมรับได้ซึ่งรวมถึงการประเมินความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยง
และจัดทำแผนให้ครอบคลุมการชดเชยความเสียหายที่ตามมา การยอมรับความเสี่ยงสามารถ
นำมาใช้ได้เหมาะสมที่สุดสำหรับกรณีความเสี่ยงที่ไม่สามารถลด ย้าย หรือหลีกเลี่ยงได้ และ
เมื่อความเสี่ยงนั้นมีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากมาและผลที่ตามมาอาจเกิน
ความสามารถขององค์กรสุขภาพที่จะจ่ายค่าชดใช้ความเสียหายได้เอง
- 3) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เป็น
ทางเลือกอย่างหนึ่งในกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยงที่มีความรุนแรงจนยากแก่การแก้ไข โดยไม่
สามารถลดหรือการถ่ายโอนความเสี่ยงได้ จึงอาจมีดำเนินการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง โดยไม่ทำ
กิจกรรมที่อาจนำมาซึ่งความสูญเสีย เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
- 4) การลดความเสี่ยง (Risk reduction or minimization) การลดความเสี่ยงมี
ความเกี่ยวข้องกับกลยุทธ์การลดความสูญเสียหลาย ๆ วิธีการ โดยมีเป้าหมายเพื่อจำกัดผลที่เกิดจาก
ความเสี่ยงโดย ไม่มีการยอมรับหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การลดความเสี่ยงถือเป็นหัวใจสำคัญของ
โปรแกรมการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับองค์กรด้านสุขภาพและมีความสำคัญสำหรับกิจกรรม
ต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติ การปรับปรุงนโยบายและหาวิธีการใหม่ ๆ โดยมีจุดมุ่งหมาย
เพื่อควบคุมอุบัติเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ทั้งหมด
- 5) การพ่วงถ่ายความเสี่ยง (Risk transfer) เทคนิคการพ่วงถ่ายความเสี่ยงเป็น
การเปลี่ยนผ่านความเสียหายไปยังหน่วยงานอื่นซึ่งเป็นพันธมิตรคู่สัญญากันหรือองค์กรสุขภาพอื่นที่

จัดเตรียมไว้แล้ว เช่น CNST, WRP การจะมีกองทุนสะสมเงินได้ต้องมีความเชี่ยวชาญในการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีทำให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้น โดยไม่ต้องพยายามหาแหล่งช่วยเหลืออื่นและจ่ายเบี้ยประกันภัยน้อขลงด้วย การจัดการความเสี่ยง ที่เกิดจากการปฏิบัติที่ด้อยคุณภาพ อาจจำเป็นต้องมีการสาธิตวิธีการลดความเสี่ยง ซึ่งจะช่วยลดการจ่ายเบี้ยประกันและความเสียหายที่เกิดขึ้น องค์การสุขภาพควรรวบรวมกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยง สำหรับการค้นหาความเสี่ยงเพื่อจะได้จัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีที่สุด การวางแผนป้องกันภัยพิบัติและสิ่งที่ไม่คาดฝันเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุการณ์ภายใน และโอกาสที่จะเกิดการสูญเสียของบริการพยาบาล

1.4.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation)

ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยง คือการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้วยการวัดและประเมินประสิทธิผลของวิธีการการค้นหา วิเคราะห์และจัดการกับความเสี่ยง การประเมินผลการบริหารความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้บริหารองค์กรที่ดูแลสุขภาพ คณะแพทย์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งผู้ป่วย / ผู้เสียหายกับทนายความ แบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยง ทำให้แน่ใจว่ากิจกรรมบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ ได้ถูกวัดหรือประเมินอย่างแม่นยำจากผลของการจัดการความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจะต้องดำเนินการภายใต้บรรยากาศของความซื่อสัตย์และโปร่งใส ควบคุม/ป้องกันความผิดพลาด เหตุการณ์ที่ไม่ต้องการหรือไม่คาดฝันจะต้องถูกค้นพบโดยเร็วพร้อมทั้งรีบจัดการด้วยวิธีที่นุ่มนวล และมีประสิทธิภาพการรายงานอุบัติเหตุการณ์โดยปราศจากบทลงโทษหรือข้อตำหนิติ่อเป็นการแก้ไขปัญหา และเป็นวิธีการที่ควรนำมาใช้เพื่อสนับสนุน / เอื้ออำนวยให้กระบวนการประเมินการบริหารความเสี่ยงเป็นไปได้อย่างดี ดังนั้น ศูนย์พัฒนาคุณภาพจึงจำเป็นต้องรายงานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงประจำปีแก่ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำมาร่วมกันทบทวนวางแผนกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง นโยบายบริหารความเสี่ยง จะถูกจัดทำขึ้นอย่างเหมาะสมหรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามสถานการณ์โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง



ภาพที่ 2.1 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

ที่มา : Wilson and Tingle (1999)

1.5 กลยุทธ์การบริหารความเสี่ยง (Risk management strategy)

กลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงสำหรับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ได้มีการเตรียมวางกรอบการทำงานไว้อย่างเข้มงวด เพราะเป็นที่ยอมรับกันว่า การดูแลสุขภาพเป็นงานที่มีความเสี่ยงในงานอยู่แล้ว จึงต้องคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในวงกว้าง เช่น เกิดอุบัติเหตุ สถานการณ์ร้ายที่เกิดจากความไม่รู้เท่าไม่ถึงการณ์ นอกจากนี้อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์อาจเกิดจากการไม่ได้วางนโยบายไว้ แนวทางปฏิบัติยังไม่มีความชัดเจน การกำหนดภาระงานไม่มีความครอบคลุม การติดต่อสื่อสารยังไม่ดีพอ หรือระบบการทำงานที่ล้มเหลว ดังนั้นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของผู้บริหาร แพทย์ผู้รักษา หรือแม้แต่บุคลากรผู้ให้บริการ คือการจัดการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้น้อยลง เพื่อให้สถานการณ์ดีขึ้น การจัดการดังกล่าวนี้ คือการบริหารความเสี่ยงนั่นเอง

การดำเนินการตามกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงไม่ใช่เรื่องง่าย ถ้าไม่มีการจัดหาผู้จัดการความเสี่ยงคอยติดตามข้อร้องเรียนที่เกิดจากสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ การบริหารความเสี่ยงจัดเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพ จึงต้องวางแผนให้มีความครอบคลุมชัดเจนง่ายต่อการปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ดีต้องกระทำสำหรับการพัฒนาองค์กร (Wilson and Tingle 1999: 50) โดยแยกเป็นประเด็นเฉพาะได้ดังนี้

- 1) การค้นหาโอกาสพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วย
- 2) การค้นหาโอกาสพัฒนาความพึงพอใจของผู้ป่วย
- 3) การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและบุคลากร

ผู้ให้บริการ

- 4) การจัดให้มีการดูแลที่สามารถบอกได้ว่ามาจากทีมสุขภาพที่มี

ประสิทธิภาพ

- 5) การค้นหาโอกาสพัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารในการดูแลและประสาน

ทีมงาน

- 6) การค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์
- 7) การจัดทำแผนปฏิบัติงานเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย

ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย

โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การพัฒนาคุณภาพงานบริการเพื่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การค้นหาความเสี่ยงเป็นกระบวนการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความไม่ปลอดภัย เพื่อดำเนินการจัดการอย่างเหมาะสมในอนาคต ดังนั้นหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยงานจึงต้องค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่นหรือหน่วยงานอื่น และเรียนรู้ระหว่างการทำงาน (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2543) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต สามารถเรียนรู้ได้จาก

(1) ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว แม้ว่าโรงพยาบาลจะยังไม่มีระบบบริหารความเสี่ยงในภาพรวม แต่ละหน่วยงานก็จะมีการเก็บข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในหน่วยงานของตนอยู่แล้วในระบบการควบคุมคุณภาพหรือการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานควรจะนำข้อมูลเหล่านี้มาทบทวน

(2) ประสบการณ์ของบุคคล อาจเรียนรู้ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล หรือการระดมสมองในกลุ่มแล้วนำมารวบรวม และสอบถามอีกรอบพร้อมบันทึกไว้ เพื่อเป็นข้อมูลจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile) ในหน่วยงาน

2) การเรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น การเรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น อาจทำได้จากการค้นหาวารสาร วิชาการ / Internet การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดโดยองค์กรวิชาชีพ การติดตามข่าวสารในหน้าหนังสือพิมพ์ การสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมอาชีพวิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือไม่ต้องลงทุนด้วยความสูญเสียในการค้นหาความเสี่ยงจากวารสารวิชาการ คำที่ใช้ค้นหาคือ occurrence, incident, claim, misadventure, adverse patient occurrence (APO). และควร

ค้นหาวารสารในช่วง 3-5 ปี เลือกทั้งวารสารที่เฉพาะเจาะจงสำหรับวิชาชีพของคุณ รวมทั้งวารสารทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลและคลินิกบริการ แหล่งที่ค้นหาง่ายที่สุดในปัจจุบันคือ การใช้ดัชนีซึ่งอยู่ในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ โดยเป้าหมายสำคัญของการเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น คือ การสร้างบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงาน

3) การเรียนรู้ระหว่างการทำงาน การค้นหาความเสี่ยงระหว่างการทำงานมีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความสูญเสีย และที่สำคัญเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต วิธีการที่ใช้ได้แก่ การรายงานผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย (Adverse patient occurrence) ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ คือการรายงานอุบัติการณ์ (Incident reporting) การคัดกรองเหตุการณ์ (Occurrence screening) และการรายงานเหตุการณ์ (Occurrence reporting) การค้นหาความเสี่ยงจึงสามารถทำได้จากการวิเคราะห์ระบบบริการและค้นหาว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการหลักของงานบริการนั้นมีความเสี่ยงอะไรอยู่บ้าง ทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย / ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ หรือในมุมมองของการพัฒนาคุณภาพประเด็นนี้มีความหมายเหมือนการค้นหาโอกาสในการพัฒนา (กลยุทธ์ แสงวดี 2542: 39)

(1) การรายงานอุบัติการณ์ (Incident report) เป็นรายงานที่ใช้กันมากที่สุด บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับการเกิดเหตุการณ์เป็นผู้มีหน้าที่กรอกแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ และนำเสนอให้ผู้บังคับบัญชา การบันทึกรายงานอุบัติการณ์เป็นรูปแบบที่ดีที่สุดของการบริหารความเสี่ยง (Wilson and Tingle 1999: 54) การเขียนรายงานที่ควรเขียนทันทีที่เกิดเหตุการณ์ โดยผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์เป็นผู้เขียน

(2) การคัดกรองเหตุการณ์ (Occurrence screening) เป็นการรายงานความเสี่ยงที่สมบูรณ์ ทันเวลา แต่ใช้ค่าใช้จ่ายสูง เพราะเป็นลักษณะของการวิจัย จะมีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกราย ทุก 48-72 ชั่วโมง โดยทีมผู้คัดกรองซึ่งได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับคุณภาพ ความเสี่ยงและเครื่องชี้วัด หากพบเหตุการณ์ที่มีข้อสงสัยก็จะถูกส่งต่อไปยังกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพที่เหมาะสมเพื่อตัดสินใจว่าจำเป็นต้องมีการสืบสวนต่อไปหรือไม่ จากนั้นจะถูกส่งไปยังหัวหน้าแผนกเพื่อทบทวนและดำเนินการตามความเหมาะสม

(3) การรายงานเหตุการณ์ (Occurrence report) เป็นระบบรายงานซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนถูกสอนให้ตระหนักและรายงานเหตุการณ์ที่ระบุไว้จำนวนหนึ่งซึ่งเรียกว่าเหตุการณ์ (Occurrence) บัญชีรายการเหตุการณ์นี้จะต้องเป็นที่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ที่รายงาน มีจำนวนเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะทำได้ ทุกคนจะต้องรับทราบและได้รับการคาดหวังว่าจะรายงานเหตุการณ์เหล่านี้ โดยผู้บริหารต้องพิจารณาว่าจะใช้ระบบที่มีอยู่ให้เต็มศักยภาพได้อย่างไร เช่น การทำแบบฟอร์มให้ง่ายขึ้น การแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่รายงานไปนั้นได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์ การให้ข้อมูล

กลับ (Feedback) มายังเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น วิธีการแนะนำให้ทำคือ การสร้าง Occurrence report system หรือ Structured incident report system ซึ่งเป็นของโรงพยาบาล โดยรวบรวมบัญชีรายการอุบัติการณ์จากทุกหน่วยงานมาเป็นบัญชีเดียวกัน และให้ทุกหน่วยงานมีหน้าที่รายงานตามแบบบันทึกที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น หน่วยงานอาจจะเพิ่มเติมบัญชีรายการอุบัติการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงและไม่ปรากฏในบัญชีรายการของโรงพยาบาลด้วยก็ได้

อย่างไรก็ตามการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกเมื่อดำเนินการค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแล้วควรนำความเสี่ยงที่รวบรวมได้ มาวิเคราะห์ตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง จัดประเภทและเรียงลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ความสูญเสีย นำมาวางแผนจัดการ กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติไว้ใช้ในสถานบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงความถี่ (Probability) ความรุนแรง (Severity) และค่าใช้จ่าย (Cost) ของเหตุการณ์ความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิด/เกิดขึ้นภายในสถานบริการสุขภาพ การวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นการกระทำทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินไปข้างหน้า และการประเมินในปัจจุบัน โดยปฏิบัติทั้งในระดับหน่วยงาน และระดับโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543) รูปแบบของการวิเคราะห์ความเสี่ยงปัจจุบันในระดับหน่วยงานเป็นการวิเคราะห์เพื่อควบคุมความเสียหาย ขณะที่การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากอดีตไปอนาคตจะเป็นลักษณะของบัญชีความเสี่ยง ส่วนรูปแบบการวิเคราะห์ความเสี่ยงปัจจุบันในระดับโรงพยาบาลเป็นการบริหารคำเรียกร้องค่าเสียหาย และการวิเคราะห์จากอดีตไปอนาคตจะเป็นการประเมินน้ำหนักของความเสี่ยงเพื่อดำเนินการแก้ไขดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การควบคุมความเสียหาย การควบคุมความเสียหาย คือ การประเมินความเสี่ยงขั้นต้นด้วยสัญชาตญาณ และการตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ผู้อยู่ในเหตุการณ์และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น ซึ่งจะเกิดขึ้นภายในเวลาเป็นนาทีและจะต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบเพื่อทบทวนในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง ในขณะที่เจ้าหน้าที่กำลังเข้าไปแก้ไขเหตุการณ์ ควรจะมีคำถามเหล่านี้ขึ้นในใจอย่างต่อเนื่องว่า เกิดอะไรขึ้น อะไรเป็นสาเหตุ (Cause) ผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร (Outcome) เราจะจัดการเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือ (Severity) เมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วก็จะกลับไปคำถามว่าอะไรเป็นสาเหตุของความเสียหายนำไปสู่การสืบค้นเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีอันตรายเพิ่มขึ้นหรือเหตุการณ์ความเสียหายซ้ำขึ้นอีก กิจกรรมสุดท้าย คือการรายงานให้ผู้บังคับบัญชาที่อยู่สูงขึ้น ไปรับทราบ กิจกรรมเหล่านี้เป็นการจัดการกับความเสี่ยงซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องทำด้วยความรับผิดชอบกับสิ่งที่อยู่ตรงหน้า

2. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile) บัญชีรายการความเสี่ยง คือ การวาดภาพให้เห็นว่าหน่วยงานมีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งจะมีทั้งความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงที่เป็นเฉพาะเจาะจงของหน่วยงาน การจัดทำบัญชีรายการ เริ่มด้วยการทำบัญชีความเสี่ยงทั้งหมดที่ค้นพบ

บัญชีนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาบ้างแต่ไม่มากนัก สิ่งที่สำคัญคือ จะต้องประเมินความรุนแรงของความเสียหายต่างๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่งชี้มาบดบังความสำคัญของความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อสูง การวิเคราะห์ความรุนแรงและความถี่ ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การวางแผนจัดการอย่างเหมาะสมต่อไป

กฤษดา แสงดี (2542: 43) กล่าวถึงรายงานอุบัติการณ์ว่าเป็นเครื่องมือชิ้นหนึ่งในการประเมินความเสี่ยง พยาบาลจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับรายงานอุบัติการณ์นี้ คือ พยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบเกี่ยวกับเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมของอุบัติการณ์ รวมทั้งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและประเมินว่าอุบัติการณ์นั้นก่อให้เกิดการบาดเจ็บ อันตราย ความเสียหายแก่ผู้ป่วยรุนแรงเพียงใด รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาพูดคุยกับญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วย และประเมินความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากจากรายงานอุบัติการณ์จะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแล้ว ยังรวมถึงเรื่องที่เป็นอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ด้วย ในการประเมินความเสี่ยงนี้ต้องสรุปว่าอะไรคือ ความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการแก้ไข และกำหนดแนวทางป้องกันโดยเร็ว หรือเป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังติดตามผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งอาจแบ่งความเสี่ยงเหล่านี้เพื่อประเมินโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียของแต่ละเหตุการณ์ว่ามี ความถี่และความรุนแรงเพียงใด มีผลทางคลินิกอย่างไร มีผลต่อองค์กรอย่างไร โดยแบ่งเป็น กลุ่มที่ 1 เกิดไม่บ่อย ไม่รุนแรง กลุ่มที่ 2 เกิดบ่อย ไม่รุนแรง กลุ่มที่ 3 เกิดไม่บ่อย รุนแรง และกลุ่มที่ 4 เกิดบ่อย รุนแรง จะเห็นว่ากลุ่มที่ 2 , 3 และ 4 เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากจะต้องค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของเหตุการณ์ กำหนดแนวทางป้องกันแก้ไขเร่งด่วนรวมทั้งต้องกำหนดแนวทางการรายงาน และการทบทวนที่ชัดเจน ส่วนกลุ่มที่ 1 อาจดำเนินการเพียงกำหนดวิธีปฏิบัติให้ชัดเจนก็อาจจะลดความเสี่ยงลงไปได้โดยไม่ยุ่งยากนัก

การบริหารความเสี่ยงจะต้องมีการค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากนั้นจึงวางแผนและนำไปปฏิบัติจึงต้องกำหนดตัวชี้วัดกำกับ (ด้านกายภาพ ด้านคลินิก การเงินและวัฒนธรรม) เพื่อลดหรือผ่อนคลายความเสี่ยงที่สะท้อนถึงความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในองค์กรดังนั้นการประเมินผลในระดับแผนกจะเชื่อมโยงกลับไปเครื่องชี้วัดและระบบประกันสุขภาพ (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล 2543: 26) โดยมีกิจกรรมประเมินดังนี้คือ

1. การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน
2. การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังและเครื่องชี้วัดที่เกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี

โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกันมากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ คำถามที่ต้องถาม คือ อุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว อุบัติการณ์นี้เป็นเหตุการณ์เดี่ยว (Isolated incident) หรือเป็นเรื่องของระบบ มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีกได้หรือไม่

3. การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

1.6 พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 ให้ความหมายว่า การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ำเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

วิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle 1999: 15) กล่าวถึง พฤติกรรมว่าเป็นการแสดงออกถึงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อลดจำนวนหรือโอกาสเกิดความเสี่ยงจากการดูแลสุขภาพ

สร้อยตระกูล (ติวานนท์) ธรรมานะ (2542: 64) ให้ความหมาย พฤติกรรม คือ การแสดงออกซึ่งทัศนคติของเขา อันเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้ ประสบการณ์ ภูมิหลังและการเรียนรู้ที่ผ่านมาของบุคคลนั้น

ขวัญใจ พิมพิมล (2543: 71) ได้นิยามคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการตอบสนองของมนุษย์ต่อสถานการณ์หนึ่งหรือสิ่งกระตุ้นต่างๆ โดยการกระทำนั้นเป็นไปอย่างมีจุดมุ่งหมายและเป็นไปอย่างใคร่ครวญ หรือเป็นไปอย่างไม่ใคร่ครวญ ไม่ว่าจะสิ่งมีชีวิตหรือบุคคลอื่น จะสามารถสังเกตการกระทำนั้น ได้หรือไม่ก็ตาม

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน (2548: 12) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออก (ทางบวกหรือทางลบ) ต่อสิ่งของ บุคคล สถานที่ เหตุการณ์ อย่างสม่ำเสมอ

ดำรงศักดิ์ ชัยสนิทและสุนี เลิศแสวงกิจ (2549: 24) ให้ความหมายของพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการต่างๆ ของบุคคลที่ปฏิบัติต่อสภาพแวดล้อมของบุคคลเหล่านั้นออกมาในรูปของการกระทำหรือการแสดงออกของมนุษย์ โดยมีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง อยู่ภายใต้กลไกของความรู้สึกนึกคิดของตนเอง

จากความหมายของ พฤติกรรมและการบริหารความเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้น สามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง หมายถึง การกระทำเพื่อแสดงออกถึงการปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุม ป้องกันหรือลดโอกาสของการเกิดความเสี่ยง / ผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์จากงานอันส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นการประกันคุณภาพงานบริการ พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงสามารถวัดได้จากการแสดงออกถึงการปฏิบัติกิจกรรม 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle 1999: 57) ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ดังนี้คือ

1.6.1 พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหอผู้ป่วยด้านการป้องกัน

(Preventive action)

1) การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)

รวบรวมความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในหอผู้ป่วยมาทำเป็น บัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน (Risk profile) ซึ่งอาจได้จาก

(1) การวิเคราะห์กระบวนการทำงานของหน่วยงานแล้วค้นหาความเสี่ยงของแต่ละขั้นตอนที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

(2) บันทึกเหตุการณ์สถิติในหน่วยงาน

(3) ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ บุคคลอื่น วารสาร การประชุม

(4) ความเสี่ยงต่างๆ ที่กำหนดในใบอุบัติการณ์

(5) คำร้องเรียนของผู้รับบริการ จดหมาย

2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis)

นำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile) ของหน่วยงานมาวิเคราะห์ประเมิน จัดลำดับความสำคัญ และโอกาสเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว

3) การจัดการกับความเสี่ยง (Risk treatment)

นำความเสี่ยงที่สำคัญ ๆ จากการจัดลำดับมาพิจารณากำหนดแนวทางป้องกันที่เหมาะสมด้วยกลยุทธ์ ดังนี้คือ

(1) จัดทำแนวทางปฏิบัติในแต่ละเรื่อง

(2) ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

(3) ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

(4) บำรุงรักษาเครื่องมือเชิงป้องกัน

4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation)

หัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน โดย

(1) รายงานข้อมูล อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดในแต่ละเดือนให้ ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลรับทราบ

(2) ทบทวนความเสี่ยงที่เกิดซ้ำๆ ในหน่วยงาน

(3) ตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดใหม่

(4) ติดตามเรื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานทุกเดือน

1.6.2 พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหอผู้ป่วยด้านการแก้ไข (Corrective action)

หัวหน้าหอผู้ป่วยกำหนดแนวทางกรณีที่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงานให้เป็นหน้าที่ของบุคลากรที่ประสบเหตุการณ์จะต้องประเมินความรุนแรงและจัดการแก้ไขปัญหาขั้นต้นตามแนวทางปฏิบัติทันที โดยการปฏิบัติดังนี้

1) การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) เมื่อพบเหตุการณ์ด้วยตนเอง หรือได้รับรายงาน ได้รับข้อร้องเรียน รีบทบทวนค้นหาความเสี่ยงที่จะทำให้เหตุการณ์มีความรุนแรงมากขึ้น

2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) บุคลากรที่ประสบเหตุการณ์และผู้เกี่ยวข้องรีบประเมินหรือวิเคราะห์ความรุนแรงของเหตุการณ์ตาม Criteria ที่กำหนด

3) การจัดการกับความเสี่ยง (Risk treatment)

(1) บุคลากรที่ประสบเหตุการณ์ และผู้เกี่ยวข้องรีบให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นวิกฤตก่อน

(2) กรณีเป็นความเสี่ยงระดับรุนแรงสูง ต้องรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบ (Supervisor) ในขณะนั้น ทราบภายใน 2 ชั่วโมง ด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ เพื่อพิจารณาควบคุมความเสียหายให้น้อยที่สุด หลังจากนั้นผู้ประสบเหตุการณ์ เขียนใบรายงานอุบัติการณ์ส่งในลำดับต่อไป

(3) ดูแลเวชระเบียนและหลักฐานอื่นๆ ให้สมบูรณ์ และถูกต้อง

(4) ไม่ต่อรองว่าใครถูกหรือผิด และพยายามไม่แสดงความเห็นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation)

(1) ถ้าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ หรือประเมินแล้วเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงเร่งด่วนและมีโอกาสสูงถูกฟ้องร้อง ต้องขอความช่วยเหลือโดยด่วนจากผู้รับผิดชอบ (Supervisor) ในขณะนั้น ภายใน 2 ชั่วโมงเพื่อให้รับดำเนินการต่ออย่างเหมาะสม

(2) ถ้าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้เอง ให้รายงานผู้บังคับบัญชาได้รับ ทราบเรื่องที่เกิดและสิ่งที่ได้แก้ไขไป พร้อมกับเขียนรายงานอุบัติการณ์ ส่งทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

(3) รวบรวมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงาน แจ้งให้บุคลากรในหอผู้ป่วยรับทราบ

พฤติกรรมที่แสดงออกตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังกล่าวข้างต้นจะเหมาะสมและมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลเนื่องจาก พฤติกรรมดังกล่าว ถือเป็นการบริหารที่เฉพาะเจาะจง และเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องกระทำคู่กับการบริหาร งานทั่วไป (ชวไล ชุ่มคำ 2545: 27) จากการประมวลแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมของนักวิชาการหลายท่าน (Triandis 1997: 6; ธีรวิมล เอกะกุล 2550: 1; วิณา จีระแพทย์ 2550: 89; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2551: 19) พอจะสรุปได้ว่า เจตคติและทักษะการติดต่อสื่อสารมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ดังนั้น ปัจจัย ส่วนบุคคล เจตคติและทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผล ต่อความเหมาะสมและประสิทธิภาพของการแสดงพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้า หอผู้ป่วยแต่ละคน

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลน่าจะมีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ดังที่กุลยา ดันตีผลาชีวะ (2539: 21) กล่าวว่าการบริหารงานของ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual variables) เป็นลักษณะที่แสดงออกถึงเอกลักษณ์ เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่งส่งผลทำให้ การแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การบริหาร ความเสี่ยง เป็นการบริหารองค์กรสู่การพัฒนาคุณภาพ มีความจำเป็นต้องอาศัยการประสานความ ร่วมมือจากทุกคนในหน่วยงาน ผู้บริหารจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการบริหารงานเพื่อ กระตุ้นให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจะมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากปัจจัยส่วนบุคคล (Individual variables) ซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงออกมาให้เห็น ถึงเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลของผู้บริหารส่งผลทำให้การแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ไป จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานทั่วไป อยู่หลายปัจจัยโดยปัจจัยบางอย่างมีแนวโน้มว่าจะสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมการบริหาร ความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเลือกนำมาศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย

2.1.1 การศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการยอมรับจากบุคคลอื่นๆใน องค์กร บุคคลที่มีการศึกษาสูงมักจะได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถมากกว่าผู้ที่มีการศึกษา ต่ำ ระดับการศึกษาที่มีความแตกต่างกันมากจะทำให้บุคคลมีความสามารถในการทำงานและการพัฒนา

ตนเองไม่เท่ากัน นอกจากนี้ยังทำให้การแสดงพฤติกรรมในการทำงานแตกต่างกันซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพของงานด้วย (มณี ถีศิริวัฒนากุล 2540) จากผลการศึกษาของ Keller (1991) พบว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะทำให้บุคคลมีความสามารถและความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะเป็นผู้ที่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของความรู้และข้อมูลที่เชื่อถือได้ ทั้งยังส่งผลต่อความสามารถในการทำงานและพัฒนาตนเองที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ปัทอง (2540) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีความสามารถในการตัดสินใจวางแผนด้านบริหารการพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญา และการศึกษาของ วรดา ข่ายแก้ว (2542) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย

2.1.2 ประสพการณ์การทำงาน ประสพการณ์การทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายผลการปฏิบัติงานที่ดี เพราะประสพการณ์การทำงานทำให้เกิดการเรียนรู้ และความชำนาญในงานนั้นๆ ประสพการณ์ของบุคคลมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการบริหารงาน (Robbins 1998: 82) เนื่องจากประสพการณ์การบริหารงานที่ผ่านมาจะช่วยให้ผู้บริหารแสดงพฤติกรรมที่ดีขึ้น เช่น ไม่แสดงอาการตื่นตระหนก หรือกังวลเมื่อต้องตัดสินใจในการบริหาร แสดงพฤติกรรมเปิดเผยเพื่อสร้างความไว้วางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ (2545) ซึ่งพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ประสพการณ์ในการทำงาน และวุฒิการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

2.1.3 การได้รับการอบรม การได้รับการอบรมเป็นการได้มีโอกาสเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญเพื่อเพิ่มพูนความรู้พัฒนาทักษะ และการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่เหมาะสมให้เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในลักษณะที่สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การและสภาพแวดล้อมโดยทั่วไป สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี ส่งผลให้ประสิทธิผลขององค์การดีขึ้นจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วม โครงการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงโดยรวมสูงกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยนอกจากปัจจัยส่วนบุคคลอันประกอบด้วยการศึกษา ประสพการณ์การทำงานและการได้รับการอบรมจะมีแนวโน้มว่าอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงแล้วในทางจิตวิทยายังเชื่อว่า เจตคติมีความเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับพฤติกรรม (ธีรวิทย์ เอกะกุล 2550: 1) จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยเช่นกัน

2.2 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง การที่บุคคลจะเกิดเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นทางด้านบวกหรือลบบุคคลนั้นต้องมีการผสมผสานการรับรู้ผลจากความรู้ และ

ประเมินค่าแล้วแปรเปลี่ยนมาเป็นความรู้สึกและเจตคติของบุคคลนั้น (ธีรวุฒิ เอกะกุล 2550: 10) อันก่อให้เกิดแรงงูใจในการแสดงพฤติกรรม

2.2.1 ความหมายของเจตคติ

คำว่า เจตคติ ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถานปีพ.ศ. 2542 หมายถึง ทำที่หรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Attitude มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Aptus แปลว่า โน้มเอียง เหมาะสม มีผู้ใช้คำอื่นในความหมายเดียวกัน เช่น ทักษคติ หรือ เจตคติ ซึ่งมีนักการศึกษาและนักจิตวิทยาให้คำนิยาม หรือคำจำกัดความ สรุปได้ดังนี้

เทรียนดิส (Triandis 1971: 2) ให้ความหมายว่า เจตคติเป็นความคิดเห็นที่เกิดขึ้นพร้อมกับอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงหรือบริบทนั้น ๆ

สร้อยตระกูล (ตวยานนท์) ธรรมานะ (2542: 64) กล่าวว่าเจตคติ คือ ผลการผสมผสานของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งออกมาในรูปการประเมินค่าอันอาจเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้น

ศิริกุล จันทุม (2543: 28) ได้นิยามความหมายเจตคติ คือ ความคิด ความรู้สึก หรือทำที่ที่เกิดจากการมีประสบการณ์และการเรียนรู้ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่างๆ ทั้งทางบวกและทางลบ

ชลิกร บุญประเสริฐ (2543: 49) ให้คำจำกัดความเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรืออารมณ์ชอบ - ไม่ชอบ พอใจ - ไม่พอใจ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งภายหลังได้รับประสบการณ์หรืออิทธิพลในเรื่องนั้นๆ และส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

กัญญา มูลประหัต (2545) เจตคติ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจต่อสภาพการต่างๆ ตลอดจนความคิดเห็นที่มีพื้นฐานการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้นแล้วก่อให้เกิดความรู้สึกทางจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งนั้นในรูปของความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจสิ่งหนึ่ง และพร้อมที่จะกระทำให้สอดคล้องกับความชอบหรือไม่ชอบของบุคคลต่อสิ่งนั้น โดยรวมเอาความรู้สึกหรือความเชื่อว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์หรือมีโทษไว้ด้วย

วิมล กษา (2546: 36) กล่าวว่าเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเห็น อารมณ์ ความเชื่อ และความพร้อมทางจิตใจของบุคคลแต่ละบุคคลที่จะตอบสนองต่อบุคคล สถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ โดยอาศัยการเรียนรู้และประสบการณ์ และการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในทางสนับสนุนหรือต่อต้าน

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน (2548: 12) เจตคติ หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆรวมทั้งท่าทีที่แสดงออกซึ่งบ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งทัศนคติมีทั้งบวกและลบ มากและน้อย และมีทิศทางไปสู่เป้าหมายที่แสดงออก

ธีรวิทย์ เอกะกุล (2550: 3) กล่าวถึงเจตคติว่าเป็นพฤติกรรม หรือความรู้สึกทางด้านจิตใจที่มีต่อสิ่งเร้าหนึ่งในทางสังคม รวมทั้งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้าหรือเกี่ยวกับประสบการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

จากความหมายที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าเจตคติ หมายถึง ความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้า อาจเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากประสบการณ์หรือจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ นำมาประเมินและตัดสิน ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกและความเชื่อที่ฝังใจ ซึ่งเป็นตัวกำหนดความโน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรม

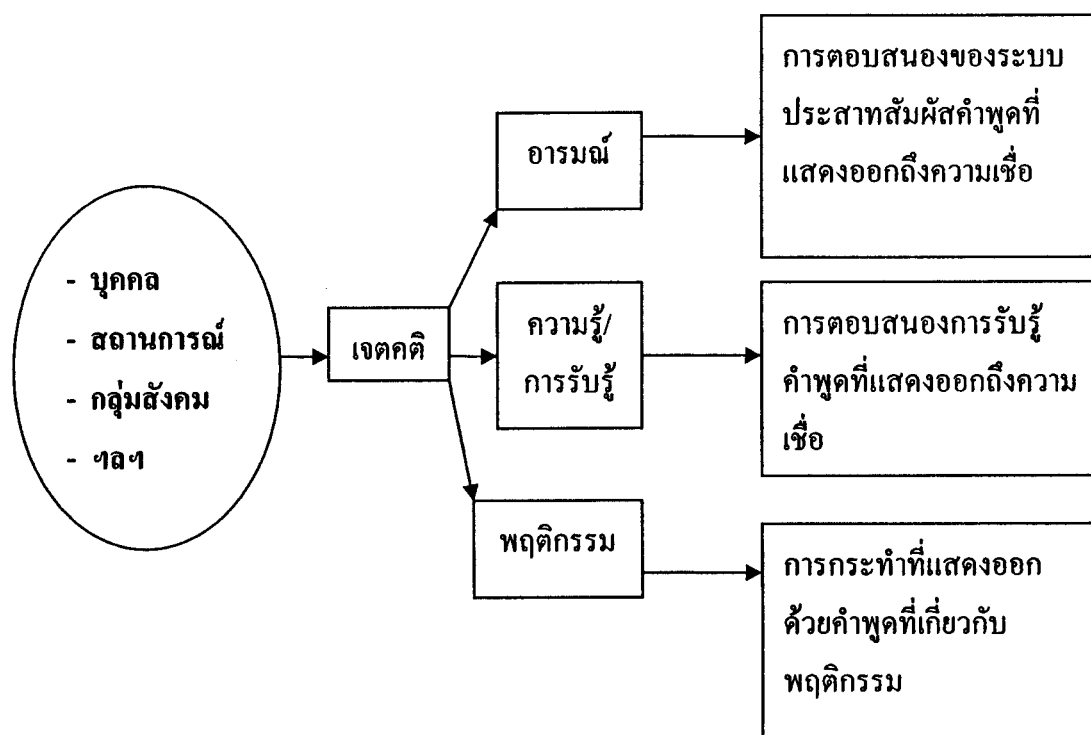
2.2.2 องค์ประกอบของ เจตคติ

เจตคติมี 3 องค์ประกอบ (Triandis 1971: 3) ดังนี้ คือ

1) องค์ประกอบทางด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component) เป็นการรับรู้และใช้ความคิด (Idea) ของบุคคลในการจำแนกสิ่งเร้าและแสดงความคิดเห็นออกมา ซึ่งขึ้นอยู่กับความเข้าใจของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่แตกต่างกัน

2) องค์ประกอบทางด้านจิตอารมณ์ (Affective component) เป็นอารมณ์ (emotion) หรือความรู้สึก (feeling) ที่มีต่อสิ่งเร้านั้นๆ ภายหลังจากการได้รับรู้ และมีการประเมินค่าว่า สิ่งนั้นมีคุณค่าในทางบวกหรือทางลบ โดยบุคคลจะแสดงอารมณ์หรือความรู้สึกเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับคุณค่าที่ตนรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้น พอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ ชอบหรือไม่ชอบ

3) องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (Behavioral component) เป็นความโน้มเอียงหรือแนวโน้มของการกระทำ (Action tendencies) คือ การที่บุคคลมีแนวโน้มหรือท่าทีจะเลือกปฏิบัติต่อสิ่งเร้า ในทิศทางบวกหรือทางลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความคิด ความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการประเมินผลแล้ว



ภาพที่ 2.2 แสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

ที่มา : Trianadis (1971: 3)

สำหรับองค์ประกอบของเจตคติตามแนวคิดของชาเวอร์ (Shaver 1977 อ้างถึง
ในฉัญญา มูลประหัส 2545) ประกอบด้วย

1) การรับรู้เชิงปริมาณค่า (Cognitive component) หมายถึง การรับรู้ของบุคคล
เกี่ยวกับ วัตถุ สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งเหล่านั้นว่าดีหรือเลว มี
ประโยชน์หรือมีโทษมากน้อยเพียงใด โดยที่บุคคลส่วนใหญ่จะมีความรู้เชิงประเมินค่าของต่างๆ เพียง
เล็กน้อย และอาจจะไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดผลเสียต่อบุคคลหรือส่วนรวมได้ ก็คือบุคคลมีเจตคติต่อสิ่งใดนั้น
จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นว่ามีคุณหรือโทษมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเห็นว่าสิ่งนั้นดีมีประโยชน์ก็
จะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ถ้ามีความรู้ว่าสิ่งนั้นไม่ดีมีโทษก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

2) ความรู้สึกทางอารมณ์ (Affective component) หมายถึง ความรู้สึกของ
บุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้น การที่บุคคลรู้ว่าสิ่งใดดีมีประโยชน์
บุคคลจะเกิดความรู้สึกชอบสิ่งนั้นคือมีเจตคติที่ดี และตรงกันข้ามถ้ารู้ว่าสิ่งใดมีโทษบุคคลจะมี

ความรู้สึกไม่ชอบไม่พอใจก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น ความรู้สึกพอใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดจะเกิดโดยอัตโนมัติ และสอดคล้องกับ ความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งนั้นๆด้วย

3) การมุ่งกระทำ (Behavioral intention component) หมายถึง ความโน้มเอียงหรือความพร้อมที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนเอง และเลือกที่จะปฏิบัติในทิศทางบวกหรือลบ ขึ้นอยู่กับความคิด ความเชื่อ หรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการประเมินแล้ว คือถ้าบุคคลมีความรู้ว่สิ่งนั้นมีคุณค่าเกิดความรู้สึกชอบหรือพอใจ และพร้อมที่จะกระทำต่อสิ่งที่ตนชอบหรือพอใจในลักษณะให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลรู้ว่สิ่งนั้นไม่มีโทษจะเกิดความรู้สึกไม่ชอบไม่พอใจ บุคคลก็พร้อมจะหลีกเลี่ยงสิ่งนั้น

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของเจตคติตามแนวคิดของนักจิตวิทยาข้างต้น มีความสอดคล้องคล้ายคลึงกัน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านจิตอารมณ์ และด้านพฤติกรรม จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาเลือกศึกษาตามแนวคิดของ เทเรียนดิส (Triandis 1971) ซึ่งเชื่อว่าองค์ประกอบของเจตคติทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กัน โดยองค์ประกอบทางด้านความรู้ ความเข้าใจจะทำให้เกิดการแสดงความคิดเห็นซึ่งเป็นพื้นฐานของเจตคติที่เกี่ยวข้องกับจิตอารมณ์ของบุคคล ส่งผลต่อความรู้สึกและกระหนาบต่อการแสดงออกของบุคคลหรืออาจกล่าวได้ว่า เจตคติเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรม

ลักษณะสำคัญของเจตคติ

เทเรียนดิส (Triandis 1971) กล่าวถึงลักษณะของเจตคติ พอสรุปได้ดังนี้

1. เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือเกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด

2. เจตคติเป็นสภาพการณ์ทางจิตใจ ที่มีอิทธิพลต่อความคิด และการกระทำของบุคคล เพราะเป็นส่วนประกอบที่กำหนดแนวทางให้ทราบล่วงหน้าว่าถ้าบุคคลประสบสิ่งใดๆ แล้วบุคคลนั้นจะมีท่าทีต่อสิ่งนั้นในลักษณะใด

3. แม้ว่าเจตคติเป็นสภาวะทางจิตใจที่มีความมั่นคงพอสมควร แต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้อันเนื่องมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่างๆและการเรียนรู้

เจตคติเกิดได้ 2 ลักษณะคือ

เจตคติทางบวก เป็นความพร้อมที่จะตอบสนองในลักษณะของความพึงพอใจ เห็นด้วย ทำให้บุคคล อยากจะกระทำ อยากได้ อยากเข้าใกล้หรือปฏิบัติในทางที่ดีต่อสิ่งนั้น

เจตคติทางลบ เป็นความพร้อมที่จะตอบสนองในลักษณะของความไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ทำให้บุคคลเบียดหน้าย หนีให้ห่างจากสิ่งนั้น ๆ

ประโยชน์ของเจตคติ

เจตคติสามารถเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้จากการรับรู้และเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง ถ้ามีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดย่อมส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งนั้นเป็นไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพเทรียนดิส (Triandis 1971: 4) ประโยชน์ของเจตคติดังนี้คือ

1. ช่วยทำให้เข้าใจในสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว โดยการจัดรูปหรือจัดระบบสิ่งของต่างๆ ที่อยู่รอบตัว
2. ช่วยให้เกิดความนับถือตนเอง ช่วยให้บุคคลหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดี หรือปกปิดความจริงบางอย่าง ซึ่งนำความพอใจมาสู่ตน
3. ช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่สลับซับซ้อนซึ่งมีปฏิริยาตอบโต้หรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดออกไปนั้น ส่วนมากจะทำในสิ่งที่นำความพอใจมาให้
4. บุคคลสามารถแสดงออกถึงค่านิยมของตนเอง ซึ่งแสดงว่าเจตคตินั้นนำความพอใจมาให้

2.2.3 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง

เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง จึงเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อการบริหารความเสี่ยง อาจเป็นไปได้ในทางบวกหรือทางลบ ขึ้นอยู่กับความรู้และการรับรู้ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง จากประสบการณ์หรือจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ นำมาประเมินและตัดสินใจ ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกและความเชื่อที่ฝังใจเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นตัวกำหนดความโน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ถ้าหัวหน้าหรือผู้ปวยมีเจตคติทางบวกต่อการบริหารความเสี่ยง ทางจิตวิทยาเชื่อว่าจะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในทางตรงกันข้ามถ้ามีเจตคติทางลบแนวโน้มที่จะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงก็เป็นไปได้น้อย เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงสามารถประเมินได้ ตามแนวคิดของเทรียนดิส (Triandis 1971) จาก 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านความรู้ องค์ประกอบด้านจิตอารมณ์ และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม โดยเจตคติของแต่ละบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากการเข้าไปจัดการกับองค์ประกอบดังกล่าว และการติดต่อสื่อสารเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติ

นอกจากนี้การบริหารเพื่อความปลอดภัยซึ่งมีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับการบริหารความเสี่ยง พบว่า การจัดการปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อป้องกันอันตรายจากงานบริการสุขภาพ สามารถช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในองค์กรได้ (วิณา จีระแพทย์ 2550: 89) การพูดคุยเกี่ยวกับความเสี่ยงและความปลอดภัยในทุกโอกาสระหว่างการปฏิบัติงาน การส่งเวร การตรวจเยี่ยมโดยผู้นำ การใช้กรณีที่เกิดขึ้นมาสร้างความเข้าใจ และความตื่นตัวจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการ

พัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้อง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2551: 115) ดังนั้นทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ความสนใจศึกษา และฝึกฝนให้เกิดทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2.3 ทักษะการติดต่อสื่อสาร

ทักษะการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้นำการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน เนื่องจากต้องอาศัยการทำความเข้าใจและสร้างความตื่นตัวกับผู้เกี่ยวข้องให้เกิดความตระหนักนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างกว้างขวาง(อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2551) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องมีการพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารเพื่อให้สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.1 ความหมายของการติดต่อสื่อสาร

การสื่อสาร มีความหมายตรงกับภาษาอังกฤษว่า Communication มีใช้ในภาษาไทย หลายคำ เช่น การติดต่อสื่อสาร การสื่อความหมาย มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Communism ซึ่ง Common หรือ Communes ในภาษาอังกฤษและมีความหมายในภาษาไทยว่าความร่วมมือกันหรือคล้ายคลึงกัน ถ้าแปลตามรูปศัพท์เดิม การสื่อสารหมายถึง กิจกรรมที่มุ่งสร้างความร่วมมือหรือคล้ายคลึงกันให้เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีผู้ให้ความหมายของ “การสื่อสาร” ไว้ดังนี้

สวันเบอร์รี่และรัสเซล (Swansbury and Russcll 1996: 466) การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ช่วยในการแก้ปัญหาความเข้าใจผิด บางคนใช้ในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น

ฟูลเลอร์และวาสซี (Fuller and Vassie 2004:102) การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการส่งต่อข้อมูลข่าวสารและความคิดจากบุคคล หรือองค์กรหนึ่งไปสู่บุคคลหรือองค์กรอื่น

ชิตตี้ (Chitty, 2001 Cited in Henderson 2006: 468) การติดต่อสื่อสารเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้สึกรู้สึก นึกคิด หรือข้อมูลข่าวสาร ระหว่าง 2 คนขึ้นไป แบบทั้งใช้ถ้อยคำ และไม่ใช้ถ้อยคำ

ปรมะ สตะเวทิน (2540: 30) การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดสาร (Message) จากบุคคลฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ผู้ส่งสาร (Source) ไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ผู้รับสาร (Receiver) โดยผ่านสื่อ (Channel)

สร้อยตระกูล อรรถมานะ (2541: 330) ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารว่าเป็นการกระทำและ/หรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินไปในลักษณะที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันทั่วไป

อัปสร ตรีเทวี (2545: 21) การติดต่อสื่อสาร เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข่าวสารซึ่งกันและกัน เพื่อความเข้าใจร่วมกัน ความร่วมมือตกลงเห็นพ้องต้องกันอันนำมาซึ่งความคงอยู่ของสังคมมนุษย์

บังอร บูรวิทยาพานิช (2547: 15) การสื่อสาร เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยคำพูดและกิริยาท่าทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและตอบสนองต่อกัน

บุญใจ ศรีสถิตย์นชากร (2550: 335) การติดต่อสื่อสาร หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสาร ระหว่างผู้ส่งข่าว และผู้รับข่าว โดยใช้การพูด การเขียน ท่าทาง การสัมผัส และสัญลักษณ์ต่างๆ ในการสื่อความหมาย เพื่อให้ผู้รับข่าวสารทราบความหมายข่าวสารที่ผู้ส่งข่าวส่งไป

ชวนะ ภวกานันท์ (2550:12) การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การถ่ายทอดความหมายและอารมณ์ จากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง โดยใช้สื่ออย่างใดอย่างหนึ่ง อันได้แก่ ภาษา สัญลักษณ์ต่าง ๆ รูปภาพ ท่าทาง การติดต่อสื่อสารสามารถสื่อได้หลายวิธี เช่น การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง สายตา การขยับกาย การจัดระยะระหว่างบุคคล น้ำเสียงรวมทั้งภาษาสัญลักษณ์ (Sign language) ภาษาการกระทำ (Action language) ภาษาวัตถุ (Object language)

จากความหมายของการสื่อสาร ดังกล่าวข้างต้น พอสรุปความหมายของการติดต่อสื่อสารว่าเป็นกระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้สึกนึกคิดระหว่างบุคคล แบบใช้ถ้อยคำและไม่ใช้ถ้อยคำเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

2.3.2 องค์ประกอบของการติดต่อสื่อสาร

การติดต่อสื่อสารของมนุษย์ตั้งอยู่บนหลักของความสัมพันธ์ (Relationship) กล่าวคือในการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องมีผู้เกี่ยวข้องอยู่ 2 ฝ่าย ฝ่ายหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารอีกฝ่ายหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้รับสาร ดังนั้นการติดต่อสื่อสารจึงมี 5 องค์ประกอบ (สุธา พงศ์ถาวรภิญโญและคณะ 2545: 23-25) ดังนี้

1) *ผู้ส่งสาร (Sender)* หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ต้องการส่งข่าวสาร/ข้อมูลให้กับผู้รับสาร โดยมีวิธีการที่จะบรรลุมุ่งวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ลักษณะของผู้รับสารอาจมีความแตกต่างกันในด้านภาษา วัฒนธรรม ความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อ และระดับความรู้ ซึ่งผู้ส่งสารพึงตระหนักถึงการเลือกโอกาสและวิธีที่เหมาะสมที่เอื้อให้ผู้รับสารเข้าใจและตอบสนองได้ง่าย

2) *สาร (Message)* คือ เรื่องราวอันมีความหมายและแสดงออกมาโดยอาศัยภาษาหรือสัญลักษณ์ใดๆ ก็ตามที่สามารถทำให้เกิดการรับรู้ร่วมกันได้ สารที่เกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ส่งสารเกิดความคิดขึ้นและต้องการจะส่งหรือถ่ายทอดความคิดนั้น ไปสู่การรับรู้ของผู้รับสาร

ความสำคัญของสารที่ถูกส่งมาจากผู้ส่งสารก็คือ การทำหน้าที่ให้ผู้รับสารเกิดการรับรู้ความหมาย และมีปฏิกิริยาตอบสนองสารประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ประการด้วยกัน คือ

(1) รหัสสาร ได้แก่ ภาษา (Language) หรือสัญลักษณ์ (Symbolic) หรือ สัญญาณ (Signal) ที่มนุษย์คิดขึ้นเพื่อใช้ในการแสดงออกแทนความคิดเกี่ยวกับบุคคลและสรรพสิ่งต่างๆ เราสามารถแบ่งรหัสของสารออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ 2 ประเภท คือ

ก. รหัสของสารที่ใช้ถ้อยคำ (Verbal message codes) ได้แก่ การพูด การเขียน

ข. รหัสของสารที่ไม่ใช้ถ้อยคำ (Nonverbal message codes) ได้แก่ สัญลักษณ์ สัญญาณ กิริยา ท่าที เครื่องหมายต่าง ๆ

(2) เนื้อหาสาร (Message content) เนื้อหาของสารที่มนุษย์สื่อสารกัน นั้นครอบคลุมมวลความรู้และประสบการณ์ของมนุษย์ที่มนุษย์ต้องการจะถ่ายทอดแลกเปลี่ยน เพื่อความเข้าใจซึ่งอาจแบ่งเนื้อหาของสารออกเป็น 2 ประเภท คือ

ก. สารประเภทข้อเท็จจริง ได้แก่ สารที่รายงานให้ทราบถึงความจริงต่างๆ ที่มีอยู่ในโลกทางกายภาพ ตรวจสอบความถูกต้องได้

ข. สารประเภทข้อคิดเห็น ได้แก่ สารซึ่งเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในจิตใจ จากการประเมินของผู้ส่งสารอาจเป็นแนวคิด ความเชื่อ

ค. การจัดสาร เป็นการรวบรวมเนื้อหา เรียบเรียงด้วยการใช้รหัสของสารที่เหมาะสม เช่นการจัดสารในโฆษณา ผู้ส่งสารได้ใช้ ความประณีต พิถีพิถันในการจัดสาร เพื่อให้สารนั้นสามารถดึงดูดความสนใจและข้อคิดเห็นต่างๆ ตามที่ผู้ส่งสารต้องการ

3) สื่อและช่องทาง (Medium or channel) สื่อ หมายถึง สิ่งที่เป็นพาหนะที่ทำให้สารเคลื่อนที่ออกไปจากตัวผู้ส่งสาร ส่วนคำว่าช่องทาง หมายถึง ทางที่ทำให้ผู้ส่งสารและผู้รับสารติดต่อกันได้ สื่อหรือช่องทางเป็นองค์ประกอบประการหนึ่งของการสื่อสาร ในการสื่อสารใดๆ ก็ตามผู้ส่งสารต้องอาศัยสื่อหรือช่องทางให้ทำหน้าที่นำสาร ไปยังผู้รับสาร สื่อมีหลายประเภท เช่น สื่อธรรมชาติ สื่อมนุษย์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

4) ผู้รับสาร (Receiver) ผู้รับสารเป็นองค์ประกอบสุดท้ายในกระบวนการสื่อสารและมีความสำคัญไม่แพ้องค์ประกอบอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะการสื่อสารใด ๆ ก็ตามจะไม่ประสบความสำเร็จ ถ้าผู้รับสารไม่เข้าใจหน้าที่และบทบาทของตนที่มีต่อการสื่อสาร

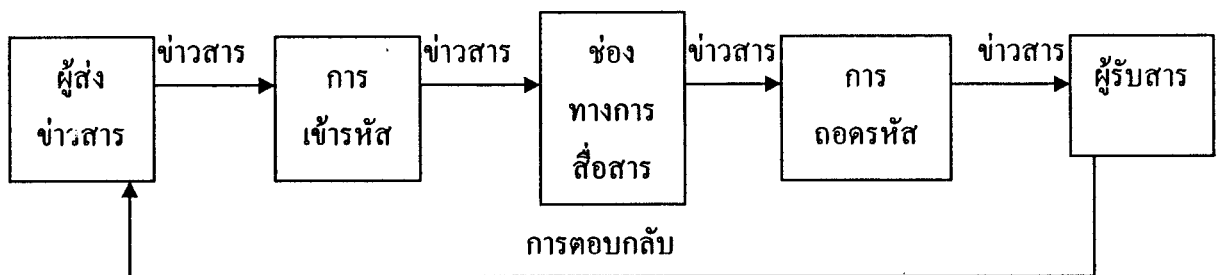
5) ปฏิกิริยาตอบกลับของผู้รับสาร (Response) เป็นการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับสารจากได้รับสารมา ว่ามีความเข้าใจต่อสิ่งที่รับมาหรือไม่อย่างไร ซึ่งผู้รับสารควรมีปฏิกิริยาตอบกลับอย่างใดอย่างหนึ่งหลังได้รับสารนั้นครบถ้วนแล้ว หรือเมื่อเข้าใจสารนั้นอย่างถ่องแท้

แล้วควรพิจารณาสารนั้นให้ถี่ถ้วนรอบคอบก่อนที่จะแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบกลับไป เพื่อให้การติดต่อสื่อสารบรรลุวัตถุประสงค์

ก่อนเริ่มต้นการติดต่อสื่อสาร สิ่งที่เป็นเป้าหมายและความต้องการจะถูกจัดในรูปข่าวสารที่ต้องการถ่ายทอด โดยมีผู้ส่งข่าวสาร (Sender) และผู้รับข่าวสาร (Receiver) ซึ่งข่าวสารจะถูกเข้ารหัส (Encode) จากผู้ส่งสาร (โดยเปลี่ยนเป็นรูปสัญลักษณ์) จากนั้นจะถูกถ่ายทอดผ่านตัวกลางหรือช่องทางการติดต่อสื่อสาร (Channel) ไปยังผู้รับข่าวสารซึ่งผู้รับข่าวสารจะทำการถอดรหัสหรือแปลความ (Decode) ข่าวสารที่ได้รับ ผลสุดท้ายคือมีการถ่ายทอดความหมายจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง (Robbins 1998: 311)

2.3.3 กระบวนการติดต่อสื่อสาร (Communication process)

กระบวนการติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วยผู้ส่งข่าวสาร (Sender) จะเป็นฝ่ายเข้ารหัส (Encoding) ข่าวสาร (Message) ลงในความคิด ในขั้นตอนนี้จะมีเงื่อนไข 4 อย่างที่ส่งผลกระทบต่อข่าวสาร ได้แก่ ทักษะ เจตคติ ความรู้ และระบบสังคม วัฒนธรรม ทักษะการสื่อความหมายโดยรวมประกอบด้วย ทักษะด้านการพูด การอ่าน การฟังและการใช้เหตุผล ส่วนเจตคตินั้นมีความสำคัญเพราะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเรา โดยสังเกตได้จากการที่มีความคิด โน้มเอียงต่อเรื่องต่างๆ มากมาย ทำให้การสื่อความหมายได้รับผลกระทบจากเจตคติเหล่านี้ สำหรับเรื่องความรู้นั้นถ้าเรามีความรู้ด้านใดมากเป็นพิเศษ ก็ช่วยให้การสื่อความหมายในเรื่องนั้นทำได้ดี ในขณะที่เราไม่รู้จริงในเรื่องใดก็ยากที่จะถ่ายทอดสื่อความหมายให้ผู้รับข่าวสารได้เข้าใจ และระบบสังคมและวัฒนธรรม เช่น ตำแหน่งฐานะทางสังคมของบุคคล ความเชื่อและค่านิยมล้วนแล้วแต่มีผลต่อตัวผู้ส่งสารทั้งสิ้น



ภาพที่ 2.3 รูปแบบของกระบวนการสื่อสาร

ที่มา : Robbins, P. (1998) Organizational behavior. Upper Saddle River : Prentice-Hall

2.3.4 ประเภทการติดต่อสื่อสาร

ปรมา สตะเวทิน (2540: 36) ได้จำแนกประเภทการติดต่อสื่อสารของมนุษย์ โดยใช้ภาษาเป็นเกณฑ์ การจำแนกประเภทในลักษณะนี้จะคำนึงถึงรหัส (Code) หรือสัญลักษณ์ (Symbol) ที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสารดังนั้นประเภทของการติดต่อสื่อสารตามเกณฑ์การใช้ภาษาจึงสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้คือ

1) การติดต่อสื่อสารโดยใช้วัจนะภาษา (Verbal communication) การติดต่อสื่อสารโดยใช้วัจนะภาษา หมายถึง การติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด (Oral communication) หรือภาษาเขียน (Written communication) เป็นสัญลักษณ์ในการสื่อสาร ซึ่งเป็นการติดต่อสื่อสารที่นิยมใช้กันแพร่หลาย

การติดต่อสื่อสารด้วยการเขียน (Written communication) ได้แก่ รายงานจดหมาย บันทึกรายข้อความ และบันทึกต่างๆ ที่เขียนหรือพิมพ์ลงในเอกสาร ข้อดีของการติดต่อสื่อสารด้วยการเขียน คือ ผู้ส่งข่าวสารสามารถคิดและไตร่ตรองเนื้อหา ข้อความ และสำนวนก่อนเขียนหรือก่อนพิมพ์ลงในเอกสารรวมทั้งสามารถแก้ไขหรือทบทวนข้อความให้เหมาะสมและชัดเจนก่อนส่งข่าวสารไปยังผู้รับข่าวสาร นอกจากนี้ การติดต่อสื่อสารด้วยการเขียนยังสามารถเก็บเป็นหลักฐาน สำหรับข้อเสียของการติดต่อสื่อสารด้วยการเขียน คือ ข้อความที่สื่อสารไปยังผู้รับข่าวสาร อาจทำให้ผู้รับข่าวสารเข้าใจผิดพลาด เนื่องจากไม่สามารถซักถามข้อความที่สงสัยจากผู้ส่งข่าวสาร นอกจากนี้ การติดต่อสื่อสารด้วยการเขียนโดยนับจากการส่งข่าวสารจนกระทั่งถึงผู้รับข่าวสาร เวลาที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารจะมากกว่าการติดต่อสื่อสารด้วยวาจาหรือคำพูด แต่ในยุคปัจจุบันจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและโทรคมนาคมสื่อสาร ทำให้หน่วยงานทุกแห่งนำคอมพิวเตอร์มาใช้ประโยชน์ในการบันทึก จัดเก็บ ประมวลผล สืบค้น ส่งข้อมูล รับข้อมูล และส่งข่าวสารในรูปแบบจดหมายอิเล็กทรอนิกส์รวมทั้งส่งข่าวสารผ่านเว็บไซต์ นอกจากนี้ ได้นำเครื่องมือสื่อสารมาใช้ประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารด้วยการเขียน เช่น การส่งข่าวสารผ่านโทรศัพท์มือถือ และส่งข่าวสารผ่านเครื่องโทรสาร เป็นต้น ทำให้การติดต่อสื่อสารด้วยการเขียนในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากกว่าในอดีต

การติดต่อสื่อสารด้วยวาจาหรือคำพูด (Oral communication) ได้แก่ การซุบซิบ (Gossip) การพูดผ่านเครื่องโทรศัพท์ การพูดผ่านเครื่องวิทยุและโทรทัศน์ การประชุม การประชุมทางไกลผ่านวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ (Video conference) การพูดผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น ข้อดีของการติดต่อสื่อสารด้วยวาจา คือ สามารถประเมินอารมณ์และปฏิกิริยาของผู้ส่งข่าวและผู้รับข่าวในขณะที่พูดได้ตอบ ในกรณีที่ผู้ส่งข่าวและผู้รับข่าวพูดได้ตอบโดยเผชิญหน้ากัน สามารถประเมินจากน้ำเสียงและสำนวนการพูด สีหน้าและท่าทางที่แสดงออก ส่วนในกรณีที่ผู้ส่งข่าวและผู้รับข่าวพูด

ได้ตอบโดยไม่ได้เผชิญหน้ากัน สามารถประเมินจากน้ำเสียงและสำนวนการพูด นอกจากนี้ เวลาที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารด้วยการพูดจะน้อยกว่าการติดต่อสื่อสารด้วยการเขียน สำหรับข้อเสียของการติดต่อสื่อสารด้วยวาจาหรือคำพูด คือ โอกาสไต่ตรองคำพูดก่อนการสื่อสารน้อยกว่าการติดต่อสื่อสารด้วยการเขียน ซึ่งการพูดโดยไม่ได้ไต่ตรองคำพูดก่อนการสื่อสาร อาจทำให้ผู้ฟังไม่พึงพอใจและก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ส่งข่าวกับผู้รับข่าว

2) การติดต่อสื่อสารโดยใช้อวัจนภาษา (Nonverbal communication) การติดต่อสื่อสารโดยใช้อวัจนภาษา หมายถึง การติดต่อสื่อสารโดยใช้อวัจนหรือสัญลักษณ์อย่างอื่นในการสื่อสารแทนการใช้ภาษาพูดหรือภาษาเขียน เช่นการยิ้ม การแสดงกิริยาอาการ วรรคตอน เป็นต้น รหัสหรือสัญลักษณ์ที่ใช้สามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ประเภท คือ

(1) เวลา (Time) เวลาเป็นสิ่งที่สามารถใช้ในการสื่อความหมายหรือแสดงความหมายในการสื่อสารได้ การตรงต่อเวลาหรือไม่ตรงต่อเวลานั้นมีความหมายสำหรับผู้ทำการสื่อสารแต่ละคน วัฒนธรรมที่แตกต่างกันมีผลทำให้ความคิดและความหมายเกี่ยวกับเวลาแตกต่างกัน เช่น ในวัฒนธรรมของโลกตะวันตกถือว่าการไม่ตรงต่อเวลาเป็นการแสดงความดูถูก ในขณะที่ประเทศลาตินอเมริกาไม่เคร่งครัดกับเวลามากนัก

(2) เนื้อที่หรือระยะ (Space) เนื้อที่หรือระยะใกล้ไกลในการทำการสื่อสารสามารถแสดงให้เห็นถึงสถานภาพของบุคคลได้ โดยปกติคนที่มีความหมายเป็นผู้บังคับบัญชาจะนั่งทำงานคนเดียวในห้องหรือมีเนื้อที่สำหรับการตั้งโต๊ะทำงานมากในขณะที่ผู้ใต้บังคับบัญชานั่งทำงานรวม ๆ กันในห้อง และเนื้อที่สำหรับแต่ละคนน้อย คนที่พูดกันแบบใกล้ชิดกับคนที่พูดห่างกันก็แสดงถึงความหมายของความสนิทสนม หรือไม่สนิทสนมระหว่างกันได้

(3) กิริยาอาการ (Action) การแสดงกิริยาอาการมักเกิดขึ้นประกอบการพูดขณะมีการติดต่อสื่อสาร บางครั้งผู้พูดพูดอย่างหนึ่ง แต่กิริยาที่แสดงออกมานั้นมีความหมายตรงกันข้ามกับสิ่งที่พูด เช่น เมื่อพูดว่าไม่เสียใจ ในขณะที่สีหน้าและดวงตาแสดงความผิดหวัง เสียใจ วิตกกังวล กิริยาอาการที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารเชิงอวัจน ได้แก่ การเคลื่อนไหวของร่างกายทั่วไป (Body movement) การเคลื่อนไหวของมือ (Hand movement) การแสดงออกทางนัยน์ตา (Eye contact) การแสดงออกทางสีหน้า (Facial expression) อากัปกิริยา (Gesture) ท่าทาง (Posture) การสัมผัส (Touch) เป็นต้น

(4) สิ่งของ (Object) สิ่งของต่าง ๆ ที่ประกอบหรือเป็นส่วนหนึ่งของสถานที่ ตัวบุคคลก็มีความหมายในการสื่อสารด้วย เพราะเป็นการแสดงสภาพของบุคคล ลักษณะของบุคคล ตลอดจนความสำคัญมากน้อยของสถานการณ์นั้น ๆ ด้วย สิ่งของต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ เครื่องแต่งกาย เครื่องประดับ น้ำหอม เครื่องสำอาง ผ้าเช็ดหน้า เพอร์นิเจอร์ ฯลฯ เป็นต้น

(5) ร่างกาย (*Physical characteristics*) ร่างกายของคนเราก็มีความหมายในการสื่อสารเช่นกัน เช่น รูปร่างอ้วน ผอม สูง ต่ำ ผิวดำ ขาว ความดึงดูดใจ เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้แสดงถึงลักษณะของผู้ทำการสื่อสาร

(6) ปริภาษา (*Paralanguage*) ปริภาษา คือ การแสดงความหมายโดยอาศัยสิ่งที่แนบเนื่องออกมากับภาษาที่ใช้ถ้อยคำ นั่นคือการสื่อสารด้วยน้ำเสียงและวิธีการเปล่งเสียงที่ใช้ในการพูด น้ำเสียงเป็นผู้แทนแสดงความรู้สึก สุข เศร้า โกรธ เป็นมิตรเป็นศัตรู มาให้ผู้รับสารรับรู้ด้วย ท่วงทำนองการเปล่งเสียงช่วยให้เกิดประโยชน์ในการสื่อสาร ได้มาก เช่นการหยุดเว้นวรรค จังหวะ ความเร็ว การเน้นเสียงตรงถ้อยคำที่ต้องการ ช่วยบ่งบอกความหมายของผู้ส่งสารที่ต้องการได้ ในด้านภาษาที่เป็นการเขียน ปริภาษา ได้แก่ วรรคตอน การย่อหน้า การขีดเส้นใต้ เป็นต้น

2.3.5 ทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล

ในองค์กรที่มีขนาดใหญ่ เป็นไปได้เลยที่ผู้บริหารจะสามารถติดต่อสื่อสารด้วยตัวเองกับผู้ปฏิบัติงานทุกคน ดังนั้นผู้บริหารจึงต้องมีการพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารของตนเองเพื่อถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารมาสู่ผู้ปฏิบัติ ทั้งทักษะการติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช้ถ้อยคำ ทักษะการติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำ และทักษะการฟัง (Henderson 2003: 479) โดยการติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช้ถ้อยคำจะช่วยเสริมเนื้อหาของข้อความที่ผู้ส่งสารต้องการสื่อกับผู้รับสารแบบใช้ถ้อยคำ โดยการสื่อสาร 2 แบบจะต้องมีความสอดคล้องกันถ้ากิริยาท่าทางของผู้ส่งสารไม่สอดคล้องกับถ้อยคำที่พูด ผู้รับสารจะเชื่อตามกิริยาท่าทางที่แสดงออก

พฤติกรรมการติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช้ถ้อยคำมักทำให้เกิดการเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ส่งและผู้รับสารบ่อยครั้ง ทั้งนี้เกิดการแปลความหมายที่ผิดพลาด ความไม่สอดคล้องระหว่างการติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำและไม่ใช้ถ้อยคำของผู้บริหารเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารมากมายตามมา ดังนั้นการติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช้ถ้อยคำจึงสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งขณะที่กำลังพูดและไม่พูด โดยขึ้นอยู่กับทักษะของแต่ละบุคคล (Henderson 2003)

ทักษะการติดต่อสื่อสารไม่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่สามารถพัฒนาได้โดยการฝึกฝนปฏิบัติตามหลักการและศิลปะ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร 2550) การติดต่อสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร การติดต่อสื่อสารจึงควรใช้ทั้งวจนภาษา (*Verbal communication*) และอวจนภาษา (*Nonverbal communication*) ประกอบกัน เพื่อความชัดเจนของการรับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสารหากใช้เพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง โอกาสที่จะเกิดความเสียหายจากการติดต่อสื่อสารผิดพลาดมีมากเกิดเป็นความขัดแย้งจากการเข้าใจไม่ตรงกันส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือองค์กร ดังนั้น ผู้ติดต่อสื่อสารจึงควรมีทักษะการติดต่อสื่อสารดังนี้คือ

ทักษะและศิลปะการพูด

- 1) ไม่พูดแทรก ไม่พูดขัดจังหวะ
- 2) ควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในสภาวะธรรมชาติ ไม่แสดงอาการประหม่า
- 3) ไม่พูดเกินเวลาที่กำหนด หรือควบคุมเวลาพูดภายในเวลาที่กำหนด
- 4) พูดด้วยน้ำเสียงชวนฟัง เสียงดังพอเหมาะ และเร้าความสนใจผู้ฟัง
- 5) ออกเสียงควบกล้ำชัดเจน
- 6) พูดด้วยสีหน้าไม่ตึงเครียด สร้างบรรยากาศการฟังที่ผ่อนคลาย
- 7) มองหน้าผู้ฟังโดยทั่วถึงและสบตาผู้ฟังเป็นระยะๆ
- 8) ไม่ผูกขาดการพูดคนเดียว แต่ควรเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ฟังแสดง

ความคิดเห็นหรือร่วมอภิปรายเป็นระยะๆ

- 9) ไม่แสดงท่าทางประกอบมากเกินไปความเหมาะสม
 - 10) ไม่ตั้งใจพูดเพื่อให้ผู้ฟังได้รับความอับอาย โกรธ และไม่พึงพอใจ
 - 11) ในกรณีที่จำเป็นต้องพูดแสดงความคิดเห็นในลักษณะไม่คัดค้านตามผู้พูด
- ให้ผู้พูดด้วยถ้อยคำสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน ไม่ใช่คำพูด สำนวน และน้ำเสียงก้าวร้าว
- 12) ใช้คำพูดที่เหมาะสมกับสถานะผู้ฟัง
 - 13) คำพูด สีหน้าและพฤติกรรมมีความสอดคล้องกัน
 - 14) ไม่พูดภาษาไทยสลับกับภาษาต่างประเทศ

ทักษะและศิลปะการกล่าวคำชื่นชม

1) ไม่กล่าวคำชื่นชมพร่ำเพรื่อ เพราะจะทำให้คำชื่นชมสูญเสียความมีคุณค่า ผู้ได้รับคำชื่นชมไม่รู้สึกราคภูมิใจ

2) ไม่เสแสร้งกล่าวคำชื่นชมที่เกินความจริงหรือน้อยกว่าความจริง แต่ควรกล่าวคำชื่นชมด้วยความจริงใจ

3) การกล่าวคำชื่นชมบุคคลที่ได้กระทำ ปฏิบัติ หรือประพฤตินั้นเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สังคม รวมทั้งผลิตผลงานที่ดีเลิศ ทำให้หน่วยงาน / องค์กร / สังคม / ประเทศชาติได้รับประโยชน์และชื่อเสียง ไม่ควรกล่าวคำชื่นชมเป็นการส่วนตัวเท่านั้น แต่ควรกล่าวคำชื่นชมต่อหน้าสาธารณชนด้วยรวมทั้งจัดพิธีอย่างเป็นทางการ

ทักษะและศิลปะการฟัง

- 1) มองหน้าผู้พูดด้วยสายตาปกติ ไม่มองหน้าแบบจ้องจับผิด
- 2) ฟังด้วยความสนใจ ไม่แสดงอาการและพฤติกรรมที่บ่งบอกว่า รู้สึกเบื่อ

หน้าผู้พูด

3) หากต้องการซักถามหรือแสดงความคิดเห็น ให้ยกมือเพื่อขออนุญาต และรอจนกว่าได้รับอนุญาต จึงซักถามหรือแสดงความคิดเห็น

4) ตอบรับหรือแสดงพฤติกรรมเห็นด้วยหรือคัดค้านกับผู้พูดเป็นระยะๆ เช่น ยิ้มและพยักหน้า (Nod) เป็นต้น

ทักษะและศิลปะการเขียน

- 1) สะกดคำถูกต้อง
- 2) เรียบเรียงเนื้อหาเป็นระบบ
- 3) เรียบเรียงประโยคถูกต้องตามหลักไวยากรณ์
- 4) เรียบเรียงประโยคโดยเว้นวรรคเหมาะสม
- 5) เรียบเรียงข้อความและประโยคโดยใช้สำนวนสุภาพ ไม่ใช่ภาษาพูด อ่าน

เข้าใจง่าย

- 6) ข้อความและประโยคมีความกระชับและสื่อความหมายอย่างกระชับ
- 7) ใช้คำและภาษาที่เหมาะสมกับสถานะของผู้รับข่าวสาร
- 8) ใช้คำคงเส้นคงวา (Consistency)

ดังนั้นทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย จึงหมายถึง ความสามารถในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารรวมทั้งความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วยแบบใช้ถ้อยคำ (วจนะภาษา) และไม่ใช่ถ้อยคำ (อวจนะภาษา) โดยมีเป้าหมายให้บุคลากรได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจนโยบายการบริหารความเสี่ยงจนเกิดความตระหนักหรือตื่นตัวให้ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น และร่วมกันสร้างแนวทางปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงพร้อมปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เพื่อลดโอกาสเกิดความเสี่ยงจากงานบริการในสถานพยาบาลที่มีความเสี่ยงแฝงอยู่โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมากและมีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาพยาบาลจึงมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัยเท่าที่ควร

3. โรงพยาบาลศูนย์

3.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิขึ้นอยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการแก่ประชาชนในเขตส่วนกลางหรือในเขตภูมิภาคตั้งอยู่ในอำเภอเมืองหรืออำเภอขนาดใหญ่ของจังหวัดที่มีประชาชนหนาแน่นปัจจุบันมีโรงพยาบาลศูนย์เปิดให้บริการจำนวน 25 โรงพยาบาล (กองโรงพยาบาลภูมิภาค 2542) มีสองขนาดคือ โรงพยาบาลศูนย์ที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 500-600 เตียงและจำนวนเตียงตั้งแต่ 600-1000 เตียง ที่เรียกว่าโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคหรือโรงพยาบาลมหาราช โดยมีขีดความสามารถและลักษณะงานดังนี้ (กองโรงพยาบาลภูมิภาค 2543)

3.1.1 งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีประมาณร้อยละ 25 ของงานทั้งหมดร่วมกับสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ เทศบาล ในงานสาธารณสุขพื้นฐานและในเขตอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานบริการอื่นได้รับผิดชอบ ส่งเสริมสนับสนุนงานสาธารณสุขพื้นฐานระดับตำบลและหมู่บ้าน

3.1.2 งานด้านการรักษา บริการลักษณะเฉพาะโรคทุกสาขา

3.1.3 งานด้านจัดฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ

3.1.4 งานด้านวิจัย ได้แก่งานวิจัยทางด้านคลินิก ด้านสุขภาพ และด้านชีวการแพทย์ แพทย์ประจำโรงพยาบาล หรือบุคลากร ต้องมีความรู้ ความสามารถในทุกสาขาวิชาในระดับผู้ชำนาญเฉพาะโรค และเวชศาสตร์ชุมชน

3.2 ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2541: 68) ได้กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลศูนย์ ดังนี้

3.2.1 ให้บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเป็นบริการที่ผสมผสานทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป

3.2.2 ให้การศึกษาฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศตลอดจนให้บริการฝึกอบรมแก่ประชาชนให้มีความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย

3.2.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการวิจัยด้านสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์แก้ไขปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ

3.2.4 ให้การสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุขในระดับรอง คือ ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลศูนย์มีลักษณะงานที่ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษา สุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ การวิจัย โดยรับผิดชอบหน่วยงาน ที่อยู่ในพื้นที่ ให้บริการทั้งประชาชน และบุคลากรในหน่วยงานด้วย

3.3 บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์การ เนื่องจากเป็นผู้รับนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงในการเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ขององค์การ บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการ บริหารงานและการพัฒนาโรงพยาบาล

3.3.1 บทบาทของหัวหน้างานหอผู้ป่วย

บทบาทเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมที่คาดหวังในตัวบุคคลตามตำแหน่งทาง สังคมที่บุคคลเหล่านั้นดำรงอยู่ หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ดำรงสถานภาพในตำแหน่งของผู้บริหารที่มี ความสำคัญในองค์กร เนื่องจากเป็นผู้เชื่อมโยงนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงมาสู่ระดับปฏิบัติการ กอง การพยาบาล (2539: 32-33) ได้กำหนดบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย 8 บทบาท ดังนี้

1) เป็นผู้บริหารการพยาบาลในระดับต้น คือ อยู่ระหว่างผู้วางนโยบายด้าน บริหารการพยาบาลทั้งหมด คือ กลุ่มงานการพยาบาลกับผู้ปฏิบัติงานพยาบาล (staff nurse) และ เจ้าหน้าที่พยาบาลระดับอื่นๆ เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยให้เป็นไปด้วยดี ตาม แผนการรักษาพยาบาลของแพทย์

2) เป็นส่วนหนึ่งหรือสมาชิกคนหนึ่งของทีมสุขภาพ (health team) ดังนั้น หัวหน้างานหอผู้ป่วยจึงต้องค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าทางด้าน การแพทย์ สามารถที่จะร่วมอภิปรายและให้ข้อคิดต่อทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) เป็นผู้ประสานงานที่ดีในการให้การพยาบาลผู้ป่วย การจะทำ หน้าที่นี้ได้ดี หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้บริหารที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

4) เป็นผู้อำนวยความสะดวกที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการและสวัสดิภาพที่ดี

5) เป็นที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ดังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องให้ ความเป็นกันเองพอสมควรแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน การปรึกษาหารือจึงจะเกิดขึ้นได้

6) เป็นผู้นิเทศและเป็นครูแก่ผู้ปฏิบัติงาน และนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่ไม่มีครูประจำหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในด้านการสอนมากขึ้น

7) เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ ในด้านปฏิบัติการทางคลินิกในสาขาที่ตนปฏิบัติงานอยู่เพื่อให้เกิดศรัทธาแก่ผู้ปฏิบัติงาน และเข้าใจถึงปัญหาทางปฏิบัติพยาบาลได้ถูกต้อง และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาล

8) เป็นผู้สังเกตการณ์ที่ดี

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2546) ได้กล่าวถึงบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยว่า เป็นบุคคลที่จะนำองค์กรพยาบาลที่เป็นสากลได้อย่างมีคุณสมบัติหลายประการ ดังนี้

1. ความกล้าแกร่ง (Courage) หมายถึง ความเข้มแข็งมั่นคงของจิตใจและความมุ่งมั่นปรารถนาที่จะเผชิญกับความยุ่งยาก โดยมีความมุ่งมั่นไปสู่ความสำเร็จ

2. ความเชื่อต่อชัยชนะ (Conviction) หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงความแน่วแน่มั่นคงต่อเป้าหมายของงาน มีวินัยภายในตนและมีอุดมคติอย่างชัดเจน จึงมีการแสดงออกเชิงการชักจูงให้ผู้อื่นติดตามได้ด้วยวิธีการพูดและการเขียน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประเด็นต่างๆ อย่างมีวิชาการ โดยมีแนวคิด ทฤษฎีสันับสนุน ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายที่แสดงว่าตนเองได้ประสบความสำเร็จ

3. แนวคิดเชิงสร้างสรรค์ (Creativity) หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีบทบาทให้การสร้างวิสัยทัศน์ นำวิสัยทัศน์ไปสู่ความเป็นจริง กำหนดเป้าหมายได้ มีกลยุทธ์ในการทำงานและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ด้วย

ซึ่งจากภาพจะมองเห็นบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีบทบาทอีกหลายประการ ซึ่งมีการบูรณาการภาวะผู้นำไปกับการจัดการมากขึ้น ดังนี้

1. การแสดงอำนาจ (authority) และการโน้มน้าว (influence) คือจะต้องมีความเหมาะสมในการใช้อำนาจอย่างเป็นทางการกับการเข้าไปเกี่ยวข้องกับเชิงภาวะผู้นำ โดยจะต้องรู้ว่าจะใช้อำนาจอะไรในสถานการณ์ใด เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งมีอำนาจอยู่หลายประเภทที่สามารถเลือกใช้ได้

2. กระบวนการจัดการ จะต้องมีการจัดการที่เหมาะสม

3. การใช้ทรัพยากร ที่มีทั้งมนุษย์ สิ่งที่เป็นกายภาพและเทคนิค ซึ่งรวมเทคโนโลยีไว้ด้วย ผู้บริหารจะใช้ประโยชน์สิ่งเหล่านี้อย่างไร โดยนำเอาอำนาจเข้ามาเป็นเครื่องมือ เช่นเดียวกับการใช้กระบวนการจัดการที่ต้องมีอำนาจเข้ามาร่วมด้วย

4. บทบาทในการสร้างและการส่งเสริมดูแล การสร้างสรรค์และบรรยากาศริเริ่มสิ่งใหม่ที่จะต้องปรากฏในปรัชญา วัฒนธรรม สังคม ค่านิยมเชิงจริยธรรม ความสำเร็จตามเป้าหมาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การกระตุ้นส่งเสริมกลุ่มและความพึงพอใจส่วนบุคคล

เพื่อให้ได้การกระทำตามบทบาทต่างเหล่านี้ประสบความสำเร็จ หัวหน้าหอผู้ป่วย ต้องมีความสามารถอื่นๆ ประกอบ อีกมากมายคือ

1. ความสามารถในการจัดการกับลำดับความสำคัญ (Priority management) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการกับเวลาด้วย เนื่องจากในอนาคตจะยังมีความจำคักของทรัพยากรมากยิ่งขึ้น จึงต้องใช้ประโยชน์จากทรัพยากรให้ได้สูงสุด โดยต้องใช้อย่างชาญฉลาด

2. ความสามารถในการสร้างเครือข่าย หรือกลยุทธ์ของเครือข่าย (Networking strategies) ซึ่งเป็นการใช้ความสัมพันธ์เชื่อมโยงเพื่อข้อมูล คำแนะนำ แนวคิด และการสนับสนุน ทางสังคม หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อเชื่อมโยงกับโลกภายนอกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงเครือข่ายจากการใช้วัตถุประสงคร่วมกัน ทำให้เกิดการสื่อสารสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และเกิดการดูแลกันและกันทั้งโดยการทำงานและส่วนตัว

3. สร้างภาวะผู้นำ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเห็นการสร้างภาวะผู้นำสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็น จากบทความเรื่อง The fading of nursing leadership, 2001 พบว่าภาวะผู้นำของพยาบาลกำลังเจือจางลงไปเรื่อยๆ ทำให้อุณหภูมิของวิชาชีพพยาบาลเผชิญกับความไม่แน่นอน

3.3.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของหัวหน้างานหอผู้ป่วย

หน้าที่และความรับผิดชอบ คือ สิ่งที่ถูกกำหนดไว้ให้ปฏิบัติเพื่อบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรกำหนดไว้ จึงมีความสัมพันธ์กับบทบาทเนื่องจากเป็นสิ่งที่กำหนดขอบเขตของกิจกรรมเพื่อให้ปฏิบัติบทบาทได้อย่างเหมาะสมกับตำแหน่ง กองการพยาบาล (2539: 62-63) ได้กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ดังนี้ คือ

- 1) รับนโยบายจากฝ่ายการพยาบาล
- 2) วางแผนงานในความรับผิดชอบเกี่ยวกับแผนอัตรากำลัง แผนงานวิชาการ แผนพัฒนาบริการพยาบาล แผนการจัดการอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และแผนการสอนสุขศึกษาในหอผู้ป่วย
- 3) มอบหมายงานให้แก่เจ้าหน้าที่ตามระดับความรู้ ความสามารถ
- 4) ติดตามควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
- 5) ประเมินผลงานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานที่รับผิดชอบ

- 6) พิจารณาความดีความชอบของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงาน
- 7) เป็นประธานการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน
- 8) ส่งเสริมขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่
- 9) จัดระบบบริการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน
- 10) กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในหน่วยงาน
- 11) กำหนดความต้องการการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้ง
เครื่องนอน และเสื้อผ้า
- 12) จัดหา ควบคุมการใช้ การบำรุงรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้ง
เครื่องนอนและเสื้อผ้า
- 13) ปรับปรุงงานบริการพยาบาลของหน่วยงานที่รับผิดชอบ
- 14) ควบคุมดูแลการจัดการความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของ
อาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม
- 15) จัดตารางเวรการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และควบคุมให้มีเจ้าหน้าที่
รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
- 16) ควบคุมการจัดสอนสุขศึกษาผู้ใช้บริการเป็นรายกลุ่ม
- 17) ควบคุมและตรวจสอบการบันทึกรายงานทางการพยาบาล
- 18) รวบรวมสถิติรายงานของหน่วยงานประจำวัน ประจำเดือน ประจำปี
- 19) เชื่อมตรวจและนิเทศการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
- 20) จัดทำ จัดหาเอกสาร ตำรา คู่มือทางวิชาการต่างๆ
- 21) สนับสนุนการทำวิจัยทางการพยาบาล และติดตามนำผลการวิจัยมา
ปรับปรุงการบริการทางการพยาบาล
- 22) ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ และผู้มาศึกษา อบรม ศึกษาดูงานทางการพยาบาล
- 23) จัดประสบการณ์ทางด้านการศึกษา ให้แก่นักศึกษา และผู้มาฝึกอบรม
ดูงาน
- 24) เป็นผู้นำในการดำเนินงานวิชาการของหน่วยงาน
- 25) เป็นวิทยากร เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล
- 26) ร่วมเป็นกรรมการเฉพาะกิจในคณะทำงานต่างๆ
- 27) เป็นที่ปรึกษาและแก้ไขในการปฏิบัติงาน
- 28) ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

กล่าวโดยสรุป หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบครอบคลุมใน 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารการพยาบาล ด้านผู้รับนโยบายของโรงพยาบาลนำมาปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ ได้แก่ การวางแผน การจัดระบบงาน การบริหารงานบุคคล และด้านการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องกับการบริการรักษาพยาบาลให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการและมีความพึงพอใจในงานบริการ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบบางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยตรง แต่มีเฉพาะงานวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจหรือเปรียบเทียบด้านบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น

ฮัดสัน (Hudson T 1991) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลใน Maryland 40 แห่ง โดยศึกษาถึงประสบการณ์การถูกฟ้องร้อง ตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 -1981 และแก้ไขในปี ค.ศ.1987 พบว่า โรงพยาบาลจะมีคดีและความรุนแรงของคดีน้อย ถ้า

- 1) มีการให้การศึกษแก่แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทของการบริหารความเสี่ยงของพวกเขา
- 2) มีนโยบายให้แก่หัวหน้าเจ้าหน้าที่ทางคลินิก (Clinical chief of staff) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ผิดคาดในหน่วยงาน
- 3) มีคณะกรรมการตรวจสอบการบริหารความเสี่ยงและจัดหากรรมการพร้อมมีกฎในการรายงานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง

บอยด์ (Boyd 1995) ศึกษาการกำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้จัดการความเสี่ยง โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารความเสี่ยง พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งมีหน้าที่สืบสวนเหตุการณ์ (Occurrence investigate) และสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพหอผู้ป่วยจะมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการความเสี่ยง (Risk management) ร่วมด้วย

ลิชิน ลิน (Li-Chen Lin, 2005) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระบบบริหารความเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา กับ โรงพยาบาลในประเทศไต้หวัน บนพื้นฐานความเชื่อว่าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยงเป็นอย่างดีและพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นเพื่อผู้ป่วยและตนเอง จากการสัมภาษณ์การปฏิบัติงาน และการนำงานวิจัยหรือบทความมาสนับสนุนเพื่อตัดสินใจปัญหาความขัดแย้งจากการปฏิบัติงาน พบว่าการรวบรวมสารสนเทศและนำมาวิเคราะห์พร้อมแสดงให้ทุกคนรับทราบยังเป็นทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง

ของทั้งสองโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากระบบสารสนเทศมีความสำคัญสำหรับทีมสุขภาพในการ
ค้นหาความเสี่ยงและบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของ
หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วม โครงการมีค่าเฉลี่ยด้านการป้องกัน
อัตราก้าวสูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล และหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม

สุเมธา เสงประเสริฐ (2548) ศึกษาตัวชี้วัดการพัฒนาความปลอดภัยในกลุ่มพยาบาล
โรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความ
ปลอดภัยมี 5 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 69.46 ประกอบด้วย ความมุ่งมั่น
ของผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลในการบริหารความปลอดภัย การปรับปรุงจัดการด้านความปลอดภัย
อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัย การใส่ใจด้านความปลอดภัย และการบริหาร
ความเสี่ยง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 25 แห่งทั่วทุกภาคของประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 806 คน (จากการโทรศัพท์สอบถามฝ่ายการพยาบาลร่วมกับการสืบค้นจากฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1-10 กันยายน พ.ศ. 2550) ซึ่งสามารถแบ่งตามเขตพื้นที่ได้ 4 ภาค คือ ภาคกลางและภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 309 คน ด้วยสูตรหาขนาดตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิเมื่อต้องการประมาณค่าสัดส่วนประชากร กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ .05 (วิลด์ กุศลวิศิษฎ์กุล 2549) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1.1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 จำแนกโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 25 แห่ง ออกเป็นกลุ่มได้ 4 ภาคตามเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลศูนย์ คือ ภาคกลางและภาคตะวันออกจำนวน 9 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 6 แห่ง ภาคเหนือ 5 แห่ง และภาคใต้จำนวน 5 แห่ง แล้วตรวจสอบจำนวน ประชากร คือหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์แต่ละแห่งพบว่า ภาคกลางและภาคตะวันออกมีจำนวน 286 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน 229 คน ภาคเหนือมีจำนวน 159 คน และภาคใต้ มีจำนวน 132 คน รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 806 คน

ขั้นที่ 2 คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรหาขนาดตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิเมื่อต้องการประมาณค่าสัดส่วนประชากร กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ .05 (วิลิต กุศลวิศิษฐ์กุล 2549) ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 N \sum_{h=1}^L N_h p_h q_h}{N^2 d^2 + Z_{\alpha}^2 \sum_{h=1}^L N_h p_h q_h}$$

- เมื่อ
- N = ขนาดของประชากรที่ใช้ในการวิจัย
 - Z_{α}^2 = คะแนนมาตรฐาน (เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่น 0.95, $\alpha = 0.05$ ดังนั้น $Z_{\alpha} = 1.96$)
 - N_h = ขนาดประชากรของแต่ละชั้น
 - p_h = ค่าสัดส่วนที่สนใจศึกษาของแต่ละชั้น (กำหนดให้ $p = 0.5$)
 - q_h = ค่าสัดส่วนที่ไม่สนใจศึกษาของแต่ละชั้น ($q_h = 1 - p_h = 0.5$)
 - α = ค่าความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ที่กำหนด ($\alpha = 0.05$)
 - n = ขนาดตัวอย่าง
 - h = จำนวนชั้น

แทนค่าต่างๆ ลงในสูตร หาขนาดตัวอย่าง

$$\begin{aligned} n &= \frac{1.96^2 \times 806 \times 201.5}{(806)^2 (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 201.5} \\ &= \frac{623910.41}{2019.03} \\ &= 309 \text{ คน} \end{aligned}$$

ผลจากการคำนวณตามสูตรดังกล่าวข้างต้น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 309 คน โดยยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างได้ 0.05

ขั้นที่ 3 เลือกโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างของแต่ละภาคจากโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 25 แห่ง โดยใช้อัตราส่วน 1: 2 ของโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 4 ภาค ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก (Lottery Method) แบบไม่แทนที่ จะได้โรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นตัวแทนภาคทั้งสิ้น 12 โรงพยาบาล คือ ภาคกลางและภาคตะวันออกจำนวน 4 โรงพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 3 โรงพยาบาล ภาคเหนือ 2 โรงพยาบาล และภาคใต้จำนวน 3 โรงพยาบาล

1.2 จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับการคัดเลือก

คำนวณหากลุ่มตัวอย่างจำนวน 309 คน จำแนกตามภูมิภาค โดยใช้สัดส่วนของจำนวนหัวหน้าหอผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลจากขั้นที่ 3 (ข้อ 1.1) นำมาคำนวณด้วยสูตรซึ่งวิลด์ กุสทวิศิษฏ์กุล (2549) เสนอแนะดังต่อไปนี้

$$n_h = \frac{N_h n}{N}$$

N = ขนาดของประชากรที่ใช้ในการวิจัย

N_h = ขนาดประชากรของแต่ละภูมิภาค

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

n_h = ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละภูมิภาค

ผลจากการคำนวณจะได้จำนวนหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลในแต่ละภาค ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.1

1.3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วนจำนวนหัวหน้าหอผู้ป่วยที่คำนวณได้ด้วยการจับสลาก (Lottery Method) แบบไม่แทนที่ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลครบ 309 คน ตามที่กำหนดดังรายละเอียดในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
จำแนกตามภาค

โรงพยาบาลศูนย์	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด (คน)
ภาคกลาง และภาคตะวันออก	286	109
โรงพยาบาลอยุธยา	22	-
โรงพยาบาลสระบุรี	33	28
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช	24	-
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์	32	-
โรงพยาบาลนครปฐม	32	27
โรงพยาบาลราชบุรี	41	-
โรงพยาบาลระยอง	28	24
โรงพยาบาลพระปกเกล้า	38	-
โรงพยาบาลชลบุรี	36	30
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	229	88
โรงพยาบาลบุรีรัมย์	27	-
โรงพยาบาลสุรินทร์	34	-
โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา	42	27
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	54	35
โรงพยาบาลขอนแก่น	39	26
โรงพยาบาลอุดรธานี	33	-

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

โรงพยาบาลศูนย์	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด (คน)
ภาคเหนือ	159	61
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	25	-
โรงพยาบาลพุทธชินราช	43	35
โรงพยาบาลลำปาง	31	-
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	28	-
โรงพยาบาลเชียงใหม่ประยุตราช	32	26
ภาคใต้	132	51
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	25	17
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	29	19
โรงพยาบาลตรัง	22	15
โรงพยาบาลหาดใหญ่	26	-
โรงพยาบาลยะลา	30	-
รวม	806	309

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

2.1 วิธีการพัฒนา/สร้างเครื่องมือ

2.1.1 ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle 1999) เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของเทรียนดิส (Triandis 1971) และการติดต่อดสื่อสารของปรมะ สตะเวทิน (2540)

2.1.2 สร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผู้วิจัยสร้างเป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และการผ่านการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลที่หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติงานอยู่โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความลงในช่องว่างและแบบตรวจสอบรายการ (Check - list) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 24 ข้อ และเป็นข้อความด้านลบ 1 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเทรียนดิส (Triandis 1971) ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของเจตคติ 3 องค์ประกอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive component) เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 1- 8) โดยมีข้อ 7 เป็นข้อความด้านลบ
2. องค์ประกอบด้านจิตอารมณ์ (Affective component) จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 9 - 17)
3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior component) จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 18- 25)

เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับกำหนดตามแบบวิธีของลิเคอร์ท (Likert - type scale) (ธีรวุฒิ เอกะกุล 2550) คือ

ข้อความทางบวก

- | | |
|---|-------------|
| 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด | (81 -100%) |
| 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก | (61 - 80%) |
| 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง | (41- 60%) |
| 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย | (21- 40%) |
| 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด | (0 - 20%) |

ข้อความทางลบ

- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (81-100%)
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก (61- 80%)
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง (41- 60%)
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย (21- 40%)
- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด (0 -20%)

การแปลความหมายคะแนน โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้ว หาค่าเฉลี่ยและใช้หลักการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร 2547)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก
3.50 – 4.49	มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง
2.50 – 3.49	มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ
1.00 – 1.49	มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง เป็นคำถามปลายปิดประเภทมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้ง 15 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการติดต่อสื่อสารของปรมะ สดะเวทิน (2540) โดยเลือกจำแนกประเภทการติดต่อสื่อสารตามเกณฑ์การใช้ภาษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ

1. การติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำ (Verbal communication) จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 1- 8)
2. การติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช้ถ้อยคำ (Nonverbal communication) จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 9- 15)

เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert – type scale) (ธีรวุฒิ เอกะกุล 2550) คือ

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (81-100%)
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก (61- 80%)
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง (41- 60%)
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย (21- 40%)
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด (0 -20%)

การแปลความหมายคะแนน โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้ว
หาค่าเฉลี่ยแล้วใช้หลักการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ 5 ระดับดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร 2547)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก
3.50 – 4.49	มีทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง
2.50 – 3.49	มีทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	มีทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ
1.00 – 1.49	มีทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดประเภทมาตรา
ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกทั้ง 30 ข้อ โดยผู้วิจัย
สร้างขึ้นตามแนวคิดของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle 1999) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการ
การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 1- 7)
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 8-15)
3. การจัดการความเสี่ยง (Risk treatment) จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 16-22)
4. การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation) จำนวน 8 ข้อ

(ข้อ 23-30)

เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับตามแบบลิเคอร์ท (Likert – type scale) (ธีรวิฑูมิ เอกะกุล
2550) คือ

5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด	(81-100%)
4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก	(61- 80%)
3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง	(41- 60%)
2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย	(21- 40%)
1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด	(0- 20%)

การแปลความหมายคะแนน โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยแล้วใช้หลักการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ 5 ระดับดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร 2547)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีพฤติกรรมกรบริหารความเสี่ยงในระดับมากที่สุด
3.50 – 4.49	มีพฤติกรรมกรบริหารความเสี่ยงในระดับมาก
2.50 – 3.49	มีพฤติกรรมกรบริหารความเสี่ยงในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	มีพฤติกรรมกรบริหารความเสี่ยงในระดับน้อย
1.00 – 1.49	มีพฤติกรรมกรบริหารความเสี่ยงในระดับน้อยที่สุด

2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

2.2.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ(Content validity)ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พร้อม โครงการเสนอวิทยานิพนธ์ กรอบแนวคิดการวิจัย คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย และวิธีดำเนินการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยเป็นนักวิชาการและอาจารย์พยาบาล พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity)รวมทั้งความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยพิจารณาจากประเด็นคำถามของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยว่า มีความสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรตามองค์ประกอบหลักของทฤษฎี หรือกรอบแนวคิด (Framework) ที่นำมาอ้างอิงหรือไม่ โดยการประเมินจากดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index Of Congruence: IOC) พร้อมทั้งลงความเห็นให้คะแนนรายข้อคำถาม (นิรัตน์ อิมามี 2549) ดังนี้คือ

- + 1 เมื่อข้อคำถามสอดคล้องกับคำจำกัดความของตัวแปรที่ศึกษา
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับคำจำกัดความของตัวแปรที่ศึกษา
- 1 เมื่อข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความของตัวแปรที่ศึกษา

จากนั้นนำผลการพิจารณาลงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำจำกัดความของตัวแปร ด้วยสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IOC	หมายถึง	ดัชนีความสอดคล้อง
	ΣR	หมายถึง	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญ
	N	หมายถึง	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การตัดสินพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องโดยพิจารณาด้วยเกณฑ์ ดังนี้ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อคำถามสามารถนำไปใช้ได้ แต่ถ้าได้ค่าต่ำกว่า 0.5 แสดงว่า ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความของตัวแปรที่ต้องการวัด ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งหนึ่ง โดย ผลการพิจารณาแบบสอบถามในตอนี่ 2 เกี่ยวกับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีการปรับแก้ไขภาษาใหม่ จำนวน 1 ข้อ

2.2.2 การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) สามารถกระทำโดยทดลองใช้ เครื่องมือเบื้องต้น (Conduct preliminary item tryouts) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณา มาทดลองใช้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 คน แล้วนำผลที่ได้จากการทดสอบมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของ แบบสอบถาม โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha or the alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การบริหาร ความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ได้ค่าความเที่ยง .93 ทักษะ การติดต่อสื่อสาร ได้ค่าความเที่ยง .87 และพฤติกรรม การบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้ ค่าความเที่ยง .93 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลจริงและนำมาหาค่าความเที่ยง ของแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าความเที่ยง ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม		
	จำนวน (ข้อ)	ทดลอง (n=39)	เก็บข้อมูลจริง (n=309)
แบบสอบถามเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง	25	.93	.94
- ด้านการรับรู้	8	.70	.77
- ด้านการอารมณ์ ความรู้สึก	9	.90	.89
- ด้านพฤติกรรม	8	.90	.91
แบบสอบถามทักษะการติดต่อสื่อสาร	15	.87	.90
- แบบใช้ถ้อยคำ	8	.86	.90
- แบบไม่ใช่ถ้อยคำ	7	.76	.82
แบบสอบถามพฤติกรรมบริหารความเสี่ยง	30	.93	.96
- การค้นหาความเสี่ยง	7	.77	.85
- การวิเคราะห์ความเสี่ยง	8	.84	.87
- การจัดการความเสี่ยง	7	.74	.83
- การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง	8	.87	.91

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

3.1 ผู้วิจัยติดต่อขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งที่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาลตามลำดับ

3.2 ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โครงร่างวิจัย ตัวอย่างเครื่องมือ และที่อยู่พร้อมเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้ถึงผู้อำนวยการ และ / หรือกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 แห่ง

3.3 คิดต่อประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์แต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม ในการปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม และวิธีการส่งแบบสอบถามคืนโดยการใส่ซอง พร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการส่งมอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และนัดหมายการรับแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์หลังการส่งมอบถึงกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดมาตรการการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

3.3.1 การป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านสมัครใจตอบแบบสอบถามด้วยความอิสระ ไม่มีการบังคับหลังได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย และมีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านจะไม่ได้รับอันตรายทั้งทางร่างกาย จิตใจ ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ เนื่องจากแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

3.3.2 การรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลในแบบสอบถาม การคิดคำนวณคะแนนเฉลี่ยจะนำมาคิดมารวมกัน และเสนอเป็นภาพรวม จะไม่ทราบว่าใครคิดเห็นอย่างไรเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะทำลายแบบสอบถาม

3.3.3 การป้องกันผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล และภาพลักษณ์ของผู้บริหารโรงพยาบาล โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ คำตอบที่ได้รับจะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ และการแปลข้อมูลจะไม่มีทางอ้างอิงถึงตัวบุคคลและโรงพยาบาลที่ผู้ตอบแบบสอบถามสังกัดอยู่ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น การรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

3.4 เก็บรวบรวมแบบสอบถามตามที่นัดหมายไว้ พร้อมตรวจสอบจำนวนและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนมาจำนวน 309 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบแบบสอบถามมีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 309 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

3.5 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ทางสถิติดังจะกล่าวต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลำดับดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะการติดต่อสื่อสารของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยวค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกรายด้านและโดยรวม เกณฑ์ประเมินระดับจะพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยที่กำหนดตามเกณฑ์ของบุญใจ ศรีสถิตยัณราฎ (2547)

4.3 วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test Statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ทักษะด้านการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) กำหนดเกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ (r) ดังนี้คือ (มุกดา ต้นชัย 2549)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
$\pm 0.81 - 1.00$	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
$\pm 0.61 - 0.80$	มีความสัมพันธ์กันสูง
$\pm 0.41 - 0.60$	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
$\pm 0.21 - 0.40$	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
$\pm 0.21 - 0.40$	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
$\pm 0.00 - 0.20$	มีความสัมพันธ์กันต่ำมากหรือไม่มีความสัมพันธ์

เครื่องหมาย + หรือ - ของค่า r ที่คำนวณได้แสดงถึงลักษณะของความสัมพันธ์ ดังนี้ ถ้าค่า r เป็น + หมายความว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกโดยข้อมูลทั้งสองเพิ่มหรือลดตามกัน

ถ้าค่า r เป็น - หมายความว่ามีความสัมพันธ์กันทางลบโดยข้อมูลทั้งสองเพิ่มหรือลดตรงกันข้ามกัน

4.4 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (กัลยา วานิชย์บัญชา 2549)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็น หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 309 คน ผู้วิจัยขอนำเสนอ ข้อมูลการวิจัยตามลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ตอนที่ 2 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและ พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข
- ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการ ติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของ หัวหน้า หอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง และสมการพยากรณ์ พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข และสมการพยากรณ์

**ตอนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข**

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจำแนก
ตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N= 309)	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.
อายุ			49.3	4.71
31 – 40 ปี	5	1.6		
41 – 50 ปี	194	62.8		
51 – 60 ปี	110	35.6		
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	197	63.8		
ปริญญาโท	112	36.2		
ประสบการณ์การทำงานใน ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย			10.9	9.13
< 10 ปี	180	58.3		
10 – 20 ปี	82	26.5		
> 20 ปี	47	15.2		
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่				
ผ่านการรับรองคุณภาพ	246	79.2		
ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ	63	20.8		
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับ การบริหารความเสี่ยง				
เคยอบรม 1 – 2 ครั้ง	232	75.1		
เคยอบรม 3 – 5 ครั้ง	77	24.9		

ตารางที่ 4.1 ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งฝึกอบรม		
โรงพยาบาลที่หัวหน้า		
หออผู้ป่วยปฏิบัติงานอยู่	270	87.4
สถาบันพัฒนาและรับรอง		
คุณภาพโรงพยาบาล	150	48.5
สถาบันอื่นๆ	105	34.0
สำนักการพยาบาล	60	19.4

หมายเหตุ หัวหน้าหออผู้ป่วยเข้ารับการอบรมจากแหล่งฝึกมากกว่า 1 แห่ง / คน

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าหออผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41- 50 ปี (ร้อยละ 62.8) มีอายุเฉลี่ย 49.3 ปี สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 63.8) มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหออผู้ป่วย น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 58.3) โดยเฉลี่ย 10.9 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงคนละ 1 – 2 ครั้ง (ร้อยละ 75.1) โดยเข้ารับการอบรมจากโรงพยาบาลที่หัวหน้าหออผู้ป่วยปฏิบัติงานอยู่มาก ที่สุด (ร้อยละ 87.4) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพร้อยละ 79.2

ตอนที่ 2 การศึกษาเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง โดยรวมและรายด้านของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังแสดงในตารางที่ 4.2 - 4.7

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 309)

เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้ความเข้าใจ	4.41	0.41	สูง
ด้านพฤติกรรม	4.40	0.44	สูง
ด้านจิตอารมณ์	4.24	0.50	สูง
รวม	4.35	0.40	สูง

จากตารางที่ 4.2 พบว่า เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.35$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า เจตคติด้านความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.41$) รองลงมา คือ ด้านพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ($\bar{X} = 4.40$) และด้านจิตอารมณ์ต่อการบริหารความเสี่ยง ($\bar{X} = 4.24$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้า
หอผู้ป่วยตามองค์ประกอบจำแนกเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม (n = 309)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความรู้ความเข้าใจ			
1) การค้นหาความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุกที่สามารถ ป้องกันหรือลดความสูญเสียที่เกิดจากงานบริการได้	4.61	.53	สูงมาก
2) เมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นในหอผู้ป่วย ควรมีการทบทวนร่วมกันเพื่อหาสาเหตุทุกครั้ง	4.58	.64	สูงมาก
3) การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือที่ดี สำหรับ การพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย	4.58	.55	สูงมาก
4) ควรมีการบันทึกเมื่อเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ โดยผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ทุกครั้ง	4.56	.67	สูงมาก
5) การประเมินความเสี่ยงช่วยทำให้บุคลากรตระหนักถึง ความรุนแรงของอุบัติการณ์	4.39	.64	สูง
6) ข้อมูลข่าวสารความเสี่ยงหรือแบบรายงานอุบัติการณ์ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ช่วยค้นหาความเสี่ยง ในหอผู้ป่วยได้	4.29	.663	สูง
7) การจัดทำบัญชีความเสี่ยงในหอผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องมี การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง	4.24	.86	สูง
8) การจัดทำบัญชีความเสี่ยงในหอผู้ป่วยสามารถลด โอกาส การเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากงานบริการพยาบาลได้	4.03	.86	สูง
รวม	4.41	0.41	สูง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านพฤติกรรม			
1) แก้ไขระบบงานในหอผู้ป่วยจะลดการเกิดความเสี่ยง ในหอผู้ป่วยลงได้	4.60	.52	สูงมาก
2) สนับสนุนให้บุคลากรในหอผู้ป่วยทุกระดับเขียน รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น	4.51	.56	สูงมาก
3) นำความรู้ และประสบการณ์ที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ในการ บริหารความเสี่ยง	4.48	.54	สูง
4) เข้าร่วมทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงกับทีมสหสาขา วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	4.45	.59	สูง
5) พัฒนาตนเองในด้านการบริหารความเสี่ยงเป็น ประโยชน์ต่อการบริหารจัดการความเสี่ยง	4.44	.55	สูง
6) สนับสนุนให้บุคลากรในหอผู้ป่วยร่วมกันกำหนด แนวทางการป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์	4.42	.52	สูง
7) สืบค้นข้อมูลจากหลายแหล่ง ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง สำหรับการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย	4.18	.64	สูง
8) สร้างระบบบริหารความเสี่ยงได้สอดคล้องกับรูปแบบ การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	4.11	.63	สูง
รวม	4.40	.44	สูง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านจิตอาารมณ์			
1) การบริหารความเสี่ยงสามารถสร้างความ ปลอดภัยให้กับผู้ใช้บริการ	4.46	.578	สูง
2) บุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยมีการรายงานความ ผิดพลาดจากการปฏิบัติงานของตนเอง	4.36	.741	สูง
3) การบริหารความเสี่ยงที่ดีทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความ พึงพอใจในงานบริการพยาบาล	4.36	.64	สูง
4) การบริหารความเสี่ยงช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถ ในการบริหารจัดการได้	4.28	.613	สูง
5) การบริหารความเสี่ยงทำให้บุคลากรในหอผู้ป่วยเกิด ความตระหนักถึงคุณภาพของงานบริการพยาบาล	4.23	.67	สูง
6) กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ทราบจุดบกพร่องของกระบวนการทำงาน	4.23	.67	สูง
7) การบริหารความเสี่ยงที่ดีสามารถลดความเครียดจาก การปฏิบัติงานได้	4.15	.72	สูง
8) การบริหารความเสี่ยงเป็นงานที่ทำทลายความรู้ ความสามารถ	4.14	.67	สูง
9) การเป็นผู้ประสานนำนโยบายบริหารความเสี่ยงจาก ผู้บริหารระดับสูงมาสู่ปฏิบัติทำให้ภาคภูมิใจ	3.99	.80	สูง
รวม	4.24	0.50	สูง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวมของแต่ละด้านอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3
ลำดับแรก ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุกสามารถป้องกันหรือลดความสูญเสียที่เกิด
จากงานบริการได้ ($\bar{X} = 4.61$) (ด้านความรู้ความเข้าใจ) แก่ไ้ระบบงานในหอผู้ป่วยทำให้เกิด

ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยลดลง ($\bar{X} = 4.60$) (ด้านพฤติกรรม) และการร่วมกันทบทวนอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยทุกครั้งเป็นการร่วมกันหาสาเหตุของอุบัติการณ์ ($\bar{X} = 4.58$) (ด้าน ความรู้ความเข้าใจ) สำหรับคะแนนเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้าย คือ ความภาคภูมิใจที่ได้รับมอบหมายให้เป็น ผู้ประสานงานนโยบายการบริหารความเสี่ยงจากผู้บริหารระดับสูงมาสู่ผู้ปฏิบัติ ($\bar{X} = 3.99$) (ด้าน จิตอาารมณ์) การจัดทำบัญชีความเสี่ยงในหอผู้ป่วยสามารถลดโอกาสการเกิดความเสี่ยงหรือ อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากงานบริการพยาบาล ($\bar{X} = 4.03$) (ด้านความรู้ความเข้าใจ) และการสร้างระบบ บริหารความเสี่ยงได้สอดคล้องกับรูปแบบการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่องานบริการ พยาบาล ($\bar{X} = 4.11$) (ด้านพฤติกรรม)

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้า
หอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นรายด้าน และ โดยรวม
(n = 309)

ทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำ (วิจนะภาษา)	4.35	0.48	สูง
การติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช่ถ้อยคำ (อวิจนะภาษา)	3.93	0.51	สูง
รวม	4.15	0.44	สูง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ใน
ระดับสูง (\bar{X} = 4.15) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าทักษะการติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำมี
คะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 4.35) สูงกว่าทักษะการติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช่ถ้อยคำ (\bar{X} = 3.93)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวม (n = 309)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำ (วัจนะภาษา)			
1) พุดกระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยได้ซักถาม เล่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น	4.61	.55	สูงมาก
2) พุดกระตุ้นให้บุคลากรในหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	4.59	.54	สูงมาก
3) พุดกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องชี้แจงสาเหตุของการเกิด อุบัติการณ์ความเสี่ยง	4.51	.58	สูงมาก
4) มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความเสี่ยงกับ บุคลากรเมื่อได้รับข้อมูลความเสี่ยงใหม่ๆ	4.34	.63	สูง
5) ใช้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นช่องทางการ สื่อสารเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	4.28	.66	สูง
6) กล่าวชื่นชมผู้ที่สามารถปฏิบัติงานตามแนวทาง ป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานได้ถูกต้อง	4.25	.64	สูง
7) กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงในหอ ผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร	4.19	.70	สูง
8) พุดจูงใจให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของ การจัดการความเสี่ยงในหอผู้ป่วยและปฏิบัติตามได้	4.02	.66	สูง
รวม	4.35	.48	สูง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช่ถ้อยคำ (อวัจนภาษา)			
1) แสดงออกถึงความตั้งใจฟังเมื่อบุคลากรแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	4.39	.508	สูง
2) ใช้วิธีการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยอย่างห่าง ๆ	4.20	.632	สูง
3) สบตากับบุคลากรขณะอธิบาย นโยบายหรือแนวทางการจัดการความเสี่ยงในหอผู้ป่วย	4.16	.66	สูง
4) สามารถควบคุมความรู้สึก สีหน้า ท่าทางได้อย่างเหมาะสม ในขณะจัดการความเสี่ยง	3.90	.644	สูง
5) สร้างบรรยากาศให้บุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมกิจกรรมทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง	3.79	.72	สูง
6) ให้กำลังใจบุคลากรโดยการสัมผัสมือเบา ๆ เมื่อบุคลากรปฏิบัติงานผิดพลาด	3.65	.94	สูง
7) ให้รางวัลแก่บุคลากรที่มีส่วนร่วมตามนโยบายบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย	3.39	.91	ปานกลาง
รวม	3.93	.51	สูง

จากตารางที่ 4.5 พบว่าทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์โดยรวมของแต่ละด้านอยู่ในระดับสูงโดยทักษะการสื่อสาร 3 ลำดับแรกเป็นการติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำทั้งหมด ได้แก่ 1) การพูดกระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยเล่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ($\bar{X} = 4.61$) 2) การพูดกระตุ้นให้บุคลากรในหอผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ($\bar{X} = 4.59$) และ 3) การพูดกระตุ้นชี้แจงสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ($\bar{X} = 4.51$) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้ายเป็นทักษะการติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช่ถ้อยคำทั้งหมด ได้แก่ 1) การให้รางวัลแก่บุคลากรที่มีส่วนร่วมตามนโยบายบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.39$) 2) การให้กำลังใจบุคลากรโดยการสัมผัสมือเบา ๆ เมื่อบุคลากรปฏิบัติงานผิดพลาด ($\bar{X} = 3.65$)

และ 3) สร้างบรรยากาศให้บุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมกิจกรรมทบทวนอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.79$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม ($n = 309$)

พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง	4.01	0.57	มาก
การค้นหาความเสี่ยง	3.94	0.54	มาก
การจัดการความเสี่ยง	3.85	0.59	มาก
การวิเคราะห์ความเสี่ยง	3.84	0.60	มาก
รวม	3.91	0.51	มาก

จากตารางที่ 4.6 พบว่า พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในลำดับแรก ($\bar{X} = 4.01$) และด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงอยู่ในลำดับสุดท้าย ($\bar{X} = 3.84$)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 309)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง			
1) ติดตามผลการจัดการความเสี่ยงจากรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยง	4.19	.654	มาก
2) นำผลประเมินการจัดการความเสี่ยงในหอผู้ป่วยมา ใช้ในการพัฒนางานบริการ	4.16	.624	มาก
3) มีการทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จของการบริหาร ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	4.07	.74	มาก
4) ทบทวนการเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเสี่ยงที่ ได้ปฏิบัติไปแล้ว	4.01	.67	มาก
5) แจ้งผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงใน หอผู้ป่วยแก่ผู้เกี่ยวข้อง	4.00	.79	มาก
6) มีส่วนร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วยสร้างระบบการจับเก็บ ผลการประเมินการจัดการความเสี่ยง	3.99	.70	มาก
7) เข้าร่วมรับฟังการประเมินผลการจัดความเสี่ยง ในหอผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือทีมบริหาร ความเสี่ยง	3.86	.87	มาก
8) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงในหอผู้ป่วย เสนอผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ	3.78	.86	มาก
รวม	4.01	.57	มาก

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การค้นหาความเสี่ยง			
1) มีการรวบรวมอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใน หอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	4.29	.71	มาก
2) ร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วยทบทวนกระบวนการ การทำงานแต่ละขั้นตอน	4.08	.63	มาก
3) เข้าร่วมการประชุมกับหน่วยงานอื่นเกี่ยวกับการค้นหา ความเสี่ยงทุกครั้งเมื่อมี โอกาส	3.95	.76	มาก
4) ศึกษารวบรวมข้อเท็จจริงของความเสี่ยงจากหลาย แหล่งเพื่อนำประยุกต์ใช้ในการบริหารความเสี่ยงใน หอผู้ป่วยเสมอ	3.91	.69	มาก
5) สามารถระบุช่วงเวลาทำงานหรือสถานการณ์ที่มี โอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นในหอผู้ป่วยได้	3.88	.72	มาก
6) ประสานกับทีมบริหารความเสี่ยงเพื่อศึกษาโอกาส การเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอยู่เสมอ	3.78	.77	มาก
7) จัดให้มีการทบทวนแบบฟอร์มรวบรวมอุบัติการณ์ ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยเพื่อให้สะดวก ง่ายต่อการบันทึก	3.70	.91	มาก
รวม	3.94	.54	มาก

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การจัดการความเสี่ยง			
1) จัดทำแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจนเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงอุบัติการณ์ความเสี่ยง	4.08	.66	มาก
2) มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทุกครั้ง	4.05	.68	มาก
3) จัดทำแนวทางแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นในหอผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน	4.04	.69	มาก
4) สามารถเลือกใช้วิธีการควบคุมความสูญเสียที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม	3.87	.65	มาก
5) ปรึกษาผู้จัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลทุกครั้งเมื่อไม่มั่นใจในการเลือกวิธีการจัดการความเสี่ยง	3.78	.92	มาก
6) จัดให้มีการฝึกอบรมเสริมความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรสม่ำเสมอ	3.56	.82	มาก
7) ส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าหน่วยงานเมื่อหน่วยงานไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย	3.52	1.18	มาก
รวม	3.85	.59	มาก

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การวิเคราะห์ความเสี่ยง			
1) ร่วมวิเคราะห์ความเสี่ยงกับผู้บริหารทุกครั้งเมื่อมีความเสี่ยงรุนแรงเกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วย	4.19	.80	มาก
2) มีการแยกประเภทของความเสี่ยงในหน่วยงานไว้เสมอ	4.14	.74	มาก
3) จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงจากความถี่ความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย	4.03	.71	มาก
4) กำหนดแนวทางการวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงานไว้อย่างชัดเจน	3.91	.76	มาก
5) นำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอื่นมาวิเคราะห์ความรุนแรง ประเมินความเสี่ยง	3.89	.77	มาก
6) บุคลากรร่วมกันดำเนินการปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.76	.85	มาก
7) เข้าร่วมประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงกับทีมสาขาวิชาชีพทุกครั้ง	3.69	.90	มาก
8) ประเมินค่าใช้จ่ายหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วย	3.09	1.00	ปานกลาง
รวม	3.84	.60	มาก

จากตารางที่ 4.7 พบว่าพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวมของแต่ละด้านอยู่ในระดับมากโดยคะแนนเฉลี่ย 3 ลำดับแรก คือ การค้นหาความเสี่ยงด้วยการรวบรวมอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.29$) (การค้นหาความเสี่ยง) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ($\bar{X} = 4.19$) (การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง) และการวิเคราะห์ความเสี่ยงร่วมกับผู้บริหารทุกครั้งเมื่อมีความเสี่ยงรุนแรงเกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.19$) (การวิเคราะห์ความเสี่ยง) สำหรับคะแนนเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้าย คือ การประเมินค่าใช้จ่ายหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วยเพื่อวางแผนลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ($\bar{X} = 3.09$) (การวิเคราะห์

ความเสี่ยง) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอีก 2 ลำดับมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือการส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่าเมื่อพิจารณาแล้วว่าหน่วยงานไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ($\bar{X} = 3.52$) (การจัดการความเสี่ยง) และการฝึกอบรมเสริมความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงแก่นุคลากรสม่ำเสมอเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ($\bar{X} = 3.56$) (การจัดการความเสี่ยง)

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังแสดงในตารางที่ 4.8 และ 4.9

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (n = 309)

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง						χ^2	Cramer's V	P-value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการศึกษา									
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	31	15.7	126	64.0	40	20.3			
ปริญญาโท	25	22.3	74	66.1	13	11.6			
รวม	56	18.1	200	64.7	53	17.6	4.907	.126	.086
ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย									
< 10 ปี	34	18.9	120	66.7	26	14.4			
10 – 20 ปี	16	19.5	52	63.4	14	17.1			
> 20 ปี	6	12.8	28	59.6	13	27.6			
รวม	56	18.1	200	64.7	53	17.2	5.004	.090	.287
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง									
เคยอบรม 1-2 ครั้ง									
เคยอบรม 3-5 ครั้ง	37	15.9	151	65.1	44	19.0			
รวม	19	24.7	49	63.6	9	11.7			
	56	18.1	200	64.7	53	17.2	4.233	.117	.120

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้แก่ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหาร ความเสี่ยง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2=4.907, 5.004$ และ 4.233 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย (n = 309)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	การแปลผลระดับความสัมพันธ์
ทักษะการติดต่อสื่อสาร	.650* *	.000	สูง
การติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำ	.586* *	.000	ปานกลาง
การติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช่ถ้อยคำ	.584* *	.000	ปานกลาง
เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง	.551* *	.000	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรม	.547* *	.000	ปานกลาง
ด้านจิตอารมณ์	.508* *	.000	ปานกลาง
ด้านความรู้ความเข้าใจ	.410* *	.000	ปานกลาง

* * p < .001

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .650$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านการติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำและแบบไม่ใช่ถ้อยคำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .586$ และ $.584$) สำหรับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .551$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าเจตคติทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงและสมการพยากรณ์
พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงและสมการพยากรณ์
พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข ดังแสดงในตารางที่ 4.10 และ 4.11

ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ
ถดถอย สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์
การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริหาร ความเสี่ยง
ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ
ใช้วิธี Stepwise regression (n = 309 คน)

	ลำดับขั้นตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	R^2 Change	F
1	ทักษะการติดต่อสื่อสาร	.650	.423	.423	224.636* *
2	ทักษะการติดต่อสื่อสาร เจตคติต่อการบริหาร ความเสี่ยง	.663	.440	.017	120.202* *

* * p < .001

จากตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ตัวแปร
อิสระที่เข้าสู่สมการถดถอยมี 2 ตัว คือทักษะการติดต่อสื่อสารและเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของ
หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สามารถทำนายความแปรปรวนพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดย

ขั้นที่ 1 ทักษะการติดต่อสื่อสาร สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการ
บริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การ
พยากรณ์เท่ากับ .423 ($R^2 = .423$) แสดงว่าทักษะการติดต่อสื่อสารสามารถพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการบริหาร
ความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ร้อยละ 42.3

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อันดับสอง คือเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงเข้าไป ในสมการ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .440 ($R^2 = .440$) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารและเจตคติต่อการบริหาร ความเสี่ยงสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้า หอผู้ป่วยได้ร้อยละ 44 โดยเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงสามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติ กรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.7 ($R^2 \text{ Change} = .017$)

โดยสรุป ตัวแปรพยากรณ์ 2 ตัว คือทักษะการติดต่อสื่อสารและเจตคติต่อการบริหาร ความเสี่ยงสามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัด กระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พหุคูณ (R) เท่ากับ .663 และ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .440 แสดงค่าตัวแปรพยากรณ์ ทั้ง 2 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์ความแปรปรวนพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ร้อยละ 44

ตารางที่ 4.11 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงในรูปแบบคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Stepwise Regression (n = 309 คน)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	t
ทักษะการติดต่อสื่อสาร	.700	.520	8.654* *
เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง	.273	.186	3.087* *
Constant	-1.084	-	-3.836* *
R = .663	R ² = .440	Overall F = 120.202* *	

* * p < .001

จากตารางที่ 4.11 สามารถสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ดังนี้

$$\text{จากสมการ } \hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2$$

โดยที่ \hat{y} = พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของทักษะการติดต่อสื่อสาร

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง

x_1 = คะแนนของทักษะการติดต่อสื่อสาร

x_2 = คะแนนของเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง

ดังนั้นสมการในรูปแบบของคะแนนดิบ เป็นดังนี้

$$\text{พฤติกรรมบริหารความเสี่ยง} = -1.084 + .700 \text{ ทักษะการติดต่อสื่อสาร} + .273 \text{ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง}$$

จากสมการอธิบายได้ว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือก 2 ตัวแปรมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกทั้ง 2 ตัว กล่าวคือ เมื่อทักษะการติดต่อสื่อสารเพิ่มขึ้น 1 หน่วยทำให้พฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

เพิ่มขึ้น .700 คะแนน (เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น) และเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้พฤติกรรมบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้น .273 คะแนน

จากตารางที่ 4.12 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงได้มากที่สุด คือ ทักษะการติดต่อสื่อสาร (Beta = .520) ส่วนเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงสามารถทำนายพฤติกรรมบริหารความเสี่ยงได้น้อยกว่า (Beta = .186) ตามลำดับ

สรุปสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\hat{Z} = B_1Z_1 + B_2Z_2$$

\hat{Z} = พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

Z_1 = ค่ามาตรฐานของทักษะการติดต่อสื่อสาร

Z_2 = ค่ามาตรฐานของเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง

B_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่เป็นคะแนนมาตรฐานของทักษะการติดต่อสื่อสาร

B_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่เป็นคะแนนมาตรฐานของเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง

ดังนั้นสมการในรูปของคะแนนมาตรฐานสามารถเขียนได้ดังนี้

พฤติกรรมบริหารความเสี่ยง = .520 ทักษะการติดต่อสื่อสาร + .186 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง

จากสมการอธิบายได้ว่าหากปรับค่าตัวแปรทุกตัวในสมการให้เป็นมาตรฐานที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้มีค่าคงที่แล้วเพิ่มทักษะการติดต่อสื่อสาร 1 หน่วยมาตรฐาน พฤติกรรมบริหารความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น .520 หน่วยมาตรฐาน เมื่อเพิ่มเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง 1 หน่วยมาตรฐาน พฤติกรรมบริหารความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น .186 หน่วยมาตรฐาน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุด คือ ทักษะการติดต่อสื่อสาร (Beta = .520) รองลงมา คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง (Beta = .186)

กล่าวโดยสรุป ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว คือ ทักษะการติดต่อสื่อสารและเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้โดยมีประสิทธิภาพการพยากรณ์ร้อยละ 44

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.1.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
- 1.1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย
- 1.1.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
- 1.1.4 เพื่อศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 4 ภาค จำนวน 25 แห่ง ที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 806 คน กลุ่มตัวอย่าง 309 คนซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการหาขนาดตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิเมื่อต้องการประมาณค่าสัดส่วนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวความคิดของเทรียนดิส (Triandis 1971) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านจิตอาารมณ์ และด้านพฤติกรรม มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดติดต่อสื่อสารของปรมะ สตะเวทิน (2540) ที่จำแนกประเภทการติดต่อสื่อสารตามเกณฑ์การใช้ภาษาประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำ และการติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช้ถ้อยคำ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวศึกษาวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle 1999) ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถาม 30 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้นำแบบสอบถามไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบเนื้อหา ความครอบคลุม และแก้ไขข้อผิดพลาด จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความหมายของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยการประเมินจากดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 37 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง แบบสอบถามทักษะการติดต่อสื่อสาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง เท่ากับ .93, .87 และ .93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลและผู้รับผิดชอบประสานงานการทำวิจัยของกลุ่มงานการพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีส่งและรับแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์ด่วน (EMS) โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม 2551 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2551 รวมระยะเวลา 51 วัน จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไป

ทั้งหมด 309 ฉบับ นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 309 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐานโดยค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สถิติไคสแคว์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Parson's product moment correlation coefficient) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) รวมทั้งสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 309 คน มีอายุเฉลี่ย 49.3 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 63.8) มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 58.3) โดยเฉลี่ย 10.9 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงคนละ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 75.1) โดยเข้ารับการอบรมจากโรงพยาบาลที่หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติงานอยู่มากที่สุด (ร้อยละ 87.4) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพร้อยละ 79.2

1.3.2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า

1) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงมากที่สุด ($\bar{X} = 4.01$) รองลงมา คือ การค้นหาความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.94$) การจัดการความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.85$) และการวิเคราะห์การจัดการความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.84$) ตามลำดับ

2) ค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.35$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.41$) รองลงมา คือ องค์ประกอบด้านพฤติกรรม ($\bar{X} = 4.40$) และองค์ประกอบด้านจิตอารมณ์ ($\bar{X} = 4.24$) ตามลำดับ

3) ค่าเฉลี่ยทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.15$) เมื่อพิจารณาตามประเภทการติดต่อสื่อสาร

พบว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำมีค่าเฉลี่ย ($\bar{x} = 4.35$) สูงกว่าทักษะการติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช้ถ้อยคำ ($\bar{x} = 3.93$)

1.3.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า

1) ปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = 0.880 , 0.287 และ 0.120) ตามลำดับ

2) เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .551$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เป็นรายด้าน พบว่า เจตคติทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r อยู่ระหว่าง .41 - .55)

3) ทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .650$) เมื่อพิจารณาตามประเภทการติดต่อสื่อสาร พบว่าทักษะการติดต่อสื่อสารทั้งแบบใช้ถ้อยคำ และแบบไม่ใช้ถ้อยคำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .59$ และ $.58$) ตามลำดับ

1.3.4 ศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน พบว่าตัวแปรต้นที่เข้าสมการทำนาย 2 ตัวแปรคือทักษะการติดต่อสื่อสาร และเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง โดยทักษะการติดต่อสื่อสารมีอำนาจในการพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ร้อยละ 42.3 ($R^2 = .423$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงเข้าไปในสมการ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44 ($R^2 = .440$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรที่มีค่า Bata สูงสุดคือ ทักษะการติดต่อสื่อสาร (Beta = .700) รองลงมา คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง (Beta = .273) นำหนักในการพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย คือ

ทักษะการติดต่อสื่อสาร (Beta = .520) รองลงมาคือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง (Beta = .186) โดยมีสมการในรูปคะแนนดิบและรูปของคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการ ในรูปของคะแนนดิบคือ

พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง = $-1.084 + .700$ ทักษะการติดต่อสื่อสาร + $.273$ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง

สมการ ในรูปของคะแนนมาตรฐาน

พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง = $.520$ ทักษะการติดต่อสื่อสาร + $.186$ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง

2. อภิปรายผล

2.1 การศึกษาพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเหตุผล 3 ประการดังนี้คือ 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง (ร้อยละ 75.1) (ตารางที่ 4.1) และมีเจตคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยง (ตารางที่ 4.3) ทำให้เกิดพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงในระดับมากตามมา 2) ปัจจุบันมีการบูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับการสร้างความปลอดภัย โดยการนำบทเรียนที่ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปใช้จัดการความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550) โดยมีเป้าหมายสำคัญคือปรับปรุงระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ทำให้การบริหารความเสี่ยงเป็นตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาล ซึ่งมีข้อเสนอสนับสนุนจากการผลศึกษาของ สุเมธา เสงประเสริฐ (2548) และ 3) การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย ไม่ได้มุ่งตำหนิตัวบุคคล แต่เน้นการทบทวนระบบการทำงานเพื่อค้นหาสาเหตุหรือโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง พร้อมกับร่วมกันดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงระบบงานเพื่อควบคุม ป้องกัน และขยับยั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (Wilson and Tingle 1999) ดังนั้นพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงพบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงอยู่ในลำดับแรก ($\bar{X} = 4.01$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ 1) การเกิดอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในช่วงเวรบ่ายหรือเวรดึก เนื่องจากอัตรากำลังมีน้อยและบุคลากรเหนื่อยล้า (วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ 2547) เมื่อเกิด

อุบัติการณ์ความเสี่ยง ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ต้องรีบดำเนินการจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าก่อน เมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง กิจกรรมลำดับแรกคือต้องประเมินผลการจัดการความเสี่ยงก่อนเป็นการติดตามมาตรการ หรือการดำเนินการ ตลอดจนแนวทางที่กำหนดขึ้นว่าได้ผลมากน้อยเพียงใด จำเป็นต้องปรับปรุงพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (ผ่องศรี ศรีมรกต 2546) 2) หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจว่าการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงเป็นจุดเริ่มต้นของการประเมินประสิทธิผลการบริหารความเสี่ยงและการทบทวนแผนกลยุทธ์หาข้อบกพร่องและปัญหาของการบริหารความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายเพื่อหาแนวทางจัดการความเสี่ยงที่ดีที่สุด (Wilson and Tingle, 1999) บนพื้นฐานของภาระงานที่มาก และลักษณะงานบริการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้สูง

จากผลการวิจัยที่พบว่าพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณารายชื่อของพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 ลำดับแรก คือ 1) การรวบรวมอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วย (ด้านการค้นหาความเสี่ยง) 2) การติดตามการจัดการความเสี่ยงจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (ด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง) และ 3) การวิเคราะห์ความเสี่ยงร่วมกับผู้บริหาร เมื่อมีความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วย (ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง) ตามลำดับ จะเห็นว่า พฤติกรรม 2 ลำดับหลังเป็นพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงหลังจากการเกิดอุบัติการณ์แล้ว สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการบริหารความเสี่ยงแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ทำให้ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้เกิดขึ้นจากงานบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย (ผ่องศรี ศรีมรกต 2546) ความเสี่ยงเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเนื่องจากไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการและครอบครัว (ธนา ปุกหุด 2548)

สำหรับรายชื่อของพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 ลำดับสุดท้าย คือ 1) การประเมินค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบัญชีความเสี่ยง (ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$) 2) การส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่าเมื่อหน่วยงานไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยให้ปลอดภัย และ 3) การจัดให้มีการฝึกอบรมเสริมความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง (ด้านการจัดการความเสี่ยง) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.52$ และ $\bar{X} = 3.56$ ตามลำดับ) พฤติกรรม 3 ด้านนี้เป็นสิ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่อาจปฏิบัติได้โดยอิสระเพราะเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ต้องมีทีมงานร่วมวางแผนและตัดสินใจดำเนินการ เช่น การส่งต่อผู้ป่วยต้องให้แพทย์เป็นผู้พิจารณา เป็นต้น โดยเฉพาะการประเมินค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบัญชีความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งนี้อาจเนื่องจาก

ปัจจุบันมีปัญหาการฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสถานะการเงินของโรงพยาบาลอย่างมาก ทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการฟ้องถ่ายความรับผิดชอบในการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยวิธีการประกันภัยหรือเข้าโปรแกรมประกันตนเอง (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล 2543) ดังนั้นพฤติกรรมดังกล่าวจึงมีค่าเฉลี่ยน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับรายข้ออื่น ๆ

2.2 การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะด้านการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1) ระดับการศึกษา ผลการวิจัยพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 63.8) และสำเร็จปริญญาโทร้อยละ 36.2 อธิบายได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีหัวหน้าหอผู้ป่วยอีกจำนวนไม่น้อยที่มีความพยายามพัฒนาตนเองด้วยการศึกษาต่อจนสำเร็จปริญญาโท อาจเนื่องจาก 1.1) ปัจจุบันโรงพยาบาลมุ่งพัฒนาคุณภาพระบบบริการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าหอผู้ป่วยผู้ที่มีบทบาทเป็นแกนหลักทำให้เกิดการคิด วิเคราะห์ และวางแผนการพัฒนาคูณภาพลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ต้องอาศัยรูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสม ทันสมัย ใช้เทคนิคและกลวิธีดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน (สำนักการพยาบาล 2548) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงพยายามพัฒนาความรู้ความสามารถตนเองเพื่อให้มีศักยภาพและความพร้อมในการบริหารการพยาบาลที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ในกาปฏิบัติ 1.2) การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ ดังผลการศึกษาของคิลเลอร์(Keller, 1991) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะทำให้บุคคลมีความสามารถและความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะเป็นผู้ที่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานความรู้และข้อมูลที่เชื่อถือได้ ระดับการศึกษาที่มีความแตกต่างกันมากจะทำให้ความสามารถในการทำงานและการพัฒนาตนเองไม่เท่ากัน นอกจากนี้การศึกษายังทำให้การแสดงผลพฤติกรรมในการทำงานแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพของงาน (มณี ลีศิริวัฒนากุล 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ปี่ทอง (2540) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีความสามารถในการตัดสินใจวางแผนด้านบริหารการพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษต่ำกว่าปริญญาตรี และการศึกษาของ วรดา ข่ายแก้ว (2542) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนั้นจึงทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยพยายามพัฒนาตนเองด้วยการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อการบริหารงานและการบริหารความเสี่ยงได้ตามนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) ประสพการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีประสพการณ์การทำงานในตำแหน่งเฉลี่ย 10.9 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความพร้อมสำหรับการบริหารจัดการงานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ เนื่องจากประสพการณ์การทำงานทั้งการบริหารและปฏิบัติการจะทำให้เกิดการเรียนรู้และความชำนาญในงานนั้น ๆ โดยจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละคน (Robbins 1998) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ (2545) พบว่า ประสพการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

3) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 75.1) ทั้งนี้เนื่องจาก 3.1) การตรวจสอบคุณภาพงานบริการเป็นสิ่งที่มีการกระทำมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งจากภาครัฐและเอกชนจึงทำให้โรงพยาบาลศูนย์มีความตระหนักถึงคุณภาพงานบริการ มีนโยบายให้บริการมุ่งเน้นความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ 2549) 3.2) จากลักษณะงานบริการพยาบาลซึ่งต้องจัดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ปริมาณงานมากเมื่อเทียบกับอัตรากำลังของผู้ปฏิบัติงานทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเหนื่อยล้า ต้องเร่งรีบปฏิบัติงานให้ทันเวลา จึงมีโอกาที่จะเกิดความผิดพลาดพลั้งเผลอขณะปฏิบัติงานได้ (วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ 2547) ส่งผลให้ผู้ให้บริการไม่ได้รับความปลอดภัย เกิดความไม่พึงพอใจในงานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาความเสี่ยงทางคลินิกที่พบว่า ปัญหาความไม่พอใจขัดแย้งกันรุนแรงระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมักเกี่ยวเนื่องกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหรือผลลัพธ์ที่แตกต่างจากความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (ธนา ปุกหุด 2548) และ 3.3) จากการศึกษาตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรม ความปลอดภัย พบว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรม ความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ (สุเมธา เสงประเสริฐ 2548) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้บริหาร โรงพยาบาลจึงให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้บริหารจัดการทางคลินิกที่เหมาะสมและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ 2549)

2.2.2 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากผลการศึกษา เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.35$) ดังข้อมูลสนับสนุนจากผลการวิจัยในตารางที่ 4.2 และ 4.3 โดยมีเจตคติรายชื่อทุกข้ออยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก (ตารางที่ 4.3) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการ 1) ผู้บริหาร

ระดับสูงของโรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายให้บริการที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ โดยจัดให้มีการนำการบริหารความเสี่ยงมาประสานกับการจัดการทางคลินิกที่ดีและมีการพัฒนาคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ 2549) ทำให้การบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบสำคัญประการหนึ่งของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในฐานะผู้บริหารจัดการบริการระดับหอผู้ป่วย เพื่อตอบสนองต่อนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ และ 2) หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนกิจกรรมและส่งเสริมให้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริหารความเสี่ยงดังกล่าว ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้ที่พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคนได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง อย่างน้อย 1-2 ครั้ง (ตารางที่ 4.1) จึงส่งผลให้มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงตามมา (ตารางที่ 4.2)

2.2.3 ทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากผลการศึกษา พบว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.15$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เบส (Bass 1998) ที่พบว่า ผู้บริหารใช้เวลาในการติดต่อสื่อสารร้อยละ 80-90 ของเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการบริหาร โดยทักษะการติดต่อสื่อสารจัดเป็นสมรรถนะของผู้บริหารการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 (บุญใจ ศรีสถิตนราฎร 2550) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการติดต่อสื่อสารเป็นช่องทางที่ทำให้ผู้บริหารและปฏิบัติสามารถนำข้อมูลที่ได้รับการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันมาเชื่อมโยงช่วยให้การตัดสินใจวางแผนและปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันจนบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ (Beach 1976) สำหรับเป้าหมายขององค์การทางด้านบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการจัดบริการเพื่อความปลอดภัย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ 2549) การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำหรับการจัดบริการทางคลินิกเพื่อความปลอดภัย และต้องอาศัยการประสานความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงของบุคลากรและองค์การในการสูญเสียเงินและชื่อเสียงได้ (วิมา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีทักษะการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับสูง

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยและการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหาร

ความเสี่ยงกับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของภัทรารัตน์ ตันนุกิจ (2546) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย (วรดา ข่ายแก้ว 2542, กวพรไพศาลวัชรกิจ 2542, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ 2545, ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ 2546) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก

1) การศึกษาของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นการศึกษาตามหลักสูตรที่ไม่ได้เจาะจงเรื่องการบริหารความเสี่ยงอย่างเดียว เช่น หลักสูตรการบริหารการพยาบาลแนวใหม่จะมุ่งเน้นความรู้พื้นฐานในการบริหารจัดการ ความสามารถในการถ่ายทอดประสบการณ์ และความสามารถสร้างสัมพันธภาพเกิดเป็นเครือข่ายผู้บริหารการพยาบาล สามารถสร้างทีมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน(สำนักการพยาบาล 2548) โดยการบริหารความเสี่ยงเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการที่ต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Wilson and Tingle 1999) ต้องอาศัยความตระหนักรู้ถึงความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำงาน ความรับผิดชอบต่อคุณภาพงานบริการพยาบาลรวมถึงการยอมรับและความพร้อมที่จะปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นความรู้ความเข้าใจและทักษะอันเกิดจากระดับการศึกษาจึงไม่เพียงพอที่จะมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

2) ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นประสบการณ์รวมของการปฏิบัติหน้าที่หลายด้านตั้งแต่การวิเคราะห์และวางแผนการพัฒนาคุณภาพรวมทั้งการปฏิบัติการณ์ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน (สำนักการพยาบาล 2548) ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นเพียงหน้าที่ประการหนึ่งของหัวหน้าหน่วยงานที่จะต้องค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานพร้อมหาแนวทางป้องกัน (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล 2543) การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงได้นั้นต้องอาศัยความตระหนักรู้ถึงคุณประโยชน์ของการบริหารความเสี่ยง ดังนั้นประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

3) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเป็นการอบรมตามนโยบายของโรงพยาบาลและส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเพียง 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 75.1) ซึ่งไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนเจตคติที่เหมาะสมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงเจตคติควรใช้วิธีการหลาย ๆ อย่างผสมผสานกัน (ธีรวิมล เอกะกุล 2550) โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง (Wilson and Tingle 1999) ที่ต้องอาศัยเจตคติที่ดี การยอมรับและความพร้อมที่จะปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย จากผลการศึกษาจึงพอสรุปได้ว่า การได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงในช่วงสั้นๆและไม่ต่อเนื่อง ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.551$) สอดคล้องตามแนวคิดของเทรียนดิส (Triandis 1971) และธีรวิมล เอกะกุล (2550) ที่กล่าวว่าเจตคติมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เนื่องจากเจตคติสามารถเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้จากการรับรู้และเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง ถ้ามีเจตคติทางบวกต่อสิ่งใดย่อมส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งนั้นเป็นไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องใดจะสรุปความเห็นในรูปการประเมินผลว่า สิ่งนั้นเป็นที่พอใจหรือไม่ สำคัญหรือไม่ เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ต่อสิ่งนั้นจนทำให้มีความ โน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองในทิศทางที่สนับสนุนหรือขัดแย้ง (ธีรวิมล เอกะกุล 2550) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประไพ พรหมโนรี (2542) ที่พบว่า เจตคติต่อการบริหารงานบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการบริหารงานบุคคลของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

2.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .650$) สอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้ภาษาในการจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย (ลดาวัลย์ ปฐมชัยคุปต์ 2545) และสอดคล้องกับผลการวิจัยเกี่ยวกับทักษะการติดต่อสื่อสารพบว่ามีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (พรพิมล ผดุงสงฆ์ 2546) ดังนั้นการที่ทักษะการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงอาจเนื่องจากการบริหาร

ความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาลต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมอย่างมีระบบชัดเจนและอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานงานและถ่ายทอดนโยบายการบริหารความเสี่ยงจากผู้บริหารระดับสูงสู่ผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นทักษะการติดต่อสื่อสารจึงมีความสำคัญยิ่งสำหรับการบริหารงานเพื่อความปลอดภัย สอดคล้องกับแนวคิดของ วิณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ที่กล่าวว่า การจัดการเกี่ยวกับปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลจะป้องกันการเกิดอันตรายจากงานบริการสุขภาพ สามารถช่วยลดความเสี่ยงของบุคลากรและองค์กรในการสูญเสียเงินและชื่อเสียงได้

2.4 ศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษา ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ได้ร้อยละ 42.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = 0.423$) เมื่อเพิ่มตัวแปรตัวที่ 2 คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 44 ($R^2 = 0.440$) ดังนั้นเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงจึงสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้ร้อยละ 1.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 \text{ Change} = .017$) ทักษะการติดต่อสื่อสารและเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงจึงสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ถึงร้อยละ 44 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .440$) แสดงว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดีและเจตคติทางบวกต่อการบริหารความเสี่ยง ส่งผลทำให้การแสดงพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงมากและมีประสิทธิภาพ ตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภิญา ฮิมา (2546) ซึ่งได้ทำการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงพร้อมจัดการอบรมเพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติทางบวกที่เหมาะสมพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงภายหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา และผลการศึกษานิตินิติ บุญประสบ (2549) ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีเจตคติต่อบรรยากาศ การบริหารความเสี่ยงด้านความคาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับสูง จะมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านดังกล่าวมาก ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ไม่สามารถเข้าสู่สมการทำนายได้ เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารและเจตคติทางบวกต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ร้อยละ 44 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 66 ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลจึงควรมีการส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกมากขึ้น โดยเฉพาะการค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการทำงาน และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ คือการประเมินค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบัญชีความเสี่ยง และ 2 ลำดับสุดท้ายถัดมา ได้แก่การส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการจัดให้มีการฝึกอบรมเสริมความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง 3 ประเด็นในลำดับสุดท้ายนี้เป็นประเด็นที่หัวหน้าหอผู้ป่วยควรปรับปรุง เพื่อให้พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.1.2 จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และการฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย นั่นคือ ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย อันได้แก่ ทักษะการติดต่อสื่อสารและเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย และทักษะการสื่อสารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ดังนั้นผู้บริหารจึงควรส่งเสริม ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดีอย่างต่อเนื่อง โดยการพัฒนาและเปิด โอกาสให้สามารถใช้ทักษะการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้านพบว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำ (วจนภาษา) สูงกว่าทักษะการติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช้ถ้อยคำ (อวจนภาษา) โดยเฉพาะ

3 ลำดับสุดท้ายคือ การให้รางวัลแก่นุคลากรเป็นการเสริมแรง การให้กำลังใจบุคลากรโดยการสัมผัสมือเบา ๆ เมื่อปฏิบัติงานผิดพลาด และการสร้างบรรยากาศการเข้าร่วมกิจกรรมทบทวนอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ซึ่งมีส่วนส่งเสริมการรับรู้เชิงบวกและการเสริมสร้างเจตคติที่ดีให้กับบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับการพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องและจัดให้มีช่องทางการสื่อสารอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้รับความคิดเห็นจะทำให้ได้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาคุณภาพงานบริการต่อไป

3.1.3 จากผลการวิจัย พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง และเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรจัดกิจกรรมสร้างหรือปรับเปลี่ยนเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงในทางบวกที่เหมาะสม และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก โดย 3 ลำดับแรก ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกที่สามารถป้องกันหรือลดความสูญเสียที่เกิดจากงานบริการ การแก้ไขระบบงานเพื่อลดการเกิดความเสียหายในหอผู้ป่วยและการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อหาสาเหตุ ส่วน 3 ลำดับสุดท้าย ได้แก่ ความภาคภูมิใจที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประสานงานนโยบาย ความเสี่ยงมาแจ้งให้กับผู้ปฏิบัติ การจัดทำบัญชีความเสี่ยง และการสร้างระบบบริหารความเสี่ยงให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลจึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนเจตคติในด้านดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลถึงความปลอดภัยและความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

3.2.1 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ทักษะการติดต่อสื่อสารและเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ร้อยละ 44 ส่วนที่เหลือร้อยละ 66 ไม่สามารถอธิบายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยอื่นอีกหลายประเภทที่มีผล ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมว่ายังมีตัวแปรหรือปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้

3.2.2 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยเท่านั้น ดังนั้นควรมีการศึกษาพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมกับการบริหารจัดการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่ให้การดูแลผู้ใช้บริการโดยตรง

3.2.3 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง เพื่อการพัฒนา

พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรณีการ์ สุวรรณโคต (2549) “การกำหนดหัวข้อวิทยานิพนธ์การทบทวนวรรณกรรมและ
กรอบแนวคิดการวิจัยทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 1*
หน่วยที่ 3 หน้า 1-56 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
กัญญา ออประเสริฐ (2546) “การบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด” ใน *การพยาบาลกับการบริหาร
ความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม* กรุงเทพมหานคร แอล.ที.เพรส
- กัลยา วานิชย์บัญชา (2549) *การวิเคราะห์สถิติ:สถิติการบริหารและวิจัย* พิมพ์ครั้งที่ 8
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- _____ (2550) *การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ธรรมสาร
กฤษดา แสงวดี (2542) “การบริหารความเสี่ยง : มิติหนึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาล”
วารสารกองการพยาบาล 26, 3 (กันยายน-ธันวาคม): 34-35
- กฤษดา ดันติผลาชีวะ (2539) *การบริหารหอผู้ป่วย* กรุงเทพมหานคร โฟร์ไคเมนชั่น อี.เอ็ม.
ขวัญใจ พิมพ์มล (2543) “ปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาบ้า ของ
นักเรียนหลักสูตรศิลปกรรมระดับประกาศนียบัตร วิชาชีพ (ศ.ปวช.) วิทยาลัยช่างศิลป์”
*วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา
และการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปกร*
- จารุวรรณ ปีทอง (2540) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะเฉพาะบุคคล และ
การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน กับความสามารถในการตัดสินใจด้าน
บริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร” *วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- เจนเนตร มณีนาถ และคณะ (2548) *การบริหารจัดการความเสี่ยงระดับองค์กร จากหลักการ
สู่ภาคปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร ไฟนอลการพิมพ์
- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2546) “การสร้างวัฒนธรรมการดูแลความปลอดภัยของผู้รับบริการ”
วารสารกองการพยาบาล 30, 2 (พฤษภาคม- สิงหาคม): 1-5
- ชลิกร บุญประเสริฐ (2543) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล
ความเข้มแข็งในการมองโลก สภาพแวดล้อมของสถาบันและการปรับตัวของนักศึกษา
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ”
*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

- ชวนะ ภูวานันท์ (2550) *การพัฒนาคุณสมบัติส่วนบุคคล สำหรับการจัดการความขัดแย้ง โดยสันติวิธี*
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชวลิต ชุ่มคำ (2545) “ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการ
ความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิศจิน” วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ณัญญา มูลประภัศ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่องาน ความเชื่ออำนาจในตน
บรรยากาศองค์การกับการมีส่วนร่วมในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงกลาโหม” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2548) *ศักยภาพความสามารถในการบริหารทรัพยากรบุคคล*
ทางการพยาบาล กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ พี.เอ.ลีฟวิ่ง
- ดาวใจ จีเพชร (2547) “ผลการฝึกทักษะการสื่อสารสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อสัมพันธ์ภาพ
ระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลประจำการ” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เดชาวุธ นิตยสุทธิ (2549) “สถิติเพื่อการวิเคราะห์ หลายตัวแปร 2” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา*
การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ หน่วยที่ 12 หน้า 1-58 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ดำรงศักดิ์ ชัยสนิท และสุณี เลิศแสวงกิจ (2549) *มนุษย์สัมพันธ์* กรุงเทพมหานคร
สำนักพิมพ์วังอักษร
- ทรงศิริ แด่สมบัติ (2548) *การวิเคราะห์การถดถอย* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ธนา ปุ๊กหุด (2548) “การค้นหาค่าความเสี่ยงทางเทคนิค” ใน *การจัดการเชิงระบบ: วิถีสองครั้งรวม*
เพื่อการสร้างคุณค่า, 17 (มีนาคม 2548) : 133-134
- ธานินทร์ ศิลปจารุ (2549) *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS* พิมพ์ครั้งที่ 5
กรุงเทพมหานคร วี. อินเทอร์เน็ต
- ธิดิภรณ์ สุดมาศ (2548) “การรับรู้ของพนักงานต่อปัจจัยระบบการบริหารความเสี่ยงที่องค์กร :
กรณีศึกษา บริษัทปิโตรเคมีแห่งชาติ จำกัด (มหาชน)” วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการ
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรมนุษย์ คณะมนุษยศาสตร์ และ
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- ธีรวุฒิ เอกะกุล (2550) *การวัดเจตคติ* พิมพ์ครั้งที่ 2 อุบลราชธานี วิทยาออฟเซทการพิมพ์

- นิวัฒน์ อิมามิ (2549) เครื่องมือวิจัยทางการวิจัย ใน *ประมวลชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 4 หน้า 1-66 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- นิศรา จีนอยู่ (2548) “ผลของโปรแกรม การบริหารความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์ผลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม และความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บั้งอร ยูววิทยานิข (2547:47) “ผลการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการพยาบาล หน่วยตรวจโรคตา” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2547) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต
- _____ (2550) *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญศรี ปราบนศักดิ์และศิริพร จิรวัดน์กุล (2534) *การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปรมะ สดเวทิน (2540) *หลักนิเทศศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ภาพพิมพ์
- ประไพ พรหมโนรี (2542) “การบริหารงานบุคคลของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปฎิมากร บุติธรรม (2547) “ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมเสี่ยงของพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- พ่องศรี ศรีมรกต (2546) “แนวคิดการบริหารความเสี่ยงทางศัลยกรรม: การพยาบาลแบบองค์รวม” ใน *พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม* กรุงเทพมหานคร แอล.ที.เพรส
- พงษ์เทพ วิวรรณะเดช (2547) *การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ* กรุงเทพมหานคร ไชเบอร์เพรส

- พรพิมล ผดุงสงฆ์ (2546) “ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ความมีอิสระในงาน กับ การจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พรรณราย ทรัพย์ประภา (2548) *จิตวิทยาประยุกต์ในชีวิตและการทำงาน* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พรหมมินทร์ หอมหวล (2542) “การเรียกร่องแพทย์กรณีทุรเวชปฏิบัติ : ศึกษาจากการร้องเรียนใน หนังสือพิมพ์ (พ.ศ. 2532- 2540)” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขบัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ (2546) *ชุมชนพยาบาลศาสตร์* กรุงเทพมหานคร พระราม 4 พรินต์ติ้ง พัชรี สายสตูดิโอ (2544) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในงานพฤติกรรม การเป็นสมาชิกขององค์กรกับพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พลสุข หิงกานนท์ (2550) “แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 1 หน้า 1-63 นนทบุรี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคนอื่นๆ (2549) *การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร สุขุมวิทการพิมพ์
- ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) “การเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ภัทรารัตน์ ดันนุกิจ (2546) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการเป็นสมาชิกของ องค์กรและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการบริหารการพยาบาลกับการปฏิบัติงาน ตามหน้าที่ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- มณี ลีศิริวัฒนกุล (2540) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความทนทานของพยาบาล
หัวหน้าหอผู้ป่วย การได้รับพลังเสริมสร้างอำนาจใจงานและภาวะผู้นำของหัวหน้า
กลุ่มงานการพยาบาล กับสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์
กระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มุกดา ต้นชัย (2549) สถิติที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูล ใน *ประมวลชุดวิชาการวิจัยทางการ
พยาบาลสารสนเทศและสถิติ* หน้าที่ 9 หน้า 1-88 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ยุวดี ฤาชาและปาริชาติ กุ๊ช (2549) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณในการทำวิทยานิพนธ์”
ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน้าที่ 7 หน้า 1-155 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- โรสรินทร์ สมบูรณ์ชนกิจ (2548) “การศึกษา อุบัติการณ์อันตรายจากการปฏิบัติงานในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ลดาวลัย ปฐมชัยคุปต์ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ภาษาในการจูงใจของหัวหน้า
หอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมการพยาบาล ภาวะผู้ตามที่มีประสิทธิผลของพยาบาล
ประจำการ กับประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์” วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วรดา ข่ายแก้ว (2542) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ลักษณะงานและการคิด
อย่างมีวิจารณญาณ กับความสามารถในการปฏิบัติ บทบาทด้านบริการของหัวหน้า
หอผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ (2547) *ชั่วโมงการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ต้นทุนและผลิตภาพงานใน
การบริหารอัตรากำลัง กรุงเทพมหานคร พี.เอ.ลิฟวิ่ง*
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิคุณและวรรณิภา อัสวชัยวิกรม (2549) “เครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ทาง
การพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 1* หน้าที่ 5 หน้า 1-91
นนทบุรีมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิคุณ (2549) “การนำเสนอผลการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์” ใน *ประมวลสาระ
ชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน้าที่ 8 หน้าที่ 1-85 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- วิพุธ พูลเจริญ (2549) “วิวัฒนาการระบบสุขภาพ” ใน *ประมวลชุดวิชาการระบบสุขภาพและการจัดการ*
หน่วยที่ 1 หน้า 1-82 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์
- วิมล คชะ (2546) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การเจตคติต่อวิชาชีพ
การพยาบาล กับวิธีการเผชิญปัญหาในงานของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยของรัฐ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิมลพร ไสยวรรณ (2545) “การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิศนีย์ เกสัชชา (2547) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล :
ศึกษา เฉพาะกรณีวิทยาลัยแพทย์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล”
วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- วิไลย คตะดา (2547) “การพัฒนาความเสี่ยงในงานผู้ป่วยในกลุ่มการพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
จังหวัดสกลนคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล (2549) “การสุ่มตัวอย่างและการหาขนาดตัวอย่าง” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา
การวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 5 หน้าที่ 1 – 102 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วีณา จีระแพทย์ (2549) “การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระ
ชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 11 หน้า 1-92 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย*
กรุงเทพมหานคร ด้านสุขภาพการพิมพ์
- ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ (2549) “กระบวนการทำวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาลและจริยธรรม ใน
การทำวิทยานิพนธ์” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา วิทยานิพนธ์ 1* หน่วยที่ 1 หน้า 1-79
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ (2549) “การเขียนโครงการวิจัย รายงานการวิจัยและเผยแพร่ ผลงานวิจัย
ทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศ
หรือสถิติ* หน่วยที่ 15 หน้า 1-70 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ศิริกุล จันทุม (2543) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล
การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงาน
ของพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนจาก
องค์กรกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน”
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมพร พงษ์ไทย (2545) “การพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วย ที่ถูกจำกัดการ
เคลื่อนไหวในแผนกออโรโทปีคิสต์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช” วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมยศ นาวิการ (2544) *ทฤษฎีองค์การ* พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์บรรณกิจ
สร้อย ตระกูล (ดิทยานนท์) อรรถมานะ (2542) *พฤติกรรมองค์การ: ทฤษฎีและการประยุกต์*
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สารนิติ บุญประสพ (2549) “เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหาร
ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- สุชา พงศ์ถาวรภิญโญ นันทิดา โอฐกรรม และศุภณี นิลคำ (2548) *หลักการสื่อสารองค์กร*
กรุงเทพมหานคร ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
- สุเมธา เสงประเสริฐ (2548) “ตัวชี้วัดการพัฒนาความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล
ศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข *หลักสูตร การบริหารการพยาบาลแนวใหม่*
พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.)

- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) *ระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลนนทบุรี สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล*
- _____ . (2551) *เลื่อนไหล เสียบเลาะ เจาะลึก* สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- อภิญา หิท่า (2546) “การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วรดา ข่ายแก้ว (2542) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ลักษณะงาน และการคิด อย่างมีวิญญูณากับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทด้านบริหารของหัวหน้า หอผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อัปสร ตรีเทวี (2545) ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสื่อสาร สำหรับพยาบาลประจำการต่อคุณภาพการบริการด้านการสื่อสาร แผนกผู้ป่วยนอก สุติกรรม (อัคราเสนา)
- อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน (2548) *ทฤษฎีและการวัดลักษณะทางจิตวิทยา กรุงเทพมหานคร* ฟันนี้พับบลิชชิง
- Bass. B.M. (1998). *Transformation leadership industry military and educational impact* New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Bach, S. (1967). *Personal : The management of people at work and edition*. New York : The Mc Millan.
- Best , J.W. (1977). *Research in education 3rd ed*. Engle Wood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Boyd.J.M. Risk management : role Responsibilities of the nurse manager, (CD-Rom) .Abstract from :Master thesis: Dissertation Abstracts item: J 1375803.
- Brennan TA. Leape LL. Laird N. et al. (1991) *Incidence of adverse events and negligence in Hospitalized patients: results of Harvard Medical Practice Study I*. N Engl J Med. 324 : 370-376.
- Brown. B.L.(1979) *Risk management for hospitals a practical approach*. Gaithersburg : An Aspen-publication.
- Colin W. Fuller and Luise H. Vassie (2004). *Health and safety management principles and best practice*. England : Pearson Education.

- Detels. R. Breslow L. (2002). "Current scope and concerns in public health" *Oxford Text Book of Public Health-The practice of Public Health*, 4th edition, Volume 1, pp. 3-20
Oxford University Press.
- Diane M. Doran (2003). *Nursing-sensitive outcomes state of the science*. Canada : Jones And Bartlett Publishers.
- Hudson , T. (1991). "Objective measures prove value of risk management". *Hospitals* 20 (September): 34-40.
- Li-Chen Lin (2005). "Comparison of risk management in Taiwan and the USA" *Journal of Nursing Management* 14, 3 : 222-226 Retrieved September 22, 2008 .from <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118624288/abstract.html> .
- Lussier ,R. N. And Achua , C. F. (2001). *Leadership : Theory , application , skill building*. Ohio : South- Western College Publishing.
- Marquis ,Bessie.L (2006). *Leadership role and management function in nursing : Theory and Application*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nance , D.G. and Fairly.(1993). "T.M. in Risk Management and Safety in Integrated Quality Management" *The Key to Improving Nursing care quality*. St louis : Mosby,1993.
- Nancy J. Brent (2006). "Risk Management and Legal Issues in Home Care: The Utilization of Nursing Staff" *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonate Nursing* 23,8 : 659-666, Pages Retrieved September 22, 2008.from <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119278885/abstract.html>.
- Robbins ,P. (1998). *Organizational behavior* .8th edition. New Jersey : Prentice – Hall
- Roberta Carroll (2004). *Risk Management Hand book* . San Francisco : Published by Jossy – Bass A Wiley Imprint.
- Schenkel, S. (2000). "Promoting patient Safety and preventing medical error in emergency departments " *Acad Emerg Med*. 2000 Nov;7(11):1204-22 Abstract from :PMID : 11073469 (Pubmed – indexed for Medline) Retrieved September 22, 2008.from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez.html>.
- Seventh Edition organization Development and Change (2001) United States of America
- Swanbury , R.C. (1996). *Management and leadership for Nurse manager* London: Jones and Barleft.
- Triandis ,Hemy C. (1971). *Attitude and Attitude Change* . New York : John wiley & Sons.

Witson .J and Tingle . J (1999). *Clinical Risk Modification : A Route to Clinical Governance.*

Oxford : Butterworth – Heinemann.

Young ,L.C, and Hayne , A.R. (1988). *Nursing Administration Form Concepts to Practice.*

Philadelphia:W.B. Saunders.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ตัวอย่างหนังสือขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัยและขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยได้รับการอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมพิจารณาเครื่องมือวิจัย
จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุกติลป | รองคณบดีฝ่ายวางแผนคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงศรี สรณสถาพร | รองศาสตราจารย์ประจำคณะศิลปศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. อาจารย์ลดาวัลย์ รววมเมฆ | ผู้เชี่ยวชาญพิเศษพยาบาล 9
ผู้ช่วยเลขาธิการสภาการพยาบาล |
| 4. อาจารย์ชุติมา มาลัย | อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
จังหวัดราชบุรี |
| 5. นางจันทิมา ไตรทาน | พยาบาลวิชาชีพ 9 วช.
รองผู้อำนวยการพยาบาล
โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช |



ที่ ศธ 0522.26/ 416

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
 จังหวัดนนทบุรี 11120

๓ มีนาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางกันยารัตน์ มีวิไล นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข" โดยมี อาจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการ ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงศรี วรรณสถาพร เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงศรี วรรณสถาพร)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2504-8096

สำนักงานเรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงศรี วรรณสถาพร



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ค.นท.ชุด ๕. ปากเกร็ด นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096
 School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
 Nonthaburi 11120
 Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax. (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยรวมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ 7/2551

ชื่อโครงการวิจัย ปริญญาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความตึงเครียดของหัวหน้าผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์
 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เลขที่โครงการวิจัย ID 2495100063

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางกนิษฐา ไม้วิไล

ที่ทำการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเป็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยรวมการวิจัย
 ในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม *Dr. Pongpang*
 (ศาสตราจารย์ ดร. ปองพงษ์)
 กรรมการและประธานคณะกรรมการวิจัยรวมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *Dr. U*
 (รองศาสตราจารย์ ดร. ชุตติพงษ์ หึงคานนท์)
 ประธานคณะกรรมการวิจัยรวมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง ๕/๒ พ.ค. ๒๕๕๑

เอกสารเลขที่ 13 /2551



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

โครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
Factors affecting Risk Management behaviors of Head Nurses in Regional Hospitals and Medical Center under the Jurisdiction of the Ministry of Public Health


ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางกันยารัตน์ ม้าวิไล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2550 จนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2551

ออกหนังสือ ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2551

ลงนาม


(นายแพทย์ทรงษ์เทพ ไซประสิทธิ์)
ประธานคณะกรรมการวิจัย

ลงนาม


(นายแพทย์ชาติ ตันคัยวงศ์)
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางคันธาร์คนี มีวิไล
เลขที่โครงการรหัส	-
สังกัดหน่วยงาน	นักศึกษาระดับสูงครุฑพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2551

ลงนาม

(นายแพทย์อรรถ ติงชาภิวัฒนา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์





ที่ พช 0522.26 / ๕15

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

๒๘ เมษายน 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี

ด้วยนางกัญชารัตน์ มีวิไล นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข" โดยมี อาจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย" จากงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. พุดตุง หิงกานนท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2504-8096



ที่ ศธ 0522.26 / 1.698

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

1 พฤษภาคม 2551

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

ด้วย นางกัญชารัตน์ มีวิไล นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข" โดยมี อาจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามหัวหน้าหอผู้ป่วยจากงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 35 คน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะดำเนินการประสานเกี่ยวกับ วัน เวลา ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวกับโรงพยาบาลฯ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยตาม วัน เวลา และสถานที่ ดังกล่าว สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์หวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. พุทธสุข หิงคานนท์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2504-8096 กัญชารัตน์ มีวิไล โทร.089-9896804

สำนักงาน : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

**แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของ
หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

คำแนะนำในการกรอกแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ตอน คือ
ตอนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ
ตอนที่ 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 25 ข้อ
ตอนที่ 3. แบบสอบถามทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง จำนวน 15 ข้อ
ตอนที่ 4. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 30 ข้อ
2. กรุณาอ่านคำชี้แจงของการตอบแบบสอบถามแต่ละตอนก่อนตอบแบบสอบถาม
3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกตอน และทุกข้อตามความเป็นจริงเพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิจัยครั้งนี้และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลต่อไป
4. ข้อมูลทั้งหมด จะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด
5. ท่านสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้หากไม่ประสงค์จะให้ข้อมูล

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลลงในช่องว่างหรือให้เครื่องหมาย ✓ ลงใน () ของแต่ละข้อตามความเป็นจริง

- 1) เพศ () ชาย () หญิง
- 2) ปัจจุบันท่านอายุปี
- 3) ระดับศึกษาสูงสุด
 - () ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
 - () ปริญญาโท
 - () อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 4) ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยปี.....เดือน
- 5) ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง จากสถาบันดังต่อไปนี้หรือไม่
 - () 6.1 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - () 6.2 สำนักการพยาบาล
 - () 6.3 การอบรมโดยบุคลากรในโรงพยาบาล
 - () 6.4 การไปประชุมที่อื่น โดยมีหัวข้อการบริหารความเสี่ยง ระบุ.....
 - () 6.5 การอบรมอื่นๆ โปรดระบุ.....
- 6) โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)
 - () ใช่ () ไม่ใช่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ และทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในตารางที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยแต่ละช่วงมีความหมาย ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้ตอบ				
	แบบสอบถาม				
	5	4	3	2	1
ด้านความรู้ความเข้าใจ					
1) ท่านคิดว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือที่ดี ท่านสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยได้					
2) ท่านคิดว่า การค้นหาความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุกที่สามารถป้องกันหรือลดความสูญเสียที่เกิดจากงานบริการได้					
3)					
4)					
5)					
6)					
7) ท่านคิดว่า การจัดทำบัญชีความเสี่ยงในหอผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพราะจะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสน					
8) ท่านคิดว่า เมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นในหอผู้ป่วย ควรมีการทบทวนร่วมกันเพื่อหาสาเหตุทุกครั้ง					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ตอบ				
	แบบสอบถาม				
	5	4	3	2	1
ด้านจิตอาารมณั					
9) ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานการนำนโยบายบริหารความเสี่ยงจากผู้บริหารระดับสูงมาสู่ผู้ปฏิบัติ					
10) ท่านรู้สึกว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นงานที่ท้าทายความรู้ความสามารถของท่าน					
11)					
12)					
13)					
14)					
15)					
16) ท่านรู้สึกว่าการบริหารความเสี่ยงช่วยทำให้ท่านได้พัฒนาความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น					
17) ท่านมั่นใจว่าการบริหารความเสี่ยง จะทำให้นุคลากรในหอผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงคุณภาพของงานบริการพยาบาล					
ด้านพฤติกรรม					
18) ท่านพร้อมที่จะนำความรู้ และประสบการณ์ที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ในการบริหารความเสี่ยงเพื่อพัฒนางานบริการพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ					
19) ท่านจะพัฒนาตนเองในด้านการบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงในหอผู้ป่วย					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ตอบ				
	แบบสอบถาม				
	5	4	3	2	1
20)					
21)					
22)					
23)					
24) ท่านพร้อมที่จะเข้าร่วมทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง					
25) ท่านพร้อมที่จะแก้ไขระบบงานในหอผู้ป่วยหากสิ่งเหล่านั้น จะทำให้เกิดความเสี่ยงในหอผู้ป่วยลดลง					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการคิดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงหัวหน้าหอผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ และทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในตารางที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยแต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
การติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำ					
1) ท่านใช้คำพูดกระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วย มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง อย่างมีเหตุผล					
2) ท่านใช้คำพูดกระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยได้ซักถามท่านหรือเล่าอุบัติเหตุการณความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างเต็มใจ					
3)					
4)					
5)					
6)					
7) ท่านมักกล่าวชื่นชมผู้ที่สามารถปฏิบัติงานตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทุกครั้ง					
8) ท่านมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความเสี่ยงกับบุคลากรในหอผู้ป่วยทุกครั้งที่ได้รับข้อมูลความเสี่ยงใหม่ๆ					

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
การติดต่อสื่อสารแบบไม่ใช่ถ้อยคำ					
9) ท่านให้รางวัลแก่บุคลากรที่มีส่วนร่วม ตามนโยบายบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ เพื่อเป็นแบบอย่างและเสริมแรง					
10) ท่านมีวิธีการสร้างบรรยากาศให้บุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยยินดี เข้าร่วมกิจกรรมทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ					
11)					
12)					
13)					
14) ท่านใช้วิธีการสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยอย่างห่าง ๆ เพื่อไม่ให้บุคลากรเกิดความอึดอัด					
15) ท่านสามารถควบคุมความรู้สึก สีหน้า ทำทางได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ท่านจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในตารางที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว โดยแต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
การค้นหาความเสี่ยง					
1) ท่านประสานกับทีมบริหารความเสี่ยงศึกษาความเป็นไปได้ของโอกาสการเกิดอุบัติการณ์ ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอยู่เสมอ					
2) ท่านร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วยทบทวนกระบวนการทำงานแต่ละขั้นตอนเพื่อให้เกิดความชัดเจนในทางปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง					
3)					
4)					
5)					
6) ท่านจัดให้มีการทบทวนแบบฟอร์มรวบรวมอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยเพื่อให้สะดวกต่อการบันทึก					
7) ท่านกำหนดให้มีการรวบรวมอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยของท่านอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุกสิ้นเดือน					

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
การวิเคราะห์ความเสี่ยง					
8) ท่านจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงจากความถี่ ความรุนแรง ของความสูญเสียที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ					
9) ท่านมีการแยกประเภทของความเสี่ยงในหน่วยงานไว้เสมอ (เช่น ความเสี่ยงทางคลินิก ความเสี่ยงทั่วไป เป็นต้น) เพื่อการจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ					
10)					
11)					
12)					
13)					
14) ท่านเข้าร่วมการวิเคราะห์ความเสี่ยงกับผู้บริหารทุกครั้งเมื่อมี ความเสี่ยงรุนแรงเกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วยของท่าน					
15) ท่านประเมินค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบัญชี ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยเพื่อวางแผนลดหย่อนความสูญเสียที่เกิดขึ้น					
การจัดการความเสี่ยง					
16) ท่านมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทุกครั้ง					
17) ท่านสามารถเลือกใช้วิธีการควบคุมความสูญเสียที่เกิดขึ้นใน หอผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม					
18)					
19)					

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
20)					
21) ท่านจัดให้มีการฝึกอบรมเสริมความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรสม่ำเสมอเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง					
22) ท่านเลือกวิธีการส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่าทันทีเสมอ เมื่อพิจารณาแล้วว่าหน่วยงานของท่านไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้					
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง 23) ท่านติดตามผลการจัดการ ความเสี่ยงจากรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยทุกครั้ง					
24) ท่านทบทวนการเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเสี่ยงที่ได้ปฏิบัติไปแล้วทุกครั้ง					
25)					
26)					
27)					
28)					
29) ท่านเข้าร่วมรับฟังการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงในหอผู้ป่วยของท่านจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือทีมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลทุกครั้ง					
30) ท่านมีการทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัยสูงสุด					

ภาคผนวก ก

ตารางที่ 1 แสดงการจําแนกประชากรตามเขตพื้นที่

ตารางที่ 2 แสดงการแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค

ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกประชากรตามเขตพื้นที่

เขตพื้นที่	N_h	p_h	q_h	$N_h p_h q_h$
ภาคกลางและภาคตะวันออก	286	0.5	0.5	71.50
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	229	0.5	0.5	57.25
ภาคเหนือ	159	0.5	0.5	39.75
ภาคใต้	132	0.5	0.5	33.00
รวม	806			201.5

หมายเหตุ

N_h คือ จำนวนประชากรในชั้นที่หา (ภาค)

p_h คือ ค่าสัดส่วนที่สนใจศึกษาของแต่ละชั้น (กำหนดให้ $p = 0.5$)

q_h คือ ค่าสัดส่วนที่ไม่สนใจศึกษาของแต่ละชั้น ($q_h = 1 - p_h = 0.5$)

สรุป

$$N \sum_{h=1}^L N_h p_h q_h = 201.5$$

ตารางที่ 2 แสดงการแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์ มีหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 806 คน			
	ภาคกลางและ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคตะวันออก เหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
จำนวนประชากรแต่ละภาค	286 คน	229 คน	159 คน	132 คน
จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละภาค (จากขนาดกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด 309 คน)	$\frac{286}{806} \times 309$ ≈ 109	$\frac{229}{806} \times 309$ ≈ 88	$\frac{159}{806} \times 309$ ≈ 61	$\frac{132}{806} \times 309$ ≈ 51

หมายเหตุ จำนวนได้จากสูตร

$$n_h = \frac{N_h n}{N}$$

- N = ขนาดของประชากรที่ใช้ในการวิจัย
 N_h = ขนาดประชากรของแต่ละชั้น
 n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 n_h = ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละชั้น

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อสมมุติของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

การทดสอบข้อสมมุติของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

การทดสอบข้อสมมุติของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณมีดังนี้

1. ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ที่ไม่ความสัมพันธ์ต่อกัน (no multicollinearity)

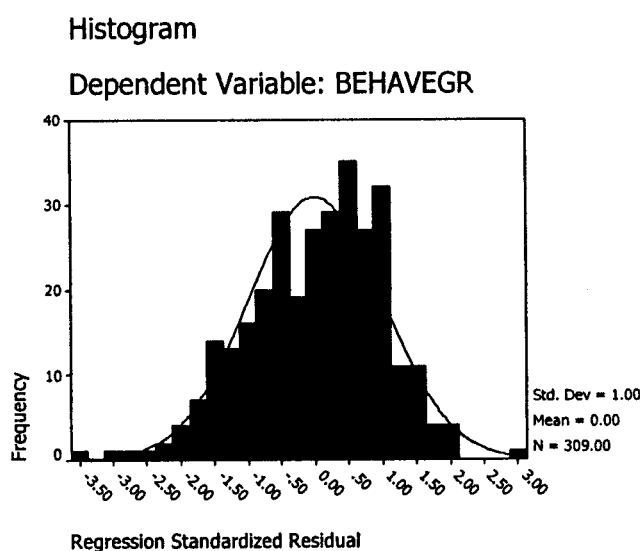
1.1 ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรต้นทั้ง 2 ตัว คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และทักษะการติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน่วยวัดเป็นช่วง มาตราจึงเป็นไปตามข้อสมมุติ

1.2 ตัวแปรต้นแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันหรือเป็นอิสระต่อกัน ตรวจสอบได้จากค่า variance inflation factor (VIF) ของตัวแปรต้นทั้งสองตัวแปร ซึ่งมีค่าเท่ากัน คือ 1,975 แสดงว่า ค่า VIF ของตัวแปรต้นไม่เกิน 10 จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

2. ตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีการแจกแจงแบบปรกติ มีค่าความแปรปรวนคงที่ (homocedasticity)

2.1 ตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ คือ พฤติกรรมบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน่วยวัดเป็นช่วงมาตราจึงเป็นไปตามข้อสมมุติ

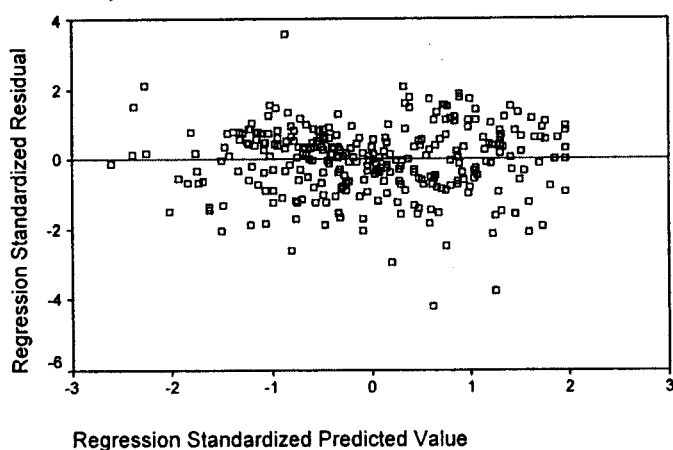
2.2 ตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบปรกติ ตรวจสอบโดยการทดสอบการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน (residual) ซึ่งต้องมีการแจกแจงแบบปรกติด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ ค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายแบบปรกติดังแสดงในภาพ ดังนั้นตัวแปรตามจึงมีการแจกแจงปกติ



2.3 ตัวแปรตามมีค่าความแปรปรวนคงที่ (homocedasticity) ค่าความแปรปรวนประชากรของตัวแปรตามในทุกๆ ค่ารวมของตัวแปรต้นต้องไม่มีความแตกต่างกัน และค่าความแปรปรวนประชากรของค่าความคลาดเคลื่อนในทุกๆค่ารวมของตัวแปรต้นก็ต้องไม่มีความแตกต่างกันเช่นเดียวกัน ซึ่งตรวจสอบได้โดยการพล็อต กราฟค่าความคลาดเคลื่อนกับค่าทำนายของตัวแปรตาม ถ้าการกระจายของจุดอยู่รอบแนวที่ค่าความคลาดเคลื่อนเป็น 0 แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนไม่มีความแตกต่างกัน ในการศึกษารั้งนี้ ได้พล็อตกราฟ ค่าความคลาดเคลื่อนกับค่าทำนายของตัวแปรตามแล้ว พบว่า จุดกระจายอยู่รอบแนวที่ค่าความคลาดเคลื่อนเป็น 0 (ไม่มีแนวโน้มเป็นรูปสามเหลี่ยมเหมือนปากแตรหรือสามเหลี่ยม 2 รูปชนกัน) แสดงว่า ตัวแปรตามมีค่าความแปรปรวนของประชากรคงที่

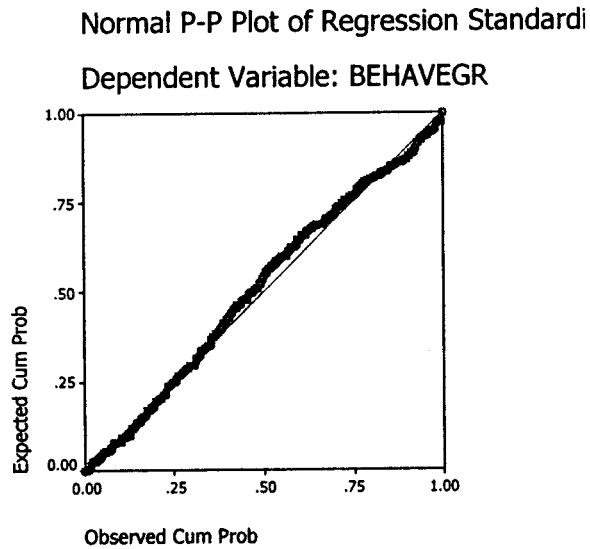
Scatterplot

Dependent Variable: BEHAV



3. ตัวแปรความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ที่มีค่าเฉลี่ยเป็นศูนย์ และค่าความคลาดเคลื่อน แต่ละค่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน (no autocorrelation)

3.1 ตัวแปรความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ตรวจสอบโดยการสร้างกราฟ normal probability plot (normal P-P plot) ของค่าความคลาดเคลื่อนที่ปรับเข้ามาตรฐานแล้ว ซึ่งแนวจุดต้องกระจายรอบเส้นทแยงมุมอย่างไม่มีรูปแบบชัดเจน ในการศึกษารั้งนี้ พบว่า การกระจายของจุดอยู่รอบเส้นทแยงมุม โดยไม่มีรูปแบบชัดเจน แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีลักษณะการแจกแจงแบบปกติ



3.2 ตัวแปรความคลาดเคลื่อนมีค่าเฉลี่ยเป็นศูนย์ ในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาจากตาราง Residuals Statistics พบว่า ค่า Residual มีค่าเฉลี่ย (mean) = .000 แสดงว่าค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็น 0 ซึ่งเป็นไปตามข้อสมมุติ

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1.99	3.78	3.01	.395	309
Residual	-1.52	1.30	.00	.445	309
Std. Predicted Value	-2.586	1.959	.000	1.000	309
Std. Residual	-3.409	2.911	.000	.997	309

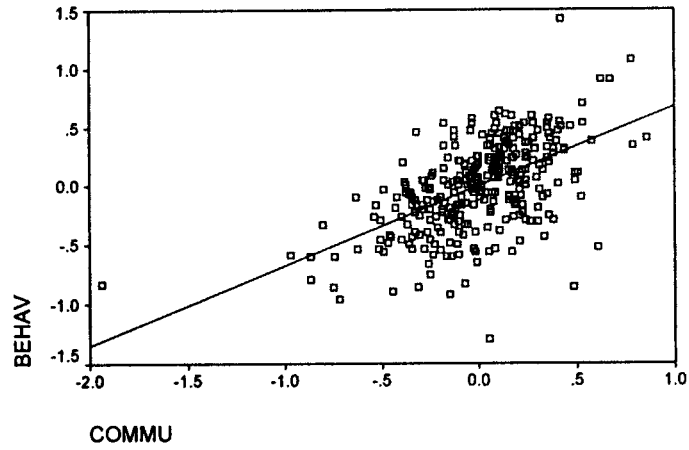
a. Dependent Variable: BEHAVEGR

3.3 ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน (no autocorrelation) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่า Durbin – Watson (D) = 2.017 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนของข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน

4. ตัวแบบการถดถอยพหุคูณมีความสอดคล้องกับการกระจายของข้อมูล (no lack of fit) สมการถดถอยเป็นตัวแทนการกระจายของข้อมูลได้ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้พล็อตกราฟระหว่างเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารกับพฤติกรรมบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง ดังแสดงในภาพ ต่อไปนี้

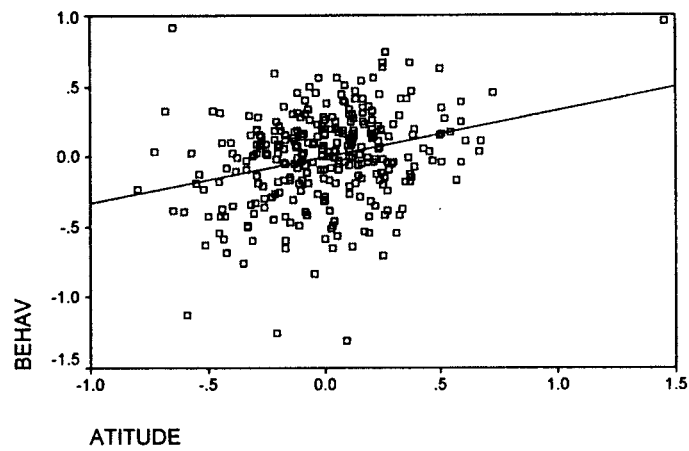
Partial Regression Plot

Dependent Variable: BEHAV



Partial Regression Plot

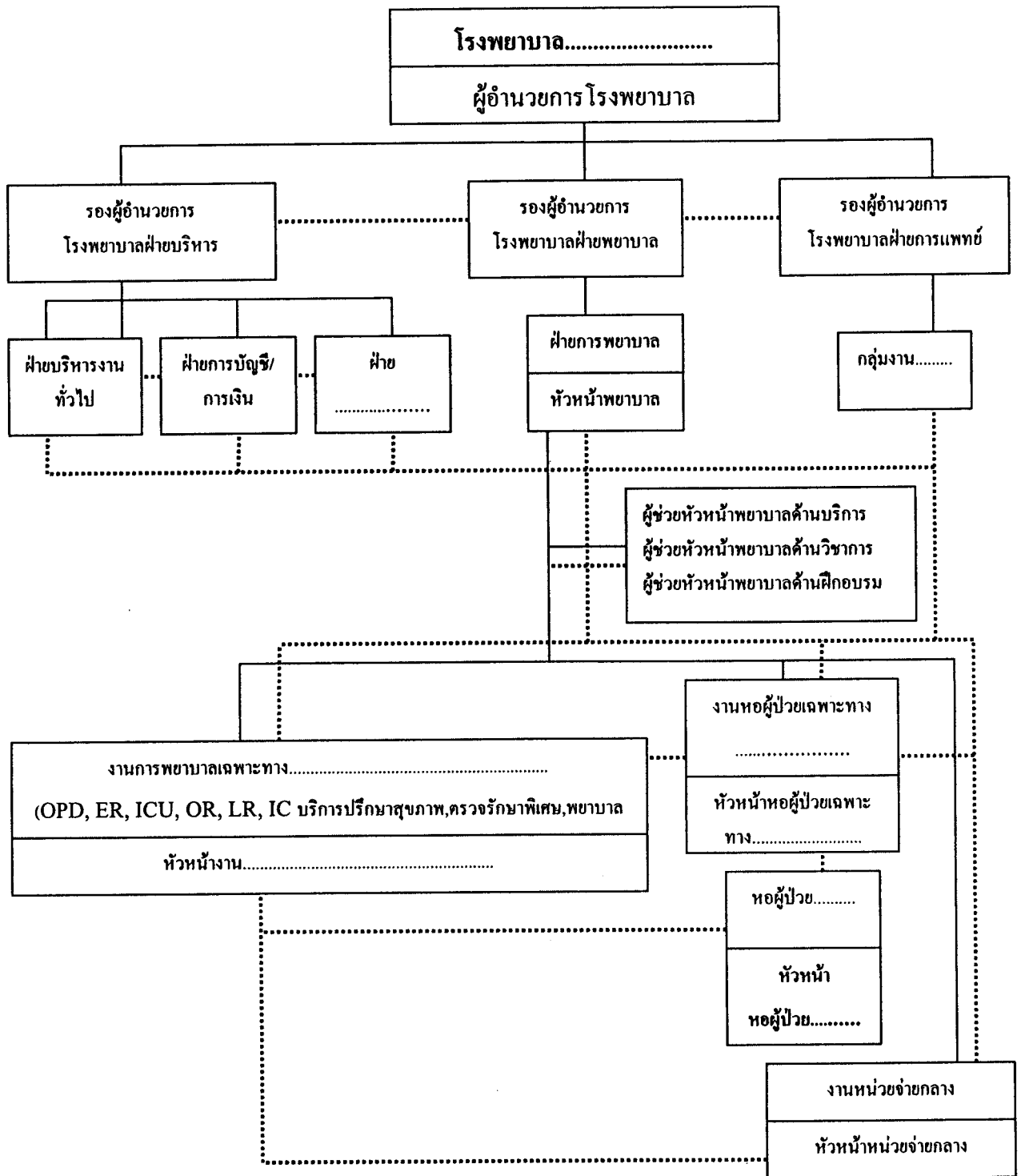
Dependent Variable: BEHAV



จากการทดสอบข้อสมมุติของการถดถอยพหุคูณดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้ เนื่องจากมีลักษณะเป็นไปตามข้อสมมุติทั้งหมด

ภาคผนวก จ

**แผนภาพที่ 1 โครงสร้างการบริหารงานภายใน ด้านการพยาบาล
ของโรงพยาบาลศูนย์**



หมายเหตุ ____ สายบังคับบัญชาโดยตรง

..... สายที่ได้รับมอบหมายให้บังคับบัญชาหรือประสานงาน โครงสร้างในปัจจุบัน

แผนภาพที่ 1 โครงสร้างการบริหารงานภายในด้านการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์

ที่มา: นุปผา อินธิมณฑล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางกันขารัตน์ ม้าวิไล
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 18 เดือนตุลาคม พ.ศ.2508
สถานที่เกิด	อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2534
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม