

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โครงการศึกษาแนวทางการจัดการความเสี่ยงต่อความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดจากเอกสาร วารสาร หนังสือ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดการความเสี่ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. กลุ่มอาการนิวโรเลปติก (NMS) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 1.2 ความหมายของกลุ่มอาการนิวโรเลปติก
  - 1.3 ลักษณะอาการของกลุ่มอาการนิวโรเลปติก
  - 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก
  - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก
2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติก
  - 2.1 ความหมายของความสามารถ
  - 2.2 ความหมายของการตัดสินใจ
  - 2.3 ความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติก
  - 2.4 การวัดความสามารถในการตัดสินใจ
3. การใช้แนวทางการจัดการความเสี่ยง
  - 3.1 แนวคิดการจัดการความเสี่ยง
  - 3.2 บทบาทของพยาบาลในการจัดการความเสี่ยง
  - 3.3 การพัฒนาแนวทางการจัดการความเสี่ยง
  - 3.4 การใช้แนวทางการจัดการความเสี่ยง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1 กลุ่มอาการนิวโรเล็พติก (NMS) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

### 1.1. ความหมายของผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### 1.1.1 ความหมาย

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่รู้จักกันมานาน และพบได้ในทุกประเทศทั่วโลก แม้ว่าประชาชนทั่วไปจะรู้จักผู้ป่วยโรคนี้เพียงลักษณะของคนเสียดสี แต่โรคจิตเภทก็มีผลกระทบต่อบุคคลที่เจ็บป่วย และบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท พอสรุปได้ดังนี้

Fox & Kane (1996) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ตามความหมายของ ICD-10 ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือที่ (blunted) สติสัมปชัญญะและเขว้ปัญญา มักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (cognitive) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 )

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า โรคจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบ อาการด้านบวก เช่น เอะอะไวววย พุดมาก และในระยะหลังส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น ซึมเฉย แยกตัว ไม่พูด ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา

อ้าไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenic patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์ แสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้ แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมดกดยและมีพฤติกรรมแปลกๆ

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีลักษณะอาการทั้งด้านบวกและด้านลบ อาการด้านบวก เช่น หลงผิด เอะอะ โวยวาย พุดมาก และในระยะหลังส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น ซึม เฉย แยกตัว ไม่พูด โดยพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และพบทั้งในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีอัตราการป่วยซ้ำสูง

### 1.1.2 อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท

อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อาการกำเริบจะเป็นอาการด้านบวก เช่น เอะอะ โวยวาย พุดมาก และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น ซึม เฉย แยกตัว ไม่พูด ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา โดยมีรายละเอียดอาการดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของความคิดทั้งด้านเนื้อหา และความคิดขาดความเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการแสดงที่เด่นชัดคือ ความคิดหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอน (hallucination) พุดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพุดเร็ว (disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆ อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด สกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติ หรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดิวนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (catatonic schizophrenia or waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม (inappropriate affect) หรือมีอารมณ์เฉยเมย (blunt หรือ flattening) สีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง พุดน้อยหรือไม่พุด ขาดความสนใจ ทำกิจกรรมทุกชนิด

### 1.1.3 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกายเป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้

ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น

ในสมัยก่อนผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นโรคจิตเภทนี้ มักได้รับการคาดหมายว่าจะต้องเกิดอาการแบบเรื้อรัง และนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ (deterioration) แต่หลังจากค้นพบวิธีการรักษาทั้งด้วยวิธีการทางกายภาพและยารักษาโรคจิต การดำเนินโรคเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นมาก การใช้ยาเป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นที่สุดใน Active phase สามารถรักษาอาการที่สำคัญของผู้ป่วย เช่น ประสาทหลอน หลงผิด โดยกลไกการออกฤทธิ์เชื่อว่าไปยับยั้ง postsynaptic dopamine receptors ในสมองได้ ยารักษาโรคจิตมีทั้งยาในกลุ่มดั้งเดิม เช่น Chlorpromazine , Haloperidol และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Clozapine แม้ว่ายารักษาโรคจิต จะมีการพัฒนาไปมาก แต่ก็ยังไม่ถึงระดับที่น่าพอใจ ยาหลายตัวจะมีผลข้างเคียง (side effects) หรือฤทธิ์อันไม่พึงประสงค์ (adverse effect) เช่น extrapyramidal, anticholinergic การเคลื่อนไหวผิดปกติ ความดันโลหิตลดลง และง่วงนอน (sedative) แต่ยังมีผลข้างเคียงอีกชนิดหนึ่งที่พบไม่บ่อย แต่มีอาการรุนแรงคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยได้ คือ กลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก (Neuroleptic malignant syndrome)

## 1.2 ความหมายของกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก

มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2546) ได้ให้ความหมาย ของกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก คือ กลุ่มอาการที่มีกล้ามเนื้อแข็งเกร็งอย่างรุนแรงติดต่อกันเป็นเวลานาน มี autonomic nervous system ล้มเหลว ได้แก่ ชีพจรเร็วหรือช้า มีไข้สูง ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง และมี conscious เลวลง

มานิต ศรีสุรภานนท์ (2545) ให้ความหมายของกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้ออย่างมาก ร่วมไปกับอาการไข้สูง ระบบประสาทอัตโนมัติไม่คงที่ (autonomic instability) เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น (WBC มากกว่า  $15,000/\text{mm}^3$ ) ระดับของ creatinine phosphokinase (CPK) เพิ่มขึ้น (มากกว่า 300 U/ml) และมีอาการสั่น

สมพร บุษราทิจ และสุนันทา ฉันทรุจิกพงศ์ (2544) ให้ความหมายของกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไข้สูง อาการเอ็กตราพिरามิดอล (extrapyramidal signs) ระบบประสาทอัตโนมัติแปรปรวน (autonomic dysfunction)

สมภพ เรืองตระกูล (2546) ให้ความหมายของกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก คือ ผลข้างเคียงทางระบบประสาทที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและยาที่ฤทธิ์ต้าน dopamine receptor antagonist ซึ่งเกิดจากการใช้ยารับประทานและยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

จากความหมายและคำจำกัดความของกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก สรุปได้ว่า กลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก คือ ผลข้างเคียงทางระบบประสาท ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต (neuroleptics) และเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ต้าน dopamine receptor antagonist ซึ่งเกิดได้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยารับประทาน และยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อบ่อยๆ อาการที่พบ คือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ระบบประสาทอัตโนมัติไม่คงที่ ชีพจรเร็วหรือช้า ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น และระดับของ creatinine phosphokinase (CPK) เพิ่มขึ้น

อุบัติการณ์ Delay และ Deniker ได้รายงานในปี ค.ศ. 1968 ว่า พบกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ร้อยละ 0.02 – 2.44 ตัวเลขที่ได้จากรายงานในระยะต่อมาพบอุบัติการณ์ 1 : 500 – 1,000 ความแตกต่างในอุบัติการณ์เกิดจากเกณฑ์ในการวินิจฉัย และการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ช่วยลดอุบัติการณ์ของโรค (สมพร บุขราทิจ , สุนันทา ฉันทรุจิกพงค์, 2544 : 55)

ยารักษาโรคจิตรุ่นใหม่ (newer antipsychotics) ทำให้เกิดโรคนี้นี้ได้แต่ยังไม่ทราบแน่ชัดว่ามีมากเพียงใด และคนที่เคยเป็นมาก่อนมีโอกาasเป็นอีก 1 ใน 3

จากการศึกษา Neuroleptic malignant syndrome ย้อนหลัง 5 ปี (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2542) พบว่า ปัจจัยชักนำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก คือ อาการกระวนกระวาย , ภาวะขาดน้ำ , การฉีดยารักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์นาน และการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อบ่อยๆ ดังนั้นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกได้ คือ

- 1) ผู้ชายเป็นมากกว่าผู้หญิง
- 2) ภาวะขาดน้ำ (dehydration)
- 3) ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิต (neuroleptics) เป็นครั้งแรก
- 4) ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ (mood disorder) กลุ่มอาการทางสมอง (organic brain syndrome)
- 5) โรคจิตเภทที่มีอาการ catatonia หรือมีแนวโน้มจะเป็นชนิดรุนแรง (fluminating form) คือ กระวนกระวาย
- 6) ผู้ป่วยที่เคยเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกมาก่อน
- 7) ผู้ป่วยที่หยุดยาทันที เปลี่ยนยา เพิ่มขนาดยา หรือเพิ่มยาอีกตัวหนึ่งเข้าไป
- 8) ใช้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อบ่อยๆ หรือใช้ยาฉีดที่ออกฤทธิ์นาน
- 9) สิ่งแวดล้อม สภาพอากาศร้อน อากาศถ่ายเทไม่สะดวก

### 1.3 ลักษณะอาการของกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก

ผู้ป่วยส่วนมากเริ่มมีอาการทีละน้อยค่อยๆ เป็นค่อยไปใช้เวลาหลายวัน กว่าที่จะเห็นอาการชัดเจน แต่มีบางรายเกิดขึ้นใน 2 – 3 ชั่วโมง อาการเริ่มแรกที่พบ คือ

- 1) สภาพเปลี่ยนแปลงอย่างไม่ทันคาดคิด เช่น เกิดอาการ catatonia ซึมเฉย
- 2) ซึพจรเร็ว หายใจหอบ เหงื่อออก น้ำลายไหล พุคไม่ชัด กลืนไม่ได้
- 3) อาการเอ็กตราพिरามิดอล (extrapyramidal symptoms) ที่คือต่อยาฉีดโคเจนติน (cogentin) แล้วไม่ได้ผล

- 4) เอ็นซัยม์ครีเอทีนีนฟอสโฟโคเนสสูง (CPK elevation)

ผู้ป่วยมีอาการแรกเริ่มดังกล่าวนี้ ไม่ได้เกิดเป็นโรคนี้ทุกคน บางคนอาการหายไปเพียงเท่านั้น บางคนจะมีอาการรุนแรงชัดเจนขึ้น กล่าวคือ มีอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง แข็งเหมือนท่อตะกั่ว (lead pipe rigidity) ไข้สูง (hyperthermia) ซึม เมื่อวินิจฉัยได้ว่าเป็นกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก แล้วหยุดยาที่ผู้ป่วยใช้รับประทานทันที ผู้ป่วยจะหายในเวลา 7 – 10 วัน ถ้าผู้ป่วยได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์นาน (depot form) หายช้ากว่า 2 – 3 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน (complications) และมีการตายมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้รับประทาน บางรายเกิดอาการ catatonia ยาวนาน (prolonged catatonia) เป็นเดือน กรณีเช่นนี้ควรรักษาด้วย ECT

อัตราการตาย (mortality rate) ประมาณ ร้อยละ 10 ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง และสภาพจิตเปลี่ยนแปลง (สมพร บุษราทิจ , สุนันทา ฉันทรุจิกพงค์, 2544 : 57) การเสียชีวิตอาจเกิดจาก

- 1) หัวใจหยุดกะทันหัน (sudden cardiac arrest)
- 2) การอุดตันของหลอดเลือดในปอด (pulmonary emboli)
- 3) ดีไอซี (DIC= disseminated intravascular coagulation)
- 4) ไตวาย (renal failure)
- 5) ปอดบวม (pneumonia)

การพยากรณ์โรคไม่ดีสำหรับในรายที่เป็นผู้สูงอายุ มีไข้สูงมาก ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาฉีดที่ออกฤทธิ์นาน (depot medication) หรือมีโรคทางสมองอยู่ก่อนแล้ว หรือมีอาการโคม่าขณะที่เป็นโรคนี้

การวินิจฉัย (Diagnosis) เป็นการวินิจฉัยตามอาการ (สมพร บุษราทิจ , สุนันทา ฉันทรุจิกพงค์, 2544 : 58) ดังนี้

- 1) ได้รับยารักษาโรคจิต (neuroleptic) ภายใน 7 วันแรกที่เกิดอาการ

- 2) ใช้สูงมาก 104 – 105 ฟาเรนไฮต์ หรือ 40 องศาเซลเซียส
- 3) เหงื่อออกมาก
- 4) กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (lead pipe rigidity)
- 5) cogwheeling และมีอาการสั่น (marked tremors)
- 6) สภาพจิตแปรปรวนหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น กระวนกระวาย หรือซึ่มลงการรู้สึกตัวจะเฉยเมย (alert but dazed mutism) ซึ่มคล้ายคาทาโทเนีย (stupor resembling catatonia) อาจโคม่าได้
- 7) ชีพจรเร็วมาก ความดันโลหิตผิดปกติ
- 8) อาการกลั้นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่อยู่ (incontinence)
- 9) ซีพีเค (CPK elevation) สูงมากกว่า 300 U/ml
- 10) เม็ดเลือดขาวในร่างกายสูงมากกว่าปกติ
- 11) การสลายของกล้ามเนื้อ (rhabdomyolysis) และไตวายจาก myoglobinuric renal failure

#### การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis)

กลุ่มอาการนิวโรเลปติก ต้องประเมินและวินิจฉัยแยกจากโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ คือ (สมพร บุษราทิจ , สุন্নทนา ฉันทรุจิกพงศ์, 2544 : 59)

- 1) อาการ catatonia หรืออาการ parkinsonian symptoms จากยา กรณีนี้ไม่มีใช้สภาพจิตไม่เปลี่ยน
- 2) การติดเชื้อ (Infection) ผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อ ส่วนมากไข้ไม่สูงมากถึง 104 – 105 องศาฟาเรนไฮต์ ไม่มีอาการ catatonia อาการพาร์กินสัน (parkinsonian symptoms) และสภาพจิตไม่เปลี่ยน
- 3) มีรายงานผู้ป่วยกินยาฆ่าเห็บ (basagran) เพื่อฆ่าตัวตายเกิดอาการคล้ายกลุ่มอาการนิวโรเลปติก คือ ไข้สูง เหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง หัวใจเต้นเร็ว ซึ่ม เม็ดเลือดขาวสูง (leukocytosis) กล้ามเนื้อสลาย (rhabdomyolysis) เกิดการทำลายที่ตับและไต (hepatorenal damage) กรณีอย่างนี้ มีประวัติกินยาฆ่าเห็บช่วยแยกโรค

## 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก

### การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปฏิบัติตามแนวทางในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติกรพยาบาล ที่ต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้แสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความไว้วางใจผู้อื่น และมีความเชื่อมั่นในตนเอง ขอมรับปัญหาของตนเอง รู้จักเผชิญปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม พร้อมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ และส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู (recover or healing) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (disease prevention) และการป้องกันสุขภาพ (health protection)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก (ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, 2541 : 137)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากการให้การดูแลช่วยเหลือตามอาการและพยาธิสภาพของโรคแล้ว ยังต้องคำนึงถึงเรื่องการดูแลด้านผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความสุขสบาย โดยเฉพาะการเกิดผลข้างเคียงทางระบบประสาท ที่เรียกว่า กลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก จึงต้องมีแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก นอกจากการปฏิบัติกรพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล(ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, 2541 : 137) จำเป็นต้องมี



การเฝ้าระวังหรือป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความเสี่ยงของอนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543) ใน 4 ขั้นตอน มาประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก ดังนี้

#### **การค้นหาค่าความเสี่ยง (Risk Identification)**

การค้นหาค่าความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพราะการจัดการความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย เราอาจค้นหาค่าความเสี่ยงได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา คำร้องเรียนของผู้ป่วย อาจจะเรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น เป็นการเรียนรู้ในกลุ่มวิชาชีพ วิธีการที่ซับซ้อนน้อยที่สุดคือการเฝ้าระวังและมีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อให้เกิดการประสานงานและการตอบสนองอย่างเหมาะสม ซึ่งรายงานอุบัติการณ์ใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการค้นหาค่าความเสี่ยง การเขียนรายงานอุบัติการณ์ ควรเขียนทันทีเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น และอธิบายให้เห็นถึงข้อเท็จจริง

#### **การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)**

การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือการตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด บ่อยเท่าใด รุนแรงหรือก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดความเสี่ยงมาก มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง การมีคำตอบเหล่านี้ทำให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ทุ่มบทความพยายามกับการป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียมหาศาลมากกว่าความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแต่มีความสูญเสียน้อย ซึ่งในขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงต้องสรุปได้ว่า อะไรคือความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการแก้ไข และกำหนดแนวทางป้องกันโดยเร็ว หรือเป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง

#### **การจัดการกับความเสี่ยง (Action to manage Risk)**

การจัดการกับความเสี่ยงมีกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ การควบคุมความเสี่ยงที่เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงที่รุนแรง หรือหลีกเลี่ยงโดยไม่ทำกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดความสูญเสีย หรือการถ่ายโอนความเสี่ยง ไปยังหน่วยงานอื่น และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย หรือการป้องกันความเสี่ยง เช่น การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน หรือการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติทั้งโรงพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง ในขั้นตอนนี้ ทีมผู้บริหารระดับสูงมีโอกาสที่จะทบทวนการเผชิญกับความเสี่ยงที่รุนแรง และพิจารณาว่าวิธีการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย วิธีใดจะเหมาะสมที่สุดสำหรับความเสี่ยง แต่ละเรื่อง กลยุทธ์ที่ใช้ อาจจะเป็นกลยุทธ์เฉพาะสำหรับความเสี่ยงแต่ละเรื่อง หรืออาจจะเป็นกลยุทธ์กว้างๆ ที่ใช้กับความเสี่ยงทั่วไป ซึ่งวิธีหลังนี้จะมีค่าใช้จ่ายต่ำและมีโอกาสเกิดความล้มเหลวสูง เช่น การเข้มงวดกับการประเมินผลิตภัณฑ์ใหม่ที่จะใช้ในโรงพยาบาล

### การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลในที่นี้ไม่ได้หมายถึง การทบทวนประสิทธิภาพขององค์กรว่ายุทธศาสตร์ที่ใช้อยู่ได้ผลดีหรือไม่ หรือการติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน การทบทวนเหตุการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงนี้ควรมีขึ้นอย่างน้อยปีละครั้ง ด้วยการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของเกราะกำบังที่เลือกใช้ป้องกัน

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องสามารถประเมินสภาพอากาศของผู้ป่วย และสามารถเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ โดยใช้แนวคิดการจัดการความเสี่ยงร่วมกับกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1) การค้นหาความเสี่ยง วิชาชีพพยาบาลนั้นจุดเน้นที่สำคัญคือ การมีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ และคำนึงถึงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยสบายและปลอดภัย ไม่มีข้อผิดพลาดหรือเกิดความเสี่ยงในด้านต่างๆ ที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญประการหนึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพแนวคิดในการจัดการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยง ได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐานการค้นหาความเสี่ยง พยาบาลควรตระหนักตลอดเวลาว่า กลุ่มอาการนิวโรเลปติก เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตทุกคน โดยไม่จำกัดเวลา ดังนั้นต้องมีการเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการนี้กับผู้ป่วย โดยศึกษาข้อมูล หรือค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาโรคจิตครั้งแรก หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาโรคจิตในขนาดสูง และได้รับยาเป็นเวลานาน รวมทั้งการได้รับยาผิดเข่ากลืนเนื้อบ่อยๆ

2) การประเมินความเสี่ยง พยาบาลจะต้องประเมินอาการและโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง เช่น มีไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เกิดภาวะขาดน้ำ ร่างกายอ่อนเพลีย สภาพอากาศร้อน สถานที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก รู้จักสังเกต ประเมินพฤติกรรมและอาการที่อาจไม่ใช่อาการทางจิต แต่เป็นอาการเริ่มต้นของกลุ่มอาการนิวโรเลปติก เช่น ซึม เศษ ไม่พูด ไม่รับประทานอาหาร กลืนลำบาก

3) การจัดการความเสี่ยง โดยปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ใช้กระบวนการพยาบาล คือ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย สืบหาปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วย และวินิจฉัยปัญหา เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล หาแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่จะป้องกัน หรือลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย และให้การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารที่เพียงพอ เช็ดตัวลดไข้ บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

4) การประเมินผล มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ และทบทวนการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยง หลังจากให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งติดตามการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก (ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, 2541 : 137)

เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต และเกิดผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ โดยเฉพาะการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก พยาบาลควรมีแนวทางการจัดการหรือสามารถตัดสินใจ ปฏิบัติการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง ดังนี้

- 1) สังเกตรายละเอียดของอาการ เพื่อประเมินการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก และรีบ รายงานให้แพทย์ทราบทันที เพื่อหยุดการให้ยารักษาโรคจิตไว้ก่อน
- 2) บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
- 3) ลดไข้ ด้วยความเย็น อาจใช้ Cold pack, Hypothermia หรือ น้ำเย็น
- 4) วักระดับการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ และระดับสติสัมปชัญญะ
- 5) ในรายที่ไม่สามารถอ้าปากหรือกลืนลำบาก ควรให้อาหารและน้ำทางสายยาง และ ให้นำเกลือตามคำแนะนำของแพทย์ จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถอ้าปากหรือกลืนได้ จึงให้รับประทาน อาหารทางปาก
- 6) บันทึกน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย (Intake and output)
- 7) ช่วยการหายใจ ในรายที่มีภาวะพร่องออกซิเจน
- 8) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก
- 9) ดูแลป้องกันแผลกดทับ และโรคปอดบวม ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้
- 10) Total nursing care ในระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และ Partial nursing care เมื่อระดับการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง
- 11) ติดตามผลการตรวจทางห้องทดลอง โดยเฉพาะค่า CBC และ CPK ควรจะลดลง ตามลำดับ
- 12) ฟื้นฟูสภาพทางกายอย่างง่ายๆ ด้วยการทำให้ passive exercise หรือ active exercise ตามสภาพผู้ป่วย
- 13) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Parlodel ตามการรักษาของแพทย์ เพื่อแก้ไขกลุ่มอาการ นิวโรเล็ปติก

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก พยาบาลต้องมีความสามารถในการตัดสินใจที่ดี โดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ตั้งแต่การสังเกตอาการ การ ประเมินและวินิจฉัยทางการแพทย์ รวมทั้งปฏิบัติการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

## 2 แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก

### 2.1 ความหมายของความสามารถ

Hornby (1974) กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึง สิ่งที่มีอยู่ หรือ อำนาจในการใช้ความรู้สติปัญญา ความเฉลียวฉลาดทั้งทางร่างกายและจิตใจที่กระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

สมยศ นาวิการ (2531) กล่าวว่า ความสามารถเป็นคุณลักษณะของบุคคลเป็นเรื่องคุณภาพในการปฏิบัติงาน ความสามารถหลายอย่าง อาจเรียนรู้ได้ในระหว่าง วัยเด็ก วัยรุ่น และอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์

อุทัย หิรัญโต (2531) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการปฏิบัติงาน เป็นการทำงานที่ให้ผลสำเร็จ หรือทำงานอย่างมีประสิทธิภาพกว่าคนอื่น ๆ ที่มีโอกาสเท่ากัน หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมเหมือนกัน

Schneider (1979) ได้ให้ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติงานว่า หมายถึง สมรรถภาพของการปฏิบัติงานกิจกรรม ด้วยการตั้งความปรารถนาต่อผลลัพธ์ด้วยการกระทำอย่างคล่องแคล่ว

Thomas, (1995 ) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติงาน หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้ภาระหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จ

สรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติงาน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จ โดยอยู่บนพื้นฐานความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการเรียนรู้ของบุคคลซึ่งอยู่ในภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม

### 2.2 ความหมายของการตัดสินใจ

การตัดสินใจเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของพยาบาลทุกคนซึ่งมีทักษะเพราะการตัดสินใจที่ดี ย่อมแสดงถึงความสามารถในการทำงานให้ลุล่วงไปด้วยดี ทำให้เกิดการยอมรับจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง และการพยายามมักเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์โดยตรง การที่จะตัดสินใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตในบางสถานการณ์ ทักษะในการตัดสินใจจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาล

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2533) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นรูปแบบการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การพิจารณาปัญหา การพิจารณาทางเลือกต่างๆ การตัดสินใจเลือก การนำทางเลือกที่ตัดสินใจไปปฏิบัติ และติดตามประเมินผล การตัดสินใจจึงเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเลือกทางปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุด

สมิต อาบสุวรรณ (2539) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการคิด การพิจารณาไตร่ตรอง ด้วยเหตุผล อย่างรอบคอบ เกี่ยวกับสภาพการณ์หรือเรื่องราวที่ปรากฏ ที่เกิดจากวิจารณ์ญาณของตนเองมาเป็นเหตุผลประกอบการพิจารณาในการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด จากทางเลือกหลายทาง เพื่อนำไปสู่การบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้

ปรารักษ์ทิพย์ อุจจะรัตน์ (2541) กล่าวว่า การตัดสินใจ เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการคิด การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีระบบระเบียบ เพื่อการเลือกวิธีการปฏิบัติจากหลายทางเลือกที่คิดค้นไว้ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

Gillies (1994) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการเลือกทางเลือกที่ปรารถนาจากหลายทางเลือกโดยมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ

LeFevre (1995) กล่าวว่า การตัดสินใจ เป็นการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ ในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก การตัดสินใจทางการพยาบาลต้องคิดด้วยความรอบคอบ ตั้งใจ อยู่บนพื้นฐานของหลักการและระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ประกอบกับต้องมีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดี

Swansburg (1995) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกทางเลือก จากทางเลือกต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามทางเลือกนั้น

จากความหมายของการตัดสินใจข้างต้น สรุปได้ว่า การตัดสินใจ เป็นกระบวนการที่บุคคลคิดพิจารณา โดยใช้วิธีทางวิทยาศาสตร์ เพื่อแก้ปัญหาโดยเลือกทางปฏิบัติจากหลายๆทางเลือก โดยมีขั้นตอน ได้แก่ การพิจารณาปัญหา การพิจารณาทางเลือกต่างๆ การตัดสินใจเลือก การนำทางเลือกที่ตัดสินใจแล้ว ไปปฏิบัติ และการประเมินผล การแก้ปัญหาและการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กันมาก การตัดสินใจจะถูกใช้ภายในกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งขั้นตอนในการเลือกวิธีการที่เหมาะสมจากวิธีการหลายๆวิธี ถือได้ว่าเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการตัดสินใจ (Clark and Concuitt, 1997 : 102 อ้างถึงใน ปรารักษ์ทิพย์ อุจจะรัตน์ 2541 : 97)

### กระบวนการตัดสินใจ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538 : 127) ได้กล่าวว่า ขั้นตอนของการตัดสินใจ ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ

- 1) กำหนดจุดมุ่งหมายและให้ลำดับความสำคัญ
- 2) รับรู้ปัญหา
- 3) บ่งชี้ปัญหาให้ชัดเจน
- 4) สร้างเกณฑ์ในการตัดสินใจหรือเลือกทางเลือก
- 5) แสวงหาแนวทางในการปฏิบัติ
- 6) พิจารณาผลดี ผลเสีย ของทางเลือกและผลที่จะเกิดขึ้นตามมา

- 7) ตัดสินใจเลือกข้อปฏิบัติที่ดีที่สุด
- 8) คำนึงถึงข้อมูลผูกพันที่จะเกิดขึ้นจากทางเลือกที่ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ
- 9) นำทางเลือกที่ดีที่สุด ไปปฏิบัติ
- 10) ประเมินผลการปฏิบัติ

พิชญารณ มุทสิลปี (2540 :2) กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

- 1) สถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหา
- 2) กำหนดทางเลือก
- 3) เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด
- 4) ประเมินทางเลือก
- 5) วางแผนการปฏิบัติตามทางเลือกที่เลือกได้
- 6) ลงมือปฏิบัติตามทางเลือก
- 7) ประเมินผล

Jones and Beck (1996) Swansburg (1995) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจไว้ 5 ขั้นตอน

คือ

- 1) การระบุปัญหา
- 2) การพิจารณาค้นหาทางเลือก
- 3) จัดเรียงทางเลือก และดำเนินการเลือก
- 4) ปฏิบัติตามทางเลือกให้ทันกับเวลาที่กำหนด
- 5) ประเมินผล

Dunn (1998:26-31) ได้กำหนดกระบวนการตัดสินใจได้เป็น 5 ขั้นตอน คือ

- 1) การระบุปัญหา
- 2) การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา
- 3) การพิจารณาและพัฒนาทางเลือก
- 4) ประเมินทางเลือกและเลือกในสิ่งที่ดีที่สุด
- 5) ปฏิบัติตามทางเลือกและติดตามประเมินผล

จากกรอบแนวคิดและกระบวนการตัดสินใจ ที่ได้เสนอไปแล้ว ผู้จัดทำโครงการได้นำแนวคิดของ Dunn (1998) Jones and Beck (1996) : Swansburg (1995) ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน และการนำไปใช้ในการศึกษาความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล (สมศรี สัจจะสุกรัตน์ ,2537) ได้นำมาสรุปในเป็นกระบวนการ ตัดสินใจ 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การรวบรวมข้อมูลต่างๆเพื่อค้นหาปัญหา
- 2) การวินิจฉัยและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาหรือสถานการณ์
- 3) การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ เพื่อพิจารณาเปรียบเทียบ ผลดี ผลเสีย ของแต่ละทางเลือก และหาทางเลือกที่ดีที่สุด
- 4) ความสามารถในการตัดสินใจและการปฏิบัติประเมิณ

### 2.3 ความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก

การพยาบาลเป็นวิชาชีพทางการปฏิบัติที่มีความหมาย และเป็นความต้องการของบุคคลที่สามารถระบุและแสดงศักยภาพของการใช้บริการทางสุขภาพแก่ผู้รับบริการในการให้การพยาบาล พยาบาลจะเริ่มด้วยการประเมิน ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา สามารถระบุถึงวิธีการ การแก้ปัญหาหรือตัดสินใจทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ เมื่อใดก็ตามที่พยาบาลมีการตัดสินใจแก้ปัญหาที่ดี ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ ดังนั้นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ควรได้รับการพัฒนาให้เกิดขึ้นในตัวพยาบาลทุกคน

ความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ได้ใช้กรอบแนวคิดของ Dunn (1998), Jones and Beck (1996), Swansburg (1995) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้จัดทำโครงการได้นำมาสรุปเป็นขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยความรู้ เพื่อบ่งชี้ว่า ในสถานการณ์นั้น มีข้อมูลอะไรที่เกี่ยวกับปัญหาบ้าง เช่น ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด และสภาพแวดล้อม เป็นอย่างไร อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นอย่างไร โดยพยายามหาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ภาวะการขาดน้ำและอาหาร ร่างกายอ่อนเพลีย และได้รับยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง หรือได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อบ่อยๆ

ขั้นตอนที่ 2 ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหา เป็นการรับรู้สถานการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาทางการพยาบาลอย่างไร โดยวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์หรือปัญหาให้ชัดเจน ระบุปัญหา หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเกิดปัญหา หรือเกิดอาการที่แสดงว่าน่าจะเป็นกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก เช่น มีไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มีอาการสั่น ซึ่พจรเร็วหรือช้า ความดันโลหิตไม่คงที่

ขั้นตอนที่ 3 ความสามารถในการพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจเป็นการระบุทางเลือกที่เป็นไปได้ พร้อมทั้งพิจารณาผลดี ผลเสีย ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และศึกษาวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสิ่งแวดล้อมขณะนั้น ตลอดจนหาแนวทางเผชิญกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นตามมา

ด้วย โดยเฉพาะเมื่อเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกพยาบาลต้องรีบพิจารณารายงานแพทย์ เพื่อหยุดยารักษาโรคจิตทันที

ขั้นตอนที่ 4 ความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติและการประเมิน เป็นการระบุว่าถ้าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะตัดสินใจปฏิบัติหรือจัดการอย่างไร เพราะอะไร และประเมินการปฏิบัติ โดยต้องรีบปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการนิวโรเลปติก เช่น เช็ดตัวลดไข้ วัตถุประสงค์ทุก 4 ชั่วโมง ให้สารน้ำและอาหารให้เพียงพอ

## 2.4 การวัดความสามารถในการตัดสินใจ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและการแก้ปัญหาทางการพยาบาล มีการพัฒนาตลอดมา เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ ได้แก่ ข้อสอบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย และข้อสอบอันดับประยุกต์ (พวงแก้ว ปุณยกนก , 2532 : 20)

การใช้เครื่องมือวัดความสามารถในทางสติปัญญา ในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล แต่เดิมใช้เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ โดยสร้างคำถามในสิ่งที่ต้องการวัดความรู้ทักษะ และความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ถือว่าคะแนนที่ได้จากการสอบเป็นตัวแทนของความรู้ความสามารถที่ต้องการทราบ รวมทั้งความสามารถจำแนกระดับความสามารถผลของคะแนน (เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 2539 : 5)

ต่อมามีการใช้เครื่องมือวัดการตัดสินใจในรูปแบบอื่นๆมากขึ้น เช่น การวัดความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลของ สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2537) และเพ็ญศรี รักสละ (2539) ซึ่งมีโครงสร้างเป็นแบบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Patient Management Problem) ตามคุณลักษณะของ McGuire (1967 อ้างถึงใน เพ็ญศรี รักสละ 2539 :88) และใช้สถานการณ์จำลองปัญหาของผู้ป่วยเป็นกรอบของแบบทดสอบวัดความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลวิชาชีพ หรือจากงานวิจัยของอาภรณ์ ชูดวง (2535) ได้ใช้แบบทดสอบเอ็มอีคิว เป็นแบบทดสอบที่มีลักษณะเป็นการเสนอกรณีศึกษาตามลำดับเหตุการณ์แล้วแทรกคำถามเป็นระยะๆ ผู้ตอบต้องคิดหาคำตอบ อย่างมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลจริง ซึ่งเมื่อทดสอบแล้วสามารถวัดกระบวนการพยาบาลได้ครบทั้ง 4 ขั้นตอน ลักษณะของสถานการณ์รวมทั้งข้อคำถามมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์ การปฏิบัติการพยาบาลจริงบนหอผู้ป่วย โดย ทองสุข คำธนะ (2538) นำมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ (2539) นำมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลการบริหาร และธสมน นามวงษ์ (2540) นำมาสร้างแบบสอบถามในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของ



ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล การแก้ปัญหาทางการพยาบาล และขั้นตอนการตัดสินใจได้

### ลักษณะของแบบสอบเอ็มอีคิว (Modified Essay Question test = MEQ)

ลักษณะของแบบสอบเอ็มอีคิว ผู้เริ่มใช้ คือราชเวชปฏิบัติทั่วไป กำหนดรูปแบบไว้ว่าเป็นข้อสอบที่นำเสนอกรณีศึกษา ที่เป็นเรื่องจริงตามลำดับขั้นตอนของการเกิดเหตุการณ์ แต่มิได้ให้ข้อมูลทั้งหมดครั้งเดียว เหมือนแบบสอบเรียงความ แบบสอบนี้จะใช้ข้อมูลเป็นตอนๆ แล้วมีคำถามแทรกเป็นระยะๆ ข้อมูลที่ให้นั้น อาจเกี่ยวข้องกับคำถามมากหรือน้อย หรืออาจจะไม่สัมพันธ์กันเลย ผู้ตอบต้องตัดสินใจเลือกข้อมูลมาสังเคราะห์คำตอบ เพื่อตอบสนองคำถามปลายเปิดเอง การตอบค่อนข้างอิสระ แต่ต้องอยู่ในกรอบของข้อมูลที่กำหนดให้ คำถามแต่ละข้อจะเป็นอิสระจากกัน ถ้าผู้ตอบตัดสินใจผิดและตอบคำถามข้อข้างหน้าผิดไปแล้ว ข้อต่อไปผู้ตอบจะได้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ตอบจึงสามารถคิดแก้ปัญหาหรือตัดสินใจใหม่ที่ถูกต้องได้ รวมทั้งทราบว่าคำตอบที่ถูกต้องของคำถามข้างหน้าเป็นอย่างไร ดังนั้นแบบสอบถามเอ็มอีคิวจึงกำหนดให้ผู้ตอบทำข้อสอบเฉพาะในหน้านั้นๆ ไม่ให้ย้อนกลับไปแก้คำตอบที่ทำไปแล้ว หรือเปิดดูข้อมูลข้างหน้า Knox Z (1975 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยนก, 2532 : 28 )

การที่แบบสอบถามเอ็มอีคิว ไม่มีการชี้แนะคำตอบ เหมือนแบบสอบถามเลือกตอบ ซึ่งผู้ตอบจะต้องวิเคราะห์คำถาม และสังเคราะห์คำตอบเอง แบบสอบนี้จึงสามารถวัดการคิดตัดสินใจตามกระบวนการตัดสินใจได้

### คุณภาพของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

Feletti (1980 อ้างถึงในพวงแก้ว ปุณยนก 2532 : 26) ได้คำนวณหา ค่าความเที่ยงด้วยวิธี Coefficient Alpha ของครอนบาค พบว่า มีค่าความเที่ยง อยู่ระหว่าง .57 ถึง .91 มีรายงานว่า ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเอ็มอีคิว ที่มีจำนวนข้อคำถาม 25 คำถาม มีค่าเท่ากับ .63 และถ้าแบบสอบอัตนัยประยุกต์ มีการให้คะแนนที่ชัดเจน จะมีค่าความเที่ยงระหว่าง .73 ถึง .83 ทั้งนี้ค่าความเที่ยงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนคำถาม ตัวคำถามมีมากข้อค่าความเที่ยงจะยิ่งสูงขึ้น

หลักการทั่วไปในการจัดสร้างข้อสอบอัตนัยประยุกต์ (พวงแก้ว ปุณยนก, 2532 :29 อารณ ชูดวง ,2535: 45)

1) กำหนดวัตถุประสงค์ โดยทั่วไปแบบสอบเอ็มอีคิว นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบความสามารถในการใช้เหตุผลในการตัดสินใจแก้ปัญหา วัตถุประสงค์จึงควรประกอบด้วยขอบเขตของกระบวนการแก้ปัญหาที่กำหนดให้ชัดเจน ทั้งเนื้อหาและความสามารถที่ต้องการ

2) ตั้งโจทย์เป็นตัวอย่างของผู้ป่วยที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติจริง มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำไปตั้งสมมติฐาน เพื่อหาข้อมูลในรายละเอียดต่อไป โดยโจทย์จะต้องเหมาะสมกับเนื้อหาที่ต้องการทดสอบและครอบคลุมวัตถุประสงค์

3) สร้างคำถาม เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบคิดตั้งสมมติฐาน และหาข้อมูลในรายละเอียด เพื่อทดสอบสมมติฐานและตัดสินใจในการปฏิบัติต่อไป

4) จำนวนข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ควรมีตั้งแต่ 5-35 ข้อ (Feletti 1980 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยกนก 2532 : 24)

5) การทำโมเดลคำตอบ และการกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ทำโดยการนำข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ที่สร้างแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประมาณ 12 คน เป็นผู้ทำข้อสอบเพื่อกำหนดคำตอบที่เป็นไปได้ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ซึ่งการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์จะช่วยให้แบบสอบอัตนัยประยุกต์มีความตรง (Knox 1980 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532 : 24)

6) ผู้ทรงคุณวุฒิประชุมร่วมกัน เพื่ออภิปรายข้อคิดเห็นในแต่ละคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันกับคำตอบที่ควรจะเป็น และกำหนดน้ำหนักคะแนนของแต่ละคำถาม ให้ชัดเจนเพียงพอที่จะตรวจและมีความเป็นปรนัยมากที่สุด

7) กำหนดเวลาในการตอบคำถาม โดยทั่วไปมักจะแบ่งเวลาช่วงละ 5 นาที แต่อาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่าก็ได้ แล้วแต่ลักษณะและความยาวของคำตอบที่จะต้องตอบ

8) จัดเตรียมข้อสอบที่สมบูรณ์ส่วนใหญ่ของแบบสอบอัตนัยประยุกต์ จะจัดพิมพ์เป็นเล่ม โดยการเรียงหน้าคำถามใดที่อาจจะเป็นแนวทางให้คำตอบไว้บนแผ่นหน้าขวาของข้อสอบ พร้อมทั้งอธิบายชักชวนความเข้าใจกับผู้ตอบ

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

ในการตัดสินใจนั้นจะมีหลักการ เทคนิคและกระบวนการที่จะให้บรรลุถึงการตัดสินใจที่มีเหตุผล และมีความถูกต้องกับตัวปัญหานั้นๆ แต่อย่างไรก็ตามในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตามทางเลือกหรือผลการตัดสินใจได้กระทำลงไปอย่างไม่มีเหตุผล หรือไม่อาจตัดสินใจให้ได้ ประโยชน์ตอบแทนสูงสุดได้ เพราะมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจต่าง ๆ ซึ่งมีนักการศึกษาและนักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ ดังนี้

Rakich และคณะ (1982) ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ คือ ปัญหา ผู้ตัดสินใจ สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1) ลักษณะเฉพาะของผู้กระทำการตัดสินใจ เช่น ประสบการณ์ ความพร้อม ความรู้ ความเข้าใจ ระดับการศึกษา วุฒิภาวะ นิสัย อารมณ์ ทักษะ ค่านิยม ความเชื่อ บุคลิกภาพ

2) สภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ เช่น เวลา สถานที่ สภาพเศรษฐกิจ สังคม จริยธรรม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2543) กล่าวถึงปัจจัย 4 ประการที่มีผลต่อการตัดสินใจ คือ

1) สภาพแวดล้อม การตัดสินใจ เป็นการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อเกิดผลในอนาคต ดังนั้นจึงต้องพิจารณาสิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

2) ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุ ตลอดจนความรู้ความสามารถต่างๆ ในการตัดสินใจต้องคำนึงถึงความประหยัด และประสิทธิภาพของสิ่งเหล่านั้นด้วย

3) ขีดจำกัดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา หรือเรื่องที่จะต้องตัดสินใจ ผู้ตัดสินใจต้องพิจารณาตัดสินใจให้อยู่ในข้อจำกัดนี้ ยกเว้นกรณีที่ได้เปรียบเทียบกับผลเสียแล้ว

4) การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนสำคัญมากต่อการตัดสินใจเนื่องจากการตัดสินใจส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของอนาคต และการกำหนดวัตถุประสงค์นั้นๆ เกี่ยวข้องหรือขัดแย้งกับวัตถุประสงค์อื่นหรือไม่ ในอนาคตเป็นสิ่งที่ควรระมัดระวัง

สมยศ นาวิการ (2538) กล่าวว่า การตัดสินใจเกี่ยวข้องกับปัจจัย 2 อย่าง คือ

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพ ค่านิยมส่วนบุคคล การรับรู้
- 2) ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

ยูดา รักไทย (2545) กล่าวว่า การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาเป็นของคู่กัน เมื่อใดที่มีปัญหาการตัดสินใจจะตามมาทันที ซึ่งผลจากการตัดสินใจนี้คือส่วนหนึ่งที่บอกว่าการแก้ปัญหานั้นสำเร็จหรือล้มเหลว และไม่สามารถทำการตัดสินใจได้ดีทุกครั้ง เพราะมีองค์ประกอบและบางอย่างที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ดังนี้

1) คุณภาพ (Quality) คือ การตัดสินใจที่ต้องใช้โอกาส หรือปัญหา ให้เกิดประโยชน์ที่สุด ต้องใช้ทรัพยากรทั้งหมดที่สามารถหามาได้ ไม่ว่าจะเป็นคน เครื่องมือ ฯลฯ เพื่อทำการเก็บและบริหารข้อมูล วิจัย วิเคราะห์ และประเมินตัวเลือกต่างๆ

2) ความเร็ว (Speed) คือ การตัดสินใจอย่างรวดเร็วให้ทันสถานการณ์ ถ้าการตัดสินใจช้า ตัวเลือกต่างๆ จะค่อยประสิทธิภาพลงตามเวลาที่ผ่านไป และพลังความคิดที่ทุ่มเทลงไปก็จะสูญเปล่า

3) พันธะหน้าที่ (Mission) คือ การมีความรับผิดชอบต่อพันธะหน้าที่ของตนเอง และพยายามทำให้คนอื่นที่ีจะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานยอมรับในพันธะหน้าที่ด้วยความเต็มใจ

จะเห็นว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจนั้น ส่วนใหญ่จะมีปัจจัยจากผู้ตัดสินใจและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เนื่องจากการตัดสินใจใด ๆ นั้น เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องทำการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต นอกจากนี้การตัดสินใจก็ยังเกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ภาวะ

เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม เป็นต้น และสิ่งแวดล้อมภายใน เช่น นโยบายของหน่วยงาน โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ เป็นต้น ทั้งนี้มาจากการตัดสินใจ ที่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากการตัดสินใจด้วย

การวัดความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก เป็นการวัด โดยใช้แบบทดสอบอันดับประยุกต์ ที่มีลักษณะเป็นการเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก โดยเสนอตามลำดับเหตุการณ์ แล้วแทรกคำถามเป็นระยะๆ ผู้ตอบต้องคิดหาคำตอบอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเมื่อทดสอบแล้วสามารถวัดความสามารถของสติปัญญาและการใช้ความรู้ของพยาบาล ในการปฏิบัติตามขั้นตอนด้วยการวิเคราะห์อย่างตรรกะตรง ตามกระบวนการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล หรือค้นหาความเสี่ยง และปัญหา ค้นหาว่าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างไร เกิดขึ้นที่ไหน เมื่อใด มีปัจจัยอะไร และสภาพแวดล้อมเป็นอย่างไร ที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก

ขั้นตอนที่ 2 ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหา หรือประเมินระดับความรุนแรงของอาการ เป็นการรับรู้อาการแสดงที่เกิดขึ้น วิเคราะห์และทำความเข้าใจให้ชัดเจน วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก มีปัญหาหรือระดับความรุนแรงที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือทันที

ขั้นตอนที่ 3 ความสามารถในการพิจารณาหาทางเลือกในการตัดสินใจ เป็นการระบุทางเลือกที่เป็นไปได้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท พร้อมทั้งมีแนวทางการดูแลและป้องกัน ความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย และศึกษาวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 ความสามารถในการประเมินผลการปฏิบัติ หรือตัดสินใจปฏิบัติ เป็นการระบุว่าถ้าพยาบาลอยู่ในสถานการณ์นั้น จะปฏิบัติอย่างไร เพราะอะไร และประเมินผลการปฏิบัติได้ เพื่อติดตามการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท

### 3 การใช้แนวทางการจัดการความเสี่ยง

#### 3.1 แนวคิดการจัดการความเสี่ยง

##### ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกที่และทุกสถานการณ์ ไม่ว่าจะ是在ในบ้านหรือสถานที่ทำงาน สำหรับความหมายของความเสี่ยงนั้นมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Young and Hayne (1982) ให้ความหมายว่าความเสี่ยงเป็นโอกาสหรือสิ่งที่ทำนายว่าจะเกิดผลในด้านลบ

Hershey and Bowes (1978 อ้างถึงใน อาภา นิตยศักดิ์, 2533) ให้ความหมายที่เกี่ยวข้องกับองค์การสุขภาพว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสของการสูญเสียซึ่งเกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานให้บริการสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นใน 2 ลักษณะคือความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางการเงินโดยตรง เช่น ไฟไหม้ และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียอันเกิดจากการได้รับการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม

กฤษดา แสวงดี (2542) ให้ความหมายว่าความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บ หรือความเสียหาย เหตุร้ายอันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอน หรือการเปิดเผยต่างๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล

อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล (2543) ให้ความหมายว่า ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

อาจสรุปได้ว่าความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ซึ่งมีผลทำให้เกิดความสูญเสียหรือความเสียหาย ซึ่งมีผลต่อร่างกาย จิตใจ หรือทรัพย์สินต่างๆ

ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีแอบแฝงอยู่ในทุกระบบของการทำงาน ซึ่งแนวความคิดในเรื่องของความเสี่ยง เกิดจากความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ ที่จะทำให้เกิดความสูญเสีย โดยความเสี่ยงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (Jones and Long, 1996) คือ 1) ความเสี่ยงจากการคาดการณ์ล่วงหน้า (Speculative risk) ซึ่งเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ 3 ประการ คือ เกิดความสูญเสีย เกิดผลกำไร หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลง 2) ความเสี่ยงแท้จริง (Pure risk) เป็นความเสี่ยงที่ไม่มีผลกำไรเกิดขึ้น เช่น ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล

### สาเหตุของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีสาเหตุดังต่อไปนี้ (Wilson 1999)

- 1) ความล้มเหลวของระบบ ขาดความชัดเจนในกระบวนการ นโยบาย วิธี ปฏิบัติและแนวทางการปฏิบัติ มีผลทำให้เกิดความผิดพลาดหรือหลงลืมได้
- 2) เจ้าหน้าที่ทำงานลัดชั้นตอน ซึ่งมีสาเหตุมาจาก ภาระงานมากมีความกดดันจากการทำงาน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความเครียด ขาดการสนับสนุนให้กำลังใจ สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุทำให้เกิดการทำงานที่ผิดพลาดได้
- 3) มีปัญหาในด้านการสื่อสาร ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับหน่วยงานภายนอกและผู้ป่วย ซึ่งมีผลมาจากการได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำ
- 4) ไม่ได้ระบุบทบาทหน้าที่ของบุคลากรไว้อย่างชัดเจน
- 5) เจ้าหน้าที่ขาดการอบรมให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ทันสมัย

6) นโยบายและวิธีปฏิบัติที่มีอยู่ ขาดข้อมูลที่เพียงพอในการแนะแนวทางในการปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่ เป็นผลให้เกิดการทำงานที่ผิดพลาดได้

7) ขาดการให้ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ทำให้การทำงานไม่มีการประสานร่วมมือกัน

8) ผู้ปฏิบัติงานไม่ซื่อสัตย์ ทำให้เกิดความเสียหายกับผู้ป่วย

สำหรับโรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการ ซึ่งต้องการการบริการที่หลากหลาย รวมทั้งการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่นับวันจะมีการพัฒนาต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นเหตุนำมาซึ่งความเสี่ยงที่อาจเกิดได้ในโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ได้จำแนกความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ในโรงพยาบาล ไว้ดังนี้

อนุวัฒน์ สุขชาติกุล (2543) ได้จำแนกความเสี่ยงหรือความสูญเสียในโรงพยาบาลมี 7 ประการด้วยกันคือ

1) ความเสี่ยงหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล

2) ความเสื่อมเสียชื่อเสียงในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลทำให้โรงพยาบาลอาจไม่ได้รับความเชื่อถือจากประชาชน

3) การสูญเสียรายได้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากประชาชนเลือกไปใช้บริการที่อื่น ทำให้โรงพยาบาลเกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการในด้านต่างๆ

4) การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นทรัพย์สินที่มีความเสี่ยง ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจภายในโรงพยาบาล

5) การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ซึ่งการบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้จะมีผลเสียต่อโรงพยาบาล คือทางโรงพยาบาลต้องจัดหาบุคลากรมาทดแทน ทำให้ภาระต้นทุนของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

6) การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณรอบๆ โรงพยาบาล รวมทั้งต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

7) ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจมีมูลค่าเล็กน้อยจนถึงขั้นมหาศาล

จรัส สุวรรณเวลา (2545) ได้จำแนกความเสี่ยงในโรงพยาบาล ไว้ดังนี้

1. ความเสี่ยงในระบบบริการของโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น

1.1 ความเสี่ยงโดยธรรมชาติของโรงพยาบาล

1.1.1 อุบัติเหตุในโรงพยาบาล

1.1.2 ผู้ป่วยตกเตียง

1.1.3 การติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.1.4 ไฟไหม้ในโรงพยาบาล

- 1.2 โอกาสผิดพลาดจากระบบงานในโรงพยาบาล
- 1.2.1 ความผิดพลาดที่เกิดจากการสื่อสาร การสั่งงาน หรือการส่งมอบงาน
- 1.2.2 ความผิดพลาดที่เกิดจากการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ผิดพลาด
- 1.2.3 ความผิดพลาดที่เกิดจากการจัดซื้อ จัดหา
2. โอกาสผิดพลาดด้านการบริการวิชาชีพ
- 2.1 โอกาสผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล
- 2.1.1 การให้ยาผิด
- 2.1.2 การให้เลือดผิดหมู่
- 2.1.3 ความผิดพลาดจากการไม่ได้ป้องกัน ในสิ่งที่ป้องกันได้
- 2.1.4 ความไม่พร้อมในการแก้ปัญหา
- 2.1.5 การวินิจฉัยโรคผิดพลาด จากการตรวจที่พบว่าปกติ
- 2.1.6 การวินิจฉัยโรคผิดพลาดจากการตรวจที่ได้ผลบวก หรือได้ผลผิดปกติ
- 2.1.7 การวินิจฉัยโรคผิดพลาด จากการอ่านผลการตรวจโรคผิด
- 2.1.8 การวินิจฉัยโรคผิดพลาด เพราะไม่ได้ตรวจเฉพาะ
- 2.2 การรักษาไม่ได้คุณภาพวิชาชีพ
- 2.3 การปฏิบัติวิชาชีพเกินความสามารถของตน
- 2.4 การเดินเลื้อย ตะเลียบ ไม่ใช่ความระมัดระวังตามสมควร
- 2.5 การรักษาไม่ได้ผลตามที่ตกลงกันไว้
- 2.6 การกระทำผิดกฎหมายในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย (อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543) อาจแบ่งได้เป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

- 1) ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่นหกล้ม, การตกเตียง, การติดเชื้อ, การตัดอวัยวะผิด หรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก, การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น, การทำร้ายร่างกาย
- 2) ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ, การทำให้อับอายขายหน้า, การทำให้เสียหน้า, ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน, รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว
- 3) ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย, การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การ expose ผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น, การรักษาความลับของผู้ป่วย, รวมทั้ง

การจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือ การที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

4) ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ, ความรู้สึกไม่มั่นคง, ความสูญเสีย, ความกำกวม

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่กล่าวข้างต้นล้วนมีความสำคัญเท่าเทียมกัน และมี ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่อาจจะส่งผลให้โรงพยาบาล ต้องจ่ายชดเชยค่าเสียหาย การฟ้องร้องของผู้ป่วย อาจจะทำให้โรงพยาบาลต้องเสียชื่อเสียงใน ชุมชน การจัดการความเสี่ยงจึงต้องคำนึงถึงความเสียหายทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้น

### การจัดการความเสี่ยง (risk management)

เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ทั้งหมด หรือได้เสมอไป ความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่ง ขององค์กรเช่นเดียวกับส่วนหนึ่งของชีวิตคนเรา จุดมุ่งหมายของการจัดการความเสี่ยง คือ การรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การจัดการความเสี่ยง อาจทำได้ 2 แนวทาง คือ การควบคุมความเสี่ยง (risk control) และการบริหารเงินชดเชยความ สูญเสีย (risk financing)

#### 1. การควบคุมความเสี่ยง (risk control)

เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหาย ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการ ดังนี้

1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) คือการที่บุคคลหรือองค์กรยุติ การทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การที่สูติแพทย์ยุติการทำคลอด

1.2 การฟ้องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) คือการที่มอบหมายให้บุคคลหรือ องค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือ เอกซเรย์นอกสถานที่ก็เป็นการฟ้องถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปให้ด้วย

1.3 การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) คือการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อ ลดโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้วัสดุทนไฟและการ ฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย

1.4 การลดความสูญเสีย (loss reduction) คือ กลยุทธ์ที่ใช้ เมื่อเกิดความ เสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดใช้ การ ให้ออมที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียง กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสีย คือการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที



1.5 การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไปในรูปแบบต่างๆ หรือการมีระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ 2 ใบ มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงในตัวเองได้ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ผลกระทบต่อบุคลากรลดลง

## 2. การบริหารเงินชดเชยความเสี่ยง (risk financing)

มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นแล้วอย่างเหมาะสม และไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล โรงพยาบาลอาจจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายไว้เองหรือผ่อนถ่ายไปให้ผู้อื่น การประกันภัยเป็นวิธีการหนึ่งของการผ่อนถ่ายความรับผิดชอบในการจ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลมักจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายสำหรับค่าชดเชยจำนวนไม่มาก ด้วยการจ่ายจากงบประมาณดำเนินการหรือตั้งเป็นกองทุนสำรอง

โรงพยาบาลอาจจะเข้าร่วมในโปรแกรมประกันตนเอง (self insurance) ซึ่งมีลักษณะผสมระหว่างการคงความรับผิดชอบ และการผ่อนถ่ายความรับผิดชอบให้ผู้อื่น อีกนัยหนึ่งเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงในกลุ่มสมาชิก

การบริหารเงินชดเชยความเสี่ยงไม่ใช่ทางเลือกเพื่อทดแทนการควบคุมความเสี่ยง ควรตระหนักว่าการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์ที่เสริมกันและกันซึ่งควรใช้กับความเสี่ยงทุกอย่างที่พบ นอกจากนั้นการบริหารความเสี่ยง ยังเป็นระบบที่ต้องจัดการกับจุดอ่อนของบุคคล และองค์กรให้ครอบคลุมทุกส่วน การบริหารความเสี่ยง จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้รับผิดชอบทุกฝ่าย แม้ว่าจะไม่อาจขจัดความเสี่ยงให้หมดสิ้นไป แต่ความเสี่ยงก็เป็นสิ่งที่สามารถจัดการผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้

### กระบวนการจัดการความเสี่ยง (Risk Management Process)

กระบวนการจัดการความเสี่ยง คือ กระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง, การประเมินความเสี่ยง, การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผล

#### การค้นหาความเสี่ยง (risk identification)

การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพราะการจัดการความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความเสี่ยง เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่ผ่านมา คำร้องเรียนของผู้ป่วย อาจจะเรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น เป็นการเรียนรู้ในกลุ่มวิชาชีพ วิธีการที่ซับซ้อนน้อยที่สุดคือการเฝ้าระวังและมีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อให้เกิดการประสานงานและการตอบสนองอย่างเหมาะสม ซึ่งรายงานอุบัติการณ์ใช้เป็น

ข้อมูลสำคัญในการค้นหาความเสี่ยง การเขียนรายงานอุบัติการณ์ ควรเขียนทันทีเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น และอธิบายให้เห็นถึงข้อเท็จจริง

#### การประเมินความเสี่ยง (risk assessment)

การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือการตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด บ่อยเท่าใด รุนแรงหรือก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดความเสี่ยงมาก มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง การมีคำตอบเหล่านี้ทำให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ทุ่มบทความพยายามกับการป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียมหาศาลมากกว่าความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแต่มีความสูญเสียน้อย ซึ่งในขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงต้องสรุปได้ว่า อะไรคือความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการแก้ไข และกำหนดแนวทางป้องกันโดยเร็ว หรือเป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง

#### การจัดการกับความเสี่ยง (action to manage risk)

การจัดการกับความเสี่ยงมีกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ การควบคุมความเสี่ยงที่เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงที่รุนแรง หรือหลีกเลี่ยงโดยไม่ทำกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดความสูญเสีย หรือการถ่ายโอนความเสี่ยง ไปยังหน่วยงานอื่น และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย หรือการป้องกันความเสี่ยง เช่น การมีระเบียบปฏิบัติ หรือการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติทั้งโรงพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง ในขั้นตอนนี้ ทีมผู้บริหารระดับสูงมีโอกาสที่จะทบทวนการเผชิญกับความเสี่ยงที่รุนแรง และพิจารณาว่าวิธีการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสียวิธีใดจะเหมาะสมที่สุดสำหรับความเสี่ยงแต่ละเรื่อง กลยุทธ์ที่ใช้ อาจจะเป็นกลยุทธ์เฉพาะสำหรับความเสี่ยงแต่ละเรื่อง หรืออาจจะเป็นกลยุทธ์กว้างๆ ที่ใช้กับความเสี่ยงทั่วไป ซึ่งวิธีหลังนี้จะมีค่าใช้จ่ายต่ำและมีโอกาสเกิดความสำเร็จสูง เช่น การเข้มงวดกับการประเมินผลิตภัณฑ์ใหม่ที่จะใช้ในโรงพยาบาล

#### การประเมินผล (evaluation)

การประเมินผลในที่นี้ไม่ได้หมายถึง การทบทวนประสบการณ์ขององค์กรว่า บุคลากรที่ใช้อยู่กัน ได้ผลดีหรือไม่ หรือการติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน การทบทวนเหตุการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงนี้ควรมีขึ้นอย่างน้อยปีละครั้ง ด้วยการนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้น มาตรวจสอบความเพียงพอของเกราะกำบังที่เลือกใช้ป้องกัน ประเด็นที่ควรทบทวนได้แก่

1) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและเงินที่ต้องจ่ายเพื่อชดเชยความสูญเสีย จำแนกตามลักษณะของความเสี่ยงและการจ่ายเงิน ควรเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลในอดีต และเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยทั่วไปของประเทศ

- 2) กิจกรรมการจัดการความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการไปในรอบปี และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
- 3) ประเมินความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ภายใต้สมมติฐานว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนคือผู้จัดการความเสี่ยง

### 3.2 บทบาทของพยาบาลในการจัดการความเสี่ยง

วิชาชีพพยาบาลนั้นจุดเน้นที่สำคัญ คือ การมีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ และคำนึงถึงคุณภาพการพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและปลอดภัย ไม่มีข้อผิดพลาด หรือเกิดความเสี่ยงในด้านต่างๆ ที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญประการหนึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ แนวคิดในการจัดการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยง ได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 ตามประกาศของสภาการพยาบาลอยู่ในมาตรฐานที่ 4 ของมาตรฐานการบริการองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Standard of Nursing and midwifery Service Organization) ที่ระบุไว้ว่า องค์กรบริการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ต้องมีการจัดการความเสี่ยง (Risk management) และต้องจัดไว้เป็นระบบหนึ่ง ในระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและผดุงครรภ์ขององค์กรนั้นๆ นอกจากนั้นความปลอดภัยจากความเสี่ยงยังได้ถูกระบุไว้เป็นองค์ประกอบแรกของมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและผดุงครรภ์ (Nursing and midwifery outcome standard) ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการจัดการความเสี่ยงจะช่วยลดการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และจะทำให้เกิดคุณภาพในการพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ดังนี้

#### 1. ปฏิบัติตามกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล (nursing process)

1.1. ปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน (standard) คือกระบวนการปฏิบัติเป็นวิธีการที่พิสูจน์ว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์พึงประสงค์ ไม่เป็นการปฏิบัติแบบลองผิดลองถูก หรือต้องประกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด หรือเกิดความเสี่ยงต่างๆ ได้ ทั้งความเสี่ยงอย่างแท้จริง และความเสี่ยงแบบคาดการณ์ล่วงหน้า จากนั้นลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อหามาตรการหรือวิธีการจัดการความเสี่ยงเหล่านั้นมิให้เกิดกับผู้ป่วย รวมทั้งลดโอกาสการสูญเสียทางการเงินของโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพการบริการผู้ป่วย

1.2. ปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมถึงข้อมูลหลักฐานทางคลินิก (Clinical based) และข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัย (research based) ซึ่งต้องเป็นข้อมูลที่ทันสมัย มีการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา และสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้น นั่นคือการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้จัดการความเสี่ยงต่างๆ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์

1.3. มีระบบการจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ ช่วยลดต้นทุนบริการ ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และควบคุมให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ลดความเสี่ยงตลอดกระบวนการดูแล

2. มีกระบวนการจัดการและวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Outcome management and outcome measurement) โดย

2.1. มีการกำหนดผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ของการจัดการกับความเสี่ยงอย่างมีมาตรฐาน อันเป็นที่ยอมรับในทางสากล

2.2. ผลลัพธ์ต้องครอบคลุมมิติต่างๆ เหล่านี้คือ (Urden, 1999)

2.2.1. การปลอดจากความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอาการทางคลินิก

2.2.2. การปลอดจากความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับมิติทางจิตสังคม

2.2.3. การปลอดจากความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือกิจวัตรประจำวัน

2.2.4. การปลอดจากความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากร อย่างสิ้นเปลืองและไม่คุ้มค่า

2.2.5. ผู้ใช้บริการต้องเกิดความพึงพอใจ

### 3.3 การพัฒนาแนวทางการจัดการความเสี่ยง

ผู้จัดทำโครงการได้สร้างแนวทางการจัดการความเสี่ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการประชุมร่วมกันกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ค้นหาแนวทางการจัดการความเสี่ยง ซึ่งใช้กรอบแนวคิดของอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการความเสี่ยงสำหรับพยาบาลในขณะปฏิบัติงาน

2. กำหนดวัตถุประสงค์ จัดทำแผนและกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน รวมทั้งประมวลความรู้เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติ โดยผ่านการตรวจสอบโครงสร้างความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน คือ พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งกิจกรรมการดำเนินงานครอบคลุมสาระสำคัญ ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการนิ่วโรเล็ดติกและการประเมินอาการผู้ป่วย

2.2 แนวทางการจัดการความเสี่ยง 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

2.3 บทบาทของพยาบาลในการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติก

3. สร้างสถานการณ์จำลองจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นจริง เป็นกรณีผู้ป่วย โดยสร้างสถานการณ์ ให้พยาบาลวิเคราะห์ความเสี่ยง และใช้แนวทางการจัดการความเสี่ยง 4 ด้าน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

### 3.4 การใช้แนวทางการจัดการความเสี่ยง

พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จะต้องเฝ้าระวังในเรื่องผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิตที่เกิดกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีแนวทางการจัดการความเสี่ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้จัดทำโครงการ ได้สร้างแนวทางการจัดการความเสี่ยงในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติก และนำไปใช้ดำเนินการทดลอง โดยมีแผนการอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โดยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมาอย่างน้อย 1 ปี และยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการศึกษาในครั้งนี้ ให้มีความรู้ความเข้าใจในกลุ่มอาการนิวโรเลปติก รวมทั้งการใช้แนวทางการจัดการความเสี่ยง 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล โดยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 2 วัน ในช่วงบ่าย ตั้งแต่ 13.00 – 16.00 น. ที่ห้องประชุม ศ.จ.นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นเรื่องความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกและกระบวนการจัดการความเสี่ยง 4 ขั้นตอน และส่วนที่สอง เป็นการฝึกวิเคราะห์ปัญหาจากสถานการณ์จำลองที่เป็นอุบัติการณ์กรณีผู้ป่วย ตามรายการที่จัดอบรม ดังนี้

วันที่ 9 พฤษภาคม 2548

13.00 น. - 13.15 น	ลงทะเบียน
13.15 น. - 13.30 น	ทำพิธีเปิดการอบรมโดย คุณกัลยา ภัคคิมงคล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
13.30 น. - 14.30 น	บรรยายเรื่อง ผู้ป่วยโรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติก โดย นายแพทย์ธีระ ลีลานันทกิจ ที่ปรึกษาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
14.30 น. - 14.45 น	รับประทานอาหารว่าง
14.45 น. - 16.00 น	บรรยายเรื่อง บทบาทพยาบาลกับแนวทางการจัดการความเสี่ยง กับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดย ผู้ศึกษาโครงการ

วันที่ 10 พฤษภาคม 2548

13.00 น. - 14.30 น.	วิเคราะห์กรณีศึกษาจากอุบัติการณ์ 2 อุบัติการณ์
---------------------	--

	โดยแบ่งผู้เข้าร่วมอบรมเป็น 4 กลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา
14.30 น. - 14.45 น.	รับประทานอาหารว่าง
14.45 น. - 15.45 น.	นำเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจ การผสมผสานการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจในการปฏิบัติ
15.45 น. - 16.00 น.	ผู้เข้ารับการอบรมทำแบบทดสอบวัดความรู้หลังการอบรม ทำพิธีปิดการอบรม

ในขั้นดำเนินการทดลอง นอกจากมีการกำกับการทดลองโดยใช้แบบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการอบรมแนวทางการจัดการความเสี่ยง ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) โดยใช้แบบสอบถาม อี คิว วัดความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถาม อี คิว สร้างเป็นสถานการณ์จำลองกรณีผู้ป่วย 2 สถานการณ์ โดยครอบคลุมขั้นตอนการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน คือ ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหา ความสามารถในการพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ และความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติและประเมินผล เมื่อพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมแล้ว หลังการอบรมผู้จัดทำโครงการจะเก็บรวบรวมข้อมูล (posttest) เพื่อวัดความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถาม อี คิว ชุดเดิม เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับแนวทางการจัดการความเสี่ยง ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาแนวทางการจัดการความเสี่ยงสำหรับพยาบาลต่อความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ศึกษาได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

Brown (1982) ได้กล่าวถึงบทบาทอิสระของพยาบาลในการตัดสินใจใช้กระบวนการพยาบาล โดยมีการวางแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของทีมสุขภาพ ทำให้ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยการมีบทบาทในการสอนให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

มนิรัตน์ โภทชกรัก (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลและการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาล ในด้านความเสี่ยงจากการใช้ยา ความเสี่ยงจากการหกล้ม ตกเตียง และความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล กับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อัญชัญ ไพบูลย์ (2545) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผลทำให้ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจ เพิ่มสูงขึ้น แต่ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านความสามารถในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้น หลังจากทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์ และหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 3 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

สมพร พงษ์ไทย (2545) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบว่า ผู้ที่เข้าโครงการได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยง ในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 7 เรื่อง ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่องต่อไปนี้ คือ 1) แผลกดทับ 2) การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 3) ข้อติด 4) กล้ามเนื้อลีบ 5) Hypostatic pneumonia 6) การลดความรุนแรงของภาวะเส้นเลือดเส้นประสาทถูกบีบรัด 7) ภาวะเครียด และพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

เกษม ดันติผลาชีวะ (2542) ศึกษา Neuroleptic malignant syndrome : การศึกษาย้อนหลัง 5 ปี พบว่า Neuroleptic malignant syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดของยา รักษาโรคจิต ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ในช่วงปี พ.ศ.2537 ถึง พ.ศ.2541 พบผู้ป่วยเกิด NMS 12 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 0.04 ซึ่งค่าความน่าจะเป็นต่ำกว่าตัวเลขจริง ครั้งหนึ่งของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยทุกรายมีไข้ , เหงื่อออกมาก, กล้ามเนื้อเกร็ง, เม็ดเลือดขาวสูง และเอ็นไซม์ครีเอทีนฟอสโฟโคเนสในเลือดสูง ปัจจัยชักนำให้เกิด NMS คือ อาการกระวนกระวาย, ภาวะขาดน้ำ, การหมดแรง, การฉีดยารักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์นาน และการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อบ่อย อัตราตายพบร้อยละ 16.67

สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียน อัดมโนทัศน์สภาพแวดล้อมทางคลินิก กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวอย่างประชากร คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ซึ่งเรียนวิชาบังคับทุกวิชาในปีที่ 1 ครบถ้วนแล้ว จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดอัดมโนทัศน์ แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางคลินิก และแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่าความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ขึ้นระบุนปัญหา ขึ้นการวิเคราะห์ข้อมูล ขึ้นการวิเคราะห์ทางเลือก และขึ้นการเลือกทางปฏิบัติ ทุกขั้นตอน จัดอยู่ในระดับปานกลาง นักศึกษาพยาบาลใช้แบบคิดในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลอยู่ 2 แบบ ได้แก่ การคิดแบบรีบด่วนให้ข้อสรุป และการคิดแบบพิจารณาอย่างรอบคอบ

อาภรณ์ ชูดวง (2535) ศึกษาการสร้างแบบสอบเอ็ม อี คิว เพื่อวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า แบบเอ็ม อี คิว สามารถวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้ ซึ่งแบบสอบเอ็ม อี คิว มีความตรงตามโครงสร้าง โดยทุกข้อคำถามของแบบสอบความสามารถ วัดขั้นตอนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการสร้าง ด้วยความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความตรงร่วมสมัย โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสูง และคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลต่ำ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

พวงแก้ว ปุณยกนก (2532) ศึกษาแบบสอบอัครนัยประยุกต์ (เอ็ม อี คิว) เพื่อวัดการแก้ปัญหา และเพื่อใช้ในการคัดเลือกนักศึกษาเข้าโครงการศึกษาแพทย์แนวใหม่ รวมทั้งศึกษาคุณภาพของแบบสอบชุดดังกล่าว พบว่า แบบสอบเอ็ม อี คิว มีความเป็นปรนัยในการตรวจให้คะแนน และมีความตรงเชิงทำนาย โดยมีความสัมพันธ์กับแบบสอบสัมฤทธิ์ผลวิชาทักษะคลินิก การประเมินวิเคราะห์ และวิชาคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญ และมีความสัมพันธ์กับแบบสอบเอ็ม อี คิวที่ใช้วัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และคะแนนรวมวิชาอู่ติภัย อย่างมีนัยสำคัญ

สมัต ออบสุวรรณ (2539) ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ด้านการตัดสินใจ สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยใช้กระบวนการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล พบว่า ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านการตัดสินใจ สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



## กรอบแนวคิดของโครงการ

