

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

- 1 แนวคิดการบริหารความเสี่ยง
  - 1.1 ความหมาย
  - 1.2 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
  - 1.3 การบริหารความเสี่ยงด้าน
    - 1.3.1 โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม
    - 1.3.2 การกำจัดของเสีย
    - 1.3.3 การป้องกันอัคคีภัย
    - 1.3.4 การจัดการด้านความปลอดภัย
- 2 บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย
- 3 การบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
- 4 โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

##### 1.1 ความหมาย

องค์กรสุขภาพเป็นธุรกิจที่มีความเสี่ยง (Wilson, 1999 : 39 ; อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2542 : 1) โดยเฉพาะเมื่อมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี จึงมีผู้ให้ความหมายของความเสี่ยงไว้หลายท่านคือ

Brown (1979 : 1) กล่าวว่า ความเสี่ยงมีความหมายด้านลบและต้องการจะหลีกเลี่ยง

Young and Hayne (1982 : 322) ให้ความหมายว่า เป็นโอกาสหรือสิ่งที่ทำนายว่าจะเกิดในด้านลบ

Hershey and Bowes (1978 อ้างถึงในอาภา นิตยศักดิ์, 2533) กล่าวว่าความเสี่ยงตามความหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารองค์กรสุขภาพ หมายถึง โอกาสของการสูญเสียซึ่งเกิดขึ้นได้ในขณะที่มีการจัดการในโรงพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานให้บริการสุขภาพ ซึ่งพิจารณาได้ 2 ลักษณะคือ ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางการเงินโดยตรง เช่น ไฟไหม้ และ ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียอันเกิดจากการได้รับการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม

Williams and Heins (cited in Wilson, 1999 : 15) ให้ความหมายของ ความเสี่ยงว่า เป็นผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ปกติ ซึ่งเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ คือ

1. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. สูญเสียเวลาและทรัพยากรเนื่องจากถูกฟ้องร้องในเรื่องการละเลย
3. การสูญเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาลหรือบุคลากรจากการบาดเจ็บของผู้ป่วย
4. สูญเสียค่าใช้จ่ายจากกระบวนการฟ้องร้อง
5. ผู้ป่วยไม่พอใจจากการไม่ได้รับข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
6. ค่าเสียหายที่แอบแฝงซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บ ความเครียดและคุณภาพบริการ

ที่ลดลง

อนวัณน์ ศุภชุติกุล (2543 : 2-4) กล่าวว่า ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยงในโรงพยาบาล มี 7 ประการ (risk heptagon) ได้แก่

1. ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน
3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินงาน ไม่ว่ารายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง
4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินนี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที่หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจ ในโรงพยาบาล
5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนสูง
6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา
7. ภาวะในการชดใช้ค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล

อาจกล่าวได้ว่า ความเสี่ยงหมายถึง โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่ต้องการในด้านลบ เป็นความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

มีผู้ให้ความหมาย การบริหารความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

Brown (1979:1) ให้ความหมายว่า เป็นการป้องกันการสูญเสียที่ต้องรับผิดชอบ ความคุมปัญหาด้านกฎหมายและเป็นศาสตร์ในการค้นหา ประเมิน และบำบัดความเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดปัญหาที่นำมาซึ่งความสูญเสียขององค์กร

Schmitt (1983 cited in Young and Hayne, 1988 : 322) ให้ความหมายว่าเป็นวิธีการบำบัดความสูญเสีย (Treatment of loss exposures) ซึ่งการสูญเสียเป็นเรื่องปกติในสถานพยาบาล

Nance (1993:92) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นการบริหารที่เฉพาะเจาะจงและถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร

กฤษฎา แสงดี (2543 : 1) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการค้นหาความเสี่ยงและการมีกระบวนการป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ

1. เพื่อลดอันตราย หรือ เหตุร้ายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ
2. เพื่อลดโอกาสที่จะสูญเสียด้านการเงินของโรงพยาบาล

Perry (1978 : 43-44) ;Young and Hayne (1988 : 324) กล่าวว่า ความเสี่ยงในองค์กรสุขภาพที่พบทั่วไป 2 เรื่อง คือ การละเลย (negligence)และทุรเวชปฏิบัติ (malpractice) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางกฎหมาย 4 ประการคือ 1) เป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ 2) หน้าที่นั้นมีช่องว่างเกิดขึ้น 3) เกิดการทำลายสูญเสีย 4) ช่องว่างนั้นเป็นสาเหตุของการทำลายสูญเสีย

Creighton (1986 : 141) ให้ความหมายของ ทุรเวชปฏิบัติ และความประมาทหรือการละเลย ไว้ดังนี้

1 ทุรเวชปฏิบัติ (Malpractice) คือ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้ประกอบวิชาชีพต่าง ๆ ซึ่งการปฏิบัตินั้นไม่สมเหตุสมผล ปฏิบัติโดยไม่มีความรู้ความสามารถเพียงพอที่อาจทำให้เกิดความเสียหาย รวมทั้งการพิจารณาตัดสินที่ผิดพลาดไม่เป็นไปตามข้อกำหนดแห่งวิชาชีพ และกระทำผิดต่อกฎหมาย

2 ความประมาทหรือการละเลย (Negligence) หมายถึง การไม่ปฏิบัติหรือละเลยการกระทำบางสิ่งบางอย่างที่ควรกระทำ หรือ กระทำในสิ่งที่ผู้อื่นไม่ปฏิบัติ

ซึ่งในโรงพยาบาลมีการละเลยหรือทุรเวชปฏิบัติ 2 ด้านคือ

1 การดูแลสิ่งแวดล้อม (Custodial environment) การละเลยมีผลทำให้หกล้มหรือบาดเจ็บ เป็นเรื่องที่พบบ่อย แต่มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายน้อย

2 ด้านวิชาชีพ (Custodial professional) เกิดขึ้นเนื่องจากไม่มีคุณภาพในการให้การรักษายาบาล (Langham and Orlikoff, 1981)

Sandlow (1979) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยงสำหรับบางคนเน้นเรื่องการสูญเสียด้านการเงินมากกว่าการสูญเสียของผู้ป่วย (Patient loss) การบาดเจ็บมีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมากกว่า จึงได้มีการคำนึงถึงคุณภาพการดูแลเพื่อลดโอกาสของการเกิดปัญหาทางกฎหมาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ลดอุบัติเหตุการบาดเจ็บของผู้ป่วย 2) ค้นหาเหตุการณ์ที่อาจเกิดอันตราย 3) เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย 4) มีการบันทึกที่ถูกต้องเหมาะสม 5) มีมาตรฐานในการเรียกชดเชยค่าเสียหาย (Schulz and Johnson, 1990 : 222)

และ Gruendemann and Fernsebner (1995 : 92) กล่าวว่า การลดความเสี่ยงจะต้องมีโปรแกรมการรับรองคุณภาพ และมีการพัฒนาตลอดเวลา เป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการรวมกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพเข้าด้วยกัน เพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพการดูแล โดยสอดคล้องกับกระบวนการเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Process) ที่กล่าวว่าในแต่ละโรงพยาบาลจะต้องมีกระบวนการคุณภาพ 3 ระดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2540 ) ดังนี้

1 คุณภาพพื้นฐานในการรับประกันความปลอดภัยของการเป็นสถานพยาบาล คือ การป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Risk Management) เป็นเกณฑ์มาตรฐานด้านโครงสร้างอาคาร วัสดุครุภัณฑ์และบุคลากรตามกฎหมาย พ.ร.บ.สถานพยาบาล

2 การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) คือ เกณฑ์มาตรฐานในการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยที่มีตัวชี้วัดชัดเจน อ้างอิงได้ เช่น อัตราการติดเชื้อ อัตราตายมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ

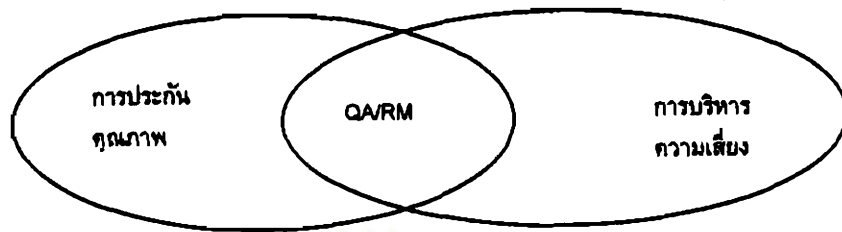
3 การพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement) คือ ความพยายามในการพัฒนางานให้ดีขึ้นในทุกๆ ด้าน ทั้งบริหาร บริการและวิชาการ โดยมีการประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือตัวชี้วัดทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งเป็นกระบวนการคุณภาพขั้นสูงของโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพมีความเกี่ยวข้องกันและมีส่วนที่คล้ายกัน ดังแสดงไว้ในตารางและแผนภาพที่ 1 ถ้าการประกันคุณภาพการพยาบาลมีประสิทธิภาพและได้ผลเต็มร้อย ก็ไม่จำเป็นต้องมีการบริหารความเสี่ยง ( พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ , 2542 )

การบริหารความเสี่ยง	การประกันคุณภาพ
1. ป้องกันการสูญเสียด้านการเงินของโรงพยาบาล	1. เป็นนโยบายของโรงพยาบาล
2. ปกป้องผู้รับและผู้ให้บริการในความเสี่ยงที่ไม่มองเห็น	2. พัฒนาการทำงานของผู้ให้บริการรวมทั้งปกป้องผู้ป่วย
3. ป้องกันอันตรายที่เกิดแก่ผู้ป่วย ญาติ และลูกจ้าง	3. คำนึงถึงคุณภาพของผู้ป่วย
4. ลดการสูญเสียของบุคคล	4. กำหนดคุณภาพในการดูแล
5. ป้องกันการสูญเสียโดยการเพิ่มคุณภาพการดูแลและต้องมีการควบคุมตลอดเวลา	5. ป้องกันความสูญเสียหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วย โดยการควบคุมสาเหตุของปัญหา
6. มีการทบทวนอุบัติการณ์เพื่อจัดทำตามกระบวนการการบริหารความเสี่ยง	6. ค้นหารูปแบบของการไม่ถูกร้องเรียน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์และมาตรฐาน ทำตามกระบวนการของการประกันคุณภาพ

ตารางที่ 1 บทบาทการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพ ( Ordikoff and Lanham , 1981 )

สามารถกล่าวได้ว่าการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการประกันคุณภาพ  
การพยาบาล ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 . ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารความเสี่ยงกับการประกันคุณภาพ ( Orlikoff and Lanham ,  
1981 )

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการ  
ในการบริหารเพื่อลดหรือป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากทฤษฎีปฏิบัติหรือการละเลย ซึ่งมีผล  
ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้โรงพยาบาลหรือผู้ที่  
เกี่ยวข้องถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมคุณภาพที่มีความ  
สัมพันธ์กับการประกันคุณภาพ ถ้ามีการบริหารความเสี่ยงที่ดีจะส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแล  
ความเป็นมาของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ในปีค.ศ. 1965 The Illinois Supreme Court ได้สั่งลงโทษ Darling V. Charlestion  
Community Memorial Hospital ในคดีผู้ป่วยฟ้องร้องโรงพยาบาลโทษฐานละเลย ทำให้ผู้ป่วย  
ต้องถูกตัดขา สาเหตุการละเลยที่ศาลสั่งลงโทษ คือ 1) พยาบาลไม่ได้ให้ข้อมูลกับแพทย์หรือ  
โรงพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) แพทย์ไม่ได้ให้การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย  
ต่อมาได้เกิดคดีฟ้องร้องขึ้นบ่อยครั้ง เกิดวิกฤตการณ์เรื่องการฟ้องร้องเกี่ยวกับทฤษฎีปฏิบัติ  
(Malpractice Crisis) ในวงการแพทย์ โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงดำเนินการเพื่อป้องกันและ  
ลดความเสียหาย ซึ่งในขณะนั้นมุ่งเน้นลดความเสียหายทางการเงินที่เกิดจากทฤษฎีปฏิบัติ  
กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในยุคนั้น มีการปฏิบัติโดย (กฤษฎา แสงดี, 2543 : 2)

1 การลดความเสี่ยง (Risk Avoidance) คือ โรงพยาบาลจะไม่ทำกิจกรรมหรือ  
ให้บริการพิเศษที่ตนไม่มีความชำนาญ หรือมีทรัพยากรที่จะเอื้ออำนวยอย่างเพียงพอ

2 การยอมรับความเสี่ยง (Risk Retention) โรงพยาบาลยอมรับว่าความเสี่ยงที่จะ  
เกิดขึ้นนั้นมีความเสียหายน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการประกันความเสี่ยง โรงพยาบาลจะ  
จัดงบประมาณส่วนหนึ่งไว้ชดเชยค่าเสียหายที่อาจเกิดขึ้น

3 การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk Transfer) คือ การที่โรงพยาบาลถ่ายโอน  
ความรับผิดชอบความเสี่ยงให้หน่วยงานอื่น โดยการซื้อประกันและจ่ายเบี้ยประกันแก่บริษัท  
ประกัน เพื่อให้บริษัทประกันรับผิดชอบความเสี่ยงแทนโรงพยาบาล

แต่จากการบริหารความเสี่ยงดังกล่าวกลับมีคดีเพิ่มมากขึ้น บริษัทประกันหลายแห่งยกเลิกการประกัน หลายแห่งเพิ่มเบี้ยประกันให้สูงขึ้น และเรียกร้องให้มีการพัฒนาโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง (Salman, 1979 cited in Spaulding, 1982 : 30) ซึ่งพัฒนามาจากโรงงานอุตสาหกรรมและกิจกรรมขนส่ง (Swansburg, 1996 : 608) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1)การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) 2)การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment) 3) การบำบัดความเสี่ยง (Risk Treatment) 4) การประเมินความเสี่ยง (Risk Evaluation)

จากการศึกษาและค้นคว้าของผู้วิจัย พบว่าประเทศไทยมีคดีการฟ้องร้องในเรื่องทุรเวชปฏิบัติหรือละเลยย้งน้อยมาก แต่ในปัจจุบันแนวโน้มของการฟ้องร้องเริ่มมีมากขึ้น โดยดูได้จากข่าวที่มีการฟ้องร้องทางหน้าหนังสือพิมพ์ จึงเริ่มมีการนำกระบวนการการบริหารความเสี่ยงมาใช้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson, 1999 มาใช้ ดังนี้

## 1.2 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการจัดการเพื่อควบคุมหรือลดความสูญเสียดังที่จะเกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นกับทรัพย์สินและผลประโยชน์ของโรงพยาบาล รวมทั้ง ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือบุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

- 1.2.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)
- 1.2.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)
- 1.2.3 การบำบัดความเสี่ยง (Risk Treatment)
- 1.2.4 การประเมินความเสี่ยง (Risk Evaluation)

1.2.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) การค้นหาความเสี่ยงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดและยุ่งยากที่สุดในกระบวนการบริหารความเสี่ยง เป็นการตระหนักถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมทางการบริหารสุขภาพ หรือเป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหาเพื่อจัดการได้อย่างเหมาะสมในอนาคต การค้นหาความเสี่ยงทำได้หลายวิธี คือ

1.2.1.1 การรายงานอุบัติการณ์ (Incident report) การรายงานอุบัติการณ์เป็นข้อมูลที่สำคัญของการค้นหาความเสี่ยง (Duran, 1979:60 ; Gruendemann and Fernsebner, 1995 : 93) การเขียนรายงานอุบัติการณ์มีแนวคิดว่าจะต้องรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติที่อาจทำให้เกิดปัญหาทางกฎหมาย Wilson (1999 : 58-59) กล่าวว่าองค์กรต้องมีการระบุการเขียนอุบัติการณ์ที่ชัดเจน เขียนเมื่อไหร่ และอย่างไร การส่งรายงานจะต้องส่งตรงที่ใครและในกรณีใด การรายงานอุบัติการณ์เป็นการระบุเหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นและผลที่ตามมาโดยไม่แทรกความคิดเห็น การเขียนรายงานที่ดี ควรจะเขียนทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ โดยผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ กฤษญา แสงดี (2543 : 3)กล่าวว่า การบันทึกอุบัติการณ์ที่ดี จะต้องมีการบรรยายให้เห็นถึงข้อเท็จจริง มีความสมบูรณ์และชัดเจน ได้ใจความ เข้าใจได้ง่าย ต้องมี

ชื่อผู้บันทึก รวมทั้งมีชื่อที่อยู่ของผู้เสียหายด้วย ถูกต้องเชื่อถือได้ อีกทั้งมีเวลาเท่ากับเหตุการณ์ที่บรรยาย ถ้าหากไม่ได้บันทึกเลย จะต้องเขียนเวลาที่บันทึกจริง และกล่าวอ้างถึงเวลาที่เกิดขึ้น มีความเฉพาะเจาะจงกับประเด็น/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แบบบันทึกควรมีหลายชุดเพื่อส่งให้ผู้เกี่ยวข้องได้ครบถ้วน สิ่งที่ควรและไม่ควรปฏิบัติในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ดังนี้

ปฏิบัติ	ไม่ควรปฏิบัติ
1 เหตุการณ์ทุก ๆ เรื่องรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรง หรือไม่พอใจในการดูแล	1 เขียนกล่าวโทษผู้อื่น
2 อุบัติเหตุที่เกิดกับญาติผู้ป่วย	2 เก็บรายงานอุบัติการณ์ไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย
3 จะต้องเขียนอย่างละเอียด	3 ไม่ใส่ใจหรือไม่เขียนรายงาน
4 ปฏิบัติตามนโยบายและกฎข้อบังคับ	4 เสาให้ผู้ร่วมงานฟัง
5 จะต้องรายงานทันที	5 ไม่กล้าปรึกษาหรือเขียนรายงาน ซึ่งการเขียนรายงานเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะจะเป็นการป้องกันตนเองได้ดีที่สุด
6 พยายามมีส่วนช่วยในการลดความกลัวของผู้ประสบเหตุการณ์	6 เขียนในบันทึกของแพทย์
7 ระบุนามผู้เสียหายและเรื่องที่เกิดขึ้น	7 ไม่สนใจหรือแสดงท่าทีเย็นชาต่อผู้ป่วย/และครอบครัว
8 มีการบันทึกที่ถูกต้อง	
9 รายงานการชำรุดของเครื่องมือ รวมทั้งหมายเลขเครื่อง และส่งตรวจซ่อม	
10 เก็บรายงานไว้เป็นความลับ	
11 รายงานให้ผู้จัดการพยาบาล	
12 ปรึกษาผู้บริหารความเสี่ยง	
13 ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล	
14 ให้ความสนใจต่อโปรแกรมพัฒนาคุณภาพบุคลากร	
15 เขียนยืนยันการรับคำสั่งทางโทรศัพท์ทุกครั้ง	

ที่มา : Swansburg, R.C. Management and Leadership for Nurse Managers. 1996 : 612.

1.2.1.2 การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (Peer Review) เป็นการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มเพื่อนโดยอาศัยผลงานการดูแลผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2541 : 100) การค้นหาความเสี่ยงอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม โดยใช้คำถามดังต่อไปนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2541 : 3) คือ อะไรคือสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้ในหน่วยงานของเรา ในประสบการณ์ของพวกเรา เคยมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อะไรเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีความรุนแรงสูงหรือเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ในช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่ทำให้การทำงานของเรามีความเสี่ยงสูง มีการแก้ปัญหาอะไรที่

ทำอยู่ในกิจกรรมคุณภาพ การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพจะทำให้เห็นแนวโน้มของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น (Stoeckmann, 1992 : 162)

1.2.1.3 คำร้องเรียนของผู้ป่วย (Patient complaints) การร้องเรียนของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้บริหารควรคำนึงถึงให้มาก เพราะความไม่พอใจของผู้ป่วย เป็นสาเหตุสำคัญของการฟ้องร้อง การร้องเรียนของผู้ป่วยจะทำให้ผู้บริหารได้รู้ข้อมูลและทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น การรับฟังและแสดงท่าทีที่เป็นมิตรจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสงบลง(Sullivan and Decker,1997 : 140)

1.2.1.4 การสำรวจ/สัมภาษณ์หน่วยงาน (Departmental Survey) เป็นการสำรวจสิ่งแวดล้อมทางภาพ สังเกตการเคลื่อนไหวของคน การสำรวจจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงและถูกต้อง

1.2.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment) เป็นกระบวนการที่ค้นหาโอกาสการเกิดความรุนแรงของการสูญเสียจากรisk ที่ค้นหาได้และความเป็นไปได้ที่ความสูญเสียจะเกิดขึ้น การประเมินความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง แบ่งความเสี่ยงเพื่อประเมินโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียของแต่ละเหตุการณ์ว่า มีความถี่และความรุนแรงเพียงใด มีผลทางคลินิกอย่างไร และผลต่อองค์กรอย่างไร

	ผลกระทบต่ำ/ไม่รุนแรง	ผลกระทบสูง/รุนแรงมาก
โอกาสสูง/เกิดบ่อย	สร้างความตื่นตัว	จัดการโดยเร่งด่วน
โอกาสต่ำ/เกิดไม่บ่อย	ติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่อง	กำหนดมาตรฐานที่รัดกุม ทำความเข้าใจ

ตารางที่ 2. กลยุทธ์ในการจัดการกับความเสี่ยง ( อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542 : 5 )

1.2.3 การบำบัดความเสี่ยง (Risk Treatment ) เป็นทางเลือกที่องค์กรสุขภาพจะนำไปจัดการกับความเสี่ยง โดยมีกลวิธีในการจัดการกับความเสี่ยงดังต่อไปนี้

1.2.3.1 การควบคุมความเสี่ยง (Risk Control) เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถจะจัดการกับความเสี่ยงให้หมดไปได้ เพราะความเสี่ยงนั้นแฝงอยู่ในระบบ หรือไม่มีอำนาจที่จะควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542 : 1) แต่กระนั้นก็ตาม การกำหนดมาตรการในการควบคุมอาจลดผลที่จะเกิดขึ้นได้ โดยอาศัยมาตรการดังนี้

- 1) พัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยง
- 2) พัฒนาโปรแกรมการศึกษาและอบรมในการจัดการกับความเสี่ยงเพราะการศึกษาและการอบรมจะสร้างความตระหนักให้แก่คน การฝึกปฏิบัติจะทำให้เกิดความชำนาญ (Oppman, 1979 : 95)



3) ใช้นโยบาย กระบวนการ แผนปฏิบัติการ (protocol) ขั้นตอนการดำเนินการ (pathway) และแนวทางการดูแล (clinical guideline) และมีการทบทวนเป็นระยะๆ ปรับปรุงให้ทันสมัย และแนะนำให้เจ้าหน้าที่รับทราบ

4) การวางแผนป้องกันอุบัติภัยในอนาคต เป็นการลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยง

1.2.3.2 การยอมรับความเสี่ยง (Risk Acceptance) การยอมรับความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับการสูญเสียที่มีโอกาสเกิดขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่ได้รับและจัดทำแผนให้ครอบคลุมความสูญเสียด้านการเงินที่จะตามมา การยอมรับความเสี่ยงนั้นเหมาะที่สุดสำหรับกรณีต่อไปนี้

1) ความเสี่ยงที่ไม่สามารถลด ย้าย หรือหลีกเลี่ยงได้ เช่นผู้ป่วยหกล้มหรือตกเตียง ค่าเสียหายหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นไม่มาก โรงพยาบาลจึงไม่ทำประกันความเสี่ยง แต่ใช้การเฝ้าระวังแทนหรือยอมรับค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายเอง

2) ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากและความสูญเสียนั้นไม่มากเกินความสามารถขององค์กรที่จะจ่าย เช่นการให้ยาผิด

1.2.3.3 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโดยการใช้กลวิธีต่าง ๆ ในการจัดการ เมื่อพบว่า ใช้กลวิธีต่าง ๆ แล้ว ความเสี่ยงก็ไม่อาจยุติได้ อาจมีการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโดยไม่ทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดการสูญเสีย เช่น ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

1.3.3.4 การลดความเสี่ยง (Risk Reduction or Minimization) การลดความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับการควบคุมการสูญเสียต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งได้เกิดขึ้นแล้ว โดยใช้วิธีการยอมรับหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ความพยายามในการลดความเสี่ยงเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารความเสี่ยงขององค์กร ความสูญเสียจากความผิดพลาดหรือความบกพร่องจะลดลงได้ถ้าสามารถค้นพบความเสี่ยงได้เร็ว

1.2.3.5 การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk Transfer) การถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังหน่วยงานอื่น โดยการยอมจ่ายเบี้ยประกันให้บริษัทประกัน เพื่อเป็นการจำกัดค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียให้แก่ผู้ป่วย โดยให้บริษัทประกันเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติกิจกรรมบริหารความเสี่ยงขององค์กรอาจทำให้ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลดลงได้

1.2.4 การประเมินความเสี่ยง (Risk Evaluation) การประเมินความเสี่ยงเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการบริหารความเสี่ยง เพื่อทบทวนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารความเสี่ยง โดยมีรูปแบบการประเมิน เช่น แบบฟอร์มการประเมินประจำปีของกิจกรรมความเสี่ยงและประเมินแผนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนของ Wilson (1999) คือ 1) การระบุความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การบำบัดความเสี่ยงด้านการควบคุมความเสี่ยงและการลดความเสี่ยง 4) การประเมินความเสี่ยง สำหรับความเสี่ยงที่ผู้วิจัยศึกษาในครั้งนี้ คือ การบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยขององค์กร ในคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนานิก ซึ่งประกอบไปด้วย 1) โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม 2) การกำจัดของเสีย 3) การป้องกันอัคคีภัย 4) การจัดการด้านความปลอดภัย

1.3 การบริหารความเสี่ยง ( Risk Management ) ผู้วิจัยนำเสนอการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม การกำจัดของเสีย การป้องกันอัคคีภัย และการจัดการด้านความปลอดภัย เพื่อนำเนื้อหาสาระเหล่านี้มาใช้เป็นแนวคิดในการสร้างเครื่องมือการวิจัย

1.3.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม คือปัจจัยที่จะเอื้อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้รับความสะดวกปลอดภัย ถ้าหากการจัดการด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดความเสียหาย เกิดบาดเจ็บจากการลื่นหกล้ม

กองการพยาบาลได้กำหนดลักษณะหอผู้ป่วยที่ดีว่า จะต้องมียุทธศาสตร์ มีการระบายอากาศดี แสงสว่างเพียงพอ และปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ปราศจากเชื้อที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย รวมทั้งมีที่กว้างพอและปลอดภัยในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ และช่วยส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พอใจในการปฏิบัติงาน และเสียค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างต่ำสุด อีกทั้งมีสถานที่กว้างพอที่จะให้ญาติผู้ป่วยนั่งพักและเยี่ยมได้สะดวก

กฤษยา ดันติผลาชีวะ (2539 :43-44) ให้หลักในการจัดหอผู้ป่วยที่ดีจะต้องคำนึงถึงสิ่งสำคัญที่ดี 5 ประการ คือ

1.3.1.1 เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งผู้รักษาและผู้ให้การพยาบาล

1.3.1.2 ให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในด้านการดูแล ความเร่งด่วน การติดเชื้อและความปลอดภัยอื่น ๆ

1.3.1.3 ผู้ป่วยทุกคนได้อยู่ในสายตาพยาบาล

1.3.1.4 สะอาด สวยงาม ลักษณะเหมือนบ้านที่พักอาศัย

1.3.1.5 ส่งเสริมสุขภาพทั้งผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ควรสะอาดและสวยงาม มีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างเพียงพอ และปลอดภัยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปราศจากกลิ่นและเสียงรบกวน โดยเฉพาะพื้นห้องน้ำควรให้แห้งสนิท ห้องส้วมอาจเป็นแบบชักโครกหรือแบบนั่งก็ได้ และควรมีราวสำหรับไว้จับตัว ควรจัดให้มีกริ่งสำหรับเรียกได้ถ้าหากผู้ป่วยเกิดปัญหา

ความปลอดภัยภายในหอผู้ป่วยถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล พยาบาลจึงต้องมีหน้าที่ตรวจสอบเครื่องใช้ไฟฟ้า และอุปกรณ์การแพทย์ให้อยู่ในสภาพ

พร้อมใช้งานได้ ปลั๊กไฟอยู่ในสภาพสมบูรณ์ สายไฟไม่รั่ว มีไม้กั้นเตียงที่ไม่ฝืด สามารถยกเลื่อนได้ง่าย รวมทั้งต้องมีการป้องกันรังสีต่างๆในตึกผู้ป่วยที่มีการบำบัดด้วยกัมมันตภาพรังสี

### 1.3.2 การกำจัดของเสีย

โรงพยาบาลเป็นแหล่งที่มีของเสียอันตรายมาก มูลฝอยจากโรงพยาบาลต่างจากมูลฝอยจากที่พักอาศัย เนื่องจาก มูลฝอยจากโรงพยาบาลประกอบด้วย มูลฝอยอันตราย (Hazardous waste) ที่สำคัญคือ มูลฝอยติดเชื้อ (Infectious waste) มูลฝอยจำพวกสารเคมี และของมีคม เป็นต้น หอผู้ป่วยมีมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด เพราะมูลฝอยทุกชนิดจากผู้ป่วยรวมทั้งสารคัดหลั่งต่างๆ เป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ (สถาพร มานัสสถิตย์, 2535 : 28)

1.3.2.1 มูลฝอยในโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ชนิด มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพิจารณาหาวิธีการกำจัดที่เหมาะสมและประหยัด ดังนี้

1) มูลฝอยติดเชื้อ เป็นมูลฝอยที่อยู่ตามตึกผู้ป่วย ห้องปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่ มูลฝอยเหล่านี้มีทั้งที่เผาไหม้ได้ และเผาไหม้ไม่ได้ คือ จำพวกผ้าพันแผล สำลี สำหรับขยะที่เผาไหม้ไม่ได้ จะเป็นพวกขวดน้ำเกลือ เข็มฉีดยา ขวดยาต่างๆ เป็นต้น

2) มูลฝอยไม่ติดเชื้อ เป็นมูลฝอยจากที่พักอาศัยของเจ้าหน้าที่และตึกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เป็นส่วนที่แยกจากมูลฝอยติดเชื้อแล้ว มีทั้งส่วนที่เผาไหม้ได้ และเผาไหม้ไม่ได้

1.3.2.2 การเก็บรวบรวมมูลฝอย มีองค์ประกอบที่ต้องคำนึงถึง 2 ประการคือ

1) ถังหรือที่รองรับมูลฝอย มีข้อกำหนดดังนี้  
ลักษณะของถังหรือที่รองรับมูลฝอย จะต้องทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทำความสะอาดง่าย น้ำหนักเบา ไม่เป็นสนิม ไม่รั่วซึม มีหูหิ้วหรือที่จับยกที่แข็งแรง ตั้งสูงจากพื้น 20 ซม. ควรมีความจุประมาณ 20-30 ลิตร น้ำหนักเมื่อใส่มูลฝอยเต็มถังไม่ควรเกิน 10 กิโลกรัม จะช่วยทำให้ยกได้สะดวกรวดเร็ว

ถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ต้องทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง เช่น เหล็กกันสนิม มีฝาปิดมิดชิด ไม่รั่วซึมแล้ว ภายในถังควรมีถุงพลาสติกไม่รั่วซึมไว้รองรับมูลฝอยอีกด้วย โดยปากถุงพับพาดออกมาคลุมปากถัง และมีฝาปิดมิดชิดและควรเขียนข้างถังรองรับมูลฝอยแสดงว่าเป็นถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ

2) กรรมวิธีการเก็บรวบรวม จะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้เก็บรวบรวมและประชาชนทั่วไป ไม่ก่อให้เกิดเหตุรำคาญ ทำได้โดยไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากนัก

การเก็บรวบรวมมูลฝอยจากถังรองรับ ไปสู่ที่พัก มูลฝอยรวมหรือบริเวณที่กำจัดมูลฝอย จะต้องปฏิบัติโดย เจ้าหน้าที่เก็บรวบรวมมูลฝอยอันตรายจะต้องแต่งกายด้วยชุดที่ป้องกันอันตรายได้ เช่น 1) สวมชุดสำหรับเก็บรวบรวมมูลฝอย โดยเฉพาะ ใส่ถุงมือ มีอุปกรณ์ปิดปาก และจุก ใส่รองเท้าหุ้มข้อ 2) เก็บรวบรวมมูลฝอยใส่ในถุงพลาสติก ไม่ควรบรรจุจนเต็มเกินไปจนไม่สามารถผูกปากถุงได้ ควรบรรจุเพียง 3/4 ของถุง 3) การลำเลียงมูลฝอยแต่ละประเภทที่อยู่ในถัง หรือภาชนะจากจุดต่าง ๆ ควรใส่ในรถสำหรับใส่มูลฝอยโดยเฉพาะ ห้ามนำรถลำเลียงมูลฝอยไปใช้สำหรับลำเลียงอาหาร เสื้อผ้า หรือสิ่งอื่น ๆ ที่ต้องการความสะอาด 4) เมื่อจัดเก็บถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนจัดเก็บควรฆ่าเชื้อด้วย ฟอर्मาลิน 3% หรือไลโซล 10% โดยพ่นหรือราดลงไปในถังขยะ ให้ซึมได้ทั่วถึงแล้วจึงมัดปากถุงให้แน่น สำหรับมูลฝอยประเภทของมีคม (Sharps) ได้แก่ เข็มฉีดยา ใบมีดที่ติดเชื้อ จากตึก ห้องและหน่วยต่าง ควรรวบรวมใส่ กระบุงโลหะ แยกต่างหากจากมูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่น ๆ แล้วส่งไปฆ่าเชื้อใน Autoclave โดยเฉพาะมูลฝอยที่เกิดจากโรคเอดส์ หรือไวรัสตับอักเสบบี จะใส่น้ำยา Sodium Hypochlorite ความเข้มข้น 0.1-0.5% แช่ไว้เป็นเวลา 30 นาที ก่อนนำไปกำจัดต่อไป 2.5) มูลฝอยพวกยาที่ต้องทิ้งหรือหมดอายุการใช้งาน ให้รวบรวมส่งคืนบริษัท ผู้ผลิตจำหน่าย มูลฝอยพวกสารเคมีที่ต้องทิ้งจะต้องเก็บรวบรวมในภาชนะที่ทนต่อการกัดกร่อน ไม่รั่วซึม แล้วส่งคืนบริษัท ไม่ควรทิ้งลงในระบบบำบัดน้ำเสีย มูลฝอยประเภทที่ปนเปื้อนด้วยสารกัมมันตรังสี ควรแยกเก็บในภาชนะชนิดพิเศษและเก็บไว้จนกระทั่งสารกัมมันตรังสีชนิดนั้น ๆ ไม่มีกัมมันตภาพรังสีที่ก่อให้เกิดอันตรายแล้ว จึงนำไปกำจัดด้วยการเผาต่อไป 2.6) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อตามหลักวิชาการแล้ว คือ จะต้องกำจัดทันทีโดยมิให้ปะปนกับขยะประเภทอื่น ๆ หรือแพร่กระจายออกสู่ชุมชนต่อไป การเก็บมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัด ไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 3 วัน

### 1.3.3 การป้องกันอัคคีภัย

อัคคีภัยเป็นภัยที่ร้ายแรงมาก ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน โรงพยาบาลเป็นแหล่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอัคคีภัย เพราะมีก๊าซทางการแพทย์ และสิ่งที่เป็นเชื้อเพลิง หากเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาลจะเกิดความเสียหายมากเพราะโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำนวนมาก

จากเอกสารการสอนชุดวิชาบรรเทาสาธารณภัยของมหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช (2537 : 273) ให้ความหมายของการป้องกันอัคคีภัยว่า เป็นการกำจัดสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอัคคีภัย โดยการระมัดระวังสาเหตุที่ทำให้เกิดอัคคีภัยบ่อยครั้งในสถานที่ต่าง ๆ พร้อมทั้งการเตรียมการระงับอัคคีภัย เพื่อเป็นการป้องกันการติดต่อลุกลาม และลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น โดยมีหลักในการป้องกันอัคคีภัย 3 ทางคือ

1.3.1.1 การกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดอัคคีภัย อัคคีภัยเกิดขึ้นจากความประมาทในการใช้เชื้อเพลิง การใช้ความร้อน การใช้ไฟฟ้า อุบัติเหตุในการเก็บสารเคมี และการใช้เครื่องจักร ซึ่งนำไปสู่การระเบิดลูกไหม้ การสูบบุหรี่ และการติดต่อลุกลาม

1.3.2.2 การป้องกันการติดต่อลูกกลม เป็นการศึกษาให้ทราบถึงลักษณะคุณสมบัติของวัตถุหรือเชื้อเพลิงที่นำมาใช้ในกิจการนั้นๆ และการควบคุมเรื่องการกระจายตัวของความร้อน รวมทั้งอากาศที่จะรวมตัวกัน ทำให้เกิดการเผาไหม้ โดยมีหลักปฏิบัติ ดังนี้

1) การเก็บรักษาเชื้อเพลิงหรือวัตถุที่อาจจะทำให้เกิดอัคคีภัยได้ง่าย ควรศึกษาถึงคุณสมบัติของสารต่างๆ ด้านจุดวาบไฟ จุดหลอมเหลว ความสามารถในการติดไฟของสาร อุณหภูมิติดไฟ ความสามารถในการละลายน้ำได้ ความถ่วงจำเพาะ ความหนาแน่น ไอ

2) การระมัดระวังป้องกันความร้อนที่เป็นเหตุให้เกิดการคุไหม ซึ่งอาจจะเกิดการติดต่อลูกกลมขึ้นได้ ความร้อนที่เกิดขึ้นนี้อาจจะมาจากกระบวนการผลิตหรือจากการจุดเผา อาจเกิดเพลิงไหม้ขึ้นได้ถ้าไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัย หรือไม่เข้มงวดในการใช้ไฟและความร้อน

3) การกำจัดอากาศเพื่อป้องกันการเผาไหม้ อากาศที่ออกซิเจนในอัตราไม่ต่ำกว่าร้อยละ 16 เป็นสารที่ช่วยในการสันดาป ซึ่งเป็นการยากที่จะควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยได้ เพราะคนเราต้องการออกซิเจนในอากาศหายใจไม่ต่ำกว่าร้อยละ 16 เหมือนกัน เว้นแต่ว่าในการเก็บสารเคมีบางชนิด ที่ทำปฏิกิริยาเคมีกับอากาศไว้ในที่เฉพาะ อาจเก็บไว้ในห้องสุญญากาศหรือในบรรยากาศที่มีแต่ก๊าซเฉื่อย เช่น อาร์กอน ฮีเลียม หรือไนโตรเจนอัดเหลว

1.3.2.3 การลดความสูญเสียให้น้อยลง เป็นการทำที่จะควบคุมและป้องกันมิให้เกิดอัคคีภัยโดยเด็ดขาดและตลอดไป การที่จะลดความสูญเสียเนื่องจากอัคคีภัย ควรเตรียมการเพื่อระงับอัคคีภัย การป้องกันการติดต่อลูกกลมด้วยการนำวิธีการป้องกันโดยการดำเนินตามมาตรการแห่งความปลอดภัยตามมาตรฐานสากล และระเบียบข้อบังคับตามพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการป้องกันอัคคีภัยในประเทศ ปฏิบัติตามมาตรการแห่งความปลอดภัยนั้นๆ พร้อมทั้งศึกษาการเก็บรักษาวัตถุที่อาจจะเกิดอัคคีภัยได้ง่าย โดย

1) การปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันอัคคีภัย เป็นการนำมาตรการป้องกันอัคคีภัยที่ผ่านการวิเคราะห์และวิจัยมาแล้ว มาปฏิบัติตามเพื่อป้องกันการติดต่อลูกกลม และการลดความสูญเสีย

2) เครื่องดับเพลิงทางเคมีต้องวางไว้ให้ถูกที่ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเข้า สามารถเข้าไปหยิบมาใช้ได้สะดวก

3) อุปกรณ์ไฟฟ้าหรือเครื่องใช้ไฟฟ้าที่อาจจะมีความร้อนสูงต้องปิดหรือแยกสะพานไฟเสีย

4) เครื่องมือสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ ตู้แจ้งเหตุเพลิงไหม้ ต้องอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดี ควรมีการทดลองสื่อสารเมื่อได้รับมอบหมายหน้าที่

5) การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการดับเพลิง ควรคำนึงถึงการติดตั้งเครื่องดับเพลิงให้พอเพียงต่อการระงับอัคคีภัย และต้องคำนึงถึงขนาดอันตรายของไฟด้วย เพราะอันตรายของไฟย่อมขึ้นอยู่กับขนาดอันตรายอย่างเบา อันตราย

อย่างปานกลาง อันตรายอย่างแรง ฉะนั้นต้องจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ในการดับเพลิงตามคำแนะนำของนายตรวจตาม พรบ.ป้องกันและระงับอัคคีภัย

6) การฝึกอบรมบุคลากร ฝึกอบรมให้บุคคลแต่ละคนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและการใช้อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการดับเพลิง ตลอดจนการฝึกซ้อมที่จะสามารถปฏิบัติตามแผนฉุกเฉินที่ได้วางไว้อยู่เสมอ ก็เป็นแนวทางในการที่จะลดความสูญเสียจากอัคคีภัยได้

### 1.3.4 การจัดการด้านความปลอดภัย

ความมั่นคงปลอดภัยเป็น 1 ใน 10 ของปัจจัยกำหนดคุณภาพบริการ 10 ประการ (Determinant of Service Quality) ที่พัฒนาโดย A. Parasuraman, Valarie A. Zeithami and Leonard J Berry (พินิตา คำยุ, 2538) การบริหารความเสี่ยงที่ดีคือการป้องกันหรือลดการเกิดความเสียหาย Hilliard (1974 อ้างถึงในอาภา นิตยศักดิ์, 2533) ได้กำหนดข้อปฏิบัติทางวิชาชีพพยาบาลที่จะสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยอย่างกว้าง ๆ ดังนี้คือ

1.3.4.1 ความปลอดภัยขณะลุกออกจากเตียง บุคลากรควรไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยทุกคนที่เพิ่งจะลุกออกจากเตียงเป็นครั้งแรกหลังได้รับการผ่าตัด หรือนอนพักบนเตียงเป็นเวลานานและควรไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยในเวลาอื่น ๆ ที่จำเป็น

1.3.4.2 ขณะขนส่งผู้ป่วยจะเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ถ้าล้อคล้อรถทุกชนิดที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอน เมื่อผู้ป่วยลุกออกหรือช่วยผู้ป่วยลุกออกจากเตียงใช้เข็มขัดนิรภัยเมื่อผู้ป่วยอยู่บนรถเข็นนอน ควรดึงและไม่ควรผลักรถเข็นนั่งขณะขึ้น-ลงลิฟท์และควรรวมไปกับผู้ป่วยบางราย เมื่อผู้ป่วยถูกส่งไปแผนกอื่นของโรงพยาบาล

1.3.4.3 ควรระวังด้านความปลอดภัยขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียงนอนหรือควรให้ความสูงของเตียงอยู่ในระดับต่ำเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อการตกเตียง ควรยกไม้กั้นเตียงสูงในผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว สับสนมีเมามา มีประวัติชักหรือกำลังชัก ตาปิดทั้งสองข้าง กำลังฟื้นจากยาสลบ ได้รับยาระงับความกระวนกระวายหรือสารเสพติด และอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป วางของใช้ที่จำเป็นใกล้มือผู้ป่วย รวมทั้งสัญญาณขอความช่วยเหลือด้วย

1.3.4.4 อาจจะต้องผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่นหรืออำนวยความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล ทั้งนี้จะใช้ได้ในกรณีที่เป็นคำสั่งของแพทย์ พยาบาลต้องใช้ให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับความสบายเท่ากับความปลอดภัย และรักษาสมดุลงของรูปทรงอย่างเหมาะสม

1.3.4.5 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัย

1.3.4.6 ใช้เทคนิคการแยกผู้ป่วยตามนโยบายของโรงพยาบาล

1.3.4.7 ในการกำจัดสิ่งปฏิกูลควรทิ้งในถังรองรับที่เหมาะสม ยกเว้นเมื่อส่งตรวจ

1.3.4.8 การรักษาความปลอดภัยเฉพาะด้านควรอยู่ในแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยตาบอด หูหนวก

1.3.4.9 เครื่องหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยที่จะต้องประกาศไว้ที่ประตูหรือเตียงได้แก่ การห้ามสูบบุหรี่ขณะที่ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน การระวังอันตรายจากรังสีขณะเยี่ยมผู้ป่วยที่ฝังแร่ ใช้เทคนิคการแยกผู้ป่วยขณะญาติเข้าเยี่ยม เป็นต้น

1.3.4.10 ควรระบุห้อง เบอร์เตียง และแถบชื่อที่ข้อมือของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

1.3.4.11 สำนวความสามารถของเครื่องมือในการทำงานทุกวัน วันละครั้งเป็นอย่างน้อย ของใช้ควรเพียงพอและพร้อมในการหยิบใช้ และควรวางให้ถูกต้อง ไม่เกะกะทางเดิน

1.3.4.12 เพื่อความปลอดภัยจากอันตรายของเครื่องใช้ไฟฟ้า พยาบาลควรจะใช้เครื่องมือที่มีปลั๊กสามตา ควรเป็นเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ใช้พลังงานจากแบตเตอรี่ หลีกเลี่ยงการวางขวดของเหลวไว้บนเครื่องมือเครื่องใช้ไฟฟ้า ไม่ควรเชื่อมสายต่างๆ จากส่วนที่มีกระแสไฟฟ้าออก หลีกเลี่ยงการใช้ไฟเกินขนาด และไม่ควรถับพื้นดินขณะที่อีกมือหนึ่งจับเครื่องใช้ไฟฟ้า

1.3.4.13 ควรมีป้ายปิดไว้ชัดเจนในสิ่งต่อไปนี้ คือข้างเตียงผู้ป่วย ขวดรองรับของเสียออกจากผู้ป่วย สายรองรับสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากผู้ป่วย ขวดให้สารน้ำทางเส้นเลือดควรมีวันที่ที่ให้ อัตราให้ ยาที่ผสม ลายเซ็นพยาบาลที่เตรียม สายต่างๆ ที่ใส่เข้าทางหลอดเลือดดำ ควรระบุชนิด ความยาว ขนาด และวันที่ใส่ด้วย

## 2. บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารการพยาบาล เป็นผู้เชื่อมโยงงานระดับกลุ่มงานการพยาบาลสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน รวมทั้งเป็นผู้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล ให้คำปรึกษาและวินิจฉัยสั่งการโดยเฉพาะกรณีที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ นักวิชาการและองค์กรวิชาชีพได้กำหนดบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ดังนี้

Duffield (1994 : 63-67 อ้างถึงใน สุมาลี จักรไพศาล, 2541) ได้ทำการศึกษามหาวิทยาลัยของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดของ Katz ซึ่งกล่าวถึงทักษะที่จำเป็นของผู้บริหารงานระดับต้น 3 ประการ คือ

1. ทักษะทางด้านเทคนิค (Technical skills) เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเทคนิค วิธีการ และกระบวนการ เช่น ความรู้เฉพาะทางหรือความสามารถในการวิเคราะห์งานด้านงบประมาณและการวางแผนงาน เป็นต้น

2. ทักษะทางด้านมนุษยสัมพันธ์ (Human skills) เป็นความชำนาญในกิจกรรมต่างๆ เช่น ความสามารถที่จะทำงานร่วมกับสมาชิกกลุ่มต่างๆ และเป็นการสร้างความร่วมมือในการทำงานของทีม ทักษะนี้นิยมโดยการรับรู้ของบุคคลหรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมถึง

ทักษะในกระบวนการกลุ่ม การสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม เข้าใจ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและการสื่อสารกับผู้อื่น

3. ทักษะทางด้านการคิด (Conceptual skills) เป็นความสามารถที่จะมององค์การในภาพรวมทั้งหมด เป็นการมองให้เห็นว่าแต่ละส่วนมีความสัมพันธ์กันและจะต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน

กฤษยา ตันติผลาชีวะ (2539 : 26-28) ได้รวบรวมบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยประกอบด้วย 7 บทบาท คือ

1. เป็นผู้บริหาร โดยกำหนดนโยบายการพยาบาลกับหอผู้ป่วย เป็นผู้วางแผนปฏิบัติงานที่จะทำให้งานดำเนินไปสู่ความสำเร็จ รวมทั้งต้องเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลให้คำปรึกษา และวินิจฉัยสั่งการ

2. เป็นผู้จัดการการพยาบาล โดยเป็นผู้อำนวยความสะดวกการพยาบาล ทำหน้าที่จัดการเกี่ยวกับงานต่างๆ ในหอผู้ป่วย เช่น จัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสม จัดความพร้อมด้านวัสดุเครื่องใช้ เวชภัณฑ์ให้พร้อม จำแนกประเภทผู้ป่วย จัดสวัสดิภาพให้กับผู้ป่วย รวมทั้งใช้เวลาในการลงมือปฏิบัติการพยาบาล และเป็นผู้นิเทศบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยด้วย

3. เป็นผู้ประสานการรักษาพยาบาลโดยเมื่อมีปัญหาในด้านการรักษาเกิดขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยก็จะนำข้อมูลมาปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา หรือถ้ามีปัญหาด้านการพยาบาลก็จะชี้แนะกับบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย

4. เป็นผู้สนับสนุนประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล โดยเป็นผู้ดูแลและตรวจสอบการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงได้รับ เป็นผู้สนับสนุน เป็นกำลังใจ และให้คำแนะนำปรึกษาแก่บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย

5. เป็นนักพัฒนา โดยเป็นตัวจักรสำคัญในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงคุณภาพการพยาบาลให้เกิดขึ้น โดยมีการเสนอข้อมูลใหม่ทางการพยาบาล ทำวิจัย หรือนำผลการวิจัยมาใช้ในการพยาบาล

6. เป็นผู้รักษาสวัสดิภาพของผู้ป่วยตามสิทธิมนุษยชน โดยให้ความปลอดภัยและช่วยเหลือตามควรแก่ผู้ป่วย

7. เป็นครู โดยเป็นผู้สอนวิชาการและสุขศึกษาให้แก่ผู้ป่วย บุคลากรการพยาบาล รวมทั้งนักศึกษาพยาบาล

กองการพยาบาล (2539: 66-67) ได้กำหนดภาระหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งภารกิจที่สำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วย คือ การดำเนินการพยาบาลให้เป็นไปตามปรัชญา และเป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ เพื่อสร้างคุณภาพทางการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ใช้บริการ กิจกรรมสำคัญที่หัวหน้าหอผู้ป่วยพึงกระทำเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ประกอบด้วย ด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ และการประสานงาน



1. การสร้างคุณภาพทางการบริหาร มีกิจกรรมดังนี้
  - 1.1 จัดตารางเวร หรือตารางการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลให้เหมาะสม มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ และอัตรากำลังพอเหมาะในแต่ละเวร
  - 1.2 การจัดระเบียบการลาป่วย ลากิจ ลาพักผ่อน และการแลกเวรโดยเหมาะสม เพื่อให้จ่ายต่อการจัดอัตรากำลังที่คล่องตัว
  - 1.3 พัฒนาฟื้นฟูความรู้ด้านวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับ
  - 1.4 ตรวจสอบ นิเทศ และประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับในหน่วยงาน
2. การสร้างคุณภาพทางการบริการทางพยาบาลมีกิจกรรมดังนี้
  - 2.1 กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับในหอผู้ป่วย
  - 2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ
  - 2.3 นำหลักของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
  - 2.4 มีการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ
  - 2.5 มีการวางแผนการพยาบาลในคาร์เดกส์
  - 2.6 ระบบการบันทึกรายงานต่าง ๆ มีประสิทธิภาพ
  - 2.7 ควบคุมให้มีการพยาบาลที่ถูกต้อง โดยการดำเนินการตามแผนการพยาบาลในคาร์เดกส์ มีการประเมินผลและติดตามผลการพยาบาลอยู่เสมอ
3. การบริหารงานทั่วไป มีกิจกรรมดังนี้
  - 3.1 ตรวจสอบเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลให้พร้อมอยู่เสมอ
  - 3.2 บำรุงรักษาและตรวจซ่อมเครื่องมือเครื่องใช้ในหอผู้ป่วยให้อยู่สภาพที่ดี
  - 3.3 ดูแลความสะอาดเรียบร้อยภายในหอผู้ป่วย
  - 3.4 ตรวจสอบความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติงาน
  - 3.5 สร้างสรรค์ความคล่องตัวในการดำเนินงานภายในหอผู้ป่วย
  - 3.6 จัดทำคู่มือการประสานงานทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพและการประสานงานที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการ และญาติ ตลอดจนผู้มาติดต่อต่าง ๆ

กองการพยาบาล (2539 : 62-63) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอคือ

1. รับนโยบายจากฝ่ายการพยาบาล
2. วางแผนงานในความรับผิดชอบเกี่ยวกับ
  - 2.1 แผนอัตรากำลัง
  - 2.2 แผนงานวิชาการ
  - 2.3 แผนพัฒนาบริการพยาบาล
  - 2.4 แผนการจัดการ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้
  - 2.5 แผนการสอนสุขศึกษาในหอผู้ป่วย

3. มอบหมายงานให้แก่เจ้าหน้าที่ตามระดับความรู้ ความสามารถ
4. ติดตามควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
5. ประเมินผลงานเกี่ยวกับ
  - 5.1 การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
  - 5.2 คุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานที่รับผิดชอบ
6. พิจารณาความดีความชอบของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงาน
7. เป็นประธานการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน
8. ส่งเสริมขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่
9. จัดระบบบริการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน
10. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในหน่วยงาน
11. กำหนดความต้องการการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้งเครื่องนอน และเสื้อผ้า
12. จัดหา ควบคุมการใช้ การบำรุงรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้งเครื่องนอน และเสื้อผ้า
13. ปรับปรุงงานบริการพยาบาลของหน่วยงานที่รับผิดชอบ
14. ควบคุมดูแลการจัดความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม
15. จัดตารางเวรการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และควบคุมให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
16. ควบคุมการจัดสอนสุขศึกษาผู้ใช้บริการเป็นรายกลุ่ม
17. ควบคุมและตรวจสอบการบันทึกรายงานทางการพยาบาล
18. รวบรวมสถิติรายงานของหน่วยงานประจำวัน ประจำเดือน ประจำปี
19. เยี่ยมตรวจและนิเทศการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
20. จัดทำ จัดหาเอกสาร ตำรา คู่มือทางวิชาการต่าง ๆ
21. สนับสนุนการทำวิจัยทางการพยาบาล และติดตามนำผลการวิจัยมาปรับปรุงการบริการทางการพยาบาล
22. ประมุขนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ และผู้มาศึกษาอบรม ดูงานทางการพยาบาล
23. จัดประสบการณ์ทางด้านการศึกษา ให้แก่นักศึกษา และผู้มาฝึกอบรมดูงาน
24. เป็นผู้นำในการดำเนินงานวิชาการของหน่วยงาน
25. เป็นวิทยากร เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล
26. ร่วมเป็นกรรมการเฉพาะกิจในคณะทำงานต่าง ๆ
27. เป็นที่ปรึกษาและแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน
28. ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

### 3. การบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

จากกระแสในเรื่องคุณภาพการพยาบาล รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของคดีฟ้องร้อง โรงพยาบาลทั้งของต่างประเทศและประเทศไทย ทำให้โรงพยาบาลและหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จัดให้มีระบบที่จะทำให้ผู้ใช้บริการมั่นใจในคุณภาพว่าจะได้รับบริการที่พึงประสงค์และมีความเสี่ยงน้อยที่สุด การประกันคุณภาพจึงเป็นระบบหนึ่งที่จะสร้างความเชื่อมั่น ระบบประกันคุณภาพที่ทวีความสำคัญมากขึ้นในฐานะของโปรแกรมการบริหารคุณภาพก็คือ การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการบริหารความเสี่ยงนี้ (กฤษฎา แสงดี, 2543:1)

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้น ดำเนินงานการพยาบาลในระดับหน่วยงาน/หอผู้ป่วยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มงานการพยาบาลและโรงพยาบาล เป็นผู้เชื่อมโยงงานระดับนโยบายกลุ่มงานการพยาบาลสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน/หอผู้ป่วย (กองการพยาบาล, 2539:38) จากการศึกษาของ Boyd (1995) พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการสืบสวนเหตุการณ์ และมีกิจกรรมคุณภาพ จะรับรู้บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการความเสี่ยง (risk manager) พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่น (Poteet, 1983:458) และ 90% ของความไม่พอใจของผู้ป่วยได้รับการระงับที่หัวหน้าหอ (Sullivan and Decker, 1988:503)

การบริการสุขภาพในสถานบริการนั้น เป็นที่ปรากฏชัดเจนว่าหอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางของงานบริการสุขภาพทุกประเภท เนื่องจากหอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสัมพันธ์มากและใช้เวลาส่วนใหญ่ที่นี่ การเกิดความไม่พอใจ ความผิดพลาดหรือบาดเจ็บจึงเกิดขึ้นที่นี่มากกว่าส่วนอื่นของโรงพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ , 2540 : 35) จากมาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปีกาญจนาภิเษก เรื่อง โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยขององค์กร อาจถือได้ว่าเป็นบทบาทหนึ่งของหัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทในการบริหารจัดการและรับนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดมาตรฐานโรงพยาบาลด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะนำเสนอเฉพาะรายละเอียดที่นำประยุกต์ใช้ในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

#### 3.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการดูแลอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยังพอใจ

3.1.1 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โครงสร้างกายภาพของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน โดยมีการใช้ที่ดิน อาคาร ทรัพย์สิน และการบำรุงรักษา

3.1.2 มีระบบการบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยมีแผนการบำรุงรักษาและจัดหาทดแทนเพื่อลดโอกาสเกิดความขัดข้อง และความเสี่ยงเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพของ

อาคาร รวมทั้งทางเท้า ถนน ไฟส่องสว่างภายนอกอาคาร มีการจัดลำดับความสำคัญในการซ่อม เครื่องมือและอุปกรณ์ มีการจัดความคั่งค้างในการซ่อมเครื่องมือและอุปกรณ์ มีการติดตาม ประเมินข้อมูลระยะเวลาที่ใช้ในการซ่อมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ

3.1.3 มีสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการติด อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ราวจับตามทางเดิน ที่จับและระบบสัญญาณฉุกเฉิน ในห้องน้ำห้องสุขา สัญญาณเรียกพยาบาล รวากันเตียงที่เหมาะสมกับความสูงของเตียง มีการจัด สถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อความสบายของผู้ใช้บริการ ได้แก่ อุณหภูมิที่พอเหมาะ แสงสว่าง เพียงพอ อุปกรณ์เพื่อความบันเทิง เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ มีระบบการระบายอากาศที่ดี สามารถควบคุมการติดต่อของเชื้อโรคที่ใช้อากาศเป็นสื่อ

3.1.4 มีระบบการสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็น มีระบบไฟฟ้าฉุกเฉิน

3.1.5 มีระบบการสื่อสารของโรงพยาบาลที่สามารถใช้การได้ตลอดเวลา โดยมี ระบบเตือนภัย ระบบเรียกพยาบาล โทรศัพท์สายตรงสำหรับหน่วยงานที่จำเป็น เส้นทาง เชื่อมต่อระหว่างอาคาร ชั้น และหน่วยงานต่าง ๆ

3.1.5 มีระบบบริหารจัดการเพื่อดูแลความปลอดภัยเกี่ยวกับไฟฟ้า ถังแก๊ส ใอน้ำ สารเคมี วัตถุไวไฟ

3.1.6 มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพ ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

3.1.7 มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการจัดการด้านโครงสร้างทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อม

### 3.2 การกำจัดของเสีย

มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และ สิ่งแวดล้อม

3.2.1 มีเอกสารนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดของเสีย โดยมีการแยก ของเสียทั่วไปและของเสียที่มีการปนเปื้อน การกำจัดวัตถุมีคมในภาชนะที่เหมาะสม มีแนวทาง ปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากเข็มการติดป้ายและกำจัดของเสียที่มีผลทำลายเนื้อเยื่อ หรือมี กัมมันตภาพรังสี การขนย้ายของเสียที่ปนเปื้อนอย่างปลอดภัย รวมทั้งการใช้ถุงตามข้อตกลง ใส่ของเสียที่ปนเปื้อน การสวมชุดป้องกัน การกำจัดของเสียพิเศษอื่นๆ การทำความสะอาด พาหนะที่ใช้ขนส่งของเสีย

3.2.3 มีเครื่องมืออุปกรณ์ และระบบสำหรับการกำจัดของเสียเหมาะสมและเพียงพอ มีระบบบำบัดน้ำเสียภาชนะรองรับขยะซึ่งมีฝาปิดมิดชิด ไม่รั่วซึม

3.2.3 มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัด ของเสีย อย่างถูกวิธี มีการขนย้ายของเสียจากผู้ป่วยที่ถูกวิธี

3.2.4 มีการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้

3.2.5 มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการกำจัดของเสีย

### 3.3 การป้องกันอัคคีภัย

โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงานและบำรุงรักษาเพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย

3.3.1 มีนโยบายด้านการป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผู้บริหารสูงสุดรับรอง

3.3.2 มีผู้รับผิดชอบในการป้องกันอัคคีภัย มีการแต่งตั้งผู้มีคุณสมบัติและมีประสบการณ์เป็นผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันอัคคีภัย มีระบบให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลความปลอดภัยจากอัคคีภัย ตามระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

3.3.3 มีการตรวจสอบและปรับปรุงเพื่อป้องกันอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการประเมินภาวะเสี่ยงจากอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ มีการลดปริมาณการเก็บวัสดุไวไฟให้เหลือน้อยที่สุด และเก็บในบริเวณที่กำหนดมีการตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิดที่นำมาใช้ในโรงพยาบาล

3.3.4 มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยที่เหมาะสม โดยมีการจัดหาเครื่องมือดับเพลิงที่เหมาะสมและเพียงพอ เช่น เครื่องดับเพลิง มีหลักฐานการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือ และระบบป้องกันอัคคีภัย

3.3.5 มีทางหนีไฟจากส่วนต่างๆของอาคารซึ่งสามารถใช้งานได้ทันทีเมื่อเกิดอัคคีภัย โดยทางหนีไฟไม่มีสิ่งกีดขวาง ไม่มีการเก็บวัสดุไวไฟไว้ในบริเวณทางหนีไฟ มีป้ายทางออกหนีไฟแสดงไว้ชัดเจน รวมทั้งมีคำแนะนำรายละเอียดเรื่องการใช้ทางหนีไฟ

3.3.6 มีการแสดงวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยและวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้เห็นชัดเจนทั่วทั้งโรงพยาบาล

3.3.7 มีการฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการซ้อมดับเพลิงอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้สภาวะการณ์ที่แตกต่างกันทั้งกลางวันและกลางคืน มีการฝึกซ้อมติดต่อ/ประสานงานกับผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านอัคคีภัยในพื้นที่กรณีเกิดอัคคีภัย มีการประเมินผลการจัดซ้อม จัดทำรายงาน บันทึกรายชื่อผู้เข้าร่วมฝึกซ้อมดับเพลิง เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติด้านอัคคีภัยทุกปี การใช้เครื่องมือดับเพลิงวิธีการ / เส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและทราบว่าควรทำการเคลื่อนย้ายเมื่อใด อย่างไร

### 3.4 การจัดการด้านความปลอดภัย

มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่

3.4.1 มีเอกสารนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล

3.4.2 มีการวางแผนและดำเนินงานด้านความปลอดภัยอย่างเหมาะสม มีการค้นหาและการประเมินภาวะเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆในโรงพยาบาล และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีมาตรการในการป้องกันและควบคุมภาวะเสี่ยง มีการตรวจตราหน่วยงานต่างๆที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งมีระบบรายงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ อันตราย ข้อขัดข้องต่างๆ

และการสอบสวนเมื่อจำเป็น มีระบบการกระจายข่าวกิจกรรมความปลอดภัยและคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายต่างๆ การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายด้านความปลอดภัย

3.4.3 มีการให้ความรู้ ฝึกอบรม แจ้งข่าวและคำเตือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงนโยบายและวิธีปฏิบัติด้านความปลอดภัย

3.4.4 มีการจัดทำรายงานประจำปีด้านความปลอดภัยเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง

#### 4. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Program)

การให้บริการด้านสุขภาพอนามัยและสาธารณสุข เป็นบริการที่สำคัญมากของสังคม โดยเฉพาะในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยี ทำให้การบริการรักษาพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนตามความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเรียกร้องความต้องการของสังคม คุณภาพของการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติพึงประสงค์ (จรัส สุวรรณเวลา, 2541)

##### 4.1 ความหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

Hospital Accreditation คือ การพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาลรวมทั้งการเรียนรู้แลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษาและมีการรับรองโดยองค์กรภายนอก การรับรองคุณภาพคือกระบวนการประเมินคุณภาพระบบบริการของโรงพยาบาล เป็นกลไกส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลสร้างระบบงานและระบบตรวจสอบที่ดีด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะให้บริการอย่างมีคุณภาพ โดยอาศัยมาตรฐานระดับชาติ เป็นแนวทางการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถประกาศให้ประชาชนทราบว่าโรงพยาบาลใดบ้างที่ได้พัฒนาจนมีระบบงานและระบบตรวจสอบที่ดี โดยมีการยืนยันผลการประเมินจากหน่วยงานภายนอก(ธิดา นิงสานนท์, 2542) หรืออีกนัยหนึ่ง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(Hospital Accreditation) คือ การประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอกว่า โรงพยาบาลมีระบบงานที่เป็นมาตรฐานและมีระบบการตรวจสอบตนเองที่น่าไว้วางใจ (ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541)

##### 4.2 ความเป็นมาของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตั้งแต่ปี ค.ศ.1915 ได้เริ่มมีการนำแบบตรวจสอบปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลมาใช้ โดยเริ่มจากการตรวจสอบระบบมาถึงคุณภาพในโรงพยาบาลเฉพาะโรคต่างๆ ส่วนมากมุ่งเน้นการตรวจสอบทางเทคนิคปฏิบัติโดยเริ่มต้นระยะแรกๆในสหรัฐอเมริกา (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2541) ในช่วงต้นระบบนี้ได้ขยายตัวไปในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ สวีเดน มีการนำการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้กับประเทศกำลังพัฒนาเมื่อไม่นานมานี้ โดยองค์กรอนามัยโลกกำลังให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

ในประเทศไทย แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลเกิดขึ้นโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก สำนักงานประกันสุขภาพได้เริ่มต้นโครงการวิจัย ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพ (Quality Assurance of Hospital Services) และเริ่มประชุมครั้งแรกเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2536 ได้ร่วมโครงการทดลองในโรงพยาบาล 8 แห่ง และดำเนินการสร้างรูปแบบโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น ภายหลังจากโครงการทดลอง จึงได้กำหนดนโยบาย "โรงพยาบาลคุณภาพ" ไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8(พ.ศ.2540-2544) ทั้งนี้การมีมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อเป็นทิศทางในการทำงานของบุคลากรทุกคนในการทำงานให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรกปรับปรุงระบบบริการสำหรับผู้ป่วยในอนาคค (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2542)

**4.3 สาเหตุที่ต้องมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เนื่องจากสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันคือ**

4.3.1 ผู้บริโภคขาดข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจเลือกบริการ ข้อมูลจากผู้บริโภคเองไม่สามารถประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมได้ ผู้ที่จะประเมินคุณภาพด้านเทคนิคบริการของโรงพยาบาลได้ดีที่สุดคือผู้ประกอบการวิชาชีพด้วยตนเอง

4.3.2 โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีทิศทางนโยบายในการพัฒนาคุณภาพแตกต่างกันไป

4.3.3 ผู้บริหารมอบความรับผิดชอบด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพ

4.3.4 มีความเสี่ยงอยู่ทั้งในตัวระบบและตัวผู้ประกอบการวิชาชีพเนื่องจากขาดระบบที่จะตรวจสอบตนเอง

#### 4.4 ผลที่ได้รับจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สังคม : สังคมเกิดความเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ มีระบบการทำงานที่ไว้วางใจได้

ประชาชน : ทราบว่าควรให้ความไว้วางใจกับโรงพยาบาลใด

ผู้ป่วย : ได้รับการบริการที่มีคุณภาพไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานหรือถูกปล่อยปละละเลย

ผู้ประกอบการวิชาชีพ : ทำงานภายใต้ความเสี่ยงในระดับต่ำสุด มีความราบรื่นและคล่องตัวในการทำงาน

โรงพยาบาล : มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ

องค์กรผู้บริหารกองทุนเพื่อสุขภาพ : มีข้อมูลเพื่อคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะให้การดูแลซึ่งองค์กรนั้นดูแลอยู่

องค์กรวิชาชีพ : มีหลักประกันว่ามาตรฐานวิชาชีพ/ข้อกำหนดต่าง ๆ ถูกนำไปปฏิบัติ

4.5 กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอนคือ

4.5.1 การพัฒนาตนเองของโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล

4.5.2 การประเมินตนเองเพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าและความพร้อมในการขอให้องค์กรภายนอกมาประเมิน

4.5.3 การประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอก เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองและตัดสินใจให้การรับรอง

#### 4.6 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่มกราคม 2540-กรกฎาคม 2543 มีโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน 35 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ประกอบด้วย

4.6.1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 21 แห่งแบ่งเป็น

4.6.1.1 โรงพยาบาลศูนย์ 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี

4.6.1.2 โรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้า

4.6.1.3 โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ โรงพยาบาลดอนสัก โรงพยาบาลโคกสำโรง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลบ้านนาสาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

4.6.2 โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

4.6.3 โรงเรียนแพทย์ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

4.6.4 โรงพยาบาลเอกชน 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์นวัฒนา โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล โรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลมิชชั่น โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี โรงพยาบาลศรีวิชัย โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลสุขุมวิท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลทักษิณ



## 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อาภา นิตยศักดิ์ (2533) ศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านอยู่ในระดับสูงและให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านให้ยาผิดอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านอยู่ในระดับเห็นด้วย ผู้บริหารการพยาบาลให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกตามสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษาและการได้รับการอบรมทางการบริหาร โดยผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้องและความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านแตกต่างจากผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เยาวลักษณ์ หาญวชิรพงศ์ และคณะ (2538) ศึกษาอุบัติการณ์การถูกของมีคมที่มิดำในขณะปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและในหน่วยงานที่มีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือมีการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย พนักงานทำความสะอาด นักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ถูกเข็มและของมีคมที่มิดำในขณะปฏิบัติงาน จำนวน 370 คน (49.01%) เกิดอุบัติเหตุ 825 ครั้ง คิดเป็นอุบัติการณ์ถูกเข็มและของมีคมที่มิดำเท่ากับ 103.7 ครั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์ 100 คน ในระยะเวลา 6 เดือน โดยเป็นพยาบาล 349 คน (ร้อยละ 46.23) เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด 207 คน แต่เมื่อเปรียบเทียบการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มประชากร พบว่าพนักงานโรงพักขยะซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 2 คน (ร้อยละ 100) นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล จำนวน 25 คน เกิดอุบัติเหตุ 23 คน (ร้อยละ 92) พยาบาล 349 คน เกิดอุบัติเหตุ 207 คน (ร้อยละ 59.31) กลุ่มประชากรที่มีช่วงระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 1-5 ปี เป็นกลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด 101 คน ประเภทของมีคมที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุคือเข็ม 418 ครั้ง (ร้อยละ 50.67) กิจกรรมที่ปฏิบัติในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ คือ การฉีดยา 184 ครั้ง (ร้อยละ 22.30) อุบัติเหตุเกิดในช่วงเวรเข้ามากที่สุด 371 ครั้ง (ร้อยละ 44.97) สาเหตุการเกิดส่วนใหญ่เกิดจากประชากรขาดความระมัดระวัง (ร้อยละ 57.29) รองลงมาคือ การทิ้งเข็มและของมีคมไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 24.1)

วรวรรณ เหนือคลองและคณะ (2540) ศึกษาย้อนหลังถึงสาเหตุ ความรุนแรง วิธีการแก้ไขและแนวทางป้องกันการให้ยาผิดพลาด กลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยา ให้เลือดและสารละลายทางหลอดเลือดที่เกิดขึ้นในฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531-2537 จำนวน 61 ราย พบว่า อุบัติเหตุความผิดพลาดในการให้ยาร้อยละ 68.9 ความผิดพลาดในการให้เลือดร้อยละ 16.4 และความผิดพลาดในการให้สารละลายทางหลอดเลือดร้อยละ 14.7 อุบัติการณ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.9) เกิดขึ้นในผลัดเวรเช้าเวลา 08.01-16.00 น. อายุงานระหว่าง 0-3 ปี สาเหตุการให้ยาผิดพลาดเกิดขึ้นจากความบกพร่องในการปฏิบัติสูงสุด (ร้อยละ 78.7) จากการขาดความรู้ร้อยละ 98 เกิดจากความบกพร่องในการปฏิบัติและขาดความรู้ร้อยละ 11.5 ความรุนแรงของการให้ยาผิดพลาดอยู่ในระดับรุนแรงปานกลางร้อยละ 70.5 รุนแรงมากร้อยละ 21.3 รุนแรงน้อยละ 8.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แก้ไขโดยวิธีสังเกตอาการหรือต้องให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยร้อยละ 49.1 แนวทางในการป้องกันการให้ยาผิดพลาดพบว่าการป้องกันในด้านการปฏิบัติงานและระบบงาน

ขันทอง สาสนกุล (2541) ทำการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ ศึกษากรณีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานครมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ถ้าพิจารณาตามรายด้านจะพบว่า ด้านร่วมออกกฎระเบียบกำหนดสถานที่ และเวลาในการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ด้านให้ความรู้แนะนำควบคุมเจ้าหน้าที่ในเรื่องการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ พร้อมทั้งติดตามประเมินผลอยู่ในระดับสูง และด้านวางแผนงานเพื่อขจัดปัญหาและสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อได้แก่ การอบรมและการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับขยะมูลฝอยติดเชื้อ และการเคยมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยทั่วไปของหัวหน้าหอผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่ เกิดจากเจ้าหน้าที่เก็บขยะขาดความรู้ความเข้าใจไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ และปัญหาเจ้าหน้าที่นำขยะมูลฝอยติดเชื้อและขยะมูลฝอยธรรมดา รวมกันในถังเดียวกัน

สิริยา สัมมาวาท (2541) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 75 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เคยปฏิบัติงานผิดพลาด คิดเป็นร้อยละ 56 โดยทำผิดขณะศึกษาอยู่ชั้นปี 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมา ได้แก่ชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 42.86 ลักษณะของความผิดพลาดส่วนใหญ่เป็นการให้ยาผิด คิดเป็นร้อยละ 76.19 สาเหตุของความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากขาดความละเอียดรอบคอบ คิดเป็นร้อยละ 76.19 ขาดทักษะและประสบการณ์ร้อยละ 54.76 นักศึกษาทั้งหมดคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นป้องกันได้โดยนักศึกษามีความรู้ในสิ่งที่ทำ มีความละเอียดรอบคอบและความตั้งใจในการทำงาน นักศึกษาส่วนใหญ่ตั้งใจว่าจะระมัดระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นอีก

ชารา ตริตระการและคณะ (2542) สํารวจระบบการป้องกันอัคคีภัยในโรงพยาบาลศิริราชและสํานักงานมหาวิทยาลัยมหิดล ผลการสํารวจพบว่าหน่วยงานทั้งสองมีอุปกรณ์และระบบป้องกันอัคคีภัยค่อนข้างครบตามกฎหมาย แต่ขาดการตรวจสอบและซ่อมบำรุง ทำให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานไม่ได้จำนวนมาก เครื่องตรวจจับความร้อนหรือควันไฟและระบบสัญญาณแจ้งเหตุเพลิงไหม้ ส่วนใหญ่ชำรุดหรือไม่ทำงาน ไฟฟ้าส่องสว่างสํารองส่วนใหญ่ไม่ทำงาน อาคารหลายหลังมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอัคคีภัย หน่วยงานทั้งสองขาดการฝึกซ้อมการดับเพลิงและการอพยพหนีไฟให้แก่เจ้าหน้าที่ ขาดการฝึกอบรมการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอัคคีภัย

พรหมมินทร์ หอมหวาน (2542) ได้ทำวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การร้องเรียนแพथกรณิฑุรเวชปฏิบัติ : ศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ (พ.ศ. 2533 – 2540) และตามสัมภาษณ์แบบเจาะลึก 20 ราย จากการศึกษาคพบว่า การร้องเรียนแพथกรณิฑุรเวชปฏิบัติในหนังสือพิมพ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 – 2540 มีจำนวน 75 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มเป็น 2.7 เท่า ลักษณะการร้องเรียนพบว่า เป็นเวชปฏิบัติในสาขาสุติกรรมมากที่สุด ร้อยละ 32 ผู้ร้องเรียนเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุ 31 – 40 ปี ผู้เกี่ยวข้องเป็นสามีหรือบิดาของผู้เสียหายมากที่สุด ผู้เสียหายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เสียชีวิตร้อยละ 57.34 จากสถานพยาบาลของรัฐบาล ร้อยละ 62.34 มูลเหตุการร้องเรียนเกิดจากกลุ่มมูลเหตุที่แพथกรณิฑุรเวชรักษาไม่ได้มาตรฐานชัดเจน ร้อยละ 37.33 และจากการสัมภาษณ์พบเหตุที่กระตุ้นให้ผู้เสียหายร้องเรียนคือความไม่พอใจหรือโกรธมากที่สุด เนื่องจากแพथกรณิฑุรเวชไม่ให้ความช่วยเหลือ แพथกรณิฑุรเวชไม่อธิบายสาเหตุของการเสียชีวิต ร้องเรียนโดยการแจ้งความเจ้าหน้าที่ตำรวจ ร้อยละ 36 จากเอกชนใช้การฟ้องร้องต่อศาล คิดเป็น 3.5 เท่าของผู้เสียหายจากสถานพยาบาลของรัฐ ผลการร้องเรียน แพथกรณิฑุรเวชเรื่อง 25 ราย ยอมให้การช่วยเหลือ 20 ราย จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ร้องเรียนไม่ได้ฟ้องศาลจำนวน 16 ราย โดยทิ้งเรื่องไปจำนวน 7 ราย ยุติเพราะแพथกรณิฑุรเวชจ่ายค่าสินไหมจำนวน 5 ราย มีการฟ้องคดีต่อศาลจำนวน 4 รายและยอมความได้ในชั้นศาล จำนวน 2 ราย

Boyd (1995) ศึกษาการระบุบทบาทและความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้จัดการความเสี่ยงในกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยศึกษาในหัวหน้าหอผู้ป่วย 15 คน ให้ออกถึงบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ผลที่พบคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการสืบสวนเหตุการณ์ (occurrence investigate) และมีกิจกรรมคุณภาพจะรับรู้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการความเสี่ยง (risk manager)

Elnitsky, C and et al. (1997) ศึกษาการรายงานอุบัติการณ์ของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน 15 รัฐทางตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการรายงานอุบัติการณ์และความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้รายงานอุบัติการณ์ของผู้ตรวจการพยาบาล โดยศึกษาในพยาบาลปฏิบัติกร 380 น ใช้แบบสํารวจรายงานอุบัติการณ์ 20 ข้อ ที่สามารถตรวจสอบการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างทำงาน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลร้อยละ 36 เชื่อว่า อุบัติการณ์บางเรื่องไม่ต้องรายงาน ร้อยละ 14 ไม่เชื่อว่าการรายงาน

อุบัติการณ์มีความเที่ยงตรงพอ และร้อยละ 14 ไม่เชื่อว่าการรายงานอุบัติการณ์จะป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ได้ สำหรับเรื่องความเชื่อในการใช้รายงานของผู้ตรวจการ พบว่า พยาบาลร้อยละ 17 เชื่อว่าผู้ตรวจการนำรายงานอุบัติการณ์มาใช้ในการประเมินพยาบาล และร้อยละ 25 กล่าวว่าผู้ตรวจการจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพยาบาลเมื่อรายงานอุบัติการณ์ และพบว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์ดีกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาน้อยกว่า

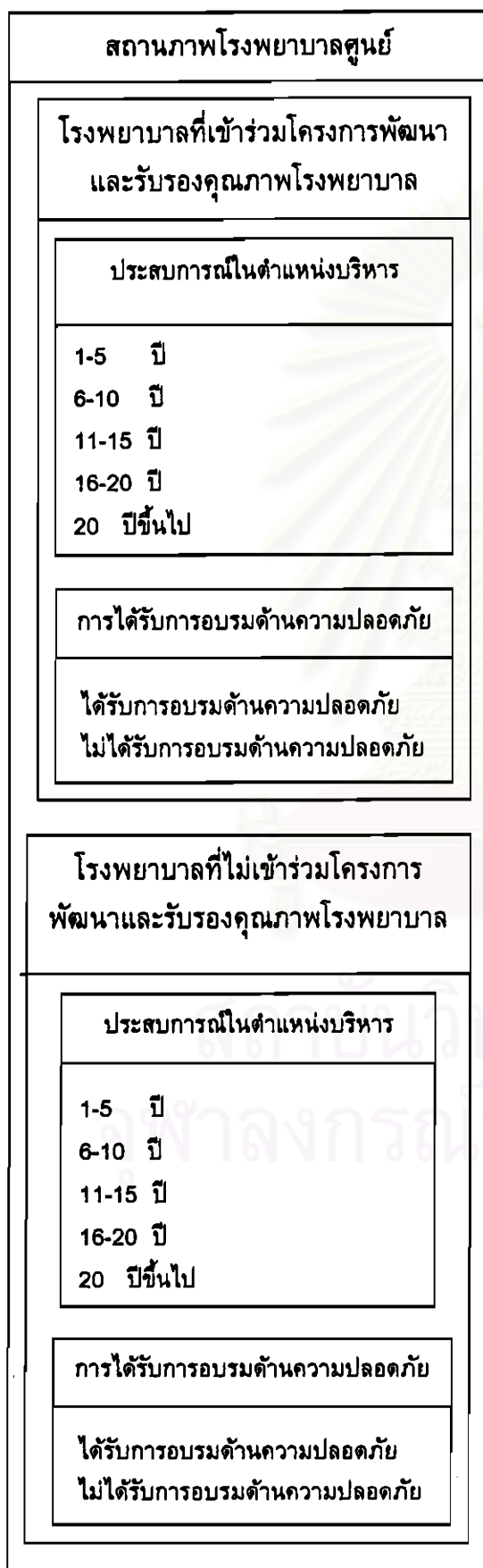
Healey, F. (1994) ศึกษาถึงชนิดของพื้นที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหกล้ม เปรียบเทียบระหว่างพรมและพื้น Vinyl โดยการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ประสบอุบัติเหตุ 2 กลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน จำนวน 225 คน พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่หกล้มบนพรมมีเพียง ร้อยละ 17 ที่เกิดการบาดเจ็บ แต่ถ้าหกล้มบนพื้น vinyl จะเกิดการบาดเจ็บถึงร้อยละ 46

Hudson, T (1991) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลใน Maryland 40 แห่ง โดยศึกษาถึงประสบการณ์การถูกฟ้องร้อง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1981 และแก้ไขในปี ค.ศ. 1987 พบว่า โรงพยาบาลจะมีคดีและความรุนแรงของคดีน้อยถ้า 1) มีการให้การศึกษแก่แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทของการบริหารความเสี่ยงของพวกเขา 2) มีนโยบายให้แก่หัวหน้าเจ้าหน้าที่ทางคลินิก (clinical chief of staff) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ผิดคาดในหน่วยงาน 3) มีคณะกรรมการตรวจสอบการบริหารความเสี่ยงและจัดการกรรมการพร้อมกับมีกฎในการรายงานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรต้น



### ตัวแปรตาม

