

การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร



นางสาววิมลพร ไสยวรรณ

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-0985-4

ลิขสิทธิ์ของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE DEVELOPMENT OF PARTICIPATIVE RISK MANAGEMENT MODEL  
IN EMERGENCY DEPARTMENT, GOVERNMENTAL HOSPITALS,  
BANGKOK METROPOLIS



Miss Wimonporn Saiyawan

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in partial Fulfillment of Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Education

Program in Nursing Management

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-0985-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาววิมลพร ไสยวรรณ
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ ส.โมไนยพงศ์)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิมลพร ไสยวรรณ: การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร (THE DEVELOPMENT OF PARTICIPATIVE RISK MANAGEMENT  
MODEL IN EMERGENCY DEPARTMENT, GOVERNMENTAL HOSPITALS, BANGKOK  
METROPOLIS) อ.ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 155 หน้า. ISBN 974-17-0985-4

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 2) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการ  
บริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการสัมภาษณ์ความเสี่ยงและการสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างในการทำสนทนากลุ่มคือ  
หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 ปีขึ้นไป  
นักวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยง นักวิชาการด้านการบริหารทางการแพทย์ และนักวิชาการด้านการบริหาร  
ความเสี่ยงโรงพยาบาล จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่  
พัฒนาขึ้นไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร โดยนำรูปแบบที่  
พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ที่ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจเป็นระยะเวลา 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้า  
พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถาม  
ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร  
ครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการอันเนื่องมาจากการให้บริการโดยตรง 5 เรื่อง คือ 1) ผู้ให้บริการได้รับยา/เลือด  
และสารน้ำผิดพลาด 2) ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด 3) ผู้ให้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม 4) ผู้ให้บริการได้รับ  
บาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือใช้เครื่องมือและอุปกรณ์  
ทางการแพทย์ที่ชำรุด และ 5) ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน รูปแบบการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย นโยบาย  
วัตถุประสงค์ ผู้รับผิดชอบ บทบาทและหน้าที่ และ กระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง  
2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) วิธีการจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล โดยที่แต่ละขั้นตอนจะกำหนดกิจกรรม  
ระยะเวลา วัตถุประสงค์ ลักษณะกิจกรรม
2. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงรายรวมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร คือผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า  
ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง และด้านการ  
ประเมินผล มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ส่วนด้านการค้นหาความเสี่ยงไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

ภาควิชา.....คณะพยาบาลศาสตร์.....

สาขาวิชา... บริหารการพยาบาล.....

ปีการศึกษา...2545.....

ลายมือנית.....

ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 4277830636 : MAJOR NURING MANAGEMENT

KEY WORD: MODEL/ RISK MANAGEMENT/ PARTICIPATIVE MANAGEMENT/ EMERGENCY

DEPARTMENT

WIMONPORN SAIYAWAN : THE DEVELOPMENT OF PARTICIPATIVE RISK MANAGEMENT

MODEL IN EMERGENCY DEPARTMENT, GOVERNMENTAL HOSPITALS, BANGKOK

METROPOLIS. THESIS ADVISOR: ASST.PROF.WARAPORN CHAIYAWAT, DNS, RN,155 pp.

ISBN 974-17-0985-4

The purposes of this research was to develop of patients' risk management model for emergency department, governmental hospitals, Bangkok Metropolis and to assess feasibility of the risk management model.

The study was divided in to 2 phases. In phase I, the risk model was developed by interviewing and 3 focus groups. Participants of the focus groups consisted of head nurses and professional nurses working in emergency department, governmental hospitals, Bangkok Metropolis more than 5 years, and experts in risk management, nursing management and hospital management. Phase II was the assessment of feasibility of the developed risk management model by implementing the model in emergency department of Police hospital. Samples consisted of the head nurse and all professional nurses working there. The feasibility of the risk management model for emergency department, governmental hospitals, Bangkok metropolis was measured by a questionaired, developed by researcher.

Results of the study were as follows

1. The risk management model for emergency department, Governmental hospitals, Bangkok metropolis covered 5 patients' risk. 1) medication error, 2) injury in restrainsts, 3) patient fall, 4) injury in equibment error, and 5) wrong patient nursing care. The model consisted of policy, objectives, staff, roles and function ,and risk management process including: risk identification, risk analysis, risk treatment ,and risk evaluation. Details of each step of the process were activities, time, objectives, and activities characteristics.

2. The developed risk management model was feasible for emergency department, governmental hospitals, Bangkok Metropolis. When considering each dimensions of the model, it was founded that the dimension of staff, roles and function, risk analysis, risk treatment, and risk evaluation were feasible. The dimension of risk indentification was the only dimension that failed the feasibility criterion (80%)

Field of study.... Nursing Administration.....

Student's signature.....

Academic year.....2002.....

Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ที่ได้ให้คำแนะนำ และปรับปรุงแก้ไข และให้กำลังใจในการทำงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนทำให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ ส. โมโนยพงศ์ กรรมการสอบ และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่า สำหรับการให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นในแง่มุมต่าง ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความ สมบูรณ์และมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณความร่วมมือหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้ง 8 โรงพยาบาล ที่ให้ผู้วิจัยได้มี โอกาสเข้าสัมภาษณ์ในหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พันตำรวจโทหญิงอุบล ชุ่มจินดา หัวหน้าห้องฉุกเฉิน และอุบัติเหตุโรงพยาบาลตำรวจ และบุคลากรห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาลตำรวจทุกท่าน ที่เปิด โอกาสให้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานและให้ความร่วมมือ เป็นจนทำให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาในครั้งนี้เป็นอย่างมาก

ขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน พี่ ๆ น้องๆ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกคน คุณสามารถ ศิริประภา คุณพงษ์ศักดิ์ อัจฉริยะสุนทร คุณปิยะนันท์ ตาเรืองศรี และบุคลากรศูนย์ปฏิบัติการข้อมูลเอ ไอ จี ทุกท่าน ที่ได้ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด และบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายผู้วิจัยขอบพระคุณบิดา มารดา ที่คอยสนับสนุนทางด้านกำลังใจ แก่ผู้วิจัยตลอดมา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิมลพร ไสยวรรณ

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
<b>บทที่ 1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	7
1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
<b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>9</b>
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ.....	9
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง.....	15
2.3 การบริหารแบบมีส่วนร่วม.....	31
2.4 การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	35
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....</b>	<b>43</b>
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
3.2 เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
3.3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	48
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย.....</b>	<b>57</b>

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะของการวิจัย.....	107
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	108
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	110
5.3 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้.....	113
5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย.....	114
รายการอ้างอิง.....	115
ภาคผนวก.....	124
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	125
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	128
สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	143
ภาคผนวก ค จดหมายเวียนเชิญผู้เชี่ยวชาญ.....	145
จดหมายขอความอนุเคราะห์การใช้เครื่องมือ.....	146
ภาคผนวก ง มาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน..	148
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	155

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

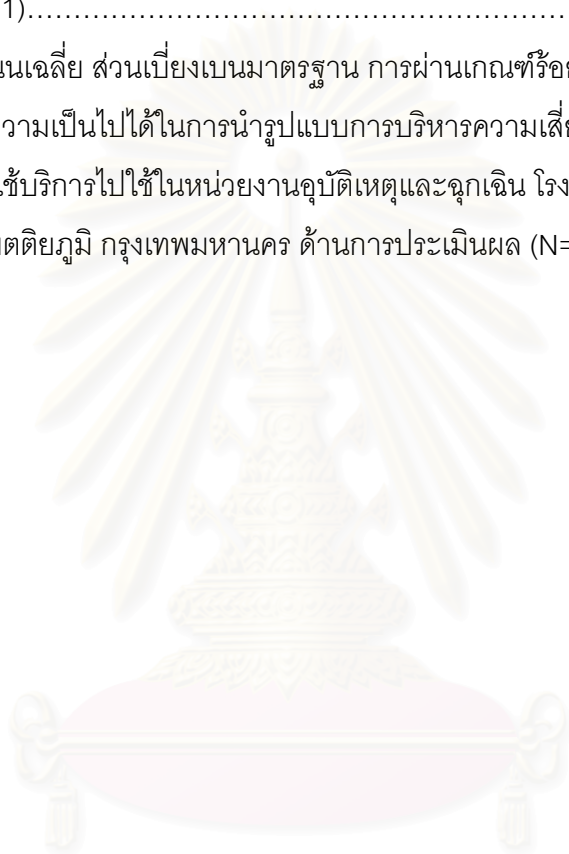


สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	การวิเคราะห์ความเสี่ยง.....	29
ตารางที่ 2	ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล.....	39
ตารางที่ 3	ระดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร..	49
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา และอายุ (N=31).....	93
ตารางที่ 5	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้น กับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายรวมและรายด้าน (N=31).....	94
ตารางที่ 6	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้น กับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบ และ บทบาทหน้าที่ (N=31) .....	95
ตารางที่ 7	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้น กับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการค้นหาความเสี่ยง (N=31)...	97
ตารางที่ 8	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้น กับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง (N=31)...	100

สารบัญตาราง (ต่อ)

<p>ตารางที่ 9</p>	<p>คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80                  ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้น                  กับผู้ให้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ                  ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง                  (N=31).....</p>	<p>101</p>
<p>ตารางที่ 10</p>	<p>คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80                  ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้น                  กับผู้ให้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ                  ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการประเมินผล (N=31).....</p>	<p>106</p>



สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1	แสดงความคาบเกี่ยวระหว่างการบริหารความเสี่ยงและการประกัน/พัฒนาคุณภาพ.....	29
รูปภาพที่ 2	รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้น.....	39



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเสี่ยง เป็นสิ่งที่แอบแฝงอยู่ในทุกระบบของการทำงาน ถ้าไม่มีมาตรการในการป้องกันที่ดี ก็จะทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นทำให้เกิดความสูญเสียต่าง ๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเป็นสถานบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High-hazard industry) จึงเป็นแหล่งที่จะเกิดความสูญเสียได้ง่าย (Gaba, 2000) เนื่องจากเป็นสถานที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ดังนั้นจึงไม่สามารถที่จะกำหนดให้เห็นคุณภาพการบริการที่เป็นรูปธรรมสัมผัสหรือจับต้องได้ แต่คุณภาพขึ้นอยู่กับความรู้ การตัดสินใจของผู้ให้บริการ

ในปัจจุบันการให้บริการทางการแพทย์ได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นในเชิงพาณิชย์มากยิ่งขึ้น ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เปลี่ยนไปเป็นผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ (สุภารัตน์ พงษ์ธนะ, 2538; นักสิทธิ์ ศรีสวัสดิ์, 2542; พรหมมินทร์ หอมหวล, 2542) มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาใช้เพื่อความสะดวกรวดเร็วและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้น เมื่อการบริการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ผู้ใช้บริการก็อาจจะร้องเรียนหรือฟ้องร้องผู้ให้บริการได้ ดังจะเห็นได้ว่าการร้องเรียนในปัจจุบันนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้น (ชาติวี ดวงเนตร, 2541; พรหมมินทร์ หอมหวล, 2542) สำหรับผู้ให้บริการนั้นก็มีความหมายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการทำงาน เช่น การประกาศใช้สิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิด พ.ศ. 2539 และพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ ต่าง ๆ ตลอดจนในปัจจุบันได้มีระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเข้ามาเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ใช้บริการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะได้รับเมื่อเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล จึงมีผลให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงที่จะถูกร้องเรียนสูงขึ้นถ้าไม่ทำตามกฎหมาย หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ควบคู่กับคุณภาพการบริการ นอกจากนั้นการพยายามที่ลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในหน่วยงานหรือโรงพยาบาลลง ก็ก่อให้เกิดความเสี่ยงจากการให้บริการได้ทั้งสิ้น

Rainees (2000) ได้กล่าวไว้ว่า ความเสี่ยงในโรงพยาบาลนั้นมีผลกระทบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ให้บริการ 2) ด้านผู้ใช้บริการ และ 3) ด้านองค์กร ด้านผู้ให้บริการ เช่น การได้รับบาดเจ็บ การติดเชื้อ (ธัญญลักษณ์ โอบอ้อม, 2540) การถูกทำร้ายจากการทำงาน (ทองศุภร์ บุญเกิด, 2542) เป็นต้น สำหรับด้านผู้ใช้บริการนั้น Schenkel (2000) พบว่า ทุก 50 คนของผู้ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล จะมีความเสี่ยงเกิดขึ้น 1 คน ความเสี่ยงของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้น เช่น การสูญเสียเงินทอง สูญเสียเวลา การได้รับบาดเจ็บจนบางครั้งอาจพิการหรือเสียชีวิตได้ การนอนในโรงพยาบาลที่นานขึ้น หรือการไม่ได้รับความสะดวกจากการบริการ เป็นต้น ความเสี่ยงด้านองค์กรที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เช่น ความเสื่อมเสียชื่อเสียง ไม่เป็นที่ไว้วางใจแก่ผู้ใช้บริการ สูญเสียเงินทองเมื่อมีการจ่ายชดเชยค่าเสียหาย เป็นต้น ดังนั้นองค์กรสุขภาพเริ่มนำแนวคิดทางด้านธุรกิจในเรื่องของการบริหารความเสี่ยงเข้ามาปรับใช้ให้สอดคล้องกับองค์กรทางด้านสุขภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นครั้งแรกประมาณปี ค.ศ. 1970 เนื่องจากมีการรื้อเรียนการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้นอย่างมาก มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสียหายทางการเงินที่ใช้ในการจ่ายค่าชดเชยสินไหมให้แก่ผู้เสียหาย (กฤษดา แสงดี, 2542) และในปัจจุบันแนวคิดการบริหารความเสี่ยงขององค์กรสุขภาพที่มีทรัพยากรและผู้ปฏิบัติอยู่อย่างจำกัดนั้นมุ่งเน้นที่จะลดหรือป้องกันความเสี่ยงทั้งต่อผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ทรัพยากร ตลอดจนชื่อเสียงขององค์กรด้วย โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นหาความเสี่ยง หมายถึง การค้นหาปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิด ความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง หมายถึง การวิเคราะห์ความถี่ ความรุนแรง และความสำคัญของ เหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์ 3) วิธีการจัดการความเสี่ยง หมายถึง การหาวิธีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และ 4) การประเมินผลหมายถึง การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงว่าสามารถลดอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงได้อย่างไร โดยศึกษาถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นย้อนหลัง เพื่อดูผลสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง

จากเหตุผลที่ว่าการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการที่ดีสามารถเพิ่มคุณภาพการบริการและความมั่นใจในคุณภาพของระบบบริการสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการว่าจะได้รับการบริการที่ดี และมีความเสี่ยงเกิดขึ้นน้อยที่สุดได้ (สาธิต บุญศรีรัตน์; กัลยาณี เกื้อก่อพรม และนฤมล อนุมาศ, 2544) หน่วยงานในโรงพยาบาลจึงได้มีการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เช่น Vinen (2000) ได้พัฒนารูปแบบที่เรียกว่า Australian Model มาใช้ในการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุในหน่วยงานฉุกเฉิน ซึ่งสามารถลดอุบัติเหตุต่าง ๆ ลงได้ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยง หรือ East (1999) การนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยงมาใช้ในการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยพยาบาลเยียมบ้าน เป็นต้น

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาล เปรียบเสมือนเป็นด่านแรกของโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ใช้บริการที่มีอาการเฉียบพลัน อยู่ในภาวะวิกฤต ทั้งจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ดังนั้นงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงไม่สามารถที่จะกำหนดสถานการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นขณะที่ให้บริการ ลักษณะการทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นแบบเฉพาะการณ์ (episode) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เฉียบพลัน มีความหลากหลายของการบริการ ต้องติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลตลอดเวลา ทำให้การพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีลักษณะแตกต่างจากหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล (ศรีวงษ์ หะวานนท์, 2536 อ้างถึงใน อรทัย ปิงวงศานุรักษ์, 2540) หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และญาติ เพราะผู้ใช้บริการจะมาโรงพยาบาลด้วยความสับสน เร่งด่วน ทั้งผู้ใช้บริการและญาติต้องการการบริการที่รวดเร็ว เนื่องจากมีความกลัวในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่เข้าใจในกระบวนการรักษา ซึ่งภาวะดังกล่าวบางครั้งทำให้เกิดมีความผิดพลาดในการรับข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการ หรือเกิดความเข้าใจไม่ถูกต้องจนบางครั้งก็จะนำไปสู่การร้องเรียนผู้ให้บริการได้ นอกจากนี้การให้บริการมีโอกาสผิดพลาดได้เนื่องจากต้องทำงานอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้ทันเวลา ทำให้ความเสี่ยงมีโอกาสเกิดเพิ่มมากขึ้นในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหน่วยงานของ โรงพยาบาลที่ลักษณะงานมีความสลับซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้อย่างมากมาย ให้บริการผู้ใช้บริการที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือภาวะกึ่งวิกฤต ที่เกิดจากโรคหรืออุบัติเหตุตลอด 24 ชั่วโมง และเปิดบริการแก่ผู้ใช้บริการประเภทอื่นที่ไม่ได้อยู่ในภาวะฉุกเฉินในยามวิกาลอีกด้วย นอกจากนี้ยังต้องให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลเอกชน ที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เนื่องจากศักยภาพของโรงพยาบาลดังกล่าวไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความหลากหลายในการให้บริการ เกิดช่องว่างหรือความเสี่ยงในการบริการ (Gaba, 2000) มากขึ้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีบุคลากรจำนวนมากให้บริการเพียงพอกับความต้องการของผู้ใช้บริการ แต่ภาวะปัจจุบันพบว่าหน่วยงานราชการได้มีนโยบายที่จะลดขนาดขององค์กรและจำนวนบุคลากรลง ทำให้บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่นั้นมีจำนวนไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดภาวะความเสี่ยงเพิ่มมากยิ่งขึ้น และกรุงเทพมหานครนั้นยังเป็นแหล่งของการสื่อสารที่สำคัญ เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการก็จะมีการแพร่กระจายข่าวสารออกไปได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ก่อให้เกิดความเสียหาย ชื่อเสียงของโรงพยาบาลและวิชาชีพพยาบาลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมการบริหารความเสี่ยงในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นเพียงขั้นตอนหนึ่งของการบริหารความเสี่ยง เช่น การศึกษาเปรียบเทียบและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในด้านกาให้ยาผิด

อุบัติเหตุ หกล้มและตกเตียง และเทคนิคปลอดภัยไม่ถูกต้อง ของผู้บริหารทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ (อาภา นิตยศักดิ์, 2533) การศึกษาการบันทึกทางการแพทย์ตามการปฏิบัติของพยาบาลห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ (สุภาภรณ์ ปรารมภ์, 2541) การนำกระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อประสิทธิภาพและพฤติกรรมการใช้ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ (จันทร์พร ยอดยิ่ง และทองศุภร์ บุญเกิด, 2544) การนำเสนอมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการแพทย์พยาบาล ผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (เจนีวา รักมหาคุณ, 2544) การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย (ชะลอ น้อยเผ่า, 2544) การศึกษาดังกล่าวจัดเป็นขั้นตอนของการหาวิธีการจัดการความเสี่ยง ส่วนการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงนั้นได้มีการศึกษารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (สาลิ บุญศิริรัตน์, กัลยาณี เกื้อก่อพรม และนฤมล อนุมาศ, 2544) มีการศึกษาการบริหารความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล เช่น ศึกษาการบริหารความเสี่ยงทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย (ภวพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542) นอกจากนี้ยังมีการศึกษา ผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช (จรีวัฒน์ คงทอง, 2538) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นในเชิงของการประกันคุณภาพมากกว่าการบริหารความเสี่ยง

อย่างไรก็ดียังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่เหมาะสมว่าควรเป็นอย่างไร แม้ว่าการบริหารความเสี่ยงจะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาตรการการจัดการความเสี่ยงที่มีอยู่ก็เป็นเพียงการกำหนดไว้เพียงกว้าง ๆ เกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ทั้งในด้านการจัดการทั่วไป ด้านความปลอดภัย การวางแผนและดำเนินงานด้านความปลอดภัย และการบริการอาชีวอนามัย มิได้ระบุว่าจะยังไม่มีกำหนดรายการละเอียดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการจากการให้บริการทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอย่างไร การที่จะป้องกันและลดความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในการปฏิบัติที่ชัดเจน ในขณะเดียวกันแนวทางนั้นต้องมีความยืดหยุ่นด้วย เพราะความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความหลากหลาย มีระบบการให้บริการที่สลับซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเข้ามาใช้ในการตรวจรักษา และยังมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ใช้บริการมีความต้องการการบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้น กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์หรือพระราชบัญญัติการคุ้มครองผู้บริโภค จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอแก่การให้บริการ ดังนั้นรูปแบบการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงขึ้นมาเพื่อเป็นแบบแผนเบื้องต้นในการทำงานของพยาบาลในการป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เพราะการให้บริการทางการแพทย์มีความหลากหลาย ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการนั้นไม่สามารถที่จะกำหนดได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด และต้องใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพราะรูปแบบนั้นจะชี้ให้เห็นถึงวัตถุประสงค์ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ (พิสนุ พงศ์ศรี, 2542) ของการบริหารความเสี่ยงที่เข้าใจง่าย เปรียบเทียบได้กับสถานการณ์จริงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทำให้บุคลากรมีแนวทางในการปฏิบัติที่ใช้ในการป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปในทิศทางเดียวกันที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ถ้าไม่มีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนแล้ว อาจทำให้เกิดความแตกต่างกันในการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรแต่ละคน

การบริหารความเสี่ยงจึงไม่สามารถกำหนดให้คนใดคนหนึ่งรับผิดชอบได้ แต่ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทุกคนในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร่วมกันกำหนดแนวทางลดและป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการจากการให้บริการ โดยรูปแบบควรที่จะเน้นให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง เป็นสิ่งที่ทุกคนในหน่วยงานจะต้องมีความส่วนร่วมในการรับผิดชอบ เนื่องจากทุกคนเปรียบเสมือนผู้จัดการความเสี่ยง (Risk manager) ทุกคนในหน่วยงานจะต้องมีกระบวนการคิดร่วมกันในการทำงานภายใต้วัตถุประสงค์ขององค์กรที่ตั้งไว้ โดยที่ผู้บริหารจะมีการกระจายอำนาจให้แก่ผู้ได้บังคับบัญชา และเป็นผู้ที่ผลักดันความสำเร็จผ่านผู้ได้บังคับบัญชา (Robert, Irving and Massarik, 1961 อ้างถึงใน สุภาพร รอดถนอม, 2542) ทำให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้มีการตัดสินใจร่วมกันถึงแนวทางในการปฏิบัติงาน การกระทำดังกล่าวจะทำให้ผู้ได้บังคับบัญชามีความอิสระในการทำงาน มีความรู้สึกที่เป็นเจ้าขององค์กร ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำงานให้สำเร็จ มีความก้าวหน้าในอาชีพการงาน มีขวัญกำลังใจในการทำงาน (Anthony, 1978) การบริหารแบบมีส่วนร่วมนั้น เอื้อประโยชน์ทั้งต่อองค์กร บุคลากร และการบริหารจัดการ (Australian Institute of Management, 1991) ที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน เพิ่มคุณภาพการบริการ ดังนั้นจึงควรที่จะนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ร่วมกับการบริหารความเสี่ยง เพราะการบริหารความเสี่ยงนั้นจะต้องทำทั้งในระดับองค์กร และระดับหน่วยงาน เป็นกระบวนการที่จะต้องมีการกระทำเป็นวงจรที่ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพการให้บริการ เป็นการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ (McGraw & Duntard, 1987 อ้างถึงใน Australian Institute of Management, 1991) ทุกคนในหน่วยงานจึงต้องตกลงร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ต่าง ๆ โดยกำหนดผู้ที่รับผิดชอบ และระยะเวลาในการติดตามงานที่ชัดเจน โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ Wilson (1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) หมายถึง การค้นหาปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ใช้บริการ ที่มีผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งด้านจิตวิญญาณ โดยการค้นหานี้สามารถที่จะหาข้อมูลได้จากคำร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ การสัมภาษณ์



ผู้ปฏิบัติงาน การทำรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น การออกแบบสอบถาม การศึกษาจากเอกสารและตำราต่าง ๆ เป็นต้น

2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) หมายถึง การวิเคราะห์ความถี่ ความรุนแรง และความสำคัญของเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์ ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความถี่และความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

3. วิธีการจัดการความเสี่ยง (Risk treatment) หมายถึง การหากลยุทธ์เพื่อนำมาใช้ในการจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการจัดการความเสี่ยงนั้นจะต้องสอดคล้องกับนโยบายและเป้าหมายขององค์กร กลยุทธ์ที่นำมาใช้ในระดับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร สำหรับงานวิจัยนี้ ได้แก่

3.1 การป้องกันความเสี่ยง (Risk control) หมายถึง การป้องกันมิให้มีความเสี่ยงเกิดขึ้น หน่วยงานจึงต้องมีการสร้างมาตรการเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงเกิดขึ้น

3.2 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) หมายถึง การงดปฏิบัติกรพยาบาลเมื่อหน่วยงานมีศักยภาพไม่เพียงพอที่จะให้บริการ

3.3 การลดความเสี่ยง (Risk reduction) หมายถึง เมื่อไม่สามารถที่จะป้องกันความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นได้ หรือเกิดความเสี่ยงขึ้นแล้ว หน่วยงานจะใช้วิธีการลดความเสี่ยงเพื่อเข้ามาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้เกิดความสูญเสียหรือความรุนแรงน้อยที่สุด

4. การประเมินผล (Risk evaluation) หมายถึง การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงว่าสามารถลดอุบัติการณ์ หรือความเสี่ยงได้หรือไม่ โดยศึกษาถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นย้อนหลัง เพื่อดูผลสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง ตลอดจนพิจารณาว่าเหตุการณ์ใดยังคงอยู่เพื่อปรับมาตรการการป้องกันหรือลดความเสี่ยงขึ้นใหม่ให้เหมาะสมกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## ปัญหาการวิจัย

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครควรเป็นอย่างไร

## วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

## คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1. รูปแบบการบริหารความเสี่ยง หมายถึง แบบแผนเบื้องต้นที่ใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและลดเหตุอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการอันเนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย นโยบายการบริหารความเสี่ยง วัตถุประสงค์การบริหารความเสี่ยง ผู้รับผิดชอบ ลักษณะการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการและการปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ โครงสร้างของคณะกรรมการ บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิธีการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ในแต่ละขั้นตอนจะมีการกำหนดลักษณะการทำงาน ระยะเวลา วัตถุประสงค์ และลักษณะกิจกรรม ไว้อย่างกว้าง ๆ และบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องร่วมกันตัดสินใจ เพื่อกำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาการทำงาน โดยรายละเอียดของการบริหารความเสี่ยงแต่ละขั้นตอน มีดังต่อไปนี้

1.1 การค้นหาความเสี่ยง หมายถึง การที่บุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ร่วมกันเลือกวิธีการและระยะเวลาในการระบุอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ อันเนื่องมาจากการให้บริการของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งร่วมกันกำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามวิธีการนั้น ๆ เช่น การรายงานอุบัติการณ์ภายใน 24 ชั่วโมง การทบทวนคำร้องเรียนต่าง ๆ ทุก 1 เดือน เป็นต้น

1.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยง หมายถึง การตัดสินใจร่วมกันของบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร เพื่อจัดระดับความสำคัญของอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ โดยพิจารณาจากความถี่ และความรุนแรงหรืออันตรายของอุบัติการณ์นั้น ๆ (ความถี่สามารถวัดได้จาก จำนวนครั้งของการเกิดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ความรุนแรงหรืออันตราย สามารถวัดได้จากการให้คะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ)

1.3 วิธีการจัดการความเสี่ยง หมายถึง การตัดสินใจร่วมกันของบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ในการกำหนดวิธีการป้องกันหรือลดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ โดยระบุผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาในแต่ละวิธี

1.4 การประเมินผลความเสี่ยง หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครร่วมกันกำหนดวิธีการประเมินและดำเนินการตามวิธีที่กำหนดเพื่อประเมินว่าภายหลังดำเนินการจัดการความเสี่ยงแล้วอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่

2. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับความเหมาะสมในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดำเนินการป้องกันและลดเหตุอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการจากการให้บริการทางการแพทย์ สามารถวัดได้จากแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

ได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงซึ่งสามารถนำไปใช้ในการป้องกันหรือลดความเสี่ยง อันจะเกิดต่อผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครได้อย่างมีประสิทธิภาพ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 2) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ศึกษาและค้นคว้าจากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
3. การบริหารแบบมีส่วนร่วม
4. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ

รูปแบบคือ แบบแผนเบื้องต้นที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดหรือทฤษฎีที่ต้องการศึกษา มีองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญคือ จุดประสงค์ ตัวแปร และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (พิสนุ พงศ์ศรี, 2542) เพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง มีความกระชับและถูกต้อง ง่ายต่อการทำความเข้าใจ รูปแบบจึงมิใช่การบรรยาย หรืออธิบายปรากฏการณ์ทุกแง่มุม เพราะการกระทำเช่นนั้นจะทำให้รูปแบบมีความซับซ้อนหรือยุ่งยากเกินไปในการทำความเข้าใจ และทำให้คุณค่าของรูปแบบนั้นด้อยลงไป ส่วนการที่จะระบุว่ารูปแบบหนึ่ง ๆ จะต้องประกอบด้วยรายละเอียดมากน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสม และรูปแบบนั้น ๆ ควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ไม่ได้มีข้อกำหนดที่แน่นอน ทั้งนี้ขึ้นกับปรากฏการณ์แต่ละอย่าง และวัตถุประสงค์ ของการวิจัยว่ารูปแบบที่ต้องการจะอธิบายปรากฏการณ์นั้น ๆ อย่างไร (Bardo and Hartman, 1982 อ้างถึงใน กรรณิกา เจริญเทียนชัย, 2539) นอกจากนั้น เขาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี (2542) กล่าวว่าไว้ว่า รูปแบบ หรือแบบจำลอง (Model) คือวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ ตลอดจนทั้งจินตนาการ ที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใด ๆ ให้ปรากฏ โดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่าง ๆ เช่น ภาพวาดภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย ในขณะเดียวกันก็สามารถนำเสนอเรื่องราวประเด็นต่าง ๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบสามารถนำเข้าไปใช้ในลักษณะต่าง ๆ กันคือ

1) เป็นแบบจำลองในลักษณะเลียนแบบ 2) เป็นต้นแบบที่ใช้เป็นตัวอย่าง 3) เป็นแผนภาพที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัญลักษณ์หรือหลักการของระบบ และ 4) เป็นแบบแผนหรือแผนผังของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้วยความสัมพันธ์เชิงระบบ

การกำหนดรูปแบบที่เป็นระบบและมีหลักการที่สมเหตุสมผล จะทำให้การวางแผนการทำงานต่าง ๆ ให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น และต้องมีการวิเคราะห์องค์ประกอบและปัจจัยต่าง ๆ ที่สำคัญกับรูปแบบนั้น โดยที่รูปแบบจะมีความเหมาะสมกับช่วงเวลาหนึ่ง แต่เมื่อเวลาเปลี่ยนไปรูปแบบที่สร้างขึ้นอาจจะไม่มีความเหมาะสมที่จะใช้ แต่ก็สามารถที่จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบอื่น ๆ ที่เหมาะสมต่อไป (สมพงษ์ เกษมสิน, 2517 อ้างถึงใน ฤทธิวิธ ชูชื่น, 2541)

รูปแบบจึงมีความสำคัญเพื่อศึกษาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ว่ามีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นอย่างไร ใช้ในการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ว่ารูปแบบในอนาคตควรเป็นอย่างไร และใช้แสดงความคิดเห็นสนับสนุนในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนางานให้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานและทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด การสร้างและพัฒนารูปแบบนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านต่าง คือ (วนิดา ศรีวรกุล, 2537)

1. การใช้รูปแบบเพื่อศึกษาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ว่ามีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นอย่างไร ซึ่งเป็นการสร้างรูปแบบขึ้นเพื่อดูว่าสอดคล้องกับองค์ประกอบอื่นหรือไม่อย่างไร เช่น ทวีวัฒนา เขื่อมมอญ (2540) ได้สร้างคู่มือการใช้รูปแบบแบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ และเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลใหม่ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลจบใหม่มีความพึงพอใจในงานและความสามารถในการปฏิบัติงานสูงขึ้น กริชแก้ว แก้วนาค (2541) ได้ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองและพยาบาลประจำการ ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้รูปแบบการบริหารของตนเองเป็นแบบมีส่วนร่วม ส่วนพยาบาลประจำการรับรู้รูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นแบบปรึกษาหารือ

จากการศึกษาในข้างต้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่สร้างนั้นช่วยในการพัฒนาการทำงานให้ดีขึ้นได้ และยังทราบถึงทิศทางการพัฒนางานและหน่วยงานต่อไป นอกจากนี้ยังมีรูปแบบอื่น ๆ ที่พัฒนาขึ้นสำหรับงานบริการทางการแพทย์ เช่น จากการศึกษาของ นงนุช แทนบุญไพรัช (2540) ได้นำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่เน้นสัมพันธ์ภาพของพยาบาลผู้นิเทศที่มีต่อเวลาที่ใช้ และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเวชของพยาบาลประจำการ จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการนิเทศที่สร้างขึ้นทำให้เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

โดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเวชของพยาบาลประจำการดีขึ้น นุปผาชาติ ชุนอินทร์ (2541) ได้จัดทำรูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคองในการช่วยเหลือผู้ป่วยตามแนวคิดของโอเร็ม มาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดซึ่งรูปแบบการให้คำปรึกษาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น เป็นต้น

2. การใช้รูปแบบในการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ว่ารูปแบบในอนาคตควรเป็นอย่างไร เป็นการค้นหาหรือคาดการณ์คำตอบเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาเพื่อรองรับอนาคตข้างหน้าที่จะเกิดขึ้น เช่น การศึกษาเพื่อหารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ (นัทธมน วุฒานนท์, 2543) ตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 5 ด้าน คือ โครงสร้างองค์การ การบริหารการเงิน การบริหารทรัพยากรบุคคล การบริการ และการประเมินผลการดำเนินงาน โดยใช้เทคนิค Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ผลของการวิจัยแสดงให้เห็นแนวทางในการเตรียมพร้อม เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในด้านการจัดโครงสร้าง และการดำเนินการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ โดยเฉพาะในด้านการพยาบาล ผู้บริหารควรทำความเข้าใจพันธกิจและรูปแบบการบริหารของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เพื่อนำมาวางแผนจัดโครงสร้างและพัฒนาหน่วยงานบริการพยาบาล ให้สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล วางแผนเตรียมความพร้อมของทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาลให้สามารถเข้าสู่ระบบการบริการและบริหารจัดการในรูปแบบใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการศึกษาพยาบาลควรมีการจัดหลักสูตรและ การฝึกอบรมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

3. การสร้างรูปแบบขึ้นเพื่อแสดงความคิดเห็นสนับสนุนในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนางานให้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานและทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด เช่น ฎุกถวิล ชูชื่น (2541) ได้วิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการบริหารงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปเขต 2 จากการศึกษา พบว่า รูปแบบการบริหารงานผู้ป่วยนอก ด้านโครงสร้าง ด้านกลยุทธ์ ด้านระบบด้านบุคลากร ด้านแบบการบริหาร และทักษะอยู่ในระดับดี ควรปรับปรุงในเรื่องของค่านิยมร่วม สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่พบมาก ได้แก่ ขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง และผู้บริหารมุ่งเน้นงานมากเกินไป ส่วนแนวทางแก้ไข ควรกระทำให้ผู้บริหารผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารและภาวะผู้นำ หรือ ศิริพรรณ ปิติมานะอารี (2540) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 450 เตียง โดยศึกษาจากเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโรงพยาบาล การจัดสำนักงาน การดำเนินงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศและต่างประเทศ แล้วนำมาสร้างรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 450 เตียง ในประเทศไทย ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดำเนินงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปขนาด

450 เตียง มีพื้นที่ใช้สอยของหน่วยงานเท่ากับ 940 ตารางเมตร มีวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในหน่วยงานอย่างครบถ้วน มีบุคลากรที่ปฏิบัติงาน 177 ตำแหน่ง ประกอบด้วย แพทย์ 20 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 75 ตำแหน่ง พยาบาลเทคนิค 25 ตำแหน่ง ที่เหลือเป็นเจ้าหน้าที่อื่น ๆ วัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องมีในหน่วยงานอย่างครบถ้วน การจัดระบบงานที่ชัดเจนแบ่งออกเป็น 4 ระบบ คือ ระบบบริหารจัดการ ระบบบริการ ระบบสนับสนุนบริการ และระบบพัฒนาบริการ มีหน่วยงานตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ กำหนดลักษณะงาน หน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน และตำแหน่งต่าง ๆ อย่างชัดเจน จัดแผนภูมิโครงสร้างองค์การของหน่วยงาน เพื่อสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 ท่าน พบว่ามีความเหมาะสมในด้าน โครงสร้างด้านทรัพยากร และโครงสร้างด้านระบบงานโดยเฉลี่ยร้อยละ 96.47

จากงานวิจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาในข้างต้นจะเห็นว่าการพัฒนารูปแบบนั้นจะต้องมีการอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์ เชิงเหตุผลของเรื่องที่ต้องการจะศึกษาอย่างชัดเจนตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี สามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ รูปแบบจะต้องแสดงความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่าที่จะเน้นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบรวมๆ (พูนสุข หิงคานนท์, 2540) การพัฒนารูปแบบจึงได้มีการนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น เทคนิคเดลฟาย (Delphi) เป็นการสอบถามและ/หรือแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบทั้งหมด 3 รอบ หรือมากกว่านั้น เทคนิค EFR (Ethnographic Future Research) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเปิดและไม่ชี้นำ แบ่งการสัมภาษณ์ออกเป็นช่วง ๆ ตามหัวข้อที่สัมภาษณ์หรือตามช่วงเวลาที่เหมาะสม จากนั้นผู้สัมภาษณ์จะทำการสรุปการสัมภาษณ์ที่ได้บันทึกไว้ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาปรับเปลี่ยนเป็นกระบวนการที่เรียกว่า เทคนิคการสรุปสะสม (Cumulative summarization) เพื่อเพิ่มความตรงและความเชื่อมั่นของข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้เชี่ยวชาญ เทคนิค EDFR (Ethnographic delphi future research) เป็นเทคนิคที่นำจุดเด่นของเทคนิค EFR ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบเปิดและไม่ชี้นำเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลรอบแรกเพื่อนำมาสร้างแบบสอบถาม และนำจุดเด่นของเทคนิคเดลฟายมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ตามลำดับ จะทำให้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบและมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราฎูร, 2544)

เทคนิคอีกอย่างหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบได้คือ การทำสนทนากลุ่ม เนื่องจากการทำสนทนากลุ่มนั้นมีจุดประสงค์เพื่อประเมินความต้องการ หรือพัฒนาปรับปรุงสิ่งที่ต้องการศึกษาให้ดีขึ้น ผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะมีความเหมือนกันในเรื่องของประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญและความสนใจในเรื่องที่ศึกษาโดยตรง (Holloway and Wheller, 1996) จึงทำให้การสนทนากลุ่มมีความตรงทางด้านเนื้อหาสอดคล้องกับความเป็นจริง การทำสนทนากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม

120-150 นาที ซึ่งจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มและเวลาที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มควรมี 6-12 คน และควรใช้เวลา 90-180 นาที ใช้ในระหว่างการทำสนทนากลุ่มนั้นผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่ม และทำการจดบันทึกการโต้ตอบภายในกลุ่มด้วยและบันทึกเทปไว้เพื่อการวิเคราะห์รายละเอียดต่อไป สอดคล้องกับที่ (Crawford and Acorn, 1997)

### องค์ประกอบของการจัดสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มจะดำเนินไปด้วยความสำเร็จ ได้สาระความคิดรวบยอด จากกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนา เพราะพูดคุยและการแสดงความคิดเห็นนั้นได้จากผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง แต่ผู้วิจัยจะต้องมีการวางแผนในการดำเนินการสนทนากลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินการสนทนากลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. กำหนดเรื่องที่จะทำการศึกษา โดยอาจกำหนดจากสภาพปัญหา หรือเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจจากแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ

2. กำหนดตัวแปร หรือตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาเพื่อมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา โดยจำแนกมาจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา กำหนดประเด็นหรือสมมุติฐานของตัวแปรแต่ละตัวออกมาแล้วนำมาสร้างเป็นแนวคำถามย่อย ๆ

3. มีการร่างคำถามโดยเรียงเรียงและจัดลำดับเป็นข้อย่อย ๆ หรือผูกเป็นเรื่องราวเพื่อนำการสนทนาให้เป็นขั้นตอนและจัดลำดับความคิดเป็นหมวด ๆ หรือหัวข้อใหญ่

4. ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนานั้นจะต้องเป็นบุคคลที่ให้คำตอบในการศึกษาคั้งนี้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษามากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้สอดคล้องกับงานวิจัย และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเมื่อใช้เสร็จแล้วควรเก็บไว้เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ต่อไป

5. บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม ในการจัดสนทนากลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย

5.1 พิธีกร (Moderator) จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องของกระบวนการกลุ่ม แต่อาจจะไม่เชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษาก็ได้ พิธีกรจะเป็นผู้ถามคำถาม เป็นผู้นำ คอยกระตุ้นให้ผู้ร่วมทำสนทนากลุ่มได้มีการแสดงความคิดเห็น และกำกับกระบวนการกลุ่ม โดยการทำสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพิธีกรทั้ง 3 ครั้ง

5.2 ผู้จดบันทึกการสนทนา เป็นผู้จดบันทึกทุกคำพูด ตลอดจนจนอากัปกริยาท่าทางของสมาชิกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

5.3 ผู้ที่คอยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เช่น บริการน้ำดื่ม ขนม บันทึกเทป เปลี่ยนเทป เป็นต้น



6. เตรียมอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่ม คือ เทปบันทึกเสียง สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา และยางลบ

7. ควรจัดเตรียมอุปกรณ์เสริมในการสนทนากลุ่ม เพื่อช่วยให้การสนทนากลุ่ม ดำเนินไปด้วยความราบรื่น ดูเป็นธรรมชาติ และไม่เคร่งเครียด เช่น น้ำ ขนม รูปภาพ หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะทำให้สมาชิกในกลุ่มเข้าใจเรื่องหรือประเด็นที่เราจะถามมากยิ่งขึ้น

8. กำหนดสถานที่ที่แน่นอน ใช้อำนวยความสะดวกในการเดินทางแก่ผู้เข้าร่วมสนทนามากที่สุด สถานที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน อากาศถ่ายเทได้สะดวก เป็นต้น

9. มีการจัดเตรียมของที่ระลึก เพื่อมอบให้แก่ผู้สนทนากลุ่มที่สละเวลาอันมีค่ามาร่วมสนทนากลุ่มให้ไว้เพื่อเป็นที่ระลึก

10. ระยะเวลาในการจัดสนทนากลุ่ม ไม่ควรเกิน 180 นาที นับตั้งแต่เริ่มคำถามแรก

### การดำเนินการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อเสนอนะ ข้อแนะนำ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพิธีกร (Moderator)แนะนำชื่อ นามสกุล ของตนเอง ผู้จัดบันทึก และผู้บริการทั่วไป

2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำสนทนากลุ่ม

3. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ร่วมสนทนากลุ่มเพื่อทำการบันทึกเทปการสนทนาและมีผู้จัดบันทึกคำสนทนาด้วย

4. ผู้วิจัยแนะนำชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกท่าน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยในการสนทนา

5. หลังจากนั้นผู้วิจัย เริ่มตั้งประเด็นการสนทนากลุ่มด้วยคำถามปลายเปิดโดยใช้กรอบคำถามจากร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และตรวจสอบร่างรูปแบบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในแต่ละคำถามจะทิ้งช่วงให้มีการถกประเด็นและโต้แย้ง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่ม ผู้วิจัยควบคุมกระบวนการกลุ่มไม่ให้หยุดนิ่ง และไม่ชักใครคนใดคนหนึ่งจนมากเกินไป และไม่ถามคำถามกับคนใดคนหนึ่งยกเว้นแต่ต้องการคำตอบต่อเรื่องจึงจะชักรายละเอียดยิ่ง เหตุผลออกมาให้ได้

6. เมื่อการทำสนทนากลุ่มครบตามเวลาที่กำหนด และได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ามาร่วมสนทนากลุ่ม

7. ผู้วิจัยมอบของที่ระลึกให้แก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

การพัฒนา รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร นี้พัฒนาขึ้นโดยวิธีการสนทนากลุ่ม เนื่องจากจุดเด่นของการทำวิจัยโดยใช้การสนทนากลุ่มคือ คำตอบที่ได้จะเกิดจากการพูดคุยและการแสดงความคิดเห็นของผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง ทำให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก จากผู้ที่มีความสนใจ มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษาโดยตรง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้มีแอบแฝงอยู่ในทุกระบบของการทำงาน ไม่มีสิ่งใดที่จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ เป็นความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ความเสี่ยงจึงเปรียบเสมือนฝันร้ายที่เกิดขึ้น (Grose, 1987) ทำให้ไม่สามารถเดินทางไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ และไม่สามารถประเมินความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอนครบถ้วน ซึ่งส่วนประกอบพื้นฐานของความเสี่ยงประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น (An unwanted change) 2) ความน่าจะเป็นของเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้น (A probability of occurrence of that event) และ 3) ผลกระทบของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Impact of that event) (Koch and Fairly, 1993)

ดังนั้นแนวความคิดในเรื่องของความเสี่ยงจึงเกิดขึ้นจากความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดความสูญเสียเกิดขึ้น โดยความเสี่ยงแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ (Jones and Long, 1996) คือ

1. ความเสี่ยงจากการคาดการณ์ล่วงหน้า (Speculative risk) จะเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ 3 ประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง คือ เกิดความสูญเสีย (Loss) เกิดผลกำไร (Gain) หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลง (No change) เช่น การเก็บสินค้าคงคลังเพื่อเก็งกำไร ถ้าราคาสินค้าขึ้นก็จะเกิดผลกำไร แต่ราคาสินค้าลดลงก็จะเกิดการขาดทุน แต่ถ้าราคาสินค้าคงเดิมก็จะไม่เกิดผลกำไรหรือ ขาดทุน เป็นต้น

2. ความเสี่ยงแท้จริง (Pure risk) เป็นความเสี่ยงที่จะไม่มีผลกำไรเกิดขึ้น มีเพียงการสูญเสียหรือไม่สูญเสียเท่านั้น เช่น ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล การสูญเสีย เสียหายได้จากภาวะทุพพลภาพของร่างกาย การเจ็บป่วยของมนุษย์ เป็นต้น ความเสี่ยงแบบแท้จริงเป็นความเสี่ยงอย่างเดียวที่สามารถทำประกันภัยได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการชดเชยความสูญเสีย แต่มิใช่ทำประกันเพื่อหวังผลกำไร

### ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยง หมายถึง ความเป็นไปได้ที่จะเกิดการสูญเสีย หรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สิน (วิทยากร เขียวกรู, 2542) ลักษณะการตัดสินใจภายใต้ความเสี่ยง ผู้ตัดสินใจจะต้อง

คาดคะเนถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ภายใต้วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และมีข้อมูลเพียงพอที่จะตัดสินใจได้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์; ปริญ ลัทธิตานนท์ และ สมชาย หิรัญกิตติ, 2538) สำหรับทางด้านองค์กรสุขภาพ ความเสี่ยงเป็นโอกาสที่จะประสบกับการได้รับบาดเจ็บ หรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน เป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์จะเกิดขึ้น (กฤษดา แสงดี, 2542 ; Wilson, 1999) ทั้งต่อผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมีลักษณะดังต่อไปนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542)

1. การถูกทำร้ายหรือบาดเจ็บ ซึ่งรวมความถึงการทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การถูกกลั่นแกล้ง การรบกวน
2. เหตุร้าย ภัยอันตราย ภาวะยากลำบาก
3. การคุกคาม ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง
4. ความไม่แน่นอน สิ่งที่กำลังจะ น่าสงสัย คาดการณ์ไม่ได้ ทำนายไม่ได้ ไม่แน่ใจ
5. การถูกเปิดเผย ซึ่งรวมความทั้งการเปิดเผยทางกายภาพ การเผยความลับ และการแปลความที่ผิดพลาด

สรุปได้ว่า ความเสี่ยงคือ เหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นมาเมื่อใด แต่เมื่อเกิดขึ้นจะมีความสูญเสียเกิดขึ้น ทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม ตลอดจนทรัพย์สิน ต่าง ๆ

### ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเป็นสถานที่เปิดให้บริการที่มีความหลากหลายแก่ประชาชนไม่สามารถกำหนดความต้องการ หรือความเสี่ยงที่จะสูญเสียขึ้นได้ ความหลากหลายของการให้บริการในโรงพยาบาลนี้เอง จึงมีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากให้บริการเนื่องจากความผิดพลาดจากการทำงาน (Human error) เช่น การให้ยาผิด ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อ (อาภา นิตยศักดิ์, 2533; มณีรัตน์ โภทชงรัก, 2537) การลืมนัดไว้ในร่างกายผู้ป่วย การเฝ้าระวังติดตามการรักษาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ การติดต่อสื่อสาร (rainees, 2000) สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายจากการให้บริการเนื่องจากความประมาท การทำงานร่วมกัน ลักษณะของงานหรือผลิตภัณฑ์ นิสัยส่วนบุคคล ธรรมชาติของงาน เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ ตลอดจนนโยบายขององค์กร (Grose, 1987) ซึ่งองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกิดความสูญเสียสามารถพิจารณาได้จากคุณค่าของสิ่งที่เสี่ยงต่อการสูญเสีย เช่น ทรัพย์สิน รายได้ ความเป็นอิสระ สาเหตุอันตรายที่ทำให้เกิดความสูญเสีย เช่น ภัยธรรมชาติ การสูญเสียทางด้านทรัพย์สินที่ตามมา และผลกระทบที่เกิดการสูญเสียอย่างแท้จริง (Koch and Fairly, 1993)

ดังนั้นความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แอบแฝงอยู่ในทุกระบบของการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากมีความหลากหลายของการให้บริการ และเป็นการให้บริการแก่มนุษย์ ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการได้ จึงก่อให้เกิดความเสี่ยงตลอดเวลาของการทำงาน ดังนั้นจะต้องมีแนวทางในการป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดความเสี่ยงน้อยที่สุด หรือไม่เกิดขึ้นเลย

ผู้ใช้บริการเมื่อเข้ารับการรักษาหรือรับบริการต่างๆ ในสถานพยาบาลย่อมมีความเสี่ยงเกิดขึ้น โดยที่ผู้ใช้บริการ 50 คน จะมีความเสี่ยงเกิดขึ้น 1 คน (Wilson, 1999) โรงพยาบาลจะต้องมีการบริหารความเสี่ยงทั้งทางด้านกายภาพของโรงพยาบาล ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในประเทศไทย ได้มีการศึกษาถึงเรื่องความเสี่ยงในแง่มุมต่างๆ ในสถานพยาบาล เช่น ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม การกำจัดของเสีย การป้องกันอัคคีภัย และการจัดการด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง และหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย จะมีการบริหารความเสี่ยงที่สูงกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรม

สำหรับการศึกษาวิจัยทางด้านความเสี่ยงด้านผู้ใช้บริการ เช่น ทองศุภร์ บุญเกิด (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานกับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายร่างกายของพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์อยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการทำหน้าที่ในสังคมด้านขวัญกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ การอบรมการป้องกันตัวและการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้างานมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ และการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานสามารถพยากรณ์การปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพได้

ธัญลักษณ์ โอบอ้อม (2540) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่

ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมที่ต้องมีการปรับปรุงคือ การปฏิบัติตามหลักการ Universal precautions กับผู้ใช้บริการทุกราย และการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่เหมาะสมกับกิจกรรม ประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ปัจจัยด้านองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ลักษณะงาน และสภาพแวดล้อมของหน่วยงาน อุปกรณ์ป้องกันร่างกายไม่เพียงพอ และบุคลากรละเลยการปฏิบัติ เพราะคิดว่าผู้ใช้บริการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งน้อย

สำหรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการโดยเฉพาะความเสี่ยงที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาล มีหน้าที่ดูแลผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการอันเนื่องมาจากความรับผิดชอบในหน้าที่ของพยาบาลจึงพบได้บ่อย เนื่องจากภาระงานที่รีบเร่งอาจทำให้เกิดความประมาทเลินเล่อหรือการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการได้โดยมิได้เจตนา บางครั้งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจนำไปสู่การร้องเรียนหรือฟ้องร้องได้ ซึ่งความเสี่ยงที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์นั้น อาภา นิตยศักดิ์ (2533) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐให้ความสำคัญกับความเสี่ยงเรื่อง การให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อ ไม่ถูกต้อง อยู่ในระดับสูง และพบว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการของพยาบาลนั้นมี ความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และจากการศึกษาของ มณีรัตน์ โภทชงรัก (2537) พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการความเสี่ยงในเรื่องการให้ยา การหกล้มและตกเตียง การติดเชื้อในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ ซึ่งความเสี่ยงที่พบบนนั้นสอดคล้องกับ Rainees (2000) ที่ได้กล่าวถึงความเสี่ยงที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ การพลัดตกหกล้มและการให้ยาผิด และยังมีความเสี่ยงที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น การลืมนัดดูไว้ในร่างกายผู้ป่วย การเฝ้าระวังติดตามการรักษาไม่เหมาะสม การได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ใช้บริการกับพยาบาลหรือแม้แต่วางเจ้าหน้าที่ที่ม สุขภาพด้วยกันที่บกพร่อง การพยาบาลไม่สามารถติดตามแพทย์ให้เขียนแผนการรักษาได้ เป็นต้น

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ได้แบ่งความเสี่ยงในสถานพยาบาล ออกได้เป็น 4 ประเภท

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ใช้บริการ เช่น การลื่นหกล้ม การตกเตียง การติดเชื้อ การทำร้ายร่างกาย การได้รับบาดเจ็บจาก

อุปกรณ์ทางการแพทย์ การได้รับยาผิด ปฏิบัติการพยาบาลไม่ถูกต้องตามแผนให้การรักษา การไม่ติดตามประเมินผลการรักษา การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษา เช่น การแพ้ยา เป็นต้น

2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้รู้สึกอับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้รู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่มองไม่เห็น หรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว เช่น การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน พยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ทันที

3. ความเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ใช้บริการ เช่น การเปิดเผยผู้ใช้บริการต่อหน้าผู้อื่น การรักษาความลับ การให้การรักษาผิดคน รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ใช้บริการเช่น กรณีที่ผู้ใช้บริการไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ หรือการที่ผู้ใช้บริการต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากการนอนโรงพยาบาลโดยไม่มีค่าเงิน

4. ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย หรือความกำกวม ตลอดจนวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตของผู้ใช้บริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคดีการฟ้องร้องที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี ค.ศ. 1998-2000 ซึ่งพบว่าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ถูกฟ้องร้อง เนื่องจากการให้บริการในหน่วยงานดังกล่าวจะต้องมีความรวดเร็วในการให้บริการ มีการเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการแลกระบวนกรักษาอยู่ตลอดเวลา ทำให้บางครั้งเกิดความผิดพลาดในการทำงานได้ การฟ้องร้องดังกล่าวเป็นความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นอีกต่อไปถ้าไม่มีการลดหรือป้องกันความเสี่ยงที่ดี ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องนำมาใช้ในหน่วยงานเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการที่ดี

### การบริหารความเสี่ยง

แนวคิดการบริหารความเสี่ยงได้เริ่มมีการนำมาใช้ในธุรกิจประกันภัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 เพื่อใช้ในการประเมินและคำนวณเบี้ยประกันภัย หรือความเสี่ยงที่จะสามารถรับผู้ทำประกันได้ ซึ่งวัตถุประสงค์ของการทำประกันภัย เป็นการป้องกันการสูญเสียรายได้ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ต่อมาแนวคิดของการบริหารความเสี่ยงได้เริ่มนำมาใช้ในองค์กรทางด้านสุขภาพในปี ค.ศ. 1958 โดย The American Hospital Association มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงาน (Koch and Fairly, 1993) ต่อมาในปี 1970 ได้เกิดวิกฤติการณ์การฟ้องร้องเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในวงการแพทย์ (Malpractice crisis) เกิดขึ้นมากในสหรัฐอเมริกา โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงได้ดำเนินการป้องกันและลดความเสียหายที่เกิดขึ้น ในระยะแรกของการบริหารความเสี่ยงในองค์กรสุขภาพนั้นจะ

มุ่งเน้นที่จะลดความเสียหายทางการเงินที่จะต้องจ่ายเป็นค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ร้องเรียนเท่านั้น กิจกรรมที่ใช้ในการลดการสูญเสียทางการเงินประกอบด้วย

1. การหลีกเลี่ยง (Risk avoidance) คือ การที่โรงพยาบาลจะไม่ทำกิจกรรมใด ๆ หรือให้บริการในสิ่งที่ไม่ชำนาญ หรือไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่เพียงพอ

2. การยอมรับความเสี่ยง (Risk retention) คือ โรงพยาบาลยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพราะความเสียหายที่เกิดขึ้นน้อยกว่าการที่โรงพยาบาลจะจ่ายเบี้ยประกันความเสี่ยง โดยจะจัดงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้น

3. การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk transfer) คือ การที่โรงพยาบาลถ่ายโอนความเสี่ยงไปให้ผู้รับผิดชอบ โดยการซื้อประกันให้บริษัทประกันเป็นผู้รับผิดชอบแทน

แต่การจัดการความเสี่ยงดังกล่าวก็ไม่สามารถที่จะลดความสูญเสียลงได้ เนื่องจากการรักษาในโรงพยาบาลมีความสลับซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการรักษามีขั้นตอนการบริการที่มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิซึ่งมีความสลับซับซ้อนในการให้บริการ จึงทำให้บริษัทประกันภัยหลายแห่งได้ยกเลิกการประกันภัย หรือบริษัทประกันบางแห่งได้เพิ่มเบี้ยประกันที่สูงมาก หรือมีการสร้างเงื่อนไขให้โรงพยาบาลที่จะซื้อประกันจะต้องมีระบบการบริหารความเสี่ยงที่ดีและมีมาตรฐานก่อน จึงจะพิจารณาให้ทำประกันภัยต่อไป

ต่อมาในปี ค.ศ. 1991 ระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงไป โดยการรวมกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันคุณภาพ ให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) เพื่อที่จะสามารถลดความเสี่ยงต่าง ๆ ลงได้ Smith and Wheeler (1992) ได้สำรวจโครงการการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล โดยใช้การตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลในรัฐมิชิแกน ได้รับการตอบรับกลับจำนวน 137 คน พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งในรัฐมิชิแกน ที่ตอบแบบสอบถามมีการใช้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อใช้ในการลดและป้องกันอุบัติการณ์ต่าง ๆ และการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ รวมทั้งลดการสูญเสียทางการเงินของโรงพยาบาล

ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงเปรียบเสมือนวินัย กฎระเบียบในการทำงานป้องกันความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้ให้บริการ ปัจจุบันการบริหารความเสี่ยงจึงมีขอบเขตที่กว้างขึ้น ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้ (กฤษดา แสงดี, 2542)

1. การส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม ปลอดภัย สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ
2. ลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ใช้บริการ การใช้จ่าย หรือการทำหัตถการ

3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ
4. การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่
5. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
6. การสร้างความตื่นตัวแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในการค้นหา ฝ้าระวังและจัดการเพื่อ  
ควบคุมป้องกันความเสี่ยง
7. ลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากความบกพร่องที่อาจจะเกิดขึ้น
8. สร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อโรงพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ

สำหรับในประเทศไทยนั้นได้มีความตระหนักและตื่นตัวในเรื่องของคุณภาพมากขึ้น โดยได้เริ่มมีการพัฒนาอย่างจริงจังตั้งแต่ พ.ศ. 2524 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งสถาบันวิจัยสาธารณสุขได้จัดทำโครงการระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น จากการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543 (อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ได้ศึกษากลุ่มมิติสำหรับคุณภาพโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพในประเทศไทย พบว่ากลุ่มมิติคุณภาพนั้นประกอบด้วย

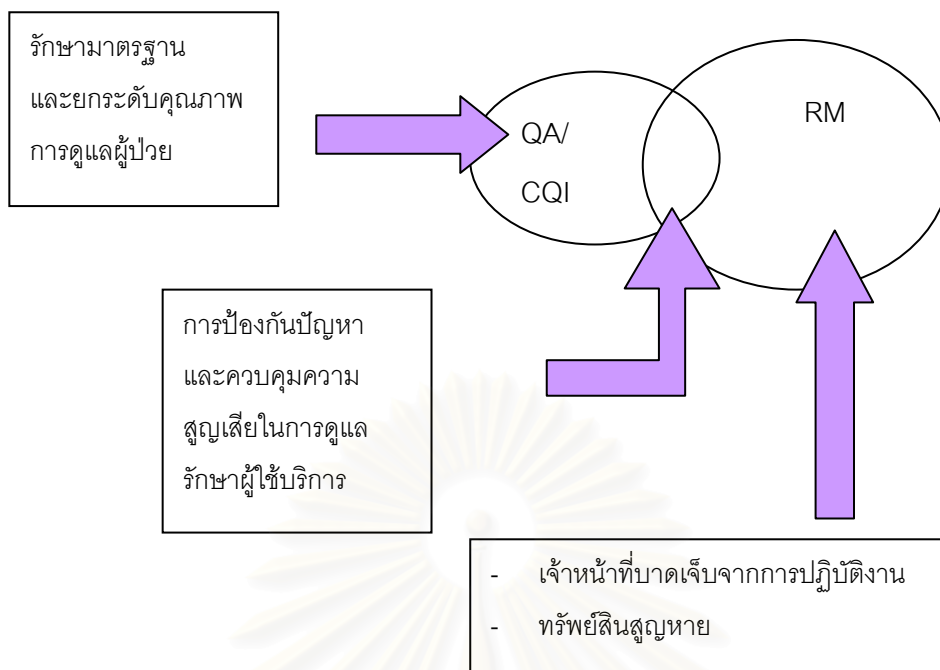
1. ความสามารถ (Competence) หมายถึง ระดับความรู้ ทักษะ เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
2. ประสิทธิภาพ (Effectiveness) หมายถึง การบริการที่บรรลุถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่ต้องการ (Goal achievement) ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย (Responsiveness) และมีความสม่ำเสมอ (Consistency)
3. ความเหมาะสม (Appropriateness) หมายถึง ความถูกต้องตามข้อบ่งชี้ตามความจำเป็นของผู้ป่วยตามหลักวิชาการ
4. ความปลอดภัย (Safety) หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทางลบ ความผิดพลาด และผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ
5. ความต่อเนื่อง (Continuous) หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานที่ดี
6. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง โรงพยาบาลให้บริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
7. การเข้าถึงบริการ (Accessibility) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ตามข้อบ่งชี้และในเวลาที่เหมาะสม
8. ความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (Accountability) หมายถึง การบริการเป็นที่ยอมรับ (Acceptability) มีความรับผิดชอบต่อสังคมในสิ่งที่ดำเนินการ สามารถตรวจสอบและอธิบายได้
9. ความมุ่งมั่น (Commitment) หมายถึง โรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่ามีความมุ่งมั่นในการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง



จากการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะในปี พ.ศ. 2543 ครั้งนี้จะเห็นว่าการบริหารความเสี่ยงนั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นข้อกำหนดส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลที่จะได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงมีบทบาทมากขึ้นในโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นการป้องกันการสูญเสียทุกแง่มุมในโรงพยาบาล และมีความแตกต่างกับการประกันคุณภาพที่มุ่งเน้นการดูแลและให้บริการให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพจะเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพเหมือนกัน แต่การบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพมีความแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1. สิ่งจูงใจและจุดมุ่งหมายในการทำงานแตกต่างกัน คือ การบริหารความเสี่ยงจะตระหนักถึงการดูแลตามที่กฎหมายที่กำหนด ขณะที่การประกันคุณภาพจะมุ่งเน้นการดูแลตามมาตรฐานที่องค์กรกำหนดไว้
2. การบริหารความเสี่ยงมุ่งเน้นการสูญเสียในระดับโรงพยาบาล ขณะที่การประกันคุณภาพมุ่งเน้นที่การดูแลผู้ให้บริการเป็นสำคัญ
3. การบริหารความเสี่ยงจะเกี่ยวข้องกับในเรื่องของกฎหมาย การประกัน และการทำกิจกรรมที่ป้องกันการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นอย่างแท้จริง
4. การประกันคุณภาพจะต้องเพิ่มมาตรฐานการดูแลโดยเน้นกิจกรรมที่ทำให้เกิดมาตรฐานเพิ่มมากยิ่งขึ้น ขณะที่การบริหารความเสี่ยงมุ่งเน้นการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการสูญเสีย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



QA = Quality assurance

CQI = Continuous quality assurance

RM = Risk management

### รูปภาพที่ 1 แสดงความคาบเกี่ยวระหว่างการบริหารความเสี่ยง

และการประกัน/พัฒนาคุณภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542)

### กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง (Risk management) เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการกระทำและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (Bowyer, 1987) หรือกระบวนการแก้ปัญหา (Loveridge and Cummings, 1996) ที่สามารถระบุได้ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เสาะแสวงหากิจกรรมเพื่อใช้ในการจัดการความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งความเสี่ยงอย่างแท้จริง และความเสี่ยงแบบคาดการณ์ล่วงหน้าลงมือจัดทำกิจกรรม และประเมินผลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงทั้งในผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ รวมทั้งลดโอกาสการสูญเสียทางการเงินของโรงพยาบาล (กฤษดา แสงวงดี, 2542; ฟารีดา อิบราฮิม, 2542; Koch and fairly, 1993; Jones and Long, 1996; Loveridge and Cummings, 1996; Wilson, 1999) โดยการบริหารความเสี่ยงจะมีหน้าที่ช่วยพิทักษ์ประโยชน์ด้านทรัพย์สิน และการเงินของโรงพยาบาล พิทักษ์สิทธิประโยชน์ทางด้านมนุษย์และชื่อเสียง ป้องกันการบาดเจ็บที่เกิดกับผู้ใช้บริการ บุคลากร และทรัพย์สินขององค์กร ลดการสูญเสียในเหตุการณ์ต่าง ๆ เพิ่มคุณภาพการบริการ การดูแลผู้ใช้บริการ มีการเฝ้าระวังติดตามอย่างสม่ำเสมอ และใช้ในการทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบแบบแผน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาความเสี่ยง
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง
3. วิธีการจัดการความเสี่ยง
4. การประเมินผล

## 1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุด เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันการสูญเสีย ในขั้นตอนนี้จะเป็นการระบุความเสี่ยง จากการรวบรวมข้อมูลทางสถิติที่ผ่านมาเกี่ยวกับเหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงทำให้เกิด การสูญเสีย เช่น การไม่ไว้วางใจ การขัดต่อพันธะสัญญาที่ไว้ สติติผู้เสียชีวิต การเสื่อมเสียชื่อเสียง การทำลายสิ่งแวดล้อม การถูกลอบทำร้าย การปฏิบัติหน้าที่บกพร่อง เป็นต้น ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงนั้นจะเป็นการเก็บรวบรวมสถิติ ข้อมูลที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่ค้นหาความเสี่ยงจะต้องทำ ความเข้าใจและทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีความเป็นไปได้ อาจทำให้มีการสูญเสียเกิดขึ้น โดยกระบวนการคิดของการค้นหาความเสี่ยงนั้นจะต้องคำนึงถึงว่า อะไรที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงขึ้น มีย้อนกลับไปทบทวนความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และได้เคยมีการติดตามเหตุการณ์แล้วหรือไม่ การค้นหาความเสี่ยงนั้นสามารถทำได้ดังนี้

- 1.1 การรายงานอุบัติการณ์ (Incident report)
- 1.2 การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (Peer review)
- 1.3 คำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ (Patient complaint)
- 1.4.การสำรวจ/สัมภาษณ์หน่วยงาน (Department survey)

### 1.1 การรายงานอุบัติการณ์

ระบบการทำรายงานอุบัติการณ์ได้เริ่มนำมาใช้และพัฒนาขึ้นในองค์กรสุขภาพเมื่อปลายปี ค.ศ. 1940 โดยเริ่มแรกมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการรายงานความผิดปกติเกี่ยวกับการผ่าตัดในโรงพยาบาล และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นผู้ให้บริการเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้อง การให้ยาผิด เท่านั้น เพื่อที่ได้ข้อมูลของเหตุการณ์ว่า “เกิดขึ้นได้อย่างไร” “ทำไมจึงเกิดเหตุการณ์นี้” และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันมิให้เกิดขึ้นอีกต่อไป ปัจจุบันการรายงานอุบัติการณ์ได้เพิ่มประเด็นการรายงานอุบัติการณ์ไปที่วิธีปฏิบัติ (Treatment procedure) การให้ยา ความผิดปกติจากการให้ยาและเลือด การติดเชื้อ การบาดเจ็บจากการคลออดของทารก การพลัดตกหกล้ม การตกเตียง การได้รับบาดเจ็บจากการถูกของร้อน และปัญหาเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ อีกด้วย

การรายงานอุบัติการณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาความเสี่ยงและนิยามทำกันมากที่สุด การรายงานอุบัติการณ์จะมีประสิทธิภาพได้ถ้าหน่วยงานได้ให้ความสำคัญ และแสดงเจตจำนงให้บุคลากรในหน่วยงานมีทัศนคติที่ดีต่อการทำรายงานอุบัติการณ์ต่อผู้จัดการความเสี่ยง ผู้ประสานงานการประกันคุณภาพ และทีมบริหาร แต่ปัญหาพบว่าบุคลากรทางการแพทยนั้นมักจะไม่รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจถึงประสิทธิภาพของการรายงานอุบัติการณ์ว่าทำไมจึงจะต้องมีการรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ กล่าวถึงโทษเนื่องจากเป็นความผิดพลาดจากการทำงาน ไม่มีเวลาการเขียนรายงาน และขาดความรู้ระบบการรายงานอุบัติการณ์ ดังนั้น Bowyer (1987) จึงได้เสนอว่าผู้บริหารจะต้องให้ความเข้าใจและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้แก่บุคลากรซึ่งการทำรายงานอุบัติการณ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพ มีดังนี้

- 1.1.1 หน่วยงานจะต้องมีความชัดเจนในการรายงานว่าเหตุการณ์ใดที่จะต้องมีการรายงาน
- 1.1.2 แบบบันทึกการรายงานอุบัติการณ์จะต้องง่ายต่อการให้ข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลสั้นและกระชับ มีวัตถุประสงค์ในการตอบที่ชัดเจน ระบุชื่อผู้บันทึก ผู้เสียหาย เวลาในการเกิดเหตุการณ์ บรรยายให้เห็นลักษณะและข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน
- 1.1.3 จะต้องมีกรรายงานทันทีเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ผู้จัดการความเสี่ยงจะต้องมีการติดตามปัญหาทันทีภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อได้รับการรายงาน
- 1.1.4 ข้อมูลของการรายงานอุบัติการณ์จะต้องมีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันระหว่างงานบริหารความเสี่ยงและงานประกันคุณภาพ
- 1.1.5 ต้องมีการแสดงข้อมูลย้อนกลับให้กับบุคลากรทราบถึงการวิเคราะห์ความเสี่ยงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และแนวทางในการป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงครั้งต่อไป เพื่อแสดงให้เห็นว่ารายงานอุบัติการณ์นั้นได้รับการติดตามและประเมินผล
- 1.1.6 จะต้องมีกรให้ความรู้กับบุคลากรให้เห็นคุณค่าและตระหนักถึงความสำคัญในการทำรายงานอุบัติการณ์
- 1.1.7 ผู้บริหารระดับสูงจะต้องให้ความสำคัญและติดตามการทำรายงานอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ Swansburg, 1996 อ้างถึงใน ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ยังได้เสนอสิ่งที่ควรและไม่ควรปฏิบัติในการเขียนรายงานอุบัติเหตุกรณีไว้ดังนี้

ปฏิบัติ	ไม่ควรปฏิบัติ
1. เหตุการณ์ทุกเรื่อง รวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรง หรือความไม่พอใจในการดูแล	1. เขียนกล่าวโทษผู้อื่น
2. อุบัติเหตุที่เกิดกับญาติผู้ใช้บริการ	2. เก็บรายงานอุบัติเหตุไว้ในแฟ้มประวัติผู้ใช้บริการ
3. เขียนรายงานอย่างละเอียด	3. ไม่ใส่ใจหรือไม่เขียนรายงาน
4. ปฏิบัติตามนโยบายและกฎข้อบังคับ	4. เล่าให้ผู้ร่วมงานฟัง
5. รายงานอุบัติเหตุทันที	5. ไม่กล้าปรึกษาหรือเขียนรายงาน ซึ่งการเขียนรายงานเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะจะเป็นการป้องกันตนเองที่ดีที่สุด
6. พยาบาลมีส่วนช่วยในการลดความกลัวของผู้ประสบเหตุการณ์	6. เขียนในบันทึกของแพทย์
7. ระบุชื่อผู้เสียหายและเรื่องที่เกิดขึ้น	7. ไม่สนใจหรือแสดงท่าทีเย็นชาต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว
8. มีการบันทึกที่ถูกต้อง	
9. รายงานการชำรุดของเครื่องมือ รวมทั้งหมายเลข เครื่อง และส่งตรวจซ่อม	
10. เก็บรายงานไว้เป็นความลับ	
11. รายงานให้ผู้จัดการพยาบาลทราบ	
12. ปรึกษาผู้บริหารความเสี่ยง	
13. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล	
14. ให้ความสนใจต่อโปรแกรมพัฒนาคุณภาพบุคลากร	
15. เขียนยืนยันการรับคำสั่งทางโทรศัพท์ทุกครั้ง	

## 1.2 การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ

การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพเป็นการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มวิชาชีพโดยใช้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการมาเป็นประเด็นในการเรียนรู้ เพื่อหาแนวทางในการลดหรือป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในกรณีอื่นต่อไป การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพจะประสบความสำเร็จนั้นทุกคนจะต้องมีความเข้าใจว่ากระบวนการทำเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ ใช้แนวคิดในเชิงบวก เพื่อสร้างระบบงานที่ดีขึ้น ทุกคนได้รับประโยชน์ร่วมกันโดยไม่เกิดความเสียหาย และเกิดคุณภาพการบริการที่ดี สามารถลดและป้องกันความเสี่ยงได้ ซึ่ง อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2541) ได้เสนอการทำการทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพสามารถทำได้ดังนี้

1.2.1 การทบทวนผู้ใช้บริการที่ยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว เช่น การส่งเวร การ round ward เป็นการค้นหาปัญหาที่ทำได้ทันทีขณะที่ยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

1.2.2 การทบทวนเวชระเบียนด้วยวิธีการสุ่ม (Random review of patient records) เป็นการค้นหาถึงความเหมาะสมในการรักษา คุณภาพการบันทึกเอกสาร การสื่อสารกับผู้ใช้บริการ แล้วนำเสนอในที่ประชุมถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางลดและป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงขึ้นต่อไป วิธีการนี้สมาชิกจะต้องสนับสนุนและเข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ และจะทำให้เกิดคุณภาพในการบันทึกเวชระเบียนทันที

1.2.3 การทบทวนเวชระเบียนตามลักษณะที่กำหนดไว้ หน่วยงานจะกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นสูง และทำการสุ่มเวชระเบียนของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสูงมาทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ใดขึ้นจึงไม่สามารถรักษาได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1.2.4 การวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่สำคัญ (Critical incident analysis, Occurrence screening) เป็นการนำอุบัติการณ์ที่มีความสำคัญมาวิเคราะห์เพื่อหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก เป็น การลงทุนกับสิ่งที่มีปัญหาและเป็นวิธีการที่คุ้มค่า เพราะช่วยป้องกันความเสี่ยงให้กับทุกฝ่าย ตัวอย่างของอุบัติการณ์ที่จะนำมาทบทวน เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต การกลับมาใช้บริการซ้ำ การตรวจรักษาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ เป็นต้น

1.2.5 การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (Retrospective review of patient record)/ การทบทวนโดยอิงเกณฑ์ (Criteria-based audit) เป็นการทบทวนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้สำหรับผู้ใช้บริการโรคใดโรคหนึ่ง เช่น ความล่าช้าในการรับผู้ใช้บริการ อัตราการส่งตรวจเพื่อสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมบางอย่าง การบันทึกผลการตัดสินใจ การใช้วิธีการรักษาต่าง ๆ การให้ข้อมูลผู้ใช้บริการ การมี Clinical practice guideline จะทำให้การทบทวนมีความง่ายขึ้น วิธีการทำนั้นจะนำเวชระเบียนในโรคที่ต้องการหาข้อมูลมาประมาณ 30-50 ราย เพื่อหาข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์เพื่อนำเสนอในที่ประชุม ควรมีการทบทวนความรู้จาก วารสารประกอบเพื่อประหยัดเวลาในการอภิปราย สรุปข้อปฏิบัติที่กลุ่มยอมรับร่วมกัน และนำไปประกอบการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วย แต่วิธีการนี้จะต้องใช้เวลามากในการสืบค้นข้อมูล และเวชระเบียนที่นำมาทบทวนอาจจะไม่ใช่ตัวแทนของทั้งหมด อาจจะทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ได้

1.2.6 กลุ่มพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (Practice-based CQI) เป็นการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงระบบงานโดยใช้วงล้อ Plan-Do-Check-Act ที่จะต้องมีการประเมินควบคู่กับการแก้ไขตลอดเวลา การทำงานลักษณะนี้เป็นการผนวกขั้นตอนของการตรวจสอบตนเองและการปรับปรุงคุณภาพเข้าด้วยกัน จะต้องมีการคัดเลือกประเด็นที่จะศึกษา กำหนดเป้าหมาย เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนและดำเนินการเปลี่ยนแปลง และศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการทบทวนโดยเพื่อน

ร่วมวิชาชีพนั้นมักมีจุดบกพร่องเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีความสับสนเกี่ยวกับแนวคิด คำศัพท์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ มีแนวคิดที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการไม่ประสานกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ ในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ความรู้สึกยึดมั่นในความเป็นตัวของตัวเอง ทำให้ไม่ยอมรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ใช้บริการร่วมกัน หรือที่จะมีบุคคลอื่นมาศึกษา ทบทวนการทำงานของตนเอง ทำให้เกิดการไม่ประสานกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ ในการพัฒนาคุณภาพ และการใช้ความรู้สึกมากกว่าการใช้วิธีการทาง วิทยาศาสตร์และข้อมูลสำหรับเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ

### 1.3 คำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการร้องเรียนคือ ความไม่พอใจจากการได้รับบริการของผู้ใช้บริการ จึงทำให้เกิดการร้องเรียนขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศไทย เนื่องการเปลี่ยนแปลงไปของสังคม การร้องเรียนที่เกิดขึ้นนั้นบางเหตุการณ์ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการตลอดจนองค์กร ดังนั้นข้อมูลของการร้องเรียนของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้น จะต้องมีการรับคำร้องเรียนและการแก้ไขอย่างรวดเร็ว เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความกระจ่างชัดในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อมูลของการร้องเรียนมีได้หลายรูปแบบ เช่น จดหมาย โทรศัพท์ การบอกเล่าจากผู้ให้บริการเอง เป็นต้น การร้องเรียนนั้นจะทำให้ได้ ข้อมูลและปัญหาที่เกิดขึ้น การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจะเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการได้ ทำให้เกิดความไว้วางใจในการให้บริการ สามารถที่จะลดการร้องเรียนลงได้

### 1.4 การสำรวจ/การสัมภาษณ์หน่วยงาน

การสำรวจ/การสัมภาษณ์หน่วยงาน เป็นการตรวจสอบองค์ประกอบต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงาน และการสอบถามความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากผู้ปฏิบัติงานโดยตรง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการป้องกันและลดความเสี่ยง

## 2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis)

การวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นขั้นตอนที่ให้ความสำคัญของแต่ละความเสี่ยงว่ามีความถี่ ความรุนแรง หรืออันตรายมากน้อยเพียงใด เป็นการประเมินเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ผ่านมานในอดีตว่าส่งผลกระทบต่อสถานะทางด้านการเงิน ภาพพจน์หน่วยงาน/องค์กร บุคลากร และจริยธรรมอย่างไร ในขั้นตอนนี้จะเป็นแนวทางที่หน่วยงานที่ใช้ในการพิจารณาการคัดเลือกความเสี่ยงที่รุนแรงและสำคัญมาจัดการได้อย่างเหมาะสม เน้นที่จะป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดความสูญเสียที่มหาศาลมากกว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นบ่อยแต่มีความสำคัญน้อยกว่าอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542 อ้างถึงใน ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ได้เสนอตารางในการวิเคราะห์ความเสี่ยงไว้ดังนี้

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

### ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความเสี่ยง

แหล่งที่มา: อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542 อ้างถึงใน ภวพร ไพศาลวัชรภิก (2542)

### 3. วิธีการจัดการความเสี่ยง (Risk treatment)

วิธีการจัดการความเสี่ยงเป็นการหาทางเลือกหรือกลยุทธ์ที่จะจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันและลดความเสี่ยงถือว่าเป็นหัวใจที่สำคัญขององค์กรทางด้านสุขภาพ การจัดการความเสี่ยงสามารถทำได้โดย

3.1 การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention) เป็นการกำหนดมาตรการที่จะควบคุมความเสี่ยง สามารถทำได้โดยการฝึกอบรม การให้ความรู้เรื่องของการบริหารความเสี่ยงเพื่อพัฒนาบุคลากร ส่งเสริมให้บุคลากรได้ปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอนและข้อตกลงในการทำงาน กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ให้บริการ และต้องมีการทบทวนปรับปรุงเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา มีการวางแผนป้องกันอุบัติเหตุร้ายแรง ผลกระทบที่อาจจะตามมา

3.2 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) คือการที่งดทำกิจกรรมบางอย่างเนื่องจากไม่ศักยภาพเพียงพอที่จะทำ เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยไอซียู

3.3 การยอมรับความเสี่ยง (Risk acceptance) เป็นการที่ยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้น องค์กรได้มีการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อรองรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ถูกลงกว่า การที่จะต้องทำประกันกับบริษัทประกันภัย

3.4 การลดความเสี่ยง (Risk reduction) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อไม่สามารถที่จะควบคุมยอมรับ หลีกเลี่ยงความเสี่ยง หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้ว จำเป็นจะต้องทำให้ความเสี่ยงนั้นเกิดความรุนแรงหรือผลเสียหายน้อยที่สุด

3.5 การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk transfer) เป็นการทำประกันความเสี่ยงกับบริษัทประกันภัย โดยที่บริษัทประกันภัยจะเป็นผู้รับผิดชอบเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น

### 4. การประเมินผล (Risk evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยง ที่จะบอกถึงความสำเร็จ และคุณภาพของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งกุญแจแห่งความสำเร็จของกระบวนการบริหารความเสี่ยง นั้นขึ้นอยู่กับ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ และการติดตามผลของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น



จากการที่บุคลากรทุกคนได้ร่วมกันรายงานอย่างรวดเร็วและให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ขั้นตอนนี้เป็น การทบทวนดูว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงนั้น ความเสี่ยงลดลงหรือไม่ ได้ผลเป็นที่พอใจใน ระดับที่ยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือไม่ ถ้ายังไม่ลดลงหรือยังไม่อยู่ในระดับที่ยอมรับความเสี่ยงได้ ก็ จะต้องทำการทบทวนปรับปรุงแก้ไขใหม่ เพื่อที่จะลดความเสี่ยงลง ทำให้เกิดประสิทธิภาพและ คุณภาพในการบริการ กิจกรรมการประเมินผลความเสี่ยง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542) ได้แก่

4.1 การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

4.2 การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญ กับการเกิดอุบัติเหตุการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุการณ์ คำถามที่ต้องถามคือ ก) อุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มี มาตรการป้องกันแล้ว ข) อุบัติการณ์นี้เป็น เหตุเดียว (Isolate incident) หรือเป็นเรื่องของระบบ มีโอกาสเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่

4.3 การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการที่จะต้องมีการกระทำ และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงจะมีประสิทธิภาพ ซึ่งการทำงานของการบริหารความเสี่ยงนั้นจะมีความคาบเกี่ยวกับการประกัน คุณภาพ แต่วัตถุประสงค์ในการทำงานนั้นมีความต่างกัน คือการบริหารความเสี่ยงจะมุ่งเน้นมิให้เกิด ความเสี่ยง คือเกิดความผิดพลาดให้น้อยที่สุด หรือไม่เกิดขึ้นเลย เปรียบเสมือนการสร้างระเบียบวินัย ในการทำงานให้กับบุคลากร เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิและคุ้มครองผู้รับบริการมิให้มีความเสี่ยงเกิดขึ้น เมื่อเข้ามารับการบริการในโรงพยาบาล ดังนั้นหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับ ตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จึงมีความจำเป็นที่จะต้องนำการบริหารความเสี่ยงเข้ามาใช้ในการ ปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ เนื่องจากหน่วยงานดังกล่าวรับ ผู้ให้บริการที่มีภาวะวิกฤต และกึ่งวิกฤต เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีความเร่งด่วนในการ ให้บริการ ตลอดจนมีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการรักษาพยาบาล จึงทำให้มีผู้ให้บริการมี โอกาสความเสี่ยงอันเนื่องมาจากการให้บริการสูงขึ้นด้วย แต่แนวคิดของการบริหารความเสี่ยงอย่าง เดียวนั้น ไม่พอที่จะทำให้เกิดความสำเร็จได้ เนื่องจากเป็นหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรทุกคน จึงต้อง นำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมเข้ามาใช้ร่วมด้วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

### 3. การบริหารแบบมีส่วนร่วม

#### ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นสิ่งหนึ่งที่จะพัฒนาองค์กรให้สำเร็จ เพราะทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง (Robbins, 1998) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา ในการตั้งวัตถุประสงค์ และวางแผนที่จะทำงานให้สำเร็จ (Lussier, 1996) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ตั้งไว้ เป็นการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้มีอิสระในการทำงาน การริเริ่มสร้างสรรค์ มีกระบวนการตัดสินใจภายใต้วัตถุประสงค์เดียวกัน (เกศแก้ว วิมนมาลา, 2538) จัดตั้งแนววิธีการทำงานร่วมกัน (Griffin, 1999) นำผลที่ได้มาประเมินร่วมกัน โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของกลุ่ม (ทัศนาศ แสงศักดิ์, 2539) ผู้บังคับบัญชาจะเป็นผู้คอยการกำกับดูแลผู้ใต้บังคับบัญชาได้แสดงบทบาทในการตัดสินใจการทำงานของกลุ่มร่วมกัน (Hilgert and Leonard, 1995) สมาชิกของกลุ่มที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต้องยอมรับแผนงานและปฏิบัติตามภาระกิจที่กำหนด และมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความรู้สึกร่วมกัน การปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ (เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล, 2536)

#### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นศิลปะการบริหารอย่างหนึ่งที่จะทำให้ทุกคนในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการทำงาน เป็นการสร้างแรงจูงใจ และดึงศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่ได้นำมาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะทำให้การสื่อสารระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชามีช่องว่างที่แคบลง จากการศึกษาวิจัยการบริหารแบบมีส่วนร่วมในยุคแรก ๆ พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมสามารถที่จะเพิ่มทั้งผลผลิตและขวัญกำลังใจในการทำงานกับบุคลากรในองค์กร และต่อมายังพบว่าสามารถที่จะนำไปใช้ได้ในทุกองค์กร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน (Anthony, 1978)

การบริหารแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นการกระจายอำนาจจากผู้บริหารลงมายังผู้ใต้บังคับบัญชาให้มีอำนาจในการตัดสินใจมากขึ้น ลักษณะการบริหารแบบมีส่วนร่วมตามแนวความคิดของ Swanburg (1996) นั้นจะให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการเข้ามามีส่วนร่วมนั้นจะต้องเข้ามาด้วยความเต็มใจมิใช่ถูกบังคับ และการบริหารแบบมีส่วนร่วมจะต้องประกอบด้วย

1. ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (trust) เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการบริหารแบบมีส่วนร่วม เพราะบุคลากรที่ได้รับ ความไว้วางใจจะมีความพร้อมในการทำงานที่รับผิดชอบ และสามารถควบคุม

การทำงานได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้บังคับบัญชาสามารถถ่ายทอดงานให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และผู้บังคับบัญชาเป็นเพียงผู้ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือ เอื้ออำนวยความสะดวก ให้งานมีความสมบูรณ์ตามแผนที่กำหนดไว้ อย่างเช่นในปี 1996 บริษัทโมโตโรล่า ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นำแนวคิดพื้นฐานของความไว้วางใจมาใช้ในการบริหารงานที่ว่า 1) พนักงานมีความรู้ในเนื้อหาของตนเองมากกว่าคนอื่น 2) พนักงานจะรับผิดชอบงานของตนเองถ้างานนั้นมีความเหมาะสมกับตนเอง 3) พนักงานทุกระดับจะมีระดับสติปัญญา มุมมองทัศนคติ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน

2. ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ผู้บังคับบัญชาที่ให้การสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง กระตุ้นพัฒนาทักษะการทำงานให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดความมั่นใจในการทำงาน ประสบความสำเร็จ มีคุณค่าในตนเอง และเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อผู้บังคับบัญชา ทำให้การติดต่อสื่อสารมีความสะดวกราบรื่น สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น

3. การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ (Goal and objective) การที่คนมาทำงานอยู่ร่วมกันนั้นย่อม จะเกิดความขัดแย้ง ดังนั้นจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน โดยสอดคล้องกับนโยบายขององค์กร

4. การมีอิสระในการทำงาน (Autonomy) การที่ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่คอยกำกับดูแลให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทำงานตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชานั้นมีอิสระในการทำงาน มีอิสระในการตัดสินใจตามงานที่ได้รับมอบหมายและตามคุณสมบัติและความรู้ของตนเอง

จะเห็นได้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีข้อได้เปรียบในการบริหารงาน เช่น มีความไว้วางใจในการทำงาน เพิ่มความผูกพันและเจตคติที่ดีในการทำงาน มีความพึงพอใจในการทำงาน เพิ่มความรับผิดชอบ เกิดแนวคิดใหม่ ๆ ที่จะพัฒนางาน ลดการขาดงาน การลาออก ลดค่าใช้จ่าย เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการบริหารแบบมีส่วนร่วมนั้นก็ยังมีข้อด้อยเนื่องจากขาดความรู้ในกระบวนการบริหารแบบมีส่วนร่วม ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ ใช้เงินมาก หาผู้รับผิดชอบไม่ได้ ระดับผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชาไม่ร่วมมือ เป็นต้น

เกศแก้ว วิมนมาลา (2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมีส่วนร่วมกับเสรีภาพทางวิชาการของอาจารย์พยาบาลในสถานศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า อาจารย์พยาบาลมีการรับรู้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมและเสรีภาพทางวิชาการในสถานศึกษาพยาบาลในระดับปานกลาง การบริหารแบบมีส่วนร่วมและเสรีภาพทางวิชาการของอาจารย์พยาบาลในสถานศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง และสุภาพร รอดถนน (2542) ศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการบริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล กับประสิทธิผล องค์การตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวง สาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับ ประสิทธิภาพองค์การ ส่วนการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับ ประสิทธิภาพองค์การ

จากงานวิจัยดังกล่าวเป็นสิ่งสนับสนุนว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมสามารถที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงาน และประสิทธิผลขององค์ได้ เนื่องจากผู้บังคับบัญชานั้นจะมีการกระจายอำนาจของตนเองไป ยังผู้ที่อยู่ใต้บังคับบัญชา ทำให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การแก้ปัญหาการทำงาน ในรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ เป็นแรงจูงใจในการทำงานที่จะทำให้เกิดความคิดที่เป็นอิสระ เกิดความคิด ริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจและแก้ปัญหา ผู้บังคับบัญชาจะเป็นเพียงผู้ที่คอยกำกับดูแล ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานหรือดำเนินงานภายใต้วัตถุประสงค์ขององค์กร และเป็นผู้ที่คอยผลักดัน ความสำเร็จ ผู้ใต้บังคับบัญชาจะรู้สึกมีคุณค่าและความสำคัญต่อองค์กร เสมือนว่าตนเองได้เป็นส่วน หนึ่งที่จะผลักดันให้องค์กรเกิดความสำเร็จ (Likert, 1961: Robert, Irving and Massarik, 1961 อ้างถึงใน สุภาพร รอดถนอม, 2542) การบริหารแบบมีส่วนร่วมที่ประสบความสำเร็จนั้นจะเกิดผลประโยชน์ทั้งต่อ องค์กร การบริหารจัดการและบุคลากร (Australian Institute of Management, 1991)

1. ผลประโยชน์ด้านองค์กร (Organizational benefits) การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะทำให้มี ความยืดหยุ่นในการทำงาน การพัฒนาองค์กรมีประสิทธิภาพ ได้ใช้ความสามารถของทรัพยากรบุคคล ได้ตามความชำนาญ ทำให้เพิ่มผลผลิต คุณภาพ และการเติบโตขององค์กร เพิ่มประสิทธิภาพและ คุณค่าของการสื่อสารในองค์กร ทำให้สามารถทำงานได้ตามวัตถุประสงค์ขององค์กรได้เป็นอย่างดี เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพเมื่อมีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้ ทำให้สามารถปรับตัวกับสิ่งที่เข้ามา ใหม่ได้อย่างรวดเร็ว

2. ผลประโยชน์ด้านการบริหารจัดการ (Managerial benefits) บุคลากรมีความรู้สึกที่ทำงาน ประสบความสำเร็จทำให้พัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน มีความก้าวหน้าในสายงานที่ขึ้นอยู่กับ คุณสมบัติของคุณความดี ความสามารถ ความชำนาญ มากกว่าระบบอาวุโส มีระบบการสนับสนุน จากบุคลากร เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในที่ทำงาน และบรรยากาศองค์กรมีความเครียดต่ำ แก้ไขข้อ ขัดแย้งได้ง่ายขึ้น

3. ผลประโยชน์ด้านบุคลากร (Employee benefits) บุคลากรมีความพึงพอใจในงาน ความ ภาคภูมิใจในความสำเร็จ มีระดับการควบคุมชีวิตการทำงานของตนเองเพิ่มขึ้น และมีโอกาสทำงานที่ ตนเองมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นหน่วยงานด้านองค์กรสุขภาพซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความสลับซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกองค์กร ปัจจัยส่วนบุคคล การบริหารแบบมี ส่วนร่วม จึงเป็นการบริหารแบบหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการและความเป็นมืออาชีพ เพื่อจะกำหนดวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกัน การตัดสินใจร่วมกัน การแก้ปัญหาร่วมกัน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงขององค์กร โดยมีการฝึกอบรมให้บุคลากรทุกระดับได้เข้าใจถึงปรัชญาของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ระบบของการฝึกอบรมจะส่งผลทำให้รู้สึกว่ามีคามมั่นคงในการทำงาน ผู้บริหารพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนบทบาทและลดทอนอำนาจลงไปให้ผู้ใต้บังคับบัญชา และผู้ใต้บังคับบัญชาก็มีความพร้อมที่จะรับผิดชอบมากขึ้น ทำให้องค์กรมีลักษณะที่แบนราบลง ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทุกคนมีอิสระในการทำงานและมีการทำงานที่ชัดเจน สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการสร้างนวัตกรรมใหม่ในการทำงานเนื่องจาก บุคลากรมีการยอมรับและมีพันธกิจร่วมกัน มีความมั่นคงและความปลอดภัยในการทำงาน สร้างความท้าทาย และพึงพอใจในงาน Bowes (2001) ได้เสนอรูปแบบของการบริหารแบบมีส่วนร่วมไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในหน่วยงาน โดยใช้ศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่ได้มีความเข้าใจและแนวทางในการดำเนินงานขององค์กร ทำให้บุคลากรเกิดความไว้วางใจ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น รูปแบบที่เสนอนั้นประกอบด้วย 1) ใช้รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมมากำหนดวิสัยทัศน์ของการทำงาน 2) ให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการทำงาน และ3) จัดตั้งทีมแก้ปัญหา เพื่อเป็นพี่เลี้ยง ผู้ติดตามดูแล และประเมินผล แก้ไขการทำงานเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น และเฝ้าระวังติดตามผลงานตามแนวทางการทำงานที่สร้างขึ้น นอกจากนี้ Likert, 1961 อ้างถึงใน สุภาพร รอดถนนอม (2542) ยังได้สรุปสาระสำคัญของการบริหารแบบมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. ผู้บังคับบัญชารับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ใต้บังคับบัญชา เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยถึงปัญหาของตนเองได้ โดยทั้งสองฝ่ายจะต้องยอมรับนับถือและมีความไว้วางใจกัน
2. ผู้บังคับบัญชากระตุ้นให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาให้เกิดกำลังใจในการทำงาน ให้ผู้ร่วมงานเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารในองค์กร กระตุ้นให้เกิดทัศนคติในการถือฤกษ์องค์กร นำองค์กรไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้
3. ระบบการสื่อสารภายในองค์กรมีความคล่องตัว เป็นไปโดยอิสระในแนวดิ่งและแนวราบ ข่าวสารภายในองค์กรมีความถูกต้องเพียงพอ เชื่อถือได้
4. ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา มีปฏิริยาโต้ตอบกันอย่างเปิดเผย และโดยกว้างขวางเกี่ยวกับเป้าหมายขององค์กร การปฏิบัติงานและกิจกรรมต่าง ๆ ภายในองค์กร
5. การตัดสินใจต่าง ๆ กระทำโดยกลุ่มในทุกระดับขององค์กร
6. เปิดโอกาสให้กลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายมากขึ้น และถูกต้องตามความประสงค์อย่างแท้จริง

7. การควบคุมงานมีลักษณะกระจายไปในกลุ่มผู้ร่วมงานให้มีการควบคุมกันเอง และเน้นเรื่อง การแก้ปัญหาเป็นหลัก หลีกเลี่ยงการควบคุมด้วยวิธีการตำหนิ หรือดูว่ากล่าว
8. ผู้บังคับบัญชาเห็นความสำคัญของการพัฒนาผู้ใต้บังคับบัญชาโดยการฝึกอบรม เพื่อให้การทำงานมีผลงานสูงสุด และสำเร็จตามเป้าหมาย

จะเห็นว่าหัวใจสำคัญของการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม คือการให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานมีความตระหนักและให้ความสำคัญของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงาน ร่วมกันสร้างแนวคิดและหลักการในการทำงาน ขั้นตอน/วิธีการทำงาน การแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการมีส่วนร่วมการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานโดยหัวหน้าพยาบาลจะต้องมีความไว้วางใจในลูกน้อง เพื่อให้เกิดพันธะผูกพันพร้อมที่จะทำงานเพื่อองค์กร โดยจะต้องร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันวางแผน ร่วมกันดำเนินการ และร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานในเรื่องของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ มีเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันของบุคลากรผู้ร่วมงานทุกคน เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในงานที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงมุ่งเน้นกระบวนการ เรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง อีกทั้งการบริหารแบบมีส่วนร่วม นั้นสามารถที่จะทำให้บุคลากรทุกคนได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางในการร่วมกันทำงาน ตามนโยบายขององค์กรที่ตั้งไว้ เป็นการบริหารแบบหนึ่งที่ควรนำมาใช้ร่วมกับการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดแนวทางการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน เนื่องจากบุคลากรทุกคนได้ร่วมกันคิด และเห็นว่ามีเหมาะสมกับหน่วยงานและจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการ ในการป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ที่พัฒนาขึ้นจะต้องบุคลากรทุกคนได้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน

#### 4. การพัฒนารูปการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด่านแรกของโรงพยาบาล ที่เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ให้บริการผู้ใช้บริการในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต เจ็บป่วยกระทันหันต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ทำให้บุคลากรของหน่วยงานจะต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เร่งด่วน ไม่สามารถกำหนดสถานการณ์ได้ ต้องใช้การตัดสินใจอย่างรวดเร็วและมีวิจารณญาณ เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งผู้ใช้บริการมีความต้องการและความคาดหวังจากการได้รับบริการที่สูง ทำให้หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูง (Wilson, 1999;

Uibel and Klein, 1994) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาที่มีความสลับซับซ้อนด้วยทีมเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่มีความชำนาญ จึงทำให้ความคาดหวังของผู้ใช้บริการนั้นสูงด้วย ดังนั้นบุคลากรในหน่วยงานนี้จะต้องมีความชำนาญในการประเมิน และคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการรักษาต่อเนื่องที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ให้บริการ รวมทั้งจะต้องให้ความร่วมมือในการช่วยแพทย์ตรวจรักษา ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ๆ รับและส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (หทัยรัตน์ ไชคชัชฌานกุล, 2543)

รวมทั้งในภาวะปัจจุบันหน่วยงานทางด้านสุขภาพได้ประสบกับปัญหาในด้านจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ใช้บริการเนื่องจากไม่มีนโยบายที่จะเพิ่มจำนวนบุคลากร บุคลากรที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ที่ยังไม่เพียงพอ แต่ทางกลับกันนั้นพบว่าแนวทางในการทำงานและการดูแลผู้ให้บริการกลับมีความยากและสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังที่สูงขึ้น การสื่อสารที่ขาดตกบกพร่อง การเพิกเฉยหรือละเลยการปฏิบัติงานของบุคลากร การสูญเสียด้านทรัพย์สินหรือชีวิตของผู้ใช้บริการ การบริการที่ล่าช้า สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการใช้บริการพยาบาลทั้งสิ้น จนบางครั้งอาจนำไปสู่การร้องเรียนได้ (Diamond, 1995) พยาบาลจึงต้องมีความกระตือรือร้น พัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้ทันต่อความรู้ที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะต้องสามารถสังเกตและวิเคราะห์ความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ทันที มีการทำงานที่ประสานกันเป็นทีมและเป็นระบบ จัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้มีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว ให้ความช่วยเหลือผู้ให้บริการอย่างเต็มความสามารถ สัมผัสผู้ให้บริการด้วยความเต็มใจและให้คำแนะนำผู้ให้บริการและญาติได้อย่างถูกต้องชัดเจน นอกจากนี้พยาบาลจะต้องมีความรู้และเข้าใจวิถีที่จะปฏิบัติในกรณีที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายด้วย (Luise, 1970 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ไชคชัชฌานกุล, 2543) ซึ่งการกระทำดังกล่าวนี้เป็นวิธีที่จะป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ให้บริการได้ ดังนั้นถ้าได้มีการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง สร้างแนวทางในการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่องอย่างชัดเจน ก็จะมีคุณภาพการบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมนั้นยังไม่มีการสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่การศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการสร้างมาตรฐานทางการพยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งการสร้างมาตรฐานนั้นจะเป็นการประกันคุณภาพอย่างหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการจะต้องได้รับการบริการตามมาตรฐานที่สร้างไว้ ซึ่งเป็นด้านตรงข้ามกับการบริหารความเสี่ยงที่มุ่งเน้นมิให้ผู้ให้บริการเกิดความเสียหายหรือความสูญเสียเกิดขึ้นจากการ

รับบริการ แต่ข้อมูลพื้นฐานนั้นสามารถที่จะใช้ร่วมกันได้ เพราะความเสี่ยงและการสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้น ย่อมมาจากการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐานนั่นเอง ดังเช่น กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้มีการพัฒนาและกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินขึ้น ด้านการคัดกรองผู้ป่วย การประเมินปัญหาและการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย การส่งต่อการรักษา และการให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิ์ผู้ป่วย (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ง หน้า (147-154) หรือการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ จุรีวัฒน์ คงทอง (2538) ได้สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการสร้างมาตรฐานของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ของ เมสัน (Mason) และของ St. Mary Medical Center Department of Emergency Medical โดยนำไปใช้ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 26 คน ทำการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉิน 5 กลุ่มคือ ปัญหาของการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น และต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพ ปัญหาฉุกเฉินของระบบการหายใจ ปัญหาฉุกเฉินของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ปัญหาฉุกเฉินของสมองและไขสันหลัง และปัญหาของกระดูกหักและข้อเคลื่อน ปัญหาละ 8 คน รวมผู้ป่วย 40 คน พบว่า ภายหลังจากใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ค่าคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมดังกล่าวสูงขึ้นกว่าก่อนนำมามาตรฐานมาใช้

นอกจากนี้ หทัยรัตน์ ไชคชัยธนากุล (2543) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพบริการพยาบาลที่มีต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี โดยสร้างมาตรฐานการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามแนวคิด FANCAPS ของ Selfridge and Shea, 1994 ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด 10 มาตรฐาน สำหรับกิจกรรมพยาบาล 7 ด้าน ในแต่ละด้านมีองค์ประกอบย่อยในเชิงมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามที่ ENA (Emergency Nursing Association) ได้กำหนดไว้ในปี ค.ศ. 1983 และใช้กระบวนการพยาบาลในการสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมประกันคุณภาพบริการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

จากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าคุณภาพนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับในยุคปัจจุบัน ที่เป็นยุคของการแข่งขัน ทุกหน่วยงานจะต้องสร้างสรรค์สินค้าและงานบริการอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะงานบริการนั้น ไม่สามารถแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนได้ และผู้ใช้บริการที่มาใช้บริการนั้นมีความคาดหวังที่สูงขึ้นจากการได้รับบริการ ต้องการความสะดวกสบาย และรวดเร็ว การดูแลที่เป็นมิตร (Marilyn and others, 2001) การเปลี่ยนแปลงสิ่งเหล่านี้เองทำให้เกิดช่องว่างหรือความเสี่ยงจากการให้บริการใน



หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนบางครั้งนำไปสู่การร้องเรียนและการฟ้องร้องได้ เนื่องจากไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่องค์กร หรือมาตรฐานวิชาชีพได้จัดทำไว้ จึงทำให้เกิดความไม่เหมาะสมในการให้การพยาบาล ถึงแม้การร้องเรียนที่เกิดจากการให้บริการทางพยาบาลยังมีน้อย แต่ก็มีแนวโน้มที่สูงขึ้น แต่ละเหตุการณ์ก็จะนำความสูญเสียต่อพยาบาล และองค์กรได้ จากการรวบรวมคดีการฟ้องร้อง ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลในสหรัฐอเมริกาสามารถจำแนกได้ออกเป็น 4 ลักษณะ คือ 1) การดูแลรักษาพยาบาล (Treatment) 2) การสื่อสาร (Communication) 3) การให้ยา (Medication) 3) การเฝ้าระวังติดตาม การสังเกต และการควบคุมกำกับดูแล (Monitoring, observing, and supervising) (Aiken and Catalang, 1994)

ดังนั้นในปี ค.ศ.2001 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization ได้เสนอมาตรฐานเพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ใช้บริการที่เข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลจะต้องมีการจัดทำโปรแกรมที่ต้องประกอบด้วย

1. จัดให้หน่วยงานหรือมีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อลดและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ เช่น หน่วยงานบริหารความเสี่ยง ผู้จัดการความเสี่ยง
2. กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงจะต้องมีระบุได้อย่างชัดเจน ว่าอะไรคือความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และจะต้องนำมาพิจารณาเพื่อหาแนวทางลดและป้องกันความเสี่ยง
3. ทุกคนในองค์กรสุขภาพจะต้องมีส่วนร่วมกับกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง
4. จะต้องมีการแก้ไขปัญหาหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทันที
5. มีระบบการรายงานที่ชัดเจนเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น
6. กระบวนการแก้ปัญหานั้นจะต้องสืบค้นถึงสาเหตุที่แท้จริงของเหตุการณ์ เพื่อที่จะได้หาแนวทางในการป้องกันมิให้เกิดขึ้นต่อไป
7. มีระบบการสนับสนุนที่ชัดเจนให้แก่บุคลากรมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ
8. มีการจัดทำรายงานความเสี่ยงประจำปี เพื่อดูผลของการจัดการความเสี่ยงว่าเป็นอย่างไร

นอกจากนี้ยังได้ทำการรวบรวมสถิติเรื่องความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกา ช่วงระหว่างเดือนมกราคม 1995-มิถุนายน 2001 (JCAHO,2001) พบว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการนั้นมีดังนี้

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ	จำนวน (ราย)
ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย	194
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด	163
ให้ยาผิดพลาด	142
ผ่าตัดผิดที่	131
ได้รับการรักษาช้า	62
เสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากการได้ถูกผูกมัด	58
พลัดตกหกล้ม	43
ถูกลอบทำร้าย/ถูกข่มขืน/ทำร้ายผู้อื่น	41
ผู้ป่วยหนี	27
คลอดเสียชีวิต/ทารกสูญเสียอวัยวะ	34
ให้เลือดและสารน้ำผิดพลาด	27
ไฟไหม้	11
การลักขโมยเด็ก	23
บาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์	16
ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	13
มารดาเสียชีวิต	18
เสียชีวิตระหว่างการย้ายผู้ป่วย	13
เสียชีวิตระบบสาธารณสุขไม่ปลอดภัย	13
ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยา	7
ติดเชื้อจากการรักษาพยาบาล	7
ภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไต	4
ผู้ป่วยในได้รับยาเกินขนาด	9
ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง	4
สาเหตุอื่น ๆ	68
รวม	1,128

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล

แหล่งที่มา: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001

สำหรับประเทศไทยนั้นได้มีการศึกษาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการเช่นกัน เช่น การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้แก่ การได้รับยา/สารน้ำ/เลือดผิด การให้การพยาบาลผิดคน การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ การเกิดแผลกดทับ ระดับ 2-4 การกลับเข้ามารับการรักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผน การเกิดข้อร้องเรียน การติดเชื้อในโรงพยาบาล การหนีกลับ และการตกเตียง/ลื่นล้ม (สาลี บุญศรีรัตน์; กัลยาณี เกื้อก่อพรม และนฤมล อนุมาศ , 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ จึงสรุปความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ดังต่อไปนี้

1. การได้รับยา/เลือด/สารน้ำ ผิดพลาด
2. การได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้กมัด
3. การตกเตียง/ลื่นหกล้ม
4. การได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ถูกวิธี หรืออุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ชำรุด
5. การถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ให้บริการคนอื่น เช่น ผู้ให้บริการที่เมาสุราอาละวาด ผู้ให้บริการที่มีภาวะคลุ้มคลั่ง
6. การได้รับการรักษาพยาบาลผิดคน
7. การติดเชื้อจากการดูแลรักษาพยาบาล (Cross infection)
8. การหนีไปจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
9. การละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการเลือกปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการ
10. การละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการให้ข้อมูลที่ไมเพียงพอต่อการตัดสินใจสำหรับการรักษาพยาบาล
11. การละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
12. ได้รับการรักษาล่าช้า

จากที่กล่าวมาข้างต้น การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องนำมาใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพราะเป็นหน่วยงานที่เป็นระบบเปิด มีความเสี่ยงที่เกิดจากการให้บริการอยู่ตลอดเวลา แต่อย่างไรก็ตามต้องให้บริการที่ดีและมีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ นอกจากนี้กระแสของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในเรื่องของการเฝ้าระวังการควบคุมคุณภาพการบริการ การรับรองคุณภาพการบริการ ความเหมาะสมในเรื่องของค่ารักษาพยาบาล การควบคุมเกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งปัญหาทางด้านกฎหมาย โดยเฉพาะ

อย่างไรก็ตามการทำงานที่ไม่ได้ตามมาตรฐาน จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่าง ๆ แต่ความเสี่ยงจะสามารถที่จะลดและป้องกันได้ โดยที่ทุกคนในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องจัดให้มีกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับแนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยที่บุคลากรทุกคนเข้ามาร่วมกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน มีกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งการรายงาน การสะท้อนข้อมูล การจัดทำฐานข้อมูล กิจกรรมของคณะกรรมการ การฝึกอบรม การทบทวนความรู้ การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนของ ผู้ประกอบวิชาชีพ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542) สิ่งที่สำคัญนั้นหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องมีการกำหนดนโยบาย ขั้นตอนการปฏิบัติงานโดยระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีการกำหนดวัตถุประสงค์ หน้าที่ความรับผิดชอบ ตลอดจนกฎระเบียบของบุคลากรประจำหน่วยงาน (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2534) ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

การที่จะได้มาซึ่งรูปแบบของการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาที่รัดกุม และมีการรอบแนวคิดที่ชัดเจน ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงเป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง โดยใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson (1999) และแนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ด้วยเทคนิคการสนทนากลุ่ม โดยมีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีองค์ประกอบในลักษณะดังต่อไปนี้

1. บุคลากรร่วมกันกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. บุคลากรร่วมกันจัดโครงสร้างคณะกรรมการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. บุคลากรร่วมกันวางแผนการทำงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ประกอบด้วยกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน คือการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง โดยที่แต่ละขั้นตอนของกระบวนการบริหารความเสี่ยงจะต้องมีการระบุ บุคลากรผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาการทำงาน และวิธีปฏิบัติ
4. ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้
5. บุคลากรร่วมกันประเมินผลความเสี่ยง

นอกจากนี้เมื่อได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงแล้ว ยังต้องมีการทดสอบว่ารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครอีกด้วย

## กรอบแนวคิดสำหรับงานวิจัย

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมใน  
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประกอบด้วย

1. นโยบายการบริหารความเสี่ยง
2. วัตถุประสงค์การบริหารความเสี่ยง
3. ผู้รับผิดชอบรูปแบบการบริหารความเสี่ยง
4. กระบวนการบริหารความเสี่ยง

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

4.1 การค้นหาความเสี่ยง โดยที่บุคลากรร่วมกันตัดสินใจ ระบุวิธีการค้นหาความเสี่ยง ระยะเวลาทำงาน และร่วมกันตัดสินใจเลือกบุคลากรให้รับผิดชอบดำเนินการค้นหาความเสี่ยง

4.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยง บุคลากรทุกคนร่วมกันกำหนดบุคคลผู้รับผิดชอบในการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และดำเนินการจัดลำดับความเสี่ยงตามวิธีการที่กำหนด

4.3 การจัดการความเสี่ยง บุคลากรทุกคนร่วมกันเลือกวิธีการจัดการความเสี่ยง เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงและกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการจัดการความเสี่ยง

4.4 การประเมินผลความเสี่ยง บุคลากรทุกคนร่วมกันกำหนดวิธีการประเมินผลความเสี่ยงและกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการประเมินผล

ความเป็นไปได้ใน  
การใช้รูปแบบ

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 2) ประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 2) ระยะการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 8 แห่ง ได้มาจากการเลือกตามคุณสมบัติอย่างเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้คือ

1. จบการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์
2. ดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ในกรณีที่หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้เลือกตัวแทนสำหรับการสัมภาษณ์ โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้ คือ

1. จบการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์
2. มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครครั้งนี้ ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป จำนวน 6 คน รวมทั้งหมดเป็น 8 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการทำสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ได้มาจากการเลือกตามคุณสมบัติอย่างเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติไว้เหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 คน (เป็นบุคคลเดิมจากกลุ่มที่ 1) และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 5 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน (เป็นบุคคลเดิมจากกลุ่มที่ 1 จำนวน 3 คน) รวมเป็น 7 คน ดังมีรายละเอียดของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มดังต่อไปนี้

2. กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ได้มาจากการเลือกตามคุณสมบัติอย่างเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้คือ

1. จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป
2. มีประสบการณ์การทำงานทางด้านการบริหารความเสี่ยง การบริหารการพยาบาล การบริหารโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 อย่าง หรือมีผลงานวิชาการทางด้านการบริหารความเสี่ยง การบริหารการพยาบาล หรือการบริหารโรงพยาบาลตีพิมพ์เผยแพร่อย่างน้อย 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ประกอบด้วย

1. นักวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยง 1 คน
2. นักวิชาการด้านการบริหารการพยาบาล 5 คน
3. นักวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล 2 คน

3. กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 ได้มาจากการเลือกตามคุณสมบัติอย่างเจาะจงจากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ประกอบด้วย

1. หัวหน้าพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 5 ปีขึ้นไป 2 คน
3. นักวิชาการด้านการบริหารการพยาบาล 3 คน
4. นักวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยง 1 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกตัวอย่างตามความสะดวก (Convenient sampling) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 31 คน

## เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

**เครื่องมือชุดที่ 1** แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดย

1. ศึกษาและทบทวนเอกสาร ตำรา และวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งในและต่างประเทศ

2. สร้างแบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้าง เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ 1) ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด 2) ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้คุมมัด 3) ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม 4) ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด 5) ผู้ใช้บริการถูกทำร้ายจากผู้ให้บริการคนอื่น เช่น ผู้ใช้บริการที่เมาสุราอาละวาด ผู้ใช้บริการที่คลุ้มคลั่ง 6) ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน 7) ผู้ใช้บริการเกิดการติดเชื้อจากการรักษาพยาบาล (Cross infection) 8) ผู้ใช้บริการหนีไปจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 9) ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการเลือกปฏิบัติ 10) ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจสำหรับการรักษาพยาบาล 11) ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล 12) ผู้ใช้บริการได้รับการรักษาพยาบาลล่าช้า และข้อคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการจำนวน 3 ข้อ รวมเป็นทั้งหมด 15 ข้อ

แต่ละข้อคำถามจะประเมิน 2 ด้านคือ 1) ความถี่ของการเกิดความเสี่ยง และ 2) ระดับความสำคัญของความเสี่ยง โดยที่

2.1 ด้านความถี่ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ให้เลือกตอบตามข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น 5 ตัวเลือก ประกอบด้วย เกิดทุกวัน เกิดทุกสัปดาห์ เกิดทุกเดือน เกิดทุก 3 เดือน และอื่น ๆ

2.2 ด้านระดับความสำคัญของความเสี่ยง ให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ผู้ให้บริการได้รับยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ



ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
-----------	-----	---------	------	------------

**(รายละเอียดเครื่องมือชุดที่ 1 อยู่ในภาคผนวก ข หน้า 130-135)**

3. ตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อรับสำนวน ภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

**เครื่องมือชุดที่ 2** แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

สร้างข้อคำถามโดยนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทำสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง มากำหนดเป็นกรอบแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามรวมทั้งหมด 104 ข้อ แบ่งเป็น 5 วิทยาคือ

1. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ จำนวน 21 ข้อ
2. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการค้นหาความเสี่ยง จำนวน 19 ข้อ
3. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง จำนวน 3 ข้อ
4. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครไปใช้ ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง จำนวน 58 ข้อ
5. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครด้านการประเมินผลจำนวน 3 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า ให้เลือกประมาณค่า 5 ระดับ จาก 5-1 (มากที่สุด-น้อยที่สุด) โดยคะแนนมีความหมาย ดังนี้

คะแนนเท่ากับ 5 หมายถึง รูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด  
 คะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง รูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มาก  
 คะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง รูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปานกลาง  
 คะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง รูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อย  
 คะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง รูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อยที่สุด

#### การคิดคะแนน

คะแนนรวมสูง หมายความว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มาก

คะแนนรวมต่ำ หมายความว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อย

การตัดสินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ กำหนดโดยผู้วิจัยตามที่ ครอนบาช และ สเต็ก (อ้างถึงใน รัตนะ บัวสนธ์, 2540) ได้เสนอแนะไว้ว่า เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินโครงการ ควรกำหนดโดยผู้รับผิดชอบโครงการ และใช้สำหรับประเมินโครงการนั้น ๆ เนื่องจากมุ่งหวังว่ารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้อย่างแท้ และการบริหารความเสี่ยงที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์พยาบาลซึ่งเป็นการกระทำต่อร่างกายมนุษย์ พยาบาลจึงต้องป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการให้มากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์ในการตัดสินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ที่ระดับมากขึ้นไป ซึ่งก็คือต้องมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80

เนื่องจากรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร นี้พัฒนาขึ้นโดยการทำสนทนากลุ่มทั้งหมด 3 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องนี้โดยตรง จึงถือได้ว่าแบบสอบถามนี้มีความตรงตามเนื้อหา

สำหรับในด้านความเหมาะสมด้านสำนวน และภาษาตรวจสอบโดยพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 1 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ส่วนความเที่ยงของแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่า .98

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ

1. ระยะการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

2. ระยะการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไป

ใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

**1. ระยะการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย**  
การศึกษาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และการสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

1.1 การศึกษาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

1.1.1 ศึกษาและทบทวนเอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ และแนวทางในการวิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อจัดทำเป็นแบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

1.1.2. ทำหนังสือขออนุญาตสัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาลและ/หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ทั้ง 8 แห่ง

1.1.3 เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ทางโทรศัพท์ เพื่อขออนัดวันและเวลาในการสัมภาษณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้สัมภาษณ์

1.1.4 ผู้วิจัยนำแบบแบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ไปสัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาลและ/หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 24 ธันวาคม พ.ศ.2544-11 มกราคม พ.ศ. 2545 รวมระยะเวลาเป็น 3 สัปดาห์

1.1.5 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร มีทั้งสิ้น 12 เรื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่เหมือนกับการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนระดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ แสดงไว้ใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ	ระดับความสำคัญที่1	ระดับความสำคัญที่2	ระดับความสำคัญที่3	ระดับความสำคัญที่4
1. ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด			X	
2. ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้กรัด	X		X	X
3. ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม			X	X
4. ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด	X		X	
5. ผู้ใช้บริการถูกทำร้ายจากผู้ให้บริการคนอื่น เช่น ผู้ให้บริการที่เมาสุราอาละวาดผู้ใช้บริการที่คลุมคั่ง	X		X	X
6. ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน			X	
7. ผู้ใช้บริการเกิดการติดเชื้อจากการรักษาพยาบาล (Cross infection)			X	
8. ผู้ใช้บริการหนีไปจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		X	X	X
9. ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการเลือกปฏิบัติ			X	X
10. ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการได้รับ ข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจสำหรับการรักษาพยาบาล			X	X
11. ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล			X	X
12. ผู้ใช้บริการได้รับการรักษาพยาบาลล่าช้า			X	X

1.2 การสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร มีขั้นตอนดังนี้

1.2.1 ศึกษาและทบทวนเอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงตามกรอบแนวคิดของ Wilson (1999) แนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

1.2.2 ศึกษา นำข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ และการวิเคราะห์ระดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการที่ได้จากการศึกษาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

1.2.3 สร้างเป็นร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 1 ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1.2.3.1 นโยบาย

1.2.3.2 วัตถุประสงค์

1.2.3.3 โครงสร้างคณะกรรมการ

1.2.3.4 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ

1.2.3.5 ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ 12 เรื่อง

1.2.3.6 กระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิธีการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

ร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้ได้รับการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ด้านความถูกต้องของสำนวนภาษา และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เพื่อใช้ในการประกอบการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

1.2.4 การสนทนากลุ่มครั้งที่ 1

จัดทำสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ในวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ.2545 เวลา 10.00น.-12.30น. ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย

1.2.4.1 ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลา และสถานที่สำหรับการจัดสนทนา

1.2.4.2 ขอนหนังสือขออนุมัติบุคลากรเข้าร่วมสนทนากลุ่ม จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เข้าร่วมทำสนทนากลุ่ม

1.2.4.3 ผู้วิจัยจัดส่งเอกสารประกอบด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์ และร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ

กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 1 ให้แก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มล่วงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้มีเวลาในการศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการทำสนทนากลุ่ม

1.2.4.4 ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นนํากลุ่ม ผู้จัดบันทึกการสนทนา 2 คน และผู้คอยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สนทนากลุ่ม 1 คน

1.2.4.5 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากการทำสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 มีดังนี้

1.2.4.5.1 ในส่วนของคำนำให้ปรับร่างรูปแบบให้มีความเฉพาะกับผู้ให้บริการที่เป็นผู้ป่วยนอก เนื่องจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมิได้ติดตามดูแลผู้ใช้บริการหลังกลับบ้านไปแล้ว

1.2.4.5.2 ด้านนโยบายปรับให้สั้นและมีความกระชับขึ้น

1.2.4.5.3 ปรับการเขียนวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง ให้เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการทางการแพทย์

1.2.4.5.4 ปรับรายละเอียดขั้นตอนของการปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ได้แก่

- ในการรายงานอุบัติการณ์ เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นนั้นผู้ที่เห็นเหตุการณ์จะต้องเป็นผู้บันทึก หัวหน้าเวรจะเป็นผู้อ่านทบทวนรายงาน แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม และชี้แจงการลดความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้ว เพื่อนำเสนอต่อหัวหน้างาน

- การค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนเวรระเบียบนั้นในสภาพความเป็นควรทบทวนเฉพาะระเบียบของผู้ให้บริการที่มีความเสี่ยงเกิด

- ควรเพิ่มการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรในกรณีที่เป็นคำร้องเรียนทางโทรศัพท์ และจากคำบอกเล่าของผู้ใช้บริการ

- การจัดการความเสี่ยงที่เสนอไว้ 12 เรื่องนั้น ในเรื่องของผู้ใช้บริการถูกผู้ให้บริการคนอื่นทำร้าย ได้เสนอแนวทางโดยการซักซ้อมสถานการณ์จำลอง แต่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อคิดเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ แต่ควรมีการจัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการทำงานเมื่อผู้ให้บริการถูกผู้ให้บริการคนอื่นทำร้าย

1.2.5 จัดทำสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ในวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ.2545 เวลา 13.00น.-15.30น. ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ได้แก่ นักวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านการบริหารทางการแพทย์ และด้านการบริหารโรงพยาบาล ทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลา และสถานที่สำหรับการจัดสนทนา

1.2.5.1 ขอนหนังสือขออนุมัติบุคลากรเข้าร่วมสนทนากลุ่ม จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เข้าร่วมทำสนทนากลุ่ม

1.2.5.2 ผู้วิจัยจัดส่งเอกสารประกอบด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์ และร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ

กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 1 ให้แก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มล่วงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้มีเวลาในการศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการทำสนทนากลุ่ม

1.2.5.3 ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นนำกลุ่ม ผู้จัดบันทึกการสนทนา 2 คน และผู้คอยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สนทนากลุ่ม 1 คน

1.2.5.4 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากการทำสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 มีดังนี้

- ในด้านของการบริหารแบบมีส่วนร่วมเรื่องความเสี่ยงจะต้องคำนึงถึงเรื่องความลับของข้อมูล ดังนั้นผู้รับผิดชอบเป็นประธานกรรมการควรเป็นหัวหน้าหรือผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบตามสายงาน

- การสร้างรูปแบบต้องคำนึงถึงแตกต่างของหน่วยงานหรือโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

- แนะนำให้คงไว้เฉพาะความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยตรง และเสนอตัดความเสี่ยงออก 7 ข้อ คือ ข้อที่ 5, และข้อที่ 7-12 ความเสี่ยงที่คงไว้คือ 1) ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด 2) ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด 3) ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม 4) ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด 5) ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน

1.2.5.5 ผู้วิจัยนำข้อคิดและข้อเสนอแนะ ที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มทั้ง 2 ครั้ง มาปรับร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ฉบับที่ 2 ดังนี้

ก. ปรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการให้เหลือเฉพาะ 5 เรื่อง ซึ่งเป็นความเสี่ยงอันเนื่องมาจากให้การพยาบาล โดยความเสี่ยงทั้ง 5 เรื่องนั้นจากการวิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยงที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า

- ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด อยู่ในระดับความสำคัญที่ 3
- ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด อยู่ในระดับความสำคัญที่ 1,3 และ 4
- ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม อยู่ในระดับความสำคัญที่ 3 และ 4
- ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด อยู่ในระดับความสำคัญที่ 1 และ 3

- ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน อยู่ในระดับความสำคัญที่ 3

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมิได้ตัดความเสี่ยงเรื่องใดออก เนื่องจากความเสี่ยงที่มีระดับความสำคัญระดับที่ 3 ขึ้นไปนั้นเป็นระดับที่หน่วยงานจะต้องมีการกำหนดมาตรฐานในการทำงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้บริการ

ข. ปรับกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยงให้มีความสอดคล้องกับกิจกรรมการให้บริการทางการแพทย์ โดยจัดหมวดหมู่ให้เห็นการทำงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

ค. ปรับนโยบายให้กระชับและชัดเจนขึ้น

ง. ปรับวัตถุประสงค์ให้เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการทางการแพทย์

จ. แบ่งผู้รับผิดชอบออกเป็น 2 ลักษณะคือ คณะกรรมการ และบุคลากรในหน่วยงาน

ปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ

ฉ. กระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิธีการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ปรับกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนโดยกำหนดลักษณะการทำงาน ระยะเวลา วัตถุประสงค์ และลักษณะกิจกรรม

1.2.6 นำร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น (ฉบับที่ 2) เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของสำนวนภาษา และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำมาใช้เป็นเอกสารประกอบการสนทนากลุ่มครั้งที่ 3

1.2.7 จัดทำสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 ในวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2545 เวลา 10.00น.-12.30น. ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 ทางโทรศัพท์ ได้แก่ ผู้ร่วมสนทนากลุ่มจากครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 จำนวน 8 คน พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาและสถานที่สำหรับการจัดสนทนา

1.2.7.1 ขอหนังสือขออนุมัติบุคลากรเข้าร่วมสนทนากลุ่ม จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เข้าร่วมทำสนทนากลุ่ม

1.2.7.2 ผู้วิจัยจัดส่งเอกสารประกอบด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์ และร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 2 ให้แก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มล่วงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้มีเวลาในการศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการทำสนทนากลุ่ม

1.2.7.3 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากการทำสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 มีดังนี้

- ในด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงนั้นควรให้คำจำกัดความของความรุนแรงของเหตุการณ์ให้ชัดเจน เพื่อที่จะได้วิเคราะห์ความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง

- การแต่งตั้งตำแหน่งต่าง ๆ ในคณะกรรมการควรกำหนดแต่งตั้งตามความอาวุโสหรือสายงานบังคับบัญชาของหน่วยงานแต่ละแห่งที่มีการกำหนดไว้ เนื่องจากเรื่องของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปัญหาที่ไม่ต้องการให้มีการเผยแพร่ของเหตุการณ์ และถือว่าเป็นการบริหารแบบมีส่วนร่วม เพราะทุกคนมีบทบาทและหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตามแต่ละเวอร์แล้ว



- เสนอเพิ่มการค้นหาความเสี่ยงโดยให้เจ้าหน้าที่ทำบัตรคำเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ เป็นวิธีการหนึ่งในการสำรวจ/สัมภาษณ์ ที่สะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ
- ส่วนด้านการประเมินผล ควรเพิ่มว่าถ้าความเสี่ยงลดลงจะอย่างไร / ความเสี่ยงไม่ลดลงจะอย่างไร

1.2.7.4 ผู้วิจัยนำข้อคิดและข้อเสนอแนะ ที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 มาพัฒนาเป็นรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร (รายละเอียดอยู่ในหน้า 58-93)

2.18. นำร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของสำนวนภาษา และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปทดลองใช้ที่ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาลตำรวจ

## 2. ระยะเวลาศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้

1. ขอนหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาลตำรวจ

2. ผู้วิจัยติดต่อเพื่อขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย แนะนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และแนวทางในการดำเนินงานการทดลองใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง

3. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย นำเสนอรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจทั้งหมด 5 ครั้ง โดยพยาบาลทุกคนได้รับฟังคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและวิธีการใช้รูปแบบคนละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

วัน-เดือน-ปี	เวลา	จำนวนผู้เข้าฟัง (คน)
3 ก.ค. 2545	09.00-11.00น	4
3 ก.ค. 2545	17.00-19.00น.	6
4 ก.ค. 2545	09.00-11.00น.	10
4 ก.ค. 2545	17.00-19.00น.	5
5 ก.ค. 2545	05.00-07.00น.	6
	รวม	31

4. ผู้วิจัยนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในระหว่างนั้นให้คำปรึกษา และแนะนำเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงทั้งหมด 10 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง เวิร์กช็อป 4 ครั้ง เวิร์กช็อป 5 ครั้ง และเวิร์กดีก 1 ครั้ง ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่	กิจกรรม	วัน-เดือน-ปี	เวลา
1	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรใช้รูปแบบ	6 ก.ค. 2545	09.00-11.00น.
2	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรใช้รูปแบบ	7 ก.ค. 2545	18.00-20.00น.
3	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรใช้รูปแบบ	9 ก.ค. 2545	10.00-12.00น.
4	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรใช้รูปแบบ	11 ก.ค. 2545	17.00-19.00น.
5	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรใช้รูปแบบ	13 ก.ค. 2545	18.00-20.00น.
6	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรใช้รูปแบบ	15 ก.ค. 2545	09.00-11.00น.
7	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรใช้รูปแบบ	18 ก.ค. 2545	06.00-08.00น.
8	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรใช้รูปแบบ	25 ก.ค. 2545	17.00-19.00น.
9	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรใช้รูปแบบ	30 ก.ค. 2545	11.00-13.00น.
10	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรใช้รูปแบบ	1 ส.ค. 2545	18.00-20.00น.

5. หลังจากได้ทดลองใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ ในการตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามฯ ไปแจกด้วยตนเอง

และ ขอความร่วมมือให้ประธานกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวมแบบสอบถามคืนภายใน 1 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยไปรับมอบแบบสอบถามด้วยตนเองที่ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ แต่ไม่ครบทั้งหมดในครั้งแรก ผู้วิจัยจึงนัดวันและเวลาเพื่อรับแบบสอบถามเพิ่มเติมอีก 2 ครั้ง รวมใช้เวลาในการเก็บแบบสอบถามทั้งหมด 2 สัปดาห์ รวบรวมแบบสอบถามได้ทั้งหมด 31 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 100 ดังมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่	จำนวน (ชุด)
เก็บแบบสอบถามครั้งที่ 1	24
เก็บแบบสอบถามครั้งที่ 2	3
เก็บแบบสอบถามครั้งที่ 3	2
รวม	31

7. นำผลแบบสอบถามความเหมาะสมในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ไปใช้ ที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล (รายละเอียดอยู่ในตารางที่ 4-10)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-9.0 (Statistical Package for the Social Science Version 9.0) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติค่าความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ รายงานและรวบรวมใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับ ผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และประเมิน ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะการพัฒนา รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 2) ระยะการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยแบ่งนำเสนอเป็น 3 ตอน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร (แสดงดังหน้าที่ 59-92)

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล แสดงดังตารางที่ 4

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ แสดงดังตารางที่ 5-10

#### ตอนที่ 1 ผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ หน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมความเสี่ยงอันเนื่องมาจากการ ให้บริการ ทางกายภาพ 5 เรื่อง ได้แก่

1. ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด
2. ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด
3. ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม
4. ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกต้อง หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด
5. ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน

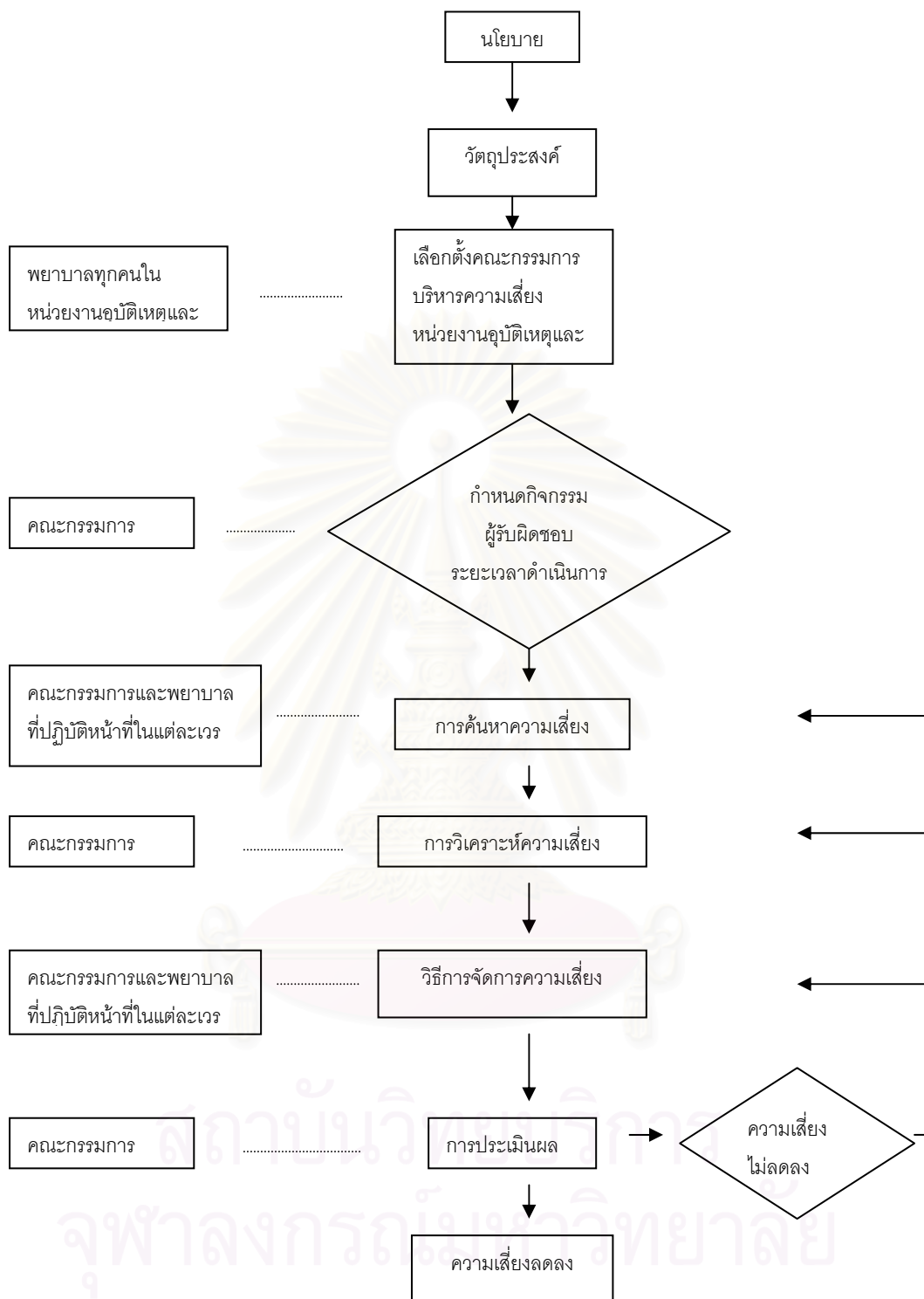
องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร มีดังนี้ นโยบายการบริหารความเสี่ยง

1. วัตถุประสงค์การบริหารความเสี่ยง
2. ผู้ใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบในรูปแบบคณะกรรมการที่มีโครงสร้างของคณะกรรมการคือ ประธานกรรมการ รองประธานกรรมการ เลขานุการ และกรรมการ และผู้รับผิดชอบในระหว่างการทำหน้าที่ในเวลาที่รับผิดชอบ รวมทั้งบทบาทและหน้าที่ของแต่ละคน
3. กิจกรรมของกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ได้แก่
  - 3.1 การค้นหาความเสี่ยง
  - 3.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยง
  - 3.3 การวิธีการจัดการความเสี่ยง
  - 3.4 การประเมินผล

โดยที่ในแต่ละกิจกรรมจะกำหนดลักษณะการทำงาน ระยะเวลา วัตถุประสงค์ และลักษณะกิจกรรม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รูปภาพที่ 2 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้น

## รูปแบบการบริหารความเสี่ยง หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

### คำนำ

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการที่สูง เนื่องจากเป็นระบบการให้บริการที่เร่งด่วน ผู้ให้บริการมีความคาดหวังต่อการที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ สิ่งหนึ่งที่จะทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพคือ การใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงเข้ามาเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ โดยบุคลากรของหน่วยงานทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันความเสี่ยงหรือเหตุอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการตลอดกระบวนการให้บริการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สำหรับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฉบับนี้จะมีความเหมาะสมสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เท่านั้นโดยครอบคลุมความเสี่ยง ทั้งหมด 5 เรื่อง ได้แก่

1. ผู้ให้บริการได้รับยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด
2. ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด
3. ผู้ให้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม
4. ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ถูกวิธี หรือใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด
5. ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน

### นโยบาย

การป้องกันและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้บริการนั้น บุคลากรทุกคนของหน่วยงานจะต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยง มีแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ก่อให้เกิดการให้บริการที่ถูกต้องเหมาะสม มีความปลอดภัย สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และสร้างความเชื่อมั่นต่อการให้บริการ

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. เพื่อให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้มีส่วนร่วมในการบริหาร ความเสี่ยงอันเนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ

## ผู้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยง

คือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน ที่เป็นสมาชิกของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการปฏิบัติงานจะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะที่เกิดควบคู่กัน คือ

1. **ทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ** หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรและได้รับเลือกจากบุคลากรภายในหน่วยงานให้ดำรงตำแหน่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการจะต้องมีการกำหนดวาระการประชุมอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสมของหน่วยงานแต่ละแห่ง เพื่อร่วมกันค้นหาและระบุความเสี่ยง ฝ้าระวังความเสี่ยง กำหนดความรุนแรงของความเสี่ยงว่าความเสี่ยงใดรุนแรง/ความเสี่ยงใดที่ไม่รุนแรง เพื่อที่จะนำข้อมูลจากการรายงานอุบัติการณ์และสรุปรายงาน การฝ้าระวังความเสี่ยงมาวิเคราะห์วางแผนสรรหาวิธีการดำเนินการหาทางป้องกันและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับหน่วยงาน มีการติดตามผลการดำเนินการและผลลัพธ์เพื่อการแก้ไขปรับปรุงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กำหนดสายงานการรายงาน ข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โครงสร้าง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน ประกอบด้วย

- |                     |                                    |
|---------------------|------------------------------------|
| 1. ประธานกรรมการ    | จำนวน 1 ท่าน                       |
| 2. รองประธานกรรมการ | จำนวน 1 ท่าน                       |
| 3. เลขานุการ        | จำนวน 1 ท่าน                       |
| 4. กรรมการ          | ตามความเหมาะสมของหน่วยงานแต่ละแห่ง |

โดยแต่ละตำแหน่งจะมีบทบาทและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ประธานกรรมการ เป็นตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือกจากบุคลากรในหน่วยงาน หรืออาจมาจากการแต่งตั้งตามสายงานการบริหารความเสี่ยงของแต่ละโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ชัดเจน มีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องของการบริหารความเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และรายงานความเสี่ยงตามสายงานระดับโรงพยาบาล ทำหน้าที่ควบคุมและกำหนดวาระการประชุม กระตุ้นให้กรรมการทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ในการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ติดต่อ



ประสานงานหน่วยงานภายนอก เช่น หน่วยงานบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล หน่วยงานประกันคุณภาพ

2. รองประธานกรรมการ มีหน้าที่เป็นผู้ช่วยประธานกรรมการ และปฏิบัติหน้าที่แทนเมื่อประธานกรรมการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

3. เลขานุการ มีหน้าที่บันทึกการประชุม สรุปผลการประชุม และรายงานผลการประชุมให้คณะกรรมการรับทราบภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการร่วมกันกำหนด พร้อมเสนอวาระการประชุมครั้งต่อไปให้แก่ประธานกรรมการ รับรายงานจากกรรมการเพื่อนำเสนอแก่ประธานกรรมการ ติดตามคณะกรรมการในการประชุมครั้งต่อไป

4. กรรมการ เข้าร่วมประชุมตามวาระที่กำหนด เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นของเรื่องการบริหารความเสี่ยง คอยควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่กำหนดไว้ ถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงไปยังบุคลากรอื่นในหน่วยงานเพื่อให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

**2. การปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ** หมายถึง การที่บุคลากรของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสมาชิกของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริหารความเสี่ยงในระหว่างที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร

**กระบวนการบริหารความเสี่ยง** ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. การค้นหาความเสี่ยง ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
  - 1.1 กิจกรรมการทบทวนรายงานอุบัติการณ์
  - 1.2 กิจกรรมการทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย คือ 1) การรับมอบเวร 2) การตรวจเยี่ยมผู้ใช้บริการและสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย 3) การทบทวนเวชระเบียน
  - 1.3 กิจกรรมการทบทวนคำร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ
  - 1.4 กิจกรรมการสำรวจ/การสัมภาษณ์ในหน่วยงาน
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง
3. วิธีการจัดการความเสี่ยง 5 เรื่อง ได้แก่
  - 3.1 ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด
  - 3.2 ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด
  - 3.3 ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม

3.4 ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด

3.5 ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน

#### 4. การประเมินผล

### การค้นหาความเสี่ยง

คณะกรรมการร่วมกันกำหนดวิธีการค้นหาความเสี่ยงหรือเหตุอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เหมาะสมสำหรับหน่วยงาน รวมทั้งกำหนดระยะเวลาในการค้นหาความเสี่ยง บุคลากรผู้รับผิดชอบในการค้นหาความเสี่ยง ซึ่งสามารถทำได้จาก กิจกรรมดังต่อไปนี้

#### 1. กิจกรรมการทบทวนรายงานอุบัติการณ์

ลักษณะการทำงาน: ทำงานในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ระยะเวลา: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกันกำหนด

วัตถุประสงค์: เพื่อรวบรวมข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ลักษณะกิจกรรม: ประชุมคณะกรรมการเพื่อรวบรวมข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น

2. กิจกรรมการทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (Peer review) คือการระบุปัญหาความเสี่ยงของผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย

##### 2.1 กิจกรรมการรับมอบเวร

ลักษณะการทำงาน: ปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ

วัตถุประสงค์: เพื่อแจ้งปัญหาความเสี่ยงของผู้ใช้บริการให้แก่เจ้าหน้าที่ในเวรต่อไป

ลักษณะกิจกรรม: เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเวรจะต้องรับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูลและระบุความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ เพื่อรายงานกับพยาบาลหัวหน้าเวร และพยาบาลหัวหน้าเวรจะเป็นผู้รายงานความเสี่ยงของผู้ใช้บริการทั้งหมดให้แก่เจ้าหน้าที่ที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลความเสี่ยงของผู้ใช้บริการแต่ละรายเพิ่มเติม ถ้าได้ข้อมูลไม่เพียงพอขณะที่ทำการรับ มอบเวร

##### 2.2 กิจกรรมการตรวจเยี่ยมผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

ลักษณะการทำงาน: ปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อประเมินและระบุความเสี่ยงของผู้ใช้บริการก่อนรับมอบเวร

2. เพื่อตรวจสอบภาพความเรียบร้อยของสิ่งแวดล้อม และวัสดุอุปกรณ์ภายในหอผู้ป่วย รวมทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการ

ลักษณะกิจกรรม: เจ้าหน้าที่ที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไปเดินตรวจเยี่ยมผู้ใช้บริการที่เตียง และตรวจสอบภาพความเรียบร้อยของหอผู้ป่วยทั้งหมด ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการทั้งหมด ถ้ายังไม่เรียบร้อยจะต้องให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเวรดำเนินการให้เรียบร้อยก่อนที่จะหมดการปฏิบัติหน้าที่ในเวรนั้น

### 2.3 กิจกรรมการทบทวนเวชระเบียน (patient review records)

ลักษณะการทำงาน: ทำงานในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ระยะเวลา: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกันกำหนด

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อร่วมกันกำหนดเกณฑ์ของเวชระเบียนที่ต้องการทบทวน  
2. เพื่อร่วมกันค้นหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการจากเวชระเบียน

ลักษณะกิจกรรม: ร่วมกันกำหนดเกณฑ์ของเวชระเบียนที่ต้องการจะศึกษา โดยที่คณะกรรมการมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าเป็นความเสี่ยงที่มีความสำคัญและรุนแรง และค้นหาความเสี่ยงของผู้ใช้บริการจากเวชระเบียนที่ศึกษา

### 3. กิจกรรมการทบทวนคำร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ

ลักษณะการทำงาน: ทำงานในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ระยะเวลา: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกันกำหนด และปฏิบัติตามหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ

วัตถุประสงค์: เพื่อค้นหาความเสี่ยงจากคำร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ

ลักษณะกิจกรรม: 1. ค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนข้อมูลของการร้องเรียนจากจดหมาย โทรศัพท์ กล้องรับฟังความคิดเห็น การบอกเล่าจากผู้ใช้บริการเอง คำร้องเรียนที่ส่งไปยังสำนักงานผู้อำนวยการ  
2. กรณีคำร้องเรียนที่รุนแรง พยาบาลหัวหน้าเวรจะต้องค้นหาความเสี่ยงทันที

### 4. กิจกรรมการสำรวจ/สัมภาษณ์ในหน่วยงาน

ลักษณะการทำงาน: ทำงานในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ระยะเวลา: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกันกำหนด

วัตถุประสงค์: เพื่อค้นหาความเสี่ยงของผู้ใช้บริการจากการทำแบบสอบถาม/สัมภาษณ์

ลักษณะกิจกรรม: 1. ร่วมกันสร้างแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยง หรือทำบัตรคำเกี่ยวกับความเสี่ยงของผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## 2. ค้นหาความเสี่ยงจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์

บัตรคำ

### การวิเคราะห์ความเสี่ยง

ลักษณะการทำงาน:	ทำงานในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ระยะเวลา:	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกันกำหนด
วัตถุประสงค์:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ</li> <li>2. เพื่อจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยง</li> </ol>
ลักษณะกิจกรรม	<p>นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยงมาวิเคราะห์โดยพิจารณาจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความถี่ของเหตุการณ์ คือ             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 เกิดบ่อย หมายถึง มีความเสี่ยงเกิดขึ้นทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน หรือทุก 3 เดือน</li> <li>1.2 เกิดไม่บ่อย หมายถึง มากกว่า 3 เดือนจึงมีความเสี่ยงเกิดขึ้น</li> </ol> </li> <li>2. ความรุนแรงหรืออันตรายของเหตุการณ์ คือ             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 รุนแรง หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งการสูญเสียที่รุนแรง เช่น ผู้ใช้บริการเสียชีวิต เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาวะร่างกายและจิตใจ ได้รับบาดเจ็บจนทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ นำความเสื่อมเสียมาสู่องค์กร</li> <li>2.2 ไม่รุนแรง หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ทำให้นำมาซึ่ง ความสูญเสียอันร้ายแรงทั้งต่อผู้ใช้บริการ และต่อองค์กร</li> </ol> </li> </ol>

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาลงในตารางการวิเคราะห์ความเสี่ยง (ดูจากตารางการวิเคราะห์ความเสี่ยงและแนวทางการจัดการความเสี่ยง) ก็จะได้ระดับความสำคัญของความเสี่ยง 4 ระดับ โดยแต่ละระดับความสำคัญของความเสี่ยงนั้นจะนำไปสู่การดำเนินการเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเสี่ยงที่ต่างกัน 4 ประเภท คือ

- 1.ระดับความสำคัญที่ 1 หมายถึง เกิดไม่บ่อย และไม่รุนแรง จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ (ซึ่งการเฝ้าระวังนี้จัดอยู่ในขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยง)
- 2.ระดับความสำคัญที่ 2 หมายถึง เกิดบ่อย แต่ไม่รุนแรง จะต้องมีการสร้างความตื่นตัวในการทำงาน จัดการรองรับให้เห็นความสำคัญของเหตุการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
- 3.ระดับความสำคัญที่ 3 หมายถึง เกิดไม่บ่อย แต่รุนแรง จะต้องมีการสร้างแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงขึ้น

4.ระดับความสำคัญที่ 4 หมายถึง เกิดบ่อย และรุนแรง จะต้องมีการดำเนินงานจัดการโดยเร่งด่วน เพื่อป้องกันมิให้มีความเสี่ยงเกิดขึ้น

#### ตาราง: การวิเคราะห์ความเสี่ยงและแนวทางการจัดการความเสี่ยง

	ไม่รุนแรง	รุนแรง
เกิดบ่อย	ระดับที่ 2 หมายถึง สร้างความตื่นตัว/รณรงค์	ระดับที่ 4 หมายถึง จัดการโดยเร่งด่วน
เกิดไม่บ่อย	ระดับที่ 1 หมายถึง ติดตามเผื่อระวังอย่างต่อเนื่อง	ระดับที่ 3 หมายถึง กำหนดมาตรฐานการทำงาน

#### วิธีการจัดการความเสี่ยง

ลักษณะการทำงาน: ทำงานในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ระยะเวลา : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกันกำหนด

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อร่วมกันกำหนดวิธีการจัดการความเสี่ยง
2. เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ

ลักษณะกิจกรรม: เมื่อคณะกรรมการร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยง จัดระดับความสำคัญของความเสี่ยงได้แล้ว ว่าปัญหาใดควรจัดการก่อน/หลัง กรรมการทุกคนจะต้องร่วมกันกำหนดแนวทางในการจัดการความเสี่ยง และระบุผู้รับผิดชอบตามตำแหน่งหน้าที่การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและ/หรือ ตำแหน่งตามคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งการจัดการความเสี่ยงจะแบ่งออกได้ 5 ลักษณะ ได้แก่

1. การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) เป็นการจำกัดกิจกรรมเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยง หรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง เช่น การจัดการอบรม การให้ความรู้เรื่องของการบริหารความเสี่ยงเพื่อพัฒนาบุคลากร ส่งเสริมให้บุคลากรได้ปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอนและข้อตกลงในการทำงาน แนวทางในการดูแลผู้ป่วย มีการทบทวนปรับปรุงการทำงานเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

2. การยอมรับความเสี่ยง (Risk acceptance) เป็นการยอมรับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อรองรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นค่าใช้จ่ายที่ถูกลงกว่าการที่จะต้องทำประกันภัยกับบริษัทประกัน

3. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) เป็นการงดทำกิจกรรมให้บริการทางการแพทย์ เมื่อประเมินแล้วว่าต้องเกิดความเสี่ยงกับผู้ให้บริการแน่นอน

4. การลดความเสี่ยง (Risk reduction) เป็นการจัดการความเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้ว จะต้องมีการแก้ปัญหาอย่างรวดเร็วทันต่อสถานการณ์ เพื่อยุติปัญหาต่าง ๆ โดยเร็วที่สุด

5. การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk transfer) เป็นการรับประกันความเสี่ยงกับบริษัทประกันภัย โดยที่บริษัทประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

\*\*\* สำหรับการจัดการความเสี่ยงในข้อที่ 2 และ 5 ไม่เหมาะสมกับการนำไปใช้จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในภาวะปัจจุบัน รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฉบับนี้จึงประกอบด้วยวิธีการจัดการความเสี่ยงเพียง 3 ลักษณะเท่านั้นคือ 1) การควบคุมความเสี่ยง 2) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง 3) การลดความเสี่ยง

สำหรับวิธีการจัดการความเสี่ยงอันเนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์ 5 เรื่อง (รายละเอียดในหน้าที่ 69-97)

## การประเมินผล

ลักษณะการทำงาน: ทำงานในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ระยะเวลา: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกันกำหนด

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลความเสี่ยงของผู้ใช้บริการว่าลดลงหรือไม่

ลักษณะกิจกรรม: ประเมินผลความเสี่ยงจากการรวบรวมสถิติข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน คณะกรรมการทุกคนจะต้องร่วมกันทบทวนว่ามีความเสี่ยงลดลงหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติความเสี่ยงเดิม ถ้าความเสี่ยงไม่ลดลงจะต้องหาข้อบกพร่องของการดำเนินกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง พร้อมทั้งหาแนวทางปรับปรุงคุณภาพการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในหน่วยงานให้ได้โดยจะต้องกลับไปขั้นตอนการบริหาร ความเสี่ยงตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิธีการจัดการความเสี่ยงใหม่ที่มีความเหมาะสมกับหน่วยงานต่อไป แต่ถ้าความเสี่ยงลดลงแล้วควรจะต้องจัดทำเป็นมาตรฐานที่เพื่อพัฒนานำไปสู่การประกันคุณภาพต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีการจัดการความเสี่ยงเรื่อง: ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด  
ระดับความสำคัญที่ 3

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
<p>1. เพื่อสร้างความตื่นตัวแก่บุคลากรในการป้องกันการให้ยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด</p> <p>2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการให้ยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด</p>	<p>1. ให้ข้อมูลผลกระทบที่เกิดจากการให้ยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด โดยอาจจัดในรูปแบบของการทำสนทนากลุ่ม กรณีศึกษา หรือการทำ pre-post conference ภายในหน่วยงาน (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2. จัดทำสถิติความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ อันเนื่องมาจากการให้ยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาดทุก 1 เดือน และนำเสนอให้บุคลากรทราบ โดยอาจจัดทำเป็นแฟ้มรายงานความเสี่ยง ทำโปสเตอร์ติดไว้ในห้องประชุม เป็นต้น (ลดความเสี่ยง)</p> <p>3. จัดทบทวนความรู้เกี่ยวกับการให้ยา/เลือด และสารน้ำแก่พยาบาลใหม่ก่อนขึ้นปฏิบัติงานจริง ด้วยวิธีการสอนเองในหน่วยงาน หรือส่งไปอบรมที่หน่วยงานกลางของฝ่ายการพยาบาล (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>4. ในกรณีที่มีมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติงานอยู่แล้วจะต้องทบทวนและปรับปรุงให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>5. ในกรณีที่ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติงานให้ร่วมกันกำหนดแนวทางการให้ยา/เลือด และสารน้ำ และนำไปใช้ในหน่วยงาน โดยต้อง</p>	<p>1. ฝึกอบรมและกำกับเพื่อป้องกันการให้ยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด</p>	<p>1. ปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการให้เลือด/ยา และสารน้ำผิดพลาด ตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2. ร่วมกันควบคุมกำกับและดูแลการปฏิบัติตามแนวทางการให้ยา/เลือด และสารน้ำ และสุ่มประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นระยะด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสุ่มประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาล หัวหน้าเวรพยาบาลอาวุโสที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป หรือสุ่มประเมินจากบุคลากรระดับเดียวกัน เป็นต้น (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>3. จัดพยาบาลอาวุโสในแต่ละเวรติดตามควบคุมดูแลพยาบาลใหม่ในการให้ยา/เลือด และสารน้ำทุกครั้งในปฏิบัติงานช่วง 1 เดือนแรก และทำการประเมินผล ครั้งที่ 1 ถ้าผลงานผ่านตามเกณฑ์ที่หน่วยงานกำหนด จะต้องสุ่มประเมินเป็นระยะจากหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ แต่ถ้าพยาบาลใหม่ยังไม่ผ่านการประเมินผลในครั้งแรก จะต้องจัดพยาบาลอาวุโสในแต่ละเวรติดตามควบคุมดูแลจนกว่าจะได้รับประเมินผลงานผ่าน</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
	<p>ครอบคลุมถึง (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>5.1 หลักการบริหารยา</p> <p>5.2 <b>การงด</b> รับคำสั่งแพทย์เรื่องการให้ยา/เลือด และสารน้ำทางหลอดเลือดหรือปากเปล่า <b>ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน</b> พยาบาลผู้รับคำสั่งจะต้องเขียนบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทบทวนคำสั่งการรักษา กับแพทย์อีกครั้งก่อนให้การพยาบาล และติดตามให้แพทย์เขียนคำสั่งการรักษาเป็น ลายลักษณ์อักษรทันทีในโอกาสแรกทำได้</p> <p>5.3 ถ้ามีการลงข้อมูลไม่ครบถ้วนที่ตรวจพบขณะ ตรวจเยี่ยมผู้ใช้บริการ และ สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ผู้ที่พบจะต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในเวรดังกล่าว ติดตามให้แพทย์เขียนคำสั่งให้ครบถ้วน</p>		<p>ตามเกณฑ์ที่หน่วยงานกำหนดไว้ และหลังจากนั้นสุ่มประเมินทุก 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับจากหัวหน้าหอผู้ป่วย (ลดความเสี่ยง)</p>

**วิธีการจัดการความเสี่ยงเรื่อง: ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด**  
ระดับความสำคัญที่ 4

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
<p>1. เพื่อ</p> <p>ควบคุมและลด</p> <p>ความเสี่ยง</p> <p>2. เพื่อ</p>	<p>1. จัดกิจกรรมตาม <u>ระดับ</u> <u>ความสำคัญที่ 3</u> (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง)</p> <p>2. ร่วมกันทบทวนแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำหลัง</p>	<p>1. เพื่อ</p> <p>ควบคุมและลด</p> <p>ความเสี่ยง</p>	<p>1. เพิ่มการควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการให้ยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด และสุ่มประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนในระยะเวลาที่กว่า</p>



ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
กำหนดนโยบายและควบคุมมิให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ	เกิดเหตุการณ์การให้ยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาดทันที (ควบคุมความเสี่ยง)	2. เพื่อลดความเสี่ยงเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น	<p>ที่กำหนดไว้ในระดับความสำคัญที่ 3 ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการความเสี่ยงกำหนดงานที่กำหนดขึ้น (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2. สำหรับพยาบาลใหม่จะต้องมีพยาบาลอาวุโสกำกับดูแลทุกครั้งเมื่อมีการให้ยา/เลือด และสารน้ำ (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>3. เมื่อเกิดเหตุการณ์การให้ยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาดจะต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ลดความเสี่ยง)</p> <p><u>ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์</u></p> <p>3.1 หยุดให้ยา/เลือด และสารน้ำทันที</p> <p>3.2 ประเมินอาการของผู้ใช้บริการ และตรวจวัดสัญญาณชีพ อย่างใกล้ชิด</p> <p>3.3 รายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทางวากับพยาบาลหัวหน้าเวร</p> <p>3.4 ถ้าอาการรุนแรงรายงานแพทย์ตามระบบสายงานของหน่วยงานเขียนรายงานเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และลงบันทึกความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษรในบันทึกทางการพยาบาลให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าเวร</u></p> <p>3.6 รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทันทีตามสายงานที่กำหนดไว้เช่น</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>รายงานต่อ หัวหน้าหอผู้ป่วย  ประธานกรรมการความเสี่ยง เป็นต้น</p> <p>3.7 รวบรวมข้อมูลความเสี่ยง จากเจ้าหน้าที่ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ ให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>3.8 ติดตามบันทึก รายงาน อุบัติการณ์ที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรจากเจ้าหน้าที่ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์</p> <p>3.9 เขียนชี้แจงการดำเนินการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้ว ภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>3.10 ติดตามให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ใช้บริการลงบันทึกความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>3.11 รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้ว และสิ่งที่ยังดำเนินการอยู่แต่ยังไม่เสร็จเรียบร้อย ให้แก่พยาบาลหัวหน้าเวรและ เจ้าหน้าที่ในเวรต่อไป</p> <p>3.12 นำบันทึกรายงาน อุบัติการณ์ส่งตามสายงานที่กำหนด เช่น ส่งต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย  ประธานกรรมการความเสี่ยง ในกรณีที่มีความรุนแรงต้องดำเนินการจัดการความเสี่ยงอย่างเร่งด่วนจะต้องนำส่งหลังเกิดเหตุการณ์ทันที และนำส่งภายใน 24 ชั่วโมงในกรณีที่ไม่ เร่งด่วน</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>3.13 ในกรณีที่เหตุการณ์อาจนำไปสู่การ ร้องเรียนได้ จะต้องเก็บรวบรวมเอกสารข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งตามสายงานของหน่วยงาน</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าเวรต่อไป</u></p> <p>3.14 ขณะส่งเวรซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้วและยังมิได้รับการแก้ไข</p> <p>3.15 วางแผนการดูแลผู้ให้บริการที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน</p> <p><u>พยาบาลเวรต่อไป</u></p> <p>3.16 ตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ให้บริการที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นรวมทั้งเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากกิจกรรมการตรวจเยี่ยมผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม สอบถามการจัดการความเสี่ยงจากพยาบาลผู้ติดตามที่ปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆ และการจัดการความเสี่ยงที่ยังมิได้กระทำ</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย</u></p> <p>3.17 รับรายงานและ รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการตามขั้นตอนของนโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล</p>

**วิธีจัดการความเสี่ยงเรื่อง: ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด**  
**ระดับความสำคัญที่ 1** อยู่ในขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยง  
**ระดับความสำคัญที่ 2**

ผู้รับผิดชอบ	
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม
1. เพื่อสร้างความตื่นตัวแก่บุคลากรในการป้องกัน ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด	<p>1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของการผูกมัดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การทำสนทนากลุ่ม กรณีศึกษา หรือการทำ pre-post conference ภายในหน่วยงาน (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2. จัดทำสถิติความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการอันเนื่องมาจากการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัดทุก 1 เดือน และ นำเสนอให้บุคลากรทราบ โดยอาจจัดทำเป็นแฟ้มรายงานความเสี่ยง โพสต์บอร์ดไว้ในห้องประชุม เป็นต้น (ลดความเสี่ยง)</p>

**วิธีการจัดการความเสี่ยงเรื่อง: ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด**  
**ระดับความสำคัญที่ 3**

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
<p>1. เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยง</p> <p>2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด</p>	<p>1. จัดกิจกรรมตาม <u>ระดับความสำคัญที่ 2</u></p> <p>2. ในกรณีที่มีมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติงานอยู่ แล้วจะต้องทบทวนและปรับปรุงให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>3. ร่วมกันกำหนด แนวทางการปฏิบัติงานทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจาก</p>	<p>1. เพื่อควบคุมและกำกับการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด</p>	<p>1. ปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด ตามแนวทางที่กำหนดไว้ (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2. ร่วมกันควบคุมกำกับและดูแลการปฏิบัติตาม แนวทางการป้องกันผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด และส่งเสริมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นระยะด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสุ่มประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
	<p>การผูกมัดและนำไปใช้ใน โดยครอบคลุมถึง (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>3.1 ประเมินระดับสติสัมปชัญญะของผู้ใช้บริการทุกราย ว่ามีความจำเป็นจะต้องได้รับการผูกมัดหรือไม่</p> <p>3.2 อธิบายให้ญาติผู้ให้บริการทราบทุกครั้งเมื่อผู้ให้บริการ จำเป็นต้องได้รับการผูกมัด</p> <p>3.3 ในรายที่ได้รับการผูกมัด จะต้องได้รับการประเมินสีผิว การไหลเวียนของโลหิตทุก 15 นาที</p> <p>3.4 ในกรณีที่มีญาติเฝ้า แนะนำวิธีการดูแลเบื้องต้นเพื่อป้องกันอันตรายอันเกิดจากการผูกมัด</p> <p>3.5 ย้ายผู้ให้บริการที่ได้รับการผูกมัดทุกรายให้อยู่ในตำแหน่งที่เจ้าหน้าที่เห็นชัดเจน</p> <p>3.6 ถ้าผู้ให้บริการคืน สัมสน ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่สามารควบคุมอาการได้ต้องรายงานแพทย์ทราบทันที เพื่อปรับแผนการรักษาเพิ่มเติม</p>		<p>พยาบาลหัวหน้าเวร พยาบาลอาวุโสที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป หรือสุมประเมินจากบุคลากรระดับเดียวกัน เป็นต้น (ควบคุมความเสี่ยง)</p>

วิธีการจัดการความเสี่ยงเรื่อง: ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด  
ระดับความสำคัญที่ 4

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
<p>1. เพื่อควบคุมและลดความเสี่ยง</p> <p>2. เพื่อกำหนดนโยบายและควบคุมมิให้เกิดความเสียหาย</p>	<p>1. จัดกิจกรรมตาม ระดับความสำคัญที่ 2 และ 3 (คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง)</p> <p>2. ร่วมกันทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ หลังเกิดเหตุการณ์ ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัดทันที (ควบคุมความเสี่ยง)</p>	<p>1. เพื่อควบคุมและลดความเสี่ยง</p> <p>2. เพื่อลดความเสี่ยงเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น</p>	<p>1. เพิ่มการควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด และ สุ่ม ประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนในระยะเวลาที่กว่าที่กำหนดไว้ใน ระดับความสำคัญที่ 3 ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการความเสี่ยงกำหนด (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด เจ้าหน้าที่จะต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ลดความเสี่ยง)</p> <p><b>ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์</b></p> <p>2.1 ในกรณีที่ผู้ให้บริการที่ไม่รู้สติ รีบคลายบริเวณที่ผูกมัดทันที และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น</p> <p>2.2 ในกรณีที่ผู้ให้บริการที่ อาละวาดไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จะต้องรายงานให้พยาบาล หัวหน้าเวรทราบ และรายงานแพทย์ตามสายงานที่หน่วยงานกำหนดไว้ทันที เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาเพิ่มเติม</p> <p>2.3 เขียนรายงานเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและลงบันทึกความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษรในบันทึกทางการ</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>พยาบาลให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าเวร</u></p> <p>2.4 รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทันทีตามสายงานที่กำหนดไว้ เช่น รายงานต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย ปรธานกรรมการความเสี่ยง เป็นต้น</p> <p>2.5 รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.6 ติดตามบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรจากเจ้าหน้าที่ผู้อยู่ในเหตุการณ์</p> <p>2.7 เขียนชี้แจงการดำเนินการจัดการ ความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้วภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.8 ติดตามให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ใช้บริการลงบันทึกความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในบันทึกทางการพยาบาลให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.9 รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้ว และสิ่งที่ยังดำเนินการอยู่แต่ยังไม่เสร็จเรียบร้อย ให้แก่พยาบาลหัวหน้าเวร และเจ้าหน้าที่เวรต่อไป</p> <p>2.10 นำบันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งตามสายงานที่กำหนด เช่น ส่งต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวลาที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>ประธานกรรมการความเสี่ยงในกรณีที่มีความรุนแรงต้องดำเนินการจัดการความเสี่ยงอย่างเร่งด่วนจะต้องนำส่งทันที และนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไมเร่งด่วน</p> <p>2.11 ในกรณีที่เหตุการณ์อาจนำไปสู่การร้องเรียนได้ จะต้องเก็บรวบรวมเอกสาร ข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งตามสายงานของหน่วยงาน</p> <p><u>หัวหน้าพยาบาลเวรต่อไป</u></p> <p>2.12 ขณะส่งเวรซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว และยังมีได้รับการแก้ไข</p> <p>2.13 วางแผนการ ดูแลผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับพยาบาล เจ้าของไข้ ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน</p> <p><u>พยาบาลเวรต่อไป</u></p> <p>2.14 ตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นรวมทั้งเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากกิจกรรมการตรวจเยี่ยมผู้ใช้บริการและสิ่งแวดล้อม สอบถามการจัดการความเสี่ยงจากพยาบาล ผู้ที่ติดตามที่ปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆ และการจัดการความเสี่ยงที่ยังมิได้กระทำ</p>



ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวลาที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย</p> <p>2.15 รับรายงานและรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการตามขั้นตอนของนโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล</p>

### วิธีการจัดการความเสี่ยงเรื่อง: ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม ระดับความสำคัญที่ 3

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวลาที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
<p>1.เพื่อสร้าง ความตื่นตัวแก่ บุคลากรในการ ป้องกัน ผู้ใช้บริการตก เตียง/ลื่นหกล้ม</p> <p>2.กำหนด แนวทางการ ปฏิบัติงานเพื่อ ป้องกัน ผู้ใช้บริการตก เตียง/ลื่นหกล้ม</p>	<p>1. ให้ข้อมูลผลกระทบที่เกิดจาก ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม โดยอาจ จัดในรูปแบบของการทำสนทนากลุ่ม กรณีศึกษา หรือการทำ pre-post conference ภายในหน่วยงาน (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2.จัดทำสถิติความเสี่ยงที่เกิ ดขึ้นกับผู้ใช้บริการอันเนื่องมาจากตก เตียง/ลื่นหกล้มทุก 1 เดือน โดยอาจ จัดทำเป็นแฟ้มรายงานความเสี่ยง ทำ โปสเตอร์ติดไว้ในห้องประชุม เป็นต้น (ลดความเสี่ยง)</p> <p>3. ในกรณีที่มีมาตรฐานหรือ แนวทางปฏิบัติงานอยู่ แล้วจะต้อง ทบทวนและ ปรับปรุงให้มีความ ทันสมัยอยู่เสมอ (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>4.ในกรณีที่ยังไม่มีแนวทางการ ปฏิบัติงานให้ร่วมกันกำหนดแนวทาง</p>	<p>1.ควบคุมและ กำกับให้การให้ การพยาบาล เพื่อป้องกัน ผู้ใช้บริการตก เตียง/ลื่นหกล้ม</p>	<p>1.ปฏิบัติงานเพื่อป้องกัน ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม ตาม มาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดไว้ (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2. ร่วมกันควบคุมกำกับและ ดูแลการปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันผู้ใช้บริการหกล้ม/ตกเตียง และส่งเสริมการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นระยะด้วย วิธีการต่าง ๆ เช่น การส่งเสริม โดยหัวหน้า หอผู้ป่วย พยาบาล หัวหน้าเวร พยาบาลอาวุโสที่ ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป หรือสุ่ม ประเมินจากบุคลากรระดับเดียวกัน เป็นต้น (ควบคุมความเสี่ยง)</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
	<p>การป้องกันผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม และนำไปใช้ในหน่วยงาน โดยต้องครอบคลุมถึง (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>4.1 จัดให้ผู้ใช้บริการที่มีภาวะเสี่ยง เช่น สับสน ขาไม่มีแรง ผู้สูงอายุ สายตาไม่ดี อยู่เตียงใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล หรือในตำแหน่งที่เจ้าหน้าที่มองเห็นได้ ชัดเจนทุกราย</p> <p>4.2 จัดให้มีเจ้าหน้าที่หรือญาติติดตาม ดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะเสี่ยง ในกรณีผู้ใช้บริการเข้าห้องน้ำหรือลุกจากเตียงทุกราย</p> <p>4.3 ถ้าผู้ใช้บริการมีการรับรู้ปกติ และไม่มีญาติจะลุกจากเตียงจะต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง ด้วยวิธีการ เช่น กดกริ่ง กดสัญญาณไฟ เป็นต้น</p> <p>4.4 ตรวจสอบเช็คสภาพของเตียงทุกครั้งก่อนที่จะนำมาใช้</p> <p>4.5 ดึงที่กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล</p> <p>4.6 ดูแลมิให้พื้นเปียกแฉะ ในกรณีที่พื้นเปียกแฉะจะต้องวางป้ายห้ามเข้าทุกครั้ง และให้พนักงานทำความสะอาดรีบทำความสะอาดพื้นที่ทันที</p>		

วิธีการจัดการความเสี่ยงเรื่องผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม  
ระดับความสำคัญที่ 4

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
<p>1. เพื่อควบคุมและลดความเสี่ยง</p> <p>2. เพื่อกำหนดนโยบายและควบคุมมิให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ</p>	<p>1. จัดกิจกรรมตาม <u>ระดับความสำคัญที่ 3</u> (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง)</p> <p>2. ร่วมกันทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำหลังเกิดเหตุการณ์ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้มทันที (ควบคุมความเสี่ยง)</p>	<p>1. เพื่อควบคุมและลดความเสี่ยง</p> <p>2. เพื่อลดความเสี่ยงเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น</p>	<p>1. เพิ่มการควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันผู้ใช้บริการตกเตียง/ ลื่นหกล้ม และส่งเสริมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนในระยะเวลาที่กว่าที่กำหนดไว้ใน <u>ระดับความสำคัญที่ 3</u> ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการความเสี่ยงกำหนด (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม เจ้าหน้าที่จะต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ลดความเสี่ยง)</p> <p><u>ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์</u></p> <p>2.1 ตรวจประเมินผู้ใช้บริการว่าได้รับบาดเจ็บบริเวณใด และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การทำแผล ไม่ให้ขยับเขยื้อนในกรณีที่มีกระดูกหัก ประเมินอาการทางระบบประสาท ในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นต้น</p> <p>และรายงานแพทย์ทันที</p> <p>2.2 เขียนรายงานเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และลงบันทึกความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษรในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>พยาบาลหัวหน้าเวร</p> <p>2.3 รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทันทีตามสายงานที่กำหนดไว้ เช่น รายงานต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย ประธานกรรมการความเสี่ยง เป็นต้น</p> <p>2.4 รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.5 ติดตามบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรจากเจ้าหน้าที่ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์</p> <p>2.6 เขียนชี้แจงการดำเนินการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้วภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.7 ติดตามให้เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ใช้บริการลงบันทึกความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในบันทึกทางการพยาบาลให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.8 รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้ว และสิ่งที่ดำเนินการอยู่แต่ยังไม่เสร็จเรียบร้อย ให้แก่หัวหน้าพยาบาลเวรต่อไป</p> <p>2.9 นำบันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งตามสายงานที่กำหนด เช่น ส่งต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย ประธานกรรมการความเสี่ยง ในกรณีที่มีความรุนแรงจึงดำเนินการจัดการความเสี่ยงอย่างเร่งด่วนจะต้องนำส่งหลังเกิด เหตุการณ์ทันที และนำส่ง</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวลาที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>ภายใน 24 ชั่วโมงในกรณีที่ไม่เร่งด่วน</p> <p>2.10 ในกรณีที่เหตุการณ์อาจนำไปสู่การ ร้องเรียนได้ จะต้องเก็บรวบรวมเอกสารข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งตามสายงานของหน่วยงาน</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าเวรต่อไป</u></p> <p>2.11 ขณะส่งเวรซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว และยังมีได้รับการแก้ไข</p> <p>2.12 วางแผนการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน</p> <p><u>พยาบาลเวรต่อไป</u></p> <p>2.13 ตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น รวมทั้งเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากกิจกรรมการตรวจเยี่ยมผู้ใช้บริการ และสิ่งแวดล้อม สอบถามการจัดการความเสี่ยงจากพยาบาลผู้ติดตามที่ปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆ และการจัดการความเสี่ยงที่ยังมิได้กระทำ</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย</u></p> <p>2.14 รับรายงานและรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการตามขั้นตอนของนโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล</p>

วิธีการจัดการความเสี่ยงเรื่อง: ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุดระดับความสำคัญที่ 3

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
<p>1. เพื่อสร้าง ความตื่นตัวแก่ บุคลากรในการ ป้ อ ง กั น ผู้ใช้บริการได้รับ บาดเจ็บหรือ อันตรายจาก การที่พยาบาล ใช้เครื่องมือและ อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือเครื่องมือ และอุปกรณ์ ทางการแพทย์ที่ ชำรุด</p> <p>2. ก า หนด แนวทางการใช้ เครื่องมือหรือ อุปกรณ์ ทาง การแพทย์แต่ละ ชนิดเพื่อป้องกัน ผู้ใช้บริการได้รับ บาดเจ็บหรือ</p>	<p>1.ให้ข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก การที่ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรือ อันตรายจากการที่พยาบาลใช้ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ไม่ถูกวิธี หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ ทางการแพทย์ชำรุด โดยอาจจัดใน รูปแบบการทำ สอน ทนาก ลุ่ม กรณีศึกษา หรือการทำ pre-post conference ภายในหน่วยงาน (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2.จัดทำสถิติความเสี่ยงที่เกิด ขึ้นกับผู้ให้บริการอันเนื่องมาจากได้รับ บาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่ พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุดทุก 1 เดือน และนำเสนอให้บุคลากรทราบ โดยอาจจัดทำเป็นแฟ้มรายงานความ เสี่ยง ทำโปสเตอร์ติดไว้ในห้องประชุม เป็นต้น (ลดความเสี่ยง)</p> <p>3.เมื่อมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทาง การแพทย์ชนิดใหม่เข้ามาใช้ใน หน่วยงาน จะต้องจัดให้ความรู้โดยผู้ ชำนาญในเครื่องมือหรืออุปกรณ์นั้น ๆ แก่พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นทุกคนที่ เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือหรือ อุปกรณ์แต่ละชนิด (ควบคุมความ</p>	<p>1. ควบคุม และกำกับการ ให้การพยาบาล เพื่อ ป้ อ ง กั น ผู้ใช้บริการได้รับ บาดเจ็บหรือ อันตรายจาก การที่พยาบาล ใช้เครื่องมือหรือ อุปกรณ์ทาง การแพทย์ไม่ถูก วิ ธี ห รื อ เครื่องมือและ อุปกรณ์ทางการ แพทย์ชำรุด</p>	<p>1. ปฏิบัติงานเพื่อป้องกัน ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตราย จากการใช้เครื่องมือหรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ ชำรุด (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2.ร่วมกันควบคุมกำกับและดูแล การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตราย จากการใช้เครื่องมือหรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ ชำรุด และส่งเสริมการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นระยะด้วย วิธีการต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมโดย หัวหน้าหรือผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าเวร พยาบาลอาวุโสที่ปฏิบัติงานใน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป หรือส่งเสริมจากบุคลากร ระดับเดียวกัน เป็นต้น (ควบคุมความ เสี่ยง)</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
อันตราย	<p>เสี่ยง)</p> <p>4. ถ้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ค่อยได้ใช้ จะต้องจัดทบทวนความรู้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุก 6 เดือน (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>5. เมื่อมีพยาบาลใหม่เข้ามาปฏิบัติงานจะต้อง แนะนำการใช้และวิธีบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกชนิด (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>6. จัดทำคู่มือการใช้ วิธีการบำรุงรักษาของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์แต่ละชนิดที่ง่ายต่อการเข้าใจ และร่วมกันกำหนดตำแหน่งการจัดวางเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ง่ายและสะดวกต่อการนำมาใช้งานได้อย่างรวดเร็ว (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>7. ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกเวอร์ณะตรวจเยี่ยมผู้ใช้บริการและสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย(ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>8. ไม่นำเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุดมาใช้ (หลีกเลี่ยงความเสี่ยง)</p> <p>9. เมื่อเครื่องมือและอุปกรณ์ชำรุดหรือไม่เพียงพอกับความต้องการให้ติดต่อประสานงานเพื่อ ขอยืมจาก</p>		

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
	<p>หน่วยงานอื่น และส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ชำรุดซ่อมทันที (ลดความเสี่ยง)</p> <p>10. ส่งผู้ให้บริการไปรับบริการที่หน่วยงานอื่นกรณีที่ไม่มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์งานได้อย่างรวดเร็ว (หลีกเลี่ยงความเสี่ยง)</p> <p>11. ทบทวนและปรับปรุงวิธีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์แต่ละชนิดให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ(ควบคุมความเสี่ยง)</p>		

วิธีการจัดการความเสี่ยงเรื่อง: ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด

ระดับความสำคัญที่ 4

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
<p>1. เพื่อควบคุมและลดความเสี่ยง</p> <p>2. เพื่อกำหนดนโยบายและควบคุมมิให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ</p>	<p>1. จัดกิจกรรมตาม <u>ระดับความสำคัญที่ 3</u> (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง)</p> <p>2. ร่วมกันทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำหลังเกิดเหตุการณ์ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือเครื่องมือ</p>	<p>1. เพื่อควบคุมและลดความเสี่ยง</p>	<p>1. เพิ่มการควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรืออุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ชำรุดและเสื่อมประเมน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนในระยะเวลาที่ที่กำหนดไว้ใน <u>ระดับความสำคัญที่ 3</u></p>



ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
	และอุปกรณ์ทางการแพทย์ชำรุดที่ทันที (ควบคุมความเสี่ยง)	2. เพื่อลดความเสี่ยง เมื่อ มีเหตุการณ์เกิดขึ้น	<p>ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการความเสี่ยงกำหนด(ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรืออุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ชำรุดเจ้าหน้าที่จะต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ลดความเสี่ยง)</p> <p><u>ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์</u></p> <p>2.1 ตรวจสอบประเมินผู้ใช้บริการว่าได้รับบาดเจ็บบริเวณใด และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ทันที</p> <p>2.2 เขียนรายงานเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และ ลงบันทึกความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษรในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าเวร</u></p> <p>2.3 รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทันทีตามสายงานที่กำหนดไว้ เช่น รายงานต่อ หัวหน้าหอผู้ป่วย ประธานกรรมการความเสี่ยง เป็นต้น</p> <p>2.4 รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.5 ติดตามบันทึก รายงานอุบัติการณ์ที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรจากเจ้าหน้าที่ผู้ที่อยู่ใน</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>เหตุการณ์</p> <p>2.6 เขียนชี้แจงการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้วภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.7 ติดตามให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ใช้บริการลงบันทึกความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.8 รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการวิธีการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้ว และสิ่งที่ยังดำเนินการอยู่แต่ยังไม่เสร็จ เรียบร้อยให้แก่ หัวหน้าพยาบาลเวรต่อไป</p> <p>2.9 นำบันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งตามสายงานที่กำหนด เช่น ส่งต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย ประธานกรรมการความเสี่ยง ในกรณีที่มีความรุนแรงต้องดำเนินการจัดการความเสี่ยงอย่างรวดเร็ว ด่วนจะต้องนำส่งหลังเกิดเหตุการณ์ทันที และนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่เร่งด่วน</p> <p>2.10 ในกรณีที่เหตุการณ์อาจนำไปสู่การร้องเรียนได้ จะต้องเก็บรวบรวมเอกสาร ข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งตามสายงานของหน่วยงาน <u>พยาบาลหัวหน้าเวรต่อไป</u></p> <p>2.11 ขณะส่งเวชภัณฑ์เพิ่มเติมการเกี่ยวกับจัดการความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว และยังมีได้รับการแก้ไข</p> <p>2.12 วางแผนการดูแลผู้ใช้บริการ</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>ที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับพยาบาล เจ้าของไข้ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน <u>พยาบาลเวรต่อไป</u></p> <p>2.13 ตรวจสอบความเรียบร้อย ของผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น รวมทั้งเอกสารต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้อง จากกิจกรรมการตรวจเยี่ยม ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม สอบถาม การจัดการความเสี่ยงจากพยาบาลผู้ ที่ติดตามที่ปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆ และการจัดการความเสี่ยงที่ยังมิได้ กระทำ</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย</u></p> <p>2.14 รับรายงานและรายงาน ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการตาม ขั้นตอนของนโยบายการบริหารความ เสี่ยงโรงพยาบาล</p>

**วิธีการจัดการความเสี่ยงเรื่อง: ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน  
ระดับความสำคัญที่ 3**

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
1. เพื่อ สร้างความ ตื่นตัวแก่ บุคลากรใน การป้องกัน การพยาบาล	1. ให้ข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้น จากการที่ผู้ให้บริการได้รับการ พยาบาลผิดคน โดยอาจจัดในรูปแบบ ของการทำสนทนากลุ่ม กรณีศึกษา หรือการทำ pre-post conference ภายในหน่วยงาน (ควบคุมความ	1. ควบคุมและ กำกับให้การ พยาบาลเพื่อ ป้องกันการ พยาบาล ผู้ให้บริการผิดคน	1. ปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการ พยาบาลผู้ให้บริการผิดคน ตาม มาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดไว้ (ควบคุมความเสี่ยง) 2. ร่วมกันควบคุมกำกับและดูแล การปฏิบัติตาม แนวทางการป้องกัน

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่าง การทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
<p>ผิคน</p> <p>2.กำหนด แนวทางการ ปฏิบัติงาน เพื่อป้องกัน การพยาบาล ผิคน</p>	<p>เสี่ยง)</p> <p>2. จัดทำสถิติความเสี่ยงที่เกิด ขึ้นกับผู้ให้บริการอันเนื่องมาจากการ พยาบาล ผิคนทุก 1 เดือน และ นำเสนอให้บุคลากรทราบ โดยอาจ จัดทำเป็นแฟ้มรายงานความเสี่ยง ทำโปสเตอร์ติดไว้ในห้องประชุม เป็น ต้น (ลดความเสี่ยง)</p> <p>3. ในกรณีที่มีมาตรฐานหรือ แนวทางการปฏิบัติงานอยู่แล้วจะต้อง ทบทวนและปรับปรุงให้มีความทันสมัย อยู่เสมอ (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>4.ในกรณีที่ยังไม่มีแนวทางการ ปฏิบัติงานให้ร่วมกันกำหนดแนวทาง การป้องกันผู้ให้บริการได้รับการ พยาบาลผิคน และนำไปใช้ใน หน่วยงาน โดยต้องครอบคลุมถึง (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>4.1 ไม่รับคำสั่งการรักษาของ แพทย์ที่มีได้เขียนเป็นลายลักษณ์ อักษร ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน และ ติดตามให้แพทย์เขียนคำสั่งรักษา ทันทีในโอกาสแรกที่ทำได้</p> <p>4.2 ตรวจสอบความถูกต้องของ แผนการรักษา กับคำสั่งรักษาที่เป็น ลายลักษณ์อักษรก่อนลงมือ ปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง</p> <p>4.3 เขียนชื่อ-นามสกุล และเลข ประจำตัวผู้ให้บริการติดที่ specimens ทุกครั้ง</p> <p>4.4 ถามชื่อผู้ให้บริการก่อน</p>		<p>ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาล ผิคน และส่งเสริมการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นระยะด้วยวิธีการ ต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมโดยหัวหน้า หอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าเวร พยาบาลอาวุโสที่ปฏิบัติงานใน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป หรือส่งเสริมจากบุคลากร ระดับเดียวกัน เป็นต้น (ควบคุมความ เสี่ยง)</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
	<p>ปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งด้วยคำทามปลายเปิด</p> <p>4.5 ติดป้ายชื่อผู้ใช้บริการทุกคนที่นอนบนรถนอนหรือนั่งรถเข็น</p>		

**วิธีการจัดการความเสี่ยงเรื่อง: ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน**  
**ระดับความสำคัญที่ 4**

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
<p>1. เพื่อควบคุมและลดความเสี่ยง</p> <p>2. เพื่อกำหนดนโยบายและควบคุมมิให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ</p>	<p>1. จัดกิจกรรมตาม <u>ระดับความสำคัญที่ 3</u> (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง)</p> <p>2. ร่วมกันทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำหลังเกิดเหตุการณ์ ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคนทันที (ควบคุมความเสี่ยง)</p>	<p>1. เพื่อควบคุมและลดความเสี่ยง</p> <p>2. เพื่อลดความเสี่ยงเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น</p>	<p>1. เพิ่มการควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน และสุ่มประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนในระยะเวลาถี่กว่าที่กำหนดไว้ใน <u>ระดับความสำคัญที่ 3</u> ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการความเสี่ยงกำหนด (ควบคุมความเสี่ยง)</p> <p>2. เมื่อผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน เจ้าหน้าที่จะต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ลดความเสี่ยง) <u>ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์</u></p> <p>2.1 ทบทวนคำสั่งการรักษาของแพทย์ใหม่อีกครั้ง</p> <p>2.2 นำ specimen ที่เก็บได้ทิ้งและทำใหม่ทันที</p> <p>2.3 เขียนรายงานเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และลงบันทึกความเสี่ยงเป็น</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>ลายลักษณะอักษรในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าเวร</u></p> <p>2.4 รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทันทีตามสายงานที่กำหนดไว้เช่น รายงานต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย ภาระงาน กรรมการความเสี่ยง เป็นต้น</p> <p>2.5 รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ให้เสร็จ ภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.6 ติดตามบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่เขียนเป็นลายลักษณะอักษรจากเจ้าหน้าที่ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์</p> <p>2.7 เขียนชี้แจงการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้วภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.8 ติดตามให้เจ้าหน้าที่ดูแล ผู้ใช้บริการลงบันทึกความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เสร็จภายในเวรที่รับผิดชอบ</p> <p>2.9 รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ วิธีการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้ว และสิ่งที่ยังดำเนินการอยู่แต่ยังไม่เรียบร้อยให้แก่ หัวหน้าพยาบาลเวรต่อไป</p> <p>2.10 นำบันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งตามสายงานที่กำหนด เช่น ส่งต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย ภาระงาน กรรมการความเสี่ยง ในกรณีที่มีความ</p>

ผู้รับผิดชอบ			
คณะกรรมการ		บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ	
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			<p>รุนแรงต้องดำเนินการจัดการความเสี่ยงอย่างเร่งด่วนจะต้องส่งหลังเกิดเหตุการณ์ทันที และนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่เร่งด่วน</p> <p>2.11 ในกรณีที่เหตุการณ์อาจนำไปสู่การร้องเรียนได้ จะต้องเก็บรวบรวมเอกสาร ข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งตามสายงานของหน่วยงาน</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าเวรต่อไป</u></p> <p>2.12 ขณะส่งเวชภัณฑ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว และยังมีได้รับการแก้ไข</p> <p>2.13 วางแผนการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นก่อนเริ่มปฏิบัติงาน</p> <p><u>พยาบาลเวรต่อไป</u></p> <p>2.14 ตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น รวมทั้งเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากกิจกรรมการตรวจเยี่ยมผู้ใช้บริการและสิ่งแวดล้อม สอบถามการจัดการความเสี่ยงจากพยาบาลผู้ติดตามที่ปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆ และการจัดการความเสี่ยงที่ยังมีได้กระทำ</p> <p><u>พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย</u></p> <p>2.15 รับรายงานและรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการตามขั้นตอนของนโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล</p>

## ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา และอายุ (N=31)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ทำงาน (ปี)		
<1	4	12.90
1-5	9	29.03
6-10	8	25.72
11-15	3	9.68
16-20	4	12.90
21-25	2	6.45
25-30	1	3.22
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	27	87.10
ปริญญาโท	4	12.90
อายุ (ปี)		
21-25	11	35.50
26-30	9	29.03
31-35	3	9.68
36-40	2	6.45
41-45	4	12.90
46-50	1	3.22
51-55	1	3.22
รวม	31	100

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครมีทั้งหมด 31 คน มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1-5 ปี มีมากที่สุดจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03 รองลงมาคือมีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.72 ส่วนประสบการณ์การทำงานระหว่าง 16-20 ปี และน้อยกว่า 1 ปี มีจำนวนเท่ากันอย่างละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 และประสบการณ์การทำงานระหว่าง 25-30 ปี มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.22



ส่วนใหญ่จบมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 ระดับปริญญาโท จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 12.9

และมีอายุระหว่าง 21-25 ปี จำนวนมากที่สุด 11 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมาคืออายุ ระหว่าง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.03 และอายุ 41-45 ปี มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 อายุ ระหว่าง 46-50 ปี และ 51-55 ปี มีน้อยที่สุด จำนวนอย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.22

### ตอนที่ 3 ผลของการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดกับ ผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเป็นไปได้ในการนำ รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รวบรวมและรายด้าน (N=31)

	คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
1.ด้านบุคลากรและผู้รับผิดชอบ	87.64	9.73	ผ่าน
2. ด้านการค้นหาความเสี่ยง	73.77	11.28	ไม่ผ่าน
3.ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง	12.55	1.82	ผ่าน
4.ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง	248.42	26.44	ผ่าน
5.ด้านการประเมินผล	12.84	1.98	ผ่าน
รวม	436.23	47.39	ผ่าน

จากตารางที่ 5 พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปใช้ใน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รวบรวมเท่ากับ 436.39 (S.D.=47.39) ซึ่งผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ที่กำหนดไว้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการ บริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติย ภูมิ กรุงเทพมหานคร ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ยกเว้นด้านการค้นหาความเสี่ยง ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.77 คะแนน (S.D.=11.28)

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบและ บทบาทหน้าที่ (N=31)

ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80
1. การกำหนดให้การบริหารความเสี่ยงที่ทำความคุ้นเคยในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ และการทำงานในรูปแบบ	4.13	.85	ผ่าน
การกำหนดให้คณะกรรมการประกอบด้วย ประธานกรรมการ รองประธานกรรมการ เลขานุการ และกรรมการ	4.09	.70	ผ่าน
3. การกำหนดให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ	4.26	.73	ผ่าน
4. การกำหนดให้ประธานกรรมการเป็นตำแหน่งที่มาจากกรคัดเลือกของบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน หรือมาจากการแต่งตั้งตามสายงานการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง	4.03	.71	ผ่าน
5. การกำหนดให้ประธานกรรมการมีอำนาจตัดสินใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ในหน่วยงาน	3.74	.73	ไม่ผ่าน
6. การกำหนดให้ประธานกรรมการเป็นผู้รายงานความเสี่ยงตามสายงานที่โรงพยาบาลกำหนดไว้	4.32	.70	ผ่าน
7. การกำหนดให้ประธานกรรมการเป็นผู้ควบคุมและกำหนดวาระการประชุม	3.97	.80	ไม่ผ่าน
8. การกำหนดให้ประธานกรรมการมีบทบาทหน้าที่กระตุ้นให้กรรมการแสดงความคิดเห็นระหว่างการประชุม	4.00	.77	ผ่าน
9. การกำหนดให้ประธานกรรมการเป็นผู้ติดต่อประสานงานเรื่องความเสี่ยงกับหน่วยงานภายนอก	4.20	.79	ผ่าน
10. การกำหนดให้รองประธานกรรมการมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ช่วยประธานกรรมการ	4.26	.68	ผ่าน
11. การกำหนดให้รองประธานกรรมการปฏิบัติหน้าที่แทนประธานกรรมการเมื่อประธานกรรมการไม่สามารถปฏิบัติงานได้	4.48	.63	ผ่าน
12. การกำหนดให้เลขานุการทำหน้าที่บันทึกการประชุมและสรุปผลการประชุมความเสี่ยงเพื่อ รายงานให้คณะกรรมการทราบ	4.55	.51	ผ่าน
13. การกำหนดให้เลขานุการเป็นผู้เสนอวาระการประชุมครั้งต่อไปแก่ประธานกรรมการก่อนการประชุม	4.16	.69	ผ่าน

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80
14.การกำหนดให้เลขานุการเป็นผู้รับรายงานความเสี่ยงจากกรรมการเพื่อนำเสนอแก่ประธานกรรมการ	4.23	.67	ผ่าน
15. การกำหนดให้เลขานุการเป็นผู้ติดตามคณะกรรมการประชุมครั้งต่อไป	4.16	.69	ผ่าน
16. การกำหนดให้กรรมการเข้าร่วมประชุมความเสี่ยงตามวาระที่กำหนดขึ้น	4.32	.70	ผ่าน
17.การกำหนดให้กรรมการร่วมแสดงความคิดเห็นเรื่องการบริหาร ความเสี่ยง	4.45	.68	ผ่าน
18. การกำหนดให้กรรมการร่วมกันควบคุมกำกับให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปในแนวทางที่กำหนดไว้	4.32	.70	ผ่าน
19. การกำหนดให้กรรมการเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลการบริหารความเสี่ยงไปยังบุคลากรคนอื่นในหน่วยงานเพื่อให้ปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน	4.32	.70	ผ่าน
20. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดระยะเวลาในการค้นหาความเสี่ยง	3.97	.71	ไม่ผ่าน
21. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบในการค้นหาความเสี่ยง	3.68	.75	ไม่ผ่าน

## จากตารางที่ 6 พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ จำนวนทั้งหมด 21 ข้อ มี 17 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ส่วนอีก 4 ข้อไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่

ข้อที่ 5 การกำหนดให้ประธานกรรมการมีอำนาจตัดสินใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ในหน่วยงาน

ข้อที่ 7 การกำหนดให้ประธานกรรมการเป็นผู้ควบคุมและกำหนดวาระการประชุม

ข้อที่ 20 การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดระยะเวลาในการค้นหาความเสี่ยง

ข้อที่ 21 การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบในการค้นหาความเสี่ยง

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการค้นหาความเสี่ยง (N=31)

ด้านการค้นหาความเสี่ยง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80
1. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้ทบทวนรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น เพื่อค้นหาความเสี่ยง	4.00	.63	ผ่าน
2. การกำหนดให้บุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินค้นหาความเสี่ยงในระหว่างกิจกรรมการรับมอบเวร	3.87	.85	ไม่ผ่าน
3. การกำหนดให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในเวรที่รับผิดชอบค้นหาความเสี่ยงจากการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ	4.00	.77	ผ่าน
4. การกำหนดให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในเวรที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลความเสี่ยงของผู้ใช้บริการแก่พยาบาลหัวหน้าเวร	4.29	.74	ผ่าน
5. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้รายงานความเสี่ยงของผู้ใช้บริการทั้งหมดให้แก่บุคลากรที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไป	4.26	.89	ผ่าน
6. การกำหนดให้บุคลากรในเวรต่อไปซักถามข้อมูลความเสี่ยงของผู้ใช้บริการเพิ่มเติมขณะรับมอบเวรถ้าได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ	4.26	.73	ผ่าน
7. การกำหนดให้บุคลากรที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไปค้นหาความเสี่ยงจากการเดินตรวจเยี่ยมผู้ให้บริการ	4.10	.79	ผ่าน
8. การกำหนดให้บุคลากรที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไปค้นหาความเสี่ยงจากการตรวจสอบสภาพความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์	4.16	.90	ผ่าน
9. การกำหนดให้บุคลากรที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไปค้นหาความเสี่ยงจากบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ	3.90	.98	ไม่ผ่าน
10. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเวรระเบียบที่จะใช้ทบทวนเพื่อค้นหาความเสี่ยง	3.64	.80	ไม่ผ่าน
11. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวน คำร้องเรียนจากผู้ให้บริการ	3.84	.79	ไม่ผ่าน
12. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวน คำร้องเรียนจากจดหมาย	3.81	.79	ไม่ผ่าน

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

ด้านการค้นหาความเสี่ยง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
13. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวน คำร้องเรียนจากจดหมายทางโทรศัพท์	3.32	1.11	ไม่ผ่าน
14. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนจากกล่องรับความคิดเห็น	3.87	.62	ไม่ผ่าน
15. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนจากการบอกเล่าของผู้ใช้บริการ	3.58	.85	ไม่ผ่าน
16. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนที่ส่งไปยังสำนักงานผู้อำนวยการ	3.61	.88	ไม่ผ่าน
17. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรค้นหาความเสี่ยงทันทีในกรณีที่ได้รับการร้องเรียนที่รุนแรง	4.23	.72	ผ่าน
18. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันสร้างแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยง	3.58	.81	ไม่ผ่าน
19.การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการสำรวจการสัมภาษณ์บุคลากร หรือการใช้บัตรคำ	3.45	1.03	ไม่ผ่าน

จากตารางที่ 7 พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการค้นหาความเสี่ยง จำนวนทั้งหมด 19 ข้อ มี 8 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ส่วนอีก 11 ข้อ ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ซึ่งข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่

ข้อที่ 2 การกำหนดให้บุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินค้นหาความเสี่ยงในระหว่างกิจกรรมการรับมอบเวร

ข้อที่ 9 การกำหนดให้บุคลากรที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไปค้นหาความเสี่ยงจากบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ

ข้อที่ 10 การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเวชระเบียนที่จะใช้ทบทวนเพื่อค้นหาความเสี่ยง

ข้อที่ 11 การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวน คำร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ

ข้อที่ 12 การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการ ทบทวน คำร้องเรียน จากจดหมาย

ข้อที่ 13 การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการ ทบทวน คำร้องเรียนทาง โทรศัพท์

ข้อที่ 14 การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการ ทบทวนคำร้องเรียน จากกล่องรับความคิดเห็น

ข้อที่ 15 การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนจากการ บอกล่าของผู้ใช้บริการ

ข้อที่ 16 การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนที่ส่งไป ยังสำนักงานผู้อำนวยการ

ข้อที่ 18 การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันสร้างแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยง

ข้อที่ 19 การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการสำรวจ การสัมภาษณ์ บุคลากร หรือการใช้บัตรคำ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง (N=31)

ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
1. การกำหนดให้คณะกรรมการนำข้อมูลจากการค้นหาความเสี่ยงมาใช้ในการวิเคราะห์และจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยง	4.16	.69	ผ่าน
2. การที่คณะกรรมการวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยพิจารณาจากความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์	4.26	.68	ผ่าน
3. การกำหนดให้คณะกรรมการจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยงโดยใช้ ตารางการวิเคราะห์ความเสี่ยง	4.13	.67	ผ่าน

จากตารางที่ 8 พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง จำนวนทั้งหมด 3 ข้อ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกข้อ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง (N=31)

ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
1. การกำหนดให้คณะกรรมการเลือกวิธีการจัดการความเสี่ยงตามระดับ ความสำคัญที่กำหนดไว้ในรูปแบบ	4.10	.70	ผ่าน
2. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้เลือกกิจกรรมเพื่อการสร้างความตื่นตัวให้แก่บุคลากร	3.87	.81	ไม่ผ่าน
3. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้ระบุว่าบุคลากรคนใดควรได้รับการทบทวนความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล	3.71	1.07	ไม่ผ่าน
4. การกำหนดให้คณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง	4.26	.93	ผ่าน
5. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติและมาตรฐานให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ	4.32	.94	ผ่าน
6. การกำหนดให้บุคลากรร่วมกันควบคุมและกำกับเพื่อป้องกันความเสี่ยงโดยปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้	4.35	.98	ผ่าน
7. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดวิธีการสุ่มประเมินบุคลากรทุกคนเป็นระยะ	3.62	1.12	ผ่าน
8. การกำหนดให้พยาบาลอาวุโสติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลใหม่จนกว่าพยาบาลใหม่จะได้รับการประเมินผลผ่านตามเกณฑ์ที่หน่วยงานกำหนดไว้	4.32	.70	ผ่าน
9. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดความถี่ของการสุ่มประเมินมากขึ้นถ้าความเสี่ยงเกิดขึ้นบ่อยและรุนแรง	4.03	.71	ผ่าน
10. การกำหนดให้คณะกรรมการทบทวนแนวทางปฏิบัติหลังเกิดเหตุการณ์ทันที เพื่อกำหนดนโยบายและ ควบคุมมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ	4.16	.64	ผ่าน
11. การกำหนดให้บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์รายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นด้วยวาจากับพยาบาลหัวหน้าเวร	4.10	.90	ผ่าน
12. การกำหนดให้พยาบาลหรือพยาบาลหัวหน้าเวรรายงานแพทย์ตามระบบสายงานของหน่วยงานเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น	4.03	.80	ผ่าน
13. การกำหนดให้บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์เขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นภายในเวร	4.35	.66	ผ่าน



## ตารางที่ 9 (ต่อ)

ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
14. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามระบบสายงานที่หน่วยงานกำหนดไว้	4.10	.70	ผ่าน
15. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากบุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์	4.16	.73	ผ่าน
16. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้ติดตามรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและการลงบันทึกความเสี่ยงในบันทึกทางการพยาบาลให้เสร็จในเวร	4.06	.72	ผ่าน
17. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเขียนชี้แจงการดำเนินการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้วภายในเวรที่รับผิดชอบ	4.06	.68	ผ่าน
18. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรรายงานวิธีการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้ว และสิ่งที่ยังดำเนินการอยู่แต่ยังไม่เสร็จเรียบร้อยให้แก่พยาบาลหัวหน้าเวรและบุคลากรในเวรต่อไปทราบ	4.35	.66	ผ่าน
19. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรส่งบันทึกรายงานอุบัติการณ์ทันทีในกรณีที่มีความเสี่ยงรุนแรงจะต้องดำเนินการจัดการความเสี่ยงอย่างเร่งด่วน	4.30	.78	ผ่าน
20. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้นำบันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งตามสายงานที่หน่วยงานกำหนดไว้ภายใน 24 ชั่วโมงในกรณีที่ไม่เร่งด่วน	3.87	.88	ไม่ผ่าน
21. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรรวบรวมเอกสารข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งตามสายงานที่หน่วยงานกำหนดไว้ ในกรณีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การร้องเรียนได้	4.19	.74	ผ่าน
22. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรต่อไปวางแผนการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงก่อนเริ่มปฏิบัติงานการพยาบาล	4.10	.75	ผ่าน
23. การกำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้รับรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น	4.19	.79	ผ่าน
24. การกำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล	4.23	.85	ผ่าน
25. การกำหนดให้พยาบาลใช้หลักการบริหารยากับผู้ใช้บริการทุกราย	4.16	.82	ผ่าน
26. การกำหนดให้พยาบาลไม่รับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์หรือที่เป็นคำพูด ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน	4.16	.73	ผ่าน

## ตารางที่ 9 (ต่อ)

ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
27. การกำหนดให้พยาบาลติดตามให้แพทย์เขียนคำสั่งทันทีในโอกาสแรกที่ทำได้ ในกรณีฉุกเฉิน ต้องรับคำสั่งทางโทรศัพท์หรือที่เป็นคำพูด	4.35	.61	ผ่าน
28. การกำหนดให้พยาบาลลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลภายหลังปฏิบัติ การพยาบาลเรียบร้อยแล้ว	4.45	.62	ผ่าน
29. เมื่อเกิดเหตุการณ์การให้ยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด พยาบาลที่อยู่ในเหตุการณ์จะต้องหยุดให้ยา/เลือด และสารน้ำทันที	4.77	.50	ผ่าน
30. เมื่อเกิดเหตุการณ์การให้ยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด พยาบาลที่อยู่ในเหตุการณ์จะต้องประเมินอาการของผู้ใช้บริการ และตรวจวัดสัญญาณชีพ อย่างใกล้ชิด	4.74	.63	ผ่าน
31. การกำหนดให้พยาบาลประเมินระดับสติสัมปะชัญญะของผู้ใช้บริการ ทุกอย่างมีความจำเป็นจะต้องได้รับการผูกมัดหรือไม่	4.42	.85	ผ่าน
32. การกำหนดให้พยาบาลอธิบายให้ญาติผู้ให้บริการทราบทุกครั้ง เมื่อผู้ให้บริการจำเป็นต้องได้รับการผูกมัด	4.55	.62	ผ่าน
33. การกำหนดให้พยาบาลประเมินสีผิว การไหลเวียนโลหิตของผู้ใช้บริการ ที่ได้รับการผูกมัดทุก 15 นาที	3.97	.80	ไม่ผ่าน
34. การกำหนดให้พยาบาลแนะนำวิธีการดูแลผู้ให้บริการที่ได้รับการผูกมัดแก่ญาติที่เฝ้า	4.30	.64	ผ่าน
35. การกำหนดให้บุคลากรย้ายผู้ให้บริการที่ได้รับการผูกมัดทุกรายมา อยู่ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจน	4.32	.70	ผ่าน
36. การกำหนดให้พยาบาลรายงานแพทย์ทราบเพื่อปรับแผนการรักษา ถ้าผู้ให้บริการตื่น สับสน ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่สามารถควบคุมอาการได้	4.61	.56	ผ่าน
37. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์จะต้องรีบคลายบริเวณที่ผูกมัดทันที และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น	4.65	.55	ผ่าน
38. การกำหนดให้บุคลากรย้ายผู้ให้บริการที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเตียง สิ้นหกล้มมาอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล หรือในตำแหน่งที่เจ้าหน้าที่มองเห็นชัดเจนทุกราย	4.65	.55	ผ่าน
39. การกำหนดให้มีผู้ติดตามผู้ให้บริการที่มีภาวะเสี่ยงต่อการสิ้นหกล้มเข้า ห้องน้ำทุกครั้ง	4.58	.56	ผ่าน

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
40. การกำหนดให้บุคลากรแจ้งผู้ใช้บริการที่มีการรับรู้ปกติหรือไม่มีญาติทราบว่าจะต้องแจ้งบุคลากรทราบทุกครั้งเมื่อจะถูกลงจากเตียง	4.23	.72	ผ่าน
41. การกำหนดให้บุคลากรตรวจเช็คสภาพเตียงทุกครั้งก่อนนำมาใช้	4.20	.70	ผ่าน
42. การกำหนดให้บุคลากรดึงที่กันเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล	4.58	.62	ผ่าน
43. การกำหนดให้บุคลากรร่วมกันดูแลมิให้พื้นเปียกแฉะ	4.48	.68	ผ่าน
44. การกำหนดให้บุคลากรวางป้ายห้ามเข้า และให้พนักงานทำความสะอาดรับทำความสะอาดพื้นที่ เมื่อพื้นเปียกแฉะ	4.29	.64	ผ่าน
45. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ใช้บริการได้ตกเตียงลื่นหกล้ม บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์จะต้องตรวจประเมินผู้ใช้บริการว่าได้รับบาดเจ็บบริเวณใด และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น	4.74	.51	ผ่าน
46. การกำหนดให้พยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับความรู้จากผู้ชำนาญการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เมื่อมีการนำมาใช้ใหม่ในหน่วยงาน	4.55	.57	ผ่าน
47. การกำหนดให้บุคลากรได้รับการทบทวนความรู้การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ใช้ไม่บ่อยทุก 6 เดือน	4.23	.76	ผ่าน
48. การกำหนดให้พยาบาลใหม่ได้รับคำ แนะนำการใช้และวิธีบำรุงรักษา เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกชนิด	4.65	.55	ผ่าน
49. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันจัดทำคู่มือการใช้ วิธีการบำรุงรักษาของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์แต่ละชนิดที่ง่ายต่อการเข้าใจ	4.52	.63	ผ่าน
50. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันกำหนดตำแหน่งการจัดวางคู่มือการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์	4.23	.76	ผ่าน
51. การกำหนดให้บุคลากรไม่นำเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุดมาใช้	4.58	.56	ผ่าน
52. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีอำนาจการตัดสินใจส่งผู้ใช้บริการไปรับบริการที่หน่วยงานอื่น กรณีบุคลากรในเวรที่ไม่มี ความชำนาญในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ชำรุด	3.97	.95	ไม่ผ่าน

## ตารางที่ 9 (ต่อ)

ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80
53. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรืออุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ชำรุด บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์ที่จะต้องตรวจประเมินผู้ใช้บริการว่าได้รับบาดเจ็บบริเวณใด และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น	4.55	.57	ผ่าน
54. การกำหนดให้พยาบาลเขียนชื่อ-นามสกุล และเลขประจำตัวผู้ใช้บริการติดที่ specimen ทุกครั้ง	4.55	.62	ผ่าน
55. การกำหนดให้บุคลากรสอบถามชื่อผู้ใช้บริการก่อนปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งด้วยคำถามปลายเปิด	4.74	.82	ผ่าน
56. การกำหนดให้พยาบาลติดป้ายชื่อผู้ใช้บริการที่นอนบนรถนอนหรือที่นั่งรถเข็น	4.39	.95	ผ่าน
57. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคนพยาบาลจะต้องทบทวนคำสั่งการรักษาของแพทย์ใหม่อีกครั้ง	4.52	.57	ผ่าน
58. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดจะต้องนำ specimen ที่เก็บได้ทิ้ง และทำใหม่ทันที	4.52	.63	ผ่าน

จากตารางที่ 9 พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง จำนวนทั้งหมด 58 ข้อ มี 53 ข้อ ที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ส่วนอีก 5 ข้อ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่

ข้อที่ 2 การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้เลือกกิจกรรมเพื่อการสร้างความตื่นตัวให้แก่บุคลากร

ข้อที่ 3 การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้ระบุว่าบุคลากรคนใดควรได้รับการทบทวนความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อที่ 20 การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้นำบันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งตามสายงานที่หน่วยงานกำหนดไว้ภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่เร่งด่วน

ข้อที่ 33 การกำหนดให้พยาบาลประเมินสีผิว การไหลเวียนโลหิตของผู้ใช้บริการที่ได้รับการผูกมัดทุก 15 นาที

ข้อที่ 52 การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีอำนาจการตัดสินใจส่งผู้ให้บริการไปรับบริการที่หน่วยงานอื่น กรณีบุคลากรในเวรที่ไม่มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำชุด

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการประเมินผล (N=31)

ด้านการประเมินผล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	เกณฑ์ผ่านร้อยละ 80
1. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันทบทวนสถิติ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับสถิติที่มีอยู่เดิมว่าความเสี่ยงลดลงหรือไม่	4.26	.68	ผ่าน
2. การกำหนดให้คณะกรรมการเริ่มต้นหาความเสี่ยงใหม่ถ้าความเสี่ยงยังไม่ลดลง	4.23	.76	ผ่าน
3. การกำหนดให้คณะกรรมการทบทวนหาข้อบกพร่องและหาแนวทางปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงถ้าความเสี่ยงยังไม่ลดลง	4.35	.66	ผ่าน

จากตารางที่ 10 พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ด้านการประเมินผล จำนวนทั้งหมด 3 ข้อ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกข้อ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะของการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 2) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ

**1. ระยะการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร** ประกอบด้วยการศึกษาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และการสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยง

การศึกษาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่าความเสี่ยงที่พบมี 12 เรื่องคือ 1) ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด 2) ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการถูกผูกมัด 3) ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม 4) ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด 5) ผู้ใช้บริการถูกทำร้ายจากผู้ใช้บริการคนอื่น เช่น ผู้ใช้บริการที่เมาสุราอาละวาดผู้ใช้บริการที่คลุ้มคลั่ง 6) ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน 7) ผู้ใช้บริการเกิดการติดเชื้อจากการรักษาพยาบาล (Cross infection) 8) ผู้ใช้บริการหนีไปจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 9) ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการเลือกปฏิบัติ 10) ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจสำหรับการรักษาพยาบาล 11) ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล 12) ผู้ใช้บริการได้รับการรักษาพยาบาลล่าช้า

ส่วนการสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยง สร้างจากการทำสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 ปีขึ้นไป นักวิชาการด้านการบริหารทางการแพทย์ นักวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยง และนักวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล เลือกรูปแบบเจาะจงจำนวน 15 คน

**2. ระยะเวลาศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ประชากรคือ** พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 31 คน การศึกษาระยะนี้เป็นการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ที่ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพในการตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปแจกพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ ด้วยตนเอง ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลได้ครบภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากแจกแบบสอบถามได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบทั้งหมด 31 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

### สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ตามระยะของการวิจัย คือ

#### 1. ผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมความเสี่ยงอันเนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์ 5 เรื่อง ได้แก่

1. ผู้ใช้บริการได้รับยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด
2. ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด
3. ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม

4. ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด

5. ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญดังต่อไปนี้

1. นโยบายการบริหารความเสี่ยง

2. วัตถุประสงค์การบริหารความเสี่ยง

3. ผู้รับผิดชอบรูปแบบการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบในรูปแบบคณะกรรมการที่มีโครงสร้างของคณะกรรมการคือ ประธานกรรมการ รองประธานกรรมการ เลขานุการ และ กรรมการ และ บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ รวมทั้ง บทบาทและหน้าที่ของแต่ละคน

4. กิจกรรมของกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ได้แก่

4.1 การค้นหาความเสี่ยง

4.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยง

4.3 การจัดการความเสี่ยง

4.4 การประเมินผล

พร้อมทั้งบอกลักษณะการทำงาน ระยะเวลา วัตถุประสงค์ และลักษณะของแต่ละกิจกรรม

**2. ผลของการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร**

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ มีทั้งหมด 31 คน มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1-5 ปี มีมากที่สุดจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03 รองลงมาคือมีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.72 ส่วนประสบการณ์การทำงานระหว่าง 16-20 ปี และน้อยกว่า 1 ปี มีจำนวนเท่ากันอย่างละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 และประสบการณ์การทำงานระหว่าง 25-30 ปี มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.22

ส่วนใหญ่จบมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 ระดับปริญญาโท จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9



มีอายุระหว่าง 21-25 ปี จำนวนมากที่สุด 11 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมาคืออายุระหว่าง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.03 และอายุ 41-45 ปี มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 อายุระหว่าง 46-50 ปี และ 51-55 ปี มีน้อยที่สุด จำนวนอย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.22

2. ผลของการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายรวม

คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายรวมเท่ากับ 436.39 (S.D.=47.39) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ยกเว้นด้านการค้นหาความเสี่ยง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.77 คะแนน (S.D.=11.28) ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

## อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามระยะของการวิจัย

### 1. ระยะการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นได้มีความตรงในด้านเนื้อหา สอดคล้องกับบริบทการให้บริการทางการแพทย์พยาบาลในปัจจุบัน เนื่องจากได้นำเทคนิคการสนทนากลุ่มมาใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจุดเด่นของการทำสนทนากลุ่มข้อมูลที่ได้จะมาจากผู้ที่มีความสนใจ และมีประสบการณ์ทำงานในเรื่องการบริหารความเสี่ยง การให้บริการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยตรง จึงทำให้แนวทางการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นจำเป็นที่จะต้องให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบงานการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ร่วมกันตัดสินใจระบุบุคลากรผู้รับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ที่รูปแบบกำหนดไว้ กำหนดระยะเวลาการทำงานและเลือกกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ จะเห็นว่าการสอดแทรกแนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ร่วมกับการบริหารความเสี่ยง นั้นมีความสอดคล้องกับการให้บริการทางการแพทย์ เพราะระบบการให้บริการทางการแพทย์ หัวหน้าหรือผู้ป่วยจะกระจายอำนาจไปสู่ลูกน้อง เห็นได้จากการแสดงบทบาทเป็นหัวหน้าเวร เป็นต้น เมื่อหัวหน้าหรือผู้ป่วยมีความไว้วางใจแก่ลูกน้อง ให้อิสระในการทำงานมิได้เหมือนถูกบังคับ ดังที่เกศแก้ว วิมนมาลา (2538) ที่พบว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมมี

ความสัมพันธ์กับเสรีภาพทางวิชาการของอาจารย์พยาบาลในสถานศึกษาพยาบาล นอกจากนั้นแล้วการบริหารแบบมีส่วนร่วมยังทำให้เกิดพันธะผูกพันร่วมกันในการทำงาน จึงทำให้การกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายในการทำงานมีความชัดเจน (Swanburg, 1996)

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงจะกำหนดการทำงานไว้ 2 ลักษณะ คือในรูปของคณะกรรมการและการปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ (ดังรูปภาพที่ 2 หน้า 59) ทั้งนี้เนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์พยาบาลนั้นจะต้องทำตลอด 24 ชั่วโมง และไม่สามารถที่จะกำหนดได้ว่าความเสี่ยงจะเกิดขึ้นเมื่อใด การทำงานในแต่ละรูปแบบจะมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งไว้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการให้บริการทางการแพทย์พยาบาล มีการจัดหมวดหมู่ให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เพื่อไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่พยาบาล

## 2. ผลของการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รวบรวมเท่ากับ 436.39 (S.D.=47.39) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ยกเว้นด้านการค้นหาความเสี่ยง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.77 คะแนน (S.D.=11.28) ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงโดยรวมมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นสิ่งจำเป็น และปฏิบัติกันอยู่แล้วในงานบริการทางการแพทย์ เพียงแต่อาจจะมีได้จัดระบบหรือหมวดหมู่ให้ชัดเจน และการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานวิจัยนี้ได้นำเทคนิคการทำสนทนากลุ่มเข้ามาใช้ ทำให้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ และสอดคล้องกับสภาพการทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และสถานการณ์ปัจจุบันที่หน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนา คุณภาพการให้บริการ เพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งได้กำหนดมาตรการการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นที่ป้องกันการสูญเสียทุกแง่มุม จึงทำให้งานให้บริการทางการแพทย์จะต้องนำการบริหารความเสี่ยงเข้ามาใช้ในการทำงานเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ใช้บริการ อีกทั้งคำร้องเรียนและการฟ้องร้องต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์มี

แนวโน้มสูงขึ้นในปัจจุบัน จากสถานการณ์จึงทำให้พยาบาลมีความตระหนักและให้ความสำคัญต่อการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการมากขึ้น จึงมีความสอดคล้องกับสมพงษ์ เกษมสิน, 2517 (อ้างถึงใน ถูกถวิล ชูชื่น, 2541) ที่กล่าวไว้ว่า รูปแบบจะมีความเหมาะสมกับช่วงเวลาหนึ่ง แต่เมื่อเวลาเปลี่ยนไปรูปแบบที่สร้างขึ้นอาจไม่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ แต่ก็สามารถที่จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบอื่น ๆ ที่เหมาะสมต่อไป

สำหรับด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ นั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ นั้นเนื่องจากรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้นจะแบ่งการทำงานด้านการบริหารความเสี่ยงออกเป็น 2 ลักษณะ ควบคู่กันไป ได้แก่ การทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ และการปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ โดยในรูปแบบของคณะกรรมการนั้น มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละตำแหน่งที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่และรับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง และมีได้ระบุว่ากรรมการทุกคนจะต้องเข้าประชุมทุกครั้ง แต่ต้องมีการถ่ายทอดข้อมูลการประชุมให้รับทราบทุกคน จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ และได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Swanburg, (1996) กล่าวไว้ว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นการที่จะทำให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด เท่าที่เป็นไปได้ และจะต้องมีความเต็มใจในการเข้าร่วมมิใช่เป็นการบังคับ

ส่วนการปฏิบัติในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบนั้น รูปแบบการบริหารรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานที่พยาบาลปฏิบัติอยู่แล้ว จึงมิได้เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่พยาบาล แต่เป็นการจัดหมวดหมู่การทำงานด้านการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ให้มีความสอดคล้องกับงานบริการพยาบาล และปฏิบัติงานการพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล จึงทำให้รูปแบบการบริหารรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการที่พัฒนามีความเหมาะสมกับองค์การพยาบาลในภาวะปัจจุบัน

ด้านของกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิธีการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ขั้นตอนการวิเคราะห์ความเสี่ยง วิธีการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เพราะรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดวิธีปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน โดยด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์เป็นความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543 และ Bryant, Fields

and Schaedler, 1996) เพื่อนำมาจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยงที่ชัดเจน และการประเมินผลได้ กำหนดวิธีการประเมินผลด้วยการทบทวนสถิติความเสี่ยงที่เกิดขึ้นว่าลดลงหรือไม่ จึงทำให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น สำหรับด้านวิธีการจัดการความเสี่ยงได้ กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลทั้ง 5 เรื่อง ทำให้พยาบาลไม่ต้องมีการปรับตัวเมื่อนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้ และยังสามารถกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง ให้ผู้ใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงได้เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เช่น กิจกรรมเพื่อสร้างความตื่นตัวให้แก่บุคลากร การทบทวนปรับปรุงมาตรฐานการทำงานให้มีความทันสมัย การสนับสนุนและส่งเสริม การอบรม การส่งเสริมการทำงานเป็นระยะ ๆ การทำรายงานอุบัติการณ์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพงานการบริหารความเสี่ยง (Wilson, 1999)

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงด้านการค้นหาความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเพียงด้านเดียวในกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่า กิจกรรมการตรวจเยี่ยมผู้ใช้บริการและสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กิจกรรมการ รับผิดชอบต่อ กิจกรรมเหล่านี้มีคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากว่ากิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ปฏิบัติอยู่ทุกเวร กิจกรรมดังกล่าวจึงมิได้เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่พยาบาลแต่อย่างใด ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์จริง แต่กิจกรรมการทบทวนคำร้องเรียนต่าง ๆ กิจกรรมการทบทวนเวชระเบียน การทำแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยง ไม่ใช่กิจกรรมที่พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติอยู่โดยปกติ แต่เป็นงานใหม่ที่เพิ่มมา จึงทำให้คะแนนรายข้อไม่ผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 80 ที่กำหนดไว้

ทั้งนี้เพราะการค้นหาเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการศึกษาข้อมูล ดังที่ ชะลอ น้อยเผ่า (2544) ได้ศึกษาพบว่ากรณีที่หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องค้นหาความเสี่ยงจากการสำรวจศึกษาข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ เอกสาร และการรายงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นการเพิ่มภาระงานมากขึ้น จึงเป็นไปได้ว่ากิจกรรมการค้นหาความเสี่ยงที่เป็นภาระงานเพิ่มภาระงานให้แก่พยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

แม้ว่ารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง แต่อาจต้องมีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อค้นหาความเสี่ยง หรือทำความเข้าใจกับบุคลากรก่อน เพื่อให้เกิดความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาผลของการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้ไปใช้ในการลดและป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการโดยเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชา



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรรณิกา เจิมเทียนชัย. 2539. **การพัฒนารูปแบบการประเมินประสิทธิผลองค์กรของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ภาควิชา บริหารการศึกษา คณะครุศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรีซแก้ว แก้วนาค. 2541. **รูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2542. **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กฤษดา แสงวดี. 2542. การบริหารความเสี่ยง: มิติหนึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาล. **วารสารกองการพยาบาล**. 26 (3): 34-46.
- เกศแก้ว วิมลมาลา. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมีส่วนร่วมกับเสรีภาพทางวิชาการของอาจารย์พยาบาลในสถานศึกษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรัส สุวรรณเวลา. 2541. แลไปข้างหน้า: พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. ใน **เส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน**. การประชุมระดับชาติเรื่อง "การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 1". (24-26 พฤศจิกายน 2541). ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคม กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- จันทร์พร ยอดยิ่ง และทองสุกข์ บุญเกิด. 2544. ผลของการใช้กระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อประสิทธิภาพและพฤติกรรมกรใช้ยาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชลบุรี. **วารสารกองการพยาบาล**. 28(1): 95-105.
- จินตนา พรสัมฤทธิ์โชค. 2542. **พลังอำนาจในการปฏิบัติงานและรูปแบบการตัดสินใจของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จรัลวัฒน์ คงทอง. 2539. **ผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล: กรณีศึกษา งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจนีวา รักมหาคุณ. 2544. **การนำเสนอมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** โครงการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาติรี ดวงเนตร. 2541. **การจัดการความเสี่ยง.** ม.ป.ท. (อัสสัมชัญ)
- ดวงดาว รุ่งาน. 2541. **แนวทางการติดตามประเมินผลงานพัฒนาแบบมีส่วนร่วม.** เชียงใหม่: บีเอสการพิมพ์.
- อุกถวิล ชูชื่น. 2541. **การวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการบริหารงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปเขต 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีวัฒนา เข้มมอญ. 2540. **ผลการใช้รูปแบบพยาบาลที่เสี่ยงสำหรับพยาบาลใหม่ต่อความพึงพอใจในงานและความสามารถในการปฏิบัติงาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนาศ แสงศักดิ์. 2539. **รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการฝึกอาชีพระยะสั้นช่างอุตสาหกรรม กรมอาชีวศึกษา.** วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ทองศุภร์ บุญเกิด. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานกับการปรับตัวภายหลังการถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญญลักษณ์ โอบอ้อม. 2540. **พฤติกรรมกำบังกั้นการติดต่อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นงนุช แทนบุญไรรักษ์. 2540. **ผลของการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่เน้นสัมพันธภาพของพยาบาลผู้นิเทศก์ที่มีต่อเวลาที่ใช้และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเวชของพยาบาลประจำการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นักสิทธิ์ ศรีสวัสดิ์. 2542. **แนวคิดนิตกรต่อความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายและสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัทธมน วุฒานนท์. 2543. **รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล. 2536. **ผลของการมีส่วนร่วมของญาติในการฝึกทักษะการผ่อนคลายผู้ป่วย ที่ได้รับการยึดตรึงกระดูกแบบภายในที่มีผลต่อพฤติกรรมการผ่อนคลายกับระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บริษัท อัลฟา รีเสิร์ช จำกัด. 2543. **ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543–2544.** กรุงเทพมหานคร: พี.เพรส. จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2544. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประคอง กรรณสูต. 2538. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุปผาชาติ ชุนอินทร์. 2541. **ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและประทับประคองสำหรับพยาบาลประจำการต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- พรหมมินทร์ หอมหวล. 2542. **การร้องเรียนแพทย์กรณีทุรเวชปฏิบัติ: กรณีศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ (พ.ศ. 2533-2540).** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายและสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสนุ ฟองศรี. 2542. **การพัฒนารูปแบบการประเมินผลองค์การภาครัฐ เกี่ยวกับการศึกษาอาชีพนอกระบบ.** ปริญญาครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาการวัดและประเมินผลการศึกษา ภาควิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พูนสุข หิงคานนท์. 2540. **การพัฒนารูปแบบการจัดองค์การของวิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.** ปริญญาครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา ภาควิชาบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบราฮิม. 2542. **สาระการบริหารการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- ภวพร ไพบูลย์ศิริ. 2542. **การเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวดี ราชชัยกุล วิบลีย์ศรี. 2542. **การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา ศรีวรกุล. 2537. **การพัฒนาแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยากร เชียงกุล. 2536. **ศัพท์การบริหารจัดการ.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เบียร์ฟ้า.
- ศิริพร วิญญูรัตน์. 2543. **ความเครียดในงานของพยาบาลประจำการ และรูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพรธน ปิติมานะอารี. 2540. **รูปแบบการดำเนินงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทั่วไป.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพรธน เสรีรัตน์, ปริญา ลักขิตานนท์ และสมชาย หิรัญกิตติ. 2538. **ศัพท์การบริหาร.** กรุงเทพฯ: บริษัท วิสิทธิ์พัฒนา จำกัด.

- สาส์น บุญศรีรัตน์ กัลยาณี เกื้อก่อพรหม และนฤมล อนุมาศ. 2543. การพัฒนาระบบการบริหาร ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. **วารสารกองการ พยาบาล**. 28(2): 34-47.
- สุดาพร รอดถนอม. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการบริหาร แบบมีส่วนร่วม**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุภาภรณ์ ปรารมภ์. 2541. **ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลตามการปฏิบัติของพยาบาล ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาลตำรวจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภารัตน์ พงษ์ธนะ. 2538. **ทฤษฎีปฏิบัติกับความผิดทางกฎหมาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช. 2534. **การวิเคราะห์กิจกรรมการบริหารการพยาบาลของหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หทัยรัตน์ ไชยชัยธนานุกูล. 2543. **ผลของการใช้มาตรฐานโปรแกรมการประกันคุณภาพ บริการพยาบาลที่มีต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล. 2543. **ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. 2543. **คุณภาพระบบสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีไรต์ จำกัด.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล. 2541. การบริหารความเสี่ยง. ใน **เส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อ ประชาชน**. การประชุมระดับชาติเรื่อง “การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1” (24-26 พฤศจิกายน 2541) ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคม กรุงเทพฯ: ดีไซน์ จำกัด.

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2541. เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Review) การทบทวนบริการทางการแพทย์. ใน **เส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน**. การประชุมระดับชาติเรื่อง “การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 1” (24-26 พฤศจิกายน 2541) ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคม กรุงเทพฯ: ดีไซน์ จำกัด

อรทัย ปิงวงศานุรักษ์. 2540. **ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภา นิตยศักดิ์. 2533. **การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Aiken, T. d. and Catalang, J. t. 1994. **Legal, ethical, and political issues in nursing**. Philadelphia: F.A. Davis company.

Alaszewski, A. and others. 2000. **Managing risk in communication practice**. Ediburg: Bailliere Tindall.

Anthony, W. A. 1978. **Participation management**. Massachausetts: Addison-Wesley publishing company.

Australia. 1991. Australian Institute of Management. **An introduction to participation management**. Victoria: Capital press PTY.Ltd.

Bowes,B.2001. **Working world**. [online] Available from: <http://www.winnipegfreepress2.com/carrers/bowes/072101.shtml> [2002,jan.25]

Berg, B.L. 1998. **Qualitative research methods for social sciences**. 3<sup>rd</sup> ed. Boston: Allyn and bacon.

Bowyer, E. A. 1987. Risk management. In **Legal issues in nursing**. St. Louis: Mosby

Buckley, L.L. 1992. **Quality assurance preparing for JCAHO**. In **Managing The emergency department** American college of emergency physicians. Texas USA.

Cherry, B. and Jacob, S. R. 1999. **Contemporary nursing issues, trends, and management**. St Louis: Mosby.

- Cowan, J. 2000. Clinical risk–minimising harm in practical procedures and use of equipment . **Clinical performance and quality healthcare.** 8(4): 245–250.
- Crawford, M. and Acorn, S. 1997. Focus groups their use in administrative research. **Journal of nursing management.** 27 (5):17.
- Daft, R. L. 2000. **Management.** 5<sup>th</sup> ed. Fort Wort: The Dryden Press.
- Diamond, B. 1995. **Legal aspects of nursing.** 2<sup>nd</sup> ed. London: Prentice hall.
- Dienemann, J. A. 1990. **Nursing administration strategic perception and application.** Norman: Appleton&Lange.
- Dugan, J. 1996. Stressful nurse: the effect on patients outcomes. **Journal of nursing care quality.** 10 (3): 46-58.
- East, J. 1999. Control of infection in nursing homes: a risk-management approach[on-line]. **J Hosp Infect.** Dec; 43: S39-41. Abstract from: PMID: 10658757 (PubMed – indexed for MEDLINE).[2001,jun.19]
- Fairly,T. M. and Nance, D. G. 1993. **Intregrated quality management the key to improving nursing care quality.** St Louis: Mosby – Year Book, Inc.
- Gaba, D. M. 2000. Structure and organizational issues in patient safety: A comparison of health care to other high-hazard industries. **California management review.** 43 (1): 83-102.
- Griffin, R. W. 1999. **Management.** 6<sup>th</sup> ed. Boston: Houghton Mifflin company.
- Grohar – Murray, M. E. and DiCroce, H. R. 1992. **Leadership and management in nursing.** Norwalk: Appleton & Lange.
- Grose, V. L. 1987. **Managing risk.** Englewood Cliffis: Prentice Hall.
- Hall, M. F. and Press, I. 1996. Keep to patient satisfaction in the emergency department: results of a multiple facility study. **Hospital & health services administration.** 41 (4): 515-532.
- Hilgert, R. L. and Leonard Jr, E. C. 1995. **Supervision concepts and practices of management.** 6<sup>th</sup> ed. Ohio: South-western college Publishing.
- Hollow, I and Wheller, S. 1996. **Qualitive research for nurses.** Malden: Blackwell Science Ltd.
- Joint Commission on Accredit of Healthcare Organization, 2001.[online] Available from: [Http://www.jcaho.org/news/mo\\_In0701attach.html](http://www.jcaho.org/news/mo_In0701attach.html) [2001,oct.01]

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 2001.[online] Available from: [Http://www.jcaho.org/standard/fr\\_ptsafety.html](http://www.jcaho.org/standard/fr_ptsafety.html) [2001,oct.01]
- Jones, H. E. and Long, D. L. 1996. **Principles of insurance: life, health, and annuities.** U.S.A.: Arcata Graphics.
- Kavaler, F. and Spiegel, A. D. 1997. Risk management dynamics. In **Risk management in Health care Institutions.** Boston: Jones and Bartlett publishers.
- Kelly, L. Y. and Joel, L. A. 1999. **Dimensions of professional nursing.** 3<sup>rd</sup> ed. New York: Mc Grawhill.
- Kipp, K. M. 2001. Implementing nursing caring standards in the emergency department. **Journal of nursing management.** 31 (2): 85-90.
- Klein, A.R. and others. 1994. **Emergency nursing care curriculum.** 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Koch, M. W. and Fairly, T.M. 1993. **Integrated quality management the key to improving nursing quality.** St Louis: Mosby-Year book, Inc.
- Loveridge, C. E. and Cummings, S. H. 1996. "Role of the professional nurse: organization management" nursing management in the new paradigm. Maryland: An Aspen publication.
- Lussier, R. N. 1996. **Human relations in organization.** 3<sup>rd</sup> ed. Chicago: Irwin
- Marilyn, L. and others. Current issues in emergency nursing 2000. In **Current issues in nursing.** 6<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby.
- Osborne, J.; Blais, K. and Hayes, J.S. 1999. Nurses' perceptions: when is it a medication error?. **Journal of nursing administration.** 29 (4): 33-38.
- Raines, D. A. 2000. Making mistake. **AWHONN Lifelines.** 4 (1): 35-39.
- Reed, L.; Biegan, M. A. and Goode, C. 1998. Adverse patient occurrences as a measure of nursing care quality. **Journal of nursing administration.** 28 (5): 62.
- Robbins, S. P. 1998. **Organizational Behavior.** 8<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Schenkel, S. 2000. Promoting patient safety and preventing medical error in emergency departments[on-line]. **Acad Emerg Med.** 7 (11): 1204-1222 Abstract from: PMID: 11073469 (PubMed – indexed for MEDLINE).[2001,jun.19]
- Shower, J. L. 1999. Protection from negligence lawsuits. **Journal of nursing management.** September: 23-25

- Smith, D. G. and Wheeler, J. R. C. 1992. Strategies and structures for hospital risk management programs. **Health management review**. 17 (3): 9-17.
- Sullivan, E. J. and Decker, P. J. 1997. **Effective leadership and management in nursing**. 4<sup>th</sup> ed. California: Addison – Wesley.
- Swansburg, R. C. 1995. **Management and leadership for nurse managers**. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Swansburg, R. C. 1996. **Management and leadership for nurse managers**. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Symons, J. 1995. Making staff aware of risks. **Health manpower management**. 12 (4): 15–19.
- Uibel, I.C. and Klein, A. R. 1994. Emergency department management. In **Emergency nursing core curriculum**. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB. Saunders company.
- Vinen, J. 2000. Incident monitoring in emergency department: an Australian model[online]. **Acad Emerg Med**. 7 (11): 1290-7. Abstract from: PMID: 10363541 (PubMed – indexed for MEDLINE) [2001,jun.20]
- Waring, A. E. and Glendon, A. I. 1998. **Managing risk**. London: International Thomson Business Press.
- Wilson, J. 1999. Risk reviews and using risk management strategy. In **Clinical risk modification: A route to clinic governance?**. Oxford: Butterworth Heinemann.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ภาคผนวก ก**

**รายนามผู้ร่วมสนทนากลุ่ม**

**สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**



## รายนามผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
  - 1.นางวิมลรัตน์ มาลีวรรณ หัวหน้าหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกฉุกเฉินและพยาบาลชำนาญการระดับ 8 โรงพยาบาลรามาริบัติ
  2. นางสาวเรวดี ลือพงศ์ลักษณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ระดับ 7 วช วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
  1. พ.ต.ต.หญิงสมบูรณ์ สุโขสิต พยาบาล(สบ.2)รพ. พต. โรงพยาบาลตำรวจ
  2. พ.ต.ต.หญิงเฉลิมขวัญ ศรีสุวรรณ พยาบาล(สบ.2)รพ. พต. โรงพยาบาลตำรวจ
  3. นางสาวกิ่งแก้ว อุดมชัยกุล พยาบาลวิชาชีพ 6 งานการพยาบาลทั่วไปและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาริบัติ
  4. เรือโทอดุลย์ แก่นจันทร์ นายทหารพยาบาล ตึกผู้ป่วยศัลยกรรม กองการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ช่วยราชการห้องตรวจโรคฉุกเฉิน
  5. ร.อ.หญิงนิรม เกิดศิริ พยาบาลประจำการ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กองอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. นักวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยง
  - 1.อ.ดร.จิตติวีร์ ชัยวัฒน์ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นักวิชาการพยาบาลด้านการบริหารความเสี่ยงพยาบาล
  1. นางสาวเรวดี ศิรินคร นักวิชาการ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
  2. นางเพ็ญจันทร์ แสนประสาน ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ กรรมการบริหารความเสี่ยง เลขานุการคณะกรรมการคุณภาพ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

## 5. นักวิชาการด้านการบริหารการพยาบาล

1. นางสาวหทัยรัตน์ กุล	โชคชัยธนา	วิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี
2. อ.ดร.วันเพ็ญ	พิชิตพรชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวกพร	ไพศาลวัชรกิจ	พยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. นางประภาพรณ	ต้นคำศุภศิริ	หัวหน้างานการพยาบาลศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ
5. น.ต.หญิงนุชกร	อินทรวิชัย	รองหัวหน้าพยาบาล กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพล



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาคผนวก ข**

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**และสถิติที่ใช้ในการวิจัย**

**สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

## เครื่องมือชุดที่ 1

แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ  
ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ความเสี่ยงหรือเหตุอันไม่พึงประสงค์ของเหตุการณ์ต่อไปนี้มีโอกาสเกิดขึ้นในหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉินได้บ่อยเพียงใด ความเสี่ยงนั้นมีความสำคัญมากน้อยเพียงใดในความเห็นของ  
ท่าน

### 1. ผู้ให้บริการได้รับยา/เลือด/สารน้ำผิดพลาด

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

### ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
.....  
.....

### 2. ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการถูกผูกมัด

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

### ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
.....  
.....

## 3. ผู้ใช้บริการตกเตียง/ลื่นหกล้ม

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

## ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....

.....

.....

## 4. ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรืออุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ชำรุด

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

## ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....

.....

.....

## 5. ผู้ใช้บริการถูกทำร้ายจากผู้บริการคนอื่น เช่น ผู้บริการที่เมาสุราอาละวาด ผู้บริการที่คดู้มคั่ง

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

## ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....

.....

.....

## 6. ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผดผดคัน

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

## ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
 .....  
 .....

## 7. ผู้ใช้บริการเกิดการติดเชื้อจากการรักษาพยาบาล (Cross infection)

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

## ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
 .....  
 .....

## 8. ผู้ใช้บริการหนีไปจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

## ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
 .....  
 .....

## 9. ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการเลือกปฏิบัติต่อผู้ให้บริการ

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

## ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
 .....  
 .....

## 10. ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจสำหรับการรักษาพยาบาล

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

## ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
 .....  
 .....

## 11. ผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยในด้านการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

## ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
 .....  
 .....

12. ผู้ใช้บริการได้รับการรักษาพยาบาลล่าช้า

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
 .....  
 .....

นอกจากนี้แล้วท่านคิดว่าจะมีความเสี่ยงหรือเหตุอันไม่พึงประสงค์ใดที่เกิดขึ้นกับ  
 ผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มเติม

13. ....

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
 .....  
 .....

14. ....

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....  
 .....  
 .....



15 .....

เกิดทุกวัน	เกิดทุกสัปดาห์	เกิดทุกเดือน	เกิดทุก 3 เดือน	อื่น ๆ

ระดับความสำคัญของความเสี่ยง

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

เหตุผล.....

.....  
.....

วันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

...../...../.....

เวลา .....น.

สถานที่ .....

ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ .....

ตำแหน่ง .....

โทรศัพท์.....

จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน .....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ  
ไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ท่านมีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นระยะเวลา \_\_\_\_\_ ปี
2. ระดับการศึกษา \_\_\_\_\_
3. อายุ \_\_\_\_\_ ปี

ตอนที่ 2

ประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

โดยที่

มากที่สุด	หมายถึง	รูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด
มาก	หมายถึง	รูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มาก
ปานกลาง	หมายถึง	รูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปานกลาง
น้อย	หมายถึง	รูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	รูปแบบการบริหารความเสี่ยงนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
1. การกำหนดให้การบริหารความเสี่ยงที่ทำความคู่กันในระหว่างการทำหน้าที่ในเวรที่รับผิดชอบ และการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ					
2. การกำหนดให้คณะกรรมการประกอบด้วย ประธานกรรมการ รองประธานกรรมการ เลขานุการ และกรรมการ					
3. การกำหนดให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ					
4. การกำหนดให้ประธานกรรมการเป็นตำแหน่งที่มาจากการคัดเลือกของบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน หรือมาจากการแต่งตั้งตามสายงานการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง					
5. การกำหนดให้ประธานกรรมการมีอำนาจตัดสินใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ในหน่วยงาน					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
6. การกำหนดให้ประธานกรรมการเป็นผู้รายงานความเสี่ยงตามสายงานที่โรงพยาบาลกำหนดไว้					
7. การกำหนดให้ประธานกรรมการเป็นผู้ควบคุมและกำหนดวาระการประชุม					
8. การกำหนดให้ประธานกรรมการมีบทบาทหน้าที่กระตุ้นให้กรรมการแสดงความคิดเห็นระหว่างการประชุม					
9. การกำหนดให้ประธานกรรมการเป็นผู้ติดต่อประสานงานเรื่องความเสี่ยงกับหน่วยงานภายนอก					
10. การกำหนดให้รองประธานกรรมการมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ช่วยประธานกรรมการ					
11. การกำหนดให้รองประธานกรรมการปฏิบัติหน้าที่แทนประธานกรรมการเมื่อประธานกรรมการไม่สามารถปฏิบัติงานได้					
12. การกำหนดให้เลขานุการทำหน้าที่บันทึกการประชุมและสรุปผลการประชุมความเสี่ยงเพื่อ รายงานให้คณะกรรมการทราบ					
13. การกำหนดให้เลขานุการเป็นผู้เสนอวาระการประชุมครั้งต่อไปแก่ประธานกรรมการก่อนการประชุม					
14. การกำหนดให้เลขานุการเป็นผู้รับรายงานความเสี่ยงจากกรรมการเพื่อนำเสนอแก่ประธานกรรมการ					
15. การกำหนดให้เลขานุการเป็นผู้ติดตาม คณะกรรมการประชุมครั้งต่อไป					
16. การกำหนดให้กรรมการเข้าร่วมประชุมความเสี่ยงตามวาระที่กำหนดขึ้น					
17. การกำหนดให้กรรมการร่วมแสดงความคิดเห็นเรื่องการบริหารความเสี่ยง					
18. การกำหนดให้กรรมการร่วมกันควบคุมกำกับให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปในแนวทางที่กำหนดไว้					
19. การกำหนดให้กรรมการเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลการบริหารความเสี่ยงไปยังบุคลากรคนอื่นในหน่วยงานเพื่อให้ปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน					
20. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดระยะเวลาในการค้นหาความเสี่ยง					
21. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบในการค้นหาความเสี่ยง					
การค้นหาความเสี่ยง					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
22. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้ทบทวนรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น เพื่อค้นหาความเสี่ยง					
23. การกำหนดให้บุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินค้นหาความเสี่ยงในระหว่างกิจกรรมการรับมือเวร					
24. การกำหนดให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในเวรที่รับผิดชอบค้นหาความเสี่ยงจากการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ					
25. การกำหนดให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในเวรที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลความเสี่ยงของผู้ใช้บริการแก่พยาบาลหัวหน้าเวร					
26. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้รายงานความเสี่ยงของผู้ใช้บริการทั้งหมดให้แก่บุคลากรที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไป					
27. การกำหนดให้บุคลากรในเวรต่อไปซักถามข้อมูลความเสี่ยงของผู้ใช้บริการเพิ่มเติมขณะรับมือเวรถ้าได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ					
28. การกำหนดให้บุคลากรที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไปค้นหาความเสี่ยงจากการเดินตรวจเยี่ยมผู้ใช้บริการ					
29. การกำหนดให้บุคลากรที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไปค้นหาความเสี่ยงจากการตรวจสภาพความเรียบร้อยของหอผู้ป่วย ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์					
30. การกำหนดให้บุคลากรที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไปค้นหาความเสี่ยงจากบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการ					
31. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเวรระเบียบที่จะใช้ทบทวนเพื่อค้นหาความเสี่ยง					
32. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ					
33. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนจากจดหมาย					
34. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนทางโทรศัพท์					
35. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนจากกล่องรับความคิดเห็น					
36. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนจากการบอกเล่าของ ผู้ใช้บริการ					
37. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนคำร้องเรียนที่ส่งไปยังสำนักงานผู้อำนวยการ					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
38. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรค้นหาความเสี่ยงทันทีในกรณีที่ได้รับ การร้องเรียนที่รุนแรง					
39. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันสร้างแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยง					
40. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจากการสำรวจการสัมภาษณ์บุคลากร หรือการใช้บัตรคำ					
<u>การวิเคราะห์ความเสี่ยง</u>					
41. การกำหนดให้คณะกรรมการนำข้อมูลจากการค้นหาความเสี่ยงมาใช้ในการวิเคราะห์และจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยง					
42. การที่คณะกรรมการวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยพิจารณาจากความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์					
43. การกำหนดให้คณะกรรมการจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยงโดยใช้ตารางการวิเคราะห์ความเสี่ยง					
<u>วิธีการจัดการความเสี่ยง</u>					
44. การกำหนดให้คณะกรรมการเลือกวิธีการจัดการความเสี่ยงตามระดับ ความสำคัญที่กำหนดไว้ในรูปแบบ					
45. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้เลือกกิจกรรมเพื่อสร้างความตื่นตัวให้แก่บุคลากร					
46. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้ระบุว่าบุคลากรคนใดควรได้รับการทบทวนความรู้ในการปฏิบัติกรพยาบาล					
47. การกำหนดให้คณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง					
48. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้ทบทวนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ					
49. การกำหนดให้บุคลากรร่วมกันควบคุมและกำกับเพื่อป้องกันความเสี่ยงโดยปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้					
50. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดวิธีการสุ่มประเมินบุคลากรทุกคนเป็นระยะ					
51. การกำหนดให้พยาบาลอาวุโสติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลใหม่จนกว่าพยาบาลใหม่จะได้รับการประเมินผลผ่านตามเกณฑ์ที่หน่วยงานกำหนดไว้					
52. การกำหนดให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดความถี่ของการสุ่มประเมินมากขึ้นถ้าความเสี่ยงเกิดขึ้นบ่อยและรุนแรง					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
53. การกำหนดให้คณะกรรมการทบทวนแนวทางปฏิบัติหลังเกิดเหตุการณ์ทันที เพื่อกำหนดนโยบายและ ควบคุมมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ					
54. การกำหนดให้บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์รายงานเหตุการณ์ความเสียหายที่เกิดขึ้นด้วยวาจากับพยาบาลหัวหน้าเวร					
55. การกำหนดให้พยาบาลหรือพยาบาลหัวหน้าเวรรายงานแพทย์ตามระบบ สายงานของหน่วยงานเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น					
56. การกำหนดให้บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์เขียนรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นภายในเวร					
57. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามระบบสายงานที่หน่วยงานกำหนดไว้					
58. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากบุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์					
59. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้ติดตามรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงและการลงบันทึกความเสี่ยงในบันทึกทางการพยาบาลให้เสร็จในเวร					
60. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเขียนชี้แจงการดำเนินการจัดการ ความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้วภายในเวรที่รับผิดชอบ					
61. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรรายงานวิธีการจัดการความเสี่ยงที่ได้ทำไปแล้ว และสิ่งที่ยังดำเนินการอยู่แต่ยังไม่เสร็จเรียบร้อยให้แก่พยาบาลหัวหน้าเวรและบุคลากรในเวรต่อไปทราบ					
62. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรส่งบันทึกรายงานอุบัติการณ์ทันทีในกรณีที่ความเสี่ยงรุนแรงจะต้องดำเนินการจัดการความเสี่ยงอย่างเร่งด่วน					
63. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้นำบันทึกรายงานอุบัติการณ์ส่งตามสายงานที่หน่วยงานกำหนดไว้ใน 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่ง่วง					
64. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรรวบรวมเอกสารข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งตามสายงานที่หน่วยงานกำหนดไว้ในกรณีที่ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การร้องเรียนได้					
65. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรต่อไปวางแผนการดูแล ผู้ใช้บริการที่มี ความเสี่ยงก่อนเริ่มปฏิบัติงานการพยาบาล					
66. การกำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้รับรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
67. การกำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้รายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล					
68. การกำหนดให้พยาบาลใช้หลักการบริหารยากับผู้ใช้บริการทุกราย					
69. การกำหนดให้พยาบาลไม่รับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์หรือที่เป็นคำพูด ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน					
70. การกำหนดให้พยาบาลติดตามให้แพทย์เขียนคำสั่งทันทีในโอกาสแรกที่ทำได้ ในกรณีฉุกเฉิน ต้องรับคำสั่งทางโทรศัพท์หรือที่เป็นคำพูด					
71. การกำหนดให้พยาบาลลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลภายหลังปฏิบัติการพยาบาลเรียบร้อยแล้ว					
72. เมื่อเกิดเหตุการณ์การให้ยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาดพยาบาลที่อยู่ในเหตุการณ์จะต้องหยุดให้ยา/เลือด และสารน้ำทันที					
73. เมื่อเกิดเหตุการณ์การให้ยา/เลือด และสารน้ำผิดพลาด พยาบาลที่อยู่ในเหตุการณ์จะต้องประเมินอาการของผู้ใช้บริการ และตรวจวัดสัญญาณชีพ อย่างใกล้ชิด					
74. การกำหนดให้พยาบาลประเมินระดับสติสัมปชัญญะของผู้ใช้บริการ ทุกรายว่ามีความจำเป็นจะต้องได้รับการผูกมัดหรือไม่					
75. การกำหนดให้พยาบาลอธิบายให้ญาติผู้ให้บริการทราบทุกครั้งเมื่อผู้ให้บริการจำเป็นต้องได้รับการผูกมัด					
76. การกำหนดให้พยาบาลประเมินสีผิว การไหลเวียนโลหิตของผู้ให้บริการ ที่ได้รับการผูกมัดทุก 15 นาที					
77. การกำหนดให้พยาบาลแนะนำวิธีการดูแลผู้ให้บริการที่ได้รับการผูกมัดแก่ญาติที่เฝ้า					
78. การกำหนดให้บุคลากรย้ายผู้ให้บริการที่ได้รับการผูกมัดทุกรายมาอยู่ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจน					
79. การกำหนดให้พยาบาลรายงานแพทย์ทราบเพื่อปรับแผนการรักษาถ้าผู้บริการคืน สับสน ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่สามารถควบคุมอาการได้					
80. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์จะต้องรีบคลายบริเวณที่ถูกมัดทันที และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น					
81. การกำหนดให้บุคลากรย้ายผู้ให้บริการที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเตียง ลื่นหกล้มมาอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล หรือในตำแหน่งที่เจ้าหน้าที่มองเห็นชัดเจนทุกราย					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
82. การกำหนดให้มีผู้ติดตามผู้ใช้บริการที่มีภาวะเสี่ยงต่อการลื่นหกล้มเข้า ห้องน้ำทุกครั้ง					
83. การกำหนดให้บุคลากรแจ้งผู้ใช้บริการที่มีการรับรู้ปกติหรือไม่มีญาติทราบว่าจะต้องแจ้งบุคลากรทราบทุกครั้งเมื่อจะถูกลงจากเตียง					
84. การกำหนดให้บุคลากรตรวจเช็คสภาพเตียงทุกครั้งก่อนนำมาใช้					
85. การกำหนดให้บุคลากรดึงที่กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล					
86. การกำหนดให้บุคลากรร่วมกันดูแลมิให้พื้นเปียกและ					
87. การกำหนดให้บุคลากรวางป้ายห้ามเข้า และให้พนักงานทำความสะอาดรีบทำความสะอาดพื้นที่ทันที เมื่อพื้นเปียกและ					
88. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ใช้บริการได้ตกเตียง/ลื่นหกล้ม บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์จะต้องตรวจประเมินผู้ใช้บริการว่าได้รับบาดเจ็บบริเวณใดและให้การปฐมพยาบาล เบื้องต้น					
89. การกำหนดให้พยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับความรู้จากผู้ชำนาญการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เมื่อมีการนำมาใช้ใหม่ในหน่วยงาน					
90. การกำหนดให้บุคลากรได้รับการทบทวนความรู้การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ใช้ไม่น้อยทุก 6 เดือน					
91. การกำหนดให้พยาบาลใหม่ได้รับคำแนะนำการใช้และวิธีบำรุงรักษา เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกชนิด					
92. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันจัดทำคู่มือการใช้ วิธีการบำรุงรักษา ของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์แต่ละชนิดที่ง่ายต่อการเข้าใจ					
93. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันกำหนดตำแหน่งการจัดวางคู่มือการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์					
94. การกำหนดให้บุคลากรไม่นำเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุดมาใช้					
95. การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีอำนาจการตัดสินใจส่งผู้ใช้บริการ ไป รับบริการที่หน่วยงานอื่น กรณีบุคลากรในเวรที่ไม่มีความชำนาญในการใช้ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ชำรุด					
96. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี หรืออุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ชำรุด บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์ที่จะต้องตรวจ					



ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
ประเมินผู้ให้บริการว่าได้รับบาดเจ็บบริเวณใด และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น					
97. การกำหนดให้พยาบาลเขียนชื่อ-นามสกุล และเลขประจำตัวผู้ให้บริการติดที่ specimen ทุกครั้ง					
98. การกำหนดให้บุคลากรสอบถามชื่อผู้ให้บริการก่อนปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งด้วยคำถามปลายเปิด					
99. การกำหนดให้พยาบาลติดป้ายชื่อผู้ให้บริการที่นอนบนรถนอนหรือที่นั่งรถเข็น					
100. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลผิดคนพยาบาลจะต้องทบทวนคำสั่งการรักษาของแพทย์ใหม่อีกครั้ง					
101. เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลผิดจะต้องนำ specimen ที่เก็บได้ทิ้ง และทำใหม่ทันที					
<u>การประเมินผลความเสี่ยง</u>					
102. การกำหนดให้คณะกรรมการร่วมกันทบทวนสถิติ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับสถิติที่มีอยู่เดิมว่าความเสี่ยงลดลงหรือไม่					
103. การกำหนดให้คณะกรรมการเริ่มค้นหาความเสี่ยงใหม่ถ้า ความเสี่ยงยังไม่ ลดลง					
104. การกำหนดให้คณะกรรมการทบทวนหาข้อบกพร่องและหาแนวทางปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงถ้าความเสี่ยงยังไม่ลดลง					

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สูตรที่ใช้ในการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

(ประคอง กรรณสูตร, 2538)

$$\alpha = \left[ \frac{n}{n-1} \right] \left[ \frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right]$$

$\alpha$  = สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

$n$  = จำนวนข้อความ

$Si^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$St^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบสอบถามทั้งหมด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ย (Mean) (ประคอง กรรณสูตร, 2538)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ  $\bar{X}$  = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum X$  = ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน (ของตัวอย่างประชากร)

$N$  = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

2. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร, 2538)

$$S.D = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$  = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$  = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

$N$  = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง



ภาคผนวก ค

จดหมายเวียนเชิญร่วมสนทนากลุ่ม

จดหมายขอความอนุเคราะห์การใช้เครื่องมือ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/16.83

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

17 ธันวาคม 2544

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เนื่องด้วยนางสาววิมลพร ไสยวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร" โดยมี อาจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเวดี ลือพงศ์ลักษณ์ หัวหน้าพยาบาล ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นผู้ผู้เชี่ยวชาญโดยการ สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา ในการ สัมภาษณ์และสนทนากลุ่มต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวเวดี ลือพงศ์ลักษณ์ เป็นผู้ผู้เชี่ยวชาญ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ประนอม รอดคำดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนงานเรียน

หัวหน้าพยาบาล ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชศาสตร์ (นางสาวเวดี ลือพงศ์ลักษณ์)

งานจัดการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

รายชื่ออาจารย์ผู้ประสานงาน

อาจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9807

ที่อนิสิต

นางสาววิมลพร ไสยวรรณ โทร. 0-1988-5708

ที่ ทม 0342/356

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

1 มีนาคม 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางสาววิมลพร ไสยวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร" โดยมี อาจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการใช้เครื่องมือการวิจัยโดยใช้ คู่มือการบริหารความเสี่ยงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ประนอม รอดคำดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนอาจารย์ที่ปรึกษางานจัดการศึกษาชื่อนิสิต

ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ

อาจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9814

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

นางสาววิมลพร ไสยวรรณ โทร. 0-1988-5708

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาคผนวก ง**

**มาตรฐานการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาล**

**การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**

**กองการพยาบาล**

**กระทรวงสาธารณสุข**

**สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

## มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

### มาตรฐานที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วย (Triage)

ข้อความมาตรฐาน: พยาบาลวิชาชีพประเมินอาการที่เป็นอันตราย เสี่ยงต่อการเสียชีวิต จัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละรายได้ และให้การช่วยเหลือทันทีตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย

แนวทางปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<p>1. ตรวจสอบอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย และแก้ไขภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็วทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล ตามแนวทางวิธีปฏิบัติทางคลินิกของหน่วยงาน ประกอบด้วย</p> <p>1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว</p> <p>1.2 ประเมินทางเดินหายใจ</p> <p>1.3 ประเมินการหายใจ</p> <p>1.4 ประเมินระบบไหลเวียนโลหิต</p> <p>2. ให้ความช่วยเหลือตามแนวทางที่กำหนดเกี่ยวกับการช่วยหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพ การห้ามเลือด การช่วยเหลือสนับสนุนการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต (Circulation support) หรือการตามอวัยวะที่หัก</p> <p>3. ระบุตัวบุคคลผู้ป่วย (Patient identification) ให้ชัดเจนเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว</p> <p>4. วิเคราะห์จัดความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้ จำแนกเป็น</p> <p>4.1 ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent)</p> <p>4.2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent)</p> <p>4.3 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent)</p> <p>5. บันทึกข้อมูลการคัดกรองภาวะการเจ็บป่วยและปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นที่สำคัญต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย</p> <p>5.1 ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย (Triage level)</p> <p>5.2 อาการและอาการแสดงที่สำคัญเมื่อแรกรับ</p>	<p><u>ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินได้รับ</u></p> <p>1. การคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เร่งด่วนทันทีหลังจากเข้ารับบริการในหน่วยงาน</p> <p>2. การจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาลตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>3. การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต และการจัดการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสม ตามระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยทันเวลา</p> <p>4. การส่งต่อเข้ารับการรักษาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องเหมาะสม</p>

แนวทางปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
5.3 สัญญาณชีพ 5.4 ระดับความรู้สึกรู้ตัวหรือ Glasgow coma scale กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวหรือมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท 5.5 กิจกรรมการพยาบาลเบื้องต้น 6. รายงานแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน 7. ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	

## มาตรฐานที่ 2 การประเมินปัญหาและการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน

ข้อความมาตรฐาน: พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่ซ่อนเร้นภายหลังการแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (Ongoing assessment)

แนวทางปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1. ประเมินอาการหลักโดยใช้หลัก Primary survey อีกครั้งก่อนการประเมิน Secondary survey 2. ประเมินอาการตามหลัก Secondary survey จากข้อมูลที่ได้จากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ 2.1 ประวัติการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 2.2 กลไกการได้รับบาดเจ็บ (Mechanism of injury) ในกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บ 2.3 การใช้ยา/การแพ้ยา 2.4 การตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าโดยละเอียด 3. ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยรวบรวมและบันทึกเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสมกับธรรมชาติความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติของหน่วยงานหรืออย่างน้อย 3.1 ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก (Emergent) จะต้อง	1. ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินอาการและดูแลภาวะเจ็บป่วยตลอดเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน 2. ภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต (Life threatening) ได้รับการประเมินและแก้ไขอย่างทันที่ 3. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินอาการ/ปัญหา ก่อนจำหน่ายกลับบ้านหรือก่อนส่งต่อรับการรักษา



แนวทางปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<p>ได้รับการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 10-15 นาที</p> <p>3.2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะต้องได้รับการเฝ้าระวังทางระบบประสาททุกราย เช่น การประเมิน Glasgow coma score</p> <p>3.3 ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน (Urgent) จะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 30 นาที หรือตามมาตรฐานวิธีในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ</p> <p>3.4 ผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (Non urgent) จะต้องได้รับการประเมินอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพซ้ำระหว่างรอรับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และบ่อยครั้งถ้าอาการเลวลงตามแนวปฏิบัติในข้อ 3.1-3.3 หรือตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ</p> <p>4. ให้การช่วยเหลือ แก้ไขบรรเทาอาการ และแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ตรวจพบปัญหา</p> <p>5. ให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ กรณีการเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน</p> <p>6. ให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อม กรณีส่งต่อหรือจำหน่ายและต้องมีการประเมินสัญญาณชีพอาการและ อาการแสดงซ้ำ ถ้าอาการเลวลงจะต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ</p> <p>7. บันทึกผลการประเมิน อาการและอาการแสดงที่สำคัญที่ตรวจพบลงในแบบฟอร์มหรือบัตรตรวจโรค และรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เจ้าของไข้เพื่อการรักษาต่อเนื่อง</p>	

### มาตรฐานที่ 3 การส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย

ข้อความมาตรฐาน: พยาบาลวิชาชีพวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ และส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินอาการไม่สุขสบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน</li> <li>2. ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจระหว่างอยู่ในห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ</li> <li>3. ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่สะดวก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น</li> <li>4. ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพ อื่น ๆ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาล</li> <li>5. ประเมินแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษา ในกรณีมีอาการไม่สุขสบายไม่ทุเลาลง</li> <li>6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความไม่สุขสบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ อธิบายถึงแนวทางการช่วยเหลือ และวิธีการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นในขณะนอนพักรักษาตัวอยู่ในห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อาการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วยทุเลาลง</li> <li>2. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ</li> </ol>

#### มาตรฐานที่ 4 การส่งต่อการรักษา

ข้อความมาตรฐาน: พยาบาลวิชาชีพดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการส่งต่อการรักษา

แนวทางปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<p>1. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อการรักษาทุกรายทั้งในและนอกโรงพยาบาลจะต้องได้รับการดูแลในเรื่องต่อไปนี้ ก่อนการเคลื่อนย้ายตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก</p> <p>1.1 สัญญาณชีพ</p> <p>1.2 ทางเดินหายใจและการหายใจ</p> <p>1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต การได้รับสารน้ำทดแทนและการห้ามเลือดจากบาดแผล</p> <p>1.4 บาดแผล แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จะต้องได้รับการทำความสะอาดโดยใช้เทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>1.5 ความเสี่ยงที่หักของกระดูก แขน ขา</p> <p>1.6 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยระมัดระวังการเคลื่อนที่ของกระดูกส่วนที่หัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกสันหลัง</p> <p>1.7 ดูแลรักษาอวัยวะส่วนที่ขาดหรือบาดเจ็บ</p> <p>2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเหตุผลของการส่งต่อรักษา</p> <p>3. ประสานงานและส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลและอาการผู้ป่วยที่สำคัญกับหน่วยงานที่จะรับผู้ป่วยไปรักษาต่อ</p> <p>4. จัดเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลไปพร้อมกับผู้ป่วย พร้อมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย</p>	<p>1. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อการรักษาทุกรายปลอดภัยขณะเคลื่อนย้ายและส่งต่อ</p> <p>1.1 ไม่เกิดภาวะคุกคามชีวิต (Life threatening) ระหว่างการเคลื่อนย้าย</p> <p>1.2 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเคลื่อนย้าย/ส่งต่อ</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องทันทีที่ส่งต่อรักษาถึงหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง</p>

## มาตรฐานที่ 5 การให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิของผู้ป่วย

ข้อความมาตรฐาน: 5.1 พยาบาลวิชาชีพจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบทบาทความรับผิดชอบ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความต้องการและความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ</li> <li>2. ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ถึงภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์</li> <li>3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติตามแผนที่วางไว้กับแพทย์เจ้าของไข้ โดยวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์</li> <li>4. ประเมินพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและญาติ ถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง</li> <li>5. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย</li> <li>6. ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล (ยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย)</li> <li>7. อธิบายหรือชี้แจงเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ความสำคัญของการรักษาพยาบาลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา (Informed consent)</li> <li>8. ผู้ป่วยที่กลับไปสังเกตอาการต่อเนื่องที่บ้านจะต้องได้รับคำแนะนำและหรือเอกสารการดูแลตนเอง/สังเกตอาการผิดปกติ</li> <li>9. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับคำแนะนำและบันทึกการรับรู้/ความเข้าใจไว้เป็นหลักฐาน</li> <li>10. กรณีผู้ป่วยขอลากลับบ้านโดยไม่สมัครใจรับการักษาพยาบาลวิชาชีพต้องให้คำแนะนำ หรือเอกสารการดูแลตนเอง และซักซ้อมความเข้าใจ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเหมาะสม รวมถึงแนวทางการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ผู้ป่วยและญาติรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยในขณะนั้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม</li> <li>1.2 ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบแผนการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง</li> <li>1.3 ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตน</li> <li>1.4 ผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านเข้าใจวิธีการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน</li> </ol> </li> </ol>

แนวทางปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<p>เกี่ยวกับการสังเกตอาการและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มีสิทธิรับผิดชอบผู้ป่วยตามกฎหมาย ลงลายมือชื่อกำกับ เพื่อแสดงการยอมรับและเข้าใจในคำอธิบายไว้เป็นหลักฐาน</p> <p>11. กรณีการแจ้งข่าวร้าย ให้ดำเนินการตามแนวทางวิธีปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานกำหนดไว้</p> <p>12. กรณีที่ต้องเปิดเผยข้อมูลต่อผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ให้ระมัดระวังการรักษาความลับของผู้ป่วยและให้ปฏิบัติตามแนวทางวิธีปฏิบัติที่หน่วยงานกำหนดไว้</p>	

ข้อความมาตรฐาน: 5.2 พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลบนพื้นฐานของความเคารพในคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล

แนวทางปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<p>1. พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ และเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ ในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้นหรือเชื้อชาติ ศาสนา</p> <p>2. พยาบาลวิชาชีพต้องปกป้องผู้ป่วยไม่ให้ถูกล่วงล้ำหรือละเมิดสิทธิส่วนบุคคลในทางที่ไม่เหมาะสมตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย</p> <p>3. ก่อนให้การพยาบาลใด ๆ ต้องแน่ใจว่า</p> <p>3.1 ได้บอกให้ผู้ป่วยได้รับทราบแม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว</p> <p>3.2 ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น</p> <p>3.3 สถานที่/บริเวณให้การพยาบาลเป็นสัดส่วนมิดชิด</p> <p>4. พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นแบบอย่างและควบคุมกำกับในสมาชิกทีมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลแม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว</p>	<p>1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการปฏิบัติในฐานะบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน</p> <p>2. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการพิทักษ์สิทธิตลอดระยะเวลาที่รับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน ห้องสังเกตอาการ หรือในขณะส่งต่อ</p>

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิมลพร ไสยวรรณ เกิดวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2512 ที่อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ในปีการศึกษา พ.ศ.2535 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรชั้นสูงด้านการจัดการอบรม โครงการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีการศึกษา พ.ศ.2539 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2542 ปัจจุบันเป็นเจ้าของที่พิจารณาสินไหม บริษัทอเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซัวร์นส์ จำกัด



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย