

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โครงการการนำเสนอมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นั้นได้ศึกษาแนวคิด จากตำรา หนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัย จะได้เสนอมาเป็นลำดับดังนี้คือ

#### 1. ความเสี่ยง

- 1.1 ความหมายของความเสี่ยง
- 1.2 ประเภทของความเสี่ยง
- 1.3 ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด
- 1.4 สาเหตุของความเสี่ยง

#### 2. การบริหารความเสี่ยง

- 2.1 ความหมาย
- 2.2 ความเป็นมาของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- 2.3 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
- 2.4 ความสัมพันธ์ของการบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพ
- 2.5 การรายงานอุบัติการณ์ / รายงานเหตุการณ์
  - 2.5.1 ความสำคัญ
  - 2.5.2 การบันทึกรายงานอุบัติการณ์และรายงานเหตุการณ์
  - 2.5.3 องค์ประกอบของรายงานอุบัติการณ์ที่เหมาะสม

#### 3. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการบริหารความเสี่ยง

#### 4. การกำหนดมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด

- 4.1 ความหมายของมาตรการ
- 4.2 มาตรการควบคุมความเสี่ยง
- 4.3 กระบวนการเอไอซี
- 4.4 การกำหนดมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการ

พยาบาลผ่าตัดของโครงการนี้

#### 5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 1 ความเสี่ยง (Risk )

###### 1.1 ความหมายของความเสี่ยง

คำว่า "ความเสี่ยง" มีผู้ให้ความหมายของความเสี่ยงไว้มากมาย

พจนานุกรม Macmillan Contemporary Dictionary ได้ให้ความหมายว่า ความเสี่ยง เป็นโอกาสที่จะสูญเสีย หรือได้รับอันตราย ( Halsey, 1979: 859 )

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

6 ต้นทุนค่าใช้จ่ายแอบแฝงจากความเจ็บปวดและการบาดเจ็บ ความเครียด คุณภาพบริการที่ลดลง ทรัพยากรที่ใช้ในการทดแทน ปรับปรุงคุณภาพ ลดเวลาที่ล่าช้า อีกทั้ง ความเสี่ยงจากการที่ชื่อเสียงของวิชาชีพถูกทำลาย ค่าใช้จ่ายในการประชาสัมพันธ์และการจัดการภาวะวิกฤตเพื่อปกป้องชื่อเสียงของสถานพยาบาลและเจ้าหน้าที่

ความเสี่ยงหมายถึง โอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บ/เสียหาย เหตุร้าย อันตรายและความไม่แน่นอน ( Wagemaker, 2541 )

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความเสี่ยงหมายถึงโอกาสที่พบสิ่งไม่พึงประสงค์อันอาจให้เกิดการบาดเจ็บ เสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย ความไม่แน่นอน และการถูกเปิดเผย

นอกจากนี้แล้วยังมีคำที่ใกล้เคียงกันอีกได้แก่ Near Miss, Sentinel Event, Adverse Sentinel Event

Near Miss หมายถึงเหตุการณ์ที่เกือบผิดพลาด เป็นเหตุการณ์อาจจะเป็นอุบัติเหตุการณ์ได้ แต่สามารถจัดการได้ทันท่วงที่ทำให้เหตุการณ์หรือความผิดพลาดไม่เกิดขึ้น ( Wilson, 1999b: 58, 71 )

Sentinel Event, Adverse Sentinel Event คือเหตุการณ์ผิดความคาดหมายที่มีผลถึงตาย ได้รับบาดเจ็บทางร่างกายหรือจิตใจ หรือมีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ( Dew, 1991 cited in Beyea and Nicholl, 1999: 704 )

## 1.2 ประเภทของความเสียง

ประเภทของความเสียงนั้นมีการจำแนกแบ่งไว้หลายแบบด้วยกัน

1.2.1. จำแนกตามระดับโรงพยาบาล และระดับหน่วยงาน ( Key Hospital Risks and Departmental Risks )

1.2.1.1 ความเสียงระดับโรงพยาบาล ( Kanit Muntapom and Surachart Na Nongkai, 1997: 52 ) ทางโรงพยาบาลจะกำหนดความเสียงสำคัญๆ เป็นประเภทไว้เพื่อเป็นตัวชี้วัดของความเสียงของโรงพยาบาล สำหรับใช้ในการบริหารความเสียงของโรงพยาบาล ซึ่งแล้วแต่ละนโยบายของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ว่าความเสียงอะไรบ้างที่ต้องรายงาน บางโรงพยาบาลก็กำหนดเฉพาะที่สำคัญ บางโรงพยาบาลก็กำหนดโดยใช้แบบรายงานอุบัติเหตุการณ์ละเอียดมาก เพราะใช้ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพ (Confidential Variance Report

form # 2444 Rev. 4 3/94 Holy Cross Hospital, Fort Lauderdale, FL ) หรือใช้แบบรายงานที่มาจากบริษัทประกันภัยนำมาให้ใช้ ( Iyer and Camp, 1995:178-179 )

1.2.1.2 ความเสี่ยงระดับหน่วยงาน เป็นความเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงของหน่วยงาน ดังตัวอย่างความเสี่ยงของแผนกรังสีวิทยา

ความเสี่ยงของแผนกรังสีวิทยาดังนี้ ( อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543: 19 )

1) อันตรายต่อผู้ป่วย

1.1) การแพ้สารทึบรังสีอย่างรุนแรง (Anaphylactic Reaction)

1.2) การตกจากเตียงเอกซเรย์

1.3) ผู้ป่วยซึ่งไม่มีผู้ดูแลอาจเดินไปรอบๆ อาเจียนและล้ม มีอาการชัก ตกจากเปล น้ำเกลือหมด

1.4) การบาดเจ็บที่หลังของผู้ป่วยเนื่องจากการเคลื่อนย้ายขึ้นและลงจากเตียงเอกซเรย์

1.5) อันตรายจากเครื่องล็อกและเครื่องควบคุมการทำงานผิดพลาดทำให้กล้องหรือหลอดภาพตกใส่ผู้ป่วย

2) ความเสี่ยงต่อเครื่องมือ

2.1) เครื่องถ่ายภาพรังสีด้วยคอมพิวเตอร์เนื่องจากเครื่องควบคุมความชื้นหรืออุณหภูมิไม่ทำงานหรือใช้งานผิดวิธี

2.2) เครื่องถ่ายภาพรังสีและและเครื่องถ่ายภาพรังสีชนิดเคลื่อนที่ ( Portable X- Ray ) ชำรุด

3) อันตรายต่อเจ้าหน้าที่

3.1) อันตรายจากรังสี

3.2) อันตรายจากการใช้สารเคมี

3.3) การบาดเจ็บจากเครื่องมือ

4) ความผิดพลาดในการถ่ายภาพหรือวินิจฉัย

4.1) อ่านฟิล์มผิดหรือไม่ได้เห็นภาพที่ถ่ายอย่างครบถ้วน

1.2.2. จำแนกตามความเสี่ยงด้านคลินิกและไม่ใช่คลินิก ( Clinical Risk and Nonclinical Risk )

1.2.3 จำแนกตามสถานที่ที่เกิดความเสี่ยง: เช่น ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด  
หอผู้ป่วย

1.2.4. จำแนกตามค่าชดเชยความเสียหาย เช่นเป็นความเสี่ยงที่จ่าย  
ค่าชดเชยความเสียหายต่ำกว่า 500 เหรียญสหรัฐ และความเสี่ยงที่จ่ายค่าชดเชยความเสียหาย  
สูงกว่านั้น

1.2.5. จำแนกตามคำพิพากษา ความเสี่ยงประเภทคดีแพ่ง คดีอาญา

1.2.6 จำแนกตามผู้ที่รับความเสี่ยง Kock and Fairly ( 1993: 96 ) ได้  
แบ่งประเภทของความเสียหายที่พยาบาลเกี่ยวข้องกับด้วยดังนี้คือ

1.2.6.1 ความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลต้องเข้าใจใน  
บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่วิชาชีพพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องปฏิบัติตามการพยาบาลที่ได้มี  
ความระมัดระวังและอย่างมีทักษะเชกเช่นเดียวกับพยาบาลที่ได้รับการศึกษาอบรม และมีประสพ  
การณ์ที่จะพึงปฏิบัติในสภาพเดียวกัน มาตรฐานการดูแลและการปฏิบัติ นั้นได้มาจากหลายวิธี  
การดังนี้ กฎหมายวิชาชีพพยาบาลของแต่ละรัฐ หน่วยงานรับรองมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ  
นโยบายและระเบียบปฏิบัติของหน่วยงาน การปฏิบัติในชุมชน องค์การวิชาชีพระดับชาติ และการ  
วิจัยทางการพยาบาล

1.2.6.2 ความเสี่ยงของนายจ้าง นายจ้างต้องรับผิดชอบต่อ  
ความปลอดภัย สภาพแวดล้อม การจ่ายเงินชดเชยการจ้างงาน และรับผิดชอบต่อผลิตผล  
พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการที่จะลดความเสี่ยงของนายจ้างของการถูกฟ้องร้อง โดยการ  
ปฏิบัติตามการพยาบาลตามมาตรฐาน และมีส่วนร่วมใน ระบบการค้นหาความเสี่ยง

1.2.6.3 ความเสี่ยงของผู้ป่วย ผู้รับบริการ หรือผู้มาเยี่ยม ความ  
เสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยสามารถแบ่งประเภทได้ดังนี้คือ ( อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543: 4 )

1) ความเสี่ยงด้านกายภาพ ( Physical Risk ) เป็น  
ความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การลื่นหกล้ม การตกเตียง การ  
ติดเชื้ การดัดอวัยวะผิดหรือตัดส่วนของร่างกายออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การทำร้าย  
ร่างกาย การให้ยาผิด การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอ การรักษาล่าช้า จากการประเมิน  
ปัญหาไม่ถูกต้อง หรือ จากการประเมินปัญหาล่าช้า

2) ความเสี่ยงด้านอารมณ์ ( Emotional Risk ) เป็น  
ความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การทำให้อับอายขายหน้า  
การทำให้เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่มองไม่เห็นหรือ  
พยากรณ์ไม่ได้ หรือละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอแก่การตัดสินใจ

3) ความเสี่ยงด้านสังคม ( Social Risk ) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเสียหายด้านสังคม ได้แก่ การละเมิดสิทธิผู้ป่วย การเปิดเผยความลับเกินความจำเป็น การไม่รักษาความลับ รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

4) ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ ( Spiritual Risk ) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจคาบเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัวที่ประสบความสูญเสียอวัยวะหรือชีวิต การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ ตัดสินใจไม่ได้ หรือการกระทำใดๆ ซึ่งเป็นการทำลายความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว

#### 1.2.7. ประเภทความเสี่ยงที่แบ่งแบบอื่นๆ

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul ( 2543: 3 ) ได้จำแนกประเภทของความเสี่ยงของโรงพยาบาลไว้ว่า มี 7 ประการดังนี้คือ

1.2.7.1 ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล

1.2.7.2 การเสื่อมเสียชื่อเสียงซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน

1.2.7.3 การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและดำเนินการ ไม่ว่าจะรายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

1.2.7.4 การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย และญาติ ของเจ้าหน้าที่ หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล

1.2.7.5 การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน

1.2.7.6 การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณนั้นรวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา

1.2.7.7 ภาระในการชดเชยค่าเสียหายซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล

นอกจากนี้แล้วในแต่ละหน่วยงานอาจแบ่งความเสี่ยงเป็นประเภทต่างๆอีก

### 1.3 ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด

ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดนั้นมีได้มากมายในที่นี้จะเน้นถึงความเสี่ยงที่พบกันบ่อย จึงจัดเป็น 2 ประเภทคือความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยและความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัด

#### 1.3.1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย

ความเสี่ยงในห้องผ่าตัดที่พบบ่อยๆ ( Gruendemann and Fensebner, 1995: 95; Iyer and Camp, 1995:156) ได้แก่ มีสิ่งแปลกปลอมค้างในร่างกาย การพลัดตกหกล้ม ได้รับบาดเจ็บจากสารเคมี ไฟฟ้าและความร้อน การไม่ได้ปฏิบัติตามการรักษาอย่างถูกต้อง การขาดสังเกตอาการและรายงานอาการเปลี่ยนแปลง การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน การใช้เครื่องมือที่ชำรุดบกพร่อง การไม่ได้ประเมินสภาพผู้ป่วยและซักถามประวัติไม่ครบถ้วน ไม่ได้บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และไม่รายงานการปฏิบัติที่เบี่ยงเบนจากการปฏิบัติอันเป็นที่ยอมรับกัน ( Luquire, 1989 cited in Gruendemann and Fensebner, 1995: 95) การผ่าตัดโดยไม่มีใบยินยอมผ่าตัดที่ได้รับการบอกกล่าว การผ่าตัดผิดตำแหน่ง การประมาทเลินเล่อ ความผิดพลาดในการจัดท่า/การหนุนรอง และไม่ได้ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ( Iyer and Camp, 1995: 156 )

สำหรับสถิติของประเภทความเสี่ยงในห้องผ่าตัดนั้นช่วงระหว่างปี ค.ศ.1994-1996 พยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 4800 คนที่ทำประกันไว้กับสำนักงานตัวแทนประกัน Maginnis and Associates ได้มีพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 45 คนซึ่งนับว่าเกือบถึง ร้อยละ 1 ของพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ประกัน ได้ถูกฟ้องร้องเป็นคดีเกี่ยวกับมีสิ่งแปลกปลอมค้างในร่างกาย 9 ราย ( ร้อยละ 20 ) บาดแผลไฟไหม้ 4 รายซึ่งจะเกี่ยวข้องกับเครื่องจี้ไฟฟ้า 3 รายและเครื่องเลเซอร์ 1 ราย คดีที่เกี่ยวข้องกับจัดท่า 3 ราย ได้แก่ ไม่ได้ดูแลตรวจตราการจัดท่าผู้ป่วย 1 ราย คดีผู้ป่วยตกจากเตียงผ่าตัด 1 ราย และมีพยาธิสภาพของประสาทที่แขนทั้ง 2 ข้าง ( Bilateral Ulna Neuropathy ) 1 ราย คดีผ่าตัดหัวเข่าผิดข้าง 3 ราย คดีบาดเจ็บต่อเส้นประสาท ( Peroneal Nerve ) 1 ราย คดีใช้เครื่องรัดห้ามโลหิต( Toumiquet ) เป็นระยะเวลานานเกินไป 1 ราย คดีให้ยาเกินขนาดจนหัวใจหยุดเต้น 1 ราย เครื่องมือที่ใช้เจาะชำรุดเสียหาย 1 ราย ( Murphy, 1997: 973 )

#### 1.3.2. ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

คณะทำงานดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ปฏิบัติงานของสหรัฐอเมริกา ( US Health Care Workforce ) ได้แบ่งอันตรายของผู้ปฏิบัติงาน 4 ประเภทดังนี้ ( cited in Peppins et al., 1997: 1539)

1.3.2.1 ด้านชีวภาพ ( Biological ) ได้แก่เชื้อโรคต่างเช่น เชื้ออหิวตไศยะ วัณโรค โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่หน่วยงานความปลอดภัยและสุขอนามัยของผู้ปฏิบัติงานได้ระบุว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือด ((Roth, 1995: 174 )

1.3.2.2 ด้านสารเคมี ( Chemical ) เช่นน้ำยา สารเคมี ยาสลบในห้องผ่าตัดมีการใช้น้ำยา สารเคมีในการฆ่าเชื้อโรค เพื่อให้ปลอดภัย ทำความสะอาดมากมาย

1.3.2.3 ด้านกายภาพ ( Physical ) เช่น อันตรายจากรังสี ไฟฟ้า ความร้อน บาดเจ็บจากเข็มตำ การยกผู้ป่วย เป็นต้น บุคลากรในห้องผ่าตัดเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลากรอื่นในโรงพยาบาล (Roth, 1995: 175 ) จากการศึกษาอุบัติเหตุจากการผ่าตัดจำนวน 1382 ชนิดการผ่าตัดพบว่ามีเกิดบาดเจ็บจากของมีคม 99 ราย ในการผ่าตัด 95 ชนิดการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 6.9 และพบว่า จากเข็มเย็บแผล 76 ราย และ 19 ราย จาก ปลายหัตถ์ ไขว้มีดผ่าตัด ลวดเย็บแผล เครื่องมือผ่าตัด และเศษกระดูก ( Tokars, 1992: 2899-2904 ) และจากการศึกษาคณะกรรมการตรวจสอบได้ศึกษาอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในการบริการสาธารณสุขแห่งชาติของสหราชอาณาจักร (National Health Service) ปี ค.ศ. 1998 บาดเจ็บจากของมีคมพบมากที่สุดในบรรดาที่เกิดอุบัติเหตุเกิดกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน คือร้อยละ 16 ของอุบัติเหตุทั้งหมด นอกจากการบาดเจ็บจากของมีคมแล้วยังมี การเดินสะดุดและหกล้ม ลื่น มือหยิบจับไม่ถูกต้อง ถูกทำร้ายร่างกาย ขนกับของแข็ง บาดเจ็บฟกช้ำ มีดบาด ถูกตีด้วยของแข็ง อันตรายจากร้อนและเย็น สารอันตราย ( Wilson, 1999b: 617 )

ในห้องผ่าตัดมีการเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆมากมายการใช้เครื่องไฟฟ้ามีอันตรายจากไฟฟ้า เครื่องเลเซอร์ก็มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายถึงผู้ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ เครื่องไอน้ำความดันสูง ฯลฯ ต่างๆจึงควรระวัง

1.3.2.4 ด้านจิต สัง คม ( Psychosocial ) เนื่องมาจากความเครียดในงาน

## 1.4 สาเหตุของความเสี่ยง

Wilson ( 1999b: 47 ) ได้กล่าวไว้ว่าสาเหตุของความเสี่ยงมีดังนี้

1.4.1 ความล้มเหลวของระบบ ( System Failure) เนื่องจากไม่ได้มีการระบุกระบวนการ นโยบาย วิธีปฏิบัติ และแนวทางปฏิบัติ ให้ชัดเจน



1.4.2 เจ้าหน้าที่กระทำการลัดขั้นตอน ลัดกระบวนการ จากหลายสาเหตุ ทั้งภาระงานหนัก แรงกดดันจากความเครียดและไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่ความผิดพลาด ผ่าฝืน หรือจงใจกระทำสิ่งที่ไม่ปลอดภัย

1.4.3 มีปัญหาการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ ( Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000 ) และระหว่างหน่วยงาน ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ

1.4.4 ไม่ได้ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน

1.4.5 ไม่ได้ฝึกฝนอบรมเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ เพื่อให้มีความรู้ ทักษะที่ทันสมัย

1.4.6 นโยบาย วิธีปฏิบัติที่มีอยู่ไม่ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

1.4.7 การทำงานระหว่างหน่วยงานมีปัญหาด้านการให้ข้อมูล แต่ละหน่วยต่างทำกันไปไม่ได้ประสานงานกัน

1.4.8 ผู้ปฏิบัติงานไม่ซื่อสัตย์ จงใจให้เกิดความชะงักงันของระบบจนเกิดความเสียหาย

## 2. การบริหารความเสี่ยง

### 2.1 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการนำเอากลวิธีเกี่ยวกับ การป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย การลดความสูญเสียทางการเงิน และสงวนทรัพย์สินขององค์กรเอาไว้ได้ (Marriner- Tomey, 1991: 445)

สมาคมโรงพยาบาลอเมริกัน( cited in Connors and Guthries, 1992: 240 )ได้ให้ความหมายการบริหารความเสี่ยงว่าเป็นศาสตร์สำหรับการค้นหา ประเมิน และบำบัดความเสี่ยงจากการสูญเสียทางการเงิน

การบริหารความเสี่ยงเป็นโปรแกรมขององค์กรที่จะค้นหาความเสี่ยง ควบคุมเหตุการณ์ ป้องกันความเสียหายและควบคุมความสูญเสียการเงินทางด้านกฎหมาย ( Mebberg, 1996: 500 )

การบริหารความเสี่ยงถือเป็นความรับผิดชอบที่จะป้องกันและควบคุมความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น โดยวิเคราะห์ประเมินผลและวางแผน เพื่อลดความรุนแรงหรือความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุ หรือบาดเจ็บที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ( ฟาริดา อิบราฮิม, 2537: 161 )

การบริหารความเสี่ยงคือกระบวนการหรือระบบบริหารเพื่อคุ้มครองทรัพยากรขององค์กรซึ่งมีกิจกรรมสำคัญได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความรุนแรงและความถี่ของความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง การประเมินผล( อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, 2542: 7 )

การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีการค้นหา วิเคราะห์ บำบัด และประเมินอันตรายที่เกิดขึ้นจริงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ( Swansburg, 1996: 608 )

## 2.2 ความเป็นมาของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงนั้นเริ่มต้นในสหรัฐอเมริกาประมาณ ค.ศ. 1950 แหล่งที่เป็นต้นกำเนิดของการบริหารความเสี่ยงบ้างก็ว่ามาจากอุตสาหกรรมทางการบิน ( Poteet, 1983: 457 ) แต่บ้างอ้างว่ามาจากการประกันภัย ( Pelle, 1992: 115 ) ต่อมาการบริหารความเสี่ยงก็ได้ขยายมายังวงการอื่นๆ รวมทั้งวงการสุขภาพ ในปี ค.ศ.1965 มีคดีความระหว่าง Darling และ Charleston Community Memorial Hospital เป็นคดีที่มีความสำคัญต่อผู้บริหารของโรงพยาบาลเนื่องจากโรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของบุคลากรที่ปฏิบัติงานตามวิชาชีพในโรงพยาบาลด้วย ( Poteet, 1983: 458 ) ต่อมาคดีฟ้องร้องโรงพยาบาลต่างๆมากขึ้น โรงพยาบาลได้ดำเนินการเพื่อป้องกันและลดความเสียหาย ซึ่งในขณะนั้นเน้นที่ลดความเสียหายทางการเงินที่ต้องถูกเรียกร้องให้ชดใช้ แนวทางการบริหารจัดการด้านความเสี่ยงที่ดำเนินการประมาณ ค.ศ. 1970 นั้นมี 3 แนวทางคือ (Gruendeman and Fernsebner, 1995: 92; กฤษดา แสงดี, 2542: 36 )

1.การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance ) คือ โรงพยาบาลจะไม่ทำกิจกรรมหรือให้บริการพิเศษที่ไม่มีความชำนาญหรือมีทรัพยากรที่จะเอื้ออำนวยอย่างเพียงพอ

2. การยอมรับความเสี่ยง ( Risk Retention ) ในกรณีที่โรงพยาบาลยอมรับว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีความเสียหายน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการประกันความเสี่ยง โรงพยาบาลจะจัดงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อชดใช้ค่าเสียหายที่อาจเกิดขึ้น

3.การถ่ายโอนความเสี่ยง ( Risk Transfer ) คือ การที่โรงพยาบาลถ่ายโอนความรับผิดชอบความเสี่ยงให้หน่วยงานอื่น โดยการซื้อประกันและจ่ายเบี้ยประกันแก่บริษัทประกัน กล่าวคือ บริษัทประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบความเสี่ยงแทนโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงในยุคแรกมุ่งความเสียหายทางการเงิน แต่ความเป็นจริงปรากฏว่าการฟ้องร้องค่าเสียหาย กับทวีความรุนแรงมากขึ้น การดำเนินการตามแนวทาง 3 แนวทางดังกล่าวไม่อาจลดความผิดพลาดอันเป็นเหตุให้เกิดการฟ้องร้องได้ บริษัทประกันหลายแห่งยกเลิกประกัน หลายแห่งเพิ่มเบี้ยประกันให้สูงขึ้น และหลายแห่งมีเงื่อนไขกับโรงพยาบาลว่าจะรับประกันเมื่อมีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดีพอ ต่อมาจึงมีการบริหารความเสี่ยงร่วมกับการประกันคุณภาพ / การพัฒนาคุณภาพ

### 2.3 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงมีหลักการเป็นขั้นตอนดังนี้ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินผลของความเสี่ยง การกำจัดความเสี่ยง การลดความเสี่ยงและ การถ่ายโอนความเสี่ยง ( Rakich, Longest and Darr, 1985: 310 )

กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการประกอบด้วย ด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้คือ การค้นหาความเสี่ยง ( Risk Identification) การวิเคราะห์ความเสี่ยง ( Risk Analysis ) การบำบัดความเสี่ยง ( Risk Treatment ) การประเมินความเสี่ยง ( Risk Evaluation ) และการติดตาม ( Follow – Up ) ( Pelle, 1988: 120; Marriner- Tomey, 1991: 445)

การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมทางคลินิกและทางการบริหารขององค์การสุขภาพ เพื่อที่จะค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง และลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บและสูญเสียต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ผู้มาเยี่ยม และองค์กร ( Clement, 1995 cited in Kanit Muntabhom and Surachart Na Nongkhai, 1997: 48 )

การบริหารความเสี่ยง นั้นเป็นระบบการบริหารความเสี่ยงที่มี ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การบำบัดความเสี่ยงและการประเมินผลกวิธิในการบำบัดความเสี่ยง ( Wilson, 1999b: 54)

การบริหารความเสี่ยงคือกระบวนการหรือระบบบริหารซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง การประเมินผล( อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543: 7 )

อาจสรุปได้ว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่จะลดหรือป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และประเมินผล

แนวความคิดการบริหารความเสี่ยงของอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ( 2543: 7-24 ) มีกระบวนการรายละเอียดดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง ( Risk Identification ) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย เป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหาเพื่อการจัดการได้อย่างเหมาะสมในอนาคต การค้นหาความเสี่ยงทำได้หลายวิธี

1.1 การรายงานอุบัติการณ์ ( Incident Report )

1.2 การคัดกรองเหตุการณ์ ( Occurrence Screening )

1.3 การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ( Peer Review )

1.4 คำร้องเรียนของผู้ป่วย ( Patient Complaints )

1.5 การสำรวจ/ การสัมภาษณ์หน่วยงาน ( Department Survey )

1.6 จากประสบการณ์ในอดีต ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว ประสพการณ์ของบุคคล จากการระดมสมอง ประสพการณ์บุคคลอื่นตามวารสาร การประชุมวิชาการ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

2. การประเมินความเสี่ยง ( Risk Assessment ) เป็นกระบวนการที่ค้นหาโอกาสการเกิดความรุนแรงของการสูญเสียจากรisk ที่ค้นหาได้ และความเป็นไปได้ที่ความสูญเสียจะเกิดขึ้น การวิเคราะห์ความเสี่ยงต้องพิจารณาอย่างต่อเนื่อง แบ่งความเสี่ยงเพื่อประเมินโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียของแต่ละเหตุการณ์ว่า มีความถี่และความรุนแรงเพียงใด มีผลทางคลินิกอย่างไร มีผลต่อองค์การอย่างไร

ตารางที่ 1 รูปแบบการประเมินความเสี่ยงระดับหน่วยงานและโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543: 23 )

	ปัจจุบัน	จากอดีตไปอนาคต
ระดับหน่วยงาน	ควบคุมความเสียหาย	จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ( Risk Profile )
ระดับโรงพยาบาล	ควบคุมความเสียหาย	ประเมินน้ำหนักความเสี่ยง

2.1 การควบคุมความเสียหาย คือการประเมินขั้นต้นด้วยสัญญาติญาณและตอบสนองอย่างเฉียบพลัน ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในเหตุการณ์ และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น ซึ่งเกิดขึ้นภายในเป็นนาที และต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบเพื่อทบทวนในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

ในขณะที่เจ้าหน้าที่กำลังเข้าไปแก้ไขเหตุการณ์ ควรมีคำถามเหล่านี้อยู่ในใจอย่างต่อเนื่องว่าเกิดอะไรขึ้น อะไรเป็นสาเหตุ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร เราจัดการเองได้หรือไม่ หรือต้องการความช่วยเหลือ เมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วจะกลับไปคำถามว่าอะไรเป็นสาเหตุ นำไปสู่การสืบค้น เพื่อให้มั่นใจไม่มีอันตรายเพิ่มขึ้นหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นอีก กิจกรรมสุดท้ายคือการรายงานผู้บังคับบัญชา กิจกรรมเหล่านี้เป็นการจัดการความเสี่ยงที่ทุกคนต้องทำด้วยความรับผิดชอบในสิ่งที่อยู่ตรงหน้า

2.2 การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน คือการวาดภาพว่าหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งมีทั้งความเสี่ยงทั่วไป และความเสี่ยงเฉพาะเจาะจงของหน่วยงาน การจัดทำลักษณะความเสี่ยงของหน่วยงาน เริ่มต้นด้วยการทำบัญชีความเสี่ยงที่พบ ต้องมีการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆ การวิเคราะห์ ความถี่และความรุนแรง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงตัวอย่างตารางการวิเคราะห์ความถี่และความรุนแรง ( อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543: 24 )

ความถี่	ความรุนแรง	
	ต่ำ	สูง
ต่ำ	ของหาย	ผลไม่พึงประสงค์ในการบริการสุติกรรมและวิสัยทัศน์
สูง	ตกเตียง ให้ยาผิด	การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุติดๆกัน

3. การจัดการความเสี่ยง ( Action to Manage Risk ) การจัดการความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน/แผนกคือการควบคุมการสูญเสีย ส่วนการบริหารเงินชดเชยเป็นการจัดการระดับโรงพยาบาล

3.1 การควบคุมความเสียหาย กลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความเสียหาย ได้แก่ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543: 25 )

3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ( Risk Avoidance )

3.1.2 การถ่ายโอนความเสี่ยง ( Risk Transfer ) เป็นการถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังหน่วยงานอื่น ผู้อื่น เช่นการจ้างเหมาให้บริการมาดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน การส่งตรวจพิเศษบางอย่างที่ทำไม่บ่อยไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก

3.1.3 การป้องกันความเสี่ยง ( Risk Prevention ) การป้องกันความเสี่ยงมีหลายรูปแบบได้แก่

3.1.3.1 การปกป้อง ( Protection ) เช่น การใส่เสื้อตะกั่ว การฉีดวัคซีน การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับเหตุการณ์สูงบางอย่าง เป็นต้น

3.1.3.2 การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมีมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ

3.1.3.3 การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่นการรับส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด การตรวจสอบอุปกรณ์เป็นต้น

3.1.2.4 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เพื่อให้ทุกคนตระหนักว่าสามารถจำกัดขอบเขตหรือป้องกันความเสี่ยงโดยวิธีใด ทำให้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกระบวนการป้องกันความเสี่ยง

3.1.4 การลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ การดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นสะดวกสบายให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา ภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย เพื่อลดความไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้นให้มากที่สุด เพื่อมิให้ความเสียหายนั้นลุกลาม การสื่อสารที่ดีจะช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้องได้

3.1.5 การแบ่งแยกความเสี่ยงหรือการจัดแบ่งสำรองทรัพย์สิน ( Risk Segregation or Asset Segregation ) ทรัพย์สินที่สำคัญคือ เงิน สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรบุคคล สาธารณูปโภค สาธารณเทศ ควรมีการจัดแบ่งสำรองให้รัดกุม

### 3.2 การชดเชยความเสียหาย

3.2.1 การชดเชยค่าเสียหายโดยโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นจะเป็นการจ่ายจากบัญชีเงินสด หรือกองทุนสำรองโดยเฉพาะ

3.2.2 การถ่ายโอนความรับผิดชอบให้องค์การอื่นเช่นการทำประกัน

4. การประเมินผลความเสี่ยง ( Risk Evaluation ) การประเมินความเสี่ยงเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการบริหารความเสี่ยง เพื่อทบทวนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยอาศัยมาตรการดังนี้

#### 4.1 ระดับหน่วยงาน ประเด็นที่ต้องควรทบทวนได้แก่

4.1.1 การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

4.1.2 การทบทวนประสบการณ์เบื้องต้นเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกันมากกว่าดูแลโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ คำถามที่ต้องถามก็คือ ก) อุบัติการณ์นั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว ข) อุบัติการณ์นั้นเป็นเรื่องของอุบัติการณ์เดียวหรือเป็นเรื่องของระบบ มีโอกาสจะเกิดขึ้นอีกหรือไม่

4.1.3 การตรวจสอบเกี่ยวกับความเสี่ยงที่พบใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

#### 4.2 ระดับโรงพยาบาล ควรทบทวนในเรื่อง

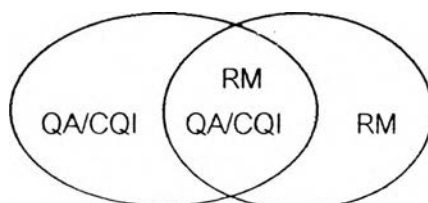
4.2.1 อัตราอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและเงินที่ต้องจ่ายเพื่อชดเชยความสูญเสีย จำแนกตามลักษณะของความเสี่ยงและการจ่ายเงิน ควรเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลในอดีต และเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยทั่วไปของประเทศ

4.2.2 กิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการไปในรอบปีรวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

4.2.3 ประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ภายใต้สมมุติฐานว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนคือ ผู้จัดการความเสี่ยง

### 2.4 ความสัมพันธ์ของความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพ

การบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยมีส่วนที่แตกต่างกันดังจะแสดงให้เห็นในแผนภูมิที่ 1 ตารางที่ 3 และตารางที่ 4



QA - Quality Assurance

CQI - Continuous Quality Improvement

RM - Risk Management

แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการประกันคุณภาพ/ การพัฒนาคุณภาพ กับการบริหารความเสี่ยง ( อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543: 13 )

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการบริหารความเสี่ยง และการประกัน/การพัฒนา  
คุณภาพ ( อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542: 2 )

	การประกันคุณภาพ/ การพัฒนาคุณภาพ ( พยายามปรับปรุงให้ดีขึ้น )	การบริหารความเสี่ยง ( มุ่งขจัดปัญหา )
เป้าหมาย	คุ้มครองผู้ป่วย ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ	คุ้มครองทรัพยากรของร.พ.
ขอบเขต	ประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ของการดูแล	ประเมินการเผชิญโอกาส ( Expose ) ต่อความเสี่ยงภัย เพื่อป้องกันความสูญเสียของ ทุกคน
จุดเน้น	กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกัน	เหตุการณ์เพียงครั้งเดียวซึ่งอาจ เกิดความสูญเสียที่สำคัญ

ตารางที่ 4 ตัวอย่างความแตกต่างระหว่างการประกันคุณภาพ/ การพัฒนาคุณภาพกับการบริหาร  
ความเสี่ยง( อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543: 14 )

ตัวอย่าง	การประกันคุณภาพ /การพัฒนาคุณภาพ	การบริหารความเสี่ยง
ความผิดพลาดเกี่ยวกับ การให้ยา	ตรวจสอบพบว่ามีอัตราการใช้ยาซ้ำ กว่ากำหนด ไม่มีผลเสียร้ายแรงต่อผู้ ป่วย ศึกษาสาเหตุของความล่าช้า	มีการให้ยาผิดขนาดทำให้ผู้ป่วยช็อก และเสียชีวิต ร.พ.ถูกเรียกร้องค่าเสียหาย มีการทำข้อเสนอแนะเพื่อป้องกัน มิให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวอีก
การพลัดตกหกล้ม	สถิติผู้ป่วยตกเตียงสูงมากขึ้น ทำ การศึกษาเพื่อแสดงให้เห็นว่า ต้อง เอาใจใส่ต่อผู้ป่วยที่มีความสับสนให้ มากขึ้น	ผู้ป่วยลื่นล้มในบริเวณที่เพิ่งจะทำ ความสะอาดเสร็จซึ่งไม่ได้ตั้งป้ายเตือน ให้ระวัง ส่งผลให้แขนหัก มีการสอบสวน ให้ข้อมูลต่อบริษัทประกัน และให้ ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรักษาความ สะอาดเพื่อป้องกัน



การบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพนั้นมีสิ่งที่ยุบรวมกันดังนี้คือ  
(Northrop, 1987 cited in Powell, 1996:191 )

1. ต้นเหตุ ต่างมุ่งให้ความสนใจต่อสิ่งที่เป็นต้นเหตุความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย โดยที่จะต้องพยายามค้นหาความเสี่ยงนั้นและหลีกเลี่ยงผลที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย
2. การควบคุมแนวโน้มความเสี่ยง ต่างก็มีการเน้นควบคุมเฝ้าระวังรูปแบบความเสี่ยง หรือปัญหาในผู้ป่วย
3. การบันทึก ทั้งสองต่างต้องการให้มีการบันทึกเอกสารที่ครบถ้วน สมบูรณ์และชัดเจน
4. ความร่วมมือและข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และผู้บริหารของโรงพยาบาลที่จะประเมินแนวโน้ม และการแก้ไขปัญหา ทั้งสองต่างก็ต้องการเช่นกัน
5. เครื่องมือ มีเครื่องมือหลายชนิดที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งการบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพ
- 6 การแก้ไขปัญหา ทั้งสองต่างต้องการการแก้ไขปัญหโดยวิธีการศึกษา เปลี่ยนแปลงนโยบายและวิธีปฏิบัติ หรือการดำเนินการทางวินัย

## 2.5 การรายงานอุบัติการณ์และรายงานเหตุการณ์

### 2.5.1 ความสำคัญของรายงานอุบัติการณ์และรายงานเหตุการณ์

การรายงานอุบัติการณ์ ( Incident Reporting ) Iyer and Camp ( 1995: 176 ) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ไว้ดังนี้คือ

2.5.1.1. การจะได้รับการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานรับรองมาตรฐานทั้งจากรัฐบาลกลาง ระดับชาติ และระดับรัฐนั้นจะมีข้อกำหนดให้ต้องมีกรบันทึกและการวิเคราะห์อุบัติการณ์เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการบริหารความเสี่ยง

2.5.1.2 สมาคมพยาบาลอเมริกันได้ประกาศข้อพึงปฏิบัติสำหรับพยาบาลว่า พยาบาลได้รับการคาดหวังไว้ว่าจะมีหน้าที่ที่จะให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและสาธารณชนจากการกระทำของบุคคลที่ไร้สมรรถนะ ขาดจริยธรรม หรือทำผิดกฎหมายอันส่งผลต่อสุขอนามัยและความไม่ปลอดภัย ภาระหน้าที่นี้ทำให้พยาบาลต้องรายงานอุบัติการณ์

2.5.1.3 สถานบริการสุขภาพ หรือนายจ้างของพยาบาลมีหน้าที่ที่ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานที่เป็นเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ ในบางกรณีพยาบาลเป็นผู้เดียวเท่านั้นที่ทราบอุบัติการณ์นั้น การที่สถานพยาบาลจะรับผิดชอบให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลแก่ฝ่ายบริหาร

2.5.1.4. คดีที่จะฟ้องร้องนั้น จะเปลี่ยนแปลงพลิกผันถ้าหน่วยงานได้มีการปฏิบัติเพื่อลดความสูญเสียทันทีหลังเกิดเหตุการณ์นั้น มีการศึกษามากมายที่พบว่าเหตุการณ์เล็กน้อยที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ ถ้าได้ใช้กลวิธีการจัดการบางอย่างจะลดโอกาสที่จะเป็นคดีความได้เช่นการแสดงความเอาใจใส่ผู้ป่วยเจ็บ งดเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล ให้บริการต่อไปในภายภาคหน้าโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย ขอโทษ หรือให้ญาติรับทราบการสืบสวน แต่อย่างไรก็ตามกลวิธีบางอย่างอาจใช้ไม่ได้ผลหรือห้ามใช้ในบางสถานการณ์จึงต้องใช้อย่างระมัดระวังโดยผู้บริหารที่มีทักษะทางการบริหารความเสี่ยง

2.5.1.5. อุบัติการณ์จะเป็นสิ่งที่จุดประกายของการสอบสวนเหตุการณ์ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก เช่น การให้การศึกษากับบุคลากร ( Gruendemann and Femsebner, 1995: 95) การปรับปรุงนโยบาย ระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติ ( Brown, 1998: 48D) การซื้อเครื่องมือเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงระบบการรับส่งผู้ป่วย

2.5.1.6. อุบัติการณ์จะช่วยให้หน่วยงานทราบถึงสภาพการณ์ที่อาจเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องคดี ความไม่มีประสิทธิภาพของระบบงาน การรับทราบปัญหาจะช่วยให้มีการปรับปรุงระบบงาน

## 2.5.2 การบันทึกรายงานอุบัติการณ์และและรายงานเหตุการณ์

รายงานอุบัติการณ์และรายงานเหตุการณ์เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในระบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ได้มีข้อมูลเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบันทึกรายงานเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสนำไปสู่การฟ้องร้องการบันทึกนั้นก็ควรใช้เพื่อการพิสูจน์ให้ได้ว่าผู้ให้บริการ ได้บริการที่ดีที่สุดแล้วหรือไม่ ความเสี่ยงต่าง ๆ นั้นได้มีการป้องกันไว้ดีหรือไม่ หรือเมื่อเหตุการณ์ขึ้นแล้วอย่างไม่คาดคิดเราได้ช่วยเหลือเต็มความสามารถหรือไม่

ข้อเสนอแนะในการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นมีดังนี้ ( Fischbach, 1991: 571-572; กฤษดา แสงวดี, 2543: 3 )

1. กำหนดนโยบาย วิธีปฏิบัติ เรื่องการรายงาน การบันทึกและจัดทำแบบฟอร์มการบันทึก รวมทั้งให้ความรู้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคน

2. บันทึกข้อมูลพื้นฐานโดยละเอียด ที่จะใช้ในการจัดทำแนวทางการสังเกตการณ์เพื่อป้องกันความเสี่ยงในอนาคต ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานได้แก่ สภาพร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย ข้อมูลการแพ้ ทรัพย์สินของมีค่าที่ติดมากับตัวผู้ป่วย รวมทั้งบันทึกการจัดเก็บดูแลทรัพย์สินนั้น

3. ปัจจัยเสี่ยง และข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นข้อจำกัดของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึก ( ซึม ตื่นตัว ) ประวัติพลัดตกหกล้ม สภาพจิตใจ อารมณ์ ( สับสน ไม่รับรู้วันเวลา

สถานที่บุคคล) ความพิการหรือความมีข้อจำกัด (ตาบอด ใช้ขาปลอม เดินด้วยไม้เท้าค้ำยัน) การได้รับยา หรือการรับยา เช่น รับประทานยา Sedative

4. บันทึกกิจกรรมทุกอย่างที่ทำในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ประเมินว่าเสี่ยงเช่นยกราวกันเตียงขึ้น ออกเรียกอยู่ในระยะใกล้มือ จัดเตียงให้ต่ำลง คงเครื่องผูกรัดตรึง เปิดไฟให้สว่าง เพื่อเป็นสิ่งที่แสดงถึงว่าพยาบาลได้จัดสภาพที่ปลอดภัย

5. บันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ซัด ทำลาย เช่น ปีนข้ามราวกันเตียง ไม่ยอมรับยา

6. ระบุเวลาที่เฉพาะเจาะจง ในแต่ละเหตุการณ์ และกิจกรรม

7. บันทึกกิจกรรมการรายงานแพทย์ การให้การรักษาพยาบาล การช่วยเหลืออื่นๆ

8. บันทึกสภาพแวดล้อมเหตุการณ์ ขณะนั้นมีใครอยู่บ้าง ขณะนั้นมีกิจกรรมบริการผู้ป่วยรายอื่นอยู่หรือไม่ ขณะนั้นเจ้าหน้าที่กำลังทำอะไร

9. บันทึกผลของการช่วยเหลือ / การตอบสนอง ของผู้ป่วยต่อการช่วยเหลือ

10. บันทึกปฏิกิริยาของญาติ/ ผู้ป่วยอื่นๆ

11. บันทึกตามความเป็นจริง การบันทึกในสิ่งที่ไม่เป็นความจริง จะส่งผลเสียหายร้ายแรง อาจถูกพักหรือถอนการใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล

12. บันทึกให้มีผลทางกฎหมายโดยมีการใช้คำสะกดที่ถูกต้อง มีชื่อการลงนามผู้บันทึกครบถ้วนสมบูรณ์ทำให้สามารถระบุผู้บันทึกได้ หากไม่การลงนามจะเกิดการสับสน หากมีแก้ไขควรใช้การขีดเส้นทับแล้วลงนามกำกับ ไม่ใช้การขีดทับข้อความจนดำ หรือใช้น้ำยาลบคำผิด หรือปิดทับด้วยเทปลบคำผิด

13. ช่องว่างนั้นไม่ควรทิ้งว่างไว้ควรขีดเส้น ต้องระมัดระวังในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข ต้องมีการลงนามกำกับพร้อมทั้งวันที่ที่แก้ไข ถ้ามีพยานรับรองยิ่งดี

### 2.5.3. องค์ประกอบของรายงานอุบัติการณ์ที่เหมาะสม

องค์ประกอบของการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่เหมาะสมนั้นไม่ว่ารูปแบบการรายงานจะเป็นแบบใดนั้นจะมีองค์ประกอบดังนี้ (Fischbach, 1991: 576, Van Liew, (1999: 72 )

2.5.3.1 ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ได้แก่ชื่อบุคคลที่เกี่ยวข้องในอุบัติการณ์ (ผู้ป่วย, ผู้มาเยี่ยม, ลูกจ้าง) ห้อง และหมายเลขของผู้ป่วย (Hospital Number) ถ้าเป็นผู้ป่วย วันที่ เวลาสถานที่เกิดเหตุ สภาพแวดล้อม ความสว่างของแสงไฟ ภาวะผู้ป่วยขณะเกิดเหตุ (ระดับความรู้ตัว) ตำแหน่งของเตียง ระดับราวข้างเตียงและการใช้เครื่อง

รัดตึงประเภทของอุบัติเหตุการณ์ ( ถ้าเป็นการพลัดตกหกล้ม ความผิดพลาดในการให้ยา ) เพศ/ อายุ/ สภาพสมรรถ / การวินิจฉัย /ภาวะสุขภาพ/สภาพจิตใจ/ความพิการของ ผู้ป่วยถ้ามี ผู้ที่พบเหตุการณ์ ชื่อ ที่อยู่ และโทรศัพท์ของพยาน

2.5.3.2 การบรรยายอุบัติเหตุการณ์ / การดูแลช่วยเหลือ เขียนให้สั้น เป็นปรนัย บรรยายข้อเท็จจริง ไม่กล่าวโทษผู้ใดหรือยอมรับผิด สาเหตุของอุบัติเหตุการณ์ (ถ้าทราบ) รวมทั้งอ้างถึงคำพูดของผู้ป่วย ผู้มาเยี่ยม พยานถ้าเกี่ยวข้อง สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สภาพจิตใจ ขณะเกิดเหตุ คำบรรยายที่เฉพาะเจาะจงของการบาดเจ็บ เลือดออก กระดูกหัก คำร้องเรียน (เช่น เจ็บปวด เคลื่อนไหวไม่ได้ ) ความช่วยเหลือหรือการดูแลที่ให้ การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแล การรายงานแพทย์ / ผู้อื่น /ผู้รายงาน ชื่อ ผู้บันทึก ตำแหน่ง แผนกของผู้รายงาน

2.5.3.3. ส่วนการรายงานของแพทย์ วันที่ เวลา สภาพผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยหลังการเกิดอุบัติเหตุการณ์ การลงนามแพทย์

Swanburg (1996: 612) ได้เสนอสิ่งที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติในการเขียนรายงานอุบัติเหตุการณ์ดังนี้

ควรปฏิบัติ	ไม่ควรปฏิบัติ
1. รายงานเหตุการณ์ทุกเรื่องทั้งอุบัติเหตุหรือความไม่พอใจต่อการดูแลอย่างรุนแรง	1. เขียนกล่าวโทษผู้หนึ่งผู้ใด
2. ทุกเหตุการณ์ที่เกิดกับผู้มาเยี่ยมทั้งอุบัติเหตุหรือทรัพย์สิน	2. ใส่รายงานอุบัติเหตุการณ์ไว้ในเวชระเบียน
3. ต้องรายงานครบถ้วน	3. บันทึกในเวชระเบียนนั้นได้พาดพิงถึงรายงานอุบัติเหตุการณ์
4. ปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติที่วางไว้	4. เปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขรายงาน
5. ต้องรายงานทันที	5. รายงานข้อคิดเห็นหรือสิ่งที่รับฟังมา
6. ลดความกลัวที่เกิดกับผู้ประสบเหตุ	6. หวาดเกรงที่จะปรึกษา สอบถามปัญหาหรือเขียนรายงานให้ครบถ้วน ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญที่จะปกป้องและคุ้มครองตนเองได้ดีที่สุด
7. บันทึกในเวชระเบียนอย่างถูกต้อง	7. เขียนบันทึกในส่วนของแพทย์
8. ระบุชื่อผู้ประสบเหตุและพยานในเหตุการณ์นั้นส่วนคำให้การของพยานนั้นให้บันทึกในใบที่แยกต่างหาก	8. มีท่าที่เย็นชา เมินเฉยต่อผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้มาเยี่ยม
9. รายงานเครื่องมือชำรุด หมายเลขประจำเครื่องแล้วส่งเครื่องมือนั้นตรวจซ่อม	
10. ให้เก็บรายงานไว้เป็นความลับ.	
11. รายงานต่อผู้จัดการพยาบาล	
12. หารือกับผู้จัดการความเสี่ยง	
13. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล	
14. เข้าร่วมในโครงการพัฒนานุเคราะห์	
15. ยืนยันการรับคำสั่งทางโทรศัพท์เป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้ง	

### 3. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการบริหารความเสี่ยง

พยาบาลมีบทบาทในการบริหารความเสี่ยงโดยใช้ตามขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยงดังนี้

#### 3.1 การค้นหาความเสี่ยง

การค้นหาบริหารความเสี่ยงพยาบาลใช้เครื่องมือที่ใช้ในด้านการบริหารความเสี่ยงดังนี้

##### 3.1.1 รายงานอุบัติการณ์/ รายงานเหตุการณ์

เมื่อมีอุบัติการณ์พยาบาลมีหน้าที่รายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ผู้บังคับบัญชาทราบ และ/หรือการรายงานตามระบบเช่นนอกเวลาราชการรายงานเวรตรวจนอกเวลา เป็นต้น

ในกรณีพยาบาลวิชาชีพอยู่ในสภาพเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและรู้สึกว่าจะไม่ปลอดภัย แม้ว่าจะเป็นความรับผิดชอบของการบริหารการพยาบาลที่จะรับผิดชอบที่จะจัดอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย ควรรายงานต่อทางฝ่ายบริหารการพยาบาล ให้รับทราบปัญหา ขอความช่วยเหลือ และแสวงหาความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ภายใต้ขอบเขตอำนาจจำกัดของพยาบาลแต่ละคน (Kock and Fairly, 1993: 99 )

3.1.2 ระดมสมอง พยาบาลห้องผ่าตัดช่วยกันระดมสมองเพื่อค้นหาความเสี่ยง หรืออาจร่วมกับผู้ช่วยพยาบาล พนักงานพยาบาล ช่วยกันระดมสมองเพื่อค้นหาความเสี่ยง

ในการระดมสมองนั้นอาจช่วยกันหาความเสี่ยงโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ระบบบริการ เป็นเทคนิคทางด้านคุณภาพ โดยวิเคราะห์ค้นหาว่ากระบวนการหลัก/กระบวนการทำงานของเรานั้นมีกระบวนการอะไรบ้างที่ทำให้เกิดความเสี่ยงขึ้นได้ ( Fiesta, 1991 cited in กฤษดา แสงดี, 2542: 39-43 ) จึงอาจมาประยุกต์ใช้กับการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดได้เช่น

ก. ก่อนผ่าตัด ความพร้อมที่รับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ระยะนี้ตั้งแต่ก่อนที่จะรับผู้ป่วยมาผ่าตัด จะวิเคราะห์กระบวนการแล้วขอเสนอตัวอย่างคำถามเช่น

1) ความพร้อมใช้ของห้องผ่าตัดเครื่องมือ เครื่องใช้ บุคลากร ได้สำรวจหรือไม่ว่ามีเครื่องมือชิ้นพร้อมใช้ จะไม่เกิดปัญหาระหว่างผ่าตัดหรือหากเกิดปัญหาจะมีเครื่องสำรองไว้ใช้หรือไม่ เครื่องมือที่จะนำมาใช้ปลอดภัยหรือไม่ มีห้องผ่าตัดว่างสำหรับผ่าตัดในเวลานั้นเลยหรือไม่ ความสะอาดเพียงพอ มีอุณหภูมิเหมาะสมหรือไม่

2) บุคลากรนั้นมีจำนวนอัตรากำลัง ความรู้ความสามารถพอเพียงหรือไม่ หากต้องการเพิ่มจะจัดการอย่างไร

3) แน่ใจว่าผู้ป่วยที่จะมาผ่าตัดหัวใจชนิดวางแผนไว้ ( Elective Case ) จะได้ผ่าตัด ได้รับการดูแลที่ดีหลังผ่าตัด [ มีเตียงที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ( ICU ) สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือไม่ ก่อนที่ให้ส่งผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด ]

4) ในรายฉุกเฉินต้องรอนานจนเกิดผลเสียแทรกซ้อนหรือไม่ หรือรายมิได้ฉุกเฉิน ผู้ป่วยต้องรอนานมากไปจนกระวนกระวายไม่รู้ว่าได้ผ่าตัดเมื่อใดหรือรอนานมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กหรือไม่

ข การรับหรือส่งผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด

1) กระบวนการรับผู้ป่วยของเราปัจจุบันหากทำให้เกิดความเสี่ยงได้หรือไม่  
2) การระบุผู้ป่วย สำหรับระบบปัจจุบันแล้วเป็นอย่างไรใช้วิธีการอย่างไร เสี่ยงต่อการผิดคนหรือไม่ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและไม่ทราบชื่อเสี่ยงต่อระบุตัวผิดคนหรือไม่ ในเด็กเล็กระบุอย่างปัจจุบันที่ทำอยู่จะผิดคนหรือไม่

3) การอนุญาตผ่าตัดนั้นมิถูกต้องตามระเบียบหรือไม่ ถ้าไม่มีการอนุญาตก่อนผ่าตัดได้ปฏิบัติอย่างไร

4) การดูแลระหว่างผู้ป่วยรอผ่าตัดนั้นมีใครเป็นผู้รับผิดชอบดูแลความปลอดภัยโดยเฉพาะหรือไม่แล้วเสี่ยงต่อการตกเตียงหรือไม่ ได้มีการวางแผนเพื่อป้องกันอันตรายหรือไม่ ของที่นำพร้อมมากับผู้ป่วยนั้นครบหรือไม่ ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดหรือไม่ มีเลือดและส่วนประกอบของเลือดทั้งชนิดและจำนวนเพียงพอหรือไม่

5) ถ้าของมีค่าติดตัวผู้ป่วยมาแล้วการส่งของนั้นมีโอกาสที่ญาติมาจะทวงของหรือแจ้งบอกว่าของหายที่ห้องผ่าตัดหรือไม่

6) มั่นใจมีหลักฐานอะไรที่แสดงถึงการปฏิบัติหากมีเรื่องราวเป็นคดี ( มีการบันทึกไว้หรือไม่ )

7) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผู้ป่วยนั้นปลอดภัยหรือไม่

8) การส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด มีโอกาสที่จะส่งเข้าห้องผิดหรือไม่ ระหว่างเข็นผู้ป่วยนั้นปลอดภัยหรือไม่

ค. ในห้องผ่าตัดระยะก่อนผ่าตัด

1) ก่อนการดมยาสลบผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสมหรือถูกทอดทิ้งหรือไม่

2) อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้นั้นปลอดภัย ปลอดภัยหรือไม่

3) วิธีการตรวจผ้าซับนับเครื่องมือมีความเสี่ยงต่อการนับผิดหรือไม่ เชื่อได้อย่างไรว่าเครื่องมือก่อนใช้นั้นครบไม่ขาดหรือเกินจำนวน ในรายที่ผ้าซับติดมากับผู้ป่วยจาก ICU ติดมาจากหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติที่เป็นอยู่มีความชัดเจนในการปฏิบัติหรือไม่ยังมีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาจากการนับได้หรือไม่

4) การดมยาสลบผู้ป่วยอาจเกิดหัวใจหยุดเต้นเครื่องกระตุ้นหัวใจเตรียมพร้อมหรือไม่

5) การใส่สายสวนปัสสาวะโดยกฎหมายแล้วเป็นหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หากพยาบาลเป็นผู้ใส่เป็นผู้มีประสบการณ์หรือชำนาญหรือไม่ เสี่ยงต่อการใส่แล้วเกิดท่อปัสสาวะแตกหรือไม่ มั่นใจได้อย่างไรในเด็กเล็กๆใส่แล้วไม่ผิตช่องหรือ หลังจากใส่ปัสสาวะไหลดีหรือไม่

6) การใส่สายวัดอุณหภูมิของร่างกายทางทวารหนักนั้นแน่ใจอย่างไรว่าถูกตำแหน่ง และไม่หลุดออกมา

#### ง. การจัดทำสำหรับการผ่าตัด

1) ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงหรือไม่ที่มือหรืออวัยวะอื่นใดจะไปสัมผัสกับเตียงผ่าตัดหรือบริเวณที่เป็นโลหะดังเช่นเสาน้ำเกลือ เหล็กฉากกันบริเวณผ่าตัด

2) การจัดทำนั้นมีใครร่วมกันจัดบ้างมีพยาบาลร่วมตรวจตราการจัดทำที่วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ และพนักงานพยาบาลช่วยกันจัดหรือไม่ การจัดทำผ่าตัดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทใดหรือไม่ หากผู้ป่วยต้องนอนนานเสี่ยงต่อมีรอยกดทับ แผลกดทับหรือไม่ ได้จัดการป้องกันไว้อย่างไร

3) การจัดทำผ่าตัด ได้จัดทำถูกต้องหรือไม่ มีการยืนยันอย่างไร ใช้ข้อมูลหลายอย่างประกอบกันหรือไม่เช่น ประวัติอาการการตรวจร่างกายในเวชระเบียน จากภาพถ่ายรังสี ใบอนุญาตผ่าตัด การตรวจสอบด้วยการถามผู้ป่วยเมื่อยังรู้สึกตัว วิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์ เพราะการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งโอกาสผิดพลาดน้อยลง

4) การติดแผ่นลือไฟฟ้าของเครื่องจี้ได้เลือกบริเวณติดอย่างเหมาะสมหรือไม่หรือเสี่ยงต่อการมีแผลไหม้ หากมีการเปลี่ยนท่าผ่าตัดนั้นแผ่นที่ติดไว้ยังติดแน่นดีหรือไม่

5) ในรายที่ผ่าตัดหัวใจแบบแผลเล็ก ( Minimally Invasive Cardiac Surgery ) มีการเตรียมความพร้อมหากหัวใจหยุดเต้นหรือไม่อย่างไรมีการสำรองไว้หรือไม่

#### จ. การทำความสะอาดผิวหนังและการคลุมผ้าผ่าตัด

1) แนใจว่าบริเวณที่เตรียมผ่าตัดจากหอผ่าตัดถูกต้องหรือไม่

2) แนใจว่าน้ำยาที่จะใช้ผู้ป่วยปลอดภัยได้อย่างไร ใช้ชนิดเดียวกับที่ผู้ป่วยแพ้หรือไม่

3) เตรียมทำความสะอาดได้ได้ถูกต้องกับบริเวณที่จะผ่าตัดหรือไม่ ผิดตำแหน่งหรือไม่ มั่นใจอย่างไรว่าไม่ผิต

4) การคลุมผ้าผ่าตัดนั้นถูกตำแหน่งหรือไม่ กรณีที่ต้องเตรียมสำหรับการใส่ลูกโป่งในท่อเลือดแดงใหญ่เพื่อพองหัวใจ ( Intraaortic Balloon ) เตรียมไว้หรือไม่

### จ. การผ่าตัด

1) ก่อนการผ่าตัดแน่ใจอย่างไรว่าผ้าซับ เครื่องมือนั้นได้นับครบแล้ว ก่อนใช้กับผู้ป่วยอาจจะมีผ้าซับค้างอยู่ในห้องได้หรือไม่

2) มั่นใจว่ายาที่พนักงานพยาบาลส่งมาให้มันถูกต้อง เป็นยาที่ผู้ป่วยแพ้หรือไม่ ได้ให้ยาเกินจำนวนหรือไม่ ( มีการลงบันทึกหรือไม่ว่าให้ไปเท่าไรแล้วโดยเฉพาะอย่างในรายที่ให้ยาซาเฉพาะที่ ) ยาหลายชนิดที่วางบนโต๊ะผ่าตัดมีโอกาสหยิบผิดหรือไม่

3) ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแล้วมีหัวใจผิดปกติแล้วเสี่ยงต่อการหยุดเต้นหรือไม่ ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่ออุณหภูมิในร่างกายต่ำจนเกิดหัวใจเต้นผิดปกติหรือไม่ มีเครื่องมือเครื่องใช้ คนเตรียมพร้อมช่วยเหลือทันทีหรือไม่ในการช่วยฟื้นคืนชีพหรือไม่

4) ชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาส่งตรวจนั้นมีโอกาสที่จะผิดคนหรือไม่ มีโอกาสชิ้นเนื้อหายไปหรือไม่ ถ้าชิ้นเนื้อชนิดเดียวมีหลายชิ้น แล้วจะไม่สับสนหรือว่าชิ้นไหนเป็นของตำแหน่งไหน ในรายที่ชิ้นเนื้อส่งตรวจชนิดรอฟังผลทันทีที่ชิ้นเนื้อจะได้ส่งตรวจนั้นมีความล่าช้าทำให้ต้องดมยาสลบนานหรือไม่เกินไปหรือไม่ การรับโทรศัพท์ผลชิ้นเนื้อใครเป็นผู้รับ ข้อความที่รับมาจะบอกศัลยแพทย์ผิดคนหรือไม่ ผิดตำแหน่งหรือไม่

5) ระหว่างการผ่าตัดหากจะต้องมีการเปลี่ยนพยาบาลส่งผ่าตัด วิธีการที่ปฏิบัติอยู่นั้นแน่ใจได้อย่างไรว่าไม่มีปัญหาในการนับผ้าซับ เครื่องมือ อุปกรณ์

6) แน่ใจอย่างไรว่าผ้าซับ เครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัด ไม่ค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด หากมีการนับแล้วไม่ครบจำนวน หรือหากมีการใช้ผ้าซับเพื่อการห้ามเลือด ( Packing Gauze ) ที่ค้างไว้ในตัวผู้ป่วยเพื่อห้ามเลือดแล้วจะมีผู้สงสัยว่าเป็นการลืมหรือไม่ หากเปิดผ่าตัดคราวหน้าจะทราบได้อย่างไรว่าเอาออกหมดแล้ว

7) การต่อท่อระบายช่องอกนั้นวิธีที่ปฏิบัติอยู่เหมาะสมหรือไม่

#### ข. เมื่อเสร็จผ่าตัด

ระหว่างที่รอส่งไปยังหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะมีโอกาสที่จะต้องเปิดผ่าตัดใหม่อีกหรือไม่

ความเสี่ยงของการปฏิบัติงานนั้น มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่าได้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามวิสัยที่พยาบาลพึงควรใช้ความระมัดระวังไม่ได้ประมาท เลินเล่อ งานที่ทำอยู่นั้นหากอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพแต่พยาบาลมิได้ทำเอง แต่มอบหมายบุคคลระดับต่ำกว่าเช่นผู้ช่วยพยาบาล พนักงานพยาบาลให้ทำนั้นได้มีการตรวจตรากำกับควบคุมการทำงานหรือไม่เพียงใด การประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่นอกเหนือวิชาชีพพยาบาลเช่นการสวนปัสสาวะนั้นผู้ปฏิบัติมีความรู้ มีการอบรมให้ความชำนาญเพียงพอที่จะปฏิบัติหรือไม่ เจ้าหน้าที่ใหม่ได้รับการสอนงานดีหรือไม่

3.1.3 จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้อื่นเช่น ข่าวหน้าหนังสือพิมพ์ วารสารวิชาการ ข่าวสารจากองค์กรวิชาชีพ จากอินเทอร์เน็ต



การค้นหาคำความเสี่ยงจากวารสารวิชาการอาจใช้คำค้น คือ ความเสี่ยง (Risk) เหตุการณ์ (Occurrence) อุบัติการณ์ (Incident) การเรียกร้องค่าเสียหาย (Claim) ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยผิดพลาด ( Misadventure Patient Outcome, Adverse Patient Outcome) เหตุการณ์ผิดความคาดหมาย ( Sentinel Event ) อาจค้นหาคำความเสี่ยงจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์

การค้นจากอินเทอร์เน็ตมีตำแหน่งที่อยู่ทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ทั่วโลก ( Website ) ที่น่าสนใจเช่น ตำแหน่งที่อยู่ของเครือข่ายคอมพิวเตอร์ทั่วโลกขององค์การรับรองคุณภาพของสถานให้บริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ( [http:// www.jcaho.org/](http://www.jcaho.org/) )

3.1.4 นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แนวทางปฏิบัติโดยนำมาวิเคราะห์ว่าที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้เมื่อสถานการณ์ เทคโนโลยีเปลี่ยนไป ระเบียบปฏิบัตินั้นมีความเสี่ยงหรือไม่ ตัวอย่างเช่น

ห้องผ่าตัดบางแห่งพิจารณาเห็นว่าการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกด้วยผ้าจะทำให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะมีเลือดที่พุ่งออกบริเวณผ้าตัดซึมผ่านผ้าปิดปากปิดจมูกสู่นิวหน้าจึงได้เปลี่ยนให้ใช้ที่ปิดปากปิดจมูกชนิดกันซึม

นโยบายการใช้ผ้าซับ ห้องผ่าตัดบางแห่งพิจารณาแล้วเห็นว่าการใช้ผ้าซับที่เป็นอยู่ก็ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดการค้างของผ้าซับได้ ประกอบกับหน่วยงานมีความพร้อมด้านการเงิน จึงได้ออกนโยบายว่าผ้าซับที่ใช้ในบริเวณผ้าตัดต้องเป็นชนิดที่มีสารที่บ่งสีเท่านั้น การปิดแผลนั้นให้ใช้ผ้าซับธรรมดาห้ามใช้ชนิดที่มีสารที่บ่งสี ส่วนผ้าซับที่วิสัญญีแพทย์ใช้กับผู้ป่วยเป็นคนละชนิดกับที่ใช้ในการผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยง

สถานพยาบาลบางแห่งเมื่อดูสถานการณ์ปัจจุบันแล้วกระบวนการยินยอมผ่าตัดนั้นยังเสี่ยงอยู่ ควรมีการปรับปรุงเพื่อให้ได้มาตรฐานสากลจึงได้ปรับปรุงไปยินยอม ให้มีทั้งการยินยอมผ่าตัด การยินยอมให้การระงับความรู้สึก การยินยอมให้เลือด ส่วนในไปยินยอมผ่าตัดก็มีการระบุว่าผู้ป่วยชื่อ.....รับทราบว่าเป็นชนิดการผ่าตัดอะไรในภาษาที่คนธรรมดาสามัญสามารถเข้าใจได้ อีกทั้งมีข้อความระบุว่าผู้ป่วยเข้าใจเป็นอย่างดีถึงผลเสีย อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่แพทย์.....ได้อธิบาย ซึ่งจะมีอะไรบ้างก็ระบุเขียนไว้ทั้งหมด แล้วจึงให้ผู้ป่วยได้ลงนามไว้ รวมทั้งมีพยานอีก 2 คนร่วมลงนามด้วย พร้อมทั้งวันเวลาสถานที่

3.1.5 คำร้องเรียนของผู้ป่วย โดยมีการเตรียมกระดาษ ปากกาและตู้รับคำร้องเรียน

3.1.6 การสำรวจหน่วยงาน อาจโดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเองไปสำรวจตรวจดูว่ามีสิ่งใดที่เป็นความเสี่ยง เช่นพื้นที่เปียกจะทำให้เกิดการลื่นล้ม สำรวจความสะดวก การวางสิ่งของเกะกะไว้ผิดที่ อาจเป็นอันตราย หรือหยิบผิด การสำรวจประตูหน้าต่างห้องผ่าตัดว่าปิดตลอดเวลาหรือไม่ สำรวจว่าก่อนปิดห้องผ่าตัดนั้นได้ดึงปลั๊กไฟออก

### 3.2 การประเมินความเสี่ยง

การประเมินขั้นต้นเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในเหตุการณ์ ว่าอะไรเป็นสาเหตุ ผลที่เกิดขึ้นจะรุนแรงมากหรือไม่เราจะจัดการเองได้หรือไม่ หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชาอย่างไรบ้าง ถ้าจะจัดการเองจะจัดการอย่างไรหลังจากนั้นต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบ

การบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลพยาบาลห้องผ่าตัดระดับปฏิบัติการจะได้รับการเลือกให้เป็นกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล เรื่องนี้ก็มีผู้เสนอว่าพยาบาลห้องผ่าตัดควรเป็นหนึ่งในกรรมการบริหารความเสี่ยง อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ( 2543: 60 ) หรืออาจจะได้รับเลือกโดยเป็นผู้แทนของพยาบาลทั่วไป ( Sullivan and Decker, 1988: 501 ) เพื่อร่วมประเมินความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในอนาคตมีลักษณะอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นี้

### 3.3 การจัดการกับความเสี่ยง

พยาบาลมีบทบาทในการจัดการความเสี่ยงได้แก่

3.3.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่นการงดเข้าช่วยผ่าตัดเมื่อมีไม่สบาย ต้องไอ จาม เพื่อมิให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือไม่สบายเป็นลมก็ควรไม่เข้าช่วยผ่าตัด หรือเมื่อมีบาดแผลก็ไม่เข้าช่วยผ่าตัดเพื่อมิให้เลือดของผู้ป่วยเข้าไปในบาดแผล หรือยังมีอารมณ์โกรธควรหลีกเลี่ยงการชี้แจงกับญาติผู้ป่วยไว้ก่อน เป็นต้น

3.3.2 การถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังผู้อื่น หน่วยงานอื่น เช่น ในเวรมีพยาบาลใหม่มีต้องช่วยในการผ่าตัดที่สลับซับซ้อนมากและใช้เครื่องมือใหม่ที่ตนเองยังไม่ชำนาญ อาจจะปรึกษาหัวหน้าเวร เป็นการถ่ายโอนความเสี่ยงที่เครื่องมือนั้นจะเสียเพราะผู้ใช้ไม่ชำนาญไปให้ผู้เชี่ยวชาญ กรณีที่เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีสูงก็ให้ช่างบริษัทที่เป็นผู้ชำนาญเป็นผู้ซ่อมเครื่องมือ นั้น หรือในกรณีมีผู้ป่วย VIP นั้นก็ถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังผู้บริหารระดับสูงกว่าด้วยการรายงานให้ทราบเพื่อให้ผู้บริหารได้มาช่วยเหลือในการต้อนรับญาติ ติดต่อประสานงาน แก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และให้ข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

การถ่ายโอนความเสี่ยงอีกอย่างคือการให้บริษัทเป็นผู้รับความเสี่ยงนั้นแทน โดยการซื้อกรมธรรม์คุ้มครองความเสี่ยงจากบริษัทประกันภัยแล้วก็จ่ายเบี้ยประกันให้แก่บริษัทประกันภัย

3.3.3 การป้องกันความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยงนั้นสามารถทำได้ โดย

3.3.3.1 การปกป้องเช่นการใส่แว่นเพื่อป้องกันเลือดกระเด็นเข้าตา การใช้พลาสติกกันเปื้อน การใส่ถุงมือ การใส่รองเท้าบูท การป้องกันรังสีด้วยการใช้เสื้อ

ตะกั่ว ฉากตะกั่ว และแผ่นตะกั่วป้องกันต่อมไทรอยด์ (Thyroid Shield ) การมีกล้องใส่มิคมเป็นการเฉพาะ

การปกป้องมิให้เด็กเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำได้แก่ การปรับอุณหภูมิขึ้นทำให้ห้องผ่าตัดอุ่นขึ้น การให้นอนบนที่นอนอบอุ่น (Warm Mattress) ใช้ผ้าห่มลมร้อน ( Warm Blanket ) เช่น Bair Hugger เป็นต้น

การปกป้องมิให้เครื่องมือเสียหายเช่นการเคลื่อนย้ายกล่องสองทางเดินอาหารควรวางกล่องที่ได้รับการออกแบบกันการกระทบกระแทก

3.3.3.2 การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และการมีมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันนั้นจะมีการตรวจสอบเป็นระยะเช่นโดยผู้ใช้งาน ผู้ใช้งานมีการตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกครั้งก่อนใช้ การตรวจเป็นระยะๆ และการตรวจสอบและบำรุงรักษาโดยช่างผู้ชำนาญ

3.3.3.3 การมีนโยบายระเบียบปฏิบัติในการทำงาน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงอย่างมาก พยาบาลมีส่วนร่วมในการร่าง ปรับปรุงนโยบาย และระเบียบปฏิบัติในการปฏิบัติงาน นโยบายนั้น ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่พยาบาลต้องปฏิบัติตาม นโยบายและ ระเบียบปฏิบัตินั้นควรสอดคล้องกับมาตรฐานระดับชาติและมลรัฐ สามารถปฏิบัติได้เป็นสมเหตุสมผล เป็นไปตามจุดมุ่งหมายของหน่วยงาน ( Falkenhagencot, 1993 cited in Meeker and Rothrock 1995: 13 )

ในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีเจ้าหน้าที่พยาบาลหลายระดับ การทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับผู้ช่วยพยาบาล พนักงานพยาบาลแล้วจะปฏิบัติงานภายใต้การดูแลควบคุมของพยาบาลวิชาชีพ ( ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2541: 136-137) แต่ในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดสัดส่วนเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยในแต่ละรอบเวรของห้องผ่าตัดดังนี้คือพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ต่อ พยาบาลเทคนิค 1 คน ต่อผู้ป่วย 2 คน ซึ่งอัตรากำลังจะมีมากกว่า ดังนี้พยาบาลห้องผ่าตัดควรต้องตระหนักในหน้าที่ที่ต้องควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานพยาบาล และคนงานเพื่อลดความเสี่ยงในเรื่องจะถูกฟ้องร้องเป็นคดีข้อหาไม่ได้ดูแลตรวจตรา

3.3.3.4 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ นับว่าเป็นส่วนที่สำคัญในการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงเพื่อที่เจ้าหน้าที่สามารถค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง ป้องกันความสูญเสีย ( Young and Hane, 1988: 328 ) หน่วยงานที่รับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล หน่วยงานที่ออกไปอนุญาตจะบังคับให้สถานบริการสุขภาพให้การศึกษากับเจ้าหน้าที่ ( Young and Hane, 1988: 328; Katz, 1998: 146-149; Schoeney, 1998: 207; Franck and Lanckerkamp, 2000: 160 ) เพื่อที่จะให้ทุกคนได้ตระหนักในว่าสามารถจะปฏิบัติงานมีคุณภาพที่ดี พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ระดับล่างว่าเราจะ

ปกป้องความเสี่ยงได้อย่างไร เราจะป้องกันความเสี่ยงได้อย่างไร หรือมีบทบาทในการให้ความรู้แก่พยาบาลใหม่ เป็นผู้จัดประสบการณ์ให้แก่เจ้าหน้าที่

เมื่อมีจะมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทในการให้ความรู้ ให้การอบรมแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงใหม่ และสาเหตุที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้แล้วพยาบาลต้องศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัยตามความเปลี่ยนแปลงก้าวหน้าของเทคโนโลยี

3.3.4 การลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ นี้จะเป็นดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสารและความเข้าใจที่จะช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้อง

เช่นเมื่อผิวหนังมีบาดแผลเกิดขึ้นได้มีการทำแผลให้ สนใจใต้ตามอาการเจ็บปวด ติดตามเย็บเย็บ ดูแลความสะอาดสบาย ผู้ป่วยที่เคยถูกดผ่าตัดและรอผ่าตัดอยู่ ควรเอาใจใส่ดูแลและแจ้งให้ทราบว่าจะได้ผ่าตัดเมื่อใด ญาติรอผ่าตัดผู้ป่วยเป็นเวลานานแจ้งให้ญาติทราบเป็นระยะว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถึงไหนแล้ว อาการเป็นอย่างไร

3.3.5 การแบ่งแยกความเสี่ยงหรือการจัดสำรองทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน

การแบ่งแยกสำรองทรัพยากรที่ใช้ในการทำงานเช่น มีระบบไฟฟ้าฉุกเฉินเพื่อสำรองในที่เกิดไฟฟ้าของการไฟฟ้าดับ ในห้องผ่าตัดตึก ส.ก. 5 มีระบบไฟฟ้าสำรองซึ่ง จะมีเต้าเสียบสำหรับไฟฟ้าสำรอง

ออกซิเจนสำรอง ถ้าออกซิเจนตามท่อหมดก็ให้ใช้ออกซิเจนสำรอง

การสำรองเครื่องมือในยามฉุกเฉิน พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีการสำรองเครื่องมือไว้ใช้ในการทำงานด้วยเช่นเครื่องมือปลอดเชื้อที่ได้ใช้ไปแล้วหมด ควรจัดเตรียมหนึ่งสำรองไว้เผื่อยามฉุกเฉินอีก

บุคลากรสำรองในกรณียามฉุกเฉินมีการจัดเวรวันคี่และวันคู่ สำรองเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน หากมีเหตุจำเป็นต้องการบุคลากรเพิ่มเติมก็อาจจะโทรศัพท์ติดต่อกับห้องผ่าตัดอื่น แต่อย่างไรก็ตามหากเป็นกรณีฉุกเฉินเช่นการผ่าตัดหัวใจที่ฉุกเฉินแล้วคนไม่พอยังไม่ได้มีการจัดบุคลากรเพื่อเตรียมเป็นเวรสำรองไว้ พยาบาลนั้นก็อาจอาสาสมัครจะจัดเวรสำรองไว้เป็นแบบเวรเรียกยามฉุกเฉิน หรือหากมีจำนวนการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นอาจเสนอให้จัดระบบการตามบุคลากรสำรองมาช่วยเหลือ

### 3.4. การประเมินผลความเสี่ยง

ในขั้นตอนนี้พยาบาลมักจะมีบทบาทน้อย บทบาทในการประเมินผลความเสี่ยง

3.4.1 การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงาน

3.4.2 การทบทวนเครื่องชี้วัดความเสี่ยงส่วนใหญ่แล้ว มักเป็นเรื่องในระดับสูงขึ้นไปจะพิจารณาแต่พยาบาลอาจจะมีส่วนในด้านนี้หากได้รับเลือกเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่ร่วมพิจารณาด้วยว่า อุบัติการณ์นั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่ได้มีมาตรการป้องกันแล้ว

3.4.3 การตรวจสอบความเสี่ยงใหม่ที่เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใดเพิ่มเติม

#### 4. การกำหนดมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด

##### 4.1 ความหมายของมาตรการ

เมื่อกล่าวถึงคำว่า “มาตรการ” มักจะนึกถึงมาตรการด้านกฎหมายหรือวิธีการที่ใช้บังคับ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ได้ให้ความหมายว่า เป็นวิธีตัดสิน เช่น ใช้มาตรการเด็ดขาด หรือวิธีการที่จะปรับไปสู่ผลสำเร็จ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538: 645 )

มาตรการหรือวิธีการปฏิบัติเชิงบังคับเป็นหนทางที่กำหนดให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติให้บรรลุนโยบายที่วางไว้ ( รัชนี้ สีดา, 2537: 14 )

วิทย์ เทียงบูรณธรรม ( 2541: 717 ) ได้กล่าวว่ามาตรการเป็นวิธีการ วิธีการ คำตัดสิน การกระทำอย่างหนึ่งที่จะปรับไปสู่ผลสำเร็จ

เย็น ภู่วรรณ และคณะ ( 2543: 496 ) ได้รวบรวมคำพ้องกับคำว่ามาตรการที่ใช้กันทั่วไปกันดังนี้คือ แบบ กฎเกณฑ์ ระเบียบหลัก วิธีการแบบแผน แบบฉบับ ข้อกำหนด วิธีการตัดสิน

มาตรการในที่นี้จะหมายถึงวิธีการที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จ

##### 4.2 มาตรการควบคุมความเสี่ยง

มาตรการควบคุมความเสี่ยงเป็นวิธีการจัดการความเสี่ยงเพื่อลดความสูญเสียสำหรับระดับหน่วยงานได้แก่ ( อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2543: 24-27) 1)การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง 2) การถ่ายโอนความเสี่ยง 3) การป้องกันความเสี่ยง 4) การลดความสูญหลังเกิดเหตุการณ์ และ 5) การแบ่งแยกความเสี่ยง สำหรับการป้องกันความเสี่ยงนั้นมีหลายรูปแบบได้แก่ การปกป้อง การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ดังได้กล่าวมาแล้วในเรื่องกระบวนการขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง

มาตรการควบคุมความเสี่ยงนั้นมีความสำคัญ ในการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลจะมีการสำรวจในมาตรการสำหรับความเสี่ยง ( กฤษณ์ อุทัยรัตน์, 2542: 73) การบริหารความเสี่ยงนั้นแต่ละหน่วยงานจะต้องระบุความเสี่ยงและวิธีการจัดการกับความเสี่ยง การ

ระบุให้ชัดเจนว่ามีความเสี่ยงและวิธีการจัดการกับความเสี่ยงอย่างไรโดยทำเป็นข้อสรุปจะได้ประโยชน์คือ หน่วยงานจะได้พิจารณาประเมินว่ามาตรการนั้นเหล่านั้นเพียงพอหรือไม่หรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้อย่างทั้งที่มีมาตรการแล้ว หรือเรื่องเป็นของระบบ ( อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543: 26 ) ซึ่งสาเหตุจากระบบ ก็ต้องแก้ที่ระบบ

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ( 2543 ) ได้เสนอตัวอย่างของมาตรการควบคุมความเสี่ยงของแผนกรังสีวิทยาไว้ ดังจะแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความเสี่ยงและมาตรการควบคุมของแผนกรังสีวิทยา ( อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543: 27 )

ความเสี่ยง	กลยุทธ์	กิจกรรม
1. อันตรายต่อผู้ป่วย		
Anaphylactic shock	P R	คัดกรองผู้ป่วยว่าเคยแพ้ยาหรือไม่ เตรียมรถฉุกเฉินให้พร้อม
ตกลงสภาพเจ็บระหว่างเคลื่อนย้าย	P	คัดกรองผู้ป่วยเพื่อค้นหาผู้ที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ
ผู้ป่วยบาดเจ็บเนื่องจากไม่มีผู้ดูแล	T T	ผู้ป่วยที่มารถนอนต้องมีพยาบาลมาด้วย ผู้ป่วยหนักและช่วยตัวเองไม่ได้ให้เปลี่ยนเสื้อผ้าและระอบ ในห้องสังเกตอาการ
ได้รับรังสีมากเกินไป	R	จำกัดปริมาณรังสีด้วยวิธีการที่ถูกต้องและตรวจสอบ เครื่องมือ
อุบัติเหตุจากเครื่องมือ	P	บำรุงรักษาเชิงป้องกัน
2. ความเสียหายต่อเครื่องมือ		
ความเสียหายต่อ CT SCAN	\$T P	ทำประกันภัย ให้ความรู้ต่อเจ้าหน้าที่ผู้ใช้อย่างละเอียด
ความเสียหายต่อเครื่องเอกเรย์	\$T P P	บำรุงรักษาโดยผู้ขายอย่างสม่ำเสมอ บำรุงรักษาเชิงป้องกันโดยเจ้าหน้าที่ ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้
ความเสียหายต่อเครื่องเอกเรย์เคลื่อนที่	\$T P	บำรุงรักษาโดยผู้ขายอย่างสม่ำเสมอ เหมือนเครื่องเอกเรย์ทั่วไป ให้ความสนใจกับล้อและเกียร์
3. อันตรายต่อเจ้าหน้าที่		
บาดเจ็บจากเครื่องมือ	P	บำรุงรักษาโดยผู้ขายอย่างสม่ำเสมอ
ปวดหลังจากการย้าย	P	ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับBODY MECHANIC
ถูกสารเคมีกัดกร่อน	P P	มีระเบียบปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการใช้สารเคมี มีอุปกรณ์ป้องกันแว่นตาที่ล้างเมื่อถูกสารเคมี
T= Transfer( ถ่ายโอน ),	\$T = ทำสัญญากับหน่วยงานภายนอก	
P= Prevention( ป้องกัน ),	R = Reduction ( ลดความเสียหาย )	

### 3.3 กระบวนการเอไอซี

เอไอซีเป็นคำย่อของ Appreciate-Influence-Control เป็นกระบวนการที่ Smith คิดค้นขึ้นมา การประชุมด้วยเอไอซี เป็นการประชุมที่ผู้เข้าประชุมมีส่วนร่วมสูง ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า มีความเป็นประชาธิปไตยมาก ให้เกียรติกันและมีโอกาสทัดเทียมกัน มีขั้นตอนดังนี้ (อรพินท์ ส孚โชคชัย และคณะ, 2540: 69-72; ลือชา วรรัตน์, 2542: 16; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2543: 148)

A-1 การเห็นคุณค่าขั้นที่ 1 ประชุมกลุ่มระดมความคิด ความรู้สึกของผู้เข้าประชุม แต่ละคนโดยการวาดภาพ วาดสัญลักษณ์ คำพูด เพื่อสะท้อนสภาพปัจจุบันแล้วรวมเป็นความคิดของกลุ่มใหญ่

A-2 การเห็นคุณค่าขั้นที่ 2 ประชุมกลุ่มระดมความคิด ความรู้สึก ความของผู้เข้าประชุมแต่ละคนโดยการวาดภาพ วาดสัญลักษณ์ คำพูดเพื่อสะท้อนสภาพในอนาคต แล้วรวมเป็นความคิดของกลุ่มใหญ่

การประชุมในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 นี้แต่ละคนต้องยอมรับ เห็นคุณค่าเคารพความคิดเห็นของคนอื่น ไม่วิพากษ์วิจารณ์ความคิดเห็นของคนอื่น การวิพากษ์วิจารณ์กันในช่วงนี้ทำให้เกิดความกลัวและไม่กล้าแสดงออก อย่างไรก็ตามการประชุมด้วยเอไอซีนี้ในขั้นการเห็นคุณค่า ประเวศ วะสี ( 2535: 49 ) ได้เสนอไว้มีเพียงแต่สภาพในอนาคตเท่านั้น โดยไม่ได้มีการสำรวจสภาพปัจจุบัน

I-1 การชักจูงโน้มน้าว ขั้นที่1 ผู้เข้าประชุม ระดมความคิด กำหนดแผนงานหรือ โครงการ หรือ มาตรการ ที่นำไปสู่สภาพในอนาคตที่คิดฝันไว้ และระดมความคิดถึงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถสู่ความฝันในขั้น A-2 หากจะแก้ไขปัญหาอุปสรรค ปัจจัยเหล่านั้น จะต้องใช้ กิจกรรม มาตรการใด แล้วนำความคิดนั้นมาเสนอที่ประชุมกลุ่ม โดยให้เหตุผลความจำเป็น

I-2 การชักจูงโน้มน้าว ขั้นที่ 2 ผู้เข้าประชุมนำกิจกรรมมาตรการมารวมประเภท และกลุ่ม และช่วยกันคิดว่าควรจัด กิจกรรม หรือมาตรการนั้นควรอยู่ในประเภทใด ใน 3 ประเภท คือประเภทที่จะทำเอง ประเภทที่ทำร่วมกับผู้อื่น และประเภทที่ขอให้ผู้อื่นทำให้ ต่อมาผู้เข้าร่วมประชุมจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม มาตรการ

C-1 การควบคุม ขั้นที่ 1 หาผู้รับผิดชอบ โครงการ กิจกรรม มาตรการ โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความจำนงว่าจะเข้าร่วมใน กิจกรรม มาตรการใด

C-2 การควบคุม ขั้นที่ 2 การวางแผนงานสำหรับ โครงการ กิจกรรม มาตรการที่จะทำเองโดยสมาชิก

ได้นำกระบวนการเอไอซีมาประยุกต์ใช้ในการประชุมครั้งนี้เพราะเป็นกระบวนการที่ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและกำหนดมาตรการร่วมกัน เพื่อที่จะได้ความร่วมมือร่วมใจ ความรู้สึกผูกพันต่อมาตรการ และเจ้าของมาตรการ

#### 4.4 การกำหนดมาตรการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาล ผ่าตัดของโครงการนี้

มาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดเป็นวิธีการจัดการความเสี่ยงตามแนวคิดของอนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล ( 2543) อันได้แก่การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การถ่ายโอนความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์และการแบ่งแยกทรัพยากรหรือสำรองทรัพยากร รวมทั้งกิจกรรมของวิธีการเหล่านั้นเพื่อใช้ควบคุมความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โดยได้ประยุกต์แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของอนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ร่วมกับการประยุกต์กระบวนการเอไอซีมาใช้ เพื่อให้เกิดการคิดเพื่อกำหนดมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด ดังนี้

1) การค้นหาความเสี่ยง ให้พยาบาลค้นหาความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้แบบฟอร์มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้มีข้อมูลพื้นฐานในขั้นตอนการเห็นคุณค่าของของกระบวนการเอไอซี ( การสำรวจสภาพปัจจุบันและสภาพที่คาดหวังในอนาคต ) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างทัดเทียมกันและความคิดเห็นได้รับการยอมรับ

2) การคัดเลือกความเสี่ยงที่มาจัดทำมาตรการ อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ได้ให้แนวคิดที่ว่า หลังจากการค้นหาความเสี่ยงขั้นตอนต่อไปคือประเมินความรุนแรงและความถี่ของความเสี่ยงว่ามีผลกระทบอย่างไร โอกาสมากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้จัดการที่เหมาะสมต่อไปและจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความสำคัญของความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบสูง โดยมีข้อแนะนำดังนี้ (อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542: 5) ความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่ำและไม่รุนแรงแต่เกิดบ่อยควรสร้างความตื่นตัว ส่วนความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่ำ รุนแรงต่ำและมีโอกาสเกิดไม่บ่อยควรมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ความเสี่ยงที่มีผลกระทบสูงและโอกาสเกิดต่ำควรนำมาจัดทำมาตรการควบคุมให้รัดกุม ส่วนความเสี่ยงที่เกิดบ่อยและมีผลกระทบสูงต้องจัดการทันที

โครงการนี้จึงได้ประยุกต์การประเมินความรุนแรงความถี่ของการบริหารความเสี่ยงรวมแนวคิดของกระบวนการเอไอซีเข้าด้วยกันดังนี้ ให้กลุ่มเป้าหมายเลือกความเสี่ยงที่ทางกลุ่มสามารถทำได้เองมาก่อนการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงด้วยการประเมินรุนแรงและความถี่ของความเสี่ยง เนื่องจากการจัดการความเสี่ยงบางอย่างต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานและหรือสหสาขาวิชาชีพเป็นอย่างมาก ความเสี่ยงเหล่านั้นควรที่จะเป็นความรับผิดชอบของหน่วยอื่นหรือทีมงานสหสาขาวิชาชีพ และความเสี่ยงที่จะนำมากำหนดมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด ได้แก่ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงมากและผลกระทบมาก



3) การกำหนดมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด

ในสหรัฐอเมริกากระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลต่างๆมักจะมีผู้จัดการความเสี่ยง ( Risk Manager ) รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยง ส่วนหน่วยงานห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลมักจะกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติ ( Policy and Procedure) โดยจะอิงตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด (AORN and Recommended Practices ) มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ที่สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งสหรัฐอเมริกาเผยแพร่เพื่อให้หน่วยงานห้องผ่าตัดต่างๆสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติ ส่วนที่สหราชอาณาจักรนั้นองค์การต่างๆทางด้านสุขภาพที่เฝ้าระวังความปลอดภัยอันได้แก่ สหภาพคุ้มครองทางการแพทย์และองค์การอื่นๆ ( Medical Defense Union, et al., 1988 อ้างถึงในทัศนีย์ พันธุ์พิเชษฐ์, 2539: 44 -50 ) ได้ร่วมกันประกาศแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ( Theatre Safeguards) ส่วนประเทศไทยจะมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานกลางกำหนดไว้อย่างกว้างๆ และมีมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดของโรงพยาบาลต่างๆที่ได้เผยแพร่ให้ทราบทั่วกัน ส่วนมาตรการควบคุมความเสี่ยงนั้นโรงพยาบาลต่างๆที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพต้องมีการจัดทำมาตรการควบคุมความเสี่ยงสำหรับหน่วยงาน แต่ก็จัดทำไว้ใช้ในหน่วยงานของตนเท่านั้นมิได้มีการเผยแพร่

การกำหนดมาตรการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดของโครงการนี้ได้นำแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การถ่ายโอนความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การลดการสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์และแบ่งแยกความเสี่ยงหรือการสำรองทรัพยากรมาใช้เป็นกรอบสำหรับกำหนดมาตรการควบคุมความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด

ส่วนรายละเอียด กิจกรรมของมาตรการควบคุมความเสี่ยง เช่น วิธีการปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจะใช้แนวคิดมาจากมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดของหน่วยงานอื่นๆในประเทศไทย มาตรฐานเชิงกระบวนการของงานพยาบาลผ่าตัดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แนวทางปฏิบัติของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดของสหรัฐอเมริกาและจากตำรา วารสาร เอกสาร คู่มือ และอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อความเสี่ยงเรื่องนั้นๆ รวมทั้งศึกษาจากสาเหตุต้นตอ ข้อสังเกตแนวโน้มของความเสี่ยงในเรื่องนั้นๆ ร่วมกับการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการทำงาน และกระบวนการทำงานของห้องผ่าตัดส.ก. 5 ส่วนความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือและเครื่องใช้จะยึดหลักดังนี้ การให้ความรู้ การอบรมการใช้เครื่องมือ การมีคู่มือ การใช้เครื่องมือและคู่มือประจำเครื่อง รวมทั้งการบำรุงรักษาเครื่องมือ เป็นต้น

การบันทึกทางการแพทย์และการรายงานอุบัติการณ์ เป็นสิ่งสำคัญในการบริหารความเสี่ยงจึงได้กำหนดให้มีแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ และให้มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการตรวจสอบได้ศึกษาอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในการบริการสาธารณสุขแห่งชาติของสหราชอาณาจักร (National Health Service) ปี ค.ศ. 1998 พบว่าหนึ่งในสี่ของอุบัติเหตุเกิดกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ดังนี้คือ เข็มตำ ร้อยละ 16 ลื่น เตะสะดุดและหกล้ม ร้อยละ 16 ใช้มือหยิบจับไม่ถูกต้องร้อยละ 15 ถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 14 ชนกับของแข็ง ร้อยละ 10 บาดเจ็บฟกช้ำ ร้อยละ 9 มีบาด ร้อยละ 7 โดนดีด้วยของแข็ง ร้อยละ 7 อันตรายจากของร้อนและเย็น ร้อยละ 3 สารอันตราย ร้อยละ 3 (Wilson, 1999c: 617)

อาภา นิตยศักดิ์ ( 2533 ) ศึกษาการจัดการความเสี่ยงการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านอยู่ในระดับสูงและให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านให้ยาผิดอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านอยู่ในระดับเห็นด้วย ผู้บริหารการพยาบาลให้คะแนนต่อการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกตามสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษาและการได้รับการอบรมทางการบริหาร โดยผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้คะแนนความคิดในด้านการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องและความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านแตกต่างจากผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มณีรัตน์ โกทชกร ( 2537 ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลในด้านความเสี่ยงจากการให้ยา ความเสี่ยงจากการหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลกับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วิมลรัตน์ วันยะนาพร ( 2541 ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมการทำงาน กายพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์

พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านจิตสังคมอยู่ในระดับต่ำ ด้านสารเคมีอยู่ในระดับต่ำสุด การปฏิบัติงานยามวิกาล แผนกการปฏิบัติงาน และตำแหน่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพในสถานที่ทำงาน อายุ ประสบการณ์ การทำงาน จำนวนบุตรในความดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพในสถานที่ทำงาน ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพในสถานที่ทำงาน

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ ( 2542 ) ได้ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในด้านโครงสร้าง กายภาพและสิ่งแวดล้อม การกำจัดของเสีย การป้องกันอัคคีภัยและการจัดการด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพพบว่าการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอทั้ง 2 กลุ่มโดยรวมอยู่ในระดับมากไม่ต่างกัน แต่รายด้านการป้องกันอัคคีภัย หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ จะอยู่ระดับปานกลางต่ำกว่าหัวหน้าหอโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อจำแนกตามประสบการณ์แล้วหัวหน้าหอโรงพยาบาลศูนย์ทั้งที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ ที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งบริหารต่างกันมีการบริหารความเสี่ยงไม่ต่างกัน ส่วนด้านการอบรมความปลอดภัยหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการฯ ที่ได้รับการอบรมความปลอดภัยมีการบริหารความเสี่ยงด้านการป้องกันอัคคีภัยดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

Hudson ( 1991 ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงกับกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในMaryland จำนวน 40 แห่งที่ถูกฟ้องร้อง ระหว่างปี ค.ศ. 1980-1981 และคดีสิ้นสุดก่อนปี ค.ศ. 1987 พบว่า โรงพยาบาลจะมีคดีและความรุนแรงของคดีน้อยลงได้ ถ้า 1) ได้ให้การศึกษแก่แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทของเขาในการบริหารความเสี่ยง 2) มีนโยบายการให้ข้อมูลแก่หัวหน้าเจ้าหน้าที่ทางคลินิกเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดพลาดขึ้นในหน่วยงาน 3) มีคณะกรรมการโรงพยาบาลสำหรับดูแลการบริหารความเสี่ยงและมีรายงานความเสี่ยง-กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงให้ทราบเป็นประจำ

Boyd ( 1995 ) ได้ศึกษาการระบุบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้จัดการความเสี่ยงในกระบวนการบริหารความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 15 คน พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าใจบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้จัดการความเสี่ยงเมื่อได้มีส่วนในการสืบสวนเหตุการณ์ การดำเนินคดีฟ้องร้อง และมีกิจกรรมคุณภาพ

Elnitsky, Nichol, and Palmer ( 1997 ) ได้ศึกษาการรายงานอุบัติการณ์ของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลในรัฐทางตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการรายงานอุบัติการณ์ของพยาบาล และความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้รายงานอุบัติการณ์ของผู้ตรวจการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลร้อยละ 36 เชื่อว่าอุบัติการณ์บางเรื่องไม่ต้องรายงาน ร้อยละ 14 ไม่เชื่อว่าการรายงานอุบัติการณ์มีความเที่ยงตรง และร้อยละ 14 ไม่เชื่อว่าการรายงานอุบัติการณ์จะป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ได้ ส่วนความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้รายงานของผู้ตรวจการ พบว่า พยาบาลร้อยละ 17 เชื่อว่าผู้ตรวจการนำรายงานอุบัติการณ์มาใช้ในการประเมินพยาบาล และร้อยละ 25 เกรงว่าเมื่อมีรายงานเหตุการณ์แล้วผู้ตรวจการพยาบาลจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพยาบาล และยังพบอีกว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์ดีกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาน้อยกว่า

Popejoy, and Fry (1991: 480-483 ) ได้ศึกษาถึงความถี่และลักษณะของการสัมผัสเลือดของเจ้าหน้าที่ทีมงานผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนิวยอร์ก พบว่าการผ่าตัดที่เจ้าหน้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติว่าการผ่าตัดอื่นๆ ได้แก่ การผ่าตัดหัวใจ และช่องอก ( Cardiothoracic Procedure ) การผ่าตัดบาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma ) และการผ่าตัดคลอด ส่วนการผ่าตัดตา การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ และศัลยกรรมช่องปากไม่พบการสัมผัสเลือดเลย จะมีเจ้าหน้าที่สัมผัสเลือดในอัตราร้อยละ 8 ของการผ่าตัด การสัมผัสเลือดจากการบาดเจ็บที่ผ่านผิวหนัง ( Percutaneous Injuries)พบได้ร้อยละ 3 ของการผ่าตัด ยิ่งระยะเวลาการผ่าตัดนานจะสัมผัสเลือดเพิ่มขึ้น ผู้ที่สัมผัสเลือดมากที่สุดคือพยาบาลช่วยรอบนอก ส่วนเจ้าหน้าที่วิสัญญี ศัลยแพทย์ และผู้ช่วยแพทย์จะสัมผัสรองมาตามลำดับ

Jagger, Bently, and Tereskerz (1998: 979-996) ได้ศึกษาแบบเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือด ( Blood Exposure ) ของเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการผ่าตัดและวิธีการป้องกันในโรงพยาบาล 6 แห่ง นาน 15 เดือน พบว่าอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดสูงได้แก่การผ่าตัดหัวใจมี เจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเลือดมากที่สุดขณะทำงานร้อยละ 15.8 รองมาได้แก่การผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ ส่วนตำแหน่งของที่อยู่ของการสัมผัสเลือดจากการบาดเจ็บผ่านทางผิวหนัง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่นั่นจะเกิดบริเวณที่มีการผ่าตัด ( Surgical Field ) ร้อยละ 33.4 บริเวณแผลผ่าตัด ร้อยละ 25.1 เกิดบริเวณโต๊ะเครื่องมือที่วางคร่อมเตียงผ่าตัด ( Mayo Stand ) ร้อยละ 7.3 ที่โต๊ะวางเครื่องมือร้อยละ 7 และที่อื่นๆ ส่วนเครื่องมือที่เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บมากที่สุดคือเข็มเย็บแผลผ่าตัดร้อยละ 51 รองมาคือใบมีดผ่าตัดร้อยละ 11 ส่วนที่เหลือจะเป็นเข็มฉีดยา ตะขอสำหรับดึงกระดูก ( Bone Hook ) หัวเข็มของจ็ไฟฟ้าห้ามเลือด ลวดเย็บแผลผ่าตัด กรรไกรผ่าตัด ปากคีบจับชิ้นเนื้อและเครื่องมืออื่นๆ ได้ศึกษาถึง

การบาดเจ็บจากเข็มเย็บแผลมักเกิดขณะกำลังใช้งาน ส่วนการบาดเจ็บจากใบมีดผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังจากใช้มีดแล้วและขณะส่งมีดให้ถึงร้อยละ 64.4 บริเวณอวัยวะของร่างกายที่สัมผัสเลือดมากที่สุดคือที่บริเวณใบหน้า รองมาเป็นมือ (มือซ้ายจะพบมากกว่ามือขวา) สะโพก หน้าอก และที่อื่นๆตามลำดับ ส่วนการใช้อุปกรณ์ป้องกันนั้นในรายที่เลือดเข้าตาจะใส่อุปกรณ์ป้องกันตาน้อย