



**การบริหารความเสี่ยง
ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา**

**เฉลิมพรรณ เมฆลอย
พร บุญมี**

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา
สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข**

คำนำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา โดยคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร ในระบบการบริหารและการปฏิบัติงานที่มีความสำคัญต่อการบรรลุซึ่งยุทธศาสตร์ขององค์กร และเป็นหลักประกันที่องค์กรจะบรรลุวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ อีกทั้งมีความสอดคล้องกับเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานการศึกษาของสำนักงานการอุดมศึกษา ที่ได้กำหนดให้สถานศึกษามีการนำเอาระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการบริหารการศึกษา ซึ่งสถาบันพระบรมราชชนกได้นำมาเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพ ที่ 7.8 ขององค์ประกอบที่ 7 โดยกำหนดเกณฑ์ตัดสิน เกณฑ์มาตรฐานและระดับคุณภาพตลอดจนแนวปฏิบัติที่ดี

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จึงได้จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยง นโยบายและแนวทางการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Policy and Guideline) ของวิทยาลัยขึ้นเพื่อใช้เป็นคู่มือแก่ อาจารย์ ข้าราชการ ลูกจ้างตลอดจนนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์การบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร

การจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงในครั้งนี้ เป็นการปรับปรุงคู่มือเป็นครั้งที่ 2 โดยฉบับแรกได้ดำเนินการจัดทำเมื่อ ปีการศึกษา 2550 ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทางทีมผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงในสถานการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตพยาบาล และยินดีน้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงต่อไป

เฉลิมพรรณ เมฆลอย

พร บุญมี

เมษายน พ.ศ. 2553

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 การบริหารความเสี่ยง	1
-บทนำ	1
บทที่ 2 ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงกับการพัฒนาองค์กร	
-ความหมายของความเสี่ยง	3
-วัตถุประสงค์การบริหารความเสี่ยง	3
-ประโยชน์ที่ได้รับจากการบริหารความเสี่ยง	4
-การบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของใคร	4
-แหล่งที่มาของความเสี่ยง	5
-วงจรการบริหารความเสี่ยง	5
-กรอบการบริหารความเสี่ยง	6
-ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยง	6
-การระบุความเสี่ยง	6
-การประเมินความเสี่ยง	6
-การรายงานความเสี่ยง	6
-หลักการจัดการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	7
-การติดตามและทบทวนความเสี่ยง	7
-การควบคุมและทบทวนความเสี่ยง	7
- ปัญหาที่พบบ่อยในการบริหารความเสี่ยง	8
-การเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์กับการบริหารความเสี่ยง	8
-เกณฑ์มาตรฐานตัวบ่งชี้ 5.1.4 การนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ ในกระบวนการ บริหารการศึกษา	9
บทที่ 3 ความสัมพันธ์ของการควบคุมภายใน การบริหารความเสี่ยงและการควบคุม ภายใน	11
-การควบคุมภายใน	11
-กระบวนการดำเนินการควบคุมภายใน	12

-การรายงานระบบควบคุมภายใน	12
-การตรวจสอบภายใน	13
-กระบวนการควบคุมภายใน	14
บทที่ 4 ระบบและกลไกการบริหารความเสี่ยงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา	15
-ขั้นตอนการดำเนินงาน	15
-นโยบายการบริหารความเสี่ยง	15
-เป้าหมายการบริหารความเสี่ยง	16
-คณะกรรมการที่ปรึกษาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและบทบาทหน้าที่	16
-คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและบทบาทหน้าที่	16
-โครงสร้างงานบริหารความเสี่ยง	18
-การกำหนดโปรแกรมความเสี่ยง	18
-การค้นหาความเสี่ยง	18
การจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยง	19
การจัดบัญชีความเสี่ยงและการวิเคราะห์ความเสี่ยง	21
รายการบัญชีความเสี่ยงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา	22
-บัญชีความเสี่ยงด้านการเงินและงบประมาณ	22
-บัญชีความเสี่ยงด้านนโยบาย/การบริหารจัดการทั่วไป	22
-บัญชีความเสี่ยงด้านจริยธรรม คุณธรรมนักศึกษา อาจารย์และบุคลากร	24
-บัญชีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงานการเรียนการสอน	26
-บัญชีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการบริการวิชาการ	27
-บัญชีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ การวิจัย	27
-บัญชีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ การประกันคุณภาพการศึกษา	28
-ระบบการจัดการความเสี่ยง	30
-ระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	30
-ระบบการจัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยง	31
-การจัดช่องทางการเข้าถึงระบบบริหารความเสี่ยงของบุคลากร	32
บทที่ 5 การบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล	33
-ความสำคัญและความจำเป็น	33
-แนวปฏิบัติการจัดการ อุบัติการณ์การบริหารขาดผลผลิตของนักศึกษาพยาบาล	45
-แบบบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของ	46

อาจารย์และนักศึกษาพยาบาล	
-ตัวอย่างฐานข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล	49
บทที่ 6 การบริหารความปลอดภัยด้านอาชีวอนามัย	53
-ความหมายของความปลอดภัยในการทำงาน	53
-วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล	54
-นโยบายความปลอดภัยสำหรับการบริหาร	55
-การจัดการด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล	56
-ความหมายของวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล	56
-แนวทางการจัดการวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล	56
-การจัดองค์การความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล	65
-หน้าที่ของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล	66
-แนวทางการดำเนินงานด้านวิศวกรรมความปลอดภัยเฉพาะด้าน	67
-การประเมินผลด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัย	70
-ขั้นตอนการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมของวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนีพะเยา	71
ผลการดำเนินงานวิศวกรรมความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมของวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนีพะเยา	71
ภาคผนวก	74
ภาพรวมการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา	74
ตัวอย่างแบบรายงานควบคุมภายในและผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์(Incident Report)	75
ตัวอย่างแบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและการปรับปรุงแก้ไข	77
แผนการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา	78
แผนการพัฒนารiskด้านสิ่งแวดล้อมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา	79
แผนปฏิบัติการการควบคุมภายในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา	82
แผนการดำเนินงานควบคุมภายในหน่วยงานย่อยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา	85
ตัวอย่างการรายงานสถานการณ์อุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำเดือน	88
บรรณานุกรม	90

บทที่ 1

การบริหารความเสี่ยง

บทนำ

ในการบริหารงานในปัจจุบัน สิ่งหนึ่งที่ต้องยอมรับคือ ไม่มีองค์กรหรือบุคคลใดที่จะดำเนินงานอยู่ในสถานะแวดล้อมที่ปราศจากความเสี่ยง หลักในการบริหารความเสี่ยงไม่ได้เป็นแนวทางในการสร้างสถานะแวดล้อมที่ปราศจากความเสี่ยง แต่เป็นการทำให้ผู้บริหารสามารถบริหารและดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้สถานะแวดล้อมที่มีความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงที่ดีจะช่วยให้ผู้บริหารสามารถเลือกทิศทาง หรือการเคลื่อนไหวทางกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงอันเป็นที่ยอมรับได้

การนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กร จะช่วยเป็นหลักประกันในระดับหนึ่งว่าการดำเนินการต่าง ๆ ขององค์กร จะมีการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากการบริหารความเสี่ยงเป็นการทำนายอนาคตอย่างมีเหตุมีผล มีหลักการและหาทางลดหรือป้องกันความเสียหายในการทำงานแต่ละขั้นตอนไว้ล่วงหน้า หรือในกรณีที่พบกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด โอกาสที่จะประสบกับปัญหาน้อยกว่าองค์กรอื่นหรือหากเกิดความเสียหายขึ้น ก็จะเป็นความเสียหายที่น้อยกว่าองค์กรที่ไม่มีการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ เพราะได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า ในขณะที่องค์กรอื่นที่ไม่เคยมีการเตรียมการหรือไม่มีการนำแนวคิดของกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ เมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤตขึ้น องค์กรเหล่านั้นจะประสบกับปัญหาและความเสียหายที่ตามมาโดยยากที่จะแก้ไข ดังนั้นการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาช่วยเสริมร่วมกับการทำงาน จะช่วยให้ภาระงานที่ปฏิบัติอยู่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และป้องกัน โอกาสที่จะเกิดความเสียหายและปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

การบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการองค์กร เป็นเรื่องส่วนรวมที่ทุกคนในองค์กร ตั้งแต่คณะกรรมการ ผู้บริหารระดับสูง จนถึงบุคลากรทุกคนควรมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ในเชิงลึก เชิงบูรณาการ และเชื่อมโยงสัมพันธ์กับการกำหนดกลยุทธ์ นโยบาย แผนงาน แผนปฏิบัติการ กิจกรรมขององค์กร ซึ่งการบริหารความเสี่ยงที่ดีจะเป็นการวัดความสามารถและการดำเนินงานของบุคลากรภายในองค์กร และองค์กรที่มีการบริหารจัดการที่ดี จะต้องดำเนินงานบนพื้นฐานของ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ การตรวจสอบภายใน (Internal Audit) การควบคุมภายใน (Internal Control) และการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา มีแนวทางในการพัฒนาระบบประกันคุณภาพโดยเน้นการตรวจสอบและพัฒนาระบบ เพื่อเสริมสร้างคุณค่าในเนื้องานตามพันธกิจขององค์กร ซึ่งอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไม่บรรลุตามพันธกิจ ประกอบกับมาตรฐานคุณภาพการศึกษา ได้กำหนดให้มีตัวบ่งชี้คุณภาพการศึกษา ที่ 7.8 ให้มีการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ในกระบวนการบริหารการศึกษา โดยการบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการดำเนินงานต่างๆ เพื่อลดมูลเหตุของแต่ละโอกาสที่องค์กรจะเกิดความเสียหาย ทั้งในรูปของตัวเงิน หรือไม่ใช่ตัวเงิน ให้ระดับความเสี่ยง และขนาดของความเสียหายที่เกิดขึ้นในอนาคตให้อยู่ในระดับความเสี่ยงที่องค์กรยอมรับได้ ประเมินได้ ควบคุมได้ และตรวจสอบได้อย่างมีระบบโดยคำนึงถึงการบรรลุเป้าหมายขององค์กรตามยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ที่สำคัญ โดยผู้บริหารระดับสูงต้องมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการบริหารความเสี่ยง ซึ่งการบริหารความเสี่ยงจะเกิดประสิทธิผลสูงสุด เมื่อทุกหน่วยงานในองค์กรได้ปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงได้จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงขึ้นมา เพื่อให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้ใช้เป็นคู่มือในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานและเพื่อการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยาต่อไป

บทที่ 2

ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงกับการพัฒนาองค์กร

การบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) คือกระบวนการที่ปฏิบัติโดยคณะกรรมการบริหาร ผู้บริหาร และบุคลากรทุกคนในองค์กร เพื่อการบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรมรวมทั้งกระบวนการ การดำเนินงานต่าง ๆ โดยลดมูลเหตุแต่ละโอกาสที่องค์กรจะเกิดความเสียหาย เพื่อให้ระดับและขนาดของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ ประเมินได้ ควบคุมตรวจสอบได้อย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรเป็นสำคัญ

ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล ความสูญเปล่า หรือเหตุการณ์ซึ่งไม่พึงประสงค์ที่ทำให้งานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ (Objective) และเป้าหมาย (Target) ที่กำหนด

ความหมายของอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุ คือ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง

1. เพื่อให้องค์กรเตรียมพร้อมรับมือกับสภาวะการแข่งขันที่รุนแรงมากขึ้น
2. เพื่อให้ลดผลเสียหายที่อาจเกิดขึ้นให้น้อยลงหรือไม่มีเลย
3. เพื่อให้สามารถแก้ไขเหตุการณ์ได้ทัน่วงที
4. เพื่อให้มีการป้องกันเหตุการณ์ที่คาดว่าจะก่อให้เกิดผลเสียหาย ดีกว่าการมาแก้ไข ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรสูญเปล่า
5. เพื่อให้องค์กรสามารถเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส
6. เพื่อให้ทุกคนตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของตน

ประโยชน์จากการบริหารความเสี่ยง

1. เป็นการสร้างฐานข้อมูลความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการบริหารและการปฏิบัติงานในองค์กร การบริหารความเสี่ยงจะเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจด้านต่าง ๆ เนื่องจากการบริหารความเสี่ยง เป็นการดำเนินการซึ่งตั้งอยู่บนสมมุติฐานในการตอบสนองต่อเป้าหมายและภารกิจหลักขององค์กร

2. ช่วยสะท้อนให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงต่าง ๆ ที่สำคัญได้ทั้งหมด การบริหารความเสี่ยงจะทำให้บุคลากรภายในองค์กรมีความเข้าใจถึงเป้าหมายและภารกิจหลักขององค์กร และตระหนักถึงความเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรได้อย่างครบถ้วน ซึ่งครอบคลุมความเสี่ยงที่มีเหตุทั้งจากปัจจัยภายในองค์กร และจากปัจจัยภายนอกองค์กร

3. เป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารงาน การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้บริหารสามารถมั่นใจได้ว่าความเสี่ยงได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมและทันเวลา รวมทั้งเป็นเครื่องมือที่สำคัญของผู้บริหารในการบริหารงาน และการตัดสินใจในด้านต่างๆ เช่น การวางแผน การกำหนดกลยุทธ์ การติดตามควบคุมและวัดผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและสามารถสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่องค์กร

4. ช่วยให้การพัฒนาองค์กรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การบริหารความเสี่ยงทำให้รูปแบบการตัดสินใจในการปฏิบัติงานขององค์กรมีการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน เช่น การตัดสินใจโดยที่ผู้บริหารมีความเข้าใจในกลยุทธ์ วัตถุประสงค์ขององค์กร และระดับความเสี่ยงอย่างชัดเจน

5. ช่วยให้การพัฒนาการบริหารและจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาถึงระดับความเสี่ยงในแต่ละกิจกรรมและการเลือกใช้มาตรการในการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของใคร

- ทุกคนในองค์กรมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในฐานะที่เป็นผู้ระบุน่ามีความเสี่ยงอะไรบ้างในหน่วยงาน/โครงการหรืองานของตน

- ฝ่ายบริหารขององค์กร

- เจ้าของความเสี่ยง (Risk Owners)

- ผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

- เจ้าของโครงการ/เจ้าของงาน

- ผู้ที่ได้รับมอบหมายเฉพาะ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management and Review Committee)

แหล่งที่มาของความเสี่ยง

ปัจจัยภายนอก

- เศรษฐกิจ/สังคม/การเมือง/กฎหมาย
- คู่แข่ง/พฤติกรรมผู้บริโภค
- เทคโนโลยี
- ภัยธรรมชาติ

ปัจจัยภายใน

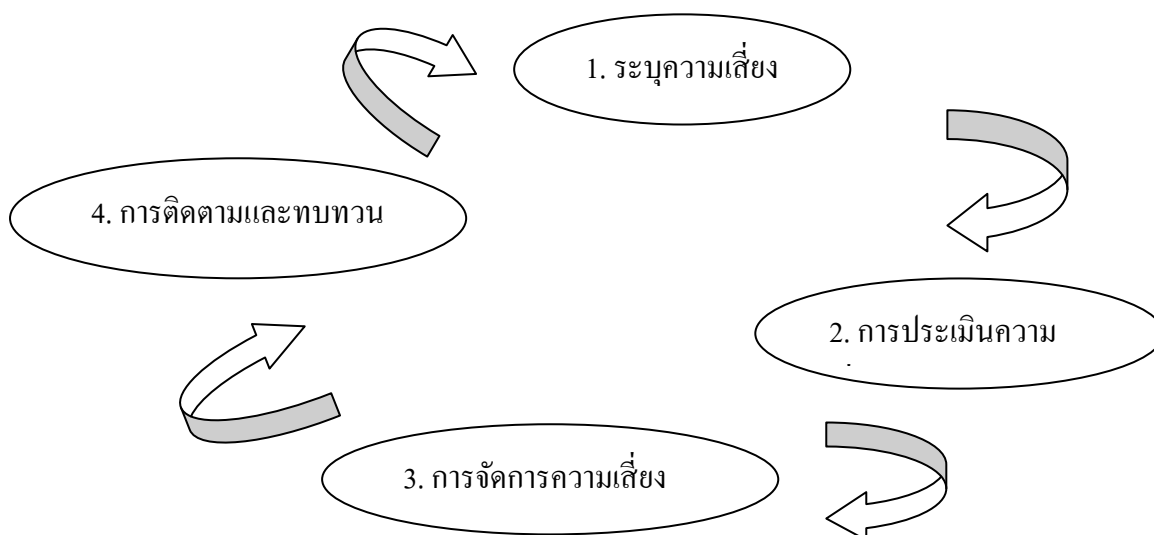
- วัฒนธรรมองค์กร
- ความรู้/ความสามารถของบุคลากร
- กระบวนการทำงาน
- ข้อมูล/ระบบสารสนเทศ

โดยปัจจัยเสี่ยงภายนอกเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่วนปัจจัยเสี่ยงภายในเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ นอกจากการค้นหาความเสี่ยงยังสามารถค้นหาเพิ่มได้จากสิ่งดังต่อไปนี้

1. การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต
 - ก. ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว
 - ข. ประสบการณ์ของบุคคล
2. เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น
3. เรียนรู้จากกระบวนการทำงาน
4. จากเพื่อนนอกหน่วยงาน

วงจรบริหารความเสี่ยง

วงจรการบริหารความเสี่ยง มีอยู่ 4 ขั้นตอนคือ



กรอบการบริหารความเสี่ยง 6 ขั้นตอน คือ

1. การกำหนดนโยบายวัตถุประสงค์/กลยุทธ์
2. การระบุปัจจัยเสี่ยง
3. การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง
4. การจัดการความเสี่ยง
5. การรายงาน
6. การสอบทวนและติดตามผล

ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยง

1. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)
2. ระบุประเภทของความเสี่ยง (Risk Identification)
3. วัดขนาดของความเสี่ยง/ความเสียหาย (Risk Measurement)
4. จัดลำดับของความเสี่ยง (Risk Prioritization)

การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

1. วิเคราะห์ขั้นตอนของกระบวนการทำงาน
2. ระบุความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการทำงาน
3. ระบุสาเหตุของความเสี่ยง

นอกจากนี้การระบุความเสี่ยง อาจได้มาโดยศึกษาและทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือจากการระดมความคิดจากผู้บริหารและบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ปฏิบัติงานในแต่ละแผนกงานตลอดจนศึกษาข้อมูลหรือการดำเนินงานที่ผ่านมาในอดีต

การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยง ให้พิจารณา ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. โอกาสที่จะเกิดความเสียหาย คือการพิจารณาว่าปัจจัยเสี่ยงมีโอกาสที่จะเกิดในระดับมากน้อยเพียงใด
2. ความเสียหายที่จะกระทบต่อองค์กรหรือแผนปฏิบัติการ คือ การนำปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยมาพิจารณาว่าหากเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อหน่วยงานมากน้อยแค่ไหน
3. ความสำคัญของความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญอยู่ คือการลำดับความสำคัญของแต่ละปัจจัยเสี่ยงเพื่อพิจารณาว่าความเสี่ยงใดควรพิจารณาจัดการก่อนหลัง

การรายงานอุบัติการณ์มีความสำคัญอย่างไร ?

1. เพื่อการรวบรวมบันทึกเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น
2. เพื่อรวบรวมเป็นบทเรียนเพื่อการแก้ไข

3. เพื่อสร้างวัฒนธรรมในการเรียนรู้ร่วมกันโดยไม่กล่าวโทษกัน

การรายงานอุบัติการณ์อาจอยู่ในรูปแบบของ

1. รายงานอุบัติการณ์
2. การบันทึกลงสมุด
3. การบอกเล่าหัวหน้างาน
4. อื่นๆ

ระบบรายงานที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

1. มีคำจำกัดความของอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขององค์กร
2. มีแนวทางที่ชัดเจนว่า ในกรณีใดที่จะต้องรายงาน
3. กำหนดผู้มีหน้าที่ในการเขียนรายงาน
4. กำหนดเส้นทางเดินของรายงานที่รัดกุม เป็นหลักประกันในการรักษาความลับ และไม่อนุญาตผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงได้
2. การสร้างความเข้าใจว่า การแก้ปัญหานี้มิใช่การลงโทษ

หลักการจัดการกับรายงานอุบัติการณ์ที่สำคัญมีดังนี้

1. ระบบรายงานไม่ยุ่งยากซับซ้อน เสียเวลา
2. ระบบรายงานทำให้ผู้รายงานไม่รู้สึกกลัว
3. ข้อมูลรายงานต้องได้รับการรักษาความลับ
4. หน่วยรับระบบรายงานต้องเป็นอิสระจากอำนาจการบริหารที่สามารถให้คุณให้โทษได้
5. รายงานจะได้รับการวิเคราะห์โดยผู้ที่เข้าใจสถานการณ์
6. รายงานจะได้รับการตอบสนองอย่างทันเวลา
7. ข้อเสนอแนะในการแก้ไขมุ่งที่การปรับปรุงระบบ
8. หน่วยงานที่รับรายงานต้องประสานงานให้เกิดการปรับเปลี่ยนเชิงระบบให้เป็นรูปธรรม

การติดตามและทบทวนความเสี่ยง

การติดตามและทบทวนความเสี่ยงเป็นกิจกรรมที่ต้องทำไปควบคู่กัน โดยต้องติดตามกลุ่มความเสี่ยงก่อนจัดการ ความเสี่ยงที่ถูกจัดการแล้วและความเสี่ยงที่เหลือแล้วติดตามความเสี่ยงหลังมีการติดตามทบทวนแล้ว จนเหลือเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ขององค์กร

การควบคุมความเสี่ยง

การควบคุมความเสี่ยงมีการวิธีการที่หลากหลายขึ้นอยู่กับประเภทความเสี่ยง

1. การป้องกัน การลดหรือควบคุม
2. การโอนหรือกระจาย

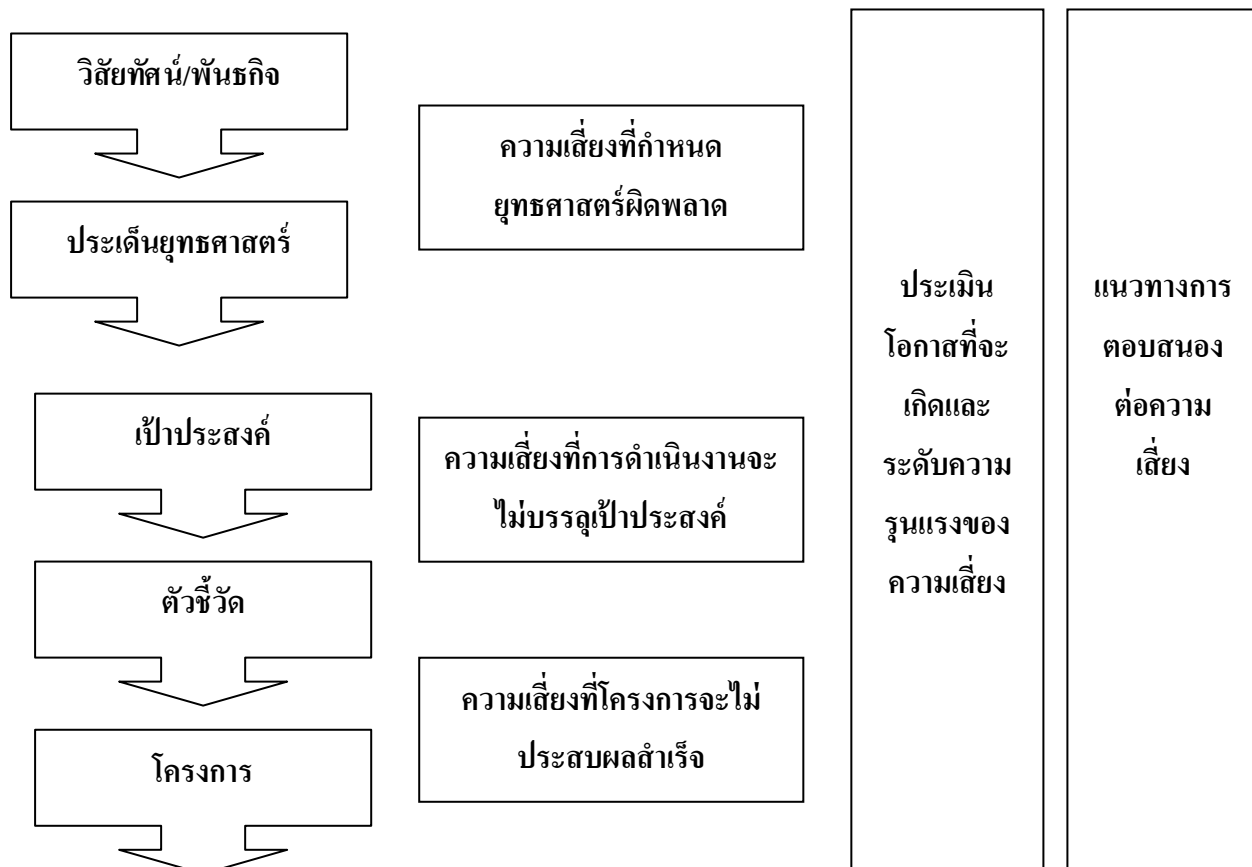
3. การยอมรับ
4. การหยุดหรือหลีกเลี่ยง
5. การจ่ายเงินชดเชย

ปัญหาที่พบบ่อยในการบริหารความเสี่ยง

1. ปฏิบัติขาดความเข้าใจเรื่องความเสี่ยง
2. ผู้ปฏิบัติขาดความตระหนัก
3. แนวทางและวิธีการรายงานไม่ชัดเจน
4. การจัดระดับความรุนแรงไม่ชัดเจนในระดับหน่วยงาน
5. การตอบสนองหรือการจัดการระดับหน่วยงานไม่เหมาะสม
6. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงขององค์กรไม่เข้าใจบทบาทตนเอง
7. การวิเคราะห์หาสาเหตุไม่เหมาะสม
8. ไม่สามารถสร้างความมั่นใจและความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน
9. การตอบสนองล่าช้าหรือไม่มีการตอบสนอง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเบื่อหน่าย ไม่เห็น

ความสำคัญ

การเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์กับการบริหารความเสี่ยง



เกณฑ์มาตรฐาน ตัวบ่งชี้คุณภาพ 7.8 การนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ในกระบวนการบริหาร การศึกษา

ชนิดของตัวบ่งชี้ : กระบวนการ

คำอธิบายตัวบ่งชี้ : เพื่อให้สถาบันอุดมศึกษามีระบบในการบริหารความเสี่ยง โดยการบริหาร ปัจจัย และควบคุมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อลดมูลเหตุของแต่ละโอกาสที่องค์กรจะเกิดความเสียหาย (ทั้งในรูปของตัวเงิน หรือไม่ใช่ตัวเงิน เช่น ชื่อเสียง และการฟ้องร้อง จาก การไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล หรือความคุ้มค่า คุณค่า) ให้ ระดับความเสี่ยง และขนาดของความเสียหายที่เกิดขึ้นในอนาคตให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ ประเมินได้ ควบคุมได้ และตรวจสอบได้อย่างมีระบบ โดยคำนึงถึงการบรรลุเป้าหมายขององค์กรตาม ยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์เป็นสำคัญ

แนวปฏิบัติที่ดี :

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับสถาบัน โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการควรมีผู้บริหารระดับสูง และตัวแทนที่รับผิดชอบในแต่ละพันธกิจหลักของสถาบัน
2. การระบุความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง ควรประกอบด้วยความเสี่ยงที่ครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ดังนี้
 - 1) ความเสี่ยงด้านงบการเงินและงบประมาณ
 - 2) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์
 - 3) ความเสี่ยงด้านนโยบาย
 - 4) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงาน
 - 5) ความเสี่ยงจากเหตุการณ์ภายนอก
3. การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง สามารถพิจารณาจากมิติของ โอกาสและผลกระทบจากสูงมายังต่ำ เพื่อกำหนดมาตรการหรือแผนการจัดการความเสี่ยงที่ ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายองค์กรได้ง่ายขึ้น
4. มาตรการหรือแผนการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม สามารถใช้แนวคิดของ 4 T เข้ามาช่วย คือ Take : ยอมรับ Treat : ลดหรือควบคุม Transfer : โอน หรือกระจาย Terminate : หยุดหรือหลีกเลี่ยง
5. สามารถบูรณาการความเสี่ยงและระบบการควบคุมภายใน เพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุม หรือลดโอกาสของความสูญเสียทั้งในแง่โอกาสและผลกระทบ

ข้อมูลอ้างอิงสำหรับผู้ประเมิน :

1. แผนงานด้านการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ในกระบวนการบริหารการศึกษา และหลักฐานการดำเนินงานตามแผน ตลอดจนการประเมินและปรับปรุง

2. โครงการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ในกระบวนการบริหารการศึกษาของสถาบัน ตลอดจน หลักเกณฑ์ ประกาศ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ข้อมูลและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ในกระบวนการบริหาร การศึกษา เช่น คำสั่งแต่งตั้งหรือมอบหมายผู้รับผิดชอบ รายงานการประชุมของ ทีมงาน / คณะกรรมการผู้รับผิดชอบหลัก ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ พร้อมเป้าหมายของสถาบัน
4. รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อหรือสร้างความเสียหายหรือความ สัมเหลว หรือลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากผู้มีอำนาจ สูงสุดของ สถาบัน รายงานการจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยง รายงานขั้นตอนหรือรายละเอียด การ ดำเนินงานตามแผน รายงานผลการวิเคราะห์ความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง และผลการดำเนินงานตาม แผน บริหารความเสี่ยงเพื่อการบรรลุเป้าหมายตามแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติงานของสถาบัน เอกสาร การ ประเมินผลการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ในสถาบัน

เกณฑ์มาตรฐาน : ระดับ

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานบริหารความเสี่ยง โดยมีผู้บริหาร ระดับสูงและ ตัวแทนที่รับผิดชอบพันธกิจหลักของสถาบันร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงาน โดยผู้บริหาร ระดับสูงต้องมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการบริหารความเสี่ยง
2. มีการวิเคราะห์และระบุปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อหรือสร้างความเสียหายหรือความล้มเหลวหรือ ลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายในการบริหารงาน และจัดลำดับความสำคัญของ ปัจจัยเสี่ยง
3. มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โดยแผนดังกล่าวต้องกำหนดมาตรการหรือ แผนปฏิบัติการใน การสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับบุคลากรทุกระดับในด้านการบริหารความเสี่ยง และการ ดำเนินการแก้ไข ลด หรือป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม
4. มีการดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยง
5. มีการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง ตลอดจน มีการกำหนดแนวทางและ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนบริหารความเสี่ยง โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหาร สูงสุด ของสถาบัน

เกณฑ์การประเมิน

คะแนน 1	มีการดำเนินการไม่ครบ 3 ข้อแรก
คะแนน 2	มีการดำเนินการ 3-4 ข้อแรก
คะแนน 3	มีการดำเนินการครบทุกข้อ

บทที่ 3

ความสัมพันธ์ของการควบคุมภายใน การบริหารความเสี่ยง และการตรวจสอบภายใน

วัตถุประสงค์หลักของการบริหารองค์กรที่ดี คือการติดตาม กำกับ ควบคุม และดูแล ให้มีประสิทธิภาพ ตรงเป้าหมายคุ้มค่าและประหยัด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นสิ่งที่เป็นรากฐานที่จะช่วยให้มีการกำกับดูแลองค์กรที่คืบหน้าประกอบด้วย

- การควบคุมภายใน
- การบริหารความเสี่ยง
- การตรวจสอบภายใน

การควบคุมภายใน

การควบคุมภายใน คือ กระบวนการ (Process) ปฏิบัติงานที่ฝ่ายบริหารและบุคลากรขององค์กรจัดให้มีขึ้น เพื่อให้สามารถมั่นใจได้อย่างสมเหตุสมผลว่า หากได้มีการปฏิบัติตามกระบวนการเหล่านี้แล้ว องค์กรจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ โดยวัตถุประสงค์ส่วนใหญ่ขององค์กรได้แก่

1. ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน
2. ความน่าเชื่อถือของรายงานทางการเงิน
3. การปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การกำหนดวัตถุประสงค์ ผู้บริหารจะต้องกำหนดวิธีการทำงานไปสู่วัตถุประสงค์นั้น และในขณะเดียวกันก็ต้องมีการควบคุมการปฏิบัติงานต่างๆ ในองค์กรให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลด้วย ซึ่งการควบคุมต่างๆ เหล่านี้ ก็คือการควบคุมกระบวนการภายใน องค์กร หรือเรียกสั้นๆว่า การควบคุมภายใน

ดังนั้นทุกหน่วยงานในองค์กรจะต้องมีระบบการควบคุมภายในที่เหมาะสมขึ้นมา ส่วนการจัดวางระบบการควบคุมภายในเป็นหน้าที่ของผู้บริหารหน่วยงาน ซึ่งเป็นผู้ทราบดีว่างานจุดใดของตนมีความเสี่ยง จากนั้นก็จะประเมินความเสี่ยงและสร้างระบบการควบคุมขึ้น เพื่อป้องกันแก้ไข หรือตรวจหาความเสี่ยงเหล่านั้น โดยการควบคุมภายในมักจะถูกกำหนดออกมาในรูปของระเบียบข้อบังคับ หรือคู่มือการปฏิบัติงานต่างๆ การควบคุมภายในจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานขององค์กร ช่วยป้องกันการรั่วไหล ช่วยให้องค์กรเห็นฐานะทางการเงินถูกต้องเชื่อถือได้ ในที่สุดองค์กรก็จะเจริญเติบโตอย่างมั่นคง

กระบวนการดำเนินงานควบคุมภายใน มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. จัดทำแผนปฏิบัติการการควบคุมภายใน
2. ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินการควบคุมภายในต่อคณะกรรมการบริหาร
3. ผู้อำนวยการกำหนดปรัชญา นโยบายการดำเนินงานควบคุมภายใน
4. คณะกรรมการบริหารวิทยาลัยกำหนดเป้าหมายหน่วยงานย่อยที่ต้องดำเนินการควบคุมภายใน
5. แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมภายในหน่วยงานระดับต่าง ๆ
6. กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมภายใน
7. จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง
8. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการควบคุมภายในคณะกรรมการควบคุมภายในหน่วยงานย่อยเป้าหมาย
9. หน่วยงานย่อยเป้าหมายวิเคราะห์และจัดทำกระบวนการ
10. หน่วยงานย่อยเป้าหมายประเมินแบบสอบถาม (ถ้ามี)
11. หน่วยงานย่อยจัดทำ ปย.1
12. หน่วยงานย่อยจัดทำ ปย.2 ทุกกระบวนการ
13. หน่วยงานย่อยนำเสนอผลการวิเคราะห์กระบวนการ/การตอบแบบสอบถาม/การจัดทำ ปย. 1 และการจัดทำ ปย. 2
14. หน่วยงานย่อยระดับฝ่าย/งาน สรุปรายงานผลการควบคุมภายในให้กับหน่วยงานย่อยระดับกลุ่มงาน
15. หน่วยงานย่อยระดับกลุ่มงาน สรุปรายงานผลการควบคุมภายในให้กับผู้อำนวยการ
16. ผู้อำนวยการวิทยาลัยร่วมกับทีมคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยสรุปรายงานผลการควบคุมภายในส่ง สบช.

การรายงานระบบควบคุมภายใน

ก. ระดับส่วนงานย่อย มีรายงาน 2 แบบ คือ

1. แบบ ปย. 1 รายงานความเห็นเกี่ยวกับการควบคุมภายในของผู้บริหารระดับส่วนงานย่อย ใช้สำหรับการรายงานในระดับส่วนงานย่อยของหน่วยรับตรวจ เพื่อทำความเข้าใจว่าระบบการควบคุมภายในที่ใช้อยู่เป็นไปตามมาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจรับเงินแผ่นดินกำหนดหรือไม่ มีประสิทธิผลและความเพียงพอหรือไม่

2. แบบ ปย. 2 สรุปผลการประเมินผลองค์ประกอบของมาตรฐานการควบคุมภายในและรายงานผลการประเมินองค์ประกอบของมาตรฐานการควบคุมภายใน แบบปย. 2-1 ใช้สำหรับการรายงานในระดับส่วนงานย่อยของหน่วยงานตรวจ เพื่อนำเสนอผลการประเมินแต่ละองค์ประกอบของการควบคุมภายใน ส่วนแบบ ปย. 2 สรุปผลมาจากแบบปย. 2-1 ในภาพรวมของส่วนงานย่อย

การบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) คือกระบวนการที่ปฏิบัติโดยคณะกรรมการบริหาร ผู้บริหาร และบุคลากรทุกคนในองค์กร เพื่อการบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรมรวมทั้งกระบวนการ การดำเนินงานต่าง ๆ โดยลดมูลเหตุแต่ละโอกาสที่องค์กรจะเกิดความเสียหาย เพื่อให้ระดับและขนาดของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ ประเมินได้ ควบคุมตรวจสอบได้อย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรเป็นสำคัญ

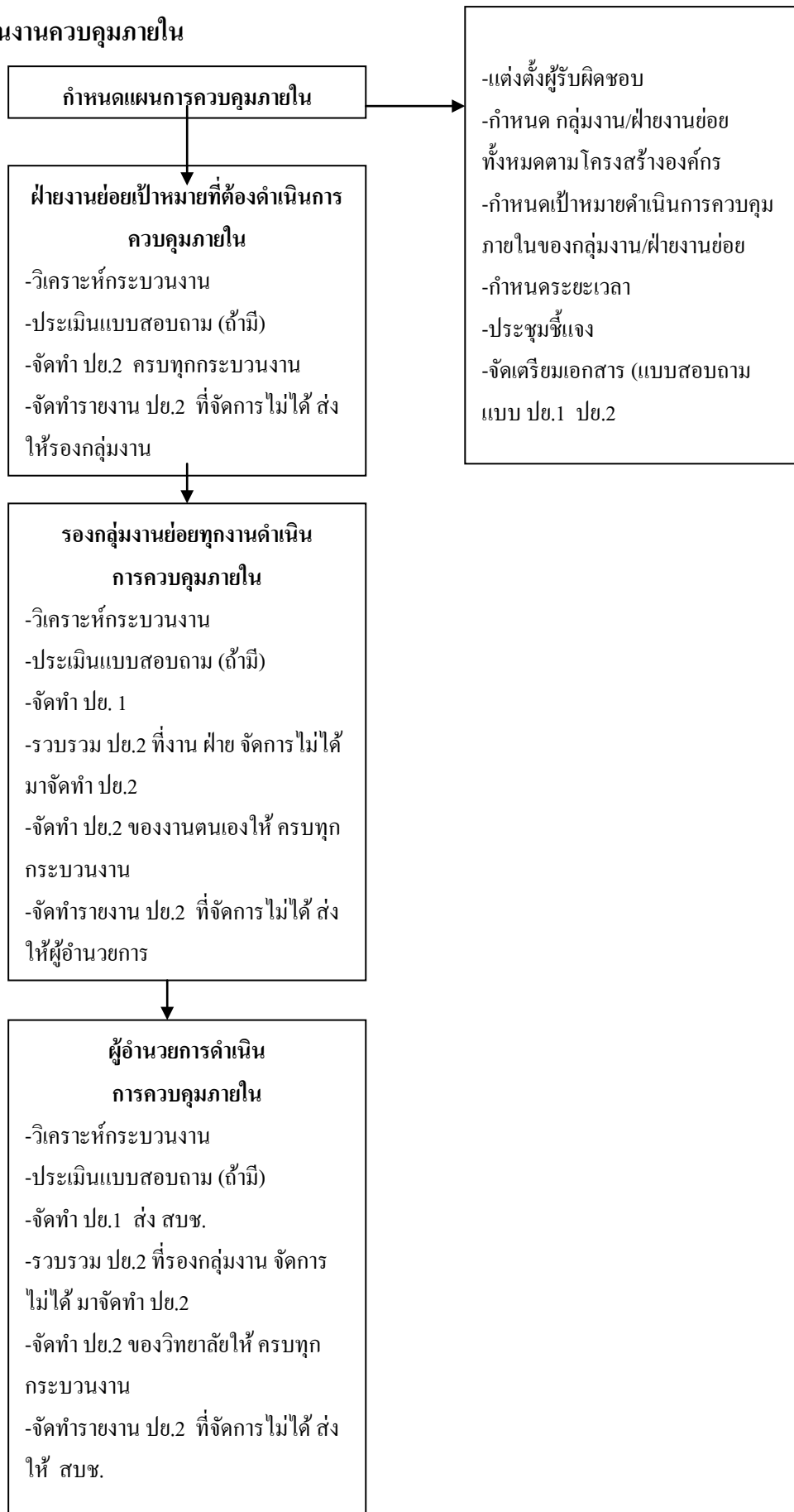
การตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายในมีบทบาทที่ทำให้มั่นใจว่า มีการควบคุมภายในที่เหมาะสม และการควบคุมเหล่านั้นได้รับการปฏิบัติตามภายในองค์กร ตลอดจนมีการนำระบบการบริหารความเสี่ยงมาปรับใช้อย่างเหมาะสม ตลอดจนช่วยถ่วงดุลอำนาจไม่ให้มีการใช้อำนาจไปในทางที่ผิด

การตรวจสอบภายในถือว่าเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยผลักดันให้เกิดการควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม เพราะบางครั้งผู้ปฏิบัติงานมักคิดว่าแค่นี้ก็ดีพอแล้ว แต่ผู้ตรวจสอบภายในก็จะมีวิธีการทดสอบว่าการควบคุมที่ปฏิบัติกันดีพอจริงหรือไม่ หรือบางครั้งอาจมี

การปฏิบัติกันมานาน แม้ว่าจะมีความชำนาญ แต่ก็อาจทำให้ประมาทโดยละเอียดบางจุดที่จะต้องควบคุมไป

กระบวนการดำเนินงานควบคุมภายใน



บทที่ 4

ระบบและกลไกบริหารความเสี่ยงของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา

ขั้นตอนในการดำเนินงาน

- กำหนดนโยบาย เป้าหมาย การบริหารความเสี่ยง
- กำหนดโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง
- แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบพร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่
- กำหนดตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ผู้จัดการความเสี่ยง
- กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงของวิทยาลัยฯ
- การจัดลำดับความรุนแรงของความเสี่ยง
- กำหนดช่องทางรายงานและระบบการจัดการ
- การจัดทำระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในการป้องกันความเสี่ยง
- การพัฒนาคู่มือการบริหารความเสี่ยง
- จัดทำแผนบริหารความเสี่ยง/โครงการ
- การพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
- ทบทวนรายงาน ติดตามและประเมินผล

1. นโยบายการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ประจำปีงบประมาณ 2553 มีดังนี้

1. บูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยงสู่งานบริหารแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติงาน โครงการ กิจกรรม ตามพันธกิจของวิทยาลัย

2. มุ่งส่งเสริมสนับสนุนและให้ความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงและแนวทางการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรทุกระดับรวมทั้งนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการปลูกฝังสร้างนิสัยให้บุคลากรและนักศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญและการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย

3. พัฒนาระบวนการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายตลอดจนพันธกิจหลักขององค์กรตามสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง

4. ให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย ซึ่งมาจากตัวแทนของทุกกลุ่มงาน หน่วยงาน ดำเนินการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อความเสียหายหรือความล้มเหลวหรือลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายในการบริหารงานและจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การวางระบบหรือแนวปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยง

5. ให้มีการติดตาม ประเมินผล ทบทวน และปรับปรุงแผนการบริหารความเสี่ยงตามความเหมาะสมรวมทั้งรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผนการบริหารความเสี่ยงที่กำหนดไว้ เสนอต่อผู้ที่เกี่ยวข้องตามระบบบริหารความเสี่ยงที่กำหนด

2. เป้าหมายการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

1. ระบบการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย อยู่ในระดับ 5 ตามเกณฑ์คุณภาพของ สบช/สมศ/สกอ.

2. ระบบบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัยในระดับการปฏิบัติที่ดี ครอบคลุม 5 ระดับ

3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา

3.1 ที่ปรึกษา คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. ผู้อำนวยการวิทยาลัย
2. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร
3. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิชาการและวิจัย
4. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริการวิชาการ
5. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานกิจการนักศึกษา
6. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

หน้าที่ของที่ปรึกษาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. เป็นที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะและให้ความเห็นชอบการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย
2. ให้ความเห็นชอบนโยบายการบริหารความเสี่ยง
3. กำกับดูแลและติดตามความเสี่ยงอย่างเป็นอิสระและเชื่อมโยงกับการควบคุมภายใน

3.2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

- | | | |
|---------------|-----------|---------------|
| 1. นางสาวพร | บุญมี | ประธานกรรมการ |
| 2. นางสาววัชร | ไชยจันดี | กรรมการ |
| 3. นางศลนภา | หงษ์ทอง | กรรมการ |
| 4. นางจรรยา | แก้วใจบุญ | กรรมการ |
| 5. นางสมัยพร | อาชาล | กรรมการ |

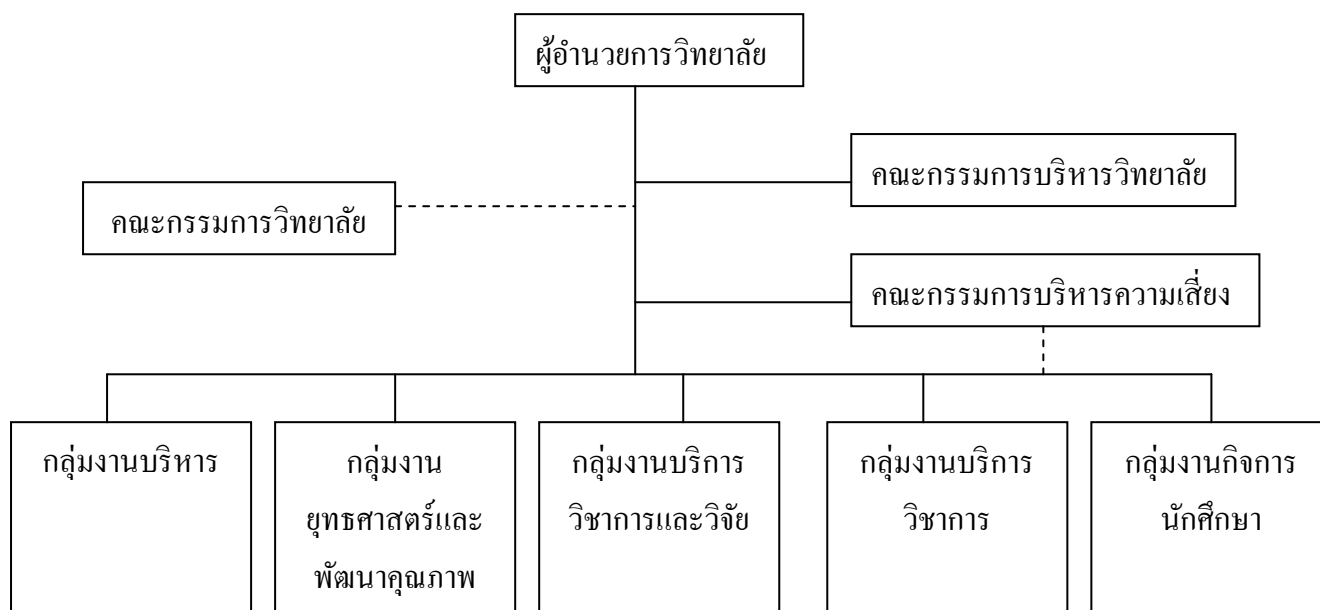
6. นางสาวบัวบาน	ยะนา	กรรมการ
7. นางสาวสิริสุดา	เตชะวิเศษ	กรรมการ
8. นางสาววัลลภา	แก้วศรีเวียง	กรรมการ
9. นายประดิษฐ์	ชาติเครือ	กรรมการ
10. นางเกศินี	การสมพจน์	กรรมการ
11. นางสาววาสนา	กันคำ	กรรมการ
12. นายศักดิ์กร	สุวรรณเจริญ	กรรมการ
13. นางสาวอรัญญา	นามวงศ์	กรรมการ
14. นางสาวนันทิกา	อนันตชัยพัฒนา	กรรมการ
15. นางสาวพวงผกา	พรหมเผ่า	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
16. นางเฉลิมพรรณ	เมฆลอย	กรรมการและเลขานุการ

หน้าที่และความรับผิดชอบดังนี้

1. นำเสนอนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย ต่อคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย เพื่อขอความเห็นชอบก่อนนำสู่การปฏิบัติ
2. สนับสนุนการบริหารงานของผู้บริหารวิทยาลัย โดยกำหนดโครงสร้างของการบริหารความเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งองค์กร พร้อมทั้งนำกลยุทธ์ด้านความเสี่ยงไปสู่การปฏิบัติ
3. ศึกษาวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงแนวโน้มที่เกิดและหรืออาจจะเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อองค์กรทั้งภายในและภายนอก
4. นำเสนอรายงานที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของระบบและการควบคุมความเสี่ยงต่อคณะกรรมการบริหาร
5. ทำหน้าที่เป็นส่วนรวมในการกำกับดูแลความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผู้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
6. ทบทวนรายงานการบริหารความเสี่ยง กำกับดูแลประสิทธิภาพการดำเนินงานทางการบริหารจัดการกับความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้
7. จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย
8. ระบุความเสี่ยงด้านต่าง ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์ และประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งแนวโน้มซึ่งมีผลกระทบต่อวิทยาลัย
9. จัดทำแผนงานเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยง
10. ประเมินผลและจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย
11. จัดวางระบบบริหารความเสี่ยงแบบบูรณาการ โดยเชื่อมโยงระบบสารสนเทศ

12. ปฏิบัติงานอื่นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย
ตามที่ได้รับมอบหมาย

4. โครงสร้างของงานบริหารความเสี่ยง



5. การกำหนดโปรแกรมความเสี่ยง

โปรแกรมความเสี่ยงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา แบ่งออกเป็น โปรแกรม
ดังนี้

1. โปรแกรมความเสี่ยงด้านการเงินและงบประมาณ
2. โปรแกรมความเสี่ยงด้านนโยบาย/การบริหารจัดการทั่วไป
3. โปรแกรมความเสี่ยงด้านจรรยาบรรณ คุณธรรมนักศึกษา อาจารย์และบุคลากร
4. โปรแกรมความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงานด้านการเรียนการสอน
5. โปรแกรมความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงานการบริการวิชาการและศูนย์ศึกษา
6. โปรแกรมความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงานการวิจัย
7. โปรแกรมความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงานด้านยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา
8. โปรแกรมความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงานกิจการนักศึกษาหอพักและการบริการนักศึกษา
9. โปรแกรม ความเสี่ยงจาก เหตุการณ์ภายนอกที่มีผลกระทบต่อวิทยาลัย

6. การค้นหาความเสี่ยง

การค้นหาความเสี่ยงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา ได้มาโดย

1. จากหลักฐานการบันทึกเหตุการณ์การอยู่เวรของอาจารย์และยาม
2. จากวิเคราะห์กระบวนการหลักการทำงานของแต่ละกลุ่มงาน/หน่วยงาน
3. จากการบอกเล่าจากประสบการณ์การทำงานของบุคลากร
4. จากเหตุการณ์ภายนอก เป็นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
5. จากบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

7. การจัดระดับความรุนแรง

7.1 พิจารณาโอกาส/ความถี่ในการเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด

ระดับ	รายละเอียด
1	เหตุการณ์ดังกล่าวมีโอกาสในการเกิดยาก เช่น ไม่เคยเกิดขึ้นเลยในเวลา 10ปีที่ผ่านมา
2	เหตุการณ์ดังกล่าวมีโอกาสในการเกิดน้อย เช่น เกิดขึ้น 1 ครั้งในช่วง 5-10ปี
3	เหตุการณ์ดังกล่าวมีโอกาสในการเกิดปานกลาง เช่น เกิดขึ้น 1 ครั้งในช่วง 1-5ปี
4	เหตุการณ์ดังกล่าวมีโอกาสในการเกิดขึ้นได้สูง เช่น เกิดขึ้นมากกว่า 1 ครั้งในช่วง 1ปี

7.2 พิจารณาจากความรุนแรง/ผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยแบ่งเป็นกลุ่มและระดับดังนี้

7.2.1 ผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของบุคลากร

ระดับ	ความรุนแรง	รายละเอียด
1	เล็กน้อย	มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจไม่เกินร้อยละ 25 ของบุคลากร
2	ปานกลาง	มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจร้อยละ 25-50 ของบุคลากร
3	สูง	มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจร้อยละ 50-75 ของบุคลากร
4	สูงมาก	มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจมากกว่าร้อยละ 75 ของบุคลากร

7.2.2 ผลกระทบต่อองค์กร

ระดับ	ความรุนแรง	รายละเอียด
1	เล็กน้อย	ไม่มีผลกระทบต่อองค์กร
2	ปานกลาง	มีผลกระทบต่อองค์กรแต่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาอันสั้น(ไม่เกิน 6 เดือน)
3	สูง	มีผลกระทบต่อองค์กรแต่ต้องใช้เวลาในการแก้ไข (มากกว่า 6 เดือน)
4	สูงมาก	มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อองค์กรหรือมีความจำเป็นต้องให้หน่วยงานภายนอกเข้ามาดำเนินการแก้ไข

7.2.3 ผลกระทบต่อคุณภาพการศึกษา

ระดับ	ความรุนแรง	รายละเอียด
1	เล็กน้อย	ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการศึกษา
2	ปานกลาง	มีโอกาทำให้ผลการประเมินคุณภาพการศึกษาน้อยกว่าคะแนน 4
3	สูง	มีมีโอกาทำให้ผลการประเมินคุณภาพการศึกษาน้อยกว่าคะแนน 3
4	สูงมาก	มีมีโอกาทำให้ผลการประเมินคุณภาพการศึกษาน้อยกว่าคะแนน 2

7.2.4 ผลกระทบต่อ จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

ระดับ	ความรุนแรง	รายละเอียด
1	เล็กน้อย	เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจริยธรรม/จรรยาบรรณวิชาชีพไม่เคยเกิดขึ้นเลยในเวลา 1 ปีการศึกษาที่ผ่านมา
2	ปานกลาง	เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจริยธรรม/จรรยาบรรณวิชาชีพเกิดขึ้นน้อย เช่น น้อยกว่า 5 ครั้ง/ปีการศึกษา
3	สูง	เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจริยธรรม/จรรยาบรรณวิชาชีพเกิดขึ้นปานกลาง เช่น เกิดขึ้น 5-10 ครั้ง/ปีการศึกษา
4	สูงมาก	เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจริยธรรม/จรรยาบรรณวิชาชีพเกิดขึ้นสูง เช่น มากกว่า 10 ครั้ง/ปีการศึกษา

7.2.5 ผลกระทบต่อการบริหาร

ระดับ	ความรุนแรง	รายละเอียด
1	เล็กน้อย	สามารถดำเนินการตามแผน/โครงการได้ตามปกติ
2	ปานกลาง	สามารถดำเนินการตามแผน/โครงการได้ตามปกติ แต่มีความล่าช้า (น้อยกว่า 6 เดือน)
3	สูง	สามารถดำเนินการตามแผน/โครงการได้ตามปกติ แต่มีความล่าช้า (มากกว่า 6 เดือน)
4	สูงมาก	ไม่สามารถดำเนินการตามแผน/โครงการได้ตามปกติหรือการดำเนินการหยุดชะงัก

8. การจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยง

8.1 ระดับความรุนแรงความเสี่ยง = ผลลัพธ์ของระดับความรุนแรงของโอกาส X (ผลรวมของระดับความรุนแรงของผลกระทบ 4 ด้าน)

8.2 การแปลผล

ระดับ	ความรุนแรง	รายละเอียด
1	1-20 คะแนน	ความเสี่ยงเล็กน้อย
2	21-40 คะแนน	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้แต่ต้องมีการทบทวนมาตรการควบคุมความเสี่ยง
3	41-60 คะแนน	ความเสี่ยงสูงต้องมีการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
4	61-80 คะแนน	ความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ต้องปรับปรุง/แก้ไขเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทันที

9. การจัดทำบัญชีความเสี่ยงและวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของความเสี่ยง

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้มีการรวบรวมสถิติการเกิดอุบัติเหตุการณความเสี่ยงในปี พ.ศ. 2545- 2552 ที่ผ่านมาของวิทยาลัยมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำบัญชีความเสี่ยง นอกจากนี้ ยังนำผลการวิเคราะห์กระบวนการหลักของการทำงานในแต่ละงานที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงตลอดจน ประสิทธิภาพการทำงานที่ผ่านมาโดยให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มงานไปประสานการจัดทำบัญชี ความเสี่ยงกับรองผู้อำนวยการและหัวหน้างานของแต่ละงาน เพื่อเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม จากนั้น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้ร่วมกันวิเคราะห์ระดับความรุนแรงตามกรอบการวิเคราะห์ ความรุนแรงข้างต้นสรุปเป็น บัญชีความเสี่ยงและระดับความรุนแรงดังต่อไปนี้

10. ราชบัญญัติความเสี่ยงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ปีการศึกษา 2552

10.1 ราชบัญญัติความเสี่ยงด้านการเงินและงบประมาณ

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
1	เงินสูญหาย	ไม่พบการรายงานอุบัติการณ์
2	บัญชีการเงินไม่เป็นปัจจุบัน	ไม่พบการรายงานอุบัติการณ์
3	การเบิกจ่ายงบประมาณไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	1
4	การจัดซื้อจัดจ้างผิดระเบียบ	ไม่พบการรายงานอุบัติการณ์
5	ไม่คืนเงินทดรองจ่ายโครงการ/กิจกรรม	ไม่พบการรายงานอุบัติการณ์

10.2 ราชบัญญัติความเสี่ยง ด้านนโยบาย/การบริหารจัดการทั่วไป

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
1	บม้นำเสีย	5
2	หม้อแปลงไฟกระจายออกมา	1
3	ประตูเขื่อนไม่ปิด	2
4	ห้องทำงานอาจารย์เปิดคอมพิวเตอร์ทิ้งไว้	1
5	ห้องทำงานอาจารย์เสียบกาน้ำร้อนทิ้งไว้	2
6	เปิดเครื่องเสียงห้องเรียนทิ้งไว้	1
7	มีผู้ป่วยเข้ามาวิทยาลัยด้านเขื่อน	1
8	ก๊อกน้ำรั่ว	2
9	หอพักน้ำไม่ไหล/ท่อน้ำแตก	10
10	ห้องประชุมเปิดพัดลมทิ้งไว้	1
11	เครื่องทำน้ำเย็นมีน้ำรั่วออกมา	1
12	ประตูห้องพักเวรอาจารย์ปิดไม่ได้ ส่งซ่อมแล้วไม่ได้การจัดการ	2
13	ผู้ปกครองนักศึกษาชมชู้อาจารย์เวร	1
14	ขยะหอพักส่งกลิ่นเหม็นในห้องน้ำ	4
15	กริ่งเรียกยามเสียส่งซ่อมแล้วไม่ได้รับการจัดการ	1
16	จัดเก็บขยะไม่มัดปากถุง	2
17	หอพักยาหมดอายุ	2
18	ช่างทาสีใช้โทรศัพท์มือถือแอบถ่ายรูปนักศึกษา	1
19	มีแมวอยู่ในห้องธุรการ	2
20	ญาติผู้ป่วยร้องเรียนนักศึกษาทำกิจกรรมเสียงดัง	1

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
21	หอพักยาหมดอายุ	2
22	เวียนหนังสือล่าช้า	2
23	หนังสือราชการสูญหาย	2
24	ไปร่วมงานจังหวัดพานพุ่มถวายเป็นของวิทยาลัยมาช้า	1
25	ขยะล้นถังมีสุนัขคุ้ยเขี่ย	1
26	ขยะส่งกลิ่นเหม็นบริเวณทางเดินขึ้นตึกอำนวยการ	1
27	บัตรประจำตัวนักศึกษาสูญหายที่ศาลากลางระยอง	2
28	ห้องสโมสรมีคนปิดนอกเวลาทำให้นักศึกษาหอพักไม่สามารถไปใช้คอมพิวเตอร์ได้	1
29	งูกัดนักศึกษา	1
30	กระจกรถของอาจารย์แตกขณะจอดอยู่หน้าบ้าน	1
31	นักศึกษาลืมล้มหน้าห้องนำหอพัก2	1
32	นักศึกษาลืมล้มทางต่างระดับข้างโรงอาหาร	1
33	ผู้ปกครองนักเรียนร้องเรียนการรับน้องใหม่ทำให้นักศึกษาเครียด	1
34	นักศึกษาใหม่เครียดไม่อยากเรียนต่อเนื่องจากมารับน้อง	1
35	ไฟดูดอาจารย์ นักศึกษาขณะใช้ไมโครโฟน ห้องเรียน2/1	2
36	น้ำร้อนรั่วจากเครื่องทำน้ำร้อนหอพัก2	1
37	ช่างก่อสร้างเข้าปรับปรุงห้องเรียนไม่ได้แจ้งให้งานบริหารทราบทำให้นักศึกษาไม่สามารถใช้ห้องเรียนได้	1
38	พบเศษผ้าอนามัยในบ่อน้ำเสียวิทยาลัย	1
39	มีบุคคลแปลกหน้าเข้ามาทางรั้วด้านหลังโรงพักขยะ	1
40	คาดฟ้าบนหอ 1 ไม่ได้ติดหลอดไฟนักศึกษาต้องขึ้นไปตากผ้า	1
41	ฝาปิดท่อน้ำทิ้งหน้าหอสมุดชำรุด	1
42	น้ำดื่มเครื่องกรองบ้านพักอาจารย์มีตะกอน	1
43	ท่อน้ำแตก น้ำไม่ไหล	14
44	รถตู้วิทยาลัยชนคนได้รับบาดเจ็บ	1
45	ไม่มีป้ายรักษาการณเวรบาย	1
46	ไม่มีอุปกรณ์สำรองแก้ไขท่อน้ำแตก	1
47	สุนัขกัดลูกเจ้าหน้าที่	1
48	สุนัขกัดเจ้าหน้าที่	2
49	เครื่องทำน้ำเย็นหอพักรั่ว	1
50	เงินธนาคารชุมชนสูญหาย	1

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
51	การจัดการปัญหาพฤติกรรมของนักศึกษากระทำผิดร้ายแรงไม่เป็นระบบ	1
52	สมุดเวรอาจารย์หาย	1
52	ท่อน้ำหอพัก 1 รั่วทำลายโครงสร้างตึก	1
53	นักศึกษาพายเรือที่กว้านพะเยาหลังหอพักไม่ใส่เสื้อชูชีพ	1
54	สุนัขถูกขังในห้องทำงาน	1
55	ลูกจ้างประจำเกษียณฟ้องความล่าช้าเบิกเงินบำนาญ	1
56.	เกิดลมพายุพัดกระหน่ำ ทำให้หลักคาหอพัก 1 2 รถอาจารย์ และเต็นท์เสียหาย	1
57.	อาจารย์ลาป่วย จัดให้อยู่เวร	1
58.	ยาหอพักหมดอายุไม่ครบ	1
59.	ห้องประชุมกลุ่มย่อยเปิดไฟ เปิดพัดลมทิ้งไว้	1
60.	ฝาปิดท่อระบายหลังหอ 1 ปิดไม่สนิท	1
61.	หอพักนักศึกษาสกปรกไม่เป็นระเบียบ มีขยะหน้าห้องพัก รองเท้าไม่เป็นระเบียบ	1

10. 3 บัญชีความเสี่ยงด้านจริยธรรม คุณธรรมนักศึกษา อาจารย์และบุคลากร

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
	ด้านคุณธรรม จริยธรรมของนักศึกษา	
1	ขโมยโทรศัพท์มือถือ	5
2	ส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่น	3
3	ใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าโดยไม่ขออนุญาต	13
4	รายงานเท็จด้วยลายลักษณ์อักษร	4
5	ไม่เซ็นชื่อกลับบ้าน	22
6	ซีมเตอร์ไซต์ไม่สวมหมวกนิรภัย/ซ้อน3	7
7	กลับเข้าหอพักเกินเวลา	77
8	แสดงกริยาไม่เหมาะสม	3
9	ตกเลือดรุนแรง	1
10	แลกเวรโดยไม่มีลายลักษณ์อักษร	2
11	ไม่เข้าแถวเคารพธงชาติ	7+260คน
12	ซี มอเตอร์ไซต์ไม่สวมหมวกนิรภัย	7

ลำดับ	รายการอุบัติเหตุ	ความถี่ในการเกิด
13	แต่งกายไม่สุภาพ	2
14	ทุจริตการสอบ	3
15	ให้บุคคลภายนอกเข้าหอพัก	2
16	ไม่เข้าร่วมประชุมประจำเดือน	3
17	ไม่ได้อยู่เวรสุขภาพ	1
18	ไม่กลับเข้าหอพัก	16
19	จัดประตูหอพัก	1
20	ขาดเรียน	45
21	เปิดพัดลมในห้องเรียนทิ้งไว้	3
22	เปิดแอร์ในห้องเรียนทิ้งไว้	1
23	เปิดคอมพิวเตอร์ทิ้งไว้	1
24	ลืมเซ็นชื่อเข้าหอพัก	28
25	ไม่วางบัตรออกจากวิทยาลัย	3
26	ทำร้ายตนเอง	1
27	ไม่เข้าประชุมสวดมนต์	50
28	ปลอมลายเซ็น	1
29	Hyperventilation	3
30	ปัญหาเรื่องคู่สมรมีผลต่อภาพลักษณ์วิชาชีพ	3
31	ทะเลาะกัน	4
32	ลืมอยู่เวร	2
33	ใช้ห้อง E-learning เกินเวลา	20
34	ติดป้ายผ้าผืนตึกด้วยกาว 2 หน้าทำให้ผืนตึกที่ทาสีใหม่เสียหาย	2
35	ไม่จัดเก็บบอร์ดหลังเสร็จกิจกรรม	2
36	เข้าเรียนสายเกิน 30 นาที	4
37	นำอาหารขึ้นไปรับประทานในห้องเรียน	8
38	รับน้องใหม่นอกเวลาที่ขออนุญาต	2
39	ไม่แยกขยะตามที่กำหนดไว้	3
40	เซ็นชื่อกลับบ้านแต่ไม่กลับบ้าน	1
41	แต่งกายไม่เหมาะสมขณะมีคณงานก่อสร้างบนหอพัก	3
42	ไม่จัดเก็บขยะบนหอพัก	15
43	ทิ้งขยะถึงฝ่าอนามัย	1
44	นักศึกษารอดรั้วด้านหลังวิทยาลัยยามวิกาล	1

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
45	นักศึกษาชายขึ้นหอพักนักศึกษาหญิง	1
46	นักศึกษารับประทานบนหอพักหญิง	38
47	นักศึกษาไม่สวมหมวกกันน็อกขณะขี่มอเตอร์ไซด์	8
48	ไม่ร่วมกิจกรรมของวิทยาลัยที่ กทม.แต่ไม่กลับพร้อมอาจารย์	1
49	ทำอาหารบนหอพักหญิง	3
50	ต่อปลั๊กไฟมาใช้ในห้อง	17
51	จัดเก็บรองเท้าไม่เป็นระเบียบ	24
52	เล่นไพ่บนหอพัก	4
53	รีดผ้าบนหอพัก	1
54	กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด	4
55	เที่ยวผับตอนกลางคืนแสดงพฤติกรรมที่ทำให้เสียภาคลักษณ์วิชาชีพ	1
56	มีหนี้สิน	1
57	ถูกพักการเรียน	1
58	ดื่มสุราเที่ยวกลางคืนเกิดอุบัติเหตุ	2
59	แต่งกายไม่ถูกระเบียบฝึกห้องคลอด	1
60	พบเศษบุหรี่ บนหอพักหญิงหอ 1	1
	คุณธรรม จริยธรรม ของอาจารย์	
1	อาจารย์ไม่อยู่เวร	7
2	อาจารย์ไม่ได้บันทึกการอยู่เวร	9
3	อาจารย์สวมรองเท้ามาปฏิบัติราชการ	1
	รวม	17
	คุณธรรม จริยธรรมของข้าราชการ/เจ้าหน้าที่	
1	ยามแสดงกริยาไม่สุภาพ	1
2	พนักงานหญิงแสดงกริยาไม่สุภาพ	1
3	จนท ดื่มสุราขณะปฏิบัติงาน	1

10.4 บัญชีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ งานด้านการเรียนการสอน

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
1	เครื่อง LCD ไม่พร้อมในการใช้งาน	1
2	จัดพิมพ์ข้อสอบไม่ตรงตามมาตรฐาน	1

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
3	นักศึกษาเข้ารับการประเมินผลการฝึกไม่ครบ	1
4	มีการสอนนอกเวลาราชการ	1
5	นักศึกษาขอหยุดพักยาวโดยที่เรียนทฤษฎียังไม่จบ	1
6	แจ้งเกรดให้นักศึกษาช้า	2
7	พิมพ์ข้อสอบไม่ครบตรวจพบเมื่อแจกข้อสอบนักศึกษาแล้ว	1
8	เปิดเทอม 3 เกรดเทอม 1 ยังไม่ออก	1
9	นักศึกษาฝึกปฏิบัติไม่ผ่าน	1
10.	ผู้ประสานวิชาไปไม่ทราบว่ามีวิชาที่เปิดสอนเทอมใหม่	1

10.5 บัญชีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการบริการวิชาการ

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
1.	ผู้เข้าร่วมประชุมไม่ได้ตามเป้าหมาย	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
2.	ผู้เข้าร่วมประชุมประเมินผลการจัดบริการวิชาการไม่ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
3.	ผลการประเมินการจัดบริการวิชาการไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
4.	ความพึงพอใจต่อการบริการวิชาการน้อยกว่าเป้าหมาย	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
5.	การบูรณาการการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอน การวิจัยและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม น้อยกว่าเป้าหมาย	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
6.	ไม่มีแผนการนำความรู้จากการบริการวิชาการมาใช้ในการเรียน การสอน การวิจัย	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน

10.6 บัญชีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการการวิจัย

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
1.	ข้อเสนอโครงการวิจัยไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ต่างๆ (ชาติ, สบช)	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
2.	การพิจารณางบประมาณสนับสนุนการวิจัยไม่เป็นไปตามหลักวิชาการ และความเหมาะสม	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
3.	โครงการวิจัยซ้ำซ้อน (คัดลอกงานวิจัยผู้อื่น) ขาดการปรับใช้	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
4.	การดำเนินการวิจัยไม่เป็นไปตามแผน	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
5.	การเสนอโครงการวิจัยไม่เป็นไปตามระบบ	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน

ลำดับ	รายการปฏิบัติการ	ความถี่ในการเกิด
6.	ขาดการรายงานความก้าวหน้าในงานวิจัย	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
7.	ผลการวิจัยไม่ผ่านการคัดเลือกเข้าเสนอระดับชาติ/นานาชาติ/ตีพิมพ์ (ผลจากข้อ 1) (คุณภาพการวิจัย)	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน
8.	ดำเนินการวิจัยโดยขาดจริยธรรม	ยังไม่พบว่ามีกรรายงาน

10. 7 บัญชีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ งานประกันคุณภาพการศึกษา

ลำดับ	รายการปฏิบัติการ	ความถี่ในการเกิด
	งานประกันคุณภาพการศึกษา	
1	ผู้เข้าอบรมโครงการประกันมีน้อยกว่าเป้าหมาย	1
2	ฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน	1
3	กลุ่มงานไม่พร้อมรับการประเมินคุณภาพภายใน	1
4	ผลการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในระดับเครือข่ายพบว่าตัวบ่งชี้คุณภาพผ่านกระบวนการเฉพาะ PD ไม่พบ CA	1
5	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มเป้าหมายไม่ครบ	1
6	เป้าหมายของอาจารย์ในการเข้าร่วมประชุม PMQA ไม่ได้ตามเป้าหมาย	1
7	ผลการประเมินคุณภาพภายในระดับ สบช. ทุกองค์ประกอบ ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	1
8	ผลการประเมินคุณภาพภายในระดับ สบช. องค์ประกอบ 4 การวิจัย ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	1
9	ผลการประเมินคุณภาพภายในระดับ สบช. องค์ประกอบ 4ถ การบริการวิชาการ ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	1
10	ผลการประเมินคุณภาพภายในระดับ สบช. องค์ประกอบ 2 การเรียนการสอน ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	1
11	ผลการประเมินคุณภาพภายในระดับ สบช. องค์ประกอบ 3 พัฒนานักศึกษา ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	1
12	ผลการประเมินคุณภาพภายในระดับ สบช. องค์ประกอบ 7 การบริหารจัดการ ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	1
13	ผลการประเมินคุณภาพภายในระดับ สบช. องค์ประกอบ 9 การประกันคุณภาพการศึกษา ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	1
14	การจัดแผนกลยุทธ์ปีงบประมาณ 2553 ไม่เป็นไปตามแผน	1
15	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	1

10.8 บัญชีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงานกิจกรรมนักศึกษาและการบริการนักศึกษา

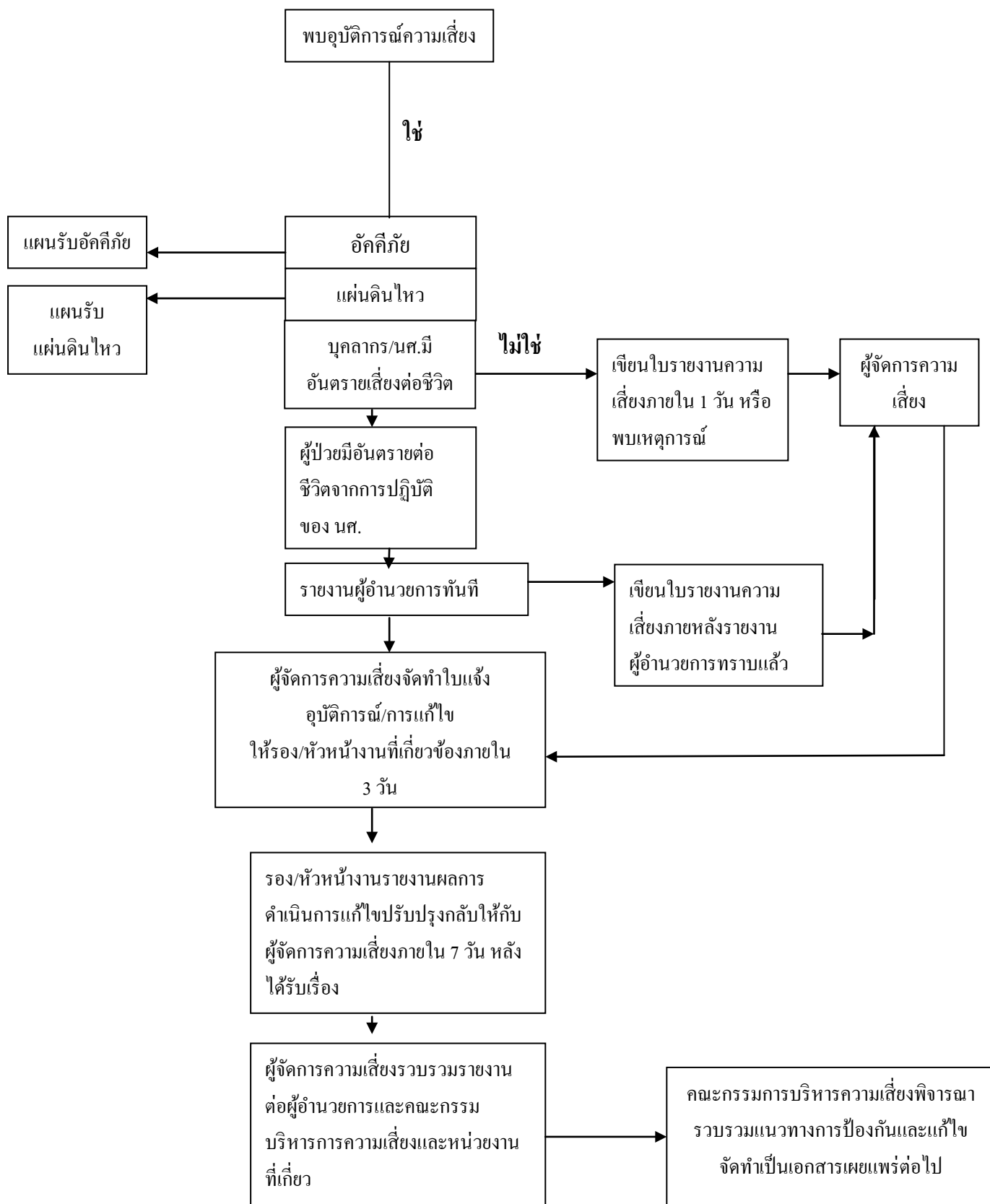
ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
1.	ขยะหอพักส่งกลิ่นเหม็นในห้องน้ำ	4
2.	จัดเก็บขยะไม่มิดปากถุง	2
3.	หอพักยาหมดอายุ	2
4.	หอพักยาหมดอายุ	2
5.	บัตรประจำตัวนักศึกษาสูญหายที่ศาลากาสะลอง	2
6.	ห้องสโมสรมีคนนอกเวลาทำให้นักศึกษาหอพักไม่สามารถไปใช้คอมพิวเตอร์ได้	1
7.	นักศึกษาลิ้นลมหน้าห้องนำหอพัก2	1
8.	นักศึกษาลิ้นลมทางต่างระดับข้างโรงอาหาร	1
9.	น้ำร้อนรั่วจากเครื่องทำน้ำร้อนหอพัก2	1
10.	พบเศษผ้าอนามัยในบ่อน้ำบาดน้ำเสียวิทยาลัย	1
11.	คาดฟ้าบนหอ 1 ไม่ได้ตัดหลอดไฟนักศึกษาต้องขึ้นไปตากผ้า	1
12.	ท่อน้ำหอพัก 1 รั่วทำลายโครงสร้างตึก	1
13.	นักศึกษาพายเรือที่กว้านพะเยาหลังหอพักไม่ใส่เสื้อชูชีพ	1
14.	ยาหอพักหมดอายุไม่ครบ	1
15.	หอพักนักศึกษาสกปรกไม่เป็นระเบียบ มีขยะหน้าห้องพัก รองเท้าไม่เป็นระเบียบ	1

10.9 บัญชีความเสี่ยงจาก เหตุการณ์ภายนอกที่มีผลกระทบต่อวิทยาลัย

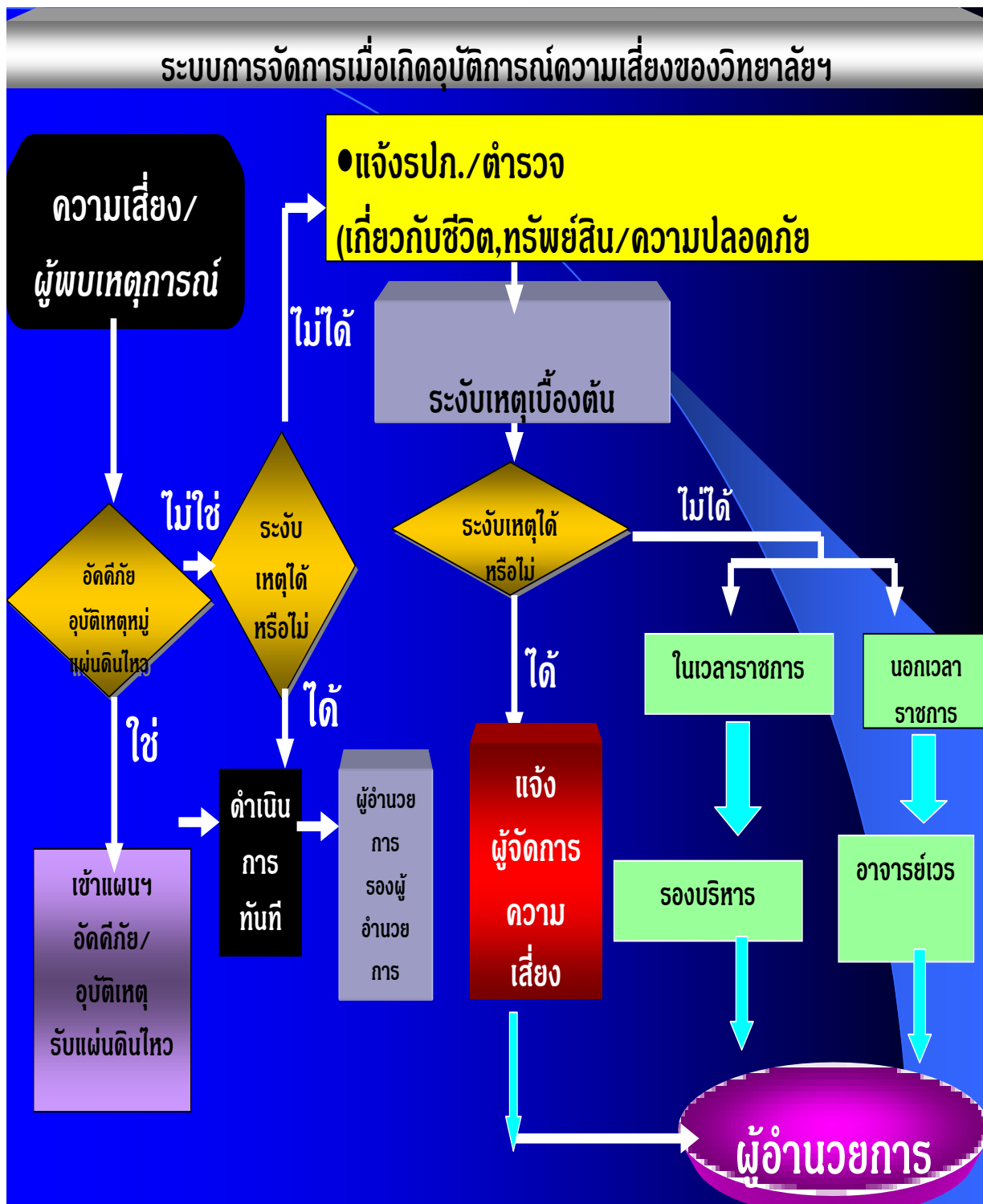
ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	ความถี่ในการเกิด
1.	การระบาดของไข้หวัด 2009	ไม่พบการรายงาน
2.	การระบาดของโรคไข้เลือดออกซิกุนคุนญา	2
3.	ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ	ไม่พบการรายงาน
4.	การก่อตั้งสถาบันการศึกษาผลิตพยาบาลในเขตภาคเหนือ	

11. ระบบการจัดการความเสี่ยง

11.1 ระบบการรายงานความเสี่ยง



11.2 ระบบการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยงของวิทยาลัย



12. การจัดช่องทางเข้าถึงระบบบริหารความเสี่ยงของบุคลากร

12.1 การเข้าถึงใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

12.1.1 ติดตั้งกล่องพร้อมใบรายงานความเสี่ยงกระจายไปทั่ววิทยาลัยดังนี้

อาคาร 1 อยู่ข้างบันไดทางขึ้นชั้น 2

อาคาร 2 อยู่หน้าห้องน้ำชั้น 1

อาคาร 3 อยู่หน้าห้องสมุด

อาคาร โรงอาหาร อยู่บริเวณทางออกไปห้องสมุด

อาคารหอประชุมเอื้องผึ้ง อยู่ด้านหลังภายในอาคาร

อาคารหอพัก 2 อยู่ บริเวณทางขึ้นหอพักด้านขวา

ศาลาภาสละอง อยู่ด้านหน้าศาลา

12.1.2 จัดทำแฟ้มเก็บใบรายงานความเสี่ยงไว้ในกระเป๋าอาจารย์เวร

12.2 การเข้าถึงข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง

12.2.1 จัดทำข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงรายเดือน ติดบอร์ด งานประกันคุณภาพ

การศึกษา

12.2.2 รายงานสรุปในที่ประชุมคณะกรรมการมหาวิทยาลัย

12.2.3 รายงานสรุปในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

บทที่ 5

การบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

ความสำคัญและความจำเป็น

ปัจจุบันในระบบการจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่เป็นด้านลบจากการบำบัดรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้ทุพพลภาพในระยะสั้นหรือถาวรและสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น อีกทั้งสูญเสียความไว้วางใจของพ่อแม่ ญาติพี่น้องของผู้ป่วยต่อการรับบริการทางสุขภาพ สำหรับตัวบุคลากรทางสุขภาพเมื่อกระทำผิดพลาด พบว่า มีผลให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและหรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้โรงพยาบาลหรือองค์กรสุขภาพก็ได้รับผลกระทบไปด้วยคือสูญเสียลูกค้า เสียชื่อเสียงด้านการบริการและถูกฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อเรียกค่าเสียหาย ดังนั้นแนวคิดการจัดการความปลอดภัยเชิงรุกที่สามารถป้องกันและลดความเสียหายต่อผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพและองค์กรด้านสุขภาพจึงเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อประกันคุณภาพการบริการที่ทำให้เกิดความมั่นใจว่า การรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยมีความปลอดภัย

ในสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง มีความจำเป็นต้องหันมาให้ความสนใจในระบบการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก ตลอดจนแนะนำแนวคิด กระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิกของผู้ป่วย ไปสู่การปฏิบัติ และเข้าไปเรียนรู้ แลกเปลี่ยน ตลอดจนสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยในสถานการณ์จริง เพื่อหล่อหลอมให้นักศึกษาพยาบาลได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและมีทักษะที่มีความไว้อย่างเพียงพอที่จะประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ ถูกต้องและรวดเร็วได้ อันจะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลจบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ต่อไป

การสร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาให้เกิดขึ้นในสถาบันการศึกษาพยาบาล ทั้งในตัวของอาจารย์พยาบาลและตัวนักศึกษาพยาบาลเอง และให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบให้การดูแลด้านความปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นนวัตกรรมที่เป็นเครื่องมือค้นหาหรือตรวจจับในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการเองซึ่งก็มีอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลอยู่ในทีมดังกล่าวด้วย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) มีนักวิชาการได้ให้ความหมายว่า การปลอดภัยจากการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการกระทำและการละเลยที่จะกระทำในการดูแล และเป็นความท้าทายที่

WHO ประกาศท้าทายความสามารถของสมาชิกทั่วโลก (Global Patient safety Challenge) Patient safety เป็นปรัชญาที่จะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมใหม่ของการเปิดใจ ไม่กล่าวโทษ มุ่งประโยชน์ อนาคต โดยมุ่งการปรับปรุงระบบด้วยความเข้าใจ ในข้อจำกัดที่เป็นธรรมชาติของคน และ Patient safety เป็นความคาดหวังและความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง Patient safety มีคำตอบที่ผ่านการทดสอบมาแล้วจำนวนหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันที (Patient safety Solution –PSS)

ในปี พ.ศ. 2549 HA Nation Forum ครั้งที่ 7 ได้ประกาศให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับทราบ ว่า เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ภาษาอังกฤษ คือ **Thailand Patient safety Goals** โดยแนวคิด **Patient safety Goals** นี้ คือการเลือกประเด็นความปลอดภัยมาจำนวนหนึ่งเพื่อที่จะชู จุดเน้นคล้าย ๆ กัน เพื่อเป็นบทเรียนหรือเครื่องมือในการเรียนรู้ที่จะทำให้เราเกิดความตระหนัก ร่วมกัน มาแลกเปลี่ยนความรู้แลประสบการณ์ต่าง ๆ ในการปฏิบัติ นำไปสู่การปรับปรุงพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยในโรงพยาบาลหลายแห่งได้กำหนด **Patient safety Goals** เป็นจุดเน้น 5 ด้านของโรงพยาบาลที่อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลต้องเข้าไปเรียนรู้และมีบทบาท ร่วมกับโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก โดยจุดเน้นที่สำคัญดังนี้ คือ

1. การระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง (Accuracy of Patient identification) การระบุตัวผู้ป่วย (Patient identification) เป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ถูก คน การระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการความปลอดภัยด้านการระบุตัว ผู้ป่วย ป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดคนและเพิ่มความแม่นยำใน การระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ในประเด็นดังกล่าวอาจารย์พยาบาลต้อง เรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกและสอนนักศึกษาพยาบาลได้รู้ถึงเหตุผลและ ความสำคัญในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน เช่น โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้กำหนด ขั้นตอนการระบุตัวผู้ป่วย (Patient identification) ในเวชระเบียน และ Wrist band ตลอดจนการเน้น ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัวและควรใช้ตัวบ่งชี้มากกว่า 1 วิธีในการระบุตัวผู้ป่วย

2. การใช้ยาที่ปลอดภัย (Safety of using Medication) เป้าหมายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยใน การใช้ยา และปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาของความปลอดภัยด้านยา คือ ตัวบุคคลและระบบเนื่องจาก ระบบยามีส่วนเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่าง ๆ หลายวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจใน ขั้นตอนการทำงานและโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนของวิชาชีพอื่นด้วย จึงจะสามารถช่วยกันสกัด กันความคลาดเคลื่อนที่หลุดรอดมาได้ก่อนจะถึงตัวผู้ป่วย อาจารย์พยาบาลต้องเข้าไปเรียนรู้ในเรื่อง ระบบการจัดการทางยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาของแหล่งฝึก เช่น ระบบการบริหารยาที่ไม่มีการใช้ Card ยา ระบบของการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drugs) ที่ใช้ในหอผู้ป่วยนั้น ๆ และต้องเข้าไปเรียนรู้ในเรื่องระบบการจัดการในเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ (Adverse drug reaction=ADR) ตลอดจนเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของการอุบัติการณ์ความ

ผิดพลาดจากการบริหารยาและฝึกทักษะในการเรื่องการทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุของความผิดพลาดจากการบริหารยาร่วมกับนักศึกษาพยาบาล

3. การลดอันตรายจากผลการเกิดพลัดตกหกล้ม (Reduced harm resulting Falls) การพลัดตกหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยซึ่งผลการพลัดตกหกล้มอาจเป็นผลของยาหรือการประเมินความเสี่ยงที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ควรได้รับการทบทวนหาสาเหตุเพื่อหาแนวทางการป้องกันอันตรายจากการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภาพ บทบาทของอาจารย์พยาบาลควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกทักษะในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงประเภทต่างๆ การให้นักศึกษาพยาบาลได้กำหนดกิจกรรมการพยาบาลหรือกระตุ้นให้นักศึกษาคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย เป็นต้น

4. การลดการติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Reduce the of Health care-acquired Infection) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อจากการดูแลรักษา อาจารย์พยาบาลควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญต่อการล้างมือให้ถูกต้อง การใช้ Alcohol gel ก่อนและหลังทำการพยาบาลผู้ป่วย การสอนให้นักศึกษาพยาบาล ให้มีความรู้และทักษะในหลัก Standard precaution และ Isolation precaution ตลอดจนให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อของหอผู้ป่วย และระบบการจัดการขยะและการปฏิบัติตามมาตรฐานการทิ้งขยะของหอผู้ป่วยที่กำหนดไว้

5. การสื่อสารที่ถูกต้อง ชัดเจน (Improve effective Communication) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารทางโทรศัพท์ การบันทึกเวชระเบียนมีรูปแบบชัดเจน มีข้อมูลครบถ้วนและอ่านออก เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งมีการติดตาม ตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยในการส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่น ๆ มีการส่งเวรที่มีประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและมีการสื่อสารระหว่างหน่วยงานกับห้องปฏิบัติการในการแจ้งค่าวิกฤติ อาจารย์พยาบาลควรสอนให้นักศึกษาได้เรียนรู้ระบบการสื่อสารที่สร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานการรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ของแต่ละแห่งฝึก รูปแบบการบันทึกเวชระเบียน ที่ชัดเจน เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนสอนให้นักศึกษาอ่านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสามารถวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและหาค่าวิกฤติได้

ปัญหาและความสำคัญของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกวัย และการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพซึ่งมุ่งเน้นให้การจัดการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประชาชน แต่จากความซับซ้อนของสภาพแวดล้อม ในการรักษาพยาบาลและรูปแบบการบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การให้บริการสุขภาพในแต่ละวัน ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด (error) ในการรักษาพยาบาลมากมาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนอนาคตการทำงานของบุคลากรทางสุขภาพผู้ให้บริการ (วิมา จีระแพทย์, 2550)

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการส่วนใหญ่พบว่าสามารถป้องกันกันได้ ทั้งจากการทำหัตถการทางการแพทย์และการพยาบาล และการใช้อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้ยา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อในกระแสเลือด โพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ (Pneumothorax) โรคปอดเรื้อรัง ตาบอด หูหนวก เป็นต้น ผลลัพธ์ด้านลบจากการบำบัดรักษาเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพในระยะสั้นหรือถาวรและสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น อีกทั้งการสูญเสียความไว้วางใจของพ่อแม่ญาติพี่น้อง ของผู้ป่วยต่อระบบการบริหารสุขภาพ สำหรับบุคลากรทางสุขภาพเมื่อกระทำผิดพลาดพบว่า มีผลให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องการก่อกวนและหรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (Nation Patient Safety Agency, 2006 Reason J, Hobb A, 2003 อ้างใน วิมา จีระแพทย์, 2550)

ระบบการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event Alert) ในระบบบริการสุขภาพ มีรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง ถึง 29 เรื่อง โดยพบว่ามีประเด็นความผิดพลาดด้านระบบความคลาดเคลื่อนทางยา คือ ความผิดพลาดจากการบริหารยา โปรตัสเซียม คลอไรด์ (KCL) ความผิดพลาดจากการบริหารยาโดยใช้ เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือด (Infusion pumps) ความผิดพลาดจากกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert medication) เป็นอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ต้องได้รับการเฝ้าระวัง จากทีมสุขภาพอย่างจริงจังและเป็นระบบ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2549)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Med error) โดยพบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 44,000 – 99,000 ราย ในแต่ละปี โดยพบว่า พบ 3 – 6.9% เกิดขึ้นในแผนกผู้ป่วยใน (Institute of Medicine, 2000) สาเหตุเกิดจากระบบการรวมศูนย์ด้านยา (Centralization Pharmacists) เกสซกรไม่ได้เข้ามามีบทบาทในการเข้า

ร่วมสอนและให้ข้อมูลด้านยา โดยพบว่าการลดความคลาดเคลื่อนด้านยา โดยให้มีเภสัชกรเข้าร่วมโปรแกรมการสอน สามารถลดความคลาดเคลื่อนด้านยาได้ถึง 45 % และการมีระบบการกระจายศูนย์ด้านยา สามารถลดความคลาดเคลื่อนด้านยาได้ถึง 94% (Institute of Medicine (IOM), 2000) และฐานข้อมูลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบริการของสหรัฐ (Joint Commission Sentinel Event Database) พบว่า สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทาง ส่วนใหญ่เกิดจากการบริหารจัดการสื่อมเหลว ถึง 63 % และสาเหตุการตายจากความคลาดเคลื่อนด้านยา มาจาก การบริหารยาขนาด 41% บริหารยาชนิด 16 %และบริหารยาชนิด 16 % โดยมีสาเหตุมาจาก ความบกพร่องในความรู้และการปฏิบัติตัวของพยาบาล และระบบการสื่อสารที่ล้มเหลว (U.S. FDA.(2003)

ในประเทศไทย โดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย พบว่า การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เกิดได้ทุกกระบวนการ คือ ระยะการสั่งยา (Prescribing phase) ระยะการถ่ายถอด คำสั่งยา (Order processing phase) ระยะการจ่ายยา (Dispensing phase) ระยะการบริหารยา (Drug administration phase) และความพร้อมรับยาของผู้ป่วย (Patient compliance) โดยพบว่า การสั่งจ่ายยาพบประมาณครึ่งหนึ่ง ขึ้นประมวลผลคำสั่งและการจ่ายยา พบ 1 ใน 4 และการบริหารยา พบ 1 ใน 4 (สามารถ เอี่ยมเก็บ , 2546) และการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม รพ. พุทธชินราช พิษณุโลก พบว่ามีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) คิดเป็นร้อยละ 7.94 % ของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด โดยมีสาเหตุจากการการบริหารยา 4.52 % โดยสรุปความคลาดเคลื่อนด้านยา พบได้ในทุกระบวนการดำเนินการ โดยมีสาเหตุมาจาก ระบบบริหารจัดการไม่มีประสิทธิภาพ ตัวบุคคล ขาดสมาธิ ภาระงานเพิ่ม ขาดความรู้ การสื่อสารล้มเหลวบุคลากรด้านสุขภาพบกพร่องในความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย แนวปฏิบัติ (Procedure or protocol) ไม่เป็นแนวปฏิบัติเดียวกัน เภสัชกรไม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมการสอนและไม่มีระบบการตรวจเช็คซ้ำ (Double check) ที่ชัดเจน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถานการศึกษาระดับอุดมศึกษา ที่มีหน้าที่ผลิตพยาบาลไปสู่สถานบริการด้านสุขภาพ โดยระบบการจัดการเรียนการสอนจะต้องมีการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงภายใต้การสอนของอาจารย์พยาบาลและอาจารย์พี่เลี้ยงจากแหล่งฝึก เพื่อให้เกิดทักษะความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ การฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ต้องได้รับการสอนอย่างใกล้ชิดกับอาจารย์พยาบาลหรืออาจารย์พี่เลี้ยง เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้ตลอดเวลา อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีระบบการสอนภาคปฏิบัติที่ใกล้ชิดจากอาจารย์พยาบาลหรืออาจารย์พี่เลี้ยง ก็พบว่า มีอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา จากการรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล ตั้งแต่ปี 2545-เดือน มีนาคม พ.ศ. 2550

(คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง, 2550)พบว่า มีอุบัติการณ์ ความผิดพลาดจากการบริหารยา จำนวน 5 ครั้ง ความผิดพลาดจากการให้เลือดผิดกรุป 1 ครั้ง โดยความผิดพลาดด้านการบริหารยา เป็นการให้ยาผิดคน จำนวน 3 ครั้ง ผิดเวลา 1 ครั้งและผิดขนาด 1 ครั้ง ซึ่งได้มีการทบทวน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยอาจารย์นิเทศและอาจารย์ที่เป็นคณะกรรมการสอบสวน แต่การดำเนินการ แก้ปัญหายังไม่มียระบบการป้องกันความผิดพลาดจากการบริหารยาที่ชัดเจน และไม่ต่อเนื่อง ไม่มี คู่มือบริหารยาสำหรับนักศึกษาและอาจารย์ที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาล ประกอบกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยาได้พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ของวิทยาลัย ขึ้นมา จึงได้มีการพัฒนาระบบการป้องกันความผิดพลาดจากการบริหารยาของนักศึกษาพยาบาล ขึ้นมา โดยการจัดทำคู่มือเรื่องระบบยาและการบริหารยาให้กับอาจารย์พยาบาลเพื่อใช้เป็นคู่มือในการสอนนักศึกษาพยาบาลภาคปฏิบัติต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยได้ ในที่สุด

กระบวนการสร้างความปลอดภัยในสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล

การสร้างความปลอดภัยในระบบบริการทางสุขภาพขององค์กร คือ กระบวนการจัดการที่ มุ่งลดอัตราความผิดพลาดและสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาด (protective barriers) ด้วยการค้นหา การจำแนก และการจัดการความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในระบบบริการ โดยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการออกแบบอีกครั้ง (redesign) การสร้างความตระหนัก การยอมรับ และการนำไปปฏิบัติในงานประจำของบุคลากรทุกระดับในองค์กรอย่างสม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดระบบบริการทางสุขภาพที่ปลอดภัยมากขึ้น ไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำและสามารถตอบสนอง เป้าหมาย ประการคือ (วีณา จีระแพทย์, 2550)

1. ลดค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียจากการเกิดอุบัติการณ์ทั้งในทางตรงและทางอ้อม
2. บรรลุความรับผิดชอบทางกฎหมายต่อการจัดการความปลอดภัย
3. เพิ่มผลผลิตของการจัดบริการต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
4. สร้างจุดขายของการมีมาตรฐานขององค์กรด้านความปลอดภัย

องค์ประกอบของวิธีการบริหารความปลอดภัย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ(วีณา จีระ แพทย์, 2550)

ขั้นตอนที่ 1. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง การที่บุคลากรภายในองค์กร มีการตระหนักและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดความผิดพลาด โดยทั้งบุคลากรและองค์กรสามารถระบุความผิดพลาด เรียนรู้ จากสิ่งที่เกิดขึ้นและจัดการกระทำ เพื่อแก้ไขให้เกิดสิ่งที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 มีผู้นำและผู้สนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยการ

- 1) ผู้บริหารแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ต้องให้ความสนใจทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ
- 2) มีการพบปะระหว่างผู้นำในองค์กร อาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล เพื่อหาประเด็นความปลอดภัยที่เกิดขึ้น
- 3) สร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของ อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการและฝึกปฏิบัติ
- 4) จัดให้มีการสนทนาเกี่ยวกับประเด็นความปลอดภัยในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา โดยใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที ก่อนเริ่มและหลังปฏิบัติงานประจำ เพื่อฝึกการรายงานอุบัติการณ์ วิธีการจัดความปลอดภัยและสร้างจริยธรรมในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาล
- 5) ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของความเห็นที่ได้รับ เพื่อให้ อาจารย์ และนักศึกษาพยาบาล เห็นประโยชน์ของการนำเสนอความเห็น
- 6) มีคณะกรรมการบริหารเป็นผู้ดูแลการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย
- 7) จัด/สนับสนุนให้มีการอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้กับอาจารย์และนักศึกษา
- 8) สร้างกระบวนการเรียนรู้และนำบทเรียนความปลอดภัยไปใช้ในการฝึกปฏิบัติ และติดตามประเมินผลของการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยงหมายถึง โอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในองค์กร โดยความเสี่ยงจะแทรกซึมอยู่ในทุกขณะของการปฏิบัติงาน โดยแบ่งประเภทของความเสี่ยง อยู่ 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการ และความเสี่ยงต่อองค์กรที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตในชุมชน การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง คือการนำบทเรียนที่ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงอื่น ๆ อย่างรวดเร็ว ทั่วทั้งองค์กร อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญ 4 ประเภท คือ

1) การค้นหาความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการสูญเสียต่อผู้ใช้บริการและองค์กร
 2) การประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิดความเสี่ยง ทั้งในระดับหน่วยงาน กลุ่มงาน และองค์กร เพื่อควบคุมและการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการจัดเก็บข้อมูลไว้ในระบบสารสนเทศ

3) การจัดการกับความเสี่ยง โดยการป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้น เช่นการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากบุคคลและอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม การถ่ายโอนความเสี่ยง ตลอดจนการชดเชยความเสียหายที่เกิดจากอุบัติการณ์

4) การประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงกับดัชนีความปลอดภัยขององค์กรที่มุ่งลดและบรรเทาการเกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ ความเสียหายต่อองค์กรจากการถูกร้องเรียน การฟ้องร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติและการให้บริการทางคลินิก

ข้อมูลที่ได้รับจากกระบวนการบริหารความเสี่ยง จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการออกแบบโครงการที่ต้องการปรับปรุงและการจัดการความปลอดภัยใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและทันสมัย

ขั้นตอนที่ 4. สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์

การรายงานสิ่งที่ผิดพลาดที่เกิดขึ้น เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการสร้างระบบการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมสำคัญ 3 ประการคือ

1) สนับสนุนให้อาจารย์ และนักศึกษาพยาบาล ทุกคนในการรายงานปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติ

2) ติดตามและเทียบเคียงสถิติการเกิดอุบัติการณ์และวิธีการจัดการกับอุบัติการณ์ของ วิทยาลัย กับ องค์กรอื่น รวมทั้งหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

3) ตั้งเป้าในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์และวางแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำใน ทุกอุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาล

อุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ คือ การที่ผู้รายงานรู้สึกล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ กลัวถูกลงโทษ กลัวว่ารายงานจะไม่เป็นความลับ มองไม่เห็นประโยชน์ของการรายงาน ไม่ได้รับความสะดวกในการรายงาน ตลอดจนรู้สึกว่า ไม่ใช่หน้าที่ของคนที่ต้องรายงาน หากพบว่าอุบัติการณ์ที่ตนไม่ได้กระทำ

ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล และแหล่งฝึกมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย

การ สื่อสารและให้อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล และแหล่งฝึกมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย โดย

1) กำหนดและเผยแพร่ นโยบายและจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหาและอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดกับผู้ป่วย ขณะที่นักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติ

2) ฝึกให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ในบทบาทของการให้ความรู้และสิทธิของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความปลอดภัยของการบริการ เช่น องค์กรความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งสหราชอาณาจักร ได้เสนอแนวทาง “SPEAK UP” คือ

Speak up คือ พูดเมื่อสงสัย ไม่แน่ใจหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับและรู้สึกไม่ปลอดภัย โดยไม่ต้องอายหรือกลัวที่จะพูด

Pay attention คือ เอาใจใส่การดูแลที่ได้รับและให้แน่ใจว่าได้รับการรักษาพยาบาลและยาที่ถูกต้อง ตลอดจนเข้าใจผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงอื่น ที่อาจเกิดขึ้นได้

Education คือ เรียนรู้โรคที่ได้รับการวินิจฉัย สอบถามหากไม่เข้าใจ อย่างคิดว่าการไม่ได้รับข่าวสารคือ ข่าวดี

Ask คือ การขอให้สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไว้วางใจเป็นผู้แทนในการดูแลสุขภาพ (Agency)

Know คือ รู้ว่าต้องได้รับยาอะไร เพราะเหตุใด ระบุยาที่แพ้ หากต้องได้รับสารละลาย ยาทางหลอดเลือด ให้ถามถึงระยะเวลาที่ควรได้รับ หากพบว่าเร็วหรือช้าเกินไปต้องแจ้งให้พยาบาล/บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ

Understand คือ เข้าใจองค์กรที่ใช้บริการว่ามีมาตรฐานความปลอดภัยหรือไม่และมีอุบัติการณ์ความผิดพลาดหรือความประมาทเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด

Participation คือ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ และไม่ต้องกลัวที่จะขอความเห็นจากแพทย์ พยาบาล หากต้องการข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจ

ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนความปลอดภัย

เมื่อเกิดอุบัติการณ์เกิดขึ้น สิ่งสำคัญไม่ได้อยู่ที่การค้นหาคนผิด แต่เป็นการค้นหาและเรียนรู้อุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไรและอะไร คือสาเหตุ สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลต้องส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย กับอาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล โดยต้องรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องรายงาน ข้อมูลอะไรที่จำเป็นและควรใช้เมื่อใด วิธีการวิเคราะห์และการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับ

ขั้นตอนที่ 7 นำแนวทางการแก้ไขปัญหามาใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ขั้นนี้เป็นการส่งเสริมการถ่ายโอนบทเรียนที่ได้รับจากอุบัติการณ์ไปสู่การเปลี่ยนแปลงระยะยาวในการปฏิบัติงานบริการที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรและเป็นสิ่งที่ อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล ปฏิบัติเป็นกิจวัตรขณะทำงาน โดยมีหลักการบริหารที่สำคัญ คือ

- 1) ออกแบบระบบที่ช่วยให้ อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล ทำสิ่งที่ถูกต้องได้ง่าย
- 2) ออกแบบโดยนำหลักการป้องกันทางกายภาพ มาใช้ในระบบ มากกว่าการใช้หลักการป้องกันแบบอื่น ๆ ซึ่งเป็นวิธีที่ต้องพึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขึ้นอยู่กับภาระของผู้ปฏิบัติงาน
- 3) ตรวจสอบให้แน่ใจว่าวิธีที่นำมาใช้จัดทำแผนการเปลี่ยนแปลง ได้ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพในการป้องกันและการทำให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้จริง

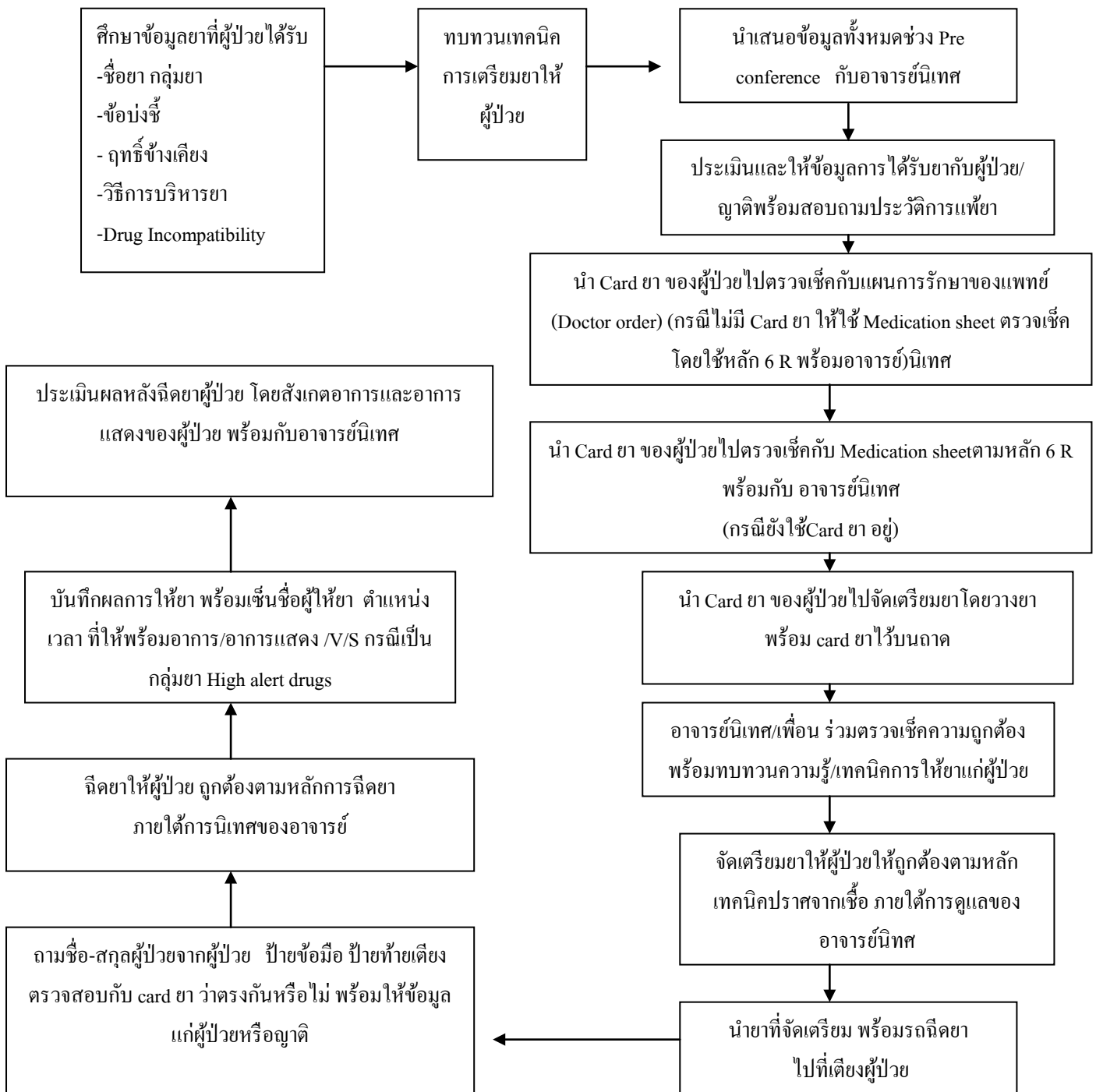
บทสรุป

เป้าหมายหลักของกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้แก่ การสร้างหลักประกันความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปลอดภัยทางคลินิกคือประเด็นสำคัญทางคุณภาพของโรงพยาบาล การทำงานเพื่อความปลอดภัยทางคลินิกนั้นจัดเป็นความต้องการจำเป็น (implicit need) ที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับทราบได้เอง แต่เป็นความจำเป็นที่บุคคลทางการแพทย์ทั้งหมดไม่ว่า แพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องสามารถตอบสนอง การทบทวนกระบวนการดูแลรักษา การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิกและการนำบทเรียนจากการดูแลรักษาผู้ป่วยจริงมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ และที่สำคัญ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ การที่บุคลากรภายในองค์กร มีการตระหนักและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มว่าอาจเกิดความผิดพลาด โดยทั้งบุคลากรและองค์กรสามารถระบุความผิดพลาด เรียนรู้ จากสิ่งที่เกิดขึ้นและจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้เกิดสิ่งที่ถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญ

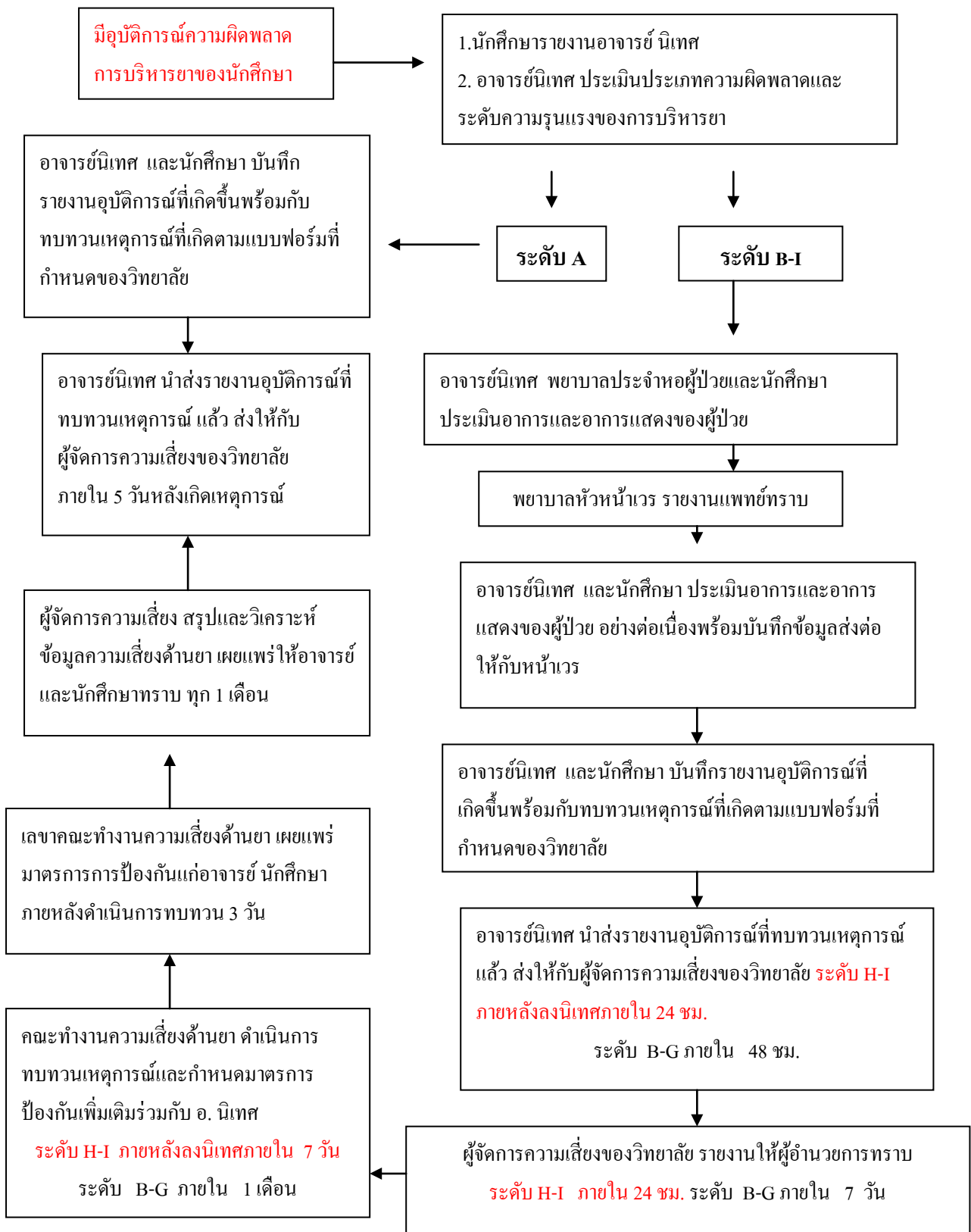
อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ถือเป็นทีมสุขภาพหนึ่งที่ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ การบริหารจัดการกับนักศึกษาพยาบาลที่กระทำการพยาบาลที่ผิดพลาด ด้วยวิธีการตั้งคณะกรรมการสอบสวนและลงโทษจากการกระทำผิดพลาดนั้น โดยปราศจากการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอันจะทำให้อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลได้เกิดการเรียนรู้ความผิดพลาดนั้นควรได้รับการทบทวนและปรับกระบวนการคิดและวิธีการจัดการใหม่ซึ่งควรเน้นการแก้ปัญหาเชิงระบบมากกว่าการลงโทษบุคคล นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลทุกรายวิชาควรบูรณาการแนวคิด หลักทฤษฎีและแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยสอดแทรกเข้าไปในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา

การสอดแทรกแนวคิดด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยในผู้ป่วย ในการสอนภาคปฏิบัติ แก่นักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลมีบทบาทในการกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาล ได้เรียนรู้การประเมิน ค้นหาความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นประเด็นความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ประเด็นความเสี่ยงด้านยา โดยเฉพาะกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง ประเด็นความเสี่ยงด้านการติดเชื้อ จากการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในตัวผู้ป่วย และการวางแผนการพยาบาลที่ป้องกันความเสี่ยงที่ประเมินได้ อันจะช่วยให้ลดความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยจากการกระทำการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต

แนวปฏิบัติการป้องกันการบริหารยผิดพลาดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา



แนวปฏิบัติการจัดการ อุบัติการณ์การบริหารยาผิดพลาดของนักศึกษาพยาบาล



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา
แบบบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงความไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
ของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

ก. ความเสี่ยงทางคลินิก		
A = ความเสี่ยงด้านยา	B = ความเสี่ยงด้านสารน้ำ/เลือด/ผลิตภัณฑ์จากเลือด	C= ความเสี่ยงทางคลินิกอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่ดูแล
<input type="checkbox"/> A01 ไม่ซักประวัติแพ้ยา <input type="checkbox"/> A02 ให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง <input type="checkbox"/> A03 จัดยา/เตรียมยาให้ผู้ป่วยผิดคน <input type="checkbox"/> A04 จัดยา/เตรียมยาให้ผู้ป่วยผิดชนิด <input type="checkbox"/> A05 จัดยา/เตรียมยาให้ผู้ป่วยผิดขนาด <input type="checkbox"/> A06 จัดยา/เตรียมยาให้ผู้ป่วยผิดเวลา <input type="checkbox"/> A07 จัดยา/เตรียมยาให้ผู้ป่วยผิดทาง <input type="checkbox"/> A08 จัดยา/เตรียมยาให้ผู้ป่วยผิดวิธี <input type="checkbox"/> A09 ไม่มีการ double Check <input type="checkbox"/> A10 จัดยา/เตรียมยาไม่ถูกหลัก sterile <input type="checkbox"/> A11 คัดลอกคำสั่งยามผิด <input type="checkbox"/> A12 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับยาที่ให้กับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> A 13 ให้ยาผู้ป่วยผิดคน (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> A 14 ให้ยาผู้ป่วยผิดชนิด (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> A 15 ให้ยาผู้ป่วยผิดขนาด (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> A 16 ให้ยาผู้ป่วยผิดเวลา (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> A 17 ให้ยาผู้ป่วยผิดทาง (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> A 18 ให้ยาผู้ป่วยผิดวิธี (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> A19 ให้ยาไม่ถูกหลัก sterile <input type="checkbox"/> A 20 ให้ยาผู้ป่วยที่แพทย์สั่งหยุดแล้ว <input type="checkbox"/> A 21 ไม่ติดตามผล/ไม่บันทึกผลการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง <input type="checkbox"/> A 22 ไม่ทดสอบยาที่เป็นต้องมีการทดสอบ <input type="checkbox"/> A 23 ผู้ป่วยแพ้ยาจากการให้ยาของนักศึกษา <input type="checkbox"/> A 24 เกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณที่ให้ยา	<input type="checkbox"/> B 01 จัดสารน้ำ/เตรียมสารน้ำผิดคน <input type="checkbox"/> B02 จัดสารน้ำ/เตรียมสารน้ำผิดชนิด <input type="checkbox"/> B03 จัดสารน้ำ/เตรียมสารน้ำผิดขนาด <input type="checkbox"/> B04 จัดสารน้ำ/เตรียมสารน้ำผิดเวลา <input type="checkbox"/> B05 จัดสารน้ำ/เตรียมสารน้ำผิดทาง <input type="checkbox"/> B06 จัดสารน้ำ/เตรียมสารน้ำผิดวิธี <input type="checkbox"/> B07 ไม่มีการ double Check <input type="checkbox"/> B08 จัดสารน้ำ/เตรียมสารน้ำไม่ถูกหลัก sterile <input type="checkbox"/> B09 คัดลอกคำสั่งสารน้ำผิด <input type="checkbox"/> B10 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสารน้ำที่ให้กับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> B 11 ให้ สารน้ำผิดคน (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> B 12 ให้ สารน้ำผิดชนิด (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> B 13 ให้ สารน้ำผิดชนิดขนาด(ระดับ..) <input type="checkbox"/> B 14 ให้ สารน้ำผิดเวลา (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> B 15 ให้ สารน้ำผิดทาง (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> B 16 ให้ สารน้ำผิดวิธี (ระดับ.....) <input type="checkbox"/> B17 ให้ สารน้ำไม่ถูกหลัก sterile <input type="checkbox"/> B18 ไม่ระบุปริมาณสารน้ำที่ได้รับตามเวลา <input type="checkbox"/> B19 ให้ สารน้ำผู้ป่วยที่แพทย์สั่งหยุดแล้ว <input type="checkbox"/> B20เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำ <input type="checkbox"/> B 21 เตรียมให้เลือด/ผลิตภัณฑ์จาก	<input type="checkbox"/> C 01 ผู้ป่วยในความดูแลเสียชีวิตกะทันหัน <input type="checkbox"/> C 02 ผู้ป่วยเกิดพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> C 03 ผู้ป่วยมีแผลกดทับใหม่ <input type="checkbox"/> C 04 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่เส้นเลือด <input type="checkbox"/> C 05 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด <input type="checkbox"/> C 06 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> C 07 เกิดภาวะ Fetal distress ระหว่างให้การดูแล <input type="checkbox"/> C 08 มารดาตกเลือดหลังคลอด <input type="checkbox"/> C 09 ทารกเสียชีวิตขณะคลอด <input type="checkbox"/> C 10 มารดาเสียชีวิตจากการคลอด <input type="checkbox"/> C 11 แผลฝีเย็บบวม/ติดเชื้อ <input type="checkbox"/> C 12 มีการ NCPR ในทารก <input type="checkbox"/> C 13 Birth Asphyxia <input type="checkbox"/> C 14 ระบุตัวผู้ป่วยผิด <input type="checkbox"/> C 15 มีการ CPR ในผู้ป่วย <input type="checkbox"/> C 16 เป็นผู้ป่วย Re+admitt ภายใน 7 วัน <input type="checkbox"/> C 17 ไม่ได้ทำ D-METHOD ในผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับ <input type="checkbox"/> C 18 เจาะเลือดผิดคน

ก. ความเสี่ยงทางคลินิก		
A = ความเสี่ยงด้านยา	B = ความเสี่ยงด้านสารน้ำ/เลือด/ผลิตภัณฑ์จากเลือด	C= ความเสี่ยงทางคลินิกอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่ดูแล
<input type="checkbox"/> A 25 ไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> A 26 ละเมิดสิทธิผู้ป่วยขณะให้ยา <input type="checkbox"/> A 27 อื่น ๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> A 28 อื่น ๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> A 29 อื่น ๆ ระบุ.....	เลือดไม่ถูกมาตรฐาน ระบุ..... <input type="checkbox"/> B 22 ให้เลือดผิดวิธี <input type="checkbox"/> B 23 ให้เลือดผิดคน <input type="checkbox"/> B 24 ให้เลือดไม่ได้เวลาตามมาตรฐาน <input type="checkbox"/> B 25 ให้เลือดไม่ถูกหลัก sterile <input type="checkbox"/> B 26 ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด	<input type="checkbox"/> C 19 เจาะเลือดไม่ได้ปริมาณตามมาตรฐาน <input type="checkbox"/> C 20 ไม่สามารถบอกค่าวิกฤตของผล LAB ได้ <input type="checkbox"/> C 21 ทำหัตถการต่าง ๆ ผิดคน <input type="checkbox"/> C 22 ทำหัตถการต่าง ๆ ผิดวิธี/ไม่ได้มาตรฐาน <input type="checkbox"/> C 23 กระทำการพยาบาลต่าง ๆ โดยละเมิดสิทธิผู้ป่วย <input type="checkbox"/> C 24 ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการผูกยึด
ข. ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาและอาจารย์พยาบาล		
<input type="checkbox"/> D 01 ไม่ใช่เครื่องป้องกันตามมาตรฐานขณะกระทำหัตถการต่าง ๆ <input type="checkbox"/> D 02 ถูกเข็มตำ/ของมีคมตำ <input type="checkbox"/> D 03 ถูกสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย <input type="checkbox"/> D 04 ถูกผู้ป่วยคุกคาม/ก้าวร้าวใส่ <input type="checkbox"/> D 05 ถูกญาติคุกคามก้าวร้าวใส่ <input type="checkbox"/> D 06 สิ้นหล่นขณะปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> D 07 เกิดอุบัติเหตุทางจราจร <input type="checkbox"/> D 08 ถูกทำร้ายร่างกายจากบุคคลอื่น ๆ <input type="checkbox"/> D 09 ถูกทำร้ายจิตใจจากทีมสุขภาพ <input type="checkbox"/> D 10 เป็นลมหมดสติขณะฝึกปฏิบัติ <input type="checkbox"/> D 11 อื่น ๆ ระบุ.....		

การทบทวนอุบัติการณ์

หน่วยงาน/ นักศึกษาชั้น ปี/อาจารย์ ผู้นิเทศ	กิจกรรมที่ทบทวน	เหตุการณ์/ประเด็น ปัญหา	สาเหตุ/เนื้อหา	แนวทางปฏิบัติ/ แก้ไข	ประเมินผล

การแปลระดับความรุนแรงและการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

ระดับ A : เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน (บันทึกรายงานอุบัติเหตุหลังทบทวนกับนักศึกษา ส่งให้ผู้จัดการความเสี่ยง ภายใน 5 วันหลังเกิดอุบัติเหตุ สรุปรายงานเสนอผู้อำนวยการทุกเดือน)

ระดับ B : เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ ยังไม่ถึงผู้ป่วย (บันทึกรายงานอุบัติเหตุหลังทบทวนกับนักศึกษา ส่งให้ผู้จัดการความเสี่ยง ภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดอุบัติเหตุรายงานผู้อำนวยการ 7 วัน)

ระดับ C : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย (ปฏิบัติเหมือน B)

ระดับ D : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้อุ่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (ปฏิบัติเหมือน B)

ระดับ E : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา (ปฏิบัติเหมือน B)

ระดับ F : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ผลให้ เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนในโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (ปฏิบัติเหมือน B)

ระดับ G : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย (ปฏิบัติเหมือน B)

ระดับ H : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต (บันทึกรายงานอุบัติเหตุหลังทบทวนกับนักศึกษา ส่งให้ผู้จัดการความเสี่ยง ภายใน 24 ชั่วโมง หลังเกิดอุบัติเหตุรายงานผู้อำนวยการ 24 ชม.)

ระดับ I : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการ เสียชีวิต (ปฏิบัติเหมือน H)

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	จำนวนอุบัติการณ์ (ครั้ง) ปีการศึกษา							รวม
		1	2	3	4	5	6	7	
21.	บริหารสำเนาเกินขนาด							3	3
22.	บริหารสำเนาผิดชนิด (ระดับC)							2	2
23.	บริหารยาที่แพทย์ให้ off								
.	อุบัติการณ์ด้านยาและสารห้า อื่น ๆ								
24.	อุบัติการณ์ด้านยาเกือบพลาด	-	-	-	-	3	-		3
25.	ไม่มีความรู้ในเรื่องยาที่ให้	-	-	-	-	-	11	3	14
26.	ไม่ซักประวัติการแพ้ยา	-	-	-	-	-	1	2	3
27.	บริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง	-	-	-	-	-	10		10
28.	ไม่ติดตามและบันทึกผลการให้ ยาความเสี่ยงสูง	-	-	-	-	-	4		4
29.	ผู้ป่วยแพ้ยา	-	-	-	-	-	2		2
30.	ไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วย และญาติ	-	-	-	-	-	1		1
31.	ละเมิดสิทธิผู้ป่วยขณะให้ยา	-	-	-	-	-	1		1
32.	ไม่บันทึกผลการผลการให้ยาที่มี ความเสี่ยงสูง							4	4
33.	นักศึกษาตรวจพบยาหมดอายุใน รถฉุกเฉิน							1	1
	อุบัติการณ์ทางคลินิก								
34.	ให้เลือดผิดกรุป ระดับ F	-	1	-	-	-	-		1
35.	เจาะเลือดผิดคน	-	-	-	-	-	2		2
36.	เจาะเลือดไม่ได้มาตรฐาน	-	-	-	-	-	6		6
37.	ทำหัตถการผิดวิธี	-	-	-	-	-	3		3
38.	ผู้ป่วยมีแผลกดทับ	-	-	-	-	-	3	1	4
	อุบัติการณ์การติดเชื้อ								
39.	เส้นเลือดที่ให้น้ำเกลืออักเสบ	-	-	-	-	-	2		2
	อุบัติการณ์อื่น ๆ								
40.	กระทำการพยาบาลโดยการ ละเมิดสิทธิผู้ป่วย	-	-	-	-	-	2	1	3
41.	ไม่สามารถบอกค่าวิกฤตของผล Lab ได้	-	-	-	-	-	6		6
42.	ถูกข้อมือคัมบาด	-	-	-	-	-	1		1
43.	ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	-	-	-	-	-	2		2

ลำดับ	รายการอุบัติการณ์	จำนวนอุบัติการณ์ (ครั้ง) ปีการศึกษา							รวม
		1	2	3	4	5	6	7	
69.	OK set ทำแผลหมดอายุ							1	1
70.	ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด							1	1
71.	ผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา							1	1
72.	ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแพ้ยาซ้ำ							1	1
73.	ไม่ตรวจเช็ดยาก่อนไปเก็บ							1	1
	รวม	2	1	-	2	13	140	76	234

หมายเหตุ

ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

ระดับ A มีโอกาสที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน

ระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย

ระดับ C เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

ระดับ D เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ระดับ E เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา

ระดับ F เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอน ร.พ หรืออยู่ ร.พ นานขึ้น

ระดับ G เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย

ระดับ H เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต

ระดับ I เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิต

บทที่ 6

การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยด้านอาชีวอนามัย

ความหมาย ของ ความปลอดภัยในการทำงาน

ความปลอดภัยในการทำงาน หมายถึง ความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยที่ดีในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในสาขาต่างๆ ในที่นี้จริงๆแล้วมาจากคำภาษาอังกฤษที่ว่า “ Occupational Safety and Health ”

ในวิทยาลัยพยาบาล ประกอบด้วย บุคลากรทั้ง อาจารย์พยาบาล ข้าราชการ ลูกจ้าง นักศึกษาพยาบาล เด็กที่ผู้ปกครองนำมาฝากไว้ที่ศูนย์บริการเด็กเล็ก ตลอดจนผู้มาใช้บริการของวิทยาลัย ล้วนแต่เป็นผู้ที่ต้องมีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบโดยตรงในด้านความปลอดภัยในการทำงาน โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับวิศวกรรมความปลอดภัย

ปัจจุบันองค์การแรงงานระหว่างประเทศได้มีการใช้คำพูดเพิ่มเติมจากที่กล่าวมาข้างต้นอีกหนึ่งคำคือ “ Working Conditions and Environment ” ซึ่งแปลความหมายว่า สภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดยเจตนาให้หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการการทำงาน (Working Conditions) , ความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยที่ดีในการทำงาน (Occupational Safety and Health) และ สภาพแวดล้อมของการทำงาน (Environment) ทั้งนี้เพื่อให้การดูแล คุ้มครอง ผู้ประกอบอาชีพในสาขาต่างๆ ได้ครอบคลุมกว้างขวางยิ่งขึ้นกว่าเดิม เพื่อผลทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม จิตใจ และสุขภาพอนามัยที่ดีของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพราะว่าจากสถิติการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัยในสถานที่ปฏิบัติงานต่างๆ ในปัจจุบัน มักมีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมของที่ทำงานเพิ่มขึ้นอย่างน่ากลัว เช่น ดึกดื่น ไฟฟ้าลัดวงจร ไฟฟ้าดูด แก๊สพิษรั่ว ระบบกำเนิดไอน้ำรั่วระเบิด การระบายอากาศไม่ดี มลพิษทางอากาศที่มาจากเครื่องปรับอากาศ ความร้อนในที่ทำงานสูง แสงสว่างไม่เพียงพอ ฯลฯ การเกิดอุบัติเหตุย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ทั้งต่อชีวิตของเจ้าหน้าที่และทรัพย์สินของทางวิทยาลัยพยาบาล บางกรณีสามารถคิดค่าเสียหายได้ชัดเจนแต่บางกรณีก็ไม่สามารถประเมินค่าเสียหายได้ เช่น การเสียชีวิต ด้านจิตใจ เป็นต้น

การสร้างสภาพของการทำงานให้มีความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการบริหารงานของสถาบันการศึกษาในปัจจุบัน เพราะนอกจากจะเป็นการป้องกันความเสี่ยงและการสูญเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกขณะ ยังทำให้ลดค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณ และยังทำให้ขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกคนดีขึ้น การทำงานก็มีประสิทธิภาพเป็นที่พึงพอใจของบุคลากร นักศึกษา และผู้ที่เข้ามาใช้บริการ แต่ในทางกลับกันหากเราปล่อยให้

เกิดอุบัติเหตุขึ้นในวิทยาลัยพยาบาลซึ่งไม่จำเป็นต้องเกิดบ่อย แต่เพียงครั้งเดียวก็อาจนำมาซึ่งการสูญเสียหลายต่อหลายสิ่งหลายอย่าง โดยเฉพาะชื่อเสียงของวิทยาลัยที่ต้องเสียไปและนำมาซึ่งผลกระทบมากมาย

ดังนั้นจึงควรอย่างยิ่งที่ควรจัดการให้มีงานด้านความปลอดภัยหรือวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยเกิดขึ้นอย่างจริงจัง เพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยง และลดความสูญเสียในด้านต่างๆ ให้มากที่สุด โดยการเสริมสร้างความปลอดภัยภายในวิทยาลัยพยาบาลในทุกๆ ด้าน ในระดับนโยบาย ที่ชัดเจนและเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล

1. เพื่อส่งเสริมให้มีความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน นักศึกษาและผู้มารับบริการ ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่อยู่ในวิทยาลัยพยาบาลและบริเวณโดยรอบ
2. เพื่อส่งเสริมให้มีการป้องกันและควบคุมภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
3. เพื่อให้เป็นไปตามเจตน์จำนงของกฎระเบียบด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมภายในวิทยาลัยพยาบาล
4. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักและเห็นความสำคัญของงานด้านความปลอดภัย โดยให้ถือเป็นหน้าที่หนึ่งของทุกคน
5. เพื่อให้เกิดนโยบายที่ชัดเจน ในการดำเนินงานด้านนี้และมีการกระทำอย่างต่อเนื่อง

คำนิยามด้านวิศวกรรมความปลอดภัย

ภัย (Hazard) หมายถึง สภาพการณ์ที่มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อบุคคล หรือความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือวัสดุ หรือผลกระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล

อันตราย (Danger) หมายถึง ระดับความรุนแรงที่ต่อเนื่องมาจาก คำว่า ภัย อันตรายจากภัยอาจมีระดับสูงหรือมากน้อยก็ได้ ขึ้นอยู่กับมาตรการในการป้องกันของสถานที่นั้นๆ

ความเสียหาย (Damage) หมายถึง ความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือความสูญเสียทางด้านกายภาพ หรือความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อการปฏิบัติงาน หรือด้านการเงิน เนื่องจากขาดการควบคุมภัยและอันตราย

ความปลอดภัย (Safety) โดยปกติทั่วไปหมายถึง การปราศจากภัย ซึ่งในทางปฏิบัติเป็นไปได้ที่จะขจัดภัยหรืออันตรายทุกชนิดให้หมดไปโดยสิ้นเชิง ความปลอดภัยจึงให้รวมถึงการปราศจากอันตรายที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นในทุกๆ ด้าน

อุบัติเหตุ (Accident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งก่อให้เกิดความบาดเจ็บ พิการ หรือตาย และทำให้ทรัพย์สินได้รับความเสียหาย

นโยบายความปลอดภัยสำหรับการบริหาร

การที่จะสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในที่ทำงานหรือภายในวิทยาลัยพยาบาลได้ จะต้องถูกกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนโดยคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยพยาบาลหรือผู้บริหารระดับสูง จึงจะทำให้กิจกรรมนี้บรรลุวัตถุประสงค์ การบริหารความปลอดภัยในปัจจุบันจะเน้นหลักการสำคัญ คือ การจัดตั้งองค์กร การวางแผนดำเนินงาน และการควบคุม

หลักการพื้นฐาน 5 ประการ สำหรับการบริหารเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างความปลอดภัยขึ้นในวิทยาลัยพยาบาล หรือการป้องกันอุบัติเหตุ ตามทฤษฎีและแนวความคิดสมัยใหม่ ได้แก่

1. การกระทำที่ไม่ปลอดภัย สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และการเกิดอุบัติเหตุ ถือเป็นอาการที่แสดงออกถึงความบกพร่องหรือความผิดพลาดในระบบการบริหาร

2. ในบางสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมบางอย่าง เราสามารถที่จะคาดการณ์ได้ว่า อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงได้ สถานการณ์ที่ว่านี้สามารถตรวจพบและแก้ไขควบคุมได้

3. งานด้านการสร้างความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล ควรได้รับการบริหารหรือจัดการ เช่นเดียวกับการกิจด้านอื่นๆ ของวิทยาลัยพยาบาล ผู้บริหารจะต้องดำเนินงานนี้ด้วยการกำหนดเป้าหมายที่สามารถบรรลุได้ การวางแผน การจัดองค์กรที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการควบคุมติดตามผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

4. หัวใจสำคัญ สำหรับการทำให้งานด้านความปลอดภัยได้ผลและมีประสิทธิภาพก็คือ การกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบ ให้แก่สายงานหรือผู้ปฏิบัติงานด้านนี้อย่างชัดเจน และกระทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง

5) ภารกิจของการสร้างความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล คือการค้นหาและระบุชี้ชัดถึงข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุขึ้นได้ เช่น การหาเหตุผลว่าทำไมถึงเกิดอันตรายขึ้น หรือการถามว่าการป้องกันอันตรายต่างๆ ได้ถูกนำไปใช้ปฏิบัติกันอย่างจริงจังหรือไม่

การจัดการด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลจัดเป็นสถานประกอบการที่ผลิตบัณฑิตพยาบาล ในการจัดการภายใน นอกจากเป็นเรื่องของคนแล้ว เครื่องมือและอุปกรณ์สนับสนุนต่างๆ ที่ใช้เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับงานด้านวิศวกรรมนับเป็นองค์ประกอบหลักอย่างหนึ่ง ดังนั้นผู้ที่อยู่ภายในวิทยาลัยพยาบาลไม่ว่าจะเป็น อาจารย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ และ นักศึกษาพยาบาลแล้ว จะต้องเกี่ยวข้องกับหรือสัมผัสกับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ที่สามารถคุกคามต่อสุขภาพอนามัยและความไม่ปลอดภัยต่างๆ จากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงควรมีการจัดการด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล เพื่อความปลอดภัยทั้งต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ทั้งภายในวิทยาลัยพยาบาลและรอบ ๆ วิทยาลัยพยาบาล

ความหมายของวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล

คือการจัดการด้านความปลอดภัยขึ้นภายในวิทยาลัยพยาบาลเพื่อ ลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการ โดยมีจุดมุ่งหมายหลักๆ ดังนี้

1. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จากการปฏิบัติงานที่ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์สนับสนุนต่างๆ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น อัคคีภัย ไฟฟ้ารั่ว มลพิษต่างๆ เป็นต้น
2. ส่งเสริม ให้ความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะกับเครื่องมือและอุปกรณ์สนับสนุนต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย
3. กำหนดมาตรการ กฎ ระเบียบ ที่เกี่ยวกับวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล เพื่อให้เจ้าหน้าที่ยึดถือปฏิบัติ
4. ควบคุม ความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเป็นเหตุนำมาซึ่งอันตราย เช่น หากจุดเสี่ยงแล้วทำการประเมินเพื่อแก้ไข
5. สร้างทัศนคติที่ดีต่อความปลอดภัย

แนวทางการจัดการด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล

การจัดการที่ดี บุคคลหลายๆฝ่ายต้องมีส่วนร่วมหรือมีส่วนในการรองรับการดำเนินงานในวิทยาลัยพยาบาล และสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาเพื่อให้จัดการด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาลบรรลุตามวัตถุประสงค์ คือ

1. นโยบาย ต้องมีนโยบายที่จะดำเนินการหรือการสนับสนุนที่ชัดเจน ผู้บริหารมีส่วนในการกำหนดนโยบายดังกล่าวและถ่ายทอดสู่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติอย่างเป็นทางการ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. การจัดองค์กร เพื่อรองรับการดำเนินงาน สร้างเครือข่าย ประสานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบุคคลภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญวิทยาลัยพยาบาลสามารถให้เข้ามามีส่วนร่วมได้ในรูปของคณะกรรมการก็ได้

3. บุคลากร ต้องเข้าใจและเต็มใจ มีความทุ่มเทให้กับงาน ที่สำคัญต้องมีความรู้หรือผ่านการอบรมมาแล้ว เช่น เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล.

ในการดูแลผู้ปฏิบัติงานในสาขาต่างๆ ทั้งสวัสดิการความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยนั้น นับเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน เพื่อป้องกันไม่ให้เจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานได้รับการบาดเจ็บ พิการ หรือตาย จากอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational Accidents) และนอกจากนี้เพื่อป้องกันไม่ให้มีการเสื่อมถอยของสุขภาพจนทำให้เกิดโรค หรือความเจ็บป่วยจากการทำงาน หรือที่เรียกว่า โรคที่เกิดจากการทำงาน (Occupational Disease)

- อุบัติเหตุจากการทำงาน หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ ไม่ได้คาดคิด และไม่ได้มีมาตรการหรือแผนการควบคุมไว้ก่อนในสถานที่ทำงานหรือในวิทยาลัยพยาบาล แล้วมีผลทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดการบาดเจ็บ พิการ หรือถึงขั้นเสียชีวิต และอาจทำให้ทรัพย์สินเสียหาย
- โรคที่เกิดจากการทำงาน หรือบางครั้งเรียกว่า โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ หรือโรคอันเกิดขึ้นเกี่ยวเนื่องกับการทำงานในสาขาวิชาชีพนั้นๆ หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ก็ตามที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานอันได้แก่ ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง หรือผู้ใช้แรงงาน เกิดการเจ็บป่วย ที่พิสูจน์แล้วว่ามีผลมาจากการทำงานในสาขาวิชาชีพนั้นๆ หรือภายในสถานที่แห่งนั้น

ความสูญเสียจากการประสบอันตราย

หากหน่วยงานหรือสถานที่ทำงานใดๆ ไม่สนใจหรือปล่อยให้สภาวะของการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ปลอดภัยหรือมีความเสี่ยงสูง จนทำให้เกิดอันตราย หรืออาจถึงขั้นอุบัติเหตุ มักจะเกิดความสูญเสียได้

การสูญเสียต่างๆ

1. การสูญเสียเวลาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ
2. การสูญเสียเวลาของบุคคลอื่นที่ไม่ได้รับบาดเจ็บแต่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล ผู้ที่อยากรู้อยากเห็น ญาติพี่น้อง เป็นต้น
3. การสูญเสียเวลาของหัวหน้างาน หรือหัวหน้าผู้ควบคุมงาน และผู้จัดการในการ

ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ การสอบสวนหาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ การจัดหาผู้ปฏิบัติงานแทน การคัดเลือกคนใหม่ การฝึกอบรมคนใหม่ การจัดทำรายงานอุบัติเหตุ เป็นต้น

4. การสูญเสียเวลาในการให้การรักษาของผู้ให้การรักษา และเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลหรือวิทยาลัยพยาบาลนั้นๆ

5. การสูญเสียรายได้ หรือผลกำไร ของวิทยาลัยพยาบาล

เกิดความเสียหาย

1. ค่าเสียหายเนื่องจากเครื่องมือชำรุดหรือทรัพย์สินของวิทยาลัยพยาบาลเกิดการเสียหาย
2. ค่าเสียหายที่ต้องทำให้กระบวนการปฏิบัติงานหยุดชะงัก เช่น ทำให้หม้อแปลงไฟฟ้าเกิดการระเบิด จนทำให้วิทยาลัยพยาบาลไม่มีไฟฟ้าใช้งาน เป็นต้น
2. ค่าใช้จ่ายในเรื่องของเงินชดเชย หรือเงินสวัสดิการต่างๆ ที่ต้องจ่าย
3. การเสียชีวิต จากเหตุการณ์นั้นๆ
4. การเสียชื่อเสียงของวิทยาลัยพยาบาล
5. อื่นๆ อีกมากมาย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดอันตรายจากการทำงาน

ปัจจัยหรือ ปัจจัยเอื้อ หรือส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประสบหรือเกิดอันตรายจากการทำงาน มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ

- คน หรือ ตัวเจ้าหน้าที่
- สิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน

คน หรือ ผู้ปฏิบัติงาน ในที่นี้ให้หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนในวิทยาลัยพยาบาล สรุปแล้วคือทุกคนที่อยู่ในวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งอันตรายที่จะเกิดขึ้นคือภัยจากการทำงานหรือประกอบอาชีพนั้นๆ ซึ่งอาจเนื่องมาจาก การขาดประสบการณ์ ขาดความรู้ความเข้าใจในงานที่ทำ มีทัศนคติและจิตสำนึกที่ไม่ปลอดภัย ไม่มีมาตรการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม รู้เท่าไม่ถึงการณ์ จำใจทำ ถูกมอบหมายให้ทำโดยไม่เต็มใจ ประมาท เป็นต้น

สิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันถือเป็นปัจจัยที่สำคัญ ถึงแม้เราจะพัฒนาคนไปอย่างไร แต่ถ้าต้องกลับมาปฏิบัติงานอยู่ในที่ซึ่งมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ อากาศ แสงสว่าง ความร้อน การสั่นสะเทือน ความเย็น รังสี ก๊าซ ไอระเหยของสาร ฝุ่นละออง เสียงดัง สารเคมี เชื้อโรคที่แพร่กระจาย สัตว์ต่างๆ อาจรวมไปถึงเพื่อนร่วมงาน ความจำเจซ้ำซากของงาน

การเร่งรัดงาน ค่าตอบแทน เวลาการทำงานที่ยาวนานไป เป็นต้น ซึ่งนับว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำไปให้เกิดหรือประสบกับอันตรายแทบทั้งสิ้น

หากเราจะจำแนกสิ่งแวดล้อมออกเป็นกลุ่มหรือหมวดหมู่ นักวิชาการในด้านนี้ได้แยกออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึงสภาพของสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวผู้ปฏิบัติงานภายในวิทยาลัยพยาบาล เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ อากาศ แสงสว่าง ความร้อน การสั่นสะเทือน ความเย็น รังสี เสียงดัง และบริเวณสถานที่ขณะทำงาน

2. สิ่งแวดล้อมทางเคมี หมายถึงสารเคมีต่างๆ ที่ต้องสัมผัส หรือใช้เป็นวัตถุดิบ หรือได้ผสมขึ้นมาเพื่อใช้ในทางการแพทย์หรืออื่นๆ โดยทั่วไปมักจะอยู่ในรูปของ ก๊าซ ไอระเหย ฝุ่น ฟูม กวน ละออง หรือเป็นของเหลว เช่น สารตัวทำละลาย กรด และด่าง เป็นต้น

3. สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ หมายถึงทั้งที่มีชีวิต (ไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา พยาธิ และสัตว์ร้ายต่างๆ) และสิ่งไม่มีชีวิต (ละอองฝุ่น ฝุ่นฝ้าย ฝุ่นไม้ ซากพืชต่างๆ) เป็นต้น

4. สิ่งแวดล้อมทางจิตวิทยาสังคม หรือ ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมการทำงาน ซึ่งครอบคลุมถึงภาวะที่เกี่ยวกับจิตวิทยา และเศรษฐกิจในการทำงาน อันได้แก่ งานที่ต้องเร่งเพื่อให้ทันกับเวลา ภาวะของคนที่ต้องย้ายสถานที่ทำงาน การถูกโยกย้ายโดยไม่เป็นธรรม การถูกกดดันแก่ง การถูกลดทอนอำนาจโดยไม่เป็นธรรม การอยู่ร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่แปลกหน้า ค่าจ้างแรงงานไม่เหมาะสม ไม่มีสัมพันธภาพกันระหว่างบุคคลในสถานที่ทำงาน งานที่ไม่เหมาะสมกับร่างกายและจิตใจ เป็นต้น

การเกิดอุบัติเหตุ

ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือพิการจะมากน้อยเพียงใดไม่จำเป็นต้องว่าทำงานในสาขาไหน บางสิ่งบางอย่างที่ว่าไม่น่าเกิดอันตรายหรือถึงแม้จะเกิด แต่หากเรานึกว่าไม่รุนแรง ยิ่งร้ายกว่านั้น บางคนคิดไปว่าถึงเกิดก็ไม่ถึงเรา ความคิดเหล่านี้ นับว่าเป็นอันตรายเสียยิ่งกว่า เพราะนั่นหมายถึงว่ายินยอมที่จะให้เกิดอันตราย ดังนั้นขอให้ทุกคนจงตระหนักว่าหากปล่อยประละเลย ไม่เอาใจใส่ถึงอันตรายที่จะเกิด คงมีสักวันที่จะได้เห็นอันตรายเกิดขึ้น การเกิดอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพหรือจากการทำงานภายในวิทยาลัยพยาบาล โดยทั่วไปแล้วจะมีสาเหตุที่น่าก่อนเสมอ อาจเกิดจาก ความผิดพลาดของการจัดการ สภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ปฏิบัติงานในขณะนั้นไม่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเป็นตัวก่อสาเหตุโดยตรงของการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย ตลอดจนสภาพงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น ลืมขั้นตอนการทำงานของเครื่องที่ถูกต้องจนทำให้เกิดการลุกไหม้และระเบิดตามมา การลื่นหกล้ม การถูกเข็มตำ

และผลเหล่านี้ทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการหรืออาจเสียชีวิต ทรัพย์สินของทางราชการเสียหาย อันส่งผลให้การรักษาพยาบาลหยุดชะงัก

สาเหตุของอุบัติเหตุ

ในด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาลแบ่งได้ 2 ส่วน คือ

1. สาเหตุนำของการเกิดอุบัติเหตุ

1.1 เกิดจากความผิดพลาดของการบริหารจัดการความเสี่ยง เช่น

- ไม่มีการสอนหรือการอบรมเกี่ยวกับด้านความปลอดภัย
- ไม่มีมาตรการข้อกำหนดให้ปฏิบัติตามกฎความปลอดภัย
- ไม่มีการวางแผนและเตรียมงานด้านความปลอดภัยไว้
- ไม่มีการแก้ไขจุดที่อันตรายล่อแหลมภายในสถานที่ปฏิบัติงานหรือภายในวิทยาลัยพยาบาล
- ไม่มีการจัดหาอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยให้
- ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญ เป็นต้น

1.2 เกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน เช่น

- ขาดความระมัดระวัง
- ความตึงเครียด
- มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง
- อารมณ์อ่อนไหวง่ายและขี้โมโห
- หวาดกลัว ขวัญอ่อน ตกใจง่าย
- สมองมีปฏิกิริยาในการสั่งงานช้า เป็นต้น

1.3 เกิดจากสภาพของร่างกายไม่เหมาะสม

- อ่อนเพลีย
- หูหนวก
- สายตาไม่ดี
- ร่างกายไม่เหมาะสมกับงาน
- เป็นโรค
- ร่างกายพิการ เป็นต้น

2. สาเหตุโดยตรงของการเกิดอุบัติเหตุ

2.1 การปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย เป็นการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ ในขณะที่กำลังทำงานซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ จากข้อมูลทางสถิติการเกิดอุบัติเหตุ พบส่วนใหญ่ของอุบัติเหตุทั้งหมดเกิดจากสาเหตุนี้

- การใช้เครื่องมือ โดยพลการ โดยไม่ได้รับอนุญาต
- การทำงานที่เร็วเกินไป เกินกำลังของเครื่องมือ
- ทำการซ่อมเครื่องขณะที่กำลังใช้งาน
- ถอดอุปกรณ์ความปลอดภัยออกจากเครื่องโดยไม่มีเหตุอันควร
- ไม่ใส่ใจต่อป้ายห้ามเตือนต่างๆ
- เล่น หยอกล้อกันขณะทำงาน
- ใช้เครื่องมือที่ชำรุด
- ใช้เครื่องมือไม่ถูกวิธี
- ยืนหรือนั่ง หรือใช้ท่าทางในการทำงานที่ไม่เหมาะสม
- ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตราย
- ประมาท เป็นต้น

2.2 สภาพของงานที่ไม่ปลอดภัย เป็นสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยที่อยู่รอบๆ ตัวเจ้าหน้าที่ในขณะที่ทำงานหรือภายในวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายได้เช่นกัน เช่น

- ไม่มีการติดฝาครอบหรือเซฟการ์ดในส่วนที่เคลื่อนไหวที่เป็นอันตราย
- เครื่องมือมีฝาครอบแต่ไม่เหมาะสม
- บริเวณพื้นมีน้ำ ลื่น ขรุขระ
- สถานที่ทำงานสกปรก
- มีของใช้ที่ไม่เกี่ยวข้องวางเกะกะไปหมด
- มีกองวัสดุสูงเกินไป
- แสงสว่างไม่เพียงพอ
- การระบายอากาศไม่ดีพอ
- อากาศภายในห้องทำงานร้อนเกินไป
- ไม่มีระบบเตือนภัย หรือมีแต่ชำรุด เป็นต้น

โรคที่เกิดจากการทำงาน

โรคจากการทำงาน หรือ โรคจากการประกอบอาชีพ หรือตามประกาศของกระทรวงมหาดไทยเรียกว่าโรคซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานนี้ บางโรคอาจปรากฏอย่างเฉียบพลันเนื่องจากเจ้าหน้าที่ได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดโรคโดยตรงและมีปริมาณที่สูงในระยะเวลาอันสั้น แต่บางโรคจะปรากฏแบบเรื้อรังเนื่องจากจะค่อยๆ ได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดเชื้อโรคทีละน้อยๆ เป็นเวลานานหลายเดือนหรือหลายปี

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดโรค

ที่นับว่ามีส่วนสำคัญแบ่งได้ 3 ส่วนคือ

- ตัวต้นเหตุของโรค หรือตัวเชื้อโรค
- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
- สภาพของการปฏิบัติงาน

แต่โดยปกติแล้วหากองค์ประกอบทั้ง 3 มีความเหมาะสมคือ ตัวเชื้อโรคมีปริมาณไม่มากพอ สภาพร่างกายของตัวเจ้าหน้าที่มีความแข็งแรงสมบูรณ์ และสภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมมีความเหมาะสมถูกต้องตามหลักวิศวกรรมความปลอดภัย ก็จะไม่เกิดโรคจากการทำงานขึ้น แต่ในทางตรงข้ามหากองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่งบกพร่องไปมากเกินไปหรืออยู่ในสถานะที่ไม่สมดุลก็จะทำให้เกิดโรคขึ้นได้ องค์ประกอบต่างๆ พอที่จะแบ่งออกได้เป็นรายละเอียด ดังนี้

ตัวต้นเหตุของโรค

ตัวต้นเหตุของโรคการเกิดโรคจนมีการติดเชื้อโรค

1. ต้นเหตุทางเคมี ที่สามารถเข้าสู่ร่างกายโดยการสูดดม การกิน การสัมผัส
2. ต้นเหตุทางกายภาพ เช่น เสียงดัง ความร้อน การสั่นสะเทือน เป็นต้น
3. ต้นเหตุทางชีวภาพ เช่น เชื้อไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา พยาธิ เป็นต้น

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ส่วนที่เป็นปัจจัยที่เกิดจากตัวเจ้าหน้าที่เองที่สามารถนำมาซึ่งการเกิดอันตราย ได้แก่

1. สิ่งที่น่าจะมีอิทธิพลของเจ้าหน้าที่ต่อต้นเหตุของโรค เช่น กรรมพันธุ์
เชื้อชาติ และเพศ
2. อายุ
3. สุขภาพของร่างกายก่อนเข้าทำงาน
4. ภาวะทางโภชนาการของแต่ละบุคคล
5. พฤติกรรมในการทำงานของแต่ละบุคคล

6. พื้นฐานการศึกษา

สภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อมที่นำมาซึ่งการเกิดเชื้อโรค มีองค์ประกอบหลักๆ ดังนี้

1. ความสะอาดไม่มี อากาศที่ไม่ดี
2. การระบายอากาศที่ไม่ดี
3. ขนาดของสถานที่ทำงาน

ประเภทของโรค

การแบ่งประเภทของโรคจากการทำงานอาจแบ่งได้หลายแบบ แต่สามารถจำแนกโรคที่เกิดขึ้นบ่อยได้ 6 โรค คือ ⁽²⁾

1. โรคปอด
2. โรคผิวหนัง
3. โรคจากสารเคมี
4. โรคมะเร็ง
5. โรคจากเหตุทางชีวภาพ
6. โรคจากเหตุทางกายภาพ

โดยทั่วไปแล้วผู้ประกอบการอาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่จะต้องได้รับการคุ้มครองป้องกัน มิให้ได้รับอันตรายจากการทำงานและยังต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาให้มีจิตสำนึกที่ปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ แต่หากหลีกเลี่ยงการเกิดไม่ได้เจ้าหน้าที่ผู้นั้นก็ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพจากการบาดเจ็บหรือพิการเพื่อให้อยู่ในสังคมนั้นๆ ได้อย่างมีความสุขไม่เป็นภาระต่อใคร สิ่งแวดล้อมก็เช่นเดียวกัน ต้องได้รับการตรวจตราอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาตัวปัญหา ประเมินระดับของปัญหา หาทางแก้ไข ออกมาตรการป้องกัน ควบคุมสิ่งที่อาจก่อให้เกิดที่มาของอันตรายต่างๆ ให้อยู่ในวงจำกัด

การค้นหาและรายงานอุบัติเหตุ

การตรวจสอบสภาพการณ์ของสาขาต่างๆ ในปัจจุบันถึงแม้จะเป็นวิธีการที่ดีที่ควรกระทำในแง่ของวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล แต่วิธีการป้องกันอุบัติเหตุอย่างมีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง คือ การศึกษา ค้นหาจากสาเหตุที่เคยเกิดขึ้นจริงในอดีต และหามาตรการป้องกันแก้ไขมิให้เหตุการณ์เช่นนั้นเกิดขึ้นซ้ำอีกในวิทยาลัยพยาบาล โดยต้องมีการจัดทำรายงานอุบัติเหตุต่างๆ ไว้อย่างชัดเจน ประโยชน์ของการค้นหาสาเหตุของเหตุการณ์ที่เคยเกิด ได้แก่

1. เพื่อศึกษาและสรุปถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ และสภาพการณ์ที่เป็นอันตรายต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุ โดยการแก้ไขปรับปรุงที่ถูกต้อง
2. เพื่อค้นหาความจริงอันเป็นมูลเหตุที่ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องทำงานด้วยลักษณะที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน , กฎบังคับ เป็นต้น
3. เพื่อทราบถึงผลของการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ตลอดจนความเสียหายต่างๆ อันนำมาเพื่อการกระตุ้นเตือนให้ผู้บริหาร หรือแม้แต่ตัวเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจริงตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อหาทางป้องกันและส่งเสริมให้มีการใช้มาตรการด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาลที่ชัดเจนและจริงจัง
4. เพื่อประโยชน์ในการรวบรวมข้อมูลทางสถิติ และ การวิเคราะห์อุบัติเหตุ

การรับผิดชอบงานด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล

สำหรับงานด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล จำต้องมีผู้ที่ทำหน้าที่ควบคุม กำกับ ตรวจสอบ แก้ไข เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยภายในวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งมีด้วยกัน 2 ระดับ คือ

1. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (Safety Officer) ในที่นี้หมายถึง ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล และได้รับการแต่งตั้งจากผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลให้ทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายและคอยเสริมสร้างความปลอดภัยภายในวิทยาลัยพยาบาล

2. ผู้ควบคุมงาน (Supervisor) ในที่นี้หมายถึง หัวหน้าซึ่งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในงานนั้นๆ เช่น งานช่างเป็นหัวหน้าช่าง เป็นต้น

ผู้ที่นับว่าต้องมีบทบาทมากที่สุดในงานด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาลก็คือผู้ที่ทำหน้าที่เป็น เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ที่แท้จริง จึงจะสามารถดำเนินงานในด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรายงานอุบัติเหตุ

ในเบื้องต้นของแต่ละเหตุการณ์ ผู้ควบคุมงานจะต้องเป็นผู้รายงานในระดับต้น จากนั้นเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยก็จะต้องเข้าไปค้นหาสาเหตุ และหามาตรการป้องกัน โดยทั่วไปต้องสามารถตั้งคำถามเหล่านี้ได้ครบคือ มีใครบาดเจ็บ เมื่อไหร่ ที่ไหน เกิดอะไรขึ้น ทำไมถึงเกิด เป็นต้น และที่สำคัญในการรายงานต้องให้ข้อเสนอแนะสำหรับการแก้ไขป้องกัน และการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดเหตุนี้ๆ

แนวทางการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่างๆ

ในการแก้ไขและป้องกันการเกิดอันตราย ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในที่ทำงาน ผู้บริหารควรมินโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน โดยหลักการทั่วไปแล้วควรให้ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ดังนี้

- ด้านกฎหมายความปลอดภัย
- ด้านมาตรฐานความปลอดภัย
- ด้านแนวทางวิธีการตรวจสอบ
- ด้านการฝึกอบรมด้านความปลอดภัย
- ด้านการส่งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อความปลอดภัย
- ด้านการจัดมาตรการความปลอดภัย
- ด้านการปรับปรุงสภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อม
- ด้านการป้องกันการประสบอันตราย
- ด้านการศึกษา เป็นต้น

จะเห็นได้ว่ามีส่วนต่าง ๆ มากมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในงานด้านความปลอดภัย ทั้งในวิทยาลัยพยาบาลและนอกวิทยาลัยพยาบาล แต่ในที่นี้จะขอกกล่าวหรือแนะนำเฉพาะในส่วน ของวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งควรให้ความสำคัญมากเป็นพิเศษ นอกจากจะมีส่วนช่วยการตัดไฟแต่ต้น ลมแล้ว ยังช่วยแก้ปัญหาในการบริหารงานได้อย่างกว้างขวางด้วย ดังนั้นจึงขอสรุปแนว ทางการป้องกันอุบัติเหตุหรือความไม่ปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาลไว้ 4 ประเด็นหลักดังนี้

1. ให้มีการออกกฎระเบียบ มาตรการ ที่ชัดเจน
2. ให้มีการจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยในทุกระบบ
3. ให้มีการตรวจสอบ ค้นหา และป้องกัน โดยเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย
4. ให้มีการอบรมด้านวิศวกรรมความปลอดภัย ให้แก่เจ้าหน้าที่ในทุกระดับ
5. ให้มีแผนรองรับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนรองรับการเกิดอัคคีภัย เป็นต้น

การจัดองค์กรความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล

การป้องกันการเกิดอันตรายขึ้นภายในวิทยาลัยพยาบาลด้วยวิธีการต่างๆ รวมทั้งการ เสริมสร้างความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ทางด้านวิศวกรรมความปลอดภัย มักว่าด้วยหลักการ 3E เป็นหลัก โดยดำเนินการทั้ง 3 พร้อมๆกันอย่างเหมาะสม อันได้แก่

1. Engineering (ความรู้หรือวิชาทางด้านวิศวกรรม)

2. Education (การให้การศึกษา อบรม สัมมนา)

3. Enforcement (การออกกฎระเบียบข้อบังคับ)

จะเห็นได้ว่า “ Safety First ” ในวิทยาลัยพยาบาลก้าวไปได้ช้า หรือบางแห่งไม่เกิดขึ้นเลย เพราะความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ยังอยู่ในวงแคบ โดยเฉพาะผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลเองก็ยังไม่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้มากนัก มองข้ามความสูญเสียอย่างมหาศาลที่เกิดจากอุบัติเหตุ เจ้าหน้าที่คนงาน ได้รับการ ศึกษาอบรมในด้านนี้น้อยมาก โดยมากทำงานอยู่กับสิ่ง หรือในสถานที่ที่สามารถก่อให้เกิดอันตราย ได้อย่างใหญ่หลวง โดยที่ไม่ทราบ ซึ่งจุดนี้เองที่ทำให้เกิดอันตรายมามากต่อมาก

ดังนั้นการสร้างความปลอดภัย หรืองานด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล จะต้องเริ่มต้นที่ นโยบาย โดยการจัดให้มีระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่ดี ที่มีความปลอดภัยสูงต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งออกมาตรการป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยที่ยั่งยืน การจัดองค์การความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล ที่ดีควรมีขั้นตอนที่เป็นลำดับดังนี้

1. จัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบ เช่น คณะกรรมการดำเนินการเพื่อความปลอดภัย , คณะกรรมการฝ่ายบริหารเพื่อความปลอดภัย หรือในรูปแบบของคณะกรรมการอะไรก็ตามแต่ต้องมีบทบาทหน้าที่ดำเนินการทางด้านความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล โดยต้องมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นตัวหลักในเรื่องนี้ในฐานะผู้ปฏิบัติ
2. ค้นหาสาเหตุ การค้นหาสาเหตุก็ไม่จำเป็นที่จะค้นหาเฉพาะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว การค้นหาสาเหตุที่อาจนำไปสู่อันตรายก็เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยต้องดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง
3. วิเคราะห์สาเหตุที่เกิดขึ้น อาจวิเคราะห์ด้วยตัวเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยเอง หรือประสานงานกับผู้ชำนาญการด้านนั้นๆ จากหน่วยงานอื่นก็ได้แล้วแต่โอกาสและสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดหรืออาจจะเกิด
4. มาตรการป้องกัน การออกมาตรการหรือข้อกำหนดใดๆ ควรออกในรูปแบบของคณะกรรมการ ระดับผู้บริหาร แต่เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยต้องเป็นผู้วิเคราะห์และนำเสนอ
5. นำมาตรการไปประยุกต์ใช้งาน เป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากข้อ 2-4 เพื่อนำข้อบกพร่องผิดพลาดหรือปรับปรุงสิ่งที่คิดว่าเข้ามาแก้ไข ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินงานด้านนี้เรื่อยไปไม่สิ้นสุด

หน้าที่ของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล

เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล อาจจะมีหนึ่งหรือสองคนหรือมากกว่าแล้วแต่สภาพงานของวิทยาลัยพยาบาลนั้นๆ ว่ามีความเสี่ยงหรืออันตรายมากน้อยเพียงใด แต่บทบาทและหน้าที่ต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล อย่างน้อยต้องทำหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. รายงานสิ่งนี้อาจนำมาซึ่งอันตรายให้กับ ผู้ควบคุมงานหรือเจ้าหน้าที่ที่ทราบ ตามที่ได้ตรวจสอบพบ หรือคาดการณ์
2. ทำรายงานจากการตรวจสอบความปลอดภัยเป็นระยะๆ โดยการบันทึกซึ่งสิ่งนี้อาจเกิดอันตราย พร้อมข้อเสนอแนะวิธีการแก้ไขปรับปรุง
3. เข้าถึงอุบัติเหตุทุกครั้งที่เกิด
4. ประสานงานเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล
5. เก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุภายในวิทยาลัยพยาบาล

ระบบงานทางวิศวกรรมที่มีความเสี่ยงในวิทยาลัยพยาบาล

เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดลดความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุในระบบต่างๆ ที่ใช้อยู่ในวิทยาลัยพยาบาล การค้นหาความเสี่ยงโดยการตรวจสอบระบบต่างๆ เป็นประจำและสม่ำเสมอสามารถช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุหรืออันตราย ที่อาจเกิดต่อเจ้าหน้าที่ได้อย่างมาก จึงได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติหรือป้องกันอันตรายเป็นระดับขั้นตอนดังนี้

1. การจัดสภาพแวดล้อมของวิทยาลัยพยาบาลให้มีความปลอดภัย
2. การจัดระบบและกระบวนการทำงานที่มีความปลอดภัย
3. การทำให้เครื่องมือต่างๆ ในวิทยาลัยพยาบาลมีความปลอดภัย
4. การออกแบบลักษณะการทำงานที่ปลอดภัย
5. การฝึกอบรมการทำงานที่ปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงาน
6. การปฏิบัติตามกฎระเบียบวิธีการทำงานที่ปลอดภัย ที่ได้กำหนดไว้

แนวทางการดำเนินงานด้านวิศวกรรมความปลอดภัยเฉพาะด้าน

ในการจัดการด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล ได้กำหนดระบบหรือเครื่องมือที่จัดว่ามีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในวิทยาลัยพยาบาล ที่ต้องทำการสำรวจตรวจสอบไว้ด้วยกัน 5 ระบบดังนี้

1. ระบบไฟฟ้า
2. ระบบป้องกันอัคคีภัย

3. ระบบปรับอากาศและระบายอากาศ
4. แนวทางการตรวจสอบระบบลิฟท์
5. ระบบสุขาภิบาล

ก่อนการดำเนินการทุกครั้งควรมีการประชุมร่วม ระหว่างทีมวิศวกรที่เข้าทำการสำรวจ คณะกรรมการบริหารของวิทยาลัยพยาบาลที่รับผิดชอบ หัวหน้าตึก/อาคารทุกอาคาร เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยของวิทยาลัยพยาบาล เจ้าหน้าที่ช่าง และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับทราบวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ การให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่กันและกัน ทั้งฝ่ายวิทยาลัยพยาบาลและฝ่ายวิศวกรที่ตรวจสอบ จากนั้นถึงเข้าดำเนินการ เมื่อทีมวิศวกรตรวจสอบเสร็จทำรายงาน วิเคราะห์สาเหตุ หรือข้อบกพร่องต่างๆเสร็จ จะต้องประชุมร่วมอีกครั้งเพื่อรับทราบผลสรุป ข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไขในส่วนที่บกพร่องต่างๆ และต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นหลักฐานของการตรวจสอบและเป็นผลต่อการติดตามและประเมินผล ในครั้งต่อไป

แนวทางการตรวจสอบระบบไฟฟ้า

1. สภาพของสายส่งไฟฟ้าแรงสูง เสา และอุปกรณ์ประกอบ
2. สภาพของหม้อแปลงไฟฟ้าพร้อมอุปกรณ์ประกอบ
3. สภาพของอุปกรณ์ตัดตอนไฟฟ้า
4. สภาพของตู้ควบคุมไฟฟ้าหลัก
5. สภาพของสายไฟฟ้าแรงต่ำที่เดินไปยังอาคาร
6. สภาพของตู้ควบคุมไฟฟ้าประจำอาคารต่างๆ
7. สภาพของอุปกรณ์ภายในตู้ควบคุม
8. สภาพของสายไฟภายในอาคาร
9. สภาพของอุปกรณ์ไฟฟ้า เช่น สวิตช์ ปลั๊ก ดวงโคม เป็นต้น
10. สภาพของระบบสายกราวด์(สายดิน)
11. ความพร้อมของระบบสำรองไฟฟ้า
12. สภาพของจุดต่อสายต่าง ๆ
13. การติดตั้งอุปกรณ์ไฟฟ้าต่างๆ ในอาคาร/นอกอาคาร

แนวทางการตรวจสอบระบบป้องกันอัคคีภัย

1. สภาพของระบบสัญญาณแจ้งเหตุ
2. สภาพของถังดับเพลิง
3. ป้ายเตือนต่างๆ
4. การกำหนดช่องทางหนีไฟ

5. ช่องทางการระบายควัน
6. สภาพของอุปกรณ์ตรวจจับเพลิงไหม้
7. ความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดับเพลิง
8. ความพร้อมของระบบดับเพลิงด้วยน้ำ
9. สภาพของเครื่องสูบน้ำดับเพลิง พร้อมท่อส่งน้ำและอุปกรณ์
10. การทดสอบอุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย
11. มีการซ้อมแผนที่เกี่ยวข้องอัคคีภัยหรือไม่

แนวทางการตรวจสอบระบบปรับอากาศและระบายอากาศ

1. ให้มีการใช้ระบบปรับอากาศได้ตรงตามวัตถุประสงค์
2. ให้มีการนำอากาศดีภายนอกเข้ามาเจือปน ทดแทนอากาศภายในห้องที่ปฏิบัติงาน
3. ให้มีการป้องกันเสียง การสั่นสะเทือน การส่งกลิ่น
4. ให้มีการติดตั้งระบบที่สามารถทำการบำรุงรักษาได้ง่าย
5. ให้มีการป้องกันมิให้ไฟลุกลามไปตรงบริเวณผนัง ฝ้า เพดาน พื้น หรือวัสดุอุปกรณ์ใดๆ ที่ติดตั้งท่อผ่านบริเวณนั้น
6. ให้หยุดเครื่องปรับอากาศเมื่อเกิดเพลิงไหม้ในอาคาร
7. ให้มีการควบคุมควันในห้องหรืออาคาร โดยการระบายออกโดยไม่เป็นการเติมอากาศให้กับส่วนที่กำลังเกิดเพลิงไหม้

แนวทางการตรวจสอบระบบลิฟท์

1. สภาพของห้องโดยสาร ปุ่มกดต่างๆ ตัวเลขแสดงชั้น
2. สภาพของห้องเครื่อง การระบายอากาศ อุณหภูมิ
3. สภาพของการทำงานของชุดขับเคลื่อน
4. ระบบเตือนภัย
5. ระบบป้องกันอันตราย
6. ชุดควบคุมการทำงาน
7. ระบบเบรก
8. ระบบแสงสว่างภายในห้องโดยสารและห้องเครื่อง
9. สภาพของช่องปล่องลิฟท์
10. สภาพของสายสลิง
11. สภาพของการล่อลื่นระบบ
12. สภาพของตู้ควบคุมไฟฟ้า

13. การติดต่อสื่อสารกรณีลิฟต์ติด

14. แบตเตอรี่สำรองไฟ

แนวทางการตรวจสอบระบบสุขาภิบาล

1. สภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย
2. สภาพของระบบเตาเผาขยะ
3. สภาพของระบบท่อระบายน้ำ
4. สภาพของระบบน้ำประปา
5. สภาพของระบบน้ำร้อน

การรายงานผลการตรวจสอบ

แนวทางในการรายงานผลการตรวจสอบสามารถกระทำได้หลายวิธี แต่สิ่งที่สำคัญและควร จะอยู่ในใบรายงาน ควรประกอบไปด้วย

1. วันเดือนปีที่ทำการตรวจสอบ
2. จุด หรือสถานที่ๆ ทำการตรวจสอบ
3. สิ่งที่ตรวจพบ (ที่ไม่ปลอดภัยหรืออาจเกิดความปลอดภัยในอนาคต)
4. การวิเคราะห์หาสาเหตุสิ่งผิดปกติหรือไม่ปลอดภัย
5. แนวทางการแก้ไข (วิธีการ, ระยะเวลา, ใครควรเป็นผู้แก้ไข, งบประมาณ ฯลฯ)
6. ข้อเสนอแนะ
7. ผู้ทำการตรวจสอบ

การประเมินผลด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล

ในการที่จะมีการประเมินผลการดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัยในวิทยาลัยพยาบาล ควร มีองค์ประกอบในการพิจารณาดังนี้

1. ประเมินจากเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ มีความถี่หน้าอะไรบ้างที่จะนำไปสู่ การบรรลุวัตถุประสงค์
2. ประเมินความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่ เช่น ด้านความรู้ด้านความปลอดภัย
3. ประเมินด้วยการตรวจสอบ เช่น จากผลการตรวจสอบได้ผลหรือไม่ หรือการตรวจดู สภาพทั่วไปในวิทยาลัยพยาบาล
4. ประเมินจากกฎ ระเบียบต่างๆ ที่ออกเพื่อความปลอดภัย
5. ประเมินจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือจากประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่

6. ประเมินจากผู้ที่มาใช้บริการของวิทยาลัยพยาบาล หรือจากผู้ป่วย หรือข้อเสนอแนะต่างๆ

ขั้นตอนการดำเนินการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา

1. ศึกษาและทบทวนแนวคิดการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมของสถาบันการศึกษา
2. ประเมินค้นหาความเสี่ยงความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมทุกพื้นที่ทั่วทั้งวิทยาลัย
3. เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม เข้าร่วม ค้นหาความเสี่ยงความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมทุกพื้นที่ทั่วทั้งวิทยาลัย
4. ให้ความรู้การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษาแก่บุคลากรและนักศึกษาพยาบาล
5. การจัดทำบัญชีความเสี่ยงความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษา
6. จัดลำดับความรุนแรงของบัญชีความเสี่ยงความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษา
7. การจัดทำแนวปฏิบัติ/แนวทางการป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษา
8. จัดระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษา
9. การจัดทำแนวทางปฏิบัติการจัดการกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในด้านความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษา
10. ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษา

ผลการดำเนินงานวิศวกรรมความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา จังหวัดพะเยา ในวันที่ 17 – 19 กันยายน 2551 โดย ศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 6 (เชียงใหม่)

ศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 6 (เชียงใหม่) ได้ส่งเจ้าหน้าที่เข้ามาดำเนินการงานส่งเสริมการตรวจสอบวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัยฯ ดังนั้น ทีมงานจึงขอสรุปผลการดำเนินงานวิศวกรรมความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา ต่อไป

ทางด้านวิศวกรรมความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา ผู้นำสูงสุดให้การสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาระบบบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยเป็นอย่างดี มีทีมงานบริหารความเสี่ยง(RM) อย่างเป็นระบบ และมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาหน่วยงาน ดังนี้

1. ระบบกำจัดน้ำเสียของโรงพยาบาลใช้เป็นแบบคลองวนเวียน ทางวิทยาลัยฯ ได้จัดเจ้าหน้าที่ดูแลรับผิดชอบโดยตรง ประสิทธิภาพของน้ำเสียที่ปล่อยออก ณ วันที่ตรวจสอบค่า pH อยู่ในเกณฑ์ปกติ เจ้าหน้าที่มีการดูแลสถานที่ และบริเวณโดยรอบสะอาดดี ทั้งนี้ทางทีมงานได้แนะนำให้ทำการส่งตัวอย่างของน้ำตรวจสอบที่ห้องปฏิบัติการ และให้เจ้าหน้าที่ดูแลมีการตรวจเช็คประสิทธิภาพของน้ำเองเป็นประจำ ได้แก่ ค่าคลอรีน,ค่า Ph,ค่าDO และปริมาณตะกอนพร้อมจัดทำป้ายเตือน และเปลี่ยนทรายในบ่อตกตะกอนเพื่อให้ น้ำสามารถซึมได้ดีทำให้ประสิทธิภาพของการตกตะกอนเร็วขึ้น และข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

2. การระบายอากาศและปรับอากาศในวิทยาลัยฯ ได้จัดทำแผนการดูแลบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศที่ใช้ในหน่วยงาน โดยช่างจากเอกชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของอากาศ และยืดอายุของเครื่องปรับอากาศ และประหยัดพลังงาน ควรจัดเจ้าหน้าที่ทำการตรวจเช็คการทำงานของเอกชนเพราะยังมีบางห้องมีฟิลเตอร์ของเครื่องปรับอากาศสกปรก และควรติดตั้งพัดลมดูดอากาศกับห้องที่ติดเครื่องปรับอากาศ เพื่อช่วยระบายอากาศเสีย(CO₂) อากาศร้อน ออกจากห้องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของอากาศในห้องนั้นๆ

3. ระบบอัคคีภัยวิทยาลัยฯ ได้ติดตั้งอุปกรณ์ดับเพลิงตามจุดที่มีความเสี่ยง แต่ยังมีขาดป้ายพร้อมสัญลักษณ์บอกเส้นทางหนีไฟ และไฟแสงสว่างฉุกเฉินในส่วนอาคารสูง หรือที่มีผู้พักอาศัยอยู่ตลอด ทางวิทยาลัยพยาบาลฯ ยังไม่ได้ทำการอบรมให้ความรู้ในการป้องกันและระงับอัคคีภัยกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ทั้งนี้วิทยาลัยพยาบาลฯ ควรจัดซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน เป็นจำนวนมากในกรณีเกิดเพลิงไหม้

4. ระบบไฟฟ้าของวิทยาลัยพยาบาลฯ ได้ทำการติดตั้งระบบสายดินกับตู้ทำน้ำเย็นทุกเครื่อง แต่มีเครื่องคอมพิวเตอร์บางเครื่องที่ยังไม่ต่อสายดินควรดำเนินการติดตั้งปลั๊กไฟฟ้าหรือเต้ารับไฟฟ้าให้มีสายดิน หรือติดตั้งสายดินที่ตัวโครงที่เป็นโลหะที่เครื่องคอมพิวเตอร์ทุกเครื่องพร้อมทำการตัดแต่งกิ่งไม้ที่พาดผ่าน

5. สายไฟฟ้ารอบๆอาคารเพื่อป้องกันลมพัดกิ่งไม้ทำให้สายไฟฟ้าขาดหรือเกิดจากความชื้นของต้นไม้ทำให้ไฟฟ้ารั่ววงจร

6. ทีมบริหารความเสี่ยง(RM)ของวิทยาลัยพยาบาลฯ มีความสนใจในเรื่องความเสี่ยงที่เกิดทางกายภาพ ทั้งนี้ได้ส่งเสริมให้มีการตรวจสอบวิศวกรรมความปลอดภัยในอาคาร จากหน่วยงานศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 6 (เชียงใหม่) และให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่างๆในหน่วยงาน จะมีเพียงบางจุดเป็นส่วนน้อยที่ยังต้องปรับปรุงแก้ไขและเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระดับมาตรฐานให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไป

วิธีการปรับปรุงแก้ไข

1. นำข้อมูลความเสี่ยงที่พบทั้งหมดมาจัดลำดับความจำเป็นสำคัญเร่งด่วนในการปรับปรุงแก้ไข
2. จัดทำ/วางแผนงานที่จะปรับปรุงแก้ไข ในระยะต่อไปอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น คณะกรรมการ ฯ ควรนำข้อมูลความเสี่ยงที่พบทั้งหมดมาจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วน หรือทำแผนการปรับปรุงแก้ไข กำหนดระยะเวลา งบประมาณ และผู้รับผิดชอบในการควบคุมจัดการอย่างเป็นระบบซึ่งควรมีการประเมินผลการปรับปรุงเปรียบเทียบ และตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับในการค้นหาความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานตนเองรวมทั้งสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์ที่สมบูรณ์

การบริหารความเสี่ยงในภาพรวมของวิทยาลัยพยาบาลฯ ควรจัดให้มีการเชื่อมโยงระบบต่าง ๆ (เช่น ข้อร้องเรียน การรายงานอุบัติการณ์ เป็นต้น) เพื่อให้เห็นการพัฒนา แนวโน้มของสถานการณ์ความเสี่ยง ความเสียหายตามความรุนแรง รวมถึงประสิทธิภาพของการแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงในภาพรวม

บรรณานุกรม

วีณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย
แนวคิด กระบวนการแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร. บริษัทอี
เลิฟแอนด์คัลเลอร์ส.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. การทบทวนเวชระเบียนเพื่อส่งเสริมเป้า
หมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย. เอกสารอัดสำเนาประกอบการประชุม
ปฏิบัติการเพื่อสร้างเครือข่ายการเรียนรู้สำหรับโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการ
คุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติ. ฉลองสิริราช
สมบัติครบ 60 ปี.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. **HA Update 2008**. เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 9 องค์กรที่มีชีวิต Living
Organization. กรุงเทพมหานคร. บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. **HA Forum Guidebook** ปลูกชีวิตให้องค์กร..
เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ครั้งที่ 9 องค์กรที่มีชีวิต Living Organization. กรุงเทพมหานคร. บริษัท หนังสือดีวัน
จำกัด.

http://www.si.mahidol.ac.th/siweb_2007/sic/admin/news_images_8_4.jpg.

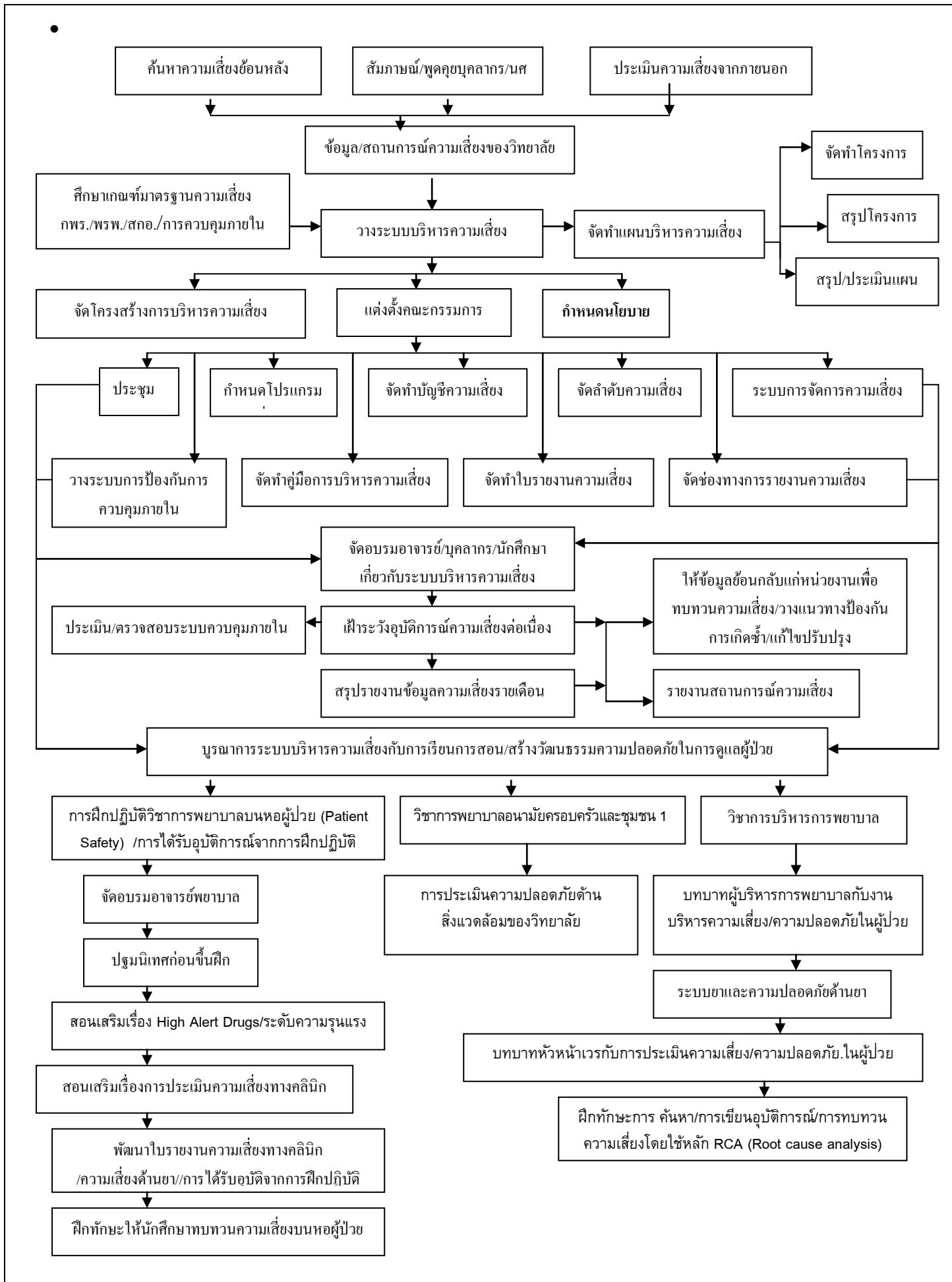
<http://gotoknow.org/blog/nurseanaesthqa/103965>.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร. บริษัท
ดีไซร์ จำกัด.

ศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์ที่ 6 (เชียงใหม่) กองวิศวกรรมทางการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการตรวจสอบวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัย
พยาบาล.

ภาคผนวก

ภาพรวม การบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา

รายงานผลการควบคุมภายในและผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ (Incident Report)

ที่เกิดเหตุ..... วันที่..... เวลา.....	ประเภทบุคคลที่เกิดอุบัติการณ์ <input type="checkbox"/> อาจารย์ <input type="checkbox"/> นักศึกษา <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง <input type="checkbox"/> บุคคลภายนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	ฉบับที่...../..... รับเข้าทะเบียนวคป.....
เหตุการณ์ (ให้ทำเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมทุกข้อที่เกิดขึ้นเพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น)		
<p style="text-align: center;">กลุ่มงานบริหารทั่วไป</p> <p>1. ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน</p> <p><input type="checkbox"/> 1) ไฟไหม้</p> <p><input type="checkbox"/> 2) ไฟดูด</p> <p><input type="checkbox"/> 4) ทรัพย์สินมีค่าสูญหาย</p> <p><input type="checkbox"/> 5) โจรกรรม/ลักขโมย</p> <p><input type="checkbox"/> 6) นักศึกษาทำร้ายตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> 7) นักศึกษา/อาจารย์/เจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกาย</p> <p><input type="checkbox"/> 8) เกิดอุบัติเหตุ ทางจราจร</p> <p><input type="checkbox"/> 9) เกิดโรคติดต่อ/ระบาดในนักศึกษา/เจ็บป่วยหมู่</p> <p><input type="checkbox"/> 10) การสูญหายของเด็กที่ศูนย์เด็กเล็ก</p> <p><input type="checkbox"/> 11) เด็กที่ศูนย์เด็กเล็กเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>2. อุบัติการณ์ด้านการบริหารการจัดการทั่วไป</p> <p><input type="checkbox"/> 1) หนังสือราชการสูญหาย</p> <p><input type="checkbox"/> 2) สมุดใบเสร็จหาย</p> <p><input type="checkbox"/> 3) จัดทำบัญชีเงินไม่เป็นปัจจุบัน</p> <p><input type="checkbox"/> 4) เงินสูญหาย</p> <p><input type="checkbox"/> 5) ร่างหนังสือผิดพลาด</p> <p><input type="checkbox"/> 6) ตอบหนังสือราชการช้ากว่ากำหนด</p> <p><input type="checkbox"/> 7) จัดเก็บหนังสือเข้าแฟ้มไม่เป็นปัจจุบัน</p> <p><input type="checkbox"/> 8) การเขียนหนังสือหลังเกษียณช้า</p> <p><input type="checkbox"/> 9) การส่งงานพิมพ์/ดิจิทัล/โรเนียวไม่ถูกขั้นตอน</p> <p><input type="checkbox"/> 10) การดำเนินงานและการใช้งบประมาณไม่เป็นไปตามกำหนด</p> <p><input type="checkbox"/> 11) การขออนุมัติถ่ายเอกสาร/ดิจิทัลคู่มือหรือเอกสารประกอบการสอนไม่ถูกขั้นตอน</p> <p><input type="checkbox"/> 12) จ่ายเช็คก่อนได้รับการโอนเงินจากคลังจังหวัด</p> <p><input type="checkbox"/> 13) จนท.การเงินไม่นำเงินฝากคลัง/ธนาคารภายในสิ้นวันแต่ละวัน</p>	<p style="text-align: center;">งานทำนุศิลปวัฒนธรรมจริยธรรม</p> <p>1. ด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของอาจารย์</p> <p><input type="checkbox"/> 1) มาทำงานสาย</p> <p><input type="checkbox"/> 2) ขาดราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> 3) แต่งกายผิดระเบียบ</p> <p><input type="checkbox"/> 4) ทะเลาะกัน</p> <p><input type="checkbox"/> 5) กระทำผิดจรรยาบรรณ/จริยธรรม</p> <p><input type="checkbox"/> 6) ไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนด</p> <p><input type="checkbox"/> 7) ไม่อยู่เวร</p> <p><input type="checkbox"/> 8)</p> <p>2. พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของนักศึกษา</p> <p><input type="checkbox"/> 1) หนีหอ</p> <p><input type="checkbox"/> 2) เข้าหอพักเกินเวลาโดยไม่ขออนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> 3) ปัญหาด้านชู้สาว</p> <p><input type="checkbox"/> 4) ทะเลาะกัน</p> <p><input type="checkbox"/> 5) ไม่เข้าร่วมกิจกรรมสวดมนต์</p> <p><input type="checkbox"/> 6) แต่งกายไม่ถูกระเบียบ</p> <p><input type="checkbox"/> 7) ไม่อยู่เวร</p> <p><input type="checkbox"/> 8) ไม่เข้าหอพัก</p> <p><input type="checkbox"/> 9) นำบุคคลเข้าภายนอกเข้าหอพัก</p> <p><input type="checkbox"/> 10) นำเครื่องใช้ไฟฟ้ามาใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> 11) รายงานเท็จ</p> <p><input type="checkbox"/> 12) พฤติกรรมกร้าวร้าว</p> <p><input type="checkbox"/> 13) ขโมยของ</p> <p><input type="checkbox"/> 14) อื่น ๆ ระบุ.....</p>	<p style="text-align: center;">กลุ่มงานวิชาการ</p> <p>1. ด้านอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยขณะฝึกปฏิบัติ</p> <p><input type="checkbox"/> 1) ผู้ป่วย/ญาติไม่พึงพอใจ</p> <p><input type="checkbox"/> 2) บริหารยาผิดพลาด</p> <p><input type="checkbox"/> 3) กระทำการพยาบาลอื่นๆ ผิดพลาด</p> <p><input type="checkbox"/> 4) กระทำกิจกรรมการพยาบาลโดยไม่แจ้งให้อาจารย์ทราบ</p> <p><input type="checkbox"/> 5) ละเมิดสิทธิผู้ป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> 6) ไม่ไปคู่ Assign case</p> <p><input type="checkbox"/> 7) เกิดอุบัติเหตุถูกของมีคมที่มิด้า/สารคัดหลั่งกระเด็นใส่</p> <p><input type="checkbox"/> 8) บริหารสารน้ำผิดพลาดระดับ...</p> <p><input type="checkbox"/> 9) ให้เลือดผิดพลาด</p> <p><input type="checkbox"/> 10) อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>3. การควบคุมคุณภาพการเรียนการสอน</p> <p><input type="checkbox"/> 1) อาจารย์เข้าสอนช้าโดยไม่แจ้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2) นักศึกษาขาดเรียน</p> <p><input type="checkbox"/> 3) ข้อสอบหาย</p> <p><input type="checkbox"/> 4) ข้อสอบรั่ว</p> <p><input type="checkbox"/> 5) ส่งข้อสอบช้า</p> <p><input type="checkbox"/> 6) อ. ไม่มีแผนการสอน</p> <p><input type="checkbox"/> 7) อ. ไม่มีแผนการนิเทศ</p> <p><input type="checkbox"/> 8) สื่ออุปกรณ์การสอนไม่พร้อมใช้</p> <p><input type="checkbox"/> 9) นักศึกษาไม่ส่งงาน</p> <p><input type="checkbox"/> 10) นักศึกษา ทูจติการสอบ</p> <p><input type="checkbox"/> 11) อ. ไม่เข้าสอนตามตารางโดยไม่แจ้งให้ทราบ</p> <p><input type="checkbox"/> 12) ส่งข้อสอบช้า</p>

กรุณาส่งคืนงานบริหารความเสี่ยง

พลิกด้านหลัง

ที่เกิดเหตุ..... วันที่..... เวลา.....	ประเภทบุคคลที่เกิดอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> อาจารย์ <input type="checkbox"/> นักศึกษา <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง <input type="checkbox"/> บุคคลภายนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	ฉบับที่...../..... รับเข้าทะเบียนวคป.....
เหตุการณ์ (ให้ทำเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมทุกข้อที่เกิดขึ้นเพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น)		
กลุ่มงานบริหารทั่วไป (ต่อ) <input type="checkbox"/> 13) จัดทำรับจ่ายพัสดุไม่ถูกต้องตามระเบียบ <input type="checkbox"/> 14) จัดหาวัสดุไม่ทันเวลาใช้/ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ <input type="checkbox"/> 15) การดำเนินโครงการไม่มีในแผน <input type="checkbox"/> 16) ส่งรายงานข้อมูลล่าช้ากว่ากำหนด <input type="checkbox"/> 17) ไม่สรุปผลงานโครงการ <input type="checkbox"/> 18) สรุปผลงานโครงการล่าช้ากว่ากำหนด <input type="checkbox"/> 19) รถไม่พร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> 20) การขออนุมัติซ่อมไม่เป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> 21) ซ่อมอุปกรณ์ล่าช้า <input type="checkbox"/> 22).....	3.พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของบุคลากรอื่น <input type="checkbox"/> 1) แสดงกริยาไม่สุภาพ <input type="checkbox"/> 2) มาทำงานสาย <input type="checkbox"/> 3) ขาดราชการ <input type="checkbox"/> 4) แต่งกายผิดระเบียบ <input type="checkbox"/> 5) ทะเลาะกัน <input type="checkbox"/> 6) ไม่อยู่เวร <input type="checkbox"/> 7) ดื่มสุราขณะปฏิบัติหน้าที่ <input type="checkbox"/> 8)..... กลุ่มงานประกันและการจัดการเชิงรุก <input type="checkbox"/> 1) ฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 2) ผลลัพธ์ของ KPI ไม่ได้ตามเป้าหมาย <input type="checkbox"/> 3) ไม่รายงานความก้าวหน้าของKPI ตามแผนที่กำหนด <input type="checkbox"/> 4) โครงการไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด <input type="checkbox"/> 5).....	<input type="checkbox"/> ไม่วิเคราะห์ข้อสอบ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ กลุ่มงานวิจัยบริการวิชาการและพัฒนา <input type="checkbox"/> 1) การดำเนินการวิจัยไม่เป็นไปตามแผน <input type="checkbox"/> 2) ผลงานวิจัยไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ <input type="checkbox"/> 3) บุคลากรที่ผ่านการประชุม/สัมมนาไม่มีการนำเสนอวิชาการตามแผน <input type="checkbox"/> 4) จัดทำรายงานล่าช้าไม่เป็นไปตามกำหนดภายใน 1 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 5) ผู้ไปประชุม/อบรม/สัมมนา ไม่เขียนใบสมัครแจ้งให้งานบริการวิชาการทราบ <input type="checkbox"/> 6) ส่งคู่มือ/CNEU ล่าช้า <input type="checkbox"/> 7) ผู้สมัครเข้าประชุม/อบรม น้อยกว่าเป้าหมาย <input type="checkbox"/> 8).....
บรรยายสรุปเหตุการณ์/การแก้ไขเบื้องต้น/ข้อเสนอแนะ		
ลงนามผู้บันทึก..... ลงนามหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน..... วันที่ เวลา วันที่ เวลา.....		

กรุณาส่งคืนงานบริหารความเสี่ยง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.....
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและผลการปรับปรุงแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง

เรียน.....

เรื่อง รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

- ชื่อโปรแกรมความเสี่ยง งานวิชาการ งานบริหารทั่วไป งานวิจัย งานทำนุบำรุงศิลปะ/คุณธรรมและจริยธรรม
- งานสวัสดิการ/ปกครองหอพัก งานประกันคุณภาพการจัดการเชิงรุกและฐานข้อมูล งานบริการวิชาการและพัฒนาบุคลากร
- ชื่อรายการความเสี่ยง มีในบัญชีความเสี่ยง ยังไม่มีในบัญชีความเสี่ยง

สรุปเหตุการณ์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

วันเดือนปีที่เกิด.....เวลา.....สถานที่เกิด.....ระดับความรุนแรงที่.....

ลักษณะเหตุการณ์

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้จัดการความเสี่ยง

ผลการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเบื้องต้น

.....

.....

.....

.....

การวางแผนการดำเนินการป้องกันอุบัติการณ์ในเรื่องดังกล่าว

- มีการกำหนดมาตรการป้องกันไว้แล้วแต่ยังพบการเกิดอุบัติการณ์ขึ้นอีก กำหนดให้มีมาตรการป้องกันเพิ่มเติมดังนี้

.....

.....

.....

- ยังไม่มีการกำหนดมาตรการป้องกันในเรื่องดังกล่าว จึงได้กำหนดมาตรการป้องกันดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

รอง/ หัวหน้างาน.....

วันเดือนปี.....

ส่งคืนที่ผู้จัดการความเสี่ยง
ภายในวันที่.....

แผนการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา

ลำดับ	โครงการกิจกรรม	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554
1.	ทบทวนระบบและกลไกการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย	✓	✓	✓
2.	ทบทวนและจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยง	✓	✓	✓
3.	ขยายระบบการบริหารความเสี่ยงให้กับนักศึกษา ประกอบด้วย		✓	✓
	3.1 จัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในนักศึกษา			
	3.2 กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในนักศึกษา		✓	✓
	3.3 ดำเนินกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในบทบาทของนักศึกษา		✓	✓
6.	จัดทำ KM ด้านการบริหารความเสี่ยง	✓	✓	✓
7.	กิจกรรมนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดีด้านบริหารความเสี่ยง ระดับวิทยาลัย		✓	✓
8.	กิจกรรมนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดีด้านบริหารความเสี่ยง ระดับประเทศ		✓	✓
9.	กิจกรรมเทียบเคียงงานบริหารความเสี่ยงกับองค์กรภายนอก		✓	✓
10.	กิจกรรมการบูรณาการงานบริหารความเสี่ยงเข้ากับระบบ TQA		✓	✓

แผนการพัฒนาล้างแวล้อมกายหลังการประเมินตรวจสอบจากวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัย

กิจกรรมติดตั้งหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์	กิจกรรมแก้ไขระบบสายดิน	กิจกรรมแก้ไขป้ายบ่งชี้	กิจกรรมแก้ไขบ่อน้ำบาด	กิจกรรมแก้ไขระบบแก๊ส	กิจกรรมแก้ไขระบบไฟฟ้าอื่น ๆ	กิจกรรมแก้ไขระบบอัคคีไฟ	กิจกรรมแก้ไขระบบปรับอากาศ	กิจกรรมแก้ไขระบบน้ำ
1. ห้องงานการสอน อาคาร 2 200-300 Lux	1. ห้องปฏิบัติการ ภายภาพ	1. ติดป้ายห้องควบคุมไฟฟ้าอาคาร 1	1. เอามอเตอร์ออก จากห้องควบคุมไฟฟ้า	1. จัดเก็บถังแก๊ส ที่ไม่ได้ใช้โรงครัว	1. ติดตั้งชุดฟิวส์กันฟ้าผ่าห้มือแปลงไฟ	1. ติดป้ายบอกทางหนีไฟบริเวณทางออกหรือบันไดทุกชั้น	1. ติดตั้งพัดลมระบบอากาศที่ผนังห้องด้านบนหรือฝ้าเพดานตรงข้ามเครื่องปรับอากาศ	1. ซ่อมข้อต่อเกลียว และทำความสะอาด บริเวณพื้นให้แห้ง
2. บริเวณโต๊ะคอม 2 ชุด ห้องวัดและประเมินผล 200-300 Lux	2. คอมพิวเตอร์ทุกเครื่องของวิทยาลัย	2. ติดป้ายห้องควบคุมไฟฟ้าทุกชั้นหอ 2	2. ติดตั้งป้ายระบบบ่อน้ำเสียบ	2. รื้อถอนท่อเดินก๊าซบริเวณปรุงอาหาร	2. ติดตั้งฝาครอบเซอร์กิตเบรกเกอร์เครื่องทำน้ำเย็นอาคาร 2	2. ติดตั้งไฟฉุกเฉินทางเดินชั้นละ 1 เครื่อง	2. ล้างทำความสะอาดฟิลเตอร์เครื่องปรับอากาศ	2. ห้ามจัดเก็บไม้ดูพื้นไว้ใต้บันไดที่ห้องเครื่องปั้มน้ำ
3. ศูนย์เด็กเล็กก่อนวัยเรียน	3. เครื่องซักผ้าห้องเครื่องซักผ้า	3. ติดป้ายห้องควบคุมไฟฟ้าทุกชั้นหอ 1	3. วัดปริมาณน้ำเสียบ ต่อ วัน ที่แน่นอน	3. จัดไซค์ล๊องถังแก๊สและห่างจากเตา 1.5-2 เมตร	3. ติดตั้งปลั๊กไฟกาน้ำร้อนและตู้เย็น ห้องงานการสอน อาคาร 2	3. ติดตั้งถังดับเพลิงผลเคมีแห้งบริเวณด้านหน้าห้องควบคุมบ่อน้ำบาดน้ำเสียบ	3. ทำตะแกรงครอบป้องกันใบพัดลมหรือช่องฝ้าม่านหรือเปลี่ยนพัดลมเป็นชนิดติดตั้งที่ฝ้าเพดาน	3. ซ่อมหรือเปลี่ยนเพล่าปั้มน้ำ โรงสูบน้ำ
4. ห้องพักผ่อนชั้น 2 หอ 2 ขนาด 200-300 Lux	4. ตู้เย็น/ตู้แช่ ทุกเครื่อง		4. เลื่อนเวลาในการยกตะกร้าซักขยะขึ้นมาทำความสะอาดเป็นช่วง 10.00น.	4. ติดป้ายอ่างล้างผักอย่างล้างภาชนะ	4. ติดตั้งฝาครอบเซอร์กิตเบรกเกอร์เครื่องปรับอากาศอาคาร 1	4. ย้ายถังดับเพลิงห้องคอมพิวเตอร์ออกมาไว้หน้าห้อง	4. ติดตั้งพัดลมระบายอากาศระดับต่ำที่กระจกผนังห้องเครื่องถ่ายเอกสาร	4. ซุดหลุมฝังท่อปูนซีเมนต์ (บ่อเกรอะ) ด้านหลังห้องพักขยะ

กิจกรรมติดตั้งหลอดไฟ ฟลูออเรสเซนต์	กิจกรรมแก้ไข ระบบสายดิน	กิจกรรมแก้ไข ป้ายบ่งชี้	กิจกรรมแก้ไข บ่อน้ำบาด	กิจกรรมแก้ไข ระบบแก๊ส	กิจกรรมแก้ไข ระบบไฟฟ้าอื่น ๆ	กิจกรรมแก้ไข ระบบอัคคีไฟ	กิจกรรมแก้ไขระบบ ปรับอากาศ	กิจกรรมแก้ไขระบบ น้ำ
5. ติดตั้งหลอดไฟ ห้องสมุดให้ครบทุก หลอด	5. ติดตั้งหลักดินที่ ฐานของแท็งก์น้ำสูง		5. หาถังรองรับ ขยะและถุงแดงมา ใส่ขยะที่ติดขึ้นมา กับตะกร้าคัดขยะ และมัดปากถุงให้ สนิท		5. รื้อยท่อสายไฟ โรงช่าง		5. ย้ายเครื่องโรเนี่ย วเอกสารมาใช้ใกล้ หน้าต่างและติดตั้ง พัดลมตั้งพื้นเพื่อเป่า ระบายออกหน้าต่าง	5. จัดทำกรงขायยก พื้นสูงพร้อมหลังคา พักจุดพักขยะ
			6. เดินเครื่องเติม อากาศในช่วง 06.00-09.00น.และ 17.00-20.00น.		6. จัดหาฝาครอบ ปิดตู้ควบคุมเครื่อง ปั้มน้ำ			6. เพิ่มตะแกรงดัก เศษอาหารและมี ตารางดักไขมันในบ่อ ให้บ่อยขึ้นและนำ เศษไปฝังกลบ
			7. ให้ใช้แปรงด้าม ยาวขัดถูตะไคร้ ออกให้หมด		7. ตัดแต่งกิ่งไม้ พาดสายไฟ ระยะห่าง 1 เมตร			
			8. เอาเศษวัชพืชที่ ขึ้นที่บ่อออกให้ หมดและทำการ เปลี่ยนทรายกรอง ใหม่เป็นทราย หยาบเติมให้ เท่ากับแผ่น		8. จัดเก็บสายไฟ สายโทรศัพท์และ สายสัญญาณที่เดิน ตามอาคารให้ เรียบร้อย			

กิจกรรมติดตั้งหลอดไฟ ฟลูออเรสเซนต์	กิจกรรมแก้ไข ระบบสายดิน	กิจกรรมแก้ไข ป้ายบ่งชี้	กิจกรรมแก้ไข บ่อน้ำบาด	กิจกรรมแก้ไข ระบบแก๊ส	กิจกรรมแก้ไข ระบบไฟฟ้าอื่น ๆ	กิจกรรมแก้ไข ระบบอัคคีไฟ	กิจกรรมแก้ไขระบบ ปรับอากาศ	กิจกรรมแก้ไขระบบ น้ำ
			กระจายน้ำ					
			9.ทำหลังคาโปรรั้ง แสงคลุมบ่อตากไว้ ที่สามารถเลื่อนไป มาได้โดยสร้าง ½ ของ บ่อ ตาก ตะกอน		9. ทำกรงเหล็ก ล้อมเครื่องต้มน้ำ ไฟฟ้าศูนย์เด็กเล็ก			
			10.จัดทำมาตรฐาน การผสมคลอรีนให้ ได้มาตรฐาน					
			11. จัดทำสถานที่ จัดเก็บน้ำยา คลอรีนให้เป็น สัดส่วนและจัดหา เครื่องป้องกัน สำหรับผู้ปฏิบัติงาน					
			12. คิดตั้งอ่างล้าง มือและผ้าเช็ดมือ และต่อน้ำทิ้งลงใน บ่อน้ำบาด					

แผนการดำเนินงานการควบคุมภายในหน่วยงานย่อยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพิยะยา ปีงบประมาณ 2553-2555						
ลำดับ	หน่วยงานย่อยเป้าหมาย	ภายใต้หน่วยงาน	เป้าหมายการดำเนินงาน ควบคุมภายในปีงบประมาณ			หมายเหตุ
			2553	2554	2555	
1	วิทยาลัย	สบช.			/	
1.2	กลุ่มงานบริหาร	วิทยาลัย			/	
1.2.1	ฝ่ายบริหารทั่วไป	กลุ่มงานบริหาร			/	
1.2.1.1	งานสารบรรณ	ฝ่ายบริหารทั่วไป		/	/	
1.2.1.2	งานการเงินและบัญชี	ฝ่ายบริหารทั่วไป		/	/	
1.2.1.3	งานพัสดุ	ฝ่ายบริหารทั่วไป	/	/	/	
1.2.1.4	งานยานพาหนะ	ฝ่ายบริหารทั่วไป	/	/	/	
1.2.1.5	งานบริหารบุคคล	ฝ่ายบริหารทั่วไป			/	
1.2.1.6	งานอาคารสถานที่	ฝ่ายบริหารทั่วไป			/	
1.2.2	ฝ่ายพัฒนาบุคลากร	กลุ่มงานบริหาร			/	
1.2.2.1	งานพัฒนาบุคลากรภายใน	ฝ่ายพัฒนาบุคลากร	/	/	/	
1.2.2.2	งานชมรมจริยธรรม	ฝ่ายพัฒนาบุคลากร		/	/	
1.2.2.3	งานจรรยาบรรณ	ฝ่ายพัฒนาบุคลากร			/	
1.2.3	ฝ่ายติดตามและประเมินผล	กลุ่มงานบริหาร		/	/	
1.2.3.1	งานบริหารงบประมาณ	ฝ่ายติดตามและประเมินผล		/	/	
1.2.4	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ และสื่อการเรียนการสอน	กลุ่มงานบริหาร	/	/	/	
1.2.4.1	งานสารสนเทศ และ สื่อการเรียนการสอน	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อการเรียนการสอน	/	/	/	
1.2.4.2	งานประชาสัมพันธ์	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อการเรียนการสอน			/	

ลำดับ	หน่วยงานย่อยเป้าหมาย	ภายใต้หน่วยงาน	เป้าหมายการดำเนินงาน ควบคุมภายในปีงบประมาณ			หมายเหตุ
			2553	2554	2555	
1.3	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ	วิทยาลัย			/	
1.3.1	ฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ	/	/	/	
1.3.2	ฝ่ายมาตรฐานและ ประกันคุณภาพการศึกษา	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ			/	
1.3.2.1	งานประกันคุณภาพภายใน	ฝ่ายมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา	/	/	/	
1.3.2.2	งานประกันคุณภาพภายนอก	ฝ่ายมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา		/	/	
1.3.2.3	งานประกันคุณภาพ นศ.	ฝ่ายมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา			/	
1.3.2.4	งานบริหารจัดการ ภาครัฐแนวใหม่	ฝ่ายมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา			/	
1.3.2.5	งานพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้	ฝ่ายมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา		/	/	
1.3.2.6	งานบริหารความเสี่ยงควบคุมภายใน และ ๕ ส.	ฝ่ายมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา		/	/	
1.3.2.7	งานฐานข้อมูลด้านประกันคุณภาพและแผน	ฝ่ายมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา			/	
1.4	กลุ่มงานบริการวิชาการ	วิทยาลัย				
1.4.1	ฝ่ายบริการวิชาการแก่สังคม	กลุ่มงานบริการวิชาการ	/	/	/	
1.4.1.1	งานบริการวิชาการแก่สังคม	ฝ่ายบริการวิชาการแก่สังคม	/	/	/	
1.4.1.2	งานบริการสุขภาพและสาธารณสุขสาริต	ฝ่ายบริการวิชาการแก่สังคม			/	

ลำดับ	หน่วยงานย่อยเป้าหมาย	ภายใต้หน่วยงาน	เป้าหมายการดำเนินงาน ควบคุมภายในปีงบประมาณ			หมายเหตุ
			2553	2554	2555	
1.4.2	ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์	กลุ่มงานบริการวิชาการ				
1.5	กลุ่มงานวิชาการและวิจัย	วิทยาลัย		/	/	
1.5.1	ฝ่ายผลิตบุคลากรสาธารณสุข สาขาต่างๆ	กลุ่มงานวิชาการและวิจัย		/	/	
1.5.1.1	งานการสอน1	ฝ่ายผลิตบุคลากรสาธารณสุข สาขาต่างๆ		/	/	
1.5.1.2	งานการสอน2	ฝ่ายผลิตบุคลากรสาธารณสุข สาขาต่างๆ		/	/	
1.5.1.3	งานการสอน3	ฝ่ายผลิตบุคลากรสาธารณสุข สาขาต่างๆ		/	/	
1.5.1.4	งานการสอน4	ฝ่ายผลิตบุคลากรสาธารณสุข สาขาต่างๆ		/	/	
1.5.2	ฝ่ายทะเบียน วัด และประมวลผลการศึกษา	กลุ่มงานวิชาการและวิจัย	/	/	/	
1.5.3	ฝ่ายพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอน	กลุ่มงานวิชาการและวิจัย	/	/	/	
1.5.3.1	งานรับรองสถาบัน	ฝ่ายพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอน	/	/	/	
1.5.4	ฝ่ายวิจัย และนวัตกรรม	กลุ่มงานวิชาการและวิจัย	/	/	/	
1.5.4.1	งานวิจัยและนวัตกรรม	ฝ่ายวิจัย และนวัตกรรม	/	/	/	
1.5.5	สำนักหอสมุด	กลุ่มงานวิชาการและวิจัย	/	/	/	
1.6	กลุ่มงานกิจการนักศึกษา	วิทยาลัย			/	
1.6.1	ฝ่ายทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม	กลุ่มงานกิจการนักศึกษา			/	
1.6.2	ฝ่ายพัฒนานักศึกษา	กลุ่มงานกิจการนักศึกษา	/	/	/	
1.6.3	ฝ่ายบริการนักศึกษาและ ศิษย์เก่าสัมพันธ์	กลุ่มงานกิจการนักศึกษา		/	/	
	ดำเนินการควบคุมภายในทั่วทั้งวิทยาลัยครบทุกกลุ่มงาน ทุกฝ่ายและทุกงาน 100 % ปี 2555					

ลำดับ	หน่วยงานย่อยเป้าหมาย	ภายใต้หน่วยงาน	เป้าหมายการดำเนินงาน ควบคุมภายในปีงบประมาณ			หมายเหตุ
			2553	2554	2555	

แผนการพัฒนาล้างแวล้อมกายหลังการประเมินตรวจสอบจากวิศวกรรมความปลอดภัยในวิทยาลัย

กิจกรรมติดตั้งหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์	กิจกรรมแก้ไขระบบสายดิน	กิจกรรมแก้ไขป้ายบ่งชี้	กิจกรรมแก้ไขบ่อน้ำบาด	กิจกรรมแก้ไขระบบแก๊ส	กิจกรรมแก้ไขระบบไฟฟ้าอื่น ๆ	กิจกรรมแก้ไขระบบอัคคีไฟ	กิจกรรมแก้ไขระบบปรับอากาศ	กิจกรรมแก้ไขระบบน้ำ
1. ห้องงานการสอน อาคาร 2 200-300 Lux	1. ห้องปฏิบัติการ ภายภาพ	1. ติดป้ายห้องควบคุมไฟฟ้าอาคาร 1	1. เอามอเตอร์ออก จากห้องควบคุมไฟฟ้า	1. จัดเก็บถังแก๊ส ที่ไม่ได้ใช้โรงครัว	1. ติดตั้งชุดฟิวส์กันฟ้าผ่าห้มือแปลงไฟ	1. ติดป้ายบอกทางหนีไฟบริเวณทางออกหรือบันไดทุกชั้น	1. ติดตั้งพัดลมระบบอากาศที่ผนังห้องด้านบนหรือฝ้าเพดานตรงข้ามเครื่องปรับอากาศ	1. ซ่อมข้อต่อเกลียว และทำความสะอาด บริเวณพื้นให้แห้ง
2. บริเวณโต๊ะคอม 2 ชุด ห้องวัดและประเมินผล 200-300 Lux	2. คอมพิวเตอร์ทุกเครื่องของวิทยาลัย	2. ติดป้ายห้องควบคุมไฟฟ้าทุกชั้นหอ 2	2. ติดตั้งป้ายระบบบ่อน้ำเสียบ	2. รื้อถอนท่อเดินก๊าซบริเวณปรุงอาหาร	2. ติดตั้งฝาครอบเซอร์กิตเบรกเกอร์เครื่องทำน้ำเย็นอาคาร 2	2. ติดตั้งไฟฉุกเฉินทางเดินชั้นละ 1 เครื่อง	2. ล้างทำความสะอาดฟิลเตอร์เครื่องปรับอากาศ	2. ห้ามจัดเก็บไม้ดูพื้นไว้ใต้บันไดที่ห้องเครื่องปั้มน้ำ
3. ศูนย์เด็กเล็กก่อนวัยเรียน	3. เครื่องซักผ้าห้องเครื่องซักผ้า	3. ติดป้ายห้องควบคุมไฟฟ้าทุกชั้นหอ 1	3. วัดปริมาณน้ำเสียบ ต่อ วัน ที่แน่นอน	3. จัดไซค์ล๊องถังแก๊สและห่างจากเตา 1.5-2 เมตร	3. ติดตั้งปลั๊กไฟกาน้ำร้อนและตู้เย็น ห้องงานการสอน อาคาร 2	3. ติดตั้งถังดับเพลิงผลเคมีแห้งบริเวณด้านหน้าห้องควบคุมบ่อน้ำบาดน้ำเสียบ	3. ทำตะแกรงครอบป้องกันใบพัดลมหรือช่องฝ้าม่านหรือเปลี่ยนพัดลมเป็นชนิดติดตั้งที่ฝ้าเพดาน	3. ซ่อมหรือเปลี่ยนเพล่าปั้มน้ำ โรงสูบน้ำ
4. ห้องพักผ่อนชั้น 2 หอ 2 ขนาด 200-300 Lux	4. ตู้เย็น/ตู้แช่ ทุกเครื่อง		4. เลื่อนเวลาในการยกตะกร้าซักขยะขึ้นมาทำความสะอาดเป็นช่วง 10.00น.	4. ติดป้ายอ่างล้างผักอย่างล้างภาชนะ	4. ติดตั้งฝาครอบเซอร์กิตเบรกเกอร์เครื่องปรับอากาศอาคาร 1	4. ย้ายถังดับเพลิงห้องคอมพิวเตอร์ออกมาไว้หน้าห้อง	4. ติดตั้งพัดลมระบายอากาศระดับต่ำที่กระจกผนังห้องเครื่องถ่ายเอกสาร	4. ซุดหลุมฝังท่อปูนซีเมนต์ (บ่อเกรอะ) ด้านหลังห้องพักขยะ

กิจกรรมติดตั้งหลอดไฟ ฟลูออเรสเซนต์	กิจกรรมแก้ไข ระบบสายดิน	กิจกรรมแก้ไข ป้ายบ่งชี้	กิจกรรมแก้ไข บ่อน้ำบาด	กิจกรรมแก้ไข ระบบแก๊ส	กิจกรรมแก้ไข ระบบไฟฟ้าอื่น ๆ	กิจกรรมแก้ไข ระบบอัคคีไฟ	กิจกรรมแก้ไขระบบ ปรับอากาศ	กิจกรรมแก้ไขระบบ น้ำ
5. ติดตั้งหลอดไฟ ห้องสมุดให้ครบทุก หลอด	5. ติดตั้งหลักดินที่ ฐานของแท็งก์น้ำสูง		5. หาถังรองรับ ขยะและถุงแดงมา ใส่ขยะที่ติดขึ้นมา กับตะกร้าคัดขยะ และมัดปากถุงให้ สนิท		5. รื้อยท่อสายไฟ โรงช่าง		5. ย้ายเครื่องโรเนียว เอกสารมาใช้ใกล้ หน้าต่างและติดตั้ง พัดลมตั้งพื้นเพื่อเป่า ระบายออกหน้าต่าง	5. จัดทำกรงขायยก พื้นสูงพร้อมหลังคา พักจุดพักขยะ
			6. เดินเครื่องเติม อากาศในช่วง 06.00-09.00น.และ 17.00-20.00น.		6. จัดหาฝาครอบ ปิดตู้ควบคุมเครื่อง ปั้มน้ำ			6. เพิ่มตะแกรงดัก เศษอาหารและมี ตารางดักไขมันในบ่อ ให้บ่อยขึ้นและนำ เศษไปฝังกลบ
			7. ให้ใช้แปรงด้าม ยาวขัดถูตะไคร้ที่ ออกให้หมด		7. ตัดแต่งกิ่งไม้ พาดสายไฟ ระยะห่าง 1 เมตร			
			8. เอาเศษวัชพืชที่ ขึ้นที่บ่อออกให้ หมดและทำการ เปลี่ยนทรายกรอง ใหม่เป็นทราย หยาบเติมให้ เท่ากับแผ่น		8. จัดเก็บสายไฟ สายโทรศัพท์และ สายสัญญาณที่เดิน ตามอาคารให้ เรียบร้อย			

กิจกรรมติดตั้งหลอดไฟ ฟลูออเรสเซนต์	กิจกรรมแก้ไข ระบบสายดิน	กิจกรรมแก้ไข ป้ายบ่งชี้	กิจกรรมแก้ไข บ่อน้ำบาด	กิจกรรมแก้ไข ระบบแก๊ส	กิจกรรมแก้ไข ระบบไฟฟ้าอื่น ๆ	กิจกรรมแก้ไข ระบบอัคคีไฟ	กิจกรรมแก้ไขระบบ ปรับอากาศ	กิจกรรมแก้ไขระบบ น้ำ
			กระจายน้ำ					
			9.ทำหลังคาโปร่งแสงคลุมบ่อตากไว้ที่สามารถเลื่อนไปมาได้โดยสร้าง ½ ของบ่อตากตะกอน		9. ทำกรงเหล็กล้อมเครื่องต้มน้ำไฟฟ้าศูนย์เด็กเล็ก			
			10.จัดทำมาตรฐานการผสมคลอรีนให้ได้มาตรฐาน					
			11. จัดทำสถานที่จัดเก็บน้ำยาคลอรีนให้เป็นสัดส่วนและจัดหาเครื่องป้องกันสำหรับผู้ปฏิบัติงาน					
			12. ติดตั้งอ่างล้างมือและผ้าเช็ดมือและต่อน้ำทิ้งลงในบ่อน้ำบาด					