

2P Safety goals  
SIMPLES  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

โรงพยาบาล ธัญญารักษ์สงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่: SP-RMC-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง: 2P Safety goals, SIMPLES โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา		
	กลุ่มงาน/ หน่วยงาน: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: 1 มกราคม 2566	ฉบับที่: A	แก้ไข ครั้งที่ 1	หน้า 0/

บันทึกการประกาศใช้

ฉบับที่	แก้ไขครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	ผู้จัดทำ	ผู้ทบทวน	ผู้อนุมัติ
A	0	1 มกราคม 2566	คณะกรรมการ ความเสี่ยง	คณะกรรมการ บริหาร	..... (นพ ธวัช ลาภินี)
A	1	1 กรกฎาคม 2566	คณะกรรมการ ความเสี่ยง	คณะกรรมการ บริหาร	..... (นพ ธวัช ลาภินี)

2P Safety goals  
SIMPLES  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

โรงพยาบาล ธัญญารักษ์สงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่: SP-RMC-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง: 2P Safety goals, SIMPLES โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา		
	กลุ่มงาน/ หน่วยงาน: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง วันที่เริ่มใช้: 1 มกราคม 2566	ฉบับที่: A	แก้ไข ครั้งที่ 1	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม หน้า 0/

บันทึกการประกาศใช้

ฉบับที่	แก้ไขครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	ผู้จัดทำ	ผู้ทบทวน	ผู้อนุมัติ
A	0	1 มกราคม 2566	คณะกรรมการ ความเสี่ยง	คณะกรรมการ บริหาร	..... (นพ ธวัช ลาพันธ์)
A	1	1 กรกฎาคม 2566	คณะกรรมการ ความเสี่ยง	คณะกรรมการ บริหาร	..... (นพ ธวัช ลาพันธ์)



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล.....โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา.....

ที่ รพธ.สข.๐๓๐๑/พิเศษ.....วันที่.....๑.....กรกฎาคม.....๒๕๖๖.....

เรื่อง ขอประกาศใช้แนวปฏิบัติตามนโยบาย 2P safety โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา.....

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Patient and Personnel safety Goals: 2P safety) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบาย 2P safety (Patient and Personnel Safety) ตั้งนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายด้านความปลอดภัยของกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว คณะกรรมการความเสี่ยง โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จึงดำเนินการจัดทำแนวปฏิบัติและขอประกาศใช้แนวปฏิบัติตามนโยบาย 2P safety (Patient and Personnel Safety Goals) ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป โดยสามารถศึกษารายละเอียดและ Download ได้ได้ที่ [www.sdct.go.th](http://www.sdct.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

(นางบุบผา บุญงามณี)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
ประธานคณะกรรมการความเสี่ยง

exp. ๑๓/๗/๒๕๖๖

๑๓/๗/๒๕๖๖



ประกาศ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา  
เรื่อง นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖  
(Patient and Personnel safety : 2P Safety)

เพื่อขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Patient and Personnel safety Goals: 2P safety) และเกิดผลสัมฤทธิ์ในทางปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จึงได้กำหนดนโยบายความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

**Patient Safety: ผู้ป่วยปลอดภัย**

**S: Safe Surgery**

-

**I: Infection Prevention and Control (การป้องกันการติดเชื้อ)**

- I1: Hand Hygiene (สุขอนามัยในการล้างมือ)
- I3: Isolation precautions (การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ)

**M: Medication Safety (ปลอดภัยจากการให้ยา)**

- M1: Safe from Adverse Drug Events (ADE)  
(ปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา)
- M2: Safe from Medication Error (ปลอดภัยจากข้อผิดพลาดในการใช้ยา)
- M3: Medication Reconciliation (ความต่อเนื่องในการรักษาทางยา)
- M4: Rational Drug Use (RDU) (การใช้ยาอย่างสมเหตุผล)

**P: Patient Care Process (กระบวนการดูแลรักษาปลอดภัย)**

- P1: Patients Identification (การระบุตัวผู้ป่วย)
- P2: Communication (การสื่อสาร)
- P4: Prevention of Common Complications  
(การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย)
- P5: Pain Management (การจัดการความเจ็บปวด)
- P6: Refer and Transfer Safety (การส่งต่อผู้ป่วยและถ่ายโอนความปลอดภัย)

**L: Laboratory Results (ปลอดภัยจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ)**

- L2: Right and Accurate Laboratory Results  
(การรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง)

**E: Emergency Response (ปลอดภัยในสถานการณ์ฉุกเฉิน)**

- ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

**Personnel Safety: บุคลากรปลอดภัย**

**S: Security and Privacy of Information and Social Media**

(ปลอดภัยในการสื่อสารและสื่อสาธารณะ)

- S1: Security and Privacy of Information  
(ความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล)
- S2: Social Media and Communication Professionalism  
(สื่อสังคมและการสื่อสารมืออาชีพ)

**I: Infection and Exposure (ปลอดภัยจากการติดเชื้อ)**

- I1: Fundamental of Infection Control and Prevention for Workforce  
(การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่)
- I2: Specific Infection Control and Prevention for Workforce  
(การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเฉพาะสำหรับเจ้าหน้าที่)

**M: Mental Health and Mediation (มีความสุข และปราศจากความขัดแย้ง)**

- M1: Mental Health (สุขภาพจิต)
- M2: Mediation (การเจรจาไกล่เกลี่ย)

**P: Process of Work (กระบวนการทำงานปลอดภัย)**

- P1: Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder (การจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน)
- P2: Specific Guideline for Prevention of Work Related Disorder (แนวปฏิบัติ/ หลักเกณฑ์เฉพาะสำหรับการป้องกันความผิดปกติที่เกี่ยวกับงาน)
- P3: Fitness for Work or Duty Health Assessment (การประเมินสุขภาพในการทำงาน)

**L: Lane (Ambulance) and Legal Issues**

(การส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัยรวมทั้งกรอบกฎหมาย)

- L1: Ambulance and Referral Safety  
(ความปลอดภัยของรถพยาบาลและการส่งต่อ)
- L2: Legal issues (ประเด็นทางกฎหมาย)

**E: Environment and Working Conditions**

(การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน)

- E 1: Safe Physical Environment (สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัย)
- E2: Work Conditions (เงื่อนไขการทำงาน)
- E3: Workplace Violence (ความรุนแรงในที่ทำงาน)

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายรัช ลาพินี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

## Thanyarak Songkhla hospital

Patient Safety Goal

2 P Safety Goal

Personnel Safety Goals

-	S	Security and Privacy of Information and Social Media
Infection Prevention & Control	I	Infection & Exposure
Medication	M	Mental Health & Mediation
Patients Care Process	P	Process of Work
Laboratory	L	Lane (Ambulance) & Legal Issues
Emergency Response	E	Environment & Working Conditions

## บทนำ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีเป้าหมายสำคัญในมิติคุณภาพเรื่องความปลอดภัย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เชิญชวนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ป่วยและประชาชน เห็นความสำคัญและร่วมกันปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายดังกล่าว

ปี พ.ศ. 2560 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย Patient and Personnel Safety ซึ่งขยายให้ครอบคลุมความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข และให้มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) สรพ. จึงนำเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย SIMPLE ที่กระตุ้น การพัฒนาเดิมมาปรับปรุงเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโดยผู้เชี่ยวชาญ สาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำอักษร SIMPLE มากำหนดเป็นอักษรนำของเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่จดจำง่ายและต่อเนื่อง โดยพัฒนาหัวข้อและแนวทางปฏิบัติของ Personnel Safety Goals จากทีมผู้เชี่ยวชาญเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติ เป็นการบูรณาการเพิ่มเติมจาก Patient Safety Goals เป็น Patient and Personnel Safety Goals หรือ 2P Safety Goals และ จาก SIMPLE เป็น (SIMPLE)<sub>2</sub>

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จึงได้ศึกษาแนวทาง วิเคราะห์ ทบทวนเพื่อทำความเข้าใจกับ นิยาม เป้าหมาย (Goal) ที่ตรงประเด็น รวมกระบวนการจัดการ (Process) pitfall และการ Monitoring ให้เข้าใจ และรวบรวมแนวปฏิบัติเพื่อกำหนด 2P Safety Goals (Patient and Personnel Safety Goals) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ตามกรอบแนวคิด SIMPLE ของ สรพ. ซึ่งเป็นองค์การระดับชาติที่ควบคุมคุณภาพการบริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง ในประเทศไทย โดยมุ่งหวังให้คู่มือฉบับนี้เป็นแนวทางในการปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัย แก่ผู้รับบริการ / ผู้ป่วยและบุคลากร โดยอ้างอิงจาก หนังสือ Patient Safety Goals SIMPLE Thailand 2018, Personnel Safety Goals SIMPLE Thailand 2018

## สารบัญ

	หน้า
Patient Safety Goals	10
<b>I: Infection Control</b>	<b>10</b>
I 1: Hand Hygiene.....	11
I 3: Isolation precautions.....	13
<b>M: Medication Safety</b>	<b>15</b>
M 1: Safe from Adverse Drug Events (ADE).....	16
M 1.1: Safe from High Alert Drug.....	16
M 1.2: Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR).....	18
M 1.3: Safe from Fatal Drug Interaction (FDI).....	20
M 2: Safe from Medication Error.....	22
M 2.1: Safe from Look-Alike Sound-Alike Medication Names.....	22
M 2.2: Safe from Using Medication.....	24
M 3: Medication Reconciliation.....	26
M 4: Rational Drug Use (RDU).....	28
<b>P: Patients Care Process</b>	<b>32</b>
P 1: Patients Identification.....	33
P 2: Communication.....	35
P 2.2: Communication during patient care handovers.....	35
P 2.3: Communicating Critical Test Results.....	37
P 2.4: Verbal or Telephone Order /Communication.....	39
P 4: Preventing common complications.....	40
P 4.2: Preventing Patient Falls.....	40
P 5: Pain Management.....	48
P 5.1: Pain Management in General.....	48
P 6: Refer and Transfer Safety.....	50
<b>L: Laboratory Results</b>	<b>53</b>
L 2: Right and Accurate Laboratory Results.....	54
<b>E: Emergency Response</b>	<b>56</b>
E 1: ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช .....	57



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>Personnel Safety Goals</b>	60
<b>S: Security and Privacy of Information and Social Media</b>	60
S 1: Security and Privacy of Information.....	61
S 2: Social Media and Communication Professionalism.....	65
<b>I: Infection and Exposure</b>	67
I 1: Fundamental of Infection Control and Prevention for Workforce.....	68
I 2: Specific Infection Control and Prevention for Workforce.....	71
I 2.1: Airborne Transmission.....	71
I 2.2: Droplet Transmission.....	73
I 2.3: Contact Transmission.....	75
<b>M: Mental Health and Mediation</b>	76
M 1: Mental Health.....	77
M 1.1: Mindfulness at Work.....	77
M 1.2: Second Victim.....	79
M 1.3: Burnout and Mental Health Disorder.....	81
M 2: Mediation.....	83
<b>P: Process of Work</b>	85
P 1: Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder.....	86
P 2: Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder.....	88
P 2.1: Physical Hazard.....	88
P 2.2: Chemical Hazard.....	90
P 2.3: Radiation Hazard.....	91
P 2.4: Biomechanical Hazard.....	93
P 3: Fitness for Work or Duty Health Assessment.....	94
P 3.2: Medical Surveillance Program.....	94
<b>L: Lane (Ambulance) and Legal Issues</b>	95
L 1 Ambulance and Referral Safety.....	96
L 1.1 In-Transit Ambulance Safety.....	96
L 1.3 Ambulance Driving Safety.....	99
L 2 Legal Issues.....	102
L 2.1 Informed Consent.....	102
L 2.2 Medical Record and Documentation.....	105

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>E: Environment and Working Conditions</b>	108
E 1 Safe Physical Environment.....	109
E 2 Working Conditions.....	112
E 3 Workplace Violence.....	116

## Patient Safety Goal

I: Infection Prevention and Control	
I 1	Hand Hygiene
I 3	Isolation Precautions

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## I 1: Hand Hygiene

## ทีม IC (คุณนุรินยา แหะหมัดและทีม)

ที่	Patient Safety	Hand Hygiene
1	คำจำกัดความ Definition	การปฏิบัติเพื่อลดจำนวนเชื้อจุลชีพที่อยู่บนมือ โดยการถูมือด้วยแอลกอฮอล์ เจล หรือ ล้างมือด้วยสบู่ หรือสบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อ (Any action of hygienic hand antiseptics in order to reduce transient microbial flora, generally performed either by hand rubbing with an alcohol-based formulation or hand washing with plain or antimicrobial soap and water- WHO)
2	เป้าหมาย Goal	บุคลากรทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องและเป็นนิสัย เมื่อทำการตรวจ หรือ รักษาพยาบาล เมื่อดูแลผู้ป่วย
3	เหตุผลที่ทำให้เรื่องนี้ Why	การแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสทั้งทางตรง และทาง อ้อม โดยเฉพาะจากมือของบุคลากรผู้ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ทำให้เกิดการติด เชื้อในโรงพยาบาลการล้างมืออย่างถูกวิธีเป็นวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อใน โรงพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการ ติดเชื้อของผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมทั้งลดโอกาส ที่บุคลากรจะติดเชื้อจาก ผู้ป่วย และลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น จากการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล
4	แนวทาง Process	<p>โรงพยาบาลควรดำเนินการเพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญและมีการปฏิบัติใน การทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องและเป็นนิสัย โดยดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของ องค์การอนามัยโลก ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาล สนับสนุน อุปกรณ์ที่จำเป็นในการล้างมือ เช่นอ่างล้างมือ น้ำ ยาล้าง มือ ทุกหน่วยบริการอย่างเพียงพอ</li> <li>2. ให้ความรู้กับบุคลากรเรื่อง Hand Hygiene และมีการฝึกปฏิบัติให้เข้าใจ และ ถูกต้อง</li> <li>3. มีระบบประเมินและติดตามการปฏิบัติของบุคลากรในการล้างมือและให้ ข้อมูล ย้อน กลับ อัตราการล้างมือทั้งในภาพรวมของหน่วยงานและการแจ้ง รายบุคคล</li> <li>4. จัดทำแผ่นป้ายเชิญชวน/เตือน/ให้ความรู้เรื่องการล้างมือติดไว้ใน สถานพยาบาล</li> <li>5. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เช่น ผู้นำองค์กรปฏิบัติให้เป็น ตัวอย่าง การ ยอมรับการตักเตือนจากเพื่อนร่วมงาน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อทำความเข้าใจ ความสะอาดมือและมีส่วนร่วมในการกระตุ้นบุคลากรให้ทำ ความสะอาดมือเช่นกัน</li> </ol>
5	การฝึกอบรม Training	1. ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้บุคลากรมีความรู้เรื่องความสำคัญของการล้างมือ ข้อบ่งชี้ ของการล้างมือ (5 moments for hand hygiene) ได้แก่ ก่อน การสัมผัสผู้ป่วย ก่อน ทำหัตถการปลอดเชื้อรวมทั้งการผสมยาสำหรับให้

ที่	Patient Safety	Hand Hygiene
		<p>ทางหลอดเลือด หลังสัมผัสสารคัด หลังจาก ร่ายกาย (body fluid) ของผู้ป่วย หลังสัมผัสผู้ป่วย และหลังสัมผัส สิ่งแวดล้อมรอบตัว ผู้ป่วย และวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง</p> <p>2. ฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันการติดเชื้อและตัวแทนหอผู้ป่วยให้สามารถทำการเฝ้าสำรวจพฤติกรรมและอัตราการล้างมือได้อย่างถูกต้อง</p> <p>3. จัดกิจกรรมวันล้างมือโลก ทุกวันที่ 15 ตุลาคมของทุกปี 4. จัดกิจกรรมรณรงค์การล้างมือทุกเดือน</p>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<p>1. อัตราการล้างมืออย่างถูกต้องตาม 5 Moments ขององค์การอนามัยโลก 80 %</p> <p>2. อัตราการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอน 85 %</p>
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	<p>1. บุคลากรมีการปฏิบัติในการล้างมือไม่ได้ตามเกณฑ์ เนื่องจากสิ่งอำนวยความสะดวก ไม่เพียงพอ มีภาระงานมาก ต่อเนื่อง</p> <p>2. บุคลากรไม่ทำความสะอาดมือก่อนสวมถุงมือ</p> <p>3. ถุงมือชนิดผสมแข็ง อาจทำให้ไม่สะดวกต่อการล้างมือด้วยน้ำยาล้างมือ แอลกอฮอล์เจล</p> <p>4. อาจมีงบประมาณจำกัด ในการจัดซื้อสิ่งสนับสนุน เพื่อทำความสะอาดมือ เช่น กระดาษเช็ดมือ มาตรฐาน HA การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือ การปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการ สุขภาพ ฉบับที่ 5 ตอนที่ II หมวดที่ 4 ข้อ 4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป (1)</p>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	Patient Safety Goals SIMPLE Thailand 2018

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## I 3: Isolation Precautions

## ทีม IC (คุณนุรินยา แหะหมัดและทีม)

ที่	Patient Safety	Isolation Precautions
1	คำจำกัดความ Definition	การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ หรือผู้ที่ เป็นพาหะนำ โรค ไปสู่ผู้ป่วยอื่น ญาติผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรในทีมสุขภาพ
2	เป้าหมาย Goal	ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
3	เหตุผลที่ทำให้เรื่องนี้ Why	เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายได้มากในโรงพยาบาล จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย ผู้ป่วยสู่ บุคลากร และบุคลากรสู่ผู้ป่วย หากการดำเนินการของ โรงพยาบาลในการป้องกัน การแพร่กระจาย เชื้อไม่มีประสิทธิภาพดีพอ บุคลากรขาดความรู้ ไม่ปฏิบัติหรือ ปฏิบัติไม่ถูกต้องตาม หลักการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ ทำให้เกิดการระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล และส่งผลกระทบรุนแรงทำให้ผู้ป่วยและบุคลากรเกิดการ ติดเชื้อ และอาจ เสียชีวิตได้
4	แนวทาง Process	<p>1. กำหนดแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการแยก ผู้ป่วย (Isolation Precautions) และเผยแพร่สื่อสารให้บุคลากรทุกระดับ รับทราบ เข้าใจและปฏิบัติได้</p> <p>2. ให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับ เกี่ยวกับหลักการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อที่ สำคัญ ได้แก่ standard และ transmission-based precautions (contact droplet และ airborne precautions) โดย หลักการสำคัญของแยกผู้ป่วยคือ</p> <p>2.1 การป้องกันแบบมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยทุกราย (standard precautions) คือ มาตรการที่บุคลากรปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยทุกราย โดยถือว่า ผู้ป่วยทุกรายอาจเป็นพาหะของโรคโดยไม่คำนึงถึง การวินิจฉัยของโรคหรือภาวะติดเชื้อของผู้ป่วย มาตรการนี้ใช้เมื่อบุคลากร ปฏิบัติงานที่คาดว่าจะต้องสัมผัส กับ เลือด สารคัดหลั่ง แผล การ ปฏิบัติที่สำคัญ คือ การล้างมือ การสวมใส่อุปกรณ์ ป้องกัน เช่น ถุงมือ แว่นตาป้องกันตาเพื่อป้องกันเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ได้ นอกจากนี้ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไอหรือสงสัยว่าจะมีโรคติดเชื้อ ระบบ หายใจ ก็ให้ปฏิบัติตามหลักการของ respiratory hygiene and cough etiquette</p> <p>2.2 มาตรการสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีเชื้อที่แพร่กระจายโดยการ สัมผัส (Contact precautions)) เช่น การป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) แยกโซนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเข้าห้องแยกและห่างจากผู้ป่วยอื่น</li> <li>2) บุคลากรที่เข้าดูแลผู้ป่วยให้ล้างมือตามหลัก 5 Moments และ สวม อุปกรณ์ป้องกันตามความเหมาะสม</li> </ol>

ที่	Patient Safety	Isolation Precautions
		<p>3) การทำความสะอาด สิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2.3 มาตรการสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อที่ แพร่กระจายทางอากาศ (Airborne precautions) เช่น วัณโรค หัด สุกใส ซึ่ง กำหนดให้รับผู้ป่วยในห้องแยกความดันลบ (Airborne infection isolation room: AIIR) บุคลากรต้องสวม N95 หรือสวม surgical mask ให้แนบหน้า เมื่อ เข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสวม surgical mask</p> <p>2.4 มาตรการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อที่ แพร่กระจาย ทางฝอยละอองขนาดใหญ่ (Droplet precautions) น้ำมูก น้ำลาย เช่น ไข้หวัด ใหญ่ COVID – 19 บุคลากรต้องสวม surgical mask และล้างมือตามหลัก 5 moments</p> <p>3. สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่จำเป็น อุปกรณ์การล้างมือที่ เหมาะสม และเพียงพอ รวมถึงการจัดสถานที่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p>
5	การฝึกอบรม Training	จัดการอบรม ฝึกปฏิบัติให้กับบุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับ Isolation precautions เป็น ระยะเวลาตามความเหมาะสม
6	ตัวชี้วัด ที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินการปฏิบัติของบุคลากรตามมาตรการสำคัญ เช่น การใช้ อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคล การแยกของใช้ การทำความสะอาด สิ่งแวดล้อม เป็นต้น</li> <li>ความถูกต้องในการแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส หรือ ทางละอองฝอย</li> </ol>
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	1.ห้องแยกไม่เพียงพอ 2. บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับวิถีทางการ แพร่กระจายเชื้อของโรค หรือเชื้อต่างๆ ไม่เพียงพอ ขาดความรู้ที่ถูกต้อง ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
8	เอกสารอ้างอิง Reference	มาตรฐาน HA การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือ การปฏิบัติตาม มาตรฐาน โรงพยาบาลและ บริการ สุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ II หมวดที่ 4 ข้อ 4.2 ก.การป้องกันการติดเชื้อ ทั่วไป (1) Patient Safety Goals SIMPLE Thailand 2018

<b>M: Medication Safety</b>	
M 1	Safe from Adverse Drug Events (ADE)
M 1.1	Safe from High Alert Drug
M 1.2	Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR)
M 1.3	Safe from Fatal Drug Interaction
M 2	Safe from Medication Error
M 2.1	Look-Alike Sound-Alike Medication Names
M 2.2	Safe from Using Medication
M 3	Medication Reconciliation
M 4	Rational Drug Use (RDU)



## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## Medication Safety

## M1: Safe from Adverse Drug Events (ADE)

## M1.1: Safe from High alert drug

## ทีมระบบยา (PTC) (คุณเสาดาทหรือ โสดาติสและทีม)

ที่	Patient Safety	Safe from High alert drug
1	คำจำกัดความ Definition	ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) คือ กลุ่มยาที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ เพราะมีดัชนีการรักษาแคบหรือมีผลข้างเคียงร้ายแรงต่ออวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ไต ฯลฯ
2	เป้าหมาย Goal	1. ลดความคลาดเคลื่อนทางยาของยาที่มีความเสี่ยงสูง 2. ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	พบอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนทางยาของยาที่มีความเสี่ยงสูง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา
4	แนวทาง Process	รพ. ธรรมนูญรักษ์สงขลาโดยคณะกรรมการยา กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูง พัฒนาแนวทาง ปฏิบัติที่มีการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง โดยมีการกำกับติดตามการ ใช้ยาอย่างเหมาะสม ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>● วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำ protocols การให้ยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง - การจ่ายยา มีเอกสารแนะนำอาการข้างเคียงจากยาที่มีความเสี่ยงสูงที่สำคัญ ติดที่ซองยา มีการ independent/double-checks ก่อนให้ยา การนิเทศการให้ยา HAD ตามหลัก 7 R โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกับ เภสัชกร 1 ครั้ง/เดือน</li> </ul> </li> <li>● วิธีการเพื่อบรรเทาอันตราย <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดให้มี antidotes และสารต้านฤทธิ์ พร้อมใช้ในหอผู้ป่วย</li> <li>- จัดทำแนวทางการใช้ ANTIDOTE (naloxone) ฉุกฉิน ด้วยระบบ รคส. แพทย์ เพื่อความรวดเร็วในการรักษาผู้ป่วยที่เกิด ADE จากยา HAD</li> <li>- มีระบบแจ้งเตือนคลังยา เมื่อมีการใช้ ANTIDOTE ที่หอผู้ป่วยและห้อง ยา เพื่อให้มีการจัดซื้อทดแทน และมีการแจ้งเตือนกรณียา ANTIDOTE ใกล้เคียงหมด</li> </ul> </li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>● อบรมให้ความรู้ แนวทางการใช้และติดตาม HAD แก่ผู้เกี่ยวข้อง</li> <li>● ประชุม ทบทวน ระบบการรายงาน HAD ในหน่วยงาน</li> <li>● การสอบความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา HAD</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ความคลาดเคลื่อนทางยา (การสั่งยา การจัดจ่ายยา การเตรียมยา การบริหารยา)</li> <li>● เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น (Adverse Drug Event) เช่น Tachycardia, BP ต่ำ</li> </ul>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้</li> </ul>

ที่	Patient Safety	Safe from High alert drug
	Pitfall	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ขาดระบบการกำกับติดตาม</li> </ul>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตอนที่ II หมวดที่ 6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS) ข้อ 6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (4)

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## Medication Safety

## M1: Safe from Adverse Drug Events (ADE)

## M1.2: Safe from Preventable Adverse Drug Reaction (ADR)

## ทีมระบบยา (PTC) (คุณเสาดาทหรือ โสดาติสและทีม)

ที่	Patient Safety	Safe from Preventable Adverse Drug Reaction (ADR) แพ้ยาซ้ำ แพ้ยากลุ่มเดียวกัน
1	คำจำกัดความ Definition	Adverse drug Reaction คือ การตอบสนองของร่างกายต่อยาที่ได้รับยาในขนาดยาปกติ เป็นอันตรายขึ้นโดยไม่ตั้งใจ และไม่ได้เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา มีความหมายรวมถึงการแพ้ยา และการเกิดอาการข้างเคียงจากยา <ul style="list-style-type: none"> <li>● Drug Allergy: อาการแพ้ยา เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มของร่างกายต่อยาที่ได้รับ</li> <li>● แพ้ยาซ้ำ: เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยแพ้ยา ซึ่งเป็นยาตัวเดียวกับที่เคยมีประวัติแพ้ โดยมี อาการแสดงที่เหมือนกัน</li> <li>● แพ้ยากลุ่มเดียวกัน: เหตุการณ์ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยา จากยาที่มีโครงสร้าง คล้ายกับยาที่มีประวัติแพ้โดยมีอาการเดียวกัน</li> </ul>
2	เป้าหมาย Goal	ผู้ป่วยปลอดภัยจากการแพ้ยาซ้ำ แพ้ยากลุ่มเดียวกัน
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	พบผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ และแพ้ยากลุ่มเดียวกัน ถือเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิดป้องกันได้ (preventable ADR) ดังนั้นจึงมีการรณรงค์ให้รพ. พัฒนา ระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาขึ้น
4	แนวทาง Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>● จัดทำแนวทางประเมินประวัติผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้การ ประเมินประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในอดีตเป็นไปอย่างเป็นระบบ ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจในการ รักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัย</li> <li>● จัดทำแนวทางการบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพื่อการ ส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้บุคลากรทางการแพทย์ เป็นไปในทางเดียวกันครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</li> <li>● จัดทำแนวทางการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เคยเกิด ADR ที่มีรายละเอียดมากพอที่จะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินให้มากที่สุด</li> <li>● จัดทำแนวทางการออกบัตร/บัตรเตือนเรื่องยา และการบันทึกข้อมูลในบัตร ให้เป็นแนวทางเดียวกันมีข้อมูลครบถ้วน และคำแนะนำที่เหมาะสม ให้บุคลากร ทางการแพทย์มีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิด อันตรายจากการแพ้ยาซ้ำ แพ้ยากลุ่มเดียวกัน</li> <li>● การปรับปรุงฐานข้อมูลแพ้ยาและระบบป้องกันแพ้ยาซ้ำ</li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ให้ความรู้เกี่ยวกับการรายงาน ADRs แก่บุคลากรใหม่</li> </ul>

ที่	Patient Safety	Safe from Preventable Adverse Drug Reaction (ADR) แพ้ยาซ้ำ แพ้ยากลุ่มเดียวกัน
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีผู้รับผิดชอบรวบรวมข้อมูลและทบทวนการประเมินของเภสัชกร เพื่อนำมาพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ความคลาดเคลื่อนทางยา ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา</li> <li>● อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ</li> <li>● อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยากลุ่มเดียวกัน</li> </ul>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	การไม่รายงานเข้าสู่ระบบ เพื่อนำข้อมูลมาทบทวนวางระบบป้องกัน
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มาตรฐาน HA การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือ มาตรฐานโรงพยาบาล และ บริการสุขภาพ ตอนที่ II หมวดที่ 6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS) ข้อ 6.1 ก. การ กำกับดูแลการจัดการด้านยา (3) ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน (4)</li> <li>● จันทิมา โยธาพิทักษ์, จิตติมา เอกตระกูลชัย, จารุณี วงศ์วัฒนาเสถียร, ธนพร ลิขิตเทียนทอง, นวภรณ์ วิมลสำระวงศ์, รุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์, และคนอื่น ๆ. แนวทางปฏิบัติในการทำงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Thai HP Practice Guidelines on Adverse Drug Reaction Monitoring (ADRM). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ปรมัตถ์การพิมพ์; 2559.</li> </ul>

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## Medication Safety

## M1: Safe from Adverse Drug Events (AED)

## M 1.3: Safe from Fatal Drug Interaction

## ทีมระบบยา (PTC) (คุณเสาดาทหรือ โสดาติสและทีม)

ที่	Patient Safety	Safe from Fatal Drug Interaction
1	คำจำกัดความ Definition	Fatal Drug Interaction (FDI) คือปฏิกิริยาต่อกันของยาสองชนิดที่มีผลทำให้ฤทธิ์ของยารุนแรงขึ้นจนเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เกณฑ์ที่ใช้ในกำหนดคู่ยาได้แก่ - คู่ยา FDI ได้แก่ Loratadine + Ketoconazole Propranolol + Thioridazine Propranolol + Chlorpromazine Fluoxetine + Thioridazine - มีระดับความมีนัยสำคัญทางคลินิกระดับ 1 - มีความรุนแรงอยู่ในระดับ major ซึ่ง ผลที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต - คู่ยา Monitoring Fatal Drug interaction (MFDI) : คู่ยา Drug interaction ที่มีนัยสำคัญทางคลินิกอยู่ในระดับ 1 มีหลักฐานชัดเจนว่าทำให้เกิดอาการรุนแรงอยู่ในระดับ major สามารถให้ร่วมกันได้แต่แพทย์ ต้องมีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2	เป้าหมาย Goal	ผู้ป่วยปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีสาเหตุจากการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	พบรายงานกรณีศึกษาการเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยากับยาที่รุนแรง (ระดับ E-I ขึ้นไป) จากการใช้คู่ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกัน ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว ส่งผลถึงแก่ชีวิตหรือ ต้องมีการติดตาม อย่างใกล้ชิด
4	แนวทาง Process	<b>แพทย์</b> 1. พิจารณารายการคู่ที่เกิด drug interaction และกำหนดเป็นคู่ยา FDI (Fatal Drug Interaction) และ MSDI (Monitoring Serious Drug interaction) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีนโยบายผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรม 2. หลีกเลี่ยงการสั่งจ่ายคู่ยาที่เกิด drug interaction โดยเฉพาะอย่างยิ่ง FDI <b>พยาบาล</b> 1. พิจารณารายการคู่ที่เกิด drug interaction และกำหนดเป็นคู่ยา FDI และ MFDI ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีนโยบายผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรม 2. ปรีกษาแพทย์ หรือเภสัชกร กรณีที่ต้องเฝ้าระวัง ติดตาม drug Interaction จากการ ใช้ยา

		3. ติดตามผู้ป่วยที่มีการใช้ยา ที่เกิด drug interaction รายงานแพทย์กรณีพบ ความเสี่ยงจากการใช้ยาที่ เกิด drug Interaction
5	การฝึกอบรม Training	1. มีระบบทบทวน ให้ความรู้กับพยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง ในการอบรม “ระบบ ยา/ความคลาดเคลื่อนทางยา” ปีละครั้ง
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	1. อุบัติการณ์ Fatal Drug interaction = 0 2. อุบัติการณ์ Drug interaction ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป = 0
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	ปฏิกิริยา drug interaction ที่เกิดจากการได้รับยาจากแพทย์หลายท่าน และจากหลายสถานพยาบาล ถูกมองข้ามไปในการดูแลผู้ป่วย
8	เอกสารอ้างอิง Reference	1. มาตรฐาน HA การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ สุขภาพ ตอนที่ II หมวดที่ 6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS) ข้อ 6.1ก. การกำกับ ดูแลการจัดการด้านยา (3) 2. บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาววัฒนทล, ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, ลักขณา สุวรรณ น้อย, วิทยา วจิตรเนาวรัตน์, พิษญา ดิลกพัฒน์มงคล, ศยามล สุขขำ. Overlapping Paradigms between Drug Interaction and Adverse Drug Reaction: Review and update on Drug interaction 2011 edition. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชาชน จำกัด; 2537 3. Patient Safety Goals SIMPLE Thailand 2018

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## Medication Safety

## M 2: Safe from Medication Error

## M 2.1: Look-Alike, Sound-Alike Medication Names

## ทีมระบบยา (PTC) (คุณเสาดาทหรือ โสดาติสและทีม)

ที่	Patient Safety	Look-Alike Sound - Alike Medication Names
1	คำจำกัดความ Definition	ชื่อยาที่สะกดคล้ายกัน หรือ อ่านออกเสียงฟังแล้วคล้ายกัน รวมไปถึงมีลักษณะ รูปแบบทางกายภาพคล้ายกัน
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อป้องกันความผิดพลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้จากยาที่สะกดคล้ายกัน หรืออ่านออกเสียงฟังแล้วคล้ายกัน รวมไปถึงมีลักษณะรูปแบบทางกายภาพคล้ายกัน (look-alike, sound-alike)
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	ชื่อสามัญทางยา (generic name) หรือชื่อการค้าของยา (trade name) หลายชนิด มีตัวสะกดคล้ายกัน หรืออ่านออกเสียงคล้ายกัน อาจทำให้เกิดความผิดพลาดเคลื่อนทางยาได้ในระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น การเลือกยาผิดตัว จากรายการยาในระบบคอมพิวเตอร์, การจัดยาผิดตัว เป็นต้น
4	แนวทาง Process	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวนรายการที่มีชื่อยาที่สะกดคล้ายกัน หรือ อ่านออกเสียงฟังแล้วคล้ายกัน รวมไปถึงรูปแบบลักษณะทางกายภาพของยาที่คล้ายกัน เป็นประจำทุกปี</li> <li>2. ทบทวนรายการที่มีชื่อยาที่สะกดคล้ายกัน หรือ อ่านออกเสียงฟังแล้วคล้ายกัน รวมไปถึงรูปแบบลักษณะทางกายภาพของยาที่คล้ายกันทันที ในยาที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดเคลื่อน เพื่อหาแนวทางการแก้ไขและป้องกันต่อไป</li> <li>3. ทบทวนรายการที่มีชื่อยาที่สะกดคล้ายกัน หรือ อ่านออกเสียงฟังแล้วคล้ายกัน รวมไปถึงรูปแบบลักษณะทางกายภาพของยาที่คล้ายกันทันทีในกรณีที่มีการเปลี่ยนบริษัทในการจัดซื้อยา โดยยาจากบริษัทใหม่มีชื่อยาที่สะกดคล้ายกัน หรือ อ่านออกเสียงฟังแล้วคล้ายกัน รวมไปถึงรูปแบบลักษณะทางกายภาพของยาที่คล้ายกันกับยาที่มีอยู่ก่อนแล้ว เพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดความผิดพลาดเคลื่อน</li> <li>4. กรณีรายการที่มีชื่อยาที่สะกดคล้ายกัน หรือ อ่านออกเสียงฟังแล้วคล้ายกัน จัดทำระบบ tall man letter ให้ตัวอักษรแตกต่างกันไปในแต่ละรายการยา เพื่อลดความผิดพลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมไปถึงจัดวางแยกตำแหน่งกัน</li> <li>5. กรณีรายการยาที่มีรูปแบบลักษณะทางกายภาพคล้ายกัน จะจัดทำสัญลักษณ์ ให้แต่ละรายการยา มีความแตกต่างกัน เช่น ทำสัญลักษณ์สี บริเวณขอบแผงยา, ตัดแต่งรอยบริเวณขอบแผงยา, ติดสติ๊กเกอร์บริเวณขวดยา เป็นต้น</li> <li>6. สามารถตรวจสอบข้อบ่งใช้ของยาว่าสอดคล้องกับการวินิจฉัย และ</li> </ol>

ที่	Patient Safety	Look-Alike Sound - Alike Medication Names
		อาการของผู้ป่วยโดยใช้ระบบสารสนเทศคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล
5	การฝึกอบรม Training	ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (look-alike, sound-alike) กับ ผู้ปฏิบัติงานใหม่ทั้งผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม และ ผู้ปฏิบัติงานเภสัชกรรม รวมไปถึงมีการแจ้งข่าวสารต่อเนื่อง กรณีที่มีรายการยาที่มีลักษณะคล้ายกัน เพิ่มขึ้นให้รับทราบโดยทั่วกัน
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	ติดตามการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ที่เกิดจาก ยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (look-alike, sound-alike) และ ออกมาตรการ เพื่อ ป้องกันการเกิดซ้ำ
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	ระมัดระวังการจัดชื่อยาโดยไม่ได้พิจารณาชื่อยา และ รูปลักษณ์ของยาก่อน จึงควรระบุไว้ในข้อกำหนดของยาที่จะจัดซื้อว่าต้องให้เห็นความแตกต่างของยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย
8	เอกสารอ้างอิง Reference	1. มาตรฐาน HA การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตาม มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ II หมวดที่ 6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS) ข้อ 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS2) ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง (2) และ (3) 2. Patient Safety Goals Thailand 2018



## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## Medication Safety

## M 2: Safe from Medication Error

## M 2.2: Safe from Using Medication

## ทีมระบบยา (PTC) (คุณเสาดาทหรือ โสดาติสและทีม)

ที่	Patient Safety	Safe from Using Medication
1	คำจำกัดความ Definition	ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในกระบวนการใช้ยาของโรงพยาบาล
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในทุกขั้นตอนได้แก่ การสั่งยา (prescribing), การจัดจ่ายยา (dispensing), การบริหารยา (administration) และการติดตาม ผลการใช้ยา (monitoring)
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	ระบบยามีความซับซ้อนและขั้นตอนทุกขั้นตอนมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้ง่าย การวาง ระบบงานที่ดีจึงเป็นส่วนสำคัญในการประกันความปลอดภัยของการใช้ยา
4	แนวทาง Process	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แพทย์สั่งยา โดยมีข้อมูลยาและข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน โรงพยาบาลมีระบบสารสนเทศ เพื่อช่วยแพทย์ในการตัดสินใจสั่งการรักษา มีระบบช่วยตรวจสอบอัตโนมัติ เมื่อเกิดการสั่งที่ผิดพลาดคลาดเคลื่อน เช่น การสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ การสั่งยาเกิดขนาดยา สูงสุด เป็นต้น</li> <li>2. เกสซ์กรตรวจสอบยาที่จัดจ่ายกับคำสั่งที่รับโดยตรงจากแพทย์โดยไม่ผ่านการคัดลอกจาก บุคลากรอื่น โดยมีข้อมูลยาและข้อมูลผู้ป่วยชุดเดียวกับที่แพทย์ใช้</li> <li>3. พยาบาลผู้ให้ยาสามารถเข้าถึงข้อมูลชุดเดียวกับที่แพทย์และเกสซ์กรใช้ และต้องมีการ ตรวจสอบข้ามระหว่างวิชาชีพก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วย</li> <li>4. โรงพยาบาลจัดให้มียาพร้อมใช้ทันที</li> <li>5. ฉลากยามีข้อมูลครบถ้วนให้ตรวจสอบได้ ได้แก่ ชื่อนามสกุลผู้ป่วย เลขประจำตัวผู้ป่วย ชื่อยาทั้งชื่อการค้าและชื่อสามัญ ขนาดยา ความเข้มข้น ปริมาณ วิธีใช้ คำเตือนที่จำเป็น อาจมี บาร์โค้ดหรือ QR code ช่วยการตรวจสอบ</li> <li>6. มีการบันทึกการบริหารยาทุกรายการลงใน Medication Administration Record โดยมี ข้อมูลสำคัญได้แก่ ชื่อผู้ป่วย ประวัติแพ้ยา รายการยา ความแรง ขนาด สารละลายที่ใช้ผสมยา วิธีการบริหารยา เวลาบริหารยา เพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้ยา/สารน้ำ ตามแผนการรักษา</li> <li>7. มีการกำหนดว่าจะต้องติดตามผลอย่างไรหลังการให้ยาแล้ว เพื่อลดโอกาสเกิดอันตรายจาก ผลข้างเคียงหรือจากความคลาดเคลื่อนทางยา</li> </ol>
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย</li> <li>- ปฐมนิเทศอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>

ที่	Patient Safety	Safe from Using Medication
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์และนำมาสร้างระบบที่รัดกุมยิ่งขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ</li> <li>- การเกิดอันตรายจากการใช้ยา ระดับรุนแรง (G,H,I)</li> </ul>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีการวิเคราะห์สาเหตุและวางระบบเพื่อแก้ไขที่สาเหตุราก</li> <li>2. ระบบสารสนเทศไม่เอื้อให้มีการตรวจสอบพบความคลาดเคลื่อนได้ง่าย</li> <li>3. รายงานอุบัติการณ์การเกิด medication errors แยกกันในแต่ละหน่วยงาน บริการ เช่น งานบริการพยาบาล, ฝ่ายเภสัชกรรม,</li> <li>4. การ verify ความถูกต้องของใบสั่งยา ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุม 100%</li> </ol>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มาตรฐาน HA การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ II หมวดที่ 6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS) ข้อ 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS2) ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง (2) และ (3) 2. Patient Safety Goals Thailand 2018</li> </ol>

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## Medication Safety

## M 3: Medication Reconciliation

## ทีมระบบยา (PTC) (คุณเสาดาทหรือ โสตาติสและทีม)

ที่	Patient Safety	Medication Reconciliation
1	คำจำกัดความ Definition	Medication reconciliation คือ กระบวนการเปรียบเทียบ และประสานรายการยาระหว่างรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่อย่างต่อเนื่องก่อนเข้ามา รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลากับรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อแรกรับรวมทั้งเมื่อ ผู้ป่วยย้ายหอผู้ป่วย หรือเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้าน
2	เป้าหมาย Goal	ผู้ป่วยต้องได้รับการซักประวัติและสืบค้นให้ได้รายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ทั้งรายการยาจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ยาที่ซื้อใช้เองรวมทั้งสมุนไพรและอาหาร เสริม ทั้งชื่อยา ขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ เวลาที่ผู้ป่วยใช้ยามาครั้งสุดท้าย โดย ต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และแพทย์ต้องมาทบทวนรายการ ทั้งหมดเพื่อรับทราบข้อมูลก่อนการสั่งยา รวมทั้งมีการเปรียบเทียบรายการยา ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาและป้องกันความ คลาดเคลื่อนทางยาในประเด็น ไม่มีการสั่งใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยสมควรจะได้รับ การ ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่เคยใช้อยู่หลังหยุดใช้ยาชั่วคราว ได้รับยาซ้ำซ้อน ขนาดยา ความถี่ แตกต่างจากเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับซึ่งไม่สามารถอธิบายได้จาก ลักษณะ ทางคลินิก และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ ผู้ป่วยมี ความปลอดภัยจากการใช้ยาในทุกช่วงรอยต่อของกระบวนการดูแลรักษา
3	เหตุผลที่ทำให้เรื่องนี้ Why	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้อยู่อย่างต่อเนื่อง หรือ การได้รับยาที่มีขนาดยา ความถี่แตกต่างจากยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ขณะ เข้ารับการรักษาและเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</li> <li>2. เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา</li> <li>3. เพื่อป้องกันการได้รับยาซ้ำซ้อน</li> <li>4. เพื่อป้องกันการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา</li> </ol>
4	แนวทาง Process	มีการจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อดูแล <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาระบบการจับเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วย แต่ ละราย โดยรวบรวมข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ จากระบบสารสนเทศของ โรงพยาบาล จากยาที่ผู้ป่วยนำมา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล หรือสืบค้นจากสถานพยาบาลอื่น มาจัดทำรายการยาทั้งหมดของผู้ป่วย โดยใช้ มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร</li> <li>2. ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ อย่างถูกต้องแม่นยำและใช้บัญชี รายการนี้ในทุกจุดของการบริการ</li> </ol>

ที่	Patient Safety	Medication Reconciliation
		<p>3. ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในชั้นตอนถัดไป (เช่น ส่งต่อ ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น)</p> <p>4. เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน</p> <p>5. มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ โดยแพทย์พิจารณา ว่าควรใช้ต่อ ควรหยุดยา หรือเปลี่ยนยาให้เหมาะสมก่อนการจัดจ่ายยา และ สื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย</p>
5	การฝึกอบรม Training	บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ต้องได้รับการฝึกอบรมระบบ Medication reconciliation ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรใหม่ ต้องรับการฝึกอบรมตั้งแต่การปฐมนิเทศ
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	คณะกรรมการระบบยา ติดตามผล ของการทำ medication reconciliation การทำ medication reconciliation เป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	<p>- ไม่ควรให้วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งรับผิดชอบการทำ medication reconciliation แต่ควรมีการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยมีรายการยาที่ใช้อยู่ครบถ้วนโดยเร็วที่สุด ควรทำ medication reconciliation ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล</p>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>1. มาตรฐาน HA การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ II หมวดที่ 6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS) ข้อ 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS2) ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง (2) และ (3)</p> <p>2. Patient Safety Goals SIMPLE Thailand 2018</p>

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## Medication Safety

## M 4: Rational Drug Use – RDU

## ทีมระบบยา (PTC) (คุณเสาดาทหรือ โสตาติสและทีม)

ที่	Patient Safety	Rational Drug Use – RDU
1	คำจำกัดความ Definition	การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มี ประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิก เหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตาม หลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนี้ถึงปัญหาเชื้อ ตื้อยา เป็นการใช้ยาในกรอบบัญชียายังผล (เช่นบัญชียาหลักแห่งชาติ) อย่าง เป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับ ผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วย วิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้อง ตาม หลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การ ยอมรับและสามารถใช้จ่ายดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง กองทุนในระบบ ประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถ ให้เบิกจ่ายค่านายันได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้นายันได้อย่างเท่าๆ เทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ
2	เป้าหมาย Goal	การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use – RDU) เป็นวัฒนธรรมองค์กร ที่มุ่งสู่การใช้ยาอย่างปลอดภัยเกิดประโยชน์จริงต่อผู้ป่วยด้วย ค่าใช้จ่ายที่สม เหตุผลต่อบุคคลและสังคม
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	องค์การอนามัยโลกระบุว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม (ไม่สม เหตุผล) ซึ่งก่อให้เกิด ความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยได้หลายลักษณะ และเป็นอันตราย (morbidity และ mortality) ที่ไม่ควรเกิดขึ้น กล่าวคือ ก. อันตรายจากยาที่มีการส่งจ่ายโดยไม่จำเป็นหรือเป็นยาที่ขาดประสิทธิผล (unacceptable risk benefit ratio) ข. อันตรายจากอันตรกิริยาที่เพิ่มความเสี่ยงขึ้นตามจำนวนรายการยาที่ส่งจ่าย (polypharmacy & duplication) ค. อันตรายจากการใช้ยาผิดขนาด ผิดความถี่ ผิดวิธี ผิดระยะเวลา (inappropriate dosage, frequency of dose, method of administration and duration of treatment) ง. อันตรายจากการใช้ยาโดยขาดความระมัดระวังต่อประชากรกลุ่มพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็ก หญิงมีครรภ์ มารดาให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยโรคไต และผู้ป่วยที่มีโรคร่วม (unsafe prescription in special populations) จ. อันตรายจากการใช้ยาด้านจุลชีพ เกินความจำเป็น ซึ่ง ส่งเสริม ให้เกิด

ที่	Patient Safety	Rational Drug Use – RDU
		<p>การดื้อยาที่ รักษาได้ยาก ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อ กำรติดเชื้อ ที่มีความรุนแรงสูงที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (unawareness of drug resistant burden)</p>
4	แนวทาง Process	<p>การพัฒนาต่อเรื่องที่สถานพยาบาลควรดำเนินการเพื่อนำไปสู่การใช้ยาอย่างสม เหตุผลได้แก่การดำเนินงานอย่างสอดคล้องกับ กฎแฉงสำคัญ 6 ประการตาม แนวทาง RDU Hospital PLEASE ดังนี้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. P - การสร้างความเข้มแข็ง ให้กับ คณะกรรมการเภสัชกรรม       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 จัดตั้ง PTC ตรงตามหลักการ (principle) ที่ระบุไว้โดยองค์การอนามัย โลก โดยมีเป้าหมาย (goal) วัตถุประสงค์ (objective) หน้าที่ (duty) และบทบาท (role) ตาม แนวทางขององค์การอนามัยโลก ได้แก่           <ol style="list-style-type: none"> <li>ก. บริหารจัดการโดยโรงพยาบาลมีรายการยาเท่าที่จำเป็น สอดคล้องกับ ปัญหาการเจ็บป่วยของประชาชนและไม่มีรายการยาซ้ำซ้อน</li> <li>ข. คัดเลือกยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้โดยพิจารณาจาก ประสิทธิภาพความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ การหาได้ง่าย (availability) คุณภาพของยา ราคา ความคุ้มค่าและความสามารถในการจ่ายของสังคม</li> <li>ค. รายการยาสอดคล้องกับบัญชียาหลักแห่งชาติ</li> </ol> </li> <li>1.2 ตรวจสอบติดตาม (monitor) การใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล รายเดือน/ไตรมาส สำหรับติดตามการเปลี่ยนแปลง เพื่อจะได้วางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทันที</li> <li>1.3 จัดทำตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดรอง อ้างอิงจากแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข และจัดทำตัวชี้วัดเฉพาะตามบริบท และศักยภาพของแต่ละ สถานพยาบาล</li> <li>1.4 จัดทำระบบและกลไกที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัย ได้แก่           <ol style="list-style-type: none"> <li>ก. การแจ้งเตือนปัญหาการใช้ยาด้วยระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ ให้มีการห้ามส่งจ่ายคู่กัน และมีพิมพ์รายละเอียดใน drug interaction ที่สามารถให้ได้แต่ต้องติดตามผล การใช้ยา</li> </ol> </li> <li>1.5 ดำเนินการให้เป็นไปตามเกณฑ์ของตัวชี้วัดอย่างยั่งยืน โดยให้มีการวัฒนธรรมองค์กร RDU awareness</li> </ol> </li> <li>2. L - การปรับปรุงฉลากยา จัดทำฉลากยา และการให้ข้อมูลยาแก่ผู้ป่วย (Labeling and Leaflet)</li> <li>3. E-การจัดทำและการจัดหาเครื่องมือจำเป็นเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Essential RDU tools) โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ใช้เครื่องมือ E-Tools ของ สปสช.</li> <li>4. A - การสร้างความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่บุคลากร ในโรงพยาบาล ตลอดจนประชาชนผู้รับบริการ (Awareness in RDU) โดยจัดทำบอร์ดให้ความรู้ การส่งข้อมูล RDU info graphic ในสื่อออนไลน์ เป็น</li> </ol>

ที่	Patient Safety	Rational Drug Use – RDU
		<p>ระยะๆ 5. S – การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (Special population care) เช่น การแจ้งเตือนการใช้ยาต้องห้ามในหญิงตั้งครรภ์ ติดตามการสั่งใช้ยาที่ไม่ควรสั่งใช้หรืออาจเกิดอันตรายต่อผู้ใช้ยาแบบ real-time</p> <p>6. E – การสร้างเสริมจริยธรรมในการสั่งใช้ยา (Ethics in prescription) โดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา อ้างอิงและปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยาของกระทรวงสาธารณสุข</p>
5	การฝึกอบรม Training	<p>เป้าหมายการฝึกอบรมที่โรงพยาบาลควรจัดทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บุคลากรผู้สั่งจ่ายยา &gt;80% ผ่านการฝึกอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจต่อเหตุผล และมีทักษะ (skill) ใน การใช้ยาอย่างสมเหตุ</li> <li>2. บุคลากรทางการแพทย์ &gt; 80% ผ่านการฝึกอบรมที่สร้างความตระหนักรู้ (awareness) ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีความรู้ ความเข้าใจ (knowledge) ต่อคำจำกัดความของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และตามบัญญัติยาหลักแห่งชาติ มีความตระหนักถึงผลเสียต่อ ผู้ป่วย</li> </ol>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<p>กิจกรรมที่โรงพยาบาลควรดำเนินการเพื่อติดตามและประเมินความสำเร็จของการดำเนินงาน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบอัตราการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลตามตัวชี้วัดหลักที่เป็นมาตรฐาน ของ กระทรวงสาธารณสุข เช่น อัตราการใช้ยาเอ็นเสดอย่างซ้ำซ้อน ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง/ผิดปกติ ที่ ได้รับยา statin ซึ่ง เป็น moderate หรือ high intensity ตามบัญญัติยาหลัก แห่งชาติ (simvastatin 20-40 มก. หรือ atorvastatin 20 มก.) เป็นต้น</li> <li>2. ทบทวนเภสัชตำรับ (formulary list) อย่างสม่ำเสมอ ภายใต้แนวทางปฏิบัติ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 โรงพยาบาลไม่ควรมียาการยาซ้ำซ้อน เช่น ยาแต่ละ generic name ควรมียาเพียง 1 รายการ</li> <li>2.2 โรงพยาบาลไม่ควรมียาในแต่ละกลุ่มมากจนเกินไป</li> <li>2.3 สถานพยาบาลไม่ควรมียาที่ขาดประสิทธิผลหรือมีอันตรายเหนือกว่าประโยชน์ของยา</li> </ol> </li> </ol>
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	<p>ข้อบกพร่องที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จและไม่สามารถผลักดัน ให้สถานพยาบาลผ่านตัวชี้วัดต่างๆได้ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การสื่อสารและการฝึกอบรมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจต่อเป้าประสงค์ ของ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตลอดจนการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ต่อผลเสีย ของ การใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล ยังไม่เกิดขึ้นอย่างทั่วถึงในองค์กร</li> <li>2. ผู้ป่วยไม่ได้รับการชี้แจงอย่างเพียงพอในการสร้างความตระหนักรู้ถึงผลเสีย ของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ</li> <li>3. ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเพื่อความปลอดภัยด้านยาอย่างพอเพียง</li> </ol>

ที่	Patient Safety	Rational Drug Use – RDU
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>1. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2559.</p> <p>2. พิสนธิ์ จงตระกูล. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน Primary care. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: หจก.วนิดาการพิมพ์. 2560.</p> <p>3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริการสาธารณสุข. การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยา อย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use). กรุงเทพฯ: กลุ่มงาน พัฒนาระบบสนับสนุนบริการ สำนักบริหารการสาธารณสุข. 2559.</p>



<b>P: Patient Care Processes</b>	
P 1	Patient Identification
P 2	Communication
P 2.2	Communication during patient care handovers
P 2.3	Communicating Critical Test Results
P 2.4	Verbal or Telephone Order /Communication
P 4	Preventing common complications
P 4.2	Preventing Patient Falls
P 5	Pain Management
P 5.1	Pain Management in General
P 6	P 6: Refer and Transfer Safety

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## P: Patient Care Processes

## P1: Patient Identification

## (ภารกิจด้านการพยาบาล)

ที่	Patient Safety	Patient Identification
1	คำจำกัดความ Definition	แนวทางการระบุตัวผู้ป่วย ให้สามารถแยกแยะผู้ป่วยแต่ละคนได้ชัดเจน ทำให้ การดูแลรักษาไม่ผิดคน
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อให้การระบุตัวผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ป้องกันการบ่งชี้ผู้ป่วยผิด
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	เพื่อให้บุคลากรมีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย ใน ทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและกระบวนการดูแล ลดอุบัติเหตุการณ์เรื่องการระบุ ตัวผู้ป่วยผิดพลาด
4	แนวทาง Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ใช้ตัวบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้เพื่อยืนยันตัวบุคคล ดังนี้ ตัวที่ 1. ชื่อ – สกุล เต็ม ตัวที่ 2. เลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) / วันเดือนปีเกิด (ผู้ที่ทำหน้าที่ระบุ ตัวผู้ป่วยทำหน้าที่ขอคู่มือประชาชน ซึ่งมีระบุวัน/เดือน/ปีเกิด) บันทึก ฐานข้อมูลใน Hos.XP/ รูปภาพผู้ป่วยในระบบ HIS</li> <li>● ไม่ใช้หมายเลขเตียง/ หมายเลขห้อง / ชื่อ procedure /ชื่อ diagnosis ในการระบุตัวผู้ป่วย</li> <li>● การสอบถามชื่อ – สกุลผู้ป่วยใช้คำถามปลายเปิด ไม่ถามชื่อนำ</li> <li>● ให้ผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมในการระบุตัวผู้ป่วย</li> <li>● กรณีมีผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน /คล้ายกัน มีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เช่น แยกทีม / การสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทราบ ฯลฯ</li> <li>● ทำกระบวนการหลักคนเดียวทุกขั้นตอน (One Process Owner) ในการ บริหารยา เจาะเลือด ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เก็บส่งสิ่งตรวจต่าง ๆ ฯลฯ</li> <li>● ทุกหน่วยงานมีระบบทวนซ้ำและตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ (double check)</li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบของผู้ให้บริการในการ ตรวจสอบ การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยว่าถูกต้องกับบุคคลที่จะให้การดูแลตามแผน (เช่น ผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ สิ่งส่งตรวจ หัตถการ) ก่อนที่จะให้การดูแล ให้ ข้อมูลสื่อสารหลายๆช่องทาง ให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ให้ ความรู้และแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจและมีส่วนร่วมในการ ระบุตัวตามแนวทางที่กำหนด</li> <li>● ส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำข้อมูลมา วิเคราะห์ และหาแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดกับผู้ป่วยรายอื่น</li> </ul>

ที่	Patient Safety	Patient Identification
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>● อุบัติการณ์การเกิด miss identification</li> <li>● การปฏิบัติตามขั้นตอนการบ่งชี้ตัวตามที่กำหนด</li> </ul>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	<p>อุบัติการณ์การระบุตัวผิดคนจากไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เช่น ไม่ใช่ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัวในการระบุตัวผู้ป่วย ไม่ระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้งก่อนทำหัตถการ / ให้การรักษา ไม่ให้ผู้ป่วย /ญาติมีส่วนร่วม ร่วมในการระบุตัวผู้ป่วย ไม่ทำกระบวนการหลักคนเดียวทุกขั้นตอน (One Process Owner) ระบุตัวผิดกรณีชื่อ สกุลคล้ายกัน</p>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	International Patient Safety Goals (IPSG)

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## P: Patient Care Processes

## P2: Communication

## P 2.2: Communication during patient care handovers

## (ภารกิจด้านการพยาบาล)

ที่	Patient Safety	Communication during patient care handovers
1	คำจำกัดความ Definition	การสื่อสารขณะส่งมอบข้อมูลการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การสื่อสารข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องมีการเปลี่ยนตัวผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น เมื่อมีการเปลี่ยนเวร หรือการเปลี่ยนหน่วยงาน
2	เป้าหมาย Goal	ลดอุบัติเหตุที่สร้างความผิดพลาดจากการสื่อสารขณะส่งมอบข้อมูลผู้ป่วย
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิผลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ และมีการวิจัยหลายการวิจัยชี้ปัญหาการสื่อสารที่ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายมักเกิดที่คลินิกขณะมีการส่งมอบข้อมูลผู้ป่วยตอนเปลี่ยนเวร หรือระหว่างหน่วยงาน การกำหนดกรอบการสื่อสารข้อมูลจะช่วยทำให้การสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ส่งข้อมูลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น
4	แนวทาง Process	<p>1. นำแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการสื่อสารส่งมอบข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ในการเปลี่ยนเวร และระหว่างหน่วยงาน ไปสู่การปฏิบัติองค์ประกอบที่แนะนำ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)</li> <li>- จัดสรรเวลาให้เพียงพอสำหรับการสื่อสารข้อมูลสำคัญและสำหรับการถามตอบโดย ไม่มีการขัดจังหวะ รวมทั้งการทวนซ้ำ: repeat-back) และอ่านซ้ำ : read-back) ใน การสื่อสารส่งมอบข้อมูล</li> <li>- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย, ยาที่ได้รับ, แผนการรักษา, advance directives, และการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ</li> <li>- จำกัดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย</li> </ul> <p>2. สร้างความมั่นใจว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพที่จะให้การดูแลต่อ ได้รับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย แผนการรักษา ยาที่ใช้ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>หมายเหตุ อาจกำหนดให้จดจำง่าย ๆ ว่า Handover = A process of ACTION A = Accurate information C = Concise presentation</p>

ที่	Patient Safety	Communication during patient care handovers
		<p>T = Timely questions</p> <p>I = Interventions identified</p> <p>O = Observation of results</p> <p>N = Next step in plan of care</p>
5	การฝึกอบรม Training	ส่งเสริมให้มีการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยรายเดียวกัน
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	อุบัติการณ์ที่เกิดจากการส่งมอบข้อมูลผิดพลาด
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	เน้นรูปแบบกิจกรรมให้ครบถ้วนซึ่งใช้เวลามาก และขาดความร่วมมือในการปฏิบัติ
8	เอกสารอ้างอิง Reference	การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ III หมวดที่ 4 การดูแลผู้ป่วย (PCD) ข้อ 4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1) (5) หมวดที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง (COC) (6)

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## P: Patient Care Processes

## P2: Communication

## P 2.3: Communicating Critical Test Results

การสื่อสารเมื่อผลทดสอบเป็นค่าวิกฤต  
(LAB)

ที่	Patient Safety	Communicating Critical Test Results การสื่อสารเมื่อผลทดสอบเป็นค่าวิกฤต
1	คำจำกัดความ Definition	การสื่อสารระหว่างบุคลากรห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วย เมื่อผลการทดสอบสิ่งตัวอย่างของผู้ป่วยทางห้องปฏิบัติการมีค่าผิดปกติ หรือตรวจพบสิ่งที่ผิดปกติที่บ่งชี้ถึงสถานะวิกฤติของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยด่วน
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อให้แพทย์ผู้ทำการรักษาหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบการดูแลรักษาผู้ป่วยได้รับทราบผลการทดสอบของผู้ป่วยที่เป็นค่าวิกฤตได้โดยด่วน เพื่อให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทันการณ์
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	การแจ้งผลการทดสอบค่าวิกฤตที่รวดเร็วมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย หากผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการบ่งชี้สถานะวิกฤตของผู้ป่วย แต่แพทย์ไม่ได้รับทราบโดยเร็ว หรือได้รับทราบแล้วแต่ไม่ได้ดำเนินการทันที จะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงอันตรายต่อชีวิต
4	แนวทาง Process	การสื่อสารเมื่อผลการทดสอบเป็นค่าวิกฤต มีวิธีดำเนินการดังนี้ 1. การตกลงร่วมมือกันระหว่างบุคลากรฝ่ายการแพทย์และฝ่ายห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลในการจัดทำเอกสารคู่มือการจัดการเมื่อผลการทดสอบเป็นค่าวิกฤตซึ่งประกอบด้วย - การกำหนดรายการทดสอบที่ต้องแจ้งค่าวิกฤตและช่วงค่าวิกฤตของแต่ละการทดสอบ - การระบุตัวผู้แจ้งผู้รับแจ้ง และวิธีการแจ้งค่าวิกฤต 2. การรายงานผลการทดสอบค่าวิกฤต ต้องแจ้งแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบทันทีที่ทราบผลค่าวิกฤตหรือภายในกำหนดระยะเวลาที่ได้ตกลงยอมรับร่วมกัน โดยดำเนินการตามขั้นตอนวิธีการปฏิบัติที่กำหนดในเอกสารคู่มือ โดยไม่มีการรายงานผลทางวาจาหรือโทรศัพท์ ห้องปฏิบัติการจะดำเนินการแจ้งไปยังแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบว่ามีผลวิกฤต และฝ่ายห้องปฏิบัติการส่งเอกสารรายงานผลหรือส่งผลการตรวจที่วิกฤตนั้นขึ้นไปทันทีในระบบ HosxP 3. การบันทึกข้อมูลรายละเอียดค่าวิกฤตที่รายงานเพื่อเป็นหลักฐานในระบบ และสามารถสอบกลับได้หากพบปัญหาเกิดขึ้น

ที่	Patient Safety	Communicating Critical Test Results การสื่อสารเมื่อผลทดสอบเป็นค่าวิกฤต
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำคู่มือวิธีการรายงานผลค่าวิกฤต</li> <li>- ฝึกอบรมในหัวข้อ Laboratory Practices for Patient Safety ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อนำไปปฏิบัติ</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบการปฏิบัติตามคู่มือวิธีการรายงานผลค่าวิกฤต</li> <li>2. ประเมินความทันการณ์ของการรายงานและการตอบสนองต่อการรายงานค่าวิกฤต</li> </ol>
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่สามารถแจ้งผลค่าวิกฤต เพราะติดต่อแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ได้</li> <li>2. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องยังไม่ตระหนักและยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการรายงานค่าวิกฤตว่ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยและเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องรีบรายงานแพทย์</li> <li>3. มีการคัดลอกผลผิดพลาดโดยบุคลากรที่ได้รับมอบหมาย ทำให้แพทย์ไม่เห็นผลที่แท้จริง</li> <li>4. ผลการตรวจวิเคราะห์ล่าช้า และเป็นค่าวิกฤต</li> </ol>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ II หมวดที่ 7 ข้อ 7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (DIN.2) ก.การวางแผนทรัพยากร และการจัดการ (7) ข.การให้บริการ (3)</p>

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## P: Patient Care Processes

## P2: Communication

## P 2.4: Verbal or Telephone Order /Communication

## (MSO, NSO, LAB)

ที่	Patient Safety	Verbal or Telephone Order /Communication
1	คำจำกัดความ Definition	การสั่งการรักษาโดยการใช้คำพูดหรือทางโทรศัพท์หมายถึงการสั่งการรักษาโดยใช้วิธีพูดหรือทางโทรศัพท์ แทนการสั่งการรักษาลงในใบคำสั่งการรักษาที่ใช้กันตามปกติ
2	เป้าหมาย Goal	- ลดการสั่งการรักษาโดยการใช้คำพูดหรือทางโทรศัพท์ - ลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งการรักษา หรือการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการใช้คำพูดหรือทางโทรศัพท์
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	การสั่งการรักษาโดยการใช้คำพูด หรือทางโทรศัพท์มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนเนื่องจากความไม่ชัดเจนที่อาจเกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการสื่อสารเช่น เสียงความวุ่นวายของสิ่งแวดล้อม
4	แนวทาง Process	1. กำหนดนโยบาย และข้อจำกัด การสั่งการรักษาโดยการใช้คำพูดหรือทางโทรศัพท์ 2. ผู้รับข้อมูลฉบับที่คำสั่งหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่สมบูรณ์ในเวชระเบียน 3. ผู้รับข้อมูลอ่านทวนกลับ (read back) คำสั่งหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4. ผู้รับข้อมูลรับการยืนยันจากผู้สั่งการรักษาหรือผู้รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5	การฝึกอบรม Training	- ปรุมนิเทศแนวทางการปฏิบัติในทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน - ฝึกการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดสำหรับผู้เกี่ยวข้อง
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	- การไม่ปฏิบัติตามแนวทาง - อุบัติการณ์ที่เกิดความคลาดเคลื่อน
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	- ไม่มีการอ่านทวนกลับ (read back) หรือผู้สั่งไม่รอให้มีการอ่านทวนกลับบันทึกการสั่งการรักษาโดยการใช้คำพูด หรือทางโทรศัพท์ลงในกระดาษโน้ตโดยไม่บันทึกในคำสั่งการรักษา - ผู้สั่งการรักษาไม่มาเซ็นกำกับในเวลาที่เหมาะสม
8	เอกสารอ้างอิง Reference	การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ III หมวดที่ 2 การประเมินผู้ป่วย (ASM) ข.การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค (3)



## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## P: Patient Care Processes

## P 4: Preventing Common Complications

## P: 4.2 Preventing Patient Falls

## (ภารกิจด้านการพยาบาล)

ที่	Patient Safety	Preventing Patient Falls
1	คำจำกัดความ Definition	การป้องกันการลื่น พลัดตก หกล้มหมายถึงการวางมาตรการต่างๆที่พิสูจน์แล้วว่า ได้ผลดีในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยลื่น พลัดตก หกล้มและบาดเจ็บจากการลื่น พลัดตก หกล้ม
2	เป้าหมาย Goal	ลดอุบัติการณ์ลื่น พลัดตก หกล้มและการบาดเจ็บจากการลื่น พลัดตก หกล้ม
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	การลื่น พลัดตก หกล้มในโรงพยาบาลยังเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นใน โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ การ บาดเจ็บที่เกิดขึ้น เช่น กระดูกหัก ผิวน้ำตาลอก หรือมีเลือดออกจากอวัยวะ ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรม มีความเจ็บปวด ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และอาจเป็นสาเหตุทำให้โรงพยาบาลถูกฟ้องร้องได้
4	แนวทาง Process	ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการลื่น พลัดตก หกล้ม โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา - การประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการพลัดตก ลื่นล้ม - เฝ้ารระวัง - การจัดการสิ่งแวดล้อม
5	การฝึกอบรม Training	การสร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยง การใช้เครื่องมือป้องกัน ความเสี่ยงการประเมินความต้องการเฉพาะ การจัดการสิ่งแวดล้อม - การวางแผนการจัดการแก้ปัญหาการลื่น พลัดตก หกล้มร่วมกับผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา
6	ตัวชี้วัด ที่ใช้ติดตาม Monitoring	- จำนวนผู้ป่วยที่พลัดตก ลื่นล้ม ทั้งหมด - จำนวนผู้ป่วยพลัดตก ลื่นล้ม ที่เกิดการบาดเจ็บทั้งหมด
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	ความตระหนักของผู้ปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันความเสี่ยง เน้นความสำคัญความเข้าใจอย่างชัดเจนในการช่วยป้องกัน และผลกระทบเมื่อเกิด
8	เอกสารอ้างอิง Reference	การปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอน III หมวดที่ 3 ข้อ 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)(2),(3) และ 7

## การป้องกันการเกิดการพลัดตก/ลื่นล้ม

**นิยามศัพท์ :** การพลัดตก / ลื่นล้ม ( Fall and Slip) หมายถึง การเสียสมดุลของการทรงตัว จนเป็นเหตุให้ร่างกายทรุดตัวต่ำลงสู่พื้นและ / หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของอวัยวะในร่างกายมีการชนกระแทก

**จุดเน้น :**

1. เพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก/ ลื่นล้ม
2. การดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับระดับคะแนนที่ประเมินได้
3. ทบทวน ติดตามและปรับปรุง

**ขอบเขตการประเมิน :** ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินเมื่อ

- แรกรับ/รับย้าย
- เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านอาการและการรักษา
- เมื่อผู้ป่วยพลัดตก/ลื่นล้ม

### ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตก / ลื่นล้ม

ผู้ป่วยแรกรับ/รับย้ายที่มีปัจจัยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้หอผู้ป่วยใช้มาตรการ การป้องกันผู้ป่วยพลัดตก/ลื่นล้ม มาตรการ 1 จนกว่าจะเสร็จสิ้นการประเมินโดยเครื่องมือ Morse Fall Assessment

1. ผู้ป่วยที่มีอาการใจสั่น หลงลืม มีภาวะติดเชื้อ มีการเปลี่ยนแปลงของ ระบบของหัวใจและหลอดเลือด / ระบบประสาทส่วนกลาง/ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ

2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อไปนี้

- ยาต้านจิตประสาท ยาคลายกังวล ยาคลายอารมณ์เศร้า
- ยาที่มีผลต่อการเต้นของหัวใจ ยาลดความดัน
- ยาแก้หวัด แก้แพ้

3. ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ หรือมีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ

4. ผู้ป่วยที่เข้าห้องน้ำบ่อยครั้ง เช่น ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้

5. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ต้องใช้รองเท้าช่วยเดิน /เครื่องช่วยเดิน

6. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการมองเห็น

7. ผู้ป่วยที่มีภาวะ Delirium

8. ผู้ป่วยที่มีประวัติการพลัดตก/ลื่นล้มล้ม จากสาเหตุ

- เวียนศีรษะ
- ความผิดปกติของการควบคุมการทรงตัว โดยไม่มีสาเหตุ
- Vertigo
- การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

### การบริหารจัดการป้องกันการเกิดการพลัดตก/ลื่นล้ม

#### ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตก / ลื่นล้ม
2. ประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตก/ลื่นล้ม โดยใช้ MORSE FALL RISK ASSESSMENT TOOL
3. จำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตก/ลื่นล้มของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตก / ลื่นล้ม ร่วมกับ MORSE FALL SCORE
4. ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการเกิดการพลัดตก/ลื่นล้มแต่ละระดับ

## 5. ประเมินซ้ำตามขอบเขตการประเมิน

หมายเหตุ ชั้นตอนที่ 1 และ 2 ต้องประเมินต่อเนื่องกันทั้ง 2 ข้อ

## การประเมิน MORSE FALL RISK ASSESSMENT TOOL

CATEGORY		SCORE
มีประวัติการพลัดตกล้มใน 3 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยตกล้มขณะอยู่โรงพยาบาลในปัจจุบัน	YES	25
	NO	0
ได้รับการวินิจฉัยโรคมามากกว่า 1 โรค / มี Underlying disease ที่เสี่ยง เช่น DM ที่มี ปัญหาการมองเห็น	YES	25
	NO	0
ความต้องการการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว: มี External Fixation ใช้ไม้ค้ำเดิน/ไม้เท้า/เครื่องช่วยเดิน ไม่ต้องช่วยเหลือ/bed rest/พยาบาลช่วยเหลือทั้งหมด		30
		15
		0
On IV Fluid / มีอุปกรณ์ที่ต้องติดตามอาการ / มีสายหรือท่อต่อต่างๆ	YES	20
	NO	0
การเดินและเคลื่อน มีความบกพร่องในการเดิน อ่อนแรง ปกติ/ไม่มีอาการอ่อนแรง		20
		10
		0
สภาวะของจิตใจ : ไม่รับรู้ข้อจำกัดของตนเอง/หลงลืม รับรู้ความสามารถของตนเอง		15
		0

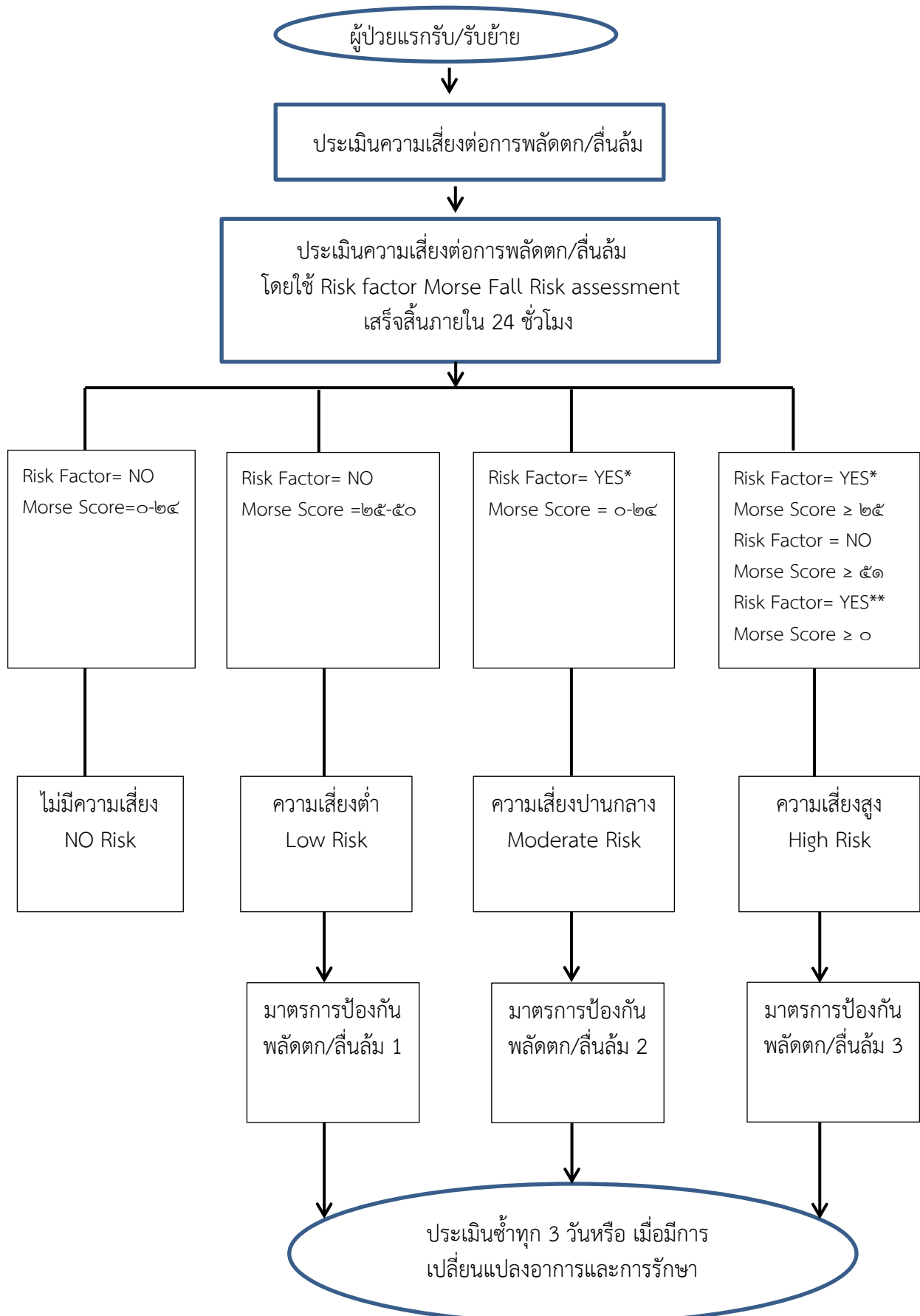
## การจำแนกระดับความเสี่ยง

Risk level	Fall/slip risk factor	Morse fall score
1. No risk	No	0-24
2. Low risk	No	25-50
3. Moderate risk	Yes*	0-24
4. High risk	Yes*	≥ 25
	No	≥ 51
	Yes**	≥ 0

หมายเหตุ Yes\* หมายถึง มี Fall/slip risk factor ข้อใดข้อหนึ่ง 1 ข้อ

Yes\*\* หมายถึง มี Fall/slip risk factor ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป

## Flow chart การบริหารจัดการป้องกันการเกิดการพลัดตก/ลื่นล้ม

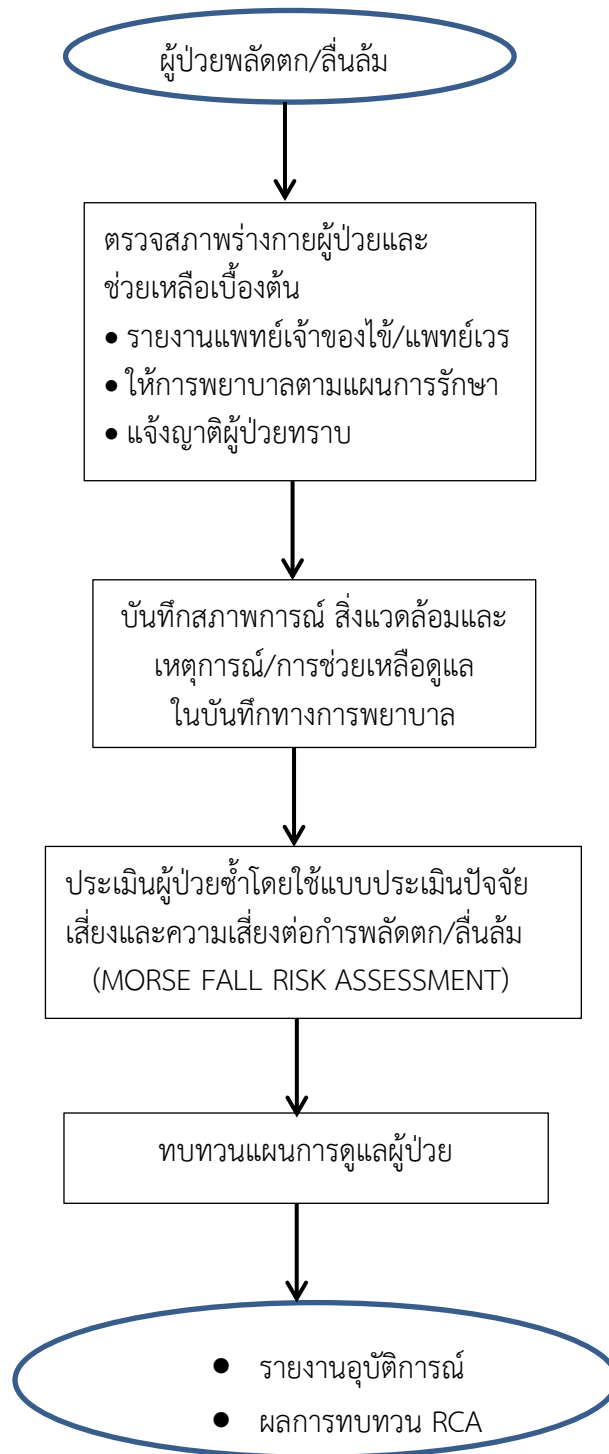


## มาตรการการป้องกันผู้ป่วย พลัดตก / ลื่นล้ม

รายละเอียด/กิจกรรม	มาตรการที่ 1 Low Risk	มาตรการที่ 2 Moderate Risk	มาตรการที่ 3 High Risk
<b>1. การสื่อสาร</b>			
1.1 ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ			
- ห้องน้ำและอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องน้ำ	✓	✓	✓
- แนะนำวิธีการการใช้เหล็กกันเตียงพร้อมทั้งมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจและใช้เป็น	✓	✓	✓
- ถ้าผู้ป่วยยังสับสนให้แนะนำซ้ำเมื่อผู้ป่วยพร้อม	✓	✓	✓
1.2 ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเกิดการพลัดตก ลื่นล้มและการระมัดระวัง เพื่อป้องกันการพลัดตก ลื่นล้ม	✓	✓	✓
1.3 การสื่อสารระหว่างผลัดเวร	PRN	✓	✓
- มีการสื่อสารระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยให้เวรต่อไปทราบ	✓	✓	✓
1.4 การวางแผนการดูแล	X	✓	✓
- ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล/ป้องกันการพลัดตก / ลื่นล้ม	PRN	PRN	
- วางแผนการดูแลให้เหมาะสมผู้ป่วยแต่ละราย			✓
1.5 ติดสัญลักษณ์ป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม ที่หัวเตียง	PRN	PRN	✓
<b>2. การขยับถ่าย</b>			
2.1 ตอบสนองผู้ป่วยโดยเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาในการขยับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ	X	✓	✓
2.2 จัดวาง urinal /bed pan ให้หยิบใช้ได้สะดวก	PRN	PRN	✓
<b>3. การใช้ยา</b>			
3.1 ประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	✓	✓	✓
3.2 วางแผนการพยาบาล และการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการเพิ่มความเสี่ยงต่อระดับความรุนแรงที่ได้รับยาที่มีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตก/ลื่นล้มของผู้ป่วย ช่วงเวลาที่ระดับยามีผลต่อระดับความรู้สึกตัว การเดิน การขยับถ่าย เป็นต้น	✓	✓	✓
3.3 มีการทบทวนการใช้ยาร่วมกับเภสัชกรเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตก/ลื่นล้ม	PRN	PRN	✓
<b>4. สิ่งแวดล้อม</b>			
4.1 เตี้ยง			
- จัดชนิดและตำแหน่งให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและจัดหาเครื่องป้องกันการตกเตียงให้	✓	✓	✓
- จัดเตียงให้ต่ำพร้อมล้อคล้อและตรวจสอบสภาพพร้อมใช้	✓	✓	✓

<p>4.2 ตู้ข้างเตียง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดวางเครื่องมือ/เครื่องใช้และสิ่งของที่จำเป็นไว้ใกล้มือผู้ป่วยให้หยิบง่ายโดยเป็นด้านที่ผู้ป่วยถนัด เช่น น้ำดื่ม</li> </ul> <p>4.3 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลไม่ให้รก ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น สายไฟ/อุปกรณ์ต่างๆ</li> <li>- ดูแลให้พื้นแห้ง ถ้าพื้นเปียกต้องรีบเช็ดทำความสะอาด/ติดป้ายเตือน</li> <li>- ดูแลให้มีแสงสว่างตลอดทางเดินไปห้องน้ำ</li> </ul>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>
<p><b>5. ความปลอดภัย</b></p> <p>5.1 เลือกใช้อุปกรณ์/เครื่องมือที่เพิ่มความปลอดภัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอุปกรณ์/เครื่องมือที่เพิ่มความปลอดภัยเฉพาะสำหรับผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) แผ่นยางกันลื่นในห้องน้ำ เป็นต้น</li> <li>- แนะนำให้ผู้ป่วยใส่รองเท้ายาง/รองเท้าที่ไม่ลื่น</li> <li>- อุปกรณ์/เครื่องมือที่สามารถล็อกได้ ให้ตรวจสอบ ล็อกให้เรียบร้อยทุกครั้งก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</li> <li>- ตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกั้นเตียง รวมทั้งเก้าอี้ข้างเตียงผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพปลอดภัยในการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ</li> </ul> <p>5.2 การใช้เหล็กกั้นเตียง ควรประเมินตามความจำเป็นในผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ผู้ป่วย มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ได้รับ ยานอนหลับ ผู้สูงอายุ เป็นต้น บางกรณีควรใช้หมอนและการจัดท่าที่เหมาะสมทดแทนการใช้เหล็กกั้นเตียง/ใช้ร่วมกับเหล็กกั้นเตียง</p> <p>5.3 ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการทรงตัวก่อนการทำกิจกรรมต่างๆ</p> <p>5.4 ใช้เครื่องผูกมัดตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>
<p><b>6. การตรวจเยี่ยม</b></p> <p>6.1 ตรวจเยี่ยมอย่างน้อยทุก 2 ชม.</p> <p>6.2 ตรวจเยี่ยมอย่างน้อยทุก 1 ชม.</p>	<p>PRN</p> <p>PRN</p>	<p>✓</p> <p>PRN</p>	<p>X</p> <p>✓</p>

ขั้นตอนการบริหารจัดการหลังการเกิดพลัดตก/ ลื่นล้ม



### ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

- A = มีสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการ พลัด ตก / ลื่นล้ม
- B = มีสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเกือบมีการ พลัด ตก / ลื่นล้ม แต่สามารถช่วยเหลือไว้ได้ทัน
- C = ผู้ป่วยเกิดการ พลัด ตก / ลื่นล้ม แต่ไม่ได้รับการบาดเจ็บ
- D = ผู้ป่วยเกิดการ พลัด ตก / ลื่นล้ม และได้รับการบาดเจ็บเล็กน้อย ได้แก่ มีแผลถลอก ช้ำ
- E = ผู้ป่วยเกิดการ พลัด ตก / ลื่นล้ม และได้รับการบาดเจ็บปานกลาง ได้แก่ มีแผลเปิดกล้ามเนื้อฉีกขาด มีจ้ำเลือด (hematoma) มีการเคลื่อนไหวกบพร่องจากการ พลัดตก/ลื่นล้ม หรืออันตรายอื่นๆ ที่แพทย์มีแผนการรักษา
- F = ผู้ป่วยเกิดการ พลัด ตก/ ลื่นล้ม และได้รับบาดเจ็บรุนแรง ได้แก่กระดูกหัก 1 ตำแหน่งหรือหลายตำแหน่ง มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ศีรษะได้รับอันตรายต้องมีแผนการรักษา และทำให้เกิดการพิการชั่วคราวและต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น
- G = ผู้ป่วยเกิดการ พลัด ตก / ลื่นล้ม และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมาก ส่งผลให้เกิดความพิการถาวร
- H = ผู้ป่วยมีการ พลัด ตก / ลื่นล้ม และบาดเจ็บรุนแรงมาก และต้องได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิต
- I = ผู้ป่วยเกิดการ พลัด ตก / ลื่นล้ม และเสียชีวิต



## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## P: Patient Care Processes

## P 5: Pain Management

## P 5.1 Pain Management in general

## (MSO, NSO)

ที่	Patient Safety	Pain Management in general
1	คำจำกัดความ Definition	ความปวด (pain) คือ ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ซึ่งเกิดร่วมกับการบาดเจ็บหรือสภาวะที่จะทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายบาดเจ็บ โดยมีองค์ประกอบด้านความรู้สึก อารมณ์ ความรู้คิดและสังคม
2	เป้าหมาย Goal	ผู้ป่วยที่ปวดควรได้รับการจัดการความปวดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ด้วยความเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาซึ่งมีบุคลากรและทรัพยากรที่สามารถกระทำได้
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	การจัดการความปวดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาวะเครียดของร่างกายและจิตใจ เป็นการป้องกันและลดผลเสียที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพระยะยาว อาจกลายเป็นความปวดเรื้อรัง และบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองและผู้ใกล้ชิด การรักษาปัญหาปวดเรื้อรัง และ / หรือซับซ้อนต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายอันนำมาซึ่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ
4	แนวทาง Process	<p>ผู้ป่วยที่ปวด ได้รับการจัดการความปวดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถอย่างปลอดภัยและเหมาะสมในส่วนที่เป็นบทบาทของตนเอง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตบำบัด เป็นต้น ด้วยกระบวนการทำงานตามมาตรฐานวิชาชีพโดยคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคร่วม และความเสียหายจากโรคที่เป็นสาเหตุของความปวด การบาดเจ็บ ผู้บริหารต้องนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาที่ดูแลผู้ป่วย</p> <p>แนวปฏิบัติของการจัดการความปวดโดยทั่วไป ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรักษาสาเหตุของความปวด เท่าที่ทำได้</li> <li>2. กายจัดหรือบรรเทาความปวดตามอาการระหว่างที่สาเหตุยังได้รับการแก้ไขไม่หมดสิ้น อยู่ในระหว่างการหาสาเหตุ หรือในบางกรณีสาเหตุของความปวดไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยควรจัดการดังต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ผู้ป่วยปวดทุกรายควรได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดด้วยเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย และผลของความปวดต่อคุณภาพชีวิต เช่น การนอนหลับ การทำกิจวัตรประจำวัน และอารมณ์</li> <li>2.2 การรักษาความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา ควรครอบคลุมทั้งสามมิติ ได้แก่ ชีวะ(กาย) จิต (จิตใจและจิตวิญญาณ) และสังคม โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแลรักษา คือ ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจกรรมได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ดีอย่างเหมาะสม ควรรับทราบแนวทางของการระงับปวด</li> </ol> </li> </ol>

ที่	Patient Safety	Pain Management in general
		<p>ที่จะใช้และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษาความปวด</p> <p>3. มีการประเมินความปวดซ้ำหลังการรักษา และติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาความปวด และบันทึกไว้</p> <p>4. กรณีที่การจัดการความปวดมีความซับซ้อน ควรมีการปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่หน่วยงานที่มีศักยภาพที่สูงกว่า</p>
5	การฝึกอบรม Training	บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการจัดการความปวด ทั้งส่วนที่เป็นบทบาทของตนเอง และในแบบองค์กรวม ให้สามารถเกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปวดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<p>1. ผู้ป่วยปวดทุกรายได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของความปวด เป็นสัญญาณชีพที่ 5 (Pain as the fifth vital sign) หลังให้การรักษาปวดแล้วมีการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดซ้ำและติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการจัดการความปวด</p> <p>2. ผู้ป่วยปวดทุกรายที่ได้รับยา opioid ให้มีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึม และการกดการหายใจ และทุกรายที่ได้รับกลุ่มยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (เอ็นเสด) ได้รับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ผลข้างเคียงต่อไต ตับ ทางเดินอาหาร หัวใจและหลอดเลือด การมีเลือดออกง่ายและการแพ้ยา</p>
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	<p>1. ผู้ป่วยที่คัดกรองได้ว่ามีความปวด ควรได้รับการประเมิน</p> <p>2. การจัดการความปวดในผู้ป่วยปวดกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสาร จำเป็นต้องมีการประเมินระดับความรุนแรงของความปวด และการรักษาความปวดที่มีความจำเพาะ</p> <p>3. การให้ยาแก้ปวดกลุ่มที่ต้องมีการควบคุมพิเศษ เช่น ยาแก้ปวดที่เป็นสารเสพติด ต้องมีหลักเกณฑ์การสั่งจ่ายยาตามกฎหมาย ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใช้ทางการแพทย์ มีการติดตามผลการระงับปวด และผลข้างเคียงอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องและสม่ำเสมอ</p>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ III หมวดที่ 4 ข้อ 4.3 การดูแลเฉพาะ จ.การจัดการความปวด (1), (2) และ (3)

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## P: Patient Care Processes

## P 6: Refer and Transfer Safety

(MSO, NSO)

ที่	Patient Safety	Refer and Transfer Safety
1	คำจำกัดความ Definition	การส่งต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤติระหว่างสถานพยาบาล และภายในโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินจากสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ทำให้การดูแลรักษาขั้นต้น และมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย กระบวนการเริ่มต้น ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลต้นทาง โดยการประเมินระดับความเฉียบพลันของอาการผู้ป่วย การประสานส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลปลายทาง การจัดทรัพยากรในส่งต่อ การเตรียมผู้ป่วยและญาติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างการ ส่งต่อ และการส่งมอบผู้ป่วยฉุกเฉินแก่สถานพยาบาลปลายทาง รวมทั้งการประเมิน คุณภาพการส่งต่อ
2	เป้าหมาย Goal	ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ในการส่งต่อผู้ป่วย
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพระหว่างการส่งต่อ ปัจจัยที่ทำให้ความเสี่ยงดังกล่าวลดลงได้แก่ 1)การวางแผนและเตรียมการในการส่งต่อเป็นอย่างดี 2) บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง หลังส่งต่อมีความรู้และทักษะ 3) การเลือกและเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่ออย่างเหมาะสม พื้นที่ต้องมีการออกแบบระบบการส่งต่อ โดยประสิทธิภาพของระบบส่งต่อขึ้นอยู่กับ 4 ปัจจัย 1) การสร้างเครือข่ายระบบการบริการ (Service Plan) 2) การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) 3) การจัดทำมาตรฐานและแนวปฏิบัติการส่งต่อให้เหมาะสมกับระดับพื้นที่ 4) กระบวนการพัฒนาคุณภาพระหว่างการส่งต่อ
4	แนวทาง Process	<b>ระยะก่อนส่งต่อผู้ป่วย (Pre-refer)</b> 1. Advance Life Support Group เสนอให้ใช้หลัก “ACCEPT” เป็นกระบวนการในการเตรียมความพร้อมส่งต่อ3 A= Assess คือการประเมินอาการและอาการแสดง แผนการรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย C=Control คือการระบุหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมที่จะไปส่งต่อ งานหรือสิ่งที่ต้องทาระหว่างส่งต่อ รวมถึงการมอบหมายงานให้สมาชิกทีม C=Communication คือช่องทางการสื่อสารกับสถานพยาบาลต้นทางและสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ แพทย์ที่รับผิดชอบในการรักษา แพทย์ที่รับผิดชอบในการส่งต่อ ผู้ป่วยและญาติ แพทย์ที่รับผู้ป่วย

ที่	Patient Safety	Refer and Transfer Safety
		<p>E=Evaluation คือ เป็นการประเมินว่าอาการผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องส่งต่อหรือไม่ ถ้าจำเป็นระดับความเจ็บป่วยเป็นอย่างไร Levels of Patient Acuity ที่ประยุกต์ใช้จาก Guide for Interfacility Patient Transfer ของ NHTSA เพื่อเตรียมทรัพยากรให้เหมาะสมกับระดับความเจ็บป่วยและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยแบ่งเป็น Stable with no risk of deterioration, Stable with low risk of deterioration, Stable with medium risk of deterioration, Stable with high risk of deterioration, Unstable</p> <p>P=Preparation and Packaging คือการเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์ เอกสาร ก่อนเคลื่อนย้ายให้เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ</p> <p>T=Transportation คือ 1) การเลือกช่องทางการส่งต่อ เช่น ทางบก, ทางอากาศ, ทางน้ำ 2) การดูแลระหว่างส่งต่อ 3) การส่งต่อข้อมูล(Handover)</p> <p>2. มีการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางและขั้นตอน ตามแต่ละระดับในพื้นที่</p> <p>3. บริหารทรัพยากร ( บุคลากร ยานพาหนะ เครื่องมือ/อุปกรณ์ ยา สารน้ำ และเวชภัณฑ์) ให้เหมาะสมกับระดับความเจ็บป่วยและอาการของผู้ป่วย</p> <p><b>ระยะระหว่างส่งต่อผู้ป่วย (During transfer)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐานวิชาชีพ และรายโรค หรืออาจจะใช้การดูแลตามหลัก ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, External/Environment)</li> <li>2. ต้องมีการติดตาม (Monitoring) สัญญาณชีพที่สำคัญ Blood Pressure, Respiratory Rate, Pulse, EKG Monitoring, Pulse Oximetry</li> <li>3. กรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ควรมีการประเมินตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ภาวะ Oxygenation และ Ventilation</li> <li>4. บันทึกข้อมูล การดูแล และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ</li> <li>5. หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างส่งต่อให้รายงานตาม ข้อตกลงของแต่ละพื้นที่</li> <li>6. รายงานสถานพยาบาลปลายทางเมื่อใกล้ถึงตามความเหมาะสม</li> <li>7. ประเมินความพร้อม และความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนการเคลื่อนย้ายลงจากรถ</li> </ol> <p><b>ระยะหลังส่งต่อ (Post-refer)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เมื่อนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินถึงสถานพยาบาลปลายทางให้ส่งมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้หลัก “CLEAR”</li> </ol> <p>C=Case Note ข้อมูลและเอกสารการส่งต่อตามแนวปฏิบัติกรับและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาลปลายทาง</p> <p>L=Laboratory/X-ray ผล Lab/X-ray</p> <p>E=Evaluation คือข้อมูลและการประเมินระหว่างนำส่งผู้ป่วย</p>

ที่	Patient Safety	Refer and Transfer Safety
		<p>A=Audit คือการประเมินคุณภาพการส่งต่อโดยสถานพยาบาลปลายทาง</p> <p>R=Return Equipment คือการตรวจเช็คอุปกรณ์เพื่อนำกลับ</p> <p>2. สถานพยาบาลปลายทางรับมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน และเอกสาร ตามแนวปฏิบัติการรับและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาลปลายทาง</p> <p>3. สถานพยาบาลปลายทางประเมินคุณภาพการส่งต่อ</p>
5	การฝึกอบรม Training	<p>1. แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล</p>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<p>แนวทางการติดตามและประเมินผลคุณภาพการส่งต่อ:</p> <p>1. สถานพยาบาลต้นทาง / ปลายทาง / ศูนย์ประสานการส่งต่อเก็บรวบรวมข้อมูลการส่งต่อ ตามแนวทางการบริหารข้อมูล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบที่มีคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. ศูนย์ประสานการส่งต่อติดตาม ประเมินผล และสะท้อนกลับข้อมูลการส่งต่อ</p> <p>3. มีระบบประกันและพัฒนาคุณภาพ (Quality Assurance &amp; Quality Improvement) การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล ตามคู่มือการ ประเมินและตรวจสอบคุณภาพ (Referral Audit)</p> <p>4. สรุป และประเมินผลเสนอคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อระดับสถานพยาบาล / จังหวัด / เขต เพื่อ พัฒนาระบบให้ได้มาตรฐานตัวชี้วัด</p> <p>1. ร้อยละการส่งต่อที่เหมาะสม</p> <p>2. จำนวนครั้งการเกิด Adverse Event ระหว่างการส่งต่อ</p>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	<p>1. การประเมินก่อน ระหว่างและหลังส่งต่อไม่เหมาะสม</p> <p>2. ขาดการสื่อสาร และการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>3. การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในระหว่างส่งต่อไม่เหมาะสม</p>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ III หมวดที่ 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access &amp; Entry) ข้อย่อย (2), (4) และ (5) หมวดที่ 4 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2) ข้อย่อย (5) หมวดที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง (CDC) ข้อย่อย (2)</p>

<b>L : Laboratory Results</b>	
L 2	Right and Accurate Laboratory Results

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## L: Laboratory Results

## L2: Right and Accurate Laboratory Results

(ภารกิจด้านการพยาบาล, งานชั้นสูตร)

ที่	Patient Safety	Right and Accurate Laboratory Results
1	คำจำกัดความ Definition	ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการของสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยต้องมีความถูกต้อง คือ รายงานผลที่ตรงกับเจ้าของสิ่งส่งตรวจ และมีความแม่นยำสามารถสะท้อน ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในร่างกายของเจ้าของสิ่งส่งตรวจได้
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อให้ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแพทย์ในการวินิจฉัยโรค / ให้แนวทางในการรักษา/ติดตามผลการบำบัดรักษา / พยากรณ์โรค / ป้องกันโรค / ประเมินสภาวะสุขภาพ
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	ผลการทดสอบจากสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนสิ่งที่ เป็นไปในร่างกายผู้ป่วย ช่วยในการให้การรักษของแพทย์ หากผลผิดพลาด เช่น ผิดคน หรือสิ่งส่งตรวจอยู่ในสภาพที่ไม่เหมาะสมจะทำให้การวิเคราะห์ได้ค่าไม่ ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายต่อผู้ป่วย
4	แนวทาง Process	<p>แนวทางการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจและนำส่งห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องและมีคุณภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>การระบุตัวผู้ป่วยในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใช้สิ่งบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างน้อย 2 อย่าง เช่น ชื่อ - สกุล อายุ บัตรประจำตัวประชาชน รูปถ่าย ใช้ระบบทวนซ้ำและการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วยในใบนัด</li> <li>- ให้ผู้ป่วยทวนชื่อ-สกุล ตนเอง โดยไม่มีการถามนำผู้ป่วย</li> <li>- สำหรับผู้ป่วยใน ให้ผู้ป่วยทวนชื่อ-สกุล ตนเอง ตรวจสอบจาก ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ใช้ HN. / AN ไม่ให้ใช้ เลขเตียง</li> </ul> </li> <li>การเก็บสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง มีการให้คำแนะนำและมีการเตรียมผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามประเภทของการทดสอบ การใช้ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง ใช้ชนิดและสัดส่วนของสารกันเลือดแข็งหรือ สารรักษาสภาพอย่างเหมาะสมกับปริมาณเลือดที่เจาะเก็บสิ่งส่งตรวจ เลือดไม่ปนเปื้อนหรือถูกเจือจางด้วยสารน้ำ</li> <li>มีการติดฉลากบ่งชี้สิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตรงตัวผู้ป่วย ควรติดฉลากสิ่งส่งตรวจต่อหน้าผู้ป่วยและมีการทวนซ้ำฉลากที่ติดจะต้อง อ่านได้ง่าย ชัดเจน และมีข้อมูลครบ</li> <li>มีการรักษาสภาพสิ่งส่งตรวจให้เหมาะสมก่อนการตรวจวิเคราะห์โดยคำนึงถึงระยะเวลา และอุณหภูมิในการขนส่งหรือเก็บ รวมถึง ข้อจำกัดหรือสิ่งรบกวนที่อาจมีผลต่อการตรวจวิเคราะห์</li> <li>สิ่งส่งตรวจที่นำส่งจะมีการตรวจสอบตามเกณฑ์การรับ โดยมีการ Double check ดังนี้</li> </ol>

ที่	Patient Safety	Right and Accurate Laboratory Results
		<p>5.1 ผู้ป่วยใน ตรวจสอบจากฉลากที่ติดภาชนะบรรจุ แบบ บันทึกการส่งตรวจและจากระบบ HOS XP</p> <p>5.2 ผู้ป่วยนอก ตรวจสอบการส่งและรับส่งตรวจโดยผ่าน โปรแกรมรับ-ส่งส่งตรวจ ในระบบ โปรแกรม HOS XP</p> <p>6. สิ่งส่งตรวจที่ผ่านเกณฑ์การรับ จะมีการรับผ่านระบบโปรแกรม HOS XP</p> <p>7. สิ่งส่งตรวจที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ห้องปฏิบัติการจะปฏิเสธการรับส่งตรวจนั้น ๆ และให้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเมื่อได้รับส่งตรวจที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ โดยผู้รับจะประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งส่ง ตรวจ เพื่อให้ดำเนินการตรวจสอบ / แก้ไข หรือเก็บส่งตรวจใหม่ กรณี ที่แจ้งให้เก็บส่งตรวจใหม่ทางห้องปฏิบัติการจะไม่ส่งส่งตรวจนั้นคืน กลับไป และมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกปฏิบัติการระบบโปรแกรม ความเสี่ยง</p>
5	การฝึกอบรม Training	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดอบรมเสริมความรู้ความเข้าใจ เรื่อง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจัดเก็บส่งตรวจที่มีคุณภาพ ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง</li> <li>2. จัดทำ Lab round ร่วมกับกลุ่มการพยาบาล</li> <li>3. ฝึกอบรมเพิ่มทักษะการเจาะเลือด จัดเก็บส่งตรวจแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง</li> </ol>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการปฏิเสธส่งตรวจ</li> <li>2. การประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงาน (Competency)</li> </ol>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบ่งชี้ผู้ป่วยที่ฉลากและใบส่งตรวจผิดพลาด ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกัน <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฉลากข้อมูลผู้ป่วย : ติดผิดคน / ติดซ้ำ / ไม่ติดฉลาก / ข้อมูลผิด / ข้อมูลไม่ครบ</li> <li>- ใบส่งตรวจ: ไม่มีใบส่งตรวจ / ข้อมูลที่ใบส่งตรวจกับฉลากที่ ภาชนะบรรจุไม่ตรงกัน / ใบส่งตรวจผิดคน / ระบุข้อมูลไม่ครบ / ระบุข้อมูลผิดพลาด</li> </ul> </li> <li>2. การเจาะเลือด / เก็บส่งตรวจผู้ป่วยผิดคน / เก็บส่งตรวจไม่ครบตาม รายการส่งตรวจ</li> <li>3. ไม่มีสิ่งส่งตรวจ หรือสิ่งส่งตรวจสูญหาย</li> <li>4. การเจาะเลือด / เก็บส่งตรวจได้ปริมาณน้อย / ไม่เพียงพอต่อการตรวจวิเคราะห์</li> <li>5. การเจาะเลือด / เก็บส่งตรวจใส่ภาชนะบรรจุไม่ถูกต้อง / ผิดชนิด / ไม่เหมาะสม</li> <li>6. การเจาะเก็บเลือดมีการปนเปื้อนหรือถูกเจือจางด้วยสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ</li> <li>7. เจาะเลือด / เก็บส่งตรวจไม่ได้คุณภาพตามที่กำหนด เช่น Hemolysis , clot</li> </ol>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ งานชั้นสูงตร โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา Patient Safety Goals SIMPLE Thailand 2018



E : Emergency Response	
E 1	ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

## Thanyarak Songkhla hospital Patient safety goals

## E: Emergency Response

## E1: ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

(ทีม PCT)

ที่	Patient Safety	ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช
1	คำจำกัดความ Definition	ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง เช่น ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง สับสน อยู่ไม่นิ่ง ทำร้ายร่างกายตนเอง/ ผู้อื่น มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมาก ฯลฯ อาการดังกล่าวก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ อย่างเร่งด่วน
2	เป้าหมาย Goal	1. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช จากผู้ป่วยยาเสพติด 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องสามารถร่วมทำกิจกรรมการบำบัดได้ ที่ดี 3. ผู้ป่วยไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตและมีฉุกเฉินทางจิตเวช มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 (Fazel, et al, 2002)
4	แนวทาง Process	<p>การดูแลผู้ป่วยที่ยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมารับบริการที่ OPD มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช มีพฤติกรรมเสี่ยง/ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น มีอาวุธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (อะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ)</li> <li>2. พยาบาล OPD ประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของพฤติกรรม โดยการสังเกต หรือใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เช่น แบบประเมิน OAS หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทของ แต่ละพื้นที่ ถ้าใช้แบบประเมิน OAS ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้ - คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น พุดเสียงดัง แต่ยังสามารถรับฟัง เตือนแล้วสงบลงได้เป็นต้น - คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้มีท่าทีที่อาจเกิด อันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน - คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน</li> <li>3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย (OAS <math>\leq</math> 1) หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ พยาบาล OPD สามารถจัดการได้โดยการพูดคุย เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และรายงานแพทย์ ให้การรักษาตามแผนการรักษาปกติ</li> <li>4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก (OAS <math>\geq</math> 2) พยาบาล OPD ไม่สามารถ</li> </ol>

ที่	Patient Safety	ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช
		<p>จัดการได้ประสานทีมช่วยเหลือเช่น รพก. ผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นต้น เพื่อเฝ้าระวัง / จำกัดพฤติกรรม 5. พยาบาล OPD รายงานแพทย์และประเมินอาการเพื่อส่งต่อจิตเวช</p> <p>การดูแลผู้ป่วยที่ยาเสพติดที่มีภาวะมีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หรือมีอาการแทรกซ้อนทางจิตที่แผนกผู้ป่วยใน(IPD)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเช่น ทำทางก้าวร้าวไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น รวมถึงทำลาย ทรัพย์สิน</li> <li>2. พยาบาลหอบผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมหรือใช้แบบประเมินความรุนแรง เช่น OAS คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น พูดเสียงดัง แต่ยังสามารถรับฟัง เตือนแล้วสงบลงได้เป็นต้น - คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน - คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน</li> <li>3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย (OAS <math>\leq</math> 1) พยาบาลหอบผู้ป่วยสามารถจัดการได้โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและให้การดูแลตามแผนการรักษาปกติ</li> <li>4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก (OAS <math>\geq</math> 2) พยาบาลหอบผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ให้ประสานทีม ช่วยเหลือเช่น รพก. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น เพื่อจำกัดพฤติกรรม รายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อประเมินอาการและให้การรักษา</li> <li>5. พยาบาลหอบผู้ป่วยสังเกตอาการผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ให้การดูแลรักษาตาม แผนการรักษาปกติหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณา Refer จิตเวช</li> </ol>
5	การฝึกอบรม Training	<p>ฝึกอบรมโดยการปฐมนิเทศ และอบรมประจำปีของพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการใช้เครื่องมือต่างๆในการคัดกรองและประเมินผู้ป่วย</li> <li>- ให้มี self-report เมื่อเกิดอุบัติการณ์ หรือ near miss ที่เกี่ยวข้องกับภาวะก้าวร้าว ทะเลาะวิวาทในโปรแกรม RMIS เพื่อนำไปเป็นข้อมูลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบ เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<p>อุบัติการณ์การเกิดมีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ลดลง</p> <p>กำหนดให้มีการทำ RCA อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปและรายงานทุกเดือน เท่ากับ 100 %</p>

ที่	Patient Safety	ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	เจ้าหน้าที่ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน ในเรื่องโอกาส/ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต
8	เอกสารอ้างอิง Reference	มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์สุคนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชา จิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล. อรพรรณ ลือบุญวิชัย. (2554).การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่4.กรุงเทพฯ;สำ นักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

## Personnel Safety Goal

S: Security and Privacy of Information and Social Media	
S 1	Security and Privacy of Information
S 2	Social Media and Communication

Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals  
S: Security and Privacy of Information and Social Media  
S1: Security and Privacy of Information  
(ทีมสารสนเทศ)

ที่	Patient Safety	Security and Privacy of Information
1	คำจำกัดความ Definition	<p>ความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ หมายถึง การคุ้มครองป้องกันข้อมูลและระบบสารสนเทศของบุคคลหรือองค์กร จากการถูกเข้าถึง ใช้ เปิดเผย แก้ไขทำลาย หรือระงับการใช้งานโดยไม่ได้รับอนุญาต</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสารสนเทศ หมายถึง การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้การถูกเข้าถึง ใช้ และเปิดเผยข้อมูลสารสนเทศดังกล่าว เป็นไปตามประสงค์ และความยินยอมของผู้ป่วย ยกเว้นปฏิบัติตามกฎหมาย</li> <li>- ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลบุคคลหรือเกี่ยวกับบุคคลที่สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ หรือเข้าใจได้ว่าหมายถึงข้อมูลบุคคลใด ทั้งที่อยู่ในรูปแบบเอกสาร และอิเล็กทรอนิกส์</li> </ul>
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อให้ความมั่นคงปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสารสนเทศของผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความคุ้มครอง
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	เนื่องจากระบบสารสนเทศของสถานพยาบาล จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกัน ด้านความมั่นคงปลอดภัย และความเป็นส่วนตัวของข้อมูล เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดความเสียหายต่อสถานพยาบาลและผู้ให้บริการเอง ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบในด้านการให้บริการหรือผลกระทบต่อตัวบุคคล นอกจากนี้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ถือเป็นความลับของผู้รับ บริการ ที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่ทางจริยธรรมในการป้องกัน
4	แนวทาง Process	<p>ด้านความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำระเบียบโรงพยาบาลว่าด้วยเรื่องความมั่นคงปลอดภัยทางระบบสารสนเทศ</li> <li>- จัดทำระบบรายงานความเสี่ยงและตรวจประเมินอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>- จัดทำแนวทางเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล 3 แนวปฏิบัติ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวทางระเบียบโรงพยาบาลธัญรักษ์สงขลาว่าด้วยนโยบายด้านเวชระเบียน และแนวปฏิบัติ</li> <li>- แนวปฏิบัติการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย</li> <li>- แนวปฏิบัติการยืม/คืนเวชระเบียน</li> </ul> </li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบสารสนเทศให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ (Information security management system; ISMS)</li> <li>- อบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้และเข้าใจในการใช้ระบบสารสนเทศตามแนว</li> </ul>

ที่	Patient Safety	Security and Privacy of Information
		<p>ปฏิบัติความมั่นคงปลอดภัยทางระบบสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้และเข้าใจด้านความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ 3 เรื่อง ได้แก่               <ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวทางระเบียบโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาว่าด้วยนโยบายด้านเวชระเบียน และแนวปฏิบัติ</li> <li>- แนวปฏิบัติการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย</li> <li>- แนวปฏิบัติการยืม/คืนเวชระเบียน</li> </ul> </li> <li>- การอบรมการใช้โปรแกรมต่างๆ ของบุคลากร</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์ความเสี่ยงการละเมิดหรือถูกคุกคามทางระบบสารสนเทศ เป้าหมาย เท่ากับ 0</li> <li>- อุบัติการณ์ การเปิดเผยข้อมูลสารสนเทศของผู้ป่วย</li> </ul>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผนการจัดการความเสี่ยงไม่สอดคล้องกับความเสี่ยงที่ถูกประเมิน หรือการจัดการความเสี่ยงไม่เป็นไปตามแผนหรือไม่มีประสิทธิภาพ</li> <li>- ให้ความสำคัญเฉพาะข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในระบบสารสนเทศ แต่ไม่ให้ความสำคัญกับข้อมูลส่วนบุคคลในเอกสาร</li> </ul>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540</p> <p>การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ตอนที่ 1 หมวดที่ 4 ข้อ 4.2 การจัดการความรู้ และสารสนเทศ ข. การจัดการระบบสารสนเทศ (1) และ (2)</p>

## การรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

### 1. นโยบาย

รักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

### 2. วัตถุประสงค์

เพื่อรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง

เพื่อเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

### 3. ผู้รับผิดชอบ

เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่มีสิทธิเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย

### 4. นิยามศัพท์

เวชระเบียน (medical record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติแพ้ยา เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือพลิกศพ นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ ( Electronic Medical Record-EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

- ข้อมูลผู้ป่วย หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานทางสังคมและข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งหมดที่มีในแฟ้มเวชระเบียน และในระบบคอมพิวเตอร์

- การรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย หมายถึง การปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยต่อบุคคลที่มีใช้เจ้าของข้อมูลนั้น

### 5. ความรับผิดชอบ

งานเวชระเบียน

### 6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

#### 6.1 การรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย

- ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดในเวชระเบียนถือเป็นความลับ ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ไม่มีสิทธิเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยที่รับรู้มา ระหว่างปฏิบัติหน้าที่เว้นแต่จะได้รับการมอบหมาย

- ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดในเวชระเบียน เป็นความลับของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ทุกคนต้องไม่นำข้อมูลผู้ป่วยมาเปิดเผยในที่สาธารณะ

- ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดในเวชระเบียน ควรมุ่งในเรื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือเพื่อการศึกษาเท่านั้น

- การขอเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ขอ ต้องแสดงความจำนงเป็นลายลักษณ์อักษร ที่ผ่านความเห็นชอบโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

#### 6.2 ความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

- เวชระเบียนผู้ป่วย เป็นเอกสารราชการตามกฎหมายและเป็นสมบัติของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ผู้ที่ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงไม่มีสิทธินำออกจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา



- การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยขอบางส่วนหรือทั้งฉบับ ผู้ขอต้องแสดงความจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรที่ผ่านความเห็นชอบโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
7. เอกสารอ้างอิง

พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540

Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals  
S: Security and Privacy of Information and Social Media  
S2: Social Media and Communication  
(ทีมสารสนเทศ)

ที่	Personnel Safety	Social Media and Communication
1	คำจำกัดความ Definition	Social media คือ สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคล เช่น Facebook, YouTube หรือ line เป็นต้น
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อให้บุคลากรใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างถูกต้อง ไม่ละเมิดต่อบุคคลอื่นและเป็นไปในแนวทางที่ถูกกฎหมาย
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางสื่อสารที่รวดเร็วและสามารถเข้าถึงได้ในวงกว้าง ด้วยความสามารถดังกล่าว จึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสนใจ เนื่องจากข้อมูลส่วนบุคคลอาจมีโอกาสดูถูกเผยแพร่ในช่องทางนี้ และส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทำการโดยละเมิดต่อบุคคลอื่นทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ
4	แนวทาง Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแนวปฏิบัติการใช้สื่อสังคมออนไลน์</li> <li>- เผยแพร่แนวปฏิบัติการใช้สื่อสังคมออนไลน์</li> <li>- ติดตามประเมินผลความเสี่ยงด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่อาจเกิดขึ้น</li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ พรบ. คอมพิวเตอร์</li> <li>- อบรมแนวปฏิบัติการใช้สื่อสังคมออนไลน์</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	- อุบัติการณ์การละเมิดด้านข้อมูลด้วยสื่อสังคมออนไลน์
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางปฏิบัติไม่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร หรือมีความยุ่งยากซับซ้อนจนเกินไป</li> <li>2. แนวทางปฏิบัติจำกัดสิทธิเสรีภาพของบุคลากรจนเกินไป หรือมีปัญหาการยอมรับโดยบุคลากร</li> <li>3. องค์กรเองไม่เข้าใจธรรมชาติของสื่อสังคมออนไลน์ การกำหนดแนวทางปฏิบัติ หรือการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้จึงเกิดปัญหา เช่น สร้างปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากกว่าเดิม ละเมิดสิทธิของผู้ป่วย หรือส่งผลเสียต่อความเชื่อมั่นต่อองค์กรเอง</li> <li>4. องค์กรมุ่งเน้นแต่เรื่องการถ่ายภาพหรืออัดเสียงในโรงพยาบาลหรือการโพสต์ข้อความบนสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ป่วยและญาติมากเกินไป จนเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยเกินสมควรหรือสร้างปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของบุคลากรที่เป็นปัญหาเสียเองและส่งผลกระทบต่อองค์กรและบุคลากรเองด้วย</li> <li>5. การเฝ้าระวัง ติดตาม หรือแก้ไขปัญหามบนสื่อสังคมออนไลน์ขององค์กรไม่ทันท่วงทีหรือขาดประสิทธิภาพ</li> </ol>

ที่	Personnel Safety	Social Media and Communication
8	เอกสารอ้างอิง Reference	สุกัญญา ประจุศิลป์. (2550). สารสนเทศทางการพยาบาล: Nursing informatics. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ตอนที่ 1 หมวดที่ 4 ข้อ 4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ ข. การจัดการระบบสารสนเทศ (3)

<b>I: Infection and Exposure</b>	
I 1	Fundamental of Infection Prevention and Control for Workforce
I 2	Specific Infection Prevention and Control for Workforce
I 2.1	Airborne Transmission
I 2.2	Droplet Transmission
I 2.3	Contact Transmission

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## I: Infection and Exposure

## I 1: Fundamental of Infection Prevention and Control for Workforce

## (IC)

ที่	Personnel Safety	Fundamental of Infection Prevention and Control for Workforce
1	คำจำกัดความ Definition	<p>การติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพขณะปฏิบัติงาน (Occupationally-Acquired Infection) ได้แก่ โรคติดเชื้อที่บุคลากรสุขภาพสัมผัสขณะปฏิบัติงานและอาจเกิดการติดเชื้อ (infection) หรือโรค (disease) ขึ้น โดยการสัมผัสผู้ป่วยหรือเลือด สารคัดหลั่ง เนื้อเยื่อ อวัยวะของผู้ป่วย หรือสัตว์ทดลอง รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่มีเชื้อก่อโรค</p> <p>การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพระหว่างการปฏิบัติงาน (Infection Prevention and Control for Workforce) ได้แก่ การลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสหรือการแพร่กระจายของเชื้อก่อโรคขณะปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันหรือควบคุมการอาศัยของเชื้อ (colonization) หรือการติดเชื้อ (infection) หรือการเกิดโรค (disease) ในบุคลากรสุขภาพ<b>ประเภทของโรคติดเชื้อจำแนกตามวิธีการแพร่กระจายเชื้อก่อโรค</b></p> <p>โรคติดเชื้อที่บุคลากรสุขภาพเสี่ยงเมื่อจำแนกประเภทตามวิธีการแพร่กระจายของเชื้อก่อโรค 4 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทางอากาศ (Airborne Transmission) ได้แก่ วัณโรคทางเดินหายใจ อีสุกอีใสและหัด ซึ่งเป็นกลุ่มโรคติดเชื้อในงานบริการสุขภาพที่สำคัญที่สุด เนื่องจากพบบ่อยที่สุด รวมทั้งโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เช่น SARS และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ยังไม่ทราบวิธีการแพร่เชื้อ อาจแพร่เชื้อทางอากาศได้บางโอกาส (opportunistic airborne)</li> <li>2. ผ่านละอองสารคัดหลั่งทางเดินหายใจ (Droplet Transmission) ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่, ไข้หวัด, คอตีบ, โอลกรน, ฯลฯ พบบ่อยรองจาก airborne</li> <li>3. ผ่านการสัมผัสเชื้อ (Contact Transmission) ได้แก่ HIV, HBV, HCV, Ebola virus, dengue virus, cytomegalovirus ผ่านอุบัติเหตุการณ์แพทย์ เช่น เข็มตำมือ เลือดและสารคัดหลั่งกระเด็น พบไม่บ่อยแต่มีผลกระทบรุนแรง ส่วนการสัมผัสแบบที่เรียกว่าไม่มีผลโดยตรงกับบุคลากร แต่ถ่ายทอดสู่ผู้ป่วยหรือบุคลากรที่มีโรคประจำตัว</li> <li>4. ผ่านทางสัตว์พาหะนำโรค (Vector Borne Transmission) โดยเฉพาะแมลง เช่น ไข้เลือดออก ไวร้สซิก้า มาลาเรีย ฯลฯ พบได้น้อยมาก นอกจากในโรงพยาบาลในพื้นที่ชุกชุมโรค</li> </ol>
2	เป้าหมาย Goal	ความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพทุกระดับจากการติดเชื้อในระหว่างปฏิบัติงานในระดับ National Personnel Safety Goals

ที่	Personnel Safety	Fundamental of Infection Prevention and Control for Workforce
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	การติดเชื้อของบุคลากรสุขภาพในระหว่างปฏิบัติงานส่งผลต่อความสูญเสียต่อขวัญ กำลังใจ สุขภาพและชีวิต เศรษฐกิจ สังคม ระบบการบริการสุขภาพระดับชาติ
4	แนวทาง Process	<p>1. จัดตั้งผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยเป็นองค์ประกอบหลักของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรสุขภาพในระหว่างปฏิบัติงาน โดยกระบวนการดังต่อไปนี้</p> <p>1.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (pre-exposure prophylaxis, active immunization) โดยจัดลำดับความสำคัญตาม high risk areas, practices</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• บุคลากรสุขภาพทุกรายควรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อต่อไปนี้ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี หัด หัดเยอรมัน คางทูม อีสุกอีใส คอตีบ ไอกรน บาดทะยักและไขหวัดใหญ่</li> </ul> <p>1.2 การให้การป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรสุขภาพหลังสัมผัสโรคติดเชื้อที่อาจติดต่อได้</p> <p>ระหว่างปฏิบัติงาน (post-exposure prophylaxis, passive immunization)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสโรค (post-exposure prophylaxis) ที่มีในปัจจุบัน สามารถป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี HIV โรคหัด ไอกรน และไขกาฬหลังแอ่น (invasive meningococcal infection) บุคลากรสุขภาพที่ติดเชื้อหรือสัมผัสโรคติดเชื้อที่อาจติดต่อได้ (communicable disease) จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ได้รับการประเมินเพื่อพักการปฏิบัติหน้าที่หรือจำกัดการปฏิบัติหน้าที่รวมทั้งการลาป่วย การชดเชยตามสิทธิ</li> </ul> <p>2. กระบวนการป้องกันการติดเชื้อบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติหลัก 6 ประการได้แก่</p> <p>2.1 การฝึกอบรมบุคลากรเมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงานและประจำปีในระหว่างปฏิบัติงาน</p> <p>2.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนตั้งแต่ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน</p> <p>2.3 จัดให้มีกระบวนการคัดกรอง (screening and triage) คัดแยกผู้ป่วยและการระมัดระวังการสัมผัสโรค (isolation and precaution) ในผู้ป่วยที่มีหรือสงสัยโรคติดเชื้อที่อาจติดต่อได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่โรคติดต่อทางอากาศ เช่น วัณโรค โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ในแผนกผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน สถานพยาบาลที่เป็นด่านหน้าของงานบริการสุขภาพทุกระดับ</p> <p>2.4 การประเมินบุคลากรผู้สัมผัสโรคติดเชื้อที่อาจติดต่อได้และการจัดการป้องกันด้วยยาต้านจุลชีพหรือการให้ภูมิคุ้มกันภายหลังสัมผัส (post-</p>

ที่	Personnel Safety	Fundamental of Infection Prevention and Control for Workforce
		<p>exposure prophylaxis)</p> <p>2.5 การปฏิบัติตามแนวทางการระมัดระวังการติดเชื้อขั้นพื้นฐาน standard precautions ในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย</p> <p>2.6 จัดให้มีและการทำงานอย่างถูกต้องของเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (protective personal equipment) ได้แก่ หน้ากากอนามัย หน้ากากใส่กรองละเอียด N95 หรือ powered air respirator (PAPR) อุปกรณ์ป้องกันบริเวณดวงตา ใบหน้า ศีรษะถุงมือและเสื้อคลุม ตามประเภทกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อก่อโรค</p>
5	การฝึกอบรม Training	ฝึกอบรมการปฏิบัติแนวทางการระมัดระวัง การติดเชื้อขั้นพื้นฐาน การใช้งานอย่างถูกต้องของเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล แก่บุคลากร เมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงาน และประจำปีในระหว่างปฏิบัติงาน
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	การประเมินผลอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการระมัดระวังการติดเชื้อขั้นพื้นฐาน (standard precautions) ตัวชี้วัด surrogate marker eg., Incidence of needle stick injury, mucous membrane exposure, new annual cases of pulmonary tuberculosis ในบุคลากรสุขภาพ
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	ข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยความไม่เข้าใจที่อาจเกิดขึ้นที่สำคัญ ได้แก่ การไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติผิดพลาดตามแนวทางการระมัดระวังการติดเชื้อขั้นพื้นฐาน standard precautions ในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย
8	เอกสารอ้างอิง Reference	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข ของประเทศไทย Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals  
I: Infection and Exposure  
I 2: Specific Infection Control and Prevention for Workforce  
I 2.1: Airborne transmission  
(IC)

ที่	Personnel Safety	Airborne transmission
1	คำจำกัดความ Definition	การที่โรคแพร่กระจายไปกับฝอยละอองขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน ซึ่ง ด้วยขนาดเล็กทำให้ฝอยละอองที่มีเขื่อนั้นกระจายไปได้ไกลในอากาศโรคที่ติดต่อกันโดยวิธีนี้ได้แก่ วัณโรคของระบบทางเดินหายใจ หัด (measles) ไข้อีสุกอีใส
2	เป้าหมาย Goal	ลดอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคที่มีการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ได้แก่ วัณโรคอีสุกอีใส หัด โรคอุบัติใหม่ ของบุคลากร
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	เชื่อของบุคลากรสุขภาพในระหว่างปฏิบัติงานส่งผลต่อความสูญเสียต่อขวัญ กำลังใจ สุขภาพและชีวิต เศรษฐกิจ สังคม ระบบการบริการสุขภาพระดับชาติ
4	แนวทาง Process	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการ / สงสัยว่าจะเป็นโรคในทุกจุดบริการ</li> <li>2. การแยกผู้ป่วยตั้งแต่สงสัยการติดเชื้อ โดยจะส่งไปที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ หากรับเป็นผู้ป่วยในจะแยกไว้ที่ห้องแยกพัฒนาตูดอากาศธรรมดา หรือกรณีโรคอุบัติใหม่ และเข้าช่วยกำหนดให้ส่งไปห้องแยก Airborne Infection Isolation Room (AIIR)</li> <li>3. อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมและเพียงพอ ได้แก่ N95</li> <li>4. กรณีสงสัยเจ็บป่วย ด้วยวัณโรค สามารถทดสอบทูเบอร์คูลิน ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ถ้าผลเป็นลบต้องทำทุกปี ถ้าผลเป็นบวกส่ง พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม</li> <li>5. กำหนดเป็นนโยบายให้บุคลากรใหม่ / กลุ่มเสี่ยงต้องได้รับภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค หรือหลักฐานการมีภูมิคุ้มกัน เช่น MMR / MR หรือสุกใส</li> </ol>
5	การฝึกอบรม Training	ให้ความรู้บุคลากร เรื่อง Isolation Precaution ฝึกอบรมการ ปฏิบัติแนวทางการระมัดระวัง การติดเชื้อขั้นพื้นฐาน การใช้งานเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคลอย่างถูกต้อง แก่บุคลากร เมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงาน และประจำปีในระหว่างปฏิบัติงาน
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บุคลากรกลุ่มเสี่ยง ต้องได้รับการตรวจ CXR ร้อยละ 100</li> <li>2. บุคลากรที่ได้รับเชื้อ TB ได้รับการส่งพบแพทย์ ร้อยละ 100</li> <li>3. จำนวนบุคลากรที่ได้รับเชื้อ TB ป่วยเป็นวัณโรค เท่ากับ 0</li> <li>4. จำนวนบุคลากรป่วยเป็นโรคสุกใส/หัด จากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0</li> <li>5. จำนวนบุคลากรป่วยด้วยโรคอุบัติใหม่ จากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0</li> </ol>
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	ข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยความไม่เข้าใจที่อาจเกิดขึ้นที่สำคัญ ได้แก่ การไม่ปฏิบัติ หรือ ปฏิบัติผิดพลาดตามแนวทางการระมัดระวังการติดเชื้อขั้นพื้นฐาน standard precautions ในระหว่าง ให้การดูแลผู้ป่วย



ที่	Personnel Safety	Airborne transmission
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช จ. ขอนแก่น. การ ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล (Isolation precautions). สืบค้นเมื่อ วันที่ 7 ธันวาคม 2565 จาก <a href="http://203.157.144.198/web/depboard/uploads/472_20180716_154016_1.pdf">http://203.157.144.198/web/depboard/uploads/472_20180716_154016_1.pdf</a></p> <p>2. คู่มือปฐมนิเทศ IC. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2565 จาก <a href="http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/h_chareonsin/common_form_upload_file/20161213151344_1668331567.doc">http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/h_chareonsin/common_form_upload_file/20161213151344_1668331567.doc</a></p>

Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals  
 I: Infection and Exposure  
 I 2: Specific Infection Control and Prevention for Workforce  
 I 2.2: Droplet Transmission  
 (IC)

ที่	Personnel Safety	Droplet Transmission
1	คำจำกัดความ Definition	การติดเชื้อผ่านละอองสารคัดหลั่งทางเดินหายใจ (droplet) ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่, คอตีบ, ไอกรน ฯลฯ
2	เป้าหมาย Goal	- อัตราอุบัติการณ์ไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรสุขภาพต่ำกว่าหรือไม่เกินอัตราในประชากรทั่วไปในประเทศไทย ข้อมูลเฝ้าระวังโรค ปี 2560 อัตราป่วย 304.75 ต่อ ประชากร 100,000 ราย - อุบัติการณ์ไข้หวัดใหญ่, คอตีบ, ไอกรน ฯลฯ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเท่ากับศูนย์
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	บุคลากรสุขภาพที่ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากไข้หวัดใหญ่, คอตีบ, ไอกรน ฯลฯ ในระหว่างปฏิบัติงานส่งผลต่อสุขภาพ ชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และระบบการบริการสุขภาพระดับชาติ
4	แนวทาง Process	1. กระบวนการ ดังต่อไปนี้ 1.1 การให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อไข้หวัดใหญ่, คอตีบ, ไอกรน 1.2 การให้การป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรสุขภาพหลังสัมผัสโรค บุคลากรสุขภาพทุกรายควรได้รับการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสโรค ไข้หวัดใหญ่, คอตีบ, ไอกรน 1.3 บุคลากรสุขภาพที่ติดเชื้อหรือสัมผัสโรคจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ได้รับการประเมินเพื่อพักการปฏิบัติหน้าที่หรือ จำกัดการปฏิบัติหน้าที่รวมทั้งการลาป่วย การชดเชยตามสิทธิ 2. แนวทางปฏิบัติ ได้แก่ 2.1 การให้การศึกษาฝึกอบรมแก่บุคลากรเมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงานและ ประจำปีในระหว่างปฏิบัติงาน 2.2 การจัดให้มีกระบวนการคัดกรอง (screening and triage) คัด แยกผู้ป่วย และการระมัดระวังการสัมผัสโรค (isolation and precaution) ในผู้ป่วยที่มีหรือสงสัย ไข้หวัดใหญ่ คอตีบ, ไอกรน ในแผนก ผู้ป่วยนอก ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ สถานพยาบาลที่เป็นด่านหน้าของงานบริการ สุขภาพทุกระดับ การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในห้องเดี่ยวหรือห้องรวมที่ แยกผู้ป่วย (cohort) 2.3 การประเมินบุคลากรผู้สัมผัสโรคและการจัดการป้องกันด้วยยาต้าน จุลชีพหรือการให้ภูมิคุ้มกันภายหลังการสัมผัส (post-exposure) 2.4 การปฏิบัติตามแนวทางการระมัดระวัง การติดเชื้อขั้นพื้นฐานใน ระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย

ที่	Personnel Safety	Droplet Transmission
		2.5 การจัดให้มีและการใช้งานอย่างถูกต้องของเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (protective personal equipment) ได้แก่ หน้ากากอนามัย อุปกรณ์ป้องกันบริเวณดวงตา ใบหน้า ถุงมือและเสื้อคลุม ตามประเภท กิจกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อก่อโรค droplet precaution
5	การฝึกอบรม Training	ฝึกอบรมการปฏิบัติตามแนวทางการระมัดระวังการติดเชื้อ droplet การใช้งานอย่างถูกต้องของเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล แก่บุคลากร เมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงานและประจำปีในระหว่างปฏิบัติงาน
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	การประเมินผลอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการระมัดระวังการติดเชื้อ ตัวชี้วัด surrogate marker eg., influenza-like illness ในบุคลากร สุขภาพ
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	ข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยความไม่เข้าใจที่อาจเกิดขึ้นที่สำคัญ ได้แก่ การไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติผิดพลาดตามแนวทางการระมัดระวังการติดเชื้อ ระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช จ.ขอนแก่น. การ ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อในโรงพยาบาล (Isolation precautions). สืบค้นเมื่อ วันที่ 7 ธันวาคม 2565 จาก <a href="http://203.157.144.198/web/depboard/uploads/472_20180716_154016_1.pdf">http://203.157.144.198/web/depboard/uploads/472_20180716_154016_1.pdf</a></p> <p>2. คู่มือปฐมนิเทศ IC. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2565 จาก <a href="http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/h_chareon sin/common_form_upload_file/20161213151344_1668331567.doc">http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/h_chareon sin/common_form_upload_file/20161213151344_1668331567.doc</a></p>

Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals  
I: Infection and Exposure  
I 2: Specific Infection Control and Prevention for Workforce  
I: 2.3 contact transmission  
(IC)

ที่	Personnel Safety	contact transmission
1	คำจำกัดความ Definition	การแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัส (Contact transmission) แบ่งออกเป็นสองวิธีคือ การสัมผัส ทางตรง (Direct contact transmission) การสัมผัสทางอ้อม (Indirect contact transmission)
2	เป้าหมาย Goal	ลดอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคที่มีการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส ได้แก่ สุกใส ความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพทุกระดับจากการติดเชื้อ ในระหว่างปฏิบัติงานในระดับ National Personnel Safety Goals
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	เป็นการติดเชื้อที่ง่ายเพราะเกิดกับบุคลากรที่ไม่ระมัดระวัง ในการดูแลผู้ป่วย
4	แนวทาง Process	1. การคัดกรองผู้ป่วย ทุกจุดบริการ 2. การแยกผู้ป่วยในห้องแยก 3. อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมและเพียงพอ 4. จัดพื้นที่ อุปกรณ์ล้างมืออย่างเพียงพอทุกจุดบริการ 5. กำหนดเป็นนโยบายให้บุคลากรใหม่ กลุ่มเสี่ยงต้องได้รับภูมิคุ้มกัน เฉพาะโรคหรือหลักฐานการมีภูมิคุ้มกัน
5	การฝึกอบรม Training	ให้ความรู้บุคลากร
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	1. จำนวนบุคลากรป่วยเป็นโรคสุกใสจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0 2. ร้อยละบุคลากรใหม่ กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับวัคซีนสุกใส
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	ข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยความไม่เข้าใจที่อาจเกิดขึ้นที่สำคัญ ได้แก่ การไม่ปฏิบัติหรือ ปฏิบัติผิดพลาดตามแนวทางการระมัดระวังการติดเชื้อ ขั้นพื้นฐาน standard precautions ในระหว่าง ให้การดูแลผู้ป่วย
8	เอกสารอ้างอิง Reference	1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จ.ขอนแก่น. การ ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อในโรงพยาบาล (Isolation precautions). สืบค้นเมื่อ วันที่ 7 ธันวาคม 2565 จาก <a href="http://203.157.144.198/web/depboard/uploads/472_20180716_154016_1.pdf">http://203.157.144.198/web/depboard/uploads/472_20180716_154016_1.pdf</a> 2. คู่มือปฐมนิเทศ IC. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2565 จาก <a href="http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/h_chareon_sin/common_form_upload_file/20161213151344_1668331567.doc">http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/h_chareon sin/common_form_upload_file/20161213151344_1668331567.doc</a>

M: Mental Health and Mediation	
M 1	Mental Health
M1.1	Mindfulness at Work
M 1.2	Second Victim
M 1.3	Burnout and Mental Health
M 2	Mediation

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## M: Mental health and Medication

## M1: Mental health

## M1.1 Mindfulness at work

## ที่มนำ

ที่	Personnel Safety	Mindfulness at work
1	คำจำกัดความ Definition	การมีสติในงาน หมายถึง การทำงานในสภาวะจิตที่อยู่กับปัจจุบัน ทำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่วกแวก ไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์
2	เป้าหมาย Goal	ลดความเสี่ยงจากการทำงานที่ขาดการจดจ่อในงาน และลดความเสี่ยงจากการกระทบกระทั่งทางอารมณ์ระหว่างกันและกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	สภาวะการทำงานที่มีภาระงานมาก และบุคลากรแต่ละคนก็มีปัญหาของตนเอง เมื่อมาปฏิบัติงานจึงทำให้ขาดความจดจ่อในงาน เกิดความผิดพลาดได้ง่าย และถ้ามีการสะสมอารมณ์และความเครียดมากจะทำให้เกิดการกระทบกระทั่งทั้งในระหว่างกันเองและผู้รับบริการได้ง่ายการฝึกมีสติในงานจะช่วยทั้งด้านความจดจ่อในงานและลดการกระทบกระทั่งจากอารมณ์และความเครียด
4	แนวทาง Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำงานอย่างมีสติให้อยู่กับปัจจุบัน โดยรู้ลมหายใจรู้ในจิตที่ทำมีสัญญาณเตือนที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร (เช่น เสียงระฆัง, visual sing) เพื่อเตือนเป็นระยะ ๆ ให้ออกมาสติในงาน</li> <li>- สื่อสารระหว่างกันด้วยสติสนทนา เพื่อลดการกระทบกระทั่งและอารมณ์ในระหว่างการสื่อสาร</li> <li>- เริ่มงานด้วยความสงบด้วยการทำสมาธิก่อน 3 นาที</li> <li>- มีการประชุมสม่ำเสมอเพื่อทบทวนงาน ด้วยการประชุมแบบสติสนทนา เพื่อเรียนรู้และแก้ไขปรับปรุงงาน</li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรทุกคนได้รับการฝึกอบรมแบบ in house training เพื่อฝึกให้มีทักษะพื้นฐานในการทำสมาธิและฝึกสติ รวมทั้งทักษะสติสื่อสาร</li> <li>- จัดอบรมวิทยากรภายใน ที่จะป็นต้นทุนในการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการทำงานอย่างมีสติโดยแบบประเมินพฤติกรรม</li> <li>- อุบัติการณ์ที่เกิดจากการขาดสติ/หลงลืม เช่น ความผิดพลาด, ข้อร้องเรียน</li> <li>- ผลการประเมินความเครียด/ความสุขในการทำงาน</li> </ul>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	- ระวังการดำเนินการให้เป็นแนวจิตวิทยาองค์กร ที่ไม่ใช่ศาสนา เพราะบุคลากรมีหลากหลายศาสนาและความศรัทธาต่างกัน ความสำเร็จของโปรแกรมนี้ จึงต้องปลอดศาสนา พิธีกรรม

ที่	Personnel Safety	Mindfulness at work
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- นอกจากการฝึกอบรมแล้วต้องทำให้เข้าไปเป็นวิถีองค์กร เช่น สมาธิก่อนและหลังเลิกงาน สติในระหว่างวันโดยมีสัญญาณเตือน การประชุมด้วยสติ สันทนา เป็นต้น</li> <li>- การดำเนินการทั่วทั้งองค์กร หรืออย่างน้อยทั้งแผนก จะสร้างเป็นวิถีได้ดีกว่า</li> </ul>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวคิดสติในองค์กร กรมสุขภาพจิต</li> <li>- สร้างสุขด้วยสติในองค์กร</li> </ul> <p>การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ตอนที่ 1 หมวดที่ 1 ข้อ 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1) ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร (1)</p>

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## M: Mental health and Medication

## M1: Mental health

## M1.2: Second victim

## ที่มนำ

ที่	Personnel Safety	Second victim
1	คำจำกัดความ Definition	<p>กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์มีผู้ได้รับผลกระทบ 3 ระดับ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง เรียกว่า first victim คือผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากความผิดพลาด</li> <li>- บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรียกว่า second victim ทั้งแพทย์และพยาบาลและบุคลากรอื่นใดที่ให้การดูแลรักษากรณีดังกล่าว ที่เกิดปรากฏการณ์ ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ที่เรียกว่า second victim phenomenon</li> <li>- องค์กรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ดังกล่าวเป็น third victim</li> </ul> <p>Second Victim - "health care provider who [is] involved in an unanticipated adverse patient event, in a medical error and/or a patient related injury and become[s] victimized in the sense that the provider is traumatized by the event." Typically, second victims feel personally responsible for the patient outcome, as if they have failed the patient, second-guessing their clinical skills and knowledge base.</p>
2	เป้าหมาย Goal	บุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดภาวะ second victim ได้รับการดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตปกติและทำงานในวิชาชีพต่อไปได้ด้วยคามมั่นใจ
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	<p>ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับ second victim ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรที่มีคุณค่าในระบบบริการสาธารณสุข หากไม่มีระบบในการดูแลและรักษาไว้ โดยกลุ่ม second victim จะมีปรากฏการณ์ที่ได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดย common second victim physical symptoms เช่น นอนไม่หลับ ความดันขึ้น ปวดหัว มีอาการไม่ปกติ ทางระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และ common second victim psychosocial symptoms เช่น วิตกกังวล ไม่กล้าตัดสินใจ ขาดความมั่นใจ กลัวต่อการรักษา ออกจากวิชาชีพ</p>
4	แนวทาง Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>- องค์กรควรมีแนวทางจัดระบบการดูแลบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</li> <li>- เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ ควรมีระบบในการดูแลผู้ป่วยและญาติโดยมีทีมที่องค์กรได้วางแนวทางปฏิบัติไว้ เช่น ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย</li> </ul>



ที่	Personnel Safety	Second victim
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดให้มีบุคคลหรือทีมดูแลบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ไม่เพียงประสงค์โดยการรับฟัง ให้กำลังใจ และมีแนวทางปฏิบัติที่ตกลงร่วมกัน ในองค์กรเพื่อลดผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ (obtaining emotional "first aid") ของบุคลากรที่มีโอกาสเป็น second victim ได้แก่               <ul style="list-style-type: none"> <li>- สอดส่องบทบาท (ผู้ที่มีโอกาสเป็น second victim ทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์)</li> <li>- ใส่ใจ รับฟังถ้าประเมินแล้วมีปัญหารุนแรงจะส่งต่อ เชื่อมโยง ด้านที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- เข้าสู่การช่วยเหลือถ้าบุคคลนั้นยังมีปฏิกิริยาทางจิตใจมากกว่า 2 สัปดาห์                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1. second victim ซึมเศร้ามากจะส่งพบ จิตแพทย์</li> <li>2. มีปัญหาต้องพักงาน จะส่งพบ HR เพื่อปรับเปลี่ยนระบบงาน</li> <li>3. มีปัญหาด้านกฎหมาย จะปรึกษานักกฎหมาย</li> </ol> </li> </ul> </li> <li>- ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน มีการสื่อสาร รับฟัง ให้กำลังใจ ด้วยความเข้าใจ และติดตามดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะ second victim phenomenon</li> <li>- มีกระบวนการทำ Root Cause Analysis (RCA) ที่รับฟังข้อจำกัด ปัญหา และร่วมกันหาทางออกของปัญหาอย่างสร้างสรรค์</li> <li>- สร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในเรื่อง No blame, No Shame</li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	ฝึกทักษะสื่อสาร รับฟัง ของบุคลากรในทีม ให้มีทักษะ การทำ emotional first aid
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่มีภาวะเป็น second victim</li> <li>- จำนวน second victim ที่ต้องลาออกหรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้</li> <li>- ติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</li> </ul>
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	- กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีทีมเจรจาไกล่เกลี่ยดูแลญาติและผู้ป่วย แต่อาจไม่ได้ดูแลผู้ได้รับผลกระทบในลักษณะ second victim
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างสุขด้วยสติในองค์กร</li> </ul> <p>การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น สอดคล้องและใกล้เคียงกับการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ 1 หมวดที่ 5 ข้อ 5.2 ความผูกพันของกำลังคน (WKF.2) ก.ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน (1)</p>

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## M: Mental health and Medication

## M1: Mental health

## M1.3: Burnout and Mental Health Disorder

## ที่มำนำ

ที่	Personnel Safety	Burnout and Mental Health Disorder
1	คำจำกัดความ Definition	Burnout (หมดไฟการทำงาน) เป็น ภาวะที่เป็นผลจากความเครียดและ ภาวะงานที่มากเกินไปโดยแสดงอาการออกเป็น 2 ลักษณะ คือ รู้สึกหมด พลังและอาการของความเหนื่อยล้า เช่น ทำงานช้าลง โกรธง่าย นอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาวะซึมเศร้า Mental Health Problems หมายถึง ปัญหาสุขภาพจิตที่เข้าข่ายเป็นความผิดปกติทางจิตใจแบบต่าง ๆ เช่น การติดสารเสพติด, วิตกกังวล, ซึมเศร้า, โรควิต โดยความเจ็บป่วย เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อบุคลากร ครอบครัว และการทำงาน
2	เป้าหมาย Goal	ป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานทั้งในระดับบุคคลและองค์กร ให้การ ช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้กลับมาทำงานได้อย่างมีคุณค่า
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	งานบริการที่มีภาระงานมากและเผชิญกับความต้องการจากทุกทิศทางจะทำให้ บุคคลสะสมความเครียด เมื่อรวมถึงการสะสมความเครียดของแต่ละ บุคคลจนนำไปสู่ภาวะหมดไฟซึ่งมีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของบุคคล เป็นภาระกับเพื่อนร่วมงานและมีผลกระทบต่อคุณภาพงานขององค์กร สำหรับบุคคลที่มีความเปราะบางอยู่แล้วจะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตใจ ซึ่ง ต้องการการรักษาเพื่อให้กลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้อย่างมีคุณค่า
4	แนวทาง Process	การสร้างสติในองค์กร มีบทบาทพื้นฐานในการทำให้บุคลากรทำงานด้วย ความสงบจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ดี และรู้สึกมีคุณค่าในงาน ทางเลือกอีกแบบหนึ่งคือการฝึกจัดการกับอารมณ์และความเครียดให้เป็น สมรรถนะหนึ่งของบุคลากร <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานให้รู้สึกใกล้ชิดธรรมชาติ มีความเป็น ระเบียบเรียบร้อยลดความแออัด</li> <li>- การลดภาระงานที่ไม่จำเป็นโดยการออกแบบงานใหม่ และการใช้ เทคโนโลยีเพื่อแบ่งเบาภาระงาน</li> <li>- ผู้ที่แสดงอาการของภาวะหมดไฟ ได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยผู้บริหาร ลำดับเหนือขึ้นไปและหากไม่ได้ผลในระยะ 2 สัปดาห์จะต้องส่งให้ระบบดูแล ช่วยเหลือต่อไป</li> <li>- ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการช่วยเหลือจะต้องมีระบบ ดูแลช่วยเหลือ (Employer Assistance Program: EAP) ในลักษณะการ ให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่ายเป็นมิตร และรักษาความลับให้ผู้ขอปรึกษา กรณีที่พบว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช จะต้องมีระบบส่งต่อให้ได้รับการ ประเมิน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ จนสามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ</li> </ul>

ที่	Personnel Safety	Burnout and Mental Health Disorder
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้การอบรม Program สติในองค์กร หรืออีกทางเลือกหนึ่งด้วยการฝึกอบรมทักษะในเรื่องการจัดการกับความเครียดของบุคลากร</li> <li>- ฝึกอบรม HR ให้มีความสามารถในการประเมินภาวะที่เกี่ยวข้องกับการ burnout การป้องกันและการแก้ไขรวมทั้งจัดระบบการช่วยเหลือบุคลากรที่มีปัญหา</li> <li>- อบรมหัวหน้างานให้มีทักษะในการสังเกตและเข้าใจเบื้องต้นของการ burnout และการสื่อสารที่ดีกับบุคลากรในความดูแล</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินภาวะ burnout หรือความเครียดของบุคลากร</li> <li>- ประเมินภาระงานที่ทำให้เกิดภาวะ burn out</li> </ul>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริบทของภาระงานที่ดูเหมือนแก้ไขไม่ได้ สามารถทำได้ดีขึ้นได้ทั้งการปรับปรุงระบบและการพัฒนาความสามารถของบุคลากร</li> <li>- ภาวะ burnout แยกไม่ออกกับการจัดการทั้งองค์กร โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในงานรู้สึกได้รับการยอมรับและการปฏิบัติที่เป็นธรรม</li> </ul>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างสุขด้วยสติในองค์กร</li> </ul> <p>มาตรฐาน HA การปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ</p>

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## M: Mental health and Medication

## M2: Mediation

## ทีมนำ

ที่	Personnel Safety	Mediation
1	คำจำกัดความ Definition	Mediation คือการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง เป็นกระบวนการพิจารณาตัดสินหาทางออกของข้อขัดแย้ง เกิดโดยคู่กรณี หรือคู่ขัดแย้งช่วยกันพิจารณาหาทางออกร่วมกัน ซึ่งคนกลางไม่มีหน้าที่หรือไม่มีอำนาจไปตัดสินคดี กระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ย จะใช้วิธีการหรือกระบวนการใช้การเรียนรู้ร่วมกัน โดยไม่ใช่จุดยืน แต่จะพิจารณาโดยใช้ความต้องการหรือความสนใจร่วมกันเป็นพื้นฐานในการเจรจา โดยใช้ความต้องการหรือความสนใจร่วมกันเป็นพื้นฐานในการเจรจา โดยไม่มุ่งไปที่การเจรจาโดยยึดจุดยืน ซึ่งจะช่วยให้ยากต่อการเจรจาโดยกระบวนการในการเจรจาต้องกตึกาในการเจรจา เพื่อให้คนกลางที่มีหน้าที่กำกับกระบวนการได้ตามนั้น
2	เป้าหมาย Goal	เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยญาติ และบุคลากรทางสาธารณสุข จะมีกลไกหรือระบบการเจรจาไกล่เกลี่ยเข้ามาช่วยหาทางออกที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องและข้อพิพาททางการแพทย์
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	เมื่อเกิดกรณีความไม่ปลอดภัยจากการรักษาพยาบาลเกิดขึ้น จะเกิดผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคม ของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เกิดปัญหาการฟ้องร้อง และการสูญเสีย จึงควรมีแนวทางการพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การป้องกันไม่ให้เกิดเหตุไปจนถึงการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลางเมื่อเกิดเหตุเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในระบบบริการ
4	แนวทาง Process	- สร้างแนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียนและบริหารจัดการความขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง เพื่อเป็นการพัฒนาและส่งเสริมการสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็ง เสริมสร้างความสมานฉันท์ และจัดการความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และเพื่อให้การดำเนินงานเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเป็นรูปธรรม โดยอาจดำเนินแนวทางสอดคล้องกับการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา</li> <li>- แต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัย ผู้ป่วยและการเจรจาไกล่เกลี่ย</li> </ul> โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา (2P Safety: Patient and Personnel Safety) <ul style="list-style-type: none"> <li>- แต่งตั้งคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์และไกล่เกลี่ย</li> </ul> โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา (RRT: Rapid Response Team)

ที่	Personnel Safety	Mediation
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนในหน่วยบริการ เพื่อบริหารจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบในโรงพยาบาล</li> <li>- แนวทางการให้ข้อมูลญาติผู้ป่วยกรณีเสี่ยงเกิด RISK ระดับ G H I</li> <li>- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องทำ Root Cause Analysis (RCA) เพื่อรับฟังข้อจำกัด ปัญหา และร่วมกันหาทางออกของปัญหาอย่างสร้างสรรค์</li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้บุคลากรเรื่องการจัดการข้อร้องเรียน การเจรจาไกล่เกลี่ย/</li> <li>- ส่งบุคลากรผู้ทำหน้าที่เจรจาไกล่เกลี่ยอบรมหลักสูตรพื้นฐานและหลักสูตร Advanced ของศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<p>การติดตามประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ถูกฟ้องร้อง</li> <li>- ข้อร้องเรียนได้รับการจัดการทันเวลา</li> </ul>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	ข้อผิดพลาดในการปฏิบัติด้วยความไม่เข้าใจที่เกิดขึ้น เช่น การเจรจาไกล่เกลี่ยไม่เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่ดี ไม่สามารถฟื้นคืนความสัมพันธ์ให้เป็นอย่างเดิมได้
8	เอกสารอ้างอิง Reference	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข ของประเทศไทย Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ตอนที่ II หมวดที่ 1 ข้อ 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (RSQ.2) ก. ข้อกำหนดทั่วไป (1) และ (2)

P: Process of Work	
P 1	Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder
P 2	Specific Guideline for Prevention of Work – Related disorder
P 2.1	Physical Hazard
P 2.2	Chemical Hazard
P 2.3	Radiation Hazard
P 2.4	Biomechanical Hazard
P3	Fitness for Work or Duty Health Assessment
P 3.2	Medical Surveillance Program

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## P: Process of work

## P1: Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder

## ทีมอาชีวอนามัย และทีม ENV

ที่	Personnel Safety	Fundamental Guideline For Prevention of Work-Related Disorder
1	คำจำกัดความ Definition	การบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นเครื่องมือที่ทำให้บุคลากรอยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย และมีการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดผลกระทบจากการสัมผัสสิ่งคุกคามในสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่ง ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>- สิ่งคุกคามทางกายภาพ เช่น เสียง แสง ความร้อน</li> <li>- สิ่งคุกคามทางเคมี</li> <li>- สิ่งคุกคามทางชีวกลศาสตร์ เช่น การยกเคลื่อนย้ายสิ่งของและผู้ป่วย</li> </ul>
2	เป้าหมาย Goal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อแสดงเจตจำนงขององค์กรในการดำเนินงานของอาชีวอนามัยและความปลอดภัยภายในสถานพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและมีการติดตามเป็นตัวชี้วัดของสถานพยาบาลอย่างชัดเจน</li> <li>- มีระบบการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อลดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน และมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงาน</li> </ul>
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	เนื่องจากสถานพยาบาลมีกระบวนการทำงานที่มีสิ่งคุกคามต่อสุขภาพผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นจำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม โรงพยาบาลเป็นสถานประกอบกิจการที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ. ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 และกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร และการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย สภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2549
4	แนวทาง Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาประกาศนโยบาย ความปลอดภัย อาชีวอนามัย สภาพแวดล้อมในการทำงาน</li> <li>- มีแผนงานและแผนงบประมาณ ของกิจกรรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย</li> <li>- โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพแวดล้อม และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน</li> <li>- มีคณะทำงานดำเนินงานตามมาตรฐานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมในการทำงาน</li> <li>- มีผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัยในการทำงานและอาชีวอนามัย</li> <li>- มีเครือข่ายในการทำงาน (HPT) โดยมีตัวแทนบุคลากรด้านความปลอดภัย</li> </ul>

ที่	Personnel Safety	Fundamental Guideline For Prevention of Work-Related Disorder
		และอาชีวอนามัยในระดับหน่วยงาน มีตัวชี้วัดที่สำคัญของการบริหารจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน
5	การฝึกอบรม Training	อบรมให้ความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่บุคลากร
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	การบาดเจ็บและการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน - การลางานจากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน มาตรฐาน - การจัดบริการอาชีวอนามัยความปลอดภัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	โรงพยาบาลมีคณะทำงานมาตรฐานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)
8	เอกสารอ้างอิง Reference	Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ตอนที่ I หมวดที่ 5 ข้อ 5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.1) ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน (1), (2), (3) และ (4), ตอนที่ II หมวดที่ 3 ข้อ 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1) ข้อ 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณสุขปิโคค (ENV.2) ข้อ 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3), หมวดที่ 4 ข้อ 4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC.1) ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (4) และ (5), ข้อ 4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (IC.2) ข. การป้องกัน การติดเชื้อกลุ่มเฉพาะ (3)



## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## P: Process of work

## P2: Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder

## P2.1 Physical Hazard

## ทีมอาชีวอนามัย และทีม ENV

ที่	Personnel Safety	Physical Hazard (สิ่งคุกคามทางกายภาพ)
1	คำจำกัดความ Definition	สิ่งคุกคามทางกายภาพในสถานที่ทำงาน ได้แก่ เสียงดัง แสงสว่าง ความร้อน
2	เป้าหมาย Goal	ควบคุมสิ่งคุกคามด้านกายภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานหรือตามกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการและดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง เสียง พ.ศ. 2549 และ 2559 <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อลดอัตราการเกิดโรคหุ้่มจากการประกอบอาชีพ</li> <li>- เพื่อลดอัตราการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจลดอัตราการเกิดโรคหืด</li> <li>- เพื่อลดอัตราการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจโรคปอดฝุ่นฝ้ายและ pneumonia</li> </ul>
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อบุคลากรได้สัมผัสสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ เสียงดัง แสงสว่าง ความร้อน อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งแบบเฉียบพลัน หรือแบบเรื้อรังได้ สถานที่ทำงานที่พบสิ่งแวดล้อม ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความร้อน (heat) ได้แก่ หน่วยงานโภชนาการ หน่วยงานซักฟอก เป็นต้น ทำให้บุคลากรอาจมีอาการของสูญเสียเหงื่อหรือเกลือแร่ หรืออาจเกิดผื่นความร้อนได้</li> <li>- เสียงดัง (Noise) ได้แก่ หน่วยงานซ่อมบำรุง ศูนย์คอมพิวเตอร์ หน่วยงานซักฟอก อาจทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน แสงสว่าง (light) ได้แก่ สถานที่ทำงานทุกแห่ง ซึ่งอาจเกิดจากการจัดระบบแสงสว่างไม่เหมาะสมกับสถานที่ การจัดผังการทำงานไม่เหมาะสมกับแหล่งหรือทิศทางของแสงสว่าง ขาดการตรวจสอบและบำรุงรักษาแหล่งกำเนิดแสงสว่าง</li> </ul> </li> </ul>
4	แนวทาง Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทีมอาชีวอนามัย ร่วมกับทีม ENV ประเมินความเสี่ยงด้านกายภาพ ได้แก่ ความร้อน แสงสว่าง เสียง และตรวจวัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ตามกฎกระทรวงฯ เกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง เสียง พ.ศ. 2549 และ 2559</li> <li>- ดำเนินการปรับปรุง แก้ไข จุดหรือสถานที่ที่มีค่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ที่กำหนด โดย <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น Ear plug</li> <li>- เพิ่มพัดลมดูดอากาศจุดที่มีการสัมผัสความร้อน</li> <li>- ติดตั้งระบบดูดอากาศเฉพาะที่ เพื่อระบายความร้อนออกจากผู้ปฏิบัติงาน</li> <li>- ปรับเปลี่ยนและติดตั้งหลอดไฟเพิ่มจุดที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ</li> </ul> </li> </ul>

ที่	Personnel Safety	Physical Hazard (สิ่งคุกคามทางกายภาพ)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่ได้รับมาตรฐาน และเลือกใช้ถูกต้องและเหมาะสมตามประเภทงาน</li> <li>- มีการประเมินความเสี่ยงต่อเสียงตามมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน กำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับเสียง</li> <li>- จัดทำมาตรการ/ขั้นตอนในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย (SSOP) เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่ได้มาตรฐาน</li> <li>- การเฝ้าระวังสุขภาพบุคลากรที่ทำงานในพื้นที่เสียงดัง โดยการตรวจวัดระดับเสียง ตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน และสมรรถภาพการมองเห็น ในการทำงานประจำปี</li> <li>- เปิดพัดลมระบายอากาศทุกครั้งเมื่อปฏิบัติงานทำความสะอาด</li> <li>- ใช้น้ำยาทำความสะอาดในปริมาณที่เหมาะสมกับความสกปรก</li> <li>- ใช้ระบบระบายอากาศทั่วไปและเครื่องกล ในพื้นที่การทำงาน</li> <li>- ทำความสะอาดพื้นที่การทำงานทุกวันด้วยการเช็ดหมาด</li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยเฉพาะเรื่อง สำหรับบุคลากรที่ทำงานในที่มีความเสี่ยงต่อสิ่งคุกคามด้านกายภาพเฉพาะเรื่อง</li> <li>- อบรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยให้สามารถเลือกใช้ได้อย่างถูกต้อง และมีการสวม Personal Protective Equipment (PPE) อย่างถูกต้องและเหมาะสม</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	ผลการตรวจวัดระดับความเข้มเสียง แสงสว่าง และความร้อน อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กฎกระทรวงฯ กำหนด
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	โรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือตรวจวัดความเข้มเสียง และความร้อน ไม่มีผู้ประเมินที่มีความรู้ ความชำนาญ และมีประสบการณ์ในการตรวจวัด
8	เอกสารอ้างอิง Reference	Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2 0 1 8 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ I หมวดที่ 5 ข้อ 5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.1) ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน (1), (2), (3) และ (4), ตอนที่ II หมวดที่ 3 ข้อ 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## P: Process of work

## P2: Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder

## P2.2 Chemical Hazard

## ทีมอาชีวอนามัย และทีม ENV

ที่	Personnel Safety	Chemical Hazard (สิ่งคุกคามด้านสารเคมี)
1	คำจำกัดความ Definition	สิ่งคุกคามทางเคมีในสถานที่ทำงาน ได้แก่ สารเคมีที่จัดอยู่ในเกณฑ์ของสารเคมีและวัตถุอันตราย
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อลดอัตราการได้รับสัมผัสน้ำยาเคมี
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	เนื่องจากสถานพยาบาลมีสารเคมีใช้ในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ใช้ทำการฆ่าเชื้อ ใช้ในกระบวนการตรวจ ดังนั้นการควบคุมให้บุคลากรมีโอกาสสัมผัสสารเคมีจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานในระดับที่ต่ำ จะทำให้ลดความเสี่ยงต่อผลกระทบทางสุขภาพ
4	แนวทาง Process	1.มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยเกี่ยวกับสารเคมีในห้องปฏิบัติการ 2.จัดหาอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้ถูกต้อง เหมาะสม และติดตามการสวมใส่อุปกรณ์ดังกล่าว 3.บุคลากรได้รับการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้างานและตรวจสุขภาพตามระยะ ได้แก่ ตรวจสอบสภาพปอด และ ตรวจการทำงานของตับ ไต และอิเล็กโทรไลต์เพิ่ม
5	การฝึกอบรม Training	1.อบรมเรื่องสารเคมีอันตรายเฉพาะเรื่อง สำหรับบุคลากรที่ทำงานในห้องปฏิบัติการ ที่มีความเสี่ยงต่อสารเคมีอันตราย 2.อบรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยให้สามารถเลือกใช้ได้อย่างถูกต้อง และมีการสวม Personal Protective Equipment (PPE) อย่างถูกต้องและเหมาะสม
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	- ผลการตรวจการทำงานของตับ ไต และอิเล็กโทรไลต์มีค่าปกติ - บุคลากรที่ปฏิบัติงานกับสารเคมี ได้รับความรู้ด้านอาชีวอนามัย สารเคมีอันตรายต่างๆ
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	ไม่มีการตรวจการทำงานของตับ ไต และอิเล็กโทรไลต์ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสารเคมีในห้องปฏิบัติการ
8	เอกสารอ้างอิง Reference	Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2 0 1 8 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้นคือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ I หมวดที่ 5 ข้อ 5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.1) ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน (1), (2), (3) และ (4), ตอนที่ II หมวดที่ 3 ข้อ 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1) ข. วัสดุและของเสียอันตราย

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## P: Process of work

## P2: Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder

## P2.3 Radiation Hazard

## ทีมอาชีวอนามัย และทีม ENV

ที่	Personnel Safety	Radiation Hazard (สิ่งคุกคามรังสีชนิดก่อไอออน รังสีเอกซ์)
1	คำจำกัดความ Definition	รังสีทางการแพทย์ชนิดก่อไอออนหมายถึง กัมมันตภาพรังสี ซึ่งหมายถึง รังสีที่ธาตุกัมมันตรังสีปลดปล่อยออกมา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายใน นิวเคลียสของกัมมันตรังสี มี 3 ชนิด แต่เครื่องมือทางรังสีในโรงพยาบาลอัญญา รักษ์สงขลาใช้เฉพาะรังสีเอกซ์ โดยรังสีเอกซ์ (X-ray หรือ Rontgen ray) เป็นรังสีแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีความยาวคลื่นในช่วง 10 ถึง 0.01 นาโนเมตร ตรงกับความถี่ในช่วง 30 ถึง 30,000 เพตะเฮิร์ตซ์ (10 <sup>15</sup> เฮิร์ตซ์) ในเบื้องต้นมีการใช้รังสีเอกซ์สำหรับถ่ายภาพเพื่อการวินิจฉัยโรค รังสีเอกซ์ เป็นการแผ่รังสีแบบแตกตัวเป็นไอออนและมีอันตรายต่อมนุษย์
2	เป้าหมาย Goal	ควบคุมสิ่งคุกคามด้านรังสีไอออนแตกตัวให้อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ใช้ หลักการ ALARA (as low as reasonably achievable) คือ เลือกใช้ ปริมาณรังสีให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยภาพที่ได้เพียงพอต่อการวินิจฉัย
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	โรงพยาบาลอัญญา รักษ์สงขลา มีการใช้เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ซึ่งมีรังสี ชนิดก่อไอออน คือ รังสีเอกซ์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและ บุคลากร เช่น ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของยีน การเปลี่ยนแปลงของ โครโมโซม การแบ่งตัวของเซลล์ล่าช้าและเซลล์ถูกทำลาย นอกจากนี้ยัง เกิดฝังพิดที่ปอด มีผลต่อไต ต่าเป็นต่อกระดูก โรคโลหิตจางชนิด Aplastic ทำให้เป็นหมัน โรคผิวหนังและอายุสั้น
4	แนวทาง Process	แนวทางการป้องกันผลกระทบแก่บุคลากร <ul style="list-style-type: none"> <li>- นำแนวปฏิบัติ ความปลอดภัยทางรังสีในงานทางการแพทย์ ของ กระทรวง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงาน</li> <li>- มีการบริหารจัดการตามมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการ ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เกี่ยวกับรังสีก่อไอออน พ.ศ. 2557</li> <li>- มีแนวปฏิบัติที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานกับรังสีได้รับรังสีน้อยที่สุด</li> <li>- ตรวจสอบรังสีของสถานที่ปฏิบัติการ และสอบเทียบเครื่องมืออย่างน้อยปี ละ 1 ครั้ง</li> <li>- จัดทำกฎระเบียบ วิธีการปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร และประกาศให้ ทราบโดยทั่วกัน</li> <li>- ขณะปฏิบัติงานต้องอยู่ให้ไกล หรือ ห่างจากแหล่งกำเนิดรังสีให้มากที่สุด เท่าที่จะทำได้ เนื่องจากความเข้มของรังสีจะลดลง</li> <li>- ใช้หลักการ ALARA คือ เลือกใช้ปริมาณรังสีให้น้อยที่สุด เท่าที่จะทำได้</li> </ul>

ที่	Personnel Safety	Radiation Hazard (สิ่งคุกคามรังสีชนิดก่อไอออน รังสีเอกซ์)
		<p>ในทางการแพทย์ เป็นคำย่อที่มาจากข้อความ “as low as reasonably achievable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีที่เหมาะสมให้กับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐาน เช่น เสื้อตะกั่ว ฉากตะกั่ว เป็นต้น</li> <li>- มีการประเมินปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับด้วยวิธีที่เหมาะสมโดยติดอุปกรณ์บันทึกปริมาณรังสีประจำตัวบุคคล และประเมินทุก 3 เดือน</li> <li>- มีการเก็บบันทึกผลการประเมินการได้รับรังสีของบุคลากรทุกคน และมีการแจ้งผลแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องให้ทราบ</li> <li>- มีการเฝ้าระวังสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพประจำปี</li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	จัดการอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงานกับรังสีทางการแพทย์กับแก่บุคลากรใหม่และบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานกับรังสี อบรมความรู้ทางด้านอาชีพอนามัย
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	ตรวจวัดรังสีของสถานที่ปฏิบัติการ โดยตรวจวัดระดับรังสี 2 ปีครั้ง ประเมินปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงาน อย่างน้อย 3 เดือนต่อครั้ง
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับการประเมินปริมาณรังสี
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ I หมวดที่ 5 ข้อ 5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.1) ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน (1), (2), (3) และ (4), ตอนที่ II หมวดที่ 7 ข้อ 7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ก. การวางแผนทรัพยากร และการจัดการ (4) ค.การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (2) และ (3)</p>

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## P: Process of work

## P2: Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder

## P2.4 Biomechanical Hazard

## ทีมอาชีวอนามัย และทีม ENV

ที่	Personnel Safety	Biomechanical Hazard (สิ่งคุกคามจากชีวกลศาสตร์)
1	คำจำกัดความ Definition	ชีวกลศาสตร์ ได้แก่ ท่าทางการทำงาน การยกเคลื่อนย้ายสิ่งของ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทำให้เกิดการบาดเจ็บของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	บุคลากรในสถานพยาบาลมีกระบวนการทำงาน ที่มีท่าทางในการทำงานที่ฝืนธรรมชาติและมีการยกเคลื่อนย้ายสิ่งของและผู้ป่วยบ่อยครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากต้องทำงานหลายกิจกรรมในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง
4	แนวทาง Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย</li> <li>- มีแนวทางการยก / เคลื่อนย้ายผู้ป่วย</li> <li>- ดูแล บำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ</li> <li>- ส่งเสริมการออกกำลังกายของบุคลากร ออกกำลังกาย แอโรบิค โดยความร่วมมือของทีมนักวิชาการสาธารณสุข</li> <li>- จัดกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อให้แก่บุคลากร โดยทีมนักวิชาการสาธารณสุข ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ยืดเหยียดวันละ 2 เวลา คือเวลา 10.30น และ เวลา 14.30 น.ของทุกวัน</li> </ul>
5	การฝึกอบรม Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดการอบรมให้ความรู้ด้านกายศาสตร์แก่บุคลากร</li> <li>- อบรมความรู้ทางด้านอาชีวอนามัย</li> </ul>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรที่เกิดจากการบาดเจ็บโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงานในการทำงานและการยกเคลื่อนย้ายอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วยเช่น เล่นกีฬา อายุ งานอดิเรกหรือการทำงานบ้าน
8	เอกสารอ้างอิง Reference	Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2 0 1 8 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้นคือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ I หมวดที่ 5 ข้อ 5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.1) ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน (1), (2), (3) และ (4)

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## P: Process of work

## P3 Fitness for work or Duty Health Assessment

## P3.2 Medical Surveillance Program

## ทีมอาชีพอนามัยและทีมENV

ที่	Personnel Safety	Medical Surveillance Program
1	คำจำกัดความ Definition	การเฝ้าระวังทางการแพทย์ ระหว่างสัมผัสและหลังสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพต่อสุขภาพจะทำให้ลดผลกระทบต่อสุขภาพที่ร้ายแรงหรือถาวรได้
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อการป้องกันระดับทุติยภูมิ กรณีที่โดนเข็มตำและสัมผัสสารคัดหลั่งเลือด น้ำเหลือง
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	ข้อเสนอแนะของ มาตรฐานสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัยแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Occupational Safety and Health Administration : OSHA) กำหนดให้ผู้ที่ทำงานที่ต้องสัมผัส blood borne pathogens ต้องมีการเฝ้าระวังทางการแพทย์ (medical surveillance)
4	แนวทาง Process	หากบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุเข็มตำ หรือสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบี/HIV ให้ปฏิบัติตามแนวทาง standard precaution ของโรงพยาบาล
5	การฝึกอบรม Training	บุคลากรทุกคนต้องได้รับการอบรมแนวทางการปฏิบัติเมื่อโดนเข็มตำ หรือสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบี/HIV
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	ติดตามรายงานการเกิดอุบัติเหตุโดนเข็มตำและสัมผัสสารคัดหลั่ง เลือด น้ำเหลือง
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	การเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุโดนเข็มตำและสัมผัสสารคัดหลั่ง เลือด น้ำเหลืองไม่ครอบคลุม
8	เอกสารอ้างอิง Reference	Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้นคือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ I หมวดที่ 5 ข้อ 5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.1) ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน (1), (2), (3) และ (4), ตอนที่ II หมวดที่ 4 ข้อ 4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC.1) ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (4) และ (5), ข้อ 4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (IC.2) ข. การป้องกันการติดเชื้อกลุ่มเฉพาะ (3)

L: Lane (Ambulance) and Legal Issues	
L 1	Ambulance and Referral Safety
L 1.1	In-Transit Ambulance Safety
L 1.3	Ambulance Driving Safety
L 2	Legal Issues
L 2.1	Informed Consent
L 2.2	Medical Record and Documentation



## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## L: Land (Ambulance) and Legal Issues

## L 1: Ambulance and Referral Safety

## L 1.1 In-Transit Ambulance Safety

## NSO &amp; PCT

ที่	Personnel Safety	In-Transit Ambulance Safety
1	คำจำกัดความ Definition	In-Transit Ambulance หมายถึง การปฏิบัติการดูแลและรักษาผู้ป่วยบนรถพยาบาลขณะนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล
2	เป้าหมาย Goal	การตายการบาดเจ็บของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บนรถพยาบาลจากอุบัติเหตุรถพยาบาลลดลง
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	สถานการณ์ของประเทศไทยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 แม้จะมีการสนับสนุนให้ความรู้และมีมาตรการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ บนรถพยาบาลแล้วก็ตามแต่ จากการเก็บข้อมูลโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในปี พ.ศ.2556 ปรากฏว่ายังพบอุบัติเหตุรถพยาบาล 61 ครั้ง ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บรวมทั้งจำนวน 131 คนและมีผู้เสียชีวิต 19 คน มาตรฐานความปลอดภัยของอุปกรณ์ที่ลดความรุนแรงขณะชนยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่นานาชาติยอมรับและใช้อย่างแพร่หลาย ดังนั้นการปรับปรุงรถพยาบาลเพื่อให้ได้มาตรฐานความปลอดภัยตามที่ได้รับการยอมรับระดับนานาชาติ จึงสมควรเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่จะลดการบาดเจ็บ การตายของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บนรถพยาบาล
4	แนวทาง Process	จากการศึกษามาตรฐานรถพยาบาลของกลุ่มประเทศยุโรปและงานวิจัยต่างๆ พบว่ามาตรฐานความปลอดภัยของรถพยาบาลนั้นต้องได้รับการออกแบบด้านวิศวกรรมเป็นอย่างดีตั้งแต่ตัวถังรถการติดตั้งอุปกรณ์ยึดตรึงเครื่องมือและการติดตั้งอุปกรณ์ความปลอดภัยและได้มาตรฐานการทนแรงในทุกทิศทาง 10 G ทั้งตัวอุปกรณ์และวิธีการติดตั้ง (10 G คือมาตรฐานการติดตั้งอุปกรณ์ เก้าอี้ เติียงและตกแต่งภายในต่างๆ ภายในห้องพยาบาลของรถพยาบาล ตามการคำนวณแรงกระทำต่อจุดยึดในทิศทางไปข้างหน้า ข้างหลัง ด้านซ้ายและด้านขวา โดยจุดยึดดังกล่าวต้องสามารถทนแรงได้ไม่น้อยกว่า 10 เท่าของน้ำหนักวัตถุชิ้นๆ) 1. อุปกรณ์เกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ งานวิจัยต่างระบุว่าการจัดวางหรือตกแต่งภายในของส่วนห้องพยาบาลบนรถพยาบาลนั้นไม่ได้คำนึงถึงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่มากเท่าที่ควร ตัวอย่างเช่น การวางอุปกรณ์การแพทย์ส่วนมากไว้ที่ฝั่งตรงข้ามกับเก้าอี้ที่นั่งของเจ้าหน้าที่ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องถอดเข็มขัดนิรภัยเพื่อไปใช้อุปกรณ์นั้น การแก้ปัญหาคือ ปรับการวางอุปกรณ์ที่ใช้อย่างเช่นเครื่องวัดสัญญาณชีพ มาติดตั้งที่ฝั่งเก้าอี้ที่นั่งเจ้าหน้าที่ หรือจัดซื้ออุปกรณ์ที่สามารถควบคุมผ่าน

ที่	Personnel Safety	In-Transit Ambulance Safety
		<p>อุปกรณ์ไร้สายได้ (remote controller) เมื่อเจ้าหน้าที่นั่งบนเก้าอี้ที่ยึดไม่ได้มาตรฐานและใช้เข็มขัดนิรภัยที่ไม่ผ่านการทดสอบย่อมไม่สามารถลดการเกิดการบาดเจ็บและการตายได้ ดังนั้นมาตรฐานความปลอดภัยของเก้าอี้ที่นั่งและเข็มขัดนิรภัยควรได้มาตรฐานการทนแรงในทุกทิศทาง 10 G ทั้งตัวอุปกรณ์และวิธีการติดตั้ง</p> <p>2. อุปกรณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย</p> <p>ในทำนองเดียวกันหากผู้ป่วยนอนบนเตียงพยาบาลที่เข็มขัดนิรภัย เตียงและฐานรองเตียงไม่ได้มาตรฐานย่อมไม่สามารถลดการเกิดการบาดเจ็บและการตายได้ ดังนั้นมาตรฐานของเตียงผู้ป่วย ฐานเตียงและวิธีการติดตั้งควรได้มาตรฐานการทนแรงในทุกทิศทาง 10 G ทั้งตัวอุปกรณ์และวิธีการติดตั้ง</p> <p>3. การยึดตรึงอุปกรณ์การแพทย์บนรถพยาบาล</p> <p>วัตถุที่มีมวลทุกอย่างตามหลักฟิสิกส์จะมีแรงเฉื่อย ดังนั้นเมื่ออุปกรณ์การแพทย์ที่มีน้ำหนักอยู่บนรถพยาบาลที่วิ่งด้วยความเร็วและเมื่อเกิดการหยุดกะทันหันจากอุบัติเหตุอุปกรณ์การแพทย์จะลอยออกจากชั้นวางและสามารถกระแทกผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ การแก้ปัญหาคือการจัดให้อุปกรณ์ทุกชิ้นที่เคลื่อนที่ได้ให้ติดตั้งลงบนฐานเฉพาะของอุปกรณ์นั้นๆ โดยที่ฐานยึดอุปกรณ์ต้องผ่านการทดสอบความทนแรงทุกทิศทาง 10 G</p> <p>(หมายเหตุ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ไม่มีรถ Ambulance ใช้การประสานงานในการใช้รถกับเทศบาลตำบลเกาะแก้ว)</p>
5	การฝึกอบรม Training	<p>อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยดังกล่าวจะไม่เกิดประโยชน์ใดๆ หากผู้ปฏิบัติไม่ได้ใช้อย่างถูกต้อง ดังนั้น สถานพยาบาลควรต้องอบรมทัศนคติและการปฏิบัติการเพื่อความปลอดภัยของตนเองและผู้รับบริการ</p>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<p>1. รถพยาบาลของเทศบาลตำบลเกาะแก้ว มีเก้าอี้พร้อมเข็มขัดนิรภัยที่ได้มาตรฐาน เตียงผู้ป่วยและฐานรองเตียงที่ได้มาตรฐานและอุปกรณ์การแพทย์ได้รับการยึดด้วยมาตรฐานความปลอดภัย</p> <p>2. ข้อมูลอุบัติการณ์และความรุนแรงจากอุบัติเหตุรถพยาบาลทำให้เกิดการตาย การบาดเจ็บของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บนรถพยาบาล</p>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	<p>อุปกรณ์การแพทย์ เก้าอี้และเตียงผู้ป่วยนั้นแม้จะผ่านมาตรฐาน 10 G ที่ผ่านการทดสอบจากต่างประเทศมาแล้ว ยังคงต้องได้รับการยึดกับตัวถังรถด้วยมาตรฐาน 10 G ดังนั้นโรงงานผู้ผลิตต้องมีเอกสารรับรองวิธีการติดตั้งด้วยมาตรฐาน 10 G ที่รับรองด้วยองค์กรที่น่าเชื่อถือด้วย</p>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2 0 1 8 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้นคือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ III หมวดที่ 6 การดูแลต่อเนือง (COC) (3)</p>

ที่	Personnel Safety	In-Transit Ambulance Safety
		European Committee for Standardization (CEN). Final Draft prEN 1789 "Medical vehicles and their equipment - Road ambulances". November 2006.

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## L: Land (Ambulance) and Legal Issues

## L 1: Ambulance and Referral Safety

## L 1.3: Ambulance Driving Safety

## NSO &amp; PCT

ที่	Personnel Safety	Ambulance Driving Safety
1	คำจำกัดความ Definition	รถปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และรถพยาบาล หมายถึง รถปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาล ในสถานพยาบาล ที่ปฏิบัติการทั้งนำส่งผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อผู้ป่วย
2	เป้าหมาย Goal	เพื่อให้ทุกชีวิตปลอดภัยในรถพยาบาล (บุคลากรทางแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ ตลอดจนผู้ร่วมทางในการใช้รถใช้ถนน)
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	<p>1. เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าและมีความสำคัญยิ่งในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทุกชาติ ทุกภาษา ทุกเพศ ทุกวัย ทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเหล่านั้นพ้นภาวะวิกฤติ ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ได้เสียสละ และทุ่มเทปฏิบัติงานด้วยความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติบนรถพยาบาล และมีความเสี่ยงอันตรายสูงมากในการเกิดอุบัติเหตุจราจรระหว่างเดินทางบนท้องถนน</p> <p>2. สำนักงานพยาบาล ได้ศึกษาจำนวนบุคลากรที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมา มีผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้ป่วย จำนวน 4,315 รายมีเสียชีวิต 21 ราย พิกการถาวร 12 ราย ผู้ได้รับความเสียหายมากกว่า 50 เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ข้อมูล ณ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2557) <a href="http://www.thairath.co.th/content/401245">http://www.thairath.co.th/content/401245</a></p> <p>3. รถปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาลมีแนวโน้มที่ประสบอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นและก่อให้เกิดการบาดเจ็บ และเสียชีวิตของทีมแพทย์พยาบาล ตลอดจนผู้ป่วยและญาติจากการรวบรวมข้อมูลการเฝ้าระวังอุบัติเหตุรถพยาบาล ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2559 ตลอด 3 ปีที่ผ่านมา รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรถพยาบาลเกิดอุบัติเหตุจำนวน 142 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 222 รายโดยมีพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยคู่กรณีเสียชีวิตรวม 36 ราย ซึ่งผู้เสียชีวิตเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และพนักงานขับรถ</p>
4	แนวทาง Process	<p>แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของรถปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาล</p> <p>1. แนวปฏิบัติพนักงานขับรถ</p> <p>1.1 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือยาเสพติด รวมถึงยาที่ทำให้ง่วงนอน ก่อน และขณะขับรถปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาล</p>

ที่	Personnel Safety	Ambulance Driving Safety
		<p>1.2 ห้ามขับรถปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาลฝ่าสัญญาณไฟแดงทุกกรณี</p> <p>1.3 เคารพกฎจราจร ไม่ขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด จำกัดความเร็วรถปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาลไม่เกิน 80 กม./ ชม.</p> <p>1.4 พนักงานขับรถปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาล ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมพนักงานขับรถปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาล</p> <p>1.5 ให้รถพยาบาลติดตั้ง GPS</p> <p>1.6 ให้รถปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาล ติดตั้งกล้องวงจรปิดอย่างน้อย 2 จุด</p> <p>1.7 ไม่ใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่</p> <p>1.8 ตรวจสอบความพร้อมของรถ ก่อนออกเดินทาง</p> <p>1.9 พักทุกๆ 2 ชั่วโมง หรือระยะทางทุกๆ 150 กิโลเมตร</p> <p>1.10 การบำรุงรักษาเพื่อให้พร้อมใช้งาน</p> <p>2. แนวปฏิบัติผู้บริหาร</p> <p>2.1 หัวหน้าหน่วยงานแต่ละระดับ ประกาศนโยบายวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและมีการสื่อสารให้บุคลากรในองค์กร ให้ทราบและเข้าใจ ให้ทั่วถึง ตลอดจนกำกับติดตาม ประเมินผล เช่น ประกาศนโยบายเป่าวัดปริมาณแอลกอฮอล์ ก่อนขึ้นขับรถ</p> <p>2.2 การจัดให้มีห้องพักสำหรับพนักงานขับรถปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาลเพื่อป้องกันการเหนื่อยล้า</p> <p>2.3 ทำประกันภัยรถพยาบาล</p> <p>2.4 กรณีเดินทางไกล เกินกว่า 400 กิโลเมตร ควรมีพนักงานขับรถ 2 คน</p> <p>2.5 ควรมีการตรวจสุขภาพ สมรรถนะ ที่เกี่ยวข้องกับการขับรถ เพื่อประเมินความเหมาะสมสำหรับการเป็นพนักงานขับรถ</p>
5	การฝึกอบรม Training	<p>1. อบรมหลักสูตรขับรถปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาล (Emergency Vehicle Operation Course) หลักสูตร 2 วัน สำหรับผู้ที่จะหลักสูตร EMR (Emergency Medical Responder) หรือชื่อเดิม FR (First Responder)</p> <p>2. หลักสูตรฝึกอบรมพนักงานขับรถพยาบาล ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 Thai Emergency Ambulance Driving Course (Team), 1st revised edition หลักสูตร 4 วัน สำหรับพนักงานขับรถที่ไม่เคยอบรม หลักสูตร EMR (Emergency Medical Responder) หรือชื่อเดิม FR (First Responder )</p> <p>3. ต้องอบรมฟื้นฟู (Refresh) ความรู้ให้สำหรับผู้ที่จะ จากข้อ 1 หรือ 2 ทุกปี</p> <p>4. อบรม /ชี้แจง การปฏิบัติงานบนรถปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินการแพทย์และ</p>

ที่	Personnel Safety	Ambulance Driving Safety
		รถพยาบาลเพื่อความปลอดภัย
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	Monitoring 1. มีแบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้ใช้รถปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และรถพยาบาลเช่นพยาบาล ญาติผู้ป่วย 2. นำผลการประเมินความพึงพอใจ เสนอในที่ประชุมผู้บริหารทุกเดือน
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	หากพนักงานขับรถปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาล ยังไม่ตระหนัก หรือให้ความสำคัญเรื่องอุบัติเหตุจราจร อาจทำให้ พนักงานขับรถ บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมใช้รถใช้ถนนบนทางสาธารณะ จะไม่ปลอดภัย
8	เอกสารอ้างอิง Reference	Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ III หมวดที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง (COC) (3)

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## L: Land (Ambulance) and Legal Issues

## L 2: Legal Issues

## L 2.1: Informed Consent

## NSO

ที่	Personnel Safety	Informed Consent
1	คำจำกัดความ Definition	การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ (Informed Consent) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการแจ้งข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและด้านสาธารณสุข รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการที่จะต้องดำเนินการให้แก่ผู้รับบริการได้รับทราบก่อน การดำเนินการให้บริการ
2	เป้าหมาย Goal	ผู้ให้บริการให้ข้อมูลการบริการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและเพียงพอ สำหรับการตัดสินใจของผู้รับบริการในการตัดสินใจรับหรือไม่รับบริการ เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกันและกัน รวมทั้งลด ความเสี่ยงของการถูกฟ้องร้อง
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ถือเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่ต้องแจ้งผู้ป่วยทราบถึงพยาธิสภาพของร่างกาย จิตใจ โรคภัยที่ประสบอยู่และ แนวทางการรักษาที่ถูกต้องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน้าที่ทั้ง <b>ในทางจริยธรรมและตามกฎหมาย</b> มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดให้ผู้ให้บริการต้องให้ข้อมูลการให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อประกอบการตัดสินใจรับหรือไม่รับบริการ หากผู้รับบริการปฏิเสธจะให้บริการนั้นไม่ได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลหรือการบริการด้านการสาธารณสุขอื่น จึงต้องเป็นการให้ข้อมูลที่ <b>ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน</b> ที่จะทำให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจได้ โดยก่อนการให้ข้อมูลจะต้องมีการตรวจวินิจฉัยอย่างรอบคอบแล้ว เมื่อผู้รับบริการได้รับข้อมูลการรักษาพยาบาล ความเสี่ยง ผลข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ก็จะตัดสินใจรับหรือไม่รับบริการ การตัดสินใจดังกล่าวเป็นการยอมรับข้อเท็จจริงในการรักษาและความยินยอมของผู้รับบริการจะคุ้มครองผู้ให้บริการที่ได้ประกอบวิชาชีพอย่างมีมาตรฐานให้ไม่ต้องรับผิดทางกฎหมาย การให้ข้อมูลเป็นคุ้มครอง <b>และรักษาสิทธิของผู้ป่วย</b> ทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีของทั้งสองฝ่ายจะยังคงอยู่ ความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องก็จะลดลง
4	แนวทาง Process	การให้ข้อมูลด้านบริการสาธารณสุขของผู้ให้บริการ มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1. ข้อมูลที่จะต้องให้แก่ผู้รับบริการ ประกอบด้วย - การตรวจวินิจฉัยโรค อาการ และผลที่ตามมา - แนวทางการรักษาโรค - ความเสี่ยงทางการรักษา

ที่	Personnel Safety	Informed Consent
		<p>- ทางเลือกของการรักษา ข้อดี ข้อเสีย</p> <p>- ความเสี่ยงของทางเลือก</p> <p>2. ผู้ให้ข้อมูล</p> <p>3. แนวทางการให้ข้อมูล</p> <p>- การสื่อสาร</p> <p>- รูปแบบการให้ข้อมูล</p> <p>- ขั้นตอน วิธีการให้ข้อมูล</p> <p>4. ผู้รับข้อมูล คือ ผู้ป่วยหรือญาติผู้มีอำนาจกระทำการแทน</p> <p>5. การประเมินค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล</p> <p>6. ความยินยอม หรือข้อตกลงในการรับหรือไม่รับบริการ</p> <p><b>แนวทางปฏิบัติ (กระบวนการดำเนินงาน)</b></p> <p>1. มีกระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยเจ้าหน้าที่ต้องมีขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง วางแนวทางการรักษา และกำหนดข้อมูลที่จะต้องให้แก่ผู้รับบริการ</p> <p>2. กำหนดตัวผู้ที่จะต้องให้ข้อมูล ซึ่งจะต้องเป็นผู้มีความรู้ในเรื่องที่จะให้ข้อมูลอย่างดี เพราะอาจต้องอธิบาย และเป็นผู้ที่มีความสามารถทักษะในการสื่อสาร</p> <p>3. กำหนดแบบฟอร์มการให้ข้อมูล หรือ การจดบันทึกการให้ข้อมูล และกรณีเข้าช้อยกเว้นไม่ต้องให้ข้อมูลตามกฎหมายเพื่อเป็นหลักฐานอ้างอิง</p> <p>4. กำหนดตัวผู้รับบริการ หรือผู้ที่จะต้องรับข้อมูลให้ถูกต้องตามกฎหมาย และมีความเหมาะสม</p> <p>5. เมื่อได้ให้ข้อมูลการบริการอย่างเพียงพอแล้ว ต้องมีบันทึกการรับทราบข้อมูลและการตัดสินใจของผู้รับบริการว่าจะรับบริการนั้นหรือไม่ มีการบันทึกความยินยอมรับหรือปฏิเสธการรับบริการ</p>
5	การฝึกอบรม Training	<p>1. ควรมีการอบรมทักษะ การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลที่จะให้ในแต่ละสาขา การบริการและเทคนิคการสื่อสารแก่เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่ให้ข้อมูล</p> <p>2. ควรให้เจ้าหน้าที่ หรือ อสม. ทำการสื่อสารเผยแพร่ความรู้ในเรื่องการให้ข้อมูลและการให้ความยินยอมแก่ผู้รับบริการหรือประชาชนทั่วไปให้มีความเข้าใจหลักการและสิทธิของผู้ป่วยด้านนี้</p>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<p>1. กำหนดตัวชี้วัดของการให้ข้อมูลและความยินยอมของสถานพยาบาลทุกแห่ง</p> <p>2. ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งผลจากการประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และความพึงพอใจของผู้รับบริการจะแสดงถึงความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน และลดการฟ้องร้อง</p>
7	ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย Pitfall	<p>1. การตรวจวินิจฉัยผิดพลาด ส่งผลให้การให้ข้อมูลผิดพลาด</p> <p>2. เหตุไม่คาดหมายที่เกิดขึ้น นอกเหนือจากที่ให้ข้อมูลไว้</p> <p>3. การสื่อสารผิดพลาด</p>



ที่	Personnel Safety	Informed Consent
8	เอกสารอ้างอิง Reference	Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ III หมวดที่ I การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (Access & Entry) (6) และ (7)

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## L: Land (Ambulance) and Legal Issues

## L 2: Legal Issues

## L 2.2: Medical Record and Documentation

## NSO &amp; PCT

ที่	Personnel Safety	Medical Record and Documentation
1	คำจำกัดความ Definition	บันทึกเวชระเบียน หมายถึง เอกสารที่แพทย์ใช้บันทึกประวัติสุขภาพผู้ป่วย การดำเนินการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย รวมถึงเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2	เป้าหมาย Goal	บันทึกเวชระเบียนมีความถูกต้องสมบูรณ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เป็นสำคัญนำไปสู่การลดความเสี่ยงของการฟ้องคดี
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	ประวัติผู้ป่วยหรือเวชระเบียนเป็นเอกสารสำคัญในกระบวนการรักษาพยาบาล เป็นสิ่งแสดงถึงการดำเนินการต่างๆ ของแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการรักษาโรคให้แก่ผู้ป่วย การเขียนเวชระเบียนอย่างละเอียด มีข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญถูกต้อง ครบถ้วนจะเป็นการช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูง แพทย์มีความมั่นใจในการรักษาเพราะมีข้อมูลที่ <b>ดีเวชระเบียนถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลประเภทหนึ่ง</b> ประกอบด้วยบันทึกสุขภาพทั่วไป การตรวจวินิจฉัยรักษาโรค บันทึกการพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี การให้ยา เป็นต้น ซึ่งมีกฎหมายหลายฉบับบัญญัติให้ความคุ้มครอง และผู้ให้บริการต้องให้ข้อมูลในเวชระเบียนแก่ผู้ป่วย เมื่อมีการร้องขอทั้งนี้ตามกฎหมาย ระเบียบ คำสั่งและเงื่อนไขที่กำหนด นอกจากนี้ยังเป็นเอกสารสำคัญในกระบวนการดำเนินคดีทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยนำมาเป็นหลักฐานในการฟ้องคดีและศาลจะใช้ประกอบการพิจารณาคดี โดยมีคำพิพากษาของศาลในหลายคดีวินิจฉัยว่า <b>เวชระเบียนเป็น เอกสารแสดงการรักษาผู้ป่วย หากไม่ได้บันทึกไว้ถือว่าไม่ได้มีการกระทำนั้นกับผู้ป่วย เวชระเบียนถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลประเภทหนึ่ง</b> ประกอบด้วยบันทึกสุขภาพทั่วไป การตรวจวินิจฉัยรักษาโรค บันทึกการพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี การให้ยา เป็นต้น ซึ่งมีกฎหมายหลายฉบับบัญญัติให้ความคุ้มครอง และผู้ให้บริการต้องให้ข้อมูลในเวชระเบียนแก่ผู้ป่วย เมื่อมีการร้องขอทั้งนี้ตามกฎหมาย ระเบียบ คำสั่งและเงื่อนไขที่กำหนด นอกจากนี้ยังเป็นเอกสารสำคัญในกระบวนการดำเนินคดีทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยนำมาเป็นหลักฐานในการฟ้องคดีและศาลจะใช้ประกอบการพิจารณาคดี โดยมีคำพิพากษาของศาลในหลายคดีวินิจฉัยว่า <b>เวชระเบียนเป็น เอกสารแสดงการรักษาผู้ป่วย หากไม่ได้บันทึกไว้ถือว่าไม่ได้มีการกระทำนั้นกับผู้ป่วย</b> ดังนั้น หากเวชระเบียนได้ถูกบันทึกไว้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน อ่านเข้าใจง่ายและเก็บไว้อย่างเป็นระบบแล้วจะเป็นการยืนยันว่า

ที่	Personnel Safety	Medical Record and Documentation
		<p>การรักษาพยาบาลถูกต้องเป็นไปตามหลักวิชาการใช้พิสูจน์การกระทำในศาลได้ และเมื่อผู้ป่วยนำไปให้ผู้มีความรู้ศึกษา ตรวจสอบแล้ว อาจไม่ติดใจเอาเรื่องฟ้องคดีต่อไปได้ นอกจากนี้การคุ้มครองข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยให้ถูกต้องตามกฎหมายก็เป็นการป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วย และป้องกันเจ้าหน้าที่เองไม่ให้ถูกฟ้อง หรือร้องเรียนว่าเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยโดยผิดกฎหมาย</p>
4	แนวทาง Process	<p><b>แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบันทึกให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทั้งในด้านการรักษาทางการแพทย์ และการปฏิบัติที่สอดคล้องกับบทบัญญัติของกฎหมาย เช่น ต้องบันทึกเรื่องการแจ้งข้อมูลการรักษาพยาบาลหรือการทำหัตถการแก่ผู้ป่วย ช้อยกเว้น ตามกฎหมายที่ไม่ต้องแจ้งข้อมูลก่อน ตามมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไว้ในเวชระเบียนด้วยเพราะจะเป็นหลักฐานในการพิสูจน์ในชั้นศาล เป็นต้น โดยข้อความในเวชระเบียนต้องไม่ขัดแย้งกัน หรือไม่ตรงตามบันทึกการพยาบาล</li> <li>2. การเก็บรักษาเวชระเบียน ในสภาวะการณปกติและในสภาวะที่จะหรือกำลังจะเกิดเรื่องควรแยกไว้ต่างหากจากกันเพื่อความสะดวกในการดูแลและการรักษาความลับ</li> <li>3. การแก้ไขเวชระเบียนต้องมีแนวทางที่ชัดเจนปฏิบัติได้และเป็นแนวทางเดียวกันทุกแห่ง เช่น ต้องแก้ไขเพิ่มเติมตามความเป็นจริง เป็นต้น</li> <li>4. การคุ้มครองข้อมูลเวชระเบียน เช่น ผู้มีสิทธิขอตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือ ผู้ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ผู้รับมอบอำนาจ ทายาท ศาล หรือเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจขอเอกสารตามกฎหมาย เป็นต้น หรือขั้นตอนวิธีการในการเปิดเผย หรือขอสำเนาเวชระเบียนตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 โดยต้องทำเป็นหนังสือ แจ้งวัตถุประสงค์การขอ รับทราบเงื่อนไขการรับสำเนาเอกสาร เป็นต้น</li> <li>5. การดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ โดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสารบรรณ พ.ศ. 2526 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2544 บันทึกถูกต้อง ครบถ้วน การเก็บรักษา การแก้ไข การคุ้มครองข้อมูล การ</li> <li>6. ดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ตามแนวทางปฏิบัติการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา</li> </ol>
5	การฝึกอบรม Training	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ควรให้ความรู้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ให้สามารถเขียนหรือบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้องตามความเป็นจริง มีสาระสำคัญที่เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รวมทั้งการคุ้มครองข้อมูลเวชระเบียน</li> <li>2. ควรมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียน เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ในเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยและ</li> </ol>

ที่	Personnel Safety	Medical Record and Documentation
		บุคคลภายนอกในเรื่องเวชระเบียน
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	1. มีการตรวจสอบ หรือกำหนดตัวชี้วัดการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้องเหมาะสม 2. ตรวจสอบการจัดการเวชระเบียนทั้งระบบเอกสารและระบบอิเล็กทรอนิกส์ อยู่เสมอ
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	1. เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ทางกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการเวชระเบียน ทำให้ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 2. เวชระเบียนไม่สามารถอ่านเข้าใจได้เนื่องจากลายมือแพทย์อ่านไม่ออก เขียนไม่ครบถ้วนบันทึกแพทย์ พยาบาลไม่ตรงกัน
8	เอกสารอ้างอิง Reference	Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ II หมวดที่ 5 ข้อ 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน ก. การวางแผนและออกแบบระบบ (3) และ (5) ข้อ 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2) (1) และ(2)

E: Environment and Working Conditions	
E 1	Safe Physical Environment
E 2	Working Conditions
E 3	Workplace Violence

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## E: Environment and Working Conditions

## E 1: Safe Physical Environment

## (ENV)

ที่	Personnel Safety	Safe Physical Environment
1	คำจำกัดความ Definition	สภาพการระบายนอกอากาศและปรับอากาศในสถานพยาบาล ที่ไม่เหมาะสม อันเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อทางอากาศจากผู้ป่วยสู่บุคลากร หรือจากบุคลากรสู่ผู้ป่วย หรือจากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วยนอกจากการติดเชื้อทางอากาศ แล้ว ยังมีสภาวะการขาดอากาศและการสะสมของอากาศเสียและสารพิษตกค้าง ในอากาศ
2	เป้าหมาย Goal	บุคลากร และผู้ป่วยในสถานพยาบาล รวมถึงญาติผู้ป่วยและผู้มาติดต่อกับสถานพยาบาลมีความปลอดภัยจากภาวะการติดเชื้อทางอากาศ สถานพยาบาลมีคุณภาพอากาศที่ดี ไม่เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคและสารพิษ ภายในอาคารบริการ
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	จากผลสำรวจ การตรวจสอบคุณภาพอากาศในสถานพยาบาลตามภารกิจของกองวิศวกรรมการแพทย์ พบว่าคุณภาพอากาศของสถานพยาบาลจำนวน 387 แห่ง อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางอากาศ อันเนื่องมาจากขาดการระบายอากาศที่ดี และไม่มีการบริหารจัดการดูแลบำรุงรักษาระบบที่ถูกต้อง จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน มีจำนวนสูงถึง 223 แห่ง และมีความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะเกิดอันตรายครุที่จะได้รับการแก้ไขจำนวน 4 แห่ง ในขณะที่พบว่ามีสถานพยาบาลอยู่ในสภาพปกติตามเกณฑ์มาตรฐาน และไม่พบว่ามีอาการติดเชื้อจากการทำงานของบุคลากร หรือสารพิษตกค้างจากการปฏิบัติงาน เพียง 160 แห่งเท่านั้น ดังนั้นการบริหารจัดการคุณภาพอากาศในสถานพยาบาล จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการจัดการอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ เพื่อปกป้องบุคลากรให้มีความปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดีในการทำงาน
4	แนวทาง Process	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดให้มีการควบคุมคุณภาพอากาศ ตามบริบทและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน เช่น อัตราการระบายอากาศที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่การควบคุมความดันอากาศและทิศทางการไหลของอากาศ การกำจัดสิ่งปนเปื้อนออกจากอากาศ จัดการให้มีอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม กับชนิดและประเภทการให้บริการ (สำหรับบางพื้นที่ได้ถูกกำหนดไว้ในมาตรฐานหรือกฎหมายควบคุมอาคาร)</li> <li>2. ดำเนินการตามแผนการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมตามสภาพการใช้งานรวมถึงการจัดการงบประมาณสนับสนุนการบำรุงรักษาอย่างเพียงพอ</li> <li>3. มีระบบการควบคุมและตรวจสอบ ที่ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพอากาศและความพึงพอใจของผู้รับบริการ บุคลากร และผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็น</li> </ol>

ที่	Personnel Safety	Safe Physical Environment
		<p>องค์ประกอบในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงการบริหารจัดการคุณภาพอากาศในสถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น</p> <p>4. มีระบบการติดตาม ประเมินผล แผนปฏิบัติงานการควบคุมคุณภาพอากาศอย่างต่อเนื่องและสามารถสั่งการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากสถานการณ์ โรคติดต่ออุบัติใหม่หรือมีการระบาดของโรคตามฤดูกาล การเตรียมความพร้อมรับมือในภาวะวิกฤต เพื่อให้สถานพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการได้อย่างปลอดภัย</p> <p>5. ในกรณีที่พื้นที่ที่ต้องมีการจัดการที่ซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือหรือผู้เชี่ยวชาญและชำนาญงานเฉพาะการควบคุมคุณภาพอากาศ เช่น ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน ฯลฯ โดยมีช่องทางในการปรึกษาหรือรับบริการที่เหมาะสมและรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์</p>
5	การฝึกอบรม Training	<p>1. บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรมการควบคุมคุณภาพอากาศที่เหมาะสม วิธีการปฏิบัติเพื่อให้ได้คุณภาพอากาศที่ดี การตรวจสอบคุณภาพอากาศเบื้องต้นด้วยตัวเองและวิธีการป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จากภัยคุกคามทางสารเคมี หรือการติดเชื้อทางอากาศ การมีส่วนร่วมในการดูแลบำรุงรักษาอุปกรณ์ในระบบปรับอากาศและการระบายอากาศ</p> <p>2. บุคลากรด้านบริหารจัดการระบบ ได้รับการอบรม การวางแผนการติดตั้งบำรุงรักษา รวมถึงการตรวจสอบ ทดสอบระบบตามเกณฑ์มาตรฐานและกฎหมายกำหนด อบรมการบำรุงรักษาห้องสะอาดพิเศษเฉพาะสถานพยาบาล ที่มีความซับซ้อน</p>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<p>1. บุคลากรทางการแพทย์ มีอัตราการติดเชื้อจากผู้ป่วยลดลง</p> <p>2. ผู้ป่วย ผู้รับบริการ มีอัตราการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนลดลง</p> <p>3. สำรวจความพึงพอใจจากบุคลากร และผู้รับบริการ</p> <p>4. รายงานผลการทดสอบ ตรวจสอบคุณภาพอากาศ และระบบรายงานความเสี่ยง</p>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	<p>1. การปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้อง จะเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อราในอาคาร เช่น การเช็ดถูพื้นด้วยน้ำเปียกมากเกินไป และปล่อยให้แห้งเอง ไอน้ำจากการระเหย จะช่วยให้มีความชื้นในอากาศสูง ทำให้เชื้อราเจริญเติบโตได้ง่าย</p> <p>2. การใช้เครื่องมือที่ไม่ถูกต้องในห้อง เช่น ติดตั้งหม้อต้มน้ำร้อนในตำแหน่งที่อยู่ใต้เครื่องปรับอากาศ จะทำให้ความชื้นในอากาศสูง เครื่องปรับอากาศไม่สามารถทำความเย็นได้ตามที่ต้องการ</p> <p>3. การใช้สารเคมีอันตราย ในพื้นที่อับอากาศ หรือ การทำงานในพื้นที่อับอากาศ จะต้องมีการเตือน อันตราย และมีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในกรณีปฏิบัติงานปกติ</p> <p>4. ส่วนใหญ่จะพบว่า การบำรุงรักษาไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามแผน เป็นเหตุให้คุณภาพอากาศไม่เป็นไปตามมาตรฐาน</p>

ที่	Personnel Safety	Safe Physical Environment
8	เอกสารอ้างอิง Reference	Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ II หมวดที่ 3 ข้อ 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1) ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ, หมวดที่ 4 ข้อ 4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (IC.2) ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป (2)



## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## E: Environment and Working Conditions

## E 2: Working Conditions

## (ENV)

ที่	Personnel Safety	Working Conditions
1	คำจำกัดความ Definition	จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) รายงานว่า สภาพการทำงานในระบบบริการสุขภาพ (health care working conditions) ที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ คือ Workforce Staffing, Workflow Design, Personal/Social Issues, Physical Environment และ Organizational Factors
2	เป้าหมาย Goal	1. บุคลากรทุกคนทำงานภายใต้สภาพการทำงานที่มั่นคง ปลอดภัย ตลอดเวลา 2. บุคลากรมีความพึงพอใจ มีความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตการทำงาน (quality of working life)
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการโดยตรงต่อผู้ป่วย ความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ของบุคลากร เป็น human factors ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งสภาพการทำงานที่เอื้อต่อการทำงาน และมีความปลอดภัย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของประสิทธิภาพการทำงานของบุคคล ซึ่งส่งผลทั้งต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย และองค์กร
4	แนวทาง Process	1. Workforce Staffing 1.1 จัดระบบและดำเนินการบริหารจัดการอัตรากำลังให้มีบุคลากรเพียงพอ กับภาระงานแต่ละประเภททั้ง ปริมาณอัตรากำลัง และทักษะของบุคลากรที่เหมาะสมกับงาน (workload management and adhere to safe staffing levels) 1.2 วางแผน และพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งดำเนินการสรรหาและธำรงรักษาบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้หน่วยงานมีบุคลากร ความรู้ ความสามารถและทักษะเพียงพอต่อการทำงานที่รับมอบหมาย 1.3 ควบคุมกำกับการจัดตารางการทำงานให้บุคลากรมีชั่วโมงการทำงาน และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะบุคลากรที่ทำงานแบบเวรผลัด (shift work) หลีกเลี่ยงการมอบหมายให้บุคลากรทำงานต่อเนื่องยาวนาน เกิน 12 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อป้องกันการเหนื่อยล้า 1.4 มีระบบการทบทวนความพร้อม ความสามารถ และสมรรถนะในการทำงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรที่ทำงานภายใต้

ที่	Personnel Safety	Working Conditions
		<p>สิ่งแวดล้อมที่กดดันหรือมีความเสี่ยง</p> <p>1.5 เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติในการบริหาร อัตรากำลังบนหลักการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและตัวบุคลากร</p> <p>2. Workflow Design</p> <p>2.1 ทบทวนการไหลของงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อออกแบบกระบวนการทำงานให้บุคลากรทำงานได้อย่างราบรื่น เอื้อต่อการทำงานตามมาตรฐาน อย่างเคร่งครัด เช่น มีการลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน ซ้ำซาก พื้นที่การทำงาน สะอาดเป็นระเบียบไม่มีสิ่งกีดขวางมี clinical decision algorithm มีการ ป้องกันความเสี่ยงจากการทำงาน ในแต่ละขั้นตอน</p> <p>2.2 จัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล, เครื่องมือ อุปกรณ์ ในการทำงาน ที่ได้ มาตรฐานให้เพียงพอ มีการฝึกอบรมและระบบประเมินเฝ้าระวังความเสี่ยง จากการดำเนินงาน</p> <p>2.3 ส่งเสริมการใช้ ergonomic systems approach และการใช้ เทคโนโลยี/อุปกรณ์ช่วยในการทำงานให้ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น เร็วขึ้น และไม่ ผิดพลาด</p> <p>2.4 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการทบทวนและออกแบบการ ทำงานที่ปลอดภัย</p> <p>3. Personal/Social หรือ Psychosocial Factors</p> <p>3.1 มีระบบสนับสนุนที่เพียงพอในการทำให้บุคลากรมีความพร้อมทั้ง ร่างกายและจิตใจในการทำงาน</p> <p>3.2 จัดระบบการดูแลบุคลากรที่ต้องทำงานท่ามกลางความกดดันด้าน ร่างกาย หรือจิตใจ (physical and mental demanding work) ซึ่งจะมี ความเครียด เหนื่อยล้า หมดไฟ (burn out) ขาดแรงจูงใจ/ไม่พึงพอใจใน การทำงาน</p> <p>3.3 จัดกิจกรรม หรือมีมาตรการเพื่อส่งเสริม healthy work-life balance</p> <p>3.4 ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และให้ความสำคัญกับการให้โอกาสบุคลากร แต่ละวิชาชีพได้ทำงานอย่างเต็มศักยภาพตามมาตรฐานและจริยธรรม วิชาชีพ</p> <p>3.5 ส่งเสริมและให้ความสำคัญกับการยกย่อง ให้รางวัลเชิดชู บุคลากรที่มี ผลงานเป็นที่ประจักษ์</p> <p>3.6 มีระบบการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร/คุณภาพชีวิตการทำงาน และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>4. Physical Environment</p> <p>4.1 ดำเนินการตามหลักอาชีวอนามัยอย่างเคร่งครัด ในการบริหารจัดการ ความปลอดภัยของอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ อาคาร สถานที่และ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน</p> <p>4.2 เคร่งครัดกับนโยบายความปลอดภัย และการจัดการ ควบคุม และ</p>

ที่	Personnel Safety	Working Conditions
		<p>ป้องกันความเสี่ยงที่จะมีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของบุคลากร ทั้งที่เกิดจากอันตราย/อุบัติเหตุในที่ทำงาน (workplace hazards), การกีดกันเลือกปฏิบัติ (discrimination), ความรุนแรงในที่ทำงาน (physical and psychological violence) และประเด็นอื่นๆ ที่มีผลต่อการทำให้บุคลากรสูญเสียความมั่นคงปลอดภัยส่วนบุคคล (issues pertaining to personal security)</p> <p>5. Organizational Factors</p> <p>5.1 หน่วยงานต้องลงทุนเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากร</p> <p>5.2 สร้างสรรค์วัฒนธรรมการทำงานที่มีความไว้วางใจ ให้ความเคารพกันและกันระหว่างผู้บริหาร กับผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน และระหว่างบุคลากร กับ ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งชุมชน</p> <p>5.3 บริหารอย่างมีธรรมาภิบาล ส่งเสริมกิจกรรมที่จะทำให้มีการสื่อสารภายในองค์กรอย่างเป็นมิตร สร้างความไว้วางใจและการทำงานเป็นทีม</p> <p>5.4 กำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติในเชิงบวก ที่จะทำให้อุตสาหกรรมมีความเสี่ยงหรือความผิดพลาด อย่างสร้างสรรค์ และนำไปสู่การป้องกันแก้ไข</p> <p>5.5 สนับสนุนและให้โอกาสบุคลากรในการพัฒนาตนเองอย่างเท่าเทียม</p>
5	การฝึกอบรม Training	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การฝึกอบรมผู้บริหารทุกระดับ</li> <li>2. การปฐมพยาบาลบุคลากรใหม่ เกี่ยวกับระบบความปลอดภัยในการทำงาน</li> <li>3. ฝึกอบรมทักษะในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคล อย่างสม่ำเสมอ</li> <li>4. ฝึกอบรมบุคลากรแต่ละกลุ่มในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความปลอดภัยในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>5. การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.)</li> </ol>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร</li> <li>2. ปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับการทำงาน</li> <li>3. อุบัติเหตุจากการทำงาน</li> <li>4. ความพึงพอใจในการทำงาน</li> <li>5. Work-Life Balance</li> <li>6. บรรยากาศการทำงาน</li> </ol>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	การขาดการติดตามประเมินผลและทบทวนมาตรการต่างๆ
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้นคือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ I หมวดที่ 5 ข้อ 5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.1) ก. ชีตความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน (1), (2) และ (4) ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน (1) และ (2) ค. สุขภาพและความ</p>

ที่	Personnel Safety	Working Conditions
		ปลอดภัยของกำลังคน (1), (2), (3) และ (4)

## Thanyarak Songkhla hospital Personnel Safety Goals

## E: Environment and Working Conditions

## E 3: Workplace Violence

## (ENV)

ที่	Personnel Safety	Workplace Violence
1	คำจำกัดความ Definition	ความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เกิดจากการกระทำทำใด ๆ ก็ตามที่เกิดขึ้นทางกายภาพ การล่วงละเมิด การข่มขู่ การก่อกวน คุกคามที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน และนอกจากนั้นแล้ว Workplace Violence รวมถึงการคุกคามที่รุนแรงที่ส่งผลต่อจิตใจอีกด้วย
2	เป้าหมาย Goal	ป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน (prevent violence in emergency room)
3	เหตุผลที่ทำเรื่องนี้ Why	ความรุนแรงในห้องฉุกเฉินเป็นปัญหาที่สำคัญ จากการศึกษา Emergency Department Violence Study ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า พยาบาลห้องฉุกเฉิน 54.5% ประสบกับเหตุการณ์ความรุนแรงในที่ทำงาน (workplace violence) และ 95.5% ของพยาบาลเชื่อว่าความรุนแรงในที่ทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 26.6% ของพยาบาลไม่มีความสุขและมีความคิดจะลาออกหรือย้ายงานเนื่องจากความรุนแรงในที่ทำงาน 38.5% และ 76.9% ของเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดที่บริเวณจุดคัดแยก (Triage) และเตียงผู้ป่วย (ตามลำดับ) ความรุนแรงในห้องฉุกเฉินมี 3 ประเภทคือ การถูกทำร้ายด้วยวาจา (verbal threat) การถูกทำร้ายร่างกาย (physical assault) และการสะกดรอยตาม (stalking)
4	แนวทาง Process	Emergency Nurse Association, Occupational Safety and Health Administration (OSHA) และ Joint Commission แนะนำมาตรการและแนวทางในการป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉินดังนี้ 1. ระยะป้องกัน 1.1 ผู้บริหารต้องกำหนดนโยบายความปลอดภัยบุคลากรและการป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน 1.2 จัดทำนโยบาย ไม่ยอมรับความรุนแรง (zero tolerance policy) ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึงสิทธิ์ของผู้ให้บริการ และโรงพยาบาลที่จะดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่สถานพยาบาลกำหนดทันที กรณีเกิดความรุนแรงทั้งร่างกาย วาจา 1.3 Environment Control เช่น ประตู access control ในห้องฉุกเฉิน, กล้องวงจรปิด, มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำห้องฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง ระบบ scan อาวุธ 1.4 จัดสถานที่หรือห้องรอคอย ที่สะดวกสบาย มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น โทรทัศน์ น้ำดื่ม เป็นต้น

ที่	Personnel Safety	Workplace Violence
		<p>1.5 จัดทำแนวปฏิบัติกรณีเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้รับบริการรายอื่น เช่น กรณียกพวกตีกัน การใช้อาวุธ ในห้องฉุกเฉิน เป็นต้น</p> <p>1.6 ประสานงานกับตำรวจ ทหาร เพื่อกำหนดแนวทางร่วมกันในการป้องกันและลดความเสี่ยงกรณีเกิดความรุนแรง</p> <p>1.7 จัดทำแนวทางการประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยและญาติที่มีแนวโน้มจะก่อความรุนแรง (Behavioral Emergency Screening)</p> <p>1.8 จัดตั้ง Behavioral Emergency Response Team (BERT) ซึ่งควรจะประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรม เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย</p> <p>2. ระยะเกิดเหตุ</p> <p>2.1 ขอความช่วยเหลือด่วน (call for help early)</p> <p>2.2 หลีกหนีจากเหตุการณ์ความรุนแรง</p> <p>2.3 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ตำรวจ ทหาร</p> <p>2.4 ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ถ้าความเสี่ยงสูง พิจารณาปิดบริการ</p> <p>2.5 บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและรายงานต่อผู้บริหารทันที</p> <p>3. ระยะหลังเกิดเหตุหรือระยะฟื้นฟู</p> <p>3.1 รายงานเหตุการณ์ตามแนวปฏิบัติที่สถานพยาบาลกำหนด</p> <p>3.2 ค้นหาสาเหตุ (Root Cause Analysis) และแนวทางป้องกัน</p> <p>3.3 จัดทำมาตรการเยียวยาบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง</p>
5	การฝึกอบรม Training	<p>1. อบรม Behavioral Emergency Screening</p> <p>2. อบรมการจัดการกับความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน</p> <p>3. มีการซ้อมแผน</p>
6	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม Monitoring	<p>1. จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน</p> <p>2. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามมาตรฐานการป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน</p>
7	ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา Pitfall	<p>1. ขาดการบริหารจัดการเชิงนโยบายและเชิงระบบเพื่อป้องกันภาวะความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน</p> <p>2. บุคลากรขาดประสบการณ์ในการจัดการกับความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน</p> <p>3. บุคลากรไม่รายงานเหตุการณ์ เพราะรู้สึกว่ารายงานไปก็ไม่มีประโยชน์</p>
8	เอกสารอ้างอิง Reference	<p>Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้นคือการปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ I หมวดที่ 5 ข้อ 5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.1) ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน (1), ตอนที่ II หมวดที่ 3 ข้อ 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1) ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ (1), (2), (4), และ (5) ค. การจัดการ</p>

ที่	Personnel Safety	Workplace Violence
		กับภาวะฉุกเฉิน (1), (2) และ (3)