

## บทนำ

คู่มือการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลปัตตานี จัดขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่/ บุคลากรในทุกหน่วยงานและทุกระดับของโรงพยาบาลปัตตานี มีความรู้ความเข้าใจในการค้นหา ประเมิน/ ฝ้าระวัง และสามารถจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงเมื่อต้องประสบเหตุการณ์ความเสี่ยงในรูปแบบต่าง ๆ ได้ตามมาตรฐานอย่างเหมาะสม ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ซึ่งงานการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจะเกิดผลสำเร็จหรือไม่นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือ ความเข้าใจ รวมทั้งการยอมรับและเปิดใจกว้างของบุคลากรในโรงพยาบาลทุกคน เนื่องจากงานการบริหารความเสี่ยงเป็นการค้นหาข้อบกพร่องหรือสิ่งที่เป็นปัญหาในการทำงาน นำปัญหาเหล่านั้นมา ทบทวนค้นหาถึงรากของสาเหตุที่แท้จริง เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาระบบ วางมาตรการในการป้องกันแก้ไข ไม่ให้เกิดปัญหานั้นๆ ซ้ำอีก เป็นการพัฒนาคุณภาพองค์กรให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เป็นมาตรฐานเพื่อ ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง  
โรงพยาบาลปัตตานี

## สารบัญ

### เรื่อง

### หน้า

ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลปัตตานี

- เป้าหมาย
- นโยบาย
- วัตถุประสงค์
- เข็มมุ่ง
- ขอบเขต
- คำจำกัดความ

โครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ของระบบบริหารความเสี่ยง

วัฒนธรรมความปลอดภัย

การบริหารความเสี่ยง

- ประเภทความเสี่ยง
  - ความเสี่ยงทั่วไป
  - ความเสี่ยงทางคลินิก
- ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง
  - ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง
  - ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและการวิเคราะห์ความเสี่ยง
  - ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง
  - ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและการประเมินผล

## สารบัญ

## เรื่อง

## หน้า

2 P SAFETY GOAL

การบริหารจัดการข้อร้องเรียน

Root cause analysis

แนวทางการจัดทำ Risk register

เอกสารอ้างอิง

ภาคผนวก

- ความเสี่ยงสำคัญ โรงพยาบาลปัตตานี
- ฟอรัมการทำ RCA
- ฟอรัมบัญชีความเสี่ยงปี 2563
- ฟอรัม risk register

## ระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลปัตตานี

### ชื่อหน่วยงาน:

คณะกรรมการระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลปัตตานี

### เป้าหมาย:

“เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร”

### นโยบายระบบบริหารความเสี่ยง

1. กำหนดให้ความปลอดภัย (2P Safety) เป็นเป้าหมายหลัก
2. ทุกหน่วยงานมีระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
3. ความเสี่ยงสำคัญขององค์กรต้องได้รับการแก้ไข
4. พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองต่อการบริหารความเสี่ยงขององค์กร
5. การบริหารความเสี่ยงด้วยหลักการ “ไม่ตำหนิ (No Blame)”

### วัตถุประสงค์:

1. กำหนดความเสี่ยงสำคัญขององค์กรตามมาตรฐานความปลอดภัยและบริบทเชิงมุ่งขององค์กร
2. เพิ่มการเข้าถึงอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งจาก Programการบริหารความเสี่ยงและจาก Trigger tool
3. ความเสี่ยงสำคัญขององค์กรต้องได้รับการแก้ไข
4. บุคลากรทุกระดับต้องมีความรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงที่เพียงพอต่อการบริหารความเสี่ยงที่พบ
5. สร้างวัฒนธรรมการไม่ตำหนิ (No Blame) ในงานคุณภาพ

### เชิงมุ่ง:

1. Patient and Personal safety goal
  - 1.1 ความปลอดภัยในกระบวนการใช้ยา
  - 1.2 การป้องกันการติดเชื้อดื้อยา
  - 1.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาล
  - 1.4 รถพยาบาลปลอดภัย
  - 1.5 การจัดการข้อร้องเรียนและข้อขัดแย้งด้านการรักษาพยาบาล

## 2. พัฒนาระบบบริการทางคลินิก

2.1 Sepsis

2.2 Stroke (Hemorrhage, Ischemic)

2.3 PPH

### ขอบเขต:

1. กำกับติดตาม และควบคุมดูแลผู้ที่ได้รับมอบอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการกระบวนการ เพื่อการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. ระบุ ประเมินและจัดการความเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
3. ควบคุมการนำกระบวนการจัดการความเสี่ยงไปใช้ในทางปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบและ/ หรือโอกาสเกิดความเสียหาย
4. ประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์และทบทวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
5. ส่งเสริม สนับสนุนด้านความรู้ในการบริหารจัดการความเสี่ยงให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

### คำจำกัดความ:

**ความเสี่ยง** หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดหมายหรือโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย/ ความสูญเสีย ความรวดเร็วหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การบาดเจ็บ เหตุร้าย การเกิดอันตราย สูญเสียทรัพย์สิน/ชื่อเสียงที่เป็นภาพลักษณ์ขององค์กรและบุคลากร

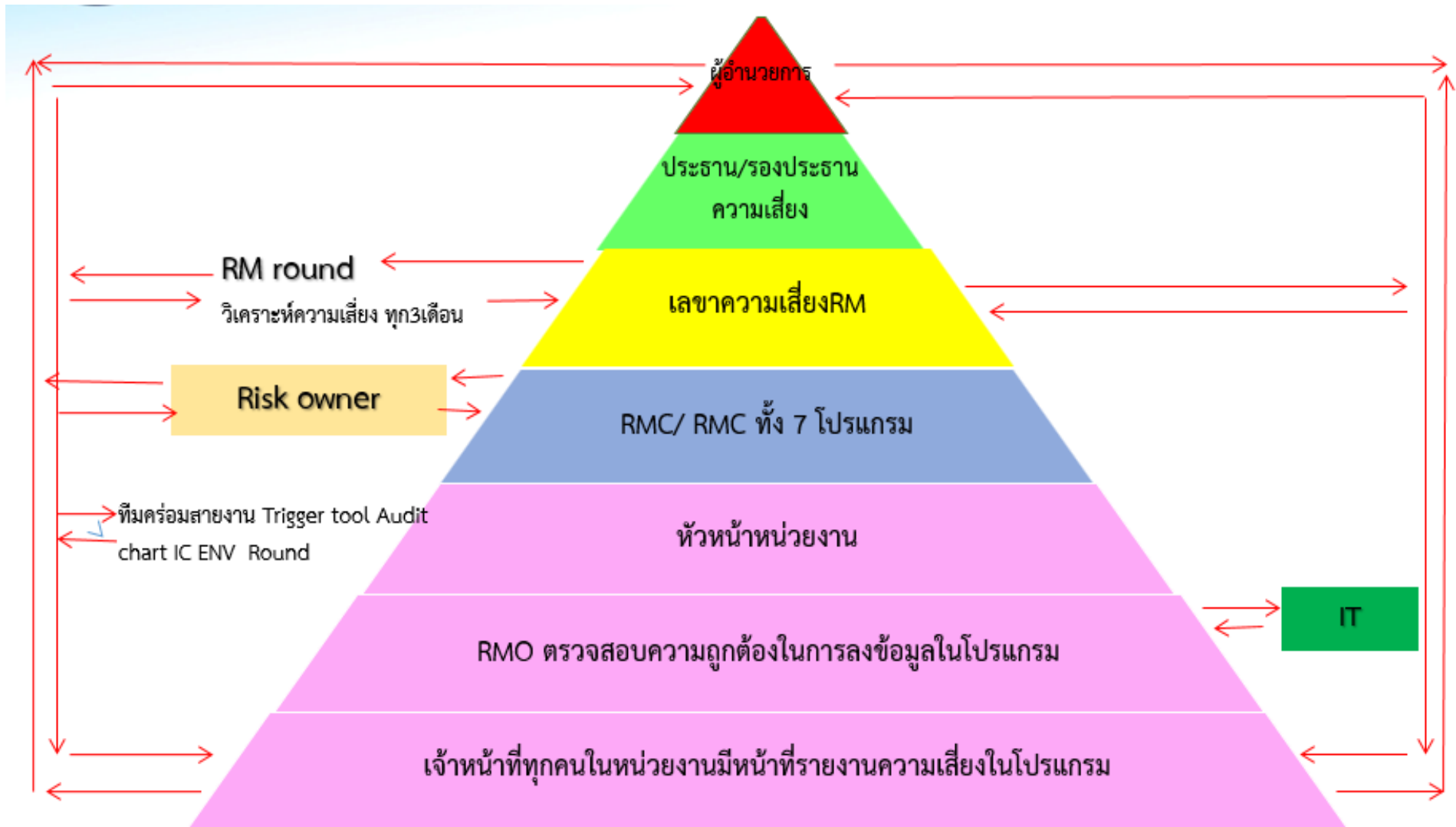
**ระบบบริหารความเสี่ยง** หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานขององค์กรที่เป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้องค์กรลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเสียหาย ทำให้ระดับการเกิดความเสียหาย/สูญเสียขององค์กรที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ประเมินได้ ตรวจสอบได้อย่างมีระบบ โดยคำนึงถึงการบรรลุเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นสำคัญ

**บัญชีความเสี่ยง** หมายถึง รายงานความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ได้รับการรวบรวมและจัดทำขึ้นโดยอาศัยจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ข้อมูลในอดีต และจากการทบทวน/สำรวจภายในหน่วยงาน/องค์กร ในประเด็นสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง โดยมีทั้งในระดับโรงพยาบาล กลุ่มงาน/ หน่วยงาน

## โครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ของระบบบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

พญ.กรพินธุ์	แก้วกระจ่าง	ประธานกรรมการ
นพ.เอ๋มนัสรี	มินทรศักดิ์	รองประธานกรรมการ
นางจินตา	เกียรติศักดิ์โสภณ	ที่ปรึกษา
นางสาวกัญญา	สุชนันท์	กรรมการ (ผู้ประสานคุณภาพ)
นางยุพดี	มณีนวต	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ PCT สูติกรรม)
นางสาวหทัยทิพย์	พรหมสุวรรณ	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ PCT กุมารเวชกรรม)
นางสาวลัดดาวัลย์	ระตะไพบุลย์	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ PCT ศัลยกรรมประสาท)
นางเจี๊ยะดาริพะห์	หมาดบากา	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ PCT ศัลยกรรม, โสต ศอ จักษุ นาสิก)
นางซารีพะ	มะสะนิง	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ PCT อายุรกรรม)
นางสาวปัทมา	ลัพัชรธรณ	กรรมการ (RCA FA)
นางชไมพร	สินธุอุทัย	กรรมการ (IS)
นายกิตติชัย	บุญศรี	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ PCT ศัลยกรรมกระดูก)
นางนิตินุช	บากาสะแต	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ ทีมด้านหน้า)
นางสาวเก็จกนก	แก่นบุญ	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ ขั้วร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ)
นางกัลยา	ตั้งสิริวรกุล	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ HP)
นางเยาวเรศ	เหลืองธวัชปราณีต	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ เวชกรรมสังคม)
นางสาวเจนจิรา	ตันติวิชญวานิช	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ ระบบยา)
นางสาวทิพย์สุดา	นุ้ยแมน	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ ระบบ IC)
นายฉลอง	มีสงค์	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ ระบบ ENV)
นายนิเวศ	บุญญุโส	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ ระบบ ENV)
นางสาวอรทัย	ชูเมือง	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ NSO)
นางสาวอาณีษา	จิ	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย)
นางซารีนา	ตะไล๊ะ	กรรมการ (ผู้รับผิดชอบ ความปลอดภัย PCT จิตเวช)
นางสุมาลี	คงสมพรต	เลขานุการ
นางจุลย์พร	รัตน์ทอง	ผู้ช่วยเลขานุการ
นางสาววิซารินี	บุญสนอง	ผู้ช่วยเลขานุการ

# โครงสร้างการทำงานของระบบบริหารความเสี่ยง.ปัตตานี



## บทบาทหน้าที่

- คณะกรรมการบริหารระบบความเสี่ยงโรงพยาบาล

1. กำหนดนโยบายและวางแผนกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล
2. ประเมินประสานโปรแกรม/ระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง

3. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานและรายงานความก้าวหน้าในการจัดการความเสี่ยงให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

4. ทบทวนนโยบายมาตรการวิธีปฏิบัติในการจัดการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล
5. ควบคุมให้มีการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ
6. มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการข้อร้องเรียน

- ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาปฏิบัติโดยเน้นเชิงรุกและประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง

2. ฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง
3. ออกแบบ/พัฒนา/จัดวางระบบและฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
4. รวบรวมวิเคราะห์ทบทวนอุบัติการณ์เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกัน ความเสี่ยงในโรงพยาบาล

5. ร่วมวิเคราะห์ปัญหากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. รวบรวมสถิติรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์จากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและควบคุมจัดเก็บให้เหมาะสม (คัดกรองลงบันทึกวิเคราะห์ข้อมูล)

2. จัดทำรายงานความเสี่ยงต่อทีมนำทีมเฉพาะด้านและหน่วยงานต่างๆและติดตามการแก้ไข พร้อมทั้งลงทำงานในการนิเทศการปฏิบัติการป้องกันการเกิดซ้ำ

3. จัดระบบรายงานฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
4. ให้มีเวทีนำเสนอ MM Conference Trigger Tool พร้อมทั้งรวบรวมผลการดำเนินงานนำเสนอเป็นการป้องกันความเสี่ยงเชิงรุก

5. มีส่วนร่วมในการเจรจาไกล่เกลี่ยระดับโรงพยาบาล

- หัวหน้าหน่วยงาน/ เวิร์ตตรวจการ (นอกเวลาราชการ)

1. รับนโยบายแผนงานมาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลและจัดระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน



2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงานพิจารณาสั่งการและดำเนินการแก้ไขกรณีมีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในหน่วยงาน
3. ค้นหาและจัดทำบัญชีความเสี่ยงภายในหน่วยงานและวางมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่สำคัญ
4. ทบทวนและลงนามในบันทึกรายงานเหตุการณ์สำคัญ/อุบัติการณ์ในหน่วยงานซึ่งเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานบันทึกรายงาน
5. รับทราบสถิติข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงานและร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิเคราะห์ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในหน่วยงาน
6. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับกลุ่มงาน/แผนก/โรงพยาบาลและทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ
7. สนับสนุนให้บุคลากรในบังคับบัญชาร่วมมือในการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง
8. ประสานส่งต่อความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม

#### ● เจ้าหน้าที่ทุกระดับ

1. ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
2. เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้นแก้ไขสถานการณ์ / อุบัติการณ์เบื้องต้น
3. บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไขความเสี่ยงอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ
4. รายงานความเสี่ยงเมื่อพบเห็น

#### ● ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน (ศูนย์HA)

1. รับข้อร้องเรียน
2. ลดระดับอารมณ์ของผู้ร้องเรียน
3. ลดระดับความรุนแรงของผู้ร้องเรียน
4. ดำเนินการตามขั้นตอนการจัดการกับข้อร้องเรียน
5. เชื่อมโยงสารสนเทศกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลและร่วมกำหนดนโยบายความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล

#### ● ผู้รับผิดชอบความเสี่ยงระดับหน่วยงาน (risk management officer)

1. จัดเก็บความเสี่ยง
2. จัดทำบัญชีความเสี่ยงหน่วยงาน
3. ร่วมกำหนดมาตรการแนวทางการจัดการความเสี่ยงร่วมกับหัวหน้าหน่วยงาน
4. รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลความเสี่ยงทางโปรแกรมบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

5. สื่อสารหัวหน้างานและบุคลากรในหน่วยงานรับทราบสถานการณ์ความเสี่ยงภาพรวมของหน่วยงานเป็นประจำทุก 1 เดือน

● **เจ้าของ/เจ้าภาพความเสี่ยง (risk owner)**

1. เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
2. ติดตามความเสี่ยงสำคัญที่เป็นมาตรฐาน sentinel event เข้มมุ่งและความเสี่ยงอื่นๆ
3. เป็นผู้ประสานงานทีมคร่อมสายงานที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงนั้น ๆ
4. เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ในการจัดการแก้ไขและป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ/ ลดระดับความรุนแรงลง
5. รวบรวมสถิติ/ ข้อมูลตัวชี้วัดในความเสี่ยงที่ตนรับผิดชอบ
6. นำเสนอข้อมูลในการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มของข้อมูลนำเสนอทุก 3 เดือน

● **เจ้าหน้าที่/ บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล**

1. รับทราบนโยบายที่โรงพยาบาลกำหนด
2. ค้นหาความเสี่ยง เฝ้าระวังความเสี่ยง จัดการบริหารความเสี่ยง
3. เป็นผู้รายงานความเสี่ยงตามแนวทางการรายงานความเสี่ยง
4. มีส่วนร่วมในการทบทวน (root cause analysis: RCA) ออกแนวทางการปฏิบัติ
5. เป็นผู้ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด

## วัฒนธรรมความปลอดภัย

วัฒนธรรมด้านความปลอดภัย (Safety Culture) หมายถึง พฤติกรรมของคนในสังคม ที่แสดงถึงลักษณะ และทัศนคติ ที่เกี่ยวกับความปลอดภัย โดยลักษณะของวัฒนธรรมด้านความปลอดภัย

วัฒนธรรมความปลอดภัย คือวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ขององค์กรที่ใช้ “ระบบ” เป็นตัวขับเคลื่อน โดยมีเป้าหมายคือมุ่งสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เช่นเดียวกับกับเป้าหมายที่มุ่งในด้านผลผลิต เพื่อให้เกิดความถูกต้อง รวดเร็ว ได้มาตรฐานของการรักษาพยาบาล หัวใจสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยก็คือ ทุกคนในองค์กรตระหนัก และรู้ว่า มนุษย์ทุกคนมีข้อจำกัดในตนเอง ความผิดพลาดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้และห้ามไม่ให้เกิดขึ้นไม่ได้ แต่ลดได้ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่มุ่งเน้นการลงโทษที่ตัวบุคคล แต่ให้ถือว่า ความผิดพลาดเกิดจาก “ระบบ” ที่ผู้มีส่วนรับผิดชอบวางไว้ไม่ดีพอ

### การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

1. ผู้นำทุกระดับ มุ่งมั่น ส่งงานคุณภาพ ทำเป็นแบบอย่าง
2. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. สร้างความตระหนัก “No harm, No blame, No shame”

เมื่อทุกคนในองค์กรเข้าใจวัฒนธรรมความปลอดภัย สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดตามมาก็คือ เมื่อมีความผิดพลาด หรือ “เกือบพลาด” เกิดขึ้น สมาชิกในองค์กรจะไม่ปกปิด ไม่เพียรที่จะหาคนผิดและกล่าวโทษบุคคลนั้น แต่ความผิดพลาด หรือเกือบพลาดเหล่านั้น จะถูกนำขึ้นมาอภิปรายอย่างเปิดเผยโดยมีวัตถุประสงค์คือเพื่อ พัฒนาและปรับปรุงระบบที่ได้วางเอาไว้ จะได้ไม่เกิดความผิดพลาดแบบเดิมซ้ำอีก

## การบริหารความเสี่ยง

### ประเภทความเสี่ยง

#### 1. ความเสี่ยงทั่วไป (Non- clinic)

โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา เช่น เครื่องมือ ข้อร้องเรียน เป็นต้น

#### 2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)

2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (common clinical risk) เป็นโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการรักษาพยาบาล

2.2 ความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific clinical risk) เป็นโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการรักษาพยาบาลในกลุ่มเฉพาะโรค/ หัตถการ/ การผ่าตัด

**อุบัติการณ์ (Incident)** หมายถึง เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย, จิตใจ, ชื่อเสียง, ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ เกิดข้อร้องเรียนหรือการฟ้องร้อง

**อุบัติเหตุเกือบพลาด (near miss, incident without harm)** หมายถึง การกระทำหรือการละเว้น การกระทำซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน หรือความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่เกิดอันตรายหรือความเสียหายต่อผู้รับบริการ/ ผู้มาติดต่อใช้บริการ/ บุคลากร/ โรงพยาบาล (IR severity: A, B)

**เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event: AE, incident with harm)** หมายถึง เหตุการณ์ผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียหาย บาดเจ็บหรือเป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ/ ผู้มาติดต่อรับบริการ/ บุคลากร/ โรงพยาบาล

**เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Sentinel event)** หมายถึง เป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เป็นเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดการณ์ก่อนล่วงหน้า มีผลทำให้เกิดความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ต้องได้รับการรายงานตามแนวทางการรายงานและการจัดการความเสี่ยงระดับรุนแรง (sentinel event) ภายใน 24 ชั่วโมง โดยได้กำหนดความเสี่ยงสำคัญ ดังนี้

1. เกิดเหตุระเบิดในโรงพยาบาล
2. เกิดอัคคีภัยมีความเสียหายระดับ 5 (>1,000,000 บาทขึ้นไป)
3. เกิดการรั่วไหลของก๊าซจากถังขนาดใหญ่
4. ทรัพย์สินของผู้ป่วย/ญาติ/เจ้าหน้าที่สูญหายระดับ 5 (>1,000,000 บาทขึ้นไป)
5. ผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่ง
6. ส่งทารกผิดพ่อแม่
7. ลักพาทารก/ผู้ป่วย
8. ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ถูกประทุษร้ายในโรงพยาบาล
9. พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล
10. เสียชีวิตโดยไม่คาดหมายจากการรักษาพยาบาล
11. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาล

**โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงเป็น 7 โปรแกรม ดังนี้**

1. ความเสี่ยงด้านการรักษาพยาบาล
2. ความเสี่ยงด้านระบบบริการ
3. ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อ
4. ความเสี่ยงด้านโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม
5. ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย
6. ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
7. ความเสี่ยงด้านการเสียชีวิตหรือฟ้องร้อง

## 2 P Safety Goals

2 P Safety Goals	Definition
<b>Patient Safety Goals</b>	
S = Safe Surgery and Invasive Procedure	การผ่าตัดที่ปลอดภัย
I = Infection Control	ความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อ
M = Medication and Blood Safety	ความปลอดภัยในการให้ยาและเลือด
P = Patient Care Process	ความปลอดภัยจากกระบวนการดูแล
L = Line, Tube, Catheter, and Laboratory	ความปลอดภัยจากการใส่หัตถการต่าง ๆ
E = Emergency Response	ความปลอดภัยในการดูแลและตอบสนองเฉพาะโรค
<b>Personnel Safety Goals</b>	
S = Social Media and Communication	ข้อมูลสารสนเทศและสื่อสังคมออนไลน์
I = Infection and Exposure	การติดเชื้อและการบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน
M = Mental Health and Mediation	สมาธิ/ สติในการปฏิบัติงาน, ผลกระทบจากการทำงาน
P = Process of Work	การจัดการด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน
L = Lane (Traffic) and Legal Issue	ความปลอดภัยของโรงพยาบาลและการให้ข้อมูล
E = Environment and Working Condition	ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

### ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง

**ขั้นตอนที่1: การค้นหาความเสี่ยง (risk identification)** เป็นกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อป้องกันการสูญเสีย อันตราย การบาดเจ็บหรือการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ประกอบด้วย

- 1.1 การรวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อย
- 1.2 การทบทวน 12 กิจกรรม
- 1.3 การทบทวนจาก Trigger tool
- 1.4 อุตบัติการณ์การติดเชื้อ
- 1.5 การทบทวนอัตราการตายของแต่ละแผนก (PCT)
- 1.6 กระบวนการหลักที่มีความเสี่ยงสูงของแต่ละหน่วยงาน
- 1.7 ทบทวนตัวชี้วัดจากกระบวนการการดูแลเฉพาะโรค/ หัตถการ/ การผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงหรือเหตุการณ์ที่เกิดบ่อย
- 1.8 การทบทวนจากสถิติ/ ผลลัพธ์ที่ยังไม่บรรลุเป้าประสงค์
- 1.9 ข้อร้องเรียน/ ข้อเสนอแนะ

**ขั้นตอนที่2: การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk assessment)** เป็นกระบวนการระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยง โดยใช้ risk matrix ในการประเมินโอกาสที่จะเกิด (likelihood)และผลกระทบ (Impact/ Consequence)

#### ระดับความรุนแรงทั่วไป

ระดับ	ความหมายของระดับอุบัติการณ์ทั่วไป
1	มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรน้อย แต่ควรเพิ่มการเฝ้าระวังด้านการเงิน :<1,000 บาท
2	มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรสามารถแก้ไขเหตุการณ์ได้ มีผลน่าพึงพอใจด้านการเงิน :<10,000 บาท
3	มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรแก้ไขได้ระดับหนึ่งและไม่เกิดความเสียหายระยะยาวด้านการเงิน :<100,000 บาท
4	มีผลกระทบต่อผู้ป่วยบุคลากร/องค์กรเกิดความเสียหายระยะยาว เช่น พิกัดด้านการเงิน :<1,000,000 บาท
5	มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กร แก้ไขไม่ได้ มีผลเสียขั้นร้ายแรง เช่น เสียชีวิตทำให้เสียชื่อเสียง และเสื่อมความศรัทธา/ด้านการเงิน :>1,000,000 บาท

#### ระดับความรุนแรงทางคลินิก

ระดับ	ความหมายของระดับอุบัติการณ์ทางคลินิก
ระดับ A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ยังไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และไม่เกิดความเสียหายใด
ระดับ B	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ส่งผลถึงผู้มาใช้บริการ
ระดับ C	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลถึงผู้ใช้บริการโดยยังไม่ได้รับอันตราย
ระดับ D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ ซึ่งต้องเฝ้าระวังติดตามเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดอันตราย
ระดับ E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา
ระดับ F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น
ระดับ G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร เช่น เกิดความพิการถาวร
ระดับ H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกือบถึงแก่ชีวิต ซึ่งส่งผลให้ต้องปฏิบัติการกู้ชีวิต
ระดับ I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ใช้บริการ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

**โอกาสที่จะเกิด (likelihood)**หมายถึง ความถี่หรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง

**ผลกระทบ (Impact/ Consequence)**หมายถึง ขนาดของความรุนแรงของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง

**ระดับของความเสี่ยง (risk level)** หมายถึง ระดับความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินจำนวนครั้งของโอกาสที่จะเกิด (likelihood) และผลกระทบ (consequence) ของแต่ละปัจจัยเสี่ยง โดยนำระดับคะแนนมาบวกกัน เท่ากับผลรวมของระดับความเสี่ยง (risk level)เพื่อจัดลำดับความสำคัญของคะแนนที่เกิดขึ้นตาม risk matrixแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ สูงมาก สูง ปานกลาง น้อย และน้อยมาก

## ตาราง Risk matrix

Risk Matrix 2562								
		Consequence		1	2	3	4	5
Likelihood				AB	CD	E	F	GHI
5	>หรือ= 5 ครั้ง/ 3 เดือน	5	>หรือ= 20 ครั้ง/ 1ปี	6	7	8	9 1	10 3
4	>หรือ= 4 ครั้ง/ 3 เดือน	4	>หรือ= 16 ครั้ง/ 1ปี	5	6	7	8	9 1
3	>หรือ= 3 ครั้ง/ 3 เดือน	3	>หรือ= 12 ครั้ง/ 1ปี	4	5	6	7	8
2	>หรือ= 2 ครั้ง/ 3 เดือน	2	>หรือ= 8 ครั้ง/ 1ปี	3	4	5	6	7
1	<หรือ= 1 ครั้ง/ 3 เดือน	1	<หรือ= 4 ครั้ง/ 1ปี	2	3	4	5	6

Score Likelihood & Consequence			
Likelihood (frequency) (1-5)	ฐาน	Consequence (Impact) (1-5)	Consequence (Impact)(1-5)
		ด้าน Clinic	ด้าน Non-Clinic
1=โอกาสเกิด อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี	1 ครั้ง/3เดือน	1=Near miss (Score A-B)	1=มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรน้อยแต่ควรเพิ่มการเฝ้าระวัง/ด้านการเงิน :<1,000 บาท
2=โอกาสเกิด อย่างน้อย 8 ครั้งต่อปี	2 ครั้ง/3เดือน	2=Score C-D	2=มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรสามารถแก้ไขเหตุการณ์ได้มี ผลน่าพึงพอใจ/ด้านการเงิน :<10,000 บาท
3=โอกาสเกิดอย่างน้อย 12 ครั้งต่อปี	3 ครั้ง/3เดือน	3= Score E	3=มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กรแก้ไขได้ระดับหนึ่งและไม่เกิดความเสียหายระยะยาว/ด้านการเงิน : <100,000 บาท
4=โอกาสเกิดอย่างน้อย 16 ครั้งต่อปี	4 ครั้ง/3เดือน	4= Score F	4=มีผลกระทบต่อผู้ป่วยบุคลากร/องค์กรเกิดความเสียหายระยะยาวเช่น พิกัด/ด้านการเงิน :<1,000,000 บาท
5=โอกาสเกิดอย่างน้อย 20 ครั้งต่อปี	5 ครั้ง/3เดือน	5= Score G-H-I	5=มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/บุคลากร/องค์กร แก้ไขไม่ได้มีผลเสียขั้นร้ายแรง เช่น เสียชีวิตทำให้เสียชื่อเสียง และ เสื่อมความศรัทธา/ด้านการเงิน :>1,000,000 บาท



### ขั้นตอนที่3: การจัดการความเสี่ยง

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoiding): ในกรณีที่ประเมินพบว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ระดับสูง รับมือไหว ควรหลีกเลี่ยงเหตุการณ์นั้น
2. การฟ้องถ่ายความเสี่ยง (Risk transfer): การฟ้องถ่าย/ ถ่ายโอนความเสี่ยงไปให้บุคคลหรือหน่วยงานอื่นผ่านช่องทางต่าง ๆ
3. การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention): การป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเช่น การติดตั้งสัญญาณเตือนภัยไฟไหม้ เป็นต้น
4. การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (Loss reduction): เมื่อเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงขึ้น สามารถจัดการแก้ปัญหาด้วยความเร่งด่วน เพื่อควบคุมไม่ให้ความเสียหายนั้นลุกลาม
5. การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk segregation): การกระจายความเสี่ยงออกไปในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งสามารถส่งผลให้ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดมีผลกระทบต่อองค์กรลดลง เช่น การมีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า/ สำรองไฟ 2 เครื่อง เป็นต้น

เมื่อเกิดอุบัติเหตุ/ ความเสี่ยง ผู้พบเห็นเหตุการณ์ต้องประเมินปัญหา และจัดการดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขั้นต้นก่อน จากนั้นให้ดำเนินการประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์/ อุบัติการณ์รายงานและจัดการความเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนด

### ขั้นตอนที่4: การติดตามและการประเมินผล

การนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยง ซึ่งจะเชื่อมโยงกลับไปยังตัวชี้วัดคุณภาพและระบบประกันคุณภาพ

#### 1. ระดับหน่วยงาน/ PCT

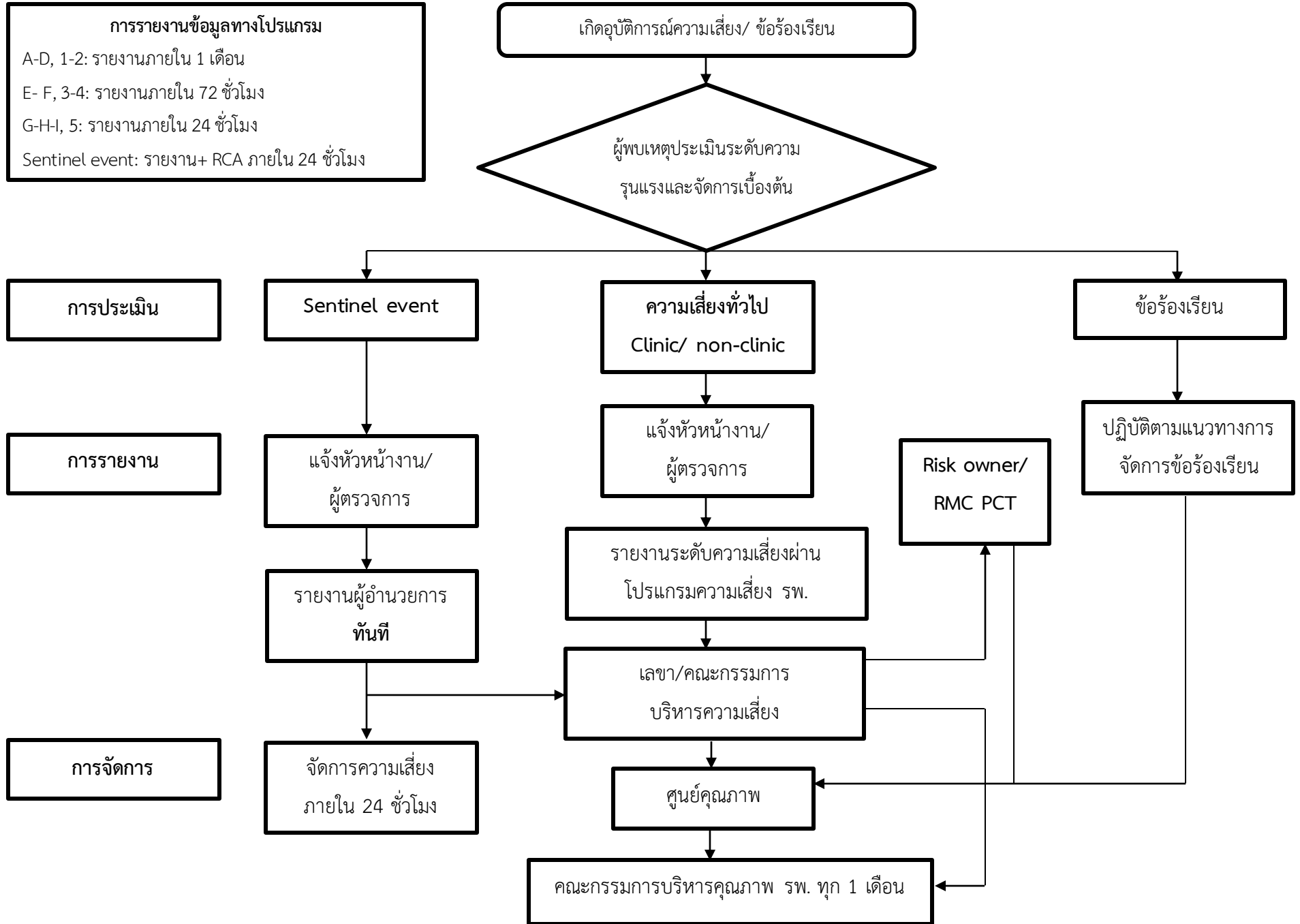
- ติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน
- การทบทวนเบื้องต้นหลังความเสี่ยงตาม Trigger tool ประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติเหตุซ้ำในกรณีที่มีมาตรการในการป้องกันอยู่เดิมและดูแลแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุ
- ตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพื่อขึ้นหรือไม่

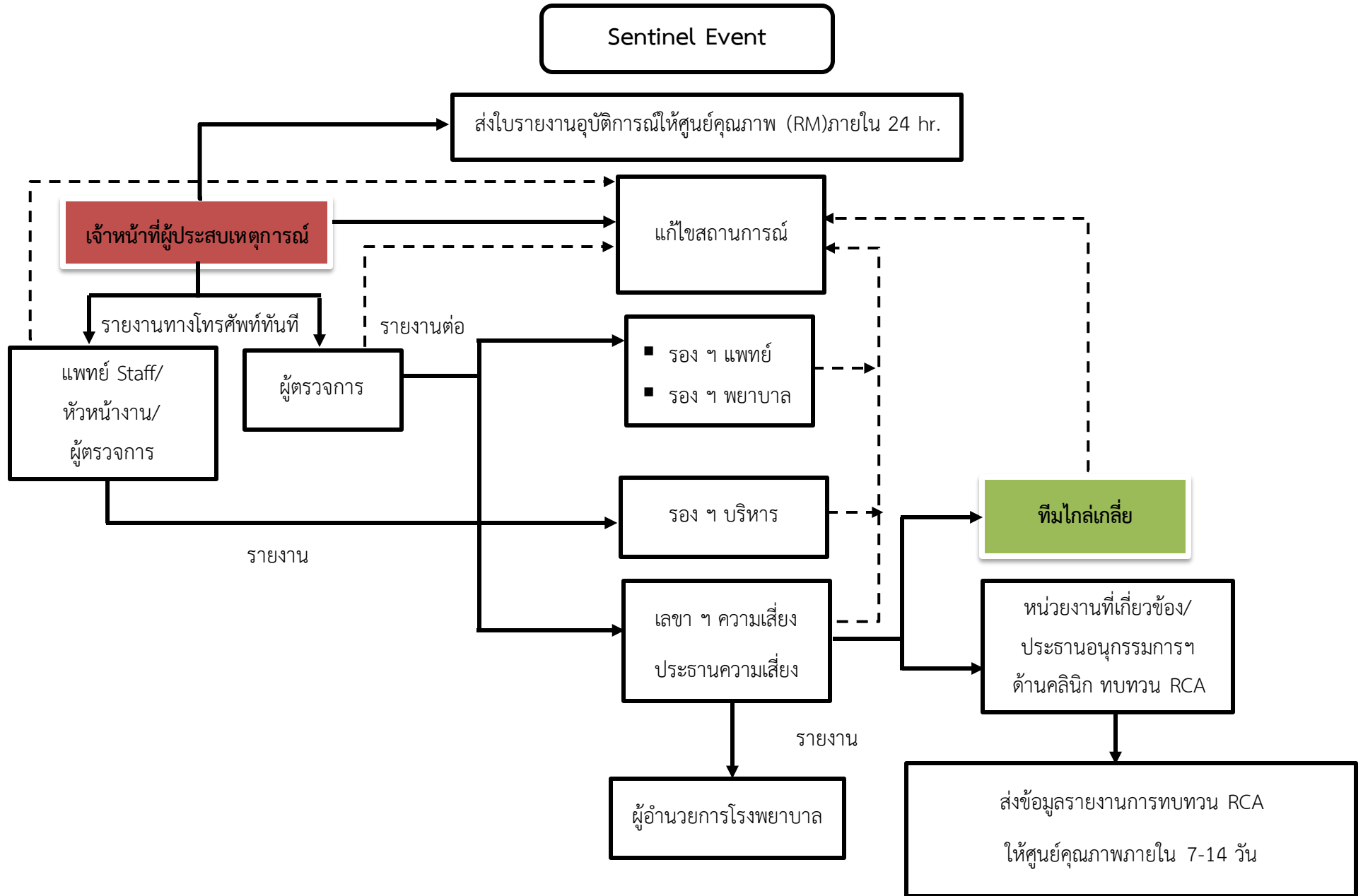
#### 2. ระดับโรงพยาบาล

- ประเมินผลประสิทธิภาพโดยคณะกรรมการอำนวยการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร่วมกับทีมต่าง ๆ โดยมีเลขานุการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้ประสานงาน
- ทบทวนความถี่และความรุนแรงของความเสียหาย การฟ้องร้อง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และอุบัติเหตุอื่น ๆ โดยการตั้งคำถามว่าระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพเพียงใด
- เรียนรู้ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงโดยการเปรียบเทียบผลงานที่เป็นอยู่กับข้อมูลเดิมและข้อมูลของโรงพยาบาลข้างเคียงอื่น ๆ

### การรายงานและการจัดการความเสี่ยง

ระดับความรุนแรง	การรายงาน	ระยะเวลาการคีย์ ส่งใบรายงาน	แนวทางการจัดการ	ระยะเวลาการวาง มาตรการป้องกัน	ระยะเวลาการติดตามผล
A – D ระดับ 1 - 2	รายงานตามระบบ	สามารถคีย์ส่งได้ทุกวัน	รวบรวมและดูแนวโน้มว่า มีความถี่ที่สูงขึ้นหรือไม่	ภายใน 1 เดือน	2 เดือน
E,F ระดับ 3, 4 เสี่ยงต่อSentinel event	รายงานตามระบบ	ภายใน 72 ชั่วโมง	ดำเนินการหาสาเหตุและ วางมาตรการป้องกัน/ แก้ไข	ภายใน14 วัน	1 เดือน
G,H,I ระดับ 5 Sentinel event	รายงานตามระบบ	ภายใน 24 ชั่วโมง	ดำเนินการหา RCA	ภายใน 7 วัน	14 วัน
Sentinel event	รายงานผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหรือ ผู้แทนทราบทันที	ภายใน 24 ชั่วโมง	ดำเนินการหา RCA	ภายใน7 วัน	14 วัน





## แนวทางการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

เจ้าหน้าที่/ ผู้ปฏิบัติงานที่ประสบเหตุการณ์ต้องประเมินระดับ/ ผลกระทบความเสี่ยงและจัดการ ความเสี่ยงเบื้องต้น

### 1. กรณีเหตุการณ์/ ความเสี่ยงที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (ระดับ A- D และ ระดับ 1- 2)

หลังการจัดการแก้ไขปัญหเบื้องต้น ผู้ปฏิบัติงานรายงานผ่านโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล แจ้งต่อ หัวหน้างาน/ หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ เพื่อสรุปเป็นรายงานประจำเดือนส่งทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

2. กรณีเหตุการณ์/ ความเสี่ยงไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (E,Fระดับ 3, 4เสี่ยงต่อ Sentinel Event)หลังจากได้รับการแก้ไขเบื้องต้นแล้ว พร้อมทั้งรายงานผ่านโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมง

- ในเวลาราชการแจ้งหัวหน้าหน่วยงาน/ หัวหน้างานรับทราบ
- นอกเวลาราชการแจ้งเวรตรวจการรับทราบเพื่อแก้ไขสถานการณ์

พร้อมทั้งรายงานผ่านโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล

### 3. กรณีเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยงรุนแรงสูง (G, H, I, ระดับ 5 และ Sentinel event)

หลังการจัดการแก้ไขปัญหเบื้องต้น ผู้ปฏิบัติงาน แจ้งต่อหัวหน้างาน/ หัวหน้าหน่วยงานรับทราบ พร้อมทั้งรายงานผ่านโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลภายใน 24ชั่วโมงและดำเนินการทบทวนสาเหตุราก (Root cause analysis: RCA) และวางมาตรการป้องกันภายใน 7วัน ทีมบริหารความเสี่ยงติดตามผลการทบทวนภายใน 14วัน

### 4. กรณีเป็นเหตุการณ์ความเสี่ยงรุนแรงสูงมีโอกาสถูกฟ้องร้อง(sentinel event)

#### 4.1 แจ้งหัวหน้าหน่วยงาน/ หัวหน้างานรับทราบเพื่อแก้ไขสถานการณ์

- ในเวลาราชการแจ้งหัวหน้าหน่วยงาน/ หัวหน้างานรับทราบ
- นอกเวลาราชการแจ้งเวรตรวจการรับทราบ

4.2 หัวหน้าหน่วยงาน/ หัวหน้างาน รายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนทราบทันที เพื่อดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงอย่างเหมาะสม รายงานเหตุการณ์ผ่านโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และดำเนินการทบทวนสาเหตุราก (Root cause analysis: RCA) และวางมาตรการป้องกันภายใน 24 ชั่วโมง ทีมบริหารความเสี่ยงติดตามผลการทบทวนภายใน 7 วัน

## การบริหารจัดการข้อร้องเรียน

### คณะกรรมการ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. คณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและการเจรจาไกล่เกลี่ย
  - 1.1 คณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและการเจรจาไกล่เกลี่ย (ส่วนอำนวยการ)
  - 1.2 คณะอนุกรรมการดำเนินงานด้านสิทธิผู้ป่วยจริยธรรม ข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะ
  - 1.3 คณะอนุกรรมการด้านการเจรจาไกล่เกลี่ยและพิจารณาข้อร้องเรียน (RRT)
2. หน่วยงาน
  - 2.1 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ
  - 2.2 งานการเจ้าหน้าที่

### ขอบเขต

การรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ โรงพยาบาลปัตตานี โดยผ่านช่องทางต่างๆดังนี้

1. ไปรษณีย์
  - หนังสือร้องเรียน (ลงชื่อผู้ร้องเรียน)
  - บัตรสนเท่ห์ (ไม่ลงชื่อผู้ร้องเรียน)
2. ร้องเรียนผ่านทางศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดปัตตานี
3. ร้องเรียนผ่านทางโทรศัพท์
  - 3.1 หมายเลขโทรศัพท์โรงพยาบาล 073 711010
    - กลุ่มงานประกันสุขภาพ ต่อ 3214, 3215
    - กลุ่มงานเจ้าหน้าที่ ต่อ 1208
  - 3.2 ติดต่อเจ้าหน้าที่(เบอร์โทรติดอยู่หน้าศูนย์รับเรื่องร้องเรียน)
    - หัวหน้าพยาบาล 081-896-9810
    - หัวหน้างานผู้ป่วยนอก 081-276-5467
    - หัวหน้าห้องฉุกเฉิน 081-969-1070
    - พยาบาลประชาสัมพันธ์ 086-958-0127
    - คุณทัญญา บัวสิน 098-016-8267
    - คุณเก็จกนก แก่นบุญ 089-688-1398
4. ร้องเรียนผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์
  - เว็บไซต์โรงพยาบาลปัตตานี <http://www.pattanijos.com>
  - Facebook: <https://th-th.facebook.com/pattanijos>
5. ผู้รับเรื่องร้องเรียน แบบรับข้อร้องเรียน FR-RM-004
6. เดินมาร้องเรียนด้วยตัวเองที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลปัตตานี

6.1 ห้องสนทนาสัมพันธ ๓ งานบริการผู้ป่วยนอก (หน้าโต๊ะเบอร์ 0)

6.2 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ (ห้อง 53)

7. สื่อสารมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น

### บทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการข้อร้องเรียน

1. เผื่อระวังเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่มีแนวโน้มว่าจะบานปลายถึงขั้นร้องเรียน ฟ้องร้องเป็นคดีทางการแพทย์ที่อาจถึงขั้นฟ้องเป็นคดีแพ่งและคดีอาญา

2. หาข้อมูลประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วางแผนในทีม ตรวจสอบข้อเท็จจริง

3. ดำเนินการตามกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยตามหลักสันติวิธี

4. เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจารณาเยียวยาเบื้องต้น พร้อมทั้งฟื้นคืนความสัมพันธ์

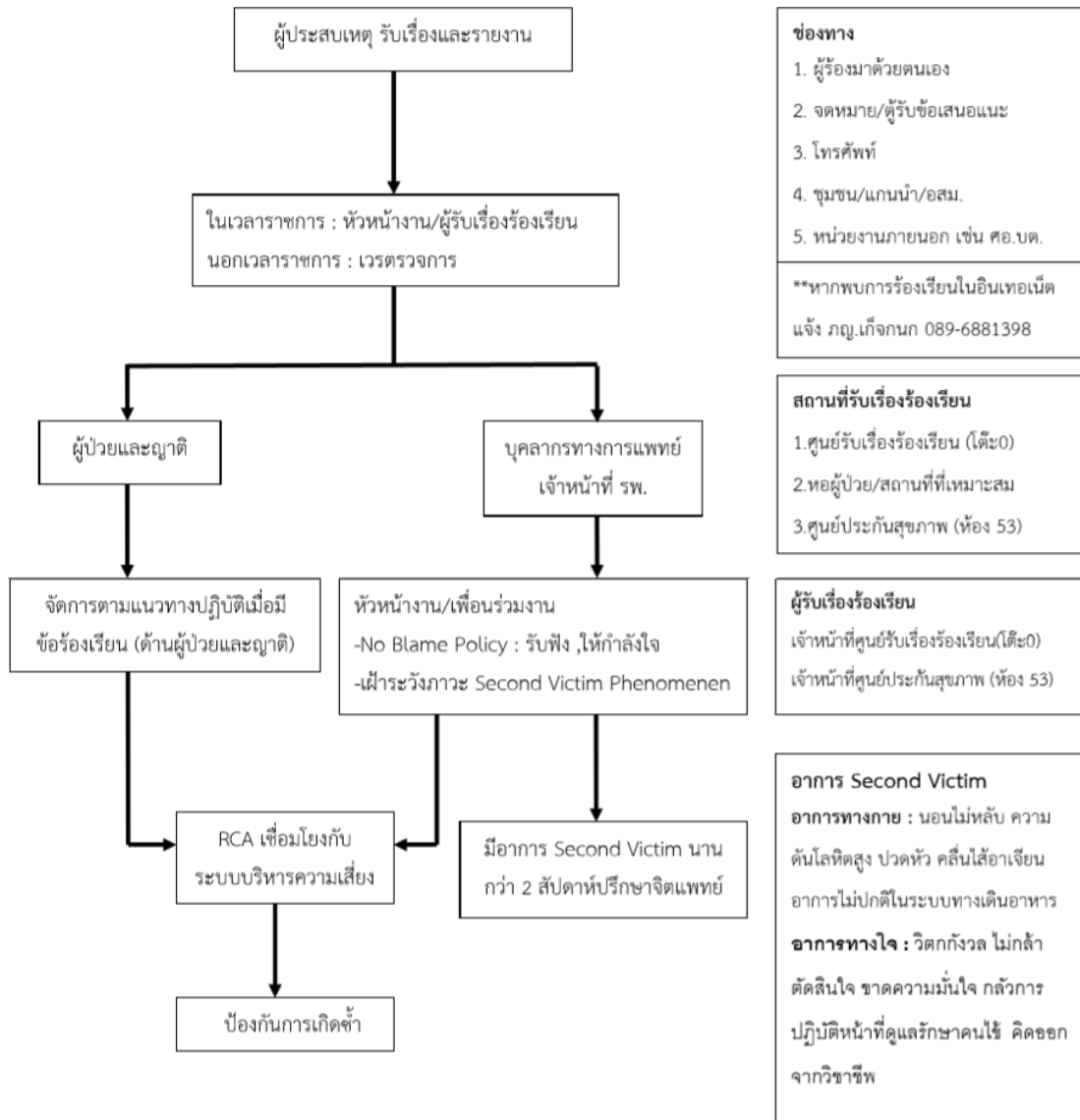
5. รายงานผลการเจรจาไกล่เกลี่ยให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบเป็นระยะๆ และภายหลังสิ้นสุดกระบวนการไกล่เกลี่ย

6. สรุปรายงานการเจรจาไกล่เกลี่ยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกเดือน

### คณะกรรมการบริหารจัดการข้อร้องเรียน

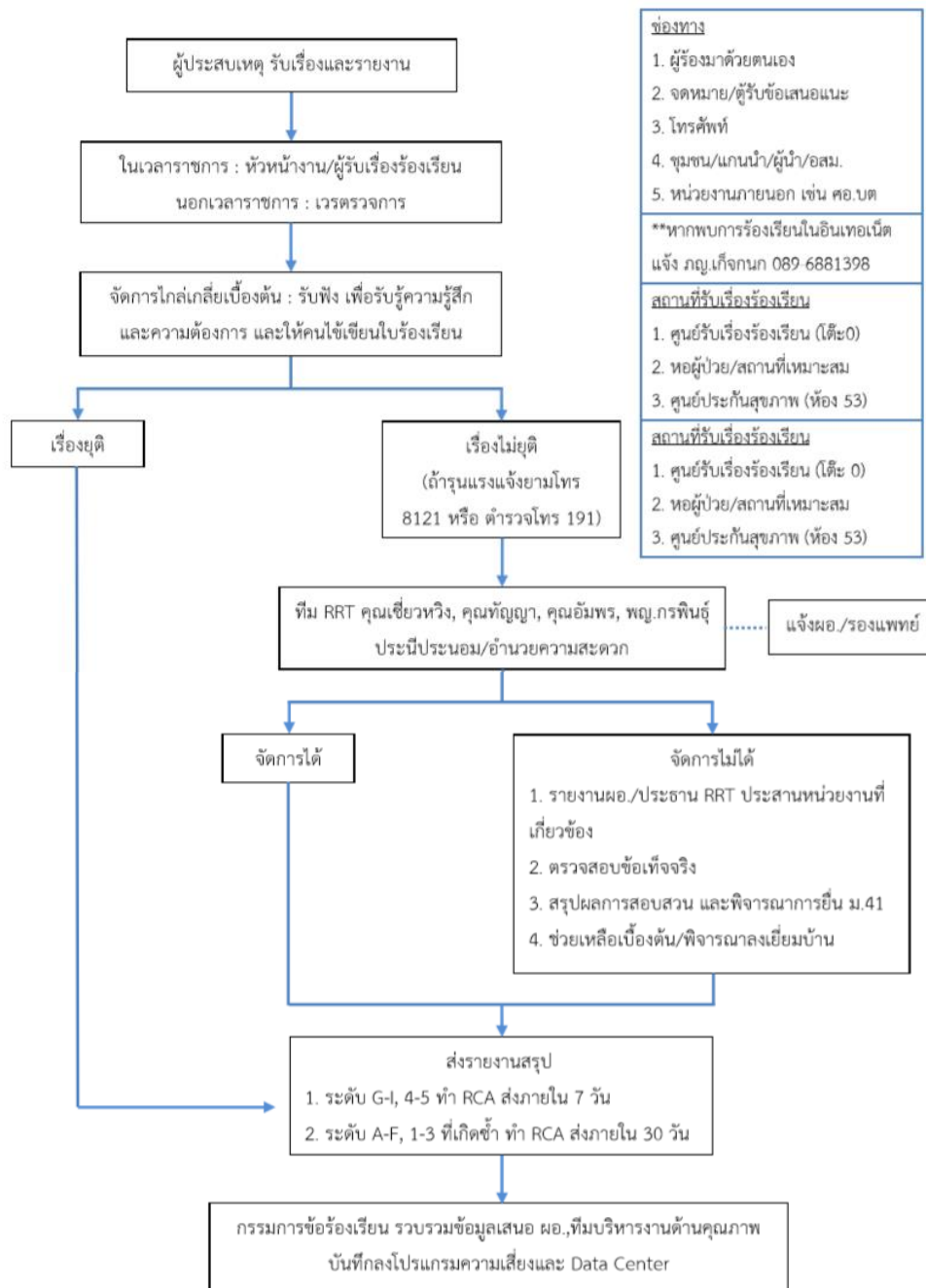
1. นพ.อรุณ	ประเสริฐสุข	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	ประธานคณะกรรมการ
2. นพ.ศรวิสัย	ศิลาฉาย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	รองประธานคณะกรรมการ
3. พญ.กรพินธุ์	แก้วกระจ่าง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	รองประธานคณะกรรมการ
4. พว.ปัทมา	ลัทธิวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
5. พว.วันทนา	คุมพสาโน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
6. พว. ศรีกัลยา	คณานุรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
7. พว.กัญญา	สุขะนันท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
8. พว.รอรานิง	หะยีคอเลาะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
9. พว.ศุภวรรณ	ทองแดง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
10. นางเจี๊ยะปาตีหะมะ	บินอิบรอเฮง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
11. นางภัทราวรรณ	ชายสิงห์ขรณ์	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	กรรมการ
12. พว.เชี่ยวหวิง	อุศุภรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการ
13. พว.ศิริประภา	ลิปตวัฒน์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ผู้ช่วยเลขานุการ
14. นางสาวทัญญา	บัวสิน	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	ผู้ช่วยเลขานุการ

Flow Chart  
แนวทางปฏิบัติงาน เมื่อมีข้อร้องเรียน (2P Safety)





### แนวทางปฏิบัติเมื่อมีข้อร้องเรียน (ด้านผู้ป่วยและญาติ)



**หมายเหตุ:** กรณีที่ต้องการถ่ายเอกสารเวชระเบียน ต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการ รพ. และได้รับการตรวจสอบจากทีมใกล้เคียงระดับ รพ. ก่อน

## Root cause analysis

**Root cause analysis (RCA):** การค้นหาปัจจัยที่เป็นรากของปัญหาหรือสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยมุ่งเน้นที่ระบบ/ กระบวนการ เพื่อหาโอกาสในการปรับปรุง อันจะนำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ

**RCA เชิงรุก:** การวิเคราะห์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุเกือบพลาด เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางป้องกัน

**RCA เชิงรับ:** การวิเคราะห์โอกาสการเกิดปัญหาหรือข้อบกพร่องต่าง ๆ โดยมีสมมติฐานว่าความบกพร่องสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เหตุการณ์ยังไม่เกิด อาจเรียกว่า Failure mode analysis

### ขั้นตอนการ Root cause analysis 5 step:

1. **Story & Timeline:** การบันทึกเหตุการณ์ตามลำดับเวลา เพื่อให้สามารถพิจารณาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ และการรับรู้ข้อมูลว่าเกิดอะไรขึ้นก่อน- หลัง โดยใช้แผนภูมิบันทึกเหตุการณ์ตามลำดับเวลา

2. **Potential change:** ใช้ข้อได้เปรียบของการมองย้อนหลังพิจารณาว่าจุดที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจหรือการกระทำซึ่งอาจมีผลทำให้เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไปมีอะไรบ้าง โดยการพิจารณาด้วยใจที่เป็นกลาง ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิ

3. **Listen to void of staff:** รับฟังข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยบรรยากาศที่ผู้บอกเล่ารู้สึกปลอดภัย รับฟังว่า ณ จุดที่มีโอกาสการตัดสินใจหรือการกระทำนั้น ผู้เกี่ยวข้องอยู่ในสถานการณ์อย่างไร เห็นอะไร ได้รับข้อมูลอะไร ประเมินสถานการณ์ว่าอย่างไร ต้องการความช่วยเหลือหรือสิ่งอำนวยความสะดวกอะไรบ้าง มีความไม่แน่ใจหรือมีสมมติฐานอะไรบ้าง สิ่งที่จะช่วยตัดสินใจในขณะนั้นคืออะไร

4. **Swiss cheese model:** พิจารณาปราการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีการกำหนดไว้ และรอยโหว่ที่เกิดขึ้นในปราการดังกล่าวเน้นปราการที่เกี่ยวข้องกับมีจุดที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงสำคัญ

การออกแบบระบบงาน เช่น

- การให้ข้อมูล, ฝึกอบรม, การสื่อสาร
- การมอบหมายงาน
- การนิเทศงาน
- สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน
- อุปกรณ์/ เครื่องมือ/ เทคโนโลยี
- การควบคุมกำกับ
- ปราการป้องกัน เช่น การใช้เครื่องคิดเลขในการคิดคำนวณ, ใช้นาฬิกาเตือนความจำไม่ใช้การจดจำซึ่งอาจทำให้ลืมได้

5. **Creative solution:** นำช่องโหว่ของปราการที่พบมาสร้างcreative solution เพื่อป้องกันปัญหาพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ตรวจสอบได้เร็วขึ้น เพื่อลดความสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น การฝึกค้นหา creative solution ตามขั้นตอนเหล่านี้บ่อย ๆ กับเรื่องที่เหมือนเป็นเรื่องเล็กน้อย/ ส่งผลกระทบในระดับไม่รุนแรง เช่น ลืมให้ยา

ผู้ป่วย, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ถูกนำมาใช้, การซักประวัติไม่ครอบคลุม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความชำนาญและสามารถจัดการปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้นได้ง่ายมากขึ้นเช่น

- Human factor engineering
- User centered design คนที่จะทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ คือคนที่มีส่วนร่วมกับกระบวนการนั้น ๆ
- Visual management เช่น ป้ายระบุห้องน้ำหญิง/ ชาย เป็นต้น
- Creativity/ Innovation

#### การวิเคราะห์สาเหตุราก:

1. ระบบและกระบวนการเป็นหลัก ไม่ใช่การปฏิบัติส่วนบุคคล
2. สาเหตุเฉพาะที่เกิดขึ้นในกระบวนการทางคลินิกจนถึงสาเหตุทั่วไปในกระบวนการขององค์กร
3. ระบบการเปลี่ยนแปลงกระบวนการหรือระบบที่มีศักยภาพในการลดโอกาสเกิดเหตุการณ์

เช่นเดิมในอนาคต

#### การยืนยันสาเหตุราก:

1. ถ้าแก้ไขสาเหตุนี้แล้ว จะเกิดปัญหาซ้ำขึ้นได้อีกหรือไม่
2. ถ้าปัจจัยนี้เป็นสาเหตุรากที่แท้จริงแล้ว จะอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างไร

#### ขั้นตอนการทำ RCA

1. จัดตั้งทีมซึ่งมีองค์ประกอบที่เหมาะสม ดังนี้
  - a. ผู้เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดและมีความรู้กับเรื่องนั้นเป็นอย่างดี
  - b. ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง
  - c. ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ
  - d. ผู้ที่มีส่วนต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง
  - e. ผู้ที่มีทักษะในการวิเคราะห์
2. การระบุปัญหา: เป็นการระบุอย่างชัดเจนและเจาะจงว่า “เกิดอะไรขึ้น” เพื่อช่วยให้ทีมมีจุดเน้นในการวิเคราะห์และปรับปรุง ซึ่งข้อความหรือปัญหาควรเป็นประโยคสั้นๆ
3. การศึกษาปัญหา:
  - a. คำบอกเล่าและข้อสังเกตของผู้ร่วมเหตุการณ์ (โดยการสัมภาษณ์)
  - b. หลักฐานทางกายภาพ
  - c. หลักฐานเอกสาร
  - d. ข้อมูลที่ทีมควรเก็บรวบรวม ซึ่งควรกระทำโดยเร็วเพื่อป้องกันการหลงลืม
4. การวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นไปได้
5. การวิเคราะห์หา Root cause

## แนวทางการจัดทำ Risk register

**ทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง (Risk register):** เอกสารหลักที่รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ดำเนินการก่อนการปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดการพัฒนา นำไปสู่การปฏิบัติ ติดตาม และประเมินผล ในการลดเหตุการณ์/ อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น

### 1. การระบุความเสี่ยง (Risk identify):

เป็นการระบุความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการความเสี่ยงในองค์กร หน่วยงาน ทีม ซึ่งการระบุความเสี่ยงเพื่อ

- 1.1 เพื่อให้ทราบว่าความเสี่ยงที่ระบุไว้คืออะไร ใครเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ มีโอกาสเกิดมากน้อยเพียงใด
- 1.2 ให้ทราบสาเหตุของการเกิดความเสี่ยงนั้น
- 1.3 การตอบสนองต่อความเสี่ยง

#### แหล่งที่มาของความเสี่ยง:

- การรายงานความเสี่ยง, กิจกรรมทบทวน, Trigger tool
- การวิเคราะห์ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย
- การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Tracer round)
- การค้นหาความเสี่ยงจากแหล่งอื่น ๆ เช่น RM round, แบบบันทึกต่าง ๆ, ข้อร้องเรียน เป็นต้น


Risk identify (การระบุความเสี่ยง)			
RISK ID รหัสความเสี่ยง	Date Added วันที่นำเข้า/ บันทึก	Risk Title ประเด็นความเสี่ยง	Risk Definition คำจำกัดความของความเสี่ยง
CPI401	มค 62	การเกิดติดเชื้อมือ	การติดเชื้อมือโดยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่Admitในโรงพยาบาล บัดตานี้เกิน 48 ชั่วโมง

## 2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis):

เป็นกระบวนการในการทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มาและสาเหตุของความเสี่ยง การประเมินระดับความเสี่ยง (risk level) ศึกษาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และการตรวจสอบมาตรการควบคุมที่มีอยู่

2.1 การประเมินความเสี่ยงเชิงคุณภาพ (Qualitative risk analysis)

2.2 การประเมินความเสี่ยงเชิงปริมาณ (Quantitative risk analysis)

Risk Analysis (การประเมินความเสี่ยง)			
Quarter (ไตรมาส)	Likelihood (ความถี่)	Consequence (Impact) (ความรุนแรง)	Risk Level (ระดับความเสี่ยง)
	1-4	1-4	
Q1	5	4	9 

## 3. การกำหนดแผนในการตอบสนองความเสี่ยง (Plan risk treatment strategies)

- 3.1 **Risk transfer:** การถ่ายโอนความเสี่ยงให้บุคคลอื่น/ หน่วยงานอื่น เมื่อพิจารณาแล้วว่าไม่คุ้มค่าในการทำ
- 3.2 **Risk prevention:** เป็นมาตรการป้องกันที่รัดกุม หรือการนำแนวทางการปฏิบัติ (Guideline) ต่างๆ มาเป็นแนวทาง/ มาตรฐานในการปฏิบัติ
- 3.3 **Risk monitor:** การติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูล เพื่อตรวจจับโอกาสการเกิดอุบัติเหตุได้เร็วขึ้นหรือการรับทราบสถิติในการเกิดอุบัติเหตุ
- 3.4 **Risk mitigation:** การทูละความเสียหายเมื่อเกิดอุบัติเหตุ
  - 3.4.1 อะไรคือสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาที่สำคัญ (consequence)
  - 3.4.2 จะสามารถป้องกัน/ ลดอันตรายหรือความเสียหายดังกล่าวได้อย่างไร
- 3.5 **QI plan:** การหาคำตอบใหม่ ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ เป็นประเด็นที่อยากนำมาทดลองมาตรการป้องกันเพิ่มเติม

Risk Treatment Plan (การรับมือ/ การปฏิบัติต่อความเสี่ยง)			
Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor & Control	Risk Mitigation	QI Plan
มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตามและควบคุม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
1. แจ้งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อทันที เมื่อผู้ป่วยมีผลการเพาะเชื้อขึ้นแบคทีเรียคือยาดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็น infection , colonization หรือ contamination 2. แยกผู้ป่วยแบบ standard และ contact precautions เมื่อพบมีเชื้อดื้อยา ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อหรือ colonization ที่ ส่วนใดของร่างกายผู้ป่วย โดย	HW นิเทศ และ Audit หน้างาน IC round โดย ICN ร่วมกับ ICWN ตามตารางทุกเดือน รายงานกรรมการบริหารทุก 1 เดือน	ปฏิบัติตามหลัก Contact Precautions อย่างเคร่งครัด การแยกผู้ป่วยจัดสถานที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์เครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้แก่ Stethoscope เครื่องวัดความดัน BP cuff ปกรอทวัดอุณหภูมิชุดอุปกรณ์ Bed bath bed	TRACSER ONE DAY ONE WARD กำหนดการใช้ยา ATB เพียง 7 วัน ให้ รางวัลสำหรับหน่วยงานที่มีการติดเชื้อดื้อยาลดลง One page แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา มีการกำกับติดตามและเฝ้าระวังการปฏิบัติหน้างาน จัด Cohort unit

#### 4. การเฝ้าระวัง ติดตาม ควบคุมความเสี่ยง (Monitor & control risk)

4.1 Risk owner: บุคคล/ คณะบุคคลที่ได้รับ authority เพื่อจัดการกับความเสี่ยงใดความเสี่ยงหนึ่ง และสามารถออกหน้ารับผิดชอบ (accountable) ในการทำหน้าที่ดังกล่าว

4.2 Residual risk: ความเสี่ยงที่เหลืออยู่หลังจากการนำ risk treatment ไปปฏิบัติ

Risk Monitoring & Review (การติดตามและทบทวนความเสี่ยง)					
Risk Owner (ผู้รับผิดชอบ)	Review Frequency (ความถี่ในการทบทวน)	Date Last Review (วันที่ทบทวนครั้งสุดท้าย)	Result of Review (ผลการทบทวน)	Residual Risk Level (ระดับความเสี่ยงที่หลงเหลือ)	Risk Status (สถานะความเสี่ยง)
					active (กำลังดำเนินการ)/ closed (สำเร็จ)
ICN พว.สายพิณ	ทุก 3 เดือน		จัดโซนนิ่งไม่ต้องถูกติดตามหลัก IC ด้วยข้อจำกัดของพื้นที่ ห้องแยกไม่เพียงพอสำหรับ Isolate การล้างมือไม่ครบขั้นตอน ตามหลัก 5 movement การใช้ยา ATB มากเกินความจำเป็น		ACTIVE

# ภาคผนวก

## ความเสี่ยงสำคัญ โรงพยาบาลปัตตานี

### ● การผ่าตัด ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

#### คำนิยาม (Definition):

1. ผู้ป่วยผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง หมายถึง การระบุตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ตำแหน่งที่จะผ่าตัดก่อนผ่าตัด เพื่อยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องการทำผ่าตัด
2. การผ่าตัด หมายถึง การตรวจ การรักษา หรือการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ด้วยวิธีการทางศัลยกรรม ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ
3. ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัด
4. ทีมวิสัญญี หมายถึง ทีมแพทย์และวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานวิสัญญี
5. ศัลยแพทย์ หมายถึง แพทย์ผู้ทำผ่าตัดผู้ป่วยรายนั้นๆ

#### เป้าหมาย:

1. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกประเภทการผ่าตัด
2. บุคลากรทางการแพทย์ มีแนวทางการยืนยันความถูกต้อง เป็นไปทิศทางเดียวกัน เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งและผิดประเภทการผ่าตัด

#### แนวทาง

#### วิธีการปฏิบัติในผู้ป่วยใน (Ward)

##### 1. หอผู้ป่วย: ตรวจสอบความถูกต้องก่อนไปรับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยและส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

1. พยาบาล Checker ต้องตรวจสอบความถูกต้องของใบแจ้งรับผู้ป่วย (ใบ Set ผ่าตัด) ก่อนไปรับผู้ป่วย กรณีใบแจ้งรับผู้ป่วยรายละเอียดไม่ถูกต้องและไม่สมบูรณ์ เช่น Set มาไม่ระบุข้างขวา/ซ้าย ให้โทรศัพท์ถามหอผู้ป่วยทุกครั้ง และก่อนไปรับต้องโทรแจ้งหอผู้ป่วยทุกครั้งก่อนมอบให้พนักงานเปลห้องผ่าตัดไปรับผู้ป่วย

##### 2. ขั้นตอนการรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด

มีใบรับผู้ป่วยผ่าตัดจากหอผู้ป่วยที่ระบุชื่อ-สกุล HN-ANผู้ป่วย แพทย์ผู้ทำผ่าตัด, ชนิดการทำผ่าตัดและตำแหน่งจากหอผู้ป่วยโดยพยาบาล Checker ส่งใบรับผู้ป่วยที่ถูกต้อง ให้พนักงานเปลห้องผ่าตัดติดกับป้ายแขวนระบุห้องผ่าตัด เมื่อถึงห้องผ่าตัดพนักงานเปลห้องผ่าตัดแจ้งการรับผู้ป่วยผ่าตัดกับพยาบาลหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ-สกุล HN-AN/ อายุ/ ป้ายข้อมือ เช่นชื่อระบุเป็นผู้ส่งผู้ป่วยกับพนักงานเปล (เช่นชื่อกำกับที่ใบสหสาขา/เวชระเบียน) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ยืนยัน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ทำผ่าตัดเป็นผู้ทำ Mark Site โดยใช้ปากกาเคมีสีดำ/ สีน้ำเงิน กากบาท ขนาด 1x1 Cm ตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด กรณีที่การผ่าตัดเป็นข้างขวา/ซ้าย ก่อนส่งผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัด



## 2. ห้องรอผ่าตัด:

### 2.1 การเตรียมผู้ป่วยใน (Case Ward):

2.1.1 ผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัด พยาบาล Checker รับผู้ป่วยตรวจสอบซ้ำโดยถามชื่อ-สกุล ผู้ป่วย พร้อมดูป้ายข้อมือ, ใบบริผู้ป่วย และ Mark Site ให้ตรงกับ Chart ว่าตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ปกครอง และศัลยแพทย์ตกลงว่าจะได้รับการผ่าตัด พยาบาล Checker ลงชื่อกำกับ ที่ Sticker ผู้ป่วย

2.1.2 ย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงรอผ่าตัด ตรวจสอบใบเซ็นยินยอมผ่าตัด ชักประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร พร้อมกับสอบถามโรคที่เป็นและชนิดของการผ่าตัดและชื่อแพทย์ผ่าตัด

2.1.3 กรณีที่จะทำผ่าตัดในตำแหน่งที่มี 2 ข้าง ให้ผูกป้ายข้อมือซ้ายขวา

2.1.4 พยาบาล Checker แขนงป้ายชื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัด, ป้ายห้องที่จะทำผ่าตัด และนำใบ Set ผ่าตัดของผู้ป่วยติดไว้กับป้ายห้องที่จะเข้าผ่าตัด แขนงทั้ง 2 ป้ายที่เสาน้ำเกลือ ย้ายผู้ป่วยไปนอนรอที่ห้องเตรียมผ่าตัด

2.1.5 พยาบาลห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ประสานงานกับ scrub nurse, วิสัญญี พยาบาลประจำห้อง ทุกครั้งก่อนส่งผู้ป่วย เข้าห้องผ่าตัดส่งต่อข้อมูล และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

2.1.6 เมื่อถึงเวลาผ่าตัด พนักงานเปลที่เซ็นผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจะต้องถามชื่อผู้ป่วย พร้อมกับดูป้ายห้อง/ ชื่อแพทย์ ก่อนเซ็นผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดให้ตรงกันเสียก่อน ก่อนย้ายขึ้นเตียงผ่าตัด พยาบาลผ่าตัด, วิสัญญีพยาบาลและแพทย์ผู้ทำผ่าตัด จะสอบถามชื่อผู้ป่วยอีกครั้ง โดยเข้าสู่กระบวนการใช้แบบตรวจสอบความปลอดภัย Surgical Safety Checklist ในระยะ Sign In

2.1.7 ห้ามแพทย์นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดโดยพลการ

### 2.2 การเตรียมผู้ป่วยนอก (OPD Case): มารับบริการผ่าตัด

2.2.1 เมื่อผู้ป่วยมายื่นใบนัดผ่าตัด พยาบาล Checker สอบถามชื่อ-สกุล/ โรคที่เป็น/ ชนิด การผ่าตัด/ แพทย์ผู้ทำผ่าตัด ให้ตรงกับใบนัดผู้ป่วย พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของการเซ็นยินยอมผ่าตัด และให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า รองเท้าที่ใส่ในห้องผ่าตัด/ ถอดฟันปลอม และของมีค่าฝากไว้กับญาติ

2.2.2 นำใบนัดผู้ป่วยใส่ในป้ายชนิดคล้องคอ แบบให้เห็นสองด้าน โดยให้เห็นชื่อผู้ป่วย/ ชื่อแพทย์/ ชนิดการผ่าตัด พร้อมระบุห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการผ่าตัดไว้ด้านหน้าของใบนัดผู้ป่วย

2.2.3 ตรวจสอบชื่อ-สกุล โรคที่เป็นตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด/ ระบุข้าง (ถ้ามี) และแพทย์ที่จะทำผ่าตัดอีกครั้งก่อน ให้ผู้ป่วยสวมป้ายคล้องคอตั้งกล่าววณระรอผ่าตัดพร้อมทั้งผูกป้ายระบุข้างและตำแหน่ง ข้างซ้ายหรือขวา

2.2.4 เมื่อถึงเวลาผ่าตัด ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พยาบาล Checker สอบถามชื่อ-สกุล/ โรคที่เป็น/ ชนิดการผ่าตัด/ แพทย์ผู้ทำผ่าตัดให้ตรงกับใบนัด และปฏิบัติเข้าสู่กระบวนการใช้แบบ ตรวจสอบความปลอดภัย Surgical Safety Checklist เช่นเดียวกับผู้ป่วยใน (Ward)

### วิธีการตรวจสอบที่รัดกุมในห้องผ่าตัด :

**ตรวจสอบครั้งที่ 1:**เจ้าหน้าที่เปลห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยถาม ให้ผู้ป่วยบอก ชื่อ-สกุล และตรวจสอบชื่อ-สกุล/ HN/ AN ให้ตรงกับใบผู้ป่วยผ่าตัด และเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนนำผู้ป่วย ออกจากหอผู้ป่วย

**ตรวจสอบครั้งที่ 2:**พยาบาลประจำห้องผ่าตัดถาม ให้ผู้ป่วยบอก ชื่อ-สกุล และตรวจสอบชื่อ -สกุล/ HN/ AN จากป้ายชื่อที่ข้อมือ และประเภทการผ่าตัด/ ตำแหน่งที่ผ่าตัด จากใบรับผู้ป่วยผ่าตัด และเวชระเบียนผู้ป่วยและตารางทำผ่าตัด เมื่อถูกต้องแล้วให้ลงชื่อกำกับ แขนงป้ายระบุห้องที่ทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการนำผู้ป่วยเข้าผิดห้อง

**ตรวจสอบครั้งที่ 3:**พยาบาลประจำห้องผ่าตัด สอบถาม ชื่อ-สกุล / HN/ AN และตรวจสอบข้อมูลถูกต้อง ตรงกับตารางผ่าตัดก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้อง

\*\*\* กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/ ฉุกฉิน/ ผู้ป่วยเด็ก ให้ตรวจสอบชื่อ-สกุล/ HN/ AN

ที่ป้ายข้อมือ ผู้ป่วยให้ตรงกับใบแจ้งรับผู้ป่วยผ่าตัดและเวชระเบียนผู้ป่วย \*\*\*

### 3. ห้องผ่าตัด:

**3.1 ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in):** ก่อนเริ่มกระบวนการทางวิสัญญี เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วย ร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์, พยาบาลผ่าตัด, วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล ร่วมกันดำเนินการต่อไปนี้

**Circulating Nurse** เป็นผู้กล่าวขานให้ทีมผ่าตัดได้ยินขณะผู้ป่วยย้ายขึ้นเตียงผ่าตัด

**ทีมผ่าตัดต้องมี** ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด

3.1.1 ยืนยันความถูกต้อง (Verification) พยาบาลห้องผ่าตัดถาม ชื่อ-สกุลผู้ป่วย/ ตำแหน่งข้างที่จะทำผ่าตัด/ ชนิดของการผ่าตัดและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของใบเซ็นยินยอมผ่าตัด โดยมีหลักการสำคัญคือ ต้องยืนยันกับผู้ป่วยให้ชัดเจนทุกราย พร้อมเซ็นชื่อกำกับที่เวลาที่ผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด

3.1.2 ตรวจสอบเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด (Mark site) หากไม่มี ให้ทำ Mark site โดยศัลยแพทย์ ทีมผ่าตัดจะต้องสื่อสารและตรวจสอบร่วมกัน ให้ผู้ป่วยรับรู้ด้วย

#### วิธีการทำ Mark Site

- ศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด ต้องเป็นผู้นำ mark site ในตำแหน่งที่จะผ่าตัดให้ชัดเจนทุกครั้ง
- ต้องทำ mark site ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวการทำ mark site จะต้องใช้การวินิจฉัยอย่างอื่นประกอบ เช่น film X-rays โดยจะนำมาจากหอผู้ป่วยหรือในห้องผ่าตัดก็ได้

3.1.3 หากศัลยแพทย์ยืนยันที่จะทำผ่าตัดที่ไม่ตรงกับที่แจ้งมา ให้แก้ไขใบยินยอมผ่าตัด พร้อม ให้ผู้ป่วยเซ็นกำกับ พยาบาลห้องผ่าตัดประสานงานกับหอผู้ป่วยเพื่อแจ้งให้ญาติทราบหากผู้ป่วยไม่รู้ตัว ต้องแจ้ง ให้ญาติมาเซ็นรับทราบแทน

3.1.4 ทีมวิสัญญีตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก และยาฆ่าเชื้อก่อนผ่าตัด

3.1.5 ทีมวิสัญญีผู้ตรวจสอบความปลอดภัยในการระงับความรู้สึกว่ามีการติด Pulse Oximeter และ monitor สำคัญที่ใช้การได้ดี

3.1.6 ทีมผ่าตัดตรวจสอบประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร

3.1.7 ทีมวิสัญญีผู้ตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการ สำลักขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

3.1.8 ศัลยแพทย์ประเมินว่ามีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ใหญ่ หรือ 7 มล. ใน ผู้ป่วยเด็ก ถ้ามีความเสี่ยง ให้ใส่สายสวน (Cannular/ Catheter) ในหลอดเลือดดำส่วนปลาย

3.1.9 พยาบาลห้องผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดและอื่น ๆ ว่าการทำให้ ปราศจากเชื้อมีความถูกต้องครบถ้วน พร้อมผ่าตัด

### 3.2 ก่อนลงมีด (Time Out):

**Circulating Nurse** พยาบาลช่วยรอบนอกเป็นผู้กล่าวขานให้ทีมผ่าตัดได้ยินก่อน ศัลยแพทย์ลงมีดผ่าตัด

3.2.1 สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อ และบทบาทของตนเอง เพื่อเป็นการยืนยัน การเข้าผ่าตัดถูกต้อง 3.2.2 ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด กล่าวยืนยัน ชื่อ- นามสกุลผู้ป่วย/ ชนิดของการผ่าตัดและตำแหน่งข้างที่จะผ่าตัดและมีใบเซ็นยินยอมผ่าตัดชัดเจน

3.2.3 งามวิสัญญีแพทย์/พยาบาล ถึงการให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 30- 60 นาที ก่อนลงมีด

3.2.4 ศัลยแพทย์ ยังไม่ลงมีดทำผ่าตัดเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ทบทวนขั้นตอนการ ผ่าตัดที่สำคัญ/แจ้งให้ทีมรับทราบว่ามีปัญหาหรือขั้นตอนที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โอกาสการเกิด เหตุการณ์วิกฤต/สิ่งที่ต้องพึงระวังใน การผ่าตัดอะไรบ้าง การคาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด

3.2.5 วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล ร่วมตรวจสอบความถูกต้อง แจ้งให้ทีมรับทราบว่ามี ปัญหา/ โอกาสเกิดเหตุการณ์วิกฤต/ สิ่งที่ต้องพึงระวังในการผ่าตัด และทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังใน ผู้ป่วยเฉพาะราย

3.2.6 พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดตรวจสอบและแจ้งความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และ อุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงการทำให้ปราศจากเชื้อว่ามีความถูกต้องครบถ้วนหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากเครื่องมือ พร้อมลงบันทึก (ถ้ามี) เครื่องมือที่ต้องใช้เพิ่มเติมรวมถึงการนับจำนวนก้อนและผ้าซับโลหิตที่ใช้ในการผ่าตัด ร่วมกับพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด และพยาบาลช่วยรอบนอก พร้อมลงบันทึกในใบ Nurse Note และกระดานนับใน ห้องผ่าตัด

3.2.7 การเตรียมพร้อม เพื่อนำเสนอภาพทางรังสี ผล CT-Scan หรือข้อมูลที่สำคัญทาง คลินิกอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ระหว่างผ่าตัด

### 3.3. ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด (Sign Out):

**Circulating Nurse** พยาบาลช่วยรอบนอกเป็นผู้กล่าวขานให้ทีมผ่าตัดได้ยินและขอคำยืนยันด้วยวาจา

จากทีมผ่าตัด ทีมผ่าตัดประกอบด้วยศัลยแพทย์ วิชาญญีแพทย์/วิชาญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดทบทวนกับทั้งทีม ร่วมกันดำเนินการดังนี้

3.3.1 ยืนยันชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์ถูกต้องและตัวบ่งชี้ (Identification) ของกายอุปกรณ์หรือสิ่งใส่เทียม (Prosthesis) ที่ใส่ให้ผู้ป่วย

3.3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับโลหิตและเข็มเย็บครบถ้วน

3.3.3 การเขียนป้ายส่งตรวจ/ชิ้นเนื้อจำนวนชิ้น ชื่อผู้ป่วย และลงบันทึกให้ถูกต้อง ตรงกับเอกสารส่งตรวจ ใบคำขอตรวจ

3.3.4 ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ให้ระบุปัญหาและวิธีแก้ไข

3.3.5 ศัลยแพทย์ วิชาญญีแพทย์/วิชาญญีพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดโดยวิชาญญีพยาบาลจะแจ้งปริมาณของการเสียเลือดขณะผ่าตัดพร้อมลงบันทึกใน Nurse Note

ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากห้องผ่าตัด ทีมผ่าตัดจะทบทวนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด, Recovery plan และสิ่งที่ติดตัวผู้ป่วยไปเพื่อส่งต่อไปให้ทีมที่จะดูแลต่อไปและเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

**กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินจาก ER ทั้งในและนอกเวลาราชการ:**

1. รับ Set ผ่าตัดทางโทรศัพท์จากพยาบาล ER

2. โดยพยาบาล ER Set วิชาญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดบันทึกการรับ Set ผ่าตัดใน “แบบฟอร์มใบรับ set จาก ER ในและนอกเวลาราชการ”

3. เมื่อพยาบาล ER มาส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัดก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดยืนยันการส่งผู้ป่วยถูกคน กับพยาบาล ER ที่นำส่งผู้ป่วย กรณีรู้สึกตัว: สอบถามชื่อ-สกุล/ โรคที่เป็น/ ชนิดการผ่าตัด/ แพทย์ผู้ทำผ่าตัดให้ตรงกับใบรับ Set จาก ER /กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว: ยืนยันกับญาติที่มาพร้อมผู้ป่วย ให้ตรงกับใบรับ Set จาก ER, ป้ายข้อมือผู้ป่วย และเอกสารประวัติผู้ป่วยเมื่อเข้าห้องผ่าตัดปฏิบัติตามสู่กระบวนการใช้แบบตรวจสอบความปลอดภัย Surgical Safety Checklist: SSC เช่นเดียวกับผู้ป่วยใน (Ward)

## ● SSI Prevention: Surgical site infection (SSI)

**คำนิยาม (Definition):** การติดเชื้อที่เกิดหลังการผ่าตัด โดยแบ่งชนิดของการติดเชื้อเป็น

**Superficial incisional:** ในกรณีติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังของแผลผ่าตัด ภายใน 30 วันหลังผ่าตัด

**Deep incisional:** การติดเชื้อชั้นที่ลึกลงมาถึงพังผืด (facial) กล้ามเนื้อ (muscle) ภายใน 30 หรือ 90 วันตามชนิดของการผ่าตัด

**Organ/ Space:** การติดเชื้อในอวัยวะหรือช่องทางต่างๆ ของร่างกายบริเวณเปิดแผลผ่าตัดหรือได้มีการ manipulated ระหว่างผ่าตัด ภายใน 30 หรือ 90 วันตามชนิดการผ่าตัดและการวินิจฉัยตามเกณฑ์ (criteria)

การวินิจฉัยว่าแผลผ่าตัดนั้นมีการติดเชื้อหรือไม่ ต้องติดตามแผลหลังจากการผ่าตัดไปอีก 30 วัน นับจากวันที่ผ่าตัด ยกเว้นกรณีที่มีการใส่อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมเข้าไป ในกรณีนี้ต้องติดตามแผลผ่าตัดไปอีก 1 ปี และการที่จะวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจะต้องมีอย่างน้อย 1 ข้อดังนี้

1. หนองไหลจากตำแหน่งที่มีการผ่าตัด
2. แยกเพาะเชื้อได้จากน้ำหรือเนื้อเยื่อที่ได้จากแผลด้วยวิธีที่ปลอดเชื้อ
3. ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 1 อย่าง เช่น ปวด กดเจ็บ แผลบวมแดง/ ร้อนและคล้ยแพทย์เปิด

แผลให้ผลการเพาะเชื้อเป็นบวก

**เป้าหมาย:** ป้องกันและลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

**จุดเน้น:**

1. การป้องกันการติดเชื้อในแผลผ่าตัด
2. บุคลากรทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

**แนวทาง:**

**ก่อนการผ่าตัด:**

1. รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วันเพื่อเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัด
2. ควบคุมโรคทางกายเรื้อรังอื่น ๆ ให้ดีขึ้น/ หายก่อนการผ่าตัด
3. ไม่มีอาการเจ็บในกรณีโกนขน รายที่มีขนมารบกวนการผ่าตัด ควรใช้เครื่องโกนขนไฟฟ้า แทนการใช้ใบมีดโกน และควรเตรียมผิวหนังก่อนเข้าห้องผ่าตัดรวมทั้งควรจะทำไถ่กับเวลาที่ผ่าตัดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อลดโอกาสของการติดเชื้อ

4. ให้ผู้ป่วยอาบน้ำสระผมในคืนก่อนวันผ่าตัด
5. เตรียมผิวหนังในห้องผ่าตัดโดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อกลุ่ม chlorhexidine หรือ iodophor
6. ล้างมือแบบ surgical hand washing ไม่ควรใช้สบู่ยา/ สบู่ล้างมือ และไม่ควรสวม

แหวนหรือกำไลหรือสายสร้อยข้อมือ

7. เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และผ้าคลุมผ่าตัดที่ปราศจากเชื้อ
8. ใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในรายที่มีข้อบ่งชี้ (ตามดุลพินิจแพทย์)

\* กรณี Elective case: แพทย์ผู้รักษาเลือกให้ Prophylactic Anti biotic ที่เหมาะสมก่อนลง มีด 1 ชั่วโมง

**ระหว่างการผ่าตัด:**

9. สวมเครื่องป้องกันร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงบุคลากรที่เข้าห้องผ่าตัดขณะที่การผ่าตัดกำลังจะเริ่มหรือการผ่าตัดกำลังดำเนินอยู่ ควรใส่หมวก (hood) เสื้อคลุม (gown) และหน้ากากปิดปาก จมูก (mask)

10. ปิดประตูห้องผ่าตัดตลอดเวลา

11. จำกัดจำนวนบุคลากรในห้องผ่าตัดเท่าที่จำเป็น รวมไปถึงจำกัดการเคลื่อนไหวของบุคลากร เพื่อลดการกระพือฝุ่น

### หลังการผ่าตัด:

12. ไม่เปิดแผลผ่าตัดก่อน 24 -48 ชั่วโมง (ยกเว้นในกรณีที่มีเลือด/ สารคัดหลั่งเปียกชุ่มก้อนมาก ให้เปลี่ยนแต่ก๊อซแล้วปิดแผลเหมือนเดิม)
13. ล้างมือแบบ Hygienic ก่อนและหลังทำแผลผ่าตัด
14. ทำแผลโดยใช้หลัก Aseptic technique
15. ทำความสะอาดห้องผ่าตัดหลังการผ่าตัดแต่ละราย ในกรณี que เห็นว่ามีการเปื้อนของเลือดหรือ สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย
16. ทำความสะอาดห้องผ่าตัดหลังการผ่าตัดรายสุดท้ายของวัน ถ้าไม่มีการเปื้อนเลือด/ สารคัดหลั่ง

### ● VAP Prevention: Ventilator – Associated Pneumonia (VAP)

**คำนิยาม (Definition):** การติดเชื้อปอดอักเสบซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้มีการใช้เครื่องช่วยหายใจมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 2 วัน โดยในวันที่เริ่มมีอาการหรือการตรวจพบที่นำไปสู่การวินิจฉัยภาวะนี้ผู้ป่วยยังคงใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่หรือยุติการใช้ไปแล้วไม่เกิน 1 วัน

**เป้าหมาย:** ป้องกันและลดอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

#### จุดเน้น:

1. การป้องกันและลดการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้องของการดูแลผู้ป่วยที่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ

#### แนวทาง:

### 1. Hand Hygiene

1.1. ล้างมือแบบ Hygienic ด้วยสบู่และน้ำ/ alcohol base hand rubs (ถ้าไม่มีการปนเปื้อนที่ เห็นชัด) ในกรณีต่อไปนี้

- 1.1.1. ก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ/ เจาะคอ
- 1.1.2. ก่อนและหลังสัมผัสกับอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจซึ่งกำลังใช้กับผู้ป่วยไม่ว่าจะสวมถุงมือหรือไม่ก็ตาม
- 1.1.3. หลังจากสัมผัสกับเย็บ, สารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ, หรือวัตถุที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งไม่ว่าจะใส่ถุงมือหรือไม่ก็ตาม

1.2. เปลี่ยนถุงมือและล้างมือในกรณีต่อไปนี้

- 1.2.1. ระหว่างสัมผัสผู้ป่วยแต่ละราย
- 1.2.2. หลังจากจับต้องสารคัดหลั่งหรือวัตถุที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยรายหนึ่งและ ก่อนที่จะไปสัมผัสผู้ป่วยรายอื่น ๆ วัตถุหรือสิ่งแวดล้อม
- 1.2.3. ระหว่างการสัมผัสกับตำแหน่งของร่างกายที่ปนเปื้อนและทางเดินหายใจ/

อุปกรณ์ช่วยหายใจในผู้ป่วยรายเดียวกัน

2. ใส่ท่อหลอดลมคอตามหลัก Aseptic technique
3. Aspiration Precaution

3.1. ป้องกันการสำลักเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

3.1.1. ใช้ noninvasive positive pressure ventilation ผ่าน face mask เพื่อลดความจำเป็นและระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยบางกลุ่ม (เช่น ผู้ป่วยที่มี hyper apneic respiratory failure เนื่องจาก acute exacerbation of COPD or Cardiogenic pulmonary edema) และใช้เป็นส่วนหนึ่งของ weaning process

3.1.2. หลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

3.1.3. ก่อนที่จะปลดท่อลมจาก cuff หรือถอดท่อช่วยหายใจ ให้ดูดเสมหะบริเวณเหนือ cuff ออกให้หมด วัด cuff pressure ทุกเวอร์ไม่ควรเกิน 25 มม.น้ำ

3.1.4. ระบาย circuit condensate ก่อนจัดทำผู้ป่วย

3.2 ป้องกันการสำลักเนื่องจากการให้อาหารทางสายยาง

3.2.1. ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ ให้ยกหัวเตียงผู้ป่วย สูงท่ามุม 30-45 องศา

3.2.2. ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารและวัด gastric residual volume ก่อนให้ tube feeding ถอดสายยางให้อาหารให้เร็วที่สุด

4. ดูดเสมหะ

4.1. ใช้หลัก aseptic technique และทำเท่าที่จำเป็น ในกรณีหลังจากเจาะคอใหม่ ๆ ได้ยินเสียงเสมหะ ผู้ป่วยขอให้ดูดเสมหะ และก่อนเอาท่อช่วยหายใจออก (ก่อนทำการ deflation ของ cuff)

4.2. แยกสายที่ใช้ในการดูดเสมหะและน้ำลายในช่องปากกับสายที่ใช้ดูดใน endotracheal tube

4.3. ใช้ saline ในกรณีเมื่อเสมหะเหนียวข้น

5. Prevent contaminate

5.1. ทำความสะอาดและ pasteurize อุปกรณ์ที่สัมผัสกับเยื่อหุ้มของผู้ป่วย เช่น AMBU bag, circuits, nebulizer, humidifier, oxygen cannula, oxygen mask with bag เป็นต้น

5.2. เปลี่ยน ventilator circuits ต่อเมื่อเห็นความสกปรกที่ชัดเจน (โดยทั่วไปไม่ควรเปลี่ยนบ่อยมากกว่าทุก 48 ชั่วโมง) และควรเทหยดน้ำในสายทิ้งบ่อย ๆ ให้เป็น routine

5.3. ใช้น้ำปราศจากเชื้อเมื่อต้องการเติมหรือเปลี่ยนน้ำในเครื่องทำความชื้นหรือเครื่องทำฝอยละออง (nebulizer)

5.4. เปลี่ยนเครื่องทำฝอยละออง/ เครื่องทำความชื้นทุกวัน

5.5. ยาพ่นเป็นฝอยละอองต้องปราศจากเชื้อ ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ครั้งเดียว/ ใช้ภายใน 24 ชั่วโมง

5.6. ไม่เปลี่ยนท่อต่อ exhalation valve เร็วกว่า 48 ชั่วโมง

6. Oral care: ลด colonization dental plaque โดยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง และดูแลความชุ่มชื้นของเยื่อบุโดยใช้ moisturizer ทุก 2-4 ชั่วโมง

7. Weaning: ถอดอุปกรณ์และเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยให้เร็วที่สุดตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและ weaning protocol ของโรงพยาบาล เนื่องจาก biofilm ระหว่างอุปกรณ์กับเยื่อบุจะเป็นแหล่งขยายตัวของเชื้อจุลินทรีย์

8. กรณีใส่ท่อเจาะคอ ให้ทำความสะอาดแผลเจาะคออย่างน้อยวันละ 1 ครั้งหรือเมื่อเปื้อน

9. ถอดและล้างทำความสะอาดท่อเจาะคอชั้นใน (inner tube) ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันท่ออุดตัน โดยใช้ผ้าก๊อช หลังจากนั้นใช้น้ำปราศจากเชื้อล้างผ่านให้สะอาด ก่อนนำไปสวมกลับให้ผู้ป่วย

## ● CAUTI Prevent: Catheter – Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)

**คำนิยาม (Definition):** การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 วัน โดยในวันที่เริ่มมีอาการหรือการตรวจพบที่นำไปสู่การวินิจฉัยการติดเชื้อ ผู้ป่วยยังคงคาสายสวนอยู่หรือถอดสายสวนออกแล้วไม่เกิน 1 วัน

**เป้าหมาย:** ป้องกันและลดอัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ

**จุดเน้น:**

1. การป้องกันและลดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ
2. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้องของการดูแลผู้ป่วยที่

ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ

**แนวทาง:**

1. **ประเมินความจำเป็นของการใส่สายสวนปัสสาวะ:** ใส่สายสวนปัสสาวะในกรณีที่เป็นเท่านั้น หลังจากที่มีพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ (เช่น condom, intermittent catheterization) แล้ว เช่น

- 1.1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ
- 1.2. ผู้ป่วยที่ต้องการประเมินสภาวะการไหลเวียนของเลือด โดยการบันทึกปริมาณปัสสาวะ
- 1.3. ผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดบริเวณทางเดินปัสสาวะ
- 1.4. เพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการดำเนินของโรคหรือให้ยารักษา
- 1.5. ประเมินความจำเป็นที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ และถอดสายสวนปัสสาวะ

ออกเร็วที่สุด

2. **เลือกประเภทของสายสวนปัสสาวะ:** โดยการประเมินจากผู้ป่วยและระยะเวลาที่คาดว่าจะใส่สายสวนปัสสาวะ เลือกใช้สายสวนปัสสาวะที่มีขนาดเล็กที่สุดที่จะให้ปัสสาวะไหลได้สะดวก

3. **การใส่สายสวนปัสสาวะ**

- 3.1. ล้างมือให้สะอาดก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ
- 3.2. ใช้ aseptic technique ที่ถูกต้องทั้งขณะใส่สายสวนปัสสาวะ และการต่อสายสวนกับถุง



## ปัสสาวะ

- 3.3. ทำความสะอาด urethral meatus ด้วย sterile normal saline
- 3.4. ใช้สารหล่อลื่นที่เหมาะสมจากภาชนะที่ออกแบบสำหรับการใช้ครั้งเดียว
- 3.5. ตรึงสายสวนเหมาะสม ผู้หญิงตรึงหน้าขาด้านในและผู้ชายตรึงที่ท้องน้อย

### 4. การดูแลระหว่างสายสวนปัสสาวะ

4.1. รักษาระบบระบายปัสสาวะให้เป็นระบบปิด ก่อนและหลังเทปัสสาวะควรใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดบริเวณปลายเปิดของถุงปัสสาวะทุกครั้ง และแยกภาชนะรองรับปัสสาวะที่สะอาดใช้เฉพาะผู้ป่วยแต่ละราย

4.2. ล้างมือและใส่ถุงมือสะอาดก่อนที่จะสัมผัสสายสวนปัสสาวะ และระหว่างการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งล้างมือหลังจากถอดถุงมือทุกครั้ง

4.3. เก็บตัวอย่างปัสสาวะจากช่องที่ออกแบบไว้ (sampling port) โดยใช้หลัก aseptic technique

4.4. จัดวางตำแหน่งของถุงเก็บปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับของกระเพาะปัสสาวะโดยไม่สัมผัสกับพื้น

4.5. ระบายปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะบ่อยพอที่จะให้ปัสสาวะไหลได้สะดวกและไม่ไหลย้อนกลับ โดยใช้ภาชนะสะอาดที่แยกเฉพาะผู้ป่วยแต่ละราย

4.6. อย่าให้ urinary drainage tap สัมผัสกับภาชนะที่รับปัสสาวะ

4.7. ไม่เติม antiseptic หรือ antimicrobial solution ในถุงเก็บปัสสาวะ

4.8. ไม่เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็นหรือไม่เปลี่ยนเป็น routine

4.9. ดูแล meatus hygiene เป็นประจำทุกวัน

4.10. ไม่ควรทำ bladder irrigation

4.11. จำกัดผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีการสายสวนปัสสาวะและมีการติดเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปสู่รายอื่น โดยเฉพาะการแพร่กระจายเชื้อที่เกิดจากบุคลากรเป็นตัวกลาง

5. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่: ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใส่สายสวนปัสสาวะและการดูแลระหว่างการสายสวนปัสสาวะ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับบทบาทในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

### ● Central line infection Prevention: Central – Line Associated Bloodstream Infection (CLABSI)

**คำนิยาม (Definition):** การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นการติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดปฐมภูมิโดยที่ผู้ป่วยมีการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในขณะนั้น หรือนับหลังจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่ 3 ของปฏิทินก่อนมีภาวะการณ

ติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยการติดเชื้อนั้นไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในโรงพยาบาลตำแหน่งอื่นๆ หรือนับหลังจากการถอดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ไม่เกินในวันที่ 2 ของปฏิทิน นับตั้งแต่วันที่ถอด

**เป้าหมาย:** เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต/ การติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ

**จุดเน้น:**

1. การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต/ การติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ
2. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้องของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

**แนวทาง:**

**1. การเตรียมก่อนการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง**

- 1.1. ล้างมือแบบ Hygienic/ ใช้ alcohol hand rub ก่อนและหลังการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
- 1.2. เลือกตำแหน่งที่ใส่
  - 1.2.1. ผู้ใหญ่ควรใส่ตำแหน่ง subclavian vein มากกว่าตำแหน่ง jugular vein/ femoral vein เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
  - 1.2.2. การฟอกเลือดและถ่ายเลือดควรใช้ตำแหน่ง jugular vein/ femoral vein มากกว่า subclavian vein เพื่อป้องกันการอุดตัน
- 1.3. ทำความสะอาดผิวหนังด้วย 2% chlorhexidine เช็ดให้แห้ง
- 1.4. ผู้ที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางให้ใส่หมวก ผ้าปิดปากและจมูก เสื้อคลุมปราศจากเชื้อ ถุงมือปราศจากเชื้อและใช้ผ้าคลุมปราศจากเชื้อขนาด 100 cm. x 150 cm. (เด็ก: 100 cm. x 100 cm.)
- 1.5. ทำความสะอาดผิวหนังของผู้ป่วยด้วย 2% chlorhexidine in 70% alcohol รอให้แห้งก่อนใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (ไม่แนะนำให้ใช้ chlorhexidine ในทารกอายุน้อยกว่า 2 เดือน/ หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ < 26 สัปดาห์)
- 1.6. ปิดตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางด้วย sterile gauze/ transparent (ไม่แนะนำให้ใช้ sterile gauze กรณีที่มีการใช้ transparent)
- 1.7. ระบุวันที่ในการเปลี่ยนชุดให้สารอาหาร/ สารละลาย/ ยา

**2. การดูแลตำแหน่งที่ใส่สายสวน**

- 2.1. บันทึกวัน เวลา และชื่อของบุคลากร ที่ใส่และถอดสายสวนลงใน nurse note
- 2.2. ประเมินตำแหน่งที่ใส่ทุกวันและทบทวนความจำเป็นของการใส่โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 2.3. ทำความสะอาดช่องทางฉีดยาด้วย 2% chlorhexidine in 70% alcohol/ 70% alcohol
- 2.4. ไม่ใช้ซีฟี่ปฏิชีวนะ/ ครีมปฏิชีวนะ ทาตำแหน่งที่ใส่สายสวน ยกเว้นสายสวนสำหรับการฟอกเลือด

- 2.5. สวมปกอกทุกตำแหน่งของข้อต่อต่างๆเมื่อไม่ใช้
- 2.6. ใช้ sterile gauze ปิดตำแหน่งที่ใส่สายสวนกรณีมีเลือด/ สารคัดหลังซึม
- 2.7. สวมถุงมือสะอาด/ ถุงมือปราศจากเชื้อในการเปลี่ยน dressing
- 2.8. การเปลี่ยน Dressing ปฏิบัติ ดังนี้

2.8.1. ปิดด้วย sterile gauze ให้เปลี่ยน dressing ไม่เกิน 24 ชั่วโมงแรก และเปลี่ยน dressing ครั้งต่อไปทุก ๆ 2 วันหรือเมื่อลอกหลุด เปียกชื้น หรือเปื้อนเลือด/ สารคัดหลัง

2.8.2. ปิดด้วย transparent เปลี่ยน dressing ทุก 7 วันหรือเมื่อลอกหลุด เปียกชื้น หรือเปื้อนเลือด/ สารคัดหลัง

#### 2.9. การเปลี่ยนชุดให้สารละลาย

- 2.9.1. ชุดให้สารละลายเปลี่ยนทุก 96 ชั่วโมง
- 2.9.2. ชุดให้สารละลายที่ประกอบด้วยไขมันเปลี่ยนทุก 24 ชั่วโมง
- 2.9.3. ชุดให้สารไขมันแขวนลอยเปลี่ยนทุก 12 ชั่วโมง
- 2.9.4. ชุดให้ยาปฏิชีวนะเปลี่ยนทุก 24 ชั่วโมง
- 2.9.5. ชุดให้เลือด/ ส่วนประกอบของเลือดเปลี่ยนทุก 4 ชั่วโมง

2.10. การผสมสารละลายให้ใช้ขวดน้ำยาสำหรับการผสมชนิดใช้ครั้งเดียว

2.11. สารละลายที่เหลือจากการใช้ครั้งเดียว ไม่แนะนำให้นำมารวมกันสำหรับใช้ครั้งต่อไป

2.12. สารอาหาร/ สารละลาย/ ยา ที่ผสมแล้วให้แช่ตู้เย็นไม่เกิน 24 ชั่วโมง หลังมีการเปิดใช้

2.13. ไม่แนะนำให้ดูเลือดทางสายสวนสำหรับการฟอกเลือดไปตรวจ ยกเว้นระหว่างการฟอกเลือดหรือในภาวะฉุกเฉิน

2.14. เติม heparin ปริมาณต่ำ (0.25 – 1.0 F/ml) ในสารน้ำที่ให้ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงของสายสะดือ

2.15. ควรถอดสายสวนออกทันที เมื่อไม่มีความจำเป็น และ

2.15.1. สายสวนหลอดเลือดแดงของสายสะดือ ไม่ควรใส่ไว้เกิน 5 วัน

2.15.2. สายสวนหลอดเลือดดำของสายสะดือ สามารถทิ้งไว้ได้นานถึง 14 วัน

2.16. กรณีมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ให้บันทึกเป็นรายงาน อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่ง Central – Line Associated Bloodstream Infection (CLABSI) โดยใช้สูตร

$$CLABSI = \frac{\text{จำนวนครั้งของการเกิด CLABSI} \times 1,000}{\text{จำนวนวันที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในช่วงเวลาเดียวกัน}}$$

## ● การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา (Prevention and Control Spread of Multidrug- Resistant Organism)

### คำนิยาม (Definition):

การดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนาน Multidrug resistant ( MDR ) หมายถึง เชื้อที่มีการดื้อต่อยาด้านจุลชีพที่เคยมีประสิทธิภาพและมีใช้อยู่ 3 กลุ่มขึ้นไป ยากลุ่มนี้รวมถึงยากลุ่ม third และ fourth generation Cephalosporins, beta –lactamase Inhibitor, aminoglycosides, และกลุ่ม cabapenems

การดื้อยาด้านจุลชีพทุกขนาน Extreme drug resistance (XDR) หมายถึง เชื้อแบคทีเรียที่มีการดื้อยาด้านจุลชีพทุกตัว ยกเว้นยาในกลุ่ม Polymixins เช่น Colistin และ/หรือยาในกลุ่ม glycyclines เช่น tigicycline

การดื้อยาด้านจุลชีพชนิดทุกขนาน Pandrug resistant (PDR) หมายถึง เชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาด้านจุลชีพทุกขนานที่มีใช้อยู่รวมทั้งยาในกลุ่ม polymixins เช่น Colistin และ/หรือยาในกลุ่ม glycyclines เช่น tigicycline ยกตัวอย่าง เช่น เชื้อ Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa ที่ดื้อยาด้านจุลชีพทุกตัว รวมทั้ง Colistin/tigicycline

แบคทีเรียในกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อยาด้านจุลชีพกลุ่ม Cabapenem: Cabapenem resistant Enterobacteriaceae (CRE) หมายถึง การดื้อยาในกลุ่ม Cabapenem ของเชื้อตระกูล Enterobacteriaceae ที่พบได้บ่อย เช่น klebsiella pneumonia, Ecoli, Proteus mirabilis, Enterobacteriaceae ยานในกลุ่ม Cabapenem ได้แก่ Imipenem, Meropenem, Ertapenem, Doripenem

เชื้อแบคทีเรียแกรมบวกในกลุ่ม Enterococcus species ที่ดื้อยา Vancomycin: Vancomycin Resistant Enterococcus spp. (Enterococci, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium)

### การกำหนดการเฝ้าระวังเชื้อแบคทีเรียดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาลปัตตานี

ได้มีการกำหนดระดับความรุนแรงของการดื้อยาด้านจุลชีพในการเฝ้าระวัง เป็น 4 กลุ่มได้แก่

**กลุ่มที่ 1:** Colistin - resistant Acinetobacter baumannii, Colistin – resistant Pseudomonas aeruginosa ซึ่งเป็น PDR

**กลุ่มที่ 2:** Cabapenem resistant Enterobacteriaceae (CRE) เช่น Klebsiella pneumoniae, E.coli ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Cabapenem (imipenem, Meropenem, Ertapenem, Doripenem)

**กลุ่มที่ 3:** Vancomycin resistant enterococci (VRE) เช่น Enterococcus faecium ที่ดื้อต่อยา Vancomycin, และ Vancomycin resistant Staphylococcus aureus (VRSA)

**กลุ่มที่ 4:** Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa (XDR) ดื้อต่อยาด้านจุลชีพทุกขนานที่มีใช้ในโรงพยาบาลรวมทั้งยากลุ่ม Cabapenem ยกเว้น Colistin

เนื่องจากขณะนี้ มีการพบเชื้อดื้อยาในกลุ่ม 2 คือ CRE และ กลุ่ม 3 คือ VRE จากเดิมที่มีการพบมากในกลุ่ม 4 งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลปัตตานี จึงมีการกำหนดให้มีระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกลุ่ม 1 – กลุ่ม 3 เป็นเชื้อดื้อยาที่ควบคุมพิเศษ คือ การใช้มาตรการ strict Contact Precaution

**เป้าหมาย:**

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อมีเชื้อดื้อยาเกิดขึ้น
2. เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา

**จุดเน้น:**

เจ้าหน้าที่/ บุคลากรของโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกรณีพบเชื้อดื้อยา

**แนวทาง:**

1. แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม
2. แจ้งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อทันที เมื่อผู้ป่วยมีผลการเพาะเชื้อขึ้นแบบที่เรียกดื้อยาดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นการ infection, colonization หรือ contamination
3. แยกผู้ป่วยแบบ standard และ contact precautions เมื่อพบมีเชื้อดื้อยา ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อหรือ colonization ที่ส่วนใดของร่างกายผู้ป่วย โดย

3.1 แยกผู้ป่วยให้อยู่ห้องแยก

3.1.1 ในหอผู้ป่วยแต่ละตึกที่มีห้องแยก

3.1.2 หากไม่ว่าง ให้จัด Zone ให้กับผู้ป่วยแยกจากผู้ป่วยอื่นพร้อมกับแยก

เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทาง

3.1.3 ในรายที่กำลังใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้แยกอยู่ในหอผู้ป่วยเดิม หากอยู่ใน ICU ให้ย้ายเข้า Zone ติดเชื้อของ ICU

3.1.4 กรณีที่พบผู้ป่วยติดเชื้อยาในหอผู้ป่วยสามัญแล้วแพทย์ให้ย้ายไป ICU / ตึกผู้ป่วยอื่น / โรงพยาบาลในเครือข่าย ให้ส่งต่อข้อมูลเรื่องเชื้อดื้อยาด้วย

\*\* ถ้าไม่มีห้อง ควรจัดแยกไว้ส่วนใดส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยที่ห่างจากผู้ป่วยอื่น หรือ กั้นเป็นสัดส่วน แต่ผู้ป่วยแผลใหม่และผู้ป่วยที่ติดเชื้อ MRSA ที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ควรได้รับการแยกจากผู้ป่วยอื่น เนื่องจากเชื้อในเสมหะ มักจะกำจัดได้ยาก จึงควรจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด

3.2 อธิบายผู้ป่วยและญาติทราบ ควรจำกัดจำนวนญาติ และแนะนำไม่ให้คลุกคลีกับผู้ป่วยและญาติเพียงอื่น ๆ รวมถึงให้คำแนะนำผู้ป่วยและ ญาติ ในการใช้ Alcohol hand rub ทาถูมือ ก่อนเข้าและหลังออกจากห้องผู้ป่วย ตลอดจนก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย

3.3 ทำป้ายปิดหน้าห้องผู้ป่วยหรือที่เตียงผู้ป่วย ในกรณีไม่ได้ยู่ห้องแยก รวมถึงกรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและระบุคำว่า MRSA ใน OPD Card เนื่องจากผู้ป่วยอาจมี MRSA เจริญอยู่ในร่างกายได้นานเป็นเดือนหรือเป็นปี

1.4 สวมถุงมือ เมื่อจะต้องสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย ถอดถุงมือทิ้งในที่ที่จัดไว้

โดยเฉพาะ

1.5 ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง ก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะสวมถุงมือหรือไม่ก็ตาม สำหรับญาติแนะนำให้ใช้แอลกอฮอล์ทาถูมือ ก่อนเข้าและหลังจากออกจากห้องผู้ป่วย รวมถึงก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย

1.6 ผูกผ้าปิดปากจมูก และสวมเสื้อคลุม เมื่อคาดว่าจะมีสิ่งปนเปื้อนเชื้อจากผู้ป่วย กระเด็นมาปนเปื้อนเท่านั้น เช่นผู้ป่วยเจาะคอ จากนั้นให้ถอดไว้ในที่ที่จัดไว้เฉพาะ

3.7 อุปกรณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น และควรล้างทันที หากอุปกรณ์นั้นล้างไม่ได้ ให้เช็ดด้วย 70 % Alcohol ทุกครั้ง เช่น Stethoscope ข้อต่อ Spirometer สำหรับผ้าปู ปลอกหมอน เสื้อผ้า และผ้าห่ม ให้แยกใส่ถุงแดง ติดป้าย “เชื้อดื้อยา” ก่อนแยกส่งซัก

3.8 ไม่วาง Chart หรืออุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ บนเตียงของผู้ป่วย

3.9 ขยะที่ปนเปื้อนสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ถือว่าเป็นขยะติดเชื้อ ให้ทิ้งในถุงแดงมีสัญลักษณ์ หัวกะโหลกไขว้

3.10 ดูแลทำความสะอาดและทำลายเชื้อพื้นผิวสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะบริเวณที่มีการสัมผัสบ่อย ๆ เช่นลูกบิดประตู ราวกันเตียง โดยใช้ 0.5 % โซเดียมไฮโปคลอไรท์

3.11 แพทย์พิจารณาส่งเพาะเชื้อซ้ำ หากไม่พบเชื้อ ให้พิจารณานำออกจากห้องแยก

3.12 ควรจำกัดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย / หลีกเลี่ยงการย้ายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น หากต้องย้ายสถานที่ควรทำเป็นรายสุดท้าย และดูแลมิให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ หรือปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม โดยปฏิบัติดังนี้

ก.อธิบายวิธีการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยทราบ กรณีมีแผล ควรทำแผลและปิดแผลให้เรียบร้อย และควรเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย ก่อนเคลื่อนย้าย หากมีอาการไอ ให้ใช้ผ้าปิดปาก-จมูกให้ผู้ป่วย

ข. แจ้งแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบว่ามีเชื้อดื้อยา เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับบุคลากรที่ทำหน้าที่นำส่งผู้ป่วย รวมถึงเวรเปล ให้สวมถุงมือและล้างมือทันที หลังถอดถุงมือ

ค.นัดเวลาให้เหมาะสม ไม่ควรให้ผู้ป่วยไปรอนาน

ง.เปลี่ยนผ้าปูและทำความสะอาดรถเข็นหรือเตียงหลังจากเคลื่อนย้าย หรือ X-ray ผู้ป่วยรายนั้น โดยใช้ 0.5 % โซเดียมไฮโปคลอไรท์

### วิธีปฏิบัติเมื่อเจอเชื้อดื้อยา ( MRSA , MRSE , ESBL , MDR )

1. Contact Precautions การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส ใช้กับผู้ป่วยที่สงสัยหรือทราบว่า เป็นโรคที่แพร่กระจายเชื้อ ทางการสัมผัส ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น เริม ผิวน้ำพุอง หิด ภาวะติดเชื้อดื้อยา โดยมีแนวทางดังนี้

1.1 บุคลากรควรใส่ถุงมือและล้างมือตามหลักการ Standard Precautions หลังการดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง

1.2 บุคลากรสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่เหมาะสมตามกิจกรรม

1.3 อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยควรแยก หลังการใช้งานให้ทำความสะอาดและทำลายเชื้ออย่างถูกวิธีก่อนนำไปใช้กับผู้อื่น

1.4 ไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหากไม่จำเป็น ถ้ามีการเคลื่อนย้าย ต้องระมัดระวังการแพร่กระจายของเชื้อสู่ผู้อื่น และอาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อต่อสิ่งแวดล้อมหรืออุปกรณ์

1.5 ห้องแยก ถ้าไม่มีห้องแยกให้จัดอยู่ในห้องที่มีผู้ป่วยโรคเดียวกัน แต่ถ้าจำเป็นต้องอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นต้องพิจารณาถึงระดับวิทยาของเชื่อนั้น ๆ

2. Droplet – Precautions การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองอากาศ ใช้กับผู้ป่วยที่สงสัยหรือทราบว่าเป็นโรคที่แพร่กระจายเชื้อทางละอองน้ำจมูก น้ำลาย เช่น คอตีบ ไอกรน ไข้หวัด หัดเยอรมัน ภาวะติดเชื้อดื้อยา โดยมีแนวทางดังนี้

2.1 จัดเตียงให้ห่างอย่างน้อย 3 ฟุต และถ้าไม่มีห้องแยกให้จัดเตียงไว้ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทได้ดีและควรอยู่ใต้ลม

2.2 ไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหากไม่จำเป็น ถ้ามีการเคลื่อนย้าย ให้ผู้ป่วยสวมผ้าปิดปาก – จมูก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อฝอยละอองในอากาศ

2.3 บุคลากรต้องสวมผ้าปิดปาก – จมูก ชนิดเส้นใยสังเคราะห์ เมื่อปฏิบัติงานอยู่ใกล้กว่า 3 ฟุต ทุกครั้งที่เข้าห้องผู้ป่วย และล้างมือทุกครั้งหลังการเยี่ยมผู้ป่วย

2.4 แนะนำผู้ป่วยให้ใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก – จมูก เวลาไอ จาม และใส่ผ้าปิดปาก – จมูก เวลาที่มีบุคคลอื่นอยู่ในห้อง

3. Air-borne Precautions การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางฝอยละอองอากาศ ใช้กับผู้ป่วยที่สงสัยหรือทราบว่าเป็นโรคที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ เช่น โรคหัด วัณโรค SARS ไข้หวัดนก ภาวะติดเชื้อดื้อยา โดยมีแนวทางดังนี้

3.1 ไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหากไม่จำเป็น ถ้ามีการเคลื่อนย้าย ให้ผู้ป่วยสวมผ้าปิดปาก – จมูก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อฝอยละอองในอากาศ

3.2 จัดเตียงไว้ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทได้ดีและควรอยู่ใต้ลม

3.3 แนะนำผู้ป่วยให้ใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก – จมูก เวลาไอ จาม และใส่ผ้าปิดปาก – จมูก เวลาที่มีบุคคลอื่นอยู่ในห้อง

3.4 บุคลากรต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ( ตามกิจกรรมหรือหัตถการที่ทำ ) ทุกครั้งที่เข้าห้องผู้ป่วยและล้างมือทุกครั้งเมื่อเข้าห้องผู้ป่วยและล้างมือทุกครั้งหลังการเยี่ยมผู้ป่วย ดังนี้ อุปกรณ์ป้องกันการหายใจชนิดกรองพิเศษ (N-95) หมวก แวนป้องกันตา เสื้อกราวด์แขนยาว รองเท้าบูท ถุงมือ disposable

ผลจาก Sputum C/S	ปฏิบัติตามข้อ 1 , 2 หรือ 3 (ตามวินิจฉัยโรค )
ผลจาก H/C	ปฏิบัติตามข้อ 1
ผลจาก PUS C/S	ปฏิบัติตามข้อ 1

### Isolation Precautions

เป็นมาตรการใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่นประกอบด้วย หลักการพื้นฐาน 8 ประการ

1. การล้างมืออย่างถูกวิธีทุกครั้งก่อนและหลังการปฏิบัติการรักษาพยาบาลและภายหลังสัมผัสเลือด สารน้ำจากร่างกาย หรือสิ่งปนเปื้อนเชื้อ
2. การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย
  - 2.1 ผู้ป่วยเป็นโรคที่มีโอกาสของการแพร่กระจายเชื้อสูงต้องจัดให้อยู่ในห้องแยก
  - 2.2 มีระบบระบายอากาศที่เหมาะสมถ้าไม่สามารถกระทำได้อาจให้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโรคชนิดเดียวกันพักอยู่ห้องเดียวกัน
3. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเชื้อ
  - 3.1 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเชื้อเท่าที่จำเป็น
  - 3.2 ให้ผู้ป่วยสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่เหมาะสมขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
  - 3.3 แจ้งให้หน่วยงาน ที่ต้องรับผู้ป่วยทราบสถานะของผู้ป่วยเพื่อใช้มาตรการรองรับการแพร่กระจายเชื้ออย่างเหมาะสม
4. การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (Personnel Protective Equipment) ต้องเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่เหมาะสม ถูกวิธี และเท่าที่จำเป็น
5. การจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย
  - 5.1 ชนิดที่ต้องนำกลับมาใช้อีก ต้องทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ ด้วยวิธีที่เหมาะสม
  - 5.2 ชนิดที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง ต้องทิ้งในขณะติดเชื้อ ตามแนวทางการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล
6. การจัดการผ้าเปื้อน
  - 6.1 แยกผ้าเปื้อนที่ใช้แล้วตามแนวทางการจัดการผ้าเปื้อน
  - 6.2 แยกประเภทผ้า และบรรจุในภาชนะที่ป้องกันการรั่วซึมและมีฝาปิดมิดชิด
7. การจัดการอุปกรณ์การรับประทานอาหารของผู้ป่วย ทำความสะอาดตามปกติด้วยน้ำยาล้างจานและน้ำสะอาดแล้วผึ่งแดดให้แห้ง
8. การจัดการสิ่งแวดล้อม ทำความสะอาด ห้องพัก เพดาน พื้น และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ด้วยน้ำผสมผงซักฟอกตามปกติ ทิ้งให้แห้ง



## ● ติดเชื้อโรคอุบัติใหม่

**คำนิยาม (Definition):**โรคติดเชื้อชนิดใหม่ ๆ ที่มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระยะประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา หรือโรคที่มีแนวโน้มจะพบมากขึ้นในอนาคตอันใกล้ รวมไปถึงโรคที่เกิดขึ้นใหม่ในทีใดที่หนึ่ง หรือโรคที่เพิ่งจะระบาดไปสู่อีกที่หนึ่ง และยักรวมถึงโรคติดเชื้อที่เคยควบคุมได้ด้วยยาปฏิชีวนะแต่เกิดจากการดื้อยา

### เป้าหมาย:

1. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่ในโรงพยาบาล
2. เพื่อเจ้าหน้าที่/ บุคลากรมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่ใน

โรงพยาบาล

### แนวทาง:

1. กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่ในโรงพยาบาล
2. ให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญ

- ป้องกันแบบ Standard Precaution คือ การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย แว่นตา ถุงมือเป็นต้น

- ป้องกันสำหรับผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัส คือ จัดอยู่ในห้องแยก แยกของใช้ทำความสะอาดพื้น จำกัดคนเยี่ยม

- ป้องกันสำหรับผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายในอากาศ คือ จัดอยู่ห้องแยกความดันลบ, ใส่หน้ากาก ชนิด N 95

3.สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่จำเป็น (Personal protection equipment: PPE) ได้แก่ เสื้อคลุมแขนยาวรัดข้อมือ, หน้ากากกรองอากาศ (surgical mask), แว่นครอบตา (goggle) หรือ หน้ากากป้องกันใบหน้า (face shield), และถุงมือทั้งนี้ อุปกรณ์ดังกล่าวให้ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งเป็นมูลฝอยติดเชื้อ

4. มีแนวทางการจัดระบบบริการของโรงพยาบาล

4.1 จัด One stop service เพื่อคัดกรอง วินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ หรือ Fever with ARI (Acute Respiratory Infection) Clinic

4.2 จัดเตรียมความพร้อมของห้องแยกเดี่ยว หรือ Modified AIIR หรือ ห้อง AIIR รวมถึง cohort ward ในระดับ รพศ. รพท. รพช.

4.3 จัดเตรียมพื้นที่เพื่อรองรับผู้ป่วย ในกรณีที่พักผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยโรคอุบัติใหม่

4.4 จัดเตรียมเวชภัณฑ์ ยา และอุปกรณ์ป้องกันตนเองให้พร้อม

4.5 เตรียมแผนประคองกิจการ (Business Continuity Plan and Surge capacity)

### ข้อปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่สงสัย/เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

#### แผนกผู้ป่วยนอก

1. เวชระเบียน/ประชาสัมพันธ์/พยาบาลคัดกรอง ชักประวัติผู้ป่วย

2. หากผู้ป่วยมีไข้และอาการของระบบทางเดินหายใจร่วมกับประวัติสัมผัสผู้ป่วย หรือเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด ภายใน 14 วัน

- ให้ผู้ป่วยใส่ Surgical mask พร้อมแจกเอกสารการปฏิบัติตัว
- เจ้าหน้าที่ผู้ซักประวัติต้องใส่ Surgical mask หรือ N95 mask

3. กรณีที่ผู้ป่วยสงสัยเข้ากับเกณฑ์วินิจฉัยข้างต้น อาจให้รับเป็นผู้ป่วยในหรือระหว่างรอเพื่อส่งต่อ โดยให้ผู้ป่วยพักรออยู่ในพื้นที่ที่เหมาะสม (พื้นที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ระยะห่างระหว่างผู้ป่วยอย่างน้อย 1-2 เมตร ใส่หน้ากากอนามัย และแยกห้องน้ำให้ผู้ป่วยที่ไม่ปะปนกับผู้ป่วยอื่นๆ)

### คุณลักษณะและองค์ประกอบของห้องแยกโรค/หอผู้ป่วยแยกโรค

1. ห้องตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นในห้องแยกโรค เป็นการคัดแยกผู้ป่วยที่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อาจเป็นห้องที่มีการจัดอากาศ หรือเป็นห้องแยกที่จัดไว้เฉพาะผู้สงสัยโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ กรณีที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก สามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องแยกเดี่ยวที่ไม่มีการจัดการอากาศได้ โดยเน้นย้ำให้ปิดประตูตลอดเวลา

2. การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้ตามช่องทางการแพร่กระจายเชื้อคือ Droplet และ Contact หมายความว่าสามารถดูแลผู้ป่วยในห้องแยกเดี่ยวได้ หากมีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยขนาดเล็ก (Airborne transmission) ควรจัดให้อยู่ในห้องที่มีระบบระบายอากาศ และควบคุมความดันภายในห้องเป็นลบ

3. หากเป็นหอผู้ป่วยรวมแยกโรค หรือ Cohort room ใช้ในกรณีผู้ป่วยยืนยันว่าติดเชื้อชนิดเดียวกันมาอยู่ร่วมกัน ห้ามนำผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคมาร่วมกัน และควรมีการจัดระยะห่างระหว่างเตียงมากกว่า 1 เมตร โดยกั้นพื้นที่แต่ละเตียงด้วยม่านที่ทำวัสดุที่สามารถเช็ดทำความสะอาดง่าย

4. สามารถนำผู้ป่วยไปดูแลในห้องแยกเดี่ยวที่ใช้ธรรมชาติในการหมุนเวียนอากาศได้

5. ทุกห้องต้องสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต คือ Oxygen, Suction, Air-pipeline เครื่องตรวจวัดสัญญาณชีพ

6. มีอ่างล้างมือ/น้ำยาล้างมือทั้งชนิดใช้น้ำ และไม่ใช้น้ำ ภายในห้องผู้ป่วย และในห้อง ante room

7. เป็นห้องที่พื้นที่ผิวทำความสะอาดง่าย มีเฟอร์นิเจอร์ในห้องเท่าที่จำเป็น

8. มีอุปกรณ์ประจำห้อง ได้แก่ พรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดให้ออกซิเจน ไม้กดลิ้น ไฟฉาย เสาน้ำเกลือ sharp container ถังผ้าเปื้อน ถังมูลฝอย ชนิดใช้เท้าเปิด

9. มีการเตรียมอุปกรณ์สำคัญ เช่น ชุดกู้ชีพผู้ป่วย เครื่องช่วยหายใจ ไว้ภายนอกห้อง แต่พร้อมที่จะนำไปใช้ส่วนบุคคล เช่น หน้ากากกรองอากาศ และหน้ากากกรองอนุภาค disposable glove, gown แวนครอบตา (goggle) หรือ หน้ากากป้องกันใบหน้า (face shield) หมวก เสื้อคลุมพลาสติก/ผ้ายางกันเปื้อน และรองเท้าบูท

● Safe from Preventable Adverse drug event (ADR)

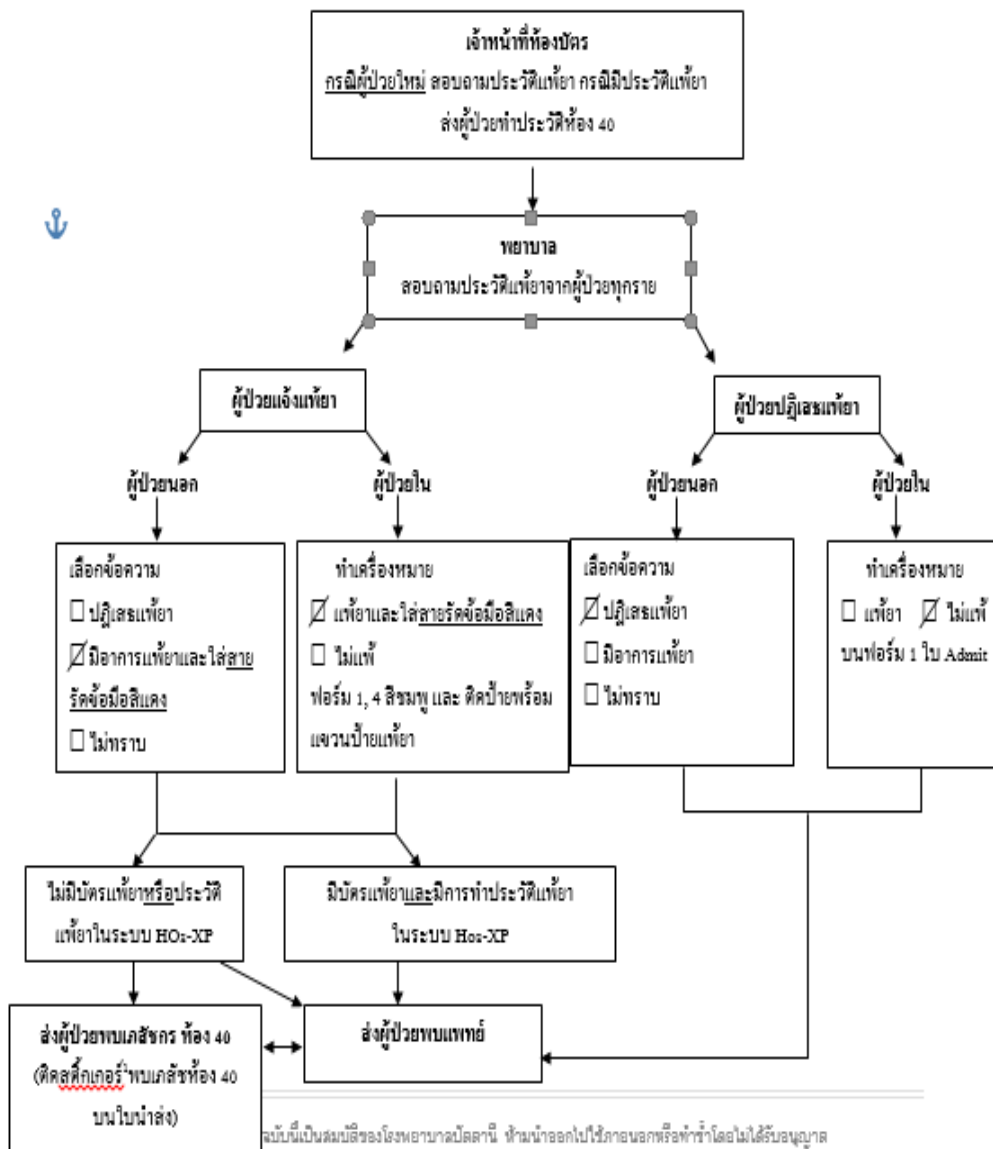
**คำนิยาม (Definition):**อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาด้วยยาในขนาดปกติ และได้รับการประเมินแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้ยา

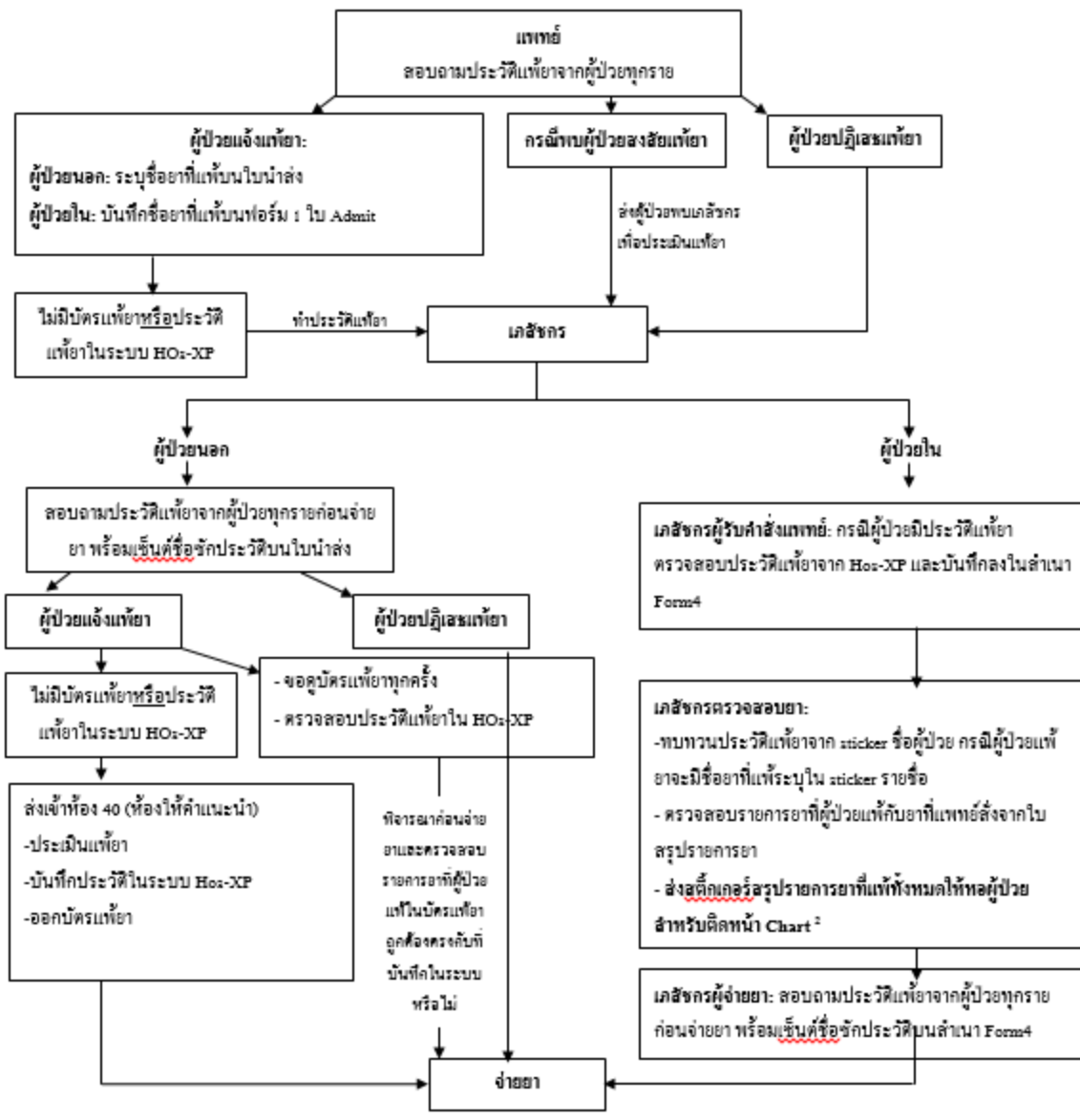
**เป้าหมาย:** การแพ้ยาซ้ำ การแพ้ยากลุ่มเดียวกัน จากการสั่งจ่ายยา การจ่ายยา การบริหารยา ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาลดลงหรือไม่เกิดขึ้น

**จุดเน้น:**

1. การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
2. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการแพ้ยาซ้ำและสามารถติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้

**แนวทาง**





## หมายเหตุ

1. สติ๊กเกอร์นำส่งผู้ป่วยทำประวัติแพ้ยา สำหรับติดที่ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก



## 2. ใบสรุปรายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ทุกรายการ สำหรับติดหน้า chart ผู้ป่วย

ชื่อ **HN 0394904** ลำดับที่ **552**  
หน้าที **2/2**

แพ้ยา! @ **IBUPROFEN,Loxoprofen,Naproxen**

อาการ **มือบวมและคัน**

Diag ! **Chest pain, unspecified**



สติ๊กเกอร์ แนบกับยาตะกร้าส่งหออผู้ป่วย

นำสติ๊กเกอร์ติดหน้า Chart ผู้ป่วยแพ้ยา

เป้าหมาย: ให้แพทย์ทราบรายการยาที่แพ้ทุกตัว  
ก่อนพิจารณาสั่งจ่ายยา

3. สร้างระบบlock แพ้ยา (ห้าม key ยาตัวที่แพ้ หรือ ยาที่มีโครงสร้างคล้ายกัน) กำหนด admin ทดสอบระบบเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์
4. พัฒนาระบบเชื่อมต่อฐานข้อมูลแพ้ยาออนไลน์ ภายในเครือข่ายจังหวัดปัตตานี
5. มีระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาผ่าน HPVC และ TAWAI for Health

### ● Safe from Medication error

**คำนิยาม:** เหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยที่สามารถป้องกันได้ ขณะที่ยานั้นอยู่ในความควบคุมดูแลของบุคลากร ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ

**เป้าหมาย:** เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา

**จุดเน้น:** ถูกต้อง ปลอดภัย

**แนวทาง:**

1. แพทย์สั่งจ่ายยาตามผลการวินิจฉัยโรคด้วยมีการเขียนหรือพิมพ์คำสั่งจ่ายอย่างชัดเจน พร้อมทั้งตรวจสอบประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย ผลทางห้องปฏิบัติการ ขนาดยาที่เหมาะสม จำนวนยาให้ถูกต้อง
2. เภสัชกรตรวจสอบใบสั่งยาให้ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย หากพบข้อสงสัยเภสัชกรติดต่อผู้สั่งจ่าย และส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยตามหลักการ good dispensing

3. มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้อง โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามใช้และเวลา/ขนาด/วิธีการให้ยาที่เหมาะสม ตามหลัก 6 R รวมทั้งมีการตรวจสอบซ้ำโดย อีสรระก่อนให้ยาความเสี่ยงสูง

หลัก 6 R:

- Right patient: ผู้ป่วยได้รับยาถูกคน
- Right Drug: ชนิดของยาที่จะให้ถูกต้อง
- Right Dose: ขนาดของยาที่ให้ถูกต้อง
- Right Route: วิธีการให้ถูกต้อง
- Right Technique การเตรียมยาและให้ยาอย่างถูกวิธี
- Right Time: ให้ยาได้ถูกต้องตามเวลา

4. การบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงในใบ medication administration record

5. ทีมแพทย์ เภสัชกร พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของ กระบวนการดูแลโดยใช้ยาอย่างปลอดภัยและได้ผล

6. ติดตามผลการรักษาด้วยยาและบันทึกในเวชระเบียน

7. ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา มีการจัดการอย่างเป็นระบบ เช่นการบันทึก การตัดสินใจสั่งใช้ยา การบริหารยา และการจัดเก็บยา

8. รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาผ่านโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลและทบทวน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปรับปรุงและวางมาตรการการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

### ● Blood Transfusion Safety: การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

**เป้าหมาย:** เพื่อป้องกันความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ โลหิตและส่วนประกอบโลหิต

**จุดเน้น:**

1. การป้องกันการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
2. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

**แนวทาง:**

1. กระบวนการจัดการโลหิตที่ปลอดภัย โดยการเริ่มต้นจากการรับบริจาคโลหิตจากผู้บริจาคที่มีความสมัครใจ มีสุขภาพดี ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางกระแสโลหิตมีการคัดเลือกและรับบริจาคโลหิตตามคู่มือการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต มีกระบวนการคัดกรอง การแยกส่วนประกอบ การควบคุมคุณภาพ การจัดเก็บและการนำส่งอย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐาน

## 2. กระบวนการการให้โลหิตที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

### 2.1 การเตรียมการก่อนให้โลหิต

#### ด้านหอผู้ป่วย

2.1.1 มีกระบวนการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ซึ่งข้อมูลในเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการระบุตัวผู้ป่วยต้องถูกต้องตรงกัน เช่น ชื่อ- นามสกุล อายุ เพศ หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล (hospital number: HN) หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน (admission number: AN) เอกสารที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น แฟ้มประวัติ สายรัดข้อมือ สติกเกอร์ติดสิ่งส่งตรวจและใบนำส่ง ใบจองเลือด และข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์สารสนเทศ (ระบบ Hos- xp)

2.1.2 มีกระบวนการตรวจโลหิตเพื่อยืนยันหมู่โลหิต ABO ของผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง ในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับโลหิตครั้งแรก เพื่อป้องกันการเก็บตัวอย่างสลับคน

#### ด้านธนาคารเลือด

2.1.3 มีกระบวนการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง บนฉลากตัวอย่างโลหิตส่งตรวจ ใบของจองเลือด ใบขอรับโลหิต รวมทั้งตรวจสอบประวัติการรับโลหิตครั้งก่อน (ถ้ามี)

2.1.4 มีกระบวนการปฏิเสธโลหิต หากไม่เป็นไปตามข้อกำหนด โดยการประสานประหออผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์

2.1.5 ทำการตรวจโลหิตผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจหมู่เลือด ตรวจคัดกรองแอนติบอดีและความเข้ากันได้ของโลหิตตามมาตรฐาน

2.1.6 ตัดฉลากบ่งชี้โลหิตและส่วนประกอบโลหิตที่ได้รับการตรวจสอบความเข้ากันได้กับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และประสานการรับโลหิตกับหอผู้ป่วยตามความจำเป็นเร่งด่วนของแพทย์ หากพบปัญหาในขั้นตอนการจัดเตรียมต้องรีบประสานหอผู้ป่วยให้รับทราบทันที

2.1.7 การจ่ายโลหิต ต้องมีกระบวนการการตรวจสอบความถูกต้องของโลหิตและส่วนประกอบโลหิตก่อนการจ่ายให้หอผู้ป่วย จ่ายโลหิต/ ส่วนประกอบโลหิตตามความจำเป็นเร่งด่วน กรณีเป็นโลหิตประเภทพลาสมาและโคโอปริซิปีเตทซึ่งต้องเก็บรักษาในสภาพแช่แข็ง ควรทำการละลายที่ธนาคารเลือดด้วยเครื่องมือที่ควบคุมอุณหภูมิและวิธีการอย่างถูกต้อง และต้องให้ผู้ป่วยทันทีเพื่อให้ได้รับ factor ต่าง ๆ ที่จำเป็นและไม่เสื่อมสภาพ

### 2.2. การให้โลหิตแก่ผู้ป่วย

2.2.1. ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ใน form 4 ทำการขอเลือดและประสานกับธนาคารเลือดเรียบร้อยติดสติกเกอร์ชื่อผู้ป่วย ระบุชนิด/ จำนวนของเลือดที่ต้องการใช้ รวมทั้งระบุความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ลงในสมุดรับเลือด

2.2.2. แจ้งเหตุผลของการให้เลือด แจ้งผลการตรวจgroup เลือดให้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ

2.2.3. ตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกการให้เลือดโดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน

(double check) พร้อมทั้งเขียนชื่อ-สกุล/ HN Donor, เลขที่เลือด, group, ชนิด, และจำนวนของเลือด บันทึกวันที่-เวลาในการให้เลือดลงใน form 4 และ ใบ MAR

2.2.4. ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพหลังให้เลือดตาม protocol การให้เลือด (15 นาที 4 ครั้ง, 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่)

2.2.5. บันทึกและเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะให้เลือด เช่น อาการไข้หนาวสั่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกหรือหอบเหนื่อย เป็นต้น

## 2.3 การให้เลือดในภาวะสูญเสียโลหิตฉุกเฉิน/ ภาวะฉุกเฉิน

2.3.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียโลหิตฉุกเฉิน ควรให้สารน้ำทดแทนเพื่อคงระดับการไหลเวียนโลหิตและความดันโลหิตก่อน เจาะเก็บตัวอย่างโลหิตผู้ป่วยเพื่อจองโลหิตมาให้ต่อไป โดยแพทย์ต้องระบุความจำเป็นเร่งด่วนและสื่อสารให้ธนาคารเลือดรับทราบ

2.3.2 ในกรณีฉุกเฉินไม่สามารถรอได้ ธนาคารเลือดอาจจ่ายโลหิตที่มีหมู่ตรงกับผู้ป่วยและได้รับการตรวจความเข้ากันเบื้องต้น (immediate cross match) ซึ่งอาจมีความเสี่ยงกรณีผู้ป่วยมีแอนติบอดีในหมู่เลือดสำรอง จึงจำเป็นต้องให้โลหิตด้วยความระมัดระวัง และติดตามผลการตรวจคัดกรองแอนติบอดีและการตรวจความเข้ากันได้อย่างสมบูรณ์ (complete cross match)

2.3.3 สำรองโลหิต/ ส่วนประกอบโลหิตหมู่โอ ไว้ที่ห้องฉุกเฉิน สำหรับในกรณีผู้ป่วยเสียโลหิตเร่งด่วนจนไม่สามารถรอการตรวจหมู่โลหิตและการตรวจความเข้ากันได้ โดยที่ธนาคารเลือดและห้องฉุกเฉินกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดเตรียมโลหิตที่ถูกต้อง นำโลหิตมาเปลี่ยนก่อนวันหมดอายุและมีการตรวจสอบอุณหภูมิผู้เย็นเก็บโลหิตทุกวัน

## 2.4 การให้โลหิตที่ห้องผ่าตัด

2.4.1 วัตถุประสงค์รับผิดชอบดูแลกระบวนการก่อนการให้โลหิต ระหว่างการให้โลหิตและหลังการให้โลหิตโดยการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกการให้เลือดโดยวิสัญญีพยาบาล/วิสัญญีแพทย์ 2 คน (double check) พร้อมทั้งเขียนชื่อ-สกุล/ HNDonor, เลขที่เลือด, group, ชนิด, จำนวนของเลือด และลงชื่อผู้ตรวจสอบในใบคล้องเลือด บันทึกเลขที่เลือดและจำนวนของเลือด (มิลลิลิตร) ใน Anesthetist record ลงสัญลักษณ์การให้เลือดตามเวลาในการให้เลือด

2.4.2 หลีกเลี่ยงการอุ่นโลหิต แต่หากจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีระบบมาตรฐานที่มีระบบควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 37 องศาเซลเซียส การใช้อ่างผสมน้ำอุ่นมักมีอุณหภูมิสูงและทำให้เม็ดเลือดแดงแตกทำลาย เมื่อให้ผู้ป่วยจะเกิดภาวะ AHTR แบบ nonimmune ซึ่งพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้ได้บ่อย การอุ่นโลหิตรวมกันสำหรับผู้ป่วยหลายคนเครื่องอุ่นเดียวกัน อาจจะทำให้เกิดความสับสนและให้โลหิตผิดคนได้

2.4.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการวางยาสลบ หากได้รับโลหิตผิดหมู่แล้วเกิด AHTR ผู้ป่วยจะไม่สามารถบอกอาการแน่นหน้าอก ปวดหลังได้ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้แต่เนิ่น ๆ ดังนั้นกว่าจะพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนก็อาจถึงขั้นมีอาการแสดงของ hemoglobinuria ปัสสาวะดำซีก ซึ่งอาจจะแก้ไขได้ยาก ดังนั้นจึงต้องตรวจสอบความถูกต้องก่อนการให้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต และติดตามอาการและสัญญาณชีพตลอดเวลา



3. ทบทวนกระบวนการและแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ติดตามเมื่อเกิดอุบัติการณ์สิ่งที่ไม่สอดคล้องตามข้อกำหนด เพื่อวางแผนทาง/ มาตรการการป้องกันการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

4. มีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด อัตราการจ่ายเลือดผิดพลาด อัตราการเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์หลังจากได้รับเลือด เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับเลือดมีความเสี่ยงน้อยที่สุด

## ● Patient Identification: การระบุตัวผู้ป่วย

**คำนิยาม (Definition):**แนวทางการระบุตัวผู้ป่วย ให้สามารถแยกแยะผู้ป่วยแต่ละคนได้ชัดเจน ทำให้การดูแลรักษาไม่ผิดคน

**เป้าหมาย:**เพื่อให้การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเป็นไปทิศทางเดียวกันและป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิด

**จุดเน้น:**

1. การป้องกันการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
2. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

**แนวทาง:**

1. วางแนวทางเรื่องการระบุตัวผู้ป่วยให้ชัดเจนและถูกต้อง โดยนำมาเป็นประเด็นสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรทุกคนในองค์กรที่จะต้องตรวจสอบและระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนให้การรักษ เช่น การทำหัตถการ การให้เลือด การให้ยา ก่อนการส่งต่อ การเปลี่ยนผ่าน การรายงาน และการให้ข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและสิ่งส่งตรวจต่างๆ
2. กำหนดให้มีการบ่งชี้/ ระบุตัวผู้ป่วยด้วย โดยระบุตัวจาก ชื่อ นามสกุล,Hospital number (HN), วันเดือนปีเกิด, เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Identification card) เพื่อยืนยันตัวบุคคลเมื่อแรกรับหรือเมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ และก่อนให้การดูแลรักษา โดยไม่ควรใช้หมายเลขเตียงหรือห้องเป็นตัวบ่งชี้
3. กำหนดให้การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร เช่น ระบุโดยใช้ป้ายชื่อมือ หรือหากมีการบ่งชี้ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ควรมีการสื่อสารให้เข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีการกับผู้ปฏิบัติทั้งองค์กรให้เข้าใจตรงกัน
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย
5. ส่งเสริมให้มีการเขียนฉลากที่ภาษาสำหรับใส่เลือดและสิ่งส่งตรวจอื่นๆ ต่อหน้าผู้ป่วย
6. จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการสอบถามเมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจอื่น ๆ ไม่สอดคล้องกับประวัติหรือสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์สอบถาม/ ตรวจสอบข้อมูลได้ทันที
7. จัดให้มีการตรวจสอบซ้ำและทบทวนเพื่อป้องกันการบันทึกข้อมูลซ้ำอัตโนมัติโดยเครื่องคอมพิวเตอร์

## ● Reduction of Diagnostic Error: ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค

**คำนิยาม (Definition):** ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ไม่สามารถอธิบายปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและทันเวลาหรือไม่สามารถสื่อสารคำอธิบายดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วยได้ อาจแบ่งเป็น

- **Missed Diagnosis:** กรณีที่อาการของผู้ป่วยไม่ได้รับคำอธิบาย เช่น อาการอ่อนเพลียหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยมีอาการชัดเจนแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค
- **Wrong Diagnosis:** กรณีที่ให้การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง และมาพบสาเหตุที่แท้จริงภายหลัง
- **Delayed Diagnosis:** กรณีที่ควรได้รับการวินิจฉัยโรครวดเร็วกว่าที่เป็น เช่น การวินิจฉัยโรคมะเร็ง

**เป้าหมาย:** ลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค

**แนวทาง:**

1. มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวทางในการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยโดยเน้นนำร่องในประเด็นภาวะตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล
2. มีแนวทางในการศึกษาในกรณีผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือกรณีผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะในการวินิจฉัยดูแล
3. มีการทบทวน/ เรียนรู้จากข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค โดยการศึกษาและอภิปรายร่วมกัน เช่น การทบทวนการระบุนการดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียนตาม trigger tool และการทำ grand round เป็นต้น
4. มีการปรับปรุงระบบการใช้เวชระเบียนเพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูล ติดตามความก้าวหน้าและประมวลผลข้อมูลในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้ง่ายขึ้น
5. มีแนวทางการปฏิบัติสำหรับการขอ Investigation emergency และมีการพัฒนาระบบ alert lab เพื่อให้สามารถมั่นใจว่าจะได้รับผลทางห้องปฏิบัติการที่น่าเชื่อถือภายในระยะเวลาที่เหมาะสมมีการนิเทศ/ ทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่และบุคลากร เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัยโรคอย่างเพียงพอ และเป็น การสร้างความมั่นใจในการให้บริการดูแลผู้ป่วย
6. มีแนวทางค้นหาภาวะทางกายแทรกซ้อน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะอื่น ๆ

## ● Preventing Pressure Ulcer

**คำนิยาม (Definition):**

**แผลกดทับ (Pressure ulcer, Pressure sore, Decubitus ulcer)** หมายถึง บริเวณที่มีการตายของ เซลล์หรือเนื้อเยื่อ เกิดจากการกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอยเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง จึงทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น โดยอาจจะมีสาเหตุจากปัจจัยเสริมภายในร่างกาย ได้แก่ อายุ ภาวะโภชนาการและสภาพผิว เป็นต้น ส่วนของปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงกดทับ (Pressure), แรงเสียดทาน/ แรงเสียดสี (Friction), แรงเฉือน/ แรงดึงรั้ง (Shearing), และความชื้น (Moisture)

**ระดับของแผลกดทับ** แบ่ง 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ผิวหนังไม่มีการฉีกขาด แต่เป็นรอยแดง เมื่อคบบริเวณรอยแดง ไม่จางหายภายใน 30 นาที

ระดับที่ 2 ผิวหนังส่วนบนหลุดออก ฉีกขาดเป็นแผลตื้น มีรอยแดงบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีสิ่งขับหลังจากแผลปริมาณเล็กน้อยหรือปานกลาง

ระดับที่ 3 มีการทำลายหนังถึงชั้นไขมัน มีรอยแผลลึกเป็นหลุมโพรง มีสิ่งขับหลังออกจากแผลมาก อาจมีกลิ่นเหม็น

ระดับที่ 4 มีการทำลายถึงเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ กระดูก แผลเป็นโพรง มีสิ่งขับหลังออกจากแผลมาก มีกลิ่นเหม็น

**ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับมีดังนี้**

**ท่านอนหงาย:** จูดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ท้ายทอย สะบัก ศอก กระเบนเหน็บและส้นเท้า บริเวณที่เกิดแผลกดทับได้ง่าย คือ ส่วนนูนของท้ายทอย ส่วนนูนของกระดูกสะบัก หัวกระดูกข้อศอก กระดูกกระเบนเหน็บ และส้นเท้า

**ท่านอนตะแคง:** จูดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ไบหู หัวไหล่ด้านข้าง ซีโครง กระดูกต้นขา หัวเข่า ตาตุ่ม บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้ คือ ไบหู ปุ่มก้นหู ปุ่มกระดูกหัวไหล่ ซีโครง ปุ่มกระดูกโคนขา ปุ่มกระดูกต้นขา หัวกระดูกปลายขาอันเล็ก และตาตุ่ม

**ท่านั่ง:** จูดรับน้ำหนักของร่างกายอาจตกอยู่บริเวณใดบริเวณหนึ่งขึ้นอยู่กับท่านั่งของผู้ป่วย ท่านั่งหลังตรง เข่างอ 90 องศา ด้านหลังของต้นขาจะเป็นจุดรับน้ำหนัก แต่หากผู้ป่วยเลื่อนไหลเข่ายกสูงและข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา จูดรับน้ำหนักของร่างกายจะตกลงที่ปุ่มกระดูกเชิงกรานและกระดูกก้นกบโดยตรง

**เป้าหมาย:**

1. ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับการประเมินและดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้รับการพยาบาลแผลกดทับได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

**จุดเน้น**

1. บุคลากรสามารถระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
2. บุคลากรสามารถดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยง/ หรือเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

**แนวทาง:**

**การป้องกันการเกิดแผลกดทับ**

หลักการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มี 2 ประการดังนี้

1. **การค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง** โดยการประเมินผู้ป่วยรับใหม่/ รับย้ายทุกราย ภายใน 24 ชั่วโมงแรก ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden scale) ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปร 6 ปัจจัย คะแนนแต่ละด้านเริ่มตั้งแต่ 1-4 ยกเว้นปัจจัยด้านแรงเสียดสีและแรงเฉือน มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 6- 23 คะแนน ค่าคะแนนที่ถือว่าเริ่มเสี่ยงคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน

1.1 หากคะแนน Braden scale มากกว่า 16 คะแนน (> 16 คะแนน) ให้ประเมินซ้ำเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือเริ่มมีภาวะเสี่ยงเกิดขึ้น เช่น ไข้สูง ซึมลง สับสน หลังผ่าตัด หรือถ่ายเหลวบ่อยครั้ง เป็นต้น

1.2 หากคะแนน Braden scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ( $\leq 16$  คะแนน) แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ให้พิจารณาใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับต่อผิวหนัง เช่น ที่นอนลม หมอนน้ำ เบาะเจล และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแผลกดทับในข้อต่อไป

## 2. วิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.1 การลดแรงกด (Pressure relief) และการป้องกันการเสียดสี สามารถทำได้โดยการค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การพลิกตัวเปลี่ยนท่าผู้ป่วยบ่อย ๆ ใช้เตียงลม หรือเบาะรองนุ่ม ๆ เพื่อลดแรงกดทับ

2.1.1 การพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าผู้ป่วย โดยการพลิกตะแคงตัวและจัดท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง สามารถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้บ่อยกว่าทุก 2 ชั่วโมง และลงบันทึกไว้

### การจัดท่า ปฏิบัติดังนี้

- ท่านอนตะแคง ตะแคงตัวให้สะโพกทำมุม 30 องศากับที่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับ Greater trochanter
- ท่านอนหงาย จัดท่านอนหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาตุ่ม 2 ข้าง เพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่ เมื่อคนไข้ที่นอนหงายนานเกินกว่า 2 ชั่วโมง อาจเกิดแผลกดทับที่ก้นกบ และส้นเท้าได้ง่าย เราต้องใช้หมอนนุ่มรองเท้าทั้งสองข้าง เพราะสามารถลดแรงกดทับบริเวณส้นเท้า หลังจากนั้นให้ใช้หมอนข้างหนุนช่วงใต้เข่าไว้เพื่อไม่ให้รู้สึกเกร็งที่หลัง เพื่อให้กล้ามเนื้อหลังหย่อนตัวลงและช่วยยกส้นเท้าให้สูงลอยจากพื้น
- ท่านอนคว่ำ การจัดท่านอนคว่ำ ให้ใช้หมอนรองตามตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
- การจัดท่านอนศีรษะสูงไม่ควรสูงเกิน 30 องศา เพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนไถลและการกดทับจาก pressure และ shear forces แต่ถ้าจำเป็นต้องนอนศีรษะสูงเพื่อให้อาหารทางสายยาง ควรลดระดับลงเหลือ 30 องศา ภายหลังจากได้รับอาหารประมาณ 30 นาที -1 ชั่วโมง

2.1.2 การป้องกันการเสียดสี โดยเฉพาะระหว่างการยกตัว จึงควรใช้ผ้ายกตัว ไม่ควรใช้วิธีการลากและไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพัง หากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในรายที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง ควรใช้อุปกรณ์ช่วยลดการเสียดสี เช่น หมอนน้ำ หมอนเจล หมอนผ้านุ่ม ๆ สำหรับรองปุ่มกระดูกต่าง ๆ

## 2.2 การดูแลผิวหนัง (Skin care)

มีเป้าหมายเพื่อควบคุมและปรับปรุงเนื้อเยื่อที่ถูกกดให้มีความแข็งแรง และป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ ดังนี้

2.2.1 การทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยที่ผิวหนังแห้ง หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่นและสบู่ ในการทำความสะอาดร่างกาย ควรเลือกทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม

2.2.2 สำหรับผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มการทาโลชั่น โดยทา 3-4 ครั้ง/ วัน ถ้าเป็นครีมทา 2- 3

ครั้ง/ วัน

2.2.3 ในรายที่ควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ ควรทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขยับถ่ายและซับให้แห้ง ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือและซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม หลังจากนั้นทาวาสลีนหรือโลชั่นทุกครั้ง เพื่อป้องกันผิวหนังในส่วนนั้นเป็นแผลจากความเปียกชื้น

2.2.4 ควรหาสาเหตุของการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้และแก้ไข เช่นการฝึกการขยับถ่าย ปัสสาวะและการฝึกถ่ายอุจจาระ เป็นต้น

2.2.5 หลีกเลี่ยงบริเวณที่รับความรู้สึกได้น้อย หรืออ่อนแรงสัมผัสกับความร้อน เช่น การวางกระเป๋าน้ำร้อนควรระวังให้มากและไม่ควรใช้กับผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ถ้าจะใช้ให้เลือกใช้ Hot pack และควรห่อผ้าขนหนูก่อนวางพร้อมทั้งประเมินความร้อนก่อนวางให้ผู้ป่วยทุกครั้ง และควรสังเกตรอยแดง/ตุ่มพองที่อาจเกิดความร้อนที่ผิวหนังผู้ป่วย

2.2.6 หลีกเลี่ยงการนวดปุ่มกระดูก โดยเฉพาะที่มีรอยแดง จากการศึกษาการนวดปุ่มกระดูก จะทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณนั้นลดลงและทำให้เนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไปได้รับอันตรายจากการกดนวด

2.2.7 ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยการทำให้ Passive exercise และ Range of motion ควรทำอย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง

2.2.8 ระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผิวหนัง

2.2.9 ถ้ามีแผลกดทับ 1- 2 สามารถใช้วัสดุปิดแผลจำพวก occlusive หรือ semi permeable ปิดแผล เพื่อควบคุมให้สิ่งแวดล้อมของแผลชุ่มชื้น

2.2.10 สังเกตลักษณะของผิวหนังทุกแหว เพื่อเฝ้าระวัง หากพบความผิดปกติบันทึกลักษณะและส่งต่อเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

### 2.3 การดูแลภาวะโภชนา (Nutrition status)

ดูแลเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน เพื่อช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล ระดับของโปรตีนที่ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับต้องการคือ 1.0- 1.2 gm/kg/ day รวมทั้งวิตามินซี ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอับความต้องการของร่างกาย ถ้าผู้ป่วยรับทางปากได้น้อย ดูแลแนะนำอาหารอื่น ๆ เช่น นม หรืออาหารเสริมสำหรับผู้ป่วยที่มีชายทั่วไปเพื่อทดแทนสารอาหารและพลังงานได้ แต่ถ้ารับทางปากไม่เพียงพอหรือไม่ได้เลย อาจต้องให้อาหารทางสายยางให้อาหารหรือทางหลอดเลือดดำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

### 2.4 การกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต

สามารถทำได้โดยการกระตุ้น ให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน การเดิน และการออกกำลังกาย/ขา รวมทั้ง active/ passive exercise หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงลงมานั่งบ้าง (ในสถานะที่พร้อม)

### 2.5 การให้ความรู้ (Education)

มีความสำคัญค่อนข้างมากในปัจจุบัน เนื่องจากถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผลกดทับ แล้วจะสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง แนวโน้มการเกิดแผลกดทับก็จะลดลงได้ และยังมีผลระยะยาวที่จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับลง

## ● Catheter, Tubing Connection, and Infusion Pump: ET-Tube เลื่อนหลุด

**คำนิยาม (Definition):** ท่อช่วยหายใจเลื่อน/ หลุดจากตำแหน่ง สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุหรือการจูงใจ ดึงออกก่อนกำหนดเวลาที่แพทย์ได้วางแผนการรักษาไว้

**เป้าหมาย:**

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตามแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
- เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

**แนวทาง**

- อธิบายเหตุผลและความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยและ/ หรือญาติทราบเพื่อช่วยให้ความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น
- ให้ความรู้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและตรวจเช็คตำแหน่งท่อช่วยหายใจทุกเวร โดยการตรวจสอบขนาดและตำแหน่งของท่อช่วยหายใจจากการระบุที่ป้ายหัวเตียงและ/ หรือแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
- ผูกยึดท่อช่วยหายใจให้มั่นคง โดยใช้พลาสติกอร์ผ้า มีการยึดตรึงใหม่เมื่อเปียกแฉะ และมีการเปลี่ยนพลาสติกอร์อย่างน้อยทุก 24 ชั่วโมง
- มีนวัตกรรมการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในเด็ก โดยใช้ลวดครึ่ง Tube และการติดพลาสติกอร์บริเวณมุมปาก
- ตรวจสอบ Cuff pressure ให้อยู่ในค่าปกติระหว่าง 20- 25 มม.ปรอท เพื่อช่วยป้องกันการรั่วของลมหายใจออกจากปอดขณะช่วยหายใจและการสำลักน้ำย่อย
- เน้นย้ำการป้องกันการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจจากการทำหัตถการต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงในการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น
- ในกรณีผู้ป่วยตื่นมาก และมีความเสี่ยงต่อการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด พิจารณาการผูกยึดที่เหมาะสมและ/ หรือ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง

## ● Right and Accurate Laboratory Results: การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/

**พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน**

**คำนิยาม (Definition):** ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยต้องมีความถูกต้อง คือการรายงานผลที่ตรงกับเจ้าของสิ่งส่งตรวจ และมีความแม่นยำ สามารถสะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในร่างกายของเจ้าของสิ่งส่งตรวจได้

**เป้าหมาย:** เพื่อให้ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแพทย์ในการ วินิจฉัยโรค/ สำหรับเป็นแนวทางในการรักษา/ ติดตามผลการรักษา/ พยากรณ์โรค/ ป้องกันโรค/ ประเมิน ภาวะสุขภาพ

**จุดเน้น:**

1. กระบวนการเก็บสิ่งส่งตรวจ
2. การตรวจวิเคราะห์
3. การรายงานผลที่ถูกต้องและทันเวลา

**แนวทาง:**

1. มีการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง/ ถูกคนในขณะที่ทำการเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย โดยยึดตามแนวทางของ Patient identification ตรวจสอบชื่อ นามสกุล hospital number วันเดือนปีเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น เพื่อยืนยันตัวบุคคล
2. การเก็บสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง โดยมีการเตรียมผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามประเภทของการทดสอบ ใช้ชนิดและสัดส่วนของสารกันเลือดแข็งหรือสารรักษาสภาพอย่างเหมาะสมกับปริมาณเลือดที่เจาะเก็บ สิ่งส่งตรวจไม่ควรปนเปื้อนหรือถูกเจือจางด้วยสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ
3. หลังเก็บสิ่งส่งตรวจ ติด sticker ระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และชัดเจน
4. รักษาสภาพสิ่งส่งตรวจให้เหมาะสมก่อนการทำการวิเคราะห์ โดยคำนึงถึงระยะเวลาและอุณหภูมิในการขนส่ง/ การเก็บ และสิ่งรบกวนที่อาจมีผลต่อการวิเคราะห์ เช่น แสงสว่าง, ออกซิเจน, แบคทีเรียปนเปื้อนที่เพิ่มจำนวนตามระยะเวลา
5. ระบุตัวผู้ป่วยและสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องตรงกันขณะทำการวิเคราะห์ผลการตรวจ และรายงานผลผ่านโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ (Hos- xp)
  - 5.1 กรณีที่เครื่องตรวจวิเคราะห์เชื่อมต่อเข้ากับระบบคอมพิวเตอร์โดยตรง มีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความสัมพันธ์กันของผลการตรวจวิเคราะห์แต่ละรายก่อนการรายงานทุกครั้งโดยนักเทคนิคการแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
  - 5.2 กรณีที่ต้องทำการตรวจวิเคราะห์ซ้ำ ให้นักเทคนิคการแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรแจ้งผู้รับบริการ/ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทราบถึงระยะเวลาที่ต้องรอผลการตรวจเพิ่มขึ้น และพิจารณาผลการตรวจอีกครั้งก่อนการรายงานผลให้แพทย์ทราบ โดยปฏิบัติดังนี้
    - 5.2.1 กรณีผลการตรวจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จะต้องบันทึกค่าเก่าในสมุดบันทึกทุกครั้งเพื่อการสอบกลับได้
    - 5.2.2 กรณีผลการตรวจได้ค่าเท่าเดิม/ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ให้แจ้งผู้ส่งตรวจรับทราบและใช้ผลที่ได้ในครั้งแรกในการรายงานผลในครั้งนั้น
  - 5.3 กรณีเครื่องตรวจวิเคราะห์ไม่ได้เชื่อมต่อเข้ากับระบบคอมพิวเตอร์โดยตรง (test manual) นักเทคนิคการแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์บันทึกผลการตรวจวิเคราะห์ดังกล่าวลงในแบบฟอร์ม (work sheet) บันทึกผลการตรวจวิเคราะห์ในใบ Lab พิมพ์ผลการตรวจวิเคราะห์ลงในระบบคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และความสัมพันธ์ระหว่างผลเก่าและใหม่ก่อนการรายงานผลทุกครั้ง

- Medical emergency

- STROKE

คำนิยาม: การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง  
เป้าหมาย:

- c. ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะ acute stroke มากที่สุด
- d. ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลือจาก acute stroke น้อยที่สุด
- e. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาน้อยที่สุด

แนวทาง:

1. ประเมินอาการและอาการแสดงผู้ป่วยที่สงสัยStroke
  - 1.1 หน้าเบี้ยวเฉียบพลัน (FACE)
  - 1.2 อ่อนแรงครึ่งซีกเฉียบพลัน (ARM)
  - 1.3 พูดไม่ชัดเฉียบพลัน (SPEECH)
  - 1.4 เวียนศีรษะ เดินเซเฉียบพลัน (ATAXIA)
2. ชักประวัติ/ ประเมินสัญญาณชีพ (vital sign), อาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological sign) และบันทึกข้อมูลลงใน “แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ”
3. หลังประเมิน F-A-S-T พบอาการเปลี่ยนแปลง แจ้งแพทย์ทันที เพื่อให้การดูแล ดังนี้
  - 3.1 Basic life support (ABCD)
  - 3.2 DTX (exclude hypoglycemia)
  - 3.3 Emergency lab: CBC, BUN/Cr, Electrolyte, Coagulogram, EKG
  - 3.4 เปิดหลอดเลือดดำให้สารน้ำ: 0.9% NSS 1,000 ml. IV
4. ในกรณี onset time < 4.5 ชั่วโมง: เริ่มกระบวนการของ Stroke fast track แจ้งแพทย์แพทย์ Staff MED/ NEURO ตามตามตารางการ Consult พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังมีอาการ
  5. ส่งตรวจส่งตรวจพิเศษ CT Brain non contrast (ภายใน 30 นาที)และรังสีแพทย์แปลผลภายใน 45 นาที
    - 5.1 ผล Cerebral infarction: รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาข้อบ่งชี้/ ความจำเป็นในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rtPA) ภายใน 1 ชั่วโมง และรับผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาในICU/ Stroke unit (ภายใน 3 ชั่วโมง)สำหรับการดูแลในรูปแบบAcute Ischemic Stroke care+ general management
    - 5.2 ผลCerebral Hemorrhage: รายงานแพทย์ทันที เพื่อส่งปรึกษา (consultant) แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมระบบประสาท เพื่อประเมินอาการและให้การรักษาต่อไป
6. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยโรคหลอดเลือด



สมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สำหรับการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยผ่านโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง (COC program) ของโรงพยาบาลปัตตานี

## ■ SEPSIS

### คำนิยาม (Definition):

**Sepsis:** ภาวะที่มีการติดเชื้อรุนแรงทำให้มี organ dysfunction ร่วมด้วย โดยมี SOFA  $\geq 2$  คะแนน หรือ qSOFA  $\geq 2$  คะแนน หรือ SOS score  $\geq 4$  คะแนน หรือ M-SOS  $\geq 3$  คะแนน

**Septic shock:** sepsis ที่มี serum lactate  $>2\text{mmol/L}$  (18 mg/dl) ภายหลังจากการรักษาโดยการให้สารน้ำกึ่งชีพเพียงพอแล้ว และจำเป็นต้องใช้ Vasopressors เพื่อให้ MAP  $\geq 65$  mmHg

**เป้าหมาย:** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

### แนวทาง:

1. ประเมิน/คัดกรอง/เฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกรายตั้งแต่แรกรับที่ ER/ OPD และเฝ้าระวังต่อเนื่องที่ IPD โดยใช้ early warning sign sepsis ดังนี้ ใช้
  - ER/ OPD ใช้ SIRS/ qSOFA)
  - IPD ใช้ SIRS/ SOS/ M-SOS score
  - ICU ใช้ SIRS/ SOS/ SOFA score
2. หลังประเมิน early warning sign sepsis แล้วพบมีการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้
  - ที่ ER/ OPD หากพบ qSOFA  $\geq 2$  คะแนน
  - ที่ IPD หากพบ SOS/ M-SOS score  $\geq 4$  คะแนน หากใช้ SOS หรือ  $\geq 3$  คะแนน หากใช้ M-SOS หรือพบมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มจากเดิม 2 คะแนน ให้รายงานแพทย์เวร/เจ้าของไข้ทราบทันทีเพื่อ Early detection ภาวะ sepsis
3. ประเมินเพื่อค้นหา Evidence of infection ร่วมกับแพทย์เวร/เจ้าของไข้
 

Evidence of infection ที่อาจเป็นสาเหตุมีดังนี้

  - พบการติดเชื้อในปอด ได้แก่ ไอเสมหะสีเหลืองหรือเป็นหนอง หรือตรวจรังสีทรวงอก พบว่าเป็นปอดบวม
  - พบการติดเชื้อในช่องท้อง
  - มีการตรวจพบเม็ดเลือดขาว จากการเจาะน้ำ บริเวณตำแหน่งต่างๆ เช่น น้ำไขสันหลัง น้ำในช่องท้อง น้ำในช่องปอด
  - พบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะแสบขัด มีตะกอน WBC ใน UA  $>10$  cell/ml
  - พบการติดเชื้อที่ผิวหนัง หรือ soft tissue ได้แก่ บวม แดง ร้อน หรือมีหนอง
  - ผลเพาะเชื้อจากเลือดพบตัวเชื้อ
4. กรณีไม่พบ evident of infection และแพทย์ไม่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ ให้ติดตาม / เฝ้าระวัง

และประเมินต่อ โดยใช้ SOS/ M-SOS score ตาม protocol อย่างใกล้ชิด

5. กรณีพบ/ ไม่พบ evident of infection และแพทย์วินิจฉัยหรือสงสัยว่ามี การติดเชื้อ ดูแลทำ ปฏิบัติตาม sepsis 6 bundles โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis/ septic shock ของรพ. ปัตตานี และ ปฏิบัติดังนี้

5.1 ดูแลทำ septic works up เก็บ CBC, Lab C/S & BUN, Cr., Electrolyte, HCO<sub>3</sub>, serum lactate ตามแผนการรักษา โดยเฉพาะ take H/C x 2 ขวด พร้อมกัน 2 แขน และเก็บ specimen ที่ สงสัยว่าเป็นแหล่งติดเชื้อส่ง C/S ทันทีก่อนให้ Antibiotic

5.2 ดูแลให้ Antibiotic ทันทีหลัง take H/C (ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย) โดยใช้ ช่องทางด่วนในการรับยา ไม่ต้องรอคิว (ป้อนตาราง sepsis fast track ใน copy ใบสั่งยา)

5.3 ประเมิน SOS/ M-SOS score, record V/S, I/O ตาม protocol

5.4 ติดตามอาการ Poor tissue perfusion ทุก 4 ชั่วโมง

- ประเมิน urine output / void ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ และปริมาณเท่าไร ถ้าไม่ void ภายใน 4 ชั่วโมง notify แพทย์ เพื่อ Retained Foley catheter

- ประเมิน consciousness

- ประเมิน capillary refill, ปลายมือ ปลายเท้า, ผิวหนัง

6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์ทราบ

7. ประเมินอาการและเฝ้าระวังภาวะ septic shock อย่างใกล้ชิด หากพบอาการของ Tissue Hypo perfusion หรือ organ dysfunction เช่น

- มี Hypotension ได้แก่ systolic BP <90 mmHg หรือ MAP <65 ในคนปกติ หรือ systolic BP ลดลง  $\geq$  40 mmHg ในผู้ป่วย HT

- urine output <0.5 mL/kg/hr., Conscious (GCS) แ่ลง, ตัวลาย มือเท้าเย็นให้ปฏิบัติ ดังนี้

7.1 รายงานแพทย์เวร/เจ้าของไข้ร่วมกับคะแนน SOS/ M-SOS ทันทีเพื่อ Early resuscitation

7.2 เปิด IV 2 เส้น (ใช้เข็ม No.18 หรือ 20) และ load IV ตามแผนการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย septic shock

7.3 ขณะและหลัง load IV เฝ้าระวังภาวะ pulmonary edema โดยฟัง lung, สังเกต การหายใจ หากพบผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น มี crepitation sound มี pink frothy sputum รายงาน แพทย์ทราบอาการเพื่อประเมินซ้ำ

7.4 หากมีความจำเป็นต้องทำ C-line ดูแลเตรียม set และช่วยแพทย์ตามแนวปฏิบัติการ ทำ C-line

7.5 Check V/S/ CVP หลัง load IV

## 8.ประเมินอาการหลัง load IV

8.1 กรณีไม่มีภาวะ Hypotension ( $MAP \geq 65$  mmHg) ปฏิบัติดังนี้

8.1.1 ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา (อย่างน้อย 30 mL/kg/hr ใน 1 hrs. หลังการวินิจฉัยภาวะ septic shock)

8.2.2 check V/S และ obs. Conscious (GCS) ทุก 10 นาที จน stable

8.3.3 ประเมิน SOS score ทุก 15-30 นาที จน SOS score  $<4$  หรือ stable ประเมิน ต่อทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมงตาม protocol

8.2 กรณียังมีภาวะ Hypotension ( $MAP < 65$  mmHg) ปฏิบัติดังนี้

8.2.1 รายงานแพทย์เวร/เจ้าของไข้ซ้ำ เพื่อพิจารณาให้สารน้ำเพิ่ม (อย่างน้อย 30 mL/kg/hr. ใน 1 hr. หลังการวินิจฉัย) หรืออาจให้ Vasopressor ร่วมไปด้วยหาก  $MAP < 50$  mmHg

8.2.2 หลัง load IV เพิ่ม Check V/S/ CVP ซ้ำทุกครั้ง และรายงานหากยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

8.2.3 กรณีให้สารน้ำจนครบตามเป้าหมาย  $MAP$  ยังคง  $< 65$  mmHg ดูแลให้ vasopressor โดยปฏิบัติตามแนวทางทางการบริหารยา Vasopressor/ Inotrope สำหรับพยาบาล ดังนี้

- กรณี BP  $< 90/60$ ,  $MAP < 65$  mmHg ให้วัด V/S และปรับ

Vasopressor/ Inotrope ขึ้นทุก 10 นาที x 3 ครั้ง หากภายใน 30 นาที  $MAP$  ยังคง  $< 65$  mmHg ให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้/ แพทย์เวร เพื่อพิจารณาหาสาเหตุและ ให้การรักษาเพิ่มเติม

- กรณี BP  $\geq 90/60$ ,  $MAP \geq 65$  mmHg ยังไม่ต้องปรับลด Vasopressor/ Inotrope ในทันที ให้คง rate เดิม รอ stable 6 ชั่วโมง

- การปรับลด Vasopressor/ Inotrope ลง ให้ปรับลดทุก 1 ชั่วโมง และ หากลดลงได้เรื่อย ๆ พยาบาลต้องไม่ off ยาเองให้ notify แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาสั่ง off

8. ดูแลติดตามผลตรวจ blood glucose ปลายนิ้วทุก 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วง 80-180 mg% พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการ Hypo/Hyperglycemia

9. ดูแลติดตามผลตรวจเพาะเชื้อ ได้แก่ H/C และ specimen ที่สงสัยว่าเป็นแหล่งติดเชื้อ เช่น urine C/S, sputum C/S, pus C/S เป็นต้น และรายงานแพทย์ทราบทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ที่ตรงกับสาเหตุการติดเชื้อ

11. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดย keep  $spO_2 \geq 94\%$

12. ดูแลติดตามผล blood lactate level หลัง resuscitate และรายงานแพทย์ทราบเพื่อ ประเมินภาวะ tissue perfusion ว่ามีแนวโน้มดีขึ้น/แย่ลง เพื่อปรับแผนการรักษา

13. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Respiratory failure, AKI, DIC, ARDS เป็นต้น

14. ให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติเป็นระยะถึงอาการและแผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวล

## ● Maternal and Neonatal Morbidity

### ■ Post- Partum Haemorrhage: PPH

#### คำนิยาม (Definition):

**ภาวะตกเลือดหลังคลอด:** เสียเลือดทันทีมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดครรภ์เดียวทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรหลังผ่าตัดคลอด (cesarean section) หรือระดับ Hematocrit ลดลงมากกว่า 10% ของ Hematocrit ก่อนคลอด

**เป้าหมาย:** เป็นแนวทางในการค้นหาทารกที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เพื่อวางแผนการดูแล รักษา ป้องกัน หรือการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดให้สามารถหาสาเหตุและให้การรักษาได้อย่างทันที่

#### แนวทาง:

1. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการตกเลือดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ทุกราย หากพบให้รายงานแพทย์เพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดซึ่งได้แก่

#### ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูง

- ระดับฮีโมโกลบินในระยะตั้งครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กรัม/ เดซิลิตร
- การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
- การตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน
- เนื้องอกในโพรงมดลูก
- รกเกาะต่ำ
- รกเกาะลึก
- การตั้งครรภ์แฝด
- กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์

#### ปัจจัยที่มีความเสี่ยงปานกลาง

- ไม่เคยผ่านการคลอด
- หน้าท้องมีขนาดใหญ่ไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์
- รกลอกตัวก่อนกำหนด
- การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ
- การชักนำและกระตุ้นการเจ็บครรภ์

#### ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่ำ

- ผู้คลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี และอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป
- ผ่านการคลอดมาแล้ว 1 ครั้ง
- อายุครรภ์ตั้งแต่ 42 สัปดาห์ขึ้นไป
- กลุ่มโรคเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์

- การได้รับยาระงับความเจ็บปวด

2. เตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะ active โดยการ

2.1 ให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดในรูป isotonic fluid เช่น NSS, LRS ด้วยเข็มเบอร์ 18

2.2 CBC

2.3 เตรียมเลือดสำหรับ cross match กรณีที่ HCT < 30%

2.4 NPO

3. การดูแลใน third stage โดยวิธี active management เพื่อป้องกัน PPH ให้ Oxytocin ทันทีที่ไหล่น้ำคลอดหรือทารกคลอด โดยให้ Oxytocin 10 Unit IM หรือ Oxytocin 10/20 unit in 1,000 ml IV drip 100-150 ml/hr. ทำคลอดรกโดยวิธีที่เหมาะสม เมื่อรกคลอดแล้วให้คลำยอดมดลูก ว่ามดลูกบีบรัดตัวดีหรือไม่ นวดคลึงมดลูกอย่างน้อย 60 วินาที หลังรกคลอดนวดมดลูกทางหน้าท้องให้มดลูกหดตัวดี และทำการนวดทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก หากพบว่ามดลูกบีบรัดตัวไม่ดีและไม่มีข้อห้ามในการฉีด Methylergometrine maleate (Methergine 1 amp 0.2 mg) IM

4. ตรวจ 4 T

4.1 Tone: การหดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine atony)

4.2 Trauma: การฉีกขาดทางช่องคลอด (Laceration of the genital tract)

4.3 Tissue: การมีเศษรกหรือเนื้อเยื่อรกค้าง

4.4 Thrombin: ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด

5. กรณีพบความผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที

6. เย็บซ่อมทันที เพื่อลดการสูญเสียเลือดหลังคลอด

7. ฝ้าระวังภาวะ PPH

7.1 ประเมินปริมาณการเสียเลือด โดยใช้ถุงรองรับเลือดทั้งหมดที่ออกในระยะหลังทารกคลอด ซึ่งมี scale บอกปริมาณเลือดที่ออกในขณะที่เย็บแผล และหลังจากเย็บแผลเสร็จแล้วนำเลือดไปชั่งน้ำหนัก เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเลือดจาก scale กับน้ำหนัก (1 กรัม = 1 มิลลิลิตร) หลังเย็บแผลเสร็จ ใช้ผ้าอนามัยรองรับเลือดที่ออก

7.2 การดูแลมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ติดตามตรวจประเมินอาการทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่ โดยฝ้าประเมินต่อไปนี้

7.2.1 Vital sign

7.2.2 Uterine contraction

7.2.3 Bleeding per vagina

7.2.4 Perineum

7.2.5 Bladder

7.2.6 อาการและอาการแสดงของการเสียเลือด

## ■ Birth Asphyxia

### คำนิยาม:

**Birth Asphyxia** หมายถึง ทารกที่มีภาวะพร่องออกซิเจนตอนแรกเกิด เป็นภาวะเร่งด่วน (emergency) ที่ทารกไม่สามารถเริ่มหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพหลังคลอดภายใน 1 นาที และอาจเกิดความเสียหายกับสมองจนเสียชีวิตได้

**เป้าหมาย:** เพื่อลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนในทารกที่มีภาวะพร่องออกซิเจนตอนแรกเกิด

### แนวทาง:

3. พัฒนสมรรถนะเจ้าหน้าที่/ บุคลากรในเรื่องของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด
4. การเตรียมอุปกรณ์และตรวจสอบอุปกรณ์ช่วยเหลือทารกแรกเกิดให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ปฏิบัติงานเสมอ
5. จัดทำแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด พร้อมแผนภาพประกอบที่จัดรับเด็กแรกคลอดในห้องคลอด
6. จัดทำประชุมสัมมนาเพื่อหาแนวทางในการลดภาวะ Birth asphyxia
7. จัดให้มีการทบทวนและฝึกปฏิบัติการดูแลและช่วยฟื้นคืนชีพทารก
8. จัดทำคู่มือปฏิบัติการดูแลและช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
9. ประสานงานกับสูติแพทย์ในการหาแนวทางเพื่อลด Birth asphyxia
10. เมื่อเกิดปัญหาในการช่วยเหลือทารกแรกคลอดที่มีภาวะ birth asphyxia ให้ลงบันทึกไว้ เพื่อเป็นข้อมูลในการทบทวนและหาแนวทางในการแก้ไขต่อไป
11. ติดตามการรายงานสถิติประจำเดือน มีการประสานงานระหว่างสูติแพทย์และกุมารแพทย์ ในการเตรียมให้การช่วยเหลือหากมีข้อบ่งชี้ของผู้คลอดที่อาจเกิด Birth asphyxia ในทารก

## ■ Hypoglycaemia

### คำนิยาม (Definition):

**ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)** หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าปกติ สามารถประเมินได้จากอาการและอาการแสดง รวมถึงการตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่น้อยกว่า 70 มก./ ดล. ซึ่งการวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีดังนี้

1. ตรวจพบมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มก./ ดล.
2. มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่
  - อาการอโตโนมิก (autonomic symptom) ได้แก่ อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันซิสโตลิกสูง มือสั่น วิตกกังวล กระสับกระส่าย คลื่นไส้ รู้สึกร้อน เหงื่อออก ชาและรู้สึกหิว ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นอาการเตือนก่อนมีอาการสมองขาดกลูโคสรุนแรง

- อาการสมองขาดกลูโคส (neuroglycopenic symptom) ได้แก่ อ่อนเพลีย อุณหภูมิ  
 ภายต่ำ ผิวหนังเย็นขึ้น มึนงง สับสน ไม่มีสมาธิ ตาพร่ามัว พูดซ้ำ เชื่องซึม อัมพาตครึ่งซีก หากอาการรุนแรง  
 อาจเกิดอาการชัก หมดสติ

#### เป้าหมาย:

1. เพื่อประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ

#### แนวทาง:

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เช่น อาการ  
 อ่อนเพลีย เหงื่อออก ตัวเย็น หิว มือสั่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หงุดหงิด เอะอะอาละวาด บุคลิกเปลี่ยน ปวด  
 ศีรษะ สับสน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ชักและหมดสติ
2. วัดสัญญาณชีพและประเมินระดับความรู้สึกตัว (conscious) เพื่อสามารถวางแผนให้การช่วย  
 ได้อย่างทันที่
3. รายงานแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างทันที่
4. ในกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ไม่ได้ดื่มน้ำดอาหาร ดูแลให้ได้รับคาร์โบไฮเดรต  
 ชนิดดูดซึมเร็วในเบื้องต้น เช่น น้ำหวาน, น้ำผลไม้, ลูกอม 2-3 เม็ด, น้ำตาลก้อน 2 ก้อน
5. ในกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะดื่มน้ำดอาหาร/ ไม่รู้สึกตัว ดูแลให้ได้รับ 50% glucose 50 cc. เข้า  
 ทางหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้สมองได้รับกลูโคสที่เพียงพอ ป้องกันอันตราย  
 ที่อาจจะเกิดขึ้นกับสมอง
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ  
 ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้
7. เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ 50% glucose ช้า 20-30 นาที เพื่อประเมิน  
 ระดับน้ำตาลในเลือด
8. เฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ โดยสังเกตอาการและแนะนำผู้ป่วยและญาติ/  
 ผู้ดูแลในการสังเกตอาการหลังจากได้รับยาลดน้ำตาลในเลือด เช่น มึนงง ปวดศีรษะ หาว ตาพร่ามัว พูดไม่ชัด  
 เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนังแห้ง และตาลึกโป้ หากพบอาการและอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลทราบหรือใน  
 กรณีอยู่ที่บ้านควรรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล เพื่อให้การรักษาและช่วงเหลือได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
9. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 ชั่วโมง ตามแผนการ  
 รักษา เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าพบน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ รายงานแพทย์ทราบ  
 เพื่อให้การรักษาและช่วยเหลืออย่างทันที่

## ■ Pneumonia Respiratory Failure

**คำนิยาม (Definition):** ภาวะการหายใจล้มเหลวจากประสิทธิภาพการหายใจลดลงจากปอดอักเสบ

**เป้าหมาย:** เพื่อค้นหาและป้องกันภาวะการหายใจล้มเหลวจากประสิทธิภาพการหายใจลดลงจากปอดอักเสบ

**แนวทาง:**

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย
2. ค้นหาและป้องกันความเสี่ยงเชิงรุกโดยกำหนด Warning sign เป็นตัวส่งสัญญาณ
3. ประเมินPSOS Score ร่วมกับ Capillary refill และ ภาวะ Cyanosis ตัวลาย ปลายมือ ปลายเท้าม่วงเย็น
4. ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะหอบหืดและใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหอบหืดร่วมด้วย
5. พิจารณาon High flow nasal oxygen ในกรณีผู้ป่วยที่มีแนวโน้ม Acute Respiratory failure
6. สอนผู้ป่วยในกรณีใช้นาฬิกาคุมเสมหะ เพื่อองค้ำอาหารอย่างถูกต้องเพื่อคุมเสมหะตามเวลาที่กำหนดอย่างถูกต้อง
7. ประสานเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดในกรณีผู้ป่วยมีเสมหะมากเพื่อเคาะปอดอย่างถูกวิธี
8. พิจารณาทำC3Ther ในกรณีผู้ป่วย Re- Admit
9. ประสานเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

## ■ ก้าวร้าว

**คำนิยาม (Definition):**

**ความก้าวร้าว (Aggressive)** หมายถึงการบุกรุกการล่วงละเมิดเกะกะระรานซึ่งใช้กิริยาวาจาที่ไม่เรียบร้อยเพื่อเอาชนะต่อสิ่งต่อต้านจากบุคคลและสิ่งแวดล้อม

**ความรุนแรง (Violence)** หมายถึงความก้าวร้าวที่แสดงออกทางกานสูงสุดเพื่อทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม

**พฤติกรรมก้าวร้าว** หมายถึงผู้ที่มีการแสดงออกอย่างรุนแรงอาจโดยใช้ คำพูดหรือการใช้กำลังซึ่งเป็นอันตรายผู้ป่วยเองผู้อื่นและทรัพย์สิน

**พฤติกรรมรุนแรง** หมายถึงการกระทำของบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้โดยการแสดงออกทางร่างกายหรือคำพูดโดยมีผลกระทบต่อตนเองบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม

**เป้าหมาย:**

1. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม
2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย



**แนวทาง:**

1. ประเมินแรกรับผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน PHUA และแบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก SAV precaution เน้น การประเมิน Violence: การเฝ้าระวังความเสี่ยงพฤติกรรมรุนแรงเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม
2. ให้การดูแลตามแนวทางการจัดการในแบบประเมิน PHUA ร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์
3. ดูแลสังเกตพฤติกรรม/อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทราบ
5. กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรม ให้ตามทีมจำกัดพฤติกรรมโดยโทร. 8121 มีทีมที่มาช่วยเป็นยาม 2 คน และเวรเปล 1 คนจะมาถึงตึกภายใน 5 นาที พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้เจรจาต่อรองกับผู้ป่วย และให้ทีมจำกัดพฤติกรรมเข้าชาร์ตตัวผู้ป่วยและทำการผูกยึดเพื่อจำกัดพฤติกรรมต่อเนื่องและให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด
6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงเหตุผลของการจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกยึด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย เมื่อหมดความจำเป็นหรืออาการผู้ป่วยสงบดีแล้วจะรีบยุติการผูกยึดโดยเร็ว
7. ในกรณีผู้ป่วยอาการยังไม่สงบ พิจารณาให้ยาฉีดเพื่อช่วยลดความก้าวร้าว
8. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง
9. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง พร้อมสังเกตและประเมินผลข้างเคียงของยาเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

- **Unplanned ICU**

**คำนิยาม (Definition):**

**Unplanned ICU** หมายถึง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit:ICU) โดยไม่ได้วางแผนเนื่องจากมีอาการทรุดโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า

**เป้าหมาย:**

1. เพื่อลดอัตราการย้ายผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน
2. เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลรักษา
3. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

**แนวทาง:**

1. มีแนวทางการระบุ/ ประเมินเพื่อแยกประเภทผู้ป่วยในการเฝ้าระวังและให้การดูแลที่เหมาะสม
2. กำหนดให้มี Early warning sign ในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวัง/กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ ACS, Stroke, Sepsis, PPH, IICP, PE เป็นต้น
3. การประเมินการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (SOS score, MEWS) นำมา

ประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยที่มารับการรักษา หากมีคะแนนสูงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจจะต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการประเมินที่มีความถี่มากขึ้นตามลำดับและให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด

4. สื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับอาการและอาการแสดง/สัญญาณชีพที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้ทีมได้รับทราบและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนดังกล่าว ในส่วนของพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลระหว่างเวร โดยต้องระบุเป็นลายลักษณ์อักษร

5. จัดทำแนวทางปฏิบัติ/การพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น Sepsis, Ischemic Stroke ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด, การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Craniotomy และ craniectomy เป็นต้น

6. ทบทวนและวิเคราะห์ ค้นหาความเสี่ยงตาม trigger tool สำคัญ และนำผลการทบทวนมาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขระบบ

7. จัดให้มีทีม Rapid response team ซึ่งเป็นทีมที่มีความชำนาญในการประเมินและรักษาผู้ป่วยวิกฤต และจัดให้มีการซ้อม การประเมินการซ้อม การฝึกอบรม ทั้งจากวิทยากรภายนอกและจัดอบรมภายในทั้งในด้าน ACLS และ BLS ตามความจำเป็นของวิชาชีพ

## ● ER Safety

### ■ Effective Triage

#### คำนิยาม (Definition):

การคัดแยก (Triage) หมายถึง การประเมินเพื่อจำแนกผู้รับบริการและจัดลำดับให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย: เพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน

#### แนวทาง:

1. ประเมิน/ คัดกรองผู้ป่วย โดยการซักประวัติเก็บรวบรวมข้อมูลอาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะอาการและอาการแสดงสำคัญที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย

2. วิเคราะห์และจำแนก เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของภาวะความเจ็บป่วยสำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีการกำหนดการคัดแยกผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ

- ระดับที่ 1 (โชนแดง): ฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ภาวะเจ็บป่วยที่อันตรายต่อชีวิต และต้องช่วยเหลือ ABCD ทันทีอย่างเร่งด่วน (EET, ICD, Shock, Arrhythmia รุนแรง, Status epilepticus)

- ระดับที่ 2 (โชนชมพู): ฉุกเฉินรุนแรง (Emergency) ภาวะเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรีบด่วน ระยะเวลารอคอยไม่เกิน 10 นาทีได้แก่

1. มีความเสี่ยงหากให้รอ
2. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
3. ปวดมากและกระสับกระส่าย (Pain score  $\geq$  7 คะแนน)

#### 4. เด็กอายุน้อยกว่า 3 เดือน ไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส

- ระดับที่3 (โชนเหลือง): อุกเขินเร่งด่วน (Urgency) ภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและอวัยวะ ร่วมกับมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง หากให้การช่วยเหลือล่าช้า (ระยะเวลารอคอยภายใน 30 นาที)ได้แก่

อายุ (Age)	อุณหภูมิกาย	อัตราการเต้นของชีพจร (Pulse rate)	อัตราการหายใจ (Respiratory rate)	ระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation)
< 3 เดือน		>180/ min	>50/ min	
3 เดือน- 3 ปี	ไข้สูง >39 องศาเซลเซียส	>160/ min	>40/ min	
3- 8 ปี		>140/ min	>30/ min	
> 8 ปี		>100/ min	>20/ min	< 92%

- ระดับที่4 (โชนเขียว): อุกเขินไม่รุนแรง (Semi Urgency)(ระยะเวลารอคอยภายใน60 นาที) ได้แก่ถ่ายเหลว/ อาเจียน ท้องอืด ไข้หวัด เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปัสสาวะแสบขัด สัญญาณชีพปกติ

- ระดับที่5 (โชนขาว): ผู้ป่วยทั่วไป (Non Urgency)(ระยะเวลารอคอยภายใน2 ชั่วโมง) เช่น ผื่น ผิวหนังคัน ขอรับยาโรคเรื้อรัง ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นฝี แผลเรื้อรัง

3. วิจัยและวางแผนให้การรักษายาบาลบนพื้นฐานของข้อมูลที่รวบรวมได้ ตามแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน

4. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน

5. ทบทวนและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบการคัดแยกผู้ป่วย เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุง และวางมาตรการป้องกันเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกผู้ป่วย

#### ▪ รพพยาบาลปลอดภัย

คำนิยาม (Definition):

เป้าหมาย:

1. ผู้ป่วยไปถึงสถานพยาบาลปลายทางอย่างปลอดภัย
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสมอย่างทั่วถึง
3. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยทั้งไปและกลับ

### จุดเน้น:

1. ให้ทุกหน่วยงานดำเนินการตามมาตรการ และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยให้พยาบาลปรับปรุง/แก้ไขการติดเข็มขัดนิรภัยภายในรถพยาบาลให้แล้วเสร็จภายใน 1 เดือน
2. ในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการข้างต้น และเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงจนทำให้มีการบาดเจ็บและเสียชีวิต ต้องมีการตั้งการตั้งกรรมการสอบ และดำเนินการทางวินัย ตามฐานความผิด

### แนวทาง:

#### ➤ มาตรฐานความปลอดภัยรถพยาบาล

1. มีมาตรการด้านโครงสร้างและทางกายภาพของรถพยาบาลโดยกำหนดโครงสร้างรถพยาบาลปลอดภัย ให้รถพยาบาลทุกคัน ทุกที่นั่งต้องมีเข็มขัดนิรภัย seat belt ที่ได้มาตรฐาน
2. มีมาตรการด้านการปฏิบัติของพนักงานขับรถพยาบาล โดยจัดทำมาตรฐานพนักงานขับรถพยาบาลมืออาชีพ ให้พนักงานขับรถพยาบาลทุกคนต้องผ่านหลักสูตรฝึกอบรมพนักงานขับรถพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข
3. มีมาตรการด้านการพยาบาลในขณะนำส่งผู้ป่วย ดังนี้
  - มอบหมายอำนาจให้พยาบาลประจำรถพยาบาล ขณะออกเหตุให้มีอำนาจในการสั่งการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยบนรถพยาบาล
  - เจ้าหน้าที่ทุกคนในรถพยาบาลทุกคนรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง
  - ห้ามทำหัตถการขณะรถเคลื่อนที่ กรณีต้องทำหัตถการให้หยุดรถในที่ปลอดภัยก่อนทำหัตถการ
    - ให้มีจำนวนผู้โดยสารทั้งหมดรวมพนักงานขับรถ 5 คน สูงสุดไม่เกิน 7 คน
4. มีมาตรการด้านความคุ้มครองโดยกำหนดให้รถพยาบาลทุกคันทุกประเภทต้องได้รับการทำประกันชั้น 1 (ภาคสมัครใจ) โดยครอบคลุม บุคคลภายในรถ (คนขับและผู้โดยสาร) จำนวน 5 คน คือพนักงานขับรถ 1 คน, ผู้ป่วย 1 คน, ญาติ 1 คน และเจ้าหน้าที่ 2 คน โดยมีวงเงินเอาประกันภัยเสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวร คนละหนึ่งล้านบาทการเกิดอุบัติเหตุทุกกรณี (รถพยาบาลเป็นฝ่ายถูกหรือผิด)
5. มีแนวทางการรายงานข้อมูลดังนี้
  - กรณีรถพยาบาลเกิดเหตุให้ศูนย์สื่อสาร สั่งการสาธารณสุขจังหวัดรายงาน DCIR (Director Critical Information Requirement) เป็นเหตุฉุกเฉินต้องรายงานผู้บริหารระดับสูงทันที ทางหมายเลขโทรศัพท์ 09 2251 1771 ตามแบบรายงานที่กำหนดไปยังกองสาธารณสุขฉุกเฉิน ทาง e-mail: pher.moph@gmail.com ให้รายงานทันที
  - ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานจัดทีมที่เกี่ยวข้องดำเนินการสอบสวนสาเหตุปัญหา พร้อมเสนอแนวทางการป้องกัน แก้ไขทุกครั้งที่รถพยาบาลประสบอุบัติเหตุพร้อมส่งผลการสอบสวนไปยังหน่วยงานต้นสังกัดของรถพยาบาลและกองสาธารณสุขฉุกเฉิน ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ภายใน 2 สัปดาห์

-กรณีการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล ที่มีผู้ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตให้ผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เข้ามารายงานในที่ประชุม บริหารกระทรวงสาธารณสุข ณ กระทรวงสาธารณสุข

6. แต่งตั้งรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารเป็นพนักงานกำกับความปลอดภัยรถพยาบาล โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบควบคุมการใช้รถพยาบาลให้มีความปลอดภัย

7. มีการกำกับดูแล โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการสื่อสารให้พนักงานขับรถพยาบาลทราบ หากเกิดอุบัติเหตุให้พิจารณาดำเนินการทางวินัย

#### ➤ นวัตกรรมโครงสร้างรถพยาบาลปลอดภัย

##### ห้องผู้โดยสาร

- ความยาวไม่น้อยกว่า 3,000 มิลลิเมตร
- ความกว้างไม่น้อยกว่า 2,000 มิลลิเมตร
- ความสูงไม่น้อยกว่า 1,700 มิลลิเมตร

##### ที่นั่งสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้โดยสารอื่นๆ

- ไม่น้อยกว่า 3 ที่ สามารถหมุนได้ 90 องศา ตามมาตรฐาน EN 1789 และติดตั้งเข็มขัด

นิรภัยแบบ 3 จุด

##### ห้องพยาบาล

-มีถังออกซิเจน ชนิดอลูมิเนียมขนาดความจุไม่น้อยกว่า 30 ลิตร จำนวน 2 ถัง ภายนอกห้องพยาบาลมีประตูปิด-เปิด เพื่อเปลี่ยนถังออกซิเจน ได้อย่างสะดวกในการลำเลียงออกซิเจนเข้า และออกจากรถพร้อมที่ล้อคประตู ตามมาตรฐาน UNECE-R66

##### แผง Pipeline

-บริเวณด้านหน้า มีตัวเลขที่สามารถแสดงสถานะปริมาณสำรองออกซิเจนในถังทั้ง 2 ถัง พร้อมทั้งมีสัญญาณเตือน

##### ชุดสัญญาณไฟฉุกเฉิน

- ติดตั้งด้านหน้า บนหลังคารถ สามารถปรับลดความจ้าของแสงได้

##### กระจกหน้า และกระจกผนังประตู

- เป็นแบบนิรภัย ติดฟิล์มกรองแสงชนิดมาตรฐาน

#### ➤ ครุภัณฑ์การแพทย์

1. กระเป๋าช่วยชีวิตฉุกเฉิน 1 ชุด (Emergency Soft Case)
2. เก้าอี้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ชนิดเข็นและสามารถพับเก็บได้ (Stair Chair)
3. ชุดป้องกันกระดูกคอเคลื่อน 1 ชุด (Cervical collar)
4. ชุดช่วยหายใจชนิดใช้มือบีบสำหรับผู้ใหญ่ 1 ชุด และสำหรับเด็ก 1 ชุด (Silicone Resuscitator)
5. เครื่องตรวจวัดปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดและสัญญาณชีพจร 1 เครื่อง (Pulse

Oximeter)

6. เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator)
7. เครื่องล็อกศีรษะกับแผ่นกระดานรองหลังผู้ป่วย 1 ชุด (Head Immobilizer)
8. เครื่องดูดของเหลว 1 เครื่อง (Suction Pump)
9. ชุดฝีกลมสุญญากาศ แบบแยกชิ้น (Air Case)
10. ชุดเครื่องมือส่องหลอดลม 1 ชุด (Laryngoscope)
11. อุปกรณ์ตามหลังชนิดสั้น (Kendrick Extrication Device)
12. เครื่องช่วยหายใจแบบอัตโนมัติ
13. เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Glucose Meter)
14. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดติดฝามนัง 1 เครื่อง (Blood Pressure Monitor)
15. เตียงนอนสำหรับผู้ป่วยแบบมีล้อเซ็น 1 เตียง (Examination Couch)
16. ชุดเครื่องมือติดตามเพื่อการวินิจฉัยสำหรับการรักษาทางไกล จากพื้นที่เกิดเหตุสู่โรงพยาบาล

(Smart Camera EMS Telemedicine)

## ● IT - Hacking and Security 9.1 Virus

### คำนิยาม (Definition):

IT – Hacking หมายถึง การเจาะเข้าระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์อย่างผิดกฎหมาย หรือถูกโจมตี โดยโปรแกรมไม่พึงประสงค์

เป้าหมาย: เพื่อความมั่นคงปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสารสนเทศของผู้รับบริการในโรงพยาบาล

### แนวทาง:

1. ติดตั้งโปรแกรม Anti-virus ทุกเครื่องที่ใช้ระบบ HosXP และมีการ update เสมอ
2. ติดตั้งโปรแกรม Freez เพื่อป้องกันไวรัสในเครื่องที่มีการลง window ใหม่
3. มีอุปกรณ์ fire wall ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการโจมตีระบบข้อมูลจากภายนอก

## ■ บัญชีการเงิน

### ■ ฐานข้อมูลเปลี่ยนแปลง

#### คำนิยาม (Definition):

ฐานข้อมูลเปลี่ยนแปลง หมายถึง ฐานข้อมูลด้านการเงิน/ การบัญชีไม่ตรงตามที่ได้คาดการณ์ หรือประมาณการณ์ไว้ล่วงหน้า

เป้าหมาย: เพื่อให้ฐานข้อมูลทางบัญชีมีความถูกต้อง

#### แนวทาง:

1. ภายหลังจากที่หน่วยงานมีการจัดซื้อจัดจ้าง/ หรือเบิกจ่ายเงิน เจ้าหน้าที่บัญชี/ การเงินรวบรวมเอกสารและแยกเป็นส่วนของรายรับและรายจ่าย

2. บันทึกบัญชีลงในโปรแกรมบัญชีแยกประเภท (General ledger system:GL)
  - a. บันทึกด้านรายรับ: โดยบันทึกรายรับทุกชนิดตามเอกสารใบเสร็จรับเงิน
  - b. บันทึกด้านรายจ่าย: บันทึกการจ่ายทุกชนิดตามใบสำคัญจ่ายเทียบกับทะเบียนคุมเช็ค (Cheque)
  - c. บันทึกด้านทั่วไป:
    - จัดทำทะเบียนคุม
    - บันทึกรายการค้ำรับและค้ำจ่าย
    - ลูกหนี้, ค่าเสื่อม, ค่าเผื่อหนี้
3. บันทึกงบบัญชีโปรแกรมการบริหารการเงินการคลังภาครัฐของกรมบัญชีกลาง (Government fiscal management information system: GFMS)
4. ตรวจสอบข้อมูล
5. ส่งข้อมูลในเว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ(hfo)สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
6. จัดทำรายงานนำเสนอกรรมการ

## Sentinel Event

### ● เกิดเหตุระเบิดในโรงพยาบาล

#### คำนิยาม (Definition):

เกิดเหตุระเบิดในโรงพยาบาลหมายถึง เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการชว้างระเบิดหรือมีเหตุระเบิดขึ้นจริง กระทำโดยผู้ไม่หวังดีหรือเป็นการสร้างสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

เป้าหมาย: เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุระเบิดในโรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการในโรงพยาบาล

#### แนวทาง:

#### แนวทางปฏิบัติเมื่อพบวัตถุต้องสงสัย

มาตรการตรวจพบวัตถุต้องสงสัยในเขตพื้นที่โรงพยาบาลปัตตานี ให้ปฏิบัติดังนี้

1. ผู้พบเห็นแจ้งผู้รับผิดชอบ (ยาม, ประชาสัมพันธ์, ผู้บริหาร)
2. บันทึกรูปร่างลักษณะ ขนาด น้ำหนักโดยประมาณ พฤติการณ์ก่อนเกิดเหตุ วัน เวลา และผู้พบ
3. ยาม กั้นคน/สิ่งของมีค่าออกห่างจากจุดเกิดเหตุที่ต้องสงสัย อย่างน้อย 200 เมตร
4. ผู้รับผิดชอบ แจ้ง สภอ.เมืองปัตตานี เพื่อตรวจสอบวัตถุต้องสงสัยและดำเนินการต่อไป

กรณีเกิดการระเบิดในโรงพยาบาล การช่วยผู้บาดเจ็บ ให้ปฏิบัติดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ หน่วยงาน ประเมินการบาดเจ็บเบื้องต้น เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาที่ห้องอุบัติเหตุ

- 2.ในเวลาราชการ ให้แจ้ง หัวหน้าฝ่ายบริหาร/รองผู้อำนวยการ/หัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล แจ้งเหตุที่ สภอ.เมืองปัตตานี นอกเวลาราชการ พยาบาลห้องอุบัติเหตุ แจ้ง สภอ.เมืองปัตตานี
- 3.ประกาศใช้แผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล (บุหงาตันหยง 1, บุหงาตันหยง 2)
- 4.ยามปิดประตู ห้ามรถเข้า-ออกทันที ยกเว้นตำรวจ ทหาร และเฝ้าประตู
- 5.หัวหน้าฝ่ายบริหาร ให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานสนับสนุน กันคนเข้าพื้นที่ โดยการกำหนดบริเวณ รอบๆ จุดเกิดเหตุ 20 เมตร หรือห่างจากจุดเกิดเหตุให้มากที่สุด

### ● เกิดอัคคีภัย

#### คำนิยาม (Definition):

**อัคคีภัย** หมายถึง ภัยที่เกิดจากเพลิงไหม้ไม่ว่าสาเหตุใด ๆ ทำให้เกิดการติดต่อลุกลามไปตามบริเวณที่มีเชื้อเพลิงเกิดการลุกไหม้ต่อเนื่อง สร้างความสูญเสียให้แก่ชีวิตและทรัพย์สินมีมูลค่ามากกว่า 1,000,000 บาท

#### เป้าหมาย:

1. เพื่อให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ/บุคลากรมีความปลอดภัยจากอัคคีภัย
2. เพื่อเป็นการป้องกันการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากการเกิดอัคคีภัย
3. เพื่อสร้างความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยกรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้
4. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปัตตานี เกิดความตระหนัก และมีความพร้อมสามารถระงับเหตุรวมทั้งช่วยเหลือตนเองได้อย่างปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัย

#### แนวทาง:

1. ผู้ประสบเหตุเพลิงไหม้ในโรงพยาบาล นำถังเพลิงที่อยู่ใกล้ที่สุดไปดับเพลิงทันที เพื่อไม่ให้เกิดเพลิงไหม้รุนแรง
2. แจ้งช่างทำการตัดไฟฟ้า/ กระแสในบริเวณที่เกิดเหตุเพลิงไหม้
3. ขนย้ายวัสดุที่ติดไฟและอุปกรณ์อื่น ๆ ออกจากจุดเพลิงไหม้ และห้ามเจ้าหน้าที่/ ผู้ป่วย/ ญาติผู้ป่วยเข้าไปในบริเวณที่อันตราย
4. ในกรณีที่เพลิงลุกไหม้รุนแรง ไม่สามารถควบคุมเพลิงได้ ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เพื่อเรียกทีมดับเพลิงขั้นต้นของโรงพยาบาล (ทีมสามัคคี)
5. เจ้าหน้าที่ในพื้นที่หรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงกวดสัญญาณไฟฉุกเฉิน เข้าสู่แผนระงับอัคคีภัยขั้นรุนแรง
6. จัดตั้งกองอำนาจการฉุกเฉินโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการดับเพลิง) ให้ทุกหน่วยงานรายงานตัว
7. ประชาสัมพันธ์ขอทีมสนับสนุนจากภายนอก (สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลเมืองปัตตานี) เพื่อช่วยดับเพลิงและบรรเทาสาธารณภัยที่เกิดขึ้นจนสงบ
8. ทีมอพยพประจำหน่วยงาน นำเจ้าหน้าที่/ ผู้ป่วย/ ญาติผู้ป่วยหรือผู้รับบริการไปตามเส้นทางหนีไฟ

ไปยังจุดรวมพล



9. หัวหน้าอพยพแต่ละหน่วยงาน ตรวจสอบจำนวนเจ้าหน้าที่/ ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ หากพบสูญหาย แจ้งหน่วยค้นหาและช่วยชีวิต เพื่อค้นบุคคลที่สูญหาย เมื่อพบบุคคลสูญหายให้แจ้งต่อผู้อำนวยการดับเพลิง

10. เมื่อควบคุมเพลิงไหม้จนสงบลง ผู้อำนวยการดับเพลิงประกาศให้พื้นที่กองอำนาจการและพื้นที่จุดรวมพล ทราบว่าเหตุการณ์สงบแล้ว และประกาศยกเลิกแผนฉุกเฉิน

## ● เกิดการรั่วไหลของก๊าซจากถังขนาดใหญ่

**คำนิยาม (Definition):**

**เกิดการรั่วไหลของก๊าซจากถังขนาดใหญ่**หมายถึง มีการรั่วไหลของก๊าซออกซิเจนหรือก๊าซแอลพีจีจากถังขนาดใหญ่

**เป้าหมาย:**

1. เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากการรั่วไหลของก๊าซ LPG
2. เพื่อสร้างความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่กรณีก๊าซ LPG รั่วไหล
3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปัตตานี เกิดความตระหนัก และมีความพร้อมสามารถระงับเหตุรวมทั้งช่วยเหลือตนเองได้อย่างปลอดภัยเมื่อเกิดก๊าซ LPG รั่วไหล

**แนวทาง:**

### แผนขั้นต้น

1. ผู้พบเหตุปิดวาล์วก๊าซที่รั่วไหลหากสามารถปิดได้ และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตราย เช่น หน้ากากป้องกันการหายใจ ชุดระงับเหตุฉุกเฉิน หากเป็นก๊าซที่มีพิษเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. แจ้งหน่วยปฏิบัติการ (ช่าง) ระงับก๊าซ LPG รั่วไหล เพื่อดำเนินการจัดการก๊าซรั่วไหล ตำแหน่งที่ก๊าซรั่วไหล
3. สำรวจทิศทางลม กั้นแยกพื้นที่ห้ามบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปในบริเวณที่ก๊าซรั่วไหล ขนาดของพื้นที่ความเสี่ยงขึ้นอยู่กับรัศมีการฟุ้งกระจายของก๊าซ (ตามทิศทางลม) และถ้าก๊าซนั้นไหลไปรวมยังที่ที่เป็นสถานที่ปิด อาจเกิดความเสี่ยงในการระเบิดได้ (รัศมีโดยรอบ) และมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการระเบิดของภาชนะบรรจุด้วย (รัศมีโดยรอบ) โดยปกติพื้นที่ความเสี่ยงในการเกิดเพลิงไหม้ของกลุ่มก๊าซที่ไหลออกไปประมาณ 300 เมตร ให้ระวังการไหลของก๊าซตามพื้นดินโดยรอบด้วย ติดป้ายเตือนอันตรายอย่างน้อยระยะ 300 เมตร โดยรอบ และรีบอพยพคนออกจากบริเวณที่เกิดเหตุและให้อยู่เหนือลมอย่างน้อย 1 กิโลเมตร
4. ระบายอากาศในพื้นที่โดยการเปิดหน้าต่าง ประตู
5. ตรวจสอบกำจัดแหล่งที่ก่อให้เกิดประกายไฟ และให้ระวังเสมอ ถึงไฟฟ้าสถิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้

### แผนขั้นรุนแรง

6. ประเมินสถานการณ์หากเหตุฉุกเฉินไม่สามารถควบคุมได้ให้กดสัญญาณ Fire Alarm ดำเนินการตามแผนอพยพ รีบอพยพคนออกจากบริเวณที่เกิดเหตุและให้อยู่เหนือลมอย่างน้อย 1 กิโลเมตร กรณีก๊าซไวไฟ

เกิดการรั่วไหลและติดไฟ โดยเฉพาะถังก๊าซไวไฟที่มีแรงดันอาจจะเปิดและเกิดอันตรายกับคนที่อยู่บริเวณใกล้เคียงได้

7. ให้ดำเนินการดับไฟก่อนแล้วปิดวาล์วเพื่อป้องกันการติดไฟซ้ำ
8. ประเมินสถานการณ์หากไม่สามารถควบคุมได้ให้ติดต่อหน่วยงานภายนอกเพื่อขอความช่วยเหลือ
9. เมื่อเหตุฉุกเฉินกลับสู่สภาวะปกติให้ประกาศยกเลิกภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ
10. ดำเนินการสอบสวนหาสาเหตุและกำหนดมาตรการแก้ไขป้องกันเหตุฉุกเฉิน และจัดทำรายงานสรุป
11. ดำเนินการสอบสวนหาสาเหตุของการเกิดเพลิงไหม้และสาเหตุการเกิดก๊าซ LPG รั่วไหล กำหนดมาตรการแก้ไขและป้องกัน

### ● ทรัพย์สินของผู้ป่วย/ญาติ/เจ้าหน้าที่สูญหาย

**คำนิยาม (Definition):**

**ทรัพย์สินของผู้ป่วย/ญาติ/เจ้าหน้าที่สูญหาย** หมายถึง ทรัพย์สินหรือของมีค่าของผู้ป่วย/ญาติ/เจ้าหน้าที่สูญหายในโรงพยาบาล มีมูลค่ามากกว่า 1,000,000 บาท

**เป้าหมาย:** เพื่อป้องกันการเกิดทรัพย์สินของผู้ป่วย/ ญาติ/ และเจ้าหน้าที่สูญหาย

**แนวทาง:**

1. กำหนดเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่ 6.00- 20.00 น. ในกรณีนอกเวลาราชการ ผู้เยี่ยมต้องมีบัตรเข้าใช้ทุกราย
  2. มีการประกาศ/ ประชาสัมพันธ์เมื่อหมดเวลาการเยี่ยมผู้ป่วย เวลา 20.00 น. เพื่อให้ผู้รับบริการทราบและปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของโรงพยาบาล
  3. ติดตั้งเครื่องกีดขวางอัตโนมัติ สำหรับเจ้าหน้าที่นอกเวลาราชการ ต้องมีบัตรผ่านประตู/ สติกเกอร์สำหรับเจ้าหน้าที่ในการเข้า- ออกโรงพยาบาล พร้อมทั้งปรับปรุงระบบสติกเกอร์ของเจ้าหน้าที่ให้เป็นปัจจุบัน
  4. มีการติดตั้งกล้องวงจรปิดในพื้นที่จุดเสี่ยงต่อการเกิดเหตุทรัพย์สินสูญหาย เช่น จุดพักขยะ บริเวณถังก๊าซขนาดใหญ่ เป็นต้น
  5. มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำประตูโรงพยาบาล และมีการเดินตรวจลาดตระเวนหลัง 20.00 น.
  6. มีการเพิ่มระบบแสงสว่างในบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยงของโรงพยาบาล
- กรณีเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ทรัพย์สินสูญหาย**
- โทรแจ้งหัวหน้าฝ่าย/ หัวหน้าหน่วยงาน
  - หัวหน้าช่าง
  - หัวหน้าช่าง ประสานช่างอิเล็กทรอนิกส์ (ในเวลา/นอกเวลา)
  - นัดเปิดภาพกล้องวงจรปิดที่ตู้คอนเทนเนอร์ ช่างป้อมหน้า รพ.

- เขียนบันทึกประวัติการดูแลผู้ป่วยในสมุด

### กรณีเป็นผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย

- แจ้งความเพื่อดำเนินคดี
- นำใบแจ้งความติดต่อกองศุภการ
- กรอกรายละเอียดแบบฟอร์ม “ใบขออนุญาตขอใช้ข้อมูลจากกล้องวงจรปิดโรงพยาบาลปัตตานี”
- กรอกรายละเอียดแบบฟอร์ม “ใบขออนุญาตขอใช้ข้อมูลจากกล้องวงจรปิดโรงพยาบาลปัตตานี”
- ทางศุภการประสานหัวหน้าช่าง
- หัวหน้าช่าง โทรประสานช่างอิเล็กทรอนิกส์ (ในเวลาราชการ)
  - ช่างเขียนสรุปจากการเปิดกล้องวงจรปิดว่าสามารถดูได้หรือไม่
  - ช่างอิเล็กทรอนิกส์ส่ง “ใบขออนุญาตขอใช้ข้อมูลจากกล้องวงจรปิดโรงพยาบาลปัตตานี”

ให้กับฝ่ายศุภการ

- ช่างอิเล็กทรอนิกส์ นำไฟล์วิดีโอ ให้ผู้เสียหาย เพื่อนำไปแจ้งความดำเนินคดี

## ● ส่งทหารกีดพ่อแม่

**คำนิยาม (Definition):**

ส่งทหารกีดพ่อแม่ หมายถึง ส่งทหารให้บุคคลที่ไม่ใช่พ่อแม่

**เป้าหมาย:**

1. เพื่อป้องกันเหตุการณ์การส่งทหารกีดพ่อแม่
2. อุบัติการณ์การส่งทหารกีดพ่อแม่ เท่ากับ 0

**แนวทาง:**

**ก่อนคลอด**

1. ระบุตัวทหาร โดยติด Stricker ชื่อแม่บนป้ายที่จะใช้ผูกข้อเท้าทหาร ให้แม่ตรวจสอบความถูกต้อง Max ติดกับป้ายผูกข้อมือแม่ แจ้งให้แม่ทราบ จะใช้ผูกข้อเท้าทหารทันทีหลังคลอด

**หลังคลอด**

**2. Identify ทหาร ที่ห้องคลอด**

- ผู้ทำคลอด ขานเวลา คลอดและเพศทารก ให้มารดาดูเพศทารก และถามมารดาซ้ำ บุตรเพศอะไร
- พยาบาลผู้ช่วยคลอด ดูเพศทารก ลงบันทึก วันที่ เวลา เพศ ในเวชเขียน พร้อมทวนซ้ำกับมารดา
- ผู้ทำคลอด เขียนป้ายผูกข้อเท้า ตามสีเพศทารก (เพศชายสีฟ้า เพศหญิงสีชมพู) ระบุ เพศ ชื่อแม่ วันที่ เวลาคลอด นำป้ายผูกข้อเท้าที่ เขียน และจากข้อมือแม่
- แม่ตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปผูกข้อเท้าทหารทั้งสองข้าง

**3. Identify ทหาร ที่ห้องผ่าตัด**

- พยาบาลวิสัญญี ขาน เพศ เวลา คลอด
- พยาบาล Scrub ลงบันทึกในเวชเบียน เขียนป้ายผูกข้อเท้าทารก ตามเพศ แกะป้ายผูกข้อ

เท้าที่แม่ ให้พยาบาลห้องคลอดที่รับทารก

- พยาบาลห้องคลอดตรวจสอบความถูกต้อง กับเวชระเบียน ผูกป้ายที่ข้อเท้าทารกทั้งสองข้าง

#### 4. Identify ทารก ที่ดีกรีย้ายทารกหลังคลอด

- พยาบาลที่นำส่งทารก และพยาบาลที่รับทารก ตรวจสอบ ความถูกต้อง การระบุตัวทารก กับเวชเบียน พร้อมกัน ตามแนวทางปฏิบัติ

#### 5. Identify ทารก ส่งคืนพ่อแม่

- ตรวจสอบความถูกต้องกับเวชเบียนของแม่ และนำทารกให้แม่ พร้อมตรวจสอบ ความถูกต้อง ป้ายผูกข้อเท้าทั้งสอง เพศ วันที่คลอด เวลาคลอดอีกครั้ง

### ● ลักพาทารก/ผู้ป่วย

#### คำนิยาม (Definition):

การลักพาตัว หมายถึง บุคคลที่ไม่ใช่บิดามารดาหรือญาติสายตรง นำทารกแรกคลอดออกจากบริเวณ โรงพยาบาล โดยไม่ได้รับอนุญาต

เป้าหมาย: อุบัติการณ์การลักพาทารกเท่ากับ 0

#### แนวทาง:

ให้การดูแลทารกแรกคลอดตามแนวทางการปฏิบัติ โดย

1. พยาบาลห้องคลอดส่งทารกไปยังหน่วยที่รับมารดาและทารกหลังคลอด
2. มีการเซ็นรับและส่งเด็กทารก พร้อมทั้งการตรวจร่างกายและบันทึกการตรวจเบื้องต้น
3. ให้ทารกนอนบนเตียงเดียวกับมารดา
4. ให้ข้อมูลแก่มารดาและญาติ โดยอนุญาตให้เฝ้าได้ 2 คน
5. อนุญาตให้เข้าเยี่ยมได้ตั้งแต่เวลา 12.00 น. - 20.00 น. และห้ามญาตินำทารกออกนอกหอผู้ป่วย
6. เจ้าหน้าที่ตรวจเยี่ยมมารดาและทารกเป็นระยะ (อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง)
7. กรณีนอกเวลาราชการ ให้ใช้ประตูเข้า-ออกทางเดียว โดยเป็นประตูที่ต้องผ่าน nurse station

และมีกล้องวงจรปิดติดตั้งที่หน้าประตูหอผู้ป่วย

8. กรณีมารดามีกิจกรรมที่ต้องออกจากเตียงผู้ป่วยและทารก (เข้าห้องน้ำ, ห้องตรวจภายใน ฯลฯ) ต้องมีญาติ/ผู้ดูแลเฝ้าทารกอย่างน้อย 1 คน ในกรณีไม่มีญาติเฝ้า ให้มารดาแจ้งพยาบาลทราบทุกครั้ง เพื่อให้พยาบาลนำทารกไปดูแลใน nurse station

9. ถ้าพบบุคคลต้องสงสัย ลักษณะผิดสังเกต/ มีพิรุธที่จะมีแนวโน้มลักพาตัวทารก ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบทันที

\* ในเวลาราชการ: แจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย -> รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล -> ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาล

\* นอกเวลาราชการ: แจ้งหัวหน้าเวร ->แจ้งผู้ตรวจการ->แจ้งรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล->แจ้งยาม->เวรธุรการ (รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร)->แจ้งผู้อำนวยการ

## ● ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ที่ถูกประทุษร้ายในโรงพยาบาล

### คำนิยาม (Definition):

การถูกประทุษร้ายหมายถึง การกระทำใด ๆ ซึ่งเป็นเหตุให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถขจัดขึ้นได้ ทั้งทางร่างกาย/จิตใจของบุคคล ไม่ว่าจะทำด้วยแรงกายภาพหรือด้วยวิธีอื่นใด เช่น การชกกระทืบ การชิงทรัพย์ การใช้ยาทำให้มึนเมา การสะกดจิต เป็นต้น

เป้าหมาย:ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการถูกประทุษร้ายในโรงพยาบาล

### แนวทาง:

1. มีแนวทางการป้องกันผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ที่ถูกประทุษร้ายในโรงพยาบาล
2. มีมาตรการความปลอดภัยที่เป็นมาตรฐานและมีระบบการรักษาความปลอดภัยที่ทั่วถึงทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลโดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำประตูโรงพยาบาล และมีการเดินตรวจลาดตระเวนหลัง 20.00 น.
3. จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เช่น มีแสงไฟส่องสว่าง มีกล้องวงจรปิด เป็นต้น
4. กำหนดให้เขตที่พกอาศัย ห้ามบุคคลภายนอกเข้าโดยไม่จำเป็น และห้ามนำรถอื่น ๆ เข้ามาจอด โดยติดตั้งเครื่องกีดขวางอัตโนมัติ สำหรับเจ้าหน้าที่นอกเวลาราชการ ต้องมีบัตรผ่านประตู/ สติกเกอร์สำหรับเจ้าหน้าที่ในการเข้า- ออกโรงพยาบาล พร้อมทั้งปรับปรุงระบบสติกเกอร์ของเจ้าหน้าที่ให้เป็นปัจจุบัน
5. จัดให้หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเผชิญเหตุผู้ป่วยก้าวร้าว เช่น ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยจิตเวช ต้องได้รับการอบรมการจัดการเมื่อเกิดเหตุและซ้อมแผนการเผชิญเหตุเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าวในโรงพยาบาล
6. กรณีเกิดเหตุคู่กรณีทะเลาะวิวาทเข้ามารักษาในโรงพยาบาล
7. กรณีเกิดเหตุการณ์ถูกประทุษร้าย/ เกิดเหตุการณ์ถูกจับเป็นตัวประกันในโรงพยาบาล
  - ผู้ประสบเหตุ/ ผู้อยู่ร่วมเหตุการณ์รายงานต่อหัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้างานตามระบบการรายงานความเสี่ยง (sentinel event)
  - ผู้พบเหตุการณ์คนแรก ต้องประเมินความรุนแรงของสถานการณ์เช่น คนร้ายมีอาวุธร้ายแรง
  - แจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ประจำป้อมรักษาการรัตนโกสินทร์ โทร 2509)/ ทีมช่วยเหลือบรรเทาเหตุ
  - กรณีต้องมีการเจรจาต่อรอง ตามทีมสนับสนุนใกล้เคียง/ หรือผู้เจรจาต่อรองของโรงพยาบาลหรือตำรวจ เป็นต้น เพื่อถ่วงเวลาหรือเบี่ยงเบนความสนใจด้วยถ้อยคำที่สุภาพและนุ่มนวล ใช้คำพูดที่สอดคล้องกับสถานการณ์ จับประเด็นที่คนร้ายต้องการ สำหรับหาแนวทางในการแก้ไขต่อไป
7. ทบทวนอุบัติการณ์และเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ

## ● พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล

### คำนิยาม (Definition):

การพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) หมายถึง การทำร้ายตนเองแต่ไม่ตาย โดยเจตนาที่จะตายด้วยวิธีการต่าง ๆ

### กลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (DM, HT, Stroke, Significant, pain, CA)
2. ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา/สารเสพติด
3. ผู้ป่วยโรคจิตเวช (Depression, Schizophrenia, Bipolar disorder)
4. ผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย
5. ผู้ป่วยสูงอายุ
6. ผู้ป่วยตั้งครรภ์/หลังคลอด
7. ผู้ป่วยที่สูญเสียคนที่รัก/ทรัพย์สิน

### ผู้ป่วยที่ควรประเมินความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล

- มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ด้วยวิธีการต่าง ๆ มาก่อน
- มีเจตนาฆ่าตัวตายที่ชัดเจน
- โรคทางจิตเวช มีปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน

### หวาดระแวง

- โรคทางกาย มีปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
  - \*รักษาไม่หาย เช่น โรคเอดส์
  - \*ระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง ไตวาย
  - \*โรคที่ก่อให้เกิดเจ็บปวดทรมาน

เป้าหมาย: เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล

### แนวทาง:

#### แนวทางการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

#### สถานที่

- ห้ามผู้ป่วยอยู่ห้องแยก
- จัดให้อยู่หอผู้ป่วยชั้นล่างใกล้ที่ทำการพยาบาล ถ้าอยู่ชั้นบนก็ไม่ให้อยู่ใกล้หน้าต่าง เพื่อ

ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกระโดดตึก

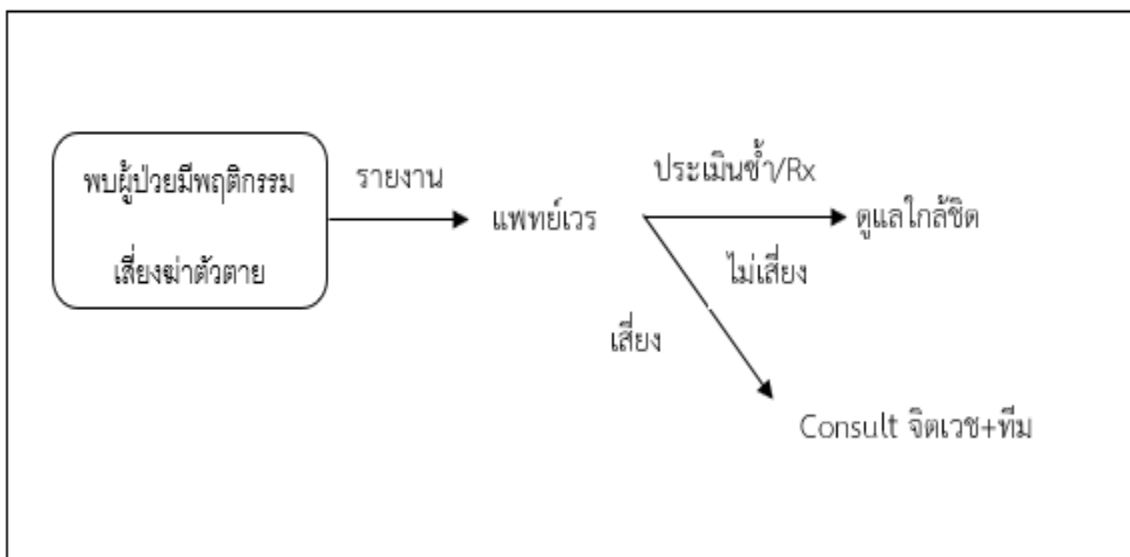
- ควรให้ผู้ป่วยอยู่ห้องรวมและใกล้ที่ทำการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาตลอด 24 ชม.
- เก็บอุปกรณ์ที่เป็นอาวุธหรือมีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง ยา น้ำยาทำความสะอาด

## สารพิษ

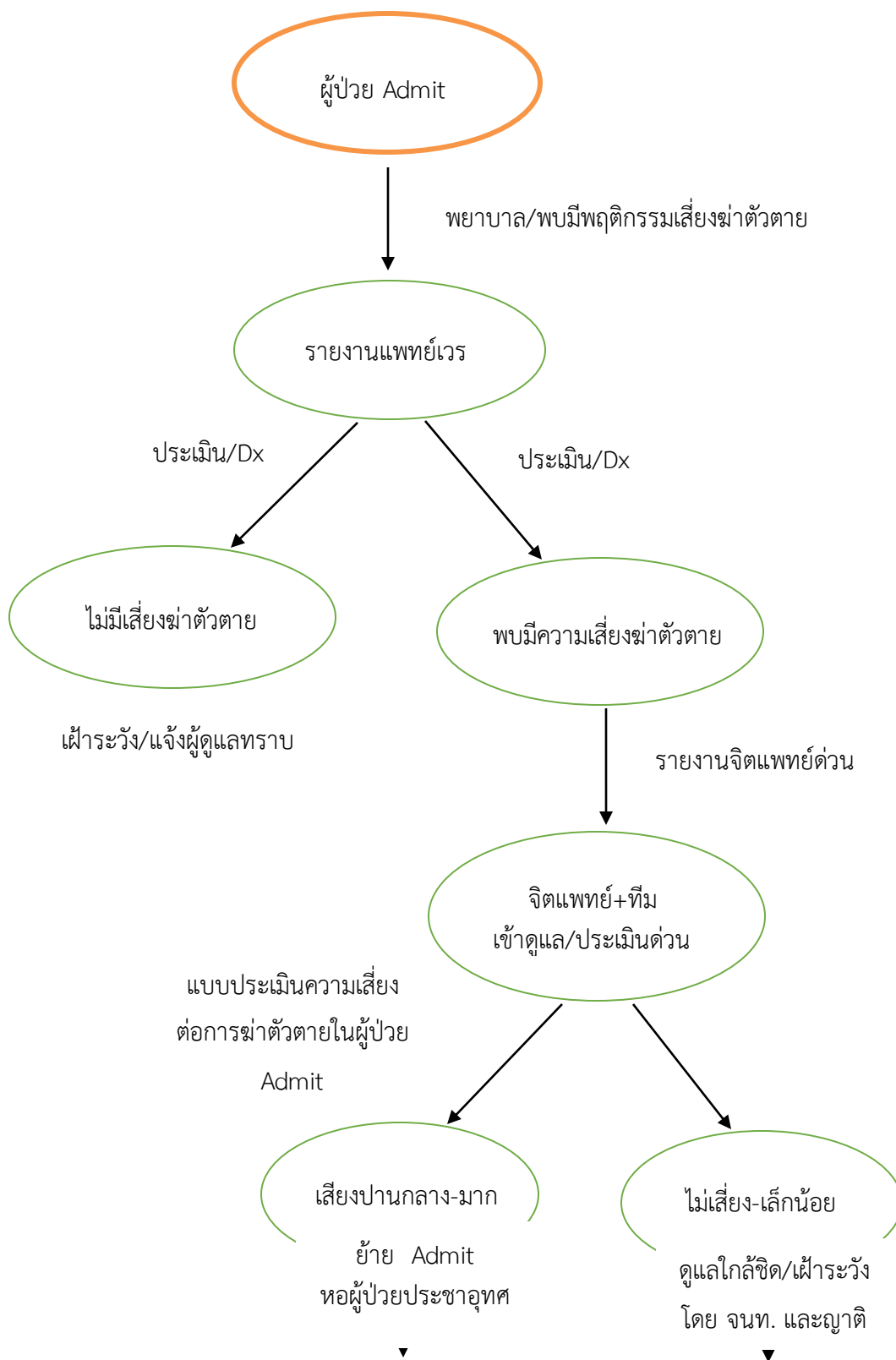
## บุคลากร

- ประเมินอาการทุก 30 นาที
- กรณีผู้ป่วยเข้าห้องน้ำหรือออกนอกบริเวณหอผู้ป่วย ต้องมีญาติหรือเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิด
- ส่งเวร แจ้งทีมดูแล ระวังระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย

## แนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย



แนวทางปฏิบัติเพื่อพบผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล





## ● เสียชีวิตโดยไม่คาดหมายจากการรักษาพยาบาล

**คำนิยาม (Definition):**

เสียชีวิตโดยไม่คาดหมายจากการรักษาพยาบาล หมายถึง การตายเฉียบพลัน โดยที่ไม่ได้คาดการณ์ก่อนล่วงหน้า

**เป้าหมาย:**

1. ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตอย่างทันท่วงที
2. อุบัติการณ์การเสียชีวิตโดยไม่คาดหมายจากการรักษาพยาบาลเท่ากับ 0

**แนวทาง:**

1. มีแนวทางการประเมิน/ คัดกรอง เพื่อคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ถูกต้อง สำหรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม
2. มีแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (early warning sign) ร่วมกับเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังเพื่อให้การดูแลรักษาที่ทันท่วงที
3. มีทีม Rapid response team เพื่อตอบสนองและให้การดูแลในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน
4. ประเมินประสิทธิภาพของการค้นหาและการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง เช่น อัตรา unplanned ICU, อัตราการเสียชีวิตที่ลดลง เป็นต้น
5. ส่งเสริมกิจกรรมการทบทวนและวิเคราะห์รากของปัญหา เมื่อเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบการให้บริการ

## ● เสียชีวิตจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาล

**คำนิยาม (Definition):**

**อุบัติเหตุ** หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่มีเจตนาให้เกิดขึ้น เมื่อเกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต สูญเสียทรัพย์สิน กระทบการทำงานหยุดชะงัก

**อุบัติเหตุจากการทำงาน** หมายถึง อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

**เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ** หมายถึง การเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมาย เป็นเหตุให้มีผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจนถึงขั้นเสียชีวิต

**เป้าหมาย:**

1. ป้องกันอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
2. อุบัติการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลเท่ากับ 0

**แนวทาง:**

1. มีแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

2. จัดสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ และสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายต่อชีวิต
3. จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน

#### กรณีเกิดเหตุเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาล

4. เมื่อเกิดเหตุการณ์ แจ้งต่อหัวหน้าหน่วยงาน/ หัวหน้างาน
5. แจ้งเจ้าหน้าที่อาชีวเวชกรรม เพื่อสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาล
6. ส่งข้อมูลต่อให้ฝ่ายการเจ้าหน้าที่/ ธุรการ เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการ กรณีเจ้าหน้าที่ที่เสียชีวิตจากการปฏิบัติหน้าที่
7. ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบ

#### ● บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่

##### ■ เจ้าหน้าที่/ บุคลากรติดเชื้อไวรัสโรค

**คำนิยาม (Definition):** การติดเชื้อไวรัสทางอากาศ และการติดเชื้อผ่านการสัมผัสเชื้อในระหว่างการปฏิบัติงาน

##### เป้าหมาย:

1. บุคลากรทุกระดับปลอดภัยจากการติดเชื้อในขณะที่ปฏิบัติงาน
2. อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อขณะปฏิบัติงานเท่ากับศูนย์
3. อัตราอุบัติการณ์ไวรัสโรคในบุคลากรสุขภาพต่ำกว่าอัตราในประชากรทั่วไปในประเทศไทย

เท่ากับ 102-259 รายต่อ 100,000 คน

##### แนวทาง:

มีกระบวนการดังต่อไปนี้

1. มีแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อและเมื่อบุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ขณะปฏิบัติหน้าที่
2. มีแนวทางเมื่อบุคลากรที่ติดเชื้อหรือสัมผัสไวรัสโรค หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ได้รับการประเมินเพื่อพักการปฏิบัติหน้าที่หรือจำกัดการปฏิบัติหน้าที่รวมทั้งการลาป่วย การชดเชยตามสิทธิ
4. มีแนวทางการตรวจสุขภาพประจำปี แก่บุคลากร
5. มีแนวทางการคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วยและการระมัดระวังการสัมผัสโรค
6. มีการให้การศึกษาฝึกอบรมแก่บุคลากรเมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงานและประจำปีระหว่างปฏิบัติงาน
7. มีแนวทางการค้นหาทางระบาดวิทยาเมื่อพบบุคลากรติดเชื้อไวรัสโรค

## ● ข้อร้องเรียน

### ■ ประเภทข้อร้องเรียน

- |                  |             |
|------------------|-------------|
| - การดูแลรักษา   | - หอผู้ป่วย |
| - ระบบบริการ     | - สถานที่   |
| - พฤติกรรมบริการ | - สัตว์พาหะ |
| - ข้อมูล         | - อื่นๆ     |

### คำนิยาม (Definition):

ข้อร้องเรียนด้านการดูแลรักษา	หมายถึง ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาทางการแพทย์ โดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ความผิดพลาดในการดูแลรักษา การไม่พอใจการดูแลรักษา เป็นต้น
ข้อร้องเรียนด้านระบบบริการ	หมายถึง ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับระบบการบริการ เช่น บริการล่าช้า บริการผิดพลาด เป็นต้น
ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	หมายถึง ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น การแสดงกิริยาที่ไม่เหมาะสมขณะให้บริการ ทั้งด้านคำพูด น้ำเสียง ท่าทาง รวมถึงการแสดงถึงความไม่ใส่ใจ โดยการเพิกเฉยต่อผู้รับบริการเมื่อร้องขอ เป็นต้น
ข้อร้องเรียนด้านสถานที่	หมายถึง ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสถานที่ต่างๆใน ร.พ. ยกเว้นในหอผู้ป่วย
ข้อร้องเรียนด้านหอผู้ป่วย	หมายถึง ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสถานที่ในบริเวณหอผู้ป่วย
ข้อร้องเรียนด้านสัตว์พาหะ	หมายถึง ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค เช่น หนู แมลงสาบ เป็นต้น
ข้อร้องเรียนด้านข้อมูล	หมายถึง ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับข้อมูลและการให้ข้อมูล รวมถึงการสื่อสารข้อมูลกับคนไข้หรือญาติ
ข้อร้องเรียนด้านอื่นๆ	หมายถึง ข้อร้องเรียนที่ไม่สามารถจัดเข้าเป็นข้อร้องเรียนด้านการดูแลรักษา ระบบบริการ พฤติกรรมบริการ สถานที่ หอผู้ป่วย สัตว์พาหะ หรือข้อมูล ได้

### เป้าหมาย:

1. เพื่อป้องกันไม่เกิดข้อร้องเรียน

2. เพื่อตอบสนองข้อร้องเรียนได้ทันตามเวลาที่กำหนด

**แนวทาง:**

1. กำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อมีข้อร้องเรียน
2. ตอบสนองข้อร้องเรียนตามเวลาที่กำหนด
3. ทำ RCA ตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้
4. จัดเตรียมช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนที่หลากหลาย
5. ทีม IT ช่วยดักจับข้อร้องเรียนทางสื่อออนไลน์
6. ให้บุคลากรมีความไวในการดักจับเมื่อมีแนวโน้มจะเกิดข้อร้องเรียน
7. บุคลากรทางการแพทย์ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ
8. บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ
9. หัวหน้างานเน้นย้ำ/ ตรวจสอบให้บุคลากรให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน
10. ส่งเสริมการจัดกิจกรรมอบรมบุคลิกภาพและพฤติกรรมบริการให้แก่บุคลากร

### เอกสารอ้างอิง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018)*. นนทบุรี: เพล็กซ์ แอนด์ ซัคเซสฟูล.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร สาธารณสุข ของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018)*. นนทบุรี: เพล็กซ์ แอนด์ ซัคเซสฟูล.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. นนทบุรี: หนังสือตีพิมพ์ จำกัด.

