



โรงพยาบาลขอนแก่น
KHON KAEN HOSPITAL



คู่มือ นโยบายวิธีปฏิบัติ

Nursing Policy & Procedure Manual

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น



ประกาศใช้ วันที่ 1 ตุลาคม 2567



คู่มือนโยบายวิธีปฏิบัติ

(Nursing Policy & Procedure Manual)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลขอนแก่น

รับรองโดย หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

ประกาศใช้ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

นางพินรัฐ จอมเพชร

พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าพยาบาล

โรงพยาบาลขอนแก่น

สารบัญ / มออบหมายทบทวนนโยบายและวิธีปฏิบัติของกลุมภารกิจด้านการพยาบาล รพ.ขอนแก่น

Nursing Policy and Procedure Manual

ข้อนโยบาย	ผู้รับผิดชอบ
1. หมวดบริหารองค์กรพยาบาลและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล	
การใช้คู่มือนโยบายและวิธีปฏิบัติของกลุมภารกิจด้านการพยาบาล..... NUR-1-10	บริหาร
วิสัยทัศน์ / พันธกิจ / ค่านิยม / แผนกลยุทธ์ของกลุมภารกิจด้านการพยาบาล NUR-1-20	บริหาร
การกำกับการปฏิบัติการพยาบาลตามจริยธรรมวิชาชีพ..... NUR-1-30	บริหาร
การสรรหา/คัดเลือกผู้บริหารทางการพยาบาล NUR-1-40	HR
การสรรหาบุคลากรทางการพยาบาล..... NUR-1-50	HR
การนิเทศทางการพยาบาล NUR-1-60	บริการ
การประเมินผลการปฏิบัติงาน NUR-1-70	HR
การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล NUR-1-80	HR
การจัดอัตรากำลัง..... NUR-1-90	HR
การควบคุมกำกับบุคลากรที่มีคุณสมบัติไม่ครบ NUR-1-100	HR
การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและการประกันคุณภาพการพยาบาล NUR-1-110	บริการ
การใช้โทรศัพท์มือถือและแท็บเล็ตคอมพิวเตอร์ในขณะปฏิบัติงาน NUR-1-120	บริหาร
การพัฒนาทักษะวิชาชีพทางการพยาบาล NUR-1-130	HR
การแต่งกายของบุคลากร NUR-1-140	บริหาร
ระบบข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล NUR-1-150	วิชาการ
การใช้สื่อในการสื่อสาร..... NUR-1-160	วิชาการ
การป้องกันและดูแลบุคลากรติดเชื้อ..... NUR-1-170	บริการ
การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร..... NUR-1-180	บริหาร
การดูแลกระบวนการทำงานของบุคลากร..... ยกเลิก NUR-1-190	บริหาร
การใช้รถพยาบาล NUR-1-200	บริหาร
การจัดการเมื่อไม่พบผู้ป่วยในหน่วยงาน NUR-1-210	บริหาร
เผื่อระวังไข้พิเศษ NUR-1-220	บริหาร
การควบคุมภายใน..... NUR-1-230	บริหาร
2. หมวดระบบบริการและปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์	
การจัดหน่วยบริการ NUR-2-10	บริการ
การจำแนกประเภทผู้ป่วย NUR-2-20	บริการ
การมอบหมายงาน NUR-2-30	บริหาร

ข้อนโยบาย	ผู้รับผิดชอบ
การใช้กระบวนการพยาบาล.....NUR-2-40	บริการ
การใช้บันทึกทางการพยาบาล.....NUR-2-50	บริการ
การบันทึกทางการพยาบาล.....NUR-2-60	บริการ
การรับผู้ป่วยใหม่.....NUR-2-70	บริการ
การย้าย/ส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่นภายในโรงพยาบาลขอนแก่น.....NUR-2-80	บริการ
การจำหน่ายผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยพักที่บ้าน/ส่งต่อ/ไม่สมัครใจอยู่.....NUR-2-90	บริการ
การจำหน่ายผู้ป่วยแก่กรรม.....NUR-2-100	บริการ
การรับคำสั่งการรักษา.....NUR-2-110	บริการ
การรับคำสั่งการใช้ยาและการบริหารยาในหอผู้ป่วย.....NUR-2-120	บริการ
การรายงานแพทย์.....NUR-2-130	บริการ
การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด/ทำหัตถการ.....NUR-2-140	บริการ
การประเมินและการจัดการความปวด.....NUR-2-150	บริการ
การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง(High Alert Drugs).....NUR-2-160	บริการ
การให้ยาเคมีบำบัด.....NUR-2-170	บริการ
การใช้ป้ายข้อมือ.....NUR-2-180	บริการ
การผูกยึดผู้ป่วย.....NUR-2-190	บริการ
การป้องกันผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในหน่วยงาน.....NUR-2-200	บริการ
ยกเลิก ให้ใช้ Policy KKH-8ก-90	
การป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ.....NUR-2-210	บริการ
ยกเลิก ให้ใช้ Policy KKH-8ก-100	
การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด.....NUR-2-220	บริการ
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.....NUR-2-230	บริการ
การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง.....NUR-2-240	บริการ
การเจาะเลือดและการส่งตัวอย่างเลือด.....NUR-2-250	บริการ
ยกเลิก ให้ใช้ Policy KKH-8ก-170	
การขอและรับเลือดและ/หรือส่วนประกอบของเลือด.....NUR-2-260	บริการ
ยกเลิก ให้ใช้ Policy KKH-8ก-160	
การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด และความคลาดเคลื่อนจากการให้เลือด.....NUR-2-270	
และ/หรือส่วนประกอบของเลือด ยกเลิก ให้ใช้ Policy KKH-8ก-180	

ข้อนโยบาย	ผู้รับผิดชอบ
การป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบของเลือด NUR-2-280 ยกเลิก ให้ใช้ Policy KKH-8ก-80	บริการ
การดูแลป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้ยาหรือสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำและ การดูแลเมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ NUR-2-290	บริการ
การป้องกันการเกิดแผลบริเวณฉายแสง NUR-2-300	บริการ
การป้องกันการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย..... NUR-2-310	บริการ
การดูแลผู้ป่วยให้ความปลอดภัยในการผ่าตัด NUR-2-320 ยกเลิก ให้ใช้ Policy KKH-8ก-20	บริการ
การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย NUR-2-330	บริการ
การผสมยา MO NUR-2-340	บริการ
ผู้ป่วยหนีกลับบ้าน..... NUR-2-350	บริการ
การเข้าเยี่ยมและการเฝ้าไข้ผู้ป่วย..... NUR-2-360	บริการ
การทบทวนการดูแลผู้ป่วย..... NUR-2-370	บริการ
การให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+).....NUR-2-380	บริการ
แนวทางการพิทักษ์สิทธิคนพิการ.....NUR-2-390	บริการ

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-10		ฉบับที่ : ๑
เรื่อง: การใช้คู่มือนโยบายและวิธีปฏิบัติของกลุ่มการพยาบาล		วันที่ : ร 1 ต.ค.2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริหาร		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

นโยบาย : บุคลากรทางการพยาบาล จะต้องใช้คู่มือนโยบายและวิธีปฏิบัติของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นกรอบดำเนินงานและต้องยึดถือปฏิบัติเป็นแนวเดียวกัน ไม่อนุญาตให้แก้ไข ข้อความในคู่มือฉบับนี้ นอกจากมีการขออนุมัติแก้ไขและได้รับอนุมัติโดยหัวหน้าพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

วิธีปฏิบัติ :

- คู่มือนโยบายและวิธีปฏิบัติของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น จะประกอบด้วย เอกสารที่มีเฉพาะนโยบาย หรือมีทั้งนโยบายและวิธีปฏิบัติ
- คู่มือนี้มี 3 หมวด ดังนี้
 - หมวด 1 หมวดบริหารองค์กรพยาบาลและบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล
 - หมวด 2 หมวดระบบบริการและปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์
 - หมวด 3 หมวดบริการอื่นๆ
- เมื่อต้องการค้นหานโยบายและวิธีปฏิบัติเรื่องใด ให้ค้นหาในสารบัญ เปิดหาหมวดเอกสารที่ต้องการ หาชื่อเรื่องนโยบายและวิธีปฏิบัติ แล้วจึงดูรหัสของนโยบายและวิธีปฏิบัติที่อยู่ท้ายของเรื่องนั้น
- รหัสของนโยบายและวิธีปฏิบัติ ประกอบด้วย อักษรย่อ NUR – เลขหมวด – เลขที่เอกสาร
 - อักษรย่อ NUR คือ ชื่อหน่วยงานในที่นี้ หมายถึง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นรหัสเอกสารระดับนโยบาย
 - เลขหมวด คือ หมวดของเอกสาร ได้แก่ หมวด 1 หมวด 2 และหมวด 3 (ตาม ข้อ 2)
 - เลขที่เอกสาร คือ เลขที่ของเอกสารของแต่ละหมวด เรียงลำดับ เช่น
 - นโยบายและวิธีปฏิบัติเรื่องที่ 1 เลขที่เอกสาร 10
 - นโยบายและวิธีปฏิบัติเรื่องที่ 1 เลขที่เอกสาร 20
 - นโยบายและวิธีปฏิบัติเรื่องที่ 1 เลขที่เอกสาร 30

ทบทวน : 9 มิ.ย. 2551, ร 11 เม.ย. 2554, ร3 พ.ย.2557, ร2 ต.ค.2560 , ร2 พ.ค.2562, ร 1 ต.ค.2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-20		ฉบับที่: ฉ
เรื่อง: วิสัยทัศน์/พันธกิจ/ค่านิยม/แผนกลยุทธ์ของกลุ่มการพยาบาล		วันที่ : ร 1 ต.ค. 2567
แผนก : กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : คณะทำงานด้านบริหาร		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

นโยบาย :

1. บุคลากรทุกระดับในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีส่วนร่วมในการจัดทำวิสัยทัศน์/พันธกิจ/ค่านิยม รวมถึงแผนกลยุทธ์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกหน่วยงานดำเนินงานโดยให้ยึดถือวิสัยทัศน์/พันธกิจ/ค่านิยม /แผนกลยุทธ์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เป็นกรอบในการดำเนินงานตามบริบทของหน่วยงาน

คำจำกัดความ :

คณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หมายถึง หัวหน้าพยาบาล รองหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขา

วิธีปฏิบัติ :

1. คณะกรรมการบริหาร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กำหนดให้มีคณะทำงานในการดำเนินการจัดทำวิสัยทัศน์/พันธกิจ/ค่านิยม/แผนกลยุทธ์ ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
2. คณะทำงานดำเนินการจัดทำวิสัยทัศน์/พันธกิจ/ค่านิยม/แผนกลยุทธ์ ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ตามกระบวนการที่กำหนด โดยให้บุคลากรทุกระดับในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีส่วนร่วม ส่วนกระบวนการจัดทำวิสัยทัศน์/พันธกิจ/ค่านิยม/แผนกลยุทธ์ ให้ดำเนินการได้ในหลาย ๆ รูปแบบอย่างบูรณาการ
3. คณะทำงานด้านบริหาร เผยแพร่และสื่อสารวิสัยทัศน์/พันธกิจ/ค่านิยม/แผนกลยุทธ์ ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล นำลงสู่การปฏิบัติไปทุกหน่วยงาน โดยใช้ระบบสื่อเป็นเอกสารและ/หรือทางระบบ IT
4. ทุกหน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติโดยให้ยึดถือวิสัยทัศน์/พันธกิจ/ค่านิยม/แผนกลยุทธ์ ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เป็นกรอบในการดำเนินงานตามบริบทของหน่วยงาน
5. คณะทำงานด้านบริหารที่ได้รับมอบหมาย ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานและปรับแผนปฏิบัติการตามความเหมาะสม

ทบทวน : 9 มิ.ย. 2551, ร11 เม.ย. 2554, ร3 พ.ย.2557, ร2 ต.ค. 2560 , ร2 พ.ค. 2562 , ร 1ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-30		ฉบับที่: จ
เรื่อง: การกำกับการปฏิบัติการพยาบาลตามจริยธรรมวิชาชีพ		วันที่: ร 1 ต.ค.2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริหาร	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย :

1. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลทุกคนรับทราบ และต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดตามกรอบจรรยาบรรณพยาบาลสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฉบับปีพุทธศักราช 2546 และนโยบายจริยธรรมของสภาการพยาบาล ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ดังนี้
จริยธรรมวิชาชีพ ๖ ด้านประกอบด้วย

ก) รับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพทั้งต่อปัจเจก บุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ ในการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการบรรเทาความทุกข์

ข) ประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ ช่วยให้ประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับดีที่สุดในฐานะที่พึงปรารถนาทั้งในภาวะสุขภาพปกติภาวะเจ็บป่วย ชราภาพ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

ค) มีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของบุคคล

ง) ยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ เพื่อช่วยให้ประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพ ได้รับความช่วยเหลือดูแลอย่างทั่วถึง และดูแลให้ผู้ให้บริการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

จ) ประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาล

ฉ) พึ่งป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ โดยการร่วมมือประสานงานอย่างต่อเนื่องกับผู้ร่วมงาน และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทุกระดับ เพื่อปฏิบัติให้เกิดผลตามนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

ช) รับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาลและต่อวิชาชีพการพยาบาลมีคุณธรรมจริยธรรมในการดำรงชีวิต ประกอบวิชาชีพด้วยความมั่นคงในจรรยาบรรณ และเคารพต่อกฎหมายให้บริการที่มีคุณภาพเป็นวิสัย

ซ) พึ่งร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาล

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR -1-30	หน้า: 2/ 2
เรื่อง : การกำกับการปฏิบัติการพยาบาลตามจริยธรรมวิชาชีพ	

ณ) พึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น เคารพตนเอง รักษาความสมดุลมั่นคงของบุคลิกภาพ เคารพในคุณค่าของงาน และทำงานด้วยมาตรฐานสูง ทั้งในการดำรงชีวิตส่วนตัว และในการประกอบวิชาชีพ

2. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สนับสนุนและเอื้ออำนวยต่อการปรับปรุงพฤติกรรมกาปฏิบัติการพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล โดยมีการติดตามนิเทศกำกับการปฏิบัติการพยาบาล การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณงานตามเกณฑ์ที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด การมอบหมายงาน การเยี่ยมตรวจและประเมินพฤติกรรมทางด้านจริยธรรม

3. กรณีเกิดปัญหา ให้ยึดหลักแนวทางแก้ไข ดังนี้

ก) กรณีเกิดจากการปฏิบัติงานผิดพลาด/ผิดเทคนิค ทำให้เกิดผลเสียหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือมีเหตุการณ์ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางกฎหมายหรือจริยธรรม ให้รายงานต่อหัวหน้าเวร หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และผู้ตรวจการนอกเวลา ทราบโดยวาจาอย่างรีบด่วน เพื่อให้การช่วยเหลือแก้ไข หลังจากนั้นจึงรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร

ข) กรณีที่รุนแรงอาจเกิดฟ้องร้องหรือเรียกร้องค่าเสียหาย ค่าทำขวัญ และค่าชดใช้อื่น ๆ ให้รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับขั้นที่ เพื่อจะได้ปรึกษาคณะกรรมการใกล้เคียง ผู้บริหารโรงพยาบาล นิติกร หรือผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายของโรงพยาบาลให้ช่วยแก้ไข และช่วยเหลือตามระเบียบของทางราชการต่อไป

หมายเหตุ : ดูเพิ่มเติมใน แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ

(ฉบับปรับปรุง) สภาการพยาบาล พ.ศ.2551

แก้ไข : 9 มิ.ย. 2551, R 11 เม.ย. 2554,r21 พ.ย.2559, r2 ต.ค.2560 , r 1 ต.ค.2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-40		ฉบับที่: จ
เรื่อง: การสรรหาและคัดเลือกผู้บริหารทางการแพทย์		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านทรัพยากรบุคคล		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

นโยบาย : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จะต้อง

1. กำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะเป็นผู้บริหารทางการแพทย์สอดคล้องกับกฎระเบียบและแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข
2. กำหนด แผน/กระบวนการสรรหาและคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพ เพื่อดำรงตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์ และประชาสัมพันธ์การดำเนินการให้รับรู้ทั่วกัน

คำจำกัดความ : ผู้บริหารทางการแพทย์ หมายถึง รองหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน

วิธีปฏิบัติ

1. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล แต่งตั้งคณะกรรมการ การสรรหาและคัดเลือกผู้บริหารทางการแพทย์
2. มีการกำหนดขั้นตอน และแนวทางการสรรหาผู้บริหารทางการแพทย์ แต่ละระดับเป็นแนวทางปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน โดยสอดคล้องกับกฎระเบียบและแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข
3. กำหนดเกณฑ์คัดเลือกและพิจารณาบุคคล โดยคำนึงถึงหลักเกณฑ์ ความสามารถ อาวุโสและประสบการณ์ และหลักเกณฑ์อื่นๆ ตามความจำเป็นของหน่วยงาน
4. ประกาศให้ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สมัคร และตรวจสอบคุณสมบัติให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์
5. คณะกรรมการคัดเลือก ดำเนินการคัดเลือก โดยวิธีการประเมิน สัมภาษณ์ ให้คะแนน ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด พิจารณาบุคคลที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงข้อมูล จากประวัติของบุคลากร เช่น การศึกษา ประสบการณ์ ความสามารถ ความประพฤติ คุณลักษณะเฉพาะบุคคล และผลการปฏิบัติงาน ที่ผ่านมา
6. ประกาศรายชื่อ ผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นลายลักษณ์อักษร มีแผนพัฒนาบุคลากรผู้ผ่านการคัดเลือก เพื่อเตรียมความพร้อม สำหรับการปฏิบัติหน้าที่ผู้บริหารทางการแพทย์ ในพื้นที่ที่ได้รับการแต่งตั้ง ซึ่งจะ ทำให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง มอบหมายให้ผู้บริหารระดับสูงกว่า เป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติงาน ทุก 3 เดือน และ 6 เดือน

ทบทวน : 9 มิ.ย.2551, R 11 เม.ย.2554, ร 3 พ.ย.2557, ร 2 ต.ค.2560, R 1 พ.ค.2562, ร 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-50		ฉบับที่: ฉ
เรื่อง: การสรรหาและคัดเลือกบุคลากรทางการพยาบาลใหม่		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านทรัพยากรบุคคล	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีกระบวนการวิเคราะห์ และกำหนดตามความต้องการบุคลากร กำหนดระบบการสรรหา คัดเลือกและจ้างงาน ร่วมกับกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลขอนแก่น

คำจำกัดความ : บุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานประจำตึก และพนักงานเปล

วิธีปฏิบัติ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อดำเนินการในการสรรหา คัดเลือกและจ้างงานบุคลากรทางการพยาบาล
2. กำหนดคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง ได้แก่ ได้รับวุฒิการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นผู้มิใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์
3. มีการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะเฉพาะตำแหน่ง รวมทั้งกำหนดสัญญาจ้างเกี่ยวกับเงื่อนไข ระยะเวลา บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ ต่อพันธกิจของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
4. ดำเนินการร่วมกับงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลขอนแก่น ดังนี้
 - ก) ประกาศรับสมัครให้ทราบทั่วกัน โดยประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น web site โรงพยาบาลและกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล Line group สถาบันการศึกษา แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น
 - ข) กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการสอบคัดเลือก เช่น การสัมภาษณ์ การสอบข้อเขียน ซึ่งคณะกรรมการเป็นผู้พิจารณากำหนดวิธีการสอบคัดเลือก ตามเกณฑ์กำหนดของระบบราชการ
 - ค) ดำเนินการสอบคัดเลือก ซึ่งคณะกรรมการเป็นผู้พิจารณา กำหนดวิธีการสอบคัดเลือกตามเกณฑ์กำหนดของระบบราชการ
 - ง) เมื่อคัดเลือกได้บุคคลที่เหมาะสมแล้ว คณะกรรมการส่งรายชื่อ ให้แก่งานทรัพยากรบุคคล ประกาศชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก เพื่อให้รายงานตัวปฏิบัติงาน เข้าปฏิบัติงานตามขั้นตอน
 - จ) กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับคณะกรรมการด้านทรัพยากรบุคคล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เก็บบันทึกประวัติและข้อมูลส่วนบุคคล ของบุคลากรทางการพยาบาล ให้สมบูรณ์ เป็นปัจจุบันและเป็นความลับ

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-50	หน้า: 2/2
เรื่อง: การสรรหาและคัดเลือกบุคลากรทางการพยาบาลใหม่	

ฉ) เมื่อผู้ได้รับการคัดเลือกมารายงานตัวเพื่อปฏิบัติงานแล้ว คณะกรรมการด้านทรัพยากรบุคคล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จัดให้บุคลากรใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศ และส่งบุคลากรใหม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ตามข้อตกลงการจัดสรรและการกระจายอัตรากำลัง ทั้งนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน กำหนดบทบาทหน้าที่ / มอบหมายงาน และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

ทบทวน : 9 มิ.ย.2551, r 11 เม.ย.2554, r 3 พ.ย.2557, R 2 ต.ค.2560, r 1 พ.ค.2562, r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/4
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-60		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การนิเทศทางการแพทย์		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ และหัวหน้าทีมการพยาบาลทุกระดับ ใช้เป็นแนวทางในการนิเทศทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย บุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะ มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

นโยบาย: ผู้บริหารทางการแพทย์/หัวหน้าทีมการพยาบาลทุกระดับ ต้องมีแผนการนิเทศทางการแพทย์พยาบาลอย่างชัดเจน มีการนิเทศอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

นิยามศัพท์:

การนิเทศการพยาบาล (Nursing supervision) หมายถึง กระบวนการให้การช่วยเหลือ สนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์พัฒนาความรู้ และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุเป้าหมาย โดยแบ่งเป็นการนิเทศการพยาบาล ออกเป็น 2 ประเภท คือ การนิเทศทางการบริหาร และการนิเทศทางคลินิก

1. การนิเทศทางการบริหาร (Management supervision) หมายถึง การนิเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงาน นโยบาย มาตรฐาน และแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ลงสู่การปฏิบัติ ให้เกิดประสิทธิภาพในทุกหน่วยบริการพยาบาลที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

2. การนิเทศทางคลินิก (Clinical supervision) หมายถึง การนิเทศเพื่อส่งเสริมสมรรถนะและคุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นศักยภาพ ความเชี่ยวชาญ สมรรถนะ ทักษะ ความรู้ที่จำเป็น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้นิเทศ (Supervisor) หมายถึง หัวหน้าพยาบาล รองหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เฉพาะสาขา ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน หัวหน้าเวร หัวหน้าทีมการพยาบาล และผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้นิเทศ

ผู้รับการนิเทศ (Supervisee) หมายถึง พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนในการพัฒนาความรู้ และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-60	หน้า: 2/4
เรื่อง: การนิเทศทางการพยาบาล	

วิธีปฏิบัติ:

1. หัวหน้าพยาบาลแต่งตั้งคณะทำงานนิเทศทางการพยาบาลเป็นทีมนำในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีบทบาทและหน้าที่ในการออกแบบระบบการนิเทศทางการพยาบาล สร้างกลไกสนับสนุน และประเมินผลระบบการนิเทศทางการพยาบาล

2. กำหนดระบบการนิเทศทางการพยาบาล แบ่งออกเป็นการนิเทศทางการบริหาร และการนิเทศทางคลินิก โดยผู้นิเทศมีบทบาทการนิเทศทางการพยาบาลอย่างน้อยในเรื่อง ต่อไปนี้

ก) การนิเทศทางการบริหาร

i) การนำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปีสู่การปฏิบัติ รวมถึงการ Alignment ตัวชี้วัด

ii) การบริหารจัดการงบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อม

iii) การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และการบริหารอัตรากำลัง

iv) การติดตามและปรับปรุงผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่สำคัญทางการพยาบาล

v) การจัดบริการพยาบาล

vi) การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และการประกันคุณภาพการพยาบาล

vii) การบริหารความเสี่ยง

ข) การนิเทศทางคลินิก

i) การยึดหลักการพยาบาลองค์รวมและกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล

ii) การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค และมาตรฐานวิชาชีพ

iii) การปฏิบัติตามกฎหมาย จริยธรรม จรรยาบรรณ และเอกสิทธิ์แห่งวิชาชีพ

iv) การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspects of care)

v) การพัฒนาทักษะวิชาชีพ 10 ประการ

vi) การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ

vii) การบันทึกการพยาบาลโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล ตามมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค

viii) จุดเน้นการปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/โรงพยาบาล

3. กำหนดผู้นิเทศ ดังนี้

ก) หัวหน้าพยาบาลเป็นผู้นิเทศการปฏิบัติงานของรองหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขา

ข) รองหัวหน้าพยาบาลและคณะทำงาน Matrix เป็นผู้นิเทศการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ และด้านทรัพยากรบุคคล

- ค) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขาเป็นผู้นิเทศการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบ
- ง) ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการเป็นผู้นิเทศการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
- จ) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างานเป็นผู้นิเทศการปฏิบัติงานในหน่วยงานของตนเอง
- ฉ) พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร/หัวหน้าทีมการพยาบาลเป็นผู้นิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานของตนเอง
4. กำหนดบทบาทของผู้นิเทศ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้
- ก) ผู้นิเทศระดับหัวหน้าพยาบาล รองหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขามีบทบาทการนิเทศการบริหาร
- ข) ผู้นิเทศระดับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้างาน มีบทบาทการนิเทศการบริหาร และการนิเทศทางคลินิก
- ค) ผู้นิเทศระดับหัวหน้าเวร หัวหน้าทีมการพยาบาล และพยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก มีบทบาทการนิเทศทางคลินิก
5. กำหนดกระบวนการนิเทศทางการแพทย์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนการนิเทศ การดำเนินการนิเทศ การประเมินผลการนิเทศ และการนำผลการประเมินมาปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการ
- ก) การวางแผนการนิเทศ โดยผู้นิเทศสำรวจ/ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ความต้องการการปรับปรุงโอกาสพัฒนา ลักษณะงาน และลักษณะของผู้รับการนิเทศ เพื่อนำมากำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการนิเทศ วิธีการ/กิจกรรมการนิเทศ เครื่องมือการนิเทศ และวิธีการประเมินผล ที่สอดคล้องกับลักษณะงาน และลักษณะของผู้รับการนิเทศ จัดทำแผนการนิเทศ (ภาคผนวก 1) เป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งแผนการนิเทศงานปกติประจำวัน ประจำสัปดาห์ และแผนการนิเทศเฉพาะเรื่อง/เฉพาะกิจ โดยกิจกรรมการนิเทศมี ดังนี้
- i) กิจกรรมการนิเทศงานปกติ เช่น การเยี่ยมตรวจผู้ป่วย การเยี่ยมตรวจบุคลากร การเยี่ยมตรวจสิ่งแวดล้อม การร่วมมือปฏิบัติงาน เป็นต้น
- ii) กิจกรรมการนิเทศเฉพาะเรื่อง/เฉพาะกิจ เช่น การแก้ปัญหา การให้คำปรึกษาและแนะนำการเยี่ยมตรวจระดับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/โรงพยาบาล เป็นต้น
- ข) การดำเนินการนิเทศ
- i) ผู้นิเทศปฏิบัติตามแผนการนิเทศ โดยมีการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ให้เอื้อต่อการเรียนรู้ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการนิเทศทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการนิเทศ
- ii) สรุปผลการนิเทศ แนวทางการปรับปรุงพัฒนา และกำหนดระยะเวลาติดตามผลลัพธ์การปรับปรุงพัฒนาร่วมกันกับผู้รับการนิเทศ
- iii) บันทึกผลการนิเทศในแบบบันทึกการนิเทศ (ภาคผนวก 2)

ค) การประเมินผลการนิเทศ ผู้นิเทศประเมินผลการนิเทศตามแผนการนิเทศ วิเคราะห์ข้อมูลการบรรลุวัตถุประสงค์ ข้อมูลผลการนิเทศรายบุคคล และเฉพาะเรื่อง/เฉพาะกิจ

ง) การนำผลการประเมินมาปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการ ผู้นิเทศนำข้อมูลการประเมินผลการนิเทศ มาวิเคราะห์เพื่อหาความต้องการการปรับปรุง และโอกาสพัฒนาในเชิงระบบอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับหน่วยงานและระดับองค์กร รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้น เพื่อวางแผนในอนาคตต่อไป

ภาคผนวก:

1. แผนการนิเทศ
2. แบบบันทึกการนิเทศ

บททวนเอกสาร : 9 มิ.ย. 2551, R 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, r 1 พ.ค. 2562, r 25 มี.ค 2565, r 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-1-60

แผนการนิเทศ

หัวข้อการนิเทศ

ผู้รับการนิเทศ ระยะเวลาการนิเทศ สถานที่นิเทศ

ข้อมูลที่มาของการนิเทศ

วัตถุประสงค์การนิเทศ	วิธีการนิเทศ	เครื่องมือการนิเทศ	การประเมินผลการนิเทศ

ภาคผนวก 2 NUR-1-60

แบบบันทึกการนิเทศ

ผู้นิเทศ

ตำแหน่ง (หัวหน้าหอผู้ป่วย / พยาบาล Expert)

ผู้รับการนิเทศ.....

ตำแหน่ง

ประเด็น การ นิเทศ	ผลการนิเทศ		ระยะเวลาแก้ไข			วันที่ ติดตาม	เครื่องมือ / วิธีติดตาม	ผลการ ติดตาม
	จุดเด่น	โอกาส พัฒนา	ทันที	1 เดือน	อื่นๆ (ระบุ)			

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-70		ฉบับที่: ฉ
เรื่อง: การประเมินผลการปฏิบัติงาน		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านทรัพยากรบุคคล	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย :

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย จากผู้บังคับบัญชา จะต้องแจ้งหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงาน ตัวชี้วัด ผลงาน และวิธีการประเมิน ให้แก่ผู้รับการประเมินรับรู้และมีการทำความเข้าใจระหว่างผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน ก่อนมีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน
2. บุคลากรกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกคน จะต้องได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงาน ตามหลักเกณฑ์ขององค์กร การประเมินผลของก.พ. และตามเกณฑ์ประเมินขีดความสามารถที่กำหนดขึ้นของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
3. ผู้บริหารทางการแพทย์ ต้องแจ้งผลการประเมิน ผลการปฏิบัติงาน และแผนพัฒนาให้แก่ผู้รับการประเมินทราบ รวมทั้งให้ลงนามลายมือชื่อรับทราบ กรณีที่ผู้รับการประเมินไม่ยินยอม ลงลายมือชื่อรับทราบผลการประเมิน ให้เจ้าหน้าที่ 1 คนในหน่วยงานนั้นลงลายมือชื่อเป็นพยานว่าได้มีการแจ้งผลการประเมินดังกล่าวแล้ว

วิธีปฏิบัติ

1. คณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กำหนดกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์การประเมินผล ประกอบด้วย
 - ก) ผู้ประเมินเป็นผู้บังคับบัญชา/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
 - ข) เครื่องมือสำหรับการประเมิน ได้แก่
 - i) กลุ่มข้าราชการ ใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติราชการที่มีแบบประเมิน 2 องค์กรประกอบ ได้แก่ องค์กรประกอบที่ 1 ด้านผลสัมฤทธิ์ของงานกำหนดตัวชี้วัด 5 ตัว ซึ่งเป็นการตกลงร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติ โดยมีค่าคะแนน 70% และองค์กรประกอบ 2 ด้านสมรรถนะของบุคลากรมี 5 สมรรถนะ โดยมีค่าคะแนน 30%
 - ii) กลุ่มพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว ใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติราชการ ที่สำนักงานก.พ.กระทรวงสาธารณสุข จัดทำขึ้นหรือจัดทำแบบสรุปการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ที่สอดคล้องกับลักษณะงานและวิธีที่องค์กรเลือกใช้ประเมินผลการปฏิบัติงาน
 - ค) ผลการประเมินจัดเป็นระดับคะแนน เป็นช่วงคะแนน คือ ระดับดีเด่น ดีมาก ดี ปกติ โดยคะแนนต่ำสุดของระดับปกติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 หากต่ำกว่าร้อยละ 60 ถือว่าต้องปรับปรุง

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR- 1-70	หน้า: 2/ 2
เรื่อง : การประเมินผลการปฏิบัติงาน	

ง) มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรเป็นรายบุคคล ทุกคน

- จ) ให้ดำเนินการประเมินปีละ 2 รอบ ตามปีงบประมาณรอบที่ 1 ระหว่าง วันที่1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม และรอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ของทุกปี
2. วางแผนการปฏิบัติงาน กำหนดเป้าหมายและ/หรือระดับความสำเร็จของงาน
 3. จัดทำแผนปฏิบัติการเป็นลายลักษณ์อักษร โดยอาจจัดทำเป็นบันทึกข้อตกลง หรือแบบมอบหมายงาน แจงให้บุคลากรทางการพยาบาล ผู้รับการประเมินได้รับทราบ
 4. ติดตามผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ รวมถึงให้คำปรึกษา แนะนำสอนงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับปรุงแก้ไขพัฒนา เพื่อนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของงาน และพฤติกรรม หรือสมรรถนะและเมื่อสิ้นสุดรอบการประเมินดังกล่าว ผู้รับการประเมิน ร่วมทำการวิเคราะห์ ผลสำเร็จของงานและแจ้งผลการประเมินให้ผู้รับการประเมินได้รับทราบ
 5. นำผลการประเมินไปใช้สำหรับการตัดสินใจ และการบริหารทรัพยากรบุคคล ตามกฎ ระเบียบและข้อกำหนด ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน

ทบทวน : 9 ม.ย.2551, r 11 เม.ย.2554, r 3 พ.ย.2557, R 2 ต.ค. 2560, r 1 พ.ค.2562, r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-80		ฉบับที่: ๑
เรื่อง : การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านทรัพยากรบุคคล		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

นโยบาย :

1. ทุกหน่วยงานจะต้องมีการออกแบบระบบบริการของหน่วยงานที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับสมรรถนะหลักของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และกำหนดสมรรถนะเฉพาะสาขาของบุคลากรทางการพยาบาล
2. ทุกหน่วยงาน จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ทั้ง Hard skill และ Soft skill ครอบคลุมประเด็นสำคัญสำคัญที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กำหนด และสอดคล้องกับความต้องการการพัฒนาขององค์กรและหน่วยงาน
3. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน จะต้องมีการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการพัฒนาหลายรูปแบบทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

วิธีปฏิบัติ : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โดยคณะกรรมการ HRMD และผู้บริหารทางการพยาบาล

1. ค้นหาความต้องการการพัฒนาที่จำเป็น (Need Assessment) และประเมินสมรรถนะ(Competency) ของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการนิเทศ และติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องกับการพัฒนางานบริการ ตามนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล และกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
2. นำผลการประเมินจากข้อ 1 วางแผนพัฒนาบุคลากร ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้
 - ก) แผนการปฐมนิเทศผู้บริหารใหม่และบุคลากรทางการพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่
 - ข) แผนการศึกษาต่อเนื่อง ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาว
 - ค) แผนการฝึกอบรม/ประชุมวิชาการภายในและภายนอกโรงพยาบาล
 - ง) แผนการจัดการความรู้ (Knowledge Management)
3. ส่งเสริมให้มีการอบรม ฝึกทักษะแก่บุคลากรทางการพยาบาลระหว่างประจำการ ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้
 - ก) งานด้านการพยาบาลพื้นฐานและเฉพาะทาง
 - ข) การช่วยฟื้นคืนชีพ
 - ค) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - ง) กฎหมาย จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติงาน หรือการประกอบวิชาชีพ
 - จ) การซ่อมแผนปฏิบัติการเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรืออุบัติภัยหมู่/แผนอัคคีภัย
 - ฉ) เรื่องอื่นๆ ตามบริบทของงาน

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR- 1-80	หน้า: 2/ 2
เรื่อง : การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล	

4. ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการพัฒนารูปแบบทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยอย่างน้อยให้มีชั่วโมงการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. ส่งเสริมการนำความรู้และทักษะใหม่ที่ได้จากการศึกษาและฝึกอบรมบุคลากรมาใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
6. มีระบบการประเมินผลการพัฒนาบุคลากร ทุก ปี หรือตามรอบการประเมินที่องค์กรกำหนดตามตำแหน่งงานและบทบาทหน้าที่ และจัดทำแผนพัฒนาต่อเมื่อพบว่ามีประเด็นที่ต้องพัฒนา

บททวน : 9 มิ.ย. 2551, R 11 เม.ย. 2554, R 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, r 1 พ.ค.2562, R 1 พ.ค. 2565, r 1 ต.ค.2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-90		ฉบับที่: จ
เรื่อง: การจัดอัตราค่าจ้าง		วันที่: : r 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านทรัพยากรบุคคล		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

นโยบาย :

1. ทุกหน่วยงานมีการจัดอัตราค่าจ้าง เพื่อให้บริการแก่ผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม ตามสัดส่วนที่องค์กรหัวหน้าหอผู้ป่วยได้กำหนด และมีการจัดอัตราค่าจ้างเสริมและอัตราค่าจ้างสำรองไว้ โดยมีเกณฑ์การเรียกอัตราค่าจ้างเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน
2. ทุกหน่วยงานที่เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง มีการบริหารจัดการอัตราค่าจ้างให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวรทุกเวร
3. การจัดการปฏิบัติงาน ไม่อนุญาตให้ผู้ขึ้นปฏิบัติงานลงเวรตึก แล้วขึ้นปฏิบัติงานต่อเวรเช้า
4. การจัดการตารางปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน ต้องคำนึงถึงชั่วโมงรวมของการทำงานของพยาบาล ไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมงใน 1 วัน หรือไม่ควรเกิน 48 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์
5. ควรหลีกเลี่ยงการจัดการตารางปฏิบัติงานที่จะทำให้พยาบาลต้องทำงานเกิน 12 ชั่วโมงต่อวัน ติดกันเกิน 3 วัน ใน 1 สัปดาห์

วิธีปฏิบัติ :

1. การจัดอัตราค่าจ้างขึ้นปฏิบัติงานในภาวะปกติ ปฏิบัติ ดังนี้
 - ก) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน จัดตารางการปฏิบัติงาน ให้มีบุคลากรทางพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานครบ กรณีที่เป็นหน่วยบริการเป็นเวรผลัด ต้องจัดให้มีบุคลากรทางการพยาบาล ปฏิบัติงานครบ 24 ชั่วโมง โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร ทั้งในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรตึก
 - ข) จัดตารางปฏิบัติงาน ไม่อนุญาตให้ผู้ขึ้นปฏิบัติงานลงเวรตึก แล้วต่อเวรเช้า
 - ค) จัดตารางปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน ให้จัดตารางปฏิบัติงาน ไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมงใน 1 วัน หรือไม่ควรเกิน 48 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์
 - ง) หลีกเลี่ยงการจัดการตารางปฏิบัติงานที่จะทำให้พยาบาลต้องทำงานเกิน 12 ชั่วโมงต่อวัน ติดกันเกิน 3 วัน ใน 1 สัปดาห์
2. การจัดอัตราค่าจ้างเสริมและอัตราค่าจ้างสำรอง ปฏิบัติ ดังนี้
 - ก) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน จัดทำแผนอัตราค่าจ้างเสริม และอัตราค่าจ้างสำรอง ทุกเดือน ส่วนตารางปฏิบัติงานของอัตราค่าจ้างเสริม และอัตราค่าจ้างสำรอง ให้เก็บไว้ที่หน่วยงาน
 - ข) เมื่อมีภาระงานเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ของแต่ละหน่วยงานที่กำหนด ให้ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

3. บุคลากรที่จัดให้ปฏิบัติงานตามปกติแล้วไม่สามารถขึ้นปฏิบัติงานได้ด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม ให้หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน หรือหัวหน้าเวร ใช้แผนอัตราค่าจ้างสำรองของหน่วยงาน
4. กรณีไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามแผนหรืออัตราค่าจ้างที่จัดไว้ไม่เพียงพอ ให้ปฏิบัติดังนี้
 - ก) ในเวลาราชการ ให้ประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขา
 - ข) นอกเวลาราชการ ให้ประสานงานกับผู้ตรวจการพยาบาล เพื่อพิจารณาการจัดอัตราค่าจ้างจาก หน่วยงานที่ไม่วิกฤติ ไปช่วยปฏิบัติงาน
5. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขาฯ /หัวหน้าหอผู้ป่วย /หัวหน้างาน ติดตามเยี่ยมตรวจผลการบริหารอัตราค่าจ้างของหน่วยงานที่ดูแล ส่วนเวลานอกราชการผู้ตรวจการพยาบาล เป็นผู้ทำหน้าที่เยี่ยมตรวจการบริหารอัตราค่าจ้างของแต่ละหน่วยงาน อย่างต่อเนื่องทุกวัน
6. กรณีมีปัญหาเรื่องบริหารอัตราค่าจ้างไม่ได้ ในเวลาราชการ หัวหน้าหอผู้ป่วย /หัวหน้างานรายงานขอปรึกษาหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขา ส่วนนอกเวลาราชการ รายงานขอคำปรึกษาผู้ตรวจการพยาบาล
7. ส่งตารางการปฏิบัติงาน ไปที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน

บททวน : 9 มิ.ย.2551, R 11 เม.ย.2554, r 3 พ.ย.2557, R 2 ต.ค.2560 ,R 1พ.ค.2562, r 1 ต.ค.2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-100		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การควบคุมกำกับบุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ		วันที่: 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านทรัพยากรบุคคล		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

นโยบาย : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จะต้องควบคุมกำกับ

1. บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ต้องปฏิบัติงานภายใต้การดูแลควบคุมกำกับของพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพและมีประสบการณ์
2. บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบต้องผ่านการปฐมนิเทศขององค์กรตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
3. ทุกคนต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ ค่านิยม นโยบายและวิธีปฏิบัติของโรงพยาบาล

คำจำกัดความ : บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานใหม่ พยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน รวมถึงอาจารย์นิเทศ

วิธีปฏิบัติ :

1. องค์กร/หน่วยงาน ดำเนินการปฐมนิเทศบุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ
2. บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ปฏิบัติตามนโยบาย ระเบียบ และข้อกำหนดขององค์กร
3. บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ติดป้ายที่ระบุ ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง เช่น พยาบาลวิชาชีพผู้ฝึกปฏิบัติงานนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น เป็นต้น
4. บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ปฏิบัติงานภายใต้การนิเทศ กำกับของผู้ดูแล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พยาบาลพี่เลี้ยง อาจารย์นิเทศของสถาบัน และ/หรือ ครูคลินิก
5. ผู้ควบคุมดูแล มอบหมายงาน หรือมอบหมาย Case ให้พยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานใหม่ พยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน เป็นลายลักษณ์อักษร
6. ผู้ดูแล หรือผู้นิเทศ หรือผู้ชำนาญการ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พยาบาลพี่เลี้ยง ครูคลินิก อาจารย์นิเทศ ทบทวนตรวจสอบความถูกต้องเมื่อพยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานใหม่ พยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเสร็จเรียบร้อยทุกครั้ง

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-100	หน้า: 2/2
เรื่อง: การควบคุมกำกับบุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ	

7. กรณีมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติ หรือทดลองงานของพยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติ งานใหม่ พยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน ให้หัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้าเวร หรืออาจารย์นิเทศ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ KKH-8-50 KKH-8-70 KKH-8-110 และรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ

บททวน : 9 มิ.ย.2551, R 11 เม.ย.2554, r 3 พ.ย.2557 r 2 ต.ค.2560, R 1พ.ค. 2562, R 1 พ.ย.2563,
r 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-1-100

การปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล และผู้มาฝึกปฏิบัติงาน

1. กำหนดให้จัดสัดส่วนการฝึกภาคปฏิบัติระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศ ตามประเภทของหอผู้ป่วย ดังนี้

ก) หอผู้ป่วย ICU และหอผู้ป่วยวิกฤต จัดสัดส่วน อาจารย์ 1 คน : นักศึกษา 6 คน และ/หรือครูคลินิก 1 คน : นักศึกษา 4 คน

ข) หอผู้ป่วยทั่วไป จัดสัดส่วน อาจารย์ 1 คน : นักศึกษา 8 คน และ/หรือครูคลินิก 1 คน : นักศึกษา 8 คน

ค) ครูคลินิก หรือพยาบาลพี่เลี้ยง ทำหน้าที่กำหนด (ภาคผนวก 1)

2. การฝึกภาคปฏิบัติที่หอผู้ป่วย

ก) ผู้ควบคุมจะต้องมอบหมายงาน และ/หรือ มอบหมาย Case ให้นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เป็นลายลักษณ์อักษร

ข) อาจารย์นิเทศ นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ ค่านิยม นโยบายและวิธีปฏิบัติของโรงพยาบาล

ค) เมื่อนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ผู้ดูแลหรือผู้นิเทศหรือผู้ชำนาญกว่า ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พยาบาลพี่เลี้ยง ครูคลินิก อาจารย์นิเทศ ต้องทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้ง

ง) กรณีมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติหรือทดลองงานของนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ให้หัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้าเวร หรืออาจารย์นิเทศปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ KKH-8-50, KKH-8-70, KKH-8-110

จ) กรณีไม่มีอาจารย์นิเทศติดมากับนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน ให้ประสานหัวหน้าหน่วยงานจัดพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีคุณสมบัติเหมาะสมขึ้นพิเศษ นอกเหนือจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย เพื่อทำหน้าที่นิเทศ กำกับ นักศึกษาแทนอาจารย์ โดยให้สถาบันรับผิดชอบค่าใช้จ่าย หรือหากอาจารย์นิเทศติดภารกิจในช่วงเวลาสั้นๆ ขอให้แจ้งหัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้าเวรทุกครั้ง

ฉ) อาจารย์นิเทศและนักศึกษาพยาบาล ร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาลตามความเหมาะสม

ช) ประสานกิจกรรมการเรียนการสอนบนคลินิกกับหัวหน้าหน่วยงาน และ/หรือ พยาบาลประจำการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างสถาบันและแหล่งฝึกตามความเหมาะสม

หน้าที่อาจารย์นิเทศ/ครูคลินิก/พยาบาลพี่เลี้ยง/พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

1. ประชุมนิเทศสถานที่ฝึกปฏิบัติงาน
2. ร่วมพิจารณาผู้ป่วยที่นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลือกไว้ดูแล หรือมอบหมายหน้าที่ มอบหมาย Case ให้ตามความเหมาะสม
3. Pre - Post conference ร่วมกับนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
4. พิจารณาและให้คำปรึกษาจัดทำแผนการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และแผนการจัดตารางการเรียนรู้/ การสอน/การฝึก ในคลินิก
5. นิเทศการฝึกภาคปฏิบัติ ปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อย่างใกล้ชิด
6. ร่วมวางแผนและเฝ้าอำนวยการฝึก/การเรียนรู้ภาคปฏิบัติ ของนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
7. ร่วมกิจกรรมการดำเนินการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ให้คำแนะนำ และการประเมินผล
8. ร่วมตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
9. ลงชื่อรับรองการฝึกทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-110		ฉบับที่: ณ
เรื่อง: การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัย

นโยบาย:

1. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลกำหนดให้ทุกหน่วยงานต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล ด้วยการมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาลทุกระดับ โดยใช้กรอบแนวคิดของมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล มีการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามบริบทและประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาล
2. หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลต้องกำกับติดตามและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

วิธีปฏิบัติ:

1. หัวหน้าพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล และบุคลากรพยาบาลร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ตอบสนองวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบาย รวมถึงจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร
2. คณะทำงานด้านบริการ สื่อสารและถ่ายทอดแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสู่การปฏิบัติให้แก่หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้างาน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโดยใช้ช่องทาง เช่น จดหมายเวียน การจัดประชุมชี้แจง การประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงานโครงการ เป็นต้น เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างครอบคลุมทุกหน่วยงาน และทั่วถึงพยาบาลทุกคน ทุกระดับ
3. หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้างาน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล กำกับติดตามการปฏิบัติตามแผน เฝ้าระวังคุณภาพและประสิทธิภาพการพยาบาลตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล

4. คณะทำงานด้านบริการจัดทำแผนการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล สนับสนุนและส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลประเมินคุณภาพบริการพยาบาลของหน่วยงาน และดำเนินการประเมินคุณภาพภายในโดยทีมประเมินคร่อมสายงาน
5. การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลโดยทีมประเมินภายในหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้างาน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลดำเนินการให้มีการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล และรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลไปยังคณะทำงานด้านบริการ (ภาคผนวก 1)
6. การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลโดยทีมประเมินคร่อมสายงาน คณะทำงานด้านบริการจัดให้มีการประเมินคุณภาพภายในโดยทีมประเมินคร่อมสายงาน และรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลไปยังหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล (ภาคผนวก 2)
7. หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้างาน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ยุกระดับคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล ตามข้อเสนอแนะของทีมประเมินคร่อมสายงาน และคณะทำงานด้านบริการ
8. คณะทำงานด้านบริการรวบรวมข้อมูลผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลระดับหน่วยงาน ตามกลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขา รายงานผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลไปยังรองหัวหน้าพยาบาลด้านบริการ ประกอบด้วย
 - ก) ร้อยละและคะแนนคุณภาพการบริหารการพยาบาลระดับหน่วยงาน: มิติกระบวนการ
 - ข) ร้อยละและคะแนนคุณภาพการบริการพยาบาล: มิติกระบวนการ
 - ค) ร้อยละและคะแนนคุณภาพการบริการพยาบาล: มิติผลลัพธ์
 - ง) ร้อยละและคะแนนภาพรวมคุณภาพการบริการพยาบาลของหน่วยงาน
 - ฉ) ร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาลที่มีคะแนนประเมินคุณภาพตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป
 - ช) แผนพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
9. คณะกรรมการนโยบาย กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ร่วมกันประเมินคุณภาพภายในของงานบริหารการพยาบาลระดับองค์กร ความต้องการการสนับสนุนจากเครือข่ายระดับเขตและกองการพยาบาล
10. คณะทำงานด้านบริการรวบรวมรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลทั้งหมดส่งไปยังเครือข่ายระดับเขตและกองการพยาบาล ตามแบบฟอร์ม และช่วงเวลาที่ยกกองการพยาบาลกำหนด
11. คณะทำงานด้านบริการและคณะกรรมการนโยบาย กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลจัดทำแผนเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการพยาบาลให้ก้าวสู่ความเป็นเลิศ ตามแนวทางการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

12. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล คณะทำงานด้านบริการ สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานดำเนินการทั้งในระดับหน่วยงาน และระดับกลุ่มภารกิจการพยาบาล โดย ดำเนินการเป็น 3 ระยะ 10 ขั้นตอน (ภาคผนวก 3) และส่งรายงานการพัฒนาคุณภาพฯ (ภาคผนวก ง) ให้ คณะทำงานด้านบริการและรองหัวหน้าพยาบาลด้านบริการ ทุก 6 เดือน

13. คณะทำงานด้านบริการรวบรวม และสรุปรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลระดับ หน่วยงาน การประเมินคุณภาพภายในของงานบริหารการพยาบาลระดับองค์กร พร้อมทั้งผลลัพธ์การพัฒนา คุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล และจัดทำรายงานประจำปีไว้เป็นลายลักษณ์ อักษร

ภาคผนวก:

1. การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลโดยทีมประเมินภายในหน่วยงาน
2. การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลโดยทีมประเมินคร่อมสายงาน
3. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล
4. รายงานผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล

บททวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, r 1 พ.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, R 2 ต.ค. 2560, r 1 พ.ค. 2562, R 20 มิ.ย. 2563, R 25 มี.ค. 2563, r 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-1-110

การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลโดยทีมประเมินภายในหน่วยงาน

1. หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้างาน แต่งตั้งทีมประเมินคุณภาพภายในของหน่วยงาน เพื่อประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลโดยมีหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้างาน เป็นประธาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเป็นที่ปรึกษา
2. ศึกษาทำความเข้าใจแนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาลจากหนังสือมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล และหนังสือการประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามลักษณะของหน่วยงาน ของกองการพยาบาล
3. ประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลจากหนังสือการประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามลักษณะของหน่วยงาน ของกองการพยาบาล ภายในไตรมาสแรก ของปีงบประมาณ
4. รายงานผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลของหน่วยงานไปยังคณะทำงานด้านบริการ ภายในไตรมาสแรก ของปีงบประมาณ ประกอบด้วย
 - ก) คะแนนผลการประเมินรายข้อ
 - ข) ร้อยละของคะแนนภาพรวมหน่วยงาน
 - ค) แผนพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานตามแนวทางในหนังสือการประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามลักษณะของหน่วยงาน ของกองการพยาบาล

ภาคผนวก 2 NUR-1-110

การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลโดยทีมประเมินคร่อมสายงาน

1. หัวหน้าพยาบาลแต่งตั้งทีมประเมินคร่อมสายงาน โดยมีรองหัวหน้าพยาบาลด้านบริการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเป็นประธาน เพื่อประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล
2. คณะทำงานด้านบริการ รวบรวมรายงานการประเมินตนเองของหน่วยงานให้ทีมประเมินคร่อมสายงาน
3. ทีมประเมินคร่อมสายงานศึกษาข้อมูลรายงานการประเมินตนเอง และแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน วางแผนประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล
4. ทีมประเมินคร่อมสายงานดำเนินการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลของหน่วยงาน ตามแผนการดำเนินงาน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลตามลักษณะของหน่วยงาน ชุดเดียวกันกับหน่วยงาน
5. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับผลการประเมินตนเองของหน่วยงาน วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน สิ่งคุกคาม และโอกาสพัฒนาของแต่ละหน่วยงาน
6. รายงานผลการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลของหน่วยงานไปยังหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้างาน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ภายในไตรมาสที่ 3 ของปีงบประมาณ ประกอบด้วย
 - ก) คะแนนผลการประเมินรายข้อ
 - ข) ร้อยละของคะแนนภาพรวมหน่วยงาน
 - ค) จุดแข็ง จุดอ่อน สิ่งคุกคามและโอกาสพัฒนา

ภาคผนวก 3 NUR-1-110

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล

หัวหน้างาน หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลดำเนินการพัฒนาคุณภาพฯ ระดับหน่วยงาน กลุ่มงาน และคณะทำงานด้านบริการดำเนินการพัฒนาคุณภาพฯ ระดับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ดังนี้

ระยะที่ 1 การกำหนดมาตรฐานและการปฏิบัติตามมาตรฐาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 มอบหมายคณะทำงานในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 คณะทำงานร่วมกับพยาบาลในหน่วยงานกำหนดขอบเขตการบริการพยาบาลจาก ลักษณะผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการของหน่วยงาน ปัญหาความต้องการการพยาบาล การจำแนกประเภทผู้ป่วย และ/หรือระบบการดูแล

ขั้นตอนที่ 3 คณะทำงานระบุประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาลและกำหนดมาตรฐาน หรือแนวทางปฏิบัติ หรือระบบงาน ดังนี้

ก) ร่วมกับพยาบาลที่เกี่ยวข้องระบุประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาลเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจากเรื่องที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) เรื่องที่มีปริมาณการปฏิบัติจำนวนมาก (High volume) เรื่องที่มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา (Problem prone) เรื่องที่มีค่าใช้จ่ายสูง (High cost) หรือเลือกจากหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ

ข) กำหนดมาตรฐาน หรือแนวทางปฏิบัติ หรือระบบงาน ตามหลักการทางวิชาการ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและทันสมัย

ค) นำมาตรฐาน หรือแนวทางปฏิบัติ หรือระบบงาน ไปสู่การปฏิบัติ โดยสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 คณะทำงานกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลจาก เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล หรือนโยบายของโรงพยาบาลหรือองค์กร โดยเลือกให้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาลเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 5 คณะทำงานกำหนดเกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ ในกรณีเลือกตัวชี้วัดมาจากมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ให้ใช้เกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ตามมาตรฐาน หรือสูงกว่า ในกรณีเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดเพิ่มเติม ให้กำหนดเกณฑ์ระดับที่ยอมรับได้สูงกว่าผลการพัฒนาปัจจุบัน รวมถึงการใช้วิธีการเทียบเคียง (Benchmarking) เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 การวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 6 คณะทำงานประสานคณะทำงานสารสนเทศทางการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ในกรณีเลือกตัวชี้วัดจากตัวชี้วัดของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมและจัดการข้อมูลตาม Template ของตัวชี้วัด ในกรณีเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดเพิ่มเติมให้คณะทำงานดำเนินการจัดทำ Template ของตัวชี้วัดตามแนวทางของคณะทำงานสารสนเทศทางการพยาบาล กลุ่ม

ภารกิจด้านการพยาบาล ดำเนินการเก็บรวบรวมและจัดการข้อมูลตาม Template ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ขั้นตอนที่ 7 คณะทำงานวิเคราะห์และประเมินผลคุณภาพการพยาบาล วิเคราะห์ผลลัพธ์โดยใช้ Control chart หรือ Run chart เพื่อดูระดับของปัญหาในแต่ละช่วงเวลา วิเคราะห์หาสาเหตุของข้อบกพร่องในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อวางแผน ป้องกัน และแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 8 คณะทำงานแก้ไขข้อบกพร่องและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายและแนวทางในการแก้ไขปัญหา ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 9 คณะทำงานร่วมกับคณะทำงานสารสนเทศทางการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเฝ้าระวังและประเมินผลคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาเพื่อรายงานสรุปผลการเฝ้าระวัง และประเมินคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 10 คณะทำงานรายงานผลการประกันคุณภาพการพยาบาลให้กับหัวหน้างาน หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และรองหัวหน้าพยาบาลด้านบริการทุก 6 เดือน (เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน)

ภาคผนวก 4 NUR-1-110

รายงานผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาล ครั้งที่.....

เรื่อง

หน่วยงาน..... กลุ่มงานการพยาบาล.....

ขั้นตอน	กิจกรรมตาม ขั้นตอน		การดำเนินงาน/ผลลัพธ์ การดำเนินการ	แผนการปรับปรุง (ถ้ามี)
	มี	ไม่มี		
ขั้นตอนที่ 1 มอบหมาย ผู้รับผิดชอบ				
ขั้นตอนที่ 2 กำหนด ขอบเขตการบริการพยาบาล				
ขั้นตอนที่ 3 ระบุประเด็นที่ สำคัญของการบริการ พยาบาล และกำหนด มาตรฐาน/แนวปฏิบัติ/ ระบบ				
ขั้นตอนที่ 4 กำหนดตัวชี้วัด คุณภาพการพยาบาล				
ขั้นตอนที่ 5 กำหนดเกณฑ์ และคู่เทียบ ระดับคุณภาพที่ ยอมรับได้				
ขั้นตอนที่ 6 เก็บรวบรวม และจัดการข้อมูล				
ขั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์และ ประเมินผลคุณภาพการ พยาบาล (กรณีใช้ Control chart หรือ Run chart ให้ เพิ่มในเอกสารแนบท้าย รายงาน)				
ขั้นตอนที่ 8 แก้ไข ข้อบกพร่องและปรับปรุง คุณภาพการพยาบาล				

ขั้นตอน	กิจกรรมตาม ขั้นตอน		การดำเนินงาน/ผลลัพธ์ การดำเนินการ	แผนการปรับปรุง (ถ้ามี)
	มี	ไม่มี		
<u>ขั้นตอนที่ 9</u> ฝักระวังและ ประเมินคุณภาพการ พยาบาลต่อเนื่อง				
<u>ขั้นตอนที่ 10</u> รายงานผล การประกันคุณภาพการ พยาบาล				

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-120		ฉบับที่: ค
เรื่อง: การใช้โทรศัพท์และแท็บเล็ตคอมพิวเตอร์ในขณะที่ปฏิบัติงาน		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริหาร	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย:

1. ไม่อนุญาตให้บุคลากรผู้ปฏิบัติ เล่น Line หรือ Social Network อื่น ๆ ในขณะที่ปฏิบัติงาน เว้นแต่การติดต่อประสานงานเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยหรือเพื่อบริหารจัดการในองค์กร
2. ละเว้นการรับโทรศัพท์ขณะให้บริการผู้ป่วย ยกเว้นมีเหตุจำเป็นที่ต้องติดต่อประสานงานเกี่ยวกับการบริการหรือการประสานงานของหน่วยงาน/งานราชการ โดยขออนุญาตผู้ป่วยและหากจำเป็นในการให้บริการอย่างต่อเนื่องจะต้องจัดหาบุคลากรอื่นปฏิบัติภารกิจให้บริการในขณะนั้นแทน
3. การใช้โทรศัพท์มือถือและแท็บเล็ตคอมพิวเตอร์ในภารกิจส่วนตัว อนุญาตใช้ในช่วงเวลาพัก และให้อยู่ในบริเวณที่พักผ่อนของเจ้าหน้าที่หรือบริเวณที่ไม่ใช่ส่วนให้การดูแลผู้ป่วย
4. การใช้โทรศัพท์ไม่ใช่เสียงดังรบกวนผู้ใช้บริการหรือบุคคลอื่น

ทบทวน: 3 พ.ย.2557, ร 2 ต.ค. 2560 R 1 พ.ค. 2562, R 1 พ. ย. 2563, ร 1 ต.ค.2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-130		ฉบับที่: จ
เรื่อง : การประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ		วันที่ R 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านทรัพยากรบุคคลกร	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย :

1. พยาบาลวิชาชีพจะต้องพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง ทั้งโดยการพัฒนาตนเองและการสนับสนุนของหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขา และผู้บริหารการพยาบาล
2. มีการประเมินขีดความสามารถของพยาบาลวิชาชีพทั้งในระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

คำนิยาม : สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และทัศนคติ (Attitude) ของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

1. สมรรถนะหลัก (Core competency) หมายถึง ความสามารถหลักซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมของบุคคลที่ช่วยสนับสนุนให้โรงพยาบาลบรรลุเป้าหมาย และภารกิจตามวิสัยทัศน์ที่กำหนด โดยใช้แบบการประเมินของ กพร. มีจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี สังคมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม การทำงานเป็นทีม
2. สมรรถนะผู้บริหาร (Managerial Competency) หมายถึง ความสามารถด้านการบริหารที่ผู้บริหารระดับกลาง/ระดับต้นทุกคน จำเป็นต้องมีในการทำงาน เพื่อให้งานสำเร็จและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ มีจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ สภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์ การวางกลยุทธ์ภาครัฐ ศักยภาพเพื่อนำการเปลี่ยนแปลง การควบคุมตนเอง การสอนงานและการมอบหมายงาน
3. สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (Professional competency) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติที่สะท้อน ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะของงานในตำแหน่ง ประกอบด้วย
 - ก) สมรรถนะเชิงวิชาชีพทั่วไป (Common professional competency) หมายถึง ความสามารถด้านการปฏิบัติงานที่ผู้ปฏิบัติทุกคน ต้องปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเชี่ยวชาญ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันการเกิดความเสี่ยง ได้แก่ Basic Life Support การล้างมือ การใส่สายยางให้อาหาร การดูดเสมหะ การให้สารน้ำ การฉีดยา การให้เลือด การสวนปัสสาวะ การป้องกันพลัดตกหกล้ม การป้องกันแผลกดทับ
 - ข) สมรรถนะเชิงวิชาชีพเฉพาะสาขา (Specific professional competency) หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะเจาะจง หรือความสามารถของวิชาชีพเฉพาะทางที่จำเป็นในการนำไปปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ โดยมีการกำหนดสมรรถนะเชิงวิชาชีพแต่ละสาขาน้อยจำนวน 5 เรื่อง ซึ่งเป็นกลุ่มโรค

ยุทธศาสตร์ หรือโรคที่เป็น High risk High Volume High cost โดยใช้ทักษะเชิงวิชาชีพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย

วิธีปฏิบัติ :

คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กำหนดและแจ้งการประเมินสมรรถนะ ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน

การประเมินสมรรถนะหลัก (Core Competency)

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องได้รับการประเมิน Core competency ปีละ 1 ครั้ง
2. การประเมิน Core Competency ใช้แบบฟอร์มของ กพร. เมื่อประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ต้องส่งคะแนนให้กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลในเวลาที่กำหนด
3. พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการประเมินจะต้องรับทราบและลงนามผลการประเมิน ก่อนส่งคะแนนให้กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และมีสิทธิที่จะอุทธรณ์หากพบว่าการประเมินไม่เป็นธรรม ไม่อนุญาตให้ผู้ใดนำผลการประเมินสมรรถนะของแต่ละบุคคลไปเปิดเผย
4. หัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ต้องนำคะแนนผลการประเมินมาวิเคราะห์ช่องว่าง (GAP Analysis) พร้อมทั้งนำผล GAP Analysis ไปพัฒนารายบุคคลอย่างต่อเนื่อง
5. พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ผ่านการประเมิน ต้องรับผิดชอบในการพัฒนาตนเองในเรื่องที่ไม่ผ่านการประเมิน และแสดงให้เห็นว่าตนเองมีสมรรถนะผ่านเกณฑ์ ให้แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด
6. คณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล จะต้องนำผลการประเมินสมรรถนะของบุคลากรมาใช้เพื่อประกอบการพิจารณาความก้าวหน้าทางวิชาชีพตามความเหมาะสม

การประเมินสมรรถนะผู้บริหาร (Managerial Competency)

1. หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลแต่ละสาขา หัวหน้าตึกและหัวหน้าหน่วยงาน (ผู้บริหาร) ต้องได้รับการประเมินสมรรถนะผู้บริหาร ปีละ 1 ครั้ง
2. ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1ระดับ จะต้องส่งผลการประเมินสมรรถนะทุกปี เพื่อวางแผนพัฒนาต่อไปใช้แบบฟอร์มของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลในการประเมิน โดยผู้บริหารต้องประเมินตนเอง และผู้บังคับบัญชาประเมินแล้วนำค่าคะแนนนั้นมาหาค่าเฉลี่ย
3. ไม่อนุญาตให้ผู้ใดนำผลการประเมินสมรรถนะของแต่ละบุคคล ไปเปิดเผย
4. ผู้บังคับบัญชาต้องนำคะแนนผลการประเมินมาจัดทำ IDPและนำผลการประเมินใช้เป็นแนวทางการพัฒนาผู้บริหารให้มีความรู้และความสามารถในการบริหาร เพื่อนำองค์กรไปสู่เป้าหมาย

การประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพทั่วไป (Common professional competency)

1. พยาบาลวิชาชีพต้องได้รับการประเมิน Common Professional Competency ปีละ 1 ครั้ง

2. หัวหน้าหน่วยงานจะต้องควบคุม ติดตามให้พยาบาลในหน่วยงานทุกคนเข้ารับการประเมินสมรรถนะ

3. พยาบาลในหน่วยงานทุกคนจะต้องได้รับการประเมินด้านความรู้ และทักษะ โดยใช้เครื่องมือหรือ คู่มือประเมิน ที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลกำหนด

4. หน่วยงานสามารถเลือกใช้วิธีการประเมินทักษะตามความเหมาะสม เช่น ทบทวนผู้ป่วยข้างเตียง สหิตสังเกตการณ์ สัมภาษณ์สอบถามความรู้ ตรวจสอบเวชระเบียน เป็นต้น

5. หัวหน้าหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย วางแผนประเมินพยาบาลวิชาชีพภายในหน่วยงาน ให้แล้วเสร็จและส่งผลการประเมินภายในระยะเวลาที่กำหนด

6. ถ้าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ผ่านการประเมิน หัวหน้าหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายต้องประเมินซ้ำจนผ่าน และ วางแผนพัฒนารายบุคคลอย่างต่อเนื่อง

7. ไม่อนุญาตให้ผู้ใดนำผลการประเมินสมรรถนะของแต่ละบุคคล ไปเปิดเผย

การประเมินสมรรถนะเฉพาะสาขา (Specific professional competency)

1. บุคลากรพยาบาลต้องได้รับการประเมิน Specific Professional Competency ปีละ 1 ครั้ง

2. บุคลากรในหน่วยงานร่วมกันกำหนดกลุ่มโรค อย่างน้อยจำนวน 5 เรื่อง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคยุทธศาสตร์ หรือโรคที่เป็น High risk High Volume High cost โดยใช้ทักษะเชิงวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย

3. พยาบาลจะต้องได้รับการประเมินตามที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลกำหนดเกณฑ์ ตามค่าคาดหวัง 1-5 โดยแบ่งระดับ Competency ตาม Benner's Model

4. หน่วยงานจัดทำเครื่องมือ คู่มือประเมิน และเลือกใช้วิธีการประเมินตามความเหมาะสม เช่น ทบทวนผู้ป่วยข้างเตียง สหิต สัมภาษณ์ สอบความรู้ตรวจสอบเวชระเบียน เป็นต้น

5. หัวหน้าหรือผู้เกี่ยวข้องต้องส่งคู่มือและเครื่องมือ ให้คณะกรรมการ HRD ตามเวลาที่กำหนด เพื่อรวบรวมเป็นคลังความรู้และฐานข้อมูล

6. หัวหน้าหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย วางแผนประเมินพยาบาลวิชาชีพภายในหน่วยงาน ให้แล้วเสร็จและส่งผลการประเมินตามแบบฟอร์มที่กำหนด ให้คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลการประเมิน ภายในระยะเวลาที่กำหนด

7. ไม่อนุญาตให้ผู้ใดนำผลการประเมินสมรรถนะของแต่ละบุคคล ไปเปิดเผย

8. หัวหน้าหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ต้องนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ช่องว่าง (GAP Analysis) และนำ GAP Analysis ไปพัฒนารายบุคคลอย่างต่อเนื่อง จัดทำ IDP และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะความเชี่ยวชาญที่สูงขึ้น

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-140		ฉบับที่: ข
เรื่อง: การแต่งกายของบุคลากร		วันที่ : ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริหาร	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย :

1. บุคลากรในสังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเมื่อขึ้นปฏิบัติงานจะต้องให้สวมใส่ชุดปฏิบัติงานที่องค์กรกำหนดเท่านั้น (ชุดเครื่องแบบบุคลากรประเภทต่างๆให้ดูเพิ่มในคู่มือการแต่งกายบุคลากร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2567)
2. ในหน่วยงานที่เปลี่ยนชุดปฏิบัติงานเฉพาะ ได้แก่ OR,LR,ICU,RICU,หน่วยงานพิเศษ,หน่วยงานจ่ายกลาง,งานศูนย์อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ เมื่อมีความจำเป็นจะต้องออกนอกหน่วยงาน แต่ยังคงอยู่ในโรงพยาบาล จะต้องเปลี่ยนชุดหรือสวมเสื้อคลุมที่องค์กรกำหนด สวมทับชุดปฏิบัติงานนั้น และถอดหมวกคลุมผมออกทุกครั้ง
3. ไม่อนุญาตให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานสวมใส่ชุดปฏิบัติงานที่เปลี่ยนเฉพาะ และใส่เสื้อคลุมชุดปฏิบัติงานเปลี่ยนเฉพาะ (เสื้อกราว) ออกนอกโรงพยาบาล
4. บุคลากรทุกคนที่ขึ้นปฏิบัติงานจะต้องติด ID card ทุกครั้ง
 - ก) พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค/ผู้ช่วยพยาบาล ใช้รูปพยาบาลสวมหมวกตามตำแหน่ง
 - ข) บุคลากรอื่นๆ ใช้รูปสวมเสื้อตามแบบฟอร์มที่ปฏิบัติงานตามตำแหน่งที่กำหนด
5. กรณีที่ต้องไปปฏิบัติหน้าที่นอกโรงพยาบาล พยาบาลสวมชุดพยาบาล หรือเสื้อฟ้ากระทรวงสาธารณสุข กระโปรง/กางเกงแบบสุภาพสีดำ
6. ไม่อนุญาตให้ใส่ชุดพยาบาลร่วมกิจกรรมหรือประชุมในสถานที่พึงระวัง เช่น โรงแรม ยกเว้นเป็นกิจกรรมที่ต้องใส่ชุดพยาบาล

หมายเหตุ : ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในคู่มือการแต่งกาย บุคลากรกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ.2567

ทบทวน : 3 พ.ย.2557 , R2 ต.ค.2560, R 1รพ.ค.2562, ร 1 ต.ค.2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR1-150		ฉบับที่: ๑
เรื่อง: ระบบข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์		วันที่: R 1 ต.ค.2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงาน	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านวิชาการ	 ผู้อนุมัติ: (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: เพื่อช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ รวมทั้งแก้ปัญหาในด้านการบริหาร การปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาและวิจัยทางการแพทย์

นโยบาย: ทุกหน่วยงานของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จัดระบบการจัดการสารสนเทศทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว

นิยามศัพท์: สอดคล้องกับกองการพยาบาล ได้แก่

องค์กรพยาบาลดิจิทัล หมายถึง กลุ่มการพยาบาล/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ที่มีการเตรียมความพร้อมกำลังคนดิจิทัลด้านการพยาบาล และมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกระบวนการทำงานสู่ยุคดิจิทัล โดยสนับสนุนการบริหารจัดการภายใน กระบวนการปฏิบัติงาน พัฒน่องค์ความรู้ ทักษะ ให้บุคลากรทางการแพทย์เพื่อสนับสนุนการพัฒนาดิจิทัลทั้งด้านการพยาบาลในโรงพยาบาล

กำลังคนดิจิทัลด้านการพยาบาล หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (RN) พยาบาลเทคนิค (TN) ผู้ช่วยช่วยพยาบาล (PN) ทุกระดับ ที่ปฏิบัติงานในองค์กรพยาบาล ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาให้มีความรู้และทักษะด้านดิจิทัล เพื่อสนับสนุนบริการดิจิทัลการพยาบาลในโรงพยาบาล

การพัฒนาดิจิทัลด้านการพยาบาล หมายถึง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภายในองค์กรพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงาน(Nursing Administration) หรือการให้บริการพยาบาล (Nursing Service)เพื่อให้คำปรึกษา วางแผน ดูแล ติดตาม เฝ้าระวัง ให้ความรู้ หรือการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) แก่ประชาชน โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมมาใช้ โดยอยู่ความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาล ภายใต้กรอบความรู้แห่งการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR1-150	หน้า: 2/3
เรื่อง: ระบบข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล	

วิธีปฏิบัติ:

1. คณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจาก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 - ก) จัดตั้งทีมและกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ (ภาคผนวก 2)
 - ข) กำหนดนโยบาย ความต้องการใช้ข้อมูล ฐานข้อมูลสำคัญของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ที่สอดคล้อง กับโรงพยาบาล และกองการพยาบาล
 - ค) วิเคราะห์ระบบสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล
 - ง) จัดการและควบคุมกำกับให้การดำเนินงานของระบบสารสนเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
 - จ) อำนวยการและสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มภารกิจด้าน การพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น
 - ฉ) ติดตามความก้าวหน้าและเป็นที่ปรึกษาหารือให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความ เรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์
2. ทุกหน่วยงานของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ปฏิบัติดังนี้
 - ก) วางแผนดำเนินการสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล
 - ข) กำหนดบุคลากรรับผิดชอบสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาลของหน่วยงาน โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามภาคผนวก
 - ค) กำหนดฐานข้อมูลให้ครอบคลุม ฐานข้อมูลทั่วไป ฐานข้อมูลบุคลากร ฐานข้อมูลคุณภาพและ ฐานข้อมูล ที่สำคัญอื่นๆ (ตามภาคผนวก 3)
3. กำหนด TOR ของสารสนเทศให้ชัดเจน
4. จัดระบบการไหลของข้อมูล การรวบรวม การจัดเก็บ วิเคราะห์ประมวลผล และการนำใช้ข้อมูลในหน่วยงาน
5. หัวหน้าหอผู้ป่วยอำนวยการและควบคุมกำกับระบบสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาลให้มีประสิทธิภาพ
6. จัดระบบการประสานเชื่อมโยงระบบสารสนเทศระหว่างหน่วยงานและกลุ่มกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR1-150	หน้า: 3/3
เรื่อง: ระบบข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล	

ภาคผนวก:

1. ประกาศกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เรื่อง นโยบายด้านสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล
2. หน้าที่ของคณะกรรมการสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และ หน้าที่ของ บุคลากรรับผิดชอบงานสารสนเทศของหน่วยงาน
3. ภาพระบบสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล
4. ฐานข้อมูล

ทบทวน : 9 มิ.ย.2551, R 11 เม.ย. 2554, R 2557, R 8 พ.ย. 2560, R 25 มี.ค. 2565, R 1ต.ค.2567

ภาคผนวก 1 NUR-1-150

ประกาศกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เรื่อง นโยบายด้านสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล

ประกาศกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลขอนแก่น

เรื่อง นโยบายการพัฒนาองค์กรพยาบาลดิจิทัล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาด้านดิจิทัลขององค์กรพยาบาล ให้มีการดำเนินงานสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กรพยาบาล ให้มีการดำเนินงานสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กรเพื่อผลักดันการดำเนินการให้เกิดการบูรณาการในภาพรวม กองการพยาบาล จึงกำหนดแนวทางการพัฒนาองค์กรพยาบาลดิจิทัล โดยถือปฏิบัติและดำเนินการ ดังนี้

ข้อ 1 ทำความเข้าใจความหมายขององค์กรพยาบาลดิจิทัล

“องค์กรพยาบาลดิจิทัล” หมายถึง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ที่มีความพร้อมกำลังคนการพยาบาลด้านดิจิทัลและมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกระบวนการทำงานสู่ยุคดิจิทัล โดยสนับสนุนการบริหารจัดการภายใน กระบวนการปฏิบัติงาน พัฒนาคู่มือความรู้ ทักษะ ให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาดิจิทัลด้านการพยาบาลในโรงพยาบาล

“การพัฒนาดิจิทัลด้านการพยาบาล” หมายถึง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภายในองค์กรพยาบาล (Nursing Administration) กระบวนการปฏิบัติงาน การให้บริการพยาบาล (Nursing Service) การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษา วางแผน ดูแล ติดตาม เฝ้าระวังให้ความรู้ หรือ การบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) แก่ประชาชนโดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมมาใช้ โดยอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาล ภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

“สื่อสังคมออนไลน์” หมายถึง สื่อหรือช่องทางในการติดต่อสื่อสารหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคลโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร่วมกัน เช่น เครือข่ายสังคมออนไลน์ Facebook, Google Plus, Myspace, Linkedin, LINE, WhatsApp, Skype, Twitter, web board, Wikipedia, เกมออนไลน์หรือโลกเสมือน เป็นต้น

ข้อ 2 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาดิจิทัลด้านการพยาบาล

ให้มีการมอบหมายงาน และกำหนดบทบาท หน้าที่พยาบาลสารสนเทศ (Informatics Nurse) เป็นผู้รับผิดชอบพัฒนาดิจิทัลด้านการพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีคณะกรรมการพัฒนาดิจิทัลด้านการพยาบาล โดยมีบุคลากรเทคโนโลยีสารสนเทศของ

โรงพยาบาล และพยาบาลสารสนเทศร่วมเป็นองค์ประกอบในคณะกรรมการ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อ 3 พัฒนาศักยภาพด้านดิจิทัลบุคลากรทางการแพทย์

พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความพร้อมในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และมีสมรรถนะองค์ประกอบที่จำเป็น ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทและลักษณะงานในตำแหน่งของบุคลากรพยาบาล

ข้อ 4 พัฒนาและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

การพัฒนากระบวนการด้านบริหารองค์กรพยาบาล บริการพยาบาล และวิชาการพยาบาลการนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ เพื่อสนับสนุนระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการพยาบาล และสุขภาวะที่ดีของประชาชนเป็นหลัก

ข้อ 5 กำหนดแผนพัฒนาดิจิทัลด้วยการพยาบาล

ร่วมกันจัดทำและพัฒนาแผนดิจิทัลด้านการพยาบาลเพื่อบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลรองรับบริการพยาบาลและการปฏิบัติงานบริการพยาบาลในรูปแบบดิจิทัล และผู้รับบริการในยุคถัดไป

ข้อ 6 การบริหารจัดการข้อมูลด้านการพยาบาล

องค์กรพยาบาล ควรมีการกำหนด จัดเก็บ รวบรวม และประมวลผลข้อมูลทางการพยาบาลระบบ โดยเลือกใช้เครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสม

ข้อ 7 การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของบุคลากรทางการแพทย์

องค์กรพยาบาลจะต้องกำกับ ดูแล มิให้บุคลากรทางการแพทย์ แสดงตนหรือเผยแพร่เกี่ยวกับผู้รับบริการ หรือการแสดงความคิดเห็นในสื่อสังคมออนไลน์ที่เป็นการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและผู้รับบริการ หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงหน่วยงานและองค์กรพยาบาล

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 20 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566



(นางพินรัฐ จอมเพชร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

ภาคผนวก 2 NUR-1-150

หน้าที่ของคณะกรรมการสารสนเทศทางการแพทย์ทางพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และ หน้าที่ของบุคลากรรับผิดชอบงานสารสนเทศของหน่วยงาน

หน้าที่ของคณะกรรมการสารสนเทศทางการแพทย์ทางพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

1. กำหนดนโยบายและวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์ทางพยาบาลกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
2. สร้าง พัฒนา และประเมินโปรแกรม เครื่องมือ ความพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศ
3. วางแผนออกแบบและจัดทำระบบของโปรแกรมสารสนเทศทางการแพทย์ทางพยาบาล
4. คัดเลือกข้อมูล จัดเก็บข้อมูลสถิติ ดำเนินการและบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ
5. สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศ
6. บริหารจัดการฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อนำไปใช้ประโยชน์
7. นำเทคโนโลยีมาปรับใช้ให้เหมาะสม
8. ร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพ และนักสารสนเทศสาขาอื่นๆ
9. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้เรื่องการใช้โปรแกรมสารสนเทศทางการแพทย์ทางพยาบาล
10. ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
11. จัดทำรายงานผลการดำเนินงานและนำเสนอคณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการ

หน้าที่ของอนุคณะกรรมการสารสนเทศทางการแพทย์ทางพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

1. คณะอนุกรรมการData entry and development
บทบาทหน้าที่
 - ก) นำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์ทางพยาบาลกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล นำสู่การปฏิบัติ
 - ข) กำกับติดตามการลงข้อมูล แม่นยำ ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน
 - ค) พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลถูกต้อง และง่ายต่อการเข้าถึง
 - ง) ส่งเสริมให้บุคลากรที่รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูลสถิติ และรายงานต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ และพร้อมใช้ข้อมูล
 - จ) สนับสนุนให้IMN. และ ITWN.ในแต่ละหอผู้ป่วยมีสมรรถนะด้านสารสนเทศทางการแพทย์ทางพยาบาล
 - ฉ) วิเคราะห์ ประเมินผลและแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน
2. คณะอนุกรรมการวิเคราะห์ระบบและออกแบบระบบ (Systems analysis and design)
บทบาทหน้าที่
 - ก) วิเคราะห์ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ทางพยาบาล ให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์ทางพยาบาลกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

- ข) ออกแบบฐานข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ตามมาตรฐานข้อมูล (Minimal dataset)
- ค) ออกแบบระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (HPSC Application) ให้สนับสนุนงานองค์กรพยาบาล

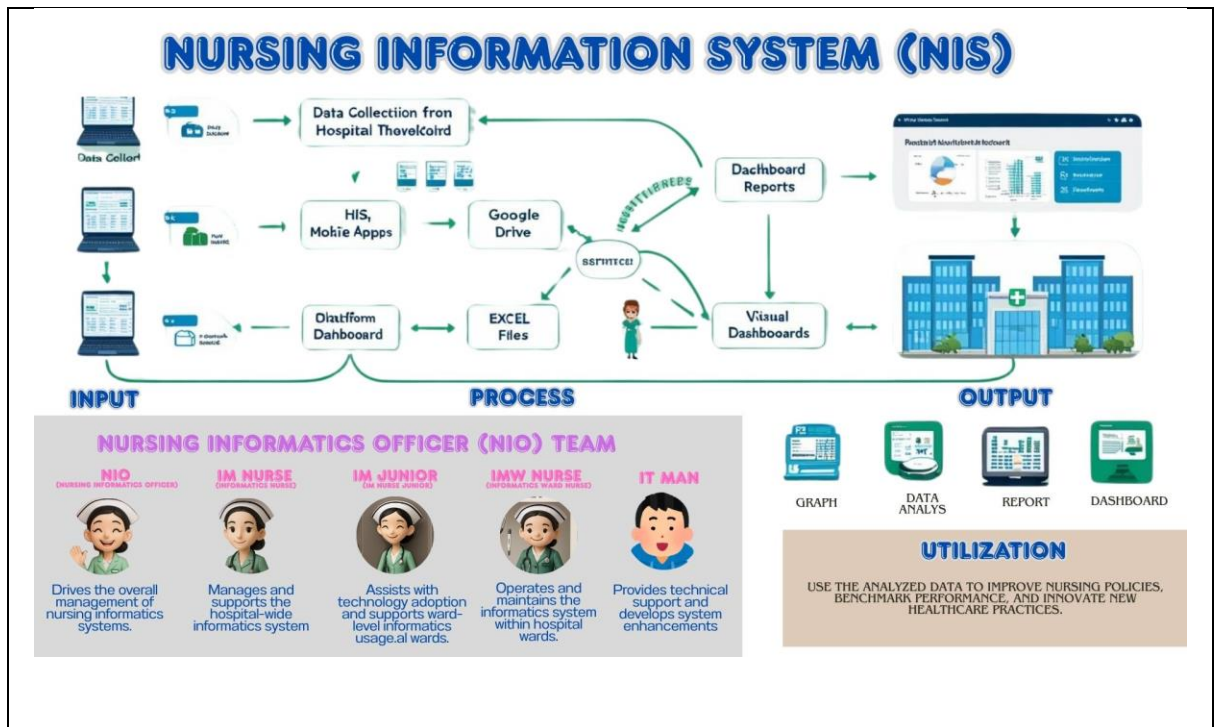
3. คณะอนุกรรมการ Social media : Website/FB/Line

บทบาทหน้าที่

- ก) นำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล นำสู่การปฏิบัติ
- ข) ร่วมสร้างและแชร์กิจกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
- ค) เพิ่มช่องทางผู้บริหารสื่อสารกับผู้ปฏิบัติ
- ง) เสริมสร้างภาพลักษณ์ขององค์กร ให้มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยยิ่งขึ้น

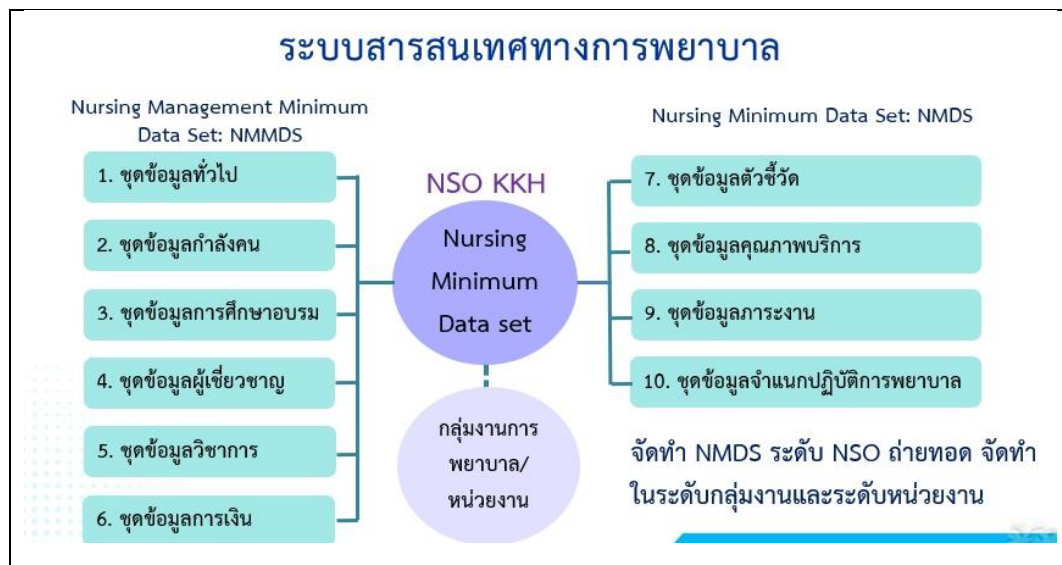
ภาคผนวก 3 NUR-1-150

ระบบสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล



ภาคผนวก 4 NUR-1-150

ฐานข้อมูล



1. ฐานข้อมูลทั่วไป ได้แก่

ก) ข้อมูลสถิติบริการ เช่น จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/วัน จำนวนวันนอนเฉลี่ย จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด จำนวนผู้คลอด การรับ-ส่งต่อ เป็นต้น

ข) ข้อมูลด้านการะงานการพยาบาล เช่น ผลภาพ อัตรา readmission อัตราครองเตียง ชั่วโมงพยาบาลเฉลี่ย เป็นต้น

ค) ข้อมูลความพึงพอใจ ได้แก่ ความพึงพอใจบุคลากร ความพึงพอใจผู้ใช้บริการ

2. ฐานข้อมูลบุคลากร ได้แก่

ก) ข้อมูลกำลังคน เช่น จำนวนพยาบาล อัตราความขาดแคลนกำลังคน อัตราการสูญเสียพยาบาล

ข) ข้อมูลรายบุคคล เช่น วันเดือนปีเกิด สถานการณ์ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ระดับการศึกษา วันที่บรรจุเข้ารับราชการ ภาวะสุขภาพ เป็นต้น

3. ฐานข้อมูลคุณภาพ ได้แก่

ก) ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพสำคัญตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ข้อมูลอัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจ อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการเกิด Phlebitis เป็นต้น

ข) ข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาลเฉพาะโรค

ค) ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพในหน่วยงาน เช่น ข้อมูลรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ตามโปรแกรมความเสี่ยง ง) ข้อมูลอุบัติการณ์ที่สำคัญ เช่น ความปลอดภัยจากการบริหารยา ความปลอดภัยจากการให้เลือด การพลัดตกหกล้ม

จ) ข้อมูลที่ต้องรายงานตาม Zero defect ของโรงพยาบาล

4. ฐานข้อมูลที่สำคัญอื่นๆ

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/5
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR1-160		ฉบับที่: ฉ
เรื่อง: การใช้สื่อเพื่อการสื่อสาร		วันที่: R 1 ต.ค.2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงาน	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านวิชาการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล
2. เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางการแพทย์ที่มีความอ่อนไหว
3. เพื่อให้การจัดการข้อมูลสารสนเทศเป็นไปตามมาตรฐานสากลและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยทางไซเบอร์ในองค์กร
5. เพื่อรักษาความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้รับบริการต่อการจัดการข้อมูลของโรงพยาบาล

นโยบาย:

1. โรงพยาบาลมุ่งมั่นในการรักษาความลับ ความถูกต้องสมบูรณ์ และความพร้อมใช้งานของข้อมูลสารสนเทศ
2. การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศต้องเป็นไปตามหลักการสิทธิที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน (Need-to-know basis)
3. ระบบสารสนเทศต้องได้รับการปกป้องจากภัยคุกคามทั้งภายในและภายนอกองค์กร
4. บุคลากรทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบในการปกป้องทรัพย์สินสารสนเทศของโรงพยาบาล
5. การปฏิบัติตามนโยบายความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคน
6. โรงพยาบาลจะดำเนินการทบทวนและปรับปรุงนโยบายและแนวปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศอย่างสม่ำเสมอ
7. การละเมิดนโยบายความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศจะได้รับการพิจารณาทางวินัยตามความเหมาะสม

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR1-160	หน้า: 2/5
เรื่อง: การใช้สื่อเพื่อการสื่อสาร	

นิยามศัพท์: ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ตามพ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562
2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว หมายถึง ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ข้อมูลชีวภาพ และข้อมูลอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนด
3. ความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ หมายถึง การดำรงไว้ซึ่งความลับ (Confidentiality) ความถูกต้องสมบูรณ์ (Integrity) และความพร้อมใช้งาน (Availability) ของสารสนเทศ
4. การยืนยันตัวตนสองชั้น (Two-Factor Authentication) หมายถึง กระบวนการยืนยันตัวตนที่ต้องใช้องค์ประกอบการพิสูจน์ตัวตนตั้งแต่ 2 องค์ประกอบขึ้นไป
5. การรั่วไหลของข้อมูล (Data Breach) หมายถึง เหตุการณ์ด้านความปลอดภัยที่ทำให้ข้อมูลถูกเข้าถึง ใช้ เผยแพร่ เปลี่ยนแปลง หรือทำลายโดยไม่ได้รับอนุญาต
6. เทเลเมดิซีน (Telemedicine) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์ทางไกลผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
7. BYOD (Bring Your Own Device) หมายถึง นโยบายที่อนุญาตให้บุคลากรนำอุปกรณ์ส่วนตัวมาใช้ในการปฏิบัติงาน
8. Mobile Device Management (MDM) หมายถึง ระบบบริหารจัดการอุปกรณ์เคลื่อนที่ เพื่อควบคุมความปลอดภัยและการเข้าถึงข้อมูลองค์กร
9. HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) หมายถึง มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์
10. Business Continuity Plan (BCP) หมายถึง แผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ ซึ่งรวมถึงการสำรองและกู้คืนข้อมูล

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR1-160	หน้า: 3/5
เรื่อง: การใช้สื่อเพื่อการสื่อสาร	

วิธีปฏิบัติ:

- ห้ามให้รหัสผ่านของตนแก่ผู้อื่นที่ไม่ใช่บุคลากรของโรงพยาบาล และต้องใชการยืนยันตัวตนสองขั้น (Two-Factor Authentication) เมื่อเข้าถึงข้อมูลที่มีความอ่อนไหวสูง
- ห้ามนำข้อมูลส่วนตัวของบุคลากรและผู้ใช้บริการไปเผยแพร่ในสื่อสาธารณะหรือสื่อสังคมออนไลน์ ต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการแชร์ข้อมูลใดๆ
- ต้องระมัดระวังการระบุและเปิดเผยตัวตนของบุคลากรหรือผู้ใช้บริการในเอกสารต่างๆ โดยใช้รหัสหรือเปิดเผยเพียงเท่าที่จำเป็น และปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562
- ปฏิบัติตามระเบียบมาตรการความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ตามพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562
- การสื่อสารข้อมูลทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการผ่านช่องทางดิจิทัลต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และหลีกเลี่ยงการโจมตี กลั่นแกล้ง หรือคุกคาม ละเมิดสิทธิของผู้อื่น ทั้งนี้ผู้ฝ่าฝืนจะได้รับบทลงโทษตามระเบียบขององค์กร และข้อกฎหมาย
- การสื่อสารข้อมูลทางสื่อออนไลน์ ให้ใช้ตามความจำเป็น อย่างเหมาะสม โดย:
 - ใช้เพื่อการรายงาน การให้คำปรึกษา ติดตามการรักษา คำแนะนำด้านสุขภาพผ่านระบบ Telemedicine) ที่ได้มาตรฐานและมีการเข้ารหัสข้อมูล
 - ห้ามเปิดเผยข้อมูลที่ทำให้บุคลากร ผู้ใช้บริการได้รับความเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อม
 - ต้องสื่อสารในกลุ่มที่เป็นทีมดูแลผู้ป่วยเท่านั้น และใช้แอปพลิเคชันที่ผ่านการรับรองความปลอดภัยจากหน่วยงาน
 - ผู้ดูแลกลุ่มต้องไม่อนุญาต ยินยอมให้บุคคลที่ไม่ได้เป็นทีมดูแลเข้ากลุ่ม และต้องตรวจสอบสมาชิกเป็นประจำ
- ห้ามทำการโฆษณาหรือกิจกรรมที่ผิดกฎหมายหรือจรรยาบรรณวิชาชีพผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล
- ห้ามเผยแพร่ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือขาดการตรวจสอบ หรือความรู้ทางการแพทย์ที่ผิดหลักวิชาการ

9. ต้องเข้ารับการอบรมด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์และการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
10. ต้องรายงานเหตุการณ์ละเมิดความปลอดภัยของข้อมูล (Data Breach) ต่อผู้บังคับบัญชาและศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศทันทีที่พบเหตุ
11. การจัดเก็บข้อมูลทางการแพทย์ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน HL7 FHIR และต้องมีการสำรองข้อมูลตามนโยบายความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Plan)
12. การนำอุปกรณ์ส่วนตัวมาใช้งาน (BYOD) ต้องลงทะเบียนและติดตั้งระบบบริหารจัดการอุปกรณ์เคลื่อนที่ (Mobile Device Management) ตามนโยบายของโรงพยาบาล

หมายเหตุ: ระเบียบปฏิบัตินี้อ้างอิงตามมาตรฐาน ISO 27001:2022, พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และพ.ร.บ.การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562

ทบทวน : R 1 พ.ย. 2563 ,R 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-170		ฉบับที่: ค
เรื่อง: การป้องกันและดูแลบุคลากรติดเชื้อ		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย: บุคลากรกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกคน ต้องมีความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานทั้งด้านกายภาพและชีวภาพจากการปฏิบัติงาน

วิธีปฏิบัติ:

1. หน่วยงานต้องปฏิบัติตามระบบปฏิบัติเลขที่: KKH-5-70 ความปลอดภัยจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น จัดทำโดยคณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เช่น การตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ตามปัจจัยเสี่ยงในแต่ละหน่วยงาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การรายงานความเจ็บป่วยจากการทำงานไปที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมสังคม เพื่อนัดหมายตรวจวินิจฉัยและดูแลต่อเนื่อง การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมจากการทำงานให้ปลอดภัย การรับวัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

2. หน่วยงานต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ จัดทำโดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนี้

ก) ระเบียบปฏิบัติเลขที่: KKH-9-40 เรื่อง การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (Isolation Precautions, IPs)

ข) ระเบียบปฏิบัติเลขที่: KKH-9-50 เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ค) ระเบียบปฏิบัติเลขที่: KKH-9-200 เรื่อง แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคม/สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งในบุคลากร

ง) อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลบุคลากรในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อตามรายงาน รง. 506 เช่น COVID-19, TB, Chickenpox เป็นต้น

3. การเสริมสร้างองค์ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ก) บุคลากรใหม่ต้องได้รับการอบรมและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การใช้เครื่องมือป้องกันก่อนเข้าปฏิบัติงาน

ข) บุคลากรเก่าจะต้องได้รับการอบรมและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การใช้เครื่องมือป้องกัน อย่างน้อย 1 ครั้งปี

4. หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน/ผู้บริหารทางการแพทย์ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีการนิเทศติดตาม ควบคุมกำกับ อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านภาวะสุขภาพของบุคลากร การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ/อุบัติเหตุ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

บททวนเอกสาร: 1 พ.ศ. 2562, r 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า : 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR 1 - 180		ฉบับที่ : ข
เรื่อง : การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร		วันที่ : ร 1 ต.ค.2567
แผนก : กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : คณะทำงานด้านบริหาร	ผู้อนุมัติ :  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย :

1. บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรมเสริมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับด้านการดูแลด้านสุขภาพจิต การจัดการความเครียด การจัดการความขัดแย้งและเจรจาไกล่เกลี่ย
2. ผู้บริหารของหน่วยงานเฝ้าระวัง ติดตามสุขภาพด้านจิตใจของบุคลากรในงานอย่างสม่ำเสมอ มีการสำรวจภาวะสุขภาพด้านจิตใจ โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิต (ตามภาคผนวก) เป็นระยะ
3. ทุกหน่วยงานให้ดำเนินการจัดการให้เป็นหน่วยงานที่น่าทำงาน น่าอยู่ มีการจัดกิจกรรม/กระบวนการ ให้บุคลากรในงานมีสติในการทำงานโดยจัดตามบริบทของแต่ละงาน
4. เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างบุคลากร หรือบุคลากรและผู้ใช้บริการ หน่วยงานมีระบบการจัดการความขัดแย้งเบื้องต้น และมีทีมงานส่วนกลางเข้าไปดำเนินการช่วยเหลือ
5. กรณีที่บุคลากรได้รับผลกระทบ หรือมีปัญหาภาวะด้านสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ
 - ก) ผู้บริหารลำดับเหนือขึ้นไป ร่วมประเมินและแก้ไขปัญห แต่ถ้าแก้ไขเบื้องต้นไม่สำเร็จจะต้องส่งต่อ ส่งให้ทีมสุขภาพจิตและ/หรือจิตแพทย์ ให้บุคลากรผู้นั้นได้รับการประเมิน วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม ทันเวลา
 - ข) กรณีที่พิจารณาแล้วจำเป็นต้องให้บุคลากรผู้นั้นย้ายหรือเปลี่ยนงาน ผู้บริหาร/หัวหน้าหอผู้ป่วย /หัวหน้างาน ร่วมกันพิจารณาให้ย้ายหรือเปลี่ยนงานตามจำเป็น

บททวน : 1 พ.ย. 2557, ร 1 ต.ค.2567

ภาคผนวก :

1. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q plus, 9Q,8Q)
3. แบบสอบถามภาวะหมดไฟจากการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR - 1 - 180

เรื่อง : การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร

ภาคผนวก :

1. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q plus, 9Q,8Q)
3. แบบสอบถามภาวะหมดไฟจากการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก ต่อไปนี้นาน้อยเพียงใด โปรดกาเครื่องหมาย/ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	0	1	2	3
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเพลียไม่มีแรงที่จะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสี่ยงสั้น ปากสั้น หรือสั้นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในสิ่งการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวด หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงง เวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				
รวมคะแนน				

การประเมินและวิเคราะห์ความเครียด

ระดับคะแนน 0-5 หมายถึง ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ความเครียดในระดับต่ำมากเช่นนี้อาจหมายความว่า ท่านตอบไม่ตรงตามความจริง ท่านอาจเข้าใจคำถามคลาดเคลื่อนไป ท่านอาจเป็นคนที่มีขาดแรงจูงใจ มีความเฉื่อยชา หรือชีวิตประจำวันซ้ำซาก จำเจ น่าเบื่อ ปราศจากความตื่นเต้น

ระดับคะแนน 6-17 หมายถึง ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก ความเครียดระดับนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

ระดับคะแนน 18-25 หมายถึง ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อยถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน อาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียดหรืออาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมบ้างเล็กน้อย แต่ยังไม่ชัดเจนและยังพอทนได้ อาจต้องใช้เวลาในการปรับตัว แต่ในที่สุดท่านก็สามารถจัดการความเครียดได้ และความเครียดระดับนี้ไม่เป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต ในกรณีนี้ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการหากิจกรรมที่เพิ่มพลัง เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ทำสิ่งที่สนุกสนาน เพลิดเพลิน เช่นการดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือทำงานอดิเรกต่างๆ หากท่านต้องการไม่ให้ความเครียดมากขึ้นในอนาคต ท่านอาจฝึกผ่อนคลายความเครียด อย่าลืมพูดคุยกับผู้ที่ไว้วางใจ พิจารณาและลงมือแก้ไขปัญหาลำดับความสำคัญอย่างรอบคอบและมีสติ

ระดับคะแนน 26-29 หมายถึง ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง ขณะนี้ท่านเริ่มมีความตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูง และได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤตการณ์ในชีวิต เป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่าท่านกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติ และความขัดแย้งซึ่งท่านจัดการแก้ไขด้วยความยากลำบาก ลักษณะดังกล่าวจะเพิ่มความเสี่ยงซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงาน จำเป็นต้องหาวิธีการแก้ไขข้อขัดแย้งต่างๆให้ลดน้อยลงหรือหมดไปด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง สิ่งแรกต้องการบริหารจัดการ ท่านต้องมีวิธคลายเครียดที่ดีและสม่ำเสมอทุกวันวันละ 1-2 ครั้งครั้งละ 10 นาที โดยนั่งในท่าที่สบายหายใจลึกๆให้หน้าท้องขยายหายใจออกช้าๆ นับ 1-10 ไปด้วยท่านจะใช้วิธีการนั่งสมาธิ หรือสวดมนต์ ท่านควรแก้ไขปัญหาค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง หาวิธีแก้ไขปัญหาลาหลายวิธีพร้อมทั้งพิจารณาผลดีผลเสียของแต่ละวิธี เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสภาวะของตนเองมากที่สุด ทั้งนี้ต้องไม่สร้างปัญหาให้เพิ่มขึ้นหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน วางแผนแก้ไขปัญหาลำดับขั้นตอนและลงมือแก้ปัญหา หากท่านไม่สามารถจัดการคลี่คลายหรือแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ ควรปรึกษากับผู้ให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตตามหน่วยงานต่างๆ

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-180

เรื่อง : การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร

การประเมินและวิเคราะห์ความเครียด (ต่อ)

ระดับคะแนน 30-60 หมายถึง ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก กำลังตกอยู่ในภาวะตึงเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรงเช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรง เรือร้าง ความพิการ การสูญเสีย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตอย่างชัดเจน ทำให้ชีวิตไม่มีความสุข ความคิดฟุ้งซ่าน ตัดสินใจผิดพลาด ขาดความยับยั้งชั่งใจ อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางครั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น เอะอะโวยวาย ขว้างปาข้าวของ ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรงมาก หากปล่อยไว้โดยไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้ ในระดับนี้ท่านต้องไปปรึกษาหรือใช้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้ท่านมองเห็นปัญหาและแนวทางแก้ไขที่ชัดเจนและเหมาะสมต่อไป

2.แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q Plus, 9Q , 8Q)

2.1 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q Plus)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม และให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย “/” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ * (ตอบมีอย่างน้อย 1 ข้อ = เสี่ยงซึมเศร้า)		
1. ไม่สบายใจ เศร้า ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย	ไม่มี	มี
2. เบื่อ ไม่อยากพูดไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม	ไม่มี	มี
ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ (ตอบมี = เสี่ยงฆ่าตัวตาย)		
ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่?	ไม่มี	มี

*Thorarin Kongsuk et al., J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(4): 321-334

* ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 3 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า หรือไม่เสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย

* ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 3 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1,2,3) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า หรือเสี่ยงฆ่าตัวตาย ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR - 1 - 180

เรื่อง : การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร

2.2 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

หมายเหตุ เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ลำดับ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าตัวเองตายไปคงจะดี	0	1	2	3
รวมคะแนน					

☐ 0-6 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า

☐ 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

☐ 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

☐ ≥19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

หมายเหตุ

1.กรณีคะแนน 9Q ≥7 คะแนน ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามต่อ

2.กรณีคะแนน 9Q <7 คะแนน แต่มีคะแนนในข้อ 9 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามต่อ

3.กรณีคะแนน 9Q ≥13 ให้พิจารณาส่งพบจิตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR - 1 - 180

เรื่อง : การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร

2.3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ลำดับ	ระยะเวลา		ไม่มี	มี
1	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน				

การแปลผลคะแนน

คะแนนรวม

0 คะแนน

8 คะแนน

9-16 คะแนน

≥ 17 คะแนน

แปลผล

ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย

มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง

มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR - 1 - 180

เรื่อง : การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร

3. แบบสอบถามภาวะหมดไฟจากการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และตัดสินใจว่าท่านเคยมีความรู้สึกเช่นนี้กับการทำงานของท่าน

และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

- | | | |
|--|---------|--|
| ☐ ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย | หมายถึง | ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย |
| ☐ ปีละ 2-3 ครั้ง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น ปีละ 2-3 ครั้ง |
| ☐ เดือนละ 1 ครั้ง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น เดือนละ 1 ครั้ง |
| ☐ เดือนละ 2-3 ครั้ง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น เดือนละ 2-3 ครั้ง |
| ☐ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง |
| ☐ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง |
| ☐ ทุกๆวัน | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน |

ข้อที่	ข้อคำถาม	ไม่เคยรู้สึก เช่นนั้นเลย	ปีละ 2-3 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	ทุกๆ วัน
1	ฉันรู้สึกท้อเหี่ยวจิตใจกับงานที่ทำอยู่							
2	ฉันรู้สึกหมดหวังเมื่อถึงเวลาเลิกงาน							
3	ฉันรู้สึกอ่อนเพลียตอนตื่นนอนและตอนเช้าทำงาน							
4	ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้โดยง่าย							
5	ฉันปฏิบัติต่อผู้รับบริการราวกับเขาไม่มีชีวิตจิตใจ							
6	การทำงานบริการผู้อื่นทั้งวันทำให้ฉันรู้สึกเครียด							
7	ฉันรู้สึกว่าตัวเองสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆให้ผู้อื่นได้ อย่างมีประสิทธิภาพ							
8	ฉันรู้สึกเหนื่อยหน่ายกับงานที่ทำอยู่							
9	ฉันรู้สึกว่าได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในชีวิต ของผู้รับบริการจากการทำงานของฉัน							
10	ฉันกลายเป็นคนแข็งแกร่งตั้งแต่เริ่มทำงานนี้							
11	ฉันกังวลใจว่างานที่ทำอยู่ ทำให้ฉันเป็นคนเจ้าอารมณ์							
12	ฉันรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังกำลังใจ							
13	ฉันรู้สึกคับข้องใจในการทำงาน							
14	ฉันรู้สึกว่ากำลังทำงานในหน้าที่ที่หนักเกินไป							
15	ฉันรู้สึกไม่พอใจต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการ บางคน							

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR - 1 - 180

เรื่อง : การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร

3. แบบสอบถามภาวะหมดไฟจากการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เคยรู้สึก. เช่นนั้นเลย	ปีละ 2-3 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	ทุกๆ วัน
16	การทำงานเกี่ยวข้องกับคนอื่นโดยตรงทำให้ฉันรู้สึกเครียดมากเกินไป							
17	ฉันสามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับผู้รับบริการได้ไม่ยาก							
18	ฉันรู้สึกเป็นสุขหลังจากการให้บริการกับผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด							
19	ฉันรู้สึกว่าได้สร้างสิ่งที่มีคุณค่ามากให้กับงานที่ฉันทำอยู่							
20	ฉันรู้สึกหมดความอดทนกับงานที่ทำอยู่							
21	ในการทำงานฉันสามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างสงบนิ่ง							
22	ฉันรู้สึกว่าผู้ร่วมงานและผู้รับบริการตำหนิฉันในส่วนที่เป็นปัญหาของเขา							

ข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย

- ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,6,8,13,14,16,20
- ด้านการลดความเป็นบุคคลจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,10,11,15,22

ข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย

- ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,7,9,12,17,18,19,21

โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ลักษณะการตอบ	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	0 คะแนน	6 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง	1 คะแนน	5 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน	6 คะแนน	0 คะแนน

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR - 1 - 180

เรื่อง : การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร

3.แบบสอบถามภาวะหมดไฟจากการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ต่อ)

การแปลผลคะแนน

ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคลสูง และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ

ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายปานกลาง จะมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง

ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคลต่ำ แต่จะมีด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

โดยมีเกณฑ์การกำหนดคะแนน เพื่อแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านตามที่ของแมสแลช และแจ๊คสัน (Maslach & Jackson,1986) กำหนดไว้ดังนี้

การแบ่งระดับความเหนื่อยหน่าย (Maslach & Jackson,1986)			
ความเหนื่อยหน่าย	ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (คะแนน)	การลดความเป็นบุคคล (คะแนน)	ความสำเร็จส่วนบุคคล (คะแนน)
ระดับต่ำ	0-16 คะแนน	0-6 คะแนน	39 คะแนนขึ้นไป
ระดับปานกลาง	17-26 คะแนน	7-12 คะแนน	32-38 คะแนน
ระดับสูง	27 คะแนนขึ้นไป	13 คะแนนขึ้นไป	0-31 คะแนน

ที่มา : งานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิตศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-200		ฉบับที่:
เรื่อง: การใช้รณปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์หรือรถพยาบาล		วันที่: R 1 ต.ค.2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริหาร	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์ ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในใช้รณปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์หรือรถพยาบาลในการรับส่งผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

นโยบาย:

1. มีผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความพร้อมของรณปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์หรือรถพยาบาล
2. ก่อนการใช้รณปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์หรือรถพยาบาล ต้องตรวจสอบความพร้อมความพร้อมเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ให้มีความพร้อมใช้ และเพียงพอ
3. บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานไปกับรณปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์หรือรถพยาบาล จะต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลขอนแก่นอย่างเคร่งครัด

วิธีปฏิบัติ

เมื่อมีคำสั่งของแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้รณปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์หรือรถพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วย ให้แต่ละหอผู้ป่วยปฏิบัติ ดังนี้

1. ประสานขอใช้รณปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์หรือรถพยาบาล
 - ก) Refer back, Refer out ให้ประสานงานศูนย์รับและส่งต่อผู้ป่วย โทรศัพท์ภายในหมายเลข 1238 หรือ 3633 และลงข้อมูลใน Program ขอใช้รถ online หากเดินทางออกนอกจังหวัดขอนแก่น ให้ทำหนังสือขออนุมัติเดินทางก่อนวันที่เดินทาง โดยในเวลาราชการให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้ากลุ่มงานนอกเวลาราชการลงนามโดย In-chargeและเวรตรวจการพยาบาล
 - ข) กรณีผู้ป่วยหรือญาติไม่สมัครใจอยู่รักษา ส่งผู้ป่วยตรวจเพิ่มเติมที่สถานพยาบาลอื่น ส่งผู้ป่วยรังสีรักษา ให้ประสานงานที่ IMAC โทรศัพท์ภายในหมายเลข 1051
2. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ
3. หอผู้ป่วยประสานงานหน่วยงาน สถานพยาบาลปลายทาง เพื่อแจ้งแผนการรักษาในกรณี Refer back, Refer out
4. จัดทีมร่วมออกปฏิบัติงานบนรณปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์หรือรถพยาบาล ตามดุลยพินิจของแพทย์อำนวยการปฏิบัติการ (พอป.) ที่ปฏิบัติงานที่ IMAC ดังนี้

ก) ให้นำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (Refer out) ประกอบด้วย

i) Doctor/Nurse ที่ดูแลผู้ป่วย

ii) นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic)

iii) พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Technician:EMT) หรือพนักงาน

ขับรถ

ข) ให้นำส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน (Refer back)

i) นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic)

ii) เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ขั้นสูง (Advanced Emergency Medical Technician:AEMT)

iii) พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Technician:EMT) หรือพนักงาน

ขับรถ

ค) ให้นำส่งรังสีรักษา

i) Doctor/Nurse ที่ดูแลผู้ป่วย กรณีเป็นผู้ป่วยหนัก

ii) พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Technician:EMT) หรือพนักงาน

ขับรถ

ง) ให้นำส่งผู้ป่วยตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

i) Doctor/Nurse ที่ดูแลผู้ป่วย กรณีเป็นผู้ป่วยหนัก

ii) เวรเปล/พยาบาล

iii) พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Technician:EMT) หรือพนักงาน

ขับรถ

5. ประเมินผู้ป่วยก่อนขึ้นรถปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์หรือรถพยาบาล (ตามแบบฟอร์ม การประเมินสัญญาณชีพก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย)

6. เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจตรวจสอบความสะอาดในรถพยาบาล และอุปกรณ์ที่นำไปกับผู้ป่วยก่อนลงจากรถปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์หรือรถพยาบาลทุกครั้ง

ทบทวน: 9 มิ.ย. 2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557 ,R 2 ต.ค. 2560 ,R 1 พค. 2562, R 25 มี.ค. 2565, R 1 ต.ค.2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-210		ฉบับที่: ข
เรื่อง: การจัดการเมื่อไม่พบผู้ป่วย(ผู้ป่วยใน)ในหน่วยงาน		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริหาร	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย :

1. เมื่อไม่พบผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานกรณีที่เป็นผู้ป่วยอยู่รักษา ให้พยาบาลวิชาชีพดำเนินการติดตามหาผู้ป่วย หากไม่พบในชั่วโมงให้รายงานพยาบาลเวรตรวจการบริการ และเวรตรวจการบริการประจำวัน เพื่อดำเนินการติดตามหาผู้ป่วย
2. พยาบาลหัวหน้าเวรโทรศัพท์ติดต่อญาติตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งไว้ในเวชระเบียน แจ้งข้อมูลกับญาติผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการติดตามและการแจ้งข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาล
3. พยาบาลเวรตรวจการบริการประสานหน่วยงาน เวรตรวจการบริการ ร่วมดำเนินการค้นหา และแจ้งความเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ สภอ.เมืองขอนแก่นลงบันทึกประจำวันในวันเดียวกันภายในเวรโดยนำเอกสารบันทึกรายงานแจ้งความพร้อมใบมอบอำนาจของผู้อำนวยความสะดวกการแจ้งความไปที่สถานีตำรวจ
4. กรณีที่พบผู้ป่วยให้พยาบาลหัวหน้าเวรรายงานพยาบาลเวรตรวจการเพื่อให้พยาบาลเวรตรวจการโทรศัพท์แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจผ่านหมายเลข 191
5. กรณีที่ยังไม่พบผู้ป่วยในระยะเวลาช่วงภาคกลางคืนนั้นให้พยาบาลหัวหน้าเวรประสานทางโทรศัพท์ไปที่ 1669 หรือ รพ.สต.ที่ดูแลพื้นที่ที่ผู้ป่วยอยู่ในภูมิลำเนานั้น เพื่อช่วยติดตามผู้ป่วย
6. พยาบาลหัวหน้าเวรที่ไม่พบผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานให้รายงานแพทย์เวรและบันทึกรายงานใน เวชระเบียนตามจริง
7. รายงานอุบัติการณ์ตามระบบการรายงานความเสี่ยง
8. ทำบันทึกรายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ถึงสถานการณ์และการดำเนินการ

บททวน : 3 พ.ย.2557 , ร 2 ต.ค.2560 ร 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-220		ฉบับที่: ก
เรื่อง: การเฝ้าไข้พิเศษในโรงพยาบาลขอนแก่น		วันที่: 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริหาร	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการเฝ้าไข้พิเศษ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมการเฝ้าไข้พิเศษให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎระเบียบของโรงพยาบาลรวมทั้งการป้องกันความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น
3. เพื่อให้พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้ เข้าใจระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
4. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทราบแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีการเฝ้าไข้พิเศษในความรับผิดชอบ

นโยบาย :

ให้หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้ เฝ้าไข้พิเศษ มีการบริหารจัดการด้านบริการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ตลอดจนการสื่อสารและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ

นิยามศัพท์ :

1. คำนิยามการเฝ้าไข้พิเศษ
การเฝ้าไข้พิเศษ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตามความประสงค์ของผู้ป่วย/ญาติ โดยพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้ เวรหยุดและได้รับค่าตอบแทนตามอัตราที่กำหนด
2. ประเภทบุคลากรที่เฝ้าไข้พิเศษ
 - ก) พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาลที่ยังไม่หมดอายุและมีคุณสมบัติอื่นๆตามที่กำหนดในคุณสมบัติผู้เฝ้าไข้พิเศษ
 - ข) ผู้ช่วยพยาบาล หมายถึงผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและมีคุณสมบัติอื่นๆตามที่กำหนดในคุณสมบัติผู้เฝ้าไข้พิเศษ
 - ค) พนักงานช่วยเหลือคนไข้ หมายถึง พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ที่ผ่านการอบรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นและมีคุณสมบัติอื่นๆ ตามที่กำหนดในคุณสมบัติผู้เฝ้าไข้พิเศษ
3. ประเภทผู้ป่วย
 - ก) ผู้ป่วยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง มีปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน ต้องการการพยาบาลและการดูแลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR-1-220	หน้า: 2/3
เรื่อง : การเฝ้าไข้พิเศษในโรงพยาบาลขอนแก่น	

ข) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

ค) ผู้ป่วยที่ผู้เฝ้าเสี่ยงอันตราย หมายถึงผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อหรือได้รับการรักษาที่อาจเป็นอันตรายต่อพยาบาลผู้เฝ้าได้ ได้แก่

- i) วัณโรคที่ตรวจเสมหะพบเชื้อ
- ii) ตับอักเสบจากเชื้อไวรัส
- iii) พิษสุนัขบ้า
- iv) ไข้กาฬหลังแอ่น
- v) โรคเรื้อนในระยะแพร่เชื้อ
- vi) อหิวาตกโรค
- vii) กาฬโรค
- viii) หัดเยอรมัน
- ix) เอดส์และโรคฉวยโอกาสนอกจากเอดส์
- x) ไข้หวัดนก
- xi) SAR
- xii) ไข้หวัดใหญ่
- xiii) Leptospirosis
- xiv) ผู้ป่วยที่กำลังรักษาด้วยเรเดียมและสารกัมมันตรังสี ระยะอันตราย
- xv) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรงทุกชนิดในระยะแพร่เชื้อ

วิธีปฏิบัติ :

1. การจองเฝ้าไข้พิเศษ

การจองเฝ้าไข้พิเศษ สมาชิกเฝ้าไข้พิเศษที่มีความประสงค์จะเฝ้าไข้พิเศษให้ลงชื่อในสมุดจองเฝ้าไข้ ที่ ศูนย์ เฝ้าไข้พิเศษ หอผู้ป่วยพิเศษ 114/5 อาคาร 8 ชั้น 5 โทรฯ 1173

2. การจ่ายผู้ป่วยเฝ้าไข้พิเศษ

ก) เมื่อมีญาติผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ต้องการเฝ้าไข้พิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้รับมอบหมายพิจารณาความเหมาะสมของประเภท/ระดับเจ้าหน้าที่ผู้เฝ้าไข้พิเศษกับประเภทผู้ป่วย พร้อมทั้งแจ้งข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับระเบียบการจัดผู้เฝ้าไข้พิเศษและค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายแก่ผู้เฝ้าไข้พิเศษ

ข) หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้รับมอบหมายของหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่นั้น แจ้งข้อมูลไปที่ ศูนย์บริการผ่าตัดพิเศษหอผู้ป่วยพิเศษ114/5 อาคาร 8 ชั้น 5 โทรฯ 1173 ดังนี้

- i) ชื่อผู้ป่วย
- ii) เพศ
- iii) อายุ
- iv) การวินิจฉัยโรค
- v) หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่รักษา
- vi) ต้องการผ่าตัดระดับใด (พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล หรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้)
- vii) วันที่ เวร ต้องการให้ผ่าตัดพิเศษ

ค) ศูนย์ผ่าตัดพิเศษจัดผ่าตัด ให้แก่ผู้ที่จองผ่าตัดตามลำดับ หากผู้ป่วยต้องการการดูแลพิเศษเฉพาะทาง การจัดจะมีการพิจารณาตามความชำนาญร่วมด้วย

ง) กรณีที่หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรพิจารณาตามพยาบาลเวรหุตุมาผ่าตัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยของตนเองได้ตามความเหมาะสมโดยต้องแจ้งชื่อผู้ผ่าตัดและชื่อผู้ป่วยไปที่ศูนย์บริการผ่าตัดพิเศษ แต่ต้องเป็นสมาชิกศูนย์บริการผ่าตัดพิเศษด้วย

จ) กรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายให้หอผู้ป่วยโทรแจ้งศูนย์ผ่าตัดพิเศษ

หมายเหตุ : ดูเพิ่มเติมในคู่มือผ่าตัดพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่นปี 2562

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -1-230		ฉบับที่: จ
เรื่อง: การควบคุมภายใน		วันที่: 7 ม.ค. 2568
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริหาร	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีกระบวนการควบคุมภายใน เพื่อให้การบริหารจัดการภายในองค์กรมีประสิทธิภาพ

วิธีปฏิบัติ :

องค์กรพยาบาลกำหนดให้หน่วยงานที่อยู่ในสังกัด ดำเนินการ ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะทำงานจัดวางระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน
2. จัดทำ Fix stock ของหน่วยงาน
3. กำหนดเครื่องมือขึ้นต่ำที่จำเป็นของหน่วยงานเพื่อตอบสนองการจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพ
4. การจัดทำรายงานการตรวจนับครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และครุภัณฑ์สำนักงานประจำปี
5. กำหนดให้แต่ละกลุ่มงานการพยาบาลมีการรายงาน ดังนี้
 - ก) รายงานผลการติดตามรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค. 5 ส่วนงานย่อย)
 - ข) งานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค. 4)
 - ค) รายงานการประเมินผลการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานย่อย (แบบ ปค. 5)
 - ง) Flowchart งานตรวจสอบภายใน
6. ให้แต่ละกลุ่มงานการพยาบาลรวบรวมรายงานส่งเป็นภาพกลุ่มงานการพยาบาลที่ Matrix บริหาร ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม ของทุกปี
7. กลุ่มการพยาบาลรวบรวมส่งคณะกรรมการควบคุมภายในโรงพยาบาลขอนแก่นภายใน 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/4
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-10		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การจัดหน่วยบริการ		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการจัดหน่วยบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน โดยสอดคล้องกับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564

นโยบาย:

1. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลกำหนดให้ทุกหน่วยงานต้องจัดหน่วยบริการ โดยสอดคล้องกับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน
2. หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ต้องกำกับติดตามและสนับสนุนการจัดหน่วยบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน โดยสอดคล้องกับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

วิธีปฏิบัติ:

1. การจัดหน่วยบริการ ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จะต้องคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการใน 4 มิติของการพยาบาล ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ เอื้อต่อการทำงาน และสร้างสรรค์ให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน โดยสอดคล้องกับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 (สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) ซึ่งครอบคลุมใน 9 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ

ด้านที่ 2 ด้านการบริการสุขภาพ

ด้านที่ 3 ด้านอาคาร สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก

ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม

ด้านที่ 5 ด้านความปลอดภัย

ด้านที่ 6 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

ด้านที่ 7 ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ

ด้านที่ 8 ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านที่ 9 ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

2. หลักและวิธีการจัดหน่วยงาน/หอผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับระเบียบวิธีปฏิบัติ (Policy) ของโรงพยาบาลขอนแก่น คือ KKH-5-190 นโยบายด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม และ KKH-5-330 นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว (Privacy) ความปลอดภัย (Safety) การควบคุมเชื้อโรค (Infection control) การควบคุมเสียง (Noise control) ความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล (Convenience to nursing service) มีเนื้อที่เพียงพอและสะดวกต่อการเคลื่อนย้าย (Convenience to move) สะดวกต่อการทำความสะอาด (Easy to clean) โดยลักษณะการให้บริการจะต้องมี 1) มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในการประกอบวิชาชีพตามประเภทและ/หรือสาขานั้นๆ 2) ปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพแวดล้อม

3. การจัดสถานที่ และอุปกรณ์ประจำหอผู้ป่วย/หน่วยงาน จัดให้มีการจัดสถานที่ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน โดยจำแนกเป็นแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยใน ดังนี้

ก) แผนกผู้ป่วยนอก มีขอบเขต ภารกิจและหน้าที่ในการให้ บริการผู้ป่วยทั่วไป ที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสภาพ ให้แก่ผู้ป่วยและผู้มีสุขภาพดี บริการในรูปแบบคลินิกต่างๆ ซึ่งจะต้องมีพื้นที่ใช้สอยและทางสัญจร ทั้งของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และส่วนสนับสนุนต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน ตามคู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อม แผนกผู้ป่วยนอก (กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ข) แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน จัดให้มี ชุดตรวจโรคทั่วไป ชุดอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ ชุดใส่ท่อหายใจและช่วยหายใจ ชุดและอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล เช่น การตามกระดูกเบื้องต้น ชุดห้ามเลือด ชุดล้างสารพิษ และชุดล้างท้อง ชุดรักษาฉุกเฉิน เช่น ชุดเจาะปอด ชุดเจาะคอ ชุดให้น้ำเกลือโดยทางผ่าเส้นเลือดและโคมไฟส่องเฉพาะที่ อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ รวมทั้งระบบไฟฟ้าสำรองและแสงสว่างสำรอง

ค) หอผู้ป่วยหนัก จัดให้มี หน่วยปฏิบัติการพยาบาล ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่องตรวจสอบการเต้นของหัวใจอย่างน้อย 1 เครื่องต่อ 2 เตียง เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 1 เครื่อง และเพิ่มขึ้น 1 เครื่องทุกๆ 3 เตียง เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจครบทุกเตียง เตียงนอนแบบมาตรฐาน ซึ่งปรับศีรษะและปลายเท้าสูงต่ำได้ ระบบเรียกพยาบาลประจำเตียงผู้ป่วย

ง) แผนกผู้ป่วยใน มีการจัดหน่วยบริหาร พื้นที่ใช้สอยที่จำเป็นสำหรับการให้บริการและการปฏิบัติงานของแผนกผู้ป่วยใน ตามคู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อม หอผู้ป่วยใน (กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยจัดพื้นที่ใช้สอยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

i) ส่วนที่ 1: พื้นที่บริการสำหรับผู้ป่วยและญาติ เช่น ที่พักผู้ป่วยสามัญ ที่พักผู้ป่วยพิเศษ ที่พักคอยของญาติ ให้คำปรึกษาผู้ป่วย-ญาติ สอน/สาธิต เป็นต้น และจัดให้มีอุปกรณ์ประจำเตียงและห้องผู้ป่วย ได้แก่ เตียงที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ และมีระบบเรียกพยาบาล เป็นต้น

ii) ส่วนที่ 2: พื้นที่ปฏิบัติงานหลักของแผนกโดยผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่ เช่น ห้องทำงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย ทำงานพยาบาล (Nurse station) รักษาพยาบาล (Treatment) เตรียมการพยาบาล เป็นต้น และจัดให้มีอุปกรณ์ประจำหน่วยบริการ ได้แก่ ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ชุดทำแผลฉีดยา ชุดให้ยาผู้ป่วย ตู้เก็บเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม และชุดตรวจร่างกายเบื้องต้น

iii) ส่วนที่ 3: พื้นที่สนับสนุนการให้บริการและการปฏิบัติงาน เช่น เก็บยา เวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ เก็บผ้าสะอาด เก็บรถเข็นเครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์ เก็บเก้าอี้เข็น/เตียงเข็น เก็บวัสดุสำนักงาน เอนกประสงค์/พักเจ้าหน้าที่ รับประทานเครื่องดื่ม อาหารว่าง เป็นต้น

4. การจัดระบบบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ดังนี้

ก) มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบบริหารจัดการทีมพยาบาลในหน่วยบริการต่างๆ

ข) มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง

ค) จัดสรรอัตราากำลังในหน่วยบริการเหมาะสมตามภาระงานบริการ

ง) มีคู่มือ/วิธีปฏิบัติทางการพยาบาลที่จำเป็น

จ) จัดพื้นที่ใช้สอยในหน่วยบริการ แยกเป็นสัดส่วน สะดวกต่อการดูแลผู้ป่วย

ฉ) มีการจัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ และเวชภัณฑ์เป็นระเบียบและหยิบใช้ได้ง่าย

ช) มีการประเมินสภาพผู้รับบริการตั้งแต่แรกรับทั้งกาย จิต สังคม ภายใน 24 ชั่วโมง และประเมินอย่างต่อเนื่อง

ช) มีการบันทึกการพยาบาลทุกรอบการปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง

ณ) มีระบบหรือวิธีการรักษาความปลอดภัยของพยาบาลใน Nurse station

ญ) มีระบบควบคุมป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย สอดคล้องกับระเบียบวิธีปฏิบัติของโรงพยาบาลขอนแก่น KKH 9-10 และ KKH 9-310

5. ผู้บริหารจัดการหอผู้ป่วย คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน มีหน้าที่

ก) จัดหา ควบคุม บำรุงรักษาครุภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์และการพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงานและเพียงพอกับการใช้งานอย่างทั่วถึง โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้ มีปริมาณเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที มีระบบการกักเก็บรักษา การทำบัญชีสำรวจและควบคุมการใช้จ่ายอย่างประหยัด เมื่อมีการชำรุดเสียหายของเครื่องมือเครื่องใช้ สอดคล้องกับระเบียบวิธีปฏิบัติ ของโรงพยาบาลขอนแก่น KKH-6-40 ระบบตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องมือแพทย์ อีกทั้งจัดให้มีการซ่อมแซมแก้ไขให้พร้อมใช้งานหรือจำหน่ายเมื่อไม่สามารถนำมาใช้ได้และทำการเบิกทดแทน สอดคล้องกับระเบียบวิธีปฏิบัติ ของโรงพยาบาลขอนแก่น KKH-6-20 จัดหาเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

ข) บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อให้บุคลากรในหน่วยงาน ปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ควบคุม ดูแลความสะอาด ความเป็นระเบียบของอาคารสิ่งแวดล้อมรอบผู้ป่วยให้ถูกสุขลักษณะ เกิดความสะดวก และปลอดภัย จากการแพร่เชื้อ และติดเชื้อ สอดคล้องแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล (KKH-5-190) แก่ผู้ใช้บริการหรือเจ้าหน้าที่ มีแผนการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้าง กายภาพ และกำลังคน ที่ชัดเจน รวมถึงมีการหามาตรการป้องกันและดำเนินการต่อเนื่อง

ค) ควบคุมกำกับติดตาม ให้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพครบถ้วน เน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา/ความเสี่ยง เน้นการนำข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานในแต่ละด้านมาสู่การปฏิบัติ มีการติดตาม บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อย่างเป็นรูปธรรม

ทบทวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค.2560, r 1 พ.ค.2562, R 19 พ.ค. 2565, R 25 มี.ค 2565, r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-20		ฉบับที่: ช
เรื่อง: เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย OPD, ER, IPD, ICU, LR		วันที่: ร 1 ต.ค.2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

นโยบาย:

1. พยาบาลวิชาชีพจะต้องจำแนกผู้ป่วยตามสภาวะความเจ็บป่วยและการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วยควรได้รับทุกครั้งเมื่อรับใหม่และประเมินซ้ำทุกเวร หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง จนกระทั่งจำหน่าย
2. การจำแนกประเภทผู้ป่วยจะต้องพิจารณาตามสภาวะความเจ็บป่วยและการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วยควรได้รับ โดยปฏิบัติตามคู่มือการจำแนกผู้ป่วยแต่ละงาน
3. ลงบันทึกการจำแนกประเภทในใบบันทึกที่กำหนด

นิยามศัพท์:

การจำแนกประเภทผู้ป่วย หมายถึง การจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเพื่อจัดระบบบริการ ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยการประเมินสภาวะความเจ็บป่วยและการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วยควรได้รับ

ภาคผนวก:

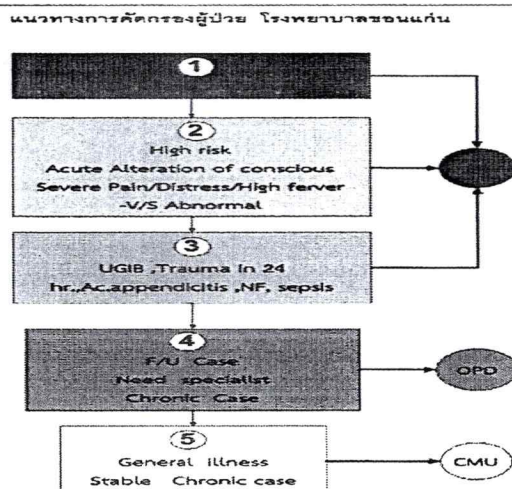
1. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย OPD
2. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย ER
3. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย IPD, ICU, LR

บททวนเอกสาร : 9 มิ.ย. 2551, R 11 เม.ย. 2554, ร 3 พ.ย. 2557, ร 2 ต.ค. 2560, ร 1 พ.ค. 2562, ร 25 มี.ค 2565, ร 1 ต.ค. **2567**

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-20 เรื่อง: เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

ภาคผนวก: 1. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย OPD

การจำแนกประเภทผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นการประยุกต์การจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น KHON KAEN EMERGENCY SEVERITY INDEX (KESI) และเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย MOPH ED. Triage ของกรมการแพทย์ และลักษณะการบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่นโดยมีการกำหนดลักษณะ/ประเภทผู้ป่วยร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้เกณฑ์ ประเมิน ABCD+PMO (airway - breathing - circulation - disability - pain - mental problem - ocular problem) ซึ่งแบ่งคนไข้เป็น 5 ประเภทได้แก่ ประเภทที่ 1 Resuscitation (ผู้ป่วยวิกฤต) ประเภทที่ 2 Emergent (เจ็บป่วยรุนแรง) ประเภทที่ 3 Urgent (เจ็บป่วยปานกลาง) ประเภทที่ 4 Less-Urgent (เจ็บป่วยเล็กน้อย) ประเภทที่ 5 Non-Urgent (อาการไม่เร่งด่วน) และเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการบริการของงานบริการผู้ป่วยนอกและโรงพยาบาลขอนแก่น จึงมีการแบ่งประเภทสำหรับกลุ่มที่ 5 เป็น 2 ประเภทได้แก่ ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไปที่ไม่มีอาการเร่งด่วน และผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีภาวะวิกฤติ



การจำแนกประเภทผู้ป่วยนอกมีดังนี้

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉิน ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว COMA Score น้อยกว่า 10
2. หายใจหอบ มากกว่า 40 ครั้ง / นาที หรือมีอาการหายใจลำบาก / ผิดปกติ
3. ความดันโลหิต Systolic มากกว่า หรือเท่ากับ 200 mmHg และ Diastolic มากกว่า หรือเท่ากับ 100 mmHg หรือ Systolic น้อยกว่า หรือเท่ากับ 60 mmHg และ Diastolic น้อยกว่า หรือเท่ากับ 50 mmHg
4. ชีพจรมากกว่า 150หรือน้อยกว่า 50 ครั้ง/นาที
5. มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็นมีอาการชักเกร็ง
6. มีอาการปวดรุนแรงระดับคะแนนปวดมากกว่า 8
7. มีอาการทางจิตรุนแรง เอะอะโวยวาย
8. มีอาการอาเจียนหรือไอเป็นเลือดปริมาณมากกว่า 200 cc.
9. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรง เหงื่อออกและ สงสัยภาวะ MI ร่วมกับประวัติ ที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจ

หมายเหตุ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินช่วยเหลือภายใน 4 นาที

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-20 เรื่อง: เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย
ภาคผนวก: 1. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย OPD

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเร่งด่วน ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการดังนี้

1. ความดันโลหิต Systolic มากกว่า หรือเท่ากับ 180 mmHg และ Diastolic มากกว่า หรือเท่ากับ 100 mmHg หรือ Systolic น้อยกว่า หรือเท่ากับ 90 mmHg และ Diastolic น้อยกว่า หรือเท่ากับ 60 mmHg
2. ชีพจรมากกว่า 120 mmHg หรือ น้อยกว่า 50 mmHg
3. จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ
4. ผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูง มากกว่าหรือเท่ากับ 39 องศาเซลเซียส
5. มีอาการปวดรุนแรงระดับคะแนนความปวดมากกว่า 7
6. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต กระวนกระวาย สับสนซึม
7. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหงื่อออกที่สงสัยภาวะ MI ร่วมกับประวัติ ที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจ
8. ผู้ป่วยแพ้ยาที่มีอาการ Anaphylactic
9. ผู้ป่วยสูตินรีเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน เช่น Pre - eclamsia ฟัง Fetal Heart Sound ไม่ได้
10. มีเลือดออกทางช่องคลอด ร่วมกับประวัติการตั้งครรภ์
11. ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออก มีอาการ Bladder Full
12. ผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียน / วิงเวียนรุนแรง
13. ผู้ป่วยถูกสุนัขหรือสัตว์กัดภายใน 24 ชม.
14. ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่มีอาการ/ประวัติอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ภายใน 24 ชั่วโมง

หมายเหตุ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินช่วยเหลือภายใน 10 นาที

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยช่องทางด่วน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ โดยมีพยาบาลนำส่ง
2. ผู้ป่วยรถนั่ง / เปเลนอน ที่มีสัญญาณชีพคงที่
3. พระภิกษุ / สามเณร / แม่ชี
4. ผู้พิการ
5. ผู้สูงอายุ 70 ปี ขึ้นไป
6. ผู้ป่วยไข้ ไอ จามหรือ มีอาการของการติดเชื้อทางเดินหายใจ
7. ผู้ป่วยที่มีอาการที่อาจติดต่อไปยังผู้อื่น เช่น อีสุกอีใส งูสวัด คางทูม ระยะแพร่เชื้อ
8. ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่าย ไข้หวัดนก / ไข้หวัด 2009 / SAR

หมายเหตุ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินช่วยเหลือภายใน 10-30 นาทีและอำนวยความสะดวกได้รับการอำนวยความสะดวก

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-20 เรื่อง: เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย
ภาคผนวก: 1. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย OPD

ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยไม่เรื้อรัง (Follow up case need Specialist / Chronic case) ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่
2. ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ
3. ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง

การประเมินช่วยเหลือภายใน 60-90 นาทีและอำนาจต้องได้รับการอำนวยความสะดวก

ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยโรคทั่วไป ไม่มีอาการฉุกเฉิน (General illness / Stable chronic case) ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการดังนี้

1. โรคทั่วไป เช่น เป็นไข้ หวัด ปวดศีรษะ ปวดท้องไม่รุนแรง
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีอาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

หมายเหตุ : ส่งตรวจศูนย์แพทย์ /สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-20 เรื่อง: เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย
ภาคผนวก: 2. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย ER

KHON KAEN EMERGENCY SEVERITY INDEX

(KESI)

เป็นระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย โดยแบ่งตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสมตามสภาพของการเจ็บป่วยในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยแบ่งระดับของความรุนแรงเป็น 5 ระดับ

KESI 1 (Resuscitation) ต้องได้รับการตรวจทันที

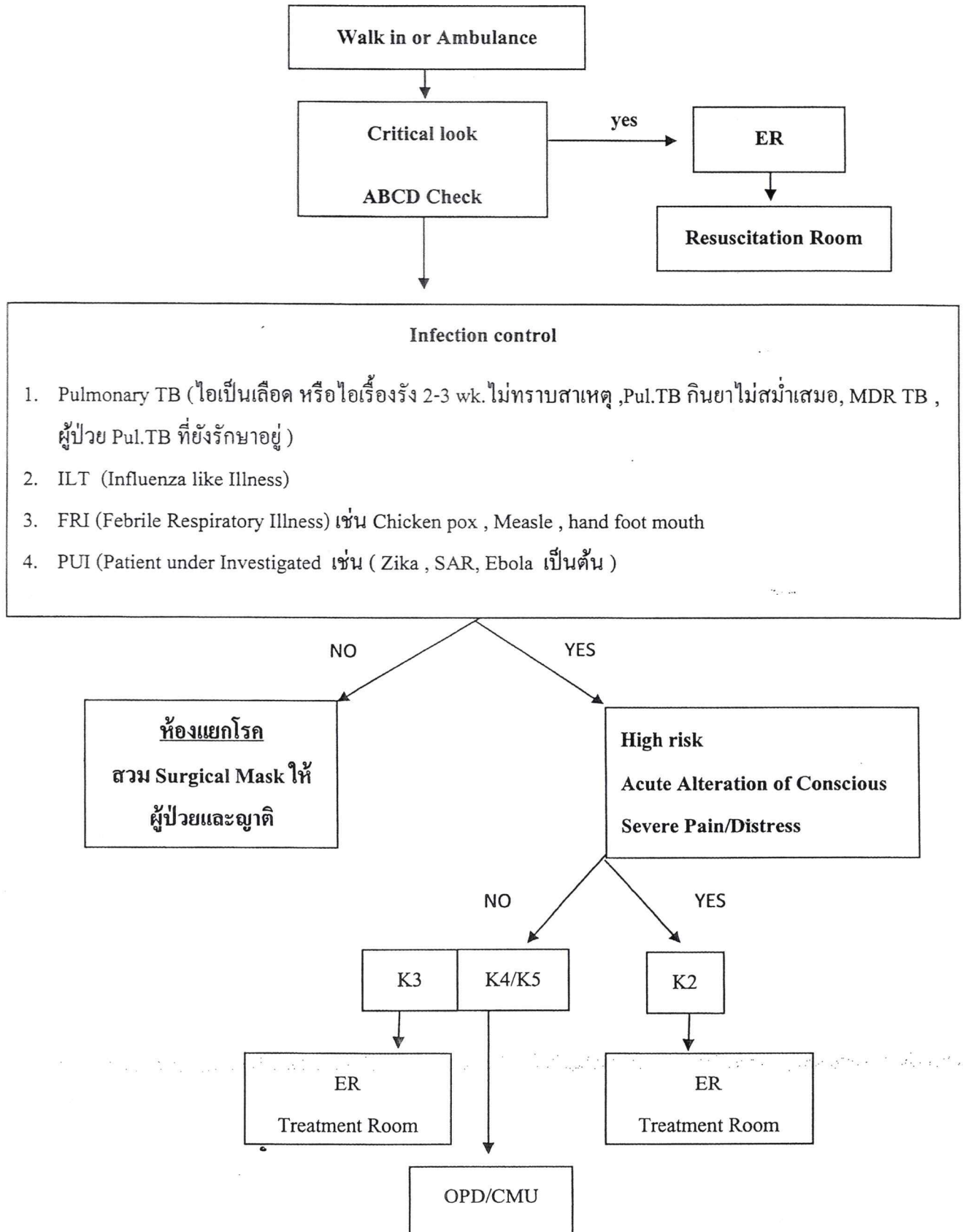
KESI 2 (Emergent) ระยะเวลารอคอยการตรวจ 5-15 นาที

KESI 3 (Urgent) ระยะเวลารอคอยการตรวจ 15-30 นาที

KESI 4 (Less-Urgent) ระยะเวลารอคอยการตรวจ 30-60 นาที

KESI 5 (Non-Urgent) ระยะเวลารอคอยการตรวจ 1 -2 ชั่วโมง

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น



แนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วย ER

การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาอย่างทันท่วงที อาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต หรือทำให้เจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นและเกิดความทุกข์ทรมาน ดังนั้นผู้ป่วยจึง ต้องได้รับการคัดกรองที่รวดเร็วและถูกต้อง เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือลดความรุนแรงของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นลง (พ.ร.บ.การแพทย์ ฉุกเฉิน, 2551) การคัดกรองของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ถูกพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ล่าสุด ใช้ ระบบมาตรฐานการคัดกรองของสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ESI (Emergency Severity Index) และ มาตรฐานการคัดกรอง ESI version 4 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) 2554 แต่มีการ ปรับเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น แบ่งระดับความรุนแรง ของผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Resuscitation: KESI 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหนักมีภาวะ คุกคามชีวิต ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง เช่นผู้ป่วยหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น หายใจหอบมากตัวเขียว ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ (V/S Unstable) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง ”

2. ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง(Emergency: KESI 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยรุนแรง มีอาการซึม เสีย หรือปวด แต่สามารถรอการรักษาได้ 5-15 นาที กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความ เจ็บปวด Pain score ≥ 7 ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนแบบเฉียบพลัน ซึม เจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ เป็นต้น ใช้สัญลักษณ์ “สีชมพู”

3. ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency : KESI 3) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยปาน

กลางต้องได้รับการตรวจหรือรักษาเพิ่มเติม และใช้ทรัพยากร(Resource)มากกว่า 2 อย่างขึ้นไป สามารถ
รอตรวจได้ 15—30 นาที กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ได้แก่ ผู้ป่วยสงสัยไส้ติ่งอักเสบ ขาหัก ปวดท้อง ใช้

สัญลักษณ์ “สีเหลือง”

4. ผู้ป่วยเจ็บป่วย เล็กน้อย (Less-Urgency : KESI 4) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

เล็กน้อย ได้รับการตรวจหรือรักษาเพิ่มเติม และใช้ทรัพยากร(Resource) เพียง 1 อย่าง สามารถรอตรวจได้

30—60 นาที กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่วิ่งเวียนศีรษะ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการของโรคทาง

หลอดเลือดสมองหรือหัวใจ ไม่มีความเสี่ยงอย่างอื่นร่วม คาดว่าจะได้รับการฉีดยาเพียงอย่างเดียว หรือ

ผู้ป่วยที่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ไม่มีไข้ คาดว่าจะได้รับการตรวจปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยทางเดินปัสสาวะ

อักเสบเพียงอย่างเดียวแล้วให้ยารับประทานกลับบ้าน เป็นต้น ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว”

5. ผู้ป่วยทั่วไป (Non-Urgency: KESI 5) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ไม่

ต้องใช้ทรัพยากร(Resource) เพื่อการวินิจฉัยหรือรักษาเพิ่มเติม สามารถให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน

หรือให้รอตรวจที่คลินิกทั่วไป หรือบางรายไม่ต้องได้รับการตรวจเพิ่ม เช่นมาทำแผลเก่า ฉีดยาตามนัด

หรือญาติมาขอรับยาเดิม เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถรอตรวจได้ 1-2 ชั่วโมง ใช้สัญลักษณ์ “สีขาว”

เกณฑ์ที่ใช้ในการจำแนกผู้ป่วย :ใช้ความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย เป็นเกณฑ์ในการ

จำแนกระดับของผู้ป่วย และใช้ความต้องการการใช้ทรัพยากรใช้ทรัพยากร (Resource) ในการตรวจและ

รักษาเป็นเกณฑ์ในการจำแนกร่วมด้วย ทรัพยากร (Resource) ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยมาโดย Refer

2. ผู้ป่วยคาดว่าจะ Admit

3. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. X-ray /CT
5. ทำแผลขนาดใหญ่
6. ฉีดยา
7. ให้ IVF
8. Consult Specialist
9. หัตถการที่ใช้เวลานานๆ เช่น Eye Irrigate Retained Foley's catheter เป็นต้น
10. ทั้งนี้ทรัพยากร(Resource) จะไม่รวมการให้ยาทางปาก กิจกรรมทางการแพทย์
ทั่วไป เช่นการเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น

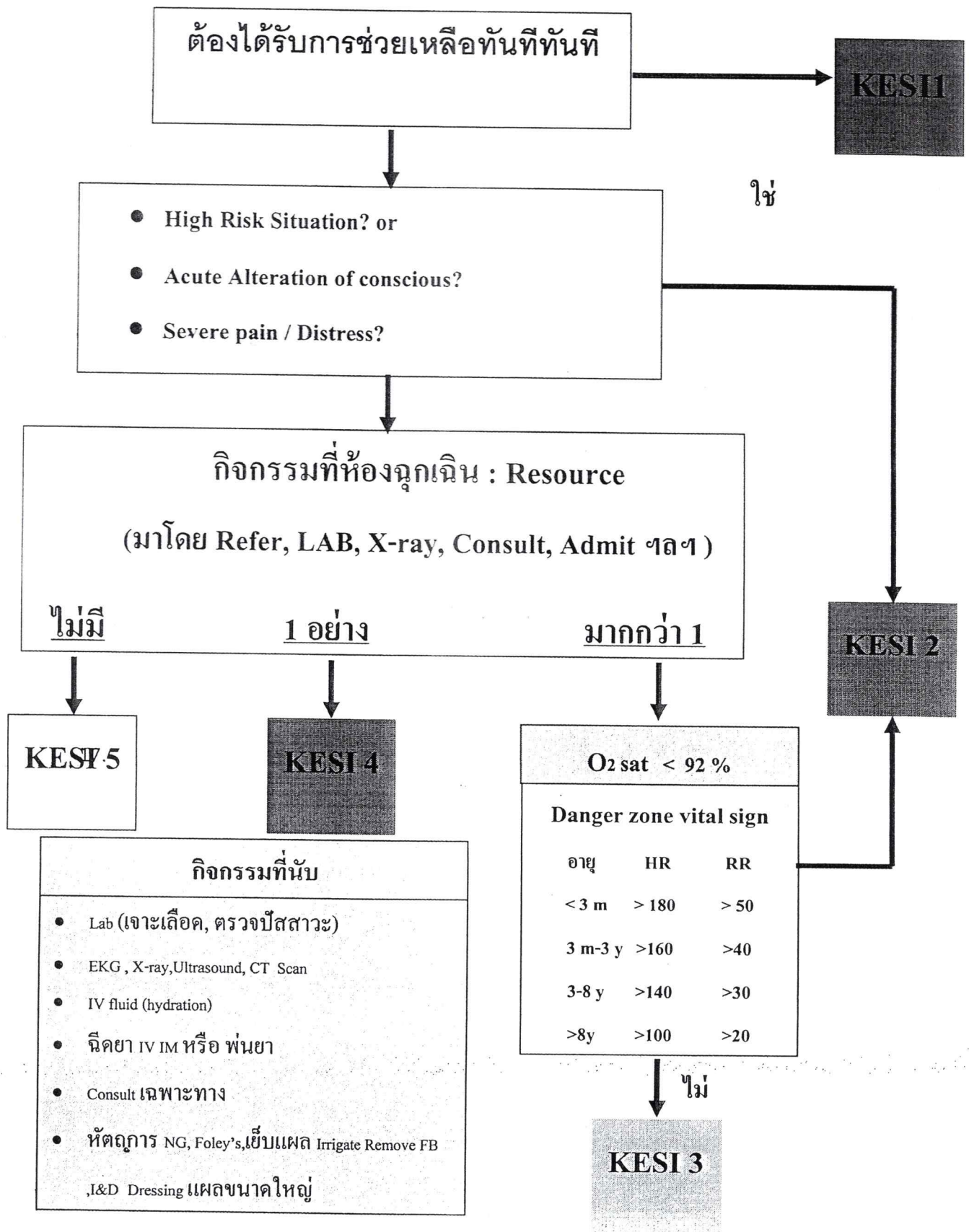
สมรรถนะของพยาบาลประจำจุดคัดแยก

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ
2. ผ่านการอบรม ESI ทุกคน และผ่านหลักสูตร Refresher course ทุกปี
3. มีประสบการณ์การทำงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ปีขึ้นไป
4. พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม มีประสบการณ์การทำงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 5 ปีขึ้นไป
5. พยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรตึก ต้องมีประสบการณ์การทำงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 5 ปีขึ้นไป

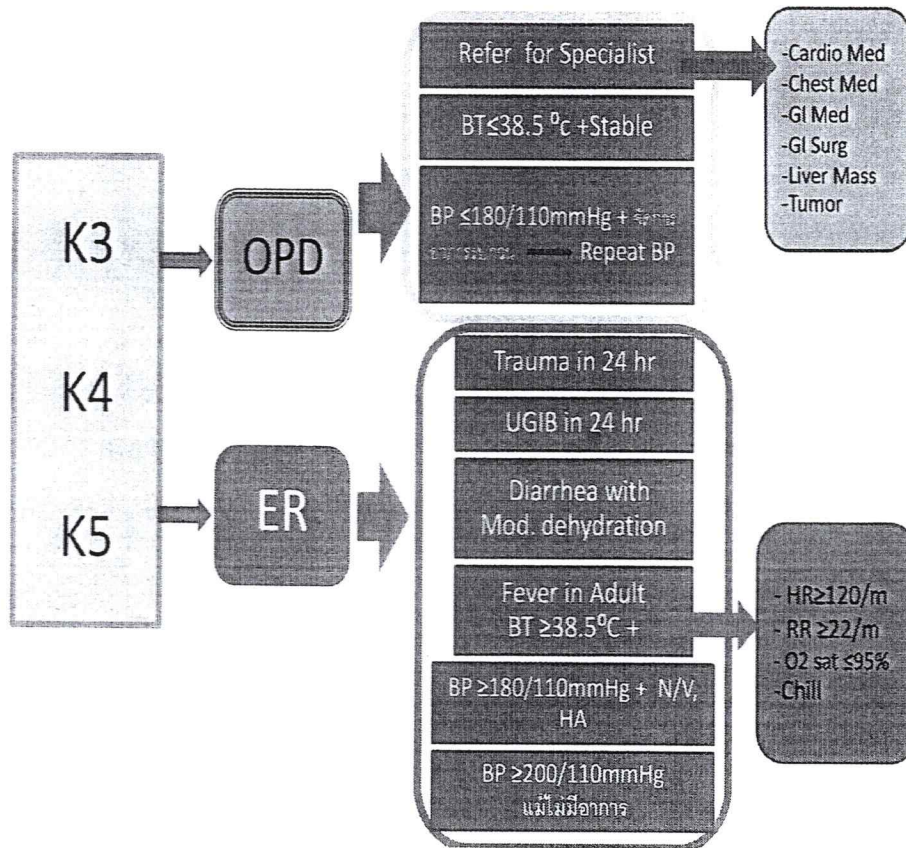
การมอบหมายงาน

1. มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ คัดแยก ตลอด 24 ชั่วโมง
2. เเวเช้า 3 คน เเวบ่าย 3 คน และเวรตึก 1 คน
3. มอบหมายพยาบาลหัวหน้าจุดคัดแยก ปฏิบัติงานทุกเวรเช้าเพื่อควบคุม และนิเทศการคัดแยกของ
สมาชิกทีม

KESI Triage Algorithm



กรณีอื่นๆ



ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-20 เรื่อง: เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย
ภาคผนวก: 3. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย IPD,ICU,LR

การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน หมายถึง การจัดกลุ่มผู้ป่วยในตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเพื่อจัดระบบบริการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยการประเมินสถานะความเจ็บป่วยและการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วยควรได้รับ ประเภทของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 10 ประเภท ดังนี้

1. ประเภทของผู้ป่วย 4 a ผู้ป่วยอาการหนักมากและต้องการการดูแลมากตลอดเวลา
2. ประเภทของผู้ป่วย 3 a ผู้ป่วยที่อาการหนักและต้องการการดูแลมากตลอดเวลา
3. ประเภทของผู้ป่วย 3 b ผู้ป่วยที่มีอาการหนักและต้องการการดูแลมาก
4. ประเภทของผู้ป่วย 2 a ผู้ป่วยที่มีอาการหนักปานกลางและต้องการการดูแลมากตลอดเวลา
5. ประเภทของผู้ป่วย 2 b ผู้ป่วยที่มีอาการหนักปานกลางและต้องการการดูแลมาก
6. ประเภทของผู้ป่วย 2 c ผู้ป่วยที่มีอาการหนักปานกลางและต้องการการดูแลปานกลาง
7. ประเภทของผู้ป่วย 1 a ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นแต่ต้องการการดูแลมากตลอดเวลา
8. ประเภทของผู้ป่วย 1 b ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นแต่ต้องการการดูแลมาก
9. ประเภทของผู้ป่วย 1 c ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นและต้องการการดูแลปานกลาง
10. ประเภทของผู้ป่วย 1 d ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นและต้องการการดูแลน้อย

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย IPD,ICU,LR

! สถานะความเจ็บป่วย ประเมินตามสมภาวะความเจ็บป่วยประเมินจากลักษณะของผู้ป่วยที่มีค่าสูงสุด ข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลายข้อ

ประเภท	ลักษณะผู้ป่วย และ ประเภท			
ตัวบ่งชี้	4 (หนักมาก)	3 (หนัก)	2 (ปานกลาง)	1 (พิกพื้น)
1. สถานะความเจ็บป่วย 1. สัญญาณชีพ	ก. สัญญาณชีพผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของ T, P, R และ/หรือ BP รวมถึงความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในลักษณะที่บ่งบอกถึงความผิดปกติที่รุนแรงจำเป็นต้องเฝ้าระวังตลอดเวลา อย่างน้อยทุก 15 นาที	ก. สัญญาณชีพผิดปกติแต่อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ หรือ ข. สัญญาณชีพปกติแต่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จำเป็นต้องเฝ้าระวัง ทุก 15 นาที - ทุก 2 ชั่วโมง	ก.3 สัญญาณชีพปกติแต่มีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายต้องเฝ้าระวัง ทุก 4 - 6 ชั่วโมง	ก. สัญญาณชีพคงที่และมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้น้อยต้องการเฝ้าระวัง วันละ 1 - 2 ครั้ง
2. อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท	ก. มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีโอกาสนเปลี่ยนแปลงของ GCS ได้ตลอดเวลา ต้องการเฝ้าระวังอาการ/อาการ-แสดงทางระบบประสาท (Neurological Signs) อย่างน้อย ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง	ก. อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติแต่อยู่ในภาวะที่ควบคุมได้มีโอกาสนเปลี่ยนแปลงที่ลดลง ต้องการเฝ้าระวังทุก 2 - 4 ชั่วโมง	ก. อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติหรือคงที่ มีโอกาสเปลี่ยนแปลงน้อย ต้องการเฝ้าระวัง เวลละ 1 ครั้ง	ก. อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทปกติหรือคงที่
3. การได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด/หัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต	ก. ได้รับการรักษาด้วยหัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิตในลักษณะฉุกเฉิน เช่น CPR, Emergency hemodialysis, หรือ cardiac catheterization หรือ pericardial tap ในรายที่อาการไม่คงที่ เป็นต้น หรือ ข. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต (Vital	ก. ได้รับการทำหัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิตเร่งด่วน เช่น การทำ Hemodialysis, Peritoneal dialysis, pericardial tap ในรายที่ควบคุม อาการได้ เป็นต้น หรือ ข. ได้รับการหลังผ่าตัดต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิตหลัง 48 ชั่วโมง ที่ควบคุมอาการได้ หรือ	ก. ได้รับการทำหัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิตแบบไม่ฉุกเฉิน เช่น เจาะปอดเพื่อส่งตรวจเป็นต้น และในผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่ควบคุมอาการได้ หรือ ข. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ใน 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดที่ควบคุมอาการได้ หรือ ค. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในระยะพักฟื้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือ ง. ไม่มีการใช้โปรแกรมพิเศษเพื่อการ	ก. ได้รับการทำหัตถการทั่วไปเช่น เจาะเลือด ใส่สายสวนปัสสาวะ ผ่าตัด เป็นต้น หรือ ข. ได้รับการตรวจรักษาทั่วไปไม่ต้องใช้วิธีการตรวจรักษาพิเศษใด ๆ หรือ ค. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในระยะพักฟื้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือ ง. ไม่มีการใช้โปรแกรมพิเศษเพื่อการ

ประเภท	ลักษณะผู้ป่วย และ ประเภท			
ตัวบ่งชี้	4 (หนักมาก)	3 (หนัก)	2 (ปานกลาง)	1 (พิกพื้น)
4. พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเอง (ผู้ป่วย) และผู้อื่นจากปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์ และจิตสังคม หรือสาเหตุอื่น เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือปัญหาที่เกิดจากสาเหตุทาง Metabolic เช่น ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์ เป็นต้น	organs) ได้แก่มอง หัวใจ ปอด ตับ ไต ใน 48 ชั่วโมงแรก หรือหลัง 48 ชั่วโมงแรกที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการเปลี่ยนแปลงได้ หรือ ค. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในอวัยวะอื่นที่ไม่สามารถควบคุมอาการเปลี่ยนแปลงได้ หรือ ง. ได้รับการช่วยชีวิตด้วยอุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตในระยะที่ควบคุมอาการได้ มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับการทำงานของอุปกรณ์น้อย หรืออยู่ในช่วงอาการปรับลดการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต ก. มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ทำร้ายตนเอง และ/หรือผู้อื่นหรือ พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตราย ก้าวร้าวและรุนแรงไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีโอกาส/สัญญาณเตือนว่าจะฆ่าตัวตาย หรือ ข. มีพฤติกรรมผิดปกติด้านการปรับตัวทางอารมณ์ และจิตสังคมที่รุนแรง	ค. ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในระยะที่ควบคุมอาการเปลี่ยนแปลงได้ 24 ชม. แรก ง. ได้รับการช่วยชีวิตด้วยอุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตในระยะที่ควบคุมอาการได้ มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับการทำงาน ของอุปกรณ์น้อย หรืออยู่ในช่วงอาการปรับลดการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต ก. มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง มีโอกาสทำร้ายตนเองหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น แต่อยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ โดยต้องดูแลใกล้ชิด หรือ ข. เศร้าโศก / ซึมเศร้า ไม่สามารถปรับตัวได้	พิเศษทางการแพทย์ เพื่อช่วยชีวิตที่อยู่ในระยะที่ควบคุมอาการได้ไม่มีการปรับเปลี่ยนการทำงานอุปกรณ์ แต่มีความจำเป็นต้องเฝ้าระวังเพื่อวางแผนการปรับลดการใช้อุปกรณ์ ก. หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติด้านอารมณ์ และจิตสังคม หรือ ผิดปกติจากพยาธิสภาพ แต่ปรับตัว และควบคุมตนเองได้ มีโอกาสทำร้ายตนเอง และผู้อื่นน้อยหรือเป็นบางครั้ง	ช่วยชีวิต ก. ไม่มีปัญหาการปรับตัวทางด้านอารมณ์ และจิตสังคม

II การดูแลขั้นต้นที่ผู้ให้บริการควรจะได้รับ

คะแนน	4	3	2	1
ตัวบ่งชี้				
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ก. ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทั้งหมด อย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ 1) รับประทานอาหารไม่ได้ ต้องได้รับอาหารทางหลอดเลือด 2) เคลื่อนไหวด้วยตนเองไม่ได้ หรือควบคุมการเคลื่อนไหวเองไม่ได้ 3) ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกาย/อวัยวะตนเองได้ 4) ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	ก. ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย อย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ 1) รับประทานอาหารเอง ไม่ได้ และกินอาหารได้แต่ลำบากง่าย หรือต้องได้อาหารทางสายยางในรายที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร 2) เคลื่อนไหวแบบเตียงได้บ้าง แต่ต้องให้ผู้ช่วยเหลือ 3) ต้องทำความสะอาดร่างกายบนเตียงและต้องให้ผู้ช่วยเหลือสามารถช่วยพยุงตัวได้บ้าง 4) ขับถ่ายได้แบบเตียง แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ และอาจต้องช่วยสวนควัก ล้าง	ก. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน ดังนี้ 1) รับประทานอาหารเองได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ เช่น จัดทำ จัดอาหารหรือ ต้องได้อาหารทางสายยาง และไม่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร 2) เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้บ้าง ลูกเดินได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ และต้องมีอุปกรณ์ช่วย 3) ทำความสะอาดร่างกายได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยบนเตียงหรือในห้องน้ำ 4) ขับถ่ายเองได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยบนเตียงหรือในห้องน้ำ	ก. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดในการทำกิจวัตรประจำวัน
2. ความต้องการข้อมูล/ การสอนของผู้ให้บริการ ญาติและความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ และอารมณ์	ก. มีความกลัว/วิตกกังวลสูงมาก อยู่ในช่วงการรับรู้ความเจ็บป่วยในระยะแรก ต้องการข้อมูลที่มีความชัดเจน เฉพาะเจาะจง ต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจน และมากพอที่จะใช้ปฏิบัติตัวได้อย่างปลอดภัยเนื่องจากอยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด หรือมีอาการ/อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาควบคุมไม่ได้ หรือ	ก. มีความวิตกกังวลและต้องการข้อมูลที่ชัดเจนต้องอาศัยการยกตัวอย่างการสอนและการปรึกษา หรือ ข. สัมผัสว่า ท้อแท้ หมดกำลังใจ หรือ ค. ต้องการข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจหรือเลือกใช้การปฏิบัติ หรือ ง. ต้องเรียนรู้การดูแลตนเองโดย	ก. มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการข้อมูลความรู้ความเข้าใจเฉพาะที่มีความชัดเจนเพียงพอต่อการควบคุมอาการ/การดูแลตนเอง หรือ ข. อยู่ในภาวะการเตรียมตรวจ หรือเตรียมผ่าตัด ต้องการข้อมูลที่ชัดเจนพอที่จะเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อมต่อการตรวจหรือการผ่าตัด หรือ ค. เครียด/วิตกกังวล เล็กน้อย	ก. ต้องการคำแนะนำโดยทั่วไป เช่น กฎระเบียบการใช้บริการ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทั่วไป เช่น เมื่อเป็นหวัด การดูแลบาดแผลเล็ก ๆ เป็นต้น

คะแนน	ลักษณะผู้ป่วย และ คะแนนการดูแลขั้นต้นที่ผู้ป่วยควรได้รับ			
ตัวบ่งชี้	4	3	2	1
	ข. ได้รับความกระตือรือร้นพอใจอย่างรุนแรงหรืออยู่ในภาวะการสูญเสียไม่ว่าเป็นการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะหรือพิการหรืออยู่ในระยะการเปลี่ยนผ่าน หรือ ค. มีความเข้าใจผิดเกิดความขัดแย้งในกับแนวทาง/แผนการรักษา/พยาบาลอย่างรุนแรง หรือ ง. ไม่ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและ/หรือข้อมูล/การเรียนรู้ใด ๆ หรือ จ. การรับรู้ไม่สอดคล้องกับสถานะการเจ็บป่วย หรือ ฉ. ไม่สนใจตนเอง สิ้นหวังอยากตาย	อาศัยความรู้และเทคนิคเฉพาะ เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหารและอาหารปั่น การดูดเสมหะ และการดูแลท่อช่วยหายใจ เป็นต้น หรือ จ. ต้องการข้อมูลที่ดีชัดเจนเฉพาะเจาะจงในกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง และไม่สามารถควบคุมอาการได้	ต้องการให้การกำลังใจ	
3. ความต้องการยา/การรักษา หรือหัตถการ และการฟื้นฟูสภาพ	ก. ต้องได้รับยา/สารนำทางหลอดเลือดดำที่มีผลต่อการทำงานของอวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิตและ/หรือต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาต้องมีบันทึกการเฝ้าระวังทุก 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หรือ ข. ต้องการการช่วยเหลือจากการปฏิบัติที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ เช่น การทำแผลขนาดใหญ่ แผลที่ซับซ้อนเกี่ยวข้อกับอวัยวะระดับลึกหรือใกล้อวัยวะละเอียดอ่อน ต้องระมัดระวังสูง เสียต่ออันตรายต่ออวัยวะนั้น ๆ หรือ	ก. ต้องได้รับยาที่จำเป็น ต้องประเมินอย่างชัดเจนมีควรรังและ/หรือช่วยเหลือ/ทำหัตถการก่อนการให้ยาและหลังให้ยาเช่น การให้ยาในช่วงการปรับระดับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น หรือ ข. ต้องได้รับการช่วยเหลือปฏิบัติที่ใช้ทักษะเฉพาะโดยทั่วไปที่ไม่ยุ่งยากแต่ต้องปฏิบัติตามข้อบ่งชี้หรือจำนวนมาก เช่นแผลสดที่มีจำนวนมากแต่เฉียบพลันที่ไม่มีแผล	ก. ได้รับยาเพื่อการรักษา/ควบคุมอาการโดยทั่วไปต้องการการเฝ้าระวังตามปกติ หรือ ข. มีอุปกรณ์/สายที่สวนท่ออวัยวะที่ไม่ซับซ้อน เช่นสายสวนปัสสาวะสาย NG – tube, penrose drain เป็นต้น หรือ ค. ต้องการการฟื้นฟูสภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนของแขน ขา (Active - Passive exercise ของแขน ขา) เป็นต้น โดยการช่วยเหลือจากบุคลากร หรือ ง. การทำแผลสะอาด ไม่ยุ่งยาก	ก. ได้รับยาที่ใช้รักษา/ควบคุมอาการ ในลักษณะประจำหรือยาบำรุง หรือ ข. ต้องการการกระตุ้นการดูแลตนเอง เช่น การฟื้นฟูสภาพด้วยการทำ Active Exercise การทำกิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่นการรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การใช้น้ำหนักตนเอง การตรวจปัสสาวะด้วยตนเอง เป็นต้น

คะแนน	ลักษณะผู้ป่วย และ คะแนนการดูแลขั้นต้นที่ผู้ป่วยควรได้รับ			
ตัวบ่งชี้	4	3	2	1
	อวัยวะใกล้เคียง เช่นแผลฉีกขาดที่เลือกตาเป็นต้น หรือ ค. ได้รับการทำหัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต ต้องการการเฝ้าระวังและดูแลใกล้ชิด เช่นการทำให้ pericardial tapping, การเจาะตับ	หรืออันตรายที่ซับซ้อนเป็นต้น หรือ ค. ได้รับการทำหัตถการทั่วไป เช่น การสวนปัสสาวะ ออกรักษา การสวนล้างช่องคลอด การทำ postural drainage เป็นต้น หรือ ง. ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ โดยบุคลากรอย่างใกล้ชิด	ซับซ้อน	
4. ความต้องการการบรรเทาอาการรบกวน	ก. ต้องการการบรรเทาอาการรบกวนมาก ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทำให้ไม่สามารถพักผ่อนได้ และควบคุมไม่ได้หรือควบคุมไม่ได้ยาก เกิดความเครียดอย่างรุนแรงต้องเฝ้าระวังตลอดเวลา อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง เช่น ความปวดที่รุนแรง อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนที่ควบคุมไม่ได้ เป็นต้น	ก. มีอาการรบกวนที่รุนแรงแต่อยู่ในความควบคุมได้ แต่มีแนวโน้มหรือมีโอกาสเกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ต้องการการเฝ้าระวังใกล้ชิด อย่างน้อย ทุก 4 ชั่วโมง	ก. มีอาการรบกวนที่ควบคุมได้ แต่มีโอกาสที่จะรุนแรงเพิ่มขึ้นได้หากมีสิ่งกระตุ้นต้องการการเฝ้าระวังเป็นระยะ อย่างน้อยระยะเวลา 1 ครั้ง	ก. มีอาการรบกวนที่ควบคุมได้ และเป็นอาการที่สามารถจัดการให้หายได้ต้องการ เฝ้าระวังวันละ 1 ครั้ง หรือไม่มีอาการ

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR -2-30		ฉบับที่: ข
เรื่อง: การมอบหมายงานให้ทีมการพยาบาล		วันที่: R 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริหาร	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย :

1. ทุกหน่วยงานจะต้องมีการมอบหมายงานให้ทีมการพยาบาลทุกเวรเป็นลายลักษณ์อักษร ตามแบบฟอร์มที่กำหนด โดยมอบหมายงานตามตามความรู้ความสามารถอย่างเหมาะสม
2. ในแต่ละเวรจะต้องจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล
3. การมอบหมายงาน หัวหน้าเวรเป็นผู้มอบหมายงาน
4. ทีมการพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานรับมอบหมายงาน ก่อนปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง
5. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลฯ /หัวหน้าหอผู้ป่วย/ หัวหน้างาน/ ผู้ตรวจการพยาบาล จะต้องนิเทศกำกับ ติดตาม ดูแล ประเมินผลการมอบหมายงานให้ทีมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

วิธีปฏิบัติ:

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน วิเคราะห์และกำหนดวิธีการมอบหมายงานอย่างเหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน สื่อสารให้ทีมรับทราบและปฏิบัติตาม
2. การบันทึกการมอบหมายงานให้กับทีมการพยาบาลใน electronic file หรือกระดาษเก็บเป็นหลักฐานไว้ 1 เดือน หัวข้อ/ข้อมูลในแบบบันทึกการมอบหมายงาน ประกอบด้วย

ก) ด้านผู้ป่วย

- i) ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย
- ii) เตียงที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัว
- iii) การวินิจฉัยโรค
- iv) ประเภผู้ป่วยตามการจำแนกประเภท

ข) ด้านบุคลากรพยาบาล

- i) ชื่อ-สกุล พยาบาล มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย (รายละเอียดตาม 4.1 ด้านผู้ป่วย) มอบหมายหน้าที่พิเศษ และกำหนดเวลาพัก

ii) บุคลากรอื่นที่ขึ้นปฏิบัติ เช่น พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานประจำตึก บันทึกชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ปฏิบัติ มอบหมายหน้าที่ตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ กำหนดเวลาลงพัก

iii) การกำหนดเวลาลงพักควรให้เหลือทีมปฏิบัติที่ใกล้เคียงกัน เช่น ในทีมมี In-charge 2 ทีม ควรสลับการลงพักไม่ควรพักพร้อมกันเป็นต้น

3. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลฯ /หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน/ผู้ตรวจการพยาบาล จะต้องนิเทศกำกับ ติดตาม ดูแล ประเมินผลการมอบหมายงานให้ทีมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

บททวน : 3 พ.ย.2557 , r 2 ต.ค.2560 , R 1ต.ค. 2567

การมอบหมายงานพยาบาลเป็นการกระจายงานของพยาบาลไปยังบุคลากรในทีมพยาบาลโดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มอบหมายงานให้กับหัวหน้าทีมพยาบาลแต่ละเวร ซึ่งในการมอบหมายงานของหัวหน้าทีมที่ได้รับผิดชอบมาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยจะแบ่งความรับผิดชอบตามความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของพยาบาล โดยมีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

รูปแบบของการมอบหมายงานการพยาบาล

1. **Total Patient Care/Case method** เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่เก่าแก่ที่สุด ใช้มากใน ICU, Recovery Room พยาบาล ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทุกเรื่องตลอดเวลาการขึ้นปฏิบัติงาน มี autonomy สูง มีความต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม
2. **Functional Nursing** ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ พยาบาลจะได้รับมอบหมายที่เน้นหน้าที่ และกิจกรรมเป็นสำคัญพยาบาลแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหน้าที่ 1-2 อย่าง เช่น พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ให้ยาทางหลอดเลือดดำ และรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย พยาบาลจะขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย ระบบนี้ใช้แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี
3. **Team Nursing** ระบบการพยาบาลเป็นทีม มีการมอบหมายให้พยาบาลทำงานร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลหลายระดับ ในการดูแลผู้ป่วย ระบบนี้ต้องการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและบุคลากร
4. **Primary Nursing** ระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ โดยที่พยาบาลวิชาชีพ 1 คน จะทำหน้าที่เป็นตัวจักรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่องเพราะปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง แต่ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมากรับผิดชอบ 24 ชั่วโมง
5. **Case Management** เป็นระบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ข้อดี ผู้ป่วยได้รับการที่ดีขึ้น รวดเร็ว กรณีที่มีผู้ป่วยมากเกินไปจะทำให้ด้อยประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-40		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การใช้กระบวนการพยาบาล		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นในแนวทางเดียวกัน

นโยบาย:

1. องค์กรพยาบาลกำหนดนโยบายการจัดระบบบริการพยาบาลให้ยึดหลักการพยาบาลองค์รวมและใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ครอบคลุมกระบวนการสำคัญของระบบบริการพยาบาล โดยใช้สมรรถนะเชิงวิชาชีพ และสมรรถนะหลักตามความเชี่ยวชาญของการพยาบาลเฉพาะสาขา จัดทำมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรคครอบคลุมการพยาบาลองค์รวมและการใช้กระบวนการพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคสำคัญ (High risk, High volume) ของระบบบริการพยาบาลแต่ละสาขา เป็นเครื่องมือสำหรับปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพตามบทบาทความรับผิดชอบของวิชาชีพ ครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว และ ต่อเนื่องสู่ชุมชน
2. พยาบาลวิชาชีพใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
3. หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน ติดตามกำกับกับการปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยใช้การนิเทศทางคลินิก การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การติดตามจากอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการติดตามตัวชี้วัดด้านการพยาบาล กลุ่มโรคสำคัญ นำข้อมูลการปฏิบัติที่ไม่บรรลุเป้าหมายมาจัดลำดับความสำคัญ กำหนดเป็นแผนและแนวทางปรับปรุง และติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง

นิยามศัพท์ :

การใช้กระบวนการพยาบาล หมายถึง กิจกรรมที่แสดงถึงพยาบาลวิชาชีพได้นำกระบวนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลด้วยการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลใน 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการ ประเมินผลทางการพยาบาล

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-40	หน้า: 2/2
เรื่อง: การใช้กระบวนการพยาบาล	

วิธีปฏิบัติ:

1. พยาบาลวิชาชีพประเมินอาการ อาการแสดง ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด และประเมินภาวะสุขภาพให้ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความเชื่อ จิตวิญญาณและมิติทางสังคม โดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต ชักประวัติ สัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่ได้มีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (Subjective data) ได้แก่ คำบอกเล่าหรือบรรยายแสดงความต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ เป็นต้น และข้อมูลเชิงรูปธรรม (Objective data) ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต จากหลักฐานผลการตรวจต่าง ๆ เป็นต้น
2. พยาบาลวิชาชีพกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากข้อมูลสุขภาพในข้อ 1 อย่างครบถ้วนองค์รวม และข้อวินิจฉัยในการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง โดยมีการจัดลำดับความสำคัญได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. พยาบาลวิชาชีพวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
4. พยาบาลวิชาชีพประเมินผลการพยาบาลถูกต้องและสอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาล

ทบทวนเอกสาร : 9 มิ.ย. 2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, R 2 ต.ค. 2560, R 1 พ.ค. 2562, R 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-50		ฉบับที่: ฉ
เรื่อง: การใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยใน		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: เพื่อให้การใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปในรูปแบบเดียวกันในแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

นโยบาย

1. พยาบาลจะต้องใช้แบบฟอร์มที่องค์กรกำหนดในการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยให้ถูกต้อง (รายละเอียดแต่ละแบบฟอร์มให้ดูเพิ่มเติมในคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล 2564)
2. แบบบันทึกต่างๆ ต้องเก็บในเวอร์ชัน หรือสแกนเก็บเป็น PDF file ตามระเบียบโรงพยาบาล

วิธีปฏิบัติ :

1. Nursing Assessment Form มี 3 แบบฟอร์ม ได้แก่ Adult Nursing Assessment Form, Pediatric Nursing Assessment Form และ Newborn Nursing Assessment Form ใช้บันทึกข้อมูลการประเมินสภาพ/ปัญหา/ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ ข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย
 - ก) Form 1 บันทึกอาการ ประวัติการเจ็บป่วย/แพ้ยา และการประเมินสภาพผู้ป่วย
 - ข) Form 2 บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และผู้ดูแลในกรณีเป็นผู้ป่วยทารกและเด็ก
2. Nursing Focus List Form ใช้บันทึกรายการประเด็นสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และ/หรือ ครอบครัว หรือข้อวินิจฉัยของพยาบาล เรียงลำดับตามวัน เวลา ที่เกิดเหตุการณ์ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย
 - ก) ประเด็นสำคัญปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Focus)
 - ข) เป้าหมาย/ผลลัพธ์ (Goals/Outcomes)
 - ค) วัน เดือน ปี ที่ประเมินพบประเด็นสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล
 - ง) วัน เดือน ปี ที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลแล้ว พบว่าบรรลุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้
3. Nursing Focus Note Form ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ขณะอยู่รักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย ข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย

ก) วัน เดือน ปี และเวลา

ข) เวลาที่ประเมินพบประเด็นสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล เวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ และเวลาที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ค) ประเด็นสำคัญปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ง) ข้อมูลการประเมินผู้ป่วย (Assessment) ทั้ง Subjective data และ Objective data

จ) กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติทันที หรือจะปฏิบัติ หรือแผนการดูแล (Intervention)

ฉ) การตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล

4. แบบบันทึกสรุปข้อมูลผู้ป่วยวันจำหน่าย ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างสรุป ในวันจำหน่าย ข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย

ก) การวินิจฉัย วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย รวมวันอยู่รักษา

ข) ประเภทการจำหน่าย

ค) สภาพผู้ป่วย

ง) ปัญหา/ความต้องการดูแลต่อเนื่อง

จ) ข้อมูลที่ให้

ฉ) ลักษณะการกลับบ้าน ข้อมูลประกอบด้วย

5. แบบบันทึกการให้ยา One day ใช้บันทึกการให้ยาแบบ One day ข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย

ก) วัน/เดือน/ปี ที่สั่งให้ยา

ข) ชื่อยา สารน้ำ ขนาด วิธีการ/ความถี่

ค) วัน/เดือน/ปี/เวลา ที่ให้ยา

ง) ชื่อและตำแหน่งผู้ให้ยา

6. แบบบันทึกการให้ยาต่อเนื่อง ใช้บันทึกการให้ยาต่อเนื่อง ข้อมูลประกอบด้วย

ก) วัน/เดือน/ปี ที่สั่งให้ยา

ข) ชื่อยา สารน้ำ ขนาด วิธีการ/ความถี่

ค) วัน/เดือน/ปี/เวลา ที่ให้ยา

ง) ชื่อและตำแหน่งผู้ให้ยา

7. แบบบันทึกอื่นๆ เพิ่มเติม

(รายละเอียดแต่ละแบบฟอร์มให้ดูเพิ่มเติมในคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2564)

ทบทวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, R 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2577, r 2 ต.ค. 2560, R 18 ก.พ. 2565,
r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-60		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การบันทึกทางการพยาบาล		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะกรรมการบริหาร	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลสามารถบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของครอบครัวของครอบครัวการพยาบาล ในรูปแบบ Focus charting ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน นอกจากนี้ยังใช้เป็นการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้

นโยบาย:

1. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในรูปแบบ Focus charting ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ครบคลุม ตรงตามปัญหา/ความต้องการ/สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ตามกระบวนการพยาบาล และมีการบันทึกอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล สามารถสะท้อนให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาลได้อย่างชัดเจน โดยการบันทึกต้องสั้น กระชับ เข้าใจง่าย สามารถอ่านออกได้ชัดเจน
2. การบันทึกให้เรียงลำดับตามวัน เวลา และต้องบันทึกโดยเร็วที่สุดเพื่อให้ข้อมูลมีความเที่ยงตรงและสมบูรณ์ กรณีที่บันทึกในภายหลังจะต้องระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์จริง และเวลาที่บันทึก รวมถึงไม่บันทึกล่วงหน้า
3. การบันทึกทุกครั้งจะต้องลงลายมือชื่อ ผู้บันทึกและตำแหน่งให้ชัดเจน อ่านง่าย และสามารถบ่งชี้ได้ว่า เป็นใคร

คำนิยามศัพท์:

การบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบ Focus charting หมายถึง ข้อความที่บันทึกการพยาบาลที่ชี้เฉพาะปัญหา/ความต้องการ/สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Assessment) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา (Intervention) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหรือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาลรวมทั้งผลการรักษา (Evaluation) โดยการบันทึกต้องสะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-60	หน้า: 2/3
เรื่อง: การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	

วิธีปฏิบัติ :

1. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีหน้าที่ลงบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในแบบบันทึกที่องค์กรกำหนด (NUR-2-50)
2. การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยให้บันทึกเป็นข้อเท็จจริง ให้ถูกต้องและชัดเจน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายครอบคลุมเกี่ยวกับ

ก) การประเมินสภาพ/สภาวะด้านร่างกาย จิตใจ และความต้องการของผู้ป่วยแรกรับ และการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง

ข) ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและ/ครอบครัว หรือข้อวินิจฉัยการ พยาบาลตามความสำคัญของปัญหาอย่างครอบคลุมองค์รวม

ค) แผนการพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง และกิจกรรมพยาบาลที่จะปฏิบัติให้สอดคล้องกับการประเมินสำคัญหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ง) กิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติจริง

จ) การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลการประเมินผู้ป่วยแรกรับและการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง

3. บันทึกให้ครอบคลุมการปฏิบัติตามบทบาทอิสระของพยาบาล และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง เมื่อไม่มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา จะต้องลงบันทึกเหตุผลและกิจกรรมทดแทนที่ได้ปฏิบัติลงไป

4. ลงบันทึกโดย

ก) ระบุ วัน เดือน ปี และเวลา ที่ประเมินพบประเด็นสำคัญหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข) ใช้คำย่อที่เป็นมาตรฐาน และ/หรือเฉพาะที่โรงพยาบาลรับรองเท่านั้น

ค) ใช้คำสะกดถูกต้อง

ง) ไม่ใช้คำที่แสดงการตัดสินผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยเรียกร้องความสนใจ

จ) ไม่เขียนความคิดเห็นส่วนตัว หรือการวิจารณ์

ฉ) เมื่อมีข้อความที่ผิดพลาดให้ขีดเส้นด้วยหมึกสีน้ำเงินฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการ (เส้นเดียว) และลงนามกำกับไว้ด้วยหมึกสีน้ำเงิน และไม่อนุญาตให้ใช้ยางลบหรือน้ำยาลบคำผิดลบข้อความที่ผิดพลาดในเวชระเบียน

ช) ลงลายมือชื่อผู้บันทึกและตำแหน่ง ให้ชัดเจน อ่านง่าย และสามารถบ่งชี้ได้ว่าเป็นใคร

ซ) ลงบันทึกข้อมูลบ่งชี้ผู้ป่วยในแบบบันทึกทุกหน้าให้ชัดเจน โดยอย่างน้อยจะต้องมี ชื่อ นามสกุล อายุ HN, AN ของผู้ป่วย ชื่อแพทย์ และชื่อหอผู้ป่วย

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-60	หน้า: 3/3
เรื่อง: การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	

ณ) การบันทึกโดยนักศึกษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพหรืออาจารย์พยาบาลผู้ควบคุมจะต้องตรวจสอบให้ถูกต้อง และลงชื่อกำกับด้วยทุกครั้ง

ภาคผนวก:

1. ตัวอย่างการบันทึกชี้แจงข้อความที่ผิดพลาด

บททวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, R 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, r 1 พ.ค 62, r 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-2-60

ตัวอย่างการบันทึกชี้แจงข้อความที่ผิดพลาด

การบันทึกข้อความ

ดวงใจ

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-70		ฉบับที่: ๑
เรื่อง: การรับผู้ป่วยใหม่		วันที่: ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๗
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพความเจ็บป่วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ วางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คลายความวิตกกังวล

นโยบาย :

1. หน่วยงานที่รับผู้ป่วยใหม่ จะต้องเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย ทั้งด้านบุคลากร สถานที่ เตียงผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องมือ
2. ผู้ป่วยที่รับใหม่จะต้องได้รับการประเมินสภาพความเจ็บป่วยจากพยาบาลวิชาชีพ และกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเร่งด่วนจะต้องได้รับการจัดการปัญหาทันที ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ติดต่อได้ต้องจัดให้อยู่ในพื้นที่แยกโรคอย่างเหมาะสม

นิยามศัพท์:

การรับผู้ป่วยใหม่ หมายถึง การรับผู้ป่วยใหม่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อการรักษาพยาบาลให้หายหรือทุเลาจากโรคต่างๆ โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลอย่างใกล้ชิด สามารถให้การรักษาได้ทันเวลาที่เมื่อพบปัญหาที่รุนแรงหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

วิธีปฏิบัติ:

1. การเตรียมความพร้อมในการรับใหม่
 - ก) รับแจ้งข้อมูลหรือการประสานงานจากงานผู้ป่วยนอก/งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เกี่ยวกับผู้ป่วยใหม่ เช่น ชื่อ-นามสกุล อายุ การวินิจฉัย สิทธิการรักษา อาการ/อาการแสดง สัญญาณชีพ การรักษาพยาบาลที่ ให้ ปัญหา/ความต้องการ และอุปกรณ์ที่ต้องเตรียมในการรักษาผู้ป่วย
 - ข) เตรียมเตียง ชุดผู้ป่วย อุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็นให้ครบถ้วน เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน สะอาด สะดวก เป็นระเบียบ

ค) เตรียมอุปกรณ์และเอกสารในการประเมินผู้ป่วยรับใหม่

2. การรับใหม่

ก) พยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้รับผู้ป่วยพร้อมกับสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ญาติ โดย ยิ้ม ไหว้ ทักทาย สวัสดี ด้วยหน้าตาอímแอ้ม สุภาพ อ่อนโยน

ข) พยาบาลตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของเอกสาร ชื่อ นามสกุล H.N., A.N. ป้ายชื่อมือ ที่ติดมากับผู้ป่วยให้ตรงกับตัวผู้ป่วย และเวชระเบียน

ค) พยาบาลประเมินสภาพของผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้งว่าเป็นผู้ป่วยประเภทใด เพื่อจัดบริการ พยาบาลและดูแลให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ติดต่อได้ต้องจัดให้อยู่ในพื้นที่แยกโรค

ง) พยาบาลจัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่เตรียมไว้ พยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้ดูแลเปลี่ยน เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยพร้อมซ้่งน้ำหนักราย (ยกเว้นกรณีที่ไม่สามารถยีนได้)

จ) พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสถานที่ ระเบียบการเยี่ยมและการเฝ้าผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ เช่น การเปิด การปิดแอร์ ตามเวลา การใช้เครื่องทำน้ำอุ่น การใช้กริ่งเรียกพยาบาล และของใช้ที่จำเป็นในกิจวัตรประจำวัน

ฉ) พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับและต่อเนื่อง โดย

i) ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินปัญหาผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

ii) ชักประวัติ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน อาการเจ็บป่วยในอดีต ยาที่ใช้ในปัจจุบัน และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว พร้อมบันทึกในแบบประเมินภาวะสุขภาพ และแบบบันทึกทางการพยาบาล

ช) ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การรักษา และแนวทางการรักษาพยาบาลขณะผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล

ซ) ให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเซ็นยินยอมให้ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล และการรักษาอื่นๆ โดยก่อนให้เซ็นยินยอม พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแผนการรักษา สิทธิผู้ป่วย จนผู้ป่วย/ญาติและพยาบาลเข้าใจตรงกัน

ฌ) ถ้าผู้ป่วยมีทรัพย์สินติดตัวมาให้ญาตินำกลับไปด้วย แต่ถ้าไม่รู้สีกตัวและไม่มีญาติ ให้จัดเก็บของมีค่าบันทึกรายการสิ่งของ พร้อมทั้งมีพยานรู้เห็นลงนามรับทราบในสมุดบันทึก

ฎ) ส่งตรวจ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษต่างๆ รายงานผลให้แพทย์ทราบ

ฏ) พยาบาลปฏิบัติการพยาบาล ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ดูแลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-70	หน้า: 3/3
เรื่อง: การรับผู้ป่วยใหม่	

ฎ) กรณีเป็นผู้ป่วยวิกฤติ มีภาวะเร่งด่วนหรือมีอาการผิดปกติ ดูแลให้ได้รับการช่วยเหลือทันที
อย่างเหมาะสม

3. กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร ให้ปฏิบัติ ดังนี้

ก) ตรวจสอบหมายเลขโทรศัพท์ ที่อยู่ จากเอกสารในตัวผู้ป่วย หรือสอบถามจากผู้นำส่ง หาก
ทราบหมายเลขโทรศัพท์ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแจ้งญาติทราบทันที กรณีทราบเฉพาะที่อยู่ติดต่อได้
ให้พยาบาลติดต่อฝ่ายสังคมสงเคราะห์ ติดตามญาติให้

ข) กรณีไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร ในเวลาราชการให้ติดต่อฝ่ายบริหารงานทั่วไป ส่วนนอกเวลา
ราชการให้ติดต่อเวรตรวจการบริหาร เพื่อแจ้งความตำรวจให้ติดตามญาติ

4. การทำแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตาม KKH และ NUR-2-60

ทบทวนเอกสาร : 9 มิ.ย. 2551, R 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, R 25 มี.ค. 2565,
r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-80		ฉบับที่: ฉ
เรื่อง: การย้ายผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่นภายในโรงพยาบาล		วันที่: R 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วย เรื่อง การย้าย/ส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่นภายในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการปลอดภัยได้รับบริการที่เหมาะสมปลอดภัย

นโยบาย:

1. หน่วยงานที่ย้ายต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และปฏิบัติตามเกณฑ์การย้ายส่งต่อผู้ป่วยภายในหน่วยงาน
2. พยาบาลวิชาชีพต้องแจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติในการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยัง/หน่วยงานอื่นทุกครั้ง และผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการดูแลให้ปลอดภัยระหว่างการส่งต่อ
3. หน่วยงานที่รับย้าย ต้องเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย ทั้งด้านบุคลากร สถานที่ เตียงผู้ป่วยและเครื่องมืออุปกรณ์
4. การรับย้ายและจำหน่ายผู้ป่วยต้องเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม

นิยามศัพท์:

การย้าย/ส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่นภายในโรงพยาบาล หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหน่วยงานหนึ่งเพื่อไปรับการตรวจรักษาต่อกับอีกหน่วยงานหนึ่งภายในโรงพยาบาล

วิธีปฏิบัติ:

1. การเตรียมย้าย หน่วยงานที่ย้าย แจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมในการย้ายส่งต่อ
2. ก่อนย้ายผู้ป่วยให้ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย อาการ อาการแสดงที่พร้อมย้าย เตรียมเวชระเบียน ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย ตรวจสอบ ชื่อ นามสกุลผู้ป่วยให้ตรงกับเวชระเบียน ป้ายชื่อมือของผู้ป่วย
3. ประเมินอาการผู้ป่วย และให้ข้อมูลการย้าย/ส่งต่อแก่ผู้ป่วยและหรือญาติ เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ให้เรียบร้อยก่อนการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-80	หน้า: 2/2
เรื่อง: การย้ายผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่นภายในโรงพยาบาล	

4. เตรียมข้อมูลการย้าย/ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงาน/หอผู้ป่วยอื่นจากเวชระเบียน บันทึกข้อมูลการย้ายในเวชระเบียน
5. กรณีย้ายผู้ป่วยไปหน่วยงานใหม่ พยาบาลวิชาชีพประสานงานและส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ปัญหาความต้องการการดูแลต่อเนื่อง แผนการรักษาพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง กรณีการส่งต่อเพื่อทำการตรวจรักษาหรือหัตถการ พยาบาลวิชาชีพประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามระบบการส่งต่อ
6. บันทึกอาการ อาการแสดง กิจกรรมการพยาบาล การเตรียมผู้ป่วย และผลปฏิบัติการพยาบาลในบันทึกการพยาบาลก่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย ตาม NUR-2-60
7. จัดเตรียมเอกสาร เวชระเบียน ยา หรืออุปกรณ์อื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องใช้
8. ประสานกับพนักงานเปล แจ้งข้อมูลการย้ายผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์พิเศษกรณีที่ต้องใช้ระหว่างการส่งต่อ เช่น ออกซิเจน, เครื่องวัด SpO2 เป็นต้น
9. กรณีที่เป็นผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีพยาบาลนำส่ง พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยด้วย และกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ให้ช่วยหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบพกพา (ตาม KKH-13-380)
10. บันทึกข้อมูลการย้ายผู้ป่วยลงระบบ I hos. Gen 2 ผู้ป่วยใน และทะเบียนจำหน่ายของหน่วยงาน

ทบทวนเอกสาร : 9 มิ.ย.2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, r 25 มี.ค. 2565,
R 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-90		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การบริหารจัดการเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย กรณีที่ผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน/ส่งต่อ/ไม่สมัครอยู่		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

นโยบาย: พยาบาลวิชาชีพต้องวางแผนการจำหน่ายตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ดูแลต่อเนื่องและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำนิยามศัพท์:

การจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง การสิ้นสุดการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการที่ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยโดยแพทย์อนุญาต ไม่สมัครใจอยู่รักษา หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาสถานพยาบาลอื่น

วิธีปฏิบัติ:

1. พยาบาลประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินก่อนจำหน่ายตามแบบฟอร์มประเมิน Refer back
2. ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ฝึกเสริมทักษะแก่ผู้ป่วย
3. ตรวจสอบแผนการรักษา การจำหน่าย จัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ เพื่อส่งมอบให้ผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล (กรณีไม่สมัครใจอยู่ให้ดูเพิ่มเติมใน KKH-10-140)
4. กรณีมีการนัดติดตามการรักษา ให้บันทึกผ่านโปรแกรมระบบนัด
5. กรณีต้องส่งต่อไปรักษาที่สถานบริการอื่น
 - ก) ประสานศูนย์ส่งต่อเพื่อสื่อสารข้อมูลและประเมินความพร้อมของสถานบริการ
 - ข) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในใบ Refer โดยใช้ Application line refer เพื่อสื่อสารประสานทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
 - ค) ประสานส่งต่อในระบบโปรแกรมเฉพาะโรค (IMC) เพื่อช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยติดตามผลการดูแลต่อเนื่องในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนอง

ง) ประสานศูนย์บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่านระบบโปรแกรม กรณีต้องใช้รถนั่ง รถนอน

6. กรณีไม่สมัครใจอยู่

ก) ให้ข้อมูลกับญาติ/ผู้ดูแลโดยชอบธรรม ถึงผลกระทบหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจ

ข) ญาติ/ผู้ดูแลโดยชอบธรรม ลงนามในเวชระเบียน

ค) ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารใบรับรองแพทย์ เพื่อยืนยันการอยู่รักษาในโรงพยาบาลก่อนส่งมอบให้แก่ญาติ/ผู้ดูแล

7. บันทึกกิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ (ดูใน NUR-2-60)

ทบทวนเอกสาร: 9 มี.ย. 2551, R 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, R 22 ก.พ. 2565, r 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-100		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การควบคุมกำกับบุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ		วันที่: 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านทรัพยากรบุคคล	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จะต้องควบคุมกำกับ

1. บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ต้องปฏิบัติงานภายใต้การดูแลควบคุมกำกับของพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพและมีประสบการณ์
2. บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบต้องผ่านการปฐมนิเทศขององค์กรตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
3. ทุกคนต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ ค่านิยม นโยบายและวิธีปฏิบัติของโรงพยาบาล

คำจำกัดความ : บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานใหม่ พยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน รวมถึงอาจารย์นิเทศ

วิธีปฏิบัติ :

1. องค์กร/หน่วยงาน ดำเนินการปฐมนิเทศบุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ
2. บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ปฏิบัติตามนโยบาย ระเบียบ และข้อกำหนดขององค์กร
3. บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ติดป้ายที่ระบุ ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง เช่น พยาบาลวิชาชีพผู้ฝึกปฏิบัติงานนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น เป็นต้น
4. บุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ปฏิบัติงานภายใต้การนิเทศ กำกับของผู้ดูแล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พยาบาลพี่เลี้ยง อาจารย์นิเทศของสถาบัน และ/หรือ ครูคลินิก
5. ผู้ควบคุมดูแล มอบหมายงาน หรือมอบหมาย Case ให้พยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานใหม่ พยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน เป็นลายลักษณ์อักษร
6. ผู้ดูแล หรือผู้นิเทศ หรือผู้ชำนาญการ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พยาบาลพี่เลี้ยง ครูคลินิก อาจารย์นิเทศ ทบทวนตรวจสอบความถูกต้องเมื่อพยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานใหม่ พยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเสร็จเรียบร้อยทุกครั้ง

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-100	หน้า: 2/2
เรื่อง: การควบคุมกำกับบุคคลที่มีคุณสมบัติไม่ครบ	

7. กรณีมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติ หรือทดลองงานของพยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติ งานใหม่ พยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน ให้หัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้าเวร หรืออาจารย์นิเทศ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ KKH-8-50 KKH-8-70 KKH-8-110 และรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ

บททวน : 9 มิ.ย.2551, R 11 เม.ย.2554, r 3 พ.ย.2557 r 2 ต.ค.2560, R 1พ.ค. 2562, R 1 พ.ย.2563,
r 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-1-100

การปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล และผู้มาฝึกปฏิบัติงาน

1. กำหนดให้จัดสัดส่วนการฝึกภาคปฏิบัติระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศ ตามประเภทของหอผู้ป่วย ดังนี้

ก) หอผู้ป่วย ICU และหอผู้ป่วยวิกฤต จัดสัดส่วน อาจารย์ 1 คน : นักศึกษา 6 คน และ/หรือครูคลินิก 1 คน : นักศึกษา 4 คน

ข) หอผู้ป่วยทั่วไป จัดสัดส่วน อาจารย์ 1 คน : นักศึกษา 8 คน และ/หรือครูคลินิก 1 คน : นักศึกษา 8 คน

ค) ครูคลินิก หรือพยาบาลพี่เลี้ยง ทำหน้าที่กำหนด (ภาคผนวก 1)

2. การฝึกภาคปฏิบัติที่หอผู้ป่วย

ก) ผู้ควบคุมจะต้องมอบหมายงาน และ/หรือ มอบหมาย Case ให้นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เป็นลายลักษณ์อักษร

ข) อาจารย์นิเทศ นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ ค่านิยม นโยบายและวิธีปฏิบัติของโรงพยาบาล

ค) เมื่อนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ผู้ดูแลหรือผู้นิเทศหรือผู้ชำนาญกว่า ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พยาบาลพี่เลี้ยง ครูคลินิก อาจารย์นิเทศ ต้องทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้ง

ง) กรณีมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติหรือทดลองงานของนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ให้หัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้าเวร หรืออาจารย์นิเทศปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ KKH-8-50, KKH-8-70, KKH-8-110

จ) กรณีไม่มีอาจารย์นิเทศติดมากับนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน ให้ประสานหัวหน้าหน่วยงานจัดพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีคุณสมบัติเหมาะสมขึ้นพิเศษ นอกเหนือจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย เพื่อทำหน้าที่นิเทศ กำกับ นักศึกษาแทนอาจารย์ โดยให้สถาบันรับผิดชอบค่าใช้จ่าย หรือหากอาจารย์นิเทศติดภารกิจในช่วงเวลาสั้นๆ ขอให้แจ้งหัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้าเวรทุกครั้ง

ฉ) อาจารย์นิเทศและนักศึกษาพยาบาล ร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาลตามความเหมาะสม

ช) ประสานกิจกรรมการเรียนการสอนบนคลินิกกับหัวหน้าหน่วยงาน และ/หรือ พยาบาลประจำการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างสถาบันและแหล่งฝึกตามความเหมาะสม

หน้าที่อาจารย์นิเทศ/ครูคลินิก/พยาบาลพี่เลี้ยง/พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

1. ประชุมนิเทศสถานที่ฝึกปฏิบัติงาน
2. ร่วมพิจารณาผู้ป่วยที่นักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลือกไว้ดูแล หรือมอบหมายหน้าที่ มอบหมาย Case ให้ตามความเหมาะสม
3. Pre - Post conference ร่วมกับนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
4. พิจารณาและให้คำปรึกษาจัดทำแผนการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และแผนการจัดตารางการเรียนรู้/ การสอน/การฝึก ในคลินิก
5. นิเทศการฝึกภาคปฏิบัติ ปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อย่างใกล้ชิด
6. ร่วมวางแผนและเฝ้าอำนวยการฝึก/การเรียนรู้ภาคปฏิบัติ ของนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
7. ร่วมกิจกรรมการดำเนินการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ให้คำแนะนำ และการประเมินผล
8. ร่วมตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
9. ลงชื่อรับรองการฝึกทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ผู้มาฝึกปฏิบัติงาน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-110		ฉบับที่: ข
เรื่อง: การรับคำสั่งการรักษา		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์:

ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการรับคำสั่งการรักษาที่ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติงานเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย ใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานที่จะมีผลเสียหายทางกฎหมายต่อผู้ใช้บริการ

นโยบาย:

1. กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับแผนการรักษาในเวชระเบียนของผู้ป่วยเท่านั้น
2. หากแผนการรักษานั้นๆ ไม่ชัดเจนหรือมีข้อสงสัย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการรักษาพยาบาล ให้พยาบาลวิชาชีพประสานแพทย์ผู้สั่งแผนการรักษา ทวนแผนการสั่งการรักษาซ้ำ
3. กรณีแพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ซึ่งใช้ได้เฉพาะในรายที่เป็นภาวะเร่งด่วนเท่านั้น ให้พยาบาลผู้รับแผนการรักษาทางโทรศัพท์สอบถามข้อมูล ชื่อแพทย์ที่สั่งการรักษา คำสั่งแผนการรักษา และให้ลงบันทึกข้อมูลคำสั่งการรักษาในแบบฟอร์มใบคำสั่งการรักษา (Doctor's order sheet) เป็นลายลักษณ์อักษรให้ครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจน และจะต้องอ่านทวนซ้ำข้อมูลแผนการรักษาให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาได้รับทราบ ยืนยันความถูกต้อง

คำนิยามศัพท์:

คำสั่งการรักษา หมายถึง ข้อความที่แพทย์เขียนสั่งการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคำสั่งการรักษา มี 2 ชนิด คือ คำสั่งครั้งเดียวใช้ตลอดไป (Continuing order) และคำสั่งใช้ครั้งเดียวใช้ได้หนึ่งวัน (Order for one day)

วิธีการปฏิบัติ:

1. พยาบาลวิชาชีพผู้รับคำสั่งการรักษา ตรวจสอบคำสั่งการรักษา หากไม่ชัดเจนให้ประสานแพทย์ผู้สั่งการรักษาเพื่อให้มีความชัดเจนและถูกต้อง

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-110	หน้า: 2/2
เรื่อง: การรับคำสั่งการรักษา	

2. กรณีที่คำสั่งการรักษาชัดเจน พยาบาลวิชาชีพผู้รับคำสั่งการรักษา ลงนามเป็นผู้รับคำสั่งการรักษาควบคู่กับชื่อแพทย์ผู้สั่งการรักษา โดย ลงชื่อผู้รับคำสั่งการรักษา วันที่ เดือน ปี และเวลา อย่างชัดเจนในใบคำสั่งการรักษา

3. กรณีเป็นภาวะเร่งด่วน แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์

ก) ให้พยาบาลผู้รับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์สอบถาม ชื่อแพทย์ผู้สั่งการรักษา คำสั่งการรักษา พร้อมลงบันทึกข้อมูลคำสั่งการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์มคำสั่งการรักษาให้ครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจน และทวนซ้ำข้อมูลคำสั่งการรักษาให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาทราบ เพื่อยืนยันความถูกต้องอีกครั้ง พร้อมลงชื่อผู้รับคำสั่งการรักษา วันที่ เดือน ปี เวลา และเขียนระบุว่า รับคำสั่งทางโทรศัพท์ แพทย์..... (ระบุชื่อแพทย์) .

ข) ติดตามให้แพทย์ผู้สั่งการรักษา ลงนามกำกับคำสั่งการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง (ดูเพิ่มเติมใน Policy KKH เรื่อง ความรับผิดชอบของแพทย์ในการบันทึกเวชระเบียน)

ทบทวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, ก.พ. 2562, R มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-120		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การบริหารยาในหอผู้ป่วย		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารยาในหอผู้ป่วย

นโยบาย: ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษาและปลอดภัย

คำนิยามศัพท์:

การบริหารยา หมายถึง การจัดการ วางแผนให้ยา ช่วยเหลือ ชี้แนะ ติดตาม ประเมินผลและการให้ยาเข้าสู่ร่างกาย เช่น ยารับประทาน ยาฉีด ยาทา ยาสอด เป็นต้น โดยคำนึงถึงความถูกต้องตามหลักการให้ยา ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา

วิธีปฏิบัติ:

1. พยาบาลวิชาชีพต้องตรวจสอบแผนการรักษาของแพทย์ในใบคำสั่งการรักษาและใบบันทึกการให้ยาทุกเวร ลงชื่อตนเอง วันที่/เดือน/ปี/เวลา ที่รับคำสั่ง ด้วยปากกาสีแดงให้ชัดเจน และคัดลอกรายการยาลงในแบบฟอร์ม 9/1 หรือพิมพ์แบบบันทึกการให้ยา (Electronic Medication Administration Record, EMAR)
2. กรณีพบปัญหาในแผนการรักษาให้ประสานงานกับแพทย์ผู้สั่งการรักษา เพื่อทบทวนแผนการรักษาก่อนให้การรักษาทันที
3. การบริหารยา “Stat dose” พยาบาลวิชาชีพจะต้องให้นายันภายใน 30 นาที หลังจาก Stat dose ให้บริหารยาตามตารางการปรับเวลาการบริหารยามาตรฐาน (ภาคผนวก 1)
4. การบริหารกลุ่มยาต้านจุลชีพที่สั่ง OD ให้บริหารยาครั้งแรกทันที (Stat dose) และเริ่มยา Dose ที่ 2 ตามตารางการปรับเวลาการบริหารยามาตรฐาน และประสานแพทย์ระบุ Stat dose
5. กรณีเป็นคำสั่งการรักษาต่อเนื่อง ให้กำหนดเวลาให้ยาแยกตามชนิดของยารับประทานและยาฉีดหรือยาอื่นๆ ตามคำสั่งการรักษา ดังนี้

ก) ยารับประทาน กำหนดเวลา ดังนี้

- i) OD ac เข้า เวลา 07.00 น.
- ii) OD pc เข้า เวลา 08.00 น.
- iii) hs เวลา 20.00 น.

เรื่อง: การรับคำสั่งการรักษาเกี่ยวกับการให้ยาและบริหารยาในหอผู้ป่วย

- iv) bid ac เวลา 07.00 น. และ 15.00 น.
- v) bid pc เวลา 08.00 น. และ 17.00 น.
- vi) tid ac เวลา 07.00 น., 11.00 น. และ 15.00 น.
- vii) tid. pc เวลา 08.00 น., 12.00 น. และ 17.00 น.
- viii) qid ac เวลา 07.00 น., 11.00 น., 15.00 น. และ 20.00 น.
- ix) qid pc เวลา 08.00 น., 12.00 น., 17.00 น. และ 20.00 น.

ข) ยาฉีดและยาอื่นๆ กำหนดเวลาดังนี้

- i) OD เวลา 06.00 น. หรือ 18.00 น. และ/หรือตามแผนการรักษา
- ii) bid เวลา 06.00 น. และ 18.00 น. และ/หรือตามคำสั่งการรักษา
- iii) q 8 hr. เวลา 06.00 น., 14.00 น. และ 22.00 น.
- iv) q 6 hr เวลา 06.00 น., 12.00 น., 18.00 น. และ 24.00 น.
- v) q 4 hr เวลา 02.00 น., 06.00 น., 10.00 น., 14.00 น., 18.00 น. และ 22.00 น.
- vi) q 2 hr เวลา 02.00 น., 06.00 น., 08.00 น., 10.00 น., 12.00 น., 14.00 น., 16.00 น., 18.00 น., 20.00 น., 22.00 น. และ 24.00 น.
- vii) q 1 hr เวลา 01.00 น., 02.00 น., 03.00 น., 04.00 น., 05.00 น., 06.00 น., 07.00 น., 08.00 น., 09.00 น., 10.00 น., 11.00 น., 12.00 น., 13.00 น., 14.00 น., 15.00 น., 16.00 น., 17.00 น., 18.00 น., 19.00 น., 20.00 น., 21.00 น., 22.00 น., 23.00 น. และ 24.00 น.

6. พยาบาลผู้บริหารยา

ก) ก่อนเริ่มให้ยาผู้ป่วย ปฏิบัติดังนี้

i) สอบถามชื่อสกุลผู้ป่วยพร้อมป้ายชื่อมือประกอบให้ถูกต้อง ตรวจสอบชื่อยา ความแรง วิธีการให้ เวลาที่ให้ ในใบบันทึกการให้ยา

ii) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาเป็นครั้งแรก ให้สอบถามผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับประวัติการแพ้ยา หรือ สารอาหารอื่นที่เกี่ยวข้อง หากตรวจสอบพบบริบตรวจสอบและแจ้งประวัติการแพ้ยาให้เจ้าหน้าที่เภสัชกร ทราบ และลงบันทึกในเวชระเบียน

ข) บริหารยาอย่างถูกต้องเทคนิค หลักปราศจากเชื้อ พร้อมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะและหลัง การให้ยา

ค) เวลาที่บริหารยาให้แก่ผู้ป่วย ให้ตรงตามเวลา Standard time (ภาคผนวก 2) โดยเฉพาะยาก กลุ่มต้านไวรัสหรือยากกลุ่มที่จะต้องให้ตรงเวลา ต้องให้ตรงตามเวลาที่กำหนด โดยยึดเวลาเดิมที่ผู้ป่วยใช้ การบริหารยาคาดเคลื่อนได้ไม่เกิน +/- ไม่เกิน 20 นาที

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-120	หน้า: 3/3
เรื่อง: การรับคำสั่งการรักษาเกี่ยวกับการให้ยาและบริหารยาในหอผู้ป่วย	

ง) ยาที่ผสม Dilute ใน Solution ให้ Drip จนหมด ไม่เหลือค้างสาย (น้อยกว่า 1/4 ของ Set IV. fluid)

จ) พยาบาลผู้ให้ยาแก่ผู้ป่วยลงชื่อในช่องการให้ยาให้ตรงกับช่วงเวลาและวันที่ให้ยา พร้อมบันทึกเวลาที่ให้จริง หากเป็นยาความเสี่ยงสูงควรมีการตรวจสอบก่อนการบริหารยาซ้ำโดยอิสระ (Independent Double check) จากผู้ประกอบวิชาชีพอีกคนหนึ่ง โดยต้องตรวจสอบทั้งชื่อยา ขนาด วิธีการให้ยา อัตราเร็ว เวลา รวมทั้งผู้ป่วยที่จะได้รับยา ก่อนที่จะให้แก่ผู้ป่วย

ฉ) กรณีมีคำสั่งยกเลิกการให้ยา ให้เขียนยกเลิกในใบบันทึกการให้ยา ยุติการให้ชนิดนั้นในมียาต่อไป และให้นำยาออกมาเพื่อเตรียมส่งคืนงานเภสัชกรรม แนบใบยากับ Drug profile ของผู้ป่วย และนำส่งคืนงานเภสัชกรรมทุกวัน

ช) แจ้งผู้ป่วย/ญาติทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา

ภาคผนวก:

1. ตารางการปรับเวลาการบริหารยามาตรฐาน
2. เวลาบริหารยาตาม Standard time

บททวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, R 21 พ.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, 2 ต.ค. 2560, R 1 พ.ค. 2562, R 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-2-120

ตารางการปรับเวลาการบริหารยามาตรฐาน

แนวทางการปรับเวลาการบริหารยาชนิดฉีด เข้ารอบมาตรฐาน
หลังจากมีการบริหารยาครั้งแรกทันที (Stat dose) โรงพยาบาลขอนแก่น

เวลาที่ให้ยา dose แรก หรือ Stat dose	Dose ยาลดไปให้ Run ที่เวลา					
	Q4H	Q6H	Q8H	Q12H	OD	
					Q24H	Q24H
	02-06-10-14-18-22	06-12-18-24	06-14-22	06-18	06	18
24:00	2	6	6	6		18
01:00	6	6	6	6		18
02:00	6	6	6	18		18
03:00	6	6	14	18		18
04:00	6	12	14	18		18
05:00	10	12	14	18		18
06:00	10	12	14	18	6 (Next Day)	
07:00	10	12	14	18	6 (Next Day)	
08:00	10	12	14	18	6 (Next Day)	
09:00	14	12	14	18	6 (Next Day)	
10:00	14	18	14	18	6 (Next Day)	
11:00	14	18	22	18	6 (Next Day)	
12:00	14	18	22	18	6 (Next Day)	
13:00	18	18	22	18	6 (Next Day)	
14:00	18	18	22	6	6 (Next Day)	
15:00	18	18	22	6	6 (Next Day)	
16:00	18	24	22	6	6 (Next Day)	
17:00	22	24	22	6		18 (Next Day)
18:00	22	24	22	6		18 (Next Day)
19:00	22	24	6	6		18 (Next Day)
20:00	22	24	6	6		18 (Next Day)
21:00	02	24	6	6		18 (Next Day)
22:00	02	6	6	6		18 (Next Day)
23:00	02	6	6	6		18 (Next Day)

หมายเหตุ

- ถ้าเป็นเคสหนักใช้กฎ 2/3 คือ ก่อนนาฬิกา 40 ให้ยาลดชั่วโมงข้างหน้า เช่น 9.40 น. ให้ยาลดเป็น 9.00 น. ตั้งนาฬิกาที่ 41 ให้ยาลดชั่วโมงถัดไป เช่น ถ้าเป็น 9.41 น. ให้ยาลดเป็น 10.00 น.
- สำหรับยาที่บริหาร OD : เวลา 08.00-16.00 น. จะถือเป็น Dose 06.00 น. ของวันนั้น ดังนั้นห้องยาจะจ่าย Dose stat และ dose ถัดไปรวม 2 dose

การนับ Stat dose กับเวลามาตรฐานการให้ยา เพื่อเริ่มให้ยา dose ที่ 2

Interval of drug	เวลาการให้ยา																							
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
q 2 hr																								
q 4 hr		8	7			7	6			6	5			5	4			4	3			3	2	
q 6 hr		6	5			5	4			4	3			3	2			2	1			1		
q 8 hr		4	3			3	2			2	1			1				1						
Phenytoin q 8 hr	เริ่มยา Dose 2 ได้้อย่างเร็ว 8 ชั่วโมงหลัง LD																							
Aminoglycoside q 8 hr	เริ่มยา Dose 2 ได้้อย่างเร็ว 6 ชั่วโมงหลังเริ่มหยดยา																							
q 12 hr		3	2			2	1			1			1					1						
Vancomycin q 12 hr	เริ่มยา Dose 2 ได้้อย่างเร็ว 9 ชั่วโมงหลังเริ่มหยดยา																							
q 24 hr		2	1			1							1											
Amphotericin B q 24 hr	เริ่มยา Dose 2 ได้้อย่างเร็ว 14 ชั่วโมงหลังเริ่มหยดยา																							
Phenytoin q 24 hr	เริ่มยา Dose 2 ได้้อย่างเร็ว 24 ชั่วโมงหลัง LD																							
Aminoglycoside q 24 hr	เริ่มยา Dose 2 ได้้อย่างเร็ว 10 ชั่วโมงหลังเริ่มหยดยา																							

คือ เวลามาตรฐานการให้ยา → ริงเข้าหาเวลาใด ให้ถือการให้ Stat เป็นการให้เวลานั้น

- # ใช้หลักการ 2/3 of Interval คือ การให้ยาในเวลา 2/3 of Interval นับเป็นมือเวลาก่อนหน้า, การให้ยาหลัง 2/3 of interval นับเป็นมือเวลาที่ต่อไป
- # และคำนึงถึงระดับยาต่ำสุดก่อนให้ยามือที่ 2 ของยามาบางตัวเพื่อป้องกันพิษจากยาที่สะสมมากเกินไปก่อนเริ่มมือที่ 2
- # ตัวเลขบนลูกศร คือ จำนวน dose ยาที่ต้องจ่าย/ให้ นับถึง เวลา 12.00 น.ของวันถัดไป (รวม stat dose)
- # ถ้าไม่มีคำสั่ง with stat ให้เริ่มยา dose แรก ตามเวลามาตรฐาน หลัง 15.00 น.

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-130		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การรายงานแพทย์		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อ

1. เป็นแนวทางในการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ
2. ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างทันทั่วถึงที่ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ
3. ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง/รวดเร็ว

นโยบาย:

1. พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รายงานแพทย์เท่านั้น
2. ก่อนรายงานแพทย์ พยาบาลวิชาชีพจะต้องรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน
3. หลักการรายงานแพทย์ให้ใช้หลักการ ISBAR
4. บันทึกข้อมูลการรายงาน อาการผู้ป่วยพร้อมทั้งกิจกรรมการพยาบาล การช่วยเหลือ ผลการพยาบาลในบันทึกทางการพยาบาลอย่างชัดเจน ตาม NUR-2-60

นิยามศัพท์:

ISBAR เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมและระหว่างสหสาขาวิชาชีพให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. Identify คือ การระบุชื่อ ระบุตัวผู้รายงาน/ตัวผู้ป่วย
2. Situation คือ สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน
3. Background คือ ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์
4. Assessment คือ การประเมินสภาพ
5. Recommendation คือ ข้อเสนอแนะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

วิธีปฏิบัติ:

1. ระบบการรายงานแพทย์ในแต่ละแผนกให้ขึ้นอยู่กับกระบวนการรายงานของแต่ละแผนกนั้นๆ ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ
2. พยาบาลวิชาชีพรายงานแพทย์โดยใช้หลักการ ISBAR

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : NUR-2-130	หน้า : 2/2
เรื่อง : การรายงานแพทย์	

3. พยาบาลวิชาชีพรายงานแพทย์ทันทีเมื่อมีข้อมูลที่ต้องรายงานตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ
4. พยาบาลวิชาชีพรายงานแพทย์ทันทีที่ประเมินผู้ป่วยแล้วพบความผิดปกติ ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยยาหรือหัตถการทางการแพทย์ ทั้งนี้ทำได้ก็ต่อเมื่อมีคำสั่งการรักษาจากแพทย์ กรณีไม่สามารถติดต่อแพทย์ได้ ให้พยาบาลวิชาชีพติดต่อแพทย์ซ้ำ (ตามระบบการรายงานแพทย์ในแต่ละแผนก) เช่น โทรศัพท์ติดต่อแพทย์ทุก 5 นาที 3 ครั้ง ถ้าไม่สามารถติดต่อได้ ให้พยาบาลวิชาชีพรายงานแพทย์ที่ระดับสูงกว่าแพทย์นั้น
5. พยาบาลวิชาชีพต้องรายงานแพทย์ซ้ำทันทีที่ประเมินผู้ป่วยแล้วพบอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือทรุดลง
6. กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินจำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และแพทย์ผู้ดูแลยังไม่ถึง ให้พยาบาลวิชาชีพตามแพทย์ที่อยู่ใกล้ที่สุดและตามได้เร็วที่สุด เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ และให้รายงานแพทย์ตามระบบที่ระบุไว้ในข้อ 1

ภาคผนวก:

1. หลักการรายงานแพทย์โดยใช้ ISBAR

ทบทวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, R 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, R 1 พ.ค. 2562, R 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-2-130

หลักการรายงานแพทย์โดยใช้ ISBAR

ก่อนรายงานแพทย์ โดยใช้หลักการ ISBAR ควรเตรียมตัวดังนี้

1. ถามตัวเองก่อนว่า ได้เห็นและประเมินผู้ป่วยรายนี้ด้วยตนเองหรือไม่
2. ควรรู้ว่าจะต้องรายงานแพทย์ท่านใด เช่น แพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวร จากการทบทวนเวชระเบียน
3. รู้การวินิจฉัยเมื่อวันที่แรกรับและวันที่แรกรับ
4. อ่านและทำความเข้าใจกับบันทึกความก้าวหน้าของแพทย์และพยาบาลที่บันทึกไว้
5. เตรียมข้อมูลและสิ่งต่างๆก่อนรายงานแพทย์ ได้แก่ เวชระเบียน ประวัติทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ประวัติการแพ้ การรักษาทั้งที่ผ่านมาและในปัจจุบัน การประเมินสภาพต่างๆ ที่สำคัญ สัญญาณชีพล่าสุด GCS, Pain score รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันเวลาที่ตรวจและผลการตรวจครั้งที่แล้วเพื่อการเปรียบเทียบ
6. การรายงานปัญหาของผู้ป่วยควรรวบรัดกระชับ

ตัวอย่างการรายงานแพทย์โดยใช้หลักการ ISBAR ดังนี้

“สวัสดีค่ะ คุณหมอ..... ดิฉัน (ชื่อ-สกุล)..... พยาบาลหอผู้ป่วย..... ขอรายงาน case ผู้ป่วย (นาย/นาง-นามสกุล)..... อายุ..... เพศ/ห้อง..... เวลา..... พบอาการ (ที่ทำให้ต้องรายงาน).....”

“ผู้ป่วย Admit (วัน/เดือน/ปีที่เข้ารับการรักษา)..... ด้วยอาการ..... การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ..... ประวัติการรักษา..... หัตถการสำคัญ..... ผลการตรวจพิเศษ/ผล Lab ต่างๆ (เปรียบเทียบกับครั้งที่แล้ว)..... เมื่อ..... ชั่วโมงก่อน V/S..... สารน้ำที่กำลังให้อยู่ (ถ้ามี).....”

“ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการรักษา..... ประวัติแพ้ยา (ถ้ามี).....

“ขณะนี้ V/S (ล่าสุด)..... อาการที่ผิดปกติ.....” “ดูเหมือนผู้ป่วยจะทรุดลง” “คิดว่าน่าจะเกิดภาวะเลือดออก” ฯลฯ

“คุณหมอมะจะให้ส่ง Lab..... หรือให้ IV..... ไปก่อนมั๊ยคะ ดิฉันอยากให้คุณหมอมาดูอาการผู้ป่วยด่วนค่ะ ผู้ป่วยน่าจะไ้ย้ายเตียงค่ะ”

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-140		ฉบับที่: ฉ
เรื่อง: การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด/ทำหัตถการ		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงที่ป้องกันได้ จากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ
2. เพื่อป้องกันการเลื่อนหรือดัด/หัตถการ จากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม
3. เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและกำหนดให้เป็นแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร

นโยบาย: ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการต้องได้รับการเตรียมด้านร่างกายและจิตใจให้พร้อมทุกราย

คำนิยามศัพท์:

การผ่าตัด/หัตถการ เป็นวิธีการรักษาหรือเพื่อการวินิจฉัยที่มีการลุกล้ำเข้าไปในร่างกายหรืออวัยวะที่มีปัญหาหรือเป็นโรคโดยนับรวมทั้งที่ดมยาและไม่ดมยา ทั้งรายฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน

วิธีปฏิบัติ

1. พยาบาลวิชาชีพต้องทำการระบุตัวผู้ป่วย (Patient identification) ที่จะได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการให้ถูกต้อง โดยใช้ 2 ตัวบ่งชี้ คือ ชื่อ-นามสกุล และวัน เดือน ปีเกิด รวมทั้งยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วยให้ตรงกับป้ายข้อมือ แฝ้มประวัติ ใบบันทึกการรักษา คำสั่งการรักษา ของแพทย์ให้ถูกต้องตรงกัน ถ้าไม่ตรงกันต้องสอบถามกับแพทย์ผู้รักษา
2. พยาบาลวิชาชีพต้องให้ข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้ป่วยและผู้แทนตามกฎหมายของผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การผ่าตัดหรือการทำหัตถการ ภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้แทนตามกฎหมายของผู้ป่วยเข้าใจก่อนลงนามในใบยินยอมการผ่าตัด
3. ดูแลให้ผู้ป่วยและผู้แทนตามกฎหมายของผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ให้ถูกต้องตรงกับชนิด ข้าง ตำแหน่ง ของการผ่าตัดหรือหัตถการ พร้อมลงรายละเอียดข้อมูลในใบยินยอมให้ถูกต้องครบถ้วน

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-140	หน้า: 2/2
เรื่อง: การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด/ทำหัตถการ	

4. ตรวจสอบใบลงนามยินยอม ให้ตรงกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ดังนี้
 - ก) ระบุรายละเอียดชนิดของการผ่าตัด/หัตถการ
 - ข) การผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและไม่มีผู้ดูแลโดยชอบธรรม ให้แพทย์ผู้ทำผ่าตัด/หัตถการลงนามและสามารถทำหัตถการได้
5. กรณีที่เป็นการทำผ่าตัดหรือหัตถการที่ต้องระบุข้างหรือตำแหน่งต้องตรวจสอบการทำสัญลักษณ์ตำแหน่งการผ่าตัด (Mark site) ให้ตรงกับเอกสารของการตรวจรักษาทั้งหมด กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวให้สอบถามร่วมกับผู้ป่วย
6. ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย
7. ให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ตามแนวทางการรักษาโดยการผ่าตัดหรือทำหัตถการแต่ละประเภท
8. ตรวจสอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการผ่าตัด/หัตถการให้ครบถ้วน เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์เพื่อทำการแก้ไข
9. เตรียมยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือหรือสิ่งอื่นๆ ที่ต้องใช้ในการผ่าตัดหรือทำหัตถการให้พร้อมและถูกต้อง
10. ส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ รวมถึงปัญหาต่างๆทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ทีมผ่าตัดและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไขก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด
11. บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาลตาม NUR-2-60
12. ก่อนส่งผู้ป่วยไปผ่าตัดพยาบาลวิชาชีพที่นำส่งผู้ป่วยต้องทำการตรวจสอบชื่อ-สกุล อายุ การวินิจฉัย ชนิดของการผ่าตัดหรือหัตถการ ให้ถูกต้องตรงกับผู้ป่วย ป้ายข้อมือ ใบรับผู้ป่วย เวชระเบียน ทั้งหมดให้ถูกต้องตรงกัน พร้อมลงนามในใบรับผู้ป่วยของห้องผ่าตัด

ภาคผนวก:

1. การเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด/ทำหัตถการ

บททวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, r 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-2-140

การเตรียมตัวของผู้ป่วยตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด/ทำหัตถการ

1. การงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เด็กดื่มนมแม่ 4 ชั่วโมง นมกล่อง 6 ชั่วโมง น้ำ 2 ชั่วโมง กรณีดมยา หรือตามแนวทางการรักษาโดยการผ่าตัดหรือทำหัตถการแต่ละประเภท
2. ถอดสิ่งมีค่าต่างๆ เช่น ฟันปลอม แว่นตา ขนตาปลอม เลนส์สัมผัส อุปกรณ์ช่วยในการฟัง ชุดชั้นใน หรืออุปกรณ์ที่เป็นโลหะ
3. ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป อาบน้ำ สระผม ล้างทำความสะอาดเครื่องสำอางในตำแหน่งที่จำเป็น สำหรับการตรวจสอบสัญญาณชีพ ได้แก่ ลิปสติค และยาทาเล็บ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องของปากและเล็บใช้ในการประเมินสภาวะของออกซิเจนในร่างกายของผู้ป่วย
4. ให้ผู้ป่วยปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนส่งไปห้องผ่าตัดในกรณีผู้ป่วยไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระเพาะปัสสาวะโป่งพอง อีกทั้งผู้ป่วยไม่สะดวกในการถ่ายปัสสาวะ ขณะผ่าตัด

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/4
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-150		ฉบับที่: ๑
เรื่อง: การจัดการความปวด (Pain management)		วันที่: ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๗
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

นโยบาย:

1. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการค้นหาสาเหตุความปวด และให้การบรรเทาอาการปวด
2. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย
3. ผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ต้องได้รับการจัดการความปวดและประเมินความปวดซ้ำหลังการบำบัดโดยขึ้นอยู่กับประเภทของการบำบัดความปวด
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดด้วยกลุ่มยา Opioids ต้องได้รับการประเมิน Sedation score ก่อนและหลังการให้ยา Opioids
5. มีการบันทึกความปวด การจัดการความปวดและผลการจัดการความปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาล

คำจำกัดความ:

ความปวด (Pain) หมายถึง ประสบการณ์ความไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อ หรือเมื่อเนื้อเยื่อมีโอกาสถูกทำลาย (The International Association for the Study of Pain: IASP, 1994) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) หมายถึง ความปวดซึ่งเกิดขึ้นในปัจจุบัน เป็นมาไม่เกิน 6 เดือน เป็นความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการอักเสบเป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลาที่ปวดจะอยู่ไม่นาน โดยอาการปวดจะทุเลาลงเมื่อสาเหตุได้รับการแก้ไขหรือหายแล้ว เช่น ความปวดหลังผ่าตัด อุบัติเหตุ การได้รับการทำหัตถการ เป็นต้น

ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) หมายถึง อาการปวดที่เกิดขึ้นยาวนานกว่าระยะเวลาการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ และบ่อยครั้งที่ไม่สามารถ บ่งชี้ถึงสาเหตุของความปวดได้ มีความปวดนานกว่า 6 เดือนขึ้นไป

การประเมินความปวด (Pain assessment) หมายถึง การรวบรวมข้อมูลความปวดโดยมีค่าตัวเลขเป็นสื่อ เพื่อแสดงปริมาณความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอยู่ในแต่ละช่วงเวลา โดยผู้ป่วยต้องเป็นผู้ประเมินความปวดด้วยตนเอง (Self-report)

การจัดการความปวด (Pain management) หมายถึง การปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัด บรรเทาและ ควบคุมอาการปวด ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากอาการปวด

ความรับผิดชอบ: ความปวดเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้อง ร่วมกันประเมินความปวดและการจัดการความปวดเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายและเกิดความปลอดภัย

วิธีปฏิบัติ:

1. การประเมินความปวด

ก) เครื่องมือประเมินความปวด (ภาคผนวก 1)

i) Numeric Pain Rating Scale ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าใจเครื่องหมายของตัวเลขและสามารถบอก ระดับความปวดเป็นตัวเลขได้

ii) Faces Pain Rating Scale ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจ สื่อสารลำบากและไม่สามารถสื่อสารเป็น ตัวเลขได้

iii) Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) ใช้กับผู้ป่วยเด็กทารกแรกเกิด - 1 ปี

iv) FLACC เหมาะกับเด็กทั่วไปอายุ 1- 6 ปี และเด็กที่มีความพิการทางสมอง

v) Behavior Pain Scale (BPS) ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและไม่ใส่ เครื่องช่วยหายใจ/CCU โดยใช้ประเมินร่วมกับ Neuro signs, Vital signs, Oxygen saturation และ Sedation score

vi) Sedation Score (ระดับความง่วงซึม) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Opioids เช่น Morphine, Pethidine, Fentanyl

ข) วิธีประเมินความปวด

i) ประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเกี่ยวกับตำแหน่งที่ปวด ลักษณะการปวด ความถี่ที่ปวด

ii) ประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก

iii) ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

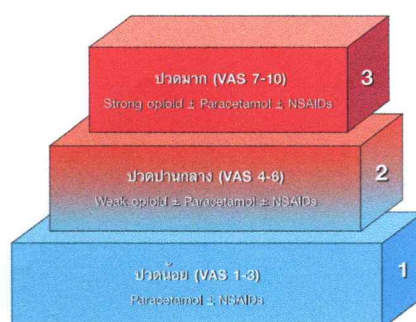
ค) องค์ประกอบในการประเมิน ให้ประเมินความปวดให้ครอบคลุมในเรื่องดังต่อไปนี้

i) ความรุนแรงของอาการปวด (Severity)

ii) ตำแหน่งที่ปวด (Location)

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-150	หน้า: 3/4
เรื่อง: การจัดการความปวด (Pain management)	

- iii) ลักษณะความปวด (Characteristic of pain) เช่น ปวดร้าว ปวดแบบตื้อๆ
 - iv) ความถี่ของอาการปวด (Duration) เช่น ปวดไม่สม่ำเสมอ ปวดทุกชั่วโมง เกิดเวลาเดียวกัน
 - v) ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้นและผลกระทบจากอาการปวด เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ
 - ง) ระยะเวลาในการประเมินความปวด
 - i) ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเมินครั้งแรก
 - ii) ผู้ป่วยใน ประเมินเมื่อแรกรับ รับย้าย และประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด
 - iii) ผู้ป่วยในที่ไม่มีปัญหาเรื่องความปวดให้ประเมินวันละ 2 ครั้ง เวลา 06.00 น. และ 18.00 น
 - iv) ผู้ป่วยในที่มีความปวดให้ประเมินอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง
 - v) ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประเมินทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง 4 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง หลังจากนั้นประเมินทุก 8 ชั่วโมง
 - vi) กรณีผ่าตัดเล็กหรือหลังทำ Invasive procedure ประเมินทุก 4 ชั่วโมง ในเวลา 48 ชั่วโมง
 - จ) การประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด
 - i) 15-30 นาที หลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ
 - ii) 30-60 นาที หลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
 - iii) 1-2 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดกิน
 - iv) 30-60 นาที หลังได้รับการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาแก้ปวด
2. การจัดการความปวด ใช้วิธีระงับความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา และ/หรือใช้วิธีการระงับปวดแบบผสมผสาน (Multimodal analgesia) ตามแผนการรักษาของแผน รายละเอียดดังนี้
- ก) การจัดการความปวดแบบใช้ยา (Pharmacological intervention) ได้แก่ ยาในกลุ่ม Paracetamol, NSAIDs, Opioids พิจารณาการใช้ยาดังนี้
 - i) เลือกใช้ชนิดของยาและบริหารยาตามความรุนแรงของความปวด ในขนาดของยาที่สามารถลดความปวดและมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด



ii) การบริหารยา Opioids ต้องมีการประเมิน sedation score, Respiratory rate, Blood pressure และ Pupil ทั้งก่อนและหลังให้ยา

ข) การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological intervention) แบ่งออกเป็น

i) Psychological intervention ได้แก่ การให้ข้อมูล (Provision of information) การผ่อนคลายและการมุ่งเน้นความสนใจ (Relaxation and attention strategies) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavior therapy) ดนตรีบำบัด (Music therapy) เป็นต้น

ii) Physical intervention ได้แก่ การประคบความร้อนและความเย็น (Application of heat and cold) การกดจุดและการนวด (Manual and Massage therapy) เป็นต้น

3. การบันทึกความปวดและการจัดการความปวด บันทึกระดับความปวด และการจัดการความปวดลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

ก) ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน บันทึกระดับความปวดใน OPD Card

ข) ผู้ป่วยใน บันทึกระดับความปวดในแบบบันทึกเฝ้าระวังสัญญาณชีพ แบบบันทึก Graphic sheet และเมื่อมีการจัดการความปวดให้บันทึกระดับความปวดก่อนและหลังการจัดการความปวดในแบบบันทึก Focus list และ แบบบันทึก Nurse's note

ภาคผนวก:

1. เครื่องมือประเมินความปวด

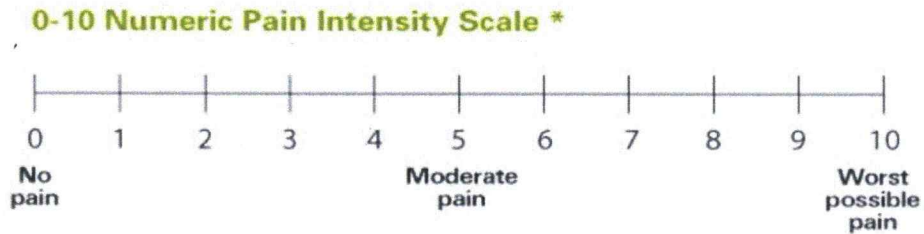
เอกสารอ้างอิง:

1. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางพัฒนาการระงับ ปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management)*. ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ ประเทศไทย สมาคมการศึกษาเรื่องความ ปวดแห่งประเทศไทย.
2. Hinkle, J., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner & Suddarth's: Textbook of medical-surgical nursing*. (14th). Philadelphia: Wolters Kluwer.
3. International Association for the Study of Pain: IASP. (2017). The 2017 IASP global year against pain after surgery. Retrieved (2016, November 10) from <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/AfterSurgery>.

บททวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, r 21 ก.พ. 65, r 1 ต.ค. 2567

เครื่องมือประเมินความปวด

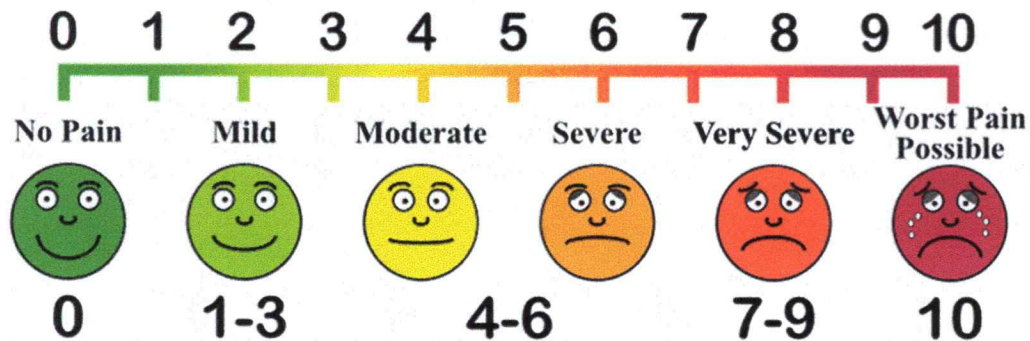
1. Numeric pain rating scale ใช้ในกรณีผู้ป่วยสามารถสื่อสาร เข้าใจเครื่องหมายตัวเลขและบอกระดับความปวดได้



การแปลผล

- 0 = ไม่ปวดเลย
- 1-3 = ปวดเล็กน้อย
- 4-6 = ปวดปานกลาง
- 7-10 ปวดมากถึงมากที่สุด

2. Faces Pain Rating Scale ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจ สื่อสารลำบากและไม่สามารถสื่อสารเป็นตัวเลขได้



การแปลผล

- ค่าคะแนน 0-3 แสดงว่า ผู้ป่วยไม่ปวด ถึงปวดเล็กน้อย
- ค่าคะแนน 4-6 แสดงว่า ผู้ป่วยปวดปานกลาง
- ค่าคะแนน 7-9 แสดงว่า ผู้ป่วยปวดมาก
- ค่าคะแนน 10 แสดงว่า ผู้ป่วยปวดมากที่สุด

3. Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) ใช้กับผู้ป่วยเด็กทารกแรกเกิด-1 ปี ค่าคะแนนระหว่าง 0 -7

Item	Scoring	Definitions	Score
สีหน้า	0	เฉยๆ สบาย	
	1	แสบๆ ปากเบะ จมูกย่น หวักคิ้วแน่น หลับตาแน่น	
ร้องไห้	0	ไม่ร้อง	
	1	ร้องครวญคราง	
	2	กรีดร้อง	
การหายใจ	0	สม่ำเสมอ	
	1	หายใจเร็วขึ้น หรือช้าลงหรือกลั้นหายใจ	
แขน	0	วางสบายๆ	
	1	งอ	
ขา	0	วางสบายๆ	
	1	งอ/เหยียด	
ระดับการตื่น	0	หลับ/ตื่น	
	1	กระสับกระส่าย วุ่นวาย	
PAIN SCORE			

การแปลผล ค่าคะแนน 0-2 แสดงว่า ผู้ป่วยไม่ปวด ถึงปวดน้อย

 ค่าคะแนน 3-4 แสดงว่า ผู้ป่วยปวดปานกลาง

 ค่าคะแนน 5-7 แสดงว่า ผู้ป่วยปวดปานกลางถึงปวดมาก

หมายเหตุ ถ้าประเมินความปวดได้คะแนน มากกว่า 3 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีความปวด ต้องให้การบำบัดความปวด

4. FLACC เหมาะกับเด็กทั่วไปอายุ 1- 6 ปี และเด็กที่มีความพิการทางสมอง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10

Categories	Scoring	Definitions	Score
สีหน้า	0	เฉยๆ สบาย	
	1	หน้าตาเบะ หรือขมวดคิ้ว ถอยหนี ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม	
	2	คางสั่น กัดฟันแน่น เป็นบ่อยๆ หรือตลอดเวลา	
ซาว	0	อยู่ในท่าปกติ สบายๆ	
	1	อยู่ในท่าไม่สบาย กระสับกระส่าย เกร็ง	
	2	เตะ หรือร้องอาวฮึ้น	
การเคลื่อนไหว	0	นอนเงียบๆ ท่าปกติ เคลื่อนไหวสบายๆ	
	1	บิดตัวไปมา แอ่นหน้าแอ่นหลัง เกร็ง	
	2	ตัวงอ เกร็งจนแข็ง หรือสั่นกระตุก	
ร้องไห้	0	ไม่ร้อง (ตื่นหรือหลับก็ได้)	
	1	ครางฮือๆ ครางเบาๆ บ่นเป็นบางครั้ง	
	2	ร้องไห้ตลอด หิวร้อง สะอึกสะอื้น บ่นบ่อยๆ	
การสนองต่อการ ปลอบโยน	0	เชื่องพองดี สบายๆ	
	1	สามารถปลอบโยนด้วยการสัมผัส โอบกอด พุดคุยเพื่ ดึงดูดความสนใจเป็นระยะ	
	2	ยากที่จะปลอบโยนหรือทำให้สบาย	
PAIN SCORE			

การแปลผล ค่าคะแนน 0-2 แสดงว่า ผู้ป่วยไม่ปวด ถึงปวดน้อย

ค่าคะแนน 3-6 แสดงว่า ผู้ป่วยปวดปานกลาง

ค่าคะแนน 7-10 แสดงว่า ผู้ป่วยปวดปานกลางถึงปวดมาก

หมายเหตุ ถ้าประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 4 ถือว่า ผู้ป่วยมีความปวด ต้องให้การบำบัดทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา

5. Behavior Pain Scale (BPS) ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย

- 1) ใช้ประเมินความปวดในผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว/ICU
- 2) ใช้ประเมินร่วมกับ Neurological Sign, Vital Sign, Oxygen saturation scale
- 3) ระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 3 – 12

การสังเกต	การตีความ	คะแนน	Score
สีหน้า (Facial expression)	สีหน้าผ่อนคลาย สงบ หลับ	1	
	ใบหน้าส่าย ขมวดคิ้ว	2	
	คิ้วขมวด เม้มริมฝีปาก หลับตา หางตายนเล็กน้อย	3	
	คิ้วขมวดเกือบติดกัน เม้มมุมปากแน่น	4	
การเคลื่อนไหว (Upper limbs)	ไม่มีการเคลื่อนไหว	1	
	มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย เคลื่อนไหวในแนวราบ	2	
	เคลื่อนไหวไวรุนแรง นิ้วงอขู่ หรือเกร็งแขน ขา	3	
	เกร็งทั้งตัว	4	
การหายใจ (Ventilation)	หายใจสม่ำเสมอ	1	
	มีอาการไอ พร้อมกับมีการเคลื่อนไหวร่างกาย	2	
	หายใจไม่สม่ำเสมอ ปีกจมูกบานเล็กน้อย	3	
	กระสับกระส่าย หายใจแรงเร็ว ดิ้นไปมา	4	
PAIN SCORE			

การแปลผล คะแนน 3 แสดงว่า ไม่ปวด
 คะแนน 4-6 แสดงว่า ปวดเล็กน้อย
 คะแนน 7-9 แสดงว่า ปวดปานกลาง
 คะแนน 10 -12 แสดงว่า ปวดมาก

6. Behavior Pain Scale (BPS) สำหรับผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย

- 1) ใช้ประเมินความปวดในผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/ใส่เครื่องช่วยหายใจ/ICU
- 2) ใช้ประเมินร่วมกับ Neurological Sign, Vital Sign, Oxygen saturation, Sedative scale
- 3) ระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 3 -12

การสังเกต	การตีความ	คะแนน	Score
สีหน้า (Facial expression)	สีหน้าผ่อนคลาย สงบ หลับ	1	
	ใบหน้าแฉะ ขมวดคิ้ว	2	
	คิ้วขมวด เม้มริมฝีปาก หลับตา หางตายนเล็กน้อย	3	
	คิ้วขมวดเกือบติดกัน เม้มมุมปากแน่น	4	
การเคลื่อนไหว (Upper limbs)	ไม่มีการเคลื่อนไหว	1	
	มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย เคลื่อนไหวในแนวราบ	2	
	เคลื่อนไหวรุนแรง นิ้วงอขู่ หรือเกร็งแขน ขา	3	
	เกร็งทั้งตัว	4	
การต่อต้านเครื่องช่วย หายใจ (Compliance with Ventilation)	หายใจตามเครื่องหายใจ	1	
	มีอาการไอ พร้อมกับมีการเคลื่อนไหวร่างกาย	2	
	หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องหายใจบ้าง	3	
	ต่อต้านเครื่องช่วยหายใจ	4	
PAIN SCORE			

การแปลผล

คะแนน 3 แสดงว่า ไม่ปวด

คะแนน 4-6 แสดงว่า ปวดเล็กน้อย

คะแนน 7-9 แสดงว่า ปวดปานกลาง

คะแนน 10-12 แสดงว่า ปวดมาก

7. Sedation score (ระดับความง่วงซึม) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม opioids เช่น Morphine, Pethidine, Fentanyl

Sedation score 0 = ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี 1 = ง่วงเล็กน้อย ปลุกตื่นง่าย 2 = หลับตลอดเวลาแต่ปลุกตื่น 3 = หลับลึก ปลุกไม่ตื่นหรือตื่นยาก S = นอนหลับปกติ	✓ ประเมินความปวดก่อนให้ยาระงับปวด - Vas $\leq$ 4 - หรือขยับแล้วปวดมาก - หรือต้องการยาแก้ปวด	✓ ประเมินความปลอดภัยก่อนให้ยาระงับปวด - Sedation Score $\leq$ 1 (ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี) - หายใจ > 12 ครั้ง/นาที - BP > 100/60 mmHg
---	--	--

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-160		ฉบับที่: ๑
เรื่อง : การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)		วันที่ 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะกรรมการด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

นโยบาย: ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงต้องได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษาและปลอดภัย

คำจำกัดความ:

ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) หมายถึง ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตราย หรือ ผลเสียต่อผู้ป่วย หากมีความผิดพลาดในการใช้ยา ซึ่งยากกลุ่มนี้ต้องระมัดระวังในการบริหารยาเป็นพิเศษ (ภาคผนวก 1)

วิธีปฏิบัติ: พยาบาลวิชาชีพผู้ให้ยา ปฏิบัติดังนี้

1. การจัดเก็บ

ก) กรณีรายการยาความเสี่ยงสูงที่ไม่ได้กำหนดเป็นรายการยาความเสี่ยงสูงที่ให้จัดเก็บในหอผู้ป่วย หรือยาความเสี่ยงสูงที่ห้ามเก็บในหอผู้ป่วย เช่น KCL Injection (Potassium Chloride) เมื่อผู้ป่วยหยุดใช้ยา พยาบาลวิชาชีพต้องส่งคืนห้องจ่ายยาทุกวัน

ข) ทุกหน่วยงานที่มีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ต้องจัดเก็บยาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างปลอดภัย แยกยากกลุ่มนี้ออกจากกลุ่มยาอื่นๆ ระบุชื่อยาอย่างชัดเจน ใช้สัญลักษณ์ของยาที่มีความเสี่ยงสูง คือ สติกเกอร์สีเหลืองที่มีข้อความ “High Alert Drugs” ที่ภาชนะบรรจุยา

ค) การบริหารยาความเสี่ยงสูง ในการเตรียมยา ต้องตรวจสอบชนิด ขนาด และความแรงอย่างละเอียด การผสมหรือละลายยาต้องทำตามคู่มือการผสมยาและการบริหารยาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง

2. การให้ยา

ก) การให้ยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ ต้องให้ผ่านทางเครื่องปรับสารน้ำอัตโนมัติ (Infusion pump) ทุกกรณี

ข) การตรวจสอบก่อนการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ต้องได้รับการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ (Independent double check) จากผู้ประกอบวิชาชีพอีกคนหนึ่ง โดยต้องตรวจสอบทั้งชื่อยา ขนาด วิธีการให้ยา อัตราเร็ว เวลา รวมทั้งผู้ป่วยที่จะได้รับยา ก่อนที่จะให้แก่ผู้ป่วย

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-160	หน้า: 2/2
เรื่อง: การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)	

ค) ระบุชื่อยา วิธีการผสมยา วันเดือนปี เวลาที่ให้ยา เวลาที่หมด (ยกเว้นยาที่มีการปรับยาตามอาการผู้ป่วย เช่น Dopamine) จำนวนหยดที่ให้ ชื่อผู้ผสมยา ชื่อผู้ตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ (Independent Double check) ในแบบฟอร์มการให้ยาความเสี่ยงสูงติดที่ขวดสารน้ำที่ผสมยา

3. การเฝ้าระวัง

ก) ต้องเฝ้าระวังการให้ยาอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการบริหารยาแต่ละชนิด

ข) ต้องบันทึกข้อมูลการบริหารยา อาการ กิจกรรมการพยาบาล การเฝ้าระวัง ผลการให้ยา ในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่กำหนดทุกครั้ง

4. รายการยาที่มีความเสี่ยงสูง กำหนดรายการตามที่โรงพยาบาลขอนแก่นกำหนด (KKH-11-190) และคู่มือยาความเสี่ยงสูง ของกลุ่มงานเภสัชกรรม

ภาคผนวก

1. รายการยาความเสี่ยงสูง

ทบทวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, R 21 พ.ย. 2554, R 2 ต.ค. 2560, R 1 พ.ค. 2562, R 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-2-160

รายการยาความเสี่ยงสูง

กลุ่มยา	รายการยา ปี 2564
1 Adrenergic agonists	Dopamine
	Dobutamine
	Epinephrine (Adrenaline)
	Norepinephrine
2 Insulin IV fluid	Humulin R (IV form)
3 Inotropic drug	Digoxin injection
4 Thrombolytic and Fibrinolytic agents	Heparin injection
	Warfarin tablet
	recombinant tissue plasminogen activator (rtPA)
	Streptokinase injection
5 Intravenous Electrolytes	Magnesium Sulfate 10% and 50%
	Potassium Chloride injection
	Calcium gluconate injection (slow push)
	Dipotassium Phosphate injection
6. Antiarrhythmic	Amiodarone inj
7 Narcotics and Opiates	Morphine injection
	Fentanyl injection
	Pethidine injection
	Midazolam injection
	Diazepam injection กรณี IV drip
8 Vasodilator	8.1 Glyceryl trinitrate (Nitroglycerin)
	Primacor (Milrinone) injection
9 Antihypertensive	Sodium nitroprusside
	Nicardipine injection
10 Neuromuscular blocking agents	Pancuronium bromide (Pavulon)
	Vecuronium bromide (Vecuron)
	Cisatracurium (Nimbex)
	Atracurium (Tracrium)
	Propofol injection
	Dexmedetomidine (precedex)
11 Anti-epileptic drugs	Phenytoin sodium (Dilantin) injection
12. กลุ่มยาเคมีบำบัด	กลุ่มยาเคมีบำบัด

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-1-170		ฉบับที่: ค
เรื่อง: การป้องกันและดูแลบุคลากรติดเชื้อ		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย: บุคลากรกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกคน ต้องมีความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานทั้งด้านกายภาพและชีวภาพจากการปฏิบัติงาน

วิธีปฏิบัติ:

- หน่วยงานต้องปฏิบัติตามระบบปฏิบัติเลขที่: KKH-5-70 ความปลอดภัยจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น จัดทำโดยคณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เช่น การตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ตามปัจจัยเสี่ยงในแต่ละหน่วยงาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การรายงานความเจ็บป่วยจากการทำงานไปที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมสังคม เพื่อนัดหมายตรวจวินิจฉัยและดูแลต่อเนื่อง การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมจากการทำงานให้ปลอดภัย การรับวัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น
- หน่วยงานต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ จัดทำโดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนี้
 - ระเบียบปฏิบัติเลขที่: KKH-9-40 เรื่อง การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (Isolation Precautions, IPs)
 - ระเบียบปฏิบัติเลขที่: KKH-9-50 เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
 - ระเบียบปฏิบัติเลขที่: KKH-9-200 เรื่อง แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคม/สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งในบุคลากร
 - อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลบุคลากรในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อตามรายงาน รง. 506 เช่น COVID-19, TB, Chickenpox เป็นต้น
- การเสริมสร้างองค์ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 - บุคลากรใหม่ต้องได้รับการอบรมและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การใช้เครื่องมือป้องกันก่อนเข้าปฏิบัติงาน

ข) บุคลากรเก่าจะต้องได้รับการอบรมและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การใช้เครื่องมือป้องกัน อย่างน้อย 1 ครั้งปี

4. หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน/ผู้บริหารทางการแพทย์ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีการนิเทศติดตาม ควบคุมกำกับ อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านภาวะสุขภาพของบุคลากร การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ/อุบัติเหตุ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

บททวนเอกสาร: 1 พ.ศ. 2562, r 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-180		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การใช้ป้ายข้อมือผู้ป่วย		วันที่: R 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการใช้ป้ายข้อมือระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ขณะรักษาในโรงพยาบาล

นโยบาย: ผู้ป่วยทุกรายต้องใส่ป้ายข้อมือตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วิธีปฏิบัติ:

1. พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์การใส่ป้ายข้อมือและแนะนำการดูแลป้ายข้อมือให้แก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติได้ทราบ
2. พยาบาลใส่ป้ายข้อมือที่มีชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย อายุ วันเดือนปีเกิด HN, AN และชื่อหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้รักษา โดยใส่ที่ข้อมือผู้ป่วยข้างใดข้างหนึ่ง กรณีที่ไม่สามารถใส่ข้อมือได้ให้ใส่ที่ข้อเท้าผู้ป่วยแทน
3. มีการตรวจสอบป้ายข้อมือและตำแหน่งที่ใส่ป้ายข้อมือ อย่างน้อยวันละครั้ง เปลี่ยนป้ายข้อมือใหม่เมื่อเกิดการชำรุดหรือข้อความไม่ชัดเจน เปลี่ยนตำแหน่ง และให้การดูแลเมื่อพบความผิดปกติ เช่น รอยบวม ข้ำ แผลถลอก ผื่นคัน เป็นต้น
4. เมื่อมีการย้ายผู้ป่วยไปหน่วยงาน/หอผู้ป่วยใหม่ ให้เปลี่ยนป้ายข้อมือใหม่ทุกครั้ง
5. พยาบาลต้องตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย โดยใช้ 2 ตัวบ่งชี้ เป็นอย่างน้อย เช่น ชื่อ-นามสกุล และอายุ เป็นต้น ที่ป้ายข้อมือของผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้การพยาบาลที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง เช่น การให้เลือด การเจาะเลือด การให้ยา การผ่าตัด การตรวจพิเศษ การทำหัตถการต่างๆ เป็นต้น
6. ถอดป้ายข้อมือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
7. กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมใส่ป้ายข้อมือ พยาบาลให้ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและให้บันทึกข้อมูลในบันทึกทางการพยาบาล
8. กรณีที่ารกคลอดในโรงพยาบาลการใส่ป้ายข้อมือให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเลขที่: OBG-6ช-302 เรื่อง การระบุตัวทารกและการส่งมอบทารกที่คลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น

ทบทวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, R 1 พ.ค. 2562, R 22 ก.พ. 2565, r 25 มี.ค. 2566, R 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-190		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การผูกมัดผู้ป่วย		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการผูกมัดผู้ป่วยเพื่อลดการเกิดอันตราย ลดภาวะแทรกซ้อน และเกิดความเสียน้อยที่สุด

นโยบาย: ผู้ป่วยจะต้องได้รับการผูกมัดผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันและควบคุมพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย/บุคคลอื่น หรือสิ่งของ โดยคำนึงความปลอดภัยของผู้ป่วยมากที่สุด และต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

คำนิยามศัพท์:

การผูกมัดผู้ป่วย หมายถึง การใช้อุปกรณ์ในการผูกมัดผู้ป่วยเพื่อจำกัดพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือสิ่งของ โดยผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผูกมัด ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น การทำร้ายตนเอง
2. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่อาจจะเป็นอันตรายต่อคนอื่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด
3. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น สับสน ปั่นเตียง
4. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการดึงอุปกรณ์ เช่น ท่อช่วยหายใจ
5. พฤติกรรมอื่นๆ เช่น ระดับความรู้สึกตัวที่ผิดปกติ
6. ผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษาโดยไปด้วยรถ Ambulance ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

วิธีปฏิบัติ:

1. พยาบาลพิจารณาความจำเป็นของการผูกมัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและเลือกใช้วิธีผูกมัดที่เหมาะสม
2. พยาบาลต้องให้ข้อมูลความจำเป็น แนวทางการผูกมัด แก่ญาติและผู้ป่วย และลงบันทึกในเวชระเบียน
3. พยาบาลวางแผนและกำหนดระยะเวลาในการผูกมัดที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย โดยประเมินจากอาการ ผิวหนัง การรับรู้

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-190	หน้า: 2/2
เรื่อง: การผูกมัดผู้ป่วย	

4. พยาบาลเลือกประเภท ชนิดการผูกมัด เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่จะใช้ผูกมัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ผ้ารัดหน้าอก (The posy belt) ผ้ารัดข้อมือข้อเท้า สำหรับผู้ใหญ่ ผ้ารัดข้อเท้า Mummy restraint สำหรับเด็ก อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

5. พยาบาลดูแลขณะผูกมัด โดย

ก) จัดทำให้ผู้ป่วยสบาย อวัยวะที่ไม่ถูกผูกมัดสามารถเคลื่อนไหวได้ นอนศีรษะสูงป้องกันสำลัก กรณีไม่มีข้อห้าม เปลี่ยนท่าและคลายการผูกมัดผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้อวัยวะที่ถูกผูกมัดมีการเคลื่อนไหว ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติด

ข) ต้องไม่ผูกมัดผู้ป่วยแน่นหรือหลวมเกินไป โดยตรวจสอบ ใช้นิ้วชี้หรือนิ้วกลางสอดใต้ผังก่อนการผูกมัด ข้อควรระวัง ผูกแน่นเกินไปจะขัดขวางการไหลเวียนเลือด ผูกหลวมเกินไปจะทำให้อวัยวะที่ถูกผูกมัดเสียดสีกับอุปกรณ์ ทำให้เกิดการถลอกได้

ค) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือประเมินตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดระยะเวลาที่มีการผูกมัด

ง) เมื่อมีการผูกมัดผู้ป่วยไว้กับเตียงขอบเตียงที่มีความแข็งแรงต้องเอาไม้กันเตียงขึ้นทุกครั้ง เพื่อป้องกันการตกเตียง

จ) ตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่ใช้เครื่องผูกมัด เช่น บริเวณข้อมือข้อเท้า เพื่อประเมินอาการผิดปกติ ได้แก่ บาดแผลถลอก อาการเขียวช้ำ การขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณส่วนปลายจากการรัดดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานอาหารในเวลาปกติ และต้องมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดเวลารับประทานอาหาร ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานน้ำและอาหาร และมีแนวโน้มจะขาดน้ำและสารอาหาร ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือด

ฉ) ดูแลผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

6. พยาบาลประเมินและปลดปล่อยการผูกมัดเมื่อ

ก) ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงและควบคุมตนเองได้ ไม่มีอาการสับสนไม่ทำอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของภายในหอผู้ป่วย

ข) การทรงตัว การเคลื่อนไหวที่ปกติ และให้ความร่วมมือในการรักษา

7. บันทึกอาการ กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ในแบบบันทึกการพยาบาล ตาม NUR-2-60

ภาคผนวก:

1. ชนิดการผูกมัด

บททวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, r 1 พ.ค. 2562, r 1 พ.ย. 2563, r 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

ชนิดของการผูกยึด (Type of Restraint)

การผูกยึดผู้ป่วยนั้นมีมากมายหลายวิธี แต่ละวิธีก็มุ่งจำกัดความเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากน้อยแตกต่างกัน เช่น ให้เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การผูกยึดที่พบบ่อยคือ การผูกข้อมือ ข้อเท้า

1. การมัดข้อมือและข้อเท้า (Wrist and ankle restraint) เป็นวิธีที่ใช้ผ้าผูกข้อมือและหรือข้อเท้า



อุปกรณ์ ผ้ามัดข้อมือ ข้อเท้า

วิธีปฏิบัติ

ก) ใช้ผ้าผูกข้อมือข้อเท้าโดยผูกเจียนตาย เว้นช่องระหว่างขนาดนิ้วมือสอดได้ 1 นิ้วมือ เพื่อป้องกันบาดเจ็บที่เกิดจากการผูกมัดรัดแน่นเกินไป

ข) นำชายผ้าที่ผูกมัดข้อมือข้อเท้าผู้ป่วยยึดติดกับเหล็กกั้นเตียงโดยสอดปมมัดล็อกไว้ได้เพียง

2. เสื้อกั๊กหรือเสื้อแขนกุด (Chest or jacket vest) มีลักษณะเป็นเสื้อไม่มีแขนไม่มีกระดุม



อุปกรณ์ เสื้อกั๊กหรือเสื้อแขนกุด

วิธีปฏิบัติ

- ก) นำเสื้อสวมให้ผู้ป่วย โดยสอดเข้าช่องด้านข้างภายในเสื้อเพื่อไขว้สายรัดเสื้อ
- ข) ยึดตรึงกับเตียงผู้ป่วยโดยมัดไว้บริเวณข้างเตียงที่มีความแข็งแรงและล็อกไว้กับขอบเตียง

3. ผ้าผืนใหญ่หรือผ้าปูที่นอน (Bed sheet) ใช้สำหรับตรึงผู้ป่วยไว้กับเตียง



อุปกรณ์ ผ้าผืนใหญ่หรือผ้าปูที่นอน (bed sheet)

วิธีปฏิบัติ

- ก) จัดท่านอนหงาย วางผ้าทาบบนลำตัว
- ข) สอดผ้าไว้ใต้แขนทั้งสองด้าน แล้วใช้ปลาย ผ้าผูกติดกับเตียงด้านล่าง หรือขอบเตียงด้านบน

4. การใช้ผ้าปูในการผูกยึดผู้ป่วยเด็ก (Sheet restraint) โดยใช้ผ้าปูที่นอนห่อตัวในลักษณะมัมมี่ เพื่อให้เด็กตื่นขณะทำการรักษา หรือให้การพยาบาล

อุปกรณ์ ผ้าปู (Sheet restraint) ผ้าห่อตัวเด็ก

วิธีปฏิบัติ การห่อตัวเด็กคลุมถึงศีรษะ โดยใช้ผ้าปูบนเตียง พับมุมบนผ้ามุมใดมุมหนึ่งลงประมาณ 8-10 นิ้ว วางเด็กลงตรงกลางผ้า ให้ศีรษะอยู่ต่ำกว่าริมผ้าที่พับมุมประมาณ 5 นิ้ว จับแขนเด็กข้างหนึ่งวางแนบข้างลำตัว ยกชายผ้าด้านนั้นขึ้นบนแขน สอดชายผ้าไว้ใต้แขนด้านตรงข้าม วางแขนอีกข้างหนึ่งแนบลำตัว ยกชายผ้าด้านนั้นคลุมรอบลำตัวให้แน่นพอดี ส่วชายผ้าด้านปลายเท้าถ้ายาวให้พับชายผ้าขึ้น

5. การใช้นวัตกรรมในการผูกยึดทารก

วิธีปฏิบัติ

- ก) ผูกยึดทารกด้วยผ้าผูกที่ประดิษฐ์เป็นนวัตกรรมขึ้น ไว้หลายขนาดโดยเลือกขนาดให้เหมาะสมกับแขนทารกเพื่อไม่ให้หลวมหรือแน่นเกินไป
- ข) จัดท่านอนทารกให้นอนในท่านอนหงายเพื่อให้ทารกสุขสบายเหมือนอยู่ในครรภ์มารดา
- ค) ตรวจเยี่ยมทารก อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินดูการไหลเวียนเลือดและผิวหนังของตำแหน่งที่ถูกผูกยึด



โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/5
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-220		ฉบับที่: ฉ
เรื่อง: การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด		วันที่: R 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงาน	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ความรุนแรงระดับ D ขึ้นไป

นโยบาย: ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย จะต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุด เมื่อพบปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเลื่อนหลุดต้องรีบดำเนินการป้องกัน และแก้ไขทันที

นิยามศัพท์: ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด หมายถึง ท่อช่วยหายใจทั้งแบบ Endotracheal tube และ Tracheostomy tube เลื่อนหลุดออกจากหลอดลมคอจากทุกสาเหตุ เช่น เลื่อนหลุดจากอุบัติเหตุในขณะที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Accidental Excubation) หรือการจงใจดึงออกก่อนกำหนดเวลาที่แพทย์วางแผนการรักษา (Self extubation) จำแนกระดับความรุนแรงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ดังนี้

ระดับ D คือ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดแล้ว แต่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจคืนภายใน 24 ชั่วโมง

ระดับ E คือ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดแล้ว ใส่ท่อช่วยหายใจคืนภายใน 24 ชั่วโมง และไม่มีการปรับตั้งค่า พารามิเตอร์การช่วยหายใจเพิ่ม

ระดับ F คือ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดแล้ว ใส่ท่อช่วยหายใจคืนภายใน 24 ชั่วโมง และมีการปรับตั้งค่า พารามิเตอร์การช่วยหายใจเพิ่ม ทำให้เพิ่มวันนอนในโรงพยาบาล

ระดับ G คือ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดแล้ว ใส่ท่อช่วยหายใจคืนทันที และเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้พิการถาวร

ระดับ H คือ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดแล้ว ใส่ท่อช่วยหายใจคืนทันที และเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบจะสูญเสียชีวิต

ระดับ I คือ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดแล้ว ใส่ท่อช่วยหายใจคืนทันที และเกิดอันตรายทำให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิต

วิธีปฏิบัติ:

1. การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยผู้ใหญ่

ก) กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว มีการรับรู้ดี อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และแนะนำวิธีการสื่อสารพร้อมกับจัดหาอุปกรณ์การสื่อสารให้กับผู้ป่วย เช่น กระดาษ และปากกา เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และให้ความร่วมมือ

ข) ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและพลาสติกที่ยึดตรึงท่อช่วยหายใจอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หากพบว่าท่อช่วยหายใจไม่อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และฟังเสียงลมไม่ผ่านปอด ให้รายงานแพทย์ทราบทันที

ค) ตรวจวัดระดับ Cuff pressure ให้อยู่ในช่วง 25-30 cmH₂O ทุก 8 ชั่วโมง (ในผู้ใหญ่) หากพบว่ามีลมรั่ว ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเปลี่ยนท่อช่วยหายใจ

ง) ประเมินความเสี่ยงที่ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ประเมินทุก 8 ชั่วโมง ดังนี้

i) ประเมินการผูกมัดโดยใช้แบบประเมิน Motor activity assessment scale: MAAS (ภาคผนวก 1) ถ้าคะแนน MAAS มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ควรผูกมัดผู้ป่วย ให้ปฏิบัติตามนโยบายการผูกมัดผู้ป่วย NUR-2-190

ii) ประเมินภาวะ Agitation ก่อนใช้ยา Sedative โดยใช้แบบประเมิน Richmond agitation sedation scale: RASS (ภาคผนวก 2) ถ้ามีคะแนน RASS มากกว่าหรือเท่ากับ +3 คะแนน ให้ค้นหาสาเหตุและแก้ไขปัญหา ถ้ายัง Agitate อยู่ ให้รายงานแพทย์พิจารณาให้ยา sedative

จ) การบรรเทาความปวดและความไม่สุขสบาย ดังนี้

i) ประเมินความเจ็บปวดและจัดการความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจกรณีผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ให้ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) หากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวประเมินความปวดโดยใช้วิธีประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (Behavior pain score) และปฏิบัติตามนโยบายการจัดการความปวด NUR-2-240

ii) ทำความสะอาดปากฟันทุก 4 ชั่วโมง โดยใช้แปรงฟันที่อ่อนนุ่มหรือใช้น้ำยา Chlorhexidine mouthwash ที่เจือจางหรือใช้น้ำยา Special mouthwash กรณีที่ผู้ป่วยมีน้ำลายมากให้เช็ดหรือดูดน้ำลายในปากบ่อยๆ

ฉ) จัดท่านอนที่เหมาะสม ไม่ให้มีการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจ ขณะเปลี่ยนท่าผู้ป่วยต้องจับท่อและสายต่อเครื่องช่วยหายใจติดตามไปกับตัวผู้ป่วยทุกครั้ง

ช) จัดสายเครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ดึงรั้งหรือกดทับเมื่อมีการเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วย หรือเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย

ซ) ประเมินพลาสติกหรือเชือกผูกมัดท่อช่วยหายใจทุก 8 ชั่วโมง และผูกมัดท่อช่วยหายใจใหม่ทันทีเมื่อพบสิ่งต่อไปนี้

i) พลาสติกติดไม่แนบสนิทกับผิวแก้มหรือท่อช่วยหายใจ

ii) บริเวณรอยต่อของพลาสติกเปียกน้ำลายหรือมีรอยลอกหลุด

iii) เชือกที่ผูกทั้ง Endotracheal tube และ Tracheostomy tube หลวม มากกว่า 1 นิ้วมือ

สอดคล้อง

ณ) การผูกยึดท่อช่วยหายใจชนิด Endotracheal tube (ภาคผนวก 3) ด้วยพลาสติก (FIXUMU) ขนาด 1.5 x 20 เซนติเมตร จำนวน 2 ชิ้น โดย

i) พลาสติกชิ้นที่ 1 แปะทับเหนือริมฝีปากบนพันรอบท่อช่วยหายใจและแปะแก้มด้านตรงข้าม

ii) พลาสติกชิ้นที่ 2 แปะทับใต้ริมฝีปากล่าง พันรอบท่อช่วยหายใจและแปะแก้มด้านตรงข้ามจะเป็นลักษณะคล้ายรูปตัว K

iii) กรณีผู้ป่วยตื่นมาก ให้ใช้เชือกผูกท่อช่วยหายใจ โดยให้ท่อช่วยหายใจอยู่บริเวณมุมปาก ด้านใดด้านหนึ่ง แปะเชือกเหลื่อมกันแล้วผูกเชือกด้านสั้นไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย ด้านยาวอ้อมผ่านหลังหุ้มผูกเป็นเงื่อนกระตุกบริเวณแก้มใกล้ตัวผู้ป่วย ไม่ผูกแน่นหรือหลวมเกินไป

ญ) ใช้ Weaning protocol ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยประเมินภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ประเมินต่อเนื่องทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้หย่าเครื่องช่วยหายใจก่อนเอาท่อช่วยหายใจออก

ฎ) การทำกิจกรรมพยาบาลที่เสี่ยงต่อการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เช่น การดูดเสมหะ การอาบน้ำ การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และการเปลี่ยนพลาสติกยึดตรึงท่อช่วยหายใจ/การเจาะเลือดเปิดเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำในผู้ป่วยเด็กหรือในผู้ป่วยที่ตื่นมาก ให้กระทำโดยบุคลากร 2 คน ทุกครั้ง และควรมีการใช้มือจับยึดตรึงท่อช่วยหายใจที่มุมปากผู้ป่วยตลอดเวลา

ฏ) บันทึกกิจกรรมและผลลัพธ์ในแบบบันทึกทางการพยาบาลตาม NUR-2-60 ให้ส่งเวรต่อ และรายงานความเสี่ยง

2. การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยเด็ก (ใช้ในผู้ป่วยอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี)

ก) พยาบาลตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจพร้อมกับฟังเสียงลมเข้าปอด และประเมินความต้องการการตรึงท่อช่วยหายใจใหม่อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง พร้อมลงบันทึกในแบบฟอร์ม

ข) กรณีแพทย์พบว่าตำแหน่งท่อช่วยหายใจอยู่เหนือตำแหน่งที่ต้องการ ให้พิจารณาเปลี่ยนท่อช่วยหายใจ ยกเว้นในรายที่มีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง หรือในรายที่วางแผนถอดท่อช่วยหายใจ ให้มีการสื่อสารในคำสั่งการรักษา

ค) ตรวจสอบการตั้งสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ โดยตั้ง Alarm high/Low pressure limit

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-220	หน้า: 3/5
เรื่อง: การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	

	Low pressure limit	High pressure limit	Alarm delay time
Newborn	ต่ำกว่า 3 cmH ₂ O	มากกว่า 5 cmH ₂ O	ไม่เกิน 10 วินาที
Pediatric	ต่ำกว่า 5 – 10 cmH ₂ O	มากกว่า 5 – 10 cmH ₂ O	ไม่เกิน 10 วินาที

ง) กรณีท่อช่วยหายใจที่มี Cuff ให้ตรวจสอบ Cuff pressure ให้อยู่ในช่วง 20-25 cmH₂O อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง

จ) ทำการตรึงท่อช่วยหายใจใหม่ทันทีเมื่อพบสิ่งต่อไปนี้

- i) พลาสเตอร์ติดไม่แนบสนิทกับผิวหนัง หรือท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย
- ii) มีเสมหะหรือน้ำลายเซาะบริเวณรอยต่อของพลาสเตอร์
- iii) มีคราบสกปรกที่พลาสเตอร์มาก
- iv) เชือกที่ผูก Tracheostomy tube หลวม มากกว่า 1 นิ้วมื่อสอด หรือสกปรกมาก

ฉ) ผูกยึดท่อช่วยหายใจด้วยพลาสเตอร์แถบขาวเหนียวโดย

i) ตัดเป็นแนกลายตัว Y จำนวน 2 ชั้น และตรวจสอบความสมบูรณ์ของพลาสเตอร์ไม่ให้มีรอยฉีกขาดก่อนติด

ii) ชั้นที่ 1 ติดแนบกับและริมฝีปากบนและพันรอบท่อช่วยหายใจ

iii) ชั้นที่ 2 ติดทับชั้นที่ 1 แนบกับและริมฝีปากล่างและพันรอบท่อช่วยหายใจ

ช) กรณีผู้ป่วยหลังทำ tracheostomy ให้ยึดท่อช่วยหายใจด้วยพลาสเตอร์แถบขาวเหนียวหรือแผ่นปิดแผล Fixomull Stretch โดยตัดเป็นรูตรงกลางแล้วติดทับเชือกที่ผูกมาจากห้องผ่าตัดโดยไม่ต้องเปิดแผล อย่างน้อย 7 วันแรกหรือตามแผนการรักษาของแพทย์โรค ศอ นาสิก ยกเว้นเมื่อพบว่าแผลมีเลือดซึม หรือสกปรกมาก

ซ) ประเมินความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และส่งต่อข้อมูลให้กับทีมผู้ดูแลในเวรต่อไปทุกเวร กรณีผู้ป่วยที่มีประวัติการหลุดของท่อช่วยหายใจ หรือแพทย์สื่อสารในคำสั่งการรักษาว่า “ท่อช่วยหายใจอยู่เหนือตำแหน่งที่ต้องการ” ให้ติดสัญญาณ (รูปอุลตราแมน) บริเวณป้ายหัวเตียงผู้ป่วยที่มองเห็นได้ชัดเจน โดย

i) ติดอุลตราแมน 1 ตัว หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ง่ายและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกต่อเนื่องที่ไม่ได้รับยา Sedative เนื่องจากต้องสังเกตอาการทางระบบประสาท (2) ผู้ป่วยที่ประเมิน Pain score (ตามแบบประเมินความปวดสำหรับเด็ก) ได้มากกว่า 4 คะแนน ร่วมกับมีอาการดิ้น กระสับกระส่าย (3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดทั้ง 4 รยางค์ (ตามแนวปฏิบัติเรื่องการผูกยึดผู้ป่วย) ร่วมกับมีอาการดิ้น กระสับกระส่าย (4) ผู้ป่วยที่ได้รับยา

Sedative ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป (5) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดลมผิดปกติ มีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจยาก (6) ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำง่าย (7) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ตั้ง PEEP > 8 cmH₂O ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง (HFOV) และ (8) ผู้ป่วยหลังทำ tracheostomy 24 ชั่วโมงแรก

ii) อุตร้าแมนมากกว่า 1 ตัว แสดงว่าเคยมีอุบัติเหตุการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดแล้ว จะต้องมีการประเมินความเสี่ยงทุก 2 ชั่วโมงและเมื่อหลังทำกิจกรรมทุกครั้ง

ณ) จัดท่านอนที่เหมาะสม ไม่ให้มีการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจ พิจารณาใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการป้องกันการดิ้น และสายศีรษะไปมา ได้แก่ ทารกจัดให้นอนที่นอนรังนก (Baby nest) หมอนรองคอ

ญ) จัดสายเครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม หรือใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมช่วยพยุงชุดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้เกิดการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจ ได้แก่ Tube holder

ฎ) การทำกิจกรรม/หัตถการในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เช่น การเจาะเลือด เปิดเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำ การดูดเสมหะ การอาบน้ำ การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ให้กระทำการกิจกรรมอย่างระมัดระวัง และทำโดยบุคลากรอย่างน้อย 2 คนทุกครั้ง

ฏ) ให้ผูกยึดผู้ป่วยตามนโยบายการผูกยึดผู้ป่วย NUR-2-190 ทุกราย

ฐ) กรณีผู้ป่วยเด็กโตที่พยาบาลประเมินแล้วพบว่าพูดคุยรู้เรื่องและจะไม่มีผูกมัด ต้องมีผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูล และเข้าใจเหตุผลความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ อันตรายจากท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

ฑ) กรณีผู้ป่วยตื่นมารายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาให้ยา Sedative ตามเหมาะสม

ฒ) บันทึกกิจกรรมและผลลัพธ์ในแบบบันทึกทางการพยาบาลตาม NUR-2-60

ภาคผนวก:

1. แบบประเมิน Motor activity assessment scale: MAAS
2. แบบประเมิน Richmond agitation sedation scale: RASS
3. การผูกยึดท่อช่วยหายใจชนิด Endotracheal tube

ทบทวนเอกสาร: 9 มิ.ย.2551, R 11 เม.ย. 2554, R 2557, R 8 พ.ย. 2560, R 25 มี.ค. 2565, R 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-2-220

แบบประเมิน Motor activity assessment scale (MAAS)

ระดับ	ลักษณะ	รายละเอียดการประเมิน
0	ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง	ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย
1	มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า	ลืมตา เลิกคิ้วสายศีรษะได้ ขยับแขน-ขาได้ ทราบตำแหน่งที่เจ็บ
2	มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสัมผัส	ลืมตา เลิกคิ้วสายศีรษะได้ ขยับแขน-ขาได้เมื่อได้รับสัมผัสหรือเรียกชื่อ
3	ไม่กระสับกระส่ายและให้ความร่วมมือ	รู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ในเรื่องของการเคลื่อนไหว
4*	กระสับกระส่ายและ <u>ไม่ให้ความร่วมมือ</u>	รู้สึกตัว ไม่ทำตามคำสั่งในเรื่องของการเคลื่อนไหว สามารถแกะผ้าที่ผูกยึดได้
5	ก้าวร้าว	ไม่ทำตามคำสั่ง เอะอะ โวยวาย ผุดลุกผุดนั่งแขน-ขาออกนอกเตียง
6	ก้าวร้าวระดับอันตราย	ไม่ทำตามคำสั่งเอะอะ โวยวาย ผุดลุกผุดนั่งพยายามลงเตียง สามารถทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้

*เกณฑ์การผูกยึดร่างกายผู้ป่วยที่เหมาะสมคือ เมื่อคะแนน เท่ากับ 4 ขึ้นไป

คะแนน MAAS	แนวทางปฏิบัติ
≥4 – 5 คะแนน	เจ้าหน้าที่พยาบาลต้องค้นหาและแก้ไขตามสาเหตุก่อนผูกยึดร่างกาย เช่น ดูแลและลดความไม่สบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด ถ้าไม่ทราบสาเหตุให้รายงานแพทย์ และถ้ายัง Agitate อยู่ให้รายงานแพทย์พิจารณาให้ยา sedative
เท่ากับ 6 คะแนน	ให้ผูกยึดทันทีและอธิบายเหตุผลของการผูกยึดให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ พร้อมค้นหาสาเหตุและแก้ไข ถ้าไม่ทราบสาเหตุให้รายงานแพทย์
≤3 คะแนน	ให้ยุติการผูกยึด และประเมิน MAAS ต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง

ภาคผนวก 2 NUR-2-220

แบบประเมิน Richmond agitation sedation scale (RASS)

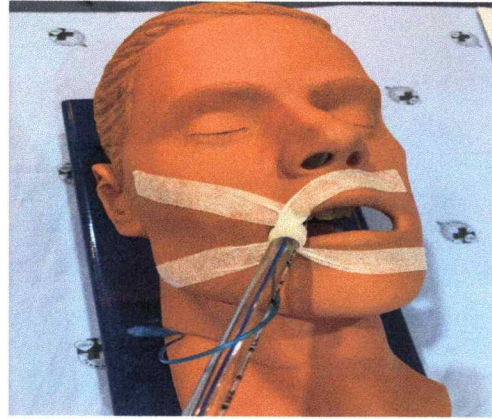
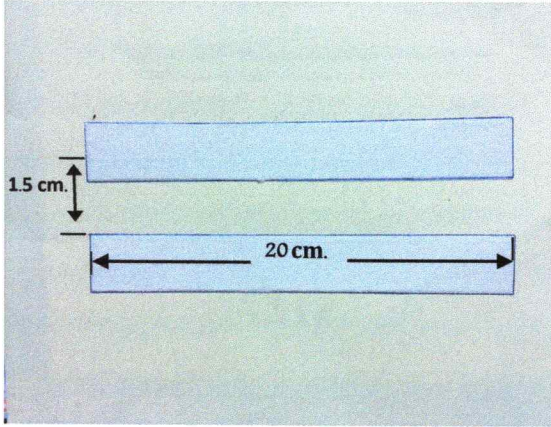
คะแนน	ระยะ	ลักษณะ
+ 4	ต่อสู้	ต่อสู้ ทำให้เกิดอันตราย หรือใช้ความรุนแรงกับเจ้าหน้าที่
+ 3	กระวนกระวาย มาก	เคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ดึงสายต่างๆ ก้าวร้าว
+ 2	กระวนกระวาย	กระวนกระวายบ่อยโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย และด้านการใช้เครื่องช่วยหายใจ
+ 1	กังวล	ทำทุกซกักังวล นอนไม่หลับ แต่ไม่ก้าวร้าว
0	ตื่นตัว และสงบ	ตื่นตัวตามปกติ และสงบ
- 1	ตื่นเมื่อเรียก	ลืมตาเมื่อเรียก ลืมตานาน >10 วินาที
- 2	ง่วงซึม	ง่วงซึมเล็กน้อย ลืมตาเมื่อเรียก ลืมตานาน < 10 วินาที
- 3	ง่วงซึมปานกลาง	ง่วงซึมปานกลาง เคลื่อนไหวลูกตาปานกลาง หรือลืมตา แต่ไม่มี contract
- 4	ง่วงซึมมาก	ง่วงซึมมาก ตอบสนองต่อเสียง ไม่มีการเคลื่อนไหว ลืมตาเมื่อกระตุ้น
- 5	ปลุกไม่ตื่น	หลับ ไม่ตอบสนองต่อแสงและเสียง แต่ตอบสนองต่อการกระตุ้นให้เจ็บ
- 6	ไม่มีการ ตอบสนอง	ไม่มีการตอบสนองใดๆ

ถ้ามีคะแนน RASS $\geq +3$ คะแนน ให้พยาบาลค้นหาสาเหตุและแก้ไขปัญหา ถ้ายัง Agitate อยู่ให้รายงานแพทย์พิจารณาให้ยา sedative

ภาคผนวก 2 NUR-2-220

การผูกยึดท่อช่วยหายใจชนิด Endotracheal tube

อุปกรณ์ พลาสติก (FIXUMU) ความกว้าง 1.5 เซนติเมตร x ความยาว 20 เซนติเมตร จำนวน 2 ชิ้น



โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-230		ฉบับที่: จ
เรื่อง: การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อ

1. ใช้เป็นแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้ายภายในโรงพยาบาล

นโยบาย:

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการเคลื่อนย้ายด้วยวิธีที่ถูกต้อง และเหมาะสม
2. พยาบาลต้องประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย และดูแลระหว่างการเคลื่อนย้าย
3. ต้องแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบทุกราย

นิยามศัพท์:

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล หมายถึง การรับ-ส่งผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลขอนแก่น ได้แก่ OPD ER หน่วยบริการคลินิกต่างๆ ห้องผ่าตัด ห้องเอกซเรย์ เป็นต้น

ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย หมายถึง อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน ก่อนการต้องเคลื่อนย้าย แบ่งเป็น 4 ระดับ

- ระดับที่ 1 ระดับรุนแรงมาก หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่มีอาการและอาการแสดงของสัญญาณชีพไม่คงที่ และมีโอกาสเกิด Sudden cardiac arrest
- ระดับที่ 2 ระดับรุนแรงปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤต ที่อาการและอาการแสดงของสัญญาณชีพคงที่แล้ว แต่ยังต้องการการดูแลรักษาด้วยยาและอุปกรณ์ช่วยเหลืออื่นๆ ที่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยที่ On ET Tube และใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น
- ระดับที่ 3 ระดับรุนแรงเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่อาการและอาการแสดงของสัญญาณชีพคงที่แล้ว ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ยังมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
- ระดับที่ 4 ระดับไม่รุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่อาการและอาการแสดงของสัญญาณชีพคงที่แล้ว ไม่ได้ใช้ออกซิเจน

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-230	หน้า: 2/3
เรื่อง: การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	

วิธีปฏิบัติ:

1. พยาบาลประเมินอาการเบื้องต้น ทั้งอาการทางคลินิก และความต้องการการใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้าย เช่น รถนั่ง รถนอน ชนิดของออกซิเจน เป็นต้น
2. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ขอใช้บริการเปล โดย
 - ก) ผู้ป่วยใน ลงทะเบียนผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยระบุหน่วยงานที่เรียกใช้บริการ ประเภทของผู้ป่วย ชนิดของเปลเคลื่อนย้าย และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น ชนิดของออกซิเจน (Cannula, Carina, Mask with bag) เป็นต้น กรณีเร่งด่วนประสานโดยทางโทรศัพท์
 - i) ในเวลา ประสานเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยใน โทร. 3702
 - ii) นอกเวลา ประสาน เปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ER โทร. 1243
 - ข) OPD และ ER ประสานทางโทรศัพท์ โดยแจ้งชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ชนิดของเปลเคลื่อนย้าย และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น ชนิดของออกซิเจน (Cannula, Carina, Mask with bag) เป็นต้น
 - i) เปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยนอก โทร. 1202
 - ii) เปลเคลื่อนย้าย ER โทร. 1243
3. พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติ ให้รับทราบและเข้าใจ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ เมื่อมีภาวะเร่งด่วน สามารถทำการเคลื่อนย้ายได้ภายใต้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม แล้วแจ้งญาติทราบภายหลัง
4. พนักงานเปล จัดเตรียมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามใบ Request เช่น ปริมาณออกซิเจน ตามชนิดที่ใช้กับผู้ป่วย
5. ก่อนการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง พนักงานเปล และพยาบาลต้องตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกัน ตามหลักการระบุตัวตนผู้ป่วย (Identify) โดยตรวจสอบจาก ชื่อ-สกุล วัน เดือน ปีเกิด หรือ ที่อยู่
6. กรณีผู้ป่วยที่ให้ออกซิเจน พยาบาลต้องตรวจสอบ ปริมาณการให้ และปริมาณออกซิเจนที่เหมาะสมถูกต้อง
7. พยาบาล ต้องเตรียมเอกสารของผู้ป่วย เช่น เวชระเบียน ประวัติการรักษา ใบเอกซเรย์หรือหลักฐานการส่งตรวจ โดยเอกสารดังกล่าว ต้องอยู่ในซองหรือแฟ้มที่มิดชิด
8. พยาบาลตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ ในการเคลื่อนย้าย และทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม
9. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมก่อนเคลื่อนย้าย และเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นในรายที่มีข้อจำกัดหรือมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บเพิ่ม เช่น ผู้ป่วยกระดูกคอหักหรือกระดูกสันหลังหัก ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น กรณีที่ผู้ป่วยมีสายหรือท่อระบายที่ต่อออกจากร่างกาย ให้จัดเก็บสายอย่างถูกต้อง

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-230	หน้า: 3/3
เรื่อง: การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	

10. กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุตกเตียง/ตกเปล ให้ขออนุญาตใช้เครื่องผูกยึด ตาม NUR-2-190 และ NUR-2-200 หรือรายงานแพทย์ผู้รักษาพิจารณาให้ยาตามแผนการรักษา

11. พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้าย ตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย ดังนี้

ก) ระดับรุนแรง เป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีแพทย์และพยาบาล ดูแลระหว่างการเคลื่อนย้าย และต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะ ที่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมให้การช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน

ข) ระดับปานกลาง มอบหมายให้พยาบาล ที่สามารถประเมินอาการและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ทั้งนี้ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของพยาบาลหัวหน้าเวร

ค) ระดับรุนแรงเล็กน้อย มอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse) เป็นผู้ดูแลระหว่างการเคลื่อนย้าย

ง) ระดับไม่รุนแรง สามารถไปกับพนักงานเปลได้

12. กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคติดต่อที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลนำส่งจะต้องสวมชุด PPE เพื่อป้องกันตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล ประสานหน่วยบริการเปล เพื่อเตรียมเปลนอนแบบแคปซูลแรงดันลบ (Negative pressure Capsule) สำหรับการเคลื่อนย้าย ประสานเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เพื่อเคลียร์เส้นทางก่อนการเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยปลายทาง

13. ติดตามและบันทึกผลการเคลื่อนย้ายลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note)

ทบทวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2577, R ต.ค. 2560, r 25 ก.พ. 2565,
r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/4
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-240		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยทั้งการดูแลต่อเนื่องในสถานพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลปัญหาและความต้องการภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

นโยบาย:

1. ทุกหน่วยงานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มโรค ยุทธศาสตร์ทุกกลุ่มหรือในผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 เป็นต้นไป
2. ทุกหน่วยงานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่สำคัญระหว่าง หน่วยงานภายในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลต่อเนื่อง
3. พยาบาลวิชาชีพใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องโดยประสานกับ ผู้ที่เกี่ยวข้อง/ครอบครัว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในภายนอก ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนา ศักยภาพผู้ป่วย/ผู้ให้บริการให้มีความรู้ความเข้าใจมีความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถชี้แหล่ง ประโยชน์ทางสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมได้อย่างเหมาะสม
4. ทุกหน่วยงานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีแนวทางการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย และ หากได้รับข้อมูลป้อนกลับผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายแล้ว มีการใช้ข้อมูลป้อนกลับของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการมาปรับปรุงระบบการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง
5. หัวหน้าหอผู้ป่วย มีการจัดระบบการนิเทศติดตามทีมพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายและการบันทึก รายงานทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดการสื่อสารอย่างต่อเนื่องในการวางแผนจำหน่ายระหว่างทีมพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามดูแลความต่อเนื่องในการวางแผนจำหน่ายและการดูแล ต่อเนื่อง

นิยามศัพท์:

การวางแผนจำหน่าย (Discharge plan) หมายถึง กระบวนการเตรียมผู้ป่วย/ผู้ให้บริการให้มีความ สามารถพร้อมในการดูแลตนเองจากการประเมินความต้องการการดูแลที่จะเกิดหลังจำหน่าย รวมถึงการ

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-240	หน้า: 2/4
เรื่อง: การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	

เตรียมผู้ดูแลและชุมชนให้พร้อมในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพ ไปสู่หน่วยบริการสุขภาพอื่นหรือสู่การดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) หมายถึง การดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของ ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ โดยการสนับสนุนของทีมสุขภาพที่มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีคุณภาพ

การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ใช้เกณฑ์การแบ่งตามระดับความรุนแรง สำหรับการพยาบาลดังนี้

กลุ่มที่ 1 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรก จากการเป็นโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลง วิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเอง หรือผู้ป่วยที่ ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL มากกว่า 75 คะแนน แต่ขาดความรู้ ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานะของโรคหรือ ตามกลุ่มวัย

กลุ่มที่ 2 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต มีความจำกัด/ไร้ ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ที่มีภาวะพิการอย่างน้อย 2 ด้านขึ้นไป หรือผู้ป่วยที่ ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL 50-75 คะแนน มีศักยภาพในการดูแล ตนเองไม่เพียงพอต้องการผู้ดูแล/คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน

กลุ่มที่ 3 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดความพิการ/จำกัดความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือผู้ป่วยที่ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ADL น้อยกว่า 50 คะแนน หรือผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด

กลุ่มที่ 4 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วย Palliative care และ End of life care ใช้เกณฑ์วินิจฉัย ตาม เกณฑ์ Palliative care เกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและมีภาวะที่โรคคุกคามถึง ชีวิต โดยแพทย์เจ้าของไข้ลงความเห็นว่าการพยากรณ์โรคน้อยกว่า 1 ปี
- 2) โรคของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทรุดลงหรืออาจเสียชีวิตในอนาคตอันใกล้

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-240	หน้า: 3/4
เรื่อง: การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	

3) ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของแต่ละโรค เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่เป้าหมายของการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะท้ายของโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น End-stage renal disease, End-stage COPD, Severe dementia เป็นต้น

วิธีปฏิบัติ :

1. พยาบาลวิชาชีพและทีมพยาบาลมีหลักการวัตถุประสงค์ของกระบวนการวางแผนจำหน่ายแตกต่างกันตามกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้

ก) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 กำหนดให้มีการวางแผนจำหน่ายเพื่อสนับสนุนความสามารถในการจัดการความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานะของโรค

ข) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 กำหนดให้มีการวางแผนจำหน่ายเพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ เพื่อลดความพิการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและโรคอย่างต่อเนื่อง เพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลในบางส่วน โดยประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค/เฉพาะทางในการจัดกิจกรรมการดูแลเพิ่มเติมในลักษณะกิจกรรมกลุ่มหรือเดี่ยว

ค) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 กำหนดให้มีการวางแผนจำหน่ายเพื่อพัฒนาศักยภาพของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลสุขวิทยาและการฟื้นฟูผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ ยา หรือเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิตหรือการดูแลในระยะท้าย ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมทักษะการดูแลก่อนจำหน่าย เชื่อมโยงกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค/เฉพาะทาง

ง) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 4 กำหนดให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานและความเจ็บป่วยอย่างมีมาตรฐาน โดยดูแลร่วมกับการรักษาหลัก จนถึงระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายจากโรคและมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมตัวและสามารถปรับตัวรับมือกับความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงและการสูญเสียได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. พยาบาลวิชาชีพและทีมพยาบาลใช้แบบประเมินปัญหา ความต้องการดูแลหลังจำหน่ายและประเมินความพร้อมของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (แบบฟอร์ม 13/4) โดยมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกสอนทักษะในการดูแลตนเองและการประสานการใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆตามประเด็นปัญหาและความต้องการดูแลหลังจำหน่าย ก่อนจำหน่ายอย่างน้อย 2 วัน

3. พยาบาลวิชาชีพและทีมพยาบาลมีการส่งต่อปัญหา กิจกรรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ผู้ให้บริการระหว่างวัน เพื่อให้ทีมพยาบาลสามารถให้การวางแผนจำหน่ายและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-240	หน้า: 4/4
เรื่อง: การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	

4. กรณีที่ผู้ป่วยมีเหตุการณ์ต่างๆ พยาบาลวิชาชีพและทีมการพยาบาลต้องสอนและฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วย และญาติตามแบบฟอร์ม 13/4 ใน 15 ด้าน ยกตัวอย่างเช่น

- ก) มีแผลกดทับ สอนการทำแผลและการพลิกตะแคงตัว
- ข) กรณีใส่สายยางให้อาหาร สอนการดูแล การให้อาหารทางสายยาง และการทำอาหาร
- ค) กรณีใส่สายสวนปัสสาวะ สอนการดูแลสายสวนปัสสาวะและการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์
- ง) กรณีให้ออกซิเจนที่บ้าน สอนการดูแลและการให้ออกซิเจนที่ถูกต้อง
- จ) กรณีผู้ป่วยเบาหวาน ที่ฉีด Insulin สอนการฉีดและฝึกปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

5. ก่อนจำหน่ายพยาบาลวิชาชีพและทีมการพยาบาล ประเมินความครอบคลุมของการเตรียมความพร้อมในศักยภาพของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการในการดูแล และส่งต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ยังคงเหลืออยู่ให้หน่วย COC ประสานให้หน่วยงานภายนอกรับส่งต่อปัญหาฝึกฝนทักษะภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

6. พยาบาลวิชาชีพและทีมการพยาบาลมีการเตรียมชุดสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนี้

ก) วัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ วัสดุในการทำแผลต่อเนื่อง สายดูดเสมหะ สาย NG ควรจัดเตรียมสำรองการใช้ประมาณ 2 สัปดาห์ เป็นอย่างน้อย

ข) กายอุปกรณ์ มีแนวทางประสานงานดังนี้ ทีมพิจารณาร่วมกัน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลประสานงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ร่วมพิจารณาความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ จัดหาอุปกรณ์ ตามแนวทางที่กำหนด

7. พยาบาลวิชาชีพและทีมการพยาบาลให้ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องในวันจำหน่าย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและให้บันทึกข้อมูลในบันทึกทางการพยาบาล พร้อมส่งต่อแบบฟอร์ม 13/4 ให้หน่วยรับส่งต่อการดูแลต่อเนื่องประสานการดูแล

8. หัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามนิเทศศักยภาพบุคลากร การปฏิบัติตามแนวทางวางแผนจำหน่าย การบันทึกทางการพยาบาล ทุกระยะที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

บททวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, r 11 เม.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, R 1 พ.ค. 2562, R 2 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/7
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-290		ฉบับที่: ง
เรื่อง: การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ		วันที่: R 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

วัตถุประสงค์:

ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติในการบริหารยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

นโยบาย:

1. พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้ยาหรือสารน้ำหรือให้อาหารทางหลอดเลือดดำ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการให้ได้รับสารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพตามแผนการรักษา
2. ทุกหน่วยงานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ
3. ทุกหน่วยงานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วย จะต้องมีการจัดระบบให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการดูแลเมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ
3. หัวหน้าหอผู้ป่วย มีการจัดระบบการนิเทศติดตามที่มพยาบาลในการให้ยา สารน้ำ หรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการดูแลเมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ
4. การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ บริเวณหรือพื้นที่ และตำแหน่งให้สารน้ำ ต้องยึดเทคนิคการทำให้ปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ด้วยหลักการของ Aseptic non-touch technique (ANTT) ซึ่งมีคำสำคัญ 5 คำ คือ 1) Key-site 2) Key-Part 3) General aseptic field 4) Critical aseptic field 5) Micro critical aseptic field

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/7
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-290		ฉบับที่: ง
เรื่อง: การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ หลอดเลือดดำอักเสบ		วันที่: R 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์:

ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติในการบริหารยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

นโยบาย:

1. พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้ยาหรือสารน้ำหรือให้อาหารทางหลอดเลือดดำ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการให้ได้รับสารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพตามแผนการรักษา
2. ทุกหน่วยงานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ
3. ทุกหน่วยงานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วย จะต้องมีการจัดระบบให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการดูแลเมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ
3. หัวหน้าหอผู้ป่วย มีการจัดระบบการนิเทศติดตามที่มพยาบาลในการให้ยา สารน้ำ หรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการดูแลเมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ
4. การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ บริเวณหรือพื้นที่ และตำแหน่งให้สารน้ำ ต้องยึดเทคนิคการทำให้ปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ด้วยหลักการของ Aseptic non-touch technique (ANTT) ซึ่งมีคำสำคัญ 5 คำ คือ 1) Key-site 2) Key-Part 3) General aseptic field 4) Critical aseptic field 5) Micro critical aseptic field

นิยามศัพท์:

ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis) หมายถึง การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยา สารน้ำ สารอาหาร เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จะพบบริเวณตำแหน่งรอยแทงเข็มกับผิวหนังบริเวณที่ให้ เกิดอาการปวดหรือกดเจ็บ (Pain) บวม (Edema) แดง (Erythema) หลอดเลือดดำเป็นลิ่มแข็ง (Thrombus formation cording of the vein) พบในผู้ป่วยที่ให้ยาทางหลอดเลือดดำ ระหว่างหรือหลังฉีดยา ในขณะอยู่โรงพยาบาล และอาจเกิดภายหลังหยุดการให้สารน้ำแล้ว 48 ชั่วโมง โดยภาวะหลอดเลือดดำอักเสบแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

ก) Mechanical phlebitis คือ สาเหตุเกิดจากอุปกรณ์ เข็ม หรือสาย Catheter ทำให้เกิด Mechanical phlebitis ชนิดของสาย Catheter (Catheter ขนาดใหญ่กว่าหลอดเลือดดำ) ตำแหน่งใส่ Catheter ใกล้กับบริเวณข้อต่อ หรือ Catheter ถูกผนังหลอดเลือดดำเมื่อมีการเคลื่อนไหว รวมถึงปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย อายุ เพศ โรคที่เป็น การทำงานของระบบไหลเวียนเลือด

ข) Chemical phlebitis คือ สาเหตุจากความเป็นกรดต่างของสารละลาย หรือการให้สารละลาย ยา pH เลือดมี pH เท่ากับ 7.35-7.45 ยาที่มีคุณสมบัติเป็นกรด (pH น้อยกว่า 7) และเป็นด่าง (pH มากกว่า 7) ทำให้เกิด Chemical phlebitis ได้ Osmolarity เลือดมีค่า Osmolarity ประมาณ 280-310 mosm/l ยา สารน้ำ TPN ที่เป็น Hypotonic, Hypertonic ทำให้เกิด Chemical phlebitis ได้

ค) Infective phlebitis คือสาเหตุเกิดจากการใส่ Catheter โดยไม่ใช้หลักปราศจากเชื้อ ยาหรือสารละลายมีการปนเปื้อน ระยะเวลาที่การลงสายหรือเข็ม ชนิดของวัสดุปิดแผล

ง) Post infusion phlebitis คือ การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบภายหลังการถอดสายสวนหลอดเลือดดำภายใน 48 ชั่วโมง อาจเกิดจากสารเคมี การระคายเคือง หรือการบาดเจ็บของหลอดเลือด การติดเชื้อ และปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งพบได้น้อย

ระดับความรุนแรงของหลอดเลือดดำอักเสบ ได้แบ่งนิยามตามระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ก) ระดับ 0 ไม่พบสิ่งผิดปกติ หรือไม่มีอาการแสดงทางคลินิก

ข) ระดับ 1 แดงรอบรอยเข็ม ร่วมกับมีอาการปวดหรือไม่ปวดก็ได้

ค) ระดับ 2 ปวดหรือกดเจ็บและแดงรอบรอยเข็ม ร่วมกับบวมหรือไม่บวมก็ได้

ง) ระดับ 3 ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง มีรอยแดงเป็นทาง คลำได้หลอดเลือดแข็ง ยาวน้อยกว่า

1 นิ้ว

จ) ระดับ 4 ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง มีรอยแดงเป็นทาง คลำได้หลอดเลือดแข็งยาวมากกว่า

1 นิ้ว อาจมีหนองไหลออกมา

วิธีปฏิบัติ:

1. พยาบาลหัวหน้าเวรกับพยาบาลผู้บริหรยาและให้สารน้ำ ตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วย เตรียมสารน้ำ สารอาหารให้ถูกต้องตามแผนการรักษา โดยเขียนสลากปิดขวดให้ครบถ้วน ถูกต้อง ได้แก่ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย หมายเลขเตียง/ห้อง ชนิด จำนวนยา/สารน้ำ อัตราหยด/นาที่ หรือ ซีซี/ชั่วโมง เวลาที่เริ่มให้ เวลาที่หมด ผู้ให้สารน้ำ ผู้เตรียมสารน้ำ
2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติทราบเหตุผล ความจำเป็นในการให้ยา สารน้ำ สารอาหาร หรือเลือด ส่วนประกอบของเลือด การดูแลตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติขณะที่ได้รับสารน้ำ หรืออาการปวด บวม แดง
3. การเตรียมอุปกรณ์ มีการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับเปิดเส้นหลอดเลือดดำส่วนปลาย ดังนี้
 - ก) สำลีแอลกอฮอล์ Sterile
 - ข) สายยางรัดแขน (Tourniquet)
 - ค) เข็มที่ใช้แทนเข้าหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral insertion device) ขนาดที่เหมาะสม โดยเลือกที่มีขนาดเล็กกว่าเส้นเลือด
 - ง) ก๊อชปลอดเชื้อชิ้นเล็กหรือพลาสติกเอร์ยา
 - จ) พลาสติกหรือเทปขาวสำหรับยึดติดตรึง (Transpore หรือ Micropore)
 - ฉ) แผ่นฟิล์มใสปลอดเชื้อ (Tegaderm หรือ Transparent dressing) เพื่อตรวจสอบเส้นเลือด ขณะให้ยาได้ชัดเจน
 - ช) ถุงมือ Disposable
 - ซ) สติกเกอร์สี เพื่อติดระบุวันเปลี่ยนตำแหน่งแทงเข็มและชุดให้สารน้ำ
4. ล้างมือให้สะอาดแบบ Hygienic hand washing หรือ Alcohol-based hands rub ก่อนที่จะให้ยา หรือสารละลาย โดยปฏิบัติตามหลัก Aseptic technique และสวมถุงมือในการบริหรยา สารน้ำทุกครั้ง
5. เลือกตำแหน่งและขนาดของหลอดเลือดที่เหมาะสม ดังนี้
 - ก) เลือกหลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ ตรง มองเห็นชัดเจน และมีความยืดหยุ่น ได้แก่ หลอดเลือดดำส่วนปลายบริเวณแขน รวมถึงหลังมือ (Metacarpal vein) หลอดเลือดดำบริเวณแนวแขนด้านใน (Cephalic vein) หลอดเลือดดำบริเวณแนวแขนด้านนอก (Basillic vein) และหลอดเลือดดำบริเวณท้องแขน (Median vein)
 - ข) หลีกเลียงบริเวณที่มีรอยบวมซ้ำ มีแผล มีหลอดเลือดดำอักเสบหรือแข็ง บริเวณข้อพับ ข้อมือ ข้อเท้า คอ และแขนขาข้างที่อ่อนแรง/ข้างที่มีพยาธิสภาพ/ข้างที่ผ่าตัดมะเร็งเต้านม/ข้างที่ได้รับฉายแสง/lymphedema และงดแทงข้างที่ผู้ป่วยจะทำหัตถการ

เรื่อง: การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ

ค) ควรแทงเข็ม Medicut ให้ห่างจากบริเวณข้อ เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีการเคลื่อนไหวบ่อยและป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาท

ง) กรณีทารกและเด็กเล็ก ควรพิจารณาใช้หลอดเลือดดำบริเวณศีรษะและเท้า

6. ทำความสะอาดบริเวณที่แทง catheter หลอดเลือดดำส่วนปลายด้วย 70% Alcohol หรือ 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol ในกรณีหลอดเลือดดำใหญ่/ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ในเด็กอายุระหว่าง มากกว่า 2 เดือน ถึง 15 ปี หรือใช้ 0.5% Chlorhexidine in 70% Alcohol ในทารกอายุน้อยกว่า 2 เดือน และปล่อยให้ผิวหนังที่ทำความสะอาดแห้งก่อนอย่างน้อย 30 วินาที

7. การแทงเข็ม Catheter หรือ Medicut ควรปฏิบัติดังนี้

ก) ใช้หลัก No touch technique ในบริเวณตำแหน่งแทงเข็ม

ข) ต่อสายชุดให้สารน้ำโดยต้อง Fix หัวเข็มกับปลายข้อต่อสาย IV ให้แน่น ด้วยหลัก Sterile technique

ค) ปิดพลาสติกหรือหลอดเชื่อมต่อตำแหน่งรอยแทงเข็ม หรือปิดให้มองเห็นรอยต่อของเข็มกับผิวหนังด้วยแผ่นฟิล์มใสปิดเชื้อ (Tegaderm) ในทารกผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือหลอดเลือดดำอักเสบได้ง่าย รวมถึงการติดสติกเกอร์สีและระบุวันครบเปลี่ยน

ง) ติดเทปกาหรือพลาสติกยึดตรึงเข็ม Medicut กับผิวหนังด้วยวิธี Chevron method (ปีกผีเสื้อ) หรือ U-Shape เพื่อป้องกันเข็มและสาย IV เลื่อนหลุด โดยไม่ปิดพลาสติกทับตำแหน่งที่แทงเข็ม เพื่อให้สามารถสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้รวดเร็ว ชัดเจน

จ) กรณีที่แทงเข็ม Catheter 2 ครั้งแล้วไม่ได้ ควรเปลี่ยนให้พยาบาลคนใหม่แทงแทน

ฉ) การเปลี่ยนตำแหน่งที่แทงเข็มใหม่ ให้เปลี่ยนเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน การเปลี่ยนอุปกรณ์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Set, add on devices) ควรเปลี่ยนทั้งชุด และเปลี่ยนเมื่อครบกำหนด ดังนี้

i) IVF continuous ทุก 3 วัน

ii) Parenteral nutrition without fat ทุก 3 วัน

iii) Parenteral nutrition with fat ทุก 1 วัน

iv) Intermittent drug ทุก 1 วัน

v) Blood and blood product 4 ชั่วโมง/unit/dose

vi) Propofol ทุก 6-12 ชั่วโมง

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-290	หน้า: 5/7
เรื่อง: การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ	

8. ปรับหยดยาผสมสารละลาย สารน้ำ เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาโดยการบริหารยา สารน้ำควรปฏิบัติดังนี้

- ก) ยาที่มีความเข้มข้นสูงให้ประสานแพทย์เพื่อที่จะพิจารณาการให้สารน้ำคู่กัน
- ข) กรณีให้ยากลุ่มเสี่ยงสูงหลายตัวพร้อมกันให้ Flash เส้นเลือดด้วย 0.9% NSS 10 CC หรือได้ด้วยน้ำเกลือที่กำลังให้
- ค) ยาปฏิชีวนะที่ระคายเคืองสูง เช่น Cloxacillin, Vancomycin ต้อง Drip ช้าๆ อย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง กรณีที่ให้ยา Antibiotic หลายชนิด ต้องมีการใช้ NSS push ก่อนและหลังการให้ Antibiotic แต่ละชนิด
- ง) สังเกตหรือประเมินการย้อนกลับของเลือด (Blood return) ให้ดูเลือดออกมาอย่างช้าๆ รวมทั้งพิจารณาสีเลือดที่ออกมา เพื่อประเมินเส้นเลือดก่อนให้ยาหรือสารน้ำ และยาที่ต้อง Push ผ่านหลอดเลือดดำโดยตรง ให้ Push ช้าๆ
- จ) ห้ามใช้ Sterile water ในการล้างหรือ Flash สายสวนทางหลอดเลือดดำ เพราะจะทำให้เม็ดเลือดแดงแตก
- ฉ) ห้ามออกแรงดันหลอดฉีดยา ถ้าพบมีแรงต้านหรือดูดเลือดกลับไม่ได้ ให้ตรวจสอบว่าอาจมีการอุดตันมีลิ่มเลือด สายหัก พับ งอ ให้แก้ไขก่อนบริหารยาต่อ
- ช) ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองขณะให้สารน้ำ โดยไม่ปรับหยุดอัตราการไหลของยา สารน้ำเองระมัดระวังขณะเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่ปลดขวดสารละลายหรือซุดให้สารน้ำ ระมัดระมัดระวังการเคลื่อนไหวตำแหน่งหรือการใช้แขนข้างที่ให้สารน้ำ ไม่ยกแขนสูงกว่าระดับหัวใจ เป็นต้น รวมถึงสังเกตอาการผิดปกติ ปวด บวม แดง ชา แสบร้อนตำแหน่งที่ให้สารน้ำที่ต้องแจ้งพยาบาลทันที
- ช) ภายหลังการฉีดยา ให้ล้างสายสวนหลอดเลือดดำโดยมีปริมาณมากพอที่จะล้างยาให้หมดจากสายดังนี้
 - i) กรณีทั่วไปให้ใช้สารละลายปริมาตร 3-5 มิลลิลิตร
 - ii) กรณีผู้ป่วยจำกัดน้ำใช้สารละลายปริมาตร 3 มิลลิลิตร
 - iii) หลังให้ยาเคมีบำบัดใช้สารละลายปริมาตร 10 มิลลิลิตร
 - iv) หลังให้เลือดใช้สารละลายปริมาตร 20 มิลลิลิตร
- ณ) การเปลี่ยนพลาสเตอร์หรือ Tegaderm ออกจากผิวหนังผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล แล้ว Dressing แผลด้วย 70% Alcohol และให้ใช้เทปสีแสดงสัญลักษณ์สีประจำวันที่ครบเปลี่ยน ติดไว้ด้วย ส่วนผู้ป่วยเด็กไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนตำแหน่งให้สารน้ำทุก 72 - 96 ชั่วโมง เน้นการเฝ้าระวัง

เรื่อง: การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ

ญ) ยุติการให้สารน้ำและนำอุปกรณ์การแทงเข็มให้ถอดออกทันทีที่ไม่จำเป็นต้องใช้งาน โดยดึงเข็มนอกตามแนวของหลอดเลือด ใช้สำลีแห้ง Sterile กดลงตำแหน่งที่แทงเข็มนาน 2-3 นาที หรือนานกว่านั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ แล้วปิดทับด้วย Transpore

ฎ) การประเมิน ติดตาม การบริหารยา สารน้ำ สารอาหาร เลือด หรือส่วนประกอบของเลือด ตามแนวทางที่กำหนดหรืออย่างน้อยเผลละ 1-2 ครั้ง และประเมิน สังเกตการณ์เกิดภาวะการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ

ฏ) ตรวจดูตำแหน่งการแทงเข็มทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันและประเมินภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ หรือให้สอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย ชนิดยา และตำแหน่งแทงเข็ม เช่น ในผู้ป่วยเด็กผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีคุณสมบัติเป็นกรด (pH น้อยกว่า 7) และเป็นด่าง (pH มากกว่า 7) ต้องประเมินบ่อยกว่า 1 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่ให้การพยาบาล

ฐ) หากพบภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ให้ประเมินระดับความรุนแรง (เกรด) ของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบบริเวณที่แทงเข็มให้ยาหรือน้ำเกลือ โดยใช้เครื่องมือ Phlebitis Scale และให้บันทึกผลการประเมินในใบประเมินภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ แบบบันทึกทางการพยาบาล และโปรแกรมบันทึกความเสี่ยง HRMS ทุกครั้ง

ท) การพยาบาลเมื่อเกิดหลอดเลือดดำอักเสบให้ปฏิบัติดังนี้

- i) หยุดการให้สารน้ำหรือเปลี่ยนตำแหน่งทันที
- ii) ประเมินตำแหน่งที่ให้สารน้ำต่ออีก 48 ชั่วโมงหลังหยุดการให้สารน้ำ
- iii) บันทึกข้อมูล ประเมิน หาสาเหตุของการเกิด โดยประเมินจาก Technical, Chemical and Bacteria
- iv) ประคบเย็น หรือร้อนตามชนิดของยา หรือการให้สารน้ำที่ได้รับ โดยประคบอย่างน้อย 20 นาที วันละ 3-4 ครั้ง เป็นเวลา 1-2 วัน
- v) ยกตำแหน่งที่เกิดหลอดเลือดดำอักเสบให้สูงขึ้นเพื่อลดบวม
- vi) หากอาการไม่ดีขึ้น หรือมีระดับความรุนแรง Phlebitis เกรด 3-4 ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาลดปวด และยาทาเพื่อบรรเทาการอักเสบ หรือการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
- ๗) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือผู้ป่วยเด็กในรายที่มีข้อจำกัด ได้แก่ หลอดเลือดดำแตกง่าย การหาหลอดเลือดดำยาก หรือต้องรับการรักษาด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลานานหลายวัน ให้ปรึกษาแพทย์เพื่อร่วมพิจารณาใส่สายส่วนกลาง (Central line)

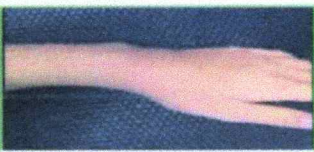
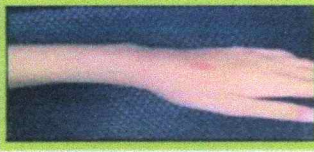
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-290	หน้า: 7/7
เรื่อง: การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ	

ภาคผนวก :

1. เครื่องมือประเมินความรุนแรงภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ Phlebitis Scale
2. ตัวอย่างการติดพลาสติกเตอร์ และ Transparent dressing รวมถึงตำแหน่งระบุวันครบเปลี่ยน
3. หลักการของ Aseptic non-touch technique (ANTT)

ทบทวนเอกสาร : 2 ต.ค.2560 , R 1 พ.ค.2562 , R 25 มี.ค.2565, R 1 ต.ค. 2567

เครื่องมือประเมินความรุนแรงภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ Phlebitis Scale

เครื่องมือการประเมินและเก็บข้อมูล Phlebitis scale			
Phlebitis scale			
Grade	Clinical Criteria	Picture	Nursing care
0	No symptoms ไม่มีอาการและอาการแสดง		Observe IV site & Monitor
1	Erythema at access site with or without pain แดงรอบรอยเข็ม (มีอาการปวดหรือไม่ก็ได้)		เปลี่ยน IV site & Monitor
2	Pain at access site with erythema and/ or edema ปวดและแดงรอบรอยเข็ม (บวมหรือไม่บวมก็ได้)		เปลี่ยน IV site ประคบเย็นเพื่อลดปวด ประคบร้อนเพื่อลดบวม & Monitor
3	Pain at access site with erythema ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง Streak formation มีรอยแดงเป็นทาง Palpable venous cord ต้องคลำได้หลอดเลือดแข็ง		เปลี่ยน IV site ประคบเย็นเพื่อลดปวด ประคบร้อนเพื่อลดบวม รายงานแพทย์ รายงานอุบัติการณ์ & Monitor
4	Pain at access site with erythema ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง Streak formation มีรอยแดงเป็นทาง Palpable venous cord > 1 inch in length คลำได้หลอดเลือดแข็งยาวมากกว่า 1 นิ้ว Purulent drainage พบหนอง		เปลี่ยน IV site ประคบเย็นเพื่อลดปวด ประคบร้อนเพื่อลดบวม รายงานแพทย์ รายงานอุบัติการณ์ & Monitor

Credit by นส.สมพร พูลพานิชอุปถัมภ์ และ นส.ปติรัตน์ ปักซี่ ชมรมเครือข่ายผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย

ตัวอย่างการติดพลาสเตอร์ และ Transparent dressing รวมถึงตำแหน่งระบุน้ำตาลเปลี่ยน
การใช้เทคนิคการปิดพลาสเตอร์ เพื่อยึดตรึงป้องกันการเลื่อนหลุด โดยใช้ Chevron technique
และเก็บปลายสายชุดให้ สารน้ำด้วย Omega technique



ภาคผนวก 3 NUR-2-290

หลักการของ Aseptic non-touch technique (ANTT)

Aseptic non-touch technique (ANTT)^{1,5}

เป็นเทคนิคการทำให้ปลอดเชื้อ (aseptic technique) ชนิดหนึ่ง ที่กำหนดไว้สำหรับหัตถการทางคลินิกที่มีการสอดใส่อุปกรณ์ และการบริหารจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่ในร่างกาย สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หัตถการทางคลินิกที่มีการสอดใส่อุปกรณ์และการบริหารจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่ในหลอดเลือดดำ ได้แก่ การใส่ Vascular access device (VAD) และการบริหารสารน้ำ/ยาทางหลอดเลือดดำ

หลักการของ Aseptic non-touch technique มีคำสำคัญ 5 คำ ได้แก่

1 Key - site

หมายถึง บริเวณทางเปิดที่ผิวหนังของผู้ป่วย เช่น ตำแหน่งการสอดใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ตำแหน่งการฉีดยา แผลเปิด เป็นต้น

2 Key - part

หมายถึง บริเวณของอุปกรณ์ที่ต้องสัมผัสกับ Key - site ถ้า Key - part มีการปนเปื้อนจะทำให้เกิดการปนเปื้อนถึงผู้ป่วย เช่น ปลาสาย หลอดฉีดยา หัวเข็ม ปลาสายชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จุกแอมบูของชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้านที่แทงเข้าขวดสารน้ำ (spike) เป็นต้น

3 General aseptic field

หมายถึง บริเวณหรืออุปกรณ์ที่ผ่านการทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ (70% alcohol) ก่อนและหลังใช้งาน เช่น ถาดใส่หลอดฉีดยา เป็นต้น

4 Critical aseptic field

หมายถึง บริเวณหรือพื้นที่ที่ปราศจากเชื้อ เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการทำหัตถการ ซึ่งวางบนผ้าคลุมปราศจากเชื้อในขณะทำหัตถการ และมีการบริหารจัดการตามหลักการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง เป็นต้น

5 Micro critical aseptic field

หมายถึง จุดสัมผัสเล็ก ๆ ที่ต้องปราศจากเชื้อ เช่น ส่วนปลายสุดของหลอดฉีดยา ส่วนปลายสุดของชุดให้สารน้ำ เป็นต้น

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-300		ฉบับที่: ๑
เรื่อง: การป้องกันและการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสี		วันที่: ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๗
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการการป้องกันและการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสี
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการป้องกันและการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสี

นโยบาย: ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี ต้องได้รับการป้องกันและการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี

นิยามศัพท์:

การป้องกันและการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสี คือ เมื่อผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีตั้งแต่ 20-40 Gy ผิวหนังของผู้ป่วยจะเริ่มมีสีแดง เมื่อได้รับรังสีต่อเนื่องผิวหนังของผู้ป่วยจะเริ่มแสดงลักษณะแห้ง และเมื่อได้รับปริมาณรังสีมากกว่า 60 Gy ขึ้นไป ผิวหนังของผู้ป่วยจะเริ่มเป็นแผลเปื่อย ผู้ป่วยต้องได้รับการป้องกันและการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีตั้งแต่เริ่มฉายรังสีจนสิ้นสุดการรักษาต่อเนื่องอีก 1-2 เดือน

วิธีปฏิบัติ:

1. พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่ก่อนมาฉายรังสีจนกระทั่งครบการรักษา และต่อเนื่องอีก 3 เดือน

2. ให้คำแนะนำการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยในระหว่างการรับรังสีรักษา

ก) การดูแลผิวหนังที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ คือ ผิวหนังเฉพาะส่วนรับรังสีผ่านเท่านั้น ได้แก่ ผิวหนังบริเวณที่แพทย์ขีดเส้นกำหนดไว้ในช่วงการฉายรังสี ผิวหนังส่วนอื่นสามารถรักษาความสะอาดได้ตามปกติ

ข) ระวังไม่ให้เส้นที่แพทย์ขีดไว้ ถ้าเส้นลบต้องพบแพทย์เพื่อขีดเส้นใหม่ ห้ามขีดเอง

ค) ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ แต่หลีกเลี่ยงการขัดถู หรือฟอกสบู่แรงๆ บริเวณที่รับรังสีรักษา หากบริเวณที่รับรังสีรักษาเกิดการเปื่อยน้ำ สามารถใช้ผ้าแห้งนุ่มเช็ดทำความสะอาดออกเบาๆ

ง) หลีกเลี่ยงการใช้สารระคายเคืองต่างๆ ทาบริเวณผิวหนัง เช่น ยา น้ำหอม เครื่องสำอาง แป้งโรย ยกเว้นที่แพทย์อนุญาต ทั้งนี้สารเหล่านั้นอาจมีส่วนผสมของโลหะหนักที่สามารถเกิดปฏิกิริยาของรังสีเกิดความระคายเคืองและทำให้ผิวหนังเกิดแผลได้

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-300	หน้า : 2/2
เรื่อง: การป้องกันและการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสี	

จ) หลีกเลี่ยงการเสียดสีกับผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาเช่น พยายามใส่เสื้อผ้าหลวมๆ ไม่ใช้กระเป๋าน้ำร้อนหรือเย็นวางบริเวณที่ฉายรังสี เป็นต้น

ฉ) ระวังไม่ให้บริเวณที่ฉายรังสีถูกแดดจัดๆ โดยตรง เพราะจะทำให้ผิวหนังได้รับความร้อนเพิ่มขึ้น และทำให้ผิวหนังไหม้ได้

ช) ห้ามใช้มีดโกนหนวด โกนผม โกนขน ในบริเวณที่รับรังสีรักษา หลีกเลี่ยงการแกะเกา ห้ามลอกสะเก็ดของแผลบริเวณที่รับรังสีรักษา ไม่ควรว่ายน้ำในสระที่มีคลอรีน เพราะจะทำให้ผิวแห้ง

3. กรณีที่ผิวหนังเกิดแผลเปียก (Moist desquamation) ปฏิบัติดังนี้

ก) ทำแผลแบบ Wet dressing หรือ Moist dressing ด้วย 0.9% Normal saline ห้ามใช้แอลกอฮอล์เช็ดรอบแผล ใช้ก๊อชชุบน้ำเกลือบิดหมาดแปะบนแผลประมาณ 10 นาที แล้วค่อยๆ ลอกออก

ข) ไม่ควรปิดแผลด้วยผ้าก๊อชตลอดเวลา เนื่องจากผิวหนังที่กำลังซ่อมแซมตัวเองอาจถูกลอกออกทุกครั้งที่ดึงผ้าปิดแผลออก ดูแลบริเวณที่ฉายรังสีไม่ให้เปียกน้ำ อับชื้น

ค) หากแผลมีระดับ 2 ขึ้นไป ให้ใช้ Sofa tule ปิดแผลและปิดทับด้วยก๊อชบางๆ ปิดพลาสติกเตอร์ให้อยู่นอกบริเวณที่ฉายรังสีเพื่อป้องกันผิวหนังหลุด

ง) ดูแลบริเวณที่ฉายรังสีไม่ให้เปียกน้ำ อับชื้น

4. การดูแลผิวหนังเมื่อฉายแสงครบและการดูแลต่อเนื่อง

ก) การให้ความชุ่มชื้น ใช้ Cold cream หรือ Moisture cream ใช้ครีมป้องกันแสงแดด ที่มี SPF 30-50 ขึ้นไป ทาและนวดบริเวณที่ฉายรังสี โดยเริ่มหลังจากฉายรังสีครบแล้วประมาณ 4-6 สัปดาห์ เพื่อลดภาวะ Subcutaneous fibrosis ลงได้

ข) การดูแลบริเวณที่ฉายรังสีให้ดูแลผิวหนังเหมือนระหว่างฉายรังสีต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน

ค) หากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์และมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง:

มนทกานต์ บุตรคา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2559). ผลของการดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาด้วยวิธีที่แตกต่างกันต่อการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ. (พิมพ์ครั้งที่ 1).

ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศิริอร สิ้นธุ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี:

สภาการพยาบาล

บททวนเอกสาร: 9 มิ.ย. 2551, r 21 พ.ย. 2554, r 3 พ.ย. 2557, r 2 ต.ค. 2560, r 25 ก.พ. 2565, r 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-310		ฉบับที่: จ
เรื่อง: การป้องกันการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

นโยบาย:

- บุคลากรทุกคนจะต้องไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ต้องให้การดูแลเพื่อป้องกันการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย
- แจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยทุกครั้งในการทำกิจกรรมดูแล ตรวจรักษาที่จำเป็นจะต้องไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย
- หากมีการทำกิจกรรมในการดูแล ตรวจรักษาที่จำเป็นจะต้องเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย จะต้อง
 - ขออนุญาตและได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยก่อน
 - เปิดเผยเฉพาะส่วนที่จำเป็น
 - คลุมร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าคลุม
 - ทำกิจกรรมในห้อง หรือบริเวณที่มีมิดชิด
- กรณีที่บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ทำกิจกรรมการพยาบาลเป็นเพศตรงข้ามกับเพศผู้ป่วยจะต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่ด้วยทุกครั้ง

วิธีปฏิบัติ:

- พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อ ผ้านุ่งหรือกางเกงที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- เมื่อจะให้การพยาบาลหรือช่วยแพทย์ตรวจรักษาที่ต้องเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย ให้ปฏิบัติดังนี้
 - แจ้งข้อมูลและขออนุญาตผู้ป่วยหรือญาติ
 - จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่มีมิดชิด กันม่าน คลุมผ้าปกปิดร่างกาย
 - เปิดเผยเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น เมื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในบริเวณร่างกายที่เสี่ยงต่อการเปิดเผยเช่นหน้าอก ท้อง หลัง ก้น ต้นขา
 - ใช้ผ้าปิดตาผู้ป่วยขณะทำกิจกรรมที่ต้องเปิดเผยร่างกาย
 - ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่ด้วยทุกครั้งหากบุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ทำกิจกรรมการพยาบาลเป็นเพศตรงข้ามกับผู้ป่วย
- พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ ทุก 1-2 ชั่วโมง
- หากพบเสื้อ ผ้านุ่ง หรือกางเกงผู้ป่วยหลุด พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ต้องรีบดูแลให้ผู้ป่วยได้สวมใส่ ผ้านุ่งหรือกางเกงให้เรียบร้อยมิดชิด

ทบทวนเอกสาร: 2 ต.ค. 2560, R 1 พ.ค. 2562, ร 1 พ.ย. 2563, ร 25 มี.ค. 2565, ร 1 ต.ค. 2567

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-330		ฉบับที่: ช
เรื่อง: การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย		วันที่: ร 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น		ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามควรแก่สภาพ ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้เตรียมความพร้อมก่อนที่จะเสียชีวิตและ ส่งเสริมให้มีการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์(ตายดี) ครอบครัวได้เตรียมความพร้อมรับการสูญเสีย

นโยบาย: พยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตระยะท้ายและการตายที่ดี สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

นิยามศัพท์:

ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกายที่เป็นหลักในการดำรงชีวิตจะทรุดลง จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้ โดยมากจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 ปี

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิต เป็นการดูแลแบบองค์รวมโดยมุ่งเน้นเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย อาการเจ็บป่วยทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคองสามารถทำร่วมกับการรักษาตัวโรค ควรให้มีการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่วะเริ่มแรกที่มีการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยระยะท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมไปถึงการดูแลจิตใจครอบครัวผู้ป่วยหลังการสูญเสีย

วิธีปฏิบัติ :

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ผู้ป่วยระยะประคับประคอง
2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประสานแพทย์ผู้รักษาเพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยระยะประคับประคอง
3. พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประสานการดูแลกับทีมพลังใจเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองตามระบบ (การประชุมครอบครัว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดการอาการปวด การดูแลด้านจิตใจ ครอบครัว สังคม และการดูแลหลังการเสียชีวิต)

4. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายและความสุขสบายของผู้ป่วย
5. พยาบาลที่มพลังใจประเมินความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวและให้ข้อมูลซ้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแผนการรักษา การดำเนินโรคหรือความเจ็บป่วยตามที่แพทย์บันทึกไว้ กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่เข้าใจ อย่างต่อเนื่อง
6. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ข้อมูลซ้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการรักษา การดำเนินโรคหรือความเจ็บป่วย กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่เข้าใจเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
7. ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
 - i) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงออก เช่น ก้าวร้าว การแยกตัว หรือการปฏิเสธ เพื่อประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม
 - ii) พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/ทีมพลังใจให้คำปรึกษา/ประคับประคองจิตใจครอบครัวหรือญาติ เพื่อให้สามารถวางแผนเผชิญกับความสูญเสียได้
 - iii) พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/ทีมพลังใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวได้ประกอบกิจกรรมต่างๆ ตามความเชื่อและหลักศาสนา ตามความเหมาะสม
8. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว โดยที่ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยทางการแพทย์ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ สารน้ำ หรือยาเพิ่มความดันโลหิต การคงอยู่หรืองดการรักษาควรอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้ให้การรักษา และผู้ตัดสินใจหลักแทนผู้ป่วย กรณีครอบครัวและแพทย์ลงความเห็นร่วมกันงดการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล แต่คงการใช้เครื่องพยุงชีพเพื่อรอญาติ หรือต้องการยุติ/ถอดถอนเครื่องพยุงชีพที่เป็นไปเพื่อยื้อการตาย แต่คงไว้การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ให้ลงนามเอกสารใบ Consent form 2/2 ขอดูแลรักษาแบบประคับประคอง พยาบาลประสานงานหอผู้ป่วยพลังใจ เพื่อรับย้ายให้การดูแลแบบประคับประคอง ให้ครอบครัวมีโอกาสได้ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต
9. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ข้อมูลการดำเนินการต่างๆ (ตามกรณี) ดูแลอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวและญาติในการติดต่อประสานงานผู้เกี่ยวข้อง
10. กรณีแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน
 - i) ทีมพลังใจประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และความพร้อมของผู้ดูแลหลักเตรียมความพร้อมทั้งด้านยา เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามความเหมาะสม

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-230	หน้า: 3/3
เรื่อง: การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	

ii) พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/ทีมปลงใจ ให้ข้อมูลในปัญหาที่อาจพบและแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตรวจสอบการลงนามในแบบฟอร์มไม่สมัครอยู่รักษา (Consent form 2/2) ที่ระบุ ขอรักษาแบบประคับประคองและเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death)

iii) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่อเนื่องกลับบ้าน เบิกอุปกรณ์ให้ยา Sure fuser ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 และอายุรกรรมหญิง 2 ชำระค่าอุปกรณ์ 300 บาท กรณีที่พบว่ามีปัญหา ด้านเศรษฐกิจไม่ต้องชำระค่าอุปกรณ์

iv) พยาบาลทีมปลงใจประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลกับเครือข่ายทีมดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคองทั้งระบบออนไลน์/ออฟไลน์ และเอกสาร

11. กรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ควรให้ญาติได้สัมผัสผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยว และเพื่อให้ครอบครัวสามารถเผชิญความจริงได้

12. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

i) ทำความสะอาดและแต่งตัวศพอย่างสมศักดิ์ศรี คลุมศพและกันม่าน

ii) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน พนักงานห้องแก่นสุข (พนักงานรับศพ) ญาติผู้ป่วยร่วมแสดงความเคารพศพก่อนนำศพออกจากหน่วยงาน (ดูเพิ่มเติมในคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย)

iii) กรณีครอบครัวหรือญาติไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยขณะเสียชีวิต พยาบาลหัวหน้าเวร รับผิดชอบในการแจ้งข้อมูลให้ญาติทราบเร็วที่สุด

iv) บันทึกข้อมูล ตาม NUR-2-60 และ NUR-2-100

ภาคผนวก:

1. บทบาทหน้าที่สหสาขาวิชาชีพทีมปลงใจ
2. แนวทางการดูแลผู้ป่วย Palliative โรงพยาบาลขอนแก่น
3. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ Palliative care
4. เครื่องมือประเมิน PPS (Palliative Performance Score)
5. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองศูนย์ปลงใจโรงพยาบาลขอนแก่น

บททวน : 9 มิ.ย. 2551, R 11 เม.ย. 2554, R 3 พ.ย. 2557, R 2 ต.ค. 2560, R ต.ค. 2562, R 15 ก.พ. 2565, r 1 ต.ค. 2567

ภาคผนวก 1 NUR-2-330

บทบาทหน้าที่สหสาขาวิชาชีพทีมพลังใจ

บทบาทหน้าที่ของทีมหสาสาขาวิชาชีพทีมพลังใจ ประกอบด้วย

1. แพทย์ประจำศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Medicine, PCM)

หน้าที่

- ให้คำปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างรอบด้าน
- ให้การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ
- ให้ข้อมูลด้านโรคและช่วยผู้ป่วยและครอบครัววางแผนเป้าหมายการดูแล (Goal of care) รวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)
- ทำงานร่วมกับทีมแพทย์เจ้าของไข้ ด้านเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสม
- ทำงานร่วมกับสหสาขาทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาองค์ความรู้ เป็นวิทยากรจัดอบรมให้แก่ทีมและบุคลากรต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- รับรักษานอกเวลาราชการให้แก่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาล
- ให้คำปรึกษาเครือข่าย
- เข้าร่วมสัมมนาประชุมกรณีศึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ช่วยในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- พัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลประจำศูนย์ดูแลประคับประคอง (Palliative Care Nurse, PCN)

หน้าที่

- ให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว
- ช่วยแพทย์ในการประเมิน การดูแล รักษา และจัดการภาวะสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง
- สามารถแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสีในระดับพื้นฐานเพื่อรายงาน

แพทย์

- ให้คำแนะนำแพทย์ทั่วไปในการสั่งยาควบคุมพิเศษ เช่น มอร์ฟิน ภายใต้การกำกับของแพทย์ทีมประคับประคอง

- ให้คำแนะนำแพทย์ทั่วไปในการสั่งการรักษา และการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ได้ (Syringe driver, Sure fuser)

- ให้การดูแลอื่นๆ หรือแก้ไขความผิดปกติตามข้อบ่งชี้ รวมถึงการดูแลในภาวะฉุกเฉินได้
- ปรึกษาทیمแพทย์ทีมดูแลประคับประคองเป็นระยะ ให้ข้อมูลกับแพทย์เจ้าของไข้ถึงการ จัดบริการของทีมประคับประคอง และการประสานแพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดูแลตามความเหมาะสม

- ช่วยประสานการดูแล ให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหารอบด้านให้กับผู้ป่วยที่ส่งมาเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคองทุกราย
- เตรียมการบันทึกและมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ในบันทึกการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วยในการสนับสนุนว่ามีการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ดี
- จัดอบรมและการศึกษาต่อเนื่องด้านการดูแลแบบประคับประคองให้กับทีมสุขภาพ
- ช่วยพัฒนาแนวปฏิบัติ/มาตรฐานการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ดี
- ยึดมั่นกับการปฏิบัติและการรักษาความลับของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และองค์กร

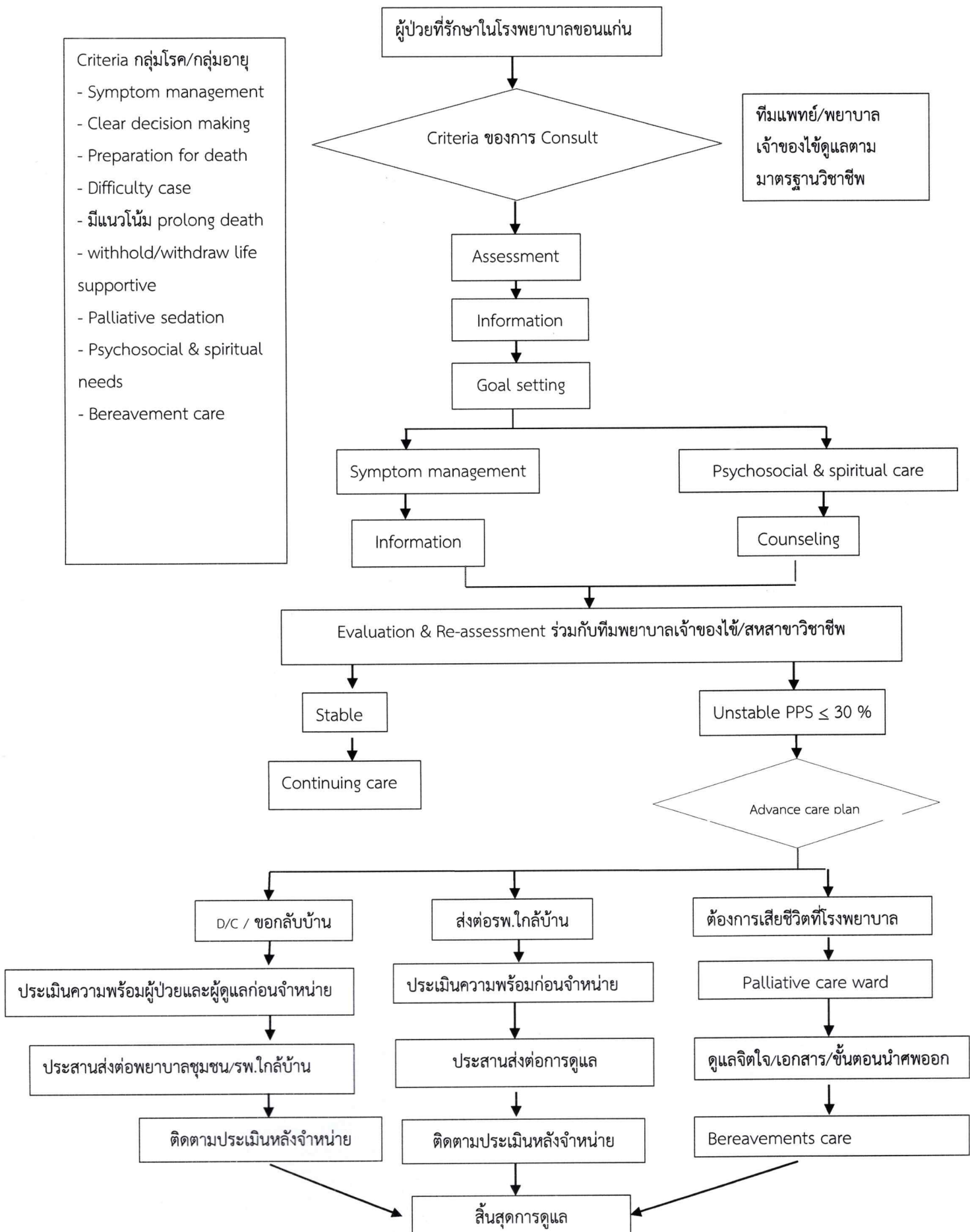
3. พยาบาลแกนนำประจำหน่วยงาน (Palliative Care Ward Nurse, PCWN)

หน้าที่

- ค้นหา บันทึก และรายงานความต้องการ ปัญหา อุปสรรคของผู้ป่วยและญาติ
- เป็นสมาชิกในทีมการดูแลรักษาผู้ป่วย ร่วมค้นหาและพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
- เป็นผู้ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- สร้างสัมพันธภาพที่ดี และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ
- จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- สนับสนุนและให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ภาคผนวก 2 NUR-2-330

การดูแลผู้ป่วย Palliative โรงพยาบาลขอนแก่น



แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ Palliative care

ขั้นตอนที่ 1 Surprise question ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 6 เดือน

☐ ไม่ประหลาดใจ
ควรส่งปรึกษา PC

☐ ไม่แน่ใจ
เข้าสู่ขั้นตอนที่ 2

☐ ประหลาดใจ
ยังไม่ต้องส่งปรึกษา
ประเมินเป็นระยะ

ขั้นตอนที่ 2 General indicator มีข้อบ่งชี้ทั่วไป อย่างน้อย 1 ข้อ

☐ Palliative performance status(PPS) ≤ 50
☐ Karnofsky score ≤ 50
☐ ECOG ≥ 3
☐ Barthel index < 50
☐ Multiple comorbidity
☐ Advance stage ระยะลุกลาม

☐ Unstable condition
☐ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
☐ เลือกที่จะไม่รักษาโรคอย่างเต็มที่
☐ Re-admission อย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
☐ น้ำหนักลดลงร้อยละ 10 ภายใน 6 เดือน
☐ Serum albumin < 2.5 mg/dl

☐ มีอย่างน้อย 1 ข้อ
ควรส่งปรึกษา PC

☐ ไม่มีหรือไม่แน่ใจ
เข้าสู่ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 Specific criteria ตามความจำเพาะของโรค มีอย่างน้อย 1 ข้อ ควรส่งปรึกษา PC

Cancer
☐ Metastasis มีการกระจาย
☐ Functional status ≤ 50
☐ Prognosis < 3 เดือน
☐ Barthel index < 50

COPD
☐ Re-admission ด้วย COPD exacerbation บ่อยครั้ง(3 ครั้งใน 12 เดือน)
☐ มีข้อบ่งชี้ของการใช้ long-term oxygen therapy
☐ MRC grade 4/5 < 50
☐ Right side heart failure
☐ ได้รับ systemic steroid มากกว่า 6 สัปดาห์

Heart
☐ NYHA 3 หรือ 4 หอบเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย หรืออยู่เฉยๆ
☐ Re-admission ด้วย CHF บ่อยครั้ง
☐ ไม่ตอบสนองทั้งกายและใจแม้รักษาอย่างเต็มที่

Renal
☐ eGFR < 15
ผู้ป่วยเลือกไม่ล้างไต
☐ ยุติการล้างไต
☐ multiple comorbidity
☐ ไม่ตอบสนองกายใจ แม้ RRT
☐ มีอาการไตวาย เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน คั่ง Volume overload

Neurological disease
☐ มีการเสื่อมถอยด้านกายและการรับรู้อย่างต่อเนื่อง
☐ อาการซับซ้อนจัดการยาก
☐ กลืนลำบาก
☐ ติดเชื้อในปอดซ้ำๆ
☐ พุดลำบาก มีความยากลำบากในการสื่อสาร

Frailty, dementia & stroke
☐ ไม่สามารถเดินได้เอง
☐ กลืนอาหารจะบัสสาวะไม่ได้
☐ สื่อสารที่มีความหมายไม่ได้
☐ ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้
☐ ภาวะแทรกซ้อน เช่น UTI, Pressure ulcer grade 3-4, Aspiration pneumonia
☐ Vegetative stage

เครื่องมือประเมิน PPS (Palliative Performance Score)



Victoria Hospice

1

□□□□□□□□□□□□ผู้ป่วยที่ได้รับการ□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□

(Palliative Performance scale version 2) (PPS v2)

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80 %	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้เป็นเวลานาน มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50 %	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้เล็กน้อย มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ว่างซึม +/- สับสน
30 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ว่างซึม +/- สับสน
20 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ว่างซึม +/- สับสน
10 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้ (นานกว่า 10 วัน)	ว่างซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0 %	เสียชีวิต				

Translation, with appreciation, by Dr Hunsia, Ladarat et al. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Thailand

หมายเหตุ +/- หมายถึง อาจมีหรือไม่มีอาการ

คำแนะนำในการใช้เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

Palliative performance scale version 2 (PPS v2)

(ต้องดูนิยามศัพท์ประกอบการใช้เครื่องมือด้วย)

1. การใช้เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v2)

ในการประเมินอาการของผู้ป่วย Adipat

2. การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v2)

ควรทำโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความคุ้นเคยกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (functional status) ของผู้ป่วย โดย

เจ้าหน้าที่พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือนในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

3. โสขมระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v2)

เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยให้ประเมินในระยะแรกเริ่ม (initial assessment)

และประเมินหลังจากนั้นทุกสัปดาห์

4. คะแนนการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v2)

ให้ดูทิศทางการแนบระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการอ่านในแนวนอน (reading horizontally)

ตามแนวระดับของ PPS เพื่อตรวจสอบการแนบการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ให้ตรงกับเป้าหมายที่ดีที่สุดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด (best fit)

นิยามศัพท์ของ Palliative care

Palliative Care คือ แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

เพื่อเผชิญกับปัญหาอันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ครอบคลุมการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน

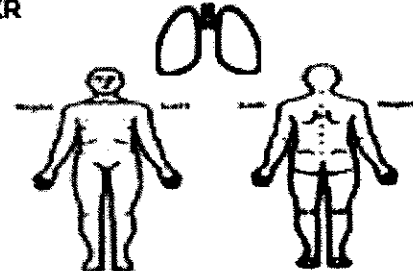
โดยยึดการวางแผนดูแล

การประเมินและการให้ยาอาการเจ็บป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

สังคมและจิตวิญญาณ (WHO, 2002)

ภาคผนวก 4 NUR-2-230

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองศูนย์พลังใจโรงพยาบาลขอนแก่น

บันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง PC 1 (v2020.10.10)			
ศูนย์พลังใจ โรงพยาบาลขอนแก่น (โทรศัพท์ 043-009-900 ต่อ 1460, 082-389-555) -----			
ชื่อ	อายุ	CID: - - - -	
Ward	วันadmit	วันเกิด	HN: - - - -
ชื่อผู้	รพสต	รพช.	สิทธิ์ แพทย์
ชุมชน			โทรศัพท์1 - - - -
CC:	ICD 10		โทรศัพท์2 - - - -
Dx	วันที่ 1st Dx		Tx ☐ Sx
Metastasis ☐ Lung ☐ Liver ☐ Brain			☐ CMT ☐ RT
☐ Bone ☐ LN ☐ อื่นๆ			☐ ATB
Complication			☐ Intubation ☐ Ventilator
Underlying disease ☐ DM ☐ HT			☐ Inotropic
Lab Cr eGFR Hct Alb			☐ RRT(HD, CAPD)
อื่นๆ			CXR
Psychological ☐ Shock ☐ Denial ☐ Angry ☐ Bargain ☐ Anxiou			
☐ Depressed mood ☐ Depression ☐ 2Q ☐ 9Q			
☐ Accepted ☐ Confuse ☐ Unconscious ☐ Incommunicable			
Family CG1 CG2			
Financial Decision maker Proxy			
Family stress/problem			
Spiritual			

ตัวตน+นิสัย+ความชอบ + วิธีชีวิต + ความภาคภูมิใจของ ผู้ป่วย(Self)	Family Genogram
--	-----------------

วันที่	ผู้ป่วย	ญาติ	PPS	Perception(Y>No)				ACP(No>Y)				Complex ACP				ผู้ตัดสินใจ	ผู้บันทึก
				Dx	Stage	Prog	Plan	Tube	CPR	POC	POD	Tra	Ind	RRT	ATB		
ก่อน PC																	

Y = ใช่/รับ No = ไม่/ไม่รับ - = ยังไม่ตัดสินใจ T = Intubated Tr = Tracheostomy แล้ว Ino = ได้ Inotropic

บันทึกการดูแลระดับประครอง PC 2 ชื่อ										HN		อายุ	
วันที่ประเมิน													
เวลาสังเกต													
VRS	DP	I	W	PR	DP	I	W	PR	DP	I	W	PR	
	RR	DT	DW		RR	DT	DW		RR	DT	DW		
PRS													
Sedative score 0-3	C V M				C V M				C V M				
Location of pain													
Type of pain													
Average Pain score 0-10	I / H0				I / H0				I / H0				
# BTP / Worst pain	/H0				/H0				/H0				
# Current pain	/H0				/H0				/H0				
# Incident pain	/H0				/H0				/H0				
Dyspnea & RS + DG	I / H0				I / H0				I / H0				
Tracheostomy/tubation													
Ventilator mode/setting	I / H0				I / H0				I / H0				
OG therapy/ OG eat	I OG eat				I OG eat				I OG eat				
Nausea D. + MDG	I / H0				I / H0				I / H0				
Dowel D. + DDS	I / H0				I / H0				I / H0				
Appetite D. + ADS	I / H0				I / H0				I / H0				
Delirium, Sleep + SDG	I / H0				I / H0				I / H0				
Fatigue+other + FDS	I / H0				I / H0				I / H0				
Patient's most concern													
Psycho-spirit + PSDS	I / H0				I / H0				I / H0				
Family's most concern													
Family+CG +FDDG	I / H0				I / H0				I / H0				
Paincapten													
ACP													
Phase(S,U,D,T,Dead,D)													
อุปกรณ์													
Medication													
Tramadol(50)	I				I				I				
MSTY(10,30,60)(Roxanol50	I				I				I				
Mio. oxyciv /MIO/Fast iv drip	I				I				I				
Mio. synap(2mg/ml)(MioR)	I				I				I				
Mio. inj.(10mg/ml) pm	I				I				I				
FentanylTTS(12,25ug/hr)	I				I				I				
Fentanyl injection pm	I				I				I				
Moradone(2mg/15ml) tab	I				I				I				
Rapcon	I				I				I				
Dimbrigray/line(10,15)	I				I				I				
Gabapentin(300)	I				I				I				
Genoket, Lactulose	I				I				I				
Hyocine	I				I				I				
Misoclopramide	I				I				I				
Lorazepam(0.5)	I				I				I				
Midazolam	I				I				I				
Haloperidol	I				I				I				
Other medication													
Inotropic drug/ Antibiotic	I				I				I				
Enalapril													
Digoxin/ Lasix													
Psycho + spirit fix													
Family+CG Mo													
Plan													
Refer													
TRU													
หมายเหตุ PC/attend													

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-340		ฉบับที่: ข
เรื่อง : การจัดเก็บยาและบริหารยาควบคุมพิเศษ		วันที่ 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้การจัดเก็บยาและบริหารยาควบคุมพิเศษในหอผู้ป่วยถูกต้องตามมาตรฐานและปลอดภัย

นโยบาย: ยาควบคุมพิเศษที่เก็บไว้ในหอผู้ป่วยต้องได้รับการเก็บรักษาที่มิดชิด และมีการควบคุมตรวจสอบอย่างรัดกุม ตามมาตรฐานและปลอดภัย

คำนิยามศัพท์:

ยาควบคุมพิเศษ หมายถึง ยาเสพติดให้โทษทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีดที่เก็บไว้ในหอผู้ป่วย ได้แก่ Morphine, Pethidine, Pentenyl, Dormicum

วิธีปฏิบัติ:

1. พยาบาลวิชาชีพต้องเก็บยาควบคุมพิเศษในตู้หรือลิ้นชักที่จัดเป็นยาควบคุมพิเศษโดยมีป้ายที่มีข้อความว่า “ยาควบคุมพิเศษ” ติดที่หน้าตู้หรือลิ้นชักปิดล็อกไว้ตลอดเวลา โดยกุญแจเปิดตู้ให้เก็บแยกไว้ต่างหาก ไม่เสียค่าตู้ไว้
2. พยาบาลวิชาชีพต้องไม่เก็บยาหรือสิ่งของอื่นที่ไม่ใช่ยาควบคุมพิเศษ ไว้ในตู้หรือลิ้นชักที่จัดเก็บยาควบคุมพิเศษอย่างเด็ดขาด
3. พยาบาลวิชาชีพต้องตรวจสอบและจัดเก็บในตู้หรือลิ้นชักที่จัดเก็บยาควบคุมพิเศษทันทีเมื่อมีการเบิกยาควบคุมพิเศษมาใหม่
4. การตรวจนับยาควบคุมพิเศษ
 - ก) ก่อนส่งเวรต่อไป พยาบาลหัวหน้าเวรต้องตรวจนับจำนวนยาควบคุมพิเศษชนิดฉีดทั้งชนิดที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้ พร้อมทั้งลงบันทึกในสมุด OK ยาเสพติดให้โทษชนิดฉีด (ภาคผนวก 1)
 - ข) ก่อนปฏิบัติงานในแต่ละเวร พยาบาลหัวหน้าเวรใหม่ต้องตรวจนับจำนวนยาควบคุมพิเศษชนิดฉีดทั้งชนิดที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้ พร้อมทั้งลงบันทึกในสมุด OK ยาเสพติดให้โทษชนิดฉีด
 - ค) กรณีพบว่ายาควบคุมพิเศษชนิดฉีดทั้งชนิดที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้สูญหาย พยาบาลวิชาชีพต้องแจ้งให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับทราบ เพื่อดำเนินการตรวจสอบ สอบสวน และบันทึกรายงานถึงหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมเพื่อเบิกทดแทน

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-340	หน้า: 2/2
เรื่อง: การจัดเก็บยาและบริหารยาควบคุมพิเศษ	

5. พยาบาลวิชาชีพต้องลงบันทึกการใช้ยาเสพติดให้โทษในใบ ย.ส.5 ทุกครั้งเมื่อมีการใช้ยาเสพติดให้โทษชนิดฉีด

6. พยาบาลวิชาชีพบริหารยาเสพติดให้โทษชนิดฉีด ดังนี้

ก) เตรียมยาเสพติดให้โทษชนิดฉีดโดยใช้หลัก 6R และหลัก Sterile technique

ข) ใช้ Syringe draw ยาเสพติดให้โทษชนิดฉีดกับ Sterile water (ใช้เสพยาติให้โทษชนิดฉีดจำนวนมิลลิกรัมตามแผนการรักษาของแพทย์) และให้ระบุข้อความติด (label) ที่ข้าง Syringe ดังนี้

(ระบุชื่อยา) mg. dilute Sterile water cc. ผสมเมื่อ วดป.... เวลา..... หมดอายุ วดป....เวลา..... ชื่อ(ผู้เตรียมยา).....
--

ค) เก็บยาเสพติดให้โทษชนิดฉีดที่ผสมแล้วใน Tray เตรียมยาแบบ Sterile technique และเก็บในตู้หรือลิ้นชักยาควบคุมพิเศษ

ง) ถ้ายาเสพติดให้โทษชนิดฉีดที่ผสมแล้วเหลือปริมาณน้อยให้ทิ้งได้ภายใน 8 ชั่วโมง และถ้ายังมีเหลือมากให้ทิ้งเมื่อครบ 24 ชั่วโมง โดยการทิ้งต้องมีพยานรู้เห็นการทิ้งและมีการลงบันทึกปริมาณการทิ้งยา ชื่อพยาบาลวิชาชีพผู้ทิ้งยาและชื่อพยาน ในสมุด OK ยาเสพติดให้เรียบร้อย

จ) ไม่ผสมยาเสพติดให้โทษชนิดฉีดปริมาณมากใน Syringe ใหญ่อันเดียวหรือใส่ใน Sterile water tube

ฉ) ไม่ให้ Draw ยาเสพติดให้โทษชนิดฉีดแบบไม่ผสมใส่ไว้ใน Syringe เพราะอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา

ช) ดูเพิ่มเติม ใน KKH-11-200

ซ) ยาเสพติดให้โทษซึ่งไม่ใช่ยาฉีดหากไม่ได้ใช้แล้วต้องส่งคืนที่แผนกเภสัชกรรมเพื่อทำลาย

7. หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องนิเทศ ติดตาม เฝ้าระวังการใช้ยาควบคุมพิเศษอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ภาคผนวก:

1. แบบบันทึกยาเสพติดให้โทษชนิดฉีดในหอผู้ป่วย

ทบทวนเอกสาร: 1 พ.ค. 2562, R 25 มี.ค. 2565, r 1 ต.ค. 2567

แบบบันทึกยาเสพติดให้โทษชนิดฉีดในหอผู้ป่วย

[illegible]

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-350		ฉบับที่: จ
เรื่อง: การจัดการเมื่อพบผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล		วันที่: R 1 ต.ค. 2567
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: แนวปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อให้มีการจัดการเมื่อพบผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเพื่อป้องกันความเสี่ยง หรืออันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่หลบหนีออกจากโรงพยาบาล

นโยบาย: เมื่อพบผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล บุคลากรในโรงพยาบาลต้องดำเนินการติดตามค้นหา ติดตามหรือแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบทันที

นิยามศัพท์:

ผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคำสั่งรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในที่มีพฤติกรรมออกนอกโรงพยาบาล หรือนอกพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาตจากทีมรักษา

วิธีปฏิบัติ :

1. พยาบาลหรือหอผู้ป่วยที่ไม่พบเห็นผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยต้องโทรแจ้งทีมรักษาความปลอดภัยประจำอาคารช่วยกันค้นหาผู้ป่วยที่หลบหนีในพื้นที่และพื้นที่ชั้นสูงสุดของอาคารใกล้เคียง และรอบโรงพยาบาล และรายงานแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวรให้ทราบ
2. พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรโทรศัพท์ติดต่อญาติ/หรือผู้ที่เกี่ยวข้องตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งไว้ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อแจ้งข้อมูลถึงปัญหาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการขอความร่วมมือในการติดตาม และการประสานงานกลับมายังโรงพยาบาลขอนแก่น
3. พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรประสานกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์เพื่อประสานติดตามไปยังโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้เคียง ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้ติดตามค้นหาผู้ป่วยต่อเนื่องและประสานข้อมูลแจ้งกลับมาหอผู้ป่วย
3. หัวหน้าเวรต้องรายงานผู้ป่วยหลบหนีให้หัวหน้าหอผู้ป่วยในเวลาราชการ หรือเวรตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการให้ทราบ

4. หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือเวรตรวจการรายงานไปที่เวรตรวจการบริหารหรือหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไปทราบเพื่อจะได้แจ้งทีมรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลลงพื้นที่ระดมช่วยกันค้นหาผู้ป่วยที่หลบหนี กรณีค้นหาไม่พบ เวรตรวจการบริหารหรือหัวหน้ากลุ่มงานบริหารต้องโทรแจ้ง 191 ทันที
5. เมื่อสามารถค้นหาผู้ป่วยพบแล้ว พยาบาลประเมินอาการของผู้ป่วยและรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวรรับทราบ และให้การรักษายาบาล
6. เมื่อค้นหาแล้วแต่ยังไม่พบผู้ป่วยหลบหนี เวรตรวจการประจำสายนำใบมอบอำนาจจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่จุดประชาสัมพันธ์อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อนำไปแจ้งความที่สถานีตำรวจให้มีการลงบันทึกประจำวัน เมื่อมีการค้นหาจนครบ 24 ชั่วโมงแล้วไม่พบให้ไปแจ้งความที่สถานีตำรวจอีกครั้ง โดยนำแจ้งความเดิมไปด้วย
7. กรณีพบผู้ป่วยที่หลบหนีภายหลังไปแจ้งความ พยาบาลหัวหน้าเวรโทรศัพท์แจ้งตำรวจที่เบอร์โทร 043 221162, 043 221166 หรือ 191 รวมทั้งรายงานเวรตรวจการพยาบาลและเวรตรวจการบริหารทราบ
8. พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรเขียนบันทึกข้อความรายงานเหตุการณ์เสนอต่อผู้อำนวยการ
9. พยาบาลวิชาชีพบันทึกความเสี่ยงที่เกิดในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note) และลงข้อมูลในโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และรวมบททวนกระบวนการค้นหาการากของปัญหา (RCA)

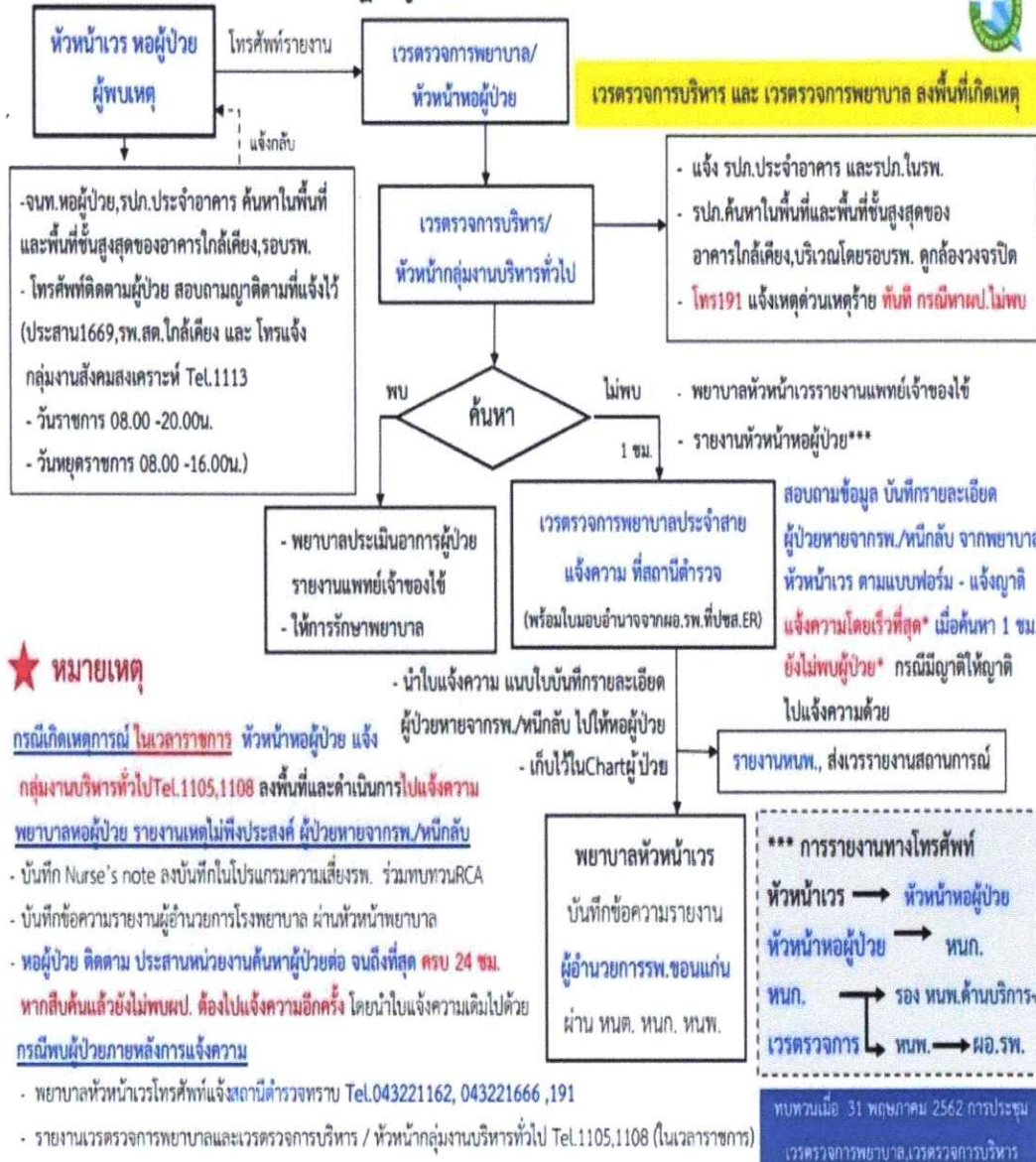
ภาคผนวก:

1. แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล

บททวนเอกสาร: R 2 ต.ค. 2560, R ต.ค. 2562, r 1 พ.ค. 2562 , R 22 ก.พ. 2565, R 1 ต.ค. 2567

แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล

FLOW แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยหายจากพ./หนีกลับ โรงพยาบาลขอนแก่น



โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-360		ฉบับที่: ก
เรื่อง: การเข้าเยี่ยมและการเฝ้าไข้ผู้ป่วย		วันที่: 7 ม.ค. 2568
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้คำแนะนำและสนับสนุนญาติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

นโยบาย: การปฏิบัติตามแนวทางการเข้าเยี่ยมจะช่วยให้การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นไปอย่างเรียบร้อย ส่งเสริมบรรยากาศที่เอื้อต่อการพักฟื้น และเป็นการเคารพสิทธิของผู้ป่วย

วิธีปฏิบัติ:

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยพักค้าง ต้องให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติให้รับทราบและเข้าใจถึงระเบียบการเยี่ยม พร้อมทั้งควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง ดังนี้

ก) กำหนดช่วงเวลาเข้าเยี่ยม 3 ช่วงเวลา ดังนี้

ช่วงเช้า 06.00 - 08.00 น.

ช่วงกลางวัน 12.00 - 13.00 น.

ช่วงเย็น 18.00 - 20.00 น.

ข) งดเข้าเยี่ยมทุกกรณีหลังเวลา 20.00 น.

i) กรณีมีเหตุจำเป็นเร่งด่วนต้องการเข้าเยี่ยมนอกเวลาที่กำหนด ขอให้ผู้มาเยี่ยมติดต่อกับเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำอาคาร เพื่อติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวร

ii) การพิจารณาให้เข้าเยี่ยมขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย และดุลพินิจของหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวร

ค) จำนวนผู้เยี่ยม

i) กรณีมีผู้เยี่ยมหลายคน ให้เข้าเยี่ยมในห้องผู้ป่วยแต่ละครั้งไม่เกิน 2 คน เยี่ยมได้ครั้งละประมาณ 15 นาที

ii) ไม่ควรนำเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และผู้ที่ไม่สบาย มีไข้ ไอ จาม เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

ง) การป้องกันการติดเชื้อ ผู้เยี่ยมต้องล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย รวมถึงหลังสัมผัสอุปกรณ์ ของใช้ของผู้ป่วย อุปกรณ์และเครื่องมือการแพทย์ของหอผู้ป่วย

เรื่อง: การเข้าเยี่ยมและการเฝ้าไข้ผู้ป่วย

จ) การปฏิบัติระหว่างเยี่ยม

- i) พูดให้กำลังใจ อวยพรให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงและหายในเร็ววัน
- ii) หลีกเลี่ยงการสัมผัสอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์
- iii) จดสนทนาเสียงดัง เล่นโทรศัพท์มือถือ หรือกระทำการใด ๆ ที่รบกวนผู้อื่น
- iv) จดนำอาหารและเครื่องดื่มเข้ามารับประทานในห้องผู้ป่วย
- v) จดสูบบุหรี่หรือดื่มสุราในบริเวณโรงพยาบาล
- vi) ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2. แนวทางการเฝ้าไข้ผู้ป่วย

ก) กำหนดการให้มีผู้เฝ้าไข้ผู้ป่วย แบ่งตามหน่วยงานได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- i) จดเฝ้าไข้ทุกกรณี ได้แก่ ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมโรคทางเดินหายใจ อายุรกรรมหัวใจ และอายุรกรรมโรคหลอดเลือดสมอง
- ii) ต้องมีผู้เฝ้าไข้ 1 คน คือ ห้องพิเศษ
- iii) มีผู้เฝ้าไข้ 1 คน หากต้องการ ได้แก่ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยเด็กเล็ก หอผู้ป่วยเด็กโต หอผู้ป่วยจักษุ และหอผู้ป่วยชีวะเภสัช
- iv) มีผู้เฝ้าไข้ 1 คน ตามแนวทางของหอผู้ป่วย (ภาคผนวก 1)

ข) กรณีการเฝ้าไข้นอกเหนือจากทั้ง 4 ข้อนี้ ให้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวร

ค) กรณีให้ญาติเฝ้าไข้ผู้ป่วย ให้หน่วยงานนำบัตรเฝ้าไข้ (ภาคผนวก 2) ให้ญาติผู้มีความประสงค์จะเฝ้าผู้ป่วย และต้องติดไว้ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ให้นำบัตรเฝ้าไข้คืนพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ภาคผนวก:

1. ประเภผู้ป่วยที่หน่วยงานเฝ้าไข้ 1 คน ตามแนวทางของหอผู้ป่วย
2. บัตรเฝ้าไข้

ประเภทผู้ป่วยที่หน่วยงานให้เฝ้า 1 คน ตามแนวทางของหอผู้ป่วย

[illegible]

ภาคผนวก 2 NUR-2-360

บัตรเฝ้าไข้



No.

โรงพยาบาลขอนแก่น

บัตรเฝ้าไข้ หอผู้ป่วย.....

โทร.

ผู้อนุญาต หัวหน้าหอผู้ป่วย|

เว้นเพื่อประทับตรา

คำแนะนำผู้มาเฝ้าไข้

1. บัตรเฝ้าไข้ นี้ใช้สำหรับการเฝ้าไข้ในหอผู้ป่วยเท่านั้น
2. อนุญาตให้เฝ้าไข้ได้ 1 คน
3. ให้ติดบัตรเฝ้าไข้ที่หน้าอก เพื่อแสดงต่อเจ้าหน้าที่ และ รูปภ.
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบการเฝ้าไข้
5. คืนบัตรให้เจ้าหน้าที่ทุกครั้งเมื่อ งดการเฝ้าไข้ / ย้ายหอผู้ป่วย หรือ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/1
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-370		ฉบับที่: ก
เรื่อง: การทบทวนการดูแลผู้ป่วย		วันที่: 7 ม.ค. 2568
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: เพื่อให้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และออกแบบแนวทางการป้องกันความเสี่ยงอย่างเหมาะสม

วิธีปฏิบัติ:

1. ทุกหน่วยงานต้องมีแผนการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติงานประจำวัน และเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติ หรือเกิดข้อบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาล
2. บทบาทหน้าที่ผู้นำในการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - ก) ในเวลาราชการ หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้นำในการทบทวนฯ ร่วมกับบุคลากรในหน่วยงาน และ/หรือสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
 - ข) นอกเวลาราชการ หัวหน้าเวรหรือผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาเป็นผู้นำการทบทวนการดูแล
 - ค) หัวหน้ากลุ่มงานเป็นผู้นำในการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการระหว่างกลุ่มงาน
3. วิธีการทบทวนกระบวนการดูแล ประกอบด้วย การ Pre-conference, Nursing round, Nursing conference, Ethic round, , Root cause analysis การทบทวนเวชระเบียน การทบทวนการติดเชื้อ หรือ Quality round, MM conference, Dead case conference ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น
4. กำหนดประเด็นการทบทวนฯ ให้ครอบคลุมหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย
5. ความถี่ในการทบทวน ตามแผนของหน่วยงาน และทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ หรือเกิดข้อบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาล
6. นำข้อมูลจากการทบทวนมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อจัดทำแผนพัฒนาของหน่วยงาน/กลุ่มงาน นำแผนพัฒนาไปดำเนินการและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง
7. กรณีการทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ หรือเกิดข้อบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดผลกระทบที่รุนแรงกับผู้ป่วย (ระดับ GHI) ต้องรายงานผลการทบทวนฯ ต่อผู้บริหารตามลำดับชั้น โดยใช้วิธีการรายงานโดยเอกสาร การรายงานโดยวาจา หรือการนำเสนอแนวทางป้องกันในที่ประชุม ตามความเหมาะสม

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-380		ฉบับที่: ก
เรื่อง: การให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+)		วันที่: 7 ม.ค. 2568
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงาน	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม LGBTQ+ ให้ได้รับการบริการตามสิทธิ และเท่าเทียมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น

นโยบาย: ผู้ป่วยกลุ่ม LGBTQ+ ต้องได้รับการดูแลด้วยความเท่าเทียม เคารพความเป็นส่วนตัว ความแตกต่างทางเพศ และต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม

นิยามศัพท์:

กลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) หมายถึง กลุ่มของคนที่มีความหลากหลายทางเพศและเพศแสดงที่หลากหลาย และมักถูกใช้ในความหมายที่กว้างขวางเพื่อรวมถึงคนที่มีความหลากหลายทางเพศและเพศแสดงที่ไม่ตรงตามข้อกำหนดใดๆ LGBTQ+ มีความหมาย ดังนี้

- L (Lesbian) คือ ผู้หญิงที่รักผู้หญิง
- G (Gay) คือ ผู้ชายที่รักผู้ชาย
- B (Bisexual) คือ ผู้ชายหรือผู้หญิงที่มีความรักทั้งกับเพศเดียวกัน และเพศตรงข้าม
- T (Transgender) คือ กลุ่มคนข้ามเพศ จากเพศชายเป็นเพศหญิง หรือเพศหญิงเป็นเพศชาย
- Q (Queer หรือ Questioning) คือ คนที่ไม่จำกัดตนเองว่าเป็นเพศใด ๆ และไม่เกี่ยวกับเพศและเพศแสดง (Queer) หรือกำลังสงสัยเกี่ยวกับเพศและเพศแสดงของตน (Questioning)
- + คือ บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศอื่น ๆ

วิธีปฏิบัติ:

1. ผู้ป่วยกลุ่ม LGBTQ+ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้แปลงเพศสภาพ จัดให้เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยที่ตรงกับเพศสภาพโดยกำเนิด หากมีการแปลงเพศแล้ว จัดให้เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยที่ตรงกับเพศสภาพที่แปลงมา
2. พยาบาลจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม LGBTQ+ เช่น มีความเป็นส่วนตัวและมิดชิด เป็นต้น

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-XX	หน้า: 2/2
เรื่อง: การให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ)	

3. พยาบาลสอบถามความต้องการของผู้ป่วย และจัดบริการที่ไม่ขัดกับแผนการรักษา เช่น การสวมใส่เสื้อผ้า การเรียกชื่อ การใช้คำสรรพนามแทน เป็นต้น และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถขอความช่วยเหลือหรือบอกความต้องการกับพยาบาลที่ให้การดูแลได้ตลอดเวลา
4. พยาบาลใช้คำนำหน้านามว่า “คุณ” แทนการใช้คำว่า “นาย” หรือ “นาง” หรือ “นางสาว” เมื่อต้องการเรียกชื่อของผู้ป่วย และให้การดูแลด้วยท่าทีที่สุภาพเป็นมิตร และให้เกียรติในความหลากหลายทางเพศ “ที่บุคคลนั้นเป็นผู้เลือก” ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ขบขัน หรือใช้คำเรียกผู้ป่วยที่สื่อความหมายไปในทางติตราหรือไม่เคารพในตัวบุคคล เช่น “ตัวเอง” “คนสวย”
5. ในการซักประวัติหรือขอข้อมูล หลีกเลี่ยงข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการ เช่น “รู้ตัวว่าเป็นมาตั้งแต่เมื่อไหร่” “ผ่าตัดหรือยังคะ” หากจำเป็นต้องซักประวัติให้ขออนุญาตก่อนทุกครั้ง
6. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกคนด้วยความเท่าเทียมกัน ไม่ตัดสินผู้ป่วยจากอาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ

โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า: 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-390		ฉบับที่: ก
เรื่อง: แนวทางการพิทักษ์สิทธิคนพิการ		วันที่: 7 ม.ค.2568
แผนก: กลุ่มการพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ: คณะทำงานด้านบริการ	ผู้อนุมัติ:  (นางพินรัฐ จอมเพชร)	

วัตถุประสงค์: เป็นแนวทางปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลในเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่มีความพิการในสถานพยาบาล ให้ได้รับบริการพยาบาลที่มีมาตรฐาน และได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

นโยบาย: ทุกหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการ จะต้องมีการดูแลที่พิทักษ์สิทธิคนพิการ คำนึงถึงสิทธิ ศักดิ์ศรี และเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

นิยามศัพท์:

ผู้ป่วยที่มีความพิการ หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาและการเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นๆ

วิธีปฏิบัติ:

1. กรณีผู้ป่วยนอก

ก) พยาบาลตรวจคัดกรอง ด้วยการประเมินสภาพอาการเบื้องต้น จำแนกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และข้อจำกัดความพิการ

ข) พยาบาลจัดระบบบริการเพื่อความปลอดภัยและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่มีความพิการ โดยจัดที่จอดรถสำหรับคนพิการ จัดรถนั่ง/รถนอนสำหรับคนพิการที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย การมองเห็น จัดพื้นที่ทางลาด และห้องน้ำสำหรับคนพิการ

ค) พยาบาลมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขของสิทธิคนพิการ

ง) พยาบาลส่งต่อข้อมูลข้อจำกัดความพิการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความพิการไม่มีผู้ดูแลขณะรับบริการ ให้แจ้งทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยรับทราบ และบันทึกในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และใบ Tracking เพื่อจัดช่องทางพิเศษในการให้บริการผู้ป่วยนอก

จ) กรณีผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางกายและทางจิตที่ไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้แทนโดยชอบธรรม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือมีอำนาจปกครองผู้ป่วย อาทิเช่น บิดา มารดา ภรรยา สามี หรือ บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย เป็นผู้ตัดสินใจแทน

ฉ) กรณีผู้ป่วยที่มีความพิการไม่มีผู้ดูแลหลังรับบริการ ไม่สามารถกลับบ้านได้ พยาบาลจะ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สังคมสงเคราะห์ หน่วยประสานงานรับส่งต่อ หน่วยงาน COC เพื่อส่ง ต่อผู้ป่วยกลับบ้าน

2. กรณีผู้ป่วยใน

ก) พยาบาลทำการประเมินค้นหาผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีความพิการตั้งแต่แรกรับ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข) พยาบาลประเมินข้อจำกัด ความพิการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความพิการ

ค) พยาบาลจัดระบบบริการเพื่อความปลอดภัยและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่มีความพิการ เช่น การจัดให้อยู่ใกล้ Nurse station การยกไม้กั้นเตียง การจัดทาว์สอุปกรณในการช่วยเหลือ เช่น เครื่องช่วยเดิน เป็นต้น กรณีที่ประเมินว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก ควรจัดให้ญาติเฝ้าหากญาติสามารถเฝ้าได้

ง) พยาบาลส่งต่อข้อมูลข้อจำกัด ความพิการของผู้ป่วยให้ทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยรับทราบ และบันทึกในเวชระเบียน

จ) หากพยาบาลประเมินพบว่าผู้ป่วยที่มีความพิการยังไม่มีบัตรผู้พิการ ให้พยาบาลแจ้งสิทธิต่อผู้ป่วยและครอบครัวในการได้รับการประเมินและรับเอกสารรับรองความพิการจากแพทย์ เพื่อไปขึ้นทะเบียนคนพิการ

ฉ) กรณีผู้ป่วยที่มีความพิการไม่มีผู้ดูแล หรืออาศัยโดยลำพัง หรือมีภาวะพึ่งพิงการดูแล พยาบาลประสานหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ หน่วยงาน COC เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ไร้ที่พึ่งพิงและผู้พิการตามสิทธิ ซึ่งการประสานส่งต่อผู้ป่วยที่มีความพิการเข้ารับอุปการะในสถานสงเคราะห์ ต้องเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ช) ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผูกมัดจากภาวะบกพร่องทางสมอง ร่างกาย และทางจิตใจ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการผูกมัดผู้ป่วย

ซ) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางกายและทางจิตโดยที่ไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง วิกฤตจิต หรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ผู้แทนโดยชอบธรรม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือมีอำนาจปกครองผู้ป่วย อาทิเช่น บิดา มารดา ภรรยา สามี หรือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย

ระเบียบปฏิบัติเลขที่: NUR-2-390	หน้า: 3/3
เรื่อง: แนวทางการพิทักษ์สิทธิคนพิการ	

ณ) ทุกหอผู้ป่วยต้องจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้ป่วยที่มีความพิการ และจัดห้องน้ำที่เหมาะสมกับการใช้งานที่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย

ญ) พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยที่มีความพิการทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขของสิทธิผู้พิการ

คู่มือ นโยบายวิธีปฏิบัติ

Nursing Policy & Procedure Manual

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น