



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
สุราษฎร์ธานี

แนวปฏิบัติป้องกันความเสี่ยง ทางคลินิก (SAFE-D)



กลุ่มภารกิจการพยาบาล
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

แนวปฏิบัติป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก(SAFE-D)

ความหมาย

| | |
|---------------|--|
| S = Suicide | หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย |
| A = Accident | หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ |
| F = Fighting | หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น |
| E = Escape | หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการหลบหนี |
| D = Dysphagia | หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกลืนลำบาก |

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
2. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยตามความเสี่ยงทางคลินิก
3. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

อุปกรณ์

1. แบบประเมินความเสี่ยงที่สำคัญทางคลินิก SAFE-D
2. แบบบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงประจำหอผู้ป่วย
3. ป้ายชื่อผู้ป่วยที่มีสัญลักษณ์ SAFE-D
4. เสื้อ SAFE-D

แนวปฏิบัติป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก(SAFE-D)

1. สำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล
 - 1.1 ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE-D ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด และสวมเสื้อ SAFE-D พร้อมติดป้ายชื่อที่มีสัญลักษณ์ SAFE-D
 - 1.2 กรณีพบผู้ป่วยที่มีลักษณะต่อไปนี้ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
 - ผู้ป่วยสวมเสื้อ SAFE-D
 - ไม่มีป้ายชื่อประจำตัว
 - ผู้ป่วยไม่สวมเสื้อ
 - ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่เสี่ยง เช่น ใกล้ประตูทางออก บ้านพัก
 - 1.3 กรณีพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงนอกหอผู้ป่วยให้ปฏิบัติดังนี้
 - โทรศัพท์แจ้ง Operator เพื่อประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ยาม บุคลากรของหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ
 - ขอความร่วมมือดูแลให้ผู้ป่วยในสายตาตลอดเวลา จนกว่าทีมติดตามจะมาถึง
 - ทีมติดตามออกติดตาม และปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยง
 -

2. สำหรับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

- 2.1 ประเมินผู้ป่วยทุกราย ทุกวัน ทุกเวร เมื่อขึ้นปฏิบัติงานตามแบบประเมิน SAFE-D เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงให้ใช้สื่อ SAFE-D
- 2.2 ติดสัญลักษณ์สีตามเกณฑ์ที่ประเมินได้ที่ป้ายชื่อผู้ป่วยในแต่ละช่องให้ครบถ้วน
- 2.3 บันทึกชื่อผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงลงในตารางการเฝ้าระวัง
- 2.4 ให้การดูแล/ เฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลในแต่ละระดับของความเสี่ยง
- 2.5 ประเมินผลการเฝ้าระวังทุกเวร และส่งเวรการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
- 2.6 มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างน้อย 24 ชม. จึงมีการประเมินเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยง
- 2.7 เมื่อเกิดอุบัติการณ์ให้รายงานอุบัติการณ์ตามเกณฑ์การรายงานอุบัติการณ์ของทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย :(Suicide : S)

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินดังนี้

1. สีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง หรือร้องไห้บ่อยๆ ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง
2. รู้สึกผิด/ไม่ดีกับตนเอง คิดว่าตนเองล้มเหลว ไร้ค่า หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง
3. คิด/พูดบ่นอยากตาย/มีแผนที่จะฆ่าตัวตายหรือพยายามหาวิธีฆ่าตัวตาย
4. มีหูแว่วเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง
5. ใน 1 ปีที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย

หมายเหตุ: ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่ามีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จากนั้นให้ประเมิน8Q เพื่อระดับความรุนแรง และให้ความช่วยเหลือ

คะแนน < 17 = ระดับ ต่ำ หรือปานกลาง

คะแนน ≥17 = ระดับ สูง

แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง

1. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาตลอดเวลา โดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกติดตาม
2. จัดเตียงให้อยู่หน้าเคาเตอร์พยาบาล /จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยก และอธิบายให้เข้าใจถึงเหตุผล
3. ให้สวมเสื้อSAFEและติดป้ายชื่อที่มีสัญลักษณ์SAFE-S
4. จับคู่Buddy คอยดูแลช่วยเหลือ และอยู่เป็นเพื่อน
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ห้องนอนและห้องน้ำไม่ควรมู่อุปกรณ์ที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง เช่น ประตูดูห้องน้ำไม้ใช้กลอน ไม่ควรมีชื่อ อ่างน้ำ/ถังน้ำไม่ควรมีปากกว้างและสูงเกินไป ก๊อกน้ำควรใช้แบบฝักหรือหัวก๊อกชนิดอ่อน
6. เก็บวัสดุอุปกรณ์ที่สามารถนำมาเป็นเครื่องมือในการทำร้ายตัวเองไว้ให้มิดชิด เช่น ไข่มดโกน ดินสอ ปากกา น้ำยาทำความสะอาด แปรงสีฟัน ผ้าผุกยัด ช้อนกินข้าว ฯลฯ
7. ตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ในตัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการนำมาทำร้ายตนเองทุกเวร
8. ฝ้าระวังทุก 15-30 นาทีและบันทึกทุก 1 ชั่วโมงลงในแบบฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
9. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เวรต่อไป

แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ประเมินดังนี้

A1 การทรงตัวไม่ดี สายตาไม่ดี มีอาการง่วงนอน เคนเซ หลังได้รับยาทางจิตเวช

A2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า มึนงง การทรงตัวไม่ดี

A3. ผู้ป่วยสมองเสื่อม(Dementia)

A4. ผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อ (Delirium) ภาวะถอนพิษสุราหรือผู้ป่วยที่ขาดสารเสพติด สับสน งุนงง กระสับกระส่าย อยู่ไม่

นิ่ง

A5. ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางกายร่วม /ลมชัก ผู้ป่วยล้มขณะเกิดอาการชัก, วูบโดยไม่มีอาการนำก่อนหรือผู้ป่วยที่มี

ปัญหาการขับถ่ายผิดปกติ ควบคุมการปัสสาวะไม่ได้ หรือผู้ป่วยท้องเสีย ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย

A6. ผู้ป่วยมีอาการทางจิต :ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง ประสาทหลอนหูแว่วได้ยินเสียงสั่งให้หกล้ม พยายามหลบหนี

A7. ผู้ป่วยพิการ /ประสาทสัมผัสผิดปกติ เช่น ตาบอด, หูตึง, หูหนวก ,แขนขาด้วน เป็นต้น

แนวปฏิบัติ

1. พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุตามแบบประเมิน SAFE-D ทุกสาย ตาม

ปัจจัยเสี่ยง

A

2. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง A ดูแลให้ผู้ป่วยสวมเสื้อ SAFE และติดป้ายชื่อที่มีสัญลักษณ์สีแดงในช่อง

3. เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยมอบหมายให้พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ดูแลผู้ป่วยอย่าง

ใกล้ชิด เช่น ขณะผู้ป่วยเข้าห้องน้ำต้องติดตามผู้ป่วยทุกครั้งจนกว่าเสร็จภารกิจ หรือจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ที่จัดไว้เฉพาะ

ซึ่งบุคลากรสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลากรณีผู้ป่วยสวมผ้าถุงให้ชายผ้าถุงสูงขึ้นหรือเปลี่ยนเป็นสวมกางเกง

4. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาหรือไฟฟ้า ให้ผู้ป่วยนอนพักอย่างเพียงพอและแนะนำการเปลี่ยนท่าอย่าง

ช้าๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากอาการหน้ามืด

5. แขนป้าย (ระวางหกล้ม)ไว้ที่ปลายเตียงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย โดย

- บุคลากรต้องตรวจในจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อย ได้แก่ ห้องน้ำผู้ป่วย บันได บริเวณพื้นห้องที่เปียกน้ำ

ฯลฯ ทุก ๑ ชั่วโมง

- ตรวจสอบความเรียบร้อยไม่วางอุปกรณ์ในห้องผู้ป่วย

- จัดหาว่างแผ่นกันลื่นในห้องน้ำผู้ป่วยแทนผ้าเช็ดเท้า

- นำราวกันเตียงขึ้นทุกครั้งสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่บนเตียง กรณีที่ไม่มีราวกัน

เตียง ให้จัดเตียงชิดกัน เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง หากกรณีผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคยกับการนอนเตียง ให้นำที่นอนวางบนพื้น

ห้องนอน

- จัดหาอุปกรณ์เพื่อหุ้มเหล็กที่ล้อเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

- กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสับสน งุนงง มากๆ มีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง บุคลากรสามารถผูกยึด

ผู้ป่วยตามความจำเป็นและเหมาะสม

- ดูแลให้ผู้ป่วยสวมรองเท้าขณะออกไปทำกิจกรรมนอกเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การสะดุดหรือ

เหยียบสิ่งของที่อาจทำให้บาดเจ็บได้ และรองเท้าควรใส่ขนาดพอดีเท้าไม่หลวมหรือใหญ่เกินไปเพราะอาจเดินสะดุด

รองเท้าเองแล้วหกล้มได้

- กรณีผู้ป่วยที่ต้องออกกำลังกายหรือเล่นกีฬากลางแจ้ง นอกจากบุคลากรต้องดูแลให้ผู้ป่วยสวมรองเท้าที่เหมาะสมแล้วต้องดูแลให้ใกล้ชิดและคอยเตือนให้ผู้ป่วยเล่นกีฬาอย่างระมัดระวัง ไม่รุนแรงเพราะอาจกระแทกหรือชนกันหกล้มได้รับบาดเจ็บได้

- กรณีที่ญาติขณะนำผู้ป่วยออกนอกตึกให้ดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

7.ผู้ช่วยเหลือคนไข้ลงบันทึกการสังเกต/การเยี่ยมผู้ป่วย ตามแบบบันทึกตารางเวลาการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อเป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น

การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยที่อาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงสามารถคัดกรอง/ประเมินเบื้องต้น ดังนี้

F1 แสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ หงุดหงิด ไม่เป็นมิตร พูดข่มขู่ เสียงดัง กระทบกระวายเป็นเดินไป-มา กำหมัด

F2 พกอาวุธหรือสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธ

F3 มีท่าทางหวาดระแวงชัดเจน เช่น ท่าทางหวาดกลัว มองซ้ายมองขวา บอกว่า มีคนจะมาทำร้าย

F4 มีประวัติก้าวร้าว ทำลายของ/ทำร้ายผู้อื่น ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล

F5 มีความบกพร่องของบุคลิกภาพ เช่น ต่อด้านสังคม borderline ปัญญาอ่อน ลมชัก เป็นต้น

F6 เครียด วิตกกังวล พูดซ้ำๆในสิ่งที่เกี่ยวกับความอึดอัดในการอยู่ในห้องพัก การไม่ได้กลับบ้านตามกำหนดเวลา

F7 มีอาการเมาสุราหรือมีอาการอยากยา (สารเสพติด)/ มีคำพูดความต้องการสูบบุหรี่ตลอดเวลา

หมายเหตุ ; ถ้าประเมินเบื้องต้นพบ F1-7 ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมต่อ

แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น

1. ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้แบบประเมิน (The overt Aggression Scale [OAS]) ในการแบ่งระดับ ความรุนแรง 4 ระดับดังนี้
ระดับความรุนแรงระดับ 1 คือ น้อย เผื่อระวังทุก 4 ชั่วโมง
ระดับความรุนแรงระดับ 2 คือ ปานกลาง เผื่อระวังทุก 2 ชั่วโมง
ระดับความรุนแรงระดับ 3 คือ หนัก เผื่อระวังใกล้ชิดตลอดเวลา
2. ให้การดูแลตามระดับอาการดังนี้

ระดับความรุนแรงระดับ 1

1. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยสงบ โดยแยกผู้ป่วยออกจากสถานที่กระตุ้น แยกผู้ป่วยอื่นไม่ให้เข้าไปใกล้ผู้ป่วยหรืออาจนำผู้ป่วยไว้ห้องแยก
2. ดูแลตรวจสิ่งของที่จะเป็นอันตราย และเผื่อระวังอาการผู้ป่วยทุก 1 ชม.
3. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยเน้นให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และรับฟังผู้ป่วย และเสนอทางเลือกอื่นที่ลดอารมณ์ในทางที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดพฤติกรรมก้าวร้าวลง
4. ดูแลให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือพิจารณาให้ยาฉีดตาม CPG เพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น/สิ่งของ
5. สังเกตอาการอย่างต่อเนื่องทุก 1-2 ชั่วโมง

ระดับความรุนแรงระดับ 2, 3

1. เตรียมทีมและอุปกรณ์ให้พร้อม/วางแผนในการเข้าไปจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง
2. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยถึงเหตุผลสั้นๆ ให้ความรู้กับผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือ ทีมพร้อมและให้สัญญาณในการเข้าไปจัดการพฤติกรรมรุนแรงโดยการผูกมัด
3. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะผูกมัดโดย

- อธิบายเหตุผลความจำเป็นในการผูกยึด สิทธิ/ระยะเวลาในการผูกยึดและจะยุติการผูกยึดเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการตนเองได้
 - ดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยทุกๆไป และประเมินอาการผู้ป่วยทุก 30 นาที- 1 ชม. เพื่อสอบถามความต้องการ พูดคุยให้กำลังใจ ตรวจสอบการไหลเวียนเลือดบริเวณที่ผูกยึด และเปลี่ยนท่าการผูกยึดทุก 2 ชม.
 - ถ้าอาการไม่สงบพิจารณาให้ยาฉีดตาม CPG และมีการตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. จนกว่าสัญญาณชีพปกติ และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา
4. ประเมินอาการเมื่อผู้ป่วยสงบพิจารณายุติการผูกยึดและตรวจภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนให้การช่วยเหลือ/บันทึก/รายงานแพทย์
 5. สังเกตอาการอย่างต่อเนื่องทุก 1-2 ชม. และบันทึกอาการ/ส่งเวรอย่างต่อเนื่อง
- การยุติ แนวปฏิบัติแนวปฏิบัติ SAFE เมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง

แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการลอบหนี

การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยลอบหนีให้ประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยตามระดับดังนี้

- E1 : - ผู้ป่วยสับสน เดินเรื่อยเปื่อย
- เป็นบุคคลเร่ร่อน อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง ชอบเที่ยวเรื่อยเปื่อย
- E2: - มีประวัติใช้สารเสพติด
- ผู้ป่วยมีประวัติลอบหนี
- ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนาน
- ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มญาติทอดทิ้ง
- เป็นผู้นำและมีภาระรับผิดชอบครอบครัว
- ผู้ป่วยที่ แพทย์ อนุญาตให้กลับบ้านแล้ว แต่ญาติไม่มารับ
- E3 : - ผู้ป่วยที่มีอาการอยากยา
- ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ยินยอมรักษา
- มีประวัติเป็นอันตรายต่อครอบครัวและชุมชน / มีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว

หมายเหตุ มีข้อใดข้อหนึ่ง = มีความเสี่ยงในระดับนั้นๆ

แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการลอบหนี

ขั้นเตรียมความพร้อม

1. สร้างความตระหนักในเรื่องการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก การรู้จักสังเกตสัญญาณเตือนการประเมินพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย การเข้าถึงผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพ มีความเอื้ออาทร และมีทักษะการสื่อสารที่ดี
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย โดยตรวจดูแลความเรียบร้อยในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ ปิดช่องทางที่เสี่ยงต่อการลอบหนี และความแข็งแรงของโครงสร้างในหน่วยงาน
3. จัดสถานที่ให้ญาติเยี่ยมผู้ป่วยในที่ๆเจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นได้
4. จัดเตรียมอุปกรณ์เช่น เสื้อ SAFE ผ้าผูกยึดให้เพียงพอและพร้อมใช้
5. จัดให้มีห้องคาราโอเกะ กีฬาในร่มเช่น โตะปิงปอง กระดานหมากรุก/หมากฮอส ไว้ในหอผู้ป่วย

ขั้นตอนการ

1. ประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการลอบหนี ตามแบบประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยลอบหนี ทุกวันทุกเวร
2. ผู้ป่วยที่เสี่ยงลอบหนีให้สวมเสื้อ SAFE ติดป้ายชื่อ และทำเครื่องหมายการเฝ้าระวัง SAFE-E
3. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงลอบหนี ประเภท E1 สามารถพาออกไปทำกิจกรรมนอกหอผู้ป่วยได้ โดยจัดจับคู่ Buddy กับผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงลอบหนี ประเภทE2 ออกไปทำกิจกรรมนอกหอผู้ป่วยได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ดูแลควบคุมใกล้ชิด และประเภท E3 ให้ทำกิจกรรมในหอผู้ป่วย และเฝ้าระวังใกล้ชิด
4. ตรวจสอบเช็คและเฝ้าระวังผู้ป่วยตามระยะเวลาและบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าระวัง SAFE
5. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังลอบหนีทุกวันทุกเวร

6. ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษา ระยะเวลาบำบัด ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ ให้ใช้หลักการเจรจาต่อรอง และให้กำลังใจ ขณะรับใหม่และระหว่างบำบัดในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ
7. ก่อนเปิดประตูเข้าไปทำกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วยไปนั่งประจำที่เตียงทุกคนหรือให้อยู่ห่างจากประตูเข้า-ออก
8. ก่อนพาผู้ป่วยออกมาทำกิจกรรมนอกตึก พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ร่วมกันประเมินผู้ป่วยก่อน ทุกครั้ง กรณีผู้ป่วยที่อนุญาตให้ออกไปทำกิจกรรมข้างนอกตึก ให้บอกเหตุผลว่าผู้ป่วยที่อนุญาตให้ออกไปทำกิจกรรมนอกตึกเพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดี อาการทางจิตทุเลา เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะให้กลับบ้าน
9. มอบหมายความรับผิดชอบให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงหลบหนีดูแลผู้ป่วยอื่นและยกย่องให้เขาเป็นฮีโร่ เป็นแบบอย่างของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ และละเอียดที่จะทำผิด
10. จัดผู้ป่วย Buddy เพื่อนช่วยเพื่อน ให้ผู้ป่วยที่ดีดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยง ลักษณะฝากดูแล
11. ก่อนพาผู้ป่วยออกมาทำกิจกรรมในห้องกลุ่มกิจกรรม หรือรับประทานอาหารที่มีทางเข้าออกหลายทางให้ปิดล็อกประตู ที่ผู้ป่วยสามารถใช้หลบหนีได้ ให้มีประตูเข้าออกทางเดียวเพื่อป้องกันการเฝ้าระวัง
12. ผู้ป่วยที่ออกมาช่วยทำงาน /กิจกรรมพัฒนาสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ต้องคอยดูแล พูดคุยและให้กำลังใจไม่ปล่อยผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง
13. เมื่อผู้ป่วยออกไปทำกิจกรรมนอกตึก เจ้าหน้าที่ต้องคอยดูแล ตรวจสอบผู้ป่วยอยู่ตลอดเป็นระยะๆ
14. เจ้าหน้าที่ไม่ควรพาผู้ป่วยไปตรวจพิเศษ/ทำกิจกรรมครั้งละหลายคน
15. กรณีญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย จะต้องบอกญาติทุกครั้งก่อนญาติจะกลับให้นำผู้ป่วยกลับมาส่งกับเจ้าหน้าที่ห้ามปล่อยให้ผู้ป่วยเดินกลับมาคนเดียว
16. ตรวจสอบผู้ป่วยทุกครั้งก่อนรับ-ส่งเวร และทุก 1 ชั่วโมง

การลดปัจจัยเสี่ยงการหลบหนี

1. ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยและบุคลากรห้ามเสียบลูกกุญแจไว้กับรถ
2. ให้ข้อมูลและแผนการจำหน่ายแก่ผู้ป่วย และให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
3. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลคิดถึงญาติหรือกลัวญาติทอดทิ้งให้ติดต่อพูดคุยกับญาติได้บ้างตามความเหมาะสม
4. จัดกิจกรรมนันทนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เช่น ร้องเพลง กีฬากลางแจ้ง กีฬาในร่ม กลุ่มทักษะชีวิตทางสังคม เช่น ทำอาหาร ทำสวนเกษตร เป็นต้น
5. การให้สุขภาพจิตศึกษา รายกลุ่มเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ความจำเป็นในการอยู่บำบัดรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยซักถามและให้ระบายความคับข้องใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล ยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษา
6. ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มชุมชนบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้บอกปัญหาและความต้องการในการใช้ชีวิตระหว่างบำบัดในโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางพัฒนาการบริการร่วมกับผู้ป่วย เป็นต้น

7. ให้ข้อมูลขั้นตอนการจำหน่าย เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยพยาบาลประสานนักสังคมสงเคราะห์ แจ้งญาติให้มารับผู้ป่วยกลับ ถ้าแจ้งแล้วญาติไม่มารับนักสังคมจะแจ้งซ้ำ 3 ครั้งถ้าญาติยังไม่มารับผู้ป่วย นักสังคมจะประสานแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านเองหรือให้นักสังคมสงเคราะห์ส่งกลับบ้าน

แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบาก

การประเมินความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากมีดังนี้

- ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ/จิตเวชทั่วไปที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย/ไม่ได้
- ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ/จิตเวชทั่วไปที่ได้รับยาทางจิตจำนวนมากทั้ง(จำนวน/ชนิด/ขนาด/ปริมาณ)
- ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ/จิตเวชทั่วไปที่กล้ำเนื้อการดูดกลืนหย่อนประสิทธิภาพ
- ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ/จิตเวชทั่วไประยะสุดท้าย
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางสมอง
- ผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต
- ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอมอาหาร/ปฏิเสธอาหาร
- ผู้ป่วยที่มีน้ำลายมาก/ผู้ป่วยที่มีภาวะEPS หรือผลข้างเคียงจากยา
- ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น
- ผู้ป่วยที่มีประวัติสำลักบ่อยๆ

หมายเหตุ มีเพียง 1 ข้อถือว่ามีความเสี่ยง

ประเมินทุกข้ออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และทุกครั้ง/ทุกวันทุกเวรเมื่อมีความเสี่ยง/อุบัติเหตุ ต้องเฝ้าระวังและ/ดูแลป้องกันจนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย

แนวปฏิบัติการดูแลและป้องกันความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืน

ขั้นตอนปฏิบัติการดูแลมี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ก่อนรับประทานอาหาร
2. ขณะรับประทานอาหาร
3. หลังรับประทานอาหาร

ขั้นตอนที่ 1.

1.1 ประเมินความสามารถการดูดกลืนของผู้ป่วย

1.2 โภชนากรประเมินความเหมาะสมของอาหาร/อาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมกับประเภท อาการ/อาการแสดงของผู้ป่วยแต่ละราย เบิกอาหารอ่อน/อาหารอ่อนบดหยาบ/อาหารเหลว/อาหารธรรมดา แต่ต้องได้รับการตรวจสอบจากพยาบาลทุกครั้งก่อนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร บางครั้งอาจต้องตัดอาหารเป็นชิ้นเล็กๆก่อน (ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย)

1.3 จัดทำนั่งของผู้ป่วยให้เหมาะสมหากนั่งได้ควรให้นั่งตัวตรงขณะรับประทานอาหาร สอดคล้องกับโครงสร้างของอวัยวะภายใน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร/การดูดกลืน และพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย หากผู้ป่วยนอนบนเตียงต้องไขหัวเตียงให้สูงหรือจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งพิงพนักเตียง และพุงให้ผู้ปวยนั่งสบายไม่เซล้ม หรือนั่งในท่าปกติสำหรับผู้ป่วยที่นั่งได้ ดูแลให้หลุดอาหารอยู่ในสภาพตรงพร้อมทำงานตามระบบ (จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งงอเข่า 90 องศาหน้าหน้าตรงราบกับพื้น แล้วตรงศีรษะอยู่กึ่งกลาง ก้มหน้าเล็กน้อย)

ขั้นตอนที่ 2.

2.1 ตักอาหารพอดีคำ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารแต่พอดีคำ และรับประทานช้าๆอย่างตั้งใจ หรือป้อนอาหารในรายที่ตักอาหารเองไม่ได้ ตักอาหารแต่พอดีคำและป้อนช้าๆ จัดทำให้ถูกต้องเหมาะสม การตะแคงข้อขณะป้อน/การใช้หลอดที่ถูกต้องเหมาะสม (ตักอาหารให้มีปริมาณ 1/3-1/2 ช้อนตามความเหมาะสม) และให้เวลาสำหรับมืออาหารแต่ละมืออย่างเพียงพอ ไม่เร่งรีบ

2.3 ขณะป้อนอาหารต้องคำนึงถึงปริมาณสัดส่วนที่พอเหมาะกับกลุ่มโรค/ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ ไม่ควรให้อาหารมากเกินไปจนจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย

2.4 ให้ผู้ผู้ป่วยก้มศีรษะก่อนกลืนอาหารโดยกลืนอาหารที่มีในปากลงไปก่อนกลืนซ้ำอีกครั้ง

2.5 ตรวจสอบว่ามีอาหารตกค้างอยู่ในปากหรือไม่ ก่อนป้อนอาหารคำต่อไป

2.6 หากมีการสำลัก หรือไอเกิดขึ้นขณะกลืนอาหาร ให้ผู้ป่วยก้มหน้าลงทันที

2.7 สำหรับผู้สูงอายุที่อ่อนแอมากๆหรือนอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ

2.8 หมั่นตรวจสอบฟันปลอมให้แน่นพอดีอยู่เสมอ (ในกรณีมีฟันปลอม)

2.9 ในกรณีผู้สูงอายุมีความเสี่ยง แต่ช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องดูแลเรื่องพฤติกรรมที่เร่งรีบขณะรับประทานอาหาร และระวังการแย่งตักอาหารจากถาดอาหารของผู้ป่วยคนอื่นด้วย

2.10 หลังรับประทานอาหารเสร็จเรียบร้อย ควรให้ดื่มน้ำตามทุกครั้ง/ป้อนน้ำผู้ป่วยทุกครั้ง ระมัดระวังการสำลัก และป้อนน้ำไม่เร่งรีบ และหลังอาหารควรนั่งต่ออีก 30 นาที

2.11 ขณะป้อน/ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเอง จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาจนกระทั่งผู้ป่วยรับประทานเสร็จ และให้นั่งพักหรืออยู่ในท่าเดิมจนครบ 15 นาที แล้วจัดท่านอนให้ผู้ผู้ป่วยและหรือแนะนำการจัดท่านอนที่ถูกต้องเหมาะสมให้ผู้ผู้ป่วย

2.12 ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อการดูแลที่มีคุณภาพ และผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ

หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้แต่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ควรพิจารณาป้อนโดยพยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่อยู่ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงของพยาบาล และควรป้อนหรือดูแลให้รับประทานอาหารก่อนหรือหลังผู้ป่วยอื่น

ขั้นตอนที่ 3.

3.1 สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้เองแต่เป็นกลุ่มเสี่ยงให้ตรวจสอบการแอบพกพาอาหารประเภทที่เสี่ยงต่อการสำลักหรืออุดกั้นทางเดินหายใจเข้าไปแอบรับประทานในห้องพัก/ห้องนอน

3.2 หมั่นตรวจสอบและเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ (หลังเสร็จสิ้นขั้นตอนที่ 2.) หลังรับประทานเสร็จใหม่ๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย

3.3 ติดตามประเมินผลระยะสั้นอย่างน้อย 15—30 นาที และตามมาตรการการเฝ้าระวังความปลอดภัยทางคลินิก (SAFED)

3.4 ติดตามประเมินผลระยะยาวทุก 1 สัปดาห์ ทุก 1 เดือน อย่างสม่ำเสมอเนื่องด้วยพยาบาลผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาล FLOAT เข้า เพื่อเป็นการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว ด้วยวงล้อคุณภาพ PDSA และนิเทศติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย

แบบประเมินความเสี่ยงที่สำคัญทางคลินิก(SAFE-D)

คำชี้แจง ถ้าข้อใดมีความเสี่ยงทำเครื่องหมาย✓

| แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (S) | มี | ไม่มี |
|--|----|-------|
| 1. สีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง หรือร้องไห้บ่อยๆ ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง | | |
| 2. รู้สึกผิด/ไม่ดีกับตนเอง คิดว่าตนเองล้มเหลว ไร้ค่า หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง | | |
| 3. คิด/พูดบ่นอยากตาย/มีแผนที่จะฆ่าตัวตายหรือพยายามหาวิธีฆ่าตัวตาย | | |
| 4. มีหุแว่วเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง | | |
| 5. ใน 1 ปีที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย หมายเหตุ มีข้อใดข้อหนึ่ง = มีความเสี่ยง | | |
| แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (A) | มี | ไม่มี |
| 1. การทรงตัวไม่ดี สายตาไม่ดี มีอาการง่วงนอน เคนเซ หลังได้รับยาทางจิตเวช | | |
| 2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า มึนงง การทรงตัวไม่ดี | | |
| 3. ผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) | | |
| 4. ผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อ (Delirium) ภาวะถอนพิษสุรา | | |
| 5. ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางกายร่วม /ลมชัก | | |
| 6. ผู้ป่วยมีอาการทางจิต : ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง ประสาทหลอนหูแว่ว | | |
| 7. ผู้ป่วยพิการ /ประสาทสัมผัสผิดปกติ เช่น ตาบอด หูตึง หูหนวก แขนขาด้วน หมายเหตุ มีข้อใดข้อหนึ่ง = มีความเสี่ยง | | |
| แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (F) | มี | ไม่มี |
| 1. แสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ หงุดหงิด ไม่เป็นมิตร พูดข่มขู่ | | |
| 2.พกอาวุธหรือสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธ | | |
| 3.ทำทางหวาดระแวงชัดเจน | | |
| แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง(F) (ต่อ) | มี | ไม่มี |
| 4.มีประวัติก้าวร้าว ทำลายของ/ทำร้ายผู้อื่น ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล | | |
| 5.มีความบกพร่องของบุคลิกภาพ เช่น ต่อต้านสังคม borderline | | |
| 6.เครียด วิตกกังวล พูดซ้ำๆในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในการอยู่ในห้องพัก การไม่ได้กลับบ้านตามกำหนดเวลา | | |
| 7.มีอาการเมาสุราหรือมีอาการอยากยา (สารเสพติด)/ มีคำพูดความต้องการสูบบุหรี่ตลอดเวลา หมายเหตุ มีข้อใดข้อหนึ่ง = มีความเสี่ยง | | |

| | | |
|---|-----------|--------------|
| แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหลบหนี (E) | มี | ไม่มี |
| E1 : ผู้ป่วยสับสน เดินเรื่อยเปื่อย | | |
| เป็นบุคคลเร่ร่อน อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง ชอบเที่ยวเรื่อยเปื่อย | | |
| E2: มีประวัติใช้สารเสพติด | | |
| ผู้ป่วยมีประวัติหลบหนี | | |
| ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนาน | | |
| ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มญาติทอดทิ้ง | | |
| เป็นผู้นำและมีภาระรับผิดชอบครอบครัว | | |
| ผู้ป่วยที่ แพทย์ อนุญาตให้กลับบ้านแล้ว แต่ญาติไม่มารับ | | |
| E3 : ผู้ป่วยที่มีอาการอยากยา | | |
| ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ยินยอมรักษา | | |
| ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ยินยอมรักษา | | |
| ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ยินยอมรักษา | | |
| มีประวัติเป็นอันตรายต่อครอบครัวและชุมชน / มีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว | | |
| หมายเหตุ มีข้อใดข้อหนึ่ง = มีความเสี่ยงในระดับนั้นๆ | | |
| แบบประเมินความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร (D) | มี | ไม่มี |
| 1. ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ/จิตเวชทั่วไปที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย/ไม่ได้ | | |
| 2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาทางจิตจำนวนมากทั้ง(จำนวน/ชนิด/ขนาด/ปริมาณ) | | |
| 3. ผู้ป่วยจิตเวชที่กล้ำเนื้อการดูดกลืนหย่อนประสิทธิภาพ | | |
| แบบประเมินความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร (D) (ต่อ) | มี | ไม่มี |
| 4. ผู้ป่วยจิตเวชระยะสุดท้าย | | |
| 5. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางสมอง | | |
| 6. ผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต | | |
| 7. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอมอาหาร/ปฏิเสธอาหาร | | |
| 8. ผู้ป่วยที่มีน้ำลายมาก/ผู้ป่วยที่มีภาวะEPS หรือผลข้างเคียงจากยา | | |
| 9. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น | | |
| 10. ผู้ป่วยที่มีประวัติสำลักบ่อยๆ | | |
| หมายเหตุ มีข้อใดข้อหนึ่ง = มีความเสี่ยง | | |

บรรณานุกรม

- กชพงศ์ สารการ. (2542). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรของโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตเวชและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ธีระ สีสานันทกิจ. (2541). การบริหารจัดการและรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวและรุนแรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2543). แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง. เอกสารประกอบการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปลดา เหมโลหะ. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.

ภาคผนวก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์เจน บุญไพรรัตน์สกุล นายแพทย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
2. นางวรรณิ ศิริทรงกูร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นางสาวอังค์ พันธุ์ประทุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รายชื่อผู้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก
ณ ห้องประชุมชั้น ๕ อาคารอำนวยการ
วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | ตำแหน่ง | หน่วยงาน |
|-------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1 | นางวรรณิ ศิรินทรางกูร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กลุ่มการพยาบาล |
| 2 | นางสำอางค์ พันธุ์ประทุม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กลุ่มการพยาบาล |
| 3 | นางพวงรัตน์ อินทวงค์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กลุ่มการพยาบาล |
| 4 | นางโสภา มุสิโก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กลุ่มการพยาบาล |
| 5 | นางวรรณยา พัวพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กลุ่มการพยาบาล |
| 6 | นางจันทนา เทศวัดมา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยหญิง5 |
| 7 | น.ส.กัลยา ชูประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยศุนย์สาธิต |
| 8 | น.ส.ประไพ ทายยุทธ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยชาย3 |
| 9 | นางนภาพร นวลสุทธิ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยชาย8 |
| 10 | นางนิมิต ฝือกคง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยหญิง6 |
| 11 | นางรุจา ราชพิบูลย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คลินิกจิตเวชฉุกเฉิน |
| 12 | นางศิลาญา แก้วเหล็ก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยชาย4 |
| 13 | นางเสาวภา ปานเพชร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยชาย9 |
| 14 | นายกฤษฎาชาติ ประยูร | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | หอผู้ป่วยชาย12 |
| 15 | น.ส.ปัทมา โพธิ์สุวรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยชาย9 |
| 16 | น.ส.ปลดา เหมโลหะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คลินิกเชี่ยวชาญระดับสูง |
| 17 | นางดวงวิภรณ์ พ่วงรอด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | ผู้ป่วยนอก |
| 18 | นางศิริพร ซวลิต | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยชาย4 |
| 19 | นางจำปา สุทธิรักษ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยหญิง2 |
| 20 | นางบรรเจิด ทิพย์นุรักษ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยหญิง7 |
| 21 | นางกาญจนา ฐิริปัญญาพันธ์ | พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน | หอผู้ป่วยหญิง7 |
| 22 | นางละออง วัฒนศิลป์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยชาย11 |
| 23 | นายคมชาญ วงศ์กลาง | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยชาย12 |
| 24 | นายสิริวัฒน์ ชิดเรือง | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยชาย4 |
| 25 | นายโสรัจ ชำนิवल | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | ผู้ป่วยนอก |
| 26 | นายบรรพช ประทุมวัลย์ | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยชาย2 |
| 27 | นายสุวิทย์ รวยร่ำ | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยชาย2 |
| 28 | นางชุตินา ปิ่นสมนาม | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยหญิง6 |
| 29 | นายวรสิทธิ์ พัทจทักษ์ | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยชาย8 |
| 30 | นายเจษฎา เพชรเจริญ | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยชาย3 |
| 31 | นายทวีวัฒน์ จำเนียร | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยชาย3 |

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | ตำแหน่ง | หน่วยงาน |
|-------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 32 | นายสมเกียรติ บุญวรรณ | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยศูนย์สาธิต |
| 33 | นางเพ็ญพันธ์ กรทิพย์ | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยหญิง2 |
| 34 | น.ส.เพ็ญผกา เอี่ยมยี่ | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | คลินิกเชี่ยวชาญระดับสูง |
| 35 | น.ส.อัญชุลิกา ยุทธพรพงศ์ | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | ผู้ป่วยนอก |
| 36 | นายธนา ควรประมวล | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยชาย9 |
| 37 | นายศักดิ์ชาย เทือกสุบรรณ | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยชาย11 |
| 38 | นายสายัณห์ จิตราภิรมย์ | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ | หอผู้ป่วยชาย11 |

รายชื่อวิทยากรและคณะกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก ณ ห้องประชุมชั้น ๕ อาคารอำนวยการ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | ตำแหน่ง | หน่วยงาน |
|-------|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| ๑ | นางสนธยา ไทยเกิด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กลุ่มการพยาบาล |
| ๒ | นางกริณี สังข์ประคอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยหญิง2 |
| ๓ | นางวันทนา ทิพย์มณฑิเยร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คลินิกเชี่ยวชาญระดับสูง |
| ๔ | นางคณินันต์ วิชัยดิษฐ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยชาย2 |
| ๕ | นางศุภรี เสตกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | หอผู้ป่วยชาย12 |

