



ราชวิทยาลัย
จุฬารักษ์

คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

คู่มือบริหารความเสี่ยงและดูแลความปลอดภัย ในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล



หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ปี 2568

คำนำ

คุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการให้บริการสุขภาพ เพราะมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการและถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาลคุณภาพที่จะต้องให้การบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานและไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการบำบัดรักษา ดังนั้นในปี พ.ศ. 2567 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย 3P Safety ซึ่งครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข และกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient Personnel and People Safety Goals) เพื่อสร้างความตระหนักและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องลดผลกระทบของการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น

การจัดการศึกษาพยาบาลในระดับอุดมศึกษา มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติต่อผู้รับบริการจริง ซึ่งมีโอกาสเกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการได้ เนื่องด้วยนักศึกษาต้องปฏิบัติขณะที่ตนยังมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ทางคลินิกไม่เพียงพอ สถาบันการศึกษาจึงต้องกำหนดระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยตามมาตรฐานที่กำหนดของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาและสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและเกณฑ์คุณภาพเพื่อรับรองสถาบันการศึกษาด้านการบริหารความเสี่ยง เพื่อการควบคุมกำกับให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ นักศึกษาและผู้เกี่ยวข้อง และบรรลุมิติวัตถุประสงค์การเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการดำเนินการบริหารความเสี่ยงเพื่อการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับนักศึกษาและผู้รับบริการขณะฝึกภาคปฏิบัติ จึงได้จัดทำคู่มือการจัดการความเสี่ยงและดูแลความปลอดภัยในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้อาจารย์พยาบาล อาจารย์พิเศษสอนภาคปฏิบัติและนักศึกษาพยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ให้เกิดมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนานักศึกษาให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก มีเจตคติและสมรรถนะที่ดีในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย เสริมสร้างระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของแหล่งฝึกและประกันคุณภาพการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติต่อไป

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

2568

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 1 การบริหารความเสี่ยง	
1.1 การบริหารความเสี่ยง	1
1.2 การดำเนินงานบริหารความเสี่ยง	3
1.3 การบริหารความปลอดภัย	4
1.4 แนวปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงระหว่างสถาบันการศึกษาและแหล่ง ฝึกภาคปฏิบัติ	5
ส่วนที่ 2 ประเด็นความไม่ปลอดภัยและแนวทางการจัดการความเสี่ยง ของผู้รับบริการและนักศึกษาพยาบาล	
2.1 ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยจากการปฏิบัติผิดพลาดของนักศึกษา (เสี่ยงสูง)	6
2.2 การใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสมและส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ โรงพยาบาล หรือคณะพยาบาล (เสี่ยงสูง)	7
2.3 ความไม่ปลอดภัยของนักศึกษาจากการปฏิบัติงาน (เสี่ยงปานกลาง)	8
2.4 ความไม่ปลอดภัยของนักศึกษาจากการเดินทางไปฝึกปฏิบัติงานใน แหล่งฝึก (เสี่ยงปานกลาง)	12
2.5 แนวทางการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์	13
2.6 แนวทางการปฏิบัติการจัดการอุบัติการณ์การบริหารยาผิดพลาดของ นักศึกษาพยาบาล	15
2.7 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุล้ม/สารคัดหลั่งขณะ ปฏิบัติงาน	16
ส่วนที่ 3 แบบบันทึกเหตุการณ์ในการฝึกปฏิบัติ (Incident Report)	17

ส่วนที่ 1

การบริหารความเสี่ยง

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและควบคุมภายในของคณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารีราชวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ ได้ดำเนินการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน (Operational risk) ที่อาจทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้รับบริการจากการปฏิบัติการพยาบาลผิดพลาดของนักศึกษาในแหล่งฝึกปฏิบัติไว้เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ บุคลากรทางการพยาบาลและนักศึกษา

1.1 การบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง กลวิธีในการบ่งชี้ วิเคราะห์ ประเมิน จัดการและสื่อสารความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมองค์กรหรือกระบวนการดำเนินงานขององค์กรเพื่อช่วยลดความสูญเสียในการบรรลุเป้าหมายให้เหลือน้อยที่สุด และเพิ่มโอกาสให้องค์กรมากที่สุด

ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือโอกาสที่จะประสบกับความเสียหาย หรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ทุกประการที่เกิดขึ้น หรือสิ่งที่ควรเกิดแต่ไม่เกิดหรือสิ่งที่เกิดแต่ไม่ควรเกิด อาจส่งผลกระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบการทำงาน ผู้รับบริการและผู้เรียน ความเสี่ยงสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

- 1) ความเสี่ยงทั่วไป (Common risks) เป็นความเสี่ยงที่ประสบที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย
- 2) ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risks) เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย โดยไม่ระบุจำเพาะโรค เช่น เกิดแผลกดทับ
- 3) ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risks) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความจำเพาะต่อโรคหรือกลุ่มอาการหรือภาวะเสี่ยงของโรคนั้น ๆ เช่น Hypovolemic Shock ในผู้ป่วย Upper GI Bleeding

อุบัติเหตุ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งอาจก่อให้เกิดหรือเกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือคำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย ลักษณะอุบัติเหตุการปฏิบัติงานคลินิก ครอบคลุม 2 ลักษณะใหญ่ ได้แก่

- 1) อุบัติเหตุที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ เช่น การให้ยาผิดขนาด ผิดคน เป็นต้น
- 2) อุบัติเหตุที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ให้บริการ เช่น เข็มทิ่มตำ สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา สารเคมีตกหกหล่น เป็นต้น

การจัดระดับความรุนแรงของความเสียหาย

การแบ่งระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม และ 9 ตามระดับอันตราย A-I ดังนี้

กลุ่ม	ระดับ	คำอธิบาย
1. ยังไม่เกิดอุบัติการณ์	A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดอุบัติการณ์
2. เกิดอุบัติการณ์แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ	B	เกิดอุบัติการณ์ขึ้นแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ
	C	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการได้รับอันตราย
	D	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการและต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ
3. เกิดอุบัติการณ์ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ	E	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการส่งผลให้เกิดอันตราย
	F	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น
	G	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ
	H	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
4. เกิดอุบัติการณ์ส่งผลให้ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการเสียชีวิต	I	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

เกณฑ์การจัดระดับความรุนแรง A-I ดังนี้ (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: NCCMERP, 2014) ดังนี้

1. ความรุนแรงระดับต่ำมากหรือน้อยมาก

A หมายถึง เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน เช่น มียาผิดหมดอายุในตู้เก็บยา

B หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแล้วแต่ตรวจพบก่อนยังไม่ถึงผู้ป่วยและผู้อื่น เช่น หยิบยามาเตรียมฉีดแต่ตรวจซ้ำพบว่ายาหมดอายุ

2. ความรุนแรงระดับต่ำหรือน้อย

C หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นแต่ไม่ทำให้ได้รับอันตราย เช่น จัดให้ผู้ป่วย ไม่รู้สึกตัวนอนบนเตียงที่ไม่มีราวกันเตียงและไม่มีญาติเฝ้า

D หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นและส่งผลให้เกิดการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายขึ้น เช่น ผู้ป่วยตกเตียงต้องประเมินและสังเกตอาการทางสมอง

3. ความรุนแรงระดับปานกลาง

E หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่ส่งผลให้ต้องรับการรักษาหรือได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น หรือต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นแต่ไม่เกิน 3 วัน หรือมีความกดดันทางจิตใจหรืออารมณ์ เช่น ผู้ป่วยตกเตียงแล้วเจ็บแผลที่ศีรษะหรือสังเกตอาการในโรงพยาบาล 1-3 วัน หรือต้องรักษาใน

โรงพยาบาลนานขึ้นจากจำนวนวันที่รักษาโรคเดิม 1-3 วัน

F หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่ส่งผลให้ได้รับอันตรายชั่วคราว ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นหรือนานขึ้นมากกว่า 3 วัน หรือมีความชอกช้ำทางด้านจิตใจหรือ อารมณ์ เช่น ผู้ป่วยตกเตียงแล้วมีอาการทางสมอง ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการทางสมองมากกว่า 3 วัน หรือ ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นจากจำนวนวันที่รักษาโรคเดิมมากกว่า 3 วัน

4. ความรุนแรงระดับสูงหรือรุนแรงมาก

G หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่ส่งผลให้ได้รับอันตรายที่รุนแรงหรือเกิดความพิการอย่างถาวรหรือบาดเจ็บหรือเจ็บปวดทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ผ่าตัดขาผิดข้างทำให้สูญเสียขา

H หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่ส่งผลให้ได้รับอันตรายจนต้องรับการบำบัดรักษาเพื่อช่วยชีวิต (CPR) หรือพิการหลายอย่างหรือพิการซ้ำซ้อน หรือเจ็บปวดทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ฉีดยา Penicillin ให้ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ Penicillin ทำให้เกิด Anaphylaxis หัวใจหยุดเต้นต้อง CPR และ ผู้ป่วยรอดชีวิต

I หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่ส่งผลให้เสียชีวิตหรือการเสียชีวิตหลายคน หรือบาดเจ็บหรือเจ็บปวดทางจิตใจและอารมณ์อย่างรุนแรง เช่น ฉีดยา penicillin ให้ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ penicillin ทำให้เกิดอาการ anaphylaxis และภาวะหัวใจหยุดเต้นต้อง CPR แต่ผู้ป่วยเสียชีวิตขั้นตอนการ บริหารความเสี่ยง

1.2 การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

ขั้นตอนที่ 2 การระบุความเสี่ยง (Risk identification) การรวบรวมเหตุการณ์ ค้นหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง โดยแต่ละกลุ่มงานเก็บข้อมูลความเสี่ยง (Risk Profile) นำข้อมูลมาวิเคราะห์เหตุการณ์หรือระบุปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง โดยพิจารณาทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก การระบุความเสี่ยงสามารถแบ่งออกเป็น 1) ด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) 2) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงาน (Operation Risk) 3) ความเสี่ยงด้านเงิน (Financial Risk) และความเสี่ยงด้านปัจจัยภายนอก (Hazard Risk)

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยง (Risk Analysis & Evaluation) และ จัดลำดับความเสี่ยง (Risk measurement and Risk Prioritization) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกัน ประเมินโอกาสและผลกระทบและนำมาจัดลำดับความเสี่ยง ร่วมกันวิเคราะห์เพื่อวางแผนและดำเนินการ การบริหารความเสี่ยงทั้งในรูปของการหลีกเลี่ยง (Avoiding) การแบ่งปัน (Sharing) การลด (Reducing) การยอมรับ (Accepting) โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น

- ระดับต่ำ (คะแนน 1-3) คือ ยอมรับได้ โดยไม่ต้องควบคุมความเสี่ยง ไม่ต้องการจัดการเพิ่มเติม
- ระดับปานกลาง (คะแนน 4-9) คือ ระดับยอมรับได้แต่ต้องควบคุมเพื่อป้องกันไม่ให้ความเสี่ยงเคลื่อนย้ายไปยังระดับที่ยอมรับไม่ได้
- ระดับสูง (คะแนน 10-16) คือ ระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ โดยต้องจัดการความเสี่ยงเพื่อให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้
- ระดับสูงมาก (คะแนน 17-25) คือ ระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ จำเป็นต้องเร่งจัดการแก้ไขทันที

ตาราง Risk Matrix แสดงระดับความเสี่ยง (เป็นค่าคะแนนระหว่างโอกาส X ผลกระทบ)

ผลกระทบของความ เสี่ยง (Impact)	5 = สูงมาก	5	10	15	20	20
	4 = สูง	4	8	12	16	20
	3 = ปานกลาง	3	6	9	12	15
	2 = น้อย	2	4	6	8	10
	1 = น้อยมาก	1	2	3	4	5
		1= น้อยมาก	1 = น้อย	3 = ปานกลาง	4 = สูง	5 = สูงมาก
โอกาสที่เกิดความเสี่ยง (Likelihood)						

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงและดำเนินการตามแผน (Risk treatment plan)

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk Monitor & Review)

ขั้นตอนที่ 6 การสื่อสารและรายงาน

1.3 การบริหารความปลอดภัย

การจัดการความไม่ปลอดภัยในระบบบริการต้องอาศัยกระบวนการจัดการที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาดและสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาด โดยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้สร้างความตระหนักรู้ การยอมรับและนำไปปฏิบัติในงานประจำของทุกคนในองค์กรอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งต้องประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
- 2) มีผู้นำและผู้สนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
- 3) การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง
- 4) สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ให้อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลทุกคนทราบ
- 5) สื่อสารให้อาจารย์ นักศึกษาพยาบาลและแหล่งฝึกมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยให้เกิด

ขึ้นกับผู้ป่วยตามแนวทางขององค์กรความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งสหราชอาณาจักรในการลดความเสี่ยง The Joint Commission ได้กำหนดแนวทาง “SPEAK UP” หรือ “พูดเมื่อสงสัย” เป็นการกระตุ้นให้นักศึกษาได้ใช้ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุขในทีมสุขภาพ ประกอบด้วย

S = Speak up คือ การพูด เมื่อเกิดความสงสัย ไม่แน่ใจหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาและแผนการพยาบาล โดยไม่ต้องอายหรือไม่ต้องกลัวที่จะพูด

P = Pay attention คือ การเอาใจใส่ในแผนการรักษาและแผนการพยาบาล รวมทั้งต้องแน่ใจว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลและได้รับยาอย่างถูกต้อง ตลอดจนเข้าใจผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งหมด

E = Education คือ เรียนรู้เรื่องโรคที่ได้รับการวินิจฉัย สอบถามเมื่อไม่เข้าใจเสมอ

A = Ask คือ การขอให้สมาชิกในครอบครัวหรือญาติอย่างน้อย 1 คนของผู้ป่วยเป็นผู้แทนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจ

K = Know คือ รู้ว่าผู้ป่วยได้รับยาอะไร เพราะเหตุใด ระบุว่าที่แพ้ หากต้องได้รับสารละลาย

ยาทางหลอดเลือด ให้ถามถึงระยะเวลาที่ควรได้รับ หากพบว่าเร็วหรือช้าเกินไปต้องแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพ/ แพทย์/ อาจารย์ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องทราบโดยเร็วที่สุด

U = Understand คือ การเข้าใจมาตรฐานความปลอดภัยของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติ

P = Participation คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตาม แผนและไม่ต้องกลัวที่จะขอความเห็นจากแพทย์ พยาบาลหรือเภสัชกรหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เกิด ความเข้าใจและมั่นใจ

- 6) แลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนความปลอดภัย
- 7) นำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

1.4 แนวปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงระหว่างสถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ

ให้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) สร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกภาคปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง
 - 2) จัดทำแนวทางการบริหารความเสี่ยงฯ โดยจัดให้มีการประชุมร่วมกันเมื่อมีการปรับปรุงแนวทาง
 - 3) มีการประชุมร่วมกันเมื่อมีความเสี่ยงระดับต่าง ๆ ในทุกปีการศึกษา
 - 4) เตรียมความพร้อมของอาจารย์ผู้สอนเพื่อลดความเสี่ยงในการฝึกภาคปฏิบัติโดยให้อาจารย์ไปศึกษาดูงานในหอผู้ป่วยที่จะฝึกปฏิบัติก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ
 - 5) จัดให้มีอาจารย์ผู้สอนหรืออาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกกำกับติดตามนักศึกษาอย่างใกล้ชิดในอัตราส่วนไม่เกิน 1:8
 - 6) เตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติ ในทุกรายวิชา โดยปฐมนิเทศเกี่ยวกับรายวิชา กฎระเบียบ แนวปฏิบัติต่าง ๆ ของแหล่งฝึกก่อนฝึกปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และทบทวนความรู้ สร้างความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรจากการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (3P Safety Goals) ตามเป้าหมายของความปลอดภัยของประเทศไทย ตามหลักการ SIMPLE
 - 7) จัดระบบการรับบริการของแหล่งฝึกภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอน ในกรณีที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างฝึกปฏิบัติ
 - 8) จัดให้นักศึกษาและอาจารย์ผู้สอน การตรวจสุขภาพ และได้รับวัคซีนที่จำเป็นก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ

ส่วนที่ 2

ประเด็นความปลอดภัยและแนวทางการจัดการความเสี่ยง ของผู้รับบริการและนักศึกษาพยาบาล

2.1 ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการปฏิบัติผิดพลาดของนักศึกษาพยาบาล (เสี่ยงสูง)

ลำดับ	ประเด็น	แนวทางการจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง
1.	การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด (Patient Identification error) - ติด sticker/chart ผิดคน - ส่งผู้ป่วยไปตรวจผิดคน - เก็บ sample เพื่อส่ง LAB ผิดคน - ระบุตัวผู้ป่วยเพื่อให้ยาผิดคน - ระบุตัวผู้ป่วยเพื่อขอเลือด ผิดคน เช่น เจาะผิดคน	- กำหนดตัวบ่งชี้ผู้ป่วยด้วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย เช่น ชื่อ นามสกุล และหรือHN และหรือวันเดือนปีเกิด เพื่อยืนยันตัวบุคคล เมื่อแรกรับและก่อนทำกิจกรรม/หัตถการ/ส่งตรวจ/ผ่าตัดทุกครั้ง โดยไม่ควรใช้หมายเลขเตียง/ห้อง โดยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยตอบ หรือตรวจสอบป้ายข้อมือ - ส่งเสริมให้มีการเตรียม/เจาะ Lab ที่ละคนโดยยึดหลัก: อ่านก่อน ติด-ถามก่อนเจาะ-ดูก่อนใส่-ตรวจสอบซ้ำก่อนส่ง - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เช่น ผู้ป่วยอ่านชื่อ นามสกุล ในเอกสาร ใบ request เลือดต่าง ๆ และใน Tube เลือด เป็นต้น - การนิยามทั่วไป Double check การตรวจสอบซ้ำสองครั้งโดยบุคคลคนเดียวกัน แตกต่างช่วงเวลากัน แต่กรณีนิยาม HAD การจองเลือด/ให้เลือด การส่งผ่าตัด ส่งทารก ให้ Double check โดยตรวจสอบร่วมกับบุคคลที่ 2 - Print sticker เท่าจำนวนที่ใช้ ตรวจสอบ ตามข้อ 1 ก่อนติดลงในเอกสาร
2.	การบริหารยาผิดพลาด (Medication error) - ลืมให้ยา - ให้ยาผิดขนาด - ให้ยาผิดชนิด - ให้ยาผิดคน - ให้ยาผิดเวลา - ให้ยาผิดเทคนิค - ให้ยาผิดรูปร่าง - ให้ยาผิดรูปแบบ - ให้ยาที่ไม่ได้สั่ง	- บริหารยาโดยการยึดหลัก 10R 1) ให้ยาถูกชนิด (Right drug/medication) 2) ให้ยาผู้ป่วย/ผู้รับบริการถูกคน (Right patient) 3) ให้ยาถูกขนาด (Right dose) 4) ให้ยาถูกทาง (Right route) 5) ให้ยาถูกเวลา (Right time and frequency) 6) บันทึกการให้ยาถูกต้อง (Right documentation) 7) สิทธิ์ที่ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาและสิทธิ์ในการปฏิเสธยา (Right to refuse) 8) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและทำการประเมินถูกต้อง (Right history and assessment) 9) การตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างกันของยาและการประเมินถูกต้อง (Right drug – Drug interaction and evaluation) 10) การให้ความรู้เรื่องยาและข้อมูลถูกต้อง (Right to education and information)

ลำดับ	ประเด็น	แนวทางการจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง
		และ มาตรฐานการบริหารยาสำหรับพยาบาลกระบวนการบริหารยา 3 ขั้นตอนคือ การปฏิบัติก่อน ขณะและหลังการบริหารยา 2. ให้ยาด้วยเทคนิคและวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม โดยให้ยาให้ถูกต้องตามวิธีการให้ ยา รวมถึงการใช้หลักปราศจากเชื้อในการให้ยา 3. ในการจัดเตรียมยาและการให้ยาผู้ป่วย ต้องให้อาจารย์นิเทศ อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก หรือพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบและควบคุมในทุกขั้นตอนของการจัดเตรียมยาและการให้ยา 4. มีการติดตามประเมินผลการให้ยา หรือมีการติดตามหลังบริหารยา อย่างเหมาะสม

2.2 การใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสมและส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ หรือแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ หรือคณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี (เสี่ยงสูง)

ลำดับ	ประเด็น	แนวทางการจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง
1.	ประเด็นความเป็นส่วนตัว (privacy) ในการเก็บรักษา และการเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับปัจเจกบุคคล - เผยแพร่ข้อมูลต่อสื่อสาธารณะหรือสื่อออนไลน์โดยไม่ขออนุญาต	อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา และอาจารย์ผู้สอน ชี้แจงข้อกำหนดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังนี้ 1. พึงระลึกถึงหลักกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของผู้ป่วยอยู่เสมอ 2. ห้ามส่งข้อความ รวมทั้งรูปภาพใด ๆ ของผู้ป่วยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์และสื่อออนไลน์ 3. ไม่ควรเผยแพร่ ชื่อ-สกุลและข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยออกสู่สาธารณชน
2.	ประเด็นความถูกต้องแม่นยำ (accuracy) ของการเก็บรวบรวมและวิธีการปฏิบัติกับข้อมูลของผู้ป่วย	4. ห้ามเผยแพร่และระบายความรู้สึกละเอียด ๆ ระหว่างการให้การพยาบาล ผู้ป่วยประจำวัน ถึงแม้จะไม่ได้ระบุ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย 5. งดเว้นการถ่ายภาพผู้ป่วย หรือบันทึกภาพวิดีโอทัศนเกี่ยวกับผู้ป่วยในอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่วนตัว
3.	ประเด็นของความเป็นเจ้าของ (property) ในการถือกรรมสิทธิ์ของข้อมูล	6. ในการใช้สื่อออนไลน์ ควรรู้ขอบเขตของความสัมพันธระหว่างผู้ป่วยและตนเองในการปฏิบัติหน้าที่ หากต้องติดต่อด้วยเรื่องส่วนตัว ควรสร้างสื่อออนไลน์ที่มีความเป็นส่วนตัวไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องงาน
4.	ประเด็นของความเข้าถึงได้ (accessibility) อันได้แก่สิทธิในการเข้าถึง ข้อมูลสารสนเทศ	7. ปฏิบัติตามกฎหมายเกณฑ์ ข้อกำหนด และข้อบังคับในการใช้สื่อออนไลน์ของแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ 8. เก็บรักษารหัสผ่านเข้าสู่อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และสื่อออนไลน์ไว้เป็นความลับ ห้ามเปิดเผยรหัสผ่านกับคนอื่น ๆ (หากได้รับการอนุญาตให้เข้าถึง) 9. ออกจากระบบหรือปิดเครื่องคอมพิวเตอร์เมื่อเลิกทํางานเมื่อไม่ใช้ (หากได้รับการอนุญาตให้เข้าถึง)

ลำดับ	ประเด็น	แนวทางการจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง
		10. ทบทวนได้ตรงถึงผลดีและผลเสีย เพื่อตัดสินใจก่อนการเผยแพร่ข้อความหรือรูปภาพผ่านสื่อออนไลน์ โดยคำนึงถึงภาพลักษณ์ของตนเององค์กร และจรรยาบรรณวิชาชีพ

2.3 ความไม่ปลอดภัยของนักศึกษาจากการปฏิบัติงาน (เสี่ยงปานกลาง)

ลำดับ	ประเด็น	แนวทางการจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง
1.	การถูกของมีคมทิ่มตำ	1. ให้ความรู้และระบรณงค์ให้นักศึกษาใช้เข็มหรือของมีคมให้ถูกต้องตามหลักการ ดังนี้ 1.1 เข็มฉีดยาและเจาะเลือด <u>ห้ามสวมปลอกเข็มโดยใช้มือจับปลอกเข็ม</u> หากจำเป็นต้องสวมปลอกเข็ม ให้ใช้วิธีสวมด้วยมือเดียว (one hand technique) หรือใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยจับปลอกเข็มให้ตรงกันเพื่อสะดวกต่อการใส่เข็มเข้าในปลอกอย่างปลอดภัยและไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ หากไม่จำเป็น ให้ทิ้งเข็มที่ใช้แล้วลงในภาชนะพลาสติกที่เข็มแทงไม่ทะลุ 1.2 เข็มสำหรับหัตถการอื่น เช่น เข็มเจาะหลัง เข็มตรวจชิ้นเนื้อ เข็มเจาะปอด เข็มเจาะตับ เข็มอิเล็กทรอนิกส์ตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (EMG) ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับเข็มฉีดยาชนิดใช้ซ้ำอีก 1.3 เข็มเย็บแผล ไม่จับเข็มด้วยมือโดยตรง ให้ใช้คีมจับเข็ม (Needle holder) จับเสมอและในระหว่างการใช้เข็มเย็บแผลให้ซ่อนปลายเข็มเพื่อป้องกันอุบัติเหตุเข็มตำตัวเองและผู้อื่น เช่น ใช้คีมจับเข็ม จับใกล้บริเวณปลายเข็มและคว่ำเข็มไว้และเมื่อใช้แล้วให้ทิ้งในภาชนะทิ้งเข็ม 1.4 ของมีคมอื่น ๆ เช่น ใบมีด ห้ามส่งจากมือคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งโดยตรงให้ส่งโดยการวางในภาชนะรองรับแล้วจึงหยิบ นอกจากนี้ห้ามวางของมีคมให้ส่วนแหลมคมยื่นออกมานอกภาชนะรองรับเพราะอาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นได้ และให้วางอุปกรณ์นั้นให้ส่วนมีคมราบขนานกับภาชนะเพื่อป้องกันส่วนแหลมคมเกี่ยวถูกภาชนะหรือเกี่ยวมือเจ้าหน้าที่อื่นและในการถอดใบมีดออกให้ใช้คีมจับ (Clamp) จับใบมีดงัดออกและทิ้งในภาชนะสำหรับทิ้งของมีคม 2. หลอดยา (ampule) ให้ใช้สำลีรองเพื่อป้องกันอุบัติเหตุเศษแก้วทิ่มตำหรือบาดมือ หลอดยาที่ใช้แล้วให้บรรจุในภาชนะที่แก้วแทงไม่ทะลุ แล้วนำไปทิ้งตามหลักการควบคุมการติดเชื้อ (Infection control) หลอดปั่นความเข้มข้นของเลือด (capillary tube) และเศษแก้วที่แตกทุกชนิดที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับเข็มฉีดยา หากไม่ปนเปื้อนให้บรรจุในภาชนะที่แก้วแทงไม่ทะลุและนำไปทิ้งตามหลักการควบคุมการติดเชื้อ

ลำดับ	ประเด็น	แนวทางการจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง
		3. ห้ามทิ้งของแหลมหรือของมีคมในถุงขยะหรือถังขยะ ให้ทิ้งลงในภาชนะที่เตรียมไว้เฉพาะเท่านั้น 4. ห้ามรีดคันขยะในถุงหรือถังขยะ เพราะอาจถูกเข็มหรือของมีคมทิ่มตำมือได้ 5. สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้เหมาะสมกับกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่จะปฏิบัติ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การเย็บแผลหรือทำแผลที่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งจำนวนมาก การทำหัตถการที่มีการทิ่มแทงเข้าร่างกายผู้ป่วยโดยตรง จำเป็นต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายได้แก่ การสวมถุงมือสะอาดก่อนเจาะเลือดหรือก่อนแทงน้ำเกลือ หากหัตถการนั้นเสี่ยงต่อการกระเด็นของเลือดหรือสารคัดหลั่งเข้าตา ควรใส่หน้ากากป้องกัน (face shield) หรือตามแนวปฏิบัติของแหล่งฝึกนั้น ๆ 6. กรณีถูกเข็มหรือของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยตำบาดมือ ให้ปฐมพยาบาลโดยล้างบาดแผลด้วยน้ำสบู่ หรือ 4% Chlorhexidine ฟอกล้างให้สะอาดและเช็ดด้วย 70% Alcohol ห้ามบีบเค้นเพื่อให้เลือดออกมาเพราะจะทำให้เกิดบาดแผลมากขึ้น และให้ปฏิบัติตามแนวทางของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก
2.	ถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าสู่ร่างกาย	การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยดังนี้ 1. นักศึกษาที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี สุกใสและหัด ต้องฉีดวัคซีนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน 2. ให้ความรู้เรื่องการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง 3. การล้างมืออย่างถูกต้อง 7 ขั้นตอนและ 5 Moment คือ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย หลังสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย หลังสัมผัสผู้ป่วย และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบผู้ป่วย 4. ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลัก Standard precaution อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางเลือด สารน้ำ สารคัดหลั่ง โดยต้องคำนึงว่าผู้ป่วยทุกรายอาจจะมีเชื้อโรคในร่างกายที่สามารถติดต่อโดยเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ การสัมผัสกับผิวหนังที่มีแผลหรือเย็บต่าง ๆ มีการปฏิบัติได้ดังนี้ 4.1 การล้างมืออย่างถูกต้อง 7 ขั้นตอน 4.2 สวมเครื่องป้องกันร่างกาย (Protective barriers) ควรสวมหรือใช้เมื่อคาดว่าจะสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น หน้ากากอนามัย (Mask) หน้ากาก (Face shield) แว่นตา (Goggle) เสื้อคลุม (Gown) และถุงมือ (Glove) 5. เมื่อสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะปฏิบัติ ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ดังนี้

ลำดับ	ประเด็น	แนวทางการจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง
		5.1 กรณีสัมผัสให้ล้างผิวหนังบริเวณที่สัมผัสด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด หากพบว่ามึนบาดแผลให้ใช้ 4% Chlorhexidine ฟอกล้างให้สะอาดและทาด้วย 70% Alcohol 5.2 กรณีกระเด็นเข้าตา ล้างตาด้วยน้ำสะอาดหรือ 0.9% NaCl มากๆ หลายๆ ครั้ง ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าปาก ให้บ้วนน้ำลายออกแล้วล้างปาก กลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลาย ๆ ครั้ง และให้ปฏิบัติตามแนวทางของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก
3.	การสัมผัสเชื้อโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ผ่านทางอากาศ(Airborne)	Airborne Precautions วิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคทางอากาศที่มีขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน ได้แก่ วัณโรค (TB) หัด (Measle) สุกใส (Chickenpox) งูสวัดและเริมแบบแพร่กระจาย (Disseminated herpes zoster and Disseminated herpes simplex) โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน (SARS) และโรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) COVID-19 ซึ่งต้องมีการปฏิบัติตามหลัก Contact precautions ร่วมด้วย กรณีที่นักศึกษาดูแลผู้ป่วยทั่วไปแล้วตรวจพบว่าติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายทางอากาศ ต้องปฏิบัติ ดังนี้ - ติดตามอาการทางระบบทางเดินหายใจ - ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของแหล่งฝึก กรณีนักศึกษาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยปฏิบัติตามมาตรการและแนวปฏิบัติต่างของแหล่งฝึก ได้แก่ - การล้างมืออย่างถูกต้อง 7 ขั้นตอน - การคัดแยกผู้ป่วย - การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย : Mask N 95
4.	การที่โรคแพร่กระจายไปกับฝอยละอองขนาดใหญ่ (Droplet transmission)	Droplet precaution วิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากละอองฝอยเสมหะที่มีขนาดใหญ่กว่า 5 ไมครอน นอกจากนี้ยังติดต่อจากการสัมผัสเยื่อตาเยื่อจมูกและจมูก ได้แก่ หัดเยอรมัน (Rubella) คางทูม (Mumps) ไอกรน (Pertussis) ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) ไข้กาฬหลังแอ่น (Meningococcal infection) กรณีนักศึกษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยปฏิบัติตามมาตรการและแนวปฏิบัติต่างของแหล่งฝึก ได้แก่ - การล้างมืออย่างถูกต้อง 7 ขั้นตอน - การคัดแยกผู้ป่วย - การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย : นักศึกษาและผู้ป่วย สวมsurgical Mask
5.	การสัมผัสกับเชื้อของผู้ป่วย (contact transmission)	Contact precaution วิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ติดต่อได้โดยการสัมผัสทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ Infectious diarrhea, Infectious

ลำดับ	ประเด็น	แนวทางการจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง
		wound, Abscess, Viral hemorrhagic infection, Viral conjunctivitis, Lice, Scabies รวมทั้งเชื้อที่ต้องป้องกันแบบ Airborne และ Contact precautions เช่น โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) , โรคไขหวัดนก (Avian influenza) และโรคสกุส รวมทั้งผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือ Colonization ของเชื้อดื้อยา เช่น Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) และเชื้อ Multidrug resistant gram negative bacilli (MDR-GNB) เป็นต้น กรณีนักศึกษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยปฏิบัติตามมาตรการและแนวปฏิบัติต่างของแหล่งฝึก ได้แก่ - การล้างมืออย่างถูกต้อง 7 ขั้นตอน - การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย : นักศึกษาสวมถุงมือ ก่อนทำหัตถการ และถอดทิ้งอย่างวิธี

2.4 ความไม่ปลอดภัยของนักศึกษาจากการเดินทางไปฝึกปฏิบัติงานในแหล่งฝึก (เสี่ยงปานกลาง)

ลำดับ	ประเด็น	แนวทางการจัดการ/ป้องกันความเสี่ยง
1.	ความไม่ปลอดภัยของนักศึกษาจากการเดินทางไปฝึกปฏิบัติงานในแหล่งฝึก - การได้รับอุบัติเหตุทางจราจร (Personnel Safety)	1. อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาชี้แจงกฎระเบียบข้อปฏิบัติในวันปฐมนิเทศร่วมกับนักศึกษาเกี่ยวกับการเดินทาง 2. อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาจัดเตรียมที่พักและการเดินทางของนักศึกษา ดังนี้ - กรณีนักศึกษาเดินทางไปฝึกงานนอกเขตพื้นที่ต้องจัดให้มีรถรับส่งและที่พักที่ปลอดภัย - กรณีนักศึกษาเดินทางไปฝึกด้วยยานพาหนะส่วนตัว ต้องปฏิบัติตามหลักจราจรอย่างเคร่งครัด - กรณีขึ้นเวรป่วย-ดึก ให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาจัดหา/ประเมินความปลอดภัยของห้องพัก การเดินทาง กำกับดูแลด้านความปลอดภัยในการเดินทางไปฝึกปฏิบัติ 3. จัดให้มีตัวแทนนักศึกษาที่ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับอาจารย์ตลอดการฝึกปฏิบัติ 4. ติดตามความก้าวหน้าระหว่างฝึกปฏิบัติเพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคในการฝึกงาน 5. จัดให้นักศึกษาทุกคนมีประกันอุบัติเหตุ

2.5 แนวทางการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้พบเหตุการณ์ แก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น

ขั้นที่ 2 ประเมินลักษณะอุบัติการณ์ เป็นอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้

ป่วย

ขั้นที่ 3 ประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ

กรณีมีผลกระทบต่อผู้ป่วย แบ่งระดับความรุนแรง 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ระดับ A-D คือเหตุการณ์เกือบพลาดหรือถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอันตราย ต้องมีการดำเนินการโดยอาจารย์ประจำกลุ่มจัดการแก้ปัญหาเบื้องต้นร่วมกับผู้ป่วยและพยาบาลของหอผู้ป่วย และทบทวนร่วมกับนักศึกษาที่เกิดเหตุการณ์และบันทึกใบอุบัติการณ์ส่งให้ผู้รับผิดชอบรายวิชา หัวหน้าภาควิชา และรองคณบดีฝ่ายการศึกษาคณะฯ พิจารณาต่อไป และบันทึกใบอุบัติการณ์ส่งให้หัวหน้างานจัดหลักสูตรระดับปริญญาตรีภายใน 7 วัน

กลุ่มที่ 2 ระดับ E-F คือเหตุการณ์ถึงตัวผู้ป่วยและผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือต้องบำบัดรักษา มีการดำเนินการโดยอาจารย์ประจำกลุ่มจัดการปัญหาเบื้องต้นร่วมกับพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย และทบทวนร่วมกับนักศึกษาที่เกิดเหตุการณ์ บันทึกใบอุบัติการณ์ส่งให้ผู้รับผิดชอบ และรายงานผู้รับผิดชอบรายวิชา หัวหน้าภาควิชาและรองคณบดีฝ่ายการศึกษาของคณะฯ ให้ทราบและบันทึกใบอุบัติการณ์ส่งให้หัวหน้างานจัดหลักสูตรระดับปริญญาตรีภายใน 7 วัน

กลุ่มที่ 3 ระดับ G-I คือ เหตุการณ์ผู้ป่วยได้รับความพิการถาวรต้องช่วยฟื้นคืนชีพหรือเสียชีวิต มีการดำเนินการ โดยอาจารย์ประจำกลุ่มจัดการปัญหาเบื้องต้นร่วมกับพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย และทบทวนร่วมกับนักศึกษาที่เกิดเหตุการณ์ และทบทวนร่วมกับนักศึกษาที่เกิดเหตุการณ์ บันทึกใบอุบัติการณ์ส่งให้ผู้รับผิดชอบ และรายงานผู้รับผิดชอบรายวิชา หัวหน้าภาควิชา รองคณบดีฝ่ายการศึกษาและคณบดีคณะฯ **ให้ทราบทันที** และทบทวนเหตุการณ์ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องภายใน 24 ชั่วโมง

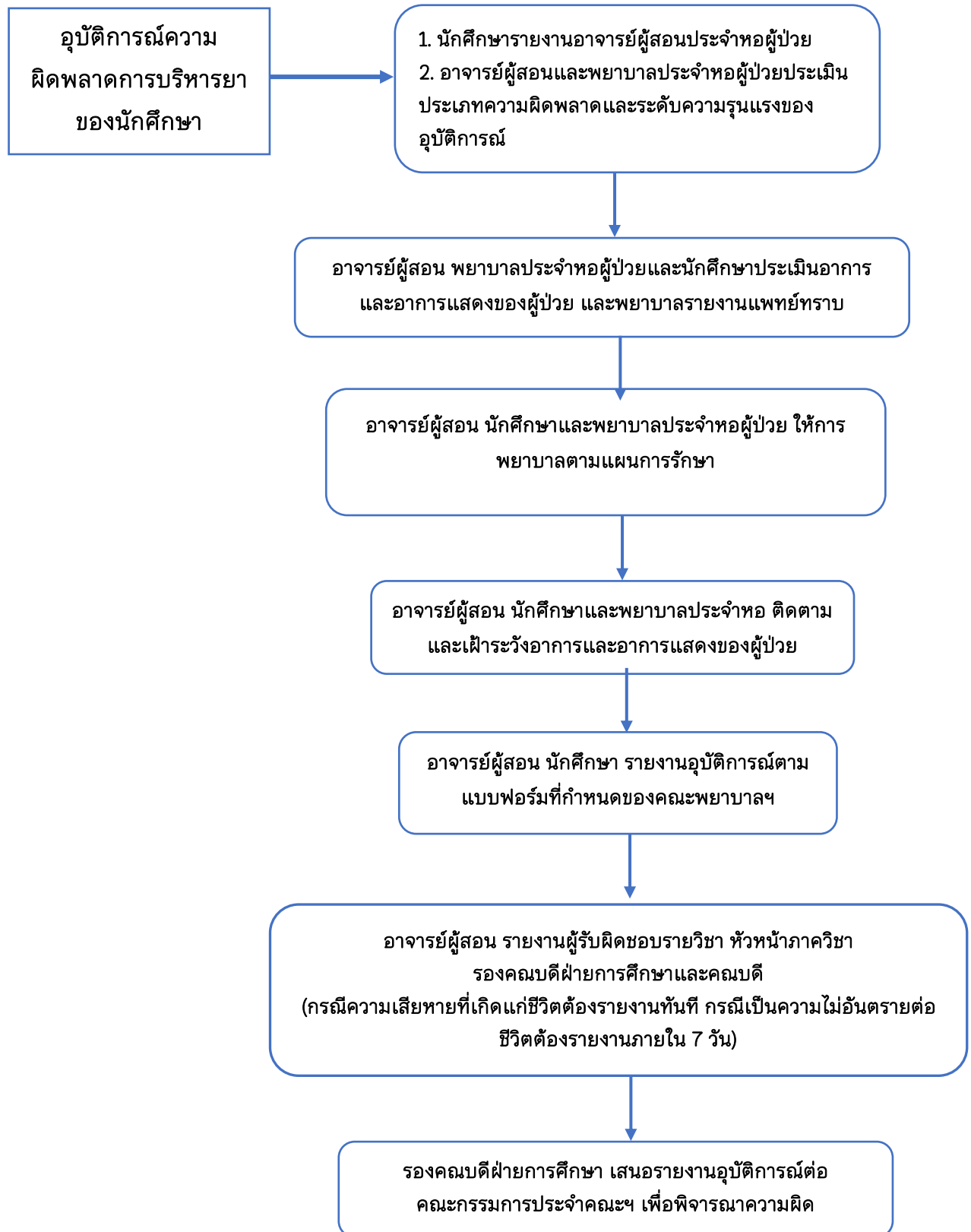
กรณีผลกระทบต่อนักศึกษา ต่ออาจารย์ ภาพลักษณ์สถาบัน ผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม แบ่งระดับความรุนแรง 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นระดับความรุนแรงหรือเร่งด่วน เช่น การเกิดอัคคีภัย/อุทกภัย/वादภัย อุบัติเหตุหมู่ เจ็บป่วยหมู่ นักศึกษาหาย ทำร้ายตัวเองและผู้อื่น หรือเจ็บป่วยรุนแรงถูกจับปล้น

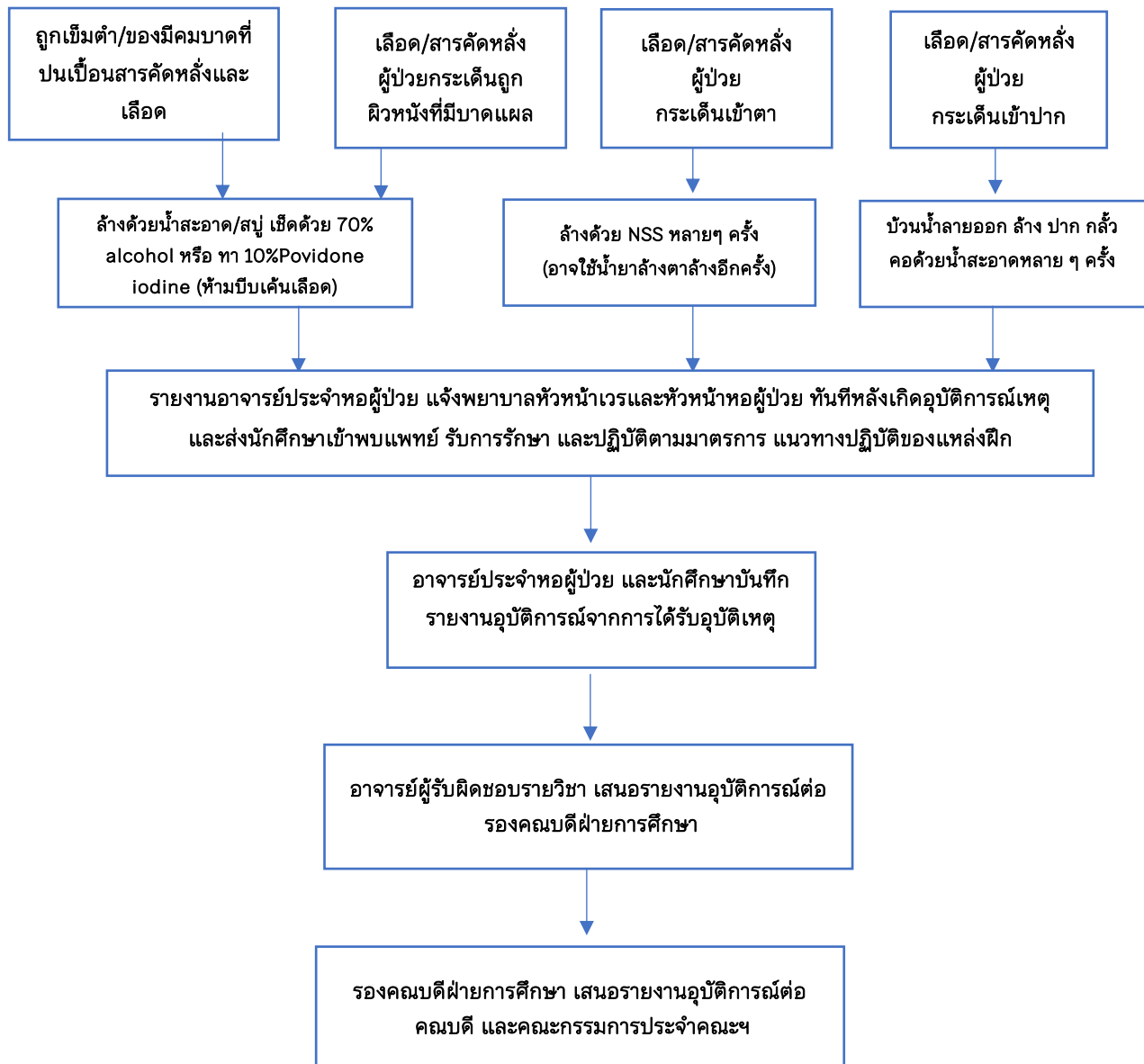
ผู้พบเห็นเหตุการณ์ดำเนินการ กรณีที่เกิดเหตุการณ์ขณะดำเนินการเรียนการสอนในรายวิชา ให้รายงานต่อผู้รับผิดชอบรายวิชา แต่กรณีเหตุการณ์ไม่อยู่ระหว่างการเรียนการสอนของรายวิชาให้ดำเนินการรายงานต่อรองคณบดีฝ่ายการศึกษาและคณบดีคณะพยาบาลให้ทราบทันทีและบันทึกใบอุบัติการณ์ความเสี่ยงส่งให้งานความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง คณบดีฯ พิจารณาแก้ไขปัญหาและมีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องภายใน 24 ชั่วโมง

กลุ่มที่ 2 เป็นระดับไม่รุนแรงหรือเร่งด่วน ดำเนินการโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์จัดการปัญหา แจ้งรองคณบดีฝ่ายการศึกษาและคณบดีฯ และเขียนใบอุบัติการณ์ความเสี่ยงส่งให้งานความเสี่ยงของคณะพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์

2.6 แนวทางการปฏิบัติการจัดการอุบัติการณ์การบริหารยาผิดพลาดของนักศึกษาพยาบาล



2.7 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสแผล/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน





คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์
แบบบันทึกอุบัติการณ์ในการฝึกปฏิบัติ (Incident Report)

ชื่อ-นามสกุลนักศึกษา.....รหัสประจำตัว.....ชั้นปี.....

หลักสูตร.....

ชื่ออาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ/หัวหน้าเวร.....วิชา.....

วันที่เกิดเหตุการณ์.....เวลา.....สถานที่.....

1. อธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดกับใคร เป็นอย่างไร)

.....

.....

.....

.....

2. ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ () A () B () C () D () E () F () G () H () I

3. การแก้ไข/การจัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

.....

4. ผลการแก้ไข

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....นักศึกษา

(.....)

วันที่.....เวลา.....

5. ความคิดเห็นของอาจารย์สอนภาคปฏิบัติ/หัวหน้าเวร/อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก (Preceptor)

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เวลา.....

6. ความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบรายวิชา

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เวลา.....

7. ความคิดเห็นของหัวหน้าภาควิชา

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เวลา.....

8. ความคิดเห็นของรองคณบดีฝ่ายการศึกษา

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เวลา.....

9. ความคิดเห็นของคณบดี

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เวลา.....