

# *Service Profile*

**บริการ/ทีม: อาชีวอนามัย**

โรงพยาบาลแก่งคอย

มกราคม 2566

## สารบัญ

หน้า

<b>1.บริบท (Context)</b> .....	<b>2</b>
ก. หน้าที่และเป้าหมาย : .....	2
ข. ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด : .....	2
ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ : .....	2
ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : .....	2
จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ : .....	3
ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เครื่องมือ เทคโนโลยี) : .....	6
<b>2.กระบวนการสำคัญ (Key Processes)</b> .....	<b>8</b>
<b>3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน</b> .....	<b>13</b>
<b>4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ</b> .....	<b>26</b>
4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว) .....	26
4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ .....	26
<b>5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง</b> .....	<b>28</b>

## Service Profile

### อาชีวอนามัย

#### 1.บริบท (Context )

##### ก. ความมุ่งหมาย (Purpose)

งานอาชีวอนามัยมีความมุ่งหมายที่จะให้ผู้รับผลงานในและนอกโรงพยาบาลอยู่ในสิ่งแวดล้อมและอาหารที่ถูกหลักสุขาภิบาล ปลอดภัยจากการทำงานและโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ภายใต้มาตรฐานผู้รับบริการพึงพอใจ

##### ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติ,พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม,แรงงานต่างด้าว,เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแก่คอย โดยให้บริการในโรงพยาบาลและในชุมชน บริการที่ให้คือบริการทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล ในและนอกเวลาราชการ ได้แก่

- 1.งานอาชีวอนามัยส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและสิ่งแวดล้อม
2. งานตรวจสุขภาพ
3. งานตรวจทางอาชีพเวชศาสตร์

##### ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยและญาติ คือ ได้รับการดูแลรักษาเอาใจใส่ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร มีคุณภาพ ทราบข้อมูลและซักถามได้รับคำตอบ บริการที่รวดเร็ว สถานที่สะอาด สะอาด ปลอดภัย และสามารถดูแลตนเองได้

ความต้องการที่สำคัญของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลคือ การให้บริการด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รวดเร็ว มีคุณภาพ ทราบข้อมูลและซักถามได้รับคำตอบ สถานที่สะอาด สะอาด ปลอดภัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค

ความต้องการที่สำคัญในชุมชนหรือในสถานประกอบการ คือ ได้รับการดูแลรักษาเอาใจใส่ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร มีคุณภาพ ทราบข้อมูลและซักถามได้รับคำตอบ บริการที่รวดเร็ว สถานที่สะอาด สะอาด ปลอดภัย ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและสามารถดูแลตนเองได้

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ คือ การประสานงานที่ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน มีการส่งต่อข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วน

##### ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญคือ การให้บริการภายใต้มาตรฐาน, ความปลอดภัยและผู้รับผลงานมีความพึงพอใจ(คุณภาพ)

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้น  
ความท้าทายที่สำคัญ

การให้บริการภายใต้มาตรฐาน มีความปลอดภัยผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ / ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (ต.ค.63 – ธ.ค.66)	กิจกรรม
หน่วยงานให้บริการ ภายใต้มาตรฐาน มีความ ปลอดภัย	-ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ สะอาด สะอาด สดชื่น ปลอดภัย  -ผู้รับบริการได้รับผลการ ตรวจที่ถูกต้อง	- ร้อยละของพื้นที่ที่รับผิดชอบผ่าน เกณฑ์ 5 ส ระดับ ดี ร้อยละ100 -จำนวนข้อร้องเรียนด้าน สิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลจาก ผู้รับบริการและประชาชน 0 ครั้ง/ เดือน  -จำนวนครั้งของการลงผลการ ตรวจผิดพลาด(ข้อมูลถึงมือผู้รับ ผลงาน) 2 ครั้ง/ปี	สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาด้าน ปลอดภัย สะอาด สะอาด ภูมิ ทัศน์สวยงามในโรงพยาบาล 1.ทำความสะอาดพื้นที่รอบตัว อาคารสัปดาห์ละ 7 วันเพื่อให้ เกิดความสะอาด,สะอาดและ ปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ 2.ดูแลสวนให้สวยงามทั้งในและ นอกตัวอาคารสัปดาห์ละ 5 วัน 3..ประเมินความเสี่ยงที่มีผลต่อ สุขภาพผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาล เช่น ด้านกายภาพ (แสง เสียง ความร้อน ฯ ) ฯ 4. การนิเทศงานทุกเช้าอย่าง น้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งเพื่อร่วม ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและ ปัญหาได้รับการแก้ไขเร็วขึ้น  -จัดทำแบบรายงานผลการตรวจ -จัดทำแนวทางการลงผลการ ตรวจ ทบทวน ตรวจสอบ และ ปรึกษาผู้จัดหาโปรแกรมตรวจ สุขภาพที่สามารถดึงข้อมูลจาก ระบบHos xp ได้เพื่อข้อมูลที่ ถูกต้องเที่ยงตรง

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ / ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (ต.ค.63 – ธ.ค.66)	กิจกรรม
ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการ	- ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาเอาใจใส่ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร มีคุณภาพทราบข้อมูลและซักถามได้รับคำตอบ บริการที่รวดเร็ว สถานที่สะอาด ปลอดภัย	- ร้อยละผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการ(เป้าหมาย85) ผลลัพธ์ร้อยละ85	พัฒนาระบบบริการมีใบแนบการส่งต่อทุกครั้ง ใช้อักษรภาษาเมียนมา,กัมพูชา,ลาว

### ความเสี่ยงที่สำคัญ

#### 1. ชื่อความเสี่ยง น้ำประปาโรงพยาบาลไม่ไหลเสี่ยงไม่มีน้ำใช้

การแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ดำเนินการเปิดน้ำประปาภูมิภาคใช้ระหว่างแก้ไข

การป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ มาตรการ

1. เผื่อสำรองระบบประปาทุกวัน
2. รับรายงานและดำเนินการแจ้งงานซ่อมแก้ไขกรณีหน่วยงานแก้ไขเองไม่ได้
3. กรณีต้องใช้น้ำประปาสำรอง(ประปาภูมิภาค)ให้ดำเนินการตามแนวทางENV.
4. ประสานงานภาคเอกชนเข้ามาช่วยกรณีกรณีไม่สามารถแก้ไขเองได้

ผลลัพธ์การแก้ไขความเสี่ยง ยังไม่พบ

#### 2. ชื่อความเสี่ยง ศาลาพักของญาติและผู้ป่วยพบคราบเลือดสดบนพื้น ผู้ใช้บริการเสี่ยงติดเชื้อโรค

ศาลาพักของญาติและผู้ป่วย พบคราบเลือดสดและแห้ง พบชุดให้ยาทางสายเลือดพร้อมเข็มมีเลือดค้างอยู่กระจายตามพื้นและฝาถังขยะ ผู้ใช้บริการเสี่ยงติดเชื้อโรค

การแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและให้ดำเนินการทำความสะอาดฆ่าเชื้อโรค ตามแนวทางของทีม IC เพื่อให้สิ่งแวดล้อมสะอาดและปลอดภัยจากเชื้อโรค, แจ้งผู้ที่สงสัยว่าเกี่ยวข้อง,แจ้งในสภาพพัฒถึงเหตุการณ์ดังกล่าวเพื่อค้นหาสาเหตุและการป้องกันรวมกันเพื่อไม่ให้สิ่งแวดล้อมปนเปื้อนขยะติดเชื้อ

การป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ มาตรการ

1. หากพบเห็นเหตุการณ์ผิดปกติให้แจ้งหัวหน้างาน

2 ปฏิบัติตามแนวทาง IC

3. เฝ้าระวังผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่การทิ้งขยะติดเชื้อ

ผลลัพธ์การแก้ไขความเสี่ยง ไม่พบ

3. ชื่อความเสี่ยง ผู้รับบริการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนในการให้บริการเสี่ยงได้รับบริการไม่ครบตามต้องการ

การแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา แจ้งขั้นตอนการตรวจ แจ้งผลดี,ผลเสียการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนทุกครั้ง การป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ มาตรการ

1. แจ้งขั้นตอนการตรวจพร้อมแนบเอกสารขั้นตอนการตรวจ, แจ้งผลดีผลเสียการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนทุกครั้ง

2. เปิดโอกาสให้ซักถาม หรือหากสงสัยให้สอบถามทุกครั้งทุกจุดที่ผ่าน

3. ทุกจุดแจ้งผู้รับบริการในการรับบริการจุดต่อไปตามขั้นตอนการตรวจที่แนบมา

ผลลัพธ์การแก้ไขความเสี่ยง ไม่พบ

4. ชื่อความเสี่ยง รถยนต์จอดขวางทางเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุ

การแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา แจ้งผู้รับบริการไม่ให้จอดรถยนต์บริเวณดังกล่าวและติดป้ายห้ามจอด การป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ มาตรการ

1. ติดป้ายห้ามจอดประชาสัมพันธ์

2. เฝ้าระวัง

ผลลัพธ์การแก้ไขความเสี่ยง ไม่พบ

5. ชื่อความเสี่ยง มีการจำหน่ายสินค้าบริเวณทางเลี้ยวออกเสี่ยงอุบัติเหตุ

การแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา เข้าพูดคุย, ติดป้าย ให้ขายตามเวลาที่กำหนด

ผลลัพธ์การแก้ไขความเสี่ยง พบว่ามีแม่ค้าบางคนยังมาขายอยู่ระยะเวลาประมาณ 1-2 ชม. บางคนก็

ขายก่อนเวลาทำให้รถติด บางครั้งถึงกับมีปากเสียงระหว่างคนขับ หลังจากมีการทำถนนใหม่จึงได้ทำ

หนังสือขอความร่วมมืออีกครั้งในเรื่องการวางสิ่งและการจอดรถซื้อของ มีการเตรียมที่แห่งใหม่สำหรับ

แม่ค้าซึ่งอยู่ใกล้ๆกันสำหรับขายของและติดป้ายประชาสัมพันธ์ ที่เดิมติดป้ายห้ามจำหน่ายสินค้า

การจราจรดีขึ้น รถวิ่งได้สะดวก

การป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ มาตรการ

1. ติดป้ายประชาสัมพันธ์

2. ทำหนังสือขอความร่วมมือการวางสิ่งของและการจอดรถซื้อของพร้อมเหตุผล

3. เฝ้าระวัง

ผลลัพธ์การแก้ไขความเสี่ยงเดือนมีนาคมเป็นต้นไป ไม่พบอุบัติเหตุการ

จุดเน้นการพัฒนา ปี2562-2565 (ภาพรวม โรงพยาบาล)

1. การดูแลและแก้ไขอุบัติเหตุจราจร
2. การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และเด็กLD ด้วยระบบ DHS
3. อาหารปลอดภัย

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เครื่องมือ เทคโนโลยี)

ผลงานย้อนหลัง 3 ปี

ผลงาน	2563	2564	2565	หมายเหตุ
<p>1.งานอาชีวอนามัยส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาล ให้สะอาด สะดวก ปลอดภัย</li> <li>- ดูแลระบบประปาให้มีน้ำประปาสะอาดใช้บริโภคครั้ง/ปี</li> <li>- ส่งน้ำประปาตรวจกรมอนามัยทุก ,4 เดือนปีละ 3 ครั้ง</li> <li>- ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียแบบตะกอน เร่ง, ตรวจสอบคุณภาพน้ำด้วยตนเอง( ค่า pH , คลอรีนตกค้าง,การตกตะกอน ฯลฯ )ทุกวัน</li> <li>- ส่งน้ำที่บำบัดแล้วตรวจที่กรมอนามัย ทุก 4 เดือน ปีละ 3 ครั้ง</li> <li>- ขยะทั่วไป ดูแลทำความสะอาด เรือนพักขยะ ล้างถังขยะสัปดาห์ละ 2 ครั้ง</li> <li>- ขยะติดเชื้อ ดูแลทำความสะอาดที่ พักขยะ ล้างถังขยะ ส่งขยะกำจัด หน่วยงานภายนอกไปกำจัดสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง</li> <li>- น.น.ขยะติดเชื้อที่ส่งกำจัดภายนอก</li> <li>-ขยะรีไซเคิล</li> <li>- ตรวจสอบสุขภาพอาหาร โรงครัว</li> </ul> <p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย</p> <p>-สำรวจและประเมินความเสี่ยงที่มีผล</p>	<p>ทุกวัน</p> <p>ทุกวัน</p> <p>3 ครั้ง</p> <p>ทุกวัน</p> <p>3 ครั้ง</p> <p>96 ครั้ง</p> <p>52 ครั้ง</p> <p>21642กก.</p> <p>9358กก.</p> <p>1ครั้ง</p>	<p>ทุกวัน</p> <p>ทุกวัน</p> <p>3 ครั้ง</p> <p>ทุกวัน</p> <p>3ครั้ง</p> <p>96ครั้ง</p> <p>52 ครั้ง</p> <p>31338กก.</p> <p>9986กก.</p> <p>1ครั้ง</p>	<p>ทุกวัน</p> <p>ทุกวัน</p> <p>3 ครั้ง</p> <p>ทุกวัน</p> <p>3ครั้ง</p> <p>96ครั้ง</p> <p>52 ครั้ง</p> <p>40151กก.</p> <p>7397กก.</p> <p>1ครั้ง</p>	<p>ภายนอกโรงพยาบาล</p> <p>รณรงค์ตัดแต่งต้นไม้ ตัดหญ้า ทางเข้าโรงพยาบาลปี 63, 64, 65 อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งรวมปีละ 12 ครั้ง</p>

ต่อสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ปี ละ 1 ครั้ง 23 หน่วยงานร่วมกับกลุ่ม วิศวกรรมการแพทย์	1ครั้ง	1ครั้ง	1ครั้ง	
- จัดการความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ปีละ 1ครั้ง	1ครั้ง	1ครั้ง	1ครั้ง	
การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในเจ้าหน้าที่ -ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตาม ฤดูกาลร้อยละ	64.45	85.82	60.92	
-วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีครบ ชุด ร้อยละ	100	100	100	
- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้า ทำงาน ร้อยละ100	100	100	100	
-ตรวจสอบสุขภาพประจำปีและตามความ เสี่ยงร้อยละ 100	100	99.59	100	
-การเฝ้าระวังอุบัติเหตุในเจ้าหน้าที่ทุก หน่วยงานทุกเดือน ไม่พบต้องหยุดงาน เกิน 3 วัน				
-อาชีวศึกษาแก่ผู้รับบริการ ครั้ง/ เดือน				
2.งานตรวจสอบสุขภาพ				
- ให้บริการตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้า ทำงาน จำนวน คน	2264	2942	3315	
- ประจำปี ในคนไทยจำนวน คน				
- ต่างด้าว คน	3212	1712	1042	
- ตรวจสอบเพื่อเข้าเรียนศึกษาต่อ คน	1875	2369	2824	
- เพื่อวินิจฉัย คน/อื่นๆ	45	59	33	
3. บริการตรวจทางอาชีวเวชศาสตร์	344	231	262	
-บริการตรวจทางอาชีวเวชศาสตร์ ตรวจก่อนเข้าทำงาน, ประจำปี ,ตรวจ วินิจฉัยโรค ,ตรวจเข้าเรียน และทำ ประกัน				
1.ตรวจการได้ยิน จำนวน	1484	1616	1857	
2.ตรวจการมองเห็น	1632	1594	1770	
3.ตรวจสมรรถภาพปอดด้วยPEAK	1279	329	0	
FOLW METER				



บุคลากรมีทั้งหมด 13 คน ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 3 คน, พยาบาลวิชาชีพ 1 คน , เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คนและคณงานภาคสนาม 8 คนกรณีบุคลากรไม่พอเพียง ปฏิบัติดังนี้

1. ประสานงานขอพยาบาลจากชุมชน, ศูนย์ประกัน, กลุ่มการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ รวมถึงแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องร่วมปฏิบัติงาน

2. เสนอปริมาณงานที่ทำเพื่อขอคน

3. ปฏิบัติงานนอกเวลา

กรณีที่หัวหน้างานไม่อยู่ได้มอบหมายผู้ปฏิบัติงานแทน ตามลำดับ ดังนี้

1. นางวรรณพรณ สิงห์กุล

2. น.ส.ปริญญญา จักษุพันธ์

3. น.ส.จันทรัตน์ แท้กิจเจริญธรรม

แนวทางในการดำเนินงานเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ

- ปฐมนิเทศผู้รับงานใหม่
- อบรมให้ได้รับความรู้ใหม่และฟื้นฟูความรู้เก่า
- ประชุมวิชาการ
- ศึกษาดูงาน
- จัดทำ FLOW CHART และแนวทางปฏิบัติ
- ติดตามประเมินผลงาน ตรวจสอบ

**อุปกรณ์เครื่องมือที่สำคัญ**ในการให้บริการได้แก่ เครื่องมือในระบบบำบัดน้ำเสีย, ประปา, เต้าเผาขยะติดเชื้อ, เครื่องตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน, เครื่องตรวจการสมรรถภาพมองเห็น, เครื่องชั่งน้ำหนัก, เครื่องวัดความดัน, COMPUTER และเครื่องตัดหญ้า มีวิธีการบำรุงรักษาเครื่องมือมีการตรวจสอบความพร้อมใช้ก่อน- หลังทำงาน, มีการสอบเทียบเครื่องมือจากองค์กรภายนอก(กองช่าง) ปีละ 1 ครั้ง, มีการ Round สอบถามปัญหาความไม่พร้อมใช้โดยช่างของโรงพยาบาล ก่อนปฏิบัติงานทุกเช้า, พบความผิดปกติดำเนินการแก้ไข

**ด้านเทคโนโลยี** มีการพัฒนาโปรแกรมHOSxPในส่วนการบันทึก/พัฒนาการใช้ข้อมูล โปรแกรมHOSxPออกใบรับรองแพทย์ต่างตัว/ใช้ประมวลผลข้อมูลการให้บริการ

### ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ผู้รับบริการอยู่ในสิ่งแวดล้อมสะอาด สะดวก ปลอดภัย สวนสวยงาม, มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกาย, ระบบประปามีน้ำประปาสะอาดใช้บริโภคเพียงพอ, ระบบบำบัดน้ำเสียบำบัดน้ำได้มาตรฐานรองรับน้ำไอเพียงพอ, ขยะทั่วได้รับการกำจัดไม่ส่งกลิ่นเหม็น, ขยะติดเชื้อมีการกำจัดจากหน่วยงานภายนอกที่ได้มาตรฐาน ไม่แพร่เชื้อโรค ห้องส้วมที่น้ำใช้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์สาธารณสุข (HAS), สิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN

ในชุมชนมีการออกตรวจสุขภาพและให้สุขศึกษาในสถานประกอบการตามความมีการเข้าไปดูแลสุขภาพประชาชนกรณีมีข้อร้องเรียนที่ได้รับผลกระทบจากโรงงาน โดยคัดกรองตามแบบและตรวจสุขภาพ โดยร่วมกับทีม สส.จ.,สส.อ,โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี, , เข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนรอบโรงงานผลิตปูนซีเมนต์ในภาพอบต.และโรงงาน เป็นวิทยากรให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัย เรื่องประสาทหูเสื่อม สลิโคสิส,เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำในการตรวจสุขภาพแก่สถานประกอบการ และชุมชน,เข้าร่วมสัปดาห์ความปลอดภัยกับโรงงานโดยจัดนิทรรศการและบริการตรวจวัดสายตามีการนำ GREEN&CLEAN เชื้อชุมชนเรื่องการกำจัดขยะติดเชื้อ

ได้ดำเนินการประเมินความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลพบมีความเสี่ยงที่ควรได้รับการแก้ไขคือแสงสว่างไม่เพียงพอ แนวทางคือการจัดวางสิ่งของไม่บังแสง, เพิ่มแสงสว่าง เปลี่ยนหลอดไฟเป็นหลอดLED ให้แสงสว่างที่มากกว่าหลอดไฟเดิมและประหยัดพลังงาน , อากาศร้อนในพื้นที่ OPD เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คนไข้และญาติมีความตึงเครียดระหว่างรอตรวจ รู้สึกไม่สบาย มีการติดตั้งเครื่องทำความเย็น และเครื่องฟอกอากาศ ทำให้รู้สึกเย็นสบายผ่อนคลายระหว่างรอ ,เฝ้าระวังสุขภาพโดยตรวจสุขภาพก่อนปฏิบัติงานและประจำปีนำผลการตรวจสุขภาพมาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพตามกลุ่มตี,เสียงและป่วย

## 2.กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

### 2.1กระบวนการหลัก

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงที่สำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ(Performance Indicator)
ระบบประปา ปั้มน้ำบาดาล, ปั้มน้ำเติม คลอรีน, จ่ายน้ำตามระบบ ท่อ, ตรวจคุณภาพน้ำ	น้ำประปาสะอาดผู้รับบริการมี น้ำสะอาดใช้และเพียงพอ	-ระบบปั้มน้ำอัตโนมัติถึงน้ำใสไม่ ทำงาน -เครื่องปั้มคลอรีนไม่ทำงาน -ท่อประปารั่ว	-ร้อยละคลอรีนตกค้างใน น้ำประปาได้มาตรฐาน -อุบัติการณ์ระบบปั้มน้ำ อัตโนมัติถึงน้ำใสไม่ทำงาน/ การซ่อม -อุบัติการณ์เครื่องปั้ม คลอรีนไม่ทำงาน/การ ซ่อม -อุบัติการณ์ท่อประปารั่ว/ การซ่อม
ระบบบำบัดน้ำเสีย น้ำเสียเข้าบ่อสูบ,ปั้มน้ำเข้าบ่อ	น้ำที่บำบัดแล้วได้มาตรฐาน กรมอนามัย	-ตะกอนตาย -ท่อน้ำทิ้งตัน	-จำนวนครั้งคุณภาพน้ำที่ บำบัดแล้วผ่านเกณฑ์

<p>เติมอากาศ, ไหลเข้าสู่บ่อตกตะกอน, บั้มตะกอนที่เหลือเข้าสู่ระบบ, น้ำบ่อตกตะกอนใสจะล้นออกทางรางลงสู่บ่อเติมคลอรีน, เติมคลอรีนด้วยเครื่องปั้มคลอรีน, ด้วยระบบออโต้ทั้งหมด, เติมคลอรีนแล้วถูกปล่อยลงสู่บ่อน้ำเลี้ยงปลา, ส่งน้ำตรวจทุก 4 เดือน, ฝ้าระวังท่อน้ำทิ้งไม่ให้ตัน( ทำความสะอาดระบบทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง)</p>	<p>ผู้รับบริการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย</p>	<p>-อุปกรณ์ในระบบบำบัดเช่น เครื่องเติมอากาศ, เครื่องสูบตะกอน, เครื่องสูบน้ำเสีย, เครื่องปั้มคลอรีนและตู้ควบคุมระบบเสียงทำงานผิดปกติ</p>	<p>มาตรฐานกรมอนามัย -ปฏิบัติการของท่อน้ำทิ้งตัน/การซ่อม -ปฏิบัติการอุปกรณ์ในระบบบำบัดทำงานผิดปกติ/การซ่อม</p>
<p>การกำจัดขยะมูลฝอย - การกำจัดขยะติดเชื้อ หน่วยงานรวบรวม ขนส่งทิ้งที่ห้องพักขยะ ติดเชื้อ ส่งกำจัดบริษัททุก 7 วัน</p> <p>- การกำจัดขยะทั่วไป ( ขยะอื่นๆ, ขยะรีไซเคิล )และขยะอันตราย หน่วยรวบรวม ขนส่งมาทิ้งที่ห้องพักขยะตามที่กำหนด รอนำไปกำจัดต่อไป</p>	<p>- ขยะติดเชื้อได้รับการกำจัดถูกต้องได้มาตรฐาน, ไม่มีขยะติดเชื้อปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม, ไม่สร้างมลพิษแก่ชุมชน</p> <p>- สิ่งแวดล้อมสะอาด สะดวกปลอดภัย</p>	<p>ทิ้งปากถุงขยะคว่ำลงถังในห้องพักขยะติดเชื้อน้ำเล็ดไหลออกจากถุง, ผูกเชือกไม่แน่น, ผู้ปฏิบัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคขยะทั่วไปปนในขยะติดเชื้อ</p> <p>ทิ้งขยะไม่ถูกที่</p>	<p>-จำนวนข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมของประชาชน/ผู้มารับบริการต่อเหตุรำคาญที่เกิดจากโรงพยาบาล -ปฏิบัติการการทิ้งขยะทั่วไปไม่ถูกที่</p> <p>-ร้อยละพื้นที่ผ่านเกณฑ์ 5 ส.ระดับดี -ปฏิบัติการการทิ้งขยะไม่ถูกที่</p>
<p>งานสวน ปลูก รดน้ำพรวนดิน ใส่ปุ๋ยตัดแต่ง</p>	<p>ผู้รับบริการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สวยงามสะอาดสดชื่น</p>	<p>ผู้ปฏิบัติงานเสี่ยงต่อของมีคม, ปฏิบัติงานไม่ทัน</p> <p>- เครื่องตัดหญ้าชำรุด</p>	<p>ร้อยละพื้นที่ผ่านเกณฑ์ 5 ส.ระดับดี -ปฏิบัติการการเกิดอุบัติเหตุ</p>

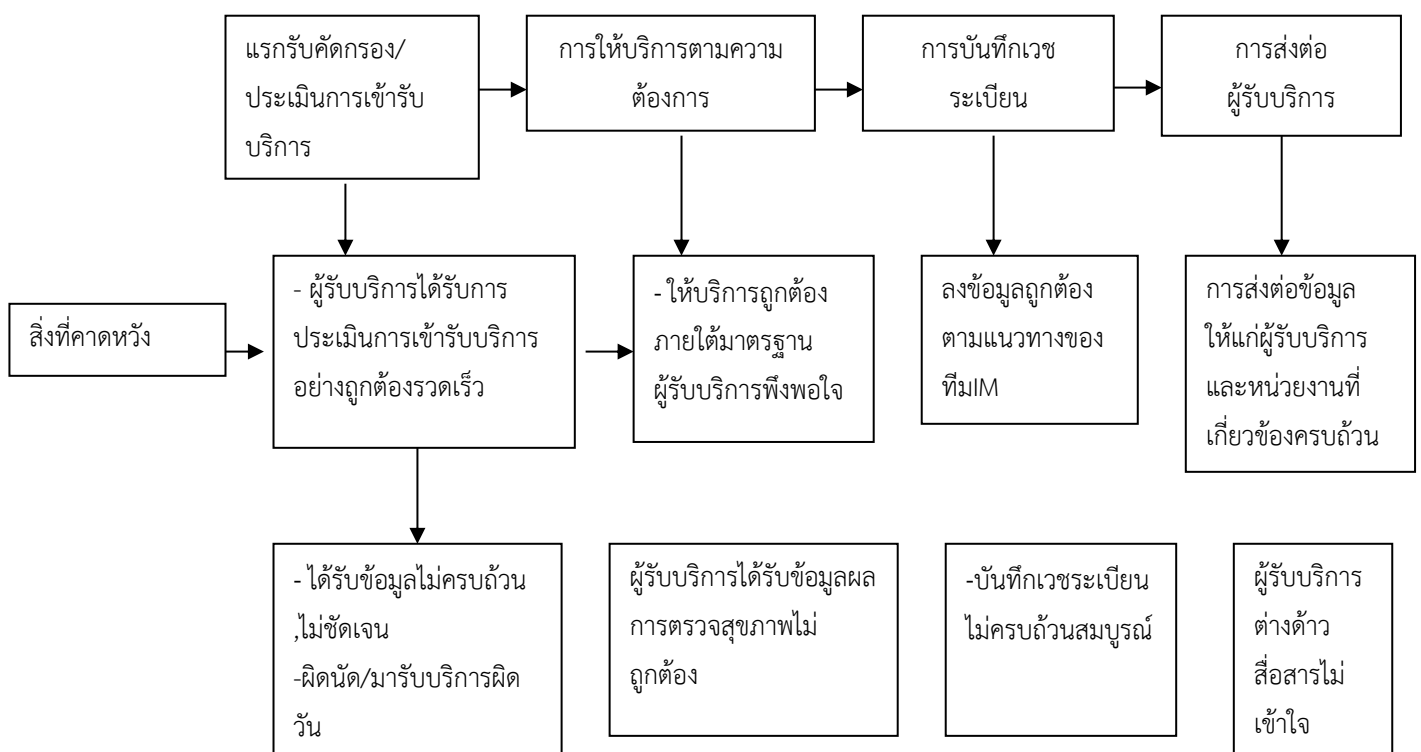
			-ปฏิบัติการการชำระของ เครื่องตัดหญ้า/ การซ่อม
สำรวจและประเมินความ เสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	บุคลากรอยู่ในสถานที่ทำงาน นำอยู่น่าทำงาน, มีความ ปลอดภัย	แสงสว่างไม่เพียงพอ,สถานที่คับ แคบ, ร้อน	ร้อยละของหน่วยงานที่ ได้รับการประเมินความ เสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ และปรับปรุง
ให้บริการตรวจสอบสุขภาพ สถานประกอบการและ บุคลากรในโรงพยาบาล	พนักงานหรือบุคลากรได้รับ การดูแลสุขภาพ	-การสรุปผลการตรวจหลาย ขั้นตอนมากทำให้ล่าช้า  -ต่างตัวสื่อสารไม่ค่อยเข้าใจทำ ให้ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนเกิด ความล่าช้า  -บุคลากรภาคสนามได้รับการ พัฒนาความรู้ในงานน้อย	สรุปผลการตรวจสุขภาพ แล้วเสร็จหลังจากแพทย์ดู ผลภายใน 2 สัปดาห์  -ประชาสัมพันธ์ให้ นายจ้างมาด้วยทุกครั้ง  -แนบใบขั้นตอนการตรวจ ให้ทุกคนและทุกจุดให้ แนะนำต่อตามขั้นตอนที่ แนบไป
เปิดโอกาสให้บุคลากรได้ เข้าประชุมอบรมในและ นอกโรงพยาบาล	มีการพัฒนางานที่รับผิดชอบ และเผยแพร่เพื่อนร่วมงาน		ร้อยละบุคลากรได้รับการ ประชุมอบรม 10 วัน/ คน/ปี

## 2.2 กระบวนการคู่ขนาน

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงที่สำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การตอบสนองความ ต้องการของผู้รับบริการ -การให้ข้อมูล -พฤติกรรมบริการ	-ผู้ป่วยและญาติ ฟังพอใจ -ผู้รับบริการภายในที่เกี่ยวข้องได้รับ ผลงานที่พึงพอใจ	การให้บริการต่างตัว สื่อสารไม่เข้าใจ	-ร้อยละความพึงพอใจ ของผู้ป่วยและญาติ -จำนวนข้อร้องเรียน
การพัฒนาศักยภาพ บุคลากร -การอบรม/ประชุม/	-บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ ในการทำงาน	มีการประชุมตรงกัน ทำให้ไม่ได้เข้ารับการ อบรม	ร้อยละของบุคลากรที่ผ่าน เกณฑ์การประเมิน ศักยภาพ

สัมมนา -การวิจัย -หน่วยงานแห่งการเรียนรู้	-บุคลากรได้รับการศึกษาอบรม/และ พัฒนาตนเอง		
การส่งเสริมสุขภาพและ การสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร -การป้องกันการติดเชื้อ และการบาดเจ็บ -สถานที่น่าอยู่น่าทำงาน -สวัสดิการ -นโยบายสาธารณ -การทำงานเป็นทีม -การพิจารณาความดี ความชอบ	-บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน การติดเชื้อ/บาดเจ็บจากการทำงานอย่า ถูกต้อง	พฤติกรรมสุขภาพแต่ ละบุคคล	-อุบัติการณ์การติดเชื้อ/ บาดเจ็บจากการทำงาน -ร้อยละของบรรยากาศใน การทำงาน -ข้อร้องเรียน

### แผนภูมิกระบวนการทำงานในโรงพยาบาล



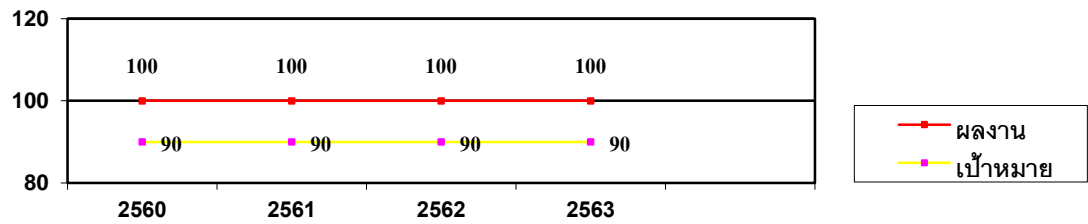




1. ร้อยละของมูลฝอยติดเชื้อของสถานพยาบาลสาธารณสุข (รพ.สต.)มีการกำจัดอย่างถูกต้องตาม พรบ.2545การกำจัดขยะติดเชื้อ กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายร้อยละ 90	90	100	100	100
2. ร้อยละของผลการตรวจคลอรีนตกค้างที่ได้มาตรฐานในน้ำประปาโรงพยาบาล	95	100	100	100
3. ร้อยละการรายงานการบำบัดน้ำเสียตามกฎหมายกระทรวง มาตรา 80 (ทส.2)	80	100	100	100
4. จำนวนครั้งคุณภาพน้ำทิ้งที่ส่งตรวจไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (4 เดือน/ครั้ง) ม.ค.,พ.ค.,ก.ย.	0	100	100	100
5. จำนวนข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมของประชาชน/ผู้มารับบริการต่อเหตุรำคาญที่เกิดจากโรงพยาบาล	0	0	0	0
6. ร้อยละของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้รับ ตรวจสอบสุขภาพประจำปี	100	98.21	99.16	99.10
7. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Green & Clean Hospital	ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	ระดับดี มาก	ระดับดี มาก+	ระดับดี มาก+
8. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	85	90	89	90
9. ร้อยละเจ้าหน้าที่ได้รับการประชุมอบรม 10 วัน/คน/ปี	100	100	100	100
10. จำนวนของผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ทำให้ต้องหยุดงานเกิน 3 วัน	0	0	0	0
11. ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาล ที่มีค่า BMI $\geq 18.5 \leq 23$ (ปกติ)	>60	42.86	38.78	55.91
12. โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดย สคร.	ผ่านเกณฑ์ ระดับเริ่มต้น พัฒนา	ระดับ เริ่มต้น พัฒนา	ระดับ เริ่มต้น พัฒนา	ระดับ เริ่มต้น พัฒนา

1. แผนภูมิแสดงร้อยละของขยะติดเชื้อของสถานพยาบาลสาธารณสุข  
กำจัดถูกต้องตามพ.ร.บ.2545การกำจัดขยะติดเชื้อ กระทรวงสาธารณสุข





### ข้อมูลจากกราฟ

ขยะติดเชื้อของสถานพยาบาลสาธารณสุขของทางราชการ (รพ.สต.ในพื้นที่แก่งคอย) มีการกำจัดอย่างถูกสุขลักษณะได้ตามเป้าหมาย ปี 2563- 2565 (เริ่มใช้ตัวชี้วัดปี 2559 )

### วิเคราะห์ข้อ

ตัวชี้วัดได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากมีการเตรียมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ , สนับสนุนอุปกรณ์, ดูงาน และระบบการรับส่งขยะแก่เจ้าหน้าที่รพสต.ทุกแห่ง มีการติดตาม

### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1.การแยกทิ้งขยะไม่ถูกต้องขยะทั่วไปปนขยะติดเชื้อ 2.กระป๋องเข็มไม่ปิดฝา	-แจ้งในที่ประชุม คปสอ. ในเรื่องปัญหาที่พบและแนวทางแก้ไข

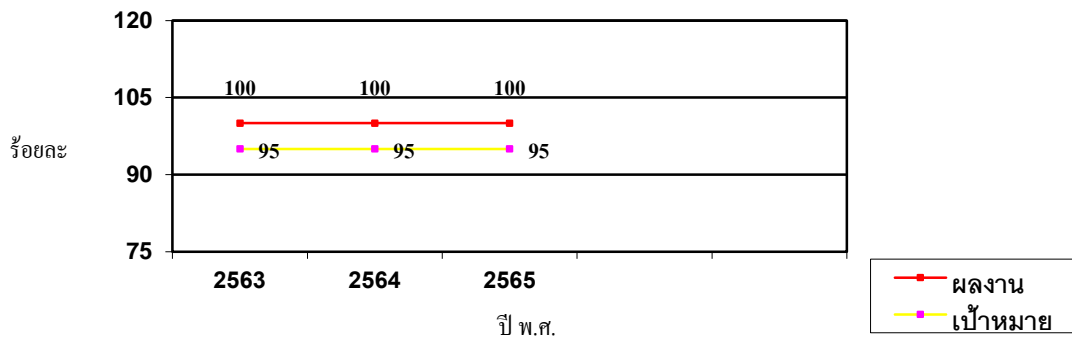
### สรุปผล

ทุกรพ.สต.กำจัดอย่างถูกสุขลักษณะโดยส่งผ่านรพ.แก่งคอยได้ตามเป้าหมาย

### แผนการพัฒนา

มีการติดตามการทิ้งขยะโดยหน่วยงานรพ.สต.และโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

## 2. แผนภูมิแสดงร้อยละของผลการตรวจคลอรีนตกค้างในน้ำประปา รพ. ได้มาตรฐาน



### ข้อมูลจากกราฟ

จากแผนภูมิแสดงร้อยละของผลการตรวจคลอรีนตกค้างในน้ำประปาของโรงพยาบาลได้มาตรฐาน จากผลการดำเนินงานพบว่าได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ในปี 63-65 ได้เป้าหมาย

### วิเคราะห์ข้อ

ตัวชี้วัดได้ตามเป้าหมายทุกปี เนื่องจากการดูแลระบบทุกวัน หากพบความผิดปกติรายงานความเสี่ยงและดำเนินแก้ไข มีการประสานงานทั้งในและนอกหน่วยงานร่วมแก้ไข

### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. การทำงานของเครื่องผิดปกติเช่นไฟแสดงสถานะในการทำงานไม่แสดง, น้ำประปาไม่ไหล 2. ปั่นสูบน้ำใต้ดินไม่พร้อมใช้	- จัดระบบการดูแลแบ่งหน้าที่ระหว่างงานอาชีวอนามัยและงานซ่อมบริหาร - จัดลำดับผู้ดูแลนอกเวลา เมื่อเกิดปัญหาน้ำไม่ไหล

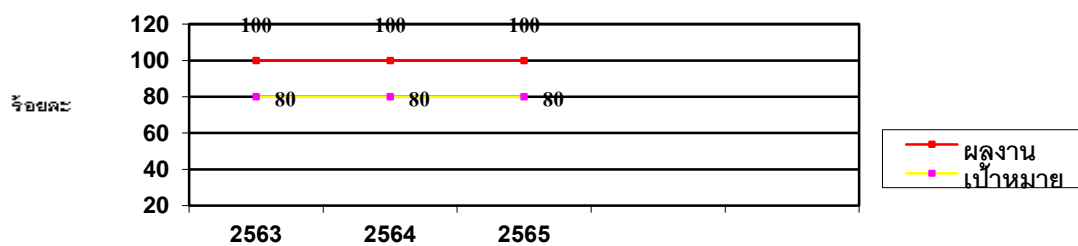
### สรุปผล

ผลการตรวจคลอรีนตกค้างในน้ำประปาของโรงพยาบาลได้มาตรฐานทุกปี

### แผนการพัฒนา

จัดระบบการดูแลแบ่งหน้าที่ระหว่างงานอาชีวอนามัยและงานซ่อมบริหาร ,จัดลำดับผู้ดูแลนอกเวลา เมื่อเกิดปัญหาน้ำไม่ไหล

### 3. แผนภูมิแสดงร้อยละมีการรายงานการบำบัดน้ำเสียตามกฎหมายมาตรา 80 (ทส.2)



#### ข้อมูลจากกราฟ

มีการรายงานการบำบัดน้ำเสียตามกฎหมายมาตรา 80 (ทส.2) ให้แก่อบต. ทุกเดือน ร้อยละ 100

#### วิเคราะห์ข้อ

หน่วยงานมีการดูแลระบบทุกวัน เก็บข้อมูลทุกวันทำให้สามารถเก็บข้อมูลส่ง อบต. ได้ตามที่ต้องการ

#### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. การส่งข้อมูลให้อบต. ทางไปรษณีย์ข้อมูลถึงผู้รับผิดชอบช้า	- นำส่งหนังสือโดยเจ้าหน้าที่งานอาชีพอนามัยเอง

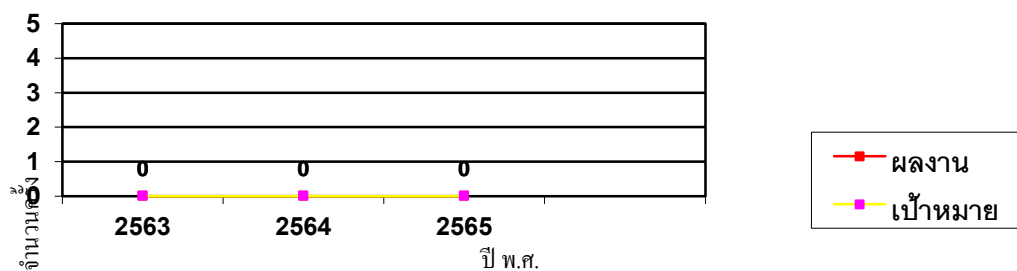
#### สรุปผล

การรายงานการบำบัดน้ำเสียตามกฎหมายมาตรา 80 (ทส.2) ให้แก่อบต. ทุกเดือน ร้อยละ 100

#### แผนการพัฒนา

พัฒนาความรู้ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียอย่างต่อเนื่องส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีประชุมของฝ่าย

#### 4. แผนภูมิแสดงจำนวนครั้งของคุณภาพน้ำทิ้งมีส่งตรวจไม่ผ่านเกณฑ์



#### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบว่าผลการทดสอบคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์ปี 2563-2565 เท่ากับ 0 บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

#### วิเคราะห์ข้อมูล

จากแผนภูมิแสดงจำนวนครั้งของคุณภาพน้ำทิ้งที่ส่งตรวจไม่ผ่านเกณฑ์พบว่าจากผลการดำเนินงาน น้ำทิ้งที่ส่งตรวจที่กรมอนามัยได้มาตรฐานทุกครั้ง โดยมีการดูแลระบบ

- ดูแลระบบตามแนวทางวันๆละ 3 ครั้ง
- ตรวจคุณภาพน้ำทุกวัน
- ส่งตรวจน้ำกรมอนามัย ปีละ 3 ครั้ง
- จัดการความเสี่ยง
- CQI ปรับค่า PH, พัฒนาแบบบันทึกรายงาน
- นวัตกรรมพัฒนาระบบการเติมคลอรีน, การกำจัดตะกอนที่ตายแล้ว

#### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
-------	-------------

1. การไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ในระบบ	- มีระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกวัน - มีการสำรองอุปกรณ์ไว้กรณีชำรุด ไม่พร้อมใช้
2. ที่ตากตะกอนไม่เพียงพอกรณีช่วงฤดูฝน	- จัดทำนวัตกรรมที่ตากตะกอนเพิ่ม

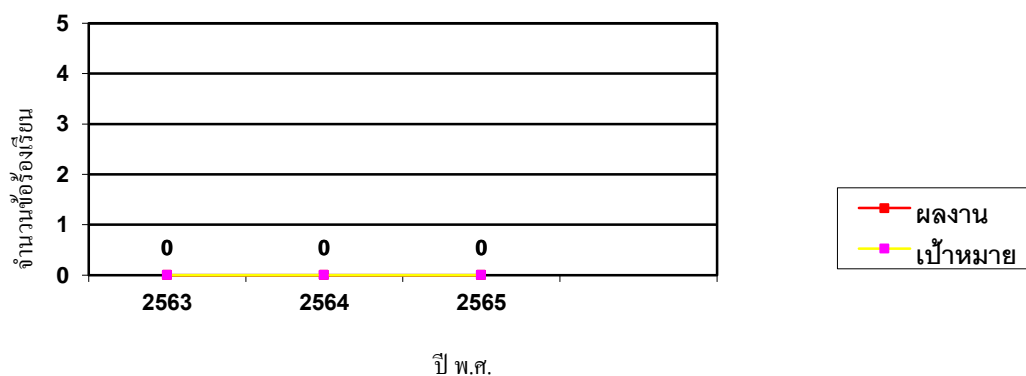
### สรุปผล

น้ำเสียที่บำบัดแล้วได้มาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง โดยส่งน้ำตรวจคุณภาพ ณ. ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขทุกๆ 4 เดือน

### แผนการพัฒนา

1. มีระบบการรายงานความเสี่ยงและตอบสนองที่รวดเร็ว
2. มีการพัฒนาบุคลากรเช่นมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้, ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรม

### 5. ผู้มารับบริการต่อเหตุรำคาญที่เกิดจากโรงพยาบาล



### ข้อมูลจากกราฟ

จากแผนภูมิแสดงจำนวนข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมของประชาชนและผู้มารับบริการต่อเหตุรำคาญที่เกิดจากโรงพยาบาลพบว่า ในปี 2563 -2565 ไม่มีข้อร้องเรียน

### วิเคราะห์ข้อมูล

จากแผนภูมิแสดงจำนวนข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมของประชาชนและผู้มารับบริการต่อเหตุรำคาญที่เกิดจากโรงพยาบาลพบว่าในปี 2563-2565 ไม่มีข้อร้องเรียนเกิดขึ้นด้วยมีการจัดการที่มีมาตรฐาน

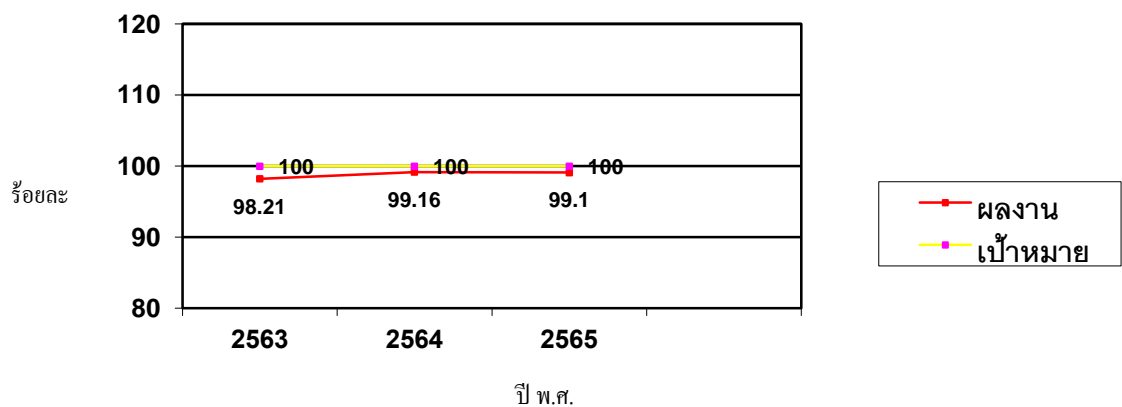
### สรุปผล

ในปี 2563- 2565 ไม่เกิดข้อร้องเรียน

#### แผนการพัฒนา

มีการติดตามการกำจัดของเสียให้ได้มาตรฐาน,แก้ไขความเสี่ยงและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

#### 6. แผนภูมิแสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตรวจสุขภาพประจำปี



#### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบการตรวจสุขภาพบุคลากรในปี 2563-2565 ตรวจได้ 98.21 99.16 และ 99.10 ตามลำดับซึ่งไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ 100

#### วิเคราะห์ข้อมูล

บุคลากรเข้ารับการตรวจสุขภาพปี 2563-2566 ไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากระยะเวลาในการจัดตรวจสุขภาพบางหน่วยงานไม่เหมาะสม, เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง, ติดการประชุมอบรม การวางแผนในปี 2566 มีการสอบถามและจัดเวลาที่เหมาะสม, ติดตามในหน่วยงาน และส่วนบุคคลที่ยังไม่เข้ารับการตรวจ เพื่อให้ตัวชี้วัดบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

#### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1.ระยะเวลาในการจัดตรวจสุขภาพบางหน่วยงานไม่เหมาะสม 2.เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง 3.ประชุมอบรม	- ติดตามในหน่วยงานและส่วนบุคคลที่ยังไม่เข้ารับการตรวจ สอบถามและจัดเวลาที่เหมาะสม

#### สรุปผล

ผลการดำเนินงานตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในปี 2563-2566 ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย คือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้รับ การตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 100

#### แผนการพัฒนา

ติดตามในหน่วยงานและส่วนบุคคลที่ยังไม่เข้ารับการตรวจ สอบถามและจัดเวลาที่เหมาะสม

### 7. ตาราง ข้อมูลโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Green & Clean Hospital

เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน			
		2560	2561	2562	2563
ระดับพื้นฐาน	-สร้างกระบวนการพัฒนา -ดำเนินกิจกรรม GREEN				
ระดับดี	- ผ่านระดับดีพื้นฐาน -มีการพัฒนาส่วนที่อาคารผู้ป่วยใน ให้ได้มาตรฐาน สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย -มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ	ผ่าน	ผ่าน		

ระดับดีมาก	-ผ่านระดับดี -มีส่วนร่วมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล และชุมชน -สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิด GREEN Community			ผ่าน	ผ่าน
------------	--	--	--	------	------

### ข้อมูลจากตาราง

จากตาราง โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Green & Clean Hospital ในระดับพื้นฐาน ปี 2560 - 2561 พัฒนายู่ในระดับดี และปี 2562 - 2563 อยู่ในระดับดีมาก

### วิเคราะห์ข้อ

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Green & Clean Hospital เนื่องจากโรงพยาบาล มีการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงเป็นต้นแบบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม แก่ผู้มารับบริการ และขยายผลลงสู่ชุมชนและภาคีเครือข่าย

### สรุปผล

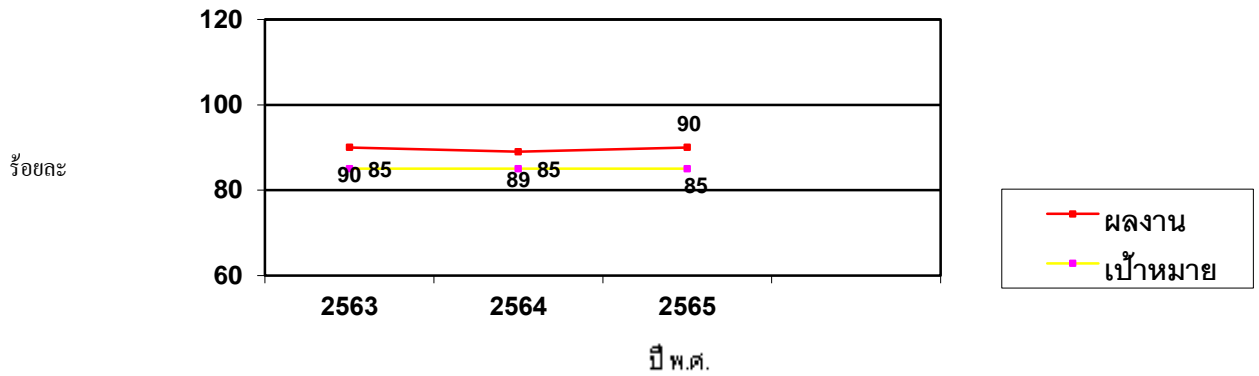
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Green & Clean Hospital ในระดับพื้นฐาน และอยู่ในระดับดีมาก

### แผนการพัฒนา

รับการตรวจประเมิน และดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

## 8. แผนภูมิแสดงร้อยละผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการ





ข้อมูลจากกราฟ

ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการ ได้ตามเป้าหมาย

### วิเคราะห์ข้อ

ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการปี 2563 - 2566 ได้ตามเป้าหมาย มากที่สุดร้อยละ 90 ที่ได้มากขึ้นกว่าปีก่อนๆ เนื่องจากการพัฒนาในเรื่องของการให้บริการเช่นการลงข้อมูลผลตรวจสุขภาพ ไปขั้นตอนการให้บริการฯ

### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. การสื่อสารที่ใช้ตรวจตามความเสี่ยงกับต่างด้าว, ไปขั้นตอนการตรวจ	-มีการพัฒนาการสื่อสารกับต่างด้าวโดยมีนางจ้างและล่ามร่วมพัฒนา -จัดทำใบขั้นตอนการตรวจเป็นภาษาต่างด้าว(พม่า, กัมพูชาและลาว)

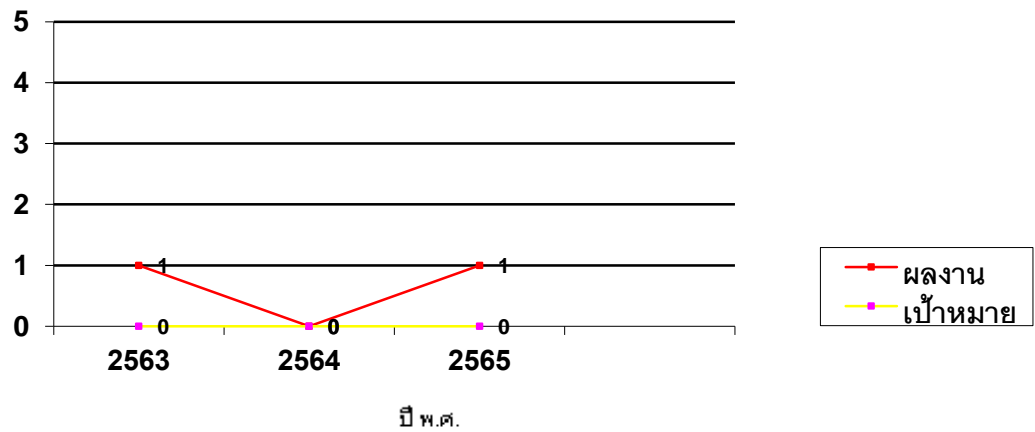
### สรุปผล

ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการ ได้ตามเป้าหมาย

### แผนการพัฒนา

มีการพัฒนาการสื่อสารกับต่างด้าวโดยมีนางจ้างและล่ามร่วมพัฒนา, จัดทำใบนำทางภาษาเมียนมา, กัมพูชา, ลาว

### 9. แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ต้องหยุดงานเกิน 3 วัน



#### ข้อมูลจากกราฟ

จำนวนผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ต้องหยุดงานเกิน 3 วัน ปี2563 จำนวน 1ราย และปี2565 จำนวน 1 ราย

เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการบาดเจ็บสามารถกลับมาปฏิบัติงานได้ ไม่มีอาการบาดเจ็บเรื้อรังหรือพิการ

#### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างถูกต้อง	-ประชุมอบรม, เน้นการปฏิบัติตามแนวทาง และติดตาม

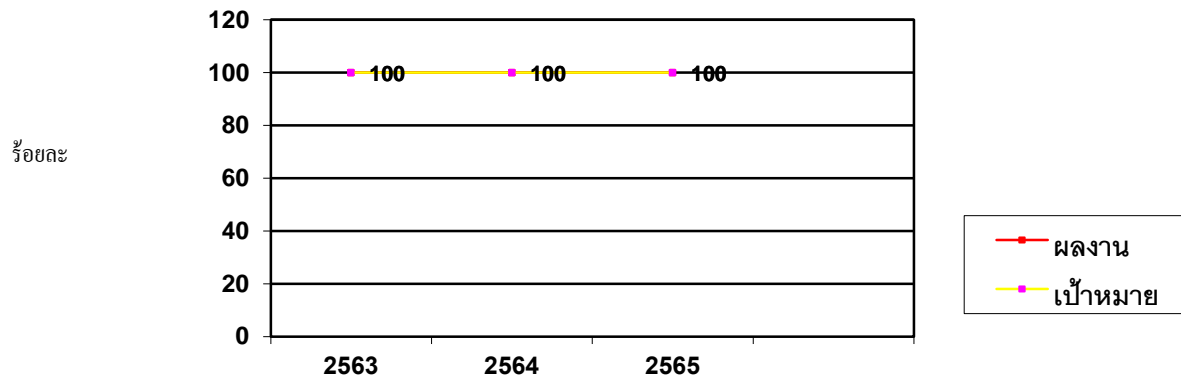
#### สรุปผล

มีเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ต้องหยุดงานเกิน 3 วัน ต้องเข้มงวดเรื่องมาตรการและแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย

#### แผนการพัฒนา

ประชุมอบรม, เน้นการปฏิบัติตามแนวทาง และติดตาม

### 10. แผนภูมิแสดงร้อยละเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประชุม อบรม 10 วัน/คน/ปี



#### ข้อมูลจากกราฟ

เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประชุม อบรม 10 วัน/คน/ปีได้ตามเป้าหมายทุกปี

#### วิเคราะห์ข้อ

เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประชุม อบรม 10 วัน/คน/ปีได้ตามเป้าหมายทุกปี เนื่องจากหน่วยงานให้การสนับสนุน ให้มีการประชุมในหน่วยงานสัปดาห์ ละ 2 ครั้ง, ประชุมประจำเดือน, ประชุมวิชาการทั้งภายในและนอก และนำข้อมูลแจ้งในที่ประชุมเพื่อจะได้ดำเนินการต่อไปให้เกิดประโยชน์ การประชุม บางครั้งไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

#### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. เจ้าหน้าที่ติดภารกิจบางครั้งไม่สามารถเข้าร่วมประชุมภายในและนอกได้	-วางแผนการประชุมและจัดคนทดแทนเพื่อให้ได้รับข้อมูลแล้วมาส่งต่อแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

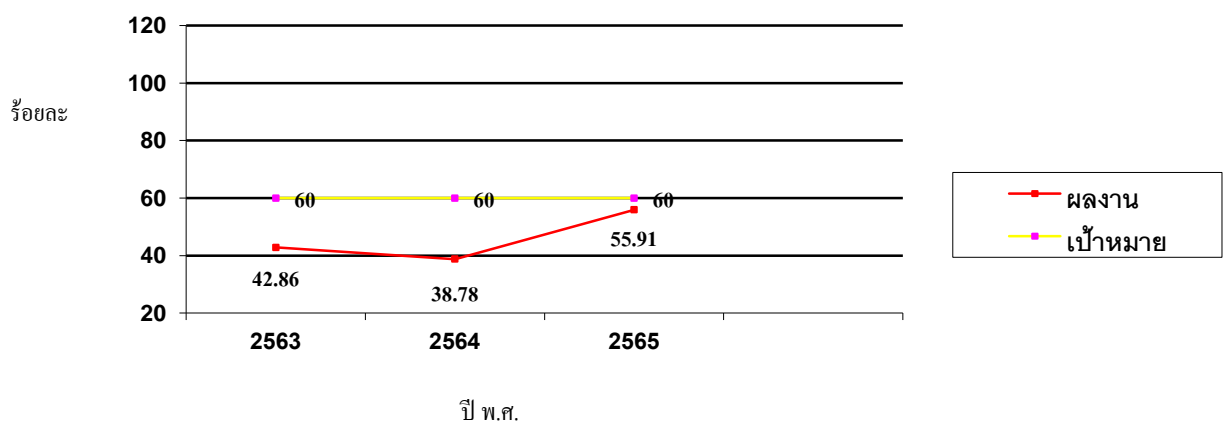
#### สรุปผล

เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประชุม อบรม 10 วัน/คน/ปีได้ตามเป้าหมายทุก

#### แผนการพัฒนา

วางแผนการประชุมและคนทดแทนเพื่อให้ได้รับข้อมูลแล้วมาส่งต่อแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

### 11. แผนภูมิแสดงร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI $\geq 18.5 \leq 23$ (ปกติ)



#### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบว่าบุคลากรมีค่า BMI ปกติ (18.5-23) ในปี 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 42.86, 38.78, 55.91 และ 39.57 ตามลำดับ ซึ่งทุกปีบุคลากรมีค่า BMI ปกติ (18.5-23) ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดคือมากกว่าร้อยละ 60 และเมื่อพิจารณาจากแนวโน้มพบว่ามีทิศทางเพิ่มขึ้น

#### วิเคราะห์ข้อมูล

บุคลากรในโรงพยาบาลที่มี BMI ช่วง 18.5-23 ยังไม่ได้เป้าหมายอยู่ระหว่างร้อยละ 38.78-55.91 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้วยลักษณะงานบุคลากรส่วนใหญ่ทำงานเป็นกะ เวลารับประทานอาหาร เวลานอนไม่เหมือนคนทั่วไป และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ >35 ปีความสามารถในการเผาผลาญอาหารและการดูดซึมไม่ดีซึ่งเป็นไปตามวัยบุคลากรเริ่มมีปัญหาเรื่องสุขภาพมากขึ้น (โรค NCD) ในปี 2558 ได้ดำเนินการศึกษาพฤติกรรมการกิน ออกกำลังกายและอารมณ์ ซึ่งน้ำหนัก วัตรอบเอว ทุก 3 เดือน และปี 2558 จัดทำโครงการสวอยอร์รอย่อยง่ายตายยากมีกิจกรรมอบสมุนไพรร, Pulse exercise, fitness Program ตามความสมัครใจ และดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมโดยทำแบบประเมินการกิน การออกกำลังกาย ซึ่งน้ำหนักและวัตรอบเอวอย่างต่อเนื่อง มีสถานที่ให้ออกกำลังกาย , จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ

#### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
ค่า BMIปกติ (18.5-23) ในปี 2564 มีแนวโน้มลดลง และยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด	-สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ศึกษาพฤติกรรมการกิน ออกกำลังกายและอารมณ์ ซึ่งน้ำหนัก วัตรอบเอวอย่างต่อเนื่องประเมินทุก 6 เดือน, ประเมินความเครียดทุกปี และมีการส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขร่วมกัน มีอาหารเพื่อสุขภาพจำหน่ายทุกวันพุธและพฤหัสบดี 3 ของเดือน, มีสถานที่ให้ออกกำลังกาย, จัดแข่งกีฬาภายใน คปสอ. ทุกปี

สรุปผล บุคลากรมีค่า BMI ปกติ (18.5-23) ยังไม่ได้เป้าหมาย

#### แผนการพัฒนา

1. เพื่อให้มีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องประเมินพฤติกรรมการกิน ออกกำลังกายและอารมณ์  
ทุก 6 เดือนมีการติดตามภาวะสุขภาพแบบง่ายคือมีการวัตรอบเอวและชั่งน้ำหนักเพื่อปรับกิจกรรมระหว่างปี
2. ส่งเสริมกิจกรรมการดูแลสุขภาพโดยพัฒนาด้านจิตใจมากขึ้นเพื่อให้มีการจัดการด้านอารมณ์สัปดาห์ละสัปดาห์
3. แบ่งกิจกรรมกลุ่มเสี่ยงกับกลุ่มป่วยโดยการสอบถามรูปแบบความต้องการในการดูแลสุขภาพเพื่อจัดกิจกรรมให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มและเหมาะสมกับวัย

#### 12. ตาราง ข้อมูลโรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมในชุมชน

เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน			
		2562	2563	2564	2565
ระดับเริ่มต้นพัฒนา	- การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม -การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอกและผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

## ข้อมูลจากตาราง

จากตาราง ปี 2562 – 2565 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัย และ สิ่งแวดล้อมในชุมชน โดย สคร. อยู่ในระดับเริ่มต้นพัฒนา

## วิเคราะห์ข้อ

โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัย และ สิ่งแวดล้อมในชุมชน เนื่องจาก มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และมีการ จัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอกและผู้ที่ได้รับ ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

## สรุปผล

โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัย และ สิ่งแวดล้อมในชุมชน โดย สคร. อยู่ในระดับเริ่มต้นพัฒนา

## แผนการพัฒนา

รับการตรวจประเมิน และดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

## 4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

### 4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

1. การเก็บกวาดขยะและดูแลสวนหย่อมในพื้นที่รับผิดชอบเดียวกันในคนคนเดียวกันทุกวันทำ การแ ละ ร้อยละ 100% ร่วมด้วยช่วยกันในช่วงบ่าย เพื่อให้โรงพยาบาลสวย สะอาด สะดวก ปลอดภัยภูมิ ทัศน์สวยงาม นำ 5 ส.มาใช้ในการทำงาน เป็นตัวอย่างแก่หน่วยงานอื่นๆและเป็นส่วนหนึ่งของแหล่ง ศึกษาดูงาน เป็นแหล่งออกกำลังกาย, ถ่ายทำเรื่องสั้นได้รับคำชมบ่อยครั้งเมื่อมีผู้มาเยือน

2. สถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน <sup>ปี พ.ศ.</sup> ผ่านการประเมินความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล มีการประเมินและจัดการความเสี่ยงปีละ 1 ครั้ง มีการประเมินสิ่งแวดล้อมร่วมกับกอง วิศวกรรม กรมการแพทย์ มีการปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อมหลังการประเมินที่สามารถทำได้, มีการ ติดตามและประเมินจากทีมENV (5ส) ทุก 3 เดือน ได้รับคำชมในส่วนที่ฝ่ายรับผิดชอบเสมอ เช่น ใน เรื่องของงานสวน, ระบบบำบัดน้ำเสีย , การตรวจสอบสภาพต่างดาวเพื่อความภาคภูมิใจนี้ยังคงอยู่ ก่อนและหลังทำงานมีกิจกรรม 5 ส 5-10 นาที ทุกวัน และทุกวันศุกร์จะมีการดำเนินงานกิจกรรม 5ส ใน ส่วนของหน่วยงานและพื้นที่ร่วม (แต่แต่ละฝ่ายส่งตัวแทนเข้าร่วม) พื้นที่รับผิดชอบผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ของ ENV ให้โอกาสบุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ มีการประชุมหัว หน้าที่ทำเพื่อชี้แจงสิ่งที่ประชุมในเรื่องต่างๆ ชื่นชมยินดีกับการทำดีของบุคลากร ค้นหาความเสี่ยง และร่วมกันแก้ไข, ประชุมประจำเดือน

3. มีระบบสำรองน้ำใช้โดยมีการต่อน้ำประปาของประปาภูมิภาคมวกเหล็กและเจาะบ่อน้ำบาดาลเพิ่ม 1 บ่อทำให้ไม่เกิดน้ำประปาไม่เพียงพอ เมื่อระบบประปามีปัญหา น้ำไม่ไหล มีการจัดลำดับผู้รับผิดชอบทั้งในและนอกเวลา เพื่อให้มีน้ำประปาใช้ตลอด

4. จัดทำใบแนบขั้นตอนการให้บริการ ใบแนบการตรวจ แบนไว้ที่แฟ้มประวัติของผู้รับบริการ เพื่อป้องกันการสับสนไปจุดต่างๆไม่ถูก มีใบแนบขั้นตอนเป็นอักษรไทย, อักษรเมียนมา, อักษรกัมพูชา และอักษรลาว

#### 4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

##### 1. พัฒนาระบบการทำงานภาคสนามที่คลินิกนอก รพ.แก่งคอย

###### หลักการและเหตุผล

คลินิกนอก ร.พ.แก่งคอยปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานลดลงจาก 2 คน เหลือ 1 คน ไม่สามารถจัดคนทดแทนได้ เป็นสาเหตุทำให้ทำงานไม่ทันได้แก่ การตัดแต่งสวน การทำความสะอาด (เก็บกวาดรอบอาคาร) เดิมจะแบ่งพื้นที่ คนแรกดูแลพื้นที่บริเวณด้านหน้าพื้นที่รองรับผู้รับบริการ คนที่สองดูแลพื้นที่บริเวณบ้านพัก ช่วงบ่ายตัดแต่งสวนร่วมกัน เพื่อให้งานดำเนินการไปด้วยดีครอบคลุมพื้นที่ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดปลอดภัย เจ้าหน้าที่ภาคสนาม(คลินิกนอก, 60 เตียง )จึงร่วมกันดำเนินการพัฒนาระบบการทำงานภาคสนามขึ้น ดังนี้

###### การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

###### ครั้งที่ 1 จัดลำดับความสำคัญของพื้นที่

1. ทำความสะอาด กวาดเก็บขยะเลือกทำจุดที่สำคัญก่อน(พื้นที่ให้บริการผู้ป่วยลำดับแรก ถัดไปคือพื้นที่รอบบ้านพัก)ให้แล้วเสร็จในช่วงเช้า
2. ตัดแต่งสวนเลือกทำจุดที่สำคัญก่อนโดยดูจากการโตของต้นไม้ ความสวยงาม

**ผลลัพธ์** ที่ได้ เก็บกวาดไม่แล้วเสร็จภายในภาคเช้า, ตัดแต่งสวนไม่ครอบคลุมพื้นที่ในเวลาที่กำหนด(1 เดือน )

###### ครั้งที่ 2 จัดลำดับความสำคัญของพื้นที่และจัดให้เจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลา

1. ทำความสะอาด กวาดเก็บขยะเลือกทำจุดที่สำคัญก่อน(พื้นที่ให้บริการผู้ป่วยลำดับแรก ถัดไปคือพื้นที่รอบบ้านพัก)ให้แล้วเสร็จ
2. ตัดแต่งสวนเลือกทำจุดที่สำคัญก่อนโดยดูจากการโตของต้นไม้ ความสวยงาม ไม่ขึ้นรถหรือตามระยะเวลาที่กำหนด 1 เดือนต่อครั้ง

### 3. จัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เสาร์-อาทิตย์ 1 คน

**:ผลลัพธ์** ที่ได้ เก็บกวาดได้ครอบคลุมสะอาด, ตัดแต่งสวน ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่เนื่องจากทำคนเดียวไม่ได้

**ครั้งที่ 3** จัดลำดับความสำคัญของพื้นที่,จัดเจ้าหน้าที่ให้ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาและจัดทีม จาก 60 เติงเข้าไปช่วยกรณีต้องใช้เจ้าหน้าที่หลายคน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

1. ทำความสะอาด กวาดเก็บขยะเลือกทำจุดที่สำคัญก่อน(พื้นที่ให้บริการผู้ป่วยลำดับแรก ถัดไปคือพื้นที่รอบบ้านพัก)ให้แล้วเสร็จ
2. ตัดแต่งสวนเลือกทำจุดที่สำคัญก่อนโดยดูจากการโตของต้นไม้ ความสวยงาม ไม่ขึ้นรก หรือตามระยะเวลาที่กำหนด 1 เดือนต่อครั้ง
3. จัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เสาร์-อาทิตย์ 1 คน
4. หัวหน้างานวางแผนจัดทีมเข้าช่วยเหลือเช่นตัดแต่งต้นไม้ใหญ่, ขนขยะไปไม่กึ่งไม่นำไปกำจัดฯ

## 2.พัฒนาสถานที่ให้บริการ

งานอาชีวอนามัยได้รับการพิจารณาเป็นหน่วยงานนำร่องในการปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการมีความสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงบริการได้ง่าย

**ครั้งที่ 1)**ปรับห้องคลินิกโรคเรื้อรังเดิม แบ่งพื้นที่นั่งพักและพื้นที่ตรวจทางอาชีวเวชศาสตร์

**:ผลลัพธ์** ที่ได้ ได้พื้นที่เพิ่มขึ้น ห้องมีความเป็นสัดส่วน มีพื้นที่นั่งรอ ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ

**ครั้งที่ 2)** ทำ 5 ส.และดำเนินการย้ายเครื่องมือมาห้องที่ปรับปรุงใหม่

**ผลลัพธ์** ที่ได้ จุดตรวจและจุดรอรับบริการมีการแบ่งกันชัดเจน ไม่แออัด สะอาด ปลอดภัย อากาศถ่ายเทได้ดี

## 5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

แผนงานโครงการ

ชื่อแผนโครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เครื่องชี้วัด	เป้า หมาย





## แผนปฏิบัติงาน

เรื่อง	จะเริ่มเมื่อ	ความคาดหวัง / เป้าหมาย / วัตถุประสงค์
1..โครงการเฝ้าระวังสุขภาพในบุคลากร	ต.ค.65 – ก.ย.66	บุคลากรปลอดภัยจากอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานภาพ ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 100%
2.พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานทุกระดับ อบรมเชิงปฏิบัติการ	ก.ค. 66	บริการที่ได้มาตรฐาน
3..ทำดีมีคนชื่นชมยินดี	ต.ค.-ก.ย.66	บุคลากรภาคภูมิใจในตนเอง มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน
4ให้ความรู้เรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	ก.ค.66	บุคลากรมีความรู้การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างถูกต้อง