

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่.....กท ๐๔๐๑/๑๐๐๕..... ลงวันที่..... ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕.....
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ.....นางสาวสิริยา.....นามสกุล.....ผกานิมิตร.....ตำแหน่ง.....ทันตแพทย์ชำนาญการ.....
สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน.....กลุ่มงานทันตกรรม.....กอง...โรงพยาบาลบางนากรุงเทพมหานคร....
สำนัก / สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....
และข้าพเจ้า ชื่อ.....นางสาวศศิธร.....นามสกุล.....ศิริมณฑ.....ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....
สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน.....ฝ่ายการพยาบาล.....กอง...โรงพยาบาลบางนากรุงเทพมหานคร....
สำนัก / สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ.....
หลักสูตร.....HA ๒๐๑ : HA พื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล รุ่นที่ ๓.....
ระหว่างวันที่.....๓๑ สิงหาคม - ๒ กันยายน ๒๕๖๕.....ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom.....
จัดโดย.....สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.).....
เบิกค่าใช้จ่ายคนละ..... ๓,๐๐๐ บาท.....รวมทั้งสิ้น ๖,๐๐๐ บาท.....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวสิริยา ผกานิมิตร)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวศศิธร ศิริมณฑ)

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล

๑.๑.๑นางสาวสิริยา ผกานิมิตร.....

อายุ.....๓๘.....ปี การศึกษา.....วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....ทันตกรรมบดเคี้ยว.....

ตำแหน่ง.....ทันตแพทย์ชำนาญการ.....

๑.๒ หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ).....ให้บริการทันตกรรมในเวลาราชการแก่ผู้ป่วยนอก
งานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน ตรวจสอบสภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยที่มา
รับบริการ รวมทั้งให้การรักษาทางทันตกรรมตามความเหมาะสม เผยแพร่ความรู้ด้านทันตสุขภาพ
แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทั้งในและนอกสถานบริการงาน ด้านงานบริหารดูแล ควบคุม กำกับ
การทำงานของผู้ช่วยทันตแพทย์ ร่วมวางแผนการดำเนินงานภายในกลุ่มงานทันตกรรม และภายใน
โรงพยาบาล ดูแลการเบิกจ่ายและดำเนินการเรื่องจัดซื้อวัสดุทันตกรรมและครุภัณฑ์ทางการแพทย์

๑.๑.๒นางสาวศศิธร ศิริมงคล.....

อายุ.....๓๓.....ปี การศึกษา.....พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....-.....

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

๑.๒ หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)....ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ประจำแผนกผู้ป่วยนอก เวรเช้า เวรละ ๘ ชั่วโมง ให้บริการครอบคลุม ๔ มิติ คือ การรักษาพยาบาล
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการดูแล
สุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพ.....

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร...HA ๒๐๑ : HA พื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล รุ่นที่ ๓)....

สาขา.....สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).....

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ งบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

ค่าลงทะเบียนคนละ.....๓,๐๐๐.....บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....๖,๐๐๐ บาท (หกพันบาทถ้วน).....

วัน เดือน ปี สถานที่ : ระหว่างวันที่..... ๓๑ สิงหาคม - ๒ กันยายน ๒๕๖๕.....

สถานที่...ห้องประชุมบางนาอาคาริรมย์ โรงพยาบาลบางนากรุงเทพมหานคร (ออนไลน์).....

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....-.....

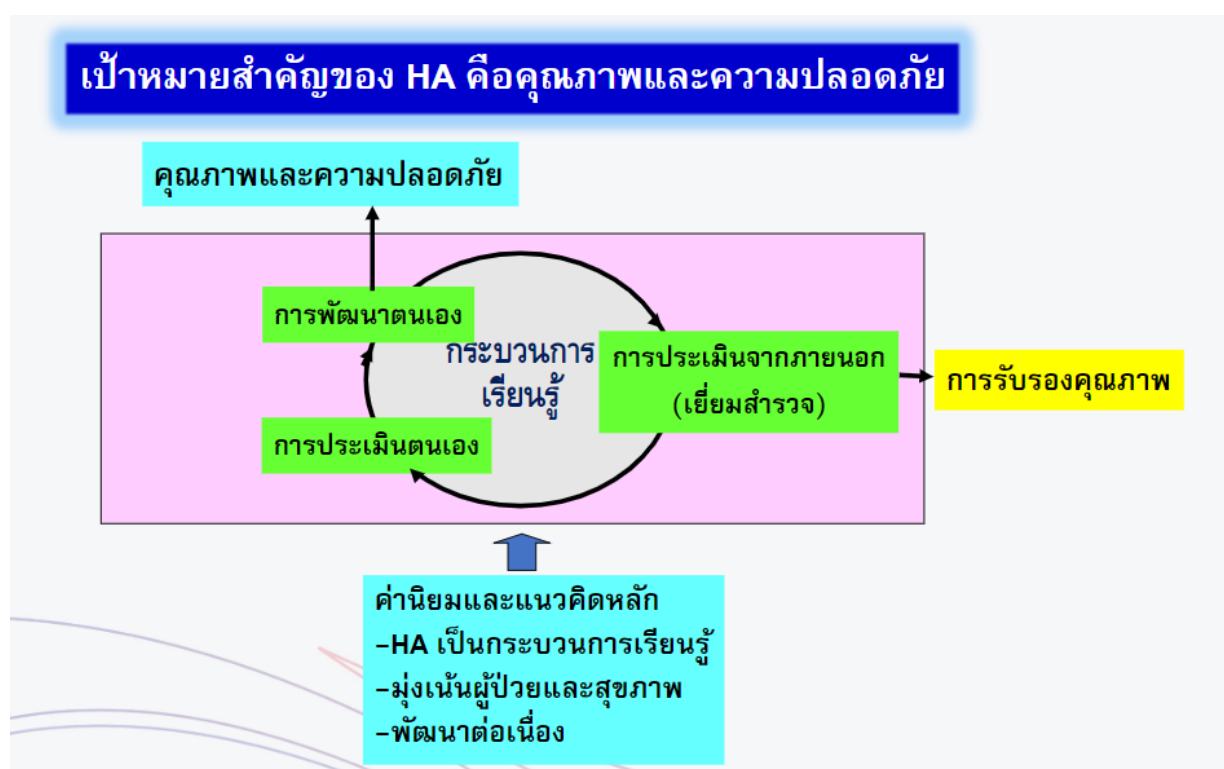
ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เกิดเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ และนาสู่การปฏิบัติในงานประจำได้
๒. เพื่อให้เกิดเข้าใจและสามารถใช้หลักคิด และเครื่องมือพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพ
๓. เพื่อพัฒนาคุณภาพทางคลินิก สามารถบูรณาการมาตรฐาน HA เข้าสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย
๔. เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจให้เกิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

๒.๒ เนื้อหา

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ HA & Quality Concepts



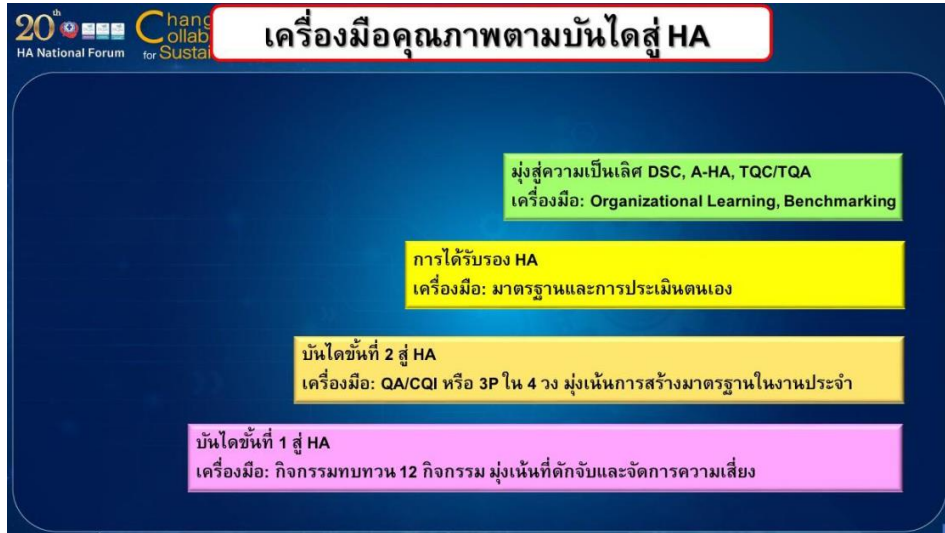
เป้าหมายสำคัญของ HA

ความหมาย Hospital Accreditation คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาทั้งองค์กรมีความจำเป็นเนื่องจากงานแต่ละส่วนล้วนพึ่งพิงการทำงานซึ่งกันและกัน การแยกส่วนพัฒนาจึงไม่สามารถบรรลุจุดสูงสุดที่ต้องการได้

การเรียนรู้ขององค์กรเกิดจากการประเมินตนเองและลงมือทำด้วยตนเอง การเรียนรู้แลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษา โรงพยาบาลอื่น และการได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยมชมการเยี่ยมชม

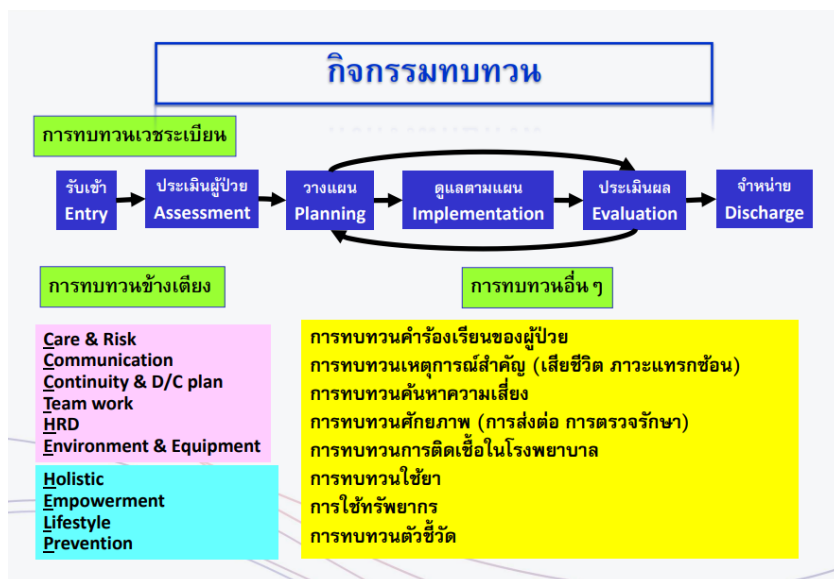
เครื่องมือคุณภาพ

เครื่องมือ คือตัวช่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น ได้ผลดีขึ้น การใช้เครื่องมือให้เกิดประโยชน์ ต้องเข้าใจเป้าหมาย และไม่ยึดติดรูปแบบ



๑๒ กิจกรรมทบทวน (Quality Review)

เป็นเครื่องมือคุณภาพขั้นพื้นฐานของ HA เป็นเครื่องมือค้นหาโอกาสพัฒนา เป้าหมายสำคัญของ ๑๒ กิจกรรมทบทวนคุณภาพคือ เพื่อรับรู้ปัญหา รับรู้สาเหตุ และนำไปสู่การป้องกันอย่างรัดกุม ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวนความคิดเห็นคำร้องเรียนของผู้รับบริการ การทบทวนการส่งต่อขอย้าย ปฏิเสธการรักษา การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง การเฝ้าระวัง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ การทบทวนการใช้ทรัพยากร และการติดตามเครื่องชีวิตสำคัญ



ทำความเข้าใจมาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม ใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสในการพัฒนา โดยสิ่งที่จะต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐานคือการพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน พิจารณาปัญหา ความท้าทาย และความสำคัญ ที่สำคัญ มีการใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core values and concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมคุณภาพ ใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act, Design-Action-Learning-Improve หรือ Purpose-Process-Performance) และใช้แนวทางการประเมินระดับปฏิบัติการตามมาตรฐาน



การบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง (Risk) คือ ผลของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ซึ่งเกิดจากการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจหรือความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ ผลที่ตามมา หรือโอกาสที่จะเกิดอันตราย

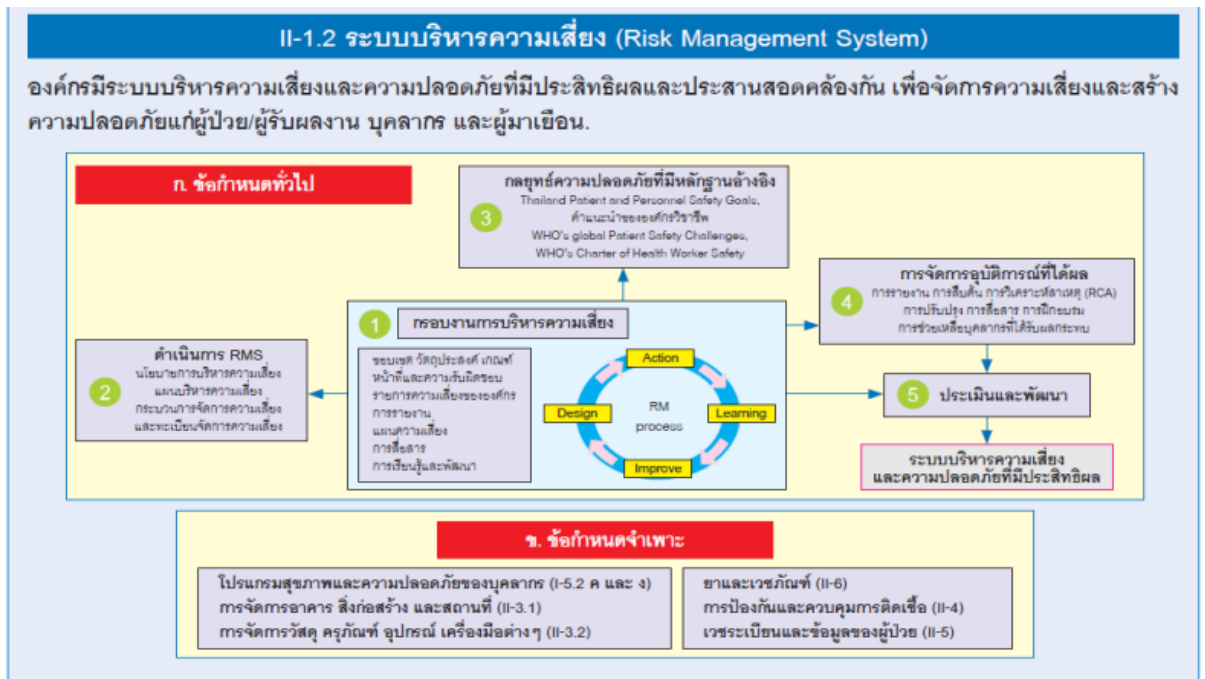
อุบัติการณ์ (Incident) คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และหรือคำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย ซึ่งอุบัติการณ์ในอดีตอาจเป็นความเสี่ยงในปัจจุบันหรืออนาคต แต่อาจไม่มีความเสี่ยงอีกต่อไปหากมีการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าหากก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จะเรียกว่า เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse event)

การบริหารความเสี่ยงเป็นหนึ่งในระบบงานสำคัญของมาตรฐาน HA เป็นการรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตราย และความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยเป้าหมายของการบริหารความเสี่ยง คือ

รับรู้ความเสี่ยง - ความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ และอุบัติการณ์หลังเกิดเหตุ ผ่านการสังเกต จดบันทึก

ป้องกันความเสี่ยง - โดยการกำหนดแนวทาง มาตรฐานต่างๆ มีความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

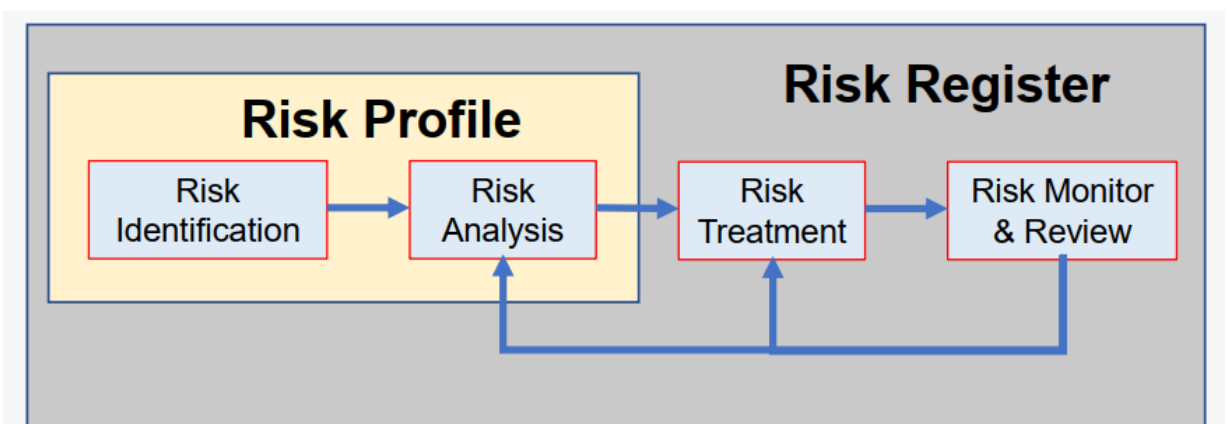
จัดการความเสี่ยง - โดยการวางระบบ การแก้ปัญหาเฉพาะกรณี และการเรียนรู้สู่การป้องกัน
สร้างความตระหนักรู้ - โดยการเรียนรู้จากเหตุที่เคยเกิดขึ้น และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยต่อไป



กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย

๑. Risk profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยง วิเคราะห์สิ่งคุกคามองค์กรในรูปแบบ Risk matrix หรือ risk rating table โดยต้องเริ่มจากการค้นหาความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นการค้นหาจาก Patient Safety Goal, SIMPLE, ทบทวนจากอุบัติการณ์ในอดีต การทบทวนเวชระเบียน หรือการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิก เป็นต้น จากนั้นทำการวิเคราะห์ความเสี่ยง จัดทำเป็น Risk profile ขององค์กร

๒. Risk register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่เกิดการทบทวน ปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการแก้ไขความเสี่ยงจากการทำ Gap analysis, Human-centered design หรือ Patient/customer experience เป็นต้น จากนั้นทำการติดตามและทบทวนความเสี่ยง



การค้นหาความเสี่ยงมีทั้งการค้นหาเชิงรุกและการค้นหาแบบตั้งรับ วิธีการมีความหลากหลาย ขึ้นกับบริบทของสถานพยาบาล การค้นหาเชิงรุก เช่น การตรวจสอบโดย ENV, IC, RM หรือการ Round การค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลักในการทำงาน หรือการทำกิจกรรมทบทวนจากเหตุการณ์สำคัญ และอุบัติการณ์ต่างๆ ส่วนการค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับ เช่น การเก็บข้อมูลจากรายงานต่างๆ รายงานอุบัติการณ์ รายงานผลการตรวจสอบ รายงานของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย การทบทวนกิจกรรมย้อนหลัง โดยความเสี่ยงมีทั้ง clinical risk และ non-clinical risk

การประเมินความเสี่ยงจะช่วยบอกระดับความรุนแรงของผลกระทบที่ตามมา รวมทั้งช่วยให้อธิบายหรือคาดการณ์ความรุนแรงของความเสี่ยงได้ โดยแนวทางการประเมินความเสี่ยง ควรพิจารณาจากโอกาสของการเกิดเหตุการณ์/ความสูญเสีย พิจารณาความถี่ในการเกิด และระดับความรุนแรงของการเกิดผลกระทบของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และผลกระทบต่อองค์กร

ระดับความรุนแรงทางคลินิกแบ่งเป็น 9 ระดับ

ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม
A	ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้	Near miss
B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	
C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย	Low Risk
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้มีการเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย	
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น	Moderate
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	Risk
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร	High Risk
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ	
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เสียชีวิต	

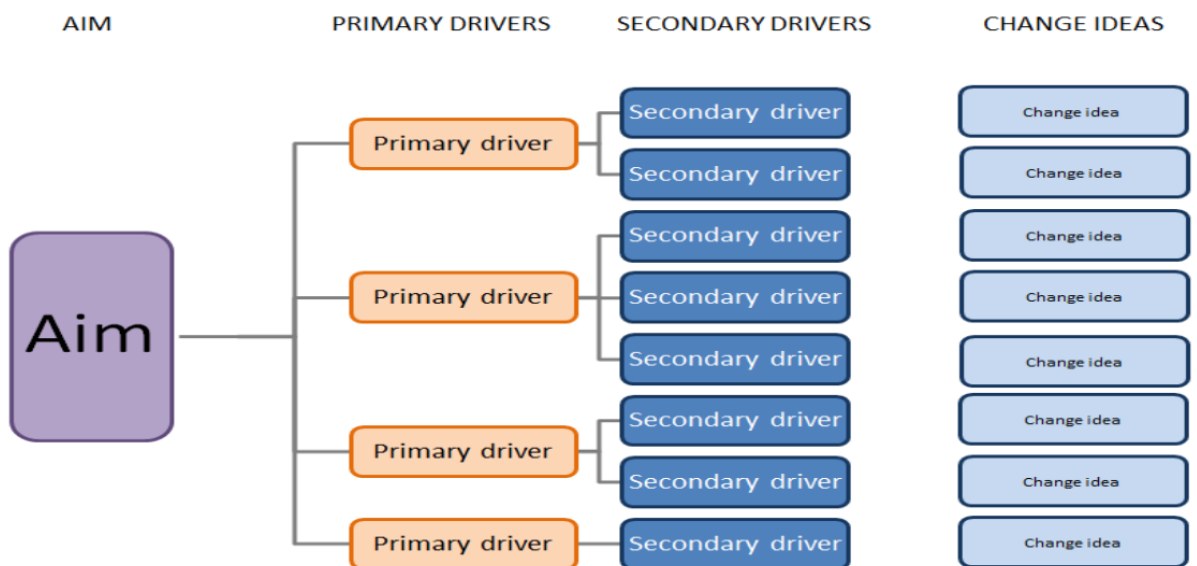
		Consequence				
		Negligible 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catastrophic 5
Likelihood	5 Almost certain	Moderate 5	High 10	Extreme 15	Extreme 20	Extreme 25
	4 Likely	Moderate 4	High 8	High 12	Extreme 16	Extreme 20
	3 Possible	Low 3	Moderate 6	High 9	High 12	Extreme 15
	2 Unlikely	Low 2	Moderate 4	Moderate 6	High 8	High 10
	1 Rare	Low 1	Low 2	Low 3	Moderate 4	Moderate 5

การจัดการความเสี่ยง นอกจากจะพิจารณาระดับความรุนแรงของการเกิดแล้ว ยังต้องพิจารณาความถี่ในการเกิด เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยง โดยระดับความรุนแรงต่ำ อาจจัดการโดยการเขียนคู่มือปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันความเสี่ยงโดยใช้วิธีการที่คาดว่าจะได้ผลที่สุด ระดับความรุนแรงปานกลาง ให้คิดหาวิธีการป้องกันที่ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้ยากต่อการกระทำที่ผิดพลาด ส่วนระดับความรุนแรงมาก ให้วิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่น่าจะมีส่วนต่อการเกิดเหตุการณ์และคิดกิจกรรมป้องกัน หรือเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม (Root Cause Analysis; RCA) โดยมาตรฐาน HA มีการกำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็น ๙ ข้อในการจัดการความเสี่ยง ซึ่งการเกิดความรุนแรงในระดับ E ขึ้นไป จะต้องทำ RCA ในการแก้ไข ทบทวนและติดตามความเสี่ยง

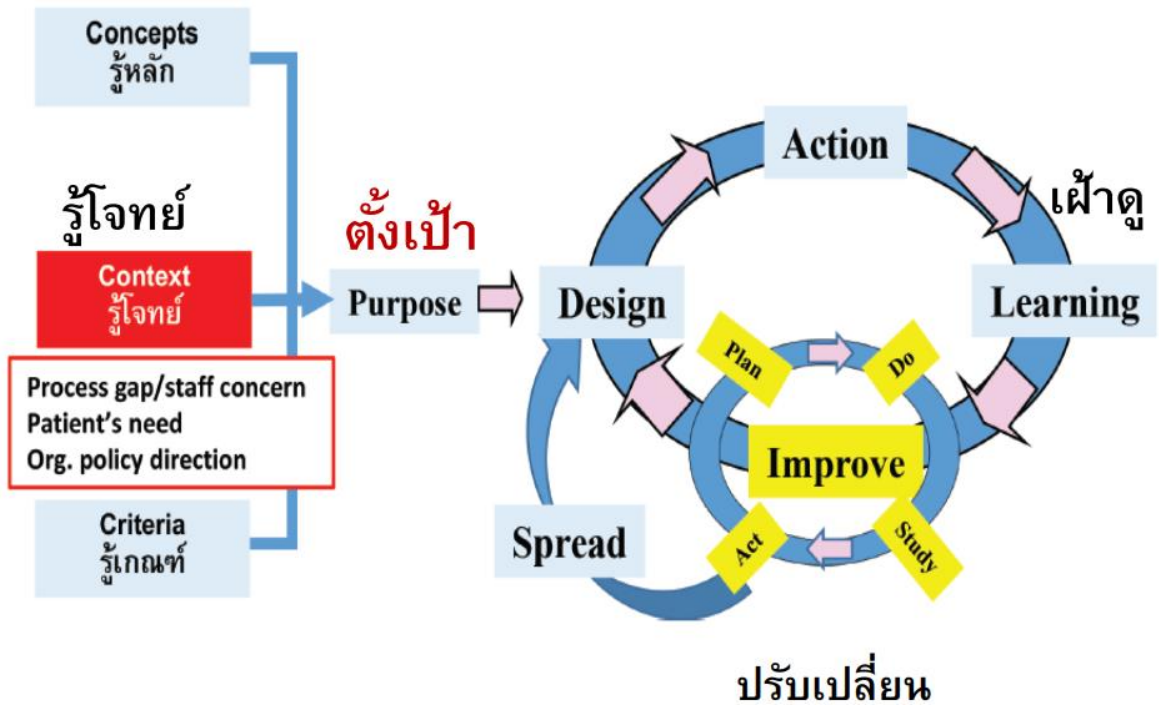
มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน
<ol style="list-style-type: none"> 1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event 5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน 	<p>สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด 2. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด 3. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ 4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง

เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพพื้นฐาน (quality tools)

Driver diagram คือแผนภูมิที่แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยจำแนกเป็นลำดับชั้นจากปัจจัยขับเคลื่อนไปสู่แนวความคิดการปรับเปลี่ยน โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้เห็นภาพรวมของแนวทางการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น ช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของสิ่งที่จะทำ และช่วยกำหนดเป้าหมายและตัววัดความก้าวหน้าในการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ



การเฝ้าดู ทำเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สดุดทำการปรับเปลี่ยน เพื่อพัฒนาอุดรอยรั่ววิธีที่ใช้ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย



๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

มีความรู้ ความเข้าใจ ในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีมในการดูแลผู้ป่วย สามารถใช้ข้อมูลจากอดีต (เวชระเบียน การทบทวนการดูแลผู้ป่วย รายงานอุบัติการณ์) และได้เข้าใจบทบาท สามารถนำเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพมาใช้ได้อย่างหลากหลาย และสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการคุณภาพในองค์กร และเกิดแรงบันดาลใจในการทำงานคุณภาพ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

เกิดการพัฒนาคูณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ตลอดจนเกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อันนำไปสู่การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการขับเคลื่อนกระบวนการคุณภาพร่วมกัน จนเกิดแรงบันดาลใจให้เกิดการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง เนื่องจากการอบรมผ่านออนไลน์ อาจมีบางช่วงที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตขัดข้อง การได้ยินเสียงของวิทยากรขาดๆหายๆ อาจเกิดจากอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร เกิดการหลุดบ่อย

๓.๒ การพัฒนา การประชุมวิชาการครั้งนี้เป็นการปรับปรุงแบบการประชุมเป็นแบบ online ครั้งแรก เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ถือว่าเป็นการประชุมที่จัดได้เหมาะสมกับสถานการณ์ จึงควรมีการประยุกต์จัดการประชุมเช่นนี้อีก เพื่อเข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การประชุมวิชาการประจำปีเป็นการประชุมที่สถาบันรับรองคุณภาพ (องค์การมหาชน) จัดขึ้น เพื่อเป็นเวทีในการถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัย สร้างแรงจูงใจ เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์กับผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการอื่น ๆ และองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนั้นจึงควรให้ส่งบุคลากรสาขาวิชาชีพเข้าร่วมการประชุมวิชาการนี้ด้วย เพื่อนำความรู้ มาพัฒนาองค์กรร่วมกัน

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวสิริยา ผกานมิตร)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวศศิธร ศิริมังกต)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน
(นางสาวศกุนิษฐ์ แวอูมา)
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ส่วนที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ
(นายอุกฤษฏ์ อุเทนสุด)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางนากรุงเทพมหานคร