

## ภาคผนวก ค

---

### ระเบียบปฏิบัติงาน หน่วยงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี




## ภาคผนวก ค-1

---

### การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล การจัดการน้ำเสีย



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๑
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑ จาก ๒๗


### การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง  
( นางสาวสุวิมลสา เกตุศักดิ์ )  
วิศวกรสิ่งแวดล้อม  
ผู้จัดทำ

(อาจารย์ ดร.บริรักษ์ สุวรรณโณ)  
ประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย  
ผู้ตรวจสอบ


(แพทย์หญิงพินิจวิมล อนุวัฒน์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ผู้อนุมัติ

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒ จาก ๒๗

### ประวัติการแก้ไข


แก้ไขครั้งที่	วันที่บังคับใช้	รายละเอียดการแก้ไข	หน้า
๓	๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	๑. วัตถุประสงค์ ๒. คำจำกัดความ - สารเคมีอันตราย ๓. หน้าที่ความรับผิดชอบ - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๔. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน ๕. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน - รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ๖. ระบบติดตามประเมินผล - การติดตามการรับรองคุณภาพของหน่วยงานเอกชน ที่กำจัดมูลฝอยทุกประเภท ๗. แบบฟอร์มที่ใช้ - ฟอร์มเก็บบันทึกข้อมูลมูลฝอย - ฟอร์มการให้ข้อมูลขยะประเภทสารเคมีก่อนทิ้ง	



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๓ จาก ๒๗

## สารบัญ

	หน้า
๑. วัตถุประสงค์	๔
๒. ขอบเขต	๔
๓. คำจำกัดความ	๔ - ๕
๔. หน้าที่ความรับผิดชอบ	๕
๕. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน	๖
๖. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	
๖.๑ ขั้นตอนการปฏิบัติงานมูลฝอยทั่วไป	๗
๖.๒ ขั้นตอนการปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ	๗ - ๘
๖.๓ ขั้นตอนการปฏิบัติงานมูลฝอยอันตราย	๘ - ๑๕
๖.๔ ขั้นตอนการปฏิบัติงานวัสดุชีวภาพ	๑๕
๖.๕ แผนการรวบรวมมูลในโรงพยาบาล	๑๖
๖.๖ แผนทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยในโรงพยาบาล	๑๖ - ๒๐
๗. ระบบติดตามประเมินผล	๒๑ - ๒๒
๘. เอกสารอ้างอิง	๒๒
๙. แบบฟอร์มที่ใช้	๒๒
๙.๑ แบบฟอร์มการตรวจประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล	๒๓ - ๒๕
๙.๒ แบบฟอร์มบันทึกปริมาณมูลฝอยประเภทวัสดุชีวภาพ	๒๖
๙.๓ แบบฟอร์มเอกสารติดป้ายกำกับขยะอันตรายทุกชนิด	๒๖
๑๐. ปัญหา/ ความเสี่ยง/ ข้อควรระวังสำคัญที่พบในการปฏิบัติงานและแนวทางการแก้ไข	๒๗

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๔ จาก ๒๗

## ๑. วัตถุประสงค์

๑.๑ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรในการคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย และการกำจัดมูลฝอยของโรงพยาบาล  
๑.๒ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อมจากการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาล

## ๒. ขอบเขต

ใช้สำหรับบุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล โดยวิธีปฏิบัติงานการจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาลนี้ ครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนการคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย และขั้นตอนการรวบรวมเพื่อส่งกำจัดภายนอกโรงพยาบาล

## ๓. คำจำกัดความ

๓.๑ **มูลฝอยทั่วไป** หมายถึง มูลฝอยที่เกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และประชาชนผู้มารับบริการ ซึ่งมีลักษณะเป็นของแข็งหรือของเหลวที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สาระคดีหลัง เพื่อโรคและสารเคมี ได้แก่ กระดาษ พลาสติก เศษอาหาร แก้ว โลหะ เป็นต้น

๓.๒ **มูลฝอยติดเชื้อ** หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือความเข้มข้น ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ กรณีมูลฝอยสิ่งต่อไปนี้ที่ติดเชื้อหรือใช้ในกระบวนการตรวจ วินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้อุ้มคนไข้โรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจ ชิ้นสูตรหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ

๑) ซากหรือชิ้นส่วนของมนุษย์ ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชิ้นสูตร  
๒) วัสดุของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด กระบองกดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้วสไลด์ เป็นต้น  
๓) วัสดุซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือด ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารคัดหลั่งจากร่างกายของมนุษย์ หรือวัสดุที่สัมผัสกับของเหลวในร่างกายที่มีชีวิต เช่น สลัด ผ้าก๊อซ ผ้าผ้า ฝ้าย และใยสังเคราะห์  
๔) มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง


๓.๓ **มูลฝอยอันตราย** หมายถึง มูลฝอยที่เป็นพิษ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น ๔ ประเภท ดังนี้

๑) มูลฝอยอันตรายประเภทที่หมักหมม เสื่อมคุณภาพ มีการปนเปื้อนหรือต้องการทิ้ง  
๒) มูลฝอยอันตรายประเภทสารเคมี ทั้งในสถานะของแข็ง ของเหลวและก๊าซ เช่น สารเคมีที่เกิดจากการตรวจวินิจฉัยโรคและการทดลอง สารเคมีที่ใช้ในการทำความสะอาดเครื่องมือ อาศรัยสถานที่  
๓) มูลฝอยอันตรายประเภทเป็นอันตรายกับสิ่งแวดล้อม ตามข้อกำหนดของคณะกรรมการพลังงานปรมาณู เพื่อสันติ

๔) มูลฝอยอันตรายประเภทจากหลอดไฟ แบริ่ง แบตเตอรี่ กระป๋องสเปรย์ เป็นต้น  
๓.๔ **มูลฝอยวัสดุชีวภาพ** หมายถึง มูลฝอยที่สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้อีก หรือสามารถนำไปจำหน่ายได้ เช่น กระป๋องนมเนย กระดาษ ก่อขยะค้าย ขวดน้ำเกลือที่มีการคัดแยกแล้ว เป็นต้น







 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล.	
	รหัสเอกสาร : WH-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๓
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๗ จาก ๒๗


#### ๖. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน


ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
<b>๑. มูลฝอยทั่วไป</b>		
๑.๑	การคัดแยกมูลฝอยทั่วไป	การคัดแยกมูลฝอย แยกทิ้งในถังขยะที่มีถุงสีตัวรองรับ และมีฝาปิดมิดชิด ต้องคัดแยกจากมูลฝอยชนิดอื่น เช่น มูลฝอยอันตราย มูลฝอยติดเชื้อ และมูลฝอยรีไซเคิลที่จำหน่ายได้ เพื่อลดปริมาณมูลฝอยที่ต้องส่งไปกำจัดให้ลดลง และไม่ต้องจัดการตามระบบ ๓ สถานที่ตั้งวางให้เพียงพอดังปริมาณมูลฝอย และมีการกำหนดที่ตั้งวางภาชนะรองรับมูลฝอยทั่วไปที่ชัดเจน
๑.๒	การเก็บรวบรวมมูลฝอยทั่วไป	เมื่อมีปริมาณขยะ ๒ ใน ๓ ส่วนของถุงให้พนักงานทำความสะอาดประจำหน่วยงานผูกมัดปากถุงแล้วเขียนป้ายชื่อหน่วยงานติดปากถุงขยะให้เรียบร้อยแล้ว นำไปรวบรวมไว้ในถังขยะสำหรับเคลื่อนย้ายขยะทั่วไปของหน่วยงาน
๑.๓	การเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไป	ผู้ทำการเคลื่อนย้าย ต้องแต่งกายด้วยเสื้อคลุม สวมหมวกคลุมผม สวมผ้าปิดปากและจมูก สวมถุงมือยางหนาและใส่รองเท้าบู๊ท ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน โดยขั้นตอนการเคลื่อนย้าย ให้ปฏิบัติดังนี้ ๑) ตรวจสอบถุงขยะก่อนเคลื่อนย้ายว่าไม่รั่ว หากพบว่ามีให้ซ้อนทับอีกชั้นหนึ่ง ๒) ผูกเชือกมัดปากถุงขยะให้เรียบร้อย ๓) ในการเคลื่อนย้ายถุงขยะต้องยกและวางถุงขยะอย่างระมัดระวังห้ามโยนถุงขยะเคลื่อนย้ายเด็ดขาด ๔) ทำความสะอาดรถเข็นขยะทุกครั้งหลังการเคลื่อนย้ายเสร็จสิ้น เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจให้อัดถุงมือและชุดปฏิบัติการออก ซักทำความสะอาดและล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ๕) ในการขนย้าย ต้องทำการขนย้ายตามเส้นทางเคลื่อนย้ายและช่วงเวลาที่กำหนดในแผนการจัดการมูลฝอย โดยมีการกำหนดเส้นทางที่แน่นอน
๑.๔	การจัดมูลฝอยทั่วไป	มูลฝอยทั่วไปที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวบรวมและนำไปกำจัดภายนอก
<b>๒. มูลฝอยติดเชื้อ</b>		
๒.๑	การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ	ต้องทำการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อจากมูลฝอยชนิดอื่น ณ แหล่งกำเนิด โดยทำการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้ ๑) มูลฝอยที่เป็นของเหลวหรือสารคัดหลั่ง เช่น เลือด อุจจาระ ปัสสาวะ เสมหะ หอบ เป็นต้น ให้ห่อส่วนที่เป็นของเหลวทิ้งในอ่างที่หน่วยงานกำหนดซึ่งมีโถระบายไหลไปสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WH-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๘ จาก ๒๗


ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
<b>๑. มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม</b>		
- มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ในมัด กระบอกรัดเย็บชนิดที่เป็นแก้ว หลอดแก้ว ภาชนะอุปกรณ์ที่ทำด้วย แก้ว สไลด์ แผ่นกระจกชนิดใส ให้ทิ้งในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดที่มีความแข็งแรงสามารถป้องกันการแพร่กระจายของมีคมได้ เช่น แกลลอนพลาสติกที่แข็งแรงทนทาน - ซากหรือชิ้นส่วนของมนุษย์หรือสัตว์ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชิ้นสุตศพ และการใช้สัตรีทอลอง ให้ใส่ในถุงพลาสติกให้เรียบร้อย แล้วแจ้งเจ้าหน้าที่รักษาของโรงพยาบาลเพื่อนำไปเก็บรวบรวมไว้ในตู้เย็นเพื่อรอดำเนินการกำจัดต่อไป - วัสดุที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์ เช่น ลาสี ผ้าก๊อซ ซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย รวมทั้งเลือดและส่วนประกอบของเลือด เช่น น้ำเหลือง เม็ดเลือดต่าง ๆ และผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ เสมหะ น้ำลาย น้ำเหลือง เป็นต้น ให้ทิ้งในถังขยะที่มีถุงพลาสติกสีแดงรองรับ - รวบรวมใส่ในถุงพลาสติกสีแดงแล้วปิดมัดปากถุงให้เรียบร้อยแล้วรวบรวมไว้ในถังพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด จากนั้นให้พนักงานทำความสะอาดประจำพื้นที่นั้น ๆ นำไปทิ้งที่บ่อสำหรับทิ้งกาก หรือบริเวณที่กำหนดให้ทิ้งกากในระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล ส่วนถุงแดงที่ใช้บรรจุให้ทิ้งลงในถังขยะติดเชื้อ - มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง ให้ทิ้งในถังขยะที่มีถุงพลาสติกสีแดงรองรับ		
๒.๒	การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	ในการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อภายในโรงพยาบาล ต้องมีปฏิบัติดังต่อไปนี้ - มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม รวบรวมในกล่องมีการบรรจุไม่เต็ม โดยบรรจุประมาณ ๓ ใน ๔ ส่วนของภาชนะ (ถังสีเหลือง) เพื่อเหลือที่ไว้ปิดฝาภาชนะและป้องกันการหกหล่น หรือแพร่กระจายของมีคมภาชนะ เมื่อทำการปิดฝาแล้ว นำมารวบรวมไว้ในถังขยะสำหรับรอการเคลื่อนย้าย - ขยะติดเชื้อประเภทวัตถุไม่มีคม เมื่อมีปริมาณขยะ ๒ ใน ๓ ส่วนของถุงขยะสีแดง ให้พนักงานทำความสะอาดประจำหน่วยงานผูกมัดปากถุงและเขียนป้ายชื่อหน่วยงานติดปากถุงขยะให้เรียบร้อย นำไปใส่ในถังขยะสำหรับเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อประจำหน่วยงาน

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>		<p>วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล</p> <p>รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑</p> <p>วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕</p>
		<p>แ</p> <p>๗</p>
ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
๒.๓	การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	<p>ผู้ปฏิบัติงานการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ การแต่งกายต้องสวมเสื้อคลุม หมวกคลุมผม ผ้าปิดปากและจมูก ถุงมือยางหนาและรองเท้าบูทตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน ขั้นตอนการเคลื่อนย้าย ให้ปฏิบัติตามดังนี้</p> <p>๑) ตรวจสอบถุงขยะก่อนเคลื่อนย้ายว่าไม่มีการรั่วซึม หากพบว่าถุงรั่วให้รองถุงในถุงอื่นที่อีกชั้นหนึ่ง</p> <p>๒) ผู้เก็บกวาดบริเวณขยะ และติดป้ายชื่อของหน่วยงานให้เรียบร้อย</p> <p>๓) ยกและวางถุงขยะอย่างนุ่มนวลโดยจับตรงคอถุงห้ามผู้ดูแล ห้ามโยน</p> <p>๔) ระหว่างเคลื่อนย้ายไปยังโรงพักขยะห้ามแวะหรือพักที่ใด ๆ</p> <p>๕) ทำความสะอาดรถเข็นขยะทุกครั้งหลังการเคลื่อนย้าย</p> <p>๖) เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจให้ถอดถุงมือและชุดปฏิบัติงานออก แล้วนำไปซักทำความสะอาดและล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อด้วยวิธีการล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพ ๖ ขั้นตอน</p> <p>๗) การจัดการกับมูลฝอยติดเชื้อที่ตกหล่นระหว่างทางขยะเคลื่อนย้าย ให้ใช้ผ้าหรือสิ่งกีดขวางด้วยถุงมือยางหนา ใส่ในถุงมูลฝอยติดเชื้ออีกใบ หากมูลฝอยดังกล่าวเป็นของเหลวให้จับด้วยกระดาษชำระหรือสารดูดซับ แล้วทิ้งลงในถุงขยะติดเชื้อ จากนั้นทำการรวบรวมบริเวณที่มูลฝอยตกหล่นด้วยแอลกอฮอล์ ๗๐% ก่อนเช็ดทำความสะอาด</p> <p>๘) รดน้ำตามถนนและ เนื่องจากทำความสะอาดง่ายสารทำความสะอาดหรือน้ำยาฆ่าเชื้อที่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคได้ มีพื้นเรียบและหิบบ ทำการปิดฝามูลฝอยให้แน่นเพื่อป้องกันสัตว์และแมลงเข้าไป และในรถเข็นต้องมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่เกิดการหล่นประจวบเข้าทุกคน</p> <p>๙) รดน้ำสำหรับเคลื่อนย้ายมูลฝอยเชื้อคือถังสีและชนิดมีล้อเลื่อนฝาถึงปิดมิดชิดและให้พนักงานทำความสะอาดประจำหน่วยงานเคลื่อนย้ายไปรวบรวมไว้จุดพักมูลฝอยติดเชื้อที่กำหนด โดยใช้เส้นทางและช่วงเวลาการเคลื่อนย้ายที่โรงพยาบาลกำหนด</p>
๒.๔	การจัดมูลฝอยติดเชื้อ	<p>๑) ขยะติดเชื้อและขยะอันตรายจากโรงพยาบาล ส่งกำจัดให้บริษัทเอกชนเป็นผู้กำจัด โดยการเผาในเตาเผาของวิสาหกิจที่ได้รับจัดมาตรฐาน ภายในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p> <p>๒) เศษชิ้นเนื้อ อวัยวะของร่างกายมนุษย์ที่ได้ และเป็นผลมาจากผ่าตัด การตรวจชันสูตรศพ โรงพยาบาลจะเก็บรวบรวมแล้วให้ผู้รับให้ได้จำนวนหนึ่งแล้วจะส่งไปเผาที่เตาเผาของมูลนิธิเอกชน</p> <p>๓) รก ของเหลว สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย อุจจาระ ปัสสาวะและสิ่งปฏิกูลต่างๆ จัดโดยนำสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย</p>


 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>		<p>วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล</p> <p>รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑</p> <p>วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕</p>
		<p>แก้ไขครั้งที่ : ๐๐</p> <p>หน้า : ๑๐ จาก ๒๗</p>
ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
๓.	มูลฝอยอันตราย	
๓.๑	การคัดแยกมูลฝอยอันตราย	<p>แต่ละหน่วยงานคัดแยกมูลฝอยอันตรายให้ปฏิบัติตามนี้</p> <p>๑) ขยะอันตราย ให้แยกทิ้งดังนี้ ขยะอันตรายประเภทยา ให้ทิ้งในถังขยะที่มีจุลภาสติกสีเหลืองรองรับ</p> <p>๒) ขยะอันตรายทั่วไป ให้หน่วยงานรวบรวมมีติดฉลากหรือบรรจุใส่ในกล่องกระดาษให้มิดชิดพร้อมในการขนย้ายต่อไป</p>
๓.๒	การเก็บรวบรวมมูลฝอยอันตราย	<p>การเก็บรวบรวมมูลฝอยอันตราย แบ่งได้เป็น ๔ ประเภทคือ</p> <p>๑) ของเสียอันตรายประเภทยา ต้องเก็บรวบรวมเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <p>๑.๑) กลุ่มที่เก็บรวบรวมหรือบริษัทที่ผลิตและจำหน่ายเพื่อนำไปกำจัด เช่น ยาเคมีของเสียประเภทเภสัชกรรมสำหรับทำยา เป็นต้น</p> <p>๑.๒) กลุ่มของเสียที่ไม่สามารถส่งคืนโรงงานหรือบริษัทที่ผลิตและจำหน่ายเพื่อนำไปกำจัดต่อไป</p> <p>๒) ของเสียอันตรายประเภทสารเคมี ควรเก็บรวบรวมของเสียเคมีบางกลุ่มแยกออกจากกัน เนื่องจากมีคุณสมบัติที่เข้ากันไม่ได้ การบำบัดและการกำจัดต่างกัน</p> <p>๒.๑) การเก็บรวบรวมของเสียในตู้ดูดควัน เมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงานแล้วให้นำขวดที่ใช้บรรจุของเสียออกจากตู้ดูดควันเสมอ</p> <p>๒.๒) ของเสียประเภทระเบิด ต้องปฏิบัติตามความเป็นจริงต่างให้เป็นกลาง แล้วบรรจุในขวดแก้วหรือขวดพลาสติกโพลีเอทิลีน ภาชนะบรรจุของเสียที่สามารถติดไฟต้องวางไว้บนพื้น บริเวณหรือขึ้นในการจัดเก็บต้องมีความต้านทานต่อการระเบิด ห้ามเก็บภาชนะบรรจุของเสียไว้ใกล้ถังหรือท่อระบายน้ำ</p> <p>๒.๓) การเก็บรวบรวมของเสียหรือของเสียอันตรายประเภทกัมมันตรังสี ต้องปฏิบัติตามแนวทางการจัดการมูลฝอยประเภทกัมมันตรังสีอย่างเคร่งครัด ซึ่งในการจัดการนั้นขึ้นอยู่กับทางเลือกปฏิบัติตามแนวทางของโรงพยาบาลหรือของหน่วยงานกำหนด มีแนวทางดังนี้</p> <p>(๑) หน่วยงานผู้ให้สารกัมมันตรังสี ต้องทำการคัดแยก เก็บรวบรวม จัดเตรียมสถานที่เก็บกักกัมมันตรังสี (ชั่วคราว) และจัดการกากกัมมันตรังสีที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของตน ไปจนถึงการนำส่งกากกัมมันตรังสีไปยังศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสี (ศจ.) สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์ โดยกรอกข้อมูลกากใน “แบบขอรับบริการ จัดการกากกัมมันตรังสี” ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และยื่นแบบที่ ศจ. ตามขั้นตอนที่กำหนด</p>

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	<p>วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล</p> <p>รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓      แก้ไขครั้งที่ : ๐๐</p> <p>วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕      หน้าที่ : ๑๑ จาก ๒๗</p>
---	---


ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางการปฏิบัติ
		<p>(๒) หน่วยงานมีการวางแผนการปฏิบัติงานในทุกชั้นตอน เพื่อลดปริมาณกากกัมมันตรังสีที่เกิดขึ้นให้น้อยที่สุด</p> <p>(๓) หน่วยงานต้องควบคุมไม่ให้มีมูลฝอยประเภทอื่น ที่ไม่ใช่กากกัมมันตรังสีปะปนอยู่ในการขนส่งบรรจุกากกัมมันตรังสี</p> <p>(๔) กากกัมมันตรังสีที่มีส่วนประกอบเป็นวัตถุอันตราย ได้แก่ วัตถุติดอาวุธ วัตถุพิษและวัตถุที่ก่อให้เกิดโรค ต้องมีการแจ้งให้ศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสีสถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติทราบ</p> <p>(๕) เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทุกคน ต้องมีการตรวจสอบสภาพของภาชนะบรรจุกากกัมมันตรังสีเป็นประจำ</p> <p>(๖) กากกัมมันตรังสีที่เป็นมูลฝอยติดเชื้อ ให้ทำการฆ่าเชื้อตามปกติ และนำส่งพร้อมมีเอกสารรับรองการผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อ</p> <p>(๗) ภาชนะที่บรรจุมูลฝอยต้องมีการติดฉลากเครื่องหมายรังสี ระบุวันที่รวบรวมกาก น้ำหนัก/ปริมาตร ชนิด สารกัมมันตรังสีหน่วยเป็นเบ็กเคอเรล ปริมาณรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นมิลลิเรินต์ต่อชั่วโมง และระดับความเปราะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นเบ็กเคอเรลต่อตารางเซนติเมตร ติดระบุในภาชนะบรรจุกากกัมมันตรังสีทุกชิ้น</p> <p>(๘) กากกัมมันตรังสีที่เล็กใช้แล้ว ให้ปฏิบัติตามรายละเอียดในหัวข้อการจัดการกากต้นกำเนิดรังสี กากของเหลวกัมมันตรังสี ให้เจ้าหน้าที่คัดแยกกากของเหลวออกเป็น ๓ ประเภท คือ</p> <p>(๘.๑) สารละลายน้ำ เช่น น้ำที่ทิ้งในห้องปฏิบัติการรังสี</p> <p>(๘.๒) สารละลายอินทรีย์ เช่น สารละลายยาลดแลน্থ น้ำมันกัดน้ำมันหล่อลื่น</p> <p>(๘.๓) ของเสียทางการแพทย์ เช่น ปัสสาวะ เลือด ซิรัม ผู้ใช้สารกัมมันตรังสีต้องบรรจุกากของเหลวดังกล่าว ในภาชนะแยกจากกัน โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้ แนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมกากกัมมันตรังสีที่เป็นของเหลว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บรรจุกากของเหลวใส่ถุงพลาสติกชนิดโพลีเอทิลีนสีขาวในถังขนาด ๒๐ ลิตรและทำการปิดฝาดังให้แน่น(ผาถังแบบเกลียว) พร้อมตรวจสอบความเปราะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวด้านนอกของถังบรรจุกากโดยรอบ</li> <li>- บรรจุของเหลวในถังให้เต็มระดับที่ต่ำกว่าปากถังประมาณ ๓ นิ้ว</li> <li>- นำถังกากใส่ในถุงพลาสติกชนิดโพลีเอทิลีนและปิดปากถุงให้แน่น</li> <li>- ติดฉลากเครื่องหมายรังสี ระบุวันที่รวบรวมกาก น้ำหนัก/ปริมาตร ชนิด สารกัมมันตรังสีหน่วยเป็นเบ็กเคอเรล ปริมาณรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นมิลลิเรินต์ต่อชั่วโมง และระดับความเปราะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิว</li> </ul>

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	<p>วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล</p> <p>รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓      แก้ไขครั้งที่ : ๐๐</p> <p>วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕      หน้าที่ : ๑๒ จาก ๒๗</p>
---	---


ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางการปฏิบัติ
		<p>พื้นผิวหน่วยเป็นเบ็กเคอเรลต่อตารางเซนติเมตร ติดระบุในภาชนะบรรจุกากกัมมันตรังสีทุกชิ้นเพื่อเตรียมส่งกากตามปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ในกรณีที่เป็นการขนส่งทางเรือต้องแยกเก็บภาชนะที่พบต่อการกีดขวางและไม่มีสารละลายเจือปนอยู่</li> <li>- กรณีที่รังสีมีความรุนแรงสูงเกินกว่าจะขนส่งได้ ให้นำไปเก็บรักษาไว้ ณ สถานที่เก็บกากกัมมันตรังสีชั่วคราวที่หน่วยงานกำหนด จนกว่าจะถึงกำหนดนำส่งศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสี หมายเหตุ กรณีที่เป็นสารละลายที่ประกอบด้วยวัตถุอันตราย เช่น วัตถุไวไฟ วัตถุพิษ วัตถุติดอาวุธให้</li> </ul> <p>ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕</p> <p>๓) กากกัมมันตรังสีที่เป็นของแข็ง ให้หน่วยงานเก็บกากของแข็งออกเป็น ๓ ประเภท คือ</p> <p>(๓.๑) ประเภทเผาไหม้ได้ เช่น กระดาษ ผ้า ไม้ พลาสติกชนิดโพลีเอทิลีน</p> <p>(๓.๒) ประเภทเผาไหม้ไม่ได้/บดอัดได้ เช่น แก้ว โลหะ ทองเหลือง พลาสติกแข็ง เป็นต้น</p> <p>(๓.๓) ประเภทเผาไหม้ไม่ได้/บดอัดไม่ได้ เช่น ซินโลหะขนาดใหญ่ เซรามิก วัสดุกำบังรังสี ดิน ตะกอนดิน โดยหน่วยงานต้องบรรจุกากของแข็งดังกล่าว ในภาชนะแยกจากกัน</p> <p>๔) กากของแข็งชนิดพิเศษ ให้คัดแยกกากออกเป็น ๒ ชนิด คือ</p> <p>(๔.๑) เรซิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บรรจุกากเรซินในถุงพลาสติกชนิดโพลีเอทิลีนขนาดความจุ ๒๐ ลิตร ปิดปากถุงให้แน่น พร้อมตรวจสอบความเปราะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวด้านนอกของถุงบรรจุกากโดยรอบ</li> <li>- ติดฉลากเครื่องหมายรังสี ระบุวันที่เก็บรวบรวมกาก น้ำหนักและปริมาตรกาก ชนิด และกัมมันตรังสีหน่วยเป็นเบ็กเคอเรลต่อโลกกรัม ปริมาณรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นมิลลิเรินต์ต่อชั่วโมง และระดับความเปราะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นเบ็กเคอเรลต่อตารางเซนติเมตร บรรจุกากอย่างชัดเจนทุกถุงที่บรรจุ</li> <li>- นำถุงกากเรซินใส่ในถังพลาสติกทรงกระบอกความจุ ๕๐ ลิตรเส้นผ่านศูนย์กลาง ๔๖ เซนติเมตร สูง ๕๖ เซนติเมตร เป็นถังปากกว้าง มีฝาปิดสามกรณีสภาพกรดและด่าง</li> <li>- ติดฉลากเครื่องหมายรังสี ระบุวันที่เก็บรวบรวมกาก น้ำหนักและปริมาตรกาก ชนิดและกัมมันตภาพรังสี หน่วยเป็นเบ็กเคอเรลต่อ</li> </ul>

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WH-ENV-00๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๓ จาก ๒๗


ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
		<p>ก็โลกปริมาณรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นมิลลิเรินกอนต่อชั่วโมง และระดับความเปรอะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นเบคเคอเรลต่อตารางเซนติเมตร บนสิ่งกีดขวางทุกสิ่งเพื่อเตรียมส่งกากตามนัดหมาย</p> <p>- นำไปเก็บรักษาไว้ ณ สถานที่เก็บกากกัมมันตรังสีชั่วคราวจนกว่าจะนำส่งศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสี สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติ (สทน.) ชุมกรองอากาศ</p> <p>- บรรจุชุดกรองอากาศในถุงพลาสติกใสชนิดโพลีเอทิลีนที่มีขนาดตามความเหมาะสมพร้อมตรวจสอบความเปรอะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวด้านนอกของถุงบรรจุจากภายนอก นำชุดชุดกรองอากาศใสในกล่องกระดาษที่แข็งแรงขนาดตามความเหมาะสม</p> <p>- ติดฉลากเครื่องหมายรังสี ระบุน้ำหนักที่เก็บรวม กาก น้ำหนักและปริมาณกาก ชนิดและกัมมันตรังสี หน่วยเป็นเบคเคอเรลต่อกิโลกรัม ปริมาณรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นมิลลิเรินกอนต่อชั่วโมง และระดับความเปรอะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นเบคเคอเรลต่อตารางเซนติเมตร บนกล่องบรรจุจากทุกใบเพื่อเตรียมส่งกากตามนัดหมาย</p> <p>- นำไปเก็บรักษาไว้ ณ สถานที่เก็บกากกัมมันตรังสีชั่วคราวจนกว่าจะนำส่งศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสี สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติ (สทน.) ของเสียอันตรายประเภทกากกัมมันตรังสี แบตเตอรี่ กระป๋องสเปรย์ ภาชนะบรรจุสารเคมี ขี้ก้าง ฆ่าเชื้อ ฆ่าแมลง การเก็บรวบรวม ควรแยกชนิดเก็บรวบรวมและนำส่งไปยังที่เก็บกากวม โดยแต่ละชนิดมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้</p> <p>(๕.๑) เจ้าหน้าที่ต้องให้ให้หมดก่อนนำไปทิ้งในการขนบรรจุมูลฝอยอันตราย และไม่ควรทิ้งปะปนกับมูลฝอยทั่วไปหากเป็นของเสียอันตรายชนิดเดียวกันขนาดเล็กให้เก็บรวบรวมในการขนที่หนาน ไม่รวบแล้วทำเครื่องหมายเก็บทิ้งให้ชัดเจน</p> <p>(๕.๒) ห้ามทุบกระป๋องสเปรย์หรือหลอดไฟ และห้ามทุบแยกชิ้นส่วน แบตเตอรี่มือถือ แบตเตอรี่รถยนต์ และถ่านไฟฉาย ควรเก็บรวบรวมไว้ในภาชนะ ถุงหรือกล่องหรือปิดปากถุง/กล่องให้มิดชิด</p> <p>(๕.๓) เมื่อเปลี่ยนหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์ ให้นำซากกากใส่ของบรรจุหลอดไฟหรือหลอดที่มีพิษที่มีติดหุ้มไว้ในถุงมูลฝอยสีเทาหรือภาชนะที่จัดเตรียมไว้ พร้อมระบุชื่ออย่างชัดเจน โดยหลอดฟลูออเรสเซนต์ ขวดยา ถ่านไฟฉาย กระป๋องสเปรย์ กระป๋องสารฆ่าแมลง ภาชนะบรรจุสารอันตรายต่าง ๆ ตามประกาศกรมควบคุมมลพิษ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้</p>

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WH-ENV-00๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๔ จาก ๒๗

ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
		<p>(๑) แจ้งแรง ทนทานตามมาตรฐานของสำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรมหรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>(๒) ก้นภาชนะ แก้วและพลาสติก หนา แข็งแรงและสีดวื่น ๆ ไม่ให้สัมผัสหรือดูดซับ</p> <p>(๓) ชิ้นส่วนสามารถดัดประกอบได้ง่าย เพื่อความสะดวกในการถ่ายเทและล้างทำความสะอาด</p> <p>(๔) วัสดุทนการกัดกร่อนและไม่เป็นพิษ</p> <p>(๕) มีน้ำหนักเบาและขนาดพอเหมาะ เพื่อความสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายและถ่ายเท</p> <p>(๖) ไม่เป็นพิษ หากกรณีใช้สารเคมีให้ปริมาณในระดับที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ</p> <p>(๗) หากเป็นถุงหรือถังพลาสติก ควรฉีกจากพลาสติกให้แล้ว ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ โดยน้ำหนัก</p> <p>(๘) รูปแบบของถุงหรือถังรองรับของเสียอันตรายมีสีเทา</p> <p>(๙) การบรรจุมูลฝอยหรือของเสียอันตราย ที่เป็นสารเคมีและของเสียอันตรายเป็นอันตรายกัมมันตรังสี ควรบรรจุของเสียมี ๒ วิธี คือ</p> <p>๕.๑ Lab packs เป็นการบรรจุภาชนะขนาดเล็กในภาชนะขนาดใหญ่กว่า ต้องถูกนำมาบำบัดโดยการปรับเสถียรหรือทำลายฤทธิ์ก่อนที่นำไปกำจัดตามแนวทางที่เหมาะสม</p> <p>๕.๒ Commingling รวบรวมของเสียอันตรายหลายชนิดเข้าด้วยกันในภาชนะใหญ่เพื่อใช้ในการขนส่ง และนำไปกำจัด</p>
๓.๓	การเคลื่อนย้ายมูลฝอยอันตราย	<p>การคัดแยกมูลฝอยอันตราย มูลฝอยอันตรายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลสามารถคัดแยกได้เป็น ๔ ประเภท ดังนี้</p> <p>๑) มูลฝอยอันตรายประเภทที่หมดอายุ เสื่อมคุณภาพ ถูกปนเปื้อน ถูกทิ้ง เนื่องจากไม่ต้องการใช้ ให้ทำการคัดแยกและเก็บในภาชนะ และติดฉลาวย่อยประเภทมูลฝอยอันตราย</p> <p>๒) มูลฝอยอันตรายประเภทสารเคมี ทั้งในรูปของแข็ง ของเหลวและก๊าซ เช่น สารเคมีที่เกิดจากการตรวจวินิจฉัยโรคและการทดลองสารเคมีที่ใช้ในการทำความสะดวกเครื่องมือ อาคารสถานที่ และกระบวนการทางการแพทย์เชื้อโรค แยกเก็บในภาชนะเดิมและติดฉลาวย่อยประเภทมูลฝอยอันตรายให้ชัดเจน</p>

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๕ จาก ๒๗

ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางการปฏิบัติ
		<b>๓) มูลฝอยอันตรายประเภทเป็นสารกัมมันตรังสี</b> เป็นมูลฝอยอันตรายหรือของเสียอันตรายที่ต้องการวิธีการจัดการและกำจัดเฉพาะ มีการจัดการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ ทำการคัดแยกและเก็บในภาชนะเฉพาะ <b>๔) มูลฝอยอันตรายประเภทซากหลอดเลือด แพตเตอร์ กระบองสปริง</b> เพื่อป้องกันการรั่วซึม ต้องคัดแยกและแยกบริเวณจัดเก็บในภาชนะและติดฉลากชื่อประเภทมูลฝอยอันตรายให้ชัดเจน
๓.๔	การจัดมูลฝอยอันตราย	โรงพยาบาลใช้บริการหน่วยงานภายในมหาวิทยาลัยการรับไปกำจัดโดยเอกชน โดยภายในมหาวิทยาลัยมีการจัดการรวบรวมจากทุกหน่วยงานเพื่อส่งกำจัดร่วมกัน
<b>๔. มูลฝอยรีไซเคิล</b>		
๔.๑	การคัดแยกมูลฝอยรีไซเคิล	แยกทิ้งในภาชนะรองรับ เช่น ถังรองรับมูลฝอย(สีเขียว) ตะกร้า กล่องลังกระดาษ หรือภาชนะรองรับที่สามารถรองรับได้ ขึ้นกับหน่วยงานกำหนด
๔.๒	การเก็บรวบรวมมูลฝอยทั่วไป	๑. เมื่อรวบรวมได้เต็มภาชนะรองรับมูลฝอยดังกล่าว ให้แจ้งพนักงานทำความสะอาดในพื้นที่ให้ทำการรวบรวมไปยังห้องเก็บมูลฝอยรีไซเคิลที่โรงพยาบาล ๒. เจ้าหน้าที่รวบรวมมูลฝอย(ฟ่อน) ทดการรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยดังกล่าวไปยังโรงพักขยะ จัดเก็บให้เรียบร้อยเป็นสัดส่วนเพื่อพร้อมต่อการคัดแยก ๓. เจ้าหน้าที่คัดแยกขยะโรงพยาบาล นำมูลฝอยรีไซเคิลมาคัดแยกตามประเภทที่ได้มีการอบรมจากผู้ควบคุมงาน พร้อมทั้งทำการชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่ทำกรคัดแล้วเสร็จในแต่ละวัน ๔. เมื่อทำการชั่งน้ำหนักแล้วให้นำถุงมูลฝอยแยกเก็บให้ห้องที่เตรียมไว้รองรับก่อนนำไปจำหน่าย ๕. ก่อนถึงวันจำหน่ายเจ้าหน้าที่คัดแยกขยะ ต้องทำการตรวจสอบปริมาณขยะที่คัดแยกได้แต่ละประเภทของมูลฝอยรีไซเคิลก่อน นำส่งจำหน่ายให้แก่บริษัทเอกชนภายนอก ๖. ในขั้นตอนการเข้ารับมูลฝอยรีไซเคิล ต้องมีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ/ติดตาม จนสิ้นสุดการเก็บขน


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๖ จาก ๒๗

#### ๖.๑ แผนการจัดเก็บขยะมูลฝอย

ตารางแสดงเวลาการเก็บขนมูลฝอย ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี


ลำดับ	จุดเก็บขนมูลฝอย	เวลาการเก็บขน (รอบ)				
		รอบ ๑	รอบ ๒	รอบ ๓	รอบ ๔	รอบ ๕
๑	อาคารรัตนเวฬุพัฒน์	๐๕.๐๐ น.	-	๑๓.๐๐ น.	๑๗.๐๐ น.	๑๙.๐๐ น.
๒	อาคารศูนย์ปฏิบัติการความเป็นเลิศทางการแพทย์	๐๕.๐๐ น.	-	๑๓.๐๐ น.	๑๗.๐๐ น.	๑๙.๐๐ น.
๓	อาคารสร้างเสริมสุขภาพ	๐๕.๐๐ น.	-	-	-	-
๔	อาคารศูนย์รังสีวินิจฉัย	-	-	-	-	-
๕	อาคารโภชนาการ	-	๑๐.๐๐ น.	๑๔.๐๐ น.	-	-
๖	อาคารโขนกาการ	-	๑๐.๐๐ น.	๑๔.๐๐ น.	-	-
๗	หอพักนักศึกษแพทย์	-	-	๑๔.๐๐ น.	-	-
๘	อาคารพยาธิ	-	๑๐.๐๐ น.	๑๔.๐๐ น.	-	-
๙	อาคารทันตกรรม	-	-	๑๔.๐๐ น.	-	-




 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๗ จาก ๒๗

๖.๒ เส้นทางขนส่งมูลฝอยในโรงพยาบาล




 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๘ จาก ๒๗



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๙ จาก ๒๗




 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๐ จาก ๒๗



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๑ จาก ๒๗

๗. ระบบติดตามประเมินผล

ลำดับ	การตรวจสอบการเก็บขนมูลฝอย	ผู้รับมอบหมาย/หน้าที่
๓	ผู้ปฏิบัติงานรวบรวม/เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ต้องได้รับการอบรมหลักสูตร "การป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข"	ผู้ควบคุมงาน/วิศวกรสิ่งแวดล้อม/คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมฯ
๒	มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของภาชนะที่ใช้ที่มูลฝอยทุกประเภท อยู่เป็นประจำทุกวัน	พนักงานทำความสะอาดทำการตรวจสอบเป็นประจำทุกวัน
๓	ห้องพักมูลฝอยทั่วไป ห้องพักมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยอันตรายและมูลฝอยติดเชื้อ ณ โรงพักของโรงพยาบาล	เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดที่รับผิดชอบ มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อย ความสะอาดและความปลอดภัย มีการตรวจสอบอย่างน้อย ๑ ครั้ง/วัน และทำความสะอาดทั้งบริเวณโรงพักขยะและรอบ ๆ อาคารอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์
๔	ติดตาม/ตรวจสอบ ขั้นตอนการคัดแยก รวบรวม และขนย้ายของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หรือความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	วิศวกรสิ่งแวดล้อม เป็นผู้ทำการติดตาม/ตรวจสอบ อย่างน้อย ๔ ครั้ง/เดือน
๕	เก็บรวบรวมข้อมูล ปริมาณมูลฝอยทุกประเภททำการวิเคราะห์ และรายงานแก่คณะผู้บริหารโรงพยาบาล	วิศวกรสิ่งแวดล้อม/แผนกจ้างเหมาบริการ
๖	ติดตาม/ตรวจสอบการทำงานของบริษัทเอกชนที่รับกำจัดมูลฝอยทั่วไปของโรงพยาบาล และทำการรวบรวมใบขออนุญาตของบริษัทดังกล่าวเป็นประจำทุกปี	แผนกจ้างเหมาบริการ/วิศวกรสิ่งแวดล้อม เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกปี
๗	ติดตาม/ตรวจสอบการทำงานของบริษัทเอกชนที่รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล และทำการรวบรวมใบขออนุญาตของบริษัทดังกล่าวเป็นประจำทุกปี	แผนกจ้างเหมาบริการ/วิศวกรสิ่งแวดล้อม เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกปี
๘	ติดตาม/ตรวจสอบการทำงานของบริษัทเอกชนที่รับกำจัดมูลฝอยอันตรายของโรงพยาบาล และทำการรวบรวมใบขออนุญาตของบริษัทดังกล่าวเป็นประจำทุกปี	แผนกจ้างเหมาบริการ/วิศวกรสิ่งแวดล้อม เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกปี
๙	จัดทำรายงาน และรายงานผลการติดตามการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล เชิงคุณภาพ และปริมาณ แก่คณะอนุกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมฯ ทราบ เพื่อพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยต่อไป	วิศวกรสิ่งแวดล้อม

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๒ จาก ๒๗

๘. เอกสารอ้างอิง


สำนักงานสิ่งแวดล้อม, ๒๕๕๓. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.  
 สำนักงานสิ่งแวดล้อม, ๒๕๕๖. คู่มือ การจัดการมูลฝอยทั่วไป. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.  
 สำนักงานสิ่งแวดล้อม, ๒๕๕๗. คู่มือ แนวทางการสุ่มเก็บข้อมูลและควบคุมภายในโรงพยาบาล. กรมอนามัย.  
 คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ. (มปป.) สำนักงานสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.  
 คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้มีความมาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ฉบับปรับปรุง). (มปป.) สำนักงานสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.  
 แนวปฏิบัติการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่เป็นสารเคมี. (มปป.) สำนักงานสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.  
 สำนักงานสิ่งแวดล้อม, ๒๕๕๖. แผนพัฒนาฐานสิ่งแวดล้อมระดับประเทศ. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.  
 ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข ๒๕๕๗. คู่มือพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.




ข้อที่	รายละเอียดหลังประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
1	บุคลากร			
1.1	มีการมอบหมายเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมาดูแลงานด้าน การควบคุมอาคาร เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับงาน และได้รับ ข้อมูลด้านข้อมูล			
1.2	ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องและสามารถปฏิบัติงาน การป้องกัน และระงับการฝ่าฝืนหรือผิดกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและ เพื่อให้สามารถควบคุมอาคารได้ตามมาตรฐาน			
2	การศึกษาดูงานภายใน			
2.1	มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้หรือข้อมูลกับหน่วยงานอื่น นอกหน่วยงาน			
2.2	มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ระหว่างหน่วยงานที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน			
3	การเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติ			
3.1	การเก็บรวบรวมองค์ความรู้จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการปรับปรุงข้อมูล ที่เป็นปัจจุบันและมีความถูกต้องเหมาะสมตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ที่มีประสิทธิภาพ และมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลตามความจำเป็น			
3.2	การเก็บรวบรวมองค์ความรู้จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาระบบ ที่เป็นปัจจุบันและมีความถูกต้องเหมาะสมตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ที่มีประสิทธิภาพ และมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลตามความจำเป็น			

ข้อที่	รายละเอียดที่ต่อ ประเด็น	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
3.3	มีสื่อการเรียนและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ประกอบเข้าเป็นระบบการเรียนการสอน บรรณารักษ์คอยติดตาม			
3.4	มีสื่อที่ผลิตขึ้นจากเทคโนโลยีใหม่ บรรจุไม่เกิน 2 ปี 3 ส่วนตามกฎระเบียบ ปัจจุบันที่กระทรวงวัฒนธรรมกำหนดไว้			
3.5	มีสื่อที่ผลิตขึ้น ประกอบจากสื่อใหม่ บรรจุไม่เกิน 3 ปี 3 ส่วนตามสื่อ การเรียนการสอน			
3.6	กำหนดค่าบริการการนำเสนอสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ดูตามแบบฟอร์มที่แนบมา) มีการคำนวณที่ตรงกับอัตราค่าบริการตามที่กระทรวงวัฒนธรรมกำหนด			
4	<b>การเคลื่อนย้ายข้อมูลดิจิทัล</b>			
4.1	ผู้ปฏิบัติงานเก็บย้ายข้อมูลดิจิทัลใช้ตามคู่มือปฏิบัติงานที่ ส่วนกลาง กำหนดอย่างถูกต้อง มีขั้นตอน มีวิธีการ มีขั้นตอน การควบคุมการปฏิบัติงาน			
4.2	ใช้เครื่องมือหรือวิธีการในการนำเสนอสื่อดิจิทัล มีความปลอดภัยของข้อมูล			
4.3	มีการกำหนดมาตรการและขั้นตอนการเคลื่อนย้ายข้อมูลดิจิทัล ที่ปลอดภัย			
4.4	มีการกำหนดและปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานการนำเสนอสื่อ ดิจิทัลที่ปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ			
5	<b>ลักษณะของงานที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</b>			
5.1	มีขั้นตอนและวิธีทำ ที่ทันสมัยที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยี ที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน			
5.2	มีขั้นตอนและวิธีทำ ที่ทันสมัยที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยี ที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน			
5.3	มีขั้นตอนและวิธีทำ ที่ทันสมัยที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยี ที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน			
6	<b>ด้านการให้บริการข้อมูลดิจิทัล</b>			
6.1	มีขั้นตอนและวิธีทำ ที่ทันสมัยที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยี ที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน			
6.2	มีขั้นตอนและวิธีทำ ที่ทันสมัยที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยี ที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน			
6.3	มีขั้นตอนและวิธีทำ ที่ทันสมัยที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยี ที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน			
6.4	มีขั้นตอนและวิธีทำ ที่ทันสมัยที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยี ที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน			
6.5	มีขั้นตอนและวิธีทำ ที่ทันสมัยที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยี ที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน			
6.6	มีขั้นตอนและวิธีทำ ที่ทันสมัยที่ใช้ความรู้และเทคโนโลยี ที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน			



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๗ จาก ๒๗

๑๑. ปัญหา/ ความเสี่ยง/ ข้อควรระวังสำคัญที่พบในการปฏิบัติงานและแนวทางแก้ไขปัญหา

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๓ จาก ๒๓

### การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล


โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สุธิดา เกตุศักดิ์  
(นางสาวสุวิมลสุว ภาณุศักดิ์)  
วิศวกรสิ่งแวดล้อม  
ผู้จัดทำ

(อาจารย์ ดร.นริศลักษณ์ สุวรรณโณบล)  
ประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย  
ผู้ตรวจสอบ


(แพทย์หญิงเพ็ญศิริ เลอานุวัฒน์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ผู้อนุมัติ



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒ จาก ๒๓

ประวัติการแก้ไข


แก้ไขครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	หน้า
๐๐	พฤศจิกายน ๒๕๖๕	ขึ้นทะเบียนใหม่	

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๓ จาก ๒๓

สารบัญ

	หน้า
๑. วัตถุประสงค์	๕
๒. ขอบเขต	๕ - ๕
๓. คำจำกัดความ	๕ - ๖
๔. หน้าที่ความรับผิดชอบ	๖ - ๗
๕. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน	๘
๖. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	๘ - ๑๐
๗. ระบบติดตามประเมินผล	๑๐
๘. เอกสารอ้างอิง	๑๐ - ๑๑
๙. แบบฟอร์ม	
๙.๑ แบบฟอร์มตารางบันทึกข้อมูลประจำวันระบบน้ำเสียอาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	๑๒
๙.๒ แบบฟอร์มตารางบันทึกข้อมูลประจำวันของระบบบำบัดน้ำเสียอาคารทันตเวชพัฒนา	๑๓
๙.๓ แบบฟอร์มตารางบันทึกข้อมูลประจำวันของระบบบำบัดน้ำเสียอาคารพยาธิวิทยา	๑๔
๙.๔ แบบฟอร์มรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย	
๙.๔.๑ แบบ พส. ๑	๑๖ - ๑๗
๙.๔.๒ แบบ พส. ๒	๑๗ - ๒๐
๑๐. ปัญหา/ ความเสี่ยง/ ข้อควรระวังสำคัญที่พบในการปฏิบัติงานและแนวทางการแก้ไขปัญหา	๒๐
๑๑. ภาคผนวก	๒๐ - ๒๓



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒		แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕		หน้าที่ : ๔ จาก ๒๓


#### ๑. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทาง ในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการน้ำเสีย เพื่อใช้ในการบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสีย และรวมถึงการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นที่เกิดขึ้น

#### ๒. ขอบเขต

ใช้สำหรับควบคุมดูแล การจัดการระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในกลุ่มอาคารประเภท ก (อาคารขนาดใหญ่) ตามกฎหมายกำหนด ปัจจุบันโรงพยาบาลได้เปิดให้บริการทั้งหมด ๔ อาคาร ได้แก่ กลุ่มอาคารรักษาผู้ป่วยจำนวน ๔ อาคาร กลุ่มอาคารสนับสนุน ๔ อาคาร และอาคารหอพัก ๑ อาคาร ซึ่งน้ำเสียทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากทุกอาคารในโรงพยาบาลจะรวบรวมผ่านระบบท่อส่งน้ำใต้ดินสู่บ่อบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง ก่อนเข้าสู่กระบวนการบำบัดน้ำเสีย และกระบวนการผลิตน้ำรีไซเคิลต่อไป ระบบบำบัดน้ำเสียภายในโรงพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้

ชื่ออาคาร	ระบบบำบัดน้ำเสีย	ขนาดถังคลอรีน	อื่น ๆ
๓. อาคารเรียนเวชพัฒนา	เดิมอากาศ	๔๐๐ ลิบ.ม.	ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๒. อาคารความเป็นเลิศทางการแพทย์	เดิมอากาศ แบบมีตัวกรอง	๔๐๐ ลิบ.ม.	ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๓. อาคารพยาบาลวิทย์	เดิมอากาศ	๕๐ ลิบ.ม.	มีระบบน้ำ RO และท่อระบายน้ำเสียส่งไปยังอาคารบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๔. อาคารโภชนาการ	บ่อดักไขมัน	-	มีบ่อดักน้ำเสีย ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๕. อาคารสิรินธรรัตนพิพัฒน์	บ่อดักไขมัน	-	มีบ่อดักน้ำเสีย ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๖. อาคารศูนย์วิจัยวิจัย	-	-	มีบ่อดักน้ำเสีย ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๗. หอพักสุรนารี ๓๗	-	-	มีบ่อดักน้ำเสีย ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๘. อาคารสร้างเสริมสุขภาพ	-	-	มีบ่อดักน้ำเสีย ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒		แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕		หน้าที่ : ๕ จาก ๒๓

ชื่ออาคาร	ระบบบำบัดน้ำเสีย	ขนาดถังคลอรีน	อื่น ๆ
๙. อาคารโรงอาหาร	บ่อดักไขมัน	-	มีบ่อดักน้ำเสีย ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง

#### ๓. คำจำกัดความ

๓.๑ น้ำเสีย หมายถึง น้ำที่มีสิ่งเจือปนต่าง ๆ มีสี กลิ่น รส ที่น่ารังเกียจ ซึ่งหากมีการปล่อยลงสู่แหล่งน้ำตามธรรมชาติทำให้สภาพแวดล้อมเสื่อมโทรมได้

๓.๒ คุณภาพน้ำ หมายถึง สารประกอบที่ปะปนอยู่ในน้ำ เช่น สารอินทรีย์ สารอนินทรีย์ สารโลหะหนัก สารที่มีความเป็นพิษ น้ำมัน ของแข็ง สารซักฟอก ไขมันและปริมาณของจุลินทรีย์ เป็นต้น

๓.๒.๑ สารอินทรีย์ คือ สารที่สามารถย่อยสลายเองตามธรรมชาติ โดยส่วนใหญ่ประกอบด้วยกลุ่มคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน เป็นต้น ซึ่งสามารถย่อยสลายได้โดยจุลินทรีย์ที่ใช้ออกซิเจน ปริมาณของสารอินทรีย์ในน้ำวัดด้วยค่าบีโอดี (BOD : Biochemical Oxygen Demand) เมื่อค่าบีโอดีในน้ำเสียมีปริมาณสูงแสดงว่าสารอินทรีย์ปะปนอยู่มาก หากไม่มีการบำบัดจะส่งผลให้กลิ่นเหม็นและเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค รวมถึงเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคได้

๓.๒.๒ สารอนินทรีย์ หมายถึง สารที่ไม่สามารถย่อยสลายเองตามธรรมชาติ และอาจเป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิต เช่น สารเคมีที่มีฤทธิ์เป็นพิษ สารเคมีจำพวกกรด-เบส เป็นต้น ปริมาณของสารอนินทรีย์ในน้ำวัดด้วยค่าซีโอดี (COD : Chemical Oxygen Demand) เมื่อค่าซีโอดีในน้ำเสียสูงแสดงว่าสารอนินทรีย์ปะปนอยู่มาก หากไม่มีการบำบัดจะส่งผลกระทบต่อแหล่งน้ำสาธารณะโดยรอบได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้สิ่งมีชีวิตได้รับผลกระทบ รวมถึงสิ่งมีชีวิตที่มีประโยชน์จากการใช้ประโยชน์จากแหล่งน้ำนั้นได้รับผลกระทบด้วย


๓.๒.๓ โลหะหนักและสารพิษ หมายถึง ธาตุหรือสารประกอบที่เป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิต สามารถสะสมอยู่ในห่วงโซ่อาหารของสัตว์หรือพืชในบริเวณโดยรอบ เช่น ปอท ไซยาไนด์ ทองแดง และสารเคมีอันตรายที่อาจมีการปนเปื้อนมาจากกระบวนการปฏิบัติงาน การศึกษาที่ใช้สารเคมี เป็นต้น

๓.๒.๔ น้ำมันและไขมัน หมายถึง น้ำมันและเศษวัสดุลอยน้ำที่ไม่สามารถละลายน้ำได้ หากมีการปนเปื้อนมากในปริมาณสูง อาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากอากาศลงสู่แม่น้ำและส่งผลทำให้เกิดภาวะน้ำเน่าเสียส่งกลิ่นเหม็นได้

๓.๒.๕ ของแข็งทั้งหมด หมายถึง สารที่อยู่ในรูปของแข็งและหากปนเปื้อนลงสู่แม่น้ำ อาจทำให้เกิดการอุดตันหรือมีออกซิเจนในน้ำได้ ปริมาณของแข็งที่มีจำนวนมากสามารถสะสมจนทำให้เกิดการอุดตันของระบบน้ำ/ท่อลำเลียงในระบบบำบัดน้ำเสีย จนทำให้ระบบบำบัดน้ำเสียไม่สามารถใช้งานได้

๓.๒.๖ สารซักฟอก หมายถึง สารประเภทที่ก่อให้เกิดฟองหรือสารที่มีฤทธิ์เป็นเบส เช่น ผงซักฟอก สบู่ สารเติมไฮดรอกไซด์ เป็นต้น ซึ่งฟองจะกีดกันการกระจายของออกซิเจนในอากาศสู่แม่น้ำ และเป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิตในน้ำ เช่น จุลินทรีย์ที่ใช้น้ำเป็นต้น เป็นต้น

๓.๒.๗ จุลินทรีย์ หมายถึง จุลินทรีย์กลุ่มที่ใช้ออกซิเจนและไมใช้ออกซิเจน โดยในระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลใช้กลุ่มจุลินทรีย์ที่ใช้ออกซิเจนในการดำรงชีวิต ทำให้ระดับออกซิเจนที่ละลายน้ำมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการบำบัดสูง

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	แก้ไขครั้งที่ : ๐	
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๖ จาก ๒๓	

**๓.๒.๔ ภาวอาหาร** หมายถึง ธาตุหรือสารประกอบ ที่จุลินทรีย์ใช้เป็นอาหารในการเจริญเติบโต เช่น สารประกอบไนโตรเจน โพลีแซคคาไรด์ และฟอสฟอรัส ต้องมีการควบคุมความเข้มข้นให้ปริมาณที่เหมาะสม

**๓.๒.๕ กลิ่นน้ำเสีย/น้ำทิ้ง** หมายถึง กลิ่นไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดจากการย่อยสลายของสารอินทรีย์แบบไม่ใช้ออกซิเจน


**๓.๓ การบำบัดน้ำเสีย** หมายถึง เป็นการใช้อุปกรณ์ทางธรรมชาติมาปรับปรุงคุณภาพน้ำ เพื่อลดค่าความสกปรกให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยก่อนระบายออกสู่แหล่งน้ำสาธารณะ โดยใช้อุปกรณ์เร่งเวลาเพื่อปรับปรุงคุณภาพน้ำเสียให้เร็วขึ้นกว่าวิธีธรรมชาติบำบัด เช่น เพิ่มปริมาณออกซิเจนละลายน้ำโดยใช้เครื่องเติมอากาศเติมอากาศในน้ำเสีย เพื่อให้เพิ่มอัตราการย่อยสลายของเสียของจุลินทรีย์ในน้ำเสีย และเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ สารเคมี สารตกตะกอนและสารฆ่าเชื้อโรค ซึ่งทางกายภาพจะใช้แรงเหวี่ยงเพื่อเร่งการตกตะกอนของแข็ง และของแข็งลอยในน้ำเสีย เป็นต้น

**๓.๔ ระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง** หมายถึง หน่วยบำบัดน้ำเสียที่รองรับน้ำเสียจากทุกอาคารและกิจกรรมทุกประเภทภายในพื้นที่โรงพยาบาล เป็นระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอ็กทิเวเต็ดสลัดจ์หรือระบบตะกอนเร่ง (AS : Activated Sludge) ใช้จุลินทรีย์ให้ออกซิเจนเพื่อลดความสกปรก ประกอบด้วย บ่อเติมอากาศแบบกวนหมุนวน บ่อเติมอากาศแบบเอสอาร์ บ่อฝักรวมและบ่อเติมอากาศ

**๓.๕ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอ็กทิเวเต็ดสลัดจ์** หมายถึง ระบบบำบัดแบบเติมอากาศ โดยทั่วไปจะประกอบด้วย ๒ ส่วนหลัก ๆ คือ บ่อเติมอากาศและบ่อตกตะกอน สมาระภายในบ่อเติมอากาศต้องเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ เพื่อเพิ่มอัตราการย่อยสลายสารอินทรีย์ในน้ำเสีย เมื่อผ่านการบำบัดแล้วจะไหลต่อไปยังถังตกตะกอนเพื่อแยกสลัดจ์ออกจากน้ำใส สลัดจ์ที่แยกตัวอยู่ตกตะกอนส่วนหนึ่งจะถูกสูบกลับเข้าไปในบ่อเติมอากาศใหม่เพื่อรักษาความเข้มข้นของสลัดจ์ในบ่อเติมอากาศให้ได้ตามความเหมาะสม และส่วนที่เป็นสลัดจ์ส่วนเกินต้องนำไปกำจัดต่อไป น้ำใสส่วนบนจะเป็นน้ำทิ้งที่สามารถระบายออกสู่สิ่งแวดล้อมได้

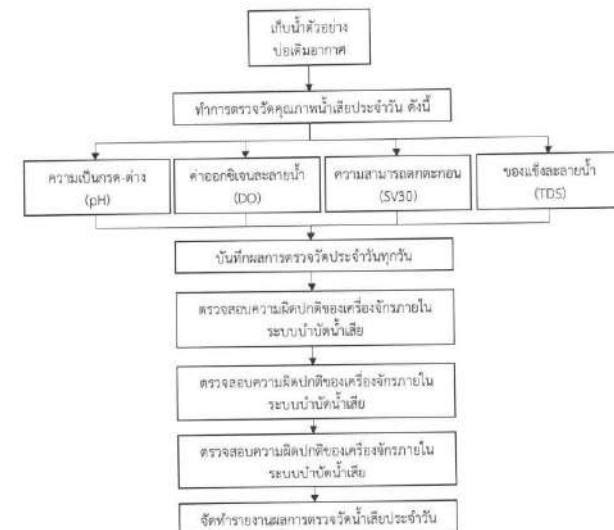
#### ๔. หน้าที่รับผิดชอบ


ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่	ความถี่
วิศวกรสิ่งแวดล้อม	๑. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานระบบบำบัดน้ำเสียประจำวัน สำหรับอาคารที่มีหน่วยบำบัดประจำอาคาร ได้แก่ อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ อาคารรัตนเวชพัฒน์ อาคารพลาสมาวิทยา ๒. จัดทำรายงานผลการบันทึกข้อมูลคุณภาพน้ำเสียประจำวัน ๓. ตรวจสอบผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียจากการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ๔. ส่งรายงาน ทส.๑ / ทส.๒ ผ่านทางระบบอินเตอร์	ทุกวัน ๑ ครั้ง / เดือน ๑ ครั้ง / เดือน ๑ ครั้ง / เดือน
วิศวกรสิ่งแวดล้อม	๕. จัดทำรายงานประสิทธิภาพการบำบัดของระบบน้ำเสียภาพรวมของโรงพยาบาล เพื่อยางานแก่คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาล ฯ	๑ ครั้ง / เดือน

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	แก้ไขครั้งที่ : ๐	
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๗ จาก ๒๓	

ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่	ความถี่
เจ้าหน้าที่ซ่อมบำรุง	๑. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานเครื่องจักรภายในระบบบำบัดน้ำเสียในกรณีอาคารที่มีหน่วยบำบัดประจำอาคาร ได้แก่ อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ อาคารรัตนเวชพัฒน์ อาคารพลาสมาวิทยา ๒. รายงานความผิดปกติของระบบที่เกิดขึ้น ให้หัวหน้าซ่อมบำรุงรับทราบเพื่อวิเคราะห์และหาแนวทางการแก้ไข ๓. ทำความสะอาดและตรวจสอบลักษณะของระบบบำบัดน้ำเสียประจำอาคาร ๔. ตรวจสอบคุณภาพน้ำเสียประจำวัน	ทุกวัน - ๒ ครั้ง / เดือน ทุกวัน

#### ๕. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๘ จาก ๒๓

## ๖. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

หน่วยการบำบัด	วิธีการปฏิบัติ	ความถี่
๑. ตะแกรง	เศษขยะต่าง ๆ ที่ติดหน้าตะแกรง โดยนำไปกำจัดต่อไป เจ้าหน้าที่ต้องระมัดระวังในการทะลวงหรือแทงหลักให้เศษขยะไหลผ่านตะแกรง	๑ ครั้ง/สัปดาห์
๒. บ่อตกไขมัน	๑. ทำการดักไขมันออกจากบ่อตกไขมัน และนำไขมันไปกำจัด ที่บ่อคดไขมัน เพื่อเตรียมนำไปกำจัด ๒. ทำการล้างถังตกไขมัน	๑ ครั้ง/เดือน ๒ ครั้ง/ปี
๓. บั๊บลูบ น้ำ ขึ้นสู่ตะกอน ป็นท่อยิ่ง	ต้องมีการตรวจบำรุงรักษา โดยการตรวจสอบใบพัด ทำความ สะอาด ตรวจสอบสปีดเลื่อน อุปกรณ์ที่อาจชำรุด และซ่อมบำรุง	๑ ครั้ง/ปี
๔. เครื่องกวนผสมชนิดกึ่ง มอเตอร์	๑. ตรวจสอบน้ำมันเบียร์ และเติมให้ได้ระดับ ๒. ทำความสะอาด และซ่อมบำรุงซี ขั้วต่อไฟฟ้า	๔ ครั้ง/ปี ๑ ครั้ง/ปี
๕. เครื่องกวนผสมคอลอรีน	ต้องมีการตรวจบำรุงรักษา โดยการตรวจสอบใบพัด ทำความ สะอาด ตรวจสอบสปีดเลื่อน อุปกรณ์ที่อาจชำรุด และซ่อมบำรุง	๑ ครั้ง/ปี
๖. เครื่องตกตะกอน	ทำความสะอาดภายนอกภายใน บ่อตกตะกอน	๑ ครั้ง/๒ปี
๗. บ่อบำบัดน้ำเสีย	ทำความสะอาดถังเพื่อกำจัดตะกอนที่ตกค้างภายในบ่อ	๑ ครั้ง/๒ปี

### ๖.๑ บ่อบั๊บลูบ

- ๑) ตรวจสอบท่อระบายน้ำ และท่อรวบรวมภายในระบบ สังเกตคราบไขมันหรือตะกอนไขมันที่อาจหลุดเข้าไปในระบบเป็นประจักษ์อย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์
- ๒) ในขั้นตอนการทำความสะอาดตะกอนที่ติดกัน ต้องระมัดระวังในการทะลวงหรือแทงหลักให้เศษขยะไหลผ่านตะแกรงเข้าไป ในการสูบน้ำหรือดักไขมันออกจากตะแกรงควรทำความสะอาด ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ภาชนะบรรจุขยะที่แยกบ่อบั๊บลูบ หลังจากปฏิบัติงานเรียบร้อยแล้วทำการปิดให้มิดชิดก่อนนำไปกำจัดต่อไป


### ๖.๒ บ่อเติมอากาศ

#### ขั้นตอนการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้

- ๑) อุณหภูมิ น้ำเสียที่อยู่ในบ่อเติมอากาศควรมีค่าในช่วง ๓๕ - ๔๐ องศาเซลเซียส
- ๒) ความเป็นกรด - ด่างของน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบเติมอากาศควรอยู่ในช่วง ๕ - ๙
- ๓) ความเข้มข้นออกซิเจนละลายละลายน้ำ อยู่ในช่วง ๒ - ๓ มิลลิกรัม/ลิตร ซึ่งต้องวัดหลาย

#### ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

- ๔) ตรวจสอบการทำงานของเครื่องเติมอากาศอย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง
- ๕) ตรวจสอบค่า SV<sub>๓๐</sub> ให้อยู่ในช่วง ๓๕๐ - ๔๕๐ มิลลิกรัม/ลิตร
- ๖) ตรวจสอบ/ติดตาม เพื่อควบคุมปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียให้เป็นไปตามความสามารถในการรองรับน้ำเสียของระบบที่ออกแบบไว้

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๘ จาก ๒๓

- ๗) ตรวจสอบความพร้อมใช้เครื่องเติมอากาศภายในบ่อเติมอากาศ บันทึกปริมาณการใช้ไฟฟ้า ปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่บ่อเติมอากาศ และสังเกตตะกอนที่เกิดขึ้นภายในบ่อเติมอากาศเป็นประจำทุกวัน
- ๘) ทำความสะอาดใบพัดของระบบเติมอากาศ เพื่อป้องกันการชำรุดเสียหายของเครื่องจักร

### ๖.๓ บ่อบดตะกอน

- ๑) อุณหภูมิ น้ำเสียควรอยู่ในช่วง ๓๕ - ๔๐ องศาเซลเซียส
- ๒) ความเป็นกรด - ด่างของน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบเติมอากาศควรอยู่ในช่วง ๕ - ๙

### ๖.๔ บ่อบั๊บลูบ

- ๑) ตรวจสอบระดับน้ำที่อยู่ในบ่อให้อยู่ระดับปกติ
- ๒) ตรวจสอบลักษณะสีของน้ำทิ้งที่อยู่ในบ่อบั๊บลูบทิ้ง เพื่อสังเกตการหลุดลอยของตะกอนจากบ่อบั๊บลูบทิ้ง
- ๓) ตรวจวัดปริมาณคลอรีนคงเหลือก่อนปล่อยออกสู่ธรรมชาติไม่เกิน ๑ ppm

### ๖.๕ บ่อบั๊บลูบคอลอรีน

- ๑) ควบคุมเวลาสัมผัส (Contact Time) ๓๕ - ๓๐ นาที
- ๒) ควบคุมอัตราไหลเฉลี่ย (Flow Average) ๓๐ นาที
- ๓) ควบคุมอัตราไหลสูงสุด (Peak Flow) ๑๕ นาที
- ๔) ปริมาณคลอรีนอิสระที่คงเหลือ (Free Chlorine) ๐.๕ ppm หลังเวลาสัมผัส ๓๐ นาที
- ๕) ปริมาณคลอรีนคงเหลือก่อนปล่อยออกสู่ธรรมชาติไม่เกิน ๑ ppm

## ๗. ระบบติดตามประเมินผล


### ๗.๑ ตารางตรวจวัดคุณภาพและความถี่ในการตรวจวัดน้ำเสีย

พารามิเตอร์	หน่วย	ความถี่
พีเอช	-	ทุกวัน
บีโอดี	มก/ล.	ทุกเดือน
สารแขวนลอย	มก/ล.	ทุกเดือน
ไนโตรเจนในรูปที่เคส	มก/ล.	ทุกเดือน
น้ำมันและไขมัน	มก/ล.	ทุกเดือน
ซีลไฟต์	มก/ล.	ทุกเดือน
Total Coliform	MPN/๑๐๐ml	ทุกเดือน
Fecal Coliform	MPN/๑๐๐ml	ทุกเดือน


### ๗.๒ การรวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงาน

- ๑) วิศวกรสิ่งแวดล้อมตรวจสอบระบบการทำงานของบำบัดน้ำเสียในทุกพารามิเตอร์โดยปฏิบัติการทุกวัน และประจำเดือน จากนั้นรายงานในการประชุมคณะกรรมการบริหาร
- ๒) วิศวกรสิ่งแวดล้อมจัดทำแผนบำรุงรักษาเชิงป้องกันระบบบำบัดน้ำเสียประจำปี




 หน่วยงาน วิทยาเขต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๓ จาก ๒๓

[illegible]

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WH-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๕ จาก ๒๓

#### ๔.๔ แบบฟอร์มรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ตามที่ได้ออกกฎกระทรวง “กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และแบบการเก็บสถิติและข้อมูล การจัดทำบันทึก รายละเอียด และรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย พ.ศ. ๒๕๕๕” เพื่อให้เจ้าของหรือผู้ครอบครอง แหล่งกำเนิดมลพิษจัดเก็บสถิติ ข้อมูล และรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียตามมาตรา ๘๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๕๕ ซึ่งตามกฎหมายกระทรวงดังกล่าวกำหนดให้เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษต้องเก็บสถิติและข้อมูล ซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียในแต่ละวัน และจัดทำบันทึกรายละเอียดตามแบบ พส.๑ เก็บไว้ ณ สถานที่ตั้งแหล่งกำเนิดมลพิษ เป็นระยะเวลา ๒ ปี และจะต้องจัดทำรายงานสรุปตามแบบ พส.๒ เสนอต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป ซึ่งเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ(โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี) สามารถจัดส่งได้ทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ทางเว็บไซต์ [www.ereportmatra.com](http://www.ereportmatra.com) หรือเว็บไซต์ของกรมควบคุมมลพิษ [www.pcd.go.th](http://www.pcd.go.th) โดยแบบฟอร์มดังกล่าว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

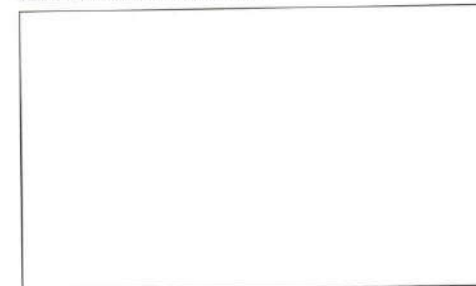
 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WH-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๕ จาก ๒๓

#### ๔.๔.๑ แบบ พส.๑

แบบ พส. ๑

#### แบบบันทึกรายละเอียดสถิติและข้อมูลซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ของแหล่งกำเนิดมลพิษ


แหล่งกำเนิดมลพิษ ชื่อ/เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย .....  
 ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ .....  
 จังหวัด ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....  
 มี ..... เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ  
 ประกอบกิจการประเภท .....  
 ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) ..... ออกให้โดย ..... กรมควบคุมมลพิษ  
 ซึ่งมีแผนผังแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ดังนี้



ได้เก็บสถิติและข้อมูลซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียปรากฏตามตาราง ดังนี้





 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	หน้า : ๑๘ จาก ๒๓
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	

๙.๕.๒ แบบ ทส.๒

แบบ ทส. ๒

รายงานสรุปผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

๑. ข้อมูลทั่วไป

แหล่งกำเนิดมลพิษ คือ... หมู่ที่... ซอย...  
 ถนน... แขวง/ตำบล... เขต/อำเภอ...  
 จังหวัด... โทรศัพท์... โทรสาร...  
 มี... เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแห่งกำเนิดมลพิษ  
 ประกอบกิจการประเภท... ออกใบอนุญาต... พ.ศ. ...  
 ใบหน้าที่... ตารางเมตร... พ.ศ. ... ตามที่ได้กำหนดในมาตรา ๕๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริม  
 และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ในฐานะ...

เจ้าของหรือผู้ครอบครอง...  
 ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย...  
 ใบอนุญาต...  
 ออกให้โดย... ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย...  
 ใบอนุญาต...  
 ออกให้โดย...

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย และแหล่งรองรับน้ำทิ้ง

(๑) ประเภทของระบบบำบัดน้ำเสีย... ระบบ/วัน

(๒) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย...  
☐ แบบต่อเนื่อง... ชั่วโมง/วัน  
☐ แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)...

(๓) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย...  
☐ เครื่องสูบน้ำ...  
☐ เครื่องเติมอากาศ...  
☐ เครื่องผสมน้ำเสีย...  
☐ เครื่องผสมสารเคมี...  
☐ เครื่องสูบลม...  
☐ อื่น ๆ (ระบุ)...

(๔) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ)...

(๕) วิธีการตรวจสอบการเกิดพิษจากระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด...

๓. สรุปผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน


(๑) ปริมาณน้ำเสียที่ส่งเข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.)...

(๒) ปริมาณน้ำเสียที่ส่งเข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.)...

(๓) ปริมาณน้ำเสียที่ส่งเข้าระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.)...

(๔) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย...

(๕) ปริมาณสารเคมีหรือสารเคมีที่เติมเข้าใช้ (ใช้สารเคมีใดบ้าง)...

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	หน้า : ๑๘ จาก ๒๓
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	

(๖) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

- ระบบบำบัดน้ำเสีย...  
☐ ปกติ...  
☐ ผิดปกติ (ระบุ) ...  
 - เครื่องสูบน้ำ...  
☐ ปกติ...  
☐ ผิดปกติ (ระบุ) ...  
 - เครื่องเติมอากาศ...  
☐ ปกติ...  
☐ ผิดปกติ (ระบุ) ...  
 - เครื่องผสมน้ำเสีย...  
☐ ปกติ...  
☐ ผิดปกติ (ระบุ) ...  
 - เครื่องผสมสารเคมี...  
☐ ปกติ...  
☐ ผิดปกติ (ระบุ) ...  
 - เครื่องสูบลม...  
☐ ปกติ...  
☐ ผิดปกติ (ระบุ) ...  
 - อื่น ๆ...  
☐ ปกติ...  
☐ ผิดปกติ (ระบุ) ...

(๗) ปริมาณตะกอนที่กักเก็บในระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด (ลบ.ม.)...

(๘) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข...


คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแห่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้าง  
 ให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่ปฏิบัติตามข้อนี้ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงาน  
 ตามมาตรา ๕๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท  
 หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๕๐๖  
 ๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่บันทึกหรือรายงาน  
 โดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกิน  
 หกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๕๐๗

๑๐. ปัญหา/ ความเสี่ยง/ ข้อควรระวังสำคัญที่พบในการปฏิบัติงานและแนวทางการแก้ไขปัญหา  
 - ไม่มี -

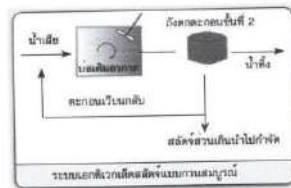
๑๑. ภาคผนวก

๑๑.๑ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอกทีฟเต็ดสลัดจ์ (Activated Sludge Process)

ระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอกทีฟเต็ดสลัดจ์ ๓ ระบบ ระบบแอกทีฟเต็ดสลัดจ์แบบธรรมดา ระบบคอกเคอร์เนชันและ  
 ระบบบำบัดน้ำเสียแบบเอสอาร์ โดยทั่วไปจะประกอบด้วยส่วนสำคัญ ๒ ส่วน คือ ถังเติมอากาศ (Aeration Tank)  
 และถังตกตะกอน (Sedimentation Tank) โดยน้ำเสียจะถูกส่งเข้าถังเติมอากาศ ซึ่งมีสลัดจ์อยู่เป็นจำนวนมาก  
 สภาวะภายในถังเติมอากาศจะมีสภาพที่เอื้ออำนวยต่อการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์แบบใช้อากาศ จุลินทรีย์เหล่านี้จะ  
 ทำการย่อยสลายสารอินทรีย์ในน้ำเสียให้อยู่ในรูปของคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำในที่สุด น้ำเสียที่ผ่านการบำบัดแล้ว  
 จะไหลต่อไปยังถังตกตะกอนเพื่อกักเก็บสลัดจ์ออกจากน้ำ สลัดจ์ที่แยกตัวอยู่ที่ก้นถังตกตะกอนส่วนหนึ่งจะถูกสูบกลับ  
 เข้าไปในถังเติมอากาศใหม่เพื่อรักษาความเข้มข้นของสลัดจ์ในถังเติมอากาศให้ได้ตามที่กำหนด และอีกส่วนหนึ่งจะ  
 เป็นสลัดจ์ส่วนเกิน (Excess Sludge) ที่ต้องนำไปกำจัดต่อไป สำหรับน้ำในส่วนบนจะเป็นน้ำที่สามารถระบายออกสู่  
 สิ่งแวดล้อมได้

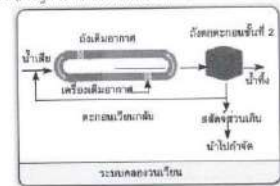
	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	หน่วยงาน โรงพยาบาล	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๐ จาก ๒๓

**๑๑.๒ ระบบแอ่งแบบกวนสมบูรณ์ (Completely Mixed Activated Sludge: CMAS)**  
ประกอบด้วยถังเติมอากาศ และถังตกตะกอน สามารถรับภาระบรรทุกอินทรีย์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Shock Load) ได้ดีเนื่องจากน้ำเสียจะกระจายไปทั่วถัง และสภาพแวดล้อมต่างๆ ในถังเติมอากาศมีค่าสม่ำเสมอ บ่อเติมอากาศ หน้าที่เป็นถังเลี้ยงแบคทีเรียให้กินสารอินทรีย์ในน้ำเสียเป็นอาหารทำให้ความสกปรกตกลง ส่วนแบคทีเรียจะแบ่งเซลล์เพิ่มจำนวนมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องแยกแบคทีเรียออกจากน้ำเสีย ในถังตกตะกอน ก่อนจะระบายน้ำเสียทิ้ง บ่อตกตะกอน ทำหน้าที่แยกตะกอนจุลินทรีย์ออกจากน้ำเสีย โดยตะกอนจุลินทรีย์จะรวมตัวกันแล้วตกลงก้นถัง ส่วนน้ำใสก็จะไหลขึ้น ออกไปสู่บ่อส่งน้ำต่อไป




ภาพประกอบ ระบบแอ่งแบบกวนสมบูรณ์ (Completely Mixed Activated Sludge: CMAS)  
ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๒๕๖๑)

**๑๑.๓ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบคลองวนเวียน (Oxidation Ditch: OD)**  
เป็นระบบแอ่งที่เวดิสต์ดิ่ง (Activated Sludge) ประเภทหนึ่ง การเดินระบบบำบัดประเภทนี้จะมี ความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากจำเป็นต้องมีการควบคุมสภาวะแวดล้อมและลักษณะทางกายภาพต่าง ๆ ให้เหมาะสมต่อการ ทำงานและการเพิ่มจำนวนของจุลินทรีย์ เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพในการบำบัดสูงระบบคลองวนเวียนจะมี ลักษณะแตกต่างจากระบบแอ่งที่เวดิสต์ดิ่งแบบอื่น คือ ถังเติมอากาศจะมีลักษณะเป็นวงกลมหรือวงรี ทำให้ระบบ คลองวนเวียนจึงใช้พื้นที่มากกว่าระบบแอ่งที่เวดิสต์ดิ่งแบบอื่น โดยรูปแบบของถังเติมอากาศแบบวงกลมหรือวงรี ทำให้ให้น้ำไหลวนเวียนตามแนวยาว (Plug Flow) ของถังเติมอากาศ



ภาพประกอบ ระบบคลองวนเวียน (Oxidation Ditch: OD)  
ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๒๕๖๑)

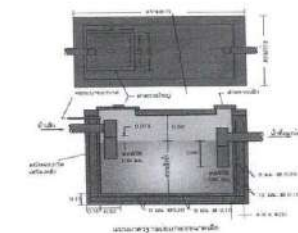
	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	หน่วยงาน โรงพยาบาล	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๑ จาก ๒๓

**๑๑.๔ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบสับเปลี่ยน (Sequencing Batch Reactor: SBR)**  
มีกระบวนการบำบัด เหมือน ระบบ AS อื่นๆ ระบบ SBR จะมีกระบวนการเติมอากาศและตกตะกอนในบ่อ เดียวกัน และเกิดขึ้นแบบต่อเนื่องเป็นลำดับในถังปฏิกรณ์โดยทำงานแบบกะ (Batch) และจำเป็นต้องมีบ่อ เก็บกักน้ำเสียขนาดใหญ่เพื่อควบคุมให้น้ำเสียเข้าสู่ระบบอย่างสม่ำเสมอ บ่อเติมอากาศ และตกตะกอน




ภาพประกอบ ระบบแอ่งแบบกวนสมบูรณ์ (Completely Mixed Activated Sludge: CMAS)  
ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๒๕๖๑)

**๑๑.๕ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบติดกับที่ (Onsite Treatment)**  
ระบบบำบัดน้ำเสียที่มีการก่อสร้างหรือติดตั้งเพื่อบำบัดน้ำเสียจากอาคารเดี่ยว ๆ ประกอบด้วย บ่อดักไขมัน (Grease Trap) ระบบบ่อเกรอะ (Septic Tank) ระบบบ่อบำบัดไร้อากาศ (Anaerobic Filter) เป็นต้น



ภาพประกอบ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบติดกับที่ (Onsite Treatment)  
ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๒๕๖๑)

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WH-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๒ จาก ๒๓

๑.๑.๒ เกณฑ์กำหนดสูงสุดตามประเภทมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้ง อาคารประเภท ก และ ข

เกณฑ์กำหนดสูงสุดตามประเภทมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้ง			
ดัชนีคุณภาพ	หน่วย	ก	
		(ขนาด ๓๐ เตียง ขึ้นไป)	(ขนาด ๑๐ - ๓๐ เตียง)
๑. ค่าความเป็นด่าง (pH)		๕-๙	๕-๙
๒. บีโอดี (BOD)	มก./ลิ.	๕๒๐	๕๓๐
๓. ปริมาณของแข็ง (Suspended Solids)	มก./ลิ.	๙๓๐	๕๖๐
ค่าตะกอนหนัก (Settleable Solids)	มก./ลิ.	๕๐.๕	๔๐.๕
ค่าการละลายทั้งหมด (Total Dissolved Solids)	มก./ลิ.	๕๕๐๐*	๕๕๐๐*
๔. คลอรีน (Chlorine)	มก./ลิ.	๑.๐	๑.๐
๕. ไนโตรเจน ในรูป NH <sub>3</sub>	มก./ลิ.	๔๐.๕	๔๐.๕
๖. น้ำมันและไขมัน (Fat, Oil and Grease)	มก./ลิ.	๖๒๐	๕๒๐
๗. โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Total Coliform Bacteria)	MPN/๑๐๐ml.	๔,๕๐๐	๕,๕๐๐
๘. ฟิโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Fecal Coliform Bacteria)	MPN/๑๐๐ml.	๔๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐




## ภาคผนวก ค-2

---

### แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย






 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้า : 3 จาก 38

### สารบัญ

	หน้า
1. วัตถุประสงค์	4
2. ขอบเขต	4
3. คำจำกัดความ	4-6
4. หน้าที่ความรับผิดชอบ	6
5. แผนก่อนเกิดเหตุ	7
- แผนตรวจตรา	7-13
- แผนการฝึกอบรม	13
- แผนรณรงค์	13
6. แผนขณะเกิดเหตุ	14
- แผนระงับอัคคีภัยขั้นต้น (Code F เหลือง)	22
- แผนระงับอัคคีภัยขั้นรุนแรง (Code F แดง)	23
- แผนอพยพหนีไฟ	24
7. แผนบรรเทาทุกข์	27
8. ภาคผนวก	31-38

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้า : 4 จาก 38

### 1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินโดยเฉพาะการเกิดอัคคีภัย เพื่อให้สามารถป้องกันเหตุ และควบคุมเหตุฉุกเฉินที่จะเกิดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1.1 เพื่อเป็นการป้องกันและระงับอัคคีภัย
- 1.2 เพื่อสร้างความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัย (กรณีเกิดอัคคีภัยในศึกษา บุคลากร และบุคคลภายนอกที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี)
- 1.3 เพื่อลดอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดเหตุอัคคีภัย
- 1.4 เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อนักศึกษา บุคลากร และบุคคลภายนอกที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- 1.5 เพื่อให้เป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย

### 2. ขอบเขต


แผนการป้องกันและระงับอัคคีภัย (CODE F) ฉบับนี้ ใช้สำหรับ “พื้นที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี” เท่านั้น โดยครอบคลุมถึงบุคลากร และบุคคลภายนอก ซึ่งมีองค์ประกอบของแผนที่ต้องดำเนินการในมาตรการต่าง ๆ ดังนี้ ก่อนเกิดเหตุอัคคีภัย ขณะเกิดเหตุอัคคีภัย และหลังเกิดอัคคีภัย มีรายละเอียดดังนี้

- 2.1 ก่อนเกิดเหตุเพลิงไหม้ จะประกอบด้วย แผนป้องกันอัคคีภัยต่าง ๆ 3 แผน คือ แผนการตรวจตรา แผนการอบรม และแผนการรณรงค์ป้องกันอัคคีภัย
- 2.2 ขณะเกิดเหตุเพลิงไหม้ จะประกอบด้วย แผนเกี่ยวกับการดับเพลิง และลดความสูญเสีย โดยประกอบด้วยแผนต่าง ๆ 2 แผน คือ แผนการดับเพลิง และแผนอพยพหนีไฟ
- 2.3 หลังเกิดเหตุเพลิงไหม้ จะประกอบด้วยแผนที่จะต้องดำเนินการเมื่อเหตุเพลิงไหม้สงบลงแล้ว 1 แผน คือ แผนบรรเทาทุกข์ ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องจากภาวะเกิดเหตุเพลิงไหม้


### 3. คำจำกัดความ (Definition)

บุคลากรโรงพยาบาล	หมายถึง	พนักงานของโรงพยาบาลและพนักงานของมหาวิทยาลัยที่มาปฏิบัติงานที่ประจำในโรงพยาบาล
บุคคลภายนอก	หมายถึง	ผู้มาปฏิบัติงาน หรือบุคคลภายนอกที่มาใช้บริการ
พื้นที่เกิดเหตุ	หมายถึง	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พื้นที่อันตราย	หมายถึง	พื้นที่ที่เป็นจุดกำเนิดของการเกิดอัคคีภัย มีอันตรายสูงมาก ทั้งจากความร้อนและควัน ผู้ที่อยู่ในบริเวณนี้ต้องได้รับการอพยพไปยังพื้นที่ปลอดภัยทันที
พื้นที่อันตราย	หมายถึง	บริเวณพื้นที่ที่เชื้อเพลิงที่มีอยู่ติดกับถังรักษาตัวหรือใช้



	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 5 จาก 38

ศูนย์บัญชาการเหตุฉุกเฉิน	หมายถึง	ประโยชน์อื่น ๆ ที่ตกอยู่ในภาวะอันตราย อาจได้รับผลกระทบจากควันไฟ เปลวไฟ ภัยพิบัติ จำเป็นต้องอพยพ ผู้ป่วย บุคลากรและทรัพย์สิน/เอกสารสำคัญในพื้นที่ที่มีการประกาศใช้แผนฉุกเฉิน
เสียงสัญญาณ	หมายถึง	สถานที่ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อใช้เป็นศูนย์กลางในการบัญชาการ และประสานงานงานกับทีมงานต่าง ๆ ทั้งทีมสนับสนุนภายในและภายนอก
จุดรวมพล	หมายถึง	เสียงสัญญาณแจ้งเหตุที่กำหนดไว้ เพื่อบังคับให้ทราบทั่วกันว่า เหตุอันตรายที่เกิดขึ้นเป็นเหตุเข้าสู่สภาวะฉุกเฉินให้รีบอพยพไปยังจุดรวมพล
อพยพ	หมายถึง	พื้นที่ที่ปลอดภัยซึ่งกำหนดไว้สำหรับการรวมพลกรณีเหตุฉุกเฉิน ซึ่งจะมีป้ายข้อความ "จุดรวมพล (Assembly point)" ติดตั้งไว้
ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน	หมายถึง	การย้ายจากพื้นที่ที่เกิดเหตุฉุกเฉินไปยังพื้นที่ปลอดภัย (จุดรวมพล) อย่างเป็นระบบทั้งผู้ปฏิบัติงานและอุปกรณ์หรือยานพาหนะ ภายใต้การควบคุมของหัวหน้าทีมอพยพ
รหัส Code F	หมายถึง	ทีมที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเข้าระงับหรือบรรเทาเหตุการณ์ไม่ให้ลุกลามถึงขั้นรุนแรง
ระดับสถานะความปลอดภัย	หมายถึง	รหัสที่ใช้แจ้งเหตุเมื่อเกิดเหตุอัคคีภัยโดยแบ่งระดับการแจ้งเหตุ ดังนี้ (1) รหัส Code F เหลือง หมายถึง เหตุการณ์เพลิงไหม้เพิ่งได้รับรายงานและกำลังอยู่ในขั้นตอนการดับไฟขั้นต้น ให้อพยพเฉพาะอาคารที่เกิดเหตุ โดยให้ประกาศซ้ำ 3 ครั้ง ติดต่อกัน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากจากชั้นที่เกิดเหตุและ เตรียมพร้อมอพยพสำหรับอาคารที่เกิดเหตุ (2) รหัส Code F แดง หมายถึง เพลิงไหม้รุนแรงยังไม่สามารถดับได้ให้อพยพหนีไฟตามแผนที่วางไว้เฉพาะอาคารที่เกิดเหตุ (3) รหัส Code F เขียว หมายถึง เพลิงไหม้สงบลง


	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-FNV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 6 จาก 38

ระดับสถานะผู้ป่วย	หมายถึง	(1) กลุ่มสีแดง หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤต ที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ เช่น - ผู้ป่วยหมดสติ (Coma) - ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ - ผู้ป่วย immediate post operation บางส่วน - เด็กแรกเกิดที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) กลุ่มสีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสัญญาณชีพคงที่ แต่ยังไม่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น - ผู้ป่วยมีบาดแผลผ่าตัดหรือบางส่วน Paralysis - ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัด Post operation - ผู้ป่วย Immobilized - ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง Weakness - ผู้ป่วยเด็ก - เด็กแรกเกิด (3) กลุ่มสีเขียว หมายถึง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้
-------------------	---------	--

#### 4. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

- 4.1 คณะกรรมการฝ่ายบริหารและนโยบาย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2) หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย
- 3) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) มีหน้าที่ดังนี้
  1. กำหนดนโยบายเรื่องการป้องกันและระงับอัคคีภัย
  2. จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
  3. จัดหางบประมาณดำเนินงาน
  4. จัดซื้อแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
  5. ประเมินผลการซ้อมแผน และปรับปรุงแก้ไข
  6. อำนาจการแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
  7. ประสานงานต่างๆ
- 4.2 ฝ่ายปฏิบัติงาน 1. หัวหน้าจุดปฏิบัติงานทุกจุด/หัวหน้าเวร 2. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกคน ทุกแผนก มีหน้าที่ดังนี้
  1. จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับจุดปฏิบัติงาน
  2. สำรองและค้นหาความเสียหายในเรื่องอัคคีภัยในหน่วยงานที่รับผิดชอบ
  3. อำนาจการปฏิบัติงานเบื้องต้นในการระงับอัคคีภัย
  4. แก้ไขปัญหาอัคคีภัยขนาดเล็ก ในการ - ผจญเพลิง - ช่วยเหลือในด้านความปลอดภัยของสถานที่ - ช่วยเหลือผู้ประสบภัยให้แก่ผู้รับบริการ และผู้ป่วย



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 7 จาก 38

## 5.แผนก่อนเกิดเหตุ

5.1 แผนการป้องกัน หมายถึง การจัดเตรียมระบบความปลอดภัยให้เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐาน ดังนี้

5.1.1 การออกแบบอาคารเพื่อให้เกิดความปลอดภัย โรงพยาบาลมีการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนา อาคาร-สถานที่/อุปกรณ์ประกอบอาคาร/สิ่งอำนวยความสะดวกกับข้อกำหนดของกฎหมายและมาตรฐานของสมาคมวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ดังนี้

5.1.1.1 การกันแยกแบ่งพื้นที่อาคารเพื่อจำกัดผลกระทบจากการลามของไฟ

(Subdivision of Building Space)

- ในแต่ละชั้นของอาคารโรงพยาบาลจัดให้มีการกันแยกเพื่อแบ่งส่วนของอาคารเพื่อจำกัดการลามของไฟที่มี อัตราการไหม้ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ให้อาคารเป็นทางหนีไฟแนวราบเพื่อรองรับการอพยพ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในชั้นเบื้องต้นสามารถป้องกันการลามของไฟและควันได้ 1 ชั่วโมง

5.1.1.2 การออกแบบปรับปรุงอาคาร เพื่อป้องกันไฟลามและควบคุมการแพร่กระจายของควันมีสาร ดำเนินการ ดังนี้

- 1) ปิดล้อมช่องเปิดต่าง ๆ ทั้งในแนวราบและแนวตั้งด้วยวัสดุทนไฟลาม
- 2) ขั้วพื้นที่อันตรายและประเมินความเสี่ยงพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยจากการ ระเบิด โดยพื้นที่ดังกล่าวได้กำหนดให้มีการปิดล้อมด้วยผนังทนไฟเพื่อป้องกันอันตรายจาก ไฟและควันโดยมีการจัดทำแผนงานและดำเนินการตามลำดับความสำคัญ

5.1.2 การกำหนดจุด (จะต้องระบุพื้นที่สำคัญในแผนฉุกเฉินให้ชัดเจน)

5.1.2.1 ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ (Fire Command Center) ตั้งขึ้นเพื่อใช้เป็นศูนย์กลางในการบัญชาการ และประสานงานกับทีมงานต่าง ๆ ทั้งทีมสนับสนุนภายในและภายนอก

5.1.2.2 จุดรวมพล (Assembly Point) ดังนี้


- จุดรวมพลที่ 1 คือ บริเวณหน้าอาคารพยาธิ และหน้าอาคารโภชนาการ กรณีเกิดเหตุที่อาคารทันตกรรม ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
- จุดรวมพลที่ 2 คือ บริเวณหอพระ กรณีเกิดเหตุที่อาคารพยาธิ อาคารโภชนาการ
- จุดรวมพลที่ 3 คือ บริเวณหน้าหอพักสุรนิวศ17 กรณีเกิดเหตุที่อาคารรัตนเวชพัฒน์ อาคารส่งเสริมสุขภาพ อาคารรังสีวินิจฉัย และหอพักสุรนิวศ17

5.1.2.3 จุดจอดรถดับเพลิง มีดังนี้

- ด้านหน้าอาคารศูนย์ความเป็นเลิศ
- ด้านหลังอาคารรัตนเวชพัฒน์

5.1.2.4 จุดจอดรถพยาบาล หน้าอาคารพยาธิ

5.1.2.5 เส้นทางจราจรในโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (แนบในภาคผนวก

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 8 จาก 38

5.1.3 ระบบความปลอดภัยด้านอัคคีภัย (จะต้องสอดคล้องกับระบบความปลอดภัยอัคคีภัยของแต่ละอาคาร)

5.1.3.1 ระบบเส้นทางหนีไฟ ประกอบด้วย

1) ทางไปสู่ทางออกหนีไฟ (Exit Access)

2) ทางออกหนีไฟ (Exit)

3) ทางปล่อยออกสู่ภายนอกอาคาร (Exit Discharge) มีการดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ดังนี้

- กำหนดเส้นทางอพยพหนีไฟ หรือทางออกฉุกเฉินและจัดทำแผนผังแสดงเส้นทางหนีไฟ ให้อาคารบริหารจัดการและพนักงานเห็นได้ชัดเจนทั้งในห้องพักผู้ป่วย และบริเวณนันทนาการแต่ละชั้นของทุกอาคาร

- ติดป้ายสัญลักษณ์บอกทางหนีไฟและป้ายทางออก ที่ประตู

ทางเข้า-ออกทุกประตูโดย กำหนดดังนี้

- ☐ ป้ายสัญลักษณ์ทางออก (Exit Sign) ติดตั้งที่ประตูทางเข้า-ออกแต่ละพื้นที่และประตูทางออกสุดท้ายโดยใช้ป้ายพื้นสีเขียว ตัวอักษรสีขาว

- ☐ ป้ายสัญลักษณ์ทางหนีไฟ/บันไดหนีไฟ (Fire Exit) ติดตั้งที่ประตูหนีไฟทุกประตู โดยใช้ป้ายพื้นสีเขียว ตัวอักษรสีขาว


5.1.3.2 ระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้ ระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้เป็นชนิดที่ระบุตำแหน่งอุปกรณ์ (Semi Addressable) ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย

- อุปกรณ์ตรวจจับควันในมือ ได้แก่ อุปกรณ์ตรวจจับควัน (Smoke Detector), อุปกรณ์ตรวจจับความร้อน (Heat Detector) และอุปกรณ์ตรวจจับอัตราการไหลของน้ำ (Flow Switch)
- อุปกรณ์แจ้งเหตุด้วยมือ (Manual Pull Station)
- อุปกรณ์แจ้งเหตุด้วยแสงและเสียง (Strobe Light & Alarm Bell)

ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวจะทำการเชื่อมต่อกับระบบความปลอดภัยอื่น ๆ ภายในอาคาร ดังนี้

- ประตูกันควัน (Smoke Door) และ ลี้นกันควัน (Smoke Damper) ติดตั้งที่ลิฟต์หมายเลข 12,13
- ลิฟต์ทุกตัวหยุดให้บริการและลงมาจากชั้น 1 และเปิดค้างไว้
- หยุดการทำงานของระบบปรับอากาศ
- สั่งปลดล็อกประตู Access Control ในกรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้
- สั่งตัดระบบก๊าซหุงต้ม







 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 9 จาก 38


#### 5.1.3.3 ระบบอัดอากาศบันไดหนีไฟ (Stair Pressurization System)





5.1.3.4 ระบบดับเพลิง ระบบดับเพลิงประกอบด้วยระบบหลัก ดังนี้ (จะต้องสอดคล้องกับระบบของอาคาร)

- 1) ระบบดับเพลิงด้วยน้ำ (Water-Based Fire Protection System) ประกอบด้วย
  - ระบบน้ำสำรองดับเพลิง (Fine Water Storage) อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ และอาคารรัตนเวชพัฒน์มีถังเก็บน้ำดับเพลิงสำรองประจำอาคาร
  - มีปริมาณความจุน้ำสำรองดับเพลิง
    - อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ มีความจุ 450 ลูกบาศก์เมตร
    - อาคารรัตนเวชพัฒน์ มีความจุ 400 ลูกบาศก์เมตร
  - สามารถสูบน้ำดับเพลิงได้ภายใน บ่อประมาณ 30 นาที
  - ระบบส่งน้ำดับเพลิง หรือระบบเครื่องสูบน้ำดับเพลิง (Fire Pump)
  - ระบบท่ออันและสายฉีดน้ำดับเพลิง (Standpipe and Hose System)
  - ระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง (Auto Sprinkler System)
  - หัวรับน้ำดับเพลิง (FDC) จากระบบประปาของหน่วยงานราชการ ติดตั้งบริเวณหน้าอาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ และด้านหลังอาคารรัตนเวชพัฒน์
- 2) ระบบดับเพลิงอัตโนมัติด้วยไตรเจน (IG-100) เป็นระบบดับเพลิงที่ใช้วัสดุปริมาณออกซิเจนในบรรยากาศ เพื่อทำให้การลุกไหม้หยุดและสิ้นสุดลง สารดับเพลิงที่นำมาใช้ เป็นก๊าซเฉื่อย (ก๊าซไนโตรเจน 100%)
- 3) ถังดับเพลิงแบบมือถือ (Portable Fire Extinguisher) ถังดับเพลิงแบบมือถือที่ติดตั้งในโรงพยาบาล มี 4 ชนิด ติดตั้งในแต่ละพื้นที่ตามความเสี่ยง และชนิดของเชื้อเพลิง ดังนี้

ตารางแสดงชนิดของถังดับเพลิงแบบมือถือที่ติดตั้งในพื้นที่ของโรงพยาบาล

ชนิดถังดับเพลิง	ลักษณะถัง	คุณสมบัติการดับไฟ	พื้นที่ติดตั้ง
 DRY CHEMICAL ผงเคมีแห้ง	ถังสีแดง มีมาตรวัดแรงดัน		ภายนอกอาคาร
 CO2: ซี โอ หู ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์	สายฉีดทาง กระบอกกรวย ไม่มี มาตรวัดแรงดัน		ภายในอาคาร


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 10 จาก 38

	NON CFC : นอนซีเอฟซี	ถังสีเขียว มีมาตรวัดแรงดัน		ภายในอาคาร
	Foam : โฟม	ถังสีเงิน มีมาตรวัดแรงดัน		ภายในอาคาร (ห้องเครื่อง)

5.2 แผนการตรวจตรา ประกอบด้วย แผนการตรวจตราความเสี่ยงด้านอัคคีภัยและแผนการตรวจสอบการทดสอบและการบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ในระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย

#### 5.2.1 แผนการตรวจตรา ประกอบด้วยแผนการตรวจตรา ดังนี้


- 1) การตรวจตราความเสี่ยงด้านอัคคีภัย
  - แหล่งเชื้อเพลิง/วัสดุอันตรายของเสียที่ติดไฟง่าย
  - แหล่งความร้อน
  - ก๊าซ-สารเคมีติดไฟ / สารไวไฟ
  - ความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ดับเพลิงขั้นต้น
  - เส้นทางหนีไฟ
- 2) การตรวจตราอุปกรณ์ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย
  - อุปกรณ์แจ้งเหตุและอุปกรณ์ตรวจจับ
  - หัวกระจายน้ำดับเพลิง
  - ชุดดับเพลิงและสายฉีดน้ำดับเพลิง
  - ถังดับเพลิง
  - ไฟแสงสว่างฉุกเฉิน
  - บั้ยทางหนีไฟ
- 3) การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง และพื้นที่ส่วนกลาง
- 4) การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ติดตั้งเครื่องจักร ห้องควบคุมไฟฟ้าและพื้นที่ปฏิบัติงานบำรุงรักษา
- 5) การตรวจตราความปลอดภัยตามแผนงาน
- 6) การตรวจตราความปลอดภัยตามแผนงาน โดยคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 11 จาก 38

7) การตรวจหาความเสี่ยงในการทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ/ความร้อนสูง ตามระบบการขออนุญาตทำงาน (Hot Work Permit)


8) การตรวจตราและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอัคคีภัย เมื่อมีการก่อสร้าง/ปรับปรุง

ลำดับ	เรื่องที่ต้องตรวจตรา	ผู้รับผิดชอบ
1	การตรวจตราความเสี่ยงด้านอัคคีภัย 1.1 แหล่งเชื้อเพลิง / วัตถุอันตรายของเสียที่ติดไฟง่าย 1.2 แหล่งความร้อน 1.3 ก๊าซ สารเคมีติดไฟ / สารไวไฟ 1.4 ความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ดับเพลิงขั้นต้น 1.5 เส้นทางหนีไฟ	เจ้าหน้าที่และหน่วยงาน
2	การตรวจตราอุปกรณ์ความปลอดภัยด้านอัคคีภัยในพื้นที่ 2.1 อุปกรณ์แจ้งเหตุและอุปกรณ์ตรวจจับอัตโนมัติ 2.2 หัวกระจายน้ำดับเพลิง 2.3 ชุดดับเพลิงและสายฉีดน้ำ 2.4 ถังดับเพลิง 2.5 ไฟแสงสว่างฉุกเฉิน 2.6 ป้ายทางหนีไฟ	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยร่วมกับแผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม
3	การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง และพื้นที่ส่วนกลาง	รปภ.และแผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม
4	การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ติดตั้งเครื่องจักรห้องควบคุมไฟฟ้า และพื้นที่ปฏิบัติงานบำรุงรักษา	แผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม
5	การตรวจตราความปลอดภัยตามแผนงาน โดยคณะกรรมการความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม	คณะกรรมการความปลอดภัย
6	การตรวจตราความเสี่ยงในการทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ ความร้อนสูง ตามระบบการขออนุญาตทำงาน (Hot Work Permit)	แผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม
7	การตรวจตราและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอัคคีภัย เมื่อมีการก่อสร้าง/ปรับปรุง	ฝ่ายวิศวกรรม

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 12 จาก 38

5.2.2 แผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ-อุปกรณ์ในระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย  
โรงพยาบาล มอบหมายให้ฝ่ายวิศวกรรมดูแลรับผิดชอบจัดทำแผนงานการตรวจสอบทดสอบและบำรุงรักษา เครื่องมือ อุปกรณ์ในระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย ดังรายการต่อไปนี้

ชนิดการตรวจ	ความถี่การตรวจ	แบบฟอร์ม	ผู้ตรวจ
<b>1) ระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้</b>			
อุปกรณ์แจ้งเหตุเพลิงไหม้ - แผงควบคุมอุปกรณ์เตือนภัย (Fire Alarm Control Panel) - อุปกรณ์ตรวจจับควัน (Smoke Detector) - อุปกรณ์ตรวจจับความร้อน (Heat Detector) - อุปกรณ์แจ้งเหตุด้วยมือ (Manual Pull Down) - อุปกรณ์แจ้งเหตุด้วยเสียงและแสง (Strobe Light & Alarm Bell)	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจประจำวัน/ ประจำปี	ฝ่ายวิศวกรรม
<b>2) ระบบดับเพลิงด้วยน้ำ</b>			
- แหล่งเก็บน้ำสำรอง (Fire Storage Tank) - เครื่องสูบน้ำดับเพลิง (Engine Fire Pump) - เครื่องสูบน้ำรักษาแรงดัน (Jockey Pump) - ระบบท่อยืน (Main Riser Pipe) - สายฉีดน้ำดับเพลิง (Fire Hose Reel) - หัวรับน้ำดับเพลิง (Fire Department Connection) - หัวกระจายน้ำดับเพลิง (Sprinkler Head)	- ทุกสัปดาห์ - ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจประจำวัน/ สัปดาห์/ เดือน/ปี	ฝ่ายวิศวกรรม
<b>3) ระบบดับเพลิงอัตโนมัติด้วยสารสะอาด</b>			
- สารสะอาดด้วยก๊าซไนโตรเจน	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจประจำวัน/ ปี	ฝ่ายวิศวกรรม
<b>4) ถังดับเพลิงแบบมือถือ (Fire Extinguisher)</b>			
- ทุกเดือน - ทุกปี	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจประจำวัน/ ปี	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยร่วมกับฝ่ายวิศวกรรม
<b>5) ประตูหนีไฟและบันไดหนีไฟ (Fire Exit Door &amp; Stairwell)</b>			
- ทุกเดือน	- ทุกเดือน	แบบตรวจประจำวัน	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : OP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 13 จาก 38


6) ป้ายบอกทางหนีไฟ (Exit Sign)	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำปีเดือน/ ปี	เจ้าหน้าที่ความ ปลอดภัย
7) ไฟแสงสว่างฉุกเฉิน (Emergency Light)	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำปี สัปดาห์/ เดือน/ปี	เจ้าหน้าที่ความ ปลอดภัยร่วมกับ ฝ่ายวิศวกรรม
8) ระบบอัดอากาศบนไดนาโมไฟ (Pressurize Fan) , โถงลิฟต์ดับเพลิง	ทุกเดือน ทุกปี	แบบตรวจ ประจำปีเดือน/ ปี	ฝ่ายวิศวกรรม
9) แนวพังกันควัน ประตูกันควัน และลิ้นกันควัน (Smoke Compartment)	- ทุกเดือน	แบบตรวจ ประจำปีเดือน/ ปี	ฝ่ายวิศวกรรม

5.2.3 การตรวจตรา/เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอัคคีภัยกรณีมีการทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ หรือมีความร้อนสูง (Hot Work Permit) โรงพยาบาลกำหนดให้มีระบบการอนุญาตทำงาน (Permit to Work) ที่ก่อให้เกิดประกายไฟหรือมีความร้อนสูง เพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดอัคคีภัยจากการทำงานของผู้รับเหมา โดยผู้รับเหมาทุกฝ่ายต้องได้รับการอบรมเชิงบังคับด้านความปลอดภัยในการทำงาน และการเฝ้าระวัง บัญชีปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ หรือมีความร้อนสูงจะต้องมีการขออนุญาตตามระบบงานที่โรงพยาบาล กำหนด และได้รับอนุญาตจากผู้มีอำนาจก่อนลงมือปฏิบัติ

5.3 แผนการอบรม โรงพยาบาลกำหนดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล บริษัท คู่สัญญา ผู้รับเหมา ผู้เช่าพื้นที่ของโรงพยาบาลประกอบกิจการในเรื่องดังต่อไปนี้

- ความรู้เกี่ยวกับอัคคีภัย/การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/การดับเพลิงขั้นต้น
- การตรวจตราความเสี่ยงด้านอัคคีภัย และการรายงานกรณีพบความเสี่ยง
- แผนผังเส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ความปลอดภัยอัคคีภัย
- อบรมแผนปฏิบัติการอพยพ เมื่อเกิดเพลิงไหม้ และการซ้อมแผน
- มาตรการความปลอดภัยชั่วคราวกรณีการก่อสร้าง/ปรับปรุงพื้นที่
- การขออนุญาตทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ และประกายไฟ (Hot Work Permit)
- การกำหนดมาตรฐานการ และบทลงโทษ เช่น การห้ามสูบบุหรี่ ห้ามจัดเก็บสารไวไฟในอาคาร การทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ และไม่มีการเตรียมการเพื่อความปลอดภัย


5.4 แผนการผนวกป้องกันและระงับอัคคีภัย โรงพยาบาลกำหนดให้มีการรณรงค์ด้านการป้องกันและระงับอัคคีภัยในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดงานมหกรรมคุณภาพ, การจัดทำมาตรฐาน 5ส. จัดทำ Board รณรงค์ เป็นต้น

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : OP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 14 จาก 38

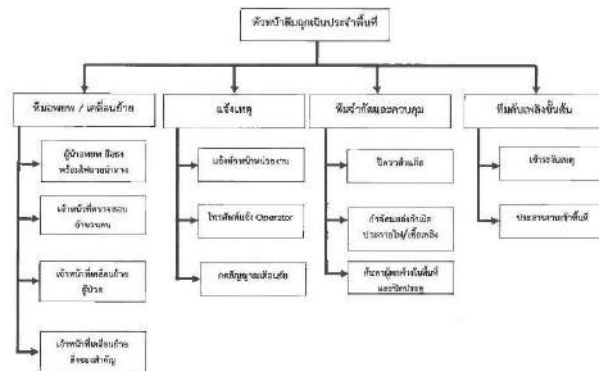
## 6. แผนขณะเกิดเหตุเพลิงไหม้

6.1 แผนระงับอัคคีภัย เพื่อกำหนดบุคคลที่ต้องปฏิบัติภารกิจในกรณีที่เกิดเหตุเพลิงไหม้อย่างชัดเจน และกำหนดขั้นตอนการดับเพลิง ให้มีการปฏิบัติตามแผนเพื่อให้เกิดความเสียหายจากเพลิงไหม้น้อยที่สุด แผนระงับอัคคีภัยแบ่งเป็น 2 แผนย่อย ได้แก่ แผนระงับอัคคีภัยขั้นต้น (Code F เหลือง) และแผนระงับอัคคีภัยขั้นรุนแรง (Code F แดง)




 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-FNV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้า ที่ : 15 จาก 38

โครงสร้างทีมระงับเหตุระดับหน่วยงาน (ทีมระงับเหตุขั้นต้น)




ผู้ปฏิบัติงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
ทีมเคลื่อนย้ายและช่วยชีวิต	1.เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังจุดที่ปลอดภัยในชั้นเกิดเหตุ 2.ตรวจสอบจำนวนและรายชื่อในหน่วยงานตนเองรับผิดชอบ 3.นำทางผู้ป่วยไปยังจุดรวมพล 4.เคลื่อนย้ายทรัพย์สินสำคัญที่จำเป็นตามที่หน่วยงานระบุไว้
ทีมแจ้งเหตุ	1.แจ้งเพื่อนร่วมงานทราบและรายงานหัวหน้างาน 2.โทรแจ้ง Operator เพื่อประกาศ Code F 3. กดหรือตั้งสัญญาณเตือนภัยที่บริเวณใกล้เคียง
ทีมจำกัดและควบคุม	1.ปิดวาล์วแก๊ส (หากมี) 2.เคลื่อนย้ายแหล่งกำเนิดประกายไฟหรือวัสดุติดไฟบริเวณใกล้เคียง (หากทำได้) 3.ตรวจสอบจำนวนผู้ตกค้างภายในพื้นที่และปิดประตูจุดที่ตรวจสอบแล้ว
ทีมดับเพลิงขั้นต้น	1.ระงับเหตุเบื้องต้น 2.ประสานงานการเข้าช่วยเหลือของทีมดับเพลิง


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-FNV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้า ที่ : 16 จาก 38

หน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานตามโครงสร้างโรงพยาบาล

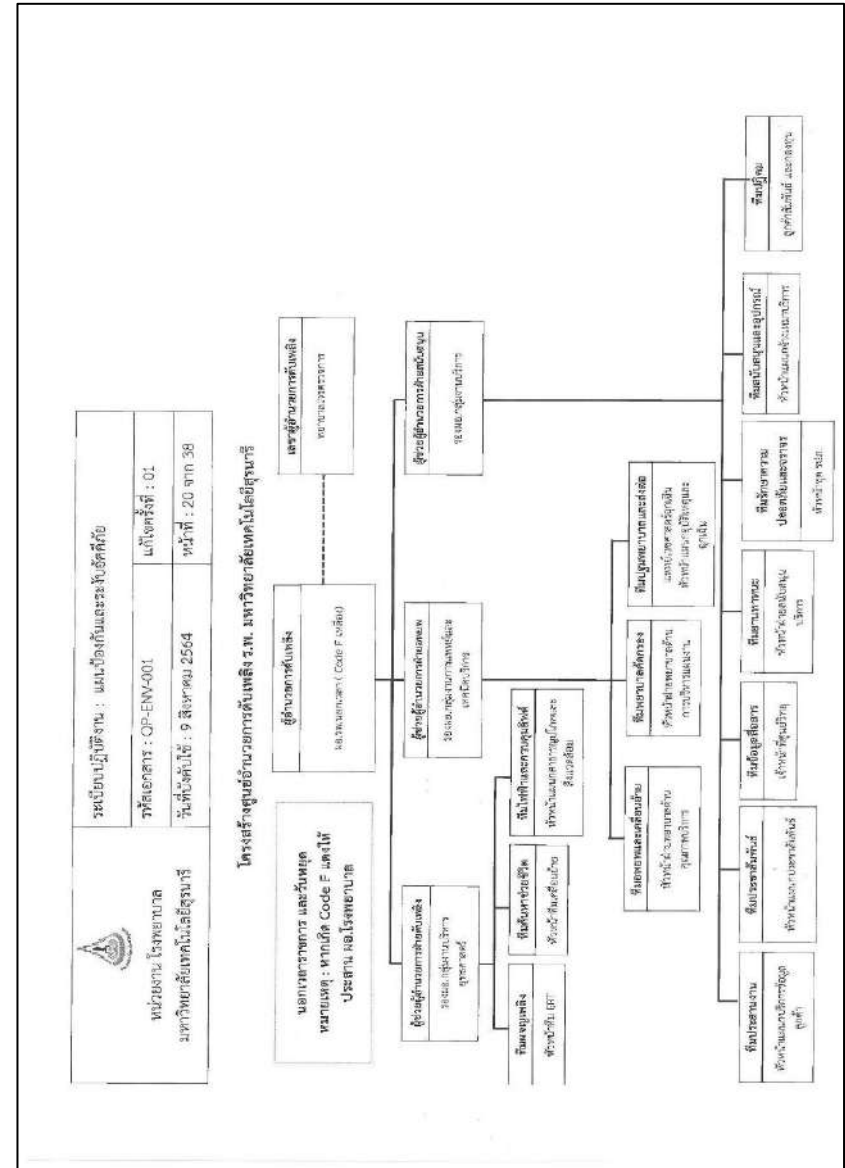
ผู้ปฏิบัติงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
ผู้อำนวยการระดับสูง	ให้ข้อปฏิบัติดังนี้ 1. จำนวนการ และสั่งการให้ใช้แผนปฏิบัติการควบคุมอัคคีภัย 2. มีอำนาจในการสั่งการและขอความร่วมมือให้บุคคลที่เกี่ยวข้องหรือพนักงานมาช่วยเหลือในการควบคุมอัคคีภัย 3. มีอำนาจในการสั่งการทุกฝ่ายให้หยุดหรือปฏิบัติงาน
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายดับเพลิง - ทีมผจญเพลิง - ทีมค้นหาช่วยชีวิตและเคลื่อนย้าย - ทีมไฟฟ้าและควบคุมลิฟต์	1. เมื่อเกิดเหตุให้ไปพื้นที่เกิดเหตุเพื่อรายงานสถานการณ์กับผู้ช่วยการแสบ ในการบัญชาการเหตุฉุกเฉิน 2. กำกับดูแล สั่งการทีมผจญเพลิง ทีมช่าง ทีมค้นหา ในการเข้าปฏิบัติการตามแผนฉุกเฉิน 3. เมื่อเหตุการณ์สงบเข้าสำรวจพื้นที่ ประเมินความเสียหายและผลกระทบ
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ - ทีมแพทย์ - ทีมปฐมพยาบาล และส่งต่อ - ทีมพยาบาลคัดกรอง	1. เมื่อเกิดเหตุไปประจำที่ศูนย์บัญชาการเหตุฉุกเฉิน 2. ประสานงาน และสั่งการให้ทีมเคลื่อนย้ายและแพทย์ และทีมปฐมพยาบาลและส่งต่อ ปฏิบัติตามหน้าที่ในแผนฉุกเฉิน 3. หลังเหตุการณ์สงบ ประเมินสภาพความพร้อมของสถานที่ ก่อนสั่งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับเข้าในอาคาร
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายสนับสนุน - ทีมประสานงาน - ทีมประชาสัมพันธ์ - ทีมข้อมูลสื่อสาร - ทีมงานพาหนะ - ทีมสนับสนุนและอุปกรณ์	1. เมื่อเกิดเหตุไปประจำที่ศูนย์บัญชาการเหตุฉุกเฉิน 2. ประสานงาน และสั่งการให้ทีมปฏิบัติตามหน้าที่ในแผนฉุกเฉิน
ทีมผจญเพลิง (CRT TEAM)	1. เมื่อเกิดเหตุเข้าระงับเหตุพื้นที่ และประเมินสถานการณ์พร้อมรายงานสถานการณ์ให้ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายดับเพลิงทราบเป็นระยะ 2. ประสานงานกับทีมควบคุมไฟฟ้าและลิฟต์ เพื่อทำการตัดระบบไฟฟ้า 3. ประสานงานกับทีมค้นหาช่วยชีวิต เพื่อขอความช่วยเหลือกรณีที่มีผู้ได้รับบาดเจ็บ
ทีมค้นหาช่วยชีวิต	1. เมื่อเกิดเหตุรายงานตัวต่อผู้อำนวยการดับเพลิง และรับข้อมูลจากผู้ช่วย ผอ.ฝ่ายดับเพลิงเพื่อเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต

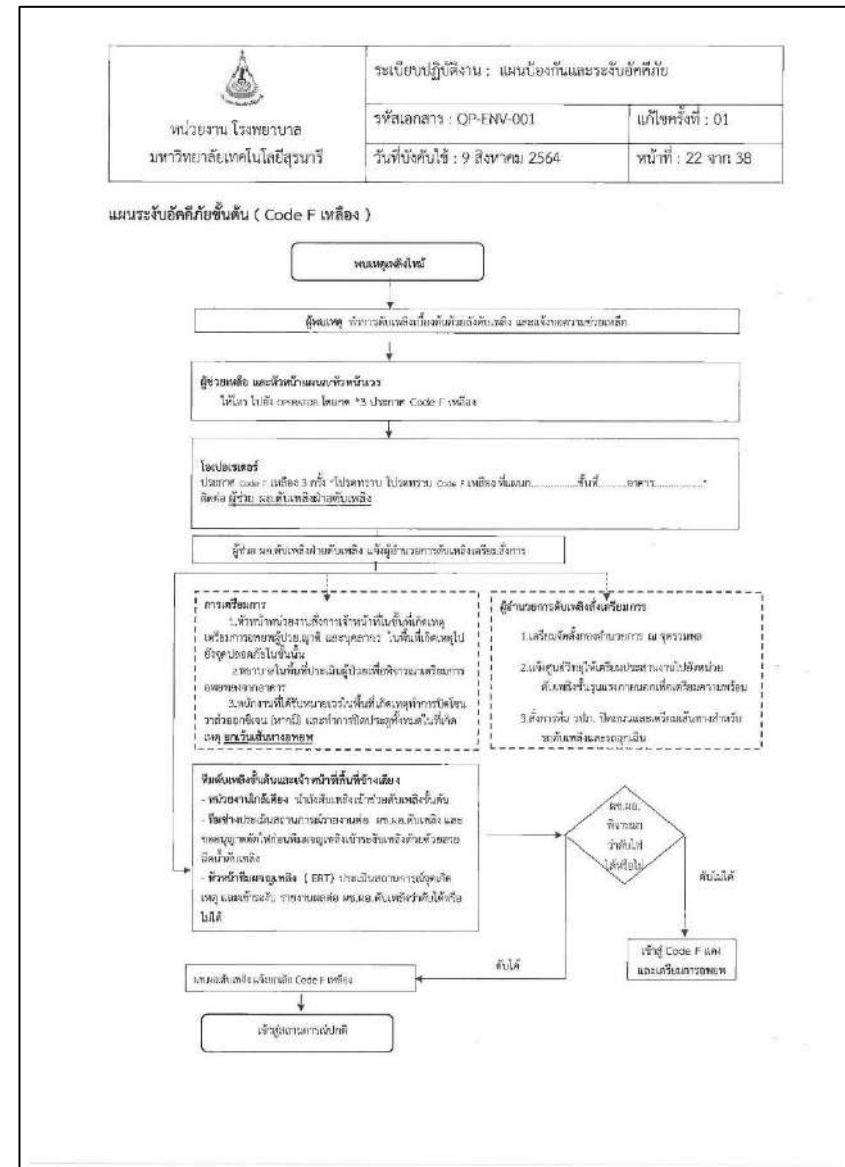
 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 17 จาก 38

ทีมควบคุมไฟฟ้าและลิฟต์	2. ทำการค้นหาผู้ติดค้าง และนำผู้ติดค้างมาส่งจู่โจมพลและ รายงานต่อผู้ช่วยเหลือผู้ช่วยการสายดับเพลิง 1. เมื่อเกิดเหตุประสานงานกับทีมแผนฉุกเฉิน เพื่อทำการตัด ระบบไฟฟ้าหรืออาคาร 2. ควบคุมลิฟต์ให้ใช้สำหรับการเคลื่อนย้ายคนไข้สีแดง 3. ดึงระบบแม่สีทั้งอาคาร
ทีมอพยพและเคลื่อนย้าย (แต่ละ หน่วยงาน)	1. เมื่อเกิดเหตุ หัวหน้าทีมอพยพแต่ละแผนกเตรียมความพร้อม และสิ่งการอพยพหนีไฟและญาติทันที เมื่อได้รับสัญญาณ เปลี่ยนเป็น Code F แดง 2. ประเมินคนไข้และจัดลำดับการเคลื่อนย้ายคนไข้สีแดง สี เหลือง สีเขียว อพยพไปยังจู่โจมพล
ทีมปฐมพยาบาลและส่งต่อ	1. เมื่อเกิดเหตุประเมินคนไข้สีแดง สีเหลือง สีเขียวที่ย้ายมาจาก แผนกต่างๆ ทำหัตถการ และประสานเพื่อ Refer ส่งต่อ 2. ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นคนไข้ที่บาดเจ็บจาก Code F
ทีมพยาบาลศัลยกรรม	1. เมื่อเกิดเหตุทำการศัลยกรรมคนไข้ปกติ และคนไข้ที่เกิดจาก Code F เพื่อส่งต่อไปทีมแพทย์ปฐมพยาบาล 2. ตรวจสอบยอดจำนวนคนไข้และรายงานต่อผอ.ดับเพลิง
ทีมประสานงาน (ศูนย์บริการ ข้อมูลลูกค้า)	1. เมื่อเกิดเหตุ ประกาศแจ้งเหตุให้พนักงานทราบโดยใช้ รหัส Code F หรือรายงานต่อเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกดับเพลิงทันที 2. ประสานงานกับหน่วยงานภายนอกและภายในโรงพยาบาล ทางโทรศัพท์ เพื่อขอความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เมื่อ เปลี่ยนจาก Code F เหลือง เป็น Code F แดง 3. ประสานงานรับลงทะเบียนจากหน่วยงานภายนอกที่เข้าทำ การช่วยเหลือในส่วนต่างๆ
ทีมประชาสัมพันธ์	1. เมื่อเกิดเหตุรายงานต่อผู้อำนวยการดับเพลิง 2. รวบรวมข้อมูลข่าวสารของสถานการณ์การเกิดเหตุที่ถูกต้อง และเตรียมประชาสัมพันธ์ให้สัมภาษณ์ข่าวกับสื่อมวลชน
ทีมข้อมูลสื่อสาร (ศูนย์วิทยุ)	1. ประสานงานกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ได้แก่ รถ ฉุกเฉินโรงพยาบาล ทีมช่างและวิศวกรรม ทีม ERT เพื่อแจ้ง ให้เข้าระงับเหตุทันที 2. ประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อแจ้งข่าวขอความช่วยเหลือทางวิทยุ สื่อสาร


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 18 จาก 38

ทีมยานพาหนะ	3. เป็นสื่อกลางติดต่อระหว่างหน่วยงานภายนอก และทีม ประสานงาน ทางวิทยุสื่อสาร เพื่อช่วยเหลือที่จุด อำนวยความสะดวก 1. ส่งคนไข้สีแดงไปยังโรงพยาบาลอื่นที่ใกล้เคียง 2. เมื่อเกิดเหตุจัดเตรียมยานพาหนะ เพื่อรับ-ส่งคนไข้ไปยังจุด ปลอดภัย 3. อำนาจความสะดวกในการเคลื่อนย้ายและจัดเตรียมสถานที่ สำหรับจัดตั้งกองอำนวยความสะดวก
ทีมรักษาความปลอดภัยและจราจร	1. เมื่อเกิดเหตุทำการกั้นพื้นที่ ป้องกันบุคคลภายนอกที่ไม่ เกี่ยวข้องเข้ามาในพื้นที่ 2. อำนาจความสะดวกให้กับหน่วยงานภายนอกที่เข้ามางับ เหตุ และเข้าช่วยเหลือในจุดต่างๆ 3. จัดการจราจรภายในพื้นที่เกิดเหตุในโรงพยาบาลให้ปลอดภัย และสะดวกต่อการเข้าระงับเหตุ
ทีมสนับสนุนและอุปกรณ์	1. เมื่อเกิดเหตุจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์สำหรับจัดตั้งกอง อำนวยความสะดวก จุดปฐมพยาบาล และจุดคัดกรองหนีไฟ 2. ประสานงานด้านอาหารและน้ำดื่ม พร้อมอุปกรณ์ปฐม พยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในระหว่างการระงับเหตุ
ทีมปฐมพยาบาล	1. วางแผนและดำเนินการต้อนรับ รับรองบุคลากรต่างๆที่ มาร่วมการระงับเหตุ 2. จัดเตรียม จัดหา และประสานงานเพื่อเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ อาหาร เครื่องดื่มในการรับรองบุคลากรต่างๆ







 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 25 จาก 38

ทีมแพทย์: ให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย / ผู้ป่วย /ญาติ / เจ้าหน้าที่


ผู้นำอพยพ :

- เมื่อได้ยินเสียงประกาศ Code F เหลือง ขึ้นที่เก็ทเหตุอพยพผู้ป่วยไปจุดปลอดภัยทันทีและ ขึ้นขึ้น ๆ เครื่องมืออพยพ
- เมื่อได้ยินเสียงประกาศ Code F แดง ให้อพยพทันที
  - ผู้ป่วยประเภทที่ 1 สีแดง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ เจ้าหน้าที่อพยพเคลื่อนย้ายด้วย Ambulance และเตียงผู้ป่วยไปที่ลิฟต์ฉุกเฉิน
  - ผู้ป่วยประเภทที่ 2 สีเหลือง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เจ้าหน้าที่นำเคลื่อนย้ายโดยเปลสนาม ไปที่บันไดหนีไฟ
  - ผู้ป่วยประเภทที่ 3 สีเขียว ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถเดินได้ เจ้าหน้าที่นำผู้ป่วยญาติ ไปทางบันไดหนีไฟ

(หมายเหตุ ให้พยาบาลในพื้นที่พิจารณาผู้ป่วยสีเหลืองและสีแดงที่ต้องการส่งต่อไปโรงพยาบาลใกล้เคียง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาล)

ข้อปฏิบัติในการอพยพเคลื่อนย้าย

- ทีมอพยพผู้ป่วยในทางลิฟต์โดยสารถโดยเด็ดขาด ใช้อพยพได้เฉพาะลิฟต์ที่ดับเพลิงเท่านั้น
- ให้แพทย์เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติไป ณ จุดรวมพล
- หน่วยช่วยชีวิต ตั้งจุดปฐมพยาบาล รักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดรวมพล
- ห้องคลอด ผู้ป่วยกำลังคลอด ให้หัวหน้าตึก พยาบาลหัวหน้าเวรหรือแพทย์ประเมินอาการเพื่อส่งการ
  - 4.1 ผู้ป่วยคลอดและหลังคลอด เคลื่อนย้ายโดยเปลสนามเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ผู้ป่วยประเภทที่ 2 สีเหลือง)
  - 4.2 ทารกแรกเกิดปกติ ให้ใช้ผ้าห่อเด็กทุกราย (กรณีเด็กคนเดียวเคลื่อนย้ายโดยการอุ้มเด็ก และกรณีเด็กหลายคนให้เคลื่อนย้าย โดยการใส่ Clip)
  - 4.3 ทารกแรกเกิดวิกฤต ให้ใช้ผ้าห่อตัวให้อุ่น เพื่อให้ความอบอุ่นแล้วเคลื่อนย้ายโดยการใส่ Clip ให้ออกซิเจน
- ห้องผ่าตัด
  - 5.1 ผู้ป่วยกำลังผ่าตัด ถ้าประกาศ CODE F เหลือง ให้เตรียมอุปกรณ์ และเครื่องใช้ เช่น Ambu bag ผ้า Drape sterile และ set suture ถ้าประกาศ CODE F แดง ให้เฝ้าปิดแผลชั้น Sheet ปิดผ้า Sterile พ่อตัวผู้ป่วย เคลื่อนย้ายลงเปลสนาม โดยวิสัญญีพยาบาลและศัลยแพทย์เป็นผู้ส่งการลงบันไดหนีไฟ
  - 5.2 ติดต่อบุคลากรทางการแพทย์ รพ.ศิริราช รพ.สุรนารี โรงพยาบาลเทพรัตน โรงพยาบาลปิยะธิดา โรงพยาบาลค่ายสุรนารี หน่วยงานเพื่อ refer ไปทำการผ่าตัดต่อ และนัดหมายส่งคนไข้
  - 5.3 แจ้งแผนกแพทย์ได้เตรียมรถ Ambulance เพื่อขนย้ายผู้ป่วย

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 26 จาก 38

6. แผนก ICU


6.1 หัวหน้าแผนกส่งการขอคำสั่งจากเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้าย โดยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กำหนดเจ้าหน้าที่ 4 คน เคลื่อนย้ายเตียงคนไข้ไปยังลิฟต์ฉุกเฉินร่วมกับทีมเวรเปล

6.2 เมื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกมาได้แล้ว ให้แพทย์เจ้าของไข้/ผู้อำนวยการ เพื่อ refer ผู้ป่วยไปทำการรักษาต่อ

6.3 ผู้ป่วยที่อาการหนัก เตรียมผ้าห่มสำหรับผู้ป่วยทุกคนในการเคลื่อนย้ายและจัดเตรียมประวัติผู้ป่วยบันทึกทางการแพทย์

6.4 หลังจากเคลื่อนย้ายแล้วให้หัวหน้าแผนกตรวจเช็คจำนวนผู้ป่วยและออกจากแผนกเป็นคนสุดท้าย



 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : OP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 27 จาก 38

## 8. แผนบรรเทาทุกข์

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

#### 1) ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ

- หน่วยข้อมูลข่าวสาร ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานของรัฐตามคำสั่งของผู้ว่าราชการจังหวัด
- 1.1 สถานีตำรวจภูธรกลาง เบอร์โทรศัพท์ 044-211403
  - 1.2 หน่วยงนรักษาความปลอดภัย มทส. เบอร์โทรศัพท์ 4444, 4567
  - 1.3 สถานีดับเพลิงเทศบาลนครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 044-243444
  - 1.4 โรงพยาบาลนครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 044-235000
  - 1.5 โรงพยาบาลเวทิตันนครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 044-395000
  - 1.6 โรงพยาบาลปิยะชัย เบอร์โทรศัพท์ 044-441-011
  - 1.7 โรงพยาบาลค่ายสุรนารี เบอร์โทรศัพท์ 044-234300
  - 1.8 ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเขต 5 นครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 044-242819
  - 1.9 เทศบาลนครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 044-242222
  - 1.10 เทศบาลตำบลสุรนารี เบอร์โทรศัพท์ 087-8699968

#### 2) การสำรวจความเสียหาย

หน่วยปฏิบัติการเข้าสำรวจความเสียหายหลังจากเพลิงสงบ, กับฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ดับเพลิง และเจ้าหน้าที่ตำรวจ

#### 3) การรายงานตัวของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย และกำหนดจุดนัดพบเพื่อรอรับคำสั่ง ณ จุดรวมพล


เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายรายงานตัวต่อผู้บังคับบัญชาตามโครงสร้าง และหน้าที่รับผิดชอบของศูนย์อำนวยการดับเพลิง

#### 4) การช่วยเหลือและค้นหาผู้เสียชีวิตหรือผู้สูญหาย โดยมีทีมแพทย์และทีมค้นหาผู้สูญหาย ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้

- 4.1 รับแจ้งผู้สูญหาย และรายงานต่อหัวหน้าหน่วยแพทย์
- 4.2 ค้นหาผู้สูญหาย
- 4.3 รายงานยอดผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้สูญหายต่อหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการเป็นระยะ ๆ
- 4.4 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ดับเพลิงและเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อค้นหาผู้สูญหายอย่างละเอียดอีกครั้ง

#### 5) การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย หรือผู้เสียชีวิต และผู้เสียชีวิต

- 5.1 ผู้ประสบภัย: ผู้บาดเจ็บ ทีมแพทย์พามาถึงจุดรวมพล และแจ้งทีมปฐมพยาบาลเพื่อทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้น หรือทำการส่งต่อโรงพยาบาลต่อไป และแจ้งญาติให้ทราบ
- 5.2 ศพหรือศพ: ทุกหน่วยงานที่ทราบเกี่ยวกับศพ ทีมแพทย์ที่รับผิดชอบเคลื่อนย้ายศพมาพร้อมกับทีมแพทย์ประจำพื้นที่ ทีมเคลื่อนย้ายวัสดุภายในทำการเคลื่อนย้ายศพหรือศพ ระบบเก็บข้อมูลอุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์ไปยังที่ปลอดภัย
- 5.3 ผู้เสียชีวิต: หน่วยข้อมูลข่าวสารประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจแจ้งยอดผู้เสียชีวิต

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : OP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 28 จาก 38

#### 6) การประเมินความเสียหาย

หน่วยปฏิบัติการร่วมกับ/ฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ดับเพลิง และเจ้าหน้าที่ตำรวจ ประเมินความเสียหายเบื้องต้น รายงานผลต่อ ผู้อำนวยการดับเพลิง


#### 7) การช่วยเหลือส่งเคราะห์ผู้ประสบภัย/ผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อ

ทีมสนับสนุนและอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือผู้ประสบภัยตามคำสั่งของหัวหน้าหน่วยจัดหาและสนับสนุน หน่วยข้อมูลข่าวสารประสานงานกับหน่วยงานภายนอก เพื่อขอความช่วยเหลือสำหรับผู้ประสบภัย เช่น กรมประชาสัมพันธ์ ประกันสังคม ประกันชีวิต

#### 8) การปรับปรุงแก้ไขเฉพาะหน้า เพื่อให้ธุรกิจสามารถดำเนินการได้โดยเร็วที่สุด


ผู้อำนวยการดับเพลิง ส่งดำเนินการตามแผนดำเนินการกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน



	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 29 จาก 38
	หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	

ขั้นตอนการดำเนินงานของแผนบรรเทาทุกข์จากอัคคีภัย




	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 30 จาก 38
	หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	


หน้าที่รับผิดชอบของผู้ปฏิบัติตามแผนบรรเทาทุกข์

หน้าที่รับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบ	
	หัวหน้าทีม	สมาชิก
1. การประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ	หัวหน้าฝ่าย HR	เจ้าหน้าที่ HR
2. การสำรวจความเสี่ยง	หัวหน้าฝ่ายบัญชี	หัวหน้าฝ่ายวิศวกรรม
3. การรายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายและกำหนดจุดนัดพบของบุคลากร	หัวหน้าฝ่าย HR	เจ้าหน้าที่ HR
4. การช่วยชีวิตและการค้นหาผู้ประสบภัย	หัวหน้าทีม ERT	หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
5. การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย หรือผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต	หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน	สมาชิกทีม
6. การประเมินความเสี่ยง ผลการปฏิบัติงานและการรายงานสถานการณ์เพลิงไหม้	หัวหน้าฝ่ายบัญชี	หัวหน้าฝ่ายวิศวกรรม
7. การช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ประสบภัย	หัวหน้าฝ่าย HR	เจ้าหน้าที่ HR
8. การปรับปรุงแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อให้ธุรกิจสามารถดำเนินการได้โดยเร็วที่สุด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ทีมบริหาร

ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 31 จาก 38


ภาคผนวก

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 32 จาก 38

เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน

ลำดับ	ชื่อหน่วยงาน	เบอร์ติดต่อ	หมายเหตุ
<b>เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินหน่วยงานภายนอก</b>			
1	สถานีตำรวจโพธิ์กลาง	044-211403	
2	ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเขต 5 นครราชสีมา	044-242819	
3	สถานีดับเพลิงเทศบาลนครราชสีมา	044-243444	
4	เทศบาลนครราชสีมา	044-242222	
5	เทศบาลตำบลสุรนารี	087-8699968	
<b>เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลในเครือข่าย</b>			
6	โรงพยาบาลมหาสารคาม	044-235000	
7	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	044-395000	
8	โรงพยาบาลปทุมธานี	044-441011	
9	โรงพยาบาลสุรนารี	044-234300	
<b>หน่วยงานภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</b>			
10	หน่วยงานรักษาความปลอดภัย มทส.	4444, 4567	
<b>หน่วยงานภายในอาคาร</b>			
11	หน่วยงานรักษาความปลอดภัย	7057	
12	สภามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	6504	
13	ศูนย์วิทยุโรงพยาบาลมทส.	7024	




 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 33 จาก 38

แผนผังจุดรวมพล



**จุดรวมพลที่ 1** คือ บริเวณหน้าหอพักสุรนาค17 กรณีเกิดเหตุที่อาคารดินเวหาพัฒนา อาคารสร้างเสริมสุขภาพ อาคารรังสีวินิจฉัย และหอพักสุรนาค17  
**จุดรวมพลที่ 2** คือ บริเวณหน้าอาคารพยาธิ และหน้าอาคารโภชนาการ กรณีเกิดเหตุที่อาคารทันตกรรม ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์  
**จุดรวมพลที่ 3** คือ บริเวณหอพระ กรณีเกิดเหตุที่อาคารพยาธิ อาคารโภชนาการ

หมายเหตุ : การประกาศใช้จุดรวมพลจะประกาศใช้ครั้งละ 1 จุดเท่านั้น

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 34 จาก 38


จุดรวมพลและเส้นทางอพยพไปยังจุดรวมพล

กรณีเกิดเหตุ : อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์



หมายเหตุ : ← เส้นทางอพยพไปจุดรวมพล




 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 35 จาก 38

จุดรวมพลและเส้นทางอพยพไปยังจุดรวมพล

กรณีเกิดเหตุ อาคารรัตนเวชภัณฑ์



หมายเหตุ :  เส้นทางอพยพไปจุดรวมพล


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 36 จาก 38

เส้นทางและตำแหน่งจุดจอดรถดับเพลิง

กรณีเกิดเหตุ : อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์



หมายเหตุ  เส้นทางรถดับเพลิง  
 จุดจอดรถดับเพลิง


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 37 จาก 38

เส้นทางและตำแหน่งจุดจอร์คดับเพลิง

กรณีเกิดเหตุ : อาคารรัตนเวชพัฒน์



หมายเหตุ ← เส้นทางรถดับเพลิง  
จุดจอร์คดับเพลิง

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 38 จาก 38

จัดทำบัญชีแยกประเภท อุปกรณ์การแพทย์ ยา เคมีภัณฑ์ ทรัพย์สิน และเอกสารสำคัญ

- 1) สต็อกเกอร์สีแดง เพียง 1 ชั้น สิ่งของสำคัญที่สุด เพียงชั้นเดียว
  - อุปกรณ์หรือสิ่งของที่มีราคาแพง
  - มีน้ำหนักเบา สามารถเคลื่อนย้ายได้ด้วยคนเพียงคนเดียว
- 2) ยาฉีด ยาเม็ดที่มีราคาแพง หรืออุปกรณ์ที่สำคัญรองลงมา
  - บรรจุอย่างเรียบร้อย
- 3) สต็อกเกอร์สีขาว ได้หลายชั้นตามสมควร
  - เวชระเบียน ประวัติผู้ป่วย
  - สำเนา ยาน้ำ
  - เคมีภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือใช้ ครุภัณฑ์

วิธีปฏิบัติ

- 1) หัวหน้ากลุ่มงาน/หน่วยงานจัดทำบัญชีแยกประเภทวัสดุไว้
- 2) กำหนดผู้รับผิดชอบในการเคลื่อนย้ายสิ่งของแต่ละชั้นและจัดในกลุ่มเคลื่อนย้ายทรัพย์สิน กู้ชีพ
- 3) มีธงทาสติกที่มีเครื่องหมายหรือชื่อหน่วยงานเพื่อบรรจุสิ่งของแยกชั้น
- 4) เคลื่อนย้ายสิ่งของตามลำดับความสำคัญ

บัญชีแยกประเภท อุปกรณ์การแพทย์ ยา เคมีภัณฑ์ ทรัพย์สิน และเอกสารสำคัญ


หน่วยงาน/แผนก.....		
ประเภททรัพย์สิน	รายชื่ออุปกรณ์	รายชื่อผู้ขนย้าย
ประเภทที่ 1 สต็อกเกอร์สีแดง (เพียง 1 ชั้น)		
ประเภทที่ 2 สต็อกเกอร์สีเหลือง (เพียง 1 ชั้น)		
ประเภทที่ 3 สต็อกเกอร์สีขาว (หลายชั้นได้ตามสมควร)		

## ภาคผนวก ค-3


---

### แผนการรวบรวมขยะและขนส่งขยะภายในโครงการ





**บริษัท รีไซเคิลเอ็นจิเนียริง จำกัด**  
**RECYCLE ENGINEERING CO.,LTD.**



---

เลขที่ MK1-20/133

วันที่ 22 พฤษภาคม 2563  
 เรื่อง ขีดความสามารถในการกำจัด Lab Waste  
 ที่ขอ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตามที่บริษัท รีไซเคิลเอ็นจิเนียริง จำกัด ได้ให้บริการรับกำจัดของเสียจากห้องปฏิบัติการให้กับ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และได้ทำการขนถ่ายของเสียเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2563 ตามเอกสารใบกำกับการขนส่งของเสียอันตราย เลขที่ MF-201539 ตามปริมาณฯ ของที่แจ้งการ จัดการของเสียอันตรายโดยขอเชิญส่งต่อไปนี้


**ตารางสรุปน้ำหนักสารเคมีที่มีอันตรายตามการกำจัดของเสีย**

Type of Waste	Waste Management	Quantities (Kg.)
Mixed Solvent	ตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติเบื้องต้นทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นจะทำการ Pre-treatment: ก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยสถานบำบัดขั้นต้นหรือตามหาขยะอันตราย	995.0
Acid - Base	ตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติเบื้องต้นด้านความเป็นกรด-เบส หลังจากนั้นจะทำการ Neutralization ให้มีค่า pH เป็นกลางก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยสถานบำบัดขั้นต้นหรือตามหาขยะอันตราย	405.3
High-Toxic	ตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติเบื้องต้นทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นจะทำการ De-toxic ตามแต่ละประเภทของสารเคมี ก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยสถานบำบัดขั้นต้นหรือตามหาขยะอันตราย	284.5
Heavy Metal	ตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นตามอันตรายทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นเป็นการปรับปรุงคุณภาพของเสียโดยกลั่นกรอง โดยในส่วนของการจะทำการรวบรวมก่อนนำไปฝังกลบแบบปลอดภัย (Secure Landfill) ของที่ขอเสียที่มีเป็นของเหลวจะส่งกำจัดโดยตามหาขยะอันตราย	1,384.2
Solid Waste	ตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นตามอันตรายทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นจะทำการ Pre-treatment: ก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยสถานบำบัดขั้นต้นหรือตามหาขยะอันตราย	23.5


Recycling is the best way to manage waste material

สำนักงาน : 3121 หมู่ 10 ต.สุรนารี 107 อ.ลำไทรนอก อ.เมือง จ.นครราชสีมา 10270  
 โทรศัพท์ : 0-2749-8522-3 โทรสาร : 0-2749-9650, 0-2749-8973  
 E-mail : mk@recycleengineering.com

โรงงาน : 57 หมู่ 7 ต.ลำไทรนอก อ.ลำไทรนอก อ.เมือง จ.นครราชสีมา 20240  
 โทรศัพท์ : 0-3620-9913-5 โทรสาร : 0-3620-9999  
 www.recycleengineering.com




**บริษัท รีไซเคิลเอ็นจิเนียริง จำกัด**  
**RECYCLE ENGINEERING CO.,LTD.**



---

เลขที่ MK1-20/133

Type of Waste	Waste Management	Quantities (Kg.)
ลักษณะเป็นก้อน	ในขั้นตอนการกำจัดของเสียออกแล้วจะนำขยะไปทิ้ง หลังจากล้างสารระเหยของเสียที่ได้จากการล้างขยะไปเผาที่เตาเผาโรงงานขั้นต้น จากนั้นแยกประเภทของขยะตามชนิด ส่วนที่เป็นขยะพลาสติกจะนำไปเผาที่เตาเผาขยะอันตราย และส่วนที่เป็นขยะแก้วนั้นจะนำไปทุบและนำไปส่งโรงงานกระเบื้องเพื่อแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์กระเบื้องปูพื้นต่อไป	857.3
<b>Total</b>		<b>3,950</b>

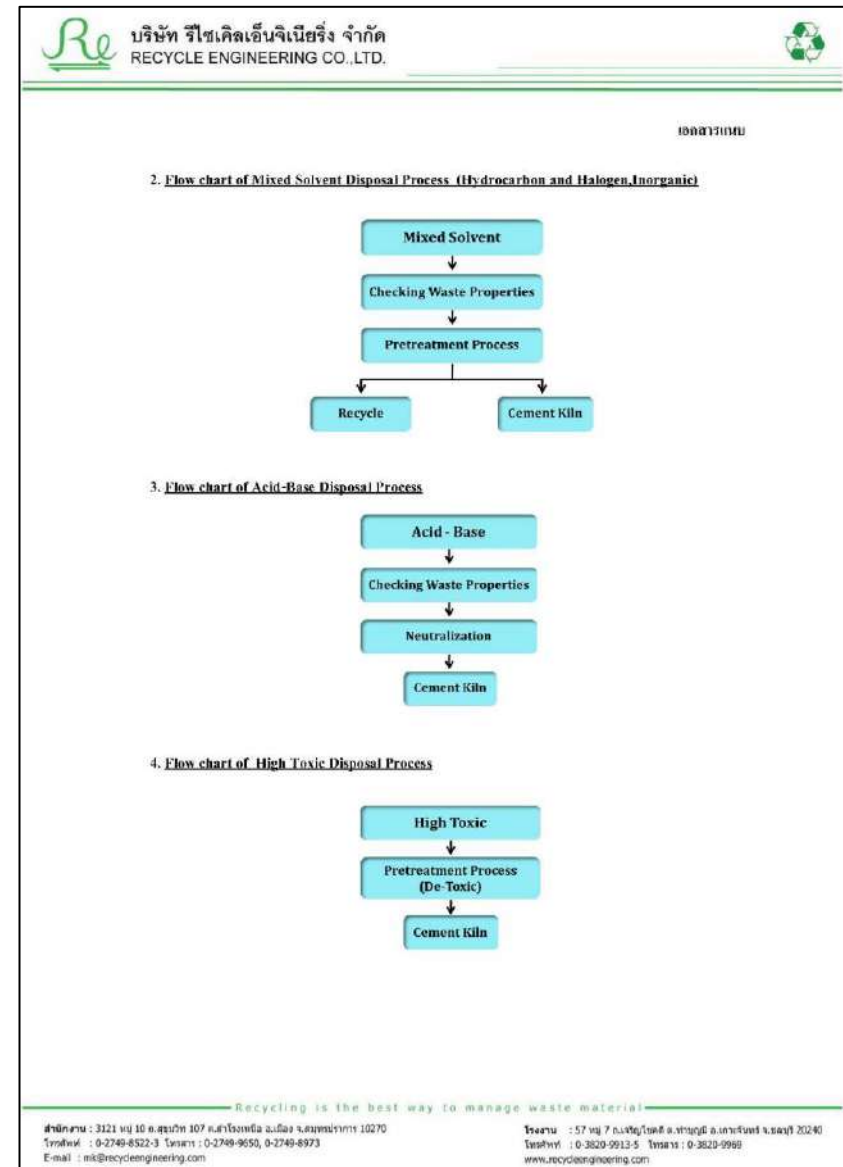
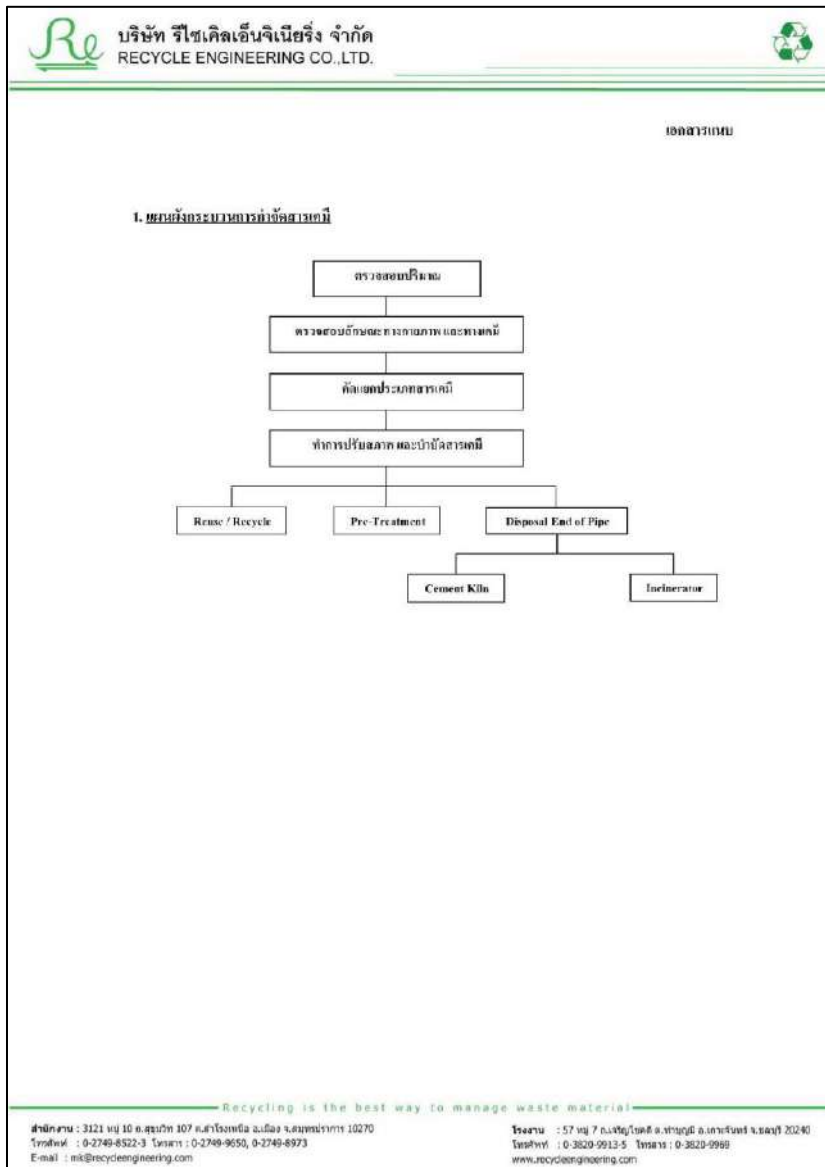


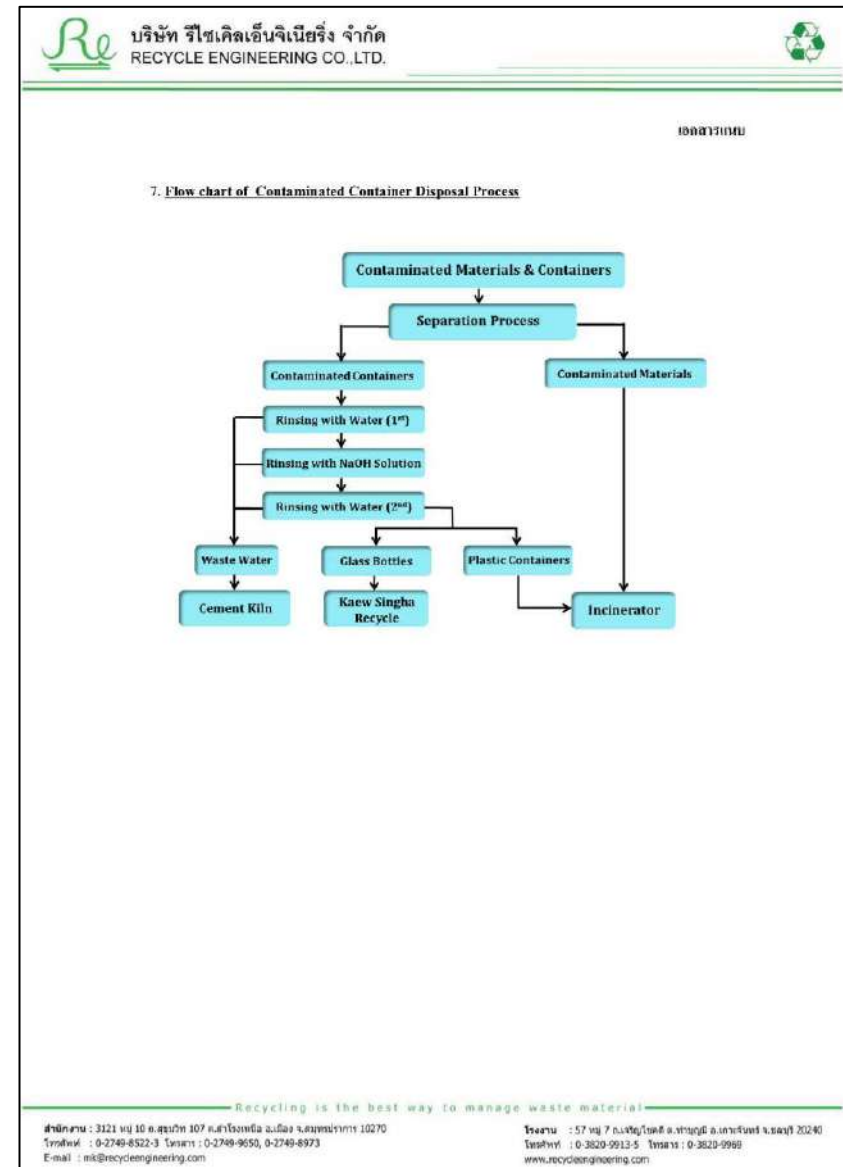
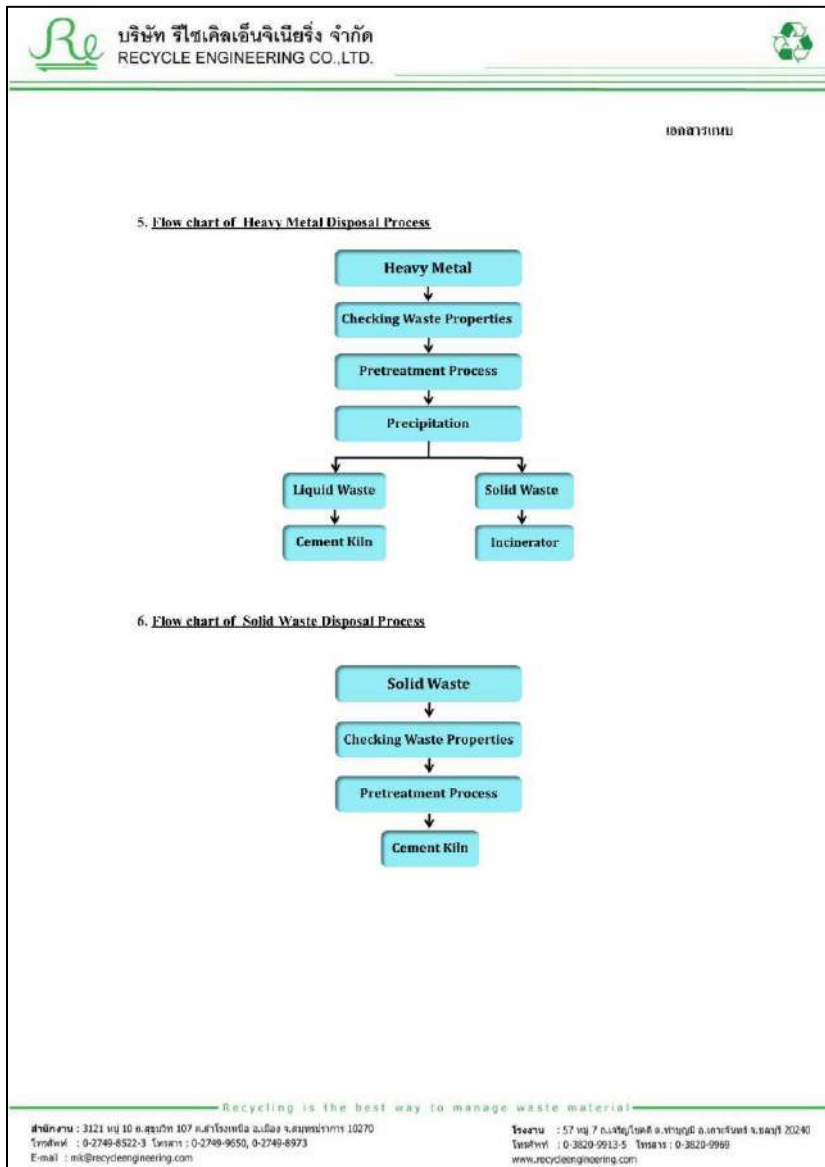
ขอแสดงความนับถือ  
 ภัฏญพัชร ไตรธรรมรัตน์  
 (Sale Support)

Recycling is the best way to manage waste material

สำนักงาน : 3121 หมู่ 10 ต.สุรนารี 107 อ.ลำไทรนอก อ.เมือง จ.นครราชสีมา 10270  
 โทรศัพท์ : 0-2749-8522-3 โทรสาร : 0-2749-9650, 0-2749-8973  
 E-mail : mk@recycleengineering.com

โรงงาน : 57 หมู่ 7 ต.ลำไทรนอก อ.ลำไทรนอก อ.เมือง จ.นครราชสีมา 20240  
 โทรศัพท์ : 0-3620-9913-5 โทรสาร : 0-3620-9999  
 www.recycleengineering.com







**ใบอนุญาต**

**ประกอบกิจการ รับทำการเก็บขน สิ่งปฏิกูลและมูลฝอย**

เล่มที่ ๐๑ เลขที่ ๐๙/๒๕๖๓

อนุญาตให้ .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... สำนักงานเลขที่.....๑๑๑..... หมู่ที่.....๖.....  
 ตระก/ชอย.....ร.....ถนน .....มหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี..... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
 จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๔๔๔.....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการเก็บขน สิ่งปฏิกูลและมูลฝอย โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน  
 ด้วยการคิดค่าบริการ

ค่าธรรมเนียมปีละ .....๕,๐๐๐..... บาท .....(ห้าพันบาทถ้วน).....  
 ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๕๐๖..... ลงวันที่ 15 มี.ค. 2563  
 โดยใช้ชื่อกิจการว่า .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... ตั้งอยู่เลขที่.....๑๑๑..... หมู่ที่.....๖.....  
 ตระก/ชอย.....ร.....ถนน .....มหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี..... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
 จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๔๔๔.....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) ต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งพ.บ.สุรนารี เรื่อง การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย พ.บ.๒๕๖๐  
 และประกาศ หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้

(๒) ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ .....๓๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....  
 ออกให้ ณ วันที่ .....๑.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

(ลงชื่อ) 

คำเตือน ๑. ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการ  
 ตลอดเวลาที่ประกอบกิจการหากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท

๒. หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ



**ใบเสร็จรับเงิน**

เลขที่ RCPT-00816/63  
 วันที่ 15 มกราคม 2563

**เทศบาลตำบลสุรนารี**

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาตรับทำการเก็บ ขน สิ่งปฏิกูล หรือมูลฝอย	41230001	5,000.00	111 มี.ค. ๒๕๖๓ วิทยาลัย จ.สุรนารี เมือง จ.นครราชสีมา
	รวมเงิน		5,000.00	

ตัวอักษร (ห้าพันบาทถ้วน)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ  ผู้รับเงิน  
 (นางเป็ญ จงหาดี)  
 ผู้อำนวยการงานจัดเก็บรายได้



**ใบอนุญาต**  
ประกอบกิจการ รับทำการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ

เล่มที่ ๑๑ เลขที่ ๐๑/๒๕๖๓

อนุญาตให้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักงานเลขที่ ๑๑๑ หมู่ที่ ๖ ...  
 ต.รอก/ซอย.....ถนน.....มหาวิทยาลัย.....แขวง/ตำบล.....สุรนารี.....เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
 จังหวัด.....นครราชสีมา.....หมายเลขโทรศัพท์.....๐๕๔-๒๒๔๔๔๔.....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน  
 ด้วยการคิดค่าบริการ  
 ค่าธรรมเนียม.....๑๐,๐๐๐.....บาท.....(หนึ่งหมื่นบาทถ้วน).....  
 ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๑๐๑...../๒๕๖๓ ลงวันที่ 15 ม.ค. 2563  
 โดยใช้ชื่อกิจการว่า มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งอยู่เลขที่ ๑๑๑ หมู่ที่ ๖ ..  
 ต.รอก/ซอย.....ถนน.....มหาวิทยาลัย.....แขวง/ตำบล.....สุรนารี.....เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
 จังหวัด.....นครราชสีมา.....หมายเลขโทรศัพท์.....๐๕๔-๒๒๔๔๔๔.....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้  
 (๑) ต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาชญา เรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๖๐  
 และประกาศ หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้  
 (๒) ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ..๓๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....  
 ออกให้ ณ วันที่ ..๑.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....



(ลงชื่อ)  
ใน ขณกษัตริย์รัตนปริยา  
นายกเทศมนตรีตำบลสุรนารี  
เจ้าพนักงานท้องถิ่น

คำเตือน ๑. ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการ  
 ตลอดเวลาที่ประกอบกิจการหากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท  
 ๒. หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ



**ใบเสร็จรับเงิน**

เลขที่ RCPT-00819/63  
วันที่ 15 มกราคม 2563

เทศบาลตำบลสุรนารี

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี


ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาตอื่นๆ	41239999	10,000.00	ประกอบกิจการ รับทำ การเก็บและขนมูลฝอย ติดเชื้อ 111 ม.6 แขวง วิทยาคือ ค.สุรนารี อ เมือง จ.นครราชสีมา
รวมเงิน			10,000.00	

ตัวอักษร (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

ให้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ  ผู้รับเงิน  
 (นายพิษณุ จงหาดี)  
 ผู้อำนวยการกองจัดการขยะ





**ใบอนุญาต**

**ประกอบกิจการ รับทำการกำจัด สิ่งปฏิกูลและมูลฝอย**

เล่มที่ ๑๑ เลขที่ ๐๑/๒๕๖๓

อนุญาตให้ .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... สำนักงานเลขที่.....๑๑๑... หมู่ที่.....๖...  
 ต.รอก/ซอย.....ถนน.....มหาวิทยาลัย.....แขวง/ตำบล.....สุรนารี.....เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
 จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๔๔๔.....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน  
 ด้วยการคิดค่าบริการ

ค่าธรรมเนียมปีละ .....๕,๐๐๐..... บาท .....(ห้าพันบาทถ้วน)  
 ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๑๐๑...../๒๕๖๓ ลงวันที่ **15 ม.ค. 2563**  
 โดยใช้ชื่อกิจการว่า .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... ตั้งอยู่เลขที่.....๑๑๑... หมู่ที่.....๖...  
 ต.รอก/ซอย.....ถนน.....มหาวิทยาลัย.....แขวง/ตำบล.....สุรนารี.....เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
 จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๔๔๔.....


ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) ต้องปฏิบัติตามเทศบัญญัติเทศบาลตำบลสุรนารี เรื่อง การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย พ.ศ.๒๕๕๖  
 และประกาศ หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้

(๒) ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ .....๑๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....  
 ออกให้ ณ วันที่ .....๑.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

(ลงชื่อ)



(นายสมชาย .....)  
 นายกเทศมนตรีตำบลสุรนารี  
 เจ้าพนักงานท้องถิ่น

คำเตือน ๑. ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการ  
 ตลอดเวลาที่ประกอบกิจการหากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท

๒. หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ



**ใบเสร็จรับเงิน**

เลขที่ RCPT-00817/83  
 วันที่ 15 มกราคม 2563

เทศบาลตำบลสุรนารี

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาตรับทำการกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย	41230002	5,000.00	111 ม.6 ถนนมหาวิทยาลัย ต.สุรนารี อ.เมือง จ.นครราชสีมา
รวมเงิน			5,000.00	

ตัวอักษร (ห้าพันบาทถ้วน)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ  ผู้รับเงิน

(นางเอียง จงกิตย์)

ผู้ช่วยเจ้าพนักงานจัดเก็บรายได้



**ใบอนุญาต**

**ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ**

เล่มที่ ๐๑ เลขที่ ๐๑/๒๕๖๓

อนุญาตให้ .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... สำนักงานเลขที่.....๑๑๑..... หมู่ที่.....๖.....  
 ต.รอก/ขอย.....ถนน.....มหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี..... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
 จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๕๓-๒๕๘๘๔๔.....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน  
 ด้วยการคิดค่าบริการ  
 ค่าธรรมเนียมปีละ .....๑๕,๐๐๐..... บาท ..(หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)  
 ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๕๑๔/๒๕๖๓ ลงวันที่ 15 ม.ค. 2563  
 โดยใช้ชื่อกิจการว่า .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... ตั้งอยู่เลขที่ .....๑๑๑..... หมู่ที่.....๖.....  
 ต.รอก/ขอย.....ถนน.....มหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี..... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
 จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๕๓-๒๕๘๘๔๔.....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้  
 (๑) ต้องปฏิบัติตามแบบบัญญัติเทศบาลตำบลสุรนารี เรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๖๐  
 และประกาศ ทวีเอก ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้  
 (๒) ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ .....๑๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....  
 ออกให้ ณ วันที่ .....๑.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

(ลงชื่อ)



(นายสมยศ รัตนปรีชา  
นายกเทศมนตรีตำบลสุรนารี  
เจ้าพนักงานท้องถิ่น  
นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา)

คำเตือน ๑. ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการ  
 ตลอดเวลาที่ประกอบกิจการหากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท  
 ๒. หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ



**ใบเสร็จรับเงิน**

เลขที่ RCPT-00818/63  
 วันที่ 15 มกราคม 2563

**เทศบาลตำบลสุรนารี**

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาตอื่นๆ	41239999	15,000.00	ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 111 ม.6 ต.ม.มหาวิทยาลัย โดย ต.สุรนารี อ.เมือง จ.นครราชสีมา
<b>รวมเงิน</b>			<b>15,000.00</b>	

คำอธิบาย (กรณีมีในคำอธิบาย)

ไว้เป็นหลักฐานเพื่อแล้ว  
 ลงชื่อ  ผู้รับเงิน  
 (นางเนืองา ชูกลิ่นย์)  
 ผู้อำนวยการงานจัดเก็บรายได้

พ.ร.บ./ร

**เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ พ.ร.บ./ร ส่วนส่งกลับโรงพยาบาล**

ชื่อผู้รับขน ชื่อผู้ส่งขน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทรศัพท์ 044-225-007

ลักษณะของมูลฝอยติดเชื้อ ☐ 1. ปริมาณมูลฝอย 10°C หรือต่ำกว่า ☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน 9-5659 ชื่อคนรับขน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิง ดร. อรุณพร นิลรัตน์ โทรศัพท์ 044-225-007

ชื่อคนส่งขน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิง ดร. อรุณพร นิลรัตน์ โทรศัพท์ 044-225-007

คำรับรองของผู้ส่งขน : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามวิธีปฏิบัติแล้ว คือแบบฟอร์ม บรพ. ติดป้าย และเอกสารอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ร.บ.	ชื่อผู้ส่ง มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาส่ง	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อคนรับขน (ผู้ส่งมอบมูลฝอย)	ลายเซ็น
2-3-43	อ. น. อรุณพร	11.30	12.00	565	อ. น. อรุณพร	อ. น. อรุณพร

คำรับรองของผู้รับขน : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามวิธีปฏิบัติแล้ว ปริมาณมูลฝอย 565 กิโลกรัม

ชื่อผู้รับขน อ. น. อรุณพร ลายเซ็น อ. น. อรุณพร

สถานที่กำจัด : โรงพยาบาลสุรนารี ที่อยู่ 111 หมู่ 5 ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองสุรนารี จังหวัดสุรินทร์

โทรศัพท์ 044-225-007 โทรสาร 044-225-007

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามวิธีปฏิบัติแล้ว ปริมาณมูลฝอย 565 กิโลกรัม

ชื่อผู้กำจัด อ. น. อรุณพร ลายเซ็น อ. น. อรุณพร

พ.ร.บ./ร

**เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ พ.ร.บ./ร ส่วนส่งกลับโรงพยาบาล**

ชื่อผู้รับขน ชื่อผู้ส่งขน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทรศัพท์ 044-225-007

ลักษณะของมูลฝอยติดเชื้อ ☐ 1. ปริมาณมูลฝอย 10°C หรือต่ำกว่า ☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน 9-5659 ชื่อคนรับขน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิง ดร. อรุณพร นิลรัตน์ โทรศัพท์ 044-225-007

ชื่อคนส่งขน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิง ดร. อรุณพร นิลรัตน์ โทรศัพท์ 044-225-007

คำรับรองของผู้ส่งขน : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามวิธีปฏิบัติแล้ว คือแบบฟอร์ม บรพ. ติดป้าย และเอกสารอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ร.บ.	ชื่อผู้ส่ง มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาส่ง	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อคนรับขน (ผู้ส่งมอบมูลฝอย)	ลายเซ็น
2-3-43	อ. น. อรุณพร	12.00	12.30	560	อ. น. อรุณพร	อ. น. อรุณพร

คำรับรองของผู้รับขน : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามวิธีปฏิบัติแล้ว ปริมาณมูลฝอย 560 กิโลกรัม

ชื่อผู้รับขน อ. น. อรุณพร ลายเซ็น อ. น. อรุณพร

สถานที่กำจัด : โรงพยาบาลสุรนารี ที่อยู่ 111 หมู่ 5 ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองสุรนารี จังหวัดสุรินทร์

โทรศัพท์ 044-225-007 โทรสาร 044-225-007

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามวิธีปฏิบัติแล้ว ปริมาณมูลฝอย 560 กิโลกรัม

ชื่อผู้กำจัด อ. น. อรุณพร ลายเซ็น อ. น. อรุณพร



ดช.01/2

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/2 สำนักสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาล

ชื่อผู้รับขนส่ง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทรศัพท์ 094-225-007  
 ลักษณะของมูลฝอยติดเชื้อ ☐ 1. ปริมาณมูลฝอย 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
 เลขทะเบียน 9-9-5639 ชื่อคนขับรถ กฤษกร ด้วงคำ โทรศัพท์  
 ชื่อคนขับรถรับขนส่ง กฤษกร ด้วงคำ โทรศัพท์

คำรับรองของผู้กำกับ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว พร้อมเอกสารประกอบ บรรจุ ปิดผนึก และ  
 ฉลากกำกับตามมาตรฐานที่กำหนดของกฎหมาย

ว.ล.ป.	ชื่อผู้ส่ง/แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า รับ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อคนรับ ส่ง (พร้อมนามสกุล)	ลายเซ็น
11/6/63	รพ. ม.อ.ร.	11.00	11.40	560	กฤษกร	กฤษกร

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ส่งมอบไปยังตามข้อกำหนดของกฎหมาย  
 ชื่อผู้รับขนส่ง กฤษกร ด้วงคำ ลายเซ็น กฤษกร ว.ล.ป. 11/6/63 รับมอบ

สถานที่กำจัด : จ. ร. 5 ชื่อ                       
 โทรศัพท์                      โทรสาร                       
 คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องเรียบร้อยแล้ว ปริมาณ 560 กิโลกรัม  
 ชื่อผู้รับกำจัด กฤษกร ด้วงคำ ลายเซ็น กฤษกร ว.ล.ป. 11/6/63 รับมอบ

---

ดช.01/2

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/2 สำนักสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาล

ชื่อผู้รับขนส่ง                      มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทรศัพท์ 094-225-007  
 ลักษณะของมูลฝอยติดเชื้อ ☐ 1. ปริมาณมูลฝอย 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
 เลขทะเบียน 9-9-5639 ชื่อคนขับรถ กฤษกร ด้วงคำ โทรศัพท์  
 ชื่อคนขับรถรับขนส่ง กฤษกร ด้วงคำ โทรศัพท์

คำรับรองของผู้กำกับ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว พร้อมเอกสารประกอบ บรรจุ ปิดผนึก และ  
 ฉลากกำกับตามมาตรฐานที่กำหนดของกฎหมาย

ว.ล.ป.	ชื่อผู้ส่ง/แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า รับ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อคนรับ ส่ง (พร้อมนามสกุล)	ลายเซ็น
11-3-63	รพ. ม.อ.ร.	11.30	12.00	565	กฤษกร	กฤษกร

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ส่งมอบไปยังตามข้อกำหนดของกฎหมาย  
 ชื่อผู้รับขนส่ง                      ลายเซ็น                     


สถานที่กำจัด : จ. ร. 5 ชื่อ                      ชื่อ                       
 โทรศัพท์                      โทรสาร                       
 คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องเรียบร้อยแล้ว ปริมาณ 565 กิโลกรัม  
 ชื่อผู้รับกำจัด                      ลายเซ็น                      ว.ล.ป. 11-3-63 รับมอบ

## ภาคผนวก ค-4

---

### แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 1 จาก 10

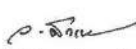
  


แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์  
(CODE LIFT)


  

สุวิมล เกตุศักดิ์  
(นางสาวสุวิมล เกตุศักดิ์)  
วิศวกรสิ่งแวดล้อม  
ผู้จัดทำ

 (นายแพทย์วิญญู สัตยวงศ์ทิพย์)  
 ประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม  
และความปลอดภัย  
ผู้ตรวจสอบ


 (อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล)  
 รักษาการแทนผู้อำนวยการ  
 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
 ผู้อนุมัติ

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 2 จาก 10

ประวัติการแก้ไข

แก้ไขครั้งที่	วันที่บังคับใช้	รายละเอียดการแก้ไข	หน้า
00	9 สิงหาคม 2564	ขึ้นทะเบียนใหม่	

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 3 จาก 10

#### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อจัดทำแผนการรับมือเหตุฉุกเฉินสำหรับลิฟต์
- 1.2 เพื่อป้องกันการสูญเสียทางทรัพย์สินหรือชีวิตของบุคลากรและบุคคลภายนอก

#### 2. ขอบเขต

แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์ (Code Lift) ฉบับนี้ ใช้สำหรับ "พื้นที่อาคารภายในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี" เท่านั้น โดยครอบคลุมถึงบุคลากรและบุคคลภายนอก

#### 3. คำจำกัดความ


ผู้ประสบเหตุ	หมายถึง	ผู้ป่วยหรือญาติที่เข้ามาใช้บริการภายในโรงพยาบาล รวมถึงพนักงานหรือลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ให้การดูแลรักษา ที่เกิดเหตุ	หมายถึง	พยาบาล ณ จุดคัดกรอง และพยาบาลแผนก ER
รหัส Code Lift	หมายถึง	ลิฟต์ที่เกิดเหตุขัดข้อง ชื่ออาคาร และชั้นที่เกิดเหตุ รหัสที่ใช้แจ้งเหตุเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับลิฟต์ โดยให้ประกาศซ้ำ 3 ครั้ง ติดต่อกัน

#### 4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

- 4.1 เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย : มีหน้าที่ประสานงานและช่วยเหลือผู้ติดค้างภายในลิฟต์ และกับพื้นที่ซึ่งอันตรายและดูแลความปลอดภัยบริเวณจุดเกิดเหตุ
- 4.2 ทีมช่างจากแผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม : มีหน้าที่ตรวจสอบและแก้ไขลิฟต์หรือประสานงานบริษัทภายนอกเพื่อแก้ไขให้ลิฟต์สามารถใช้งานได้โดยปกติ
- 4.3 Operator : มีหน้าที่แจ้งประกาศ Code Lift
- 4.4 เจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยุ : มีหน้าที่สื่อสารกับ รปภ. กับทีมช่าง กรณีได้รับแจ้งจากผู้ประสบเหตุทุก "3" แจ้ง Operator
- 4.5 หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนอกเวลา : มีหน้าที่บริหารจัดการการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ ให้ได้รับความปลอดภัยแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลในขณะเกิดเหตุ
- 4.6 เจ้าหน้าที่เวรเปล : มีหน้าที่เตรียมความพร้อมในการขนย้ายช่วยเหลือ ลำเลียงผู้ประสบเหตุออกจากลิฟต์ และนำส่งไปยังพื้นที่ปลอดภัย
- 4.7 ทีมผู้ให้การดูแลรักษา : มีหน้าที่ประเมินสภาพร่างกายและให้ความช่วยเหลือผู้ติดค้างในลิฟต์

#### 5. การปฏิบัติกรณีเกิดลิฟต์ขัดข้อง

ลิฟต์ถือว่าเป็นอุปกรณ์สำคัญ และจำเป็นอย่างอื่นในโรงพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้คน และสิ่งของต่าง ๆ จากชั้นหนึ่งไปยังอีกชั้นหนึ่ง เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการขนย้ายผู้ป่วย โดยโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีอาคารทั้งหมด 8 อาคาร และอาคารที่มีลิฟต์มี 5 อาคาร ได้แก่ อาคารรัตน

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV 002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 4 จาก 10

เวชภัณฑ์ 12 ชั้น, อาคารศูนย์รังสีวินิจฉัย 2 ชั้น, อาคารพยาธิ 3 ชั้น, อาคารสิรินธรทันตพัฒน์ 3 ชั้น และอาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 12 ชั้น

ลิฟต์ทั้งหมดรับกระแสไฟฟ้าผ่านแหล่งจ่ายไฟฟ้าฉุกเฉินของอาคาร และจะเคลื่อนที่ลงมาจอดที่ชั้นใกล้ที่สุด พร้อมเปิดประตูออกในกรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้ และเพื่อให้เกิดความพร้อมใช้งานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้ทำสัญญาบำรุงรักษาลิฟต์ กับบริษัทภายนอกเพื่อเข้าดำเนินการแก้ไขได้ทันที ในกรณีเกิดปัญหา แผนการระงับเหตุฉุกเฉินเมื่อระบบลิฟต์ขัดข้อง มีดังนี้

- แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องทั่วไป เช่น ลิฟต์กระตุก, มีเสียงดังขณะเคลื่อนที่ เป็นต้น
- แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องที่มีผู้โดยสารติดค้างภายในลิฟต์
- แผนการป้องกันไฟฟ้าดับขณะใช้ลิฟต์

#### 5.1 แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องทั่วไป

แผนการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินทั่วไป ในกรณีลิฟต์เกิดเหตุขัดข้อง เช่น ลิฟต์วิ่งกระตุก มีเสียงดังขณะเคลื่อนที่ผิดปกติใช้งานไม่ได้ อื่น ๆ และไม่มีผู้โดยสารติดค้างภายในลิฟต์ ให้ผู้พบเห็นปฏิบัติ ดังนี้


- 1) หากพบเห็นลิฟต์ที่ใช้งานไม่ได้ ให้ทำการแจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่อยู่ใกล้ที่สุด หรือโทรไปที่แผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม เบอร์โทร 6504

#### 5.2 แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องโดยมีผู้โดยสารติดค้างภายในลิฟต์

- 1) เมื่อลิฟต์ขัดข้องโดยมีผู้โดยสารติดค้างในลิฟต์ทำการกดปุ่มขอความช่วยเหลือ และโทรแจ้งรายที่เบอร์ติดต่อฉุกเฉินภายในลิฟต์ โดยรายละเอียดที่ต้องแจ้งมีดังนี้

- แจ้งอาคาร หมายเลขลิฟต์ (ภายในลิฟต์ทุกเครื่องจะมีหมายเลขประจำลิฟต์ติดอยู่)
- แจ้งชั้นที่ลิฟต์ติดค้างอยู่ ซึ่งเป็นการประมาณโดยผู้โดยสารภายในลิฟต์ หากสามารถแจ้งชั้นได้แน่นอนจะทำให้ช่วงทำการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น
- ผู้โดยสารภายในลิฟต์ต้องห้ามทำการจับประตูลิฟต์เองเป็นอันขาด ซึ่งจะไปเปิดประตูภายในภายใน 10 นาที และทำการช่วยเหลือต่อไป




 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 5 จาก 10

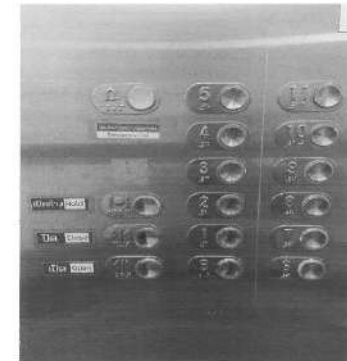


รูปที่ 1 รูปแสดงตัวเลขประจำลิฟต์ที่อยู่ภายใน



รูปที่ 2 รูปแสดงเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินภายในลิฟต์โดยสารลิฟต์


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 6 จาก 10



รูปที่ 3 รูปแสดงปุ่มขอความช่วยเหลือหรือแจ้งเหตุฉุกเฉินภายในลิฟต์



รูปที่ 4 รูปที่แสดงป้ายแจ้งเตือนผู้โดยสารภายในลิฟต์ กรณีกระแสไฟฟ้าดับ

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 7 จาก 10

- 2) แผนการช่วยเหลือผู้โดยสารที่ติดค้างภายในลิฟต์
- เมื่อได้รับแจ้งเรื่องมีผู้โดยสารติดค้างภายในลิฟต์ หรือเกิดเหตุการณ์ลิฟต์ขัดข้องที่มีผู้โดยสารติดอยู่ภายใน ให้ทำการสอบถามอาการที่เกิดขึ้นเหตุ และหมายเลขชั้นที่ลิฟต์ติดค้างอยู่
  - เมื่อช่างเข้าถึงพื้นที่เกิดเหตุ ทำการดูหมายเลขที่บอกชั้นหน้าลิฟต์ ของชั้นที่ 1 หรือใช้กุญแจเปิดประตูลานพักแล้วมองดูหาผู้โดยสาร แต่ต้องมีความระมัดระวัง เพราะอาจพลาดตกลงไปในช่องลิฟต์ได้
  - เมื่อทราบว่าลิฟต์ติดอยู่ชั้นไหน ถ้าในกรณีลิฟต์ดับเมื่อลิฟต์ค้างระดับชั้นใดก็ตาม ประตูจะปิดสนิท แต่ถ้าประตูเปิดไม่สนิทให้นำช่างผู้โดยสารออกจากลิฟต์ได้เลย
- 3) เมื่อทำการช่วยเหลือผู้โดยสารที่ติดค้างภายในลิฟต์แล้วเรียบร้อยแล้ว ให้ทำการแจ้งไปยังศูนย์วิทยุ เพื่อยุติการยกเลิกสถานการณ์ฉุกเฉิน
- 4) เข้าสู่สถานการณ์ปกติ


#### 5.3 แผนการป้องกันอัคคีภัยสำหรับการใช้ลิฟต์

ลิฟต์ภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีทุกตัว จะมีป้ายบอก "ห้ามใช้ลิฟต์ขณะเกิดเพลิงไหม้" เพื่อเป็นการเตือนป้องกันไม่เบี่ยงต้น และมีระบบป้องกันอัคคีภัยอยู่ 3 ระบบ ดังนี้

5.3.1 ระบบ Fire Switch จะเป็นระบบ Manual ซึ่งจะทำงานก็ต่อเมื่อคองมีเจ้าหน้าที่ปิดกัญแจ Fire Switch ที่ติดตั้งอยู่หน้าลิฟต์บริเวณชั้น 1 หากมีเหตุอัคคีภัยเกิดขึ้นระบบจะไม่สามารถทำงานได้เอง แต่หากมีเจ้าหน้าที่ปิดกัญแจ Fire Switch ลิฟต์จะหยุดรับคำสั่งทั้งหมดและจะเคลื่อนที่มาจอดที่ชั้นล่างสุด เพื่อเปิดประตูให้ผู้โดยสารออกจากลิฟต์ทั้งหมด และระบบลิฟต์จะไม่ทำงานจนกว่าจะ Reset ระบบลิฟต์ภายในตู้ Control ที่ห้องเครื่องลิฟต์เท่านั้น

5.3.2 ระบบ Fire Alarm Detector ที่เชื่อมกับระบบลิฟต์ จะมีการรับคำสั่งสัญญาณจาก Manual Alarm, Alarm Detector, Smoke Detector เป็นต้น ซึ่งระบบดังกล่าวจะติดตั้งตามจุดต่าง ๆ ภายในอาคารมีหน้าที่ส่งสัญญาณไปยังระบบ Fire Alarm ของลิฟต์ และลิฟต์จะทำหน้าที่เหมือนระบบ Switch Fire Alarm แต่ทำงานแบบอัตโนมัติทันที โดยที่ลิฟต์ทั้งหมด และระบบลิฟต์จะไม่ทำงานจนกว่าจะ Reset ระบบลิฟต์จะไม่ทำงานจนกว่าจะ Reset ระบบลิฟต์ภายในตู้ Control ที่ห้องเครื่องลิฟต์เท่านั้น

5.3.3 ระบบ Fire Man Switch ระบบนี้เมื่อมีสัญญาณแจ้งเหตุอัคคีภัย Fire Alarm Detector เกิดขึ้นที่อาคารลิฟต์ที่ติดตั้งระบบ Fire Man Switch จะหยุดรับคำสั่งอื่น ๆ และจะเคลื่อนที่ลงมาจอดชั้นล่างสุดของอาคารและเปิดประตูออก เหมือนกับลิฟต์ที่มีระบบ Fire Alarm ทำงานที่หน้าลิฟต์ชั้นล่างสุดของลิฟต์จะติดตั้งจุด Fire Man Switch อยู่ โดยที่หน้าจะอยู่หลังกระจกหน้า Fire Man Switch เมื่อลิฟต์เข้าสู่ระบบ Fire Man เจ้าหน้าที่ดับเพลิงไปตามชั้นต่าง ๆ ต่อไป โดยที่ปุ่มชั้นภายในตู้โดยสารลิฟต์ และลิฟต์จะไม่เปิดประตูจนกว่าเจ้าหน้าที่ดับเพลิงจะสั่งปิดประตูจากภายในตู้โดยสารลิฟต์เท่านั้น เพื่อความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่ดับเพลิง

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV 002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 8 จาก 10



รูปที่ 8 รูปที่แสดงป้ายที่จะติดอยู่หน้าลิฟต์ตามชั้นต่าง ๆ




## ภาคผนวก ค-5

---

### แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ





 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ ( Code : A )	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-004	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 3 จาก 7

#### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อจัดทำแผนการโต้ตอบเหตุการณ์เหตุการณ์ความไม่สงบ
- 1.2 เพื่อป้องกันการบาดเจ็บทางด้านการร่างกายและต่อความสูญเสียทางทรัพย์สินที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคลากรหรือผู้รับบริการ

#### 2. ขอบเขต


แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบฉบับนี้ ใช้สำหรับ “เหตุการณ์ความไม่สงบภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี” เท่านั้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและทรัพย์สิน

#### 3. คำจำกัดความ

- |                      |   |
|----------------------|---|
| 3.1 ผู้ก่อความไม่สงบ | หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ก่อความวุ่นวายหรือความไม่สงบโดยแสดงถึงความรุนแรงทางพฤติกรรมในสาธารณะ ซึ่งมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อผู้คนและสถานที่       |
| 3.2 ทะเลาะวิวาท      | หมายถึง การมีใคร่ใจเข้าโต้เถียงกันด้วยวาจา การคำหยาบคายไม่มาระหว่างคู่วิวาท หรืออาจมีการลงไม้ลงมือต่อกัน ไม่สำคัญว่าฝ่ายใดจะเริ่มก่อน               |
| 3.3 ทำร้ายร่างกาย    | หมายถึง การกระทำของบุคคล คนหนึ่งได้กระทำต่ออีกคนหนึ่งถึงขั้นที่ผู้ถูกทำร้ายได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ซึ่งจะเห็นว่า ผู้ถูกทำร้ายไม่ได้มีการตอบโต้ |
| 3.4 Code A เหลือง    | หมายถึง รหัสที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กำหนดขึ้นเพื่อใช้ประกาศกรณีมีผู้ก่อความไม่สงบ 1 คน และปราศจากอาวุธ                              |
| 3.5 Code A แดง       | หมายถึง รหัสที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กำหนดขึ้นเพื่อใช้ประกาศใช้ในกรณีมีผู้ก่อความไม่สงบมากกว่า 1 คน หรือมีอาวุธในครอบครอง            |

#### 4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

- 4.1 หัวหน้าเวร/หัวหน้าแผนกที่พบเหตุการณ์ผู้ก่อความไม่สงบ/ผู้พบเหตุการณ์ :
  1. ประเมินสถานการณ์จำนวนผู้ก่อความไม่สงบและขยาย
  2. แจ้ง Operator เพื่อประกาศ Code : A เหลือง/แดง
  3. นำทางหรือเคลื่อนย้ายผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่คนอื่นๆที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงไปยังพื้นที่ปลอดภัยของแผนกที่กำหนด และปิดประตูทางเข้า-ออก ( กรณี Code : A แดง )
  4. แจ้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่คนอื่นๆที่อยู่ในพื้นที่ปลอดภัย โดยไม่ให้ส่งเสียงดังไว้อย่างจนกว่าเหตุการณ์จะสงบลง และไม่อยู่ตามลำพัง

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ ( Code : A )	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-004	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 4 จาก 7

#### 4.2 เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลมทส.

1. นำกำลังพลเจ้าหน้าที่ 2 คน เข้าประเมินสถานการณ์และเข้าระงับเหตุเมื่อได้รับแจ้งหรือได้ยินประกาศ Code : A
2. ดูแลความปลอดภัยจุดเกิดเหตุป้องกันบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงอันตราย
3. สนับสนุนการเข้าค้นหาผู้ก่อความไม่สงบ และควบคุมตัวเพื่อส่งต่อไปเจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง
  - กรณีเกิดเหตุที่อาคารวิเทศเวชภัณฑ์, อาคารวิเทศทันตกรรม, อาคารส่งเสริมสุขภาพ, ศูนย์วิจัยวิจัย ควบคุมมาที่ห้องทำงาน รพ. ศูนย์วิจัย
  - อาคารความเป็นเลิศ ศูนย์มาที่บริเวณชั้น 1 ด้านหน้าแผนกเคลื่อนย้าย

#### 4.3 เจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยุ

1. ประสานงานทีมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ.รพ.มทส. , ศูนย์รักษาความปลอดภัย มทส. และเจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง เพื่อเข้าระงับเหตุ
- สำหรับการแจ้ง เจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง
  - กรณี Code : A เหลือง ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้อำนวยความสะดวกนอกเวลา/ผู้ตรวจการ
  - กรณี Code : A แดง สามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลางได้ทันที

#### 4.4 ศูนย์รักษาความปลอดภัย มทส.

1. นำกำลังเจ้าหน้าที่ รปภ. จำนวน 2 คน เข้าช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ รพ.รพ.มทส. ในการระงับเหตุ ค้นหา และควบคุมตัวผู้ก่อความไม่สงบเมื่อได้รับการแจ้งเหตุและร้องขอ

#### 4.5 เจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง :

1. นำกำลังเข้าช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ รพ.รพ.มทส. ในการระงับเหตุ ค้นหา และควบคุมตัวผู้ก่อความไม่สงบเมื่อได้รับการแจ้งเหตุและร้องขอ


#### 4.6 ผู้อำนวยการ/ผู้อำนวยการนอกเวลา/ผู้ตรวจการ

1. เข้าประเมินสถานการณ์ความไม่สงบเมื่อได้รับแจ้งเหตุ
2. รายงานผู้อำนวยการ ( กรณี Code : A แดง )
3. พิจารณาสั่งปิดแผนและสั่งการแจ้งประกาศยกเลิก Code : A )

#### 4.7 ทีมแพทย์ : แพทย์ EP/GP / พยาบาล ER /ผู้ช่วยพยาบาล ER / เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้าย

1. เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่พร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉินเพื่อเข้าช่วยเหลือกรณีมีผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ก่อความไม่สงบ
- 5.ขั้นตอนการปฏิบัติกรณีพบเหตุการณ์ก่อความไม่สงบ
  - 5.1 กรณีแพทย์ได้รับการถูกตามในห้องตรวจให้ตกลงครั้งในห้องตรวจ 2 ครั้ง ถือเป็นสัญญาณแจ้งขอความช่วยเหลือ



	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ ( Code : A )	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-004	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 5 จาก 7

5.2 กรณีเกิดเหตุในพื้นที่ ER ให้แจ้งศูนย์วิทยุเพื่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องและกด \* 3 เพื่อแจ้ง Operator ประกาศ Code : A

5.3 กรณีเกิดเหตุภายนอกอาคารให้ตะโกนขอความช่วยเหลือ หรือ กดปุ่มขอความช่วยเหลือบริเวณทางเดินระหว่างอาคาร หรือ โทรแจ้งศูนย์วิทยุเพื่อแจ้งเหตุ

5.4 ผู้ได้รับแจ้งหรือผู้เห็นเหตุการณ์แจ้ง Operator เพื่อประกาศ โดย กด\* 3 แจ้ง Code : A

เหตุ หรือ Code : A ดัง ที่แนก/บริเวณ.....ชั้น.....อาคาร.....

● กรณี Code : A เหลือง ให้แจ้ง Operator ระบุว่าเป็น Code : A เหลือง


● กรณี Code : A แดง ให้แจ้งรายละเอียดจำนวนผู้ก่อเหตุ ขาว (ถ้าทราบ) ให้ Operator ทราบเพื่อเป็นประโยชน์ในการเตรียมการของพื้นที่เกี่ยวข้องที่จะเข้าระงับเหตุต่อไป (Operator จะประกาศเป็น Code : A เหลือง/ แดง ตามปกติ แต่กรณีที่เป็น Code : A แดง Operator จะโทรแจ้งรายละเอียดตามที่ได้รับแจ้งต่อผู้ตรวจการและศูนย์วิทยุ)

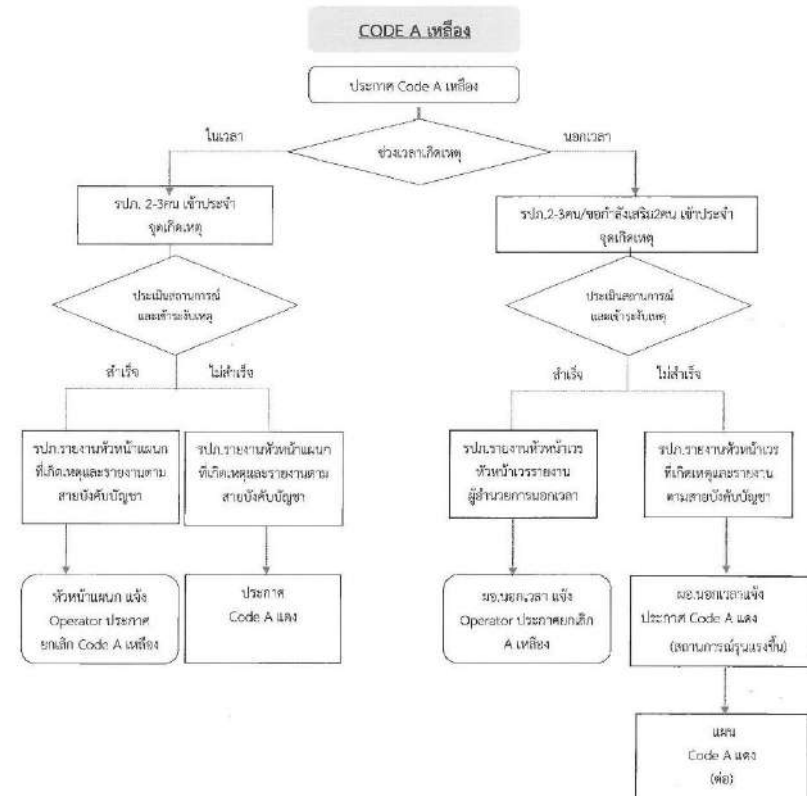
5.5 Operator ประกาศ Code ตามที่ได้รับแจ้งโดยประกาศตามข้อความนี้ “โปรดทราบฯ Code : A.....ที่แนก/บริเวณ.....ชั้น.....อาคาร..... (3 ครั้ง)

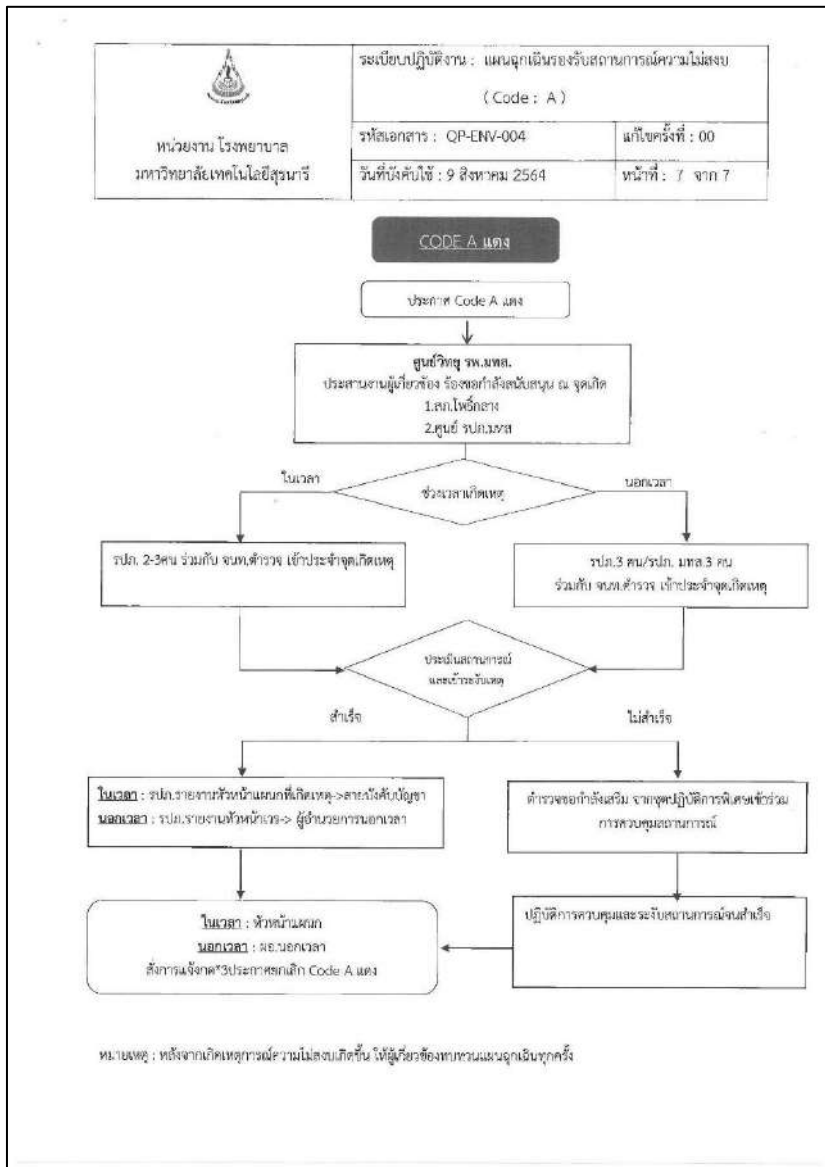
5.6 กรณีได้ยินประกาศ Code : A เหลือง ให้ทราบว่าแผนก/ผู้ได้รับมอบหมายแจ้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่เพื่อเตรียมเคลื่อนย้ายไปยังจุดพื้นที่ปลอดภัยที่แผนกกำหนด ส่วนแผนกอื่น ๆ สามารถปฏิบัติงานตามปกติ

5.7 กรณีได้ยินประกาศ Code : A แดง แผนกที่เกิดเหตุ และ พื้นที่เสี่ยงใกล้เคียงให้เคลื่อนย้ายผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ให้อยู่ในพื้นที่ปลอดภัยตามที่แผนกได้วางแผนไว้จนกว่าจะมีการประกาศยกเลิก Code : A แดง จึงจะสามารถกลับเข้าทำงานตามปกติ

หมายเหตุ กรณีที่ประกาศ Code : A เหลืองไปแล้ว แต่สถานการณ์เปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ก่อเหตุหนีลงอุโมงค์มีลมเข้าแทนอาวุธ สามารถแจ้ง Operator ให้ประกาศ Code : A แดง ได้ทันที เพื่อความรวดเร็วในการประสานขอความช่วยเหลือ

	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ ( Code : A )	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-004	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 6 จาก 7





## ภาคผนวก ค-6

---

### รายงานการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติ



รายงานการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน  
แผนกหน่วยจ่ายกลาง (CSSD) อาคารพยาธิ



ผู้จัดทำ  
แผนกสารานุกรมโรคและสิ่งแวดล้อม ฝ่ายวิศวกรรม  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สารบัญ

	หน้า
รายงานการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	
<b>ส่วนที่ 1 การตรวจวัดระดับเสียง</b>	
1. วัตถุประสงค์	1
2. นิยามศัพท์	1
3. เครื่องมือ	1
4. ผู้รับผิดชอบ	2
5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดเสียง	2
6. แบบบันทึกการตรวจวัดเสียงด้วยเครื่องวัดเสียง	4
7. ผลการตรวจวัดระดับเสียง	5
<b>ส่วนที่ 2 การตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง</b>	
1. วัตถุประสงค์	6
2. นิยามศัพท์	6
3. เครื่องมือ	6
4. ผู้รับผิดชอบ	6
5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดค่าความเข้มแสง	7
6. แบบบันทึกการตรวจวัดค่าความเข้มแสง	8
7. ผลการตรวจวัดค่าความเข้มแสง	9
<b>ภาคผนวก</b>	
ภาคผนวก ก ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA)	ก-1
ภาคผนวก ข ใบรับรองการสอบเทียบเครื่องมือ	ข-1



รายงาน  
การตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 1 การตรวจวัดระดับเสียง (Sound Measurement)

1. วัตถุประสงค์

- 1.1. เพื่อตรวจวัดระดับเสียงและสามารถวิเคราะห์ระดับเสียงสภาพแวดล้อมในการทำงาน ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ตรวจวัด และเปรียบเทียบกับมาตรฐานของระดับเสียงที่เหมาะสมในการทำงาน
- 1.2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน และลดผลกระทบต่อสุขภาพและการได้ยิน

2. นิยามศัพท์

- 2.1. ระดับเสียงโดยทั่วไป หมายถึง ระดับเสียงที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปเป็นเสียงจากหลายแหล่งกำเนิดรวมกัน ไม่มีแหล่งกำเนิดเสียงใดเสียงหนึ่งเป็นแหล่งกำเนิดเสียงที่เด่นชัดออกมา
- 2.2. ค่าระดับเสียงสูงสุด ( $L_{max}$ ) หมายถึง ค่าระดับเสียงสูงสุดที่เกิดขึ้น ขณะหนึ่งในระหว่างการตรวจวัดระดับเสียงที่เกิดขึ้นจริง โดยมีหน่วยเป็น เดซิเบลเอ หรือ dB(A)
- 2.3. ค่าระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ( $L_{eq,24 hr}$ ) หมายถึงค่าระดับเสียงคงที่ ที่มีพลังงานเทียบเท่ากับระดับเสียงที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีระดับเสียงเปลี่ยนแปลงตามเวลาในช่วง 24 ชั่วโมง โดยมีหน่วยเป็น เดซิเบลเอ หรือ dB(A)
- 2.4. TWA (Time Weighted Average) ค่าเฉลี่ยระดับความดังเสียงตลอดระยะเวลาการสัมผัสเสียง

3. เครื่องมือ

- 3.1. เครื่องวัดระดับเสียง (Sound Level Meter)  
(มาตรฐาน IEC 651 Type 2 หรือ ANSI S 1.4 หรือ BS EN 60651 หรือ AS/NZS 1259.1 มาตรฐานที่สูงกว่า IEC 60804 หรือ IEC61672 หรือ BS EN 60804 หรือ AS/NZS 1259.2)
- 3.2. เครื่องกำเนิดมาตรฐาน (Sound Calibrator) (มาตรฐาน IEC 60642)
- 3.3. ฟองน้ำกันลม (Wind Screen)
- 3.4. ขาตั้ง (Tripod)

1

4. ผู้รับผิดชอบ

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 4.1 นายทรงกิจ จิตภักดีสินทร์ | หัวหน้าแผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม     |
| 4.2 นายศพล ใบบเหลือง         | วิศวกรสิ่งแวดล้อม/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล |
| 4.3 นางสาวจิราพันธ์ โจชน์    | เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัดเสียง        |

5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดเสียง

5.1 การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงาน/บริเวณทำงานใดที่มีผู้ปฏิบัติงานอาจก่อให้เกิดเสียง ลักษณะของการเสียงดังที่และระยะเวลาที่รับหรือสัมผัสเสียงนานเพียงใด

- 5.1.1 กำหนดจุดตรวจวัด
- 5.1.2 บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตรวจวัด

5.2 การตรวจวัด

- 5.2.1. การเตรียมการก่อนการตรวจวัดเสียง
  - 5.2.1.1 ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องวัดเสียง
  - 5.2.1.2 จัดเตรียมแบบฟอร์มบันทึกการตรวจวัดเสียง แบบผังจุดตรวจวัด
- 5.2.2. เทคนิคการวัดความดังเสียงเฉลี่ยพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งซึ่งมีระดับเสียงคงที่
  - 5.2.2.1 ใช้เครื่องมือวัดระดับความดังของเสียง (Sound Level Meter) ดังค่าต่าง ๆ ดังนี้
    - a) ตั้งท้าย หรือสเกล เอ: dBA
    - b) การตอบสนองแบบช้า (Slow)
    - c) ตั้งช่วงการตรวจวัดไว้ที่ค่าสูง
    - d) สวมฟองน้ำกันลม (Wind Screen)
  - 5.2.2.2 ตรวจวัดการได้รับ/สัมผัสเสียงของพนักงาน โดยให้ไมโครโฟนของเครื่องวัดเสียงอยู่ที่ระดับหูของพนักงานที่กำลังปฏิบัติงาน วัดมิไม่เกิน 30 เซนติเมตร การถือเครื่องวัดเสียงของผู้วัด พึงระวังการดูดซับหรือสะท้อนของเสียงเนื่องจากตัวผู้วัด หรือพิจารณาใช้เครื่องวัดเสียงติดตั้งบนขาตั้ง (Tripod) แทนการถือโดยผู้ตรวจวัด
  - 5.2.2.3 อ่านค่าระดับเสียง และระยะเวลาที่สัมผัสเสียงของพนักงานในแต่ละบริเวณการทำงาน และบันทึกผล รวมทั้งบันทึกปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง
  - 5.2.2.4 นำค่า TWA ที่ตรวจวัดได้ (ตัดเศษทศนิยมออก) นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน ตามตารางในกฎกระทรวงอุตสาหกรรม หมวด 3 เสียง (ตารางที่ 1)

2



### 5.3 การประเมินผลเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA)

ตารางที่ 1 มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน

เวลาการทำงานที่ได้รับเสียงชั่วโมง	ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน(TWA)ไม่เกิน(เดซิเบลเอ)
12	87
8	90
7	91
6	92
5	93
4	95
3	97
2	100
1 ½	102
1	105
½ (30 นาที)	110
¼ หรือน้อยกว่า (15 นาที)	115

หากไม่มีค่ามาตรฐานที่กำหนดตรงตามตาราง ให้คำนวณจากสูตร

$$T = \frac{8}{2^{L-90/5}}$$

เมื่อ T = เวลาที่ยอมให้ได้รับเสียง  
L = ระดับเสียง (dBA)

3



### 6. แบบบันทึกการตรวจวัดเสียงด้วยเครื่องวัดเสียง

วันที่ 31 สิงหาคม - 2 กันยายน 2564 เวลา 08.30-16.30 น.  
สถานที่ปฏิบัติงาน อาคารแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ผู้ทำการตรวจวัด นางสาวจิราภรณ์ ใจชื่น  
เครื่องมือวัดเสียง RION Sound Level Meter Class 1 (Model NL-52)  
หมายเลขเครื่องวัด SR-00219860

ผลการตรวจวัด			หมายเหตุ
พื้นที่ตรวจวัด	วันที่	เวลา	
1. พื้นที่สะอาด (ห้องอบอุณหภูมิจัดเตรียมอุปกรณ์)	31 ส.ค. 64	08.30-16.30 น.	- ตรวจวัดเสียงขณะปฏิบัติงาน
2. ห้องปลอดจานเชื้อ (Clean Room)	1 ก.ย. 64	08.30-16.30 น.	- ตรวจวัดเสียงขณะปฏิบัติงาน
3. ห้องล้างทำความสะอาดกล้อง (โชนสกปิก)	2 ก.ย. 64	08.30-16.30 น.	- ตรวจวัดเสียงขณะปฏิบัติงาน

4



## 7. ผลการตรวจวัดระดับเสียง

สถานที่ : อาคารพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี วัน/เดือน/ปี : 31 ส.ค. - 2 ก.ย. 2564

สภาพแวดล้อมโดยทั่วไป : ห้องโถงและบริเวณใต้เครื่องจักรในอาคารที่สาม เวลาที่สำรวจ : 08.30 - 16.30 น.

ผู้ทำการตรวจวัด : นางสาวจิราพันธ์ ใจชื่น ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : RION รุ่น NL-52

วันที่ทำการสอบเทียบล่าสุด : 1 มีนาคม 2564

จุดที่	ระดับเสียง (L) ที่วัดได้ (เดซิเบลเอ)	Time Weighted Average (TWA)		เทียบมาตรฐาน	
		ที่คำนวณได้	มาตรฐาน	เกิน	ไม่เกิน
1. พื้นห้องอาด (ห้องอุปกรณ์/แม่พิมพ์)	69.0	69.0	85		✓
2. ห้องปราศจากเชื้อ (Clean Room)	61.1	61.1	85		✓
3. ห้องล้างทำความสะอาดกล้อง/ภาชนะ (โชนสกป)	70.9	70.9	85		✓

ผู้ทำการตรวจวัด  
ลงชื่อ นางสาวจิราพันธ์ ใจชื่น  
(นางสาวจิราพันธ์ ใจชื่น)  
ผู้ช่วยวิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้ตรวจสอบ  
ลงชื่อ สมอ  
(นายยศพล ใบเหลือง)  
วิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้อนุมัติ  
ลงชื่อ [ลายเซ็น]  
(นายทรงกิจ จิตภักดิ์สินทรัพย์)  
หัวหน้าแผนกสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

5

## ส่วนที่ 2 การตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง

### 1. วัดลูเมน

- 1.1. เพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง และเจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผลการวัดได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องตามลำดับของวิธีการที่กำหนด
- 1.2. เพื่อใช้เป็นแนวทางดำเนินงานให้ได้มาตรฐานเดียวกัน สามารถสืบค้นความเป็นมาและใช้ปฏิบัติงาน ทดแทนกันได้

### 2. นิยามศัพท์

#### 2.1 ฟลักซ์ของแสง (Luminous Flux, F)

ฟลักซ์หมายถึง ปริมาณของแสงสว่างที่ผ่านพื้นที่หนึ่งๆ ในเวลา 1 วินาที หน่วยเป็น ลูเมน (Lumens)

- 2.2 ปริมาณของการส่องสว่าง หรือความเข้มของการส่องสว่าง (Illuminance, E) ปริมาณของการส่องสว่าง หรือความเข้มของการส่องสว่าง หมายถึง ฟลักซ์ของแสง (ปริมาณของแสงสว่าง) ที่ตกกระทบต่อพื้นที่หนึ่งหน่วยพื้นที่ที่กำหนด ในกรณีที่พื้นที่มีหน่วยเป็น ตารางฟุต หน่วยวัดคือ ลูเมน/ตารางฟุต หรือฟุต-เทียน ในกรณีที่พื้นที่มีหน่วยเป็น ตารางเมตร หน่วยวัดคือ ลูเมน/ตารางเมตร หรือลักซ์ โดยที่ 1 ฟุต-เทียน มีค่าประมาณ 10.76 ลักซ์

### 3. เครื่องมือ

เครื่องมือวัดความเข้มแสงใช้เครื่องมือวัดแสง (Lux Meter) ที่ได้มาตรฐาน CIE 1931 หรือ ISO/CIE 10527 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัดเป็นเครื่องมือประเภทอ่านค่าได้โดยตรง (Direct Reading) ทั้งนี้เนื่องจากมาตรฐานกำหนดออกมาในรูปของความเข้มของแสงสว่าง (ปริมาณของแสงสว่างที่ตกกระทบลงบนหนึ่งหน่วยพื้นที่) เครื่องมือที่ใช้วัดจึงเป็นเครื่องมือวัดระดับความเข้มของแสงสว่าง ในที่นี้จะกล่าวถึงเครื่องมือวัดระดับความเข้มของแสงสว่างชนิดที่ใช้งานง่าย การบำรุงรักษาไม่ยาก เรียกว่า Portable Lux meter

### 4. ผู้รับผิดชอบ

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 4.1 นายทรงกิจ จิตภักดิ์สินทรัพย์ | หัวหน้าแผนกสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม         |
| 4.2 นายยศพล ใบเหลือง             | วิศวกรสิ่งแวดล้อม/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล   |
| 4.3 นางสาวสิริญา เรืองคำ         | เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัดค่าความเข้มแสง |

6



5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

5.1 การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงาน เพื่อเก็บข้อมูลบริเวณทำงานใดที่มีผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างๆ เช่น บริเวณหน้าเครื่องจักร โต๊ะทำงาน หรือบริเวณที่มีการต้องการแสงสว่างในการปฏิบัติงาน

5.1.1. กำหนดจุดตรวจวัดค่าความเข้มแสง

5.1.2. บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตรวจวัด

7



6. แบบบันทึกการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

วันที่ 31 สิงหาคม 2564 เวลา 13.00-16.00 น.  
สถานที่ปฏิบัติงาน อาคารพยาธิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ผู้ทำการตรวจวัด นางสาวสิริพญา เวียงคำ  
เครื่องมือวัดแสง Light Meter ยี่ห้อ Lutron รุ่น LX-105  
หมายเลขเครื่องวัด: Q957299

ลำดับ	พื้นที่ตรวจวัด	ผลการตรวจวัด (Lux)	หมายเหตุ
1	บริเวณหน้าเครื่องอบไอน้ำ (เครื่อง 1-4)	580	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
2	ห้องจัดเก็บอุปกรณ์ Clean room	923	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
3	ห้องอบแม่พิมพ์โครงงานเบอร์ยอกไซด์	416	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
4	ห้องอบแม่พิมพ์ชิ้นออกไซด์	485	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
5	ห้องเครื่องอบไอน้ำ	985	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
6	โต๊ะแปะอุปกรณ์	1397	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
7	บริเวณอบความร้อนแห้ง	640	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
8	บริเวณเครื่องล้างอัตโนมัติ	483	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
9	บริเวณเครื่องล้างทำลายเชื้อด้วยความร้อน	690	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
10	บริเวณเครื่องล้างรถเข็น	618	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
11	บริเวณอ่างล้างมือ	1297	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
12	โต๊ะปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สำนักงาน	668	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน

8





7. ผลการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

รายการ ตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง  
อาคาร พยาธิ

เครื่องมือในการตรวจวัด

แบบก. ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)  
Light Meter (LT Lutron LX-105)

วันที่ตรวจวัด 31 สิงหาคม 2564

ผู้ตรวจวัด นางสาวสิริญา เวียงคำ

ลำดับ	ชั้น	แบบ/หน่วยงาน	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง ( Lux )		สถานะ การตรวจวัด	หมายเหตุ
				มาตรฐาน	ผลการตรวจวัด		
1	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	บริเวณหน่วยที่ปล่อยน้ำ (เครื่อง 1-4)	≥ 300	580	ผ่าน	
2	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	ห้องซักกับอุปกรณ์ Clean room	≥ 300	923	ผ่าน	
3	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	ห้องแยกเชื้อ (CSSD)	≥ 300	416	ผ่าน	
4	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	ห้องแยกเชื้อ (CSSD)	≥ 300	485	ผ่าน	
5	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	ห้องเครื่องแยกน้ำ	≥ 300	985	ผ่าน	มีแสงธรรมชาติจากภายนอก
6	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	โถล้างจาน	≥ 1000	1397	ผ่าน	
7	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	บริเวณเคาน์เตอร์ล้าง	≥ 300	640	ผ่าน	
8	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างอัตโนมัติ	≥ 300	483	ผ่าน	
9	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างจานเชื่อมความร้อน	≥ 300	690	ผ่าน	
10	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างจานเย็น	≥ 300	618	ผ่าน	
11	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	บริเวณอ่างล้างมือ	≥ 300	1297	ผ่าน	มีแสงธรรมชาติจากภายนอก
12	2	ปรอทกลิ้งเชื้อ (CSSD)	โถปฏิบัติการผ่าศพที่สำนักงาน	≥ 600	668	ผ่าน	

ผู้ทำการตรวจวัด  
ลงชื่อ .....  
(นางสาวสิริญา เวียงคำ)  
ผู้ช่วยวิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้ตรวจสอบ  
ลงชื่อ .....  
(นายยศพล ไพรเชื้อ)  
วิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้อนุมัติ  
ลงชื่อ .....  
(นายอรรถกิจ จิตศักดิ์นิมิต)  
หัวหน้าแผนกสาธารณสุขโรคและสิ่งแวดล้อม

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA)

ตารางที่ ก.1 ค่าระดับเสียง (L) ที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน  
(ที่ได้มีการคำนวณแจกแจงขยายเพิ่มเติม)\*

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA) ไม่เกิน (เดซิเบลเอ)	ระยะเวลาการทำงานที่ได้รับเสียงต่อวัน*	
	ชั่วโมง	นาที
82	16	-
83	12	42
84	10	5
85	8	-
86	6	21
87	5	2
88	4	-
89	3	11
90	2	31
91	2	-
92	1	35
93	1	16
94	1	-
95	-	48
96	-	38
97	-	30
98	-	24
99	-	19
100	-	15
101	-	12
102	-	9
103	-	7.5
104	-	6
105	-	5
106	-	4

ตารางที่ ก.1 ค่าระดับเสียง (L) ที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน  
(ที่ได้มีการคำนวณแจกแจงขยายเพิ่มเติม)\*

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA) ไม่เกิน (เดซิเบลเอ)	ระยะเวลาการทำงานที่ได้รับเสียงต่อวัน*	
	ชั่วโมง	นาที
107	-	3
108	-	2.5
109	-	2
110	-	1.5
111	-	1

ที่มา

- แนวปฏิบัติตามกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2549
- ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยต่อระยะเวลาทำงาน ในแต่ละวัน ตามตารางมาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยต่อระยะเวลาการทำงาน แนบ 135 ตอน พิเศษ 194 บังคับใช้วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2561



ภาคผนวก ข  
ใบรับรองการสอบเทียบเครื่องมือ

  
**RION CO., LTD.**

3-20-41 Higashimotomachi Kokubunji Tokyo 185-8533  
Phone:042(359)7888, Facsimile:042(359)7442

## Certificate of Calibration

**Name** : Sound Level Meter, Class 1  
**Model** : NL-52 **S/No.** : 00219860  
**Date of Calibration** : March, 01, 2021

We hereby certify that the above product was tested and calibrated according to the prescribed Rion procedures, and that it fulfills specification requirements.  
The measuring equipment and reference devices used for testing and calibrating this unit are managed under the Rion traceability system and are traceable according to official Japanese standards and official standards of countries belonging to the International Committee of Weights and Measures.

**RION CO., LTD.**

  
Manager, Quality Control Department




**Supplied Accessories**
< 1 / 1 >

Model	NL-52	Product Name	Sound Level Meter, Class 1	
Ensure all the items below are in the package. If there is a missing part, please contact your supplier.				
Type	Description	Quantity	Note	
NL-52	Main unit	1		
NL-42-025	Storage case	1		
WS-10	Windscreen	1		
NL-42-033	Windscreen fall prevention rubber	1	attached to the main unit	
VM-63-017	Hand strap	1		
LR6	Size AA alkaline batteries	4		
	CD-ROM (Instruction manual, Serial interface manual, Technical notes, Program option manual)	1		
	Description for IEC 61672-1	1		
	SD memory card (512 MByte)	1	only when NX-42EX is pre-installed	
	Inspection certificate	1	This sheet	
	Document for China RoHS	1	only to China	

### Inspection Certificate

INSPECTOR

M. Hidaka

We hereby certify that this product has been tested and calibrated at our factory according to RION specifications and that the product satisfies all relevant requirements.

RION CO., LTD.  
 3-20-41 Higashimotomachi, Kokuibunji,  
 Tokyo 185-8533,  
 Japan

Sound and Vibration Measuring Instrument Section Product information and software downloads can be found on our web-site:  
<https://rion-sv.com/>  
 Please check it out.

HIC11030502





รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน  
การตรวจวัดระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน  
ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ  
และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ของ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา  
โทรศัพท์ 0-4437-6555



จัดทำโดย

หน่วยวิจัยและที่ปรึกษาเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมสุรนารี  
111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา  
โทรศัพท์ 0-4422-4451 โทรสาร 0-4422-4220

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
สารบัญ		ก
สารบัญตาราง		ข
1	วัตถุประสงค์	1
2	นิยามศัพท์	1
3	เครื่องมือ	1
4	ผู้รับผิดชอบ	1
5	วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดเสียง	2
5.1.	การสำรวจพื้นที่	2
5.2.	การตรวจวัด	2
5.3.	การประเมินผลเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA)	3
6	ผลการตรวจวัดระดับเสียง	

เอกสารแนบ



สารบัญ ก

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สารบัญตาราง		หน้า
ตารางที่ 1	มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมรับได้ซึ่งได้รับตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน	3
ตารางที่ 2	ผลตรวจวัดระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	5



สารบัญ ข

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## รายงาน การตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน การตรวจวัดระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน

### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อตรวจวัดระดับเสียงและสามารถวิเคราะห์ระดับเสียงในสภาพแวดล้อมการทำงาน ของผู้ปฏิบัติงาน ในพื้นที่ที่ตรวจวัด และเปรียบเทียบกับมาตรฐานของระดับเสียงที่เหมาะสมในการทำงาน
- 1.2 เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน และลดผลกระทบต่อสุขภาพและการได้ยิน

### 2. นิยามศัพท์

- 2.1. ระดับเสียงโดยทั่วไป หมายถึง ระดับเสียงที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปเป็นเสียงจากหลายแหล่งกำเนิดรวมกัน ไม่มีแหล่งกำเนิดเสียงใดเสียงหนึ่งเป็นแหล่งกำเนิดเสียงที่เด่นชัดออกมา
- 2.2. ค่าระดับเสียงสูงสุด ( $L_{max}$ ) หมายถึง ค่าระดับเสียงสูงสุดที่เกิดขึ้น ขณะหนึ่งในระหว่างการตรวจวัดระดับเสียงที่เกิดขึ้นจริง โดยมีหน่วยเป็น เดซิเบลเอ หรือ dB(A)
- 2.3. ค่าระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ( $L_{eq,24h}$ ) หมายถึงค่าระดับเสียงคงที่ ที่มีพลังงานเทียบเท่าระดับเสียงที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีระดับเสียงเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในช่วง 24 ชั่วโมง โดยมีหน่วยเป็น เดซิเบลเอ หรือ dB(A)
- 2.4. TWA (Time Weighted Average) ค่าเฉลี่ยระดับความดังเสียงตลอดระยะเวลาการสัมผัสเสียง

### 3. เครื่องมือ

- 3.1. เครื่องวัดระดับเสียง (Sound Level Meter)  
(มาตรฐาน IEC 651 Type 2 หรือ ANSI S 1.4 หรือ BS EN 60651หรือ AS/NZS 1259.1 มาตรฐานที่สูงกว่า IEC 60804 หรือ IEC61672 หรือ BS EN 60804 หรือ AS/NZS 1259.2)
- 3.2. เครื่องกำเนิดเสียงมาตรฐาน (Sound Calibrator) (มาตรฐาน IEC 60642)
- 3.3. พ้องน้ำกันลม (Wind Screen)
- 3.4. ขาตั้ง (Tripod)

### 4. ผู้รับผิดชอบ

- 4.1. นางสาวศรัณญา อุทัยมา เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- 4.2. นางสาวศุภาวรรณ บุญไกรรัตน์ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- 4.3. นายสุกฤษฎี ปะดัง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัด/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล



หน้า ที่ 1



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## 5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดเสียง

### 5.1. การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงานของสถานประกอบการทั้งหมด เพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้นฉบับร่างข้อมูลบริเวณ  
ทำงานใดที่มีผู้ปฏิบัติงานอาจได้รับหรือสัมผัสเสียงดัง เสียงดังที่เกิดขึ้นมีลักษณะแบบใด และระยะเวลาที่รับหรือ  
สัมผัสเสียงนานเท่าใด

#### 5.1.1 กำหนดจุดตรวจวัด

#### 5.1.2 ตรวจสอบกิจกรรมหรือต้นกำเนิดเสียงที่มีเกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อตรวจวัด

### 5.2. การตรวจวัด

#### 5.2.1 การเตรียมการก่อนการตรวจวัดเสียง

##### 5.2.1.1 ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือเสียง

##### 5.2.1.2 ปรับเทียบความถูกต้องของเครื่องวัดเสียงด้วยอุปกรณ์ตรวจสอบความถูกต้อง

(Noise Calibrator)

##### 5.2.1.3 จัดเตรียมแบบฟอร์มบันทึกการตรวจวัดเสียง แลส่งจุดตรวจวัด

#### 5.2.2 เทคนิคการวัดความดังเสียงเฉลี่ยพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งซึ่งมีระดับเสียงคงที่

##### 5.2.2.1 ใช้เครื่องมือวัดระดับความดังของเสียง (Sound Level Meter) ดังต่อไปนี้

- สิ่งขั้ว หรือสเกล เอ: dBA
- การตอบสนองแบบช้า (Slow)
- ตั้งช่วงการตรวจวัดไว้ที่ค่าสูง
- ลมพ้องมี-กันลม (Wind Screen)
- ตั้งปุ่มการทำงานอื่น ๆ ตามคู่มือการใช้งานของบริษัทผู้ผลิต

5.2.2.2 ตรวจวัดการได้รับ/สัมผัสเสียงของพนักงาน โดยให้ไมโครโฟนของเครื่องวัดเสียงอยู่ที่  
ระดับหูของพนักงานที่กำลังปฏิบัติงาน รัศมีไม่เกิน 30 เซนติเมตร การถือเครื่องวัดเสียงของผู้วัด พึงระวังการ  
ดูดซับหรือสะท้อนของเสียงเนื่องจากตัวผู้วัด หรือพิจารณาใช้เครื่องวัดเสียงติดตั้งบนขาตั้ง (Tripod) แทนการถือ  
โดยผู้ตรวจวัด

5.2.2.3 อ่านค่าระดับเสียง และระยะเวลาที่สัมผัสเสียงของพนักงานในแต่ละบริเวณการทำงาน  
และบันทึกผล รวมทั้งบันทึกปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

5.2.2.4 นำค่า TWA ที่ตรวจวัดได้ (ตัดเศษทศนิยมออก) นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน  
ความปลอดภัยในการทำงาน ตามตารางในกฎกระทรวงอุตสาหกรรม หมวด 3 เสียง (ตารางที่ 1)



หน้า 2

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## 5.3. การประเมินผลเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลากการทำงาน (TWA)

ตารางที่ 1 มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดเวลากการทำงานในแต่ละวัน

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลากการทำงาน (TWA)	เวลากการทำงานที่ได้รับเสียงต่อวัน*	
	ชั่วโมง	นาที
82	16	-
83	12	42
84	10	5
85	8	-
86	6	21
87	5	2
88	4	-
89	3	11
90	2	31
91	2	-
92	1	35
93	1	16
94	1	-
95	-	48
96	-	38
97	-	30
98	-	24
99	-	19
100	-	15
101	-	12
102	-	9
103	-	7.5
104	-	6
105	-	5
106	-	4
107	-	3
108	-	2.5
109	-	2
110	-	1.5
111	-	1

หมายเหตุ : \* ระยะเวลาในการทำงานที่ได้รับเสียงและระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลากการทำงาน (TWA) ให้ใช้ค่ามาตรฐานที่กำหนด  
ในตารางข้างต้นเป็นอันดับแรก หากไม่มีค่ามาตรฐานที่เทียบตรงตามตารางให้คำนวณจากสูตร

ที่มา : ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลา  
การทำงานในแต่ละวัน



หน้า 3



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หากไม่มีค่ามาตรฐานที่กำหนดตรงตามตาราง ให้คำนวณจากสูตร

$$T = \frac{8}{2(1.45)^L}$$

เมื่อ T = เวลาการทำงานที่ยอมให้ได้รับเสียง (ชั่วโมง)

L = ระดับเสียง (dBA)

ในกรณีที่การวัดระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA) ที่ได้จากการคำนวณมีเศษทศนิยมให้ตัดทศนิยมออก

#### 6. ผลการตรวจวัดระดับเสียง

ผลการวิเคราะห์ระดับเสียง ในสถานที่ปฏิบัติงาน ของโครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพและโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 5 จุด ได้แก่ 1.ห้องซักผ้า อาคารพยาธิวิทยา ชั้น 1 2.ห้องจ่ายกลาง อาคารพยาธิวิทยา ชั้น 2 3.ห้องล้างภาชนะ อาคารโสตศอนาสิก 4.ห้องทำฟัน อาคารสิรินธรทันตพัฒนา และ 5.ห้อง Chiller เก็บตัวอย่างระดับเสียง ในวันที่ 16 มกราคม 2566 ค่าระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงานของทุกจุดตรวจวัดมีค่าเป็นไปตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน ผลการตรวจวัดแสดงดังตารางที่ 2



หน้า 4

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

#### การรายงานผล การตรวจวัดระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน

สถานที่ : โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
วัน/เดือน/ปี : 16 มกราคม 2566 เวลาที่สำรวจ : 08.30 - 16.30 น.  
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษณ์ ปะดัง อีชื่อ / รุ่น เครื่องมือ : BSWA 309 Octave

ตารางที่ 2 ผลตรวจวิเคราะห์ระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บริเวณที่ตรวจวัด	ระดับเสียงที่วัดได้ (เดซิเบลเอ)	ระยะเวลาการ ทำงาน (ชั่วโมง)	TWA ไม่เกิน (เดซิเบล)	เทียบมาตรฐาน <sup>1</sup>
1.ห้องซักผ้า อาคารพยาธิวิทยา ชั้น 1	70.3	8	85	ผ่าน
2.ห้องจ่ายกลาง อาคารพยาธิวิทยา ชั้น 2	68.9	8	85	ผ่าน
3.ห้องล้างภาชนะ อาคารโสตศอนาสิก	73.2	8	85	ผ่าน
4.ห้องทำฟัน อาคารสิรินธรทันตพัฒนา	62.0	8	85	ผ่าน
5.ห้อง Chiller	85.4	1	90	ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน

ผู้ทำการตรวจวัด

ลงชื่อ : นายสุกฤษณ์ ปะดัง  
(นายสุกฤษณ์ ปะดัง)  
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัด  
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ : นางสาวพริ้งญา สุทธิมา  
(นางสาวพริ้งญา สุทธิมา)  
นักวิชาการสาธารณสุข  
แผนกอาชีวอนามัย

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ : นางสาวศุภาวรรณ บุญนรินทร์  
(นางสาวศุภาวรรณ บุญนรินทร์)  
เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย  
แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย



หน้า 5

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## เอกสารแนบ



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## เอกสารแนบ 1

ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน  
เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลา  
การทำงานในแต่ละวัน



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หน้า ๑๕  
เล่ม ๑๑๕ ตอนพิเศษ ๑๔ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๖ มกราคม ๒๕๖๓

### ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ถูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน

โดยที่กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. ๒๕๕๔ กำหนดให้นายจ้างต้องควบคุมระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน มิให้เกินมาตรฐานตามที่อธิบดีประกาศกำหนด

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๘ แห่งกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. ๒๕๕๔ อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ถูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ ๓ นายจ้างต้องควบคุมระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงาน ในแต่ละวัน (Time Weighted Average-TWA) มิให้เกินมาตรฐานตามตารางแนบท้ายประกาศ โดยหน่วยวัดระดับเสียงที่ใช้ในประกาศนี้ใช้หน่วยเป็น เดซิเบลเอ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐  
อนันต์ชัย อุทัยพัฒนาชีพ  
ผู้ตรวจราชการกระทรวง รัชชการการแทน  
อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

เอกสารแนบ 1 - 1



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### (ตารางแนบท้ายประกาศ)

ตารางมาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ถูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดระยะเวลาทำงาน (TWA) ใน dB (A) ต่อวัน	ระยะเวลาทำงานที่ได้รับอนุญาตต่อวัน	
	ชั่วโมง	นาที
๘๕	๘๐	-
๘๖	๗๖	๕๖
๘๗	๗๒	๔๕
๘๘	๖๘	๓๖
๘๙	๖๔	๒๗
๙๐	๖๐	๑๘
๙๑	๕๖	๑๕
๙๒	๕๒	๑๒
๙๓	๔๘	๑๐
๙๔	๔๔	๘
๙๕	๔๐	๖
๙๖	๓๖	๕
๙๗	๓๒	๔
๙๘	๒๘	๓
๙๙	๒๔	๒
๑๐๐	๒๐	๑
๑๐๑	๑๘	๐
๑๐๒	๑๖	๐
๑๐๓	๑๔	๐
๑๐๔	๑๒	๐
๑๐๕	๑๐	๐
๑๐๖	๘	๐
๑๐๗	๖	๐
๑๐๘	๔	๐
๑๐๙	๓	๐
๑๑๐	๒	๐
๑๑๑	๑	๐

หมายเหตุ \* ระยะเวลาการทำงานที่ได้รับอนุญาตต่อวันเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงาน (TWA) ให้ใช้ค่ามาตรฐานที่กำหนดในตารางข้างต้นเป็นค่าขึ้นเขต หากไม่มีค่ามาตรฐานที่กำหนดสามารถให้ค่าประมาณจากสูตรดังนี้

$$T = \frac{L}{10^{(L-85)/10}}$$

เมื่อ T หมายถึง เวลาการทำงานที่ได้รับอนุญาต (ชั่วโมง)  
L หมายถึง ระดับเสียง (เดซิเบลเอ)  
ในกรณีที่ค่าเฉลี่ยตลอดระยะเวลาทำงาน (TWA) ที่วัดจากการคำนวณมีค่าเกินค่าที่ได้กำหนดในตาราง

เอกสารแนบ 1 - 2





รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน  
การตรวจวัดดัชนีความร้อนในสถานที่ปฏิบัติงาน  
ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ  
และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ของ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา  
โทรศัพท์ 0-4437-6555



จัดทำโดย

หน่วยวิจัยและที่ปรึกษาเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมสุรนารี  
111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา  
โทรศัพท์ 0-4422-4451 โทรสาร 0-4422-4220

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
สารบัญ		ก
สารบัญตาราง		ข
1	วัตถุประสงค์	1
2	นิยามศัพท์	1
3	เครื่องมือ	3
4	ผู้รับผิดชอบ	3
5	วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดดัชนีความร้อน	4
5.1	การสำรวจพื้นที่	4
5.2	การตรวจวัด	4
5.3	การคำนวณหาความหนักเบาของงาน (ภาระงาน)	4
5.4	การประเมินระดับความร้อน WBGT	5
6	ผลการตรวจวัดระดับความร้อน WBGT	6

เอกสารแนบ



สารบัญ ก

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สารบัญ	ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 1	การประเมินภาระงาน (อัตราการผลิตอาหารเฉลี่ยในร่างกายของพนักงานขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ)	5
ตารางที่ 2	ตารางแสดงอัตราการผลิตอาหารเฉลี่ยในร่างกายของพนักงานขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ	6
ตารางที่ 3	ผลตรวจและวิเคราะห์ภาวะการทำงานเกี่ยวกับความร้อน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	7



สารบัญ ข

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## รายงาน การตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน การตรวจวัดดัชนีความร้อนในสถานที่ปฏิบัติงาน

### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อตรวจวัดดัชนีความร้อนและสามารถวิเคราะห์ระดับเสียด้านความร้อนในสภาพแวดล้อมการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ตรวจวัด และเปรียบเทียบกับมาตรฐานความร้อนที่เหมาะสมในการทำงาน
- 1.2 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน และลดผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงาน

### 2. นิยามศัพท์

- 2.1. **ความร้อน** เป็นพลังงานที่เกิดจากการเคลื่อนที่หรือสั่นสะเทือนของโมเลกุลของวัตถุ หน่วยวัดระดับความร้อน คือ องศาเซลเซียส และองศาฟาเรนไฮต์ และหน่วยวัดปริมาณความร้อน คือ แคลอรี และ บีทียู หนึ่งในแคลอรี คือ ปริมาณความร้อนที่ทำให้น้ำ 1 กรัม มีอุณหภูมิสูงขึ้น 1 องศาเซลเซียส และหนึ่งในบีทียู คือ ปริมาณความร้อนที่ทำให้น้ำ 1 ปอนด์ มีอุณหภูมิสูงขึ้น 1 องศาฟาเรนไฮต์
- 2.2. **ระดับความร้อน** หมายความว่า อุณหภูมิระดับโกลบในบริเวณที่ลูกจ้างทำงาน ตรวจวัด ค่าเฉลี่ยในช่วงเวลาสองชั่วโมงที่มีอุณหภูมิระดับโกลบสูงสุดของการทำงานปกติ
- 2.3. **อุณหภูมิระดับโกลบ (Wet Bulb Globe Temperature : WBGT)** เป็นดัชนีวัดสภาพความร้อนในสิ่งแวดล้อมการทำงาน (มีหน่วยวัดเป็นองศาเซลเซียส หรือ องศาฟาเรนไฮต์) ซึ่งได้นำปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความร้อนที่สะสมในร่างกายมาพิจารณา ได้แก่ ความร้อนที่เกิดขึ้นในร่างกายขณะทำงาน และความร้อนจากสิ่งแวดล้อมการทำงาน ซึ่งความร้อนจากสิ่งแวดล้อมการทำงานถูกถ่ายเทมายังร่างกายได้ 3 วิธี คือ การนำ การพา และการแผ่รังสีความร้อน
- 2.4. **ปริมาณงาน หรือ ภาระงาน (Work Load)** เป็นพลังงานความร้อนที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารเพื่อให้ร่างกายใช้ปฏิบัติงาน ผู้ที่ทำงานหนักย่อมมีความร้อนเกิดขึ้นในร่างกายสูงกว่าผู้ที่ทำงานเบา และค่ามาตรฐานระดับความร้อนได้นำปัจจัยนี้มาพิจารณา โดยจำแนกตามความหนักเบา ของงานกับระดับความร้อนที่ได้รับ
- 2.5. **ความหนักเบาของงาน** หมายความว่า การใช้พลังงานของร่างกายหรือใช้กำลังงานที่ทำให้เกิด การเผาผลาญอาหารในร่างกายเพื่อใช้ปฏิบัติงาน การจำแนกความหนัก-เบาของลักษณะการทำงาน ออกเป็น 3 ระดับ (ตามกฎหมายกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559) โดยคำนวณการใช้พลังงาน ดังนี้



หน้า 1



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

\* **งานเบา** หมายความว่า ลักษณะงานที่ใช้แรงน้อยหรือใช้กำลังงานที่ทำให้เกิดการเผาผลาญอาหารในร่างกายไม่เกิน 200 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง เช่น งานเขียนหนังสือ งานพิมพ์ดีด งานบันทึกข้อมูล งานเก็บข้อมูล งานนั่งตรวจสอผลผลิต งานประกอบชิ้นงานขนาดเล็ก งานบังคับเครื่องจักรด้วยเท้า การยืนคุมงาน

\* **งานปานกลาง** หมายความว่า ลักษณะงานที่ใช้แรงปานกลางหรือใช้กำลังงานที่ทำให้เกิดการเผาผลาญอาหารในร่างกายเกิน 200 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง ถึง 350 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง เช่น งานยก ลาก ดัน หรือเคลื่อนย้ายสิ่งของด้วยแรงปานกลาง งานตอกตะปู งานตะไบ งานขึ้นรูปบรรจุภัณฑ์ งานขึ้นรูปพลาสติก

\* **งานหนัก** หมายความว่า ลักษณะงานที่ใช้แรงมากหรือใช้กำลังงานที่ทำให้เกิดการเผาผลาญอาหารในร่างกายเกิน 350 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง เช่น งานที่ใช้สว่านหรือเครื่องมือลักษณะคล้ายกัน งานตัด งานเลื่อยไม้ งานเจาะไม้เนื้อแข็ง งานทุบโดยใช้ค้อนขนาดใหญ่ งานยก หรือเคลื่อนย้ายของหนักขึ้นที่สูงหรือที่ลาดชัน

มนุษย์และสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ สามารถดำรงชีพได้เมื่อความร้อนภายในร่างกายคงที่ในระดับที่เหมาะสมเท่านั้น อุณหภูมิภายในร่างกายมนุษย์อาจเปลี่ยนแปลงได้ในช่วงแคบ ๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายนั้น คือ ประมาณ  $37 \pm 1^\circ\text{C}$  ดังนั้น ร่างกายจึงพยายามควบคุมอุณหภูมิให้คงที่ตลอดระยะเวลาด้วยกลไกต่าง ๆ เช่น การหลั่งเหงื่อ วัฏจักรหายใจ และไม่มีเลือดไหลเวียนมากที่ผิวเพื่อคายความร้อนมากขึ้น เป็นต้น

โดยทั่วไปแหล่งความร้อนที่มีอิทธิพลต่อความร้อนในร่างกายมนุษย์มี 2 แหล่ง คือ ความร้อนที่เกิดขึ้นภายในร่างกายจากการเผาผลาญอาหารเพื่อสร้างพลังงาน และความร้อนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งความร้อนจากทั้งสองแหล่งนี้สามารถถ่ายเทระหว่างกันได้ จากแหล่งที่มีระดับความร้อนสูงกว่าไปยัง แหล่งที่มีความร้อนต่ำกว่า โดยการนำ การพา และการแผ่รังสีความร้อน ทั้งนี้เพื่อรักษาระดับความร้อนภายในร่างกายให้คงที่ที่  $37 \pm 1^\circ\text{C}$  ซึ่งความพยายามในการรักษาระดับความร้อนของร่างกายนี้อธิบาย ได้ด้วยสมการสมดุลความร้อน คือ

$$H = M \pm R \pm C - E \pm D$$

เมื่อ	H	=	ความร้อนสะสมของร่างกาย (Body Heat Storage)
	M	=	ความร้อนจากการเผาผลาญอาหารเพื่อสร้างพลังงาน (Metabolic Heat)
	R	=	ความร้อนที่ถ่ายเทด้วยการแผ่รังสี (Radiation)
	C	=	ความร้อนที่ถ่ายเทด้วยการพา (Convection)
	E	=	ความร้อนที่สูญเสียไปจากการระเหยของเหงื่อ (Evaporation)
	D	=	ความร้อนที่ถ่ายเทด้วยการนำ (Conduction)

สำหรับอุปกรณ์ตรวจวัดสภาพความร้อนที่ไม่สามารถคำนวณค่าจากเครื่องมือโดยตรงให้นำค่าที่อ่านได้จากเทอร์มิสเตอร์มาคำนวณด้วยสูตรต่อไปนี้

$$WBGT = 0.7 \text{ NWB} + 0.3 \text{ GT} \text{ (ในกรณีวัดในอาคารหรือนอกอาคารที่ไม่มีแดด)}$$

$$WBGT = 0.7 \text{ NWB} + 0.2 \text{ GT} + 0.1 \text{ DB} \text{ (ในกรณีวัดนอกอาคารและมีแดด)}$$



หน้า 2

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### 3. เครื่องมือ

เครื่องมือและอุปกรณ์ในการตรวจวัดสภาพความร้อน ประกอบด้วยเทอร์มิสเตอร์ 3 ชนิด คือ เทอร์มิสเตอร์กระเปาะแห้ง เทอร์มิสเตอร์กระเปาะเปียก (ธรรมชาติ) เทอร์มิสเตอร์ชนิดโกลบ ซึ่งมีคุณสมบัติดังอธิบายต่อไปนี้

**คุณลักษณะของเครื่องมือและอุปกรณ์** (ชุดอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจวัดระดับ WBGT)

1. **เทอร์มิสเตอร์ชนิดกระเปาะแห้ง** (Dry Bulb Thermometer ; DB) เป็นชนิดปรอทหรือแอลกอฮอล์ที่มีความละเอียดของสเกล  $0.5^\circ\text{C}$  มีการกำบังป้องกันเทอร์มิสเตอร์จากแสงอาทิตย์และการแผ่รังสีความร้อน

2. **เทอร์มิสเตอร์ชนิดกระเปาะเปียกตามธรรมชาติ** (Natural Wet Bulb Thermometer ; NWB) ประกอบด้วย ผ้าฝ้ายสะอาด (ชั้นเดียว) หุ้มที่กระเปาะเทอร์มิสเตอร์สูงถึงจุดเหนือกระเปาะ ประมาณหนึ่งช่วงกระเปาะหรือประมาณ  $1 - 1\frac{1}{2}$  นิ้ว และต่อหุ้มยาวลงไปที่ปลายอีกด้านหนึ่งจุ่มลงในภาชนะบรรจุน้ำกลั่น โดยส่วนกระเปาะจะอยู่เหนือน้ำประมาณ 1 นิ้ว ผ้าฝ้ายที่หุ้มกระเปาะต้องแนบติดเทอร์มิสเตอร์และเปียกตลอดเวลา

3. **เทอร์มิสเตอร์ชนิดโกลบ** (Globe Thermometer ; GT) ประกอบด้วยโกลบ ซึ่งทำจากโลหะทองแดงบาง ทรงกลม ภายในโกลบ มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 6 นิ้ว ผิวด้านนอกทาสีดำด้าน และมีเทอร์มิสเตอร์เสียบเข้าไปในกระเปาะทรงกลมนี้โดยให้อยู่กึ่งกลางของกระเปาะ มีช่วงการตรวจวัดตั้งแต่  $5$  ถึง  $100^\circ\text{C}$

**เทอร์มิสเตอร์ทั้งสามนี้ต้องมีความแม่นยำ  $\pm 0.5^\circ\text{C}$**

การเปรียบเทียบความถูกต้องของเครื่องมือ การเปรียบเทียบเทอร์มิสเตอร์ที่ใช้ในการตรวจวัดว่ามีคุณสมบัติข้างต้นหรือไม่ โดยทำการเปรียบเทียบอุปกรณ์จากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองอย่างน้อยละ 1 ครั้ง หรือตามคู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้

### 4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 นางสาวศรัญญา อุทัยมา	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
4.2 นางสาวศรณารัตน์ บุญปรีรัตน์	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
4.3 นางสาวเนตรชนัน ดินระเสนาร	นักวิทยาศาสตร์ (หัวหน้างานกลุ่มห้องปฏิบัติการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย)
4.4 นายบุญยศ พงษ์ศิริ	นักวิทยาศาสตร์ (เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ)



หน้า 3



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## 5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดดัชนีความร้อน

### 5.1. การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงานของสถานประกอบการทั้งหมด เพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้นจัดบันทึกข้อมูลบริเวณทำงานใดที่มีผู้ปฏิบัติงานอาจได้รับหรือสัมผัสความร้อน ความร้อนที่เกิดขึ้นเกิดขึ้นจากกิจกรรมใด และระยะเวลาที่ได้รับหรือสัมผัสความร้อนนานเพียงใด

#### 5.1.1 กำหนดจุดตรวจวัด

5.1.2 ตรวจสอบกิจกรรมหรือต้นกำเนิดความร้อนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อตรวจวัด

### 5.2. การตรวจวัด

#### 5.2.1 การเตรียมการก่อนการตรวจวัดความร้อน WBGT

##### 5.2.1.1 ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องวัดความร้อน (Heat stress monitor)

5.2.1.2. ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องวัดความร้อน (Heat stress monitor) ด้วยอุปกรณ์ตรวจสอบความถูกต้อง (Calibration verification module)

##### 5.2.1.3. จัดเตรียมแบบฟอร์มบันทึกการตรวจวัดความร้อน WBGT แผนผังจุดตรวจวัด

#### 5.2.2. เทคนิคการตรวจวัดระดับความร้อนในบริเวณการทำงาน

##### 5.2.2.1. เลือกจุดตรวจวัดในบริเวณทำงาน และเป็นบริเวณที่มีความร้อนสูงกว่าที่อื่น

##### 5.2.2.2. ติดตั้งเครื่องวัดความร้อน โดยให้ระดับของเทอร์มิสเตอร์ทั้ง 3 ชนิดอยู่สูงจากพื้น

##### ระดับของอุปกรณ์ปฏิบัติงาน

##### 5.2.2.3. ตั้งเครื่องมือไว้อย่างน้อย 10 นาที ก่อนอ่านค่า (กรณีใช้เครื่องวัดความร้อน WBGT

##### ยี่ห้อ QUEST รุ่น QT-34 ที่ได้ตามมาตรฐาน ISO7243)

##### 5.2.2.5 ตรวจวัดสภาพความร้อนในช่วงเวลา 2 ชั่วโมงที่ร้อนที่สุด

##### 5.2.2.4. บันทึกค่าอุณหภูมิ ค่า WBGT และระยะเวลาการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในจุดทำงานนั้น ๆ

### 5.3 การคำนวณหาความหนักเบาของงาน (ภาระงาน)

#### 5.3.1 การคำนวณหาภาระงานตามตารางที่ 1



หน้า ที่ 4

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## ตารางที่ 1 การประเมินภาระงาน (อัตราการผลิตอาหารเฉลี่ยในร่างกายของคนงานขณะทำการงานต่าง ๆ)

ท่าทางการเคลื่อนไหว	กิโลแคลอรี/นาที	
- นิ่ง	0.3	
- ยืน	0.6	
- เดินบนพื้นราบ	2.0-3.0	
- เดินขึ้นที่สูง	เพิ่ม 0.8 ทุกความสูงที่เพิ่มขึ้น 1 เมตร	
กิจกรรม/การปฏิบัติงาน	ค่าพลังงานเฉลี่ย (กิโลแคลอรี/นาที)	ช่วง (กิโลแคลอรี/นาที)
ชนิดของการปฏิบัติงาน ทำงานด้วยมือ :		
- เบา (เขียนหนังสือ ขับรถจักรยาน)	0.4	0.2 - 1.2
- หนัก (พิมพ์ดีด นับ/เรียงเอกสาร)	0.9	
ทำงานด้วยแขนข้างเดียว :		
- เบา (กวาดพื้น เช็ดบูธ)	1.0	0.7 - 2.5
- หนัก (ตอกตะปู เหยี่ยไม้)	1.7	
ทำงานด้วยแขนทั้ง 2 ข้าง :		
- เบา (ป้อนดินงาน ทยอยใส่ขยะ งานสวน)	1.5	1.0 - 3.5
- หนัก (เล็มไม้ แล่สลักไม้)	2.5	
ทำงานด้วยร่างกายทุกส่วน :		
- เบา (ขับรถรถ)	3.5	2.5 - 15.0
- ปานกลาง (หาลูก ขุดดิน ทำความสะอาดถนน)	5.0	
- หนัก (ลาก ดึง ยกของหนัก)	7.0	
- หนักมาก (ก่อสร้าง ขุดดิน ขี่รถจักรยานเร็ว)	9.0	
เมตาบอลิซึมพื้นฐานของร่างกาย		1.0

ที่มา : U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, OSHA Technical Manual -Section III

### 5.4. การประเมินผลระดับความร้อน WBGT

5.4.1 นำค่าระดับความร้อน WBGT ที่ได้จากการตรวจวัดมาหาค่าเฉลี่ย (กรณีพนักงานทำงานมากกว่า 1 จุดพื้นที่) ตามสูตร

$$WBGT_{เฉลี่ย} = \frac{(WBGT_1 \cdot t_1) + (WBGT_2 \cdot t_2) + (WBGT_3 \cdot t_3) + \dots + (WBGT_n \cdot t_n)}{t_1 + t_2 + t_3 + \dots + t_n}$$

WBGT<sub>1</sub> = ค่าดัชนี WBGT ณ จุดทำงานที่ 1, t<sub>1</sub> = ระยะเวลาที่สัมผัสความร้อน ณ จุดทำงานที่ 1

WBGT<sub>2</sub> = ค่าดัชนี WBGT ณ จุดทำงานที่ 2, t<sub>2</sub> = ระยะเวลาที่สัมผัสความร้อน ณ จุดทำงานที่ 2

WBGT<sub>n</sub> = ค่าดัชนี WBGT ณ จุดทำงานที่ n, t<sub>n</sub> = ระยะเวลาที่สัมผัสความร้อน ณ จุดทำงานที่ n

t<sub>1</sub> + t<sub>2</sub> + t<sub>3</sub> + ... + t<sub>n</sub> = 2 ชั่วโมงที่มีอุณหภูมิแวดล้อม (WBGT) สูงสุด



หน้า ที่ 5



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

5.4.2 นำผลลัพธ์การคำนวณอัตราการเผาผลาญอาหารเฉลี่ยในร่างกายของพนักงานขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ เปรียบเทียบระดับความร้อน WBGT เพื่อหาภาระงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงอัตราค่าการเผาผลาญอาหารเฉลี่ยในร่างกายของพนักงานขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ เปรียบเทียบระดับความร้อน WBGT เพื่อหาภาระงาน

ภาระงาน (Workload)	พลังงาน (กิโลแคลอรี/ชั่วโมง)	ระดับความร้อน WBGT (°C)
งานเบา	ไม่เกิน 200	ไม่เกิน 34
งานปานกลาง	201 ถึง 350	ไม่เกิน 32
งานหนัก	มากกว่า 350	ไม่เกิน 30

อ้างอิง : กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559 ข้อ 1 (2) บรรทัด 3-5 และข้อ 2 (1), (2), (3)

#### 6. ผลการตรวจวัดระดับความร้อน WBGT

ผลการวิเคราะห์ระดับความร้อน WBGT สถานที่ปฏิบัติงาน ของโครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 4 จุด ได้แก่ 1) ห้องอบผ้า อาคารพยาธิวิทยา ชั้น 1 2) ห้องรีดผ้า อาคารพยาธิวิทยา ชั้น 1 3) ห้องปรุงประกอบอาหาร อาคารโภชนาการ 4) ห้องเครื่องทำความเย็นด้วยน้ำ (Chiller) ตรวจวัดระดับความร้อน WBGT ในวันที่ 10 เมษายน 2566 ผลการประเมินไม่เกินเกณฑ์ตามประกาศกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559 ดังตารางที่ 3



หน้า 6

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

#### รายงานผลการตรวจวัดสภาพความร้อน (Heat stress index) ในรูป WBGT

วัน เดือน ปี ที่ตรวจวัด : .....10 เมษายน 2566..... เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัด : .....Atmos Health Stress Monitor.....  
ชื่อ/รุ่น : .....QUEST-GT.31..... หมายเลขเครื่อง (Serial number) : .....T56330075..... มาตรฐานอ้างอิงตรวจวัด : .....ISO 7243.....  
วัน เดือน ปี (บันทึกความถูกต้อง) : .....21 มีนาคม 2565..... สถานที่ตรวจวัด : .....โรงพยาบาลสุรนารี.....

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวัดและวิเคราะห์ภาระงานที่กระทำในสถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสุรนารี

ลำดับที่	บริเวณที่ทำการตรวจวัด	ลักษณะงาน	อุณหภูมิในอากาศที่ทำงาน °C			ภาระงาน (Work Load)		WBGT °C	WBGT index	ผล การประเมิน การรับ ภาระงาน
			T <sub>air</sub>	T <sub>wb</sub>	T <sub>g</sub>	พลังงานที่ใส่ (Kcal/hr)	พลังงานที่รับ (Kcal/hr)			
1	อาคารพยาธิวิทยา ชั้น 1 ห้องอบผ้า	นำส่งผ้า-อบ เครื่องผ้า	24.7	34.8	35.2	225.5	225.5	29.3	29.3	ปานกลาง
2	อาคารพยาธิวิทยา ชั้น 1 ห้องรีดผ้า	นำส่งผ้า-อบ เครื่องรีดผ้า	24.5	31.6	31.8	161.0	161.0	26.8	26.8	เบา
3	อาคารโภชนาการ ห้องปรุงประกอบอาหาร	ประกอบอาหาร ปรุงสุก	28.2	35.0	36.1	225.0	225.0	30.6	30.6	ปานกลาง
4	ห้องเครื่องทำความเย็น ด้วยน้ำ (Chiller)	ดูค่าและ ควบคุมเครื่อง	26.3	33.6	33.7	132.5	132.5	28.5	28.5	เบา

หมายเหตุ : "ผลการวิเคราะห์ภาระงานที่กระทำในสถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสุรนารี" เป็นการวิเคราะห์ภาระงานที่กระทำในสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจากลักษณะงานที่กระทำในสถานที่ปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานร่วมกับ  
ความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559 บรรทัด 1 ความร้อน ข้อ 2



หน้า 7



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ทำการตรวจวัดและวิเคราะห์ผล

ลงชื่อ   
(นายปฐมยศ พงษ์ศิริ)

นักวิทยาศาสตร์ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

ผู้รับรองผลการตรวจวัด

ลงชื่อ   
(นางสาวเนตรชนนี ตินวลพะเนา)

นักวิทยาศาสตร์ หัวหน้างานกลุ่มห้องปฏิบัติการ  
อาชีวอนามัยและความปลอดภัย

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ   
(นางสาวศรัญญา อุทัยมา)

นักวิชาการสาธารณสุข แผนกอาชีวอนามัย

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ   
(นางสาวศณววรรณ บุญนำรัตน์)

เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพ  
และความปลอดภัย



หน้า ที่ 8

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารแนบ



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## เอกสารแนบ 1

### กฎกระทรวง

เรื่อง กำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความ  
ปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับ  
ความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559



เอกสารแนบ 1 - 1

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หน้า ๑๘  
เล่ม ๑๓๓ ตอนที่ ๑๓ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๙



### กฎกระทรวง

กำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย  
และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง  
พ.ศ. ๒๕๕๙

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๘ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติ  
ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน  
ออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๓ ในกฎกระทรวงนี้

“อุณหภูมิเวดบัลโลกอบ” (Wet Bulb Globe Temperature - WBGT) หมายความว่า

(๑) อุณหภูมิที่วัดเป็นองศาเซลเซียสซึ่งวัดนอกอาคารที่ไม่มีแสงแดดหรือในอาคารมีระดับ  
ความร้อนเท่ากับ ๐.๗ เท่าของอุณหภูมิที่อ่านค่าจากเทอร์โมมิเตอร์กระเปาะเปียกตามธรรมชาติ  
(natural wet bulb thermometer) บวก ๐.๓ เท่าของอุณหภูมิที่อ่านค่าจากโกลบเทอร์โมมิเตอร์  
(globe thermometer) หรือ

(๒) อุณหภูมิที่วัดเป็นองศาเซลเซียสซึ่งวัดนอกอาคารที่มีแสงแดด มีระดับความร้อนเท่ากับ  
๐.๗ เท่าของอุณหภูมิที่อ่านค่าจากเทอร์โมมิเตอร์กระเปาะเปียกตามธรรมชาติ บวก ๐.๒ เท่าของอุณหภูมิ  
ที่อ่านค่าจากโกลบเทอร์โมมิเตอร์ และบวก ๐.๑ เท่าของอุณหภูมิที่อ่านค่าจากเทอร์โมมิเตอร์กระเปาะแห้ง  
(dry bulb thermometer)

“ระดับความร้อน” หมายความว่า อุณหภูมิเวดบัลโลกอบในบริเวณที่ลูกจ้างทำงานตรวจวัด  
โดยค่าเฉลี่ยในช่วงเวลาสองชั่วโมงที่มีอุณหภูมิเวดบัลโลกอบสูงสุดของการทำงานปกติ

“สภาวะการทำงาน” หมายความว่า สภาวะแวดล้อมซึ่งปรากฏอยู่ในบริเวณที่ทำงานของลูกจ้าง  
ซึ่งรวมถึงสภาพต่าง ๆ ในบริเวณที่ทำงาน เครื่องจักร อาคาร สถานที่ การระบายอากาศ ความร้อน  
แสงสว่าง เสียง ตลอดจนสภาพและลักษณะการทำงานของลูกจ้างด้วย



เอกสารแนบ 1 - 2



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หน้า ๔๙  
เล่ม ๑๓๓ ตอนที่ ๙๑ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๙

“งานเบา” หมายความว่า ลักษณะงานที่ใช้แรงน้อยหรือใช้กำลังงานที่ทำให้เกิดการเผาผลาญอาหารในร่างกายไม่เกิน ๒๐๐ กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง เช่น งานเขียนหนังสือ งานพิมพ์ดีด งานบันทึกข้อมูล งานเย็บจักร งานนั่งตรวจสอบผลิตภัณฑ์ งานประกอบชิ้นงานขนาดเล็ก งานบังคับเครื่องจักรด้วยเท้า การยืนคุมงาน

“งานปานกลาง” หมายความว่า ลักษณะงานที่ใช้แรงปานกลางหรือใช้กำลังงานที่ทำให้เกิดการเผาผลาญอาหารในร่างกายเกิน ๒๐๐ กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง ถึง ๓๕๐ กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง เช่น งานยก ลาก ดัน หรือเคลื่อนย้ายสิ่งของด้วยแรงปานกลาง งานตอกตะปู งานตะไบ งานขัดบรืวทุก งานขับรถแทรกเตอร์

“งานหนัก” หมายความว่า ลักษณะงานที่ใช้แรงมากหรือใช้กำลังงานที่ทำให้เกิดการเผาผลาญอาหารในร่างกายเกิน ๓๕๐ กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง เช่น งานที่ใช้ขวัดักหรือเครื่องมือลักษณะคล้ายกัน งานชุด งานเลื่อยไม้ งานเจาะไม้เนื้อแข็ง งานทุบโดยใช้ค้อนขนาดใหญ่ งานยก หรือเคลื่อนย้ายของหนัก ขึ้นที่สูงหรือที่ลาดชัน

หมวด ๑  
ความร้อน

ข้อ ๒ ให้นายจ้างควบคุมและรักษาระดับความร้อนภายในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างทำงานอยู่ให้เกินมาตรฐาน ดังต่อไปนี้

- (๑) งานที่ลูกจ้างทำในลักษณะเบาต้องมีมาตรฐานระดับความร้อนไม่เกินค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเวดบับโลก ๓๕ องศาเซลเซียส
- (๒) งานที่ลูกจ้างทำในลักษณะงานปานกลางต้องมีมาตรฐานระดับความร้อนไม่เกินค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเวดบับโลก ๓๒ องศาเซลเซียส
- (๓) งานที่ลูกจ้างทำในลักษณะงานหนักต้องมีมาตรฐานระดับความร้อนไม่เกินค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเวดบับโลก ๓๐ องศาเซลเซียส



เอกสารแนบ 1 - 3

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## เอกสารแนบ 2

การปรับเทียบเทอร์มิเตอร์ที่ใช้ในการตรวจวัด



เอกสารแนบ 2 - 1



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

INNOVATIVE INSTRUMENT CALIBRATION LAB  
INNOVATIVE INSTRUMENT CO., LTD. HEAD OFFICE  
7139 MOO 13, SOI SUNTANAKORN 11 TAMBON BANG KAEU,  
AMPHOE BANG PHU SAMUT PRAKAN PROVINCE 10540 THAILAND  
TEL: (668) 2116-5560-1 FAX: (668) 2116-7140

**Certificate of Calibration**  
Certificate No : 22-TPM-479  
Request No : Req-2022-2161  
Page : 1/2

**Customer**  
Name : Suranaree University of Technology  
Address : 111 University Avenue, Suranaree Sub-district, Muang  
District, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

**Unit Under Calibration Details**  
Calibration Parameter : Temperature  
Instrument Name : Area Heat Stress Monitor  
Manufacturer : TSI QUEST  
Model : QT-34  
Serial Number : TEO010075  
Resolution : 0.1 °C  
ID Number : -

Range Calibration : 30 °C to 40 °C  
Type of Sensor : RTD  
Sensor Diameter (mm) : 4.5  
Calibration Position (mm) : 67.5  
Instrument Status : New

**Calibration Environment and Details**  
Temperature : 23 °C ± 0.3 °C  
Humidity : 55 %RH ± 15 %RH  
Received Date : 14 December 2022  
Calibrated Date : 21 December 2022  
Calibration Procedure : In-house method CP-TPM-01 by Comparison with Standard Thermometer.

**Reference Standard**  
Digital Thermometer with Sensor, Manufacturer: GINGO/GINGO, Model: GT11/RTD100, SN:  
08000057, ID: 02-TPM Which was calibrated on 10 March 2022, Calibration Certificate No. : QR22-0578

**Traceability**  
This Certificate is traceable to SI Unit through Quality Roboro Co., Ltd., NSC-ONSC Accreditation No.:  
Calibration 0292

**Note**  
The reported uncertainty is based on standard uncertainty multiplied by the Coverage Factor k=2, providing a level of confidence  
approximately 95 %.

Approved By :   
Mr. Pait Mathavorn  
Calibration Engineer Supervisor  
Issue Date : 21 December 2022

The results related only to the item calibrated. The certificate shall not be reproduced except in full, without written approval of the Innovative Instrument Co., Ltd.  
FIM-706-TPM-01 Rev-01 Issue date 13/02/20



เอกสารแนบ 2 - 2

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

INNOVATIVE INSTRUMENT CALIBRATION LAB  
INNOVATIVE INSTRUMENT CO., LTD. HEAD OFFICE  
7139 MOO 13, SOI SUNTANAKORN 11 TAMBON BANG KAEU,  
AMPHOE BANG PHU SAMUT PRAKAN PROVINCE 10540 THAILAND  
TEL: (668) 2116-5560-1 FAX: (668) 2116-7140

**Certificate of Calibration**  
Certificate No : 22-TPM-479  
Request No : Req-2022-2161  
Page : 2/2

**Calibration Note**  
UUC Adjustment : Not Adjust

**Result of Calibration :**

UUC Sensor	Standard Temperature (°C)	UUC Reading (°C)	Correction (°C)	Uncertainty (°C)
WET	30.004	29.9	+0.1	0.14
	35.004	34.9	+0.1	0.14
	40.004	40.0	0.0	0.14
DRY	30.006	29.8	+0.2	0.14
	35.006	34.8	+0.2	0.14
	40.006	39.8	+0.2	0.14
GLOBE	30.007	29.9	+0.1	0.14
	35.007	34.9	+0.1	0.14
	40.005	39.9	+0.1	0.14

**End of Certificate**

Calibrated By :   
Mr. Sittichok Jongsakorn

**สำเนาถูกต้อง**  
  
นางสาวณัฏฐณิชา ดิโนทองเบญจ  
หัวหน้างานศูนย์ปฏิบัติการสุขภาพและสาธารณสุข

The results related only to the item calibrated. The certificate shall not be reproduced except in full, without written approval of the Innovative Instrument Co., Ltd.  
FIM-706-TPM-01 Rev-01 Issue date 13/02/20



เอกสารแนบ 2 - 3



## ภาคผนวก ค-7

---

### ผลการตรวจแสงสว่างและความชื้นแสง



ผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน  
 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รายการ ตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง  
 อาคาร พยทรี  
 เครื่องมือในการตรวจวัด

แบบพกพาพกจกเชื้อ (CSSD) วันที่ตรวจวัด 31 สิงหาคม 2564 ผู้ตรวจวัด นายศุภพล ไนเชื้อ

ลำดับ	ชั้น	แผนกหน่วยงาน	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		สถานะการตรวจวัด	หมายเหตุ
				มาตรฐาน	ผลการตรวจวัด		
1	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณหน้าเครื่องเอกซเรย์ (เครื่อง 1-4)	≥ 300	580	ผ่าน	
2	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องซักฟอกอุปกรณ์ Clean room	≥ 300	923	ผ่าน	
3	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องย้อมสีกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน	≥ 300	416	ผ่าน	
4	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องย้อมสีกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน	≥ 300	485	ผ่าน	
5	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องย้อมสีกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน	≥ 300	985	ผ่าน	เป็นแหล่งรวมรังสีจากภายนอก
6	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	โต๊ะผ่าตัดผู้ป่วย	≥ 1000	1397	ผ่าน	
7	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเคาน์เตอร์รับฝาก	≥ 300	640	ผ่าน	
8	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเคาน์เตอร์ล้างอุปกรณ์	≥ 300	483	ผ่าน	
9	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเคาน์เตอร์ล้างถ้วยล้างเครื่องมือ	≥ 300	690	ผ่าน	
10	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเคาน์เตอร์ล้างเครื่องมือ	≥ 300	618	ผ่าน	
11	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเคาน์เตอร์ล้างเครื่องมือ	≥ 300	1297	ผ่าน	เป็นแหล่งรวมรังสีจากภายนอก
12	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	โต๊ะปฏิบัติงานล้างหน้าล้างตา	≥ 600	668	ผ่าน	



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน  
 การตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง  
 ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
 โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ  
 และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ของ  
 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
 111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา  
 โทรศัพท์ 0-4437-6555



จัดทำโดย  
 หน่วยวิจัยและที่ปรึกษาเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมสุรนารี  
 111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา  
 โทรศัพท์ 0-4422-4451 โทรสาร 0-4422-4220



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
สารบัญ		ก
สารบัญตาราง		ข
1 วัดอุณหภูมิต่อ		1
2 นิยามศัพท์		1
3 เครื่องมือ		1
4 ผู้รับผิดชอบ		1
5 วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดค่าความเข้มแสง		2
5.1 การสำรวจพื้นที่		2
6 ผลการตรวจวัดค่าความเข้มแสง		2
เอกสารแนบ		



สารบัญ ก

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่	สารบัญตาราง	หน้า
ตารางที่ 1	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารพยาบาลศิริวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	3
ตารางที่ 2	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารสิรินธรทันตพัฒนา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	5
ตารางที่ 3	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	6
ตารางที่ 4	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	7
ตารางที่ 5	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรัตนเวชพัฒนา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	8
ตารางที่ 6	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารโภชนาการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	16



สารบัญ ข



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รายงาน  
การตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน  
การตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อตรวจวัดความเข้มแสงสว่างและสามารถวิเคราะห์ความเข้มแสงสว่างในสภาพแวดล้อมการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ตรวจวัด และเปรียบเทียบกับมาตรฐานของระดับเสียงที่ปลอดภัยในการทำงาน
- 1.2 เพื่อให้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน และลดผลกระทบต่อสุขภาพและการมองเห็น

2. นิยามศัพท์

2.1 ฟลักซ์ของแสง (Luminous Flux, F)

ฟลักซ์ หมายถึง ปริมาณของแสงสว่างที่ผ่านพื้นที่หนึ่ง ๆ ในเวลา 1 วินาที หน่วยเป็น ลูเมน (Lumens)

2.2 ปริมาณของการส่องสว่าง หรือความเข้มของการส่องสว่าง (Illuminance, E) ปริมาณของการส่องสว่าง หรือความเข้มของการส่องสว่าง หมายถึง ฟลักซ์ของแสง (ปริมาณของแสงสว่าง) ที่ตกกระทบต่อลงบนหนึ่งหน่วยพื้นที่ที่กำหนด ในกรณีพื้นที่หนึ่งที่มีหน่วยเป็น ตารางฟุต หน่วยวัดคือ ลูเมน/ตารางฟุต หรือฟุต-เทียน ในกรณีพื้นที่หนึ่งที่มีหน่วยเป็นตารางเมตร หน่วยวัดคือ ลูเมน/ตารางเมตร หรือลักซ์ โดยที่ 1 ฟุต-เทียน มีค่าประมาณ 10.76 ลักซ์

3. เครื่องมือ

เครื่องวัดตรวจวัดความเข้มแสงใช้เครื่องวัดแสง (Lux Meter) ที่ได้มาตรฐาน CIE 1931 หรือ ISO/CIE 10527 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัดเป็นเครื่องมือประเภทอ่านค่าได้โดยตรง (Direct Reading) ทั้งนี้เนื่องจากมาตรฐานกำหนดออกมาในรูปของความเข้มของแสงสว่าง (ปริมาณของแสงสว่างที่ตกกระทบลงบนหนึ่งหน่วยพื้นที่) เครื่องมือที่ใช้วัดจึงเป็นเครื่องวัดระดับความเข้มของแสงสว่าง ในที่นี้จะกล่าวถึงเครื่องวัดระดับความเข้มของแสงสว่างชนิดที่ใช้งานง่าย การบำรุงรักษาไม่ยาก เรียกว่า Portable Lux meter.

4. ผู้รับผิดชอบ

- 4.1. นางสาวศรัณญา อุทัยมา เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- 4.2. นางสาวศุภณรรณ บุญมาร์ติน์ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- 4.3. นายสุกฤษณ์ ปะดัง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัด/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล



หน้าที่ 1

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

5.1 การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงาน เพื่อเก็บข้อมูลบริเวณทำงานใดที่มีผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น บริเวณหน้าเครื่องจักร โต๊ะทำงาน หรือบริเวณที่มีการต้องการแสงสว่างในการปฏิบัติงาน

5.1.1 กำหนดจุดตรวจวัดค่าความเข้มแสง

5.1.2 บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อตรวจวัด

6. ผลการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

ผลการวิเคราะห์ค่าความเข้มแสง ของโครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 6 อาคาร ได้แก่ อาคารพยาบาล อาคารสิรินธรพัฒน์ อาคารรังสีวินิจฉัย อาคารสร้างเสริมสุขภาพ อาคารทันตเวชภัณฑ์ และอาคารโภชนาการ เก็บตัวอย่างค่าความเข้มแสงในวันที่ 17 มกราคม 2566 ค่าความเข้มแสงในทุกจุดตรวจวัดส่วนใหญ่มีค่าเป็นไปตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง ผลการตรวจวัดแสดงดังตารางที่ 1 ดังตารางที่ 6



หน้าที่ 2



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล  
การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง

สถานที่ : อาคารพยาบาลวิทยา.....วัน/เดือน/ปี : 17.มกราคม.2566  
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุวัฒน์ ปะลัง.....ชื่อ / รุ่น เครื่องมือ : ...Light Meter.....

ตารางที่ 1 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารพยาบาลวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1</sup>	
1	อาคารพยาบาลวิทยา ชั้น 1 ชั้นเรียนบริหาร			
1.1	ห้องสำนักงาน ห้องทำงาน	582	400-500	ผ่าน
1.2	ห้องสำนักงาน ห้องคอมพิวเตอร์ 1	539	400-500	ผ่าน
1.3	ห้องสำนักงาน ห้องคอมพิวเตอร์ 2	528	400-500	ผ่าน
1.4	ห้องครัว ห้องครัว 1	513	150	ผ่าน
1.5	ห้องครัว ห้องครัว 2	566	150	ผ่าน
1.6	ห้องครัว ห้องครัว 1	660	150	ผ่าน
1.7	ห้องครัว ห้องครัว 2	490	150	ผ่าน
1.8	ห้องครัว ห้องครัว 3	707	150	ผ่าน
1.9	โถงบันไดจากเครื่องซัก	331	150	ผ่าน
1.10	โถงบันไดจากห้องครัว 1	328	150	ผ่าน
1.11	โถงบันไดจากห้องครัว 2	360	150	ผ่าน
1.12	โถงบันไดจากห้องครัว 3	333	150	ผ่าน
1.13	โถงบันได เครื่องซัก 1	411	150	ผ่าน
1.14	โถงบันได เครื่องซัก 2	344	150	ผ่าน
1.15	โถงบันได เครื่องซัก 3	344	150	ผ่าน
1.16	โถงบันได เครื่องซัก 4	316	150	ผ่าน
2	อาคารพยาบาลวิทยา ชั้น 2 CCSPD			
2.1	โถงทำงาน 1	1484	400-500	ผ่าน
2.2	โถงทำงาน 2	1333	400-500	ผ่าน
2.3	โถงทำงาน 3	9420	400-500	ผ่าน
2.4	โถงทำงาน 4	1613	400-500	ผ่าน
2.5	โถงทำงาน 5	954	400-500	ผ่าน
2.6	โถงสำนักงาน ห้องทำงาน	684	50	ผ่าน
2.7	โถงเขียนใบสั่งยา	709	50	ผ่าน
2.8	โถงเขียนใบสั่งยา ห้องคอมพิวเตอร์	652	50	ผ่าน
2.9	โถงเขียนใบสั่งยา ห้องคอมพิวเตอร์	632	50	ผ่าน
2.10	โถงเขียนใบสั่งยา ห้องคอมพิวเตอร์	611	50	ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงแสงสว่าง



หน้าที่ 3

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารพยาบาลวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1</sup>	
2.11	โถงเขียนใบสั่งยา ห้องคอมพิวเตอร์ 1	654	400-500	ผ่าน
2.12	โถงเขียนใบสั่งยา ห้องคอมพิวเตอร์ 2	408	400-500	ผ่าน
2.13	โถงสำนักงาน 1	3430	400-500	ผ่าน
2.14	โถงสำนักงาน 2	2910	400-500	ผ่าน
2.15	สำนักงาน ห้องคอมพิวเตอร์ 1	434	400-500	ผ่าน
2.16	สำนักงาน ห้องคอมพิวเตอร์ 2	379	400-500	ผ่าน
2.17	สำนักงาน ห้องคอมพิวเตอร์ 3	426	400-500	ผ่าน
2.18	สำนักงาน ห้องเขียนใบสั่งยา	258	50	ผ่าน
2.19	สำนักงาน ห้องเขียนใบสั่งยา ห้องทำงาน	232	400-500	ไม่ผ่าน
3	อาคารพยาบาลวิทยา ชั้น 3 ห้องปฏิบัติการพยาบาลวิทยา			
3.1	ห้องปฏิบัติการ ห้องทำงาน	495	400-500	ผ่าน
3.2	ห้องปฏิบัติการ ห้องคอมพิวเตอร์	276	400-500	ไม่ผ่าน
3.3	ห้อง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 1	267	400-500	ไม่ผ่าน
3.4	ห้อง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 2	419	400-500	ผ่าน
3.5	ห้อง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 3	336	400-500	ไม่ผ่าน
3.6	ห้อง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 4	356	400-500	ไม่ผ่าน
3.7	ห้อง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 5	372	400-500	ไม่ผ่าน
3.8	ห้อง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 6	185	400-500	ไม่ผ่าน
3.9	ห้อง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 7	238	400-500	ไม่ผ่าน
3.10	ห้อง Central Lab ห้องทำงาน 1	355	400-500	ไม่ผ่าน
3.11	ห้อง Central Lab ห้องทำงาน 2	393	400-500	ไม่ผ่าน
3.12	ห้องเซลล์ชีวภาพและชิ้นเนื้อ	215	150	ผ่าน
3.13	ห้อง Tissue process	613	150	ผ่าน
3.14	ห้อง Covid	380	150	ผ่าน
3.15	ห้อง Covid ห้องคอมพิวเตอร์	520	400-500	ผ่าน
3.16	ห้อง Covid ห้องทำงาน	287	400-500	ผ่าน
3.17	ห้องปฏิบัติการชีววิทยา	317	150	ผ่าน
3.18	ห้อง Pre-Molecular ห้องทำงาน	347	400-500	ไม่ผ่าน
3.19	ห้องเคมีและเซลล์ชีววิทยา ห้องทำงาน 1	615	400-500	ผ่าน
3.20	ห้องเคมีและเซลล์ชีววิทยา ห้องทำงาน 2	444	400-500	ผ่าน
3.21	ห้องพยาธิวิทยา ห้องกล้องจุลทรรศน์	432	150	ผ่าน
3.22	ห้องเซลล์ชีวภาพและชิ้นเนื้อ ห้องกล้องจุลทรรศน์	685	150	ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงแสงสว่าง



หน้าที่ 4

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล  
การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง

สถานที่ : อาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน.....วัน/เดือน/ปี : 17 มิถุนายน 2566.....  
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษณ์ ปะตั้ง.....ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 2 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบ
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1/</sup>	
1	อาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน ชั้น 1			
1.1	counter เวนชเปียน ไดคอตฟิวเจอร์	930	400-500	ผ่าน
1.2	counter การยื่น ไดคอตฟิวเจอร์	636	400-500	ผ่าน
1.3	ห้อง X-ray 6 ไดคอตฟิวเจอร์	730	400-500	ผ่าน
1.4	ห้องตรวจ ไดคอตฟิวเจอร์ 1	335	400-500	ผ่าน
1.5	ห้องตรวจ ไดคอตฟิวเจอร์ 2	602	400-500	ผ่าน
1.6	ห้องตรวจ ไดคอตฟิวเจอร์ 3	378	400-500	ผ่าน
1.7	ห้องตรวจ ไดคอตฟิวเจอร์ 4	623	400-500	ผ่าน
1.8	ห้องตรวจ ไดคอตฟิวเจอร์ 5	345	400-500	ไม่ผ่าน
1.9	ห้องทำงานบนเพดานห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกมะเร็ง	453	400-500	ผ่าน
2	อาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน ชั้น 2			
2.1	counter เวนชเปียน ไดคอตฟิวเจอร์	352	400-500	ผ่าน
2.2	ห้องฉายรังสีทางการแพทย์	373	130	ผ่าน
2.3	คลินิกการส่องกล้อง 2 ไดคอตฟิวเจอร์ 1	385	400-500	ไม่ผ่าน
2.4	คลินิกการส่องกล้อง 2 ไดคอตฟิวเจอร์ 2	219	400-500	ไม่ผ่าน
2.5	คลินิกการส่องกล้อง 2 ไดคอตฟิวเจอร์ 3	440	400-500	ผ่าน
2.6	คลินิกการส่องกล้อง 2 ไดคอตฟิวเจอร์ 4	417	400-500	ผ่าน
2.7	คลินิกการส่องกล้อง 2 ไดคอตฟิวเจอร์ 5	474	400-500	ผ่าน
2.8	โถงทำงาน 1	477	400-500	ผ่าน
2.9	โถงทำงาน 2	452	400-500	ผ่าน
3	อาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน ชั้น 3			
3.1	counter เวนชเปียน โถงทำงาน	380	400-500	ผ่าน
3.2	คลินิกการส่องกล้อง 3 โถงทำงาน 1	346	400-500	ไม่ผ่าน
3.3	คลินิกการส่องกล้อง 3 โถงทำงาน 2	342	400-500	ไม่ผ่าน
3.4	คลินิกการส่องกล้อง 3 โถงทำงาน 3	313	400-500	ผ่าน
3.5	คลินิกการส่องกล้อง 3 โถงทำงาน 4	999	400-500	ผ่าน
3.6	คลินิกการส่องกล้อง 3 โถงทำงาน 5	310	400-500	ผ่าน
3.7	คลินิกการส่องกล้อง 3 โถงทำงาน 6	375	400-500	ผ่าน
3.8	คลินิกการส่องกล้อง 3 ไดคอตฟิวเจอร์ 1	296	400-500	ไม่ผ่าน
3.9	คลินิกการส่องกล้อง 3 ไดคอตฟิวเจอร์ 2	149	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1/</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล  
การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง

สถานที่ : อาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน.....วัน/เดือน/ปี : 17 มิถุนายน 2566.....  
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษณ์ ปะตั้ง.....ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 3 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบ
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1/</sup>	
1	อาคารรังสีวินิจฉัย			
1.1	ไดคอตฟิวเจอร์ 1	280	400-500	ไม่ผ่าน
1.2	ไดคอตฟิวเจอร์ 2	295	400-500	ไม่ผ่าน
1.3	ห้องรับกายภาพ ไดคอตฟิวเจอร์ 1	376	400-500	ไม่ผ่าน
1.4	ห้องรับกายภาพ ไดคอตฟิวเจอร์ 2	291	400-500	ไม่ผ่าน
1.5	ห้องขึ้นเอกซเรย์ ไดคอตฟิวเจอร์ 1	114	400-500	ไม่ผ่าน
1.6	ห้องขึ้นเอกซเรย์ ไดคอตฟิวเจอร์ 2	117	400-500	ไม่ผ่าน
1.7	ห้องขึ้นเอกซเรย์ ไดคอตฟิวเจอร์ 3	121	400-500	ไม่ผ่าน
1.8	ห้อง X-ray หัวใจ สี่เหลี่ยมจัตุรัส	482	130	ผ่าน
1.9	ห้องตรวจเอกซเรย์ สี่เหลี่ยมจัตุรัส	450	130	ผ่าน
1.10	ห้องตรวจ X-ray พิเศษ สี่เหลี่ยมจัตุรัส	322	130	ผ่าน
1.11	ห้องตรวจเอกซเรย์ ไดคอตฟิวเจอร์	216	400-500	ไม่ผ่าน
1.12	ห้อง X-ray computer (CT) สี่เหลี่ยมจัตุรัส	430	400-500	ผ่าน
1.13	ห้องตรวจ MRI โถงทำงาน 1	139	400-500	ไม่ผ่าน
1.14	ห้องตรวจ MRI โถงทำงาน 2	136	400-500	ไม่ผ่าน
1.15	ห้องตรวจ MRI โถงทำงาน 3	192	400-500	ไม่ผ่าน
1.16	ห้องยาและเวชภัณฑ์ สี่เหลี่ยมจัตุรัส	440	130	ผ่าน
1.17	ห้องสีสันทัด ไดคอตฟิวเจอร์ 1	262	400-500	ไม่ผ่าน
1.18	ห้องสีสันทัด ไดคอตฟิวเจอร์ 2	198	400-500	ไม่ผ่าน
1.19	โถงทำงาน 3	239	130	ผ่าน
1.20	ห้องสีสันทัด ไดคอตฟิวเจอร์ 1	305	400-500	ไม่ผ่าน
1.21	ห้องสีสันทัด ไดคอตฟิวเจอร์ 2	324	400-500	ไม่ผ่าน
1.22	ห้องสีสันทัด ไดคอตฟิวเจอร์ 3	362	400-500	ไม่ผ่าน
1.23	ห้องสีสันทัด ไดคอตฟิวเจอร์ 4	368	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1/</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

**การรายงานผล**  
**การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง**

สถานที่ : อาคารสิ่งแวดล้อมสุขภาพ ..... วัน/เดือน/ปี : 17.มกราคม.2566  
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษฏี ปะดัง ..... ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 4 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารสิ่งแวดล้อมสุขภาพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบ
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1/</sup>	
1	อาคารสิ่งแวดล้อมสุขภาพ 3/10 ชั้น 1			
1.1	ห้องพยาบาล ห้องฉุกเฉิน	219	400-500	ไม่ผ่าน
1.2	หน้าห้องตรวจ 4 ห้องฉุกเฉิน	132	400-500	ไม่ผ่าน
1.3	ห้องตรวจ 4 ห้องฉุกเฉิน	317	400-500	ไม่ผ่าน
1.4	ห้องตรวจนิยมนิเทศ ห้องฉุกเฉิน	235	400-500	ไม่ผ่าน
1.5	จุดตรวจรถก่อนพบแพทย์ ห้องฉุกเฉิน	245	400-500	ไม่ผ่าน
1.6	คลินิกทางเดินหายใจเด็ก ห้องฉุกเฉิน 1	199	400-500	ไม่ผ่าน
1.7	คลินิกทางเดินหายใจเด็ก ห้องฉุกเฉิน 2	412	400-500	ผ่าน
1.8	คลินิกทางเดินหายใจเด็ก ห้องฉุกเฉิน	338	400-500	ผ่าน
1.9	ห้องยา ห้องฉุกเฉิน	346	400-500	ไม่ผ่าน
1.10	ห้องตรวจห้องฉุกเฉิน	345	400-500	ไม่ผ่าน
1.11	ห้องตรวจห้องฉุกเฉิน	435	400-500	ผ่าน
1.12	หน้าห้องตรวจ 5 ห้องฉุกเฉิน (โถงสำหรับรถพยาบาล)	77	400-500	ไม่ผ่าน
2	อาคารสิ่งแวดล้อมสุขภาพ 3/10 ชั้น 2			
2.1	โถงทางเดิน	411	400-500	ผ่าน
2.2	โถงฉุกเฉิน 1	403	400-500	ผ่าน
2.3	โถงฉุกเฉิน 2	411	400-500	ผ่าน
2.4	โถงฉุกเฉิน 3	355	400-500	ไม่ผ่าน
2.5	โถงฉุกเฉิน 4	457	400-500	ผ่าน
2.6	โถงฉุกเฉิน 5	333	400-500	ไม่ผ่าน
2.7	โถงฉุกเฉิน 6	460	400-500	ผ่าน
2.8	โถงฉุกเฉิน 7	377	400-500	ไม่ผ่าน
2.9	โถงฉุกเฉิน 8	214	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1/</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

**การรายงานผล**  
**การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง**

สถานที่ : อาคารสิ่งแวดล้อม ..... วัน/เดือน/ปี : 17.มกราคม.2566  
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษฏี ปะดัง ..... ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 5 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบ
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1/</sup>	
1	อาคารสิ่งแวดล้อม 3/10 ชั้น 1			
1.1	ห้องตรวจและตรวจเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน	299	400-500	ไม่ผ่าน
1.2	ห้องตรวจและตรวจเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 2	443	400-500	ผ่าน
1.3	ห้องตรวจและตรวจเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 3	303	400-500	ผ่าน
1.4	ห้องตรวจและตรวจเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 4	368	400-500	ผ่าน
1.5	ห้องตรวจและตรวจเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 5	446	400-500	ผ่าน
1.6	ห้องตรวจและตรวจเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน	864	400-500	ผ่าน
1.7	ห้องฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 1	403	400-500	ผ่าน
1.8	ห้องฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 2	497	400-500	ผ่าน
1.9	ห้องฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน ห้องฉุกเฉิน	326	400-500	ผ่าน
1.10	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 1	232	400-500	ไม่ผ่าน
1.11	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 2	368	400-500	ไม่ผ่าน
1.12	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 3	148	400-500	ไม่ผ่าน
1.13	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน	368	400-500	ไม่ผ่าน
1.14	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 4	179	400-500	ไม่ผ่าน
1.15	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 5	494	400-500	ผ่าน
1.16	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 1	478	400-500	ผ่าน
1.17	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 2	487	400-500	ผ่าน
1.18	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 3	372	400-500	ไม่ผ่าน
1.19	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 4	391	400-500	ไม่ผ่าน
1.20	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 5	264	400-500	ไม่ผ่าน
1.21	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 6	173	400-500	ไม่ผ่าน
1.22	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 7	141	400-500	ไม่ผ่าน
1.23	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 8	230	400-500	ไม่ผ่าน
1.24	แผนกฉุกเฉินและเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน 9	245	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1/</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารชั้นเวฟพื้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1/</sup>	
2	อาคารชั้นเวฟพื้น ชั้น 1			
2.1	แผนผังโครงการดูแลรักษาโรค ไตส่วน	336	400-500	ไม่ผ่าน
2.2	แผนผังโครงการดูแลรักษาโรค ไตส่วน 1	339	400-500	ไม่ผ่าน
2.3	แผนผังโครงการดูแลรักษาโรค ไตส่วน 2	335	400-500	ไม่ผ่าน
2.4	แผนผังโครงการดูแลรักษาโรค ไตส่วน 3	280	400-500	ไม่ผ่าน
2.5	แผนผังโครงการดูแลรักษาโรค ไตส่วน 4	329	400-500	ไม่ผ่าน
2.6	แผนผังโครงการดูแลรักษาโรค ไตส่วน 5	179	400-500	ไม่ผ่าน
2.7	แผนผังโครงการดูแลรักษาโรค ไตส่วน 6	334	400-500	ไม่ผ่าน
2.8	แผนผังโครงการดูแลรักษาโรค ไตส่วน 7	417	400-500	ผ่าน
2.9	แผนผังโครงการดูแลรักษาโรค ไตส่วน 8	178	400-500	ไม่ผ่าน
2.10	ห้องฟักปลาแผนผังโครงการ ไตส่วน 1	309	400-500	ไม่ผ่าน
2.11	ห้องฟักปลาแผนผังโครงการ ไตส่วน 2	321	400-500	ไม่ผ่าน
2.12	ห้องฟักปลาแผนผังโครงการ ไตส่วน 3	309	400-500	ไม่ผ่าน
2.13	ห้องฟักปลาแผนผังโครงการ ไตส่วน 4	275	400-500	ไม่ผ่าน
2.14	ห้องฟักปลาแผนผังโครงการ ไตส่วน 5	197	400-500	ไม่ผ่าน
2.15	ห้องฟักปลาแผนผังโครงการ ไตส่วน 6	275	400-500	ไม่ผ่าน
2.16	ห้องฟักปลาแผนผังโครงการ ไตส่วน 7	230	400-500	ไม่ผ่าน
2.17	เวรระเบียน ไตส่วน 1	476	400-500	ผ่าน
2.18	เวรระเบียน ไตส่วน 2	332	400-500	ผ่าน
2.19	เวรระเบียน ไตส่วน 3	349	400-500	ผ่าน
2.20	เวรระเบียน ไตส่วน 4	439	400-500	ผ่าน
2.21	เวรระเบียน ไตส่วน 5	305	400-500	ไม่ผ่าน
2.22	เวรระเบียน ไตส่วน 6	308	400-500	ผ่าน
2.23	เวรระเบียน ไตส่วน 7	363	400-500	ไม่ผ่าน
2.24	เวรระเบียน ไตส่วน 8	341	400-500	ไม่ผ่าน
2.25	ชุดตรวจโรค ไตส่วน 1	454	400-500	ผ่าน
2.26	ชุดตรวจโรค ไตส่วน 2	585	400-500	ผ่าน
2.27	ห้องปฎิบัติ ไตส่วน 1	795	400-500	ผ่าน
2.28	ห้องปฎิบัติ ไตส่วน 2	930	400-500	ผ่าน
2.29	ห้องปฎิบัติ ไตส่วน 3	834	400-500	ผ่าน
2.30	ห้องยา ไตส่วน 1	318	400-500	ไม่ผ่าน
2.31	ห้องยา ไตส่วน 2	386	400-500	ไม่ผ่าน
2.32	ห้องยา ไตส่วน 3	389	400-500	ไม่ผ่าน
2.33	ห้องยา ไตส่วน 4	238	400-500	ไม่ผ่าน
2.34	ห้องยา ไตส่วน 5	118	400-500	ไม่ผ่าน
2.35	ห้องยา ไตส่วน 6	334	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1/</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารชั้นเวฟพื้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1/</sup>	
2.36	ห้องยา ไตส่วน 2	283	400-500	ไม่ผ่าน
2.37	ห้องยา ไตส่วน 3	306	400-500	ไม่ผ่าน
2.38	ห้องยา ไตส่วน 4	278	400-500	ไม่ผ่าน
2.39	แผนผังโครงการ ไตส่วน 1	103	400-500	ไม่ผ่าน
2.40	แผนผังโครงการ ไตส่วน 2	77	400-500	ไม่ผ่าน
2.41	แผนผังโครงการ ไตส่วน 3	113	400-500	ไม่ผ่าน
2.42	แผนผังโครงการ ไตส่วน 4	116	400-500	ไม่ผ่าน
2.43	แผนผังโครงการ ไตส่วน 5	188	400-500	ไม่ผ่าน
2.44	แผนผังโครงการ ไตส่วน 6	211	400-500	ไม่ผ่าน
2.45	แผนผังโครงการ ไตส่วน 7	215	400-500	ไม่ผ่าน
2.46	แผนผังโครงการ ไตส่วน 8	331	400-500	ไม่ผ่าน
2.47	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 1	436	400-500	ผ่าน
2.48	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 2	379	400-500	ไม่ผ่าน
2.49	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 3	307	400-500	ไม่ผ่าน
2.50	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 4	92	400-500	ไม่ผ่าน
3	อาคารชั้นเวฟพื้น ชั้น 2			
3.1	แผนผังโครงการ ไตส่วน 1	257	400-500	ไม่ผ่าน
3.2	แผนผังโครงการ ไตส่วน 2	218	400-500	ไม่ผ่าน
3.3	แผนผังโครงการ ไตส่วน 3	145	400-500	ไม่ผ่าน
3.4	ห้องยา ไตส่วน 1	211	400-500	ไม่ผ่าน
3.5	ห้องยา ไตส่วน 2	335	400-500	ไม่ผ่าน
3.6	ห้องยา ไตส่วน 3	138	400-500	ไม่ผ่าน
3.7	ห้องยา ไตส่วน 4	85	400-500	ไม่ผ่าน
3.8	ห้องยา ไตส่วน 5	115	400-500	ไม่ผ่าน
3.9	คลินิกโรคไตและโรคไตเรื้อรัง ไตส่วน 1	200	400-500	ไม่ผ่าน
3.10	คลินิกโรคไต ไตส่วน 2	130	400-500	ไม่ผ่าน
3.11	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 1	208	400-500	ไม่ผ่าน
3.12	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 2	465	400-500	ไม่ผ่าน
3.13	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 3	142	400-500	ไม่ผ่าน
3.14	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 4	468	400-500	ผ่าน
3.15	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 5	335	400-500	ไม่ผ่าน
3.16	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 6	399	400-500	ไม่ผ่าน
3.17	ห้องปฏิบัติการ ไตส่วน 7	489	400-500	ผ่าน
3.18	คลินิกโรคไต ไตส่วน 1	250	400-500	ไม่ผ่าน
3.19	คลินิกโรคไต ไตส่วน 2	277	400-500	ไม่ผ่าน
3.20	แผนผังโครงการ ไตส่วน 1	195	130	ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1/</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารบริเวณพื้นที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1</sup>	
3.21	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 2	130	130	ผ่าน
3.22	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 1	222	400-500	ไม่ผ่าน
3.23	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 2	208	400-500	ไม่ผ่าน
3.24	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 3	140	400-500	ไม่ผ่าน
3.25	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 4	169	400-500	ไม่ผ่าน
4. อาคารเรียนพื้นที่ 4				
4.1	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 1	697	400-500	ผ่าน
4.2	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 2	538	400-500	ผ่าน
4.3	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 3	742	400-500	ผ่าน
4.4	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 4	763	400-500	ผ่าน
4.5	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 5	843	400-500	ผ่าน
4.6	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 6	667	400-500	ผ่าน
4.7	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 7	733	400-500	ผ่าน
4.8	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 8	827	400-500	ผ่าน
4.9	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 9	811	400-500	ผ่าน
4.10	วิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา (อาคาร 1)	913	400-500	ผ่าน
4.11	วิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา (อาคาร 2)	378	400-500	ไม่ผ่าน
4.12	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 1	651	400-500	ผ่าน
4.13	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 2	730	400-500	ผ่าน
4.14	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 3	657	400-500	ผ่าน
4.15	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 4	690	400-500	ผ่าน
4.16	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 5	621	400-500	ผ่าน
4.17	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 6	683	400-500	ผ่าน
4.18	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 7	612	400-500	ผ่าน
4.19	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 8	851	400-500	ผ่าน
4.20	แผนกฟิสิกส์และเคมี ชั้น 9	930	400-500	ผ่าน
4.21	ฝ่ายการแพทย์ ชั้น 1	800	400-500	ผ่าน
4.22	ฝ่ายการแพทย์ ชั้น 2	221	400-500	ไม่ผ่าน
4.23	ฝ่ายการแพทย์ ชั้น 3	196	400-500	ไม่ผ่าน
4.24	ฝ่ายการแพทย์ ชั้น 4	310	400-500	ไม่ผ่าน
4.25	ฝ่ายการแพทย์ ชั้น 5	273	400-500	ไม่ผ่าน
4.26	ฝ่ายการแพทย์ ชั้น 6	213	400-500	ไม่ผ่าน
4.27	ฝ่ายการแพทย์ ชั้น 7	886	400-500	ผ่าน
4.28	ฝ่ายการแพทย์ ชั้น 8	1612	400-500	ผ่าน
4.29	ฝ่ายการแพทย์ ชั้น 9	1160	400-500	ผ่าน
4.30	ฝ่ายปฏิบัติการทางการแพทย์ ชั้น 1	504	400-500	ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1</sup> ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารบริเวณพื้นที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1</sup>	
4.31	ฝ่ายปฏิบัติการทางการแพทย์ ชั้น 2	483	400-500	ผ่าน
4.32	ฝ่ายปฏิบัติการทางการแพทย์ ชั้น 3	856	400-500	ผ่าน
4.33	ฝ่ายปฏิบัติการทางการแพทย์ ชั้น 4	904	400-500	ผ่าน
4.34	ฝ่ายปฏิบัติการทางการแพทย์ ชั้น 5	789	400-500	ผ่าน
4.35	ฝ่ายปฏิบัติการทางการแพทย์ ชั้น 6	799	400-500	ผ่าน
4.36	ฝ่ายปฏิบัติการทางการแพทย์ ชั้น 7	670	400-500	ผ่าน
4.37	ฝ่ายปฏิบัติการทางการแพทย์ ชั้น 8	648	400-500	ผ่าน
4.38	ฝ่ายปฏิบัติการทางการแพทย์ ชั้น 9	802	400-500	ผ่าน
4.39	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 1	640	400-500	ผ่าน
4.40	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 2	816	400-500	ผ่าน
4.41	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 3	778	400-500	ผ่าน
4.42	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 4	749	400-500	ผ่าน
4.43	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 5	723	400-500	ผ่าน
4.44	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 6	665	400-500	ผ่าน
4.45	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 7	773	400-500	ผ่าน
4.46	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 8	889	400-500	ผ่าน
4.47	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 9	900	400-500	ผ่าน
4.48	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 10	1412	400-500	ผ่าน
4.49	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 11	1335	400-500	ผ่าน
4.50	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 12	944	400-500	ผ่าน
4.51	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 13	661	400-500	ผ่าน
4.52	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 14	826	400-500	ผ่าน
4.53	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 15	721	400-500	ผ่าน
4.54	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 16	634	400-500	ผ่าน
4.55	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 17	762	400-500	ผ่าน
4.56	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 18	714	400-500	ผ่าน
4.57	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 19	689	400-500	ผ่าน
4.58	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 20	799	400-500	ผ่าน
4.59	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 21	903	400-500	ผ่าน
4.60	แผนกฟิสิกส์ ชั้น 22	688	400-500	ผ่าน
5. อาคารเรียนพื้นที่ 5				
5.1	ห้องประชุมและสัมมนา ชั้น 1	113	400-500	ไม่ผ่าน
5.2	ห้องประชุมและสัมมนา ชั้น 2	290	400-500	ไม่ผ่าน
5.3	ห้องประชุมและสัมมนา ชั้น 3	330	400-500	ไม่ผ่าน
5.4	ห้องประชุมและสัมมนา ชั้น 4	176	400-500	ไม่ผ่าน
5.5	ห้องประชุมและสัมมนา ชั้น 5	215	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1</sup> ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารบริเวณเขตพื้นที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงภายใน (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1</sup>	
5.6	ห้องสารสนเทศ 2	302	400-500	ไม่ผ่าน
5.7	ห้องสารสนเทศ 3	377	400-500	ไม่ผ่าน
5.8	ห้องสารสนเทศ 4	256	400-500	ไม่ผ่าน
5.9	ห้องสารสนเทศ 5	366	400-500	ไม่ผ่าน
5.10	ห้องสารสนเทศ 6	367	400-500	ไม่ผ่าน
5.11	ห้องสารสนเทศ 7	382	400-500	ไม่ผ่าน
5.12	ห้องสารสนเทศ 8	381	400-500	ไม่ผ่าน
5.13	ห้องสารสนเทศ 9	339	400-500	ไม่ผ่าน
5.14	ห้องสารสนเทศ 10	162	400-500	ไม่ผ่าน
5.15	ห้องสารสนเทศ 11	172	400-500	ไม่ผ่าน
5.16	ห้องสารสนเทศ 12	216	400-500	ไม่ผ่าน
5.17	ห้องสารสนเทศ 13	117	400-500	ไม่ผ่าน
5.18	ห้องสารสนเทศ 14	111	400-500	ไม่ผ่าน
5.19	ห้องสารสนเทศ 15	154	400-500	ไม่ผ่าน
5.20	ห้องสารสนเทศ 16	349	400-500	ไม่ผ่าน
5.21	ห้องสารสนเทศ 17	686	400-500	ผ่าน
5.22	แผนกก่อสร้าง 1	247	400-500	ไม่ผ่าน
5.23	แผนกก่อสร้าง 2	225	400-500	ไม่ผ่าน
5.24	แผนกก่อสร้าง 3	361	400-500	ไม่ผ่าน
5.25	แผนกก่อสร้าง 4	387	400-500	ไม่ผ่าน
5.26	แผนกก่อสร้าง 5	463	400-500	ผ่าน
5.27	แผนกก่อสร้างห้องโถงใหญ่ 1	247	400-500	ไม่ผ่าน
6. อาคารพิเศษพื้นที่ 6				
6.1	ห้องประชุมใหญ่ 1	410	400-500	ผ่าน
6.2	หน้าห้องคอมพิวเตอร์ 1	294	400-500	ไม่ผ่าน
6.3	หน้าห้องคอมพิวเตอร์ 2	485	400-500	ผ่าน
6.4	หน้าห้องคอมพิวเตอร์ 3	306	400-500	ไม่ผ่าน
6.5	หน้าห้องคอมพิวเตอร์ 4	314	400-500	ไม่ผ่าน
6.6	หน้าห้องคอมพิวเตอร์ 5	209	400-500	ไม่ผ่าน
7. อาคารพิเศษพื้นที่ 7				
7.1	ห้องประชุมใหญ่ 1	380	400-500	ไม่ผ่าน
7.2	ห้องประชุมใหญ่ 2	239	400-500	ไม่ผ่าน
7.3	ห้องประชุมใหญ่ 3	333	400-500	ไม่ผ่าน
7.4	ห้องประชุมใหญ่ 4	274	400-500	ไม่ผ่าน
7.5	ห้องประชุมใหญ่ 5	492	400-500	ผ่าน
7.6	ห้องประชุมใหญ่ 6	520	400-500	ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารบริเวณเขตพื้นที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงภายใน (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1</sup>	
7.7	ห้องประชุมใหญ่ 7	330	400-500	ผ่าน
7.8	ห้องประชุมใหญ่ 8	357	400-500	ผ่าน
7.9	กห. 6	434	400-500	ผ่าน
7.10	กห. 7	396	400-500	ไม่ผ่าน
7.11	จุดขายเสื้อ	401	400-500	ผ่าน
7.12	ห้องสมุด	197	400-500	ไม่ผ่าน
7.13	รับบัตร	206	400-500	ไม่ผ่าน
7.14	ห้องประชุมใหญ่ 9	287	400-500	ไม่ผ่าน
7.15	ห้องประชุมใหญ่ 10	410	400-500	ผ่าน
7.16	ห้องประชุมใหญ่ 11	372	400-500	ไม่ผ่าน
8. อาคารพิเศษพื้นที่ 8				
8.1	กห. 8	135	400-500	ไม่ผ่าน
8.2	แผนกเวชศาสตร์	451	400-500	ผ่าน
8.3	แผนกเวชศาสตร์ 2	167	400-500	ไม่ผ่าน
8.4	แผนกเวชศาสตร์ 3	201	400-500	ไม่ผ่าน
8.5	แผนกเวชศาสตร์ 4	173	400-500	ไม่ผ่าน
8.6	แผนกเวชศาสตร์ 5	178	400-500	ไม่ผ่าน
8.7	ห้องประชุมใหญ่ 12	404	150	ผ่าน
8.8	ห้องประชุมใหญ่ 13	132	400-500	ไม่ผ่าน
8.9	ห้องประชุมใหญ่ 14	148	50	ผ่าน
8.10	ห้องประชุมใหญ่ 15	181	150	ผ่าน
8.11	ห้องประชุมใหญ่ 16	273	150	ผ่าน
8.12	ห้องประชุมใหญ่ 17	204	150	ผ่าน
8.13	ห้องประชุมใหญ่ 18	396	150	ผ่าน
8.14	ห้องประชุมใหญ่ 19	353	150	ผ่าน
8.15	ห้องประชุมใหญ่ 20	378	150	ผ่าน
8.16	ห้องประชุมใหญ่ 21	325	150	ผ่าน
8.17	แผนกไอซียู 1	243	400-500	ไม่ผ่าน
8.18	แผนกไอซียู 2	249	400-500	ไม่ผ่าน
8.19	แผนกไอซียู 3	350	400-500	ผ่าน
8.20	แผนกไอซียู 4	448	400-500	ผ่าน
8.21	แผนกไอซียู 5	295	400-500	ไม่ผ่าน
8.22	แผนกไอซียู 6	308	400-500	ไม่ผ่าน
8.23	แผนกไอซียู 7	350	400-500	ผ่าน
8.24	ห้องประชุมใหญ่ 22	459	50	ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารบริเวณพื้นที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1/</sup>	
9	อาคารที่พักพิง ชั้น 9			
9.1	คลินิกอายุ counter ห้องคน 1	268	400-500	ไม่ผ่าน
9.2	คลินิกอายุ counter ห้องคน 2	312	400-500	ไม่ผ่าน
9.3	คลินิกอายุ counter ห้องคน 3	324	400-500	ไม่ผ่าน
9.4	คลินิกอายุ ห้องตรวจ 7	418	150	ผ่าน
9.5	คลินิกอายุ ห้องตรวจ 6	347	150	ผ่าน
9.6	คลินิกอายุ ห้องตรวจ	606	400-500	ผ่าน
9.7	คลินิกอายุ counter ห้องคน 1	245	400-500	ไม่ผ่าน
9.8	คลินิกอายุ counter ห้องคน 2	344	400-500	ไม่ผ่าน
9.9	คลินิกอายุ counter ห้องคน 3	259	400-500	ไม่ผ่าน
9.10	คลินิกอายุ counter ห้องคน 4	290	400-500	ไม่ผ่าน
9.11	คลินิกอายุ counter ห้องคน 5	370	400-500	ไม่ผ่าน
9.12	คลินิกอายุ counter ห้องคน 6	749	400-500	ผ่าน
10	อาคารที่พักพิง ชั้น 11			
10.1	คลินิกแพทย์แผนไทย ดัดข้อสะโพก ห้องคน 1	232	400-500	ไม่ผ่าน
10.2	คลินิกแพทย์แผนไทย ดัดข้อสะโพก ห้องคน 2	259	400-500	ไม่ผ่าน
10.3	คลินิกแพทย์แผนไทย ดัดข้อสะโพก ห้องคน 3	198	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1/</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



หน้า ที่ 15

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล  
การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง

สถานที่ : อาคารโหนดการ.....วัน/เดือน/ปี : 17 มิถุนายน 2566.....

ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษณ์ เป็งตั้ง.....ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 6 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารโหนดการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน <sup>1/</sup>	
1	อาคารโหนดการ			
1.1	โถงทำงาน 1	390	400-500	ไม่ผ่าน
1.2	โถงทำงาน 2	393	400-500	ไม่ผ่าน
1.3	โถงทำงาน 3	487	400-500	ผ่าน
1.4	โถงทำงาน 4	340	400-500	ผ่าน
1.5	โถงทำงาน 5	322	400-500	ผ่าน
1.6	โถงคอมพิวเตอร์ 1	458	400-500	ผ่าน
1.7	โถงคอมพิวเตอร์ 2	453	400-500	ผ่าน
1.8	โถงคอมพิวเตอร์ 3	412	400-500	ผ่าน
1.9	โถงทำงานโหนดโหนดการ	332	400-500	ไม่ผ่าน
1.10	ห้อง Blend speed test (800) พื้นผิวปฏิบัติงาน	270	150	ผ่าน
1.11	ห้องเก็บยานยนต์	372	50	ผ่าน
1.12	ห้องรักษาคน	360	150	ผ่าน
1.13	โหนดการโหนดการ	345	400-500	ผ่าน
1.14	โหนดการ โหนดการ	294	150	ผ่าน
1.15	โหนดการ โหนดการ	393	150	ผ่าน
1.16	โหนดการโหนดการ	315	400-500	ผ่าน
1.17	โหนดการโหนดการ	315	400-500	ผ่าน
1.18	โหนดการโหนดการ	378	400-500	ไม่ผ่าน
1.19	โหนดการโหนดการ	451	400-500	ผ่าน
1.20	โหนดการโหนดการ	322	400-500	ผ่าน

หมายเหตุ : <sup>1/</sup>ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



หน้า ที่ 16



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ทำการตรวจวัด

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ สุภัทรา อ. คัญ  
(นายสุภัทรา อ. คัญ)  
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัด  
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล

ลงชื่อ ดร. อ. คัญ  
(นางสาวศรัญญา อ. คัญ)  
นักวิชาการสาธารณสุข  
แผนกอาชีวอนามัย

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ ดร. อ. คัญ  
(นางสาวศรัญญา อ. คัญ)  
เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย  
แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย



หน้า 17

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารแนบ



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## เอกสารแนบ 1

### ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หน้า ๑๕  
เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๑๓๖ จ ราชกิจจานุเบกษา ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

#### ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง

โดยกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้นายจ้างจัดให้สถานที่ประกอบกิจการมีความเข้มของแสงสว่างไม่ต่ำกว่ามาตรฐานตามที่อธิบดี ประกาศกำหนด

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๕ แห่งกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. ๒๕๕๖ อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐาน ความเข้มของแสงสว่าง”

ข้อ ๒ บรมราชินีให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ ๓ ให้ประกาศนี้

“ความเข้มของแสงสว่าง” หมายความว่า ปริมาณแสงที่ตกกระทบพื้นต่อหน่วยพื้นราบหรือพื้นที่ในประกาศที่ใช้หน่วยความเข้มของแสงสว่างเป็นลิักซ์ (lx)

ข้อ ๔ นายจ้างต้องจัดให้สถานที่ประกอบกิจการมีความเข้มของแสงสว่างไม่ต่ำกว่ามาตรฐาน ที่กำหนดให้ตรงพิกัดแนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

กษัตริย์陛下 ภูมิพลอดุลยเดช

ผู้ตรวจราชการกระทรวง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน



เอกสารแนบ 1 - 1



เอกสารแนบ 1-2

[illegible]

ເອກສານເບຍ 1 - 3

[illegible]

1909751-4

1-5

1908751-6

190875120 1 - 7

## ภาคผนวก ค-8

---

### คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ





**คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี**  
**ที่ ๒๒๖/๒๕๖๕**

**เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕**

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้ ผู้รับบริการ ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง สามารถเชื่อมโยงการพัฒนาทั้งในโรงพยาบาล สำนักวิชา แพทยศาสตร์ หน่วยงานอื่นในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และสามารถติดตามประเมินผลงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๔ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ว่าด้วยการบริหารงานวิสาหกิจของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๓๗๓/๒๕๖๕ เรื่องจ้างพนักงานตำแหน่งบริหารวิชาการ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๒๑๒๕/๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งรองคณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ให้ครอบคลุมกิจกรรมการพัฒนาตามโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ จำนวน ๒๗ คณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย

**๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธาน
๒. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ	รองประธาน
๓. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล	กรรมการ
๔. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์	กรรมการ
๕. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร	กรรมการ
๖. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์	กรรมการ
๗. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานเวชกรรมสังคม	กรรมการ
๘. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานศูนย์สุขภาพช่องปาก	กรรมการ
๙. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการ
๑๐. ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	กรรมการ
๑๑. ประธานคณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์	กรรมการ
๑๒. ประธานคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย	กรรมการ
๑๓. ประธานคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	กรรมการ
๑๔. ประธานคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	กรรมการ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
Suranaree University of Technology

Tel: 0-4423-3000 Fax: 0-4423-4579  
111 University Avenue, Sukhavit Suranaree, Muang District, Nakhon Ratchasima 30005, Thailand

๑๕. ประธานคณะกรรมการระบบยา	กรรมการ
๑๖. ประธานคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๑๗. ประธานคณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	กรรมการ
๑๘. ประธานคณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	กรรมการ
๑๙. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรศาสตร์	กรรมการ
๒๐. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๒๑. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๒๒. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๒๓. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๒๔. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๒๕. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๒๖. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติศาสตร์และนรีเวชกรรม	กรรมการ
๒๗. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๒๘. ประธานคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๒๙. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๓๐. แพทย์หัวหน้าแผนก ดา หู จมูก	กรรมการ
๓๑. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๓๒. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๓๓. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๔. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๓๕. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	กรรมการ
๓๖. เลขาธิการคณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์	กรรมการ
๓๗. เลขาธิการคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย	กรรมการ
๓๘. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	กรรมการ
๓๙. เลขาธิการคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	กรรมการ
๔๐. เลขาธิการคณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	กรรมการ
๔๑. เลขาธิการคณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	กรรมการ
๔๒. เลขาธิการคณะกรรมการระบบยา	กรรมการ
๔๓. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔๔. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอายุรศาสตร์	กรรมการ
๔๕. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคศัลยกรรม	กรรมการ
๔๖. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๔๗. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ



<p>๔๘. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช</p> <p>๔๙. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>๕๐. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเวชปฏิบัติทั่วไป</p> <p>๕๑. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสูติเวชกรรม</p> <p>๕๒. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง</p> <p>๕๓. เลขานุการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง</p> <p>๕๔. เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพทางคลินิก</p> <p>๕๕. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย</p> <p>๕๖. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย</p>	<p>กรรมการ</p> <p>กรรมการ</p> <p>กรรมการ</p> <p>กรรมการ</p> <p>กรรมการ</p> <p>กรรมการ</p> <p>กรรมการ</p> <p>กรรมการและ</p> <p>เลขานุการ</p> <p>กรรมการและ</p> <p>ผู้ช่วยเลขานุการ</p>
<p><b>ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้</b></p> <p>๑. กำหนดนโยบาย วางแผน กำกับดูแล ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล</p> <p>๒. จัดโครงสร้างองค์กร เพื่อสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน ทุกทีมให้สามารถดำเนินการอย่างคล่องตัวและต่อเนื่อง</p> <p>๓. เป็นที่ปรึกษาให้ความรู้ คำแนะนำ ให้กำลังใจ แก่ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน</p> <p>๔. ประสานงานติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานและทุกทีมให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้</p> <p>๕. สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี สร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ บุคลากรของโรงพยาบาลและผู้นำชุมชน</p>	
<p><b>๒. คณะกรรมการเฝ้าระวังภายใน ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้</b></p> <p>๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ สุขสุลิว ประธาน</p> <p>๒. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์ ภัทรามรุณ รองประธาน</p> <p>๓. อาจารย์ ดร.นริศลักษณ์ สุวรรณโบล กรรมการ</p> <p>๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริพร เชื้อประจักษ์ กรรมการ</p> <p>๕. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์ กรรมการ</p> <p>๖. อาจารย์ วันตแพทย์หญิงจุฑามาศ เทพไทย กรรมการ</p> <p>๗. นายแพทย์แสงชัย จามกาญจน์รัตน์ กรรมการ</p> <p>๘. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา เกียรติมงคล กรรมการ</p> <p>๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี กรรมการ</p> <p>๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวบูลย์ เดชสุภูมิ กรรมการ</p> <p>๑๑. นางดวงรัตน์ อมตฉายา กรรมการ</p> <p>๑๒. นางนภาพร ศีโหม กรรมการ</p>	
<p>๑๓. นางจันทร์เจ้า</p> <p>๑๔. เกสัชกรมาสุก</p> <p>๑๕. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์</p> <p>๑๖. นางสาวศุภวรรณ</p> <p>๑๗. นางนริศราณี</p> <p>๑๘. นางสาวอังคณา</p> <p>๑๙. นางสาวอังฉรา</p> <p>๒๐. นางทองมี</p> <p>๒๑. พันโทหญิงณมส</p> <p>๒๒. นางสุกัญญา</p> <p>๒๓. นางสาวคณาวรรณ</p>	<p>ภาคโคกรวด กรรมการ</p> <p>ศิริชาติ กรรมการ</p> <p>เจียมธีระภักดิ์ กรรมการ</p> <p>ชาติศรีรินทร์ กรรมการ</p> <p>แป้นศรี กรรมการ</p> <p>ขอนแก่น กรรมการ</p> <p>งานนวม กรรมการ</p> <p>วศพรพรา กรรมการ</p> <p>ทองวัชรไพฑูริย์ กรรมการและเลขานุการ</p> <p>ยศสุนทร กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ</p> <p>บุญน้ำรัตน กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ</p>
<p><b>ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้</b></p> <p>๑. ดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังภายในอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ</p> <p>๒. วิเคราะห์และประเมินตนเองระบบงานเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาจากการเฝ้าระวังการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ทั้งจากภายในและภายนอกโรงพยาบาล</p> <p>๓. เป็นที่ปรึกษา รับฟังข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรค รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ทีมพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานคุณภาพ</p> <p>๔. ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน</p>	
<p><b>๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ</b></p> <p><b>๓.๑ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (RMC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้</b></p> <p>๑. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์ ประธาน</p> <p>๒. นายแพทย์แสงชัย จามกาญจน์รัตน์ รองประธาน</p> <p>๓. อาจารย์ ดร.นริศลักษณ์ สุวรรณโบล กรรมการ</p> <p>๔. พันตแพทย์หญิงพันธิ์ทิพย์ จิตรพิทักษ์เลิศ กรรมการ</p> <p>๕. นางดวงรัตน์ อมตฉายา กรรมการ</p> <p>๖. เกสัชกรมาสุก ศิริชาติ กรรมการ</p> <p>๗. นางสาวศุภวรรณ ชาติศรีรินทร์ กรรมการ</p> <p>๘. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์ เจียมธีระภักดิ์ กรรมการ</p> <p>๙. นางนริศราณี แป้นศรี กรรมการ</p> <p>๑๐. พันโทหญิงณมส ทองวัชรไพฑูริย์ กรรมการและเลขานุการ</p> <p>๑๑. นางสุกัญญา ยศสุนทร กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ</p>	



**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติและแนวทางการปฏิบัติต่าง ๆ ด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๒. สื่อสารนโยบายบริหารความเสี่ยงให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ
๓. ดำเนินการจัดทบทวนการเกิดอุบัติเหตุหรือภัยพิบัติที่รุนแรงหรือสำคัญเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ตลอดจนดำเนินการให้มีการทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. สรุป วิเคราะห์ความเสี่ยงภาพรวม แจ้งทีมรักษา และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทราบ
๕. ให้คำปรึกษานายงาน ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดทำคู่มือหรือวิธีปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไขความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
๖. กระตุ้นการสร้างเจตคติที่ดีในองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

**๓.๒ คณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์ (RM Doctor) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

- |                                      |                 |                            |
|--------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| ๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์         | ภัทรมรุต        | ที่ปรึกษา                  |
| ๒. นายแพทย์แสงชัย                    | งามกาญจน์รัตน์  | ประธาน                     |
| ๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ | สุขสุณี         | กรรมการ                    |
| ๔. อาจารย์ นายแพทย์ดร.ศุภกิจ         | อุยวัฒน์กุล     | กรรมการ                    |
| ๕. อาจารย์ แพทย์หญิงวรรณิตา          | วงศ์ศักดิ์      | กรรมการ                    |
| ๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา           | เกียรติมงคล     | กรรมการ                    |
| ๗. อาจารย์ แพทย์หญิงไวยดา            | สงวนตระกูล      | กรรมการ                    |
| ๘. แพทย์หญิงกิ่งอัมพร                | ศิริภิรมานนท์   | กรรมการ                    |
| ๙. พันโทหญิงณมล                      | ทองวัชรไพฑูริย์ | กรรมการ                    |
| ๑๐. แพทย์หญิงนริ                     | พญานิคมศิริ     | กรรมการและเลขานุการ        |
| ๑๑. นางสุกัญญา                       | ยศสุนทร         | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำกับติดตามรายงานอุบัติการณ์ ที่มีระดับรุนแรงและมีความถี่สูงให้สำเร็จภายใน ๑ เดือน และภายใน ๑ ไตรมาสตามลำดับ กระตุ้นให้แผนกหรือ PCT ทบทวนอุบัติการณ์เมื่อเกินระยะเวลากำหนด
๒. ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นอุบัติการณ์ร่วมกันตั้งแต่ ๒ PCT ขึ้นไป หรือกรณีเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง
๓. นำประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาทบทวนเป็นเชิงรุก ให้ข้อเสนอแนะแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. เฝ้าระวังความเสี่ยงเฝ้าระวังเบื้องต้น ดูแลสภาพจิตใจผู้ป่วยญาติ และบุคลากรทางการแพทย์
๕. สรุป วิเคราะห์ข้อมูล แจ้งในองค์กรแพทย์และ CLT เป็นประจำทุกเดือน
๖. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

**๓.๓ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation Team) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

- |  |                  |                            |
|--|------------------|----------------------------|
| ๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี | ที่ปรึกษา        |                            |
| ๒. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร                    | ประธานกรรมการ    |                            |
| ๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ   | รองประธานกรรมการ |                            |
| ๔. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล                 | กรรมการ          |                            |
| ๕. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์          | กรรมการ          |                            |
| ๖. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย | กรรมการ          |                            |
| ๗. หัวหน้าฝ่ายพยาบาลด้านคุณภาพบริการ               | กรรมการ          |                            |
| ๘. หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน                  | กรรมการ          |                            |
| ๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร                 | อึ้งอารณ์        | กรรมการ                    |
| ๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา                        | เกียรติมงคล      | กรรมการ                    |
| ๑๑. เจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงแผนกพัฒนาคุณภาพ     |                  | กรรมการและเลขานุการ        |
| ๑๒. พยาบาลบริหารความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาล           |                  | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดแนวปฏิบัติและมาตรการป้องกันในเรื่องความปลอดภัยและการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation)
๒. ดำเนินการไกล่เกลี่ยด้วยความเป็นกลาง เพื่อหาช่องทางประนีประนอม แก้ไขปัญหา และยุติข้อขัดแย้งโดยเร็วรักษาความลับผู้กรณี
๓. กำหนดแนวทางการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น การดูแลต่อเนื่องให้ผู้กรณีหรือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
๔. ให้คำปรึกษา กรณีที่โรงพยาบาลถูกผู้มาใช้บริการฟ้องร้องหรือได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
๕. วิเคราะห์ความขัดแย้ง/ข้อร้องเรียน ในภาพรวม และหาแนวทางป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งหรือข้อร้องเรียนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดจำนวนคดีเข้าสู่ศาล
๖. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน สรุปและรายงานผลการไกล่เกลี่ยให้ผู้บริหารทราบ
๗. ปฏิบัติหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย

**๓.๔ คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

- |                                       |                 |         |
|---------------------------------------|-----------------|---------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริชา | เชื้อปรุง       | ประธาน  |
| ๒. นักเทคนิคการแพทย์จุฬารัตน์         | เจียมธีระนาถ    | กรรมการ |
| ๓. พันโทหญิงณมล                       | ทองวัชรไพฑูริย์ | กรรมการ |
| ๔. นางสาวณภาพภา                       | จงเจริญชัยวงศ์  | กรรมการ |
| ๕. นายพรกกิจ                          | จิตต์กิตติพันธ์ | กรรมการ |
| ๖. นายวิชาญพันธ์                      | สิงห์ชนะ        | กรรมการ |
| ๗. นางสาวนันทิษฐ์                     | ชานมา           | กรรมการ |



๘. นางสาวปิยนุช	เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๙. นางอนัญญา	ทวีศักดิ์โชติ	กรรมการ
๑๐. นายยุทธนา	กระชายกลาง	กรรมการ
๑๑. นายเฉลิมพล	เพชรดา	กรรมการ
๑๒. นายยศพล	ใบเหลียง	กรรมการ
๑๓. นางสาวสุกีสรา	เกตุศักดิ์	กรรมการ
๑๔. นางฐิติมา	นาอิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวศนาวรรณ	บุญมาร์ติน	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวศรีัญญา	อุทัยมา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- วางแผนปรับปรุงโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพอาคารสถานที่ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ให้ปลอดภัยได้มาตรฐานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย สอดคล้องตามกฎหมายที่กำหนด
- วางแผนและออกแบบการบริหารจัดการวัสดุและของเสียอันตราย ระบบการจัดการขยะให้เป็นไปตามกฎหมาย และมาตรฐานที่กำหนด
- วิเคราะห์และจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอุบัติเหตุ แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย และดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ
- วางแผนและกำกับติดตาม ระบบสาธารณูปโภค การบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ สรุปวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางในการแก้ไข นำไปพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง
- จัดสภาพแวดล้อมในองค์กร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปและกำกับติดตามให้เป็นไปตามมาตรการกำหนด
- พัฒนาศักยภาพให้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไปให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลรักษาพิทักษ์สิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และเฝ้าระวังการเฝ้าระวัง
- งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

**๓.๕ คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงปณีนันท์ ศรีนุชศาสตร์	ประธาน
๒. นายแพทย์นันท์พิสิฐ ตั้งกิจเกียรติกุล	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสทิทยา นิยมโสม	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงจุฑาภรณ์ เมืองเก่า	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงน้ำทิพย์ อิ่มวันมกุล	กรรมการ
๖. นายแพทย์ภาณุพันธ์ วิเศษโหวง	กรรมการ
๗. พันตแพทย์ชัชฌนัย แจ่มพินาย	กรรมการ
๘. นางดวงรัตน์ อมตธาดา	กรรมการ
๙. นางสาวนุชจรี ศรีภิญญา	กรรมการ
๑๐. นางนิตา แตงขุนทด	กรรมการ

๑๑. นางสาวสุรางคณา พรหมมาศ	กรรมการ
๑๒. นางสาวผกามาศ จงเจริญชัยวงศ์	กรรมการ
๑๓. เกศิกรหญิงสิริวัฒนา เกิดกลาง	กรรมการ
๑๔. นายอนุชา พรโลภิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวนิชาวรรณ หิรัญประภากร	กรรมการ
๑๖. นางวันดี ดีใหม่	กรรมการ
๑๗. นางสาววิภาภรณ์ พวงโรสง	กรรมการ
๑๘. นายทรงกิจ จิตภักดีรินทร์	กรรมการ
๑๙. นางสาวปิยนุช เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๒๐. นางนันทยา พลสระคู	กรรมการและเลขานุการ
๒๑. นางสาวเบญญาภา ห้วยเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดนโยบายมาตรการ ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติงานให้ครอบคลุมงานในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำหนดวิธีการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์นำเสนอข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ประเมินผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำหนดมาตรการ แนวทางในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ การใช้น้ำยาทำลายเชื้อตามมาตรฐาน การดูแลสุขภาพบุคลากร การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น
- จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- เผยแพร่นโยบายป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้บุคลากรทุกระดับทุกหน่วยงานได้รับทราบ ดูแลให้ปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
- จัดอบรม พัฒนา บุคลากรให้มีความรู้ในด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำกับดูแล ประเมินผลการดำเนินงานด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การสอบสวน และควบคุมการระบาด ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินการให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของห้องปฏิบัติการเพื่อประโยชน์การวินิจฉัยโรค การรักษาและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- มีการประชุมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อให้ทราบปัญหา และร่วมกันพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง หรือจัดประชุมชี้แจงหากพบว่ามีอุบัติเหตุ เช่น การระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือวางแผนการเตรียมรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

**๓.๖ คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล**

**๓.๖.๑ คณะอนุกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริภา	เชื้อปรุง	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญา	สัตยวงศ์พิชัย	ที่ปรึกษา



๓. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๔. เกสัชกรภาวิณี	สุขศรี	กรรมการ
๕. พันโทหญิงณกุล	ทองวัชรโพลย์	กรรมการ
๖. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๗. นางสาวอริยธรรณ์	ไชยุนทด	กรรมการ
๘. นางสาวสุกัญญา	พิกุล	กรรมการ
๙. นางจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๑๐. นายเอกณัฐ	พิมพ์ปุ	กรรมการ
๑๑. นางสาววรรณ	ชาติศรีนทร์	กรรมการ
๑๒. นางทองมี	ชวลิตพุตรา	กรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางรัชนิวรรณ	พุ่มเย็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- สนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรให้มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นที่มีคุณภาพ พร้อมใช้งาน และมีการจัดการอย่างเป็นระบบ
- สนับสนุนการออกแบบระบบเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องรวมถึงรักษาความปลอดภัย และความลับของเวชระเบียนผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการเรียนรู้ การวิจัย และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- บริหารจัดการระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- ควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ระบบ Network ทั้ง Internet และ Intranet ของโรงพยาบาล
- ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ / ฝึกอบรม แก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม

**๓.๖.๒ คณะอนุกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (MRA) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. นายแพทย์อรรถ	จินตวัณ	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	โพนาลัย	กรรมการ
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	ศิริพงษ์พันธ์	กรรมการ
๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสุตินาถ	คงเป็น	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงณณินทร	อัญวิริยะ	กรรมการ
๖. นายแพทย์วรรณ	ลีลาเจริญพร	กรรมการ
๗. แพทย์หญิงพัชราภรณ์	เศรษฐสุวรรณ	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงณวิภา	รัตนวิภาพงษ์	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงจิตราดิ	หอยพิบูลสุข	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุวรรณา	พันธ์ักกิต	กรรมการ
๑๑. นางสาวปรีดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ

๑๑. นางสาวปรีดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๒. นางสาวศิริขวัญ	ไชยปัญญา	กรรมการ
๑๓. นางสาวซารดา	คงสมเกิดสุข	กรรมการ
๑๔. นางสาวสุธดา	ศรีอภัย	กรรมการ
๑๕. นางสาวนันทนา	จันทร์ศิริสุข	กรรมการ
๑๖. นางสาวปรีชา	นาราย	กรรมการ
๑๗. นางสาวหนึ่งฤทัย	จรูญเชื้อน	กรรมการ
๑๘. นางสาวโพธิ์	ปัสสาวะโท	กรรมการ
๑๙. นางพรนิภา	ชื่นชม	กรรมการ
๒๐. นางสาวสมภารณ์	ทองแสน	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุนารี	บุญเฮง	กรรมการ
๒๒. นางสาวดวงตรา	วงศ์คำจันทร์	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุกัญญา	พิกุล	กรรมการและเลขานุการ
๒๔. นางสาวภัทรภรณ์	แก้วดวงดี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- ตรวจสอบแผนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
- สะท้อนกลับประเด็นที่ต้องปรับปรุง แก้ไข พัฒนาต่อไปยังผู้เกี่ยวข้อง
- รายงานผลการดำเนินการต่อผู้บริหารตามรอบ

**๓.๖.๓ คณะอนุกรรมการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๒. นางทองมี	ชวลิตพุตรา	รองประธาน
๓. พันโทหญิงณกุล	ทองวัชรโพลย์	กรรมการ
๔. นายวรฤดี	ประทุมศรี	กรรมการ
๕. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๖. นางอณัญญา	ทวีศักดิ์โชติ	กรรมการ
๗. นางสมภูมิ	โรจน์พิริย	กรรมการ
๘. นางปัทมาพร	เขว้าปรีชาฤกษ์กุล	กรรมการ
๙. นางสาวภวิชัยพร	ชาติพัฒนางกูร	กรรมการ
๑๐. นางกัญญาพร	ปานจัน	กรรมการ
๑๑. นายชัยชนก	จุติวรพงษ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวสุนิสา	ตรงกิ่งตอน	กรรมการ
๑๓. นางนภาพร	ดีใหม่	กรรมการ
๑๔. นางสาวรัชนิวรรณ	พุ่มเย็น	กรรมการและเลขานุการ



**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. จัดทำนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
๒. รวบรวมบันทึกการถ่ายโอนข้อมูลส่วนบุคคลที่มีการเก็บหรือใช้ (Records of Processing Activity : ROPA) จากหน่วยงานต่าง ๆ
๓. ประเมินความเสี่ยงการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเป็นระยะ
๔. รับเรื่องร้องเรียน และรายงานความเสี่ยงด้านข้อมูลส่วนบุคคลจากระบบ ICR และหาวิธีแก้ไข

**๓.๖.๕ คณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ข้อมูลเชิงทะเบียน (Auditor) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

- |                     |             |         |
|---------------------|-------------|---------|
| ๑. นายแพทย์ชนาพัฒน์ | ศรีนครินทร์ | กรรมการ |
| ๒. แพทย์หญิงมัลลิกา | ณ ราช       | กรรมการ |
| ๓. นายแพทย์ยุทธ     | จินตวิทย์   | กรรมการ |

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของทะเบียน
๒. พัฒนาระบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของทะเบียน ทั้งที่เป็นระบบฐานข้อมูล การบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ Hospital Information System (HIS) การบันทึกในแฟ้มทะเบียนผู้ป่วยในและการตรวจสอบภายใน
๓. ประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไขปรับปรุงการบันทึกให้สอดคล้องกับมาตรฐานทางวิชาชีพและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากผู้ร่วมจ่าย (Third parties)

**๓.๖.๕ คณะกรรมการ HA IT ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

- |                     |                 |                     |
|---------------------|-----------------|---------------------|
| ๑. พันโทหญิงณัฐ     | ทองวัชรไพฑูริย์ | ประธาน              |
| ๒. นางทองมี         | ชวดพุดชา        | รองประธาน           |
| ๓. นายแพทย์ธีรภัทร  | แสงทองพิทักษ์   | กรรมการ             |
| ๔. นายแพทย์ยุทธ     | จินตวิทย์       | กรรมการ             |
| ๕. นางจันทร์เจ้า    | กาดโคงกรวด      | กรรมการ             |
| ๖. นายวรวิทย์       | ประทุมศิริ      | กรรมการ             |
| ๗. นายสาคร          | ห้านโสม         | กรรมการ             |
| ๘. นางสาววิภา       | สำราญดี         | กรรมการ             |
| ๙. นางสาวณัฐ        | ยศสุนทร         | กรรมการ             |
| ๑๐. นายเชษฐาภรณ์    | สำราญดี         | กรรมการ             |
| ๑๑. นางสาวธีรนิวรรณ | ทนต์สุน         | กรรมการและเลขานุการ |

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดแนวทางการดำเนินงาน HA IT และวางแผนการพัฒนาหน่วยงานเพื่อการรับรองมาตรฐาน HA IT

๒. ประสานงาน ประเมิน ตรวจสอบ แก้ไข รวมถึงรวบรวมข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. รายงานการดำเนินการต่อคณะกรรมการจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS)

**๓.๖.๖ คณะกรรมการ Telemedicine ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

- |  |                 |                            |
|--|-----------------|----------------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริขาว | เชื้อประจักษ์   | ประธาน                     |
| ๒. นายวรวิทย์                          | ประทุมศิริ      | รองประธาน                  |
| ๓. นางนภาพร                            | ดีใหม่          | กรรมการ                    |
| ๔. นายชาคริต                           | พงศ์พิทักษ์ดำรง | กรรมการ                    |
| ๕. นายเฉลิมเกียรติ                     | แก้วคุ้ม        | กรรมการ                    |
| ๖. นายบุญนา                            | กระจ่ายกลาง     | กรรมการ                    |
| ๗. นายภูมัย                            | ดาปิ่น          | กรรมการ                    |
| ๘. นายเกียรติยศ                        | สังข์สิทธิ์     | กรรมการ                    |
| ๙. นายพัฒนพงษ์                         | ศิรินทร์ยา      | กรรมการและเลขานุการ        |
| ๑๐. นางสาวอมรรัตน์                     | ธาวาณ           | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับ Telemedicine
๒. ประสานงาน ติดตาม พัฒนา และประเมินผลการดำเนินงาน
๓. รายงานการดำเนินการต่อคณะกรรมการจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS)

**๓.๗ คณะกรรมการระบบยา (PTC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

- |  |                  |                     |
|--|------------------|---------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริขาว | เชื้อประจักษ์    | ประธาน              |
| ๒. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ          | กังวาลทัศน์      | รองประธาน           |
| ๓. อาจารย์ แพทย์หญิงชลลดา              | สุนทร            | กรรมการ             |
| ๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสินารัตน์          | กังวาลทัศน์      | กรรมการ             |
| ๕. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์           | ตันติศิริกุล     | กรรมการ             |
| ๖. แพทย์หญิงพรพิมล                     | เหวียนศิริศักดิ์ | กรรมการ             |
| ๗. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์           | ภัทรานันท์       | กรรมการ             |
| ๘. แพทย์หญิงวรรณิศา                    | วงศ์ศักดิ์มณี    | กรรมการ             |
| ๙. นายแพทย์อรุณเดช                     | ศรีพิลา          | กรรมการ             |
| ๑๐. นายแพทย์แสงชัย                     | งามกาญจนาวัฒน์   | กรรมการ             |
| ๑๑. นายแพทย์พรศร                       | ปิตา             | กรรมการ             |
| ๑๒. นายเอกรินทร์                       | อินทร์มัย        | กรรมการ             |
| ๑๓. นายชญาพร                           | อ่อนนอก          | กรรมการ             |
| ๑๔. นางสาวณัฐพร                        | วันทองดี         | กรรมการ             |
| ๑๕. เกษิณภรณ์รัตน์                     | คงสูงเนิน        | กรรมการ             |
| ๑๖. เกษิณภรณ์วิวัฒน์                   | เกิดกลาง         | กรรมการ             |
| ๑๗. เกษิณภาสกร                         | ศิริชาติ         | กรรมการและเลขานุการ |



๑๘. เกสเซอร์หญิงอาวุโส	สุทธศรี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๙. เกสเซอร์หญิงพิพร	นอภกระโทก	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
<b>ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้</b>		
๑. กำหนดนโยบาย พัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา		
๒. ประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงข้อมูลโรคและติดตาม/ประเมินผลการดำเนินการนโยบาย พัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัย		
๓. ทดสอบรายการยา เวชภัณฑ์ และสารเคมีเข้า-ออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักวิชาแพทยศาสตร์		
๔. ประเมินและติดตามผลของการใช้ยาในกลุ่มที่ต้องประเมินเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยา อย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาล		
<b>๓.๔ คณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้</b>		
๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ประธาน	
๒. รองคณบดีฝ่ายบริหารสำนักวิชาแพทยศาสตร์	กรรมการ	
๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ	กรรมการ	
๔. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์กรรมการ		
๕. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล	กรรมการ	
๖. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานศูนย์สุขภาพช่องปาก	กรรมการ	
๗. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์	กรรมการ	
๘. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร	กรรมการ	
๙. หัวหน้าฝ่ายการแพทย์	กรรมการ	
๑๐. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ	กรรมการ	
๑๑. หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี	กรรมการ	
๑๒. หัวหน้าฝ่ายพยาบาลด้านการบริหารแผนงาน	กรรมการ	
๑๓. หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์	กรรมการและเลขานุการ	
๑๔. หัวหน้าแผนกบริหารทรัพยากรมนุษย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	
๑๕. หัวหน้าแผนกพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	
๑๖. เจ้าหน้าที่พัฒนาทรัพยากรมนุษย์	ผู้ช่วยเลขานุการ	
<b>ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้</b>		
๑. วางแผนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ (Human Resource planning ) ได้แก่ การวางแผนบริหาร บุคลากร กำหนดโครงสร้างด้านทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์พันธกิจ/ภารกิจหลักของโรงพยาบาล กำหนดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ การได้มาซึ่งอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ แนวทางการทดแทน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ขาดแคลน และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และ Career Path ของบุคลากร		
๒. นำนโยบายจากพัฒนา มาวางแผนการปฏิบัติงาน เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		

๓. พัฒนาระบบการสรรหาคัดเลือกบุคลากร (Recruitment) ได้แก่ การสรรหาบุคลากร การ ทำแผนความต้องการบุคลากร และการทดแทนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน โดยรวบรวมความต้องการจาก หน่วยงาน		
๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล (Human Resource management) ได้แก่ การประเมินภาระงาน/ผลการปฏิบัติงาน (Performance Appraisal) การดำเนินการเกี่ยวกับระเบียบวินัย (Discipline) ดูแลด้านสุขภาพและความปลอดภัย (Safety and Health) และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้กับ บุคลากรของโรงพยาบาล (Labor Relation) ทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข		
๕. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development) ได้แก่ การวางแผนการ พัฒนาบุคลากร ส่งเสริมความต้องการของบุคลากร และจัดทำแผนการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรการพัฒนา บุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามตำแหน่งหน้าที่ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การส่งเข้าอบรม ประชุม วิชาการ การจัดประชุมวิชาการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ฯลฯ รวมถึงการป้อนนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ โดยเฉพาะ หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง		
๖. จัดระบบสวัสดิการและสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรได้แก่ ความพึงพอใจงาน ความต้องการ ด้านสวัสดิการ และการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเหมาะสม		
๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากร ได้แก่ การตรวจสอบฐานข้อมูลบุคลากร การวิจัยทรัพยากร มนุษย์และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม สามารถนำข้อมูลด้านบุคลากรมาใช้ประโยชน์ได้		
๘. นำเสนอผลงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลตามวงรอบที่กำหนด		
<b>๔. คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพทางคลินิก</b>		
<b>๔.๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้</b>		
๑. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	ประธาน	
๒. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	รองประธาน	
๓. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ	
๔. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม		
กระตือและข้อ	กรรมการ	
๕. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ	
๖. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ	
๗. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ	
๘. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ	
๙. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติรีเวชกรรม	กรรมการ	
๑๐. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ	
๑๑. ประธานคณะอนุกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง	กรรมการ	
๑๒. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ	
๑๓. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ	
๑๔. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือผู้แทน	กรรมการ	



๑๕. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๑๖. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๑๗. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๑๘. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๑๙. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๒๐. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๒๑. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๒๒. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๓. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๒๔. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการ
๒๕. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรศาสตร์	กรรมการ
๒๖. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๒๗. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๒๘. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๒๙. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๓๐. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๓๑. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๓๒. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติเวชกรรม	กรรมการ
๓๓. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๓๔. เลขาธิการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๓๕. เกษียณกิจชนก สภาโรคัน	กรรมการและเลขานุการ
๓๖. นางสาวสุวรรณชาติศิรินทร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดนโยบายความปลอดภัยด้านการดูแลผู้ป่วย และสื่อสารนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มองภาพรวมของการดูแลรักษาผู้ป่วย
- จัดทำแผนปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วย
- วิเคราะห์ข้อมูล ทบทวน/ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก วางระบบในการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อให้หน่วยงานปฏิบัติในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร พร้อมทั้งติดตามตัวชี้วัดทางคลินิก ให้บรรลุเป้าหมายองค์กร
- ทบทวนกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาขององค์กร
- เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมทบทวนทางคลินิกเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

| ๔.๒ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน (Patient Care Team)  ๔.๒.๑ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม (PCT Pediatrics)  ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้   |  |                            | |--|----------------------------| | ๑. อาจารย์ แพทย์หญิงจุลดา เกียรติมงคล        | ประธาน                     | | ๒. อาจารย์ แพทย์หญิงพรพิมล เจริญศิริศักดิ์   | รองประธาน                  | | ๓. อาจารย์ แพทย์หญิงปณณช                     | รองประธาน                  | | ๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร อังอาภรณ์ | กรรมการ                    | | ๕. อาจารย์ แพทย์หญิงอรรณา พงศ์พิทักษ์ดำรง    | กรรมการ                    | | ๖. แพทย์หญิงพัชราภรณ์ เศรษฐสุวรรณ            | กรรมการ                    | | ๗. อาจารย์ นายแพทย์วุฒิพงษ์ ศรีรัตนอักษร     | กรรมการ                    | | ๘. นายแพทย์จักรพงษ์ เอื้อวงศ์กุล             | กรรมการ                    | | ๙. อาจารย์ แพทย์หญิงนิชาธิ์ มุ่งกลาง         | กรรมการ                    | | ๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงปณินท์ ศรีนุกุล         | กรรมการ                    | | ๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงโรจดา สวางตระกูล        | กรรมการ                    | | ๑๒. นายแพทย์ธีรภัทร แสงทองพิทักษ์            | กรรมการ                    | | ๑๓. นางสาวอิศรินทร์ โสภณ                     | กรรมการ                    | | ๑๔. เกษียณกิจชนก อดิสรณ                      | กรรมการ                    | | ๑๕. เกษียณกิจชนก อดิสรณ                      | กรรมการ                    | | ๑๖. นักเทคนิคการแพทย์หญิงนิตยา               | กรรมการ                    | | ๑๗. นางพัชรี จันทร์จร                        | กรรมการ                    | | ๑๘. นางสาวสุรดา ศรีอภัย                      | กรรมการ                    | | ๑๙. นางรัชฎาพร ปิตะบุตร                      | กรรมการ                    | | ๒๐. นางสาวไอริน พวงสมบัติ                    | กรรมการ                    | | ๒๑. นางสาวจิระนันท์ แ่นสนิท                  | กรรมการ                    | | ๒๒. นางจรรยา สิงห์แป                         | กรรมการ                    | | ๒๓. นางสาวอริสา เกษณณิโชตินันท์              | กรรมการ                    | | ๒๔. นางสาวสิริรัตน์ จำปาหอม                  | กรรมการ                    | | ๒๕. นางสาวนพพร มาลีเวช                       | กรรมการและเลขานุการ        | | ๒๖. นางสาวสุกัญญา คอกขุนทด                   | กรรมการและเลขานุการ        | | ๒๗. นางสาววิภา แอมปัดชา                      | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ | | ๒๘. นางสาวสุติรัตน์ ชัยนอก                   | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |   ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้   - ทบทวนรายกรณีผู้ป่วยในหน่วยงานตาม PCT กุมารเวชกรรม - ประสานสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำการทบทวน - สรุปผลการทบทวนและการปรับระบบ นำส่งคณะกรรมการ CLT | |


๔. รวบรวมข้อมูลการทบทวนรายการนี้ผู้เกี่ยวข้องตามกรรมการที่รับผิดชอบ
  ๕. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามการปรับปรุงระบบและสรุปวิเคราะห์ Risk ทางคลินิก
  ๖. ร่วมจัดทำแผนพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับ Service plan และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- ร่วมกับทีม PCT และดำเนินการขับเคลื่อนตามแผนข้างไว้

**๔.๒.๒ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (PCT Surgery) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงศรีญา	ประณตปัญญา	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์	ต้นตติวรุต	รองประธาน
๓. อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ	กิตติภาวรัตน์	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีศักดิ์	ทองทวี	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ศุภกฤต	อุยวัฒน์กุล	กรรมการ
๖. อาจารย์ นายแพทย์ศุภชัย	ภูโพนชัย	กรรมการ
๗. นายแพทย์ชนาพัฒน์	ศรีนันทินทร์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.บัณฑิต	อัครฤทธิไกร	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ภัทร	ศุภสนธิ	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์อรรถ	ฉัตรชัย	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ นายแพทย์อัครวัฒน์	วงศ์เทพ	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ นายแพทย์นริศเรศ	แก้วบุญเลิศ	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์ณัฐสิทธิ์	พงษ์สุวรรณ	กรรมการ
๑๔. อาจารย์ นายแพทย์เสกคุสิต	เอกราช	กรรมการ
๑๕. อาจารย์ นายแพทย์ชาติวัฒน์	ปิยารมย์	กรรมการ
๑๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวรภาคนันท์	ตั้งจุฑา	กรรมการ
๑๗. แพทย์หญิงฐิตาว	ช่วงบุญศรี	กรรมการ
๑๘. แพทย์หญิงอรุณกมล	พัฒน์เจริญศิริ	กรรมการ
๑๙. นางอัญชลี	รอตสิน	กรรมการ
๒๐. นางสาวกัญญา	ชุมกลาง	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุภาวรัตน์	พวงเงิน	กรรมการ
๒๒. นางสาวชนิษฐา	ปทุมภา	กรรมการ
๒๓. นายฉัตรชัย	แดงดี	กรรมการ
๒๔. นางสาวเกศรินทร์	พิมพ์พล	กรรมการ
๒๕. นางสาวพนิดา	ไชยปิตดา	กรรมการ
๒๖. เกษีกรวงศกร	กิตติรัตน์ระการ	กรรมการ
๒๗. นายอังกูร	สุพรสุวรรณ	กรรมการ
๒๘. นางสาวสุทธินิ	แป้นเงิน	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิรินภา	ใจงาม	กรรมการและเลขานุการ

๓๐. นางสาวอริญา ขอมักกลาง กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดนโยบาย และวางแผน ในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
๒. ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้
๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

**๔.๒.๓ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติ นรีเวชกรรม (PCT Obstetrics and Gynecology) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ ดร.นริศกษณ์	สุวรรณโณบล ที่ปรึกษา
๓. นายแพทย์ภาณุพันธ์	วิเศษโฆหาร ประธาน
๔. แพทย์หญิงวรรณิดา	วงศ์ศักดิ์เมธี รองประธาน
๕. แพทย์หญิงพรหมนันท์	นิธิวิชา กรรมการ
๖. แพทย์หญิงณัฏฐา	รัตนวิภาพงษ์ กรรมการ
๗. นายแพทย์เจษฎาวิทย์	พุดสีแสน กรรมการ
๘. นางสาวสินทรัพย์	พิทักษ์ กรรมการ
๙. นางสาวภัทรภรณ์	แก้วดวงดี กรรมการ
๑๐. นางสาวชุติมา	สมสิทธิ์ กรรมการ
๑๑. นางสาวศิริภา	เชื่องเงิน กรรมการ
๑๒. นางสาวกนกพร	ราชูธร กรรมการ
๑๓. นางสาวหทัยชนก	อินเปิด กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทิยา	พานิชนอก กรรมการ
๑๕. นางแพรวไพรัตน์	แย้มโคกสูง กรรมการ
๑๖. นางสาวกุลธิดา	ทรัพย์เรืองศรี กรรมการ
๑๗. นางสาวดี	สมบัติ กรรมการ
๑๘. นางสาวลิณธรณ์	เลิศวงศ์อนกิจ กรรมการ
๑๙. นางสาวประภาศิริ	มะรังศรี กรรมการ
๒๐. นางสาวอริญา	สินจริยานนท์ กรรมการ
๒๑. นางสาวนภาพร	บัวสาย กรรมการ
๒๒. เกศกมลนันทวิธ	กิตติศักดิ์กุล กรรมการ
๒๓. นางสาวสุคนธ์	สรรพชัย กรรมการ
๒๔. นางสาวอภิญญา	สังเกตุ กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวอรอนงค์	ขุนหอม กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG) กลุ่มโรคสูติ นรีเวช



<p>๒. ผิดอบรมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ</p> <p>๓. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ</p> <p>๔. จัดทำแผนผังการดูแลรักษา (Care Map) กลุ่มโรคติดเชื้อ และวิเคราะห์หาประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพในโรคที่เป็นตัวแทน (Proxy Diseases)</p> <p>๕. นำประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพมาวิเคราะห์ และออกแบบการตามรอยโรคทางคลินิก (Clinical Tracer Highlight) แล้วเขียนรายงานการประเมินตนเอง และปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพตามผลลัพธ์การดูแลรักษา</p> <p>๖. นำผลลัพธ์การตามรอยทางคลินิกมาวิเคราะห์ และออกแบบการบริหารจัดการการดูแลรักษาโรคอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ (Diseases Management System)</p> <p>๗. ประชุมเชิงปฏิบัติการตามผลลัพธ์ด้านความเสี่ยง และด้านคุณภาพ (Case Conference) ที่ได้จากการใช้เครื่องมือดัชนี (Trigger Tool) จากเวชระเบียน ระบบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) ตามกลุ่มโรคติดเชื้อ</p> <p>๘. นำเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) มาร่วมวิเคราะห์กับ คณะกรรมการบริหาร และพัฒนาระบบงาน โดยวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุ จัดระดับความเสี่ยง และร่วมปฏิบัติในการแก้ไขตามสาเหตุของปัญหา ตามเกณฑ์ความเสี่ยงทุกระดับ</p> <p>๙. เสริมพลังอำนาจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเกณฑ์คุณภาพ และบริบทของพื้นที่</p> <p>๑๐. งานคุณภาพอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย</p> <p><b>๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ (PCT Orthopedic) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้</b></p>		
๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโทนายแพทย์ บุระ	สินธุภากร	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ นายแพทย์พรเทพ	ตั้งกาญจนาเวชกุล	ประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นายแพทย์กัญจน์	ศักดิ์สงคราม	รองประธาน
๔. อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงปิยะอร	น้ำไพศาล	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์สุวิทย์	เถียรประธาน	กรรมการ
๖. อาจารย์ แพทย์หญิงกัญธิกา	วดีนพวงศิริ	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจนาวัฒน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์สิริวัณ	สุรพลองอาจ	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ศักดิ์ศรี	พริ้งอนันต์กุล	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์วิชัย	ปานน้อยมนต์	กรรมการ
๑๑. แพทย์หญิงกมลศิริ	สุกาญจนาเศรษฐี	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์วรนาถ	ธีลาเจริญพร	กรรมการ
๑๓. แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์	เมือแก้ว	กรรมการ
๑๔. นายผาสุก	ธีระชาติ	กรรมการ

๑๕. นางสาวดวงตา	เทศเพ็ญ	กรรมการ
๑๖. นางสาวนาฏตา	พุ่มนาค	กรรมการ
๑๗. นางสาวสุทธิณี	แป้นเงิน	กรรมการ
๑๘. นางสาวทิตยา	กิริวัฒน์ศักดิ์	กรรมการ
๑๙. นายณัฐฤกษ์	มนัสศิลา	กรรมการ
๒๐. นางสาวณาดยา	ชาแก้ว	กรรมการ
๒๑. นางสาวดวงเดือน	ใบขุนทด	กรรมการ
๒๒. นายปฏิญา	เบตรี	กรรมการ
๒๓. นางสาวณัชชา	กฤติณซ์	กรรมการ
๒๔. นางสาวกิริยา	ศรีต่างคำ	กรรมการ
๒๕. นางสาวจิราภรณ์	สุขอนันต์	กรรมการ
๒๖. นางสาวทิพาพร	โชติจำลอง	กรรมการ
๒๗. นางสาวศิริกัญญา	แก้วกรมรัตน์	กรรมการ
๒๘. นางศิริกมล	พัฒน์แสง	กรรมการ
๒๙. นายวิระศักดิ์	นามมา	กรรมการ
๓๐. นางบุญญาภา	เสนศิริ	กรรมการ
และเลขานุการ		
<b>ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้</b>		
๑. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ การวิจัยและการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์		
๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีให้ทุนจากการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ		
๓. เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและสร้างเสริมสุขภาพอนามัยทางออร์โธปิดิกส์อย่างมีคุณภาพ		
๔. งานคุณภาพอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย		
<b>๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว (PCT Family Medicine) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้</b>		
๑. อาจารย์ ดร. นายแพทย์นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเสาว	เชื้อปรุง	ประธาน
๓. แพทย์หญิงกตติวิมล	สุกัญญาศิริกุล	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงชลลัญญา	รัตนพิบูล	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงชนนิกานต์	ธัมพกาญจน์รักษ์	กรรมการ
๖. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ
๗. นางสาวณิสนันท์	ฉัตรชัยกุลศิริ	กรรมการ
๘. นางสาววิญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๙. นางอนุรักษ์	คิดเห็น	กรรมการ



๑๐. นายศิษย์ชัย	ประภาวโง	กรรมการ
๑๑. นายรัชต์	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรา	เกตุภัทรไท	กรรมการ
๑๓. นางสาวภาวนา	จำรูญ	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลดา	บุตรพันธ์	กรรมการ
๑๕. นางสาวกวีศรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๑๖. นางสาวคาภา	จุฑาทองแถม	กรรมการ
๑๗. นางสาวนันท์ฐภัส	ชานมา	กรรมการ
๑๘. นางกัญญาธนี	มหารัตน์ตระกูล	กรรมการและเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดนโยบายการดำเนินงานให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตามมาตรฐานกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) มาตรฐานสุขภาพ ตอนที่ ๓ เรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้อำนาจตามมาตรฐานวิชาชีพแต่ละแขนงให้เกิดประโยชน์สูงสุด และบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างครบถ้วน
- สื่อสารและถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติงาน ผ่านอนุกรรมการทุกด้าน
- ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนนโยบายด้านยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- กำหนดทิศทาง ชี้นำ มุ่งภาพรวมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งหาโอกาสในการพัฒนา
- ดำเนินการค้นหา ประเมิน แก้ไข/ป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น
- ช่วยเหลือ ประสานงาน ความร่วมมือ/สนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
- ประเมิน และติดตามผล การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรค รายโรค

กระบวนการการดูแล ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เป็นต้น

**๔.๒.๖ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช (PCT Psychiatry) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	ประธาน
๒. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	สิริพงศ์พันธ์	รองประธาน
๓. นางสาวสุวิทย์	กล้าพิมาย	กรรมการ
๔. นางสาวณัฐริช	คำน้อม	กรรมการ
๕. นางสาวอริยา	บุญโต	กรรมการ
๖. นางอิชฎาภรณ์	กล้าอยู่สุข	กรรมการ
๗. นางสาววริญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๘. นางสาวไอริน	พวงสมบัติ	กรรมการ
๙. เกสัชกรหญิงศุภลักษณ์	โด้สูงเนิน	กรรมการ

๑๐. นางสาวพิชญาภัค	เสียงตรง	กรรมการ
๑๑. นายรัชต์	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวณัฐริชา	เพ็ญสุข	กรรมการ
๑๓. นางวรัชญพร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลลดา	อุบลเรือน	กรรมการ
๑๕. นางจิตรา	ประทุมคำ	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดทิศทาง วางแผนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญทางจิตเวช
- ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขระบบ การบริการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- ประสานความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ ในการบูรณาการ การดำเนินงานให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค

**๔.๒.๗ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (Patient Support Team GP) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

๑. นายแพทย์อรรถเดช	ศรีพิลา	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพบุลย์ยิ่ง	รองประธาน
๓. นายแพทย์ธีรพันธุ์	พรรพสุ	กรรมการ
๔. นางนิตา	เดชพนท	กรรมการ
๕. นางสาวอัญชลี	จิตนอก	กรรมการ
๖. ภก.กิตติชัย	ธนเขตไพศาล	กรรมการ
๗. นางสาวภาณี	บุญพันธ์	กรรมการ
๘. นางสาวกัลยาณี	ภัคศิริกิจ	กรรมการ
๙. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ
๑๐. นางสาวศิริญา	พนัญญ	กรรมการ
๑๑. นางสาวกฤษณ์	ไม้เลิศ	กรรมการ
๑๒. ทนพ.ภัทรเศรษฐ์	พลเยี่ยม	กรรมการ
๑๓. นางสาวปิตดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทา	จันทร์ศิริสุข	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นางจิตรเลขา	โอฬารกิจ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดนโยบายและวางแผนในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- ดำเนินการพัฒนาศักยภาพตามแผนที่กำหนดไว้
- ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล



๔.๒.๔ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาสาสาอาหุศาสตร์ (PCT Med) ประกอบด้วยบุคคล  
ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงรักธินา	ชัยณรงค์ศิริพร	ประธาน
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัครชัย	กรีฑะ	กรรมการ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรารัฐ	สุสุวิ	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรทิพย์	นิมขุนทด	กรรมการ
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตรวดี	หอยพิบูลสุข	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพนาวรรณ	บุญโสม	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ	กังวาลทัศน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ธีรทัศน์	ชมบัณฑิต	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงชานก	เปาอินทร์	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ นายแพทย์กาญจนา	เพชรชู	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงชลธิดา	ครบพรชัย	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ แพทย์หญิงชนาวรรณ	สินวีระจ	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์เดชเสบ	แดงพลอย	กรรมการ
๑๔. นายแพทย์ธนภัตติ	ตั้งกิจเกียรติกุล	กรรมการ
๑๕. นายแพทย์ธีรณัฐศักดิ์	เบตรณัฐไธวงศ์	กรรมการ
๑๖. นางวิไลวรรณ	แดงสูงเนิน	กรรมการ
๑๗. นางพนมจิรา	ศรีธรรมสิทธิ์	กรรมการ
๑๘. นางกรรณิการ์	วงษ์ประการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวนุชนารถ	เพียรภานุ	กรรมการ
๒๐. นางสาวนันทน์	ฉัตรชัยศิริกุล	กรรมการ
๒๑. นางสาวเกศราภรณ์	นวลสกุลนิภา	กรรมการ
๒๒. นางสาวสุภาพร	เพ็ญนอก	กรรมการ
๒๓. นางสาวณัฐจิรา	ป้อมปิด	กรรมการ
๒๔. นางสาวอนุภรณ์	วาชดา	กรรมการ
๒๕. นางสาววิรัชพร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๒๖. นางสาวสุรินทร์	ชุมมะเรียง	กรรมการ
๒๗. นางนิตา	แก้วคุ้ม	กรรมการ
๒๘. นางสาวนุชบา	วัชรนิธิธรรม	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๓๐. เกสร์จิราชนก	สภารัตน์	กรรมการ
๓๑. นางสาวสุกัญญา	หรณรัตน์	กรรมการ
๓๒. ทนทญ. จุฬารัตน์	เจียมธีรณภ	กรรมการ
๓๓. ทนท. เนฐพล	พรหมอุดม	กรรมการ

๓๔. นางสาวกรรณา	สมพงษ์	กรรมการและเลขานุการ
๓๕. นางสาวกัญญา	ประทุมตรี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. วิเคราะห์โอกาสพัฒนากำหนดทิศทาง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับดูแลรักษาผู้ป่วยอย่าง  
เป็นองค์รวม
๒. บริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกโดยกระบวนการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีม  
สหสาขาวิชาชีพด้วยการค้นหาคำตอบเพื่อนำไปปรับปรุง
๓. ประสานการทำงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหา ให้การ  
สนับสนุนทรัพยากร และติดตามผลการปฏิบัติงาน
๔. ประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยใช้ตัวชี้วัดสำคัญอย่างเป็นองค์รวม
๕. สื่อสารการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ กับหน่วยงานอื่นในองค์กร

๔.๒.๕ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ประกอบด้วยบุคคล  
ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. แพทย์หญิงชนนิภา	สิมพญานิกษ์	ประธาน
๓. แพทย์หญิงศศิตา	ทองขุนวงศ์	รองประธาน
๔. นางสาวชลดา	บุตรพันธ์	กรรมการ
๕. นางสาวกัทธี	งามผลกรัง	กรรมการ
๖. นางสาวศศิตา	กว้างนอก	กรรมการ
๗. นางสาวเพ็ญศิริ	ประสิทธิ์สุภากร	กรรมการ
๘. นางสาวปิ่นนันท	ดอพล	กรรมการ
๙. นางสาวกัญญา	แสงสารวัด	กรรมการ
๑๐. นางสาวศิริพัฒน์	ภูเหล็ก	กรรมการ
๑๑. นางสาวติติยา	กิริวัฒน์ศักดิ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวศรัณย์รัชต์	วิชัยจุฬาพิทย	กรรมการ
๑๓. นางสาวนันท์ฐกัณ	ชานมา	กรรมการ
๑๔. นายศิวิชัย	ประภาวณิช	กรรมการ
๑๕. นางสาวจิตรา	เกตุกะโกล	กรรมการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางสาวรัชฎา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
๒. ให้การดูแลรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่มีชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้  
ให้สามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิต
๓. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายจนกระทั่งท้ายของชีวิต



- ที่บ้าน
๔. จัดหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  ๕. จัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน
  ๖. ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

**๔.๒.๑๐ คณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (OSCC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์ นายแพทย์การุณพงศ์	ภักธามรุต	ประธาน
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีชา	เชื้อปรุง	รองประธาน
๓. แพทย์หญิงไวยดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงณวิฏฐา	รัตนวิภา	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ณัฐภูมิ	กิตติภรณ์	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อัมรินทร์กุล	กรรมการ
๗. นางสาววิไลลักษณ์	พรหมเพชร	กรรมการ
๘. เมล็ดกรหญิงจิตชนก	สภารัตน์	กรรมการ
๙. นางสาวนภัทร	ภูริเดชเมธาวี	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุรินทร์	ชุ่มเมธะ	กรรมการ
๑๑. นางนันทิยา	พานิชนอก	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรา	ประทุมคำ	กรรมการ
๑๓. นางสาวระพีพรรณ	พิมพ์สราญ	กรรมการและเลขานุการ
๑๔. นางสาววันญา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาระบบงานศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
๒. ให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศ
๓. รับแจ้งเหตุเด็กและสตรีถูกทำร้าย รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๔. สร้างเครือข่ายการดำเนินงานช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ประสบปัญหารุนแรง
๕. คัดกรองช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยยึดแนวทางการปฏิบัติงานทีมสหสาขาวิชาชีพ
๖. เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลหรือส่งต่อหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

**๕. คณะกรรมการกำกับดูแลองค์กรวิชาชีพ ประกอบด้วยคณะกรรมการดังต่อไปนี้**

- ๕.๑ องค์การแพทย์
- ๕.๒ องค์การพยาบาล
- ๕.๓ องค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย เกษตรกร นักกายภาพบำบัด

นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ เป็นต้น

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพและวิชาชีพ
๒. ส่งเสริมความสามัคคีและผูกพันศิษย์มาอีก ผดุงไว้ซึ่งสิทธิ ความเป็นธรรมและส่งเสริมสวัสดิการให้แก่สมาชิก
๓. ควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพให้ถูกต้องตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
๔. ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษากับประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่น ๆ ตามที่สภาวิชาชีพได้กำหนดให้เป็นไปตามมาตรฐานและวิชาชีพและตามพระราชบัญญัติวิชาชีพที่กำหนดไว้

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป


สั่ง ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๔



(แพทย์หญิงเพ็ญศิริ เลอมาโนวรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี





**คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี**  
**ที่ ๒๒๖/๒๕๖๕**

**เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕**

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้ ผู้รับบริการ ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง สามารถเชื่อมโยงการพัฒนาทั้งในโรงพยาบาล สำนักวิชา แพทยศาสตร์ หน่วยงานอื่นในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และสามารถติดตามประเมินผลงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๔ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ว่าด้วยการบริหารงานวิสาหกิจของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๓๗๓/๒๕๖๕ เรื่องจ้างพนักงานตำแหน่งบริหารวิชาการ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๒๑๒๕/๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งรองคณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ให้ครอบคลุมกิจกรรมการพัฒนาตามโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ จำนวน ๒๗ คณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย

**๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธาน
๒. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ	รองประธาน
๓. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล	กรรมการ
๔. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์	กรรมการ
๕. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร	กรรมการ
๖. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์	กรรมการ
๗. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานเวชกรรมสังคม	กรรมการ
๘. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานศูนย์สุขภาพช่องปาก	กรรมการ
๙. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการ
๑๐. ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	กรรมการ
๑๑. ประธานคณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์	กรรมการ
๑๒. ประธานคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย	กรรมการ
๑๓. ประธานคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	กรรมการ
๑๔. ประธานคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	กรรมการ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
Suranaree University of Technology

Tel: ๐-๔๓๒-๓๐๐๐๐-๑๑๑๑-๑๑๑๑-๑๑๑๑-๑๑๑๑  
Fax: ๐-๔๓๒-๔๕๗๗  
111 University Avenue, Sukhvitarn Suranaree, Muang District, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

๑๕. ประธานคณะกรรมการระบบยา	กรรมการ
๑๖. ประธานคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๑๗. ประธานคณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	กรรมการ
๑๘. ประธานคณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	กรรมการ
๑๙. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรศาสตร์	กรรมการ
๒๐. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๒๑. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๒๒. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๒๓. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๒๔. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๒๕. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๒๖. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติศาสตร์และนรีเวชกรรม	กรรมการ
๒๗. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๒๘. ประธานคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๒๙. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๓๐. แพทย์หัวหน้าแผนก ดา หู จมูก	กรรมการ
๓๑. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๓๒. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๓๓. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๔. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๓๕. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	กรรมการ
๓๖. เลขาธิการคณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์	กรรมการ
๓๗. เลขาธิการคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย	กรรมการ
๓๘. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	กรรมการ
๓๙. เลขาธิการคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	กรรมการ
๔๐. เลขาธิการคณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	กรรมการ
๔๑. เลขาธิการคณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	กรรมการ
๔๒. เลขาธิการคณะกรรมการระบบยา	กรรมการ
๔๓. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔๔. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอายุรศาสตร์	กรรมการ
๔๕. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคศัลยกรรม	กรรมการ
๔๖. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๔๗. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ

๔๘. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช	กรรมการ
๔๙. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๕๐. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๕๑. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสูติเวชกรรม	กรรมการ
๕๒. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๕๓. เลขานุการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๕๔. เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพทางคลินิก	กรรมการ
๕๕. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและ เลขานุการ
๕๖. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดนโยบาย วางแผน กำกับดูแล ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
- จัดโครงสร้างองค์กร เพื่อสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน ทุกทีมให้สามารถดำเนินการอย่างคล่องตัวและต่อเนื่อง
- เป็นที่ปรึกษาให้ความรู้ คำแนะนำ ให้กำลังใจ แก่ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน
- ประสานงานติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานและทุกทีมให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้
- สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี สร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ บุคลากรของโรงพยาบาลและผู้นำชุมชน

**๒. คณะกรรมการเฝ้าระวังภายใน ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ศราวุธ สุขสุวิวัฒน์	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์ ภัทรามรุณ	รองประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นริศลักษณ์ สุวรรณโณ	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริพร เชื้อประจักษ์	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์	กรรมการ
๖. อาจารย์ วันตแพทย์หญิงจุฬามาศ เทพไทย	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย จามกาญจน์รัตน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา เกียรติมงคล	กรรมการ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	กรรมการ
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวบูลย์ เดชสุภูมิ	กรรมการ
๑๑. นางดวงรัตน์ อมตฉายา	กรรมการ
๑๒. นางภาพร ศีใหม่	กรรมการ

๑๓. นางจันทร์เจ้า กาศโคกกรวด	กรรมการ
๑๔. เกสัชกรมาสุก ศีระชาติ	กรรมการ
๑๕. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์ เจียมธีระภัก	กรรมการ
๑๖. นางสาวศุภวรรณ ชาศิริรินทร์	กรรมการ
๑๗. นางนริศราณี แป้นศรี	กรรมการ
๑๘. นางสาวอังคณา ขอนพุดชา	กรรมการ
๑๙. นางสาวอังฉา งานนวน	กรรมการ
๒๐. นางทองมี ขวศุพรา	กรรมการ
๒๑. พันโทหญิงณมิต พองวัชรไพฑูริย์	กรรมการและเลขานุการ
๒๒. นางสุกัญญา ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๓. นางสาวคณาวรรณ บุญน้ำรัตน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- ดำเนินการกิจกรรมการเฝ้าระวังภายในอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ
- วิเคราะห์และประเมินตนเองระบบงานเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาจากการเฝ้าระวังการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ทั้งจากภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- เป็นที่ปรึกษา รับฟังข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรค รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ทีมพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานคุณภาพ
- ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

**๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ**

**๓.๑ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (RMC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์	ประธาน
๒. นายแพทย์แสงชัย จามกาญจน์รัตน์	รองประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นริศลักษณ์ สุวรรณโณ	กรรมการ
๔. พันตแพทย์หญิงพันธิ์ทิพย์ จิตรพิทักษ์เลิศ	กรรมการ
๕. นางดวงรัตน์ อมตฉายา	กรรมการ
๖. เกสัชกรมาสุก ศีระชาติ	กรรมการ
๗. นางสาวศุภวรรณ ชาศิริรินทร์	กรรมการ
๘. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์ เจียมธีระภัก	กรรมการ
๙. นางนริศราณี แป้นศรี	กรรมการ
๑๐. พันโทหญิงณมิต พองวัชรไพฑูริย์	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางสุกัญญา ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติและแนวทางการปฏิบัติต่าง ๆ ด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๒. สื่อสารนโยบายบริหารความเสี่ยงให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ
๓. ดำเนินการจัดทบทวนการเกิดอุบัติเหตุหรือภัยพิบัติที่รุนแรงหรือสำคัญที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ตลอดจนดำเนินการให้มีการทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. สรุป วิเคราะห์ความเสี่ยงภาพรวม แจ้งทีมรักษา และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทราบ
๕. ให้คำปรึกษานายงาน ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดทำคู่มือหรือวิธีปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไขความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
๖. กระตุ้นการสร้างเจตคติที่ดีในองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

**๓.๒ คณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์ (RM Doctor) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

- |                                      |                 |                            |
|--------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| ๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์         | ภัทรมรุต        | ที่ปรึกษา                  |
| ๒. นายแพทย์แสงชัย                    | งามกาญจน์รัตน์  | ประธาน                     |
| ๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ | สุขสุณี         | กรรมการ                    |
| ๔. อาจารย์ นายแพทย์ดร.ศุภกิจ         | อุยวัฒน์กุล     | กรรมการ                    |
| ๕. อาจารย์ แพทย์หญิงวรรณิตา          | วงศ์ศักดิ์      | กรรมการ                    |
| ๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา           | เกียรติมงคล     | กรรมการ                    |
| ๗. อาจารย์ แพทย์หญิงไรวดา            | สงวนตระกูล      | กรรมการ                    |
| ๘. แพทย์หญิงอัมพร                    | ศิริภิกษานนท์   | กรรมการ                    |
| ๙. พันโทหญิงณมล                      | ทองวัชรไพฑูริย์ | กรรมการ                    |
| ๑๐. แพทย์หญิงนริ                     | พญานิคมศิริ     | กรรมการและเลขานุการ        |
| ๑๑. นางสุกัญญา                       | ยศสุนทร         | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำกับติดตามรายงานอุบัติการณ์ ที่มีระดับรุนแรงและความถี่สูงให้สำเร็จภายใน ๑ เดือน และภายใน ๑ ไตรมาสตามลำดับ กระตุ้นให้แผนกหรือ PCT ทบทวนอุบัติการณ์เมื่อเกินระยะเวลากำหนด
๒. ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นอุบัติการณ์ร่วมกันตั้งแต่ ๒ PCT ขึ้นไป หรือกรณีเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง
๓. นำประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาทบทวนเป็นเชิงรุก ให้ข้อเสนอแนะแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. เฝ้าระวังความเสี่ยงเฝ้าระวังเบื้องต้น ดูแลสภาพจิตใจผู้ป่วยญาติ และบุคลากรทางการแพทย์
๕. สรุป วิเคราะห์ข้อมูล แจ้งในองค์กรแพทย์และ CLT เป็นประจำทุกเดือน
๖. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

**๓.๓ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation Team) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

- |  |                  |                            |
|--|------------------|----------------------------|
| ๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี | ที่ปรึกษา        |                            |
| ๒. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร                    | ประธานกรรมการ    |                            |
| ๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ   | รองประธานกรรมการ |                            |
| ๔. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล                 | กรรมการ          |                            |
| ๕. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์          | กรรมการ          |                            |
| ๖. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย | กรรมการ          |                            |
| ๗. หัวหน้าฝ่ายพยาบาลด้านคุณภาพบริการ               | กรรมการ          |                            |
| ๘. หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน                  | กรรมการ          |                            |
| ๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร                 | อึ้งอารณ์        | กรรมการ                    |
| ๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา                        | เกียรติมงคล      | กรรมการ                    |
| ๑๑. เจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงแผนกพัฒนาคุณภาพ     |                  | กรรมการและเลขานุการ        |
| ๑๒. พยาบาลบริหารความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาล           |                  | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดแนวปฏิบัติและมาตรการป้องกันในเรื่องความปลอดภัยและการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation)
๒. ดำเนินการไกล่เกลี่ยด้วยความเป็นกลาง เพื่อหาช่องทางประนีประนอม แก้ไขปัญหา และยุติข้อขัดแย้งโดยเร็วรักษาความลับผู้กรณี
๓. กำหนดแนวทางการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น การดูแลต่อเนื่องให้ผู้กรณีหรือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
๔. ให้คำปรึกษา กรณีที่โรงพยาบาลถูกผู้มาใช้บริการฟ้องร้องหรือได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
๕. วิเคราะห์ความขัดแย้ง/ข้อร้องเรียน ในภาพรวม และหาแนวทางป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งหรือข้อร้องเรียนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดจำนวนคดีเข้าสู่ศาล
๖. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน สรุปและรายงานผลการไกล่เกลี่ยให้ผู้บริหารทราบ
๗. ปฏิบัติหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย

**๓.๔ คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

- |                                       |                 |         |
|---------------------------------------|-----------------|---------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริชา | เชื้อปรุง       | ประธาน  |
| ๒. นักเทคนิคการแพทย์จุฬารัตน์         | เจียมธีระนาถ    | กรรมการ |
| ๓. พันโทหญิงณมล                       | ทองวัชรไพฑูริย์ | กรรมการ |
| ๔. นางสาวณภาพภา                       | จงเจริญชัยวงศ์  | กรรมการ |
| ๕. นายพรกกิจ                          | จิตต์กิตติพันธ์ | กรรมการ |
| ๖. นายวิชาญพันธ์                      | สิงห์ชนะ        | กรรมการ |
| ๗. นางสาวนันทิษฐ์                     | ชานมา           | กรรมการ |



๘. นางสาวปิยนุช	เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๙. นางอนัญญา	ทวีศักดิ์โชติ	กรรมการ
๑๐. นายยุทธนา	กระชายกลาง	กรรมการ
๑๑. นายเฉลิมพล	เพชรดา	กรรมการ
๑๒. นายศพล	ใบเหลียง	กรรมการ
๑๓. นางสาวสุกีสรา	เกตุศักดิ์	กรรมการ
๑๔. นางฐิติมา	นาอิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวศนาวรรณ	บุญมาร์ติน	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวศรีัญญา	อุทัยมา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- วางแผนปรับปรุงโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพอาคารสถานที่ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ให้ปลอดภัยได้มาตรฐานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย สอดคล้องตามกฎหมายที่กำหนด
- วางแผนและออกแบบการบริหารจัดการวัสดุและของเสียอันตราย ระบบการจัดการขยะให้เป็นไปตามกฎหมาย และมาตรฐานที่กำหนด
- วิเคราะห์และจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอุบัติเหตุ แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย และดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ
- วางแผนและกำกับติดตาม ระบบสาธารณูปโภค การบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ สรุปวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางในการแก้ไข นำไปพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง
- จัดสภาพแวดล้อมในองค์กร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปและกำกับติดตามให้เป็นไปตามมาตรการกำหนด
- พัฒนาศักยภาพให้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไปให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลรักษาพิทักษ์สิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และเฝ้าระวังการเฝ้าระวัง
- งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

**๓.๕ คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงปณีนันท์ ศรีนุศาสตร์	ประธาน
๒. นายแพทย์นันท์พิสิฐ ตั้งกิจเกียรติกุล	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสทิทยา นิยมโสม	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงจุฑาภรณ์ เมืองเก่า	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงน้ำทิพย์ อิ่มวันมกุล	กรรมการ
๖. นายแพทย์ภาณุพันธ์ วิเศษโหวท	กรรมการ
๗. พันตแพทย์ชัชฌนัย แจ่มพินาย	กรรมการ
๘. นางดวงรัตน์ อมตฉายา	กรรมการ
๙. นางสาวนุชจรี ศรีภิญญา	กรรมการ
๑๐. นางนิศา แดงขุนทด	กรรมการ

๑๑. นางสาวสุรางคณา พรหมมาศ	กรรมการ
๑๒. นางสาวผกามาศ จงเจริญชัยวงศ์	กรรมการ
๑๓. เกศิกรหญิงสิริวัฒนา เกิดกลาง	กรรมการ
๑๔. นายอนุชา พรโลภิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวนิชาวรรณ หิรัญประภากร	กรรมการ
๑๖. นางวันดี ดีใหม่	กรรมการ
๑๗. นางสาววิภาภรณ์ พวงโรสง	กรรมการ
๑๘. นายทรงกิจ จิตภักดีตันห์	กรรมการ
๑๙. นางสาวปิยนุช เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๒๐. นางนันทยา พลสระคู	กรรมการและเลขานุการ
๒๑. นางสาวเบญญาภา ห้วยเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดนโยบายมาตรการ ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติงานให้ครอบคลุมงานในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำหนดวิธีการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์นำเสนอข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ประเมินผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำหนดมาตรการ แนวทางในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ การใช้น้ำยาทำลายเชื้อตามมาตรฐาน การดูแลสุขภาพบุคลากร การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น
- จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- เผยแพร่นโยบายป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้บุคลากรทุกระดับทุกหน่วยงานได้รับทราบ ดูแลให้ปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
- จัดอบรม พัฒนา บุคลากรให้มีความรู้ในด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำกับดูแล ประเมินผลผลการดำเนินงานด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การสอบสวน และควบคุมการระบาด ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินการให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของห้องปฏิบัติการเพื่อประโยชน์การวินิจฉัยโรค การรักษาและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- มีการประชุมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อให้ทราบปัญหา และร่วมกันพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง หรือจัดประชุมชี้แจงหากพบว่ามีอุบัติเหตุ เช่น การระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือวางแผนการเตรียมรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

**๓.๖ คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล**

**๓.๖.๑ คณะอนุกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริภา	เชื้อปรุง	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู	สัตยวงศ์พิชัย	ที่ปรึกษา



๓. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๔. เกษิษฐภักดี	สุขศรี	กรรมการ
๕. พันโทหญิงณกุล	ทองวัชรโพลย์	กรรมการ
๖. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๗. นางสาวอริยรัตน์	ไชยพุด	กรรมการ
๘. นางสาวสุกัญญา	พิกุล	กรรมการ
๙. นางจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๑๐. นายเอกนิติ	พิมพ์ปฐ	กรรมการ
๑๑. นางสาววรรณ	ชาติศรีจันทร์	กรรมการ
๑๒. นางทองมี	ชวตพุทรา	กรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางรัชนิวรรณ	พุ่มเย็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- สนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรให้มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นที่มีคุณภาพ พร้อมใช้งาน และมีการจัดการอย่างเป็นระบบ
- สนับสนุนการออกแบบระบบเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องรวมถึงรักษาความปลอดภัย และความลับของเวชระเบียนผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการเรียนรู้ การวิจัย และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- บริหารจัดการระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- ควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ระบบ Network ทั้ง Internet และ Intranet ของโรงพยาบาล
- ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ / ฝึกอบรม แก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม

**๓.๖.๒ คณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (MRA) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. นายแพทย์อรรถ	จินตวัณ	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพฑูริย์	กรรมการ
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	ศิริพงษ์พันธ์	กรรมการ
๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสุตินาถ	คงเป็น	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงณณินทร	อัญวิริยะ	กรรมการ
๖. นายแพทย์วรรณ	ลีลาเจริญพร	กรรมการ
๗. แพทย์หญิงพัชราภรณ์	เศรษฐสุวรรณ	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงณวิภา	รัตนวิภาพงษ์	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงจิตราดิ	ห่อพิบูลสุข	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุวรรณา	พันธ์ักกิต	กรรมการ
๑๑. นางสาวปรีดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ

๑๑. นางสาวปรีดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๒. นางสาวศิริขวัญ	ไชยปัญญา	กรรมการ
๑๓. นางสาวซารดา	คงสมเกิดสุข	กรรมการ
๑๔. นางสาวสุธดา	ศรีอภัย	กรรมการ
๑๕. นางสาวนันทนา	จันทร์ศิริสุข	กรรมการ
๑๖. นางสาวปรีชา	นาราย	กรรมการ
๑๗. นางสาวหนึ่งฤทัย	จรเขื่อน	กรรมการ
๑๘. นางสาวโพธิ์	ปัสสาวะโท	กรรมการ
๑๙. นางพรนิภา	ชื่นชม	กรรมการ
๒๐. นางสาวสมภารณี	ทองแสน	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุนารี	บุญเฮง	กรรมการ
๒๒. นางสาวดวงตรา	วงศ์คำจันทร์	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุกัญญา	พิกุล	กรรมการและเลขานุการ
๒๔. นางสาวภัทรภรณ์	แก้วดวงดี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- ตรวจสอบแผนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
- สะท้อนกลับประเด็นที่ต้องปรับปรุง แก้ไข พัฒนาต่อไปยังผู้เกี่ยวข้อง
- รายงานผลการดำเนินการต่อผู้บริหารตามรอบ

**๓.๖.๓ คณะกรรมการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๒. นางทองมี	ชวตพุทรา	รองประธาน
๓. พันโทหญิงณกุล	ทองวัชรโพลย์	กรรมการ
๔. นายวรฤดี	ประทุมศรี	กรรมการ
๕. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๖. นางอริยรัตน์	ทวีศักดิ์โชติ	กรรมการ
๗. นางสมภูมิ	โรจน์พิริย	กรรมการ
๘. นางปัทมาพร	เขว้าปรัชญากุล	กรรมการ
๙. นางสาวภวิชัยพร	ชาติพัฒนางกูร	กรรมการ
๑๐. นางกัญญาพร	ปานจัน	กรรมการ
๑๑. นายชัยชนก	จุติวรพงษ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวสุณิสา	ตรงกิ่งตอน	กรรมการ
๑๓. นางนภาพร	ดีใหม่	กรรมการ
๑๔. นางสาวรัชนิวรรณ	พุ่มเย็น	กรรมการและเลขานุการ



**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. จัดทำนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
๒. รวบรวมบันทึกการขออนุญาตข้อมูลส่วนบุคคลที่มีการเก็บหรือใช้ (Records of Processing Activity : ROPA) จากหน่วยงานต่าง ๆ
๓. ประเมินความเสี่ยงการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเป็นระยะ
๔. รับเรื่องร้องเรียน และรายงานความเสี่ยงด้านข้อมูลส่วนบุคคลจากระบบ ICR และหาวิธีแก้ไข

**๓.๖.๕ คณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ข้อมูลต้องเวชเชเรียน (Auditor) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

- |                     |             |         |
|---------------------|-------------|---------|
| ๑. นายแพทย์ชนาพัฒน์ | ศรีนครินทร์ | กรรมการ |
| ๒. แพทย์หญิงมัลลิกา | ณ ราช       | กรรมการ |
| ๓. นายแพทย์ยุทธ     | จินตวิทย์   | กรรมการ |

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชเชเรียน
๒. พัฒนาระบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชเชเรียน ซึ่งเป็นระบบฐานข้อมูล การบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ Hospital Information System (HIS) การบันทึกในแฟ้มเวชเชเรียนผู้ป่วยในและการตรวจสอบภายใน
๓. ประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไขปรับปรุงการบันทึกให้สอดคล้องกับมาตรฐานทางวิชาชีพและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากผู้ร่วมจ่าย (Third parties)

**๓.๖.๕ คณะกรรมการ HA IT ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

- |                    |               |                     |
|--------------------|---------------|---------------------|
| ๑. พันโทหญิงณัฐ    | ทองวัชรโพธิ์  | ประธาน              |
| ๒. นางทองมี        | ชวดพุทธา      | รองประธาน           |
| ๓. นายแพทย์ธีรภัทร | แสงทองพิทักษ์ | กรรมการ             |
| ๔. นายแพทย์ยุทธ    | จินตวิทย์     | กรรมการ             |
| ๕. นางจันทร์เจ้า   | กาดโคกกรวด    | กรรมการ             |
| ๖. นายวรวิทย์      | ประทุมศิริ    | กรรมการ             |
| ๗. นายสาคร         | ห้านโสม       | กรรมการ             |
| ๘. นางสาววิภา      | สำราญดี       | กรรมการ             |
| ๙. นางสาวณัฐ       | ยศสุนทร       | กรรมการ             |
| ๑๐. นายเชษฐาภรณ์   | สำราญดี       | กรรมการ             |
| ๑๑. นางสาวธีรวิมล  | พันธุ์สุน     | กรรมการและเลขานุการ |

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดแนวทางการดำเนินงาน HA IT และวางแผนการพัฒนาหน่วยงานเพื่อการรับรองมาตรฐาน HA IT

๒. ประสานงาน ประเมิน ตรวจสอบ แก้ไข รวมถึงรวบรวมข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. รายงานการดำเนินการต่อคณะกรรมการจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS)

**๓.๖.๖ คณะกรรมการ Telemedicine ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

- |                                       |                 |                            |
|---------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริชา | เชื้อปรุง       | ประธาน                     |
| ๒. นายวรวิทย์                         | ประทุมศิริ      | รองประธาน                  |
| ๓. นางนภาพร                           | ดีใหม่          | กรรมการ                    |
| ๔. นายชาติกร                          | พงศ์พิทักษ์ดำรง | กรรมการ                    |
| ๕. นายเฉลิมเกียรติ                    | แก้วคุ้ม        | กรรมการ                    |
| ๖. นายบุรณ                            | กระจ่ายกลาง     | กรรมการ                    |
| ๗. นายภูมัย                           | ดาป็น           | กรรมการ                    |
| ๘. นายเกียรติยศ                       | สังข์สิทธิ์     | กรรมการ                    |
| ๙. นายพัฒนพงษ์                        | ศิวะบุตร        | กรรมการและเลขานุการ        |
| ๑๐. นางสาวอมรรัตน์                    | ธาวาณ           | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับ Telemedicine
๒. ประสานงาน ติดตาม พัฒนา และประเมินผลการดำเนินงาน
๓. รายงานการดำเนินการต่อคณะกรรมการจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS)

**๓.๗ คณะกรรมการระบบยา (PTC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

- |                                       |                  |                     |
|---------------------------------------|------------------|---------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริชา | เชื้อปรุง        | ประธาน              |
| ๒. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ         | กังวาลทัศน์      | รองประธาน           |
| ๓. อาจารย์ แพทย์หญิงชลลดา             | สุนทร            | กรรมการ             |
| ๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสินันท์           | กังวาลทัศน์      | กรรมการ             |
| ๕. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์          | ตันติศิริกุล     | กรรมการ             |
| ๖. แพทย์หญิงพรพิมล                    | เหวียนศิริศักดิ์ | กรรมการ             |
| ๗. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์          | ภัทรานันท์       | กรรมการ             |
| ๘. แพทย์หญิงวรรณิศา                   | วงศ์ศักดิ์มณี    | กรรมการ             |
| ๙. นายแพทย์อรุณเดช                    | ศรีพิลา          | กรรมการ             |
| ๑๐. นายแพทย์แสงชัย                    | งามกาญจนาวัฒน์   | กรรมการ             |
| ๑๑. นายแพทย์พรศร                      | ปัดดา            | กรรมการ             |
| ๑๒. นายเอกรินทร์                      | อินทร์มัย        | กรรมการ             |
| ๑๓. นายชญาพร                          | อ่อนนอก          | กรรมการ             |
| ๑๔. นางสาวณัฐพร                       | วันทองดี         | กรรมการ             |
| ๑๕. เกษิณกรนาถรัตน์                   | คงสูงเนิน        | กรรมการ             |
| ๑๖. เกษิณกรหญิงวิไล                   | เกิดกลาง         | กรรมการ             |
| ๑๗. เกษิณกรผาสุก                      | ศิริชาติ         | กรรมการและเลขานุการ |



๑๘. เกสเซอร์หญิงอาวุโส	สุทธศรี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๙. เกสเซอร์หญิงพิพร	นอภกระโทก	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
<b>ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้</b>		
๑. กำหนดนโยบาย พัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา		
๒. ประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงข้อมูลโรคและติดตาม/ประเมินผลการดำเนินการนโยบาย พัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัย		
๓. ทดสอบรายการยา เวชภัณฑ์ และสารเคมี เข้า-ออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักวิชาแพทยศาสตร์		
๔. ประเมินและติดตามผลของการใช้ยาในกลุ่มที่ต้องประเมินเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยา อย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาล		
<b>๓.๔ คณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้</b>		
๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ประธาน	
๒. รองคณบดีฝ่ายบริหารสำนักวิชาแพทยศาสตร์	กรรมการ	
๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ	กรรมการ	
๔. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์กรรมการ		
๕. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล	กรรมการ	
๖. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานศูนย์สุขภาพช่องปาก	กรรมการ	
๗. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์	กรรมการ	
๘. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร	กรรมการ	
๙. หัวหน้าฝ่ายการแพทย์	กรรมการ	
๑๐. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ	กรรมการ	
๑๑. หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี	กรรมการ	
๑๒. หัวหน้าฝ่ายพยาบาลด้านการบริหารแผนงาน	กรรมการ	
๑๓. หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์	กรรมการและเลขานุการ	
๑๔. หัวหน้าแผนกบริหารทรัพยากรมนุษย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	
๑๕. หัวหน้าแผนกพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	
๑๖. เจ้าหน้าที่พัฒนาทรัพยากรมนุษย์	ผู้ช่วยเลขานุการ	
<b>ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้</b>		
๑. วางแผนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ (Human Resource planning ) ได้แก่ การวางแผนบริหาร บุคลากร กำหนดโครงสร้างด้านทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์พันธกิจ/ภารกิจหลักของโรงพยาบาล กำหนดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ การได้มาซึ่งอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ แนวทางการทดแทน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ขาดแคลน และแนวทางการพัฒนาคุณภาพของอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และ Career Path ของบุคลากร		
๒. นำนโยบายจากพัฒนา มาวางแผนการปฏิบัติงาน เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		

๓. พัฒนาระบบการสรรหาคัดเลือกบุคลากร (Recruitment) ได้แก่ การสรรหาบุคลากร การ ทำแผนความต้องการบุคลากร และการทดแทนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน โดยรวบรวมความต้องการจาก หน่วยงาน		
๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล (Human Resource management) ได้แก่ การประเมินภาระงาน/ผลการปฏิบัติงาน (Performance Appraisal) การดำเนินการเกี่ยวกับระเบียบวินัย (Discipline) ดูแลด้านสุขภาพและความปลอดภัย (Safety and Health) และการสร้างสัมพันธ์ที่ดีให้กับ บุคลากรของโรงพยาบาล (Labor Relation) ทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข		
๕. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development) ได้แก่ การวางแผนการ พัฒนาบุคลากร ส่งเสริมความต้องการของบุคลากร และจัดทำแผนการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรการพัฒนา บุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามตำแหน่งหน้าที่ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การส่งเข้าอบรม ประชุม วิชาการ การจัดประชุมวิชาการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ฯลฯ รวมถึงการป้อนนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ โดยเฉพาะ หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง		
๖. จัดระบบสวัสดิการและสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรได้แก่ ความพึงพอใจงาน ความต้องการ ด้านสวัสดิการ และการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเหมาะสม		
๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากร ได้แก่ การตรวจสอบฐานข้อมูลบุคลากร การวิจัยทรัพยากร มนุษย์และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม สามารถนำข้อมูลด้านบุคลากรมาใช้ประโยชน์ได้		
๘. นำเสนอผลงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลตามวงรอบที่กำหนด		
<b>๔. คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก</b>		
<b>๔.๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้</b>		
๑. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	ประธาน	
๒. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	รองประธาน	
๓. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ	
๔. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม		
๕. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ	
๖. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ	
๗. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ	
๘. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ	
๙. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติรีเวชกรรม	กรรมการ	
๑๐. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ	
๑๑. ประธานคณะอนุกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระหังรุนแรง	กรรมการ	
๑๒. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ	
๑๓. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ	
๑๔. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือผู้แทน	กรรมการ	



<p>๑๕. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กรรมการ</p> <p>๑๖. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม กรรมการ</p> <p>๑๗. หัวหน้าแผนกรังสี กรรมการ</p> <p>๑๘. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน กรรมการ</p> <p>๑๙. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก กรรมการ</p> <p>๒๐. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู กรรมการ</p> <p>๒๑. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กรรมการ</p> <p>๒๒. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม กรรมการ</p> <p>๒๓. หัวหน้าแผนกรังสี กรรมการ</p> <p>๒๔. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย กรรมการ</p> <p>๒๕. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรศาสตร์ กรรมการ</p> <p>๒๖. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม กรรมการ</p> <p>๒๗. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ กรรมการ</p> <p>๒๘. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม กรรมการ</p> <p>๒๙. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช กรรมการ</p> <p>๓๐. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว กรรมการ</p> <p>๓๑. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป กรรมการ</p> <p>๓๒. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติเวชกรรม กรรมการ</p> <p>๓๓. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กรรมการ</p> <p>๓๔. เลขาธิการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง กรรมการ</p> <p>๓๕. เกษียณกิจชนก สภาโรคัน กรรมการและเลขานุการ</p> <p>๓๖. นางสาวศุภวรรณ ชาติศรีนคร กรรมการ</p>		<p>๔.๒ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน (Patient Care Team)</p> <p>๔.๒.๑ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม (PCT Pediatrics) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้</p> <p>๑. อาจารย์ แพทย์หญิงจุลดา เกียรติมงคล ประธาน</p> <p>๒. อาจารย์ แพทย์หญิงพรพิมล เจริญศิริศักดิ์ รองประธาน</p> <p>๓. อาจารย์ แพทย์หญิงปณณช จงเจริญใจ รองประธาน</p> <p>๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร อังอาภรณ์ กรรมการ</p> <p>๕. อาจารย์ แพทย์หญิงอัสนา พงศ์พิทักษ์ดำรง กรรมการ</p> <p>๖. แพทย์หญิงพัชรภรณ์ เศรษฐสุวรรณ กรรมการ</p> <p>๗. อาจารย์ นายแพทย์วุฒิพงษ์ ศรีรัตนารักษ์ กรรมการ</p> <p>๘. นายแพทย์จักรพงษ์ เอื้อวระกุล กรรมการ</p> <p>๙. อาจารย์ แพทย์หญิงนิชาธิ์ มุ่งกลาง กรรมการ</p> <p>๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงปณินท์ ศรีนุศตธรรม กรรมการ</p> <p>๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงโรจดา สงวนตระกูล กรรมการ</p> <p>๑๒. นายแพทย์ธีรภัทร แสงทองพิทักษ์ กรรมการ</p> <p>๑๓. นางสาวอิศรินทร์ โสภณ กรรมการ</p> <p>๑๔. เกษียณกิจชนก รัตน์ ดงสูงเนิน กรรมการ</p> <p>๑๕. เกษียณกิจชนก วรรณวิชา แฝ่โสม กรรมการ</p> <p>๑๖. นักเทคนิคการแพทย์หญิงนิตชนก เขตคาม กรรมการ</p> <p>๑๗. นางพัชรี จันทะจร กรรมการ</p> <p>๑๘. นางสาวสุรดา ศรีอภัย กรรมการ</p> <p>๑๙. นางรัชฎาพร ปิตะบุตร กรรมการ</p> <p>๒๐. นางสาวไอริน พวงสมบัติ กรรมการ</p> <p>๒๑. นางสาวจิระนันท์ แ่นสนิท กรรมการ</p> <p>๒๒. นางจรรยา สิงห์แป กรรมการ</p> <p>๒๓. นางสาวอริสา เกษณณโชติพันธ์ กรรมการ</p> <p>๒๔. นางสาวสิริรัตน์ จำปาหอม กรรมการ</p> <p>๒๕. นางสาวนพพร มาลีเวช กรรมการและเลขานุการ</p> <p>๒๖. นางสาวสุกัญญา คอกขุนทด กรรมการและเลขานุการ</p> <p>๒๗. นางสาววิภา แอมปัดชา กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ</p> <p>๒๘. นางสาวสุติรัตน์ ชัยนอก กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ</p>
<p><b>ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้</b></p> <p>๑. กำหนดนโยบายความปลอดภัยด้านการดูแลผู้ป่วย และสื่อสารนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติ</p> <p>๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มองภาพรวมของการดูแลรักษาผู้ป่วย</p> <p>๓. จัดทำแผนปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วย</p> <p>๔. วิเคราะห์ข้อมูล ทบทวน/ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก วางระบบในการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อให้หน่วยงานปฏิบัติในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร พร้อมทั้งติดตามตัวชี้วัดทางคลินิก ให้บรรลุเป้าหมายองค์กร</p> <p>๕. ทบทวนกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาขององค์กร</p> <p>๖. เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมทบทวนทางคลินิกเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๗. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย</p>		<p><b>ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้</b></p> <p>๑. ทบทวนรายกรณีผู้ป่วยในหน่วยงานตาม PCT กุมารเวชกรรม</p> <p>๒. ประสานสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำการทบทวน</p> <p>๓. สรุปผลการทบทวนและการปรับปรุง นำส่งคณะกรรมการ CLT</p>



๔. รวบรวมข้อมูลการทบทวนรายการนี้ผู้เกี่ยวข้องตามกรรมการที่รับผิดชอบ
  ๕. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามการปรับปรุงระบบและสรุปวิเคราะห์ Risk ทางคลินิก
  ๖. ร่วมจัดทำแผนพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับ Service plan และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- ร่วมกับทีม PCT และดำเนินการขับเคลื่อนตามแผนนี้ต่อไป

**๔.๒.๒ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (PCT Surgery) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงศรีญา	ประณตปัญญา	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์	ต้นติสดีพร	รองประธาน
๓. อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ	กิตติภาวรัตน์	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีศักดิ์	ทองทวี	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ศุภกฤต	อุยวิวัฒน์กุล	กรรมการ
๖. อาจารย์ นายแพทย์ศุภชัย	ภูโพนธ์	กรรมการ
๗. นายแพทย์ชนาพัฒน์	ศรีนันทินทร์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.บัณฑิต	อัครฤทธิไกร	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ภัทร	ศุภสนธิ	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์อรรถ	ฉัตรชัย	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ นายแพทย์อัครวัฒน์	วงศ์เทพ	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ นายแพทย์นริศเรศ	แก้วบุญเลิศ	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์ณัฐสิทธิ์	พงษ์สุวรรณ	กรรมการ
๑๔. อาจารย์ นายแพทย์เสกคุสิต	เอกวงษ์	กรรมการ
๑๕. อาจารย์ นายแพทย์ชาติวัฒน์	ปิยารักษ์	กรรมการ
๑๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวรารักษ์	ตั้งจุฑา	กรรมการ
๑๗. แพทย์หญิงอรรดา	ช่วงบุญศรี	กรรมการ
๑๘. แพทย์หญิงอรุณกมล	พัฒน์เจริญศิริ	กรรมการ
๑๙. นางอัญชลี	รอตสิน	กรรมการ
๒๐. นางสาวสุภาวีย์	ชุมกลาง	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุภาวรัตน์	พวงเงิน	กรรมการ
๒๒. นางสาวชณิษฐา	ปทุมภา	กรรมการ
๒๓. นายฉัตรชัย	แดงดี	กรรมการ
๒๔. นางสาวเกศรินทร์	พิมพ์พล	กรรมการ
๒๕. นางสาวพณิดา	ไชยปิตดา	กรรมการ
๒๖. เกษิกวงกร	กิตติรัตน์	กรรมการ
๒๗. นายอังกูร	สุพรสุวรรณ	กรรมการ
๒๘. นางสาวสุทธิดี	แป้นเงิน	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิรินภา	ใจงาม	กรรมการและเลขานุการ

๓๐. นางสาวอริญา ขอมักกลาง กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดนโยบาย และวางแผน ในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
๒. ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้
๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

**๔.๒.๓ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติ นรีเวชกรรม (PCT Obstetrics and Gynecology) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ ดร.นริศกษณ์	สุวรรณโณบล ที่ปรึกษา
๓. นายแพทย์ภาณุพันธ์	วิเศษโฆหาร ประธาน
๔. แพทย์หญิงวรรณิดา	วงศ์ศักดิ์เมธี รองประธาน
๕. แพทย์หญิงพรหมนันท์	นิธิวิชา กรรมการ
๖. แพทย์หญิงณัฏฐา	รัตนวิภาภรณ์ กรรมการ
๗. นายแพทย์เจษฎาวิทย์	พุดสีแสน กรรมการ
๘. นางสาวสินทรัพย์	พิทักษ์ กรรมการ
๙. นางสาวภัทรภรณ์	แก้วดวงดี กรรมการ
๑๐. นางสาวชุติมา	สมสิทธิ์ กรรมการ
๑๑. นางสาวสิรินภา	เชื่องเงิน กรรมการ
๑๒. นางสาวกนกพร	ราชูธร กรรมการ
๑๓. นางสาวหทัยชนก	อินเปิด กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทิยา	พานิชนอก กรรมการ
๑๕. นางแพรวไพรัตน์	แย้มไคสูง กรรมการ
๑๖. นางสาวกุลธิดา	ทรัพย์เรืองศรี กรรมการ
๑๗. นางสาวดี	สมบัติ กรรมการ
๑๘. นางสาวสินธรณ์	เลิศวงศ์ทองกิจ กรรมการ
๑๙. นางสาวประภาศิริ	มะรังศรี กรรมการ
๒๐. นางสาวอริญา	สินเจริญพันธ์ กรรมการ
๒๑. นางสาวนภาพร	บัวสาย กรรมการ
๒๒. เกศิกกรณท์ปวี	กิตติศักดิ์ กรรมการ
๒๓. นางสาวสุคนธ์	สรรพชัย กรรมการ
๒๔. นางสาวอริญา	สังเกตุ กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวอรอนงค์	ขุนหอม กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG) กลุ่มโรคสูติ นรีเวช



<p>๒. ผิดอบรมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ</p> <p>๓. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ</p> <p>๔. จัดทำแผนผังการดูแลรักษา (Care Map) กลุ่มโรคติดเชื้อ และวิเคราะห์หาประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพในโรคที่เป็นตัวแทน (Proxy Diseases)</p> <p>๕. นำประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพวิเคราะห์ และออกแบบการตามรอยโรคทางคลินิก (Clinical Tracer Highlight) แล้วเขียนรายงานการประเมินตนเอง และปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพตามผลลัพธ์การดูแลรักษา</p> <p>๖. นำผลลัพธ์การตามรอยทางคลินิกวิเคราะห์ และออกแบบการบริหารจัดการการดูแลรักษาโรคอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ (Diseases Management System)</p> <p>๗. ประชุมเชิงปฏิบัติการตามผลลัพธ์ด้านความเสี่ยง และด้านคุณภาพ (Case Conference) ที่ได้จากการใช้เครื่องมือดัชนี (Trigger Tool) จากเวชระเบียน ระบบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) ตามกลุ่มโรคติดเชื้อ</p> <p>๘. นำเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) มาร่วมวิเคราะห์กับ คณะกรรมการบริหาร และพัฒนาระบบงาน โดยวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุ จัดระดับความเสี่ยง และร่วมปฏิบัติในการแก้ไขตามสาเหตุของปัญหา ตามเกณฑ์ความเสี่ยงทุกระดับ</p> <p>๙. เสริมพลังอำนาจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษามาตรฐานเกณฑ์คุณภาพ และบริบทของพื้นที่</p> <p>๑๐. งานคุณภาพอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย</p> <p><b>๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ (PCT Orthopedic) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้</b></p>		
๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโทนายแพทย์ บุระ	สินธุภากร	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ นายแพทย์พรเทพ	ตั้งกาญจนาเวชกุล	ประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นายแพทย์กัญจน์	ศักดิ์สงคราม	รองประธาน
๔. อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงปิยะอร	น้ำไพศาล	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์สุวิทย์	เถียรประธาน	กรรมการ
๖. อาจารย์ แพทย์หญิงกัญธิกา	วดีนพวงศิริ	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจนาวัฒน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์สิริวัณ	สุรพลองอาจ	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ศักดิ์ศรี	พริ้งอนันต์กุล	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์วิชัย	ปานน้อยนันท	กรรมการ
๑๑. แพทย์หญิงกมลศิริ	สุกาญจนาเศรษฐี	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์วรนาถ	ธีลาเจริญพร	กรรมการ
๑๓. แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์	เมือแก้ว	กรรมการ
๑๔. นายผาสุก	ธีระชาติ	กรรมการ

๑๕. นางสาวดวงตา	เทศเพ็ญ	กรรมการ
๑๖. นางสาวนาฏตา	พุ่มนาค	กรรมการ
๑๗. นางสาวสุทธิณี	แป้นเงิน	กรรมการ
๑๘. นางสาวทิตยา	กิริวัฒน์ศักดิ์	กรรมการ
๑๙. นายณัฐฤกษ์	มนัสศิลา	กรรมการ
๒๐. นางสาวณาดยา	ชาแก้ว	กรรมการ
๒๑. นางสาวดวงเดือน	ใบขุนทด	กรรมการ
๒๒. นายปฏิญา	เบตรี	กรรมการ
๒๓. นางสาวณัชชา	กฤติณซ์	กรรมการ
๒๔. นางสาวกิริยา	ศรีต่างคำ	กรรมการ
๒๕. นางสาวจิราภรณ์	สุขอนันต์	กรรมการ
๒๖. นางสาวทิพาพร	โชติจำลอง	กรรมการ
๒๗. นางสาวศิริกัญญา	แก้วกรมรัตน์	กรรมการ
๒๘. นางศิริกมล	พัฒน์แสง	กรรมการ
๒๙. นายวิระศักดิ์	นามมา	กรรมการ
๓๐. นางบุญญาภา	เสนครบุรี	กรรมการ
และเลขานุการ		
<b>ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้</b>		
๑. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ การวิจัยและการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์		
๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีให้ทุนจากการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ		
๓. เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและสร้างเสริมสุขภาพอนามัยทางออร์โธปิดิกส์อย่างมีคุณภาพ		
๔. งานคุณภาพอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย		
<b>๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว (PCT Family Medicine) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้</b>		
๑. อาจารย์ ดร. นายแพทย์นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเสาว	เชื้อปรุง	ประธาน
๓. แพทย์หญิงกตติวิมล	สุกัญจน์ศิริการ	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงชลลัญญา	รัตนพิบูล	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงชนนิกานต์	อัมพวงศิริรักษ์	กรรมการ
๖. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ
๗. นางสาวณัฐนันท์	ฉัตรชัยกุลศิริ	กรรมการ
๘. นางสาววิญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๙. นางอนุรักษ์	คิดเห็น	กรรมการ



๑๐. นายศิษย์ชัย	ประภาวณัฏ	กรรมการ
๑๑. นายรัชต์	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรา	เกตุภัทรโชค	กรรมการ
๑๓. นางสาวภาวนา	จำรูญ	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลดา	บุตรพันธ์	กรรมการ
๑๕. นางสาวกวีศรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๑๖. นางสาวคาภา	จุฑาทองแถม	กรรมการ
๑๗. นางสาวนันท์ฐภัส	ชานมา	กรรมการ
๑๘. นางกัญญารัตน์	มหารัตน์ตระกูล	กรรมการและเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดนโยบายการดำเนินงานให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตามมาตรฐานกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) มาตรฐานสุขภาพ ตลอดจนเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยอิงองค์ความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพแต่ละแขนงให้เกิดประโยชน์สูงสุด และบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างครบถ้วน
- สื่อสารและถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติงาน ผ่านอนุกรรมการทุกด้าน
- ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนนโยบายด้านยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- กำหนดทิศทาง ชี้นำ มุ่งภาพรวมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งหาโอกาสในการพัฒนา
- ดำเนินการค้นหา ประเมิน แก้ไข/ป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น
- ช่วยเหลือ ประสานงาน ความร่วมมือ/สนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
- ประเมิน และติดตามผล การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรค รายโรค

กระบวนการดูแล ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เป็นต้น

**๔.๒.๖ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช (PCT Psychiatry) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	ประธาน
๒. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	สิริพงศ์พันธ์	รองประธาน
๓. นางสาวสุวิทย์	กล้าพิมาย	กรรมการ
๔. นางสาวณัฐริช	คำน้อม	กรรมการ
๕. นางสาวอริยา	บุญโต	กรรมการ
๖. นางอิชฎาภรณ์	กล้าอยู่สุข	กรรมการ
๗. นางสาววริญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๘. นางสาวไอริน	พวงสมบัติ	กรรมการ
๙. เกสัชกรหญิงศุภลักษณ์	โด้สูงเนิน	กรรมการ

๑๐. นางสาวพิชญาภัค	เสียงตรง	กรรมการ
๑๑. นายรัชต์	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวณัฐริชา	เพ็ญสุข	กรรมการ
๑๓. นางวรัชญ์พร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลลดา	อุบลเรือน	กรรมการ
๑๕. นางจิตรา	ประทุมคำ	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดทิศทาง วางแผนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญทางจิตเวช
- ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขระบบ การบริการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- ประสานความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ ในการบูรณาการ การดำเนินงานให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค

**๔.๒.๗ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (Patient Support Team GP) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้**

๑. นายแพทย์อรรถเดช	ศรีพิลา	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพบุลย์ยิ่ง	รองประธาน
๓. นายแพทย์ธีรพันธุ์	พรรพสุ	กรรมการ
๔. นางนิตา	เดชพนท	กรรมการ
๕. นางสาวอัญสิ	จิตนอก	กรรมการ
๖. ภก.กิตติชัย	ธนเขตไพศาล	กรรมการ
๗. นางสาวภาณี	บุญพันธ์	กรรมการ
๘. นางสาวกัลยาณี	ภัคกิจ	กรรมการ
๙. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ
๑๐. นางสาวศิริญา	พนัญญ	กรรมการ
๑๑. นางสาวกฤษณ์	ไม้เลิศ	กรรมการ
๑๒. ทนพ.ภัทรเศรษฐ์	พลเยี่ยม	กรรมการ
๑๓. นางสาวปิตดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๔. นางสาวเนงนา	จันทร์ศิริสุข	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นางจิตรเลขา	โอฬิติจ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดนโยบายและวางแผนในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- ดำเนินการประเมินพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้
- ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล



๔.๒.๔ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาสาสาอาหุศาสตร์ (PCT Med) ประกอบด้วยบุคคล  
ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงรักธินา	ชัยณรงค์ศิริพร	ประธาน
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัครชัย	กรีฑะ	กรรมการ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรารัฐ	สุสุสิริ	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรทิพย์	นิมขุนทด	กรรมการ
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตรวดี	หอยพิบูลสุข	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพนาวรรณ	บุญโสม	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ	กังวาลทัศน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ธีรทัศน์	ชมบัณฑิต	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงชานก	เปาอินทร์	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ นายแพทย์กาญจนา	เพชรชู	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงชลธิดา	ครุฑพรชัย	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ แพทย์หญิงชนาวรรณ	สินวีระจร	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์เดชเสนา	แดงพลอย	กรรมการ
๑๔. นายแพทย์ธนภัทล	ตั้งกิจเกียรติกุล	กรรมการ
๑๕. นายแพทย์ธีรยุทธศักดิ์	เบตรภิญโญวงศ์	กรรมการ
๑๖. นางวิไลวรรณ	แดงสูงเนิน	กรรมการ
๑๗. นางพนมจิรา	ศรีธรรมสิทธิ์	กรรมการ
๑๘. นางกรรณิการ์	วงษ์ประการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวนุชนารถ	เพียรภานุ	กรรมการ
๒๐. นางสาวนันทน์	ฉัตรชัยศิริกุล	กรรมการ
๒๑. นางสาวเกศราภรณ์	นวลสกุลนิภา	กรรมการ
๒๒. นางสาวสุภาพร	เพ็งนอก	กรรมการ
๒๓. นางสาวณัฐจิรา	ป้อมปิด	กรรมการ
๒๔. นางสาวอนุภรณ์	วาชดา	กรรมการ
๒๕. นางสาววิรัชพร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๒๖. นางสาวสุรินทร์	ชุมมะเรียง	กรรมการ
๒๗. นางนิตา	แก้วคุ้ม	กรรมการ
๒๘. นางสาวนุชบา	วัชรนิธิธรรม	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๓๐. เกสร์จิรา	สภารัตน์	กรรมการ
๓๑. นางสาวสุกัญญา	หรินทร์	กรรมการ
๓๒. ทนทญ. จุฬารัตน์	เจียมธีรนาถ	กรรมการ
๓๓. ทนท. เนฐพล	พรหมอุดม	กรรมการ

๓๔. นางสาวกนกนา	สมพงษ์	กรรมการและเลขานุการ
๓๕. นางสาวกัญญา	ประทุมตรี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. วิเคราะห์โอกาสพัฒนา กำหนดทิศทาง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับศูนย์สุขภาพผู้ป่วยอย่าง  
เป็นองค์รวม
๒. บริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกโดยกระบวนการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีม  
สหสาขาวิชาชีพด้วยการค้นหาคำตอบเพื่อนำไปปรับปรุง
๓. ประสานการทำงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหา ให้การ  
สนับสนุนทรัพยากร และติดตามผลการปฏิบัติงาน
๔. ประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยใช้ตัวชี้วัดสำคัญอย่างเป็นองค์รวม
๕. สื่อสารการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ กับหน่วยงานอื่นในองค์กร

๔.๒.๕ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ประกอบด้วยบุคคล  
ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. แพทย์หญิงชนนิภา	สิมพญานิกษ์	ประธาน
๓. แพทย์หญิงศศิตา	ทองขุนวงศ์	รองประธาน
๔. นางสาวชลดา	บุตรพันธ์	กรรมการ
๕. นางสาวกัทธี	งามผลกรัง	กรรมการ
๖. นางสาวศศิตา	กว้างนอก	กรรมการ
๗. นางสาวเพ็ญศิริ	ประสิทธิ์สุภากร	กรรมการ
๘. นางสาวปิ่นนันท	ดอพล	กรรมการ
๙. นางสาวกัญญา	แสงสารวัด	กรรมการ
๑๐. นางสาวศิริพัฒน์	ภูเหล็ก	กรรมการ
๑๑. นางสาวติติยา	กิริวัฒน์ศักดิ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวศรัณย์รัชต์	วิชัยจุฬาพิทย	กรรมการ
๑๓. นางสาวนันท์ฐกิต	ขานมา	กรรมการ
๑๔. นายศิวิชัย	ประภาชนะ	กรรมการ
๑๕. นางสาวจิตรา	เกตุกะโกล	กรรมการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางสาวรัชฎา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
๒. ให้การดูแลรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่มีชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้  
ให้สามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิต
๓. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายจนกระทั่งท้ายของชีวิต



ที่บ้าน ๔. จัดหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๕. จัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน

๖. ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

๔.๒.๑๐ คณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (OSCC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์การุณพงศ์	ภักธามรุต	ประธาน
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีชา	เชื้อปรุง	รองประธาน
๓. แพทย์หญิงไวยดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงฉวีภา	รัตนวิภา	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ณัฐภูมิ	กิตติภรณ์	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อัมรินทร์กุล	กรรมการ
๗. นางสาววิไลลักษณ์	พรหมเพชร	กรรมการ
๘. เมลิสซาหญิงจิตชนก	สภารัตน์	กรรมการ
๙. นางสาวนภัสร	ภูริเดชเมธาวี	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุรินทร์	ชุ่มเมธะ	กรรมการ
๑๑. นางนันทิยา	พานิชนอก	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตลดา	ประทุมคำ	กรรมการ
๑๓. นางสาวระพีพรรณ	พิมพ์สราญ	กรรมการและเลขานุการ
๑๔. นางสาววันญา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาระบบงานศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
๒. ให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ได้รับความรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศ
๓. รับแจ้งเหตุเด็กและสตรีถูกทำร้าย รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เกี่ยวข้อง

๔. สร้างเครือข่ายการดำเนินงานช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ประสบปัญหารุนแรง
๕. คัดกรองช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยยึดแนวทางการปฏิบัติงานทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิชาชีพ

๖. เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลหรือส่งต่อหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

๕. คณะกรรมการกำกับดูแลองค์กรวิชาชีพ ประกอบด้วยคณะกรรมการดังต่อไปนี้

- ๕.๑ องค์การแพทย์
- ๕.๒ องค์การพยาบาล
- ๕.๓ องค์การวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย เมลิสซา นักกายภาพบำบัด

นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ เป็นต้น

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพและวิชาชีพ
๒. ส่งเสริมความสามัคคีและผูกพันศิษย์มาอีก ผดุงไว้ซึ่งสิทธิ ความเป็นธรรมและส่งเสริมสวัสดิการให้แก่สมาชิก
๓. ควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพให้ถูกต้องตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
๔. ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่น ๆ ตามที่สภาวิชาชีพได้กำหนดให้เป็นไปตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพและตามพระราชบัญญัติวิชาชีพที่กำหนดไว้

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป


สั่ง ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๔



(แพทย์หญิงเพ็ญศิริ เลอมาโนวรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี





**คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี**  
**ที่ ๑๒๖/ ๒๕๖๕**  
**เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบในคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ**  
**ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕**

อนุสนธิคำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๒๖/๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพสูงสุดนั้น

ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๕ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ว่าด้วยการบริหารงานวิชาการของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๓๘๓/๒๕๖๕ เรื่องจ้างพนักงานตำแหน่งบริหารวิชาการ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๒๒๒๕/๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งรองคณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จึงให้แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

**๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Quality Improvement Committee : QIC) เปลี่ยนชื่อตำแหน่งในลำดับที่ ๓๐ - ๓๔ และลำดับที่ ๕๖ จากเดิม**

๓๐. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๓๑. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๓๒. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๓๓. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๔. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๕๖. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**เป็นชื่อตำแหน่ง**

๓๐. แพทย์หัวหน้าสาขาโรค คอ นาสิกวิทยา	กรรมการ
๓๑. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ	กรรมการ
๓๒. หัวหน้าฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๓๓. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๔. หัวหน้าแผนกรังสีวินิจฉัย	กรรมการ
๕๖. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
Suranaree University of Technology

311 ถนนมิตรภาพ-ขอนแก่น Km ๑๑ ต.สุรนารี อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000 Tel. 0-4422-3000 Fax. 0-4422-4070  
311 University Avenue, Sukhothai Saranadei, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

**๒. คณะกรรมการเชื่อมสำรวจภายใน (Internal Survey : IS) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่**

“๖. อาจารย์ ดร.นายแพทย์นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	กรรมการ
---	---------

**๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ**

**๓.๑ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (Risk Management Committee : RMC) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่**

“๑๒. นางสาวสุภัทสรดา เกตุศักดิ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
---------------------------------	----------------------------

**๓.๒ คณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์ (Risk Management Doctor : RMD) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่**

“๕. พันตแพทย์กนกพัฒน์ ราชวงศ์	กรรมการ
-------------------------------	---------

**๓.๓ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation Team : RMT) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่**

“๑๑. พันตแพทย์หญิงพันธุ์ทิพย์ จิตระพีภัคเลิศ	กรรมการ
--	---------

**๓.๔ คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (Environmental Management Committee : ENV) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๑๑ จาก นายยุทธนา กระจายกลาง เป็น**

“๑๑. นางสาวมินตรา พันธุ์ภักดี	กรรมการ
-------------------------------	---------

**๓.๖.๑ คณะอนุกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Management Information System : MIS) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่**

“๔. นายแพทย์อรรถฤทธิ์ จินตวัณ	กรรมการ
๑๑. นายวรวิทย์ ประทุมตรี	กรรมการ

**๓.๖.๒ คณะอนุกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (Medical Record Audit : MRA) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่**

“๑๐. พันตแพทย์ธนาพัฒน์ ราชวงศ์	กรรมการ
--------------------------------	---------

**๓.๖.๔ คณะอนุกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องเวชระเบียน (Auditor) ปรับชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๓. จาก นายแพทย์อรรถฤทธิ์ จินตวัณ กรรมการ เป็น**

“๑. นายแพทย์อรรถฤทธิ์ จินตวัณ	ประธานและผู้ช่วยเลขานุการ
-------------------------------	---------------------------



<p>๓.๖.๕ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศให้บรรลุมาตรฐานสมาคมเวชสารสนเทศไทย (HA IT) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๑-๒ จาก ๑. พันโทหญิงนฤมล ทองวัชรไพบูลย์ ประธาน ๒. นางทองมี ขวศพัทรา รองประธาน เป็น</p>		
"๑. นายแพทย์วิญญู	สัณยวงศ์พิทย	ประธาน
๒. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	รองประธาน"
และเพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่		
"๖. ทับทิมแพทย์อนันต์	ราชวงศ์	กรรมการ"
<p>๓.๗ คณะกรรมการพัฒนาระบบยา (Pharmacy and Therapeutics Committee: PTC) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๓, ๔ และ ๑๐ จาก ๓. อาจารย์ แพทย์หญิงชลิตรา อุบลภู กรรมการ ๔. แพทย์หญิงวรรณิศา วงศ์ศักดิ์นิรันดร์ กรรมการ และ ๑๐. นายแพทย์แสงชัย งามกาญจนรัตน์ กรรมการ เป็น</p>		
"๓. อาจารย์ แพทย์หญิงนันทนัส	ประทุมเนชชา	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา	ทองดี	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์พรเทพ	ตั้งกาญจนาเวชกุล	กรรมการ"
และเพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่		
"๑๒. พันดแพทย์หญิงบุษกร	ตั้งทองศิริ	กรรมการ
๑๖. นางสาวอนันพร	ภักดีกระโทก	กรรมการ
๑๗. นางสาวปิยนันท์	วงศ์วิไลระ	กรรมการ
๑๘. นายทศพล	คุณธนาภรณ์	กรรมการ
๑๙. นางสาวฐิติรัตน์	ช้อยนอก	กรรมการ
๒๐. นางสาวศิริยากร	แก้วมงคล	กรรมการ
๒๑. นางสาววรรณวิษา	อุตรา	กรรมการ"
๔. คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก		
๔.๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team : CLT) เปลี่ยนตำแหน่งของคณะกรรมการลำดับที่ ๒-๔ และ ๑๓-๑๔ จากเดิม		
"๒. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล		รองประธาน
๓. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม		กรรมการ
๔. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม		กรรมการ
กรรณและชื่อ		กรรมการ
๑๓. แพทย์หัวหน้าแผนก ศัลยกรรม		กรรมการ
๑๔. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือผู้แทน		กรรมการ
๑๕. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์		กรรมการ
๑๖. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม		กรรมการ

๓๗. หัวหน้าแผนกรังสี			กรรมการ
๓๘. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน			กรรมการ
๑๙. แพทย์หัวหน้าแผนก ศัลยกรรม			กรรมการ
๒๐. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู			กรรมการ
๒๑. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์			กรรมการ
๒๒. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม			กรรมการ
๒๓. หัวหน้าแผนกรังสี			กรรมการ
๒๔. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย			กรรมการ"
เป็นชื่อตำแหน่ง			
"๒. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคการ			รองประธาน
๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล			กรรมการ
๔. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม			กรรมการ
๑๓. แพทย์หัวหน้าสาขาจิตเวช			กรรมการ
๑๔. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคการ			กรรมการ
๑๕. หัวหน้าฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์			กรรมการ
๑๖. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม			กรรมการ
๑๗. หัวหน้าแผนกรังสีวินิจฉัย			กรรมการ
๑๘. แพทย์หัวหน้าสาขาโรค คอ นาสีวิทยา			กรรมการ
๑๙. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย			กรรมการ"
๔.๒.๒ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (PCT Surgery) เพิ่มชื่อ			
คณะกรรมการลำดับที่			
"๑๔. พันดแพทย์ปัจฉิม	เนืองโคตะ		กรรมการ"
๔.๒.๓ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติ นรีเวชกรรม (PCT Obstetrics and Gynecology) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๒๓. จาก นางสาวสุคนธ์ สรรพผลชัย กรรมการ เป็น			
"๒๓. เทคนิคการแพทย์หญิงนิติรัตน์	สุกสิณี		กรรมการ"
๔.๒.๔ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว (PCT Family Medicine) เปลี่ยนรายชื่อคณะกรรมการจาก			
"๑. อาจารย์ ดร.นายแพทย์นิวัฒน์ชัย	นางวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา	
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริพร	เชื้อประจักษ์	ประธาน	
๓. แพทย์หญิงพัชร์วิมล	สุกสิณีศิริกุล	กรรมการ	
๔. แพทย์หญิงชลลดา	รัตนพิบูลย์	กรรมการ	
๕. แพทย์หญิงณิภาณันท์	ลิ้มพวงนาวิชัย	กรรมการ	
๖. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ	



๓. นางสาวณภัสนันท์	อัครชัยกุลศิริ	กรรมการ
๔. นางสาววิญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๕. นางอนุรักษ์	คิดเห็น	กรรมการ
๖. นายศิษย์ชัย	ประภาวณัฏ	กรรมการ
๗. นายรัชต์	แดงสกุล	กรรมการ
๘. นางสาวจิตรรา	เกษมทรัพย์โท	กรรมการ
๙. นางสาวภาวณา	จำรูญ	กรรมการ
๑๐. นางสาวชอลดา	บุตรพันธ์	กรรมการ
๑๑. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๑๒. นางสาวชดาภา	จรรยาของแถม	กรรมการ
๑๓. นางสาวนันท์รัฐภัท	ชานมา	กรรมการ
๑๔. นางกัญญาวิรัตน์	มหาวิทยาลัยพระกุล	กรรมการและเลขานุการ

เป็นรายชื่อคณะกรรมการ ดังนี้

๑. อาจารย์ ดร.นายแพทย์วิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์วิวัฒน์ชัย	สัตยวงศ์พิชัย	รองประธาน
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิริชา	เชื้อปรุง	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงพัชรีวิมล	สุกัญญาศิริกุล	กรรมการ
๕. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชลลดา	รัตนทิพย์	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงชนนิภาณต์	สิมพณดาบุรุษ	กรรมการ

๗. นางสาวชนพร	สุวัณณ์	กรรมการ
๘. นางสาวปิ่นนัท	ศอพล	กรรมการ
๙. นางกัญญาวิรัตน์	มหาวิทยาลัยพระกุล	กรรมการ
๑๐. นางสาววิญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๑๑. นางสาวอติยา	กวีวัฒนาศักดิ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวศรีญา	อุทัยมา	กรรมการ
๑๓. นางอนุรักษ์	คิดเห็น	กรรมการ
๑๔. นายศิษย์ชัย	ประภาวณัฏ	กรรมการ
๑๕. นางสาวจุไรรัตน์	เอี่ยมปา	กรรมการ
๑๖. นางสาวจิตรรา	เกษมทรัพย์โท	กรรมการ
๑๗. นางสาวภาวณา	จำรูญ	กรรมการ
๑๘. นางสาวชอลดา	บุตรพันธ์	กรรมการ
๑๙. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๒๐. นางสาวชดาภา	จรรยาของแถม	กรรมการ

๒๑. นางสาวนันท์รัฐภัท	ชานมา	กรรมการ
๒๒. แพทย์หญิงศิริดา	ทองขุนวงศ์	กรรมการและเลขานุการ

นอกจากนี้แล้วให้ไปเป็นไปตามคำสั่งเดิมทุกประการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(แพทย์หญิงวิมลศิริ เลขาธิการศูนย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี





คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รพ. / ๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Committee : QIC) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ นั้น

ด้วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีมีจุดมุ่งหมายหลักในการแก้ไขและพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ใช้กลไกการบริหารจัดการที่ดี จึงต้องพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีในแต่ละด้านให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และสามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๔ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ว่าด้วยการบริหารงานวิสาหกิจของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๗๘๓/๒๕๖๔ เรื่องจ้างพนักงานตำแหน่งบริหารวิชาการ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ดังต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการด้านการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team : CLT) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑.๑. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ	เป็น	ประธาน
๑.๒. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล	เป็น	กรรมการ
๑.๓. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๔. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๕. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	เป็น	กรรมการ
๑.๖. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๗. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	เป็น	กรรมการ
๑.๘. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติเวชกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๙. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	เป็น	กรรมการ
๑.๑๐. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	เป็น	กรรมการ
๑.๑๑. แพทย์หัวหน้าสาขาจุฬาริทยา	เป็น	กรรมการ
๑.๑๒. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ	เป็น	กรรมการ
๑.๑๓. หัวหน้าฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	เป็น	กรรมการ
๑.๑๔. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม	เป็น	กรรมการ

-๒-

๑.๑๕. หัวหน้าแผนกรังสีวินิจฉัย	เป็น	กรรมการ
๑.๑๖. แพทย์หัวหน้าสาขาโรค คอ นาสีกริทยา	เป็น	กรรมการ
๑.๑๗. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	เป็น	กรรมการ
๑.๑๘. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	เป็น	กรรมการ
๑.๑๙. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๒๐. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๒๑. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	เป็น	กรรมการ
๑.๒๒. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๒๓. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	เป็น	กรรมการ
๑.๒๔. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติเวชกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๒๕. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	เป็น	กรรมการ
๑.๒๖. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	เป็น	กรรมการ
๑.๒๗. พันโทหญิงหญิงคุณธนา ทองวัชรไพบลุย์	เป็น	กรรมการและเลขานุการ ๑
๑.๒๘. นางสาวศุภวรรณ ชาติศรีจันทร์	เป็น	กรรมการและเลขานุการ ๒
๑.๒๙. นางอัญชลี รอดสิน	เป็น	กรรมการและเลขานุการ ๓
๑.๓๐. เกษิกรหญิงนิรชา สาระกุล	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ๑
๑.๓๑. พันพญ. นิตินันท์ ชุติพงษ์	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ๒
๑.๓๒. นายชัยชนก ชุติพงษ์	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ๓

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดแนวปฏิบัติความปลอดภัยด้านการดูแลผู้ป่วย และสื่อสารนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มองภาพรวมของการดูแลรักษาผู้ป่วย
- จัดทำแผนปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วย
- วิเคราะห์ข้อมูล ทบทวน/ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก วางระบบในการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อให้หน่วยงานปฏิบัติในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร พร้อมทั้งติดตามตัวชี้วัดทางคลินิกให้บรรลุเป้าหมายองค์กร
- ทบทวนกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาขององค์กร
- เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมทบทวนทางคลินิกเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย



-๓๖-

๒. คณะกรรมการด้านการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee : RMC)  
ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๒.๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทธมรุต	เป็น	ประธาน
๒.๒. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจน์รัตน์	เป็น	รองประธาน
๒.๓. อาจารย์ ดร. นริศกษณ์	สุวรรณโณบล	เป็น	กรรมการ
๒.๔. อาจารย์ นายแพทย์จิรวิวัฒน์	พรพรสุ	เป็น	กรรมการ
๒.๕. อาจารย์ นายแพทย์ปณตพล	เต็มสินสุข	เป็น	กรรมการ
๒.๖. ทันตแพทย์อัมรินทร์	ราชวงศ์	เป็น	กรรมการ
๒.๗. เกษิตกรวาลูก	ศิริชาติ	เป็น	กรรมการ
๒.๘. นางสาวศุภวรรณ	ชาติศิริรินทร์	เป็น	กรรมการ
๒.๙. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	เป็น	กรรมการ
๒.๑๐. นางณัฐธานี	แป้นศรี	เป็น	กรรมการ
๒.๑๑. พันโทหญิงณัฐ	ทองวัชรไพฑูย์	เป็น	กรรมการ
๒.๑๒. นางอัญชลี	รอดสิน	เป็น	กรรมการ
๒.๑๓. นางวันดี	ดิใหม่	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๒.๑๔. นางสาวณิธิ	สุริยนต์	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดแผนปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล และประสานงานกับคณะกรรมการด้านอื่น ๆ เพื่อสื่อสารนโยบายบริหารความเสี่ยงให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ
- กำกับติดตาม และกระตุ้นให้เกิดการจัดทำความเสี่ยงเชิงป้องกัน เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ
- สรุปวิเคราะห์ความเสี่ยงภาพรวม แจ้งคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ให้คำปรึกษาหน่วยงานในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดทำคู่มือหรือวิธีปฏิบัติงานเพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไขความเสี่ยงประจำหน่วยงานให้บรรลุตามเป้าหมาย
- กระตุ้นการสร้างเจตคติที่ดีในองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย

๓. คณะกรรมการด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infection Control Committee : ICC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๓.๑. อาจารย์นายแพทย์ฤทธิชัย	วิสุเทพ	เป็น	ประธาน
๓.๒. อาจารย์ แพทย์หญิงปณินท์	ศรีนุศาสตร์	เป็น	รองประธาน
๓.๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสหทัย	นิยะโมส	เป็น	กรรมการ
๓.๔. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อัมวัฒกุล	เป็น	กรรมการ
๓.๕. นายแพทย์ภาณุพันธ์	วิเศษไวยาร	เป็น	กรรมการ
๓.๖. นางสาวอนพร	สุวัฒน์	เป็น	กรรมการ
๓.๗. นางสาวรัตน์	อมตฉายา	เป็น	กรรมการ

-๓๗-

๓.๘. นางสาวนุชจรี	ศรีกัญญา	เป็น	กรรมการ
๓.๙. ทันตแพทย์อัมรินทร์	ราชวงศ์	เป็น	กรรมการ
๓.๑๐. นางสาวสุรางคณา	พรหมภาค	เป็น	กรรมการ
๓.๑๑. นางสาวณภาพ	อมเจริญวงศ์	เป็น	กรรมการ
๓.๑๒. เกษิตกรวาลูก	เกิดกลาง	เป็น	กรรมการ
๓.๑๓. นายอนุชา	พรโสภณ	เป็น	กรรมการ
๓.๑๔. นางอัญชลี	รอดสิน	เป็น	กรรมการ
๓.๑๕. นางสมณิ	โรจน์ศิริ	เป็น	กรรมการ
๓.๑๖. นายทรงกิจ	จิตกัณต์สินทร์	เป็น	กรรมการ
๓.๑๗. นางสาวประกายแก้ว	พลแสน	เป็น	กรรมการ
๓.๑๘. นางศุภลักษณ์	อานาเสียว	เป็น	กรรมการ
๓.๑๙. นางสาวภาวดี	บุญหัน	เป็น	กรรมการ
๓.๒๐. นางนันทา	พลสะอาด	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๓.๒๑. นางสาวลักขณา	กิตติศักดิ์	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓.๒๒. นายกิตติภูมิ	สุวรรณโคสิน	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดมาตรการ ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติงานให้ครอบคลุมงานในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำหนดวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์แนวโน้ม และนำข้อมูลไปใช้ประเมินผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำหนดมาตรการ แนวทางในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ การใช้ยาทำลายเชื้อตามมาตรฐาน การดูแลสุขภาพบุคลากร การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น
- จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- เผยแพร่นโยบายป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้บุคลากรทุกระดับทุกหน่วยงานได้รับทราบ และปฏิบัติตามอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
- จัดอบรม พัฒนา บุคลากรให้ความรู้ในด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำกับดูแล ประเมินผลผลการดำเนินงานด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การสอบสวน และควบคุมการระบาด ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินการให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของห้องปฏิบัติการเพื่อประโยชน์การวินิจฉัยโรค การรักษาและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- มีการประชุมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อให้ทราบปัญหา และร่วมกันพิจารณาหาแนวทางแก้ไขอย่างต่อเนื่อง หรือจัดประชุมชี้แจงหากพบว่ามีปัญหาผิดปกติ เช่น การระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล หรือวางแผนการเตรียมรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย



-๕-

๔. คณะกรรมการด้านเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee : PTC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๔.๑. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา	เกียรตินิมิต	เป็น	ประธาน
๔.๒. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ	กังวาลทัศน์	เป็น	รองประธาน
๔.๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสิริลา	สุขภัก	เป็น	กรรมการ
๔.๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสิริกานต์	กังวาลทัศน์	เป็น	กรรมการ
๔.๕. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์	ตันติสิริกุล	เป็น	กรรมการ
๔.๖. อาจารย์ แพทย์หญิงอรวิรัตน์	สิริพงศ์พันธ์	เป็น	กรรมการ
๔.๗. นายแพทย์อรรคเดช	ศรีพิลา	เป็น	กรรมการ
๔.๘. อาจารย์ นายแพทย์ภาณุพันธ์	วิเศษไวยาร	เป็น	กรรมการ
๔.๙. นพ.ณัฐกรเกียรติ	ชัยบรรจงวัฒน์	เป็น	กรรมการ
๔.๑๐. นายเอกรินทร์	อินทร์รัมย์	เป็น	กรรมการ
๔.๑๑. นายชญก	อ่อนนอก	เป็น	กรรมการ
๔.๑๒. นางสาวแพรวโพธิ์	แอ้มโคกสูง	เป็น	กรรมการ
๔.๑๓. นางสาวสุรางคณา	พรหมมาศ	เป็น	กรรมการ
๔.๑๔. นางสาวบุญญาพร	วันทองทิ	เป็น	กรรมการ
๔.๑๕. นางสาวยุทิน	เลาขุนทด	เป็น	กรรมการ
๔.๑๖. นางวิไลวรรณ	แดบสูงเนิน	เป็น	กรรมการ
๔.๑๗. นางสาวอนิษา	ภักดีกระโทก	เป็น	กรรมการ
๔.๑๘. นางสาวปณิญา	ศุภธนการ	เป็น	กรรมการ
๔.๑๙. นางสาวจิตจุฑา	ห้วยสันเทียะ	เป็น	กรรมการ
๔.๒๐. นางสาวจิราภรณ์	สุขอนันต์	เป็น	กรรมการ
๔.๒๑. นางสาวนันทิยา	ชนะเชื่อน	เป็น	กรรมการ
๔.๒๒. นางสาวภาวดี	บุญทัน	เป็น	กรรมการ
๔.๒๓. นางสาวฐิติรัตน์	ช้อยนอก	เป็น	กรรมการ
๔.๒๔. นางสาวศิริยากร	แก้วมงคล	เป็น	กรรมการ
๔.๒๕. นางสาวเกศราภรณ์	นวลสกุลนิภา	เป็น	กรรมการ
๔.๒๖. นางสาวจิระภา	นิคคง	เป็น	กรรมการ
๔.๒๗. เกษิณกรพูนภิรมย์	ดางสูงเนิน	เป็น	กรรมการ
๔.๒๘. เกษิณกรพูนภิรมย์	เกิดกลาง	เป็น	กรรมการ
๔.๒๙. เกษิณกรผาสุก	ศิริชาติ	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๔.๓๐. เกษิณกรพูนภิรมย์	สุขศรี	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๔.๓๑. เกษิณกรพูนภิรมย์	นอกกระโทก	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๔.๓๒. นางสาวณิก	ฮอนชาติ	เป็น	กรรมการและเลขานุการ

-๖-

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดมาตรการพัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา
- ประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงข้อมูลในหอและติดตาม/ประเมินผลการดำเนินการนโยบาย พัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัย
- พิจารณารายการยา และสารเคมีเข้า-ออกจากบัญชียาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักวิชาแพทยศาสตร์
- ประเมินและติดตามผลของการใช้ยาในกลุ่มที่ต้องประเมินเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยา อย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาล
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย

๕. คณะกรรมการด้านการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (One Stop Crisis Center : OSCC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๕.๑. อาจารย์นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุณ	เป็น	ประธาน
๕.๒. แพทย์หญิงศวิลา	ทองขุนทด	เป็น	รองประธาน
๕.๓. อาจารย์แพทย์หญิงบุญบุษ	จงเจริญใจ	เป็น	กรรมการ
๕.๔. แพทย์หญิงณัฏฐา	รัตนวิภาพร	เป็น	กรรมการ
๕.๕. อาจารย์นายแพทย์ณัฐวุฒิ	กิตติภรณ์	เป็น	กรรมการ
๕.๖. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อินวัฒน์กุล	เป็น	กรรมการ
๕.๗. นางสาววิไลลักษณ์	พรหมเพชร	เป็น	กรรมการ
๕.๘. นางสาวนิตสร	ภูริเดชเมธาวี	เป็น	กรรมการ
๕.๙. นางสาวสุนิษา	ชุมมะเวง	เป็น	กรรมการ
๕.๑๐. นางสาวบุษมา	สมสิทธิ์	เป็น	กรรมการ
๕.๑๑. นางจิตติลา	ประทุมคำ	เป็น	กรรมการ
๕.๑๒. นางสาวนันทา	ญาติเจริญ	เป็น	เลขานุการ
๕.๑๓. นางสาววิญญา	สินธิยานนท์	เป็น	ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดแนวปฏิบัติและวางแผนพัฒนาระบบงานศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
- ให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ได้รับอันตรายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ
- รับแจ้งเหตุเด็กและสตรีถูกทำร้าย รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- สร้างเครือข่ายการดำเนินงานช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรง
- คัดกรองช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยยึดแนวทางการปฏิบัติงานที่สหสาขาวิชาชีพ
- เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลหรือห้องต่อหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย



-๗-

๖. คณะกรรมการด้านการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (Environmental Management Committee : ENV) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๖.๑. อาจารย์ ดร.นริศกษณ์ สุวรรณโณบล	เป็น	ประธาน
๖.๒. พันโทหญิงหญิงนฤมล ทองวัชรโพนุลย์	เป็น	รองประธาน
๖.๓. นายวัชรินทร์ สิงคินะ	เป็น	กรรมการ
๖.๔. นางสาวกนกมาศ จงเจริญวงศ์	เป็น	กรรมการ
๖.๕. นายทรงกิจ จิตมัทธินันท์	เป็น	กรรมการ
๖.๖. นางสาวนันท์รัฐกิจ ขานมา	เป็น	กรรมการ
๖.๗. นางสาวมินตรา พันธุ์ภักดี	เป็น	กรรมการ
๖.๘. นางสาวฐิติมา จำปามูล	เป็น	กรรมการ
๖.๙. นายวัชรวิทย์ เขตอริยกุล	เป็น	กรรมการ
๖.๑๐. นางสาวกัญญาณี ภักดีกิจ	เป็น	กรรมการ
๖.๑๑. นางสาวอนพร สุบวิมล	เป็น	กรรมการ
๖.๑๒. นางสาวสุพิชชา ทรมนบุตร	เป็น	กรรมการ
๖.๑๓. นางสาวศนาพรรณ บุญนารัตน์	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๖.๑๔. นางสาวศรัณญา อุตัยมา	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖.๑๕. นางสาวสุกัลลรา เกตุศักดิ์	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. วางแผนปรับปรุงโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพอาคารสถานที่ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ให้ปลอดภัยได้มาตรฐานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย สอดคล้องตามกฎหมายที่กำหนด
๒. วางแผนและออกแบบการบริหารจัดการวัสดุและของเสียอันตราย ระบบการจัดการขยะให้เป็นไปตามกฎหมาย และมาตรฐานที่กำหนด
๓. วิเคราะห์และจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย และดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ
๔. วางแผนและกำกับติดตาม ระบบสาธารณสุขโรค การบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ สรุปรวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางในการแก้ไข นำไปพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง
๕. จัดสภาพแวดล้อมในองค์กร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปและกำกับติดตามให้เป็นไปตามมาตรการกำหนด
๖. พัฒนาศักยภาพให้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไปให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลรักษาพื้นที่สิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และเฝ้าต่อการเฝ้าระวัง
๗. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย

-๘-

๗. คณะกรรมการด้านการจัดการสารสนเทศโรงพยาบาล (IMC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๗.๑. นายแพทย์ธีรภัทร แสงทองพิทักษ์	เป็น	ประธาน
๗.๒. นายแพทย์อนุฤทธิ์ จินศิริรักษ์	เป็น	รองประธาน
๗.๓. อาจารย์ แพทย์หญิงวิจุลดา เกียรติมงคล	เป็น	กรรมการ
๗.๔. หัวหน้าฝ่ายการแพทย์	เป็น	กรรมการ
๗.๕. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	เป็น	กรรมการ
๗.๖. หัวหน้าฝ่ายพยาบาลด้านการบริหารแผนงาน	เป็น	กรรมการ
๗.๗. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม	เป็น	กรรมการ
๗.๘. หัวหน้าฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	เป็น	กรรมการ
๗.๙. หัวหน้าแผนกเวชระเบียนและเวชสถิติ	เป็น	กรรมการ
๗.๑๐. หัวหน้าแผนกหลักประกัน	เป็น	กรรมการ
๗.๑๑. หัวหน้าแผนกจักษุ โสต ศอ นาสิก	เป็น	กรรมการ
๗.๑๒. หัวหน้าแผนกสารสนเทศ	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๗.๑๓. เจ้าหน้าที่ธุรการแผนกสารสนเทศ	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวปฏิบัติสารสนเทศให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล
๒. บริหารจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
๓. พัฒนาศักยภาพข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาล
๔. ติดตามการดำเนินงานตามแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ
๕. วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานสารสนเทศโรงพยาบาล เสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลตามสมควร
๖. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย

๘. คณะกรรมการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ประกอบด้วย บุคคล ดังต่อไปนี้

๘.๑. แพทย์หญิงชนนิภาณต์ ลิ้มหงษานุรักษ์	เป็น	ประธาน
๘.๒. แพทย์หญิงศศิวิดา ทองขุนวงศ์	เป็น	รองประธาน
๘.๓. นางสาวอรอนงค์ เอกพงศ์เมธี	เป็น	กรรมการ
๘.๔. นางสาวชลดา บุตรพันธ์	เป็น	กรรมการ
๘.๕. นางสาวศศิวิดา กว้างนอก	เป็น	กรรมการ
๘.๖. นางสาวหิรัญจามพุดกั้ง	เป็น	กรรมการ



-๙-

๘.๓. นางสาวปริยาภรณ์	วงศ์ศักดิ์	เป็น	กรรมการ
๘.๘. นางสาวอภิรัตน์	คำชัยวิวัฒน์	เป็น	กรรมการ
๘.๙. นางสาวภาวนา	จำรูญ	เป็น	กรรมการ
๘.๑๐. นางสาวอินยาพร	ผดุงชีพ	เป็น	กรรมการ
๘.๑๑. นางสาวศิริพัฒน์	ภูเหล็ก	เป็น	กรรมการ
๘.๑๒. นางสาวพิทยา	ศิริวัฒน์ศักดิ์	เป็น	กรรมการ
๘.๑๓. นางสาวนันทิยา	ขานมา	เป็น	กรรมการ
๘.๑๔. นายศิวิชัย	ประภาวณิช	เป็น	กรรมการ
๘.๑๕. นางสาวจิตรา	เกษมศิริโชค	เป็น	กรรมการ
๘.๑๖. นางสาวกัญญา	แสงสารวิธ	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๘.๑๗. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. กำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
๒. ให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ให้สามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิต
๓. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายจนวาระสุดท้าย
๔. จัดหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
๕. จัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน
๖. ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ลง ณ วันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(แพทย์หญิงเพ็ญศิริ เลอมนานวรัตน์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



## ภาคผนวก ค-9

---

### นโยบายความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน





## ประกาศโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### เรื่อง นโยบายความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้ตระหนักถึงความสำคัญด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่จะส่งผลกระทบต่อบุคลากร ผู้มารับบริการ จึงได้กำหนดนโยบายความปลอดภัยอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อกำหนดของกฎหมาย และข้อบังคับอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
๒. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะสนับสนุนการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน เพื่อให้มั่นใจว่าความเสี่ยงได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างถูกต้อง และเหมาะสม
๓. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ความสามารถ มีความตระหนัก และสร้างจิตสำนึกต่องานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน
๔. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ในด้านงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ระบบการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และ พลังงาน ได้รับการพัฒนา
๕. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สนับสนุนให้มีการลดใช้กล่องโฟมหรือถุงพลาสติก ดำเนินการคัดแยกขยะและกำจัดขยะให้เหมาะสมตามแนวทางของโรงพยาบาล และเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับโรงพยาบาล
๖. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับมีการตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีนป้องกันโรคประจำปี และส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยจัดสรรพื้นที่สำหรับออกกำลังกายภายใน โรงพยาบาล
๗. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะดำเนินการประหยัดพลังงานอย่างเหมาะสม โดยกำหนดเป้าหมายการใช้พลังงานในแต่ละปี
๘. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะปฏิบัติตามระบบการจัดการพลังงานของกรมพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน



## ภาคผนวก ค-10

---

### ปริมาณขยะรีไซเคิล ปริมาณขยะต่าง ๆ



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2565 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2565)

น้ำหนักขยะติดเชื้อ

ปีงบประมาณ 2563

เดือน	ขยะติดเชื้อ(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะอันตราย(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะเคมีบำบัด(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	รวม
ตุลาคม	8,870.00	70,960.00	222.00	7,770.00	-	-	
พฤศจิกายน	5,903.00	47,224.00	124.00	4,340.00	-	-	
ธันวาคม	4,146.00	33,168.00	97.00	3,395.00	-	-	
มกราคม	6,992.00	55,936.00	175.00	6,125.00	-	-	
กุมภาพันธ์	5,775.00	46,200.00	440.00	15,400.00	-	-	
มีนาคม	7,199.00	57,592.00	150.00	5,250.00	-	-	
เมษายน	6,252.00	50,016.00	185.00	6,475.00	-	-	
พฤษภาคม	6,245.00	49,960.00	166.00	5,810.00	-	-	
มิถุนายน	7,352.00	58,816.00	80.00	2,800.00	93.00	3,255.00	
กรกฎาคม	7,900.00	63,200.00	20.00	700.00	83.00	2,905.00	
สิงหาคม	8,778.00	70,224.00	64.00	2,240.00	108.00	3,780.00	
กันยายน	9,081.00	72,648.00	73.00	2,555.00	143.00	5,005.00	
รวม(กก./บาท)	84,493.00	675,944.00	1,796.00	62,860.00	427.00	14,945.00	
เฉลี่ยต่อเดือน(กก.)	7,041.08	56,328.67	149.67	5,238.33	35.58	1,245.42	

\*\*หมายเหตุ

ค่ากำจัดขยะติดเชื้อ ราคา/กิโลกรัมละ 8 บาท

ค่ากำจัดขยะอันตราย/เคมีบำบัด ราคา/กิโลกรัมละ 35 บาท





น้ำหนักขยะติดเชื้อ

ปีงบประมาณ 2564

เดือน	ขยะติดเชื้อ(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะอันตราย(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะเคมีบำบัด(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	หมายเหตุ
ตุลาคม	10,512.00	84,096.00	56.00	1,960.00	157.00	5,495.00	
พฤศจิกายน	10,571.00	84,568.00	20.00	700.00	76.00	2,660.00	
ธันวาคม	11,709.00	93,624.00	23.00	805.00	102.00	3,570.00	
มกราคม	10,555.00	84,440.00	130.00	4,550.00	77.00	2,695.00	
กุมภาพันธ์	9,099.00	72,792.00	8.00	280.00	23.00	805.00	
มีนาคม	10,705.00	85,640.00	-	-	34.00	1,190.00	
เมษายน	9,145.00	73,160.00	-	-	78.00	2,730.00	
พฤษภาคม	9,905.00	79,240.00	40.00	1,400.00	11.00	385.00	
มิถุนายน	10,534.00	84,272.00	-	-	53.00	1,855.00	
กรกฎาคม	13,205.00	105,640.00	-	-	37.00	1,295.00	
สิงหาคม	19,751.00	158,008.00	-	-	20.00	700.00	
กันยายน	22,635.00	181,080.00	-	-	-	-	
รวม(กก./บาท)	115,534.00	1,186,560.00	178.00	9,695.00	333.00	23,380.00	
เฉลี่ยต่อเดือน	9,627.83	98,880.00	14.83	807.92	27.75	1,948.33	

\*\* หมายเหตุ

ค่ากำจัดขยะติดเชื้อ ราคา/กิโลกรัมละ 8 บาท

ค่ากำจัดขยะอันตราย/เคมีบำบัด ราคา/กิโลกรัมละ 35 บาท





น้ำหนักระยะติดเชื้อ

ปีงบประมาณ 2565

เดือน	ขยะติดเชื้อ(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะอันตราย(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะเคมีบำบัด(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	หมายเหตุ
ตุลาคม	24,460.00	195,680.00	-	-	-	-	
พฤศจิกายน	22,860.00	182,880.00	-	-	25.00	875.00	
ธันวาคม	21,425.00	171,400.00	-	-	10.00	350.00	
มกราคม	24,622.00	196,976.00	-	-	-	-	
กุมภาพันธ์	25,760.00	206,240.00	-	-	-	-	
มีนาคม	31,350.00	250,800.00	-	-	-	-	
เมษายน	28,559.00	228,472.00	-	-	-	-	
พฤษภาคม	26,440.00	211,520.00	-	-	-	-	
มิถุนายน	22,626.00	181,008.00	-	-	-	-	
กรกฎาคม	19,390.00	155,120.00	-	-	-	-	
สิงหาคม	22,104.00	176,832.00	15.00	525.00	41.00	1,435.00	98 และขึ้น2วันเวช
กันยายน			-	-	-	-	
รวม(กก./บาท)	269,616.00	2,156,928.00	15.00	525.00	76.00	2,660.00	
เฉลี่ยต่อเดือน(กก.)	26,961.60	215,692.80	1.88	65.63	9.50	332.50	
เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)		215,692.80		65.63		332.50	

\*\* หมายเหตุ

ค่ากำจัดขยะติดเชื้อ ราคา กิโลกรัม ละ 8 บาท

ค่ากำจัดขยะอันตราย/เคมีบำบัด ราคา กิโลกรัม ละ 35 บาท



เดือน	โรงพยาบาล	
	ขอรับ (กก.)	เคสหาย (กก.)
1 พฤษภาคม 2562	22,110	-
1 มิถุนายน 2562	17,610	-
1 กรกฎาคม 2562	18,300	-
1 สิงหาคม 2562	21,270	-
1 กันยายน 2562	17,780	-
1 ตุลาคม 2562	16,765	-
1 พฤศจิกายน 2562	18,470	-
1 ธันวาคม 2562	18,390	-
โดยรวม	150,695	0
1 มกราคม 2563	18,020	-
1 กุมภาพันธ์ 2563	20,470	-
1 มีนาคม 2563	19,690	-
1 เมษายน 2563	18,320	-
1 พฤษภาคม 2563	19,340	-
1 มิถุนายน 2563	17,700	-
1 กรกฎาคม 2563	18,780	-
1 สิงหาคม 2563	30,990	-
1 กันยายน 2563	24,190	-
1 ตุลาคม 2563	25,490	-
1 พฤศจิกายน 2563	24,600	-
1 ธันวาคม 2563	23,850	-
โดยรวม	261,440	0
1 มกราคม 2564	18,250	-
1 กุมภาพันธ์ 2564	16,040	116
1 มีนาคม 2564	21,460	411
1 เมษายน 2564	19,130	573
1 พฤษภาคม 2564	27,419	647
1 มิถุนายน 2564	26,730	727
1 กรกฎาคม 2564	26,030	897
1 สิงหาคม 2564	27,750	1,390
1 กันยายน 2564	29,740	1,871
1 ตุลาคม 2564	26,650	1,813
1 พฤศจิกายน 2564	28,040	2,215
1 ธันวาคม 2564	29,520	2,207
โดยรวม	296,759	12,867
1 มกราคม 2565	32,680	2,277
1 กุมภาพันธ์ 2565	30,740	2,146
1 มีนาคม 2565	34,690	2,578
1 เมษายน 2565	26,867	2,469
1 พฤษภาคม 2565	34,240	2,345
1 มิถุนายน 2565	32,335	2,656
1 กรกฎาคม 2565	29,895	2,638
1 สิงหาคม 2565	38,185	2,979
1 กันยายน 2565	38,920	1,845
1 ตุลาคม 2565	37,985	3,090
1 พฤศจิกายน 2565	36,720	3,370
1 ธันวาคม 2565	35,625	5,490
โดยรวม	408,882	33,883
รวมทั้งสิ้น (กก.)	1,117,776	46,750

น้ำหนักขยะทั้งหมดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เดือน	จำนวน(กก.)						หมายเหตุ
	ขยะทั่วไป	เศษอาหาร	ขยะติดเชื้อ	ขยะเคมีบำบัด	ขยะอันตราย	ขยะรีไซเคิล	
ต.ค. 65			16,058.00	345.00	145.00	4,075.40	
พ.ย. 65			16,147.90	245.00	51.00	4,699.00	
ธ.ค. 65			18,544.00	-	-	5,426.80	
ม.ค. 66	37,772.00	5,380.00	17,425.00	325.00	275.00	6,930.05	
ก.พ. 66	32,220.00	3,130.00	16,125.00	113.00	509.00	5,670.75	
มี.ค. 66	34,040.00	3,950.00	18,620.00	332.00	74.00	5,764.50	
เม.ย. 66	29,210.00	1,590.00	16,484.00	448.00	-	4,329.50	
พ.ค. 66	35,610.00	1,000.00	19,041.00	387.00	145.00	5,982.00	
มิ.ย. 66	29,350.00	830.00	18,125.00	-	-	6,725.00	
ก.ค. 66							
ส.ค. 66							
ก.ย. 66							
รวมทั้งหมด	198,202.00	15,880.00	156,569.90	2,195.00	1,199.00	49,603.00	
เฉลี่ยเดือน	33,033.67	2,646.67	19,571.24	274.38	149.88	6,200.38	

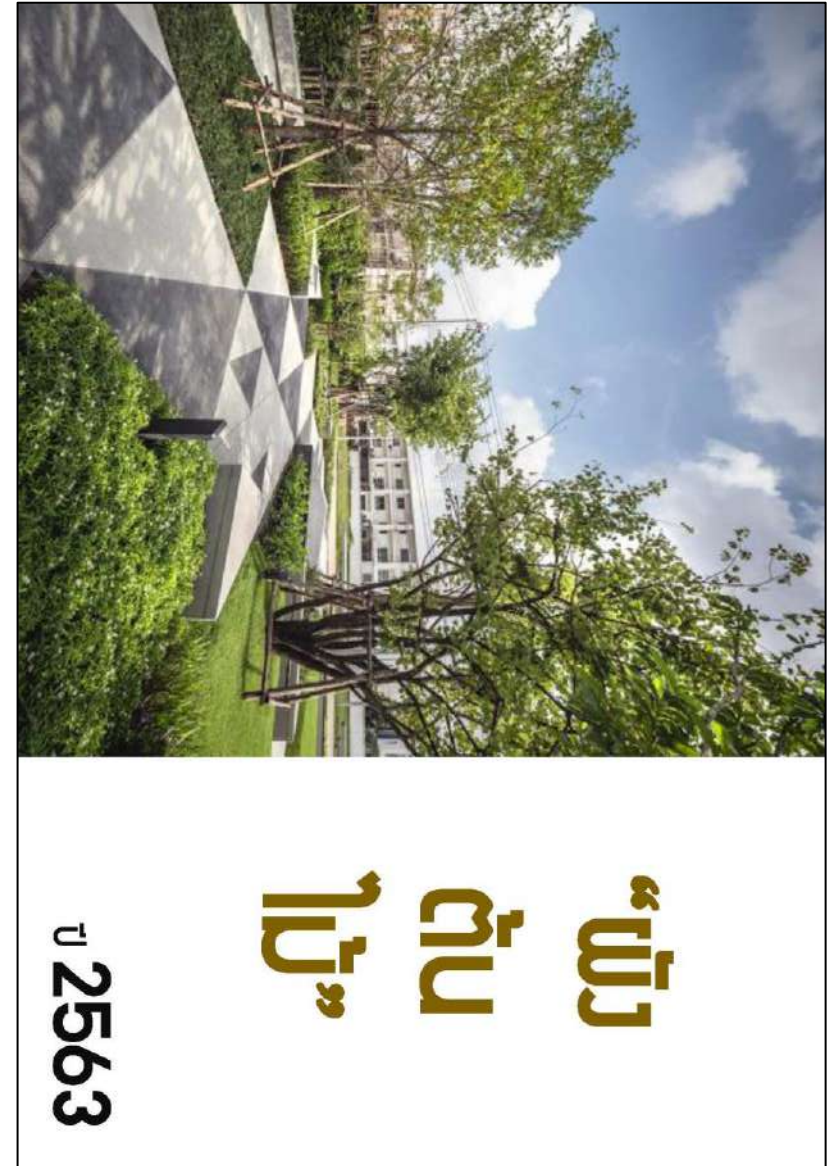


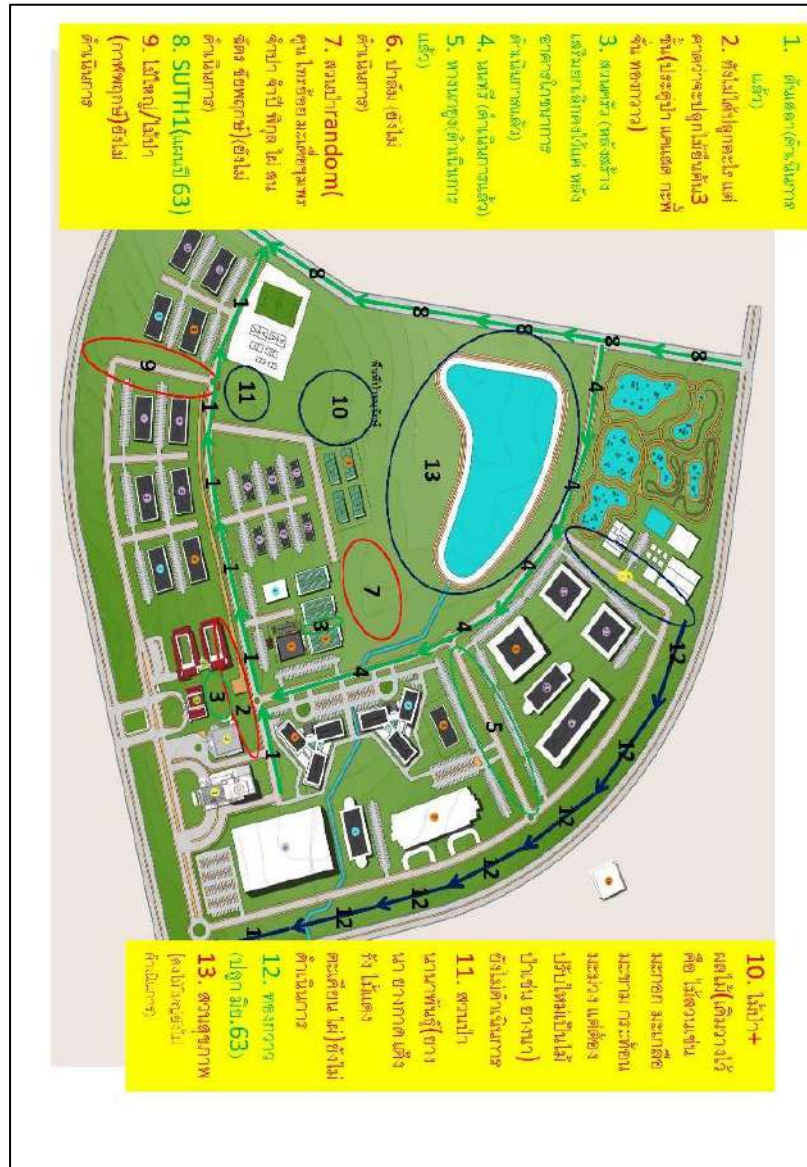
## ภาคผนวก ค-11

---

### แผนการปลูกต้นไม้ประจำปี














## เช็ก จำนวน ประชากร “ ตำบลไผ่ ”



<b>1.ต้นบุนนาค</b>  จำนวนต้นต้น <b>461</b> ต้น รอด ต้น <b>206</b> ต้น				<b>2.ต้นเสลา</b>  จำนวนต้นต้น <b>263</b> ต้น รอด ต้น <b>201</b> ต้น				<b>3.ต้นเหลืองชาหยราย</b>  จำนวนต้นต้น <b>500</b> ต้น รอด ต้น <b>184</b> ต้น				<b>4.ต้นสารภ</b>  จำนวนต้นต้น <b>461</b> ต้น รอด ต้น <b>338</b> ต้น			
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--




	9. ต้นสะเดา		10. ต้นมะขาม		11. ต้นสัก		12. ต้นหางนกยูง
จำนวนต้นต้น	-	จำนวนต้นต้น	-	จำนวนต้นต้น	-	จำนวนต้นต้น	150
ต้น	ต้น	ต้น	ต้น	รอด	รอด	รอด	รอด
ต้น	3	-	-	ต้น	3	ต้น	2
-	-	-	-	ไม่รอด	ไม่รอด	ไม่รอด	ไม่รอด
ต้น	-	ต้น	-	ต้น	-	ต้น	132
-	-	-	-	ต้น	5	ต้น	5

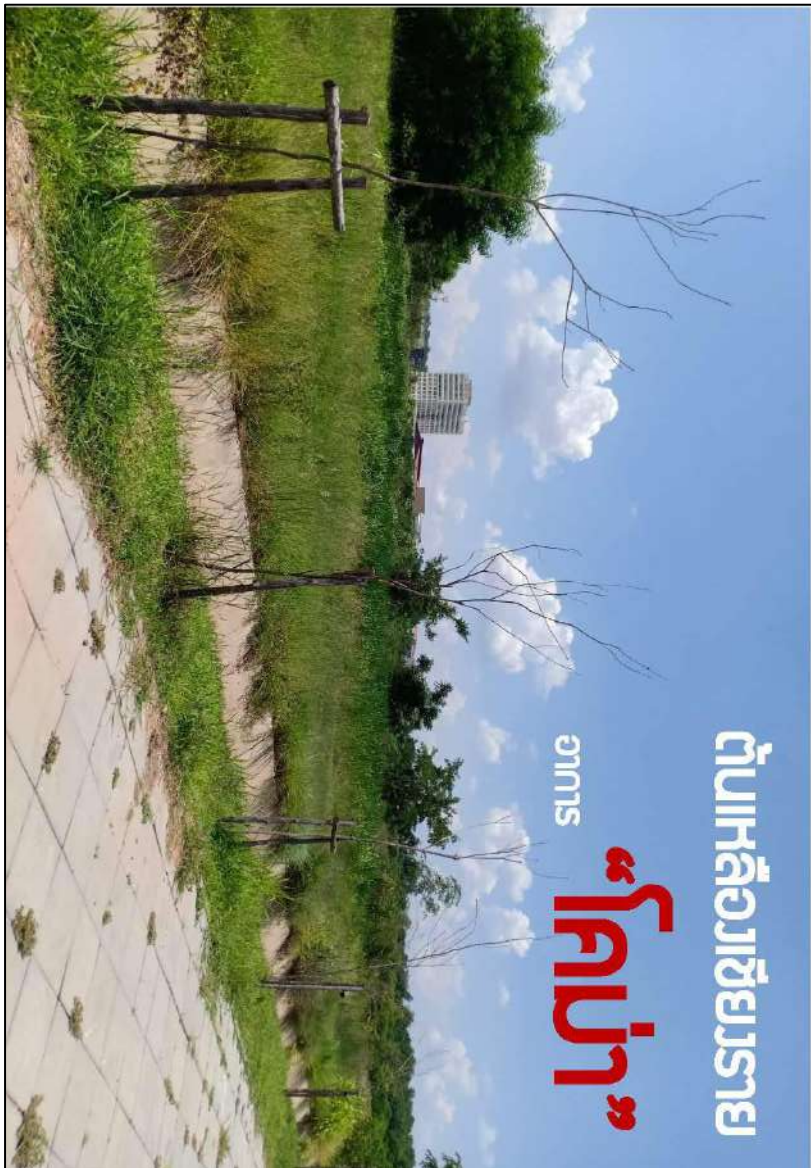
	5. ต้นปอทอง		6. ต้นกอกาว		7. ต้นเตย		8. ต้นเหลืองปรีดียาธร
จำนวนต้นต้น	-	จำนวนต้นต้น	-	จำนวนต้นต้น	-	จำนวนต้นต้น	-
ต้น	ต้น	ต้น	ต้น	รอด	รอด	รอด	รอด
ต้น	27	-	-	ต้น	25	ต้น	11
-	-	-	-	ต้น	3	ต้น	8
-	-	-	-	ต้น	1	ต้น	1





	13. ต้นตีนเป็ด		14. ต้นกระบก		15. ต้นมะม่วง
จำนวนตัวต้น		จำนวนตัวต้น		จำนวนตัวต้น	
-		-		-	
ต้น		ต้น		ต้น	
รอด		ไม่รอด		รอด	
ไม่รอด		รอด		รอด	
1		-		1	
ต้น		ต้น		ต้น	
ต้น		ต้น		ต้น	
ต้น		ต้น		ต้น	





## ต้นไม้



## พืช ... ธรรมชาติ

**ชื่อวิทยาศาสตร์:** *Tabebuia chrysotricha* (Mart. ex DC.) Standl.  
**ชื่อเรียกอื่น:** Golden trumpet tree  
**ลักษณะ:** ไม้ต้นขนาดเล็ก สูง 3-6 เมตร ผลัดใบ ใบประกอบรูปไข่แกว่ง เรียงตรงข้าม ใบย่อย 5 ใบ รูปรีแกมรูปไข่กลับ แผ่นใบสาก ข้นเหนียว ปลายมน โคนมน ฐานใบสอบ ปลายมนแหลมมน ขอบใบหยักห่างๆ ดอกออกเป็นช่อที่ปลายกิ่ง กลีบเลี้ยง 5 กลีบ เชื่อมติดกันเป็นหลอด ข้นเหนียว ปลายมน โคนมน ฐานใบสอบ โคนมน ฐานใบสอบ เชื่อมติดกันเป็นหลอด รูปแตร ผลเป็นผลแห้งแตก สีส้มแดง มีกลิ่นหอม รสขม  
**การกระจายพันธุ์:** พบทั่วไปในอเมริกาเขตร้อน (บราซิล) การปลูกเลี้ยง ไม้ประดับ ไม้กลางแจ้ง ขยายพันธุ์ เพาะเมล็ด  
**ช่วงเวลาการออกดอก:** มกราคม - เมษายน  
**ประโยชน์:** ปลูกเป็นไม้ประดับ  
**การใช้ประโยชน์ด้านสมุนไพร:** -

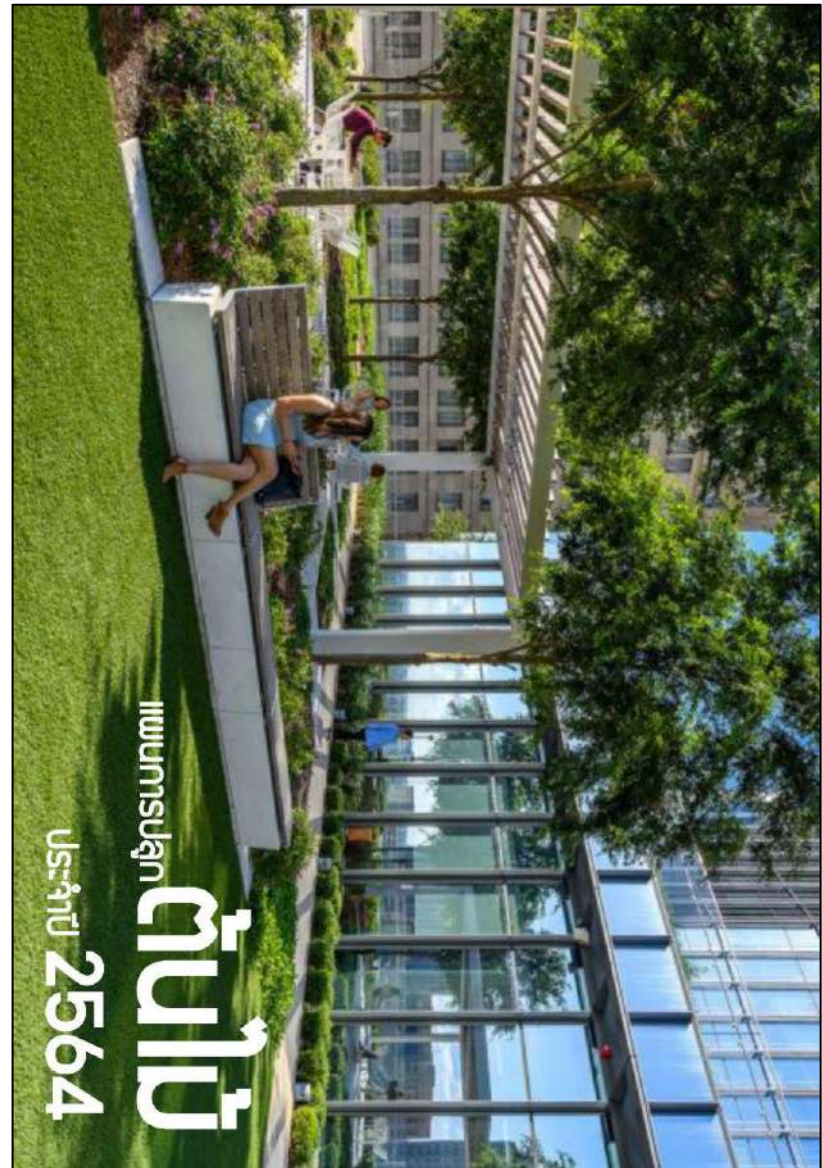
## ต้นไม้ ..?

## จากต้นไม้ ..?

## ● แสงแดดจัด

## น้ำปานกลาง ..?







ควร  
ปลูกต่อ  
ในพื้นที่  
ที่สามารถ  
“ดูแล”  
ได้ทั่วถึง

... จะปลูกต่อ ...  
แล้วให้แถวช่วยเหลือ  
หรือ  
บำรุงรักษาต้นเดิม  
หรือ  
“ควบคู่” กับใบ





บริเวณน้ำพุ                      สวนหย่อมด้านซ้าย                      สวนหย่อมด้านขวา



1.

## โครงการปรับปรุงภูมิทัศน์ หน้าอาคารศูนย์รังสิตวิจิตร (รวมเวียมน้ำพุ)

- จัด **สวนหิน** ด้านหน้าอาคารทั้ง 2 ฝั่งใช้ไม้พุ่มเตี้ย , ตกแต่งหินกรวดแม่น้ำ
- ปูสื่กไม้พุ่มเตี้ย - ไม้พุ่มกลาง ล้อมรอบเวียมน้ำพุ







ยี่โถแคะ

เทียน

คริสต์น้า



### โครงการปรับปรุงภูมิทัศน์ ทางเดินเข้า COVER WAY [3 แยกอาภากรโกนถรรบ กิ่ง อาภากรโกนถรรบเป็นเล็ค]

- จัดใหม่บน บริเวณที่ว่างข้างทางเดิน กิ่ง 2 ฝั่งใช้ใหม่เป็นเตียง





## โครงการปลูกรักษัฟักปลอดภัย

### ปัจจุบัน



- มีหญ้าปกคลุม
- ต้นผัก ผลไม้ บางส่วนตายสาเหตุ
  - ถูกชุดออกเพื่อเดินสายไฟใต้ดิน
  - น้ำท่วม

### ผลผลิต ด้านหลังตึกโภชนาการ



### ผลผลิตข้างตึกทันตกรรม



### ปัจจุบัน



## โอกาสพัฒนาปี 2566

- จัดตั้งโครงการชมรมปลูกผักปลอดภัย
- - เพื่อดูแลและบำรุงรักษาแปลงผักที่มีอยู่ปัจจุบัน
- - เพื่อปลูกเพิ่มตามฤดูกาล

## งานสุขาภิบาลอาหาร

- การส่งตรวจจุลินทรีย์ในอาหารปีละ 1 ครั้ง ตรวจ **Aerobic plate count , Clostridium perfringens, Salmonella spp., Staphylococcus aureus** (ตรวจโดยศูนย์เครื่องมือและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)
- การตรวจสุขาภิบาลอาหารไตรมาสละ 1 ครั้ง (ตรวจโดยทีมระบาคาของ รพ.)

## เมนูสุขภาพ



## โอกาสพัฒนาปี 2566

- - เพิ่มเมนูสุขภาพของร้านอาหารภายในโรงพยาบาล
- - การตรวจสุขาภิบาลอาหารจากผู้ตรวจประเมินภายนอก
- - เมนูอาหารผู้ป่วยในของโรงพยาบาล กลุ่มอาหารเฉพาะโรค เป็นเมนูสุขภาพทั้งหมด

## ภาคผนวก ค-12

---

### สถิติอุบัติเหตุทางถนนในบริเวณใกล้เคียงและบริเวณพื้นที่โครงการ



## มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)

บันทึกเหตุการณ์การจราจร ประจำปีงบประมาณรวม - ธันวาคม 2564								
ครั้งที่	วันที่	เวลา	สถานที่	ผู้บันทึกเหตุการณ์	รายละเอียด	ผู้บาดเจ็บ (คน)	ผู้เสียชีวิต (คน)	ทรัพย์สินเสียหาย (มูลค่า)
1	19-Jan-64	12.49 น.	ถนนจอมพลกษัตริย์ 1.5 กม.	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์ ซึ่งไปชนสิ่งกีดขวาง	ไม่มี	ไม่มี	ทรัพย์สินเสียหาย 1.5 กม.
2	21-Jan-64	13.00 น.	แยกทางเข้าอาคาร 1 อาคาร	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
3	23-Jan-64	17.00 น.	แยกทางเข้าสวนสาธารณะ 2 อาคาร	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
4	25-Jan-64	11.25 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถ 6 ล้อชนกับรถจักรยานยนต์	รถ 6 ล้อชนกับรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
5	31-Jan-64	13.57 น.	บริเวณประตูทางเข้า	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
6	1-Feb-64	04.20 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
7	19-Feb-64	15.38 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
8	22-Feb-64	13.22 น.	แยกทางเข้าสวนสาธารณะ 2 อาคาร	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
9	24-Mar-64	11.50 น.	บริเวณทางแยกหน้าสำนักงานสวนสาธารณะ	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	2 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
10	30-Mar-64	12.51 น.	บริเวณทางแยกถนนสุขุมวิท 1	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
11	9-Apr-64	18.58 น.	บริเวณทางแยกหน้าสำนักงานสวนสาธารณะ	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
12	28-Apr-64	10.20 น.	บริเวณทางแยกหน้าสำนักงานสวนสาธารณะ	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
13	27-May-64	11.30 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
14	31-May-64	21.00 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
15	9-Jun-64	12.40 น.	แยกทางเข้าสวนสาธารณะ 2 อาคาร	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
16	28-Jun-64	07.48 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
17	23-Jul-64	11.40 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
18	21-Aug-64	13.41 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
19	26-Aug-64	18.59 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
20	7-Sep-64	07.40 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
21	22-Sep-64	07.58 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
22	1-Nov-64	17.55 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
23	2-Nov-64	17.40 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
24	4-Nov-64	00.44 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี
25	6-Nov-64	00.55 น.	ถนน มทส. 1 ขาเข้า กิโลเมตรที่ 1.5 กิโลเมตร 304	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์	1 (คน) ฆ	ไม่มี	ไม่มี



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

จุดพิพาททางวิชาการ ประจำปีเพื่อเมทริกซ์ - ธันวาคม 2564								
ครั้งที่	วันที่	เวลา	สถานที่	ผู้พิพาททางวิชาการ	สาเหตุ	ผู้บาดเจ็บ (คน)	ผู้เสียชีวิต (คน)	ทรัพย์สิน/ความเสียหาย
26	10-Nov-64	14.30 น.	ประชุมเชิงปฏิบัติการ	นาย รณภูมิ 6 ชื่อ พ.ดร.จิระเดช	ท่ารถ มอเตอ ซ้ำกับรถ 6 ชื่อ	ไม่มี	ไม่มี	เศษชิ้นส่วน 2 ชิ้น
27	12-Nov-64	11.50 น.	ถนนสองสายทางรถไฟ	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ทรัพย์สิน 2 คันชนรถจักรยานยนต์
28	15-Nov-64	07.47 น.	ประชุมเชิงปฏิบัติการ	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	เศษชิ้นส่วน 2 ชิ้น
29	23-Nov-64	17.50 น.	ถนนสองสาย ทางรถไฟ 17	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
30	24-Nov-64	07.25 น.	ถนนสองสาย ทางรถไฟ 17	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
31	2-Dec-64	20.50 น.	ถนนสองสาย ทางรถไฟ 17	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
32	10-Dec-64	14.50 น.	ถนนสองสาย ทางรถไฟ 17	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
33	15-Dec-64	21.50 น.	ถนนสองสาย ทางรถไฟ 17	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
34	16-Dec-64	06.02 น.	ถนนสองสาย ทางรถไฟ 17	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
35	18-Dec-64	20.50 น.	ถนนสองสาย ทางรถไฟ 17	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
36	20-Dec-64	12.25 น.	ถนนสองสาย ทางรถไฟ 17	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
37	21-Dec-64	15.00 น.	ถนนสองสาย ทางรถไฟ 17	รถจักรยานยนต์ 2 คันชนรถจักรยานยนต์	คนขับรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

[illegible]

## มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

[illegible]

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

[illegible]

คู่มือการจัดการจราจร ประจำเดือนมกราคม - ธันวาคม 2566											
ครั้งที่	วันที่	เวลา	สถานที่	กิจกรรมพื้นที่	พิธีกร	ผู้บันทึกเหตุการณ์	สาเหตุ	ผู้พบเห็น (ชื่อ)	ผู้เกี่ยวข้อง (ชื่อ)	ทรัพย์สินเสียหาย	ผลการดำเนินงาน
1	7-1-66	09.00 น.	บริเวณลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	การนำรถเข้าจอดไม่ตรง	นางสาว ก. ก.			
2	2-2-66	07.25 น.	บริเวณประตูทางออกใต้ถุน	การนำรถเข้าจอด		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
3	3-2-66	15.55 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	ไม่มี			แจ้งให้เจ้าหน้าที่ดูแลบริเวณ
4	7-2-66	04.40 น.	ประตูทางออกใต้ถุน	การนำรถเข้าจอด		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	ไม่มี		เจ้าหน้าที่ดูแลบริเวณ	แจ้งให้เจ้าหน้าที่ดูแลบริเวณ
5	7-2-66	13.47 น.	บริเวณประตูทางออกใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
6	11-2-66	10.19 น.	บริเวณลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
7	14-2-66	15.19 น.	บริเวณประตูทางออกใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
8	18-2-66	09.59 น.	บริเวณลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
9	23-2-66	15.41 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
10	27-2-66	09.55 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
11	28-2-66	18.29 น.	บริเวณลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	ไม่มี			
12	21-3-66	08.29 น.	บริเวณลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
13	24-3-66	09.40 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
14	4-4-66	02.00 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
15	7-4-66	17.03 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	ไม่มี			
16	7-4-66	12.20 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
17	7-4-66	17.19 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	ไม่มี			
18	10-4-66	10.29 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	ไม่มี			
19	10-4-66	21.00 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
20	12-4-66	20.30 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
21	12-4-66	22.45 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
22	14-4-66	17.56 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
23	20-4-66	03.21 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
24	21-4-66	15.20 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
25	21-4-66	15.29 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
26	21-4-66	21.21 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			
27	22-4-66	16.59 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	ไม่มี			
28	24-4-66	14.25 น.	ลานจอดรถใต้ถุน	การนำรถเข้า		รถจักรยานยนต์สีม่วง	รถจักรยานยนต์จอดไม่ตรง	น.ส. ก. ก.			





ศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ - ธันวาคม 2566											
ครั้งที่	วันที่	เวลา	สถานที่	นักเขียนบท	พิธีกร	ผู้ดำเนินรายการ	สาขา	ผู้ชมรับชม (คน)	ผู้ชมวิดิโอ (คน)	ทรัพย์สินทางปัญญา	ผลการดำเนินงาน
56	23-May-66	07.55 น.	สนามหญ้า - อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
57	23-May-66	16.01 น.	ศูนย์วิจัยพืชสวน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
58	24-May-66	08.40 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
59	24-May-66	17.57 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
60	25-May-66	17.52 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
61	4-Jun-66	23.00 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
62	6-Jun-66	17.13 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
63	9-Jun-66	08.35 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
64	9-Jun-66	11.45 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
65	9-Jun-66	18.15 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
66	10-Jun-66	09.20 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
67	10-Jun-66	17.17 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
68	11-Jun-66	08.10 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
69	12-Jun-66	17.22 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
70	12-Jun-66	17.50 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
71	14-Jun-66	22.10 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
72	17-Jun-66	18.22 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
73	22-Jun-66	08.04 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
74	23-Jun-66	09.20 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
75	25-Jun-66	18.25 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
76	26-Jun-66	17.17 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
77	29-Jun-66	08.01 น.	อาคาร 101 โถงสวนหิน	นางสาว		รศ.ดร.กนกพร	การเกษตร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี



## ภาคผนวก ค-13

---

การสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจ

การสำรวจข้อมูลทางด้านสุขภาพสาธารณสุข และการบริการสาธารณสุข





รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง  
และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ  
และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ของ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

โทรศัพท์ 0-4437-6555



จัดทำโดย

หน่วยวิจัยและที่ปรึกษาเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมสุรนารี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

โทรศัพท์ 0-4422-4451 โทรสาร 0-4422-4220

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
สารบัญ		ก
สารบัญตาราง		ข
สารบัญรูป		ค
ภาคผนวก		ง
1	วัตถุประสงค์	1
2	วิธีการศึกษาสำรวจ	1
2.1	วิธีการศึกษาสำรวจข้อมูลทางด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง	1
2.2	วิธีการศึกษาสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ	1
3	ผลการศึกษา	2
3.1	ผลการศึกษาสำรวจข้อมูลทางด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง	2
3.2	ผลการศึกษาสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยของผู้เข้ารับบริการ	10
3.3	ผลศึกษาสำรวจระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการต่อการรับบริการของพนักงานเจ้าหน้าที่	14



สารบัญ ข

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่	สารบัญตาราง	หน้า
ตารางที่ 3.1-1	ผลดีและผลเสียที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการช่วงเวลาดำเนินการ	3
ตารางที่ 3.2-1	สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก โรงพยาบาลสมทวิทย์เทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. 2562 - 2566	11
ตารางที่ 3.2-2	สถิติการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสมทวิทย์เทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. 2562 - 2566	12
ตารางที่ 3.3-1	ความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสมทวิทย์เทคโนโลยีสุรนารี	17



สารบัญ ๓

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รูปที่	สารบัญรูป	หน้า
รูปที่ 3.3-1	จุดสัมผัสกับตัวอย่างผู้พักอาศัยบริเวณโดยรอบพื้นที่โรงพยาบาลสมทวิทย์เทคโนโลยีสุรนารี	4
รูปที่ 3.1-2	การประกอบอาชีพหลักของครัวเรือน	4
รูปที่ 3.1-3	ความพึงพอใจต่อระบบการคมนาคม (ถนนชุมชน/ทางหลวง)	5
รูปที่ 3.1-4	ความพึงพอใจต่อระบบไฟฟ้า	5
รูปที่ 3.1-5	ความพึงพอใจต่อระบบประปา	6
รูปที่ 3.1-6	ความพึงพอใจต่อการจัดการขยะ	6
รูปที่ 3.1-7	ความพึงพอใจต่อการจัดการน้ำเสีย	7
รูปที่ 3.1-8	ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน	7
รูปที่ 3.1-9	ภาพบรรยากาศการสัมภาษณ์ผู้พักอาศัยบริเวณโดยรอบโรงพยาบาลสมทวิทย์เทคโนโลยีสุรนารี	8
รูปที่ 3.2-1	กลุ่มโรคที่ผู้ตอบแบบสอบถามเจ็บป่วยบ่อยที่สุด	12
รูปที่ 3.2-2	สาเหตุของโรคที่ผู้ตอบแบบสอบถามคิดว่าทำให้เกิดการเจ็บป่วย	13
รูปที่ 3.2-3	วิธีการเตรียมการป้องกันโรคและผลพวงของผู้ตอบแบบสอบถาม	13
รูปที่ 3.3-1	คิวอาร์โค้ดแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสมทวิทย์เทคโนโลยีสุรนารี	19



สารบัญ ๔



รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

#### ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก แบบสอบถามข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลทางด้านสุขภาพ สาธารณสุข และการบริการสาธารณะ
- ภาคผนวก ก1 φόρμแบบสอบถามข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลทางด้านสุขภาพ สาธารณสุข และการบริการสาธารณะ
- ภาคผนวก ก2 ผลการตอบแบบสอบถามข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลทางด้านสุขภาพ สาธารณสุข และการบริการสาธารณะ
- ภาคผนวก ข แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- ภาคผนวก ข1 φόρμแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- ภาคผนวก ข2 ผลการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



สารบัญ จ

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

#### รายงาน

#### ผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ

##### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1. เพื่อศึกษาสำรวจข้อมูลทางด้านสังคมเศรษฐกิจ อาชีพรายได้และสภาพความเป็นอยู่บริเวณโดยรอบพื้นที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่เกิดการเปลี่ยนแปลงพร้อมโครงการ
- 1.2. เพื่อศึกษาสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยของผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- 1.3. เพื่อศึกษาสำรวจระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการต่อการรับบริการของพนักงาน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

##### 2. วิธีการศึกษาสำรวจ

##### 2.1. วิธีการศึกษาสำรวจข้อมูลทางด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง

- 2.1.1. รวบรวมข้อมูลสุขภาพเศรษฐกิจและสังคมของผู้อยู่อาศัยบริเวณโดยรอบโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งจากส่วนกลางและท้องถิ่น
- 2.1.2. รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพ การจัดการขยะ การจัดการน้ำเสีย และระบบสาธารณสุขจากข้อมูลของผู้อาศัยบริเวณโดยรอบ
- 2.1.3. ลงพื้นที่สำรวจและเก็บแบบสอบถามข้อมูลทางด้านสังคมเศรษฐกิจในรัศมี 4 กิโลเมตรบริเวณพื้นที่โดยรอบโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

##### 2.2. วิธีการศึกษาสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ

- 2.2.1. รวบรวมข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถิติการเข้ารับการรักษาและสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้มาใช้บริการ
- 2.2.2. ลงพื้นที่สำรวจและเก็บแบบสอบถามระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการต่อการรับบริการของพนักงาน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



หน้าที 1



รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งได้การเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### 3. ผลการศึกษา

#### 3.1. ผลการศึกษาสำรวจข้อมูลทางด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาสำรวจข้อมูลทางด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ข้อมูลอาชีพความเป็นอยู่ ระบบสาธารณูปโภคของผู้พักอาศัยบริเวณพื้นที่โดยรอบโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในรัศมีศึกษา 4 กิโลเมตร ช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 พื้นที่ศึกษาแสดงดังรูปที่ 3.3-1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18-29 ปี ถึงร้อยละ 47.33 มีสถานะโสดและเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อยู่ในบริเวณโดยรอบโครงการมีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 45.00 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ วช. ร้อยละ 43.33 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ย้ายมาจากที่อื่นร้อยละ 55.33 สาเหตุของการย้ายมาเพื่อมาศึกษาต่อหรือย้ายมาทำงาน ทั้งนี้ยังมีประชาชนคนท้องถิ่นที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามมีปริมาณใกล้เคียงกันกับประชาชนที่ย้ายมาจากที่อื่นถึงร้อยละ 46.67 การประกอบอาชีพหลักของครัวเรือนหากไม่นับรวมนิสิตนักศึกษาแล้วส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือลูกจ้างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ครัวเรือนส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพเสริม และร้อยละ 96.00 ไม่พบปัญหาในการประกอบอาชีพ ครัวเรือนที่พบปัญหาในการประกอบอาชีพ ปัญหาเกิดจากภัยแล้งที่เจ็ดขึ้นตามฤดูกาลหรือเศรษฐกิจไม่ค่อยดีทำให้ค้าขายได้น้อยลง สภาพแวดล้อม สาธารณูปโภค และสาธารณูปการในปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถามทุกหลังคาเรือนมีน้ำประปาหรือน้ำประปาบาดาลไว้ใช้ในการอุปโภค ทั้งยังมีปริมาณเพียงพอตลอดทั้งปี ด้านการคมนาคมผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อระบบการคมนาคมอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 67.00 กรณีที่พอจะระดับพอใช้หรือไม่ดีพบสภาพปัญหาถนนชำรุด เป็นหลุมเป็นบ่อ ช่องจราจรแคบในบางช่วงเส้นทาง รสช.ทางกันล้าบางบริเวณ ทั้งนี้สภาพปัญหาที่พบเจอในบริเวณที่พักอาศัยของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้านไฟฟ้าผู้ตอบแบบสอบถามมีไฟฟ้าใช้ทุกหลังคาเรือน ความพึงพอใจอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 71.67 กรณีที่พอจะระดับพอใช้หรือไม่ดีพบสภาพปัญหาไฟฟ้าดับบ่อยหรือไฟฟ้าดับบ่อยหรือดับนานเกินในโดยเฉพาะในช่วงที่มีฝนตก ด้านการจัดการขยะของชุมชนพบว่าร้อยละ 81.00 มีความพึงพอใจต่อการจัดการขยะของชุมชนอยู่ในระดับดีมีระดับขยะเข้ามาขนถ่ายขยะเป็นประจำ ทั้งนี้ในบางชุมชนยังพบปัญหาเจ้าหน้าที่เร่งช่วงระยะเวลาเก็บขนทำให้ขยะล้นถัง หรือพบปัญหามีจำนวนถังขยะไม่เพียงพอต่อผู้พักอาศัยในชุมชน ด้านการจัดการน้ำเสียของชุมชนผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการจัดการน้ำเสียในชุมชนอยู่ในระดับดีร้อยละ 82.33 กรณีที่พอจะระดับพอใช้หรือไม่ดีพบสภาพปัญหาน้ำเสียหรือระบบบำบัดน้ำเสียมีารอุดตัน แดกชำรุดเสียหายขาดการซ่อมบำรุงดูแลรักษา ทั้งนี้ยังมีบางครัวเรือนไม่ได้รับการจัดการน้ำเสียหรือระบบบำบัดน้ำเสียยังเข้าไม่ถึงสิ่งที่อยู่อาศัยถึงร้อยละ 3.00 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ได้รับการจัดการน้ำเสียจะระบายน้ำเสียลงสู่ที่ลุ่มใกล้บ้าน หรือระบายลงสู่บ่อซึมที่ขุดไว้ใกล้บ้าน หากพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของกันและกันในชุมชนมีความสัมพันธ์ผูกพันกันระดับปานกลาง สภาพแวดล้อมโดยรวมของชุมชนอยู่ในระดับดี ไม่มีปัญหาในชุมชนทั้งด้านการประกอบอาชีพและปัญหาด้านสังคม หรือหากมีปัญหาด้านสังคมด้านการศึกษาโดยเฉพาะบาง ๆ ครัวเรือนเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย

หน้า 2



รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งได้การเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

จากการสำรวจข้อมูลผลเสียหลังจากมีการสร้างอาคารภายในพื้นที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ข้อมูลการสำรวจแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 3.1-1 พบว่า ประชาชนผู้พักอาศัยบริเวณโดยรอบโรงพยาบาลคิดว่าตั้งแต่มีการสร้างอาคารทำให้มีการจ้างงานท้องถิ่นเพิ่มขึ้นระดับปานกลาง รายได้จาก การประกอบอาชีพเพิ่มขึ้นระดับปานกลาง เศรษฐกิจท้องถิ่นมีความเติบโตขึ้นและท้องถิ่นมีรายได้จากภาษีเพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง รวมทั้งยังมีการพัฒนาระบบสาธารณูปโภค เช่น น้ำ ไฟฟ้า ประปา ถนน บริเวณโดยรอบพื้นที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีในระดับปานกลาง และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่คิดว่าโรงพยาบาล มีการสนับสนุนกิจกรรม ประเพณี วัฒนธรรมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3.1-1 ผลดีและผลเสียที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการช่วงเวลาดำเนินการ

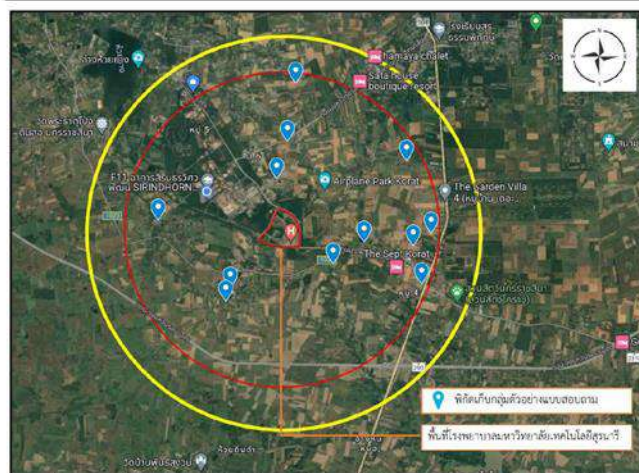
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ไม่ได้รับ		น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 มีการจ้างงานท้องถิ่น	14	4.67	17	5.67	223	74.33	46	15.33
2 รายได้เพิ่มขึ้นจากการประกอบอาชีพ	15	5.00	21	7.00	217	72.33	47	15.67
3 เศรษฐกิจท้องถิ่นเติบโตขึ้น	12	4.0	18	6.00	211	70.33	59	19.67
4 ท้องถิ่นมีรายได้จากภาษี	11	3.67	20	6.67	209	69.67	60	20.00
5 พัฒนาระบบสาธารณูปโภค เช่น น้ำ ไฟฟ้า ประปา ถนน	10	3.33	23	7.67	199	66.33	68	22.67
6 สนับสนุนกิจกรรม / ประเพณี วัฒนธรรมของชุมชน	12	4.00	22	7.33	217	72.33	49	16.33

ที่มา : ทดสอบวิธีสัมภาษณ์ภาคสนามในพื้นที่จังหวัดสุรนารี, 2566

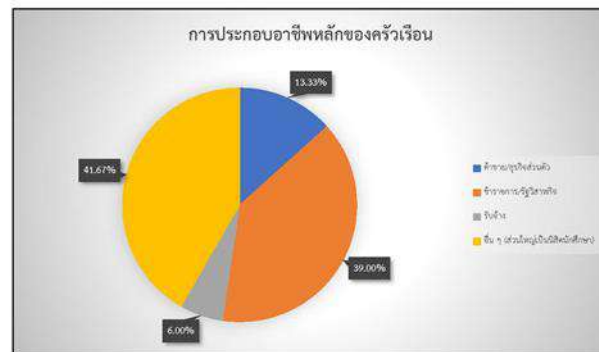
หน้า 3



รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจซึ่งได้ดำเนินการเก็บแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



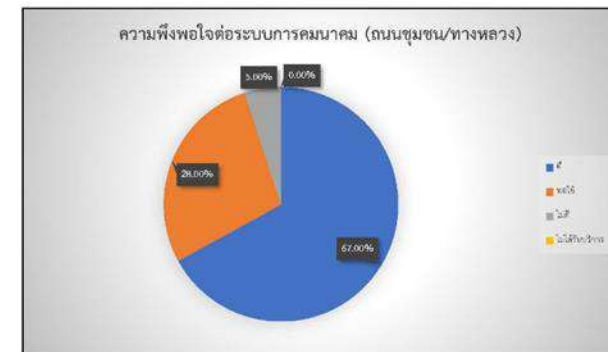
รูปที่ 3.3-1 จุดศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพโดยรอบพื้นที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



รูปที่ 3.1-2 การประกอบอาชีพหลักของครัวเรือน



รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจซึ่งได้ดำเนินการเก็บแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



รูปที่ 3.1-3 ความพึงพอใจต่อการบริการคมนาคม (ถนนชุมชน/ทางหลวง)



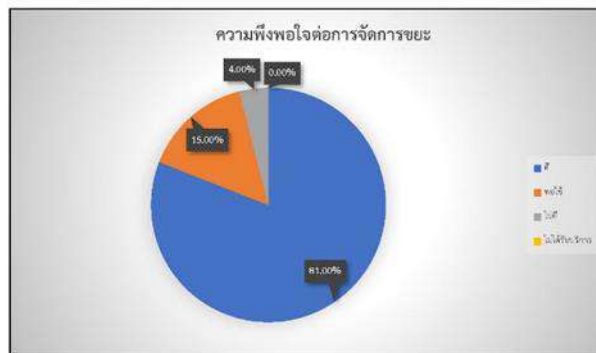
รูปที่ 3.1-4 ความพึงพอใจต่อการบริการไฟฟ้า



รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจเพื่อการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมและการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



รูปที่ 3.1-5 ความพึงพอใจต่อระบบประปา



รูปที่ 3.1-6 ความพึงพอใจต่อการจัดการขยะ



หน้า 6

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจเพื่อการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมและการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



รูปที่ 3.1-7 ความพึงพอใจต่อการจัดการน้ำเสีย



รูปที่ 3.1-8 ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน



หน้า 7

ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

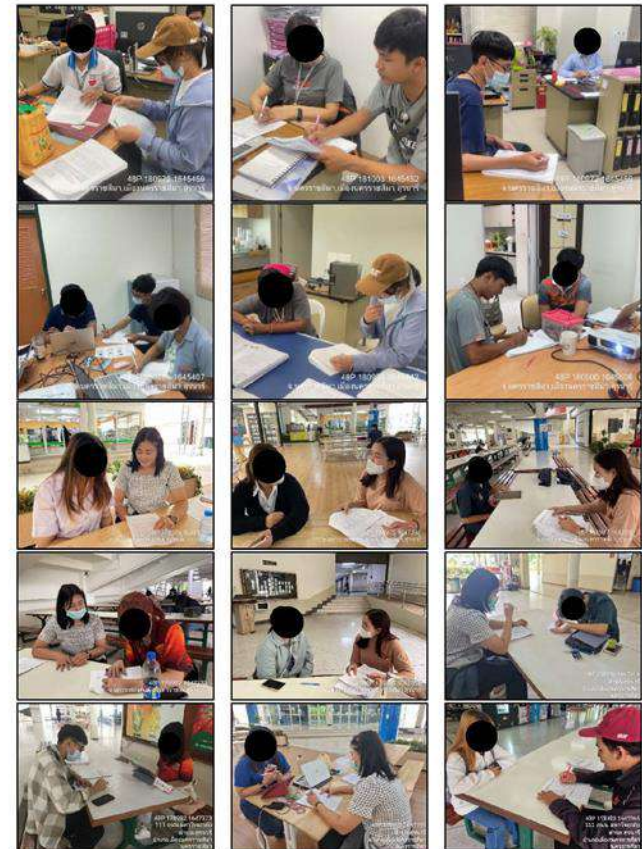


รูปที่ 3.1-9 ภาพบรรยากาศการสัมภาษณ์ผู้พักอาศัยบริเวณโดยรอบโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



หน้าที่ 8

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



รูปที่ 3.1-9 (ต่อ) ภาพบรรยากาศการสัมภาษณ์ผู้พักอาศัยบริเวณโดยรอบโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



หน้าที่ 9



รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยของผู้เข้ารับบริการ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### 3.2. ผลการศึกษาสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยของผู้เข้ารับบริการ

จากการศึกษาข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีระหว่างปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566 (ถึงเดือนเมษายน) หากพิจารณาสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค โดยไม่ับรวมผู้รับบริการที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคที่ต้องการภูมิคุ้มกันต่อ COVID-19 ที่ไม่ระบุรายละเอียด (U119) และการกำหนดชั่วคราวของโรคใหม่ที่มีสาเหตุไม่แน่นอนหรือการใช้โนกรณิฉกเงิน (U00-U49) ที่เป็นสาเหตุการเข้ารับการรักษาเป็นอันดับแรกของผู้เข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2564 ถึงปี พ.ศ. 2565 จะพบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกของผู้เข้ารับบริการป่วยเป็น โรคเกี่ยวกับการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน โรคความดันโลหิตสูง และโรคของช่องปาก ต่อมาน้ำลาย และขากรรไกร รายละเอียดสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีแสดงดังตารางที่ 3.2-1

จากการศึกษาข้อมูลด้านสาธารณสุขและสุขภาพของนิสิตนักศึกษา พนักงานลูกจ้าง และประชาชน ผู้พักอาศัยบริเวณโดยรอบพื้นที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามรวมถึงครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงถึงร้อยละ 77.67 และมีสุขภาพจิตดีถึงร้อยละ 98.33 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ในกรณีของผู้ที่มีการเจ็บป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.67 รองลงมาจะเจ็บป่วยด้วยโรคผิวหนัง หรือโรคภูมิแพ้ ร้อยละ 11.67 ทั้งนี้สาเหตุการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ตอบแบบสอบถามคิดสาเหตุเกิดจากอากาศเปลี่ยนแปลง และโรคประจำตัวหรือระบบร่างกายบกพร่องของผู้ตอบแบบสอบถามเองที่เป็นอยู่ก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปีเพื่อร้อยละ 49.61 เท่านั้น และไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีสูงถึงร้อยละ 31.67 ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามและครอบครัววิธีการเตรียมการป้องกันโรคและลดพิษด้วยการสวมหน้ากากหรือผ้ากันจมูก การซื้อน้ำดื่มหรือน้ำขวดดื่ม การให้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร และการออกกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 85.67 ร้อยละ 71.67 ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 48.00 ตามลำดับ หากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รายละเอียดข้อมูลด้านสาธารณสุขและสุขภาพดังภาคผนวก ก2 หากพิจารณาแล้วจะเห็นว่ามีการเจ็บป่วยของผู้ที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคที่เกิดขึ้นอยู่เดิมแล้ว หรือโรคที่เกิดขึ้นทั่วไป เช่น โรคหวัดที่เกิดจากสภาพอากาศมีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีไม่ได้มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคแต่อย่างใด ทั้งนี้ยังเป็นการช่วยรองรับผู้ป่วยที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นอีกด้วย สถิติการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีแสดงดังตารางที่ 3.2-2

หน้า 10

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยของผู้เข้ารับบริการ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 3.2-1 สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. 2562 - 2566

ลำดับที่	สาเหตุการเจ็บป่วย (กลุ่มโรค)	ปี 2562		ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566	
		จำนวน (ราย)	ลำดับ	จำนวน (ราย)	ลำดับ	จำนวน (ราย)	ลำดับ	จำนวน (ราย)	ลำดับ	จำนวน (ราย)	ลำดับ
1	การติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ	22871	1	18167	1	9529	1	20562	2	1886	1
2	โรคผิวหนัง	11669	3	12105	2	13861	2	18991	3	4087	2
3	โรคของช่องปาก	12659	2	11205	3	13326	3	16969	5	5845	3
4	ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต	7465	7	7637	7	11433	5	16225	4	5537	4
5	ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต	9762	6	10614	4	11466	4	14797	6	4845	5
6	โรคของระบบทางเดินหายใจ	7926	8	3896	3	10381	6	12526	7	4616	6
7	โรคของระบบทางเดินหายใจ	8215	5	7179	6	*	*	3688	7	3688	7
8	โรคของระบบทางเดินหายใจ	6364	9	6276	8	*	*	10311	10	5609	8
9	ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต	6364	9	6276	8	*	*	10667	9	3531	9
10	โรคของระบบทางเดินหายใจ	6364	9	6276	8	*	*	3288	10	3288	10
11	การติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ	6364	9	6276	8	*	*	20725	1	*	11
12	ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต	6364	9	6276	8	*	*	10679	8	*	12
13	ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต	6364	9	6276	8	*	*	30983	1	*	13
14	ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต	6364	9	6276	8	*	*	9131	8	*	14
15	ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต	6364	9	6276	8	*	*	7668	10	*	15
16	ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต	6364	9	6276	8	*	*	4723	10	*	16
17	ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต	6364	9	6276	8	*	*	4723	10	*	17
18	ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต	6364	9	6276	8	*	*	4723	10	*	18
รวม		75,050		81,041		73,118		247,019		118,745	

ที่มา : รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยของผู้เข้ารับบริการ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



หน้า 11

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจซึ่งได้การเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 3.2-2 สถิติการเข้ารับการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. 2562 - 2566

ช่วงปีที่ได้รับบริการ	จำนวนผู้ป่วยนอก (คน)	จำนวนผู้ป่วยใน(เจ้าหน้าที่)(คน)
พ.ศ.2562 (ม.ค.-ธ.ค.)	382,554	9,007
พ.ศ.2563 (ม.ค.-ธ.ค.)	367,943	11,144
พ.ศ.2564 (ม.ค.-ธ.ค.)	400,524	15,228
พ.ศ.2565 (ม.ค.-ธ.ค.)	527,678	18,69
พ.ศ.2566 (ม.ค.-มิ.ย.)	164,515	5,898

ที่มา : โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2566

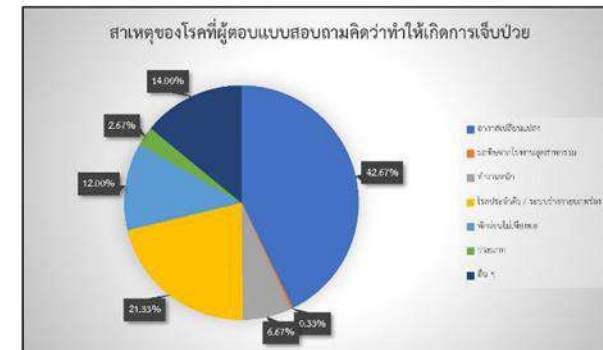


รูปที่ 3.2-1 กลุ่มโรคที่ผู้ตอบแบบสอบถามเจ็บป่วยบ่อยที่สุด



หน้า 12

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจซึ่งได้การเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



รูปที่ 3.2-2 สาเหตุของโรคที่ผู้ตอบแบบสอบถามคิดว่าทำให้เกิดการเจ็บป่วย



รูปที่ 3.2-3 วิธีการเตรียมการป้องกันโรคและมลพิษของผู้ตอบแบบสอบถาม



หน้า 13

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### 3.3. ผลศึกษาสำรวจระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการรับบริการของพนักงาน เจ้าหน้าที่

ผลการศึกษาสำรวจข้อมูลความพึงพอใจต่อการบริการของของเจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้างของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน 1. ด้านเวลา 2. ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ 3. ด้านเจ้าหน้าที่ บุคลากรที่ให้บริการ 4. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และ 5. ความพึงพอใจต่อผลของการบริการ รายละเอียดการประเมินความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีแสดงดัง ตารางที่ 3.3-1 พบว่า ด้านเวลาการให้บริการอยู่ในระดับดี โดยที่ความรวดเร็วในการให้บริการอยู่ในระดับมากหรือดีร้อยละ 33.33 การให้บริการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดอยู่ในระดับมากหรือดี ร้อยละ 37.67 ในด้านของกระบวนการหรือขั้นตอนการบริการจัดอยู่ในระดับพอใจมาก การติดต่อประสานงานแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน ระยะเวลาในการให้บริการ ความสะดวกของผู้รับบริการที่ได้รับในแต่จะขั้นตอน รวมถึงการให้บริการตามลำดับก่อนหลังตามบัตรคิวอยู่ในระดับพอใจมาก ในส่วนของ การจัดลำดับขั้นตอนการให้บริการและการให้บริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความคล่องตัวความพึงพอใจอยู่ในระดับดี หรือมาก ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการอยู่ในระดับพอใจมาก ทั้งความเหมาะสมในการแต่งกาย บุคลิก ลักษณะท่าทางของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีการแต่งกายสุภาพ เรียบร้อย กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเป็นมิตร มีรอยยิ้ม อ่อนโยน มีความสุภาพ พนักงานหรือเจ้าหน้าที่มีความเอาใจใส่ กระตือรือร้น เต็มใจบริการ มีความพร้อมในการให้บริการ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ยังมีความรู้ความสามารถในการให้บริการตอบข้อซักถาม ชี้แจงข้อสงสัย ให้คำแนะนำได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติหน้าที่ และให้บริการเหมือนกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการ อาทิ ความชัดเจนของป้าย สัญลักษณ์ประชาสัมพันธ์บอกจุดบริการ ช่องการให้บริการ ความเพียงพอของอุปกรณ์เครื่องมือ คุณภาพและความทันสมัย ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ความสะอาดของสถานที่บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการอยู่ในระดับพอใจมาก และหากกล่าวถึงด้านความพึงพอใจต่อการบริการความพึงพอใจจัดอยู่ในระดับพอใจมากเช่นเดียวกัน ทั้งความพึงพอใจต่อการให้บริการที่คุ้มค่า มีประโยชน์และตรงตามความต้องการ โดยรวมแล้ว หากไม่เปรียบเทียบเรื่องระยะเวลาที่ค่อนข้างนาน อาจกล่าวได้ว่าความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีจัดอยู่ในระดับพอใจมาก รูปคิอาร์โคแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี แสดงดังรูปที่ 3.3-1 และผลการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการแสดงดังภาคผนวก ข2 ทั้งนี้ผู้เข้ารับบริการมีข้อเสนอแนะ และแจ้งปัญหาต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ดังนี้

#### ปัญหาที่ได้รับต่อการใช้บริการ

- ผู้รับบริการไม่ทราบขั้นตอนการให้บริการ ต้องไปติดต่อผู้ดูแลให้บริการใด หรือต้องไปติดต่อที่อาคารใด อยู่บริเวณใดของโรงพยาบาล บัญชีบอกทางในบางจุดยังไม่ชัดเจนตาชั่งยังมีการขาดชำรุด
- ในจุดวัดความดันผู้สูงอายุ บางท่านไม่เข้าใจขั้นตอนการบริการทำให้ล่าช้าและไม่สะดวก



หน้า ที่ 14

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

- ผู้รับบริการบางท่านเข้าใจว่าการได้รับบริการไม่เป็นไปตามลำดับคิว เจ้าหน้าที่เรียกคิวที่ 200 ก่อนเรียกคิวที่ 100
- ที่นั่งรอรับบริการและที่นั่งสำหรับญาติมีจำนวนไม่เพียงพอต่อผู้เข้ารับบริการ ในบางจุดที่นั่งรอรับบริการและสถานที่ค่อนข้างแคบและแออัด
- ความทรุดโทรมและความสะอาดของตัวอาคารสถานที่ ในบางจุดยังมีน้ำรั่วซึมหลายจุด และมีมูลของนกก่อให้เกิดความสกปรก ในบางจุดเครื่องปรับอากาศไม่เย็น
- สถานที่จอดรถมีไม่เพียงพอต่อผู้เข้ารับบริการ
- โรงอาหารในช่วงพักกลางวันพื้นที่ที่ไม่เพียงพอต่อผู้เข้ารับบริการ
- ค่อนข้างได้เวลานานในการรอเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัย และหากมีการนัดหมายล่วงหน้ายังไม่ชัดเจนนานเกินไป
- เมื่อโทรเข้ามาปรึกษา ได้รับบริการที่ไม่สุภาพ ทั้งยังไม่ได้รับคำตอบและไม่ให้เกียรติผู้ติดต่อเข้ามาเพื่อปรึกษา
- ได้รับการบริการที่ไม่สุภาพ และไม่เป็นมิตร และในบางแผนกมีการบริการที่ล่าช้าและไม่มีการให้บริการ ทั้งยังมีมีการแทรกคิวเกิดขึ้นในบางแผนก
- หมอที่รักษาเฉพาะทางน้อย หรือไม่มีค่อนข้างมาก
- การเดินทางเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลค่อนข้างลำบากเนื่องจากไม่มีรถประจำทางผ่าน

#### ข้อเสนอแนะต่อการบริการ

- ควรมีป้ายบอกจุดบริการที่ชัดเจนติดอยู่ที่จุดใดเป็นจุดแรก ไปจุดหรือหมายเลขใดต่อไป
- ควรแบ่งเขตการรักษาที่ชัดเจน แยกผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุและเด็กออกจากบุคคลทั่วไป เนื่องจากบางครั้งรอตรวจค่อนข้างนานผู้สูงอายุเวลานั่งรอนานค่อนข้างไม่สะดวกต่อร่างกาย
- ผู้รับบริการต้องการให้มีระบบบัตรคิวที่เป็นสุกด มีระบบคอมพิวเตอร์ระยะเวลาและคิวเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัย
- อยากให้มีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น และสามารถเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่ต้องนัดหมายแพทย์เฉพาะทางล่วงหน้า
- หากมีการรักษาแบบเดิมซ้ำหลายครั้ง ควรมีขั้นตอนการตรวจเพิ่มเติมนอกจากให้ยาไปรับประทาน
- หากแพทย์สามารถเริ่มปฏิบัติงาน 8.30 น.ขึ้นการดีอย่างยิ่ง
- ควรมีแท่นเก้าอี้หรือที่นั่งรอรับบริการให้เพียงพอต่อผู้เข้ารับบริการและญาติ ในบางแผนกยังไม่มีมากไม่เพียงพอ
- ขยายโรงอาหาร เพิ่มที่นั่งในโรงอาหารมากขึ้น มีมาตรการการรักษาความสะอาด ป้องกันเชื้อโรคที่แพร่กระจาย



หน้า ที่ 15

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งใช้การเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สถานะสุขภาพและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

- อยากให้มีการปรับปรุงอาคารสถานที่ในส่วนที่ชำรุดทรุดโทรม ควรทำหลังคาหรือแนวต้นไม้เพื่อ  
ให้ร่มเงาเพิ่มขึ้นจำนวนมาก
- ขยายลานจอดรถให้เพียงพอต่อผู้รับบริการ ลานจอดรถควรมีหลังคา
- ความเพิ่มระบบขนส่งภายในเนื่องจากมีหลายอาคารที่อยู่ห่างกันค่อนข้างไกล
- อยากให้มีรถประจำทางเพื่อความสะดวกต่อการเดินทาง และลดปัญหาที่จอดรถไม่เพียงพอ
- อยากให้ปรับปรุงเส้นทางเข้าห้องฉุกเฉินให้สะดวกมากขึ้น
- อยากให้ปรับปรุงเรื่องการบริการ คำพูด กริยาท่าทาง อยากให้คุณหมอและพยาบาล เจ้าหน้าที่  
ทุกท่านปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการดีทุกท่าน บริการอย่างเท่าเทียมกันไม่เลือกปฏิบัติ
- จัดทำระบบรับยาไม่พบแพทย์



หน้า 16

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งใช้การเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สถานะสุขภาพและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 3.3-1 ความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลเทคโนโลยีสุรนารี

1. ด้านเวลา	ระดับความพึงพอใจ									
	5	4	3	2	1	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
1.1 ความรวดเร็วในการให้บริการ	97	32.33	100	33.33	94	31.33	4	1.33	5	1.67
1.2 การให้บริการที่ไม่เป็นระบบและล่าช้า	105	35.00	113	37.67	76	25.33	4	1.33	2	0.67
2. ด้านกระบวนการให้บริการ	118	39.33	110	36.67	64	21.33	7	2.33	1	0.33
2.1 การติดต่อขอรับบริการไม่สะดวกรวดเร็วเกินไป	108	36.00	133	44.33	56	18.67	2	0.67	1	0.33
2.2 การจัดส่งข้อมูลการให้บริการไม่ทันเวลา	113	37.67	128	42.67	52	17.33	7	2.33	0	0.00
2.3 ขั้นตอนการให้บริการไม่เข้าใจขั้นตอน และมีการล่าช้า	124	41.33	117	39.00	52	17.33	6	2.00	1	0.33
2.4 ความสะอาดที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย	129	43.00	121	40.33	46	16.00	1	0.33	1	0.33
2.5 การให้บริการตามนัด	16	53.67	102	34.00	35	11.67	1	0.33	1	0.33
3. ด้านเจ้าหน้าที่บุคลากรให้บริการ	148	49.33	105	35.00	41	13.67	5	1.67	1	0.33
3.1 ความเหมาะสมในการให้บริการ บุคลากร	147	49.00	110	36.67	44	14.67	4	1.33	1	0.33
3.2 ความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ให้บริการ	147	49.00	110	36.67	42	14.00	1	0.33	0	0.00
3.3 ความสะอาดของเจ้าหน้าที่ให้บริการ	145	48.33	105	35.00	26	9.33	2	0.67	0	0.00
3.4 ความเหมาะสมในการให้บริการ	142	47.33	116	38.67	35	11.67	5	1.67	2	0.67



หน้า 17



รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจเพื่อการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 3.3-1 (ต่อ) ความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการโรงพยาบาลเทคโนโลยีสุรนารี

ประเด็นด้าน	ระดับความพึงพอใจ									
	5		4		3		2		1	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>4. ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</b>	144	48.00	110	36.67	38	12.67	7	2.33	1	0.33
4.1 ความสะอาดของน้ำ: ที่อยู่อาศัย, บริเวณข้างต้นแปลงเกษตรบริการ	137	45.67	114	38.00	43	14.33	6	2.00	0	0.00
4.2 จุดจอดรถให้บริการมีความเหมาะสมและเข้าถึงได้ง่าย	142	47.33	111	37.00	42	14.00	4	1.33	1	0.33
4.3 ความถี่ของการดูแลรักษา: เครื่องใช้ภายในให้บริการ	157	52.33	106	35.33	34	11.33	3	1.00	0	0.00
4.4 ความเหมาะสมของพื้นที่ปลูกพืชไร่: สรรพคุณ	134	44.67	104	34.67	52	17.33	9	3.00	1	0.33
4.5 ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น: ที่จอดรถ, ห้องน้ำ	142	47.33	114	38.00	39	13.00	3	1.00	2	0.67
4.6 การจัดการและอุปโภค-บริโภค: สรรพคุณ	153	51.00	112	37.33	33	11.00	2	0.67	0	0.00
<b>5. ความพึงพอใจต่อระบบสุขภาพ</b>	143	47.67	113	37.67	40	13.33	3	1.00	1	0.33
5.1 ได้รับความรู้และคำแนะนำ	144	48.00	110	36.67	42	14.00	3	1.00	1	0.33
5.2 ได้รับบริการที่ดี: ผู้ป่วยโรค	148	49.33	106	35.33	39	13.00	6	2.00	1	0.33

รวมความพึงพอใจ  
5 = มากที่สุด  
4 = มาก  
3 = ปานกลาง  
2 = น้อย  
1 = น้อยที่สุด  
0 = ไม่มี

ที่มา: ผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจเพื่อการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2566

หน้า 18

รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจเพื่อการเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



รูปที่ 3.3-1 ตัวอย่างแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการ  
ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หน้า 19

ภาคผนวก รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## ภาคผนวก



ภาคผนวก รายงานผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจเปลี่ยนแปลง และการสำรวจข้อมูลสุขภาพ สาธารณสุขและการบริการสาธารณะ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## ภาคผนวก ก

แบบสอบถามข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลทางด้านสุขภาพ สาธารณสุข  
และการบริการสาธารณะ



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## ภาคผนวก ก1

ฟอร์มแบบสอบถามข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลทางด้านสุขภาพ  
สาธารณสุข และการบริการสาธารณะ



ก1 - 1



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม

โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

---

หมายเลขแบบสอบถาม .....

ชื่อผู้สัมภาษณ์ .....

วันที่สัมภาษณ์ .....

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางสังคมสุขภาพ สาธารณสุข และการบริการสาธารณสุข

โครงการ ศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ชื่อ - สกุล ผู้สัมภาษณ์ (นาม/นามสกุล) .....

ชื่อผู้ให้ข้อมูล .....

ตำแหน่ง .....

ชื่อหน่วยงาน .....

ชื่อจังหวัด .....

ชื่ออำเภอ .....

ชื่อตำบล .....

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

"เนื่องในการปฏิบัติงาน พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 (Personal Data Protection Act: PDPA) ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยไม่เผยแพร่หรือเปิดเผยแก่บุคคลอื่น และจะไม่ใช้ข้อมูลของท่านเพื่อการตลาดหรือเพื่อการโฆษณาของหน่วยงานหรือโครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีแต่อย่างใด"

"ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า การเก็บข้อมูลในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของท่านแก่บุคคลอื่นใด"

ข้าพเจ้าขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูงสำหรับการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

หากท่านมีข้อสงสัยหรือข้อสงสัยใดๆ กรุณาติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ 09-0000-0000 หรืออีเมล 0000@0000.com

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

☐ ใช่แน่นอน ☐ ไม่แน่ใจ ☐ ไม่แน่นอน

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์**

1.1 เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

1.2 อายุ ☐ 1. 18-29 ปี ☐ 2. 30-39 ปี ☐ 3. 40-49 ปี

☐ 4. 50-59 ปี ☐ 5. 60 ปีขึ้นไป

1.3 สถานภาพสมรส ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. หย่าร้าง

☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่ ☐ 6. อื่น ๆ (ระบุ) .....

1.4 สถานการณ์ในครัวเรือน ☐ 1. ครอบครัวเดี่ยว ☐ 2. ครอบครัวเดี่ยว ☐ 3. ครอบครัวเดี่ยว

1.5 ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 4. วิทยาลัยอาชีวศึกษา (ระบุสาขา) .....

☐ 5. วิทยาลัยเทคโนโลยี/อาชีวศึกษา ☐ 6. อื่น ๆ (ระบุ) .....

1.6 ท่านอาศัยอยู่คนเดียว/ท่านอาศัยอยู่กับผู้อื่น ☐ 1. อาศัยคนเดียว ☐ 2. อาศัยอยู่กับผู้อื่น (ระบุจำนวนคน) .....

1.7 ท่านเคยมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ 1. ไม่มีโรคประจำตัว ☐ 2. มีโรคประจำตัว (ระบุโรค) .....

☐ 3. อื่น ๆ (ระบุ) .....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสุขภาพและชีวิตประจำวัน**

2.1 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด (รวมผู้ให้สัมภาษณ์) จำนวน .....

2.1.1 รายชื่อสมาชิกในครัวเรือน

☐ 1. ชื่อสมาชิกในครัวเรือน .....

☐ 2. ชื่อสมาชิกในครัวเรือน .....

☐ 3. ชื่อสมาชิกในครัวเรือน .....

☐ 4. ชื่อสมาชิกในครัวเรือน .....

☐ 5. ชื่อสมาชิกในครัวเรือน .....

☐ 6. ชื่อสมาชิกในครัวเรือน .....

2.1.2 สถานะสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือน

☐ 1. สุขภาพดี ☐ 2. สุขภาพไม่ดี (ระบุโรค) .....

☐ 3. สุขภาพไม่ดี (ระบุโรค) .....

☐ 4. สุขภาพไม่ดี (ระบุโรค) .....

☐ 5. สุขภาพไม่ดี (ระบุโรค) .....

☐ 6. สุขภาพไม่ดี (ระบุโรค) .....

หน้า 1/6

ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

**2.3 การประเมินความเสี่ยงของค่า**  
☐ 1. ค่าตามกฎกระทรวง (ระบุ) .....  
☐ 2. ค่าจากการวัด/วิเคราะห์ .....  
☐ 3. ค่าอื่น (ระบุ) .....  
☐ 4. อื่น ๆ (ระบุ) .....

**2.4 การประเมินความเสี่ยงของค่าอื่น**  
☐ 1. ค่าตามกฎกระทรวง (ระบุ) .....  
☐ 2. ค่าจากการวัด/วิเคราะห์ .....  
☐ 3. ค่าอื่น (ระบุ) .....  
☐ 4. อื่น ๆ (ระบุ) .....

**2.5 การประเมินความเสี่ยงของค่าอื่นอื่น**  
☐ 1. ค่าตามกฎกระทรวง (ระบุ) .....  
☐ 2. ค่าจากการวัด/วิเคราะห์ .....  
☐ 3. ค่าอื่น (ระบุ) .....  
☐ 4. อื่น ๆ (ระบุ) .....

**2.6 ปัญหาการประเมินค่าอื่นอื่น**  
☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (ระบุ) .....

**ส่วนที่ 3 ข้อมูลการประเมิน การปฏิบัติตาม และผลการปฏิบัติตาม**

**3.1 แหล่งกำเนิดมลพิษ**  
**1. การใช้น้ำเพื่อการบริโภค (น้ำดื่ม) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**  
☐ 1. น้ำดื่ม ☐ 2. น้ำดื่มบรรจุขวด ☐ 3. น้ำดื่ม  
☐ 4. น้ำประปา ☐ 5. น้ำบาดาล ☐ 6. อื่น ๆ (ระบุ) .....

**วิธีการประเมิน**  
☐ 1. เชื้อโรคและสารเคมี ☐ 2. ตามแผนการประเมิน (ระบุ) .....

**ข้อมูลเบื้องต้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**  
☐ 1. ไม่มีปัญหา ☐ 2. มีเล็กน้อย ☐ 3. มีความรุนแรง  
☐ 4. มีอันตราย ☐ 5. มีอันตรายร้ายแรง ☐ 6. อื่น ๆ (ระบุ) .....

**2. การใช้น้ำเพื่อการอุปโภค (น้ำใช้) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**  
☐ 1. น้ำดื่ม ☐ 2. น้ำบรรจุขวด ☐ 3. น้ำดื่ม  
☐ 4. น้ำประปา ☐ 5. น้ำบาดาล ☐ 6. อื่น ๆ (ระบุ) .....

หน้า 2/6

**วิธีการประเมิน**  
☐ 1. เชื้อโรคและสารเคมี ☐ 2. ตามแผนการประเมิน (ระบุ) .....

**ข้อมูลเบื้องต้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**  
☐ 1. ไม่มีปัญหา ☐ 2. มีเล็กน้อย ☐ 3. มีความรุนแรง  
☐ 4. มีอันตราย ☐ 5. มีอันตรายร้ายแรง ☐ 6. อื่น ๆ (ระบุ) .....

**3.2 คุณภาพการบริการด้านสุขภาพในศูนย์สุขภาพ**  
**1. การตรวจวัด (ตามแผนการตรวจวัด)**  
 ความถี่ของการตรวจวัด (ระบุ) .....  
☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี  
☐ 3. ไม่มี ☐ 4. ไม่ได้รับการตรวจวัด

**ผลการตรวจวัด (ตอบใช่/ไม่ใช่)**  
☐ 1. ผลการตรวจวัด เป็นไปตามมาตรฐาน  
☐ 2. มีข้อบกพร่องในการตรวจวัด เช่น ข้อบกพร่องในการเก็บตัวอย่าง และไม่มีวิธีในการแก้ไขปัญหา (ระบุ) .....  
☐ 3. ผลการตรวจวัดเกินมาตรฐาน ผลการตรวจวัดเกินมาตรฐาน (ระบุ) .....  
☐ 4. อื่น ๆ (ระบุ) .....

**2. ไฟฟ้า**  
 ความถี่ของการตรวจวัด (ระบุ) .....  
☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี  
☐ 3. ไม่มี ☐ 4. ไม่ได้รับการตรวจวัด

**ผลการตรวจวัด (ตอบใช่/ไม่ใช่)**  
☐ 1. ไฟฟ้าการบริการเป็นไปตามมาตรฐาน  
☐ 2. ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น ข้อบกพร่องในการเก็บตัวอย่าง และไม่มีวิธีในการแก้ไขปัญหา (ระบุ) .....  
☐ 3. อื่น ๆ (ระบุ) .....

**3.3 ประสิทธิภาพ**  
 ความถี่ของการตรวจวัด (ระบุ) .....  
☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี  
☐ 3. ไม่มี ☐ 4. ไม่ได้รับการตรวจวัด

**ผลการตรวจวัด (ตอบใช่/ไม่ใช่)**  
☐ 1. ประสิทธิภาพเป็นไปตามมาตรฐาน  
☐ 2. ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น ข้อบกพร่องในการเก็บตัวอย่าง และไม่มีวิธีในการแก้ไขปัญหา (ระบุ) .....  
☐ 3. อื่น ๆ (ระบุ) .....

หน้า 3/6



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

<p><b>4. การจัดการขยะ</b> ความพึงพอใจต่อการจัดการขยะ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ดี <input type="checkbox"/> 2. พอใช้ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ดี <input type="checkbox"/> 4. ไม่ได้รับบริการ</p> <p>สภาพปัญหาการเกิดขยะไม่ได้มี</p> <p><input type="checkbox"/> 1. เว้นว่างตอนเวลาขึ้นรถ ขาดที่ทิ้งขยะ <input type="checkbox"/> 2. ขยะกองไม่เรียบร้อย <input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p>กรณีไม่ได้รับบริการจัดการขยะตามเวลาที่ควรเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> 1. เวลา <input type="checkbox"/> 2. สถานที่ <input type="checkbox"/> 3. พฤติกรรม <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p>สภาพปัญหาของการจัดการขยะ กรณีไม่ได้รับบริการจัดการขยะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่สะดวกในการขนขยะ ขยะกองรวมกัน <input type="checkbox"/> 2. ขยะกองกัน ไม่เรียบร้อย <input type="checkbox"/> 3. ขยะกองกัน ไม่สะอาด <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p><b>5. การจัดการน้ำเสีย</b> ความพึงพอใจต่อการจัดการน้ำเสีย</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ดี <input type="checkbox"/> 2. พอใช้ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ดี <input type="checkbox"/> 4. ไม่ได้รับบริการ</p> <p>สภาพปัญหาการเกิดน้ำเสียไม่ได้มี</p> <p>กรณีไม่ได้รับบริการจัดการน้ำเสียตามเวลาที่ควรเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> 1. เวลา <input type="checkbox"/> 2. สถานที่ <input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p>สภาพปัญหาของการจัดการน้ำเสีย กรณีไม่ได้รับบริการจัดการน้ำเสีย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ขยะกองกัน ไม่เรียบร้อย <input type="checkbox"/> 2. น้ำเสีย ส่งกลิ่นเหม็น <input type="checkbox"/> 3. ขยะกองกัน ไม่สะอาด <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p><b>3.3 สภาพแวดล้อมโดยรวมของชุมชน</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. สะอาด <input type="checkbox"/> 2. มีปัญหาเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. มีปัญหาเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 4. มีปัญหาเล็กน้อย</p> <p><b>3.4 ความพึงพอใจของชุมชน</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน <input type="checkbox"/> 2. มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน <input type="checkbox"/> 3. มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน <input type="checkbox"/> 4. มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน <input type="checkbox"/> 5. มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p style="text-align: right;">หน้า 5/6</p>	<p><b>3.5 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของชุมชน</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. พอใช้มาก <input type="checkbox"/> 2. พอใช้ <input type="checkbox"/> 3. พอใช้เล็กน้อย <input type="checkbox"/> 4. ไม่ค่อยพอใจ</p> <p><b>3.6 สภาพปัญหาชุมชน</b></p> <p><b>1. ปัญหาด้านความปลอดภัย</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ปลอดภัย <input type="checkbox"/> 2. ปลอดภัยเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. ปลอดภัยเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 4. ไม่ปลอดภัย <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p><b>2. ปัญหาด้านอื่น</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ปลอดภัย <input type="checkbox"/> 2. ปลอดภัยเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. ปลอดภัยเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 4. ปลอดภัย <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p><b>ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านสาธารณสุข / สุขภาพ</b></p> <p><b>4.1 ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดในชุมชนที่มีสุขภาพอนามัยดี</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. สุขภาพดี <input type="checkbox"/> 2. สุขภาพดีเล็กน้อย</p> <p><b>4.2 ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดในชุมชนที่มีสุขภาพอนามัยดี</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. สุขภาพดี <input type="checkbox"/> 2. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 4. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 5. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 6. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 7. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 8. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 9. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p><b>4.3 ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดในชุมชนที่มีสุขภาพอนามัยดี</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. สุขภาพดี <input type="checkbox"/> 2. สุขภาพดีเล็กน้อย</p> <p><b>4.4 ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดในชุมชนที่มีสุขภาพอนามัยดี</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. สุขภาพดี <input type="checkbox"/> 2. สุขภาพดีเล็กน้อย</p> <p><b>4.5 ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดในชุมชนที่มีสุขภาพอนามัยดี</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. สุขภาพดี <input type="checkbox"/> 2. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 4. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 5. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 6. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p><b>4.6 ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดในชุมชนที่มีสุขภาพอนามัยดี</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. สุขภาพดี <input type="checkbox"/> 2. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 4. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 5. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 6. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 7. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 8. สุขภาพดีเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 9. อื่น ๆ (ระบุ) .....</p> <p style="text-align: right;">หน้า 5/6</p>
--	---

ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

4.7 ส่วนติดต่อฝ่ายการศึกษา

- ☐ 1. ทช.ศึกษา  
☐ 2. ทช.พยาบาล  
☐ 3. ทช.วิจัย  
☐ 4. ไม่ติดต่อ

4.8 ส่วนและหรือเครื่องมือการสื่อสารกับสื่อมวลชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. ตามหน้าที่ / อื่นๆ  
☐ 2. รับแจ้งตามสื่อมวลชนตามช่องทางโซเชียล  
☐ 3. ให้สัมภาษณ์การประชาสัมพันธ์  
☐ 4. การชี้แจงข้อเท็จจริง  
☐ 5. ตามจุดยืนสื่อมวลชนเกี่ยวกับข้อสงสัย  
☐ 6. ตามสื่อมวลชนตามช่องทาง / เครื่องมือสื่อสาร  
☐ 7. ตามคำสั่งจากฝ่ายอื่น  
☐ 8. อื่น ๆ (ระบุ) .....

4.9 ส่วนและหน้าที่ในกรณีของการตรวจสุขภาพประจำปี

- ☐ 1. ไม่ตรวจ  
☐ 2. ตรวจ  
☐ 3. ตรวจประจำปี  
☐ 4. ตรวจตามนัด  
☐ 5. ไม่พบ

4.10 ปัญหาอุปสรรค / สาเหตุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

- ☐ 1. ไม่พบปัญหาอุปสรรค / สาเหตุอื่น ๆ  
☐ 2. พบปัญหาอุปสรรค / สาเหตุอื่น ๆ  
☐ 2.1 การเข้าถึงข้อมูล  
☐ 2.2 บุคลากรไม่เพียงพอ  
☐ 2.3 อุปกรณ์หรือเครื่องมือการดำเนินงานไม่เพียงพอ  
☐ 2.4 อื่น ๆ (ระบุ) .....

ส่วนที่ 5 ความต่อเนื่องของกระบวนการติดตามและเฝ้าระวังผลกระทบจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

5.1 ผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวังไว้กับโครงการตามแผนปฏิบัติการ

ผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวังไว้	ระดับการปฏิบัติตามแผน			
	ไม่ได้รับ (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)
1. มีการดำเนินการตามแผน				
2. ความสำเร็จในการดำเนินงาน				
3. การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ				
4. ความสำเร็จในการดำเนินงาน				
5. ความสำเร็จในการดำเนินงาน				
6. ความสำเร็จในการดำเนินงาน				

หน้า 6/6

จากใบตอบ 6 เพื่อใช้ในการดำเนินการติดตามและเฝ้าระวังผลกระทบจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยคณะกรรมการ  
ติดตามและเฝ้าระวังผลกระทบจากโครงการ



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## ภาคผนวก ก2

ผลการตอบแบบสอบถามข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลทางด้านสุขภาพ  
สาธารณสุข และการบริการสาธารณสุข



ก2 - 1



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ศูนย์บ่มเพาะงานวิจัยด้านสังคม ชีวเวชศาสตร์ การเกษตร สาธารณสุข และการบริการสาธารณสุข  
โครงการ ศูนย์ปฏิบัติการศึกษาค้นคว้าวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์  
และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ศึกษา

ข้อมูลเบื้องต้น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.1 เพศ		
1. ชาย	56	32.00
2. หญิง	204	68.00
1.2 อายุ		
1. 18-25 ปี	142	47.33
2. 26-35 ปี	83	26.90
3. 36-45 ปี	46	15.33
4. 46-55 ปี	29	9.67
5. 56 ปีขึ้นไป	23	7.67
1.3 สถานภาพสมรส		
1. โสด	128	50.33
2. แต่งงาน	108	36.00
3. หย่าร้าง	7	2.33
4. หม้าย	5	1.67
5. ไม่ระบุ	2	0.67
6. อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	0	0.00
1.4 สถานภาพนักเรียน		
1. นักศึกษาปริญญาตรี	79	26.33
2. นักศึกษา	46	15.33
3. นักศึกษาปริญญาโท	125	58.33
1.5 นักศึกษาปริญญาเอก		
1. ปริญญาเอก	22	7.33
2. นักศึกษาปริญญาโท	5	1.67
3. นักศึกษาปริญญาตรี	130	43.33
4. นักศึกษาปริญญาโท	7	2.33
5. นักศึกษาปริญญาตรี	133	43.33
6. อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	1	0.33

หน้า 1 จาก 10

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลเบื้องต้น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.6 จำนวนนักเรียนที่เข้าเรียนในชั้นเรียน		
1. นักเรียนชั้นประถมศึกษา (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6)	48.67	48.67
2. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6)	53.33	53.33
3. นักเรียนชั้นปริญญาตรี (ชั้นปริญญาตรีปีที่ 1-4)		
4. อื่น ๆ (ไม่ระบุ)		
1.7 สถานะทางการเงิน		
1. สถานะทางการเงินดี	6	2.00
2. สถานะทางการเงินดีปานกลาง	21	7.00
3. สถานะทางการเงินดี	58	19.33
4. อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	78	25.00

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงพื้นที่ศึกษา

ข้อมูลเบื้องต้น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2.1 จำนวนนักศึกษาในชั้นเรียนที่เข้าเรียนในชั้นเรียน		
จำนวนนักศึกษาที่เข้าเรียนในชั้นเรียนที่เข้าเรียนในชั้นเรียน 2-4 ชั้น		
1. นักศึกษา		
1. นักศึกษา (ชั้นเรียน 1-5 ปี)		
2. นักศึกษา (ชั้นเรียน 6-10 ปี)		
3. นักศึกษา (ชั้นเรียน 11-15 ปี)		
4. นักศึกษา (ชั้นเรียน 16-20 ปี)		
5. นักศึกษา (ชั้นเรียน 21-25 ปี)		
6. นักศึกษา (ชั้นเรียน 26-30 ปี)		
7. นักศึกษา (ชั้นเรียน 31-35 ปี)		
8. นักศึกษา (ชั้นเรียน 36-40 ปี)		
9. นักศึกษา (ชั้นเรียน 41-45 ปี)		
10. นักศึกษา (ชั้นเรียน 46-50 ปี)		
11. นักศึกษา (ชั้นเรียน 51-55 ปี)		
12. นักศึกษา (ชั้นเรียน 56-60 ปี)		
13. นักศึกษา (ชั้นเรียน 61-65 ปี)		
14. นักศึกษา (ชั้นเรียน 66-70 ปี)		
15. นักศึกษา (ชั้นเรียน 71-75 ปี)		
16. นักศึกษา (ชั้นเรียน 76-80 ปี)		
17. นักศึกษา (ชั้นเรียน 81-85 ปี)		
18. นักศึกษา (ชั้นเรียน 86-90 ปี)		
19. นักศึกษา (ชั้นเรียน 91-95 ปี)		
20. นักศึกษา (ชั้นเรียน 96-100 ปี)		
2.2 สถานะทางการเงิน		
1. สถานะทางการเงินดี		
2. สถานะทางการเงินดีปานกลาง		
3. สถานะทางการเงินดี		
4. อื่น ๆ (ไม่ระบุ)		

หน้า 2 จาก 10

ก2 - 2





ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสภาพแวดล้อม สาธารณูปโภค และสาธารณูปการในปัจจุบัน (ต่อ)

ข้อมูลประเภทถนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สภาพปัญหาการติดขัดของน้ำ/น้ำเสีย		
1. สภาพถนนชำรุด เป็นอุปสรรคในการเดินทาง	85	27.67
2. มีสิ่งกีดขวางการจราจร เช่น สิ่งก่อสร้างที่กีดขวางไม่เสร็จ และไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นถนน (ขมิ้น)	7	2.33
3. จอดรถบนถนนกีดขวางการจราจรของยานพาหนะอื่นบนถนน (ขมิ้น)	4	1.33
4. อื่น ๆ (ขมิ้น) ไม่มีปัญหาการติดขัดการจราจร	4	1.33
2. ไฟฟ้า		
ความเพียงพอของสายส่งไฟฟ้า		
1. มี	215	71.67
2. ไม่มี	80	26.67
3. ไม่มี	5	1.67
4. ไม่ได้มีการ	0	0.00
สภาพปัญหาการติดขัดของน้ำ/น้ำเสีย		
1. ไม่สามารถปล่อยน้ำทิ้งลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้	77	25.67
2. ไม่สามารถปล่อยน้ำทิ้งลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้	7	2.33
3. อื่น ๆ (ขมิ้น) ไม่สามารถปล่อยน้ำทิ้งลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้	2	0.67
3. ขยะมูลฝอย		
ความเพียงพอของสายส่งไฟฟ้า		
1. มี	221	73.67
2. ไม่มี	70	23.33
3. ไม่มี	9	3.00
4. ไม่ได้มีการ	0	0.00
สภาพปัญหาการติดขัดของน้ำ/น้ำเสีย		
1. ขาดการบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ	41	13.67
2. ไม่สามารถบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ	23	7.67
3. ขาดการบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ	1	0.33
4. อื่น ๆ (ขมิ้น) ไม่สามารถบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ	14	4.67
4. การจัดการขยะ		
ความเพียงพอของสายส่งไฟฟ้า		
1. มี	243	80.00
2. ไม่มี	45	15.00
3. ไม่มี	12	4.00
4. ไม่ได้มีการ	0	0.00

หน้า 5 จาก 10

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสภาพแวดล้อม สาธารณูปโภค และสาธารณูปการในปัจจุบัน (ต่อ)

ข้อมูลประเภทถนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สภาพปัญหาการติดขัดของน้ำ/น้ำเสีย		
1. ไม่สามารถระบายน้ำลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้	27	9.00
2. ไม่สามารถระบายน้ำลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้	20	6.67
3. อื่น ๆ (ขมิ้น) ไม่สามารถระบายน้ำลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้	7	2.33
กรณีไม่ได้รับการจัดการตามแผนการจัดการน้ำ/น้ำเสีย		
1. ไม่มี	8	2.67
2. ไม่มี	2	0.67
3. ไม่มี	0	0.00
4. อื่น ๆ (ขมิ้น) ไม่สามารถระบายน้ำลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้	3	1.00
5. อื่น ๆ (ขมิ้น) ไม่สามารถระบายน้ำลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้	1	0.33
สภาพปัญหาการติดขัดของน้ำ/น้ำเสีย กรณีไม่ได้รับการจัดการตามแผน (ต่อ)		
1. ไม่มี	3	1.00
2. ไม่มี	13	4.33
3. ไม่มี	7	2.33
4. อื่น ๆ (ขมิ้น) ไม่สามารถระบายน้ำลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้	4	1.33
5. การจัดการน้ำเสีย		
ความเพียงพอของสายส่งไฟฟ้า		
1. มี	247	80.33
2. ไม่มี	39	12.00
3. ไม่มี	5	1.67
4. ไม่ได้มีการ	0	0.00
สภาพปัญหาการติดขัดของน้ำ/น้ำเสีย		
ไม่ได้รับการจัดการตามแผนการจัดการน้ำ/น้ำเสีย		
กรณีไม่ได้รับการจัดการตามแผนการจัดการน้ำ/น้ำเสีย		
1. ขาดการบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ	18	6.00
2. ไม่สามารถบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ	10	3.33
3. อื่น ๆ (ขมิ้น) ไม่สามารถบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ	6	2.00
สภาพปัญหาการติดขัดของน้ำ/น้ำเสีย กรณีไม่ได้รับการจัดการตามแผน (ต่อ)		
1. ไม่มี	11	3.67
2. ไม่มี	23	7.67
3. ไม่มี	5	1.67
4. อื่น ๆ (ขมิ้น) ไม่สามารถระบายน้ำลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะได้	0	0.00

หน้า 6 จาก 10

ก2 - 4





ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านสาธารณสุข / สุขภาพ (ต่อ)

ข้อมูลระบุผลกระทบ	จำนวน คน	ร้อยละ
4.6 การพิจารณาความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรมหาวิทยาลัยสุรนารี		
1. ตรวจสุขภาพ	75	23.00
2. ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี	5	1.67
3. ไม่ตรวจสุขภาพเป็นประจำ	22	6.67
4. ตรวจ / ตรวจสุขภาพตาม	33	3.67
5. ไม่ตรวจสุขภาพเป็นประจำ	33	3.67
6. ไม่ตรวจสุขภาพ	1	0.33
7. ไม่ตรวจสุขภาพเป็นประจำแต่ไม่สนใจ	177	31.00
8. อื่น ๆ (ระบุ)	0	0.00
4.7 ความถี่ในการออกกำลังกาย		
1. ไม่ออกกำลังกาย	166	62.67
2. ออกกำลังกาย	103	24.33
3. ออกกำลังกาย	5	1.67
4. ไม่ออกกำลังกาย	4	1.33
4.8 จำนวนบุคลากรที่มีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ยกเว้นโรคหัวใจ)		
1. โรคหัวใจ	257	45.67
2. โรคเบาหวาน	129	46.33
3. โรคความดันโลหิตสูง	110	20.00
4. โรคไต	233	71.67
5. โรคตับ	36	12.00
6. โรคอื่น ๆ	67	29.00
7. โรคอื่น ๆ (ระบุ)	104	40.00
8. อื่น ๆ (ระบุ)	0	0.00
4.9 จำนวนบุคลากรที่มีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ยกเว้นโรคหัวใจ)		
1. โรคหัวใจ	70	31.67
2. โรคเบาหวาน	149	46.67
3. โรคความดันโลหิตสูง	16	3.33
4. โรคไต	27	9.00
5. โรคตับ	13	4.33
4.10 ข้อมูลด้านสุขภาพ / สุขภาพ เมื่อทำกิจกรรมที่มหาวิทยาลัยสุรนารี		
1. ไม่ออกกำลังกาย / สุขภาพ	233	71.67
2. ออกกำลังกาย / สุขภาพ	67	20.33
2.1 การออกกำลังกาย / สุขภาพ	12	17.33
2.2 การออกกำลังกาย / สุขภาพ	6	2.00
2.3 การออกกำลังกาย / สุขภาพ	2	0.67
2.4 อื่น ๆ (ระบุ)	7	2.33

หน้า 9 จาก 10

ส่วนที่ 5 ความถี่ในการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

5.1 ผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผลที่คาดว่าจะได้รับ	การติดตามตรวจสอบผลกระทบ							
	ไม่ได้รับ		ได้รับ		เกินกำหนด		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การตรวจสุขภาพประจำปี	14	4.67	17	5.67	223	74.33	46	15.33
2. การตรวจสุขภาพประจำปี	15	5.00	21	7.00	217	72.33	47	15.67
3. การตรวจสุขภาพประจำปี	12	4.0	16	6.00	211	70.33	39	12.67
4. การตรวจสุขภาพประจำปี	11	3.67	20	6.67	205	67.67	65	20.00
5. การตรวจสุขภาพประจำปี	10	3.33	23	7.67	199	66.33	68	22.67
6. การตรวจสุขภาพประจำปี	12	4.00	22	7.33	217	72.33	47	16.33

หน้า 10 จาก 10



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## ภาคผนวก ข

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการ  
ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## ภาคผนวก ข1

ฟอร์มแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการ  
ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



ข1 - 1



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หมายเลขของเอกสาร .....

ชื่อผู้สัมภาษณ์ .....

วันเดือนปี .....

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมการฝึกอบรมมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
โครงการ ศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์  
และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ชื่อ - สกุล ผู้ให้สัมภาษณ์ (นาม/นามสกุล) .....

ชื่อผู้ .....

ตำแหน่ง .....

.....

.....

.....

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

"เนื่องเป็นการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 (Personal Data Protection Act: PDPA) ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ  
วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามนี้เพื่อใช้ในการศึกษาและวิจัยทางวิชาการและการพัฒนาคุณภาพของ  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข  
(ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเท่านั้น"

"มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและ  
ใช้ข้อมูลที่ได้มาเพื่อใช้ในการวางแผนและดำเนินการต่อไป โดยเป็นไปตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล  
พ.ศ.2562 เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของท่าน โดยโครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ  
และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
มีมติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นความลับอย่างเคร่งครัด"

ขอขอบคุณที่ให้ความสนใจ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1.1 เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

1.2 อายุ ☐ 1. 18-29 ปี ☐ 2. 30-39 ปี ☐ 3. 40-49 ปี  
☐ 4. 50-59 ปี ☐ 5. 60 ปีขึ้นไป

1.3 ระดับการศึกษา ☐ 1. ปริญญาตรี ☐ 2. ปริญญาโท ☐ 3. ปริญญาเอก ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ) .....

1.4 อาชีพ ☐ 1. ไม่ทำงาน ☐ 2. พนักงานบริษัท ☐ 3. เกษตรกร ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ) .....

1.5 ท่านอาศัยอยู่ที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี หรือบริเวณโดยรอบมหาวิทยาลัย ☐ 1. 0-4 ปี ☐ 2. 4-10 ปี ☐ 3. 11-15 ปี  
☐ 4. 16-20 ปี ☐ 5. มากกว่า 20 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข / สุขภาพ

2.1 ท่านมีปัญหาด้านโรคอะไรอยู่บ้าง ☐ 1. โรคทางพันธุกรรม ☐ 2. โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ  
☐ 3. โรคหัวใจ / อัมพาต ☐ 4. โรคไต ☐ 5. โรคเบาหวาน ☐ 6. โรคความดันโลหิตสูง  
☐ 7. โรคเกี่ยวกับระบบประสาท ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ) .....

2.2 ปัจจุบันท่านมีสุขภาพหรือเป็นอย่างไร ☐ 1. สุขภาพดี ☐ 2. สุขภาพไม่ดี (ระบุ) .....

2.3 ท่านคิดว่าสาเหตุของโรคที่ท่านเป็นอยู่คืออะไร ☐ 1. สาเหตุทางพันธุกรรม ☐ 2. สาเหตุทางสิ่งแวดล้อม ☐ 3. สาเหตุทางสังคม ☐ 4. สาเหตุทางจิตวิทยา ☐ 5. สาเหตุทางอื่น (ระบุ) .....

หน้า 1/3



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2.4 การโฆษณายานยนต์ส่วนบุคคล ส่วนใหญ่ส่วนเกินรถจักรยานยนต์ใช้จักรยานในรถจักรยานยนต์

- ☐ 1. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 2. รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 3. รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 4. รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 5. รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 6. รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 7. รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 8. อื่น ๆ (ระบุ) .....

2.5 จำนวนรถจักรยานยนต์ที่มีการติดป้ายทะเบียนรถจักรยานยนต์ (ระบุในตารางที่ 1 ข้าง)

- ☐ 1. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 2. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 3. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 4. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 5. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 6. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 7. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 8. อื่น ๆ (ระบุ) .....

2.6 จำนวนรถจักรยานยนต์ที่มีการติดป้ายทะเบียนรถจักรยานยนต์ (ระบุในตารางที่ 1 ข้าง)

- ☐ 1. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 2. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 3. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 4. ยานยนต์ส่วนบุคคล  
☐ 5. ยานยนต์ส่วนบุคคล

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจต่อการให้บริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

3.1 ประเด็นความพึงพอใจต่อการให้บริการ

ระดับความพึงพอใจ

- 5 = มากที่สุด  
4 = มาก  
3 = ปานกลางหรือพอใช้  
2 = น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน  
1 = น้อยที่สุดหรือยังไม่ปรับปรุง

ประเด็นความพึงพอใจ	5	4	3	2	1
1. ด้านการบริการ					
1.1 ความรวดเร็วในการให้บริการ					
1.2 การให้บริการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า					
2. ด้านการบริการทางการแพทย์					
2.1 การให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า					
2.2 การให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า					
2.3 การให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า					
2.4 การให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า					
2.5 การให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า					

หน้า 2/3

ประเด็นความพึงพอใจ	5	4	3	2	1
3. ด้านการบริการทางการแพทย์					
3.1 ความรวดเร็วในการให้บริการ					
3.2 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
3.3 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
3.4 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
3.5 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
3.6 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
3.7 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
3.8 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
3.9 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
3.10 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
4. ด้านการบริการทางการแพทย์					
4.1 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
4.2 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
4.3 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
4.4 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
4.5 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
4.6 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
4.7 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
4.8 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
4.9 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					
4.10 ความสะอาดและปลอดภัยในการให้บริการ					

ส่วนที่ 4 ปัญหา / ข้อเสนอแนะ ต่อการให้บริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ปัญหา	1. ....
	2. ....
	3. ....
ข้อเสนอแนะ	1. ....
	2. ....
	3. ....

หน้า 3/3

ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## ภาคผนวก ข2

ผลการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการ  
ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



ข2 - 1



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2566 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

ภาคผนวก รายงานผลการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อมและมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม  
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สรุปแบบสอบถามความเห็นต่อการเข้ารับการให้สัมภาษณ์ทางวิทยุเพื่อเผยแพร่ข้อมูล  
โครงการ ศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์  
และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ข้อมูลแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1.1 เพศ</b>		
1. ชาย	95	31.67
2. หญิง	205	68.33
<b>1.2 อายุ</b>		
1. 18-29 ปี	123	41.00
2. 30-39 ปี	67	22.33
3. 40-49 ปี	55	18.33
4. 50-59 ปี	34	11.33
5. 60 ปีขึ้นไป	21	7.00
<b>1.3 ระดับการศึกษา</b>		
1. ปริญญาตรี	10	3.33
2. ปริญญาโท	16	5.33
3. ปริญญาเอก	38	12.67
4. จบปริญญา (เอก/โท/ดุษฎี)	21	7.00
5. จบจากโรงเรียน/วิทยาลัย	215	71.67
6. อื่น ๆ (ระบุ)	0	0.00
<b>1.4 อาชีพ</b>		
1. ไม่ทำงาน	11	3.67
2. นักเรียน/นักศึกษา	79	26.33
3. ศึกษาต่อระดับปริญญา	47	15.67
4. ข้าราชการ/บำนาญ	31	10.33
5. ประชาชนทั่วไป/อาชีพ	93	30.67
6. เกษตรกร	11	3.67
7. พนักงานเอกชน	13	4.33
8. พนักงานหรือลูกจ้างในมหาวิทยาลัย	47	15.67
9. อื่น ๆ (ระบุ) ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	8	2.67

หน้า 1 จาก 8

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ (ต่อ)

ข้อมูลแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1.5 จำนวนปีที่ใช้ในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</b>		
1. 0-5 ปี	188	62.67
2. 6-10 ปี	30	10.00
3. 11-15 ปี	18	6.00
4. 16-20 ปี	16	5.33
5. มากกว่า 21 ปี	46	15.33

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อการดำเนินการด้านสาธารณสุข / สุขภาพ

ข้อมูลแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>2.1 จำนวนปีที่ใช้ในหน่วยงานสาธารณสุข</b>		
1. นานกว่า 10 ปี	28	9.33
2. นานกว่า 5 ปี	27	9.00
3. นานกว่า 1 ปี	35	11.67
4. นานกว่า 6 เดือน	76	25.33
5. นานกว่า 3 เดือน / นานกว่า 1 เดือน	30	10.00
6. นานกว่า 1 เดือน	33	11.00
7. นานกว่า 1 สัปดาห์	19	6.33
8. นานกว่า 1 วัน	10	3.33
9. อื่น ๆ (ระบุ) การดำเนินงานด้านสาธารณสุข	42	14.00
<b>2.2 ปีที่ดำเนินการด้านสาธารณสุข</b>		
1. ตั้งแต่ปี 2561	287	95.67
2. ตั้งแต่ปี 2562 (ระบุ) ปีที่เริ่มดำเนินการ	13	4.33
<b>2.3 จำนวนปีที่ใช้ในหน่วยงานสาธารณสุข</b>		
1. นานกว่า 10 ปี	66	22.00
2. นานกว่า 5 ปี	4	1.33
3. นานกว่า 1 ปี	32	10.67
4. นานกว่า 6 เดือน / นานกว่า 3 เดือน	60	20.00
5. นานกว่า 1 เดือน	73	24.33
6. นานกว่า 1 สัปดาห์	15	5.00
7. นานกว่า 1 วัน	15	5.00
8. อื่น ๆ (ระบุ) การดำเนินงานด้านสาธารณสุข	11	3.67

หน้า 2 จาก 8

หน้า 2 - 2







มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Figure 2. Grain yield

2007年12月10日