



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

กระบวนการทำงาน (F-QF-001)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☒ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวดและได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

*หมายเหตุ : 1.กรณีทีผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอนเงินรางวัลเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านทาง**รหัสบุคคล** ข้อ 5
 2.ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด		
ด้านคลินิก (Clinical)	☐ Safe Surgery ☐ Infection Control ☐ Medication Safety ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	☐ Patient Care Process ☐ Line , Tube & Catheter ☐ Emergency Response
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	☐ ความปลอดภัย [Safety] ☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า [Cost]	☒ คุณภาพ / สิ่งสูญเสีย [Quality (waste)*] ☐ ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Delivery]

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน

เลขที่กลุ่ม.....

วันที่รับข้อมูล.....

ส่วนที่ 2

ชื่อเรื่อง/ ชื่อโครงการ: 5S Separate System in OR Context

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (ความเป็นมาของโครงการ)

กิจกรรม 5ส เป็นแนวคิดในการจัดการความเป็นระเบียบเรียบร้อยในสถานที่ทำงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้เกิดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี สนับสนุนการทำงานเป็นทีมในการวางแผนและลงมือปรับปรุงพื้นที่ ส่งเสริมการสร้างนิสัยและการมีวินัยในหน่วยงาน รวมทั้งเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรมในการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการพัฒนา ห้องผ่าตัดศูนย์การแพทย์สิริกิติ์มีการจัดทำกิจกรรม 5ส อย่างต่อเนื่อง เดิมจะแบ่งพื้นที่ออกเป็น 5 ส่วน โดยจัดให้มีกลุ่มเจ้าหน้าที่ช่วยกันดูแลพื้นที่ และจัดให้มีการตรวจพื้นที่ต่อเนื่องทุกเดือน จากผลสรุปคะแนนการตรวจที่ผ่านมาพบว่าคะแนนผ่านเกณฑ์ประเมิน ($\geq 70\%$) ในปี พ.ศ.2560 คิดเป็น 67.27% และปี พ.ศ. 2561 คิดเป็น 57.5% ซึ่งคะแนนค่อนข้างต่ำ เนื่องจากแต่ละกลุ่มจะต้องรับผิดชอบหลายพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทำงานประจำและพื้นที่ส่วนกลาง และจากภาระงานที่มากทำให้การดูแลพื้นที่ทั้งหมดทำได้ไม่ทั่วถึง จากการสังเกตพบว่าเจ้าหน้าที่เลือกปฏิบัติกิจกรรม 5ส ในพื้นที่ทำงานประจำมากกว่าพื้นที่ส่วนกลาง ส่งผลให้พื้นที่ส่วนกลางไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ผลคะแนนการประเมินจึงออกมาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

คณะกรรมการ 5ส จึงได้คิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยจัดทำโครงการ 5S Separate System in OR Context โดยแบ่งพื้นที่เป็น 2 ส่วน คือ พื้นที่รับผิดชอบประจำและพื้นที่ส่วนกลาง โดยแบ่งการตรวจพื้นที่สลับเดือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ทำกิจกรรม 5ส อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ ส่งผลให้เกิดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีสืบต่อไป

2. กรอบแนวคิด หรือ การวิเคราะห์สาเหตุ (root cause analysis)

2.1 กระบวนการทำงาน (Workflow) (เอกสารแนบ 1)

2.2 การวิเคราะห์ปัญหาของโครงการ (เอกสารแนบ 2)

3. วัตถุประสงค์และกระบวนการปรับปรุง

3.1 วัตถุประสงค์

3.1.1 เพื่อสร้างมาตรฐานการทำงานกิจกรรม 5ส แบบแยกส่วนพื้นที่ในหน่วยงาน

3.1.2 เพื่อให้หน่วยงานได้รับการติดตามดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานครอบคลุมทุกพื้นที่

3.1.3 เพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความพึงพอใจระบบการทำงานกิจกรรม 5ส แบบใหม่

3.2 กระบวนการปรับปรุง/ วิธีการแก้ไขปรับปรุง

3.2.1 ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาในกระบวนการทำงานแบบเดิม

1) ทบทวนระบบการทำงานกิจกรรม 5ส เดิม : จะกำหนดพื้นที่และแบ่งกลุ่มตามพื้นที่ 5 กลุ่ม (เอกสารแนบ 3 (3.1)) โดยจัดให้มีการตรวจพื้นที่ต่อเนื่องทุกเดือน ปัญหาที่พบคือ แต่ละกลุ่มจะต้องรับผิดชอบหลายพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทำงานประจำและพื้นที่ส่วนกลาง จากสถิติและการสังเกตพบว่า พื้นที่ส่วนกลางในความรับผิดชอบของแต่ละกลุ่มขาดการดูแลอย่างสม่ำเสมอ เมื่อนำมาทบทวนพบว่า พื้นที่ส่วนกลางได้รับคะแนนประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้คะแนนประเมินโดยรวมในแต่ละกลุ่มต่ำกว่าเกณฑ์ไปด้วย (เอกสารแนบ 3 (3.2))

2) ทบทวนแบบประเมินการตรวจ 5ส เดิม : ใช้แบบตรวจจากส่วนกลางของโรงพยาบาล ปัญหาที่พบคือ รายการตรวจไม่ตรงตามบริบทงานของห้องผ่าตัด จึงมีการพัฒนาแบบประเมินการตรวจเฉพาะห้องผ่าตัดศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ขึ้นมาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าว คณะกรรมการ 5ส ได้จัดประชุมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและวางแผนระบบการทำงานกิจกรรม 5ส แบบใหม่ เพื่อพัฒนาเป็นระบบแยกส่วนพื้นที่ และพัฒนาแบบประเมินการตรวจ 5ส ให้สอดคล้องกับระบบการทำงานกิจกรรม 5ส แบบใหม่

3.2.2 กระบวนการปรับปรุงการทำงานระยะที่ 1

1) กำหนดพื้นที่ใหม่ โดยแบ่งพื้นที่เป็น 2 ส่วน ได้แก่ พื้นที่รับผิดชอบประจำและพื้นที่ส่วนกลาง

1.1) พื้นที่รับผิดชอบประจำ เป็นพื้นที่ที่มีการตรวจสอบระบบ Max-Min, FIFO และเป็นพื้นที่ที่มีเจ้าหน้าที่หมุนเวียนดูแลประจำ แบ่งออกเป็น 13 จุด ดังนี้

พื้นที่ควบคุม (9 จุด)	พื้นที่กึ่งควบคุม (3 จุด)	พื้นที่ทั่วไป (1 จุด)
-ห้องผ่าตัด 1-7 -ห้องเครื่องมือปลอดเชื้อ (Stock sterile) -ห้องคล้อยยเวชภัณฑ์	-ห้องเก็บยาและน้ำยา -ห้องล้างเครื่องมือ (Instrument) -ห้องพักรอผ่าตัด (Holding)	-รับ-ส่งผู้ป่วย

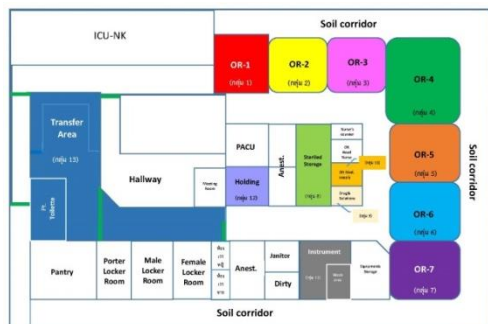
ตารางที่ 1 แสดงพื้นที่รับผิดชอบประจำ 13 จุด

1.2) พื้นที่ส่วนกลาง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เจ้าหน้าที่ใช้ร่วมกันในการสัญจร เปลี่ยนเสื้อผ้า รับประทานอาหาร รวมถึงพื้นที่อื่นๆที่ไม่มีเจ้าหน้าที่หมุนเวียนประจำ แบ่งออกเป็น 12 จุด ดังนี้

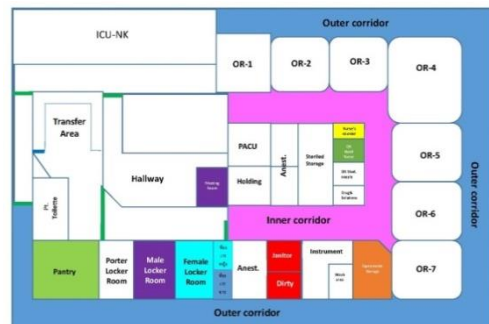
พื้นที่กึ่งควบคุม (5 จุด)	พื้นที่ทั่วไป (7 จุด)
-ทางเดินกลางด้านใน -Counter กลาง -ห้องหัวหน้า -ห้องเก็บอุปกรณ์การแพทย์ -ห้องซักล้างด้านใน	-ทางเดินรอบนอก -ห้องเวรชาย -ห้องประชุม -ห้องแต่งตัวชาย+ห้องน้ำชาย -ห้องแต่งตัวหญิง+ห้องน้ำหญิง+ห้องเวรหญิง -ห้องอาหาร -ห้องซักล้างด้านนอก

ตารางที่ 2 แสดงพื้นที่ส่วนกลาง 12 จุด

2) จัดทำ Mapping Layout แบ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบประจำ 13 จุด และพื้นที่ส่วนกลาง 9 จุด (ได้รวมพื้นที่ส่วนกลางจากเดิม 12 จุด ที่มีความใกล้เคียงกัน ให้เหลือ 9 จุดเพื่อความสะดวกในการจัดการ) (เอกสารแนบ 4 (4.1), (4.2))



รูปที่ 1 แสดง Mapping Layout พื้นที่รับผิดชอบประจำ (เอกสารแนบ 4.1)



รูปที่ 2 แสดง Mapping Layout พื้นที่ส่วนกลาง (เอกสารแนบ 4.2)

3) กำหนดเจ้าหน้าที่ดูแลพื้นที่ และมอบหมายงานให้เหมาะสมและครอบคลุม (เอกสารแนบ 5) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

3.1) พื้นที่รับผิดชอบประจำ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำพื้นที่นั้นๆเป็นผู้ดูแล โดยในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย หัวหน้าห้องที่ไม่ต้องหมุนเวียน (Fix area) และเจ้าหน้าที่หมุนเวียนพื้นที่ทุก 2 เดือน (ยกเว้นห้องเก็บยาและน้ำยามีเจ้าหน้าที่หมุนเวียนทุก 6 เดือน, ห้องเครื่องมือปลอดเชื้อและห้องคล้อยยเวชภัณฑ์ที่ไม่มีเจ้าหน้าที่หมุนเวียน)

3.2) พื้นที่ส่วนกลาง กำหนดให้กลุ่มรับผิดชอบพื้นที่ประจำสลับหมุนเวียนเข้ามาดูแลพื้นที่ส่วนกลาง พื้นที่ละ 2 เดือน มีข้อดี คือ เกิดความเสมอภาคในการดูแลพื้นที่ และในแต่ละกลุ่มมีโอกาสติดตามตรวจสอบการทำงานของกันและกัน ช่วยให้เกิดการพัฒนาในทุกๆ พื้นที่

4) ปรับปรุงแบบประเมินการตรวจพื้นที่ 5ส โดยแบ่งเป็น 2 แบบตรวจคือ แบบตรวจพื้นที่รับผิดชอบประจำ และแบบตรวจพื้นที่ส่วนกลาง จัดให้มีกรรมการตรวจพื้นที่ 5 คน โดยกรรมการตรวจแต่ละคน จะตรวจทุกรายการในทุกพื้นที่เหมือนกัน (เอกสารแนบ 6)

4.1) พื้นที่รับผิดชอบประจำ แบบตรวจมี 2 ชุด ได้แก่ใบลงคะแนน และใบแสดงเกณฑ์การให้คะแนน

-ใบลงคะแนน แบ่งเป็น 3 ชุด แต่ละชุดมีรายการตรวจที่แตกต่างกันตามบริบทพื้นที่

ชุดที่ 1 ตรวจพื้นที่ภายในห้องผ่าตัดทั้ง 7 ห้อง

ชุดที่ 2 ตรวจพื้นที่ห้องเครื่องมือปลอดเชื้อ (Stock sterile), ห้องเก็บยาและน้ำยา และห้องคล้อยยเวชภัณฑ์

ชุดที่ 3 ตรวจพื้นที่ทั่วไป

-ใบแสดงเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 8 ข้อ สอดคล้องกับรายการตรวจในใบลงคะแนน

4.2) พื้นที่ส่วนกลาง เป็นแบบตรวจที่มอบให้กับหัวหน้าพื้นที่และสมาชิกดูแลความเรียบร้อยตามแบบตรวจนั้น พร้อมทั้งบันทึกสิ่งที่ได้ปรับปรุงไปแล้ว และส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่หมุนเวียนรอบถัดไปดูแลต่อ การดูแลพื้นที่ส่วนรวมจะไม่มีภาระคิดคะแนน เพื่อลดความเครียดของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

5) กำหนดวิธีการคิดคะแนนตรวจพื้นที่ 5ส ในทุกพื้นที่จะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ 70% และมีพื้นที่ที่ต้องควบคุม FIFO, MAX MIN และตรวจสอบของหมดอายุอย่างละเอียด มีเกณฑ์เพิ่มเติมดังนี้

- ห้องเครื่องมือปลอดเชื้อ (Stock sterile), ห้องเก็บยาและน้ำยา และห้องคลังย้อยเวชภัณฑ์ ของหมดอายุและ FIFO ต้องได้ 4 คะแนนเท่านั้น ส่วนข้อที่เหลือต้องไม่ต่ำกว่า 3 คะแนน

6) กำหนดตารางตรวจพื้นที่ประจำปี โดยกำหนดให้มีการตรวจพื้นที่ในสัปดาห์สุดท้ายของทุกเดือน กำหนดให้เดือนที่ตรวจพื้นที่รับผิดชอบประจำ และเดือนที่ตรวจพื้นที่ส่วนกลาง (ตัวอย่างตารางกำหนดการตรวจพื้นที่ของห้องผ่าตัดศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ปี พ.ศ. 2563 ดังเอกสารแนบ 7)

ข้อดี : เป็นการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานกิจกรรม 5ส ทั้งระบบ พื้นที่ที่ได้รับการติดตามดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานครอบคลุมทั้งหมด และจากการที่ให้การตรวจทุกคนตรวจทุกรายการพร้อมกัน ทำให้เห็นจุดเด่นและสิ่งที่ควรปรับปรุงของทุกพื้นที่ สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ทำงานประจำของตนเองได้

สิ่งที่ต้องปรับปรุง :

- แบบตรวจพื้นที่รับผิดชอบประจำ : มีใบลงคะแนนและใบแสดงเกณฑ์การให้คะแนนอยู่คนละใบ ต้องใช้ดูควบคู่กันไปขณะตรวจ ทำให้ต้องพลิกกระดาษไปมา จึงเกิดความไม่สะดวก

- แบบตรวจพื้นที่ส่วนกลาง : เนื่องจากไม่มีการคิดคะแนน ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ใส่ใจในการดูแลพื้นที่อย่างจริงจัง

- เนื่องจากกรรมการตรวจ 1 คน จะต้องตรวจทุกรายการในทุกพื้นที่ ทำให้ใช้เวลาในการตรวจนาน (ประมาณ 4 ชั่วโมงต่อการตรวจ 1 ครั้ง) ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ต้องรีบเร่งเพื่อกลับไปทำงานประจำ รู้สึกกังวลทำให้ไม่มีสมาธิในการตรวจพื้นที่

3.2.3 กระบวนการปรับปรุงการทำงานระยะที่ 2

1) ปรับปรุงแบบตรวจพื้นที่ส่วนกลาง ให้มีการคิดคะแนน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใส่ใจในการปฏิบัติกิจกรรม 5ส อย่างจริงจัง

2) ปรับปรุงวิธีการตรวจ กำหนดให้กรรมการ 1 คน ตรวจเพียง 1-2 รายการ ที่ได้รับมอบหมาย (เอกสารแนบ 8)

ข้อดี : จากการปรับแบบตรวจพื้นที่ส่วนกลางให้มีการคิดคะแนน ส่งผลให้พื้นที่ที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาจริง และจากการปรับปรุงวิธีการตรวจโดยกำหนดให้กรรมการ 1 คน ตรวจเพียง 1-2 รายการนั้น ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจ เนื่องจากเจาะจงตรวจเฉพาะรายการที่ได้รับมอบหมาย และยังทำให้ใช้เวลาในการตรวจเร็วขึ้น

สิ่งที่ต้องปรับปรุง : เนื่องจากกรรมการตรวจ 1 คน จะรับผิดชอบตรวจเพียง 1-2 รายการจากทั้งหมด 7 รายการ ทำให้กรรมการบางคนเกิดความสับสนรายการที่ตนเองรับผิดชอบ และบางครั้งตรวจผิดรายการ หรือใส่คะแนนผิดรายการ

3.2.4 กระบวนการปรับปรุงการทำงานระยะที่ 3

1) ปรับปรุงแบบตรวจพื้นที่รับผิดชอบประจำ โดยการรวมใบลงคะแนนและใบแสดงเกณฑ์การให้คะแนนให้อยู่ในใบเดียวกัน (ตัวอย่างแบบตรวจเรื่อง Max-Min ดังเอกสารแนบ 9) เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการตรวจพื้นที่ 5ส และแยกแบบตรวจเป็น 6 ชุด ดังนี้

- ชุดที่ 1 แบบตรวจสำหรับผู้นำตรวจ 5ส เป็นใบตรวจสำหรับรวมคะแนน
- ชุดที่ 2 แบบตรวจสำหรับกรรมการตรวจคนที่ 1 ตรวจเรื่อง Max-Min
- ชุดที่ 3 แบบตรวจสำหรับกรรมการตรวจคนที่ 2 ตรวจเรื่อง FIFO
- ชุดที่ 4 แบบตรวจสำหรับกรรมการตรวจคนที่ 3 ตรวจเรื่อง ความสะอาดและการคัดแยกขยะ
- ชุดที่ 5 แบบตรวจสำหรับกรรมการตรวจคนที่ 4 ตรวจเรื่อง สิ่งของปะปน
- ชุดที่ 6 แบบตรวจสำหรับกรรมการตรวจคนที่ 5 ตรวจเรื่อง ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์

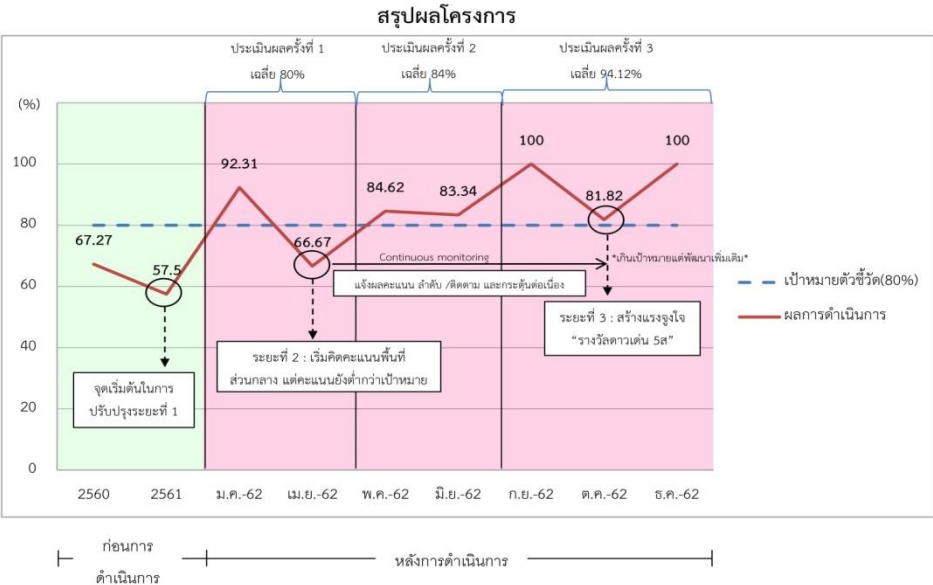
2) กำหนดการให้รางวัล ในกิจกรรม “ค้นหาดาวเด่น 5ส ” ค้นหาบุคคลที่ได้คะแนนสูงที่สุด จากการตรวจพื้นที่รับผิดชอบประจำและพื้นที่ส่วนกลางตลอดทั้งปี เพื่อสร้างแรงจูงใจ

4. แผนการดำเนินงานกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)																												ผู้รับผิดชอบ / หน่วยงาน	
	ปี 2561														ปี 2562															ปี 2563
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.- ปัจจุบัน				
1. วิเคราะห์ปัญหาในการทำกิจกรรม 5ส																													จุฬารัตน์, ณฤดี, ฐิตวัฒน์, อานนท์/ ทีมงาน 5ส	
2. ปรับปรุงการทำงานระยะที่ 1																														
2.1 กำหนดพื้นที่ใหม่			↔	↔																										
2.2 จัดทำ Mapping Layout			↔	↔	→																									
2.3 กำหนดเจ้าหน้าที่ดูแลพื้นที่					↔	↔																								
2.4 ปรับรูปแบบประเมินการตรวจ						↔	↔	→																						
2.5 กำหนดวิธีการติดตามแบบตรวจ									↔	↔																				
3. ปรับปรุงการทำงานระยะที่ 2																														
3.1 ปรับรูปแบบประเมินการตรวจพื้นที่ ส่วนกลางและวิธีการใช้งาน																↔	↔													
3.2 ปรับปรุงวิธีการตรวจ																↔	↔													
4. ปรับปรุงการทำงานระยะที่ 3																														
4.1 ปรับรูปแบบประเมินการตรวจพื้นที่ รับผิดชอบประจำ																						↔	↔							
4.2 กำหนดการให้รางวัลดาวเด่น 5ส																						↔	↔							
5. แจ้งให้ผู้บังคับบัญชาและเจ้าหน้าที่ใน หน่วยงานรับทราบ										↔	↔																			
6. นำมาปรับใช้จริงในหน่วยงาน													↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔			
7. ประเมินและติดตามผลต่อเนื่อง													↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔			
← -																														

5. ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ปี)				
		ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		
		ปี 60	ปี 61	ครั้งที่ 1 ม.ค.-เม.ย.62	ครั้งที่ 2 พ.ค.-ส.ค.62	ครั้งที่ 3 ก.ย.-ธ.ค.62
1. ผลคะแนนการตรวจในแต่ละพื้นที่ 5ส ที่ผ่านเกณฑ์ การประเมิน(≥70%)	≥80%	67.27%	57.5%	80%	84%	94.12%
2. อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อโครงการการจัด กิจกรรม 5ส แบบแยกส่วนพื้นที่	≥90 %	-		95%	100%	100%



กราฟแสดงการสรุปผลโครงการ 5S Separate System in OR Context (เอกสารแนบ 10)

6. ผลลัพธ์/ ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

6.1 ด้านคุณภาพบริการ : จากผลการดำเนินการพบว่า ผลคะแนนการตรวจพื้นที่ 5ส ในแต่ละพื้นที่ $\geq 70\%$ ตลอดปีพ.ศ.2562 คิดเป็น 86.04% (เอกสารแนบ 11) ซึ่งเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ (เป้าหมาย $\geq 80\%$) เป็นการปรับปรุงระบบการทำงาน 5ส ในหน่วยงานให้มีมาตรฐาน สามารถแก้ไขปัญหาได้จริง

6.2 ด้านกลุ่มคน :

6.2.1 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน : จากผลการดำเนินการพบว่า อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อโครงการการจัดกิจกรรม 5ส แบบแยกส่วนพื้นที่ คิดเป็น 95-100% ซึ่งเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ (เป้าหมาย $\geq 90\%$) และจากตัวอย่างความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ เช่น สนุกกับการทำงาน 5ส ได้ดูแลพื้นที่ใหม่ๆไม่ซ้ำเดิม ไม่น่าเบื่อ ไม่เครียดในการตรวจมากเกินไป และได้เรียนรู้การทำ 5ส ในพื้นที่อื่นๆ แสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรม 5ส เป็นการสร้างทัศนคติที่ดีในการทำประโยชน์แก่ส่วนรวม และช่วยปลูกฝังระเบียบวินัยในการทำงานอีกด้วย

6.2.2 คณะกรรมการ 5ส : สามารถตรวจ 5ส ได้อย่างเป็นระบบ เข้าใจง่าย

6.3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม : หน่วยงานมีความสะอาด เป็นระเบียบ พื้นที่ของห้องผ่าตัดได้รับการติดตามและดูแลอย่างครอบคลุม

6.4 ด้านความคุ้มค่า/คุ้มทุน : มีการบริหารจัดการ และการจัดเก็บเวชภัณฑ์/ยา อย่างเป็นระบบมากขึ้น ตรวจสอบได้ ทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บเวชภัณฑ์และยาเกินความจำเป็น ลดการสูญเสียจากการพบของหมดอายุ

7. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการและการขยายผล

7.1 เป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการคิด ออกแบบ และปรับปรุงวิธีการทำงาน ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้สามารถวัดผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

7.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การสนับสนุนของผู้บังคับบัญชา การทำงานเป็นทีม และการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนา นำมาสู่การทำกิจกรรม 5ส อย่างเข้มแข็ง

7.3 กระบวนการประเมินและติดตามอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาด้วยระบบกิจกรรม 5ส

7.4 การขยายผล: นำเสนอต่อคณะกรรมการ 5ส ฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สิริกิติ์และงานพยาบาลห้องผ่าตัด, เป็นแหล่งเรียนรู้การทำกิจกรรม 5ส และเป็นต้นแบบกิจกรรม 5ส ของห้องผ่าตัด

8. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

8.1 มีการตรวจ 5ส และสรุปผลคะแนนแจ้งในที่ประชุมทุกเดือน ในการตรวจแต่ละครั้งจะสลับหมุนเวียนคณะกรรมการตรวจ ประกอบไปด้วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของหน่วยงาน โดยมีหัวหน้าทีมนำตรวจทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าตรวจและเป็นที่ปรึกษา

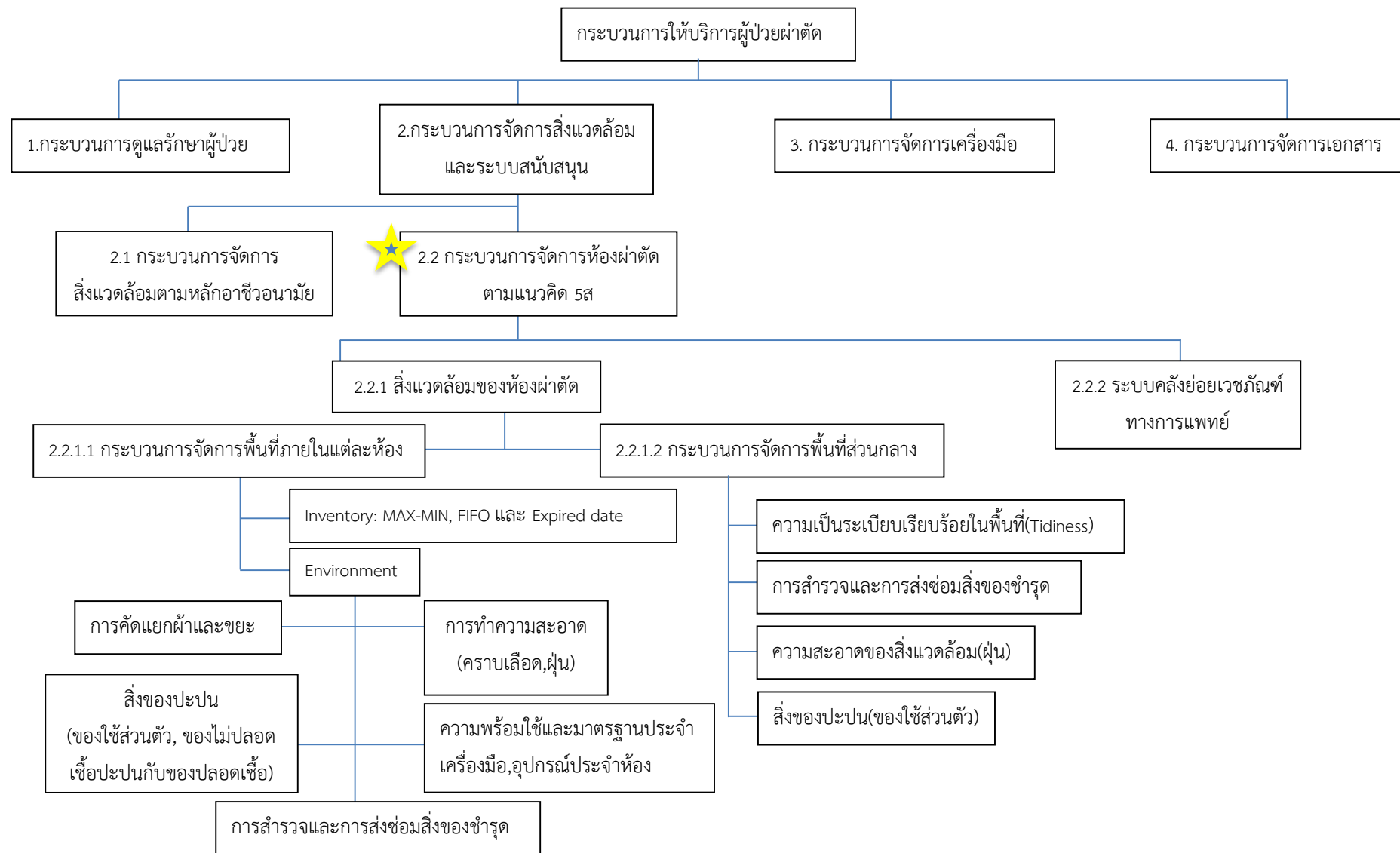
8.2 ประเมินจากการตรวจพื้นที่ในแต่ละครั้ง หากพบปัญหาในการดำเนินกิจกรรม ทีม 5ส จะนัดประชุมทุกเดือนหรือปรึกษาปัญหาผ่านทาง Line Application เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบ และปรับปรุงให้เกิดการพัฒนา

9. โครงการ/ กิจกรรม/ โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

9.1 โครงการพัฒนาแบบตรวจ 5ส ผ่านอิเล็กทรอนิกส์ (e5S assessment) เพื่อการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และลดการใช้กระดาษ

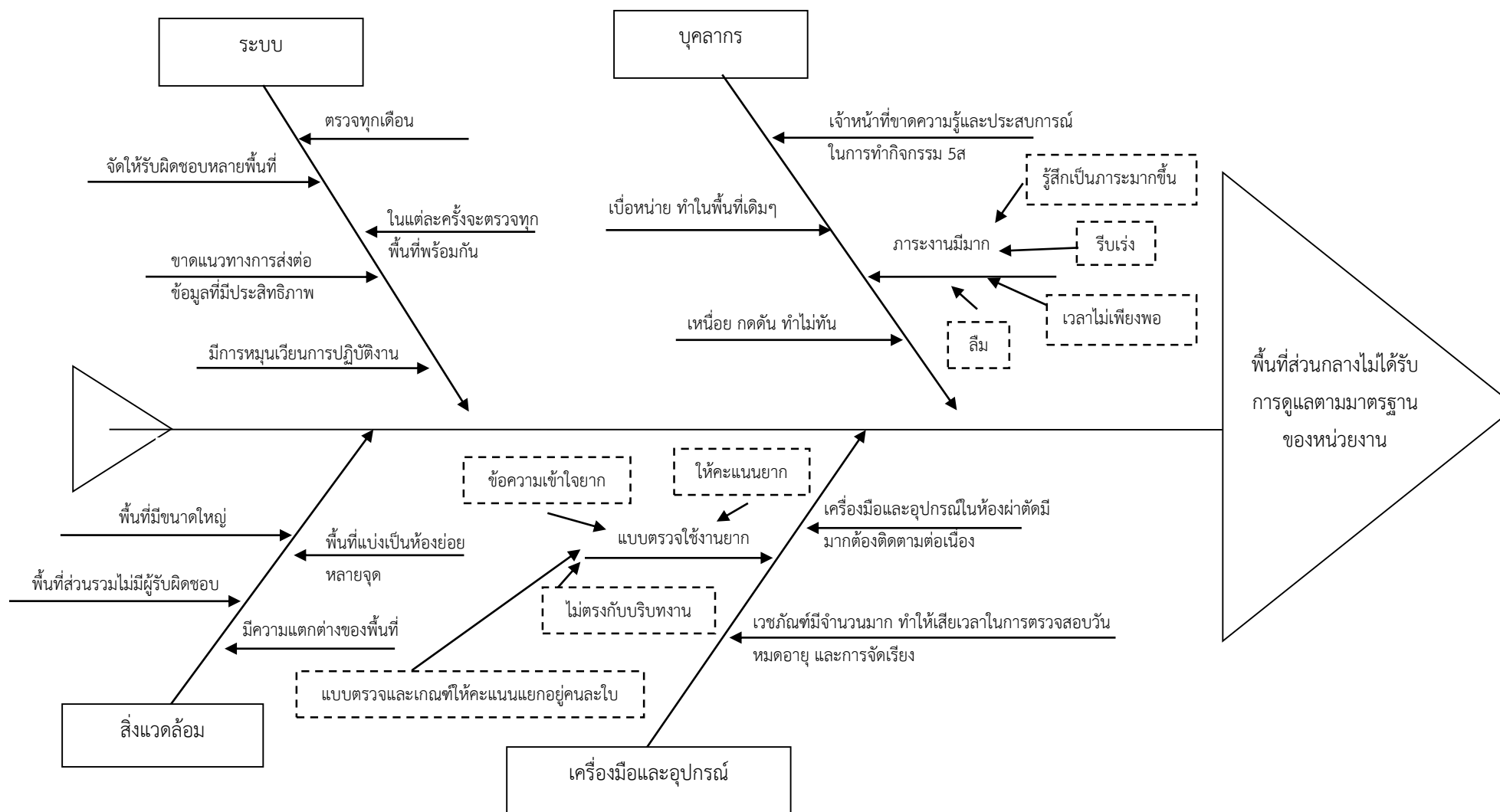
9.2 โครงการ 5ส บูรณาการกับงานอาชีวอนามัย เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัดศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

เอกสารแนบ 1 กระบวนการทำงาน (Workflow)



โครงการ 5S Separate System in OR Context เป็นการพัฒนาคุณภาพในกระบวนการ 2.2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบการทำการกิจกรรม 5ส ให้ครอบคลุมและเป็นไปตามบริบทของหน่วยงาน

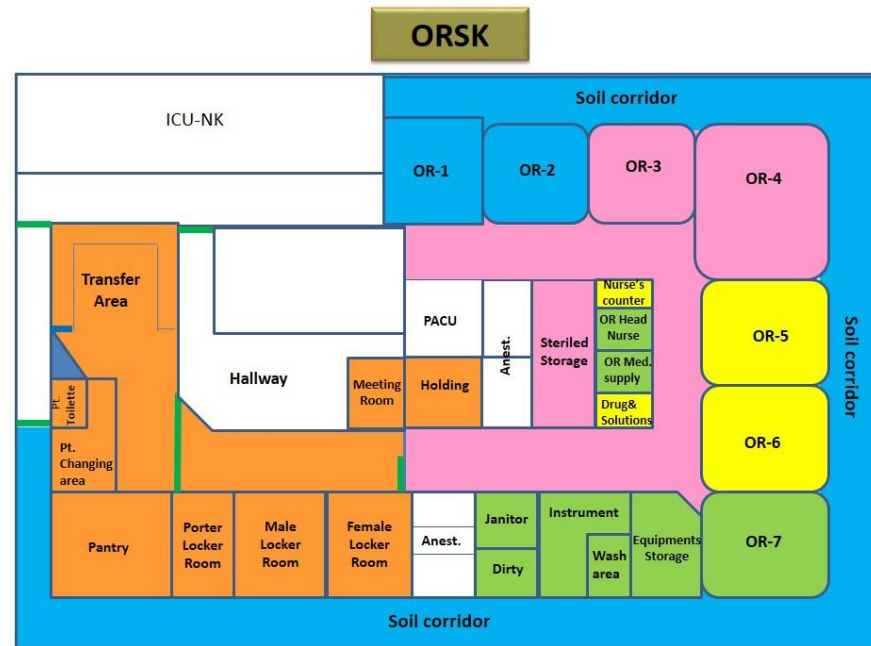
เอกสารแนบ 2 การวิเคราะห์ปัญหาของโครงการ



เอกสารแนบ 3 : ระบบกิจกรรม 5ส เดิม

3.1 การแบ่งกลุ่มพื้นที่

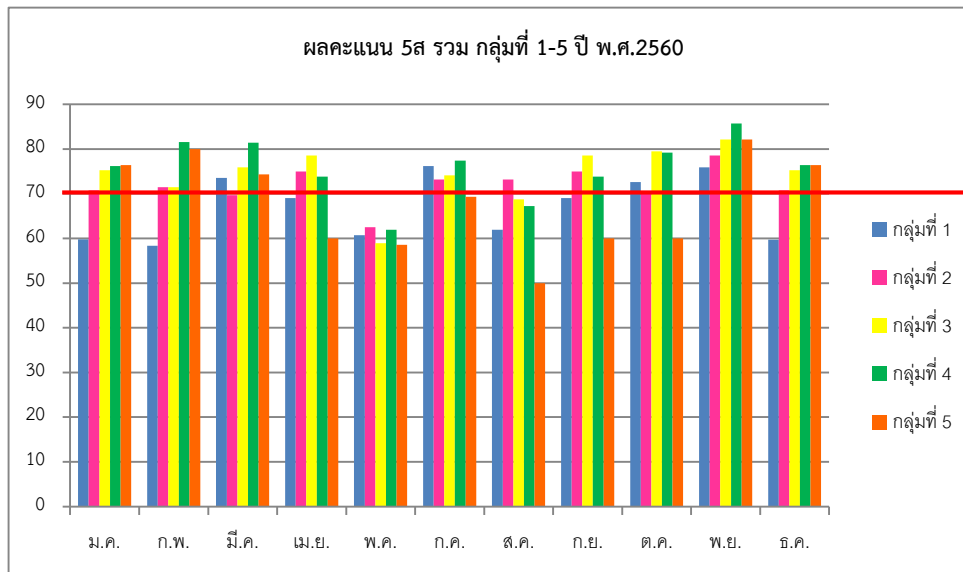
แต่ละกลุ่มต้องรับผิดชอบพื้นที่ 4-9 จุดย่อย
ทั้งพื้นที่ทำงานประจำและพื้นที่ส่วนรวม



Mapping Layout แบ่งกลุ่มพื้นที่
เป็น 5 กลุ่ม

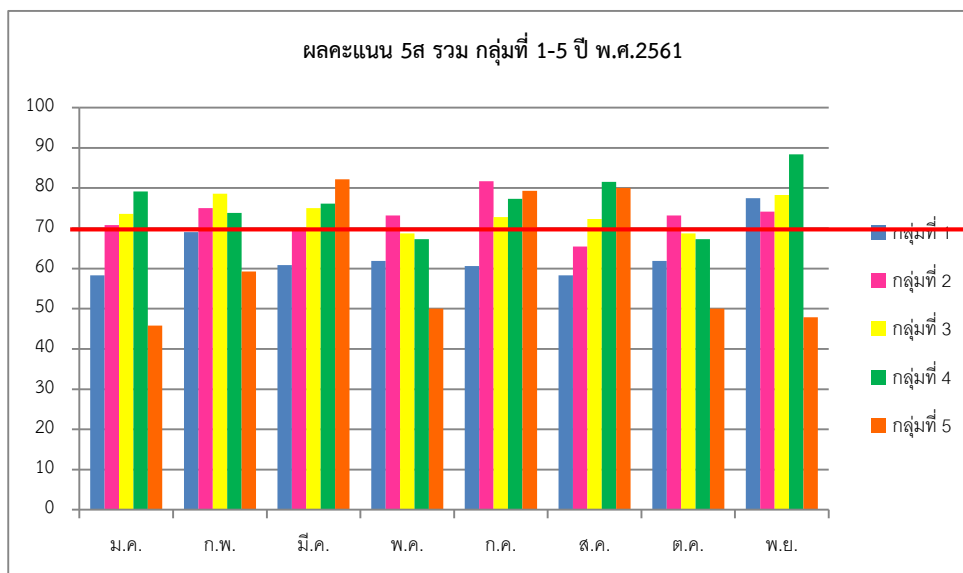
กลุ่มที่	สี	พื้นที่รับผิดชอบ
1	สีฟ้า	ห้องผ่าตัด1, ห้องผ่าตัด2, Sub wash1, ทางเดินด้านหลัง, ห้องเก็บของด้านหลัง, ห้องไฟฟ้า, ห้องเก็บGas, ห้องซักล้างด้านนอก, ห้องนอนเวรแพทย์ชาย
2	สีชมพู	ห้องผ่าตัด3, ห้องผ่าตัด4, Sub wash2, Stock sterile, บริเวณทางเดินด้านในถึง Auto door
3	สีเหลือง	ห้องผ่าตัด5, ห้องผ่าตัด6, Counter กลาง, ห้องเก็บน้ำยาทางการแพทย์
4	สีเขียว	ห้องผ่าตัด, ห้องจัดเตรียมเครื่องมือ, ห้องเก็บเครื่องมือทางการแพทย์, ห้องซักล้างด้านใน, ห้องหัวหน้า, ห้องเวชภัณฑ์
5	สีส้ม	บริเวณ รับ-ส่ง, ห้อง Holding, ห้องเปลี่ยนชุดผู้ป่วย, ห้อง Conference, ห้องเปลี่ยนชุดผู้หุง, ห้องเปลี่ยนชุดพนักงาน, ห้องเปลี่ยนชุดผู้ชาย, ห้องพักเจ้าหน้าที่

3.2 สรุปผลคะแนนการตรวจ 5ส เฉลี่ยทั้ง 5 กลุ่ม ปี พ.ศ.2560 และปี พ.ศ. 2561



คะแนนผ่านเกณฑ์ประเมิน ($\geq 70\%$) คิดเป็น 67.27 %

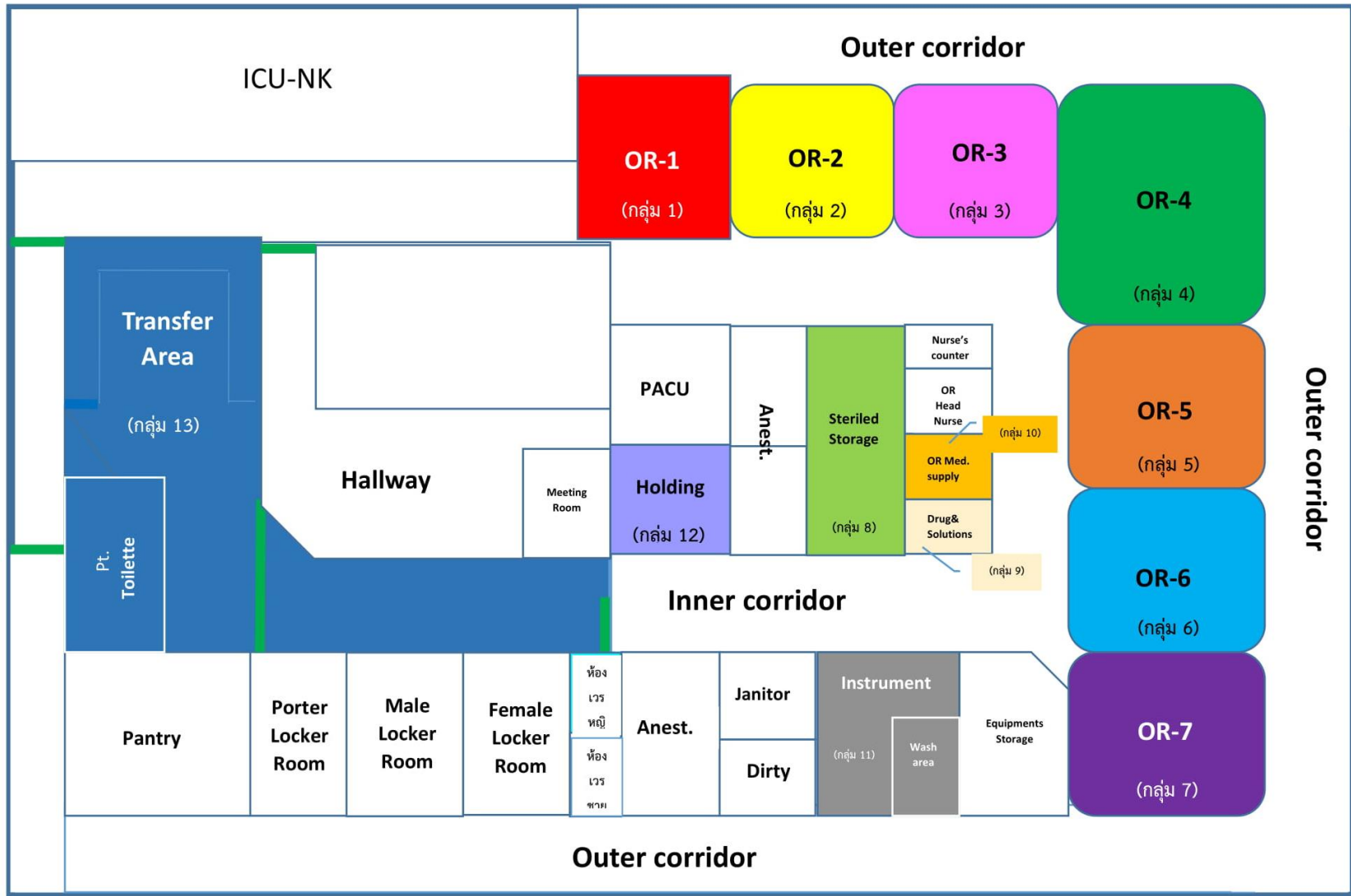
กราฟแสดงผลคะแนน 5ส รวมกลุ่มที่ 1-5 พ.ศ.2560



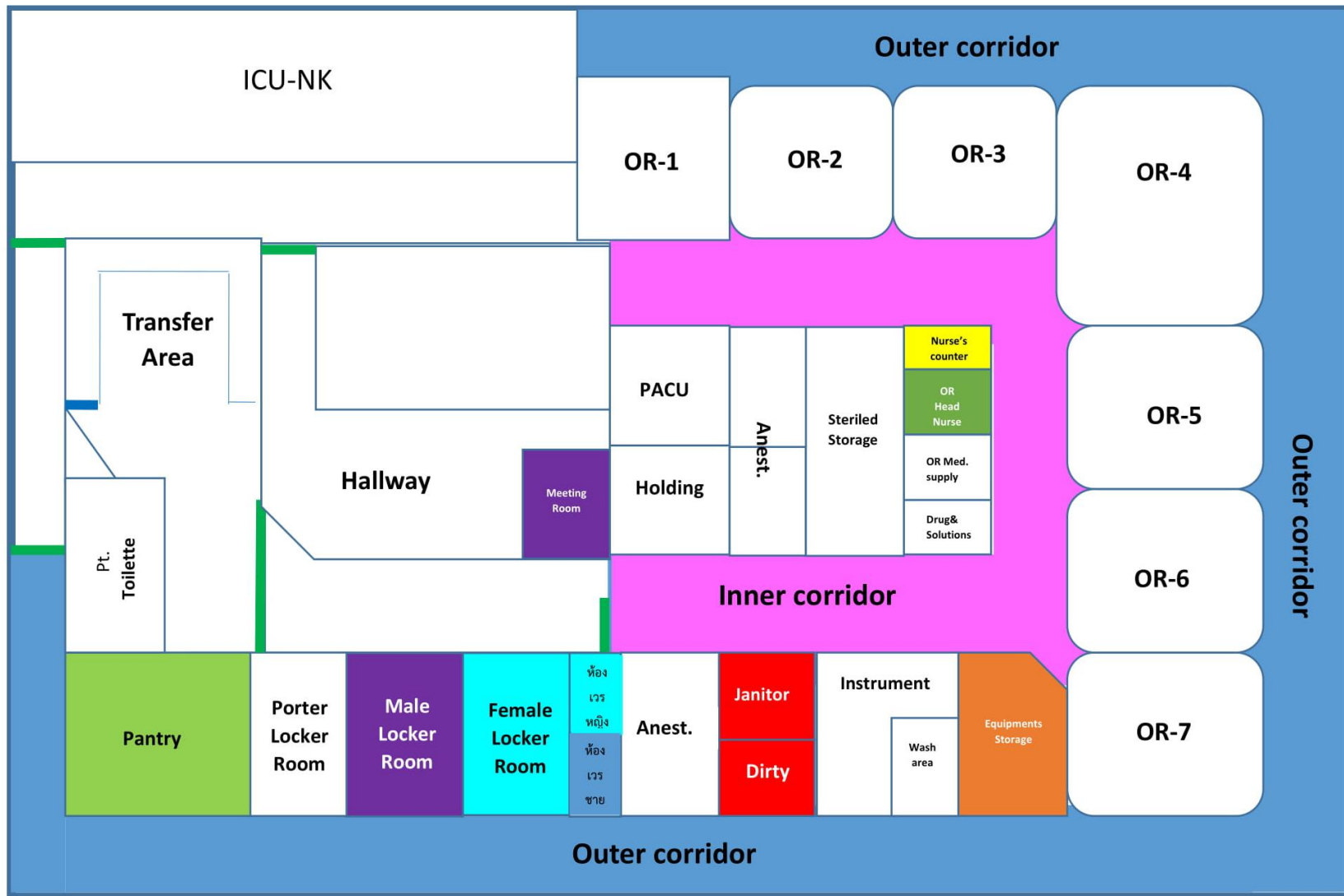
คะแนนผ่านเกณฑ์ประเมิน ($\geq 70\%$) คิดเป็น 57.5 %

กราฟแสดงผลคะแนน 5ส รวมกลุ่มที่ 1-5 พ.ศ.2561

Mapping Layout พื้นที่รับผิดชอบประจำ



Mapping Layout พื้นที่ส่วนกลาง



เอกสารแนบ 5 : ตารางกำหนดเจ้าหน้าที่ดูแลพื้นที่

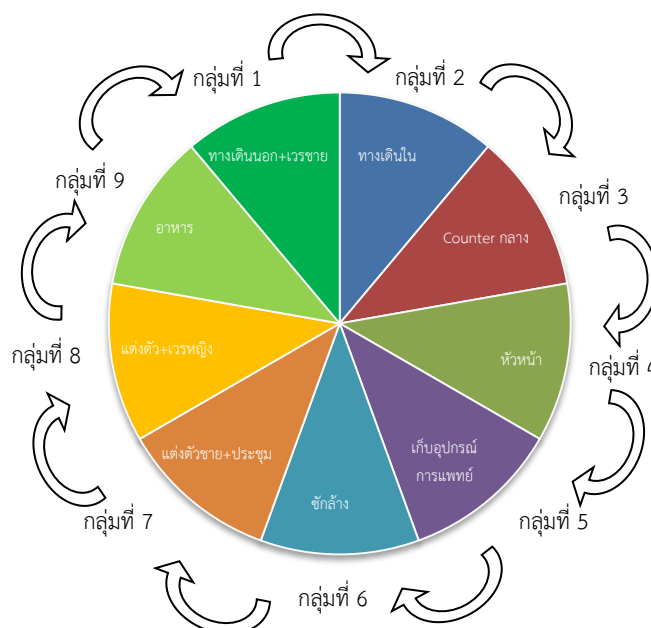
ตารางกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบพื้นที่รับผิดชอบประจำ 13 จุด

กลุ่ม	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ	พื้นที่รับผิดชอบ
1	หัวหน้าห้องผ่าตัด 1 และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 2 เดือน)	ห้องผ่าตัด 1
2	หัวหน้าห้องผ่าตัด 2 และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 2 เดือน)	ห้องผ่าตัด 2
3	หัวหน้าห้องผ่าตัด 3 และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 2 เดือน)	ห้องผ่าตัด 3
4	หัวหน้าห้องผ่าตัด 4 และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 2 เดือน)	ห้องผ่าตัด 4
5	หัวหน้าห้องผ่าตัด 5 และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 2 เดือน)	ห้องผ่าตัด 5
6	หัวหน้าห้องผ่าตัด 6 และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 2 เดือน)	ห้องผ่าตัด 6
7	หัวหน้าห้องผ่าตัด 7 และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 2 เดือน)	ห้องผ่าตัด 7
8	เจ้าหน้าที่ประจำพื้นที่รับผิดชอบ (Fix area)	ห้อง Stock sterile
9	หัวหน้าห้องเก็บน้ำยาทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 6 เดือน)	ห้องเก็บน้ำยาทางการแพทย์
10	เจ้าหน้าที่ประจำพื้นที่รับผิดชอบ (Fix area)	ห้องเวชภัณฑ์
11	หัวหน้าห้อง Instrument และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 2 เดือน)	Instrument
12	หัวหน้าห้อง Holding และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 2 เดือน)	Holding
13	หัวหน้าห้อง รับ-ส่ง และเจ้าหน้าที่หมุนเวียน (เปลี่ยนทุก 2 เดือน)	รับ-ส่ง

ตารางกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบพื้นที่ส่วนกลาง 9 จุด

กลุ่มที่	กลุ่มที่
กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดที่ 1	กลุ่มที่ 6 เจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดที่ 6
กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดที่ 2	กลุ่มที่ 7 เจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดที่ 7
กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดที่ 3	กลุ่มที่ 8 เจ้าหน้าที่จากห้อง Instrument และ ห้อง Stock sterile
กลุ่มที่ 4 เจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดที่ 4	กลุ่มที่ 9 เจ้าหน้าที่จากห้อง รับ-ส่ง, Holding และ ห้องเวชภัณฑ์
กลุ่มที่ 5 เจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดที่ 5	

กราฟแสดงกลุ่ม 5ส หมุนเวียนพื้นที่ส่วนกลาง



เอกสารแนบ 6 : การปรับปรุงแบบตรวจพื้นที่ 5ส และวิธีการตรวจ ในการปรับปรุงการทำงานระยะที่ 1

แบบตรวจพื้นที่รับผิดชอบประจำ

ใบลงคะแนน

ใบแสดงเกณฑ์การให้คะแนน

กรรมการตรวจ
1 คน จะตรวจ
ทุกรายการใน
ทุกพื้นที่

แบบตรวจพื้นที่ 5ส ORSK จุดที่ 1: พื้นที่ตรวจ 5ส ภายในห้องผ่าตัด (มีการตรวจสอบ FIFO, Max - Min)

รายการตรวจ	กลุ่ม1 R-1	กลุ่ม2 R-2	กลุ่ม3 R-4	กลุ่ม4 R-5	กลุ่ม5 R-6	กลุ่ม6 R-7
1. การกำหนดจำนวนเวชภัณฑ์/ยา/น้ำยา/น้ำเกลือ/สารละลายยาชนิด (Max-Min) และมีป้ายบอกชัดเจน (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 1)						
2. การจัดเรียงเวชภัณฑ์, น้ำยา ตามระบบ First In-First Out (FIFO) มีการกำหนดวันหมดอายุเมื่อใดก็ได้ (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 2)						
3. ความสะอาดของลิ้นชักและตู้ยาภายในห้อง						
3.1 ความสะอาด (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 3.1)						
3.2 ตู้ (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 3.2)						
4. การติดฉลากยา การติดยา (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 4)						
5. ไม่มีสิ่งของที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานหรือใช้ส่วนบุคคลวางบน (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 5)						
6. ไม่มีของไม่ Sterile วางบนกับของ Sterile (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 6)						
7. มีการตรวจสอบความพร้อมใช้และความชำรุดเสียหายอุปกรณ์ภายในห้อง						
7.1 ความพร้อมใช้ (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 7.1)						
7.2 การฉีกกับอุปกรณ์ (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 7.2)						
7.3 ความชำรุดเสียหายของพื้นที่/ อุปกรณ์ (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 7.3)						

ผู้ตรวจ R-1 _____ โลโก้ทีม R-1 _____
 R-2 _____ R-2 _____
 R-3 _____ R-3 _____
 R-4 _____ R-4 _____
 R-5 _____ R-5 _____
 R-6 _____ R-6 _____
 R-7 _____ R-7 _____

1/6

เกณฑ์การให้คะแนนการตรวจพื้นที่ 5ส ORSK

1. การกำหนด Max-Min (ผู้ตรวจ 5 รายการ)

กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ และมีจำนวนของตรงตาม Max-Min = 4 คะแนน
 กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 1 รายการ = 3 คะแนน
 กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 2 รายการ = 2 คะแนน
 กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 3 รายการ = 1 คะแนน
 กำหนด Max-Min ไม่ครบทุกรายการ หรือมีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min มากกว่า 3 รายการ = 0 คะแนน

2. FIFO / ของหมดอายุ (ผู้ตรวจ 5 รายการ)

ไม่พบของหมดอายุ และมีการจัดเรียงถูกต้องตาม FIFO = 4 คะแนน
 ไม่พบของหมดอายุ แต่มีการจัดเรียงไม่ถูกต้องตาม FIFO 1 รายการ = 3 คะแนน
 ไม่พบของหมดอายุ แต่มีการจัดเรียงไม่ถูกต้องตาม FIFO 2 รายการ = 2 คะแนน
 ไม่พบของหมดอายุ แต่มีการจัดเรียงไม่ถูกต้องตาม FIFO 3 รายการ = 1 คะแนน
 พบของหมดอายุ (ไม่จำกัดจำนวนชิ้น) หรือมีการจัดเรียงไม่ตรงตาม FIFO มากกว่า 3 รายการ = 0 คะแนน
 (กรณีที่ใช้ใช้แล้วไม่เขียนวันที่ หรือ เขียนวันที่หมดอายุผิด = 0 คะแนน)

3. ความสะอาดในห้องผ่าตัด

3.1 ความสะอาด

ไม่พบความสะอาด = 4 คะแนน
 พบความสะอาด 1 จุด = 3 คะแนน
 พบความสะอาด 2 จุด = 2 คะแนน
 พบความสะอาด 3 จุด = 1 คะแนน
 พบความสะอาดมากกว่า 3 จุด = 0 คะแนน

3.2 ตู้ (ให้กรรมการเลือกตรวจ 5 จุด ซึ่งเป็นจุดเดียวกันของแต่ละห้อง/พื้นที่)

ไม่มีฝุ่นเลย = 4 คะแนน
 มีฝุ่นเบาๆ = 3 คะแนน
 มีฝุ่นหนา 1 จุด = 2 คะแนน
 มีฝุ่นหนา 2 จุด = 1 คะแนน
 มีฝุ่นหนามากกว่า 2 จุด = 0 คะแนน

ต้องดูควบคู่กัน

แบบตรวจพื้นที่ส่วนกลาง

พื้นที่ส่วนกลางที่ 1 ตามลิ้นชักของห้องตรวจ+ห้องพยาบาล

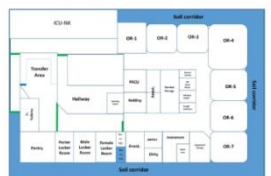
กลุ่มที่รับผิดชอบ.....ประจำเดือน.....พ.ค.2562

รายการที่รับผิดชอบ	วันที่ให้ผล
1. ตรวจสอบลิ้นชัก และตรวจสอบอุปกรณ์ต่างๆ ความสะอาดใช้ Max-Min การฉีกฉีกฉีกฉีก	
2. ตรวจสอบความสะอาดลิ้นชักตู้ยาและตู้ยา ซึ่งวางบนโต๊ะ	
3. ตรวจสอบความสะอาด ลิ้นชักยา-ลิ้นชักเวชภัณฑ์ ซึ่งวางบนโต๊ะ	
4. ตรวจสอบลิ้นชักลิ้นชักลิ้นชักลิ้นชัก ลิ้นชักลิ้นชักลิ้นชักลิ้นชัก	
5. ตรวจสอบความชำรุดเสียหายของลิ้นชัก ลิ้นชักและอุปกรณ์ต่างๆ (ไม่จำกัดจำนวนลิ้นชัก)	
6. ไม่พบยา, ของของลิ้นชักลิ้นชัก	

รายการของชำรุด

ชื่อคนตรวจ/ชื่อตรวจ/วันที่

อย่าลืมแจ้งปัญหาให้กลุ่มต่อไปทราบเพื่อเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง



จัดให้ลงวันที่จัดทำพื้นที่ตามรายการที่
กำหนด และกรรมการจะเข้าตรวจพื้นที่ ว่า
ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจริง แต่ไม่นำมาคิด

ตารางแสดงกำหนดการตรวจพื้นที่ส่วนกลาง ปี พ.ศ.2563

วันที่และเดือนที่ตรวจ พื้นที่ส่วนรวม	28 ก.พ. 62	30 เม.ย. 62	26 มิ.ย. 62	28 ส.ค. 62	30 ต.ค.62	31 ธ.ค.62
1.ทางเดินนอก	R-3	R-2	R-1	รับ-ส่ง+ Holding +ห้องเวชภัณฑ์	Instrument +Stock sterile	R-7
2.ทางเดินใน	R-4	R-3	R-2	R-1	รับ-ส่ง+ Holding +ห้องเวชภัณฑ์	Instrument +Stock sterile
3.Counterกลาง	R-5	R-4	R-3	R-2	R-1	รับ-ส่ง+ Holding +ห้องเวชภัณฑ์
4.ห้องหัวหน้า	R-6	R-5	R-4	R-3	R-2	R-1
5.ห้องเก็บอุปกรณ์การแพทย์	R-7	R-6	R-5	R-4	R-3	R-2
6.ห้องซักล้าง	Instrument +Stock sterile	R-7	R-6	R-5	R-4	R-3
7.ห้องประชุม+ห้องน้ำ+ห้องแต่งตัวชาย	รับ-ส่ง+ Holding +ห้องเวชภัณฑ์	Instrument +Stock sterile	R-7	R-6	R-5	R-4
8.ห้องแต่งตัว+ห้องน้ำ+ห้องเวรหญิง	R-1	รับ-ส่ง+ Holding +ห้องเวชภัณฑ์	Instrument +Stock sterile	R-7	R-6	R-5
9.ห้องอาหาร	R-2	R-1	รับ-ส่ง+ Holding +ห้องเวชภัณฑ์	Instrument +Stock sterile	R-7	R-6

ตารางแสดงกำหนดการตรวจพื้นที่ทำงานประจำ ปี พ.ศ. 2563

ครั้งที่ตรวจ	วันและเดือนที่ตรวจ
1	31 มกราคม 2562
2	27 มีนาคม 2562
3	29 พฤษภาคม 2562
4	31 กรกฎาคม 2562
5	25 กันยายน 2562
6	27 พฤศจิกายน 2562

เอกสารแนบ 8 : การปรับปรุงแบบตรวจพื้นที่ 5ส และวิธีการตรวจ ในการปรับปรุงการทำงานระยะที่ 2

แบบตรวจพื้นที่รับผิดชอบประจำ

ใบลงคะแนน

กรรมการ 1 คน
รับผิดชอบตรวจ
เพียง 1-2 รายการ

แบบตรวจพื้นที่ 5B ORG ชุดที่ 1: พื้นที่วาง 5B ภายในห้องผ่าตัด (มีการตรวจสอบ FIFO, Max – Min)						
รายการตรวจ		กลุ่ม1	กลุ่ม2	กลุ่ม3	กลุ่ม4	กลุ่ม5
R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7
1. การกำหนดจำนวนขวด/กล่อง/ ขวด/ น้ำยา/ น้ำเกลือ/ สารละลายยูเรทรีด (Max-Min) และมีปริมาณออกซิเจน (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 1)						
2. การจัดเรียงขวด/กล่อง, น้ำยา, สารละลาย In-First Out (FIFO) มีการกำหนดวันหมดอายุเปิดได้ใช้ (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 2)						
3. ความสะอาดของสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ภายในห้อง						
3.1 ความสะอาด (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 3.1)						
3.2 ฝุ่น (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 3.2)						
4. การติดตั้งกล่อง การปิดผนึกฉนวน (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 4)						
5. ไม่มีสิ่งของที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานที่ห้องใช้ด้วยจนสุดเวลาประกอบ (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 5)						
6. ไม่มีของไม่ Sterile วางลงบน/กับของ Sterile (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 6)						
7. มีการตรวจสอบความพร้อมใช้และความซ้ำซ้อนของอุปกรณ์ภายในห้อง						
7.1 ความพร้อมใช้ (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 7.1)						
7.2 การจัดเก็บอุปกรณ์ (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 7.2)						
7.3 ความซ้ำซ้อนของพื้นที่ใช้ อุปกรณ์ (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 7.3)						

แบบตรวจพื้นที่ส่วนกลาง

[illegible]

ยังต้องดูควบคู่กัน
เหมือนระยะที่ 1

ปรับเปลี่ยนตรวจเป็นแบบคิดคะแนน

ใบแสดงเกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนตรวจพื้นที่ 58 ORSK

1. การกำหนด Max-Min (หมู่รวม 5 รายการ)

กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ และมีจำนวนของโครงสร้าง Max-Min	= 4 คะแนน
กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของโครงสร้าง Max-Min 1 รายการ	= 3 คะแนน
กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของโครงสร้าง Max-Min 2 รายการ	= 2 คะแนน
กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของโครงสร้าง Max-Min 3 รายการ	= 1 คะแนน
กำหนด Max-Min ไม่ครบทุกรายการ หรือมีจำนวนของโครงสร้าง Max-Min มากกว่า 3 รายการ = 0 คะแนน	

2. FIFO / ของหมดอายุ (หมู่รวม 5 รายการ)

ไม่พบของหมดอายุ และมีมีการจัดเรียงถูกต้องตาม FIFO	= 4 คะแนน
ไม่พบของหมดอายุ แต่มีการจัดเรียงไม่ถูกต้องตาม FIFO 1 รายการ	= 3 คะแนน
ไม่พบของหมดอายุ แต่มีการจัดเรียงไม่ถูกต้องตาม FIFO 2 รายการ	= 2 คะแนน
ไม่พบของหมดอายุ แต่มีการจัดเรียงไม่ถูกต้องตาม FIFO 3 รายการ	= 1 คะแนน
พบของหมดอายุ (ไม่จำกัดจำนวนชิ้น) หรือมีการจัดเรียงไม่ตรงตาม FIFO มากกว่า 3 รายการ = 0 คะแนน (กรณียาที่ใกล้จะหมดอายุนั้น หรือ เชื้อยวุ้นที่หมดอายุคือ 0 คะแนน)	

3. ความสะอาดในตู้เย็นยัด

3.1 ความเลือก

ไม่พบความเลือก	= 4 คะแนน
พบความเลือก 1 จุด	= 3 คะแนน
พบความเลือก 2 จุด	= 2 คะแนน
พบความเลือก 3 จุด	= 1 คะแนน
พบความเลือกมากกว่า 3 จุด	= 0 คะแนน

3.2 ฝุ่น (ใช้การตรวจเลือกรวม 5 จุด ซึ่งเป็นตู้เย็นยัดตู้เย็นของแต่ละห้อง / พื้นที่)

ไม่มีฝุ่นเลย	= 4 คะแนน
มีฝุ่นเบาๆ	= 3 คะแนน
มีฝุ่นหนา 1 จุด	= 2 คะแนน
มีฝุ่นหนา 2 จุด	= 1 คะแนน
มีฝุ่นหนามากกว่า 2 จุด	= 0 คะแนน

เอกสารแนบ 9 : การปรับปรุงแบบตรวจพื้นที่รับผิดชอบประจำ ในการปรับปรุงการทำงานระยะที่ 3 (ตัวอย่างแบบตรวจเรื่อง Max-Min)

9.1 แบบตรวจชุดที่ 1 : พื้นที่ตรวจ 5ส ภายในห้องผ่าตัด

กรรมการตรวจ 5ส คนที่ 1 : ตรวจเรื่อง Max-Min

ผู้รับผิดชอบ.....

แบบตรวจพื้นที่ 5ส ORSK ชุดที่ 1 : พื้นที่ตรวจ 5ส ภายในห้องผ่าตัด

แยกแบบตรวจเป็น 6 ชุด ให้
กรรมการตรวจเฉพาะรายการที่
รับผิดชอบเท่านั้น

รายการตรวจ	ห้องผ่าตัด						
	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7
1. การกำหนดจำนวนเวชภัณฑ์/ ยา/ น้ำยา/ น้ำเกลือ/ สารละลายทุกชนิด (Max-Min) และมีป้ายบอกชัดเจน							
1.การกำหนด Max-Min กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ และมีจำนวนของตรงตาม Max-Min = 4 คะแนน กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 1 รายการ = 3 คะแนน กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 2 รายการ = 2 คะแนน กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 3 รายการ = 1 คะแนน กำหนด Max-Min ไม่ครบทุกรายการ หรือมีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min มากกว่า 3 รายการ = 0 คะแนน							

เกณฑ์การให้คะแนนอยู่ในใบ
เดียวกันกับใบลงคะแนน

จุดเด่นที่พบ R-1 _____
R-2 _____
R-3 _____
R-4 _____
R-5 _____
R-6 _____
R-7 _____

โอกาสพัฒนา R-1 _____
R-2 _____
R-3 _____
R-4 _____
R-5 _____
R-6 _____
R-7 _____

เอกสารแนบ 9 : การปรับปรุงแบบตรวจพื้นที่รับผิดชอบประจำ ในการปรับปรุงการทำงานระยะที่ 3 (ตัวอย่างแบบตรวจเรื่อง Max-Min)

9.2 แบบตรวจชุดที่ 2 : พื้นที่ตรวจ 5ส ห้อง Stock sterile ห้องเก็บน้ำยาทางการแพทย์ และห้องเวชภัณฑ์

กรรมการตรวจ 5ส คนที่ 1 : ตรวจเรื่อง Max-Min

ผู้รับผิดชอบ.....

แบบตรวจพื้นที่ 5ส ORSK ชุดที่ 2 : พื้นที่ตรวจ 5ส ห้อง Stock sterile ห้องเก็บน้ำยาทางการแพทย์ และห้องเวชภัณฑ์

รายการตรวจ	ห้อง Stock sterile	ห้องเก็บน้ำยาทางการแพทย์	ห้องเวชภัณฑ์
1. มีการกำหนดจำนวน Max-Min ครบทุกรายการและมีป้ายบอกชัดเจน (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 1) 1.การกำหนด Max-Min (สรุปตรวจ 5 รายการ) กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ และมีจำนวนของตรงตาม Max-Min = 4 คะแนน กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 1 รายการ = 3 คะแนน กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 2 รายการ = 2 คะแนน กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 3 รายการ = 1 คะแนน กำหนด Max-Min ไม่ครบทุกรายการ หรือมีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min มากกว่า 3 รายการ = 0 คะแนน			

พื้นที่	จุดเด่นที่พบ	โอกาสพัฒนา
ห้อง Stock sterile		
ห้องเก็บน้ำยาทางการแพทย์		
ห้องเวชภัณฑ์		

หมายเหตุ: ห้อง Stock sterile ของหมดอายุต้องได้ 4 คะแนนเท่านั้น ส่วนข้อที่เหลือต้องไม่ต่ำกว่า 3 คะแนน

ห้องเก็บน้ำยาทางการแพทย์ ของหมดอายุและ FIFO ต้องได้ 4 คะแนนเท่านั้น ส่วนข้อที่เหลือต้องไม่ต่ำกว่า 3 คะแนน

ห้องเวชภัณฑ์ ของหมดอายุและ FIFO ต้องได้ 4 คะแนนเท่านั้น ส่วนข้อที่เหลือต้องไม่ต่ำกว่า 3 คะแนน

เอกสารแนบ 9 : การปรับปรุงแบบตรวจพื้นที่รับผิดชอบประจำ ในการปรับปรุงการทำงานระยะที่ 3 (ตัวอย่างแบบตรวจเรื่อง Max-Min)

9.3 แบบตรวจชุดที่ 3 : พื้นที่ตรวจ 5ส ทัวไป

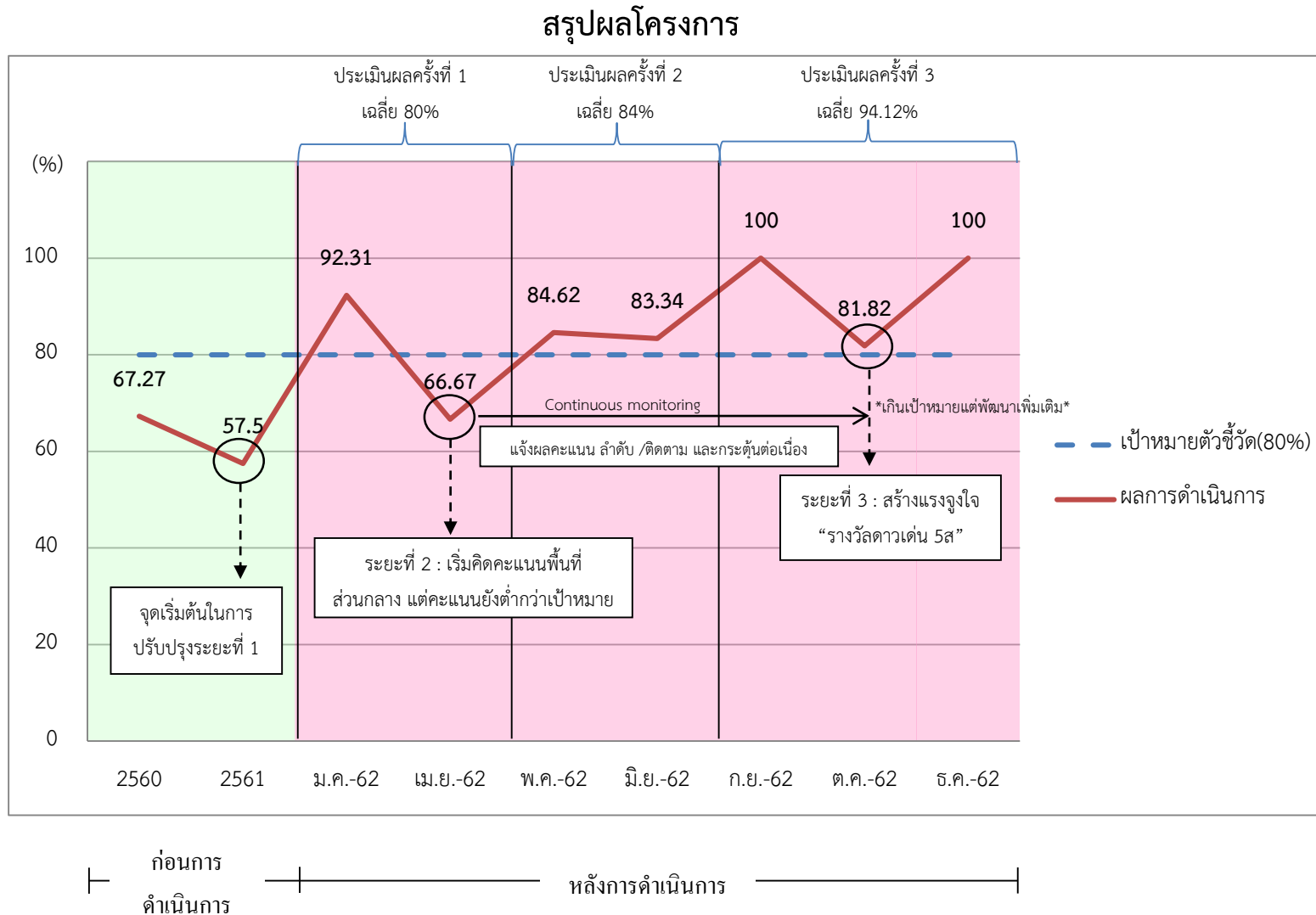
กรรมการตรวจ 5ส คนที่ 1 : ตรวจเรื่อง Max-Min

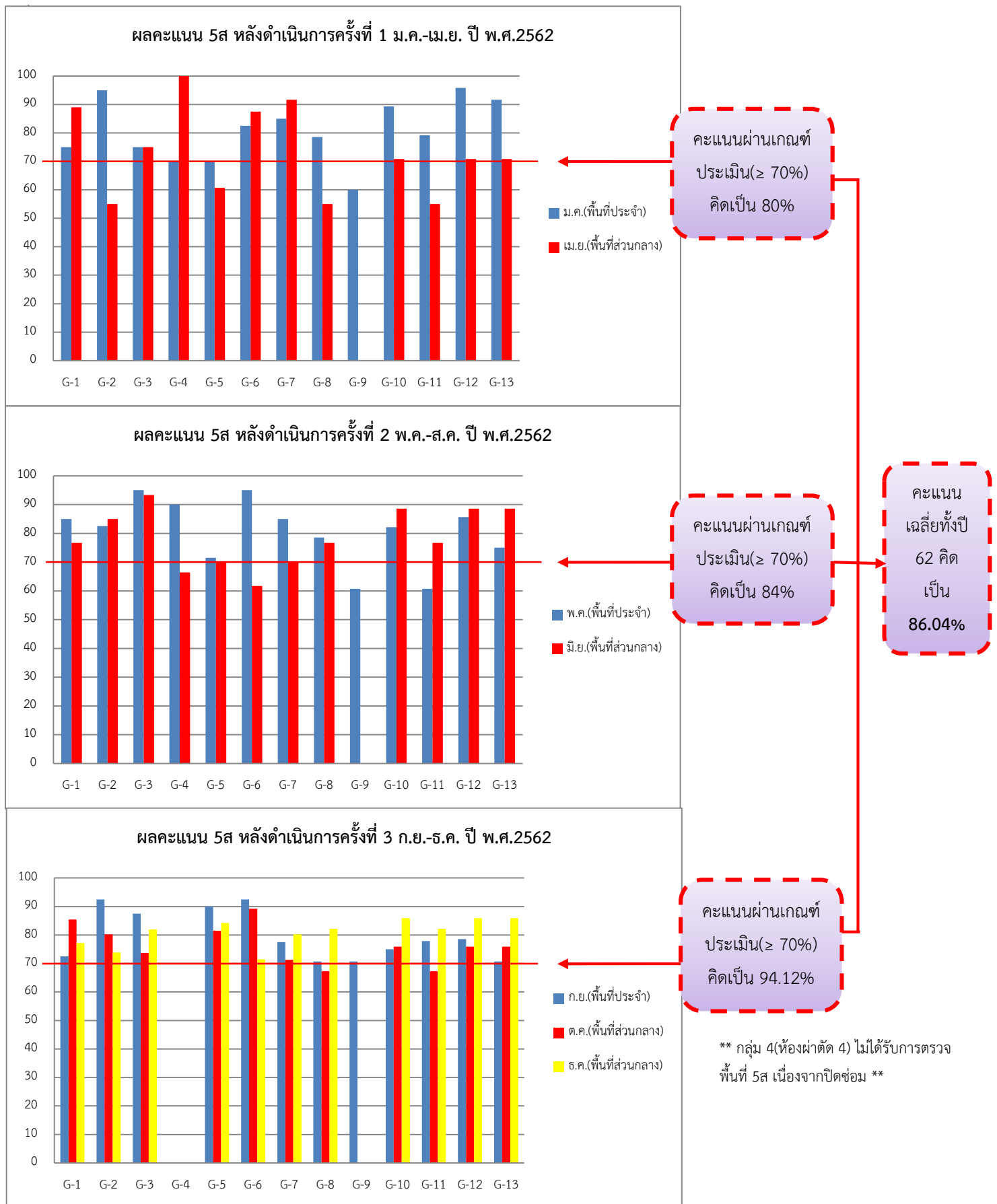
ผู้รับผิดชอบ.....

แบบตรวจพื้นที่ 5ส ORSK ชุดที่ 3 : พื้นที่ตรวจ 5ส ทัวไป

รายการตรวจ	Instrument	Holding	รับ-ส่ง
1. มีการกำหนดจำนวน Max-Min ครบทุกรายการและมีป้ายบอกชัดเจน (ใช้เกณฑ์ข้อที่ 1) 1.การกำหนด Max-Min (สุ่มตรวจ 5 รายการ) กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ และมีจำนวนของตรงตาม Max-Min = 4 คะแนน กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 1 รายการ = 3 คะแนน กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 2 รายการ = 2 คะแนน กำหนด Max-Min ครบทุกรายการ แต่มีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min 3 รายการ = 1 คะแนน กำหนด Max-Min ไม่ครบทุกรายการ หรือมีจำนวนของไม่ตรงตาม Max-Min มากกว่า 3 รายการ = 0 คะแนน			

พื้นที่	จุดเด่นที่พบ	โอกาสพัฒนา
Instrument		
Holding		
รับ-ส่ง		





หมายเหตุ : เจ้าหน้าที่กลุ่ม 9 ดูแลห้องยา จะมีชื่อซ้ำในพื้นที่ประจำของตนเอง เพราะต้องดูแล 2 พื้นที่คือ พื้นที่ประจำหลัก และพื้นที่ประจำรอง(ห้องยา) เมื่อเวียนไปทำพื้นที่ส่วนกลางจึงไม่มีผลคะแนนในกราฟ แห่งกลุ่มที่ 9 เพราะผลคะแนนจะถูกนำไปใส่ในกราฟแห่งพื้นที่ประจำหลัก เช่น อานนทอยู่พื้นที่ประจำ R-1(กลุ่ม1 หลัก) และต้องดูแลห้องยาด้วย(กลุ่ม 9รอง) เมื่อเวียนไปทำพื้นที่ส่วนกลาง จะถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 1 และคะแนนที่ได้จะอยู่ในกลุ่ม 1 ด้วยเช่นกัน