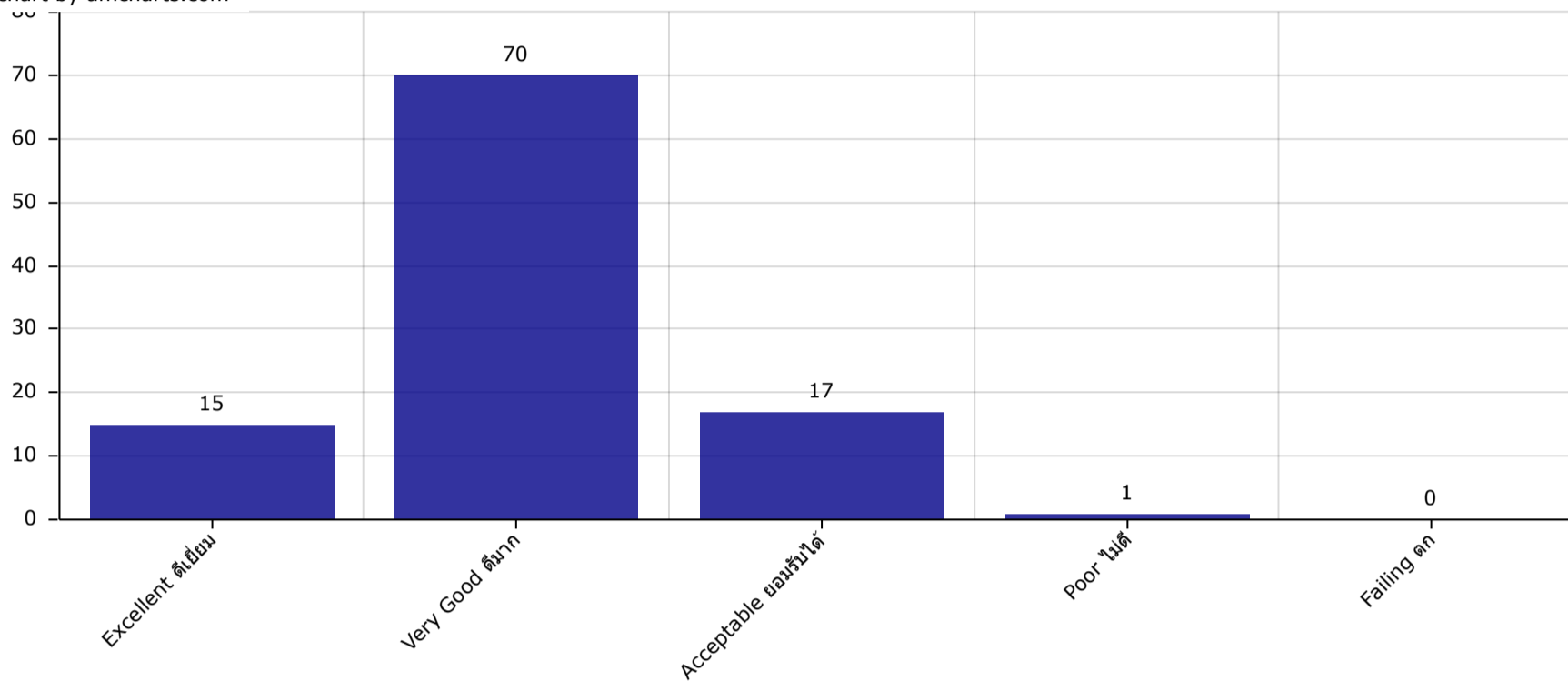


ปีงบประมาณ 2566
 Hospital Safety Culture Survey
 โรงพยาบาล หนองมะโมง
 จำนวนบุคลากรทั้งหมด 103 คน
 จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 103 คน
 วันที่ประมวลผล 20 มิถุนายน 2566

ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)

chart by amcharts.com

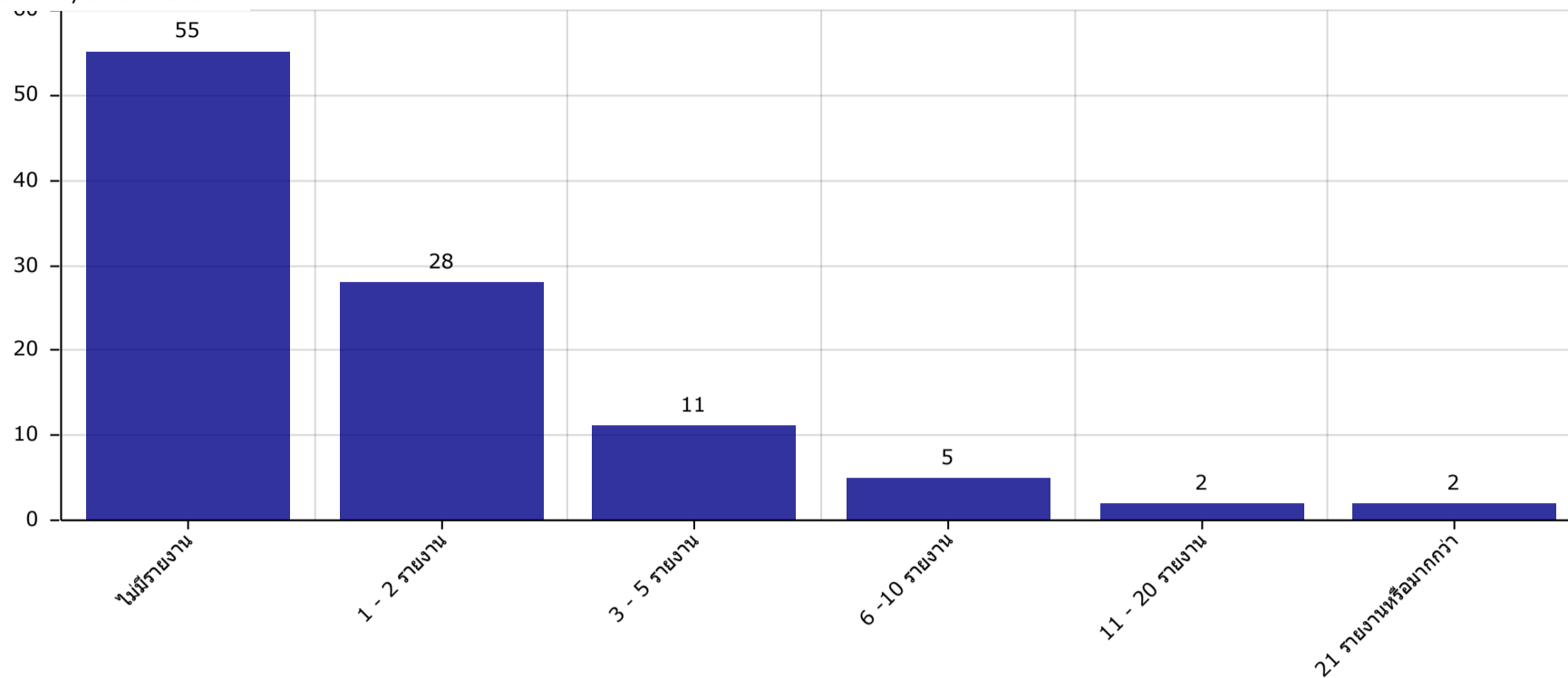


ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	ทั้งหมด (103 คน)	
	จำนวน	%
Excellent ดีเยี่ยม	15	14.6
Very Good ดีมาก	70	68.0
Acceptable ยอมรับได้	17	16.5
Poor ไม่ดี	1	1.0
Failing ตก	0	0.0
รวม	103	100.0

จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

chart by amcharts.com

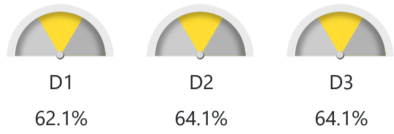


ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์

ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์	ทั้งหมด (103 คน)	
	จำนวน	%
ไม่มีรายงาน	55	53.4
1 - 2 รายงาน	28	27.2
3 - 5 รายงาน	11	10.7
6 - 10 รายงาน	5	4.9
11 - 20 รายงาน	2	1.9
21 รายงานหรือมากกว่า	2	1.9
รวม	103	100.0



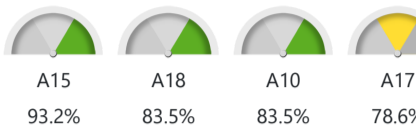
1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน
เหตุการณ์
63.4%



D1 62.1%
D2 64.1%
D3 64.1%



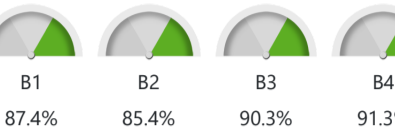
2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม
84.7%



A15 93.2%
A18 83.5%
A10 83.5%
A17 78.6%



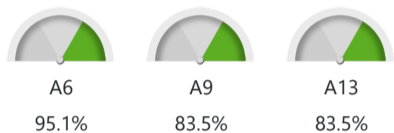
3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ
และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
88.6%



B1 87.4%
B2 85.4%
B3 90.3%
B4 91.3%



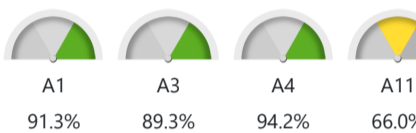
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือ
การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
87.4%



A6 95.1%
A9 83.5%
A13 83.5%



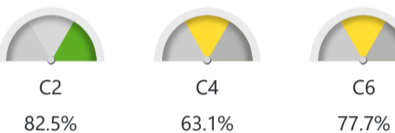
5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของ
โรงพยาบาล
85.2%



A1 91.3%
A3 89.3%
A4 94.2%
A11 66.0%



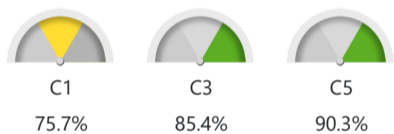
6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
74.4%



C2 82.5%
C4 63.1%
C6 77.7%



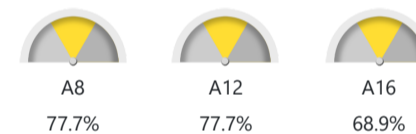
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อน
กลับเกี่ยวกับความผิดพลาด
83.8%



C1 75.7%
C3 85.4%
C5 90.3%



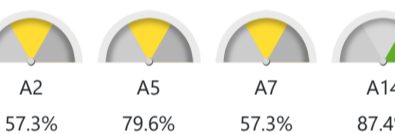
8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่
ปรารถจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง
74.8%



A8 77.7%
A12 77.7%
A16 68.9%



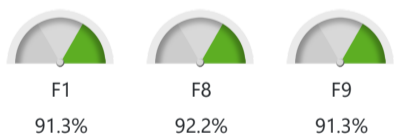
9. การจัดคนทำงาน
70.4%



A2 57.3%
A5 79.6%
A7 57.3%
A14 87.4%



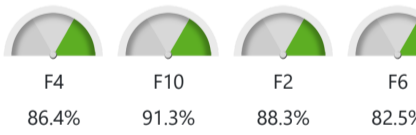
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรง
พยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้
ป่วย
91.6%



F1 91.3%
F8 92.2%
F9 91.3%



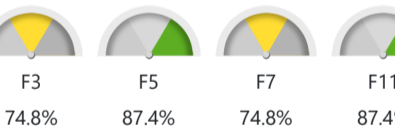
11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน
ต่างๆในโรงพยาบาล
87.1%



F4 86.4%
F10 91.3%
F2 88.3%
F6 82.5%



12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่าน
ระหว่างหน่วยงาน/เวร
81.1%



F3 74.8%
F5 87.4%
F7 74.8%
F11 87.4%

สัญลักษณ์และความหมาย



ผู้ตอบส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/เห็นด้วย หรือ เกิดขึ้นทุกครั้ง/เกือบทุกครั้ง [ยอมรับได้]



ผู้ตอบส่วนใหญ่ไม่แน่ใจ หรือ เกิดขึ้นบางครั้ง [ควรปรับปรุง]



ผู้ตอบส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่เห็นด้วย หรือ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย/น้อยครั้ง [ต้องแก้ไขโดยทีม]

หมายเหตุ: ตัวอักษรและตัวเลขจะตรงกับ Section และข้อในแบบสำรวจ

ร้อยละคำตอบเชิงบวก (% Positive Response) จำแนกตามมิติต่างๆ

มิติที่สำรวจ	ผลสำรวจ	
	จำนวน	%
1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	196	63.4
D1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น <u>แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไข ก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ</u> (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1)	64	62.1
D2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น <u>แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ</u> (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2)	66	64.1
D3. การรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น <u>และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ</u> (ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	66	64.1
2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	349	84.7
A15. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	96	93.2
A18. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี	86	83.5
A10. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance)	86	83.5
A17. เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้	81	78.6
3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย	365	88.6
B1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามีกรปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้	90	87.4
B2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง	88	85.4
B3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็ว รมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน (shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	93	90.3
B4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก	94	91.3
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	270	87.4
A6. เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	98	95.1
A9. ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก	86	83.5
A13. เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	86	83.5
5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	351	85.2
A1. สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน	94	91.3
A3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม	92	89.3
A4. สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติตามกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน	97	94.2
A11. ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ	68	66.0
6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง	230	74.4
C2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	85	82.5
C4. เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า	65	63.1
C6. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง	80	77.7
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	259	83.8
C1. เราได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์	78	75.7
C3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้	88	85.4
C5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก	93	90.3
8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับคนในภายหลัง	231	74.8
A8. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)	80	77.7
A12. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล	80	77.7
A16. เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าการผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ	71	68.9
9. การจัดคนทำงาน	290	70.4
A2. เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน	59	57.3
A5. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	82	79.6
A7. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (outsources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	59	57.3
A14. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม รมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)	90	87.4
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	283	91.6
F1. ผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	94	91.3
F8. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ แสดงให้เห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority)	95	92.2
F9. ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ สนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่าจะยังไม่เห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น	94	91.3
11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล	359	87.1
F4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ที่ต้องทำงานร่วมกัน	89	86.4
F10. หน่วยงานในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	94	91.3
F2. หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี	91	88.3

F6. รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ	85	82.5
12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร	334	81.1
F3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ	77	74.8
F5. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร	90	87.4
F7. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ	77	74.8
F11. จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ	90	87.4

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 63.4% D1 62.1% D2 64.1% D3 64.1%	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม 84.7% A15 93.2% A18 83.5% A10 83.5% A17 78.6%	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย 88.6% B1 87.4% B2 85.4% B3 90.3% B4 91.3%
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 87.4% A6 95.1% A9 83.5% A13 83.5%	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 85.2% A1 91.3% A3 89.3% A4 94.2% A11 66.0%	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 74.4% C2 82.5% C4 63.1% C6 77.7%
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 83.8% C1 75.7% C3 85.4% C5 90.3%	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลกระทบต่อคนในภายหลัง 74.8% A8 77.7% A12 77.7% A16 68.9%	9. การจัดคนทำงาน 70.4% A2 57.3% A5 79.6% A7 57.3% A14 87.4%
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 91.6% F1 91.3% F8 92.2% F9 91.3%	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 87.1% F4 86.4% F10 91.3% F2 88.3% F6 82.5%	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร 81.1% F3 74.8% F5 87.4% F7 74.8% F11 87.4%

สัญลักษณ์และความหมาย

- ผู้ตอบส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/เห็นด้วย หรือ เกิดขึ้นทุกครั้ง/เกือบทุกครั้ง [ยอมรับได้]
- ผู้ตอบส่วนใหญ่ไม่แน่ใจ หรือ เกิดขึ้นบางครั้ง [ควรปรับปรุง]
- ผู้ตอบส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่เห็นด้วย หรือ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย/น้อยครั้ง [ต้องแก้ไขโดยทีม]

หมายเหตุ: ตัวอักษรและตัวเลขจะตรงกับ Section และข้อในแบบสำรวจ

ปีงบประมาณ 2566

Hospital Safety Culture Survey (คำถามปลายเปิด)

โรงพยาบาล หนองมะโมง

จำนวนบุคลากรทั้งหมด 103 คน

จำนวนแบบสอบถามที่ตอบคำถามปลายเปิด 25 ชุด

ลำดับ	ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาดในโรงพยาบาลของท่าน	การรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน
1.	เกิดขึ้นน้อย	เหตุการณ์ไม่รุนแรง ไม่ถึงตัวผู้ป่วย บุคลากรมักไม่ค่อยบันทึก แต่ความเสี่ยงรุนแรงจะบันทึกทุกครั้ง
2.	อยากให้ผลตรวจความเสี่ยงโรคออกผลให้ไวกว่านี้	ไม่เจอเหตุการณ์
3.	การส่งต่อข้อมูลระหว่างแผนกหน่วยงาน ควรที่ระบบชัดเจนเช่นเอกสาร ลายเซ็น และรายละเอียดอื่นๆ	ควรรายงานเพื่อปรับปรุงพัฒนา มุ่งเน้นประโยชน์โดยรวมของผู้รับบริการ และสังคม การทำงานที่นำอยู่เป็นสำคัญ ไม่ควรรายงานเรื่องเข็บลบบ เช่นรายงานที่ทำให้เกินทัศนคติของการจ้องจับผิดหรือการกระทำแนวฟองเกิดขึ้น
4.	ยอมรับ แจ้ง แกไข เพื่อการพัฒนา	ควรมีการรายงานและทบทวนบ่อยครั้งเพื่อพัฒนา
5.	มีตรวจสอบยืนยันตัวตนก่อนเข้าบริการ ก่อนส่งไปยังจุดบริการต่างๆ เผื่อระวังการเกิดอุบัติเหตุขณะรับบริการอย่างดี	มีการรายงานอย่างเมื่อพบความเสี่ยง
6.	นอกเวลาไม่มีคนรับผู้ป่วยในขณะที่ห้องฉุกเฉินยุ่ง	นอกเวลาคนไข้ไม่ยื่นบัตรมาห้องฉุกเฉินเลย
7.	การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการรักษา ตามขั้นตอนหรือข้อกำหนดที่ได้จัดทำไว้	การถูกร้องเรียนจากผู้ป่วยบริการ
8.	1.ดูแลไม่ให้ฉีดยาหรือให้ยาปรับประทานผิดคน 2.สอบถามชื่อผู้ป่วยทุกครั้งให้การพยาบาล	ไม่มี
9.	การจัดยามาผิด	เขียนรายงานถความเสี่ยง
10.	ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการมาเป็นอันดับแรก มีการทวนสอบการทำงานในจุดงานของตัวเองอย่างเป็นระบบ	มีการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรายงานความเสี่ยงว่าเป็นเรื่องของการนำไปพัฒนาปรับปรุงระบบ มากกว่าหาตัวคนผิดและสร้างความขัดแย้งระหว่างกัน
11.	เกิดการเข้าใจผิดระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการ	
12.	รพ.มีการส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วย	
13.	บริการ+ ประเมิน+รักษาตามหลักการรักษา ดูแลคนไข้ ก่อน ขณะทำ และหลังทำหัตถการ สถานที่ สิ่งแวดล้อม เหมาะสม	ถ้ามีเหตุการณ์เกิดขึ้น นำมาทบทวนหาสาเหตุ เพื่อปรับปรุงแก้ไขและใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขต่อไป
14.	แพทย์มาทำงานสาย	ค่อนข้างน้อย
15.	มีความผิดพลาดในระดับไม่รุนแรง และไม่เกิดถี่ ส่วนใหญ่ เป็น nearmiss หรือ miss ระดับ C	มีการรายงานสม่ำเสมอ
16.	ความปลอดภัย ตรวจสอบชื่อทุกครั้งก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย	รายงานเข้าระบบ รายงานความเสี่ยง
17.	มีการดูแลรักษาความปลอดภัยเป็นอย่างดีที่สุด	เหตุการณ์ในปัจจุบันของโรงพยาบาลถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีและปลอดภัย
18.	ขั้นตอนการปฏิบัติงานและความรับผิดชอบงานไม่ตรงตัวและหน้าที่	ระบบไอซี
19.	ยังไม่พบเห็น	รายงานแจ้งให้ทราบตลอด
20.	ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อน และไม่รอให้เกิดความผิดพลาดกับผู้ป่วย	ไม่ต้องรอให้เกิด คอยเตือนเพื่อไม่ให้เกิดขึ้น
21.	เราต้องดูสามปลอดภัย และช่วยการกันระมัดระวัง	เราต้องคอยเตือน และสิ่งไหนที่ยังไม่เกิดขึ้น
22.	งานการแพทย์: มีความไม่ปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ER—>ipd ,การมี high flow อยู่ในตึกแทนที่จะอยู่ที่ ER เพราะการใช้ high flow ช่วยลดอัตราการใส่ ETT ได้ แต่ปกติขณะนี้เคสที่ไม่ถึง indication on ETT แต่เหนื่อยหอบมากกว่าปกติจะต้องทนหอบ ใส่ mask with bag ไปใส่เครื่องที่ประกอบรอไว้ใน ipd	Oxygen ไม่เพียงพอสำหรับการต่อ high flow เป็นระยะเวลาหลักวัน ประมาณ 70% ที่ควรได้ใช้ ไม่ได้ใช้ /อาจมีประโยชน์กว่าถ้า high flow อยู่ในรพ.อื่นที่ใช้ งานได้คุ้มค่ากว่า
23.	ปลอดภัย	เกิดขึ้นเมื่อมีอุบัติการณ์
24.	จนท ตระหนักถึงความปลอดภัยของผป.ได้ค่อนข้างดี	จนท ในแผนกยังไม่ค่อยรายงาน เนื่องจากภาระงานเยอะ ทำแต่หน้างาน
25.	การสื่อสารและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเป็นสิ่งสำคัญ	ตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานเพื่อเกิดการบันทึก วางระบบแก้ไข และเป็นบทเรียนของการพัฒนา