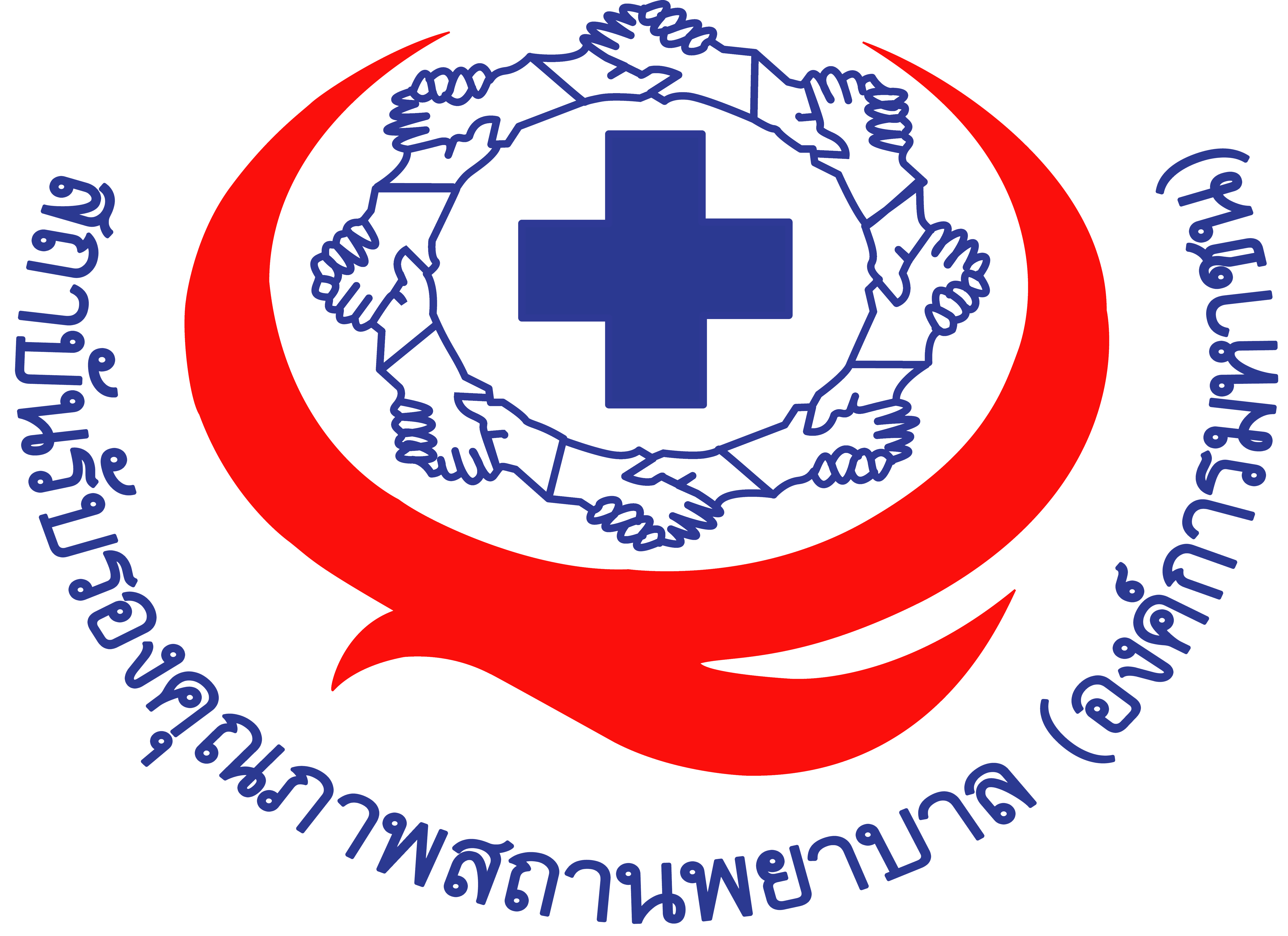
****

**โรงพยาบาล....................................................จังหวัด............................วันที่จัดทำเอกสาร..........................................................**

**แบบรายงาน****ผลการวิเคราะห์ช่องว่างของกระบวนการ (Gap analysis) และแผนการพัฒนาตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย  
ที่คณะกรรมการกำหนดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากหนังสือเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย และของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย** [**(เอกสารอ้างอิง SIMPLE 2018 (Patient) /**](https://www.ha.or.th/TH/Posts/%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%B0-%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B9%89/Details/172)[**เอกสารอ้างอิง SIMPLE 2018 (Personnel)**](https://www.ha.or.th/TH/Posts/%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%B0-%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B9%89/Details/173) **และSIMPLE 2021)**

| **หัวข้อประเด็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย** | **Actual Practice**  **สิ่งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน** | **Desired Practice**  **สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา/ ปรับปรุง** | **Action Plan**  **แผนในการพัฒนา/ ปรับปรุง**  **(ระบุเวลาและผู้รับผิดชอบ)** |
| --- | --- | --- | --- |
| ตัวอย่างการเขียน  6. การผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค | การจัดการในระดับโรงพยาบาล เพื่อลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค (Reduction of Diagnosis Error)  1. มีการจัดทำแนวทางเพื่อลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค เช่น  1.1) เรียนรู้จากข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค โดยกำหนด trigger ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต  1.2) จัดให้มี guideline โรคสำคัญที่มักพบความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย เช่น sepsis, AMI ที่สามารถแพทย์สามารถใช้งานได้บริเวณห้องฉุกเฉิน  1.3) สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสม โดยเสริมพลังให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการวินิจฉัยโรค เช่น การติดตามการทุเลาของอาการหรืออาการใหม่ที่เกิดขึ้น  2) การกำกับติดตาม (monitoring)  2.1) มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/อุบัติการณ์ผ่านแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ โดยปี 2566 มีอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป จำนวน 1 เหตุการณ์ ในผู้ป่วย Sepsis ได้มีการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุง | 1. การทบทวนแนวทางเพื่อลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคที่ครอบคลุมประเด็น (สอดคล้องตาม SIMPLE)  1.1) การวางระบบรายงานผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยให้ครบวงรอบ เช่นการส่งผลการตรวจให้ผู้ป่วย การติดตามการตอบสนอง critical test  1.2) การจัดทำบัญชีรายการปัญหาผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคที่เหมาะสม  1.3) จัดให้มีช่องทางและวิธีการที่ผู้ให้บริการจะได้รับข้อคิดเห็นสะท้อนกลับเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค  2. การกำกับติดตามการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน | แผนการพัฒนา/ปรับปรุง (ปี 2567) ได้แก่  1.ประชุมองค์กรแพทย์ (ผู้รับผิดชอบ: ประธานองค์กรแพทย์)  -นำผลการททวนเวชระเบียนที่ได้กำหนด มากำหนดกลุ่มโรคที่มีโอกาสวินิจฉัยคลาดเคลื่อนให้ชัดเจน  - จัดทำบัญชีรายการปัญหาผู้ป่วย รวมถึงการวินิจฉัยแยกโรคที่เหมาะสม  -เพิ่มเติมระบบการรายงานผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยให้ครบวงจร เช่น การส่งผลการตรวจให้ผู้ป่วย การกำหนด critical test ที่ต้องติดตาม และระยะเวลาติดตามรวมถึงรูปแบบการติดตาม  -ปรับปรุงแนวทางการขอ second opinion  2. สรุปแนวทางที่ได้จากการประชุม สื่อสารในองค์กรแพทย์ เพื่อปฏิบัติ  3. ติดตามผลการปฏิบัติทุก 3 เดือน นำโอกาสพัฒนาที่พบมาปรับปรุง |
| **1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ** | | | |
| **ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE: S1.1 Surgical Safety Checklist**  เป้าหมาย: เพื่อลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากกระบวนการผ่าตัด และส่งเสริมการสื่อสารการทำงานป็นทีมที่คำนึงถึง Critical Safety Steps ร่วมกัน  กระบวนการ:  - แนวทางการตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด (Surgical Safety Checklist)   * ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) * ก่อนลงมีด (Time out) * ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)   หมายเหตุ: ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE: S1.1 Surgical Safety Checklist  - การอบรมทำความเข้าใจ ที่มา วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการใช้ Surgical Safety Checklist  - กำหนดและกำกับติดตามตัวชี้วัดกระบวนการ และจำนวนอุบัติการณ์ที่ควรรายงาน |  |  |  |
| **2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSI** | | | |
| **ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE:**  **S 1.2: Surgical Site Infection (SSI) Prevention**  **I 2.1: Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Prevention**  **I 2.2: Ventilator-associated Pneumonia (VAP) Prevention**  **I 2.3: Peripheral and Central Line-associated Bloodstream Infection (CLABSI) Prevention** |  |  |  |
| **3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่** | | | |
| **ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE (Personnel Safety) หมวด I :**  **I1 Fundamental of Infection Prevention and control for Workforce**  **I2 Specific Infection Prevention and Control for Workforce**  **I2.1 Airborne Transmission**  **I2.2 Droplet Transmission**  **I2.3 Contact Transmission**  **I2.4 Vector Borne Transmission** |  |  |  |
| **4. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Events (ADE)** | | | |
| **ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE:**  **M1 Safe from Adverse Drug Events (ADE)**  **M1.1 Safe from High Alert Drug**  **M1.2 Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR)**  **M1.3 Safe from Fatal Drug Interaction**  **M 2 Safe from Medication Error**  **M2.1 Look-alike Sound-alike Medication Names**  **M2.2 Safe from Using Medication** |  |  |  |
| **5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด** | | | |
| **ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE:**  **M5 Blood Transfusion Safety**  - เป้าหมาย: เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับโลหิตหรือส่วนประกอบโลหิต  - กระบวนการ:   * กระบวนการจัดหาโลหิตที่ปลอดภัย ตามมาตรฐานบริการโลหิตและธนาคารเลือด รวมทั้งมาตรฐานสากลด้านเวชศาสตร์บริการโลหิตที่เป็นที่ยอมรับ * กระบวนการให้โลหิตที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ตามมาตรฐานบริการโลหิตและธนาคารเลือด รวมทั้งมาตรฐานสากลด้านเวชศาสตร์บริการโลหิตที่เป็นที่ยอมรับ * กระบวนการเตรียมการก่อนให้โลหิต * การให้โลหิตแก่ผู้ป่วย * การติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผู้ป่วยรับโลหิต (hemovigilance)   หมายเหตุ: ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE: M5 Blood Transfusion Safety  - การฝึกอบรมและสื่อสาร บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในงานบริการโลหิตและธนาคารเลือด ต้องได้รับการอบรมก่อนการปฏิบัติงาน  - การกำกับติดตามผ่านระบบ Hemovigilance ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล และรายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับ Blood Safety |  |  |  |
| **6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด** | | | |
| **ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE:**  **P1 Patient Identification**  - เป้าหมาย: เพื่อให้การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเป้นไปทิศทางเดียวกันและป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิด  - กระบวนการ:   * องค์กรควรวางแนวทางปฏิบัติหรือกำหนดเป็นนโยบาย เรื่องการระบุตัวผู้ป่วยให้ชัดเจนถูกต้อง โดยจัดเป็นประเด็นสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนที่จะต้องตรวจสอบและระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนให้การรักษา เช่น การทำหัตถการ การให้เลือด การให้ยา ก่อนการส่งต่อ การเปลี่ยนผ่าน การรายงานและการให้ข้อมูล รวมถึงก่อนการตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสิ่งส่งตรวจต่างๆ * กำหนดให้มีการใช้ตัวชี้วัดบ่งชี้ตัวผู้ป่วยด้วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย เช่น ชื่อ-นามสกุล Hospital Number วันเดือนปีเกิด Barcode wrist banded เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรืออื่นๆ เพื่อยืนยันตัวบุคคลเมื่อแรกรับหรือเมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น และก่อนให้การดูแล โดยไม่ควรใช้หมายเลขเตียงหรือห้องเป็นตัวบ่งชี้ * ควรกำหนดให้วิธีการบ่งชี้ผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร เช่น ใช้ป้ายข้อมูลสีขาวซึ่งมีรูปแบบมาตรฐานที่สามารถเขียนข้อมูลเฉพาะลงไปได้หรือหากจะมีการบ่งชี้ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ควรมีการสื่อสารให้เข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีการกับคนทั้งองค์กรให้เข้าใจตรงกัน เช่น การใช้ 2 ตัวบ่งชี้อาจแตกต่างกันในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก * จัดให้มีวิธีปฏิบัติเฉพาะที่ชัดเจนในการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีตัวบ่งชี้เฉพาะ เพื่อแยกแยะผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน รวมถึงแนวทางการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยในกรณีที่ไม่รู้สึกตัวหรือสับสนที่ไม่ใช้วิธีการซักถาม รวมถึงการบ่งชี้เด็กแรกคลอดที่ผู้ปกครองยังไม่ได้ตั้งชื่อ เพื่อลดความผิดพลาดในการบ่งชี้ * ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย * ส่งเสริมให้มีการเขียนฉลากที่ภาชนะสำหรับใส่เลือดหรือสิ่งตรวจอื่นๆ ต่อหน้าผู้ป่วย * จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการสอบถามเมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจอื่นๆ ไม่สอดคล้องกับประวัติหรือสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย * จัดให้มีการตรวจสอบซ้ำและทบทวนเพื่อป้องกันการบันทึกข้อมูลซ้ำอัตโนมัติโดยเครื่องคอมพิวเตอร์   - การอบรมสร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ ส่งเสริมการให้ความรู้และแนวทางในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อเข้าใจและมีส่วนร่วมในการระบุตัวตามแนวทางที่กำหนด  - ส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดกับผู้ป่วยรายอื่น  - การกำกับติดตามการปฏิบัติตามขั้นตอนการบ่งชี้ตามที่กำหนดไว้ในนโยบาย  - การกำกับติดตามตัวชี้วัดอุบัติการณ์การเกิดการระบุตัวผิดพลาด misidentification |  |  |  |
| **7. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค** | | | |
| **ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE:**  **P3 Reduction of Diagnostic Errors**  - เป้าหมาย: ลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค  - กระบวนการ: การจัดการในระดับโรงพยาบาล   * เรียนรู้จากข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ค้นคว้า ศึกษา และอภิปรายร่วมกัน เช่น Grand Rounds, MM Conference, การใช้ Trigger เพื่อทบทวนเวชระเบียน, กิจกรรมทบทวนคุณภาพอื่นๆ * วางระบบรายงานผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรคให้ครบวงจร เช่น การส่งผลการตรวจให้ผู้ป่วย การติดตามว่ามีการตอบสนองต่อ Critical Test ในเวลาที่กำหนดได้เพียงใด เสริมพลังและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้สามารถมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยโรค * ส่งเสริมให้มีการจัดทำบัญชีรายการปัญหาผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคที่เหมาะสม * จัดให้มีช่องทางและวิธีการที่ผู้ให้บริการจะได้รับข้อคิดเห็นสะท้อนกลับเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ได้กระทำไป * ส่งเสริมให้มีการใช้ความเห็นที่สองในการวินิจฉัยโรค * ปรับปรุงการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร * จัดให้มีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจในการวินิจฉัยโรค ให้แพทย์สามารถใช้ได้ ณ จุดให้บริการ * สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสม เช่น การมีเวลามากพอในการประเมินผู้ป่วยใหม่โดยไม่มีการรบกวนสมาธิ * เสริมพลังให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการวินิจฉัยโรค เช่น การติดตามการทุเลาของอาการหรืออาการใหม่ที่เกิดขึ้น การติดตามให้มั่นใจว่ามีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การอำนวยความสะดวกในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์   - การอบรม/สื่อสารสร้างความตระหนักให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย  - การกำกับติดตาม แหล่งข้อมูลเพื่อให้ได้สถานการณ์ปัญหาข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคอาจได้จาก ข้อมูลการตรวจ Autopsy และผลการตรวจชิ้นเนื้อ การรายงานของแพทย์เองเกี่ยวกับประสบการณ์เรื่องนี้ การรายงานของผู้ป่วย ฐานข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ การทบทวนเวชระเบียนและการทบทวนคุณภาพ รายงานในวารสารวิชาการ ข้อมูลการฟ้องร้องทางการแพทย์  - การติดตามตัวชี้วัด: ตัวชี้วัดผลลัพธ์ เช่น ร้อยละของการตรวจ autopsy ที่ทำให้ได้ definitive diagnosis แตกต่างไปจากเดิม, ร้อยละการตรวจ postmortem MRI ที่ทำให้ได้ definitive diagnosis แตกต่างไปจากเดิม, ร้อยละของผู้ป่วยที่จำหน่ายซึ่งมีการวินิจฉัยโรคแรกรับและการวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่ายแตกต่างกัน. ตัวชี้วัดกระบวนการ เช่น ร้อยละของผู้ป่วยส่งต่อในโรคใดโรคหนึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมหรือการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างไปจากเดิม, ร้อยละของผู้ป่วยซึ่งกลับมาที่ห้องฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมงซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมหรือการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างไปจากเดิม, ร้อยละของชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาที่ได้รับการอ่านแปลผลซ้ำ, ร้อยละของการส่งตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับ credit, ร้อยละของการตรวจทางรังสีวิทยาที่ได้รับการอ่านแปลผลซ้ำ, ร้อยละของการส่งต่อหรือขอคำปรึกษาในโรคใดโรคหนึ่งที่ล่าช้าในการส่งต่อหรือได้รับคำปรึกษา |  |  |  |
| **8. การรายงานผลการตรวจห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาผิดพลาด** | | | |
| **ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE:**  **L2 Right and Accurate Laboratory Results**  - เป้าหมาย: เพื่อให้ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแพทย์ในการวินิจฉัยโรค/ให้แนวทางการรักษา/ติดตามผลการรักษา/พยากรณ์โรค/ป้องกันโรค/ประเมินสภาวะสุขภาพ  - กระบวนการ: ขั้นตอนในกระบวนการวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ มีระบบควบคุมคุณภาพกำกับอยู่ในงานประจำ ส่วนใหญ่ความผิดพลาดมักเกิดในขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์   * การระบุตัวผู้ป่วยถูกคนในขณะทำการเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย * การเก็บสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามประเภทการทดสอบ ใช้ชนิดและสัดส่วนของสารกันเลือดแข็งหรือสารรักษาสภาพอย่างเหมาะสมกับปริมาณเลือดที่เจาะเก็บ สิ่งส่งตรวจเลือดไม่ปนเปื้อนหรือถูกเจือจางด้วยสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ * การติดฉลากสิ่งส่งตรวจถูกต้อง เหมาะสม ตรงตัวผู้ป่วย ติดฉลากสิ่งส่งตรวจต่อหน้าผู้ป่วย ติดฉลากให้อ่านได้ชัดเจน * การรักษาสภาพสิ่งส่งตรวจให้เหมาะสมก่อนการตรวจวิเคราะห์ โดยคำนึงถึงระยะเวลาและอุณหภูมิในการขนส่งหรือเก็บ และสิ่งรบกวนที่อาจมีผลต่อการวิเคราะห์ เช่น แสงสว่าง ออกซิเจน แบคทีเรียปนเปื้อนที่เพิ่มจำนวนตามระยะเวลา * การระบุตัวผู้ป่วยและสิ่งส่งตรวจถูกต้องตรงกันในขณะทำการวิเคราะห์และเมื่อรายงานผล มีวิธีการสอบกลับสิ่งส่งตรวจที่แบ่งมาใช้วิเคราะห์ไปยังสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากผู้ป่วยโดยตรง มีการตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของผลการทดสอบกับผู้ป่วยเจ้าของสิ่งส่งตรวจ   - มีการจัดฝึกอบรมในหัวข้อ Laboratory Practices for Patient Safety  - การกำกับติดตามการปฏิบัติตาม Checklists หรือจำนวน/อัตราผลการทดสอบผิดพลาดที่เกิดตั้งแต่กระบวนการก่อนการตรวจวิเคราะห์ ขณะตรวจวิเคราะห์ และหลังการตรวจวิเคราะห์ จากการที่สิ่งส่งตรวจไม่ตรงกับผู้ป่วย หรือมีสภาพไม่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ |  |  |  |
| **9. การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน** | | | |
| **ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE:**  **E4.1 Effective Triage**  - เป้าหมาย: เพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน  - กระบวนการ:   * Triage System * Triage Process * Triage Structure/ Area/ Information   หมายเหตุ: ศึกษารายละเอียดจากหนังสือ SIMPLE: E4.1 Effective Triage  - การอบรมบุคลากรห้องฉุกเฉินที่มีหน้าที่ในการคัดแยกควรได้รับการฝึกอบรมที่สำคัญ  - การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบการคัดแยก การทำ Triage Audit และการเก็บรวบรวมตัวชี้วัด เช่น Under-triage Over-triage ระยะเวลารอคอบแพทย์แยกตามระดับการคัดแยก เป็นต้น |  |  |  |
| **อื่นๆ (ระบุ)** | | | |
|  |  |  |  |