



# ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565

## ฝ่ายบริการพยาบาล

# วิสัยทัศน์

ฝ่ายบริการพยาบาลเพื่อเพื่อนมนุษย์  
(Dedicated & Excellence Nursing Organization for mankind)

## พันธกิจ

- 1 ให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพที่เป็นเลิศระดับเหนือกว่า  
ตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- 2 ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ  
โดยยึดถือประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
- 3 สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี  
และมีความสุขในการทำงาน
- 4 สร้างงานวิจัย และนวัตกรรมทางการพยาบาล  
ที่มีคุณภาพระดับนานาชาติ
- 5 ส่งเสริมและสนับสนุน การเรียนการสอน และบริการวิชาการ

**ปรัชญา** ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง

## ค่านิยม



## เป้าหมาย

- 1 ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่เป็นเลิศ.....|
- 2 บุคลากรมีศักยภาพสูง  
มีคุณธรรมและจริยธรรม มีความพึงพอใจ.....|
- 3 เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้.....|

## วัฒนธรรมองค์กร

- 1 มุ่งเน้นคุณภาพ
- 2 ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

## ข้อมูลบุคลากรทางการพยาบาล

พยาบาล	1420	คน
ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล	494	คน
พนักงานช่วยการพยาบาล	421	คน
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	69	คน
แม่บ้าน	201	คน
ผู้ปฏิบัติงานบริหาร	13	คน
พนักงานเดิน Lab	2	คน
เจ้าหน้าที่สำนักงานตำแหน่งอื่น ๆ	12	คน
พี่เลี้ยงโครงการ	6	คน

ปฏิบัติงานใน  
หน่วยงานสังกัดฝ่าย  
บริการพยาบาล  
จำนวน 2,638 คน  
(ณ 31 พ.ค.65)

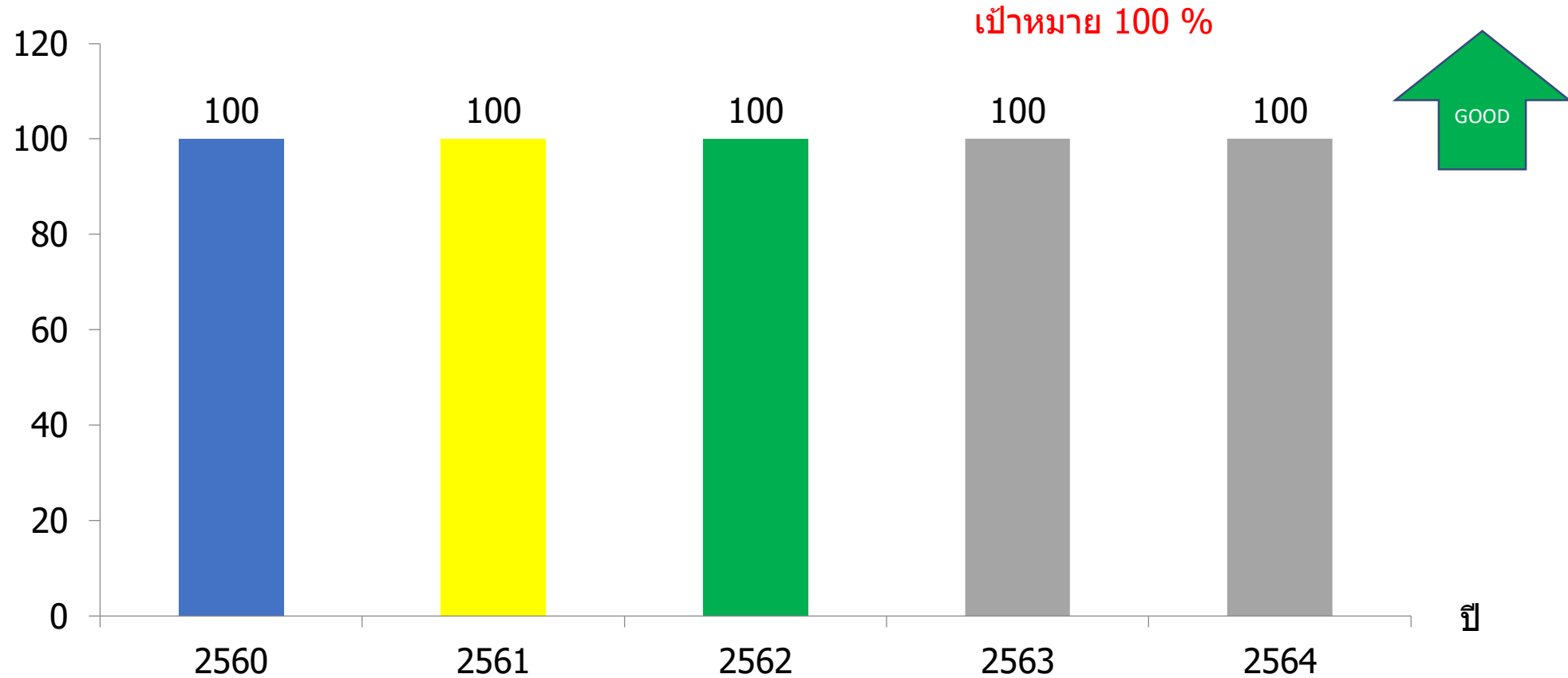
รวม 2,638 คน

# REPORT CARD แสดงผลลัพธ์ด้านการบริหารทางการพยาบาล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564	2565 (ณ มี.ค.65)	สิ่งที่ดำเนินการ	แผนพัฒนาต่อไป
<b>ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล</b>									
1. จัดอัตรากำลังเพื่อขยายงานได้ตามแผน	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100	วิเคราะห์รายปี	ให้ทุนนักศึกษาปีละ 80 ทุน	โครงการสานสัมพันธ์พี่สู่น้อง โครงการพี่สอนน้อง
2. อัตราการลาออกโอนย้ายของพยาบาล	ปี 60-61 ≤ 5%, ปี 62-64 < 4%	3.96	4.08	2.84	2.71	3.02	1.91	เพิ่มค่าตอบแทนในส่วนที่สามารถเพิ่มได้ จัดกิจกรรมต่างๆตั้งแต่แรกเข้า	โครงการสานสัมพันธ์พี่สู่น้อง โครงการพี่สอนน้อง เพิ่มศักยภาพให้ได้แสดงออกในส่วนที่มีความสามารถ กิจกรรมเพิ่มความสุขสุขภาพ
3. จำนวนของบุคลากรที่ได้รับการเลื่อนระดับ (ชำนาญการ/ชำนาญการพิเศษ/เชี่ยวชาญ)	ปีละ 20 คน	12	35	18	14	5	1	มีการจัดอบรมให้อย่างต่อเนื่องทุกปี ให้มีการลงทะเบียนหัวข้อเรื่องไว้ โดยมีระยะเวลากำกับและคอยติดตามกระตุ้นผ่านหัวหน้า มีการแจ้งจำนวนโควตาของแต่ละหอพยาบาล ให้ทราบ มีคณะกก.ช่วยอ่านกรองก่อนผ่านออก	กระตุ้นให้มีการเลื่อนระดับที่สูงขึ้นอย่างชัดเจนโดยการจัดอบรมแบบเข้มข้นในกลุ่มเป้าหมาย
4. พยาบาลทุกคนมีสมรรถนะรายบุคคลผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	≥ร้อยละ 80	NA	97.24	97.20	100	100	เก็บข้อมูล ก.ย.65	มี IDP ของบุคลากรทุกระดับ จัดให้มีการอบรมตาม IDP	การติดตามให้ได้รับการพัฒนาและการอบรม ทางด้านทักษะ การอบรมทางการบริหารทางการพยาบาล (talent succession)

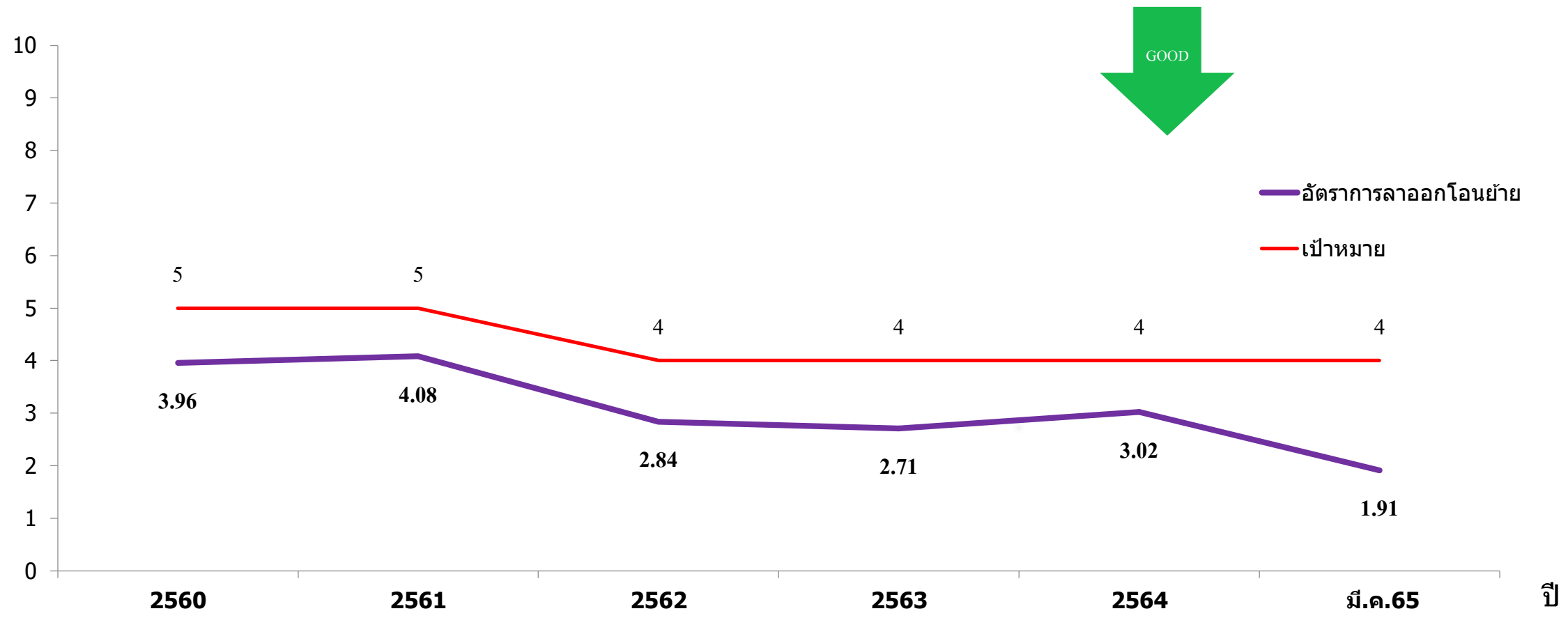
# จัดอัตรากำลังเพื่อขยายงานได้ตามแผน ฝ่ายบริการพยาบาล ปี 2560 - 2565

ร้อยละ

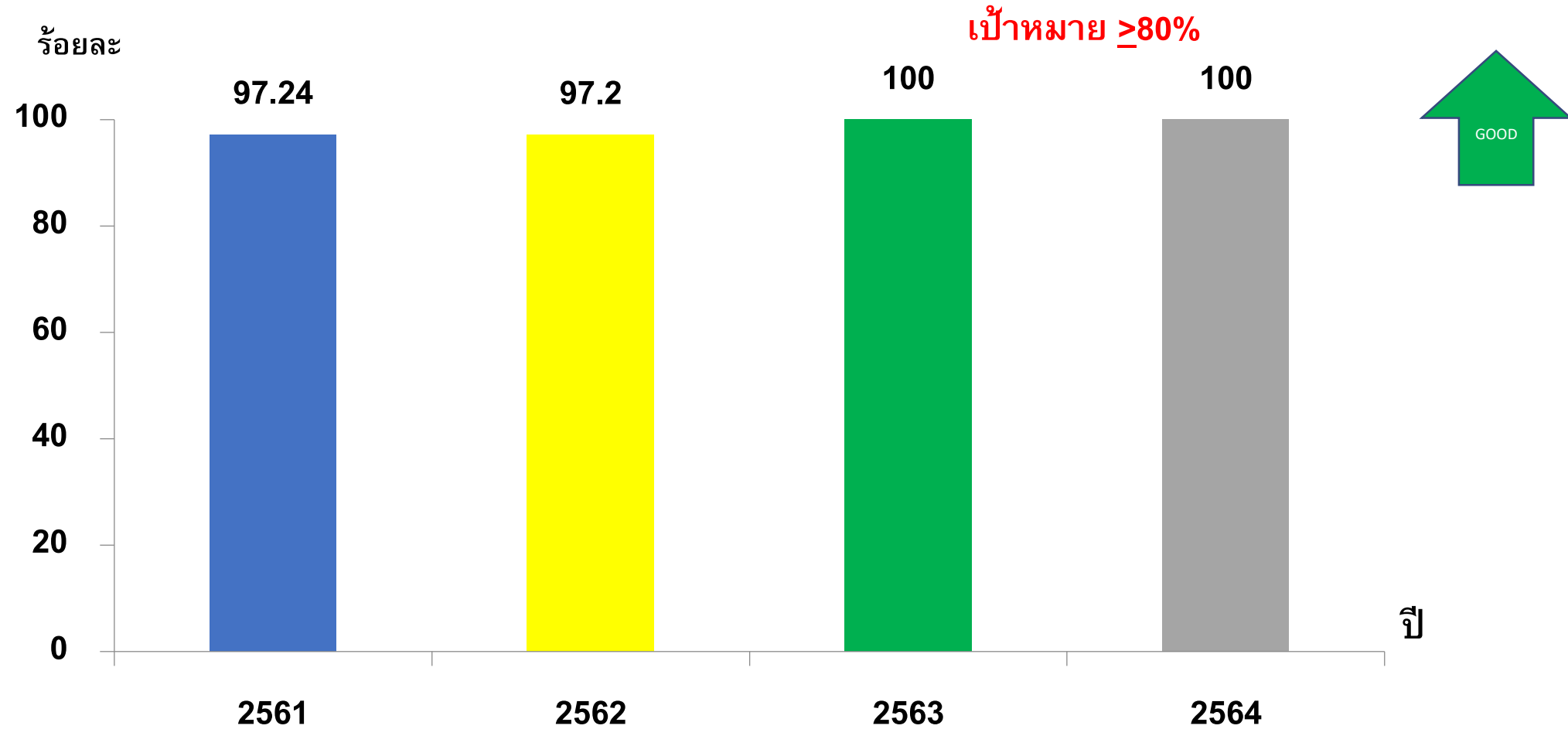


ปี 2565 วิเคราะห์รายปี

# อัตราการลาออก โอน ย้าย ของพยาบาลปีงบประมาณ 2560-2565



# สมรรถนะรายบุคคลพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาล ปี 2561 - 2565



ปี 2565 วิเคราะห์รายปี

# REPORT CARD แสดงผลลัพธ์ด้านการบริหารคุณภาพการพยาบาล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564	2565 (ณ มี.ค.65)	สิ่งที่ดำเนินการ	แผนพัฒนาต่อไป
<b>การใช้กระบวนการพยาบาล</b>									
5. จำนวนแนวปฏิบัติการดูแลเฉพาะโรค ในกลุ่มโรคสำคัญ	เพิ่มขึ้น 10 โรค/ปี	12	13	19	11	2	29	มี APN และมีการกำหนดกลุ่มโรคหลักของแต่ละหอผู้ป่วย จัดทำเป็น template ในการดูแล จากนั้นพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ	เพิ่ม nurse specialist ในกลุ่มโรคหลักที่ยังขาด APN ร่วมกับ PCT ในการจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแล
6. บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ	≥ร้อยละ 80	70.41	92.53	95.09	94.61	94.12	เก็บข้อมูล ก.ย.65	ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกเป็น Focus charting จัดอบรมอย่างต่อเนื่อง audit บันทึก กระตุ้นให้มีการจัดทำ template	ปรับหน้ารายงานการบันทึก เพิ่มการ audit



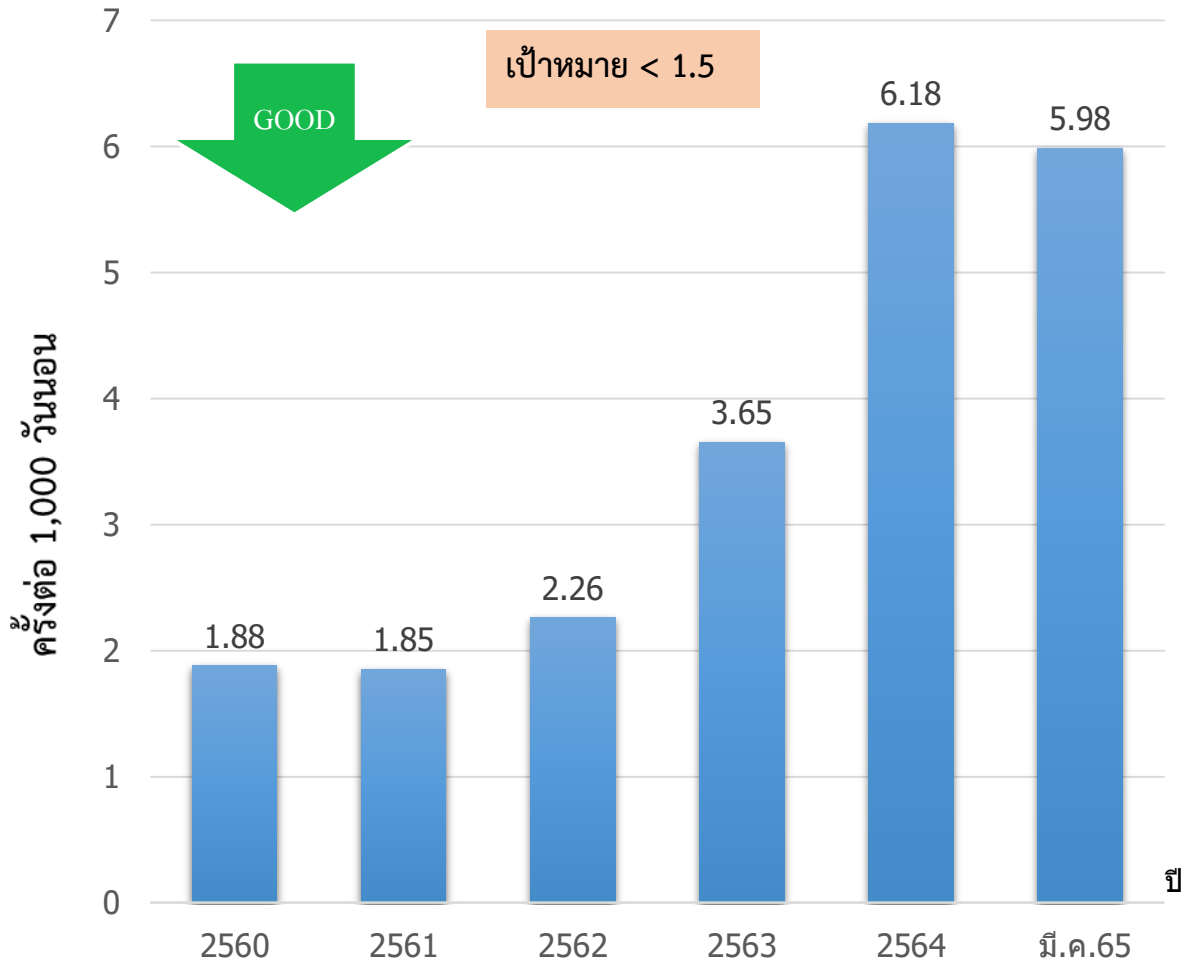
# REPORT CARD แสดงผลลัพธ์ด้านการบริหารคุณภาพการพยาบาล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564	2565 (ณ มี.ค.65)	สิ่งที่ดำเนินการ	แผนพัฒนาต่อไป
<b>ความปลอดภัย</b>									
7. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ระดับ 1-4 และ 2 ลักษณะ (DTI,Unstagable)	< 1.5 ครั้ง :1000 วันนอน	1.88	1.85	2.26	3.65	6.18	5.98	มีการจัดทำโครงการในแต่ละปีเพื่อติดตามและควบคุมผลการดำเนินงานเช่น โครงการเคาะประตูดูแผลกดทับ โครงการรณรงค์การใช้ skin bundle และส่งเสริมให้มีการนำนวัตกรรมมาใช้ในการดูแล เช่น แผ่นปิดป้องกันแผลกดทับใบหู	จัดทำโครงการติดตามและควบคุมผลการดำเนินงานต่างๆอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ความรู้และการ walk round, audit, standardized แขนงเพื่อให้มีการประเมินและลงบันทึกที่ถูกต้อง stop PI day การนิเทศหน่วยงาน
8. อัตราเกิดแผลกดทับ ระดับ 2	≤ 0.8 ครั้ง :1000 วันนอน	1.23	1.23	1.42	2.25	2.83	2.89		
9.อัตราเกิดแผลกดทับ ระดับ 3	0 ครั้ง :1000 วันนอน	0.17	0.18	0.23	0.35	0.45	0.39		
10.อัตราเกิดแผลกดทับ ระดับ 4	0 ครั้ง :1000 วันนอน	0.01	0.01	0	0	0	0.005		
11.อัตราผู้ป่วยในพลัดตก C-I	≤ 0.10 ครั้ง :1000 วันนอน	0.07	0.08	0.07	0.07	0.08	0.11	มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์หาสาเหตุ ถอดบทเรียนและจัดทำนวัตกรรมต่างๆ จัด Quality round ,CoPs, สร้าง/ส่งเสริมการนำนวัตกรรมมาใช้	กำหนดกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงต่อการตกเตียง/ลื่นล้มและทบทวนแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสม สอดคล้อง จัดโครงการให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้าง/ส่งเสริมการนำนวัตกรรมมาใช้ ต่อเนื่อง การนิเทศหน่วยงาน
12.อัตราผู้ป่วยในพลัดตก ระดับ D-I	≤ 0.08 ครั้ง : 1000 วันนอน	0.05	0.07	0.05	0.03	0.04	0.07		
13. อัตราผู้ป่วยในลื่น หกล้ม ระดับ C-I	≤ 0.15 ครั้ง : 1000 วันนอน	0.18	0.15	0.19	0.20	0.10	0.17	วิเคราะห์หาสาเหตุในกลุ่มที่มีอุบัติการณ์สูง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำนวัตกรรมเข้ามาช่วย	ทบทวนแนวทางการประเมินและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัวกับมาตรการป้องกันที่เหมาะสม Empower ญาติและผู้ป่วยให้รับรู้ข้อจำกัดและความเสี่ยงของผู้ป่วย หรือการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยยืนขึ้นไปห้องน้ำ ต้องสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ค้นหานวัตกรรมต่างๆ
14. อัตราผู้ป่วยในลื่น หกล้ม ระดับ D-I	≤ 0.12 ครั้ง : 1000 วันนอน	0.12	0.11	0.15	0.13	0.07	0.09		

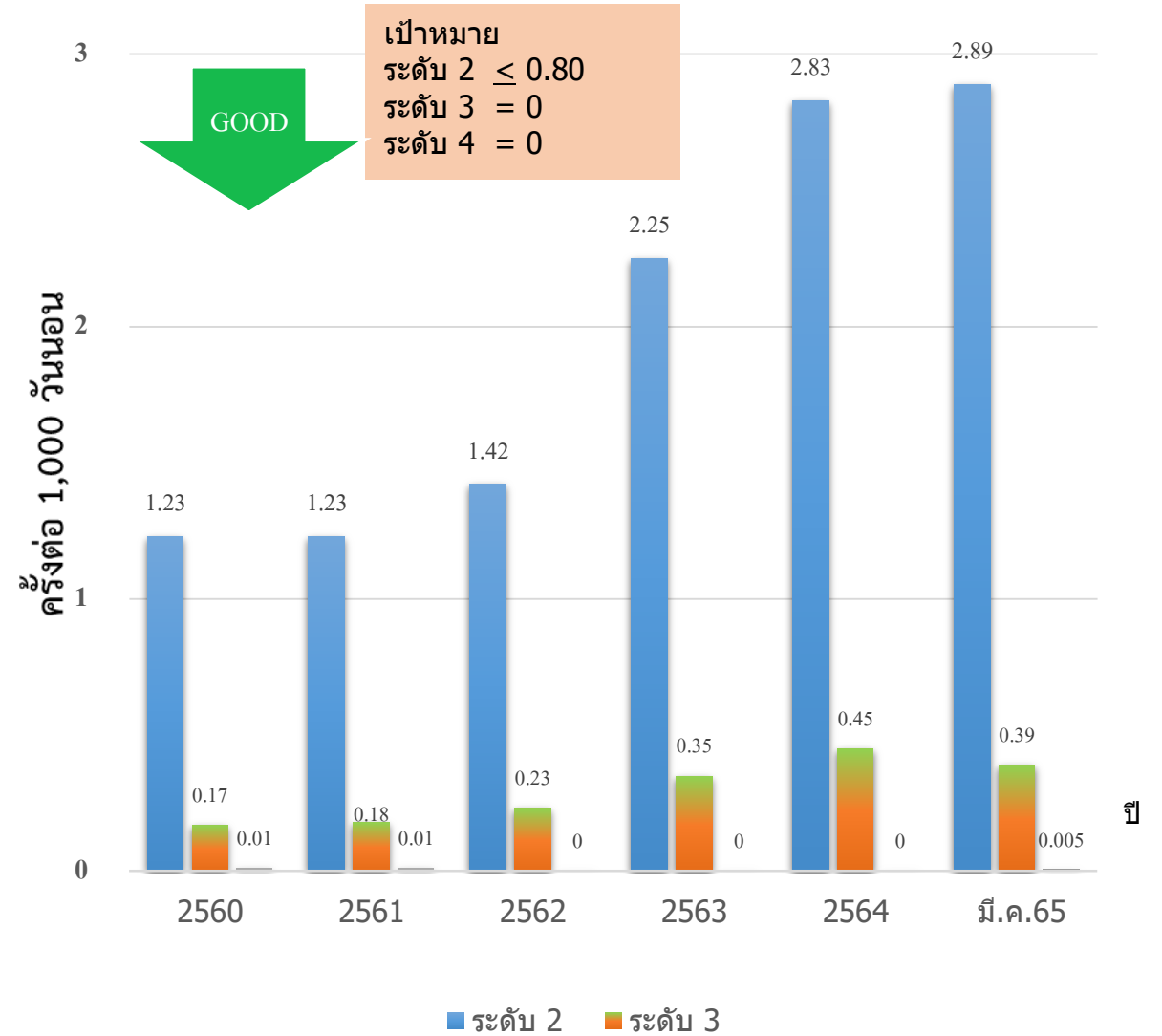
# REPORT CARD แสดงผลลัพธ์ด้านการบริหารคุณภาพการพยาบาล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565 (ณ มี.ค.65)	สิ่งที่ดำเนินการ	แผนพัฒนาต่อไป
<b>ความปลอดภัย</b>								
15. อัตราผู้ป่วยนอกพลัดตก C-I	≤ 0.10 ครั้ง :10000 visit numbers	0.03	0.02	0.03	0.01	0.015		
16. อัตราผู้ป่วยในพลัดตก ระดับ D-I	≤ 0.08 ครั้ง : 1000 visit numbers	0.03	0.02	0.03	0.01	0.015		
17. อัตราผู้ป่วยนอกสิ้น หกล้ม ระดับ C-I	≤ 0.10 ครั้ง :10000 visit numbers	0.07	0.15	0.09	0.09	0.055		
18. อัตราผู้ป่วยนอกสิ้น หกล้ม ระดับ D-I	≤ 0.08 ครั้ง : 1000 visit numbers	0.07	0.15	0.07	0.06	0.015		

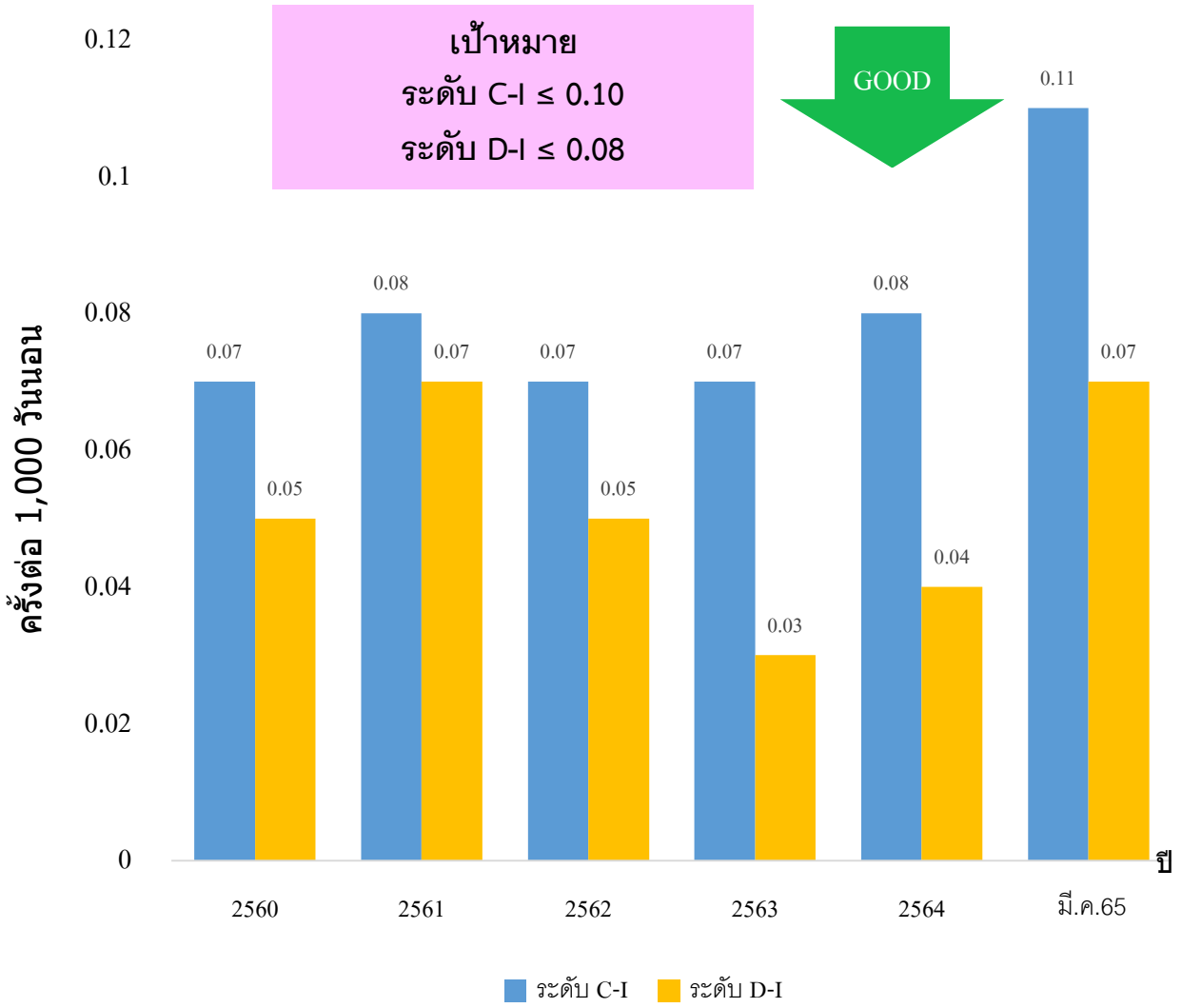
### อัตราการเกิดแผลกดทับ ปี 2560-2565



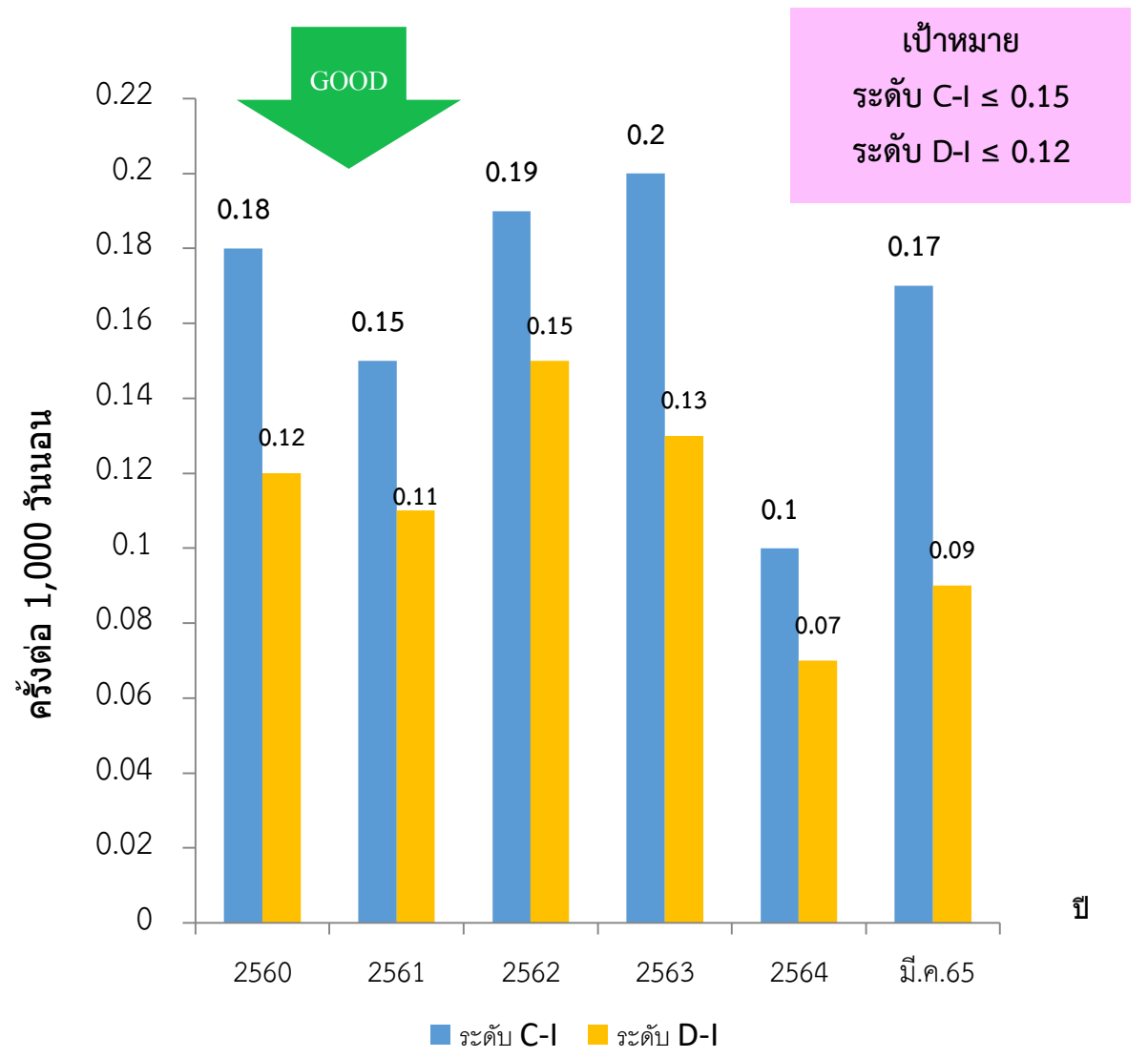
### อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ปี 2560-2565



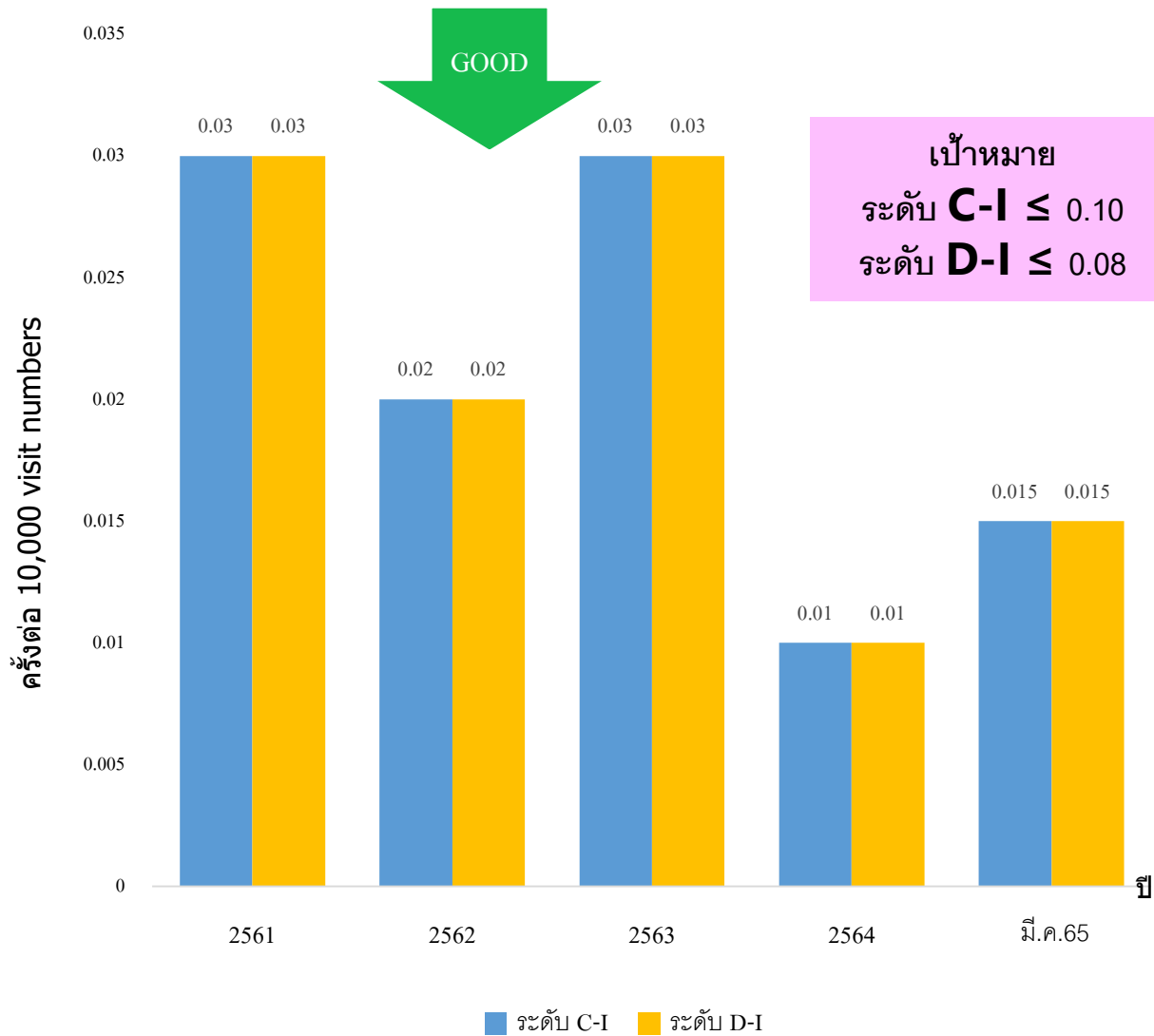
### อัตราผู้ป่วยในพลัดตก ปีงบประมาณ 2560-2565



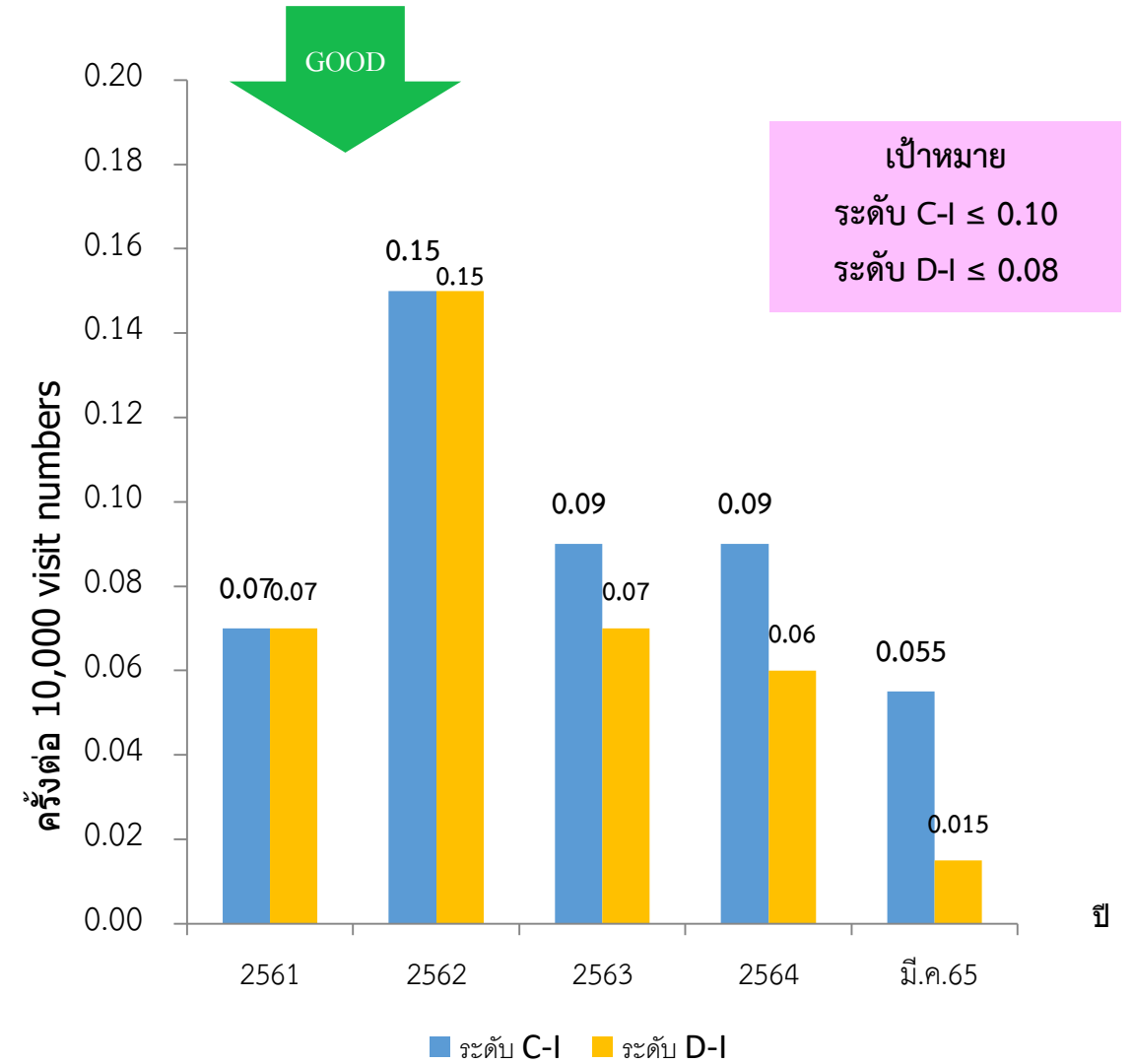
### อัตราผู้ป่วยใน ลื่น หกล้ม ปีงบประมาณ 2560-2565



อัตราผู้ป่วยนอกพลัดตก ปีงบประมาณ 2560-2565



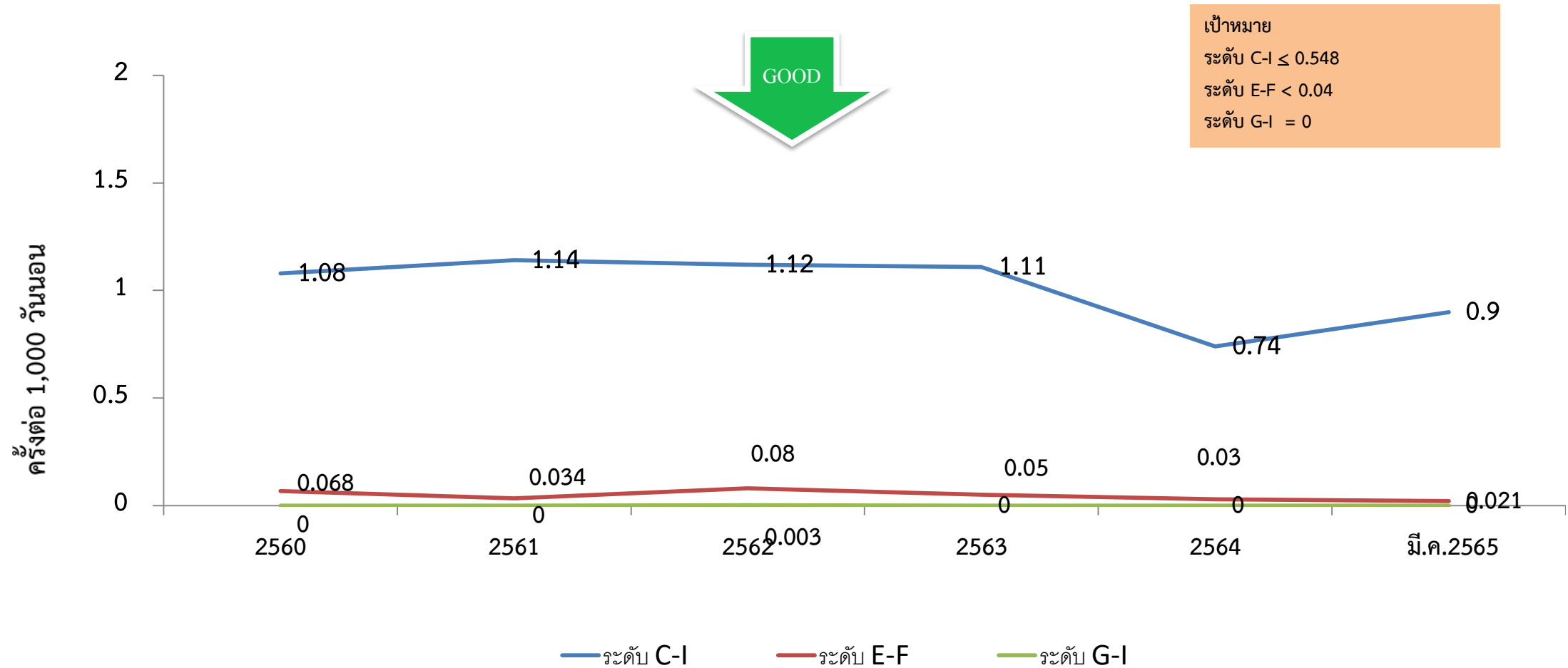
อัตราผู้ป่วยนอกสิ้น หกล้ม ปีงบประมาณ 2560-2565



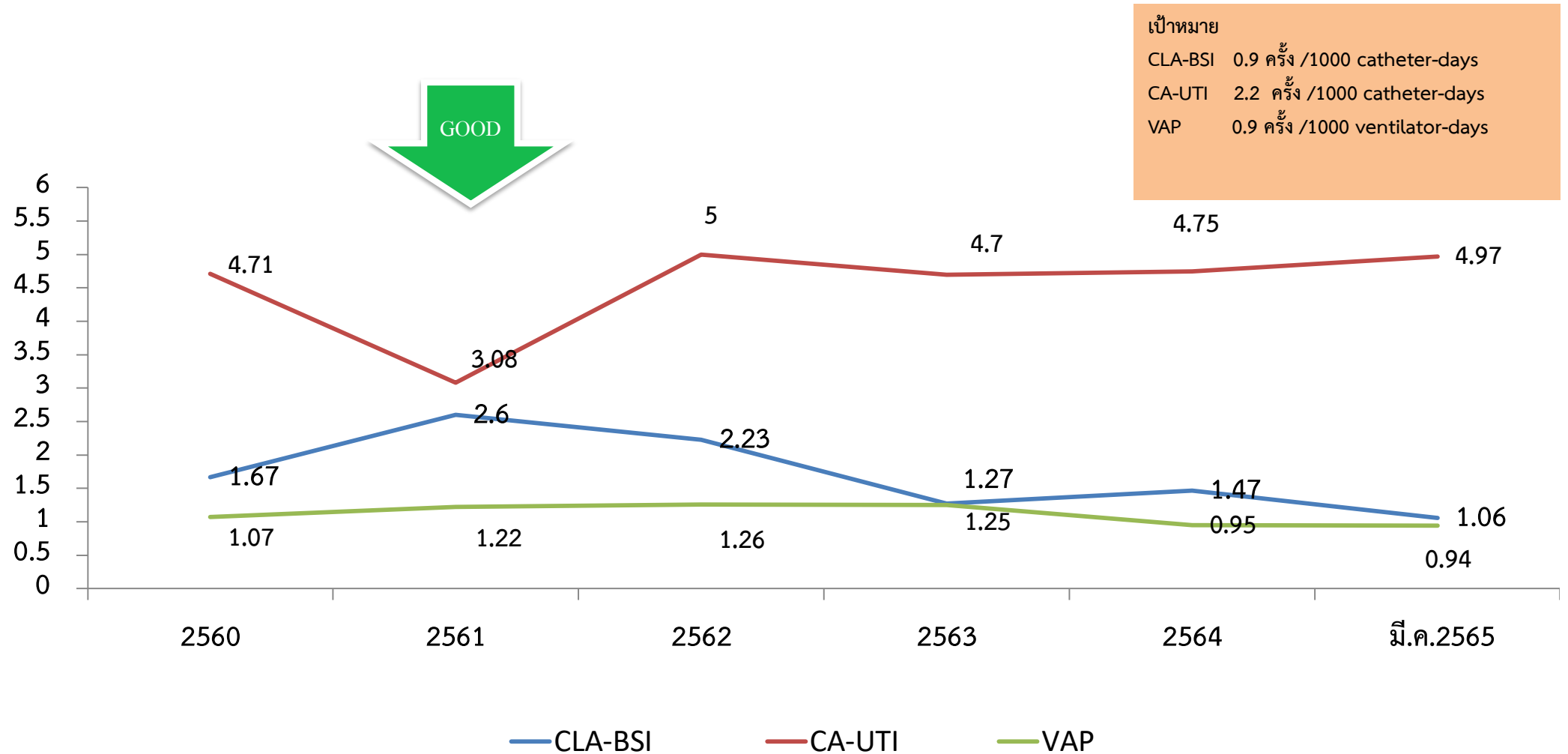
# REPORT CARD แสดงผลลัพธ์ด้านการบริหารคุณภาพการพยาบาล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564	2565 (ณ มี.ค.65)	สิ่งที่ดำเนินการ	แผนพัฒนาต่อไป
19. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ระดับ C-I	≤ 0.548 ครั้ง : 1000 วันนอน	1.08	1.14	1.12	1.11	0.76	0.90		
20. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยารวม ระดับ E-F	<0.04 ครั้ง : 1000 วันนอน	0.068	0.034	0.08	0.05	0.03	0.021		
21. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยารวม ระดับ G-I	0 ครั้ง : 1000 วันนอน	0	0	0.003	0	0	0		
22. อันตรายนแรงจากการให้ยาเสี่ยงสูง ระดับ E-I	0 ครั้ง	6	1	4	0	0	2		
23. ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	4	3	1	4	0	0		
24. อัตราการติดเชื้อ เทียบเคียงกับ 50 percentile NHSN ปี 2013									
- CLA-BSI	0.9 ครั้ง/1000catheter-days	1.67	2.60	2.23	1.27	1.47	1.06	ร่วมกับหน่วยควบคุมการติดเชื้อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ catheter round สร้าง/ส่งเสริมการนำนวัตกรรมมาใช้ ทีมจิตอาสา VAD round	ตั้ง ICWN ทุกหอผู้ป่วย จัดอบรมให้ความรู้ ควบคุมกำกับติดตามผลการดำเนินงานและ ทบทวนแนวปฏิบัติ/bundle ต่างๆ ให้เกิดการนำมาใช้อย่างเคร่งครัด
- CA-UTI	2.2 ครั้ง/1000 catheter-days	4.71	3.08	5.00	4.70	4.75	4.97		
- VAP	0.9 ครั้ง/1000 ventilator-days	1.07	1.22	1.26	1.25	0.95	0.94		
- SSI	SIR ≤ 1	0.72	0.76	0.52	0.44	0.42	0.32		

# อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2560-2565

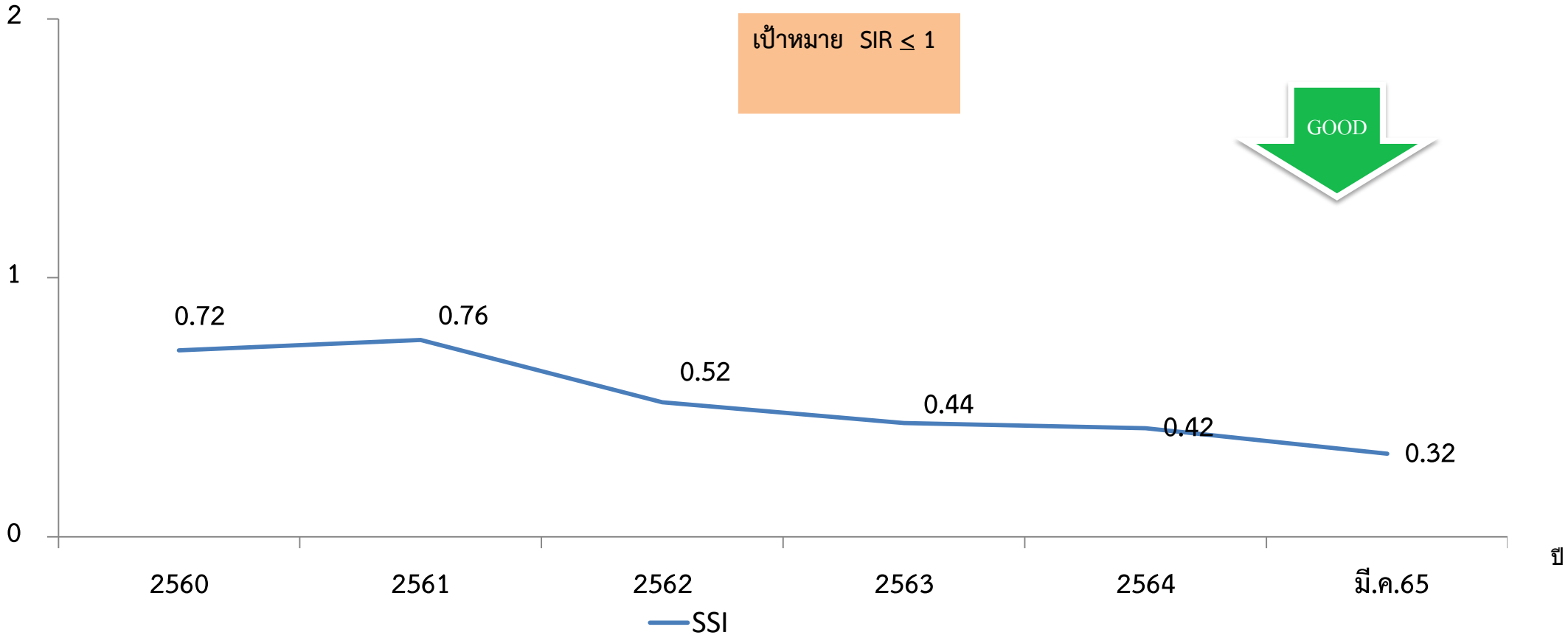


# อัตราการติดเชื้อ ปิงบประมาณ 2560-2565



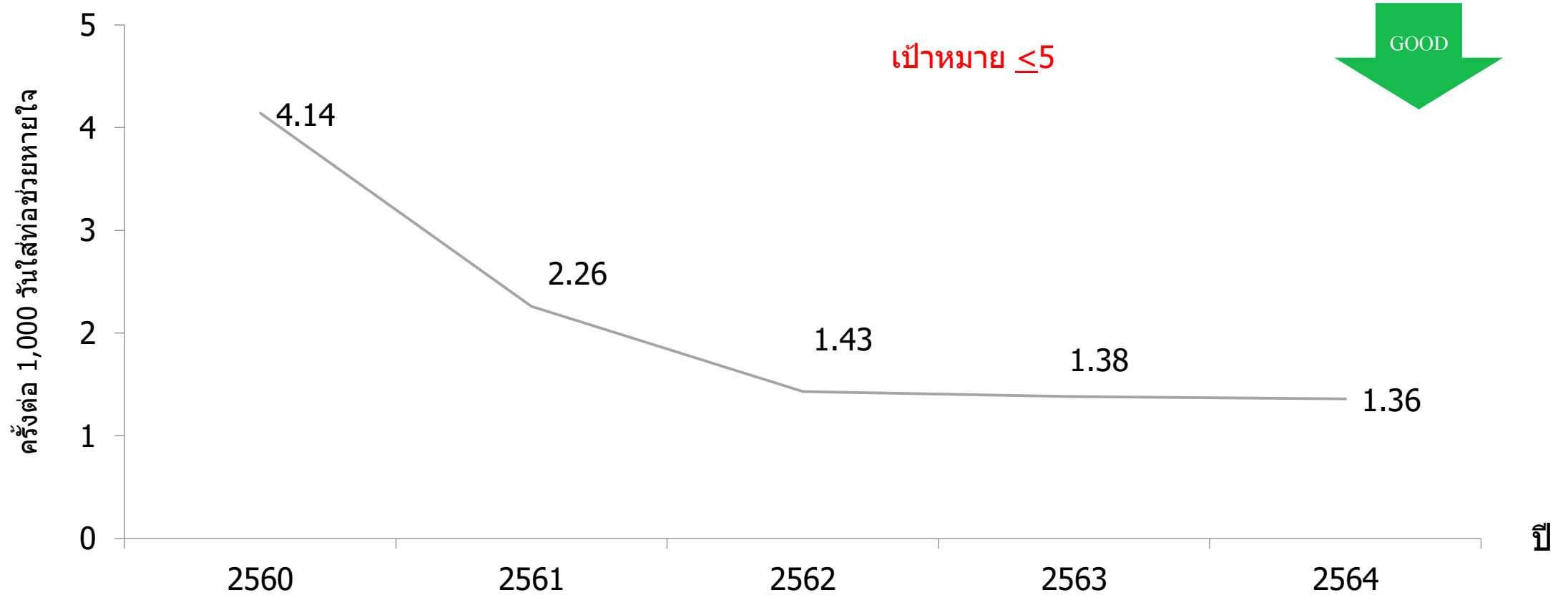


# SSI ปี 2560-2565

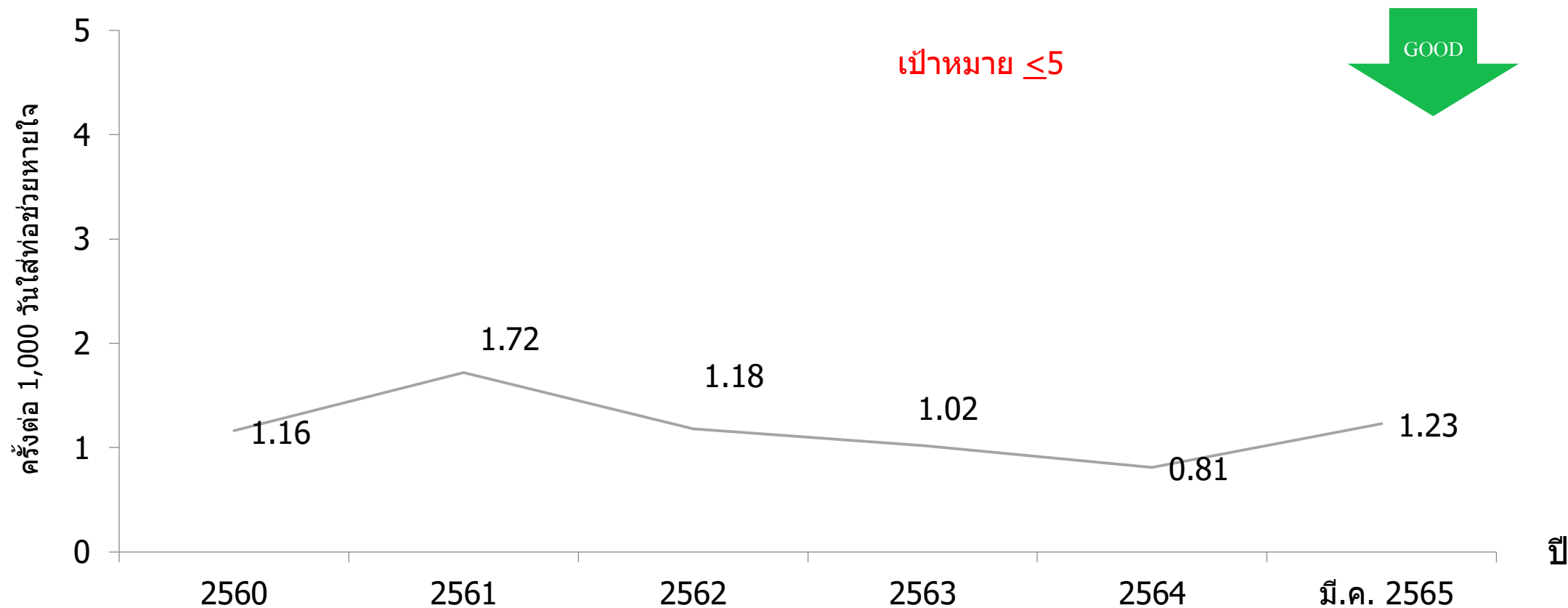




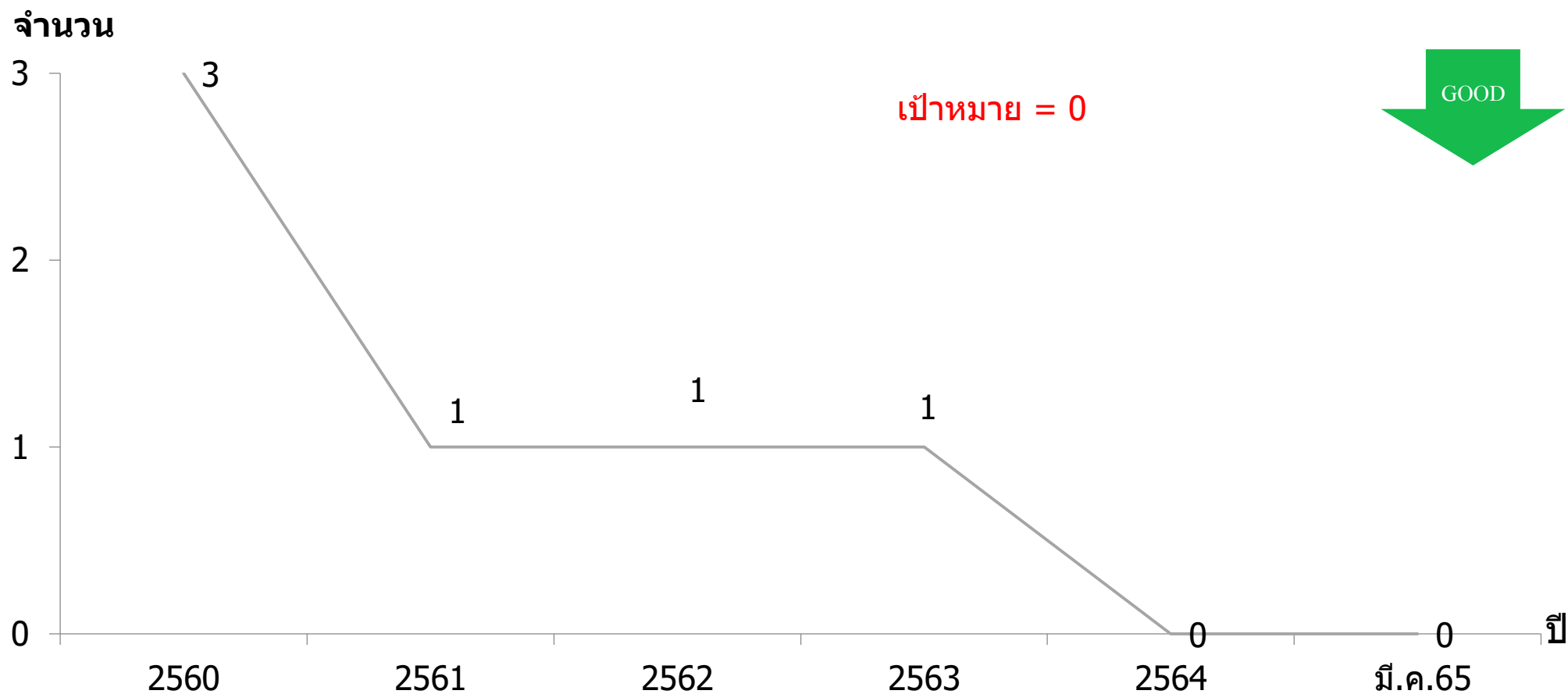
อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ระดับ E-I  
ปี 2560 – 2565



อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ไม่ต้องใส่ใหม่ ระดับ D-I  
ปี 2560 – 2565



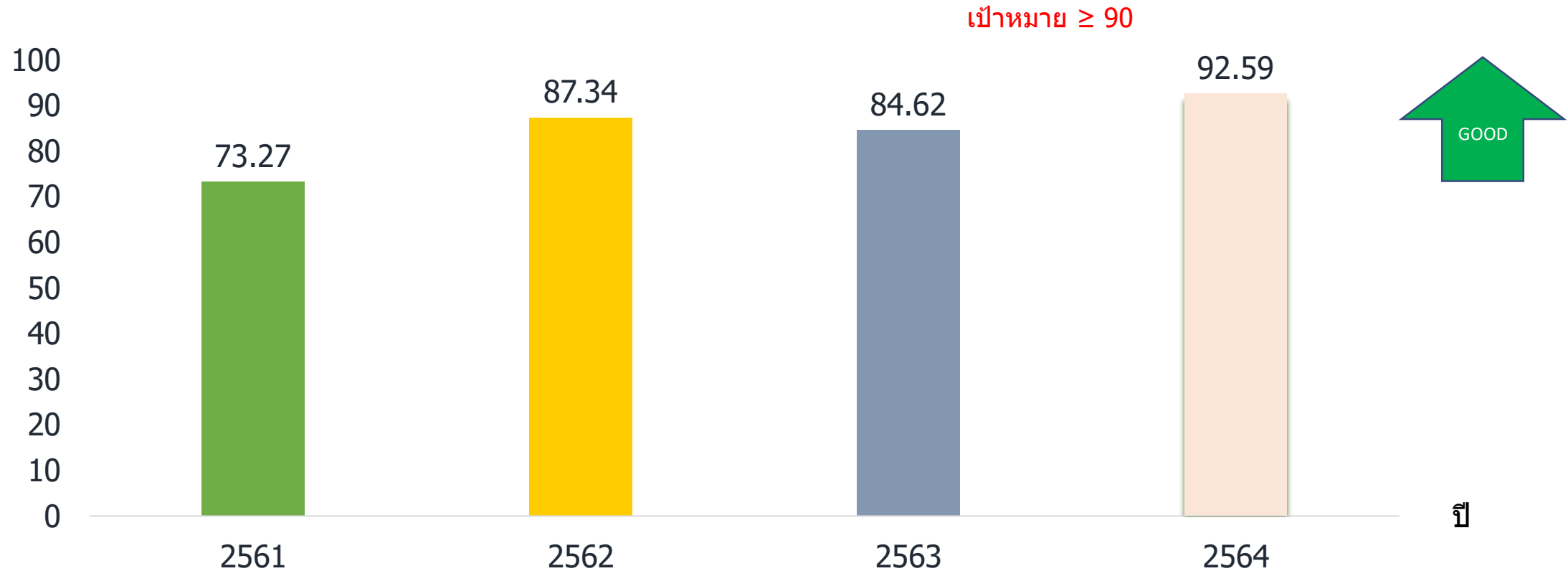
จำนวนการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป  
ปี 2560 – 2565



# REPORT CARD แสดงผลลัพธ์ด้านการบริหารคุณภาพการพยาบาล

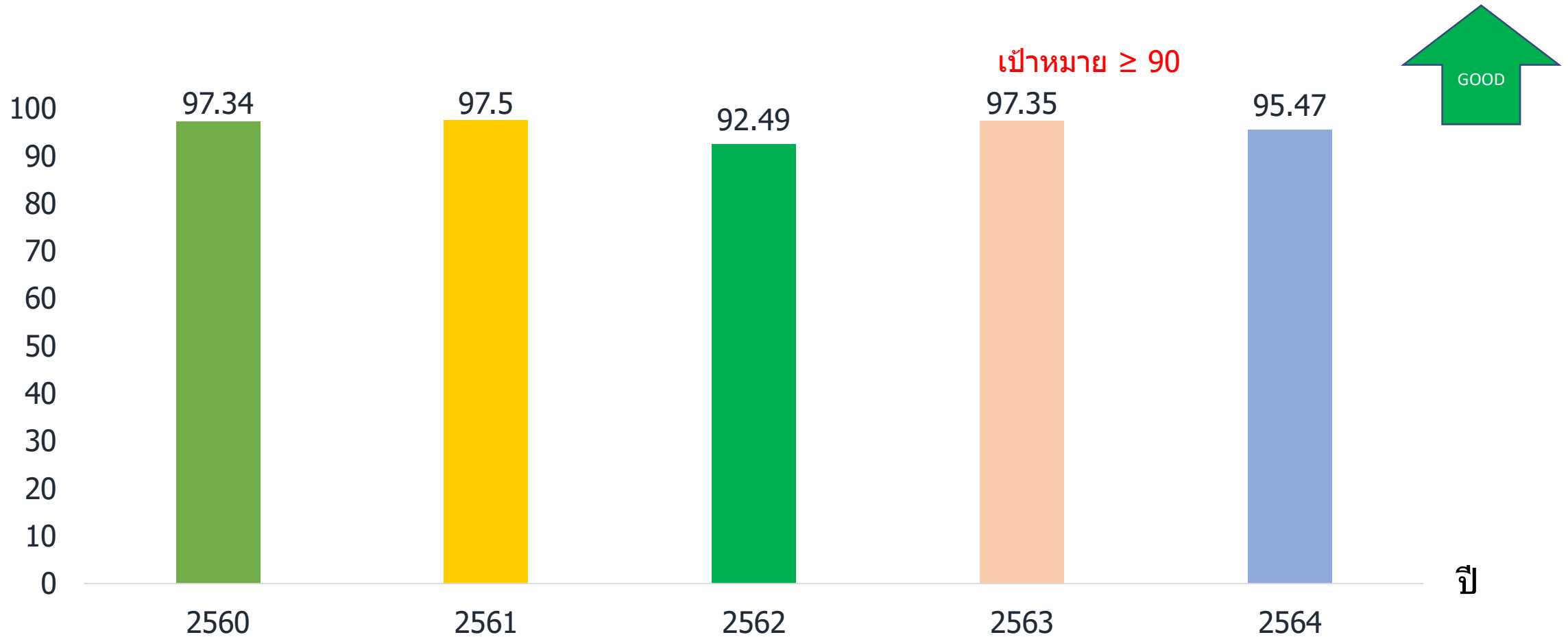
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564	2565 (ณ มี.ค.65)	สิ่งที่ดำเนินการ	แผนพัฒนาต่อไป
28. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน	< ร้อยละ 5	5.67	2.66	4.20	3.84	4.58	2.68		
29. จำนวนบุคลากรติดเชื้อจาก การปฏิบัติหน้าที่									
- COVID-19	0					0	0		
- TB	0	2	2	2	1	0	0		
<b>การบรรเทาจากความทุกข์ ทรมาน Pain</b>									
30. อัตราความพึงพอใจของ ผู้รับบริการต่อการจัดการความ ปวดระดับมาก-มากที่สุด								จัดอบรมอย่างต่อเนื่อง นิเทศโดย หัวหน้าหอผู้ป่วย/ผดก. ในเวลา/นอกเวลา Quality round	ร่วมกับแพทย์ของแต่ละ ภาควิชาในการ round และ บริหารความปวดร่วมกัน จัดทำผลข้างเคียงของยา แก้ปวดแต่ละรายการเป็นสลิป แจกให้ผู้ป่วยและญาติ
1) Acute pain	≥ร้อยละ 90	97.34	97.5	92.49	97.35	95.47	รอการ ตรวจสอบผล การวิเคราะห์		
2) Chronic pain	≥ร้อยละ 90	NA	73.27* *เปลี่ยน แบบ ประเมิน	87.34	84.62	92.59	รอการ ตรวจสอบผล การวิเคราะห์		
3) Pediatric Pain	ระดับมาก-มาก ที่สุด ≥ร้อยละ 90	NA	87.33	91.27	97.18	94.74	รอการ ตรวจสอบผล การวิเคราะห์		

ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ  
ต่อการจัดการความปวดมะเร็งระดับมากที่สุด ปี 2560-2565



ปี 2565 กำลังตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล

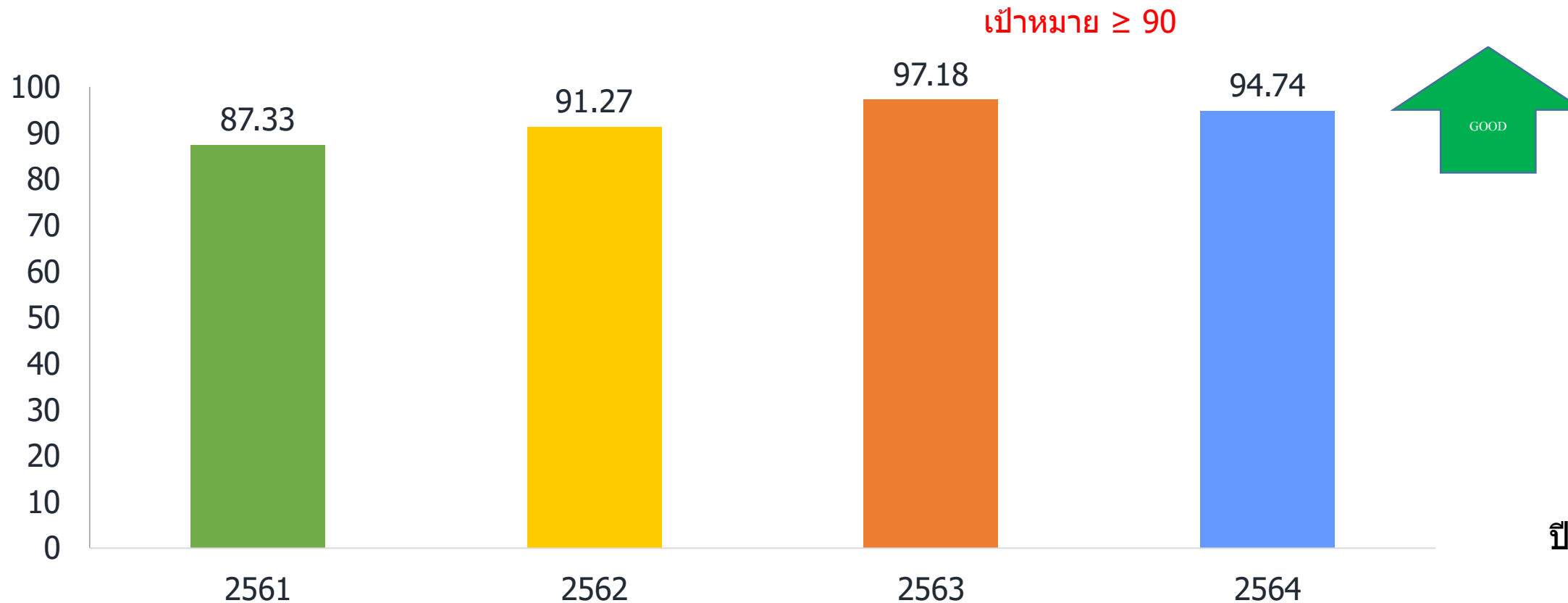
# ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อการจัดการความปวดเฉียบพลัน ระดับมาก-มากที่สุด ปี 2560-2565



ปี 2565 กำลังตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล



# ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อการจัดการความปวดผู้ป่วยเด็ก ระดับมาก-มากที่สุด ปี 2561-2565

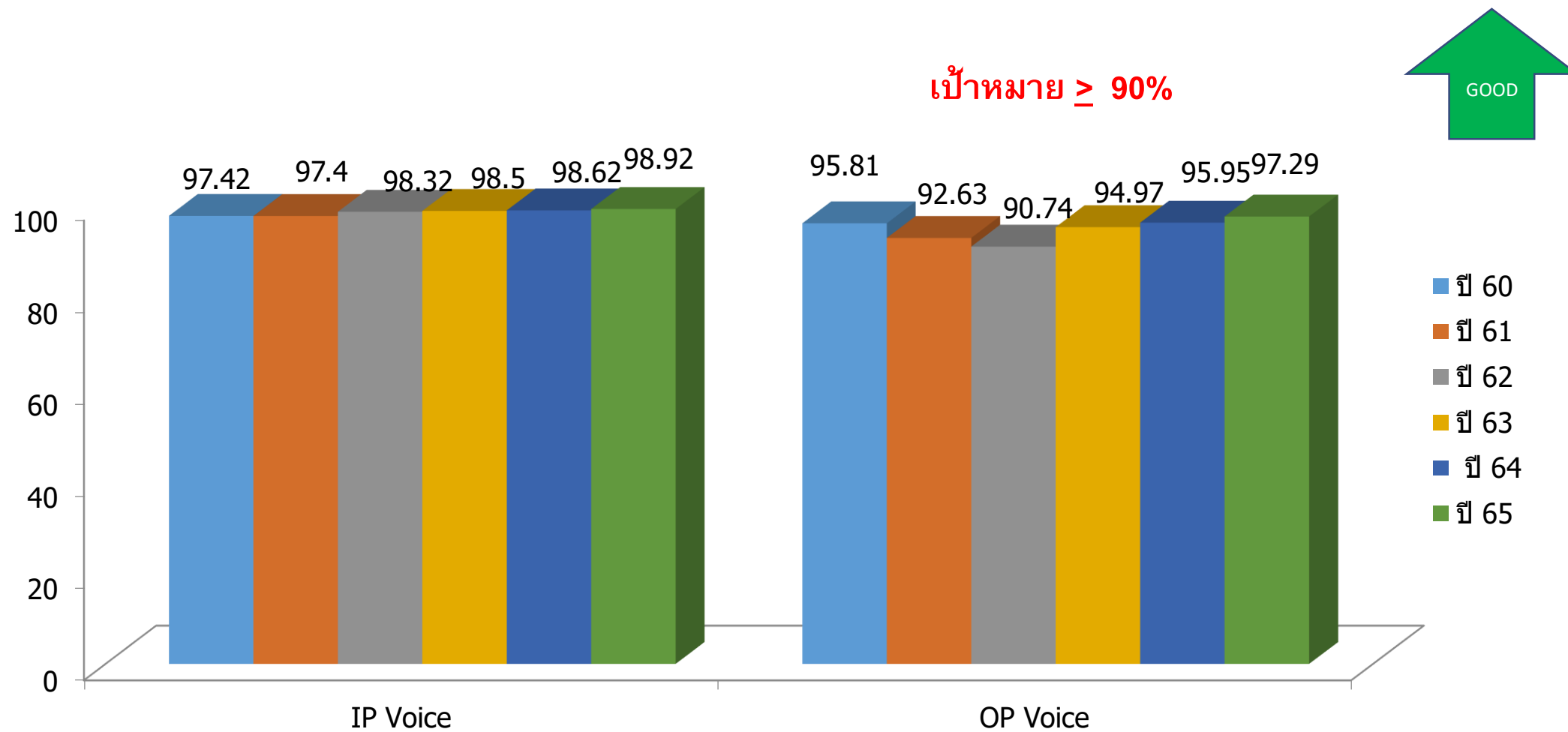


ปี 2565 กำลังตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล

# REPORT CARD แสดงผลลัพธ์ด้านการบริหารคุณภาพการพยาบาล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564	2565 (ณ มี.ค.65)	สิ่งที่ดำเนินการ	แผนพัฒนาต่อไป
<b>การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ</b>									
31. ความรู้เรื่องโรคและภาวะสุขภาพ ของผู้รับบริการ	≥ร้อยละ 85	90.90	100	90.60	87.10	89.00	รอผลการวิเคราะห์จากหน่วยคุณภาพ		
28. ความสามารถในการดูแลตนเอง								ให้แต่ละโรคหลักสร้างเป็นตัวชี้วัดของรายโรคนั้นๆและเก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์แก้ไขปรับปรุง	เพิ่มความสามารถในกลุ่มโรคต่างๆให้มากขึ้น
- อัตราผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี – ดีมาก	≥ร้อยละ 85	87.85	96.76	93.25	90.65	92.90	รอผลการวิเคราะห์จากหน่วยคุณภาพ		
29. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล									
- IPV	4.45	4.51	4.52	4.54	4.60	4.66	รอผลการวิเคราะห์จากหน่วยคุณภาพ	จัดอบรม ESB อย่างต่อเนื่อง Ethic Round ดดยเชื่อมโยงกับการให้บริการ สะท้อนกลับข้อมูลให้กับหน่วยงานให้มีการทบทวนและรายงานกลับให้ทางรพ./ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนทราบ	จัดเก็บเป็นเฉพาะกลุ่มมากขึ้นเพื่อให้การพัฒนาได้ตรงจุด
- OPV	4.25	4.31	4.36	4.33	4.46	4.70			
- ER	4.12	4.32	4.33	4.31	4.43	4.48			

# ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล (มาก-มากที่สุด) ปี 2560-2565



# ขอขอบคุณค่ะ

