



# แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ

ฝ่ายบริการพยาบาล ปี **2566**

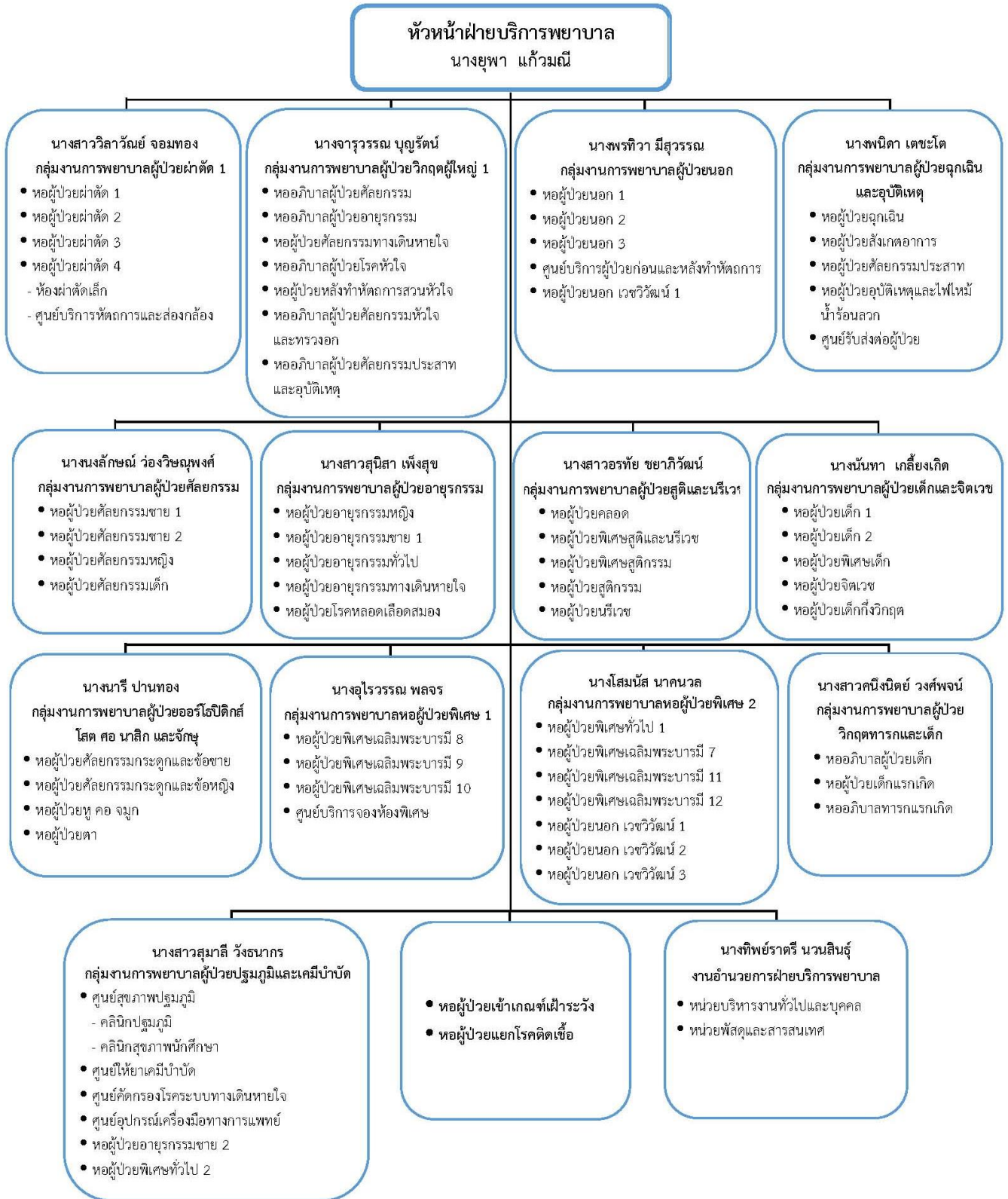


ฝ่ายบริการพยาบาล  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

## สารบัญ

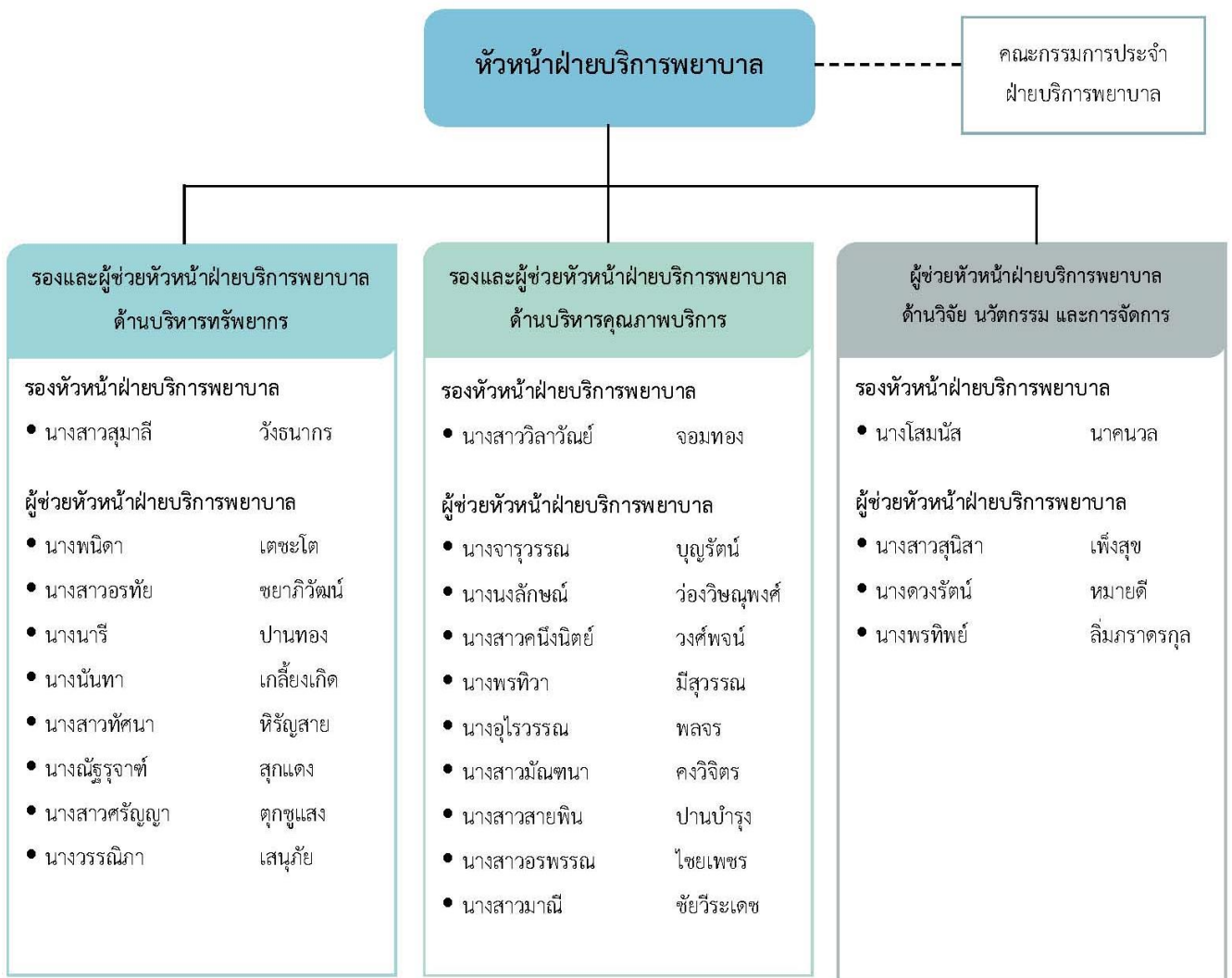
แผนภูมิโครงสร้างสายการบังคับบัญชา ฝ่ายบริการพยาบาล	3
แผนภูมิการบริหารองค์กร ฝ่ายบริการพยาบาล	4
คำสั่งแต่งตั้งรองและผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล	5
วิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์การพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ ปีงบประมาณ 2563-2567	7
วิสัยทัศน์ พันธกิจ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	11
แผนปฏิบัติการ ด้านบริหารทรัพยากร ปี 2566	12
แผนปฏิบัติการ ด้านบริหารคุณภาพบริการ ปี 2566	32
แผนปฏิบัติการ ด้านวิจัย นวัตกรรม และการจัดการสารสนเทศ ปี 2566	69

# แผนภูมิโครงสร้างสายการบังคับบัญชา ฝ่ายบริการพยาบาล



หมายเหตุ: รองและผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายฯ แต่งตั้งโดยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลมีวาระการปฏิบัติงานตามวาระการดำรงตำแหน่งของหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล เป็นภาระงานคู่ขนานกับภาระงานปกติประกอบด้วยผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย รวม 25 คน

# แผนภูมิการบริหารองค์กร ฝ่ายบริการพยาบาล



# คำสั่งแต่งตั้งรองและผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล



## คำสั่งฝ่ายบริการพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่ 003 / 2566

## เรื่อง แต่งตั้งรองและผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล

ตามคำสั่ง ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ 001/2565 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ได้แต่งตั้งรองและผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลไปแล้ว นั้น

เพื่อให้การบริหารงานของฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดำเนินการไป อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ฝ่ายบริการพยาบาลจึงแต่งตั้งรอง และผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลด้านต่างๆ ชุดใหม่ ดังนี้

ตำแหน่ง	หน้าที่รับผิดชอบ
1. รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากร	1. บริหารจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสภาวะการณ์ต่างๆตามหลักธรรมาภิบาล
1.1 นางสาวสุมาลี วัธนาการ	2. พัฒนาส่งเสริมบุคลากรให้มีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณพยาบาล สอดคล้องตามค่านิยมหลักของคณะแพทยศาสตร์
2. ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากร	3. วางแผนพัฒนาสมรรถนะ และความก้าวหน้าแก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ
2.1 นางพนิดา เตชะโต	4. ส่งเสริม ติดตามกำกับระบบการนิเทศทางการพยาบาลทางคลินิก
2.2 นางสาวอรทัย ชยาภิวัฒน์	5. ประสานและสร้างสัมพันธ์กับองค์กรทั้งในและต่างประเทศ
2.3 นางนารี ปานทอง	6. บริหารจัดการด้านพัสดุ ครุภัณฑ์ที่โปร่งใส คุ่มค่า และเพียงพอทันต่อการใช้งาน
2.4 นางนันทา เกลี้ยงเกิด	7. ส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อม บรรยากาศที่ดีและปลอดภัยในการปฏิบัติงาน
2.5 นางสาวทัศนาศรี หิรัญสาย	8. บริหารจัดการด้านกิจการพิเศษ และเหตุการณ์พิเศษต่าง ๆ
2.6 นางฉวีรัฐจาห์ สุกแดง	9. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
2.7 นางสาวศรัณญา ตุกชูแสง	
2.8 นางวรรณิภา เสนุภักย์	

ตำแหน่ง	หน้าที่รับผิดชอบ
<p>3. รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารคุณภาพบริการ</p> <p>3.1 นางสาววิลาวัลย์ จอมทอง</p> <p>4. ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารคุณภาพบริการ</p> <p>4.1 นางจารุวรรณ บุญรัตน์</p> <p>4.2 นางสาวคณินนิตย์ วงศ์พจน์</p> <p>4.3 นางนงลักษณ์ ว่องวิษณุพงศ์</p> <p>4.4 นางพรทิวา มีสุวรรณ</p> <p>4.5 นางอุไรวรรณ พลจร</p> <p>4.6 นางสาวมณฑนา คงวิจิตร</p> <p>4.7 นางสาวอรพรรณ ไชยเพชร</p> <p>4.8 นางสาวสายพิน ปานบำรุง</p> <p>4.9 นางสาวมาณี ชัยวีระเดช</p>	<p>1. พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ให้มีความเป็นเลิศ มีผลลัพธ์เทียบเท่านานาชาติ</p> <p>2. พัฒนาระบบบริการพยาบาลในกลุ่มโรคยากซับซ้อน / กลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>3. บริหารจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยของผู้รับบริการอย่างครบวงจร</p> <p>4. บริหารจัดการแผนปฏิบัติการฉุกเฉินและโรคอุบัติใหม่</p> <p>5. บริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม โครงสร้างหน่วยบริการให้เอื้อต่อการบริการที่ปลอดภัยและเป็นเลิศ</p> <p>6. ส่งเสริมจัดการฝึกอบรม การพัฒนาคุณภาพในการใช้เครื่องมือที่หลากหลาย เช่น KM, QA, CQI, RM, NTS เป็นต้น</p> <p>7. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย</p>
<p>5. รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านวิจัย นวัตกรรม และการจัดการสารสนเทศ</p> <p>5.1 นางโสมนัส นาคนวล</p> <p>6. ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านวิจัย นวัตกรรม และการจัดการสารสนเทศ</p> <p>6.1 นางสาวสุนิสา เฟิงสุข</p> <p>6.2 นางดวงรัตน์ หมายดี</p> <p>6.3 นางพรทิพย์ ลิ้มภราดรกุล</p>	<p>1. ผลักดันส่งเสริมให้มีผลงานวิชาการประเภทต่างๆ เช่น งานวิจัย คู่มือปฏิบัติงาน บทความ หนังสือวิชาการ และนวัตกรรมทางการพยาบาล</p> <p>2. ส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย นวัตกรรม ทั้งในและต่างประเทศ</p> <p>3. จัดการฐานข้อมูลด้านวิชาการและวิจัยให้ทันสมัยและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์</p> <p>4. พัฒนาโปรแกรม จัดทำฐานข้อมูลและ สารสนเทศ ฝ่ายบริการพยาบาล</p> <p>5. พัฒนาระบบการสื่อสารองค์กรให้ทั่วถึงทุกระดับ</p> <p>7. ดูแล web site ฝ่ายบริการพยาบาลให้ทันสมัย</p> <p>8. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย</p>

โดยรองและผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล มีวาระปฏิบัติงานตามวาระดำรงตำแหน่งของหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล เป็นภาระงานคู่ขนานกับภาระงานปกติ

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566



(นางยุพา แก้วมณี)

หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล



# วิทยาลัยทันต

ปีงบประมาณ 2563-2567

## คณะแพทยศาสตร์เพื่อเพื่อนมนุษย์

(DEDICATED & EXCELLENT  
MEDICAL SCHOOL FOR MANKIND)

### พันธกิจ

1. ผลิตและพัฒนาแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ คุณธรรม และจริยธรรม โดยยึดถือประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
2. ให้บริการด้านรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศจนถึงระดับเหนือกว่ามาตรฐาน ด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์
3. สร้างงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับนานาชาติ บนพื้นฐานวัฒนธรรม การวิจัยและนวัตกรรม
4. ให้บริการวิชาการ ที่ตอบสนองความต้องการของสังคมไทย และเชื่อมโยงสู่เครือข่ายสากล





# ค่านิยม (Core value)



## วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (SO)





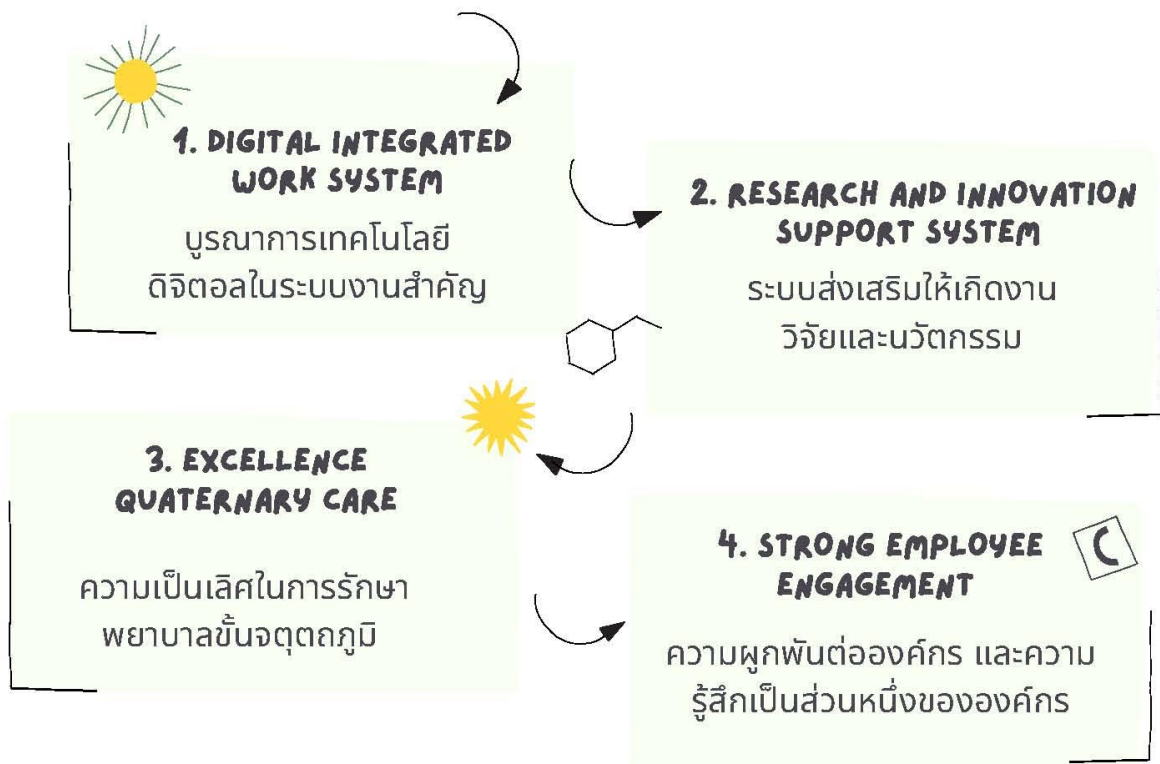


# วัฒนธรรมองค์กร

1. มุ่งเน้นคุณภาพ
2. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

วัฒนธรรมองค์กร หมายถึง พฤติกรรมที่สร้างหรือหล่อหลอมร่วมกันโดยคนในองค์กร เกิดจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมถึงการนำมาปฏิบัติจนกลายเป็นธรรมเนียมสำหรับองค์กร

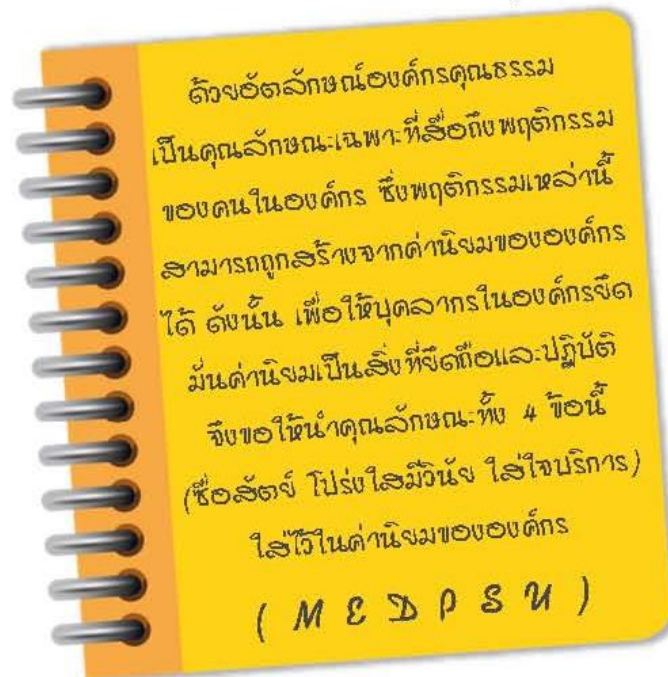
## สมรรถนะหลักขององค์กร (Core Competency)



สมรรถนะหลักขององค์กร หมายถึง เรื่องที่องค์กรมีความชำนาญที่สุด เป็นขีดความสามารถพิเศษที่สำคัญในเชิงกลยุทธ์ เป็นแกนหลักที่ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ ซึ่งสร้างความได้เปรียบในตลาดให้แก่องค์กร หรือสภาพแวดล้อมของการบริการ



## อัตลักษณ์องค์กรคุณธรรม



อัตลักษณ์ คือ คุณลักษณะเฉพาะตัว ที่บ่งบอกหรือมีความชัดเจนของตัวบุคคล สังคม ชุมชนหรือประเทศ  
นั้น ๆ เช่น เชื้อชาติ ภาษา ศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่ไม่มีทั่วไปและเป็นสากลกับสังคมอื่น ๆ ซึ่ง  
ส่วนใหญ่อัตลักษณ์จะใช้ในวงแคบ ๆ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้

## ทิศทางความเป็นเลิศทางวิชาการ ในการพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ ปี 2563 – 2567

1. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการแพทย์แบบเฉพาะเจาะจง (Precision medicine / Genomic)
2. การดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคอุบัติใหม่ อุตุนิษั และการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
3. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคอ้วน เพื่อส่งเสริมความเป็นเลิศของคณะแพทยในการรักษาโรคอ้วนแบบ  
ครบวงจร และครอบคลุมด้านวิจัย บริการรักษาพยาบาล และการฝึกอบรม
4. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (Aging)
5. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดหรือการปลูกถ่ายไขกระดูก (Stem cell)
6. การบริหารจัดการสารสนเทศเพื่อสุขภาพและการศึกษา (Health & Educational Informatics)
7. นำแนวคิด Translational Medicine สนับสนุนการศึกษารววิจัยที่นำไปสู่การประยุกต์ในผู้ป่วย โดยใช้  
วิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นพื้นฐาน
8. สร้างโรงพยาบาลในระบบ Privatization ขนาด 300 เตียง เพื่อขยายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยใน  
ระบบบริการพิเศษ และการพึ่งพาตนเองได้ในอนาคต



## 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

## คำนิยาม



## เป้าหมาย

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

## วัฒนธรรมองค์กร

พฤติกรรมที่สร้างหรือหล่อหลอมร่วมกันโดยคนในองค์กร เกิดจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมถึงการนำมาปฏิบัติ จนกลายเป็นธรรมเนียมสำหรับองค์กร

แผนปฏิบัติการ ด้านบริหารทรัพยากร ปี 2566

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
การบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) ของกระบวนการรักษาพยาบาล	เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล	เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง	1. การสรรหาบุคลากร 1.1 โครงการ Road show/ตลาดนัดแรงงาน	ต.ค. 64-ก.ย.65	-อัตรากำลังทุกระดับ	-อัตรากำลังทุกระดับได้ตามแผนหลักการจัดอัตรากำลัง	RN ร้อยละ 100	RN ร้อยละ 100	RN ร้อยละ 99.69		คุณอรทัย คุณณัฐรุจาท์ คุณวรรณิภา
				ก.พ.65			PN/Orderly ร้อยละ 100	PN,Orderly ร้อยละ 83.9	PN ,Orderly ร้อยละ 96.60		
							แม่บ้านร้อยละ 90	แม่บ้านร้อยละ 75.5	แม่บ้าน ร้อยละ 84.34		
							-อัตรากำลังพยาบาล	-อัตรากำลังพยาบาลได้ตามแผนขยายงาน	ร้อยละ100 (100 คน)	118	
			1.2 โครงการชวนเพื่อนทำงาน (แม่บ้าน) -ประชาสัมพันธ์ผ่านบุคลากรและตลาดนัดแรงงาน - จัดรางวัลตอบแทนบุคลากรฝ่ายบริการพยาบาล ที่สรรหาแม่บ้านและได้รับการคัดเลือกเข้าทำงาน	ต.ค. 64-ก.ย.65	-อัตรากำลังแม่บ้าน	-อัตรากำลังแม่บ้านได้ตามแผนขยายงาน/ทดแทน	ร้อยละ 100 (10 คน)	NA	ร้อยละ 88.89 (16 จาก 18 คน)		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			1.3 โครงการให้ทุนนักศึกษาพยาบาล	ต.ค. 64-ก.ย.65	-นักศึกษาพยาบาลที่รับทุน	-จำนวนนักศึกษาพยาบาลที่รับทุน	80 ทุน	80 (นศ.ปี 4 =27, ปี 3 =39,ปี 2= 14 คน)	80 (นศ.ปี 4 =30, ปี 3 =40,ปี 2= 10 คน)		
					-นักศึกษาพยาบาลที่ยกเลิกทุน	-จำนวนนักศึกษาพยาบาลที่ยกเลิกทุน	0	0	0 (ปี 2 รับทุนทดแทนปี 4 ที่ยกเลิก)		
การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) และ ประสิทธิภาพ (effectiveness ) ของกระบวนการพยาบาล	ความเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์	เพิ่มการบำรุงรักษาบุคลากร	2. การบำรุงรักษาบุคลากร	ต.ค. 64-ก.ย.65	-การลาออกโอนย้ายของพยาบาล	-อัตราการลาออกโอนย้ายของพยาบาล	<ร้อยละ 3	2.37	3.02 (ลาออก 44 คน)		คุณอรทัย คุณณัฐรุจา คุณวรรณิภา
			2.1 โครงการบริหารอัตรากำลัง non nurse ในสถานการณ์ COVID-19	ต.ค. 64-ก.ย.65	-จำนวนวันค้างเวร ward กลุ่ม non nurse	-ร้อยละจำนวนวันค้างเวร ward กลุ่ม non nurse ลดลง	ร้อยละ 50	float ได้ ร้อยละ 48 (Floatได้ 12 ผลัด จาก 25 ผลัด)	-float ได้ ร้อยละ 80.81 (Floatได้ 998 ผลัด จาก 1235 ผลัด)		
			2.2 โครงการทบทวนชั่วโมงความต้องการการพยาบาล	ต.ค. 64-ก.ย.65	ความสำเร็จของแบบวัดชั่วโมงความ	ร้อยละความสำเร็จของแบบวัด	ร้อยละ 50	NA	-ขอชะลอโครงการ		



ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
					ต้องการการพยาบาลที่ปรับปรุง	ชั่วโมงความต้องการการพยาบาลที่ปรับปรุง					
			2.3 โครงการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร 2.3.1กลุ่มพนักงานช่วยการพยาบาลที่มี BMI เกินระดับ 2ขึ้นไป  2.3.2 ติดตามน้ำหนักของเสมียน ที่เข้าร่วมโครงการ	ต.ค. 64-ก.ย.65	-พนักงานช่วยการพยาบาลที่มีน้ำหนักลดลง	-ร้อยละของพนักงานช่วยการพยาบาลที่มีน้ำหนักตัวที่ลดลงร้อยละ 5 จากน้ำหนักเดิมภายใน 6 เดือน	ร้อยละ 10	NA	NA		คุณอรทัย คุณณัฐรจจา คุณวรรณิภา
		ต.ค. 64-ก.ย.65		-เสมียนที่มีน้ำหนักลดลง	-ร้อยละของเสมียนที่มีน้ำหนักลดลง ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	NA	-ร้อยละ 6.06 (2คนจาก 33 คน)			
			2.3.3 ติดตามน้ำหนักของแม่บ้านที่เข้าร่วมโครงการ	ต.ค. 64-ก.ย.65	-แม่บ้านที่มี BMI เกิน	-ร้อยละของแม่บ้านที่มี BMI เกิน น้ำหนักลดลง ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 17.07 (7 คนจาก41 คน)	ร้อยละ 14.28 (3 คนจาก 21 คน) เทียบกับ น้ำหนัก เริ่มต้นเดือน ก.พ.63		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			2.4.โครงการเชิดชูเกียรติบุคลากร	ธ.ค.64	-หน่วยงานที่คัดเลือกบุคลากรเข้าร่วมโครงการฯ	-จำนวนหน่วยงานที่คัดเลือกบุคลากรเข้าร่วมโครงการฯ	61 หน่วยงาน	58(58)	-เลื่อนจัด ธ.ค. 64 เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID - 19		คุณพนิดา คุณนารี คุณทัศนาศ
						-จำนวนบุคลากรของฝ่ายฯที่ได้รับรางวัลจากภายนอก	≥5 คน	2 คน	6 คน 1) นาง โสภณา ว่องทวี SDC รางวัลบุคลากรดีเด่นคณะแพทย์ฯ 2) นางสาว อัจฉรา พร้อมมูล ERรางวัลบุคลากรดีเด่นคณะแพทย์ฯ 3 )นางภณสา มโนสิทธิกุล OPD 2 รางวัลด้านสร้างสรรค์		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565		
									นวัตกรรมดีเด่น 4) นางกาญจนา วงษ์เลี้ยง OPD 2 รางวัลผลงานดีเด่นมีดตอกแต่งเฟือก 5) นางสาวสุธิสา เต็มทับ อช.1 รางวัลผลงานงานวิจัยดีเด่น 6) นางสาวศิริพร อินแก้ว ศรี ฌบ.8 ประเภทเรื่องสันพยาบาลอาสากับการทำงานด้านหน้าในยุคโควิด			
			2.5.โครงการส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานทีมบริหาร :กิจกรรมสัมมนาทีมบริหารและหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน	ก.ย.65	-ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละผู้เข้าร่วมกิจกรรม	≥ ร้อยละ 90	NA	ไม่ได้จัดเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID - 19			

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
					-ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด	≥ ร้อยละ 80	NA			
			2.6.หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลและทีมบริหารพบบุคลากรทุกระดับ	ม.ค.65	-การจัดกิจกรรม	-จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม	-3 ครั้ง/ปี	NA	ไม่ได้จัดเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID - 19		
					-หน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละหน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรม	≥ ร้อยละ 80	NA			
					-ข้อเสนอแนะ	-จำนวนข้อเสนอแนะที่นำไปดำเนินการ		NA			
การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) ของ	Service excellence	เพิ่มความสามารถในการแข่งขันด้านความเป็นเลิศทางกรพยาบาล	6. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 6.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรตามแผน IDP	ต.ค. 64-ก.ย.65	บุคลากรแต่ละ level ได้รับการพัฒนาตามแผน IDP	-ร้อยละของบุคลากรแต่ละ level ได้รับการพัฒนาตามแผน IDP	≥ ร้อยละ 80	NA	NA		คุณพนิดา คุณนารี คุณทัศนาศนา

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
กระบวนการพยาบาล											
			6.2 ออกแบบโปรแกรมIDP ร่วมกับ IT ฝ่ายบริการพยาบาล	ต.ค. 64-ก.ย.65	-หน่วยงานที่จัดทำโปรแกรม IDP	-ร้อยละของหน่วยงานที่จัดทำโปรแกรม IDP	≥ ร้อยละ 80	NA	ร้อยละ 52.54 (31/59หน่วยงาน)		
			6.3 จัดทำ IDP ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน *ศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย *ร่าง IDP หัวหน้าหอผู้ป่วย *นำเข้าทีมบริหารพิจารณา *ประกาศใช้	ต.ค. 64-ก.ย.65	-ความสำเร็จของIDP ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน	-ร้อยละของความสำเร็จของ IDP ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน	-ร้อยละ 100	NA	ร้อยละ 25 (ศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย)		
			6.4 พัฒนาบุคลากรตามเกณฑ์ IDP -ระดับ Novice (< 1 ปี) บริหารยา	ต.ค. 64-ก.ย.65	-ผู้เข้าร่วมกิจกรรม  -อุบัติการณ์	-ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรม  -จำนวนอุบัติการณ์	≥ ร้อยละ 90 -ลดลง  ≥ ร้อยละ 90 -ร้อยละ100	ร้อยละ99.10 31	ร้อยละ 100 ..... ร้อยละ 100		
			Basic CPR & AED		-ผู้เข้าร่วมกิจกรรม		≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100		



ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			-ระดับ Advance beginner (1- 3 ปี) Phlebitis Extravasation Fall Tube & Line		-ผู้สอบผ่านตามเกณฑ์ทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ	-ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละ 100	NA	ไม่ได้จัด		
			-ระดับCompetent (> 3 - 6 ปี) การบริหารยา ADR		-ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	≥ ร้อยละ 90	NA	ไม่ได้จัด		
					-ผู้สอบผ่านตามเกณฑ์	-ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละ 100	NA			
					-ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละของผู้สอบผ่านตามเกณฑ์	ร้อยละ 80	NA			
					-ผู้สอบผ่านตามเกณฑ์	-ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	ร้อยละ 80				
						-ร้อยละของผู้สอบผ่านตามเกณฑ์	ร้อยละ 80				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			-ระดับ Proficient ( 6 -10 ปี) และระดับ Expert (> 10 ปี) อบรม Preceptor		-ผู้เข้าร่วมกิจกรรม -ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม -ผู้สอบผ่านตามเกณฑ์	-ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรม  -ร้อยละของความพึงพอใจมาก-มากที่สุด  -ร้อยละของผู้สอบผ่านตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 80  -ร้อยละ 100	NA  NA	- ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 89 คน -Preceptor เฉพาะทาง เวชปฏิบัติ ดูกเงิน วันที่ 1-28 ธ.ค.63 จำนวน 9 คน เป็นกลุ่ม Proficient2 คน Expert 7 คน -Preceptor เฉพาะทาง วิกฤติ วันที่ 1-30 มิ.ย.64 จำนวน 19 คน เป็นกลุ่ม Proficient 1 คน Expert 18 คน -Preceptor ทั่วไป รุ่น 1 วันที่ 23-25 มิ.ย.64 และ		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
									1-2 ก.ค. 64 จำนวน 21 คน เป็นกลุ่ม Proficient 6 คน Expert 15 คน -Preceptor ทั่วไป รุ่น 2 เดือน ส.ค.64 จำนวน 40 คน		
			6.5สอบวัดความรู้ 5 โรคหลัก	ส.ค.65	ผู้สอบผ่านตามเกณฑ์	ร้อยละของผู้สอบผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	92.91	ร้อยละ 100 (887/887 คน) ยังไม่ส่ง คะแนน 17/62 หน่วยงาน		
			6.6จัดทำคลังข้อสอบ 5 โรคหลักของหอผู้ป่วย/หน่วยงานแขนงใน website ฝ่ายบริการพยาบาล	ต.ค. 64- ก.ย.65	หอผู้ป่วย/หน่วยงานที่มีข้อสอบ 5 โรคหลัก	ร้อยละของหอผู้ป่วย/หน่วยงานที่มีข้อสอบ 5 โรคหลัก แขนงใน website ฝ่ายบริการพยาบาล	≥ ร้อยละ 80	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			6.7โครงการรายงานผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย/หน่วยงาน	ก.ค.64	หอผู้ป่วย/หน่วยงานที่มีการเข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละของหอผู้ป่วย/หน่วยงานที่มีการเข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละ 100	-ร้อยละ 100	ร้อยละ 100		
			6.8โครงการจัดทำหลักสูตร Residency program	ต.ค. 64-ก.ย.65	หลักสูตรที่สำเร็จ	-จำนวนหลักสูตรที่สำเร็จ	-1 หลักสูตร	NA	NA		
			6.9โครงการส่งเสริมด้านจริยธรรมของหอผู้ป่วย -จัดกิจกรรม Ethic round & conference	ต.ค. 64-ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่มีการจัดกิจกรรม Ethic round & conference -ผลงานเข้าประกวดของสภาการพยาบาล	-ร้อยละของหอผู้ป่วยที่มีการจัดกิจกรรม Ethic round & conference  -จำนวนผลงานเข้าประกวดของสภาการพยาบาล	≥ 1 ครั้ง/3 เดือน ≥ ร้อยละ 80  ≥ 1 เรื่อง/ปี	NA  NA	ร้อยละ 58.33 (7/12 หอผู้ป่วย) (ปี 64 เก็บข้อมูลเฉพาะหอผู้ป่วยที่เป็นกรรมการ)		
			6.10โครงการพัฒนาศักยภาพด้านจริยธรรม :ความรู้ด้านกฎหมายสำหรับพยาบาลและกลุ่ม Non nurse	ม.ค.65	-หอผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละของหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม	≥ ร้อยละ 90  ≥ ร้อยละ 80	NA	ร้อยละ 100 (ผู้เข้าร่วมอบรม 78 คน)		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			“หัวข้อ PDPA”		-ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละของความพึงพอใจมาก-มากที่สุด		NA	(จัดอบรมสมรรถนะและกลไกจริยธรรม)  ร้อยละ 98.53		
			6.11โครงการพัฒนาศักยภาพด้านจริยธรรมกลุ่ม Non nurse :อบรมพฤติกรรมบริการ	มี.ค.65 เม.ย.65 พ.ค.65	-หอผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม -ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม -ข้อชมเชย/ข้อร้องเรียน	-ร้อยละของหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม  -ร้อยละของความพึงพอใจมาก-มากที่สุด  -จำนวนข้อชมเชย/ข้อร้องเรียน	≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 80  -ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรม ≤ 10 เรื่อง/ปี -ข้อชมเชย ≥10 เรื่อง/ปี	NA  NA  15 เรื่อง  NA	ร้อยละ 100 (อบรมพัฒนาบุคลากรWRN ใหม่ 103คน) ร้อยละ 100 (ตอบแบบประเมิน100คน)  13 เรื่อง		
			6.12โครงการจัดทำ Ethical research	ต.ค. 64- ก.ย.65	-งานวิจัย	-จำนวนงานวิจัยที่สำเร็จ	1 เรื่อง	NA	NA		



ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			6.13 สอบวัดความรู้ด้านจริยธรรมสำหรับพยาบาลแต่ละ level	ต.ค. 64-ก.ย.65	-ผู้สอบผ่านตามเกณฑ์	-ร้อยละของผู้สอบผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ 80	-ร้อยละ 100	NA	ร้อยละ 87.21 -กลุ่ม Novice ,Advance beginner ร้อยละ 92.78 (283/305คน) -กลุ่ม competent ร้อยละ 92.91 (131/141 คน) -กลุ่ม proficient ร้อยละ 84.23 (222/187คน) -กลุ่ม expert ร้อยละ 78.93 (636/502 คน)		
			6.14 สสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง	ต.ค. 64-ก.ย.65	-ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล	-คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล	-ผู้ป่วยใน $\geq 4.5$ -ผู้ป่วยนอก $\geq 4.3$	-ผู้ป่วยใน $\geq 4.63$ -ผู้ป่วยนอก $\geq 4.49$	-ผู้ป่วยใน $\geq 4.68$ -ผู้ป่วยนอก $\geq 4.57$		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			6.15พัฒนาระบบนิเทศทางการพยาบาล	ต.ค. 64-ก.ย.65	-การนิเทศ	-ร้อยละของหอผู้ป่วยนิเทศ 4 ครั้ง/เดือน	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ39.51	ร้อยละ 43.19 1)หอผู้ป่วยที่บ้านที่กนิเทศตามเกณฑ์ ร้อยละ 100 =16 หอผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ26.22 2)หอผู้ป่วยที่บ้านที่กนิเทศตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 50 =13 หอผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 21.33		
					-ความพึงพอใจของผู้ถูกนิเทศ	-ร้อยละของความพึงพอใจมาก-มากที่สุด	≥ ร้อยละ 80	NA	NA		
					-ความพึงพอใจของผู้ให้การนิเทศ	-ร้อยละของความพึงพอใจมาก-มากที่สุด	≥ ร้อยละ 80	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
การบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) ของกระบวนการพยาบาล	พัฒนา succession plan: Intelligent Leadership	เพิ่มความสามารถในการแข่งขันด้านความเป็นเลิศทางการพยาบาล	7.โครงการพัฒนาศักยภาพผู้บริหารระดับต้นและผู้ตรวจการพยาบาล	มี.ค.-ก.ค.65	-ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	≥ ร้อยละ 90	NA	ไม่ได้จัด เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID - 19		คุณพนิดา คุณนารี คุณทัศนาศนา
					-ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ระดับความพึงพอใจมาก-มากที่สุด	≥ ร้อยละ 80	NA			
					-คะแนนประเมิน	-ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด	ร้อยละ 100	NA			
			8.โครงการพัฒนาศักยภาพระดับรองหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน	มี.ค.-ก.ค.65	-ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ร้อยละ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	≥ ร้อยละ 90	NA	NA		
					-ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	-ระดับความพึงพอใจมาก-มากที่สุด	≥ ร้อยละ 80	NA	NA		
					-คะแนนประเมิน	-ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 100	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
						ประเมินที่กำหนด					
			9.โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการกลุ่มบริหาร	ก.พ.65	-ผู้เข้าร่วมกิจกรรม  -ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม -คะแนนประเมิน	-ร้อยละผู้เข้าร่วมกิจกรรม  -ระดับความพึงพอใจมาก-มากที่สุด  -ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด	≥ ร้อยละ 90  ≥ ร้อยละ 80  ร้อยละ 100	NA  NA  NA	ร้อยละ 100 (ผดก กลุ่มบริการ 72 คน)  ร้อยละ100  NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2565	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ 2565-2566	วัน-เวลา				2562	2563	2564	
	Service excellence	เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทันทต่อการเปลี่ยนแปลง	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการใช้และการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์								คุณสุมาลี คุณศรีัญญา คุณดวงรัตน์
			1.1 กลุ่มพยาบาล - ประสพการณ์ 1-3 ปี	ม.ค-ก.พ. 65	- คะแนนทดสอบปฏิบัติ	- ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 80				
			- ประสพการณ์ > 3 ปี เรื่อง Defibrillator with AED and Non invasive Pacemaker	เม.ย.-พ.ค. 65	- คะแนนทดสอบทฤษฎี	- ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 80				
			1.2 กลุ่ม PN/Orderly - ประสพการณ์ < 5 ปีอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Self - Inflating Bag, Suction	มี.ค. 65	- คะแนนทดสอบทฤษฎีและปฏิบัติ	- ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 80	NA	NA	NA	
			- ประสพการณ์ > 5 ปี อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง เครื่อง NIBP	มี.ย. 65	- คะแนนทดสอบทฤษฎีและปฏิบัติ	- ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 80	NA	NA	NA	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2565	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ 2565-2566	วัน-เวลา				2562	2563	2564	
			2. จัด Service Training การใช้ - O2 High Flow	มี.ค. 65	- คะแนนทดสอบปฏิบัติ	- ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 80	NA	NA	NA	คุณสุมาลี คุณศรัญญา คุณดวงรัตน์
			- คลินิก PAPR (การให้คำปรึกษาการใช้เครื่อง การดูแลบำรุงรักษา และการไขปัญหาเบื้องต้น)	ต.ค 64-ก.ย. 65	การให้บริการ	จำนวนการให้บริการ แนะนำ	5 ครั้ง	NA	NA	NA	
			3. วางแผนการจัดซื้อและจัดหาเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์								คุณสุมาลี คุณศรัญญา คุณดวงรัตน์
			3.1 เครื่องมือทางการแพทย์พื้นฐานทดแทนชำรุด/หมุนเวียนขยายงาน - BP - Stethoscope - Pulse oximeter - ถังออกซิเจน - flowmeter	ต.ค 64-ก.ย. 65	แผนการจัดซื้อ	มีแผนจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์พื้นฐานทดแทนชำรุด/หมุนเวียนขยายงาน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 72	NA		
			3.2 รองรับการขยายหน่วยงาน/หอผู้ป่วย	ต.ค 64-ก.ย. 65	เครื่องมือทางการแพทย์พร้อมสำหรับการขยาย	ร้อยละการขยายหน่วยงาน/หอ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 80		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2565	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ 2565-2566	วัน-เวลา				2562	2563	2564	
			- ICU Neuro-trauma - Stroke unit		หน่วยงาน/หอผู้ป่วย	ผู้ป่วยตามแผน (2 หน่วยงาน)					
			4. การประกันคุณภาพเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ 9 รายการ 1) Ventilator 2) EKG monitor 3) Defibrillator 4) Infusion pump 5) Syringe pump 6) Suction 7) NIBP 8) Pulse Oximeter 9) PAPR								คุณสุมาลี คุณศรีัญญา คุณดวงรัตน์
			4.1 ความพร้อมในการใช้งาน	ต.ค. 64-ก.ย. 65	อุปกรณ์จากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งานที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับ B ขึ้นไป	จำนวนอุปกรณ์จากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งานที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับ B ขึ้นไป	0	2 (Ventilator)	0		
			4.2 การบำรุงรักษา (PM) เครื่องมือ/	ต.ค. 64-	- เครื่องมือได้รับการทำ	- ร้อยละของเครื่องมือได้รับ	100%	ร้อยละ 99.26	ร้อยละ 96.2		



ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2565	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ 2565-2566	วัน-เวลา				2562	2563	2564	
			อุปกรณ์ทางการแพทย์	ก.ย. 65	PMตามเกณฑ์ที่กำหนด	การทำ PM ตามเกณฑ์ที่กำหนด			(ณ กค.63)		
	พัฒนา succession plan: Intelligent Leadership	เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทันทต่อการเปลี่ยนแปลง	1. พัฒนาศักยภาพกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยเรื่องหลักการวางแผนจัดซื้อจัดหาครุภัณฑ์ของหน่วยงาน	มี.ย. 65	- จำนวนผู้เข้าอบรม	- จำนวนผู้เข้าอบรม	- 50 คน	NA	NA	NA	คุณสุมาลี คุณศรีัญญา คุณดวงรัตน์

แผนปฏิบัติการ ด้านบริหารคุณภาพบริการ ปี 2566

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศเหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์	Nursing Service Excellence	ให้การพยาบาลที่เป็นเลิศด้วยมาตรฐานสากล	1. โครงการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	ต.ค.64-ก.ย.65	1.อุบัติการณ์ระดับ E-I	1.จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I	≤ 130	120	159		คุณวิลาวัลย์ คุณนงลักษณ์ คุณคณินนิตย์ คุณพรทิพา คุณสายพิน
					2.อุบัติการณ์ระดับ G-I	2.จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G-I	≤ 10	5	9		
					3.อุบัติการณ์ความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น(เกี่ยวข้องกับฝ่ายบริการพยาบาล6เรื่อง) ดังนี้	3.จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 6เรื่อง ดังนี้					
					1) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	จำนวนอุบัติการณ์ ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0	0	0		
					2) การควบคุมการติดเชื้อSSI	อัตราการติดเชื้อ SSIตามมาตรฐาน NHSN	SIR≤ 1	0.44	0.40 (ไตรมาส 3)		
					3) Medication error และ Adverse Drug Event	จำนวนอุบัติการณ์ Medication errorและ Adverse Drug Event	ระดับ E-F < .004 ระดับ G-I=0	0.06 0.046	0 0		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
					4). การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	จำนวนอุบัติการณ์ การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0	0	0		
					5) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	จำนวนอุบัติการณ์ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0	N/A	0		
					6) การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน	จำนวนอุบัติการณ์ การคัดกรองผู้ป่วย คลาดเคลื่อน	0	N/A	N/A		
					4.อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นระดับ G-I	4.จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นระดับ G-I	0	N/A	0		
			1.1 โครงการAdverse Event Review (ทบทวนอุบัติการณ์สำคัญและแก้ไข ปรับปรุงไม่ให้เกิดซ้ำ) เงื่อนไขการเลือก: 1) Incident Report ระดับE-I หรือ อุตบัติการณ์สำคัญ (impactสูง) ระหว่างหน่วยงานภายในฝ่าย การฯ ไม่ซ้ำซ้อนกับCQI หน่วยคุณภาพ		อุบัติการณ์AE ระดับE-Iหรือ อุตบัติการณ์สำคัญ ที่มีต่อผู้ป่วย/ หน่วยงานอื่น เกี่ยข้องมากกว่า 1หน่วยงานได้รับการทบทวน/แก้ไข ปรับปรุง	จำนวน อุตบัติการณ์E-I หรืออุบัติการณ์สำคัญ ที่ได้รับ ทบทวน/แก้ไข ปรับปรุงโดยทีม กรรมการ/ ผู้เกี่ยวข้อง	12 ครั้ง	NA	3		คุณวิลาวัลย์ และทีม
					ระบบ/แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานที่ปรับเปลี่ยนที่ได้จากการทบทวน	จำนวนระบบ/แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานที่ปรับเปลี่ยนที่ได้จากการทบทวน	10	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			2) ข้อเสนอแนะจากการทบทวนของกรรมการCQI โรงพยาบาลมา ออกแบบระบบ/แนวปฏิบัติของฝ่าย		ความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับการติดตาม ทบทวน	อัตราความพึงพอใจของหน่วยงานที่ได้รับการติดตาม ทบทวน	≥ ร้อยละ 80	NA	NA		
			1.2 ปรับปรุง/ ทบทวนทะเบียน ความเสี่ยง (Risk Register) ระดับฝ่ายฯให้สมบูรณ์ ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน		ทะเบียนความเสี่ยง	จำนวนความเสี่ยงที่ลงทะเบียนอย่างสมบูรณ์	≥ 10 ตัว	NA	NA		คุณวิลาวัลย์ และทีม
			2.ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์อุบัติการณ์		วัฒนธรรมความปลอดภัยของฝ่ายบริการพยาบาล	คะแนนวัด วัฒนธรรมความปลอดภัยของฝ่ายบริการพยาบาล (สรพ.สำรวจประจำปี)	≥ 80 %	NA	NA		คุณวิลาวัลย์ และทีม
			2.1 ส่งเสริมและกระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์ตามแบบฟอร์มการรายงานเดิมและแบบฟอร์ม(ฉบับย่อ)ที่พัฒนาร่วมกับหน่วยคุณภาพเพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ระดับ A-B (near miss)		อุบัติการณ์ ระดับ A/B (near miss)	จำนวนอุบัติการณ์ ระดับA/B	1800	1509	1278		คุณวิลาวัลย์ และทีม

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			2.2 จัดทำ Dash board รายงานความเสี่ยงความปลอดภัยเพื่อการบริหารความเสี่ยงและเฝ้าระวัง (สามารถดูได้ทั้งระดับฝ่ายบริการพยาบาลและระดับหน่วยงาน)		Dash board รายงานความเสี่ยงความปลอดภัย	Dash board รายงานความเสี่ยงความปลอดภัยสำเร็จใช้งานได้ (ขั้นตอนที่6)	100 %	NA	NA		คุณวิลาวัลย์ และทีมร่วมกับฝ่ายวิจัย นวัตกรรมและการจัดการความรู้
			3. โครงการมทรรคมคุณภาพงานฝ่ายบริการพยาบาล 2021 - For Nurse & Non nurse	20-22ก.ค. 65	โครงการพัฒนา งาน/ CQI/ นวัตกรรม	จำนวนโครงการพัฒนางาน/ CQI/ นวัตกรรม	80 เรื่อง	NA	73		คุณคณิงนิตย์ และทีมบริหารคุณภาพ บริการร่วมกับคุณโสภณัสฝ่ายวิจัยนวัตกรรม
					-ความพึงพอใจ	-คะแนนความพึงพอใจ	≥ร้อยละ80	NA	84.00		
			4. การเตรียมความพร้อมรับการตรวจประเมิน surveillance AHA 2565 4.1 การอบรม Internal survey สำหรับผู้ตรวจการ	4-5 ม.ค. 65	-ความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม	คะแนนความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม	≥ร้อยละ80	NA	NA		คุณพรทิวาและทีม

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			พยาบาล/ หัวหน้าหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน/ key person ของฝ่ายบริการพยาบาล								
			4.2 Internal survey ตามรอยคุณภาพงาน เพื่อการพัฒนาองค์กร พยาบาลอย่างยั่งยืน	ต.ค-ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละหอผู้ป่วย/ หน่วยงานที่ได้รับการตรวจเยี่ยม	ร้อยละ 100	100	NA		
			4.3 โครงการ Walking the talk โดยทีมบริหาร ฝ่ายบริการพยาบาล	ต.ค-ก.ย.65	หอผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละหอผู้ป่วย/ หน่วยงานที่ได้รับการตรวจเยี่ยม	ร้อยละ 100	NA	NA		
			ตรวจเยี่ยมหอผู้ป่วย			จำนวนครั้งที่ไปเยี่ยม	12 ครั้ง	NA	NA		
						ประเด็น/เรื่อง สำคัญที่ได้รับการแก้ไขพัฒนา	12 เรื่อง	NA	NA		
Infectious Control											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศ เหนือกว่า ตติยภูมิด้วย จิตวิญญาณ โดยคำนึงถึง ศักดิ์ศรีแห่ง	Nursing Service Excellence	พัฒนาคุณภาพระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	1.การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สำคัญในโรงพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	ต.ค-ก.ย.65	-อัตราการติดเชื้อ	-เทียบเคียงกับ 50 percentile NHSN ปี 2012-2013					คุณสายพิน คุณวิลาวัลย์
						-Adult VAP	0.9 ครั้ง/ 1000	1.25	0.95		

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
ความเป็น มนุษย์							ventilator- days				
						-Pediatric VAP	0 ครั้ง/ 1000 ventilator- days	0	0		
						-Adult CLA- BSI	0.9 ครั้ง/ 1000cathete r-days	1.27	1.47		
						-Pediatric CLA- BSI	0.7 ครั้ง/ 1000 catheter- days	2.71	3.55		
						-Adult CA-UTI	2.2 ครั้ง/ 1000 catheter- days	4.70	4.75		
						-Pediatric CA- UTI	1.4 ครั้ง/ 1000 catheter- days	2.31	3.66		
			1.1โครงการเฝ้าระวังการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบและ ต่อเนื่อง ได้แก่ VAP, CLABSI, CAUTI <u>กิจกรรม :</u>	ต.ค-ก.ย.65	การปฏิบัติตาม แนวทางการ ป้องกันการติดเชื้อ VAP, CLABSI, CA-UTI Bundle	ร้อยละการปฏิบัติ ตามแนวทางการ ป้องกันการติดเชื้อ VAP, CLABSI, CA-UTI Bundle	≥90	NA	NA		



ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- วัด/ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง VAP, CLABSI, CA-UTI Bundle 1-2ครั้ง/ปี ในหอผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมาย 15 หอผู้ป่วย (หอผู้ป่วยวิกฤต , หอผู้ป่วยทั่วไป)</li> <li>- รายงานผลอัตราการติดเชื้อทุกไตรมาส</li> <li>-ร่วมวิเคราะห์สอบสวนโรคการติดเชื้อ VAP, CLABSI, CA-UTIกับหน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ</li> </ul>								
			1.2 โครงการพัฒนาสมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กลุ่ม ICWN	ก.พ.2565	1.ICWN ที่ร่วมโครงการ	1.จำนวนICWN ที่ร่วมโครงการ	ร้อยละ 100	NA	NA		
			กิจกรรม : ทบทวนความรู้และ Infection and Prevention Control ( IPC ) sharing		2.ความรู้ผู้เข้าอบรมหลังการอบรม	2.วัดความรู้ผู้เข้าอบรมหลังการอบรม	≥ร้อยละ 90	NA	NA		
			1.3 โครงการพัฒนา/ฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการควบคุมป้องกัน	มี.ค. 65	1.หอผู้ป่วยที่ส่งแม่บ้านเข้าร่วมโครงการ	1.จำนวนหอผู้ป่วยที่ส่งแม่บ้านเข้าร่วมโครงการ	ร้อยละ 100	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			การติดเชื้อแก่บุคลากรกลุ่ม แม่บ้าน (IC/5ส) กิจกรรม : ทบทวนแนวปฏิบัติและความรู้ด้านการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ การใช้ยาทำความสะอาดต่าง ๆ : Standard precautions ,Contact precautions ,droplet precautions - ร่วมดำเนินการกับหน่วยIC -การใช้มาตรฐาน 5 ส ร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ		2.ความรู้ของผู้เข้าอบรมหลังรับการอบรม	2. วัดความรู้ผู้เข้าอบรมหลังการอบรม	≥ร้อยละ 90	NA	NA		
			1.4 โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ VAP CLABSI CAUTI (ICP) sharing	เม.ย. 1/2 วัน x 2 ครั้ง	1.แนวปฏิบัติ/ข้อปฏิบัติที่ได้รับการทบทวนหรือพัฒนา	1.จำนวนแนวปฏิบัติ/ข้อปฏิบัติที่ได้รับการทบทวนหรือพัฒนา	5 เรื่อง	NA	NA		
			กิจกรรม : จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยหอผู้ป่วยที่มีผลการควบคุมการติดเชื้อ VAP,		2.ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	2.ผลประเมินความพึงพอใจผู้เข้าร่วมกิจกรรม	≥ร้อยละ 80	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			CLABSI, CA-UTI ได้ดี และหอผู้ป่วยที่ยังต้องมีการพัฒนา								
Medication Errors& Safety											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศ เหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์	Nursing Service Excellence	พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านยา ที่มีมาตรฐานและปลอดภัย	1.โครงการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านยา	ต.ค.64-ก.ย.65	ความคลาดเคลื่อนทางยา	-อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา รวม /1000วันนอน					คุณนงลักษณ์
						ระดับ C-I	<0.54	1.19	0.76		
						ระดับ A-B	< 3.74	3.62	4.71		
						ระดับ C-D	< 0.50	1	0.75		
						ระดับ E-F	< 0.04	0.06	0.013		
					ระดับ G-I	0	0.046	0			
					ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0		
			1.1 โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคลาดเคลื่อนทางยา (Interesting Medication Errors)	ม.ค. 65, เม.ย. 65, ก.ค. 65	-กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคลาดเคลื่อนทางยา ในหอผู้ป่วย เป้าหมาย	จำนวนครั้งที่ทำกิจกรรม	3	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
					ความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยเป้าหมาย	ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ C ขึ้นไป ในหอผู้ป่วยเป้าหมายลดลง	ร้อยละ 20	NA	NA		
			2.โครงการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการบริหารยา-อบรมระบบการบริหารยาของพยาบาล 1 รุ่นๆ ละ 2 วัน	2-3 มี.ค.65	ผู้อบรมมีความรู้หลังอบรม > ร้อยละ 90	ร้อยละของผู้อบรมที่มีความรู้หลังอบรม > ร้อยละ 90	80	NA	NA		
			3. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงาน								
			3.1 ทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารยา	ต.ค.64-ก.ย.65	แนวปฏิบัติการบริหารยา	ความสำเร็จในการทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารยา	ร้อยละ100	NA	50		
			3.2 ทดสอบความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการบริหารยา	ต.ค.64-ก.ย.65	การทดสอบผ่านเกณฑ์(ร้อยละ 80)	จำนวนของผู้สอบผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 80	NA	NA		
			3.3 QA การบริหารยาของหอผู้ป่วย	ต.ค.64-ก.ย.65	หอผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ประเมิน (ร้อยละ 100)	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100	30	NA		
บันทึกทางการพยาบาล (Nursing record)											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศ เหนือกว่าตติยภูมิด้วย	Nursing Service Excellence	พัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ	1. โครงการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล	ต.ค.64-ก.ย.65	คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล	ร้อยละเชิงปริมาณ	>ร้อยละ 90	86.89	88.34		คุณมณฑนา
						ร้อยละเชิงคุณภาพ	>ร้อยละ 90	94.61	94.12		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
จิตวิญญาณโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์			1.1พัฒนา/ปรับปรุง Template บันทึกทางการแพทย์ /กลุ่มโรคสำคัญ สำหรับใส่ใน Utility หลังการปรับปรุงโปรแกรมบันทึกฯ แล้วเสร็จ	ต.ค.64-ก.ย. 65	ความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุง Template บันทึกทางการแพทย์รายโรค / กลุ่มโรคสำคัญ ในหอผู้ป่วยนำร่อง ( จำนวน 6 หอผู้ป่วย คือ Orthoชาย, ศช.2, อช1, สูติกรรม, ฉบ.10, CVT	ร้อยละ ความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุง Template บันทึกทางการแพทย์รายโรค / กลุ่มโรคสำคัญในหอผู้ป่วยนำร่อง	ร้อยละ 100	10	40		
			1.2 Audit บันทึกทางการแพทย์โดย -หัวหน้าหอผู้ป่วย -แกนนำบันทึกทางการแพทย์	ต.ค.64-ก.ย. 65	หอผู้ป่วยที่บันทึกทางการแพทย์ได้รับการ Audit โดย -หัวหน้าหอผู้ป่วย -แกนนำบันทึก	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่บันทึกทางการแพทย์ได้รับการ Audit โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย/แกนนำบันทึก อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 chart	ร้อยละ 100 ของHW	ร้อยละ 58.14	ร้อยละ 75.93		
			-รายงานผลการAuditในรูปแบบฟอร์ม/ ในโปรแกรมนิเทศทางการแพทย์ ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดมา 1.ปรับปรุงแบบฟอร์มของ HW ใหม่			ร้อยละของแกนนำบันทึก อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 chart	ร้อยละ 80 ของแกนนำ	NA	68.55		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			2.ให้แก่นำลงบันทึกในโปรแกรมนิเทศบันทึกภายใน Intranet ได้								
			1.3 Round ระบบบันทึกทางการแพทย์ในแต่ละหอผู้ป่วย ในประเด็น  -การบันทึก Nursing progress note ที่มีคุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง แม่นยำ ไม่มี การ copy& paste -การบันทึก Nursing continuing care and discharge summery ให้ถูกต้องครบถ้วน -ฝึกทักษะการเชื่อมโยงของข้อมูลแต่ละโปรแกรม	ต.ค.64-ก.ย. 65	หอผู้ป่วยที่ได้รับการround ระบบบันทึกทางการแพทย์	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ได้รับการ round ระบบบันทึกทางการแพทย์	ร้อยละ100	ร้อยละ 29.4 (10 /34)	ร้อยละ 81.39 (35/43)		
			1.4 พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ รายโรค แบบAPIE ของหอผู้ป่วยนอก	ต.ค.64-ก.ย. 65	หอผู้ป่วยนอกที่มีรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบAPIE	-ร้อยละของหอผู้ป่วยนอกที่มีรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบAPIE	ร้อยละ 80	NA	NA		
			1.5 ประกันคุณภาพบันทึกทางการแพทย์	ต.ค.64-ก.ย. 65	กิจกรรมQA	จำนวนครั้งการทำกิจกรรมQA	1	1	1		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			2. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์ร่วมกับทีมวิจัยและคณะพยาบาลศาสตร์	ต.ค.64-ก.ย. 65	ความสำเร็จของงานวิจัย	จำนวนงานวิจัยที่สำเร็จ	1 เรื่อง	NA	NA		
	Smart Digital NSO		3. ปรับปรุงโปรแกรมบันทึกทางการแพทย์ร่วมกับ IT เรื่องที่ 1.Initial Assessment (ให้กระชับและเพิ่มเติมข้อมูลเฉพาะสาขา เช่น จิตเวช, เด็ก, Newborn, สูติกรรม) เรื่องที่ 2 Problem list เรื่องที่ 3 Nursing progress note เรื่องที่ 4แบบฟอร์ม Nursing continuing care and discharge summery เรื่องที่ 5 Kardex	ต.ค.64-ก.ย. 65	ความคืบหน้าตามขั้นตอน ความสำเร็จของการปรับปรุงโปรแกรม ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis the problem) ร้อยละ 20 ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรม (Design a Program) ร้อยละ 40 ขั้นตอนที่ 3 การเขียนโปรแกรม (Coding) ร้อยละ 60 ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้โปรแกรม	ขั้นตอนความสำเร็จ	ขั้นตอนที่5	NA	-เรื่องที่ 1,4,5 อยู่ในขั้นตอนที่ 1  -เรื่องที่ 2, 3 อยู่ในขั้นตอนที่ 4		



ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
					(Testing) ร้อยละ 80 ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้จริง (Training) ร้อยละ 100						
มาตรฐานการพยาบาล											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศ เหนือกว่า ตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์	Nursing Service Excellence	ให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัย	1.โครงการจัดทำแนวปฏิบัติในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามแนวทาง AHA 1.1 การระบุตัวผู้ป่วย 1.2 การป้องกันการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 1.3 การป้องกันการเกิด Medication Errors และ adverse drug Event 1.4 การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 1.5 การควบคุมการติดเชื้อ VAP, CAUTI, CLABSI, SSI 1.6 แนวปฏิบัติการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน	ต.ค.64-ก.ย. 65	แนวปฏิบัติในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามแนวทาง AHA ที่สำเร็จและนำลงสู่การปฏิบัติ	จำนวนแนวปฏิบัติในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามแนวทาง AHA ที่สำเร็จและนำลงสู่การปฏิบัติ	6 เรื่อง	NA	NA		คุณมณฑนาและทีม

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			2.โครงการจัดทำ/ ทบทวนแนวปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาล 2.1 การจัดการความปวด 2.2 Phlebitis 2.3 Line Tube & Drain 2.4 Fall & Slip 2.5 Pressure injury	ต.ค.64-ก.ย. 65	แนวปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาลที่จัดทำ/ทบทวนสำเร็จและนำลงสู่การปฏิบัติ	จำนวนแนวปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาลที่จัดทำ/ทบทวนสำเร็จและนำลงสู่การปฏิบัติ	5 เรื่อง	NA	NA		
			3. โครงการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลภายใต้มาตรฐานเดียวกันและติดตามการประกันคุณภาพการพยาบาล 3.1 Update QA ใน Intranet / จัดเก็บให้ง่ายต่อการเข้าถึง 3.2 จัดทำตาราง การเก็บข้อมูล QA กิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาลสำหรับทุกหอผู้ป่วยตาม key area 3.3 ติดตาม compliance	ต.ค.64-ก.ย. 65	หอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน QA ในข้อที่ต้องปฏิบัติ	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน QA ในข้อที่ต้องปฏิบัติ	ร้อยละ 100	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			ตามบริบท ของหอผู้ป่วย ทุก 6 เดือน 3.4 วิเคราะห์ข้อมูลและแสดงผลในภาพรวมผ่าน dashboard และ feedback ให้หอผู้ป่วย/หน่วยงานทราบ								
Identification											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศ เหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์	Nursing Service Excellence	พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงด้านการระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง	1. โครงการพัฒนาคุณภาพการระบุตัวผู้ป่วย (Identification)	ต.ค.64-ก.ย. 65	1.อุบัติการณ์ระบุตัวผิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	จำนวนอุบัติการณ์ระบุตัวผิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0	1	0		คุณพรทิศา
					2.อุบัติการณ์ระบุตัวผิดความรุนแรงระดับ C ขึ้นไป ในเรื่อง	จำนวนอุบัติการณ์ระบุตัวผิดความรุนแรงระดับ C ขึ้นไป ในเรื่อง					
					- ให้เลือด	- ให้เลือด	0	0	0		
					- ทารกแรกเกิด	- ทารกแรกเกิด	0	0	0		
					- ผ่าตัด /หัตถการ invasive	- ผ่าตัด /หัตถการ invasive	0	0	0		
					- ให้อา HAD	- ให้อา HAD	0	0	0		
- ให้นมมารดา	- ให้นมมารดา	0	3	0							
					3.อุบัติการณ์ระบุตัวผิดที่มีผลกระทบไม่รุนแรงระดับ C	จำนวนอุบัติการณ์ระบุตัวผิดที่มีผลกระทบไม่รุนแรงระดับ C	≤ 30 ครั้ง	64	41		

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
					ขึ้นไป เรื่อง การ ให้ยา(ไม่ใช่HAD) เก็บส่งตรวจ ให้ สำเนา การลง ข้อมูล ให้นม/ อาหาร (ไม่ใช่นม มารดา) การส่ง เอกสาร และอื่น ๆ	ขึ้นไป เรื่อง การ ให้ยา(ไม่ใช่HAD) เก็บส่งตรวจ ให้ สำเนา การลง ข้อมูล ให้นม/ อาหาร(ไม่ใช่นม มารดา) การส่ง เอกสาร และอื่น ๆ					
			1.1 จัดทำแนว ปฏิบัติการระบุตัว	ต.ค.64-ก.ย. 65	แนวปฏิบัติการ ระบุตัว	จำนวนแนว ปฏิบัติการระบุตัว	5 เรื่อง	NA	5		
			1.2 Identification round	ต.ค.64-ก.ย. 65	Identification round ใน หน่วยงานที่มี อุบัติการณ์ระดับ D ขึ้นไป	ร้อยละการ round ใน หน่วยงานที่มี อุบัติการณ์ระดับ D ขึ้นไป	ร้อยละ 100	81	28.57		
			1.3 QA การระบุตัว	ต.ค.64-ก.ย. 65	การระบุตัว ใน กระบวนการที่ จำเป็นต้องทำ	1.ร้อยละของการ ระบุตัวผู้ป่วยทุก ครั้งก่อนทำ กิจกรรมทางการ พยาบาล / หัตถการ	ร้อยละ 100	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ		
						2.ร้อยละของการ ระบุตัวอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ดังนี้ ตัวบ่งชี้1 : ชื่อ - สกุล (เต็ม) และ ตัวบ่งชี้2 : HN หรืออ่านชื่อ-สกุล	ร้อยละ 100	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ		

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
						- HNในป้ายข้อมือ ผู้ป่วย หรือวตป. เกิดหรือชื่อมารดา (ไม่ใช่หมายเลข เตียง/ หมายเลข ห้อง / ชื่อ procedure /ชื่อ diagnosisในการ ระบุตัว)					
						3.ร้อยละของการ สอบถามชื่อ - สกุลผู้ป่วยใช้ คำถามปลายเปิด ไม่ถามชื่อนำ	ร้อยละ 100	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ		
						4. ร้อยละของการ ตรวจทานชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วยโดย อ่านออกเสียงให้ ได้ยินชัด (verbal identity confirmation)	ร้อยละ 100	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ		
			1.4 โครงการรณรงค์ เรื่องการระบุตัว	ต.ค.64-ก.ย. 65	การรณรงค์เรื่อง การระบุตัว	จำนวนครั้งการ รณรงค์เรื่องการ ระบุตัว	3 ครั้ง	NA	NA		
			1.5 โครงการจัดทำสื่อ วิดิทัศน์เรื่องการระบุตัว ผู้ป่วย	ต.ค.64-ก.ย. 65	สื่อวิดิทัศน์เรื่อง การระบุตัวผู้ป่วย	สื่อวิดิทัศน์เรื่อง การระบุตัวผู้ป่วย	5 เรื่อง	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			1.6 โครงการสื่อสารสอนเรื่องการระบุตัว	ต.ค.64-ก.ย. 65	สื่อสารสอนเรื่อง การระบุตัว	จำนวนสื่อสารสอนเรื่องการระบุตัว	5 เรื่อง	NA	NA		
					พยาบาลที่เข้าฟังเรื่องการระบุตัว	จำนวนพยาบาลที่เข้าฟังเรื่องการระบุตัว	500 คน	NA	NA		
Pressure Injury											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศ เหนือกว่า ตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์	Nursing Service Excellence	พัฒนาการบริหารจัดการในการป้องกันและดูแลแผลกดทับที่มีมาตรฐานปลอดภัย	1.โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ Pressure injury	ต.ค.64-ก.ย.65	แผลกดทับ ระดับ 1-4 และ 2 ลักษณะ	อัตราการเกิดแผลกดทับ	< 2 ครั้ง/ 1,000 วันนอน	4.06	6.02 (ข้อมูลถึงไตรมาส 2)		คุณนงลักษณ์
					แผลกดทับระดับ 3	อัตราการเกิดแผลกดทับ	< 20 % ของปีงบประมาณที่ผ่านมา	NA	NA		
					แผลกดทับระดับ 4	อุบัติการณ์แผลกดทับระดับ 4	0	0	1(ข้อมูลถึงไตรมาส 2)		
					แผลกดทับที่ turn stage	อัตราแผลกดทับที่ turn stage	0	5.74	2.1 (ข้อมูลถึงไตรมาส 2)		
					1.1 กิจกรรม Standardized Pressure injury และ รณรงค์ Stop Pressure Injury	10-11ก.พ.65 17-18 ส.ค.65	ความชุกของแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล	เทียบเคียงเครือข่าย	อยู่ในลำดับ 1 ใน 3	5/7	
					อัตราความชุกแผลกดทับ	< ร้อยละ 3	3.75	9.04			
					การประเมินจำนวนแผล ระดับแผล ของหอผู้ป่วยกับกรรมการฯ	จำนวนที่ประเมินจำนวนแผลและระดับของแผลที่ไม่ตรงกัน	0	N= 14 (ระดับ 3)	N=28		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			1.2 กิจกรรม Grand round และทำ RCA ร่วมกันระหว่างหอผู้ป่วย และกรรมการ เพื่อเพิ่มแนวทางการป้องกัน กับหอผู้ป่วยที่มีความชุกของแผลกดทับ อันดับ 1-5 ในแต่ละไตรมาส หรือแผลกดทับระดับ 3-4 และแผลMDRPI	ธ.ค.64, มี.ค 65, พ.ค. 65, ก.ย. 65	-กิจกรรม Grand round ความชุกของแผลกดทับที่เกิดในหอผู้ป่วยเป้าหมาย	จำนวนครั้ง ความชุกของแผลกดทับที่เกิดในหอผู้ป่วยเป้าหมายลดลง	5 ครั้ง ร้อยละ 20	7 NA	3 NA		
			<b>2.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ</b>								
			2.1 จัดอบรม Skin Bundle กลุ่ม nurse ที่ไม่เคยเข้าอบรม	29, 30 มี.ค. 65	การจัดอบรม	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	2	2		
					จำนวนผู้เข้าร่วม	100 คน/ครั้ง	157	160			
					ผู้เข้าอบรมมีความรู้หลังอบรมร้อยละ 80	ร้อยละของผู้เข้าอบรมมีความรู้หลังอบรมมากกว่าร้อยละ 80	>ร้อยละ 90	NA	NA		
			2.2 จัดอบรม Skin Bundle กลุ่ม non nurse สำหรับผู้ไม่เคยเข้าอบรมเมื่อปี 2563-2564 - ปี 2563 จำนวน 157 คน	9, 10 พ.ค. 65	การจัดอบรม	จำนวนครั้ง	2 ครั้ง	2	2		
					จำนวนผู้เข้าร่วม	100 คน/ครั้ง	103	200			
					ผู้เข้าอบรมมีความรู้หลังอบรมร้อยละ 80	ร้อยละของผู้เข้าอบรมมีความรู้หลังอบรมมากกว่าร้อยละ 80	>ร้อยละ 90	NA	NA		



ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			- ปี 2564 จำนวน 200 คน - ปี 2565 จำนวน 200 คน								
			<b>3.โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงาน</b>								
			- QA การใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและแนวปฏิบัติเมื่อเกิดแผลกดทับแล้ว	ม.ค. 65	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100	NA	NA		
			-ทดสอบความรู้พยาบาล เรื่องการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ	มี.ค.65	การทดสอบผ่านเกณฑ์	จำนวนของผู้สอบผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 80	NA	NA		
<b>Fall</b>											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศ เหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์	<b>Nursing Service Excellence</b>	พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันการพลัดตก/ ลื่นล้ม	<b>1.โครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อป้องกันการพลัดตก/ลื่นล้ม</b>								คุณนงลักษณ์
			1.1. ติดตาม เฝ้าระวังอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตก/ ลื่นล้ม ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	ต.ค.64-ก.ย. 65	-อุบัติการณ์การพลัดตก/ลื่นล้มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของฝ่ายบริการพยาบาล	1.อัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยในพลัดตก (G01) ระดับ C-I และ D-I ต่อ 1000 วันนอน	C-I ≤ 0.10 D-I ≤ 0.08	C-I ≤ 0.07 D-I ≤ 0.04	C-I ≤ 0.26 D-I ≤ 0.13		

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
						2.อัตราการเกิด อุบัติเหตุผู้ป่วย ในลิ้นลิ้ม(G03) ระดับ C-I และ D- I ต่อ 1000 วัน นอน	C-I ≤ 0.1 D-I ≤ 0.12	C-I ≤ 0.21 D-I ≤ 0.14	C-I ≤ 0.53 D-I ≤ 0.29		
						3.จำนวน อุบัติเหตุผู้ป่วย นอกปลัดตก(G02) ระดับ C-I	C-I = 0	C-I=2	C-I=1		
						4.จำนวน อุบัติเหตุผู้ป่วย นอกลิ้นลิ้ม(G04) ระดับ C-I	C-I=0	C-I=2	C-I=5		
					-อุบัติเหตุการ ปลัดตก/ลิ้นลิ้ม ผู้ป่วยใน เทียบเคียง เครือข่าย FALL รายปี ช่วงเดือน มกราคม-ธันวาคม	-อัตราการเกิด อุบัติเหตุผู้ป่วย ในปลัดตก/ลิ้นลิ้ม ระดับ C-I และ D- I ต่อ 1000 วัน นอน	C-I ≤ 0.25 D-I ≤ 0.20	C-I = 0.24 D-I = 0.16	NA		
						-ลำดับของ โรงพยาบาลขนาด กลางที่เกิด อุบัติเหตุปลัด ตก/ลิ้นลิ้มผู้ป่วย ใน น้อยกว่า	- ลำดับที่1	รอดผล	รอดผล		

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี พ.ศ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี พ.ศ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
						โรงพยาบาลขนาด กลางอื่นๆที่ เทียบเคียงใน เครือข่าย Fall					
			1.2.พัฒนาแบบประเมิน ความเสี่ยงและแนว ปฏิบัติในการป้องกันการ พลัดตก/ลื่นล้มผู้ป่วยใน (ทั่วไป เด็ก จิตเวช ห้อง พิเศษ)	ต.ค.64-ก.ย. 65	-แบบประเมิน ความเสี่ยงและ แนวปฏิบัติในการ ป้องกันการพลัด ตก/ลื่นล้ม	-แบบประเมิน ความเสี่ยงและ แนวปฏิบัติในการ ป้องกันการพลัด ตก/ลื่นล้มสำเร็จ	ร้อยละ 100	NA	NA		
			1.3 จัดทำแบบประเมิน ความเสี่ยงและแนว ปฏิบัติในการป้องกันการ พลัดตก/ ลื่นล้มผู้ป่วย นอก		-แบบประเมิน ความเสี่ยงและ แนวปฏิบัติในการ ป้องกันการพลัด ตก/ลื่นล้มของ ผู้ป่วยนอก	-แบบประเมิน ความเสี่ยงและ แนวปฏิบัติในการ ป้องกันการพลัด ตก/ลื่นล้มของ ผู้ป่วยนอกสำเร็จ	ร้อยละ 100	NA	NA		
			1.4.พัฒนาสื่อเตือนใจ และนวัตกรรมในการ ป้องกันการพลัดตก/ลื่น ล้ม		-สื่อป้ายเตือนใจ การพลัดตก/ลื่น ล้ม	สำเร็จ พร้อมใช้	ร้อยละ 100	NA	NA		
					-นวัตกรรมป้องกัน การพลัดตก/ ลื่น ล้ม	จำนวนนวัตกรรม ที่นำมาใช้	3เรื่อง	NA	NA		
			1.5 ทบทวนอุบัติการณ์ การพลัดตก/ลื่นล้มที่ หน้างาน(RRT)		กิจกรรมทบทวน เหตุการณ์หลังเกิด อุบัติการณ์	ร้อยละของการทำ กิจกรรมทบทวน	ร้อยละ 70	NA	NA		
			1.6 โครงการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ ป้องกัน Fall/ Slip		กิจกรรมการ วิเคราะห์และ แลกเปลี่ยน	จำนวนครั้ง กิจกรรมการการ	3 ครั้ง	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			(Interesting Fall/Slip) ในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง			วิเคราะห์และแลกเปลี่ยน					
			<b>2.โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงาน</b>								
			- QA การใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตก/ ลื่นล้ม	ก.ย.-ต.ค65	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละของแนวปฏิบัติสำคัญที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100				
<b>Tube &amp; Line</b>											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศเหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์	Nursing Service Excellence	พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงด้าน Tube & Line mis connection	<b>1. โครงการพัฒนาคุณภาพในการป้องกันความเสี่ยงด้าน Tube &amp; Line</b>	ต.ค.64-ก.ย. 65	อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ระดับ E-I	อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ระดับ E-I	< 5/ 1,000 Ventilator days	1.38	1.42		คุณคณิงนิตย์
			<b>1.1 การจัดทำมาตรฐานการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด</b>	ต.ค.64-ก.ย. 65	มาตรฐานการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	มาตรฐานการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	มาตรฐานการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทำได้สำเร็จ	สำเร็จร้อยละ 100	NA	NA	
	<b>1.2 การทำ Lines and Drain Daily Round &amp; Checklist</b> Scope : สาย PEG , Epidural Cath , PCD/PCN , และนำไปทดลองในกลุ่มหอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์และมีความเสี่ยงสูง			-แบบประเมิน Lines and Drain Daily Round & Checklist		-แบบประเมิน Lines and Drain Daily Round & Checklist ทำได้สำเร็จ	ทำได้สำเร็จ ร้อยละ 100	NA	NA		
					หอผู้ป่วยเป้าหมายมีการใช้งาน Lines and Drain	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่มีการใช้ Lines and Drain	หอผู้ป่วยเป้าหมายมีการใช้ Lines and Drain				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			วิเคราะห์ผลและปรับปรุง <u>ICU</u> : SICU CVT <u>เด็ก ICU</u> : NICU <u>Ward พิเศษ</u> : ฉ.บ.8 ฉ.บ.10 <u>สามัญ</u> : ศัลยกรรมชาย 2 อายุรกรรมชาย 1 นรีเวช ศัลยกรรมประสาท กระดูกและข้อชาย		Daily Round & Checklist	Daily Round & Checklist	Daily Round & Checklist > ร้อยละ 80				
			1.3 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด		กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด	จำนวนครั้งของกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ CoP กลุ่มป้องกัน Tube & Line เลื่อนหลุด	6 ครั้ง (2 เดือน/ครั้ง)	NA	1		
Phlebitis / Extravasation											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศเหนือกว่าตติยภูมิด้วย	Nursing Service Excellence	พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงต่อการเกิด	1. กิจกรรมเพื่อลดอุบัติการณ์ Phlebitis / Extravasation	ต.ค.64-ก.ย.65	การเกิด Phlebitis ระดับ 3-4/	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4/	< 0.26 ครั้ง :1000 วันนอน	0.23	0.25		คุณคณิงนิตย์

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565		
จิตวิญญาณโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์		Phlebitis/ Extravasation			การเกิด Extravasation	อัตราการเกิด Extravasation	< 0.05 ครั้ง :1000 วันนอน	0.25	0.21		คุณนงนิตย์	
			1.1 โครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลการให้สารน้ำ/ยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	ตค.64-ก.ย.65								
			1.1.1 โครงการ Training for the trainer for excellent IV care เพื่อสร้างบุคลากรภายในให้เป็นวิทยากรด้าน IV Care มืออาชีพ		1.หลักสูตรการพัฒนาเพื่อเป็น Trainer IV Care	จัดทำหลักสูตรได้สำเร็จ	หลักสูตรสำเร็จร้อยละ 100	NA	NA			
					2.จำนวน Trainer IV Care	จำนวน Trainer IV Care ครบตามกลุ่มผู้ป่วย : สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม เด็ก	ร้อยละ 100	NA	NA			
			1.1.2 Walk round ร่วมกับ VAD Team / กรรมการระบบยา/เภสัชกร ติดตามการใช้ Bundle IV Care ในหอผู้ป่วยทุก 2 เดือน		3.หอผู้ป่วยที่ได้รับการ Walk round	ร้อยละของหอผู้ป่วยที่ได้รับการ Walk round	ร้อยละ 100	NA	NA			

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			( เลือกหอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์สูง ) - CVT MRCU SICU - อายุกรรมหญิง - อายุกรรมชาย 2 - เฉลิมพระบารมี 8,10 - นรีเวช - ศัลยกรรมเด็ก - NICU								
			<b>1.2</b> <b>สำรวจความชุก</b> ของ phlebitis / Extravasation/Infiltration ที่เกิด ทาง peripheral intravenous catheters	พค. 65	กิจกรรมสำรวจความชุกของ phlebitis / Extravasation/Infiltration	มีกิจกรรมสำรวจความชุกของ phlebitis / Extravasation/Infiltration	1 ครั้ง	NA	NA		
			<b>1.3</b> <b>โครงการ Standardized</b> การเกิด Phlebitis / Extravasation/Infiltration -ในหอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิดสูง : - CVT MRCU SICU - อายุกรรมหญิง - อายุกรรมชาย 2 - เฉลิมพระบารมี 8,10 - นรีเวช	ตค.64-ก.ย.65	การทำ standardize	หอผู้ป่วยเป้าหมายที่มีการทำ standardize	ร้อยละ 100	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			1.4 ลดอุบัติการณ์จากการใช้ยาความเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิด Phlebitis/Extravasation ใน Elderly (ทำร่วมกับ VAD Team /ทีมเภสัชกร) 1) ทบทวนแนวปฏิบัติ และการจัดการยา - ยา Cordarone - ยา Levophed - ยา 5FU - ยา ZnSO4 Inj	ตค.64-ก.ย.65	ร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ที่เกิดจากการใช้ยาเป้าหมาย	อุบัติการณ์จากการใช้ยาเป้าหมายลดลง	≥ ร้อยละ 30	NA	NA		
			2) KM ในกลุ่มหอผู้ป่วยที่มีการใช้ยา: MICU SICU CCU CVTอายุรกรรมชาย 1		การทำ KM ในหอผู้ป่วย	ร้อยละของหอผู้ป่วยเป้าหมาย	ร้อยละ 100	NA	NA		
			2. จัดทำโปรแกรมการลงข้อมูล เรื่อง Phlebitis Extravasation Infiltration ในระบบ HIS		โปรแกรมการลงข้อมูล Phlebitis Extravasation Infiltration ในระบบ HIS	โปรแกรมการลงข้อมูล Phlebitis Extravasation Infiltration ในระบบ HISทำได้สำเร็จ	โปรแกรมการลงข้อมูล Phlebitis Extravasation Infiltration ในระบบ HIS ทำได้สำเร็จ ร้อยละ 100	NA	ขั้นตอนที่ 2		



ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			3.โครงการเพิ่มความรู้ด้าน IV Care สำหรับ Non nurse (โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม non-nurse)	ต.ค.64-ก.ย.65	จำนวน PN/ORD ในหอผู้ป่วย เป้าหมายที่ได้รับการอบรม	จำนวน PN/ORD ในหอผู้ป่วย เป้าหมายที่ได้รับการอบรม	≥ ร้อยละ 80	NA	NA		
Palliative Care											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศระดับเหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เป็นมนุษย์	-ให้บริการพยาบาลด้วยความเท่าเทียมและเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ - Networking	คุณภาพการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	พัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองใน 10 หอผู้ป่วย	ต.ค.64-ก.ย.65	คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง	1. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน PPSv2 แรกรับ	≥ 80%	96.1	87.89		คุณอรพรรณ
					2. ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan)	2. อัตราผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan)	≥ 90%	95.38	52.76		
					3. ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีความปวดได้รับการจัดการอาการด้วย opioids	3. อัตราผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีความปวดได้รับการจัดการอาการด้วย opioids	100%	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
					4. ผู้ป่วยแบบประคับประคองมีคะแนนความปวด $\leq 3$ ภายใน 72 ชั่วโมงหลังให้การดูแลแบบประคับประคอง	4.อัตราผู้ป่วยแบบประคับประคองมีคะแนนความปวด $\leq 3$ ภายใน 72 ชั่วโมงหลังให้การดูแลแบบประคับประคอง	$\geq 90\%$	95.56	98.01		
					5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองโดยรวม	5.อัตราความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมระดับดี-ดีมาก	$\geq 95\%$	100	100		
			1. พัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง ในหอผู้ป่วยหลัก 10 หอผู้ป่วย	ต.ค.64-ก.ย. 65	1.การรับรู้ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองของแกนนำประจำหอผู้ป่วย	1.อัตราพยาบาลแกนนำมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมในระดับมาก-มากที่สุด	$\geq 80\%$	NA	NA		
			1.1 โครงการอบรม workshop : The practice of palliative nursing 1 รุ่น ๆ ละ 1 วัน		1.1ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ	1.1อัตราความพึงพอใจต่อการจัดโครงการระดับดี-ดีมาก	$\geq 90\%$	NA	NA		



ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศระดับเหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์	-ให้บริการพยาบาลด้วยความเท่าเทียมและเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์	การบริหารจัดการความปวดที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ	1.โครงการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวด	ต.ค.64-ก.ย. 65	การจัดการความปวด	ผู้ป่วยในได้รับการประเมินความปวดแรกรับ	≥ 95%	NA	NA		คุณอุไรวรรณ
						ผู้ป่วยในได้รับการประเมินความปวด ≥ 1 ครั้ง/เวร	≥ 95%	NA	NA		
						ผู้ป่วยในหลังผ่าตัด 72 ชม.มีคะแนนความปวด ≤ 3	≥ 80%	NA	NA		
						ผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดมีการประเมินความปวดก่อนจำหน่าย	≥ 95%	91.85	รอผล		
						ผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนนความปวดก่อนจำหน่าย ≤ 3	≥ 90%	98.12	รอผล		
			1.1 ทบทวนนโยบายและแนวปฏิบัติการจัดการความปวด -cancer pain Acute pain -pediatric pain นำเสนอ กรรมการบริหารฝ่ายบริการพยาบาล	ต.ค.64-ก.ย. 65	- แนวปฏิบัติการจัดการความปวด	-จำนวนแนวปฏิบัติ/ข้อปฏิบัติที่ได้รับการทบทวนหรือพัฒนา	<u>3 เรื่อง</u>	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			1.2 โครงการสรรหา best practice ด้านการจัดการความปวด Acute pain เกณฑ์ - การประเมินความปวดแรกรับ >95% - ผู้ป่วยในได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อย 1 ครั้ง/เวร ≥ 95% -ผู้ป่วยในหลังผ่าตัด 72 ชม.มีคะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน ≥ 80%  -ผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดมีการประเมินความปวดก่อนจำหน่าย ≥ 95%	ต.ค.64-ก.ย. 65	หผู้ป่วยที่เป็น best practice	จำนวนหผู้ป่วยที่เป็น best practice	6 หผู้ป่วย	NA	NA		
			2.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการความปวด								
			2.1 โครงการอบรมเรื่อง การจัดการความปวดสำหรับพยาบาล 3 รุ่น - พยาบาลแกนนำ 1 รุ่น	รุ่น1 24 ก.พ. 65 รุ่น2 25 ก.พ.65 รุ่นที่ 3 9 มี.ค. 65	- การจัดกิจกรรม	-จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม	3 ครั้ง	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			- พยาบาลทั่วไป 1 รุ่น - เด็ก 1 รุ่น)								
			2.2 พัฒนาสื่อการเรียนรู้ แขนงบน website ฝ่ายบริการพยาบาล -cancer pain Acute pain -pediatric pain	ต.ค.64-ก.ย. 65	สื่อการเรียนรู้	จำนวนสื่อการเรียนรู้ แขนงบน website ฝ่ายบริการพยาบาล	2 เรื่อง	NA	NA		
			2.3 กระตุ้นให้พยาบาลเข้าอบรมเรื่องการจัดการความปวดสำหรับพยาบาลผ่านสื่อการเรียนรู้ - พยาบาลทุกระดับ	มี.ค-ก.ย.65	การเข้าอบรมผ่านสื่อการเรียนรู้	ร้อยละของพยาบาลที่เข้าอบรมผ่านสื่อการเรียนรู้	>80%	NA	NA		
			2.4 จัดทดสอบความรู้เรื่องความปวดและการจัดการความปวดสำหรับพยาบาล - กลุ่มผู้ป่วยเด็ก - กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่	ก.ค.65	- คะแนนการทดสอบความรู้ (pre-post test)	- ร้อยละของพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ทดสอบความรู้ 0-3 ปี ≥ 70% -3-10 ปี ≥ 80% ->10 ปี ≥ 85%	ร้อยละ 100	NA	NA		
			3. โครงการส่งเสริมและติดตามคุณภาพการจัดการความปวด								
			3.1 QA การใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด		- การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	- ร้อยละของการปฏิบัติ	ร้อยละ 100	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
						ตามแนวปฏิบัติ					
			3.2 การประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด		- คะแนนความพึงพอใจ	-ร้อยละของผู้ป่วย/ญาติที่มีคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดระดับ ดี-ดีมาก	>80%	NA	NA		
			3.3 การเทียบเคียงเครือข่ายชมรมพัฒนาการพยาบาล		การเทียบเคียงเครือข่ายชมรมเครือข่ายฯ	อันดับการเทียบเคียงเครือข่ายชมรมพัฒนาการพยาบาล					
					Acute pain		อันดับ 1 ใน 3	อันดับ 3 จาก 6	รอผล		
					Cancer pain		อันดับ 1 ใน 3	รอผล	รอผล		
					Pediatric pain		อันดับ 1 ใน 3	อันดับ 2 จาก 4	รอผล		
			3.โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม non-nurse								
			3.1โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม non-nurse	ม.ค. 65	จำนวนผู้เข้าร่วม	จำนวนผู้เข้าร่วม	150	NA	NA		
			-PAIN -palliative care -ic		คะแนนความรู้ post test	คะแนนความรู้ post test - เพิ่มขึ้น - ผ่านเกณฑ์ 80%	≥ 90 %	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			-iv care -iden -ผลกตทับ - FALL		ความพึงพอใจต่อการอบรม	ร้อยละความพึงพอใจต่อการอบรมระดับมาก-มากที่สุด	≥90 %	NA	NA		
APN&Nurse specailist											
ให้บริการพยาบาลที่เป็นเลิศ ระดับเหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์	Nursing Service Excellence	พัฒนาคุณภาพการพยาบาลรายโรคเพื่อมุ่งสู่ DSC	1.เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญให้ครอบคลุม	ต.ค.64-ก.ย. 65	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลรายโรค	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลรายโรคแต่ละโรคมีผลลัพธ์ที่ดี	≥ 80	NA	NA		คุณจารุวรรณ
			-สร้าง CNS ให้ครบทุกโรคหลักของแต่ละสาขาวิชาที่พัฒนาเป็น DSC		จำนวน CNS	จำนวน CNS เพิ่มขึ้น	10 คน (Stroke, BrainTumor ให้ยาเคมีบำบัด)	NA	7		
			-จัดทำตัวชี้วัดหลักรายโรคร่วมกับ CNS		การรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดรายโรค	จำนวนครั้งการรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดรายโรค	2 ครั้ง (ทุก 6 เดือน)	2	3		
			-ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล		กิจกรรมวิชาการ	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมวิชาการ	10 ครั้ง	NA	NA		
			-ร่วมพัฒนาระบบและสนับสนุนการติดตามผลลัพธ์		การนำเสนอผลงาน	จำนวนผลงานที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอ	10 เรื่อง	NA	NA		





แผนปฏิบัติการ ด้านวิจัย นวัตกรรม และการจัดการสารสนเทศ ปี 2566

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565		
ให้บริการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพที่เป็นเลิศระดับเหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	มีระบบส่งเสริมให้เกิดงานวิจัยและนวัตกรรม	มีความรู้ และสร้างผลงานด้านวิจัย วิเคราะห์/สังเคราะห์ คู่มือและนวัตกรรม และให้มีความรู้ความเข้าใจ หลักการทำ KM เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันของหน่วยงาน	1.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม IDP									
			1.1 การเขียนคู่มือสำหรับพยาบาล (3-6 ปี) (ปี 64 มีพยาบาล 3-6 ปี = 150 คน เข้าอบรมแล้ว 61 คน เหลือ 89 คน)	5 พ.ย. 64 (9-12 น.)	ผู้เข้าอบรม	จำนวนผู้เข้าอบรม	70 คน	75	61		วัชรีย์ แสงมณี	
					ความรู้หลังการอบรม	คะแนนความรู้หลังการอบรม	≥ร้อยละ 90	98.4	82.40			
					ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจดี-ดีมาก	≥ร้อยละ 95	96.36	100			
			1.2 การทำวิจัย (เน้น R2R)/งานวิเคราะห์สังเคราะห์พื้นฐานแก่พยาบาล (6-10 ปี) -ปี 64 พยาบาล 6-10 ปี มีจำนวน 283 คน ผ่านการอบรมวิจัย/วิเคราะห์สังเคราะห์แล้ว 91 คน เหลือ 192 คน	จัด 2 รุ่น 1) 16 พ.ย. 64 (9-16) 2) 1 ธ.ค. 64 (9-16)	ผู้เข้าอบรม	จำนวนผู้เข้าอบรม	70 คน/รุ่น	113	91			
					ความรู้หลังการอบรม	คะแนนความรู้หลังการอบรม	≥ร้อยละ 80	88.4	90.21			
		ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจดี-ดีมาก	≥ร้อยละ 95	94.80	99.31						

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			1.3 อบรมเชิงปฏิบัติการความคิดสร้างสรรค์และการสร้างนวัตกรรม -สำหรับ Nurse (>10ปี) (ปี 64 มี nurse > 10 ปี= 561 คน เข้าอบรมแล้ว 40 คน เหลือ <b>521</b> คน) -สำหรับNon Nurse(>5ปี) (ปี 64 มี non nurse > 5 ปี= 256 คน เข้าอบรมแล้ว 55 คน เหลือ <b>201</b> คน)	8 ธ.ค. 64 (9-16 น.) (Nurse) 24 ธ.ค. 64 (9-16 น.) (Non Nurse)	ผู้เข้าอบรม ความรู้หลังการอบรม ความพึงพอใจ	จำนวนผู้เข้าอบรม ระดับความรู้หลังการอบรม ระดับความพึงพอใจดี-ดีมาก	70 คน/รุ่น ≥ร้อยละ 90 ≥ร้อยละ 95	120 82.00 88.76	95 85.80 94.44		โสมนัส นาค นวล
			1.4 อบรมการจัดการความรู้ - สำหรับ Nurse (>6-10ปี) (ปี 64 มี nurse >6-10 ปี= 364 คน เข้าอบรมแล้ว 115 คน เหลือ 249 คน)	จัด 2 รุ่น 1) 14 ม.ค.65 (9-16) 2) 28 ม.ค.65 (9-16)	ผู้เข้าอบรม ความรู้หลังการอบรม ความพึงพอใจ	จำนวนผู้เข้าอบรม ระดับความรู้หลังการอบรม ระดับความพึงพอใจดี-ดีมาก	60 คน/รุ่น ≥ร้อยละ 90 ≥ร้อยละ 95	41 87.60 100	58 90.15 95.99		วัชรีย์ แสง มณี
			2. โครงการสนับสนุนส่งเสริมและติดตามงานวิจัย / งานวิเคราะห์/สังเคราะห์	ต.ค.64 - ก.ย.65	กิจกรรม KM ที่ผู้เข้าอบรมนำไปจัดที่หน่วยงาน 1.งานวิจัย 1.1 งานวิจัยที่สำเร็จถึงขั้นตีพิมพ์ 1.2 งานวิจัยที่ตีพิมพ์ต่าง	จำนวนกิจกรรม KM ที่ผู้เข้าอบรมนำไปจัดที่หน่วยงาน ≥ 1 ครั้ง/หน่วยงาน จำนวนงานวิจัยที่สำเร็จถึงขั้นตีพิมพ์ จำนวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ต่าง	ร้อยละ 50 (ของผู้เข้าอบรม)	NA	47.22		วัชรีย์ แสงมณี
							5 เรื่อง	4	5		
							1 เรื่อง	1	2		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
					ประเทศ	ประเทศ					
					1.3 งานวิจัยที่ได้นำเสนอระดับ international	จำนวนงานวิจัยที่ได้นำเสนอระดับ international	1 เรื่อง	ไม่มี	ไม่มี		
					2.ผลงานวิเคราะห์/สังเคราะห์ที่สำเร็จ	จำนวนงานวิเคราะห์/สังเคราะห์ ที่สำเร็จ	3 เรื่อง	2	6		
			2.1.R-AS project (งานวิจัย วิเคราะห์/สังเคราะห์)	1.14 ธ.ค. 64 (R-AS) 2.11 ม.ค.	ผู้เข้าร่วมโครงการ	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ	20 คน (R=10, AS=10)	NA	17/20		
			2.1.1 รับสมัครผู้ที่สนใจทำผลงานให้สำเร็จ พร้อมหัวข้อผลงาน	65 (R-AS) 3.8 ก.พ.	ความรู้หลังการอบรม	คะแนนความรู้หลังการอบรม	ร้อยละ 80	NA	91.40		
			2.1.2 กำหนด time line การจัดกิจกรรม	65 (AS) 4.26 เม.ย.	ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจดี-ดีมาก	ร้อยละ 95	NA	99.63		
			2.1.3 ประชุมกลุ่มตามแผนงานของแต่ละกลุ่ม	65 (AS) 5.24 พ.ค.	ผลงาน	จำนวนผลงาน	20 เรื่อง	NA	20 (ครบทุกโซน)		
			2.1.4 เชิญผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจในการสร้างผลงาน จำนวน 7 ครั้ง (จำนวน 7 วัน)	65 (R) 6.26 ก.ค. 65 (R) 7.16 ส.ค. 65 (R)	ผลงาน	ขั้นตอนของผลงาน -วิจัย ส่งกรรมการ Ecthic -งานวิเคราะห์/สังเคราะห์ ถึงบทที่ 3	ร้อยละ 100 ร้อยละ 100 ร้อยละ 100	NA NA NA	2 (33.33) 9 (64.29) 6 (40.00)		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
						-งานวิเคราะห์/สังเคราะห์ ถึงบทที่ 5					
			2.2. โครงการวิจัยร่วมกับเครือข่าย (คณะพยาบาลศาสตร์) Nurse-led Model of Care	ต.ค.64-ก.ย.65	ผู้เข้าร่วมโครงการ	จำนวนผู้เข้าเข้าร่วมโครงการ	10 คน	3 คน	12 คน		
					โครงการ	จำนวนโครงการ	5 โครงการ	1	9		
					ผลสำเร็จของโครงการ	ถึงขั้นสังเคราะห์ ecthic ถึงขั้นตีพิมพ์	5 โครงการ	1	1		
							2 โครงการ	0	0		
			2.3 research & Analytical/synthetic day	30 ส.ค. 65	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม	70 คน	34	ไม่ได้จัด		
					ผลงานที่นำเสนอ	จำนวนผลงานที่นำเสนอ	9 เรื่อง	6	ไม่ได้จัด		
					ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจดี-ดีมาก	ร้อยละ 90	89.46	ไม่ได้จัด		
					Research Analytical/synthetic question	จำนวน Research Analytical/synthetic question	≥ 9 หัวข้อ	NA	ไม่ได้จัด		
			3. สนับสนุนการสร้างงานนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ และการนำไปใช้ : walk round ค้นหาผลงาน : จัดกิจกรรมสัญจรเพื่อค้นหานวัตกรรม ร่วมกับเครือข่าย	ต.ค. 64 – ก.ย. 65	นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ใหม่ที่มีการใช้งาน	จำนวนนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ใหม่ที่มีการใช้งาน	≥ 10 ชิ้น (ภาพรวมของฝ่ายฯ)	12	13		โสมนัส นาค นวล

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			(ร่วมกับ คลินิกนวัตกรรมของคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิศวกรรม) : คัดเลือกผลงาน : สนับสนุน ช่วยหาแหล่งทุน : ประสานงานจนถึงขึ้นจัดลิขสิทธิ์								
			4. สนับสนุนการสร้างงานนวัตกรรม ต่อยอดสู่งานวิจัยร่วมกับเครือข่าย (คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์) : รับสมัครผู้ที่สนใจทำผลงานให้สำเร็จ พร้อมมีงานนวัตกรรมแล้ว	ต.ค.64-ก.ย.65	ผู้เข้าร่วมโครงการ	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ	5 คน	NA	NA		โสมนัส นาคนวล
			: รับผิดชอบผู้สนใจทำผลงานให้สำเร็จ พร้อมมีงานนวัตกรรมแล้ว		โครงการ	จำนวนโครงการ	2 โครงการ	NA	NA		
			: กำหนด time line การจัดกิจกรรม : ประชุมกลุ่มตามแผนงานของแต่ละกลุ่ม		ผลสำเร็จของโครงการ	ถึงขั้นส่งกรรมการ ecthic	2 โครงการ	NA	NA		
			: เชิญผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจในการสร้างผลงาน จำนวน 5 ครั้ง (จำนวน 5 วัน)			ถึงขั้นตีพิมพ์	2 โครงการ	NA	NA		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2565-2566	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			5.เผยแพร่นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ : จัดแสดงผลงานนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ เช่น งานวันพยาบาล สัปดาห์มหิดล Quality day : ประชาสัมพันธ์ผลงานในระบบ HIS, intranet ฝ้ายฯ	ต.ค.64-ก.ย.65	นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ที่ได้รับการเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นใช้	จำนวนนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ที่ได้รับการเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นใช้	≥ 5 ชิ้น	3	5		โสมนัส นาคนวล
					หนังสือรวบรวมนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์	จำนวนหนังสือรวบรวมนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์	1 เล่ม	1 เล่ม	1 เล่ม		
			6.โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ต.ค.64-ก.ย.65	การจัดกิจกรรม	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม	2 ครั้ง	3	2		วัชรีย์ แสงมณี
					ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจดี-ดีมาก	ร้อยละ 95	93.35	94.50		
					ประเด็นความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรม	จำนวนประเด็นความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรม	E.K ≥ 5 เรื่อง T.K ≥ 5เรื่อง	24 34	18 16		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปงม.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี ปงม.2564-2565	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
ให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพที่เป็นเลิศระดับเหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	สนับสนุนการสร้างและใช้นวัตกรรมในการรักษาพยาบาลและการบริหารจัดการ	Smart digital NSO	<b>1. โครงการพัฒนาสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ (IT War room)</b> - จัดทำข้อมูลสารสนเทศ Dash board ในระบบ HIS และ Intranet 1) HR - IDP - Productivity - อัตรากำลังบุคลากร 2) พัฒนาคุณภาพบริการ - ตัวชี้วัดความเสี่ยงตาม THIP และเครือข่ายฯ	ต.ค.64 - ก.ย.65	- สารสนเทศของงานบริหารทรัพยากร และงานพัฒนาคุณภาพบริการในระบบ HIS และ Intranet	- ร้อยละความสำเร็จสารสนเทศในระบบ HIS และ Intranet	>ร้อยละ 80	ชั้นที่ 2	ชั้นที่ 5		คุณสุนิสา คุณพรทิพย์ คุณนันทา
			<b>2. โครงการพัฒนาโปรแกรมใหม่</b> <b>2.1 ระบบ HIS</b> - โปรแกรมบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและโปรแกรมบันทึกเวลาทำงานหอผู้ป่วย ผ่าตัด - โปรแกรมหัตถการ - โปรแกรมทะเบียนผู้ป่วยและบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยสังเกตอาการ <b>2.2 ระบบ Intranet</b> - โปรแกรมบันทึกจำนวนผู้ป่วย หอผู้ป่วยสังเกตอาการ	ต.ค.64 - ก.ย.65	ความสำเร็จของโปรแกรม	ร้อยละความสำเร็จของโปรแกรม	>ร้อยละ 80	ชั้นที่ 3	ชั้นที่ 3		คุณสุนิสา คุณพรทิพย์ คุณนันทา
								NA	NA		
								ชั้นที่ 3	ชั้นที่ 4		
								NA	NA		



ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปงม.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี ปงม.2564-2565	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			- โปรแกรมบันทึกข้อมูล IDP					NA	NA		
			3. โครงการติดตามการใช้งานและปรับปรุงโปรแกรม 3.1ระบบ HIS - โปรแกรมการรับส่งผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยและห้องผ่าตัด - โปรแกรมทะเบียนผู้ป่วยหอผู้ป่วยฉุกเฉิน - โปรแกรมบันทึกทางการแพทย์ - Progress note - Problem list - Kardex - Initial Assessment - Continuing - โปรแกรมอนุมัติสิทธิ์การเข้าถึงระบบ HIS ของบุคลากรฝ่ายบริการพยาบาล 3.2 Intranet - โปรแกรมรับ ส่งเวชผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ - โปรแกรมรายงานจำนวนผู้ป่วยโควิด 2019	ต.ค.64 - ก.ย.65	โปรแกรมที่ได้รับการติดตามผล	ร้อยละ โปรแกรมที่ได้รับการติดตามผล	ร้อยละ 100	ชั้นที่ 3  ชั้นที่ 3  NA	ชั้นที่ 5  ชั้นที่ 5  ชั้นที่ 6		คุณสุนิสา คุณพรทิพย์ คุณนันทา
								ชั้นที่ 3	ชั้นที่ 5		
								ชั้นที่ 3	ชั้นที่ 5		
								ชั้นที่ 5	ชั้นที่ 6		
									ชั้นที่ 6		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปงม.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี ปงม.2564-2565	วัน-เวลา				2563	2564	2565	
			4. จัดทำทะเบียนโปรแกรมในระบบ HIS และ Intranet	พ.ย.64 – ม.ค.65	ทะเบียนโปรแกรมในระบบ HIS และ Intranet	ร้อยละของความสำเร็จในการจัดทำทะเบียน	ร้อยละ 100	NA	NA		คุณสุนิสา คุณพรทิพย์ คุณนันทา
			5. จัดทำ E-Questionnaire ของฝ่ายบริการพยาบาล - แบบสอบถาม QA - แบบสอบถามการนิเทศผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ - แบบประเมินอื่น ๆ	ต.ค.64 - ก.ย.65	E-Questionnaire ของฝ่ายบริการพยาบาล	จำนวน E-Questionnaire ของฝ่ายบริการพยาบาล	> 15 แบบฟอร์ม	27	16		คุณสุนิสา คุณพรทิพย์ คุณนันทา
			6.โครงการพัฒนาการสื่อสารของฝ่ายบริการพยาบาล - พัฒนา Website และ Face book ฝ่ายบริการพยาบาล  - เพิ่มช่องทางการสื่อสารผ่านระบบ Line official ฝ่ายบริการพยาบาล	ต.ค.64 - ก.ย.65	การเข้าถึงช่องทางการสื่อสาร	ร้อยละของบุคลากรฝ่ายฯ ที่เข้าถึงช่องทางการสื่อสาร	- ร้อยละ 80 ของบุคลากรฝ่ายฯ  - ร้อยละ 80 ของบุคลากรฝ่ายฯ	ขั้นตอนที่ 6	ขั้นตอนที่ 6		คุณสุนิสา คุณพรทิพย์ คุณนันทา
			7. โครงการพัฒนาแผนรองรับ HIS ชัดช่อง ผู้ป่วยใน และนอก  7.1 จัดทำแผนรองรับ HIS ชัดช่อง ในหอผู้ป่วยนอก	พ.ย.64 - ก.ย.65	- แผนรองรับ HIS ชัดช่องผู้ป่วยนอก	- ร้อยละของความสำเร็จ	>ร้อยละ 80	NA	ร้อยละ 100		คุณสุนิสา คุณพรทิพย์ คุณนันทา

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปงม.2566	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
			ปี ปงม.2564-2565	วัน-เวลา				2563	2564	2565		
			7.2 ติดตามการจัดทำแผนรองรับ HIS ชัดช้อง ผู้ป่วย ใน ระดับหอผู้ป่วย	ต.ค.64 – ม.ค.65	ระดับฝ่าย บริการพยาบาล - แผนรองรับ HIS ชัดช้อง ผู้ป่วยใน ระดับหอผู้ป่วย	- ร้อยละของ หอผู้ป่วยที่มี แผนรองรับ HIS ชัดช้อง	ร้อยละ 100	NA	ร้อยละ 100			
			7.3 ซ่อมแผนรองรับ HIS ชัดช้อง ผู้ป่วยใน ระดับฝ่าย บริการพยาบาล	มี.ค.65 – พ.ค.65	หอผู้ป่วยที่ได้รับ การซ่อมแผน	ร้อยละของหอ ผู้ป่วยที่ได้รับ การซ่อมแผน	>ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 0 (เนื่องจาก สถานการณ์ โควิด 19)			
ให้บริการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพที่เป็นเลิศระดับเหนือกว่าตติยภูมิด้วยจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	Nursing Service Excellence	พัฒนา succession plan: Intelligent Leadership	1. โครงการพัฒนาสมรรถนะแกนนำ กรรมการและหัวหน้าผู้ป่วย 1.1) แกนนำ - Google App - การใช้ Microsoft Excel - โปรแกรมที่มีการปรับเปลี่ยนใน HIS 1.2) กรรมการและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สนใจ - โปรแกรม PowerBI	มี.ย.65 – ก.ย.65	กรรมการและแกนนำที่ได้รับการพัฒนา	ร้อยละของกรรมการและแกนนำที่ได้รับการพัฒนา	>ร้อยละ 80	NA	ร้อยละ 100	NA	NA	คุณสุนิสา คุณพรทิพย์ คุณนันทา

\* ขั้นตอนความสำเร็จของการพัฒนาโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis the problem) ร้อยละ 20

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรม (Design a Program) ร้อยละ 40

ขั้นตอนที่ 3 การเขียนโปรแกรม (Coding) ร้อยละ 60

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้โปรแกรม (Testing) ร้อยละ 80

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้จริง (Training) ร้อยละ 100

ขั้นตอนที่ 6 การปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรม (Program Maintenance)