

ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ ปี 2560 (ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560)

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา					
1. พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคยากซับซ้อน กลุ่มโรคสำคัญ ตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ต.ค.59-ก.ย.60	ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระดับดี-ดีมาก	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี - ดีมาก	≥ 85	ดูตามผลลัพธ์รายโรค	คุณภมร
- สร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคยากซับซ้อน กลุ่มโรคสำคัญของหอผู้ป่วยร่วมกับ PCT (13 ภาควิชา)		แนวปฏิบัติการดูแลเฉพาะโรค	จำนวนแนวปฏิบัติการดูแลเฉพาะโรค	≥20 เรื่อง	มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่ผ่านการรับรองจาก PCT จำนวน 20 เรื่อง 1.โรคผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 2.โรคผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ 3. โรคอ้วน 4.โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน 5. โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง 6. โรคผ่าตัดเส้นเลือดพอกไต 7. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 8.โรคหลอดเลือดสมอง 9.โรคสมองขาดเลือด 10.โรคภาวะเป็นพิษจากการตั้งครรภ์ 11.โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 12.โรคมะเร็งเต้านม 13.โรคมะเร็งตับ 14.โรคมะเร็งท่อน้ำเหลือง 15.แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่อง ECMO 16.แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 17.แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ทำ CRRT 18.แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย TKA 19.แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ทำ Replantation 20. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย THA	
		การใช้แนวปฏิบัติ	จำนวนของแนวปฏิบัติที่นำมาใช้	ร้อยละ 100	- มีการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน18 เรื่อง จากจำนวนทั้งหมด 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90	
- ติดตามการดูแลผู้ป่วย Palliative care, Sepsis, CA colon, โรคมะเร็งโลหิตวิทยา, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ผลลัพธ์รายโรค		การติดตามหลังการจำหน่าย	อัตราผู้ป่วยที่มี การติดตามหลังการจำหน่าย	≥ ร้อยละ80	-มีการติดตามหลังจำหน่ายในโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันร้อยละ 87.8 (72 รายจาก 82 ราย) -มีการติดตามหลังจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่ม Sepsisจำนวน 32 ราย ไม่ได้คิดเป็นอัตรา -มีการติดตามหลังจำหน่ายโรคมะเร็งโลหิตวิทยา 34 รายคิดเป็นร้อยละ 100 - มะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคหลอดเลือดสมอง palliative careไม่มีการติดตาม	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
1.1 โรคหลอดเลือดสมอง		-การกลับมารักษา ซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม	-อัตราการกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรค เดิม	0	- อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม จำนวน 1 ราย เท่ากับ ร้อยละ 1.3 (n 67)	
		ระยะเวลาที่ได้รับ ยา RtPA	อัตราผู้ป่วยที่ ได้รับยา RtPA ภายใน 60 นาที (Door to needle time 60 min)	> ร้อยละ60	- ผู้ป่วยที่ได้รับยา RtPA ภายใน 60 นาที ร้อยละ 51.85 (14 รายจากผู้ป่วย 27 ราย) เนื่องจากต้องรอการตัดสินใจของผู้ดูแลหลัก PCT ปรับรูปแบบการให้ข้อมูลโดยการทำสื่อเป็นภาพ และสถิติความเสี่ยงของการได้รับยาและไม่ได้รับยาภายในเวลาที่กำหนดให้เห็นชัดเจน รวมถึงทำ กิจกรรมคู่ขนานในการให้ข้อมูล ระหว่างผู้ป่วยทำเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์	
		การเกิดเลือดออก ในสมองหลังได้ยา rtPA	อัตราการเกิด เลือดออกใน สมองหลังได้ยา rtPA	< ร้อยละ6	-อัตราการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้ยา rtPA ร้อยละ 11.11 - ผู้ป่วยที่ได้รับยา rtPA 27 ราย เกิดเลือดออกในสมอง 3 ราย เมื่อทบทวนพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดมีปัจจัย เสี่ยงสูงเดิมในการเกิดอยู่แล้ว (severity class อยู่ในเกณฑ์ high risk แต่ยังสามารถให้ยาได้)	
		-การประเมิน Swallow test	- อัตราการ ประเมิน Swallow test	ร้อยละ100	-อัตราการประเมิน Swallow test ร้อยละ100 ยังไม่ได้วัดประสิทธิภาพการกลืน	
1.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ		ความสามารถใน การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยในระดับ ดี - ดีมาก	- ร้อยละผู้ป่วยที่ มีความสามารถ ในการดูแลตนเอง ในระดับดี - ดี มาก	≥ ร้อยละ 85	ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี - ดีมากร้อยละ 93.3 (248 ราย จากผู้ป่วย266 ราย) ติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 1 เดือนหลังจำหน่าย เน้นเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาสม่ำเสมอ เพื่อป้องกัน stent thrombosis ร้อยละ 98.29 (261ราย จากผู้ป่วย266 ราย) มาพบแพทย์ตามนัดครั้งแรก ร้อยละ 99.28 (264ราย จากผู้ป่วย266 ราย) ติดตาม 1 เดือน ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญกับการดูแลตนเอง ทั้งเรื่อง ควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
		การกลับมารักษา ซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม	- อัตราการ กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม	0	อัตราการ re-admit ร้อยละ 4.56 (12ราย จากผู้ป่วย275ราย) ส่วนใหญ่มาด้วยเรื่อง CHF ซึ่งพบใน ผู้ป่วยที่กลับบ้านเร็ว 1-2 วัน อยู่ระหว่าง วิเคราะห์ร่วมกับทีมแพทย์	
		Door to EKG	Door to EKG<10 นาที (จากการ triage ที่ถูกต้องของ พยาบาล ER)	ร้อยละ 100	Door to EKG<10 นาที (จากการ triage ที่ถูกต้องของพยาบาล ER) ร้อยละ 94.67 (n 231 ราย) เนื่องจากผู้ป่วยมาด้วยอาการรุนแรง ต้องให้การรักษาที่คุกคามต่อชีวิตก่อน	
		Door-to-needle (fibrinolysis)	Door-to- needle (fibrinolysis) < 30 นาที	ร้อยละ 100	- Door-to-needle (fibrinolysis) < 30 นาที ร้อยละ 0 (n =2) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้มาด้วย อาการ chest pain	
		Door-to- balloon inflation (PCI) < 90 นาที	Door-to- balloon inflation (PCI) < 90 นาที	ร้อยละ 100	Door-to-balloon inflation (PCI) < 90 นาที ร้อยละ 86.66 (n=217) ในcase referทำได้ร้อยละ 92.32 เนื่องจากสามารถจัดเตรียมได้ล่วงหน้า ในcase walk in ทำได้ร้อยละ 74.72	
1.2.1 กล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือด		การเกิด Hematoma ขนาด > 5x5 cms. (ผู้ใหญ่)	- ร้อยละการเกิด Hematoma ขนาด > 5x5 cms. (ผู้ใหญ่)	ร้อยละ 0	- การเกิด Hematoma ขนาด > 5x5 cms. (ผู้ใหญ่) ร้อยละ 5.14 (13ราย จากผู้ป่วย262 ราย) เกิดในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และเทคนิคการ off sheath	
		- ผู้ป่วยที่ได้รับ การวางแผน	- ร้อยละผู้ป่วยที่ ได้รับการวางแผน	ร้อยละ 100	- ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตาม METHOD ร้อยละ 93.75 (257ราย จากผู้ป่วย275 ราย)มี การทำและบันทึกตั้งแต่ใน CCU และมีการทำต่อเนื่องที่ ward ข้อที่ได้คะแนนน้อย คือการบันทึก Environment และ outpatient	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
		จำหน่ายตาม METHOD	จำหน่ายตาม METHOD			
		- การเลิกบุหรี่ ติดตาม 3เดือน, 6 เดือน, 1 ปี	ร้อยละการเลิก บุหรี่ ติดตาม 3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี	ร้อยละ ≥80	- ผู้ป่วย STEMI ที่เลิกสูบบุหรี่ จำนวน74 คน คิดเป็นร้อยละ 56.48 (n = 139) เก็บข้อมูลโดยการ โทรศัพท์สอบถามจากญาติ 1 เดือน เลิกได้ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 79.73 (n =74 ราย) 3 เดือน เลิกได้ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 67.56 (n =37 ราย) มีกลับไปสูบบุหรี่เมื่ออาการดีขึ้น 2 ราย	
		- ค่า LDL-C หลังจำหน่าย 6 เดือน	ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C หลังจำหน่าย 6 เดือน < 100 มก.ต่อ ดล.	≥ร้อยละ 80	ผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C หลังจำหน่าย 6 เดือน < 100 มก.ต่อ ดล.ร้อยละ 65.11 (28 ราย จากผู้ป่วย 43ราย)	
		- ค่า BMI ที่เกิน 24 ลดลงหลังจำหน่าย 3 เดือน	ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า BMI ที่เกิน 24หลังจำหน่าย 3 เดือน ลดลง ≥ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 80	ไม่ได้ดำเนินการ	
		-การเสียชีวิต	-อัตราการเสียชีวิต	ร้อยละ 10	อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 12.85 (ตาย 41 รายจาก 319 ราย) (ปี 2557 = 6.15% ปี 2558 = 6.21% ปี 2559= 7.56%) มีการคำนวณ severity ของผู้ป่วยแต่ละราย (โดยใช้ Grace Score : ACS risk model) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิต Grace score > 150 คะแนน	
1.2.2 ผ่าตัดหัวใจ CABG, VR		-ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับดี – ดีมาก	-ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี – ดีมาก	≥ ร้อยละ 85	ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ร้อยละ 69 ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ CABG และ Valve Replacement ทั้งหมด 69 ราย ความสามารถในการดูแลตนเองที่ปฏิบัติได้น้อยสุดคือ ด้านการออกกำลังกาย รองลงมาคือด้านโภชนาการ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
		- การเลิกบุหรี่	-อัตราการเลิก บุหรี่ ติดตาม 3 เดือน ,6 เดือน ,1 ปี	≥ ร้อยละ 80	-ไม่ได้ดำเนินการ	
		-ภาวะ unexpected cardiac arrest	-อัตราการเกิด unexpected cardiac arrest	0	- อัตราการเกิด unexpected cardiac arrest ร้อยละ 1.4 ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ (CABG และ Valve Replacement) ทั้งหมด 69 ราย เกิด unexpected cardiac arrest 1 ราย	
					- เมื่อพบพบ unexpected cardiac arrest ใน case นี้เกิดจากค่า magnesium ต่ำ (ส่วนใหญ่เกิดจาก potassium /calcium imbalance) หลังจากนั้นจึงมีการติดตามค่า magnesium ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง magnesium imbalance ทุกราย	
		-การติดเชื้อแผล ผ่าตัด (SSI)	อัตราการติดเชื้อ แผลผ่าตัด	SIR <1 (*SIR=Stan dardized Infection Ratio)	- อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด 0 เพราะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ในเรื่อง 1) การโกนขนก่อนผ่าตัดด้วย electric clipper 100% 2) มีการให้ antibiotic prophylactic 100% 3) มีการควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดและอุณหภูมิผู้ป่วยหลังผ่าตัด 4) glucose control	
		- ความปลอดภัย ของผู้ป่วยที่ได้รับ ยาต้านการแข็งตัว ของเลือด (warfarin)	ร้อยละผู้ป่วยที่ ได้รับยา และ INR 2-3 (* INR=Internatio nal normalized Ratio)	> ร้อยละ 60	- ผู้ป่วยที่ได้รับยา และ INR 2-3 ร้อยละ 57.14 (24 รายจากผู้ป่วย 42 ราย) ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งหมด 42 ราย ได้รับยา warfarin ร้อยละ 100	
		-การกลับมารักษา ซ้ำ ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม	-อัตราการกลับมา รักษาซ้ำภายใน	0	อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 0.69 (ผู้ป่วย 1 รายจาก 69 ราย) เนื่องจากมีค่า INR ผิดปกติ พบพบผู้ป่วยยังไม่ได้ปรับขนาดยาให้คงที่ก่อนจำหน่าย	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
			28 วันด้วยโรค เดิม			
		ความสามารถใน การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยในระดับ ดี – ดีมาก	-ร้อยละผู้ป่วยที่มี ความสามารถใน การดูแลตนเองใน ระดับดี – ดีมาก	≥ ร้อยละ 85	- ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองใน ร้อยละ 96.6 ได้เพิ่มช่องทางการติดตามผู้ป่วย การให้ข้อมูลในการดูแลตนเอง สอบถาม และติดตามทางกลุ่ม line	
1.3 โรคหลอดเลือดแดงส่วน ปลายสุดต้น		- การสูญเสีย อวัยวะส่วนปลาย (ขา)	- อัตราการสูญเสีย อวัยวะส่วนปลาย (ขา)	≤ ร้อยละ 10	- การสูญเสียอวัยวะส่วนปลาย (ขา) ร้อยละ 3.15 มีการนำ early warning sign มาใช้ในผู้ป่วยทุกราย	
		- การเสียชีวิต	- อัตราการ เสียชีวิต	≤ ร้อยละ 5	- อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 1.2 (1 รายจากผู้ป่วย 85 ราย)เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ตาย	
		-ระดับความปวด ก่อนจำหน่าย	-ร้อยละผู้ป่วยที่มี ระดับความปวด ก่อนจำหน่าย ≤ 3 คะแนน	≥ ร้อยละ 80	- ระดับความปวดก่อนจำหน่าย ≤ 3 คะแนน ร้อยละ 95.8 (81 รายจาก 85ราย โดยรวมในผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาโดยยา Heparin, By pass, PTA และ Amputation)	
		- การติดเชื้อของ แผลซ้ำในผู้ป่วยที่ มีแผลเรื้อรัง	-อัตราการติดเชื้อ ของแผลซ้ำในผู้ ป่วยที่มีแผล เรื้อรังหลัง จำหน่าย	≤ ร้อยละ 10	- อัตราการติดเชื้อของแผลซ้ำ ร้อยละ 2.7 (1 รายจากผู้ป่วย 36 ราย)	
		- การเลิกบุหรี่ ใน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี	- ร้อยละผู้ป่วยที่ สูบบุหรี่และเลิก บุหรี่ได้สำเร็จใน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี	≥ ร้อยละ 80	- ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ใน 1 เดือน หลังจำหน่าย ร้อยละ 96.2 (66 รายจากผู้ป่วย 67 ราย) - ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ใน 3 เดือน หลังจำหน่าย ร้อยละ 82.55 (48 รายจากผู้ป่วย 58 ราย) - ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ใน 6 เดือน หลังจำหน่าย ร้อยละ 71.4 (20 รายจากผู้ป่วย 28 ราย)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
1.4 บาดเจ็บสมอง(เฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปานกลางถึงรุนแรง)		- การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (barthel index) เฉพาะบาดเจ็บสมองปานกลางถึงรุนแรง	-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับกิจวัตรประจำวัน (barthel index) ก่อนจำหน่ายดี ขึ้นกว่าแรกรับ	ร้อยละ 80	- ผู้ป่วยมีระดับ barthel index ก่อนจำหน่ายดีขึ้นกว่าแรกรับ ร้อยละ 79.80 จากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ปานกลาง-รุนแรง ทั้งหมด 84 ราย โดย - ระดับกิจวัตรประจำวันดีขึ้น 67 ราย (ร้อยละ 79.80) - ระดับกิจวัตรประจำวันคงเดิม 8 ราย (ร้อยละ 9.5) - มีอาการแยลงและเสียชีวิต 9 ราย (ร้อยละ 10.7)	
		-re-admission จากภาวะแทรกซ้อน Aspirate Pneumonia Pressure ulcer Urinary tract infection	อัตราการ re-admission จากภาวะแทรกซ้อน Aspirate Pneumonia Pressure ulcer Urinary tract infection	0	อัตราการ re-admission จากภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 0.98 (3 ราย จากผู้ป่วย 84 ราย) เป็น case Aspirate Pneumonia 2 ราย Urinary tract infection 1ราย	
1.5 มะเร็งโลหิตวิทยา		ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี - ดีมาก	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี - ดีมาก	≥ร้อยละ 85	- ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี – ดีมาก ร้อยละ 85.75(63รายจาก 70 ราย) - พัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังให้ความรู้ 2 ระยะ คือ 1) ความสามารถในการดูแลตนเองที่ รพ. ร้อยละ 88.32 (30รายจาก 31 ราย) 2) ความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน ร้อยละ 85.75 โดยแบบสอบถามผู้ป่วยเมื่อมารับยาเคมีบำบัดหลังจำหน่าย พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดที่บ้าน คือ การบ้วนปากด้วยน้ำเกลืออย่างน้อย 4 ครั้ง/วัน (ร้อยละ 63.5) ส่วน พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดใน รพ คือ การบอกรักษา/ผู้อื่น/บุคลากรล้างมือก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อเห็นว่ายังไม่ล้าง (ร้อยละ 65.3) เนื่องจากไม่กล้าบอก	
		-การใช้แนวปฏิบัติ (การทำผลและการสวนล้างสาย Hickman)	-อัตราการใช้น้ำปฏิบัติ	ร้อยละ 100	อัตราการใช้น้ำปฏิบัติ ร้อยละ 100	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
		-การติดเชื้อ	-อัตราการติดเชื้อสาย Hickman	0	อัตราการติดเชื้อสาย Hickman ร้อยละ 3.9 (ปี 2559 ร้อยละ 2.51) สังเกตการปฏิบัติตามหลักปราศจากเชื้อเคร่งครัดพบว่ามีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง จึงวางแผนเก็บ QA โดยการสังเกตการปฏิบัติและติดตามประเมินสมรรถนะรายบุคคลตามแบบประเมินที่พัฒนา	
		-คุณภาพชีวิต	-ร้อยละผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี-ดีมาก	≥ร้อยละ 80	ไม่ได้ดำเนินการ	
1.6 มะเร็งตับ		-ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี -ดีมาก	-ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี -ดีมาก	≥ร้อยละ 85	- อัตราผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี -ดีมาก ผู้ป่วยรายเก่า (n41) ร้อยละ 82.9 ผู้ป่วยรายใหม่ (n71) ร้อยละ 40.8 ผู้ป่วยรายใหม่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 40.8 ซึ่งพฤติกรรมที่ยังคงมีปัญหาคือ 1. ผู้ป่วยมะเร็งตับและตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสจำนวน 12 ราย ที่แพทย์ให้รับประทานยาต้านไวรัส พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 41.66 (5 รายจาก12ราย) รับประทานยาไม่ตรงเวลาและไม่สม่ำเสมอ เพราะเข้าใจว่าต้องรับประทานยาหลังรับประทานอาหาร 2. ผู้ป่วยตับแข็งในกลุ่ม well compensated และ decompensated และมะเร็งตับ ที่มีความจำเป็นต้องควบคุมอาหารประเภทโปรตีน/เพิ่มการรับประทานโปรตีน ร้อยละ 78.87 (56 รายจาก 71 ราย) ยังคงพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะและประเภทของอาหารโปรตีนที่รับประทานได้ทั้งชนิดและปริมาณ 3. ผู้ป่วยตับแข็งและมะเร็งตับที่มีความจำเป็นต้องจำกัดอาหารประเภทเกลือร้อยละ 91.54 (65 รายจาก71 ราย) พบว่า ผู้ป่วย ไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลการจำกัดเกลือของตามความรุนแรงของโรค	
		- ค่า albumin หลัง discharge 6 เดือน>3.0 g/dl	-Self care index 1.ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า albumin	≥ร้อยละ 80	- - ผู้ป่วยหลัง discharge 6 เดือน มีค่า albumin >3.0 g/dl คิดเป็นร้อยละ 84.5 (60จาก71ราย)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
			หลัง discharge 6 เดือน>3.0 g/dl (เทียบเคียง สหรัฐอเมริกา)			
		- ค่า viral load log10 of viral load หลัง discharge 6 เดือน < 1	2.ร้อยละผู้ป่วยที่ มีค่า viral viral load log10 of viral load หลัง discharge 6 เดือน < 1	>ร้อยละ 80	- ผู้ป่วยหลัง discharge 6 เดือน มีค่า viral load log10 of viral load < 1 คิดเป็นร้อยละ 73.3 (11 จาก15รายในผู้ป่วยที่ได้รับยา) -	
		การเลิกดื่มสุรา	ร้อยละผู้ป่วยที่ เลิกดื่มสุรา	ร้อยละ 100	- ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา ร้อยละ 80 (1รายยังคงดื่มสุราเมื่อเข้าสังคมจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 5 ราย) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1. สอนผู้ป่วยและครอบครัวข้างเตียงเป็นรายบุคคล (n71 ร้อยละ 100) และรายกลุ่มหากมีผู้ป่วย ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปมานอนในหอผู้ป่วย 2. ให้เอกสารแผ่นพับตัวอย่างอาหารและปริมาณเกลือต่อวันที่สามารถรับประทานได้ (n71 ร้อยละ 100) 3. การติดตามหลังจำหน่ายทำได้ร้อยละ35.65 (25 รายจาก71 ราย) โดยติดตามที่ OPD เพื่อ ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองซ้ำ 15 ราย และโทรสอบถามทางโทรศัพท์ 10 ราย 5. ใช้ใบส่งต่อการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคตับ (เริ่มใช้เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559) 5 ราย 6. สำหรับผู้ป่วยที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 ราย ได้แนะนำญาติและผู้ป่วยมาปรึกษาแพทย์ที่ คลินิกเลิกเหล้าที่ OPD จิตเวช จากการติดต่อล่าสุดไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยและญาติได้	
		ภาวะแทรกซ้อน หลังทำ TACE	-อัตราการเกิด bleeding/	0	- อัตราการเกิด bleeding/hematoma grade 2 (5x5 cm.) = 0	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
			hematoma grade 2 (5x5 cm.)			
		ระดับความปวด back pain	-ร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับความปวด back pain หลังการทำ TACE \leq 3	\geq ร้อยละ 50	- ร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับความปวด back pain หลังการทำ TACE \leq 3 ร้อยละ 46.29	
		การติดเชื้อ	-อัตราการเกิด sepsis จาก post embolization syndrome	0	- อัตราการเกิด sepsis จาก post embolization syndrome ร้อยละ 1.85	
1.7 มะเร็งเต้านม		ความสามารถในการดูแลตนเอง	- ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับดี-ดีมาก	\geq ร้อยละ 80	ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 88.4 ความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ การดูแลในเรื่องความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด	
		ภาวะข้อไหล่ติด	-อัตราการเกิดภาวะข้อไหล่ติด	0	อัตราการเกิดภาวะข้อไหล่ติดเป็น 0 (จำนวนผู้ป่วย 158 ราย) โดยการวัดองศาแขนหลังจากผ่าตัด 1.5 เดือน	
1.8 มะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มที่มีทวารเทียม		ความสามารถในการดูแลตนเอง	-ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี – ดีมาก	\geq ร้อยละ 85	ไม่ได้ดำเนินการ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560													
		-ทำ stoma siting	- อัตราที่แพทย์ ทำstoma ตรง ตำแหน่งที่ siting	≥ ร้อยละ90	อัตราที่แพทย์ทำstoma ตรงตำแหน่งที่ siting ร้อยละ 95.86													
		-การเกิด ภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยที่มีทวาร เทียม																
		-Skin irritation	-อัตราการเกิด Skin irritation	≤ ร้อยละ10	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมดังตาราง <table border="1" data-bbox="1066 719 1944 922"> <thead> <tr> <th>ภาวะแทรกซ้อน</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Skin irritation</td> <td>14.3</td> <td>6.9</td> </tr> <tr> <td>Stoma prolapse</td> <td>10.7</td> <td>1.86</td> </tr> <tr> <td>parastomal hernia</td> <td>28.6</td> <td>1.8</td> </tr> </tbody> </table> <p>ผลลัพธ์ภาวะแทรกซ้อนที่ดีขึ้นเนื่องจากปี 2559 เนื่องจากได้นำผลงานวิจัยของพ.ว.วิภาวดี ว่องวรานนท์ เรื่อง “ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง ทวารหนักที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคใต้” ปี 2559 มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้ผู้ป่วย ได้รับการเลือกตำแหน่งทวารเทียมก่อนการผ่าตัด กระตุ้นให้เห็นความสำคัญ โดยการพัฒนาสมรรถนะให้พยาบาลหออผู้ป่วยสามารถเลือกตำแหน่งที่เหมาะสมได้ (กรณีฉุกเฉิน นอกเวลาราชการ หรือเวลาที่ไม่สามารถติดตาม ET nurse หรือ WOCT ได้) ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทุกราย (ร้อยละ 100) ต้องได้รับความรู้ตามโปรแกรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอนสาธิตวิธีการติดแป้นให้ผู้ป่วยและให้สาธิตย้อนกลับ 	ภาวะแทรกซ้อน	ปี 2559	ปี2560	Skin irritation	14.3	6.9	Stoma prolapse	10.7	1.86	parastomal hernia	28.6	1.8	
ภาวะแทรกซ้อน	ปี 2559	ปี2560																
Skin irritation	14.3	6.9																
Stoma prolapse	10.7	1.86																
parastomal hernia	28.6	1.8																
		-Stoma prolapse	-อัตราการเกิด Stoma prolapse	≤ร้อยละ 20														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
		- parastomal hernia	- อัตราการเกิด parastomal hernia	≤ ร้อยละ 20		
2. สร้างและส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคสำคัญที่สอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศ						
2.1 เครือข่ายเดิม -การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองเขต 12 -มะเร็งเต้านม -มะเร็งระบบปัสสาวะ		- เครือข่ายใหม่	จำนวนเครือข่ายใหม่	≥ 1 เครือข่าย	- มีจำนวนเครือข่ายใหม่ 1 เครือข่าย คือ WOCT ซึ่งเป็นเครือข่ายมะเร็งลำไส้ใหญ่	
2.2โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน		ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจของผู้ร่วมกิจกรรมระดับดี-ดีมาก	> 85%	- เครือข่ายมะเร็งเต้านม (โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน) ความพึงพอใจของผู้ร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี-ดีมาก 100 % โดยการสอบถาม (จัดกิจกรรมที่ศูนย์ถันยเวช และนอกสถานที่ จำนวน 3 ครั้งมีผู้เข้าร่วมครั้งละ 40 คน) - มะเร็งระบบปัสสาวะจัดกิจกรรมวันที่ 19 เดือนสิงหาคม 2560 ที่จังหวัดพัทลุงความพึงพอใจของผู้ร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี-ดีมาก 93.7 % - มะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่ได้จัดกิจกรรม	
3. สร้างและส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลัก/แนวคิดจริยธรรม		ความพึงพอใจด้านจริยธรรมของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจในด้านจริยธรรมของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล	≥ 4.5	<u>ความพึงพอใจพฤติกรรมด้านจริยธรรมของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลผู้ป่วยใน</u> = 4.50 ข้อที่พึงพอใจมากที่สุด คือ พยาบาลให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ พยาบาลมีน้ำใจ (สนใจ เต็มใจ เอาใจใส่) = 4.57 ข้อที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ พยาบาลมีการควบคุมอารมณ์ และ พยาบาลปลอบโยนให้กำลังใจ =4.39	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																									
					ความพึงพอใจพฤติกรรมด้านจริยธรรมของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วยนอก = 4.13 ข้อ ที่พึงพอใจมากที่สุด คือพยาบาลมีอัธยาศัยในการต้อนรับ= 4.27 ข้อที่พึงพอใจน้อยสุด คือ พยาบาลบริการรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ = 3.99																									
		ข้อร้องเรียนจากการละเมิดจริยธรรม(ปกปิดความลับ)	จำนวนข้อร้องเรียนจากการละเมิดจริยธรรม(ปกปิดความลับ)	0	- จำนวนข้อร้องเรียนจากการละเมิดจริยธรรม (ปกปิดความลับ) = 0																									
- Ethic round					- จัดกิจกรรมEthic round 8 ครั้งตามตาราง <table border="1" data-bbox="1079 667 1937 1509"> <thead> <tr> <th>วันที่-เวลา</th> <th>กลุ่มที่ 1</th> <th>กลุ่มที่ 2</th> <th>กลุ่มที่ 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27 กุมภาพันธ์ 60</td> <td>อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมทั่วไป</td> <td>พิเศษเฉลิมพระบารมี 10 พิเศษเฉลิมพระบารมี 9</td> <td>นรีเวช พิเศษทั่วไป</td> </tr> <tr> <td>31 มีนาคม 60</td> <td>อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมทางเดิน หายใจ</td> <td>พิเศษเฉลิมพระบารมี 12 พิเศษเฉลิมพระบารมี 11</td> <td>พิเศษสูติ-นรีเวช พิเศษเด็ก</td> </tr> <tr> <td>28 เมษายน 60</td> <td>อายุรกรรมชาย 2 / ฮีมาโต ศัลยกรรมชาย 1</td> <td>พิเศษเฉลิมพระบารมี 8 พิเศษเฉลิมพระบารมี 7</td> <td>พิเศษสูติกรรม เด็ก 2</td> </tr> <tr> <td>26 พฤษภาคม 60</td> <td>ตา หู คอ จมูก</td> <td>PICU อภิบาลทารกแรกเกิด (NICU)</td> <td>สูติกรรม เด็ก 1</td> </tr> <tr> <td>30 มิถุนายน 60</td> <td>ศัลยกรรมชาย 2</td> <td>Nursery</td> <td>แผนกผ่าตัด</td> </tr> </tbody> </table>	วันที่-เวลา	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	27 กุมภาพันธ์ 60	อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมทั่วไป	พิเศษเฉลิมพระบารมี 10 พิเศษเฉลิมพระบารมี 9	นรีเวช พิเศษทั่วไป	31 มีนาคม 60	อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมทางเดิน หายใจ	พิเศษเฉลิมพระบารมี 12 พิเศษเฉลิมพระบารมี 11	พิเศษสูติ-นรีเวช พิเศษเด็ก	28 เมษายน 60	อายุรกรรมชาย 2 / ฮีมาโต ศัลยกรรมชาย 1	พิเศษเฉลิมพระบารมี 8 พิเศษเฉลิมพระบารมี 7	พิเศษสูติกรรม เด็ก 2	26 พฤษภาคม 60	ตา หู คอ จมูก	PICU อภิบาลทารกแรกเกิด (NICU)	สูติกรรม เด็ก 1	30 มิถุนายน 60	ศัลยกรรมชาย 2	Nursery	แผนกผ่าตัด	
วันที่-เวลา	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3																											
27 กุมภาพันธ์ 60	อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมทั่วไป	พิเศษเฉลิมพระบารมี 10 พิเศษเฉลิมพระบารมี 9	นรีเวช พิเศษทั่วไป																											
31 มีนาคม 60	อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมทางเดิน หายใจ	พิเศษเฉลิมพระบารมี 12 พิเศษเฉลิมพระบารมี 11	พิเศษสูติ-นรีเวช พิเศษเด็ก																											
28 เมษายน 60	อายุรกรรมชาย 2 / ฮีมาโต ศัลยกรรมชาย 1	พิเศษเฉลิมพระบารมี 8 พิเศษเฉลิมพระบารมี 7	พิเศษสูติกรรม เด็ก 2																											
26 พฤษภาคม 60	ตา หู คอ จมูก	PICU อภิบาลทารกแรกเกิด (NICU)	สูติกรรม เด็ก 1																											
30 มิถุนายน 60	ศัลยกรรมชาย 2	Nursery	แผนกผ่าตัด																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560				
						ศัลยกรรมหญิง	เด็กแรกเกิด		
					28 กรกฎาคม 60	อภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม จิตเวช	อภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (MICU)	ศัลยกรรม ทางเดินหายใจ (SRCU)	
					25 สิงหาคม 60	ศัลยกรรมกระดูก และข้อชาย ศัลยกรรมกระดูก และข้อหญิง	อุบัติเหตุ & BURN สังเกตอาการ	ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรม ประสาท	
					29 กันยายน 60	แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก 1	ห้องคลอด แผนกผู้ป่วยนอก 2	ศูนย์ให้ยาเคมี บำบัด แผนกผู้ป่วยนอก 3	
					ประเด็นการตรวจเยี่ยมได้แก่ หลักการเคารพสิทธิ การไม่ทำอันตราย การปกปิดความลับ การทำหน้าที่แทน การบอกความจริง การทำประโยชน์ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องการทำอันตรายและการทำประโยชน์ การบอกความจริงและความซื่อสัตย์ การถ่ายภาพและการใช้สื่อออนไลน์ และพฤติกรรมบริการ (กรรมการวางแผนและทำการตั้งประเด็นสำคัญใส่ในระบบ intranet)				
- โครงการเรื่องเล่าความดี / Ethic conference		เรื่องเล่า	จำนวนเรื่องเล่า	> 30 เรื่อง	ปรับเปลี่ยนรูปแบบโดยคัดเลือกเรื่องเล่าความดีที่ได้รับรางวัลของปี 2559 จำนวน 10 เรื่อง มาทำสื่อวิดีโอ อยู่ระหว่างดำเนินการไปได้ประมาณ ร้อยละ 30				
4. ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง - ให้ความรู้และนำเครื่องมือ ประเมิน POS มาใช้ - Service round	ต.ค.59- ก.ย.60	ความพึงพอใจของ ผู้ป่วย/ญาติ ระยะ ท้ายที่ได้รับการ ดูแลแบบ ประคับประคอง	ร้อยละความพึง พอใจของผู้ป่วย/ ญาติ ระยะท้ายที่ ได้รับการดูแล แบบ ประคับประคอง	≥ร้อยละ 85	-ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง ทั้งหมด 187 ราย ตอบแบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.3 ผลการประเมินคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองดังแสดงในแผนภูมิ ร้อยละคุณภาพระดับดี-ดีมาก				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ									ผู้รับผิดชอบ																																																
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																																																									
					<p style="text-align: center;">ร้อยละคุณภาพระดับดี-ดีมาก</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>C1</th> <th>C2</th> <th>C3</th> <th>C4</th> <th>C5</th> <th>C6</th> <th>C7</th> <th>C8</th> <th>C9</th> <th>C10</th> <th>C11</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปีงบประมาณ58(n=48)</td> <td>100</td> <td>94.6</td> <td>97.3</td> <td>94.6</td> <td>100.0</td> <td>97.3</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปีงบประมาณ59(n=74)</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>96.0</td> <td>96.0</td> </tr> <tr> <td>ปีงบประมาณ60(n=51)</td> <td>94.1</td> <td>96.1</td> <td>98.0</td> <td>96.1</td> <td>98.0</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> C1 การรับทราบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง C2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ C3 การบรรลุความผูกพัน C4 การรับฟัง เปิดโอกาสให้ระบอบความรู้สึกร่วมเพื่อให้กำลังใจ C5 การได้อยู่กับเด็กผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย C6 การปฏิบัติตามความเชื่อ C7 การช่วยให้ครอบครัวเห็นความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วย C8 การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ C9 การปฏิบัติตามอำนาจผู้เสียชีวิตอย่างเหมาะสม C10 การช่วยเหลือ แนะนำ ขั้นตอนต่างๆแก่ผู้ป่วยเสียชีวิต C11 ความพึงพอใจโดยรวม 										C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	ปีงบประมาณ58(n=48)	100	94.6	97.3	94.6	100.0	97.3	100	100	100	100	100	ปีงบประมาณ59(n=74)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96.0	96.0	ปีงบประมาณ60(n=51)	94.1	96.1	98.0	96.1	98.0	100	100	100	100	100	100	
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11																																																			
ปีงบประมาณ58(n=48)	100	94.6	97.3	94.6	100.0	97.3	100	100	100	100	100																																																			
ปีงบประมาณ59(n=74)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96.0	96.0																																																			
ปีงบประมาณ60(n=51)	94.1	96.1	98.0	96.1	98.0	100	100	100	100	100	100																																																			
5. ควบคุมการติดเชื้อ	ต.ค.59- ก.ย.60	อัตราการติดเชื้อ	อัตราการติดเชื้อ เทียบเคียงกับ 50 percentile NHSN ปี 2012		<p>- อัตราการเกิด VAP ปี 2560 ในผู้ใหญ่ภาพรวม = 1.37 ครั้ง/1000 ventilator-days</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>VAP</th> <th>1-59</th> <th>2-59</th> <th>3-59</th> <th>4-59</th> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>2.35</td> <td>1.16</td> <td>0.88</td> <td>0.35</td> <td>1.41</td> <td>1.34</td> <td>0.62</td> <td>0.86</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>3.51</td> <td>2.27</td> <td>2.60</td> <td>0.00</td> <td>2.22</td> <td>3.94</td> <td>1.56</td> <td>0.0</td> </tr> </tbody> </table>									VAP	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60	Total Adult	2.35	1.16	0.88	0.35	1.41	1.34	0.62	0.86	Total ICU	3.51	2.27	2.60	0.00	2.22	3.94	1.56	0.0																						
VAP	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																																																						
Total Adult	2.35	1.16	0.88	0.35	1.41	1.34	0.62	0.86																																																						
Total ICU	3.51	2.27	2.60	0.00	2.22	3.94	1.56	0.0																																																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	ผู้รับผิดชอบ																											
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา																																
					<p>อัตราการติดเชื้อ VAP</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1-59</th> <th>2-59</th> <th>3-59</th> <th>4-59</th> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total VAP</td> <td>2.35</td> <td>1.16</td> <td>0.88</td> <td>0.35</td> <td>1.41</td> <td>1.34</td> <td>0.62</td> <td>0.86</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>3.51</td> <td>2.27</td> <td>2.6</td> <td>0</td> <td>2.22</td> <td>3.94</td> <td>1.56</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60	Total VAP	2.35	1.16	0.88	0.35	1.41	1.34	0.62	0.86	Total ICU	3.51	2.27	2.6	0	2.22	3.94	1.56	0	
	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																									
Total VAP	2.35	1.16	0.88	0.35	1.41	1.34	0.62	0.86																									
Total ICU	3.51	2.27	2.6	0	2.22	3.94	1.56	0																									
5.1 ลดการเกิด VAP โดยการใช้แนวปฏิบัติและ bundle ตามบริบทของหอผู้ป่วย		การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) Adult	อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) Adult	≤0.9 ครั้ง/1000 ventilator-days																													
		การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) Pediatric	อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) Pediatric	0 ครั้ง/1000 ventilator-days	- อัตราการเกิด VAP ปี 2560 ใน PICU = 0																												
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>VAP</th> <th>1-59</th> <th>2-59</th> <th>3-59</th> <th>4-59</th> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PICU</td> <td>3.05</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> </tbody> </table>	VAP	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60	PICU	3.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0	0.0										
VAP	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																									
PICU	3.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0	0.0																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	ผู้รับผิดชอบ																				
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา																									
					<p>อัตราการติดเชื้อ VAP</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>1-59</th> <th>2-59</th> <th>3-59</th> <th>4-59</th> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total PICU</td> <td>3.05</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60	Total PICU	3.05	0	0	0	0	0	0	0			
ปี	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																		
Total PICU	3.05	0	0	0	0	0	0	0																		
		การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) New born	อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) New born	0 ครั้ง/1000 ventilator-days	<p>- อัตราการเกิด VAP รายปี ใน NICU = 0</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VAP</th> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NICU</td> <td>9.24</td> <td>2.99</td> <td>2.53</td> <td>1.85</td> </tr> </tbody> </table> <p>อัตราการติดเชื้อ VAP</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total NICU</td> <td>9.24</td> <td>2.99</td> <td>2.53</td> <td>1.85</td> </tr> </tbody> </table> <p>พบว่า อุบัติการณ์ VAP เกิดสูงในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วง 750-1,000 กรัม</p>	VAP	2557	2558	2559	2560	NICU	9.24	2.99	2.53	1.85	ปี	2557	2558	2559	2560	Total NICU	9.24	2.99	2.53	1.85	
VAP	2557	2558	2559	2560																						
NICU	9.24	2.99	2.53	1.85																						
ปี	2557	2558	2559	2560																						
Total NICU	9.24	2.99	2.53	1.85																						
			อัตราการเกิดการติดเชื้อในสาย	≤1.0 ครั้ง/1000	<p>- อัตราการเกิดการติดเชื้อในสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLA-BSI) ปี 2560 Total Adult = 2.00 ครั้ง/1000 catheter-days</p>																					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ								ผู้รับผิดชอบ																											
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																																			
			สวนหลอดเลือด ดำส่วนกลาง (CLA-BSI) Adult	catheter- days	CLA-BSI	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																											
					Total Adult	1.68	1.86	1.52	3.15	1.87	2.12	1.99	0.72																											
					Total ICU	2.22	1.50	0.76	2.53	1.40	1.37	1.69	1.62																											
					<p style="text-align: center;">อัตราการติดเชื้อ CLABSI</p> <p style="text-align: center;">NHS Adult CLABSI ≤ 1.0 ครั้ง/1000 catheter days Pediatric ≤ 0.8 ครั้ง/1000 catheter days</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1-59</th> <th>2-59</th> <th>3-59</th> <th>4-59</th> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>1.68</td> <td>1.86</td> <td>1.52</td> <td>3.15</td> <td>1.87</td> <td>2.12</td> <td>1.99</td> <td>0.72</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>2.22</td> <td>1.5</td> <td>0.76</td> <td>2.53</td> <td>1.4</td> <td>1.37</td> <td>1.69</td> <td>1.62</td> </tr> </tbody> </table>									1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60	Total Adult	1.68	1.86	1.52	3.15	1.87	2.12	1.99	0.72	Total ICU	2.22	1.5	0.76	2.53	1.4	1.37	1.69	1.62	
	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																																
Total Adult	1.68	1.86	1.52	3.15	1.87	2.12	1.99	0.72																																
Total ICU	2.22	1.5	0.76	2.53	1.4	1.37	1.69	1.62																																
			อัตราการเกิดการ ติดเชื้อในสาย สวนหลอดเลือด ดำส่วนกลาง (CLA-BSI) Pediatric	≤0.8 ครั้ง/ 1000 catheter- days	- อัตราการเกิด CLA-BSI PICU ปี 2560 ในเด็ก = 2.42 ครั้ง/1000 catheter-days	CLA-BSI	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																										
					PICU	0.00	2.51	2.44	3.99	0.00	6.21	5.1	0.0																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ								ผู้รับผิดชอบ																											
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																																			
					<p>อัตราการติดเชื้อ CLABSI</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1-59</th> <th>2-59</th> <th>3-59</th> <th>4-59</th> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PICU</td> <td>0</td> <td>2.51</td> <td>2.44</td> <td>3.99</td> <td>0</td> <td>6.21</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>									1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60	PICU	0	2.51	2.44	3.99	0	6.21	5	0										
	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																																
PICU	0	2.51	2.44	3.99	0	6.21	5	0																																
			อัตราการเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วย คาสายสวนปัสสาวะ (UTI)	≤2.0 ครั้ง/ 1000 catheter- days	<p>- อัตราการเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ (CA-UTI) Total Adult ปี 2560 = 4.06 ครั้ง/1000 catheter-days</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CA-UTI</th> <th>1-59</th> <th>2-59</th> <th>3-59</th> <th>4-59</th> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>5.33</td> <td>2.62</td> <td>3.50</td> <td>3.61</td> <td>4.03</td> <td>4.09</td> <td>7.93</td> <td>3.14</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>4.33</td> <td>3.77</td> <td>0.00</td> <td>3.24</td> <td>1.94</td> <td>0.87</td> <td>6.97</td> <td>2.22</td> </tr> </tbody> </table>								CA-UTI	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60	Total Adult	5.33	2.62	3.50	3.61	4.03	4.09	7.93	3.14	Total ICU	4.33	3.77	0.00	3.24	1.94	0.87	6.97	2.22	
CA-UTI	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																																
Total Adult	5.33	2.62	3.50	3.61	4.03	4.09	7.93	3.14																																
Total ICU	4.33	3.77	0.00	3.24	1.94	0.87	6.97	2.22																																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ																																													
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																																														
					<p>อัตราการติดเชื้อ CAUTI</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1-59</th> <th>2-59</th> <th>3-59</th> <th>4-59</th> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>5.33</td> <td>2.62</td> <td>3.5</td> <td>3.61</td> <td>4.03</td> <td>4.09</td> <td>7.93</td> <td>3.14</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>4.33</td> <td>3.77</td> <td>0</td> <td>3.24</td> <td>1.94</td> <td>0.87</td> <td>6.97</td> <td>2.22</td> </tr> </tbody> </table> <p>- อัตราการเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ (CA-UTI) PICU ปี 2560 = 1.96 ครั้ง/1000 catheter-days</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CA-UTI</th> <th>1-59</th> <th>2-59</th> <th>3-59</th> <th>4-59</th> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PICU</td> <td>0.00</td> <td>4.50</td> <td>0.00</td> <td>5.76</td> <td>0.00</td> <td>4.72</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> </tbody> </table>		1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60	Total Adult	5.33	2.62	3.5	3.61	4.03	4.09	7.93	3.14	Total ICU	4.33	3.77	0	3.24	1.94	0.87	6.97	2.22	CA-UTI	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60	PICU	0.00	4.50	0.00	5.76	0.00	4.72	0.0	0.0	
	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																																											
Total Adult	5.33	2.62	3.5	3.61	4.03	4.09	7.93	3.14																																											
Total ICU	4.33	3.77	0	3.24	1.94	0.87	6.97	2.22																																											
CA-UTI	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																																											
PICU	0.00	4.50	0.00	5.76	0.00	4.72	0.0	0.0																																											
					<p>อัตราการติดเชื้อ CAUTI</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1-59</th> <th>2-59</th> <th>3-59</th> <th>4-59</th> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total PICU</td> <td>0</td> <td>4.5</td> <td>0</td> <td>5.76</td> <td>0</td> <td>4.72</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pediatric ≤ 1.6 ครั้ง/1000 catheter-days</p>		1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60	Total PICU	0	4.5	0	5.76	0	4.72	0	0																												
	1-59	2-59	3-59	4-59	1-60	2-60	3-60	4-60																																											
Total PICU	0	4.5	0	5.76	0	4.72	0	0																																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560												
4. พัฒนาคุณภาพการจัดการความปวด	ต.ค.59- ก.ย.60	ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจในการจัดการความปวดระดับมาก-มากที่สุด	≥ร้อยละ 80	ความพึงพอใจในการจัดการความปวด ระดับมาก-มากที่สุดปี 2560 ร้อยละ 90.74 เก็บข้อมูลเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2560 จำนวน 17 หอผู้ป่วย รวม 558 ราย อัตราความพึงพอใจในการจัดการความปวดรายข้อ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 จำนวน 4 ข้อ ไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด (ร้อยละ 88.47) การมีส่วนร่วมเลือกวิธีการบรรเทาความปวดกับแพทย์/พยาบาล (ร้อยละ 86.49) และ การให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ของยา (ร้อยละ 83.21)												
					ตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลลัพธ์ (เปอร์เซ็นต์)									
					1.มีการบันทึกเกี่ยวกับความปวด		≥ 90%	558 (100.00%)									
					2.มีการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความปวด		≥ 90%	558 (100.00%)									
					3.มีการบันทึกความรุนแรงของความปวดอย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง		≥ 90%	558 (100.00%)									
					4.การประเมินความปวดซ้ำภายหลังจัดการความปวด		≥ 90%	524 (98.68%)									
5.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความปวด (พึงพอใจระดับมาก-มากที่สุด)		≥ 80%	3,518 (90.74%)														
เก็บข้อมูลการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเทียบเคียงชมรมเครือข่าย	ม.ค.-พ.ค. 60	เทียบเคียงความพึงพอใจในการจัดการความปวดของชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล	ลำดับการเทียบเคียงความพึงพอใจในการจัดการความปวดของชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล	ติดอันดับ 1 ใน3 ของชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความปวด</th> <th>พอใจมาก (3)</th> <th>พอใจมากที่สุด (4)</th> <th>รวม พอใจ มากที่สุด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด</td> <td>258 (46.57%)</td> <td>264 (47.65%)</td> <td>522 (94.22%)</td> </tr> </tbody> </table>				ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความปวด	พอใจมาก (3)	พอใจมากที่สุด (4)	รวม พอใจ มากที่สุด	1. การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด	258 (46.57%)	264 (47.65%)	522 (94.22%)	
ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความปวด	พอใจมาก (3)	พอใจมากที่สุด (4)	รวม พอใจ มากที่สุด														
1. การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด	258 (46.57%)	264 (47.65%)	522 (94.22%)														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ		
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560					
					2. การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่าง สม่ำเสมอ	233 (41.83%)	303 (54.40%)	536 (96.23%)		
					3. การประเมินสอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยา บรรเทาปวด	270 (49.00%)	248 (45.01%)	518 (94.01%)		
					4. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการบอก ระดับความปวด	254 (45.60%)	261 (46.86%)	515 (92.46%)		
					5. การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด	272 (49.01%)	219 (39.46%)	491 (88.47%)		
					6. การมีส่วนร่วมเลือกวิธีบรรเทาความปวดกับแพทย์ / พยาบาล	278 (50.09%)	202 (36.40%)	480 (86.49%)		
					7. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา	259 (47.26%)	197 (35.95%)	456 (83.21%)		
					อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความ ปวด (ระดับมาก-มากที่สุด)	1,824 (47.05%)	1,694 (43.69%)	3,518 (90.74%)		
					<ul style="list-style-type: none"> - ส่งข้อมูล Acute pain ที่วิเคราะห์เสร็จแล้วให้เครือข่ายฯ รอเครือข่ายรายงานผลการ เทียบเคียง - เก็บข้อมูล pediatric pain แล้วเสร็จ รอโปรแกรม SPSS จากเครือข่ายฯ เพื่อคีย์ข้อมูล และวิเคราะห์ ผลการเทียบเคียงความพึงพอใจในการจัดการความปวดของชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล เป็น อันดับ 3 ใน 6 โรงพยาบาล					
5. เพิ่มความปลอดภัยของ ผู้ป่วยทางคลินิกผ่าน กิจกรรมต่างๆ เช่น จัดตั้ง แกนนำ/CoPs, Quality	ต.ค.59- ก.ย.60	ความปลอดภัย ของผู้ป่วย	จำนวนการเกิด อุบัติการณ์		อุบัติการณ์ทั้งหมด 1,508 ครั้ง (เพิ่มขึ้นจากปี 2559 จำนวน 374 ครั้ง) เป็นอุบัติการณ์ ทาง clinic 1,246 ครั้ง, Non Clinic 262 ครั้ง					
					ปี	Clinic	คิดเป็น %	Non Clinic	คิดเป็น %	รวม

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ						ผู้รับผิดชอบ																
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																						
round วิเคราะห์หา root cause จัดทำแนวปฏิบัติจัดเวทีแสดงผลงาน						2558	751	84.96	133	15.04	884																
						2559	998	88.01	136	11.99	1134																
						2560	1,246	82.63	262	17.37	1,508																
5.1 เพิ่มความเข้มแข็งการบริหารจัดการเฝ้าระวังความเสี่ยง โดยนำข้อมูลอุบัติการณ์มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางการพัฒนา วัตถุประสงค์ นำไปพัฒนาให้สามารถปฏิบัติได้จริง การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน	ต.ค.59-ก.ย.60	อุบัติการณ์ระดับ E- I	ลดลงร้อยละ 50 ของปี 59	69	<p>อุบัติการณ์ระดับ E- I ทั้งหมด 176 ครั้ง เพิ่มขึ้น 38 ครั้ง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อุบัติการณ์ระดับ E-I</th> <th>เพิ่มขึ้น/ลดลง (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2557</td> <td>77 (E=58,F=9,G=1,H=6, I=3)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>75 (E= 59,F= 12 ,G= 1,H= 2, I= 6)</td> <td>ลดลง 2 ราย</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>138 (E=109 ,F=14,G=1,H=8, I=6)</td> <td>เพิ่มขึ้น 63 ราย</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>176 (E=147, F=17, G= 0, H= 9, I=3)</td> <td>เพิ่มขึ้น 38 ราย</td> </tr> </tbody> </table> <p>อุบัติการณ์ระดับ E-I ที่พบมากที่สุด คือ Line & Tube เลื่อนหลุด 89 ครั้ง (ท่อช่วยหายใจ 58 ครั้ง, Line & Tube อื่นๆ 31 ราย) ภาวะแทรกซ้อนทางการรักษา 22 ครั้ง , ความคลาดเคลื่อนทางยา 28 ครั้ง และ Fall 13 ราย</p> <p>อุบัติการณ์ระดับ H เป็น case Line & Tube เลื่อนหลุด 2 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนทางการรักษา 3 ครั้ง การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวิกฤติ 3 ครั้ง และ Fall 1 ครั้ง</p> <p>อุบัติการณ์ระดับ I เป็น case Line & Tube เลื่อนหลุด 2 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนทางการรักษา 1 ครั้ง</p>							ปี	อุบัติการณ์ระดับ E-I	เพิ่มขึ้น/ลดลง (%)	2557	77 (E=58,F=9,G=1,H=6, I=3)		2558	75 (E= 59,F= 12 ,G= 1,H= 2, I= 6)	ลดลง 2 ราย	2559	138 (E=109 ,F=14,G=1,H=8, I=6)	เพิ่มขึ้น 63 ราย	2560	176 (E=147, F=17, G= 0, H= 9, I=3)	เพิ่มขึ้น 38 ราย	
ปี	อุบัติการณ์ระดับ E-I	เพิ่มขึ้น/ลดลง (%)																									
2557	77 (E=58,F=9,G=1,H=6, I=3)																										
2558	75 (E= 59,F= 12 ,G= 1,H= 2, I= 6)	ลดลง 2 ราย																									
2559	138 (E=109 ,F=14,G=1,H=8, I=6)	เพิ่มขึ้น 63 ราย																									
2560	176 (E=147, F=17, G= 0, H= 9, I=3)	เพิ่มขึ้น 38 ราย																									
5.1.1 Service Recovery Process		ข้อร้องเรียน	จำนวนข้อร้องเรียนที่ได้รับการจัดการ	≥ ร้อยละ 95	<p>ข้อร้องเรียน ทั้งหมด 17 ครั้ง ได้รับการจัดการทุกเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100 สาเหตุเกิดจากหน่วยงานในฝ่ายบริการพยาบาล 15 ครั้ง นอกฝ่ายบริการพยาบาล 2 ครั้ง</p>																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ							ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560							
นำข้อมูลอุบัติการณ์มาวิเคราะห์หาสาเหตุ ทบทวนแนวปฏิบัติ ทดลองใช้ วัตการ Response ต่อข้อร้องเรียน การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน					ปี	A	B	C	D	E	รวม	
					2558	1	0	1	0	3	5	
					2559	0	0	5	1	0	6	
					2560	4	3	8	2	0	17	
5.1.2 จัดทำแนวปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย		แนวปฏิบัติ	จำนวนแนวปฏิบัติ	≥ 3 เรื่อง	- จัดทำแนวปฏิบัติเสร็จ จำนวน 5 เรื่อง เผยแพร่ในหนังสือ Patient Safety Goal 2017 จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ Tube & Line เลื่อนหลุด, Identification, Service Recovery Process และ Fall เผยแพร่ในฝ่ายบริการพยาบาล 1 เรื่อง คือ แนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกระดูกบาง							
5.1.3 Phlebitis / Extravasation		อุบัติการณ์	จำนวนอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0	จำนวนอุบัติการณ์ ความรุนแรงระดับE ขึ้นไปมี 18 ราย (จำนวนอุบัติการณ์ การเกิด phlebitis/extravasation รวม 961ราย ปีงบประมาณ 2559 รวม 134 ราย) ยาที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์บ่อย							
					ชื่อยา		จำนวน ราย					
					1. Cordarone		10 ราย เกิด phlebitisระดับ 4=7 ราย ระดับ 3 = 1 ไม่ลงระดับ 2 ราย					
					2. Cardepine		9 ราย เกิด phlebitisระดับ 4 ทั้งหมด					
					3. Levophed		6 ราย เกิด phlebitisระดับ 4=5 ระดับ 3 = 1					
					4. เคมีบำบัด - Doxorubicin - Docetaxel - Cisplatin		6 ราย เกิดphlebitisระดับ 4 ทั้งหมด 4 ราย เกิด phlebitisระดับ 4=4 1 ราย เกิด phlebitisระดับ 4=1 1 ราย เกิด phlebitisระดับ 4=1					
					5. Kabiven+SMOF Kabiven		8 ราย เกิด phlebitisระดับ 4 ทั้งหมด					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ																																																																																					
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																																																																																							
					6. Piperacillin+Tazo	6 ราย เกิด phlebitisระดับ 4=3 ระดับ 3 = 3																																																																																						
					7. DOBUTamine	5 ราย เกิด phlebitisระดับ 4 ทั้งหมด																																																																																						
					8.ZnSO4	4 ราย เกิด phlebitisระดับ 4=2 ระดับ 3 = 2																																																																																						
					9. KCl	3 ราย เกิด phlebitisระดับ 4=1 ระดับ 3 = 2																																																																																						
5.1.4 Identification		อุบัติการณ์ระดับ C- I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ C- I	ลดลงร้อยละ 50 ของปี 59	<p>จำนวนอุบัติการณ์ระดับ C- I รวมทั้งหมด 46 ครั้ง เพิ่มขึ้น 5 เรื่อง จากปี 2559 แต่ระดับความรุนแรงลดลง ระดับความรุนแรงสูงสุดคือระดับ E</p> <p>ตารางแสดงอุบัติการณ์การ Identification ระดับ C- I ปี 2557 -2560</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>G</th> <th>H</th> <th>I</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2557</td> <td>28</td> <td>14</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>19</td> <td>24</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>29</td> <td>10</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>25</td> <td>18</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>46</td> </tr> </tbody> </table> <p>ตารางแสดงอุบัติการณ์แต่ละประเภทและระดับอุบัติการณ์ (A – E) ของ Identification ปี 2560</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประเภทอุบัติการณ์</th> <th colspan="5">ระดับอุบัติการณ์</th> <th rowspan="2">รวม</th> </tr> <tr> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A01 ระบุตัวผิดการให้ยา</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ</td> <td></td> <td>3</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		ปี	C	D	E	F	G	H	I	รวม	2557	28	14	1	0	0	0	0	43	2558	19	24	2	0	0	0	0	45	2559	29	10	1	1	0	0	0	41	2560	25	18	3	0	0	0	0	46	ประเภทอุบัติการณ์	ระดับอุบัติการณ์					รวม	A	B	C	D	E	A01 ระบุตัวผิดการให้ยา				3		3	A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด					1	1	A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ		3	6			9	A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด		1	2			3	
ปี	C	D	E	F	G	H	I	รวม																																																																																				
2557	28	14	1	0	0	0	0	43																																																																																				
2558	19	24	2	0	0	0	0	45																																																																																				
2559	29	10	1	1	0	0	0	41																																																																																				
2560	25	18	3	0	0	0	0	46																																																																																				
ประเภทอุบัติการณ์	ระดับอุบัติการณ์					รวม																																																																																						
	A	B	C	D	E																																																																																							
A01 ระบุตัวผิดการให้ยา				3		3																																																																																						
A02 ระบุตัวผิดในการให้เลือด					1	1																																																																																						
A03 ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ		3	6			9																																																																																						
A04 ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด		1	2			3																																																																																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ							ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560							
					A05 ระบุข้อมูลผิดในการทำ หัตถการ			1	1	1	3	
					A07 อื่นๆ		11	14	5		20	
					B04 ถ่าย-ส่งภาพเอกเรย์ ผิดคน			1			1	
					D0804 ให้ยาผิดคน			1	9	1	11	
					รวม	0	15	25	18	3	61	
5.1.5 การเลื่อนหลุดของ Tube & Line		อุบัติการณ์	จำนวน อุบัติการณ์ ระดับ E-I	ลดลงร้อยละ 50 ของปี 59 (≤32 ครั้ง)	อุบัติการณ์ Tube & Line เลื่อนหลุด ระดับ E-I จำนวน 89 ครั้ง จำแนกเป็น Tube (ท่อช่วย หายใจ 58 ครั้ง, Line & Tube อื่นๆ 31 ครั้ง) ตารางแสดงอุบัติการณ์ Line & Tube เลื่อนหลุด ระดับ E-I ปี 2557 -2560							
					ปี	E	F	G	H	I	รวม	
					2557	12	0	0	2	0	14	
					2558	17	2	0	0	1	20	
					2559	60	2	0	2	0	64	
					2560	82	3	0	2	2	89	
					ตารางแสดงอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของ Tube & Line ปี 2560 จำนวนทั้งหมด = 246 อุบัติการณ์ ดังนี้							
					อุบัติการณ์	จำนวน ทั้งหมด	ระดับความรุนแรง					รวม
					1. Tube เลื่อนหลุด	80	E	F	G	H	I	
					L021 ต้องใส่ใหม่	58	53	1	0	2	2	58
					L022 ไม่ต้องใส่ใหม่	22	1	0	0	0	0	1

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ							ผู้รับผิดชอบ																																									
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																																																
					<table border="1"> <tr> <td>2.Line& Tube อื่นๆ เลื่อนหลุด</td> <td>166</td> <td>28</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>รวม Tube & Line เลื่อนหลุด</td> <td>246</td> <td>82</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>89</td> </tr> </table> <p>ระดับ H 2 ราย ต้อง CPR RCA จำนวนอุบัติการณ์ Line เลื่อนหลุด 5 อันดับแรกเรียงลำดับจากมาก-น้อย คือ Foley's cath, Triple lumen, PCD, Radivac drain และ ICD</p>							2.Line& Tube อื่นๆ เลื่อนหลุด	166	28	2	0	0	0	0	30	รวม Tube & Line เลื่อนหลุด	246	82	3	0	2	2	2	89																								
2.Line& Tube อื่นๆ เลื่อนหลุด	166	28	2	0	0	0	0	30																																													
รวม Tube & Line เลื่อนหลุด	246	82	3	0	2	2	2	89																																													
5.1.6 Fall		-อุบัติการณ์พลัดตก ล้ม ระดับ C-I, D-I	-อัตราการพลัดตก ล้ม ระดับ C-I, D-I	0.20 :1000 วันนอน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">ปี 58</th> <th colspan="3">ปี 59</th> <th colspan="3">ปี60 (ม.ค.-มิ.ย.60)</th> </tr> <tr> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> <th>อันดับเทียบเคียง</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> <th>อันดับเทียบเคียง</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> <th>อันดับเทียบเคียง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ C-I</td> <td>0.15</td> <td>0.23:1 000</td> <td>6 ใน 7</td> <td>0.15</td> <td>0.25/1 000</td> <td>1 ใน 7</td> <td>0.20</td> <td>0.20:1 000</td> <td>1 ใน 7</td> </tr> <tr> <td>ระดับ D-I</td> <td>0.15</td> <td>0.19:1 000</td> <td>5 ใน 7</td> <td>0.15</td> <td>0.20/1 000</td> <td>1 ใน 7</td> <td>0.20</td> <td>0.17:1 000</td> <td>1 ใน 7</td> </tr> </tbody> </table> <p>ผลการเทียบเคียงกับเครือข่าย(ปี 60 เทียบเคียงม.ค-มิ.ย.60) พบว่าโรงพยาบาลสงขลานครินทร์อยู่ในลำดับที่ 1 ในปี 2559 และปี 2560</p> <p>จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์ปี 2560 พบอุบัติการณ์ทั้งหมด 91 ครั้ง เป็นผู้ป่วยในหกล้มจำนวน 60 ครั้ง ตกเตียง 25 ครั้ง หอผู้ป่วยที่พบอุบัติการณ์มากที่สุดเรียงลำดับดังนี้ จิตเวช (14) หอผู้ป่วยพิเศษ (21) อายุรกรรม (14) เด็ก (10) ศัลยกรรม กระดูและข้อ (9) ตา (5) ช่วงเวลาที่เกิดมากที่สุดคือ ช่วงเช้าที่ผู้ป่วยตื่นนอนและจะลุกเดินเข้าห้องน้ำ (4.00-8.00น.) และช่วงเวลาเวลาก่อนนอนที่ต้องเข้าห้องน้ำก่อน (19.00-22.00น.) เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง</p>										ปี 58			ปี 59			ปี60 (ม.ค.-มิ.ย.60)			เป้าหมาย	ผลลัพธ์	อันดับเทียบเคียง	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	อันดับเทียบเคียง	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	อันดับเทียบเคียง	ระดับ C-I	0.15	0.23:1 000	6 ใน 7	0.15	0.25/1 000	1 ใน 7	0.20	0.20:1 000	1 ใน 7	ระดับ D-I	0.15	0.19:1 000	5 ใน 7	0.15	0.20/1 000	1 ใน 7	0.20	0.17:1 000	1 ใน 7	
	ปี 58			ปี 59			ปี60 (ม.ค.-มิ.ย.60)																																														
	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	อันดับเทียบเคียง	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	อันดับเทียบเคียง	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	อันดับเทียบเคียง																																												
ระดับ C-I	0.15	0.23:1 000	6 ใน 7	0.15	0.25/1 000	1 ใน 7	0.20	0.20:1 000	1 ใน 7																																												
ระดับ D-I	0.15	0.19:1 000	5 ใน 7	0.15	0.20/1 000	1 ใน 7	0.20	0.17:1 000	1 ใน 7																																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ																														
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																															
		การเทียบเคียง เครือข่าย	อันดับการ เทียบเคียงกับ เครือข่ายระดับ D-I ต่อ 1000 วัน นอน	อันดับ 1 ใน 3 ของ เครือข่าย																																
5.1.7 Pressure sore, IAD - โครงการ standardized แผลกดทับ		แผลกดทับ	อุบัติการณ์การ เกิดแผลกดทับ	- อุบัติการณ์ การเกิดแผล กดทับรวม < 2 : 1000 วัน นอน - อุบัติการณ์ การเกิดแผล กดทับระดับ 2 < 1.5 : 1000 วัน นอน - อุบัติการณ์ ระดับ 3 < 0.1 : 1000 วันนอน - อุบัติการณ์ ระดับ 4 = 0	อุบัติการณ์แผลกดทับรวม = 1.88 : 1000 วันนอน ระดับ 2 = 1.23 : 1000 วันนอน ระดับ 3 = 0.17 : 1000 วันนอน ระดับ 4 = 0.01 : 1000 วันนอน แสดงถึงแผลกดทับมีการเปลี่ยนระดับเป็นระดับที่รุนแรงเพิ่มขึ้น การดูแลและการป้องกัน																															
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี แผลกดทับ</th> <th>2556</th> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>1.466</td> <td>1.39</td> <td>1.364</td> <td>1.53</td> <td>1.23</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>0.094</td> <td>0.147</td> <td>0.18</td> <td>0.19</td> <td>0.17</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>0.007</td> <td>0.17</td> <td>0.003</td> <td>0.02</td> <td>0.01</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>2.03</td> <td>2.84</td> <td>2.81</td> <td>1.77</td> <td>1.88</td> </tr> </tbody> </table>		ปี แผลกดทับ	2556	2557	2558	2559	2560	ระดับ 2	1.466	1.39	1.364	1.53	1.23	ระดับ 3	0.094	0.147	0.18	0.19	0.17	ระดับ 4	0.007	0.17	0.003	0.02	0.01	รวม	2.03	2.84	2.81	1.77	1.88	
ปี แผลกดทับ	2556	2557	2558	2559	2560																															
ระดับ 2	1.466	1.39	1.364	1.53	1.23																															
ระดับ 3	0.094	0.147	0.18	0.19	0.17																															
ระดับ 4	0.007	0.17	0.003	0.02	0.01																															
รวม	2.03	2.84	2.81	1.77	1.88																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา																													
					<p>กราฟแสดงอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ของปี 2556-2560</p> <table border="1"> <caption>Data for Pressure Ulcer Incidence Rate (2013-2017)</caption> <thead> <tr> <th>ระดับ (Level)</th> <th>ปี 2556</th> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>1.45</td> <td>1.38</td> <td>1.35</td> <td>1.52</td> <td>1.22</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>0.10</td> <td>0.15</td> <td>0.18</td> <td>0.18</td> <td>0.15</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>0.02</td> <td>0.18</td> <td>0.02</td> <td>0.02</td> <td>0.02</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ (Level)	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ระดับ 2	1.45	1.38	1.35	1.52	1.22	ระดับ 3	0.10	0.15	0.18	0.18	0.15	ระดับ 4	0.02	0.18	0.02	0.02	0.02	
ระดับ (Level)	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560																									
ระดับ 2	1.45	1.38	1.35	1.52	1.22																									
ระดับ 3	0.10	0.15	0.18	0.18	0.15																									
ระดับ 4	0.02	0.18	0.02	0.02	0.02																									
5.1.8 Medication Error ในการบริหารยา		ความคลาดเคลื่อน ทางยา	อัตราความคลาด เคลื่อนทางยา ระดับ C – D (ฝ่ายบริการ พยาบาล)	<0.70 /1000 วันนอน	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ C – D = 1.04 /1000 วันนอน																									
			ระดับ E – F	<0.04/ 1000 วันนอน	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ E – F = 0.04 /1000 วันนอน เป็นอุบัติการณ์ระดับ E ทั้งหมด																									
			ระดับ G – I	0	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ G – I = 0 รายละเอียดดังตาราง																									
					ตารางแสดงความคลาดเคลื่อนทางยาแยกตามระดับความรุนแรงและตามไตรมาสตั้งแต่ปี 2558 - 2560																									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด		ดัชนีชี้วัด		เป้าหมาย		ผลการดำเนินการ							ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)		(Indication)		ปี งบประมาณ.2560		ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560								
		ระดับ	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส	รวม	
		ความรุนแรง	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)		
		จำนวน วันนอน	80695	79036	80639	83184	85340	82153	81397	83189	83865	73599	83304	83681	324449	
		C-D	50(0.62)	70(0.89)	53(0.66)	51(0.61)	73(0.86)	66(0.80)	70(0.91)	83(0.99)	85(1.01)	83(1.13)	82(0.98)	90(1.08)	1.04	
		E-F	0(0)	1(0.01)	1(0.01)	6(0.07)	6(0.07)	6(0.07)	2(0.04)	2(0.02)	6(0.07)	1(0.01)	4(0.05)	3(0.04)	0.04	
		G-I	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0.01)	0(0)	1(0.01)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0	
								<p>จากกราฟแสดงให้เห็นว่าอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น อุบัติการณ์ที่เกิดสูงสุดเป็นเรื่องของการให้ยาผิดขนาด ให้ยาซ้ำ ให้ยาไม่ครบ ไม่ได้ให้ยา ซึ่ง คณะกรรมการบริหารยาฝ่ายบริการพยาบาลได้ทบทวนค้นหาสาเหตุ พบว่าเกิดจากการ set การ์ดยา และการตรวจทานซ้ำ จึงได้มีการปรับแนวปฏิบัติการบริหารยาและประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 24 พฤษภาคม 2560 และจะจัดอบรมโดยเน้นประเด็นที่เป็นปัญหาหลักคือ การ set การ์ดยาและการ ตรวจทานซ้ำ</p>								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ			
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560				
			จำนวน ความคลาด เคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้น ไป	0	เกิดอุบัติการณ์ 3 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับ KCl 20 mEq up to 50 ml IV drip in 1 hr ผิดคน เนื่องจากรายงานผล Lab ผิดเพียง รายที่ 2 ฉีด RI ในผู้ป่วยที่ NPO รายที่ 3 ให้ยาผิดแพทย์ order Insulatard แต่ฉีด RI				
			จำนวนผู้ป่วยแพ้ ยาซ้ำ	= 0	เกิดอุบัติการณ์ 8 ราย ระดับ F 1 ราย ระดับ E 6 ราย ระดับ D 1 ราย ร้อยละ 50 เกิดจากการ พยาบาลไม่ลงประวัติ/เกสซ์ไม่ได้ verify การแพ้ยา ในระบบ จึงมีการสั่งใช้ซ้ำ				
			การบริหารยาผิด ตรงเวลา มาตรฐาน	> ร้อยละ 90	การบริหารยาผิดตรงเวลามาตรฐาน ได้ร้อยละ 87.95				
			บริหารยา Stat A ≤ 30 นาที	= ร้อยละ 85	บริหารยา Stat A ≤ 30 นาที ได้ร้อยละ 82.79				
			บริหารยา Stat B (antibiotic) ≤ 60 นาที	= ร้อยละ 85	บริหารยา Stat B (antibiotic) ≤ 60 นาที ได้ร้อยละ 70.24				
			บริหารยา Stat B (other) ≤ 60 นาที	= ร้อยละ 85	บริหารยา Stat B (other) ≤ 60 นาที ได้ร้อยละ 87.07				
5.2 เพิ่มความปลอดภัยเรื่อง ความเสี่ยงทั่วไป (non clinic)	ต.ค.59- ก.ย.60	อุบัติการณ์ non clinic	จำนวน อุบัติการณ์ non clinic		อุบัติการณ์ non clinic 262 ครั้ง เพิ่มขึ้น 126 ครั้ง จากปี 59 สาเหตุเกิดจากหน่วยงานภายใน ฝ่าย 220 ครั้ง เกิดจากหน่วยงานนอกฝ่ายฯ 42 ครั้ง อุบัติการณ์ส่วนใหญ่เกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ เกิดจากเครื่องมือไม่พร้อมใช้ ขำรุดขณะใช้งาน หล่นแตก ระบบยืมคืนเครื่องมือและอุปกรณ์ ทางการแพทย์บางครั้งขาดการตรวจเช็คก่อนนำอุปกรณ์ไปใช้ ระบบการยืมคืนอุปกรณ์โดยไม่ผ่าน ศูนย์ฯ รองลงมาคือ บาดเจ็บจากการทำงาน การถูกเข็มตำ และถูกผู้ป่วยทำร้าย ปัญหาเชิง โครงสร้าง ท่อประปาแตก น้ำรั่วซึม				
					<table border="1"> <tr> <td>ความเสี่ยงด้านต่างๆ</td> <td>ผลกระทบ</td> <td>หน่วยงาน</td> </tr> </table>	ความเสี่ยงด้านต่างๆ	ผลกระทบ	หน่วยงาน	
ความเสี่ยงด้านต่างๆ	ผลกระทบ	หน่วยงาน							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ										ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560											
					1	2	3	4	5	ไม่ ระบุ	รวม	ใน ฝ่าย	นอก ฝ่าย			
					M01 ด้านอค์คิภย	2		3	0			5	5			
					N01 ด้านอาคารสถานที่	2	4	1	0			7	4	3		
					N04 โครงการรทำร้ายร่างกาย ในโรงพยาบาล	4	6	3	0			13	12	1		
					N05 ด้านความมั่นคงปลอดภัย อื่นๆ	6	3	1	0	1		11	10	1		
					O01 ไฟฟ้า	3	1	1	0			5	4	1		
					O02 น้ำ		1	5	0			6	5	1		
					O04 คอมพิวเตอร์และระบบ เครือข่าย	1		1	0			2	1	1		
					O05 เครื่องมือแพทย์และ ระบบจ่ายก๊าซ	87	19	8	0		2	116	110	6		
					O06 ระบบสาธารณูปโภคและ ระบบสนับสนุนอื่นๆ	1	3	1	0			5	5			
					P01 แสง/เสียง/ฝุ่น	1		1	0			2		2		
					P02 บาดเจ็บจากการทำงาน	10	11	13	0		1	35	35			
					P03 การบาดเจ็บอื่นๆ	4	5	1	0			10	9	1		
					Q01 หนี้สุญ	1		1	0		1	3	3			
					Q03 ความเสี่ยงด้านการเงิน อื่นๆ	5	4	1	0			10	8	2		
					R07 การติดต่อสื่อสาร	5	4		0			9	5	4		
					R08 การรับ-ส่งผู้ป่วย	3	5	1	0			9		9		
					R09 ความเสี่ยงจากหน่วย สนับสนุนอื่นๆ	7	5	2	0			14	4	10		
					ผลรวมทั้งหมด	142	71	44	0	1	4	262	220	42		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ																																																														
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																																																															
5.3 ทบทวนแผนต่างๆ - อุบัติเหตุหมู่/วินาศกรรม		การทบทวนแผน	แผนได้รับการทบทวน		ไม่มีการทบทวน แต่มีการอบรมซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ แบบ Simulation ร่วมกับโรงพยาบาล 1 ครั้ง ไม่มีการเรียกแผนอุบัติเหตุหมู่																																																															
- แผนอัคคีภัย		-การทบทวนแผนอัคคีภัย	-แผนได้รับการทบทวน		มีการทบทวนแผนอัคคีภัย และ Upload บน Intranet																																																															
		การซ้อมแผนอัคคีภัย	จำนวนหน่วยงานที่ได้ซ้อมตามแผน	ร้อยละ 100	ปีงบประมาณ 2560 ซ้อมไปแล้ว 3 หน่วยงาน (อช.2/ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด/ศช.2) คิดเป็นร้อยละ 50																																																															
5.4 โครงการ Quality day - การจัดประกวด กิจกรรมพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม - ประกวดเรื่องเล่า	27-28 มิถุนายน-2560	-ผู้เข้าร่วมกิจกรรม -ผลงานที่ส่งเข้าประกวด	-จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม -จำนวนผลงานที่ส่งเข้าประกวด	- RN 300 คน ≥ 60	ผู้เข้าประชุม 300 คน มีผลงานที่ส่งเข้าประกวดทั้งหมด 84 เรื่อง แบ่งผลงานเป็น 3 ประเภท คือ 1. ผลงานการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด เครื่องมือที่หลากหลาย เช่น Lean, CQI, KM, Kaizen จำนวน 26 เรื่อง 2. นวัตกรรม/ สิ่งประดิษฐ์ จำนวน 21 เรื่อง 3. เรื่องเล่าประทับใจ จำนวน 36 เรื่อง คัดเลือกชั้นนำเสนอบนเวที 27 เรื่อง โปสเตอร์ 33 เรื่อง ผลการประเมินความพึงพอใจ ดังนี้																																																															
				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ชื่อเรื่อง / หัวข้อที่ประเมิน</th> <th colspan="3">วันที่ 27 มิ.ย. 60</th> <th colspan="3">วันที่ 28 มิ.ย. 60</th> </tr> <tr> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> <th>ระดับความพึงพอใจ</th> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> <th>ระดับความพึงพอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ</td> <td>3.28</td> <td>0.58</td> <td>มากที่สุด</td> <td>3.28</td> <td>0.58</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>การบรรยายชัดเจน</td> <td>3.36</td> <td>0.60</td> <td>มากที่สุด</td> <td>3.36</td> <td>0.60</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>3.23</td> <td>0.65</td> <td>มาก</td> <td>3.23</td> <td>0.65</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.35</td> <td>0.63</td> <td>มากที่สุด</td> <td>3.35</td> <td>0.63</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.31</td> <td>0.59</td> <td>มากที่สุด</td> <td>3.31</td> <td>0.59</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>การนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>3.30</td> <td>0.60</td> <td>มากที่สุด</td> <td>3.30</td> <td>0.60</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>ความพึงพอใจในภาพรวม</td> <td>3.34</td> <td>0.58</td> <td>มากที่สุด</td> <td>3.34</td> <td>0.58</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>		ชื่อเรื่อง / หัวข้อที่ประเมิน	วันที่ 27 มิ.ย. 60			วันที่ 28 มิ.ย. 60			\bar{x}	SD	ระดับความพึงพอใจ	\bar{x}	SD	ระดับความพึงพอใจ	เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.28	0.58	มากที่สุด	3.28	0.58	มากที่สุด	การบรรยายชัดเจน	3.36	0.60	มากที่สุด	3.36	0.60	มากที่สุด	เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.23	0.65	มาก	3.23	0.65	มาก	ระยะเวลาเหมาะสม	3.35	0.63	มากที่สุด	3.35	0.63	มากที่สุด	ความรู้ที่ได้รับ	3.31	0.59	มากที่สุด	3.31	0.59	มากที่สุด	การนำไปประยุกต์ใช้	3.30	0.60	มากที่สุด	3.30	0.60	มากที่สุด	ความพึงพอใจในภาพรวม	3.34	0.58	มากที่สุด	3.34	0.58	มากที่สุด	
ชื่อเรื่อง / หัวข้อที่ประเมิน	วันที่ 27 มิ.ย. 60			วันที่ 28 มิ.ย. 60																																																																
	\bar{x}	SD	ระดับความพึงพอใจ	\bar{x}	SD	ระดับความพึงพอใจ																																																														
เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.28	0.58	มากที่สุด	3.28	0.58	มากที่สุด																																																														
การบรรยายชัดเจน	3.36	0.60	มากที่สุด	3.36	0.60	มากที่สุด																																																														
เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.23	0.65	มาก	3.23	0.65	มาก																																																														
ระยะเวลาเหมาะสม	3.35	0.63	มากที่สุด	3.35	0.63	มากที่สุด																																																														
ความรู้ที่ได้รับ	3.31	0.59	มากที่สุด	3.31	0.59	มากที่สุด																																																														
การนำไปประยุกต์ใช้	3.30	0.60	มากที่สุด	3.30	0.60	มากที่สุด																																																														
ความพึงพอใจในภาพรวม	3.34	0.58	มากที่สุด	3.34	0.58	มากที่สุด																																																														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ																
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																	
		ความพึงใจ	ระดับความพึงใจ	≥ 3.26	<p>ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 3.34</p> <p>จำนวนผลงานที่ได้รับคัดเลือกส่งแลกเปลี่ยน/ประกวดเวทีอื่น 16 เรื่อง (National HA Forum ครั้งที่ 18 = 9 เรื่อง , Thailand Kaizen award 2017 = 2 เรื่อง, The International Forum on Quality and Safety in Healthcare : International Forum, Kuala Lumpur 2017 = 5 เรื่อง) ได้รับรางวัลจำนวน 6 เรื่อง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่องาน</th> <th>ชื่อผลงาน</th> <th>เจ้าของผลงาน</th> <th>รางวัลที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Thailand Kaizen award 2017</td> <td>การเพิ่มคุณภาพของภาพถ่ายรังสีทารก</td> <td>นางสาวพัชรีย์ ไชยฤกษ์</td> <td>Golden Award</td> </tr> <tr> <td>The International Forum on Quality and Safety in Healthcare : International Forum, Kuala Lumpur 2017</td> <td>Newborn X-ray Bed (Immobilization Equipment for Newborn babies during radiography)</td> <td>นางสาวพัชรีย์ ไชยฤกษ์</td> <td>Great Poster</td> </tr> <tr> <td>The International Forum on Quality and Safety in Healthcare : International Forum, Kuala Lumpur 2017</td> <td>Warm Love from Nest</td> <td>นางสาวเกศริน มณีสิงห์</td> <td>Great Poster</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่องาน	ชื่อผลงาน	เจ้าของผลงาน	รางวัลที่ได้รับ	Thailand Kaizen award 2017	การเพิ่มคุณภาพของภาพถ่ายรังสีทารก	นางสาวพัชรีย์ ไชยฤกษ์	Golden Award	The International Forum on Quality and Safety in Healthcare : International Forum, Kuala Lumpur 2017	Newborn X-ray Bed (Immobilization Equipment for Newborn babies during radiography)	นางสาวพัชรีย์ ไชยฤกษ์	Great Poster	The International Forum on Quality and Safety in Healthcare : International Forum, Kuala Lumpur 2017	Warm Love from Nest	นางสาวเกศริน มณีสิงห์	Great Poster	
ชื่องาน	ชื่อผลงาน	เจ้าของผลงาน	รางวัลที่ได้รับ																			
Thailand Kaizen award 2017	การเพิ่มคุณภาพของภาพถ่ายรังสีทารก	นางสาวพัชรีย์ ไชยฤกษ์	Golden Award																			
The International Forum on Quality and Safety in Healthcare : International Forum, Kuala Lumpur 2017	Newborn X-ray Bed (Immobilization Equipment for Newborn babies during radiography)	นางสาวพัชรีย์ ไชยฤกษ์	Great Poster																			
The International Forum on Quality and Safety in Healthcare : International Forum, Kuala Lumpur 2017	Warm Love from Nest	นางสาวเกศริน มณีสิงห์	Great Poster																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560				
					งานมหกรรม คุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่10 ปี 2560 ของโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิม พระเกียรติ	เตียงถ่ายภาพรังสี ทารก (Newborn X-ray Bed)	นางสาวพัชรีย์ ไชยฤกษ์	รองชนะเลิศ อันดับ 1	
					งานมหกรรม คุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่10 ปี 2560 ของโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิม พระเกียรติ	กล่องเก็บถุนนมแม่ แช่แข็ง (P Smile Milk Box)	นางสาวเกศ ริน มณีสิงห์	รองชนะเลิศ อันดับ 2	
					Thailand Kaizen award 2017	อุปกรณ์เพื่อความ ปลอดภัยสำหรับ จับขวดยาที่ผลิต จากยางพารา (N- Gripper)	นางนภาศิริ โชติแก้ว	Golden Award	
		ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	Non-RN 200 คน	ผู้เข้าประชุม 300 คน มีผลงานเข้าประกวดทั้งหมด 70 เรื่อง แบ่งผลงานเป็น 3 ประเภท คือ 1. ผลงานการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด เครื่องมือที่หลากหลาย เช่น Lean, CQI, KM, Kaizen จำนวน 25 เรื่อง 2. นวัตกรรม/ สิ่งประดิษฐ์ จำนวน 19 เรื่อง 3. เรื่องเล่าประทับใจ จำนวน 26 เรื่อง				
		ผลงานที่ส่งเข้า ประกวด	จำนวนผลงานที่ ส่งเข้าประกวด	30 เรื่อง	คัดเลือกเพื่อนำเสนอบนเวที 26 เรื่อง				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ																																									
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																																										
		ความพึงใจ	ระดับความพึงใจ	≥ 3.26	<p>ผลการประเมินความพึงพอใจ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ชื่อเรื่อง / หัวข้อ ที่ประเมิน</th> <th colspan="3">วันที่ 6 ก.ย. 60</th> <th colspan="3">วันที่ 7 ก.ย. 60</th> </tr> <tr> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> <th>ระดับ ความพึง พอใจ</th> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> <th>ระดับความพึง พอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.35</td> <td>0.55</td> <td>มากที่สุด</td> <td>3.46</td> <td>0.57</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>การสร้างแรงบันดาลใจ ในพัฒนาการ</td> <td>3.47</td> <td>0.53</td> <td>มากที่สุด</td> <td>3.51</td> <td>0.54</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>การนำไป ประยุกต์ใช้</td> <td>3.37</td> <td>0.56</td> <td>มากที่สุด</td> <td>3.38</td> <td>0.59</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>ความพึงพอใจใน ภาพรวม</td> <td>3.4</td> <td>0.5</td> <td>มากที่สุด</td> <td>3.5</td> <td>0.5</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table> <p>ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 3.48</p>	ชื่อเรื่อง / หัวข้อ ที่ประเมิน	วันที่ 6 ก.ย. 60			วันที่ 7 ก.ย. 60			\bar{x}	SD	ระดับ ความพึง พอใจ	\bar{x}	SD	ระดับความพึง พอใจ	ความรู้ที่ได้รับ	3.35	0.55	มากที่สุด	3.46	0.57	มากที่สุด	การสร้างแรงบันดาลใจ ในพัฒนาการ	3.47	0.53	มากที่สุด	3.51	0.54	มากที่สุด	การนำไป ประยุกต์ใช้	3.37	0.56	มากที่สุด	3.38	0.59	มากที่สุด	ความพึงพอใจใน ภาพรวม	3.4	0.5	มากที่สุด	3.5	0.5	มากที่สุด	
ชื่อเรื่อง / หัวข้อ ที่ประเมิน	วันที่ 6 ก.ย. 60			วันที่ 7 ก.ย. 60																																											
	\bar{x}	SD	ระดับ ความพึง พอใจ	\bar{x}	SD	ระดับความพึง พอใจ																																									
ความรู้ที่ได้รับ	3.35	0.55	มากที่สุด	3.46	0.57	มากที่สุด																																									
การสร้างแรงบันดาลใจ ในพัฒนาการ	3.47	0.53	มากที่สุด	3.51	0.54	มากที่สุด																																									
การนำไป ประยุกต์ใช้	3.37	0.56	มากที่สุด	3.38	0.59	มากที่สุด																																									
ความพึงพอใจใน ภาพรวม	3.4	0.5	มากที่สุด	3.5	0.5	มากที่สุด																																									
5.5 โครงการสร้างวิทยากร ด้านคุณภาพ : LEAN - มองหา - พัฒนา - เป็นพี่เลี้ยง		วิทยากรใหม่	- จำนวนวิทยากร ใหม่	5 คน	ได้วิทยากรใหม่ จำนวน 1 คน เนื่องจากการจัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะมีน้อย ทำให้ไม่สามารถฝึก จากการปฏิบัติจริงได้																																										
5.6 โครงการเตรียมรับ AHA ขององค์กรพยาบาล	ต.ค.-พ.ค. 59	แผนเตรียมรับ AHA	ปฏิบัติได้ตาม แผน	95%	สามารถปฏิบัติได้ตามแผน 100 %																																										
			จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	200 คน	ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการรับรู้มาตรฐาน AHA จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 90.50 ความพึงพอใจในกิจกรรมมากที่สุด 3.32 (คะแนนเต็ม 4) โรงพยาบาลไม่ผ่านการรับรอง AHA แต่ผ่านการรับรอง HA (Re-accreditation ครั้งที่ 5) 22 สิงหาคม 2560-21 สิงหาคม 2563																																										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ														
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560															
5.7 โครงการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนทั้งใน/นอกโรงพยาบาล	ต.ค.59-ก.ย.60	กิจกรรมและเรื่องให้บริการ	จำนวนครั้งการจัดกิจกรรม	6 เรื่อง																
5.7.1 คัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์		ผู้เข้าร่วมโครงการ	อัตราของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีความเสี่ยง	≤ 25 %	ไม่ได้ดำเนินการ															
5.7.2 ให้ความรู้แก่ประชาชนภายนอกโรงพยาบาล		กิจกรรม	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม	≥ 2 ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> - ออกรายการวิทยุ 1 เรื่อง คือ การพ่นยาและการล้างจมูก - ให้ความรู้ในวันพยาบาลสากล/วันพยาบาลแห่งชาติ รวม 2 ครั้ง ซึ่งมีกิจกรรมรณรงค์การป้องกันอุบัติเหตุจากรถร่วมออกบูธ - จัดกิจกรรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพให้กับประชาชนภายนอกโรงพยาบาลรวม 20 ครั้ง - จัดอบรมการใช้เครื่องช่วยปั๊มหัวใจอัตโนมัติ AED ให้บุคลากร 1 ครั้ง 5 วัน พยาบาล 592 คน ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 586 คน และหน่วยมะเร็ง 6 คน โดยหลังการอบรมทุกคนสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 															
5.7.3 จัดเวทีสุขภาพและจัดกิจกรรมวันมหิดล		กิจกรรม	จำนวนครั้งการจัดกิจกรรม/	27 ครั้ง	-จัดกิจกรรมเวทีสุขภาพเดือนละ 2 ครั้งรวม 27 ครั้ง															
		ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจ	≥ 3.50	<p>ความพึงพอใจของประชาชน /ผู้รับบริการระดับดีมากได้คะแนนเฉลี่ยรวม 3.63</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>หัวข้อการประเมิน</th> <th>คะแนนเฉลี่ย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ความเหมาะสมของกิจกรรม</td> <td>3.79</td> </tr> <tr> <td>2. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.57</td> </tr> <tr> <td>3. ความเหมาะสมของสถานที่</td> <td>3.69</td> </tr> <tr> <td>4. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.57</td> </tr> <tr> <td>5. สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้</td> <td>3.55</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">รวมเฉลี่ย</td> <td>3.63</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	1. ความเหมาะสมของกิจกรรม	3.79	2. ระยะเวลาเหมาะสม	3.57	3. ความเหมาะสมของสถานที่	3.69	4. ความรู้ที่ได้รับ	3.57	5. สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้	3.55	รวมเฉลี่ย	3.63	
หัวข้อการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย																			
1. ความเหมาะสมของกิจกรรม	3.79																			
2. ระยะเวลาเหมาะสม	3.57																			
3. ความเหมาะสมของสถานที่	3.69																			
4. ความรู้ที่ได้รับ	3.57																			
5. สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้	3.55																			
รวมเฉลี่ย	3.63																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2560	ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	
6. ทบทวน ปรับมาตรฐานให้ทันสมัยและประกาศใช้	ต.ค.59- ก.ย.60	มาตรฐานการพยาบาลที่ได้รับ การทบทวน/ ประกาศใช้	จำนวนเรื่องที่ ทบทวนและ ประกาศใช้	27 เรื่อง	มาตรฐานการพยาบาล 27 เรื่อง ทบทวนเสร็จ จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็น 33 % รอประกาศใช้ ได้แก่ 1.มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางจุก/ปาก 2.มาตรฐานการบันทึกอาการทางระบบประสาท 3.มาตรฐานการสวนล้างลำไส้ทาง colostomy 4.มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด 5.มาตรฐานการวัดความดันเลือดส่วนกลาง 6.มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 7.มาตรฐานการดูดเสมหะ 8.มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนปัสสาวะ 9.มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ดำเนินการส่งผู้เชี่ยวชาญ 3 เรื่อง ได้ตอบกลับมาแล้วคือ 1.มาตรฐานการการดูแลผู้ป่วยแม่และเด็กที่ติดเอดส์ ส่งกลับให้เขียนใหม่ 2.มาตรฐานการการดูแลผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค ส่งกลับให้เขียนใหม่ 3.มาตรฐานการการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ทบทวน มาตรฐานการพยาบาล อยู่ระหว่างดำเนินการ 15 เรื่อง รอพิจารณาในกลุ่มกรรมการ	
7. โครงการประกันคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล	ต.ค.59- ก.ย.60	การประกัน คุณภาพมาตรฐาน การพยาบาล	จำนวนมาตรฐาน ที่ได้รับการ ประกันคุณภาพ 5 เรื่อง	ร้อยละ 100	มาตรฐานที่ได้รับการประกันคุณภาพจำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100 ได้แก่ 1.การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2.การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ 3.การพยาบาลผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด 4.การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ 5.การจัดการความปวด 1.การประกันคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เก็บข้อมูล 6-24 มีนาคม 2560 20 หอผู้ป่วยจำนวน 261 ชุด ผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์100% เพียง 2 ข้อจาก 11 ข้อ คือการบันทึกสัญญาณชีพและ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ																																																			
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560																																																					
					ติดตามผลปฏิบัติการ ผลการประเมินดังตาราง <table border="1"> <thead> <tr> <th>ที่</th> <th>เกณฑ์เชิงกระบวนการ</th> <th>ปฏิบัติ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>มีการประเมินความรู้และประสบการณ์ในการผ่าตัดของผู้ป่วย</td> <td>98.08</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลและความจำเป็นในการผ่าตัด</td> <td>98.47</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัด ลักษณะแผลและสิ่งที่ติดตามหลังผ่าตัด ฯลฯ</td> <td>95.79</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีการเตรียมความพร้อมทางร่างกาย</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.1 บันทึกสัญญาณชีพ</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.2 ชั่งน้ำหนัก /วัดส่วนสูง</td> <td>96.55</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.3 ติดตามผลปฏิบัติการ</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.4 ทำความสะอาดร่างกายทุกส่วน</td> <td>98.47</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.5 ประเมินผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด</td> <td>91.57</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>มีการเตรียมร่างกายเฉพาะที่ตามแผนการรักษา</td> <td>85.06</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารร่างกายภายหลังผ่าตัด เช่น การหายใจ การไอ การเคลื่อนไหวร่างกาย</td> <td>88.51</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติ ทราบเรื่องการดื่มน้ำและอาหาร</td> <td>95.79</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>มีการเตรียมสิ่งของที่จะต้องนำไปห้องผ่าตัดพร้อมกับผู้ป่วยได้ครบถ้วน เช่น Film, ผลการตรวจ, ยา, วัสดุการแพทย์ เป็นต้น</td> <td>97.70</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>มีการบันทึกข้อมูลในใบเตรียมการผ่าตัดครบถ้วนพร้อมลายเซ็น</td> <td>97.70</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>มีการบันทึกข้อมูลในใบ informed consent ครบถ้วนพร้อมลายเซ็น</td> <td>98.08</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>ลงบันทึกการปฏิบัติในบันทึกทางการพยาบาล</td> <td>99.62</td> </tr> </tbody> </table>		ที่	เกณฑ์เชิงกระบวนการ	ปฏิบัติ	1.	มีการประเมินความรู้และประสบการณ์ในการผ่าตัดของผู้ป่วย	98.08	2.	อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลและความจำเป็นในการผ่าตัด	98.47	3.	อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัด ลักษณะแผลและสิ่งที่ติดตามหลังผ่าตัด ฯลฯ	95.79	4	มีการเตรียมความพร้อมทางร่างกาย			4.1 บันทึกสัญญาณชีพ	100		4.2 ชั่งน้ำหนัก /วัดส่วนสูง	96.55		4.3 ติดตามผลปฏิบัติการ	100		4.4 ทำความสะอาดร่างกายทุกส่วน	98.47		4.5 ประเมินผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด	91.57	5.	มีการเตรียมร่างกายเฉพาะที่ตามแผนการรักษา	85.06	6.	แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารร่างกายภายหลังผ่าตัด เช่น การหายใจ การไอ การเคลื่อนไหวร่างกาย	88.51	7.	อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติ ทราบเรื่องการดื่มน้ำและอาหาร	95.79	8	มีการเตรียมสิ่งของที่จะต้องนำไปห้องผ่าตัดพร้อมกับผู้ป่วยได้ครบถ้วน เช่น Film, ผลการตรวจ, ยา, วัสดุการแพทย์ เป็นต้น	97.70	9.	มีการบันทึกข้อมูลในใบเตรียมการผ่าตัดครบถ้วนพร้อมลายเซ็น	97.70	10	มีการบันทึกข้อมูลในใบ informed consent ครบถ้วนพร้อมลายเซ็น	98.08	11	ลงบันทึกการปฏิบัติในบันทึกทางการพยาบาล	99.62	
ที่	เกณฑ์เชิงกระบวนการ	ปฏิบัติ																																																								
1.	มีการประเมินความรู้และประสบการณ์ในการผ่าตัดของผู้ป่วย	98.08																																																								
2.	อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลและความจำเป็นในการผ่าตัด	98.47																																																								
3.	อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัด ลักษณะแผลและสิ่งที่ติดตามหลังผ่าตัด ฯลฯ	95.79																																																								
4	มีการเตรียมความพร้อมทางร่างกาย																																																									
	4.1 บันทึกสัญญาณชีพ	100																																																								
	4.2 ชั่งน้ำหนัก /วัดส่วนสูง	96.55																																																								
	4.3 ติดตามผลปฏิบัติการ	100																																																								
	4.4 ทำความสะอาดร่างกายทุกส่วน	98.47																																																								
	4.5 ประเมินผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด	91.57																																																								
5.	มีการเตรียมร่างกายเฉพาะที่ตามแผนการรักษา	85.06																																																								
6.	แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารร่างกายภายหลังผ่าตัด เช่น การหายใจ การไอ การเคลื่อนไหวร่างกาย	88.51																																																								
7.	อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติ ทราบเรื่องการดื่มน้ำและอาหาร	95.79																																																								
8	มีการเตรียมสิ่งของที่จะต้องนำไปห้องผ่าตัดพร้อมกับผู้ป่วยได้ครบถ้วน เช่น Film, ผลการตรวจ, ยา, วัสดุการแพทย์ เป็นต้น	97.70																																																								
9.	มีการบันทึกข้อมูลในใบเตรียมการผ่าตัดครบถ้วนพร้อมลายเซ็น	97.70																																																								
10	มีการบันทึกข้อมูลในใบ informed consent ครบถ้วนพร้อมลายเซ็น	98.08																																																								
11	ลงบันทึกการปฏิบัติในบันทึกทางการพยาบาล	99.62																																																								
					<p>ข้อที่ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 90 คือการเตรียมร่างกายเฉพาะที่ตามแผนการรักษา เนื่องจากความเข้าใจของผู้เก็บข้อมูลไม่ตรงกัน ได้วางแผนทำ standardized ผู้เก็บข้อมูล และขอแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารร่างกายภายหลังผ่าตัด เช่น การหายใจ การไอ การเคลื่อนไหวร่างกาย วางแผนให้มี/มอบหมายให้มี nurse educator ในการช่วยสอน</p>																																																					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	ผู้รับผิดชอบ																																	
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา																																						
					<p>การประกันคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สารละลายทางหลอดเลือดดำ เก็บข้อมูล วันที่ 5-30 เมษายน 2560 35 หอผู้ป่วย จำนวน 513 ชุด ผลการประเมิน ผ่าน เกณฑ์100% เพียง 2 ข้อจาก 10 ข้อคือ การ ไม่มีฟองอากาศในสาย IVและไม่นำเข็มฉีดยามาใช้ แทนเข็ม AIR ดังตาราง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ที่</th> <th>เกณฑ์เชิงกระบวนการ</th> <th>ปฏิบัติ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการได้รับ สารละลายทางหลอดเลือดดำเร็วกว่าที่กำหนด</td> <td>78.75</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>มีการตรวจสอบการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำทุก 1 ชั่วโมง</td> <td>80.51</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>เปลี่ยนชุดให้สารละลาย ทุก 7 วัน(โดยดูจากการเขียนบอกรวันเวลาที่ เริ่มให้และหรือวันที่ต้องเปลี่ยนใหม่ที่กระเปาะชุดให้สารละลาย)</td> <td>95.91</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ปิดบริเวณที่แทงเข็ม ด้วยTransparent film.ให้มองเห็นตำแหน่งที่ คาเข็ม</td> <td>90.45</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>มีการยึด catheter ป้องกันปลายเข็มเสียดสีกับหลอดเลือด</td> <td>99.81</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ไม่มีการรั่วซึมของสารละลายบริเวณที่แทงเข็ม</td> <td>99.81</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ไม่มีฟองอากาศในสาย IV</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>ไม่นำเข็มฉีดยามาใช้แทนเข็ม AIR</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำถูกต้องทั้งชนิดและอัตราการไหล</td> <td>99.22</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>ผิวหนังบริเวณที่ใส่สารละลาย ไม่มีอาการ ปวด บวม แดง ร้อน</td> <td>99.22</td> </tr> </tbody> </table> <p>ข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำเร็วกว่าที่กำหนดเท่ากับ 78.75</p>	ที่	เกณฑ์เชิงกระบวนการ	ปฏิบัติ	1	มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการได้รับ สารละลายทางหลอดเลือดดำเร็วกว่าที่กำหนด	78.75	2.	มีการตรวจสอบการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำทุก 1 ชั่วโมง	80.51	3	เปลี่ยนชุดให้สารละลาย ทุก 7 วัน(โดยดูจากการเขียนบอกรวันเวลาที่ เริ่มให้และหรือวันที่ต้องเปลี่ยนใหม่ที่กระเปาะชุดให้สารละลาย)	95.91	4	ปิดบริเวณที่แทงเข็ม ด้วยTransparent film.ให้มองเห็นตำแหน่งที่ คาเข็ม	90.45	5	มีการยึด catheter ป้องกันปลายเข็มเสียดสีกับหลอดเลือด	99.81	6	ไม่มีการรั่วซึมของสารละลายบริเวณที่แทงเข็ม	99.81	7	ไม่มีฟองอากาศในสาย IV	100	8	ไม่นำเข็มฉีดยามาใช้แทนเข็ม AIR	100	9	ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำถูกต้องทั้งชนิดและอัตราการไหล	99.22	10	ผิวหนังบริเวณที่ใส่สารละลาย ไม่มีอาการ ปวด บวม แดง ร้อน	99.22	
ที่	เกณฑ์เชิงกระบวนการ	ปฏิบัติ																																					
1	มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการได้รับ สารละลายทางหลอดเลือดดำเร็วกว่าที่กำหนด	78.75																																					
2.	มีการตรวจสอบการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำทุก 1 ชั่วโมง	80.51																																					
3	เปลี่ยนชุดให้สารละลาย ทุก 7 วัน(โดยดูจากการเขียนบอกรวันเวลาที่ เริ่มให้และหรือวันที่ต้องเปลี่ยนใหม่ที่กระเปาะชุดให้สารละลาย)	95.91																																					
4	ปิดบริเวณที่แทงเข็ม ด้วยTransparent film.ให้มองเห็นตำแหน่งที่ คาเข็ม	90.45																																					
5	มีการยึด catheter ป้องกันปลายเข็มเสียดสีกับหลอดเลือด	99.81																																					
6	ไม่มีการรั่วซึมของสารละลายบริเวณที่แทงเข็ม	99.81																																					
7	ไม่มีฟองอากาศในสาย IV	100																																					
8	ไม่นำเข็มฉีดยามาใช้แทนเข็ม AIR	100																																					
9	ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำถูกต้องทั้งชนิดและอัตราการไหล	99.22																																					
10	ผิวหนังบริเวณที่ใส่สารละลาย ไม่มีอาการ ปวด บวม แดง ร้อน	99.22																																					
					<p>การประกันคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เก็บข้อมูล1-31 ก.ค. 60จำนวน17 หอผู้ป่วย (n=219) ผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์100% 4ข้อ ข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือมีการใช้ NSS บ้วนปาก ก่อน และหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง(83.56)</p>																																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560			
					ที่	เกณฑ์เชิงกระบวนการ	ปฏิบัติ/ใช่ (ร้อยละ)	
					1	อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัด	98.63	
					2	มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนได้รับยาเคมีบำบัด	100	
					3	มีการตรวจสอบยาเคมีบำบัดซ้ำก่อนให้ระหว่างพยาบาลเคมีบำบัด-พยาบาล หรือ แพทย์-พยาบาล	100	
					4	ไม่ให้ยาเคมีบำบัดบริเวณแขนข้างที่มีพยาธิสภาพ/การผ่าตัดเต้านม	100	
					5	ตรวจสอบหลอดเลือดก่อนให้ยาเคมีบำบัดโดยการดูเลือดออกมาหากไม่มีเลือดออก มีการเปลี่ยนตำแหน่งใหม่	96.80	
					6	เปลี่ยนตำแหน่งบริเวณให้ยาทุก 3 วัน	95.43	
					7	ตรวจสอบตำแหน่งบริเวณให้ยาและอัตราการไหลทุก 1 ชม.	96.35	
					8	มีการใช้ NSS บ้วนปาก ก่อน และหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง	83.56	
					9	เจ้าหน้าที่และญาติล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง	99.09	
					10	ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารปรุงสุก	100	
					11	ดูแลดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2,000 -3,000 ml.	94.52	
					<p>การประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะเก็บข้อมูล1-31ส.ค.60 จำนวน 32 หอผู้ป่วย (n=380)</p> <p>ผลการประเมิน ไม่มีข้อที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 ข้อที่ได้คะแนนน้อยสุดใช้ urinovolumeter ทุก รายที่บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง(62.89)และมีการ Reminder การคาสายสวนปัสสาวะเมื่อครบ 3 วัน(63.95)</p>			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560			
					ที่	เกณฑ์เชิงกระบวนการ	ปฏิบัติ/ไข	
					1	ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสสายสวนปัสสาวะ	97.11	
					2.	ดูแลสายสวนให้อยู่ในระบบปิดตลอดเวลา	99.74	
					3	ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและสบู่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	98.16	
					4	ยึดสายสวนปัสสาวะด้วยพลาสติกที่บริเวณหน้าขาในผู้หญิงและบริเวณท้องน้อยเฉียงไปทางขาหนีบในผู้ชาย (มีค.59)	95.26	
					5	แขวนถุงปัสสาวะต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและสูงเหนือพื้นประมาณ 10 ซม.	98.68	
					6	ดูแลสายสวนไม่ให้หัก พับ งอ	99.74	
					7	เปลี่ยนสายสวนเมื่อสายตัน หรือมีตะกอน	97.7	
					8	กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	99.61	
					8.1	ผู้ป่วยใช้ urine bag มีการ clamp สายสวนปัสสาวะทุกครั้ง		
					8.2	ผู้ป่วยใช้ urinovolumeter มีการ clamp สายสวนปัสสาวะด้วยตัวหนีบurinovolumeter	98.37	
					9.	เทปัสสาวะทิ้ง เมื่อมีปัสสาวะเกิน 2/3 ของถุง	98.42	
					10	สวมถุงมือสะอาดและล้างมือด้วยน้ำยาล้างมือ ที่ผสม Alcohol ทุกครั้ง ก่อนและหลังเทปัสสาวะ	94.21	
					11	ขณะเทปัสสาวะ ไม่ให้ท่อเปิด urine bag สัมผัสกับขวดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ตวงปัสสาวะ	98.42	
					12	แยกภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้เทปัสสาวะของผู้ป่วยแต่ละราย	98.16	
					13	ใช้ urinovolumeter ทุกครั้งที่บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง	62.89	
					14	มีการ Reminder การคาสายสวนปัสสาวะเมื่อครบ 3 วัน	63.95	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2560	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2559-2560	วัน-เวลา				ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560				
8. โครงการติดตามการใช้ บันทึกทางการแพทย์	ต.ค.59- ก.ย.60	การใช้แบบบันทึก ทางการแพทย์ ที่ฝ่ายบริการ พยาบาลกำหนด	ร้อยละของหอ ผู้ป่วยที่มีการใช้ แบบบันทึก ทางการแพทย์ ที่ฝ่ายบริการ พยาบาลกำหนด	ร้อยละ100	- หอผู้ป่วยมีการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่ฝ่ายบริการพยาบาลกำหนด ร้อยละ100 แต่มี คุณภาพเพียงร้อยละ 62-77 ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ดังตาราง				
						ประเด็นการประเมิน	ข้อมูล ครบถ้วน (ร้อยละ)	มี คุณภาพ (ร้อยละ)	
					1.	Nursing Problem Lists			
					1.1	การระบุประเด็นปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วยใน ภาพรวม (Problem/Need/ Nursing Diagnosis)	82.14	74.02	
					1.2	การระบุเป้าหมาย/ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการ พยาบาล (Goal/Outcome)	83.36	70.23	
					2.	Nursing Progress notes			
					2.1	การระบุประเด็นปัญหาสำคัญ/ ความต้องการของผู้ป่วย (Problem/Need/ Nursing Diagnosis)	82.27	77.27	
					2.2	การประเมินที่เป็นปัจจุบัน (Nursing Assessment)	71.58	62.92	
					2.3	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Interventions)	79.84	68.61	
2.4	การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation	78.21	69.42						