

รายงานผลการดำเนินงาน ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ ปี 2561 (ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561)

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
1.เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกหน่วยงาน	ต.ค.60- ก.ย.61					คุณภมร
1.1 ติดตามการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ 8 ภาควิชา		- จำนวนแนวปฏิบัติ - ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติ	- จำนวนแนวปฏิบัติ ครอบคลุม 8 ภาควิชา - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติ	-จำนวน แนวปฏิบัติ ครอบคลุม 8 ภาควิชา ร้อยละ 100 - ≥ ร้อยละ 80	มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญครอบคลุม 8 ภาควิชา ได้แก่ 1) ศัลยศาสตร์ (2 แนวปฏิบัติ) 2) อายุรศาสตร์ (1 แนวปฏิบัติ) 3) สูตินรีเวช 4) กุมารเวชศาสตร์ 5) กระดูกและข้อ 6) ตา 7) หู คอ จมูก 8) จิตเวช คิดเป็น ร้อยละ 100 แต่มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพียง 7 ภาควิชา ยกเว้นจิตเวช โดยร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติตามรายโรค 7 ภาควิชา ได้แก่ 1) การใช้แนวปฏิบัติการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ร้อยละ 85.16 (คลินิกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 7 หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 8) 2) การใช้แนวปฏิบัติการทำแผลและสวนล้างสายฮิคแมน ในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา ร้อยละ 98.77 (เฉพาะหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2) 3) การใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม ร้อยละ 73.17 (คลินิกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 7 หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 8)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
					4) การใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย TKA ร้อยละ 100 (คลินิกกระดูกและข้อ หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ ชาย&หญิง) 5) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย THA ร้อยละ 100 (คลินิกกระดูกและข้อ หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ ชาย&หญิง) 6) การใช้แนวปฏิบัติโรคภาวะเป็นพิษจากการตั้งครรภ์ ร้อยละ 100 (คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรม หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช) 7) การใช้แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (ห้องผ่าตัด ห้องคลอด NICU NMCU Nursery) ร้อยละ 100 8) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่อง ECMO (PICU) ร้อยละ100 9) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ทำ CRRT (PICU) ร้อยละ100 10) การใช้แนวปฏิบัติโรคสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 100 (ห้องฉุกเฉิน ICUศัลยกรรม หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ) 11) การใช้แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (หูด คอ จมูก) (หอผู้ป่วยหูด คอ จมูก) ร้อยละ 100 12) การใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อหีน (หอผู้ป่วยตา) ร้อยละ 100 13) การใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจอตาลอก (หอผู้ป่วยตา) ร้อยละ 100 14) การใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อตาดำ (หอผู้ป่วยตา) ร้อยละ 100	
1.2 สร้างแนวปฏิบัติเพิ่มให้ครอบคลุม 5 โรคหลักของ 8 ภาควิชา		แนวปฏิบัติการดูแลเฉพาะโรค	จำนวนแนวปฏิบัติ	จำนวนแนวปฏิบัติ ครอบคลุม 8 ภาควิชา ร้อยละ 100	สร้างแนวปฏิบัติใหม่ 5 เรื่อง ประकाใช้ 3 เรื่อง อยู่ระหว่างดำเนินการ 2 เรื่อง และทบทวนแนวปฏิบัติเดิมและนำมาใช้ใหม่ 10 เรื่อง สร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ 8 ภาควิชา ได้แก่ 1) ศัลยศาสตร์ 2) อายุรศาสตร์ 3) สูตินรีเวช 4) กุมารเวชศาสตร์ 5) กระดูกและข้อ 6) ตา 7) หูด คอ จมูก 8) จิตเวช (ร้อยละ 100) - สำเร็จ จำนวน 15 เรื่อง และอยู่ระหว่างดำเนินการ 2 เรื่อง ดังนี้	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
					1)การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis (อายุรกรรม) ประกาศใช้ มกราคม 2561 2)การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ sepsis (เด็ก)ประกาศใช้ กุมภาพันธ์2561 3)การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต (เด็ก) 4)การดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด (เด็ก) อยู่ระหว่างดำเนินการ 5)การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร (ศัลยกรรม) อยู่ระหว่างดำเนินการ 6)การดูแลผู้ป่วย CervicalSpondylitis Myelopathy (กระดูกและข้อ) 7)การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจุก (ตา) 8)การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด (สูติ-นรีเวช) 9)การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง (หู คอ จมูก) 10) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ (หู คอ จมูก) 11)การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จิตเวช) 12)การดูแลผู้ป่วย Alcohol Dependence (จิตเวช) 13)การดูแลผู้ป่วยSubstance Dependence (จิตเวช) 14)การดูแลผู้ป่วยBipolar disorder (จิตเวช) 15)แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหัวใจในเด็ก (เด็ก 1, PICU) ลำดับ 6-15 มีการทบทวนและนำไปใช้ในหอผู้ป่วยร้อยละ 100 ตั้งแต่เดือน มกราคม 2561	
1.3 ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลของแต่ละรายโรคของกลุ่มโรคสำคัญและปรับปรุงพัฒนางานให้ได้ตามเป้าหมาย		ผลลัพธ์เฉพาะของรายโรคในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ	- ความสามารถในการดูแลตนเองที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์	ตามแต่ละรายโรค	ดูแลดำเนินการตามรายงานข้อ้อยู่รายโรค	
1) โรคหลอดเลือดสมอง		การกลับมารักษาซ้ำ	อัตราการกลับมารักษาซ้ำ	ร้อยละ 2	อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม เท่ากับ 0 (n 0/83)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
		ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม	ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม			
		การประเมิน Swallow test	ร้อยละการ ประเมิน Swallow test ภายใน 24 ชม.	ร้อยละ 100	อัตราการประเมิน Swallow test ร้อยละ 44.58 (n 37/81) โดยเป็นผู้ป่วยกลืนลำบาก 6 ราย ผักการกลืน 6 ราย กลืนได้ 5 ราย โดยทุกรายไม่เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ไตรมาสแรกอัตราการประเมิน Swallow test ร้อยละ 6.67 (n 1/15) เนื่องจาก มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์เป็นประเมินภายใน 24 ชม.และใช้ระบบ fast track ผู้ป่วย บางส่วนต้อง admit ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ทำให้ไม่สามารถประเมินได้ หลังจากนั้น ได้มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำและพยาบาลที่ดูแลให้สามารถประเมิน Swallow test ได้ทำ ให้ไตรมาสที่ 2และ3 ประเมิน Swallow test ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ44.32 (n 21/52)	
		การได้รับ ความรู้ในขณะ อยู่ที่ โรงพยาบาล	ร้อยละของ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ ได้รับความรู้ ในขณะอยู่ที่ โรงพยาบาล	ร้อยละ 100	ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้รับความรู้ในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 100 (n 81/81)	
2) กล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยทั้งหมด 243 ราย ทำ CAG + PCI 192 ราย		การเสียชีวิต	อัตราการ เสียชีวิต	≤ 10%	อัตราการเสียชีวิต 7.73% (n18/243) มีการคำนวณ severity ของผู้ป่วยแต่ละราย (โดยใช้ Grace Score : ACS risk model) ซึ่ง พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิต Grace score >150 คะแนน เช่น Post arrest ,cardiogenic shock, Lt main stenosis	
		Door to EKG	Door to EKG<10 นาที (จากการ triage ที่ถูกต้องของ พยาบาล ER)	ร้อยละ 100	Door to EKG < 10 นาที Case refer ทำได้ ร้อยละ 100 (n 102/102) และ Case walk in ทำได้ ร้อยละ 86.8 (n 33/38) สาเหตุที่ไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย คือ อาการผู้ป่วยไม่ชัดเจน มาด้วยอาการอย่างอื่น เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงจึงทำ EKG 12 leads และกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่มาถึงแล้วต้องใส่ท่อ ช่วยหายใจ มี cardiac arrest	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
		การเกิด Hematoma ขนาด >5x5 cm หลัง CAG	ร้อยละการเกิด Hematoma ขนาด > 5x5 cm หลัง CAG	ร้อยละ 0	การเกิด Hematoma ขนาด >5x5 cm ร้อยละ 1.69 (n 4/237) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยา SK clexane ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง 1 ราย เทคนิคการ off sheath 1 รายและผู้ป่วยลิ่มตัว ลุกนั่ง 1ราย	
		ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตาม METHOD	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตาม METHOD	ร้อยละ 100	ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง METHOD ทำได้ ร้อยละ 98.5 (n 199/202) มีการบันทึกข้อมูลแต่ยังไม่มีความเฉพาะเจาะจงและครบถ้วนในผู้ป่วยบางราย	
		ความสามารถในการดูแลตนเอง	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับดี – ดีมาก	ร้อยละ 100	ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับดี – ดีมาก ทำได้ร้อยละ 96.95 (n195/202)	
		การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอใน 1 เดือนแรก	อัตราการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอใน 1 เดือนแรก	ร้อยละ 100	ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 97.25 (n196/ 202) ผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ อยู่บ้านคนเดียว	
		การกลับมารักษาซ้ำ	อัตราการกลับมารักษาซ้ำ	≤ 5%	อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม เท่ากับ 5.74 % (n 12/209)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
		ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม	ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม		โดยมาด้วยเรื่อง CHF และ Acute Heart Failure 1 ราย เนื่องจากไม่ได้รับยา Furosemide ก่อนจำหน่าย	
		การเลิกบุหรี่ ติดตาม 3 เดือน, 6 เดือน , 1 ปี	ร้อยละของการ เลิกบุหรี่ ติดตาม 3เดือน, 6 เดือน, 1 ปี	≥ร้อยละ 50	- ผู้ป่วยที่เลิกได้บุหรี่ได้ภายใน 1 เดือน ร้อยละ 72.34 - ผู้ป่วยที่เลิกได้บุหรี่ได้ภายใน 3 เดือน ร้อยละ 68.71 - ผู้ป่วยที่เลิกได้ 6 เดือน ร้อยละ 66.10 มีการกลับไปสูบบุหรี่ เมื่ออาการดีขึ้น และส่วนหนึ่งบอกว่าเมื่อไปที่ทำงานเห็นเพื่อนร่วมงาน สูบบุหรี่ ก็กลับไปสูบบุหรี่	
		- ค่า LDL-C หลังจำหน่าย 6 เดือน	ร้อยละผู้ป่วยที่มี ค่า LDL-C หลัง จำหน่าย 6 เดือน <100มก. ต่อดล.	≥ร้อยละ 50	ผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C หลังจำหน่าย 6 เดือน น้อยกว่า 100 ร้อยละ 72.5 (n 58/80)	
3) ผ่าตัดหัวใจ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 99 ราย เป็น Valve surgery 51 ราย CABG 39 ราย CABG + Valve 9 ราย (APNนิภาวรรณ) จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 38ราย เป็น Valve surgery 19 ราย CABG 16 ราย CABG + Valve 3 ราย(พว.บุปผา)						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
		การเลื่อน ผ่าตัดจากการ ไม่ได้ดยยา anti-platelet	อัตราการเลื่อน ผ่าตัดจากการ ไม่ได้ดยยา anti- platelet, anticoagulant	<ร้อยละ 5 ไตรมาสที่ 3 ปรับเป้า เป็น 0	ผู้ป่วยเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากไม่ได้ดยยาanti-platelet, anticoagulant ร้อยละ 0 (n 0/85) ต.ค.60- มิ.ย61 เนื่องจาก 1) การวางแผนให้ข้อมูลยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัดจาก OPD ลงวันทั้งดยยาในใบเตรียมผ่าตัดและ โทรศัพท์ confirm 2) การติดตามเจาะ lab ก่อนผ่าตัด INR/Plt. count ถ้าไม่ได้ตามเป้าหมาย ได้รับ FFP/Plt. conc. 1 วันก่อนผ่าตัดหรือวันผ่าตัด	
		ความสามารถ ในการดูแล ตนเองของ ผู้ป่วยในระดับ ดี – ดีมาก	ร้อยละผู้ป่วยที่มี ความสามารถใน การดูแลตนเอง ในระดับดี – ดี มาก	≥ร้อยละ 85	ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี – ดีมากร้อยละ....85.4 ต.ค.60- มิ.ย61	
		การติดเชื้อ แผลผ่าตัด (SSI)	อัตราการติดเชื้อ แผลผ่าตัด	SIR <1 (*SIR=Stan dardized Infection Ratio)	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด 1.01 ต.ค.60- มิ.ย61 (n/N = 1/99) โดยมีการติดเชื้อที่ Lt groin and Rt. Leg ภายใน 20 วันหลังออกจาก รพ. ผู้ป่วยมี underlying DM	
		ความปลอดภัย ของผู้ป่วยที่ ได้รับยาต้าน การแข็งตัวของ เลือด (warfarin)	ร้อยละผู้ป่วยที่ ได้รับยา มีค่า INR 2-3 (* INR=Internatio nal normalized	>ร้อยละ 50	ผู้ป่วยได้รับยา warfarin มีค่า INR 2-3 ภายใน 3 เดือนหลังผ่าตัด ร้อยละ 61.1 (n/N =34/ 60) ต.ค.60- มิ.ย61	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
			Ratio) ภายใน 3 เดือนหลังผ่าตัด			
		การเกิด ภาวะ shock จาก cardiac tamponade	อัตราการเกิด ภาวะ shock จาก cardiac tamponade	<ร้อยละ 5	อัตราการเกิด ภาวะ shock จาก cardiac tamponade ร้อยละ 1.46 (n/N 2/137) ผู้ป่วย ได้รับการแก้ไขและปลอดภัยเนื่องจาก Early detection จาก Early warning signs	
		การเกิด cardiac arrest จาก threatening cardiac arrhythmia	อัตราการเกิด cardiac arrest จาก threatening cardiac arrhythmia	<ร้อยละ 5	อัตราการเกิด cardiac arrest จาก threatening cardiac arrhythmia ร้อยละ 2.18 (n/N=3/137) ผู้ป่วย 2 ราย เกิดในวันที่ 10 และวันที่ 39 หลังผ่าตัดเนื่องจากมีภาวะ low CO จาก CHF, poor cardiac contractility และมี organ failure ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้ง 2 ราย tracer case ร่วมกับทีมพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมี severity ของโรครุนแรง ผู้ป่วยรายที่ 3 เกิดหลังผ่าตัด 1 วัน ใส่ pacemaker รอดชีวิต	
		การ Re- sternotomy for active bleeding	อัตราการ Re- sternotomy for active bleeding	<ร้อยละ 5	อัตราการ Re-sternotomy for active bleeding เท่ากับร้อยละ 1.44 (n/N= 2/138)	
		คะแนนความ ปวด	ร้อยละของ ผู้ป่วยที่มี คะแนนความ ปวดก่อน จำหน่าย ≤ 3	ร้อยละ 100	ผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดก่อนจำหน่าย ≤ 3 ร้อยละ 100 (n 99/99)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
		Unplanned re-entry ICU ≤ 48 hours	ร้อยละของผู้ป่วย Unplanned re-entry ICU ≤ 48 hours	<ร้อยละ 5 ไตรมาสที่ 3 ปรับลด เป้าหมาย เป็น <ร้อยละ 2	ร้อยละของผู้ป่วย Unplanned re-entry ICU ภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 0.72 (n/N = 1/138) โดยย้ายออก เนื่องจากต้องการเตียง ในขณะที่ผู้ป่วยอาการไม่คงที่	
4) โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 304 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ APNดูแล 251ราย คิดเป็น 82.56		ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับดี – ดีมาก โดยไตรมาสที่ 2 ติดตาม 2 เรื่องคือ 1) การ re-admit และ 2) ความสามารถในการบริหารยาแก้ปวดหลังจำหน่าย)	ร้อยละผู้ป่วยที่มี ความสามารถในการดูแลตนเอง ในระดับดี – ดีมาก	≥ร้อยละ 85	ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี – ดีมาก ร้อยละ 96.89 (n 187/193) โดยสอบถาม ติดตามทางกลุ่ม line 1) ผู้ป่วย re-admit 4 ราย จากปัญหา -แผล BK-amputation ตัดใหม่แล้วแผลแยก -post debridement มีปัญหาเรื่อง exudateจำนวนมาก ,มีกลิ่น ร่วมกับปวดแผลpain score >5 คะแนน -แผลผ่าตัดและ Graph infection - แผล Critical limb ischemia มี exudate จำนวนมากร่วมกับ pain แพทย์แนะนำให้ amputate (ยกเลิกการเก็บข้อมูลเรื่องการดูแลแผลในไตรมาส 2-4) 2) ความสามารถในการบริหารยาแก้ปวดหลังจำหน่ายผู้ป่วยสามารถบริหารให้มีระดับความปวด pain score ≤ 3 คะแนน ได้ร้อยละ 97.16 (n 244/251) มีการใช้สมุดบันทึกการใช้ยาแก้ปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวด pain score >5คะแนน พบว่ามีผู้ป่วย ที่ยังมีความปวด pain score >5 คะแนน เนื่องจากยังไม่ได้แก้ไขสาเหตุและยังหยุดสูบบุหรี่ไม่ได้	
		ระดับความปวดของผู้ป่วย	ระดับความปวด ≤ 3 คะแนน	≥ร้อยละ 80	ระดับความปวด ≤ 3 คะแนนร้อยละ 97.6 (n 156/160)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
		หลังทำ หัตถการ/หลัง ผ่าตัดภายใน 72 ชม			เนื่องจาก 1) ทีมพยาบาล ให้ความสำคัญในการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยโรค PAD และ 2) การสอนผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการรายงานความปวด (self-report) แก่พยาบาล และทีมผู้ป่วยที่มีความปวดเป็นผู้ป่วยที่ post op Rt AKA amputation และอภีกรายผ่าตัดขาทั้งสองข้าง มี pain 5-7 ได้มีการ consult แพทย์ระงับปวดมาร่วมดูแล	
		การจัดการ ความปวด	ร้อยละผู้ป่วยที่มี ระดับความปวด ก่อนจำหน่าย \leq 3 คะแนน	\geq ร้อยละ 90	ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดก่อนจำหน่าย \leq 3 ร้อยละ 98.3 (n 247/251) 1 รายหลังทำหัตถการเสร็จส่งกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด	
		การสูญเสีย อวัยวะส่วน ปลาย(ขา)หลัง ผ่าตัดภายใน 24 ชม.	-ร้อยละผู้ป่วยที่ มีการสูญเสีย อวัยวะส่วน ปลาย -การนำEWS มา ใช้ในการ ปฏิบัติงานของ พยาบาล	\leq ร้อยละ 10 \geq ร้อยละ 80 %	การสูญเสียอวัยวะส่วนปลาย (ขา) ร้อยละ 0 (n 0/230) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการตาม EWS และแจ้งพยาบาลทราบ พยาบาลมีการใช้EWS มาใช้ในการปฏิบัติงานร้อยละ 85.16	
		การเลิกบุหรี่ ใน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี	ร้อยละผู้ป่วยที่ สูบบุหรี่และเลิก บุหรี่ได้สำเร็จใน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี	\geq ร้อยละ 90	- ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ใน 1 เดือน หลังจำหน่าย ร้อยละ 97.6 (83/85 ราย) -ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ใน 3 เดือน หลังจำหน่าย ร้อยละ 76.9 (70/91 ราย) -ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ใน 6 เดือน หลังจำหน่าย ร้อยละ 69.2 (65/96ราย)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
4) บาดเจ็บสมอง (ผู้ป่วย บาดเจ็บสมองปานกลาง ถึงรุนแรง) จำนวน 67 ราย ADL>5 เท่ากับ 25 ราย ADL<5เท่ากับ 42 ราย		ความสามารถ ในการทำ กิจวัตร ประจำวันก่อน จำหน่ายที่ เพิ่มขึ้นจาก แรกรับ (กลุ่ม ค่าคะแนน ADL แกรับ >5)	ร้อยละของ ผู้ป่วยที่มี ความสามารถใน การทำกิจวัตร ประจำวันก่อน จำหน่ายเพิ่มขึ้น จากแรกรับ	ร้อยละ 100	ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นจากแรกรับ (กลุ่มค่า คะแนน ADL แกรับ > 5) ร้อยละ 100 (n25/25) (คะแนน ADL (เต็ม20 คะแนน) จากเครื่องมือวัด Barthel index) 0 – 4 คะแนน ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : 5 - 8 คะแนน ภาวะพึ่งพารุนแรง : 9 - 11 คะแนน ภาวะพึ่งพาปานกลาง ; 12 - 20 คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพา	
		ความสามารถ ในการทำ กิจวัตร ประจำวันก่อน จำหน่ายคง เดิมจากแรก รับ (กลุ่มค่า คะแนน ADL แรกรับ 0-4)	ร้อยละของ ผู้ป่วยที่มี ความสามารถใน การทำกิจวัตร ประจำวันก่อน จำหน่ายคงเดิม จากแรกรับ	≥ร้อยละ 80	ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายคงเดิมจากแรกรับ (กลุ่มค่า คะแนน ADL แกรับ 0-4) ร้อยละ 76.2 (n32/42)	
		การพูดแฉ่ง ภายใน 3 วัน	อัตรา GSC ด้าน การพูดแฉ่ง ภายใน 3 วัน	0	อัตรา GSC ด้านการพูดแฉ่งภายใน 3 วัน ร้อยละ 4.5 (n3/67)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
		การกลับมา รักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน	อัตราการ กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน	0	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 5.9 (n4/67 ราย) ผู้ป่วยมี Aspirated Pneumonia 1 ราย ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ราย เดินและล้ม 1 ราย ติดเชื้อระบบประสาทส่วนกลาง 1 ราย	
5) มะเร็งโลหิต วิทยา จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด 79 คน		ความสามารถ ในการดูแล ตนเอง	ร้อยละผู้ป่วยที่มี ความสามารถใน การดูแลตนเอง ในระดับดี - ดี มาก	≥ร้อยละ 85	ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน ในระดับดี - ดีมาก ร้อยละ 96.73 (84/n87)ด้านที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด คือ การทานอาหารปรุงสุกใน 4 ชมหลังปรุงและการงดผักสด น้ำพริก ของหมักดอง ด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือการทำความสะอาดปากฟันด้วยสาลีเมื่อมี เกล็ดเลือดต่ำ การใส่ mask ทุกครั้งเมื่อพูดคุยกับผู้อื่นหรือขณะอยู่ในชุมชน การบ้วนปากด้วย น้ำเกลือ 4 ครั้ง/วัน อัตราผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองที่โรงพยาบาล ในระดับดี - ดีมาก ร้อยละ 96.3(76/n79) ด้านที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด คือ การทานอาหารปรุงสุกใน 4 ชมหลังปรุงและการ งดผักสด น้ำพริก ของหมักดอง ด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือเตือนให้ผู้อื่นล้างมือก่อนสัมผัสตัว พบปะผู้ที่ป่วยไข้ ไอ	
		CLA-BSI	อัตราการเกิด การติดเชื้อใน สายสวนหลอด เลือดดำ ส่วนกลาง (CLA- BSI) Adult	≤1.0 ครั้ง/ 1000 catheter- days	อัตราการเกิดการติดเชื้อในสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLA-BSI) เป็น 2.01(3ราย) ซึ่ง พบว่าทั้ง 3 ราย มีปัญหาขณะดูแลที่บ้าน แผลปียกน้ำมาจากบ้าน ดูดเลือดออกจากสายยาง และมี clot ในสาย มีการทบทวนร่วมกับหน่วยควบคุมการติดเชื้อ ยังไม่สามารถระบุสาเหตุ การติดเชื้อที่แน่ชัดได้ แต่เชื้อที่พบเป็นเชื้อที่อยู่ในน้ำและอาหาร	
6) มะเร็งตับ ผู้ป่วยที่ดูแลมีจำนวน 191 ราย		พฤติกรรม การดูแลตนเอง	พฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็ง ตับ/มะเร็ง ตับแข็งอยู่ใน ระดับมาก	≥ร้อยละ 85	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี - ดีมาก (ผู้ป่วยรายเก่า (n= 11) ร้อยละ 81.81 ผู้ป่วยรายใหม่ (n=34) ร้อยละ 23.52) N = 45 ราย โดยผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 43 ราย เน้นเรื่องอาหารประเภทโปรตีน/เพิ่มการ รับประทานโปรตีน/จำกัดเกลือ พบว่ายังคงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะและ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
					ประเภทของอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้ทั้งชนิดและปริมาณรับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา ส่วนอีก 2 รายเป็นมะเร็งตับแต่ไม่มีภาวะตับแข็ง จึงไม่ได้เน้นในเรื่องอาหาร ยกเลิกการเก็บข้อมูลนี้ในไตรมาสที่ 3	
		Self-care index				
		ค่าอัลบูมิน หลังจำหน่าย 6 เดือน	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าอัลบูมิน หลังจำหน่าย 6 เดือน เพิ่มขึ้น $\geq 2\%$	\geq ร้อยละ 50	ค่าอัลบูมินหลังจำหน่าย 6 เดือน เพิ่มขึ้น $\geq 2\%$ ร้อยละ 70.37 (n76/106) ผู้ป่วยที่ค่าอัลบูมินไม่เพิ่มขึ้น เป็นผู้ป่วยมะเร็งตับหลังการรักษาด้วยวิธี TACE 2 ครั้ง แล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา และเป็นผู้ป่วยที่มี clinical risk จากโรคตับแข็งและมะเร็งตับ	
		ค่า viral load หลังจำหน่าย 6 เดือน	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า viral load หลังจำหน่าย 6 เดือน ลดลงจากเดิม $\geq 20\%$	\geq ร้อยละ 80	ผู้ป่วยที่มีค่า viral load หลังจำหน่าย 6 เดือน ลดลงจากเดิม $\geq 20\%$ ร้อยละ 84.61 (n22/26) -ผู้ป่วยที่ค่า viral load ไม่ลดลง เนื่องจากผู้ป่วย 4 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา จากการรับรู้ของผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลังอาหาร ผู้ป่วย 1 ราย ตัวโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย clinical risk จากโรคตับแข็งและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธี TACE	
			ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการเลิกดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ 100	ผู้ป่วยที่มีการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 82.35 (n 14/17) ผู้ป่วยที่เลิกดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้เนื่องจากเกิดภาวะขาดเหง้า/ปรึกษาแพทย์จิตเวชแล้ว	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
		การ re-admit จากพฤติกรรม การดูแลตนเอง ที่ไม่เหมาะสม -ภาวะ ascites refractorines s จากการไม่ ควบคุมอาหาร - ภาวะของ เสียคั่งขึ้น สมองจากตับ เสื่อมหน้าที่ จากภาวะ ท้องผูก - ภาวะ เลือดออก ทางเดินอาหาร จากการ รับประทานยา propranolol ไม่ต่อเนื่อง	อัตราการ re-admit	0	อัตราการ re-admit จากพฤติกรรม การดูแลตนเอง ที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 0.56 (n1/177) -ผู้ป่วย 1 ราย มีอาการภาวะของเสียคั่งขึ้นสมองจากตับเสื่อมหน้าที่ เนื่องจากไม่ถ่ายอุจจาระ มา 3 วัน ซึ่งผู้ป่วยรับประทานยา lactulose 30 ซีซี ก่อนนอน ตามคำสั่งแพทย์ ทุกวัน แต่ ไม่ได้จัดการเพิ่มเติมเมื่อมีอาการท้องผูก	
		ภาวะแทรก	อัตราการเกิด bleeding/	0	อัตราการเกิด bleeding/hematoma grade 2 เท่ากับ ร้อยละ 2.11 (n 4/189)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
		ข้อหลังทำ TACE	hematoma grade 2 (5x5 cm.)			
		ระดับความ ปวดback pain	ร้อยละผู้ป่วยที่มี ระดับความปวด back pain หลัง การทำ TACE ≤ 3	≥ร้อยละ 80	ผู้ป่วยที่มีระดับความปวด back pain หลังการทำ TACE ≤ 3 ร้อยละ 84.37 (n108/128)	
		การติดเชื้อ	ร้อยละของการ เกิด sepsis จาก post embolization syndrome (PES) หลังทำ TACE (เก็บข้อมูล เฉพาะผู้ป่วยที่ รักษาด้วยวิธี TACE หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 1)	0	การเกิด sepsis จาก post embolization syndrome เท่ากับ 0 (n 0/49)	
		ค่าเฉลี่ย คุณภาพชีวิต	ร้อยละผู้ป่วยที่มี ค่าเฉลี่ยคุณภาพ	≥ร้อยละ 80	ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังการรักษามากกว่าก่อนการรักษา ร้อยละ100 (n108)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
		ก่อน-หลัง ผู้ป่วยมะเร็ง ระดับที่รักษาด้วย วิธี TACE โดยเก็บข้อมูล ใน 8 หอผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้อง	ชีวิต หลังการ รักษามากกว่า ก่อนการรักษา (คะแนนเต็ม 3)		-ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนเข้ารับการรักษาน้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลัง เข้ารับการรักษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) -ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนเข้ารับการรักษา 1.70 คะแนน (SD = 0.03) -ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังรับการรักษาดังวิธี TACE ครั้งที่ 1-4 = 1.89 คะแนน (SD = 0.03)	
7) มะเร็งเต้านม (จำนวนผู้ป่วย 150 ราย)		ภาวะข้อไหล่ ติด	-อัตราการเกิด ภาวะข้อไหล่ติด	0	อัตราการเกิดภาวะข้อไหล่ติดเป็น 0 (n201/201) เกณฑ์การติดตามภาวะข้อไหล่ติด คือติดตามหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์และ 6 สัปดาห์	
		ความสามารถ ในการดูแล ตนเอง	ร้อยละผู้ป่วยที่มี ความสามารถใน การดูแลตนเอง ในระดับดี-ดีมาก	≥ร้อยละ 85	ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี-ดีมากร้อยละ 86.8	
	เริ่มเก็บใน ไตรมาสที่ 3	ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย/ ญาติในการ ได้รับการให้ คำปรึกษา	ร้อยละความพึง พอใจของผู้ป่วย/ ญาติในการได้รับ การให้คำปรึกษา	>90%	ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติในการได้รับการให้คำปรึกษา ร้อยละ 100 (n=105)	
		ผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่มาใช้ บริการให้ คำปรึกษา มี ระดับความ	ร้อยละของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้าน มที่มาใช้ บริการให้ คำปรึกษา มี	>80%	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาใช้บริการให้คำปรึกษา มีระดับความวิตกกังวลลดลง ร้อยละ 96.3 (n=105)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
		วิตกกังวล ลดลง	ระดับความวิตกกังวลลดลง			
8) มะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มที่มีทวารเทียม จำนวนผู้ป่วย 83 ราย (emergency = 4 ราย)		การทำ stoma siting	ร้อยละของผู้ป่วย elective case ที่ได้รับการทำ stoma siting	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละของผู้ป่วย elective case ที่ได้รับการทำ stoma siting 92.66 (n112/117)	
		การวางแผนจำหน่าย	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย	≥ ร้อยละ 80	ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายร้อยละ 73.17 (n=90/123)	
Peristomal skin irritation*		การเกิด Skin irritation ในผู้ป่วยผ่าตัดใหม่ในระยะเวลา 1 เดือน	ร้อยละการเกิด Skin irritation ในผู้ป่วยผ่าตัดใหม่ในระยะเวลา 1 เดือน	≤ ร้อยละ 10	Skin denude ร้อยละ 10.43 (n = 12/115) Skin irritation ร้อยละ 16.52 (n= 19/115) นับทุกระดับ ตั้งแต่ผู้ป่วยบ่นว่าคันส่วนใหญ่เกิดจากการติดพลาสติกตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงบ่อยเกินไป (กังวลกลัวไม่สะอาด /ภาวะผิวหนังหน้าท้องไม่เรียบเสมอกัน/น้ำหนักสิ่งขับถ่ายถ่วงแป้นมากเกินไป/ใช้แป้นผิดวิธี)	
Stomal prolapse		การเกิด Stoma prolapse ในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละการเกิด Stoma prolapse ในระยะเวลา 1 ปี	≤ ร้อยละ 10	Stoma prolapse ร้อยละ 6.1(n 7/115) พบว่าผู้ป่วยเคยได้รับคำแนะนำการคาดผ้ายึดหรือเข็มขัดผ้ารัดหน้าท้องแล้ว บางรายมีวัสดุแล้วแต่ไม่คาดเพราะอึดอัด หรืออาจเป็นเพราะจัดหาได้ยาก และบางรายคาดผ้ายึดที่เสื่อมสภาพ/ไม่รัดกระชับกล้ามเนื้อหน้าท้อง	
Parastomal hernia		การเกิด parastomal	ร้อยละการเกิด parastomal	≤ ร้อยละ 10	ผู้ป่วยเกิด parastomal hernia ร้อยละ 6.96 (n = 8 /115)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
		hernia ใน ระยะเวลา 1 ปี	hernia ใน ระยะเวลา 1 ปี			
คุณภาพชีวิตผู้มี ทวารเทียม		คุณภาพชีวิต ในระดับดี-ดี มาก	ร้อยละของผู้ที่มี คุณภาพชีวิตใน ระดับดี-ดีมาก	≥ ร้อยละ 80*	คุณภาพชีวิตในระดับดี-ดีมากร้อยละ 75.8 (ปี 2559 พว. วิภาวดี ว่องวรานนท์เคย เก็บข้อมูลได้ร้อยละ 77) ใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตผู้มีทวารเทียมของปริโต ธอร์เซน และจูล (Prieto L, Thorsen H & Juul K, 2005) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะพยาบาล ศาสตร์ในด้านการแปล และ Reliability = .755 เก็บข้อมูลตั้งแต่ 15 พค.- สค. 2561 เฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดทวารเทียมที่ รพ.สงขลานครินทร์ จำนวน 33 ราย ค่ามัธยฐานอายุ (median) 63 ปี (Min=31, Max=81 ปี) ค่ามัธยฐานระยะเวลา หลังผ่าตัด 8.2 เดือน (Min= 1.1, Max=138.8 เดือน) พบว่า มีสิ่งที่กังวลมากที่สุด เรียง 5 ลำดับแรกคือ 1. สถานที่ระบายสิ่งขับถ่ายนอกร้าน 2. เมื่อต้องค้างคืนนอก บ้าน 3. ความต้องการพักผ่อนช่วงกลางวัน 4. มีข้อจำกัดเรื่องการแต่งกาย และ 5. คิดว่าเส้นหัดึงดูตึงทางเพศที่ลดลง และ กังวลว่าจะเป็นภาระให้คนใกล้ชิด	
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ ได้รับเข้าโครงการเร่งการฟื้น หายหลังผ่าตัด (enhance recovery after surgery; ERAS) เริ่มโครงการ กค. – กย. 2561		อุบัติการณ์การ ภาวะท้องอืด (ileus)	ไม่เกิด อุบัติการณ์ ท้องอืดหลัง ผ่าตัด	ร้อยละ 100		APN/แกน นำ PCT CRC ประจำ หอผู้ป่วย
		ลุกเดินได้วัน แรกหลังผ่าตัด	ร้อยละผู้ป่วยที่ เดินได้หลังผ่าตัด วันแรก	ร้อยละ 100		
ตค.60-กย.61 มีผู้ป่วยผ่าตัด Laparotomy (AR, LAR, Hemicolectomy, ULAR,		จำนวนวันนอน รพ.	จำหน่ายหลัง ผ่าตัด ≤ 5 วัน	ร้อยละ 80		

	กค.61	สค.61	กย.61
จำนวนผู้ป่วยในโครงการ APN (ราย)	1	1	3
ลุกเดินได้หลังผ่าตัดวันแรก (ราย)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)
จำนวนผู้ป่วยท้องอืดหลังผ่าตัด (ราย)	-	-	1**
วันนอน รพ.หลังผ่าตัดเฉลี่ย (วัน)	4	4	4.7
จำหน่ายหลังผ่าตัด ≤ 5 วัน	100%	100%	100%

**due to electrolyte imbalance

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
APR) รวม 115 ราย (ไม่นับรวมผู้ป่วยในโปรแกรม ERAS)					หมายเหตุ การเตรียมผู้ป่วยเป็นตามแนวปฏิบัติของ APN & Surgeon วัสดุญาติเริ่มรายแรกเพียง 1 รายเดือนกันยายน				
- สร้าง/เพิ่มแกนนำแต่ละรายโรค					มีคำสั่งแต่งตั้งแกนนำรายโรคดังต่อไปนี้				
					APN/พยาบาลชำนาญการ	กลุ่มผู้ป่วย	หอผู้ป่วย	รายชื่อแกนนำ	
					1. น.ส.อูมา จันทวิเศษ อายุรกรรมทั่วไป	โรคหลอดเลือดสมอง	อายุรกรรมทั่วไป	น.ส.อมรรัตน์ ทองหนูน้อย	
				อายุรกรรมชาย 1			น.ส.มาเรียมะสลิมีน		
				อายุรกรรมหญิง			นางมณี สัจจน้อย		
				MRCU			น.ส.ศรีพัฒน์ เรืองประดับ		
				ฉบ.9			น.ส.เฉลิมขวัญ โชติช่วง น.ส.โรสดี จิเบญจจะ		
				ฉบ.10			น.ส.วานิสสา สะสิสุวรรณ		
				ER			นางปราณี ปานแก้ว		
				MICU			นางเจริญศรี ศรีสุขใส		
				2. น.ส.สุธิดา เต็มทับ อายุรกรรมชาย 1	มะเร็งตับ	อายุรกรรมทั่วไป	นางกัลยา จรินทร์รานนท์		
						อายุรกรรมชาย 1	น.ส.กิงกานต์ จันทคาม		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561			
						อายุรกรรม ชาย 2 น.ส.ราตรี ธานีรัตน์ อายุรกรรม หญิง น.ส.จุรีย์ เพชรน้ำแหลม ฉบ.9 น.ส.เนตรนภา มณีรัตยากร น.ส.หยาดฟ้า รักหอม ฉบ.10 นางคัทลียา อุกติ ฉบ.11 น.ส.สุอังคณา มุสิกชาติ		
					3. น.ส.สุนันทา สกุลดี หอภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม	STEMI	อายุรกรรม ทั่วไป นางนุรีลา อูมา อายุรกรรม ชาย 1 นางศลิษา สุกชัยพานิชพงศ์ อายุรกรรม หญิง นางจินตนา ชูแข่ง ฉบ.9 น.ส.อภิรดี ดำมีศรี น.ส.สุปรียา หอยสกุล ฉบ.10 น.ส.ปิยะรัตน์ มหายศนันท์ ฉบ.11 นางโสมนัส นาคนวล ER นางวรรณิภา เสนุภัย	
					4. น.ส.วรรดี รักอิม อายุรกรรมทางเดิน หายใจ	ผู้ป่วยใส่ เครื่องช่วย หายใจ	อายุรกรรม ทั่วไป นางอุษา หาญณรงค์ อายุรกรรม ชาย 1 น.ส.นันทิตา ทาวารีย์	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ		
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561						
							อายุรกรรมหญิง	นางภัตตราวรรณ ชุมณี			
					5. นางรัตนภรณ์ ประยูรเต็ม ศัลยกรรมชาย 2	โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน	ศัลยกรรมหญิง	น.ส.นัฐธิญา วงศ์ชนะ น.ส.กนกอร มากจังหวัด น.ส.ศิริรัตน์ นกบรรจง			
							ฉบ.8	น.ส.สิวินีย์ กังพานิช น.ส.กมลวรรณ น้ำเยื้อง			
							OPD 2	นางชนินทร์ภร เต็มรัตน์			
							ฉบ.7	นางสายพิน ทองโท			
							6. น.ส.นิภาวรรณ ขามทอง หออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม	โรคผ่าตัดลิ้นหัวใจ โรคผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ	ศัลยกรรมชาย 1	นางจิราพร ภูมรินทร์ นางภวรัญชนปัญจระ นางนวรรรัตน์ ณ พัทลุง นางปนัดดา สนิทใจ	
									ศัลยกรรมหญิง	นางอรพินท์ นฤบาล	
					ฉบ.8	น.ส.ศิริพร อินแก้วศรี น.ส.จรุพร กำเหนิดทอง					
					OPD 2	นางวราวรรณ ดั่งเขียว					
					ฉบ.7	น.ส.เสาวลักษณ์ วงศ์สุวรรณ					
					SRUCU	น.ส.พัชราภรณ์ทัศนโกวิท นางพัชราพร กัลหารรัตน์					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
					7. นางสมพร ก้อนเมฆ ศัลยกรรมชาย 1	มะเร็งลำไส้ ใหญ่	ศัลยกรรม ชาย 1	น.ส.อิชญา ปาลีโภชน์ นางนวรรตน์ ณ พัทลุง นางปนัดดา สนิทใจ	
							ศัลยกรรม ชาย 2	น.ส.สุภาพร พรรณมณีลักษณ์ น.ส.วิไลวรรณ นามสุข	
							ศัลยกรรม หญิง	น.ส.วิภาวดี ว่องวรานนท์ น.ส.ทิพย์วรรณ ยอดแก้ว	
							ฉบ.8	น.ส.พรสมนต์ สุมินตราวงศ์ น.ส.กนกวรรณ สมาธิ	
							OPD 2	นางกัญทิมา บุญศาสตร์	
							อายุรกรรม ชาย 2	น.ส.ชนิษฐา ป๋มไต้	
							ฉบ.7	นางสารินทร์ บัวพูล	
					8. น.ส.กมลรัตน์ ดินกา มิน พิเศษเฉลิมพระบารมี 11	มะเร็งเต้านม	ศัลยกรรม หญิง	น.ส.ปราณี แซ่โจ น.ส.ศราพรรณ ชูสอด	
							ฉบ.8	นางอาภรณ์ พงษ์หา น.ส.สุธิดา ราชเดิม น.ส.ชนิตา แซ่สี	
							OPD 2	นางศิริลักษณ์ ประวีณวรกุล	
							ฉบ.7	น.ส.อมรรัตน์ แก้วประสิทธิ์	
					9. นางจริยา สายวารี หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (PICU)	ผ่าตัดหัวใจ ในเด็ก	เด็ก 1	นางบุษบา อัครวิเศษ	
							ศัลยกรรม เด็ก	น.ส.จุฑามาศ ศรีน้อย	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
						NICU	น.ส.จิราภรณ์ ใจห้าว		
						พิเศษเด็ก	นางช่อจันทร์ แก้วแสงอ่อน		
					10. นางชวนพิศ วิริยะ สุข เด็ก 2	มะเร็งเม็ด เลือดขาวใน เด็ก	พิเศษเด็ก	น.ส.ศุภรัตน์ เรืองสุวรรณ	
					11. นางวาสนา อินทโร หอบหืดทารกแรก เกิด	ทารกเกิด ก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย			
					12 น.ส.เกศริน มณีสิงห์ หอบผู้ป่วยเด็กแรกเกิด				
					13. น.ส.มณฑนา คง วิจิตร พิเศษสูติ-นรีเวช	ความดัน โลหิตสูงใน สตรีมีครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertensi on)	ห้องคลอด	นางสลิตตา อินทร์แก้ว น.ส.อุดมลักษณ์ บังหมัด	
							สูติกรรม	น.ส.ปณิษฐาญญาณ์ จันทร์เมธา นางจุฬารัตน์ เพชรรัตนมูณี	
							พิเศษสูติ-นรี เวช	นางอรุณรา สุทธิสังข์	
							พิเศษสูติ กรรม	น.ส.เยาวลักษณ์ แซ่ฮ้อ นางสุนธรา แก้วชนะ	
						พิเศษทั่วไป	น.ส.ฐิติมา นามจันทร์		
					14. น.ส.อรทัย ชยา ภวัฒน์ นรีเวช	มะเร็งทาง นรีเวช	นรีเวช	น.ส.มัลลิกา สุนทรวิภาต น.ส.เบญจพร เดชเตชะ	
							พิเศษสูติ-นรี เวช	น.ส.มณฑิชา นีรัตติยกุล น.ส.เหมือนขวัญ สุวรรณจำง	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ						ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561							
					1. เนื้อหา สอดคล้องกับหัวข้อ	3.85	0.36	3.83	0.38	3.81	0.39	
					2. การบรรยาย ชัดเจน	3.75	0.44	3.75	0.44	3.73	0.49	
					3. เปิดโอกาสให้ ซักถาม	3.80	0.41	3.83	0.38	3.78	0.46	
					4. ระยะเวลา เหมาะสม	3.71	0.49	3.73	0.45	3.66	0.6	
					5. ความรู้ที่ได้รับ	3.73	0.45	3.76	0.43	3.78	0.42	
					6. การนำไป ประยุกต์ใช้	3.76	0.43	3.83	0.38	3.79	0.41	
					-รุ่นที่ 2 วันที่ 20 เมษายน 2561 ผู้เข้าอบรมทั้งหมด 82 คน ผลประเมินดังตาราง							
					หัวข้อที่ประเมิน	หลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย		พฤติกรรมบริการ ด้านจริยธรรม		กรณีศึกษา ข้อร้องเรียน การ จัดการข้อร้องเรียนและการ ฟ้องร้อง		
						ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
					1. เนื้อหาสอดคล้อง กับหัวข้อ	3.76	0.47	3.80	0.45	3.86	0.35	
					2. การบรรยาย ชัดเจน	3.69	0.50	3.73	0.49	3.78	0.49	
					3. เปิดโอกาสให้ ซักถาม	3.84	0.41	3.80	0.45	3.78	0.46	
					4. ระยะเวลา เหมาะสม	3.64	0.61	3.64	0.55	3.75	0.51	
					5. ความรู้ที่ได้รับ	3.78	0.46	3.78	0.46	3.76	0.50	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ							ผู้รับผิดชอบ																																																																
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																																																							
					<table border="1"> <tr> <td>6. การนำไป ประยุกต์ใช้</td> <td>3.82</td> <td>0.38</td> <td>3.88</td> <td>0.33</td> <td>3.81</td> <td>0.44</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>- จัดอบรมโครงการจริยธรรมสัจจร Non-professional 2 รุ่น รุ่นที่ 1 วันที่ 11 กันยายน 2561 รุ่นที่ 2 วันที่ 12 กันยายน 2561</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อที่ประเมิน</th> <th colspan="2">จริยธรรม สติของผู้ป่วย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติงาน</th> <th colspan="2">พฤติกรรมบริการ ที่พึงประสงค์</th> <th colspan="2">กิจกรรม walk rally & role play</th> </tr> <tr> <th>คะแนน เฉลี่ย</th> <th>SD</th> <th>คะแนน เฉลี่ย</th> <th>SD</th> <th>คะแนน เฉลี่ย</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ</td> <td>3.66</td> <td>0.48</td> <td>3.54</td> <td>0.52</td> <td>3.60</td> <td>0.56</td> </tr> <tr> <td>2. บรรยายชัดเจน</td> <td>3.58</td> <td>0.54</td> <td>3.49</td> <td>0.59</td> <td>3.61</td> <td>0.53</td> </tr> <tr> <td>3. เปิดโอกาสซักถาม</td> <td>3.57</td> <td>0.52</td> <td>3.54</td> <td>0.54</td> <td>3.64</td> <td>0.50</td> </tr> <tr> <td>4. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.48</td> <td>0.55</td> <td>3.54</td> <td>0.54</td> <td>3.61</td> <td>0.53</td> </tr> <tr> <td>5. สามารถนำความรู้ไป ประยุกต์ใช้ได้</td> <td>3.69</td> <td>0.49</td> <td>3.64</td> <td>0.50</td> <td>3.66</td> <td>0.54</td> </tr> <tr> <td>6. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.72</td> <td>0.45</td> <td>3.62</td> <td>0.53</td> <td>3.69</td> <td>0.49</td> </tr> </tbody> </table>							6. การนำไป ประยุกต์ใช้	3.82	0.38	3.88	0.33	3.81	0.44			หัวข้อที่ประเมิน	จริยธรรม สติของผู้ป่วย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติงาน		พฤติกรรมบริการ ที่พึงประสงค์		กิจกรรม walk rally & role play		คะแนน เฉลี่ย	SD	คะแนน เฉลี่ย	SD	คะแนน เฉลี่ย	SD	1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.66	0.48	3.54	0.52	3.60	0.56	2. บรรยายชัดเจน	3.58	0.54	3.49	0.59	3.61	0.53	3. เปิดโอกาสซักถาม	3.57	0.52	3.54	0.54	3.64	0.50	4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.48	0.55	3.54	0.54	3.61	0.53	5. สามารถนำความรู้ไป ประยุกต์ใช้ได้	3.69	0.49	3.64	0.50	3.66	0.54	6. ความรู้ที่ได้รับ	3.72	0.45	3.62	0.53	3.69	0.49	
6. การนำไป ประยุกต์ใช้	3.82	0.38	3.88	0.33	3.81	0.44																																																																						
หัวข้อที่ประเมิน	จริยธรรม สติของผู้ป่วย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติงาน		พฤติกรรมบริการ ที่พึงประสงค์		กิจกรรม walk rally & role play																																																																							
	คะแนน เฉลี่ย	SD	คะแนน เฉลี่ย	SD	คะแนน เฉลี่ย	SD																																																																						
1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.66	0.48	3.54	0.52	3.60	0.56																																																																						
2. บรรยายชัดเจน	3.58	0.54	3.49	0.59	3.61	0.53																																																																						
3. เปิดโอกาสซักถาม	3.57	0.52	3.54	0.54	3.64	0.50																																																																						
4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.48	0.55	3.54	0.54	3.61	0.53																																																																						
5. สามารถนำความรู้ไป ประยุกต์ใช้ได้	3.69	0.49	3.64	0.50	3.66	0.54																																																																						
6. ความรู้ที่ได้รับ	3.72	0.45	3.62	0.53	3.69	0.49																																																																						
2.2 โครงการอบรมจริยธรรม และกฎหมาย พยาบาล ≥5 ปี 2 รุ่น					<p>จัดอบรมจริยธรรมและกฎหมาย พยาบาล ≥5 ปี 2 รุ่น - รุ่นที่ 1 วันที่ 12 มีนาคม 2561 จำนวนผู้เข้าอบรม 97 คน ผลการประเมินความพึงพอใจโดยรวมและข้อเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ดังตาราง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อที่ประเมิน</th> <th>จริยธรรมและ กฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการ พยาบาล</th> <th>: กรณีตัวอย่างข้อ ร้องเรียนและการ ฟ้องร้อง</th> <th>การจัดการข้อ ร้องเรียนและ การฟ้องร้อง</th> <th>การจัดการเพื่อ ป้องกันข้อ ร้องเรียนและการ ฟ้องร้อง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							หัวข้อที่ประเมิน	จริยธรรมและ กฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการ พยาบาล	: กรณีตัวอย่างข้อ ร้องเรียนและการ ฟ้องร้อง	การจัดการข้อ ร้องเรียนและ การฟ้องร้อง	การจัดการเพื่อ ป้องกันข้อ ร้องเรียนและการ ฟ้องร้อง																																																												
หัวข้อที่ประเมิน	จริยธรรมและ กฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการ พยาบาล	: กรณีตัวอย่างข้อ ร้องเรียนและการ ฟ้องร้อง	การจัดการข้อ ร้องเรียนและ การฟ้องร้อง	การจัดการเพื่อ ป้องกันข้อ ร้องเรียนและการ ฟ้องร้อง																																																																								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ								ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561									
						ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
						3.82	0.39	3.72	0.45	3.70	0.50	3.63	0.49	
						3.78	0.42	3.72	0.45	3.63	0.52	3.65	0.48	
						3.36	0.48	3.65	0.48	3.60	0.53	3.58	0.53	
						3.58	0.56	3.54	0.50	3.60	0.53	3.58	0.50	
						3.82	0.39	3.72	0.45	3.68	0.50	3.58	0.50	
						3.76	0.45	3.68	0.47	3.65	0.52	3.61	0.49	
<p>- รุ่นที่ 2 และ 13 มีนาคม 2561 จำนวนผู้เข้าอบรม 89 คน ผลการประเมินความพึงพอใจโดยรวมและข้อเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ดังตาราง</p>														
						จรรยาบรรณที่ เกี่ยวข้องกับการ พยาบาล		: กรณีตัวอย่าง ข้อร้องเรียนและ การฟ้องร้อง		การจัดการข้อ ร้องเรียนและ การฟ้องร้อง		การจัดการเพื่อ ป้องกันข้อ ร้องเรียนและการ ฟ้องร้อง		
						ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
						3.82	0.38	3.67	0.51	3.68	0.51	3.61	0.56	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ								ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561									
					2. การบรรยาย ชัดเจน	3.77	0.46	3.58	0.53	3.60	0.56	3.60	0.56	
					3. เปิดโอกาสให้ ซักถาม	3.23	0.87	3.46	0.73	3.54	0.63	3.49	0.66	
					4. ระยะเวลา เหมาะสม	3.47	0.68	3.51	0.63	3.58	0.60	3.54	0.60	
					5. ความรู้ที่ได้รับ	3.74	0.48	3.61	0.53	3.58	0.60	3.58	0.60	
					6. การนำไป ประยุกต์ใช้	3.79	0.46	3.60	0.62	3.63	0.59	3.61	0.62	
2.3 สร้างบรรยากาศจริยธรรม ด้วยกิจกรรม ethic round/ Ethic conference และมีการ ใช้ info graphic ช่วยสอน เรื่องจริยธรรมพฤติกรรม บริการ การใช้สื่อ social media อย่างเหมาะสม		กิจกรรม	จำนวนกิจกรรม	≥ 7 ครั้ง	มีการจัดกิจกรรมจำนวน 18 ครั้ง (48 หอผู้ป่วย)									
								กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3				
					18 ม.ค. 61	14-15.30น. ณ หอผู้ป่วย	ศัลยกรรมชาย 1 ศัลยกรรมชาย 2 ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมเด็ก	นรีเวช พิเศษสูติ-นรีเวช สูติกรรม พิเศษสูติกรรม ห้องคลอด	อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมทั่วไป อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2/ฮีมาโต อายุรกรรมทางเดินหายใจ					
					23 ก.พ.61	14-15.30น. ณ หอผู้ป่วย	MICU SICU SRCU	พิเศษทั่วไป ฉ.บ. 12 ฉ.บ. 11	กระดูกและข้อชาย กระดูกและข้อหญิง					
					27มี.ค.2561	14-15.30น. ห้องประชุม ศูนย์หัวใจ ร่วมกับ (กลุ่ม1) ห้อง กรรมการ ประชุมภาค Pain ENT (กลุ่ม2)	ฉ.บ. 8 ฉ.บ. 9 ฉ.บ. 10	ตา หู คอ จมูก ศูนย์ให้ยาเคมี บำบัด ศูนย์คัดกรอง ระบบหัวใจ	เด็ก1 เด็ก2 พิเศษเด็ก จิตเวช					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ					ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561						
						ห้องประชุม ฝ่ายฯ (กลุ่ม3)					
					27 เมษายน 61	ณ หอผู้ป่วย	ศัลยกรรมชาย 2 ศัลยกรรมหญิง	PICU หออภิบาลทารก แรกเกิด (NICU)	แผนกผ่าตัด		
					25 พฤษภาคม 61	ณ หอผู้ป่วย	หออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม จิตเวช	Nursery เด็กแรกเกิด	ศัลยกรรมทางเดินหายใจ (SRCU)		
					29 มิถุนายน 61	ณ หอผู้ป่วย	ศัลยกรรมกระดูก และข้อชาย ศัลยกรรมกระดูก และข้อหญิง	หออภิบาลผู้ป่วย อายุรกรรม (MICU)	ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมประสาท		
					จัด Ethics Conferences 3 ครั้ง วันที่ 30 มีนาคม 29 สิงหาคม และ 28 กันยายน 2561 ได้สรุปเนื้อหาจากการทำ ethic round/ Ethic conference จำนวน 12 เรื่องเผยแพร่ในระบบ intranet						
					Upload info graphic ช่วยสอน ในมุมจริยธรรม ของ Intranet ฝ่ายบริการพยาบาล ดังต่อไปนี้ 1. แนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ -ทำไมต้องมีแนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ -ใครบ้างต้องรู้แนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ -หลักทั่วไปในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ -หลักจริยธรรมทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ -การใช้งานสื่อสังคมออนไลน์โดยคำนึงถึงหลักความเป็นวิชาชีพ -การคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
					-การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรมในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ -แนวทางการให้คำปรึกษาออนไลน์ -สิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพต้องรู้เมื่อใช้สื่อสังคมออนไลน์ 2.ตัวอย่างข้อร้องเรียน/การฟ้องร้องจำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) การปกปิดความลับ 2) การปฏิบัติเกินขอบเขตหน้าที่ 3) การแต่งชุดพยาบาลโฆษณาขายสินค้า 4) การปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตราย และ5) การประกอบวิชาชีพที่ไม่ได้มาตรฐานและไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย	
2.4 จัดทำสื่อวีดิทัศน์เรื่องเล่าความดี		สื่อวีดิทัศน์	จำนวนสื่อวีดิทัศน์	1 เรื่อง	สื่อวีดิทัศน์เสร็จแล้ว 1 เรื่อง ชื่อเรื่อง “กอด” อยู่ระหว่างตรวจทานร่วมกับหน่วยเวชניתทัศน์	
3.ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล 166 ราย ให้ direct care โดย APN ทั้งหมด 31 ราย	ต.ค.60- มีย.61	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองผ่านเกณฑ์	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองผ่านเกณฑ์	≥ร้อยละ 85	ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (n 166/166)	คุณภมร
	ต.ค.60- มีย.61	POS	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าPOS รายชื่อและเฉลี่ยลดลง(ก่อนและหลังให้	≥ร้อยละ 70	-ผู้ป่วยที่มีค่าPOS รายชื่อและเฉลี่ยลดลง(ก่อนและหลังให้ Palliative care)ยังไม่มีข้อมูลเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้ให้ direct care ส่วนใหญ่ใกล้เสียชีวิตไม่สามารถประเมิน POS 2 ครั้ง	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
3.1 Training for the Trainer ผู้เข้าอบรมเป็นคนเดิมและเป็นแกนนำในหอผู้ป่วยเป้าหมาย		เกณฑ์การประเมิน	ผู้เข้าอบรมผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด	ร้อยละ 100	-ผู้เข้าอบรมผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด ร้อยละ 100 (44 คน) จัดอบรม (ผู้เข้าอบรมเป็นคนเดียวกันต่อเนื่องทั้ง 3 ครั้ง จำนวน 5 วัน) ครั้งที่ 1 วันที่ 30-31 มกราคม 2561 ครั้งที่ 2 วันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ 2561 ครั้งที่ 3 วันที่ 27 มีนาคม 2561	
3.2 จิตอาสาเอ็นซีระ	ทุก 2 เดือน เริ่ม ธ.ค.60	กิจกรรม	จำนวนการทำกิจกรรม	≥ 5 ครั้ง	จัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ทุกวันอังคารสุดท้ายของเดือน เวลา 17.00-18.00 น. วันที่ 16 มกราคม 2561 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2561 วันที่ 20 มีนาคม 2561 วันที่ 24 เมษายน 2561 วันที่ 22 พฤษภาคม 2561 วันที่ 28 มิถุนายน 2561 (กค.-กย.61 ไม่ได้จัดกิจกรรม) กิจกรรมการดูแล 1.การจัดการอาการทุกข์ทรมาน โดยการให้ความรู้ สอนแนะนำการดูแลตนเอง การैयाบรรเทาอาการ 12 ราย 2.ให้การดูแลด้านจิตใจและจิตสังคม โดยการพูดคุยให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจในการดูแลตนเอง 12 ราย 3.ส่งปรึกษาสิทธิประโยชน์ 2 ราย 4.แนะนำให้ไปพบแพทย์ 2 ราย 5.ส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 1 ราย	
4.โครงการให้ความรู้ประชาชนทั้งใน/นอกโรงพยาบาล	ต.ค.60- ก.ย.61	การจัดกิจกรรม	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม	≥ 4 ครั้ง	จัดกิจกรรม 4 ครั้ง เนื่องจาก -วันพยาบาลแห่งชาติ 20 ตุลาคม 2560 (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) -วันพ่อแห่งชาติ 3-5 ธันวาคม 2560 (ห้างสรรพสินค้าเซ็นทรัลเฟสติวัล) - CPR เพื่อประชาชน ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ในกิจกรรมวิ่งอันดามัน- อ่าวไทย วันที่ 22-29 เมษายน 2561 -วันพยาบาลสากล 11 พฤษภาคม 2561	คุณภมร

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																																															
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																																																				
<p>5.ควบคุมการติดเชื้อ (VAP,CLABSI,CA-UTI)</p> <p>5.1 กิจกรรม catheter round</p> <p>5.2 กิจกรรม KM กลุ่ม nurse และ non nurse</p> <p>5.3 RCA case infection ร่วมกับ ICN และผู้เกี่ยวข้อง</p>		อัตราการติดเชื้อ	เทียบเคียงกับ 50 percentile NHSN ปี 2013	Adult VAP 0.9 ครั้ง/1000 ventilator-days Pediatric VAP 0 ครั้ง/1000 ventilator-days	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเกิด Adult VAP เฉลี่ยเท่ากับ 1.39 ครั้ง/1000 ventilator-days - อัตราการเกิด ICU VAP เฉลี่ยเท่ากับ 2.93 ครั้ง/1000 ventilator-days - อัตราการเกิด Pediatric VAP เฉลี่ยเท่ากับ 0 ครั้ง/1000 ventilator-days 																																																
<p style="text-align: center;">อัตราการเกิด VAP จำแนกรายไตรมาส</p> <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Q 2-59</th> <th>Q 3-59</th> <th>Q 4-59</th> <th>Q 1-60</th> <th>Q 2-60</th> <th>Q 3-60</th> <th>Q 4-60</th> <th>Q 1-61</th> <th>Q 2-61</th> <th>Q 3-61</th> <th>Q 4-61</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</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> <td>0.89</td> <td>1.1</td> <td>0.88</td> <td>2.68</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</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> <td>2.56</td> <td>1.1</td> <td>2.67</td> <td>5.43</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</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> <p style="text-align: center;">Axis Title</p> <p style="text-align: center;"> ● Total Adult ● Total ICU ● PICU </p>							Q 2-59	Q 3-59	Q 4-59	Q 1-60	Q 2-60	Q 3-60	Q 4-60	Q 1-61	Q 2-61	Q 3-61	Q 4-61	Total Adult	1.16	0.88	0.35	1.41	1.34	0.62	0.86	0.89	1.1	0.88	2.68	Total ICU	2.27	2.6	0	2.22	3.94	1.56	0	2.56	1.1	2.67	5.43	PICU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Q 2-59	Q 3-59	Q 4-59	Q 1-60	Q 2-60	Q 3-60	Q 4-60	Q 1-61	Q 2-61	Q 3-61	Q 4-61																																										
Total Adult	1.16	0.88	0.35	1.41	1.34	0.62	0.86	0.89	1.1	0.88	2.68																																										
Total ICU	2.27	2.6	0	2.22	3.94	1.56	0	2.56	1.1	2.67	5.43																																										
PICU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																																																							
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																																																												
					<p style="text-align: center;">อัตราการเกิด VAP จำแนกรายเดือน</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ต.ค.60</th> <th>พ.ย.60</th> <th>ธ.ค.60</th> <th>ม.ค.61</th> <th>ก.พ.61</th> <th>มี.ค.61</th> <th>เม.ย.61</th> <th>พ.ค.61</th> <th>มิ.ย.61</th> <th>ก.ค.61</th> <th>ส.ค.61</th> <th>ก.ย.61</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Overall</td> <td>1.07</td> <td>0.85</td> <td>0.98</td> <td>0.86</td> <td>2.26</td> <td>1.09</td> <td>0</td> <td>1.89</td> <td>0.76</td> <td>0.00</td> <td>2.75</td> <td>2.03</td> <td>3.27</td> </tr> <tr> <td>ICU</td> <td>1.99</td> <td>2.58</td> <td>2.51</td> <td>2.5</td> <td>3.3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>5.60</td> <td>2.40</td> <td>0.00</td> <td>5.29</td> <td>5.41</td> <td>5.59</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</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>	ปีงบประมาณ	ต.ค.60	พ.ย.60	ธ.ค.60	ม.ค.61	ก.พ.61	มี.ค.61	เม.ย.61	พ.ค.61	มิ.ย.61	ก.ค.61	ส.ค.61	ก.ย.61	Overall	1.07	0.85	0.98	0.86	2.26	1.09	0	1.89	0.76	0.00	2.75	2.03	3.27	ICU	1.99	2.58	2.51	2.5	3.3	0	0	5.60	2.40	0.00	5.29	5.41	5.59	PICU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ปีงบประมาณ	ต.ค.60	พ.ย.60	ธ.ค.60	ม.ค.61	ก.พ.61	มี.ค.61	เม.ย.61	พ.ค.61	มิ.ย.61	ก.ค.61	ส.ค.61	ก.ย.61																																																	
Overall	1.07	0.85	0.98	0.86	2.26	1.09	0	1.89	0.76	0.00	2.75	2.03	3.27																																																
ICU	1.99	2.58	2.51	2.5	3.3	0	0	5.60	2.40	0.00	5.29	5.41	5.59																																																
PICU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																
				Adult CLA-BSI 0.9 ครั้ง/ 1000 catheter-days Pediatric CLA-BSI 0.7 ครั้ง/ 1000	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเกิด Adult CLA-BSI เฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ครั้ง/1000 catheter-days - อัตราการเกิด ICU CLA-BSI เฉลี่ยเท่ากับ 3.17 ครั้ง/1000 catheter-days - อัตราการเกิด Pediatric CLA-BSI เฉลี่ยเท่ากับ 2.47 ครั้ง/1000 catheter-days 																																																								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ																																																																																																							
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																																																																																									
				catheter-days	<p>อัตราการเกิด CLABSI จำแนกรายไตรมาส</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Q2-59</th> <th>Q3-59</th> <th>Q4-59</th> <th>Q1-60</th> <th>Q2-60</th> <th>Q3-60</th> <th>Q4-60</th> <th>Q1-61</th> <th>Q2-61</th> <th>Q3-61</th> <th>Q4-61</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</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> <td>2.68</td> <td>3.08</td> <td>1.32</td> <td>3.36</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</td> <td>1.5</td> <td>0.78</td> <td>2.58</td> <td>1.4</td> <td>1.37</td> <td>1.69</td> <td>1.62</td> <td>2.73</td> <td>4</td> <td>1.91</td> <td>4.04</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>2.51</td> <td>2.44</td> <td>3.99</td> <td>0</td> <td>6.21</td> <td>5.1</td> <td>0</td> <td>2.82</td> <td>4.9</td> <td>2.16</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>อัตราการเกิด CLABSI จำแนกรายเดือน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 60</th> <th>ธ.ค.60</th> <th>ก.ย.60</th> <th>พ.ย.60</th> <th>ธ.ค.60</th> <th>ก.พ.61</th> <th>มี.ค.61</th> <th>เม.ย.61</th> <th>พ.ค.61</th> <th>มิ.ย.61</th> <th>ก.ค.61</th> <th>ส.ค.61</th> <th>ก.ย.61</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Overall</td> <td>1.67</td> <td>3.49</td> <td>2.24</td> <td>2.3</td> <td>2.72</td> <td>5.01</td> <td>1.51</td> <td>1.50</td> <td>0.00</td> <td>2.47</td> <td>1.38</td> <td>2.29</td> <td>6.40</td> </tr> <tr> <td>ICU</td> <td>1.51</td> <td>3.01</td> <td>2.71</td> <td>2.48</td> <td>5.78</td> <td>6.23</td> <td>0.00</td> <td>3.28</td> <td>0.00</td> <td>2.46</td> <td>0.00</td> <td>2.99</td> <td>9.15</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>2.41</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3.47</td> <td>0.00</td> <td>6.99</td> <td>7.69</td> <td>0.00</td> <td>6.49</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>			Q2-59	Q3-59	Q4-59	Q1-60	Q2-60	Q3-60	Q4-60	Q1-61	Q2-61	Q3-61	Q4-61	Total Adult	1.86	1.52	3.15	1.87	2.12	1.99	0.72	2.68	3.08	1.32	3.36	Total ICU	1.5	0.78	2.58	1.4	1.37	1.69	1.62	2.73	4	1.91	4.04	PICU	2.51	2.44	3.99	0	6.21	5.1	0	2.82	4.9	2.16	0	ปี 60	ธ.ค.60	ก.ย.60	พ.ย.60	ธ.ค.60	ก.พ.61	มี.ค.61	เม.ย.61	พ.ค.61	มิ.ย.61	ก.ค.61	ส.ค.61	ก.ย.61	Overall	1.67	3.49	2.24	2.3	2.72	5.01	1.51	1.50	0.00	2.47	1.38	2.29	6.40	ICU	1.51	3.01	2.71	2.48	5.78	6.23	0.00	3.28	0.00	2.46	0.00	2.99	9.15	PICU	2.41	0	0	3.47	0.00	6.99	7.69	0.00	6.49	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Q2-59	Q3-59	Q4-59	Q1-60	Q2-60	Q3-60	Q4-60	Q1-61	Q2-61	Q3-61	Q4-61																																																																																																			
Total Adult	1.86	1.52	3.15	1.87	2.12	1.99	0.72	2.68	3.08	1.32	3.36																																																																																																			
Total ICU	1.5	0.78	2.58	1.4	1.37	1.69	1.62	2.73	4	1.91	4.04																																																																																																			
PICU	2.51	2.44	3.99	0	6.21	5.1	0	2.82	4.9	2.16	0																																																																																																			
ปี 60	ธ.ค.60	ก.ย.60	พ.ย.60	ธ.ค.60	ก.พ.61	มี.ค.61	เม.ย.61	พ.ค.61	มิ.ย.61	ก.ค.61	ส.ค.61	ก.ย.61																																																																																																		
Overall	1.67	3.49	2.24	2.3	2.72	5.01	1.51	1.50	0.00	2.47	1.38	2.29	6.40																																																																																																	
ICU	1.51	3.01	2.71	2.48	5.78	6.23	0.00	3.28	0.00	2.46	0.00	2.99	9.15																																																																																																	
PICU	2.41	0	0	3.47	0.00	6.99	7.69	0.00	6.49	0.00	0.00	0.00	0.00																																																																																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																																																
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																																																					
				Adult CA-UTI 2.2 ครั้ง/1000 catheter-days Pediatric CA-UTI 1.4 ครั้ง/1000 catheter-days	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเกิด Adult CA-UTI เฉลี่ยเท่ากับ 3.18 ครั้ง/1000 catheter-days - อัตราการเกิด ICU CA-UTI เฉลี่ยเท่ากับ 1.58 ครั้ง/1000 catheter-days - อัตราการเกิด Pediatric CA-UTI เฉลี่ยเท่ากับ 1.23 ครั้ง/1000 catheter-days <div style="text-align: center;"> <p>อัตราการเกิด CAUTI จำแนกรายไตรมาส</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Q 2-59</th> <th>Q 3-59</th> <th>Q 4-59</th> <th>Q 1-60</th> <th>Q 2-60</th> <th>Q 3-60</th> <th>Q 4-60</th> <th>Q 1-61</th> <th>Q 2-61</th> <th>Q 3-61</th> <th>Q 4-61</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Adult</td> <td>2.62</td> <td>3.5</td> <td>3.61</td> <td>4.03</td> <td>4.72</td> <td>7.93</td> <td>3.14</td> <td>5.57</td> <td>1.29</td> <td>4.05</td> <td>1.8</td> </tr> <tr> <td>Total ICU</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> <td>3.2</td> <td>1.1</td> <td>0.99</td> <td>1.02</td> </tr> <tr> <td>PICU</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> <td>0</td> <td>0</td> <td>4.9</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> </div>		Q 2-59	Q 3-59	Q 4-59	Q 1-60	Q 2-60	Q 3-60	Q 4-60	Q 1-61	Q 2-61	Q 3-61	Q 4-61	Total Adult	2.62	3.5	3.61	4.03	4.72	7.93	3.14	5.57	1.29	4.05	1.8	Total ICU	3.77	0	3.24	1.94	0.87	6.97	2.22	3.2	1.1	0.99	1.02	PICU	4.5	0	5.76	0	4.72	0	0	0	0	4.9	0	
	Q 2-59	Q 3-59	Q 4-59	Q 1-60	Q 2-60	Q 3-60	Q 4-60	Q 1-61	Q 2-61	Q 3-61	Q 4-61																																											
Total Adult	2.62	3.5	3.61	4.03	4.72	7.93	3.14	5.57	1.29	4.05	1.8																																											
Total ICU	3.77	0	3.24	1.94	0.87	6.97	2.22	3.2	1.1	0.99	1.02																																											
PICU	4.5	0	5.76	0	4.72	0	0	0	0	4.9	0																																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																																																							
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																																																												
					<p style="text-align: center;">อัตราการเกิด CAUTI จำแนกรายเดือน</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>งปม. 60</th> <th>ตค.60</th> <th>พย.60</th> <th>ธค.60</th> <th>มค.61</th> <th>กพ.61</th> <th>มีค.61</th> <th>เมย.61</th> <th>พค.61</th> <th>มิย.61</th> <th>กค.61</th> <th>สค.61</th> <th>กย.61</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Over all</td> <td>4.71</td> <td>7.63</td> <td>2.4</td> <td>6.67</td> <td>1.42</td> <td>0.00</td> <td>2.44</td> <td>6.43</td> <td>3.61</td> <td>2.20</td> <td>2.15</td> <td>3.26</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>ICU</td> <td>2.94</td> <td>5.95</td> <td>3.65</td> <td>0</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>3.30</td> <td>0.00</td> <td>2.96</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3.06</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PICU</td> <td>1.06</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>14.71</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	งปม. 60	ตค.60	พย.60	ธค.60	มค.61	กพ.61	มีค.61	เมย.61	พค.61	มิย.61	กค.61	สค.61	กย.61	Over all	4.71	7.63	2.4	6.67	1.42	0.00	2.44	6.43	3.61	2.20	2.15	3.26	0.00	ICU	2.94	5.95	3.65	0	0.00	0.00	3.30	0.00	2.96	0	0	3.06	0	PICU	1.06	0	0	0	0	0	0	0	14.71	0	0	0	0	
งปม. 60	ตค.60	พย.60	ธค.60	มค.61	กพ.61	มีค.61	เมย.61	พค.61	มิย.61	กค.61	สค.61	กย.61																																																	
Over all	4.71	7.63	2.4	6.67	1.42	0.00	2.44	6.43	3.61	2.20	2.15	3.26	0.00																																																
ICU	2.94	5.95	3.65	0	0.00	0.00	3.30	0.00	2.96	0	0	3.06	0																																																
PICU	1.06	0	0	0	0	0	0	0	14.71	0	0	0	0																																																
5.1 จัดกิจกรรม catheter round ร่วมกับหอผู้ป่วยและหน่วยควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้แกนนำด้านทัศนคติและการจัดการลดการติดเชื้อ		กิจกรรม	จำนวนครั้งของกิจกรรม	≥ 30 ครั้ง	<p>จัดกิจกรรม catheter round จำนวน 28 ครั้ง ร่วมกับหอผู้ป่วยและหน่วยควบคุมการติดเชื้อทุกวันพุธเวลา 14.30-16.30 น.</p> <p>-สื่อสารแลกเปลี่ยนกับแกนนำทางกลุ่มไลน์ ทำสื่อด้วยภาพ/คลิปวิดีโอสั้นๆ</p> <p>ผลของการจัดกิจกรรมสร้างความตื่นตัวและตระหนักในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อได้มากขึ้นพบว่า urinary device และ CVC utilization ratio ลดลง</p> <p>ดังตาราง Urinary catheter device utilization ratio (Catheter days/Patient days)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> <th>1-61</th> <th>2-61</th> <th>3-61</th> <th>4-61</th> <th>5-61</th> <th>6-61</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.16</td> <td>0.16</td> <td>0.14</td> <td>0.13</td> <td>0.09</td> <td>0.09</td> <td>0.09</td> <td>0.09</td> <td>0.1</td> <td>0.1</td> </tr> </tbody> </table>	1-60	2-60	3-60	4-60	1-61	2-61	3-61	4-61	5-61	6-61	0.16	0.16	0.14	0.13	0.09	0.09	0.09	0.09	0.1	0.1																																				
1-60	2-60	3-60	4-60	1-61	2-61	3-61	4-61	5-61	6-61																																																				
0.16	0.16	0.14	0.13	0.09	0.09	0.09	0.09	0.1	0.1																																																				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																				
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																									
					CVC device utilization ratio <table border="1"> <thead> <tr> <th>1-60</th> <th>2-60</th> <th>3-60</th> <th>4-60</th> <th>1-61</th> <th>2-61</th> <th>3-61</th> <th>4-61</th> <th>5-61</th> <th>6-61</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.16</td> <td>0.16</td> <td>0.14</td> <td>0.14</td> <td>0.10</td> <td>0.09</td> <td>0.51</td> <td>0.53</td> <td>0.60</td> <td>0.68</td> </tr> </tbody> </table>	1-60	2-60	3-60	4-60	1-61	2-61	3-61	4-61	5-61	6-61	0.16	0.16	0.14	0.14	0.10	0.09	0.51	0.53	0.60	0.68	
1-60	2-60	3-60	4-60	1-61	2-61	3-61	4-61	5-61	6-61																	
0.16	0.16	0.14	0.14	0.10	0.09	0.51	0.53	0.60	0.68																	
5.2 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม nurse และ non nurse		กิจกรรม	จำนวนครั้งของกิจกรรม	≥ 3 ครั้ง	มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่ม nurse และ non nurse จำนวน 2 ครั้ง - กลุ่ม nurse เรื่องการป้องกันการเกิด CLABSI และ CAUTI ในวันที่ 15 ธันวาคม 2560 <u>ประเด็นสำคัญที่ได้จาก KM</u> เพื่อป้องกัน CLABSI คือ การทำความสะอาดผิวหนังด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ก่อนเริ่มกระบวนการใส่สายสวนฯ การปิดแผลตามคำแนะนำของ IC การปิดแผลให้คลุมปากแผลด้วยแผ่น transparent film (อาจมีหรือไม่มี CHG) ขนาดใหญ่ ในผู้ป่วยที่คาสายสวนฯ นานกว่า 7 วัน แนะนำการปิดแผลด้วย transparent film ชนิดมี CHG ชุดให้ IV เปลี่ยนทุก 4 วัน การบันทึกข้อมูลวันที่ใส่สายสวนฯ ข้อมูลการ remind แพทย์ -กลุ่ม Non nurse จัดกิจกรรมเรื่อง หนูขอช่วยป้องกัน CLABSI และ CAUTI วันที่ 15 มกราคม 2561 <u>ประเด็นสำคัญที่ได้จาก KM</u> เพื่อป้องกัน CAUTI คือ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่ก่อนเริ่มกระบวนการใส่สายสวนฯ การเลือกขนาดสายสวนฯ การทำความสะอาดระหว่างการคาสายสวนฯ ด้วยน้ำสะอาดไม่ใช้น้ำที่เป็นน้ำจากการเช็ดตัว การบันทึกข้อมูลวันที่ใส่สายสวนฯ ข้อมูลการ remind แพทย์ เมื่อพบปัสสาวะออกนอกสายสวนฯ (leak) ต้องรายงานพยาบาลทันที																					
5.3 RCA case ร่วมกับ ICN และผู้เกี่ยวข้อง		กิจกรรม	จำนวนครั้งของกิจกรรม	≥ 3 ครั้ง	มีการจัดกิจกรรม RCA case ร่วมกับ ICN และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ครั้ง วันที่ 25 ธ.ค. 60 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 14 คน ทบทวนผู้ป่วย 3 ราย ที่มีการติดเชื้อระหว่าง ต.ค.- พ.ย.60																					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
					<p>วันที่ 16 ก.พ. 61 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 12 คน ทบทวนผู้ป่วย 3 ราย ที่มีการติดเชื้อระหว่าง ธ.ค. 60- ม.ค.61</p> <p>วันที่ 18 เม.ย.61 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 13 คน ทบทวนผู้ป่วย 8 ราย ที่มีการติดเชื้อระหว่าง ม.ค.- มี.ค.61</p> <p>วันที่ 14 พ.ค.61 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 11 คน ทบทวนผู้ป่วย 5 ราย ที่มีการติดเชื้อ เดือน เม.ย. 61</p> <p><u>ประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำ RCA</u> ร่วมกับหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง คือ การบันทึกข้อมูลวันที่ใส่สายสวนฯ ข้อมูลการ remind แพทย์ ไม่ต้องรอคาสายสวนฯ ครบ 3 วัน สามารถ remind ได้เมื่อหมดข้อบ่งชี้การคาสาย การใช้ช่องทางการสื่อสารทางไลน์เพื่อปรึกษาในผู้ป่วยที่มีคาสายนานหรือเมื่อมีข้อสงสัยต่างๆ</p> <p><u>ประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำ RCA</u> ร่วมกับหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ทีม IVR และหน่วยไตเทียม จากการพบผู้ป่วยติดเชื้อ CLABSI วันที่ 3 หลังคาสายสวนฯ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคือ อาจมีการปนเปื้อนระหว่างการใส่สาย 2-lumen (หลังจาก IVR ใส่สายสวนฯ เสร็จ ผู้ป่วยไปทำ H/D ทันทันที่หน่วยไตเทียม) ทีม IVR ได้ประชุมทีมและปรับกระบวนการป้องกันการปนเปื้อน</p>	
5.5 รมรงค์เรื่องการล้างมือ อย่างเข้มข้น เน้น Five Moment		การล้างมือ	ร้อยละของการ ล้างมือตาม Five Moments	≥ร้อยละ 90	<p>พยาบาลมีการล้างมือตาม Five Moments ร้อยละ 86.8</p> <p>ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล/พนักงานช่วยการพยาบาลมีการล้างมือตาม Five Moments ร้อยละ 88.9</p> <p>Moment ที่ทำได้น้อยทั้ง 2 กลุ่มคือการล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วยเฉลี่ยรวมร้อยละ 56.32</p> <p>Moment ที่ทำได้ดีทั้ง 2 กลุ่มคือการล้างมือก่อนทำหัตถการ หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม เฉลี่ยรวมร้อยละ 100 ร้อยละ 99.15 ร้อยละ 94.29 ตามลำดับ</p> <p>เก็บข้อมูล โดยการสังเกตขณะทำ กิจกรรม catheter round ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2561</p> <p>ผลแต่ละ moment ตามตาราง</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ							ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561															
					พยาบาล		PN/ORD		เฉลี่ย											
					ก.พ.-61	มี.ค.-61	ก.พ.-61	มี.ค.-61	พยาบาล	PN/ORD	เฉลี่ยรวม									
					(n 39 ครั้ง)	(n 58 ครั้ง)	(n 31 ครั้ง)	(n 38 ครั้ง)	(n 97 ครั้ง)	(n 69 ครั้ง)	(n 166 ครั้ง)									
					ก่อนสัมผัสผู้ป่วย	56.41	51.72	64.52	52.63	54.07	58.58	56.32								
					ก่อนทำหัตถการ	100	100	100	100	100	100	100								
					หลังสัมผัสผู้ป่วย	76.92	86.21	100	94.74	81.57	97.37	89.47								
					หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง	100	96.6	100	100	98.3	100	99.15								
					หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม	100	100	90.3	86.84	100	88.57	94.29								
					<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการนิเทศ เรื่อง ขั้นตอนการล้างมือ และ 5 moments เดือนมกราคม 2561 - เดือนมีนาคม 2561 แจก poster การล้างมือถูกขั้นตอนและ5momentsให้ทุกหอผู้ป่วย - ฝ่ายบริการพยาบาลประกาศนโยบายห้ามนำก๊อส/หัวกรองมาหุ้มหัวก๊อกน้ำ 															
6.เพิ่มคุณภาพการจัดการ ความปลอดภัย 6.1 เพิ่มความเข้มแข็งให้แก่ นำด้านทัศนคติและการจัดการ โดยกิจกรรม KM	ต.ค.60- ก.ย.61	-ความพึงพอใจ การจัดการ ความปลอดภัย -การจัดการ ความปลอดภัย	-ร้อยละความพึง พอใจการจัดการ ความปลอดภัยระดับ -มาก-มากที่สุด การประเมิน อาการปวด	>ร้อยละ 90 >ร้อยละ 90	- ความพึงพอใจการจัดการความปลอดภัยระดับ มาก-มากที่สุดร้อยละ 97.50 <table border="1"> <tr> <td>ความพึงพอใจในการจัดการบรรเทาปวด (พอใจมาก-มากที่สุดที่สุด)</td> <td>Act. pain</td> <td>Cancer pain</td> <td>Pediatric pain</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ</td> </tr> </table>							ความพึงพอใจในการจัดการบรรเทาปวด (พอใจมาก-มากที่สุดที่สุด)	Act. pain	Cancer pain	Pediatric pain		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	คุณยุพา
ความพึงพอใจในการจัดการบรรเทาปวด (พอใจมาก-มากที่สุดที่สุด)	Act. pain	Cancer pain	Pediatric pain																	
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
6.2 จัดทำแผนการนิเทศการ จัดการความปวดในประเด็นที่ มีปัญหา โดยกิจกรรม Quality round ร่วมกับทีม พัฒนาคุณภาพ 6.3 KS การจัดการความปวด โดยไม่ใช้ยา		การเทียบเคียง เครือข่าย ชมรม พัฒนาการ พยาบาลของ รพ.ขนาดกลาง 1.Acute pain 2.Cancer pain 3.Pediatric pain	ภายหลังได้รับยา บรรเทาปวด -การให้ข้อมูล เกี่ยวกับอาการ ไม่พึงประสงค์ ของยา - การให้ข้อมูล เรื่องวิธีจัดการ ความปวด - การประเมิน ความปวดเมื่อ จำหน่าย - อันตราย เทียบเคียง เครือข่ายชมรม พัฒนาการ พยาบาลของ รพ.ขนาดกลาง - อันตราย เทียบเคียง เครือข่ายชมรม พัฒนาการ	>ร้อยละ 90	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและ การบอกคะแนนความปวด	95.57	72.8	81.5	
					การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมี อาการปวด	98.46	82.7	95.8	
					การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเมื่อมีอาการปวด	NA	NA	95.8	
					การได้รับข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด	93.84	64.9	83.9	
					การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/ อาการข้างเคียงของยาระงับปวด	86.73	70.7	69.4	
					การได้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาปวด กับแพทย์/พยาบาล	92.11	64.9	78.2	
					การประเมิน/สอบถามอาการปวดภายหลัง ได้รับยาบรรเทาปวด	96.54	79.3	97.5	
					การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่าง สม่ำเสมอ	98.72	77.6	96.6	
					ความพึงพอใจโดยรวมในการจัดการความ ปวดที่ได้รับ	97.50	NA	NA	
					อันดับ 1 ใน 3				
อันดับ 1 ใน 3 14 เรื่อง									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ																																								
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																											
			พยาบาลของ รพ.ขนาดกลาง จำนวน มาตรฐานที่ ทบทวนและ ประกาศใช้		<p>ปวดกับแพทย์/ พยาบาล คะแนนน้อยสุด 64.9 รองลงมาคือการให้ข้อมูลเรื่องวิธีการจัดการความปวด 67.3</p> <p>2.เก็บข้อมูล QA การจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2561 จำนวน 119 ราย พบว่าผ่านเกณฑ์4ข้อ ไม่ผ่าน4ข้อ คือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/อาการข้างเคียงของยาระงับปวด น้อยสุด69.4และการได้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาปวดกับแพทย์/พยาบาล 78.2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>กระบวนการการจัดการความปวด</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มีการบันทึกความรุนแรงของความปวด 3 ครั้งใน 24 ชม.</td> <td>57</td> <td>98.3</td> </tr> <tr> <td>มีการบันทึกตำแหน่งที่ปวดในบันทึกทางการพยาบาล</td> <td>58</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>การจัดการความปวดเมื่อมี breakthrough pain</td> <td>22</td> <td>95.7</td> </tr> <tr> <td>การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดในกรณีที่มี breakthrough pain</td> <td>21</td> <td>95.5</td> </tr> <tr> <td>ประเมินความปวดซ้ำภายใน15-30นาที</td> <td>21</td> <td>95.5</td> </tr> <tr> <td>การบันทึก intervention ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา</td> <td>46</td> <td>79.3</td> </tr> <tr> <td>ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกวิธีบำบัดความปวด</td> <td>53</td> <td>93.0</td> </tr> <tr> <td>วิธีการบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา</td> <td>49</td> <td>84.5</td> </tr> <tr> <td>พยาบาลกระตุ้นให้รักษา/บำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยา</td> <td>11</td> <td>21.6</td> </tr> </tbody> </table> <p>- Quality round ในประเด็นการประเมินการลงบันทึกตาม Gap ที่ไม่ได้ตามแผน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>วันที่/ เวลา</th> <th>กรรมการ กลุ่มที่ 1</th> <th>กรรมการ กลุ่มที่ 2</th> <th>กรรมการ กลุ่มที่ 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27 เม.ย.61</td> <td>ฉบ.8</td> <td>ตา</td> <td>เด็ก 1</td> </tr> <tr> <td>14 -15.30 น.</td> <td>ฉบ.9</td> <td>หุ คอ จมูก</td> <td>เด็ก 2</td> </tr> </tbody> </table>	กระบวนการการจัดการความปวด	จำนวน	ร้อยละ	มีการบันทึกความรุนแรงของความปวด 3 ครั้งใน 24 ชม.	57	98.3	มีการบันทึกตำแหน่งที่ปวดในบันทึกทางการพยาบาล	58	100	การจัดการความปวดเมื่อมี breakthrough pain	22	95.7	การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดในกรณีที่มี breakthrough pain	21	95.5	ประเมินความปวดซ้ำภายใน15-30นาที	21	95.5	การบันทึก intervention ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา	46	79.3	ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกวิธีบำบัดความปวด	53	93.0	วิธีการบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา	49	84.5	พยาบาลกระตุ้นให้รักษา/บำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยา	11	21.6	วันที่/ เวลา	กรรมการ กลุ่มที่ 1	กรรมการ กลุ่มที่ 2	กรรมการ กลุ่มที่ 3	27 เม.ย.61	ฉบ.8	ตา	เด็ก 1	14 -15.30 น.	ฉบ.9	หุ คอ จมูก	เด็ก 2	
กระบวนการการจัดการความปวด	จำนวน	ร้อยละ																																														
มีการบันทึกความรุนแรงของความปวด 3 ครั้งใน 24 ชม.	57	98.3																																														
มีการบันทึกตำแหน่งที่ปวดในบันทึกทางการพยาบาล	58	100																																														
การจัดการความปวดเมื่อมี breakthrough pain	22	95.7																																														
การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดในกรณีที่มี breakthrough pain	21	95.5																																														
ประเมินความปวดซ้ำภายใน15-30นาที	21	95.5																																														
การบันทึก intervention ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา	46	79.3																																														
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกวิธีบำบัดความปวด	53	93.0																																														
วิธีการบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา	49	84.5																																														
พยาบาลกระตุ้นให้รักษา/บำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยา	11	21.6																																														
วันที่/ เวลา	กรรมการ กลุ่มที่ 1	กรรมการ กลุ่มที่ 2	กรรมการ กลุ่มที่ 3																																													
27 เม.ย.61	ฉบ.8	ตา	เด็ก 1																																													
14 -15.30 น.	ฉบ.9	หุ คอ จมูก	เด็ก 2																																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
						ฉบ.10	ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด ศูนย์คัดกรองระบบ หายใจ	พิเศษเด็ก จิตเวช	
					25 พ.ค.61 14 -15.30 น.	OR OPD 1 OPD 2 OPD 3	ฉุกเฉิน สังเกตอาการ อุบัติเหตุ&ไฟไหม้ ศัลยกรรมประสาท	PICU NICU NMCU	
					15 มิ.ย.61 14 -15.30 น.	ศัลยกรรมชาย 1 ศัลยกรรมชาย 2 ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมเด็ก	นรีเวช พิเศษสูติ-นรีเวช สูติกรรม พิเศษสูติกรรม ห้องคลอด	อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมทั่วไป อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมทางเดิน หายใจ	
					24 ก.ค.61 14 -15.30 น.	MICU SICU SRCU	พิเศษทั่วไป ฉบ.12 ฉบ.11	กระดูกและข้อชาย กระดูกและข้อหญิง	
					<p>พบgap 1.เรื่องการประเมินpain และการบันทึกที่ไม่ตรงกันใน Graphic Sheet กับบันทึกของพยาบาล</p> <p>2.ความเที่ยงในการใช้เครื่องมือประเมินพบว่าการประเมินความปวดได้คะแนนไม่ตรงกัน</p> <p>3.คะแนนปวดแรกรับใน initial assessment ควรตรงกับ คะแนนปวดใน Graphic Sheet และอาการแรกรับ</p> <p>4.การประเมินซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด ทั้งที่ได้รับยาชนิดกิน/ชนิดฉีด/โดยไม่ใช้ยา</p>				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ					ผู้รับผิดชอบ																				
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																									
					<ul style="list-style-type: none"> ● ยาชนิดฉีด ควรมีการตามคะแนนหลังได้ยา ภายใน 15-30 นาที ● ยาชนิดกิน ควรมีการตามคะแนนหลังได้ยา ภายใน 1 ชม. ● การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาควรมีการตามคะแนน ภายใน 30 นาที <p>เน้นการลงบันทึกใน graphic sheet และบันทึกทางการพยาบาลด้วย</p> <p>5.สำหรับ intervention กิจกรรมที่ช่วยในการบรรเทา/ผ่อนคลายอาการปวด ควรพิจารณาในการเขียนเป็นเวรๆไป ให้เหมาะสมแต่ละเวร เพราะมีการ copy Template เหมือนกันทุกเวร สิ่งไหนไม่ได้ปฏิบัติตัดออกด้วย</p> <p>6.การให้ยาแก้ปวด fentanyl, MO ก่อนให้ยาและหลังได้รับยาควรมีการ record RR และ sedation score ทุกครั้ง</p> <p>7.ควรตั้งปัญหาเรื่องPain เฉพาะมาอีก 1 ข้อจะได้มองเห็นชัดเจน และแก้ปัญหาได้ถูกต้อง</p> <p>8. การลงประเมิน pain ก่อนจำหน่าย ทุกราย...ถ้ารายใด NRS >3 ควรมีการจัดการให้ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย</p> <p>- จัดโครงการอบรมการจัดการความปวดและdeploy แนวปฏิบัติการจัดการความปวด 7 แนวทางของโรงพยาบาล จัด4 รุ่น วันที่18 มิถุนายน 2561 และวันที่ 2,4 กรกฎาคม 2561 และ4ต.ค.61 ให้พยาบาลทุกระดับ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ข้อประเมิน (ค่าเฉลี่ย1-5)</th> <th>ครั้งที่ 1 18/06/61</th> <th>ครั้งที่ 2 2/07/61</th> <th>ครั้งที่ 3 4/07/61</th> <th>ครั้งที่ 4 3/10/61</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนผู้เข้าอบรม</td> <td>80</td> <td>99</td> <td>94</td> <td>148</td> </tr> <tr> <td>1. เนื้อหาในการฝึกอบรมตรงกับ วัตถุประสงค์</td> <td>ร้อยละ100</td> <td>4.29</td> <td>4.49</td> <td>4.49</td> </tr> <tr> <td>2. สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการ ปฏิบัติงาน</td> <td>ร้อยละ97.83</td> <td>4.36</td> <td>4.38</td> <td>4.43</td> </tr> </tbody> </table>					ข้อประเมิน (ค่าเฉลี่ย1-5)	ครั้งที่ 1 18/06/61	ครั้งที่ 2 2/07/61	ครั้งที่ 3 4/07/61	ครั้งที่ 4 3/10/61	จำนวนผู้เข้าอบรม	80	99	94	148	1. เนื้อหาในการฝึกอบรมตรงกับ วัตถุประสงค์	ร้อยละ100	4.29	4.49	4.49	2. สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการ ปฏิบัติงาน	ร้อยละ97.83	4.36	4.38	4.43	
ข้อประเมิน (ค่าเฉลี่ย1-5)	ครั้งที่ 1 18/06/61	ครั้งที่ 2 2/07/61	ครั้งที่ 3 4/07/61	ครั้งที่ 4 3/10/61																										
จำนวนผู้เข้าอบรม	80	99	94	148																										
1. เนื้อหาในการฝึกอบรมตรงกับ วัตถุประสงค์	ร้อยละ100	4.29	4.49	4.49																										
2. สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการ ปฏิบัติงาน	ร้อยละ97.83	4.36	4.38	4.43																										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561					
					3. รูปแบบและวิธีการฝึกอบรม เหมาะสม	ร้อยละ 97.83	4.16	4.16	4.14	
					4. คุณภาพของเอกสารประกอบการ ฝึกอบรม	ร้อยละ 78.26	3.88	3.54	4.35	
					5. วิทยากรมีความสามารถในการ ถ่ายทอดให้ความเข้าใจ	ร้อยละ 95.66	4.25	4.15	4.31	
					6. การเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดง ความคิดเห็น	100	4.42	4.30	4.05	
					7. การใช้เวลาเหมาะสม	ร้อยละ 97.81	4.29	3.98	4.25	
7. ทบทวน ปรับมาตรฐาน การพยาบาลให้ทันสมัย - ทบทวนมาตรฐานที่เหลือ 14 เรื่อง - ติดตามมาตรฐานการ พยาบาลที่ส่งผู้ทรงคุณวุฒิ	ต.ค. 60- ก.ย. 61	มาตรฐานการ พยาบาลที่ ได้รับการ ทบทวน/ ประกาศใช้	จำนวนของ มาตรฐานการ พยาบาลที่ได้รับ การทบทวน/ ประกาศใช้	14 เรื่อง	มาตรฐานที่ทบทวนแล้ว 14 เรื่อง ยังไม่ได้ประกาศใช้ คือ 1. การพยาบาลผู้ป่วยคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 2. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา 3. การพยาบาลโครงสร้างรถช่วยฟื้นคืนชีพ+CPR 4. การพยาบาลลดไข้ 5. การพยาบาลผู้ป่วยชัก 6. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ 7. สิ่งแวดล้อมหอผู้ป่วย 8. ผลกดทับ 9. อุบัติเหตุในหอผู้ป่วย 10. การพยาบาลผู้สูงอายุ 11. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 12. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดบวม 13. การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ					คุณยุพา

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
					14.การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเคาะปอด 2.ส่งมาตรฐานที่ทบทวนแล้วเมื่อปี 2560 จำนวน 11 เรื่อง เพื่อแขวน website ฝาฝ่าย	
8.โครงการประกันคุณภาพ และ CQI มาตรฐานการพยาบาล 3 เรื่อง 1) การดูแลผู้ป่วยที่ 2) การสวนคาสายสวน 3) การดูแลผู้ป่วยที่ได้ สารละลายทางหลอดเลือดดำ - เก็บ QA มาตรฐานการ พยาบาล - KS และนำมาปรับระบบงาน - วัดซ้ำส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์		-มาตรฐานที่ ได้รับการ ประกัน คุณภาพ ผู้ป่วยที่ ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน	-จำนวน มาตรฐานที่ ได้รับการ ประกันคุณภาพ -ร้อยละของหอ ผู้ป่วยที่ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน	3 เรื่อง ร้อยละ80	ดำเนินการได้ตามแผน ร้อยละ 100 -ทบทวนและปรับปรุงแบบประเมินเรื่องการดูแลห วางแผนเก็บ QA จำนวน 3 เรื่อง ตามตัวชี้วัดสำคัญใน ปี 2561 1.มาตรฐานการดูแลหระบบปิด เก็บข้อมูลเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2561จำนวน 59 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90 (ข้อมูล7หอผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ทุกหอผู้ป่วย) แบบสอบถาม แบบประเมินคุณภาพ : กิจกรรมการดูแลหระบบปิดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อ ช่วยหายใจ ข้อคำถาม (1=ปฏิบัติ 0=ไม่ปฏิบัติ) 1.ก่อนดูแลห - ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือ Alcohol Rub 96.61 2.กดปุ่ม 100% suction ที่เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยก่อนดูแลห 94.92 3.เปิดเครื่องดูแลหโดยใช้ความดัน 80-120 mmHg 100 4.เปิดฝาข้อต่อดูแลห แล้วเช็ดด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก่อนที่ 1 ก่อนต่อกับสายยางเหลือง 93.22 5.เวลาในการดูแลหแต่ละครั้ง ไม่เกิน 15 วินาที แล้วพักให้เครื่องช่วยหายใจทำงาน หรือกดปุ่มช่วยหายใจของเครื่องช่วยหายใจ 6-8 ครั้งแล้วจึงดูดซ้ำ 93.22 6.ล้างสายดูแลหด้วย NSS หรือ sterile water ที่ต่อกับระบบปิดโดยระวังไม่ให้ น้ำที่เข้าท่อช่วยหายใจผู้ป่วย 93.22	คุณยุพา

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561			
					7. หลังดูดเสมหะเสร็จให้ถอยสายดูดเสมหะให้สุดไม่ให้ส่วนปลายของสายดูดเสมหะคาอยู่ในท่อช่วยหายใจ	93.22		
					8. ปิด roller clamp ของน้ำล้างสายดูดเสมหะให้สนิท	93.22		
					9. ถอดสายยางเหลืองออกแล้วเช็ดปลายของชุดดูดเสมหะด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก่อนที่ 2 ก่อนปิดฝา	93.22		
					10. หลังดูดเสมหะล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือ Alcohol Rub	93.22		
					<p>2. มาตรฐานการดูดเสมหะระบบเปิด เก็บข้อมูลเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2561 จำนวน 116 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90 (ข้อมูล 16 หอผู้ป่วย) ข้อที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คือ การให้ออกซิเจนก่อนดูดเสมหะ (ร้อยละ 84) ประเมินเสมหะในปากและจมูก ถ้ามีให้ดูดให้เสร็จก่อน เปลี่ยนถุงมือและสายดูดเสมหะชุดใหม่ ก่อนที่จะดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 86) เช็ดหัว Self-inflating bag ด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol หลังดูดเสมหะ (ร้อยละ 88) และถอดล้างทำความสะอาด ของส่วนประกอบ ของ self-inflating bag วันละครั้ง (ร้อยละ 83)</p>			
					<p>แบบสอบถาม แบบประเมินคุณภาพ : กิจกรรมการดูดเสมหะ(แบบเปิด) ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ</p>			
					- การใช้เครื่องช่วยหายใจ			
					1. ใช่	16		
					2. ไม่ใช่	100		
					1. ก่อนดูดเสมหะ - ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือ Alcohol Rub	96.55		
					1.1 เช็ด Finger tip ด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก่อนที่ 1	92.24		
					1.2 เช็ดหัว Self-inflating bag ด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก่อนที่ 2	90.52		
					1.3 สวมถุงมือ sterile แล้วหยิบสายดูดเสมหะโดยวิธีปราศจากเชื้อ	99.14		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561		
					1.4 เช็ดข้อต่อท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยก่อนใส่สายดูดเสมหะด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก้อนที่ 3	95.69	
					2.วางข้อต่อต่างๆไม่ให้ปนเปื้อนเช่น Self- inflating bag, ข้อต่อ เครื่องช่วยหายใจ	90.52	
					3. ก่อนดูดเสมหะจะต้องให้ออกซิเจนก่อนอย่างน้อย 30 วินาที	84.48	
					4.1 เปิดเครื่องดูดเสมหะใช้ความดัน ทางจมูก 40-60 mmHg	91.38	
					4.2 เปิดเครื่องดูดเสมหะใช้ความดัน ทางจมูก 60-80 mmHg	93.10	
					4.3 เปิดเครื่องดูดเสมหะใช้ความดัน ทางท่อช่วยหายใจ 80-120 mmHg	100	
					5. ประเมินเสมหะในปากและจมูก ถ้ามีให้ดูดให้เสร็จก่อน เปลี่ยนถุงมือ และสายดูดเสมหะชุดใหม่ ก่อนที่จะดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ	86.21	
					6. ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจจนหมดโดยระหว่างดูดเสมหะ ห้ามดูดน้ำ ล้างสาย แล้วกลับมาดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจอีก	100	
					7. เวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้ง ไม่เกิน 15 วินาที แต่ครั้งห่างกัน โดยบิบ Self- inflating bag ช่วยหายใจ 6-8 ครั้ง	99.14	
					8.เช็ดข้อต่อท่อช่วยหายใจ ด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก้อนที่ 4 และ เช็ด Connector ด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก้อนที่ 5 ก่อนต่อเข้ากับ เครื่องช่วยหายใจ	90.52	
					9. เช็ดหัว Self - inflating bag ด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก้อนที่ 6	88.79	
					10.เช็ด finger tip ด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก้อนที่ 7 ก่อนเก็บ	91.38	
					11.หลังดูดเสมหะล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือAlcohol Rub	100	
					12. ถอดล้างทำความสะอาด ของส่วนประกอบ ของ self- inflating bag วันละครั้ง	83.62	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561		
					13. ทำความสะอาดหรือเปลี่ยนขวดน้ำสำหรับล้างสายยาง วันละครั้ง และเปลี่ยน Connector สายยางเหลือง กระปุก forceps และอับสำลี ทุกวัน	91.381	
					2.มาตรฐานการคาสายสวนปัสสาวะ เก็บข้อมูล 26 หอผู้ป่วยจำนวน 305 ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95 ทุกข้อ ยกเว้น การล้างมือก่อนหลังสัมผัสสายสวน(ร้อยละ92.46)และ ข้อยึดสายสวนปัสสาวะ (ร้อยละ94.10)		
					แบบสอบถาม แบบประเมินคุณภาพ : การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ		
					รวมทั้งหมด	305	
					ข้อคำถาม (2=ปฏิบัติ/ใช่ 1=ไม่ปฏิบัติ/ไม่ใช่ 0=ไม่มีกิจกรรม)		
					1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสสายสวนปัสสาวะ	92.46	
					2. ดูแลสายสวนให้อยู่ในระบบปิดตลอดเวลา	99.34	
					3. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและสบู่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	98.65	
					4. ยึดสายสวนปัสสาวะด้วยพลาสติกที่บริเวณหน้าขาในผู้หญิงและบริเวณท้องน้อยเฉียงไปทางขาหนีบในผู้ชาย	94.10	
					5. แขนงถุงปัสสาวะต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและสูงเหนือพื้นประมาณ 10 ซม.	98.69	
					6. ดูแลสายสวนไม่ให้หัก พับ งอ	100	
					7. เปลี่ยนสายสวนเมื่อสายตัน หรือมีตะกอน	97.60	
					8. กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วย		
					8.1 ผู้ป่วยใช้ urine bag มีการ clamp สายสวนปัสสาวะทุกครั้ง	98.25	
					8.2 ผู้ป่วยใช้ urinovolumeter มีการ clamp สายสวนปัสสาวะด้วยตัวหนีบ urinovolumeter	97.20	
					9. เทปัสสาวะทิ้ง เมื่อมีปัสสาวะเกิน 2/3 ของถุง	98.97	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561			
					10. สวมถุงมือสะอาดและล้างมือด้วยน้ำยาล้างมือ ที่ผสม Alcohol ทุกครั้งก่อนและหลังเทปัสสาวะ	95.56		
					11. ขณะเทปัสสาวะ ไม่ให้ท่อเปิด urine bag สัมผัสกับขวดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ตวงปัสสาวะ	99.66		
					12. แยกภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้เทปัสสาวะของผู้ป่วยแต่ละราย	99.32		
					13. ใช้ urinovolumeter ทุกรายที่บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง	99.54		
					14. มีการ Reminder การคาสายสวนปัสสาวะเมื่อครบ 3 วัน	97.13		
					3.มาตรฐานการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ 1-31 กรกฎาคม 2561อยู่ระหว่างวิเคราะห์ข้อมูล			
					4.มาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล 15 กันยายน – 30 ตุลาคม 2561			
					ที่	ประเด็นการประเมิน	ด้านปริมาณ	ด้านคุณภาพ
					1	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	89.08	94.44
					2	การบันทึกประวัติเจ็บป่วยในอดีต	86.94	90.79
					3	ประวัติเจ็บป่วยของคนในครอบครัว	91.43	94.22
					4	ประวัติการแพ้(ยา, อาหาร,อื่น ๆ)และอาการแพ้	91.01	94.43
					5	การประเมินอาการสำคัญและสภาวะผู้ป่วย/เหตุที่ต้องรับไว้ใน การดูแล	91.01	95.07
					6	การประเมินสภาพร่างกายครอบคลุมทุกระบบ	69.38	93.58
					7	การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ	74.3	82.7
					8	การประเมินสถานะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพในครอบครัว	67.8	83.94
					9	การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	91.22	97.0

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
					10	การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตก/ล้ม	94.22	97.86	
					11	การระบุประเด็นปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วย (Problem Lists)	89.29	97.43	
					12	การระบุเป้าหมาย/ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการ พยาบาล (Goal/Outcome)	93.15	96.79	
					13	การระบุปัญหาสำคัญ/ ความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Progress notes)	90.79	97.64	
					14	การประเมินที่เป็นปัจจุบัน (Assessment)	83.73	95.73	
					15	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Interventions)	88.87	97.43	
					16	การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation)	90.79	97.22	
					17	การวางแผนการจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ ต้องการการดูแล	79.23	86.73	
					18	การวางแผนต่อเนื่อง คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การผ่าตัด/หัตถการ	74.52	86.51	
					19	คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่ รพ. /ก่อน/ขณะ/หลังผ่าตัด	74.95	88.01	
					20	คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามกรอบ METHOD	64.67	77.95	
						รวมเฉลี่ยทั้งหมด	83.82	92.28	
9. โครงการตามรอยบันทึก ทางการพยาบาลจาก ปฏิบัติการระดับ G-I ปี 2560	ต.ค.60- ก.ย.61	บันทึกทางการ พยาบาลที่ได้ ตามรอย	จำนวนบันทึก ทางการ พยาบาลที่ได้ ตามรอย	12 แฟ้ม	จำนวนบันทึกทางการพยาบาลที่ได้ตามรอย 13 แฟ้ม - การตามรอยการบันทึกทางการพยาบาลปฏิบัติการระดับ F-I พบว่า 1.การบันทึกที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่ทันสมัย คือ focus list และ progress note ไม่ลง ปัญหาสิ้นสุด ลงปัญหาไม่ครบ			คุณยุพา	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																										
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา																															
					<p>2. progress note พบการคัดลอกคำสั่งแพทย์มาลง และคัดลอกข้อมูลจากเวรก่อน ข้อมูลสนับสนุนไม่ Update</p> <p>3. การเขียน Focus list และ Goal ยังไม่ครอบคลุมและเขียนกว้างไม่เฉพาะเจาะจงประเด็นสำคัญ จากการสุ่มตรวจเยี่ยมในหอผู้ป่วยหูดอกจุมูก และศัลยกรรมชาย 2 พบจุดน่าชื่นชมคือหอผู้ป่วยได้จัดให้มีแกนนำบันทึกในการสร้าง Template ในกลุ่มโรคและปัญหาผู้ป่วยที่พบบ่อย ทำให้สามารถเขียนได้ถูกต้องตรงประเด็นมากขึ้น</p> <p>4. แบบฟอร์ม continuing & discharge summary พยาบาลให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ แต่ขาดการบันทึก อยากให้เพิ่มความสำคัญบทบาทอิสระของพยาบาล พบว่า มีการบันทึกในวันจำหน่าย ไม่ได้มีการบันทึกอย่างต่อเนื่องเป็นระยะตามผู้ที่ให้ข้อมูลจริง</p>																											
10. Pressure injury	ต.ค.60-ก.ย.61	การเกิดแผลกดทับ ระดับ 1-4 และ 2 ลักษณะ	อัตราการเกิดแผลกดทับ	<1.0/1000 วันนอน	<p>อัตราการเกิดแผลกดทับ 1.43/1000 วันนอน (ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561)</p> <table border="1"> <caption>อัตราการเกิดแผลกดทับ</caption> <thead> <tr> <th>เดือน-ปี</th> <th>อัตราการเกิดแผลกดทับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ต.ค.-60</td><td>1.36</td></tr> <tr><td>พ.ย.-60</td><td>1.09</td></tr> <tr><td>ธ.ค.-60</td><td>1.78</td></tr> <tr><td>ม.ค.-61</td><td>1.62</td></tr> <tr><td>ก.พ.-61</td><td>1.33</td></tr> <tr><td>มี.ค.-61</td><td>2.56</td></tr> <tr><td>เม.ย.-61</td><td>1.63</td></tr> <tr><td>พ.ค.-61</td><td>1.55</td></tr> <tr><td>มิ.ย.-61</td><td>0.98</td></tr> <tr><td>ก.ค.-61</td><td>1.3</td></tr> <tr><td>ส.ค.-61</td><td>1.65</td></tr> <tr><td>ก.ย.-61</td><td>1.36</td></tr> </tbody> </table> <p>-โครงการ Standardized pressure Injury ครั้งที่ 2 วันที่ 9-10 สิงหาคม 2561</p>	เดือน-ปี	อัตราการเกิดแผลกดทับ	ต.ค.-60	1.36	พ.ย.-60	1.09	ธ.ค.-60	1.78	ม.ค.-61	1.62	ก.พ.-61	1.33	มี.ค.-61	2.56	เม.ย.-61	1.63	พ.ค.-61	1.55	มิ.ย.-61	0.98	ก.ค.-61	1.3	ส.ค.-61	1.65	ก.ย.-61	1.36	คุณยุพา
เดือน-ปี	อัตราการเกิดแผลกดทับ																															
ต.ค.-60	1.36																															
พ.ย.-60	1.09																															
ธ.ค.-60	1.78																															
ม.ค.-61	1.62																															
ก.พ.-61	1.33																															
มี.ค.-61	2.56																															
เม.ย.-61	1.63																															
พ.ค.-61	1.55																															
มิ.ย.-61	0.98																															
ก.ค.-61	1.3																															
ส.ค.-61	1.65																															
ก.ย.-61	1.36																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ									ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561										
						จำนวน แผล	อัตรา การเกิด	ระดับ DTI	ระดับ บ1	ระดับ บ2	ระดับ บ3	ระดับ บ4	ประเมิน ไม่ได้		
						ต.ค.60	35	1.36	11	4	24	5	0	1	
						พ.ย.60	29	1.09	2	2	21	3	0	1	
						ธ.ค.60	44	1.78	0	5	31	6	2	0	
						ม.ค.61	41	1.62	4	7	25	4	0	0	
						ก.พ.61	31	1.33	3	6	22	0	0	0	
						มี.ค.61	65	2.56	4	6	45	4	0	0	
						เม.ย.61	39	1.63	2	8	25	3	0	1	
						พ.ค.61	40	1.55	5	5	26	4	0	0	
						มิ.ย.61	25	0.98	3	2	17	3	0	0	
						ก.ค.61	33	1.30	2	4	20	6	0	1	
						ส.ค.61	42	1.65	3	5	32	2	0	0	
						ก.ย.61	34	1.36	1	9	22	0	0	2	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ								ผู้รับผิดชอบ		
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561										
11.Phlebitis และ Extravasation -IV team round -KM IV catheter	ต.ค.60- ก.ย.61	-การเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 -การเกิด Extravasation	-อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 -อัตราการเกิด Extravasation	<0.26 ครั้ง /1000 วัน นอน <0.05 ครั้ง /1000 วัน นอน	-อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 =0.23 ครั้ง/1000วันนอน -อัตราการเกิด Extravasation =0.25 ครั้ง/1000วันนอน -พบประเด็นการเกิดExtravasation จากcontrast media leak เพิ่มมากขึ้นซึ่งพบเมื่อส่งไป ทำที่ Interventionและกลุ่มยาHAD เสนอประเด็นปัญหาเข้าในกรรมการบริหารยาเพื่อหาแนว ทางแก้ไขและประสานงานกับ Intervention เพื่อลดอุบัติการณ์ต่อไป								คุณยุพา		
					Phlebitis										
					ปี	Extra- vasatio n	ผลกระทบ ระดับ D,E,F	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	รวม		ผลกระทบ ระดับ D,E	
					ตค60	4	D4	7	29	0	5	41		D28	
					พย60	4	D2	13	15	0	3	31		D20	
					ธค60	6	D3	24	26	4	6	60		D35	
					ไตรมาส1	14	D9	44	70	4	14	132		D83	
					อัตรา การเกิด	14/81540*1000(0.17)		18/81540*1000 (0.22)							
					มค61	6	D4E1	37	28	4	11	78		D35E2	
					กพ61	8	D4E2	19	17	5	1	42		D33E2	
					มีค61	6	D6	20	16	2	5	43		D35	
					ไตรมาส2	20	D14E3	76	61	11	17	163		D103E	
					อัตรา การเกิด	20/78147*1000 (0.22)		28/78147*1000 (0.35)							4
เม.ย.61	10	D5E2F1	33	24	0	5	61	D49E1							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ									ผู้รับผิดชอบ															
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																								
					พ.ค.61	7	D6	17	15	2	3	37	D33																
					มิ.ย.61	6	D5E1	8	11	2	3	24	D15E1																
					ไตรมาส3 อัตรา การเกิด	23	D16E3F 1	58	50	4	10	122	D97E1																
						23/80,557*1000(0.28)		14/80557*1000 (0.17)																					
					ก.ค.61	9	D5	28	18	2	4	52	D27E1																
					ส.ค.61	5	D2E2	13	6	3	1	23	D15																
					ก.ย.61	8	D3	8	8	0	3	19	D13																
					ไตรมาส4 อัตรา การเกิด	22	D10E2	49	32	5	8	94	D55E1																
						22/75,977*1000 (0.29)		13/75,977*1000 (0.17)																					
<p>อัตราการเกิดPhlebitis&Extravazation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>Phlebitis</th> <th>Extravazation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส1</td> <td>0.22</td> <td>0.17</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส2</td> <td>0.35</td> <td>0.22</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส3</td> <td>0.17</td> <td>0.28</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส4</td> <td>0.17</td> <td>0.29</td> </tr> </tbody> </table>															ไตรมาส	Phlebitis	Extravazation	ไตรมาส1	0.22	0.17	ไตรมาส2	0.35	0.22	ไตรมาส3	0.17	0.28	ไตรมาส4	0.17	0.29
ไตรมาส	Phlebitis	Extravazation																											
ไตรมาส1	0.22	0.17																											
ไตรมาส2	0.35	0.22																											
ไตรมาส3	0.17	0.28																											
ไตรมาส4	0.17	0.29																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																	
<p>12.เพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร ความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>- กำหนดให้มี risk owner ด้านยา, Identification , Tube & Line , Fall</p> <p>- ลงเยี่ยมหน่วยงานใน วัตถุประสงค์ระดับ G -I</p> <p>- ทบทวนและรายงานความเสี่ยง</p> <p>อย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน</p>	<p>ต.ค.60- ก.ย.61</p>	<p>อุบัติการณ์ ระดับ E-I</p>	<p>จำนวน อุบัติการณ์ ระดับ E-I ลดลง</p>	<p>ลดลง ร้อยละ 50</p>	<p>อุบัติการณ์ระดับ E- I ปี 2561 = 170 ครั้ง , ปี 2560 = 195 ครั้ง ลดลง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.82 ไม่บรรลุเป้าหมาย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อุบัติการณ์ ระดับ E- I</td> <td>138</td> <td>195</td> <td>170</td> </tr> <tr> <td>ลดลง ร้อยละ 50</td> <td></td> <td>เพิ่มขึ้น 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.30</td> <td>ลดลง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.82</td> </tr> </tbody> </table> <p>มีการติดตามและทบทวนการเขียนรายงานความเสี่ยงในระบบ HIS อย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน ยังพบว่ามีอุบัติการณ์ที่ค้างในระบบ สาเหตุเกิดจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเรื่องการอุบัติการณ์ที่ต้องรายงานในระบบ และการทบทวนในอุบัติการณ์ที่ร้ายแรง ได้จัดทำเป็นประเด็นนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในช่วงรับ-ส่งเวรผู้ตรวจการพยาบาลตอนเช้า <input type="checkbox"/> ผู้เขียนลงข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ขาดความสมบูรณ์ ครบถ้วนของการวิเคราะห์สรุปผล ได้ประสานงานผ่านผู้ตรวจการพยาบาลเพื่อแก้ไข <input type="checkbox"/> เกิดจากโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ ที่หัวหน้าคนถัดไปไม่สามารถมองเห็นอุบัติการณ์ได้ ถ้าผู้เขียนไม่ส่งต่อรายงาน ได้มีการประชุมกับโปรแกรมเมอร์ทุกเดือนเพื่อปรับโปรแกรมให้หัวหน้าคนถัดไปสามารถมองเห็นอุบัติการณ์ได้ แต่ยังไม่แก้ไขไม่ได้ สามารถกระตุ้นให้ผู้ได้บังคับบัญชาปรับ แก้ไขข้อมูลและรีบส่งต่อเมื่อเรียบร้อยแล้ว และมีการติดตามผ่านผู้ตรวจการทุกต้นเดือน สรุปรายงานอุบัติการณ์ ปี 2561 จำนวน 2,184 อุบัติการณ์ ไม่มีข้อมูลตกค้างในระบบ 		2559	2560	2561	อุบัติการณ์ ระดับ E- I	138	195	170	ลดลง ร้อยละ 50		เพิ่มขึ้น 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.30	ลดลง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.82	<p>คุณลักษณะมี คุณศรีพงา คุณวิลาวัลย์ คุณพรทิศา คุณนนทา</p>
	2559	2560	2561															
อุบัติการณ์ ระดับ E- I	138	195	170															
ลดลง ร้อยละ 50		เพิ่มขึ้น 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.30	ลดลง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.82															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																	
					<p>-** <i>งานเพิ่ม</i>: การจัดทำคู่มือตัวชี้วัดความเสี่ยงร่วมกับ ผช.ด้านบริหารทรัพยากร (ด้าน IT) โดย มอบหมายผู้รับผิดชอบแต่ละตัวชี้วัดลงข้อมูล นิยาม สูตรคำนวณ เป้าหมายตัวชี้วัด ตั้งแต่ มกราคม-มิถุนายน 2561</p> <p>ดำเนินการได้ 95 % รอบปรับปรุงแก้ไขและนำเข้าไปในระบบ MIS</p>													
			จำนวน อุบัติการณ์ ระดับ G-I ที่ ได้รับการเยี่ยม/ ทบทวนใน กรรมการ CQI	ร้อยละ 100	<p>อุบัติการณ์ ระดับ G-I จำนวน 13 ราย เพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 8.33 ได้รับ ได้รับการเยี่ยม/ ทบทวนในกรรมการ CQI จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.54 (การเยี่ยมพนักงานโดยคณะกรรมการ 4 ราย นำเข้าทบทวนในคณะกรรมการ CQI 4 ราย)</p> <p>การลงเยี่ยมพนักงานยังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากการลงเยี่ยมยังไม่เป็นระบบ ตารางไม่แน่นอน กรรมการว่างไม่ตรงกัน เข้าใจไม่ตรงกัน นำเข้าพิจารณาทบทวนแนวปฏิบัติการลงเยี่ยมพนักงาน</p> <p>การทบทวนในคณะกรรมการ CQI ยังมีความล่าช้าเนื่องจากมีปริมาณ Case ที่ต้องเข้าทบทวนมีจำนวนมาก ประธาน CQI จะพิจารณาตามความเร่งด่วน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อุบัติการณ์ ระดับ G-I</td> <td>15</td> <td>12</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>ลดลง ร้อยละ 50</td> <td></td> <td>ลดลง 3 รายคิด เป็นร้อยละ 20</td> <td>เพิ่มขึ้น 1 ราย คิด เป็นร้อยละ 8.33</td> </tr> </tbody> </table> <p>จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ G-I เป็นระดับ H = 10 ราย , ระดับ I=3 ราย</p>		2559	2560	2561	อุบัติการณ์ ระดับ G-I	15	12	13	ลดลง ร้อยละ 50		ลดลง 3 รายคิด เป็นร้อยละ 20	เพิ่มขึ้น 1 ราย คิด เป็นร้อยละ 8.33	
	2559	2560	2561															
อุบัติการณ์ ระดับ G-I	15	12	13															
ลดลง ร้อยละ 50		ลดลง 3 รายคิด เป็นร้อยละ 20	เพิ่มขึ้น 1 ราย คิด เป็นร้อยละ 8.33															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
					<input type="checkbox"/> แบ่งตามผลัดที่เกิด พบว่า เกิดในผลัดเช้า 5 ราย ผลัดบ่าย 4 ราย และผลัดดึก 4 ราย <input type="checkbox"/> แบ่งตามอายุ ตั้งแต่ 13 วัน- 15 ปี = 5 ราย, 15-40 ปี = 1 ราย, 60-89 ปี = 7 ราย <input type="checkbox"/> แบ่งตามกลุ่มผู้ป่วย พบว่า เป็น เด็ก 5 ราย (เด็ก หู คอ จมูก 1 ราย), ตา = 1 ราย, ผู้ป่วยอายุรศาสตร์ 7 ราย <p>จากข้อมูลดังกล่าว เห็นควรมุ่งเน้นการจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อดูแลกลุ่มเปราะบาง ในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฝ่ายบริการพยาบาลทบทวนมาตรฐาน/แนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (วิธี ขั้นตอนการปฏิบัติงานการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเคลื่อนย้าย) เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาควรมีระบบ Re-concile ยาที่ OPD และ IPD , -Test ที่มีความเสี่ยงควรทำโดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเสนอให้ทีมบริหารโรงพยาบาล จัดหาสถานที่ที่มีความพร้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการเฝ้าระวัง Tube เลื่อนหลุดในเด็ก</p> <p>อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงพบว่าทุกหน่วยงานเห็นความสำคัญมีการทบทวนในระดับหน่วยงานทุกราย แต่การนำไปสู่การปรับปรุงเชิงระบบยังมีน้อย ขาดการติดตามการนำลงสู่การปฏิบัติ ควรนำไปทำแผนงานการติดตามในปีต่อไป</p> <p>รายละเอียด case ตามตาราง</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561		
ปฏิบัติการ			ระดับ ผลกระทบ	ผลการทบทวน/การป้องกันการเกิดซ้ำ			
1. D01 Prescribing error ผู้ป่วยนอก : หญิงไทย อายุ 84 ปี case post cardiac arrest หลังได้รับยา โรคหัวใจซ้ำซ้อน และกินยา Warfarin ผิดขนาด สาเหตุจากแพทย์สั่งยาโรคหัวใจซ้ำกับยาเดิม โรงพยาบาลสงขลา			H	-พัฒนารูปแบบการประเมิน Re-concile ที่ OPD หรือคลินิก เฉพาะโรค ในระบบ HIS ในเฉพาะยาบางชนิด/บางคน (ฝ่ายเภสัชกรรมรับไปดำเนินการ) 6) -ก่อนการ Close visit ให้แพทย์สามารถเลือกในช่อง “ปรึกษาเภสัชกรรม” เพื่อส่งช่อง 14 ห้องให้คำปรึกษาการใช้ยา (ทำหนังสือแจ้งฝ่ายเภสัชกรรม และฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ)			
2. L06 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล: ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 13 ปี Diagnosis: glottic mass Arrest ระหว่างเดินทางกลับบ้าน สาเหตุจากสมรรถนะของแพทย์ในการประเมินผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย และขาดเกณฑ์ตัดสินใจ Emergency airway management			H	ภาควิชาทบทวนเกณฑ์การตัดสินใจ Emergency airway management -การบันทึก VDO เพื่อการทวนสอบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจ และเปิดดูได้ตาม HN ผู้ป่วย -ทบทวนระบบการปรึกษาผู้ชำนาญกว่า			
3. K01 Restoration Of Spontaneous Circulation (ROSC) : Caseเด็กหญิง อายุ 2 เดือน หลังผ่าตัดมี ปัญหา อันค้ำ สาเหตุเกิดจาก ผู้ป่วยคอสั้น tracheostomy ไม่ได้เย็บติดผิวหนัง มีโอกาสเลื่อนเวลาผู้ป่วยส่ายหน้าไปมา			H	เสนอนำเข้าทบทวนร่วมกับ CLT กุมารฯในเรื่องการดูแลผู้ป่วยคอสั้น tracheostomy ไม่ได้เย็บติดผิวหนัง ควรมีแนวปฏิบัติพิเศษ			
4. G01ผู้ป่วยในตกเตียง :เด็กชายอายุ 15 ปี ตกเตียง เหวรตึก เนื่องจาก			H	ฝ่ายบริการพยาบาลร่วมกับหน่วยงานจัดหา/จัดทำนวัตกรรมเพื่อป้องกัน Fall หรือสัญญาณเตือนกรณีเสียงตกเตียง			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
		-ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เสี่ยงตกเตียง -ให้ญาติเฝ้า มารดาหลับอยู่ข้างเตียง -ไม่มีกริ่งขอความช่วยเหลือ				
		5. K01Restoration Of Spontaneous Circulation (ROSC) :ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี arrest ขณะรอตรวจที่คลินิกนอกเวลาอายุรกรรม สาเหตุจาก -สมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยของบุคลากร -เกณฑ์ในการนัดผู้ป่วยตรวจคลินิกนอกเวลาราชการไม่ชัดเจน ทำให้มีการนัดผู้ป่วยซับซ้อนมาตรวจคลินิกนอกเวลาราชการ	H	รอนำเข้าหาหรือเกณฑ์การรับผู้ป่วยตรวจคลินิกนอกเวลาอายุรกรรมใน CLT อายุรศาสตร์ -จัดทำเป็น OKRs การเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง -ซ้อมแผน CPR ทั้งในและนอกเวลาราชการ -จัดอบรมและฝึกใช้ AED		
		6.L023 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล: ผู้ป่วยชายไทย 73 ปี arrest ที่ห้อง IVR เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความเสี่ยงสูง	H	ประชุมประสานงาน แนวปฏิบัติการรับ และส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อทำ IVR -ฝ่ายบริการพยาบาลทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อรับ-ส่งต่อผู้ป่วย		
		7. L023 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี cardiac arrest ระหว่าง ทำ venoplasty ที่ห้อง IVR เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความเสี่ยงสูง	H	อย่างปลอดภัย -ทบทวนระบบบันทึกข้อมูลที่สำคัญ/การประเมินผู้ป่วยก่อนรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในระบบ HIS		
		8. L021 ผู้ป่วยท่อหายใจเลื่อน :ทารกชาย อายุ 1 เดือน ท่อหายใจเลื่อน ขณะยกชั่งน้ำหนัก มี desaturation ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงลมเข้าปอด ต้อง CPR และใส่ Tube ใหม่ ตรวจสอบพลาสติกที่ติดสายไม่หลุด	H	หน่วยงานมีการนิเทศและกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน Tube เลื่อนหลุด -ระวังการตั้งรั้งของสายเครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบตำแหน่งท่อหายใจทุกเวร		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
					-ประเมิน Pain Score เมื่อทารกมี restiess พิจารณาให้ยาตามมาตรฐานการให้ยา Sedation	
		9. K01 Restoration Of Spontaneous Circulation (ROSC) ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 41 ปี cardiac arrest ระหว่าง ทำ Prostigmine test สาเหตุจากแพ้ยา Prostigmine	H		-Test ที่มีความเสี่ยงควรทำโดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเสนอให้ทีมบริหารโรงพยาบาลจัดหาสถานที่ที่มีความพร้อม -เสนอให้ทีมที่ทำหัตถการนี้ (Neuro Med, Neuro เด็ก, Neuro, ตา) ประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางบริหารจัดการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องทำหัตถการนี้เป็นผู้ป่วยในหรือไม่ -จัดทำ Worksheet และมีแนวทางในการแก้ไขในการเกิดปัญหาจากการทำ	
		10. L06 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล: พบทารกชาย อายุ 13 วัน อันคล้ำ ต้อง CPR สาเหตุจาก น้ำที่ซึมเข้ามาในสาย respirator ขณะเปิดน้ำเข้าในหม้อให้ความชื้นขอเครื่องช่วยหายใจ	H		-หน่วยงานทบทวนการเติมน้ำในหม้อให้ความชื้นขอเครื่องช่วยหายใจ ตกลงขอใช้วิธีของ ward MICU ตัดหลอด IV เพื่อไม่ให้แฉวน	
		11. L06 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี หมดสติบนโกล้อม สาเหตุการเสียชีวิตจากตัวโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน	I		--เน้นการสื่อสารของทีมรักษาและผู้เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจกับญาติ เรื่องการดูแลอย่างใกล้ชิด	
		12. L06ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล: ผู้ป่วยหญิง อายุ 84 ปีเสียชีวิต หลังการเคลื่อนย้ายโดยไม่ทราบสาเหตุ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลที่ตามไปกับผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้	I		ฝ่ายบริการพยาบาลทบทวนมาตรฐาน/แนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (วิธี ขั้นตอนการปฏิบัติงานการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเคลื่อนย้าย)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี พ.ม. 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ																
ปี พ.ม.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																		
		13. L06 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล: ผู้ป่วยหญิง 89 ปี Arrest บนเตียง จากหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด		I	- นำเข้าทบทวนใน CLT อายุรกรรม เพื่อจัดทำ Early warning sign และการเฝ้าระวังกรณีผู้ป่วยที่เพิ่งย้ายออกจาก ICU - นิเทศแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจกับญาติกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตโดยมิได้คาดหมาย																		
13.1 จัดอบรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ 2P safety goals 2018, โปรแกรม risk register สำหรับผู้ตรวจการ หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน/พยาบาล (2 รุ่นๆละ ½ วัน) 350 คน	27-28 ก.พ. 61	ความรู้	คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและผ่านเกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	คะแนนความรู้หลังอบรมเพิ่มขึ้นและผ่านเกณฑ์ 80% ร้อยละ 100 จัดอบรม 2 รุ่น วันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ 2561 (180 คน) รายละเอียดดังนี้		คุณวิลาวัลย์																
					<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">รุ่นที่/จำนวนคน</th> <th colspan="2">คะแนนเฉลี่ยวัดความรู้</th> <th rowspan="2">คะแนนเฉลี่ย</th> <th rowspan="2">ดัชนีชี้วัดผ่านเกณฑ์</th> </tr> <tr> <th>ก่อนอบรม</th> <th>หลังอบรม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1/92คน</td> <td>78.10</td> <td>92.10</td> <td>85.10</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>2/88คน</td> <td>80.20</td> <td>92.90</td> <td>86.55</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	รุ่นที่/จำนวนคน	คะแนนเฉลี่ยวัดความรู้		คะแนนเฉลี่ย	ดัชนีชี้วัดผ่านเกณฑ์	ก่อนอบรม	หลังอบรม	1/92คน	78.10	92.10	85.10	100%	2/88คน	80.20	92.90	86.55	100%	
รุ่นที่/จำนวนคน	คะแนนเฉลี่ยวัดความรู้		คะแนนเฉลี่ย	ดัชนีชี้วัดผ่านเกณฑ์																			
	ก่อนอบรม	หลังอบรม																					
1/92คน	78.10	92.10	85.10	100%																			
2/88คน	80.20	92.90	86.55	100%																			
					ข้อเสนอแนะ: ควรจัดอบรมให้ความรู้ 2P safety goals 2018 ครอบคลุมบุคลากรทุกคน																		
13.2 เฝ้าระวังความเสี่ยงและส่งเสริมการนำ Innovation มาใช้ป้องกันความเสี่ยงด้าน Tube & Line <input type="checkbox"/> ทบทวนอุบัติการณ์ Tube & Line เลื่อนหลุด ระดับ E-I ร่วมกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางแก้ไขและกำหนดแนวปฏิบัติ	ต.ค.60-ก.ย.61	อุบัติการณ์ระดับ E-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I	ลดลง ร้อยละ 50	ปี 2561 จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I ลดลงร้อยละ 38.21 (อุบัติการณ์ระดับ E-I ปี 2560 จำนวน 89 ครั้ง ปี 2561 จำนวน 55 ครั้ง ลดลง 34 ครั้ง คิดเป็นลดลงร้อยละ 38.21) รายละเอียดดังนี้ 1.จำนวนอุบัติการณ์ ทั้งหมด = 198 ครั้ง เป็นอุบัติการณ์รุนแรงระดับ E-I จำนวน 55 ครั้ง จำแนกดังนี้ -L021 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ต้องใส่ใหม่) จำนวน 29 ครั้ง ระดับ E-I จำนวน 29 ครั้ง (E=28 H=1) -L022 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ไม่ต้องใส่ใหม่) จำนวน 35 ครั้ง ระดับ E-I จำนวน 0 ครั้ง -L03 Line เลื่อนหลุด (Catheter and tubing mis-connection) จำนวน 134 ครั้ง ระดับ E-I จำนวน 26 ครั้ง		คุณวิลาวัลย์																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																											
<input type="checkbox"/> จัดทำนวัตกรรมเพื่อยึด Line ต่างๆไม่ให้เลื่อนหลุด					<p><u>หน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด(ต้องใส่ใหม่) ≥2ครั้ง/ปี</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ความเสี่ยง/ระดับ</th> <th>หน่วยงาน</th> <th>จำนวนครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-L021/E-I</td> <td>NICU /เด็ก1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SRCU</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PICU/SICU/Medหญิง/ Medชาย /ออโรโรชาย</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>หน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์Lineเลื่อนหลุด ≥2ครั้ง/ปี</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ความเสี่ยง/ระดับ</th> <th>หน่วยงาน</th> <th>จำนวนครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-L03/E</td> <td>ศัลยกรรมชาย1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SICU</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Medหญิง/เด็ก1/หูดอกจุมูก</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>2.จัดกิจกรรม Risk rally ร่วมกับทีมคณะกรรมการบริหารและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีฐานการความรู้การป้องกันความเสี่ยงด้าน Tube & Lineเลื่อนหลุด ที่จังหวัดพัทลุง</p> <p>3.จัดประชุมกลุ่ม COPs ป้องกันความเสี่ยงด้าน Tube & Line 3 ครั้ง ผู้เข้าร่วม 15-20 คน/ครั้ง ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลAPN และแกนนำความเสี่ยง กำหนดแผนงาน 1. วิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ 2.ทบทวนมาตรฐาน/แนวปฏิบัติเพื่อร่วมกันค้นหาBest practice/ประกาศใช้เป็นแนวทางกลางของฝ่ายบริการพยาบาล</p> <p>4. ลงเยี่ยมหน่วยงานหน่วยงานที่มีBest practice 3 หน่วยงาน</p> <p><u>ประเด็นสำคัญเรื่อง Tube ดังนี้</u></p> <p>1.พบว่าหอผู้ป่วยต่างๆมีแนวทางการป้องกันที่แตกต่างกัน ทั้งการประเมินความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของ Tube & Line ซึ่งกลุ่มหออภิบาลผู้ป่วยMICU/SRCUใช้แนวทางการประเมิน</p>			ความเสี่ยง/ระดับ	หน่วยงาน	จำนวนครั้ง	-L021/E-I	NICU /เด็ก1	4		SRCU	3		PICU/SICU/Medหญิง/ Medชาย /ออโรโรชาย	2	ความเสี่ยง/ระดับ	หน่วยงาน	จำนวนครั้ง	-L03/E	ศัลยกรรมชาย1	5		SICU	4		Medหญิง/เด็ก1/หูดอกจุมูก	2	
ความเสี่ยง/ระดับ	หน่วยงาน	จำนวนครั้ง																														
-L021/E-I	NICU /เด็ก1	4																														
	SRCU	3																														
	PICU/SICU/Medหญิง/ Medชาย /ออโรโรชาย	2																														
ความเสี่ยง/ระดับ	หน่วยงาน	จำนวนครั้ง																														
-L03/E	ศัลยกรรมชาย1	5																														
	SICU	4																														
	Medหญิง/เด็ก1/หูดอกจุมูก	2																														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
					<p>MASS/SICUใช้แนวทางการประเมินRASS นอกจากนี้มีการนำนวัตกรรมต่างๆเช่น ถุง น้ำเกลือครอบมือ/ผ้าผุยกัด มาใช้ป้องกันโดยมีรูปแบบที่หลากหลาย ประกอบกับข้อมูลสถิติ การเกิด Tube & Lineเลื่อนหลุดพบมากในกลุ่มหออภิบาล และกลุ่มศัลยกรรม ทีม COPs จึงได้ลงเยี่ยมหน้างาน(walk round) กลุ่มหออภิบาลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันค้นหาBest practice 2.สนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล)</p> <p>3.สนับสนุนเครื่องมือ/วัสดุการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เช่น พลาสเตอร์ประสิทธิภาพสูง</p> <p><u>ประเด็นสำคัญเรื่อง Line ดังนี้</u></p> <p>1.วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดLine เลื่อนหลุด 3 อันดับคือแรกคือ 1. ผู้ป่วยดิ้ง 2.เกิดการดิ้ง รั้งจากกิจกรรมต่างๆ เช่น การเคลื่อนย้าย การพลิกตะแคงตัว 3.ผู้ป่วยดิ้น สับสน นอกจากนี้ พบสาเหตุ ไม่ได้ผูกมัดตามมาตรฐาน ไม่ได้ให้ข้อมูลญาติ ญาติแก้ผ้าผูกมัด เทคนิคการใส่ เย็บ ปิดแผล มีปัญหาที่ผลิตภัณฑ์วัสดุ เช่น Foley cath balloon leak , Portex tube ปรับระดับความลึกไม่ได้</p> <p>ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข เรื่อง Line พบว่าการป้องกัน Line เลื่อน หลุดต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติ และมีปัจจัยทาง เทคนิคของแพทย์ในการใส่ การปิดแผลร่วมด้วย</p> <p>2.จัดทำแนวทางเพื่อป้องกันความเสี่ยง Line เลื่อนหลุด เป็น 2 กลุ่ม คือ1).กลุ่ม Central line (Single, Double, Triple-lumen) 2).กลุ่ม Drain (PCD, PCN, ICD, Epidural, Lumbar) พบว่ากลุ่มกลุ่ม Drain (PCD, PCN, ICD, Epidural, Lumbar)เกิดอุบัติการณ์สูงกว่ากลุ่ม Central line ได้ดำเนินการดังนี้</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																																																																													
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา																																																																																		
					<p>-ร่วมมือกับทีมวิสัญญีแพทย์ ในการป้องกัน Epidural, Lumbar ที่ใส่จากห้องผ่าตัดเคลื่อนหลุด โดยมีการรายงานวิสัญญีแพทย์ทันทีที่เกิดอุบัติการณ์ เก็บข้อมูลวางแผนแก้ไข เชิงระบบ และกำหนดเป็นตัวชี้วัดของภาควิชา</p> <p>-นำเสนอข้อมูลผลการRCAสาเหตุการเลื่อนหลุดของ ICD พบว่ามีการเย็บด้วยเทคนิคที่ต่างกัน(มีข้อมูลทั้งการเลื่อนเข้าช่องอกและการเลื่อนออกจากช่องอก) แก่ทีมศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไข</p> <p>- ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จัดทำนวัตกรรมเพื่อป้องกัน Line เลื่อนหลุดและทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ (อยู่ระหว่างทดลองใช้และปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด ก่อนนำมาใช้จริง)</p>																																																																														
					<p>เปรียบเทียบอุบัติการณ์ Tube & Line เลื่อนหลุด ระดับ E-I ปี 2557 - 2561</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</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>12</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>17</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>60</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>64</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>82</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>89</td> </tr> <tr> <td>1/2560</td> <td>31</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>1/2561</td> <td>16</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>2/2560</td> <td>23</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>2/2561</td> <td>10</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>3/2560</td> <td>16</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>3/2561</td> <td>15</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>	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	1/2560	31	0	0	1	1	33	1/2561	16	0	0	0	0	16	2/2560	23	2	0	1	1	27	2/2561	10	0	0	0	0	10	3/2560	16	0	0	0	0	16	3/2561	15	0	0	0	0	15	
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																																																																													
1/2560	31	0	0	1	1	33																																																																													
1/2561	16	0	0	0	0	16																																																																													
2/2560	23	2	0	1	1	27																																																																													
2/2561	10	0	0	0	0	10																																																																													
3/2560	16	0	0	0	0	16																																																																													
3/2561	15	0	0	0	0	15																																																																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ							ผู้รับผิดชอบ																																																																																														
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																																																																																					
					4/2560	12	1	0	0	0	13																																																																																															
					4/2561	13	0	0	1	0	14																																																																																															
					รวม	54	0	0	1	0	55																																																																																															
					ปี 2561																																																																																																					
13.3	เพื่อระวังความเสี่ยงและส่งเสริมการนำ Innovation มาใช้ป้องกันความเสี่ยงด้าน Identification - กิจกรรมนิเทศทางการพยาบาล - QA แนวปฏิบัติเรื่องการระบุตัว -ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น หน่วยเวชระเบียน แผนกเอกซเรย์	ปฏิบัติการ ระดับ E - I	จำนวน ปฏิบัติการ ระดับ E - I	ลดลง ร้อยละ 50	<p>- ปฏิบัติการระดับ E - I = 1 ราย ลดลงร้อยละ 66.67 จากปี 2560 ระดับความรุนแรงสูงสุดคือระดับ F</p> <p>ตารางแสดงปฏิบัติการ Identification ระดับ E - I ปี 57 - 61</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</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>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2561</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>- ปฏิบัติการ Identification ปี 2561 ระดับ F เป็นการให้เลือดผิดคนเกิดจากการไม่ double check ก่อนให้กับผู้ป่วย ไม่สอบถามชื่อสกุลก่อนให้เลือด</p> <p>ตารางแสดงปฏิบัติการต้นเหตุเกิดจากฝ่ายบริการฯแต่ละประเภทและระดับปฏิบัติการ Identification เปรียบเทียบ ปี 2560 -2561</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">ประเภท ปฏิบัติการ ต้นเหตุเกิด จากฝ่าย บริการฯ</th> <th colspan="12">ปีงบประมาณ / ระดับปฏิบัติการ</th> </tr> <tr> <th colspan="6">ปี 2560</th> <th colspan="6">ปี 2561</th> </tr> <tr> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>รวม</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							ปี	E	F	G	H	I	รวม	2557	1	0	0	0	0	1	2558	2	0	0	0	0	2	2559	1	1	0	0	0	2	2560	3	0	0	0	0	3	2561	0	1	0	0	0	1	ประเภท ปฏิบัติการ ต้นเหตุเกิด จากฝ่าย บริการฯ	ปีงบประมาณ / ระดับปฏิบัติการ												ปี 2560						ปี 2561						A	B	C	D	E	รวม	A	B	C	D	E	F	รวม															คุณพรทิศา
ปี	E	F	G	H	I	รวม																																																																																																				
2557	1	0	0	0	0	1																																																																																																				
2558	2	0	0	0	0	2																																																																																																				
2559	1	1	0	0	0	2																																																																																																				
2560	3	0	0	0	0	3																																																																																																				
2561	0	1	0	0	0	1																																																																																																				
ประเภท ปฏิบัติการ ต้นเหตุเกิด จากฝ่าย บริการฯ	ปีงบประมาณ / ระดับปฏิบัติการ																																																																																																									
	ปี 2560						ปี 2561																																																																																																			
	A	B	C	D	E	รวม	A	B	C	D	E	F	รวม																																																																																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ												ผู้รับผิดชอบ						
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																		
					A02 ระบุตัว ผิดในการให้ เลือด (E 03)						1	1									1	1	
					A03 ระบุตัว ผิดในการเก็บ ส่งตรวจ		3	6				9		2	5								7
					A04 ระบุตัว ทารกแรกเกิด ผิด		1	2				3		1									1
					A05 ระบุ ข้อมูลผิดใน การทำ หัตถการ			1	1	1	3		5	1									6
					A07 อื่นๆ		12	23	5		40	2	11	16	3								32
					B04 ถ่าย-ส่ง ภาพเอกซเรย์ ผิดคน			2	1		3			1									1
					D0804 ให้ยา ผิดคน (A01)			1	12	1	14		5	6	24								35
					รวม		16	35	19	3	73	2	24	29	27	0	1						83
					วิเคราะห์อุบัติการณ์เกิดจาก																		
					- ระบุเป็นห้อง/เตียง โดยไม่ระบุชื่อ สกุล ไม่ระบุอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ เช่น พยาบาลให้คนอื่นไปทำ หัตถการ ระบุเป็นห้อง ไม่ระบุชื่อ สกุล สื่อสารด้วยวาจา																		
					-เอกสารใบย่อคลอด (Delivery record) เขียน ผิด HN (ใช้วิธีเขียนด้วยลายมือ)																		
					-ติด label ชื่อผู้ป่วยผิดคน จากไม่เช็คชื่อ สกุล HNซ้ำ ไม่ตรวจสอบซ้ำ																		

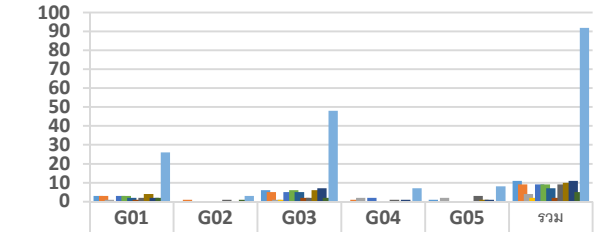
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																																																																												
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																																																																																	
					<p>-ให้ยาผิดคน จากนำยาไปให้ผู้ป่วยไม่ได้พาคอมพิวเตอร์แจกยาไปด้วย และขณะให้ยาไม่ได้สอบถามชื่อผู้ป่วยเมื่อกลับมาจ่ายยาในระบบคอมพิวเตอร์ จึงรู้ว่าจ่ายยาผิดคน</p> <p>-ให้ยาผิดคน เนื่องจาก ไม่ได้สอบถามชื่อ สุกุลก่อนให้ผู้ป่วยที่ข้างเตียง และไม่ตรวจเช็คที่ label ขวดยากับชื่อ สุกุล หรือป้ายชื่อมือผู้ป่วยก่อนให้ถึงผู้ป่วย</p> <p>-ให้ยาผิดเนื่องจากไม่นำการ์ดยาไปที่เตียงผบ.หรือไม่พิมพ์การ์ดยาออกมาใช้วิธีการจำ</p> <p>- ขาดการเฝ้าระวังเรื่องการระบุตัว กรณีชื่อ นามสกุลผู้ป่วยคล้ายกัน</p> <p>การดำเนินการ</p> <p>-อุบัติการณ์ ระดับ F จำนวน 1 ราย ได้รับการเยี่ยมหน้างาน และนำเข้าทบทวนในคณะกรรมการ CQI</p> <p>-นิเทศ ติดตามการใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ ไม่ใช่ชื่อห้อง หมายเลขห้อง/เตียง ในการระบุตัวผู้ป่วย</p> <p>- กิจกรรม COPs แลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปทั้งหมด 3 ครั้ง</p> <p>-แจ้งแนวทางปฏิบัติในการระบุตัว กรณีชื่อ นามสกุลผู้ป่วยคล้ายกัน แก่หน่วยงาน เช่น การสื่อสารให้ทุกทีมทราบว่าผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำหรือคล้ายกัน ให้เขียนชื่อ post ติดแจ้งไว้ที่ห้องยา รถแจกยา บริเวณที่ส่งเวรแต่ละทีม เพิ่มการทำสัญลักษณ์ให้ชัดเจนที่ป้ายห้องผู้ป่วย พร้อมกับการส่งต่อเวร</p> <p>ตารางแสดงอุบัติการณ์ต้นเหตุเกิดจากหน่วยงานอื่นแต่ละประเภทและระดับอุบัติการณ์ Identification เปรียบเทียบ ปี 2560 -2561</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">ต้นเหตุเกิดจาก หน่วยงานอื่นๆ</th> <th colspan="12">ปีงบประมาณ / ระดับอุบัติการณ์</th> </tr> <tr> <th colspan="6">ปี 2560</th> <th colspan="6">ปี 2561</th> </tr> <tr> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>รวม</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ห้องเอกซเรย์</td> <td>4</td> <td>22</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>27</td> <td>3</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>ห้อง Lab</td> <td>1</td> <td>6</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>คลังเลือด</td> <td>14</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>16</td> <td>13</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>	ต้นเหตุเกิดจาก หน่วยงานอื่นๆ	ปีงบประมาณ / ระดับอุบัติการณ์												ปี 2560						ปี 2561						B	C	D	E	F	รวม	B	C	D	E	F	รวม	ห้องเอกซเรย์	4	22	1			27	3	6				9	ห้อง Lab	1	6	2			9	3	2	2	2		9	คลังเลือด	14	1			1	16	13	1				14	
ต้นเหตุเกิดจาก หน่วยงานอื่นๆ	ปีงบประมาณ / ระดับอุบัติการณ์																																																																																	
	ปี 2560						ปี 2561																																																																											
	B	C	D	E	F	รวม	B	C	D	E	F	รวม																																																																						
ห้องเอกซเรย์	4	22	1			27	3	6				9																																																																						
ห้อง Lab	1	6	2			9	3	2	2	2		9																																																																						
คลังเลือด	14	1			1	16	13	1				14																																																																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ											ผู้รับผิดชอบ																																													
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																																								
					<table border="1"> <tr> <td>เวชระเบียน</td> <td>6</td> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>10</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>เภสัช</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>อื่นๆ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td>2</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>27</td> <td>35</td> <td>3</td> <td></td> <td>1</td> <td>66</td> <td>23</td> <td>17</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>44</td> </tr> </table> <p>ปี 2561 ระดับ E -LAB แจ้งว่าผล LAB CSF C/S ของ ผู้ป่วย No growth lab report ผลเป็น CSF C/S ขึ้นเชื้อ Gram negative bacilli ทำให้แพทย์ต้องทำ LP ซ้ำ เพื่อ repeat ผล CSF C/S - LAB รายงานผลCBC (เกล็ดเลือด) ผิดพลาดแพทย์สั่งให้เกล็ดเลือดให้ไปแล้วทราบว่าเป็นห้อง lab รายงานผิด</p>	เวชระเบียน	6	4				10	2	3					5	เภสัช	1					1								อื่นๆ	1	2				3	2	5					7	รวม	27	35	3		1	66	23	17	2	2	0	44	
เวชระเบียน	6	4				10	2	3					5																																																
เภสัช	1					1																																																							
อื่นๆ	1	2				3	2	5					7																																																
รวม	27	35	3		1	66	23	17	2	2	0	44																																																	
		การปฏิบัติตาม แนวทางที่ กำหนด	จำนวน หน่วยงานที่ ปฏิบัติตาม แนวทางที่ กำหนดผ่าน เกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	- ยังไม่เก็บข้อมูล ทำแบบ QA การระบุตัวผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยแล้ว รอเก็บข้อมูล																																																								
13.3.1 โครงการ Iden. festival ให้กับแกนนำและพยาบาล โดยจัดกิจกรรม ดังนี้ (1) ประกวดผลงานประเภทโปสเตอร์ที่เกี่ยวกับการพัฒนาการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย จัด	28 มี.ค. 61	ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	100 คน	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 130 คน (พยาบาล) (ผู้เข้าร่วม 97 คน กรรมการ + วิทยากรจาก CoP Iden 33 คน)	คุณพรทิศา																																																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ																												
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																
แสดงบอร์ดการบ่งชี้ผู้ป่วยที่ส่งประกวด (2) walk rally โดยให้ผู้เข้าอบรมเข้าฐานกิจกรรมตามจุดเน้นในการบ่งชี้ผู้ป่วย																																					
		ผลงานที่ส่งเข้าประกวด	จำนวนผลงานที่ส่งเข้าประกวด		จำนวนผลงานที่ส่งเข้าประกวด 8 เรื่อง																																
		คะแนนความรู้ post test	คะแนนความรู้ post test - เพิ่มขึ้น - ผ่านเกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	<p>-คะแนนความรู้ post test เพิ่มขึ้น และผ่านเกณฑ์ 80% ร้อยละ 98.91</p> <p>ตารางแสดงคะแนน pre – post test</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>การสอบ</th> <th>คะแนนเฉลี่ย (คะแนนเต็ม =18 คะแนน)</th> <th>ร้อยละ สอบผ่านเกณฑ์</th> <th>ร้อยละ สอบไม่ผ่านเกณฑ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pre – test (N= 95 คน)</td> <td>14.62</td> <td>57.89 (55 คน)</td> <td>42.11 (40 คน)</td> </tr> <tr> <td>Post – test (N=91 คน)</td> <td>16.93</td> <td>98.91 (90 คน)</td> <td>1.09 (1 คน)</td> </tr> </tbody> </table> <p>ผลการประเมินโครงการ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อที่ประเมิน</th> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> <th>ระดับความพึงพอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. หัวข้อน่าสนใจ</td> <td>4.37</td> <td>0.61</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>2. รูปแบบในการจัดงานเหมาะสม</td> <td>4.08</td> <td>0.81</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>3. ความรู้ที่ได้รับจากการร่วมกิจกรรม</td> <td>4.44</td> <td>0.60</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>				การสอบ	คะแนนเฉลี่ย (คะแนนเต็ม =18 คะแนน)	ร้อยละ สอบผ่านเกณฑ์	ร้อยละ สอบไม่ผ่านเกณฑ์	Pre – test (N= 95 คน)	14.62	57.89 (55 คน)	42.11 (40 คน)	Post – test (N=91 คน)	16.93	98.91 (90 คน)	1.09 (1 คน)	หัวข้อที่ประเมิน	\bar{x}	SD	ระดับความพึงพอใจ	1. หัวข้อน่าสนใจ	4.37	0.61	มากที่สุด	2. รูปแบบในการจัดงานเหมาะสม	4.08	0.81	มาก	3. ความรู้ที่ได้รับจากการร่วมกิจกรรม	4.44	0.60	มากที่สุด	
การสอบ	คะแนนเฉลี่ย (คะแนนเต็ม =18 คะแนน)	ร้อยละ สอบผ่านเกณฑ์	ร้อยละ สอบไม่ผ่านเกณฑ์																																		
Pre – test (N= 95 คน)	14.62	57.89 (55 คน)	42.11 (40 คน)																																		
Post – test (N=91 คน)	16.93	98.91 (90 คน)	1.09 (1 คน)																																		
หัวข้อที่ประเมิน	\bar{x}	SD	ระดับความพึงพอใจ																																		
1. หัวข้อน่าสนใจ	4.37	0.61	มากที่สุด																																		
2. รูปแบบในการจัดงานเหมาะสม	4.08	0.81	มาก																																		
3. ความรู้ที่ได้รับจากการร่วมกิจกรรม	4.44	0.60	มากที่สุด																																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
					4. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้	4.56	0.58	มากที่สุด	
					5. ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดงาน	4.10	0.76	มาก	
					6. สถานที่จัดอบรมเหมาะสม	3.53	0.94	มาก	
					7. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.16	0.70	มาก	
					ภาพรวม	4.18	0.56	มาก	
-อื่นๆ	สรุปประเด็นนิเทศจาก ผตท.นอกเวลาราชการ				สรุปประเด็นนิเทศจากผตท.นอกเวลา เดือนเมษายน 2561 ได้วิธีปฏิบัติใหม่เพิ่มเติมจาก การนิเทศ ดังนี้ การจัดการกรณีผู้ป่วยที่มีชื่อ - สกุลเหมือน/คล้ายกัน 1) แจ้งให้ทุกคนในหน่วยงานทราบ ให้มีการสื่อสารในทีมและต่างทีมทุกเวร 2) พิมพ์ชื่อแยกสีที่ป้ายชื่อปลายเตียงผู้ป่วย ป้ายห้องผู้ป่วย หรือในกระดานรายชื่อ ผู้ป่วย และส่งเวร 3) ให้เขียนชื่อ post ติดแจ้งไว้ที่ห้องยา รถแจกยา บริเวณที่ส่งเวรแต่ละทีม มาตรการเมื่อเปลมารับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่เปลต้องแจ้งชื่อ-สกุลของผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมารับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ร่วมกัน ตรวจสอบ การส่งมอบผู้ป่วย ให้มีการสร้าง checklist ในการส่งมอบผู้ป่วย มาตรการผู้ป่วยในมีป้ายชื่อมือทุกราย 1) มีการ check ป้ายชื่อมือทุกเวร มีการ Assign งานให้ orderly หรือ PN เป็นคนทำ อย่างชัดเจน 2) การใส่ป้ายชื่อมือผู้ป่วยให้ตัวหนังสือหันไปทางปลายมือเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถ อ่านได้ง่าย				

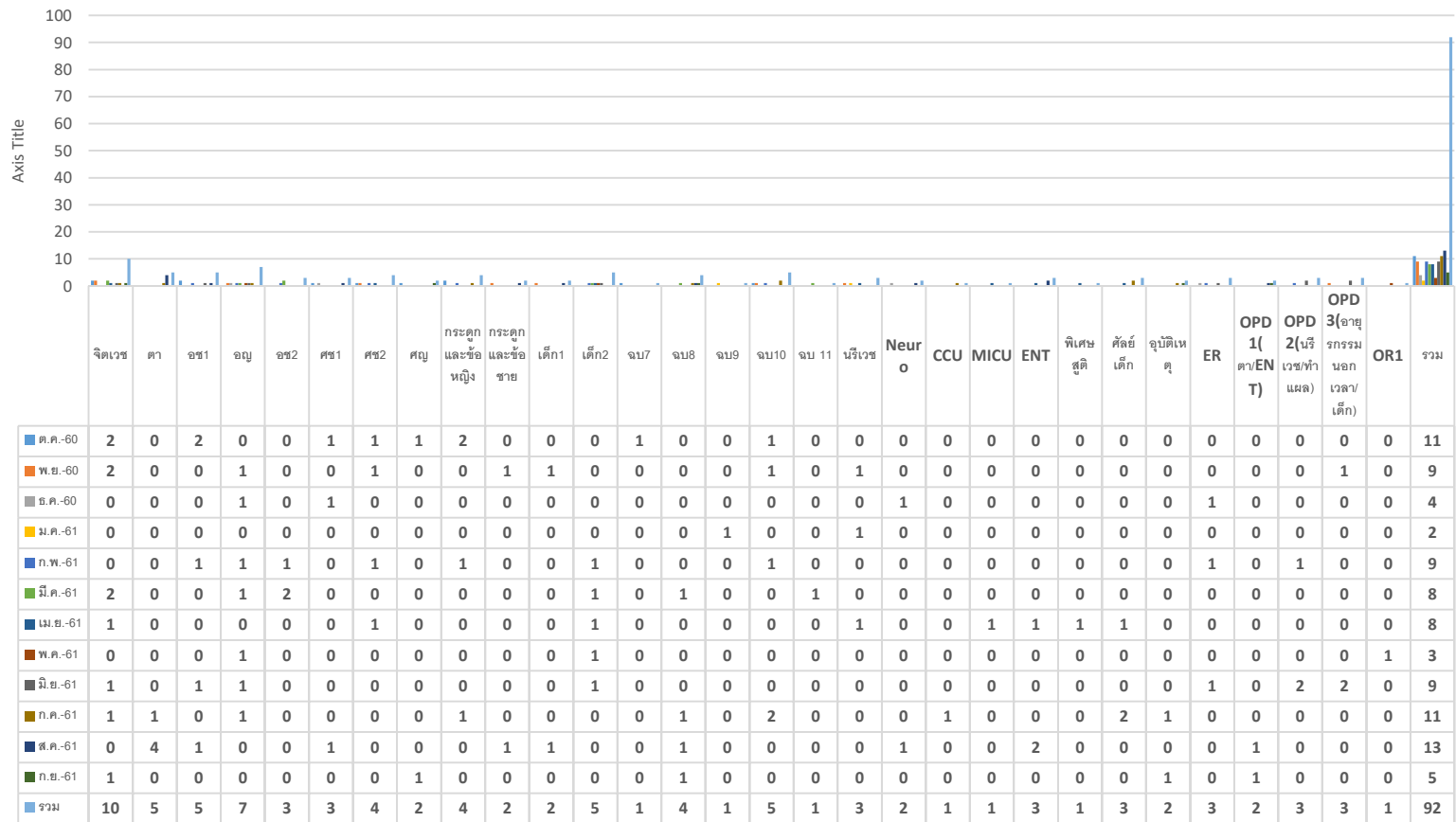
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																		
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา																							
					<p>3) ป้ายชื่อผู้ป่วยหลุดหาย ควรทำใหม่และใส่ให้ผู้ป่วยใหม่ด้วย หรือเห็นไม่ชัดเจน ให้เปลี่ยนใหม่</p> <p>การระบุตัวผู้ป่วย</p> <p>นอกจากห้ามใช้หมายเลขเตียง หมายเลขห้องแล้ว ห้ามใช้ Diagnosis/หัตถการในการระบุตัวผู้ป่วย</p>																			
<p>13.4 เผื่อระวังความเสี่ยงและส่งเสริมการนำ Innovation มาใช้ป้องกันความเสี่ยงด้าน Fall</p> <p>- ประกวดคลิปวิดีโอ แนวทาง/นวัตกรรมการป้องกัน Fall</p> <p>- ทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกัน Fall OPD</p> <p>- การนำนวัตกรรม/แนวปฏิบัติที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาประกาศใช้</p> <p>- ทบทวนนวัตกรรมของเครือข่ายมาประกาศใช้</p>	ต.ค.60-ก.ย.61	<p>อุบัติการณ์ระดับ D-I</p>	<p>จำนวนอุบัติการณ์ระดับ D-I</p> <p>ลดลงร้อยละ 50</p>		<p>จำนวนผู้ป่วยพลัดตกเตียงทั้งหมด ระดับ C-I</p> <p>เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2560 กับปีงบประมาณ 2561</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3</th> <th>ไตรมาส 4</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2560</td> <td>24</td> <td>17</td> <td>26</td> <td>24</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>ปี 2561</td> <td>26</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>26</td> <td>92</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2560 ปี 2561</p>		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	ปี 2560	24	17	26	24	91	ปี 2561	26	20	20	26	92	นันทา
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม																			
ปี 2560	24	17	26	24	91																			
ปี 2561	26	20	20	26	92																			

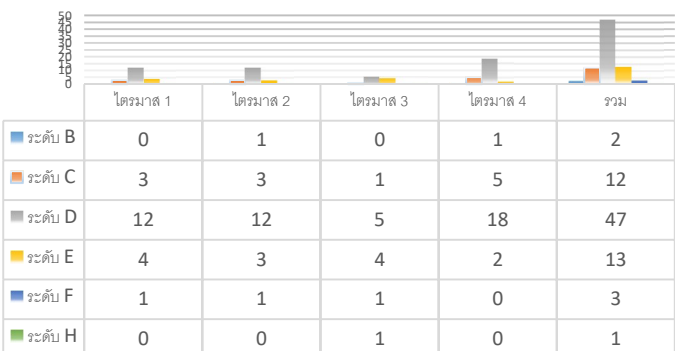
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																		
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																																																																																																							
					<p>จำนวนผู้ป่วยพลัดตกกลืนล้มแยกตามประเภท ช่วงเดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>G01</th> <th>G02</th> <th>G03</th> <th>G04</th> <th>G05</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ต.ค.-60</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>พ.ย.-60</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>ธ.ค.-60</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ม.ค.-61</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ก.พ.-61</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>มี.ค.-61</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>เม.ย.-61</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>พ.ค.-61</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>มิ.ย.-61</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>ก.ค.-61</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>ส.ค.-61</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>ก.ย.-61</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>26</td> <td>3</td> <td>48</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>92</td> </tr> </tbody> </table>		G01	G02	G03	G04	G05	รวม	ต.ค.-60	3	0	6	0	1	11	พ.ย.-60	3	1	5	1	0	9	ธ.ค.-60	1	0	1	2	2	4	ม.ค.-61	0	0	1	0	0	2	ก.พ.-61	3	0	5	2	0	9	มี.ค.-61	3	0	6	0	0	9	เม.ย.-61	2	0	5	0	0	7	พ.ค.-61	1	0	2	0	0	2	มิ.ย.-61	2	1	2	1	3	9	ก.ค.-61	4	0	6	0	1	10	ส.ค.-61	2	0	7	1	1	11	ก.ย.-61	2	1	2	0	0	5	รวม	26	3	48	7	8	92	
	G01	G02	G03	G04	G05	รวม																																																																																																		
ต.ค.-60	3	0	6	0	1	11																																																																																																		
พ.ย.-60	3	1	5	1	0	9																																																																																																		
ธ.ค.-60	1	0	1	2	2	4																																																																																																		
ม.ค.-61	0	0	1	0	0	2																																																																																																		
ก.พ.-61	3	0	5	2	0	9																																																																																																		
มี.ค.-61	3	0	6	0	0	9																																																																																																		
เม.ย.-61	2	0	5	0	0	7																																																																																																		
พ.ค.-61	1	0	2	0	0	2																																																																																																		
มิ.ย.-61	2	1	2	1	3	9																																																																																																		
ก.ค.-61	4	0	6	0	1	10																																																																																																		
ส.ค.-61	2	0	7	1	1	11																																																																																																		
ก.ย.-61	2	1	2	0	0	5																																																																																																		
รวม	26	3	48	7	8	92																																																																																																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ																		
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																			
					<p>จำนวนผู้ป่วยพลัดตกชั้นล้มทั้งหมด ระดับ D-I เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2560 กับปีงบประมาณ 2561</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3</th> <th>ไตรมาส 4</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2560</td> <td>18</td> <td>13</td> <td>19</td> <td>13</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>ปี 2561</td> <td>17</td> <td>16</td> <td>11</td> <td>20</td> <td>64</td> </tr> </tbody> </table> <p>*ผู้ป่วยพลัดตกชั้นล้มในปีงบประมาณ 2561 ระดับ D-I เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2560 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5</p>		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	ปี 2560	18	13	19	13	63	ปี 2561	17	16	11	20	64	
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม																			
ปี 2560	18	13	19	13	63																			
ปี 2561	17	16	11	20	64																			
					<p>ผู้ป่วยพลัดตกชั้นล้ม ทั้งหมด 92 ราย (ข้อมูลจาก IR)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> G01(ผู้ป่วยในตกเตียง) = 26 ราย <input type="checkbox"/> G02 (ผู้ป่วยนอกตกเตียง) = 3 ราย <input type="checkbox"/> G03(ผู้ป่วยในชั้นล้ม) = 48 ราย <input type="checkbox"/> G04(ผู้ป่วยนอกชั้นล้ม) = 7 ราย <input type="checkbox"/> G05(อื่นๆ) = 8 ราย <p>- เป็นผู้ป่วยกลุ่มประเมินความเสี่ยงระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> High Risk 49 ราย <input type="checkbox"/> moderate risk 19 ราย <input type="checkbox"/> Low risk 3 ราย, อีก 21 รายไม่ได้ลงค่าคะแนน 																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					

จำนวนผู้ป่วยพลัดตกเตียงแยกตามหน่วยงาน
ช่วงเดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																																										
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																																															
					<p>จำนวนผู้ป่วยพลัดตกศีรษะล้มแยกระดับความรุนแรง เปรียบเทียบไตรมาสที่ 1-4 ช่วงเดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3</th> <th>ไตรมาส 4</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ B</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ระดับ C</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>ระดับ D</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>5</td> <td>18</td> <td>47</td> </tr> <tr> <td>ระดับ E</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>ระดับ F</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ระดับ H</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม	ระดับ B	0	1	0	1	2	ระดับ C	3	3	1	5	12	ระดับ D	12	12	5	18	47	ระดับ E	4	3	4	2	13	ระดับ F	1	1	1	0	3	ระดับ H	0	0	1	0	1	
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม																																											
ระดับ B	0	1	0	1	2																																											
ระดับ C	3	3	1	5	12																																											
ระดับ D	12	12	5	18	47																																											
ระดับ E	4	3	4	2	13																																											
ระดับ F	1	1	1	0	3																																											
ระดับ H	0	0	1	0	1																																											
					<p>หออผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุมากขึ้นในปี 61 คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> จิตเวช(10ครั้ง/ปี) อายุรกรรมหญิง(7ครั้ง/ปี) อายุรกรรมชาย1/ตา/เด็ก 2 /ฉบ 10(5ครั้ง/ปี) ศัลยกรรมชาย2/กระดูกและข้อหญิง/ฉบ 8(4ครั้ง/ปี) อายุรกรรมชาย2/ศัลยกรรมชาย1/นรีเวช/หูดอกจมูก/พิเศษสูติ/ศัลยกรรมเด็ก <p>ผู้ป่วยนอกที่เกิดอุบัติเหตุมากขึ้นในปี 61คือ ER/OPD1/OPD2</p> <p>ผู้ป่วยพลัดตกศีรษะล้มปีงบประมาณ 61 ความรุนแรงระดับ D-I = 64 ราย</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยพลัดตกศีรษะล้มความรุนแรงระดับ D = 47 ราย</p> <p>ผู้ป่วยพลัดตกศีรษะล้มความรุนแรงระดับ E = 13 ราย</p> <p>ระดับ E 13 ราย :</p>																																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
					<p>1.ผู้ป่วยจิตเวช ได้ยา CPZ หลังเดินมาหีบของเดินเซๆล้มหงายหลัง (MHI,CT,Observe neuro sig</p> <p>2.หอผู้ป่วยนรีเวช ลงจากเตียงจะไปห้องน้ำ พยาบาลได้ยินเสียงดัง พบนอนอยู่ข้างเตียง ผู้ป่วยมีอาการรูด Dx.MHI CT,Observe neuro sign</p> <p>3.ฉบ.10 เซลล์แขนเหวี่ยงโดนประตูเป็นแผล</p> <p>4.ฉุกเฉิน ผู้ป่วยเป็นลมหน้าผาดพื้นด้านหน้าห้องฉุกเฉินและตกเปลขณะรอ Consult Dx. MHI CT,Observe neuro sign</p> <p>5.อช1:ผู้ป่วย Stroke ตกเตียงเนื่องจากปลดเหล็กกันเตียงเพื่อหีบของ Dx. MHI CTnegative ,Observe neuro sign</p> <p>6.อญ: ผู้ป่วย Unstable Angina ตกเตียงเนื่องจากเหล็กกันข้างเตียงหล่นขณะเอาหมอนค้ำเหล็กกันเตียงเพื่อเอากระโถนออกเองมีเจ้าหน้าที่รอนอกมานขณะผู้ป่วยปีสภาวะบนเตียง มีจ้ำเลือดที่สะโพกและมีอาการปวด X-Ray ไม่มี Fracture(จากการทบทวนทราบว่าเตียงชำรุด แจ้งซ่อมแล้ว ผลซ่อมไม่ได้ แต่ไม่ได้สื่อสารในทีม)</p> <p>7.ฉบ8 :ผู้ป่วย เดินไปห้องน้ำ โดยใช้ walker ล้มศีรษะกระแทก มี hematoma 2 cm แผลถลอกที่ข้อศอก</p> <p>8.ศช2 : ผู้ป่วย High Risk Dx. Embolism Thrombosis post PTA ขอไปห้องน้ำเนื่องจากปีสภาวะที่เตียงไม่ออก พยาบาลประเมินอาการแล้วอนุญาตให้ไปห้องน้ำได้ ผู้ป่วยไปคนเดียว ให้ประวัติว่าลิ้นล้มลำตัวด้านขวากระแทก มีแผลแตกที่ศีรษะ ทำแผลไม่ต้องเย็บ CT brain/ NPO</p> <p>9.พิเศษสูติ : ผู้ป่วยหลังทำ C/S 38 ชั่วโมง พักผ่อนไม่พอเนื่องจากเลี้ยงลูกเอง และรับประทานอาหารได้น้อย(สามีมีโรคหัวใจ ไม่มีคนช่วยเลี้ยง) พนักงานช่วยเหลือเห็นจากกระจก ประตูผู้ป่วยล้มหงาย ตอนเข้าไปดูนั่งนิ่งๆประมาณ 2 นาที บ่นปวดศีรษะ คลำเจอ</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
					<p>Hematoma จำเหตุการณ์ไม่ได้ CT brain (สามีหลับขณะเกิดเหตุ) มีอาการหนาวสั่น วัดไข้ได้ 38.6 °C</p> <p>10.เด็ก 2 : เด็กเล่นข้างเตียงอยู่กับมารดาเดินล้มศีรษะกระแทกพื้น มีรอยนูนที่หน้าผาก เป็น Case Factor VIII deficiency ต้องให้Factor VIII และ drip ใน 5 นาที</p> <p>11.อายุรกรรมชาย 1: ผู้ป่วย case Old CVA,SD S/P Blurred Hold และมี HCC ไปห้องน้ำคนเดียว ล้มขณะใส่กางเกงเหยียบปลายขาทางเกง เข้ากระแทก เข้าบวมปวด 4 คะแนน ให้ยาฉีดแก้ปวดและ X-RAY</p> <p>12.ศัลยกรรมเด็ก : ผู้ป่วย TOF รอยผ่าตัด อายุ 3 ปี 10 เดือนมีอาการมือเท้าเปื่อยจึงเข้าห้องแยก เหตุการณ์ขณะมารดาผู้ป่วยปลดข้างเตียงลงจะนำผู้ป่วยไปอาบน้ำ ผู้ป่วยคลานมาหา มารดาด้วยความรวดเร็วพุ่งตกจากเตียง มารดารับไม่ทัน ศีรษะกระแทกพื้น เด็กนิ่งมารดาอุ้มมานอกห้องแยก ผู้ป่วยนิ่งไม่ร้องประมาณ 1 นาที คลำชีพจรได้ หลังจากนั้นตื่น ร้องเสียงดัง CT bain</p> <p>13.หอผู้ป่วยตา : ผู้ป่วยเป็น Syphilis เดินขาเกเพลก ได้ยานอนหลับ เข้าห้องน้ำบ่อย เดินไปห้องน้ำ ผู้ช่วยพยาบาลช่วยพยุงปฏิเสธและสะบัดมือไม่ให้ช่วยจับ ขณะเดินทางเกงหลุดสะดุดล้ม หน้ากระแทก ฟันหัก</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยพลัดตกสิ้นล้มความรุนแรงระดับ F = 3 ราย</p> <p>ระดับ F 3 ราย :</p> <p>1.OPD PED เด็ก 1ปี ตกเตียงทำหัตถการสูง 1 เมตร Dx.MHI CT Admit</p> <p>2.ศช2 : ผู้ป่วย CA NPO เพื่อเตรียมผ่าตัด ห้องผ่าตัดมารับตอนเที่ยง ไปที่เตียงญาติออกไปห้องน้ำ จึงตามไปที่ห้องน้ำพบผู้ป่วยนอนตาค้างในห้องน้ำ มีแผลแตกที่ศีรษะ 1 cm ผู้ป่วยจำเหตุการณ์ไม่ได้ CT งดการผ่าตัด(จากการทบทวน ผู้ป่วยไม่ได้รับการ start IV fluid ตอน 7.00 น.ตามแผนการรักษา)</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
					<p>3. OPD3: ผู้ป่วย Dx.CA ตรวจที่ OPD Med Plan ให้เคมีบำบัด รอ admit ณ.7 ผู้ป่วยเดินไปกับญาติเข้าห้องน้ำที่หลัง OPD เด็ก ขณะออกจากห้องน้ำเดินสะดุด ธรณีประตู กั้นกระแทก ส่ง ER Film มี Fracture Femur Admit Ortho ซ้าย(OPD med ทบทวน/รายงานผู้บริหาร)</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยพลัดตกส้นล้มความรุนแรงระดับ H = 1 ราย</p> <p><u>ระดับ H 1 ราย :</u></p> <p>เด็ก 2 : ผู้ป่วย brain tumor S/P craniotomy and removal มาให้ เคมีบำบัด พ่นยา DDAVP และได้ยา Lorazepam เข้าห้องน้ำบ่อย เตียงอยู่ใกล้ห้องน้ำ ได้ยินเสียงตก พบผู้ป่วยนอนที่พื้น ห่างปลายเตียงประมาณ 1 เมตร ไม่รู้ตัว คลำชีพจรไม่ได้ ใส่ ET-Tube CPR 2 นาที คลำชีพจรได้ ณ 139/94 E1VTM1 Admit PICU(นำเข้า CQI)</p> <p><u>จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการอ่าน IR และข้อมูลจากการนิเทศของผู้ตรวจการนอกเวลา พบประเด็นดังนี้</u></p> <p><input type="checkbox"/> การประเมินความเสี่ยงพลัดตก/ส้นล้ม ไม่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยเช่นหน่วยงานจะประเมินผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยง หรือมีความเสี่ยงต่ำ แต่ในเหตุการณ์โดยย่อจะเห็นรายละเอียดว่า ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงก่อนการพลัดตก/ส้นล้ม มีการมีศีรษะรับประทอนยาลดความดัน</p> <p><input type="checkbox"/> การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานและการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่นการอนุญาตผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไปห้องน้ำเพียงคนเดียว</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่ที่ผู้ป่วยมักเกิดการพลัดตกคือที่เตียง และส้นล้มในขณะที่ไปห้องน้ำ และเหตุการณ์ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเกิดเหตุขณะอยู่คนเดียว ไม่มีญาติหรือเจ้าหน้าที่อยู่ด้วยขณะทำกิจกรรม</p> <p><input type="checkbox"/> การเขียน IR ในช่องกรทบทวน ยังไม่เห็นแนวทางที่ชัดเจนในการป้องกันและยังพบว่า มีความคลาดเคลื่อนในการลงบัญชีความเสี่ยงและการลงระดับความรุนแรง</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
					<input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ในผู้ป่วยนอกมีเพิ่มขึ้น ยังไม่มีการประเมินความเสี่ยงพลัดตก/ลื่นล้ม การดำเนินงานและผลที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 61 <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนการประเมินค่าคะแนนและปัจจัยเสี่ยงในการจัดระดับความเสี่ยงและการปฏิบัติตามมาตรการของความเสี่ยงแต่ละระดับ(ประชุมแกนนำเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2561) 2. จากการ KM แกนนำ เมื่อ 2 เมษายน 2561 ได้พบประเด็นปัญหาในเรื่องของแบบประเมินในระบบ HIS ที่แกนนำแจ้งว่ายังมีความเข้าใจไม่ตรงกันจึงมีความไม่ตรงกันในการให้ระดับความรุนแรง 3. จากกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโครงการ Risk Rally วันที่ 25-26 กรกฎาคม 2561 <ul style="list-style-type: none"> - แกนนำ OPD สนใจที่จะนำแบบประเมินการพลัดตก/ลื่นล้ม ไปใช้ที่ OPD (SDC จะเริ่มนำร่องการใช้แบบประเมิน)/ติดตามการใช้แบบประเมินความเสี่ยงพลัดตก/ลื่นล้มในผู้ป่วยนอก ในหน่วยนำร่อง - แกนนำกลุ่มผู้ป่วยเข้าใจความสำคัญในการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นความเสี่ยงเฉพาะในแต่ละหอผู้ป่วย/ติดตามการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่มีความเสี่ยงของแต่ละหอผู้ป่วย <p>การสื่อสารประเด็นคณะกรรมการป้องกันพลัดตกลื่นล้ม พร้อมทั้งจะร่วมกิจกรรมทบทวน&วิเคราะห์อุบัติการณ์กับหอผู้ป่วย โดยนำเสนอรูปแบบ ให้เป็นไปตามที่หอผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์กำหนด เช่น การไปดูหน้างาน หรือนำมา Sharing ในกลุ่ม เป็นต้น : การร่วมกิจกรรมทบทวนกับหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ วางแผนเริ่มเดือน สิงหาคม 2561 แต่ยังไม่ได้นำดำเนินการเนื่องจากปัญหาในการนัดเวลาที่ตรงกันกับหอผู้ป่วย</p>	
13.6 ทบทวนระบบ Service Recovery Process	ต.ค.60-ก.ย.61	คลังความรู้	หนังสือสรุปบทเรียนการ	1 เล่ม	หนังสือสรุปบทเรียนการจัดการข้อร้องเรียน ยังไม่ได้ดำเนินการ	คุณลักษณะมี

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																													
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																																		
			จัดการข้อร้องเรียน																																
- KS โดย story telling / เสวนา					<p>ลงเยี่ยมหน่วยงาน 3 ครั้ง ที่ OPD ได้นิเทศเพิ่มเติมเรื่อง</p> <p><input type="checkbox"/> มาตรฐานการรับโทรศัพท์</p> <p><input type="checkbox"/> บุคลิกภาพที่ฟังประสงค์และไม่ฟังประสงค์</p> <p>คำพูดหรือพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือเป็นสาเหตุต่อการร้องเรียน</p>																														
- จัดทำคลังความรู้เรื่อง SRP - จัดประกวดให้รางวัล/ ธรรมรงค์					<p>วิเคราะห์ข้อมูลข้อร้องเรียนจากรายงานอุบัติการณ์ ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561 มีข้อร้องเรียน 27 ครั้ง ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th> <th>จำนวนข้อร้องเรียน</th> <th>ต้นเหตุจากฝ่าย</th> <th>ต้นเหตุนอกฝ่าย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2561</td> <td>7</td> <td>-</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2-2561</td> <td>10</td> <td>3</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>3-2561</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4-2561</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>ทุกเรื่องสามารถจัดการได้ ไม่มีการฟ้องร้อง เรียกค่าชดเชย</p> <p>ข้อร้องเรียนที่เกิดจากบุคลากร/หน่วยงานฝ่ายบริการพยาบาลและการจัดการมีดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับที่</th> <th>เรื่อง</th> <th>แนวทางดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดข้อร้องเรียน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ผู้ป่วยไม่พึงพอใจการบริการที่ต้องเดินกลับไป-กลับมาระหว่างห้องทำแผล-ฉีดยาและปฐมภูมิ</td> <td>- SRP การให้ข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจ -- ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อระหว่างหน่วยงานเพื่อมุ่งเน้นมุ่งเน้นผู้รับบริการ</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ญาติคุกคามเจ้าหน้าที่ที่จะฟ้องร้องจากการไปดูดเสมหะล่าช้า</td> <td>- ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นผู้รับบริการ</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส	จำนวนข้อร้องเรียน	ต้นเหตุจากฝ่าย	ต้นเหตุนอกฝ่าย	1-2561	7	-	7	2-2561	10	3	7	3-2561	3	1	2	4-2561	7	6	1	ลำดับที่	เรื่อง	แนวทางดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดข้อร้องเรียน	1	ผู้ป่วยไม่พึงพอใจการบริการที่ต้องเดินกลับไป-กลับมาระหว่างห้องทำแผล-ฉีดยาและปฐมภูมิ	- SRP การให้ข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจ -- ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อระหว่างหน่วยงานเพื่อมุ่งเน้นมุ่งเน้นผู้รับบริการ	2	ญาติคุกคามเจ้าหน้าที่ที่จะฟ้องร้องจากการไปดูดเสมหะล่าช้า	- ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นผู้รับบริการ	
ไตรมาส	จำนวนข้อร้องเรียน	ต้นเหตุจากฝ่าย	ต้นเหตุนอกฝ่าย																																
1-2561	7	-	7																																
2-2561	10	3	7																																
3-2561	3	1	2																																
4-2561	7	6	1																																
ลำดับที่	เรื่อง	แนวทางดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดข้อร้องเรียน																																	
1	ผู้ป่วยไม่พึงพอใจการบริการที่ต้องเดินกลับไป-กลับมาระหว่างห้องทำแผล-ฉีดยาและปฐมภูมิ	- SRP การให้ข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจ -- ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อระหว่างหน่วยงานเพื่อมุ่งเน้นมุ่งเน้นผู้รับบริการ																																	
2	ญาติคุกคามเจ้าหน้าที่ที่จะฟ้องร้องจากการไปดูดเสมหะล่าช้า	- ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นผู้รับบริการ																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561			
						<p>เหตุเกิดที่ เด็ก 1 วันที่ 14/01/2561</p> <p>3 ญาติไม่พึงพอใจพฤติกรรมมารับ โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่คลินิก ศัลยกรรม เหตุเกิดที่ คลินิกศัลยกรรม วันที่ 05/03/2561</p> <p>4 การสื่อสารในการรักษาผู้ป่วยโรค ร่วมระหว่างหน่วยงานไม่ชัดเจน ทำ ให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาและเสีย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับไป- กลับมาเพื่อAdmit ทำหัตถการ เหตุ เกิดระหว่างคลินิก อายุรกรรมโรคปอด หอผู้ป่วยอายุ รกรรมทั่วไป และคลินิกรีเวช</p> <p>5 การนัดผู้ป่วยมาเพื่อตรวจและ Admit นอกเวลาราชการของ ศัลยกรรม เหตุเกิดที่ห้องทำแผลฉีดยา</p> <p>6 การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลแบบ One stop service (กลุ่ม OSCC)</p> <p>7 ผู้ป่วยไม่พึงพอใจการไม่ได้รับคิว ตรวจจากการมาติดต่อขอคิวที่</p>	<p>-การให้ข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจ SRP</p> <p>- SRP ให้ข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วย -โทรศัพท์กลับไปแจ้งญาติ แนะนำขั้นตอนการ มารับยาล่วงหน้า -มีระบบนิเทศเรื่องพฤติกรรมบริการ จัดอบรม ESB จัดระบบประเมินพฤติกรรมบริการทุก 6 เดือน</p> <p>-SRP ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้ป่วย -นำเข้าคณะกรรมการ CQI เพื่อทบทวนหา แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ</p> <p>นำเรื่องหารือในที่มการรักษาศัลศาสตร์</p> <p>-ตามรอยเหตุการณ์เพื่อหาจุด Pitfall -นำเข้าทบทวนในที่มกรรมการ OSCC</p> <p>-ทบทวนเหตุการณ์ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงาน - นิเทศการปฏิบัติงานของกลุ่ม Non nurse</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561										
						<p>คลินิกตาเหตุเกิดเมื่อเดือนกรกฎาคม 2561</p> <p>- กำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนกรณีผู้ป่วยไม่มีคิวตรวจต้องมีการประเมินและปรึกษาพยาบาลและแพทย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ</p>									
					8	<p>ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจจากการนัดมาเพื่อทำหัตถการ IVR แล้วถูกเลื่อนการทำหัตถการ เหตุเกิดที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 วันที่ 20/08/2561 ผู้ป่วย case HCC นัดมาเพื่อทำ TACE</p> <p>-SRP พุดคุยรับฟังปัญหาและให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ</p> <p>-รายงานแพทย์ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- ประเมินอาการและประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>									
					9	<p>การนัดและการสื่อสารในทีมการรักษาไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ตรวจกับแพทย์คนเดิมเหตุเกิดที่คลินิกนรีเวชเหตุเกิดเมื่อ 13/09/2561</p> <p>ประชุมเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติในการทำงานให้ชัดเจน</p> <p>มีระบบนิเทศติดตามกำกับดูแลการปฏิบัติงาน</p>									
					10	<p>มารดาผู้ป่วยไม่พึงพอใจจากการวัดสัญญาณชีพเวลา 02:00นแล้วทำให้เด็กตื่นเหตุเกิดที่หอผู้ป่วยเด็ก 2 เมื่อกรกฎาคม2561</p> <p>SRP ทำความเข้าใจกับมารดาผู้ป่วย</p>									
13.7 Risk round ความเสี่ยงทางคลินิกและ non clinic/ Quality Round	ต.ค.60-ก.ย.61	กิจกรรม/ระบบงานที่ปรับเปลี่ยน/พัฒนา	จำนวนครั้งการทำกิจกรรม	≥6 ครั้ง	<p>ลงเยี่ยมหน้างาน/ตามรอย ทั้งหมด 25 ครั้ง ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>COPs/ระบบงานที่ Round</th> <th>จำนวนครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Line& Tube</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ident</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pain</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		COPs/ระบบงานที่ Round	จำนวนครั้ง	Line& Tube	2	Ident	2	Pain	4	คุณลักษณะและทีมพัฒนาคุณภาพบริการ
COPs/ระบบงานที่ Round	จำนวนครั้ง														
Line& Tube	2														
Ident	2														
Pain	4														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ						
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561								
					<table border="1"> <tr> <td>บันทึกทางการแพทย์</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>จริยธรรม</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>SRP/ข้อร้องเรียน</td> <td>3</td> </tr> </table>	บันทึกทางการแพทย์	4	จริยธรรม	12	SRP/ข้อร้องเรียน	3		
บันทึกทางการแพทย์	4												
จริยธรรม	12												
SRP/ข้อร้องเรียน	3												
			จำนวนระบบงานที่ปรับเปลี่ยน/พัฒนา		ผลลัพธ์/วิธีปฏิบัติงานที่ปรับเปลี่ยนจาก Risk round / Quality Round แยกสรุปในรายงานของแต่ละ COPs (Fall, Line&Tube, Identification) รายงานการพัฒนาคุณภาพด้านจริยธรรม การจัดการความปลอดภัย และบันทึกทางการแพทย์								
14. ฝ้าระวังความเสี่ยงและความปลอดภัยของบุคลากรด้านการใช้ social media และการเยียวยา second victim - สร้างแนวปฏิบัติการใช้ social media อย่างปลอดภัย และการเยียวยา second victim	ต.ค.60-ก.ย.61	แนวปฏิบัติ	จำนวนแนวปฏิบัติ	2 เรื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการได้ร้อยละ 40 - จัดอบรมเกี่ยวกับการใช้ social media โดยใช้แนวปฏิบัติกลาง - ศึกษา ค้นคว้าแนวปฏิบัติและความรู้จากแหล่งต่างๆ ดำเนินการได้ร้อยละ 40 		คุณลักษณะ						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																	
		อุบัติการณ์	จำนวน อุบัติการณ์		<p>ในไตรมาสแรก มีอุบัติการณ์ จำนวน 5 ราย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลส่งคลิปที่ถ่ายไว้ ช่วงผู้ป่วยมีอาการ withdrawal หลังหยุดดื่มสุรา ขึ้นบน Facebook เนื่องจากพยาบาลกดผิดจากการส่งให้ผู้ป่วยเป็นส่งวีดีโอออกทาง Facebook (19-12-60) 2. ผู้หญิงแปลกหน้า พุดจาไม่สุภาพ เสียงดัง ต้องการทราบเบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ และตารางเวร ที่มาปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ (29-11-60) 3. เจ้าหน้าที่ถูกผู้ป่วยขู่และต้องการให้หาคนที่ปลอมลายเซ็นตนเองในใบยินยอมผ่าตัด สรุปรว่าไม่มีคนปลอมลายเซ็น (10-10-60) 4. เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียนประเด็นเล่นโทรศัพท์ขณะช่วยแพทย์ตรวจ (9-10-60) 5. พยาบาลถูกผู้ป่วยคุกคามด้วยคำพูดด้วยน้ำเสียงเกรี้ยวกราด และท่าทีโมโห เนื่องจากแจ้งเลื่อนผ่าตัดล่าช้า (29-11-60) <p>ไตรมาส 2-4 /2561 มีผู้แจ้งอุบัติการณ์ด้วยวาจาจากบุคลากรนำเข้าข้อมูลใน Facebook, line เกี่ยวกับคำพูด และภาพไม่เหมาะสมจำนวน 8 ครั้ง ได้แจ้งให้เจ้าตัวลบข้อมูลทั้งหมด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อความไม่เหมาะสม 5 ครั้ง - ภาพ และคลิปไม่เหมาะสม 3 ครั้ง 													
15.โครงการให้ความรู้สู่ประชาชนภายในโรงพยาบาล - จัดเวทีสุขภาพและจัดกิจกรรมวันมหิดล	ต.ค.60-ก.ย.61	กิจกรรม	จำนวน กิจกรรม/ จำนวนเรื่อง	27 ครั้ง	<p>จัดกิจกรรมเวทีสุขภาพ 34 ครั้ง มากกว่าเป้าหมาย 7 ครั้ง ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ครั้งที่</th> <th>เรื่อง</th> <th>จำนวนผู้เข้าร่วม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ตรวจMRI อันตรายหรือไม่</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>สุขใจ ใส่ใจสุขภาพ 3 วัย</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>วันรังสีเทคนิคโลก</td> <td>150</td> </tr> </tbody> </table>	ครั้งที่	เรื่อง	จำนวนผู้เข้าร่วม	1	ตรวจMRI อันตรายหรือไม่	150	2	สุขใจ ใส่ใจสุขภาพ 3 วัย	400	3	วันรังสีเทคนิคโลก	150	
ครั้งที่	เรื่อง	จำนวนผู้เข้าร่วม																
1	ตรวจMRI อันตรายหรือไม่	150																
2	สุขใจ ใส่ใจสุขภาพ 3 วัย	400																
3	วันรังสีเทคนิคโลก	150																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561			
					4	วันเบาหวานโลก	250	
					5	ลูกเป็นหวัดมาดมยาสลบได้มัย	200	
					6	รณรงค์ลดอุบัติเหตุการจราจร/ความสำคัญของ AED และวิธีการใช้งาน	300	
					7	ดูแลเด็กไทยให้ฉลาดใช้จอ	250	
					8	พาร์กินสัน	250	
					9	Cancer Screening	350	
					10	เบาหวานอย่าหวานเลย	100	
					11	Lasik เมื่อดวงตาคือหน้าต่างของหัวใจ	250	
					12	World hearing day : PSU Noise induced hearing loss World hearing day : PSU Sudden sensorineural hearing	350	
					13	สัปดาห์ต้อหินโลก	250	
					14	สตรีไทย ไต Strong	250	
					15	ประชาสัมพันธ์จังหวัดอำนาจเจริญ	200	
					16	ความสำคัญของAEDและวิธีการใช้งาน	200	
					17	ใส่ใจสุขภาพผู้สูงวัยยุค 4.0	250	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561			
					18	HANDS AND HEART Start 2 gether -ลดเลือดหัวใจและแนวทางการรักษา -โรคหัวใจ นวัตกรรมใหม่ของการรักษา -การใช้เครื่องพยุงหัวใจและปอดเทียมนวัตกรรมใหม่ของการรักษา -โรคหัวใจในเด็กและแนวทางการรักษา	300	
					19	ดาวนซินโดรมสกรีนนิ่ง	250	
					20	ค่ายเยาวชนส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมคณะแพทยศาสตร์	200	
					21	พยาบาลเสียงแห่งพลังสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชน- เราเริ่มต้นด้วยหัวใจ	500	
					22	ดมยาคีกว่าบลิ๊อคหลังจริงหรือ	250	
					23	ลดการปรุง บำรุงสุขภาพไต	300	
					24	การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) อย่างสมเหตุสมผล สมน้ำหนักกับการประยุกต์ทำอาหารในชีวิตประจำวัน	500	
					25	รักษาแผลเบาหวานโดยไม่ต้องผ่าตัด	300	
					26	มะเร็งกระดูก	300	
					27	นมแม่รากฐานแห่งชีวิต	350	
					28	โครงการสานฝันเพื่อสร้างงานปลูกถ่ายหัวใจสงขลา นครินทร์	1,000	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ																												
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																
					29	ปวดศีรษะอันตรรายแค่นั้น	250																														
					30	โภชนาการสูงวัย สำราญใจ ใส่ใจสุขภาพ	500																														
					31	การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า(วัยรุ่น)	300																														
					32	โรคเลือดชั้นมัจจุราชเงียบ	300																														
					33	การนึ่งนาน:ภัยเงียบของออฟฟิศยุคใหม่	300																														
					34	ตอบคำถามคาใจ คลินิกโคอ้วน	300																														
		ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจโดยรวม	≥3.50	คะแนนความพึงพอใจโดยรวม = 3.66, 3.63, 3.67																																
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการประเมิน</th> <th>1/2561 (48 ราย)</th> <th>2/2561 (39 ราย)</th> <th>4/2561 (52 ราย)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ความเหมาะสมของกิจกรรม</td> <td>3.73</td> <td>3.72</td> <td>3.81</td> </tr> <tr> <td>2. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.58</td> <td>3.36</td> <td>3.69</td> </tr> <tr> <td>3. ความเหมาะสมของสถานที่</td> <td>3.65</td> <td>3.67</td> <td>3.54</td> </tr> <tr> <td>4. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.69</td> <td>3.79</td> <td>3.67</td> </tr> <tr> <td>5. สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้</td> <td>3.65</td> <td>3.62</td> <td>3.63</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>3.66</td> <td>3.63</td> <td>3.67</td> </tr> </tbody> </table>				รายการประเมิน	1/2561 (48 ราย)	2/2561 (39 ราย)	4/2561 (52 ราย)	1. ความเหมาะสมของกิจกรรม	3.73	3.72	3.81	2. ระยะเวลาเหมาะสม	3.58	3.36	3.69	3. ความเหมาะสมของสถานที่	3.65	3.67	3.54	4. ความรู้ที่ได้รับ	3.69	3.79	3.67	5. สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้	3.65	3.62	3.63	รวม	3.66	3.63	3.67	
รายการประเมิน	1/2561 (48 ราย)	2/2561 (39 ราย)	4/2561 (52 ราย)																																		
1. ความเหมาะสมของกิจกรรม	3.73	3.72	3.81																																		
2. ระยะเวลาเหมาะสม	3.58	3.36	3.69																																		
3. ความเหมาะสมของสถานที่	3.65	3.67	3.54																																		
4. ความรู้ที่ได้รับ	3.69	3.79	3.67																																		
5. สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้	3.65	3.62	3.63																																		
รวม	3.66	3.63	3.67																																		
					ข้อเสนอแนะ 1. เป็นกิจกรรมที่ดีมากควรจัดต่อไป (12 ราย)และควรจัดจำนวนครั้ง/เดือนให้มากขึ้น (4 ราย)																																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																				
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																									
					2. หัวข้อที่อยากฟังได้แก่ ความดันโลหิตสูง อาหารชะลอวัย การออกกำลังคนทำงาน ความปลอดภัยในการรับประทานอาหารนอกบ้าน การเลี้ยงเด็กยุค 4.0 3. อยากให้มีการประชาสัมพันธ์ช่องทาง การเข้าถึงกิจกรรมย้อนหลัง (1 ราย)																					
16.โครงการ Quality day 16.1 โครงการ Quality day for nurse	7-8 มิ.ย. 61	ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	RN 300 คน	ผู้เข้าร่วม 194 คน	คุณลักษณะมี																				
		ผลงานที่ส่งเข้า ประกวด	จำนวนผลงานที่ ส่งเข้าประกวด	≥60	ผลงานที่ส่งเข้าประกวด 28 โครงการ ผ่านการคัดเลือกรอบแรก 27 โครงการ <table border="1" data-bbox="1126 703 1767 906"> <thead> <tr> <th>ประเภทผลงาน</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การพัฒนาคุณภาพงาน</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>เรื่องเล่า</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p>ผลงานที่ได้รับรางวัล</p> <table border="1" data-bbox="1088 954 1980 1450"> <thead> <tr> <th>ผลงานการ พัฒนาคุณภาพ</th> <th>เรื่อง</th> <th>ผู้นำเสนอ</th> <th>หน่วยงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รางวัลชนะเลิศ</td> <td>ลดระยะเวลาการรอคอยจุด Exit nurse สำหรับผู้ป่วยไม่นัดติดตามอาการที่คลินิกเด็ก</td> <td>พว.อัจฉรา ชินวร</td> <td>แผนกผู้ป่วยนอก 3</td> </tr> <tr> <td>รองชนะเลิศ อันดับ 1</td> <td>การป้องกันการเกิดแผลกดทับ บริเวณงอกจากสายยางให้อาหาร (NG tube) โดยการติด พลาสเตอร์ (strap) แบบ โอเมก้า (Ω)</td> <td>พว.ตะวัน คุณพิพัฒน์</td> <td>หออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภทผลงาน	จำนวน	การพัฒนาคุณภาพงาน	19	นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์	2	เรื่องเล่า	7	ผลงานการ พัฒนาคุณภาพ	เรื่อง	ผู้นำเสนอ	หน่วยงาน	รางวัลชนะเลิศ	ลดระยะเวลาการรอคอยจุด Exit nurse สำหรับผู้ป่วยไม่นัดติดตามอาการที่คลินิกเด็ก	พว.อัจฉรา ชินวร	แผนกผู้ป่วยนอก 3	รองชนะเลิศ อันดับ 1	การป้องกันการเกิดแผลกดทับ บริเวณงอกจากสายยางให้อาหาร (NG tube) โดยการติด พลาสเตอร์ (strap) แบบ โอเมก้า (Ω)	พว.ตะวัน คุณพิพัฒน์	หออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม	
ประเภทผลงาน	จำนวน																									
การพัฒนาคุณภาพงาน	19																									
นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์	2																									
เรื่องเล่า	7																									
ผลงานการ พัฒนาคุณภาพ	เรื่อง	ผู้นำเสนอ	หน่วยงาน																							
รางวัลชนะเลิศ	ลดระยะเวลาการรอคอยจุด Exit nurse สำหรับผู้ป่วยไม่นัดติดตามอาการที่คลินิกเด็ก	พว.อัจฉรา ชินวร	แผนกผู้ป่วยนอก 3																							
รองชนะเลิศ อันดับ 1	การป้องกันการเกิดแผลกดทับ บริเวณงอกจากสายยางให้อาหาร (NG tube) โดยการติด พลาสเตอร์ (strap) แบบ โอเมก้า (Ω)	พว.ตะวัน คุณพิพัฒน์	หออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
					รองชนะเลิศ อันดับ 2	ผู้ถามอย่างไรให้ปลอดภัย	พว.ธมลว รรณ คำชู	หอผู้ป่วยจิตเวช	
					ชมเชย	การพัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะทางเดิน หายใจส่วนบนอุดตัน (Upper airway obstruction)	พว.อาตี เกาะ โตะเต็ง	หอผู้ป่วย หู คอ จมูก	
					ชมเชย	พัฒนากระบวนการฝึกเดิน ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ (Crutches delivery)	พว.นงเยาว์ ภูริวัฒน์กุล	หอผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูกและข้อชาย	
					ชมเชย	พูดคุย เปิดใจ ยิ้มได้ใน PICU	พว.วรารรณ์ กาวไธสง	หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก	
					นวัตกรรม	เรื่อง	ผู้นำเสนอ	หน่วยงาน	
					รางวัล ชนะเลิศ	การพัฒนาอุปกรณ์เพื่อประเมิน ค่าความดันในช่องท้องผ่านการ ตรวจวัดความดันในกระเพาะ ปัสสาวะขณะคาสายสวน ปัสสาวะ หออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม (SICU)	พว.วาสนา ธรรมศิริพงษ์	หออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม	
					ชมเชย	Signaling I & I for surgeon (Signaling Instruments and Implants for surgeon)	พว.จิรัชยา ศิวารุฑ	แผนกผ่าตัด	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ																					
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																									
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>เรื่องเล่า</th> <th>เรื่อง</th> <th>ผู้นำเสนอ</th> <th>หน่วยงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รางวัล ชนะเลิศ</td> <td>Heart Head Hand ดูแล ใจเขาด้วยใจเรา</td> <td>พว.กรวิภา เต็งรัง</td> <td>หอภิบาลผู้ป่วยเด็ก</td> </tr> <tr> <td>รองชนะเลิศ อันดับ 1</td> <td>เมื่อลูกแม่..ถึงเวลาได้กลับบ้าน</td> <td>พว.ดวงเพ็ญ แวววันจิตร</td> <td>หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ</td> </tr> <tr> <td>รองชนะเลิศ อันดับ 2</td> <td>จดหมายถึงตะวัน..ที่ พระจันทร์ไม่ได้ส่ง..</td> <td>พว.วารภรณ์ กาวไธสง</td> <td>หอภิบาลผู้ป่วยเด็ก</td> </tr> <tr> <td>ชมเชย</td> <td>จิตอาสาเพื่อผู้ป่วย ณ อาคารเย็นศิระ</td> <td>พว.ปิยะรัตน์ ทองสังข์</td> <td>หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิม พระบารมี 10</td> </tr> <tr> <td>ชมเชย</td> <td>พลังแห่งครอบครัว</td> <td>พว.ดวงเพ็ญ แวววันจิตร</td> <td>หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ</td> </tr> </tbody> </table>	เรื่องเล่า	เรื่อง	ผู้นำเสนอ	หน่วยงาน	รางวัล ชนะเลิศ	Heart Head Hand ดูแล ใจเขาด้วยใจเรา	พว.กรวิภา เต็งรัง	หอภิบาลผู้ป่วยเด็ก	รองชนะเลิศ อันดับ 1	เมื่อลูกแม่..ถึงเวลาได้กลับบ้าน	พว.ดวงเพ็ญ แวววันจิตร	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ	รองชนะเลิศ อันดับ 2	จดหมายถึงตะวัน..ที่ พระจันทร์ไม่ได้ส่ง..	พว.วารภรณ์ กาวไธสง	หอภิบาลผู้ป่วยเด็ก	ชมเชย	จิตอาสาเพื่อผู้ป่วย ณ อาคารเย็นศิระ	พว.ปิยะรัตน์ ทองสังข์	หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิม พระบารมี 10	ชมเชย	พลังแห่งครอบครัว	พว.ดวงเพ็ญ แวววันจิตร	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ	
เรื่องเล่า	เรื่อง	ผู้นำเสนอ	หน่วยงาน																											
รางวัล ชนะเลิศ	Heart Head Hand ดูแล ใจเขาด้วยใจเรา	พว.กรวิภา เต็งรัง	หอภิบาลผู้ป่วยเด็ก																											
รองชนะเลิศ อันดับ 1	เมื่อลูกแม่..ถึงเวลาได้กลับบ้าน	พว.ดวงเพ็ญ แวววันจิตร	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ																											
รองชนะเลิศ อันดับ 2	จดหมายถึงตะวัน..ที่ พระจันทร์ไม่ได้ส่ง..	พว.วารภรณ์ กาวไธสง	หอภิบาลผู้ป่วยเด็ก																											
ชมเชย	จิตอาสาเพื่อผู้ป่วย ณ อาคารเย็นศิระ	พว.ปิยะรัตน์ ทองสังข์	หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิม พระบารมี 10																											
ชมเชย	พลังแห่งครอบครัว	พว.ดวงเพ็ญ แวววันจิตร	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ																											
		ความพึงใจ ภาพรวม	คะแนนความพึง ใจภาพรวม	≥3.26	วันที่ 7 มิถุนายน 2561 คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมเฉลี่ย 3.22 อยู่ในระดับมากทุก หัวข้อการประเมิน (คะแนนเต็ม 4) จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 90 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วม 194 คน คิดเป็นร้อยละ 46.39																									
					<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>X</th> <th>S.D.</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.02</td> <td>0.67</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>การสร้างแรงบันดาลใจการพัฒนางาน</td> <td>3.20</td> <td>0.62</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>การนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>3.11</td> <td>0.66</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>ความพึงพอใจในภาพรวม</td> <td>3.22</td> <td>0.65</td> <td>มาก</td> </tr> </tbody> </table>		X	S.D.	ระดับ	ความรู้ที่ได้รับ	3.02	0.67	มาก	การสร้างแรงบันดาลใจการพัฒนางาน	3.20	0.62	มาก	การนำไปประยุกต์ใช้	3.11	0.66	มาก	ความพึงพอใจในภาพรวม	3.22	0.65	มาก					
	X	S.D.	ระดับ																											
ความรู้ที่ได้รับ	3.02	0.67	มาก																											
การสร้างแรงบันดาลใจการพัฒนางาน	3.20	0.62	มาก																											
การนำไปประยุกต์ใช้	3.11	0.66	มาก																											
ความพึงพอใจในภาพรวม	3.22	0.65	มาก																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																																
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา																																					
					<p>ข้อเสนอแนะ</p> <ol style="list-style-type: none"> แต่ละเรื่องดีมาก จุดประกายเป็นแรงผลักดันให้คนที่ไม่ได้ทำ (3) ควรมีแรงจูงใจ ให้บุคลากรเข้าร่วมโครงการมากกว่านี้ อยากให้จัดกิจกรรมแบบนี้ทุกปีเลย เวลาในการนำเสนอโครงน้อยเกินไป ควรปรับเรื่องการบริหารเวลา กรรมการวิทยากรน่ารักมากๆ ได้ข้อเสนอแนะดีๆนำไปปรับใช้ได้ง่าย อ.พงษ์ศักดิ์วิพากษ์ ได้ดีมาก ๆ เข้าใจงานและบริบทของพยาบาลเป็นอย่างดีและเต็มเต็มงานต่างๆให้สมบูรณ์ตามบริบทของพยาบาล <p>วันที่ 8 มิถุนายน 2561 คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เฉลี่ย 3.43 จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 60 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วม 186 คน คิดเป็นร้อยละ 32.26</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>X̄</th> <th>S.D.</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ</td> <td>3.37</td> <td>0.55</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>2. การบรรยายชัดเจน</td> <td>3.38</td> <td>0.58</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>3. เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>3.57</td> <td>0.56</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>4. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>3.48</td> <td>0.57</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>5. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.47</td> <td>0.54</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>6. การนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>3.48</td> <td>0.54</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>7. ความพึงพอใจในภาพรวม</td> <td>3.43</td> <td>0.53</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>		X̄	S.D.	ระดับ	1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.37	0.55	มากที่สุด	2. การบรรยายชัดเจน	3.38	0.58	มากที่สุด	3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.57	0.56	มากที่สุด	4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.48	0.57	มากที่สุด	5. ความรู้ที่ได้รับ	3.47	0.54	มากที่สุด	6. การนำไปประยุกต์ใช้	3.48	0.54	มากที่สุด	7. ความพึงพอใจในภาพรวม	3.43	0.53	มากที่สุด	
	X̄	S.D.	ระดับ																																			
1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.37	0.55	มากที่สุด																																			
2. การบรรยายชัดเจน	3.38	0.58	มากที่สุด																																			
3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.57	0.56	มากที่สุด																																			
4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.48	0.57	มากที่สุด																																			
5. ความรู้ที่ได้รับ	3.47	0.54	มากที่สุด																																			
6. การนำไปประยุกต์ใช้	3.48	0.54	มากที่สุด																																			
7. ความพึงพอใจในภาพรวม	3.43	0.53	มากที่สุด																																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา													
					<p>ข้อเสนอแนะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมมาก นำไปปรับใช้ในการทำงานได้ (2) 2. หัวข้อสื่อออนไลน์ ภัยที่ไม่ควรมองข้าม : คิดว่าผู้บรรยายมีความรู้ในเรื่องนี้ดี แต่คิดว่าควรเป็นผู้บรรยายที่มาความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้ที่มีความเฉพาะด้านโดยตรงในคดีทางการแพทย์น่าจะเหมาะสมกว่า <p>ปัญหาและอุปสรรค</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พบว่าการทำแบบประเมินผ่าน QR Code มีผู้เข้าตอบแบบประเมินน้อย อาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลการประเมิน 2. มีผู้ส่งผลงานเข้าประกวดน้อยกว่าทุกปี 									
16.2 โครงการ Quality day for non-nurse	20-21 ส.ค. 61	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้เข้าร่วมกิจกรรม - ผลงานที่ส่งเข้าประกวด 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม - จำนวนผลงานที่ส่งเข้าประกวด 	<p>300 คน</p> <p>30</p>	<p>จำนวนผู้เข้าร่วม 175 คน</p> <p>ที่ส่งเข้าประกวด 29 โครงการ</p> <p>ผ่านการคัดเลือกรอบแรก 25 โครงการ</p> <table border="1" data-bbox="1124 1066 1767 1268"> <thead> <tr> <th>ประเภทผลงาน</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การพัฒนาคุณภาพงาน</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>เรื่องเล่า</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภทผลงาน	จำนวน	การพัฒนาคุณภาพงาน	11	นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์	10	เรื่องเล่า	4	
ประเภทผลงาน	จำนวน													
การพัฒนาคุณภาพงาน	11													
นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์	10													
เรื่องเล่า	4													
		<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงใจภาพรวม 	<ul style="list-style-type: none"> - คะแนนความพึงใจภาพรวม 	<p>≥3.26</p>	<p>วันที่ 20 สิงหาคม 2561 คะแนนความพึงพอใจในภาพรวม เฉลี่ย 3.22 อยู่ในระดับมาก</p> <p>จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 172 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วม 175 คน คิดเป็นร้อยละ 98.29</p>									

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
						\bar{X}	S.D.	ระดับ	
					ความรู้ที่ได้รับ	3.27	0.59	มากที่สุด	
					การสร้างแรงบันดาลใจพัฒนางาน	3.28	0.65	มากที่สุด	
					การนำไปประยุกต์ใช้	3.20	0.61	มาก	
					ความพึงพอใจในภาพรวม	3.22	0.59	มาก	
					ข้อเสนอแนะ				
					<ol style="list-style-type: none"> 1. อยากให้จัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (7) 2. อยากให้ผู้เข้าร่วมให้คำแนะนำหรือเสนอความคิดเห็นด้วย 3. ดีมาก สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน (3) 4. อยากให้รณรงค์หรือกระตุ้นให้ทุกหน่วยงานได้ส่งผลงานให้มากกว่านี้ 5. อยากให้หัวหน้าตึกช่วยให้คำแนะนำหรือกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเห็นถึงประโยชน์ของการทำงานและการแก้ปัญหาในหน่วยงานนั้นๆ 6. อยากให้มีการเสนอผลงานร่วมกันทุกหน่วยงานของคณะไม่จำเป็นต้องแยกกลุ่ม nurse. Non Nurses 7. เวลามาเสนอ น้อยเกินไป อย่างน้อยประมาณ 10 นาที (3) 				
					วันที่ 21 สิงหาคม 2561 คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.39 จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 114 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วม 175 คน คิดเป็นร้อยละ 65.14				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561					
						\bar{X}	S.D.	ระดับ		
					1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.31	0.65	มากที่สุด		
					2. การบรรยายชัดเจน	3.41	0.59	มากที่สุด		
					3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.26	0.67	มากที่สุด		
					4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.29	0.67	มากที่สุด		
					5. ความรู้ที่ได้รับ	3.39	0.59	มากที่สุด		
					6. การนำไปประยุกต์ใช้	3.39	0.56	มากที่สุด		
					7. ความพึงพอใจในภาพรวม	3.39	0.59	มากที่สุด		
					ข้อเสนอแนะ 1. ควรสรุปเนื้อหาหัวข้อให้กระชับเข้าใจง่าย ๆ 2. ดีมาก และสนุกสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้มากขึ้น (4) 3. ควรเล่นเกมสั้นให้น้อยลง 4. ขอให้มีการอบรมทุกปี (4) 5. อยากให้เชิญวิทยากรจากภายนอก มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องที่มีประโยชน์กับการทำงานเช่นกิจกรรมในครั้งนี้อีก					
16.3 โครงการสัมมนา วิชาการและกิจกรรม Risk Rally	25 -26 กรกฎาคม 2561	- ผู้เข้าร่วม กิจกรรม - ความพึงใจ ภาพรวม	- จำนวน ผู้เข้าร่วม กิจกรรม - คะแนนความ พึงใจภาพรวม		จำนวนผู้เข้าร่วม 64 คน คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.51(คะแนนเต็ม 5) จำนวน ผู้ตอบแบบสอบถาม 45 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วม 64 คน คิดเป็นร้อยละ 70.31		X	S.D.	ระดับ	
					1. รูปแบบกิจกรรม	4.47	0.60	มาก		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
					2. เวลาในการบรรยาย	4.31	0.45	มาก	
					3. เวลาในการทำกิจกรรมร่วม	4.38	0.58	มาก	
					4. การนำไปประยุกต์ใช้	4.64	0.51	มากที่สุด	
					5. ความพึงพอใจโดยภาพรวม	4.51	0.51	มากที่สุด	
					- รูปแบบการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป* เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ				
						ความถี่*	ร้อยละ		
					1.บรรยาย และ Rally	41	74.55		
					2.บรรยาย และ Work Shop	14	25.45		
					ข้อเสนอแนะ				
					1. ขอให้จัดแบบนี้บ่อยๆ				
					2. ขอจัดนอกสถานที่แบบนี้ทุกปี				
					3. ชอบแบบนี้ ได้เรียนรู้ ได้ฝึกปฏิบัติจริง ได้สร้างสายสัมพันธ์กันในกลุ่ม พี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆน่ารักกันมาก				
					4. การจัดกิจกรรมแบบนี้ทำให้เกิดการเรียนรู้เนื้อหาวิชาการได้ดีจากการเข้าฐานต่างๆ จัดได้สนุกและน่าสนใจมาก พิธีกร Entertain ผู้เข้าร่วมได้ดีมาก				
					5. เนื้อหาเข้มข้น ดีมาก สามารถนำไปใช้ได้จริง แต่ในวันแรกเนื้อหาแน่นมาก ภายในเวลาจำกัด ทำให้รู้สึกเครียดและเหนื่อยล้า				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																				
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา																									
					6. สนุก วิชาการผสมผสานทางการ 7. ขอบคุณที่ทีมงานมากๆ																					
16.4 โครงการประกวดสื่อ คลิปวิดีโอ Safety culture : Identification , Medication error, Fall, Line & Tube, SRP (service recovery process)		ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	100 คน	จำนวนผู้เข้าร่วม 98 คน																					
		ผลงานที่ส่งเข้า ประกวด	จำนวนผลงานที่ ส่งเข้าประกวด	15 โครงการ	ผลงานที่ส่งเข้าประกวด 12 โครงการ																					
		ความพึงใจ ภาพรวม	คะแนนความพึง ใจภาพรวม	≥3.26	คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41 (คะแนนเต็ม 4) จำนวน ผู้ตอบแบบสอบถาม 27 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วม 98 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 <table border="1" data-bbox="1086 949 1908 1204"> <thead> <tr> <th></th> <th>X</th> <th>S.D.</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>3.37</td> <td>0.51</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>2.การสร้างแรงบันดาลใจการทำงาน</td> <td>3.52</td> <td>0.51</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>3.การนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>3.30</td> <td>0.75</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>4.ความพึงพอใจในภาพรวม</td> <td>3.41</td> <td>0.51</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table> ข้อเสนอแนะ 1. อยากรให้มีการจัดอีกได้แล้วทำให้เกิดไอเดียหลากหลาย 2. อยากรให้มีคลิปมากกว่านี้ 3. อยากรให้มีเวลามากกว่านี้		X	S.D.	ระดับ	1.ความรู้ที่ได้รับ	3.37	0.51	มากที่สุด	2.การสร้างแรงบันดาลใจการทำงาน	3.52	0.51	มากที่สุด	3.การนำไปประยุกต์ใช้	3.30	0.75	มากที่สุด	4.ความพึงพอใจในภาพรวม	3.41	0.51	มากที่สุด	
	X	S.D.	ระดับ																							
1.ความรู้ที่ได้รับ	3.37	0.51	มากที่สุด																							
2.การสร้างแรงบันดาลใจการทำงาน	3.52	0.51	มากที่สุด																							
3.การนำไปประยุกต์ใช้	3.30	0.75	มากที่สุด																							
4.ความพึงพอใจในภาพรวม	3.41	0.51	มากที่สุด																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา					
					<p>4. อยากรให้มีการจัดอบรมวิธีการทำคลิปล</p> <p>5. อยากรให้มีการเสนอกลิลปใน ward ทุก ward จะได้แชร์การทำงานในด้านการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p>	
16.5 ส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกเสนอภายนอกองค์กรทั้งในและต่างประเทศ	ต.ค.60-ก.ย.61	ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกเสนอภายนอกองค์กรทั้งในและต่างประเทศ	จำนวนผลงานที่ได้รับการคัดเลือกเสนอภายนอกองค์กรทั้งในและต่างประเทศ	ในประเทศ ≥10 เรื่อง ต่างประเทศ ≥5 เรื่อง	<p>ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกในประเทศ 9 เรื่อง ต่างประเทศ. - เรื่องส่งผลงาน จำนวน 21 เรื่อง ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในเวที HA Forum ครั้งที่ 19 จำนวน 9 เรื่อง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การป้องกันการตกเตียง/หกล้มในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 7 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 2. Innovation A0211 เตียงถ่ายภาพรังสีทารก (Newborn X-ray Bed) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (NMCU) 3. ดูหนังก่อนกลับบ้าน หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (MICU) 4. การจัดการความรู้ระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและการใช้เครื่องมือ TNE (OPD ENT) 5. Pain Assessment Is The Fifth Vital Sign ความปวดพูดง่ายแต่ทำ (MICU) 6. การ์ดยาเคลื่อนที่ (สิ่งดีๆ เพื่อผู้ป่วย) (MICU) 7. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการรับเลือดผู้ป่วยโรคราลัสซีเมียที่มารับบริการให้เลือดที่คลินิกเด็ก (OPD เด็ก) 8. กล่องบอกการใช้วัสดุการแพทย์มีราคา (MRCU) 9. นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ ตะแกรงใส่ขวด Radivac drain (ห้องผ่าตัด) 	คุณลักษณะมี
17.โครงการเตรียมรับ AHA - วิเคราะห์ GAP จาก AHA 2560 - internal survey ตาม GAP	ต.ค.60-ก.ย.61	Action plan	ปฏิบัติได้ตามแผน	≥ร้อยละ 95	<p>ปฏิบัติได้ตามแผน ร้อยละ 80</p> <p>- ขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อรับ AHA ฝ่ายบริการพยาบาล - ร่วมกับหน่วยคุณภาพจัดอบรมเครื่องมือคุณภาพ/ทักษะการสื่อสารให้กับ: ให้กับผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย หน่วยงาน</p>	ฝ่ายบริการพยาบาล

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี ปม. 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																																																																																																																																								
ปี ปม.2561-2562	วัน-เวลา																																																																																																																																																																																																																																													
- พัฒนาเพื่อปิด GAP และติดตามผล - ทบทวน Service profile ของหน่วยงาน					(1) 11 ต.ค. 2560 : Statistic Process Control บรรยาย JCI : โดยอาจารย์อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล (2) 16-18 ต.ค. 2560 : บรรยาย JCI โดย อ.จิรสิทธิ์/อ.นลกลุข (3) 23-24 ธันวาคม 2561 : Non technical skill ที่ TR ROCKHILL : โดยทีมวิทยากรจากการบินไทย (4) วันที่ 12-13 กุมภาพันธ์ 2561 : มาตรฐานใหม่ฉบับที่ 4 โดยอาจารย์อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล -ร่วมกับหน่วยคุณภาพจัดอบรมเครื่องมือคุณภาพ/ทักษะการสื่อสารให้กับ: ให้กับบุคลากรฝ่ายบริการพยาบาล (1) วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2561 : HA เบื้องต้น โดยรศ.นพ.ธวัช ชามูญญานนท์และทีม - ร่วมกับทีม HRD ให้ความรู้และออกข้อสอบ IDP เกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง, 2 P safety, SRP -วิเคราะห์ GAP จาก AHA 2560 เพื่อ แผนพัฒนาปิด GAP ขององค์กรพยาบาล โดยให้หอผู้ป่วยวิเคราะห์ GAP ของหน่วยงานจากข้อเสนอแนะหน้างานและรายงานการเยี่ยมสำรวจของสรพ.และจัดทำแผนพัฒนาพบว่าแผนพัฒนาของหอผู้ป่วยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ PCT ยังไม่สามารถนำมาทำแผนพัฒนาของฝ่ายบริการพยาบาลได้ จึงปรับวิธีการโดยแบ่งพข.เป็น 2 ทีมคือ (1) ทีม HR (2) ทีมพัฒนาคุณภาพบริการ และทีมวิจัย วิเคราะห์ GAP และจัดทำร่างแผนพัฒนาของแต่ละด้านที่เกี่ยวข้อง และนำมารวบรวมเป็นแผนพัฒนาองค์กรพยาบาล พบว่ายังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน จึงนัดทำแผนร่วมกันเริ่ม 30 เม.ย. 60 เป็นต้นไป -ปรับร่าง timeframe ใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับแผนรับ AHA ของโรงพยาบาล ประมาณ กุมภาพันธ์ 2562 - จัดอบรมให้คำแนะนำการเขียน Service Profile ร่วมกับหน่วยคุณภาพ (SAR 2018) วันที่ 11 มิย สำหรับ PCT																																																																																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="14">Action Plan Advanced HA 2562 ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">ที่</th> <th rowspan="2">กิจกรรม</th> <th rowspan="2">จำนวน ครั้ง</th> <th colspan="12">ปี 2561</th> <th colspan="2">ปี 2562</th> </tr> <tr> <th>ม.ค.</th> <th>ก.พ.</th> <th>มี.ค.</th> <th>เม.ย.</th> <th>พ.ค.</th> <th>มิ.ย.</th> <th>ก.ค.</th> <th>ส.ค.</th> <th>ก.ย.</th> <th>ต.ค.</th> <th>พ.ย.</th> <th>ธ.ค.</th> <th>ม.ค.</th> <th>ก.พ.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>หน่วยงานทำ Action Plan ปิด GAP ตามข้อเสนอแนะของ</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>องค์กรพยาบาลประเมินตนเองตามEEG + วางแผนพัฒนา เพื่อ</td> <td>5</td> <td></td><td></td><td></td><td>30</td><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>เชิญหน่วยงาน กระตุ้นและติดตามผลการพัฒนาที่ตี/ค้นหา</td> <td>65</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>25</td><td>มิ.ย.-5 ก.ค.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>AAR หลังการลงเยี่ยมหน่วยงาน</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>จัดอบรมให้คำแนะนำการเขียน Service Profile ร่วมกับหน่วยคุณภาพ (SAR 2018) วันที่ 11 มิย สำหรับ PCT, 20 กค</td> <td>2</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>11</td><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ติดตามการเขียน Service Profile ของหน่วยงานโดยทีม HA Fa</td> <td>1</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>รายงานผลการพัฒนาคุณภาพงานต้นของหน่วยงาน</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7.8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>เตรียมพร้อมรับการประเมิน + ส่งเอกสาร - Service Profile ทุกหน่วยงานที่สังกัดฝ่ายฯ</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>ทีม IS ตามรอยระบบงานสำคัญร่วมกับหน่วยคุณภาพ</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>ทีมบริหาร/ ทีม IS ตรวจสอบให้กำลังใจทีม</td> <td>65</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>รับการเยี่ยมตรวจ AHA จากสรพ.</td> <td>1</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>							Action Plan Advanced HA 2562 ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์														ที่	กิจกรรม	จำนวน ครั้ง	ปี 2561												ปี 2562		ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	1	หน่วยงานทำ Action Plan ปิด GAP ตามข้อเสนอแนะของ																2	องค์กรพยาบาลประเมินตนเองตามEEG + วางแผนพัฒนา เพื่อ	5				30	17										3	เชิญหน่วยงาน กระตุ้นและติดตามผลการพัฒนาที่ตี/ค้นหา	65							25	มิ.ย.-5 ก.ค.							4	AAR หลังการลงเยี่ยมหน่วยงาน										12						5	จัดอบรมให้คำแนะนำการเขียน Service Profile ร่วมกับหน่วยคุณภาพ (SAR 2018) วันที่ 11 มิย สำหรับ PCT, 20 กค	2							11	20							6	ติดตามการเขียน Service Profile ของหน่วยงานโดยทีม HA Fa	1															7	รายงานผลการพัฒนาคุณภาพงานต้นของหน่วยงาน									7.8							8	เตรียมพร้อมรับการประเมิน + ส่งเอกสาร - Service Profile ทุกหน่วยงานที่สังกัดฝ่ายฯ																9	ทีม IS ตามรอยระบบงานสำคัญร่วมกับหน่วยคุณภาพ																10	ทีมบริหาร/ ทีม IS ตรวจสอบให้กำลังใจทีม	65															11	รับการเยี่ยมตรวจ AHA จากสรพ.	1														
Action Plan Advanced HA 2562 ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์																																																																																																																																																																																																																																														
ที่	กิจกรรม	จำนวน ครั้ง	ปี 2561												ปี 2562																																																																																																																																																																																																																															
			ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.																																																																																																																																																																																																																														
1	หน่วยงานทำ Action Plan ปิด GAP ตามข้อเสนอแนะของ																																																																																																																																																																																																																																													
2	องค์กรพยาบาลประเมินตนเองตามEEG + วางแผนพัฒนา เพื่อ	5				30	17																																																																																																																																																																																																																																							
3	เชิญหน่วยงาน กระตุ้นและติดตามผลการพัฒนาที่ตี/ค้นหา	65							25	มิ.ย.-5 ก.ค.																																																																																																																																																																																																																																				
4	AAR หลังการลงเยี่ยมหน่วยงาน										12																																																																																																																																																																																																																																			
5	จัดอบรมให้คำแนะนำการเขียน Service Profile ร่วมกับหน่วยคุณภาพ (SAR 2018) วันที่ 11 มิย สำหรับ PCT, 20 กค	2							11	20																																																																																																																																																																																																																																				
6	ติดตามการเขียน Service Profile ของหน่วยงานโดยทีม HA Fa	1																																																																																																																																																																																																																																												
7	รายงานผลการพัฒนาคุณภาพงานต้นของหน่วยงาน									7.8																																																																																																																																																																																																																																				
8	เตรียมพร้อมรับการประเมิน + ส่งเอกสาร - Service Profile ทุกหน่วยงานที่สังกัดฝ่ายฯ																																																																																																																																																																																																																																													
9	ทีม IS ตามรอยระบบงานสำคัญร่วมกับหน่วยคุณภาพ																																																																																																																																																																																																																																													
10	ทีมบริหาร/ ทีม IS ตรวจสอบให้กำลังใจทีม	65																																																																																																																																																																																																																																												
11	รับการเยี่ยมตรวจ AHA จากสรพ.	1																																																																																																																																																																																																																																												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
					<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรพยาบาลประเมินตนเองตามEEG + วางแผนพัฒนา เพื่อปิด GAP ทำได้เพียง 10 % มีการประชุม 2 ครั้ง สรุปว่าให้หา Gap ตามมาตรฐาน AHA ตาม EEG ให้แต่ละผช.ไปทำ GAP แต่ละด้าน และนำเข้าที่ประชุมเพื่อให้ออกความคิดเห็นร่วมกัน ในช่วง พฤษภาคม-5 กรกฎาคม 2561 มีการเตรียมลงเยี่ยม Internal survey ยังไม่ได้นัดประชุมต่อ - เยี่ยมหน่วยงาน กระตุ้นและติดตามผลการพัฒนาที่ดี/ค้นหา Gap ชี้แนะแนวทางการพัฒนา 25 มิ.ย.-5 ก.ค.2561 จำนวน 65 หน่วยงาน - AAR หลังการลงเยี่ยมหน่วยงาน 12 กรกฎาคม มีข้อเสนอแนะจากที่ประชุม AAR ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) ประเด็นสำคัญจากการ Internal Survey ที่หน่วยงานต้องพัฒนา - Competency โรคหลัก: ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับ specific โรคหลักและการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง - การบันทึกทางการพยาบาล - การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด: การใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด ผลลัพธ์การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) - การเชื่อมโยงกับ PCT 2) Specific Clinical Risk ให้นำ KPI ของ PCT มาเชื่อมโยง โดยเก็บข้อมูลทุก 3 เดือนและนำมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) 3) การบันทึกทางการพยาบาล เสนอให้ผู้รับผิดชอบ audit อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือแกนนำพยาบาล 4) การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด: ควรแสดงให้เห็น how well, how effective 5) การนำเสนอของหน่วยงาน ควรตอบคำถามให้เห็นชัดเจนความเป็นเราของหน่วยงาน 6) หน่วยงานไม่ได้นำ Specific Clinical Risk เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน 7) วิธีการ Internal Survey <ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่เห็นการเดินตามมาตรฐาน ความเชื่อมโยงกับมาตรฐาน (ยังมีน้อย) - ยังไม่เห็นการนำ outcome มาเป็นตัวตั้ง 8) จัดเวทีนำเสนอข้อสรุปจากการเยี่ยมสำรวจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน 	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561					
					9) การนำเสนอของหน่วยงานวันที่ 7 และ 8 สิงหาคม 2561: ให้หน่วยงานนำเสนอ how well, เสนอแผนของหน่วยงานและผลลัพธ์เด่น, focus โรคหลักของหน่วยงาน 10) การนำเสนอผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยยังคงให้นำเสนอเหมือนทุกปี ให้รายงาน ตัวชี้วัดสำคัญทั้งหมด - รับการเยี่ยมชมตรวจ Gap Assessmentของสรพ. ครั้งที่ 1 วันที่ 7 กันยายน 2561 สรุป ประเด็นคำถามเพื่อการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ส่งกลับหน่วยงาน และ Upload ทาง Intranet					
18.ลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	ต.ค.60-ก.ย.61	ความคลาดเคลื่อนทางยา Administration error ระดับ C- I	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Administration error ระดับ C- I	<0.54 /1000 วันนอน	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Administration error ระดับ C- I ปีงบประมาณ 2561 =1.07/ 1000 วันนอน ตารางเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Administration error ระดับ C- I ปี 2559 - 2561				คุณศรีพงา	
					ลักษณะเหตุการณ์	ปี 2559	ปี2560	ปี2561		
					Prescribing error ผู้ป่วยใน (D02)	3	26	24		
					Dispensing error ผู้ป่วยใน(D06)	5	7	3		
					ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801)	105	115	98		
					ให้ยาผิดชนิด (D0802)	19	17	18		
					ให้ยาผิดเวลา(D0803)	32	25	46		
					ให้ยาผิดคน (D0804)	14	11	30		
					ให้ยาผิดวิธี/ทาง (D0805)	12	14	9		
					ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806)	67	110	109		
					ยาหมดอายุ (D0807)	3	1	2		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ																														
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																		
					อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูง และยาเคมีบำบัด (D0809)	11	3	1																															
					ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)	3	8	4																															
					รวม	274	337	344																															
					ภาพรวม (ต่อ 1000 วันนอน)	0.83	1.01	1.07																															
					<p>อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ที่พบสูงขึ้นเป็นอุบัติการณ์ระดับ C-D = 1.04 :1000วันนอน แต่อุบัติการณ์ระดับ E-F = 0.03 :1000 วันนอนซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไปเกิด 3 ครั้งไม่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเคมีบำบัดระดับ E ขึ้นไป) ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา Admin error ระดับ G-I</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยที่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 3 อันดับแรก</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลักษณะเหตุการณ์</th> <th>หอผู้ป่วย</th> <th>จำนวนครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806)</td> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม</td> <td>22 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม</td> <td>16 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่</td> <td>13 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ (D0801)</td> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ</td> <td>19 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มหุ คอ จมูก ตา</td> <td>19 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ใหญ่</td> <td>18 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม</td> <td>13 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม</td> <td>13 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">ให้ยาผิดเวลา (D0803)</td> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม</td> <td>10 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม</td> <td>7 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยสูติ นรีเวช</td> <td>6 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>ให้ยาผิดคน(D0804)</td> <td>กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม</td> <td>9 ครั้ง</td> </tr> </tbody> </table>				ลักษณะเหตุการณ์	หอผู้ป่วย	จำนวนครั้ง	ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806)	กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม	22 ครั้ง	กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม	16 ครั้ง	กลุ่มหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่	13 ครั้ง	ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ (D0801)	กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ	19 ครั้ง	กลุ่มหุ คอ จมูก ตา	19 ครั้ง	กลุ่มหอผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ใหญ่	18 ครั้ง	กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม	13 ครั้ง	กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม	13 ครั้ง	ให้ยาผิดเวลา (D0803)	กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม	10 ครั้ง	กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม	7 ครั้ง	กลุ่มหอผู้ป่วยสูติ นรีเวช	6 ครั้ง	ให้ยาผิดคน(D0804)	กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม	9 ครั้ง
ลักษณะเหตุการณ์	หอผู้ป่วย	จำนวนครั้ง																																					
ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806)	กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม	22 ครั้ง																																					
	กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม	16 ครั้ง																																					
	กลุ่มหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่	13 ครั้ง																																					
ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ (D0801)	กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ	19 ครั้ง																																					
	กลุ่มหุ คอ จมูก ตา	19 ครั้ง																																					
	กลุ่มหอผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ใหญ่	18 ครั้ง																																					
	กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม	13 ครั้ง																																					
	กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม	13 ครั้ง																																					
ให้ยาผิดเวลา (D0803)	กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม	10 ครั้ง																																					
	กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม	7 ครั้ง																																					
	กลุ่มหอผู้ป่วยสูติ นรีเวช	6 ครั้ง																																					
ให้ยาผิดคน(D0804)	กลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม	9 ครั้ง																																					

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ																	
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																			
						<table border="1"> <tr> <td></td> <td>หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ</td> <td>9 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td></td> <td>กลุ่ม หู คอ จมูก ตา</td> <td>5 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td></td> <td>กลุ่มพิเศษอายุรกรรม ศัลยกรรม</td> <td>4 ครั้ง</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากพยาบาล สาเหตุหลักคือการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริหารยาสำหรับพยาบาล ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเด็น</th> <th>รายละเอียด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.การสร้างการรื้อยา อิเล็กทรอนิกส์</td> <td> 1. set card ยาผิด เช่น ผิดเวลา ผิดรูปแบบ set เริ่มให้ผิดวัน set off ยาผิด 2. ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ กรณีคำสั่ง -การรักษาที่ระบุขนาดยาแบบเป็นช่วง -คำสั่งการรักษาที่ขนาดยาแต่ละมือไม่เท่ากัน -คำสั่งการรักษาที่มีเงื่อนไขการให้ไม่ระบุเวลาที่แน่นอน - ยา premed และกรณียาที่แพทย์สั่งให้นำไปใช้ที่ห้องผ่าตัด - ยาที่ให้ add เพิ่มหลังทำHemodialysis - ยาที่ให้หลังทำหัตถการ 3.การไม่ตรวจสอบเวลาการให้ยาครั้งสุดท้าย กรณีมีคำสั่งใช้ยาที่เป็นรายการยาชนิดเดียวกันกับยาเดิมที่มีคำสั่งใช้ยาอยู่แล้ว </td> </tr> <tr> <td>2.การจัดเตรียมยา</td> <td> 1. มีการคำนวณการผสมยาผิด 2. การเตรียมสารละลายมาผสมผิดขนาด 3. ไม่ได้เป็น One process Owner </td> </tr> <tr> <td>3.การตรวจทานซ้ำ</td> <td> 1. ไม่ได้ Double check/ Independent check 2. ไม่ได้ check ยาตามมาตรฐาน </td> </tr> </tbody> </table>		หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ	9 ครั้ง		กลุ่ม หู คอ จมูก ตา	5 ครั้ง		กลุ่มพิเศษอายุรกรรม ศัลยกรรม	4 ครั้ง	ประเด็น	รายละเอียด	1.การสร้างการรื้อยา อิเล็กทรอนิกส์	1. set card ยาผิด เช่น ผิดเวลา ผิดรูปแบบ set เริ่มให้ผิดวัน set off ยาผิด 2. ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ กรณีคำสั่ง -การรักษาที่ระบุขนาดยาแบบเป็นช่วง -คำสั่งการรักษาที่ขนาดยาแต่ละมือไม่เท่ากัน -คำสั่งการรักษาที่มีเงื่อนไขการให้ไม่ระบุเวลาที่แน่นอน - ยา premed และกรณียาที่แพทย์สั่งให้นำไปใช้ที่ห้องผ่าตัด - ยาที่ให้ add เพิ่มหลังทำHemodialysis - ยาที่ให้หลังทำหัตถการ 3.การไม่ตรวจสอบเวลาการให้ยาครั้งสุดท้าย กรณีมีคำสั่งใช้ยาที่เป็นรายการยาชนิดเดียวกันกับยาเดิมที่มีคำสั่งใช้ยาอยู่แล้ว	2.การจัดเตรียมยา	1. มีการคำนวณการผสมยาผิด 2. การเตรียมสารละลายมาผสมผิดขนาด 3. ไม่ได้เป็น One process Owner	3.การตรวจทานซ้ำ	1. ไม่ได้ Double check/ Independent check 2. ไม่ได้ check ยาตามมาตรฐาน	
	หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ	9 ครั้ง																						
	กลุ่ม หู คอ จมูก ตา	5 ครั้ง																						
	กลุ่มพิเศษอายุรกรรม ศัลยกรรม	4 ครั้ง																						
ประเด็น	รายละเอียด																							
1.การสร้างการรื้อยา อิเล็กทรอนิกส์	1. set card ยาผิด เช่น ผิดเวลา ผิดรูปแบบ set เริ่มให้ผิดวัน set off ยาผิด 2. ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ กรณีคำสั่ง -การรักษาที่ระบุขนาดยาแบบเป็นช่วง -คำสั่งการรักษาที่ขนาดยาแต่ละมือไม่เท่ากัน -คำสั่งการรักษาที่มีเงื่อนไขการให้ไม่ระบุเวลาที่แน่นอน - ยา premed และกรณียาที่แพทย์สั่งให้นำไปใช้ที่ห้องผ่าตัด - ยาที่ให้ add เพิ่มหลังทำHemodialysis - ยาที่ให้หลังทำหัตถการ 3.การไม่ตรวจสอบเวลาการให้ยาครั้งสุดท้าย กรณีมีคำสั่งใช้ยาที่เป็นรายการยาชนิดเดียวกันกับยาเดิมที่มีคำสั่งใช้ยาอยู่แล้ว																							
2.การจัดเตรียมยา	1. มีการคำนวณการผสมยาผิด 2. การเตรียมสารละลายมาผสมผิดขนาด 3. ไม่ได้เป็น One process Owner																							
3.การตรวจทานซ้ำ	1. ไม่ได้ Double check/ Independent check 2. ไม่ได้ check ยาตามมาตรฐาน																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ						
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561								
					<p>4.การให้ยาผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีการสอบถาม ระบุตัวผู้ป่วยในขั้นตอนสุดท้ายก่อนการให้ยา 2. ตั้งยาไว้ที่เตียงให้ผู้ป่วยทานยาเอง ไม่ได้ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทันที 3. มีการวาง/แขวนขวดยาที่ยังไม่ใช้ไว้ ไม่ได้นำกลับมาที่ห้องยาเพื่อรอให้ต่อหรือส่งเวรให้ผู้รับผิดชอบต่อไป (กรณีมียาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน) 4. ขาดการติดตามประเด็น การ set เครื่อง Infusion pump และการตรวจเยื่ออัตราการให้ยาหรือสารละลายตามแผนการรักษา 								
					<p>สิ่งที่ได้ดำเนินการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการสร้างการรณรงค์สำหรับพยาบาลจำนวน 5 รุ่น เพื่อสื่อสารและทำความเข้าใจกับกลุ่มแกนนำและตัวแทนจากหอผู้ป่วย รวมถึงรับฟังปัญหาจากผู้ปฏิบัติงาน 2. ตรวจเยี่ยมหอผู้ป่วยที่มีประเด็นปัญหาในเรื่องการสร้างการรณรงค์ 3. มีการกำกับติดตามการปฏิบัติโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ตรวจการพยาบาล <p><input type="checkbox"/> ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาของแพทย์</p> <p>เกิดอุบัติการณ์ 50 ครั้ง (ระดับ B 26 ครั้ง ระดับ C 5 ครั้ง ระดับ D 14 ครั้ง ระดับ E 6 ครั้ง ระดับ F 1 ครั้ง)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เหตุการณ์</th> <th>ระดับความรุนแรง</th> <th>จำนวนครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>แพทย์สั่งใช้ Heparin เกินขนาด 10 เท่า ในผู้ป่วยเด็ก วิกฤติ</td> <td>F</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	เหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	จำนวนครั้ง	แพทย์สั่งใช้ Heparin เกินขนาด 10 เท่า ในผู้ป่วยเด็ก วิกฤติ	F	1		
เหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	จำนวนครั้ง											
แพทย์สั่งใช้ Heparin เกินขนาด 10 เท่า ในผู้ป่วยเด็ก วิกฤติ	F	1											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ								
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561											
					แพทย์สั่งใช้ยาเกินขนาด ในผู้ป่วยเด็กวิกฤติ 3 ครั้ง	E	4 ครั้ง									
					แพทย์สั่งใช้ยาเดิมตามที่พยาบาลบันทึกผิดไว้โดยไม่ได้ตรวจสอบซ้ำผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่	E	1 ครั้ง									
					การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ซ้ำ	E	1 ครั้ง									
					สิ่งที่ได้ดำเนินการ - ส่งข้อมูลให้ภาควิชาทราบประเด็นปัญหาเพื่อทบทวนแนวปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรม เกิดอุบัติการณ์ 60 ครั้ง (เป็นระดับ B 57 ครั้ง ระดับ C 1 ครั้ง ระดับ D 2 ครั้ง)											
			ระดับ A-B	<3.74 :1000วันนอน	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Admin error ระดับ A-B ปีงบประมาณ 2561 = 3.96 : 1000 วันนอน <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี พ.ศ.</th> <th>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Admin error ระดับ A-B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>3.96 : 1000 วันนอน</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>2.62 : 1000 วันนอน</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>3.06 : 1000 วันนอน</td> </tr> </tbody> </table>			ปี พ.ศ.	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Admin error ระดับ A-B	2561	3.96 : 1000 วันนอน	2560	2.62 : 1000 วันนอน	2559	3.06 : 1000 วันนอน	
ปี พ.ศ.	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Admin error ระดับ A-B															
2561	3.96 : 1000 วันนอน															
2560	2.62 : 1000 วันนอน															
2559	3.06 : 1000 วันนอน															
					ประเด็นที่พบ มีความคลาดเคลื่อนระดับ A-B ในกลุ่มสูติ นรีเวชที่แพทย์สั่งใช้ในผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัด สิ่งที่ได้ดำเนินการ - ทหารเรือประธาน CLT กลุ่มสูติ นรีเวช เพื่อปรับปรุง Protocol การสั่งยาโดยเบื้องต้นเพื่อนำข้อมูลแจ้งแพทย์ทราบเพื่อร่วมแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ																																																								
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																																												
			ระดับ C-D	< 0.50 :1000วัน นอน	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Admin error ระดับ C-D = 1.04 :1000วันนอน ตารางเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Administration error ระดับ C-D ปี 2559 - 2561																																																												
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>ลักษณะเหตุการณ์</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> <th>ปี 2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prescribing error ผู้ป่วยใน (D02)</td> <td>3</td> <td>24</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Dispensing error ผู้ป่วยใน(D06)</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801)</td> <td>102</td> <td>111</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>ให้ยาผิดชนิด (D0802)</td> <td>18</td> <td>16</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>ให้ยาผิดเวลา(D0803)</td> <td>32</td> <td>24</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>ให้ยาผิดคน (D0804)</td> <td>12</td> <td>10</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>ให้ยาผิดวิธี/ทาง (D0805)</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806)</td> <td>66</td> <td>109</td> <td>107</td> </tr> <tr> <td>ยาหมดอายุ (D0807)</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (D0809)</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>253</td> <td>314</td> <td>333</td> </tr> <tr> <td>ภาพรวม (ต่อ 1000 วันนอน)</td> <td>0.76</td> <td>0.94</td> <td>1.04</td> </tr> </tbody> </table>				ลักษณะเหตุการณ์	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	Prescribing error ผู้ป่วยใน (D02)	3	24	19	Dispensing error ผู้ป่วยใน(D06)	5	6	3	ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801)	102	111	95	ให้ยาผิดชนิด (D0802)	18	16	18	ให้ยาผิดเวลา(D0803)	32	24	46	ให้ยาผิดคน (D0804)	12	10	30	ให้ยาผิดวิธี/ทาง (D0805)	11	12	9	ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806)	66	109	107	ยาหมดอายุ (D0807)	3	1	2	อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (D0809)	1	0	1	ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)	0	1	3	รวม	253	314	333	ภาพรวม (ต่อ 1000 วันนอน)	0.76	0.94	1.04	
ลักษณะเหตุการณ์	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561																																																														
Prescribing error ผู้ป่วยใน (D02)	3	24	19																																																														
Dispensing error ผู้ป่วยใน(D06)	5	6	3																																																														
ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801)	102	111	95																																																														
ให้ยาผิดชนิด (D0802)	18	16	18																																																														
ให้ยาผิดเวลา(D0803)	32	24	46																																																														
ให้ยาผิดคน (D0804)	12	10	30																																																														
ให้ยาผิดวิธี/ทาง (D0805)	11	12	9																																																														
ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806)	66	109	107																																																														
ยาหมดอายุ (D0807)	3	1	2																																																														
อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (D0809)	1	0	1																																																														
ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)	0	1	3																																																														
รวม	253	314	333																																																														
ภาพรวม (ต่อ 1000 วันนอน)	0.76	0.94	1.04																																																														
			ระดับ E-F	<0.04 :1000วัน นอน	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Admin error ระดับ E-F = 0.03 :1000 วันนอน																																																												
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>ลักษณะเหตุการณ์</th> <th>ปีงบประมาณ 2559</th> <th>ปีงบประมาณ 2560</th> <th>ปีงบประมาณ 2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prescribing error ผู้ป่วยใน (D02)</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispensing error ผู้ป่วยใน(D06)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>				ลักษณะเหตุการณ์	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	Prescribing error ผู้ป่วยใน (D02)	0	2	5	Dispensing error ผู้ป่วยใน(D06)	0	1	0																																													
ลักษณะเหตุการณ์	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561																																																														
Prescribing error ผู้ป่วยใน (D02)	0	2	5																																																														
Dispensing error ผู้ป่วยใน(D06)	0	1	0																																																														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
					ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801)	2	4	3	
					ให้ยาผิดชนิด (D0802)	1	1	0	
					ให้ยาผิดเวลา(D0803)	0	1	0	
					ให้ยาผิดคน (D0804)	2	1	0	
					ให้ยาผิดวิธี/ทาง (D0805)	1	2	0	
					ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806)	1	1	2	
					อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (D0809)	9	3	0	
					ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)	3	7	1	
					รวม	19	23	11	
					ภาพรวม (ต่อ 1000 วันนอน)	0.05	0.04	0.03	
					อุบัติการณ์พบสูงในกลุ่มหอผู้ป่วยวิกฤติทารก-เด็ก จากการสั่งใช้ยาของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกิน (5ครั้ง ระดับE =4,ระดับ F=1)				
					แนวทางการแก้ไข				
					มีคู่มือและตารางคำนวณปริมาณการให้ยาตามน้ำหนักทารก				
			ระดับ G-I	0	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา Admin error ระดับ G-I = 0				
					ลักษณะเหตุการณ์	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	
					ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801)	1	0	0	
					อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสี่ยงสูงและยาเคมีบำบัด (D0809)	1	0	0	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
					ผลรวม	2	0	0	
					ภาพรวม (ต่อ 1000 วันนอน)	0	0.01	0	
		ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป	0	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป = 3				
					ลักษณะเหตุการณ์	ปี 2560	ปี 2561		
					Prescribing error ผู้ป่วยใน (D02)	0	1		
					ให้ยาผิดขนาด/ให้ยาซ้ำ(D0801)	1	0		
					ให้ยาผิดชนิด (D0802)	1	0		
					ให้ยาผิดคน (D0804)	1	0		
					ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ได้รับยาไม่ครบ (D0806)	0	2		
					อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่เสียดสูงและยาเคมีบำบัด (D0809)	1	0		
					ผลรวม	4	3		
					จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา HAD 44 ครั้ง				
					ระดับ E 3 ครั้ง - ไม่ได้ติดตามการบริหารยา RI เองของญาติ				
					- ไม่ได้ให้บัตรนัดนัดยาต่อเนื่อง (OPD)				
					- แพทย์สั่งยาตามบันทึกการใช้ยาต่อเนื่องของพยาบาล				
					ระดับ B 7 ครั้ง ระดับ C 7 ครั้ง ระดับ D 28 ครั้ง				
					เกิดจากยา Fentanyl 15 ครั้ง เกิดจาก KCl 10 ครั้ง เกิดจากยา RI 7 ครั้ง				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ															
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																		
		ความคลาดเคลื่อนทางยาเคมีบำบัด	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาเคมีบำบัดระดับ E ขึ้นไป	0	คลาดเคลื่อนทางยาเคมีบำบัดระดับ E ขึ้นไป = 0 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลักษณะเหตุการณ์</th> <th>ปี 2560</th> <th>ปี 2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ให้ยาผิดเวลา(D0803)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่สูงและยาเคมีบำบัด(D0809)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> เกิดอุบัติการณ์ทั้งหมด 21 ราย ระดับ D 5 ครั้ง ระดับ C 7 ครั้ง ระดับ B 19 ครั้ง			ลักษณะเหตุการณ์	ปี 2560	ปี 2561	ให้ยาผิดเวลา(D0803)	1	0	อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่สูงและยาเคมีบำบัด(D0809)	1	0	ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)	1	0	รวม	3	0	
ลักษณะเหตุการณ์	ปี 2560	ปี 2561																					
ให้ยาผิดเวลา(D0803)	1	0																					
อันตรายรุนแรงจากการให้ยาที่สูงและยาเคมีบำบัด(D0809)	1	0																					
ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)	1	0																					
รวม	3	0																					
		ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ลักษณะเหตุการณ์</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> <th>ปี 2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)</td> <td>3</td> <td>8</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 4 ครั้ง ระดับ D 3 ครั้ง ระดับ E 1 ครั้ง เป็นผู้ป่วยเด็กวิกฤติ ไม่ได้มีการช้กประวัติ และลงบันทึกประวัติการแพ้ยาในระบบ (มีบัตรแพ้ยาจากโรงพยาบาลเดิม)			ลักษณะเหตุการณ์	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)	3	8	4								
ลักษณะเหตุการณ์	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561																				
ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (D09)	3	8	4																				
		การบริหารยาตรงเวลามาตรฐาน	การบริหารยานัดตรงเวลามาตรฐาน	>ร้อยละ 90	การบริหารยานัดตรงเวลามาตรฐาน ร้อยละ 80.77 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี พ.ศ.</th> <th>การบริหารยานัดตรงเวลามาตรฐาน (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>80.77</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>82.77</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>87.10</td> </tr> </tbody> </table>			ปี พ.ศ.	การบริหารยานัดตรงเวลามาตรฐาน (ร้อยละ)	2561	80.77	2560	82.77	2559	87.10								
ปี พ.ศ.	การบริหารยานัดตรงเวลามาตรฐาน (ร้อยละ)																						
2561	80.77																						
2560	82.77																						
2559	87.10																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ																				
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																								
			บริหารยา Stat A ≤ 30 นาที	ร้อยละ 85	บริหารยา Stat A ≤ 30 นาที ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 87.10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี พ.ศ.</th> <th>บริหารยา Stat A ≤ 30 นาที (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>87.10</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>87.95</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>82.20</td> </tr> </tbody> </table>				ปี พ.ศ.	บริหารยา Stat A ≤ 30 นาที (ร้อยละ)	2561	87.10	2560	87.95	2559	82.20													
ปี พ.ศ.	บริหารยา Stat A ≤ 30 นาที (ร้อยละ)																												
2561	87.10																												
2560	87.95																												
2559	82.20																												
			บริหารยา Stat B(antibiotic) ≤ 60 นาที	ร้อยละ 85	ประเมินไม่ได้ เนื่องจาก กบย.ได้ประกาศให้ใช้รายการยา Antibiotic 24 รายการแทนการ ดึงข้อมูลจาก Order stat ของแพทย์ อยู่ในขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล																								
			บริหารยา Stat B(other) ≤ 60 นาที	ร้อยละ 85	บริหารยา Stat B(other) ≤ 60 นาที ร้อยละ 87.67 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี พ.ศ.</th> <th>บริหารยา Stat B(other) ≤ 60 นาที (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>87.67</td> </tr> <tr> <td>2560</td> <td>87.07</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>82.48</td> </tr> </tbody> </table>				ปี พ.ศ.	บริหารยา Stat B(other) ≤ 60 นาที (ร้อยละ)	2561	87.67	2560	87.07	2559	82.48													
ปี พ.ศ.	บริหารยา Stat B(other) ≤ 60 นาที (ร้อยละ)																												
2561	87.67																												
2560	87.07																												
2559	82.48																												
18.1 โครงการอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลแบ่งตามกลุ่ม IDP เจาะลึกตามประเด็นที่วิเคราะห์ -อบรมความปลอดภัยในการบริหารยา (เพิ่มประเด็นจริยธรรมของพยาบาล ไม่ให้อายาของผู้ป่วยอื่นไปใช้)		สอบวัดความรู้	คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและผ่านเกณฑ์	≥ร้อยละ 80	ไม่ได้สอบวัดประเมินความรู้ เนื่องจากไม่ได้แบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมตาม level IDP ทำให้ไม่สามารถวัดความรู้ตาม level ได้ จัดอบรมในวันที่ 24 เมษายน 2561 และวันที่ 1 พฤษภาคม 2561 มีผู้เข้าร่วมอบรม 119 คน ผลประเมินโครงการ วันที่ 24 เมษายน 2561 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อที่ประเมิน</th> <th colspan="2">Medication Reconciliation Process (n=47)</th> <th colspan="2">High Alert Drug (n=47)</th> <th colspan="2">การปรับเวลายาเข้ามาตรฐาน (n=47)</th> </tr> <tr> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> <th>\bar{x}</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				หัวข้อที่ประเมิน	Medication Reconciliation Process (n=47)		High Alert Drug (n=47)		การปรับเวลายาเข้ามาตรฐาน (n=47)		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD								
หัวข้อที่ประเมิน	Medication Reconciliation Process (n=47)		High Alert Drug (n=47)		การปรับเวลายาเข้ามาตรฐาน (n=47)																								
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ							ผู้รับผิดชอบ	
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561								
					1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.64	0.49	3.81	0.45	3.85	0.36		
					2. การบรรยายชัดเจน	3.49	0.55	3.79	0.41	3.83	0.38		
					3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.68	0.47	3.79	0.41	3.81	0.40		
					4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.66	0.48	3.74	0.44	3.77	0.43		
					5. ความรู้ที่ได้รับ	3.62	0.49	3.74	0.44	3.79	0.41		
					6. การนำไปประยุกต์ใช้	3.57	0.50	3.74	0.44	3.79	0.46		
					ภาพรวม	3.61	0.03	3.74	0.02	3.81	0.04		
					ผลประเมินโครงการ วันที่ 1 พฤษภาคม 2561								
					หัวข้อที่ประเมิน	Medication Reconciliation Process (n=58)		High Alert Drug (n=58)		การปรับเวลายาเข้ามาตรฐาน (n=58)		RDU (n=58)	
						\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
					1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	3.69	0.50	3.83	0.38	3.93	0.26	3.86	0.35
					2. การบรรยายชัดเจน	3.38	0.62	3.67	0.54	3.90	0.31	3.79	0.41
					3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.67	0.51	3.57	0.60	3.78	0.50	3.78	0.42
					4. ระยะเวลาเหมาะสม	3.38	0.70	3.33	0.72	3.71	0.50	3.72	0.45
					5. ความรู้ที่ได้รับ	3.47	0.65	3.69	0.50	3.81	0.44	3.69	0.50

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ										ผู้รับผิดชอบ																																				
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																														
					6. การนำไป ประยุกต์ใช้	3.6	0.56	3.72	0.49	3.81	0.40	3.69	0.50																																						
					ภาพรวม	3.53	0.08	3.64	0.11	3.82	0.10	3.76	0.06																																						
-อบรมการ set การ์ดยา (ตาม IDP 5 รุ่น) -แลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก อุบัติการณ์ทางยา(พยาบาล อายุงาน>5ปี)					จัดอบรม 5 รุ่น มีผู้เข้าอบรม จำนวน 144 คน ไม่ได้จัดให้มีการสอบวัดประเมินความรู้ เนื่องจากในการฝึกปฏิบัติผู้เข้ารับการอบรมสามารถ ปฏิบัติได้ถูกต้อง ผลการประเมินโครงการ	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">เนื้อหา</th> <th colspan="3">ระดับคะแนน</th> </tr> <tr> <th>พึงพอใจมาก-มากที่สุด</th> <th>พึงพอใจปานกลาง</th> <th>พึงพอใจน้อย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2.การบรรยายชัดเจน</td> <td>3.8</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3.เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>3.9</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4.ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>4</td> <td>0.1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5.ความรู้ที่รับ</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>6.การนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ภาพรวม</td> <td>3.9</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>อุบัติการณ์ Admin error จากการ set card ยาลดลง ซึ่งจากการนิเทศของผู้ตรวจการ พยาบาลนอกเวลาราชการ พบว่า ทุกหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด โดยให้ ข้อมูลว่ามีการตรวจสอบ card ยา กับคำสั่งการรักษาทุกเวร และทุกครั้งที่มีคำสั่ง start ยา ใหม่</p>										เนื้อหา	ระดับคะแนน			พึงพอใจมาก-มากที่สุด	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย	1.เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	4	0	0	2.การบรรยายชัดเจน	3.8	0	0	3.เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.9	0	0	4.ระยะเวลาเหมาะสม	4	0.1	0	5.ความรู้ที่รับ	4	0	0	6.การนำไปประยุกต์ใช้	4	0	0	ภาพรวม	3.9	0	0	
เนื้อหา	ระดับคะแนน																																																		
	พึงพอใจมาก-มากที่สุด	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย																																																
1.เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อ	4	0	0																																																
2.การบรรยายชัดเจน	3.8	0	0																																																
3.เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.9	0	0																																																
4.ระยะเวลาเหมาะสม	4	0.1	0																																																
5.ความรู้ที่รับ	4	0	0																																																
6.การนำไปประยุกต์ใช้	4	0	0																																																
ภาพรวม	3.9	0	0																																																
18.2 โครงการ Training to the trainer - พัฒนาศักยภาพกรรมการ - แลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก อุบัติการณ์ทางยา - Medication Walk Rally	24 ก.พ.61	สอบวัดความรู้	คะแนนความรู้ เพิ่มขึ้น	≥ร้อยละ 80	ไม่ได้ดำเนินการ แต่จัดเป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อุบัติการณ์ทางยา จำนวน 3 ครั้ง ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับกรรมการ 1 ครั้ง ติดตามผลหลังการจัดกิจกรรม พบว่าในการทบทวนอุบัติการณ์ กรรมการมีความรู้ ความเข้าใจในประเด็นปัญหาการเกิด อุบัติการณ์ สามารถวิเคราะห์ประเด็นปัญหาได้ถูกต้องตรงประเด็นและสามารถนิเทศ และให้ คำปรึกษาพยาบาลในกลุ่มได้ดีขึ้น (จากการรายงานและวิเคราะห์ ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดได้ ตรงประเด็น) และมีความเข้าใจในภาพรวมของระบบยาดีขึ้น																																														

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ						ผู้รับผิดชอบ																																																													
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561																																																																			
	5 ต.ค. 61				ผลการประเมินกิจกรรม Drug rally <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">หัวข้อ</th> <th colspan="6">ระดับความคิดเห็น (N=44)</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ปานกลาง</th> <th colspan="2">มาก</th> <th colspan="2">มากที่สุด</th> </tr> <tr> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รูปแบบกิจกรรม</td> <td>1</td> <td>2.3</td> <td>17</td> <td>38.6</td> <td>26</td> <td>59.1</td> </tr> <tr> <td>เวลาในการบรรยาย</td> <td>4</td> <td>9.1</td> <td>21</td> <td>47.7</td> <td>19</td> <td>43.2</td> </tr> <tr> <td>เวลาในการทำกิจกรรม</td> <td>3</td> <td>6.8</td> <td>22</td> <td>50</td> <td>19</td> <td>43.2</td> </tr> <tr> <td>การนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>12</td> <td>27.3</td> <td>32</td> <td>72.7</td> </tr> <tr> <td>การสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนางาน</td> <td>1</td> <td>2.3</td> <td>14</td> <td>31.8</td> <td>29</td> <td>65.9</td> </tr> <tr> <td>ความพึงพอใจในภาพรวม</td> <td>3</td> <td>6.8</td> <td>16</td> <td>36.4</td> <td>25</td> <td>56.8</td> </tr> </tbody> </table>						หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น (N=44)						ปานกลาง		มาก		มากที่สุด		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	รูปแบบกิจกรรม	1	2.3	17	38.6	26	59.1	เวลาในการบรรยาย	4	9.1	21	47.7	19	43.2	เวลาในการทำกิจกรรม	3	6.8	22	50	19	43.2	การนำไปประยุกต์ใช้	-	-	12	27.3	32	72.7	การสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนางาน	1	2.3	14	31.8	29	65.9	ความพึงพอใจในภาพรวม	3	6.8	16	36.4	25	56.8	
หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น (N=44)																																																																							
	ปานกลาง		มาก		มากที่สุด																																																																			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ																																																																		
รูปแบบกิจกรรม	1	2.3	17	38.6	26	59.1																																																																		
เวลาในการบรรยาย	4	9.1	21	47.7	19	43.2																																																																		
เวลาในการทำกิจกรรม	3	6.8	22	50	19	43.2																																																																		
การนำไปประยุกต์ใช้	-	-	12	27.3	32	72.7																																																																		
การสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนางาน	1	2.3	14	31.8	29	65.9																																																																		
ความพึงพอใจในภาพรวม	3	6.8	16	36.4	25	56.8																																																																		
18.3 Quality Round โดยกรรมการและแกนนำ	23 มี.ค. 61	กิจกรรม/ระบบงานที่ปรับเปลี่ยน/พัฒนา	จำนวนกิจกรรม/ระบบงานที่ปรับเปลี่ยน/พัฒนา	≥4 ครั้ง	จัดกิจกรรมได้ 3 ครั้ง เนื่องจากกรรมการติดภารกิจครั้งที่ 1 หอผู้ป่วย NICU <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเด็นปัญหา</th> <th>การดำเนินการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การคืนยาที่สั่งใช้ในชื่อผู้ป่วยไม่ครบเมื่อเลิกใช้หรือจำหน่าย</td> <td>ทำสัญลักษณ์แจ้งตำแหน่งที่แยกเก็บยาของผู้ป่วยแต่ละรายไว้หน้าลิ้นคยา (visual control) เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบเมื่อต้องมีการคืนยา</td> </tr> <tr> <td>Antibiotic ใน New Born ต้องได้ใน 30 นาที</td> <td>เสนอแนะให้ทำบันทึกข้อความเพิ่ม stock ยาโดยแนบเอกสารจากภาควิชา ฯ</td> </tr> </tbody> </table>						ประเด็นปัญหา	การดำเนินการ	การคืนยาที่สั่งใช้ในชื่อผู้ป่วยไม่ครบเมื่อเลิกใช้หรือจำหน่าย	ทำสัญลักษณ์แจ้งตำแหน่งที่แยกเก็บยาของผู้ป่วยแต่ละรายไว้หน้าลิ้นคยา (visual control) เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบเมื่อต้องมีการคืนยา	Antibiotic ใน New Born ต้องได้ใน 30 นาที	เสนอแนะให้ทำบันทึกข้อความเพิ่ม stock ยาโดยแนบเอกสารจากภาควิชา ฯ																																																								
ประเด็นปัญหา	การดำเนินการ																																																																							
การคืนยาที่สั่งใช้ในชื่อผู้ป่วยไม่ครบเมื่อเลิกใช้หรือจำหน่าย	ทำสัญลักษณ์แจ้งตำแหน่งที่แยกเก็บยาของผู้ป่วยแต่ละรายไว้หน้าลิ้นคยา (visual control) เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบเมื่อต้องมีการคืนยา																																																																							
Antibiotic ใน New Born ต้องได้ใน 30 นาที	เสนอแนะให้ทำบันทึกข้อความเพิ่ม stock ยาโดยแนบเอกสารจากภาควิชา ฯ																																																																							

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561		
	16 มิ.ย.61				แพทย์นำยามาให้หอผู้ป่วยสำรองใช้และส่งคืน ในนามผู้ป่วย	เสนอแนะหอผู้ป่วยส่งบันทึก ข้อความให้เภสัชกรยาที่ผู้ป่วยมี การสำรองโดยงดรับยา	
					ครั้งที่ 2 หอผู้ป่วยนรีเวช		
					ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	
					การเก็บสำรองยา 1.ในตู้เย็น 1.1ที่วัดอุณหภูมิตู้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ เหมาะสม และไม่ได้บันทึกอุณหภูมิทุกวัน 1.2มี specimens ในตู้เย็นมากเกินไป บางส่วนวางใกล้กับยา 1.3ยาในตู้จัดเก็บไม่เป็นระเบียบ เช่น RI, NPH, Mixtard วางอยู่ด้วยกัน เสี่ยงต่อการ หยิบยาผิด มียาซาที่เปิดใช้และไม่ได้ ระบุวัน เปิดใช้ยา/วันหมดอายุ 2.ในห้องยา มียาที่เปิดใช้แล้วและไม่ได้เป็น ยา สำรองของ ward มาก เช่น Swift , Lactulose, Mucillin ขนาดใหญ่ 400mg ประมาณ 5-6 ขวด	ที่วัดอุณหภูมิ ควรอยู่ตรงกลางด้านในของตู้เย็น และควรบันทึกอุณหภูมิทุกวัน ควรคำนวณปริมาณการใช้ให้เหมาะสมพร้อมมี อุปกรณ์จัดเก็บที่มีดขีด จัดหาก่องแยกประเภทของยาและแยกผู้ป่วย ควรนำประเด็นปัญหาการสั่งใช้ยาของแพทย์เข้า ทบทวนใน CLT	
					การ set card ยา 1.การ set card Start ATB ยังไม่ได้ set ให้ ลงตามเวลายามาตรฐาน	ให้คำแนะนำ และมอบหมายหัวหน้าหอผู้ป่วย ติดตามการปฏิบัติ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ				
ปี งบประมาณ 2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561						
	10 ก.ค. 61				<p>2.การ set card ยาฉีด ที่ต้องผสมสารละลาย ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ให้ระบุชนิดของสารละลายและปริมาณที่ใช้ผสมในวิธีการใช้ยา</p> <p>Drug Reconciliation 1.ยาเดิมของผู้ป่วย เช่น ยาโรคหัวใจ พยาบาลลงบันทึกไว้แต่แพทย์ไม่ได้บันทึกการใช้ยาต่อ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา</p>	<p>แนะนำสอบถามการสั่งใช้ยาต่อเนื่องกับแพทย์ทันที และควรประเด็นปัญหาเข้าทบทวนใน CLT</p>					
<p>ครั้งที่ 3 หอผู้ป่วย SRCU</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเด็นปัญหา</th> <th>แนวทางการปรับปรุงพัฒนา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>1.การเก็บสำรองยา</p> <p>1.1 ยาของผู้ป่วยที่เป็นชนิดยาน้ำ เมื่อเปิดใช้ไม่ได้เขียนวันที่ EXP ให้ชัดเจน</p> <p>1.2 กล่องใส่ยา stock ยาหอผู้ป่วย ไม่เขียนชื่อยาและจำนวนที่หน้า</p> <p>2.การ set card ยา</p> <p>มีการ set card ยาเองจากคำสั่งการรักษาของแพทย์</p> <p>3.การบริหารยา</p> <p>3.1 NSS ที่ใส่ syringe 3 ml เพื่อหล่อเส้น ควรใส่ในถาดหรือ tray เพื่อป้องกันการปนเปื้อน</p> <p>3.2 ถังที่หึ่งเข็มไม่ควรเปิดฝาไว้กว้าง</p> <p>3.3 มีใบสั่งยาที่ค้างในระบบเยอะ เช่น ยาติดเครื่องไซ</p> </td> <td> <p>1.กำหนดเรื่องการบริหารยาสำหรับพยาบาล เป็น KPI ของหอผู้ป่วย</p> <p>2.ทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารยาสำหรับสำหรับพยาบาล กำหนดให้มีการกำกับติดตาม และตรวจสอบโดยแกนนำเรื่องยาและสมาชิกในทีม</p> <p>3. QA การบริหารยาสำหรับสำหรับพยาบาล โดยแกนนำเรื่องยาและสมาชิกในทีมทุก 3 เดือน และนำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบมาประชุม ปรีกษา ร่วมกัน เพื่อการแก้ปัญหา ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> </td> </tr> </tbody> </table>								ประเด็นปัญหา	แนวทางการปรับปรุงพัฒนา	<p>1.การเก็บสำรองยา</p> <p>1.1 ยาของผู้ป่วยที่เป็นชนิดยาน้ำ เมื่อเปิดใช้ไม่ได้เขียนวันที่ EXP ให้ชัดเจน</p> <p>1.2 กล่องใส่ยา stock ยาหอผู้ป่วย ไม่เขียนชื่อยาและจำนวนที่หน้า</p> <p>2.การ set card ยา</p> <p>มีการ set card ยาเองจากคำสั่งการรักษาของแพทย์</p> <p>3.การบริหารยา</p> <p>3.1 NSS ที่ใส่ syringe 3 ml เพื่อหล่อเส้น ควรใส่ในถาดหรือ tray เพื่อป้องกันการปนเปื้อน</p> <p>3.2 ถังที่หึ่งเข็มไม่ควรเปิดฝาไว้กว้าง</p> <p>3.3 มีใบสั่งยาที่ค้างในระบบเยอะ เช่น ยาติดเครื่องไซ</p>	<p>1.กำหนดเรื่องการบริหารยาสำหรับพยาบาล เป็น KPI ของหอผู้ป่วย</p> <p>2.ทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารยาสำหรับสำหรับพยาบาล กำหนดให้มีการกำกับติดตาม และตรวจสอบโดยแกนนำเรื่องยาและสมาชิกในทีม</p> <p>3. QA การบริหารยาสำหรับสำหรับพยาบาล โดยแกนนำเรื่องยาและสมาชิกในทีมทุก 3 เดือน และนำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบมาประชุม ปรีกษา ร่วมกัน เพื่อการแก้ปัญหา ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>
ประเด็นปัญหา	แนวทางการปรับปรุงพัฒนา										
<p>1.การเก็บสำรองยา</p> <p>1.1 ยาของผู้ป่วยที่เป็นชนิดยาน้ำ เมื่อเปิดใช้ไม่ได้เขียนวันที่ EXP ให้ชัดเจน</p> <p>1.2 กล่องใส่ยา stock ยาหอผู้ป่วย ไม่เขียนชื่อยาและจำนวนที่หน้า</p> <p>2.การ set card ยา</p> <p>มีการ set card ยาเองจากคำสั่งการรักษาของแพทย์</p> <p>3.การบริหารยา</p> <p>3.1 NSS ที่ใส่ syringe 3 ml เพื่อหล่อเส้น ควรใส่ในถาดหรือ tray เพื่อป้องกันการปนเปื้อน</p> <p>3.2 ถังที่หึ่งเข็มไม่ควรเปิดฝาไว้กว้าง</p> <p>3.3 มีใบสั่งยาที่ค้างในระบบเยอะ เช่น ยาติดเครื่องไซ</p>	<p>1.กำหนดเรื่องการบริหารยาสำหรับพยาบาล เป็น KPI ของหอผู้ป่วย</p> <p>2.ทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารยาสำหรับสำหรับพยาบาล กำหนดให้มีการกำกับติดตาม และตรวจสอบโดยแกนนำเรื่องยาและสมาชิกในทีม</p> <p>3. QA การบริหารยาสำหรับสำหรับพยาบาล โดยแกนนำเรื่องยาและสมาชิกในทีมทุก 3 เดือน และนำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบมาประชุม ปรีกษา ร่วมกัน เพื่อการแก้ปัญหา ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>										

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ. 2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ						
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561								
					<p>หอผู้ป่วย SICU</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเด็นปัญหา</th> <th>ข้อเสนอแนะ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.การเขียนวัน start ที่ยาส่วนกลางยังไม่ค่อยปฏิบัติ มีการกำหนดให้ทั้งสารละลายเวลา 7.00 น ของทุกวันเพื่อแก้ปัญหาการไม่เขียนวัน Expire.</td> <td rowspan="3">ให้คำแนะนำ และมอบหมายหัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามการปฏิบัติ</td> </tr> <tr> <td>2.การ set card ยาในคำสั่งที่เป็นสารละลายผสมยาหรือยาที่ต้องผสมสารละลายยังไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ100%</td> </tr> <tr> <td>3.การบันทึกการติดตามอาการหลังการให้ Morphine ยังไม่ครบตามปฏิบัติที่กำหนด</td> </tr> </tbody> </table>		ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	1.การเขียนวัน start ที่ยาส่วนกลางยังไม่ค่อยปฏิบัติ มีการกำหนดให้ทั้งสารละลายเวลา 7.00 น ของทุกวันเพื่อแก้ปัญหาการไม่เขียนวัน Expire.	ให้คำแนะนำ และมอบหมายหัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามการปฏิบัติ	2.การ set card ยาในคำสั่งที่เป็นสารละลายผสมยาหรือยาที่ต้องผสมสารละลายยังไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ100%	3.การบันทึกการติดตามอาการหลังการให้ Morphine ยังไม่ครบตามปฏิบัติที่กำหนด	
ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ												
1.การเขียนวัน start ที่ยาส่วนกลางยังไม่ค่อยปฏิบัติ มีการกำหนดให้ทั้งสารละลายเวลา 7.00 น ของทุกวันเพื่อแก้ปัญหาการไม่เขียนวัน Expire.	ให้คำแนะนำ และมอบหมายหัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามการปฏิบัติ												
2.การ set card ยาในคำสั่งที่เป็นสารละลายผสมยาหรือยาที่ต้องผสมสารละลายยังไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ100%													
3.การบันทึกการติดตามอาการหลังการให้ Morphine ยังไม่ครบตามปฏิบัติที่กำหนด													
					<p>ไม่ได้จัดวัดประเมินความรู้</p> <p>ครั้งที่ 1 จัดให้กรรมการระบบยา มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 15 คน</p> <p>กรรมการมีความรู้ ความเข้าใจในประเด็นปัญหาการเกิดอุบัติการณ์ สามารถวิเคราะห์ประเด็นปัญหาได้ถูกต้องตรงประเด็น</p> <p>ครั้งที่ 2 จัดให้แกนนำระบบยา และพยาบาล มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 37คน เป็นการทำความเข้าใจ ให้ความรู้ปัญหาการเกิดอุบัติการณ์</p>								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ		ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 - กันยายน 2561																										
					<p>ความมุ่งมั่นในการทำKMหลังการอบรม 86.40</p> <p>(กลุ่ม Nurse ได้เข้าร่วมกิจกรรม KM จำนวน 5 ครั้ง จากการจัดกิจกรรมของคณะกรรมการ ไม่ได้สอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมของหน่วยงาน)</p> <p>-กลุ่ม Non Nurse</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความพึงพอใจระดับดี-ดีมาก</td> <td>88.46</td> </tr> <tr> <td>ความรู้ก่อนการอบรม</td> <td>70.20</td> </tr> <tr> <td>ความรู้หลังการอบรม</td> <td>82.80</td> </tr> <tr> <td>ความมุ่งมั่นในการทำKMก่อนการอบรม</td> <td>72.40</td> </tr> <tr> <td>ความมุ่งมั่นในการทำKMหลังการอบรม</td> <td>83.80</td> </tr> </tbody> </table> <p>(กลุ่ม Non Nurse ได้เข้าร่วมกิจกรรม KM จำนวน 2 ครั้ง จากการจัดกิจกรรมของคณะกรรมการ ไม่ได้สอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมของหน่วยงาน)</p>	หัวข้อ	ร้อยละ	ความพึงพอใจระดับดี-ดีมาก	88.46	ความรู้ก่อนการอบรม	70.20	ความรู้หลังการอบรม	82.80	ความมุ่งมั่นในการทำKMก่อนการอบรม	72.40	ความมุ่งมั่นในการทำKMหลังการอบรม	83.80														
หัวข้อ	ร้อยละ																														
ความพึงพอใจระดับดี-ดีมาก	88.46																														
ความรู้ก่อนการอบรม	70.20																														
ความรู้หลังการอบรม	82.80																														
ความมุ่งมั่นในการทำKMก่อนการอบรม	72.40																														
ความมุ่งมั่นในการทำKMหลังการอบรม	83.80																														
6.จัดทำ KA (โดยใช้ KM cycle)แบ่งตามโซนการดูแลผู้ป่วย เช่น สูติ ศัลย์ อายุรกรรม กุมาร		KA	จำนวน KA	4 เรื่อง	<p>- ได้ KA 1 เรื่อง IV catheter instruction Insertion and dressing</p> <p>ดำเนินการทำกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ที่</th> <th>ว/ด/ป</th> <th>เรื่อง</th> <th>กลุ่ม</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>15 ธ.ค. 60 เวลา 13.30-15.30 น.</td> <td>CLABSI</td> <td>Med - surg</td> <td>คุณสุพัตรา อุปนิสากร</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>28 ธ.ค. 60 เวลา 14.00 -15.30 น</td> <td>CAUTI</td> <td>Med - surg</td> <td>คุณสุพัตรา อุปนิสากร</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9 ก.พ. 61 เวลา 14.00 -15.30 น</td> <td>extravasatio n, phlebitis</td> <td>กลุ่มเด็ก</td> <td>คุณวัชรีย์ แสงมณี</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>22 พ.ค. 61 เวลา 14.00-15.30 น.</td> <td>phlebitis</td> <td>กลุ่มเด็ก</td> <td>คุณวัชรีย์ แสงมณี</td> </tr> </tbody> </table>	ที่	ว/ด/ป	เรื่อง	กลุ่ม	ผู้รับผิดชอบ	1	15 ธ.ค. 60 เวลา 13.30-15.30 น.	CLABSI	Med - surg	คุณสุพัตรา อุปนิสากร	2	28 ธ.ค. 60 เวลา 14.00 -15.30 น	CAUTI	Med - surg	คุณสุพัตรา อุปนิสากร	3	9 ก.พ. 61 เวลา 14.00 -15.30 น	extravasatio n, phlebitis	กลุ่มเด็ก	คุณวัชรีย์ แสงมณี	4	22 พ.ค. 61 เวลา 14.00-15.30 น.	phlebitis	กลุ่มเด็ก	คุณวัชรีย์ แสงมณี	คุณวัชรีย์ คุณโสมนัส
ที่	ว/ด/ป	เรื่อง	กลุ่ม	ผู้รับผิดชอบ																											
1	15 ธ.ค. 60 เวลา 13.30-15.30 น.	CLABSI	Med - surg	คุณสุพัตรา อุปนิสากร																											
2	28 ธ.ค. 60 เวลา 14.00 -15.30 น	CAUTI	Med - surg	คุณสุพัตรา อุปนิสากร																											
3	9 ก.พ. 61 เวลา 14.00 -15.30 น	extravasatio n, phlebitis	กลุ่มเด็ก	คุณวัชรีย์ แสงมณี																											
4	22 พ.ค. 61 เวลา 14.00-15.30 น.	phlebitis	กลุ่มเด็ก	คุณวัชรีย์ แสงมณี																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ					ผู้รับผิดชอบ						
ปี ปม.2561-2562	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี ปม.2561	เดือน ตุลาคม 2560 - กันยายน 2561											
					5	28 พ.ค. 61 เวลา 14.00-15.30 น.	ภาวะตกเลือด หลังคลอด	กลุ่มสูติ	คุณสลิตตา อินทร์แก้ว							
7.จัดทำ Research club สำหรับกรรมการและแกน นำ	ทุก 2 เดือน	กิจกรรม	จำนวนครั้งของ การจัดกิจกรรม	6 ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกิจกรรม 5 ครั้ง - ครั้งที่ 1 วันที่ 9 มกราคม 2561 เรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก - ครั้งที่ 2 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2561 เรื่องผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกทางการแพทย์บาดผ่าตัดต่อคุณภาพบันทึกทางการแพทย์บาด ห้องผ่าตัด ศัลยศาสตร์ - ครั้งที่ 3 วันที่ 3 เมษายน 2561 เรื่องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย - ครั้งที่ 4 วันที่ 8 พฤษภาคม 2561 เรื่องอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ครั้งนี้ได้ส่งผลการวิเคราะห์ให้กับทุกหน่วยงานเพื่อนำไปปรับใช้กับบริบทของตนเอง) - ครั้งที่ 5 วันที่ 5 มิถุนายน 2561 เรื่องผลการควบคุมการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ (ครั้งนี้ได้ส่งผลการวิเคราะห์ให้กับทุกหน่วยงานเพื่อนำไปปรับใช้กับบริบทของตนเอง) 					คุณวัชรีย์ คุณโสมนัส						
		ความพึงพอใจ	ระดับความพึง พอใจ	ระดับดี-ดีมาก ≥ ร้อยละ 80	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ระดับดี-ดีมาก เฉลี่ย ร้อยละ 76 - จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม เฉลี่ย 16 คน/ ครั้ง <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ครั้งที่</th> <th>ความพึงพอใจก่อนร่วม กิจกรรม ที่ระดับดี-ดีมาก</th> <th>ความพึงพอใจหลังร่วม กิจกรรม ที่ระดับดี-ดีมาก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td colspan="2">ไม่ได้วัดผล</td> </tr> </tbody> </table>					ครั้งที่	ความพึงพอใจก่อนร่วม กิจกรรม ที่ระดับดี-ดีมาก	ความพึงพอใจหลังร่วม กิจกรรม ที่ระดับดี-ดีมาก	1	ไม่ได้วัดผล		
ครั้งที่	ความพึงพอใจก่อนร่วม กิจกรรม ที่ระดับดี-ดีมาก	ความพึงพอใจหลังร่วม กิจกรรม ที่ระดับดี-ดีมาก														
1	ไม่ได้วัดผล															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา	(measure)	(Indication)	ปี งบประมาณ.2561	เดือน ตุลาคม 2560 - กันยายน 2561				
					2 (n=16)	31.25	94.74		
					3 (n=16)	33.33	63.63		
					4 (n=10)	20.00	60.00		
					5 (n=21)	46.73	85.66		
		ความมั่นใจ	ความมั่นใจของ กก.แต่ละคนในการให้คำปรึกษา	เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 80	- ความมั่นใจของกรรมการฯ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 32.06				
					ครั้งที่	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม (คน)	ความมั่นใจในการให้คำปรึกษา (ร้อยละ)		
					1	ไม่ได้วัดผล			
					2	16	62.50		
					3	16	66.67		
					4	10	70.00		
					5	12	82.54		
8. อบรมวิชาการ แก่กรรมการและแกนนำ	ธ.ค.60 (1 วัน)	ผู้เข้าอบรม	จำนวนผู้เข้าอบรม	60 คน	จำนวนผู้เข้าอบรม 43 คน (กรรมการและแกนนำมีทั้งหมด 54 คน ไม่ได้เข้าอบรม 11 คน เนื่องจากติดอบรมอื่นๆ และจัดเวรไม่ได้)				คุณวิชัย คุณโสภณัส
- โครงการเพิ่มศักยภาพกรรมการและแกนนำ		คะแนน	คะแนนหลังอบรม	≥ ร้อยละ 80	หัวข้อในการอบรม	ความรู้ที่ได้รับ ก่อนอบรม	ความรู้ที่ได้รับ หลังอบรม	ระดับความพึงพอใจ	
		ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ	ระดับดี-ดีมาก ≥ ร้อยละ 80	การวิเคราะห์/สังเคราะห์ บรรยายโดยคุณสุพัตรา อุปนิสากร	คะแนนเฉลี่ย 63 คะแนน	คะแนนเฉลี่ย 81.40 คะแนน	ร้อยละ 100	
					สถิติพื้นฐาน บรรยายโดยคุณรัตนา หลินุ่ม	เฉลี่ย 51.80 คะแนน	เฉลี่ย 68.20 คะแนน	ร้อยละ 81.48	