

รายงานผลการดำเนินงาน ด้านบริหารทรัพยากร และสารสนเทศ 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. โครงการสรรหาบุคลากร - Road show - ให้นักศึกษาศึกษาพยาบาล	ต.ค 60- ก.ย.61	อัตรากำลัง พยาบาล	อัตรากำลัง พยาบาลได้ตาม แผนหลักการ ขยายงาน	110 อัตรา	<p>- อัตรากำลังพยาบาลตามแผนขยายงานได้จำนวน 110 อัตรา ( รับทุน 64 อัตรา) รายละเอียดดังตาราง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตำแหน่ง</th> <th colspan="6">จำนวนที่</th> <th colspan="2">อัตรา</th> </tr> <tr> <th>ต้อง การ เพิ่ม</th> <th>เรียก กลับ ภษาณ</th> <th>ผ่าน สั้ม ภษาณ</th> <th>สละ สิทธิ์</th> <th>มา ปฏิบัติ งาน</th> <th>ดำเนิน การ เปิด วักซึน</th> <th>คง อยู่</th> <th>recruit</th> <th>ลา ออก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>พยาบาล</td> <td>110</td> <td>120</td> <td>114</td> <td>4</td> <td>110</td> <td>-</td> <td>108 (ลาออก2คน)</td> <td>100 %</td> <td>1.8%</td> </tr> <tr> <td>พนักงาน ช่วยยา</td> <td>60</td> <td>141</td> <td>66</td> <td>16+ ตั้ง ครรรภ์ 2 คน</td> <td>48</td> <td>11</td> <td>24 (ลาออก8คน ประเมิน ไม่ผ่าน 3 คน ตั้งครรรภ์ 2 คน)</td> <td>80%</td> <td>16.7 %</td> </tr> <tr> <td>แม่บ้าน</td> <td>17</td> <td>44</td> <td>27</td> <td>8 (สละ สิทธิ์ 6+ เลิก จ้าง2 (คดี)</td> <td>19</td> <td>5</td> <td>10(ลาออก4 คน)</td> <td>111.7%</td> <td>21.1 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>*อัตราการ recruit = <math>\frac{\text{ผู้มาปฏิบัติงาน} + \text{ผู้ที่ผิดวักซึน}}{\text{จำนวนที่ต้องการ}} \times 100</math></p> <p>อัตราการลาออก = <math>\frac{\text{ผู้มาปฏิบัติงาน} - \text{คงอยู่}}{\text{ผู้มาปฏิบัติงาน}} \times 100</math></p>	ตำแหน่ง	จำนวนที่						อัตรา		ต้อง การ เพิ่ม	เรียก กลับ ภษาณ	ผ่าน สั้ม ภษาณ	สละ สิทธิ์	มา ปฏิบัติ งาน	ดำเนิน การ เปิด วักซึน	คง อยู่	recruit	ลา ออก	พยาบาล	110	120	114	4	110	-	108 (ลาออก2คน)	100 %	1.8%	พนักงาน ช่วยยา	60	141	66	16+ ตั้ง ครรรภ์ 2 คน	48	11	24 (ลาออก8คน ประเมิน ไม่ผ่าน 3 คน ตั้งครรรภ์ 2 คน)	80%	16.7 %	แม่บ้าน	17	44	27	8 (สละ สิทธิ์ 6+ เลิก จ้าง2 (คดี)	19	5	10(ลาออก4 คน)	111.7%	21.1 %	คุณสิรินทร์ คุณพินิตา
ตำแหน่ง	จำนวนที่						อัตรา																																															
	ต้อง การ เพิ่ม	เรียก กลับ ภษาณ	ผ่าน สั้ม ภษาณ	สละ สิทธิ์	มา ปฏิบัติ งาน	ดำเนิน การ เปิด วักซึน	คง อยู่	recruit	ลา ออก																																													
พยาบาล	110	120	114	4	110	-	108 (ลาออก2คน)	100 %	1.8%																																													
พนักงาน ช่วยยา	60	141	66	16+ ตั้ง ครรรภ์ 2 คน	48	11	24 (ลาออก8คน ประเมิน ไม่ผ่าน 3 คน ตั้งครรรภ์ 2 คน)	80%	16.7 %																																													
แม่บ้าน	17	44	27	8 (สละ สิทธิ์ 6+ เลิก จ้าง2 (คดี)	19	5	10(ลาออก4 คน)	111.7%	21.1 %																																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																				
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา																									
					- จัด Roadshow ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันที่ 15 มกราคม 2561 มีผู้เข้าฟังประมาณ 100 คน																					
			จำนวนนักศึกษา พยาบาลที่รับทุน ปี 3 และ ปี 4	80 ทุน	จำนวนนักศึกษารับทุนปี 3 และปี 4 รับทุนครบ 80 ทุน (ชั้นปีละ 40 ทุน)																					
		อัตราค่าจ้าง	อัตราค่าจ้างทุก ระดับได้ตามแผน หลักการจัด อัตราค่าจ้าง ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	จัดอัตราค่าจ้างทุกระดับ ให้กับหอผู้ป่วย/หน่วยงานได้ตามแผนหลักการจัด อัตราค่าจ้าง ร้อยละ 92.3 - 44 หอผู้ป่วยและ 4 หน่วยงาน ที่ได้รับการจัดอัตราค่าจ้าง ร้อยละ 90 - 4 หอผู้ป่วย (ฉบ.7, PCU, MICU, ฉบ.8) ที่ได้รับการจัดอัตราค่าจ้าง ร้อยละ 85-89 เนื่องจาก เป็นความสมัครใจของหอผู้ป่วย																					
- จัดกิจกรรมสานสัมพันธ์ นักศึกษาด้วยการฝึกปฏิบัติงาน ช่วงปิดเทอม		กิจกรรมสาน สัมพันธ์	การจัดกิจกรรม สานสัมพันธ์	2 ครั้ง	- จัดกิจกรรมสานสัมพันธ์ 1 ครั้ง จัดกิจกรรมสานสัมพันธ์ครั้งที่ 1 ในกลุ่มนักศึกษาปี 3 ที่รับทุนจำนวน 59 คน (จาก 61 คน) ระหว่างวันที่ 4-15 มิถุนายน 2561 โดยให้ขึ้นฝึกปฏิบัติหัตถการภายใต้การดูแลของ พยาบาลหอผู้ป่วยจำนวน 18 หอผู้ป่วย ผลการประเมินความพึงพอใจโครงการ ดังตาราง																					
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อที่ประเมิน</th> <th><math>\bar{x}</math></th> <th>SD</th> <th>ระดับความพึง พอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ท่านได้รับการฝึกหัตถการตรงตามวัตถุประสงค์</td> <td>3.62</td> <td>0.56</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาลหอผู้ป่วย</td> <td>3.97</td> <td>0.18</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>ท่านรู้สึกพึงพอใจกับโครงการฝึกหัตถการ</td> <td>3.95</td> <td>0.22</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>ภาพรวม</td> <td>3.84</td> <td>0.24</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อที่ประเมิน	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึง พอใจ	ท่านได้รับการฝึกหัตถการตรงตามวัตถุประสงค์	3.62	0.56	มากที่สุด	ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาลหอผู้ป่วย	3.97	0.18	มากที่สุด	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับโครงการฝึกหัตถการ	3.95	0.22	มากที่สุด	ภาพรวม	3.84	0.24	มากที่สุด	
หัวข้อที่ประเมิน	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึง พอใจ																							
ท่านได้รับการฝึกหัตถการตรงตามวัตถุประสงค์	3.62	0.56	มากที่สุด																							
ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาลหอผู้ป่วย	3.97	0.18	มากที่สุด																							
ท่านรู้สึกพึงพอใจกับโครงการฝึกหัตถการ	3.95	0.22	มากที่สุด																							
ภาพรวม	3.84	0.24	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																																			
					- ครั้งที่2 งดจัดกิจกรรมเนื่องจากทางคณะพยาบาลศาสตร์ไม่สามารถจัดวันให้ได้																															
2. โครงการอำนวยการรักษาบุคลากร	ต.ค 60- ก.ย.61	การลาออก	อัตราการลาออก โอน ย้าย ของ พยาบาล	< ร้อยละ 5	<p>อัตราการลาออกของพยาบาลร้อยละ 4.08</p> <p><b>เปรียบเทียบอัตราพยาบาลลาออก</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RN ลาออก</th> <th>ปีงบ 2560</th> <th>ร้อยละ</th> <th>ปีงบ2561</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส1</td> <td>15 (1187)</td> <td>1.26</td> <td>13 (1187)</td> <td>1.09</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส2</td> <td>15 (1187)</td> <td>1.26</td> <td>15 (1179)</td> <td>1.27</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส3</td> <td>6 (1187)</td> <td>0.51</td> <td>14 (1168)</td> <td>1.19</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส4</td> <td>11 (1188)</td> <td>0.92</td> <td>9 (1250)</td> <td>0.72</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>47 (1188)</td> <td>3.96</td> <td>51 (1250)</td> <td>4.08</td> </tr> </tbody> </table> <p>*กลุ่มที่ลาออกมากที่สุดคือ &lt; 1 ปี (20คน)</p> <p>*กลุ่มที่ลาออกมากที่สุดคือ &gt;5-10 ปี (18คน)</p>	RN ลาออก	ปีงบ 2560	ร้อยละ	ปีงบ2561	ร้อยละ	ไตรมาส1	15 (1187)	1.26	13 (1187)	1.09	ไตรมาส2	15 (1187)	1.26	15 (1179)	1.27	ไตรมาส3	6 (1187)	0.51	14 (1168)	1.19	ไตรมาส4	11 (1188)	0.92	9 (1250)	0.72	รวม	47 (1188)	3.96	51 (1250)	4.08	คุณสิรินทร์ คุณพนิดา
RN ลาออก	ปีงบ 2560	ร้อยละ	ปีงบ2561	ร้อยละ																																
ไตรมาส1	15 (1187)	1.26	13 (1187)	1.09																																
ไตรมาส2	15 (1187)	1.26	15 (1179)	1.27																																
ไตรมาส3	6 (1187)	0.51	14 (1168)	1.19																																
ไตรมาส4	11 (1188)	0.92	9 (1250)	0.72																																
รวม	47 (1188)	3.96	51 (1250)	4.08																																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา																	
2.1 โครงการสานสัมพันธ์ที่สู่น้อง (กลุ่มพยาบาลใหม่)		การร่วม กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม (กลุ่ม พยาบาลใหม่)	ร้อยละ 80 ของ เป้าหมาย	<p>จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 91.35 ของเป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดกิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่ 3 พฤษภาคม 2561 จำนวนพยาบาลใหม่เข้าร่วม 45 คน (ทั้งหมด 50 คน) คิดเป็นร้อยละ 90</li> <li>- กิจกรรมครั้งที่ 1 เน้นเชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างรุ่นพี่ รุ่นน้อง ทุกกิจกรรมได้รับความร่วมมืออย่างดีจากน้องใหม่ ได้พูดคุย รับฟังประสบการณ์ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับตัว/ปฏิบัติงาน จากรุ่นพี่ และเพื่อนๆ ได้รู้จักเพื่อที่จบจากสถาบันอื่น มีการสร้างไลน์กลุ่มเพื่อติดต่อสื่อสารพูดคุยปรึกษากันระหว่างรุ่นพี่ รุ่นน้อง</li> <li>- จัดกิจกรรมครั้งที่ 2 วันที่ 4 กันยายน 2561 จำนวนพยาบาลใหม่เข้าร่วม 50 คน (ทั้งหมด 54 คน รับใหม่ เดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2561 = 4 คน) คิดเป็นร้อยละ 92.6</li> <li>- สรุปผลความพึงพอใจภาพรวมการจัดกิจกรรมอยู่ระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 94.7</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>ค่าเฉลี่ย</th> <th>ระดับความพึงพอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ท่านได้รับแนวคิด ทักษะ ประสบการณ์ใหม่จากกิจกรรม</td> <td>97.4</td> <td>มาก-มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>2.ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้รับไปปรับใช้ในการทำงาน</td> <td>94.7</td> <td>มาก-มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>3.สิ่งที่ได้รับตรงตามความคาดหวังของท่าน</td> <td>94.7</td> <td>มาก-มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ	1.ท่านได้รับแนวคิด ทักษะ ประสบการณ์ใหม่จากกิจกรรม	97.4	มาก-มากที่สุด	2.ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้รับไปปรับใช้ในการทำงาน	94.7	มาก-มากที่สุด	3.สิ่งที่ได้รับตรงตามความคาดหวังของท่าน	94.7	มาก-มากที่สุด	คุณพนิดา คุณสิรินทร์
หัวข้อ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ																
1.ท่านได้รับแนวคิด ทักษะ ประสบการณ์ใหม่จากกิจกรรม	97.4	มาก-มากที่สุด																
2.ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้รับไปปรับใช้ในการทำงาน	94.7	มาก-มากที่สุด																
3.สิ่งที่ได้รับตรงตามความคาดหวังของท่าน	94.7	มาก-มากที่สุด																
		กิจกรรมสานสัมพันธ์	จำนวนครั้ง	3 ครั้ง	<p>จัดกิจกรรม 2 ครั้ง คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ครั้งที่ 1 วันที่ 3 พฤษภาคม 2561</li> <li>- ครั้งที่ 2 วันที่ 4 กันยายน 2561</li> </ul>													



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
2.2 โครงการสิ่งแวดล้อมปลอดภัย ทำงานเป็นสุข		ผู้ป่วยที่ สิ่งแวดล้อม ปลอดภัย	จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับการตรวจ และแก้ไขสภาพ สิ่งแวดล้อมที่ไม่ ปลอดภัย	10 ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ จำนวน 21 ผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย จำนวน 0 ผู้ป่วย สำรวจผู้ป่วยตึกเฉลิมพระบารมี (มกราคม – มีนาคม 2561) จำนวน 8 ผู้ป่วย ผู้ป่วยตึก 13 ชั้น (เมษายน-มิถุนายน 2561) จำนวน 13 ผู้ป่วยร่วมกับ กรรมการสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล พบปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ต้องได้รับการแก้ไข ดังนี้ -ตึกเฉลิมพระบารมี 1) รอยดำตรงช่องเครื่องปรับอากาศในห้องยา (ฉบ.7-11) 2) ป้ายบริเวณประตูหนีไฟมองไม่ชัด 3) ทางหนีไฟด้านอื่นไม่มีป้ายที่ชัดเจน 4) ประตูห้องผู้ป่วยฉบ.11 ชำรุด 5) เจ้าหน้าที่ไม่สามารถออกไปใช้ดกระจากด้านนอก (PICU) - ตึก 13 ชั้น พบปัญหา 1) ฝ้าเพดานมีรอยดำ 2) น้ำรั่วจากผู้ป่วยที่อยู่ด้านบน 3) ออกเรียกพยาบาลใช้งานไม่ได้ <b>ทั้ง 2 ตึก ทางรพ.รับไปดำเนินการโดยรอแก้ไขโครงสร้างในภาพรวม</b>	คุณสิรินทร์
2.3 โครงการตรวจสุขภาพ บุคลากรกลุ่มเสี่ยง		บุคลากรอายุ ≥ 35 ปีที่ ได้รับการ ตรวจ	จำนวนบุคลากรที่ ได้รับการตรวจ	≥ ร้อยละ 95	ร่วมกับทางรพ.จัดโครงการ Happy Body จำนวนบุคลากรเข้าร่วม ร้อยละ 54 เนื่องจาก การประชาสัมพันธ์ไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย แบบสอบถามมีรายละเอียดมากใช้ เวลาในการตอบเฉลี่ย 20 นาที ความไม่ชัดเจนของกลุ่มที่รับการรักษากับแพทย์อยู่เดิม	คุณสิรินทร์ คุณจารุวรรณ

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																											
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา																																
		การเกิดโรค	จำนวนบุคลากรที่สามารถจัดการความเสี่ยงการเกิดโรค	ร้อยละ 50	ยังไม่ได้ดำเนินการ																												
2.4 โครงการเชิดชูเกียรติบุคลากร : ดาวเด่น/ดีเด่น	ส.ค.-61	บุคลากรดาวเด่น/ดีเด่น	จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรดาวเด่น	53 หน่วยงาน	<p>จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรดาวเด่น 52 หน่วยงาน เนื่องจากศูนย์คัดกรองฯ ไม่ส่งจัดวันที่ 9 สิงหาคม 2561 ณ ห้องประชุมชั้น 14 อาคารเฉลิมพระบารมี เวลา 13.00-16.00 น.</p> <p>จำนวนบุคลากรดาวเด่น ระดับฝ่ายบริการพยาบาล 39 คน</p> <p>จำนวนบุคลากรดีเด่น ระดับฝ่ายบริการพยาบาล 10 คน</p> <p>สรุปรายชื่อดังนี้</p> <p>บุคลากรดีเด่น ฝ่ายบริการพยาบาล ระดับพยาบาล จำนวน 8 คน ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ที่</th> <th>ชื่อ- สกุล</th> <th>หอผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>นางสาวเกศริน มณีสิงห์</td> <td>NMCU</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>นางรัตนาภรณ์ ประยูรเต็ม</td> <td>ศัลยกรรมชาย 2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>นางโสภณา ว่องทวี</td> <td>SDC</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>นางน้ำทิพย์ แก้ววิชิต</td> <td>PICU</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>นางอโณทัย ชมเชย</td> <td>NICU</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>นางดวงเพ็ญ แววันจิตร</td> <td>อุบัติเหตุ</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>นางพิรมขวัญ เหมทานนท์</td> <td>ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>นางอัจฉราพร โชติพั่ง</td> <td>OPD 2</td> </tr> </tbody> </table>	ที่	ชื่อ- สกุล	หอผู้ป่วย	1	นางสาวเกศริน มณีสิงห์	NMCU	2	นางรัตนาภรณ์ ประยูรเต็ม	ศัลยกรรมชาย 2	3	นางโสภณา ว่องทวี	SDC	4	นางน้ำทิพย์ แก้ววิชิต	PICU	5	นางอโณทัย ชมเชย	NICU	6	นางดวงเพ็ญ แววันจิตร	อุบัติเหตุ	7	นางพิรมขวัญ เหมทานนท์	ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด	8	นางอัจฉราพร โชติพั่ง	OPD 2	คุณทีกุลรัตน์ คุณอรทัย
ที่	ชื่อ- สกุล	หอผู้ป่วย																															
1	นางสาวเกศริน มณีสิงห์	NMCU																															
2	นางรัตนาภรณ์ ประยูรเต็ม	ศัลยกรรมชาย 2																															
3	นางโสภณา ว่องทวี	SDC																															
4	นางน้ำทิพย์ แก้ววิชิต	PICU																															
5	นางอโณทัย ชมเชย	NICU																															
6	นางดวงเพ็ญ แววันจิตร	อุบัติเหตุ																															
7	นางพิรมขวัญ เหมทานนท์	ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด																															
8	นางอัจฉราพร โชติพั่ง	OPD 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																							
					บุคลากรดีเด่น ฝ่ายบริการพยาบาล ระดับ PN/Orderly จำนวน 2 คน ดังนี้ <table border="1" data-bbox="1227 392 1816 579"> <thead> <tr> <th>ที่</th> <th>ชื่อ - สกุล</th> <th>หอผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>นางช่อทิพย์ นันทสินธุ์</td> <td>OPD 1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>นางสาวจินตนา วัชฤทธิ์</td> <td>OPD 2</td> </tr> </tbody> </table>	ที่	ชื่อ - สกุล	หอผู้ป่วย	1	นางช่อทิพย์ นันทสินธุ์	OPD 1	2	นางสาวจินตนา วัชฤทธิ์	OPD 2										
ที่	ชื่อ - สกุล	หอผู้ป่วย																						
1	นางช่อทิพย์ นันทสินธุ์	OPD 1																						
2	นางสาวจินตนา วัชฤทธิ์	OPD 2																						
			จำนวนบุคลากรดาวเด่น (ระดับฝ่ายบริการพยาบาล)	39 คน	บุคลากรดาวเด่น ระดับฝ่ายบริการพยาบาล จำนวน 39 คน บุคลากรดาวเด่น ระดับหน่วยงานพยาบาล จำนวน 35 คน PN/Orderly จำนวน 37 คน เสมียน/แม่บ้าน/ธุรการ จำนวน 31 คน																			
			จำนวนบุคลากรดีเด่นของฝ่ายฯที่ได้รับการคัดเลือกดีเด่นจากภายนอก	15 คน	จำนวนบุคลากรดีเด่นของฝ่ายฯที่ได้รับการคัดเลือกดีเด่นจากภายนอก 5 คน <table border="1" data-bbox="1093 927 1906 1391"> <thead> <tr> <th>ชื่อ</th> <th>หน่วยงาน</th> <th>รางวัลที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คุณอุรา แสงเงิน</td> <td>SICU</td> <td>- ดีเด่นสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ - ดีเด่นคณะแพทยศาสตร์</td> </tr> <tr> <td>คุณดวงรัตน์ หมายดี</td> <td>OR</td> <td>- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย - ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</td> </tr> <tr> <td>คุณพัชรีย์ ไชยฤกษ์</td> <td>NMCU</td> <td>ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</td> </tr> <tr> <td>คุณบุพผา อินทร์ตัน</td> <td>SICU</td> <td>ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</td> </tr> <tr> <td>คุณอุไรวรรณ พลจร</td> <td>อช.2</td> <td>ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อ	หน่วยงาน	รางวัลที่ได้รับ	คุณอุรา แสงเงิน	SICU	- ดีเด่นสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ - ดีเด่นคณะแพทยศาสตร์	คุณดวงรัตน์ หมายดี	OR	- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย - ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คุณพัชรีย์ ไชยฤกษ์	NMCU	ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คุณบุพผา อินทร์ตัน	SICU	ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คุณอุไรวรรณ พลจร	อช.2	ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	
ชื่อ	หน่วยงาน	รางวัลที่ได้รับ																						
คุณอุรา แสงเงิน	SICU	- ดีเด่นสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ - ดีเด่นคณะแพทยศาสตร์																						
คุณดวงรัตน์ หมายดี	OR	- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย - ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์																						
คุณพัชรีย์ ไชยฤกษ์	NMCU	ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์																						
คุณบุพผา อินทร์ตัน	SICU	ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์																						
คุณอุไรวรรณ พลจร	อช.2	ศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์																						

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ												
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561															
					นางสุพัตรา อุปนิสากร	MICU	พยาบาลดีเด่นด้านวิจัย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้													
					นางกาญจนา วงษ์เลี้ยง	OPD2	พยาบาลดีเด่นสาขาการวิจัย/นวัตกรรมทางการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย													
					หมายเหตุ เนื่องจากยังมีหลายองค์กร ยังไม่ได้พิจารณาตอบรับ															
2.5 โครงการส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของทีมบริหาร								คุณพิกุลรัตน์ คุณนิตยา คุณอรทัย												
- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ทีมบริหาร	ม.ค.,พ.ค., ก.ย.61	ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	ร้อยละ 80 ของ เป้าหมาย	- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม 57 คน จากทั้งหมด 66 คน คิดเป็นร้อยละ 86.36 จัดโครงการส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม (ทีมบริหาร) วันที่ 26-27 มกราคม 2561 ณ The Royal Hill Hotel จ.สตูล - สรุปผลความพึงพอใจอยู่ระดับมาก-มากที่สุด 99.33% ดังตาราง															
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>ค่าเฉลี่ย</th> <th>ระดับความพึงพอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ท่านได้รับประโยชน์จากโครงการเพียงใด</td> <td>100</td> <td>มาก-มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>2.การนำไปประยุกต์ใช้ในงาน</td> <td>99.8</td> <td>มาก-มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>3.ความพึงพอใจในภาพรวมของโครงการ</td> <td>100</td> <td>มาก-มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>			หัวข้อ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ	1.ท่านได้รับประโยชน์จากโครงการเพียงใด	100	มาก-มากที่สุด	2.การนำไปประยุกต์ใช้ในงาน	99.8	มาก-มากที่สุด	3.ความพึงพอใจในภาพรวมของโครงการ	100	มาก-มากที่สุด	
หัวข้อ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ																		
1.ท่านได้รับประโยชน์จากโครงการเพียงใด	100	มาก-มากที่สุด																		
2.การนำไปประยุกต์ใช้ในงาน	99.8	มาก-มากที่สุด																		
3.ความพึงพอใจในภาพรวมของโครงการ	100	มาก-มากที่สุด																		
- กิจกรรมสัมมนาหัวหน้างาน		ความพึงพอใจ	คะแนนความพึง พอใจมาก-มาก ที่สุด	ร้อยละ 80	ผลความพึงพอใจ ระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 96.5 จัดสัมมนาหัวหน้างาน ครั้งที่ 2 วันที่ 14 มิถุนายน 2561 ณ ห้องประชุมชั้น 12 อาคารเฉลิมพระบารมี เวลา 09.00-16.00 น. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม 59 คน คิดเป็น ร้อยละ 90.77															

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>หัวข้อ</th> <th>ค่าเฉลี่ย</th> <th>ระดับความพึงพอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ท่านได้รับประโยชน์จากโครงการเพียงใด</td> <td>96.5</td> <td>มาก-มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>2.การนำไปประยุกต์ใช้ในงาน</td> <td>96.5</td> <td>มาก-มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>3.ความพึงพอใจในภาพรวมของโครงการ</td> <td>96.6</td> <td>มาก-มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ	1.ท่านได้รับประโยชน์จากโครงการเพียงใด	96.5	มาก-มากที่สุด	2.การนำไปประยุกต์ใช้ในงาน	96.5	มาก-มากที่สุด	3.ความพึงพอใจในภาพรวมของโครงการ	96.6	มาก-มากที่สุด		
หัวข้อ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ																	
1.ท่านได้รับประโยชน์จากโครงการเพียงใด	96.5	มาก-มากที่สุด																	
2.การนำไปประยุกต์ใช้ในงาน	96.5	มาก-มากที่สุด																	
3.ความพึงพอใจในภาพรวมของโครงการ	96.6	มาก-มากที่สุด																	
- ทีมบริหารพบบุคลากรทุกระดับ	มี.ย.61	ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจมากที่สุดพอใจ	ร้อยละ 80	- ทีมบริหารพบพยาบาล วันที่ 1 มิถุนายน 2561 เวลา 13.30-16.30 น. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 108 คน ความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 93.76 - ทีมบริหารพบ PN, Orderly วันที่ 22 มิถุนายน 2561 เวลา 13.30-16.30 น. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 112 คน ความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 90.46 - ทีมบริหารพบเสมียน แม่บ้าน วันที่ 29 มิถุนายน 2561 เวลา 13.30-16.30 น. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 82 คน ความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 86.86														
		ปัญหาที่ได้รับการแก้ไข	จำนวนปัญหาที่ได้รับการแก้ไข	ร้อยละ 50	จำนวนปัญหาที่ได้รับการแก้ไข ไม่ได้บันทึกและติดตาม														
3.โครงการพัฒนาและประเมินสมรรถนะของบุคลากรตามเกณฑ์ IDP	ทุกเดือน	- บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ IDP - เกณฑ์ประเมินสมรรถนะIDP	จำนวนบุคลากรทุกระดับที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ IDP - บุคลากรทุกระดับผ่าน การประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ IDP ≥ ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 70  - ร้อยละ 100	(1) จัดโครงการพัฒนาและประเมินสมรรถนะ เรื่อง การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ 4 รุ่น รุ่นละ 1/2 วัน - รุ่นที่ 1 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2560 เวลา 08.30-12.00 น. สำหรับ nurse อายุงาน < 3 ปี จำนวน 89 คน - รุ่นที่ 2 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2560 เวลา 13.00-16.30 น. สำหรับ non nurse อายุงาน < 5 ปี จำนวน 140 คน - รุ่นที่ 3 วันที่ 8 พฤศจิกายน 2560 เวลา 08.30-12.00 น. สำหรับ nurse อายุงาน > 3-6 ปี จำนวน 120 คน - รุ่นที่ 4 วันที่ 8 พฤศจิกายน 2560 เวลา 13.00-16.30 น. สำหรับ non nurse อายุงาน ≥ 5 ปี จำนวน 115 คน	คุณทิกุลรัตน์ คุณนิตยา													

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>กลุ่ม</th> <th>จำนวนตาม เกณฑ์ IDP</th> <th>จำนวนที่เข้าอบรม</th> <th>จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน</th> <th>ผลการ ประเมิน (80%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nurse (อายุงาน ≤ 3 ปี, 3-6 ปี)</td> <td>373</td> <td>209 (56.03%) (n=373)</td> <td>99.35 (n=373)</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Non-nurse (อายุงาน &lt; 5 ปี, ≥ 5 ปี)</td> <td>611</td> <td>255 (41.73%) (n=611)</td> <td>68.18 (n=611)</td> <td>83.23</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่ม	จำนวนตาม เกณฑ์ IDP	จำนวนที่เข้าอบรม	จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน	ผลการ ประเมิน (80%)	Nurse (อายุงาน ≤ 3 ปี, 3-6 ปี)	373	209 (56.03%) (n=373)	99.35 (n=373)	100	Non-nurse (อายุงาน < 5 ปี, ≥ 5 ปี)	611	255 (41.73%) (n=611)	68.18 (n=611)	83.23				
กลุ่ม	จำนวนตาม เกณฑ์ IDP	จำนวนที่เข้าอบรม	จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน	ผลการ ประเมิน (80%)																				
Nurse (อายุงาน ≤ 3 ปี, 3-6 ปี)	373	209 (56.03%) (n=373)	99.35 (n=373)	100																				
Non-nurse (อายุงาน < 5 ปี, ≥ 5 ปี)	611	255 (41.73%) (n=611)	68.18 (n=611)	83.23																				
					<p>(2) จัดโครงการพัฒนาและประเมินสมรรถนะ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รุ่นที่ 1 วันที่ 16 มกราคม 2561 เวลา 09.00-12.00 น. สำหรับ Nurse อายุงาน &lt;1 ปี , 1-3 ปี จำนวน 86 คน</li> <li>- รุ่นที่ 2 วันที่ 16 มกราคม 2561 เวลา 13.00-16.00 น. สำหรับ Non nurse อายุงาน ≤ 5 ปี , 5-10 ปี จำนวน 118 คน</li> <li>- รุ่นที่ 3 วันที่ 17 มกราคม 2561 เวลา 09.00-12.00 น. สำหรับ Nurse อายุงาน 3-6 ปี , &gt;10 ปี จำนวน 95 คน และ Non nurse อายุงาน &gt;10 ปี จำนวน 54 คน</li> </ul>																			
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่ม</th> <th>จำนวนตาม เกณฑ์ IDP</th> <th>จำนวนที่เข้า อบรม</th> <th>จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน</th> <th>ผลการ ประเมิน (80%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nurse (อายุงาน ≤ 1 ปี, 1-3 ปี)</td> <td>145</td> <td>86 (59.31%)</td> <td>95.17</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Non-nurse (อายุงาน ≤ 5 ปี, 5-10 ปี)</td> <td>611</td> <td>118 (19.31%)</td> <td>60.00</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่ม	จำนวนตาม เกณฑ์ IDP	จำนวนที่เข้า อบรม	จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน	ผลการ ประเมิน (80%)	Nurse (อายุงาน ≤ 1 ปี, 1-3 ปี)	145	86 (59.31%)	95.17	100	Non-nurse (อายุงาน ≤ 5 ปี, 5-10 ปี)	611	118 (19.31%)	60.00	100				
กลุ่ม	จำนวนตาม เกณฑ์ IDP	จำนวนที่เข้า อบรม	จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน	ผลการ ประเมิน (80%)																				
Nurse (อายุงาน ≤ 1 ปี, 1-3 ปี)	145	86 (59.31%)	95.17	100																				
Non-nurse (อายุงาน ≤ 5 ปี, 5-10 ปี)	611	118 (19.31%)	60.00	100																				

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) จัดโครงการพัฒนาและประเมินสมรรถนะ เรื่อง Service Recovery Process</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่ม</th> <th>จำนวนตาม เกณฑ์ IDP</th> <th>จำนวนที่เข้า อบรม</th> <th>จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน ประเมิน (80%)</th> <th>ผลการ ประเมิน (80%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nurse (อายุงาน 3-6 ปี, ≥ 10 ปี)</td> <td>438</td> <td>95 (21.68%)</td> <td>78.85</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Non-nurse (อายุงาน ≥ 10 ปี)</td> <td>137</td> <td>54 (39.41%)</td> <td>82.10</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>(4) จัดโครงการพัฒนา เรื่อง เครื่องมือคุณภาพต่างๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รุ่นที่ 1 วันที่ 19 ธันวาคม 2560 เวลา 08.30-12.00 น. หัวข้อ 5ส Kaizen นวัตกรรม กลุ่ม nurse อายุงาน &lt; 1 ปี จำนวน 35 คน (ร้อยละ 67) กลุ่ม non nurse อายุงาน &lt; 5 ปี จำนวน 199 คน (ร้อยละ 40)</li> <li>- รุ่นที่ 2 วันที่ 20 ธันวาคม 2560 เวลา 14.00-16.00 น. หัวข้อ Lean วันที่ 27 ธันวาคม 2560 เวลา 09.00-12.00 น. หัวข้อ A-HA,HA กลุ่ม nurse อายุงาน 1-6 ปี จำนวน 136 คน (ร้อยละ 42.37) กลุ่ม non nurse อายุงาน ≥ 5 ปี จำนวน 202 คน (ร้อยละ 38.70)</li> </ul> <p>การประเมินผลจะติดตาม 6 เดือน หลังจากพัฒนา</p> <p>(5) ประเมินสมรรถนะพยาบาลใหม่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เรื่อง 5 โรคหลัก ได้รับการประเมินร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100</li> <li>- เรื่องหัตถการพื้นฐาน ได้รับการประเมินร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 (ยกเว้น พยาบาลใหม่ OR 2 คน)</li> </ul>	กลุ่ม	จำนวนตาม เกณฑ์ IDP	จำนวนที่เข้า อบรม	จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน ประเมิน (80%)	ผลการ ประเมิน (80%)	Nurse (อายุงาน 3-6 ปี, ≥ 10 ปี)	438	95 (21.68%)	78.85	100	Non-nurse (อายุงาน ≥ 10 ปี)	137	54 (39.41%)	82.10	100	
กลุ่ม	จำนวนตาม เกณฑ์ IDP	จำนวนที่เข้า อบรม	จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน ประเมิน (80%)	ผลการ ประเมิน (80%)																	
Nurse (อายุงาน 3-6 ปี, ≥ 10 ปี)	438	95 (21.68%)	78.85	100																	
Non-nurse (อายุงาน ≥ 10 ปี)	137	54 (39.41%)	82.10	100																	

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>(6) ประเมินสมรรถนะเรื่องจริยธรรมในการทำงานและพฤติกรรมบริการ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่ม</th> <th>จำนวนตาม เกณฑ์ IDP</th> <th>จำนวนที่เข้า อบรม</th> <th>จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน</th> <th>ผลการ ประเมิน (80%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nurse (อายุงาน ≤6ปี )</td> <td>373</td> <td>181</td> <td>322 (86.33%)</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่ม	จำนวนตาม เกณฑ์ IDP	จำนวนที่เข้า อบรม	จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน	ผลการ ประเมิน (80%)	Nurse (อายุงาน ≤6ปี )	373	181	322 (86.33%)	100	
กลุ่ม	จำนวนตาม เกณฑ์ IDP	จำนวนที่เข้า อบรม	จำนวนที่ ได้รับการ ประเมิน	ผลการ ประเมิน (80%)												
Nurse (อายุงาน ≤6ปี )	373	181	322 (86.33%)	100												
<p>4.โครงการพัฒนาศักยภาพรองหัวหน้าหอผู้ป่วย</p> <p>- อบรมให้ความรู้ 4 ครั้ง</p>	<p>ธ.ค.60</p> <p>มี.ค.61</p> <p>มิ.ย.61</p> <p>ก.ย.61</p>	<p>ความพึงพอใจ</p>	<p>คะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด</p>	<p>≥ร้อยละ 80</p>	<p>จัดอบรม 4 ครั้ง คะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 95.31</p> <p>- จัดอบรมครั้งที่ 1 วันที่ 7 ธันวาคม 2560 จำนวนรองหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมด 107 คน เข้าอบรมจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 88.79 คะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.25</p> <p>- จัดอบรมครั้งที่ 2 วันที่ 27 เมษายน 2561 จำนวนรองหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมด 107 คน เข้าอบรมจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 81.31 คะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.25</p> <p>- จัดอบรมครั้งที่ 3 วันที่ 6 มิถุนายน 2561 จำนวนรองหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมด 107 คน เข้าอบรมจำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 89.72 คะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 95.25</p> <p>- จัดอบรมครั้งที่ 4 วันที่ 5 กันยายน 2561 จำนวนรองหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมด 107 คน เข้าอบรมจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 88.79 คะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 93.50</p>	<p>คุณนิตยา</p> <p>คุณจารุวรรณ</p>										
			<p>คะแนนประเมินสมรรถนะของรองหัวหน้าหอผู้ป่วย</p>	<p>ร้อยละ 80</p>	<p>คะแนนประเมินสมรรถนะของรองหัวหน้าหอผู้ป่วย (จะประเมินเมื่อปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าหอผู้ป่วยครบ 1 ปี เดือนกันยายน 2561)</p> <p>อยู่ระหว่างให้ตอบแบบสอบถามทาง E-questionnaire ซึ่งหมดเขตวันที่ 30 พ.ย.61</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					
<b>5.โครงการปรับระบบการนิเทศทางการแพทย์</b> - กำหนดหัวข้อการนิเทศ - วางแผนการนิเทศ - วิเคราะห์ประเด็นที่ได้จากการนิเทศ - พัฒนาระบบงานและการนิเทศ	ต.ค 60-ก.ย.61	ความพึงพอใจของผู้ถูกนิเทศ	คะแนนความพึงพอใจของผู้ถูกนิเทศ	≥ ร้อยละ 80	คะแนนความพึงพอใจของผู้ถูกนิเทศจะประเมินหลังการนิเทศ 1 ปี (เดือนกันยายน 2561) ปรับแผนการดำเนินงานเป็นประเมินเดือนกันยายน 2562	คุณนิตยา คุณจากรวรรณ
			แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่	มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่	10 เรื่อง	มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560) จำนวน 22 เรื่อง (1) สมุดคู่มือประวัติการได้รับยาเคมีบำบัด และได้เสนอไปยังคณะกรรมการไคเซน (พิเศษเฉลิมพระบารมี 7) (2) การปรับระบบการตรวจรับ และการบันทึกการใช้ยาเสพติด (พิเศษเฉลิมพระบารมี 7) (3) วิธีการ strap เข็มด้วย transparent (กลุ่มเด็กและจิตเวช) (4) สร้างแบบฟอร์มการประเมินและบันทึกการเกิด extravasation, phlebitis (กลุ่มเด็กและจิตเวช) (5) flow chart การตรวจสอบติดตามงานที่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้มอบหมาย (เด็ก 2) (6) คลิปวิดีโอการผูกมัดผู้ป่วยที่ถูกวิธี (จิตเวช) (7) เกณฑ์การบ่งชี้ความรุนแรงของพฤติกรรมกรหลบหนี และการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการหนี (จิตเวช) (8) สมุดบันทึกรายงานฉบับย่อ เกี่ยวกับการเบิกวัสดุ (เด็ก 2) (9) ยกเลิกการใช้ filter ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ศัลยกรรมชาย 1) (10) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มี WBC น้อยกว่า 500 (ศัลยกรรมชาย 2) (11) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการใช้เครื่องจี้อย่างปลอดภัย (OR) (12) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการ check list การรับนม เมื่อรับย้ายทารก (NMCU) (13) แนวปฏิบัติการใช้ social media (OPD) (14) เกณฑ์การคัดกรอง (Quick screening) ฉบับปรับปรุง (OPD) (15) เกณฑ์การส่งต่ออย่างปลอดภัย (OPD)

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>(16) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการระบุตัวทารก (กลุ่มสูติ)</p> <p>(17) ปรับปรุง template บันทึกทางการแพทย์บาล (กลุ่มสูติ)</p> <p>(18) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการบริหารยาเสพติด (กลุ่ม ICU)</p> <p>(19) จัดทำตารางการทำความสะอาดเตียงและห้องแยก (กลุ่ม med)</p> <p>(20) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักง่าย (กลุ่ม med)</p> <p>(21) จัดทำ WI การ refer (กลุ่ม med)</p> <p>(22) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด (กลุ่ม Ortho ตา ENT)</p> <p>- ในเดือนมกราคม 2561 ได้มีการพัฒนาโปรแกรมบันทึกการนิเทศใน Intranet และให้ผู้ตรวจการพยาบาลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถบันทึกการนิเทศตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้</p> <p>สรุปบันทึกการนิเทศ <b>มกราคม - มีนาคม 2561</b> มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่ จำนวน 7 เรื่อง</p> <p>(1) แนวปฏิบัติการให้คำแนะนำทาง Line, Facebook หรือโทรศัพท์ (PICU, NICU, NMCU)</p> <p>(2) วิธีการปฏิบัติใหม่ในเรื่องการเปลี่ยนสีป้ายข้อมือ ป้ายหน้าห้อง ชงแดง ชงน้ำเงิน เพื่อสื่อสารการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม (ฉบ.7)</p> <p>(3) วิธีการทำงานใหม่ โดยจัดให้มีการป้ายสีที่ขนาดของยาบนซองยา เพื่อเป็น visual control (กลุ่มเด็กและจิตเวช)</p> <p>(4) แนวปฏิบัติการช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง โดยระบุงการ จัดเตรียมอุปกรณ์ และการ double check (กลุ่มอายุรกรรม)</p> <p>(5) แนวปฏิบัติการให้คำแนะนำและการดูแลของมีค่าที่ติดตัวผู้ป่วย (กลุ่ม Ortho)</p> <p>(6) แนวปฏิบัติการคัดกรองทหารกลุ่มเสี่ยงที่มาตรวจตา (ODP ตา)</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>(7) แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างคลินิกต่างๆ ไปทำหัตถการที่ห้องทำแผลฉีดยา (กลุ่ม ODP)</p> <p>สรุปบันทึกการนิเทศ เมษายน-มิถุนายน 2561 มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่ จำนวน 8 เรื่อง</p> <p>(1) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยต่ำกว่า 35.5 องศา เพื่อลดภาวะ SSI โดยการจัดผ้าห่มให้ผู้ป่วยทุกราย (OR)</p> <p>(2) แนวปฏิบัติเรื่องการเปลี่ยน set ให้ยาและ three way ทั้งชุด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ (SICU)</p> <p>(3) แนวปฏิบัติการบริหารจัดการยาเสพติด (SRCU)</p> <p>(4) แนวปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลเรื่องการดูแลทรัพย์สินของผู้ป่วยและญาติ (OPD)</p> <p>(5) แนวปฏิบัติเรื่องการถ่ายภาพ เช่น แผลผู้ป่วย เพื่อสื่อสารกับแพทย์ (สังเกตอาการ)</p> <p>(6) แนวปฏิบัติการ remind แพทย์เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิด CAUTI (อายุรกรรมทั่วไป)</p> <p>(7) แนวปฏิบัติการใช้ check list เพื่อป้องกันการบ่งชี้ตัวทารกผิดปกติ (NMCU)</p> <p>(8) วิธีการทำงานใหม่ ระบบการตัดจ่าย เบิก ส่งมอบน้ำเกลือโดยบริษัทภายนอกตามโครงการโลจิสติกส์ (ทุกหอผู้ป่วย)</p> <p>สรุปบันทึกการนิเทศ กรกฎาคม – กันยายน 2561 มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่ จำนวน 5 เรื่อง</p> <p>(1) วิธีการทำงานใหม่: การเปิดหน้าจอ computer ในการส่งเวรเรื่องยาเสพติด ร่วมกับการนับยาเสพติดของผู้ป่วยที่เก็บไว้ (MICU)</p> <p>(2) วิธีการทำงานใหม่: การ short endotracheal tube ของผู้ป่วยทุกราย ไม่ต่ำกว่าขีด 28 cm (อท)</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											
					(3) กำหนดวิธีการตรวจสอบการสร้างการรศรียาทุกครั้งโดยพยาบาลคนที่ 2 (อท) (4) วิธีการทำงานใหม่: ทารกแรกคลอดต้องได้รับการประเมิน Tongue Tie score ทุกราย (พิเศษสูติ-นรีเวช) (5) แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยหลบหนี (จิตเวช)							
6.โครงการระบบพยาบาลที่เลี้ยง		การคงอยู่ของพยาบาลใหม่ในปีแรกของการทำงาน	อัตราการคงอยู่ของพยาบาลใหม่ในปีแรกของการทำงาน (เฉพาะห้องผ่าตัดและไอซียู)	ร้อยละ 80	- พยาบาลใหม่ทั้งหมดจำนวน 97 คน มีพยาบาลใหม่ในห้องผ่าตัดและไอซียู รวมจำนวน 31 คน เข้าระบบพยาบาลที่เลี้ยง - อัตราการคงอยู่ของพยาบาลใหม่ในห้องผ่าตัดและไอซียู ในปีแรกของการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 96.8 (30 คน จาก 31 คน ลาออก ณ ตุลาคม 2561 = 1 คน)	คุณจรรวรรณ คุณนิตยา						
		ความพึงพอใจของพี่เลี้ยงและพยาบาลใหม่	คะแนนความพึงพอใจของพี่เลี้ยงและพยาบาลใหม่ระดับมาก-มากที่สุด	ร้อยละ 80	กำลังดำเนินการสำรวจ							
7.โครงการศึกษาดูงานใน/นอกประเทศ		การศึกษาดูงาน	จำนวนครั้ง	2	- ไม่ได้จัดโครงการ เลื่อนไปจัดปีงบประมาณ 2562 เนื่องจากหน่วยงานที่วางแผนไปดูงานอยู่ในช่วงหาข้อมูลโรงพยาบาลที่เหมาะสม	คุณพนิดา คุณนิตยา						
8.โครงการเตรียมเครื่องมือทางการแพทย์ให้พร้อมในการใช้งาน - การประกันคุณภาพในการใช้เครื่องมือทาง การแพทย์ 5 รายการ		อุบัติการณ์	อุบัติการณ์จากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งานที่มีผลกระทบต่อ	0	- <b>อุบัติการณ์จากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับ C ขึ้นไป=1 (ระดับ D)</b> (ข้อมูลเพิ่ม)-อุบัติการณ์ Non clinic 77 ครั้ง ความรุนแรงระดับ1-2 <table border="1" data-bbox="1093 1337 1915 1431"> <thead> <tr> <th>ชนิด</th> <th>จำนวนครั้ง</th> <th>เหตุการณ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Syr. Pump**</td> <td>15</td> <td>-ตัวล๊อคหลุด/หัก/หลวม 13</td> </tr> </tbody> </table>	ชนิด	จำนวนครั้ง	เหตุการณ์	Syr. Pump**	15	-ตัวล๊อคหลุด/หัก/หลวม 13	คุณณภัทร
ชนิด	จำนวนครั้ง	เหตุการณ์										
Syr. Pump**	15	-ตัวล๊อคหลุด/หัก/หลวม 13										

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) เครื่องช่วยหายใจ 2) EKG monitor 3) Defibrillator 4) Infusion pump 5) Syringe pump			ผู้ป่วยระดับ C ขึ้นไป				-เครื่องตก 2	
					Infusion pump**	12	-เครื่องตก4/ชิ้นส่วนแตก 1 -อุปกรณ์หาย2 -สายไฟขาด2 -มีควัน 2 -ใช้set ไม่ถูกต้อง 1	
					NIBP**	8	-เครื่องตก 2 -ข้อต่อหัก 2 -เครื่องหลุดจากแท่นวาง 2 -ปลั๊กไฟหลุดคาเต้าเสียบ1 -ปรอทรั่ว1	
					Flow o2**	7	-แตก6(ถังลิ้ม, หล่น) -น้ำออกหลุด 1	
					Pneumatic cuff	4	-เครื่องตก 1/กระแทก1 -มีน้ำเข้าเครื่อง1 -ข้อต่อหัก1	
					suction	4	-เครื่องตก2 -สิ่งคัดหลั่งเข้าเครื่อง2	
					สายเครื่องEKG	5	-สายขาด 2 -ข้อต่อหัก 2 -cuff BP หาย 1	
					สายO2 sat	5	-สายชำรุด/ขาด3 -ตัวล็อค module หัก 1 -ปลั๊กไฟหลุดคาเต้าเสียบ1	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561			
					Defibrillator	2	-เครื่องตก1 -ตัวลือคฝาทัก1	
					u/s(ความรุนแรง 4)	1	แก้ไข:ติดป้ายเตือนผู้ใช้แล้ว	
					สาเหตุ 1.สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยและการจัดวางเครื่องมือ มีความปลอดภัยน้อย 2.ความตระหนัก ระวังระวังของเจ้าหน้าที่ ขณะใช้เครื่องมือ 3.การจัดเก็บ /การทำ 5ส ยังไม่ทั่วถึง/สม่ำเสมอ 4.สภาพเครื่อง ชิ้นส่วนพลาสติก ถูกใช้งานมานาน โอกาสชำรุดง่าย			
8.1 พัฒนาระบบการส่งเครื่องมือ ทำ PM (ที่ศูนย์ซ่อมบำรุงเครื่องมือ แพทย์)		เครื่องมือได้รับการ การทำ PM (การ บำรุงรักษาเชิง ป้องกัน)	เครื่องมือได้รับการ ทำ PM ตาม เกณฑ์ที่กำหนด 1.ทุก 4 เดือน :Defibrillator 2.ทุก 6 เดือน :Respirator :EKG monitor/ :Infusion pump/ :Syringe pump	ร้อยละ 100	เครื่องมือได้รับการทำ PM ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 99.87 เครื่องมือที่ขาดการทำPM ได้แก่ Syringe pump ซึ่งกำลังใช้งานกับผู้ป่วย ดังตาราง			คุณณภัทร ศูนย์อุปกรณ์ฯ หอผู้ป่วย
					เครื่อง	จำนวน	ทำ PM	หมายเหตุ
					เครื่องช่วยหายใจ	214	100%	
					EKG monitor (ยกเว้นเครื่องวางประจำที่ ติดฝาผนัง)	72	100%	นำเครื่องจาก TR/SICU/SRCU มาใช้ หมุนเวียนเพิ่ม7 เครื่อง
					Defibrillator (PMทุก 4 เดือน)	74	100%	
					Infusion pump	435 (FK.=35)	100%	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
						terumo= 400)			
					Syringe pump	222 เหลือ 157 เครื่อง(ศูนย์ ซ่อมจะ ดูแลทำPM ไว้ในNICU, NMCU, PICU, OR	99.36%	จัดทำป้ายปิด เครื่องที่กำลังใช้งาน เพื่อเตือนส่งทำPM	
					<b>การแก้ไข</b> 1.นิเทศการบันทึกข้อมูลการทำPM ของศูนย์อุปกรณ์ใหม่ (หลังรับเครื่องทำPM มาจาก ศูนย์ซ่อมให้ลงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เพื่อระบบจะเตือนการส่งทำPM รอบต่อไป (เดิมมี โปรแกรมแสดงวันครบกำหนดส่งเครื่องทำPMรอบต่อไปแล้ว) 2.ประสานงานกับศูนย์ซ่อมเพื่อทำPM ในหอผู้ป่วย ICU ต่างๆ ซึ่งศูนย์ซ่อมได้ออกแผนใน การทำPMแล้ว 3.จัดทำป้าย”เครื่องรอทำPMและวันที่”ไปติดเครื่องที่กำลังใช้งาน เพื่อเตือนให้ส่งทำPM เมื่อเลิกใช้งาน				
9.โครงการจัดหาเครื่องมือให้มิใช่ อย่างเพียงพอ (5 รายการ)		เครื่องมือ เพียงพอใน การใช้งาน	-ไตรมาส1:	ร้อยละ 90	ไตรมาส 1: จัดหาเครื่องมือได้ภายใน 24 ชม.ผ่านเกณฑ์ 90% คิดเป็น 100%				คุณณภัทรศูนย์ อุปกรณ์ฯ

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>จัดหาเครื่องมือได้ภายในเวลา 24 ชม.</p> <p>-ไตรมาส 2: จัดหาเครื่องมือได้ภายในเวลา 8 ชม.</p> <p>-ไตรมาส 3-4: จัดหาตามความจำเป็นในการใช้งานของเครื่องมือแต่ละชนิด</p>	ร้อยละ 100	<p>ไตรมาส 2: จัดหาเครื่องมือได้ภายใน 8 ชม. คิดเป็น 83.5 %</p> <p>ไตรมาส 3-4 : จัดหาเครื่องมือได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็น 95.5 % โดยเครื่องมือที่จัดหาได้ตามเกณฑ์ ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ ส่วนเครื่องมือที่ไม่ได้ตามเกณฑ์ จะจัดหาให้ตามความเร่งด่วนและความต้องการใช้งาน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังตารางข้อมูล</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ชนิด</th> <th colspan="3">เป้าหมาย</th> </tr> <tr> <th>ไตรมาส 1</th> <th>ไตรมาส 2</th> <th>ไตรมาส 3-4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จัดหาได้ใน 24 ชม.=90%</td> <td>จัดหาได้ใน 8 ชม.=100%</td> <td>จัดหาได้ตามความจำเป็นในการใช้งาน=100%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>เครื่องช่วยหายใจ</td> <td>100% (596 ครั้ง)</td> <td>100 % (454 ครั้ง)</td> <td>ทันที=100% (833-941ครั้ง)</td> </tr> <tr> <td>Defibrillator</td> <td>98.37% (60ครั้ง)</td> <td>84.2 % ( 69ครั้ง)</td> <td>ทันทีกรณีขอใช้ฉุกเฉิน - ไม่มีการขอใช้ฉุกเฉิน - มีขอใช้กรณีอื่น หาได้ 96%(73-86ครั้ง)</td> </tr> <tr> <td>EKG monitor</td> <td>100% (368ครั้ง)</td> <td>52 % (333ครั้ง)</td> <td>ภายใน 8 ชม. =89.4% (395-484 ครั้ง)</td> </tr> </tbody> </table>	ชนิด	เป้าหมาย			ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3-4	จัดหาได้ใน 24 ชม.=90%	จัดหาได้ใน 8 ชม.=100%	จัดหาได้ตามความจำเป็นในการใช้งาน=100%		เครื่องช่วยหายใจ	100% (596 ครั้ง)	100 % (454 ครั้ง)	ทันที=100% (833-941ครั้ง)	Defibrillator	98.37% (60ครั้ง)	84.2 % ( 69ครั้ง)	ทันทีกรณีขอใช้ฉุกเฉิน - ไม่มีการขอใช้ฉุกเฉิน - มีขอใช้กรณีอื่น หาได้ 96%(73-86ครั้ง)	EKG monitor	100% (368ครั้ง)	52 % (333ครั้ง)	ภายใน 8 ชม. =89.4% (395-484 ครั้ง)	
ชนิด	เป้าหมาย																												
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3-4																										
จัดหาได้ใน 24 ชม.=90%	จัดหาได้ใน 8 ชม.=100%	จัดหาได้ตามความจำเป็นในการใช้งาน=100%																											
เครื่องช่วยหายใจ	100% (596 ครั้ง)	100 % (454 ครั้ง)	ทันที=100% (833-941ครั้ง)																										
Defibrillator	98.37% (60ครั้ง)	84.2 % ( 69ครั้ง)	ทันทีกรณีขอใช้ฉุกเฉิน - ไม่มีการขอใช้ฉุกเฉิน - มีขอใช้กรณีอื่น หาได้ 96%(73-86ครั้ง)																										
EKG monitor	100% (368ครั้ง)	52 % (333ครั้ง)	ภายใน 8 ชม. =89.4% (395-484 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				
					Infusion pump700	99.49% (1,527ครั้ง)	85.69 % (1,813ครั้ง)	ภายใน60นาที =97% (1,906-2,253 ครั้ง)	
					Syringe pump	99.33% (299ครั้ง)	95.62 % (243ครั้ง)	ภายใน60นาที = 95%. (241-336 ครั้ง)	
9.1 จัดทำโปรแกรมขอใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในระบบ HIS		โปรแกรมขอใช้เครื่องมือ	มีโปรแกรมทดลองใช้งาน	ถึงขั้นทดลองใช้งาน (ขั้นที่ 5)	-ได้ออกแบบข้อมูลเพื่อให้ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศเขียนโปรแกรม - ติดตาม 30 มิ.ย. 2561 ยังไม่มีความคืบหน้า เพราะมีงานอื่นแทรก ***จะล่อ***				
9.2 จัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ ให้เพียงพอต่อปัจจุบัน และรองรับการขยายงาน		แผนการจัดซื้อ	แผนการจัดซื้อสำเร็จ	ร้อยละ 100	- การจัดซื้อครุภัณฑ์ตามแผนที่ได้รับอนุมัติ (ราคา>300,000บาท) สำเร็จร้อยละ 99 (โดยจัดซื้อ 107 รายการ จากจำนวน 108 รายการ) - การจัดซื้อครุภัณฑ์ตามแผนที่ได้รับอนุมัติ (ราคา < 300,000 บาท ใช้งบประมาณรายได้คณะ) จำนวน 15 รายการ กำลังพิจารณาถึงความเหมาะสมในการจัดซื้อ เพราะบางรายการจะมีเครื่องที่ได้จัดซื้อมาแล้ว แต่ยังไม่ได้ใช้งาน				
10.โครงการพัฒนาความรู้ด้านพัสดุ/อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์แก่บุคลากร									
10.1 การบริหารจัดการพัสดุสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย		ความรู้ความเข้าใจในการ	ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารพัสดุ	ร้อยละ 70	-ผู้เข้าอบรม 115 คน ตอบแบบสอบถามจำนวน 69 คน คิดเป็น ร้อยละ 60 และมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารพัสดุผ่านเกณฑ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 100 (ก่อนการอบรมมีความรู้ความเข้าใจผ่านเกณฑ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 55 )				คุณณภัทร คุณจาวรธรรม

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ																			
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา																								
		บริหารจัดการ พัสดุ	ผ่านเกณฑ์ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 70		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระยะเวลา</th> <th colspan="4">ระดับความรู้ความเข้าใจ</th> </tr> <tr> <th>ดีมาก</th> <th>ดี</th> <th>ปานกลาง</th> <th>น้อย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หลังอบรม</td> <td>2</td> <td>38</td> <td>29</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ก่อนอบรม</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>29</td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table>	ระยะเวลา	ระดับความรู้ความเข้าใจ				ดีมาก	ดี	ปานกลาง	น้อย	หลังอบรม	2	38	29	0	ก่อนอบรม	1	8	29	31	
ระยะเวลา	ระดับความรู้ความเข้าใจ																								
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	น้อย																					
หลังอบรม	2	38	29	0																					
ก่อนอบรม	1	8	29	31																					
10.2 การพัฒนาบุคลากรด้าน อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ตามเกณฑ์ IDP		-บุคลากรที่ ได้รับการ พัฒนาตาม เกณฑ์ IDP -เกณฑ์ ประเมิน สมรรถนะ IDP	-จำนวนบุคลากร ทุกระดับที่ได้รับ การพัฒนาตาม เกณฑ์ IDP - บุคลากรทุก ระดับผ่านการ ประเมินสมรรถนะ ตามเกณฑ์ IDP ≥ ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 70  ร้อยละ 100	- จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ IDP <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>จำนวนผู้เข้าอบรม ≥ ร้อยละ 70</th> <th>บุคลากรผ่านเกณฑ์ ประเมินสมรรถนะ ≥ ร้อยละ 80</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลอายุงาน &lt;5 ปี</td> <td>99.54 % (216/217 คน)</td> <td>100 %</td> </tr> <tr> <td>พนักงานช่วยการพยาบาลอายุ งาน &lt; 5 ปี</td> <td>73.75 % (118 /160 คน)</td> <td>100 %</td> </tr> <tr> <td>พนักงานช่วยการพยาบาลอายุ งาน &gt;5ปี</td> <td>ไม่ผ่านเกณฑ์ = 39.5% ( 64 /162คน )</td> <td>100 %</td> </tr> <tr> <td>พยาบาลใหม่ จัด 25-26 กย.61</td> <td>100 % ( 97คน)</td> <td>ยังไม่ได้วัดผล สมรรถนะรายคน</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ	จำนวนผู้เข้าอบรม ≥ ร้อยละ 70	บุคลากรผ่านเกณฑ์ ประเมินสมรรถนะ ≥ ร้อยละ 80	ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลอายุงาน <5 ปี	99.54 % (216/217 คน)	100 %	พนักงานช่วยการพยาบาลอายุ งาน < 5 ปี	73.75 % (118 /160 คน)	100 %	พนักงานช่วยการพยาบาลอายุ งาน >5ปี	ไม่ผ่านเกณฑ์ = 39.5% ( 64 /162คน )	100 %	พยาบาลใหม่ จัด 25-26 กย.61	100 % ( 97คน)	ยังไม่ได้วัดผล สมรรถนะรายคน	คุณณภัทร ศูนย์อุปกรณ์ฯ				
ระดับ	จำนวนผู้เข้าอบรม ≥ ร้อยละ 70	บุคลากรผ่านเกณฑ์ ประเมินสมรรถนะ ≥ ร้อยละ 80																							
ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลอายุงาน <5 ปี	99.54 % (216/217 คน)	100 %																							
พนักงานช่วยการพยาบาลอายุ งาน < 5 ปี	73.75 % (118 /160 คน)	100 %																							
พนักงานช่วยการพยาบาลอายุ งาน >5ปี	ไม่ผ่านเกณฑ์ = 39.5% ( 64 /162คน )	100 %																							
พยาบาลใหม่ จัด 25-26 กย.61	100 % ( 97คน)	ยังไม่ได้วัดผล สมรรถนะรายคน																							
11.โครงการบริหารจัดการ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย	ต.ค 60- ก.ย.61	การสำรวจ	จำนวนครั้งของ การสำรวจ	อย่างน้อย 2 ครั้ง	- ครั้งที่ 1 สำรวจเมื่อ มีนาคม 2561 จำนวน 37 หอผู้ป่วย (ยกเว้น ห้องฉุกเฉิน และห้อง ผ่าตัด ) พบเรื่องที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 จำนวน 10 เรื่อง - ครั้งที่ 2 นำประเด็นหัวข้อปัญหาออกมาออกแบบและสำรวจผ่านโปรแกรมการนิเทศของ ผดก.พยาบาลนอกเวลา เดือนมิถุนายน 2561	คุณณภัทร คุณจารุวรรณ																			

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ														
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา																			
		เรื่องที่ได้รับ การ ดำเนินการ แก้ไข	จำนวนเรื่องที่ได้รับ บริการ ดำเนินการแก้ไข		<p>-ครั้งที่ 1 เรื่องที่ไม่ผ่านเกณฑ์</p> <p>1.เรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิศวซ่อมบำรุง ให้หออผู้ป่วยแจ้งซ่อมได้โดยตรง (มีช่างรับผิดชอบเป็น โชน สะดวกในการซ่อม) ได้แก่</p> <p>1.1 ฝ้าเพดานในหออผู้ป่วยชั้นรา 16 หออผู้ป่วย ( 45.71%)</p> <p>1.2 ฝ้าเพดานในห้องน้ำชั้นรา/ไม่มีความปลอดภัย 13 หออผู้ป่วย(41.94%)</p> <p>1.3 ป้ายบอกทางหนีไฟ ไม่สว่าง 9 หออผู้ป่วย (26.47%)</p> <p>1.4 สัญญาณเรียกจหนท.จากห้องน้ำใช้งานไม่ได้ 7 หออผู้ป่วย (23.33%)</p> <p>1.5 เคาน์เตอร์พยาบาล ไม่มีเสียง สัญญาณเรียกจากหออผู้ป่วย 11 หออผู้ป่วย (33.33%)</p> <p>- รพ.กำลังดำเนินการแก้ไข(ปัญหาที่เกิดจากระบบการติดตั้งใหม่)</p> <p>- ระบบเก่า หออผู้ป่วยแจ้งซ่อมตามระบบ</p> <p>2.เรื่องที่ต้องอาศัยการประสานงาน ดำเนินการแก้ไข</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เรื่องที่ไม่ผ่าน เกณฑ์</th> <th>หออผู้ป่วย/ ร้อยละ</th> <th>การดำเนินการ</th> <th>ผลการ ดำเนินการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-ไฟฉุกเฉินใช้งาน ไม่ได้</td> <td>9 หออผู้ป่วย (42.86%)</td> <td rowspan="2">ประสานงานและส่งเอกสาร แจ้งวิศวกรรม</td> <td rowspan="2">รอการ ดำเนินการ จากวิศว ซ่อมบำรุง</td> </tr> <tr> <td>-ไม่มีตาราง บันทึกการ ทดสอบไฟให้ พร้อมใช้</td> <td>20หออผู้ป่วย (95.24%)</td> </tr> <tr> <td>-สายไฟที่ นำมาใช้ที่เตียง</td> <td>13 หออผู้ป่วย ( 36.11%)</td> <td>- นำร่องที่ ศช.2 ในการติดตั้ง ปลั๊กหัวเตียงเพิ่ม</td> <td>ติดตามผลที่ ศช.2 มี</td> </tr> </tbody> </table>	เรื่องที่ไม่ผ่าน เกณฑ์	หออผู้ป่วย/ ร้อยละ	การดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ	-ไฟฉุกเฉินใช้งาน ไม่ได้	9 หออผู้ป่วย (42.86%)	ประสานงานและส่งเอกสาร แจ้งวิศวกรรม	รอการ ดำเนินการ จากวิศว ซ่อมบำรุง	-ไม่มีตาราง บันทึกการ ทดสอบไฟให้ พร้อมใช้	20หออผู้ป่วย (95.24%)	-สายไฟที่ นำมาใช้ที่เตียง	13 หออผู้ป่วย ( 36.11%)	- นำร่องที่ ศช.2 ในการติดตั้ง ปลั๊กหัวเตียงเพิ่ม	ติดตามผลที่ ศช.2 มี	
เรื่องที่ไม่ผ่าน เกณฑ์	หออผู้ป่วย/ ร้อยละ	การดำเนินการ	ผลการ ดำเนินการ																	
-ไฟฉุกเฉินใช้งาน ไม่ได้	9 หออผู้ป่วย (42.86%)	ประสานงานและส่งเอกสาร แจ้งวิศวกรรม	รอการ ดำเนินการ จากวิศว ซ่อมบำรุง																	
-ไม่มีตาราง บันทึกการ ทดสอบไฟให้ พร้อมใช้	20หออผู้ป่วย (95.24%)																			
-สายไฟที่ นำมาใช้ที่เตียง	13 หออผู้ป่วย ( 36.11%)	- นำร่องที่ ศช.2 ในการติดตั้ง ปลั๊กหัวเตียงเพิ่ม	ติดตามผลที่ ศช.2 มี																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ				ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561				
					ผู้ป่วยไม่เก็บใบ เรียบบร้อย		-แผนสำรวจหอผู้ป่วยที่ทำได้ดี และนำมาแลกเปลี่ยน	ความเป็น ระเบียบขึ้น กว่าเดิม	
					-บริเวณระเบียบ หลุดลอก	12 หอ ผู้ป่วย (34.29%)	-เป็นข้อมูลเบื้องต้นของหอ ผู้ป่วย(ทีมโครงสร้างสำรวจด้วย)		
					-จอกอมฯ เปิดเผยชื่อ ข้อมูลผู้ป่วยทิ้งไว้	17 หอ ผู้ป่วย (47.22%)	-แผนประสานงานกับทีม จริยธรรมและIT		
					-ในถังขยะ พบ labelชื่อผู้ป่วย/ HN	11 หอ ผู้ป่วย (31.43%)	จัดนิเทศเพิ่มผ่านโปรแกรม นิเทศของ ผศก.นอกเวลา มีย. 61		
12.โครงการอบรม data management/ระบบ สารสนเทศ ฝ่ายบริการพยาบาล ให้กับ key person	ต.ค.60- ก.ย.61	การนำข้อมูล สารสนเทศ ทางการ พยาบาลฝ่าย บริการ พยาบาลไปใช้	ทุกหอผู้ป่วย/ หน่วยงานมีการนำ ข้อมูลไปใช้	ร้อยละ 100	ทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงานมีการนำข้อมูลไปใช้ ร้อยละ 100 <b>แต่ยังไม่ได้ตามรายละเอียดการใช้ข้อมูลในเชิงลึก</b> - จัดอบรมเพื่อให้ความรู้และทำความเข้าใจ เรื่อง data management /ระบบสารสนเทศ ฝ่ายบริการพยาบาลให้กับ key person วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2561 ณ ห้องวิจารณ์ พานิช อาคารเรียนรวมและหอสมุด มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 107 คน ผลการประเมินโครงการ พบว่า มีผู้ตอบแบบประเมิน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 66.35 ของผู้เข้าอบรมทั้งหมด โดย ผลสรุปดังตาราง				คุณกัญชลี คุณณิระวรรณ

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>ผลการประเมินโครงการ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อที่ประเมิน</th> <th><math>\bar{x}</math></th> <th>SD</th> <th>ระดับความพึงพอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.การบรรยายชัดเจน</td> <td>2.90</td> <td>0.68</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>2.เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>3.11</td> <td>0.62</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>3.ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>2.82</td> <td>0.80</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>4.ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>2.68</td> <td>0.71</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>5.การนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>2.60</td> <td>0.82</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>6.ความพึงพอใจโดยรวม</td> <td>2.76</td> <td>0.71</td> <td>มาก</td> </tr> </tbody> </table> <p>ข้อคิดเห็นจากผู้เข้าอบรม เสนอ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ให้จัดอบรมแบบเชิงปฏิบัติการ และให้ฝึกปฏิบัติร่วมด้วย โดยเฉพาะเรื่อง pivot table และให้มีข้อมูลมาลองทำจะช่วยให้เข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่ายขึ้น</li> <li>2.ต้องการให้นำเสนอสารสนเทศทั้งหมดของฝ่ายการพยาบาล</li> <li>3.หัวข้อการอบรมเป็นเรื่องใหม่และต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ อาจจะต้องมีการ repeat หลายๆครั้ง และมีการฝึกปฏิบัติ</li> <li>4.ควรมีการแนะนำรายชื่อย่อยในการรวบรวมข้อมูล <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้ข้อมูลมาทดลองทำ pivot table เพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับกรรมการด้านสารสนเทศฝ่ายฯ วันที่ 12 มีนาคม 2561 เวลา 12.00-15.30 น ณ ห้องประชุมฝ่ายบริการพยาบาล</li> <li>- ติดตามผลการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้ข้อมูลมาทดลองทำ pivot table กรรมการด้านสารสนเทศฝ่ายฯ</li> </ul> </li> </ol>	หัวข้อที่ประเมิน	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึงพอใจ	1.การบรรยายชัดเจน	2.90	0.68	มาก	2.เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.11	0.62	มาก	3.ระยะเวลาเหมาะสม	2.82	0.80	มาก	4.ความรู้ที่ได้รับ	2.68	0.71	มาก	5.การนำไปประยุกต์ใช้	2.60	0.82	มาก	6.ความพึงพอใจโดยรวม	2.76	0.71	มาก	
หัวข้อที่ประเมิน	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึงพอใจ																															
1.การบรรยายชัดเจน	2.90	0.68	มาก																															
2.เปิดโอกาสให้ซักถาม	3.11	0.62	มาก																															
3.ระยะเวลาเหมาะสม	2.82	0.80	มาก																															
4.ความรู้ที่ได้รับ	2.68	0.71	มาก																															
5.การนำไปประยุกต์ใช้	2.60	0.82	มาก																															
6.ความพึงพอใจโดยรวม	2.76	0.71	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					
13.โครงการจัดทำ data center - Incident report : Medication error, Fall, Tube & Line - <b>Nursing Outcome</b> รายโรค : STEMI		modules ใน data center	จำนวน modules ใน data center ที่สำเร็จ	2 modules	มีการกำหนด module แต่โปรแกรม data center ยังไม่สำเร็จ -ดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดของฝ่ายบริการพยาบาล -ออกแบบ module สารสนเทศที่ต้องการ -เขียนโปรแกรมและกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูล ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะหอผู้ป่วยของตนเอง ผู้ใช้สามารถเลือกชุดของข้อมูลและช่วงเวลาได้	คุณกัญชลี คุณณิระวรรณ
14.โครงการจัดทำคู่มือการกำหนดสิทธิ์การเข้าถึง โปรแกรมในระบบ HIS และ Intranet ฝ่ายบริการพยาบาล		คู่มือกำหนดสิทธิ์	มีคู่มือกำหนดสิทธิ์	สำเร็จ	คู่มือสิทธิ์การเข้าถึงโปรแกรมในระบบ HIS - โปรแกรม IPD ร้อยละ 80 - โปรแกรม OPD ร้อยละ 35 - โปรแกรม OR ร้อยละ 10 - Intranet ฝ่ายบริการพยาบาล ร้อยละ 80	คุณกัญชลี คุณณิระวรรณ
15.มีโปรแกรมรายงานข้อมูลสำคัญเพื่อการบริหารจัดการ		- modules ในการรายงานข้อมูลบริหารจัดการที่สำคัญ - ความพึงพอใจ	จำนวน modules ในการรายงานข้อมูลบริหารจัดการที่สำคัญ สำเร็จ - ความพึงพอใจระดับดี-ดีมาก	- 3 modules  - ≥ร้อยละ 80		
15.1 Dash Board ใน Intranet ระดับผู้บริหาร	ต.ค.60-ก.ย.61				- อยู่ระหว่างเขียนโปรแกรม แต่มีการกำหนดหัวข้อ modules แล้ว 8 modules และมีรายงานภายใน ดังแสดงในตาราง	คุณกัญชลี คุณณิระวรรณ

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561			
					ที่	modules	รายงาน	
					1	KPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Productivity</li> <li>- BMI</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความปวด <math>\leq 3</math> คะแนน ก่อนจำหน่าย</li> <li>- อัตราการเกิดแผลกดทับ</li> <li>- อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 4</li> <li>- อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 3</li> <li>- อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2</li> <li>- ความปวดหลังผ่าตัดก่อนจำหน่าย</li> </ul>	
					2	PI		
					3	ข้อมูลเปรียบเทียบ โรงพยาบาลเครือข่าย		
					4	สารสนเทศ (การบริหารยา)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละการบริหารยา Real time ก่อนหรือหลังเวลาที่กำหนด 30 นาที</li> <li>- ร้อยละการบริหารยา Stat ภายในเวลาที่กำหนด</li> </ul>	
					5	สารสนเทศ (Pain)		
					6	สารสนเทศ (Fall)		
					7	สารสนเทศ (Productivity)		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561			
					ที่	modules	รายงาน	
					8	สารสนเทศ (สถิติผู้ป่วยใน)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน</li> <li>- จำนวนเตียงว่างเฉลี่ยต่อวัน</li> <li>- Turnover of Bed</li> <li>- Turnover Interval</li> </ul>	
15.2 Dash Board ในระบบ HIS	ต.ค.60-ก.ย.61	มีdash board สำหรับระดับปฏิบัติการ และระดับผู้บริหาร	ขั้นตอนความสำเร็จ	สำเร็จ ขั้นตอนที่ 3	โปรแกรมสำเร็จ และมีการนำไปใช้แล้ว โดยจะมีการปรับปรุง/พัฒนาต่อเนื่อง			คุณกัญชลี คุณณิระวรรณ
- ระดับปฏิบัติการ					<p>มี Dash Board ในระบบ HIS สำหรับระดับปฏิบัติการ 9 หัวข้อดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยที่มีคำสั่ง lab</li> <li>2. ผู้ป่วยที่มีคำสั่ง x-rays</li> <li>3. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีเชื้อ</li> <li>4. ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา</li> <li>5. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการตกหล่น</li> <li>6. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</li> <li>7. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ</li> <li>8. ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจยาก</li> <li>9. การแสดงค่าคะแนน NEWS <math>\geq 5</math></li> </ol>			



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
- ระดับบริหาร					มี Dash Board ในระบบ HIS ตามหัวข้อดังต่อไปนี้ 1. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยใน real time 2. รายงานสรุปผู้ป่วยใน รายวัน	
15.3 ติดตามการใช้งาน dash board สำหรับผู้ปฏิบัติงาน					- ยังไม่ได้สำรวจ	
16.พัฒนาโปรแกรมทางการแพทย์ ในระบบ HIS จำนวน 5 โปรแกรม 1) โปรแกรมบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 2) ทะเบียนสถิติผู้ป่วยห้องผ่าตัด 3) ทะเบียนสถิติผู้ป่วยหน่วยฉุกเฉิน 4) โปรแกรม Neurological observation sheet 5) โปรแกรมปรึกษาสิทธิประโยชน์	ต.ค.60- ก.ย.61	ความคืบหน้า ของโปรแกรม ทั้ง 5 โปรแกรม	ขั้นตอน ความสำเร็จ ขั้นตอนที่ 1 -การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis the problem) ขั้นตอนที่ 2 -การออกแบบ โปรแกรม (Design a Program) ขั้นตอนที่ 3 -การเขียนโปรแกรม (Coding) ขั้นตอนที่ 4 -การทดลองใช้ โปรแกรม(Testing) ขั้นตอนที่ 5 -การนำไปใช้จริง (Training) ขั้นตอนที่ 6	ขั้นตอนที่ 3	- โปรแกรมมีความก้าวหน้า 1) โปรแกรมบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตั้งแต่เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจนผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดในระบบ HIS ดำเนินการถึง <b>ขั้นตอนที่ 2</b> 2) ทะเบียนสถิติผู้ป่วยห้องผ่าตัด ดำเนินการถึง <b>ขั้นตอนที่ 2</b> 3) ทะเบียนสถิติผู้ป่วยหน่วยฉุกเฉิน ดำเนินการถึง <b>ขั้นตอนที่ 2</b> 4) โปรแกรม Neurological observation sheet ดำเนินการถึง <b>ขั้นตอนที่ 3</b> 5) โปรแกรมปรึกษาสิทธิประโยชน์ ดำเนินการถึง <b>ขั้นตอนที่ 2</b> <b>นอกจากนี้มีการจัดทำโปรแกรมเพิ่ม 3 โปรแกรม คือ</b> 6) โปรแกรมบันทึก IAD: incontinence Associate Dermatitis ดำเนินการถึง <b>ขั้นตอนที่ 2</b> 7) โปรแกรม Prescribing error Dispensing error ดำเนินการถึง <b>ขั้นตอนที่ 4</b>	คุณกัญชลี คุณณิระวรรณ

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา					
			-การปรับปรุงและ พัฒนาโปรแกรม (Program Maintenance)		8) ปรับระบบโปรแกรมหอผู้ป่วยสังเกตอาการ ดำเนินการถึง ขั้นตอนที่ 2	