

รายงานผลการดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากร และสารสนเทศ ปี 2562 (เดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562)

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ															
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																
1. โครงการสรรหาบุคลากร 1.1 Road show/ตลาดนัดแรงงาน	ต.ค 61- ก.ย.62	อัตรากำลัง พยาบาล	อัตรากำลัง พยาบาลได้ตาม แผนหลักการ ขยายงาน	ร้อยละ 100 (ต้องการ 93 คน)		ร้อยละ 126	- อัตรากำลังได้ตามแผนขยายงาน ร้อยละ 126 (พยาบาลใหม่ 118 คน) - จัด Road show วันที่ 9 มีนาคม 2562 ณ ลานเอนกประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีรพ.ที่สนใจเข้าร่วม จำนวน 10 แห่ง มีนักศึกษาปี 4 สนใจจำนวน 50 คน	คุณสิรินทร์ คุณณัฐจักษณ์															
		อัตรากำลังทุก ระดับ	อัตรากำลังทุก ระดับได้ตาม แผนหลักการ จัดอัตรากำลัง	ร้อยละ 100		ร้อยละ 99.00	อัตรากำลังทุกระดับได้ตามแผนหลักการจัดอัตรากำลัง ร้อยละ 99.00 - พยาบาล = ร้อยละ 100 - ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล/พนักงานช่วยการพยาบาล = ร้อยละ 99.26 (6 หอผู้ป่วย) - แม่บ้าน = ร้อยละ 97.74 ( 3 หอผู้ป่วย)																
1.2 ให้นักศึกษาพยาบาล		นักศึกษา พยาบาลปี 3 และปี 4 ที่รับ ทุน	จำนวน นักศึกษา พยาบาลปี 3 และปี 4 ที่รับ ทุน	80 ทุน		80 ทุน	จำนวนนักศึกษาพยาบาลปี 3 และปี 4 ที่รับทุนชั้นปีละ 40 ทุน รวม 80 ทุน																
1.3 กิจกรรมพี่สอนน้อง		กิจกรรมพี่สอน น้อง	จำนวน กิจกรรม	1 ครั้ง		1 ครั้ง	จัดกิจกรรมพี่สอนน้องเป็นโครงการฝึกปฏิบัติการสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่รับทุน จำนวน 44 คน ชั้นฝึกปฏิบัติวันที่ 10 -21 มิถุนายน 2562 จำนวน 16 หอผู้ป่วย ผลสรุปความพึงพอใจต่อโครงการดังตาราง  <b>ตาราง</b> ความพึงพอใจต่อโครงการฝึกปฏิบัติหัตถการ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ปี 2562 (n=43)	คุณณัฐจักษณ์															
							<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ที่</th> <th rowspan="2">รายการประเมิน</th> <th rowspan="2">N</th> <th colspan="3">ค่าเฉลี่ย</th> </tr> <tr> <th>Mean</th> <th>SD.</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>การกำหนดวัตถุประสงค์</td> <td>43</td> <td>4.37</td> <td>0.49</td> <td>ดี</td> </tr> </tbody> </table>	ที่	รายการประเมิน	N	ค่าเฉลี่ย			Mean	SD.	ระดับ	1	การกำหนดวัตถุประสงค์	43	4.37	0.49	ดี	
ที่	รายการประเมิน	N	ค่าเฉลี่ย																				
			Mean	SD.	ระดับ																		
1	การกำหนดวัตถุประสงค์	43	4.37	0.49	ดี																		

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																										
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																											
							<table border="1"> <tr> <td></td> <td>โครงการชัดเจน</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>การประสานงานโครงการชัดเจน</td> <td>43</td> <td>4.26</td> <td>0.44</td> <td>ดี</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติเหมาะสม</td> <td>43</td> <td>4.60</td> <td>0.49</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>สถานที่ฝึกปฏิบัติเหมาะสมกับโครงการ</td> <td>43</td> <td>4.65</td> <td>0.48</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของนักศึกษากับทีมพยาบาล / ทีมสุขภาพและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน</td> <td>43</td> <td>4.72</td> <td>0.45</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>การพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล</td> <td>43</td> <td>4.60</td> <td>0.49</td> <td>ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>การพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพ ความรับผิดชอบต่อตนเอง หน้าที่วิชาชีพ จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ</td> <td>43</td> <td>4.56</td> <td>0.50</td> <td>ดีมาก</td> </tr> </table> <p><b>สรุป:</b> ผู้เข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นต่อการจัดโครงการในระดับดีมากทุกหัวข้อ ยกเว้นหัวข้อการกำหนดวัตถุประสงค์ และการประสานงานโครงการชัดเจนอยู่ในระดับดี</p> <p><b>ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม:</b> ควรเพิ่มระยะเวลาในการฝึกและมีการสลับห่อผู้ป่วย</p>		โครงการชัดเจน					2	การประสานงานโครงการชัดเจน	43	4.26	0.44	ดี	3	ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติเหมาะสม	43	4.60	0.49	ดีมาก	4	สถานที่ฝึกปฏิบัติเหมาะสมกับโครงการ	43	4.65	0.48	ดีมาก	5	การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของนักศึกษากับทีมพยาบาล / ทีมสุขภาพและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	43	4.72	0.45	ดีมาก	6	การพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล	43	4.60	0.49	ดีมาก	7	การพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพ ความรับผิดชอบต่อตนเอง หน้าที่วิชาชีพ จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ	43	4.56	0.50	ดีมาก	
	โครงการชัดเจน																																																	
2	การประสานงานโครงการชัดเจน	43	4.26	0.44	ดี																																													
3	ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติเหมาะสม	43	4.60	0.49	ดีมาก																																													
4	สถานที่ฝึกปฏิบัติเหมาะสมกับโครงการ	43	4.65	0.48	ดีมาก																																													
5	การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของนักศึกษากับทีมพยาบาล / ทีมสุขภาพและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	43	4.72	0.45	ดีมาก																																													
6	การพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล	43	4.60	0.49	ดีมาก																																													
7	การพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพ ความรับผิดชอบต่อตนเอง หน้าที่วิชาชีพ จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ	43	4.56	0.50	ดีมาก																																													
		นักศึกษาปี3 และปี4ยกเลิกรุ่น	จำนวนนักศึกษาปี3 และปี4ที่	0			นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ยกเลิกทุน = 2 (ทำงานใกล้บ้าน 1 คน, มีปัญหาสุขภาพ 1 คน) แต่เรียกสำรองได้ครบ																																											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
			ยกเลิกทุน					
2. โครงการอำนวยการรักษา บุคลากร	ต.ค 61- ก.ย.62	การลาออก	อัตราการ ลาออก โอน ย้าย ของ พยาบาล	<ร้อยละ 4		ร้อยละ 2.84	อัตราการลาออก โอน ย้าย ของพยาบาล มีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 2.84 (20 คนอยู่ในกลุ่มอายุงาน>5 ปีขึ้นไป: ปัญหาสุขภาพ 1 คน, รับราชการ 2 คน, ย้าย excellence/ภาควิชา 9 คน, ย้ายกลับภูมิลำเนา/ตามครอบครัว 6 คน, เลิกจ้าง 1 คน, ศึกษาต่อปริญญาโท 1 คน )	คุณสิรินทร์
2.1 โครงการสาน สัมพันธ์ที่สู่น้อง		ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวน ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	ร้อยละ 80 ของ กลุ่มเป้าหมาย	ร้อยละ 91.3	ร้อยละ 100	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 100	คุณพนิดา คุณสิรินทร์
		กิจกรรมสาน สัมพันธ์	จำนวนครั้ง กิจกรรมสาน สัมพันธ์	2 ครั้ง	2 ครั้ง	2 ครั้ง	-จากการติดตามโครงการปี 2561 พบว่าน้องใหม่และพี่แกนนำที่ร่วมโครงการ ไม่มี กิจกรรมที่ทำร่วมกันต่อเนื่อง น้องจะเลือกปรึกษาพี่ที่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยเป็นส่วน ใหญ่ จึงปรับรูปแบบกิจกรรมโดยผู้รับผิดชอบโครงการพบปะ พูดคุย รับฟังปัญหา ตอบข้อซักถามจาก น้องในช่วงปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ ครั้งที่ 2 วันที่ 8-10 มกราคม 2562 จำนวนพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรม 96 คน - ส่งแบบสำรวจความคิดเห็นให้พยาบาลใหม่ทั้ง 96 คน ตอบกลับมา 73 คน คิด เป็น ร้อยละ 76.04 (เอกสารแนบ)	
		พยาบาลใหม่ที่ ผ่านประเมิน	ร้อยละของ พยาบาลใหม่ที่ ผ่านประเมิน (6 เดือน)	ร้อยละ 100			ร้อยละของพยาบาลใหม่ที่ผ่านประเมิน คิดเป็นร้อยละ 100 (จากจำนวน 96 คน)	
2.2 โครงการระบบ พยาบาลที่เลี้ยง -กลุ่มเป้าหมายคือ OR และ ICU		การคงอยู่ของ พยาบาลใหม่ ในปีแรกของ การทำงาน	อัตราการคงอยู่ ของพยาบาล ใหม่ในปีแรก ของการทำงาน	ร้อยละ 80		ร้อยละ 87.09	อัตราการคงอยู่ของพยาบาลใหม่ห้องผ่าตัดและไอซียู ในปีแรกของการ ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 87.09 (27 คน จาก 31 คน ลาออก 4 คน คือ OR 2 คน SICU 1 คน MICU 1 คน) <b>สรุปภาพรวมโครงการ 1 ปี</b>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p>พยาบาลใหม่เข้า OR 15 คน ICU 16 คน รวม 31 คน 3 เดือนแรกคงอยู่ร้อยละ 100 6 เดือน คงอยู่ร้อยละ 96.8 (30 คน จาก 31 คน ลาออก ณ ตุลาคม 2561 = 1 คน) 9 เดือน คงอยู่ร้อยละ 90.32 (28 คน จาก 31 คน ลาออก 3 คน คือ OR 1 คน SICU 1 คน MICU 1 คน)</p> <p><b>ประเด็นที่ได้เรียนรู้</b></p> <p>ความมีวินัยและความต่อเนื่องของการปฏิบัติวิธียาสมาริ กลุ่มไอซียูจะพยายามให้ถึงเป้าหมายเดือนละ 6-7 ชั่วโมง จำนวนคนที่ส่งแบบบันทึกสม่ำเสมอทุกเดือนกลุ่มไอซียูร้อยละ 100</p> <p>OR ยังต้องกระตุ้นติดตาม ส่งต่อเนื้องร้อยละ 60 แต่จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติไม่ถึงเป้าหมาย</p> <p><b>พยาบาลใหม่ปี 2562</b></p> <p>ช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 รับพยาบาลใหม่เข้า OR 15 คน ICU 24 คน ( MICU 13 SICU 7 SRCU 4 ) รวม 29 คน จากพยาบาลใหม่ทั้งหมด 117 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5</p> <p>พฤษภาคม-มิถุนายน 2562 เตรียมมอร์ดและทีมพี่เลี้ยง มีโครงการเทรนทุกหอผู้ป่วย</p> <p>วันที่ 28 มิถุนายน 2562 เวลา 8.30-12.00 น. แนะนำพยาบาลใหม่กลุ่มไอซียู เรื่อง หลักการทำสมาธิ ในชีวิตประจำวัน การบันทึกกรายรับรายจ่าย และเริ่มบันทึกการปฏิบัติ ติดตามการบันทึกทุกต้นเดือน</p> <p>วันที่ 29 มิถุนายน 2562 เวลา 9.00-10.30 น. พบกลุ่มพี่เลี้ยง OR ซึ่งทั้งกลุ่มเป็นพยาบาลใหม่ปีที่แล้วจำนวน 13 คน</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							เดือนตุลาคม 2562 พยาบาลใหม่ OR ขอย้ายหน่วยงาน 2 คน (OR เล็ก = 1 คน ศช2 = 1 คน )	
<p>-เตรียมทีมพี่เลี้ยง 2-3 คน/น้อง 1 คน</p> <p>-จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 1 ครั้งใน 2 เดือนแรก</p> <p>-มอบหมายงานชิ้นคู่พี่เลี้ยง 4-5 วัน/เดือน เริ่มเดือนที่ 2</p> <p>-พบปะพูดคุยกับน้องใหม่ 2 ครั้งในช่วง 6 เดือนแรก</p> <p>ครั้งที่ 1 แนะนำการทำสมาธิในชีวิตประจำวัน (วิทิสมาธิ) เพื่อการปรับตัวต่อการทำงาน</p> <p>ติดตามการปฏิบัติทุกสิ้นเดือน</p> <p>ครั้งที่ 2 แนะนำการบันทึกรายรับ รายจ่าย การออมเงิน การสมัครสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ กิจกรรม 5ส ใน</p>		ความพึงพอใจของพี่เลี้ยงและพยาบาลใหม่	คะแนนความพึงพอใจของพี่เลี้ยงและพยาบาลใหม่ระดับมาก-มากที่สุด	ร้อยละ 80		ครั้งที่ 1(6 เดือน) พี่เลี้ยงร้อยละ 73.3 พยาบาลใหม่ ร้อยละ 80	<p>ณ 12 เดือน</p> <p>-คะแนนความพึงพอใจของพี่เลี้ยงระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 77.96 (OR ร้อยละ 71.42 ICU ร้อยละ 84.7)</p> <p>-คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลใหม่ระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 85.71 (OR ร้อยละ 71.43 ICU ร้อยละ 100)</p> <p><b>ข้อเสนอแนะ</b></p> <p><b>ICU ทีมพี่เลี้ยง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบพี่เลี้ยงเป็นระบบที่ดี ทำให้น้องมีที่ปรึกษา</li> <li>2. ควรจัดให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการสอนน้อง</li> <li>3. เห็นด้วยกับการมีระบบพี่เลี้ยง ควรมีพี่เลี้ยงหลายๆรุ่น เช่น รุ่นเด็ก รุ่นกลาง รุ่น senior เพื่อให้้องกล้าที่จะปรึกษามากขึ้น</li> <li>4. ระบบพี่เลี้ยงทำให้พี่กับน้องสนิทกันมากขึ้นและเข้าถึงปัญหาของน้องมากขึ้น</li> <li>5. ทีมเทรนควรมีการติดตามน้องและพี่เลี้ยงเป็นระยะ</li> </ol> <p><b>ICU ทีมพยาบาลใหม่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบเทรนน้องใหม่ทำให้น้องมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้น ควรมีโครงการนี้ต่อไป</li> </ol>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
<p>หอผู้ป่วยตนเอง การประกันคุณภาพงานที่ตนเองปฏิบัติ</p>							<p>2. นอกจากจะแนะนำด้านวิชาการ การทำงานแล้วยังให้คำปรึกษาด้านการใช้ชีวิต อยากรให้มีระบบเทรนแบบนี้อย่างต่อเนื่องๆ แม้ว่าจะห่างทางจะเจออุปสรรคที่แตกต่างกันแต่ก็ยังมีรู้สึกอุ่นใจที่มีพี่อยู่ข้างๆ</p> <p><b>OR ทีมพี่เลี้ยง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้พี่เลี้ยงกับน้องใหม่ทำงานในห้องเดียวกัน เพราะได้ประเมินพัฒนาการในการทำงานของน้องได้</li> <li>2. ให้มีการจัดกิจกรรมสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนครั้ง เพื่อเพิ่มปฏิสัมพันธ์ที่ดีของพี่กับน้อง</li> </ol> <p><b>OR ทีมพยาบาลใหม่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้พี่คนที่ 3 ประจำแต่ละห้อง ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงน้องคนที่ 4 เพราะมีโอกาสเจอกันมากกว่า</li> <li>2. อยากรให้พี่เลี้ยงเป็นฝ่ายเลือกน้องที่ตนเองจะเป็นที่ปรึกษา</li> <li>3. อยากรให้พี่เลี้ยงและน้องมีปฏิสัมพันธ์ ผูกพันกันมากกว่านี้ ทำให้น้องๆ มั่นใจว่าพี่เลี้ยงสามารถเป็นที่พึ่งพาได้และน้องกล้าที่จะเข้ามาปรึกษาพี่เลี้ยง</li> <li>4. โครงการพี่เลี้ยงมีประโยชน์ ควรมีต่อๆ ไปทุกรุ่น</li> </ol>	
<p>2.3 โครงการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง</p> <p>2.3.1 โครงการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่ม</p>		<p>บุคลากรอายุ ≥ 35 ปี มี BMI ในเกณฑ์ปกติ (18.5-22.9)</p>	<p>จำนวนบุคลากรอายุ ≥ 35 ปี มี BMI ในเกณฑ์ปกติ (18.5-</p>	<p>≥ ร้อยละ 80</p>		<p>กลุ่มพยาบาล ร้อยละ 47.54</p>	<p>- จำนวนพยาบาลอายุ ≥ 35 ปี มี BMI ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 47.54 (242 คนจาก 509 คน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ข้อมูลเข้าร่วมกิจกรรมเดิน one mile เดือนมีนาคม 2562 พยาบาลอายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 561 คน เข้าร่วมกิจกรรม 509 คน</li> </ul>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
<p>พยาบาล</p> <p>- วิเคราะห์ข้อมูลบุคลากรอายุมากกว่า 35 ปี</p> <p>-กลุ่มเป้าหมายคือกลุ่ม BMI ต่ำกว่าหรือมากกว่าเกณฑ์ปกติ และเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCD(สมัครใจเข้าร่วมโครงการ)</p> <p>-จัดกิจกรรมให้ความรู้ และ workshop ทบทวนตนเองเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรู้เท่าทันอารมณ์และการเอาชนะใจตนเอง เพื่อปรับพฤติกรรม</p> <p>-ติดตามการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์</p> <p>-ติดตาม BMI ทุก 3 เดือน</p> <p>-กระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมเดิน one mile</p>			22.9)				<p>( 90.7%)</p> <p><b>ในจำนวน 561 คน สรุปรวมได้ดังนี้</b></p> <p>ผอม 4.52% ปกติ 47.54 % ท้วม 19.84% อ้วน 22.0% อ้วนมาก 6.09%</p> <p>เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกับผลการสำรวจเมื่อเดือนธันวาคม 2561 พบว่าน้ำหนักคงเดิม 96 คน ( 17.11%) เพิ่มขึ้น 177 คน (31.55%) <b>ลดลง 236 คน (42.07%)</b> ไม่มีข้อมูล 52 คน (9.27%)</p> <p>กิจกรรมที่มีผลนอกจากการออกกำลังกายสม่ำเสมอแล้ว คือการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร ลดของทอด ของมัน และปริมาณข้าวมือเย็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• โครงการ I-Happy อยู่ระหว่างวิเคราะห์ข้อมูล</li> </ul> <p><b>ข้อมูลรายงาน 6 เดือน</b></p> <p>จำนวนพยาบาลอายุ <math>\geq 35</math> ปี มี BMI ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 45.29 (255 คนจาก 563 คน)</p> <p>( ผอม 4.80% ท้วม 19.54% อ้วน 24.16% อ้วนมาก 6.22% )</p> <p>- เข้าร่วมโครงการ i-happy 412 คน (73.18%)</p> <p>- ไม่เข้าร่วมเนื่องจากพบแพทย์ต่อเนื่องอยู่เดิมแล้ว 49 คน (8.70%)</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
2.3.2 โครงการคัดกรองสุขภาพกลุ่มแม่บ้านฝ่ายบริการพยาบาล		BMI ปกติ (18.6-22.9)	จำนวนแม่บ้านที่มี BMI ในเกณฑ์ปกติ (18.6-22.9)	≥ร้อยละ 70		ร้อยละ 34.85	<p>-จำนวนแม่บ้านที่มี BMI ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 34.85 ( 46 คนจาก 132 คน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลเข้าร่วมกิจกรรมเดิน one mile เดือนมีนาคม 2562 แม่บ้านจำนวน 140 คน เข้าร่วมกิจกรรม 132 คน ( 94.3%)</li> </ul> <p><b>ใน 132 คน สรุปภาพรวมได้ดังนี้</b></p> <p>ผอม 0% ปกติ 34.85% ท้วม 17.42% อ้วน 34.09% <b>อ้วนมาก 13.64%</b></p> <p>เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกับผลการสำรวจเมื่อเดือนธันวาคม 2561 พบว่า น้ำหนักคงเดิม 13 คน ( 9.29%) เพิ่มขึ้น 67 คน (47.86%) <b>ลดลง 52 คน (37.14%)</b> ไม่มีข้อมูล 8 คน (5.71%)</p> <p><b>ข้อมูลรายงาน 6 เดือน</b></p> <p>- จำนวนแม่บ้านที่มี BMI ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 31.47 ( 45 คนจาก 143 คน)</p> <p>( ผอม 0 ท้วม 18.88% อ้วน 32.87% <b>อ้วนมาก 16.78 %</b>)</p> <p>- เข้าร่วมโครงการ i-happy 112 คน (78.32%)</p> <p>- ไม่เข้าร่วมเนื่องจากพบแพทย์ต่อเนื่องอยู่เดิมแล้ว 10 คน (6.99%)</p>	
2.4 โครงการสิ่งแวดล้อมปลอดภัยทำงานเป็นสุข		หออผู้ป่วยที่สิ่งแวดล้อมปลอดภัย	- จำนวนหออผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมตรวจ - จำนวนครั้งที่เยี่ยมตรวจ	10 หออผู้ป่วย  4 ครั้ง			<p>-มีการตรวจเยี่ยม 1 ครั้ง วันที่ 13 มีนาคม 2562 ตึกสธ. 2 หออผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเยี่ยมคือศัลยกรรมประสาทกับหออผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทั้ง 2 หออผู้ป่วยรอย้ายเพื่อซ่อมพื้นทางเดิน</p> <p>-โรงพยาบาลจ้างอาจารย์จากภาควิชาวิศวกรรมโยธา คณะวิศวกรรมศาสตร์เข้าตรวจสอบอาคารโรงพยาบาลทั้งหมดเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2562 พบว่าโครงสร้างไม่พบความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ใช้อาคาร แต่มีผลต่อความไม่สะดวกสบายและลดประสิทธิภาพการทำงานเล็กน้อย เช่น พื้นมีรอยแตก ห้อยยาแคบ เป็นต้น และความปลอดภัยด้านอัคคีภัย พบว่า ทางหนีไฟมีสิ่งกีดขวาง</p>	คุณสิรินทร์



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							ป้ายไม่ถูกต้อง แสงไฟไม่สว่าง เป็นต้น	
			จำนวนหอผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย					
2.5 โครงการเชิดชูเกียรติบุคลากร : ดาวเด่น/ดีเด่น	ส.ค.-62	บุคลากรดาวเด่น/ดีเด่น	จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรดาวเด่น	53 หน่วยงาน	52 (53)	54 (54)	<p>จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรดาวเด่น/ดีเด่น อยู่ระหว่างดำเนินการตาม กำหนดการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 กรกฎาคม 62 ได้เวียนหนังสือแจ้งทุกหน่วยงาน ให้เสนอชื่อดาวเด่น-ดีเด่น พร้อมแนบเกณฑ์และคุณสมบัติ เพื่อคัดเลือกและส่งชื่อมายังฝ่ายบริการพยาบาล ภายในวันที่ 25 กรกฎาคม 2562</li> <li>- 2 สิงหาคม 2562 ประชุมกรรมการพิจารณาคัดเลือก รับรองผลและประกาศผล วันที่ 6 สิงหาคม 2562</li> <li>- ได้จัดพิธีวันเชิดชูเกียรติ เพื่อมอบเกียรติบัตร เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2562 ห้องประชุม ชั้น 14 อาคารพิเศษเฉลิมพระบารมี เวลา 13.00 – 16.00 น.</li> <li>- ปีนี้ได้เพิ่มเกียรติบัตรสำหรับผู้ได้รับการคัดเลือกเป็นดาวเด่นระดับหน่วยงาน 5 ปี ต่อเนื่อง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระดับระดับ PN/Orderly</li> <li>1) นางเปรมจิตต์ เพ็ชรสุวรรณ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล พิเศษเด็ก</li> <li>2) นางทิพวรรณ สุขขวัญ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล พิเศษเฉลิมพระบารมี 11</li> <li>- ระดับผู้ปฏิบัติงานพยาบาล เสมียน/แม่บ้าน/ธุรการ</li> <li>1) นางสาวพรทิพย์ ลำแหละหมั่น พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ศัลยกรรมทางเดินหายใจ</li> <li>2) นางจันทร์ธิดา ขุนเพชร แม่บ้าน หู คอ จมูก</li> </ul> </li> </ul>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							3) นางเพ็ญประภา ไชยบุญ ผู้ปฏิบัติงานบริหาร หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	
			จำนวน บุคลากรดีเด่น ของฝ่ายๆที่ ได้รับการ คัดเลือกดีเด่น จากภายนอก	15 คน	5 (10)	4	จำนวนบุคลากรดีเด่นของฝ่ายๆที่ได้รับการคัดเลือกดีเด่นจากภายนอก มี 5 ราย ดังนี้ รางวัลพยาบาลดีเด่นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ 1) นางอุไรวรรณ พลจร หัวหน้าหอผู้ป่วย อช.2 (พยาบาลดีเด่น ด้านผู้บริหาร) 2) น.ส.พรพิลาส พลประสิทธิ์ หอผู้ป่วย อช.2 (พยาบาลดีเด่นด้านนวัตกรรม) 3) นางรัตนภรณ์ ประยูรเต็ม หอผู้ป่วย ศช.2 (พยาบาลดีเด่นด้านวิจัย) รางวัลศิษย์เก่าดีเด่นของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปี 2562 1) น.ส.พรพิลาส พลประสิทธิ์ หอผู้ป่วย อช.2 ศิษย์เก่าดีเด่น ด้านผลงานเด่น 2) น.ส.เกศริน มณีสิงห์ หอผู้ป่วย NMCU ศิษย์เก่าดีเด่นรุ่นใหม่	
<b>2.6 โครงการส่งเสริม ประสิทธิภาพการทำงาน ของทีมบริหาร</b>								คุณนิตยา คุณอรทัย
- กิจกรรมสัมมนา หัวหน้างาน (การแก้ปัญหาและการ ตัดสินใจ การบริหาร	พ.ค. 62	ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวน ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	ร้อยละ 90.77	ร้อยละ 92.53	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 92.53 ได้จัดกิจกรรม เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2562 เวลา 09.00 – 16.00 น. โดยเชิญ วิทยากร ดร.พัฒน์จิ โภญจนาท จากคณะวิทยาการการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ						
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562							
ความขัดแย้ง)														
		ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจมากที่สุด	ร้อยละ 90	ร้อยละ 91.80	ร้อยละ 80.0	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 62 คน ได้รับแบบสอบถามกลับมา 39 คน คิดเป็น ร้อยละ 62.92 โดยคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม = 80.0							
- ทีมบริหารพบบุคลากรทุกระดับ	มี.ย.62	ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจมากที่สุดพอใจ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90.36		ความพึงพอใจ (ไม่ได้ประเมินความพึงพอใจ เนื่องจากผิดพลาดในการสื่อสาร) - รุ่นที่ 1 วันที่ 10 มิถุนายน 2562: พยาบาล จำนวน 93 คน - รุ่นที่ 2 วันที่ 17 มิถุนายน 2562: PN และ Orderly จำนวน 130 คน - รุ่นที่ 3 วันที่ 19 มิถุนายน 2562: แม่บ้านและเสมียน จำนวน 90 คน							
		ปัญหาที่ได้รับการแก้ไข	จำนวนปัญหาที่ได้รับการแก้ไข	ร้อยละ 50			- จำนวนปัญหาที่ได้รับการแก้ไขคิดเป็นร้อยละ 100 มี 3 เรื่อง ดังนี้							
							<table border="1"> <thead> <tr> <th>หาหรือปัญหา</th> <th>ความคืบหน้าการดำเนินการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. คณะแพทยศาสตร์ เก็บเงินค่าส่วนกลางของหอพักศรีตรัง 8 เดือนละ 400 บาท โดยเก็บทั้งปี เป็นเงิน 4,800 บาท <b>หาหรือ</b> ขอให้คณะฯ เก็บทุกเดือน เดือนละ 400 บาท โดยตัดจากบัญชีเงินเดือน</td> <td>- หัวหน้าฝ่ายฯ ได้เสนออาจารย์อนุพงศ์ นิดีเรื่องจรัส รองคณบดีฝ่ายโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมเพื่อพิจารณาแล้ว</td> </tr> <tr> <td>2. ปัจจุบันคณะฯ ปิดเส้นทางหอพักระหว่างการก่อสร้าง การใช้เส้นทางบ่อบำบัดน้ำเสีย พบปัญหารถติดมาก เนื่องจากการจอดซ้อนคัน/จอดคล่อมเส้นจอดรถ</td> <td>- หัวหน้าฝ่ายฯ ได้เสนอคณบดีแล้ว ซึ่งในเบื้องต้น ท่านคณบดีสั่งการให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฝ้าระวังมากขึ้น <b>หมายเหตุ</b> หากยังพบปัญหาขอให้ Feedback ผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วย</td> </tr> </tbody> </table>	หาหรือปัญหา	ความคืบหน้าการดำเนินการ	1. คณะแพทยศาสตร์ เก็บเงินค่าส่วนกลางของหอพักศรีตรัง 8 เดือนละ 400 บาท โดยเก็บทั้งปี เป็นเงิน 4,800 บาท <b>หาหรือ</b> ขอให้คณะฯ เก็บทุกเดือน เดือนละ 400 บาท โดยตัดจากบัญชีเงินเดือน	- หัวหน้าฝ่ายฯ ได้เสนออาจารย์อนุพงศ์ นิดีเรื่องจรัส รองคณบดีฝ่ายโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมเพื่อพิจารณาแล้ว	2. ปัจจุบันคณะฯ ปิดเส้นทางหอพักระหว่างการก่อสร้าง การใช้เส้นทางบ่อบำบัดน้ำเสีย พบปัญหารถติดมาก เนื่องจากการจอดซ้อนคัน/จอดคล่อมเส้นจอดรถ	- หัวหน้าฝ่ายฯ ได้เสนอคณบดีแล้ว ซึ่งในเบื้องต้น ท่านคณบดีสั่งการให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฝ้าระวังมากขึ้น <b>หมายเหตุ</b> หากยังพบปัญหาขอให้ Feedback ผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วย	
หาหรือปัญหา	ความคืบหน้าการดำเนินการ													
1. คณะแพทยศาสตร์ เก็บเงินค่าส่วนกลางของหอพักศรีตรัง 8 เดือนละ 400 บาท โดยเก็บทั้งปี เป็นเงิน 4,800 บาท <b>หาหรือ</b> ขอให้คณะฯ เก็บทุกเดือน เดือนละ 400 บาท โดยตัดจากบัญชีเงินเดือน	- หัวหน้าฝ่ายฯ ได้เสนออาจารย์อนุพงศ์ นิดีเรื่องจรัส รองคณบดีฝ่ายโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมเพื่อพิจารณาแล้ว													
2. ปัจจุบันคณะฯ ปิดเส้นทางหอพักระหว่างการก่อสร้าง การใช้เส้นทางบ่อบำบัดน้ำเสีย พบปัญหารถติดมาก เนื่องจากการจอดซ้อนคัน/จอดคล่อมเส้นจอดรถ	- หัวหน้าฝ่ายฯ ได้เสนอคณบดีแล้ว ซึ่งในเบื้องต้น ท่านคณบดีสั่งการให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฝ้าระวังมากขึ้น <b>หมายเหตุ</b> หากยังพบปัญหาขอให้ Feedback ผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วย													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p>3. Foley's cath ขาด stock ต้องยืม จากหอผู้ป่วยอื่น ขณะนี้ไม่มีให้ยืมแล้ว</p> <p>- คณะฯ จัดซื้อ Foley's cath เข้าคลังพัสดุแล้ว เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2562 และฝ่ายฯ มอบหมายผู้ประสานงานพัสดุ ติดตาม เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำอีก</p> <p>- ได้ส่งบันทึกข้อความแจ้งความคืบหน้าให้ทุกหน่วยงานทราบ เรื่อง การดำเนินการ แก้ไขปัญหาที่ผู้เข้าชม เสนอในโครงการที่บริหารฝ่ายฯ พบบุคลากรกลุ่ม พยาบาลแล้ว เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2562</p>	
2.7 โครงการพัฒนา								
ความก้าวหน้าทาง								
วิชาชีพ								
2.7.1 Nurse Specialist		Nurse Specialist ใน โชนที่ไม่มี APN	จำนวน Nurse Specialist 7 สาขา (ortho ตา ENT ทารก จิตเวช สูติกรรม นรีเวช)	ร้อยละ 100			จำนวน Nurse Specialist 7 สาขา (จำนวน 9 คน) ortho ตา ENT ทารก/เด็ก จิตเวช สูติกรรม นรีเวช ได้ครบ 7 สาขา คิดเป็นร้อยละ 100	คุณสิรินทร์ (ทำร่วมกับ คุณภมร)
2.7.2 Career Progression (ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ) จำนวนผู้ที่มีคุณสมบัติครบ ชำนาญการ 314 คน ปฏิบัติการ 336 คน		ชำนาญการ	จำนวนชำนาญการ	ร้อยละ 20*			มีบุคลากรที่ส่งผลงานออกจากฝ่ายฯ เข้าสู่ตำแหน่งชำนาญการ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 5.09	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
		ชำนาญการพิเศษ	จำนวนชำนาญการพิเศษ	ร้อยละ 10* (*ส่งเอกสารออกจากฝ่าย)			มีบุคลากรที่ส่งผลงานออกจากฝ่ายฯ เข้าสู่ตำแหน่งชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3	
3.โครงการพัฒนาและประเมินสมรรถนะของบุคลากรตามเกณฑ์ IDP	ทุกเดือน	บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ IDP	จำนวนบุคลากรทุกระดับที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ IDP	≥ ร้อยละ 70		ร้อยละ 97.24	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สอบความรู้ 5 โรคหลักของกลุ่มพยาบาล ในเดือนธันวาคม 2561 ผลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 97.24</li> <li>- ทบทวนข้อมูลการพัฒนาตามเกณฑ์ IDP พบว่า ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม จึงวางแผนใหม่ โดยมีแกนนำจากทุกหอผู้ป่วยและหน่วยงาน จำนวน 51 คน เป้าหมายพยาบาลอายุงาน &lt; 2 ปี (Novice 104 คน, Advance Beginner 51 คน) ได้รับการอบรม เรื่อง บริหารยาและ CPR&amp;AED ครบถ้วนตาม IDP</li> <li>- จัดอบรมแนวปฏิบัติการบริหารยา ให้พยาบาลอายุงาน &lt; 2 ปี วันที่ 25-26 มีนาคม 2562 ผู้เข้าอบรมจำนวน 124 คน (จาก 155 คน) คิดเป็นร้อยละ 80</li> <li>- มีผู้ตอบแบบประเมิน 106 คน จากผู้เข้าอบรมจำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 85.48 ผลการประเมินพบว่า หัวข้อเรื่องการอบรมที่ผู้เข้าอบรมพึงพอใจมากที่สุด คือ High Alert Drug (<math>\bar{x}</math> = 4.72, SD = 0.78) รองลงมา หัวข้อ Drug reconcile (<math>\bar{x}</math> = 4.68, SD = 0.80) หัวข้อที่มีความพึงพอใจน้อยสุดคือ ระบบยา โรงพยาบาล สงขลาครินทร์ (<math>\bar{x}</math> = 4.20, SD = 0.78)</li> <li>- วางแผนจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ CPR&amp;AED ให้พยาบาลอายุงาน &lt; 2 ปี ช่วงเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม 2562 แต่มีปัญหาเรื่องอุปกรณ์/สถานที่/วิทยากร วางไม่ตรงกัน</li> <li>- พยาบาลใหม่ ส่ง log book แล้ว 91 คน จากทั้งหมด 95 คน คิดเป็นร้อยละ 95.79</li> <li>- คะแนนสอบ HAD (ผ่าน 77 คน จาก 95 คน) คิดเป็นร้อยละ 81.05</li> </ul>	
		เกณฑ์ประเมินสมรรถนะIDP	บุคลากรทุกระดับผ่าน การประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ IDP ≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 100				

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																													
4.โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ	ม.ค.62							คุณนิตยา																												
- กลุ่ม 1 (กลุ่มที่ได้รับการเลื่อนจากกลุ่ม 2 เป็นกลุ่ม 1)		คะแนนสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ	ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์สมรรถนะ ร้อยละ 80	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	- ไม่มีการจัดอบรม	- รอประเมินผลเดือนมีนาคม 2563	<p>- ยังไม่ได้ประเมินสมรรถนะ (กำหนดประเมินสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ หลังการอบรม 1 ปี คือเดือนมีนาคม 2563)</p> <p>- ได้จัดอบรมเมื่อวันที่ 4-5 มีนาคม 2562 ผู้เข้าอบรมทั้งหมด 67 คน ได้ตอบกลับแบบประเมินโครงการ 39 คน คิดเป็นร้อยละ 58.21 ผลการประเมินโครงการ ทุกหัวข้อที่ประเมิน ผู้เข้าอบรมแสดงความเห็นส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด (คะแนนเต็ม =5)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">หัวข้อประเมินโครงการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อเรื่อง</td> <td>4.48</td> <td>0.50</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>2. การบรรยายชัดเจน</td> <td>4.50</td> <td>0.50</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>3. เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>4.51</td> <td>0.49</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>4. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>4.42</td> <td>0.54</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>5. ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>4.49</td> <td>0.50</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>6. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้</td> <td>4.53</td> <td>0.49</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ: ได้รับการตอบกลับการประเมินโครงการน้อย เนื่องจาก ให้ประเมินแบบ QR Code ทำให้เมื่อผู้อบรมออกจากห้องประชุม ผู้จัดไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าใครยังไม่ประเมิน</p>	หัวข้อประเมินโครงการ				1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อเรื่อง	4.48	0.50	มากที่สุด	2. การบรรยายชัดเจน	4.50	0.50	มากที่สุด	3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	4.51	0.49	มากที่สุด	4. ระยะเวลาเหมาะสม	4.42	0.54	มากที่สุด	5. ความรู้ที่ได้รับ	4.49	0.50	มากที่สุด	6. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้	4.53	0.49	มากที่สุด	
หัวข้อประเมินโครงการ																																				
1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อเรื่อง	4.48	0.50	มากที่สุด																																	
2. การบรรยายชัดเจน	4.50	0.50	มากที่สุด																																	
3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	4.51	0.49	มากที่สุด																																	
4. ระยะเวลาเหมาะสม	4.42	0.54	มากที่สุด																																	
5. ความรู้ที่ได้รับ	4.49	0.50	มากที่สุด																																	
6. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้	4.53	0.49	มากที่สุด																																	
- กลุ่ม 2 (กลุ่มใหม่)		คะแนนสมรรถนะผู้ตรวจการ	ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	- ไม่มีการจัดอบรม	- รอประเมินผลเดือนมีนาคม	<p>- ยังไม่ได้ประเมินสมรรถนะ (กำหนดประเมินสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ หลังการอบรม 1 ปี คือเดือนมีนาคม 2563)</p> <p>- ได้จัดอบรมเมื่อวันที่ 19-20 มีนาคม 2562 ผู้เข้าอบรมทั้งหมด 92 คน ได้รับแบบ</p>																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																													
		พยาบาลนอกเวลาราชการ	ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์สมรรถนะ ร้อยละ 80			2563	<p>ประเมินจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 27.17 ผลการประเมินโครงการ ทุกหัวข้อที่ประเมิน ผู้เข้าอบรมแสดงความเห็นส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด (คะแนนเต็ม =5)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">หัวข้อประเมินโครงการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อเรื่อง</td> <td>4.52</td> <td>0.48</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>2. การบรรยายชัดเจน</td> <td>4.51</td> <td>0.44</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>3. เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>4.60</td> <td>0.47</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>4. ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>4.42</td> <td>0.53</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>5.ความรู้ที่ได้รับ</td> <td>4.48</td> <td>0.50</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> <tr> <td>6. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้</td> <td>4.54</td> <td>0.49</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ: ได้รับการตอบกลับการประเมินโครงการน้อย เนื่องจาก ให้ประเมินแบบ QR Code ทำให้เมื่อผู้อบรมออกจากห้องประชุม ผู้จัดไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าใครยังไม่ประเมิน</p>	หัวข้อประเมินโครงการ				1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อเรื่อง	4.52	0.48	มากที่สุด	2. การบรรยายชัดเจน	4.51	0.44	มากที่สุด	3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	4.60	0.47	มากที่สุด	4. ระยะเวลาเหมาะสม	4.42	0.53	มากที่สุด	5.ความรู้ที่ได้รับ	4.48	0.50	มากที่สุด	6. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้	4.54	0.49	มากที่สุด	
หัวข้อประเมินโครงการ																																				
1. เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อเรื่อง	4.52	0.48	มากที่สุด																																	
2. การบรรยายชัดเจน	4.51	0.44	มากที่สุด																																	
3. เปิดโอกาสให้ซักถาม	4.60	0.47	มากที่สุด																																	
4. ระยะเวลาเหมาะสม	4.42	0.53	มากที่สุด																																	
5.ความรู้ที่ได้รับ	4.48	0.50	มากที่สุด																																	
6. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้	4.54	0.49	มากที่สุด																																	
5.โครงการปรับระบบการนิเทศทางการพยาบาล	ต.ค 61-ก.ย.62							คุณนิตยา																												
- กำหนดเข็มมุ่งหัวข้อการนิเทศตาม Core value		แนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่	มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่	10 เรื่อง	37 เรื่อง	28 เรื่อง	<p><b>มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่ (1 ต.ค. – 31 ธ.ค.61) 6 เรื่อง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การยกเลิกการใช้อะซีโตนในการเช็ดคราบพลาสติกที่ผิวผู้ป่วย (ห้องผ่าตัด)</li> <li>2) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหน้าห้องผ่าตัดและลงบันทึกทางการพยาบาลทุกราย (ห้องผ่าตัด)</li> <li>3) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการให้ยา HAD (กลุ่ม ICU)</li> <li>4) ปรับปรุงวิธีการบันทึกข้อมูลยากลุ่มพิเศษ (ยาเงินสด ยาติดเงื่อนไข ยาที่นำมาจากบ้าน) (หอผู้ป่วย MRCU)</li> <li>5) การบริหารจัดการใช้แม่บ้านเวรป่วย-ดึก ร่วมกัน (กลุ่มหอผู้ป่วยเด็ก)</li> </ol>																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p>6) การใช้ คัมบัง (Kanban) ในการระบุวันที่ต้องคืนยา MO ให้ฝ่ายเภสัชกรรม ก่อนหมดอายุ 7 วัน (กลุ่มหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป ฉบับ 7, 11, 12)</p> <p><b>มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่ วันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม 2562 จำนวน 7 เรื่อง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ห้องผ่าตัด: แนวปฏิบัติใหม่การนับเครื่องมือผ่าตัด</li> <li>2) อายุรกรรมทั่วไป: การทำ template ผลข้างเคียงที่พบบ่อยและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้ยา HAD</li> <li>3) อายุรกรรมทั่วไป: แนวปฏิบัติการเปลี่ยนตำแหน่งการให้ยา Cordarone ทุก 8 ชั่วโมง</li> <li>4) พิเศษสูติ-นรีเวช: การนำ 3P มาใช้ในการ pre conference</li> <li>5) อายุรกรรมชาย 2: การจัดเก็บข้อมูลโดยใช้ google app</li> <li>6) หอผู้ป่วย: การนำแนวคิด 3P มาใช้ในการรับส่งเวร</li> <li>7) หอผู้ป่วย: การเชื่อมโยงค่านิยม STEMCOI กับ 5 โรคหลักของหน่วยงาน</li> </ol> <p><b>มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่ วันที่ 1 เมษายน – 30 มิถุนายน 2562 จำนวน 7 เรื่อง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) MICU: เพิ่ม visual control ที่จุดเตรียมและส่ง specimen เพื่อเตือนว่าได้ทำกระบวนการ identify แล้วหรือไม่ (BOSH: Barcode Order Specimen HN)</li> <li>2) SICU: เพิ่มสติ๊กเกอร์ HAD ที่นอกเหนือจากสติ๊กเกอร์ของ รพ. โดยใช้สติ๊กเกอร์สะท้อนแสงสีส้ม ติดที่ syringe ยา และสาย IV ทุกสาย</li> <li>3) Trauma: มีแบบสอบถามวัดความรู้ในการให้ยาและทำฟิวเจอร์บอร์ด ติดไว้ที่รถจ่ายยา เพื่อเตือนการให้ยาตามหลัก 7R</li> <li>4) Trauma: จัดทำสมุดเพื่อตรวจสอบระบบการต่อสายต่างๆ ให้สมาชิกทีมตรวจสอบและ double check ที่ผู้ป่วยรายบุคคล</li> <li>5) ศัลยกรรมชาย 2: กำหนดวิธีการติดตามภาวะ vasoconstrict เมื่อมีการใช้ยา levophed โดยถ่ายภาพและการวัดขนาดพื้นที่ที่เกิดภาวะดำคล้ำ ในการส่งเวรและการบันทึกใน kardex รวมทั้ง progress note</li> </ol>	



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p>6) ศัลยกรรมชาย 2: จัดทำแบบฟอร์มตามล่าหาผลกดทับ stage 1 โดยดัดแปลงจากแบบฟอร์มประเมินผิวหนังของอายุรกรรมหญิง</p> <p>7) อายุรกรรมทั่วไป: การเซ็นชื่อผู้ตรวจสอบการสักรังการศัลยกรรม ทุกการศัลยกรรม</p> <p><b>มีแนวปฏิบัติ/วิธีการทำงานใหม่ วันที่ 1 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2562 จำนวน 8 เรื่อง</b></p> <p>1) SRCU: การทดสอบอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจให้ใช้วิธีที่ handle เพื่อดูไฟไม่ต้องต่อกับ blade</p> <p>2) MICU: จัดทำฟิวเจอร์บอร์ดเพื่อสื่อสารกับเสมียนในการติดตามวัสดุราคาแพง ที่ใช้ไปกับผู้ป่วย</p> <p>3) MICU: กำหนดให้ทำ active surveillance โดยทำ rectal swab for CRE ในผู้ป่วยรับใหม่/รับย้ายทุกราย</p> <p>4) OPD เด็ก: ทบทวนการดูแลผู้ป่วย ESI Level 2 และปรับเกณฑ์การคัดกรองภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดเขียว</p> <p>5) Trauma: กำหนดให้ conference โดยใช้ 3P ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ</p> <p>6) ศัลยกรรมชาย 2: ปรับปรุงแบบบันทึก skin assessment เพื่อค้นหาผลกดทับระยะที่ 1</p> <p>7) พิเศษสูติ-นรีเวช: การประดิษฐ์นาฬิกากระดาษมาใช้เตือนในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย (เป็นผลงาน kaizen)</p> <p>8) เด็ก 2: การประเมินระดับความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบตามเกณฑ์ WHO</p>	
		ความพึงพอใจของผู้รับบริการนิเทศ	คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการนิเทศ	≥ร้อยละ 80	NA	ร้อยละ 78.8	<p>ได้ส่งแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการนิเทศ โดยใช้ E-questionnaire เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม – 18 มิถุนายน 2562 ให้บุคลากรทุกคนตอบ แต่เมื่อหมดเขตได้รับการตอบกลับน้อยมาก จึงขยายเวลาตอบแบบสอบถามเป็น 30 มิถุนายน 2562 และ 12 กรกฎาคม 2562 ตามลำดับ</p> <p>จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการนิเทศ มีผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 1,326 คน จากจำนวนบุคลากรทั้งหมด 2442 คน คิดเป็นร้อยละ 54.30</p>	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																												
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																													
							<table border="1"> <thead> <tr> <th>การนิเทศ</th> <th><math>\bar{x}</math></th> <th>SD</th> <th>ระดับความพึงพอใจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.เนื้อหาการนิเทศ</td> <td>3.89</td> <td>0.67</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>2.ระยะเวลาในการนิเทศเหมาะสม</td> <td>3.73</td> <td>0.73</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>3.ผู้นิเทศมีความเป็นกัลยาณมิตร</td> <td>3.99</td> <td>0.71</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>4.ผู้นิเทศให้การยอมรับเมื่อท่านแสดงความคิดเห็น</td> <td>3.92</td> <td>0.71</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>5.ผู้นิเทศไม่ทำให้ท่านเสียเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาล</td> <td>3.66</td> <td>0.82</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>6.ผู้นิเทศให้คำปรึกษาเกี่ยวกับข้อผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างเป็นกันเอง</td> <td>3.89</td> <td>0.75</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>7.ผู้นิเทศได้ช่วยเหลือแนะนำในการแก้ปัญหาและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน</td> <td>3.90</td> <td>0.75</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>8.ประโยชน์ที่ได้รับจากการนิเทศ</td> <td>4.01</td> <td>0.74</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>9.การนำไปปรับใช้</td> <td>3.99</td> <td>0.72</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>10.ความพึงพอใจการนิเทศในภาพรวม</td> <td>3.94</td> <td>0.75</td> <td>มาก</td> </tr> </tbody> </table> <p>ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศ ทุกหัวข้อที่ประเมิน ผู้รับการนิเทศแสดงความเห็นส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก</p> <p><b>ข้อเสนอแนะ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ด้านประโยชน์ : ดีและได้ประโยชน์ที่นำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพ และได้เน้นย้ำ ทบทวนมาตรฐานการดูแล รวมถึงการดูแลที่ป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย รวมถึงต่อบุคลากรเองด้วย (20 คน)</li> <li>ด้านระยะเวลา: ใช้เวลานานเกินไปทำให้เวลาเร่งรีบตอนช่วงต้นเวรปฏิบัติงานไม่ทัน ใช้เวลาค่อนข้างมาก ไม่ควรใช้เวลานาน ควรแจ้งล่วงหน้าเพื่อเคลียร์เคสคนไข้ไว้ก่อน ลดการรบกวนการปฏิบัติงาน ไม่ควรเกิน 15-30 นาที (26 คน)</li> </ol>	การนิเทศ	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึงพอใจ	1.เนื้อหาการนิเทศ	3.89	0.67	มาก	2.ระยะเวลาในการนิเทศเหมาะสม	3.73	0.73	มาก	3.ผู้นิเทศมีความเป็นกัลยาณมิตร	3.99	0.71	มาก	4.ผู้นิเทศให้การยอมรับเมื่อท่านแสดงความคิดเห็น	3.92	0.71	มาก	5.ผู้นิเทศไม่ทำให้ท่านเสียเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาล	3.66	0.82	มาก	6.ผู้นิเทศให้คำปรึกษาเกี่ยวกับข้อผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างเป็นกันเอง	3.89	0.75	มาก	7.ผู้นิเทศได้ช่วยเหลือแนะนำในการแก้ปัญหาและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน	3.90	0.75	มาก	8.ประโยชน์ที่ได้รับจากการนิเทศ	4.01	0.74	มาก	9.การนำไปปรับใช้	3.99	0.72	มาก	10.ความพึงพอใจการนิเทศในภาพรวม	3.94	0.75	มาก	
การนิเทศ	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึงพอใจ																																																	
1.เนื้อหาการนิเทศ	3.89	0.67	มาก																																																	
2.ระยะเวลาในการนิเทศเหมาะสม	3.73	0.73	มาก																																																	
3.ผู้นิเทศมีความเป็นกัลยาณมิตร	3.99	0.71	มาก																																																	
4.ผู้นิเทศให้การยอมรับเมื่อท่านแสดงความคิดเห็น	3.92	0.71	มาก																																																	
5.ผู้นิเทศไม่ทำให้ท่านเสียเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาล	3.66	0.82	มาก																																																	
6.ผู้นิเทศให้คำปรึกษาเกี่ยวกับข้อผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างเป็นกันเอง	3.89	0.75	มาก																																																	
7.ผู้นิเทศได้ช่วยเหลือแนะนำในการแก้ปัญหาและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน	3.90	0.75	มาก																																																	
8.ประโยชน์ที่ได้รับจากการนิเทศ	4.01	0.74	มาก																																																	
9.การนำไปปรับใช้	3.99	0.72	มาก																																																	
10.ความพึงพอใจการนิเทศในภาพรวม	3.94	0.75	มาก																																																	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<p>3. พฤติกรรมผู้นิเทศ: การนิเทศในบางหัวข้อที่ควรได้รับคำแนะนำเป็นส่วนตัว ควรมีสถานที่นิเทศในที่มีขีดระหว่างผู้นิเทศและผู้ถูกนิเทศเพื่อลดความเครียดและกดดันในการทำงานต่อผู้ถูกนิเทศ ควรรับฟังข้อเสนอแนะอย่างเป็นกลาง (13 คน)</p> <p>4. เนื้อหาในการนิเทศ: การนิเทศส่วนใหญ่เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานระดับล่างไม่ค่อยมีความรู้ในเนื้อหาที่นิเทศ อยากให้แสดงภาพบางอย่างพูดอย่างเดียวนี้กวีวิธีการไม่ออก ในขณะที่ฟังนิเทศ (5 คน)</p> <p>- มี 6 หน่วยงานที่บุคลากร ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศครบ 100% (E-questionnaire) จึงได้มอบเกียรติบัตรยกย่อง ในวันประชุมคณะกรรมการบริหารฝ่ายบริการพยาบาล วันที่ 23 กันยายน 2562 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยงานดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังทำหัตถการ</li> <li>2. แผนกผู้ป่วยนอก ๒</li> <li>3. หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี ๙</li> <li>4. หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย</li> <li>5. ศูนย์คัดกรองโรคระบบทางเดินหายใจ</li> <li>6. หอผู้ป่วยสังเกตอาการ</li> </ol>	
6.โครงการศึกษาดูงาน ใน/นอกประเทศ		การศึกษาดูงาน	จำนวนครั้ง	2		0	- ไม่ได้จัดโครงการ เนื่องจากนำเสนอดูงาน รพ.ชลบุรี/รพ.วชิระ ซึ่งผ่านการรับรอง AHA แต่กลุ่มเป้าหมายมีกิจกรรม การเตรียมรับAHAของรพ.อย่างต่อเนื่อง ไม่สะดวกในการไปดูงาน	
7. การประกันคุณภาพ ใน การใช้เครื่องมือทาง การแพทย์ 5 รายการ 1) เครื่องช่วยหายใจ 2) EKG monitor 3) Defibrillator								คุณณภัทร

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ						
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562							
4) Infusion pump 5) Syringe pump														
7.1 โครงการเตรียมเครื่องมือทางการแพทย์ให้พร้อมใช้งาน		<p>- อุปกรณ์จากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งานที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับ C ขึ้นไป</p> <p>- อุปกรณ์จากเครื่องมือชำรุด</p>	<p>- จำนวนอุปกรณ์จากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งานที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับ C ขึ้นไป</p> <p>- จำนวนอุปกรณ์เครื่องมือชำรุด ความรุนแรง</p>	<p>0</p> <p>0</p>	<p>1 ครั้ง (ระดับ D=syringe pump) ขาดการตรวจความพร้อมใช้งานของหน่วยงาน</p> <p>- เกิดความรุนแรงระดับ 3-4= 6 ครั้ง (ระดับ3 =5 ครั้ง ระดับ 4 =1 ครั้ง จาก 77 ครั้ง)</p>	<p>2 ครั้ง</p> <p>2 ครั้ง</p>	<p>1. จำนวนอุปกรณ์จากเครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับ C ขึ้นไป = 2 ครั้ง (เป็น Ventilator ใช้ที่ ENT) สาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เหตุการณ์ที่ 1 เครื่องที่ใช้อยู่มีปัญหาจากไฟฟ้าตก นำเครื่องอื่นมาใช้ทดแทน แต่ใช้ไม่ได้ เป็นเครื่องกลับจากซ่อมที่บริษัท ต้องเปลี่ยนเครื่องใหม่อีกครั้ง และมีปัญหาอีก ช่างขึ้นมาดู จากการเสียบสายไม่แน่นของเจ้าหน้าที่</li> <li>- เหตุการณ์ที่ 2 เป็นเครื่องที่นำมารอใช้จากศูนย์เครื่องช่วยหายใจ ใช้งานไม่ได้ การแก้ไข ได้ประสานงานกับศูนย์เครื่องช่วยหายใจและแจ้งปัญหาให้หัวหน้าศูนย์ซ่อมทราบเพื่อทบทวนแนวทางแก้ไขต่อไป (คุณจารุวรรณ เพิ่มรายละเอียด)</li> </ul> <p>2. จำนวนอุปกรณ์เครื่องมือชำรุด (non clinic) ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป= 2 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defibrillator (DEF0036) วางประจำหอผู้ป่วย PN ผลัดป่วยพบว่า ตัวลัด Paddle หักทั้ง 2 ช่างขณะเช็คทำความสะอาดเครื่อง ไม่ทราบว่าหักตั้งแต่เมื่อไร</li> <li>- Defibrillator ศูนย์อุปกรณ์ฯ CCU ยืมใช้งาน ขณะยกเครื่องจากรถเข็นไปบนเตียงเพื่อส่งผู้ป่วยไปสวนหัวใจ เครื่องหลุดมือหล่นตกพื้น ช่างเสียบ Paddle หัก 1 ช่าง ไม่มีอะไรเปลี่ยนเนื่องจากอายุเครื่อง 12 ปี (ระดับ 1= 51 ครั้ง ระดับ 2= 26 ครั้ง ระดับ 4 ไม่มี รวมทั้งสิ้น 79 ครั้ง )</li> </ul> <p>-รายละเอียดเพิ่มเติม ชนิดเครื่องมือ/จำนวนครั้ง /สาเหตุ ที่เกิดเหตุการณ์</p> <table border="1" data-bbox="1332 1337 1998 1465"> <thead> <tr> <th>เครื่องมือ</th> <th>จำนวน (ครั้ง)</th> <th>สาเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infusion pump</td> <td>13</td> <td>1. ขาดความระมัดระวังขณะใช้</td> </tr> </tbody> </table>	เครื่องมือ	จำนวน (ครั้ง)	สาเหตุ	Infusion pump	13	1. ขาดความระมัดระวังขณะใช้	<p>คุณ ณิชทร คุณจารุวรรณ</p>
เครื่องมือ	จำนวน (ครั้ง)	สาเหตุ												
Infusion pump	13	1. ขาดความระมัดระวังขณะใช้												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																																									
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																																										
							<table border="1"> <tr> <td>Syringe pump</td> <td>11</td> <td rowspan="17">งานและวิธีการใช้งานไม่ถูกต้อง 36 ครั้ง 2. กระบวนการทำงาน: ขาดการตรวจเช็คความพร้อมใช้ของเครื่องมือ 23 ครั้ง 3. การจัดสิ่งแวดล้อม สถานที่วางเครื่องมือ: ไม่เหมาะสม 6 ครั้ง 4. เจ้าหน้าที่ขาด Competency 5 ครั้ง 5. สภาพเครื่องมือพร้อมใช้งาน 7 ครั้ง ( IFP 4 ครั้ง/ ventilator 3 ครั้ง ) 6. ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ 1 ครั้ง (Defib) 7. ผู้ป่วยก้าวร้าว ขว้าง Digital Thermometer 1 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>EKG monitor/อุปกรณ์</td> <td>3/6</td> </tr> <tr> <td>BP</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>O2 flowmeter</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Defibrillator/อุปกรณ์</td> <td>1/6 ( ไม่ปล่อยพลังงาน 1)</td> </tr> <tr> <td>Pneumatic cuff</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Ventilator</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Transport ventilator</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>เสาน้ำเกลือ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>เครื่องล้างไต</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>เครื่อง BIPAP</td> <td>1 Mask ข้อต่อหัก</td> </tr> <tr> <td>เครื่องวัดความถ่วงจำเพาะปัสสาวะ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ปากกาเจาะDTX</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>เครื่องPCA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>เครื่องIABP(ของศูนย์หัวใจ)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>เครื่องวัด cuff pressure</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>เครื่อง Hypo – hyperthermia</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>เครื่องSuction</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Digital Thermometer</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Head light</td> <td>1</td> </tr> </table>	Syringe pump	11	งานและวิธีการใช้งานไม่ถูกต้อง 36 ครั้ง 2. กระบวนการทำงาน: ขาดการตรวจเช็คความพร้อมใช้ของเครื่องมือ 23 ครั้ง 3. การจัดสิ่งแวดล้อม สถานที่วางเครื่องมือ: ไม่เหมาะสม 6 ครั้ง 4. เจ้าหน้าที่ขาด Competency 5 ครั้ง 5. สภาพเครื่องมือพร้อมใช้งาน 7 ครั้ง ( IFP 4 ครั้ง/ ventilator 3 ครั้ง ) 6. ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ 1 ครั้ง (Defib) 7. ผู้ป่วยก้าวร้าว ขว้าง Digital Thermometer 1 ครั้ง	EKG monitor/อุปกรณ์	3/6	BP	9	O2 flowmeter	7	Defibrillator/อุปกรณ์	1/6 ( ไม่ปล่อยพลังงาน 1)	Pneumatic cuff	4	Ventilator	4	Transport ventilator	1	เสาน้ำเกลือ	1	เครื่องล้างไต	1	เครื่อง BIPAP	1 Mask ข้อต่อหัก	เครื่องวัดความถ่วงจำเพาะปัสสาวะ	1	ปากกาเจาะDTX	1	เครื่องPCA	1	เครื่องIABP(ของศูนย์หัวใจ)	1	เครื่องวัด cuff pressure	1	เครื่อง Hypo – hyperthermia	1	เครื่องSuction	1	Digital Thermometer	1	Head light	1	
Syringe pump	11	งานและวิธีการใช้งานไม่ถูกต้อง 36 ครั้ง 2. กระบวนการทำงาน: ขาดการตรวจเช็คความพร้อมใช้ของเครื่องมือ 23 ครั้ง 3. การจัดสิ่งแวดล้อม สถานที่วางเครื่องมือ: ไม่เหมาะสม 6 ครั้ง 4. เจ้าหน้าที่ขาด Competency 5 ครั้ง 5. สภาพเครื่องมือพร้อมใช้งาน 7 ครั้ง ( IFP 4 ครั้ง/ ventilator 3 ครั้ง ) 6. ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ 1 ครั้ง (Defib) 7. ผู้ป่วยก้าวร้าว ขว้าง Digital Thermometer 1 ครั้ง																																															
EKG monitor/อุปกรณ์	3/6																																																
BP	9																																																
O2 flowmeter	7																																																
Defibrillator/อุปกรณ์	1/6 ( ไม่ปล่อยพลังงาน 1)																																																
Pneumatic cuff	4																																																
Ventilator	4																																																
Transport ventilator	1																																																
เสาน้ำเกลือ	1																																																
เครื่องล้างไต	1																																																
เครื่อง BIPAP	1 Mask ข้อต่อหัก																																																
เครื่องวัดความถ่วงจำเพาะปัสสาวะ	1																																																
ปากกาเจาะDTX	1																																																
เครื่องPCA	1																																																
เครื่องIABP(ของศูนย์หัวใจ)	1																																																
เครื่องวัด cuff pressure	1																																																
เครื่อง Hypo – hyperthermia	1																																																
เครื่องSuction	1																																																
Digital Thermometer	1																																																
Head light	1																																																

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																								
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																									
7.2 พัฒนาระบบการส่งเครื่องมือทำ PM (ที่ศูนย์ซ่อมบำรุงเครื่องมือแพทย์)		เครื่องมือได้รับการทำ PM ตามเกณฑ์ที่กำหนด (การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน)	ร้อยละของเครื่องมือได้รับการทำ PM ตามเกณฑ์ที่กำหนด 1.ทุก 4 เดือน 1 รายการ คือ :Defibrillator 2.ทุก 6 เดือน 4 รายการ :EKG monitor :Syringe pump :Infusion pump :Ventilator	ร้อยละ 100	ร้อยละ 99.64	ร้อยละ 99.36	เครื่องมือได้รับการทำ PM ร้อยละ 99.36 (ตุลาคม 2561 – สิงหาคม 2562) <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชนิด</th> <th>จำนวน (เครื่อง)</th> <th>ทำ PM (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Defibrillator</td> <td>73 – 83 เครื่อง</td> <td>99.47</td> </tr> <tr> <td>EKG monitor</td> <td>63 – 76 เครื่อง</td> <td>97.95</td> </tr> <tr> <td>Syringe pump</td> <td>156</td> <td>99.40</td> </tr> <tr> <td>Infusion pump</td> <td>400</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Ventilator</td> <td>232</td> <td>90 (ไม่ได้ทำ 23)</td> </tr> <tr> <td>เก็บเฉพาะไตรมาสมแรก</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2 ปรับเป็น Transport Ventilator</td> <td>21</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ชนิด	จำนวน (เครื่อง)	ทำ PM (ร้อยละ)	Defibrillator	73 – 83 เครื่อง	99.47	EKG monitor	63 – 76 เครื่อง	97.95	Syringe pump	156	99.40	Infusion pump	400	100	Ventilator	232	90 (ไม่ได้ทำ 23)	เก็บเฉพาะไตรมาสมแรก			ไตรมาส 2 ปรับเป็น Transport Ventilator	21	100	
ชนิด	จำนวน (เครื่อง)	ทำ PM (ร้อยละ)																														
Defibrillator	73 – 83 เครื่อง	99.47																														
EKG monitor	63 – 76 เครื่อง	97.95																														
Syringe pump	156	99.40																														
Infusion pump	400	100																														
Ventilator	232	90 (ไม่ได้ทำ 23)																														
เก็บเฉพาะไตรมาสมแรก																																
ไตรมาส 2 ปรับเป็น Transport Ventilator	21	100																														
8.โครงการจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ให้มีใช้อย่างเพียงพอ (5 รายการ)		เครื่องมือเพียงพอในการใช้งาน	จัดหาเครื่องมือได้ตามความจำเป็นในการใช้งาน/จัดหาเครื่องมือได้ตาม	ร้อยละ 100	97.35 (EKG monitor ทาได้87%ใน8ชม.)	ร้อยละ 96.73	จัดหาเครื่องมือได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 96.73 (ตุลาคม 2561-สิงหาคม 2562) <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชนิด</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลสำเร็จ(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>จัดหาได้ตามความจำเป็นในการใช้งาน 100%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ชนิด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ(%)		จัดหาได้ตามความจำเป็นในการใช้งาน 100%		คุณณภัทร ศูนย์อุปกรณ์																		
ชนิด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ(%)																														
	จัดหาได้ตามความจำเป็นในการใช้งาน 100%																															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน			ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562			
			ระยะเวลาที่กำหนด				Defibrillator (10)	ทันที	100 % -มี Defibrillator รวม 105 ครั้ง(ซ=25/บ=53/ค=27 ได้ทันที)	
							Defibrillator+ pacemaker(5) เริ่มเก็บไตรมาส 2	ตามเวลาการใช้งาน	100% ( 16ครั้ง )	
							EKG monitor (31 เครื่อง มี A-line 18 เครื่อง)	ภายใน 8 ชม.	91.5% (1585/1732 ครั้ง) -ภายใน 4 ชม.= 88.03 -ภายใน 1 ชม.= 79.85 -ไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย	
							Syr. Pump (99)	ภายใน 60 นาที	95.94 % (1039/1083 ครั้ง) -หมุนเวียนได้ภายในหอผู้ป่วย	
							Infusion pump (386)	ภายใน 60 นาที	97.42 % (6372/6541 ครั้ง) -หมุนเวียนได้ภายในหอผู้ป่วย	
							Respirator (72)	ทันที	99.94% (1979/1980ครั้ง)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ						
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562							
							<table border="1"> <tr> <td>ไตรมาส2-4 *เก็บเพิ่ม*EKG Transfer ( 4 )</td> <td>ตามเวลาใช้งาน</td> <td>100% ( 607 ครั้ง ) - 602 ครั้ง ได้ทันที (99.56%) - 4 ครั้ง ได้ภายใน60 นาที. - 1 ครั้ง ได้ภายใน 4 ชม.</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส2-4 *เก็บเพิ่ม* Transport vent. (9)</td> <td>ตามเวลาใช้งาน</td> <td>100% ( 843 ครั้ง ) - parapac 383 ครั้ง - newport/c1 460ครั้ง) - 835 ครั้ง ได้ทันที - 5 ครั้ง ได้ภายใน 60 นาที - 3 ครั้ง ได้ภายใน 4 ชม.</td> </tr> </table>	ไตรมาส2-4 *เก็บเพิ่ม*EKG Transfer ( 4 )	ตามเวลาใช้งาน	100% ( 607 ครั้ง ) - 602 ครั้ง ได้ทันที (99.56%) - 4 ครั้ง ได้ภายใน60 นาที. - 1 ครั้ง ได้ภายใน 4 ชม.	ไตรมาส2-4 *เก็บเพิ่ม* Transport vent. (9)	ตามเวลาใช้งาน	100% ( 843 ครั้ง ) - parapac 383 ครั้ง - newport/c1 460ครั้ง) - 835 ครั้ง ได้ทันที - 5 ครั้ง ได้ภายใน 60 นาที - 3 ครั้ง ได้ภายใน 4 ชม.	
ไตรมาส2-4 *เก็บเพิ่ม*EKG Transfer ( 4 )	ตามเวลาใช้งาน	100% ( 607 ครั้ง ) - 602 ครั้ง ได้ทันที (99.56%) - 4 ครั้ง ได้ภายใน60 นาที. - 1 ครั้ง ได้ภายใน 4 ชม.												
ไตรมาส2-4 *เก็บเพิ่ม* Transport vent. (9)	ตามเวลาใช้งาน	100% ( 843 ครั้ง ) - parapac 383 ครั้ง - newport/c1 460ครั้ง) - 835 ครั้ง ได้ทันที - 5 ครั้ง ได้ภายใน 60 นาที - 3 ครั้ง ได้ภายใน 4 ชม.												
9. จัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อปัจจุบันและรองรับการขยายงานทันเวลา		แผนการจัดซื้อ	ส่งแผนการจัดซื้อได้ทันตามเวลาที่กำหนด <b>ปี 2562ปรับใหม่</b> มีแผนจัดซื้อครุภัณฑ์และเป็นไปตามแผน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 99 (107รายการ จาก 108 รายการ)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนจัดซื้อทดแทนครุภัณฑ์อายุงาน 8 ปีขึ้นไป</li> <li>- การขออนุมัติในการจัดซื้อทดแทน ต้องใช้ข้อมูลจากศูนย์ซ่อม ในการซ่อมครุภัณฑ์แต่ละชนิด เพื่อนำข้อมูลมาพิจารณาร่วมด้วย ****จากการประชุมร่วมกันกับศูนย์ซ่อม (18 เม.ย.62) อจ.ชนนท์ จะไปดูแลต่อยอดข้อมูลที่ศูนย์ซ่อมได้จัดทำรายการครุภัณฑ์ไว้แล้ว (80%) ให้ครอบคลุมทั้งหมด รวมทั้งประวัติการซ่อมและให้หน่วยงานต่างๆเห็นข้อมูลได้*****</li> <li>****ปี งบ 2563 ตามแผนได้ขออนุมัติครุภัณฑ์ทดแทนของฝ่ายบริการพยาบาล 8 รายการ ได้รับอนุมัติ 7 รายการ และชะลอไปปีหน้า 1 รายการ ซึ่งได้ดำเนินการส่งเรื่องจัดซื้อแล้ว</li> </ul>							



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ					
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562						
			ร้อยละ100										
10. การพัฒนาบุคลากรด้านอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ตามเกณฑ์ IDP		คู่มือทะเบียนคุณลักษณะเฉพาะ (specification)	มีคู่มือทะเบียนคุณลักษณะเฉพาะ (specification) สำเร็จ	ร้อยละ 100	NA	ร้อยละ 80	- ดำเนินการสำเร็จประมาณ 80% ถึงขั้นตอนที่ 2 คือ คัดเลือก ข้อมูลสเปคที่ใช้ในปัจจุบัน เพิ่มสเปคกลุ่มวอร์ด Premium และ CCU - ข้อ 3 กำลังดำเนินการ (ขั้นตอน 1.ทบทวนข้อมูลเดิม จัดหมวดหมู่ แบ่งกลุ่มครุภัณฑ์ใหม่ 2.คัดเลือก ข้อมูลที่ยังใช้ในปัจจุบัน และเพิ่มข้อมูลใหม่ 3.จัดทำบัญชีรายชื่อครุภัณฑ์ใหม่ให้ถูกต้อง)						
		บุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ IDP	ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ IDP	≥ร้อยละ 70	99.54 (PN<5ปี) 73.75 (orderly<5ปี) 39.5 (orderly>5ปี)	ร้อยละ100	-จัดการพัฒนาให้แก่พยาบาลใหม่ตามเกณฑ์ IDP จำนวน 130 คน วันที่ 22-23 กรกฎาคม 2562 -เพิ่มจัดอบรมให้บุคลากรระดับพยาบาลอายุงานมากกว่า 1 ปี / พยาบาลแกนนำ จำนวน 69 คน เรื่องการใช้และการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์พื้นฐานในวันที่ 23-24 มกราคม 2562 (self - inflating bag /EKG monitor /Infusion pump /Syringe pump /Pneumatic cuff )						
		บุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ IDP	ร้อยละของบุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ IDP ≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	100 (รอบแรกผ่าน 83.33) 100 (รอบแรกผ่าน 83.76)	ร้อยละ100	- พยาบาลใหม่ที่ได้รับการอบรมตามเกณฑ์ IDP ร้อยละ100 สอบวัดความรู้และการปฏิบัติผ่านเกณฑ์ 100 % - บุคลากรระดับพยาบาลอายุงานมากกว่า1ปี / พยาบาลแกนนำ ที่ได้รับการอบรม ร้อยละ 100 สอบวัดความรู้ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 93.88 ฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง 100 %						
						<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">หัวข้อ</td> <td colspan="2">ร้อยละ</td> </tr> <tr> <td>รุ่น1 (39 คน)</td> <td>รุ่น2 ( 30 คน)</td> </tr> </table>		หัวข้อ	ร้อยละ		รุ่น1 (39 คน)	รุ่น2 ( 30 คน)	
หัวข้อ	ร้อยละ												
	รุ่น1 (39 คน)	รุ่น2 ( 30 คน)											

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ																													
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562																														
							<table border="1"> <tr> <td>1.ความรู้ที่มีก่อนการอบรม</td> <td>69.9</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>2.ความรู้ที่มีหลังอบรม</td> <td>91.87</td> <td>95.9</td> </tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อ</th> <th colspan="2">ความคิดเห็นระดับดี-ดีมาก(ร้อยละ)</th> </tr> <tr> <th>รุ่น 1(39 คน)</th> <th>รุ่น2( 30 คน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.เนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์</td> <td>94</td> <td>95.8</td> </tr> <tr> <td>2.การบรรยายชัดเจน เข้าใจง่าย</td> <td>93.2</td> <td>94.4</td> </tr> <tr> <td>3.ภาคปฏิบัติชัดเจน เหมาะสม</td> <td>86.4</td> <td>93</td> </tr> <tr> <td>4.เปิดโอกาสให้ซักถาม</td> <td>91.4</td> <td>94</td> </tr> <tr> <td>5.ระยะเวลาเหมาะสม</td> <td>90.8</td> <td>93</td> </tr> <tr> <td>6.การนำไปประยุกต์ใช้</td> <td>93.8</td> <td>95.6</td> </tr> </tbody> </table>	1.ความรู้ที่มีก่อนการอบรม	69.9	67	2.ความรู้ที่มีหลังอบรม	91.87	95.9	หัวข้อ	ความคิดเห็นระดับดี-ดีมาก(ร้อยละ)		รุ่น 1(39 คน)	รุ่น2( 30 คน)	1.เนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	94	95.8	2.การบรรยายชัดเจน เข้าใจง่าย	93.2	94.4	3.ภาคปฏิบัติชัดเจน เหมาะสม	86.4	93	4.เปิดโอกาสให้ซักถาม	91.4	94	5.ระยะเวลาเหมาะสม	90.8	93	6.การนำไปประยุกต์ใช้	93.8	95.6	
1.ความรู้ที่มีก่อนการอบรม	69.9	67																																			
2.ความรู้ที่มีหลังอบรม	91.87	95.9																																			
หัวข้อ	ความคิดเห็นระดับดี-ดีมาก(ร้อยละ)																																				
	รุ่น 1(39 คน)	รุ่น2( 30 คน)																																			
1.เนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	94	95.8																																			
2.การบรรยายชัดเจน เข้าใจง่าย	93.2	94.4																																			
3.ภาคปฏิบัติชัดเจน เหมาะสม	86.4	93																																			
4.เปิดโอกาสให้ซักถาม	91.4	94																																			
5.ระยะเวลาเหมาะสม	90.8	93																																			
6.การนำไปประยุกต์ใช้	93.8	95.6																																			
<b>11.โครงการ Data management</b>																																					
11.1 จัดการข้อมูลระดับหอผู้ป่วย (2 หอผู้ป่วย)	ต.ค 61-ก.ย.62	ข้อมูลที่ได้รับ การจัดการ	จำนวนข้อมูลที่ได้รับ การจัดการ	4 เรื่อง	NA (ไม่มีการจัดโครงการ)	7 เรื่อง	<p>จำนวนข้อมูลที่ได้รับการจัดการ 7 เรื่อง ใน 9 หอผู้ป่วย</p> <p>- จัดอบรมให้เชิงปฏิบัติการให้กับหอผู้ป่วย SICU SRCU ตา หู คอ จมูก ER OR สังเกตอาการ ศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง วันที่ 8 มีนาคม 2562 และจากการติดตามหลังเข้าอบรม 1 เดือน พบว่ามีหอผู้ป่วย/หน่วยงานที่มีการจัดระบบการเก็บข้อมูลใน google drive เพิ่มทั้งหมด 19 หอผู้ป่วย/หน่วยงาน</p> <p>- หอผู้ป่วยได้กำหนดข้อมูลที่ต้องการจัดการทั้งหมด 7 เรื่อง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตารางเวร</li> <li>2. ตัวชี้วัด</li> </ol>	คุณกัญชลี คุณพรทิพย์																													

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ						
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562							
							3. รายงานการประชุม 4. สื่อการสอน 5. ข้อตกลงภาระงาน 6. โครงการพัฒนางาน 7. ข้อสอบ 5 วิชาหลัก - จัดประชุมติดตามผลการดำเนินการ วันที่ 19 เมษายน 2562 วันที่ 31 พฤษภาคม 2562 และเดือนสิงหาคม 2562 - รับ Consult ปัญหาการใช้งาน จากหอผู้ป่วย/หน่วยงาน							
		ข้อมูลที่ได้รับ การนิยาม	จำนวนข้อมูลที่ได้รับ การนิยาม	4 เรื่อง	NA (ไม่มีการจัด โครงการ)	7 เรื่อง	ดำเนินการ 7 เรื่อง คือ 1. ตารางเวร 2. ตัวชี้วัด 3. รายงานการประชุม 4. สื่อการสอน 5. ข้อตกลงภาระงาน 6. โครงการพัฒนางาน 7. ข้อสอบ 5 วิชาหลัก							
11.2 จัดอบรมการจัดเก็บข้อมูลใน Google drive และการสร้างแบบสอบถามในระบบออนไลน์ ผ่าน google form	ธ.ค.- 61	แบบสอบถามในระบบออนไลน์ผ่าน google form	จำนวนแบบสอบถามในระบบออนไลน์ผ่าน google form	10 เรื่อง	NA (ไม่มีการจัด อบรม)	15 เรื่อง	จำนวนแบบสอบถามในระบบออนไลน์ผ่าน google form 15 เรื่อง 1. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งาน google form ในวันที่ 14,15 มกราคม และ 6,7 กุมภาพันธ์ 2562 จากการสอบถามผู้เข้าอบรม มีผู้ตอบแบบสอบถาม 33 หอผู้ป่วย/หน่วยงาน พบว่า <table border="1" data-bbox="1310 1337 1877 1433"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>เฉลี่ย</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้เข้าอบรมได้รับประโยชน์</td> <td>4.70</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อ	เฉลี่ย	ระดับ	ผู้เข้าอบรมได้รับประโยชน์	4.70	มากที่สุด	คุณกัญชลี คุณพรทิพย์
หัวข้อ	เฉลี่ย	ระดับ												
ผู้เข้าอบรมได้รับประโยชน์	4.70	มากที่สุด												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน 2561	ผลการ ดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ						
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562							
							<table border="1"> <tr> <td>จากโครงการ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ผู้เข้าอบรมสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในงาน</td> <td>4.58</td> <td>มากที่สุด</td> </tr> </table> <p>ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) เป็นการอบรมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ทำงานได้ง่ายขึ้น สะดวกและเป็นระบบมากขึ้น</li> <li>2) ควรจัดอบรมให้บุคลากรให้สามารถใช้งานได้ในทุกระดับ 100% ควรจัดอบรมบ่อยๆ และให้ทำการบ้านเพื่อไปทบทวนอย่างต่อเนื่อง</li> <li>3) ควรมีแนวทาง/ขั้นตอนการใช้งานให้ดูประกอบด้วย</li> <li>4) ควรกำหนดเป็น IDP ฝ่ายบุคลากร</li> </ol> <p>2. ติดตามหลังเข้าอบรม 1 เดือน พบว่า หอผู้ป่วย/หน่วยงาน มีการนำ Google form ไปสร้างแบบสอบถามจำนวน 15 เรื่อง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) แบบสอบถามอบรม in service training</li> <li>2) แบบสอบถามสุขภาพบุคลากร</li> <li>3) แบบสอบถามความรู้ 5 โรคหลัก</li> <li>4) แบบทดสอบการล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยของ บุคลากรในหน่วยงาน</li> <li>5) ทำแบบทดสอบ วัด pre test- post test อบรมของหอผู้ป่วย</li> <li>6) ประเมินการอบรมในหน่วยงาน</li> <li>7) การ QA ต่างๆ</li> </ol>	จากโครงการ			ผู้เข้าอบรมสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในงาน	4.58	มากที่สุด	
จากโครงการ														
ผู้เข้าอบรมสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในงาน	4.58	มากที่สุด												

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							8) แบบสอบถามความพึงพอใจ 9) การประเมินผลการ จัดโครงการในหน่วยงาน 10) หัตถการของหอผู้ป่วย 11) ข้อเสนอการบริหารยา 12) การสอบภายในหอผู้ป่วย 13) แบบสอบถามสำรวจการเข้าร่วมงานกีฬา 14) สำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน 15) เก็บข้อมูลความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลือง	
		หอผู้ป่วยที่มี การจัดระบบ การเก็บข้อมูล ใน google drive	จำนวนหอ ผู้ป่วยที่มีการ จัดระบบการ เก็บข้อมูลใน google drive	3 หอผู้ป่วย	NA	19 หอผู้ป่วย	1. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งาน google drive และ google form วันที่ 14, 15 มกราคม และ 6,7 กุมภาพันธ์ 2562 2. จากการติดตามหลังเข้าอบรม 1 เดือน พบว่ามีหอผู้ป่วย/หน่วยงานที่มีการจัดระบบการเก็บข้อมูลใน google drive - มีการจัดระบบการเก็บข้อมูลใน google drive 19 หอผู้ป่วย/ หน่วยงาน คือ 1.คลินิกบริการพิเศษ 2.แผนกดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังทำหัตถการ 3.แผนกผ่าตัดเล็ก 4.ศูนย์จองห้องพิเศษ 5.ศูนย์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ 6.หอผู้ป่วยเด็ก 2 7.หอผู้ป่วยเด็กแรกเกิด (NMCU)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							8.หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 11 9.หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 7 10.หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง 11.หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินหายใจ (SRCU) 12.หอผู้ป่วยสังเกตอาการ 13.หอผู้ป่วยสูติกรรม 14.หอผู้ป่วยหู คอ จมูก 15.หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 16.หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 17.หอผู้ป่วยอายุรกรรมทางเดินหายใจ (MRCU) 18.หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (SICU) 19.หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (MICU) โดยตัวอย่างข้อมูลที่ได้มีการจัดเก็บใน google drive แล้ว มีดังนี้ 1) เอกสารอบรมต่างๆ 2) ฐานข้อมูลบุคลากร 3) แฟ้มและไฟล์งานต่างๆ 4) ตารางเวร 5) รายงานการประชุม 6) รูปภาพกิจกรรมของหอผู้ป่วย 7) ทะเบียนข้อมูลครุภัณฑ์ที่ศูนย์อุปกรณ์ให้บริการ 8) บันทึกรวันลาเจ้าหน้าที่ศูนย์อุปกรณ์ 9) คู่มือการใช้งานเครื่องมือแพทย์ชนิดต่างๆ 10) บันทึกการอบรม	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							11) ข้อตกลงภาระงาน 12) โครงการพัฒนางาน 13) แผนปฏิบัติการหอผู้ป่วย 14) QA ของหอผู้ป่วย 15) ตารางวันลา 16) แบบสอบถามความพึงพอใจ 17) ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อมียา 18) ทำงำนข้อมูลมาตรฐานการบริหารศูนย์จ้งห้อง 19) สรุปรายงานประจำเดือนหัวหน้าเวร 20) Risk profile 21) ข้อมูลการฝากเลี้ยงเด็ก 22) เอกสารข้อมูลของหน่วยงาน - อยู่ในระหว่างการตัดสินใจ 6 หอผู้ป่วย/หน่วย คือ ห้องคลอด หอผู้ป่วยเด็ก 1 หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 10 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ & Burn หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (PICU)	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
11.3 ปรับช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญของฝ่ายบริการพยาบาล โดยใช้ QR Code	ต.ค 61- ก.ย.62	ข้อมูลสำคัญที่เข้าถึง	จำนวนข้อมูลสำคัญที่เข้าถึง	5 เรื่อง	NA	8 เรื่อง	<p>1. จำนวนข้อมูลสำคัญที่เข้าถึงโดยใช้ QR Code 8 เรื่อง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) คู่มือการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ</li> <li>2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ</li> <li>3) คู่มืออัคคีภัย</li> <li>4) Flow Chart การเปิดหอผู้ป่วยควบคุมการติดเชื้อ</li> <li>5) แผนปฏิบัติการรองรับอุบัติเหตุหมู่ (ในเวลา)</li> <li>6) แผนปฏิบัติการรองรับอุบัติเหตุหมู่ (นอกเวลา)</li> <li>7) แผนขู่วางระเบิด</li> <li>8) แผนอุทกภัย</li> </ol> <p>2. จากการติดตามผลหลังประกาศใช้ 1 เดือนพบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 หอผู้ป่วย/หน่วยงาน มีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก(4.2)</li> <li>2.2 ข้อมูลที่ต้องการให้กรรมการสารสนเทศจัดทำ QR Code เพิ่มเติมเพื่อให้เข้าถึงได้ง่าย คือ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลคุณภาพ เพื่อเตรียมรับ AHA ที่รวบรวมไว้เป็นหมวดหมู่</li> <li>- ระบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาล</li> <li>- คลิปวิดีโอการใช้งานอุปกรณ์ต่างๆ เช่น การใส่-ถอด PPE เป็นต้น</li> <li>- ตัวชี้วัดหลักของฝ่ายฯ แยกตามหน่วยงาน</li> </ul> </li> </ol> <p>2.3 มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อยากให้เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลผ่านทางลิงค์ด้วย</li> </ul>	คุณกัญชลี คุณพรทิพย์



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
12.โครงการพัฒนาการมีส่วนร่วม PSU SMART HOSPITAL	ต.ค 61- ก.ย.62							คุณกัญชลี คุณพรทิพย์
- จัดอบรมการใช้โปรแกรม my health first		ผู้ใช้โปรแกรม my health first	จำนวนผู้ใช้โปรแกรม my health first	ร้อยละ 50 ของบุคลากรฝ่ายบริการพยาบาล	NA	ร้อยละ 88.71	จำนวนผู้ใช้โปรแกรม my health first ร้อยละ 88.71 1. จำนวนผู้เข้าอบรมการใช้โปรแกรม my health first 130 คน 2.จำนวนผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ SMART HEALTH 2,167 คน - ใช้ application 2,067 คน - โทรศัพท์ไม่รองรับ 100 คน 3. ประสานงานกับผู้พัฒนาโปรแกรมส่งผู้สมัครเข้าระบบ ประสานงานเพื่อจัดทำ Dash Board ติดตามการใช้ application ได้จัดทำเรียบร้อยแล้ว	
13. โครงการจัดทำคู่มือการกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงโปรแกรม	ต.ค 61- ก.ย.62	คู่มือที่กำหนดสิทธิ์	มีคู่มือที่กำหนดสิทธิ์	สำเร็จพร้อมใช้			ดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 90	คุณกัญชลี คุณพรทิพย์
-โปรแกรมในระบบ HIS		คู่มือที่กำหนดสิทธิ์ครบทุกกลุ่มงาน (OPD, IPD, OR)	มีคู่มือที่กำหนดสิทธิ์ครบทุกกลุ่มงาน (OPD, IPD, OR)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 35	ร้อยละ 90	สำเร็จร้อยละ 90	
-โปรแกรมในระบบ Intranet ฝ่ายบริการพยาบาล		คู่มือที่กำหนดสิทธิ์	มีคู่มือที่กำหนดสิทธิ์	ร้อยละ 100	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	สำเร็จร้อยละ 90	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
14. มีโปรแกรมรายงานข้อมูลสำคัญเพื่อการบริหารจัดการ	ต.ค 61-ก.ย.62		ขั้นตอนความสำเร็จ (1.ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา					คุณกัญชลี คุณพรทิพย์
- Dash Board ระดับฝ่ายบริการพยาบาล		มีdash board ในระบบ Intranet ของฝ่ายบริการพยาบาล	2. ขั้นตอนการออกแบบโปรแกรม (Design a Program)	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	อยู่ในระหว่างดำเนินการจัดทำ 2 เรื่อง คือ - ระดับ IDP ตำแหน่งพยาบาล - จำนวนบุคลากรของฝ่ายบริการพยาบาล รายเดือน	
- Dash Board ในระบบ HIS		มีdash board สำหรับผู้บริหารและพยาบาล ปฏิบัติการ	3. ขั้นตอนการเขียนโปรแกรม (Coding) 4. ขั้นตอนการทดลองใช้โปรแกรม (Testing) 5. ขั้นตอนการนำไปใช้จริง (Training) 6. ขั้นตอนการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรม (Program Maintenance))	ขั้นตอนที่ 6	ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่ 6	- ปรับปรุงเรื่องเชื่อมต่อยา ยังไม่แสดงผลครอบคลุมทุกตัว เนื่องจากหน่วยควบคุมการติดเชื้อ กำหนดให้หน่วยยาธิส่งข้อมูลเฉพาะเชื้อ CRE & VRE เข้าโปรแกรม ผู้ประสาน IC ของฝ่ายฯ ได้ประสานงานกับ หน่วยควบคุมการติดเชื้อแล้ว ให้ฝ่ายฯทำหนังสือขอความร่วมมือไปทางโรงพยาบาล - โรงพยาบาลนัดประสานงานระหว่างฝ่ายบริการพยาบาลกับหน่วยควบคุมการติดเชื้อ - สรุป หน่วยควบคุมการติดเชื้อ/โรงพยาบาล ขอความร่วมมือให้ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศดำเนินการดังนี้ 1. เพิ่มการแจ้งเตือนเชื้อดื้อยาและการติดเชื้อ 2. เพิ่มช่อง “เชื้อดื้อยา” ในโปรแกรมเฝ้าระวังการติดเชื้อ ของหน่วยควบคุมการติดเชื้อฯ Tab MDR และนับจำนวนรวมแยกเชื้อแต่ละชนิด ซึ่งต้องติดตามคำตอบจากฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศต่อไป - พบปัญหายังมีการ ใช้ประโยชน์ของ Dash Board ได้ไม่เต็มที่ จึงได้	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ									
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562										
							<p>ทบทวนการใช้ Dash Board กับหัวหน้าหอผู้ป่วยในวันที่ 29 มกราคม 2562 และการติดตามผลหลังกิจกรรมทบทวน 2 เดือน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 19 หอผู้ป่วยพบว่า</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>เฉลี่ย</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>บุคลากรในหน่วยงานใช้ประโยชน์จาก Dash board</td> <td>3.26</td> <td>ปานกลาง</td> </tr> <tr> <td>การใช้ข้อมูลจาก Dash board ในระบบ HIS เพื่อเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วย</td> <td>3.38</td> <td>ปานกลาง</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ</u> ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-บุคลากรยังใช้งานน้อย ควรประชาสัมพันธ์การใช้งานมากขึ้น หรือมีการอบรม หรือควรมี Quick Guide การใช้งาน Dash board การเข้าถึงข้อมูล การใช้งานต่างๆ การลงข้อมูลจุดไหน ที่ link กับ Dash board เพราะข้อมูล ในหอผู้ป่วย ขึ้นไม่ครบทุกเตียง และไม่ครอบคลุม</li> <li>- ให้คู่มือ /เอกสาร/ quick guide การใช้งาน Dash board</li> <li>- ควรจัดเรียงลำดับข้อมูลตามลำดับความสำคัญ</li> <li>- หัวข้อที่อยากให้มีเพิ่มเติม <ul style="list-style-type: none"> <li>: จำนวนผู้ป่วยที่หายเคมีบำบัด</li> <li>: ความเสี่ยงต่างๆ เช่น เสี่ยงต่อการดิ่งท่อ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย เสี่ยงต่อกระดูกหัก</li> <li>: ให้แสดงว่าตอนนี้ผู้ป่วยรายใดไม่อยู่ในหอผู้ป่วยกำลังออกไปทำกิจกรรมด้านนอก</li> </ul> </li> </ul>	หัวข้อ	เฉลี่ย	ระดับ	บุคลากรในหน่วยงานใช้ประโยชน์จาก Dash board	3.26	ปานกลาง	การใช้ข้อมูลจาก Dash board ในระบบ HIS เพื่อเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วย	3.38	ปานกลาง	
หัวข้อ	เฉลี่ย	ระดับ															
บุคลากรในหน่วยงานใช้ประโยชน์จาก Dash board	3.26	ปานกลาง															
การใช้ข้อมูลจาก Dash board ในระบบ HIS เพื่อเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วย	3.38	ปานกลาง															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
15.พัฒนาโปรแกรม ทางการพยาบาล ใน ระบบ HIS		ความคืบหน้า ของโปรแกรม ทั้ง 5 โปรแกรม	ขั้นตอน ความสำเร็จ					คุณกัญชลี คุณพรทิพย์
- โปรแกรมการลงบันทึก ข้อมูลในระบบ HIS สำหรับผู้ป่วยผ่าตัด ตั้งแต่ เตรียมจนสิ้นสุดการผ่าตัด				ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 2	รอโปรแกรมเมอร์เขียนโปรแกรม - อยู่ในระหว่างการเขียนโปรแกรม การรับส่งผู้ป่วยเข้าและออกจากห้อง ผ่าตัด	
- ทะเบียนผู้ป่วย OR				ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 6	ประกาศใช้งานเรียบร้อยแล้ว	
- ทะเบียนผู้ป่วย ER				ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	- ประชุม เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับ ขั้นตอนการทำงาน เงื่อนไข และ รายละเอียดหน้ารายงาน ของโปรแกรมร่วมกับฝ่ายเทคโนโลยี สารสนเทศ หอผู้ป่วยสังเกตอาการและแผนกฉุกเฉิน - รอโปรแกรมเมอร์เขียนโปรแกรม	
- โปรแกรม Neurological observation sheet				ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 6	- ทดลองใช้งานกับหอผู้ป่วย SICU SRCU ศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ศัลยกรรมประสาท อุบัติเหตุ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 - เปิดใช้งานทุกหอผู้ป่วยวันที่ 5 มีนาคม 2562 - ประกาศใช้ วันที่ 1 เมษายน 2562	
- โปรแกรมปรึกษาสิทธิ ประโยชน์				ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 4	- ประชุมร่วมกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและหน่วยสิทธิประโยชน์ 8 ครั้ง ขณะนี้ได้ดำเนินการเขียนโปรแกรมไปแล้วบางส่วน - โปรแกรมเมอร์เขียนโปรแกรมในส่วนของสิทธิประโยชน์เรียบร้อยแล้ว	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							และทดลองใช้งานแล้ว ในส่วนของฝ่ายบริการพยาบาลกำลังดำเนินการ	
- ปรับระบบโปรแกรมหอผู้ป่วยสังเกตอาการ				ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 2	ชั้นตอนที่ 2	- ประชุม เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับ ขั้นตอนการทำงาน เ็นไข และ รายละเอียดหน้ารายงาน ของโปรแกรมร่วมกับฝ่ายเทคโนโลยี สารสนเทศ หอผู้ป่วยสังเกตอาการและแผนกฉุกเฉิน - รอโปรแกรมเมอร์เขียนโปรแกรม	
- โปรแกรมบันทึกเวลาทำงาน ห้องผ่าตัด				ชั้นตอนที่ 6	ชั้นตอนที่ 5	ชั้นตอนที่ 5	รอโปรแกรมเมอร์ปรับโปรแกรม	
- โปรแกรม IAD				ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 2	ชั้นตอนที่ 3	โปรแกรมเมอร์เขียนโปรแกรมแล้ว จะเริ่มทดลองใช้งานเดือนสิงหาคม 2562 แต่มีการแก้ไขโปรแกรม pressure sore โดยเปลี่ยนเป็นโปรแกรม pressure injury ครอบคลุม IAD MARSI รวมทั้งโปรแกรม skin inspection ทำให้ต้องขยายเวลาการทดลองใช้งานเป็นเดือนธันวาคม 2562	
16. พัฒนาระบบข้อมูลในระบบ Intranet	ต.ค 61- ก.ย.62	มีฐานข้อมูล พร้อมใช้งาน	ชั้นตอน ความสำเร็จ					คุณกัญชลี คุณพรทิพย์
16.1 ระบบ Intranet ฝ่ายบริการพยาบาล								

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
- ฐานข้อมูล Data center				ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 2	ชั้นตอนที่ 2	รวบรวมและจัดหมวดหมู่ข้อมูล	
- ฐานข้อมูลอบรมฝ่าย บริการพยาบาล				ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 2	ชั้นตอนที่ 2	รอฟัฒนาร่วมกับโปรแกรม HRIS ของคณะฯ พัฒนาการส่งอบรมออนไลน์ (กำหนดเสร็จในระยะเวลาที่ 1 เดือน พฤศจิกายน 2562) ระยะที่ 1 คือ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการอบรมของฝ่ายบริการพยาบาล เป็นผู้ลงข้อมูล ระยะที่ 2 คือ หอผู้ป่วยส่งผู้เข้าอบรมออนไลน์ กำหนดเดือน มกราคม 2563	
- ฐานข้อมูลบุคลากร เพิ่มเติมเมนูเงินเดือน บุคลากร				ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 2	ชั้นตอนที่ 2	รอฟัฒนาร่วมกับโปรแกรม HRIS ของคณะฯ	
16.2 ระบบ Intranet คณะแพทยศาสตร์								
- ระบบ MIS							ประสานงานกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อ - กำหนดผู้มีสิทธิ์รับรองข้อมูล (ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ที่เป็น ผู้รับผิดชอบข้อมูล ) - ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ เปิดสิทธิ์ให้ ฝ่ายฯสามารถจัดระเบียบชั้น การเข้าถึงข้อมูลตัวเอง - มีการจัดชั้นข้อมูล กำหนดผู้รับผิดชอบบรรจุข้อมูลเข้าระบบ และ	

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ									
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562										
							กำหนดผู้มีสิทธิ์เข้าดูรายงาน เอกสารแนบ (ตารางผู้รับรองข้อมูล)										
- ระบบ HRIS							ร่วมให้ความคิดเห็นในการพัฒนาโปรแกรมในระดับคณะฯ - มีการบรรจุเมนูฝ่ายทรัพยากรมนุษย์(HRIS) บนหน้าเว็บไซต์คณะ แพทยศาสตร์ และได้มีการเปิดใช้งานแล้วบางส่วน										
17.แผนรองรับระบบ IT ซัดข้อง	ต.ค 61-ก.ย.62	การปฏิบัติตามแผน	หอผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ตามแผน					คุณกัญชลี คุณพรทิพย์									
- สุ่ม round หอผู้ป่วย		หอผู้ป่วยที่ได้รับการ Round	จำนวนหอผู้ป่วยที่ได้รับการ Round (24 หอผู้ป่วย)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	<p>- หอผู้ป่วยในได้รับการ Round ระบบ IT ซัดข้อง จำนวน 37 หอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 100 (ระหว่างเดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน 2561) โดยติดตามประเมินผล</p> <p>ในเดือน กุมภาพันธ์ 2562 มีผู้ตอบแบบสอบถาม 36 หอผู้ป่วย พบว่า</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>หัวข้อ</th> <th>เฉลี่ย</th> <th>ระดับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประโยชน์ที่หอผู้ป่วยได้รับจากการเยี่ยมสำรวจ</td> <td>3.95</td> <td>มาก</td> </tr> <tr> <td>ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมสำรวจ</td> <td>3.91</td> <td>มาก</td> </tr> </tbody> </table> <p>ข้อคิดเห็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การลงเยี่ยมหน้างานจริง และได้รับฟังคำแนะนำ คำอธิบาย ทำให้สามารถเข้าใจและสามารถเข้าถึงข้อมูล และนำมาปฏิบัติได้จริง ทำให้ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของ Back up ข้อมูล</li> <li>- ทำให้ทราบ แผนการเตรียมรองรับ IT และการจัดการ กรณี IT ซัดข้อง</li> </ul>	หัวข้อ	เฉลี่ย	ระดับ	ประโยชน์ที่หอผู้ป่วยได้รับจากการเยี่ยมสำรวจ	3.95	มาก	ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมสำรวจ	3.91	มาก	
หัวข้อ	เฉลี่ย	ระดับ															
ประโยชน์ที่หอผู้ป่วยได้รับจากการเยี่ยมสำรวจ	3.95	มาก															
ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมสำรวจ	3.91	มาก															

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน 2561	ผลการดำเนินงาน 2562	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน-เวลา			ปี งบประมาณ.2562			ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
							<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีหลายข้อข้องใจที่กรรมการมาช่วยเคลียร์ประเด็นให้</li> <li>- ทำให้สนใจเรียนรู้ และเห็นความสำคัญมากขึ้น รู้และเข้าใจว่าเครื่อง BACK UP คืออะไร</li> <li>- ได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น และเรียนรู้สิ่งใหม่เพิ่มขึ้น</li> <li>- เวลาในการเรียนน้อย หอผู้ป่วยมีภาระงานยุ่ง ทำให้ได้รับข้อมูลไม่เต็มที่ แต่มีคู่มือให้ศึกษาในระบบ HIS</li> </ul> <p><u>ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีเปลี่ยน Computer อยากให้หน่วย Computer แจ้งหอผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อยกเลิก Back up และกำหนด Black up ใหม่</li> <li>- ควรจัดสม่ำเสมอ(ทุก 3 เดือน)เพื่อทบทวนการจัดการร่วมกัน</li> </ul> <p><u>ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะกรรมการ IT</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรลงเยี่ยมสำรวจพื้นที่ที่ไม่มีกรรมการ IT</li> <li>- กรรมการ IT ควรดำเนินการแก้ไขปัญหาที่พบจากการไปเยี่ยมสำรวจของแต่ละหน่วยงาน และติดตามผล</li> <li>- หัวหน้าหอผู้ป่วยควร deploy สมาชิกในหอผู้ป่วย</li> <li>- นำประเด็นระบบการสำรองข้อมูล (Back up) หอผู้ป่วยในกรณี IT ชัดข้องเข้าสู่ประเด็นนิเทศ ผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ</li> </ul>	
มีการใช้เอกสารที่ รพ. รับรอง ทดแทนเมื่อเกิดระบบ IT ชัดข้อง		มีเอกสารและได้รับการรับรองจากรพ. และประกาศใช้เมื่อ		ร้อยละ 50	ร้อยละ 10	ร้อยละ 100	<p>ดำเนินการร้อยละ 10 (ยังไม่สามารถเชื่อมโยงประเด็นปัญหาเกี่ยวกับแผนโรงพยาบาลได้)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเอกสารแบบฟอร์มต่างๆ ที่จะใช้สื่อสาร เมื่อเกิดระบบ IT ชัดข้อง ให้โรงพยาบาลประกาศใช้ วันที่ 27 พฤษภาคม 2562</li> <li>- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มอบหมายให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่าง</li> </ul>	



แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ปี งบประมาณ.2562-2563	วัน- เวลา			ปี งบประมาณ.2562	2561	2562	ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562	
		เกิดระบบ IT ขัดข้อง					Flow การปฏิบัติเมื่อเกิดระบบ IT ขัดข้อง และรอนัดประชุมอีกครั้ง	