



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี (กลุ่มงานบริหารทั่วไป โทร ๐ ๗๗๒๙ ๒๑๔๔ ต่อ ๑๒๓)

ที่ สฎ ๐๐๓๓.๓๐๑/๒๕๓

วันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน บนเว็บไซต์  
ของโรงพยาบาลวิภาวดี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

ตามที่ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเครื่องมือการประเมิน  
คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ไปขยายผลสู่หน่วยงานในสังกัด  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประกอบกับพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของ  
ราชการพ.ศ. ๒๕๔๐ มาตรา ๙ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐต้องจัดให้มีข้อมูลข่าวสารของราชการไว้ให้  
ประชาชนเข้าตรวจสอบได้ และต้องดำเนินงานตามมาตรฐานเว็บไซต์ภาครัฐ (Government Website Standard)  
ซึ่งโรงพยาบาลวิภาวดี ได้ดำเนินการแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลวิภาวดี มีความประสงค์ขออนุญาตเผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจ  
หลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวิภาวดีเพื่อให้สาธารณชนรับทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

(นางกิตติว ประเสริฐศรี)

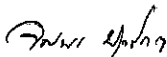
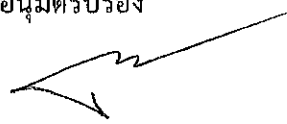
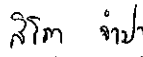
นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

ทราบ/อนุญาต

(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลวิภาวดี  
ตามประกาศโรงพยาบาลวิภาวดี  
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖  
สำหรับหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลวิภาวดี

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                    |
| ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลวิภาวดี<br>วัน/เดือน/ปี : ๔ ตุลาคม ๒๕๖๖<br><br>หัวข้อ : ขออนุญาตเผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน บนเว็บไซต์<br>ของโรงพยาบาลวิภาวดี<br><br>รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)<br>คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน<br><br>Link ภายนอก : ไม่มี<br>หมายเหตุ : ..... |                                                                                                                                                                                                                    |
| ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล<br><br><br>(นางสาวจรรยาพร พุทธรักษา)<br>ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ<br>วันที่ ๔ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖                                                                                                                                              | ผู้อนุมัติรับรอง<br><br><br>(นางสุรากรี มุสิกพันธ์)<br>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>วันที่ ๔ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ |
| ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่<br><br><br>(นางสาวสิริภา จำปา)<br>ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ<br>วันที่ ๔ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |

## Service profile งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลวิภาวดี

### 1.บริบท

เป็นหน่วยงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และวิกฤตทั้งระบบร่างกาย และจิตใจในทุกกลุ่มอายุ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ครอบคลุมการป้องกันการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย การดูแล และสร้างเสริมสุขภาพ

### 2.หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ

### 3.ขอบเขตการให้บริการ

1. ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ นอก โรงพยาบาล ตลอด24 ชั่วโมง รวมถึงการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ
2. ให้การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสถานพยาบาลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ รวมถึงผู้ป่วยตรวจทั่วไปกรณีนอกเวลาราชการ
3. ให้การบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาคือเนื่องในกรณีเกินศักยภาพที่โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้
4. การตอบสนองเมื่อเกิดสาธารณภัย หรือภัยพิบัติต่างๆ
5. ร่วมทีม home ward ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
6. วิทยาการให้ความรู้ การปฐมพยาบาล เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ และการเจ็บป่วยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน
7. ให้บริการสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยนอก ที่มาบริการฉีดยา ทำแผล EKG เจาะ LAB
8. การผ่าตัดเล็ก เช่น Excision , I/D
9. งานออกหน่วยปฐมพยาบาล
10. งานชันสูตรทางคดีทั้งใน และนอกโรงพยาบาล

#### 4.กระบวนการหลักที่สำคัญ ( Key Processes )

| กระบวนการสำคัญ                                                                                              | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ                                                                                                                                                | ตัวชี้วัดที่สำคัญ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การเข้าถึง และเข้ารับบริการ                                                                                 | <p>-ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และผู้ป่วยเจ็บ ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและมีความปลอดภัย</p> <p>-มีช่องทางด่วนการบริการ -การช่วยเหลือเบื้องต้น เหมาะสมเฉพาะโรค</p>              | <p>-ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ภายใน 10 นาที</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินชีวิตได้รับการแก้ไขทันที</p> <p>-Door to needle time ใน STEMI ภายใน 30 นาที</p> <p>-ผู้ป่วยSTEMI/STROKE /severe head injury ได้รับการส่งต่อ ภายใน30 นาที</p>                                                                     |
| <p>2.ประเมินผู้ป่วย</p> <p>ก. การประเมิน</p> <p>ข.การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัย</p> <p>ค.การวินิจฉัย</p> | <p>-ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการประเมิน และดูแลรักษาเป็นอันดับแรก</p> <p>-ประกอบการวินิจฉัยครบถ้วนและทันเวลา</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว</p> | <p>-อัตราการคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วย MI และ STROKE</p> <p>-อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินและฉุกเฉินมากได้รับการประเมินซ้ำภายในเวลาที่กำหนด (ผู้ป่วยประเภท Urgent ประเมินทุก30นาที ผู้ป่วยประเภท Emergency ประเมินทุก 5-15 นาที</p> <p>-ร้อยละผู้ป่วย STEMIได้รับทำ EKG ภายใน10นาที</p> <p>-อุบัติการณ์ miss or delay diagnosis ในผู้ป่วยMI/Stroke</p> |
| <p>3.การวางแผน</p> <p>ก.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p>                                                         | <p>-ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพ มีการนำหลักฐานทางวิชาการมาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม</p>                                                | <p>-มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (CPG )ในโรคที่มีความเสี่ยงสูง เช่น STEMI/STROKE / Head injury</p>                                                                                                                                                                                                                                       |

| กระบวนการสำคัญ                                                                                                        | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ตัวชี้วัดที่สำคัญ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ข.การวางแผนจำหน่าย</p> <p>4.การดูแลผู้ป่วย</p> <p>4.1การดูแลทั่วไป</p> <p>4.2 การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง</p> | <p>-มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจเพื่อการรักษาต่อเนื่อง/ส่งต่อ</p> <p>-กำหนดแนวทางและโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย สำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย</p> <p>-ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ</p> <p>-มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและดำเนินการแก้ไข</p> <p>-เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่ามาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันทั่วทั้งที่</p> | <p>-อุบัติการณ์ความผิดพลาดการดูแลขณะส่งต่อ</p> <p>-อัตราการกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชม. ในกลุ่มผู้ป่วย COPD และ Mild head injury</p> <p>-อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม</p> <p>-อัตราการติดเชื้อในแผลเย็บ</p> <p>-อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง STEMI/STROK / Head injury ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน</p> <p>-ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินและฉุกเฉินมากได้รับการเฝ้าระวังอาการตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>-ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตได้รับการดูแลทันที</p> |
| <p>5.การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p>                                                             | <p>-ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>-ร้อยละของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วย Mild head injury / COPD</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| กระบวนการสำคัญ     | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ                                                                    | ตัวชี้วัดที่สำคัญ                                                      |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 6.การดูแลต่อเนื่อง | -ผู้ป่วย post stroke /post craniotomy ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม | -ร้อยละผู้ป่วย post /post craniotomy ที่ได้รับการส่งต่อศูนย์เยี่ยมบ้าน |

#### 5.ความต้องการของผู้รับผลงานที่สำคัญ

| กลุ่มผู้รับผลงาน                                | ความต้องการของผู้รับผลงาน                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้รับบริการ ( ลูกค้ายาภายนอก )<br>ผู้ป่วย/ญาติ | 1.บริการรวดเร็ว ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ด้วยท่าทางและวาจาที่สุภาพ<br>2.ทราบวิธีการ และหลักการที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานการดูแลโรค |
| ลูกค้าภายใน                                     | ได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และรวดเร็ว                                                                                                                |

#### 6.ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

| กลุ่มผู้รับผลงาน   | ความต้องการของผู้รับผลงาน                                                                                                                                                |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| แพทย์              | -บันทึกประวัติและสัญญาณชีพให้ครบถ้วน<br>-ประเมินอาการผู้ป่วยให้ถูกต้องเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา<br>-จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและอุปกรณ์ ทำหัตถการให้พร้อมใช้เสมอ        |
| เภสัช              | -ให้หยาบยา First in-First out<br>-บันทึกค่ายาและอุปกรณ์ที่ใช้ให้ครบถ้วน<br>-ตรวจสอบยาหมดอายุ<br>-แจ้งเภสัชกรกรณีพบผู้ป่วยแพ้ยา<br>-Check ยาเพื่อป้องกันยาไม่พอใช้นอกเวลา |
| X-ray              | -ตรวจสอบ Order ให้ถูกต้องก่อนส่งX-ray                                                                                                                                    |
| เวชปฏิบัติครอบครัว | -ขอให้ช่วยบริการฉีดวัคซีน/รายงานโรคติดต่อทันเวลา                                                                                                                         |
| ห้องคลอด           | -จัดบุคลากรเพื่อให้การช่วยเหลือกรณีมี Case คลอด                                                                                                                          |
| ชันสูตร            | -เขียน ชื่อ-สกุลผู้ป่วยบนสิ่งตรวจให้ถูกต้องตรงกับ Specimen                                                                                                               |
| คลินิกโรคเรื้อรัง  | -ช่วยจัดเตรียมบุคลากรเสริมกรณีเจ้าหน้าที่ติดภารกิจด้านอื่นๆ                                                                                                              |
| ผู้ป่วยใน          | -ตรวจลักษณะบาดแผลให้ครบก่อนและหลังทำหัตถการ ก่อนส่งเข้าตึก<br>-ดูความเรียบร้อยในเรื่องของเอกสารก่อน Admit                                                                |

|                        |                                                                                                      |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | -ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำทุกครั้งก่อนส่งเข้าตึก                                                        |
| งานประกันและงานการเงิน | -ลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วย พ.ร.บ.กองทุน ค้างชำระให้ครบถ้วน<br>-ช่วยตรวจสอบสิทธิการรักษาผู้ป่วยให้ถูกต้อง |
| งานบริหาร              | -การขอให้รพ. ให้เขียนขอใช้รถล่วงหน้า                                                                 |

## 7.ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตของชีวิต พยาบาลที่ปฏิบัติงานต้องมีความรู้และทักษะที่ดีในการประเมินสภาพ วิเคราะห์ปัญหา จัดการแก้ไขภาวะฉุกเฉินชีวิต ตลอดจนปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ต้องรายงานแพทย์เวรทันทีเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ต้องรายงาน ส่วนปริมาณงานของอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2560 -2564 ที่ผ่านมามีดังนี้

| รายละเอียดกิจกรรม                                  | ปีงบประมาณ (ราย) |        |        |        |        |        |        |
|----------------------------------------------------|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                                                    | 2560             | 2561   | 2562   | 2563   | 2564   | 2565   | 2566   |
| จำนวนผู้ป่วย (รวม)                                 | 16,859           | 18,872 | 19,175 | 15,778 | 13,750 | 14,508 | 17,944 |
| จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินมาก                             | 981              | 1,097  | 1,619  | 1,182  | 669    | 323    | 226    |
| จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน                                | 7,175            | 6,645  | 5,180  | 3,731  | 2,211  | 1,337  | 6,394  |
| จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน                             | 8,698            | 10,987 | 12,312 | 10,826 | 10,792 | 12,870 | 11,227 |
| จำนวนผู้ป่วย Trauma                                | 1,515            | 1,513  | 1,153  | 848    | 681    | 638    | 3,506  |
| จำนวนผู้ป่วย Non-trauma                            | 6,805            | 8,074  | 8,041  | 8,074  | 5,407  | 7,646  | 14,443 |
| จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ                                 | 353              | 450    | 431    | 406    | 456    | 502    | 482    |
| จำนวนผู้ป่วยรับบริการ EMS                          | 14               | 27     | 47     | 65     | 47     | 58     | 44     |
| จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรทั้งหมดใน<br>ปีงบประมาณ | 363              | 316    | 272    | 275    | 286    | 349    | 335    |
| จำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง<br>(STROKE)              | 30               | 14     | 11     | 12     | 19     | 14     | 18     |
| จำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ( ACS )                 | 8                | 4      | 3      | 5      | 1      | 10     | 8      |
| PRODUCTIVITY                                       | 52.8             | 60.2   | 109.35 | 114.63 | 100.48 | 100.20 | 109.58 |

## 8. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ด้านผู้รับบริการ ได้รับบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย และมีมาตรฐาน

### 1. ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว

-EMS RESPONSE TIME < 10 นาที ( ภายในระยะทาง 10 กิโลเมตร )

-ผู้ป่วย Emergency ได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินทันที

-ผู้ป่วยระบบ Fast track ได้รับการส่งต่อที่รวดเร็ว

### 2. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ปลอดภัย

-ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

-ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการที่ปลอดภัย ปราศจากติดเชื้อ

-ผู้ป่วยได้รับการบริการยาที่ปลอดภัย

### 3. ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน

- บุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะ

- อุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอ และพร้อมใช้งานเสมอ

- มี Fast track ทำตาม Guide line เช่น MI , HEAD INJURY , STROKE , SEPSIS

ด้านบุคลากร มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการปฏิบัติงาน และให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ

## 9.ความท้าทาย และความสำคัญ

| กระบวนการหลัก                                           | ความท้าทาย/ความสำคัญที่สำคัญ                                                                       |                                                                                                                                |                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                         | ผู้รับบริการ                                                                                       | เจ้าหน้าที่                                                                                                                    | ระบบ                                                                                                                                 |
| การประเมินคัดกรองและการช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยวิกฤต | ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการประเมินและดูแลรักษาล่าช้า                                       | -ความสามารถในการคัดกรองและแบ่งระดับผู้ป่วยตามความรุนแรง<br>-ไม่ถูกต้องหรือล่าช้า<br>-ขาดการประเมิน อย่างต่อเนื่องหลังจากแรกรับ | -การพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน<br>-การติดตาม การประเมินซ้ำในกลุ่มโรคฉุกเฉินสำคัญตามระยะเวลา                        |
| -การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง   | -ผู้ป่วย STEMI , STROKE , SEVERE HI , SEPSIS รวมถึงผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้รับการรักษา หรือส่งต่อล่าช้า | -ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง                                                                                    | -การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติตามแนวทางบุคลากร<br>-ใช้ Early warning signs เฝ้าระวังผู้ป่วยที่สำคัญและมี ความเสี่ยงสูง |

## 10.ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ

เทคโนโลยี ด้านบุคลากร

พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้บริการผู้รับบริการทุกประเภทเฉลี่ยวันละ 80 ราย โดยมีผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินมากที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน 5 อันดับแรก คือ

1. stroke
- 2.Alteration of conscious
3. head injury
4. MI
5. Abdominal pain

ภายใต้ศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการเพิ่มทักษะ ทั้งด้านวิชาการและทักษะปฏิบัติในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพสูง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้บาดเจ็บ trauma ในระบบต่างๆ ตลอด 24 ชั่วโมง ทรัพยากร พยาบาลวิชาชีพ 9 คน เวชกิจ ฉุกเฉิน 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน

## ด้านเครื่องมือและเทคโนโลยี

มีการดำเนินการวางแผนเกี่ยวกับการจัดการ และควบคุมการใช้ทรัพยากรในหน่วยงานได้แก่ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ทุกเวอร์ รวมถึงมีอุปกรณ์การแพทย์ ที่สำคัญดังนี้

1. เครื่อง Defibrillation จำนวน 2 เครื่อง
2. เครื่อง Autor CPR 1 เครื่อง
3. เครื่องช่วยหายใจ 1 เครื่อง
4. เครื่องติดตามสัญญาณชีพ วัดปริมาณออกซิเจนในเลือด และการทำงานของหัวใจ 1 เครื่อง
5. เครื่อง EKG 2 เครื่อง
6. เครื่องดูดเสมหะ 4 เครื่อง
7. เครื่องปรับจำนวนหยดของสารน้ำ 2 เครื่อง
8. รถพยาบาล 3 คัน ติดตั้งการสื่อสารแบบรวมศูนย์ AOC 1 คัน
9. เครื่องอัลตราซาวด์ 1 เครื่อง ( เครื่องเก่าหน่วยงานห้องคลอด )

## 11.ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

11.1.โครงการพัฒนาเครือข่ายเพื่อลดอุบัติเหตุ โดยจัดกิจกรรมคืนข้อมูลด้านอุบัติเหตุผ่านคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ และผู้นำชุมชน

11.2 ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเรียกใช้หมายเลข 1669 โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง HT DM โรคหัวใจ

11.3 ส่งเสริมให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหลอดเลือดสมองและหัวใจให้รู้จัก Alert sing and warning signs

11.4 โครงการขับเคลื่อนปลอดภัยในบุคลากรโรงพยาบาล และผู้รับบริการโดยจัดกิจกรรมให้เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล สวมหมวกนิรภัยเวลขับขี่ เพื่อเป็นแบบอย่างประชาชนทั่วไป

## 12.กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

1. บทเรียนที่ได้จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยภาวะ sepsis ที่มีอาการทรุดลงทันทีที่ ward ได้วิเคราะห์สาเหตุพบว่า

- 1.1.การเข้าถึง การคัดกรองไม่ครบถ้วน ไม่มี V/S ที่ 5 ( mews)ไม่มีการใช้ map กรณีBP ต่ำ
- 1.2.การประเมินผู้ป่วย ไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมิน Sepsis Miss diagnosis
- 1.3.วางแผนดูแล-ขาดการบันทึกการดูแลต่อเนื่องและไม่ได้ประเมินซ้ำ เป็นระยะ

## กำหนดแนวทางแก้ไขดังนี้

1. กำหนดแนวทางการดูแลโดยมอบหมายเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ กำหนดบทบาทโดยหัวหน้าเวร
2. แยกผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินออกตรวจที่ OPD
3. ทำป้ายแยกประเภทผู้ป่วยหน้าห้องฉุกเฉิน
4. ผู้ป่วยมีไข้ และ admit ให้ใช้แบบประเมิน MEWS และแรกรับที่ห้องฉุกเฉินให้มีการใช้เครื่องมือ qsofa ทุก case
5. จัดทำ standing order sepsis และไปประเมิน sepsis
6. ผู้ป่วย urgent /emergent ให้ monitor และไป record ทุกราย
7. จัดหาเครื่อง monitor BP Infusion pump เพิ่ม

### 13. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

| ตัวชี้วัด                                                                | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ (ราย) |      |      |      |      |      |       |
|--------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|------|------|------|------|------|-------|
|                                                                          |          | 2560             | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 2566  |
| 1.การเข้าถึงและเข้ารับบริการ                                             |          |                  |      |      |      |      |      |       |
| -อัตราการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ response time ภายใน10 นาที              | 80       | 65               | 67   | 80   | 80   | 80   | 80   | 87    |
| -ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ คุกคามชีวิตได้รับการแก้ไขทันที            | 100      | 100              | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100   |
| -Diag to needle time ใน STEMI ภายในเวลาที่กำหนด 30 นาที                  | 100%     | 95               | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100   |
| -อัตราผู้ป่วย stroke fast track ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที             | 100%     | 95               | 98   | 98   | 100  | 100  | 100  | 100   |
| -อัตราผู้ป่วย Severe head injury ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที            | 100%     | 95               | 95   | 98   | 98   | 99   | 99   | 33.33 |
| -อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินและฉุกเฉินมาก ได้รับการประเมินซ้ำ ภายในเวลาที่ กำหนด | 100 %    | 100              | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100   |
| :ผู้ป่วยประเภท urgent ประเมินทุก 30 นาที                                 | 100 %    | 95               | 95   | 98   | 100  | 100  | 100  | 100   |

| ตัวชี้วัด                                                                                               | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ (ราย) |      |      |      |      |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|------|------|------|------|------|------|
|                                                                                                         |          | 2560             | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 |
| -ผู้ป่วยประเภท Emergency ประเมินทุก 5-15 นาที                                                           | 100 %    | 90               | 95   | 96   | 100  | 100  | 100  | 100  |
| -ร้อยละผู้ป่วยSTEMIได้รับการทำ EKGภายใน10นาที                                                           | 100 %    | 100              | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| -อุบัติการณ์ Miss or delay diagnosis ในกลุ่มโรค สำคัญ MI Stroke HI                                      | 0        | 0                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| 2.การประเมินผู้ป่วย                                                                                     |          |                  |      |      |      |      |      |      |
| -อัตราการคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วย MI                                                                     | 0        | 0                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| -อัตราการคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วย Stroke                                                                 | 0        | 0                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| -อุบัติการณ์ผู้ป่วย mild head injury กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการทรุดลง/เสียชีวิต                            | 0        | 1                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| 3.การวางแผน                                                                                             |          |                  |      |      |      |      |      |      |
| -อัตราการรับรู้แผนการดูแล (CPG)ของทีมผู้ให้บริการในโรค สำคัญและความเสี่ยง เช่น STEMI/Stroke/Head injury | 100      | 100              | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| -อัตราความผิดพลาดการดูแลขณะส่งต่อ                                                                       | 0        | 0                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| -อัตราการกลับมาตรวจซ้ำภายใน48 ชม. ในกลุ่มผู้ป่วย COPD                                                   | 10       | 4                | 4    | 3    | 2    | 2    | 2    | 3    |
| 4.การดูแลผู้ป่วย                                                                                        |          |                  |      |      |      |      |      |      |
| -อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม                                                                              | 0        | 0                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |

|                                                                                                      |     |    |    |    |    |    |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|----|----|----|-----|-----|
| -อัตราการติดเชื้อในแผลเย็บ                                                                           | 0   | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   |
| -อัตราการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังผู้ป่วย<br>ที่มีอาการและอาการแสดงผู้ป่วย<br>Sepsis (QSOFA,NEWS SCORE) | 100 | 80 | 85 | 90 | 95 | 95 | 100 | 100 |

| ตัวชี้วัด                                                                                | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ (ราย) |      |      |      |      |      |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|------|------|------|------|------|------|
|                                                                                          |          | 2560             | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 |
| 5.การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่<br>ผู้ป่วยและครอบครัว                                   | 100      | 85               | 85   | 90   | 90   | 100  | 100  | 100  |
| -ร้อยละของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับ<br>คำแนะนำในการดูแลตนเองของ<br>ผู้ป่วยmild head injury | 100      | 80               | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| 6.การดูแลต่อเนื่อง                                                                       |          |                  |      |      |      |      |      |      |
| -ร้อยละผู้ป่วย post stroke /post<br>craniotomy ที่ได้รับการส่งต่อศูนย์<br>เยี่ยมบ้าน     | 100      | 100              | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| -ร้อยละบุคลากรปฏิบัติตามแนวทาง<br>การดูแลผู้ป่วย Hypo-<br>Hyperglycemia                  | 100      | 100              | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| -ร้อยละผู้ป่วย Sepsis ได้รับ ATB<br>ภายใน 1 ชั่วโมง                                      | 100      | 100              | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |

#### 14. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

## 14.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบันที่ได้จากความสำเร็จของกระบวนการพัฒนา

### 14.1.1 ผลการประเมิน ERคุณภาพ

ก.ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้านการบริหารจัดการของผู้ปฏิบัติงานผลคะแนน เท่ากับ 97%

ข.ความสามารถในการรองรับภัยพิบัติ ผลคะแนน ร้อยละ 95%

ค.ด้านการบริหารจัดการของผู้ปฏิบัติงาน กับระบบรับ-ส่ง ผลคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 98%

ง.ความร่วมมือกับระบบ EMS ผลคะแนน ร้อยละ 100%

จ.การพัฒนางานคุณภาพ ด้านการบริการจัดการของผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 95%

14.1.2 พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และป่วยฉุกเฉินให้แก่เจ้าหน้าที่ ในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ระบบช่องทางด่วน การให้ยา SK ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

## 14.2 ความภาคภูมิใจและรางวัลที่ได้รับ

14.2.1 มีเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกตำบล และเครือข่ายท้องถิ่นได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดเชียงใหม่ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน 2 ปีซ้อน ในปี

14.2.2 หน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพ ECS ( Emergency care system) ผ่านเกณฑ์ประเมินมากกว่าหรือร้อยละ 40 ปฏิบัติได้ผลงานตามตัวชี้วัด เท่ากับ 55.9

## 14.3 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

14.3.1 พัฒนาคู่มือการพยาบาลโดยการติดตามกำกับกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน วิชาชีพ และการประกันคุณภาพการพยาบาล

14.3.2 ทำกิจกรรม12ทบทวนอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

14.3.3 พัฒนารัพยากรบุคคลและมีทักษะที่จำเป็นของหน่วยงานรวมทั้งการวิจัยและพัฒนาวิชาการพยาบาล

14.3.4 ดำเนินงานตามโครงการพัฒนาเครือข่ายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

## 1.5 แผนการจะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

15.1 แผนพัฒนาบุคลากร EN/ENP ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินประจำปี ทุกปี

15.2 เพิ่มสมรรถนะบุคลากรในการประเมินผู้ป่วย

15.3 คืบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ข้อมูลผู้ป่วย Stroke ข้อมูลผู้ป่วย MI ข้อมูลดูแลผู้ป่วยหยุดหายใจที่เกิดเหตุ ให้คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการป้องกัน มีความรู้เรื่องโรค ตลอดจนเพื่อให้เกิดความรู้เรื่อง CPR ในระดับชุมชน

15.4 ทบทวนแผน ICS และสื่อสารถึงหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลเครือข่ายการบริการ  
ของระบบสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี และหน่วยงานราชการภายนอกที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 100 %

# **Service profile**

**งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช**

**โรงพยาบาลวิภาวดี**

**ประจำปีงบประมาณ 2566**



Service Profile

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บริบท (Context)

ก.หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญ

| หน้าที่หลัก                                                                                                                                      | เป้าหมายที่สำคัญ                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ให้การดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพในทุกกลุ่มโรค<br>ทุกกลุ่มวัย ทั้งชายและหญิง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล<br>ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ | ให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยความถูกต้อง ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิด<br>ความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกันได้ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ<br>สูงสุด |

ข.ขอบเขตบริการ ระดับความสามารถของหน่วยงาน และข้อจำกัด

| ประเภท/ลักษณะการให้บริการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ระดับความสามารถของหน่วยงาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ข้อจำกัด                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ให้บริการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยทุกสาขาต่อเนื่อง 24<br>ชม. โดยโรคที่รับไว้ดูแล 5 อันดับ โรคได้แก่ AGE<br>,COPD, Bronchitis ,Pneumonia และ Dizziness<br>ตามลำดับโรคที่ทีมให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่<br>มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็น<br>อันตรายได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ACS,<br>Stroke ,COPD และ Sepsis โรคที่เป็นสาเหตุการตาย<br>ในหอผู้ป่วยอันดับ1 คือ โรคมะเร็ง ทางทีมได้พัฒนา<br>แนวทางการดูแลรักษา CPG/Care map ในการดูแล<br>ผู้ป่วยร่วมกับทีม PCT เพื่อให้ได้รับการดูแลตาม<br>มาตรฐาน และเกิดความปลอดภัย | ให้บริการตลอด 24 ชม. อย่างต่อเนื่อง มีเตียง<br>สามัญจำนวน 23 เตียง เตียงเสริม กรณีจำเป็น<br>2 เตียง ห้องพิเศษ 5ห้อง<br>ห้องแยกโรคความดันลบ 1 ห้อง สำหรับ<br>ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจในระยะ<br>แพร่กระจาย และห้องแยกโรคทั่วไป 1 ห้อง<br>มีแพทย์ดูแลผู้ป่วยใน และปรึกษาตลอด24<br>ชม.จัดทีมพยาบาลดูแลต่อเนื่อง 3 ผลัด<br>จำนวน 9 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้คน แม่บ้าน<br>2 คน | ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจ ต้องส่งต่อ รพศ.<br>เนื่องจากไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการ<br>ดูแลสมรรถนะทีมการดูแลไม่เพียงพอ |

ค.ผู้รับผลงาน และความต้องการที่สำคัญ ( จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

| ผู้รับผลงาน                                          | ความต้องการสำคัญ/ความต้องการใน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ลูก้าภายนอก</b></p> <p>-กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป</p> | <p>-ต้องการ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ ต้องการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เข้าใจ และได้การดูแล ต่อเนื่อง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>-กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM, HT , COPD</p>        | <p>-ให้ได้รับบริการตามมาตรฐาน</p> <p>-หายกลับบ้านโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>-ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ทันเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน</p> <p>-ได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องครบถ้วน</p> <p>-สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ โดยไม่ต้องมารพ. ก่อนนัด</p> <p>-ให้เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความปลอดภัย พุดจาสุขภาพ</p>                                                                                                                                                      |
| <p>กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อ/ติดต่อ TB ,AGE</p>        | <p>- ต้องการการดูแลตามมาตรฐาน</p> <p>-ได้รับความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติที่ถูกต้อง</p> <p>- ได้รับการควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว ทันเวลา</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>-กลุ่มผู้ป่วย โรคติดเชื้อ/ติดต่อ</p>              | <p>-ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และได้รับการดูแลต่อเนื่อง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>- กลุ่มผู้ป่วยโรคระบาด/โรคประจำถิ่น</p>           | <p>-ได้รับยาที่ถูกต้อง</p> <p>-มีเครื่องมือที่ใช้ในการดูแล ทันสมัย ได้มาตรฐาน</p> <p>-สามารถวินิจฉัยโรค ได้ถูกต้อง รวดเร็ว</p> <p>-ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>กลุ่มผู้ป่วย มารดา/ทารก</p>                       | <p>-ได้รับการควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว ทันเวลา</p> <p>-ได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง</p> <p>-ได้รับกช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน</p> <p>-ได้รับบริการตามมาตรฐาน</p> <p>-ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ</p> <p>-ได้รับการสอน /ฝึกทักษะ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา</p> <p>-ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพทารก</p> <p>-ได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับ การนัด วัคซีนที่ได้รับ การเจาะเลือด โรค เอื้อ และโรคทางพันธุกรรม</p> <p>-ได้รับบริการที่ดี หน้าที่ยิ้มแย้ม</p> |

| ผู้รับผลงาน                | ความต้องการสำคัญ/ความต้องการใน                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ลูกค้าภายใน<br>องค์กรแพทย์ | -ต้องการให้ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน เกิดความรวดเร็ว<br>-ดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ประเมินการได้ถูกต้อง รับคำสั่งการรักษาได้ครบถ้วน<br>-ทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง<br>-ต้องการให้มีการนิเทศ ติดตามการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง |
| จ่ายกลาง                   | -ต้องการให้ตรวจนับ เครื่องมืออย่างถูกต้อง ครบถ้วน<br>-ต้องการให้จัดเก็บของStock อย่างถูกต้อง first- in first -out<br>-ตรวจสอบ และส่งของหมดอายุ ไป re sterile                                                              |
| ชั้นสูตร                   | -ต้องการให้ส่งLab ถูกต้อง ถูกคน<br>-ต้องการความรวดเร็วในการรายงานผล Lab<br>-ต้องการให้เก็บสิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้อง มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน                                                                     |
| X-Ray                      | -ต้องการให้ Key รายการ ตาม Order แพทย์ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน                                                                                                                                                                 |
| ห้องยา                     | -ให้ยาตามที่กำหนด มีการประสานยาเดิมและเบิกยาให้ถูกต้อง<br>-ลงบันทึกการใช้ยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน ไปorder ถูกต้องครบถ้วน<br>-ต้องการความรวดเร็วในการจ่ายยา                                                                    |
| ER                         | กรณีส่งคนไข้มาทำหัตถการหรือตรวจพิเศษให้มีพยาบาลตามมาด้วย<br>เขียนใบนัดให้ถูกต้อง ครบถ้วน<br>ต้องการการประสานงานที่ดี                                                                                                      |
| LR                         | ต้องการให้ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน<br>มีการประเมินแผลฝีเย็บทุกราย<br>มีการสอน สานิต อธิบายการปฏิบัติตัวเบื้องต้น                                                                                                             |
| กายภาพ                     | ส่งปรึกษากายภาพตามแนวทาง<br>ปฏิบัติตามแนวทางเช่นงคณมในเด็กก่อนเกาะปอด2ชม                                                                                                                                                  |
| แพทย์แผนไทย                | รายงานกรณีมีผู้ป่วยงักด มีการประคบด้วยสมุนไพรทุกราย<br>เคส IMC ได้รับการตรวจเยี่ยมและสอนทุกราย                                                                                                                            |
| งานเวชฯ                    | รายงานผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรคทุกราย<br>มีการวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มงานผู้ป่วยในทุกราย<br>ที่ส่งเยี่ยมบ้าน<br>มีการประเมินผู้ป่วยก่อน จำหน่าย                                                                      |
| หลักประกัน                 | ลงรายการหัตถการและคำรักษา ค่าห้อง ที่ถูกต้องครบถ้วน                                                                                                                                                                       |
| งานแปล                     | มีการเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย ขอใช้แปลเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย                                                                                                                                                                  |
| ซักฟอก                     | แยกผ้าถูกต้อง ไม่มีสิ่งของติดไปกับผ้า<br>มีการรับ-ส่งผ้าตรงเวลา พร้อมบันทึกให้ถูกต้อง ครบถ้วน                                                                                                                             |
| การเงิน                    | ข้อมูลการเบิกจ่าย ค่าตอบแทน ให้ทันเวลาที่กำหนด                                                                                                                                                                            |
| ผู้รับผลงาน                | ความต้องการสำคัญ/ความต้องการใน                                                                                                                                                                                            |

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ระบบ IC | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด</li> <li>- รายงานข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ทราบทุกครั้ง</li> <li>- เข้าร่วมการอบรม IC ทุกครั้ง</li> <li>- มีการตรวจสอบสุขภาพทุกปี</li> <li>- แยกขยะให้ถูกต้อง</li> <li>- มีการล้างมือถูกต้อง</li> </ul> |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

ในกรณีฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วย Arrest ต้องการทีม CPR จะประสานหน่วยงาน ER เป็นลำดับแรก และหน่วยงาน LR ,OPD ตามลำดับโดยวิธีการ โทรศัพท์แจ้งเหตุ และขอความช่วยเหลือ

### ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ได้ตามมาตรฐานและพึงพอใจ

### จ.ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ

#### 1.ความท้าทาย

- 1)การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ให้ปลอดภัย
- 2) การเฝ้าระวังผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
  - 2.1 การเกิดภาวะ Respiratory failure ในผู้ป่วย COPD.
  - 2.2 การเกิดภาวะ Unplan death จากภาวะ Cardiac arrest.
- 3)การดูแลระยะสุดท้ายอย่างองค์รวม
- 4)การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ
- 5)การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
- 6)การบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน

#### 2.ความเสี่ยงสำคัญ

##### 2.1)ความเสี่ยงสำคัญ clinic ทั่วไป ( common clinical risk)

1. CAUTI
2. Phlebitis.
- 3.ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา.

##### 2.2)ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค ( Specific clinic Risk)

1. ผู้ป่วย Unplan death. ( DEATH ขณะ admit )
- 2..ผู้ป่วย Re-admit COPD
- 3.ผู้ป่วย Respiratory failure ( CHF/Pneumonia )

#### 3.ความเสี่ยงด้านทั่วไป ( non -Clinic)

- 1.ผู้ป่วยและญาติทิ้งขยะในถังเครื่องมือ
- 2.เสื้อผ้าไม่เพียงพอต่อการใช้งานของผู้ป่วย
- 3.การโอนค่าใช้จ่ายจาก OPD ไป IPD รวม 2 visit กรณีคนไข้ มี 2 visit ขึ้นไป ใน 1 วัน

ข.ปริมาณงานและทรัพยากร ( คน เทคโนโลยี เครื่องมือ )

สถิติระดับหน่วยงาน

#### 1)จำนวนผู้มารับบริการ

| ปริมาณงาน                           | 2562  | 2563  | 2564  | 2565  | 2566  |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ผู้รับบริการทั้งหมด                 | 3403  | 2895  | 2550  | 2854  | 2659  |
| อัตราการครองเตียง                   | 72.71 | 70.67 | 63.76 | 82.49 | 75.82 |
| จำนวนวันนอน                         | 7962  | 6369  | 5856  | 9352  | 5811  |
| จำนวนวันนอนเฉลี่ย                   | 2     | 2     | 2     | 3     | 2     |
| จำนวนผู้ป่วยต่อวัน ( Patient / day) | 21.82 | 18    | 17    | 26    | 16    |

2) 5 อันดับโรคผู้ป่วยใน

| อันดับ | 2562               |       | 2563                |       | 2564             |       | 2565             |       | 2566             |       |
|--------|--------------------|-------|---------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
|        | โรค                | ครั้ง | โรค                 | ครั้ง | โรค              | ครั้ง | โรค              | ครั้ง | โรค              | ครั้ง |
| 1.     | AGE                | 185   | Bacterial infection | 68    | COPD             | 189   | COPD             | 204   | AGE              | 122   |
| 2.     | Pneumonia          | 181   | AGE                 | 46    | AGE              | 173   | AGE              | 146   | Acute bronchitis | 114   |
| 3.     | bronchitis         | 172   | COPD with AE        | 44    | Acute bronchitis | 120   | Acute bronchitis | 145   | COPD             | 103   |
| 4.     | Bacteria infection | 148   | Pneumonia           | 42    | Fever            | 89    | Pneumonia        | 97    | Pneumonia        | 75    |
| 5.     | COPD with AE       | 126   | bronchitis          | 36    | Dizziness        | 88    | Fever            | 94    | Dizziness        | 64    |

3) จำนวนผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย

| อันดับ | 2562      |       | 2563      |       | 2564                       |       | 2565               |       | 2566                   |       |
|--------|-----------|-------|-----------|-------|----------------------------|-------|--------------------|-------|------------------------|-------|
|        | โรค       | ครั้ง | โรค       | ครั้ง | โรค                        | ครั้ง | โรค                | ครั้ง | โรค                    | ครั้ง |
| 1.     | Asphyxia  | 1     | CA        | 2     | CA                         | 2     | CA                 | 2     | Heart disease          | 2     |
| 2.     | cirrhosis | 1     | Pneumonia | 1     | HF                         | 1     | Pneumonia          | 1     | MI Inferior wall STEMI | 1     |
| 3      | Pneumonia | 3     |           |       | Septic shock               | 1     | Cirrhosis of liver | 1     | CA colon Palliative    | 1     |
| 4      | VHD       | 1     |           |       | Mitral valve regurgitation | 1     | Fever              | 1     | Pneumonia Palliative   | 1     |
| 5      |           |       |           |       | stroke                     | 1     | Cardiac arrest     | 1     |                        |       |

4) สถิติการส่งต่อของหน่วยงาน

| อันดับ | 2562       |       | 2563         |       | 2564           |       | 2565         |       | 2566       |       |
|--------|------------|-------|--------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|------------|-------|
|        | โรค        | ครั้ง | โรค          | ครั้ง | โรค            | ครั้ง | โรค          | ครั้ง | โรค        | ครั้ง |
| 1.     | Pneumonia  | 13    | Pneumonia    | 12    | Pneumonia      | 21    | Pneumonia    | 8     | CHF        | 11    |
| 2.     | Septicemia | 12    | Septicemia   | 12    | COPD           | 9     | UTI          | 8     | Pneumonia  | 10    |
| 3.     | CHF        | 8     | Appendicitis | 7     | Abdominal pain | 8     | Appendicitis | 6     | Chest pain | 10    |

5) สถิติ Re – admit ของหน่วยงาน

| อันดับ        | 2562  | 2563  | 2564  | 2565  | 2566  |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|               | คน(%) | คน(%) | คน(%) | คน(%) | คน(%) |
| 1. COPD       | 4.5   | 3.71  | 3.56  | 5.1   | 2.79  |
| 2. Dyspepsia  | 0     | 0     | 5.79  | 2.85  | 10.9  |
| 3. Bronchitis | 5     | 12.9  | 5.33  | 7.54  | 2.0   |

หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง

- 1.การCPR
- 2.การใส่ท่อช่วยหายใจ
- 3.การให้เลือด

จำนวนบุคลากรทั้งหมด 18 คน รายละเอียด ดังนี้

| บุคลากร           | จำนวน | การศึกษาเฉพาะทาง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | จำนวน | อายุงาน                                                                                                                                                            | จำนวน |
|-------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| พยาบาล            | 11    | <p>หลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน</p> <p>1.ธิดา คงจิตร</p> <p>2.ขวัญใจ ไกรสินธุ์</p> <p>3.รัตติกานต์ ล่องสินธุ</p> <p>4.สุกัญญา กลางณรงค์</p> <p>5.มณฑาทิพย์ ลิเหลือก (กำลังศึกษา)</p> <p>หลักสูตรระยะสั้น 1 เดือน</p> <p>1.รัตติกานต์ ล่องสินธุ</p> <p>-หลักสูตรระยะสั้น ( 2wks.)</p> <p>1.ขวัญใจ ไกรสินธุ์</p> <p>2.พัชรียา หมวดทอง</p> <p>พยาบาลวิชาชีพ</p> <p>1.พรเพ็ญ คงศรี</p> <p>2.พรนิภา คงจิตร</p> <p>3.ศรัณญา อินทร์เชื้อ</p> <p>4.นัฐพร นุ่ม</p> | 5     | <p>&gt;10ปี</p> <p>&gt;10ปี</p> <p>&gt;10ปี</p> <p>5ปี</p> <p>6ปี</p> <p>&gt;10ปี</p> <p>&gt;10ปี</p> <p>11 ปี</p> <p>13 ปี</p> <p>9ปี</p> <p>4 ปี</p> <p>4 ปี</p> |       |
| ผู้ช่วยเหลือคนไข้ | 5     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                                    |       |
| แม่บ้าน           | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                                    |       |

การจัดอัตรากำลัง พยาบาล เวรเช้า-บ่าย-ดึก อัตราส่วน 4:2:2 ในเวรบ่าย จัดBD ถึง 20.30น. โดยมีเกณฑ์การลดเพิ่มอัตรากำลังดังนี้ เวรบ่ายกรณี  
 ยอดผู้ป่วย < 10 คน ๐คน BD กรณียอดผู้ป่วย  $\geq 15$  คน เวร BD อยู่เต็มเวร ในเวรดึก กรณีผู้ป่วย  $\geq 18$  คน เรียกอัตรากำลังเพิ่ม 1 คน  
 การกระจายอัตรากำลัง ใช้เกณฑ์ผู้ป่วย 6 คน : พยาบาล 1 คนตามเกณฑ์สำนักการพยาบาลการจัดอัตรากำลังร.พทุมชน

ด้านเครื่องมือแพทย์ มีเครื่อง/อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่บริการเพื่อการตรวจวินิจฉัย

| ลำดับ | เครื่องมือ / อุปกรณ์                  | จำนวน | หน่วย   |
|-------|---------------------------------------|-------|---------|
|       | <b>เครื่องมือความเสี่ยงสูง</b>        |       |         |
| 1.    | Difibrilator                          | 2     | เครื่อง |
| 2.    | EKG                                   | 1     | เครื่อง |
| 3.    | Infusion pump                         | 16    | เครื่อง |
| 4.    | Suction                               | 3     | เครื่อง |
| 5.    | Pulse oximeter                        | 5     | เครื่อง |
|       | <b>เครื่องมือความเสี่ยงต่ำ</b>        |       |         |
| 1.    | รถEmergency ( เวชภัณฑ์และยาช่วยชีวิต) | 1     | เครื่อง |
| 2.    | เครื่องพ่นยา                          | 13    | เครื่อง |
| 3.    | BP digital                            | 5     | เครื่อง |
| 4.    | BP.Manual                             | 2     | เครื่อง |
| 5.    | เครื่องชั่งน้ำหนัก ทารก               | 1     | เครื่อง |
| 6.    | เครื่องเจาะDTX                        | 2     | เครื่อง |
| 7.    | เครื่องปั่น HCT                       | 1     | เครื่อง |
| 8.    | เครื่องส่องไฟรักษาตัวเหลือง(Double )  | 1     | เครื่อง |

| กระบวนการสำคัญ                                | สิ่งที่คาดหวัง                                                                                                                                                                                                                     | ความเสี่ยงสำคัญ                                                                                                                        | ตัวชี้วัดสำคัญ                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1)การเข้าถึงและเข้ารับ<br>บริการ<br>( Access) | -ผู้ป่วยได้รับการแยกประเภทอย่างถูกต้องเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยได้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย<br>-ได้รับทราบข้อมูลจำเป็นจากหน่วยงานที่นำส่ง<br>-ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการนอนรพ.                                                         | -แยกประเภทผู้ป่วยผิดพลาด<br>-เตรียมสถานที่อุปกรณ์ไม่พร้อมรับผู้ป่วย<br>-ส่งต่อข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน<br>-ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลไม่ครบถ้วน | -อุบัติการณ์จำแนกประเภทผู้ป่วยแรกกับผิดพลาด<br>-อุบัติการณ์การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน<br>-อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ |
| 2)การประเมิน<br>(Assessment)                  | -ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการเร่งด่วนทันทีหรือภายในเวลาไม่เกิน4 นาที เมื่อแรกรับ<br>-ผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างถูกต้องครอบคลุมปัญหา กาย จิต สังคม<br>-ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม | -ประเมินอาการล่าช้า<br>-ประเมินอาการไม่ถูกต้อง<br>-ผู้ป่วยความเสี่ยงสูงได้รับการประเมินประเมินซ้ำไม่เหมาะสม                            | -อุบัติการณ์ประเมินผู้ป่วยล่าช้า<br>-ผู้ป่วยได้รับการประเมินไม่ครอบคลุม<br>-การประเมินยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ได้วางไว้   |
| 3)การวางแผนการดูแล<br>3.1ผู้ป่วยทั่วไป        | ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ และเกิดความปลอดภัย                                                                                                                                                                    | -ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการดูแลร่วมกัน                                                                                               | -ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม CPG                                                                                             |

| กระบวนการสำคัญ | สิ่งที่คาดหวัง | ความเสี่ยงสำคัญ | ตัวชี้วัดสำคัญ |
|----------------|----------------|-----------------|----------------|
|----------------|----------------|-----------------|----------------|

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.2การแผนการดูแลผู้ป่วย<br>กลุ่มเฉพาะ | <p>-ผู้ป่วยโรคที่ รพ. กำหนดได้รับการวางแผนการดูแลแบบองค์รวมอย่างเหมาะสม ตามที่หน่วยงานกำหนด</p> <p>-STROKE - COPD</p> <p>-STEMI - HT</p> <p>-SEPSIS - DM</p> <p>- Palliative</p>                                                                                                                           | -ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการดูแลร่วมกัน                                                                                                                     | <p>-อัตราการปฏิบัติตามCPGในกลุ่มโรค</p> <p>-DM - SEPSIS</p> <p>-HT - COPD</p> <p>-Stroke -ACS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4)การดูแลผู้ป่วย                      | <p>-ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โดยเฉพาะโรค สำคัญ</p> <p>-ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น</p> <p>-หน่วยงานมีระบบการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะราย</p> <p>-ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง/วิกฤต ได้รับการดูแลอย่างทันที่รวดเร็ว ปลอดภัย</p> <p>-ผู้ป่วยที่มีการทรุดลงได้รับการช่วยเหลือทันที่</p> | <p>-ไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน</p> <p>-ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>-ผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>-ผู้ป่วยไม่ได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม</p> | <p>-อัตราการติดเชื้อในรพ.</p> <p>-อุบัติการณ์ unplan CPR</p> <p>-อุบัติการณ์เกิด ภาวะ Shock ในผู้ป่วย AGE</p> <p>-อัตราการเกิดภาวะ Stroke ในผู้ป่วย HT</p> <p>-อัตราการเกิดHypoglycemia ขณะadmit</p> <p>อัตราการเกิดHyperglycemia ขณะadmit</p> <p>-อุบัติการณ์ผู้ป่วยadmit เกิดการMI</p> <p>-อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลตามแนวทาง</p> <p>-อัตราการเกิดแผลกดทับ</p> <p>-อัตราผู้ป่วยตกเตียง</p> <p>-อัตราการเกิด Phlebitis</p> <p>-อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้เลือด</p> <p>-อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด</p> |
| 5.กระบวนการการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย   | <p>-มีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาถูกต้อง</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ตามแผนการรักษา</p> <p>-ผู้ป่วย HAD ได้รับการMonitor ตามแนวทาง</p>                                                                                                                                                                    | <p>-ผู้ป่วยได้รับยาแพ้ซ้ำ</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับยาผิดพลาด</p> <p>-ผู้ป่วยที่ได้รับยาHAD ไม่ได้รับการMonitor อาการ</p>                                         | <p>-อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยแพ้ซ้ำ</p> <p>-อัตราการบริการยาผิดพลาด</p> <p>-อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาHAD</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| กระบวนการสำคัญ                             | สิ่งที่คาดหวัง                                                                                                                                                                                                                                                                           | ความเสี่ยงสำคัญ                                                                                                                                                 | ตัวชี้วัดสำคัญ                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.การวางแผนจำหน่าย                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง</li> <li>-ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง</li> <li>-ผู้ป่วยได้รับการค้นหาปัญหาที่มีโอกาสเสี่ยงที่บ้าน และได้รับการจัดการ</li> <li>- มีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย</li> <li>-ไม่สามารถดูแลตนเอง ภายหลังจำหน่าย มา รพ. ก่อนวันนัด/ก่อน 28 วัน</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราผู้ป่วย กลุ่มโรคเป้าหมายไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย</li> <li>-อัตรา Re-admit ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม</li> </ul>                             |
| 7.การส่งต่อ                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลถูกต้อง / ครบถ้วน</li> <li>-ผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อน และขณะส่งต่ออย่างปลอดภัย</li> <li>-ได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม</li> </ul>                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ส่งต่อข้อมูลสำคัญ ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน</li> <li>-ไม่ได้รับการดูแล ตามแนวทางขณะส่งต่อ</li> <li>-ส่งต่อล่าช้า</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-อุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ได้รับการ Monitor อาการตามแนวทางขณะส่งต่อ</li> <li>-อุบัติการณ์ Unplan refer</li> <li>-อุบัติการณ์ delay refer</li> </ul> |
| 8.การให้ข้อมูลเสริมพลังและการดูแลต่อเนื่อง | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับโรค และแนวทางการดูแล</li> <li>-ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลงเหลือ ได้รับการส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน</li> </ul>                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ไม่ได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น</li> <li>-ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับการส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ร้อยละของผู้ป่วย TB ได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง</li> <li>-อุบัติการณ์ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ไม่ได้รับการส่งต่อ HHC</li> </ul>                   |
| 9.การบันทึกเวชระเบียน                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>-บันทึกการตรวจร่างกายได้ครบถ้วน</li> <li>-บันทึกข้อมูลสำคัญได้ถูกต้องครบถ้วน</li> <li>-บันทึกทางการแพทย์ให้ถูกต้องตามปัญหา</li> </ul>                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>-บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน</li> <li>-บันทึกทางการแพทย์ขาดไม่ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราความสมบูรณ์ การบันทึกเวชระเบียน</li> <li>-อัตราความสมบูรณ์ การบันทึก ทางพยาบาล</li> </ul>                                                 |

### 3 .ตัวชี้วัดสำคัญ

#### 3.1 ตัวชี้วัดทางคลินิก

| No | ตัวชี้วัดคุณภาพ                                            | เป้าหมาย       |       |       |       |                   |                 |
|----|------------------------------------------------------------|----------------|-------|-------|-------|-------------------|-----------------|
|    |                                                            |                | 2562  | 2563  | 2564  | 2565              | 2566            |
| 1. | <b>ด้านการบริหาร</b>                                       |                |       |       |       |                   |                 |
|    | -Productivity rate                                         | 90-110%        | 120   | 102   | 70.6  | 98.6              | 96.20           |
|    | -อัตราบุคลากรได้ตรวจสอบภาพประจำปี                          | $\geq 85$      | 88    | 86    | 90    | 90                | 100             |
|    | -อัตราบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCD                  | $\leq 50$      | 49.62 | 61.45 | 61.45 | 52.98             | 43.75<br>(16/7) |
|    | -อัตราบุคลากรกลุ่มป่วย                                     | $\leq 20$      | 9.77  | 8.55  | 16.27 | 14.17             | 12.5<br>(16/2)  |
| 2. | <b>ด้านบริการ</b>                                          |                |       |       |       |                   |                 |
|    | <b>ตัวชี้วัดทางคลินิก</b>                                  |                |       |       |       |                   |                 |
|    | -อัตราการติดเชื้อในรพ.                                     | <1:1000วันนอน  | 0.57  | 0     | 0     | 36.87<br>Covid-19 | 0               |
|    | -อัตราการเกิดแผลกดทับ เกรด $\geq 2$                        | 0:พื้นวันนอน   | 0.18  | 0     | 0     | 0                 | 0               |
|    | -อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (Admin error)ระดับC-F           | 0:พื้นวันนอน   | 3.06  | 2.67  | 1.88  | 2.23              | 0.45            |
|    | (Admin error)ระดับG-I                                      |                | 0     | 0     | 0     | 0                 | 0               |
|    | -อุบัติการณ์ Unplan CPR                                    | 0              | 1     | 0     | 1     | 1                 | 3               |
|    | -อัตราการพลัดตกเตียงแบบ noninjury                          | 0.2:พื้นวันนอน | 0     | 0     | 0     | 0                 | 0               |
|    | -อัตราการพลัดตกเตียงแบบ injury                             | 0.2:พื้นวันนอน | 0     | 0     | 0     | 0                 | 0               |
|    | -อัตราRe-admit ภายใน28วัน ด้วยโรคเดิม                      | < 20           | 17.27 | 17.49 | 15.93 | 14.43             | 13.93           |
|    | -อัตราการเกิด Phlebitis                                    | < 2            | 0.53  | 0     | 0     | 1                 | 0               |
|    | อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด                        | 100            | 83.33 | 90    | 100   | 100               | 100             |
| 3. | <b>ตัวชี้วัดทางคลินิกเฉพาะโรค</b>                          |                |       |       |       |                   |                 |
|    | -อัตราผู้ป่วย COPD Re-Admit                                | <5             | 4.5   | 3.71  | 3.56  | 5.1               | 2.79            |
|    | -อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Respiratory Failure ในผู้ป่วย COPD | <5             | 5.88  | 2.71  | 2.25  | 2.38              | 2.52            |
|    | -อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Shock ในผู้ป่วย AGE                | 0              | 0     | 0     | 0     | 0                 | 0               |

|                                                                               |      |        |        |       |        |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|------|--------|--------|-------|--------|------------------|
| -อุบัติการณ์ผู้ป่วย HT เกิดภาวะ STROKE ขณะ Admit                              | 0    | 1      | 0      | 0     | 2      | 2                |
| 2.อุบัติการณ์การ Re-Admit ของผู้ป่วยเบาหวานด้วยภาวะ Hypoglycemia ภายใน 28 วัน | 0    | 0      | 0      | 0     | 0      | 1                |
| -อัตราการวางแผนจำหน่ายในโรค Stroke                                            | 100  | 100    | 100    | 100   | 100    | 100              |
| -อุบัติการณ์เกิด MI ขณะนอนร.พ                                                 | 0    | 0      | 0      | 1     | 1      | MI 1<br>NSTEMI 8 |
| -อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามแนวทาง                                | >80  | 21 ราย | 12 ราย | 8 ราย | 27 ราย | 49 ราย           |
| -อัตราผู้ป่วยสงสัยACSได้รับการนำEKG ภายใน10 นาที                              | 100% | NA     | 100    | 100   | 100    | 100              |
| -อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการให้เลือดจำนวนunit / อุบัติการณ์                  | 0    | 152/0  | 141/0  | 135/0 | 129/0  | 131/0            |
| -ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน                                            | >80  | 76.02  | 77.26  | 85.11 | 80.37  | 89.59            |
| -อุบัติการณ์ Unplan Refer                                                     | 0    | 5      | 4      | 5     | 1      | 4.7(126)         |
| -อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน                                                    | >85  | NA     | 73.15  | 87.61 | 79.64  | 85.1             |
| -ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล                                             | >80  | 82.4   | 79     | 80.2  | 86     | 88.27            |
| -จำนวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ระดับรุนแรง                                 | 0    | 0      | 0      | 0     | 0      | 0                |

| ประเด็นคุณภาพ<br>สำคัญ/ความท้าทาย                   | เป้าหมาย/<br>วัตถุประสงค์                                                        | ตัวชี้วัด                                                          | ผลลัพธ์ |      |      |       |      | กิจกรรมการพัฒนา                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|------|------|-------|------|----------------------------------------------------------------|
|                                                     |                                                                                  |                                                                    | 2562    | 2563 | 2564 | 2565  | 2566 |                                                                |
| 1.บริการที่มีคุณภาพ<br>ปลอดภัยตาม<br>มาตรฐานวิชาชีพ | 1.ผู้รับบริการ<br>ได้รับบริการที่มี<br>คุณภาพ ปลอดภัย<br>ไม่เกิด<br>ภาวะแทรกซ้อน | 1.อุบัติการณ์พลัดตก<br>หกล้ม = 0                                   | 0       | 0    | 1    | 1     | 0    | -แนวทางการป้องกันผู้ป่วยพลัด<br>ตก หกล้ม                       |
|                                                     |                                                                                  | 2.อุบัติการณ์เสียชีวิต<br>โดยไม่คาดคิด = 0                         | 0       | 0    | 0    | 0     | 0    | -แนวทางการเฝ้าระวังอาการตาม<br>ประเภทผู้ป่วย                   |
|                                                     |                                                                                  | 3.อุบัติการณ์ติดเชื้อที่<br>ตาสะดือของทารก<br>หลังคลอด = 0         | 0       | 0    | 0    | 2     | 0    | -แนวปฏิบัติในการเช็ดตา สะดือ<br>ทารกหลังคลอด                   |
|                                                     |                                                                                  | 4.อัตราการเกิดแผล<br>กดทับเกรด 2 = 0                               | 0       | 0    | 0    | 0     | 0    | -แนวปฏิบัติในการรัดสายสะดือ                                    |
|                                                     |                                                                                  | 5.อัตราการติดเชื้อ<br>ตำแหน่งที่ให้สารน้ำ<br>ทางหลอดเลือดดำ=0      | 0       | 0    | 0    | 1     | 0    | -แนวทางการป้องกันการเกิดแผล<br>กดทับ                           |
|                                                     |                                                                                  | 6.อุบัติการณ์ชักซ้ำใน<br>เด็กไข้สูง = 0                            | 2       | 3    | 2    | 2     | 0    | -แนวปฏิบัติในการให้สารน้ำทาง<br>หลอดเลือดดำ                    |
|                                                     |                                                                                  | 7.อัตราความคลาด<br>เคลื่อนทางยา<br>(Admin error<3%)                | 6.91    | 2.17 | 1.64 | 1.52  | 0.45 | -แนวทางการดูแลเด็กที่มีอาการ<br>ไข้ชักและการป้องกัน            |
|                                                     |                                                                                  | 8.อัตราการเกิด<br>Respiratory Failure<br>ของผู้ป่วย COPD = 0       | 3.46    | 3.2  | 3.46 | 4.95  | 2.52 | -วิธีปฏิบัติในการบริหารยา                                      |
|                                                     |                                                                                  | 9.อัตราการเกิดภาวะ<br>Hypothermiaในทารก<br>หลังคลอด=0              | 12.5    | 7.69 | 3.35 | 0     | 0    | -Early warning sign ในผู้ป่วย<br>COPD                          |
|                                                     |                                                                                  | 10.อุบัติการณ์เสียชีวิต<br>ของผู้ป่วยDHF=0                         | 0       | 0    | 0    | 0     | 0    | -แนวปฏิบัติการดูแลทารกหลัง<br>คลอดเพื่อป้องกัน<br>ภาวะแทรกซ้อน |
|                                                     |                                                                                  | 11.อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่<br>ติดเชื้อจากการ<br>ปฏิบัติงาน          | 0       | 0    | 0    | 36.87 | 0    | -แนวทางการดูแลผู้ป่วย<br>ใช้เลือดออก                           |
|                                                     |                                                                                  | 12.อัตราการเกิดภาวะ<br>Shockจาก<br>Hypoglycemiaใน<br>ผู้ป่วยDM = 0 | 0       | 0    | 0    | 0     | 0    | -แนวทางการป้องกันการ<br>แพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย             |
|                                                     |                                                                                  | 13.อุบัติการณ์ผู้ป่วย<br>HTเกิดภาวะStroke=0                        | 1       | 0    | 0    | 2     | 2    | -Early warning sign ในผู้ป่วย<br>DM                            |
|                                                     |                                                                                  | 14..อุบัติการณ์ผู้ป่วย<br>ACS เกิด<br>Cardiac Arrest = 0           | 1       | 0    | 0    | 2     | 3    | -แผนการพยาบาลผู้ป่วยStroke                                     |
|                                                     | 2.ผู้รับบริการ                                                                   |                                                                    |         |      |      |       |      | -Early warning sign ในผู้ป่วย<br>ACS                           |

|  |                        |                                                         |       |       |       |       |       |                                                   |
|--|------------------------|---------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------|
|  | ได้รับบริการตามมาตรฐาน | 1.อัตราReadmit ภายใน28วันของผู้ป่วยCOPD<5               | 4.5   | 3.71  | 3.56  | 5.1   | 2.79  | -แนวทางการวางแผนจำหน่าย<br>-แผนการดูแลผู้ป่วยCOPD |
|  |                        | 2.ผู้ป่วยPalliative ได้รับการดูแลโดยทีม Palliative=100% | 100   | 100   | 100   | 100   | 100   | -แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย         |
|  |                        | 2.อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน                | 76.02 | 77.26 | 85.11 | 80.37 | 89.59 | -พัฒนาความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน           |
|  | 3.ผู้รับบริการพึงพอใจ  | 1.ระยะเวลารอคอยจำหน่าย<40นาที                           | 100   | 100   | 100   | 100   | 100   | -ประกันเวลาการให้บริการจำหน่าย                    |
|  |                        | 2.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ                       | NA    | 73.15 | 87.61 | 79.64 | 85.1  | -อบรมพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่                    |
|  |                        |                                                         |       |       |       |       |       |                                                   |

#### 4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และคุณภาพ

##### 4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

##### 4.1.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยใน มีความถูกต้อง ปลอดภัย ได้มาตรฐาน จึงได้กำหนดแนวทางในการประเมิน และ ประเมินซ้ำโดยผู้ป่วยทุกรายที่ แอทมิต จะได้รับการประเมินแรกรับ ทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วย หรือไม่เกิน 4 นาที โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรง Level 3 จะให้ Admit ใน Zone วิกฤต เพื่อการดูแลใกล้ชิด สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว และ ได้รับการประเมินซ้ำตาม แนวทางที่กำหนดเฉพาะ โรค ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงทั่วไป ได้แก่ ในการเกิดอุบัติเหตุ ตกเตียง และการเกิดแผลกดทับ และ ได้รับการประเมินความเสี่ยงสำคัญเฉพาะโรค ( Specific clinical risk ) โดยแพทย์ และมีการสื่อสารความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายโดย มีการ บันทึกใน Progressnote พยาบาลผู้ดูแลจะนำความเสี่ยงเฉพาะโรค มาเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ โรค COPD, Chest pain, Severe HT, DM กลุ่มเสี่ยง Sepsis จะได้รับการเฝ้าระวัง Warning Signs เฉพาะโรค

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินปัญหา เพื่อการวางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ มีพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้ประเมินและวางแผนการดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมิน เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตั้งแต่วัน แรก และนำปัญหา มาวางแผนการดูแลร่วมกันโดยเฉพาะ กลุ่มโรคเป้าหมายที่ต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายทุกราย ได้แก่ STROKE ,ACS ,DM ,HT ,COPD ตามแนวทาง METHOD-P โดยทีม และผู้ป่วยที่มีปัญหาหลงเหลือ จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะประสานศูนย์เยี่ยมบ้านมาร่วม วางแผนจำหน่าย และส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ COC

##### 4.1.2 ระบบการควบคุมการป้องกันการติดเชื้อ

จากสถานการณ์ การระบาดของโรค โควิด -19 ในปี 2564 เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย โควิด -19 ได้อย่างปลอดภัย หอผู้ป่วยได้มีการ บริหารจัดการด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม มีการปรับหอผู้ป่วยในชาย เป็น Cohort ward รองรับผู้ป่วย 30 รายโดยกั้นพื้นที่ จัดโซน ตาม มาตรฐาน มีห้องแยกความดันลบ และ Nurse station แยก มีห้องน้ำให้เปลี่ยนผ้า อาบน้ำ และใช้ระบบ Inter-com ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และจัดแบ่งโซนในหอผู้ป่วยในหญิง ให้สามารถรับผู้ป่วยทั่วไป ทั้ง ชาย -หญิง มีการกำหนดเส้นทางในการส่งอาหาร เครื่องมือ ผ้าเปื้อน และขยะ ที่ชัดเจน ในช่วงที่มีการระบาดหนักทำให้ Cohort ward ไม่มีเตียงเสริมรองรับ จึงได้เปิด CI และ HI ตามลำดับ

ด้านระบบงาน มีการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จัดทำแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย เว้นระยะห่าง ลดการสัมผัส ยึดหลัก Strict Precaution แยกเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ชัดเจน และจัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ อย่างเพียงพอ งดการเยี่ยม การเฝ้าไข้เฝ้าได้เตียงละ 1 คน งดการผลัดเปลี่ยนคนเฝ้า หากผู้ป่วยมีอาการหนัก อาการไม่คงที่จะมีการพิจารณาเป็นรายๆ ไป

ด้านบุคลากร มีการปรับอัตรากำลังโดยหมุนเวียนพยาบาลทั้ง โรงพยาบาลมาขึ้นปฏิบัติงานใน Cohort ward เพื่อแก้ไขปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอ มีการฝึกทักษะบุคลากรในการสวมชุด และใช้อุปกรณ์ป้องกัน เน้นย้ำบุคลากร ให้ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานในการปฏิบัติทั้งต่อตนเองและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

ในปี 2565-2566 การระบาดของโควิดลดลง จึงมีการปรับอัตรากำลังตามปกติ

#### 4.1.3 ระบบการบริหารยา

มีระบบบริหารยาแบบ One day dose โดยมีเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยร่วม Round กับแพทย์ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยา และเป็นที่ปรึกษาในการสั่งใช้ยา จัดเตรียมยาตามคำสั่งแพทย์และ Cross check โดยพยาบาลก่อนการบริหารยา ยาความเสี่ยงสูง (HAD) มีแนวทาง การสั่งใช้โดยแพทย์ต้อง Order ด้วยตนเอง ไม่ Order ทางโทรศัพท์ มีการบริหารยาโดย Double check โดยพยาบาล 2 คน มีการ Monitor ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ มีการกำหนด Critical point ของยาแต่ละตัว การหยุดยาและรายงานแพทย์ มีใบบันทึกการใช้ยาสำหรับยา ความเสี่ยงสูงทุกตัวในปี 2562 – 2566 มีการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาความเสี่ยงสูงครบ 100 %

#### 4.2 การติดตามคุณภาพในการทบทวน 12 กิจกรรม

1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย C 3 THER มีการทบทวนและประชุมปรึกษาร่วมกันขณะรับส่งเวร และ Round ผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และ เภสัชกร แพทย์แผนไทย

| กิจกรรมทบทวน                                                                                                                                                                                                                                  | เหตุการณ์                                                                                                                                                                                     | แนวทางการปรับปรุง                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ผลลัพธ์                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1.ทบทวนการดูแลผู้ป่วย</b><br><b>Stroke</b><br><b>ผู้ป่วย HT ไม่ได้มีแนวทางในการดูแลและเฝ้าระวังที่ชัดเจน</b>                                                                                                                               | ผู้ป่วย Severs HT เกิด Stroke หลัง admit                                                                                                                                                      | มีการใช้ใบ ประเมินอาการผู้ป่วย โดยใช้ early warning sign ของผู้ป่วย HT ทุกราย                                                                                                                                                                                                                     | สามารถ ประเมินผู้ป่วยได้ทันเวลา เพื่อที่จะส่งผู้ป่วยได้ทัน ได้รับยา rt-PA                                                     |
| <b>ปัญหา</b><br>-การวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมปัญหาสำคัญ<br>-แบบการวางแผนจำหน่ายไม่เฉพาะโรค ทำให้วางแผนได้ไม่ครอบคลุม<br>-ขาดการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง<br>-การประเมิน การฟื้นฟู การกลืนของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากไม่ครอบคลุม | ผู้ป่วย Stroke ที่เข้ารับการรักษาใน รพ. ในวันหยุดราชการจะได้รับการดูแลเฉพาะแพทย์และพยาบาล<br>เมื่อถึงวันราชการจะขาดการส่งต่อให้สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ไม่ทราบว่าจะต้องดูแลต่อเนื่องด้านใด | การสื่อสารในแต่ละวิชาชีพ โดยจัดทำแบบฟอร์มการสื่อสาร<br>ให้แต่ละวิชาชีพเมื่อมาผู้ป่วย ให้มีการลงชื่อไว้ใน แบบการวางแผนจำหน่าย<br>ลงรายละเอียดที่ได้แนะนำหรือสอนไปแล้ว<br>มีการประสานกลุ่มงานเวช เพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย<br>มีการลง Consult หน่วยงานปฐมภูมิเพื่อจะได้ติดตามเคสได้อย่างต่อเนื่อง | มีแบบฟอร์มการจำหน่ายเฉพาะโรค Stroke โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนจำหน่ายโดยมีการประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันที่ admit |

| กิจกรรมทบทวน                                                               | เหตุการณ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | แนวทางการปรับปรุง                                                                                                                                                                                                                                                               | ผลลัพธ์                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>2.ทบทวนคำร้องเรียน</b><br><b>ปัญหาที่พบ</b><br>จากแบบประเมินความพึงพอใจ | มีระบุเรื่องพัฒนามีไม่เพียงพอ<br><br><br><br><br><br><br><br><br>อาหารไม่ตรงเวลา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | มีการเบิกพัฒมตั้งโต๊ะมาให้<br>ในรายที่พัฒมเพดานไม่ถึง<br>หากผู้ป่วยเตียงเต็ม<br>จำเป็นต้องอยู่เตียงเสริม<br>อนุญาตให้ญาตินำพัฒมมาใช้เองได้<br><br>มีการแจ้งจนท.โภชนาการ<br>ให้มารับใบอาหาร<br>6.30/10.30/14.30และส่ง<br>อาหารเช้า 07.30<br>อาหารเที่ยง 11.30<br>อาหารเย็น 16.30 | ข้อร้องเรียนลดลง<br><br><br><br><br><br><br><br><br>แจกอาหารตรงเวลา |
| <b>3.กิจกรรมที่3 การส่งต่อ ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา</b>                       | ผู้ป่วยมีอาการมีไข้ ไอ หายใจ<br>เหนื่อยนอนราบไม่ได้ UD DM<br>HT DLP CHF CKD โรคหัวใจ<br>เดินช้า On external pacemaker<br>เจาะ Lab scrub possitive ดูแลให้<br>ยา 7 วันผู้ป่วยยังมีไข้ เป็นช่วงๆ<br>อ่อนเพลียมากขึ้น ซึมลง<br>ประสาน รพศ.ไม่รับ เคส ญาติขอ<br>ปฏิเสธการรักษา เพื่อจะพาผู้ป่วย<br>ไปรักษา รพ.เอกชน<br>เรื่อง ผู้ป่วยภาวะน้ำเกินของผู้ป่วย<br>ให้ดีขึ้นจึงค่อยส่งต่อ แต่แพทย์<br>ส่งผู้ป่วยไปตามนัด รพศ. โทร<br>กลับมาว่าไม่สามารถทำหัตถการ<br>ให้ได้เนื่องจากสภาวะผู้ป่วยไม่<br>พร้อม | รายงานการสื่อสารใน chart<br>ผู้ป่วย อย่างละเอียดเพื่อ<br>ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียน<br>กับโรงพยาบาล                                                                                                                                                                             | ไม่เกิดข้อร้องเรียน                                                 |

#### กิจกรรมที่ 4 การทบทวนการรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า

| กิจกรรมทบทวน        | เหตุการณ์                                                                                              | แนวทางการปรับปรุง                                                                 | ผลลัพธ์                                                                                |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| ล้างจมูกผู้ป่วยเด็ก | มีผู้ป่วยเด็กหอบมา admit จำนวนมาก ให้การดูแลโดยการล้างจมูกเพื่อบรรเทาอาการ แต่มีเจ้าหน้าที่ที่ไม่ชำนาญ | จัดกิจกรรมสอนการล้างจมูกผู้ป่วยเด็ก ให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และสาธิตให้ญาติดู | เจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญมากขึ้น ให้การพยาบาลโดยการล้างจมูกมากขึ้น ลดการเกิด pneumonia |

#### กิจกรรมที่ 5 การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

##### การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

| กิจกรรมทบทวน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | เหตุการณ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | แนวทางการปรับปรุง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ผลลัพธ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ทบทวนการเสียชีวิตจากข้อมูลรายงานการเสียชีวิต ปี 2562-2566 มียอดผู้ป่วยเสียชีวิตในหอผู้ป่วยจำนวน 24 ราย</p> <p>สาเหตุการเสียชีวิต มีดังนี้</p> <p>1.CA 20.83 %</p> <p>2.MI 16.66%</p> <p>3.Septic shock 12.50%</p> <p>4.Respiratory failure 8.33 %</p> <p>การพัฒนา early warning signs มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด ACS โดยขยายกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มผู้ป่วย 608 และกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ severe abdominal pain ให้มีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และกลุ่มที่มี CVD risk มากกว่า 30 %</p> <p>การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง</p> | <p>มีผู้ป่วยเสียชีวิตแบบ unplan ในหอผู้ป่วย 3 ราย ปี 2566 มีรายละเอียด ดังนี้</p> <p>1.case UTI ชายไทย อายุ 64 ปี มาด้วยปวดท้องน้อย UA WBC &gt;100 มีอาการปวดมาก ระดับความรู้สึกตัวลดลง E3V2M3 On ETT E4VTM6 EKG elevate I,II avF , Trop-T neg , arrest CPR asystole D/C death</p> <p>2.case syncope with Anemia ชายไทย 82 ปี มาด้วยเป็นลม วูบ DTX 40 mg HCT 21% ขณะนอนรอให้ PRC มีเกร็ง arrest start CPR on ET D/C death</p> <p>3.case MI ชายไทย 72 ปี มาด้วยปวดท้อง ร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก เหงื่อแตก แกร็บ at ER ไม่ได้ EKG , Trop-T เมื่อเข้าในหอผู้ป่วยใน</p> | <p>จากผลการทบทวน ปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอ่อนเพลีย ปวดท้องน้อย ติดตาม EKG , Trop-T และกำชับให้มีญาติดูแลผู้ป่วยทุกรายที่นอนพักในรพ. เพื่อลดโอกาสการร้องเรียน กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>-จากผลการทบทวน พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ syncope ให้ครอบคลุมการเฝ้าระวัง MI จึงปรับเพิ่มกระบวนการในเคสที่มาด้วยเป็นลม วูบ ให้ EKG , Trop-T เป็น Best line ด้วย</p> <p>-จากการทบทวนพบว่าไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG</p> | <p>เริ่มดำเนินการมกราคม มีการใช้แบบฟอร์มทบทวน 4 ครั้ง มีการแก้ไขปรับปรุงภายในหน่วยงาน</p> <p>ผู้ป่วยที่ควรได้รับการประเมินซ้ำเพิ่มขึ้น ไม่พบอุบัติการณ์เสียชีวิตจากอาการปวดท้อง</p> <p>-ภายหลังการเฝ้าระวังตามกระบวนการที่ปรับเปลี่ยน ไม่พบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเป็นลม วูบ อาการแฉ่งหรือเกิดภาวะ un plan CPR</p> <p>-ภายหลังการทบทวนให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ</p> |

กิจกรรมที่ 6 การทบทวนเพื่อค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

| กิจกรรมทบทวน                                                                                                                      | เหตุการณ์                                                                                                                       | แนวทางการปรับปรุง                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ผลลัพธ์                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไปของหน่วยงาน</p> <p>เรื่องการเก็บและส่งส่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ห้องปฏิบัติการปฏิเสธส่งตรวจ</p> | <p>-ปริมาณเลือดไม่เพียงพอ</p> <p>-ติดข้างTubeปิด Scale ทำให้มองไม่เห็นลักษณะและจำนวน Specimen</p> <p>-ปริมาณเลือดไม่เพียงพอ</p> | <p>-โดยปรับกระบวนการในขั้นตอนการรับคำสั่ง โดย In charge เป็นผู้ Print Sticker แทนการเขียน</p> <p>-และ ติดข้าง Tube ระบุรายการตรวจข้าง Tube ทุกรายการ</p> <p>-มีการ Double check ก่อนการเก็บ โดยพยาบาลเจ้าของ Case</p> <p>-ปรับกระบวนการ Key โดยจะKeyส่ง Lab เมื่อได้รับSpecimen ชกเลิกการ Key ล่วงหน้า</p> | <p>-อุบัติการณ์ การปฏิเสธส่งตรวจ ลดลง</p> <p>-อัตราความคลาดเคลื่อนในการส่งส่งส่งตรวจลดลง</p> |
| <p>เกิด Phlebitis เกรด 4</p> <p>ขณะได้มีการเปิดเส้นให้สารน้ำ</p>                                                                  | <p>-การ ให้สารน้ำในผู้ป่วย Sepsis เสี่ยงต่อการเกิด Phlebitis สูงได้ทบทวนจัดทำแนวทางในการให้สารน้ำ</p>                           | <p>มีการจัดทำวิธีการบริหารยา</p> <p>ความเสี่ยงสูง</p>                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>ไม่พบอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis ซ้ำ</p>                                                 |

| กิจกรรมทบทวน                                                                                                                                                           | เหตุการณ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | แนวทางการปรับปรุง                                                                                                                                                             | ผลลัพธ์                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                               | -                                                                                                                                                          |
| ผู้ป่วย COPD เกิด Respiratory failure                                                                                                                                  | มีการติดเชื้อ ขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน การจัดการภาวะหอบกำเริบไม่เหมาะสม เนื่องจาก มีการให้อาหารหนัก พ้นยาหลายครั้งก่อนที่จะมา รพ. ทำให้อาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | - ปรับปรุงแผนการจำหน่าย ให้มีความเฉพาะโรค มีการเตรียมความรู้ฝึกทักษะในการดูแลอุปกรณ์พ่นยาและ O <sub>2</sub> ที่บ้าน<br>-พัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD ที่บ้านร่วมกับ IC และทีม HHC | อุบัติการณ์การเกิดภาวะ respiratory failure ในผู้ป่วย COPD ลดลง                                                                                             |
| 1.ทบทวนการดูแลผู้ป่วย Stroke ใน IPD                                                                                                                                    | - ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 46 ปี Unknown U/D มา รพ.ด้วย 12 น. เวียนศีรษะ ตาลาย บ้านหมุน E4V5M6 นิ่ง-เดินได้ ไม่เซ Dx : Dizziness ให้ Dimen 1 amp V อาการทุเลาลง ขณะ Admit clinical stable at 21.30 เรียกไม่ลืมตา พูดคุยสับสน E2V4M6 DTX 300 mg/dl ให้ RI 4 u SC และให้ NSS IV rate 100 ml/hr Refer IMP RO Global aphasia                                                                                                                                                                                   | - ทบทวนการเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษาด้วยอาการ เวียนศีรษะ<br>- ทบทวนการให้ความรู้ ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ อาการของโรคหลอดเลือด สมอง/หลอดเลือดหัวใจ    | - มีแบบฟอร์มการเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อนจาก อาการเวียนศีรษะ/ปวดศีรษะ<br>- มีการ จัด ทำ แบบ แผนการจำหน่ายผู้ป่วย Dizziness                                     |
| 1.1 นางกฤษกร หิตอักษร วันที่ 13 กรกฎาคม 2562 ปัญหา -การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาด้วยอาการเวียน ศีรษะ ไม่คลอบคลุม -การให้ความรู้ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลไม่คลอบคลุม | -ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว มา รับการรักษาด้วยติดเชื้อ Covid-19 เข้ารับการรักษาในตึก Co- ward วันที่ 16 กุมภาพันธ์ แกรับ รู้สึกตัวดี E4V5M6 ลูกนั่ง-เดินได้ ปกติ ขณะ Admit clinical stable วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 12.30 น. ผู้ดูแลให้ประวัติว่า ผู้ป่วยดื่มน้ำ ทานอาหารได้ น้อยลง ไม่เดิน 17.30 น.ผู้ป่วยซึม ลงมากขึ้น มุมปากด้านซ้ายตก แขนขาอ่อนแรง E4V2M3 Motor power gr 3 all BP 158/79 mmHg รายงานแพทย์เวรรับทราบ แพทย์ มาดูอาการ Refer Dx Stroke (Non-Fast track) | -ทบทวนการประเมิน ผู้ป่วยในรายที่มีอาการ ผิดปกติ ต้องสงสัยเข้าข่าย โรคฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือด หัวใจเป็นต้น                                                  | -มีการประเมิน/อบรม เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่ม โรคหลอดเลือดสมอง/โรค หลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ที่มี ความชำนาญมากกว่า อาทิ แพทย์ เป็นต้น |
| 1.2 นายสมพร คำภา วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 ปัญหา -การประเมินอาการผู้ป่วยที่ เข้าข่ายโรคฉุกเฉินไม่ ครบคลุม                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1.3 นายพรมมา เข้มสิดา<br/>วันที่ 8 กรกฎาคม 2565<br/>ปัญหา<br/>-การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่ม<br/>เสี่ยงและผู้ดูแลไม่ครอบคลุม/<br/>เพียงพอ</p>                                                                                                                                                                                      | <p>-ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี U/D<br/>HT DLP มารับการรักษาด้วย 5<br/>วันก่อนมา รพ ชา แขน ขาซีกซ้าย<br/>5 ชม ก่อนมา รพ ชาแขนขาซีก<br/>ซ้ายมากขึ้น จึง มา รพ ไม่มีแขน<br/>ขาอ่อนแรง พุคซัดเจน แรกรับ<br/>ER E4V5M6 Motor power gr 4+<br/>all BP = 200/147 mmHg ให้<br/>Hydralazine 10 mg IV dose ที่ 1<br/>ประเมินซ้ำ BP = 192/132<br/>mmHg Hydralazine 10 mg IV<br/>dose ที่ 2 ขณะ Admit ผู้ป่วยชา<br/>แขน ขา ซีกซ้ายคงๆ เดิม<br/>E4V5M6 Motor power Rt upper<br/>gr 3 ,RT Lower gr 4 and Lt<br/>side gr 4 all ไม่มีปากเบี้ยว/พูดไม่<br/>ชัด BP = 200/130 mmHg<br/>รายงานแพทย์รับทราบ แพทย์มา<br/>ดูอาการ ให้ Hydralazine 20 mg<br/>IV Refer Dx Ischemic stroke</p> | <p>-ทบทวนการให้ความรู้<br/>ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการ<br/>เฝ้าระวังและอาการแสดง<br/>ของโรคหลอดเลือดสมอง<br/>ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับ<br/>กลุ่มงานโรค NCD</p>                                                                                                                                                                                                                   | <p>-มีการจัดการให้ความรู้แก่<br/>ผู้ป่วยและผู้ดูแลในกลุ่มโรค<br/>NCD ทั้งการสังเกตอาการ<br/>ผิดปกติที่ต้องรีบมา รพ.<br/>และ การ ปฏิบัติตัว เพื่อ<br/>ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้ง<br/>ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัด<br/>และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา<br/>ในหอผู้ป่วย</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>5.ทบทวนการดูแลผู้ป่วย<br/>hypo-hyperglycemia<br/>นางสุดารัตน์ ทิพย์ชิต<br/>7/09/65 HN 3489<br/>-การวางแผนจำหน่ายไม่<br/>ครอบคลุมปัญหาสำคัญ<br/>-แบบการวางแผนจำหน่าย<br/>เฉพาะโรคไม่ครอบคลุมพอ<br/>ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึง<br/>ปัญหาของตนเอง<br/>-ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาสำคัญ<br/>ของตัวเองแต่ไม่ปฏิบัติตัว<br/>ตามที่วางแผนไว้</p> | <p>-ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี<br/>U/D DM DLP HT รับยาต่อเนื่อง<br/>ไม่ขาดยา ค่ะเฉลี่ยทุกวัน วันละ 1<br/>ขวดเล็ก เป็นเวลานานมากกว่า 10<br/>ปี<br/>แรกรับที่ ER ญาติให้ประวัติ 5<br/>นาทีก่อนมารพ. วูบ ใจสั่น เหงื่อ<br/>ออกตัวเย็น ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก<br/>ปัสสาวะไม่ออก DTXแรกรับ =<br/>447 mg% On NSS 1000 ml V<br/>80 cc/hr. + RI 10 u SC ,EKG<br/>Urine ketone E' lyte On foley<br/>เจาะ DTX ซ้ำ DTX = 461 mg%<br/>NSS 1000 ml V load + RI 10 u<br/>IV แพทย์ให้แอดมิคผู้ป่วยใน</p>                                                                                                                                                                             | <p>- ปรับปรุงแบบฟอร์มการ<br/>วางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค<br/>DM<br/>- ทบทวนแนวทางการ<br/>วางแผนจำหน่ายและการส่ง<br/>ต่อ HHC.ใช้Core value<br/>Teamwork Symless<br/>-วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย<br/>ร่วมกับสหวิชาชีพ และ<br/>บุคคลในครอบครัวเป็น<br/>สำคัญ<br/>-ให้บุคคลในครอบครัวร่วม<br/>รับรู้ปัญหาหลักของผู้ป่วย<br/>พร้อมทั้งให้ช่วยวางแผนการ<br/>ดูแลเมื่อกลับบ้านร่วมกับทีม<br/>HHC</p> | <p>- มีแบบฟอร์มการจำหน่ายเฉพาะ<br/>โรค DM โดยมีทีมสหวิชาชีพ<br/>ร่วมวางแผนจำหน่ายโดยมี<br/>การประเมินเพื่อการวางแผน<br/>จำหน่าย<br/>ตั้งแต่วันแรกที่ admit ทีม HHC<br/>ติดตามเยี่ยมประสานกับ รพสต.<br/>ในเขต<br/>- มีการเข้าร่วมของบุคคลใน<br/>ครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยเมื่อ<br/>กลับไปอยู่บ้าน และสามารถ<br/>ติดตามอาการและการปฏิบัติตัว<br/>ของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้จาก<br/>บุคคลในครอบครัวเอง<br/>-มีการติดตามHHC ของผู้ป่วย<br/>และสามารถทราบถึงปัญหา<br/>เพิ่มเติมของผู้ป่วยเพื่อนำกลับมา<br/>พัฒนาและต่อขออดการดูแล<br/>เพิ่มเติมในผู้ป่วยรายอื่นๆ</p> |

## กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

| กิจกรรมทบทวน                                                     | เหตุการณ์                                                                                            | แนวทางการปรับปรุง                                                                                                                                         | ผลลัพธ์                                            |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| ติดเชื้อ Covid-19 ในหอผู้ป่วย<br>ติดเชื้อ Covid-19 ในเจ้าหน้าที่ | มีผู้ป่วย Covid -19 admit เกินจำนวนห้องแยกที่มี<br>มีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อโควิดในหอผู้ป่วย 8 รายจาก 15 | จัดห้องพิเศษเป็นห้องแยกโรคเพิ่ม และแบ่งโซนผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ที่มีการใส่แมสตลอดเวลา<br>แยกกันรับประทานอาหาร<br>มีการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ทุก 2 ชม. | ไม่พบอุบัติการณ์การแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยเพิ่ม |

## กิจกรรมที่ 8 การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

| กิจกรรมทบทวน                                         | เหตุการณ์                                                                                                                                                                                                                                | แนวทางการปรับปรุง                                                                                                                                                                                                                           | ผลลัพธ์                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้ป่วยได้รับยาไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา | - ลืมแจกยา แจกยา ไม่ครบตามรายการ<br><br>- ปี 63 เกิด admin error โดยลืมบริหารยาฉีด<br><br>- ปี 65 admin error โดยลืมบริหารยากินสำคัญ favipiravir ในลื้อคยา กินผู้ป่วย<br><br>- ปี 66 admin error พบอุบัติการณ์ฉลากยาไม่ถูกต้อง, ลืมจัดยา | Cross Check ให้เกิดความปลอดภัย<br>- มีการจัด – แจกยา โดยพยาบาล 2 คน มีการ Double Check ก่อนการบริหารยา มีการตรวจสอบคำสั่งก่อนการบริหารยา<br>มีการจ่ายยาผู้ป่วยโควิดทันทีที่ได้รับยาจากห้องยา<br><br>มีการตรวจเช็คยากับ order โดยพยาบาล 2 คน | - ภายหลังการปรับกระบวนการดังกล่าวยังไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ<br><br>- ไม่พบความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรง<br><br>- ยังพบความคลาดเคลื่อนแต่อุบัติการณ์ลดน้อยลง |

## 9.การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

| กิจกรรมทบทวน                       | เหตุการณ์                                                                                                                                             | แนวทางการปรับปรุง                                                                                                                                                                                                           | ผลลัพธ์                                      |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| สุ่มทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทุกเดือน | มีรายงานการบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย มอบหมายผู้รับผิดชอบทบทวน โดยกำหนดประเด็นทบทวน<br><br>ไป admission note แพทย์ไม่ได้ลงชื่อ | จัดอบรมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล<br>กำกับดูแลโดยผู้ชำนาญกว่ากระตุ้นเตือนเพื่อให้มีการบันทึกครบถ้วนและทบทวนการบันทึกในเวรถัดไป<br>ชี้แจงประเด็นที่ต้องมีการบันทึก<br><br>ได้มีการทบทวนให้แพทย์ลงชื่อตั้งแต่แรกผู้ป่วย Admit | อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน=89.59 |

## กิจกรรมที่ 10 การทบทวนการใช้ทรัพยากร

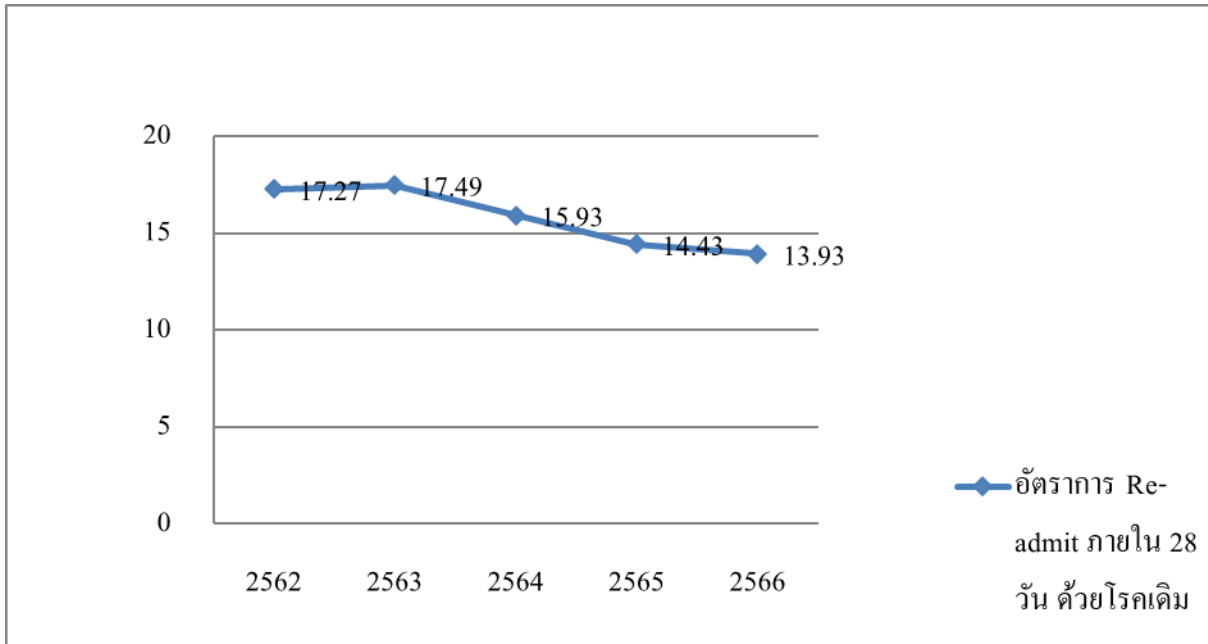
| กิจกรรมทบทวน                      | เหตุการณ์                                                                                                                                         | แนวทางการปรับปรุง                                                                        | ผลลัพธ์                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| ทบทวนการใช้ห้อง negative pressure | พบอุบัติการณ์เปิดห้อง negative pressure ไว้หลังจากที่ผู้ป่วยออกไปแล้วนาน 3 วัน จากที่กำหนดให้ปิดหลังจากใช้งานครึ่งชั่วโมง มีค่าใช้จ่ายคือค่าไฟฟ้า | กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลการเปิด - ปิด ห้อง negative pressure ในแต่ละเวร (ผู้ช่วยเหลือคนไข้) | ไม่พบอุบัติการณ์ไม่ได้ปิดหลังผู้ป่วยออก |

## กิจกรรมที่ 11 การทบทวนงานด้านวิชาการ

| กิจกรรมทบทวน                       | เหตุการณ์                                                                                                                                                                                                                     | แนวทางการปรับปรุง                                                                                                                                                                           | ผลลัพธ์                                                                      |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| การทบทวนการบริหารยา norepinephrine | ในหอผู้ป่วยมีการบริหารยา HAD ที่ใช้ได้แก่ norepinephrine เกิดอุบัติการณ์ extravasation ในหอผู้ป่วย                                                                                                                            | จัดวิชาการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา norepinephrine การเฝ้าระวัง และการจัดการเมื่อเกิด extravasation ให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์อื่นไม่พึงประสงค์จากการบริหารยาในหอผู้ป่วย | ไม่พบอุบัติการณ์อื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Norepinephrine                  |
| การทบทวนการบริหารยา SK             | เนื่องจากหอผู้ป่วยในมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในปี 2566 จึงได้มีการทบทวนการบริหารยาที่จำเป็นและมีความเสี่ยงสูงเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้และสามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพสูงสุด | มีการจัดวิชาการการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยใน ในการบริหารยา SK เพื่อให้มีความรู้และสามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้อง                                                                  | เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในการบริหารยา SK ได้อย่างถูกต้อง คิดเป็นอัตรา 93.44 % |

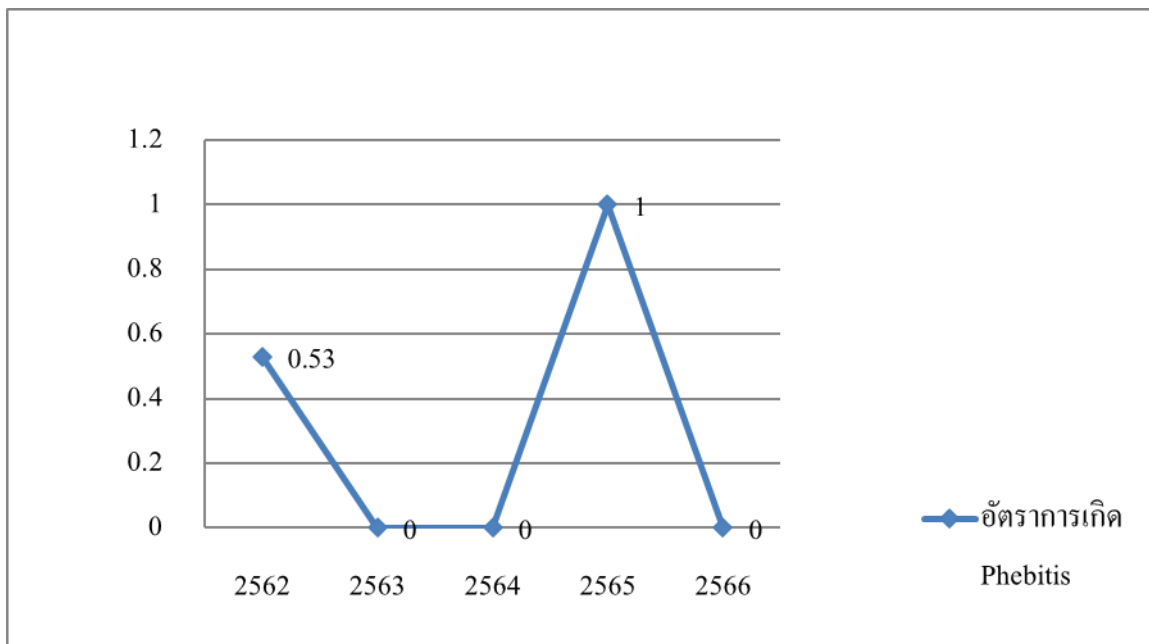
## ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

อัตราการ Re-Admitภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม



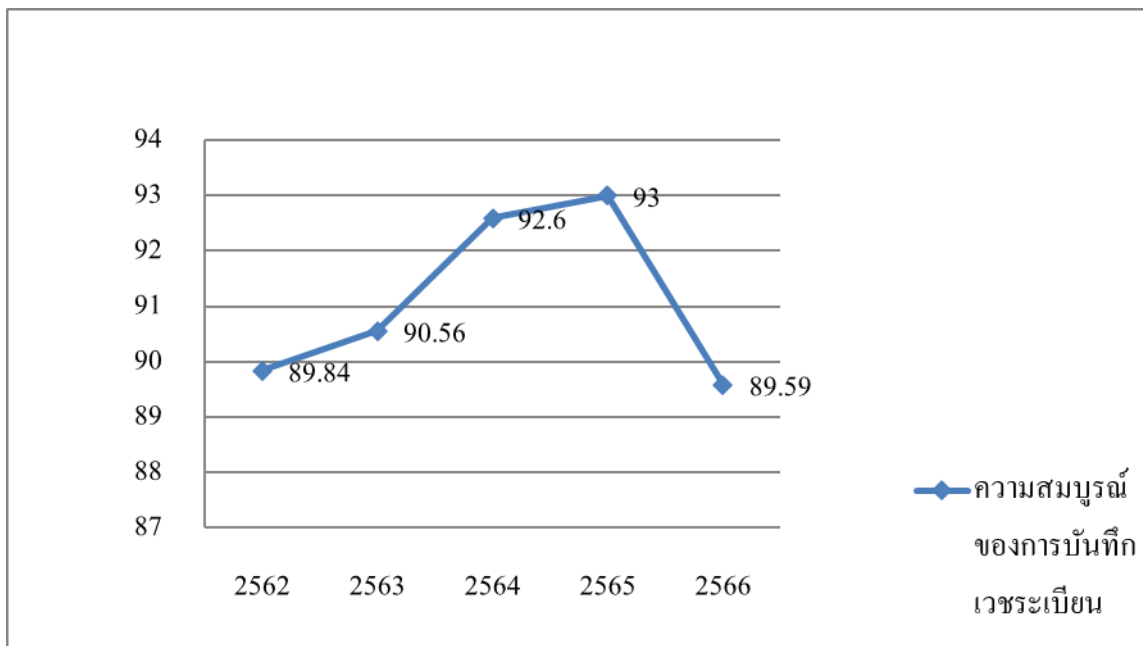
อัตราการ Re-admit ด้วยโรคเดิมเกินค่าเป้าหมายในปี 2562-2564 และแต่มีแนวโน้มลดลงในปี 2565-2566 เนื่องจากการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยทุกรายที่มานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้มีอัตราการ re-admit ที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด

อัตราการเกิด Phlebitis จากการให้สารน้ำ



การเกิด Phlebitis จากการให้สารน้ำ ในปี 2565 พบจำนวน 1 ราย จึงได้มีการทบทวนแนวทางการให้สารน้ำ แก่เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง พบว่าอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis ในปี 2566 เท่ากับ 0

#### อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน



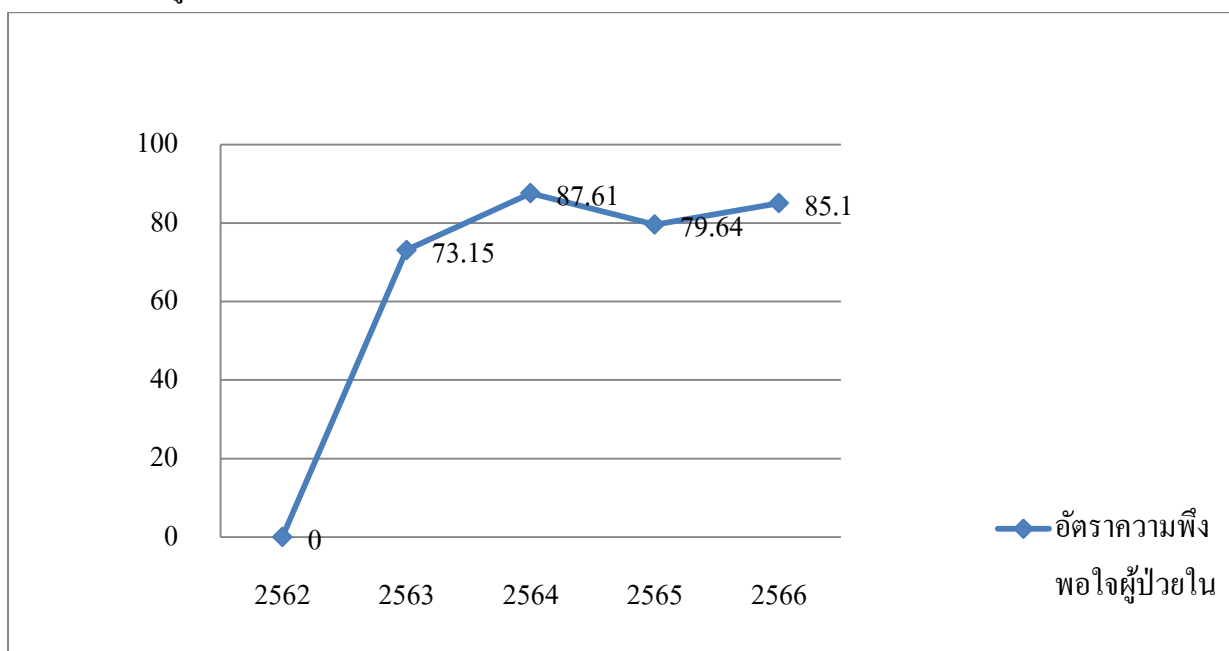
ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มที่ลดลง

ปี 2562 สปสข เปลี่ยนเกณฑ์การประเมินผลการประเมินจึงลดลงกว่าเกณฑ์

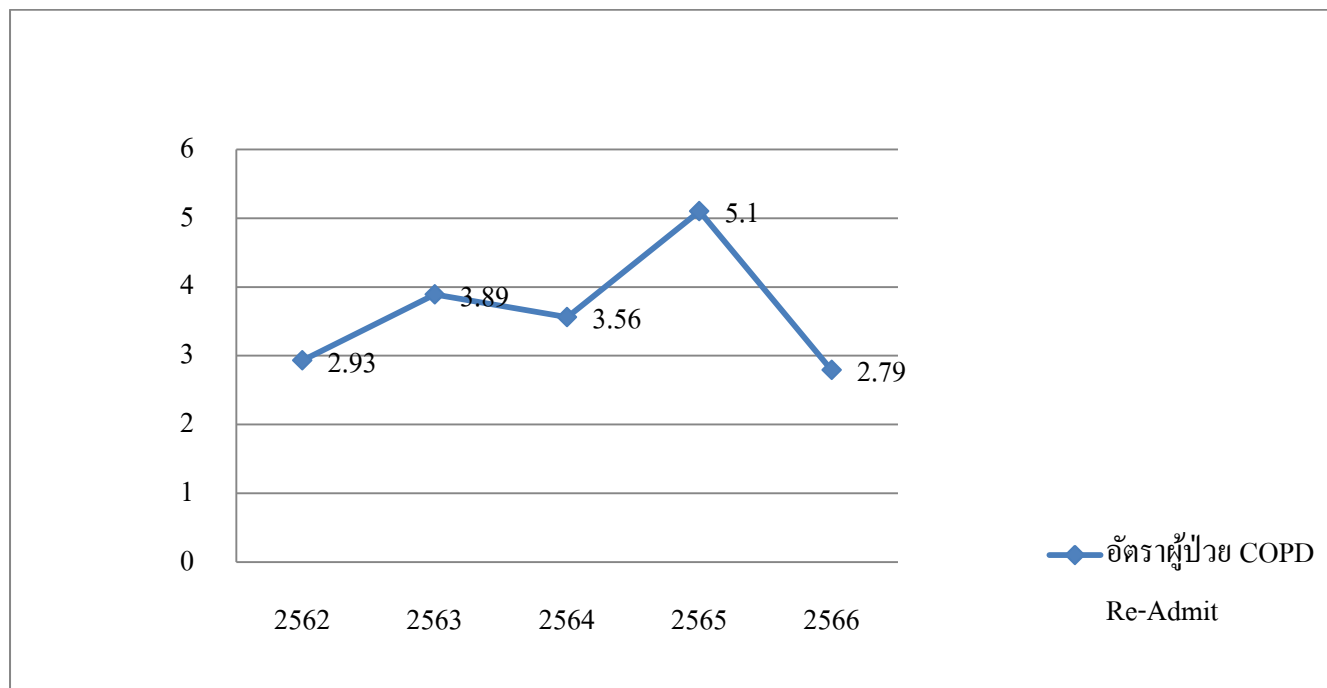
ปี 2565 ปรับปรุงการบันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกสำคัญ Specific Clinical Risk โดยแพทย์บันทึกใน Progress note

ปี 2566 ลดลง เนื่องจากการปรับปรุงระบบ chart จากเอกสารเป็นระบบ paperless เนื่องจากการระบุข้อมูลการตรวจร่างกาย และลงประวัติไม่ครบถ้วน

#### ความพึงพอใจผู้ป่วยใน



ความพึงพอใจในปี 2563 ลดลงเนื่องจากความไม่พึงพอใจเรื่องความสะอาด อาคารที่พักเก่ามีกลิ่นเหม็นจากท่อระบายน้ำ  
 ละจากประเด็นปัญหาดังกล่าวได้มีการปรับปรุงการทำความสะอาดโดยเฉพาะในวันหยุดราชการและนอกเวลาให้มีแม่บ้านทำ  
 ความสะอาดถึงเวลา 20.30 น. ได้มีแนวทางในการทำความสะดวกในแต่ละสถานที่ ของแม่บ้านแต่ละรายได้มีรายละเอียดและ  
 เวลาระบุไว้ชัดเจน ซึ่งหากมีจุดไหนที่ไม่สะอาดสามารถที่จะติดต่อมาทำความสะอาดได้ทันที  
 และเรื่องเวลาในการส่งอาหารผู้ป่วย ได้มีการแจ้งให้โภชนาการรับทราบแจ้งเวลาในการส่งอาหารให้ตรงเวลา  
 อัตราการ Re-admit COPD



อัตราการ Re-admit COPD มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี 2565 มีการปรับแบบประเมินในการวางแผนจำหน่ายแบบเฉพาะโรค  
 โดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายมีการส่งทีม COC และมีการตอบกลับข้อมูลเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่าง  
 ต่อเนื่องจึง ทำให้อัตราการ Re-admit COPD ลดลงในปี 2566

**กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ งานหอผู้ป่วยใน**  
**เรื่อง การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้เลือด**

**ปัญหาและที่มา**

การให้เลือดเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วย หากเกิดความผิดพลาด มีโอกาสเกิดอันตรายรุนแรงถึงชีวิต การให้เลือดต้องคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพและความปลอดภัย การปฏิบัติตามมาตรฐานจึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากข้อมูลการให้เลือดในหอผู้ป่วยปี 2562-2566 มีจำนวนทั้งหมด 688 unit พบปัญหาการปฏิบัติในการให้เลือดยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การเฝ้าระวังปัญหาความเสี่ยงในการให้เลือดยังไม่ครอบคลุมปัญหาสำคัญจึง ได้พัฒนาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้เลือดขึ้น

**วัตถุประสงค์ ( Purpose )**

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้เลือดและองค์ประกอบของเลือด

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้เลือด

**กระบวนการ (Process)**

1. จัดทำแนวปฏิบัติในการให้เลือด ที่ครอบคลุมกระบวนการให้เลือด
2. ชี้แจงให้บุคลากรทราบในการปฏิบัติเมื่อมีคำสั่งให้เลือด
3. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง

การประเมินผล( Performance)

| ลำดับ | ตัวชี้วัด                                              | เป้าหมาย  | ระดับที่ปฏิบัติได้ |       |     |
|-------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------------|-------|-----|
|       |                                                        |           | 64                 | 65    | 66  |
| 1     | อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการให้เลือด                   | 0         | 0                  | 0     | 0   |
| 2     | อัตราการปฏิบัติตามแนวทาง                               | $\geq 90$ | 95.38              | 97.64 | 100 |
| 3     | อัตราการเกิด Phlebitis                                 | 0         | 0                  | 1     | 0   |
| 4     | อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการให้เลือด | 0         | 0                  | 0     | 0   |

ปี2565 จากการทบทวนแนวทางปฏิบัติพบว่า การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกไม่มีการแพ้หรือมีปฏิกิริยาจากการให้เลือดที่รุนแรงแต่มีอาการข้างเคียงเช่น อาการคัน ไม่มีการแน่นหน้าอก ไม่มีการ Anaphylaxis shock แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จึงได้ให้มีการใส่แบบฟอร์มในการเฝ้าระวังsign anaphylaxisและระบุ Intervention เมื่อมีอาการผิดปกติ ปี 2566 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

**กิจกรรมพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน**  
**เรื่อง การลดความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกเวชระเบียน**

ผู้รับผิดชอบ    กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

**1. ปัญหาหรือที่มา**

จากสถิติความเสี่ยงในหน่วยงาน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2566 พบว่า การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบ/ไม่ถูกต้องเป็นความเสี่ยงด้านทั่วไป จึงได้จัดทำ CQI เรื่อง การลดความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกเวชระเบียนขึ้น

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้การบันทึกข้อมูลถูกต้องครบถ้วน

## 2.เพิ่มความสามารถของการบันทึกเวชระเบียน

### กระบวนการพัฒนา

- 1) กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบตรวจสอบเวชระเบียนประจำวัน โดยกำหนดให้ต้องมีการ Double check เวชระเบียนทุกฉบับก่อนส่งเวชระเบียนจำหน่าย โดยครั้งแรก ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในใบลงหัตถการ โดย In charge และเจ้าของCase เมื่อจำหน่าย ตรวจสอบอีกครั้งโดย ผู้บันทึก
- 2) ออกแบบบันทึกข้อมูลสำเร็จรูป เพื่อลดความผิดพลาด
- 3) ผู้ลงบันทึกข้อมูล ลงลายมือชื่อ/และลงทะเบียนส่งออก
- 4) เก็บรวบรวมข้อมูลการบันทึกผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน
- 5) นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย
- 6) เมื่อมีการพิมพ์ chart ให้รับจากหน่วยงานเวชระเบียนโดยตรงป้องกันการสูญหาย

การลงบันทึกข้อมูลยังมีความคลาดเคลื่อนจากสาเหตุคือ การตรวจสอบกรณีนอกเวลาราชการยังทำได้ไม่ครบ100% มีแผนในการพัฒนาต่อ โดยการนิเทศติดตามการบันทึกอย่างต่อเนื่อง

### CQI : การพัฒนาระบบการเก็บและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### หน่วยงาน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในร.พวิภาวดี

ปัญหาและที่มา: จากการทบทวนการส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในปี พ.ศ. 2566 พบว่าการเก็บและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความผิดพลาดเกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ20.68 จากการวิเคราะห์ พบว่าความผิดพลาดเรื่องการฉีดยาการส่งตรวจไม่ถูกต้องตามคำสั่งการรักษาเป็นอันดับแรก เป็นความคลาดเคลื่อนระดับA-Bรองลงมาเป็นการเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสมเป็นความคลาดเคลื่อนระดับCและเก็บสิ่งส่งตรวจสลับคนเป็นความคลาดเคลื่อนระดับCตามลำดับส่งผลให้ต้องเก็บสิ่งส่งตรวจซ้ำเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นผู้ป่วยขาดความเชื่อถือ จึงได้พัฒนาระบบการเก็บและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้น

#### เป้าหมาย :

1. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเก็บและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับCขึ้นไป= 0 %
2. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเก็บและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับA-B<20 %

### กระบวนการ

1. ปรับกระบวนการในการเก็บและส่ง สิ่งส่งตรวจตั้งแต่ขั้นตอนการรับคำสั่งการรักษาจนกระทั่งส่งตรวจ
2. ใช้การprint sticker แทนการเขียนโดยระบุรายการตรวจใน stickerที่printมา
3. การลงทะเบียนส่งในสมุดให้ระบุ รายการตรวจตามคำสั่งการรักษา
4. มีการตรวจสอบรายการส่งก่อนไปห้องปฏิบัติการ

## ผลการพัฒนา

| ตัวชี้วัดความสำเร็จ                                       | เป้าหมาย | ผลการปฏิบัติงาน |    |    |    |    |
|-----------------------------------------------------------|----------|-----------------|----|----|----|----|
|                                                           |          | 62              | 63 | 64 | 65 | 66 |
| 1.ปฏิบัติการห้อง Lab ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ                    | 0        | NA              | 6  | 14 | 26 | 1  |
| 2.ปฏิบัติการความผิดพลาดในการเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจระดับA-B | <20      | NA              | 12 | 16 | 18 | 1  |
| 2.1คีย์รายการเกินคำสั่ง                                   | <20      | NA              | 0  | 0  | 6  | 0  |
| 2.2คีย์รายการไม่ครบตามคำสั่ง                              | <10      | NA              | 5  | 7  | 9  | 0  |

## จากผลการพัฒนา

ในปี2566 ปฏิบัติการณ์การคีย์รายการ/ส่งตรวจเกินคำสั่งการรักษาลดลงเป็น 0 เนื่องจากการคีย์รายการตามคำสั่งการรักษา และมีการคีย์เมื่อเก็บสิ่งส่งตรวจพร้อมส่ง ไม่มีการคีย์ล่วงล่วงหน้า

การลืมหาคีย์รายการก่อนนำส่งมีแนวโน้มลดลงซึ่งยังต้องดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

## ประเด็นพัฒนาผลงานนวัตกรรม หอผู้ป่วยใน รพ.วิภาวดี

ชื่อผลงาน      ตะกร้าพา Clean

**ปัญหา** จากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวิภาวดี ให้บริการผู้ป่วยทุกโรค และผู้ป่วยบางรายจะมีการใส่สายสวนปัสสาวะและต้องมีการบันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกของผู้ป่วยซึ่งการใช้อุปกรณ์ ในการเทปัสสาวะทั้งแบบเดิมคือจะต้องนำขวดน้ำเกลือมาใส่ปัสสาวะและเททิ้ง วางขวดไว้บนพื้น สำลี แอลกอฮอล์ก็มีบ้างไม่มีบ้าง วางไว้หาไม่เจอบ้าง ต้องขอจากเจ้าหน้าที่ใหม่ สิ้นเปลืองทรัพยากร บางครั้งเจ้าหน้าที่มีการะงานอย่างอื่นคิดค้างอยู่ทำให้ไม่ได้เลยตอนที่ขอ ญาติก็เทน้ำปัสสาวะทิ้งโดยไม่ได้ทำความสะอาดจากก่อนซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ และอาจต้องมีการรักษาเพิ่มเติมทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น จำนวนวันนอนเพิ่มมากขึ้น การทำงานซ้ำซ้อน จึงได้มีการจัดทำตะกร้าพาดลิ้นสำหรับผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะทุกรายเพื่อเตรียมอุปกรณ์ในการทำทำความสะอาดให้ปราศจากเชื้อก่อนที่จะมีการเททิ้งทุกครั้ง

| เป้าหมาย                                                                                                                                                                    | กระบวนการในการพัฒนา / การนำสู่การปฏิบัติ                                                                                                                                                     | ผลลัพธ์ของงานที่คาดหวัง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ผลลัพธ์การพัฒนา (1ต.ค.64-ปัจจุบัน)                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ<br>2.เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้งาน<br>3.เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อจากการใช้สิ่งของร่วมกัน<br>4.เพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ | 1.ทบทวนปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน<br>2.คิดค้นสิ่งประดิษฐ์ที่ลดภาระงานและเพื่อความสะดวกในการใช้งาน<br>3.จัดทำสิ่งประดิษฐ์ใช้ในหอผู้ป่วย<br>4.ประเมินการใช้งานเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อ | 1. ไม่มีการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ<br>2.มีความสะดวกในการหยิบใช้งาน<br>3.การติดเชื้อจากการใช้สิ่งของร่วมกันลดลง<br>4.ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ<br>4.1เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ<br>4.2.เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้งาน<br>4.3.เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อจากการใช้สิ่งของร่วมกัน<br>4.4.เพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ | 1.อุบัติการณ์การติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะเป็น 0<br>2.เพิ่มความสะดวกในระบบงานและการกำกับติดตาม<br>3.อุบัติการณ์การเกิด Cross infection จากการใช้สิ่งของร่วมกัน เป็น 0<br>4.ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ<br>5.เพิ่มระบบการจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและเป็นระเบียบ สวยงาม |

เนื่องจากในปี 2564 มีผู้ป่วย ใส่สายสวนปัสสาวะและมีการติดเชื้อ CAUTI 1 รายซึ่งเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางคือใช้สำลี-แอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดจากก่อนการเทปัสสาวะจากถุงทุกครั้ง ซึ่งอาจจะเกิดจากเจ้าหน้าที่ยุ่ง ตอนที่ญาติมาขออาจจะลืมจากภาระงาน จึงได้มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้พร้อมและมีการเดินตรวจทุกเวร โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ จากผลการพัฒนา ไม่พบอุบัติการณ์การเกิด CAUTI

แผนงานที่พัฒนาต่อเนื่อง

| กิจกรรมการพัฒนา                              | เป้าหมาย               | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การป้องกันการติดเชื้อในร.พ                   | การติดเชื้อในร.พ. ลดลง | 1.กำหนดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ                                                                                                                                                                                                          |
|                                              |                        | 2.เพิ่มสมรรถนะบุคลากร                                                                                                                                                                                                                            |
|                                              |                        | 3.จัดกิจกรรมรณรงค์การป้องกัน HAP                                                                                                                                                                                                                 |
|                                              |                        | 4.นิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางอย่างสม่ำเสมอ                                                                                                                                                                                                    |
|                                              |                        | 5.จัดทำโครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน                                                                                                                                                                                              |
| พัฒนาประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย COPD | ลดอัตรา การRe-admit    | 1.มีการค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ<br>2.ติดตามประเมินผลประสิทธิภาพ การวางแผนจำหน่ายโดยการวัดความรู้ความเข้าใจก่อนจำหน่าย<br>3.มีการวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ<br>4.มีการกำหนดเกณฑ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน |

## CQI COPD

โดย หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวิภาวดี

เรื่อง ลดอัตราการ re-admit จากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปีงบประมาณ 2566 ไม่เกินร้อยละ 5

### ปัญหา

| โรค  | 2562  | 2563  | 2564  | 2565  | 2566  |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
|      | คน(%) | คน(%) | คน(%) | คน(%) | คน(%) |
| COPD | 4.5   | 3.71  | 3.56  | 5.1   | 2.79  |

จากข้อมูลดัชนีชี้วัดของหน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวิภาวดี 5 ปีย้อนหลัง ปี 2561-2565 พบว่าอัตราการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 4.5, 3.71, 3.56, 5.1, 2.79 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

### กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

**แพทย์** ตรวจวินิจฉัยรักษา

**เภสัชกร** ประเมินวิธีการใช้ยารับประทานและยาพ่นในผู้ป่วย

**พยาบาลประจำหอผู้ป่วย** หาสาเหตุการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินจาก 11 แบบแผนกอร์ดอนขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล วัด O2 sat ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา

**โภชนาการ** ประเมินภาวะโภชนาการ สอนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

**นักกายภาพบำบัด** สอนฝึกการหายใจ การไออย่างถูกวิธี การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

**หน่วยงานปฐมภูมิ** ดูแลต่อเนื่อง ชักถามถึงสิ่งแวดล้อมที่บ้านวางแผนที่บ้านและออกเยี่ยมบ้าน

ซึ่งปัจจุบันยังไม่ได้มีการวางแผนจำหน่ายทุกราย จะทำเฉพาะผู้ป่วยที่มีการ readmit เท่านั้นแต่จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายจะกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ จึงได้ทบทวนและวางแนวทางในการดูแลผู้ป่วย COPD ทุกเคสที่นอนโรงพยาบาล และส่งเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยที่ readmit ผู้ป่วยที่ยังคงมีปัญหาตกค้างที่ต้องดูแลต่อเนื่อง แต่ไม่ได้มีการส่งเยี่ยมบ้านในทุกรายที่ readmit แต่ยังทำให้จำนวนผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น อัตราการครองเตียงที่นานขึ้นและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น งานผู้ป่วยในได้เห็นความสำคัญของปัญหา จึงค้นหาปัญหาและสาเหตุ หาแนวทางร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลประจำคลินิก COPD พยาบาลคลินิกจิตเวช เภสัชกร นักโภชนาการ

นักกายภาพบำบัด พยาบาลประจำหน่วยงานปฐมภูมิดูแลต่อเนื่อง แพทย์และเภสัชกร

### สาเหตุ

- คน : 1.ผู้ป่วยขาดทักษะการสูดยาพ่นเมื่อมีอาการหอบ
- 2.ผู้ป่วย ยังคงสูบบุหรี่ ยังจุดไฟเผาขยะ เลี้ยงนก เลี้ยงไก่ เลี้ยงสุนัข แมว
- 3.ผู้ป่วยขาดทักษะการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการออกกำลังกายที่ส่งเสริมให้ปอด แข็งแรง
- 4.ผู้ป่วยขาดความรู้ที่จริงจึงอยู่บ้านเพียงคนเดียวเมื่อมีอาการหอบกำเริบไม่มีโทรศัพท์ ต้องรอให้บุตรหลานกลับจากทำงานซึ่งอาการหอบจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นกว่าจะมาถึงโรงพยาบาลอาการหนักต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

**เครื่องมือ :** ขาดอุปกรณ์ที่ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอด,ขาดเครื่องผลิตออกซิเจนในรายที่ readmit ไม่สามารถให้ได้ทุกเคส ( มีให้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีการดูแลแบบประคับประคอง Palliative care )

## ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### กระบวนการ :

1. มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแต่ขาดการประสานงานและพูดคุยกันในปัญหาที่พบในผู้ป่วย ทำให้การแก้ปัญหาไม่ตรงจุดและขาดการประสานกับผู้นำชุมชนในรายที่มีการreadmit เพื่อมีการเยี่ยมสอบถามปัญหา และหาทางในการแก้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบในขณะที่ญาติผู้ดูแลไม่อยู่บ้าน และผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ที่จะโทรประสาน 1669
2. ผู้ป่วยที่ Admit ไม่มีการประเมิน Peak flow ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

### สิ่งแวดล้อม :

1. ขาดคนคอยดูแลผู้ป่วยที่จริงจัง
2. อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบ เช่น ฝุ่น ควัน ใช้เตาฟืน จุดไฟ เผาขยะ คนรอบข้างสูบบุหรี่ บ้านรมีฝุ่นละออง เลี้ยงสัตว์เลี้ยงที่มีขน

### เป้าหมายและตัวชี้วัดหลัก

ลดอัตราการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วย COPD ไม่เกินร้อยละ 5

### เป้าหมายและตัวชี้วัดรอง/สนับสนุน

ผู้ป่วย admit ด้วยโรค COPD c AE ไม่เกินร้อยละ 5 ( ปี 2562-2566 ) ร้อยละ 4.5, 3.71, 3.56, 5.1, 2.79 ตามลำดับ

### แก้ปัญหา

1. แพทย์ ตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และนัด F/U อาการภายใน 2 สัปดาห์และส่งยาพ่นชนิดออกฤทธิ์ยาวให้ทุก case
2. เภสัชกร ประเมินวิธีการใช้ยาพ่นแก่ผู้ป่วย แนะนำการพกยาพ่นติดตัวทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน
3. พยาบาล
  - 3.1 พยาบาลงานผู้ป่วยใน
    - มีการประเมินอาการผู้ป่วย และวัด O2sat ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน หากผู้ป่วย O2 sat  $\leq 88\%$  รายงานแพทย์และแนะนำให้ญาติมีการเตรียมออกซิเจนไว้ที่บ้าน
    - มีการ Consult สหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใน ระบบ Hos-4
    - ส่ง smart coc ทุกเคสที่readmit หรือยังพบปัญหาที่จะต้องดูแลต่อเนื่อง
  - 3.2 พยาบาลหน่วยงานปฐมภูมิ ชักถามถึงสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยคร่าวๆ และเขียนแผนที่เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านภายในระยะเวลาที่กำหนด 2 สัปดาห์
4. นักกายภาพบำบัด มีการสอนฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การเป่าลูกโป่ง และการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆไป และถ้าหากประเมินผู้ป่วยและยังคงพบปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขให้เสร็จสิ้นได้ก็จะมีส่งต่อปัญหาไปสู่การเยี่ยมบ้าน และมีการ POP UP ใน Program Hos XP

ระยะเวลาดำเนินการ มกราคม 2566 - กันยายน 2566

**การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :** กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ การลดอัตราการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ปีงบประมาณ 2566 จากสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น ลดอัตราการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

| โรค                            | ต.ค.<br>65 | พ.ย.      | ธ.ค.      | ม.ค.<br>66 | ก.พ.      | มี.ค.     | เม.<br>ย.. | พ.ค.      | มิ.ย.     | ก.ค.      | ส.ค. | ก.ย. |
|--------------------------------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|------|------|
|                                | คน<br>(%)  | คน<br>(%) | คน<br>(%) | คน<br>(%)  | คน<br>(%) | คน<br>(%) | คน<br>(%)  | คน<br>(%) | คน<br>(%) | คน<br>(%) | คน   | คน   |
| 1. ผู้ป่วย COPD                | 15         | 23        | 18        | 21         | 20        | 11        | 16         | 11        | 9         | 10        | 19   | 21   |
| 2. จำนวนผู้ป่วย readmit COPD   | 7          | 4         | 4         | 3          | 2         | 2         | 4          | 3         | 3         | 5         | 3    | 3    |
| 3.จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเยี่ยมบ้าน | 2          | 1         | 6         | 2          | 2         | 2         | 1          | 8         | 4         | 3         | 6    | 1    |

บทเรียนที่ได้รับ : การพัฒนาคุณภาพ การลดอัตราการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น

### แผ่นพับสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง

**โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**  
Chronic Obstructive Pulmonary Disease: **COPD**

**สาเหตุการเสียชีวิต**  
มากเป็น **อันดับ 6**  
ของประเทศไทย

มีผู้ป่วยมากกว่า  
3 ล้านคน  
เฉลี่ย **มากถึง 6 คน**

พบมาก  
ในคน **อายุ**  
**มากกว่า 40 ปี**

เข้ารับการรักษ  
ในโรงพยาบาล  
กว่า **1 ล้านคน**

**สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

การสูบบุหรี่  
ทั้งสูบเองหรือ  
ควันบุหรี่มือสอง

มลพิษทางอากาศ  
และฝุ่นควัน  
รวมถึงควันที่เกิด  
จากการทำอาหาร

**PM2.5**  
ฝุ่น PM2.5

**การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

พบแพทย์เฉพาะทาง  
ตรวจสอบรรถภาพปอด

**อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

**ระยะเริ่มแรก**

- ไอเรื้อรัง
- มีเสมหะมาก
- เหนื่อย อ่อนเพลียง่าย
- แน่นหน้าอก หายใจลำบาก

**ระยะ**

- เหนื่อยหอบมาก จนไม่สามารถ

**การรักษาปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

- หยุดการสูบบุหรี่
- การใช้ยากลุ่มขยายหลอดลม
- การใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์
- การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

**การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่
- ใช้หน้ากากอนามัย
- หลีกเลี่ยงมลพิษ
- ออกกำลังกาย

# อาหาร กับ ปอด ?

## ทุเลาอาการหายใจเหนื่อย



### ทานหวานน้อย

หวานมากเกินไป ปอดต้อง  
แลกเปลี่ยนแก๊สมากขึ้น  
อาจทำให้เหนื่อยง่ายในผู้ที่  
มีอาการรุนแรง

เลือกอาหารย่อยง่าย  
เช่น เนื้อปลา



### กินน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ

แบ่งมื้อเล็ก ๆ 5-6 มื้อ  
จะทำให้ไม่แน่นท้องเกินไป

### ลดการทานอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส

- น้ำอัดลม ก้าวต่าง ๆ แอปเปิ้ล แตงโม
- บร็อคโคลี่ กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก ข้าวโพด  
แตงกวา หอมใหญ่ พริกไทย
- การเคี้ยวหมากฝรั่ง



### ควบคุมน้ำหนัก

คนอ้วน ควรลดน้ำหนัก  
คนผอม คุมน้ำหนักไม่ให้ลด



### ขยับร่างกายบ้าง

ควรทำหลังอาหาร ให้ลำไส้เคลื่อนไหว  
เพื่อให้ระบบย่อยอาหารทำงานได้ดีขึ้น

## ถ้าเหนื่อยหอบ

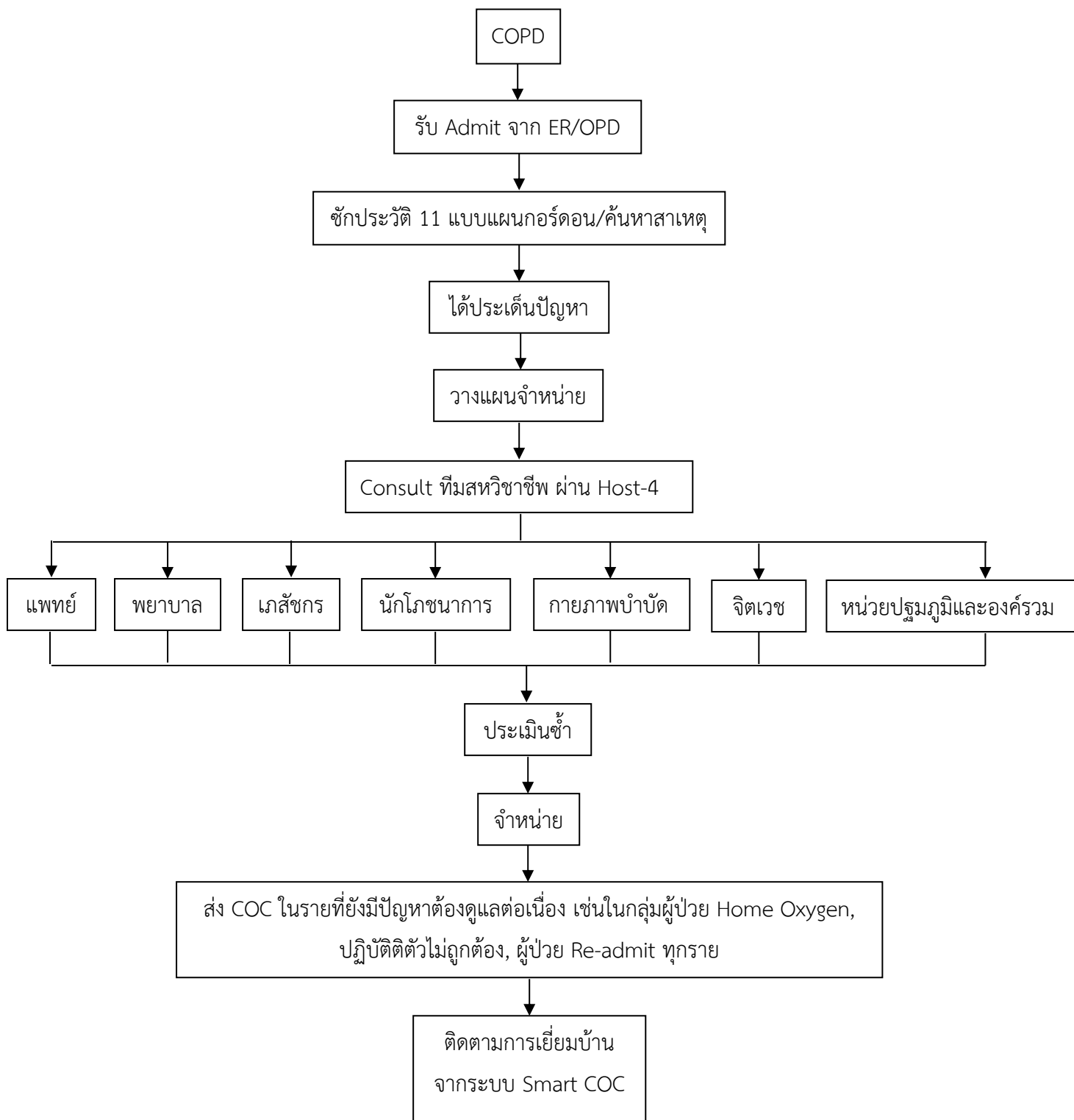
## เวลาทานอาหาร ?

- ทำทางเดินหายใจให้โล่งก่อนทานอาหาร  
1 ชั่วโมง
- ทานช้าๆ ตักอาหารคำเล็กๆ
- ขณะเคี้ยว ควรเคี้ยวช้าๆ หายใจลึกๆ
- หากกลืนไม่ลงสามารถดื่มน้ำตามได้  
แต่ไม่ควรดื่มน้ำมากเกินไประหว่าง  
ทานอาหาร อาจทำให้แน่นท้อง  
แล้วจะหายใจลำบากขึ้น
- ไม่ถือจานอาหารขณะทานอาหาร
- ควรอยู่ในท่านั่งขณะทานอาหารเพื่อ
- ลดแรงดันต่อกล้ามเนื้อกะบังลม
- พักก่อนทานอาหารจะทำให้ทานได้ดีขึ้น
- หายใจโดยการเป่าปาก

# "โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง"



## แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย COPD



## การพัฒนาป้องกันการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลวิภาวดี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง ระดับ F ๒ ตั้งอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง อัตราการครองเตียงในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ ๗๒.๗๑, ๕๕.๕๓ และ ๗๓.๘๓ ตามลำดับ จากสถิติการให้บริการในหอผู้ป่วย มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้เลือด เฉลี่ย ๑๔๑ ราย/ปี ในปี ๒๕๖๒ พบอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนระดับ B จำนวน ๑ ครั้ง ไม่มีอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด จากนโยบายความปลอดภัยกำหนดให้การให้เลือด เป็น ๑ ใน ๙ ข้อมาตรฐาน ความปลอดภัยของผู้รับบริการ จึงได้พัฒนา การป้องกันการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิดขึ้น

### เป้าหมาย

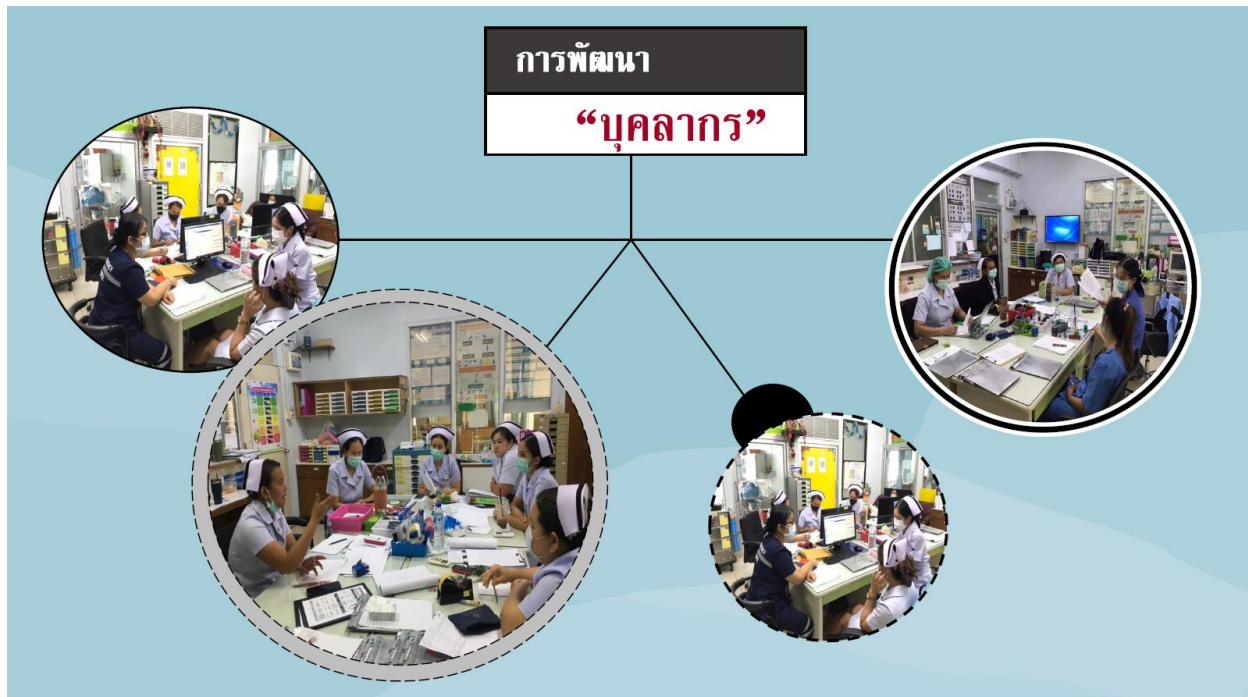
ไม่เกิดอุบัติการณ์ การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด ๑๐๐%

### กระบวนการพัฒนา ( Process ) ในปี ๒๕๖๔

๑. ทบทวนกระบวนการให้เลือดที่ผ่านมาเพื่อหาโอกาสพัฒนา
๒. ทบทวนวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขจากการตามรอยในทุกกระบวนการของการให้เลือด
๓. นำปัญหาที่ได้มาวางแผน ออกแบบ ปรับปรุงในทุกกระบวนการโดยทบทวนแนวปฏิบัติเดิมที่มี
๔. ปรับปรุงแนวปฏิบัติเพิ่มเติมให้มีการ ตรวจสอบซ้ำ ( Recheck ) ในทุกขั้นตอน
๕. กำหนดมาตรการให้มีการลงชื่อ ผู้ตรวจสอบซ้ำ ( Recheck ) ในทุกขั้นตอน
๖. นิเทศติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางของทุกราย ๑๐๐ %

### กระบวนการพัฒนา



การพัฒนาสมรรถนะ

“บุคลากรจบใหม่ทุกคน”





แบบฟอร์มประกันคุณภาพการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

ชื่อ-สกุล ..... HN ..... Dx: ..... แพทย์เจ้าของไข้ .....

กรุ๊ปเลือด ..... ชนิดของเลือด ☐ PRC ☐ WB ☐ FWB ☐ FFR ☐ Leukocyte poor

วันเดือนปี ที่ให้เลือด ..... Unit ที่ 1 number ..... เวลาที่ให้ ..... น. พยาบาลคนที่ 1 ..... ผู้ตรวจสอบ

น. พยาบาลคนที่ 2 ..... ผู้ตรวจสอบ

Unit ที่ 2 number ..... เวลาที่ให้ ..... น. พยาบาลคนที่ 1 ..... ผู้ตรวจสอบ

น. พยาบาลคนที่ 2 ..... ผู้ตรวจสอบ

Unit ที่ 3 number ..... เวลาที่ให้ ..... น. พยาบาลคนที่ 1 ..... ผู้ตรวจสอบ

น. พยาบาลคนที่ 2 ..... ผู้ตรวจสอบ

คำชี้แจง พยาบาลผู้ให้เลือดต้องปฏิบัติตามขั้นตอนครบทุกข้อและทำเครื่องหมาย / เมื่อปฏิบัติตามขั้นตอนนั้นๆ

| ลำดับ | ขั้นตอนการปฏิบัติ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | การปฏิบัติตามมาตรฐาน                                                                                                                     |                                                                                                                                          |                                                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Unit 1                                                                                                                                   | Unit 2                                                                                                                                   | Unit 3                                                                                                                                   |
| 1     | <b>ขั้นตอนการเตรียมและตรวจสอบการให้เลือด</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ตรวจสอบความถูกต้องของถุงเลือด ชื่อผู้รับเลือด blood group หมายเลข doner number โดยพยาบาล 2 คน</li><li>- ลงบันทึกหมายเลข doner number ลงในใบ drug profile ด้วยปากกาสีแดง</li><li>- Warm ถุงเลือดโดยวางไว้บนผ้าสะอาดในอุณหภูมิห้องนาน 15-30 นาที</li><li>- ทำสัญลักษณ์หยดเลือดด้วยปากกาสีแดงในฟอร์มโปรท</li></ul>                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |
| 2     | <b>ขั้นตอนการให้</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- เปิดเส้นด้วย medicut no.18-20</li><li>- ถามชื่อผู้ป่วย นามสกุล group เลือดกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และให้ผู้ป่วย/ญาติตรวจสอบชื่อที่ผ่านป้ายถุงเลือด เพื่อยืนยันความถูกต้อง(กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวให้ญาติผู้ดูแลตรวจสอบ)</li><li>- กลับถุงเลือดไปมาเบาๆ 2-3 ครั้ง ก่อนให้เลือด เพื่อให้เลือดและพลาสมาผสมกัน</li><li>- ต่อ set ให้เลือด บีบกระเปาะกรองเลือด ใส่เลือดไม่ให้มีฟองอากาศ</li><li>- ปรับอัตราการไหล 10-20 หยดต่อนาทีใน 15 นาทีแรก เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หากไม่มีการผิดปกติ จึงปรับอัตราการไหลของเลือดตามแผนการรักษา</li></ul> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 3     | <b>การดูแลขณะให้เลือด</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ตรวจสอบตำแหน่งที่แทงเข็มว่ามี ปวด บวม แดง หรือไม่ หากมีให้เปลี่ยนตำแหน่งการแทงเข็ม</li><li>- ตรวจสอบการไหลของเลือด และควบคุมปริมาณเลือดให้ได้ตามแผนการรักษา</li><li>- สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่อาการ หน้าแดง ผื่นคัน แน่นหน้าอก เหนื่อยหายใจลำบาก ไข้หนาวสั่น หากมีอาการให้หยุดให้เลือดทันทีและรายงานแพทย์</li><li>- ตรวจสอบสัญญาณชีพทันทีหลังให้เลือดและหากไม่มีการผิดปกติวัดซ้ำ ทุก 2-4 ชม.</li></ul>                                                                                                                                | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |
| 4     | ลงชื่อพยาบาลผู้ให้เลือด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                                                                                                                          |                                                                                                                                          |
| 5     | ลงชื่อพยาบาลผู้ตรวจสอบ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |                                                                                                                                          |                                                                                                                                          |

ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... วันเดือนปีเกิด ..... เลขที่บัตรประชาชน ..... HN ..... AN .....  
แพทย์ ..... Ward ..... Bed .....  
พิมพ์เครื่อง DELLEK Logon: นางสาวสิริภา จิราภา ..... XE-FORM-DISCHARGE-แบบฟอร์มประกันคุณภาพการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด  
พิมพ์วันที่ 12/10/23 14:28:48 ..... ปรับปรุงล่าสุด 30/05/2566 V 0.3

ผลลัพธ์ของการ

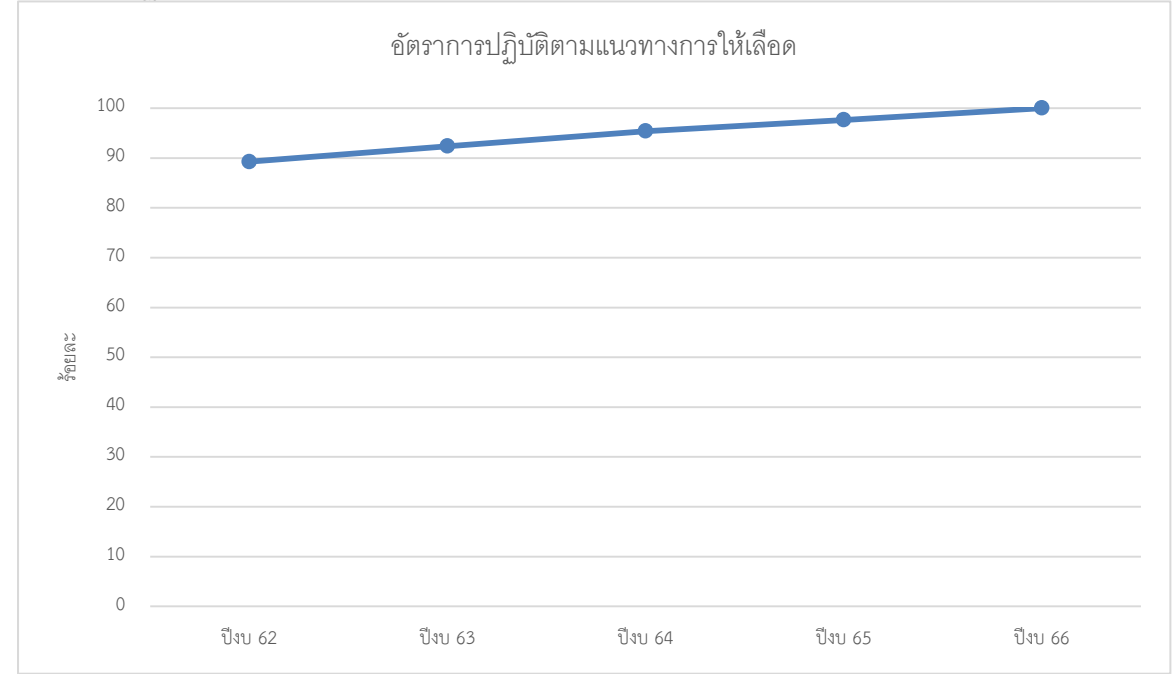
พัฒนาปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖

| ปีงบประมาณ     | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ | ๒๕๖๕ | ๒๕๖๖ |
|----------------|------|------|------|------|------|
| ยอดผู้ป่วย(คน) | ๑๔๘  | ๑๓๕  | ๑๔๐  | ๑๔๐  | ๑๓๑  |

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด = ๐

อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด = ๐

อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด



## ชื่อผลงาน CQI เรื่อง Stop phlebitis

### หลักการและเหตุผล

การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ( Phlebitis ) มักมีอาการปวด บวม แดงร้อน และ/หรือหลอดเลือดเป็นลําแข็ง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำและ/หรือยาโดยการใส่สาย catheter ซึ่งสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดดำส่วนปลายได้รับการระคายเคือง ได้แก่การระคายเคืองของหลอดเลือดดำเนื่องจากการเสียดสีจากเข็ม การระคายเคืองจากยาหรือสารเคมีที่ให้ที่ได้รับการเตรียมไม่เหมาะสม ความเข้มข้นหรืออัตราความเร็วที่ให้ การอักเสบจากการมีลิ่มเลือดบริเวณปลายเข็ม หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อมีที่ให้สารน้ำ ซึ่งอาจมีที่มาจาก สารน้ำ , เครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร , ตัวผู้ป่วยเอง เป็นต้น ดังนั้นการป้องกันหรือลดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบอันดับแรกคือ บุคลากรต้องเฝ้าระวังและสามารถ

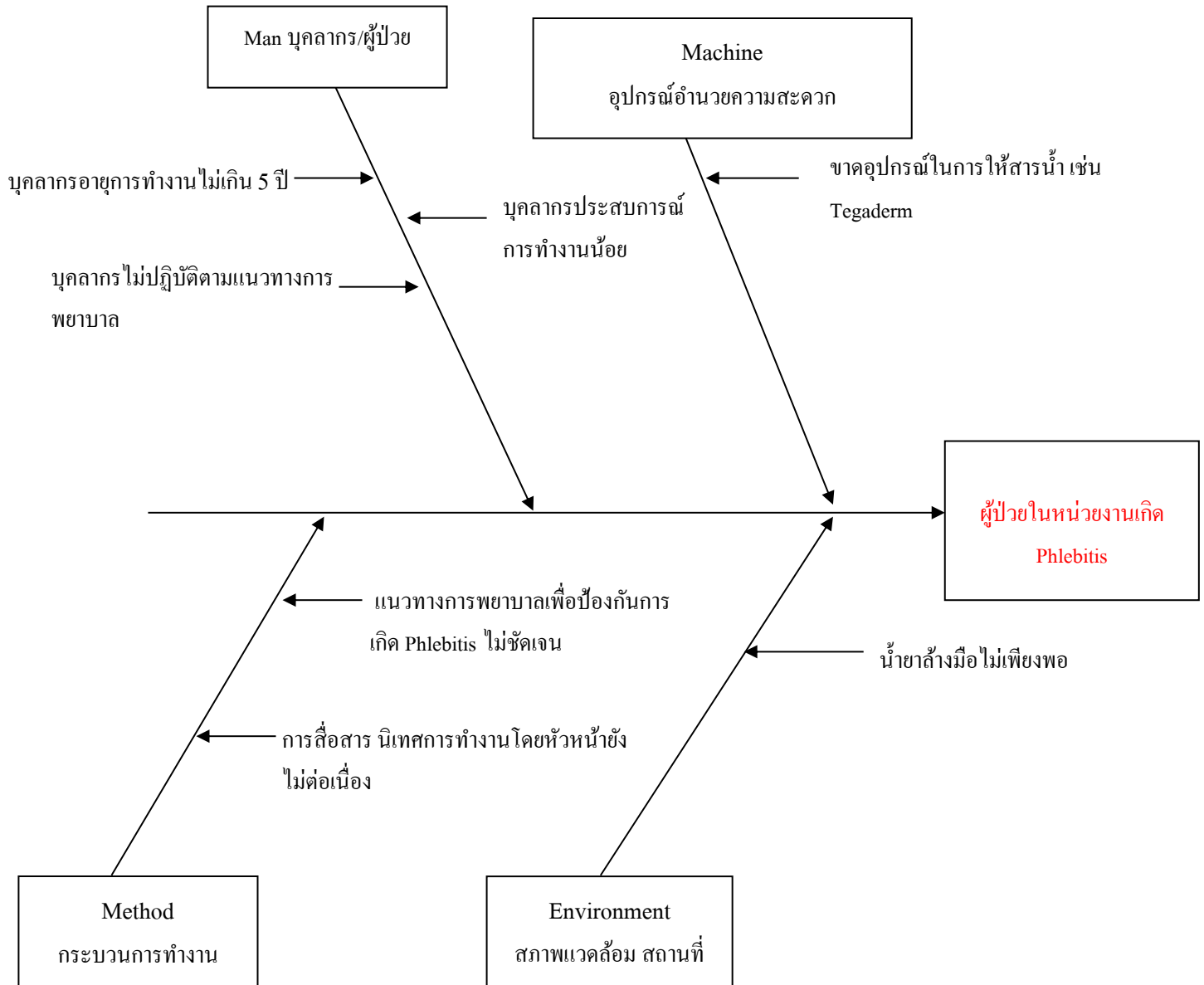
ประเมินระดับความรุนแรงของการอักเสบของหลอดเลือดจากการให้สารน้ำ( Phlebitis Scale ) ได้

ตึกผู้ป่วยใน ให้บริการดูแลผู้ป่วยหลากหลายแผนก ได้แก่ อายุรกรรม, ศัลยกรรม ,กุมารเวชกรรม ฯลฯ ซึ่งจะมีผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำหรือได้รับยาทางเส้นเลือดดำส่วนปลายทำให้มีโอกาสที่ทำให้เกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ(Phlebitis) แต่การปฏิบัติยังไม่ได้เป็นไปในแนวทางที่กำหนดของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล และยังขาดการบันทึกและเก็บข้อมูลการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้ตระหนักและไม่ได้

ปฏิบัติในการเปลี่ยนตำแหน่ง ที่ติดสติกเกอร์สี มีการนับวันผิด ทำให้ระยะเวลาในการเปลี่ยนสั้น และเมื่อครบกำหนดวันเปลี่ยน เจ้าหน้าที่ไม่ได้ตระหนักในการปรับเปลี่ยนตำแหน่ง ดังนั้นจึงต้องการศึกษาภาวะของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ

( Phlebitis ) ในหอผู้ป่วยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำ อักเสบ ( Phlebitis )

## การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



M - Man คนงาน หรือพนักงาน หรือบุคลากร

M - Machine เครื่องจักรหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวก

M - Material วัตถุดิบหรืออะไหล่ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในกระบวนการ

M - Method กระบวนการทำงาน

E - Environment อากาศ สถานที่ ความสว่าง และบรรยากาศการ – ทำงาน

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ
3. เพื่อลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง

## เป้าหมาย

1. เพื่อลดอัตราการเกิดเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

( Phlebitis )

วิธีดำเนินงาน 1. จัดทำแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำและ/หรือยาทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) ลงแบบบันทึกเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (รายเวร)

2. ประชุมบุคลากรพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติและการเก็บข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วนและให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. สรุปผลการปฏิบัติทุกเดือน

4. สรุปผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

5. ทบทวนเพื่อหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไปในการ

ผลการดำเนินงาน

สรุปผลการดำเนินการ พบว่าปี 65 มีการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับยาความเสี่ยงสูง (Norepinephrine ) จำนวน 1 ราย ปี 66 ไม่พบว่ามีอาการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

## บทเรียนที่ได้รับและการพัฒนา

-เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ในการบริหารยาความเสี่ยงสูง (Norepinephrine ) ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทาง มุ่งเน้นให้ความรู้เพิ่มทักษะ เพื่อเพิ่มความตระหนัก

-ขาดการกำกับติดตาม การลงข้อมูลต่อเนื่อง เน้นควบคุมกำกับการเช็ควັນExp.ของสติกเกอร์อย่างต่อเนื่องทุกเวร

- เน้นการล้างมือ 6 ขั้นตอน, 5 movement

## แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)

### 1. การเตรียมก่อนการให้สารน้ำ

1.1 การเตรียมสารน้ำ โดยตรวจดูชนิดของสารน้ำซึ่งต้องเป็นสารน้ำปราศจากเชื้อ ไม่ใช่สารน้ำที่มีลักษณะขุ่น ฤๅ รัว แดง หรือหมดย ติดยาแสดงชื่อของผู้ป่วย ชนิดของสารน้ำและยาที่ผสม จำนวนหยดที่ให้ วันเวลาที่ให้

1.2 เตรียมอุปกรณ์ในการให้สารน้ำ ได้แก่ ชุดให้สารละลาย (IV set), เข็ม Medicut, ถ้ำลิ 70% Alcohol หรือ 2% chlohexidine in alcohol สายยางรัดแขน และพลาสติกแผ่น INNOFIX

1.3 เตรียมบุคลากรโดยการทำมาสะอาดมือและสวมถุงมืออย่างถูกต้อง และเหมาะสม

### 2. การให้สารน้ำ

2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2.2 ล้างมือแบบ hygienic hand washing หรือ alcohol hands rub ให้สะอาดก่อนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทุกครั้ง

2.3 เปิดชุดให้สารน้ำที่ปราศจากเชื้อแล้วปิด Roller clamp ต่อชุดให้สารน้ำเข้ากับสารน้ำด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ และไล่สารน้ำให้จนถึงปลายเข็ม

2.4 ผสมน้ำยาหรือสารน้ำอื่นๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (ถ้ามี)

2.5 เลือกตำแหน่งที่ต้องการให้สารน้ำควรเลือกหลอดเลือดดำที่มีขนาดเล็กก่อนได้แก่บริเวณหลังมือหรือแขน

2.6 ใส่ถุงมือสะอาดในการแทงเข็มหลอดเลือดดำ

2.7 ทำความสะอาดผิวหนังก่อนให้สารน้ำด้วยเทคนิคปลอดเชื้อทุกครั้ง โดยเช็ดบริเวณผิวหนังด้วย 70%Alcohol หรือ 2% chlohexidine in alcohol รอจนระเหยแห้ง

2.8 ใช้หลัก Aseptic technique ในการแทงเข็มห้ามนิ้วแตะสัมผัสบริเวณผิวหนังหลังทาน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนแทงเข็ม

2.9 ต่อสายให้สารน้ำกับเข็มโดยใช้หลักปลอดเชื้อ

2.10 ตรึงสายไว้ไม่ให้ หัก พับ งอ และเลื่อนหลุด

2.11 ตรึงหัวเข็มและปิดบริเวณรอยต่อระหว่างเข็มกับผิวหนังด้วย tensoplast ปราศจากเชื้อ และปิดซ้ำด้วย tegaderm

2.12 มีการติดแถบสีตามวันที่หมดอายุไว้บริเวณ tegaderm หรือกะเปาะ IV ที่แทงเข็มและบันทึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อัตราการหยด ของสารน้ำ ลงในแบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐาน

2.13 กรณีที่ให้ยา ให้ทำความสะอาดบริเวณที่เป็นข้อต่อและจุดยางให้สารน้ำด้วย 70% Alcohol หรือ 2% chlohexidine in alcohol โดยเช็ดให้แห้งก่อน เติมน้ำเข้าสายให้สารน้ำทุกครั้ง

2.14 การฉีดยาทางสายให้สารน้ำ ควรฉีดอย่างช้าๆและสังเกตอาการขณะให้ยาว่ามีอาการปวด บวม มี Blood clot เกิดขึ้นใน IV cath หรือ ไม่ถ้าพบว่าคันต่อไปไม่ได้ควรรีบถอดสายให้สารน้ำทันที

### 3. การดูแลผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

3.1 ตรวจสอบบริเวณข้อต่อต่างๆของสายให้สารน้ำ และเข็มให้อยู่ในสภาพที่แน่น ไม่หลวมหลุดง่าย มีการสวมปิดข้อต่อต่างๆ ทุกครั้ง

3.2 ควรถอดข้อต่อต่างๆที่ใช้ร่วมกับสารน้ำที่ไม่จำเป็นต้องใช้แล้วออกทันที

3.3 ตรวจสอบบริเวณที่ให้สารน้ำอย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง โดยสังเกตอาการบวมแดงและการไหลของสารน้ำเมื่อพบว่ามีอาการบวมแดง ควรมีการเปลี่ยนตำแหน่งใหม่

3.4 ล้างมือและสวมถุงมือสะอาดเมื่อเปลี่ยน Dressing

3.5 เปลี่ยนตำแหน่งที่แทงเข็ม เมื่อเข็มออกนอกหลอดเลือดหรือเมื่อมีการติดเชื้อในตำแหน่งที่แทงเข็ม หรือเกิด Phlebitis

### 4. การเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำ

4.1 การเปลี่ยนชุดสายให้สารน้ำ ให้ระบุนวันที่เปลี่ยนสายชุดให้สารน้ำด้วยแถบสี บริเวณกะเปาะ set IV และที่บริเวณตำแหน่งแทง IV ในวันที่ครบเปลี่ยน

4.2 เปลี่ยนสายให้สารน้ำ ทุก 72 ชั่วโมง กรณีที่ผสมยา KCL เปลี่ยนทุก 24 ชั่วโมง

4.3กรณียา Norepinephrine ให้เปิดเส้นด้วย M/D No.18หรือ 20 บริเวณเส้นที่มีขนาดใหญ่หรือบริเวณข้อพับ แนะนำให้ผู้ป่วยนอนเหยียดแขนตรงและเปลี่ยน สายให้ยาทุก 24 ชั่วโมง

4.4 ชุดให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดดูแลเปลี่ยนทุก unit ที่ให้เลือด

### บทเรียนที่ได้รับ

- 1 ทำให้พยาบาลได้ทราบปัญหาของหน่วยงานที่แท้จริงและได้รับการแก้ปัญหาที่ตรงจุด
- 2 ทำให้พยาบาลได้ตระหนักถึงการใช้แนวทางการป้องกันการเกิด Phlebitis
- 3 ทำให้พยาบาลได้มีการบริหารยาที่ถูกต้อง

4 ทำให้พยาบาลมีความตระหนักในการดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อได้  
การพัฒนาต่อเนื่อง

- 1 พยาบาลทุกคนในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิด Phlebitis
- 2 พยาบาลทุกคนบริหารยาได้ถูกต้อง
- 3 พยาบาลทุกคนได้รู้จักการวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงาน

### สรุปจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน เรื่อง

แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)

1.ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา: ชื่อผลงาน เรื่อง ป้องกันการเกิด CAUTI

2.คำสำคัญ:ลำดับปัญหาความเสี่ยงสำคัญที่พบระดับหน่วยงาน/โรงพยาบาล

| ลำดับที่ | ปัญหา                                     | ระดับความรุนแรง<br>(A) | ความถี่<br>(B) | สรุปคะแนน<br>(A)x (B) |
|----------|-------------------------------------------|------------------------|----------------|-----------------------|
| 1        | การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ<br>( Phlebitis ) | 4                      | 1              | 5                     |
| 2        | การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ<br>CAUTI        | 4                      | 1              | 5                     |

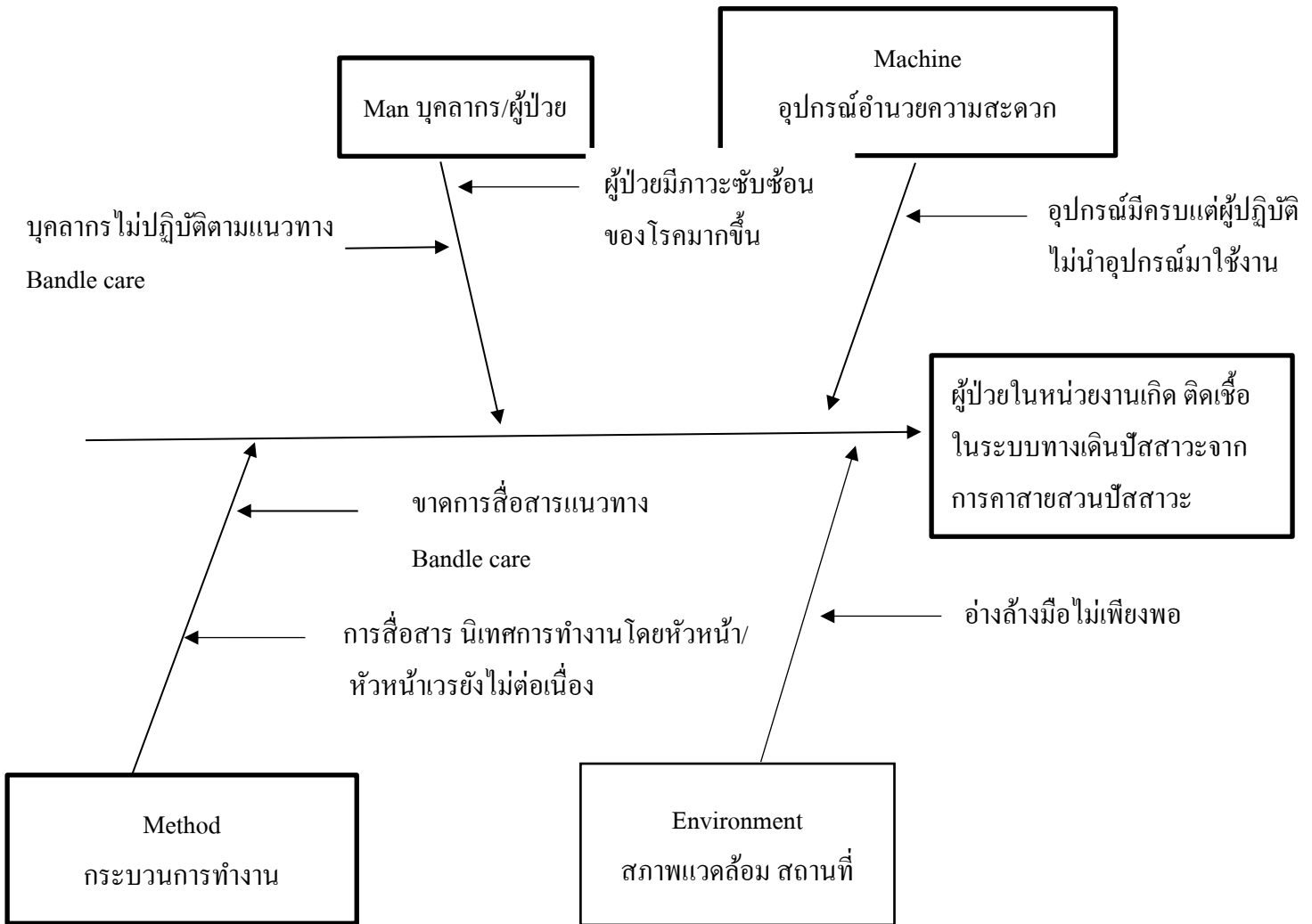
### 3.สรุปผลงานโดยย่อ

การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

#### 1.หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา

CAUTI หมายถึง การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ที่เกิดในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะมากกว่า 48 ชั่วโมง หรือ ภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากดึงสายสวนปัสสาวะออก ซึ่งข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาอุดกั้นทางเดิน ปัสสาวะ ต้องการประเมินการไหลเวียนของเลือดโดยการบันทึกปริมาณปัสสาวะ มีแผลที่ก้นกบหรือบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และไม่ สามารถกลั้นปัสสาวะได้ เป็นต้น ซึ่งในหอผู้ป่วยในค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีภาวะ septic shock , hemodynamic unstable ซึ่งมีความจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือด และบันทึกปริมาณปัสสาวะ ภายใน ปี 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI 1 ราย โดยสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะและผู้ป่วยเป็นผู้หญิงสามารถดูแลตัวเองได้จึงแนะนำให้ผู้ป่วยล้างทำความสะอาดด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยล้างไม่สะอาดไม่ได้มีการฟอกสบู่หรือเช็ดให้แห้งหลังทำความสะอาดทุกครั้งจึงทำให้มีการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเพิ่ม และเป็นสาเหตุให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทางหอผู้ป่วย ได้ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงได้มีการประชุมร่วมมือ หาแนวทาง ปฏิบัติและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อหวังว่าจะสามารถป้องกันและลดอัตราการเกิด CAUTI ในหอผู้ป่วยในได้

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



M-Man คนงานหรือพนักงาน หรือบุคลากร

M-Machine เครื่องจักรหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวก

M -Material วัสดุดิบหรืออะไหล่ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในกระบวนการ

M-Method กระบวนการทำงาน

E-Environment อากาศ สถานที่ ความสว่าง และบรรยากาศการทำงาน

| ปัญหา                       | สาเหตุ                                                                                | วิธีการแก้ไข                                                                            | ผู้รับผิดชอบ             | วัน/เดือน/ปี |         |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|---------|
|                             |                                                                                       |                                                                                         |                          | เริ่ม        | สิ้นสุด |
| ๑.ด้านบุคลากร               | ๑.บุคลากรอายุงานน้อย<br>ประสบการณ์การทำงานน้อย<br>๒.ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน/โรคเรื้อรัง | มีการนิเทศน์วิธีการปฏิบัติก่อนการทำงานเพื่อความเข้าใจตรงกัน                             | หัวหน้างาน<br>หัวหน้าเวร | ต.ค.๖๕       | ก.ย.๖๖  |
| ๒.ด้านอุปกรณ์อำนวยความสะดวก | ขาดอุปกรณ์ในการดูแลทำความสะอาดผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ( set flush)                  | เตรียมอุปกรณ์ให้มีเพียงพอพร้อมใช้ โดยให้นำสำลีใส่ท่อ Sterileเพิ่มเติมกรณี set flush หมด | หัวหน้างาน<br>หัวหน้าเวร | ต.ค.๖๕       | ก.ย.๖๖  |
| ๓.ด้านกระบวนการทำงาน        | แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะยังไม่                                          | มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวน                                               | หัวหน้างาน<br>หัวหน้าเวร | ต.ค.๖๕       | ก.ย.๖๖  |

|                   |                                                       |                                                                                                            |                       |        |        |
|-------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------|--------|
|                   | ชัดเจน                                                | ปัสสาวะตามหลัก IC                                                                                          |                       |        |        |
|                   | การสื่อสาร การนิเทศการทำงาน โดยหัวหน้ายังไม่ต่อเนื่อง | มีการนิเทศการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง                                                   |                       |        |        |
| ๔.ด้านสภาพแวดล้อม | อ่างล้างมือไม่เหมาะสมต่อการส่งเสริมให้บุคคลากรล้างมือ | มีการณรงค์ล้างมือให้กับบุคคลากร มีการแยกอุปกรณ์ในการทำ ความสะอาดของผู้ป่วยแต่ละราย มีน้ำยาล้างมือปลายเตียง | หัวหน้างาน หัวหน้าเวร | ต.ค.๖๕ | ก.ย.๖๖ |

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ( CAUTI )
2. เพื่อลดอัตราการเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ( CAUTI )
3. เพื่อลดจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
4. เพื่อลดอัตราครองเตียงของผู้ป่วย

เป้าหมาย

อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 วันนอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันหมดที่คาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ในหอผู้ป่วยใน

แนวทางขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ทบทวนขั้นตอนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ( CAUTI ) อันเนื่องมาจากการที่มีอุจจาระหมักหมมในแอมเพกเป็นเวลานาน และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบทำให้เกิด การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วย

1. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและตามความจำเป็น
  2. เปลี่ยนแอมเพกใหม่ทุกครั้งเมื่อเปื้อน /มีปัสสาวะ /มีอุจจาระ
  3. ก่อนเปลี่ยนแอมเพกทุกครั้งให้ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนทวารหนักดังนี้
- ขั้นตอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์
1. นำของใช้ไปที่โถะข้างเตียง บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าจะทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ
  2. ปิดประตู และปิดตา เพื่อป้องกันการเปิดเผยผู้ป่วย และปิดตาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอาย
  3. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายชันเข่า ให้ปลายเท้าและขาแยกออกจากกัน การแยกขาออกเพื่อเปิดอวัยวะสืบพันธุ์ให้เต็มที่ ซึ่งสะดวกต่อการทำความสะอาด และได้ทำความสะอาดได้ทั่วถึง
  4. ห่มผ้าที่ตัวผู้ป่วย ผู้หญิงดึงผ้าถุงขึ้นไปที่เอว ผู้ชายดึงกางเกงลงล่างคลุมผ้าที่บริเวณขาให้มิดชิด ปิดผ้าบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ไว้ก่อน เพื่อป้องกันการเปิดเผยส่วนของร่างกาย
  5. เปิดsetทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และใส่น้ำยาNSS ลงในset
  6. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกดังนี้

## เพศหญิง

o เปิดแฟมเพิระหว่างขาขึ้น

o ใส่ถุงมือ เพื่อป้องกันไม่ให้มือสัมผัสกับน้ำคัหลังซึ่งอาจมีเชื้อโรคปนเปื้อนอยู่

o ใช้ปากกิบีบสำหรับน้ำยาNSS บิดพอมาดชิดบริเวณดังต่อไปนี้ เพื่อให้การเช็ดกำจัดสิ่งสกปรกออกได้ง่าย

สำคัญที่ 1 เช็ดบริเวณหัวหน้าจากซ้ายไปขวาแล้วทิ้งสำลีลงในถังกระดาษ

สำคัญที่ 2,3 เช็ดแคมใหญ่ด้านไกลตัวก่อน 1 ก่อน และไกลตัว 1 ก่อน โดยเช็ดจากด้านบน

ลงด้านล่าง

การเช็ดดังนี้ จะช่วยป้องกันมิให้เชื้อโรคจากทวารหนัก เข้าสู่บริเวณปากช่องคลอด และรูเปิดของท่อปัสสาวะ

สำคัญที่ 4,5 เช็ดแคมเล็กด้านไกลตัว และไกลตัวบริเวณละ 1 ก่อน จากด้านบนลงล่าง

สำคัญที่ 6 เช็ดตรงกลางจนถึงทวารหนัก

o สำลีทุกก้อนเมื่อเช็ดเสร็จให้ทิ้งลงในถังกระดาษเทน้ำสบู่หรือน้ำยาที่เหลือนบนอวัยวะ

สืบพันธุ์ภายนอกสิ่งสกปรก หรือสิ่งคัดหลั่งต่างๆจะถูกชะล้างลงไปในหม้อนอนจนสะอาด

## เพศชาย

o เปิดแฟมเพิระหว่างขาขึ้น

o ใส่ถุงมือ เพื่อป้องกันไม่ให้มือสัมผัสกับน้ำคัหลังซึ่งอาจมีเชื้อโรคปนเปื้อนอยู่

o ใช้มือซ้ายข้างที่ไม่ถนัดจับองศาที่ตั้งขึ้น มือขวารูดหนังหุ้มปลายให้เปิดออก ใช้ปากกิบีบ

กิบสำหรับน้ำยาNSS ในsetบิดหมาดๆ ทำความสะอาดรูเปิดท่อปัสสาวะโดยเช็ดจากรูเปิดวนรอบ

องศาติ ไปทางเดียวกันจนถึงโคนองศาติ จากนั้นทิ้งสำลีลงในถังกระดาษทำซ้ำจนสะอาด

o ใช้สำลีแห้งซับส่วปลายให้แห้ง แล้วดึงหนังหุ้มปลายองศาติกลับมาปิดเหมือนเดิม

o กีบสำลีบิดหมาดๆเช็ดทำความสะอาดบริเวณลูกอั้นทะแล้วเช็ดผิวหนังข้างใต้ลูก

อั้นทะจนถึงทวารหนักให้สะอาด (ถ้าสกปรกมากเช่นเปื้อนอุจจาระต้องใช้สำลีชุบน้ำ เช็ดอุจจาระออกให้หมดก่อน แล้วจึงใช้สำลีชุบน้ำ สบู่ทำความสะอาด)

7. ซับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้แห้งด้วยกระดาษข ระด้านบนลงล่าง เพื่อให้รู้สึก

สบาย ไม่รำคาญจากความเปียกชื้น และลดการระคายเคือง

8. จัดทำให้นอนหงาย เอาผ้าปิดตาออก นุ่งกางเกงให้เรียบร้อยแล้วจัดท่านอนในท่าที่

สบาย

9. นำของเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย

- ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดก่อนใส่แฟมเพิใหม่

- ลงอุบัติการณ์เมื่อพบการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ

## ตัวชี้วัดความเป้าหมาย

อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) น้อยกว่า 5 ต่อ

1,000 วันนอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทั้งที่คาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ในหอ

ผู้ป่วยในสำเร็จ

## กิจกรรมการพัฒนา

1. นำปัญหาที่ได้จากการทบทวนมาวางแผนในการแก้ปัญหาดังกล่าว

2. ศึกษา ค้นคว้าจากตำราวิชาการและออกแบบแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ

3. ดำเนินการตามทีออกแบบไว้ตาม CAUTI

C = Close System

1. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา
2. ยึดตรึงสายสวนไม่ให้หลุดหรือย้ายไปทางทวารหนัก
3. สายไม่หัก พับ งอหรืออุดตัน

#### A = Ascending Infection

1. ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ(ระดับเอว)ตลอดเวลา
2. ถุงรองรับปัสสาวะห้ามสัมผัสพื้น
3. แยกภาชนะรองรับปัสสาวะในผู้ป่วยแต่ละราย
4. ล้างมือ สวมถุงมือ เช็ดรูเปิดปิดของถุงปัสสาวะด้วย 70 %Alcohol ก่อนและหลังเทปัสสาวะ
5. เทปัสสาวะไม่ให้รูเปิดปิดของถุงปัสสาวะสัมผัสภาชนะรองรับ

#### U = Universal Precaution

1. ล้างมือก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง

#### T = Team Goal

1. ลดอัตราการติดเชื้อ CAUTI ให้เป็น 0
2. ทุกคนต้องรับรู้ร่วมกัน
3. มีการสื่อสารปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายให้ทีมรับทราบร่วมกัน

#### I = Insert Catheter

1. ใส่เมื่อจำเป็น
2. ล้างมือก่อนใส่สายสวน
3. ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ
4. ใช้อุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ
5. เลือกใช้สายสวนที่เหมาะสม

มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติดังกล่าว ( CAUTI Bundle) ลงสู่ผู้ปฏิบัติ

#### การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

| ตัวชี้วัด                                                  | ปี2562 | ปี2563 | ปี2564 | ปี2565 | ปี2566 |
|------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| อุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ (CAUTI) | 0      | 0      | 0      | 1      | 0      |



สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการและการบรรลุเป้าหมายละตัวชี้วัด

### การวัดผลและประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ภายหลังการทำ CQI การทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

จากการ casualty ปัสสาวะ (CAUTI) ในวันที่ 30 กันยายน 2566 แล้วไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการ casualty ปัสสาวะอีก

### 10. บทเรียนที่ได้รับ

จากการทบทวนการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยที่ casualty ปัสสาวะโดยใช้ CAUTI bundle อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการป้องกันอัตราการเกิด CAUTI จึงนำไปสู่กระบวนการปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ casualty ปัสสาวะเพิ่มเติม โดยเน้นวิธีการเช็ดทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ ซึ่งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติลดอัตราการเกิด CAUTI เป็นอย่างดี ส่งผลให้อัตราการเกิด CAUTI ในหอผู้ป่วยไม่เกิดขึ้นซ้ำ

#### การพัฒนาต่อเนื่อง

1. พยาบาลในหอผู้ป่วยได้รับทราบปัญหาของหน่วยงานและได้รับการแก้ไขปัญหามาได้ตรงจุด
2. ได้มีการตระหนักการใช้แนวทางในการป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ
3. พยาบาลในหอผู้ป่วยได้รู้จักการคิดวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงานและได้มีการวางแผนตามลำดับขั้นตอนได้

สรุปจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานเรื่องป้องกันการเกิด CAUTI

## Service Profile งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลวิภาวดี

### 1. บริบท (Context)

กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด ให้บริการประเภตสูติกรรม นรีเวชกรรม ครอบคลุมบริการฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไปทั้งภาวะปกติและภาวะผิดปกติ มารดาและทารกในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ตามศักยภาพโรงพยาบาลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขตรอยต่อตำบลปากฉลุย อำเภอท่าฉาง หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 6 ตำบลน้ำหักอำเภอคีรีรัฐนิคม ประชากรแฝงและต่างด้าว ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

คลินิกฝากครรภ์ให้บริการฝากครรภ์รายใหม่ทุกวันจันทร์ บริการฝากครรภ์รายเก่าวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ ห้องคลอดมีเตียงรอกคลอดและเตียงหลังคลอด 4 เตียง (ใช้เตียงร่วมกัน) หลังคลอด 2 ชม. จะพักที่เตียงรอกคลอดเมื่อครบ 2 ชม.จะส่งต่อตักผู้ป่วยใน ( ในกรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ) มีเตียงคลอด 2 เตียง (เตียงคลอด 1 สำหรับผู้คลอดไม่ติดเชื้อ และแยกเตียงคลอด 2 สำหรับผู้คลอด ติดเชื้อ/ผู้ป่วยแท้ง ) มีเตียงอัลตราซาวด์ที่พร้อมใช้ตลอดเวลา

### ก.หน้าที่และเป้าหมาย

- 1.ให้บริการดูแลผู้รับบริการฝากครรภ์ ที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อหญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองและทารกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้รับบริการพึงพอใจ
- 2.ดูแลผู้ป่วยนรีเวชกรรม บริการทำคลอด และดูแลมารดา-ทารกให้ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### ข.ขอบเขตการให้บริการ

#### คลินิกฝากครรภ์

- 1.ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่เข้ารับบริการฝากครรภ์นี้ ผู้รับบริการรายใหม่ทุกวันจันทร์ ,ผู้รับบริการรายเก่าทุกวันศุกร์
- 2.ดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในทุกระยะของการตั้งครรภ์ จนคลอด ทั้งในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง
- 3.บริการตรวจพิเศษได้แก่ NST, U/S และ PV ( ส่งตรวจห้องคลอด )
- 4.การรับและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มปกติและเสี่ยงต่ำไปฝากครรภ์ที่รพ.สต.เครือข่าย 3 แห่ง
- 5.บริการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพไปรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

#### ห้องคลอด

1. ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม
2. ดูแลมารดาและทารกในทุกระยะของการคลอด จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดทั้งในรายที่คลอดปกติ และสูติศาสตร์หัตถการยกเว้นผ่าตัดคลอด

3. บริการตรวจพิเศษได้แก่ NST, U/S
4. บริการตรวจและดูแลทางนรีเวชกรรม หัตถการ ขูดมดลูกทั้งจากภาวะทางนรีเวชและสูติ
5. Case ยุ่งยากซับซ้อน มีระบบปรึกษาสูติแพทย์ ,กุมารแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อส่งต่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน

#### ค.ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

| ผู้รับผลงาน                                                             | ความต้องการของผู้รับผลงาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ลูกค้าภายนอก</b><br>1. ผู้คลอด มารดา และทารก ภาวะปกติ/และภาวะฉุกเฉิน | ได้รับข้อมูลสุขภาพและการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยทั้งแม่และลูกได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและขณะคลอดรวมถึงเกี่ยวกับทารกหลังคลอด สถานที่สะอาด สะดวกและได้รับความสุขสบายเมื่อเข้าพักรักษา การส่งต่อ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาพยาบาล ทีมแพทย์สามารถตัดสินใจการพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็ว และปลอดภัยใน ไม่มีมีภาวะแทรกซ้อน |
| 2.การประสานงานงานภายนอก                                                 | การประสานงาน การส่งต่อข้อมูลที่พบขณะตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอด ทั้งมารดาและทารก พร้อมทั้งที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ในการติดตามเยี่ยมบ้าน                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ผู้รับผลงาน                                                             | ความต้องการของผู้รับผลงาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>ลูกค้าภายใน</b><br>1. หอผู้ป่วยใน                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- รายละเอียดเกี่ยวกับมารดาตั้งแต่ฝากครรภ์ ขณะรอคลอด และหลังคลอด ปัญหาหลังคลอด และการแก้ไขที่ได้รับอาการปัจจุบัน V/S ประเภทรสชาติที่ได้รับ</li> <li>- รายละเอียดเกี่ยวกับทารก ปัญหาขณะคลอด หลังคลอด การแก้ไขปัญหา อาการปัจจุบัน อุนหภูมิกาย LBW ระบุ DTX</li> </ul>                                                                                                                                           |
| 2.แพทย์                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลมีความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้รับบริการ</li> <li>- ปฏิบัติการพยาบาลตามคำสั่งในแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง</li> <li>- อุปกรณ์การแพทย์และเครื่องมือ มีครบถ้วน พร้อมใช้งาน</li> <li>- เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและรายงานปัญหาให้ทราบในเวลาที่เหมาะสม</li> </ul>                                                                                                                                      |
| 3.ห้องยา                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลในใบสั่งยาและใบสรุปคำรักษานันทึกครบถ้วน ชัดเจน อ่านง่าย</li> <li>- เบิกยา/เวชภัณฑ์ให้เพียงพอ เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ</li> <li>- ตรวจสอบ Stock ยาและเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ ไม่หมดอายุ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                     |
| 4.หน่วยจ่ายกลาง                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบของนั่งถูกต้อง ครบถ้วนทุกครั้งก่อนส่งและส่งของให้ตรงเวลา</li> <li>- ตรวจสอบของปราศจากเชื้อ ให้มีเพียงพอ ไม่หมดอายุ</li> <li>- ตรวจสอบของปราศจากเชื้อให้ถูกต้อง ครบถ้วน</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   |
| 5.ชั้นสูตร                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เก็บ Specimen ถูกต้อง ครบถ้วน</li> <li>- มีรายละเอียดการส่งตรวจชัดเจน</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                     |                                                                                                                    |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.เปล               | - เตรียมมารดา ทารก/ญาติและเอกสารให้พร้อมก่อนแจ้งพนักงานเปล                                                         |
| 7.ซักฟอก            | - การแยกประเภทผ้าถูกต้อง ตรงกับประเภทของถัง<br>- ไม่มีสิ่งแปลกปลอมเช่นวัสดุ, อุปกรณ์การแพทย์ปนไปกับถังผ้าที่ส่งซัก |
| 8.เวชปฏิบัติรอบครัว | - ส่งข้อมูลติดตามมารดาหลังคลอดทุกรายที่คลอดในโรงพยาบาล                                                             |
| 9.ห้องบัตร          | - การค้นหาบัตรที่ถูกต้องรวดเร็ว                                                                                    |

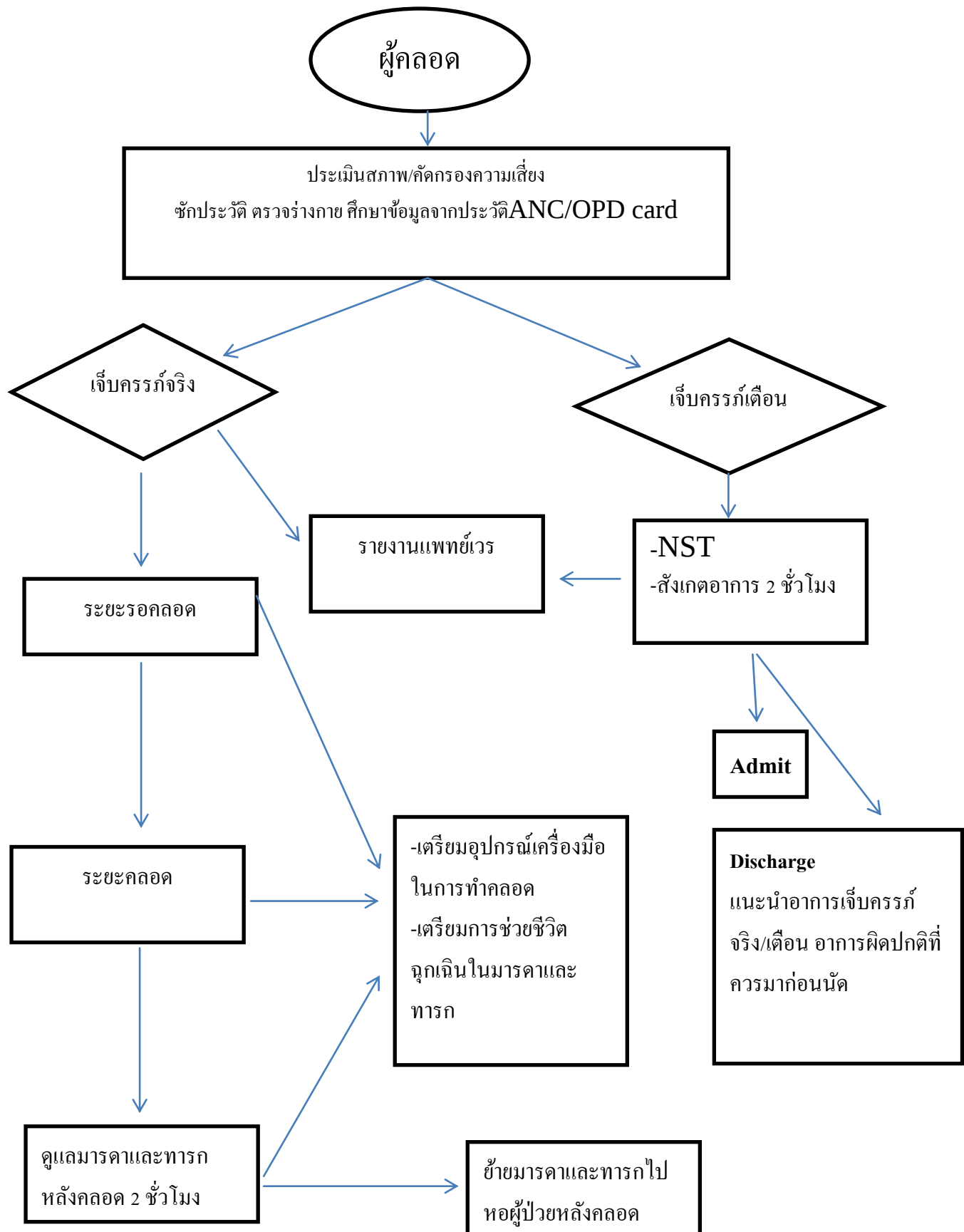
### ขั้นตอนการฝากครรภ์

| วัน      | 08.30-12.00 น.                                                                                  | 13.00-16.30 น.                                                                                                     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| จันทร์   | -ฝากครรภ์รายใหม่<br><br>-เจาะเลือดให้คำปรึกษาแบบคู่<br><br>-พบทันตกรรม<br><br>-ประเมินสุขภาพจิต | - ฝากครรภ์รายใหม่<br><br>- กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1/ฟังผลเลือดแบบคู่<br><br>- อัลตราซาวด์<br><br>-ตรวจภายใน |
| พฤหัสบดี | -ฝากครรภ์รายเก่า                                                                                | - ฝากครรภ์รายเก่า<br><br>- อัลตราซาวด์<br><br>- กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2<br><br>-ท้าวรื้อห้องคลอด           |
| ศุกร์    | -ฝากครรภ์รายเก่า                                                                                | - ฝากครรภ์รายเก่า<br><br>- อัลตราซาวด์<br><br>- กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2<br><br>-ท้าวรื้อห้องคลอด           |

ขอคำปรึกษาดัดต่อแผนฝากครรภ์ 077-292144 ต่อ131/107/109

โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## การดูแลผู้รับบริการคลอด



หมายเหตุ : แพทย์เวรจะพิจารณาส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในผู้มาคลอดและทารกที่เกินความสามารถของโรงพยาบาล

## 2.กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)                       | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                                 | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                                        | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ผู้มารับบริการฝากครรภ์</b><br>1. การระบุตัวผู้ป่วย | -มีการระบุตัวผู้รับบริการตรงกับเอกสารทุกราย                                                        | -มีการระบุตัวผู้รับบริการผิดพลาด                                                                                                 | - ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนสอบถามชื่อของผู้ป่วย พร้อมทั้งตรวจสอบให้ชื่อตรงกับ ใบนำทาง และระบบฐานข้อมูล เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง       | -จำนวนรายงาน อุบัติการณ์ระบุตัวผู้รับบริการไม่ตรงกับใบนำทาง                                                                                                 |
| 2. การจัดระบบประเมินคัดกรองผู้รับบริการด้านฝากครรภ์   | -ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา<br>-ผู้รับบริการได้รับการตรวจคัดกรองขณะฝากครรภ์ที่ถูกต้อง         | -เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์<br>-การสื่อสารข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ | - จัดทำแนวทางการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ให้ครอบคลุมความรู้/ทักษะที่ต้องปฏิบัติในแผนกฝากครรภ์<br>-ติดตามดูแลโดยมีระบบพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด    | - พัฒนาศักยภาพการคัดกรองผู้รับบริการฝากครรภ์ ติดตามนิเทศทุก 1 เดือน<br>-จัดทำแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์                                                  |
| 3.การประเมินอายุครรภ์และการตรวจครรภ์ที่ถูกต้อง        | -เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง ,รวดเร็ว,ปลอดภัยตามมาตรฐาน<br>-เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง | การตรวจประเมินอายุครรภ์และการตรวจครรภ์ที่ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน<br>- ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการตรวจครรภ์                    | สาธิตและฝึกปฏิบัติพร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติ ทุกกิจกรรมโดยเฉพาะการตรวจครรภ์<br>- พัฒนาข้อบกพร่องแก่เจ้าหน้าที่โดยใช้ระบบพี่เลี้ยงในการสอน | -จัดทำแนวทางการประเมินอายุครรภ์และการตรวจครรภ์<br>-เพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่โดยการอบรม/ประชุมวิชาการ/กิจกรรมทบทวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในหน่วยงาน |

## 2.กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)  | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                              | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                                                                        | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                                                                                                                                         | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.การให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ | หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ<br>ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองขณะ<br>ตั้งครรภ์                                                                                     | การให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์<br>และญาติไม่ครอบคลุม<br>-ขาดการสื่อสารข้อมูลกับญาติหญิง<br>ตั้งครรภ์                                                                    | จัดทำสื่อในการสอนสุขศึกษา โดยให้หญิง<br>ตั้งครรภ์และสามีรวมทั้งญาติเข้ามามีส่วนร่วม<br>ในการให้ดู VDO การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์<br>-จัดรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มทั้ง<br>ในหญิงตั้งครรภ์ปกติ วัชรุน ครรภ์เสี่ยง                     | -ร้อยละของหญิงและญาติตั้งครรภ์<br>ที่ได้รับสุขศึกษาขณะตั้งครรภ์                                                                                                                                                                                          |
| 5.การให้คำปรึกษาแบบคู่           | - หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้<br>ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคที่<br>สามารถถ่ายทอดไปสู่ทารกใน<br>ครรภ์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน<br>และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง | -สถานที่ในการให้บริการไม่<br>เหมาะสม<br>-จำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรม<br>หลักสูตรให้คำปรึกษา<br>-รูปแบบการให้คำปรึกษา                                                     | - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์<br>ให้ได้รับการอบรมหลักสูตรให้คำปรึกษา                                                                                                                                                               | -ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ<br>คำปรึกษาก่อนและหลังเจาะเลือด<br>-ร้อยละของสามีที่หญิงตั้งครรภ์ที่มี<br>ผลเลือดผิดปกติได้รับคำปรึกษา<br>ก่อนเจาะเลือด<br>-ร้อยละหญิงตั้งครรภ์และสามีที่ผล<br>เลือดผิดปกติได้รับการส่งต่อและ<br>ติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง |
| 6.การดูแลผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยง | -หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการ<br>ประเมินภาวะเสี่ยงและพบแพทย์<br>-หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน<br>เช่น GDM ,Pre HT,ครรภ์แฝด<br>,ครรภ์ติดเชื้อ ,โรคธาลัสซีเมีย   | หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการ<br>ประเมินความเสี่ยง 100 %<br>- หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน<br>ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม<br>ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะ<br>ตั้งครรภ์ | - จัดทำแนวทางการประเมินผู้รับบริการกลุ่ม<br>เสี่ยงให้ครอบคลุมทุกด้านพร้อมทั้งติดตามการ<br>ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่<br>- ติดสติ๊กเกอร์สีส้มหน้าสมุดบันทึกสุขภาพแม่<br>และเด็กที่มีภาวะเสี่ยงสูงทุกราย<br>-มีการคัดกรอง โดยใช้โปรแกรม safe MOM | อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการ<br>ประเมินความเสี่ยง<br>-อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มี<br>ภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลที่<br>ถูกต้องเหมาะสม                                                                                                                        |

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)                                                                                                                                                           | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                      | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                                                                                      | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                                                                                                              | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7.การส่งต่อผู้รับบริการ                                                                                                                                                                   | - หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเกินความสามารถที่โรงพยาบาลวิภาวดี ได้รับการส่งต่อ                                                                        | - หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการส่งต่อที่เหมาะสมและทันเวลา<br>- ผู้รับบริการพึงพอใจ                                                                                          | - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ<br>- เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา                                                                   | - อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการส่งต่อ                                                                                     |
| 8. กิจกรรม คู่ขนาน<br>8.1 การวางแผนการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังรพ.สต.                                                                                                                      | - ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองหญิงตั้งครรภ์<br>- ผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์รพ.สต. สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้ถูกต้องและมีมาตรฐานวิชาชีพ      | - เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยง และการตรวจครรภ์<br>- การลงข้อมูลยังไม่ครอบคลุม                                                                                            | - ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อของ รพ<br>- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ สต โดยการมีระบบพี่เลี้ยง<br>- มีระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจาก รพ สต มารับการรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล                           | - ร้อยละของผู้เข้ารับบริการฝากครรภ์ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง<br>- อุบัติการณ์ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้บริการฝากครรภ์ใน รพ.สต. |
| 8.2 การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ<br>-การบันทึกรายงาน<br>-การให้ข้อมูล / สุขศึกษา<br>-การพิทักษ์สิทธิ์ผู้คลอด<br>-การดูแลความปลอดภัย / ความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อม<br>-บริการประทับใจ | เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รับทราบสิทธิตนเองและได้รับความคุ้มครองสิทธิอย่างถูกต้อง<br>-เพื่อความปลอดภัย จากความเสี่ยง<br>-ผู้คลอด และญาติมีความพึงพอใจในบริการ | - การบันทึกข้อมูล ไม่ครอบคลุม<br>-การบันทึกด้วยลายมือไม่ชัดเจน<br>- การใช้กระบวนการพยาบาลไม่ครอบคลุม<br>- ผู้คลอดและญาติยังขาดความรู้การปฏิบัติตัวของผู้คลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ | -การบันทึกด้วยลายมือ ต้องเขียนให้อ่านง่ายชัดเจน<br>-ส่งเสริม ให้ผู้คลอดและญาติได้รับทราบ สิทธิของตนเอง โดยการให้คำแนะนำและเอกสารแผ่นพับต่าง ๆ<br>-ให้บริการ โดยยึดหลักเคารพและปกป้องสิทธิของผู้คลอดอย่างเคร่งครัด | - อัตราความพึงพอใจของผู้คลอดและญาติ<br>- จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการและการพิทักษ์สิทธิ                                   |

## 2.กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                                                                                               | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ผู้มารับบริการตลอด</b><br>1.1 การระบุตัวผู้ป่วย<br>1.2 ต้อนรับสร้างสัมพันธภาพ<br>1.3 ชักประวัติศึกษาข้อมูลจาก สมุด<br>ฝากครรภ์และOPD cardและ ตรวจ<br>ร่างกาย<br>1.4 ประเมินคัดกรองโดยใช้ แบบฟอร์ม<br>ประเมินความเสี่ยงของ ห้องคลอด<br>1.5 ปฐมนิเทศให้ข้อมูลเตรียม ความ<br>พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ<br>1.6 เชิญยินยอมการรักษา<br>1.7 ตรวจชั้นสูตร.,NSTแรกรับ ตรวจ<br>พิเศษ ultrasound กรณีต้องการยืนยัน<br>ทำหรือน้ำหนักทารกในครรภ์<br>1.8 บันทึกข้อมูลadmission record1<br>1.9 การประสานงานเพื่อการส่งต่อ | 1.มีการระบุตัวผู้รับบริการตรงกับ<br>เอกสารทุกราย<br>2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง<br>ความเสี่ยงอย่างถูกต้อง เหมาะสม<br>ทุกครั้งที่มารับบริการ<br>3.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการวางแผน<br>การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง<br>ถูกต้องรวดเร็ว | 1. เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการคัด<br>กรอง ประเมินความเสี่ยง<br>- เจ้าหน้าที่ใหม่<br>2. การตรวจร่างกายโดยเฉพาะการ<br>ตรวจภายใน<br>- ประเมินการเปิดช่องปากมดลูกผิด<br>- ประเมินส่วนน้ำ<br>3. ขาดการสื่อสารข้อมูลกับญาติ<br>ผู้ป่วย<br>- ความเร่งด่วนในการดูแลรักษา<br>การพูดจา ทำความเข้าใจไม่ชัดเจน /<br>คนต่างด้าว<br>4.การลงนามยินยอมไม่ครอบคลุม<br>เพียงพอ<br>- ขาดพยานด้านผู้ป่วย | - จัดทำแนวทาง การปฐมนิเทศ เจ้าหน้าที่ใหม่<br>ให้ครอบคลุม ความรู้ / ทักษะที่ต้องปฏิบัติใน<br>ห้องคลอด<br>- ติดตามดูแล โดยมีระบบที่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด<br>- สานิต และฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งประเมินผลการ<br>ปฏิบัติ ทุกกิจกรรมโดยเฉพาะการตรวจภายใน<br>- พัฒนาส่วนขาด แก่เจ้าหน้าที่ โดยการสอน<br>งาน และฝึกอบรม<br>- การวินิจฉัยส่วนน้ำโดยใช้ultrasound<br>- ปรับปรุงวิธีการสื่อสาร / ให้ข้อมูลแก่ญาติ<br>ผู้ป่วย โดยให้เข้ามาในห้องคลอดได้ เพื่อได้<br>เห็นสถานที่ให้การดูแล ว่าได้รับการดูแลที่ดี<br>และปลอดภัย<br>- เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลการดูแลรักษาแก่ญาติ และ<br>ผู้ป่วยพร้อมกัน และเปิดโอกาสให้ซักถามทำ<br>ความเข้าใจ<br>-รายที่ต้องทำหัตถการเพิ่มเติมหรือส่งต่อแพทย์<br>จะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติ<br>กำหนดแนวทางปฏิบัติในการลงนามยินยอมให้<br>ชัดเจน | - อุบัติการณ์ที่เกิดจากการประเมิน<br>ความเสี่ยงผิดพลาด เช่น การตรวจ<br>ส่วนน้ำหนักทารกกันเป็นท่าศีรษะ<br>-อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการ<br>- อุบัติการณ์ของการลงนามยินยอม<br>ไม่ชัดเจน |

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                                                                                                                              | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. การเฝ้าคลอด</b><br>1.การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มปกติ/ กลุ่มเสี่ยง<br>1.1 เฝ้าระวังสภาพทารกในครรภ์ การหดตัวของมดลูก<br>1.2 การเฝ้าระวังผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น การคลอดเนิ่นนาน ความดันโลหิตสูง ทารกขาดออกซิเจน ภาวะน้ำคร่ำเขียว ( Thick meconium stain )<br>1.3 การรายงานแพทย์ทันตแพทย์ เมื่อพบภาวะผิดปกติ<br>1.4 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ การลูบหน้าท้อง การหายใจเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด | - เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว<br>- เพื่อการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว , ปลอดภัยได้มาตรฐาน<br>- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/วิกฤต ได้รับการดูแลให้ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน<br>- มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง<br>- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาซับซ้อน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่องโดยที่สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง<br>ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย | 2.1 การตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดไม่เป็นแนวทางเดียวกัน<br>2.2 การประเมินสภาพผู้คลอดและทารกในครรภ์ผิดพลาด<br>- เจ้าหน้าที่ขาดความรู้/ทักษะ<br>- ผู้คลอดให้ประวัติไม่ชัดเจน<br>2.3 การเตรียมผู้คลอดเพื่อส่งต่อไม่ถูกต้อง | - จัดให้มีการอบรมฟื้นฟูวิชาการ ความรู้ ทักษะ แก่ผู้ให้บริการ 1 ครั้ง / ปี<br>- ให้มีโอกาสดูแลความรู้เพิ่มเติมจากการประชุมวิชาการ / อบรม จากหน่วยงานอื่นอย่างน้อย 1 ครั้ง /คน/ปี<br>- จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมาตรฐานการดูแล เช่น การดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย<br>- ประสานกับโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานีในการส่งต่อ | - อัตราภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด<br>- อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด<br>- อัตราตายมารดา<br>- อัตราตายทารก<br>- อุบัติการณ์การคลอดที่ห้องรอคลอดโดยไม่ได้มีการเตรียมพร้อม<br>- อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม<br>- อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการให้ยา |

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                                                                                                                                                           | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                                                                              | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>2.การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง/ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤต</p> <p>2.1การเฝ้าระวังสภาพทารกในครรภ์ และการหดรัดตัวของมดลูก การใช้NST และpartograph</p> <p>2.2การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ</p> <p>2.3 เฝ้าระวังความผิดปกติ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดยาก ตกเลือดหลังคลอด ทารกขาดออกซิเจน</p> <p>2.4 การรายงานแพทย์ทันตแพทย์ เมื่อพบภาวะผิดปกติ</p> <p>2.5 การส่งต่อ</p> | <p>-หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง/วิกฤต ได้รับการดูแลให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน -หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหา ซับซ้อนได้รับการดูแลตาม มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามสภาพ ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย</p> <p>-มี CPG ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงครอบคลุม</p> | <p>1. การประเมินสภาพผู้คลอดและทารกในครรภ์ผิดปกติ</p> <p>- เจ้าหน้าที่ขาดความรู้/ทักษะ</p> <p>- ผู้คลอดให้ประวัติไม่ชัดเจน</p> <p>2. การเตรียมผู้คลอดเพื่อส่งต่อไม่ถูกต้อง</p> | <p>- จัดให้มีการอบรมฟื้นฟูวิชาการ ความรู้ ทักษะ แก่ผู้ให้บริการ 1 ครั้ง / ปี</p> <p>-ให้มีโอกาส ได้รับความรู้ เพิ่มเติมจากการประชุมวิชาการ / อบรม จากหน่วยงานอื่น อย่างน้อย 1 ครั้ง /คน/ปี</p> <p>- จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมาตรฐานการดูแล เช่น การดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย</p> <p>- ประสานกับโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานีในการส่งต่อ</p> | <p>-อัตราภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด</p> <p>- อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด</p> <p>- อัตราตกเลือดหลังคลอด</p> <p>- อัตราตายมารดา</p> <p>- อัตราตายทารก</p> <p>- อุบัติการณ์การคลอดบนเตียงรอคลอด</p> <p>- อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม</p> <p>- อุบัติการณ์ความผิดปกติจากการให้ยา</p> |

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                                | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                                                                                                                                                                                       | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3.การดูแลระยะคลอด</b><br>3.1 การเตรียมผู้คลอด<br>3.2 การเตรียมตัวผู้ทำคลอด<br>3.3 การทำคลอดปกติ<br>3.4 การช่วยเหลือการทำสูติศาสตร์<br>หัตถการ<br>3.5 การดูแลทารกแรกเกิด<br>3.6 การช่วยชีวิตฉุกเฉิน<br>3.7 การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน<br>3.8 การส่งต่อผู้ป่วย<br>- การประสานงาน<br>- การเตรียมผู้ป่วย<br>- การบันทึกข้อมูล<br>- วิธีการนำส่งผู้ป่วย | -เพื่อการดูแลรักษาพยาบาล ที่<br>ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย<br>-เพื่อให้ผู้คลอด และญาติได้มีส่วน<br>ร่วม ในการตัดสินใจ ให้การ<br>รักษาพยาบาล<br>- ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย | 1.การประเมินเพื่อ เฝ้าระวัง<br>ภาวะแทรกซ้อน ยังไม่ครอบคลุม<br>- เจ้าหน้าที่ ขาดทักษะในการ<br>ประเมิน / เฝ้าระวัง<br>- เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะ<br>ในการทำคลอดทำกันกรณีฉุกเฉิน<br><br>2. ผู้คลอดและญาติ ยังมีส่วนร่วม<br>ในการวางแผน และการตัดสินใจ<br>เลือกแนวทางการดูแลรักษาน้อย | - จัดทำแนวทางการดูแลมารดา ขณะคลอดตาม<br>มาตรฐาน ครอบคลุมทุกด้าน<br>- ติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่<br>นำข้อมูลเดิมจากการดูแลที่ไม่ครอบคลุมมาพูดคุย<br>เพื่อเพิ่มประสบการณ์<br>- พัฒนาความรู้ ทักษะ แก่เจ้าหน้าที่โดยการอบรม<br>/ ประชุมวิชาการ และกิจกรรมทบทวนการดูแล<br>ผู้ป่วยในหน่วยงาน<br>- การให้ข้อมูล / ภาวะของผู้คลอดทุกครั้งที่มีการ<br>ตรวจประเมิน<br>- ให้ข้อมูลการวางแผนการรักษา พยาบาลทุกครั้ง<br>ที่แพทย์สั่งการรักษา และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง<br>แผนการรักษา แก่ผู้คลอดและญาติ<br>- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีส่วนร่วมในการ<br>วางแผนและตัดสินใจ เลือกแนวทางการรักษา<br>- ให้ความรู้ในการช่วยแพทย์ทำคลอดทำกัน<br>- เพิ่มช่องทาง / อำนวยความสะดวกในการสื่อสาร<br>ข้อมูลแก่ญาติ ในการสอบถามข้อมูลของผู้ป่วย<br>และตอบข้อซักถามต่าง โดยตรง จากเจ้าหน้าที่ | - อัตราภาวะขาดออกซิเจนของ<br>ทารกแรกเกิด<br>- อัตราภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของ<br>ทารกแรกเกิด<br>- อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด<br><br>- ร้อยละความพึงพอใจของผู้คลอด<br>และญาติ |

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process) | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                                                                       | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                                                                                | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มารดาและทารกได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน</li> <li>- มารดาและทารกได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและถูกต้อง</li> <li>- ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจ</li> </ul> | <p>3. การช่วยฟื้นคืนชีพมารดา / ทารกแรกเกิด</p> <p>4. การดูแลทารกขณะนำส่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ</p> <p>5. การระบุตัวทารก ในกรณีมีการคลอດ ทางช่องคลอดพร้อมกัน</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการตรวจสอบ และเตรียมพร้อมด้านเครื่องมืออุปกรณ์</li> <li>- กำหนดแนวทางปฏิบัติ ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกัน</li> <li>- จัดอบรมและฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ มารดา+ทารกแรกเกิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</li> <li>- จัดทำแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน</li> <li>- เตรียมความพร้อม ของเครื่องมืออุปกรณ์ ในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทารกแรกเกิด</li> <li>- พัฒนาศักยภาพประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ให้การดูแลทารกแรกเกิด</li> <li>- ดูแลมารดา ทารก ที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้อยู่ในภาวะปกติก่อนย้ายไปทุกครั้ง</li> <li>- คลอดพร้อมกันหลายรายปฏิบัติตามแนวทางการระบุตัวทารกแรกเกิด ที่กำหนดอย่างเคร่งครัด</li> <li>- ตรวจสอบ ความถูกต้อง ก่อนย้ายทารกไปหลังคลอดทุกราย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์ของการไม่พร้อมช่วยฟื้นคืนชีพมารดา / ทารกแรกเกิด</li> <li>- จำนวนข้อผิดพลาดที่สะท้อนกลับจากผู้รับผลงาน</li> <li>- อัตราความพึงพอใจของผู้คลอดและญาติ</li> <li>- อุบัติการณ์ระบุตัวทารกผิดพลาด</li> </ul> |

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)                                                                                | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4. การดูแลหลังคลอด</b><br>4.1 การดูแลมารดาทารก 2 ชม.หลังคลอด<br><br>4.2 การเคลื่อนย้ายและการส่งต่อมารดาทารก | -เพื่อให้มารดา ทารกปลอดภัย<br><br>- เพื่อการดูแลต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย<br>-ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและถูกต้อง | 1. การประเมินสภาพมารดา /ทารก 2 ชม.หลังคลอดยังไม่ครอบคลุม<br><br>2. การประสานงานและการส่งต่อมารดาทารกไม่ครอบคลุม | - จัดทำแนวทางการดูแลมารดา ทารกหลังคลอด 2 ชม. แรก<br>- เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนของมารดา ทารกและประเมินผล ก่อนย้ายไปตึกหลังคลอดทุกราย อย่างครอบคลุม เพื่อจะส่งไปดูแลต่อที่ตึกหลังคลอด<br>- กำหนดแนวทางการส่งต่อที่ครอบคลุมชัดเจน<br>- ให้มีพยาบาลห้องคลอด ส่งต่อทุกครั้ง<br>- การส่งต่อข้อมูลที่ครอบคลุมเพียงพอ ตามแนวทางที่กำหนด<br>- การประสานศูนย์ส่งต่อ เพื่อเตรียมความพร้อม และส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา<br>- จัดทำแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน<br>- ดูแลมารดา ทารก ที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้อยู่ในภาวะปกติก่อนย้ายไปทุกครั้ง<br>- กำหนดแนวทางการดูแลรักษา ร่วมกับสูติแพทย์ และทีมองค์กรแพทย์ ให้เจ้าหน้าที่สามารถให้การดูแล ได้ทันทีในขณะรอแพทย์ในภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน | - อัตราการตกเลือดหลังคลอด<br>- อัตราตกเลือดระดับรุนแรงได้รับการแก้ไขได้ไม่เกิดภาวะ Severe shock<br>- ร้อยละการดูแลก่อนส่งและขณะส่งต่อไม่เหมาะสม<br>- จา นวนข้อผิดพลาดที่สะท้อนกลับจากเครือข่ายที่ส่งต่อ |

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)                                                                                                         | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                                                                                                                                                        | ความเสี่ยง/ปัญหา                | การปรับปรุง/การพัฒนา                         | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5. กิจกรรม คู่ขนาน</b><br>5.1 การวางแผนการจำหน่าย<br>หญิงตั้งครรภ์(ที่ยังไม่คลอด)<br>- การเตรียมจำหน่าย<br>- การติดตามหลังการจำหน่าย | - ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย<br>- ผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนได้รับการวางแผนจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพ<br>- ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว<br>- ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังการจำหน่ายและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย | -ระบบส่งต่อและติดตามไม่ครอบคลุม | -พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลไปยังรพ.สต.ในเครือข่าย | -ร้อยละของการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจากการประเมินย้อนกลับ<br>- อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด |

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)                                                                                                                                                          | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                                                                                                                                     | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                                                                                                                                                                                     | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.2 การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ<br>-การบันทึกรายงาน<br>-การให้ข้อมูล / สุขศึกษา<br>-การพิทักษ์สิทธิผู้คลอด<br>-การดูแลความปลอดภัย / ความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อม<br>-บริการประทับใจ | -เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล การดูแลรักษา ที่ชัดเจน ถูกต้อง สามารถค้นหาได้ง่าย<br>-เพื่อให้ผู้คลอดทราบสิทธิของตนเองและได้รับความคุ้มครองสิทธิอย่างถูกต้อง<br>-เพื่อความปลอดภัย จากความเสี่ยงทั่วไป และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม<br>-ผู้คลอด และญาติมีความพึงพอใจในบริการ | 1. การบันทึกข้อมูล / รายงานยังไม่ครอบคลุม<br>-มีโปรแกรมของห้องคลอด โดยตรงและกำลังพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมมากขึ้น<br>-การบันทึกด้วยลายมือไม่ชัดเจนอ่านยาก<br>- การใช้กระบวนการพยาบาลไม่ครอบคลุม<br><br>2. ผู้คลอดและญาติยังขาดความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้คลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ | -อบรม / ให้ความรู้เรื่อง การบันทึกรายงานทางการพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ครอบคลุม<br>-การบันทึกด้วยลายมือ ต้องเขียนให้อ่านง่าย ชัดเจน<br>- จัดอบรมการใช้และบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล<br>- ส่งเสริม ให้ผู้คลอดและญาติได้รับทราบสิทธิของตนเอง โดยการให้คำแนะนำและเอกสารแผ่นพับต่าง ๆ<br>-ให้บริการ โดยยึดหลักเคารพและปกป้องสิทธิของผู้คลอดอย่างเคร่งครัด<br>- ปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อม ที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้คลอด และมีการดูแลตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ<br>- จัดทำเอกสาร / คู่มือแนะนำ และให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้คลอดและญาติ เช่น การปฏิบัติตัว การเตรียมการคลอด และการดูแลทารก<br>- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ | - อัตราความพึงพอใจของผู้คลอดและญาติ<br>- จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ และการพิทักษ์สิทธิ |

| กระบวนการสำคัญ<br>(key process)                                                                                                                                               | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ<br>(Process Requirement)                                                                                                                                                                            | ความเสี่ยง/ปัญหา                                                                                                                                     | การปรับปรุง/การพัฒนา                                                                                                          | ตัวชี้วัดที่สำคัญ<br>(Performance Indicator)                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร<br>-การอบรม / ประชุม / สัมมนา<br>-การวิจัย<br>-หน่วยงานแห่งการเรียนรู้                                                                             | -บุคลากรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานสู่ตีกรรรม<br>-บุคลากรได้รับการศึกษา/อบรมและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง                                                                                                                   | 1. ยังขาดความรู้ที่ทันสมัยและทักษะที่ต้องการ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ<br>ทารกแรกเกิด การให้ยา Oxytocin<br>ขณะคลอดไหล่น้ำเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด | - การอบรมและฝึกทักษะงานแม่และเด็ก<br>- การถ่ายทอดความรู้และการเขียนรายงานการประชุมหลังจากจบการอบรมเพื่อเก็บไว้เป็นคลังความรู้ | -ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพ<br>- จำนวนของบุคลากรได้รับการอบรมงานแม่และเด็ก                                                                                    |
| 5.4 การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร<br>-การป้องกันการติดเชื้อ / บาดเจ็บจากการทำงาน<br>-การออกกำลังกาย<br>-การทำงานเป็นทีม<br>-การพิจารณาความดีความชอบ | -บุคลากรมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลตนเอง<br>-บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ / การบาดเจ็บอย่างถูกต้องและเป็นวัฒนธรรมของหน่วยงาน<br>-บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการทำงานร่วมกันเป็นทีมให้เกิดประสิทธิภาพ | 1. การเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง                                                                                                  | - จัดหา PPE ที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการใช้<br>- ประสานกับทีม IC ในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะ                                   | -อุบัติการณ์การติดเชื้อ / บาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร<br>-ร้อยละของคะแนนบรรยากาศองค์กรของหน่วยงาน<br>-ร้อยละของบุคลากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพ<br>-ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการพิจารณาความดีความชอบ |

**ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues) :**

ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย มีมาตรฐาน บริการด้วยใจ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

**จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ****ความท้าทาย**

1. อัตราการเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น
2. อัตราการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งคุณภาพเพิ่มขึ้น
3. พัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด
4. ลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด
5. ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
6. ลดอัตราคลอด Preterm labour.
7. ไม่เกิดแผลฝีเย็บแยกในผู้ป่วยหลังคลอด

**ความเสี่ยง 5 อันดับ**

1. ภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
3. ภาวะ Preterm labour
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม
5. แผลฝีเย็บแยก

**ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร ( คน เทคโนโลยี เครื่องมือ )****อัตรากำลัง**

แพทย์ทั่วไป 4 คน ปฏิบัติงานประจำพยาบาลวิชาชีพ 5 คน รับผิดชอบการพยาบาลผู้คลอดและงานฝากครรภ์ พยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนปฏิบัติงานห้องคลอด 18 คน ในเวรบาย ดึกและวันหยุดราชการโดยปฏิบัติงานร่วมหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน และมีพนักงานทำความสะอาด 1 คน หมุนเวียนปฏิบัติงาน

**ข้อจำกัด**

1. ความสามารถในการประเมิน ความเสี่ยง การดูแลทุกระยะของการตั้งครรภ์และการคลอด
2. ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
3. ทักษะการช่วยแพทย์ทาสีศาสตร์หัตถการ การใช้เครื่องมือ
4. ทักษะการทำคลอดปกติ ผิดปกติ เช่น คลอดติดไหล่ คลอดทำกัน
5. ความชำนาญในการดูแลมารดา ทารกปกติ และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือด, Birth Asphyxia ,Preterm ,PIH

**ด้านบุคลากร :** ไม่มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ทางด้านสูติศาสตร์

: มีพยาบาลปฏิบัติงานห้องคลอดหมุนเวียน

| ข้อจำกัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | การแก้ไข                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>บุคลากร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ทางด้านสูติศาสตร์</li> <li>- เวรเช้า               <ul style="list-style-type: none"> <li>: พยาบาลวิชาชีพ 1 คน (ประจำ)</li> <li>: พยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนปฏิบัติงานห้องคลอดและอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน มาช่วยเมื่อมี case คลอด</li> <li>: ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน (หมุนเวียน)</li> </ul> </li> <li>- เวรบ่าย-ดึก มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน (ปฏิบัติงานร่วมห้องคลอดและอุบัติเหตุฉุกเฉิน )</li> <li>- ทีมช่วยชีวิต</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีแนวทางในการดูแลผู้รับบริการคลอดปกติ,แนวทางการดูแลมารดา- ทารกที่มี ภาวะแทรกซ้อน,การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง,แนวทางการดูแลผู้รับบริการคลอดที่มีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์, แนวทางการส่งต่อไว้ในหน่วยงาน</li> <li>2. มีแนวทางการตามบุคลากรขึ้นปฏิบัติงาน               <ul style="list-style-type: none"> <li>-เวรบ่าย-ดึก: พยาบาลวิชาชีพ 1 คนปฏิบัติรวมงานห้องคลอดและห้องฉุกเฉิน กรณีมีผู้คลอดจะปฏิบัติงานประจำ ณ.ห้องคลอด กรณีมีผู้คลอดเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ER 2 จะมาเป็นพยาบาลรับเด็กและเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินต้องใช้พยาบาลเพิ่มจะมีพยาบาลประจำผู้ป่วยในมาช่วย</li> </ul> </li> <li>3. ทีมช่วยชีวิต : เวรเช้า LR,ER,IPD               <ul style="list-style-type: none"> <li>: เวรบ่าย-ดึก ER,IPD,Refer</li> </ul> </li> <li>4. กรณีที่มีผู้รับบริการต้องส่งรักษาต่อโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แพทย์เจ้าของ case จะเป็นผู้รายงานอาการและการรักษาเบื้องต้นกับแพทย์เวรที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยตรงที่เบอร์โทร 077-272231 ในเวลาราชการ ต่อ 2189 นอกเวลาราชการ ต่อ 7400</li> </ol> |
| <p><b>ด้านสถานที่และอุปกรณ์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้องฝากครรภ์สถานที่คับแคบ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>มีการให้บริการสุขศึกษาด้านนอกห้อง และให้หญิงตั้งครรภ์เข้าตรวจรายคน</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

### 3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator) คลินิกฝากครรภ์

| การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์                                                                                    | ผลงาน           |                |                  |                |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|------------------|
|                                                                                                                 | ปี2562          | ปี2563         | ปี2564           | ปี2565         | ปี2566           |
| 1. ให้บริการคลินิกฝากครรภ์รายใหม่ ทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ (ราย) ไทย/ต่างด้าว                                     | 260<br>160/100  | 246<br>179/67  | 225<br>156/69    | 229<br>160/69  | 203<br>116/87    |
| 2. ให้บริการคลินิกฝากครรภ์รายเก่าวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ของสัปดาห์ ( ครั้ง )                                     | 1247            | 958            | 1083             | 1017           | 1164             |
| 3. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์                                           | 69.23           | 83.52          | 85.54            | 85.07          | 72.83            |
| 4. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง เกณฑ์คุณภาพ (คิดจากจำนวนผู้มาคลอด ในพื้นที่รับผิดชอบ) | 52.58           | 75.82          | 75.76            | 80.30          | 64.13            |
| 5. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้ง เกณฑ์คุณภาพ (คิดจากจำนวนผู้มาคลอด ในพื้นที่รับผิดชอบ) | -               | -              | -                | -              | 19.57            |
| 6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้ารับบริการฝากครรภ์( อายุต่ำกว่า 20 ปี )                                      | 16.25<br>(26คน) | 9.34<br>(23คน) | 7.69<br>(12คน)   | 5.24<br>(12คน) | 6.89<br>(8คน)    |
| 7. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าบุตรในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียและตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์                      | 0               | 0              | 0                | 0              | 1                |
| 8. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง                                                                         | 8.75<br>(14คน)  | 6.14<br>(11คน) | 3.84<br>(6คน)    | 5.24<br>(12คน) | 7.88<br>(16คน)   |
| 9. จำนวนสามีที่ได้รับคำปรึกษาแบบคู่                                                                             | 121             | 184            | 198              | 194            | 181              |
| -ร้อยละของสามีที่ยินยอมเจาะเลือดแบบคู่                                                                          | 75.62           | 74.79          | 88.00            | 84.72          | 89.16            |
| 10. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มเสี่ยง                                               | 48.75<br>(78)   | 37.14<br>(84)  | 42.22<br>(95)    | 41.92<br>(96 ) | 48.27<br>(98)    |
| -ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ วินิจฉัย GDM                                                                               | 1.25<br>(2 คน)  | 2.03<br>(5 คน) | 0.66<br>( 1 คน ) | 2.18<br>(5คน)  | 8.16<br>( 8 คน ) |
| 11. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ได้รับยาต้านไวรัส                                                         | 0               | 0              | 0                | 2              | 0                |
| 12. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ( ไม่เกิน 7%)                                    | 6.59<br>6/91    | 5.40<br>4/74   | 7.53<br>3/104    | 10<br>7/72     | 7.14<br>4/56     |
| -Trem (ราย)                                                                                                     | 4               | 2              | 2                | 5              | 4                |
| -Pre-trem (ราย)                                                                                                 | 2               | 2              | 1                | 2              | 0                |

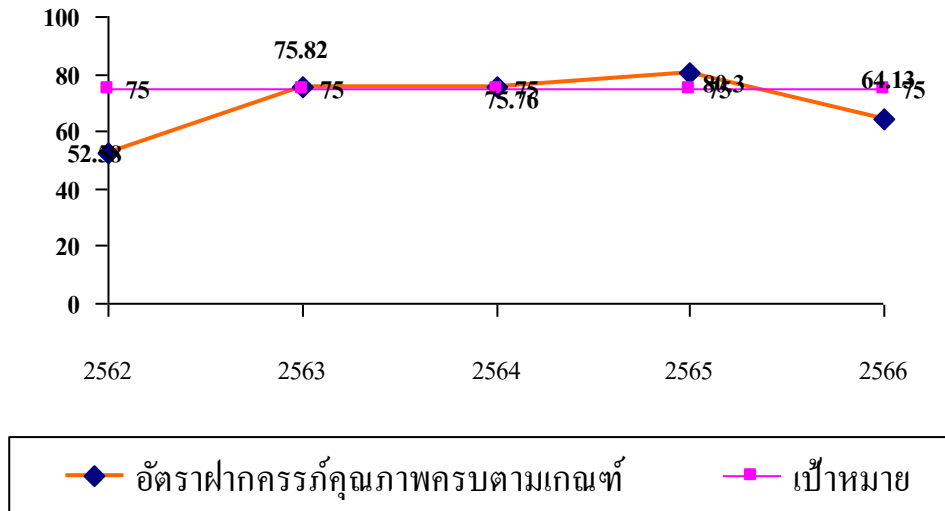
## 3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator) ห้องคลอด

| ประเภทบริการ (ราย)                      | เป้าหมาย        | ปีงบประมาณ |        |         |                |               |                |
|-----------------------------------------|-----------------|------------|--------|---------|----------------|---------------|----------------|
|                                         |                 | 2561       | 2562   | 2563    | 2564           | 2565          | 2566 มีค       |
| 1.จำนวนผู้รับบริการห้องคลอดทั้งหมด      |                 | 233        | 201    | 208     | 181            | 118           | 166            |
| 2.บริการคลอดในสถานพยาบาลทั้งหมด         |                 | 140        | 139    | 139     | 104            | 72            | 102            |
| 3.คลอดปกติ                              |                 | 140        | 139    | 139     | 100            | 72            | 101            |
| 4.คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล                  |                 | 1          | 2      | 2       | 4              | 0             | 1              |
| 5.คลอดแฝด                               |                 | 0          | 0      | 0       | 0              | 0             | 0              |
| 6.คลอดผิดปกติ                           |                 | 0          | 0      | 0       | 0              | 0             | 0              |
| - คลอดโดยเครื่องสูญญากาศ                |                 | 0          | 0      | 0       | 0              | 0             | 0              |
| - คลอดท่าก้น                            |                 | 0          | 0      | 0       | 0              | 0             | 0              |
| 7.อัตราการตาย                           | 0               | 0          | 0      | 0       | 0              | 0             | 0              |
| 8.จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด               |                 | 140        | 139    | 139     | 104            | 72            | 102            |
| - จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ                 |                 | 140        | 139    | 139     | 104            | 72            | 102            |
| - จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ                   |                 | 0          | 0      | 0       | 0              | 0             | 0              |
| - จำนวนทารกตายอายุ 0-7 วัน              | ร้อยละ 1        | 0          | 0      | 0       | 0              | 0             | 0              |
| - จำนวนตายปริกำเนิด                     | 9:1000          | 0          | 0      | 0       | 0              | 0             | 0              |
|                                         | LB              |            |        |         |                |               |                |
| 9.ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน          | 25:1000         | 4          | 1      | 2       | 3              | 2             | 2              |
|                                         | LB              | (28.57)    | (7.19) | ( 14.38 | (28.84)        | (27.77)       | (19.80)        |
| นาที่ที่ 1                              |                 |            |        | )       |                |               |                |
| - Apgar Score 0-3                       |                 | 0          | 0      | 0       | 0              | 0             | 0              |
| - Apgar Score 5-7                       |                 | 4          | 1      | 2       | 3              | 2             | 2              |
| นาที่ที่ 5                              |                 |            |        |         |                |               |                |
| - Apgar Score 0-3                       |                 | 0          | 0      | 0       | 0              | 0             | 0              |
| - Apgar Score 5-7                       |                 | 0          | 0      | 0       | 0              | 1             | 1              |
| 10.ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัว < 2,500 กรัม   | ร้อยละ 7        | 6.14       | 6.59   | 3.39    | 8.24           | 12.33         | 9.30           |
| 11.จำนวนมารดาฝากครรภ์ครบบริการ          | ร้อยละ 75       | 59.15      | 69.05  | 75.82   | 82.50          | 84.85         | 64.13          |
| 12.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี | ≤ 34:1000<br>ปก | 20.32      | 19.78  | 16.50   | 18.37<br>7/384 | 9.85<br>4/406 | 14.92<br>7/469 |

| ประเภทบริการห้องคลอด                                        | เป้าหมาย    | ปีงบประมาณ     |                 |                 |                 |                |                 |
|-------------------------------------------------------------|-------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
|                                                             |             | 2561           | 2562            | 2563            | 2564            | 2565           | 256             |
| 13.อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี            | $\leq 14.5$ | 27.27          | 11.76           | 23.53           | 57.14<br>4/7    | 37.50<br>3/8   | 14.28<br>1/7    |
| 14.จำนวนผู้รับบริการส่งต่อ (ราย)                            |             | 37             | 24              | 35              | 40              | 35             | 22              |
| - มารดา                                                     |             | 36             | 24              | 33              | 37              | 34             | 21              |
| - ทารก                                                      |             | 1              | 0               | 2               | 3               | 1              | 1               |
| 15.อัตราการเกิด PPH                                         | ร้อยละ 5    | 7.85<br>11/140 | 3.59<br>(5/139) | 5.03<br>(7/139) | 0.96<br>(1/104) | 2.77<br>(2/72) | 4.90<br>(5/102) |
| -อุบัติการณ์มารดาหลังคลอดมีภาวะ Shock จากการตกเลือดหลังคลอด | 0 ราย       | 1 ราย          | 0               | 1               | 0               | 0              | 2               |
| - อุบัติการณ์การให้เลือดในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ PPH        |             | 2              | 1               | 0               | 0               | 0              | 0               |
| 16.อุบัติการณ์เกิดภาวะ Eclampsia /PIH ในหญิงตั้งครรภ์       | ราย         | 2              | 3               | 3               | 2               | 0              | 0               |
| 15.แผลฝีเย็บแยก                                             | ร้อยละ 0    | 9.16<br>11/120 | 8.69<br>10/115  | 3.77<br>4/106   | 8.53<br>7/82    | 7.69<br>4/52   | 5.33<br>4/75    |
| - แผลฝีเย็บแยกติดเชื้อ                                      | ร้อยละ 0    | 2<br>(1.66)    | 2<br>(1.73)     | 0               | 0               | 0              | 0               |
| 16.อุบัติการณ์การคลอดบนเตียงรอกคลอด                         | ร้อยละ 0    | 0              | 0               | 0               | 2               | 0              | 1               |
| 17.จำนวนผู้รับบริการขูดมดลูก                                |             | 0              | 0               | 1               | 0               | 0              | 0               |
| 18.จำนวนอุบัติการณ์การเกิดผิดพลาดในการบริหารยา              | ร้อยละ 0    | 0              | 0               | 0               | 0               | 0              | 0               |
| 19.อุบัติการณ์ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา                         | ร้อยละ 0    | 0              | 0               | 0               | 0               | 0              | 0               |
| 20.อัตราการคลอดก่อนกำหนด (< 37 wk) คนไทย                    | ร้อยละ 2    | 7.14<br>10     | 5.03<br>7       | 6.68<br>4       | 12.12<br>8/66   | 5.55<br>4/72   | 3.57<br>2/56    |

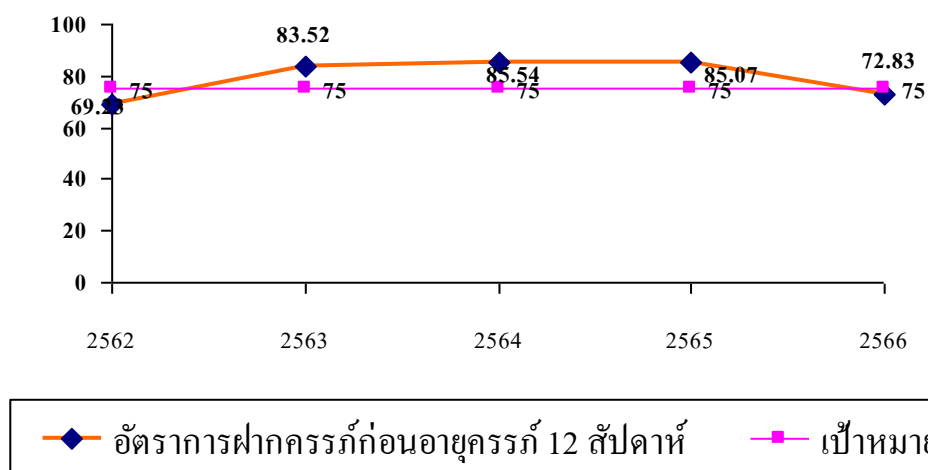
## ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) :

## 1. อัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ



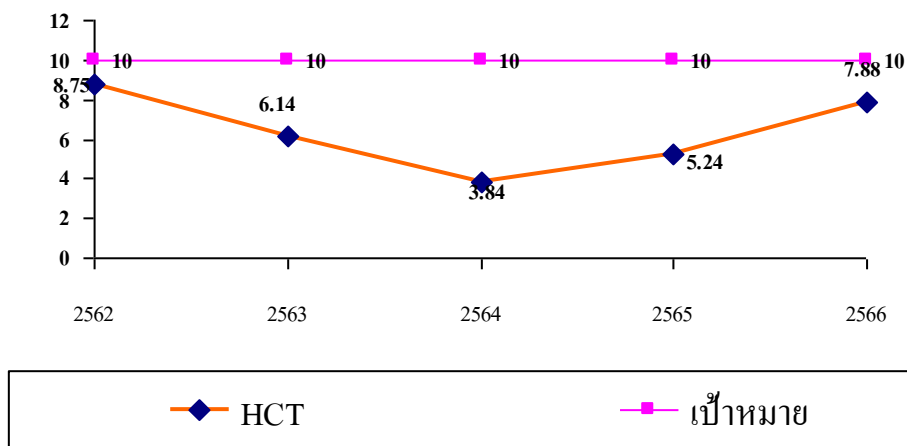
อัตราการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งเกณฑ์คุณภาพ ปี 2562 ถึงปี 2565=52.58,75.82,75.76,80.30และในปี 2566 64.13 % พบว่าการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์เนื่องจากรพ.สต.ในพื้นที่รับผิดชอบมีการเปลี่ยนแปลง ผู้รับผิดชอบงาน และหญิงตั้งครรภ์มาเข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกช้าอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ บางส่วน นิยมเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกสูติแพทย์ ทีมผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอวิภาวดีจึงมีการทบทวน การดำเนินงานฝากครรภ์โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมการฝากครรภ์เชิงรุกใน รพ.สต. นำร่องฝากครรภ์คุณภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลงไปเป็นพี่เลี้ยงให้ และส่งเสริมให้ อสม.ประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์คุณภาพก่อน 12 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกสูติแพทย์เพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์แบบครบคู่ใน โรงพยาบาลรัฐบาล

## 2. อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์



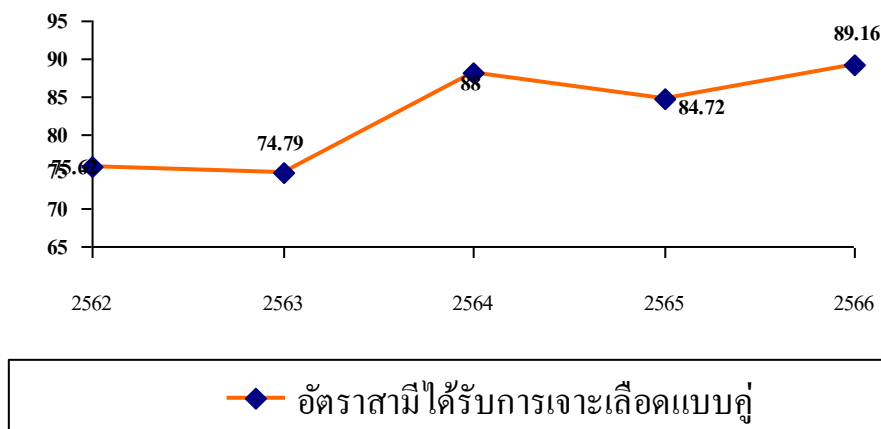
อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ปี 2562 ถึงปี 2565=69.23,83.52,85.54,85.07และในปี 2566 72.83 % พบว่าการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์จึงมีการส่งเสริมการฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์โดยการดำเนินงานร่วมกับ อสม.ในการประชาสัมพันธ์ให้หญิงที่ตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์

### 3 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่พบภาวะโลหิตจาง



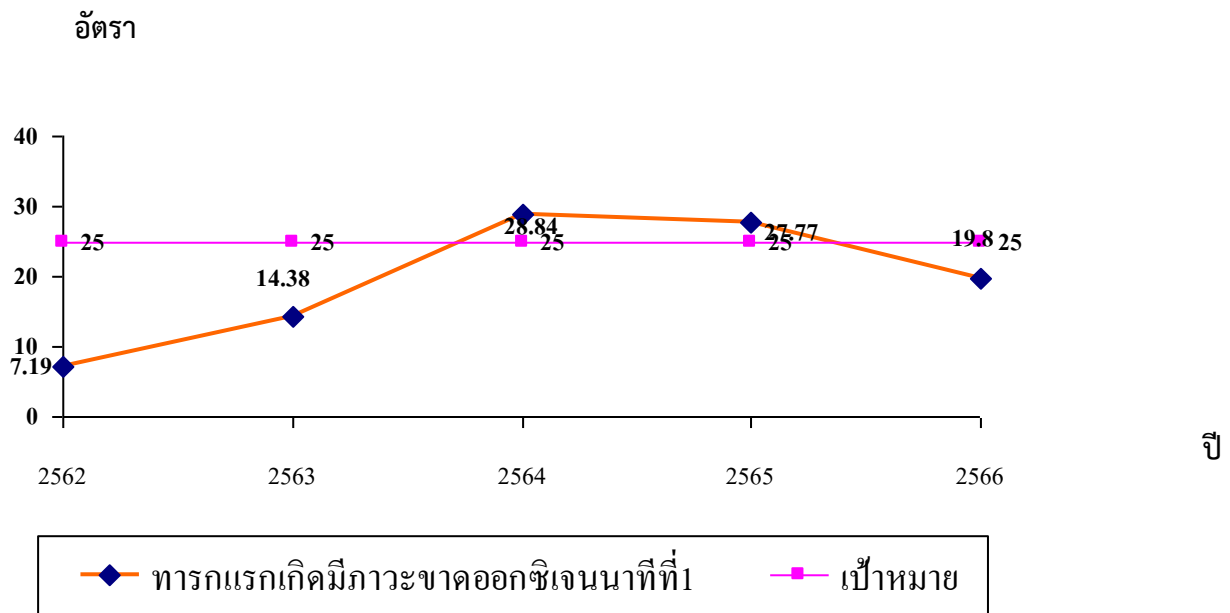
จากการทบทวนพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีภาวะโลหิตจาง ใน ปี 2562 ถึงปี 2565=8.75,6.14,3.84,5.24 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนปี 2566 7.88 เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง จึงได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางอย่างต่อเนื่อง

### 4 อัตราสามีหญิงตั้งครรภ์ได้รับการเจาะเลือดแบบคู่

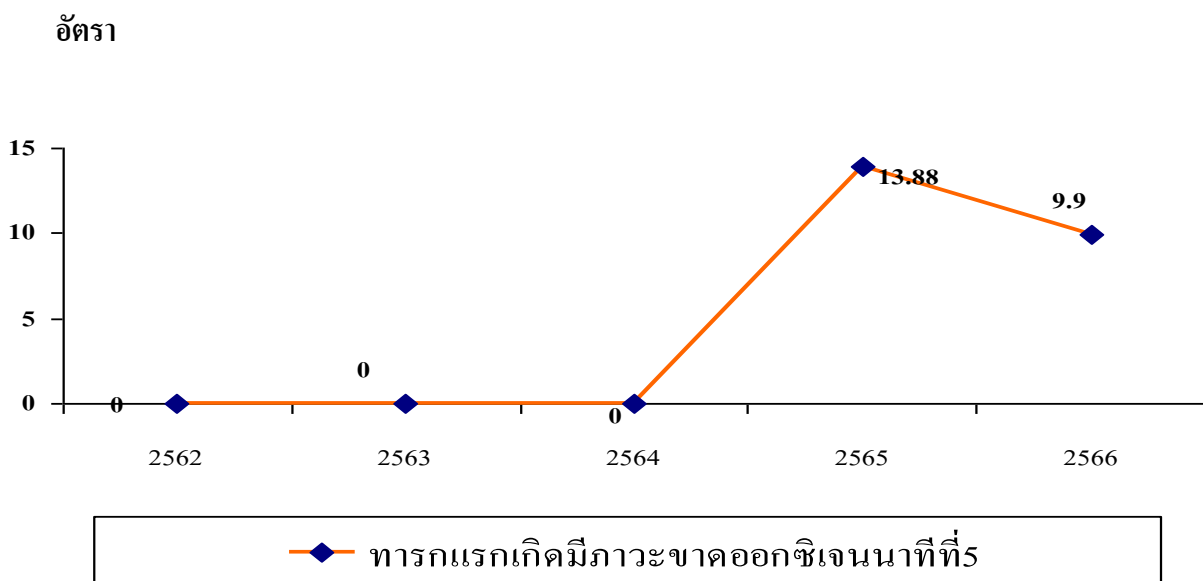


จากการทบทวนพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกจะมาเข้ารับบริการพร้อมสามี ทำให้มีอัตราสามี  
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเจาะเลือดแบบคู่ที่เพิ่มขึ้น และมีการส่งเสริมให้สามีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมมารับบริการฝาก  
ครรภ์พร้อมกันสามารถมาเข้ารับบริการเจาะเลือดสามีในวันเวลาที่สะดวกแล้วนำผลมาให้แก่แผนกฝากครรภ์เพื่อ  
บันทึกผลในสมุดบันทึกสุขภาพมารดาและทารกในรอบบริการฝากครรภ์ครั้งต่อไป

#### 5) อัตราการเกิด Birth Asphyxia ที่ 1 นาที (เป้าหมาย < 25 : 1000 LB)



#### 6) อัตราการเกิด Birth Asphyxia ที่ 5 นาที (เป้าหมาย < 10:1000 LB)



จากการวิเคราะห์สาเหตุปี 2562 1 ราย จาก

- NB ไทย Cord พันคอ c Mild meconium 1 ราย (Apgar 6/8/10 )

จากการวิเคราะห์สาเหตุปี 2563 2 ราย จาก

- NB ไทย Cord พันคอ 1 ราย ( Apgar 5/7/9 )
- NB ไทย มีภาวะ mild meconium ( Apgar 7/8/10 )

จากการวิเคราะห์สาเหตุปี 2564 3 ราย จาก

- NB ไทย c LBW c PROM c มารดามีไข้ก่อนคลอด 1 ราย ( Apgar 6/8/8 ) Refer รพ.สุราษฎร์ธานี

Dx. Congenital pneumonia c respiratory failure c Septic shock

- NB ไทย c LBW c Preterm labour มารดาสูบบุหรี่ 1 ราย ( Apgar 7/9/10 ) Refer รพ.สุราษฎร์ธานี

Dx. Septic shock c hypoglycemia c LBW

- NB พม่า คลอดติดไหล่ 1 ราย ( Apgar 7/8/10 )

จากการวิเคราะห์สาเหตุปี 2565 2 ราย จาก

- NB พม่า 1 ราย ( Apgar 6/8/10 ) มารดา G1P0 GA 40 wk by U/S c PROM > 6 ชั่วโมง , ได้รับ

Oxytocin ก่อนคลอด , เบ่งคลอด > 1 ชั่วโมง

- NB ไทย 1 ราย ( Apgar 3/6/8 ) คลอดติดไหล่ G1P0 GA 38 wk by U/S อายุ 18 ปี

จากการวิเคราะห์สาเหตุปี 2566 2 ราย จาก

- NB พม่า 1 ราย ( Apgar 6/8/10 ) มารดา G1P0 GA 40 wk by U/S c PROM > 6 ชั่วโมง , ได้รับ

Oxytocin ก่อนคลอด , เบ่งคลอด > 1 ชั่วโมง

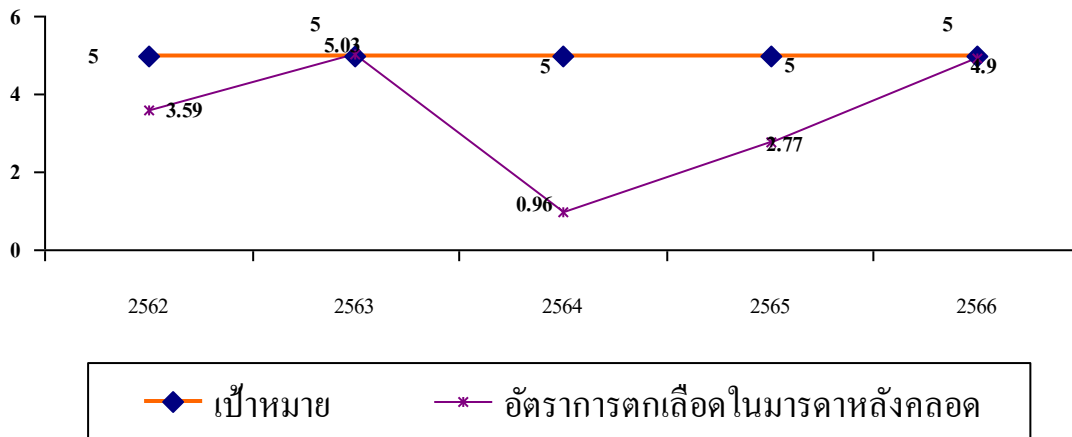
- NB ไทย 1 ราย ( Apgar 3/6/8 ) คลอดติดไหล่ G1P0 GA 38 wk by U/S อายุ 18 ปี

การแก้ไขปัญหา

- ทำ NST ในทารกกลุ่มเสี่ยง
- รายงานแพทย์ ครรภ์แรกเบ่งนาน 1 ชม . ครรภ์หลังเบ่งนาน 30 นาที
- แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด
- การฝึกทักษะการทำคลอดติดไหล่แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด

### 7) ร้อยละการตกเลือดหลังคลอด( เป้าหมาย 5% )

ร้อยละ



#### จากการวิเคราะห์สาเหตุ

สถานการณ์มารดาตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลวิภาวดี

ปีงบประมาณ 2562 มี PPH ทั้งหมด 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.59 refer รพ.สุราษฎร์ 1 case

1. G1P1A0 GA 39+3 wks คลอด NL ทารก นน.3,110 กรัม ----- PPH c Uterine Atony c Retain placenta c tear cervix (refer รพ.สุราษฎร์ Remove placenta at OR + PRC 1 U)
2. G2P2A0L2 GA 40+1 wks NL ทารก นน.3,337 กรัม ----- PPH c uterine atony ( PRC 1 U )
3. G2P2A0L2 GA 40+4 wks NL ทารก นน.3,645 กรัม ----- PPH c uterine atony
4. G2P2A0L2 GA 35+5 wks NL ทารก นน.3,660 กรัม ----- PPH c Uterine Atony c Retain placenta c tear cervix ( PRC 2 U )
5. G4P4A0L4 GA 39+5 wks NL ทารก นน.3,2600 กรัม -----PPH c Retain placenta 1 case ..... แพทย์  
ถ่วง( PRC 4 u )

ปีงบประมาณ 2563 มี PPH ทั้งหมด 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.03 refer รพ.สุราษฎร์ 3 case

1. Case พม่า 36 ปี G5P4A0 GA 36 wks by Ballard score No ANC แรกได้รับ PV Fully คลอด NL ทารก  
นน.2,115 กรัม Blood loss 500 cc ----- PPH c Uterine Atony
2. Case พม่า 30 ปี G2P1A0 GA 39+5 wks คลอด NL ทารก นน.3,920 กรัม Blood loss 700 cc -----  
PPH c tear cervix

3. Case ไทย 41 ปี G2P1A0 GA 40+3 wks คลอด NL ทารก นน.2,610 กรัม Blood loss 800 cc -----  
PPH c Retain placenta refer รพ.สุราษฎร์
4. Case พม่า 29 ปี G2P1A0 GA 38+3 wks คลอด NL ทารก นน.3,375 กรัม Blood loss 2000 cc -----  
PPH c uterine atony c hypovolemic shock refer รพ.สุราษฎร์
5. Case พม่า 33 ปี G3P2A0 GA 40+2 wks คลอด NL ทารก นน.3,730 กรัม Blood loss 1000 cc -----  
PPH c O/R tear cervix
6. Case ไทย 39 ปี G5P5A0 L5GA 39 wks คลอด NL ทารก นน.3,910 กรัม Blood loss 500 cc -----  
PPH c Retain placenta refer รพ.สุราษฎร์
7. Case พม่า 35 ปี G3P3A0L3 GA 40+5 wks คลอด NL ทารก นน.2,955 กรัม Blood loss 700 cc -----  
PPH c uterine atony

ปีงบประมาณ 2564 มี PPH ทั้งหมด 1 ราย / 104 คน คิดเป็นร้อยละ 0.96 refer รพ.สุราษฎร์ 1 case

- 1.G4P3A1L3 GA 37 wks NL ทารก นน.2,250 กรัม -----PPH c Retain placenta Refer รพ.สุราษฎร์ธานี

แพทย์ Remove placenta at LR

ปีงบประมาณ 2565 มี PPH ทั้งหมด 2 ราย / 72 คน คิดเป็นร้อยละ 2.77 refer รพ.สุราษฎร์ 1 case

- 1.G3P3A0L3 GA 37 wks No ANC NL c breech presentation ทารก นน.3,075 กรัม --PPH c tear cervix

Refer รพ.สุราษฎร์

- 2.G1P1A0L1 GA 39+6 wks NL ทารก นน.2,985 กรัม ----- PPH c uterine atony

ประเด็นสำคัญ คือ การประเมินภาวะครรภ์เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดไม่ครอบคลุม ,การประเมินขนาดแผลและปริมาณการสูญเสียเลือดจากการคลอดของพยาบาลในห้องคลอดแตกต่างกัน และพบว่าสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้คลอดแตกต่างกันเนื่องจากมีระบบการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้คลอด รวมถึงการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดยังไม่เพียงพอ

ปีงบประมาณ 2566 มี PPH ทั้งหมด 5 ราย / 102 คน คิดเป็นร้อยละ 4.90 refer รพ.สุราษฎร์ 3 case

- 1.ไทย อายุ 19 ปี G2P1A1L1 GA 40+2 wks NL ทารก นน.3,410 กรัม --PPH c tear cervix Refer c

Hypovolemic shock รพ.สุราษฎร์

- 2.พม่า อายุ 33 ปี G2P2A0L2 GA 40+5 wks NL ทารก นน.4,330 กรัม PPH c tear cervix Admit

- 3.ไทย G3P3A0L3 GA 39 wks NL ทารก นน.3,500 กรัม ----- PPH c uterine atony ( G2 มีประวัติตกเลือด)

ประเด็นสำคัญ คือ การปฏิบัติตามทาง PPH ของบุคลากรหมุนเวียน

4.พม่า อายุ 27 ปี G2P2A0L2 GA 38+2 wks NL ทารก นน.3,435 กรัม --PPH c tear cervix Refer c Hypovolemic shock รพ.สุราษฎร์

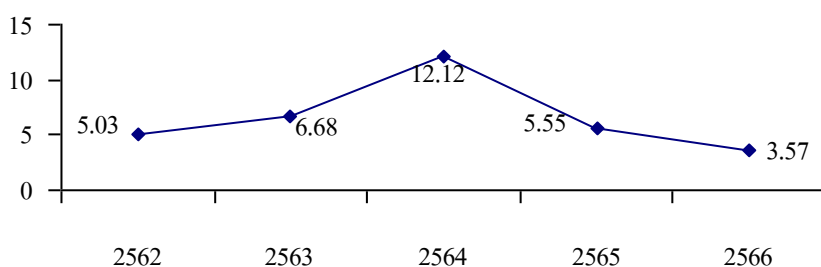
5.พม่า อายุ 35 ปี G4P2A2L2 GA 40+2 wks NL ทารก นน.4,025 กรัม --PPH c tear cervix Refer c รพ.สุราษฎร์

#### แนวทางการป้องกันปัญหาไม่ให้เกิด

1. ปรับ CPG การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) โดยการปรับการให้ Synto 10-u IV ทันทีหลังทารกคลอดไหล่หน้า Synto 10 u IM ทันทีหลังทารกคลอดไหล่หน้า
2. พัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาภาวะเสี่ยง โดยให้เฝ้าระวัง ภาวะตกเลือด Blood loss ที่ มากกว่า หรือเท่ากับ 300 cc หรือหลังคลอดครบ 20 นาทีที่ยังไม่คลอดให้ตามแพทย์มาเตรียมช่วยทำคลอดรก
3. จัดทำ Standing order Postpartum hemorrhage เพื่อให้การรักษาที่เร็วขึ้น
4. ปรับแนวทางการ ANC ในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยเกิดภาวะ Retain Placenta ,BBA,ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป และมีประวัติการขูดมดลูก
5. พัฒนาวิธีการทำคลอดรกโดยส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมการทำคลอดรกแบบ controlled cord traction
6. พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่การทำคลอดปกติและการทำคลอดที่มีภาวะเสี่ยง\_การทำ balloon condom tamponade
7. การบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ให้บันทึกสาเหตุที่ชัดเจนของการเกิดการตกเลือดทุก case โดยการทำ check list สาเหตุการเกิด PPH
8. ปรับระบบ ANC โดยการเฝ้าระวังในกรณีพิเศษสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติ ท้องก่อน BBA .... เมื่ออายุครรภ์ 36 wk ให้นัดมาฝากครรภ์ทุก 1 wk เพื่อประเมินการเจ็บครรภ์ + NST ถ้าประเมินแล้วมีอาการเจ็บครรภ์ให้ admit เพื่อป้องกันการคลอดที่บ้าน

#### 8) ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด ( เป้าหมาย 2 %.ในคนไทย )

ร้อยละ

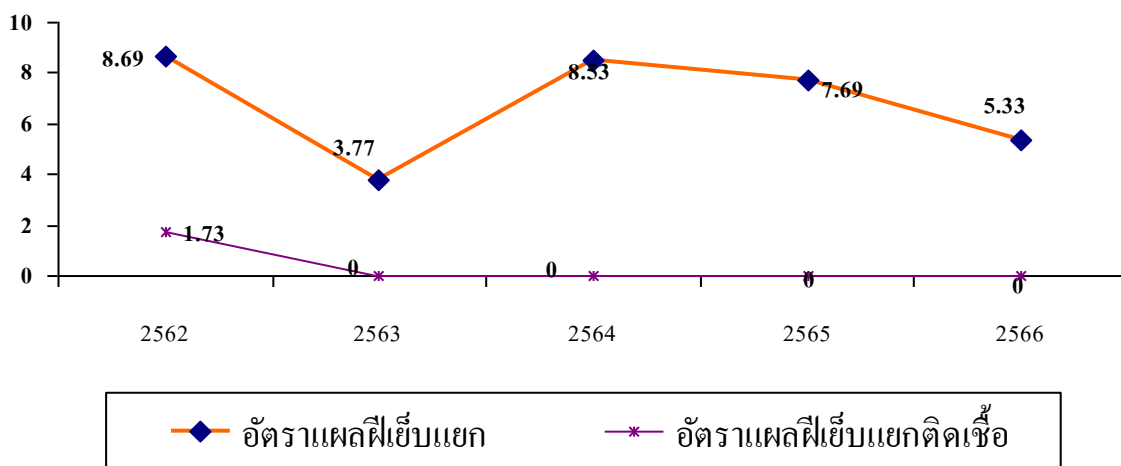


ปี

อัตราลดลงขึ้นเนื่องจากการปรับกระบวนการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อคงไว้ซึ่งการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด โดยมีการปรับกระบวนการดังนี้

- ใช้ CPG : premature contraction management
- มีการนำแบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาใช้ในแผนกฝากครรภ์
- ได้รับยาขับยั้งคลอดภายใน 30 นาที และยับยั้งได้นานกว่า 48 ชั่วโมง
- ฉีด Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 ชม. 4 dose ในรายอายุครรภ์ 24-33<sup>+</sup>6 สัปดาห์
- ส่งต่อกรณีไม่สามารถยับยั้งได้ ปากมดลูกเปิดมากกว่าหรือเท่า 3 เซนติเมตร

#### 9) ร้อยละแผลฝีเย็บแยก / ติดเชื้อ ( เป้าหมาย < 0.5 % )



#### จากการวิเคราะห์สาเหตุ

ปีงบประมาณ 2562 มีผู้มาคลอดที่มีแผลฝีเย็บได้รับการ suture แผลฝีเย็บ จำนวน 115 ราย พบแผลฝีเย็บแยก 10 ราย แยกติดเชื้อ 2 ราย ( E coli. ) ในปีงบประมาณ 2563 มีผู้มาคลอดที่มีแผลฝีเย็บได้รับการ suture แผลฝีเย็บ จำนวน 106 ราย พบแผลฝีเย็บแยก 4 ราย แยกติดเชื้อ 0 ราย

ปีงบประมาณ 2564 มีผู้มาคลอดที่มีแผลฝีเย็บได้รับการ suture แผลฝีเย็บ จำนวน 82 ราย พบแผลฝีเย็บแยก 7 ราย แยกติดเชื้อ 0 ราย อัตราแผลฝีเย็บแยกมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลละเอียดมากขึ้น โดยประสานการเก็บข้อมูลจากฝ่ายเวชปฏิบัติรอบครัว พบปัญหาส่งต่อข้อมูลห้องคลอด)

ปีงบประมาณ 2565 มีผู้มาคลอดที่มีแผลฝีเย็บได้รับการ suture แผลฝีเย็บ จำนวน 52 ราย พบแผลฝีเย็บแยก 4 ราย แยกติดเชื้อ 0 ราย อัตราแผลฝีเย็บแยกมีแนวโน้มลดลง

ปีงบประมาณ 2566 มีผู้มาคลอดที่มีแผลฝีเย็บได้รับการ suture แผลฝีเย็บ จำนวน 75 ราย พบแผลฝีเย็บแยก 4 ราย แยกติดเชื้อ 0 ราย อัตราแผลฝีเย็บแยกมีแนวโน้มลดลง

#### วิเคราะห์สาเหตุแผลฝีเย็บแยก

- บุคลากรขาดทักษะความชำนาญ แก้ไขโดยการพัฒนาทักษะการประเมินและเย็บซ่อมแผลฝีเย็บของพยาบาลใหม่ และพยาบาลที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน มีระบบพี่เลี้ยงประเมินการเย็บแผล
  - ขาดความรู้เรื่องการดูแลแผล ให้สุศึกษาเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ พร้อมเอกสารเตือนความจำ
- แนวทางการป้องกันปัญหาไม่ให้เกิด

#### **การดูแลในห้องคลอดเมื่อรับใหม่**

- การประเมินคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลฝีเย็บแยกและแผลฝีเย็บติดเชื้อ
- การให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์
- เทคนิคการตรวจภายใน ใช้หลักเทคนิค standard precaution
- การรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

#### **การดูแลในห้องคลอด**

- การล้างทำความสะอาด perineum ก่อนย้ายเข้าห้องคลอด
- การทำความสะอาด perineum ก่อนคลอดและหลังรกลอดด้วย Betadine Scrub
- การทำความสะอาดและการป้องกันการปนเปื้อนแผลฝีเย็บเมื่อมีเศษอุจจาระของผู้คลอด
- เทคนิคการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ

#### **การดูแลระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด**

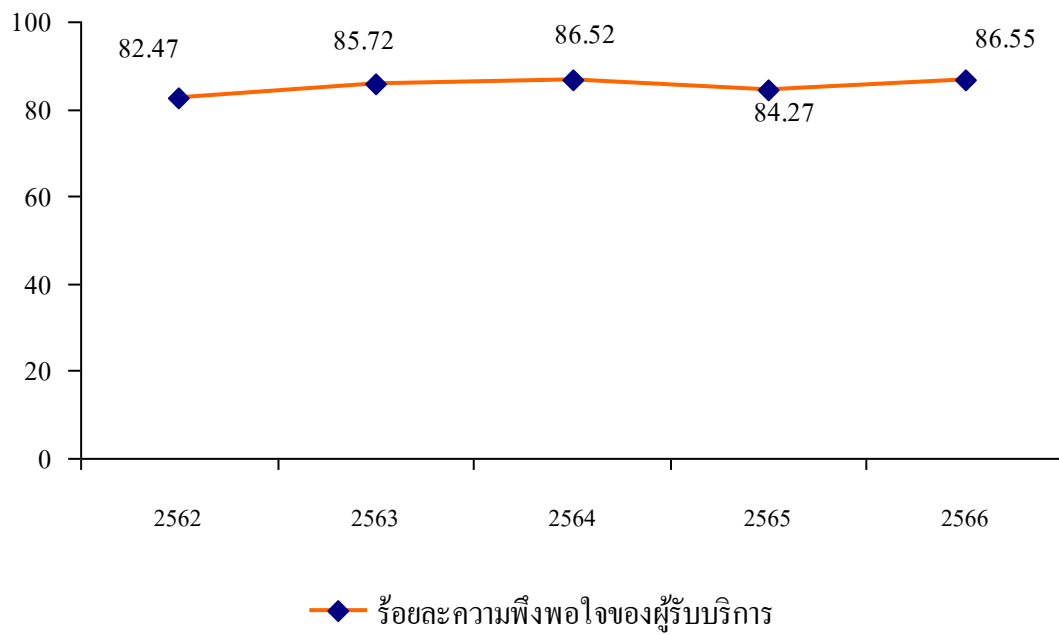
- การทำความสะอาด และประเมินแผลฝีเย็บก่อนย้ายไป IPD
- การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลกรณีพบความเสี่ยงในการเกิดแผลฝีเย็บแยก/ติดเชื้อ
- การรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ
- การให้คำแนะนำและคู่มือปฏิบัติมารดาหลังคลอดและญาติผู้ดูแลในการดูแลแผลฝีเย็บ

#### **การดูแลที่ IPD**

- การทำความสะอาดและประเมินแผลฝีเย็บมารดาหลังคลอดเมื่อแรกรับ
- การทำความสะอาดและประเมินแผลฝีเย็บในแต่ละเวร ตามหลักของ REEDA scale (Davidson, 1979)
- การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลกรณีพบความเสี่ยงในการเกิดแผลฝีเย็บแยก/ติดเชื้อ
- การรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ
- การให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดและญาติผู้ดูแลในการดูแลแผลฝีเย็บขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน
- การให้คำแนะนำในการส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

-การให้คำแนะนำเรื่องการนัดตรวจหลังคลอด การติดตามและส่งต่อข้อมูลเรื่องแผลฝีเย็บกรณีมีความผิดปกติ

7.) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เป้าหมาย 85 %)



## 4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

## 4.ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ( รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว )

| เรื่อง                                          | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                  | ตัวชี้วัด                                                                                                                                              | เป้า                            | ปัญหา/อุปสรรค                            |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
| การพัฒนาระบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ       | - การสื่อสารระบบการทำงานและการบริการงานห้องคลอดโดยใช้สื่อ เช่น แผ่นเอกสาร เอกสารแผ่นพับ จัดบอร์ดให้ความรู้ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้เรื่องการตั้งครรภ์ และการล้างมือในหน่วยงาน และมีล่ามอาสาและจัดทำคำศัพท์ภาษาต่างด้าวในการสื่อสาร | - ความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอด                                                                                                  | >80 %                           | แรงงานต่างด้าวไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ |
| การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์ | การสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติถึงข้อดีและข้อเสียของการมารับบริการฝากครรภ์ตามนัด<br>- ส่งเสริมการฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์<br>- ส่งเสริมการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้ง<br>คุณภาพตามเกณฑ์               | - อัตราหญิงตั้งครรภ์มารับบริการผิदनัด<br>- จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์<br>- จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ | <10 %<br><br>>75 %<br><br>>75 % | ความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์และญาติ       |

## 4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

## 4.ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ( รวมทั้งการพัฒนาคูณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว )

| เรื่อง                              | กิจกรรม                                                                                   | ตัวชี้วัด                                      | เป้า                      | ปัญหา/อุปสรรค                                                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| พัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด | จัดประชุมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด<br>Clinical tracer highlight Birth Asphyxia | อัตราการเกิดภาวะBirth asphyxia                 | < 25:1000<br>การเกิดมีชีพ | ขาดทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด                                    |
| การพัฒนาคูณภาพบริการ                | CQI การตกเลือดหลังคลอด<br>Clinical tracer highlight PPH                                   | อัตราการตกเลือดหลังคลอด                        | < 5%                      | ภาวะโรคเลือดธาร์สซีเมีย /มารดามีภาวะซีด<br>ไม่ฝากครรภ์/มาฝากครรภ์ช้า<br>ครรภ์หลัง |
| การพัฒนาคูณภาพบริการ                | ประชุมฟื้นฟูการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่                                                         | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การคูนภาพงานอนามัยแม่และเด็ก | ผ่าน                      | ขาดความตระหนักในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่                       |

## 4.2การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

| เรื่อง                                                      | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                        | ตัวชี้วัด                                                                                                                                                              | เป้า | ปัญหา/อุปสรรค |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|
| 2.การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | <ul style="list-style-type: none"> <li>-พัฒนาทักษะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</li> <li>-ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยทีมสหวิชาชีพ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ</li> <li>- อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ</li> </ul> | 80%  |               |

## 5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

| การพัฒนาคุณภาพ                                                                                | กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ตัวชี้วัด                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1.ส่งเสริมการฝากครรภ์ก่อนอายุ 12 สัปดาห์                                                      | 1.ประชาสัมพันธ์การส่งเสริมการเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ผ่าน รพ.สต. ,ผู้นำชุมชนและอสม.<br>2.จัดกิจกรรมเสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์                                                                                                                                                                       | หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์                            |
| 2..ส่งเสริมการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งคุณภาพ                                                       | 1.ประชาสัมพันธ์การส่งเสริมการเข้ารับบริการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ<br>2.จัดระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด<br>3.จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์คุณภาพ<br>4.จัดกิจกรรมเสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน                                                                                               | หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งคุณภาพ                          |
| 3. การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงาน<br>- การประชาสัมพันธ์<br>-ระบบบริการ<br>- พฤติกรรมบริการ | - การประชาสัมพันธ์ระบบบริการงานฝากครรภ์ โดยการ<br>การจัดบอร์ดวิชาการและผลการดำเนินงานในหน่วยงาน<br>- จัดทำโครงการการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์เพื่อ<br>ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวใน<br>การดูแลสุขภาพมารดาและทารก<br>- เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นในการ<br>ให้บริการ<br>- พัฒนาระบบบริการและพฤติกรรมบริการของบุคลากร | - ความพึงพอใจของ<br>ผู้รับบริการ<br>-จำนวนข้อร้องเรียนด้าน<br>พฤติกรรมบริการ |

## 5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

| การพัฒนาคุณภาพ                      | กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ตัวชี้วัด                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.การลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การคัดกรองภาวะเสี่ยงในผู้คลอดตั้งแต่แรกได้รับจนถึงระยะคลอด</li> <li>- การใช้ Partograph ในการดูแลบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด</li> <li>- อบรมเชิงปฏิบัติการ / ทบทวนการช่วยฟื้นคืนชีพแก่เจ้าหน้าที่ ปีละ 1 ครั้ง</li> <li>- ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์และเครื่องมือในการช่วยฟื้นคืนชีพทารก</li> </ul>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเกิด Birth Asphyxia</li> <li>- ความครอบคลุมของการใช้ Partograph ได้ถูกต้อง</li> <li>- อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต</li> </ul> |
| 5.การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค้นหาปัจจัยเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด</li> <li>- มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด</li> <li>- การใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดมีความไวต่อการป้องกันได้จริงหรือไม่</li> <li>- รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์หาสาเหตุการตกเลือดเพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขต่อไป</li> </ul>                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก</li> <li>- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตกเลือด เช่น Shock , ตัดมดลูก</li> </ul>                     |
| 6.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้ความรู้และเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะคลอด</li> <li>- เป็นการกระตุ้นสายสัมพันธ์โดยการโอบกอดทารกแรกคลอดไม่เกิน 30 นาที</li> <li>- การทำ Early Sucking ทันทีหลังคลอด ในรายที่คลอดทางช่องคลอดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก</li> <li>- การทำ Rooming In โดยใช้หลัก 3 ด. (ดูดีเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราทารกได้รับการโอบกอดแรกคลอดไม่เกิน 30 นาที</li> <li>- อัตราทารกได้รับการดูดนมมารดา ไม่เกิน 1 ชั่วโมงหลัง คลอด</li> </ul>                        |

| การพัฒนาคุณภาพ                                                      | กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ                                                                                                                                                                                                      | ตัวชี้วัด                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. พัฒนาระบบการเรียนรู้ของบุคลากรและประชาชน<br>- การจัดบอร์ดวิชาการ | - จัดทำบอร์ดวิชาการ แฝ้มสาระความรู้ และเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และความเสี่ยงสำคัญ เพื่อเผยแพร่ความรู้แก่ บุคลากร ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป                                                                | - สมรรถนะเชิงวิชาชีพของบุคลากร<br>- อุบัติการณ์ต่างๆ ที่ป้องกันได้                                                                                                             |
| 8.การส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถลดความเจ็บปวดขณะรอคลอดด้วยตนเอง        | - กำหนดทีม/พัฒนาทักษะ/ประสานงาน<br>- จัดทำคู่มือการเตรียมตัวคลอด<br>- จัดกลุ่มการให้ความรู้และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้<br>- ติดตามประเมินความรู้และประเมินความพึงพอใจ<br>- การลดการเจ็บปวดด้วยการจัดท่าและอุปกรณ์นวดหลัง | - ความครอบคลุมของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมพร้อม<br>- ความถูกต้องในการปฏิบัติตัวเมื่อมาคลอด<br>- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ >85%<br>- อัตรามารดาที่ลดการเจ็บปวดจากการคลอด |

## ภาคผนวก

5 อันดับ refer

|                   | พ.ศ.2560                 |       | พ.ศ.2561                 |       | พ.ศ.2562                 |       | พ.ศ.2563                         |       |
|-------------------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|----------------------------------|-------|
|                   | โรค                      | ครั้ง | โรค                      | ครั้ง | โรค                      | ครั้ง | โรค                              | ครั้ง |
| 5 อันดับ<br>Refer | 1.prolonged second stage | 21    | 1.prolonged second stage | 19    | 1.prolonged second stage | 10    | 1. Prolong 2 <sup>nd</sup> stage | 15    |
|                   | 2.prolonged PROM         | 4     | 2. prolonged PROM        | 3     | 2. prolonged PROM        | 4     | 2. Prolong PROM                  | 4     |
|                   | 3.fetal distress         | 4     | 3.PIH                    | 3     | 3.pre eclampsia          | 3     | 3. Preterm Labor                 | 3     |
|                   | 4.pre eclampsia          | 3     | 4.Preterm labour         | 3     | 4.tear cervic            | 3     | 4. PIH                           | 3     |
|                   | 5.breech presentation    | 3     | 5.Postterm               | 2     | 5.Precenta previa        | 1     | 5.Previase C/S                   | 2     |

|                   | พ.ศ.2564                         |       | 2565                             |       | 2566                             |       |
|-------------------|----------------------------------|-------|----------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
|                   | โรค                              | ครั้ง | โรค                              | ครั้ง | โรค                              | ครั้ง |
| 5 อันดับ<br>Refer | 1. Prolong 2 <sup>nd</sup> stage | 17    | 1. Prolong 2 <sup>nd</sup> stage | 10    | 1. Prolong 2 <sup>nd</sup> stage | 16    |
|                   | 2. Prolong PROM                  | 8     | 2. Breech presentation           | 3     | 2. PPH                           | 3     |
|                   | 3. Preterm Labor                 | 3     | 3. Prolong PROM                  | 2     | 3.arrest of dilatation           | 2     |
|                   | 4. Breech presentation           | 2     | 4.tear cervic                    | 2     | 4.Retain placenta                | 2     |
|                   | 5.PIH                            | 2     | 5.placenta previa                | 2     | 5.NB c Pheumonia                 | 1     |
|                   | 6. BA in NB/ PPH                 | 1 / 1 |                                  |       | 6. Preterm Labor                 | 1     |

| ผลการตาม Refer แม่ |                    |    |     |              |
|--------------------|--------------------|----|-----|--------------|
| ปีงบประมาณ         | จำนวนcase<br>Refer | NL | C/S | V/E<br>//F/E |
| 2561               | 37                 | 22 | 15  | 1            |
| 2562               | 24                 | 11 | 8   | 0            |
| 2563               | 33                 | 17 | 8   | 2            |
| 2564               | 28                 | 18 | 5   | 4/1          |
| 2565               | 34                 | 9  | 12  | 1/0          |
| 2566               | 18                 | 11 | 4   | 3            |

