

# รายงานประจำปี 2560

<http://www.kph.go.th>

โรงพยาบาลกำแพงเพชร



โรงพยาบาลกำแพงเพชร

งานศูนย์ข้อมูลเวชสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์  
กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

# คำนำ

ด้วย โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดกำแพงเพชร มีขนาดเตียงจำนวน 410 เตียง ให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในจังหวัดกำแพงเพชร ปีกองกำลังเสด็จและทางบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ



ตลอดจนบริการ ด้านการศึกษา วิชาการ งานวิจัย ด้านการพัฒนากฎหมายบริการ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ดังนั้น ผลการปฏิบัติงานปีที่ผ่านมาของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล มีความสำคัญ ที่จะพัฒนากิจการให้ดีขึ้นไปอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการบริหารจัดการ ประเมินผลปฏิบัติงาน พัฒนากิจการ ด้านบริหาร บริการ วิชาการ ได้เป็นอย่างดี

รายงานประจำปีโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำเพื่อเผยแพร่ผลปฏิบัติงานรวมทั้งกิจกรรม ซึ่งรวบรวมข้อมูลและสถิติต่าง ๆ เช่น ข้อมูลการให้บริการ สถิติโรค สถิติการเสียชีวิต สถิติการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่สามารถอ้างอิง สืบค้นและเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนากิจการรวมทั้งการวางแผน พัฒนากิจการบริการ วิชาการและทางวิชาการได้เป็นอย่างดี มีภาพพัฒนากิจการให้ดีขึ้นไปอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการบริหารจัดการ ประเมินผลและประคับประคอง

โรงพยาบาลกำแพงเพชร หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานประจำปี 2560 ที่ได้รวบรวมกิจกรรม และผลการดำเนินงานต่าง ๆ ของหน่วยงาน ขณะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากิจการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พัฒนากิจการด้านบริหาร บริการ วิชาการได้เป็นอย่างดี



โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## สารบัญ

คำนำ		iv
สารบัญ		v
ส่วนที่ 1	<b>ข้อมูลจังหวัดกำแพงเพชร</b>	1
ส่วนที่ 2	<b>ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร</b>	
	- ประวัติโรงพยาบาลกำแพงเพชร	13
	- คณะผู้บริหาร - องค์กรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร	21
	- รายละเอียดองค์กรสุขภาพ	23
	- อัตราการส่งบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร	24
	- สหุประสงค์การดำเนินงาน - ภายใต้อาณัติของโรงพยาบาลกำแพงเพชร	27
	- นโยบายการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลกำแพงเพชร	28
	- ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลกำแพงเพชร	29
	- ปรัชญา ค่านิยม วิสัยทัศน์ และพันธกิจของหน่วยงาน	31
ส่วนที่ 3	<b>สถิติการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล</b>	
	- ตารางเปรียบเทียบการให้บริการ / 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก 2560	37
	- ตารางเปรียบเทียบการให้บริการ / 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน 2560	38
	- ตาราง 10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก - โน (ตจ.504 / ตจ.505)	39
	- ตาราง 10 อันดับสาเหตุการตาย / การผ่าตัดใหญ่	40
	- ตารางสหุประสงค์การพยาบาล / 10 อันดับโรค Refer - in ผู้ป่วยนอก	41
	- ตารางสหุประสงค์การพยาบาล / 10 อันดับโรค Refer - in ผู้ป่วยใน	42
	- ตารางสหุประสงค์การพยาบาล / 10 อันดับโรค Refer - in ผู้ป่วยนอก ที่มีศักยภาพสูงทางหรือเก่า	43
	- ตารางสหุประสงค์การพยาบาล / 10 อันดับโรค Refer - in ผู้ป่วยใน ที่มีศักยภาพสูงทางหรือเก่า	44
	- รายงานการปฏิบัติตามข้อกำหนดและเหตุอื่นของการปฏิบัติตาม 19 สาเหตุ	45
	- การติดตามข้อบกพร่องตามตำแหน่ง และสาเหตุของการติดตาม	47
	- สหุประสงค์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์	48

## សាធារណៈ

### សំណួរ 4 លក្ខណៈគ្រឹះស្ថានសេវាសង្គមផ្សេងៗ ៗ របស់ក្រុមហ៊ុន

- ក្រុមហ៊ុនសេវាសង្គមសម្រាប់អ្នកជំងឺ (ក្រុមហ៊ុនសេវាសង្គមសម្រាប់អ្នកជំងឺ)
- ក្រុមហ៊ុនសេវាសង្គមសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រព្រឹត្តិកម្ម និងសេវាសង្គមសម្រាប់អ្នកជំងឺ (ប្រស.)
- ក្រុមហ៊ុនសេវាសង្គមសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រព្រឹត្តិកម្ម និងសេវាសង្គមសម្រាប់អ្នកជំងឺ  
(ក្រុមហ៊ុនសេវាសង្គមសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រព្រឹត្តិកម្ម/ក្រុមហ៊ុនសេវាសង្គមសម្រាប់អ្នកជំងឺ)
- ក្រុមហ៊ុនសេវាសង្គមសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រព្រឹត្តិកម្ម
- ក្រុមហ៊ុនសេវាសង្គមសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រព្រឹត្តិកម្ម



# แผนที่จังหวัดกำแพงเพชร



# ประวัติศาสตร์จังหวัด กำแพงเพชร



จังหวัดกำแพงเพชรเป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคกลางตอนบนของประเทศไทย ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 358 กิโลเมตร จังหวัดอยู่ติดด้าน (ทางทิศเหนือจรดพรมแดนจีน ทางทิศใต้แก่ สุโขทัย พิษณุโลก พิจิตร นครสวรรค์ ตาก)

จังหวัดกำแพงเพชรเป็นเมืองเก่าที่นับว่ามีควมสำคัญทางประวัติศาสตร์ และเชิดชูคู่สงเมือง มาตั้งแต่สมัยทวารวดีเป็นเมืองที่ตั้งของเมืองโบราณหลายเมือง เช่น เมืองงิ้วทวาร เมืองนครชุม ไตยตติยชัย เมืองเทพนคร และเมืองคณฑี นอกจากนี้เมืองกำแพงเพชร ยังเป็นเมืองที่สงที่สมเด็จ พระเจ้าตากสินมหาราชที่ได้ครองเมือง มีพระดำริตั้งเป็น "พระยารัตนบุรี" ตามประวัติศาสตร์กำแพงเพชรเป็นเมืองหน้าด่านของสุโขทัย มีฐานะเป็นเมือง ลูกหลวง เดิมเรียกชื่อว่า "เมืองงิ้วทวาร" และมีเมืองบริวารหลายเมืองอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น ไตยตติยชัย เมืองเทพนคร ทวารที่กำแพงเพชรเป็นเมืองหน้าด่านคู่กับสงครามในอดีต อยู่เสมอจึงเป็นเมืองยุทธศาสตร์ มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าเป็นเมืองที่มีควมสำคัญ ทางประวัติศาสตร์มากมาย เช่น กำแพงคูเมือง ป้อมปราการ รัตนาคร มีหลักฐานให้เห็นนิชฐานว่าเดิมเคยเป็นเมืองที่ตั้งของเมืองสองเมือง คือ เมืองงิ้วทวารและเมืองนครชุม โดยเมืองงิ้วทวารตั้งขึ้นก่อนตั้งอยู่ทางฝั่งตะวันออกของแม่น้ำปิงพระเจ้าอโศกมหาราชได้ตั้งเมืองที่ 4 แห่งทวารวดีสุโขทัยเป็นผู้สร้างขึ้น



เมื่อปี พ.ศ. 1890 ต่อมามสมเด็จพระเจ้าลิไท กษัตริย์องค์ที่ 5 แห่งราชวงศ์สุโขทัย ได้สร้างเมืองใหม่ขึ้นทางฝั่งตะวันตกของ ลำน้ำปิง คือ เมืองนครชุมรม สมเด็จพระมหาธรรมราชาเจ้ามหาโพธิ์ทศวงษ์ในทูลกระหม่อมกษัตริย์เมืองเวียง "เพื่อมาแห่งเมืองที่เก่าแก่มั่นคงและยังมีคหกรรม สมบูรณ์มาก และเชื่อว่าสวยงามที่สุดในประเทศสยาม"



ในปี พ.ศ. 2459 ได้เปลี่ยนเมืองกำแพงเพชร เป็นจังหวัดกำแพงเพชร ปัจจุบันจังหวัดกำแพงเพชรเป็นเมืองศูนย์กลางทางราชการเกือบทุกทางประวัติศาสตร์แห่งหนึ่ง เพชรเกษมโบราณสถานเก่าแก่ซึ่งก่อสร้างด้วยศิลาแลงหลายแห่งรวมอยู่ใน "อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร" ที่ได้ขึ้นบัญชีพหุวัฒนธรรม คัดเลือกจากองค์การยูเนสโก และวัฒนธรรมและวัฒนธรรมสหประชาชาติ (UNESCO) ให้ขึ้นทะเบียนไว้ในบัญชีมรดกโลก เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2534



# สัญลักษณ์ประจำจังหวัด



**สัญลักษณ์ประจำจังหวัด** คือ รูปกำแพงเมือง  
ประตูกำแพงเพชรประตูเมืองประตูกำแพงนครราชสีมา  
ประตูเชียงใหม่ประตูปรางคณ

**รูปกำแพงเมือง** หมายถึง กำแพงเมืองโบราณของเมืองกำแพงเพชรซึ่งเป็นมรดกที่  
ล้ำค่าทางประวัติศาสตร์และโบราณคดี แสดงเกียรติประวัติที่นำมาภาคภูมิใจของชาวเมืองนี้  
และเป็นที่มาของชื่อจังหวัดกำแพงเพชร

**ประตูปรางคณ** หมายถึง ความกลมกลืน สัมผัสสัมพันธ์กัน ซึ่งได้ผสมผสาน  
เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชาวกำแพงเพชรทั้งหมด

**ความหมายโดยสรุป** คือ กำแพงเพชรเป็นเมืองที่มีกำแพงเมืองมั่นคงแข็งแรง  
สวยงาม เป็นมรดกแห่งอดีตอันยิ่งใหญ่ประตูจังหวัดพยานแห่งความรุ่งโรจน์ในอดีตที่นำ  
มาภาคภูมิใจ เมืองมีความเจริญรุ่งเรือง ผู้คนพลเมืองมีความสัมพันธ์กันดี  
กลมกลืนกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

**ธงประจำจังหวัด** เป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีพื้นสี  
อยู่ 3 สี คือ สีเหลือง สีแดง และสีเขียวเข้ม  
มีรูปประตูเมืองกำแพงเพชรอยู่ตรงกลาง  
แถบสีแดง



**แถบสีเหลือง** แสดงว่า จังหวัดนี้เป็นเมืองซึ่งสร้างในสมัยโบราณ  
คู่กันด้วยเกียรติยศและพระพุทธรูป-ศาสนา อยู่มา

**แถบสีแดง** แสดงว่า จังหวัดนี้ได้เคยเป็นชนชาติที่ขมขื่นแต่โบราณได้เคยทำศึก  
สงครามกับพม่าหลายครั้งหลายหน

**แถบสีเขียวเข้ม** แสดงว่า จังหวัดนี้อุดมสมบูรณ์ไปด้วยป่าไม้  
ทรัพยากรธรรมชาติของจังหวัดเป็นอย่างดี



ต้นไม้ประดับชื่อหนึ่งหรือชื่ออื่น คือ ต้นสีเสียดแก่น



ดอกไม้ประดับชื่อหนึ่งหรือชื่ออื่น คือ ดอกพิกุล

คำขวัญจังหวัดกำแพงเพชร



คำขวัญจังหวัดกำแพงเพชร  
คือ ปศุศุขะเค็ช็อง เมืองคนแ่ชง  
ศิลาแลงใหญ่ ล้ำวัยไร่พรวน  
น้ำมันลานนาชะปือ  
เสื่อสี่ยมชดากโล่



สภาพทั่วไปของจังหวัดกำแพงเพชร

จังหวัดกำแพงเพชรเป็นเมืองเก่าที่มีควมสำคัญทางประวัติศาสตร์ตั้งแต่แห่งหนึ่งของประเทศไทย มีความเจริญรุ่งเรืองสมัยสุโขทัยเป็นราชธานีเมื่อประมาณ 700 ปีมาแล้ว ชาวทวารวดีเข้ามาหลักศิลาจารึก โดยนักโบราณคดีทำให้ทราบว่าจังหวัดกำแพงเพชร เป็นที่ตั้งของเมืองโบราณที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์หลายเมือง เช่น เมืองกำแพงชวร เมืองนคชชุม เมืองไต่ชชชัง เมืองเทพนคช และเมืองคณฑี เป็นต้น ปัจจุบันจังหวัดกำแพงเพชร เป็นเมืองศูนย์กลางทางท่าของเที่ยวทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญแห่งหนึ่ง มีโบราณสถานเก่าแก่ ซึ่งกำลังดำรงอยู่ศิลาแลงหลายแห่งรวมอยู่ใน “อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร” ซึ่งองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลกเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2534 นับเป็นควมภาคภูมิใจของชาวจังหวัดกำแพงเพชรอย่างยิ่ง ที่ตั้งและอาณาเขตกำแพงเพชร เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยอยู่ห่างจากกรุงเทพฯ 358 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับกิ่งอำเภอวังเจ็ว จังหวัดตาก และอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอพบพระพตทิสัย จังหวัดน่านพตทิสัย
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับอำเภอปางพระกำแพง จังหวัดพิจิตรและอำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุทัย
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ขนาดพื้นที่ป่าแพ่งเพชร มีพื้นที่ 8,607.5 ตารางกิโลเมตร (5,379,687.5 ไร่) เป็นพื้นที่ป่าดงดิบชื้นประมาณ 5,358.15 ตารางกิโลเมตร (3,348,847 ไร่) ป่าไม้ 2,184.7 ตารางกิโลเมตร (1,365,437.5 ไร่) พื้นที่อยู่อาศัยและพื้นที่อื่น ๆ อีกประมาณ 1,064.65 ตารางกิโลเมตร (665,403 ไร่)

### ลักษณะภูมิประเทศ

จังหวัดกำแพงเพชร มีแม่น้ำปิงไหลผ่านเป็นระยะทางยาวประมาณ 104 กิโลเมตร มีลักษณะภูมิประเทศ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

**ลักษณะที่ 1** เป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำปิงตอนล่างแบบตะพานลุ่มน้ำ ALLUVIAL TERRACE) มีระดับความสูงประมาณ 43 - 107 เมตรจากระดับน้ำทะเลปานกลาง อยู่บริเวณทางด้านทิศตะวันออกและใต้ของจังหวัด

**ลักษณะที่ 2** เป็นเนินเขาเตี้ย ๆ สลับที่ราบ พบเห็นบริเวณด้านเหนือ และตอนกลางของจังหวัด

**ลักษณะที่ 3** เป็นภูเขาสลับซับซ้อน เป็นแหล่งแร่ธาตุและต้นน้ำลำธารต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น คลของวังเจ็ว คลของสวนหมาก คลของขลุ่ย และคลของวังโพธิ์ค้ำของแม่น้ำปิง

**โดยสรุป** ลักษณะพื้นที่ของจังหวัดกำแพงเพชร ด้านตะวันออกเป็นภูเขาสูงลาดลงมา ทางด้านตะวันออก ลักษณะดินเป็นดินปนทรายเหมาะแก่การขุดทำนาและปลูกพืชไร่

## จำนวนประชากร

จังหวัดกำแพงเพชร มีประชากรตามประชากรสำมะโนประชากรและทะเบียนราษฎรของ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559 จำนวนประชากรทั้งหมด 729,542 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 361,919 คน (ร้อยละ 49.61) แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 367,623 คน (ร้อยละ 50.39) มีครัวเรือนจำนวน 265,520 ครัวเรือน เฉลี่ย 2.75 คนต่อครัวเรือน ความหนาแน่น ประชากรต่อตารางกิโลเมตร 84.76 คนต่อตารางกิโลเมตร

อำเภอ	พ.ศ. 2557	พ.ศ. 2558	พ.ศ. 2559
เมืองกำแพงเพชร	213,181	213,228	213,013
ชนบท	106,564	106,567	106,160
คลองขลุง	72,444	72,256	71,948
พิจิตร	70,749	70,910	71,082
คลองลาน	63,426	63,616	63,826
โกสัมพีนคร	51,087	51,042	50,982
ลานกระบือ	42,938	43,090	43,106
ปางศิลาทอง	30,570	30,685	30,692
โกสัมพีนคร	28,658	28,773	28,771
วังสามหมอ	26,353	26,431	26,393
ทรายทองวัฒนา	23,552	23,560	23,569
<b>รวม</b>	<b>729,522</b>	<b>730,158</b>	<b>729,542</b>

ที่มา : จีพีเอสสำมะโนประชากรและทะเบียน ( <https://th.wikipedia.org/> )

## ด้านการอุปโภคบริโภค

จังหวัดกำแพงเพชรแบ่งเขตการอุปโภคบริโภคเป็น 11 อำเภอ 78 ตำบล (รวมตำบลใหม่เมือง) จังหวัดกำแพงเพชรแบ่งเขตการอุปโภคบริโภคเป็น 11 อำเภอ 78 ตำบล 956 หมู่บ้าน/27 ชุมชนเมือง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีจำนวน 90 แห่ง แบ่งออกเป็น องค์การสหกรณ์จังหวัด จำนวน 1 แห่ง เทศบาลเมือง จำนวน 3 แห่ง เทศบาลตำบล จำนวน 20 แห่ง และ องค์การสหกรณ์ตำบลจำนวน 66 แห่ง

ตาราง จำนวนอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน เทศบาล/อบต. และ ทพ.สจ.

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน/ ชุมชน	เทศบาล	อบต.	ระยะห่างจาก อำเภอ ถึงจังหวัด (กม.)	พื้นที่ (ตร.กม.)
เมืองกำแพงเพชร	16	219/27	7	12	0	1,615.12
เขาฉกรรจ์	11	143	3	10	70	1,171.80
พญามงกุฎ	10	116	4	7	25	1,081.79
คลองขลุง	10	103	4	9	42	839.97
คลองลาน	4	68	1	3	49	1,186.78
โง่างาม	7	71	1	7	46	534.28
ลานกระบือ	7	68	3	5	52	442.32
ปางศิลาทอง	3	42	0	3	78	755.98
โกสัมพีนคร	3	43	0	3	25	489.4
วังสมบูรณ์	4	45	1	3	85	287.83
หนองขาหย่าง	3	38	1	2	51	202.22
<b>รวม</b>	<b>78</b>	<b>956/27</b>	<b>25</b>	<b>64</b>	<b>-</b>	<b>8,607.50</b>

ที่มา : การอุปโภคบริโภคจังหวัดกำแพงเพชร (ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2557) และ เขตรับผิดชอบการตรวจราชการและนิเทศงานภาคใต้ ปี 2558  
เขตสุโขทัยที่ 3 สบคที่ 1/2559)

## ข้อมูลทรัพยากรสารสนเทศ

จังหวัดกำแพงเพชร มีโรงพยาบาลทั้งหมด 12 แห่ง จำนวนเตียง 410 เตียง กิ่งอำเภอเป็นโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง เป็นโรงพยาบาลขนาด 410 เตียง 1 แห่ง กิ่งอำเภอวังทรายพูนเพิ่ม (ตึก 8 ชั้น) ขนาด 156 เตียง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง มีจำนวนเตียงจริงรวมจำนวน 992 เตียง จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 121 แห่ง สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง

สถานพยาบาลสาธารณสุขเอกชนในจังหวัดกำแพงเพชร มีโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง (ขนาด 50 และ 10 เตียง) คลินิกแพทย์ 64 แห่ง คลินิกทันตกรรม 17 แห่ง และสถานพยาบาล 128 แห่ง ไตยคลินิกแพทย์ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองถึง 41 แห่ง ที่เหลืออยู่ตามอำเภอ ยกเว้นอำเภอโกสุมพิณฯ ไม่มีคลินิกแพทย์และคลินิกทันตกรรม

ตาราง จำนวนโรงพยาบาล จำนวนเตียง

โรงพยาบาล	จำนวนเตียง	ประเภท Service Plan				
		S	M2	F1	F2	F3
รพ.กำแพงเพชร	410	1	-	-	-	-
รพ.ทุ่งโพธิ์ทะเล	10	-	-	-	-	1
รพ.ชานุมรสังขบุรี	60	-	1	-	-	-
รพ.คลองขลุง	60	-	-	1	-	-
รพ.พชช.ตาคลี	60	-	-	-	1	-
รพ.คลองลาน	60	-	-	-	1	-
รพ.ไทยงาม	30	-	-	-	1	-
รพ.สพช.ศรีเทพ	30	-	-	-	1	-
รพ.ปางศิลาทอง	30	-	-	-	1	-
รพ.วังสามหมอ	30	-	-	-	1	-
รพ.พชช.หนองขาหย่าง	30	-	-	-	1	-
รพ.โกสุมพิณ	-	-	-	-	-	1
<b>รวม</b>	<b>810</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>2</b>

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร และ เอกสารประกอบทางวิชาการและนิเทศการ ปศ.ปี 2559 เขตสุขภาพที่ 3 ฉบับที่ 1/2559

ตาราง จำนวนสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จำนวนรายอำเภอ

อำเภอ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล							สอ./รพ. สต.สังกัด สปท.	ศูนย์ บริการสุขภาพ
	จำนวน ทั้งหมด	ขนาด ใหญ่	ขนาด กลาง	ขนาด เล็ก	เตียง	เครื่องยา	รศม.		
เมืองกำแพงเพชร	29	7	21	1	11	11	2	-	3
ชาตมูรขลุ่ย	17	8	5	4	5	5	-	-	-
คลองขลุง	12	-	9	3	3	5	-	2	-
พยานา	15	-	9	6	1	6	-	-	1
คลองลาน	10	1	8	1	1	4	-	-	-
ไทรงาม	9	1	7	-	1	4	-	-	-
ลานนา	8	-	8	-	0	3	-	-	1
โกสัมพีนคร	8	-	5	3	2	2	-	-	-
ปางศิลาทอง	3	1	1	1	0	3	-	2	-
วังสามัคคี	6	-	3	3	0	2	-	-	-
พยานา	4	-	2	2	1	1	-	-	-
<b>รวม</b>	<b>121</b>	<b>18</b>	<b>78</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>46</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2558) และ เอกสารประกอบบริการสาธารณสุข และนิเทศงาน กศน. ปี 2559 เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 1/2559)

จำนวนสถานบริการปฐมภูมิ จำนวนเป็นจำนวนรายอำเภอเพิ่มขึ้น (มีทั้งสิ้น 60 แห่ง) จำนวนรายบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 70 แห่ง จำนวนรายบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 52 แห่ง และมีสถานบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 32 แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภอเมือง และอำเภอชาตมูรขลุ่ย ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ตามอำเภอต่าง ๆ ยกเว้นอำเภอโกสัมพีนครไม่มีจำนวนรายบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นและเพิ่มขึ้น

จำนวนสถานบริการสาธารณสุขของเอกชน จำนวนเป็นโรงพยาบาล 2 แห่ง อยู่ในเขตอำเภอเมืองฯ คลินิกแพทย์ 64 แห่ง ยกเว้นอำเภอโกสัมพีนครไม่มีคลินิกแพทย์ คลินิกทันตแพทย์ 17 แห่ง (ยกเว้น คลองลาน ไทรงาม ลานนา โกสัมพีนคร ปางศิลาทอง บึงสามัคคี พยานา ไม่มีคลินิกทันตแพทย์) และมีสถานบริการปฐมภูมิทั้งหมด 128 แห่ง

**ตาราง แสดงสัดส่วนของบุคลากรทางกายภาพและสาขาวิชาอื่นที่เกี่ยวข้อง 4 สาขาหลัก**

ประเภทบุคลากร	จำนวน	สัดส่วนบุคลากรต่อประเภท		
		กำแพงเพชร	เขต 3	ประเทศ
แพทย์	106	6,882	4,404	3,759
ทันตแพทย์	57	12,799	11,906	14,250
เภสัชกร	76	9,599	8,141	9,227
พยาบาลวิชาชีพ	1016	718	639	959

ที่มา : ข้อมูลจากหน่วยงานบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2558) และ เอกสารประกอบเอกสารวิชาการ สาขาการและนิเทศการ การเปิดปี 2559 เขตสุขภาพที่ 3 ตอนที่ 1/2559)

จังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย 11 อำเภอ มีประชากรรวมทั้งสิ้น 729,542 คน เมื่อพิจารณาอัตราค่าจ้างบุคลากรสาขาวิชาชีพ 4 สาขาหลักของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาขาที่ขาดแคลนมากที่สุดคือสาขาแพทย์ ซึ่งมีอัตราค่าจ้างเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐาน (FTE) มีเพียงร้อยละ 49.88 ของอัตราค่าจ้างที่ควรจะมี ของลงมาคือสาขาทันตแพทย์ เท่ากับ ร้อยละ 64.44 ของอัตราค่าจ้างที่ควรจะมี

**แพทย์** อัตราค่าจ้างแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 106 คน อัตราส่วนแพทย์ ต่อประเภท เท่ากับ 1 : 6,882 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนแพทย์ต่อประเภทอื่นในระดับประเทศ (ระดับประเทศ เท่ากับ 1 : 3,759) ถือว่ายังไม่เพียงพอต่อภาครัฐให้บุคลากร เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนแพทย์กับมาตรฐาน (FTE) หมายความว่าจังหวัด เท่ากับ ร้อยละ 49.88 (ขพท. เท่ากับ 55.31 ขพข. เท่ากับ 45.10) ของอัตราค่าจ้างที่ควรจะมี

**ทันตแพทย์** ภาวรวมทั้งจังหวัด จำนวน 57 คน อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประเภท เท่ากับ 1 : 12,799 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประเภทอื่นในระดับประเทศ (ระดับประเทศ เท่ากับ 1 : 14,250) ถือว่าอยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนทันตแพทย์กับมาตรฐาน (FTE) หมายความว่าจังหวัด เท่ากับ ร้อยละ 64.44 (ขพท. เท่ากับ 49.26 ขพข. เท่ากับ 71.63) ของอัตราค่าจ้างที่ควรจะมี

**เภสัชกร** ภาวรวมทั้งจังหวัด จำนวน 76 คน อัตราส่วนเภสัชกรต่อประเภท เท่ากับ 1 : 9,599 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนเภสัชกรต่อประเภทอื่นในระดับประเทศ (ระดับประเทศ เท่ากับ 1 : 9,227) ถือว่า ยังไม่เพียงพอต่อภาครัฐให้บุคลากร เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนเภสัชกรกับมาตรฐาน (FTE) หมายความว่าจังหวัด เท่ากับ ร้อยละ 74.91 (ขพท. เท่ากับ 70.14 ขพข. เท่ากับ 78.00) ของอัตราค่าจ้างที่ควรจะมี

**พยาบาลวิชาชีพ** ภาวรวมทั้งจังหวัด จำนวน 1,016 คน อัตราส่วนพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับกับมาตรฐาน (FTE) หมายความว่า และสัดส่วนต่อประเภท หมายความว่า ขพ.สัด. หมายความว่าจังหวัด เท่ากับ ร้อยละ 80.54 (ขพท. เท่ากับ 77.07 ขพข. เท่ากับ 90.35 และ ขพ.สัด. เท่ากับ 69.29) ของอัตราค่าจ้างที่ควรจะมี

## แพทย์พื้นบ้าน/แพทย์แผนไทย

ตาราง แสดงสัดส่วนบุคลากรทางกายภาพแพทย์และสาขาชนสงฆ์ที่สำคัญ 4 สาขาหลัก

ประเภท	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	ทพ.สังเสริม สุขภาพตำบล	รวม
	ทั่วไป	ชุมชน		
แพทย์แผนไทย	3	7	17	27
แพทย์แผนไทย (อายุรเวช)	3	3	0	6
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 คน.	13	16	33	62
<b>รวม</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>95</b>

ที่มา : ข้อมูลจากคู่มือของผู้บริโภคและมาตรฐานสาขาชนสงฆ์ สำนักงานสาขาชนสงฆ์จังหวัดกำแพงเพชร (ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2558) และ เอกสารประกอบทางพระราชพิธีและในเทศกาลงาน ประเพณีปกติ ปี 2559 เขตสุขภาพที่ 3 ตอนที่ 1/2559)

## จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จังหวัดกำแพงเพชรจะมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปฏิบัติงานทั้งสิ้นในปี 2559 จำนวน 12,219 คน ได้รับค่าป่วยกาย 600 บาท/คน/เดือน รวม 11,957 คน คิดเป็นร้อยละ 97.86 ของ อสม. ทั้งหมด รับผิดชอบ หลังคาเรือน 1 : 22 รับผิดชอบประชากร 1 : 60 และเฉลี่ยจำนวน อสม. 13 คน ต่อหนึ่งหมู่บ้าน





## ประวัติโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 410 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่เลขที่ 382 ถนนพหลโยธิน อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร บนเนื้อที่ 43 ไร่ 3 งาน 47 ตารางวา



การยุติกรมสร้างโรงพยาบาลกำแพงเพชร เกิดขึ้นตั้งแต่ปี 2494 โดย นายเชื้อ พิทักษ์พานิชย์ ทหารจัตตพลประจำกรมทหารบกไทยและ นายชรัส ช่างสีสาร ผู้ว่าราชการจังหวัดในขณะนั้น ได้ติดต่อขอที่ดินในวัดสามจีนซึ่งเป็นที่ดินของชาวพม่าคนศาสนา (พื้นที่ 5 ไร่เศษ) และที่ดินของโรงเรียนประชาบาลพม่า



ชาวพม่าอาสาบริจาคที่ดินพื้นที่ 38 ไร่เศษ พันโทนายแพทย์มานิต เวชวิศิษฐ์ อธิบดีกรมการแพทย์ในขณะนั้นเห็นชอบให้ดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลได้ จึงเริ่มดำเนินการก่อสร้างในปี 2496 โดยนายแพทย์หญิง เพ็ญศรี ฐิตะพรหม อนามัยจังหวัดเป็นควบคุมดูแลการก่อสร้างและกรมการแพทย์ได้จัดอนุมัติเงินงบประมาณเป็นค่าก่อสร้างเป็นเงิน 344,827 บาท และ

- 1) ซื้อคนจระเข้ ขนาด 25 เตียง (คนใช้ชาย) 1 หลัง เป็นเงิน 239,400 บาท (ปัจจุบันซื้อไปแล้ว)
- 2) บ้านพักแพทย์ 1 หลัง เป็นเงิน 30,000 บาท
- 3) ค่าปรับที่ดิน ค่าถมดิน ค่าทำคูน้ำ ทำถนนและทำประตูทางเข้าโรงพยาบาลเป็นเงิน 45,429 บาท

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชรทำแผนประชาสัมพันธ์สร้างเสริมและเปิดให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วย เป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2497 ตั้งยิมผู้ป่วยไว้รักษาจำนวน 25 เตียง โดยมี นายแพทย์ปรีชาชน กาญจนาลัย เป็นผู้อำนวยการเป็นคนแรก



จากอดีตสู่ปัจจุบันที่สภาพการณ์ของโลกได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพ ภาวะโรคภัยไข้เจ็บที่ทวีความรุนแรง หลากหลายและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น



ดังนั้น เพื่อของรับและก้าวทันปัญหาสุขภาพในยุคปัจจุบันและในอนาคต โรงพยาบาลกำแพงเพชรจึงมีภาพพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งทางด้านความรู้ความสามารถของบุคลากร อาคารถาวรที่ใหม่กว่าให้บริการ อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่มีความทันสมัย ด้วยความมุ่งมั่น ที่จะให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงทั้งที่ใกล้ไกลและประชาชนทั่วไปให้ได้สุขภาพดีจากโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

# ประวัติวัดสามจีนสี่กั๊กตั้งสี่กั๊กทุ่งโพธิ์พญาบาทกำแพงเพชร



“วัดเจ็ท” เป็นวัดสมัยยุคสุโขทัย อยู่ชานเมืองด้านทิศเหนือของเมืองพิจิตร พระประธานเป็นพระพุทธรูปสมัยลพบุรี ตั้งอยู่บนแท่นเมืองกำแพงเพชรเป็นวัดขนาดใหญ่และเป็นที่มาของวัดร้างอื่น ๆ วัดหลวงพ่อโม่ (หลวงพ่อโม่สี) ซึ่งยังมีอยู่ใกล้เมืองกำแพงเพชร พระประธานใหญ่ที่มีขนาดใกล้เคียงกัน เป็นวัดร้างมาหลายร้อยปีตั้งอยู่ท้ายเมืองกำแพงเพชรพญานาคพญานาคที่เมืองพิจิตร พระพุทธรูปที่เมืองพิจิตร พระประธานที่เมืองพิจิตรตั้งอยู่อย่างโดดเดี่ยวแต่มีประวัติที่ยาวนานเป็นเพียงแต่เนินดิน)

แต่เดิมไม่ทราบมาชดเนินทางจากในตำบลเมืองไปวัดเจ็ทได้เพราะถนนเก่าๆ ไปสิ้นสุดที่บริเวณท่าคลอง ซึ่งเป็นที่ตั้งวัดเนินเหนือหรือวัดสี่กั๊กมาพม่า (สมัยเป็นหัวเมืองพิจิตร พ.ศ. 2500 ไปนำดินเหนียวบริเวณท่าคลองนี้มาเขียนมาตั้งแต่ในครั้งเขียนเสมาซึ่งเห็นวัด เจ็ทน้อย ๆ

ขณะนั้นโรงพยาบาลกำแพงเพชรยังมีพื้นที่ติดกับวัด  
 แห่งนี้เพราะไม่มีใครขอเช่ามาใช้สถานที่วัดเจ้า  
 เพชระปกข์มากสักกี่ปีที่มีผู้บริจาคเงินมาซื้อที่ดิน  
 แห่งนี้เพื่อเป็นบริเวณสามแยกไฟแดงหลัง  
 โรงพยาบาล ส่วนคนของที่นี่ที่มาจากวัดก็กลายเป็น  
 ส่วนหนึ่งของถนนสายตัดใหม่ เดิมโรงพยาบาล  
 กำแพงเพชรเป็นส่วนหนึ่งของเกาะแยก แต่เมื่อสม  
 คผลของเกาะแยกหลายปีในที่สุด



เมื่อบิดาของผู้เขียนไปศึกษาตัว  
 ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร  
 ในปี 2506 ผู้เขียนได้ไปเฝ้าและได้  
 ไปนมัสการเจ้าแห่งนี้ เป็นวัดร้างที่  
 ศรัทธาไม่เสื่อมคลายแต่ไม่มีผู้  
 อยากรักษาเลยทุกคนมาร่วมมา  
 ด้วของโรงพยาบาลที่ติดกับวัดเลย  
 ที่เขียนว่าวัดเจ้า เพชระมีคนที่  
 ศรัทธาส่วนหนึ่งมาทำพิธีปลุกเสก  
 บริเวณนี้ เป็นคนที่อพยพมาจาก  
 เมืองจีน



ชาวพุทธศักราช 2450 ประชาชนคนกำแพงเพชรเรียกกันว่า "วัดเจ้า" ไม่ทราบเลยว่า  
 แต่เดิมวัดแห่งนี้ชื่อว่าอะไร ซึ่งก็เหมือนที่วัดใบชาตามวัดในจังหวัดกำแพงเพชร คนจีนที่  
 ส่วนมากอยู่ที่นี่หายไปไหนไม่มีใครหาพบเพราะว่าไม่มีใครกล้าเข้าไปใครเลยแต่ก็นำดอกไม้  
 ที่ตลาดบริเวณวัดบางหลังไหว้บูชาถึงคนตายสูงๆเพ่งซึ่งเป็นตลาดสดเช้า  
 ของกำแพงเพชรมาซื้อหาเอาตลาดบริเวณนี้

ต่อมาเจ้าวัดเจ้าได้เปลี่ยนชื่อเป็น "วัดสามจีน" คงเห็นว่าเขียนว่าวัดเจ้าไม่สุภาพ  
 และเมื่อโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้บูรณะ ปฏิสังขรณ์วัดเจ้า และนำพื้นที่ทั้งหมดของวัดเจ้า  
 มาเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลกำแพงเพชรในที่สุด วัดสามจีนเป็นโบราณสถานที่สำคัญที่สุด

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ของเมืองกำแพงเพชร และอยู่คู่โรงแงพงพญาบาลกำแพงเพชรมาช้านาน วัดสามจีนแต่เดิมเป็นวัดร้างของกรมศาสนา เมื่อปี พ.ศ. 2496 ได้เริ่มทำกาชาดสามจีนโรงแงพงพญาบาลกำแพงเพชรขึ้น จึงได้ขอที่วัดสามจีนและที่ดินของกรมศาสนาบริจาค ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงเรียนเกษตรศาสตร์ได้เลิกไปและทำกาชาดสามจีนโรงแงพงพญาบาลกำแพงเพชร และได้มีการตั้งชื่อของคณะพระประธานใหม่ คือ “พระพุทธรูปไตรศูตนากำแพงเพชร” ซึ่งได้ชื่อมาจากพระพุทธรูปไตรศูตนาถา วัดป่าปอทอง(วัดพุ่มไม้หนึ่งซึ่งหวังพระนาคชคฺชิตอยู่ชย) และได้สลักทำกาชาดสลักชื่อไว้ที่ด้านหลัง องค์พระประธานได้สลักของคณะพระประธานใหม่องค์ใหญ่ลงบนไม้ แต่ไม่เคยขอมิโคลงนิมิตมาชดเชยชื่อนี้



พระประธาน คือ “หลวงปู่สามจีน” เป็นพระประธานศิลปะสมัยอยุธยาตามคำบอกเล่าของนายเกษม ปัสสาทะสุขุมบอชน ซึ่งกล่าวว่า พระประธานเป็นสมัยอยุธยาของบางคน ที่เชื่อกันว่าพระพุทธรูปสามจีนคนนี้เป็นพระพุทธรูปปูนปั้นก่อด้วยอิฐ สันนิษฐานว่าได้จากวัดถ้ำอสนีร้าง เช่น ชุมเขาเขตี้อยู่ที่พบบอยู่ข้างโบสถ์ด้านทิศเหนือ ก่อด้วยอิฐก่อสักกษณะ เหมือนอนิฐุที่ก่ออสนีร้างเขตี้อยู่ตามวัดร้างในทุ่งเศรษฐีและที่อื่นในจังหวัดกำแพงเพชร เห็นว่ากาชาดสามจีนวัดนี้คงอยู่ในสมัยสุโขทัยหรือสมัยอยุธยา

ในปี พ.ศ.2501 นายแพทย์ประจักษ์ ปาณอุณาสัย ผู้อำนวยการโรงแงพงพญาบาล นายอินทรี ติสสาทร นายวิระ อิมวิทักษ์ นายเกษม ปัสสาทะสุขุมบอชน และผู้มีจิตศรัทธาอีกหลายคนได้ทำกาชาดบูรณะโบสถ์วัดสามจีนขึ้น ระหว่างกาชาดสามจีนได้เกิดพายุใหญ่พัดโบสถ์พังทลาย โคนของหลังคาพาตทั้งแปดพระประธานพระศอกหัก พระเศียรช และพระหัตถ์ข้างขวาเป็นปูนหักกาชาดบูรณะจึงได้ขอปูนผู้มีจิตศรัทธาทำกาชาดปฏิสังขรณ์ใหม่โดยสลักชื่อไว้ที่ด้านหลังเป็นลวดลายที่ดูดีและให้ช่างปั้นปฏิสังขรณ์พระประธานใหม่ และในปี พ.ศ. 2518 ได้มีการทำสงฆ์เปิดทองพระประธานโรงแงพงพญาบาลกำแพงเพชร



# งานประเพณีของชาวโรงพยาบาลกำแพงเพชร



โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## รายงานผู้จัดทำงบประมาณและชี้แจงการดำเนินงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

1. นพ.ประจักษ์ ปาณอุษมาลัย ดำรงตำแหน่ง  
11 พฤษภาคม 2497 - 9 พฤษภาคม 2502
2. นพ.สงวน ไช้สะอาด ดำรงตำแหน่ง  
7 พฤษภาคม 2502 - 4 ตุลาคม 2504
3. นพ.จำลอง ป๋อเกิด ชี้แจงการดำเนินงาน  
4 กันยายน 2504 - 4 มีนาคม 2506
4. นพ.สุเมธ สุภาชนะ ชี้แจงการดำเนินงาน  
30 มีนาคม 2506 - 8 มิถุนายน 2509
5. นพ.สมหมาย ยาสุมุท ชี้แจงการดำเนินงาน  
20 มิถุนายน 2509 - 20 พฤษภาคม 2511
6. นพ.สุวิทย์ เทศาปัตถ์ ดำรงตำแหน่ง  
15 สิงหาคม 2511 - 27 สิงหาคม 2513
7. นพ.ถนอม เทลาพิทักษ์ ดำรงตำแหน่ง  
3 กันยายน 2513 - 30 กันยายน 2534
8. นพ.เกษม เล่งเวทาสิตชัย ของผู้อำนวยการ ฝ่ายแพทย์ชี้แจงการดำเนินงาน  
1 ตุลาคม 2534 - 16 พฤษภาคม 2535
9. นพ.สมชัย ภิฑูมโฆพพพานิชย์ ดำรงตำแหน่ง  
2 มิถุนายน 2535 - 9 พฤษภาคม 2536
10. นพ.สุชาติ เล็งอุทัย ชี้แจงการดำเนินงาน, ดำรงตำแหน่ง  
11 สิงหาคม 2536 - 6 ตุลาคม 2536, 7 ตุลาคม 2536 - 1 พฤศจิกายน 2537
11. นพ.เกียรติ อังสาธรณ์ ดำรงตำแหน่ง  
1 พฤศจิกายน 2537 - 1 ตุลาคม 2538
12. นพ.กำชัย ชังสิมันต์ไพบุลย์ ชี้แจงการดำเนินงาน, ดำรงตำแหน่ง  
1 ตุลาคม 2538 - 14 พฤศจิกายน 2539, 15 พฤศจิกายน 2539 - 30 กันยายน 2556
13. นพ.สุชนา ขอนทอง ชี้แจงการดำเนินงาน, ดำรงตำแหน่ง  
1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2557
14. นพ.วิชัย ภิฑูมโฆพพพานิชย์ ดำรงตำแหน่ง  
1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2558
15. นพ.สุชนา ขอนทอง ดำรงตำแหน่ง  
1 ตุลาคม 2559 - ปัจจุบัน



### คณะผู้บริหารโรงพยาบาลกำแพงเพชร



นางชชณา ชอนหาทอง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร



นพ.สุสชัย แก้ววิศิษฐ์  
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านปฏิบัติการ  
ทุติยภูมิและตติยภูมิ



นพ.ไพฑูริย์ ชอนหาทอง  
หัวหน้ากลุ่มภารกิจ  
ด้านปฏิบัติการปฐมภูมิ



นพ.อัศวพงษ์ ชูชาภาณเณ  
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบ  
บริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ



น.ส.ชชณา ชอนหาทอง  
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านกาชพยาบาล



นายอิศเรศ สุตมศิษฐ์  
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

## រចនាសម្ព័ន្ធនៃអង្គការភ្នំពេញ



## รายละเอียดของโครงการในกำกับ

โครงการ	จำนวนห้อง
อายุรกรรม	3
ศัลยกรรม	3
อุบัติเหตุ	2
กุมารเวชกรรม	2
สูติ-นรีเวชกรรม	2
ชันสูตร	1
โสต นาสิก ศัลยกรรม	1
อื่น ๆ	1
- วิชาเวช	1
- เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1
- คหิมาภิเษ DM 2, ATC 1, TB 1, มะเร็ง 1, ไต 1, ไข้หวัด 1, Asthma 1	8
<b>รวม</b>	<b>25</b>

## จำนวนหอผู้ป่วยในของพยาบาลกำแพงเพชร

หอผู้ป่วย	จำนวนเตียง	รายละเอียดอื่น ๆ	จำนวนเตียง
อายุรกรรม	36	ICU รวม	8
อายุรกรรมหญิง	36	ICU Med	10
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	35	ห้องคลอด	6
ศัลยกรรมต่าง ๆ	35	หอคลอด	15
ศัลยกรรมหญิง	35	เตียงสังเกตอาการ	10
อุบัติเหตุ	35	ห้องผ่าตัด	10
กุมารเวชกรรม	30		
กุมารเวชกรรม	30		
สูติ-นรีเวชกรรม	30		
ส่งต่อ	27		
(ชันสูตร+โสตฯ+ฟื้นฟู)			
พิเศษ 1 - 5	60		
รังสี	21		
<b>รวมเตียงทั้งหมด</b>	<b>410</b>	<b>รวม</b>	<b>58</b>

## โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## อัตรากำลังบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2558 - 2560

ตำแหน่ง	2558	2559	2560
ผู้อำนวยการ	1	1	1
นายแพทย์	55	58	68
ทันตแพทย์	15	13	12
เข่าพนักงำนทันตศำชำตณสุข	8	8	7
ผำสัษภษ	28	27	30
เข่าพนักงำนผำสัษภษ	18	20	18
พษภษำสภษำษภษ	422	427	428
พษภษำสภษำษภษ	8	5	5
ภษภษภษภษภษภษ	19	19	19
ภษภษภษภษภษภษ	10	12	15
ภษภษภษภษภษภษ	9	9	9
เข่าพนักงำนภษภษภษภษภษ	1	1	1
ภษภษภษภษภษภษ	21	21	22
ภษภษภษภษภษภษ	5	5	5
เข่าพนักงำนภษภษภษภษภษ	8	7	8
ภษภษภษภษภษภษ	10	10	10
เข่าพนักงำนภษภษภษภษภษ	2	2	2
ภษภษภษภษภษภษ	4	4	4
ภษภษภษภษภษภษ	2	2	2
ภษภษภษภษภษภษ	2	2	2
ภษภษภษภษภษภษ	1	1	1
เข่าพนักงำนภษภษภษภษภษ	6	6	6
เข่าพนักงำนภษภษภษภษภษ	9	8	4
ภษภษภษภษภษภษ	10	10	10
ภษภษภษภษภษภษ	4	5	4
ภษภษภษภษภษภษ	9	10	11
ภษภษภษภษภษภษ	3	3	3
ภษภษภษภษภษภษ	4	4	4

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## อัตรากำลังบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2558 - 2560

ตำแหน่ง	2558	2559	2560
นักวิชาชีพพยาบาล	5	5	5
เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา	3	3	3
นักวิชาการชุมชนบำบัด	3	3	3
เจ้าหน้าที่งานรูดูแล	31	30	32
เจ้าหน้าที่งานพัสดุ	4	4	4
นักวิชาการพัสดุ	6	7	8
นิติกร	1	1	1
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี	9	9	9
นักประสาธน์สังคม	3	3	3
นักวิชาการโสตทัศนศึกษา	1	2	2
นายช่างเทคนิค	8	8	7
ช่างภาพ	1	1	1
ช่างพิมพ์	1	1	1
นักวิชาการศึกษาพิเศษ	1	1	1
บุคลากรอื่น	1	1	1
อื่น ๆ	427	422	426

บุคลากร โรงพยาบาล	ข้าราชการ	พนักงาน ราชการ	พนักงาน ของรัฐ	สัญญาจ้าง ประจำ	สัญญาจ้าง ชั่วคราว	รวม
2551	484	6	-	136	265	891
2552	487	12	-	131	306	936
2553	483	12	-	125	359	979
2554	488	14	-	121	407	1,030
2555	482	18	-	113	496	1,109
2556	542	19	-	109	504	1,174
2557	557	22	433	100	48	1,160
2558	566	25	456	99	53	1,199
2559	599	32	401	87	82	1,201
2560	612	35	384	86	101	1,218

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## อัตราการจ้างบุคลากรทางกายภาพ ช่างพยาบาล กึ่งพยาบาล ปีงบประมาณ 2558 - 2560

ตำแหน่ง	2558	2559	2560
พยาบาลวิชาชีพ	5	6	10
เวชศาสตร์สุขภาพชุมชน	1	1	2
พยาบาลวิชาชีพโรคไต	1	1	1
พยาบาลวิชาชีพโรคหัวใจ		1	1
สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา	4	5	5
เภสัชศาสตร์	5	4	4
เภสัชศาสตร์ต่าง	1	1	1
เภสัชศาสตร์สุขภาพ	1	1	1
เภสัชศาสตร์เวชปฏิบัติ	4	5	4
เภสัชศาสตร์ต้นฉบับและทางเดินน้ำดี	1	1	1
รังสีวิทยา	4	4	3
โสต ศอ นาสิกวิทยา	3	3	4
จิตเวชศาสตร์	2	1	1
กุมารเวชศาสตร์	5	6	7
รังสีวินิจฉัย	4	4	5
รังสีวิทยาทั่วไป	3	4	3
รังสีวิทยารังสีรักษา	1	1	2
เวชปฏิบัติทั่วไป	2	1	2
เวชศาสตร์ครอบครัว	4	4	5
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1	1	1
แพทย์ (ลูกจ้าง)	3	3	5

ช่างพยาบาล กึ่งพยาบาล

## สรุปสถานการณ์การดำเนินงานโครงการพัฒนาสภาพแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

รายการ	เกณฑ์ มาตรฐาน	2558 จำนวนเงิน (บาท)	2559 จำนวนเงิน (บาท)
ผลการดำเนินงาน			
- รายได้ทั้งหมดไม่รวมงบประมาณ		855,845,115.08	937,889,545.99
- รายจ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าเสื่อมราคา		933,168,408.40	993,448,428.34
- กำไรสุทธิไม่รวมค่าเสื่อมราคา		-77,323,293.32	-55,558,882.35
ฐานะทางการเงิน			
- ทุนสำรองสุทธิ		51,124,583.61	-42,445,817.05
- เงินสด		141,469,774.49	93,787,413.89
- หนี้สินหมุนเวียน		240,134,424.92	291,365,157.18
- สินทรัพย์รวม		747,003,840.61	763,630,794.05
- สินทรัพย์หมุนเวียน		291,259,008.53	248,919,340.13
อัตราส่วนทางการเงิน			
- Current Ratio อัตราส่วนหมุนเวียน	≥ 1.5	1.21	0.85
- Quick Ratio อัตราส่วนหมุนเวียนเร็ว	≥ 1.0	0.93	0.66
- Cash Ratio อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สิน	≥ 0.8	0.59	0.32*
หมุนเวียน			
- ทุนสำรองสุทธิของเพียงต่อค่าใช้สอย	≥ 3.0	0.90	-0.70
(ดีขึ้น)			

\*หมายเหตุ : แก้ไขจาก อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินที่ต่ำกว่าค่าใช้สอย เป็น อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน

## นโยบายการพัฒนาคูณภาพบริการทางการแพทย์แห่งสห

โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคูณภาพบริการ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในเขตควบคุมสุขภาพ มีสุขภาพดีและมีความสุขในคูณภาพบริการของโรงพยาบาล จึงได้วางแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลและกำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบปีในการกำกับดูแลการดำเนินงานตามนโยบาย ดังนี้

วิสัยทัศน์	“เป็นโรงพยาบาลคูณภาพคู่คณคชชม เพื่อประชาชนสุขภาพ”
พันธกิจ	เพื่อให้บริการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยระบบบริการและบุคลากรที่มีคูณภาพ
ค่านิยม	ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีคณภาพ
ขอบเขตบริการ	ให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการทั้งด้านสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพอย่างเ็นองค์รวม ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
เป้าประสงค์	ประชาชนในเขตควบคุมสุขภาพมีสุขภาพดี และมีความสุขในคูณภาพ บริการของโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดบริการสุขภาพร่วมกับเครือข่ายให้มีคูณภาพ</li> <li>2. บุคลากรมีความรู้ความส่ามารถ คณคชชม ขดีชชชม มีคณภาพผู้เเนก การทำงาน</li> <li>3. พัฒนาศูนย์อค์การแห่งการเชียนรู้</li> </ol>
กลยุทธ์	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. จัดระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ระดับสูงและผู้รับบริการปลอดภัย</li> <li>3. พัฒนาระบบบริการหลักให้มีความดี ไปสูงเสี ดตรวจส่ปได้ และเ็นชชชม</li> <li>4. พัฒนากุศลการให้แ่ง ดี มีสุข</li> <li>5. พัฒนาระบบส่าส่นแ่ง และการช้การคณภาพให้เือตพิเศษเ่ง และคู่ค่อ</li> <li>6. พัฒนาการส่าส่นสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนในเครือข่าย</li> </ol>
เ็่มมุ่ง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patient Safety Goals</li> <li>2. บริการด้วยใจ</li> </ol>

อัครกษณ์โรงพยาบาล                                  สุขปรชชบ    อัครกษณ์    มีน้ำใจ



## นโยบายการพัฒนาคูณภาพบริการโรงพยาบาลแห่งเพชร

นโยบาย	ผลการทำงาน	ภารกิจ
	ตามมาตรฐาน	ที่รับผิดชอบ
<p>1. โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นโรงพยาบาลที่มีในระดับคุณภาพมาตรฐาน ระดับสูง ของกระทรวงสาธารณสุข (2.3) โดยมีความเชี่ยวชาญพิเศษ ดังนี้</p> <p>เป็นศูนย์โรคหัวใจ ระดับ 4</p> <p>เป็นโรงพยาบาลคุณภาพมาตรฐานระดับสูงระดับอุบัติเหตุ</p> <p>เป็นโรงพยาบาลคุณภาพมาตรฐานระดับสูงพิเศษ</p> <p>เป็นโรงพยาบาลคุณภาพมาตรฐานสากล</p>	<p>ตั้งมาตรฐานผู้ป่วย</p>	<p>ตติยมภูมิ</p>
<p>2. โรงพยาบาลมีความพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ ระบบ EMS (Emergency Medical System) ระบบการกู้ชีพกู้ภัย แต่เดิมพร้อมและดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุใหม่ ผู้ป่วยที่มีแผนของระบบฉุกเฉินต่าง ๆ</p>	<p>ตั้งมาตรฐานผู้ป่วย</p>	<p>ตติยมภูมิ</p>
<p>3. โรงพยาบาลมีระบบการประเมินขีดความสามารถและความพึงพอใจของบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถสอดคล้องกับความรู้และความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์การ</p>	<p>ตั้งมาตรฐานบุคคล</p>	<p>พัฒนาระบบบริการสุขภาพ</p>
<p>4. โรงพยาบาลจัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจที่เหมาะสมโดยอาศัยองค์ประกอบให้รางวัลกับบุคลากรที่มีส่วนร่วมและนวัตกรรม</p>	<p>ตั้งมาตรฐานบุคคล</p>	<p>พัฒนาระบบบริการสุขภาพ</p>
<p>5. ทุกหน่วยงานมีมาตรฐานความรู้ความสามารถของบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ส่งผลกระทบต่อแผนและข้อคิดเห็น นำมาซึ่งระบบวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการประเมินและประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนือง</p>	<p>ตั้งมาตรฐานผู้ปฏิบัติงาน</p>	<p>การพยาบาล</p>
<p>6. บุคลากรทุกคนมีความตระหนักรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย</p>	<p>ตั้งมาตรฐานผู้ป่วย</p>	<p>การพยาบาล</p>
<p>7. ทุกทีม/ทุกหน่วยงานนำข้อมูลมาใช้ในทางปฏิบัติ โดยผ่านกระบวนการจัด วิเคราะห์และจัดทำความรู้ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของโรงพยาบาล</p>	<p>ตั้งระบบงานและกระบวนการสำคัญ</p>	<p>พัฒนาระบบบริการสุขภาพ</p>

## นโยบายการพัฒนาคูณภาพบริการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

นโยบาย	ผลการดำเนินงาน ตามมาตรฐาน	ภารกิจ ที่รับผิดชอบ
8. ทุบ PCT ต้องมีการวัด วิเคราะห์ โดยนำ Evidence Base มาปรับปรุงงานเพื่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และผลแก่ผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ เช่น Trauma Fast Track, STEMI Fast Track, Sepsis Management การดูแลทางแยกเกิดใหม่ภาวะวิกฤต เป็นต้น	ดำเนินการดูแลผู้ป่วย และดำเนินการงาน และกระบวนการที่สำคัญ	พัฒนากระบวนการ สู่ภาพ
9. โรงพยาบาลมีมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน	ดำเนินการงานและ กระบวนการที่สำคัญ	พัฒนากระบวนการ สู่ภาพ
10. โรงพยาบาลมีการรวบรวมถ่ายทอดแลกเปลี่ยน เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีของบุคลากร และนำไปสู่ การปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย/ผู้รับ ผลงาน	ดำเนินการส่งเสริม สู่ภาพ	พัฒนาศักยภาพ
11. โรงพยาบาลจัดบริการส่งเสริมสุขภาพใน บุคลากร ผู้ป่วยและญาติ	ดำเนินการส่งเสริม สู่ภาพ	พัฒนาศักยภาพ
12. จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและ ลดปัจจัยเสี่ยงแก่ประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาล กำแพงเพชร โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน	ดำเนินการส่งเสริม สู่ภาพ	พัฒนาศักยภาพ

## นิเทศกรรมการหน่วยงาน ศูนย์คุณภาพ (Quality Office) ประจำปีงบประมาณ 2560

เดือน	นิเทศกรรมการ
6,12,20,26 ตุลาคม 2559	จัดประชุมเตรียมความพร้อมพร้อมรับงานประเมินคุณภาพ Re-Accreditation โรงพยาบาล (ช่วงปลาย)
17 ตุลาคม 2559	จัดประชุมเตรียมความพร้อมรับงานประเมินคุณภาพ Re-Accreditation โรงพยาบาล (Kick off Re-Accreditation)
15 พฤศจิกายน 2559	จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมพร้อมรับงานประเมินคุณภาพ (Re-Accreditation) โรงพยาบาลกำแพงเพชร
7-8 ธันวาคม 2559	รับงานประเมินคุณภาพ Re-Accreditation โรงพยาบาล ครั้งที่ 3
19 มกราคม 2560	ประชุมคณะกรรมการผู้อำนวยการพัฒนาคณะกรรมการ (Lead Team) ครั้งที่ 1/2560
30 มกราคม 2560	ประชุมคณะกรรมการบริหาร
16 กุมภาพันธ์ 2560	ทุกทีม PCT / เหมะพาด้าน ส่งเอกสารทั้งหมดที่ส่ง สสพ. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinical Tracer Highlight</li> <li>- วิเคราะห์ Part 4 ตาม KPI ใหม่</li> <li>- แผนภาพดำเนินงาน 1, 2, 3 (a b c)</li> </ul>
22 กุมภาพันธ์ 2560	ประชุมคณะกรรมการผู้อำนวยการพัฒนาคณะกรรมการ (Lead Team) ครั้งที่ 2/2560 <ul style="list-style-type: none"> <li>- วิเคราะห์ความสำเร็จของเอกสาร</li> </ul>
27 กุมภาพันธ์ - 2 มีนาคม 2560	Facilitator ทบทวนความพร้อมของเอกสารทุก 14.00 - 16.30 น.
28 กุมภาพันธ์ 2560	ทุกทีมส่งเอกสารข้อเสนอแนะที่ศูนย์คุณภาพ
3 มีนาคม 2560	ส่งเอกสารให้ สสพ.
14-17 มีนาคม 2560	เข้าร่วมการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 18
22 มีนาคม 2560	ประชุมคณะกรรมการผู้อำนวยการพัฒนาคณะกรรมการ (Lead Team) ครั้งที่ 3/2560
10-11 เมษายน 2560	แสดงผลนโยบายโรงพยาบาลกำแพงเพชร / ทีม PCT / ทีมเหมะพาด้าน
3 เมษายน 2560	Round หน่วยงาน ภายนอก/ไม่ทราบ
4 เมษายน 2560	Round ระบบลิฟต์/ระบบ fire pump/ระบบอัตโนมัติ
18 เมษายน 2560	ทดสอบระบบบริหารความเสี่ยง (RM)
19 เมษายน 2560	Round หน่วยงาน นำปัดน้ำเสีย/ระบบส่งของไฟ/ระบบส่งของอภิบาล
20 เมษายน 2560	ประชุมคณะกรรมการผู้อำนวยการพัฒนาคณะกรรมการ (Lead Team) ครั้งที่ 4/2560
21 เมษายน 2560	Round หน่วยงาน ห้องผ่าตัด/วิสัญญี
13-14 พฤษภาคม 2560	โครงการ IC
1-21 พฤษภาคม 2560	ประชุม/จัดทำเอกสาร เตรียมรับ Focus Survey เวลา 13.30 น.
22 พฤษภาคม 2560	ส่งเอกสารเพื่อขอรับ Focus Survey
25 พฤษภาคม 2560	รับ Focus Survey
15 พฤษภาคม 2560	ประชุมคณะกรรมการผู้อำนวยการพัฒนาคณะกรรมการ (Lead Team) ครั้งที่ 5/2560

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

กิจกรรมหน่วยงาน ศูนย์คุณภาพ (Quality Office) ประจำปีงบประมาณ 2560

เดือน	กิจกรรม
6 มิถุนายน 2560	ส่งเอกสารหาล้างรับ Focus Survey โรงพยาบาลกำแพงเพชร
7-9 มิถุนายน 2560	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 501: SPA and Self Assessment Report
14-16 มิถุนายน 2560	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 401: ภาวะเป็นผู้นำเยี่ยมผู้ป่วยใน
29 มิถุนายน 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 6/2560
3-7 พฤษภาคม 2560	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 451: External Surveyor Preparation Camp
6 พฤษภาคม 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 7/2560
23 สิงหาคม 2560	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพและประเมินผลงานคุณภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร
24 สิงหาคม 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 8/2560
4 กันยายน 2560	จัดประกวดผลงานคุณภาพระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร
21 กันยายน 2560	Internal Survey หน่วยงาน คัลยาศรมาศระดู

ผลการดำเนินงาน ประจำปี 2560

ศูนย์คุณภาพมีผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ เพิ่มขึ้นจากโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพและประเมินผลงานคุณภาพ เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2560 และโครงการประกวดผลงานคุณภาพระดับหน่วยงาน เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2560 จำนวนทั้งสิ้น 40 เรื่อง โดยสรุปผลการประกวดประเภทต่างๆ ดังนี้

ที่	ผลการประกวด	ชื่อผลงาน	กลุ่มภารกิจ
<b>ประเภท กลุ่มภารกิจ</b>			
1	รางวัลที่ 1	ผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis/ septic shock โรงพยาบาลกำแพงเพชร	กลุ่มภารกิจติดเชื้อ
2	รางวัลที่ 2	ประสานยา ประสานใจ ผู้ป่วยปลอดภัย ด้วย Medication Reconciliation	กลุ่มภารกิจติดเชื้อ
3	รางวัลที่ 3	พยาบาลกำแพงเพชร 4.0	กลุ่มภารกิจด้านภาพพยาบาล
4	รางวัลชมเชย	การชี้แจงแผนปฏิบัติการประเมินความพึงพอใจบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอายุศรมาศระดู โรงพยาบาลกำแพงเพชร	กลุ่มภารกิจด้านภาพพยาบาล

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ที่	ผลการประเมิน	ชื่อผลงาน	กลุ่มภารกิจ
5	รางวัลชมเชย	การหยุดยั้งแผลกดทับโดยชุมชนพยาบาลผ่านปฏิบัติการดูแลและป้องกันภาวะเกิดแผลกดทับ (Stop pressure ulcer by Community of Practice in Preventable and Care Pressure Ulcer)	กลุ่มภารกิจด้านนพ พยาบาล
6	รางวัลชมเชย	ผลของภาวะชุมชนครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร	กลุ่มภารกิจด้านนพ พยาบาล
7	ผลงานเข้าร่วม	คลินิกประจักษ์โตเลียม ศึกษาร่วมกับ กิ่งขาบ เคียงข่าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร	ปฐมภูมิและทุติยภูมิ
8	ผลงานเข้าร่วม	การพัฒนาระบบการเก็บ-จ่ายและจัดส่งคลัง โรงพยาบาลกำแพงเพชร	อำนวยการ
9	ผลงานเข้าร่วม	การศึกษาค้นคว้าวิจัยด้านโภชนาการทางกายภาพของ โรงพยาบาลกำแพงเพชร	อำนวยการ
10	ผลงานเข้าร่วม	ไปรษณีย์ “ติดต่อไปรษณีย์ออนไลน์”	พชส.
<b>ประเภท CQI หน่วยงาน</b>			
11	รางวัลที่ 1	การพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้ลิ้นชักออก ในตู้ใหญ่	อายุรกรรมชาย
12	รางวัลที่ 2	พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยหนักเพื่อลดปัญหาการขาด ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลกำแพงเพชร	เภสัชกรรม
13	รางวัลที่ 3	ประสิทธิผลการดูแลเตียงของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต อายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร	กึ่งวิกฤต
14	รางวัลชมเชย	การพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke)	อายุรกรรมชาย
15	รางวัลชมเชย	การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยหนักห้อง ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกำแพงเพชร	ICU ชุม
16	รางวัลชมเชย	การพัฒนาระบบปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหนึ่ง ศตวรรษ โรงพยาบาลกำแพงเพชร	LAB
17	ผลงานเข้าร่วม	การดูแล/ป้องกันมาตาตาเลียดหลังคลอด	สูติ-นรีเวชกรรม
18	ผลงานเข้าร่วม	ผลการดำเนินงานปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร	กึ่งวิกฤต

ที่	ผลการประกวด	ชื่อผลงาน	กลุ่มภารกิจ
<b>ประเภท CQI หน่วยงาน</b>			
19	ผลงานเข้ารวม	พัฒนาแผนรพาทศวรรษที่ยี่สิบแปดปี โรงพยาบาลของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร	กึ่งวิกฤต
20	ผลงานเข้ารวม	เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดอันดับการดำเนินงาน ด้วยเวท 12 ชั่วโมง	วิสัญญี
<b>ประเภท นวัตกรรม</b>			
21	รางวัลที่ 1	Eye Cool Box	ส่งต่อทาง
22	รางวัลที่ 2	ป้ายบ่งบอก	ER
23	รางวัลที่ 3	ตู้ทดสอบประสิทธิภาพล้างมือ	IC
24	รางวัลชมเชย	เครื่องสำรองไฟเซฟเงิน (UPS Save Money)	ซ่อมเครื่องมือแพทย์
25	รางวัลชมเชย	ถุงแยกของใช้	อายุรกรรมชาย
26	รางวัลชมเชย	ป้ายบอกทาง “น้องพาไป”	โลตัส
27	ผลงานเข้ารวม	ฟ้าเปิดตามหัตถุศัลยกรรม	X-ray
28	ผลงานเข้ารวม	ชุดล้างมือ	กุมารเวชกรรม 1
29	ผลงานเข้ารวม	ฟ้าใสใจดี	ICU ธรรม
30	ผลงานเข้ารวม	อุปกรณ์ช่วยวัดความดันในช่องท้อง	ICU ธรรม
31	ผลงานเข้ารวม	ชุดนมชิลิโคนตามอัตราให้ทารก	ศัลยกรรมชายทั่วไป
32	ผลงานเข้ารวม	ป้ายชี้วิถีทาง	โลตัส
<b>ประเภท เชื้อเล่นประจำปี</b>			
33	รางวัลที่ 1	“ความสุขที่ง่าย ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”	ศัลยกรรมหญิง
34	รางวัลที่ 2	“ใกล้บ้านใกล้ใจ สบายสัมพันธ์พยาบาลครอบครัว”	เวชศาสตร์สังคม
35	รางวัลที่ 3	ยิ้มพิมพ์ใจ	กึ่งวิกฤต
36	รางวัลชมเชย	แม่ช้ำ!! อย่าเกลียดหนู	สูติ-นรีเวชกรรม
37	รางวัลชมเชย	หัวใจ เฮอร์อิตหัวใจ	ศัลยกรรมชายทั่วไป
38	รางวัลชมเชย	คำสอนพ่อที่เปี่ยมใจทำงาน	ทองแดง
39	ผลงานเข้ารวม	60 นาทีแห่งชีวิต	ICU อายุรกรรม
40	ผลงานเข้ารวม	เสียงเล็ก ๆ ของฟ้า	ICU ธรรม

ปัจจุบันโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ขึ้นมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม 2560 ถึงวันที่ 24 พฤษภาคม 2563 ขยายมาตรฐานขึ้นของคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (Re-Accreditation ครั้งที่ 3) โรงพยาบาลกำแพงเพชร

(ต่าง) แผนกิจกรรมหน่วยงาน ศูนย์คุณภาพ (Quality Office)

ปีงบประมาณ 2561

เดือน	กิจกรรม
1 ตุลาคม - 21 พฤศจิกายน 2560	ส่งผลงานเข้าร่วมประชุม HA National Forum ครั้งที่ 19
1-31 ตุลาคม 2560	สมัครเข้าร่วมโครงการ THIP ของ สสพ.
17-18 ตุลาคม 2560	Internal Survey หน่วยงานอายุรเวชศาสตร์
พฤศจิกายน - ธันวาคม 2560	นำเสนอ Unit Profile ระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร
13-15 ธันวาคม 2560	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 305 : การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุน
มกราคม - มิถุนายน 2561	โครงการ IC
มกราคม - มีนาคม 2561	จัดโครงการแสดงผลงานนโยบายผู้บริหาร และทีมคุณภาพของศูนย์ปฏิบัติการ ปี 2561 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
10-12 มกราคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 303 : การพัฒนาการปฏิบัติทางพยาบาลเพื่อคุณภาพ
30 มกราคม - 1 กุมภาพันธ์ 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 602 : คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก
มีนาคม 2561	เข้าร่วมการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 19
28-30 มีนาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 601 : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ
เมษายน - มิถุนายน 2561	จัดโครงการประกวดผลงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2561 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
25-27 เมษายน 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 501 : SPA and Self Assessment Report
8-9 พฤษภาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 603 : สาขาส่งเสริมการพัฒนาศูนย์คุณภาพ
16-18 พฤษภาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 801 : การพัฒนาจิตวิญญาณเพื่อการทำงานอย่างมีความสุข (Spiritual in Healthcare Program)
5-6 พฤษภาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 604 : การพัฒนาระบบความมั่นคงปลอดภัยสาขาส่งเสริมการพัฒนาศูนย์คุณภาพ
5-6 พฤษภาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 900 : การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการโรงพยาบาล
11-13 พฤษภาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 304 : HA กับการบริหารจัดการพยาบาล
18-20 พฤษภาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 401 : การเป็นผู้นำอย่างมืออาชีพใน Internal Survey
กันยายน 2561	สรุปผลงานดำเนินงานประจำปี 2561
	วางแผนการทำงานประจำปี 2562

สถิติการให้ปศุสัตว์  
ด้านปศุสัตว์ภาพขยาย



ตารางเปรียบเทียบการให้บริการผู้ป่วยนอก

ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

แผนกผู้ป่วยนอก	2558	2559	2560
ปฐมภูมิ	7,118	6,268	4,993
เวชบำบัดฟื้นฟู	18,288	20,651	15,108
อายุรศาสตร์	140,481	140,716	132,770
ศัลยกรรม	49,218	52,867	55,769
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	52,466	55,562	52,325
กุมารเวชศาสตร์	30,035	36,251	33,525
สูติ-นรีเวชศาสตร์	26,161	27,132	27,237
รังสีวิทยา	25,222	28,762	27,454
โสต นาสิก ลาริงจอล	14,546	16,150	15,590
ทันตกรรม	21,417	20,816	19,928
จิตเวช	19,242	18,755	12,104
รังสีรักษา	2,220	3,043	2,941
ผู้รับบริการทั้งหมด (รวมทั้ง)	406,414	426,973	399,744
เฉลี่ยผู้มารับบริการวันละ	1,421	1,493	1,398

10 อันดับโรค ผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	I10	Essential (primary) hypertension	15,650
2	E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	13,017
3	N18	Chronic renal failure	8,422
4	M62	Other disorders of muscle	6,804
5	H25	Senile cataract	5,438
6	K30	Dyspepsia	5,180
7	M79	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	5,101
8	M47	Spondylosis	4,872
9	B23	HIV disease resulting in other conditions	4,628
10	K04	Diseases of pulp and periapical tissues	4,516
รวม (นับโรคหลักที่มารับบริการ)			399,744

ที่มา : สำนักข้อมูลเชิงพยาบาลกองเวชศาสตร์

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## ตารางเปรียบเทียบการให้บริการผู้ป่วยใน

### ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

แผนกผู้ป่วยใน	2558	2559	2560
อายุรกรรม	12,139	12,147	13,048
ศัลยกรรม	8,364	8,456	8,457
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	3,597	3,566	3,575
กุมารเวชกรรม	5,254	6,253	5,665
สูติ-นรีเวชกรรม	6,950	6,529	6,626
ชันสูตรวิทยา	3,082	2,942	2,811
โสต นาสิก วิทยา	521	628	687
ทันตกรรม	46	30	52
ผู้ป่วยทั้งหมด	39,955	40,551	40,921
เฉลี่ยให้บริการวันละ	422	423	413
เฉลี่ยผู้มาเข้ารับบริการวันละ	109	111	107

## 10 อันดับโรค ผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	H25	Senile cataract	2,297
2	I63	Cerebral infarction	1,176
3	A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	1,106
4	S06	Intracranial injury	1,061
5	J18	Pneumonia, organism unspecified	1,050
6	P59	Neonatal jaundice from other and unspecified causes	663
7	K35	Acute appendicitis	648
8	D56	Thalassaemia	595
9	J15	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified	567
10	N20	Calculus of kidney and ureter	563
รวม (นับโรคหลักที่มาเข้ารับบริการ)			40,921

ที่มา : ฐานข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## 10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก (504) ประจำปีงบประมาณ 2560

### กลุ่มโรคแผนกผู้ป่วยนอก (504)

ลำดับ	ชื่อโรค	2560
1	Diseases of the circulatory system	60,574
2	Endocrine, nutritional and metabolic diseases	57,785
3	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	50,518
4	Diseases of the digestive system	42,936
5	Diseases of the genitourinary system	37,109
6	Diseases of the respiratory system	36,576
7	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings not elsewhere classified	31,634
8	Diseases of the eye and adnexa	26,081
9	Certain infectious and parasitic diseases	22,063
10	Other external causes of morbidity and mortality	13,459
	รวม (จำนวนกลุ่มโรคผู้ป่วยนอกทั้งหมด)	436,822

## 10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (505) ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	ชื่อโรค	2560
1	Other endocrine, nutrition and metabolic diseases	16,411
2	Hypertensive diseases	6,550
3	Diseases of the blood and blood-forming organs	6,385
4	Diseases of the eye and adnexa	5,660
5	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings	5,319
6	Other diseases of the respiratory system	4,501
7	Diabetes mellitus	3,527
8	Complications of pregnancy , labour, delivery, puerperium	3,509
9	Other diseases of the digestive system	3,448
10	Other heart disease	3,140
	รวม (จำนวนกลุ่มโรคผู้ป่วยในทั้งหมด)	104,709

ที่มา : สำนักข้อมูลเชิงพยาบาลกำแพงเพชร

### 10 อันดับโรคสาเหตุการตาย ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	J18	Pneumonia	242
2	I61	Intracerebral haemorrhage	63
3	N18	Chronic renal failure	40
4	I21	Acute myocardial infarction	39
5	R57	Shock, not elsewhere classified	39
6	A41	Other septicaemia	36
7	K92	Other diseases of digestive system	36
8	C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	32
9	J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	31
10	C22	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	30
รวม (สาเหตุการตายจากโรคไม่รุนแรง (จ.ร.4/1) ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด)			1,371

### 10 อันดับโรคผ่าตัดใหญ่ ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	1371	Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage	2,295
2	1341	Phacoemulsification and aspiration of cataract	2,237
3	741	Low cervical cesarean section	1,799
4	8622	Debridement of wound, infection, or burn	878
5	6632	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes	668
6	4709	Other appendectomy	655
7	4513	Other endoscopy of small intestine	570
8	7964	Debridement of open fracture site (phalanges of hand)	417
9	3893	Other venous catheterization	413
10	5491	Percutaneous abdominal drainage (paracentesis)	385
รวม (จำนวนรหัสผ่าตัดทั้งหมด)			20,095

ที่มา : ข้อมูลของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## สรุปสถานพยาบาล REFER - IN ผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ		
	2558	2559	2560
โรงพยาบาลราชวิถี	6,550	6,902	7,642
โรงพยาบาลคลองสาน	7,076	6,625	6,029
โรงพยาบาลคลองขวาง	6,803	7,130	6,896
โรงพยาบาลไทรบุรี	5,087	6,430	6,491
โรงพยาบาลพญาภิรมย์	7,226	9,411	9,532
โรงพยาบาลราชพฤกษ์	2,563	2,532	2,455
โรงพยาบาลสนามจันทร์	4,077	4,675	4,509
โรงพยาบาลศิริราช	3,460	3,725	3,692
โรงพยาบาลศิริราช	1,860	1,792	1,727
โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล	2,591	2,655	2,387
โรงพยาบาลโกสุมพิณ	288	452	587
อื่น ๆ (นอกเครือข่าย/นอกเขต/ไม่เครือข่าย)	62	65	97
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>47,643</b>	<b>52,396</b>	<b>52,055</b>

## 10 อันดับโรค REFER-IN ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	H25	Senile cataract	5,548
2	N18	Chronic renal failure	2,818
3	I20-I52	Heart disease	1,998
4	Z47	Other orthopaedic follow-up care Schizophrenia	1,812
5	C50	Malignant neoplasm of breast	1,430
6	H40	Glaucoma	1,271
7	E04	Other nontoxic goitre	951
8	M17	Gonarthrosis [arthrosis of knee]	882
9	Z09	Follow-up examination after treatment for conditions other than malignant neoplasms	869
10	N20	Calculus of kidney and ureter	733
<b>รวม (โรคจากหนังสือสั่งตัว)</b>			<b>52,055</b>

ที่มา : สำนักข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## สรุปสถานพยาบาล REFER - IN ผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ		
	2558	2559	2560
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	1,861	2,046	2,269
โรงพยาบาลคลองลาน	1,937	1,883	1,634
โรงพยาบาลคลองสูง	2,470	2,345	2,452
โรงพยาบาลไทรบุรี	1,631	1,654	1,936
โรงพยาบาลพหลโยธิน	1,901	2,262	2,228
โรงพยาบาลราชภัฏวชิรเวศน์	891	864	931
โรงพยาบาลลานกระบือ	1,291	1,395	1,231
โรงพยาบาลปางศิลาทอง	1,171	1,192	1,260
โรงพยาบาลบึงสามพัน	670	655	686
โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล	684	678	622
โรงพยาบาลโกสัมพีนคร	559	668	862
อื่น ๆ (นอกเคหสถาน/นอกเขต/นอกเคหสถาน)	114	128	125
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>15,180</b>	<b>15,770</b>	<b>16,236</b>

## 10 อันดับโรค REFER-IN ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	H25	Senile cataract	1,372
2	I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	820
3	I20-I52	Heart disease	637
4	K92	Other diseases of digestive system	598
5	R10	Abdominal and pelvic pain	553
6	S09	Other and unspecified injuries of head	449
7	A41	Other septicaemia	393
8	K35	Acute appendicitis	332
9	J18	Pneumonia, organism unspecified	326
10	D56	Thalassaemia	285
<b>รวม (โรคขาดหนึ่งสี่สองตัว)</b>			<b>16,236</b>

ที่มา : ข้อมูลของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สรุปสถานพยาบาล REFER - OUT ผู้ป่วยนอก  
ที่มีค่าประมาณสูงกว่าหรือเท่ากับ ประจําปีงบประมาณ 2560

สถานพยาบาล	2560
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น	3,509
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	1,240
โรงพยาบาลศรีสะเกษ	1182
โรงพยาบาลศิริราช	676
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	436
โรงพยาบาลศรีสะเกษ	337
โรงพยาบาลสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้าภูมิภาครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	321
โรงพยาบาลศิริราช	297
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	262
โรงพยาบาลสุวภาวดีจังหวัดสุรินทร์	224
โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ	1,090
ยอดรวม Refer out-opd สูงกว่า/เท่ากับ	9,574

10 อันดับโรค REFER - OUT ผู้ป่วยนอก ที่มีค่าประมาณสูงกว่าหรือเท่ากับ  
ประจําปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	I20-I52	Heart disease	1,530
2	N63	Unspecified lump in breast	233
3	C50	Malignant neoplasm of breast	227
4	B18	Chronic viral hepatitis	212
5	Q21	Congenital malformations of cardiac septa	194
6	C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	134
7	G40	Epilepsy	170
8	M32	Systemic lupus erythematosus	166
9	E05	Thyrototoxicosis [hyperthyroidism]	160
10	C53	Malignant neoplasm of cervix uteri	154
รวม (โรคขาดหนึ่งสี่สัปดาห์)			9,574

ที่มา : ข้อมูลของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สรุปสถานพยาบาล REFER - OUT ผู้ป่วยใน  
ที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน ประจำปีงบประมาณ 2560

สถานพยาบาล	2560
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	316
โรงพยาบาลสมเด็จฯวิทยาสัยมเขต	55
โรงพยาบาลพญาศรีนพ	38
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	19
โรงพยาบาลลำปาง	13
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	6
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งรามาธิบดี	5
โรงพยาบาลจิตเวชระยอง	5
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์	4
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	4
โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ	15
<b>ยอดรวม Refer out-ipd สูงกว่า/เท่ากัน</b>	<b>480</b>

10 อันดับโรค REFER - OUT ผู้ป่วยใน ที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน  
ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	S06	Intracranial injury	91
2	I20-I52	Heart disease	60
3	I61	Intracerebral haemorrhage	36
4	I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	28
5	I63	Cerebral infarction	15
6	D43	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of brain and central nervous system	11
7	P07	Disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified	8
8	S02	Fracture of skull and facial bones	8
9	S09	Other and unspecified injuries of head	8
10	C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	7
<b>รวม (โรคขาดหนึ่งสี่ส่วนตัว)</b>			<b>480</b>

ที่มา : ข้อมูลจากโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร



# สรุปภาวะบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเหตุอื่นของภาวะบาดเจ็บจาก 19 สาเหตุ จำแนกตามที่อยู่ปัจจุบันของผู้บาดเจ็บ

## ปีงบประมาณ 2560

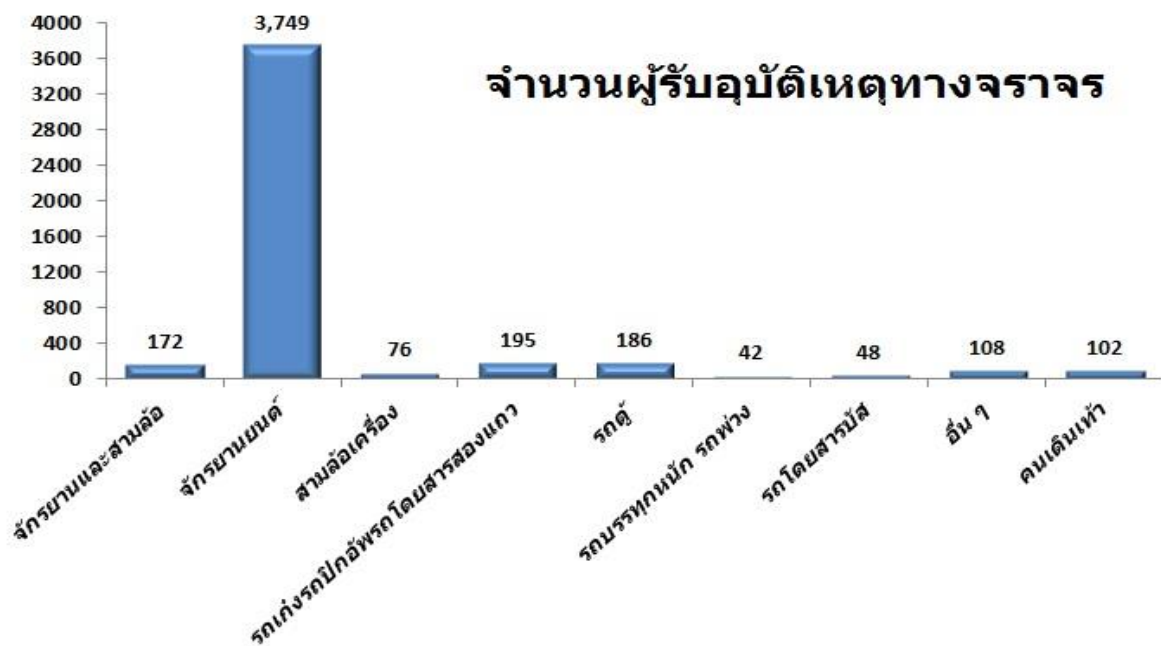
สาเหตุของภาวะบาดเจ็บ 19 สาเหตุ	จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด		จำนวนผู้บาดเจ็บตายก่อนถึงโรงพยาบาล		จำนวนผู้บาดเจ็บตายในโรงพยาบาล (IPD)		จำนวนผู้บาดเจ็บตาย ณ ER		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
1.อุบัติเหตุทางรถยนต์ (V01-V99)	2,928	1,777	46	8	51	19	7	5	
<b>2.อุบัติเหตุอื่น ๆ</b>									
2.1 อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม (W00-W19)	1,768	1,593	2	-	14	4	-	-	
2.2 อุบัติเหตุลิ่มดำกับแรงเฉียงของวัตถุสิ่งของ (W20-W49)	2,776	1,083	1	1	1	1	-	-	
2.3 อุบัติเหตุลิ่มดำกับแรงเฉียงของสัตว์/คน (W50-W64)	1,637	1,826	1	-	-	-	-	-	
2.4 อุบัติเหตุจากขดน้ำและขม่น้ำ (W65-W74)	22	6	11	2	2	1	-	-	
2.5 อุบัติเหตุที่คุกคามทางหายใจ (W75-W84)	11	14	2	1	2	-	-	-	
2.6 อุบัติเหตุลิ่มดำกับไฟฟ้าช็อตและอุปกรณ์ (W85-W99)	58	12	2	2	-	-	-	-	
2.7 อุบัติเหตุลิ่มดำกับไฟและเปลวไฟ (X00-X09)	28	11	-	1	3	1	-	-	
2.8 อุบัติเหตุลิ่มดำกับความร้อนของร้อน (X10-X19)	48	56	-	-	-	-	-	-	
2.9 อุบัติเหตุลิ่มดำกับพิษจากสัตว์หรือพืช (X20-X29)	231	247	-	-	1	1	-	-	
2.10 อุบัติเหตุลิ่มดำกับพลังงานจากธรรมชาติ (X30-X39)	1	-	-	-	-	-	-	-	
2.11 อุบัติเหตุลิ่มดำกับสิ่งอื่น ๆ (X40-X49)	164	196	-	-	2	1	-	-	
2.12 อุบัติเหตุจากข้อบกพร่องเกิน (X50-X57)	138	99	-	-	-	-	-	-	
2.13 อุบัติเหตุลิ่มดำกับสิ่งไม่ทราบแน่ชัด (X58-X59)	386	426	1	-	7	10	-	-	
3. ทำร้ายตนเองด้วยวิธีต่างๆ (X60-X84)	98	73	18	2	9	4	-	-	
4. ถูกทำร้ายด้วยวิธีต่างๆ (X85-Y09)	586	307	5	-	3	-	1	-	
5. บาดเจ็บโดยไม่ทราบสาเหตุ (Y10-Y33)	44	43	-	-	7	2	-	-	
6. ดำเนินการทางการแพทย์หรือสังคม (Y35-Y36)	-	-	-	-	-	-	-	-	
7. ไม่ทราบทั้งสาเหตุและสาเหตุ (Y34)	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>รวม</b>	<b>10,924</b>	<b>7,769</b>	<b>89</b>	<b>17</b>	<b>102</b>	<b>44</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	
<b>รวมทั้งรวม</b>	<b>18,693</b>		<b>106</b>		<b>146</b>		<b>13</b>		

ที่มา : สำนักข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## สรุปการฆาตกรรมที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเหตุอื่นของการฆาตกรรมที่บาดเจ็บ จาก 19 สาเหตุ (สาเหตุของการฆาตกรรมที่บาดเจ็บทางจราจร) ประจำปีงบประมาณ 2560

สาเหตุของการฆาตกรรมที่บาดเจ็บทางจราจร	จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด		จำนวนผู้บาดเจ็บตายก่อนถึงโรงพยาบาล		จำนวนผู้บาดเจ็บตายในโรงพยาบาล (IPD)		จำนวนผู้บาดเจ็บตาย ณ ER	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1. ฆาตกรรมและสามล้อ (V10-V19)	107	65	1	-	-	-	-	-
2. ฆาตกรรมยนต์ (V20-V29)	2,335	1,414	37	7	46	9	7	4
3. สามล้อเครื่อง (V30-V39)	50	26	1	-	1	1	-	-
4. รถแท็กซี่/รถจักรยานยนต์โดยสารสองแถว (V40-V49)	113	82	-	-	-	4	-	1
5. รถตู้ (V50-V59)	106	80	1	-	-	4	-	-
6. รถบรรทุกหนัก รถพ่วง (V60-V69)	31	11	2	-	-	-	-	-
7. รถโดยสารบัส (V70-V79)	27	21	-	-	-	-	-	-
8. อื่นๆ (อีแต๋น/อีต๊อป ฯลฯ) (ไม่ใส่ 1-8) (V80-V99)	82	26	-	-	1	-	-	-
9. คนเดินเท้า (V00-V09)	62	40	4	1	3	1	-	-
10. อุบัติเหตุอื่น ๆ	8,011	6,004	43	9	51	25	1	-

ที่มา : ข้อมูลจากโรงพยาบาลกำแพงเพชร



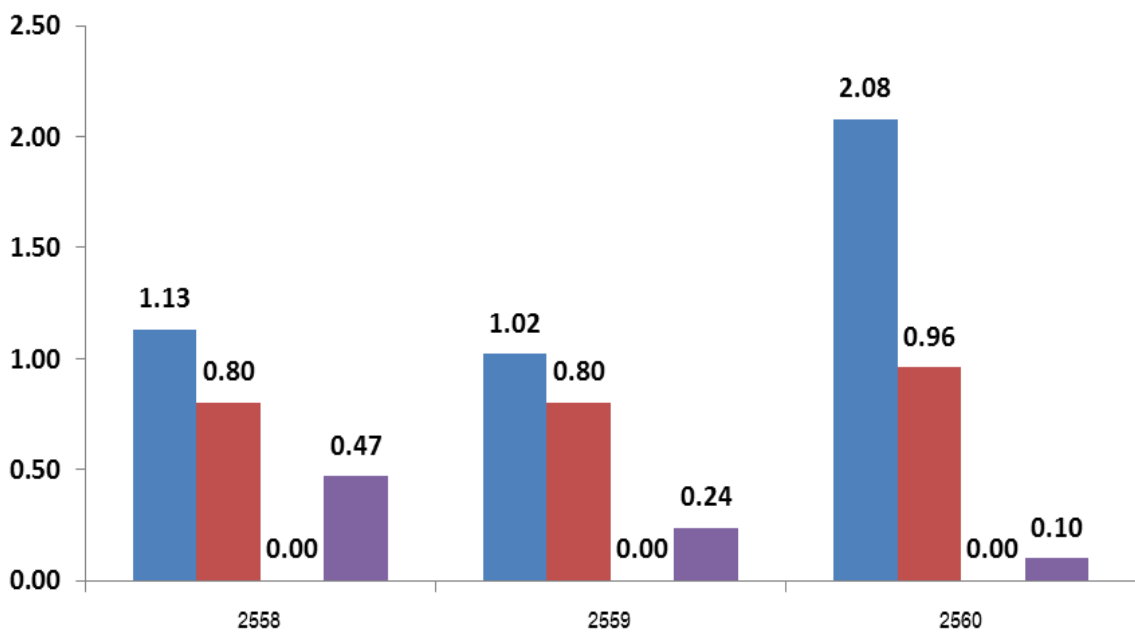
โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## สรุปการติดตามชี้แจงแผนตามตำแหน่งของกาชิตตธิตธิตที่พบ ปีงบประมาณ 2558 - 2560

ตำแหน่งที่ติดตาม	การติดตามการชี้แจง		
	2558	2559	2560
1. การติดตามการชี้แจงข้อบกพร่องที่สัมพันธ์กับกาชิตตธิตธิตของหน่วยช่วยเหลือ (VAP) (ครั้งต่อ 1,000 วันกึ่งคืนของหน่วยช่วยเหลือ)	1.13	1.02	2.08
2. การติดตามการชี้แจงทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับกาชิตตธิตของสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) (ครั้งต่อ 1,000 วันกึ่งคืนสายสวนปัสสาวะ)	0.80	0.80	0.96
3. การติดตามการชี้แจงในภาวะแอสลีสที่สัมพันธ์กับกาชิตตธิตของสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (CABSI) (ครั้งต่อ 1,000 วันกึ่งคืนสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง)	0.00	0.00	0.00
4. การติดตามการชี้แจงแผลผ่าตัดสะอืด (SSI) (ครั้งต่อ 100 แผลผ่าตัด)	0.47	0.24	0.10

ที่มา : คณะกรรมการ IC โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## กราฟแสดงการติดตามชี้แจงแผนตามตำแหน่งที่พบ



## สรุปผลการดำเนินงานด้านป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

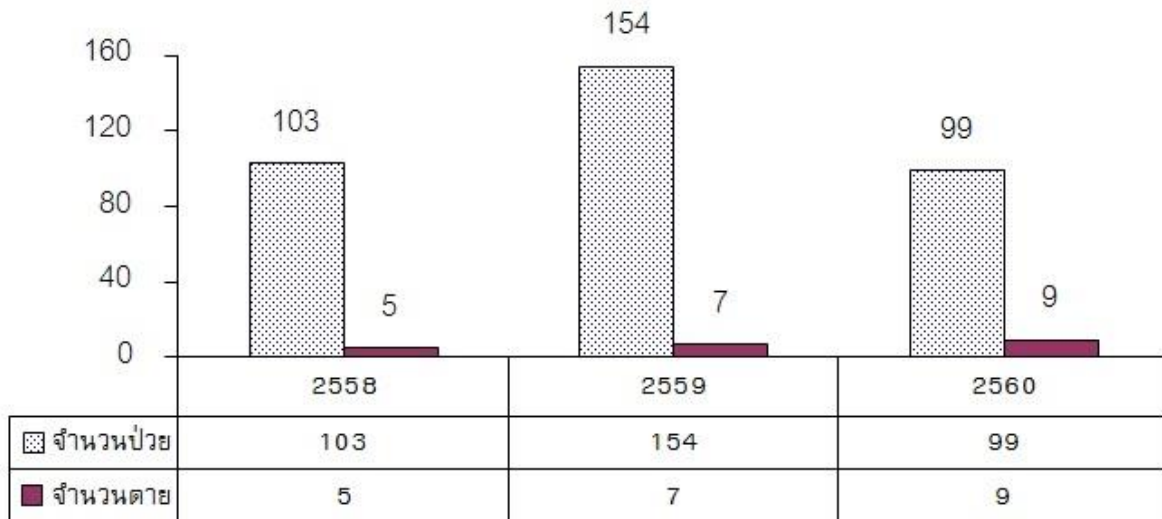
ลำดับ	กิจกรรม	2558	2559	2560
1	การตรวจหาผู้ป่วยเอดส์ (ชายใหม่)	103	145	124
	การตรวจหาผู้ป่วยเอดส์ (ชายเก่า)	37	25	30
2	การให้คำปรึกษา <u>ผู้ป่วยทั้งหมด (ผู้ป่วยนอก+ใน)</u>	7,727	7,829	11,280
	- ได้รับบริการตรวจเลือด	7,727	7,829	11,280
	- ⊕	150	245	253
	- syphilis	114	79	89
3	หญิงตั้งครรภ์ ให้บริการคำปรึกษาและตรวจ	1,080	1,237	1,333
	HIV Ab (ชาย)			
	หญิงตั้งครรภ์มีผลเลือดลบ/ภาวะโรค	3/6	5/4	1/6
	ร้อยละ	0.27	0.40	0.07

## สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2558- 2560

รายการ	2558	2559	2560
- การติดตามเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ไม่เกิน 30 = แสงประชากร)	65/203,851	71/202,086	59/180,284
คิดเป็นร้อยละ	31.88 / แสงประชากร	35.13 / แสงประชากร	32.73 แสงประชากร
- จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทั้งหมด	7,727 ราย	7,829 ราย	10,044 ราย
- จำนวนผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัส แบ่งตามโรคของทาง ณ ปัจจุบัน			
- ATC (ผู้ใหญ่)	587 ราย	781/UC	806/UC
- PATC (เด็ก)	30 ราย	35 ราย	6 ราย
- CARE ผู้ใหญ่ (ขาดแม่สูติ)	- ราย	- ราย	- ราย
- ประกันสังคม	159 ราย	241 ราย	272 ราย
- เบิกได้	27 ราย	40 ราย	40 ราย
- สิทธิอื่น ๆ	10 ราย	1 ราย	1 ราย
รวมผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัส	813 ราย	1,098 ราย	1,125 ราย

ที่มา : ฐานข้อมูล การตรวจหาเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตโรคเอดส์รายใหม่  
ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560



จำนวนผู้ป่วยผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตโรคเอดส์รายใหม่  
ประจำปีงบประมาณ 2550 -2560

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้เสียชีวิต
2550	174	12
2551	209	55
2552	294	28
2553	177	11
2554	202	9
2555	171	16
2556	108	6
2557	149	2
2558	103	5
2559	145	7
2560	124	2

ที่มา : งานเอดส์ กลุ่มงานเวชการชคมสังคม กลุ่มภาคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สถิติการให้ปศุสัตว์  
ด้านปศุสัตว์ภาพรวม

## ตารางเปรียบเทียบการให้บริการผู้ป่วยนอก

### ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

แผนกผู้ป่วยนอก	2558	2559	2560
ปฐมภูมิ	7,118	6,268	4,993
เวชบำบัดฟื้นฟู	18,288	20,651	15,108
อายุรศาสตร์	140,481	140,716	132,770
ศัลยกรรม	49,218	52,867	55,769
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	52,466	55,562	52,325
กุมารเวชศาสตร์	30,035	36,251	33,525
สูติ-นรีเวชศาสตร์	26,161	27,132	27,237
รังสีวิทยา	25,222	28,762	27,454
โสต นาสิก ลาริงจอล	14,546	16,150	15,590
ทันตกรรม	21,417	20,816	19,928
จิตเวช	19,242	18,755	12,104
รังสีรักษา	2,220	3,043	2,941
<b>ผู้รับบริการทั้งหมด (รวมทั้ง)</b>	<b>406,414</b>	<b>426,973</b>	<b>399,744</b>
<b>เฉลี่ยผู้มารับบริการวันละ</b>	<b>1,421</b>	<b>1,493</b>	<b>1,398</b>

## 10 อันดับโรค ผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	I10	Essential (primary) hypertension	15,650
2	E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	13,017
3	N18	Chronic renal failure	8,422
4	M62	Other disorders of muscle	6,804
5	H25	Senile cataract	5,438
6	K30	Dyspepsia	5,180
7	M79	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	5,101
8	M47	Spondylosis	4,872
9	B23	HIV disease resulting in other conditions	4,628
10	K04	Diseases of pulp and periapical tissues	4,516
<b>รวม (นับโรคหลักที่มารับบริการ)</b>			<b>399,744</b>

ที่มา : สำนักข้อมูลเชิงพยาบาลกองเวชศาสตร์

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## ตารางเปรียบเทียบการให้บริการผู้ป่วยใน

### ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

แผนกผู้ป่วยใน	2558	2559	2560
อายุรกรรม	12,139	12,147	13,048
ศัลยกรรม	8,364	8,456	8,457
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	3,597	3,566	3,575
กุมารเวชกรรม	5,254	6,253	5,665
สูติ-นรีเวชกรรม	6,950	6,529	6,626
ชันสูตรวิทยา	3,082	2,942	2,811
โสต นาสิก วิทยา	521	628	687
ทันตกรรม	46	30	52
ผู้ป่วยทั้งหมด	39,955	40,551	40,921
เฉลี่ยให้บริการวันละ	422	423	413
เฉลี่ยผู้มาเข้ารับบริการวันละ	109	111	107

## 10 อันดับโรค ผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	H25	Senile cataract	2,297
2	I63	Cerebral infarction	1,176
3	A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	1,106
4	S06	Intracranial injury	1,061
5	J18	Pneumonia, organism unspecified	1,050
6	P59	Neonatal jaundice from other and unspecified causes	663
7	K35	Acute appendicitis	648
8	D56	Thalassaemia	595
9	J15	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified	567
10	N20	Calculus of kidney and ureter	563
รวม (นับโรคหลักที่มาเข้ารับบริการ)			40,921

ที่มา : ฐานข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร



## 10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก (504) ประจำปีงบประมาณ 2560

### กลุ่มโรคแผนกผู้ป่วยนอก (504)

ลำดับ	ชื่อโรค	2560
1	Diseases of the circulatory system	60,574
2	Endocrine, nutritional and metabolic diseases	57,785
3	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	50,518
4	Diseases of the digestive system	42,936
5	Diseases of the genitourinary system	37,109
6	Diseases of the respiratory system	36,576
7	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings not elsewhere classified	31,634
8	Diseases of the eye and adnexa	26,081
9	Certain infectious and parasitic diseases	22,063
10	Other external causes of morbidity and mortality	13,459
	รวม (จำนวนกลุ่มโรคผู้ป่วยนอกทั้งหมด)	436,822

## 10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (505) ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	ชื่อโรค	2560
1	Other endocrine, nutrition and metabolic diseases	16,411
2	Hypertensive diseases	6,550
3	Diseases of the blood and blood-forming organs	6,385
4	Diseases of the eye and adnexa	5,660
5	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings	5,319
6	Other diseases of the respiratory system	4,501
7	Diabetes mellitus	3,527
8	Complications of pregnancy , labour, delivery, puerperium	3,509
9	Other diseases of the digestive system	3,448
10	Other heart disease	3,140
	รวม (จำนวนกลุ่มโรคผู้ป่วยในทั้งหมด)	104,709

ที่มา : สำนักข้อมูลเชิงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

### 10 อันดับโรคสาเหตุการตาย ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	J18	Pneumonia	242
2	I61	Intracerebral haemorrhage	63
3	N18	Chronic renal failure	40
4	I21	Acute myocardial infarction	39
5	R57	Shock, not elsewhere classified	39
6	A41	Other septicaemia	36
7	K92	Other diseases of digestive system	36
8	C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	32
9	J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	31
10	C22	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	30
รวม (สาเหตุการตายจากโรคไม่รุนแรง (จ.ร.4/1) ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด)			1,371

### 10 อันดับโรคผ่าตัดใหญ่ ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	1371	Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage	2,295
2	1341	Phacoemulsification and aspiration of cataract	2,237
3	741	Low cervical cesarean section	1,799
4	8622	Debridement of wound, infection, or burn	878
5	6632	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes	668
6	4709	Other appendectomy	655
7	4513	Other endoscopy of small intestine	570
8	7964	Debridement of open fracture site (phalanges of hand)	417
9	3893	Other venous catheterization	413
10	5491	Percutaneous abdominal drainage (paracentesis)	385
รวม (จำนวนรหัสผ่าตัดทั้งหมด)			20,095

ที่มา : ข้อมูลของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## สรุปสถานพยาบาล REFER - IN ผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ		
	2558	2559	2560
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	6,550	6,902	7,642
โรงพยาบาลคลองลาน	7,076	6,625	6,029
โรงพยาบาลคลองขลุง	6,803	7,130	6,896
โรงพยาบาลไทรบุรี	5,087	6,430	6,491
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	7,226	9,411	9,532
โรงพยาบาลหาดใหญ่	2,563	2,532	2,455
โรงพยาบาลลานนา	4,077	4,675	4,509
โรงพยาบาลปางศิลาทอง	3,460	3,725	3,692
โรงพยาบาลบึงสามพัน	1,860	1,792	1,727
โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล	2,591	2,655	2,387
โรงพยาบาลโกสัมพีนคร	288	452	587
อื่น ๆ (นอกเครือข่าย/นอกเขต/ในเครือข่าย)	62	65	97
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>47,643</b>	<b>52,396</b>	<b>52,055</b>

## 10 อันดับโรค REFER-IN ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	H25	Senile cataract	5,548
2	N18	Chronic renal failure	2,818
3	I20-I52	Heart disease	1,998
4	Z47	Other orthopaedic follow-up care Schizophrenia	1,812
5	C50	Malignant neoplasm of breast	1,430
6	H40	Glaucoma	1,271
7	E04	Other nontoxic goitre	951
8	M17	Gonarthrosis [arthrosis of knee]	882
9	Z09	Follow-up examination after treatment for conditions other than malignant neoplasms	869
10	N20	Calculus of kidney and ureter	733
<b>รวม (โรคจากหนังสือสั่งตัว)</b>			<b>52,055</b>

ที่มา : สำนักข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## สรุปสถานพยาบาล REFER - IN ผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ		
	2558	2559	2560
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	1,861	2,046	2,269
โรงพยาบาลคลองลาน	1,937	1,883	1,634
โรงพยาบาลคลองสูง	2,470	2,345	2,452
โรงพยาบาลไทรบุรี	1,631	1,654	1,936
โรงพยาบาลพาราณสี	1,901	2,262	2,228
โรงพยาบาลราชภัฏวชิรเวศน์	891	864	931
โรงพยาบาลลานกระบือ	1,291	1,395	1,231
โรงพยาบาลปางศิลาทอง	1,171	1,192	1,260
โรงพยาบาลบึงสามพัน	670	655	686
โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล	684	678	622
โรงพยาบาลโกสัมพีนคร	559	668	862
อื่น ๆ (นอกเคหสถาน/นอกเขต/นอกเคหสถาน)	114	128	125
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>15,180</b>	<b>15,770</b>	<b>16,236</b>

## 10 อันดับโรค REFER-IN ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	H25	Senile cataract	1,372
2	I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	820
3	I20-I52	Heart disease	637
4	K92	Other diseases of digestive system	598
5	R10	Abdominal and pelvic pain	553
6	S09	Other and unspecified injuries of head	449
7	A41	Other septicaemia	393
8	K35	Acute appendicitis	332
9	J18	Pneumonia, organism unspecified	326
10	D56	Thalassaemia	285
<b>รวม (โรคขาดหนึ่งสี่สี่ตัว)</b>			<b>16,236</b>

ที่มา : ข้อมูลของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สรุปสถานพยาบาล REFER - OUT ผู้ป่วยนอก

ที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน ประจำปีงบประมาณ 2560

สถานพยาบาล	2560
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น	3,509
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	1,240
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	1182
โรงพยาบาลศิริราช	676
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	436
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	337
โรงพยาบาลสมเด็จพระมหาจินดา มหาวิทยาลัยขอนแก่น	321
โรงพยาบาลศิริราช	297
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	262
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	224
โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ	1,090
ยอดรวม Refer out-opd สูงกว่า/เท่ากัน	9,574

10 อันดับโรค REFER - OUT ผู้ป่วยนอก ที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน

ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	I20-I52	Heart disease	1,530
2	N63	Unspecified lump in breast	233
3	C50	Malignant neoplasm of breast	227
4	B18	Chronic viral hepatitis	212
5	Q21	Congenital malformations of cardiac septa	194
6	C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	134
7	G40	Epilepsy	170
8	M32	Systemic lupus erythematosus	166
9	E05	Thyrototoxicosis [hyperthyroidism]	160
10	C53	Malignant neoplasm of cervix uteri	154
รวม (โรคขาดหนึ่งสี่สัปดาห์)			9,574

ที่มา : ข้อมูลของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สรุปสถานพยาบาล REFER - OUT ผู้ป่วยใน  
ที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน ประจำปีงบประมาณ 2560

สถานพยาบาล	2560
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	316
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะมาทาสถิต	55
โรงพยาบาลพญาบาล	38
โรงพยาบาลศรีสวรรค์	19
โรงพยาบาลลำปาง	13
โรงพยาบาลราชวิถี	6
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	5
โรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5
โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา	4
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	4
โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ	15
ยอดรวม Refer out-ipd สูงกว่า/เท่ากัน	480

10 อันดับโรค REFER - OUT ผู้ป่วยใน ที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน  
ประจำปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	2560
1	S06	Intracranial injury	91
2	I20-I52	Heart disease	60
3	I61	Intracerebral haemorrhage	36
4	I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	28
5	I63	Cerebral infarction	15
6	D43	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of brain and central nervous system	11
7	P07	Disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified	8
8	S02	Fracture of skull and facial bones	8
9	S09	Other and unspecified injuries of head	8
10	C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	7
รวม (โรคขาดหนึ่งสี่ส่วนตัว)			480

ที่มา : ฐานข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

# สรุปภาพรวมการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเหตุอื่น ๆ ของการบาดเจ็บจาก 19 สาเหตุ จำแนกตามที่ตั้งอุบัติเหตุของผู้บาดเจ็บ

## ปีงบประมาณ 2560

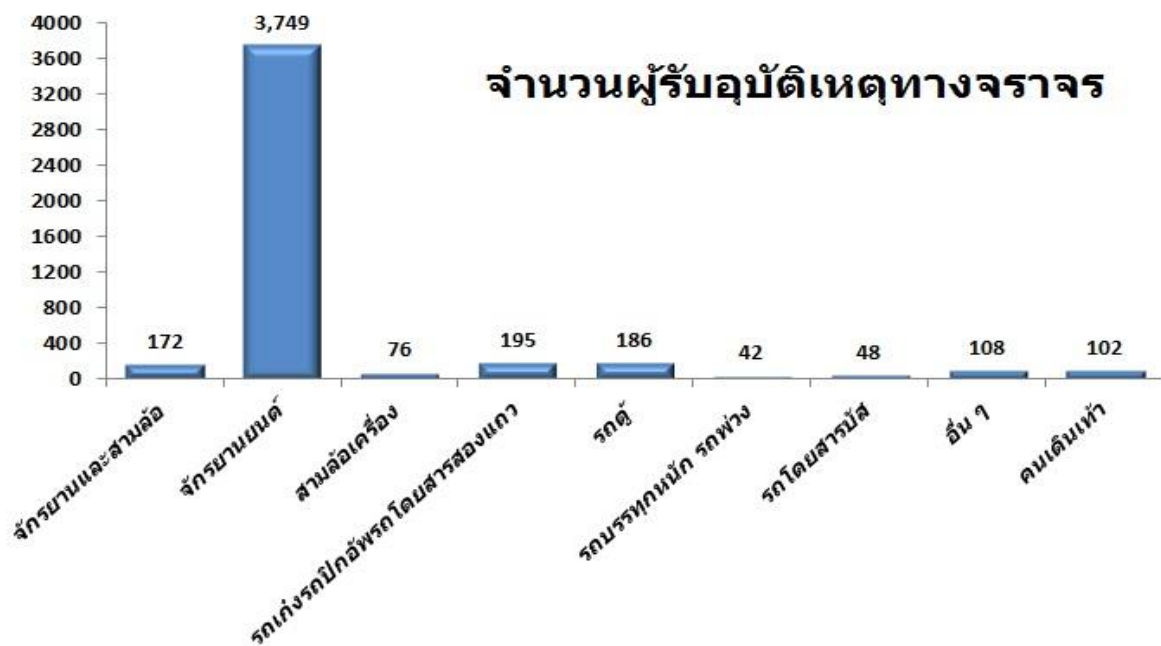
สาเหตุของการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ	จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด		จำนวนผู้บาดเจ็บตายก่อนถึงโรงพยาบาล		จำนวนผู้บาดเจ็บตายในโรงพยาบาล (IPD)		จำนวนผู้บาดเจ็บตาย ณ ER		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
1.อุบัติเหตุทางรถยนต์ (V01-V99)	2,928	1,777	46	8	51	19	7	5	
<b>2.อุบัติเหตุอื่น ๆ</b>									
2.1 อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม (W00-W19)	1,768	1,593	2	-	14	4	-	-	
2.2 อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเฉื่อยของวัตถุสิ่งของ (W20-W49)	2,776	1,083	1	1	1	1	-	-	
2.3 อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเฉื่อยของสัตว์/คน (W50-W64)	1,637	1,826	1	-	-	-	-	-	
2.4 อุบัติเหตุจากความร้อนและขมื่น (W65-W74)	22	6	11	2	2	1	-	-	
2.5 อุบัติเหตุที่คุกคามทางหายใจ (W75-W84)	11	14	2	1	2	-	-	-	
2.6 อุบัติเหตุสัมผัสกับกระแสไฟฟ้าขั้วสูงและขั้วต่ำ (W85-W99)	58	12	2	2	-	-	-	-	
2.7 อุบัติเหตุสัมผัสกับความร้อนและเปลวไฟ (X00-X09)	28	11	-	1	3	1	-	-	
2.8 อุบัติเหตุสัมผัสกับความร้อนของร้อน (X10-X19)	48	56	-	-	-	-	-	-	
2.9 อุบัติเหตุสัมผัสกับพิษจากสัตว์หรือพืช (X20-X29)	231	247	-	-	1	1	-	-	
2.10 อุบัติเหตุสัมผัสกับพลังงานจากธรรมชาติ (X30-X39)	1	-	-	-	-	-	-	-	
2.11 อุบัติเหตุสัมผัสกับสิ่งอื่น ๆ (X40-X49)	164	196	-	-	2	1	-	-	
2.12 อุบัติเหตุจากอุบัติเหตุทางเดิน (X50-X57)	138	99	-	-	-	-	-	-	
2.13 อุบัติเหตุสัมผัสกับสิ่งไม่พหุขามแหว่ง (X58-X59)	386	426	1	-	7	10	-	-	
3. ทำร้ายตนเองด้วยวิธีต่างๆ (X60-X84)	98	73	18	2	9	4	-	-	
4. ถูกทำร้ายด้วยวิธีต่างๆ (X85-Y09)	586	307	5	-	3	-	1	-	
5. บาดเจ็บโดยไม่พหุขามแหว่ง (Y10-Y33)	44	43	-	-	7	2	-	-	
6. ดำเนินการทางการแพทย์หรือสังคม (Y35-Y36)	-	-	-	-	-	-	-	-	
7. ไม่พหุขามแหว่งสาเหตุและเหตุ (Y34)	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>รวม</b>	<b>10,924</b>	<b>7,769</b>	<b>89</b>	<b>17</b>	<b>102</b>	<b>44</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	
<b>รวมทั้งรวม</b>	<b>18,693</b>		<b>106</b>		<b>146</b>		<b>13</b>		

ที่มา : สำนักข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## สรุปการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเหตุอื่นของการบาดเจ็บ จาก 19 สาเหตุ (สาเหตุของการบาดเจ็บทางจราจร) ประจำปีงบประมาณ 2560

สาเหตุของการบาดเจ็บทางจราจร	จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด		จำนวนผู้บาดเจ็บตายก่อนถึงโรงพยาบาล		จำนวนผู้บาดเจ็บตายในโรงพยาบาล (IPD)		จำนวนผู้บาดเจ็บตาย ณ ER	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1. จักรยานและสามล้อ (V10-V19)	107	65	1	-	-	-	-	-
2. จักรยานยนต์ (V20-V29)	2,335	1,414	37	7	46	9	7	4
3. สามล้อเครื่อง (V30-V39)	50	26	1	-	1	1	-	-
4. รถแท็กซี่/รถจักรยานยนต์โดยสารสองแถว (V40-V49)	113	82	-	-	-	4	-	1
5. รถตู้ (V50-V59)	106	80	1	-	-	4	-	-
6. รถบรรทุกหนัก รถพ่วง (V60-V69)	31	11	2	-	-	-	-	-
7. รถโดยสารบัส (V70-V79)	27	21	-	-	-	-	-	-
8. อื่นๆ (อีแท็กซี่/อีต็อก ฯลฯ) (ไม่ใส่ 1-8) (V80-V99)	82	26	-	-	1	-	-	-
9. คนเดินเท้า (V00-V09)	62	40	4	1	3	1	-	-
10. อุบัติเหตุอื่น ๆ	8,011	6,004	43	9	51	25	1	-

ที่มา : ข้อมูลจากโรงพยาบาลกำแพงเพชร



โรงพยาบาลกำแพงเพชร

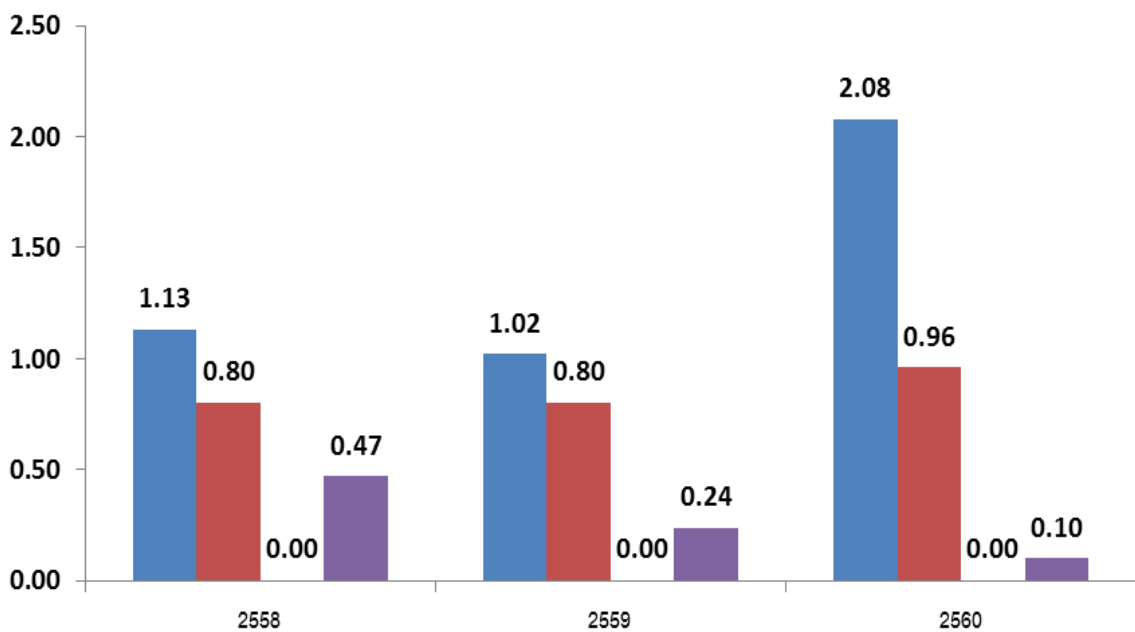


## สรุปการติดตามชี้แจงแผนตามตำแหน่งของกาชิตตธิตธิตที่พบ ปีงบประมาณ 2558 - 2560

ตำแหน่งที่ติดตาม	การติดตามการชี้แจง		
	2558	2559	2560
1. การติดตามการชี้แจงปอชดอ้าแสบที่สัมพันธ์กับกาชิตตธิตธิตของหน่วยหายไช (VAP) (คชึ่งต้อ 1,000 รันที่ไชเคชึ่งของหน่วยหายไช)	1.13	1.02	2.08
2. การติดตามการชี้แจงทางเตินนั้สสำวะที่สัมพันธ์กับกาชิตตธิตธิตคาสายสำวะนั้สสำวะ (CAUTI) (คชึ่งต้อ 1,000 รันที่คาสายสำวะนั้สสำวะ)	0.80	0.80	0.96
3. การติดตามการชี้แจงในกาชิตตธิตธิตที่สัมพันธ์กับกาชิตตธิตธิตคาสายสำวะนหลชดลลลชด (CABSII) (คชึ่งต้อ 1,000 รันที่คาสายสำวะนหลชดลลลชด)	0.00	0.00	0.00
4. การติดตามการชี้แจงแพสฟาดั้ดลลลชด (SSI) (คชึ่งต้อ 100 แพสฟาดั้ด)	0.47	0.24	0.10

ที่มา : คณนคชิตตธิต IC ไชงหายาสาถก้าแพงแพชช

## การฟลลลชดการชี้แจงแผนตามตำแหน่งที่พบ



## สรุปผลการดำเนินงานด้านป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560

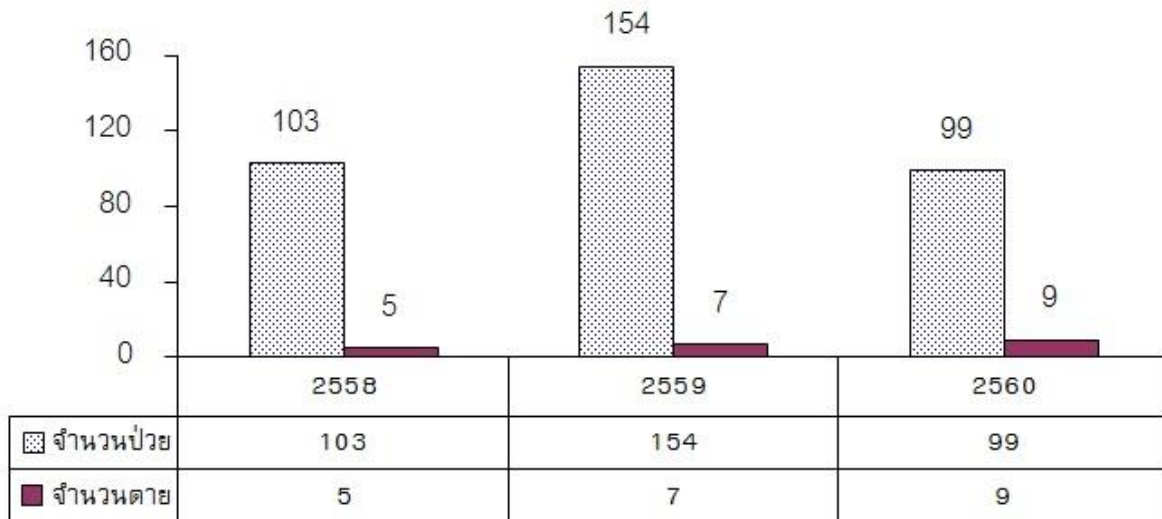
ลำดับ	กิจกรรม	2558	2559	2560
1	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ (ชายใหม่)	103	145	124
	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ (ชายเก่า)	37	25	30
2	การให้คำปรึกษา <b>ผู้ป่วยทั้งหมด (ผู้ป่วยนอก+ใน)</b>	7,727	7,829	11,280
	- ได้รับบริการตรวจเลือด	7,727	7,829	11,280
	- ⊕	150	245	253
	- syphilis	114	79	89
3	หญิงตั้งครรภ์ ให้บริการปรึกษาและตรวจ	1,080	1,237	1,333
	HIV Ab (ชาย)			
	หญิงตั้งครรภ์มีผลเลือดลบ/ภาวะโรค	3/6	5/4	1/6
	ร้อยละ	0.27	0.40	0.07

## สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2558- 2560

รายการ	2558	2559	2560
- การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ไม่เกิน 30 = แผลไม่ปรากฏ)	65/203,851	71/202,086	59/180,284
คิดเป็นร้อยละ	31.88 /	35.13 /	32.73
	แผลไม่ปรากฏ	แผลไม่ปรากฏ	แผลไม่ปรากฏ
- จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทั้งหมด	7,727 ราย	7,829 ราย	10,044 ราย
- จำนวนผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัส			
แบ่งตามโรคของภาวะ ณ ปัจจุบัน			
- ATC (ผู้ใหญ่)	587 ราย	781/UC	806/UC
- PATC (เด็ก)	30 ราย	35 ราย	6 ราย
- CARE ผู้ใหญ่ (ขาดแม่สูติ)	- ราย	- ราย	- ราย
- ปรึกษาสังคม	159 ราย	241 ราย	272 ราย
- เปิดได้	27 ราย	40 ราย	40 ราย
- สิทธิอื่น ๆ	10 ราย	1 ราย	1 ราย
รวมผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัส	813 ราย	1,098 ราย	1,125 ราย

ที่มา : รายงานเอดส์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรค โรงพยาบาลกำแพงเพชร

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตโรคเอดส์รายใหม่  
ปีงบประมาณปี 2558 - 2560



จำนวนผู้ป่วยผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตโรคเอดส์รายใหม่  
ปีงบประมาณปี 2550 - 2560

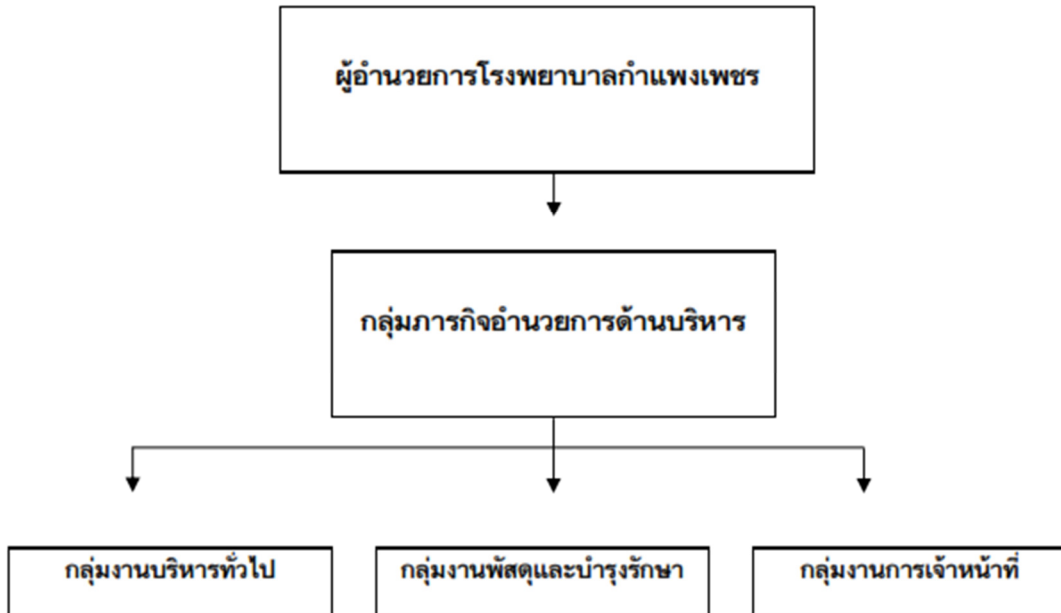
ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้เสียชีวิต
2550	174	12
2551	209	55
2552	294	28
2553	177	11
2554	202	9
2555	171	16
2556	108	6
2557	149	2
2558	103	5
2559	145	7
2560	124	2

ที่มา : งานเอดส์ กลุ่มงานเวชการชมนสังคม กลุ่มภาคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร



## กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ



- งานสารบรรณ
- งานธุรการ
- งานยานพาหนะ
- งานกำจัดขยะ
- งานซักฟอกและตัดเย็บ
- งานรักษาความปลอดภัย
- งานรักษาศพ
- งานสนาม

- งานพัสดุ
- งานซ่อมบำรุง
- งานเครื่องมือแพทย์

- กลุ่มงานการเจ้าหน้าที่
- กลุ่มงานการเงิน
- กลุ่มงานบัญชี
- กลุ่มงานโภชนาการ
- กลุ่มงานประชาสัมพันธ์



# กลุ่มงานบัญชี

## อัตรากำลังบุคลากร

กลุ่มงานบัญชีมีจำนวนบุคลากร จำนวนรวมทั้งสิ้น 8 คน ประกอบด้วย 4 คน พนักงาน 1 คน พ.ส. 2 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน ดังนี้

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	1	ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญการ	1	ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน	2	ตำแหน่ง
นักวิชาการเงินและบัญชี (พ.นง.ชำนาญการ)	1	ตำแหน่ง
นักวิชาการเงินและบัญชี (พ.ส.)	1	ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี (พ.ส.)	1	ตำแหน่ง
นักวิชาการเงินและบัญชี (ลูกจ้างชั่วคราว)	1	ตำแหน่ง

ประกอบด้วยงานรับผิดชอบ จำนวน 8 งาน ดังนี้

1. งานบัญชีด้านรับ
2. งานบัญชีด้านจ่าย
3. งานบัญชีเงินสด/เงินฝากธนาคาร
4. งานบัญชีด้านเจ้าหน้าที่
5. งานบัญชีด้านลูกหนี้/รายได้
6. งานบัญชี ชพ.ส.ต.เคซีช้อย
7. งานบัญชี GFMIS
8. งานตรวจสอบใบสำคัญคู่บัญชีบันทึกบัญชี

## หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

กลุ่มงานบัญชี มีหน้าที่เกี่ยวกับการบันทึก จัดหมวดหมู่ การสรุปผล และการวิเคราะห์ดีใจความรายจ่าย และเหตุการณทางการเงิน ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร และชพ.ส.ต.เคซีช้อยโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 28 แห่ง

## ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. จัดทำบัญชี ได้ถูกต้องตามมาตรฐานการบัญชีสากล หลักการบัญชี และนโยบายบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข
2. บันทึกบัญชีได้ครบถ้วน ทันเวลา
3. จัดทำรายงานทางการเงินได้ ครบถ้วน สมบูรณ์ สามารถสะท้อนผลการทำงานและฐานะทางการเงิน ขององค์การ และ ชพ.ส.ต. เคซีช้อย



### กระบวนการที่สำคัญ (Key Processes)

1. รับเอกสารทางการเงิน ด้านรับ และ ด้านจ่าย จากฝ่ายการเงิน
2. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารด้านรับ และ ด้านจ่าย ก่อนนำขึ้นบัญชี
3. บันทึกบัญชีรายวันบัญชีใบสำคัญด้านรับ ด้านจ่าย ด้านทั่วไป
4. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น ได้แก่ สมุดรายวันรับ จ่าย ทั่วไป ซึ่ง รายได้
5. บันทึกสมุดรายวันขึ้นปลาย และทะเบียนคุมยอด
6. จัดเก็บหลักฐานเอกสารจ่ายเงิน
7. จัดทำรายงานประจำวัน รายงานประจำเดือน รายงานประจำปี
8. ตรวจสอบย้อนไปใบสำคัญการขึ้นบัญชี ตรวจสอบงบการเงิน และงบควบคุมภายในฝ่ายบัญชี
9. นำข้อมูลมาประกอบการเงิน ไปทำบัญชีเฉพาะให้สถานประกอบการการเงินบุคคล/การวางแผนทางการเงิน/การจัดทำต้นทุนปฏิบัติการ

### ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม ปีงบประมาณ 2560

ผลงานการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ
1. จัดทำใบสำคัญการขึ้นบัญชี ด้านรับ	6,917 รายการ
2. จัดทำใบสำคัญการขึ้นบัญชี ด้านจ่าย	6,308 รายการ
3. จัดทำใบสำคัญการขึ้นบัญชี ด้านทั่วไป	5,854 รายการ
4. จัดทำใบสำคัญการขึ้นบัญชี ด้านทั่วไป (ซึ่ง)	6,720 รายการ
5. จัดทำใบสำคัญการขึ้นบัญชี ด้านทั่วไป (รายได้)	1,338 รายการ
6. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันรับ	18,804 รายการ
7. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันจ่าย	9,659 รายการ
8. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันทั่วไป	5,620 รายการ
9. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันรายได้	13,018 รายการ
10. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันซึ่ง	6,420 รายการ
11. จัดทำรายละเอียดการรับ-จ่าย เงินฝากธนาคาร/เงินฝากคลังประจำวัน	6,413 รายการ
12. บันทึกการเข้าหนี้การตั้งหนี้การตั้งรายตัว	6,420 รายการ
13. บันทึกการตัดจ่ายหนี้การตั้งรายตัว	6,540 รายการ
14. จัดเก็บหลักฐานใบสำคัญการจ่ายเงิน	7,210 รายการ
15. ตรวจสอบรายงานการเงินตามระบบ GFMS จาก Webreport	12 รายการ



ผลการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ
16. จัดทำทะเบียนคุมข้อย่อย	
- ทะเบียนคุมข้อย่อยเงินรับฝาก	615 รายการ
- ทะเบียนข้อย่อยเงินมัดจำค่าเช่าพาหนะ	12 รายการ
- ทะเบียนข้อย่อยเงินมัดจำค่าเช่ารถ	15 คัน
- ทะเบียนคุมรายการโอน/วงเงิน/มัดจำ/Fix cost และเงินโอนอื่น ๆ ให้ ชพ.สค.เคซีอ้อย	24,737 รายการ
- ทะเบียนคุมสัญญาเช่าพาหนะตามสิทธิ์	6,329 รายการ
- ทะเบียนคุมใบสำคัญจ่าย	2,383 รายการ
17. จัดทำรายงานฐานะเงินสดประจำวัน	10,013 รายการ
18. จัดทำบัญชีรับ-จ่าย เพื่อจัดสรรเงินกองทุนประกันสังคม	213 รายการ
19. จัดทำงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร ประจำเดือน	4,649 รายการ
20. จัดทำงบกระแสเงินสด	7,560 รายการ
21. จัดทำงบทดลองใบงบบุคลากรแม่ข่าย ตามไปรษณีย์ Winspeed	3,516/12 รายการ/คัน
22. จัดทำรายงานงบทดลองประจำเดือน (ตามบัญชี Account Code) ใบงบบุคลากรแม่ข่าย ส่งสำนักพัฒนาระบบการเงินภาคคลัง กระทรวงสาธารณสุข	9,576/12 รายการ/คัน
23. จัดทำรายงานงบทดลองประจำเดือน (ตามบัญชี Account Code) ชพ.สค. เคซีอ้อย ส่งสำนักพัฒนาระบบการเงินภาคคลัง กระทรวงสาธารณสุข	12 คัน
24. ตรวจสอบรายการรับ-จ่าย ชพ.สค. เคซีอ้อย 28 แห่ง/เดือน	65,520 รายการ
25. บันทึกบัญชีด้านรับ-จ่าย ด้านทั่วไป ชพ.สค. เคซีอ้อย 28 แห่ง	46,032 รายการ
26. ตรวจสอบงบการเงิน ชพ.สค. เคซีอ้อย 28 แห่ง	33,936 รายการ
27. จัดทำรายงานการประเมินประจำเดือน หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน	12 คัน
28. จัดทำทะเบียนคุมสินทรัพย์และค่าใช้สอย ชพ.สค. 28 แห่ง	6,792 รายการ
29. จัดทำทะเบียนคุมสินทรัพย์/ค่าเสื่อมราคา ชพ.สค. เคซีอ้อย 28 แห่ง	196 รายการ
30. บันทึกค่าเสื่อมราคาของ ชพ.สค. เคซีอ้อย 28 แห่ง	4,659 รายการ
31. จัดทำบัญชีวิเคราะห์งบการเงินใบงบบุคลากรแม่ข่าย	12 คัน
32. ใ้คำปรึกษาระบบ Hoexp	6 คัน
33. ตรวจสอบรายการการเงินในระบบ GFMS ส่ง สคจ.จังหวัดกำแพงเพชร	12 รายการ
34. จัดทำกระดาษทำรายการ GFMS ส่งกระทรวงสาธารณสุข (บร.10)	6 คัน
35. ตรวจสอบเอกสารรายการรับ-จ่าย	8,688 รายการ



ผลงานปฏิบัติที่งาน	หน่วยนับ
36. ตรวจสอบข้อบกพร่องการปฏิบัติงาน/รายได้ในงบกลาง	12 รายการ
37. จัดทำแผนงบประมาณรายได้อื่นๆ - ค่าใช้จ่าย ประจำปี	2 ครั้ง
38. ติดตามแผนงบประมาณรายได้อื่นๆ - ค่าใช้จ่าย ประจำปี	12 ครั้ง
39. ติดตามประเมินผลการทำงานตามแผนงบประมาณรายได้อื่นๆ - ค่าใช้จ่าย ของโรงพยาบาลแม่ข่าย และจัดส่งเว็บไซต์ MIS สสจ.	4 ครั้ง
40. ทำรายงานข้อมูลสถานะเงินบำรุงและ Fix Cost ให้ สสจ.	12 ครั้ง
41. บำรุง/ปรับปรุงระบบบัญชี GFMIS บพ.01 รายการบัญชีแยกประเภท	1,833 รายการ
42. ตรวจสอบการดำเนินงานบัญชีรายวัน รายวัน รายเดือน /ตรวจสอบ บำรุง/ปรับปรุงระบบบัญชี GFMIS บพ.01 รายการบัญชีแยกประเภท	568 ชุด

**ผลงานเด่นของหน่วยงาน ปี 2560**

1. การจัดทำแผนงบประมาณรายได้อื่นๆและควบคุมค่าใช้จ่าย Planfin ประจำปี รวมถึงการติดตามประเมินผลการทำงานทุกเดือน พร้อมเสนอข้อบกพร่องที่พบ
2. การจัดทำรายงานฐานะเงินคงคลังที่แสดงถึงภาระหนี้สินของหน่วยงาน - งบการเงิน ประจำปีบัญชีเงินคงคลังเงินฝากธนาคาร ทุกรายและหนี้สิน ภาวะผูกพันต่าง ๆ เสนอข้อบกพร่องเพื่อให้ปรับปรุงแก้ไข
3. การนำข้อมูลจากรายงานการเงิน ประจำปีเดือน มกราคม เมษายน พฤษภาคม และมิถุนายน เพื่อวิเคราะห์สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นรายไตรมาส ทำให้หน่วยงานและผู้บริหารในระดับต่าง ๆ สามารถทราบสภาพของงานการเงิน ประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาล และทราบถึงภาระหนี้สินของโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงการวิเคราะห์ต้นทุนของโรงพยาบาลแม่ข่ายเพียงต่อค่าใช้จ่าย รวมถึงการวิเคราะห์ต้นทุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย 7 ระดับ ให้ผู้บริหารทราบอย่างสม่ำเสมอ
4. การนำเงินนอกงบประมาณที่ฝากธนาคารพาณิชย์ เข้าสู่ระบบ GFMIS ด้วยแบบ บพ.01 ได้ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน





**ภารกิจพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์/แผนงานที่จะดำเนินงานต่อปี 2561**

1. พัฒนาระบบบัญชี GFMIS ให้ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน
2. พัฒนาระบบข้อมูลรายได้ค่าศึกษาพยาบาลและบุคลากรที่ค่าศึกษาพยาบาล โดยส่งมาขอข้อมูลจากโปรแกรม Ho&Xp มาใช้ในภารกิจบัญชี ได้อย่างครบถ้วนและถูกต้องตามสถิติการศึกษา และพัฒนาระบบบุคลากรด้วย
3. พัฒนาระบบเพื่อตรวจสอบสถานะการดำเนินงานการเงินการคลัง โดยนำดัชนีทางการเงินมาวิเคราะห์เพื่อทราบถึงฐานะการดำเนินงานการเงิน โดยนำผลลัพธ์จากบัญชีวิเคราะห์มาใช้ในภาพรวม
4. พัฒนาระบบข้อมูลงบประมาณ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ



## กรมการคลัง

### อัตราค่าจ้าง

นักวิชาการช่วยปฏิบัติงาน	ช่างช่างการ	1	๓๙๒
เจ้าพนักงานช่วยปฏิบัติงาน	ช่างช่างการ	1	๓๙๒
พนักงานพิมพ์	ช่างช่างการ	3	๓๙๒
ช่างไม้	ช่างช่างการ	1	๓๙๒
นักวิชาการสิ่งแวดลอม	พนักงานการ	1	๓๙๒
นักวิชาการช่วย	พนักงานการ	2	๓๙๒
เจ้าพนักงานช่วย	พนักงานการ	1	๓๙๒
นักวิชาการช่วย	พนักงานการ	2	๓๙๒
เจ้าพนักงานช่วย	พนักงานการ	2	๓๙๒
พนักงานขับรถเก็บเอกสาร	พนักงานการ	1	๓๙๒

### ภาระหน้าที่รับผิดชอบ

1. ภาระหน้าที่รับผิดชอบต่าง ๆ ตามแผนงานประจำปี/โครงการต่าง ๆ ให้แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนดไว้ ช่างการ ได้ช่วยประกอบ
2. ภาระหน้าที่รับผิดชอบต่าง ๆ ตามที่มอบหมายให้ไปปฏิบัติงานต่าง ๆ สามารถปฏิบัติงานได้ตามที่ได้รับมอบหมาย
3. ภาระหน้าที่รับผิดชอบต่าง ๆ ตามที่มอบหมายให้ไปปฏิบัติงานต่าง ๆ สามารถปฏิบัติงานได้ตามที่ได้รับมอบหมาย

### ผลการทำงาน

การทำงานที่ได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานต่าง ๆ สามารถปฏิบัติงานได้ตามที่ได้รับมอบหมาย และสามารถปฏิบัติงานได้ตามที่ได้รับมอบหมาย

ลำดับ ที่	ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วย นับ	ปีงบประมาณ		
			ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
งานรับส่งเอกสารไปรษณีย์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง					
1.	งบประมาณเงินอุดหนุน				
	1.1 เงินงบประมาณ (เงินงบ NON UC)	บาท	33,417,500.00	14,890,000.00	125,112,100
	1.2 เงินงบประมาณ (เงิน UC)	บาท	28,941,086.70	30,777,427.99	25,329,482.50
	1.3 เงินงบประมาณ (เงินงบ นางสาว)	บาท	-	-	-
	1.4 เงินอุดหนุน				
	- งบประจำปี	บาท	30,164,399.14	95,915,550.61	88,482,040.11
	- โครงการ/โครงการ	บาท	-	10,033,328.31	
	- งบนางสาว	บาท	8,292,655.00		5,724,272.30



ลำดับ ที่	ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วย นับ	ปีงบประมาณ		
			ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
2.	การขายทอดตลาด				
	2.1 โดยวิธีตลาดกลาง	คั่ง	1,294	1,064	1,169
	2.2 โดยวิธีส่งมอบ	คั่ง	89	34	57
	2.3 โดยวิธีปิดบัญชี	คั่ง	36	51	61
	2.4 โดยวิธี E-Auction, ประมวล	คั่ง	3	6	5
	2.5 โดยวิธี E-markat	คั่ง	-	1	-
3.	การขายทอดตลาด				
	3.1 โดยวิธีตลาดกลาง	คั่ง	401	345	218
	3.2 โดยวิธีส่งมอบ	คั่ง	91	21	10
	3.3 โดยวิธีปิดบัญชี	คั่ง	1	2	5
	3.4 โดยวิธีปิดบัญชี	คั่ง	-	-	-
	3.5 โดยวิธี E-Auction, ประมวล	คั่ง	2	6	5
4.	การขายทอดตลาด/จ้างทำของ				
	4.1 โดยวิธีตลาดกลาง	คั่ง	1,412	1,217	1,162
	4.2 โดยวิธีส่งมอบ	คั่ง	20		-5
	4.3 โดยวิธีปิดบัญชี	คั่ง	-	-	-
	4.4 โดยวิธีปิดบัญชี	คั่ง	1	2	6
	4.5 โดยวิธี E-Auction, ประมวล	คั่ง	4	2	3
	4.6 โดยวิธีตลาด (จ้างทำ)	คั่ง	-	-	-
5.	การขายทอดตลาด (รับ+คั่ง+ คั่งรวม)	คั่ง	3,213	2,717	2,768
6.	การขายทอดตลาด	คั่ง	2,235	2,013	2,087
7.	การขายทอดตลาด	คั่ง	916	1,508	772
8.	คั่งรวม - ขาย	คั่ง	1	1	1
9.	การขายทอดตลาดประจำปีและ ขายทอดตลาด	คั่ง	1	1	1
10.	การขายทอดตลาดนอก/ภายใน	คั่ง	1,153	1,045	1,117
11.	การขายทอดตลาด/คั่ง	คั่ง	587	1,100	1,461
งานรับฝาก					
1.	งบประมาณเงินฝาก (เงินนำ)	คั่ง	67,999,629.38	102,946,529.46	102,284,679.10
2.	การขายทอดตลาดโดยวิธีตลาด	คั่ง	1,244	269	78
3.	การขายทอดตลาดโดยวิธีส่งมอบ	คั่ง	-	57	35
4.	การขายทอดตลาด	คั่ง	1,463	900	616
5.	การขายทอดตลาด	คั่ง	1,244	514	284
6.	การขายทอดตลาดประจำปี	คั่ง	1	1	1
7.	คั่ง/คั่ง	คั่ง	932	489	200



ลำดับ ที่	ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วย นับ	ปีงบประมาณ		
			ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
<b>ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา</b>					
1.	ยาชุดฉีดข้อโดยวิธีส่องกล้อง	คัส	-	12	3
2.	ยาชุดฉีดข้อโดยวิธีส่องกล้อง	คัส		8	-
3.	Bidding	คัส		1	1
<b>งานอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม</b>					
1.	การขุดลอกและกำจัดขยะน้ำเสีย สิ่งแวดล้อม (ENV)	คัส	6	8	10
2.	การควบคุมงานปรับปรุงต่อเติม รพ.สต.	แห่ง	33	8	16
3.	การควบคุมงานต่อเติมปรับปรุงภายใน รพ.	แห่ง	30	31	18
4.	การออกแบบ-เขียนแบบต่อเติมอาคาร	แห่ง	63	31	34
5.	การควบคุมงานก่อสร้าง	คัส		835	855
6.	งานบริหารสิ่งแวดล้อมก่อสร้าง	แห่ง		2	4

**แผนการพัฒนาคณะ**

**ด้านบริหาร**

- แนวคิด: สืบสานประเพณีการดำเนินงาน (การควบคุมภายใน) และ ITA
- กิจกรรม: จัดทำขึ้นตอนการปฏิบัติงานทั้งระบบเพื่อให้สอดคล้องตามระเบียบกระทรวง  
การคลังว่าด้วยหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินและพัสดุพัสดุพัสดุพัสดุ  
พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติการใช้จ่ายเงินและพัสดุพัสดุพัสดุ  
พ.ศ. 2560
- ผลลัพธ์: ได้มาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 (คตง)

**ด้านวิชาการ**

- แนวคิด: พัฒนาระบบการควบคุมการปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและ  
รวดเร็วยิ่งขึ้น
- กิจกรรม: จัดทำโดยงานพัสดุ
- ผลลัพธ์: อยู่ในระหว่างดำเนินการ/ขาดของไปดแมวม

**ด้านวิชาการ**

- แนวคิด: เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการควบคุมภายใน
- กิจกรรม: ประชุมเชิงปฏิบัติการ
- ผลลัพธ์: บุคลากรได้รู้ความสำคัญและที่มาของการปฏิบัติงานเพิ่มเติม



## กลุ่มงานโครงการสัตว์

### วิสัยทัศน์

เป็นหน่วยงานที่มีคุณภาพ บริการชาวชนบทผู้ปวยได้มาตรฐานและคุณภาพโครงการ

### พันธกิจ

กลุ่มงานโครงการสัตว์เป็นกลุ่มงานที่มีภารกิจหลักในการผลิตและให้บริการชาวชนบทที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ควบคุมดูแลโรค สัตวบาลสัตว์ และประมงในโครงการสัตว์ เพื่อส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าของชนบทให้เหมาะสมแก่บุคคลต่างๆ ทั้งในเชิงสุขภาพและชุมชน

### ปรัชญา

ใส่ใจบริการ มุ่งมั่นพัฒนา ใช้วิทยาศาสตร์คู่ใจ โครงการสัตว์ก้าวหน้าไกล

### นโยบาย

1. บริการวิชาการที่มีคุณภาพ ตามหลักวิชาการ โครงการนำปัดและสุขภาพสัตว์ชาวชนบท
2. บริการให้ทุนสนับสนุนและส่งเสริมชาวชนบทผู้ปวย เพื่อบำบัด/รักษา ป้องกันความเสียหาย ภาวะแทรกซ้อนของโรค
3. การดูแลสุขภาพสัตว์และบำบัดรักษาโครงการสัตว์และโครงการนำปัด
4. พัฒนาระบบบริการชาวชนบทให้มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการพึงพอใจ

### เขตอำนาจของหน่วยงาน

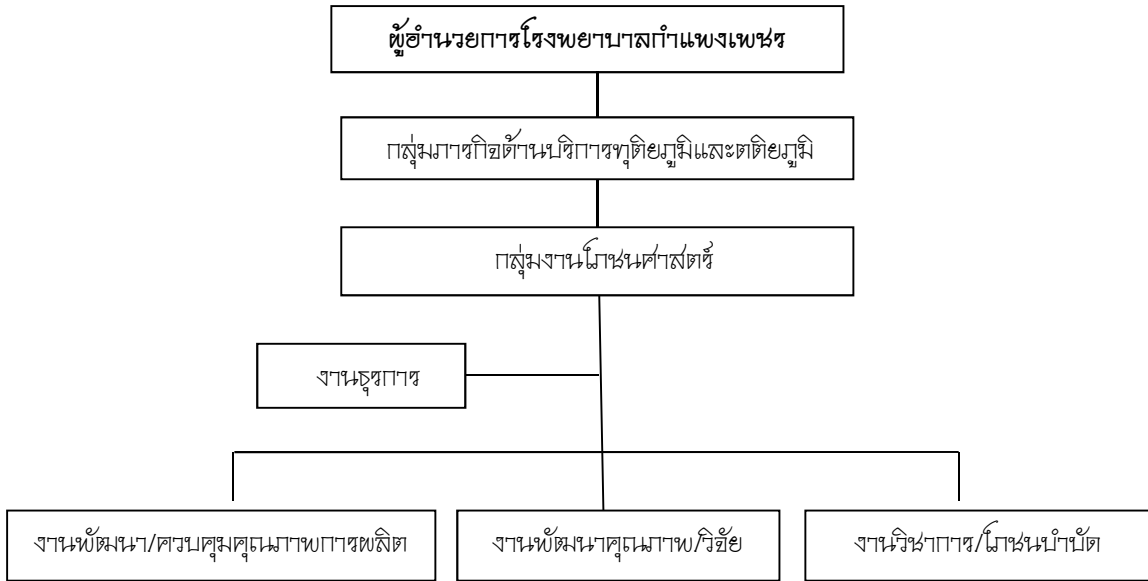
ให้บริการชาวชนบทที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โครงการนำปัดและสุขภาพสัตว์ชาวชนบท โดยให้บริการชาวชนบทให้มีความพึงพอใจแก่ผู้ปวย ญาติและเจ้าหน้าที่ ชุมชนทั้งปวงส่วนงานกับหน่วยงานข้างเคียงอย่างมีคุณภาพ

### อัตรากำลังบุคลากร

ตำแหน่ง	อัตรากำลัง	ประเภท
- นักวิชาการปฏิบัติการ	1	ข้าราชการ
- นักวิชาการ	1	พนักงานราชการ
- นักวิชาการ	3	พาส.
รวม	5	



## ผังกลุ่มงานโครงสร้างองค์กร



### งานบริหารงาน

#### งานพัฒนา/ควบคุมคุณภาพการขจัดฟันและปฏิบัติการสหสาขาผู้เกี่ยวข้อง

1. งานขจัดฟันผู้เกี่ยวข้องทั่วไป
2. งานขจัดฟันผู้เกี่ยวข้องเฉพาะโรค
3. งานขจัดฟันเหศวร์/เหศวร์ขึ้น
4. งานขจัดฟันผู้เกี่ยวข้องทางทันตแพทย์ ตามแพทย์กำหนดเฉพาะ
5. งานบริหารผู้เกี่ยวข้อง/ผู้เกี่ยวข้อง
6. งานพัฒนาควบคุมการขจัดฟัน
7. งานสนับสนุนงานบริหารงานผู้เกี่ยวข้องโรงพยาบาลสุพรรณ

### งานพัฒนาคุณภาพ

1. พัฒนาบุคลากร
2. พัฒนางานด้านสหสาขาตลอดมา
3. พัฒนางานด้านบริหารงบประมาณ
4. พัฒนาระบบงานให้ทันต่อสถานการณ์
5. ประสานงานกับวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาบริการผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง



### งานวิจัยภาพ / โฉมหน้า

1. เพลยแพชชวลความถี่ จัดทำเอกสารสถิติภาพ
2. ให้คำปรึกษาด้านโสมหน้าภาพและโสมหน้า
  - ให้โสมหน้าศึกษาผู้ไปยโรคเบาหวาน
  - ให้โสมหน้าศึกษาผู้ไปยโรคหัวใจ
  - ให้โสมหน้าศึกษาผู้ไปยโรคไต
  - ให้โสมหน้าศึกษาผู้ไปยโรคความดันโลหิตสูง
  - ให้โสมหน้าศึกษาผู้ไปยโรคมะเร็ง
  - ให้โสมหน้าศึกษาผู้ไปยโรคที่มีภาวะแทรกซ้อน
  - ให้โสมหน้าศึกษาผู้ไปยโรคตั้งครรภ์
3. งานสอณวิทยาภาพ
4. ให้โสมหน้าศึกษาผู้ไปยเฉพาะโรค ร่วมกับทีมสหสาขา
5. พัฒนาศิลปะภาพ ให้โสมหน้าศึกษาความถี่ ความถี่มาตอย่างต่อเนือง จัดให้มีภาพศึกษาในงานสอณวิทยาภาพที่เข้าด้วยรูปสอณวิทยาภาพใหม่โดยของภาพต่างๆ ของหน่วยงานภายในของวิทยาภาพ
6. ติดตามผลภาพปฏิบัตินงานภายในหน่วยงานต่อเนือง
7. ประเมินผลภาพปฏิบัตินงาน โดยกำหนดเวลาในภาพประเมินปีละ 2 ครั้ง
8. จัดทำแบบสอณวิทยาภาพเพื่อประเมินความถี่ของโสมหน้าภาพของเจ้าหน้าที่ ผู้ไปยและญาติ
9. สอณวิทยาภาพแบบสอณวิทยาภาพที่พบสอณวิทยาภาพตามควบคุมคุณภาพภาพ

### งานรูปภาพ

หน้าที่รับผิดชอบ

1. บันทึกข้อมูลของรูปภาพ เช่น วันเดือนปี
2. บันทึกสถิติภาพปฏิบัตินงาน ภาพภาพไปย/ภาพ/ภาพไปย
3. เขียนเขียน ส่วนเอกสารของภาพไปยงานโสมหน้าภาพ
4. ตรวจสอบข้อมูลและสถิติของภาพไปยงาน
5. ตรวจสอบวัน ภาพไปยภาพไปยภาพไปยไปยไปยไปย
6. จัดทำของที่ส่งส่งส่งส่งส่ง



**ผลการปฏิบัติงาน**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย	2559	2560
	งานพัฒนา/พัฒนาคุณภาพการผลิตและการบริการ			
1.	<p><b>ควบคุมงานผลิตอาหารทั่วไป</b></p> <p><b>อาหารพิเศษ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลิตอาหารหวานเย็น</li> <li>- ผลิตอาหารหวานผสมกาแฟ</li> <li>- ผลิตอาหารหวานผสมกาแฟสดดื่มสูง</li> <li>- ผลิตอาหารหวานอ่อน</li> <li>- ผลิตอาหารหวานอ่อนดื่มสูง</li> </ul> <p><b>อาหารสามัญ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลิตอาหารหวานเย็น</li> <li>- ผลิตอาหารหวานผสมกาแฟ</li> <li>- ผลิตอาหารหวานผสมกาแฟสดดื่มสูง</li> <li>- ผลิตอาหารหวานอ่อน</li> <li>- ผลิตอาหารหวานอ่อนดื่มสูง</li> </ul> <p><b>อาหาร VIP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลิตอาหารหวานเย็น</li> <li>- ผลิตอาหารหวานผสมกาแฟ</li> <li>- ผลิตอาหารหวานผสมกาแฟสดดื่มสูง</li> <li>- ผลิตอาหารหวานอ่อน</li> <li>- ผลิตอาหารหวานอ่อนดื่มสูง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>275</li> <li>10,656</li> <li>123</li> <li>3,189</li> <li>1</li> <li>437</li> <li>39,981</li> <li>1,948</li> <li>15,171</li> <li>94</li> <li>19</li> <li>747</li> <li>-</li> <li>118</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>291</li> <li>10,228</li> <li>213</li> <li>2,768</li> <li>-</li> <li>429</li> <li>37,702</li> <li>2,514</li> <li>15,844</li> <li>78</li> <li>46</li> <li>562</li> <li>2</li> <li>103</li> <li>-</li> </ul>
2.	<p><b>งานผลิตอาหารผู้ปวยเฉพาะโรค</b></p> <p><b>อาหารพิเศษ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลิตอาหารเบาหวาน</li> <li>- ผลิตอาหารหัวใจ</li> </ul> <p><b>อาหารสามัญ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลิตอาหารเบาหวาน</li> <li>- ผลิตอาหารหัวใจ</li> </ul> <p><b>อาหาร VIP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลิตอาหารเบาหวาน</li> <li>- ผลิตอาหารหัวใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> <li>หน่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2,530</li> <li>2,681</li> <li>6,143</li> <li>6,790</li> <li>118</li> <li>152</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2,452</li> <li>2,867</li> <li>6,277</li> <li>7,297</li> <li>175</li> <li>143</li> </ul>





ผลการปฏิบัติงาน

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย	2559	2560
3.	งานผลิตอาหารทะเลวุ้น/ชิ้น			
	- พิเศษ	ชาย	745	726
	- สามัญ	ชาย	3,097	3,305
	- VIP	ชาย	67	68
4.	งานผลิตอาหารที่ให้แก่ทางสายให้			
	- อาหารทางสายพิเศษ	ชาย	914	1,049
	- อาหารทางสาย VIP	ชาย	90	180
	- อาหารทางสาย สามัญ	ชาย	20,077	18,250
5.	งานวิชันการ/ไม่ชนบ่าปิด			
5.1	ให้ไม่ชนศึกษาผู้ป่วยใน (IPD)			
	- ให้ไม่ชนศึกษาผู้ป่วยโรคไต	ชาย	258	84
	- ให้ไม่ชนศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน	ชาย	605	303
	- ให้ไม่ชนศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจ	ชาย	49	49
	- ให้ไม่ชนศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ชาย	53	52
	- ให้ไม่ชนศึกษาผู้ป่วยมะเร็ง	ชาย	52	0
	- ให้ไม่ชนศึกษาผู้ป่วยแผลกดทับ	ชาย	83	14
5.2	ให้ไม่ชนศึกษาผู้ป่วยนอก (OPD)			
	- คลินิกหญิงตั้งครรภ์	ชาย	++++	31
	- คลินิกโรคไต	ชาย	536	662
	- คลินิกเบาหวาน	ชาย	1,833	1,919
	- คลินิกโรคมะเร็ง	ชาย	52	79
	- ประเมินภาวะไม่ชนการ	ชาย	131	733
	- แพทย์วิชันการจัดทำเอกสารสื่อการสนทนา	หญิง	7	8
	- จัดอบรมคุณครู	หญิง	1	1
	- อบรม พว.ส.ต. ร่วมกับเขตสุขภาพและทีมสหสาขา	หญิง	+++	46
- วิชันการนอกสถานที่	หญิง	++++	4	



ผลการปฏิบัติงาน

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย	2559	2560
6.	สอนและให้ควมรู้ โภชนาการและพนักงานบริษัทข้างนอก ประกอบอาชีพ	ครู	5	5
7.	พัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้ศึกษาดูงานนอกสถานที่	ครู	2	4
8.	จัดบุคลากรในหน่วยงานเข้ารับการอบรมในโครงการของ หน่วยงานต่าง ๆ	ครู	++++	9
9.	ประเมินผลปฏิบัติงานของบุคลากรในฝ่าย	ครู	2	2
10.	เข้าร่วมประชุมสัมมนาของสภา	ครู	+++	11
11.	แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงเรียนในเครือข่าย	ครู	3	3
12.	แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงเรียนในเครือข่าย	ครู	3	3
13.	สอนภาคที่ ๑-๓ ของนักเรียนของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มา ศึกษาที่ฝ่ายโภชนาการ - ภาชนะบรรจุอาหารที่ปลอดภัย - ภาชนะบรรจุอาหารที่สะอาด	ดี ดี	7 12	7 12
14.	สรุปปัญหาที่ติดขัดในการทำงานกับบริษัท อาหาร	ครู	5	12
15.	สรุปผลการดำเนินงานของพนักงานใน หน่วยงานประกอบอาชีพ	ครู	96	48
16.	งานครู - ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการของฝ่ายโภชนาการ - อบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรในหน่วยงาน - อบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรในหน่วยงาน - อบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรในหน่วยงาน - อบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรในหน่วยงาน - อบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรในหน่วยงาน - อบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรในหน่วยงาน	ครู ครู ครู ครู ครู ครู ครู	5 48 3 126 +++ 1 -	12 24 3 450 102 10 -



**ปัญหาอุปสรรคที่พบของกลุ่มงานเฝ้าระวังโรคและแนวทางการแก้ไข**

ลำดับ	ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1.	<p>การควบคุมการดำเนินงานของบิณฑบาตที่เข้มงวด เหมาะสมประกอบอาหารให้ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พนักงานบิณฑบาตที่เข้มงวดเหมาะสมประกอบอาหาร ผู้ป่วยยังขาดความรู้เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล</li> <li>- มีภาชนะบรรจุอาหารปนเปื้อนเกินเกณฑ์ มาตรฐาน Clean food Good Test ร้อยละ 10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนภาพของบิณฑบาตที่เข้มงวดให้ผู้ พนักงานบิณฑบาตที่เข้มงวดเหมาะสมประกอบอาหารปีละ 1 ครั้ง</li> <li>- สอนและให้ความรู้กับพนักงานบิณฑบาตที่เข้มงวด มือ การแต่งกายที่ต้องตามหลักสุขอนามัยประกอบอาหาร</li> <li>- จัดทำแผนภาพตรวจสอบทุกเดือน และติดตาม ผลการปฏิบัติงานของบิณฑบาตที่เข้มงวดเหมาะสม ประกอบอาหารอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- กลับมาดำเนินการปฏิบัติตามอาหารผู้ป่วยโดย ตรงพยาบาลเอง</li> </ul>
2.	<p>โครงสร้างอาคารเฝ้าระวังการปนเปื้อนบางส่วนชำรุด และ ยังไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยประกอบอาหาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับปรุงโครงสร้างอาคารเฝ้าระวังการปนเปื้อน</li> </ul>

**แผนงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2560**

**1. ควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานของบิณฑบาตที่เข้มงวดเหมาะสมประกอบอาหารผู้ป่วย**

**กระบวนการสำคัญ**

- ควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานของบิณฑบาตที่เข้มงวดเหมาะสม  
ประกอบอาหารผู้ป่วย

**สังเกตหรือหากระบวนการ**

- ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารตามใบสั่งแพทย์
- ได้วัดอุณหภูมิและอาหารแห้งตรงตามคุณลักษณะที่กำหนด
- ผู้รับบิณฑบาตได้รับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัยไม่ตรงพยาบาล
- ผู้รับบิณฑบาตไม่ร้องไห้

**ความสำเร็จสำคัญ**

- ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัย ไม่ตรงตามจำนวนที่  
โรงพยาบาลกำหนด
- บิณฑบาตที่สะอาดอุณหภูมิและของแห้งไม่ได้คุณลักษณะที่กำหนด
- ตรวจสอบ ปนเปื้อนในอาหาร
- ผู้รับบิณฑบาตไม่ร้องไห้ในบิณฑบาต



ตัวชี้วัดสำคัญ

- ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โภชนาการไม่เพียงพอ ภาวะขาดสารอาหาร
- การบริโภคอาหารของผู้ป่วยผิดปกติ น้อยกว่า 10 ครั้ง
- วัตถุประสงค์ที่นำมาประกอบอาหารจะต้องตรงไม่พบสารปนเปื้อน
- อัตราการสูญเสียน้ำหนัก  $\geq 5\%$
- อัตราการสูญเสียน้ำหนัก  $\geq 10\%$
- อัตราการสูญเสียน้ำหนัก  $\geq 15\%$
- ระยะเวลาการวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย,ญาติ

2 การดูแลโภชนาการและโภชนาการ

ภาวะขาดสารอาหาร

- การดูแลโภชนาการและโภชนาการ

สิ่งขาดหรือขาดภาวะขาดสารอาหาร

- ผู้ป่วยและญาติได้รู้ความสำคัญในการดูแลและนำผู้ป่วยปฏิบัติได้

ความเสียหายสำคัญ

- ผู้ป่วยมีอาการที่รู้ว่าการดูแลโภชนาการที่มีระดับน้ำตาล  $>180\text{mg\%}$  หรือ  $\text{HbA1c} > 7$
- ผู้ป่วยโรคไต (ยังไม่ได้รู้ค่าไต) ที่รู้ค่าไตที่ต่ำกว่า  $e\text{GFR} > 4 \text{ ml/min/1.72 m}^2/\text{yr}$
- ผู้ป่วยโรคไต (ได้รู้ค่าไต) ที่รู้ค่าไตที่ต่ำกว่า  $e\text{GFR} < 4 \text{ ml/min/1.72 m}^2/\text{yr}$
- ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ที่รู้ค่าไตที่ต่ำกว่า  $e\text{GFR} < 4 \text{ ml/min/1.72 m}^2/\text{yr}$

ตัวชี้วัดสำคัญ

- ระยะเวลาการวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย,ญาติ
- ระยะเวลาการวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย,ญาติ
- ระยะเวลาการวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย,ญาติ
- ระยะเวลาการวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย,ญาติ



### 3 การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน

- การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน - การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน
- สิ่งควรรู้ของบุคลากร - ผู้ปฏิบัติงานได้รู้บทบาทหน้าที่ของสายให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เพียงพอ
- ความพึงพอใจของบุคลากร - ผู้ปฏิบัติงานได้รู้บทบาทหน้าที่ของสายให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เพียงพอ  
น้อยกว่า 70 %
- ตัวชี้วัดสำคัญ - ผู้ปฏิบัติงานได้รู้บทบาทหน้าที่ของสายให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เพียงพอ  
มากกว่า 70 %

### ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของงาน (performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้		
		2558	2559	2560
1. การปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน	<10 ครั้ง	0	6	7
2. จำนวนครั้งที่ของอุปกรณ์การเกิดเหตุขัดข้อง ในระบบงานเดินสาย	0 ครั้ง	0	0	0
3. ระยะเวลาของสายที่ปลงต่อสายส่งป้อน เป็นอัตโนมัติต่อสายส่ง - สายเคเบิล (พอลิเอทิลีน, สายพอลิเอทิลีน, สายใยแก้ว) (ซิลิโคน), บอแมกซ์)	90 %	100	100	100
4. ระยะเวลาความพึงพอใจของ - เจ้าหน้าที่ / พนักงาน - ผู้ปฏิบัติงาน	80%	75.20%	75.00%	71.30%
5. ระยะเวลาของผู้ปฏิบัติงานที่ดำเนินการ บำรุงรักษา, หน้าที่กำหนดสายตามสายส่ง - ผู้ปฏิบัติงาน	80%	94.4%	89.9%	100%

### แผนงานที่จะปฏิบัติในปี 2561

#### งานควบคุมคุณภาพงานผลิต และบริการ

1. ควบคุมการผลิต และจัดส่งสายส่งถึงผู้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ตามข้อกำหนดแผนงาน  
คุณภาพของแพทย์
2. จัดทำแผนงานตรวจสอบสิ่งป้อนป้อนในสายส่งและสายเคเบิลสายส่ง
3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน, คู่มือ และเจ้าหน้าที่



**งานพัฒนาคุณภาพ**

1. พัฒนาศักยภาพครู เช่น ส่งเข้าหาหน้าที่อบรมคุณครูคุณครู วิทยากรคุณครู, อบรมเพิ่มทักษะในงานประจำคุณครู  
วิเศษคุณครูพัฒนาคุณครู
2. พัฒนางานด้านเนื้อหาหลักสูตรมัธยม เช่น นำไปปรับหลักสูตรวิชาใหม่เป็นนวัตกรรมคุณครูไปสอน  
เนื้อหาที่ให้กับผู้เรียน
3. พัฒนางานด้านนิเทศน์นำปัด
4. พัฒนากระบวนการให้เด็กมาตักเรียน เช่น พัฒนาระบบการเก็บเนื้อหาวิชา
5. ประสานงานกับบริษัทข้างนอกมาประกอบเนื้อหาเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับเนื้อหาวิชา
6. ปรับเปลี่ยนโครงสร้างหน่วยงาน พัฒนาระบบการดำเนินงาน

**ด้านวิเทศน์/นิเทศน์นำปัด**

1. งานวิเทศน์และเผยแพร่ความรู้ จัดทำเอกสาร ตำรา คู่มือ สื่อเผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ แก่  
ผู้เรียนในหอผู้เรียน และผู้เรียนนอก เป็นวิทยากรบรรยาย งานการสนทนาศักยภาพทางภาษา
2. ติดตามประเมินผลนิเทศน์นำปัดของผู้เรียนที่ได้รับเนื้อหาวิชาทางสายให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
3. งานนิเทศน์ด้านเทคนิคให้คำปรึกษาแนะนำด้านเนื้อหาวิชา ด้านนิเทศน์นำปัด และการกำหนด  
เนื้อหาวิชาแก่ผู้เรียน เพื่อปรับ/พัฒนาป้องกันความเสี่ยงโรคที่ต่อให้เนื้อหาวิชาปัดให้สอดคล้องกับ  
เนื้อหาวิชา
4. ศึกษารายละเอียดของหลักสูตรมัธยมในโรงเรียน
5. ขยายเครือข่ายการพัฒนาระบบให้ไปสอนมัธยมในชุมชนได้แก่ โรงเรียนภาษาชุมชน, โรงเรียน,  
วัด, ด้านเนื้อหาวิชา, วิทยากร



## งานประชาสัมพันธ์

### วิสัยทัศน์

“ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ของส่วนรวม ”

### พันธกิจ

เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานราชการ และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น

### ปณิธาน

ยึดมั่นในความซื่อสัตย์สุจริตและโปร่งใส

### นโยบาย

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญในการดำเนินงานราชการ และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น

### เขตอำนาจของหน่วยงาน

เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานราชการ และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น ประชาชนในเขตเทศบาล 24 ชั่วโมง

### อัตรากำลัง

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ผู้อำนวยการ	
- พนักงานสื่อสาร	1
พนักงานประชาสัมพันธ์	1
ผู้อำนวยการส่วนราชการ	
- นักประชาสัมพันธ์	1
- เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์	6
รวม	9



**ภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบของหน่วยงาน**

- อำนวยความสะดวกสะดวกให้แก่ผู้ใช้บริการและผู้เกี่ยวข้องและแนะนำขั้นตอนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลแก่ผู้มาใช้บริการได้ถูกต้องและรวดเร็ว
- ช่วยแก้ปัญหาและข้อสงสัยของผู้ป่วยและผู้มาใช้บริการ เมื่อไม่ได้ผู้ปกครองสะดวก
- ให้ความดูแลผู้ป่วยยากจนยากไร้และคนพิการ ให้ได้ใช้บริการสุขภาพอย่างทั่วถึง
- ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานใน-ภายนอกโรงพยาบาล
- ปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล และปฏิบัติงานอื่นที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย

**ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (ปี พ.ศ. 2558 - 2560)**

รวมถึงหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องมาศึกษาดูงานและนำความรู้ไปปฏิบัติงาน

กิจกรรม	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
<b>ก.บริการเชิงรุกด้านหน้า งานประชาสัมพันธ์ภายใน</b>			
1. บริการเชิงรุกด้านหน้า (ดีพิวรี่หน่วยงาน)	28,250	29,405	29,770
2. บริการเชิงรุกด้านหน้า (ย้ายยาผู้ป่วยหน่วยงาน)	0	54,000	55,000
3. บริการแนะนำขั้นตอนการมาใช้บริการ	88,350	89,405	90,535
4. บริการติดตามต่อ-ส่งมอบตามนัด	103,380	103,490	104,550
5. บริการตรวจสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ	28,800	27,680	28,756
6. บริการผู้ปกครองที่เข้ารับ	43,680	44,370	44,450
7. บริการผู้ปกครองที่ขอ (รายงานแพทย์)	2,592	2,676	2,568
8. บริการผู้ปกครองที่ขอ ขาดการ (ตามเจ้าหน้าที่และอื่น ๆ)	720	610	612
9. บริการผู้ปกครองที่ขอ ส่วนตัว	0	0	0
10. บริการประกาศเสียงตามสายแพทย์ขอตรวจ OPD	3,250	3,250	3,250
11. บริการกิจกรรมที่ประกาศ OPD (12 ขยาย)	850	850	850
12. บริการประกาศเสียงตามสาย (ประกาศประชุม)	350	350	326
13. บริการประกาศเสียงตามสาย (ประกาศประชุม)	3,570	3,635	3,765
14. บริการติดตามต่อประสานงานแพทย์	60	50	67
15. บริการติดตามต่อประสานงานเจ้าหน้าที่	0	0	0
16. บริการผู้รับ-ส่งยา	0	0	0





**ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (ปฐกฐน ปฐกฐน วิชาภาษาอังกฤษ)**

รวมถึงหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องมาศึกษาดูงานและนำกลับมาพัฒนา

กิจกรรม	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
17. ปฐกฐนของห้องพิเศษ	10,800	10,845	11,115
18. ปฐกฐนของห้องพิเศษ	4,320	4,830	4,948
19. ปฐกฐน - อุปสชชคไม่มาปฏิบัติงาน	2	2	1
20. ปฏิบัติกิจกรรมพิเศษ	2,825	1,415	1,325
21. บัณฑิตอาสา	2,500	1,950	1,968
22. ปฐกฐนในสายพิเศษพิเศษ (เกิน 1 นาที)	0	0	0
23. ปฐกฐนติดต่อกันตามมาตรฐานสัมพันธ (เกิน 3 นาที)	0	0	0
24. การขอคำปรึกษา + ทำแบบสอบถาม	0	0	0
25. ขาดหมายข่าว	12	12	12
26. วิชาภาษาอังกฤษ	12	12	12
27. งานรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ และไกล่เกลี่ย * ปี 2558 มี 2 ราย ปี 2559 มี 4 ราย ไม่ได้นำเข้ามารวมยอด เฝ้าระวังมาตลอดในปี 2558	2	4	2
<b>รวม</b>	<b>324,325</b>	<b>330,241</b>	<b>383,908</b>
<b>งานประชาสัมพันธ์ภายนอก</b>			
1. จัดฉายภาพยนตร์ สัปดาห์ละคร 3 ครั้ง	0	0	
2. ส่งข่าวหนังสือพิมพ์และส่วนกลางเดือนละ 2 ครั้ง	24 ครั้ง/ปี	24 ครั้ง/ปี	24 ครั้ง/ปี
3. ประชาสัมพันธ์โครงการที่ออกเงินและส่วนกลาง เดือนละ 1 ครั้ง	0	0	7
<b>รวม</b>	<b>24 ครั้ง/ปี</b>	<b>24 ครั้ง/ปี</b>	<b>24 ครั้ง/ปี</b>
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>324,349</b>	<b>378,889</b>	<b>383,882</b>

**ด้านปฐกฐน**

1. ทบทวนนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา เขตอำนาจของหน่วยงานให้สอดคล้องกับ  
กรมการศึกษานานาชาติและนโยบายของหน่วยงานกำกับดูแล
2. จัดอัตรากำลังบุคลากรให้สนับสนุนปฏิบัติงานในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
3. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาคณะไม่มาปฏิบัติงาน
4. เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการปฐกฐนเดือนละ 1 ครั้ง



### ด้านบริการ

1. อำนวยความสะดวกแก่ลูกค้าให้มีความช่วยเหลือและแนะนำขั้นตอนการบริการของโรงพยาบาลแก่ผู้มาใช้บริการได้ถูกต้องและรวดเร็ว
2. ช่วยแก้ปัญหาและข้อสงสัยของศิษย์ให้แก่นักศึกษาเมื่อไม่ได้ช่วยความสะดวก
3. บริการข่าวสารทั้งภายใน-ภายนอกโรงพยาบาล
4. ปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล และปฏิบัติงานอื่นที่มิได้ระบุมา

### ด้านวิชาการ

1. จัดทำแผนทางการศึกษาปฏิบัติงานประจำสัปดาห์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. ส่งเสริมความรู้ทางวิชาชีพของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอเพื่อหาโอกาสพัฒนา
3. จัดประชุมผู้ปฏิบัติงานพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเดือนละ 1 ครั้ง

### ผลงานเด่น/นวัตกรรม ประจําปีงบประมาณ 2560

- บริการเชิงรุก หน้าห้องตรวจต่างๆ เพื่อให้คำแนะนำขั้นตอนการมาใช้บริการ
- จัดทำข่าวเผยแพร่สู่ศิษย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์

### การพัฒนาระบบคุณภาพ/แผนงานที่จัดทำในภายใต้อายุ 2561

- จัดบุคลากรเข้ารับการอบรมวิชาการทุกภาคส่วนได้แก่ ศึกษาดูงาน 10 วัน/คน/ปี, สู่ข้างปี 5 วัน/คน/ปี
- จัดทำทบทวนนิเทศกรรมการ OD, 5ส, HA
- จัดเจ้าหน้าที่อบรมอัปเดตความรู้
- จัดเจ้าหน้าที่อบรมซ่อมแซมอุปกรณ์

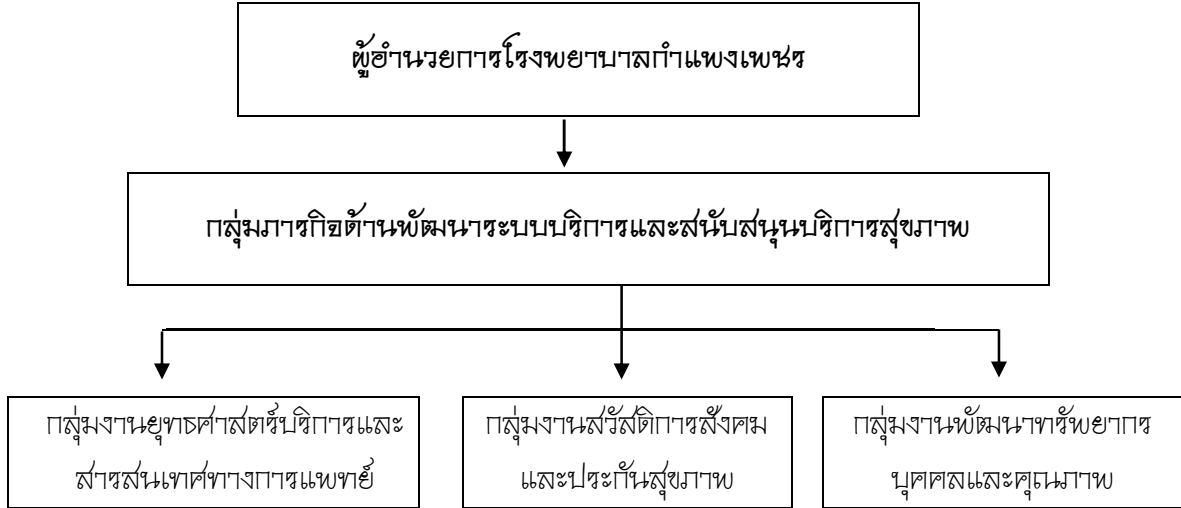
### แผนงานที่จัดทำในภายใต้อายุ 2561

1. จัดทำโครงการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนจังหวัดกำแพงเพชร กับโรงพยาบาลกำแพงเพชร (ระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2561)
2. ทบทวนนโยบาย วิทยาลัยฯ พันธกิจ ปรัชญา เหนือสิ่งอื่นใดของหน่วยงานให้สอดคล้องกับกลุ่มงานภารกิจอำนาจการและนโยบายของโรงพยาบาลกำแพงเพชร



# กลุ่มงานภารกิจด้านพัฒนากระบวนการและสนับสนุนภารกิจสู่ขงภาพ

แผนผังโครงสร้าง



- งานศูนย์เทคโนโลยีและข้อมูลสารสนเทศ (IT)
- งานศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ
- งานซ่อมคอมพิวเตอร์
- งานตรวจสอบยื่นข้อร้องเรียน
- งานตรวจสอบยื่นข้อร้องเรียน

- งานสวัสดิการสังคม
- งานประกันสุขภาพ

- งานพัฒนาบุคลากร
- งานศูนย์คุณภาพ (QO)
- งานห้องสมุด
- งานโสตทัศนศึกษา



## งานพัฒนาบุคลากร

### วิสัยทัศน์

เป็นหน่วยงานกลางที่พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

### พันธกิจ

ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

### อัตลักษณ์

ซื่อสัตย์สุจริต มีน้ำใจ

### นโยบาย

- ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน และมีความพึงพอใจในการทำงาน
- ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน และมีความพึงพอใจในการทำงาน
- พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

### เป้าประสงค์

- ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงาน
- บุคลากรมีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ตลอดจนมีความพึงพอใจในการทำงาน
- หน่วยงานสามารถพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

### บุคลากร 4 คน ประกอบด้วย

ข้าราชการจำนวน 1 คน

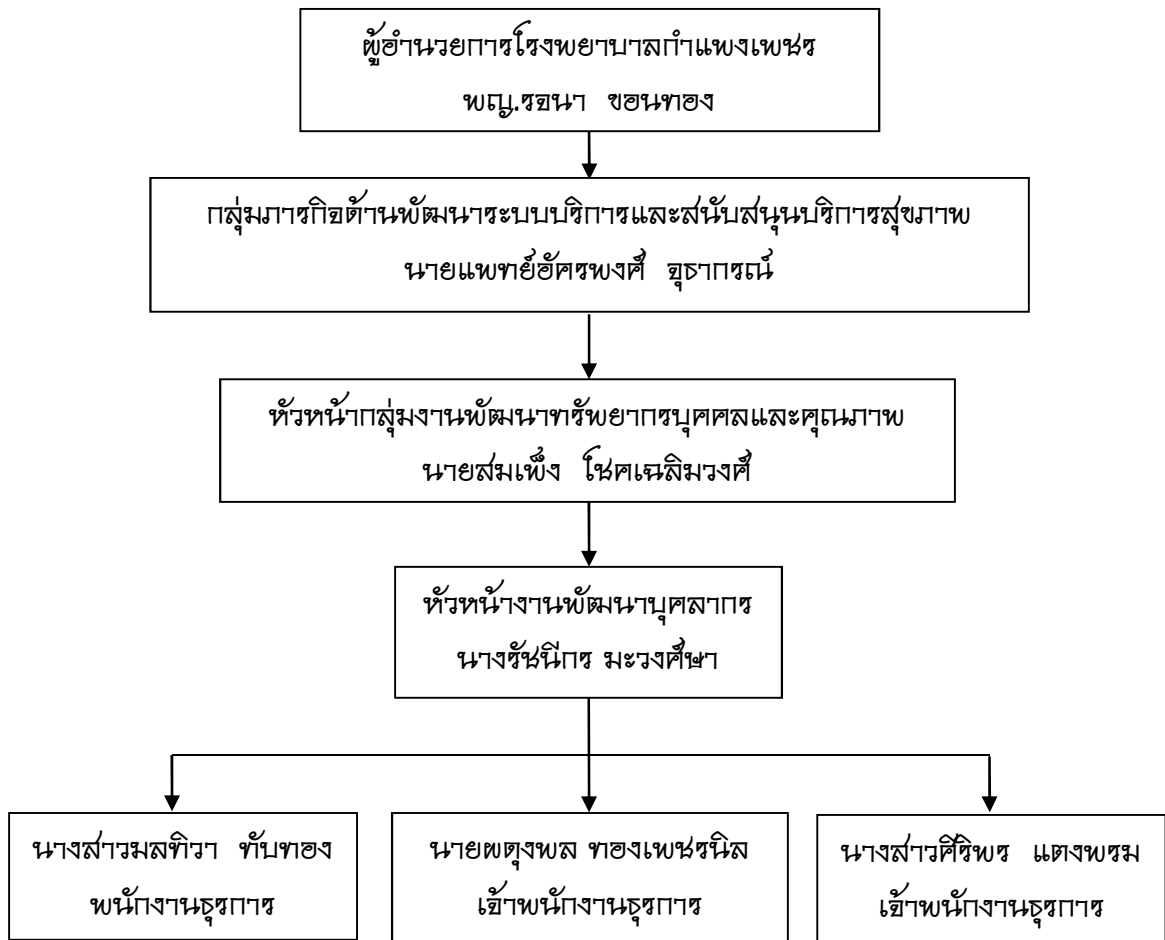
- นางสุวิมล นามวงศ์ รมว.ศึกษาธิการ ตำแหน่ง ศึกษานิเทศก์

พนักงานราชการจำนวน 3 คน

- นางสาวสมศรี นามวงศ์ ตำแหน่ง พนักงานราชการ
- นางสาวศิริพร นามวงศ์ ตำแหน่ง พนักงานราชการ
- นายพลเดช นามวงศ์ ตำแหน่ง พนักงานราชการ



### โครงสร้างกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ



### หน้าที่ความรับผิดชอบ

#### งานพัฒนาบุคลากร

รับผิดชอบการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับในโรงเรียนพยาบาล ให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์วิชาชีพและความคาดหวังของผู้รับบริการ สอดคล้องกับเป้าหมายและทิศทางทางพัฒนาบุคลากรของโรงเรียนพยาบาล ประกอบด้วย

1. พัฒนาศักยภาพของคณาจารย์ จัดประชุมนิเทศบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องในเชิงนโยบายของอำนวยการ และโรงเรียนพยาบาลกำแพงเพชร
2. ส่งเสริมและวิเคราะห์ความต้องการการศึกษาค้นคว้า ของบุคลากรทุกระดับในโรงเรียนพยาบาล ตลอดจนวางแผนการศึกษาอบรม ส่งเสริมงานวิจัยและงานวิจัยให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละหน่วยงานและโรงเรียนพยาบาล
3. ส่งเสริมความพึงพอใจของบุคลากรทุก ๆ ปีละ 1 ครั้ง



4. จัดทำโครงการชุมชนนิเวศแพทย์เพิ่มพูนหมวกที่ปรึกษา พหุศาสตร์จัดทำตารางงานบริการปฏิบัติงานใน 5 แผนกหลักและโรงพยาบาลชุมชน
5. ตรวจสอบแบบปฐมนิเทศแพทย์เพิ่มพูนหมวกที่ปรึกษา ๕ ปีที่ 1
6. จัดสัมมนา ตรวจสอบ และสรุปผลโครงการแพทย์ประจำบ้านทุกปี ๗ และ 1 ครั้ง
7. สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
8. สรุปงานปฐมนิเทศที่ใช้ในการพัฒนาบุคลากรไปร่วมอบรม / ประชุมวิชาการ / ศึกษาดูงาน เป็นประจำทุกเดือนและนัดต่อคณะกรรมาธิการโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย
9. พัฒนาคณะกรรมาธิการโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานสถาบันปฏิบัติการปฏิบัติงานของแพทย์เพิ่มพูนหมวกที่ปรึกษาของแพทยสภา
10. พัฒนาคณะกรรมาธิการโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการระดับสูงของ สป.สธ.

**งานชุมชนบริการ**

1. งานประชาสัมพันธ์ ลงทะเบียนรับ - ส่งหนังสือ แจ้งเวียนหนังสือแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. งานผลิตเอกสารต่าง ๆ ตามที่ได้ขออนุมัติ
3. ทำหนังสือเดินทางขออนุญาตไปร่วมอบรม / ประชุมวิชาการ / ศึกษาดูงานของบุคลากร
4. การส่ง - ใต้ตบหนังสือราชการ
5. การพิมพ์หนังสือ และตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร
6. การจัดทำและศึกษาเอกสารให้เป็นระบบ

**ผลการดำเนินงานพัฒนาบุคลากร**

1. ไปราชการโดยส่งให้ไปตามนโยบาย	56	เรื่อง	109	คน
2. ไปราชการโดยสมัครไป	-	เรื่อง	-	คน
3. เป็นวิทยากร	3	เรื่อง	3	คน
4. จัดโครงการ	13	โครงการ		

รายการ	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.59-ก.ย.60)
ส่งให้ไป / สมัครไปราชการ	5,607,063.79	4,999,569.23	3,263,622.04	4,595,673.40
โครงการงบเงินบำรุง	3,835,089.60	3,098,384.37	2,014,599.50	1,852,548.50
<b>รวม</b>	<b>9,442,153.39</b>	<b>8,097,953.60</b>	<b>5,278,221.54</b>	<b>6,448,221.90</b>

**ค่าใช้จ่ายในการไปราชการเพื่อพัฒนาบุคลากร**



เดือน	ค่าใช้จ่ายไปราชการ ปีงบประมาณ 2560					
	การพยาบาล	ตติยภูมิ	ปฐมภูมิ	อำนวยการ	พรส.	รวม
ต.ค.-59	107,851.64	80,687.50	121,352.00	47,941.00	22,485.50	380,317.64
พ.ศ.59	26,656.00	25,888.00	12,124.00	14,625.00	5,924.00	85,217.00
ธ.ค.-59	40,186.00	51,194.00	3,288.00	7,800.00	468	102,936.00
ม.ค.-60	-	102,807.00	35,104.00	32,673.00	10,572.00	181,156.00
ก.พ.-60	89,609.00	70,137.00	63,434.00	97,401.00	22,286.00	342,867.00
มี.ค.-60	15,690.00	38,968.00	88,702.00	31,748.00	11,896.00	187,004.00
เม.ย.-60	74,778.00	135,552.00	43,269.00	28,886.00	15,945.00	298,430.00
พ.ค.-60	365,088.00	116,172.00	38,504.00	70,883.00	7,918.00	598,565.00
มิ.ย.-60	124,598.00	111,580.00	64,048.86	94,744.00	-	394,970.86
ก.ค.-60	363,428.00	93,852.00	45,359.00	30,412.00	4,528.00	537,848.00
ส.ค.-60	261,685.00	225,235.00	116,532.90	183,944.00	79,637.00	867,033.90
ก.ย.-60	284,472.00	155,935.00	46,100.00	103,910.00	28,911.00	619,328.00
รวม	1,754,041.64	1,208,007.50	677,817.76	744,967.00	210,570.50	4,595,673.40

ค่าใช้จ่ายในทางจัดซื้อของทางเพื่อพัฒนาบุคลากร

เดือน	ค่าใช้จ่ายโครงการ ปีงบประมาณ 2560					
	การพยาบาล	ตติยภูมิ	ปฐมภูมิ	อำนวยการ	พรส.	รวม
ต.ค.-59	-	-	222,800.00	58,360.00	101,837.00	382,997.00
พ.ศ.59	-	-	-	42,380.00	-	42,380.00
ธ.ค.-59	-	-	-	31,000.00	-	31,000.00
ม.ค.-60	-	-	-	-	180,080.00	180,080.00
ก.พ.-60	-	70,000.00	60,500.00	-	50,000.00	180,500.00
มี.ค.-60	-	-	7,000.00	-	-	7,000.00
เม.ย.-60	-	-	-	-	21,600.00	21,600.00
พ.ค.-60	-	-	50,100.00	34,988.00	35,100.00	120,188.00
มิ.ย.-60	57,725.00	-	29,600.00	-	63,640.00	150,965.00
ก.ค.-60	136,740.00	24,034.10	-	67,648.10	-	228,422.20
ส.ค.-60	78,400.00	30,000.00	-	-	-	108,400.00
ก.ย.-60	178,639.00	-	103,073.30	-	117,304.00	399,016.30
รวม	451,504.00	54,034.10	132,673.30	67,648.10	180,944.00	1,852,548.50



## ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT)

### อัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ประจำในศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ

- นายอภินันท์ สุทธิรัตน์ ตำแหน่งนักวิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์
- นายชุตัญพงศ์ เอี่ยมแสน ตำแหน่งนักบริหารการคอมพิวเตอร์
- นายปวีต นุตชุต ตำแหน่งนักบริหารการคอมพิวเตอร์
- นายอภิสิทธิ์พงษ์ สุดสงวน ตำแหน่งนักเทคโนโลยีสารสนเทศ
- น.ส.ศิริมาศณี เพ็ญสาละ ตำแหน่งนักเทคโนโลยีสารสนเทศ

### ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ตั้งแต่ปี 2552 ให้บริการด้านข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากรสาย/ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ปฏิบัติงาน/ องค์การภายนอกและมีความพร้อมให้บริการด้านข้อมูลและข้อมูล การบริหารข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลทางเทคนิค การพัฒนาระบบงาน การศึกษา และการวิจัย ภายใต้นโยบายของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

### ผลงานปฏิบัติงาน / กิจกรรม (บริหาร บริหาร วิชาการ)

1. สนับสนุนด้านไอทีงานนโยบายผู้ชำนาญการให้สำเร็จ 2 งาน (website+thairefer)
2. นิเทศงานด้านวีซีดีและระบบข้อมูล ชพ.สค. CUP 41 แห่ง
3. เขียน/แก้ไขโปรแกรมใช้งานในโรงพยาบาล 13 โปรแกรม
4. นำโปรแกรมเข้ามาใช้งาน 5 โปรแกรม
5. โปรแกรมที่ยังต้องดูแลต่อเนื่อง / แก้ไข / สนับสนุน 45 โปรแกรม
6. อบรม/สอนการใช้งานโปรแกรมให้แก่วินิจฉัย เจ้าหน้าที่ 15 รุ่น
7. เข้าร่วมประชุม/อบรมในและนอกโรงพยาบาล 52 ครั้ง
8. งานตรวจสอบข้อมูล PP 21/43 แฟ้ม 24 ครั้ง
9. แก้ไขปัญหาทางเทคนิคทั้งหมด 416 ครั้ง
10. แก้ไขปัญหาโปรแกรม HOSXP ในโรงพยาบาล 352 ครั้ง
11. แก้ไขปัญหาโปรแกรม HOSXP นอกโรงพยาบาล 27 ครั้ง
12. แก้ไขปัญหาเครือข่าย / ระบบระบบเครือข่าย 53 ครั้ง
13. ทำ/แก้ไขรายงานใน ชพ. 163 รายงาน
14. ทำ/แก้ไขรายงานนอก ชพ. 30 รายงาน
15. จำนวนคำสั่ง SQL ที่จัดทำเพื่อบริการข้อมูล 1,930 Query
16. การเข้าถึงรายงานที่ IT ทำ (CUSTOM) 135,120 ครั้ง
17. การเข้าถึงรายงานที่ IT ทำ (SYSTEM-REPORT) 2,279,050 ครั้ง
18. ตรวจสอบระบบงานด้านข้อมูลโรงพยาบาล ตรวจสอบเครื่องแม่ข่าย Server และข่ายหลัก และของ ให้พร้อมใช้งาน 180 ครั้ง





### การขอศึกษาปฏิบัติงาน นักศึกษาฝึกงาน

1. โรงเรียนพยาบาลเอกชนมาขอปฏิบัติงานระบบ IT และโปรแกรม HOSXP ทั้งระบบ
2. โรงเรียนพยาบาลวิจิตรวัฒนาขอปฏิบัติงานระบบ IT และโปรแกรม HOSXP
3. โรงเรียนพยาบาลจุฬาลงกรณ์ราช มาขอปฏิบัติงานระบบ Vitalsign Project ผ่าน Tablet
4. นักศึกษาฝึกงานจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี-คอมพิวเตอร์ 1 คน
5. นักศึกษาฝึกงานจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร 1 คน

### ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. สหประชากรมินโปรแกรม thairefer ทางด้านเทคนิค ขนส่งข้อมูลในส่วนของ IT
2. พัฒนา Website ขพ.ตามนโยบาย ผู้อำนวยการให้สำเร็จ
3. ประสานงานการเชื่อมต่อกับ LIS กับ HOSXP
4. ทำ UE Form สำหรับขอข้อมูลในส่วนของแต่ละทีม
5. ทำโปรแกรมเก็บทะเบียนรถ ขพ.กพ. และจัด Training ให้ยาม
6. ทำรายงาน 504 ของทั้งหมด (1 รายงาน 500 Query)
7. ออกนิตยสาร 41 แห่ง และเป็นวิทยากรบรรยายและแก้ไขปัญหาต่างๆ ของ ขพ.ส.ต.ในเครือข่ายของโรงเรียนพยาบาลกำแพงเพชร
8. จัดอบรมวิธีการลงตัวจัด สสข. การ monitor ข้อมูลบน MIS ซึ่งหวังดีให้ ขนท.ขพ.
9. โปรแกรม ISWIN ของ ER
10. โปรแกรม หอสมิทบาลผู้ป่วยหนักทุกแผนกเกิด NICU
11. โปรแกรมตรวจความพึงพอใจผู้ป่วยใน IPD ทุกตึก
12. โปรแกรมตรวจความพึงพอใจผู้ป่วยนอก OPD ทุกหน่วยงานผู้ป่วยนอก
13. โปรแกรมบันทึกข้อมูลรับส่ง ของพนักงานโรงเรียนพยาบาล (งานการเจ้าหน้าที่)
14. โปรแกรมบันทึกติดตามผู้ป่วยกายภาพ 6 Min Walk Test (งานเวชการชุมชนฟื้นฟู)
15. โปรแกรมห้องสมุด
16. Vital Sign (SOS Score) (80%)
17. Pharmaceutical Care (60%)
18. MIS-ตัวจัดตารางตรวจ
19. โปรแกรมพิมพ์เช็ค (การการเงิน)
20. โปรแกรมอำนวยการศึกษาพยาบาลผู้ป่วย เข้าสู่อุบัติเหตุ Hosxp
21. โปรแกรมบันทึกข้อมูลการไปอบรมของเจ้าหน้าที่ (KPH Dev In)
22. โปรแกรม ส่งออกข้อมูล Unit cost (วิเคราะห์ต้นทุนการการเงิน)
23. ออกแบบรายงานตามความต้องการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆที่ต้องการ
24. แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม HOSXP หรือ Software ต่าง ๆ ภายในโรงเรียนพยาบาล



- 25. ตรวจสอบสถานะเบิกรับบัญชี 1 - 8 ในระบบโปรแกรม HOSXP
- 26. Training วิธีใช้งานโปรแกรมต่าง ๆ ให้กับเจ้าหน้าที่
- 27. ร่วมกับ สสจ.พว. พัฒนาระบบ MIS

**การพัฒนาศักยภาพบุคลากร/แผนงานที่จะดำเนินงานต่อในปี 2561**

- 1. จัดอบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและ เติชชีของโรงพยาบาลในท้องถิ่นของ 43+7 แห่ง
- 2. ระบบ 16 แห่ง 3 กองทุน
- 3. ติดตั้งระบบ Datacenter CUP
- 4. ออกแบบระบบ MIS Datacenter CUP เพื่อการขจัดภาวะ
- 5. ร่วมพัฒนา MIS กับ สสจ. (คณะกรรมาธิการ IT จังหวัด)
- 6. ทำห้อง Server ให้ได้มาตรฐาน ขอ สสจ. มาตรวจเยี่ยม
- 7. เติชชีวางแผนเพิ่มพื้นที่ Server HOSXP เพื่อบริการ Database ไปลิ้งค์เต็มแล้ว
- 8. ออกแบบระบบเครือข่ายภายในโรงพยาบาลใหม่ทั้งหมดเพื่อรองรับการเชื่อมต่อใหม่
- 9. Spare Notebook คอมพิวเตอร์ (ตาม Comment สสจ.)
- 10. ออกแบบระบบ Network ใหม่ทั้งระบบ เพื่อรองรับการเชื่อมต่อใหม่ 4 ชั้นและ 8 ชั้น
- 11. Form-UE OPDCARD ของ OPD / ฯลฯ
- 12. โปรแกรมบัญชี (เปลี่ยนโปรแกรม และ database ทั้งหมด)
- 13. พัฒนาระบบการส่งข้อมูลให้ของระบบกับรูปแบบตามกระทรวงสาธารณสุข
- 14. โปรแกรมคำนวณเงินต้นทาง การ อบรม/ประชุม และสรุปรายงาน
- 15. แบบฟอร์มขอใช้งาน Internet (ให้ขอข้อมูลมาตัวเองและ IT เปิดให้ใช้งานเมื่อส่งเอกสารยืนยัน)
- 16. Vital Sign (SOS Score) > ศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ประโยชน์ในการส่งเวช
- 17. Issue Tracking (ทำเพิ่มเติมระบบการติดตามงานและให้ข้อมูลครบถ้วน)
- 18. Nurse Note
- 19. โปรแกรมบันทึกข้อมูลสมรรถนะของบุคลากร
- 20. เว็บไซต์ สสจ. - เพิ่มข้อมูลโรงพยาบาล, ข้อมูลหน่วยงานภายใน สสจ.
- 21. โปรแกรมบันทึกข้อมูลรับส่ง ของโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล (งานฝากผู้ป่วย)
- 22. โปรแกรมส่งเอกสารผู้ป่วย และรายงานโรคมาลาเรีย (เหลือตัว ผง.) (งานโรคมาลาเรีย)
- 23. ระบบรายงานให้สามารถ รายงานผ่านโปรแกรมได้



# งานศูนย์ข้อมูลและเวชสารสนเทศ

## เขตอำนาจ

ให้ปฏิบัติงานข้อมูลเวชสารสนเทศและบริหารจัดทําข้อมูลระบบฐานข้อมูลสถิติทางกายภาพและ  
สาขาวิชาของโรงพยาบาลด้วยคอมพิวเตอร์ สมบูรณ์ ทันเวลาและเป็นที่ยอมรับ

## ขอบเขตปฏิบัติงาน

1. บริหารจัดทําข้อมูลระบบฐานข้อมูลสถิติทางกายภาพและสาขาวิชาของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน สมบูรณ์  
เป็นปัจจุบัน และค้นหาได้สะดวก เพื่อจัดส่งและนำเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ  
ภายนอกโรงพยาบาล
2. ให้ปฏิบัติงานข้อมูลเวชสารสนเทศแก่บุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก  
โรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในกิจการพัฒนาระบบบริหารงาน บริหาร และวิชาการ
3. สนับสนุนการวิจัยเทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดทําข้อมูลทางสุขภาพ  
แก่หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

## เป้าหมาย

- ข้อมูลสถิติทางกายภาพและสาขาวิชาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
- เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ

## ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ

1. ตรวจสอบ ติดตาม ตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลต่าง ๆ พร้อมทั้งประเมินผลของหน่วยงาน  
ภายในให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา
2. ให้ปฏิบัติงานข้อมูลสถิติทางกายภาพและสาขาวิชาแก่บุคคลจากหน่วยงานและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายใน  
และภายนอกโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในกิจการพัฒนาระบบบริหารงาน บริหาร และวิชาการ
3. สนับสนุนการวิจัยเทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดทําข้อมูลทางสุขภาพ  
แก่หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

## อัตราค่าจ้าง

1. เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติชำนาญการ	ชำนาญ	1	๗๖
2. นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	ชำนาญ	1	๗๖
3. นักวิชาการคอมพิวเตอร์	ชำนาญ	1	๗๖
4. พนักงานธุรการ	ชำนาญ	1	๗๖



# โครงสร้างองค์กรศูนย์ข้อมูลवेशสำตงสนมเทศ





ผลทางปฏิบัติปีปฏิบัติงาน

ที่	รายละเอียด	จำนวน(คน/ครั้ง)
1.	ตรวจหาลงทะเบียนและแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยนอกในระบบ Hosxp (ให้รหัสโรค, แก้ไขรหัสโรค, บันทึก/บันทึกห้องตรวจ, ผู้ป่วยนอก-ใน, ให้รหัสโรค ER, ให้รหัส/บันทึก/ตรวจหาลงทะเบียนแบบโรค, บันทึกโรค, สถานะสถานพยาบาลที่รับ - ส่ง ในระบบ Refer in-out/ให้รหัสโรค ICD9/ประมวลผล ADJrw (12 แฟ้ม/21 แฟ้ม/ตง.504,ตง.505)/ตรวจหาลงทะเบียน/แก้ไขฐานประวัติผู้ป่วย HN ฐาน เลขบัตรประชาชน, ประเภท, เลขบัตรประชาชนของทางออกแยกเกิด, แม่ที่มีในทางออกแยกเกิด/ตรวจหาลงทะเบียน/ประมวลผลจากไปตรงตาม HOSxp เพื่อแยก PID ในฐาน person	521,553
2.	รวมรวมและจัดทำรายงานประจำปี <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประจำปีโรงพยาบาล (หน่วยงานภายใต้โรงพยาบาล)</li> <li>- ข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์สุขภาพชุมชน (GIS)</li> <li>- สำเนาภาพถ่าย และภาพถ่ายของทางออกแยกเกิด</li> </ul>	1 1 12

ผลทางปฏิบัติปีปฏิบัติงานด้านทางตรวจหาลงทะเบียนและแก้ไข

รายการที่ตรวจหาลงทะเบียนและแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน	2557	2558	2559
ให้รหัสโรค	64,505	64,077	47,975
บันทึกแก้ไขรหัสโรค	49,803	48,029	27,365
แก้ไขประเภทโรค	2,306	5,070	1,771
บันทึกแก้ไขรหัสโรค ER	20,855	15,836	20,315
ให้รหัสโรค ICD9	12,857	11,781	6,363
บันทึกแก้ไขรหัสโรค ICD9	12,883	11,748	9,341
บันทึกแก้ไขรหัสโรค Refer In	304	0	16
บันทึกแก้ไขรหัสโรค Refer OUT	183	75	91
ให้รหัสแบบโรคที่ปิด	30,694	36,415	26,378
บันทึกแก้ไขรหัสแบบโรค	32,982	47,798	21,206
ประมวลผล ADJrw จำนวนครั้ง	330	335	311
ประมวลผล ADJrw จำนวนราย	40,926	40,104	40,542
ตรวจหาลงทะเบียนให้รหัสโรค/รหัสแบบโรคนอก	538,788	526,140	309,327
บันทึกแก้ไขข้อมูลบุคคล ๒๖ปี, ๓๖ปี, ๓๖ปี	2,091	1,235	132



ผลการปฏิบัติงานด้านกาตตรวจหาลอบและแก๊ว

รายการที่ตตรวจหาลอบและแก๊วข้อมูลผู้ปรอยนอก - ผู้ปรอยใน	2557	2558	2559
แก๊วหาลอบในรถ, หาลอบในรถ 21 แผล	132	86	0
ตตรวจหาลอบข้อมูลรายการ 21 แผล	266	2	0
ตตรวจหาลอบแผนกในรถ Admit	11,662	5,620	3,692
แก๊วแผนกในรถ Admit	5,547	8,531	3,172
แก๊วหาลอบในรถผู้ปรอยใน	113	7	527
แก๊วหาลอบในรถผู้ปรอยใน Adj RW=0	158	0	0
ตั้งข้อมูลเพื่อกาตตรวจหาลอบและบันทึกข้อมูลที่ไม่ม PID	177	242	22
แก๊ว/แผล ข้อมูล PID ในไปรถแผนก HosXp	100	1	0
ประมวผลผลการส่งออกเลข PID	412	62	7
<b>รวม</b>	<b>830,074</b>	<b>823,194</b>	<b>521,553</b>

ผลการปฏิบัติงานกาตให้บดกาตข้อมูลทางกาตแพทว

ประเภท	คตุงกาตติดตอ
หนวยงานภายในโรงพยาบาล	646
หนวยงานภายนอกโรงพยาบาล	13
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>659</b>

หนวยงานภายนอกกาตให้บดกาต

ลำดับ	หนวยงาน	คตุงติดตอ	ขำนวนคนงาน
1	หนวยงานอื่น ๆ	9	25
2	สสจ.ปท.	4	27
	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>13</b>	<b>52</b>



หน่วยงานภายในโรงพยาบาลที่ให้บริการ

ลำดับ	หน่วยงาน	เตียงติดต่อกัน	จำนวนผู้ป่วย
1	OPD	103	6,867
2	ICU กึ่งวิกฤติ	55	4,510
3	กลุ่มงานเวชพชรมลิ่งคอม	54	11,664
4	อายุรพชรมลิ่ง	54	6,573
5	วิสัญญี (พชรส.)	44	332
6	ICU(MED)	42	1,208
7	กลุ่มงานศัลยพชรม	30	623
8	จิตเวช, ยาเสพติด	29	2,656
9	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	27	962
10	กลุ่มงานศัลยพชรมกระดูก	22	287
11	ฟายการเงินและบัญชี	21	350
12	เวชชะเป็ยใน	19	102
13	ศูนย์ข้อมูล	18	89
14	กลุ่มงานพยาบาล	15	165
15	QO	14	284
16	องค์การแพทย์	11	487
17	กลุ่มงานสัตว ศัลย นารี	10	59
18	ศัลยศาสตร์ทั่วไป (30)	10	964
19	กลุ่มงานกุมารเวช	9	157
20	กลุ่มงานแม่และเด็ก	7	165
21	กลุ่มงานอายุรพชรม	7	730
22	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	5	21
23	ศัลยอุบัติเหตุ (30)	5	44
24	กลุ่มงานสูติ-นรีเวช	4	47
25	พิเศษอื่น 1 (11)	3	8
26	ห้องตรวจหัวใจ	3	139
27	ดีบุกมาชเวชพชรม (ล่าง)	2	17
28	ดีบุกสูติ (ห้องคลอด)	2	30
29	ANC	2	4
30	AFRIMS	2	7



หน่วยงานภายใต้โรงพยาบาลที่ให้บริการ

ลำดับ	หน่วยงาน	เตียงติดต่อก	จำนวนเตียง
31	ฝ่ายงานการเจ้าหน้าที่	1	1
32	กลุ่มงานเวชการศัลยกรรมฟื้นฟู	1	576
33	เวชระเบียนนอก	1	2
34	ฝ่ายธุรการ	1	2
35	ดีปกุมารเวชการศัลยกรรม (บน)	1	2
36	อายุการศัลยกรรมหญิง	1	1
37	ดีปกัลยกรรม	1	1
38	งานผ่าตัด	1	4
39	ฝ่ายพัสดุ	1	2
40	พิเศษชั้น 2 (11)	1	2
41	คลังการศัลยกรรมหญิง	1	1
42	ICU (รวม)	1	54
43	กลุ่มงานรังสีวิทยา	1	2
44	กลุ่มงานรังสีวิทยา	1	60
45	ประสาสมัครพันธ์	1	2
46	พิเศษชั้น 3 (11)	1	6
47	กลุ่มงานวิสัญญี	1	1
<b>รวมทั้งหมด</b>		<b>646</b>	<b>40,270</b>

สรุปตามวัตถุประสงค์ที่ขอรับบริการ

วัตถุประสงค์	เตียงติดต่อก	จำนวนเตียง
ประกอบบริการ	273	29,197
พัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ	133	8,650
ข้อมูลสำหรับบริการ	123	813
ตรวจสอบข้อมูล	64	898
จัดทำผลงาน	38	682
งานส่งกระดาษ	27	81
ไม่ได้ระบุ	1	1
<b>รวมทั้งหมด</b>		<b>40,322</b>





## ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ

1. ข้อมูลจากฐานข้อมูลไปรษณีย์ HOSxP ไม่เสถียรทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกันไม่อาจขอภาพต่างๆ  
แต่ละครั้ง
2. ข้อมูลของผู้รับบริการบางรายขาดความสมบูรณ์ - ความถูกต้อง ทำให้การขอข้อมูล  
คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากการพิมพ์ที่ผิดพลาดของข้อมูลทำให้บริการอย่างจริงจัง
3. ข้อมูลการให้บริการของผู้ป่วยนอก - ในของแต่ละเดือนมีเจ้าหน้าที่มาขอภาพ ส่งผลกระทบให้  
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต้องปฏิบัติงานนอกเวลาเพื่อตอบสนองข้อมูลให้ทันตามขอ  
บริการของหน่วยงานของแต่ละเดือน
4. การ Update ไปรษณีย์ HOSxP ในแต่ละครั้ง มีผลกระทบกับฐานข้อมูลและระบบ Report  
สำหรับข้อมูลให้ต้องเสียเวลาในการตรวจสอบ Report และต้องแก้ไขใหม่อยู่เสมอ
5. ความต้องการข้อมูลในเชิงตัวชี้วัด การเปรียบเทียบข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา  
ทำให้ไม่สามารถหาตัวเลขมาตรงฐานข้อมูลในภาพที่ให้บริการที่แน่นอน
6. ความเร่งด่วนของความต้องการข้อมูลในแต่ละครั้งที่มาขอมีเวลาจำกัด ทำให้เป็นอุปสรรค  
ในการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล

## กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินการในปี 2561

1. พัฒนาระบบหนึ่งสี่ไปรษณีย์แบบ Electronic
2. พัฒนาระบบ KPH E - OFFICE (ระบบบันทึกภาพเปิด-ถ่ายฟิล์มแบบ Electronic)  
เพื่อตอบสนองแพทย์ทางทันตกรรม
3. พัฒนาระบบเคื่องข่าย Indications center เพื่อเป็นศูนย์รวมผลงานทางภาพแพทย์
4. พัฒนาการส่งข้อมูลและไปรษณีย์ทำงานต่างๆ เช่น เพื่อขอข้อมูลเชิงวิเคราะห์
5. พัฒนาระบบการนัดหมายผู้ป่วยศูนย์ข้อมูลภายในหน่วยงาน (ต่อเนื่อง)
6. บริการข้อมูลฐานข้อมูลผู้รับบริการของโรงพยาบาลให้มีถูกต้องและมีความสมบูรณ์  
ขอผลรวมความต้องการ (เพศ เลขบัตรประชาชน วิชาชั้นเรียน อายุ วิชาศึกษา)
7. พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ความสามารถในด้านทันตกรรมฐานข้อมูล (ต่อเนื่อง)

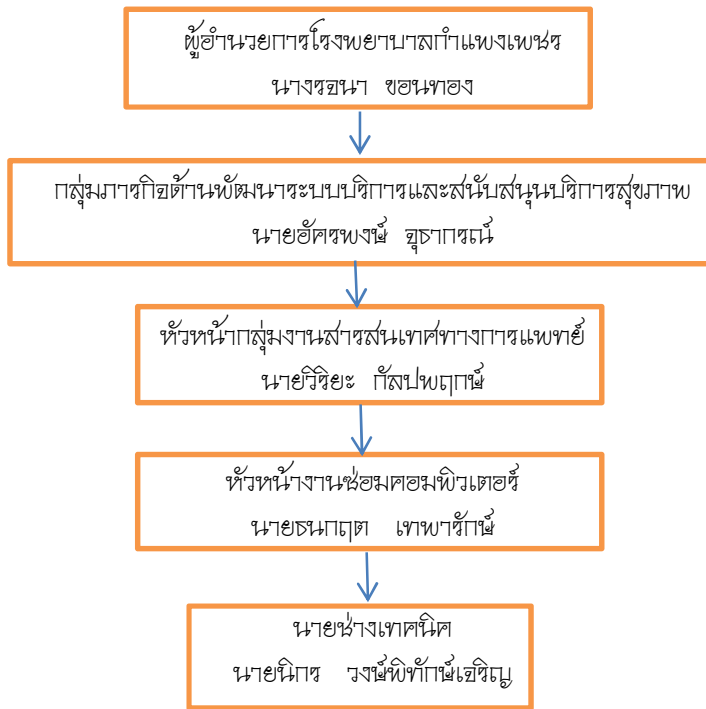


## งานคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ

### บุคลากร

- นายชมนาด เกษมทรัพย์ ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่อาวุโส
- นายนิคม วงษ์พิทักษ์เชิณ ตำแหน่ง นายช่างเทคนิค

### โครงสร้างงานคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ



### หน้าที่ความรับผิดชอบ

ดูแลปฏิบัติงานคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนและส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ติดตามข้อร้องเรียน คัดกรองข้อร้องเรียน และอุปการะช่วยเหลือผู้ร้องเรียน ทั่วประเทศ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองภาคใต้, ศูนย์แพทย์ศาสตร์การศึกษาระดับอุดมศึกษาของจังหวัด, ศูนย์แพทย์ศาสตร์การศึกษาระดับอุดมศึกษาของจังหวัด, ศูนย์แพทย์ศาสตร์การศึกษาระดับอุดมศึกษาของจังหวัด)

### กิจกรรมและอุปการะช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ดูแล

- |                             |       |     |     |
|-----------------------------|-------|-----|-----|
| 1. กรณีคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ | จำนวน | 670 | คดี |
| 2. กรณีคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ | จำนวน | 404 | คดี |
| 3. กรณีของสื่อมวลชน         | จำนวน | 193 | คดี |
| 4. Hubswith                 | จำนวน | 64  | ตัว |



**ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน**

งานด้านติดตั้งซอฟต์แวร์

1. งานติดตั้งด้านซอฟต์แวร์ (Software)
  - 1.1 ติดตั้งวินโดวส์เครื่องคอมพิวเตอร์
  - 1.2 ติดตั้งโมดูลซอฟต์แวร์ที่ใช้งาน
  - 1.3 ติดตั้ง Software/Application Desktop
  - 1.4 ติดตั้ง Software HOSxP
  - 1.5 ติดตั้ง Software HOSxP\_PCU
  - 1.6 ติดตั้งไดรฟ์เวอร์ฮาร์ดแวร์
  - 1.7 ติดตั้งไดรฟ์เวอร์แอสเพนแนอ์
  - 1.8 ตรวจสอบการปฏิบัติงานติดตั้ง Software Computer
2. งานด้านปรับปรุงแก้ไขซอฟต์แวร์ (Software)
  - 2.1 แก้ไขปัญหาการใช้งานโปรแกรม HOSxP
  - 2.2 แก้ไขปัญหาการใช้งานโปรแกรม HOSxP\_pcu
  - 2.3 แก้ไขปัญหา Software/Application Desktop
  - 2.4 แก้ไขปัญหา Software/Application Internet
  - 2.5 แก้ไขปัญหา Software/Application ที่พัฒนาขึ้นมาเอง
  - 2.6 สแกนไวรัสใน Flashdrive/Harddisk
  - 2.7 ตรวจสอบ Software เครื่องคอมพิวเตอร์ PC
  - 2.8 แก้ไขปัญหา Software นอกโรงพยาบาล (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง , ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองต่างจังหวัด, ศูนย์แพทย์แผนไทยหน้าสถานีตำรวจภูธรเมืองกำแพงเพชร, ศูนย์แพทย์เทศบาลน่านไปรษณีย์)

งานด้าน Hardware

1. งานซ่อมคอมพิวเตอร์ (Hardware)
  - 1.1 ซ่อมเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop ซ้ำซ้อน
  - 1.2 ซ่อมเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop แบบง่าย
  - 1.3 ซ่อมเครื่องคอมพิวเตอร์ Notebook
  - 1.4 ซ่อมเครื่องสำรองไฟ (UPS)
  - 1.5 ซ่อมจอคอมพิวเตอร์(Monitor)
  - 1.6 ซ่อม Printer ซ้ำซ้อน
  - 1.7 ซ่อม Printer แบบง่าย
  - 1.8 ซ่อม HUB/With
  - 1.9 ซ่อม Scanner
  - 1.10 งานซ่อม Router/Modem



- 1.11 ซ่อมอุปกรณ์ Network
- 1.12 ซ่อม/เปลี่ยน/mouse/keybroad/LAN CARD/Harddisk/PowerSupply
- 1.13 เปลี่ยนตลับหมึกเครื่อง Printer
- 1.14 กู้ข้อมูล โน้ตบุ้คของ Computer/USB Harddisk
- 1.15 ตรวจสอบสภาพปฏิบัติงานซ่อมบำรุง Hardware Computer
- 1.16 กู้ข้อมูล Flashdrive/Thumbdrive/Memorycard
- 1.17 ซ่อมคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองต่างจังหวัด, ศูนย์แพทย์ศาสตร์แพทย์แผนไทยหน้าสถานีตำรวจภูธรเมืองกำแพงเพชร, ศูนย์แพทย์แผนไทยหน้าไปรษณีย์)

**งานประกอบติดตั้งคอมพิวเตอร์**

- 1. ประกอบคอมพิวเตอร์ Desktop
- 2. ติดตั้งคอมพิวเตอร์ Desktop ใหม่ในหน่วยงาน
- 3. ติดตั้งคอมพิวเตอร์เฉพาะ CPU ในหน่วยงาน
- 4. ติดตั้งฮาร์ดคอมพิวเตอร์ Desktop ในหน่วยงาน
- 5. ติดตั้งคอมพิวเตอร์ Notebook ในหน่วยงาน
- 6. ติดตั้งคอมพิวเตอร์พกพา
- 7. ติดตั้ง Printer
- 8. ติดตั้ง Scanner
- 9. ติดตั้งอุปกรณ์ Switch
- 10. ตรวจสอบสภาพปฏิบัติงานประกอบติดตั้ง Hardware Computer
- 11. ติดตั้งเครื่องสำรองไฟ UPS
- 12. ติดตั้งฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ นอกโรงพยาบาล (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองต่างจังหวัด, ศูนย์แพทย์ศาสตร์แพทย์แผนไทยหน้าสถานีตำรวจภูธรเมืองกำแพงเพชร, ศูนย์แพทย์ศาสตร์แพทย์แผนไทยหน้าไปรษณีย์)

**งานบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์**

- 1. ทำแผนบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงให้อยู่ในสภาพใช้งานได้  
งานด้านเครือข่าย (Network)
- 1. ติดตั้งสาย Lan ที่ไม่อยู่สภาพระยะทาง < = 10 M
- 2. ติดตั้งสาย Lan ที่ไม่อยู่สภาพระยะทาง > = 10 M
- 3. ติดตั้งสาย Lan ที่อยู่สภาพระยะทาง < = 10 M
- 4. ติดตั้งสาย Lan ที่อยู่สภาพระยะทาง > = 10 M
- 5. ตรวจสอบสภาพปฏิบัติงานติดตั้ง/ซ่อมบำรุงระบบ Network
- 6. งานด้านซ่อมบำรุงระบบ Network



7. ปรับปรุง/แก้ไข/ระบบ Lan
8. ตรวจสอบระบบสาย Lan
9. ตรวจสอบ Hub/Switch
10. ติดตั้ง/ต่อเติมเพิ่มระบบ LAN ในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองต่างจังหวัด, ศูนย์แพทย์แผนไทยหน้าสถานีตำรวจภูธรเมืองกำแพงเพชร, ศูนย์แพทย์เทคนิควิทยาไปรษณีย์)

### งานด้านวิชาการ

1. ค้นคว้า/ศึกษาข้อมูล เพื่อพัฒนางาน ภารกิจและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องงาน (Software/Hardware)
2. ประชุม/อบรม ทพ. ตามนโยบาย/คำสั่ง
3. งานประชุมภายในโรงพยาบาล
4. ประชุมระดับหน่วยงาน
5. ผู้ช่วยวิทยากรใน/นอกโรงพยาบาล

### งานด้านธุรการ

1. พิมพ์หนังสือราชการ
2. ชำแหละหนังสือราชการ
3. เปิดกล่องพัสดุ-พัสดุภัณฑ์ คอมพิวเตอร์
4. ชำแหละพัสดุ-พัสดุภัณฑ์ทั่วไป/คอมพิวเตอร์
5. ลงทะเบียนใบแจ้งซ่อมวัสดุคอมพิวเตอร์ในระบบ Intranet
6. ชำแหละแจ้งซ่อมทางไปรษณีย์ตามระบบ Intranet และทางโทรศัพท์

### งานปฏิบัติ

1. ตรวจสอบกำกับ ผลงานปฏิบัติงาน ตรวจสอบงานซ่อมบำรุง Hardware
2. ปฏิบัติงานซ่อมบำรุง ระบบงานคอมพิวเตอร์ Hardware
3. ปฏิบัติงานซ่อมบำรุง ระบบงานเครือข่าย Network
4. จัดทำแผน งานบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และระบบ Network
5. จัดทำตารางงานปฏิบัติงานซ่อมบำรุง
6. จัดทำทะเบียนเปิดกล่องพัสดุภัณฑ์ คอมพิวเตอร์
7. จัดทำแผนซ่อมบำรุงวัสดุ-พัสดุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ประจำปี ภาครวม
8. ติดต่อบริษัทรับจ้าง หน่วยงานภายใน/ภายนอก
9. ให้คำปรึกษาปัญหาคอมพิวเตอร์ด้านฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์
10. งานสนับสนุนต่าง ๆ (จัดเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับงานประชุมต่าง ๆ)







**ผลการปฏิบัติงาน / วิกฤตธรรม**

1. ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่	22,691 ราย/ปี
2. ลงทะเบียนผู้ป่วยเก่า	342,924 ครั้ง/ปี
3. ลงทะเบียนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล	41,003 ราย/ปี
4. คำนวณลงทะเบียนนัดมาตรวจ	111,059 ครั้ง/ปี
5. คำนวณลงทะเบียนคลินิก ต่างๆ	10,865 ครั้ง/ปี
6. ลงทะเบียนรับผู้ป่วย Refer In	54,123 ครั้ง/ปี
7. ทำลายเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่เกินกำหนดเวลา 5 ปี	44,821 ฉบับ
8. ลง ICD10 ประเด็น Refer Out Refer In Clinic ต่าง ๆ ลงไม่ครบ	

**ผลงานเด่นของหน่วยงาน**

1. คำนวณลงทะเบียนไม่คลาดเคลื่อน
2. ทำหน้าที่กำหนดเวลาแพทย์ตรวจ

**การพัฒนาคูณมาทิจิตธรรม**

1. รับผิดชอบนโยบายจากที่มำของโรงพยาบาล กลยุทธ์ทางธุรกิจระบบบริการสุขภาพ ที่มำเฉพาะด้าน เพื่อการกำหนดทิศทางพัฒนาคูณมาทิจิตธรรมและกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานให้สอดคล้องกับพันธกิจและเข็มมุ่งของโรงพยาบาล
2. จัดตั้งทีมพัฒนาคูณมาทิจิตธรรมในหน่วยงาน เพื่อให้ทุกภาคมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคูณมาทิจิตธรรม
3. จัดทำแผนพัฒนาคูณมาทิจิตธรรมของบุคลากรด้านบริหาร บริการ วิชาการ เพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณ / ทรัพยากรอย่างเพียงพอ
4. จัดประชุมชี้แจงนโยบาย ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคูณมาทิจิตธรรมที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา
5. จัดประชุมระดมความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เกี่ยวกับภาคีติดตามความก้าวหน้าของแผนพัฒนาคูณมาทิจิตธรรม แนวทางปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ เดือนละ 1 ครั้ง
6. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้เข้ารับการอบรม สัมมนา และหาแหล่งงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคูณมาทิจิตธรรมต่าง ๆ
7. ประเมิน ติดตามให้เกิดการพัฒนาคูณมาทิจิตธรรมในหน่วยงาน
8. ติดตามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค หาแนวทางแก้ไขทุกวัน
9. ทำ 5 ส. ทั่วทั้งองค์กรอย่างต่อเนื่อง





### แผนงานที่จะดำเนินการในปี 2561

1. Print Out คู่มือที่ออกไปแต่ละแผนกทุกวันช่วง 15.00 น. เพื่อติดตามนัดชงลับและป้องกันการสูญเสียเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร ICD10 ให้ครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์ เพื่อส่งข้อมูล OP, PP Individual 21 แฟ้ม
2. ไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าห้องเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วย และทางเข้าถึงเวชระเบียนได้ง่าย
3. ช่วงจัดพิมพ์ข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกให้ครบถ้วน เช่น 13 หลัก ต้องถูกต้อง ครบถ้วนทุกสาย
4. ให้สิทธิการเข้าถึงให้ถูกต้องเป็นชุดแยก เพื่อความครบถ้วนถูกต้องในการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพทั้ง OP และ IP

### ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

อันดับ	ปัญหาอุปสรรค	อันดับ	แนวทางแก้ไข
1	เอกสาร ICD 10 ไม่ครบ ไม่ลง	1	- นัดชง ต้องติดตามตรวจสอบ และ Print Out ให้แต่ละแผนกส่งให้ครบ และมีเจ้าหน้าที่เวชสถิติเป็นผู้ตรวจสอบและลงรหัสโรคที่ถูกต้อง
2	ที่เก็บเวชระเบียนไม่เพียงพอ แอสต์	2	- ควรมีพื้นที่ในการจัดเก็บให้เพียงพอ เพื่อสะดวกในการค้นหาและนำเอกสารไปใช้งาน

คำขวัญนัดชง หมายถึงความถี่ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก หรือ OPD Card



## งานवेशชะเป็ยนผู้ปวญไน

วิสัยทัศน์ (Vision)	เป็นหน่วยงานคุณภาพ คุณภาพสูง เพื่อองานสุขภาพที่ดี
พันธกิจ (Mission)	ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ
ค่านิยม (Core value)	ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม
เข็มมุ่ง	Patient Safety Goal
อัตลักษณ์ (Identity)	รับผิดชอบ ใส่ใจ ใส่ใจ ใส่ใจ

### หน้าที่และเป้าหมาย

ผู้รับบริการ ดีต่อใจ ประสิทธิภาพ ครอบคลุมเกี่ยวกับงานสุขภาพผู้ปวญไนตามที่มีบริการของขอ โดยไม่ขัดต่อสิทธิผู้ปวญไน บนพื้นฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการทุกภาคส่วน บุคลากรมีขวัญกำลังใจในการทำงาน

### ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

- จัดทำ จัดเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ปวญไนอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ สะดวกใ้เ้ามาขอรับบริการ
- บริการข้อมูลสุขภาพผู้ปวญไนตามความต้องการ โดยไม่ขัดกับสิทธิของผู้ปวญไน
- ออกหนังสือรับรองการเกิดได้้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง
- ให้บริการการวินิจฉัยโรคและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องและตรงกันมาตรฐานมาตรฐานให้ดีที่สุด
- บริการข้อมูลผู้ปวญไนในระบบ LAN
- พัฒนาระบบความปลอดภัยของข้อมูลผู้ปวญไนโดยมีคณะกรรมการตรวจสอบความปลอดภัยของระบบผู้ปวญไน

### ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา



## การทบทวนการทบทวน การประเมินที่สำคัญ (จุดเน้นในภาคพัฒนา)

ตรวจสอบการประเมินผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติตามให้เสร็จสิ้นและตรวจสอบการปฏิบัติตามในวงกว้างที่กำหนด และได้มาตรฐาน

## ผู้รับผลงานและความสำเร็จที่สำคัญ (ข้ตามตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

### ความสำเร็จของผู้รับผลงานที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความสำเร็จ
ผู้ป่วย และญาติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้ปฏิบัติตามสัญญาที่แนบมาของระเบียบที่ถูกต้อง ครบถ้วน</li> <li>- ได้ปฏิบัติตามด้วยความระมัดระวัง ทั่วถึง</li> <li>- การทบทวนสิทธิผู้ป่วยและศึกษาความลับผู้ป่วย</li> <li>- มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามที่ดีเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ</li> <li>- ให้คำแนะนำขั้นตอนการปฏิบัติตามที่ชัดเจน ได้เป็นอย่างดี</li> </ul>
แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนกเหตุผล เมื่อมีเหตุขัดข้องและแก้ไขปัญหามาตรฐานได้</li> <li>- การให้สิทธิและตรวจสอบการปฏิบัติตามที่เน้นมาตรฐาน</li> <li>- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามด้วยพฤติกรรมการปฏิบัติ</li> <li>- การเก็บรักษาเวชระเบียน สามารถค้นหา ได้รวดเร็ว ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน</li> </ul>
ผู้บริหาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและสิทธิการปฏิบัติตาม ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นมาตรฐานการให้สิทธิ มีคุณภาพ สามารถนำมาใช้พัฒนาโรงพยาบาล</li> <li>- มีระบบรายงานผู้ป่วยในรายบุคคล (DRGs) ที่มีประสิทธิภาพสูงต่อค่าใช้จ่าย</li> <li>- มีภาพงานทางเวชระเบียนเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และระยะเวลาการบันทึกที่เหมาะสม</li> <li>- การให้สิทธิการวินิจฉัยโรค และสิทธิการปฏิบัติตามได้มาตรฐาน</li> </ul>

### อัตราความสำเร็จ

- เจ้าหน้าที่เวชสถิติ จำนวน 3 คน
- เจ้าหน้าที่เวชระเบียนปฏิบัติงาน จำนวน 5 คน

### ปริมาณงานงานที่รับผิดชอบ

1. ให้สิทธิโรคผู้ป่วยใน
2. บริการสิทธิ- คำนวณ เวชระเบียนผู้ป่วยใน
3. บริการขอใบรับรองแพทย์ ไปเคลม สำเนาประวัติ
4. ออกหนังสือรับของทางเกิด
5. บันทึกภาพงานทางบริการภายในระบบ internet กระบวนการสำเนาข้อมูล

ทรัพยากร - เครื่องคอมพิวเตอร์ 9 เครื่อง



ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคนิโคโนโลยี เครื่องมือ)

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

สถิติบริการ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1. ให้บริการผู้ร้องเรียน (คนปี)	39,954	40,551	40,918
2. บริการข้อมูล- คำนวณ เวชระเบียนผู้ร้องเรียน (ครั้ง)	13,788	12,968	18,208
3. บริการขอใบขึ้นของแพทย์ไปเคสสม สำนวนประวัติ (ครั้ง)	1,681	1,862	1,895
4. ออกรหัสลับของบริการ	3,257	3,170	3,111
5. บันทึกปริมาณงานบริการในระบบ internet การตรวจสำเนาเอกสาร	1,858	1,899	1,704

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคนิโคโนโลยี

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
ผู้ปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ 3 คน</li> <li>- เจ้าหน้าที่งานธุรการ 3 คน</li> <li>- พนักงานธุรการ 1 คน</li> <li>- พนักงานจัดหางานเวช 1 คน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เนื่องจากปัจจุบัน ขพ.เวชสถิติ ยังไม่ส่งมาขอขึ้นเวชได้เต็มความสามารถ เนื่องจากมีภาระงานอื่น และลาคลอด รวมทั้ง มีภาระงานอื่นที่ขัดขวาง</li> <li>- เวชระเบียน เพื่อขอทราบข้อมูล และเพื่อเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล ต้องขอความร่วมมือจากห้องอื่นมาช่วยทำงานนอกเวลา จึงมีจำนวนที่ส่งมาขอเวชสถิติ ปี 1 คน</li> </ul>
เครื่องมือ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ 11 เครื่อง</li> <li>- คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก 1 เครื่อง</li> <li>- เครื่องพิมพ์ 5 เครื่อง</li> <li>- เครื่องสแกนเวชระเบียน 1 เครื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อมีความต้องการบริการ สปสช ให้ส่งเวชระเบียนด้วยระบบ EMA โดยทางสแกนเวชระเบียน เป็นจำนวนมาก ในบางช่วงเวลา จะทำให้สแกนไม่ทัน เนื่องจากมีเครื่อง สแกน 1 เครื่อง ปัจจุบันยังพยายามทำให้ทันอยู่</li> </ul>
เทคนิโคโนโลยี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โปรแกรม HosXP</li> <li>- โปรแกรม DRG Seeker</li> <li>- โปรแกรม MRA บันทึกข้อมูล ความสัมพันธ์ของเวชระเบียน</li> </ul>	-



วัตถุประสงค์เชิงตัวชี้วัด การพัฒนา

กระบวนการที่สำคัญ (Key Process) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการเป้าหมาย/ วัตถุประสงค์ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator) ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	เป้าหมายการพัฒนา
1. การเป็นเวชระเบียน และ ลงทะเบียนรับเวชระเบียน กลับจากผู้ป่วยใน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อทราบจำนวนเวช ระเบียนผู้ป่วยในที่ส่งคืนใน แต่ละวัน</li> <li>- เพื่อเป็นหลักฐานว่าได้รับ เวชระเบียนกลับคืนมาอย่าง หน่วยงานเวชระเบียนผู้ป่วย ใน</li> </ul>	-ร้อยละการส่งมอบหมายของเวช ระเบียน เป้าหมาย 0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนขั้นตอนการเก็บ</li> <li>- ลงทะเบียนรับเวชระเบียน จากเตียง</li> <li>- ทบทวนขั้นตอนการขจัดเก็บ เวชระเบียนเข้ารับเก็บ</li> </ul>
2. การให้รหัสการวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการ	- เพื่อให้การให้รหัสโรคและ หัตถการได้ตามมาตรฐาน	- อัตราความถูกต้องและ ครบถ้วนในการให้รหัสโรค และรหัสหัตถการ เป้าหมาย 100%	- ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่งาน เวชสถิติเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับ การให้รหัสโรค, รหัส หัตถการ
3. การบันทึกข้อมูลโรค - หัตถการลงในระบบ LAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อส่งข้อมูล DRGs ได้ ถูกต้องอยู่ในระยะเวลาที่ กำหนด</li> <li>- เพื่อเป็นข้อมูลสถิติโรคของ โรงพยาบาลและข้อมูล ที่มาของวินิจฉัยของผู้ป่วยและ ผู้ที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>	- อัตราความถูกต้อง ครบถ้วนในการบันทึกข้อมูล โรค-หัตถการ เป้าหมาย 100%	- มีภาระหน้าที่และตรวจสอบ รหัสโรค, รหัสหัตถการ จาก หน้า summary sheet กับ ข้อมูลในระบบ HoSXP อีกฉบับ
4. การขอสำเนาเวชระเบียน ใบรับของแพทย์ ใบเคลม เพื่อการผ่าตัดเองและ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยใน การผ่าตัดเองและเป็นที่ หลักฐานทางกฎหมายโดย ไม่ขัดต่อสิทธิผู้ป่วย</li> <li>- ผู้รับบริการพึงพอใจ</li> </ul>	- ร้อยละความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ เป้าหมาย มากกว่า 80%	- หาแนวทางเพิ่มเติม เมื่อ ใบรับของแพทย์ ใบเคลม เกินระยะเวลาที่กำหนด โดยส่งให้ ทั้งกลุ่มงานฯ พชส. หน่วยงาน อีกภาคตั้ง
5. การออกหนังสือรับของทาง เกิด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อเป็นข้อมูลของ โรงพยาบาล</li> <li>- เพื่อเป็นข้อมูลทะเบียน ราษฎร</li> </ul>	- ร้อยละความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ เป้าหมาย มากกว่า 80%	- หาแนวทางการนำพาให้ ข้อมูลการแจ้งเกิดถูกต้องมา ขึ้น สดความผิดพลาด เพื่อ เพิ่มความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ



**ตัวชี้วัด**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้		
		ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
<b>ความถูกต้อง</b> - อัตราความถูกต้องของการรหัสให้รหัสโรค ICD-10, ICD-9-CM - อัตราความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ในระบบ LAN - อัตราการสูญเสียหายของเวชระเบียน	100%  100%  0%	99.96%  99.88%  0%	99.73%  99.61%  0%	98.68%  99.50%  0.01%
<b>รวดเร็ว</b> - อัตราการลงรหัสโรคได้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมง - ระยะเวลาในการนำเวชระเบียน - ระยะเวลาในการออกหนังสือรับรองการเกิด - ระยะเวลาในการขอใบขึ้นของแพทย์ใบเคลม	100%  <5 นาที <5 นาที 5 วัน	90.29%  8 นาที 10 นาที 5 วัน	98.17%  9.6 นาที 10 นาที 5 วัน	98.89%  8.5 นาที 7.46 นาที 5 วัน
<b>ช่วยลดความพึงพอใจของผู้รับบริการ</b> - ผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล  - สู้ค่าภายใน - สู้ค่าภายนอก	>80%  >80%	85.68%  85.10%	85.87%  88.57%	81.00%  90.76%

**การพัฒนาศักยภาพซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการ**

1. พัฒนาระบบรหัสโรค/รหัสการให้รหัสให้ทันต่อเวลา โดยกำหนดหน่วยงานประสานงานกับแพทย์ให้มากขึ้น
2. พัฒนาระบบบริการเวชระเบียน ให้มีความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และผู้รับบริการมีความพึงพอใจให้มากขึ้น
3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมการทำงาน โดยย้ายห้องทำงานเวชระเบียนผู้ป่วยไปยังห้องทำงาน และเพิ่มพื้นที่จัดเก็บเวชระเบียน

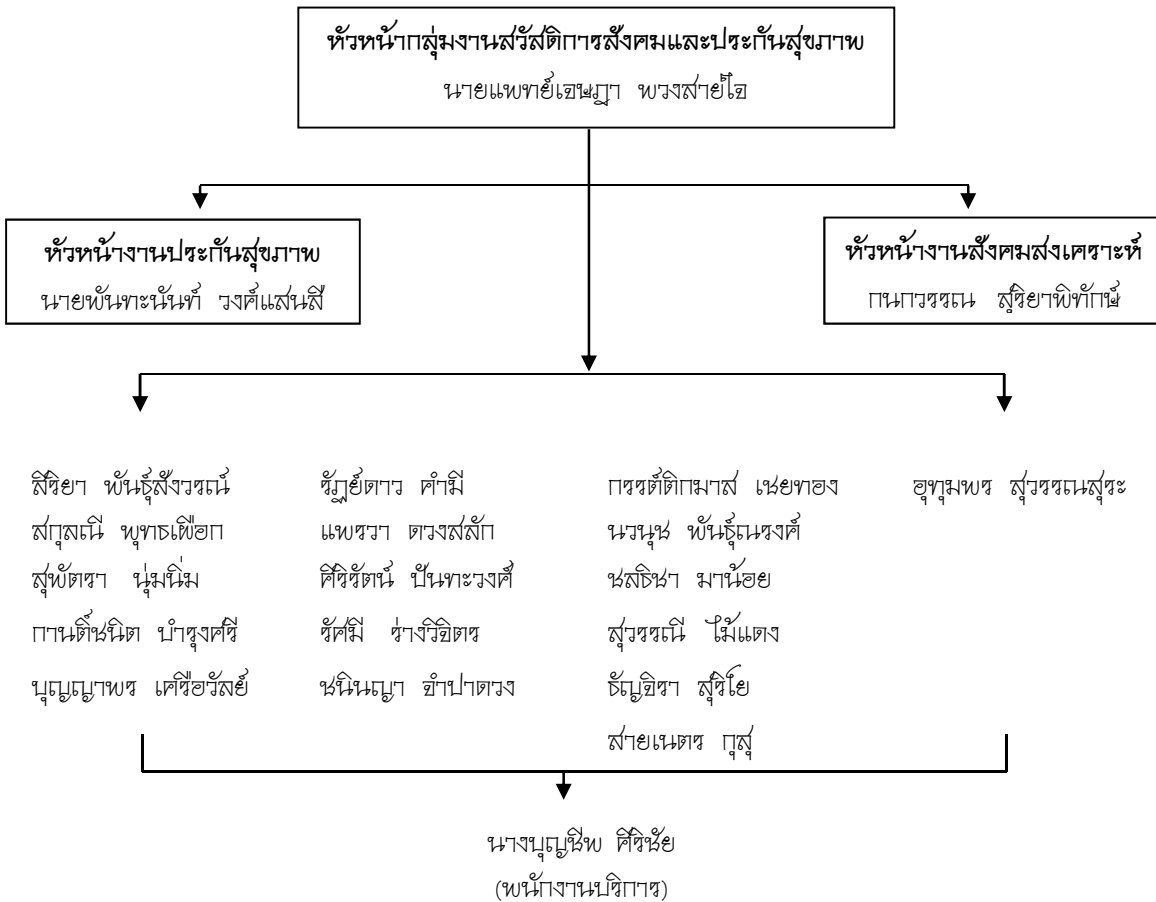
**แผนการพัฒนาคู่ต่อเนือง**

1. พัฒนาระบบการขจัดทำข้อมูล DRGs ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น
2. พัฒนาระบบรหัสโรค/รหัสการให้รหัสให้ทันต่อเวลา
3. พัฒนาค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเวชระเบียนผู้ป่วย
4. พัฒนาระบบการออกหนังสือรับรองการเกิด ด้วยคอมพิวเตอร์ ผ่านระบบ Internet เชื่อมโยงกับ web ของกรมการปกครอง
5. พัฒนาระบบจัดเก็บเวชระเบียนให้อยู่ในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันเวชระเบียนสูญหาย



# การคุ้มครองสวัสดิการเด็ก

## ยี่สิบห้าปี



## ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

รับผิดชอบงาน พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ร.บ.คุ้มครองผู้พลัดถิ่น และงานคุ้มครองสุขภาพเด็กในหน่วยงาน เป้าหมายการดำเนินงานด้านสังคม ชีวภาพการดูแลสุขภาพจิต และองค์ประกอบของสังคมที่เอื้อต่อการคุ้มครองเด็ก

ผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ - ได้แก่ ให้คำปรึกษาแนะนำและให้การช่วยเหลือในทางสุขภาพกายและจิตใจแก่ผู้พลัดถิ่น พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก / พ.ร.บ.คุ้มครองผู้พลัดถิ่น / บัตรสุขภาพ / ชีวภาพการดูแลสุขภาพ / องค์ประกอบของสังคมที่เอื้อต่อการคุ้มครองเด็ก และ ผู้ปฏิบัติงาน / ต่างๆและบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพและสังคม



### ผลงานการปฏิบัติงาน

เขียนเก็บค่ารักษาพยาบาล 5 งาน ปีงบประมาณ 2560

1. บัตรทอง
2. ประกันสังคม
3. วิชาสหภาพฯ กรมบัญชีกลาง, องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้ซื้อสิทธิ
4. พชบ.ชต
5. งานต่างดาว / บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ลำดับ	สิทธิบัตร	ปีงบประมาณ 60	จำนวนรายชื่อ	ประมาณการที่ขอ ได้รับ	หมายเหตุ
1.	<u>บัตรทอง</u>				
	บัตรทองของผู้ป่วยนอก พชน.ในจังหวัด	ต.ค.59- พ.ย.60	50,202	22,724,134.-	ตามข้อตกลง
	บัตรทองของผู้ป่วยนอก กรณีสิทธิว่าง, ผูกเงิน, แยกเกิด, อุปการชนทุกอย่าง	ต.ค.59 - พ.ย.60	10,679	12,996,606.70.-	จังหวัด ตามหญิง
	บัตรทองของผู้ป่วยใน	ต.ค.59 - พ.ย.60	32,706	437,377,615.92.-	Adj RW
	<u>ต่างดาว</u>				
	ต่างดาวผู้ป่วยใน	ต.ค.59- พ.ย.60	152	1,379,486.33.-	Adj RW
	ต่างดาวผู้ป่วยนอก	ต.ค.59- พ.ย.60	141	78,324.-	คชช.เขียนเก็บ
	<u>ผู้มีปัญหาสถานะสิทธิ</u>				
ผู้ป่วยใน	ต.ค.59- พ.ย.60	35	404,984.54.-	Adj RW	
ผู้ป่วยนอก	ต.ค.59 - พ.ย.60	36	12,891.-	คชช.เขียนเก็บ	
2.	<u>วิชาสหภาพฯ กรมบัญชีกลาง</u>				
	ผู้ป่วยใน (program CSMB5)	ต.ค.59 - พ.ย.60	2,234	41,294,278.-	Adj RW
	ผู้ป่วยนอก (program CSCD)	ต.ค.59 - พ.ย.60	59,784	57,505,707.-	คชช.หญิง
	<u>องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</u>				
	ผู้ป่วยใน (ระบบ E-claim)	ต.ค.59 - พ.ย.60	443	7,637,933.-	Adj RW
	ผู้ป่วยนอก (ระบบ E - claim)	ต.ค.59 - พ.ย.60	7,483	8,159,895.-	คชช.หญิง
<u>เบิกได้อื่นๆ ผู้ซื้อสิทธิ</u>	ต.ค.59 - พ.ย.60	95	2,220,930.-	คชช.หญิง	
3.	<u>ประกันสังคม</u>				
	ประกันสังคม ผู้ป่วยนอก	ต.ค.59- พ.ย.60	26,076	21,313,256.-	คชช.หญิง
	ประกันสังคมผู้ป่วยใน	ต.ค.59 - พ.ย.60	267	4,022,328.-	คชช.เขียนเก็บ
	ทุกพสมภพ	ต.ค.59 - พ.ย.60	23	257,779.-	Adj RW
	กองทุนทดแทน	ต.ค.59 - พ.ย.60	56	835,666.-	คชช.หญิง
4.	<u>พชบ.ชต</u>	ต.ค.59 - พ.ย.60	1,725	20,149,817.-	คชช.หญิง





### การพัฒนาคูณภาพ

1. ขับพลังนโยบายจากทีมนำของโรงพยาบาล กลุ่มตติยภูมิ ทีมนำเฉพาะด้าน เพื่อกำหนดทิศทางทางพัฒนาคูณภาพและกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานให้สอดคล้องกับพันธกิจและเข็มมุ่งของโรงพยาบาล
2. จัดตั้งทีมพัฒนาคูณภาพในหน่วยงาน เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคูณภาพ
3. จัดทำแผนพัฒนาคูณภาพครอบคลุมด้านนิเทศ วิชาการ วิชาการ เพื่อขยายการสนับสนุนงบประมาณ/ทรัพยากรอย่างเพียงพอ
4. จัดประชุมชี้แจงนโยบาย ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคูณภาพที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาคูณภาพ
5. จัดประชุมระดมความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เกี่ยวกับภารกิจติดตามความก้าวหน้าของแผนพัฒนาคูณภาพ แนวทางปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และการแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ
6. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้เข้ารับการอบรม สัมมนา และการนำเสนอผลงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคูณภาพต่าง ๆ
7. ประตุ้น ติดตามให้เกิดการพัฒนาคูณภาพในหน่วยงาน
8. ติดตามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค หาแนวทางแก้ไขทุกวัน

### แผนงานที่จะดำเนินการต่อไปในปีงบประมาณ 2561

1. ลงทะเบียนผู้มีสิทธิให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 99.50%
2. ตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ถูกต้อง ครบถ้วน 100 %
3. เปิดช่องทางช่วยเหลือค่าบริการสุขภาพประชาชนของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
4. ตรวจสอบการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
5. พัฒนาระบบการตรวจสอบสิทธิการรับบริการของหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ

### ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข

อันดับ	ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
1.	ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีประกันภัยไม่ครอบคลุม ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้	- เปิดช่องทางหาทุนทดแทน ให้ คปภ. โสภณสิน 20% - ตรวจสอบงานยนต์ อยนต์ ทำประกันภัย ให้ครอบคลุม
2.	หน่วยงานต่างต่าง ทนไม่เข้าเมือง ไม่สนับสนุนงบประมาณ เป็นภาระของโรงพยาบาล ต้องขอแค่ค่ารักษาพยาบาล	- ประสานงาน คปภ. ตรวจสอบ ให้มีงบให้ผู้ป่วย - ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้มงวดผลักดัน ออกนอกประเทศ



## งานสังคมสงเคราะห์

รายงานผลการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

### 1. จำนวนผู้ป่วยนอก - โฉน

สายการ	ประเภทผู้ป่วย		รวม (สาย)
	ใหม่	เก่า	
ผู้ป่วยนอก	1,173	1,167	2,340
ผู้ป่วยโฉน	194	164	358
<b>รวมผู้ป่วยทั้งหมด</b>	<b>1,367</b>	<b>1,331</b>	<b>2,698</b>

### 2. จำนวนผู้ป่วยแยกเขตการสุขภาพ

สายการ	จำนวนผู้สุขภาพ
ผู้ป่วยโฉนเขต	1,574
ผู้ป่วยนอกเขต	851
ผู้ป่วยต่างจังหวัด	273
<b>รวมผู้ป่วยทั้งหมด</b>	<b>2,698</b>

ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโฉน ที่ขอรวมอนุเคราะห์

สายการ	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยโฉน		
	ค่ารักษา	ชำระ	อนุเคราะห์	ค่ารักษา	ชำระ	อนุเคราะห์
บัตรทองข้ามเขต	789,839	498,486	291,353	87,901	36,967	50,934
บัตรไม่มี พชบ.	24,660	15,317	9,343	497,886	481,262	16,624
ประกันสังคม	149,959	68,678	81,281	3,792	3,792	0
ชำระเงิน	23,796	13,925	9,871	240,185	176,163	64,022
ต่างดาว	167,269	25,149	142,120	166,761	30,578	136,183
ติดสิทธิ์สุขภาพ	0	0	0	0	0	0
ติดสิทธิ์	1,375	1,100	275	8,000	8,000	0
ประกันสังคม						
<b>รวม (บาท)</b>	<b>1,156,898</b>	<b>622,655</b>	<b>534,243</b>	<b>1,004,525</b>	<b>736,762</b>	<b>267,763</b>



ประเภทปัญหาของผู้รับบริการ ( ผู้ป่วย 1 ราย มีมากกว่า 1 ปัญหา )

ประเภทปัญหา	จำนวน (ราย)
ปัญหาเศรษฐกิจ	2,568
ปัญหาทางดูแล	74
ปัญหาอาชีพและชีวิต	48
ปัญหาครอบครัว	11
ปัญหากฎหมาย	188
ปัญหาวัฒนธรรมและศาสนา	0
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาล	8
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย	4
ปัญหาการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาล	1,959
ปัญหาสังคม	1
<b>รวม</b>	<b>4,861</b>

ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายทางสังคม

ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายทางสังคม	จำนวน (ราย)
ประชากรทั่วไป	13
ประชนวัยชรา	196
อุบัติเหตุจากการทำงาน	0
ทำแจ้งพิพาทกฎหมาย	0
ติดเหล้า/ติดยา/ติดสารเสพติด	6
ถูกข่มขืน	29
ถูกทางกฎหมาย	6
บิดา	14
สุขภาพจิต	59
ติดสารเสพติด	0
ผู้ป่วยทั่วไป	2,375
<b>รวม</b>	<b>2,698</b>



**การประเมินภาษีและสิ่งปลูกสร้าง**

การประเมินภาษีและสิ่งปลูกสร้าง	จำนวน (ค.ต.)
การตรวจประเมินที่ดิน	2,695
การปรับปรุงค่าภาษีที่ดิน	
- ให้คำแนะนํา	2,683
- ให้บริการประเมินที่ดิน	75
- การช่วยเหลือที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง	50
* เงินกองทุนช่วยเหลือ 17,000 บาท	
* ค่าพาหนะ 100 บาท	
* ค่าสิ่งของคุ้มครอง 14 ชุด	
* ค่าสิ่งของอุปโภคบริโภค 6 ชุด	
- ติดต่อบริษัทประกันภัย	71
- ส่งหนังสือขออนุญาต	1
- ติดต่อบริษัท/ผู้เกี่ยวข้อง/ญาติ/นายจ้าง/คู่กรณี	34
- อื่น ๆ (ระบุ) .....เยี่ยมผู้เกี่ยวข้องที่ขอผู้เกี่ยวข้อง.....	40
การเพิ่มหรือปรับปรุงกฎหมายที่ดิน	110
การปรับปรุงกฎหมายที่ดิน	5
การขจัดภาษีที่ดิน	
- ขจัดภาษีที่ดินจากที่ดิน	1
- ขจัดภาษีที่ดินจากเงิน	41
- ขจัดภาษีที่ดินจากที่ดิน	0
- ขจัดภาษีที่ดินจากที่ดิน	10
การขจัดสิ่งผิดกฎหมายที่ดิน	
- ส่งเอกสารให้ที่ดิน	2,091
- แนะนำ/ปรึกษากรมที่ดิน	2,497
- ส่งเอกสารที่ดิน	0
สิ่งปลูกสร้างและสิ่งปลูกสร้าง	
- เยี่ยมบ้าน	11
<b>รวม (ค.ต.)</b>	<b>10,415 (ค.ต.)</b>



กลุ่มงานศิลปวัฒนธรรม

กลุ่มงานศิลปวัฒนธรรม	จำนวน (ราย)
<b>ภาวะครูเกษียณ/วิภาค</b>	
- วิชาการที่เกษียณ/วิภาคและสสจที่เกษียณ/วิภาค	36
- วิชาการที่เกษียณ/วิภาค	3
<b>เพื่อส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมในโรงพยาบาล</b>	
- เต็มแบบเกิด - 12 ปี	6
- หน่วยงานที่เกษียณ/วิภาคและสสจ	0
- ผู้ป่วยที่ไป	30
<b>ผู้สูงอายุอาสา</b>	
- กลุ่มเด็ก	30
- กลุ่มผู้สูงอายุ	112
- กลุ่มผู้พิการ + งามที่ผู้พิการ	15
- กลุ่มผู้ยากไร้	3
- กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต	830
<b>ผู้มีปัญหาทางสังคม</b>	
- ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ	9
- ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต	1,516
- ผู้ติดเหล้า/สูบบุหรี่/ผู้ป่วย	6
- หน่วยงานที่เกษียณ/วิภาคและสสจ	6
- ผู้ป่วยที่เสียชีวิต	0
- ผู้ป่วยที่เสียชีวิต	0
<b>กลุ่มเป้าหมายพิเศษ</b>	
- ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต	0
- หน่วยงานที่เกษียณ/วิภาค	96
<b>รวม</b>	<b>2,698 (ราย)</b>



## ศูนย์คุณภาพ (QO)

### อัตรากำลัง

1. นายสมเพ็ง	โศภิตา	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาสุขภาพบุคคลและคุณภาพ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
2. นางสาวชงชัญ	ชุตติยา	หัวหน้างานศูนย์คุณภาพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (OPD)
3. นางสาววิภา	พลัส	รองหัวหน้างานศูนย์คุณภาพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (INCU)
4. นางสาวสุภาดา	มิชชัย	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

### บทบาทหน้าที่หน่วยงานศูนย์คุณภาพ

1. ศึกษารูปแบบการดำเนินงานคุณภาพให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร และให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานพัฒนาคุณภาพ
2. เป็นเลขานุการของคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ
3. เป็นเลขานุการผู้แทนคณะกรรมการประสานงานพัฒนาคุณภาพ
4. จัดทำแผนปฏิบัติการปฏิบัติงานของศูนย์คุณภาพ เพื่อให้หน่วยงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติตาม
5. ประสานงานหน่วยงานพัฒนาคุณภาพระหว่างโรงพยาบาลกับสถาบันอื่นๆ ของคุณภาพ  
สถาบันพยาบาล (สพว.) ระหว่างองค์กรต่างๆ ภายใต้วงของโรงพยาบาล
6. ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือและสนับสนุนมิชชันนารีพัฒนาคุณภาพแก่เจ้าหน้าที่และ  
คณะอนุกรรมการต่างๆ ทั้งในด้านการควบคุมเอกสาร และวัสดุอุปกรณ์
7. ส่งเสริมและประสานสัมพันธ์กับเครือข่ายหรือหน่วยงานพัฒนาคุณภาพปฏิบัติการของภาคี  
กลุ่มต่างๆ และประสานงานในภาคีดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ
8. ตรวจสอบผลการทำงานดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของทุกทีมหรือทีมที่ส่งมอบข้อมูลย้อนหลัง  
(Feedback) สู่ทีมและผู้เกี่ยวข้อง
9. จัดให้มีการประเมินผลงานดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ
10. จัดโครงสร้างงาน ดำเนินการดำเนินงานให้แต่ละคนสามารถ  
  - ติดตามประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในโครงการต่างๆ
  - ร่วมบริหารจัดการงาน และดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนด
  - ประสานงานกับทีมระหว่าง และหลังการติดตาม
  - จัดเตรียมเอกสาร และขอขออนุญาตให้ผู้เกี่ยวข้อง
  - ส่งเสริมงานและประเมินผลการทำงาน
11. จัดประชุมคณะกรรมการต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเป็นไปตามเป้าหมาย
12. ปฏิบัติตามมติคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมอบหมาย



กิจกรรมหน่วยงาน ศูนย์คุณภาพ (Quality Office) ประจำปีงบประมาณ 2560

เดือน	กิจกรรม
6, 12, 20, 26 ตุลาคม 2559	จัดประชุมเตรียมความพร้อมข้อมูลพร้อมข้อมูลการประเมินคุณภาพ Re-Accreditation โรงพยาบาล (ช่วงปลาย)
17 ตุลาคม 2559	จัดประชุมเตรียมความพร้อมข้อมูลพร้อมข้อมูลการประเมินคุณภาพ Re-Accreditation โรงพยาบาล (Kick off Re-Accreditation)
15 พฤศจิกายน 2559	จัดประชุมการประเมินคุณภาพ Re-Accreditation โรงพยาบาล (Re-Accreditation) โรงพยาบาลกำแพงเพชร
7-8 ธันวาคม 2559	สรุปการประเมินคุณภาพ Re-Accreditation โรงพยาบาล ครั้งที่ 3
19 มกราคม 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 1/2560
30 มกราคม 2560	ประชุมคณะกรรมการบริหาร
16 กุมภาพันธ์ 2560	ทุกทีม PCT / เฉพาะด้าน ส่งเอกสารทั้งหมดที่ส่ง สชพ. - Clinical Tracer Highlight - วิเคราะห์ Part 4 ตาม KPI ใหม่ - แผนปฏิบัติงานใน 1, 2, 3 (a b c)
22 กุมภาพันธ์ 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 2/2560 - วิชาการความสมบูรณ์ของเอกสาร
27 กุมภาพันธ์ - 2 มีนาคม 2560	Facilitator ทบทวนความสมบูรณ์ของเอกสารทุก 14.00 - 16.30 น.
28 กุมภาพันธ์ 2560	ทุกทีมส่งเอกสารข้อเสนอแนะที่ศูนย์คุณภาพ
3 มีนาคม 2560	ส่งเอกสารให้ สชพ.
14-17 มีนาคม 2560	เข้าร่วมการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 18
22 มีนาคม 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 3/2560
10-11 เมษายน 2560	แถลงนโยบายโรงพยาบาลกำแพงเพชร / ทีม PCT / ทีมเฉพาะด้าน
3 เมษายน 2560	Round หน่วยงาน ภายนอก/ใน
4 เมษายน 2560	Round ระบบลิฟต์/ระบบ fire pump/ระบบอัตโนมัติ
18 เมษายน 2560	ทดสอบระบบบริหารความเสี่ยง (RM)
19 เมษายน 2560	Round หน่วยงาน บำบัดน้ำเสีย/ระบบน้ำของไฟ/ระบบน้ำของอภิเชน
20 เมษายน 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 4/2560
21 เมษายน 2560	Round หน่วยงาน ห้องผ่าตัด/วิสัญญี



เดือน	กิจกรรม
13-14 พฤษภาคม 2560	โคชงาการ IC
1-21 พฤษภาคม 2560	ประชุม/จัดทำเอกสาร เตรียม Focus Survey เวลา 13.30 น.
22 พฤษภาคม 2560	ส่งเอกสารเพื่อขอรับ Focus Survey
25 พฤษภาคม 2560	รับ Focus Survey
15 พฤษภาคม 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาชุมชน (Lead Team) ครั้งที่ 5/2560
6 มิถุนายน 2560	ส่งเอกสารหนังสือรับ Focus Survey โรงพยาบาลกำแพงเพชร
7-9 มิถุนายน 2560	ส่งบุคลากรเข้าอบรมสมรรถนะหลักสูตร HA 501: SPA and Self Assessment Report
14-16 มิถุนายน 2560	ส่งบุคลากรเข้าอบรมสมรรถนะหลักสูตร HA 401: การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
29 มิถุนายน 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาชุมชน (Lead Team) ครั้งที่ 6/2560
3-7 พฤษภาคม 2560	ส่งบุคลากรเข้าอบรมสมรรถนะหลักสูตร HA 451: External Surveyor Preparation Camp
6 พฤษภาคม 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาชุมชน (Lead Team) ครั้งที่ 7/2560
23 สิงหาคม 2560	โคชงาการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาชุมชนและประเมินผลงานชุมชน โรงพยาบาลกำแพงเพชร
24 สิงหาคม 2560	ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาชุมชน (Lead Team) ครั้งที่ 8/2560
4 กันยายน 2560	จัดประเมินผลงานชุมชนระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร
21 กันยายน 2560	Internal Survey หน่วยงาน คัดลอกสมุดข่อย

**ผลการดำเนินงาน ประจำปี 2560**

ศูนย์ชุมชนมีผลงานด้านการพัฒนาชุมชนเพิ่มขึ้นจากโคชงาการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาชุมชนและประเมินผลงานชุมชน เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2560 และโคชงาการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาชุมชนระดับหน่วยงาน เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2560 จำนวนทั้งสิ้น 40 แห่ง โดยสรุปผลการประเมินประเภทต่าง ๆ ดังนี้





ที่	ผลงานประเภท	ชื่อผลงาน	กลุ่มงานวิจัย
<b>ประเภท กลุ่มงานวิจัย</b>			
1	รางวัลที่ 1	ผลงานพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis/ septic shock โรงพยาบาลกำแพงเพชร	กลุ่มงานวิจัยคลินิก
2	รางวัลที่ 2	ประสบการณ์ ประสานใจ ผู้ป่วยปลอดภัย ด้วย Medication Reconciliation	กลุ่มงานวิจัยคลินิก
3	รางวัลที่ 3	พยาบาลกำแพงเพชร ไฟแดง 4.0	กลุ่มงานวิจัยด้านพยาบาล
4	รางวัลชมเชย	ผลงานใช้แนวปฏิบัติการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยอายุชุกชุมโรงพยาบาลกำแพงเพชร	กลุ่มงานวิจัยด้านพยาบาล
5	รางวัลชมเชย	การหยุดแผลกดทับโดยชุมชนพยาบาลนำปฏิบัติการดูแลและป้องกันมาเกิดแผลกดทับ (Stop pressure ulcer by Community of Practice in Preventable and Care Pressure Ulcer)	กลุ่มงานวิจัยด้านพยาบาล
6	รางวัลชมเชย	ผลงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเชิงประจักษ์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร	กลุ่มงานวิจัยด้านพยาบาล
7	ผลงานเข้าร่วม	คลินิกหาลอไตเสื่อม ความสำเร็จก้าวไกล โรงพยาบาลกำแพงเพชร	ปฐมภูมิและทุติยภูมิ
8	ผลงานเข้าร่วม	การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายและวัสดุคงคลัง โรงพยาบาลกำแพงเพชร	อำนวยการ
9	ผลงานเข้าร่วม	การศึกษาค้นคว้าวิจัยด้านเครื่องสำอางทางการแพทย์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร	อำนวยการ
10	ผลงานเข้าร่วม	โปรแกรมนวัตกรรม “ติดต่อไปหาคุณออนไลน์”	พจน.
<b>ประเภท CQI หน่วยงาน</b>			
11	รางวัลที่ 1	การพัฒนาระบบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เลือดออกในผู้ใหญ่	อายุชุกชุมหลาย
12	รางวัลที่ 2	พัฒนาระบบบริหารเภสัชกรรมเพื่อลดปัญหาการจ่ายยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลกำแพงเพชร	เภสัชกรรม
13	รางวัลที่ 3	ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยไตวายถึงวิกฤตอายุชุกชุม โรงพยาบาลกำแพงเพชร	รังสี
14	รางวัลชมเชย	การพัฒนาระบบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	อายุชุกชุมหลาย



ที่	ผลงานประเภท	ชื่อผลงาน	กลุ่มงานวิจัย
15	รางวัลชมเชย	การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านความเครียด ห้องผู้ป่วยหนักพร้อม เครื่องพยาบาลกำแพงเพชร	ICU ชม
16	รางวัลชมเชย	การพัฒนาระบบปฏิบัติการเอะเลียตผู้ป่วยหนัก สถานชน เครื่องพยาบาลกำแพงเพชร	LAB
17	ผลงานเข้าชม	การดูแลป้องกันมาตุลาการเอเลียตหลังคลอด	สูติ-นรีเวชภาคชม
18	ผลงานเข้าชม	ผลงานชี้แจงแนวปฏิบัติการทำงานเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยในผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุทารกพร้อม เครื่องพยาบาลกำแพงเพชร	กึ่งวิกฤต
19	ผลงานเข้าชม	พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตใน เครื่องพยาบาลของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุทารกพร้อม เครื่องพยาบาลกำแพงเพชร	กึ่งวิกฤต
20	ผลงานเข้าชม	นิพนธ์วิชาการที่นำการวิจัยต่อจากกำลังงานวิจัยเดิมด้วย เวช 12 ชั่วโมง	วิจัยต่อเนื่อง
<b>ประเภท นวัตกรรม</b>			
21	รางวัลที่ 1	Eye Cool Box	ส่งมอบยา
22	รางวัลที่ 2	ป้ายบ่งบอก	ER
23	รางวัลที่ 3	ตู้แช่ดรอว์อินประเภทที่ใช้งานได้ทั้งมือ	IC
24	รางวัลชมเชย	เครื่องสำรองไฟเซฟเงิน (UPS Save Money)	ซ่อมเครื่องมือแพทย์
25	รางวัลชมเชย	ถุงแยกของใช้ส่วนตัว	อายุทารกชมชาย
26	รางวัลชมเชย	ป้ายบอกทาง "น้องพาไป"	ใส่ตย
27	ผลงานเข้าชม	ฟ้าปิดตามหทัยชดชชี่กันรังสี	X-ray
28	ผลงานเข้าชม	ชุดล้างมือ	กุมารเวชภาคชม 1
29	ผลงานเข้าชม	ฟ้าสายใยสุด	ICU ชม
30	ผลงานเข้าชม	อุปกรณ์ช่วยวัดความดันในน้องที่ป่วย	ICU ชม
31	ผลงานเข้าชม	ชุดนมชิลิโคนตามยี่ตสายให้ทารกทางหน้าท้อง	ศัลยกรรมทรวงอกทั่วไป
32	ผลงานเข้าชม	ป้ายชี้วิถีทาง	ใส่ตย
<b>ประเภท เชื้อเล่นประทับใจ</b>			
33	รางวัลที่ 1	"ความสุขสุดท้าย ด้วยหัวใจความเมตตา"	ศัลยกรรมทรวงอก
34	รางวัลที่ 2	"ใจดีกับใจดี ใจดีกับใจดี ใจดีกับใจดี"	เวชภาคชมสังคม
35	รางวัลที่ 3	ยิ้มกับหัวใจ	กึ่งวิกฤต
36	รางวัลชมเชย	แม่จ้า!! อย่างเก๋โยดหุ	สูติ-นรีเวชภาคชม



ที่	ผลการประชุม	ชื่อผลงาน	กลุ่มภารกิจ
37	ทางวิสัยทัศน์	วิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์	กลยุทธ์การดำเนินงาน
38	ทางวิสัยทัศน์	คำสอนหน่วยงาน	กองกลาง
39	ผลงานเข้าร่วม	60 นาทีแห่งชีวิต	ICU วิทยาลัยการแพทย์
40	ผลงานเข้าร่วม	เสียงเล่าจากสะพานบุญ	ICU กรม

ปัจจุบันโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ผ่านการรับรองจากกรมการแพทย์ (Hospital Accreditation) ตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม 2560 ถึงวันที่ 24 พฤษภาคม 2563 ขบวนการปรับปรุงของคณะกรรมการโรงพยาบาล (องค์การมหาชน) (Re-Accreditation ครั้งที่ 3)

**(ต่าง) แผนนิเทศการดำเนินงาน ศูนย์คุณภาพ (Quality Office) ประจำปีงบประมาณ 2561**

เดือน	กิจกรรม
1 ต.ค. - 21 พ.ย. 2560	ส่งผลงานเข้าร่วมประกวด HA National Forum ครั้งที่ 19
1-31 ต.ค. 2560	สมัครเข้าร่วมโครงการ THIP ของ สสพ.
17-18 ต.ค. 2560	Internal Survey หน่วยงานอายุการแพทย์
พ.ย. - ธ.ค. 2560	นำเสนอ Unit Profile ระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร
13-15 ธ.ค. 2560	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 305 : การพัฒนาคุณภาพผู้ป่วย สนับสนุน
ม.ค. - มี.ย. 2561	โครงการ IC
ม.ค. - ม.ค. 2561	จัดโครงการแข่งขันโยนยาสูบ และกิจกรรมคุณภาพสูงสู่ผู้ป่วย ปี 2561 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
10-12 ม.ค. 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 303 : การพัฒนาการปฏิบัติ พยาบาลเพื่อคุณภาพ
30 ม.ค. - 1 พ.พ. 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 602 : คุณภาพและความสำเร็จ ทางคลินิก
มี.ค. 2561	เข้าร่วมการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 19
28-30 มี.ค. 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 601 : ระบบบริหารความเสี่ยงใน โรงพยาบาลคุณภาพ
เม.ย. - มี.ย. 2561	จัดโครงการประกวดผลงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2561 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
25-27 เม.ย. 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 501 : SPA and Self Assessment Report
8-9 พ.ค. 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 603 : ความสำเร็จจาก การดำเนินงาน



เดือน	กิจกรรม
	คุณภาพ
16-18 พ.ค. 2561	ส่งบุคลากรเข้าอบรมอบรมหลักสูตร HA 801 : การพัฒนาจิตวิญญาณเพื่อการทำงานอย่างมีคุณภาพ (Spiritual in Healthcare Program)
5-6 พ.ค. 2561	ส่งบุคลากรเข้าอบรมอบรมหลักสูตร HA 604 : การพัฒนาระบบการประเมินผลอัตโนมัติสารสนเทศในโรงพยาบาล
5-6 พ.ค. 2561	ส่งบุคลากรเข้าอบรมอบรมหลักสูตร HA 900 : การพัฒนาคุณภาพ สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล
11-13 พ.ค. 2561	ส่งบุคลากรเข้าอบรมอบรมหลักสูตร HA 304 : HA กึ่งการศึกษาระดับปริญญาตรี
18-20 พ.ค. 2561	ส่งบุคลากรเข้าอบรมอบรมหลักสูตร HA 401 : การเป็นผู้นำเยี่ยมสมาชิกภายใน Internal Survey
พ.ย. 2561	สรุปผลผลการดำเนินงานประจำปี 2561
พ.ย. 2561	วางแผนการดำเนินงานประจำปี 2562

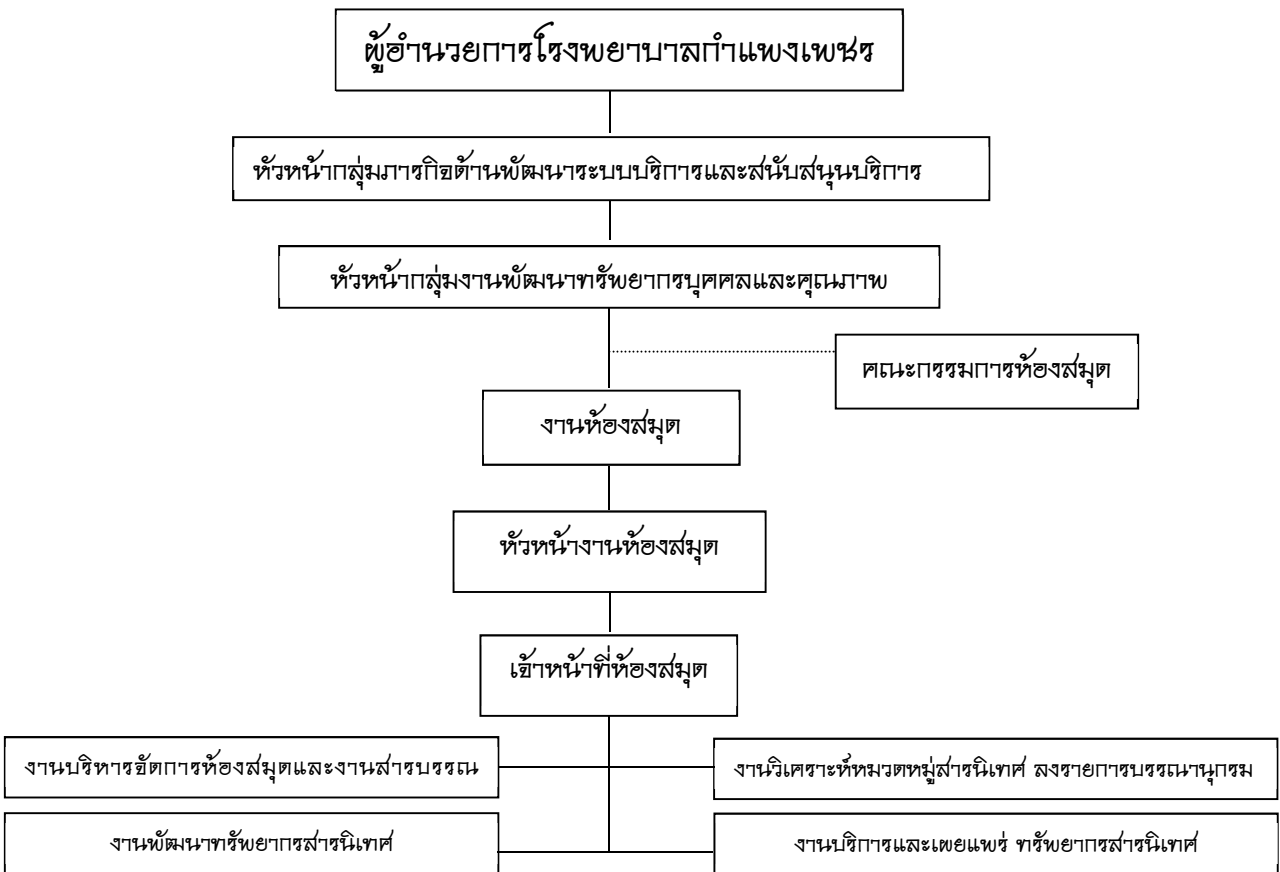


## งานห้องสมุด

### เขตอำนาจ/ความมุ่งหมาย (Purpose)

เพื่อให้ปฏิบัติงาน - วิชาการ - ศึกษาระดับมหาวิทยาลัย - ฐานข้อมูลอ้างอิง ทั้งในรูปสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ แก่ บุคลากร ของโรงพยาบาล ด้วยความสะอาด ถูกต้อง ชัดเจน และเกิดความพึงพอใจ สืบค้นนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย การให้บริการแก่ผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพงาน และสนับสนุนการศึกษาค้นคว้า

### แผนภูมิโครงสร้างของสำนักงาน



### อัตรากำลังบุคลากร

บรรณารักษ์	1	คน
เจ้าหน้าที่ห้องสมุด	1	คน



### หน้าที่ความรับผิดชอบและขอบเขตบริการของหน่วยงาน

1. รับผิดชอบการประสานอย่างใกล้ชิด เพื่อบริการแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ในทางกายภาพ แพทย์ พยาบาล วิชาชีพต่าง ๆ และสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล
2. รับผิดชอบต่อปัญหาเรื่องความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ การประสานกับห้องสมุดทางการแพทย์แพทยอื่น ๆ
3. รับผิดชอบต่อแนะนำการเขียนรายงานทางระบาดวิทยาและอื่น ๆ
4. รับผิดชอบต่อเยี่ยม - คิมนั่งลิ้น ภาชนะ และสิ่งพิมพ์รวมทั้ง สิ่งพิมพ์ไปรษณีย์
5. งานรายงานสถิติการให้บริการสุขภาพต่าง ๆ ของห้องสมุด
6. งานบริหารและจัดการห้องสมุดและงานสาขาอื่น ๆ
7. งานพัฒนาระบบสุขภาพที่ครอบคลุม
8. งานวิเคราะห์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ครอบคลุม และส่งรายงานทางระบาดวิทยา
9. งานบริการและเผยแพร่สุขภาพที่ครอบคลุม
10. งานจัดทำวารสารสุขภาพโรงพยาบาลกำแพงเพชร
11. เผยแพร่บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพโรงพยาบาลกำแพงเพชรฉบับอื่น ๆ
12. งานบริการห้องสมุดเคลื่อนที่ (ห้องสมุดเดินได้) หอผู้ป่วยและ OPD ผู้ป่วยนอก
13. บริการทำหนังสือพิมพ์ของหน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ)

### ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วยนับ	ผลการปฏิบัติงาน	
		2559	2560
1. งานบริหารจัดการห้องสมุดและงานสาขาอื่น ๆ			
- รับผิดชอบลิ้น	ห้อง	481	1,280
- ครอบคลุมลิ้น / ครอบคลุม	ห้อง	35	5
- จัดพิมพ์วารสารสุขภาพและสิ่งพิมพ์อื่น ๆ	ครั้ง	-	1
- จัดแสดงหนังสือจากฐานข้อมูลหนังสือ	ครั้ง	1	1
- ประสานสัมพันธ์กับวิชาชีพอื่น ๆ ใหม่ และจัดพิมพ์	ครั้ง	-	1
- เก็บรวบรวมสถิติห้องสมุดรายวัน	ครั้ง	242	240
- เก็บรวบรวมสถิติห้องสมุดรายเดือน	ครั้ง	12	12
- เก็บรวบรวมสถิติห้องสมุดรายปี	ครั้ง	1	1



ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วยนับ	ผลการปฏิบัติงาน	
		2559	2560
2. งานพัฒนาสุขภาพชุมชนจังหวัด			
- สร้างขวัญกำลังใจของอาสาสมัครสุขภาพชุมชน	ครั้ง	1	1
- ภารกิจด้านสื่อหนึ่งสื่อทางสุขภาพแพทย์	เล่ม/	230	222
ภาษาต่างประเทศ / ภาษาไทย	จำนวนเงิน	14,915	149,859
- สนับสนุนอาสาสมัครทางสุขภาพแพทย์ ภาษาไทย	สื่อเสียง /	5/	4/
	จำนวนเงิน	3,630	3,960
- หนังสือพิมพ์รายวัน / รายสัปดาห์ ตามหน่วยงาน	สื่อเสียง /	18/	17/
ฉบับภาษาไทย / อังกฤษ	จำนวนเงิน	42,000	34,765
- นิทรรศการฉบับภาษาไทย	สื่อเสียง /	18/	16/
	จำนวนเงิน	21,284	20,630
- หนังสือพิมพ์รายสัปดาห์ (ชุมชนสุขภาพ, วิถีสุขภาพ, วิถีสุขภาพ)	สื่อเสียง	242	1,280
- สื่อโสตทัศนวัสดุ VDO, VCD, CD-ROM ทาง	สื่อเสียง	12	-
สุขภาพแพทย์สุขภาพจิต และทั่วไป			
3. งานวิเคราะห์ประเมินผลสุขภาพชุมชนจังหวัด ลงสุขภาพชุมชน			
- ภารกิจเยี่ยมสุขภาพชุมชนจังหวัดก่อนการ	เล่ม	1,282	1,502
ลงทะเบียน			
- ภารกิจลงทะเบียนสุขภาพชุมชนจังหวัดในฐานะ	สุขภาพ	1,282	1,502
ข้อมูลคอมพิวเตอร์			
- ภารกิจวิเคราะห์ประเมินผลสุขภาพชุมชนแบบ NLM และ LC	สื่อเสียง	1,282	222
- งานเตรียมหนังสือ ประชาสัมพันธ์ ติดตั้ง ติด	เล่ม	1,282	1,502
บารัโค้ด ติดตั้งป้ายกำหนดสิ่ง บัตรเยี่ยม			
4. งานสุขภาพและเผยแพร่สุขภาพชุมชนจังหวัด			
- จำนวนผู้เข้าใช้สุขภาพ	สุขภาพ	3,875	3,056
- ภารกิจเยี่ยม - คัดหนึ่งสื่อ / งานวิจัย	เล่ม	1,173	958
- ภารกิจเยี่ยม - คัดสุขภาพสุขภาพ/ บันเทิง	เล่ม	3,489	2,898
- ภารกิจเยี่ยม - คัด VDO, VCD, CD-ROM, TAPE	เล่ม	23	5
- จัดทำบัตรสุขภาพที่ใหม่รูปแบบ Barcode	สุขภาพ	-	87



ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วยนับ	ผลการปฏิบัติงาน	
		2559	2560
- ฝึกอบรมด้านวิชาการและแนะนำการเขียนรายงานการวิจัยเชิง ปศุสัตว์ตามกลุ่ม	ราย	20	28
- ฝึกอบรมด้านเทคนิคการตัดไม้ตามและหน่วยป่าชุมชน	ครั้ง	223	168
- ฝึกอบรมด้านเทคนิคการตัดไม้และหน่วยป่าชุมชน	ครั้ง	179	180
5. งานมอบหมายอื่น ๆ			
- ผลิตวารสารรายไตรมาสของหน่วยงานกำแพงเพชร	ฉบับ	-	3
- ผลิตเผยแพร่วารสารรายไตรมาสของหน่วยงานกำแพงเพชร	ฉบับ/แห่ง	-	3/5
- ปฏิบัติงานอื่น ๆ (ประชุมกลุ่มย่อย, adit Chart)	ครั้ง	74	76
- หนึ่งสัปดาห์ของการทำงานภาคสนาม	ฉบับ	72	91

ผลงานเด่นของหน่วยงานประจำปี 2560

- มีการจัดแสดงหนึ่งสัปดาห์แก่ผู้หนึ่งสัปดาห์ต่าง ๆ พร้อมทั้งจัดตั้งศูนย์บริการข้อมูลด้านวิชาการ
- จัดตั้งสิ่งพิมพ์ประจำปีไปศึกษา และนำไปจัดวางที่หน่วยงานต่าง ๆ ของหน่วยงาน
- มีการประชุมหารือระหว่างห้องสมุดให้แก่ผู้ใช้บริการ
- จัดทำวารสารรายไตรมาสของหน่วยงานกำแพงเพชร 2 ฉบับ
- เผยแพร่บทความวิชาการจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารรายไตรมาสของหน่วยงานกำแพงเพชรผ่านเว็บไซต์
- มีการสืบค้น และค้นคว้าวารสารต่างประเทศ
- ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก เพื่อขอข้อมูล Full Text
- โครงการที่ห้องสมุดดำเนินงานได้





# ปัญหาสุขภาพ / แนวทางแก้ไข งานประจำ (Routine)

ลำดับที่	ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1.	การขลิบหนังสือ ผู้ขลิบไม่ชำนาญ ตยสัมพันธ์ไม่มาก ทำให้เสียเวลาในการขลิบหน้าหยาบหลายเลขสัมพันธ์ และขลิบด้วยระบบ Barcode	แจ้งขอฝึกอบรมการขลิบหนังสือให้ทั่วถึงทั้งก่อนหลังให้เสียเวลาน้อยที่สุด
2.	ผู้ขลิบบางรายไม่ระวังการขลิบหน้าหยาบ / ใหม่ สังเกตตามวัน และเวลาที่กำหนด	- แจ้งขลิบหนังสือผู้ขลิบที่ใหม่ระวังการขลิบหน้าหยาบ - ให้ความสำคัญกับเวลาที่กำหนดอย่างถูกต้อง
3.	ผู้ขลิบไม่ได้มาตรฐาน / ผู้ที่ใหม่ไม่ได้มาตรฐาน 1. มีผู้ขลิบบางรายขลิบไปโดยไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่ ทั่วทราบ 2. การขลิบหนังสือที่ขลิบไปมีผู้ขลิบไม่ได้มาตรฐาน ผู้ขลิบไม่ได้มาตรฐาน 3. ไม่ทราบขั้นตอนการขลิบหนังสือประจำวัน 4. มีปัญหาเรื่องของน้ำสือ	- ติดป้ายที่ระบุจำนวนการขลิบหนังสือ <b>ขลิบหนังสือตามจำนวนแจ้งเจ้าหน้าที่</b> - กำหนดขลิบหนังสือได้ไม่เกินคนละ 2 เล่ม
4.	1. ผู้ขลิบไม่คำนึงถึงหนังสือตามวันกำหนด	- ทำหนังสือแจ้งจำนวนหนังสือค้างส่ง - เก็บหนังสือ 1 บาน/วัน/เล่ม
5.	1. ผู้ใช้อินเตอเน็ตเห็นดีเห็นงามเกินไป และไม่สงวนสิทธิ์การให้บริการ 2. อินเตอเน็ตเห็นดีเห็นงามเกินไป	- กำหนดระยะเวลาการใช้คนละ 1 – 2 ชม. และติดป้ายบอกจำนวนชั่วโมงที่เห็นดีเห็นงาม - แจ้งช่างซ่อม แต่ยังไม่มีการซ่อมแซม
6.	ผู้ขลิบหนังสือบางรายที่ขลิบหนังสือไม่สะอาดและไม่ระวังไม่เข้ามาเห็นที่เดิม ทำให้หนังสือบางรายหายไป หนังสือไม่เพียงพอ	- ให้ พนักงานต้อนรับ ช่าง และแม่บ้านทำความสะอาด สวมหน้ากากอนามัย ช่วยลดการสัมผัสของนิ้ว



### การพัฒนาศูนย์สุขภาพ

1. การพัฒนาศูนย์สุขภาพจัดตั้งหน่วยงานหนึ่งสัปดาห์ขึ้นไป และจัดตั้งหน่วยงานหนึ่งสัปดาห์ใหม่ ติดป้ายบอกแต่ระดับชั้น เพื่อให้เห็นความชัดเจนของหน่วยงานหนึ่งสัปดาห์ได้สะดวก ชวตเสริม ขึ้นโดยให้สัปดาห์หนึ่งทำงานอย่างเต็มที่
2. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในภาคีเครือข่ายสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ของสังคมโดยบุคคลากร เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล พิจารณาโดยคณะกรรมการสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ และจัดแสดงหนึ่งสัปดาห์งานด้านต่างๆ
3. การนำโปรแกรมสุขภาพหนึ่งสัปดาห์มาใช้ในระบบงานของสุขภาพหนึ่งสัปดาห์
4. เสนอแผนสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ของบุคลากรสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ในวาระสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ของโรงพยาบาลกำหนดแผนสุขภาพ
5. เสนอแผนสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ของบุคลากรสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ในวาระสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ของโรงพยาบาลกำหนดแผนสุขภาพ
6. ส่งต่อหน่วยงานสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ และวางสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ในเวลาที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยที่มารับบริการ
7. จัดทำป้ายบอกสุขภาพหนึ่งสัปดาห์เป็นป้ายประชาสัมพันธ์

### กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2561

1. จัดทำวาระสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ของโรงพยาบาลกำหนดแผนสุขภาพ ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 - 2
2. เสนอแผนสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ของบุคลากรสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ในวาระสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ของโรงพยาบาลกำหนดแผนสุขภาพ
3. พัฒนาศูนย์สุขภาพหนึ่งสัปดาห์
4. จัดตั้ง จัดทำสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ในภาคีใหม่ ๆ และทันสมัย
5. จัดแสดงหนึ่งสัปดาห์ใหม่
6. จัดแสดงหนึ่งสัปดาห์ให้ผู้ป่วยที่มารับบริการ
7. บุคลากรสุขภาพหนึ่งสัปดาห์
8. กิจกรรม 5 ส ทุกเดือน
9. บุคลากรสุขภาพหนึ่งสัปดาห์ (สุขภาพหนึ่งสัปดาห์) หรือผู้ป่วย และ OPD (ผู้ป่วยนอก)



## งานเวชภัณฑ์และโลจิสติกส์

### อัตราจ้าง

เจ้าหน้าที่เวชภัณฑ์	จำนวน	3 คน
1. นายวุฒิศักดิ์	หัวหน้าเวชภัณฑ์	ข.พ. โลจิสติกส์
2. นางสาววิมลฉัตร	เจ้าหน้าที่	ข.พ. โลจิสติกส์
3. นางจิตติพร	นิสิตอาสา	ข.พ. โลจิสติกส์
ลูกจ้างประจำ	จำนวน	1 คน
- นายสมชาย	ผู้ดูแล	ช่างศิลป์
พนักงานสุขภาพ	จำนวน	1 คน
- นายสุชาติ	มิชชัน	นักวิชาการเวชภัณฑ์
พนักงานสหวิชาชีพ	จำนวน	1 คน
- นางสาวณิศา	สหวิชาชีพ	นักวิชาการเวชภัณฑ์

### ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

งานเขียนภาพ/ออกแบบและผลิตงานกราฟิก (ผลิตงานโดยคสมพิวเตอร์)

- ผลิตและออกแบบโปสเตอร์
- ผลิตและออกแบบแผ่นพับ
- ผลิตและออกแบบป้ายประชาสัมพันธ์
- ผลิตและออกแบบแผ่นปลิว
- ผลิตและออกแบบสื่อทางภาพอื่นๆ
- ผลิตและออกแบบโลโก้
- ผลิตและออกแบบนิเทศศาสตร์

งานเขียนภาพ/ออกแบบและผลิตงานกราฟิก (ทั่วไป)

- ผลิตและออกแบบโปสเตอร์
- ผลิตและออกแบบแผ่นพับ
- ผลิตและออกแบบป้ายประชาสัมพันธ์
- ผลิตและออกแบบสติ๊กเกอร์
- ผลิตและออกแบบตัวอักษร
- ผลิตและออกแบบป้ายติดผนัง/กระดาษ
- ผลิตและออกแบบป้ายติดชุดยี่ห้อ
- ผลิตและออกแบบป้ายติดเครื่องใช้ต่างๆ



- พลิตและฮอกแบบปีกายฟ้า
- พลิตและฮอกแบบปีกายไม้
- พลิตและฮอกแบบปีกายฟ้าไปเวโรนิส
- พลิตและฮอกแบบปีกายเวโรนิก้องปชชชชช
- พลิตและฮอกแบบปีกายพลาสติก
- พลิตและฮอกแบบปีกายกล่องไฟ
- พลิตและฮอกแบบปีกายทิวพลาสติก

### งานด้านภาพทั่วไป

- งานด้านภาพกิจกรรมทั้งหมดทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- งานตกแต่งภาพโดยคอมพิวเตอร์
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพ
- งานบริหารสิทธิ์ในภาพ

### งานด้านภาพทางภาพแพทย์

- งานด้านภาพเพื่อการศึกษาทางภาพแพทย์
- งานด้านภาพในห้องผ่าตัด
- งานตกแต่งภาพโดยคอมพิวเตอร์
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพ
- งานบริหารสิทธิ์ในภาพ

### งานด้านวิดีโอทั่วไป

- งานด้านภาพกิจกรรมทั้งหมดทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- งานตัดต่อวิดีโอ
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพวิดีโอ
- งานบริหารสิทธิ์ในภาพวิดีโอ

### งานด้านวิดีโอทางภาพแพทย์

- งานด้านภาพเพื่อการศึกษาทางภาพแพทย์
- งานตัดต่อวิดีโอทางภาพแพทย์
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพวิดีโอ
- งานบริหารสิทธิ์ในภาพวิดีโอ



**งานผลิตและตัดต่อวิดีโอ/ผลิตสื่อทางเสียง**

- ภาพเขียนสคริปต์ /story board
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอเพื่อประชาสัมพันธ์
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอทางภาพแพน
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอภาพประชุม
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอกิจกรรมเชิงพาณิชย์
- ผลิตวิดีโอเพื่อประชาสัมพันธ์ผลงาน
- งานบันทึกเสียง
- ผลิตและตัดต่อเสียงเพื่อประชาสัมพันธ์
- ผลิตและตัดต่อเสียงเพื่อประกอบการนำเสนอ

**งานควบคุมระบบห้องประชุม**

- เติบโตยอมรับความรับผิดชอบของระบบเสียงห้องประชุมตามอิม เทลล์ก้าพงษ์ /ห้องประชุม/ห้องอบรม/ห้องประชุม/ห้องประชุม
- ควบคุมดูแลภาพประชุมห้องประชุมตามอิม เทลล์ก้าพงษ์ /ห้องประชุม/ห้องอบรม/ห้องประชุม/ห้องประชุม
- ประสานงานภาพประชุมและควบคุมระบบและจัดโต๊ะห้องประชุม
- ดูแลและตรวจสอบความพร้อมในการปฏิบัติงานของคณาจารย์
- ถ่ายภาพและวิดีโอ ตลอดการประชุม
- จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ป้ายวิทยุภาพ ป้ายกำหนดระเบียบ ในแต่ละการประชุม
- บันทึกเสียงการประชุม

**งานพัฒนาคุณภาพ**

- งานพัฒนาคุณภาพ
- HRD
- Risk management
- เก็บรวบรวมข้อมูลปฏิบัติงาน
- เปิด-ขยายวิสัยทัศน์คณาจารย์
- งานควบคุมดูแลและตรวจสอบคณาจารย์
- ประสานงาน



**ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม**

กิจกรรม	ปี 2560	หน่วยนับ
งานถ่ายภาพ	17,520	ภาพ
งานวิจัยที่ค้ำหน้า		
- วิจัยที่ค้ำหน้าทางกายภาพ	7	เรื่อง
- วิจัยที่ค้ำหน้านำเสนอ	29	เรื่อง
- วิจัยที่ค้ำหน้าในกิจกรรมสุขภาพ ชุมชน วิจัยทาง การศึกษา การวิจัยทั่วไป	74	เรื่อง
งานกราฟิกและเขียนภาพทางกายภาพ	3,140	ป้าย
งานเสตทท์ชิ้นศึกษา		
- ห้องประชุม - ติดตั้งเสตทท์ชิ้นปูน		
• ห้องประชุมประชุม	177	เรื่อง
• ห้องประชุมอุ้ง	49	เรื่อง
• ห้องประชุมคน	129	เรื่อง
• ห้องประชุมเกษม	275	เรื่อง
• ห้องประชุมเกษม	130	เรื่อง
• ห้องประชุมเกษม	27	เรื่อง
- เครื่องเสียงนอกลาน		
- พลิตป้าย (บันทึกละเอียด)	15	เรื่อง
งานสนับสนุนบริการด้านอื่น ๆ		
- ถ่ายภาพ/วิจัยที่ค้ำหน้า นอกลาน	62	เรื่อง

**ผลงานเด่นของหน่วยงาน**

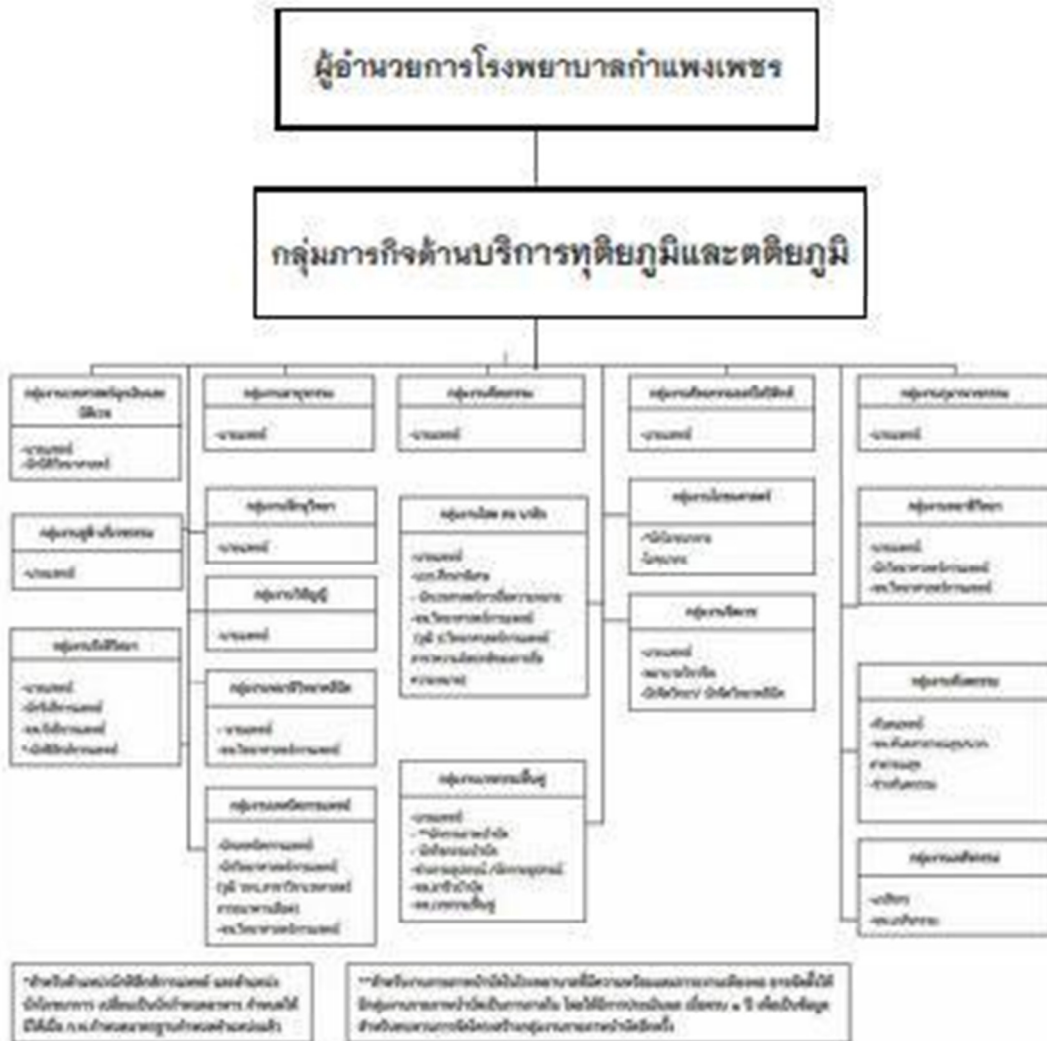
1. การผลิตป้ายโฆษณาทาง “น้องพาไป” เพื่อเพิ่มความสะดวกแก่คนพิการทางเดินเท้าไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ของผู้ปกครอง
2. พลิตป้ายโต้แย้งแม่เหล็กงานของเสียงแบบเชื่อมแผ่นอะคริลิค ซึ่งมีควมคงทนมากกว่าและลดระยะเวลาในการผลิต

**การพัฒนารายงานคุณภาพ/กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินงานต่อปี 2561**

1. จัดทำเว็บไซต์ของหน่วยงาน
2. การปรับปรุงห้องประชุมอุ้ง

## กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

### แผนภูมิโครงสร้างกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ





## การดำเนินงานชั้นปริญญาโท

### อัตราค่าจ้างบุคลากร

ตำแหน่ง	ปฏิบัติหน้าที่
<b>ข้าราชการ</b>	
- แพทย์ (จักษุแพทย์ 1, แพทย์ Retina 1, แพทย์ Glaucoma 1)	3
- พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา )	4
- พยาบาลเทคนิค	1
<b>ลูกจ้างประจำประจำตำแหน่ง และ พกส.</b>	
- เจ้าหน้าที่เทคนิคทางการแพทย์	1
- เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย	2
- พนักงานทำความสะอาด	1
<b>รวม</b>	<b>8</b>

### หน้าที่ความรับผิดชอบ

#### งานตรวจผู้ป่วยนอก

- ปฏิบัติการตรวจผู้ป่วยโรคทางตาในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์
- ปฏิบัติการตรวจผ่าตัดโรคทางตาทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ( 08.30 -16.00 น.)
- ประสานงานกับตึกผู้ป่วยในตา และหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้การตรวจรักษาและผ่าตัดโรคทางตา
- ปฏิบัติการให้คำปรึกษา ผู้สูงอายุมาพบทางตาแก่ผู้ป่วยต่างแผนกและประชาชนผู้สนใจ

#### งานผ่าตัด

- ให้การขูดขี้ตาผู้ป่วยโรคทางตาโดยวิธีผ่าตัดและใช้เครื่องมือพิเศษในตา
- ให้การตรวจวินิจฉัยโรคต้อหิน, ต้อกระจก, ผ่าตัด, และป้องกันแก่ผู้ป่วยโรคตาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน
- ให้การผ่าตัดต้อหินด้วยวิธีบล็อกเรตินัล (Retrobulbar block) แก่ผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัดโรคตาต้อกระจก และให้การพยาบาลและการตรวจเย็บแผลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตาต้อกระจก
- ทำการทำความสะอาดเครื่องมือและเครื่องมือใช้เฉพาะผ่าตัดโรคตาต่างๆ
- จัดเตรียมเครื่องมือใช้เฉพาะผ่าตัดต้อหิน เช่น Pterygium Excision เป็นต้น





### งานผู้ป่วยใน

- ดูแลผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดตา และให้การรักษาพยาบาลโรคทางตา เช่น การผ่าตัดตา Sterile เป็นต้น
- ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้มอบหมาย
- เป็นที่ปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วยในตา เกี่ยวกับปัญหาโรคตาต่างๆ ที่รวมถึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคกระจกเลนินทางตา แนะนำอธิบายวิธีการรักษาและเทคนิคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโรคตา

### ผลงานด้านบริหาร

- มีภาพรวมของงาน
- มีภาพนิเทศงาน
- วิชาคุณภาพชีวิต ความรอบคอบ
- เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลทุกเดือน
- ทำแผนงานประจำปี
- ประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อแจ้งข่าวสารและแนวทางการปฏิบัติงาน
- ควบคุมดูแลและตรวจสอบงานนี้ เคสของมือ เคสของใจ ทางการแพทย์ให้มีผู้ป่วย และพร้อมที่จะให้บริการได้ทันที
- ติดตามงานและประเมินผลงาน

### ผลงานด้านบริการ

ผลการปฏิบัติงาน	หน่วย	2558	2559	2560
ผู้ป่วยนอกโรคตา	ราย	19,750	24,232	23,429
ผู้ป่วยในโรคตา	ราย	3,086	2,666	2,285
ผู้ป่วยโรคตาที่เข้ารับการผ่าตัด+หัตถการต่างๆ	ราย	4,059	3,932	4,719
ผู้ป่วยตามนัดทั้งส่งข้าง	ราย	83	65	60
ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัด	ราย	3,008	2,590	2,386
ผู้ป่วยโรคตาที่ได้รับการผ่าตัดด้วยแสงเลเซอร์				
- ต้อหิน	ราย	27	122	142
- Retina	ราย	82	112	92
- capsulo	ราย	195	246	297



### ผลงานด้านวิชาการ

- จัดทำเอกสาร ตำรา คู่มือการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่
- จัดทำเอกสารเผยแพร่เกี่ยวกับความรู้โรคตาให้กับผู้ป่วยและญาติ
- เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องได้รับทราบข้อควรระวังอย่างน้อย 10 วัน / คน / ปี
- สอนผู้ศึกษา
- จัดทำเอกสารวิชาการ เช่น แผนพับ และจัดทำข้อดีของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- จัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน
- ทบทวนคู่มือการปฏิบัติ การปฏิบัติ และจัดทำมาตรฐานทางกายภาพ
- ตรวจสอบสถิติข้อมูล และผลการปฏิบัติงาน เป็นประจำทุกเดือนและประจำปี
- จัดทำเอกสาร ตำราทางวิชาการประจำปีของหน่วยงาน

### ผลงานเด่น ประจำปี 2560

- ให้บริการตรวจและรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน
- ให้การตรวจคัดกรองตาข่ายตาข่ายในขณะบดอัดแผ่นฟิล์มถ่ายภาพโดยเข้าร่วมโครงการคัดกรองตาข่ายตาข่าย ได้ตามเป้าหมาย และสามารถตรวจพบตาข่ายตาข่ายได้เป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ
- ทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันตาข่ายตาข่าย
- จัดประชุมวิชาการเรื่องตาข่ายตาข่ายของบุคลากรทางการแพทย์เข้าชั้นเรียนของสาขาต่าง ๆ ให้กับ พว.สจ. พว. อัมมาต เวชการผสมสีและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
- อบรมวัดสายตา สวม. เพื่อลดข้อผิดพลาดในการให้บริการ Service plan
- เพิ่มบริการตรวจตาข่ายตาข่ายด้วย OCT (Optical coherent tomography)
- ทำโครงการนิเทศติดตามงานระบบบริการสุขภาพ service plan ตามการประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบคัดกรองตาข่ายตาข่าย ต้อหิน โรคตาข่ายตาข่าย
- จัดประชุมวิชาการโรคตาให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน
- ประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้เรื่องตาข่ายตาข่ายตามโครงการศึกษาเกี่ยวกับโรคตาข่ายตาข่ายให้กับ พว.สจ. พว.สจ.



### การพัฒนาคู่มือภาพ

- HA
- PCT
- 5 ส.
- ทบทวนคู่มือการปฏิบัติงาน
- CQI
- Service plan

### แผนงานที่จะดำเนินการในปี 2561

- ปรับปรุงพื้นที่การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยนอก ที่ติดผู้ป่วยนอก 60 ปี ขึ้น 2 ปี ให้เป็นสัดส่วน
- สอนเจ้าหน้าที่สาขาตติยภูมิเกี่ยวกับผู้ป่วยนอกที่ป่วยด้วยโรคทางตาและประสาท
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อคัดกรองหาผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้น
- จัดอบรมวิชาการสาขาตติยภูมิในหน่วยงาน และภายในโรงพยาบาล
- พัฒนาระบบตรวจสุขภาพโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยนอกด้วยวิธีตรวจเบาหวาน
- พัฒนาการตรวจสุขภาพโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยยา bevacizumab (avastin)
- เพิ่มบริการตรวจสุขภาพลานสายตาด้วยเครื่อง visual field
- พัฒนาระบบงานด้านคลินิกต้อหิน, จอประสาทตา, Retina center

### ด้านประสาท

- จัดระบบงานประสาทในหน่วยงาน อย่างมีคุณภาพ และมีมาตรฐาน
- ด้านเคสของมีอาชีพ

### ด้านประสาท

- ให้บริการตรวจสุขภาพ และรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน

### ด้านวิสัญญี

- จัดหาเอกสาร ตำรา คู่มือการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่
- จัดทำเอกสารเผยแพร่เกี่ยวกับความรู้โรคตาให้แก่ผู้ป่วยและญาติ





**ผลการปฏิบัติงาน  
ด้านบริหาร**

รายการ	ปีงบประมาณ		
	2558	2559	2560
ให้บุคลากรทั้งหมดปฏิบัติงานตามแผน	28,516	27,713	27,794
ผู้ปฏิบัติงานใหม่	210	108	113
ผู้ปฏิบัติงานที่เกษียณอายุราชการ	7,741	3,692	3,807

**ด้านบริหาร**

- อบรมและฝึกปฏิบัติงานให้ทันตแพทย์จบใหม่ปี 2560 จำนวน 5 คน ระยะเวลา 2 สัปดาห์ คือ 3 - 7 พ.ค. 60 และ 12 - 18 พ.ค. 60
- ประชุมบริหารงานเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรประจำปี 2560 วันที่ 28 มี.ค. 60
- ส่งทันตแพทย์เข้าอบรม “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแพรวเป็ดตาใหม่” ระยะเวลาอบรม ต่อเนื่อง 1 ปี
- ส่งทันตแพทย์เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ “การตรวจสุขภาพช่องปากและช่องคอ” ร่วมกับแพทย์สาขาอื่น เพื่อเป็นเชิงพยาบาลนำร่อง

**ด้านบริหาร**

- มีการประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทันตกรรมเดือนละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ประชุมทันตแพทย์ ครั้งที่ 2 ประชุมทันตแพทย์ เพื่อระดมสมองในภาคนี้เฉพาะ ต่าง ๆ ที่พบในภาคปฏิบัติงาน และนำผลการประชุมมาเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป
- เปิดให้บุคลากรทำฟันคนไข้ทั่วไปในเวลาราชการทั้งเช้าและบ่าย และระบบนัดการดำเนินงานเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ
- เปิดบริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลาราชการ ช่วงเย็นของทุกวันทำการ และเช้า-บ่ายของวันเสาร์ - อาทิตย์ ซึ่งเป็นระบบนัดหมาย เพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ, ประเมินสังคม และผู้ปฏิบัติงาน
- มีภาควางแผนบุคลากร โดยเฉพาะทันตแพทย์ โดยมีการเพิ่มจำนวน ทพ. OPD ในช่วงเช้า เพื่อเพิ่มความสะดวกขึ้นในภาคนี้ให้ทันตกรรมไปถึงมีการวางแผนนัดผู้ป่วยล่วงหน้าเพื่อไม่ให้มีการนัดผู้ป่วยมาเกินวันใด วันหนึ่งทันตแพทย์อยู่น้อย
- มีการตั้งนัดผู้ป่วยนัดล่วงหน้าทั้งในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการเพื่ออำนวยความสะดวกสะดวก โดยผู้ที่ไม่ต้องขอคืนนัดที่ห้องนัดส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาในภาคนี้ขอทำนัด
- อบรมสอนนโยบายการตรวจโดยภาควิชาให้ผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้ได้คุณภาพของงานต่างตามนโยบาย 70 ปี ไม่มีผิด นอกเหนือยังมีของทางต่างสำหรับเด็กอายุไม่น้อยกว่า 3 ปี, ผู้พิการ, พหุพิการ, ผู้มีโรคทางระบบที่จำเป็นต้องได้คุณภาพอย่างเร่งด่วนอีกด้วย



- มีบริการให้ปรึกษาฟรีในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เคหะชุมชนแออัดในเขตเมือง จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองติ๊กสัน และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบางกิ้งขวาง ทำให้บริการทันตกรรมเข้าถึงชุมชนได้เพิ่มขึ้น โดยมิใช่ระบบงานดังนี้

- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองติ๊กสันขอมีทันตแพทย์จากโรงพยาบาลกำแพงเพชร หมุนเวียนไป ให้บริการทันตกรรมทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่าย และมีทันตภิบาลประจำศูนย์ 1 คน
- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบางกิ้งขวางมีทันตแพทย์ปฏิบัติงานประจำ 1 คน และมีทันตภิบาลประจำศูนย์ 2 คน

- ภายใต้งานบริการทันตกรรมให้ครอบครัวชุมชนมากขึ้น โดยมีการให้บริการทันตกรรมในเรือนจำแก่ผู้ต้องขัง โดยมิใช่ของทันตกรรมหรือเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ในเรือนจำ และมีทันตแพทย์และทันตภิบาล หมุนเวียนไปให้บริการแก่ผู้ต้องขัง

- งานทันตกรรมเชิงรุก ได้แก่ งานทันตกรรมในหญิงมีครรภ์ WBC ซึ่งเขียนพ้องแม่ งานทันตกรรมในเด็กนักเรียน

- งานตามแผนยุทธศาสตร์ได้แก่ ภายใต้งานเข้าถึงถึงสถานบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งที่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำและมีบริการหมุนเวียนเข้าหน้าให้ให้ได้ 60 % (ขพ.สต.คุณภาพ)

- ติดตาม ดูแล คนไข้ในโครงการทันตกรรม “ฟันยิ้ม” และ “ข้าวสวยอร่อย”
- ตอบสนองนโยบายพัฒนาระบบสุขภาพ “ฟันยิ้ม” ให้กับผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส
- เป็นโรงพยาบาลในเขตนำร่องในงานทันตกรรม โดยให้บริการทันตกรรมวัสดุทันตกรรมทั้งระดับเขตและจังหวัด
- ภายใต้งานเฉลิมฉลองโครงการคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (Quality Dental Clinic) ของทันตกรรมใน ขพ.สต. ทุกอำเภอใน อ.กำแพงเพชร อำเภอละ 1 แห่ง (ระยะเวลาดำเนินการ 60 - 60)
- เป็นโรงพยาบาลนำร่อง “ทันตกรรมชุมชน” ร่วมกับแพทย์สาขาอื่น

**ผลงานเด่น**

- โครงการพัฒนาระบบสุขภาพ “ฟันยิ้ม” ให้กับผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2550 - 2560 ได้ให้บริการทันตกรรมฟันเทียม ให้กับผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสปี 2560 เป้าหมาย 120 ราย ทำได้ 196 ราย คิดเป็น 163.33%
- ติดตามดูแลต่อของคนที่โครงการพัฒนาระบบสุขภาพ “ฟันยิ้ม” และ “ข้าวสวยอร่อย” เพื่อให้คนไข้ในงานทันตกรรมได้มีประสิทธิผลมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น
- ให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ป่วยในเรือนจำอย่างต่อเนื่องโดยมีทันตแพทย์ทันตภิบาล ผู้ช่วย หมุนเวียนเข้าไปให้บริการ และมีบริการทันตกรรมผู้ต้องขังให้หน่วยงานร่วมด้วย
- เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมใน ขพ.สต. โดยมิใช่ ขพ.สต. ให้บริการทันตกรรมได้ 18 แห่ง ภาย ขพ.สต. ทั้งหมด 34 แห่ง คิดเป็น 53%
- ส่งเคสของทันตกรรมไปทำกรรมรสสะอาดและฆ่าเชื้อที่หน่วยงานสุขภาพของโรงพยาบาลได้ทั้งหมด



### แผนงานที่จัดดำเนินการประจำปี 2561

#### แผนงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่

#### ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพตามกลุ่มวัยและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ สู่ เสถียรภาพและป้องกันโรค

1. การดำเนินงานทันตสุขภาพในคลินิกเด็ก (WBC)
  - 1.1 เต็มอายุ 0 - 2 ปีที่เลี้ยงต่อโรคฟันผุ ได้สุขภาพฟันที่ดี (ร้อยละ 30)
  - 1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับทราบและเข้าใจทันตสุขภาพของลูก (ร้อยละ 80)
2. โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทันตสุขภาพในเด็กวัยเรียน
  - 2.1 โครงการทันตสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของลูก (ร้อยละ 80 ของโรงเรียนในเขตควบคุม)
  - 2.2 เต็ม ป.1 - ป.6 ได้รับทันตสุขภาพและทันตสุขภาพของลูก (ร้อยละ 85)
  - 2.3 เต็ม ป.1 - ป.6 ได้รับบริการทันตสุขภาพ (ร้อยละ 40)
  - 2.4 เต็ม ป.1 ได้รับทันตสุขภาพของฟันในโพรงฟันแท้ที่ 1 (ร้อยละ 20)
  - 2.5 การสำรวจสุขภาพของปากและช่องปากตั้งแต่ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (ร้อยละ 54)
3. โครงการทันตสุขภาพเป็นเครือข่ายโรงเรียนตั้งแต่ 1 ปี ถึง 6 ปี
4. ส่งเสริมสนับสนุนทันตสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของปากและช่องปากในตำบลและพื้นที่ (LTC)
5. ให้บริการทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ (เป้าหมาย 120 ราย)

#### ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน (service excellent)

1. การทำทันตศัลยกรรมช่องปากแบบ ONE DAY SURGERY (ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์)
  - ทำทันตศัลยกรรมช่องปากแบบ one day surgery ในผู้ป่วยสุขภาพดีและมีควมต้องทันตสุขภาพโดยทันตแพทย์

#### ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพให้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

1. ตรวจสุขภาพช่องปากและฟันที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร (เป้าหมายผู้มารับบริการในคลินิกเด็ก)
  - ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน x-ray OPG และให้บริการทันตสุขภาพตามเหมาะสม (ร้อยละ 50 คิดเป็น 349 คน)

#### ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารงานทันตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพื่อทันตสุขภาพและระบบ การเงินการคลังที่ดี (Governance excellent )

1. การบริหารจัดการของโรงพยาบาลกำแพงเพชร รับผิดชอบและรับผิดชอบ (ร้อยละ 20)



### แผนงานอื่น ๆ ได้แก่

- การดูแลสิทธิเสรีภาพผู้ประกอบอาชีพทางเทคโนโลยี ในพื้นที่ที่อยู่ในภาคนี้ให้ได้
- งานต่อเนื่องในโครงการพัฒนาพื้นที่เกษตรกรรมและสหกรณ์ โดยติดตามดูแล ผู้ประกอบที่ได้รับสัมปทานสิทธิในพื้นที่เกษตรกรรม “พื้นที่ใหม่” และ “ข้าวไร่” อย่างต่อเนื่อง
- เป็นหน่วยงานในภาคเอกชนและวิสาหกิจอื่น ๆ ในงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและโทรคมนาคม
- เป็นหน่วยงานนำร่องในกิจกรรมส่งเสริมอาชีพแก่เกษตรกร





# กลุ่มงานโสต ๗๒ นาย

## ประกอบด้วย

1. งานโสต ๗๒ นาย
2. งานค้ำส่งเอกสารต่างและเสด็จต่างไปหน้า

## อัตราจ้าง

นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	จำนวน	1	อัตรา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	จำนวน	2	อัตรา
นายแพทย์ชำนาญการ	จำนวน	1	อัตรา
เจ้าหน้าที่งานบริหารการคลัง	จำนวน	1	อัตรา

## กิจกรรมทางด้านการบริหาร

1. ให้บริการตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรค หู คอ จมูก ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
2. ดูแลส่งเสด็จผู้มาพบผู้ป่วยโรค หู คอ จมูก อย่างครบวงจร
3. รับผิดชอบการปรึกษาและให้คำปรึกษาสุขภาพผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับ หู คอ จมูก ต่างประเภท
4. รับผิดชอบการปรึกษาแก่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับปัญหาทางหู คอ จมูก
5. ทำการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุ หู คอ จมูก
6. ให้คำปรึกษาและเสด็จผู้สงสัยหรือมีปัญหาทางด้านการได้ยิน

## กิจกรรมทางด้านการบริหาร

1. การทำงานแบบมีส่วนร่วม
2. การทำงานร่วมกับแบบที่มีสหสาขาวิชาชีพ

## กิจกรรมทางด้านการบริหาร

1. จัดประชุมวิชาการประจำปี
  - การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มโรคหู คอ จมูก และโรคที่เกี่ยวข้อง
2. จัดทำแผนรพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเฉพาะโรค
3. จัดทำแผนรพการส่งการสุขภาพก่อนและหลังการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุเฉพาะโรค



ผลงานเด่น

1. คลินิกผู้ป่วยระยะเชิงรุก คอ ขมุก ขมื่น และมะเร็งโพรงจมูก และมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม Pain Management และ Palliative Care
2. เพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะเชิงรุก คอ ขมุก โดยจัดทำแผนการดูแลแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะเชิงรุก คอ ขมุก
3. ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน ออโต้เบสของคอมพิวเตอร์ ให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยหูหนวกด้วยระบบการได้ยิน
4. พัฒนาการตรวจวัดการตอบสนองต่อเสียงในผู้ป่วยเด็กแบบกึ่งอัตโนมัติและผู้ป่วยกลุ่มเสียง โดยใช้เครื่อง Otoacoustic Emission Measurement System (OAE)
5. ตรวจวัดการตอบสนองของก้านสมอง auditory brain stem response (ABR) ขมุก ขมื่น
6. พัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคคอและกล่องเสียง โดยใช้กล้องส่องตรวจ Flexible Fiberoptic Laryngoscope
7. ประสานกับกลุ่มแพทย์จากคลินิกต่างโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหูน้ำหนวก
8. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา PCT ตา หู คอ ขมุก มี Clinical tracer Head and Neck cancer Clinical tracer tonsillectomy, Clinical tracer thyroidectomy, Clinical tracer epistaxis และ Clinical tracer upper airway obstruction
9. มีระบบดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนบนและกล่องเสียงร่วมกับผู้ป่วยวิกฤต โดยจัดทำชุดเครื่องมือ set tracheostomy kit ไว้ที่หอผู้ป่วย หู คอ ขมุก ส่งมอบยา
10. งานวิจัย 3 เรื่อง ได้แก่
  - การดูแลผู้ป่วยระยะที่โพรงจมูกหลังการผ่าตัดทอนซิล
  - ประสิทธิภาพการผ่าตัดต่อมทอนซิลโดยวิธีใช้คลื่นวิทยุความถี่สูง (Monopolar Radiofrequency Dissecting Tonsillectomy) เปรียบเทียบกับการผ่าตัดโดยใช้มีดเย็น (Cold Steel Dissecting Tonsillectomy)
  - ผลลัพธ์การผ่าตัดมะเร็งผิวหนังชนิด Non melanoma ชนิดเนื้อเยื่อ โดยวิธี Bilobed flap เปรียบเทียบกับการปิด Primary closure และ Advancement flap

สาขา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)		
	2558	2559	2560
ผู้ป่วยนอก	15,172	16,174	15,592
ผู้ป่วยใน	538	628	687



ผลงานปฏิบัติงาน

20 อันดับโรค หู คอ จมูก

ลำดับ	รหัสโรค	รายละเอียด	จำนวน
1	E041	Non toxic thyroid nodule	1,584
2	H90	Sensorineural hearing loss	1,136
3	J30	Allergic rhinitis	681
4	E05	Thyrotoxicosis	590
5	H66	Chronic otitis media	470
6	H61	Impact cerumen	365
7	H911	Presbycusis	350
8	R221	Localized swelling, mass and lump, neck	348
9	H60	Otitis externa	314
10	R59	Enlarged lymphnode	219
11	Z001	Examination of ear and hearing	207
12	J35	Tonsillitis	195
13	H931	Tinnitus	146
14	L040	Acute lymphnode	181
15	J339	Nasal polyp	136
16	G473	Sleep apnoea	125
17	J039	Acute tonsillitis	116
18	J00	Common cold	113
19	J029	Pharyngitis	98
20	J060	Acute laryngopharyngitis	84

5 อันดับผ่าตัดโรค หู คอ จมูก

ลำดับ	รายการ	จำนวนผู้ป่วย		
		2558	2559	2560
1	Excision	151	187	172
2	Tracheotomy Tube	112	122	171
3	Tonsillectomy	69	71	80
4	DL c Bx	45	26	30
5	Lobectomy, Thyroidectomy	41	52	34



## 5 อันดับหัตถการหู หู คอ จมูก

ลำดับ	หัตถการ	จำนวนผู้ป่วย
		2560
1	Irrigation ear	1,091
2	Percutaneous	583
3	Fiberoptic laryngoscope	559
4	Replace tracheostomy	225
5	Remove F.B Ear	89

## หัตถการหูได้ยิน

หัตถการ	จำนวนผู้ป่วย
	2560
ตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็ก	
- OAE	524
- ABR	34
ตรวจการได้ยิน	2,017
ตรวจหูชั้นกลาง	181
ใส่เครื่องช่วยฟัง	35
ขอใบสั่งยาความผิดปกติ	447

## แผนที่จะดำเนินการในปี 2561

1. ให้ควมรู้ในการตรวจคัดกรองการได้ยินและหัตถการหู หู คอ จมูก และพัฒนากระบวนการส่งต่อกับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด
2. ให้การศึกษากับผู้พิการทางการได้ยินให้ครอบครัวและติดตามผลของการใส่เครื่องช่วยฟังอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้คุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มการศึกษานอกเวลาทางการศึกษา 1 - 2 ครั้งต่อเดือน
3. ให้บริการตรวจคัดกรองการได้ยิน หู คอ จมูก ลงทะเบียนศึกษาส่งต่อผู้ป่วย โดยให้ระบบ Thai refer และติดตามการศึกษารายบุคคลอย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกหู หู คอ จมูก วางแผนการปฏิบัติงานโดยยึดถือหลักการของโรงพยาบาล “รับผิดชอบ ใส่สัจจะ มีน้ำใจ”



5. จัดเตรียมเอกสารข้อมูลวิทยุ โทร วิทยุ ให้เพียงพอต่อการฟังและได้มาตามฐาน IC
6. ร่วมกันค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมในการนำเสนอแบบนวัตเพื่อลดข้อผิดพลาดในการผลิตวิทยุ โทร วิทยุ ในกรณีที่เกิดข้อผิดพลาดในการผลิต
7. เปิดคลินิกเฉพาะโรควิทยุ โทร วิทยุ ในวันพุธ สัปดาห์ที่ 1 และ 3 เวลา 08.30 น. - 12.00 น.
8. เปิดคลินิกโรควิทยุ โทร วิทยุ ในวันพุธ สัปดาห์ที่ 1 และ 3 เวลา 08.30 น. - 12.00 น.

### แผนพัฒนาสาระต่างๆ

1. พัฒนาระบบการดูแลวิทยุ โทร วิทยุ ให้ได้มาตรฐาน
2. เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การดูแลรักษาวิทยุ โทร วิทยุ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง



## หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรห้องรังสีวิทยา

### งานบริหาร

งานนโยบาย และวางแผน งานธุรการ สนับสนุน และบริหารบุคคลของหลักสูตรห้องรังสีวิทยา  
หลักสูตร รับผิดชอบดูแลดูแล ควบคุมดูแล ควบคุมดูแล และบำรุงรักษา

### งานปฏิบัติการ

1. ให้บริการผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการทางรังสีวิทยา ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยยึดเอาหน้าที่บริการ  
ตลอดเวลาราชการ นอกเวลาราชการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. ให้บริการผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย  
ในในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ พร้อมทั้งบริการตรวจ US Doppler วันจันทร์ -  
วันพฤหัสบดี เวลา 10.00 น.
3. ให้บริการตรวจทางรังสีแบบตามภาพเอกซเรย์ทั่วไปด้วยระบบดิจิทัล
4. ให้บริการตรวจวินิจฉัยพิเศษทางรังสีที่ห้องรังสีเฉพาะในเวลาราชการและผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเวลา  
ราชการ
5. ให้บริการเอกซเรย์เคลื่อนที่นอกห้องผู้ป่วย เฉพาะผู้ป่วยอายุทารก และผู้ป่วยในท้องฟ้าตัด
6. ให้บริการแนะนำการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัย และคลื่นเสียงความถี่สูง
7. ควบคุมและป้องกันอันตรายจากรังสีให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรทั่วไป ให้ได้รับรังสีน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น
8. จัดทำทะเบียนประวัติผู้ป่วย เก็บข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ระบบ LAN
9. จัดเก็บภาพทางภาพแพทย์ด้วยระบบ PACS
10. มีบริการอธิบายการเตรียมตัวและเตรียมผู้ป่วยทางกายภาพที่เจ้าหน้าที่นัดมาตรวจวินิจฉัยก่อน  
ล่วงหน้าวันนัด 2 วัน เพื่อให้คนไข้มาตรวจตามนัดทุกสาย
11. มีภาควิชาตรวจรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ ในภาควิชาภาพทางรังสี

### งานวิชาการ

1. ควบคุมดูแลข้อมูล สถิติภาพการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพเดือนและปี
2. จัดและควบคุม การอบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน ของหลักสูตรห้องรังสีวิทยา
3. ควบคุมดูแลและพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (คอมพิวเตอร์ระบบ LAN) ของหลักสูตรห้องรังสีวิทยา
4. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานทางรังสีเป็นภาษาอังกฤษ
5. เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาเทคนิค
6. นำเสนอผลงานต้นแบบความสำเร็จที่โดดเด่น (Bright Spot) ในระดับเขต
7. นำเสนอผลงานที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ และวิจัยแห่งความเชี่ยวชาญ (Best  
Practitice) ประจำปี พ.ศ. 2560 ในระดับภาค



ตารางพริ้นท์คอมพิวเตอร์

รายการ	ปริมาณ
1. เครื่องเอกซเรย์ 7 เครื่อง	
1.1 เครื่องเอกซเรย์ขนาด >500 mA 125 kVp พริ้นท์คอมพิวเตอร์	1
1.2 เครื่องเอกซเรย์ขนาด 300 mA 125 kVp	1
1.3 เครื่องเอกซเรย์ขนาด 500 mA 125 kVp แบบแขวนเพดาน	3
1.4 เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ แบบ MOBILE UNIT ขนาด 60 mA 110 kVp	3
1.5 เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ แบบ MOBILE UNIT ขนาด 200 mA 115 kVp	2
1.6 เครื่องเอกซเรย์พื้น (PANORAMIC)	1
2. เครื่องอ่านและแปลงภาพเอกซเรย์ระบบดิจิทัล	
2.1 เครื่องอ่านและแปลงภาพเอกซเรย์ระบบดิจิทัลแบบ multi-slot	1
2.2 เครื่องอ่านและแปลงภาพเอกซเรย์ระบบดิจิทัลแบบ single slot	1
2.3 เครื่องอ่านและแปลงภาพเอกซเรย์ระบบดิจิทัลแบบ DR	1
2.4 เครื่องล้างฟิล์มเอกซเรย์ขนาดเล็ก	2
3. เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง ( Ultrasound )	
เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง ขนาดกลาง	3
4. เครื่องปริ้นท์ฟิล์มเอกซเรย์	2
5. DAYLIGHT PRINTER (เครื่องพิมพ์ข้อมูลลงบนฟิล์ม)	3
6. เครื่องคอมพิวเตอร์ระบบ LAN	10
7. เครื่องคอมพิวเตอร์ระบบอินเทอร์เน็ต	2
8. เครื่องคอมพิวเตอร์ระบบอินเทอร์เน็ตไร้สาย	2
9. เครื่องพิมพ์เลเซอร์	3
10. เครื่องพิมพ์ inkjet	2
11. เครื่องพิมพ์สติกเกอร์	4

ตารางตรวจพิเศษทางรังสี

วัน	เวลา 8.30 - 12.00 น.	เวลา 13.00 - 16.30 น.
วันจันทร์-ศุกร์	Ultrasound, Contrast study	Ultrasound, Case Emergency



ผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2557-2560

กิจกรรม	หน่วย	2557	2558	2559	2560
กระดาษพิมพ์	ชว	60,856	62,560	65,809	73,369
- ปรุปรุปรุ	ชว	49,479	51,281	52,639	57,473
- ปรุปรุปรุ	ชว	11,377	11,279	13,170	15,896
- ปรุปรุปรุ	คช	66,647	67,558	66,034	70,912
- ปรุปรุปรุ	คช	547	393	395	360
- ปรุปรุปรุ	คช	3,301	3,458	3,774	3,090
- ปรุปรุปรุ PRINT US	ปรุ	3,297	3,654	3,846	3,185
ปรุปรุปรุ	คช	4,030	4,040	4,804	4,304
● ปรุปรุปรุ	ปรุ				
ปรุ 8 x 10 ปรุ	ปรุ	3,731	3,279	1,451	-
ปรุ 10 x 12 ปรุ	ปรุ	15,225	14,007	6,257	-
ปรุ 12 x 15 ปรุ	ปรุ	4,404	5,355	2,012	-
ปรุ 14 x 17 ปรุ	ปรุ	56,489	57,538	22,322	-
ปรุ 7 x 17 ปรุ	ปรุ	1,718	1,750	968	-
ปรุ 6 x 12 ปรุ	ปรุ	567	744	250	-
ปรุปรุปรุ	ปรุ	82,134	82,673	33,260	-
ปรุปรุปรุ	คช	-	-	50,383	89,083

หมายเหตุ - มีกระดาษเปลี่ยนแปลงระบบจาก กระดาษพิมพ์ด้วยฟิล์มเป็นระบบดิจิทัลเพื่อลดต้นทุนการนำเข้าปี 2559  
 - กระดาษ print us 1 คช / 1 ปรุ และ 1 ปรุ จะมีกระดาษพิมพ์หลายปรุ

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2558-2560

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
1	อัตราฟิล์มเฉลี่ย	<2%	1.36	1.26	0.81
2	อัตรากระดาษพิมพ์สี				





	- แบบประเมินชุมชน - แบบประเมินแขวง	<10% 0	1.96 0	4.48 0	2.83 0
3	การเตรียมความพร้อมของเครื่องเอกซเรย์	100%	97.22	98.18	98.9
4	การคัดกรองผู้ป่วยปอดอักเสบเรื้อรัง (12-50 ปี)	100%	85.93	82.80	95.6
5	ระยะเวลาการรอคอยตรวจวินิจฉัยและ US ไต รังสีแพทย์				
	- การรอคอยตรวจวินิจฉัย	45 วัน	37.27	27.25	41.4
	- การรอกำหนดตามนัด	>95%	94.13	96.25	89

\* ผู้รับบริการที่แพ้สารสีหรือแพ้ยาบางชนิด ควรแจ้งเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องก่อนเข้ารับบริการ และ  
แจ้งเจ้าหน้าที่ รวมถึงการประสานงานกับห้องฉุกเฉิน  
ข้อสังเกต มีการปรับเปลี่ยนทั้งตัวชี้วัดและเกณฑ์ใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพปัจจุบันและเป็นมาตรฐานหน่วยงาน

**ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข**

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. ปัญหาปริมาณรังสีวินิจฉัยที่มีผู้มารับบริการ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง	เพื่อให้เพียงพอต่อบริการ 1.1 จัดห้องเอกซเรย์ทุกห้องให้สามารถเอกซเรย์ ทั่วไปได้สะดวก และจัดเจ้าหน้าที่ให้มีจำนวน เหมาะสมกับปริมาณงานในแต่ละห้อง 1.2 การจัดเวรป่วย-ติดต่องานเข้าหน้างาน (คนงาน) จากหน่วยงานอื่น ๆ มาขึ้นปฏิบัติงานเสริมเนื่องจาก คนงานไม่เพียงพอ 1.3 จัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานเอกซเรย์ทั่วไปเมื่อ เวลาจำนวน 2 คน โดยขึ้นเวลา 7.30 น. เพื่อช่วย ลดความแออัดของผู้ป่วยในช่วงเวลาเร่งด่วนตอน เช้า เนื่องจากการตัดสินใจของผู้ป่วย

**ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข**

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
2. ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน - การเอกซเรย์ chest ในผู้ป่วย TB กรณีไม่ มีคำสั่งเอกซเรย์	2.1 ให้มีการประสานงานหากเป็นผู้ป่วย TB ที่มา Follow up ให้เอกซเรย์ chest โดยพยาบาลเป็นผู้ส่งคำสั่ง



<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ส่งคำสั่ง on line</li> <li>- ภาวะเอกซเรย์ที่พบที่แพทย์เวรไม่แจ้งให้พยาบาลนิติเวชส่งมาขอส่งเอกซเรย์ได้</li> <li>- ทัศนคติที่ OPD แจ้งแพทย์สั่ง Admit ทางเจ้าหน้าที่ OPD ไม่ส่งมาขอ Online คำสั่งเอกซเรย์ได้</li> <li>- ภาวะส่ง online คำสั่งเอกซเรย์ไม่ตรงข้ามกับคำสั่งของแพทย์</li> </ul>	<p>online ส่งเจ้าหน้าที่โดยไม่ต้องขอคำสั่งจากแพทย์</p> <p>2.2 มีภาวะที่พบที่ประสานงาน แจ้งทาง line แต่เจ้าหน้าที่ติงและเสนอปัญหาในที่ประชุมหัวหน้ากลุ่มงานและ องค์กรแพทย์</p> <p>2.3 แพทย์สอนแนวทางการไปมาตามภาพเอกซเรย์ควรถ่ายสำเนาให้คนไข้บ้าง และส่ง online คำสั่ง</p> <p>2.4 ทางกลุ่มงานจัดทำไปแนะนำในภาวะส่ง Online ทัศนคติที่คนไข้ Admit</p> <p>2.5 ประสานงานเพื่อยืนยันถึงคำสั่งที่แพทย์ต้องไป</p>
<p>3. มีภาวะเปลี่ยนมาใช้ระบบ PACS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาวะพยาบาลส่งตรวจที่ประจำตัว มีภาวะใช้ระบบ PACS ภาวะส่งตรวจที่ประจำตัวมาขอตรวจเอกซเรย์จากแผ่น CD ได้แต่ยังต้องไปส่งฟิล์มในระยะเวลา</li> </ul>	<p>3.1 บริษัทภาพเอกซเรย์ส่งมอบฟิล์มทั้งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเอกซเรย์ทั่วไปไปขอคืนที่ส่งผู้ป่วยที่ส่งตรวจที่ประจำตัว ซึ่งในเมื่อฟิล์มที่ส่งมาขอคืนจากแผ่น CD ได้โดยไม่ต้องมีภาวะส่งฟิล์ม</p>

**แผนงานที่จะดำเนินการในปี 2561**

1. พัฒนาค่าพยาบาลของบุคลากรโดยจัดให้มีการส่งเสด็จความถี่ด้านวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
2. พัฒนาคณะกรรมาธิการที่ดูแลเรื่องการจัดทำระเบียบที่กำหนดยุทธศาสตร์
3. มีโครงการจัดซื้อเครื่องเอกซเรย์เต้านม ระบบดิจิทัลและเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
4. มีการนำส่งค่าที่ส่งที่ส่งมาขอคืนที่ส่งผู้ป่วยที่มีค่า Creatinine และ eGFR เกินค่ามาตรฐานเข้ามาใช้กับผู้ป่วย
5. ทำแนวทางการปฏิบัติสำหรับส่งฟิล์มผู้ป่วยโดยที่ส่งเข้ามาใช้ไปมาตามชวช IVP
6. ส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการประชุม และขอชมเป็นเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมส่งตรวจ



## กลุ่มงานบริหารจัดการและเอกสาร

### อัตราว่างบุคลากร

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ว่างตำแหน่ง จำนวน 7 ตำแหน่ง - ข้าราชการ - พนักงานราชการ - นักวิชาการ	1 5 1
ว่างตำแหน่ง จำนวน 1 ตำแหน่ง - พนักงานราชการ	1
ว่างตำแหน่ง จำนวน 4 ตำแหน่ง - นักวิชาการ - นักบริหาร - ผู้ช่วยเหรัญญิก	1 1 2
รวม	12

### ภาระหน้าที่ที่กรมรับผิดชอบของกลุ่มงาน

หน้าที่หลักของกรมการงานบริหารและพัฒนาบุคลากร แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. งานด้านบริหารงานบุคคลและบริหาร
2. งานด้านเอกสาร

โดยให้บุคคลากรทั้งหมดทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. การส่งเสริมป้องกัน
2. การบำบัดรักษา
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ



### การศึกษาสู่ขบวนการชีวิตและชีวิตवेश

#### ชีวิตवेशทั่วไป

- ให้การศึกษาต่อระดับปริญญาตรีที่มหาวิทยาลัยนานาชาติและวิทยาลัยชีวิตและวิชาชีพอื่น ๆ ในวันอังคาร และ วันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. และวิทยาลัยชุมชน วิทยาลัยวิชาชีพศึกษาจากแผนกอื่น ๆ วันจันทร์ - ศุกร์
- ให้การศึกษาปริญญาตรีของสาขาวิชาชีวิตและชีวิตवेशสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ทุกคน
- ให้การศึกษาปริญญาตรีและปริญญาโทที่ภาคการศึกษาพิเศษแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านความสามารถพิเศษ การให้การศึกษาปริญญาตรีแก่ผู้ประกอบอาชีพต่าง ๆ และญาติ

#### คลินิกพัฒนาการเด็ก

- ให้การศึกษาประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และประสานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ให้การศึกษาปริญญาตรีและปริญญาโทที่คลินิกพัฒนาการเด็กแก่ผู้ใหญ่ทุกคน ในวันพุธ เวลา 08.00 - 12.00 น.

#### การศึกษาด้านยาเสพติด

- ให้การศึกษาบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ติดยาเสพติดและสมเพชสารที่มีปัญหาในวันเสาร์

#### การศึกษาด้านภาษาที่สองของชีวิตวิทยา

- ให้การศึกษาภาษาที่สองตามความต้องการเฉพาะที่ผู้เรียน พยาธิสภาพทางจิตเวช และพยาธิสภาพทางภาษาประสานชีวิตวิทยา ความสามารถทางภาษาเขียนพูด รวมทั้งประเมินปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนภาษาที่สองที่ชีวิตเวช วิทยาลัยชีวิต เวชศาสตร์ การเขียน

#### งานสู่ขบวนการชีวิตชุมชน

- มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน พัฒนาชีวิตของชุมชน ชุมชนที่ติดตามดูแลผู้ประกอบวิชาชีพในชุมชน

#### สายด่วนชีวิตวิทยา

- ให้การศึกษาปริญญาตรีที่มหาวิทยาลัยนานาชาติและวิชาชีพต่าง ๆ โทรทัศน์ วิทยุ โทรสาร หมายเลข 055-022000 (5501) ในวันและเวลาทำการ

#### งานสนับสนุนงานการศึกษาผู้ใหญ่แผนกอื่น ๆ

- ศึกษาระดับปริญญาตรี/การให้คำปรึกษา แก่ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีปัญหาด้านสุขภาพชีวิต ชีวิตและวิชาชีพอื่น ๆ
- ฟื้นฟูสุขภาพด้านจิตเวชแก่ผู้ประกอบวิชาชีพ
- ให้การศึกษาประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็ก (คลินิกสุขภาพเด็ก)



**งานด้านนิติการ**

- เสนอแพคเกจค่าธรรมเนียมจัดตั้งและจดทะเบียนนิติบุคคลแก่ผู้สมัครจัดตั้งบริษัทใหม่หรือขยายกิจการของบริษัทจดทะเบียนที่ว่างไป และเข้าทำหน้าที่ สนับสนุนข้อมูล ความรู้ นิติการ และสื่อด้านกฎหมายและจดทะเบียนนิติบุคคลแก่หน่วยงานต่าง ๆ

**ผลการปฏิบัติงาน**

สถิติผู้สมัครจัดตั้งบริษัททั้งหมด ปีงบประมาณ 2560

ผู้ไปยื่นขอ	15,231	ชาย
ผู้ไปยื่นใน	692	ชาย
รวม	15,923	ชาย

**สถิติการให้บริษัทผู้ไปยื่นขอจัดตั้ง**

ประเภทผู้สมัครจัดตั้ง	ผู้ไปยื่นขอ		ผู้ไปยื่นใน		รวม (ชาย)
	ชายใหม่ (ชาย)	ชายเก่า	ชายใหม่ (ชาย)	ชายเก่า (ชาย)	
1. โฉมจัดตั้งใหม่ โฉมจัดตั้งอื่น ๆ	955	4,276	68	105	4,381
2. โฉมจัดตั้งว่าง	247	818	27	38	856
3. โฉมจัดตั้งเดิม	561	2,077	15	19	2,096
4. โฉมสมัครใหม่	29	92	1	1	93
5. โฉมยื่นขอต่อ	110	210	1	1	211
6. ติดสาขาจดทะเบียน	685	2,846	219	323	3,169
7. สมัครตั้งตาย	1	2	87	106	108
8. สหกรณ์	22	42	-	-	64
9. อื่นๆ	2,576	4,877	72	99	4,976
<b>รวม</b>	<b>5,186</b>	<b>15,231</b>	<b>507</b>	<b>692</b>	<b>15,923</b>



**สถิติการรับนิสิตภาคเรียนพิเศษ / การรับนิสิตร่วมสหวิทยา**

ประเภทการศึกษ	หน่วยนับ	จำนวน
- การรับนิสิตภาคเรียนพิเศษ/กลางคืนพิเศษ	ราย	5,261
- ภาตสอบนานาชาติปีปฐม	ราย	572
- ปริญญาและประกาศนียบัตรนานาชาติ	ราย	139
- ขาดทะเบียนผู้ศึกษา	ราย	44
- ภาตสอบนานาชาติ/วิทยาศาสตรบัณฑิต/วิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาวิทยาศาสตร์	ราย	16
- ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ไปเรียน	ราย	54

**สถิติการรับนิสิตร่วม-ส่งต่อผู้ไป**

ประเภทการศึกษ	หน่วยนับ	จำนวน
- รับจาก สห.ร./สอ.	ราย	2,514
- ส่งต่อ สห.ร./สห.ร./สห.ร.	ราย	150
- ตอบกลับจากสห.ร./ส่งต่อ สห.ร.	ราย	235

**สถิติการรับนิสิตผู้ไปร่วมสห.ร.**

ประเภทการศึกษ	ผลการศึกษา (คน)
1. รับนิสิตจากสห.ร./ผู้ติดตามสห.ร.	992
- ฟัน	-
- ยาน	256
- สาขาเกษตร	-
- ไร่	2
- สห.ร.	536
- บุคคล	198





## การส่งมอบงานห้องชันสูตร

### วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลมาตรฐานสากล คุณภาพสูง เพื่อประชาชนที่มีสุขภาพที่ดี

### พันธกิจ

ให้บริการสุขภาพที่ปลอดภัยที่ได้คุณภาพ มาตราฐานวิชาชีพ ด้วยความซื่อสัตย์ ปลอดภัย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริการป้องกันอันตรายจากห้องชันสูตร

### ปรัชญา

เต็มใจให้บริการ มุ่งมั่นพัฒนา ใส่ใจสุขภาพทุกชีวิต รับผิดชอบต่อสังคม

### เป้าหมาย

ให้บริการสุขภาพที่ปลอดภัยที่ได้คุณภาพ และคลื่นเสียงความถี่สูง (ULTRASOUND) โดยสามารถตรวจของอวัยวะภายในที่ให้บริการได้อย่างเพียงพอ

### ขอบเขตของงานห้องชันสูตร

- ให้บริการชันสูตรศพที่ส่งมาโดยผู้เกี่ยวข้องในวงราชการและนอกวงราชการในภาคเหนือที่ส่งมาตรวจ
- ให้บริการชันสูตรศพที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางบกและทางน้ำ อุบัติเหตุจากสัตว์ป่า อุบัติเหตุจากสัตว์
- ให้บริการชันสูตรศพที่เสียชีวิตในเขตเมืองและชนบททั่วประเทศ และนอกเขตเมืองและชนบท
- ให้บริการชันสูตรศพที่เสียชีวิตในเขตเมืองและชนบททั่วประเทศ และนอกเขตเมืองและชนบท
- ให้บริการชันสูตรศพที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางบกและทางน้ำ และตรวจสุขภาพของงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริการป้องกันอันตรายจากห้องชันสูตร
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริการชันสูตรศพที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางบกและทางน้ำ และหาล้างศพที่เสียชีวิต
- ให้บริการชันสูตรศพที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางบกและทางน้ำ





### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในแบบต่าง ๆ แบบต่าง ๆ แบบต่าง ๆ และแบบต่าง ๆ โดยบุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในประเภท ก. ล. น. หรืออื่น ๆ ซึ่งปฏิบัติงานในต่าง ๆ แต่ผู้ปฏิบัติงานที่มาจากต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานและระบบสารสนเทศโดยเทคโนโลยีสารสนเทศ (ULTRASOUND) โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (ซึ่งมีแพทย์) แต่ผู้ปฏิบัติงานที่มาจากต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร
3. เพื่อให้สนับสนุนนโยบายของโรงพยาบาลกำแพงเพชรและโครงการของโรงพยาบาลศูนย์

### นโยบาย

1. ให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในแบบต่าง ๆ แบบต่าง ๆ แบบต่าง ๆ และแบบต่าง ๆ
2. ให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในแบบต่าง ๆ แบบต่าง ๆ แบบต่าง ๆ และแบบต่าง ๆ
3. ให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในแบบต่าง ๆ แบบต่าง ๆ แบบต่าง ๆ และแบบต่าง ๆ
4. ให้มีการควบคุมและป้องกันอันตรายจากสิ่งต่าง ๆ ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง
5. ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามขั้นตอนปฏิบัติงาน
6. ให้มีการควบคุมมาตรฐานคุณภาพ
7. ให้มีการขอประเมินผลปฏิบัติงาน และวิพากษ์วิจารณ์เจ้าหน้าที่

### ยุทธศาสตร์

1. เป็นหน่วยงานขนาดกลางที่มีคุณภาพ
  1. มีอำนาจหน้าที่ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร
  2. มีเครื่องมือที่ทันสมัยซึ่งผู้ปฏิบัติงานใช้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
  3. สถานการณ์และภาวะแวดล้อมเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติงาน และมีการศึกษาความสะอาด
2. เจ้าหน้าที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน
  1. มีแผนภูมิสถาปัตยกรรมที่ทันสมัย
  2. มีแผนภูมิการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ( งานบริหาร )
  3. มีแผนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
  4. มีแผนการปฏิบัติงานนอกเวลา
  5. มีแผนปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ และแผนอัตรากำลัง
  6. ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบงานให้ปฏิบัติงานให้ดีขึ้นในแนวทางเดียวกัน และให้สอดคล้องกับนโยบายของ หพ.



3. ทำงานดิจิทัลให้มีมาตรฐาน

3.1 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รู้บทบาทของตนเองมาตามมาตรฐานการทำงาน และปฏิบัติตามมาตรฐานการทำงาน

3.2 การป้องกันอันตรายจากสิ่งอันตราย เช่น

3.2.1 ให้ปฏิบัติตามกฎของความปลอดภัยและกฎข้อบังคับความปลอดภัย

3.2.2 มีป้ายเตือนว่า “ อันตราย ปฏิบัติตามสิ่ง ” หน้าห้องของความปลอดภัยทุกห้อง

3.2.3 มีป้ายเตือนว่า “ เพื่อความปลอดภัยของลูก สัตว์มีค่าควมแข็งแรงให้เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ”  
หน้าห้องของความปลอดภัยทุกห้อง

3.2.4 มีสัญญาณไฟแสดงการทำงานของเครื่องความปลอดภัย

3.2.5 การจัดการอุบัติเหตุผู้เกี่ยวข้องช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากความปลอดภัย

3.2.6 มีป้ายเตือนว่า “ ปฏิบัติตามสิ่งที่เป็นอันตรายจากความปลอดภัยใหม่แต่สิ่งให้ที่  
ผู้เกี่ยวข้องทราบ ”

3.2.7 มีป้ายเตือนความปลอดภัยป้องกันอันตรายจากสิ่งที่เป็นอันตราย

3.3 มีป้ายแนะนำขั้นตอนและวิธีการ ในการทำงานที่อาจมีความเสี่ยงและอันตรายและผลิตภัณฑ์สูง  
แก่ผู้ปฏิบัติงาน พยายามที่จะนำความปลอดภัยของ CD เพื่อความปลอดภัยและการทำงานที่ปลอดภัยเข้ามาสู่ระบบ  
PACS (Import)

4. ด้านงานวิชาการ ข้อมูลสถิติ และข้อเสนอแนะ

4.1 ให้เจ้าหน้าที่ได้ไปอบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงาน ที่เกี่ยวข้องด้านไอที  
และมีประโยชน์ และมีค่าใช้จ่าย ปีละ 1 ครั้งต่อ 1 คน และจัดทำเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการอบรมวิชาการภายใน  
โรงพยาบาลที่หน่วยงานอื่นจัดขึ้น

4.2 ให้เจ้าหน้าที่ของสำนักงานเพื่อศึกษาต่อได้ทุกคนปีละไม่เกิน 2 คน แต่ให้ศึกษาต่อ  
เต็มเวลาได้ปีละ 1 คนและศึกษาต่อในหน่วยงานนอกเวลาวิชาการปีละ 1 คนหรือสอนนอกเวลาวิชาการ 2 คน โดยยึดหลัก  
อาวุโสตามอายุการทำงาน และความรู้มาเป็น

4.3 ส่งเจ้าหน้าที่อบรมตามความต้องการของหน่วยงาน

4.4 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับ รู้จักการตรวจสุขภาพของตนเองตามความปลอดภัย และเก็บ  
ข้อมูลไว้ใน ตารางเก็บข้อมูลทุกเดือน

4.5 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับ สามารถใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ (ระบบ HoSXP) ในภาย  
ลงทะเลียมบันทึกข้อมูลการทำงานประจำวัน และผลิตภัณฑ์สูง

4.6 มีป้ายเก็บข้อมูลอย่างละเอียด และมีป้ายตรวจสุขภาพข้อมูลสม่ำเสมอ หรือเมื่อเห็นว่า  
ข้อมูลผิดปกติเพื่อให้อุปกรณ์เป็นปัจจุบันและถูกต้องเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน

4.7 มีป้ายแนะนำเกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สูง เพื่อบริการผู้ปฏิบัติงานตลอดเวลา  
ในมาตรฐานผลิตภัณฑ์สูง ตั้งแต่สิ่งของสำคัญๆ เช่น งานความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมที่ดีของหน่วยงาน งานตาม  
นโยบายที่ได้ดำเนินการมา ข้อมูลของเดือน ปีของหน่วยงาน เพื่อความปลอดภัย การแก้ปัญหา และแนวทางการ  
ป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น



5. สหกรณ์ออมทรัพย์ กิ่งจังหวัด และสภามหาวิทยาลัย

5.1 มีภาพรวมประจักษ์ชัดแจ้งในภาพรวม หรือข้อเท็จจริงใด ๆ

5.2 มีข้อบกพร่องหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี และมีความ

จำเป็นที่จะต้องดำเนินการแก้ไข

**อัตราส่วนการดำเนินงาน**

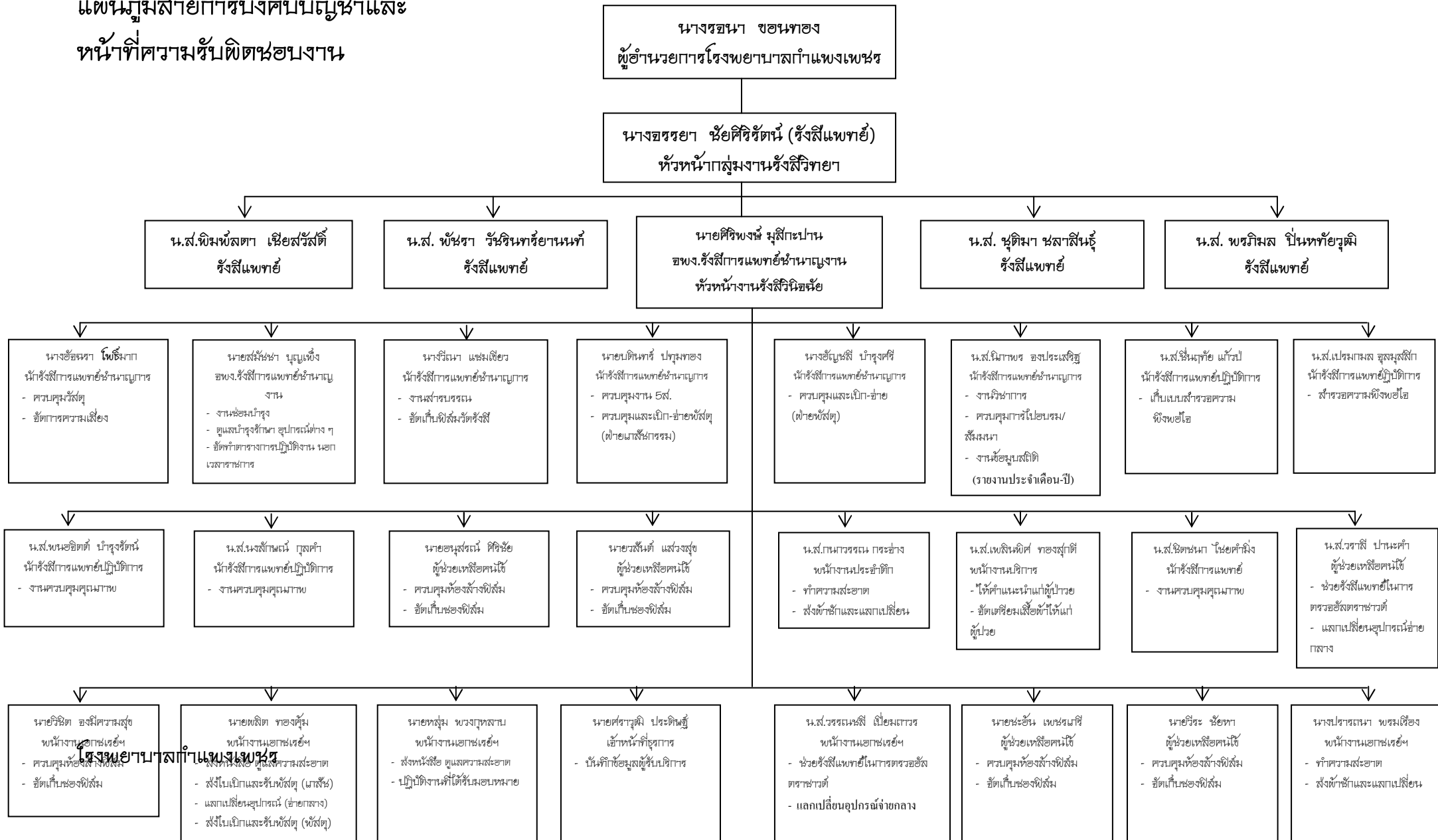
ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
<b>ข้าราชการ</b>	
- หัวหน้างาน	5
- นักวิชาการ	10
- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน	2
<b>ลูกจ้างประจำ</b>	
- พนักงานปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่เทคนิค	1
<b>พนักงานพิเศษ</b>	
- พนักงานประจำ	1
- เจ้าหน้าที่ธุรการ	1
- พนักงานปฏิบัติงาน	1
- พนักงานปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่เทคนิค	4
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้/คนงาน	5
<b>รวม</b>	<b>30</b>

การขจัดอัตราส่วนนอกเวลาข้าราชการ	เวลาเช้า	เวลาบ่าย	เวลาดีด
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน	3	2	2
ผู้ช่วยเหลือคนไข้/คนงาน	2	2	2
<b>รวม</b>	<b>5 คน</b>	<b>4 คน</b>	<b>4 คน</b>

\*การขจัดอัตราส่วนนอกเวลาข้าราชการได้ขจัดเจ้าหน้าที่ในเวรเวลาบ่ายเพิ่ม 1 คน



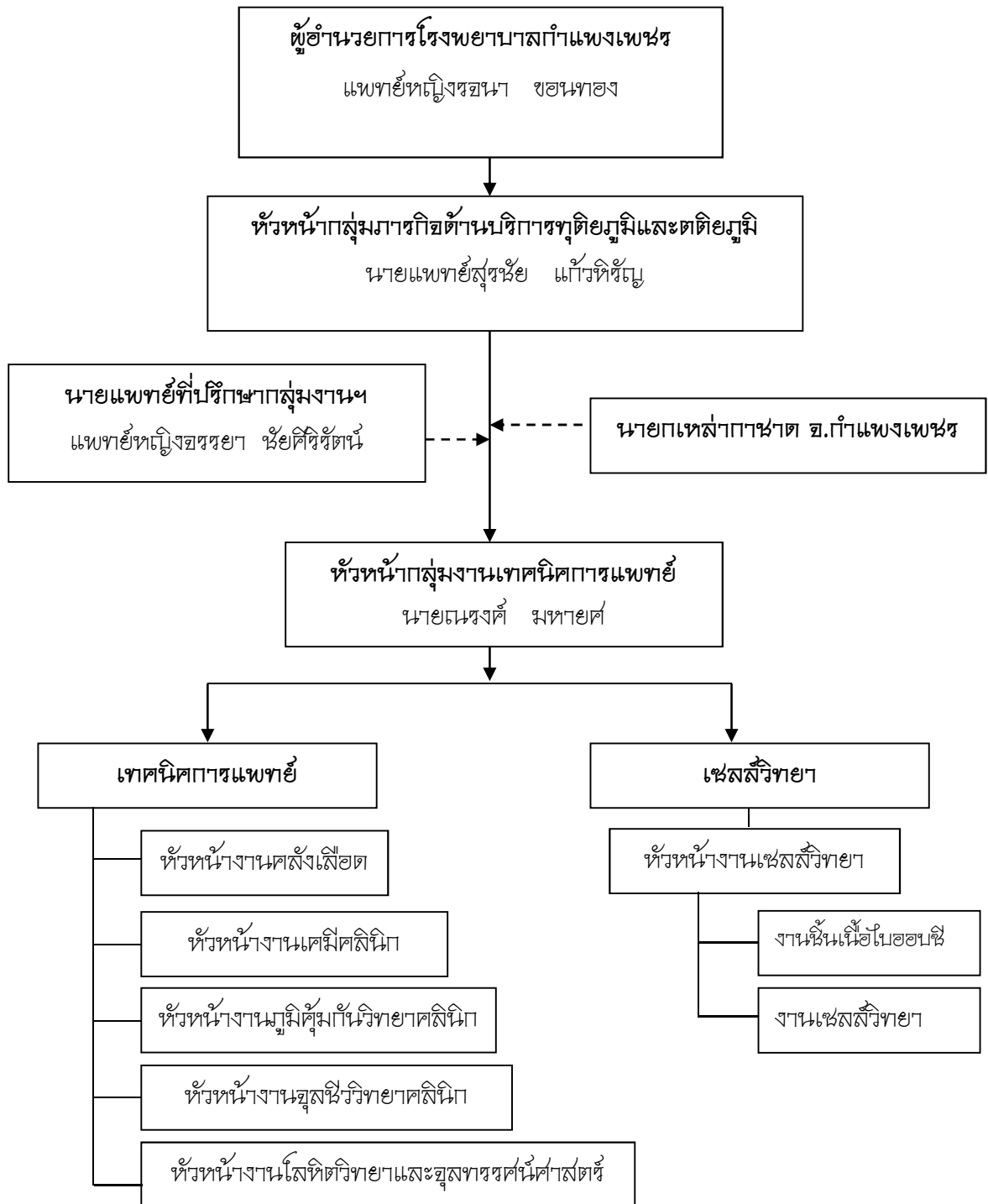
แผนภูมิสายการบังคับบัญชาและ  
หน้าที่ความรับผิดชอบงาน







ผังโครงสร้างส่วนกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์



หมายเหตุ      ————— สายการบังคับบัญชา      - - - - - สายการประสานงาน



**บุคลากร**

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
<b>ข้าราชการ</b>	
- นักเทคนิคการแพทย์	14
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาเวชศาสตร์ชันสูตรศาสตร์ชันสูตรโลหิต	2
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาจุลชีววิทยา	1
- เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์	6
<b>ลูกจ้างประจำ</b>	
- พนักงานวิทยาศาสตร์	4
<b>พนักงานนอกระบบราชการคนสุบ</b>	
- นักเทคนิคการแพทย์	8
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2
- พนักงานธุรการ	1
- พนักงานประจำห้องทดลอง	9
<b>รวม</b>	<b>47</b>

**หน้าที่ความรับผิดชอบ**

**งานบริหาร**

1. จัดทำเครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์สำนักงานสนับสนุนการดำเนินงานต่าง ๆ
2. กำหนดตแหน่งที่มีอุปสรรคความรับผิดชอบแก่หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ในแต่ละส่วน
3. จัดเวรshift 24 ชั่วโมง
4. ตรวจสอบการปฏิบัติงานของข้าราชการและลูกจ้างในฝ่ายและประเมินผลงานการปฏิบัติงาน
5. ควบคุมการปฏิบัติงานของพนักงานช่วยงานอื่น ๆ
6. รับผิดชอบแก้ไขปัญหาด้านต่าง ๆ ในภาคการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น
7. งานธุรการของฝ่ายงานพัสดุ วัสดุภัณฑ์ ของกลุ่มงาน
8. งานทะเบียนและสถิติ
9. งานควบคุมการแพทย์ของห้องปฏิบัติการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



### งานบริการ

1. ให้บริการทางคลังสิ่งพิมพ์และเอกสารให้เพียงพอสำหรั้งผู้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมงของหน่วยงานบริการเอกสารให้ทันต่อความต้องการโดยมีแผนกำหนดการความร่วมมือกับเหล่าภาคส่วนที่เกี่ยวข้องรวมทั้งหน่วยงานบริการและภาคเอกชนรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในวงกว้าง
2. จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอให้ปฏิบัติงานในสถานที่ปฏิบัติงานให้เพียงพอสำหรั้งงานแต่ละงาน
3. ตรวจสอบสภาพติดตามผลการทำงานของปฏิบัติงานการปฏิบัติงานของหน่วยงานและภาคส่วนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
4. ให้บริการช่วยเหลือสิ่งส่งตรวจชิ้นส่วนต่างๆ เช่น ขาดหรือผู้ป่วยในโรงพยาบาล และขาดโรงพยาบาลชุมชน สถานอนามัยหน่วยงานควบคุมการแพทย์และโรคเขตร้อน งานสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม งานตรวจสุขภาพเชิงป้องกันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร สำนักงานตำรวจและสำนักงานคุมประพฤติ จังหวัดกำแพงเพชร
5. ควบคุมป้องกันโรคติดต่อจากสิ่งส่งตรวจและควบคุมป้องกันโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน
6. ดูแลซ่อมแซมเครื่องมือ เครื่องใช้ในที่ปฏิบัติงานให้อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานและให้คำแนะนำแก้ไขหน่วยงานอื่นที่มีเครื่องมือชิ้นส่วนขาดหรือขาดอย่างเร่งด่วนขออยู่ร่วมเป็นคณะกรรมการเครื่องมือและงานบริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล
7. ให้บริการทางตรวจชิ้นส่วนชิ้นส่วนต่างๆ เช่น ให้ส่งเอกสารส่งตามกำหนดการของแผนกหรือผู้ปฏิบัติงาน เช่น คลินิก เบาหวาน วัณโรค ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยในโครงการ ATC, Care ตรวจสุขภาพข้าราชการและหน่วยงานต่างๆ
8. ให้บริการทางตรวจชิ้นส่วนชิ้นส่วนป้องกันและป้องกันโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เช่น ไข้หวัดนก SARS ไข้หวัดใหญ่ Ebola Zika
9. ร่วมกันศึกษาวิจัยและศึกษากรณีในกรณีศึกษาที่น่าสนใจของโรงพยาบาล
10. ร่วมเป็นคณะกรรมการต่างๆ

### งานวิชาการ

1. จัดประชุมร่วมกันในหน่วยงานด้านการศึกษา นำเสนอวิชาการและปัญหาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง ปีละ 12 ครั้ง
2. จัดทำตำราคู่มือปฏิบัติงานและเอกสารสนับสนุนให้เป็นที่รู้จักในภาคการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานแต่ละหน่วยงานรวมทั้ง นักศึกษาภาคปริกการแพทย์ของมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญและวิทยาลัยการสาธารณสุขชุมชนที่มาร่วมศึกษาและฝึกอบรมเพิ่มเติม
3. ประชุมงานแก้ไขวิธิการตรวจชิ้นส่วนชิ้นส่วนและเครื่องมือให้ทันต่อความต้องการและประหยัดงบประมาณ รวมทั้งกำลังคน





4. มีกาประชุมหารือร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยงานวิชาการชั้นสูงพิเศษและคลังเลิศของโรงเรียนพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหารูปแบบต่างๆ ในกาประชุมปฏิบัติงานและประสานงานกับผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีประสิทธิผลและความสำเร็จอันดีต่อกัน
5. สนับสนุนทุนการวิจัยของแพทย์ พยาบาลและหน่วยงานวิชาการนอกที่มาจากความร่วมมือทางห้องปฏิบัติการชั้นสูงพิเศษ
6. ส่งมอบวิชาการทางวิชาการโดยกาเชื่อมโยงบทบาทงานวิจัยร่วมกับคณะกรรมการวิจัยของโรงเรียนพยาบาล
7. ติดตามขอเอกสารหลักฐานความร่วมมือทางวิชาการจากคณะภาคินิศการแพทย์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ และศูนย์ปฏิบัติการเสด็จพิเศษแห่งราชวิทยาลัยการแพทย์ไทย โรงเรียนพยาบาลเลิศวิทยา เขต 3 และหน่วยงานรับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง
8. มีกาประชุมวางแผนและจัดทำแผนการจัดทำแผนงานวิจัยพิเศษของจังหวัดให้เพียงพอต่อความต้องการของภาคีสภามหาวิทยาลัย อ.กำแพงเพชรและร่วมศูนย์ปฏิบัติการเสด็จพิเศษ อ.กำแพงเพชร
9. จัดทำรายงานประจำปีประจำปี ๒๕๖๓ ปี สถิติข้อมูลการชั้นสูงพิเศษ เพื่อเป็นข้อมูลในการควบคุมป้องกันทางระบาดวิทยา รวมทั้งการรายงานความเสด็จพิเศษประจำปี
10. จัดทำเอกสารคู่มือ HA ของกลุ่มงานภาคินิศการแพทย์ โดยประสานงานกับ PCT ที่เหมาะสมและศูนย์คู่มือของโรงเรียนพยาบาล

**ผลการปฏิบัติงาน กลุ่มงานภาคินิศการแพทย์**

ประเภทของงานตรวจ	หน่วย	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
การตรวจทางเคมีคลินิก	คลัง	717,937	699,927	737,943
การตรวจทางโลหิตวิทยาคลินิก	คลัง	116,628	114,102	120,535
การตรวจทางจุลชีวศาสตร์โมเลกุลคลินิก	คลัง	45,029	43,182	41,716
การตรวจทางจุลชีววิทยาคลินิก	คลัง	44,183	43,525	45,656
การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก	คลัง	26,661	27,189	27,051
การตรวจทางเซลล์วิทยา	คลัง	2,299	3,194	3,684
การส่งตรวจชิ้นเนื้อ	คลัง	3,378	3,441	3,524
การส่งตรวจพิเศษ	ราย	12,195	12,282	12,391
การเตรียมเลือดและส่วนประกอบเลือด	ยูนิต	20,365	19,604	19,047



ตัวชี้วัดของหน่วยงาน : KPI

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลการปฏิบัติงาน(ปี)		
		2558	2559	2560
1. ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายใน(IQC)	100%	100	100	100
2. ร้อยละคะแนนผลการควบคุมคุณภาพโดยลูกค้าภายนอก	100%	95	98	100
3. อัตราการส่งตวรชวชน้ในตู้แช่	< 1 : 1,000	0	0	0
4. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	>80%	81	80	83
5. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน	>80%	70	76	79
6. การให้เลือดผิดปกติ พิเศษ	0	0	0	0
7. ระยะเวลาเกิดอุบัติเหตุจากการให้เลือด	<1%	0.33	0.21	0.21
8. ระยะเวลาแตกสลายเลือดช่่าย	<3%	0.68	0.82	0.36
9. ระยะเวลาการตอบสนองต่อการขอเลือดต่อวันใน15นาที	100%	100	100	100
10. ระยะเวลาผู้ป่วยนอกที่ได้รับผลการตรวจตามเวลาที่กำหนด	100%	96.79	99.04	93.08
11. ระยะเวลาของบุคลากรมีค่าดัชนีความพอใจอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	>80 %	63	54	80.85
12. ระยะเวลาที่ใช้รวมประกอบของเลือด	100	100	100	100

มูลค่าผลการดำเนินงาน ปี 2560				
ประเภทของงานตรวจ	มูลค่าที่ตรวจ ( บาท )	ต้นทุนวัสดุทางการแพทย์ (บาท)	ต้นทุนเงินเดือน/OT (บาท)	มูลค่าผลงาน (บาท)
การตรวจทางเคมีคลินิก	47,568,480	36,000,000	10,311,003	มูลค่าตรวจ - ต้นทุนวัสดุ การแพทย์และ ต้นทุนเงินเดือน
การตรวจทางโลหิตวิทยาและ จุลพยาธิวิทยาคลินิก	13,546,140			
การตรวจทางจุลชีววิทยาคลินิก	7,879,315			
การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก	4,293,890			
การตรวจทางเซลล์วิทยา	438,500			
การตรวจพยาธิวิทยาเลือด	29,667,970			
<b>รวม</b>	<b>103,394,295</b>			<b>57,083,292</b>



**ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข
<p>1. การขาดแคลนเล็ชิตถ่าย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประสานคณะคณาจารย์จากหลายภาคส่วนจัดกำหนดแผนงาน เพิ่มการขอทุนวิจัยในสถาบันที่ขาดการวิจัยมากขึ้นในหน่วยงาน มหาวิทยาลัยปิดภาคเรียน</li> <li>2. จัดทำแผนกลยุทธ์ร่วมกับคณะคณาจารย์หลายภาคส่วนเพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิต ให้มีจำนวน 2% ของประชากร</li> <li>3. จัดประชุมคณาจารย์เล็ชิตและส่วนประกอบของเล็ชิตให้ขึ้นไปอย่างเหมาะสม</li> </ol>
<p>2. จำนวนผู้รับบริจาคมีจำนวนมาก แต่จำนวนผู้ให้บริจาคและเคสที่มีข้อจำกัด ทำให้ศักยภาพการให้บริการไม่ครอบคลุม  ผลการตรวจวิเคราะห์</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำบุคลากรสาขาวิชาให้มีความรู้ความเข้าใจในหน่วยงาน และมีการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ</li> <li>2. จัดทำเคสตัวอย่างวิเคราะห์ที่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ที่ทันสมัย มาตรฐานสูงรวดเร็ว</li> <li>3. จัดระบบงานบริการด้านเทคนิคในภาควิชาผู้เกี่ยวข้องในคลินิกต่างๆ ให้อุปกรณ์ที่ทันสมัย แต่ละเว้น</li> </ol>

**ผลงานเด่น ปี 2560**

1. การจัดหาเคสตัวอย่างอัตโนมัติและเปิดให้บริการหลายภาคส่วนปีใหม่ๆตามความต้องการของแพทย์มาใช้งานเพื่อลดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงในการให้บริการผู้รับบริจาคโลหิต ซึ่งสามารถช่วยประหยัดเวลาของงานผลการตรวจวิเคราะห์ได้
2. จัดทำระบบการตรวจงานผลตรวจผลตรวจการตรวจวิเคราะห์ในภาควิชาวิเคราะห์ที่ผู้เกี่ยวข้องและผู้เกี่ยวข้อง
3. นำการจัดระบบการให้บริการผู้เกี่ยวข้องโดยมีระบบสายพานและเพิ่มช่องบริการเป็น 4 ช่อง มีระบบอัตโนมัติอัตโนมัติ และปรับปรุงห้องวิเคราะห์เล็ชิต ชุดบริการให้ทันสมัย สะดวกกับผู้รับบริจาค
4. นำระบบห้องปฏิบัติการอัตโนมัติ (Laboratory Automation System : LAS) และระบบบริหารข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Information System : LIS )มาใช้ซึ่งสามารถช่วยปรับปรุงผลการตรวจวิเคราะห์ผู้เกี่ยวข้อง (Turn around time) และผู้เกี่ยวข้องในมีความรวดเร็วสะดวกสามารถดำเนินการในเวลาที่กำหนด



5. นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดและรายงานผลการศึกษาของบัณฑิตวิทยาลัยแบบ Real time ผ่านระบบ Internet กับ โรงเรียนพยาบาลสภากาชาดไทย (สภ.สท.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (คสม.) และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
6. ดำเนินการพัฒนาคูณภาพตามมาตรฐานของสภาการพยาบาลในโครงการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขนส่งทางอากาศของอุปกรณ์ทางการแพทย์ 100
7. งานธนาคารโลหิตได้ขึ้นบัญชีของระบบบริการสุขภาพและเทคนิคการสุขภาพสัตวศาสตร์สัตวแพทย์ 3 (Re-accreditation 3) โดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย เมื่อวันจันทร์ที่ 11 เมษายน 2559 ขึ้นของถึง 11 เมษายน 2562
8. พัฒนาคูณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานของสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย และได้ขึ้นบัญชีของระบบคุณภาพ Laboratory Re-Accreditation (RE-LA) ครั้งที่ 3 โดยสภาเทคนิคการแพทย์เมื่อ 23 พฤษภาคม 2560 ขึ้นของถึง 22 พฤษภาคม 2563
9. เป็นแกนนำในการพัฒนาคูณภาพห้องปฏิบัติการขั้นสูงระดับสากลของ ร.ก.แพช เพื่อยกระดับคุณภาพการพัฒนาคูณภาพห้องปฏิบัติการใน ร.ก.แพช ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานของสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย
10. เป็นประธานที่ตีพิมพ์ปฏิบัติงานของนักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
11. เป็นประธานที่ตีพิมพ์ปฏิบัติงานของนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ สาขาเทคนิคการแพทย์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยนเรศวร และมหาวิทยาลัยพะเยา

### แผนงานที่ขอปฏิบัติในปี 2561

#### งานบริหาร

1. จัดทำแผนกลยุทธ์ของหน่วยงาน เพื่อให้สอดคล้องกับกลยุทธ์หลักของโรงเรียนพยาบาลและหน่วยงานบริการสุขภาพ
2. จัดทำแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานในการจัดหาทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ เพื่อลดต้นทุนการให้บริการของบริการสุขภาพตามตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพที่ 3
3. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและมีศักยภาพตามความต้องการของแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) และโรงเรียนพยาบาล
4. ปรับปรุงการดำเนินงานในโครงการในปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ในงานปฏิบัติงานของบริการสุขภาพและหาแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
5. ร่วมประชุม หารือ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในงานที่ให้บริการผู้ป่วยและผู้ให้บริการกับหน่วยงานอื่นในกรมบริการสุขภาพ และหน่วยงานอื่นแบบสหสาขา



**งานบริการ**

1. ติดตามแก้ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เฝ้าระวังให้บริการ เพื่อนำมาพัฒนาแก้ไขอย่างต่อเนือง
2. บริการเชิงรุกที่เฝ้าระวังและเฝ้าติดตามผู้เกี่ยวข้องนอกที่มีควมเสี่ยง โดยจะเปิดจุดบริการ เฝ้าระวังผู้เกี่ยวข้อง ๒๐ คนในบริเวณชั้นล่างอาคาร 60 ปี ชพ.กำแพงเพชร
3. บริการเชิงรุกที่เฝ้าระวังบริการคลินิก Premium
4. บริการเชิงรุกที่เฝ้าระวังตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานในโครงการอุตสาหกรรม โดยบริการออกไปบริการถึงสถานที่ประกอบอาชีพ เพื่ออำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้ใช้บริการ ร่วมกับหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
5. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เฝ้าระวังให้บริการ เพื่อความสะดวกรวดเร็ว มาตรฐาน เฝ้าระวังบริการให้เชื่อมโยงคอมพิวเตอร์ทั้งเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และโรงพยาบาลชุมชน
6. บริการเชิงรุกที่เฝ้าระวังบริการทางห้องปฏิบัติการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลขนาดใหญ่ และดูแลการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
7. เพิ่มศักยภาพการให้บริการให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลระดับ 5 และของชุมชนที่ต้องการตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan)
8. สร้างวัฒนธรรมการทำงานและการบริการขององค์กรภายใต้นโยบาย โรงพยาบาลคุณคนคู่คุณธรรม

**งานวิชาการ**

1. จัดให้มีการประชุมผู้เกี่ยวข้องทางวิชาการในหน่วยงาน 3 เดือน/ครั้ง/เรื่อง โดยจัดในวันประชุมประจำเดือนของบุคลากรหรือการประชุมวิชาการของบุคลากร
2. กำหนดให้มีการวิจัยในหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง
3. จัดทำเอกสารคู่มือแนวทางปฏิบัติ WI ,PR เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด และปรับปรุงแก้ไขเอกสารที่มีปัญหาในทางปฏิบัติ
4. จัดทำแผนการศึกษา / สัมมนาของบุคลากรในหน่วยงาน จัดประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทางปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับงบประมาณของโรงพยาบาล และติดตามประเมินผล การศึกษา / สัมมนา
5. จัดทำแผนการศึกษาประเมินบุคลากรก่อนปฏิบัติงาน การทดสอบงาน และควบคุมดูแล นักศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน
6. นำแบบการประเมินความสามารถของบุคลากร (Competency) และการจัดภาระงาน (Work Load) มาใช้ในการประเมินภาระงาน การจัดทำอัตราค่าจ้างและประสิทธิภาพการทำงานในหน่วยงาน
7. นำแบบประเมินสุขภาพของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพที่ดี วิถีธรรม วิถีไทย



# กลุ่มงานค้ำลยการรวมกระดูก

## เจตจำนง/ความมุ่งหมาย (Purpose)

เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การศึกษานานาชาติและซ้อ อย่างมีคุณภาพด้วยความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เพียงพอ เพื่อตอบสนองความต้องการของนักเรียนและผู้ปกครอง

## หน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบ

### งานบริหาร

1. เป็นที่ปรึกษาให้ทีมพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอน
2. ส่งเสริมให้บุคลากรในทีมทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ
3. ประสานงานส่งเสริมให้บุคลากรในทีมทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ควบคุมและประสานงานกับ PCT กลุ่มงานต่างๆภายในโรงเรียน
5. รับผิดชอบแก้ไขปัญหาต่างๆที่นักเรียนและผู้ปกครองแจ้งมา
6. จัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีของกลุ่มงานขอซื้อครุภัณฑ์
7. ประเมินและติดตามผลงานจาก 3 เดือน ในที่ประชุมคณะกรรมการ PCT-ORTHO

### งานบริการ

1. ให้บริการผู้ปกครองขอซื้อครุภัณฑ์แบบองค์รวมตามความต้องการ 4 มิติ ของการศึกษานานาชาติ
2. พัฒนาศักยภาพทีมให้มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาทางการขอซื้อครุภัณฑ์
3. จัดทำแผนการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะพิเศษ (Care Map) โดยแพทย์ทางขอซื้อครุภัณฑ์
4. จัดทำแผนการวางแผนจัดหาผู้ป่วยเฉพาะพิเศษในรูปแบบสหวิชาชีพ
5. วางแผนการประสานงานกับบุคลากรภายในโรงเรียน
6. แก้ไขปัญหาการติดต่อสื่อสาร การประสานงานและภาระงานของกลุ่มงานขอซื้อครุภัณฑ์

### งานวิชาการ

1. จัดประชุมวิชาการของกลุ่มงานขอซื้อครุภัณฑ์เดือนละ 1 ครั้ง โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
2. ส่งเสริมสนับสนุนส่งเสริมพัฒนาศักยภาพทีมให้มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาทางการขอซื้อครุภัณฑ์
3. เผยแพร่ความรู้ด้านขอซื้อครุภัณฑ์แก่บุคลากรในทีม บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการ
4. ส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยในกลุ่มงานขอซื้อครุภัณฑ์



### ผลงานเด่น ประจำปี 2560

1. จัดทำ Clinical Tracer ภาวะคนไข้ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายตำแหน่ง (Multiple Fracture) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยภาวะคนไข้บาดเจ็บหลายตำแหน่งได้เข้ารับการรักษาที่เหมาะสมที่โรงพยาบาลตั้งแต่จุดให้รับผู้ป่วย มีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง เมื่อมีภาวะฉุกเฉินและได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใน 6 ชม. หลัง Admit ผลการประเมิน อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยภาวะคนไข้บาดเจ็บหลายตำแหน่ง (เป้าหมาย = 0%) = 0% ผู้ป่วย Multiple Fracture ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใน 6 ชม. หลัง Admit (เป้าหมาย 65%) = 66.6%

2. ศึกษาร่วมกับหน่วยงาน Dead Case Conference ทำ RCA, AE, แนวทาง Palliative care อัตราการเสียชีวิต (เป้าหมาย <3%) = 0.1%

3. ศึกษาร่วมพัฒนาคณะกรรมการตามระบบงาน Service Plan, ศึกษาร่วม Ortho สังกัดฯ, ภาครัฐให้คำปรึกษาทาง LINE เมื่อมีผู้ป่วยเคสที่หายากๆ ภาวะคนไข้ Non displace Fracture ผลการพัฒนาระบบงานตามสายปี M2 ลงไปสามารถทำให้ผู้ป่วยภาวะคนไข้ Non displace Fracture ได้เอง (เป้าหมาย 70%) fracture clavicle. = 89.11% fracture distal radius = 61.90% fracture distal phalanx of finger and toe = 74.89%

### ผลงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2561

1. การฟื้นฟูผู้ป่วยกระดูกหักทางด้าน Orthopedics เดือนละ 1 ครั้ง โดยแพทย์ผู้ชำนาญการร่วมกับแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง
2. การทบทวนกรณีศึกษาที่ไม่น่าเป็นไปตามเป้าหมาย
3. การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4 ครั้ง/ปี
4. พัฒนาคณะกรรมการการประเมินที่โรงพยาบาล
5. ส่งเสริมการพัฒนาระบบการให้บริการที่สอดคล้องกับ PCT
6. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการตามระบบ
7. พัฒนาระบบ Service Plan การป้องกัน Re - Fracture ในผู้ป่วย Capture the fracture



# กลุ่มงานเวชการศัลยกรรม

## คำขวัญของกลุ่มงาน

มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ บริการด้วยหัวใจ ได้มาตรฐานคุณภาพ

## เป้าหมายหน่วยงาน

เราขอให้บริการด้านการศึกษา ป้องกันส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ

## ปรัชญา

เรามีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพงานของเราอย่างต่อเนือง โดยยึดผู้รับบริการและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการบริการ เราให้ความสำคัญกับคุณธรรมของสิ่งที่เป็นปฏิบัติ เราขอเป็นศรัทธาและสัจจะของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานและผู้ปฏิบัติงาน

## ขอบเขตของบริการ

1. ให้บริการศัลยกรรมเวชการศัลยกรรม โดยแพทย์เวชการศัลยกรรม  
วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.30 น. - 12.00 น.
2. ให้บริการผู้รับบริการด้านกายภาพบำบัด กายภาพบำบัด และกายอุปกรณ์  
วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.30 น. - 16.30 น.
3. ให้บริการศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด (ผู้รับบริการป่วยเรื้อรัง สัปดาห์เปิด)  
ได้แก่และประจักษ์ผล  
วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 16.30 น. - 20.30 น.  
วันเสาร์และวันหยุดราชการ หยุดวันอาทิตย์ เวลา 08.00 น. - 12.00 น.

## อัตราค่าสิ่งในบริการ

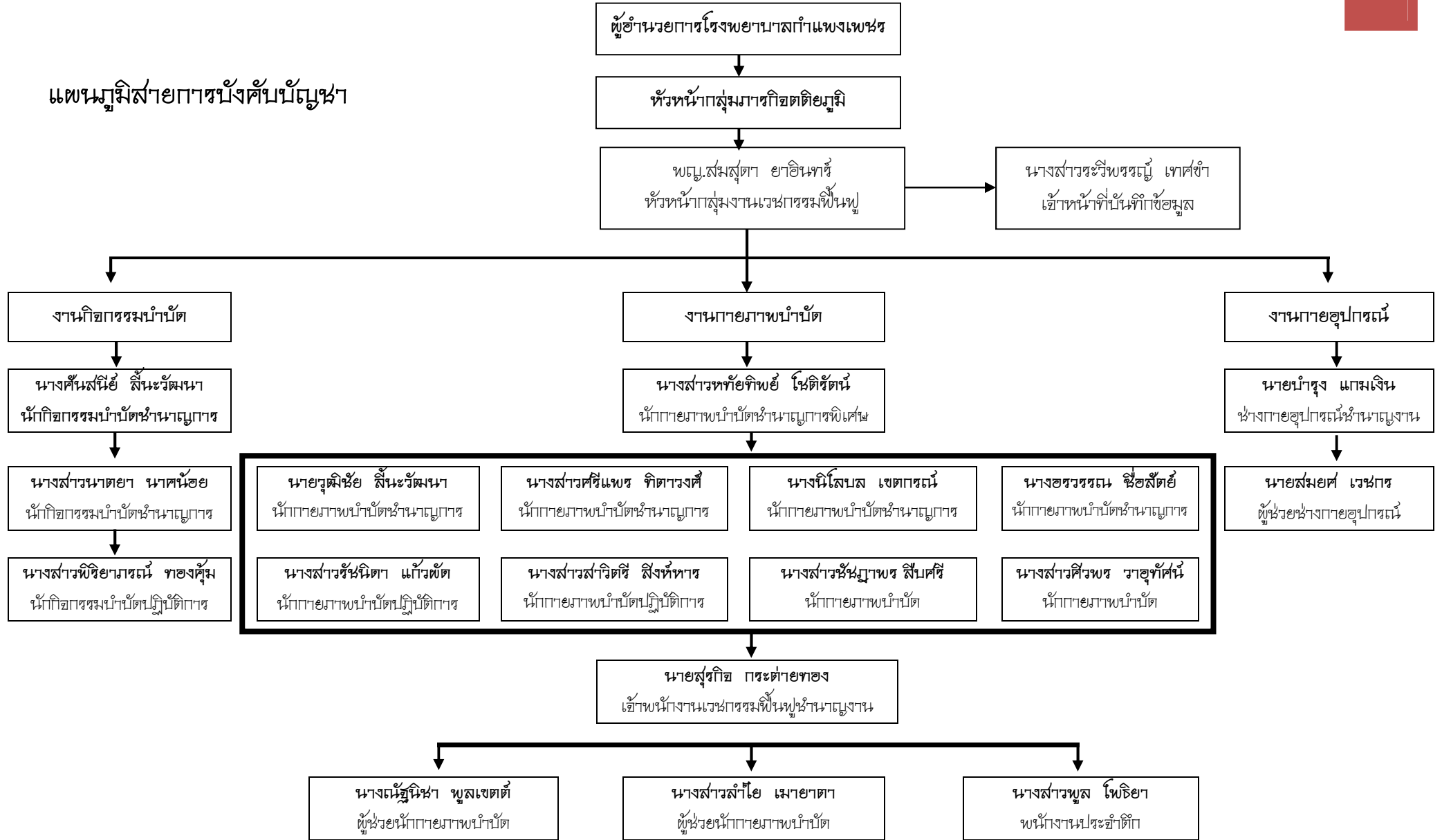
1. แพทย์เวชการศัลยกรรม จำนวน 1 คน
  - แพทย์หญิงสมศรีดา ยานิชกุล
2. นักกายภาพบำบัด จำนวน 9 คน (ข้าราชการ 7 คน, พอส. 2 คน)
  - ข้าราชการ 7 คน
    - พ.จ.หญิงกัญญา
    - พ.จ.หญิงสุวิมล
    - พ.จ.หญิงพัชรา
    - พ.จ.หญิงวิไล
    - พ.จ.หญิงสุวิมล







# แผนภูมิสายการบังคับบัญชา





ผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2560

กิจกรรมตามต้นฉบับศึกษา	จำนวน	
	คน	ครั้ง
1. ฝึกอบรมภาษาและวัฒนธรรมสำหรับคนไทย		
- ผู้ประกอบการ	5,107	15,108
- ผู้ป่วยใหม่	4,216	8,148
2. ฝึกอบรมภาษาอังกฤษภาษาบังคับ		
- ผู้ประกอบการ	3,539	11,183
- ผู้ป่วยใหม่	3,209	6,806
3. ฝึกอบรมวิชาชีพตามต้นฉบับ		
- ผู้ประกอบการ	1,319	2,944
- ผู้ป่วยใหม่	1,007	1,342
- ภาระต้นฉบับตามต้นฉบับ	697	857
4. ฝึกอบรมภาษาอังกฤษตามต้นฉบับ		
4.1 พลิตศึกษาเพื่อคนแก่สำหรับผู้ประกอบการ		
- ภาษาอังกฤษเพื่อคนแก่	ครั้ง	41
- ภาษาอังกฤษเพื่อคนแก่	ครั้ง	5
- ภาษาอังกฤษระดับสูง	ครั้ง	36
4.2 ผู้ประกอบการที่ขอรับเคล็ดลับของหน่วยงานการศึกษา ทางภาษาอังกฤษในไทย	ครั้ง	787
4.3 อบรมและรวมภาษาอังกฤษระดับสูงและเพื่อคนแก่	ครั้ง	32
4.4 ฝึกอบรมวิชาชีพตามต้นฉบับภาษาอังกฤษ	ครั้ง	117
4.5 อบรมสำหรับผู้ประกอบการที่มาสมัครศึกษา		
- ผู้ประกอบการจากบัณฑิตพิเศษ	ราย	0
- ฝึกอบรมจากบัณฑิตพิเศษอื่น ๆ	ราย	100
- ผู้ประกอบการจากไทย	ราย	81
- ผู้ประกอบการต่างประเทศ	ราย	8
	ราย	249



ผลการปฏิบัติงานปีงา 2560

ด้านบริการ

กิจกรรม	จำนวน	
	คน	ครั้ง
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - โดยกายภาพบำบัด - โดยกิจกรรมบำบัด	4,848 2,326	10,462 4,356
6. บริการขอเอกสารข้อมลของกรมการแพทย เคสใหม่	ขาย	701
7. บริการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาโดยแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู	ขาย	2,923
8. นัดหมายในเขต - นัดหมาย 30 นาที - นัดหมายพิเศษ	1,082 1,538	2,659 3,369
9. นัดหมายนอกเขต - นัดหมาย 30 นาที - นัดหมายพิเศษ	512 1,496	900 2,722
10. สิทธิบัตรอื่น ๆ (อพ.บ./สงัการเงิน/บัตรผู้พิการ)	1,055	2,078
11. ข่าวด้านการดูแลสุขภาพ/เปิดต้นสังกัด	1,605	6,425
12. ประกันสังคม	471	1,319
13. การให้บริการเวชกรรมฟื้นฟูเชิงรุก - ออกรุ่นย ขพ.สัด. - เยี่ยมบ้านคนพิการ - Early Intervention (คลินิกเต้เกดิ) - คลินิกเบาหวาน - คลินิก COPD - คลินิก CHF - คลินิกโรคเรื้อรัง	คน คน คน คน คน คน คน	24 147 960 1,914 114 71 1,993



**การชี้แจงปฏิกิริยาของ**

1. ออกรายชื่อนักประดิษฐ์และผู้ประดิษฐ์คิดค้นสิทธิบัตรและสิทธิบัตรที่ออกอยู่ในเขตการคุ้มครองสิทธิบัตรของ สท. กำแพงเพชร จำนวน 147 ราย
2. ออกรายชื่อนักประดิษฐ์และผู้ประดิษฐ์คิดค้นสิทธิบัตรและสิทธิบัตรที่ออกในเขตการคุ้มครองสิทธิบัตรและสิทธิบัตรที่ออกในเขต (Orientation & Mobility : O&M) จำนวน 30 ราย

**ดำเนินการพิจารณา**

1. นำเอกสารมาพิจารณาเบื้องต้น ผู้รับเป็นอาสาสมัครพิเศษ ตรวจสอบการปฏิบัติตามขั้นตอนการของนักประดิษฐ์ที่ออกมายัง สท. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยพะเยา มหาวิทยาลัยหัวหินเฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นำเอกสารมาพิจารณาเบื้องต้น ผู้รับเป็นอาสาสมัครพิเศษ ตรวจสอบการปฏิบัติตามขั้นตอนการของนักประดิษฐ์ที่ออกมายัง สท. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการที่ดำเนินการแล้ว ในปีงบประมาณ 2560		
ชื่อโครงการ	เจ้าของโครงการ	งบประมาณ
1. โครงการขอสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการ แก่คนพิการที่ขอเข้ารับการศึกษาระดับประถมศึกษาในเขตจังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2559	พ.ญ.สมสุตตา ชาตินาค	กองทุนฟื้นฟูจังหวัด
2. โครงการขอสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการ แก่คนพิการที่ขอเข้ารับการศึกษาระดับประถมศึกษาในเขตจังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2560	พ.ญ.สมสุตตา ชาตินาค	กองทุนฟื้นฟูจังหวัด
3. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการ	นางคณิสสรณ์ สันติวัฒนา	กองทุนฟื้นฟูจังหวัด
4. โครงการพัฒนากระบวนการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอด ดำเนินการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและความสะดวก (O&M) ปี 2559	น.ส.ทศพรทิพย์ ใจดีรัตน์	สปสช.
5. โครงการพัฒนาเครือข่ายการบำบัด จังหวัดกำแพงเพชร	นางนิไลมล เขตตาตนะ	สสจ.ภพ.



ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ปี 2560

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานย้อนหลัง 3 ปี			ระดับที่ปฏิบัติได้ 2560
			2557	2558	2559	
1	1.1 ร้อยละของคะแนนการ audit เวชระเบียนของปทุมธานี	<80 %	85.96	89.24	87.45	93.06
2	2.1 จำนวนผู้ป่วย Burn จากอุบัติเหตุทาง การจราจร	<5 คน	0	2	3	2
	2.2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุขณะรับบริการ และสัมผัสขณะฝึกเดินหรือเคลื่อนย้าย	<5 คน	0	1	0	0
	2.3 จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะไม่พึงประสงค์ขณะรับ บริการ เช่น เป็นลม หายใจไม่ออก เป็นต้น	<5 ครั้ง/ ผู้ป่วย ที่รับบริการ	0	0	3 ครั้ง	0.64 (15 ครั้ง)
	2.4 จำนวนครั้งที่ของภาชนะที่ผู้ป่วยใช้ ติดเชื้อ, ติด Chart และภาชนะที่ ใช้สำหรับผู้ป่วย	0 คน	0	0	0	1
	2.5 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ หรือติดเครื่องมือ ทางการแพทย์ของผู้ให้บริการ	0 ครั้ง	0	0	0	0
3	3.1 จำนวนครั้งที่ของภาชนะ ทางการแพทย์และอุปกรณ์ ทางการแพทย์	1 ครั้ง/ปี	1	1	1	1
4	จำนวนครั้งที่ของภาชนะ ทางการแพทย์	0 ครั้ง	0	0	0	0
5	5.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มี เครื่องช่วยหายใจ (ROM) เพิ่มขึ้น 5 องศา ภายใน 1 สัปดาห์	>80 %	81.09	77.80	86.67	93.87
	5.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่มี ความเจ็บปวด (Pain) ลดลง อย่างน้อย 3 ระดับ	>80 %	92.46	88.00	85.00	92.23
	5.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ improve Respiratory Function	>80 %	81.09	77.80	82.67	90.91
	5.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่ improve Secretion Drainage	>80 %	81.20	83.30	83.42	91.70
	5.5 ร้อยละของผู้ป่วย CVA ที่ส่งปรึกษาได้ช่วย ประเมิน ADL (Barthel index)	100%	79.50	84.75	89.25	100
	5.6 ร้อยละของผู้ป่วย Neuro ที่มี hand function ดีขึ้น	>80 %	97.09	97.09	95.77	87.76
	5.7 ร้อยละของผู้ป่วย Muscolo ที่มี hand function ดีขึ้น	>80 %	98.14	98.14	100	100



ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ปี 2560

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานย้อนหลัง 3 ปี			ระดับที่ปฏิบัติได้ 2560
			2557	2558	2559	
	5.8 ร้อยละการฝึกการกระตุ้นดูแล-กสิณ ที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วย Pre-term	>80 %	100	100	100	100
	5.9 ร้อยละการฝึกการกระตุ้นดูแล-กสิณ ที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วย Neuro	>80 %	85.71	85.71	100	100
	5.10 ร้อยละผู้ป่วย CVA ที่ได้ฝึกการฝึกต่อเนื่อง มี ADL เท่าเดิมหรือดีขึ้น	>70 %	84.65	94.30	94.19	92.61
	5.11 ร้อยละเด็กพัฒนาการช้าที่มีพัฒนาการดีขึ้น	>70 %	90.50	90.5	94.95	84.93
	5.12 ร้อยละผู้ป่วย CVA ที่ส่งปรึกษาที่ได้ฝึกการตรวจประเมินภาวะการกลืนลำบาก	>70 %	94.66	96.70	97.85	97.59
	5.13 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการพัฒนาผลตรวจ/คั่งที่ 6 เดือนหลังเกิดโรค เก็บข้อมูลสายใยประสาท ปี 60 ได้ตาม 2 (มี.ค.60) = 77.67 ได้ตาม 3 (มี.ย.60) = 91.11 ได้ตาม 4 (ก.ย.60) = 86.88	>80 %	N/A	N/A	N/A	85.22
	5.14 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล	>50 %	46.15	45.26	44.98	58.85
	5.15 ร้อยละความถูกต้องของความรู้ความเข้าใจไขข้อของผู้รับบริการเวชศาสตร์ฟื้นฟู	≥80 %	85.14	86.00	85.17	84.05
	5.16 ผู้ป่วยได้รับยาเทียมตามกำหนด (BK)	<4 wk	80.06	81	80.00	97.92
	5.17 ผู้ป่วยได้รับยาเทียมตามกำหนด (AK)	<6 wk	100	94	100	100
6	6.1 อัตราความพึงพอใจไขข้อของผู้รับบริการ					
	- ผู้ป่วยใหม่	>80 %	84.25	84.65	86.96	85.30
	- ผู้ป่วยนอก	>80 %	83.70	85.69	86.92	85.00
	6.2 จำนวนข้อร้องเรียน	0 ครั้ง	0	0	0	0



แผนการดำเนินงาน ปี 2561

ชื่อโครงการ	เจ้าของโครงการ	งบประมาณ
1. โครงการขอสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการ แก่คนพิการและผู้สูงอายุพิการสุขภาพโรงพยาบาล กำแพงเพชร ประจำปีงบประมาณ 2561	พ.ญ. สัมสุตา ยานินท์	กองทุนฟื้นฟูผู้พิการ
2. โครงการจัดประชุมวิชาการ วิชาการ พยาบาล ปีที่ 3	นางนิไลบส เขตตานี	เขต 3
3. โครงการจัดประชุม พ.บส. เวชการสัมพันธ์ อ.กำแพงเพชร	พ.ญ. สัมสุตา ยานินท์	สสอ.ภพ.





# กลุ่มงานศัลยกรรม

## เชิงมุ่ง

1. เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานที่ทันสมัยและมีมาตรฐานไม่แพ้ 3
2. เป็น Excellent center ด้าน Trauma และ Cancer ตาม Service Plan ของเขต
3. เป็นแม่ข่ายการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมให้กับผู้ป่วย ทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. สหสัมพันธ์และส่งเสริมด้านวิชาการ การเรียนการสอนนักศึกษา แพทย์ นักระบาดวิทยา แพทย์ เภสัชกรและแพทย์ประจำบ้าน

## บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

เพื่อให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งด้านผ่าตัดและด้านเวชปฏิบัติระดับสูงอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพโรคทางศัลยกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นระบบบริการความเชี่ยวชาญทางคลินิกและส่งเสริมสุขภาพ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีภาคีที่รอบรู้และคำนึงถึงสุขภาพจิตเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ข. ขอบเขตการให้บริการ ศัลยกรรม ชีวจำพวก

บริการผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป กลุ่มอายุ ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง อำเภอใกล้เคียงและผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายการดูแล และทุกระดับของการศัลยกรรม (ปลูกผม, ทุติยภูมิและตติยภูมิ) ตามศักยภาพโดยครอบคลุมในภาวะที่ให้บริการศัลยกรรมอย่างมีมาตรฐาน ปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ตลอดความพึงพอใจต่อการให้บริการ คุณภาพ และสิ่งแวดล้อม ให้ปลอดภัยและพร้อมให้บริการโดยให้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ดังนี้

แผนกผู้ป่วยนอก: ให้บริการตั้งแต่เวลา 08.30 -16.00 น.

คลินิกศัลยกรรมทั่วไป: ให้บริการทุกวัน และห้องฉุกเฉิน

คลินิกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ: ให้บริการทุกวันศุกร์

คลินิกศัลยกรรมตา: ให้บริการทุกวันพุธ

คลินิกแผล: ให้บริการทุกวัน มีพยาบาล Wound care ประจำห้อง และมีพยาบาลผู้ดูแลแผลของเปิดสำไส้และควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ (ET.Nurse) รับผิดชอบดูแลทุกวันอังคาร (กรณีมีผู้ป่วยหายใหม่เข้ามา รับบริการในวันอื่นๆ มีห้องทางด่วนรับปรึกษา)

คลินิกแผลที่ผู้ป่วยเบาหวาน: ให้บริการทุกวันพุธ เวลา 13.30 -15.00 น. ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า (Prevention) เน้นให้ความรู้เรื่องดูแลเท้าและตรวจเท้าด้วย monofilament และดูแลผู้ป่วยที่เป็นแผลเบาหวาน โดยพยาบาลผู้ช่วยพยาบาลกรณีพิเศษหรือผู้ช่วย (เบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาล)

คลินิกมะเร็ง: ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งระบบทางเดินอาหารอื่นๆ ทุกวันจันทร์/พุธ/ศุกร์ เวลา 13.00-16.30 น. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังภาควิชาที่โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลศูนย์มะเร็งสงขลานครินทร์ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลแม่ข่าย และศูนย์มะเร็งอื่นๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และมีระบบการให้ยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาล



แผนแม่ข่ายป่วยใน

ประกอบด้วย แผนแม่ข่ายอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ แผนแม่ข่าย ICU ชุมชน แผนแม่ข่ายห้องผ่าตัด แผนแม่ข่ายวิสัญญีแพทย์ หอผู้ป่วย  
 ศัลยกรรมหลายสาขาทั่วไป หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัตถ์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม

อัตราค่าครองเตียงแยกตามหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2559 - 2560 (6 เดือน)

หน่วยงาน	พยาบาล (ไม่นับรวม ทน.)	จำนวน เตียง	จำนวนรายนอน (วัน)		อัตราค่าครองเตียงเฉลี่ย (%)	
			ปี 59	ปี 60 (6 เดือน แรก)	ปี 59	ปี 60 (6 เดือนแรก)
ICU ศัลยกรรม	16	8	2,856	1,424	97.54	95.70
ศัลยกรรม อุบัติเหตุ	14	35	9,307	4,798	72.65	73.70
ศัลยกรรมหัตถ์	13	35	10,899	5,028	85.08	77.23
ศัลยกรรมหลาย สาขา	13	35	11,205	5,645	87.47	86.71
พิเศษศัลยกรรม	5	12	2,990	1,198	81.69	

โรคที่พบบ่อย ปี 2557 - 2560 (6 เดือนแรก)

แผนแม่ข่ายป่วยนอก

อันดับ โรค	ปี 2557 (ชาย)	ปี 2558 (ชาย)	ปี 2559 (ชาย)	ปี 2560 (6 เดือนแรก) (ชาย)
1	BPH (1,584)	BPH (2,241)	BPH (2,289)	CA Breast (1,371)
2	Head injury (1,520)	CA Breast (1,717)	CA Breast (1,807)	BPH (1,165)
3	CA breast (1,250)	Head injury (1,328)	Head injury (1,571)	KUB stone (975)
4	Breast mass (1,073)	KUB stone (1,186)	Breast mass (1,422)	Head injury (885)
5	Open wound of leg (977)	Breast mass (1,106)	KUB stone (1,242)	Abdominal pain (871)



แผนภาพผู้ป่วยในปี 2557-2560 (6 เดือนแรก)

อันดับ โรค	ปี 2557 (ราย)	ปี 2558 (ราย)	ปี 2559 (ราย)	2560 (6 เดือนแรก) (ราย)
1	Cerebral concussion (593)	Cerebral concussion (507)	Cerebral concussion (562)	Intracranial injury (275)
2	Acute appendicitis (590)	Acute appendicitis (459)	Acute appendicitis (465)	Acute appendicitis (149)
3	Hernia (217)	Hernia (330)	KUB stone (311)	KUB stone (132)
4	CA Colon (191)	KUB stone (210)	Hernia (280)	CA Colon (98)
5	Colitis (170)	Cellulitis (190)	Colitis (197)	Hernia (73)

สถิติยอดผู้ป่วย Refer IN ปี 2557-2560(6 เดือนแรก)

ปี	OPD (ราย)	IPD (ราย)	โรคที่ Refer In ของอันดับแรก (ราย)	
			OPD	IPD
2557	11,014	3,968	CA Breast (677) Breast mass (451)	Appendicitis (347) HI (301)
2558	12,493	3,012	CA Breast (834) BPH (408)	HI (304) Appendicitis (253)
2559	13,704	4,138	CA Breast (1,140) KUB stone (922)	HI (438) Appendicitis (335)
2560 (6 เดือน แรก)	6,492	2,089	CA Breast (692) KUB stone (428)	HI (207) Abdominal pain (195)



สถิติการ Refer Out ปี 2557-2560 (6 เดือนแรก)

ปี	OPD (ราย)	IPD (ราย)	โรคที่ Refer Out อันดับแรก (ราย)	
			OPD	IPD
2557	1,741	235	CA Breast (250)	HI (122)
2558	1,418	217	CA Breast (252)	HI (112)
2559	1,356	138	CA Breast (312)	HI (93)
2560 (6 เดือน แรก)	595	65	CA Breast (113)	HI (35)

โรคที่เป็นสาเหตุการตายสำคัญ ปี 2556-2560 (6 เดือนแรก)

อันดับ โรค	ปี 2557 (ราย)	ปี 2558 (ราย)	ปี 2559 (ราย)	2560 (6 เดือนแรก) (ราย)
1	HI (54)	HI (61)	HI (72)	HI (34)
2	CA liver (9)	Pressure sore (13)	NF sepsis (22)	NF (7)
3	CA colon (9)	NF sepsis (11)	CA liver (12)	CA liver (7)
4	Cholangiocarcinoma (8)	Pneumonia (8)	Peritonitis (11)	Gastric ulcer (4)
5	Peritonitis (7)	Peritonitis (6)	Abdominal injury (9)	CA stomach (4)



ศักยภาพ/ข้อจำกัด

สาขา	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
<p><b>ศัลยกรรม</b> <b>และ</b> <b>เคหะการ/</b> <b>อุปกรณ์</b></p>	<p>-มีศัลยแพทย์จำนวน 8 คน (สาขาศัลยกรรมทั่วไป 5 คน</p> <p>สาขาศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 1 คน สาขาศัลยกรรมตา 1 คน และสาขาผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมต้นคอและทางเดินหายใจ 1 คน) สามารถทำผ่าตัดที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น เช่น Therapeutic ERCP PTBD RFA, ESWL &amp; PCNL (ใช้เคหะการสายนิรภัย และผ่าตัดนี้ทางกล้อง)</p>	<p>-บุคลากรและห้องผ่าตัดมีจำกัด ไม่สามารถรองรับการผ่าตัดได้เพียงพอในบางสาขา</p>
	<p>-มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านขากรรไกร (Maxillofacial) 1 คน</p>	<p>-มีข้อจำกัดเรื่อง งบประมาณการผ่าตัด ผู้ป่วย Maxillofacial เนื่องจากมีงานประจำหลักด้านทันตกรรมเฉพาะทางทันตกรรม</p>
	<p>-การดูแลผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ โดยทีมทันตแพทย์ให้ยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล มีหน่วยพยาบาลเคมีบำบัดตามมาตรฐาน ศัลยแพทย์ฟอกยาเสพติดได้ 4 คน มีพยาบาลวิชาชีพทันตกรรมเฉพาะทาง 14 คน</p>	<p>-ขาดแพทย์เฉพาะทางสาขา Oncology สถาบันให้ยาเคมีบำบัดในจังหวัดอื่น ยังไม่มีบริการ RT</p>
	<p>-มีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาล refer ช่วง 3 เดือน</p>	<p>-มีผู้ป่วยกลุ่มโรค HI อันดับ 1 แต่ขาดแคลนแพทย์สาขาศัลยกรรมระบบประสาท จึงมีการ refer out สูง</p>
	<p>-มีพยาบาล APN 1 คน ET nurse 1 คนและพยาบาลผู้ช่วยทันตกรรมโรคช่องปาก 1 คน</p>	<p>-มีข้อจำกัดเรื่อง การกำหนดตารางเวรการทำงานเข้าเวรดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค ที่มีการดูแลอยู่ในตามหอผู้ป่วยต่างๆ นอกเหนือจากในแผนกศัลยกรรม</p>
	<p>-แผนก ICU มีจำนวน 8 เตียง</p> <p>มีเคหะการอุปกรณ์เครื่องมือทันตกรรมผู้ป่วยวิกฤตครบถ้วน</p> <p>-มีชุด emergency ทันตกรรม</p> <p>-ขยายบริการให้สามารถรับผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยได้ในช่วงเวลาที่แผนก ICU ไม่สามารถรองรับได้</p>	<p>-เคหะการที่มีจำนวนน้อยในแผนก Monitor ยังไม่เพียงพอ (อัตราการใช้พยาบาลขาดแคลน) เช่น Volume Ventilator, Monitor EKG+NIBP+O2 Saturation, Infusion Pump</p> <p>-เคหะการดูดหัวใจ (Defibrillation) มีไม่ครบทุกหอผู้ป่วย</p> <p>-พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยยังขาดทักษะการใช้เคหะการช่วยหายใจชนิดปริมาตร (volume ventilator) และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต</p>



ศักยภาพ/ข้อจำกัด

รายการ	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
เทคโนโลยี	-ใช้ระบบสารสนเทศ Hos-xP เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้บุคลากร	-บุคลากรยังขาดความรู้ในการนำประโยชน์จากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในระบบ HOSxP มาใช้ให้บุคลากรวิเคราะห์ผลการทำงาน
เทคโนโลยี	-ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อระบบการส่งต่อโดยอัตโนมัติแบบ Thai refer เพื่อประสิทธิภาพการเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยดูแล	-ยังมีพบข้อขัดข้องในการใช้โปรแกรมเป็นครั้งคราว เช่น การส่งต่อข้อมูลไปไม่ถึงผู้รับปลายทาง ไม่สามารถ print ใบส่งต่อได้ และแก้ปัญหาด้วยบริการช่วยเหลือ เป็นต้น
	-มีระบบการ consult ศัลยแพทย์ทางระบบประสาท (โดยใช้ LINE ส่งรูป FILM CT Brain บน PACs) และทาง consult ทาง SMART Phone โดยไม่ต้องขอผลอ่านซ้ำ ซึ่งสะดวก ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น	
	-มีระบบแพทย์ที่ปรึกษาและปรึกษา online แพทย์ชุมชน. (consult ทาง LINE case emergency) -มีการส่ง case ปรึกษาเพื่อมาทำผ่าตัด elective case โดยขอข้อมูลส่งผ่านโปรแกรมบนหน้า web ชพ.บ.พ.	-ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลเครือข่ายในหลายโรคสำคัญ

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

จำแนกเป็นผู้รับผลงานภายนอกและผู้รับผลงานภายใน ดังนี้

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ผู้รับผลงานภายใน โรงพยาบาล	-ให้บุคลากรดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่เกิดความเสี่ยงจากการใช้บริการ และสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล
หน่วยงาน/หรือผู้ป่วย	-มีการสื่อสารข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน และมีการประสานงานที่ดี ทันเวลา -มีการรับฟังข้อมูลในเวชระเบียน และรายงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน
กลุ่มงานแม่ข่าย	-Order (Copy order) ง่าย รวดเร็ว ถูกต้อง -การส่งข้อมูล เบิกจ่ายและเวชภัณฑ์ ตามระเบียบปฏิบัติทางส่งยา และการเบิกจ่าย -มีการบริหารจัดการ ตามแนวทางการกำหนด
ห้องปฏิบัติการและ ธนาคารเลือด	-ส่งสิ่งส่งตรวจ และเขียนใบส่งตรวจถูกต้อง ครบถ้วน ตามระเบียบปฏิบัติ -ข้อมูลระบุ ถูกต้อง รวดเร็ว
แผนกการพยาบาล	-มีการรับฟังข้อมูลการส่งปรึกษาครบถ้วนรอบคอบ ความสอดคล้องในการให้ข้อมูลเพิ่มเติม



ผู้รับผิดชอบงาน	ความต้องกาที่สำคัญ
งานวิจัย	- มีภาพบันทึกข้อมูลภาพส่งปรึกษาครอบครัว อำนวยความสะดวกแก่เฝ้าระวังให้ข้อมูล เพิ่มเติม
เฝ้าระวัง	- ได้รับข้อมูลจากต้อง ครอบครัว และพื้นที่เวลา และภาพส่งปรึกษางานวิจัย
หน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล	- ได้รับความร่วมมือ ส่งรายงานข้อมูลต่างๆ ครอบครัว พื้นที่เวลา
<b>ผู้รับผิดชอบงานภายนอก</b> ผู้ป่วยและญาติ	- ได้รับบริการที่รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีความพึงพอใจหรือ ประทับใจต่อบริการที่ได้รับ - ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาพส่งปรึกษาครอบครัวและญาติที่ชัดเจน และเข้าใจ - ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในมาตรฐานการดูแลสุขภาพโรงพยาบาล - ได้รับข้อมูล สิทธิการเข้าถึงบริการที่ชัดเจน
โรงพยาบาลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	- ได้รับปรึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจากต้อง ครอบครัว ชุมชนทั้งสิทธิการเข้าถึงบริการที่ชัดเจน ถูกต้อง และรวดเร็ว
หน่วยงานอื่นๆ	- ได้รับบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และอำนวยความสะดวกแก่เฝ้าระวังให้มาติดตามต่อปรึกษา

**ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ**

1. ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ส่งเสริมการวิจัยที่มีคุณภาพของตนเองของผู้ป่วยและญาติ ให้มีคุณภาพตามค้ำประกันและ  
หาสุขภาพที่ดีอยู่
3. ผู้รับบริการพึงพอใจในบริการ

**ข. ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ**

ความเสี่ยง/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ (Purpose)	กิจกรรมที่เป็นจุดเน้น ในภาพพัฒนา (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
1. พัฒนาการดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็ง ตับ และต่อมไทรอยด์ ครอบครัว	1. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับ บริการดูแลรักษาที่มีมาตรฐาน	1. เพิ่มศักยภาพ Tumor Clinic 2. พัฒนาระบบการคัดกรอง ผู้ป่วยทั้งเครือข่าย	1. ระยะเวลารอคอย ผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัด 2. three years survival
2. เป็นศูนย์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ ได้รับมาตรฐานการปฏิบัติเหตุ สามารถของสุขภาพดูแลผู้ป่วย อุบัติเหตุ ทุพพลภาพที่ มาตรฐาน	1. เพื่อเพิ่มศักยภาพในภาพ ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ	1. สนับสนุนบุคลากรด้านวิชาชีพ เพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้ป่วย เฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้อง 2. มีระบบพี่เลี้ยงสอนงานทั้ง แพทย์ พยาบาล 3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำ KM ระหว่างหน่วยงานและ ทีมสหสาขาวิชาชีพ 4. มีภาพพัฒนาระบบการดูแล ทั้งเครือข่าย	1. มีงานวิจัยทางคลินิกหรือ นวัตกรรม หรือโครงการเพื่อภาพ พัฒนาคุณภาพงานทั้งระบบ เครือข่าย อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี 2. มีบุคลากรได้รับภาพเพิ่มพูน ทักษะ เฉพาะสาขาเพิ่มขึ้นทุกปี



ความถี่/ความสำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ (Purpose)	กิจกรรมที่เป็นจุดเน้น/ขั้นตอนพัฒนา (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
3. ลดอัตราการตายของ NF , และภาวะ Sepsis และผู้ป่วย trauma (Multiple injury, Head injury)	1. ลดอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วย HI & 2. EWS : EWS of TBI, NF warning sign, EWS of Multiple Injury, 3. พัฒนาระบบ Investigation, Consult, Refer 4. พัฒนาแนวทาง FT Trauma 5. แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hypovolemic shock ในระบบเคสศึกษา	1. อัตราตายผู้ป่วย HI 2. อัตราตายของ NF & Sepsis 3. อัตราตายจาก PS Score >.75 4. ระยะเวลาในการส่งต่อ ไม่เกิน 60 นาที 5. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย FT Trauma ภายใน 24 ชั่วโมง
4. ป้องกันการเกิดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษา เช่น ตันนาการผ่าตัด (ติดเชื้อฉวย, ติดเชื้อทางเดินหายใจ) ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิด Adverse event ระดับ 5 ขึ้นไป	1. เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษา	1. ทบทวนความเสี่ยง AE ทุกเดือนและวิเคราะห์ความเสี่ยง 2. จัดทำโปรโตคอลความเสี่ยงเฉพาะโรคทางศัลยกรรมเพื่อหามาตรการป้องกัน	1. อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับ 5 ขึ้นไป
5. ลดการส่งต่อผู้ป่วยชายที่ ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกไหปลาร้าและมีความซับซ้อนในการผ่าตัด	1. ลดการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกไหปลาร้า	1. ทบทวนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกไหปลาร้า 2. ให้ความรู้เพิ่มเติม แก่ ศัลยแพทย์ แพทย์ฝึกหัดพยาบาลผู้ดูแล ในการประเมินผู้ป่วย โดยแพทย์ ศัลยแพทย์ต่าง	Refer Out ลดลงในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกไหปลาร้า





ก. ปริมาณงานและทรัพยากร

ปริมาณงาน

ข้อมูล	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
ผู้ป่วยนอก	45,752 (125 ราย/วัน)	44,697 (156 ราย/วัน)	50,862 (178 ราย/วัน)	52,867 (185 ราย/วัน)
ผู้ป่วยใน	7,436 (20 ราย/วัน)	7,566 (21 ราย/วัน)	8,361 (23 ราย/วัน)	8,456 (23 ราย/วัน)
ผ่าตัดใหญ่	3,386	3,277	3,710	3,650
ผ่าตัดเล็ก	162	373	290	316
ส่องกล้อง	2,135	2,117	2,659	2,389

2. กระบวนการสำคัญ (Key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
1. การเข้าถึงและการเข้าถึงบริการสุขภาพ	- ผู้ป่วยนอกได้รับบริการสุขภาพอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ - มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน	- ความพึงพอใจแผนกผู้ป่วยนอก $\geq 80\%$ (ปี 59 = 80.87%) - ระยะเวลารอคอยต่อตรวจ OPD < 1.30 นาที (ปี 59 = 48 นาที.)
	- คณินิมาพิเศษผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับบริการสุขภาพด้วยยาเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ > 80% (ปี 59 = 86%) (ปี 60* = 81.4%)
	- คณินิตดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดแผลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะเกิดภาวะ amputation	- ผู้ป่วยในคณินิมามี amputation rate น้อยกว่า 10%
	- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางคณินิมาได้รับบริการดูแลอย่างทันที่วางที่ปลอดภัยอย่างเหมาะสม - มี CPG ดูแลผู้ป่วย UGIH ที่มีการระงับการเข้าถึงบริการสุขภาพถูกต้อง ทันที่วางที่	- ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อภายใน 60 นาที หลังการปรึกษา ศัลยแพทย์ระบบประสาท > 80% (ปี 59 = 80.2%) (ปี 60* = 80%) - อัตราการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง < 10% (ปี 59 = 4.8%) (ปี 60* = 3.64%)



กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)																
	- มีระบบนัดผ่าตัด online ขาาฯลฯ. เช่น ผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจ สองข้างสองตขทางเดิน ขาาฯลฯ - มีระบบปรึกษาเคสยากๆ ขาาฯ ทางการแพทย์ โดยสาขาส่งมา เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น	- จำนวนผู้ป่วยนัดมาผ่าตัด online ขาาฯ ทางการแพทย์ (เดิม ๓.๕5) <table border="1" data-bbox="957 425 1500 616"> <thead> <tr> <th>ขาาฯ</th> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>นัดสองข้างสอง</td> <td>418</td> <td>564</td> <td>652</td> </tr> <tr> <td>นัดผ่าตัด</td> <td>140</td> <td>142</td> <td>166</td> </tr> <tr> <td>รวม (ขาฯ)</td> <td>558</td> <td>706</td> <td>818</td> </tr> </tbody> </table> - ลดการ refer in ขาาฯทางการแพทย์ เผลปีละ 5%	ขาาฯ	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	นัดสองข้างสอง	418	564	652	นัดผ่าตัด	140	142	166	รวม (ขาฯ)	558	706	818
ขาาฯ	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559															
นัดสองข้างสอง	418	564	652															
นัดผ่าตัด	140	142	166															
รวม (ขาฯ)	558	706	818															
	- มีระบบ Fast Track Trauma สำหรับ ผู้ป่วยได้เข้าผ่าตัดฉุกเฉินที่ห้องผ่าตัด ผ่าตัดด่วนสามารถทำได้ใน 60 นาที	- ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้เข้าผ่าตัดภายใน 60 นาที (ปี 59 = 45 นาที) (ปี 60* = 41 นาที) - อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย FT trauma ภายใน 24 ชั่วโมง $\geq 50\%$ (ปี 59 = 83.33%) (ปี 60* = 75%)																
	- ผู้ป่วย HI ได้เข้าผ่าตัดและเปิดต้นตาม CP G HI อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ก่อนส่งต่อ ขาฯฯลฯ. ที่มีศักยภาพสูงๆ	- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย HI < 5% (ปี 59 = 2.94%) (ปี 60* = 4.6%) - ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ได้เข้าผ่าตัดหรือ คอสมพิวเตอชั่นของภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง $\geq 60\%$ (ปี 59 = 86.31%) (ปี 60* = 88.2%)																
	- มีระบบดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าหอผู้ป่วย ICU และเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย ICU	- มีเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้า ICU อย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ได้เข้า ICU = 100% (ปี 59 = 100%) (ปี 60 = 4.8%)																
2. การดูแลผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้เข้าการดูแลแบบครบถ้วน เป็นองค์รวม มีกาใช้ CPG ในรายโรค ที่สำคัญ เช่น CA breast, CA colon, HI, UGIH	- CA breast ได้เข้าการดูแลแบบครบถ้วน เมื่อเข้ารับ = 100%																
	- มีการดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น HI, Sepsis โดยใช้ CPG และ EWS มา นำมาใช้ ติดตามและรายงานเมื่อพบปัญหา	- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้เข้าการดูแล 100%																



กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
	- มี Guideline investigate ที่เหมาะสมตาม CPG เช่น HI, CA breast, CA Colon ภาวะติดเชื้อพลาตัด LC, MRM - ใช้ระบบ LEAN ปรับปรุงจุดจุดระบบการส่งต่อตรวจ ขึ้นเนื้อและสามารถส่งชิ้นได้ภายใน 1 สัปดาห์ และดูแลคุณภาพโปรแกรม HOSxP	- Investigation ครอบคลุม 100% (ปี 58 = 89%) - ระยะเวลาในการนำส่งชิ้นเนื้อ < 14 วัน (ปี 59 เหลือ 9 วัน)
	- มีภาควิชาวิจัยที่ครอบคลุมปัญหาของ ผู้ป่วย มีภาควิชาที่ในระยะเวลาที่กำหนด และมีภาควิชาที่การเปลี่ยนแปลงภาควิชา วิจัยที่ครอบคลุมเมื่อมีข้อสงสัยเพิ่มเติม	- ครอบคลุมงานวิจัย > 80% (ปี 59 = 86.57%) (ปี 60* = 83.92%)
	- มีภาควิชาการพยาบาลที่วิจัย ภาควิชา แพทย์ผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ	- มีภาควิชาการพยาบาลที่วิจัย เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์เฉพาะด้าน และทำ Admission conference ,Morning confere nce, MM conference ,AE conference ,Trauma audit อย่างสม่ำเสมอ
	- ผู้ป่วย HI, BURN, Peritonitis Acute appendicitis มีแนวทาง ประเมินเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน อย่างถูกต้อง ชัดเจน	- อัตรา miss diagnosis /delay diagnosis /delay treatment - Negative Appendicitis < 15% (ปี 59 = 0.03 %) - อัตราการติดเชื้อพลาตัด < 2% (ปี 59 = 0.22 %)
3. การวางแผนดูแล ผู้ป่วยและ หมาย	- ผู้ป่วยได้ข้อสรุปการดูแลอย่าง เหมาะสมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติได้ข้อสรุปและมีส่วนร่วม ตัดสินใจในแผนการดูแลโดยเฉพาะ กลุ่มโรค CA, HI	- ผู้ป่วย CA breast /Colorectal /Stomach / Pancreas ได้ข้อสรุปการดูแลจาก ทีมสหสาขา และญาติเข้ามามีส่วนร่วม 100% (ปี 58 = 98%)



กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
	- ผู้ป่วยได้เข้าพบทางแผนกฉุกเฉินโดย ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อเข้ารับ บริการ โดยเฉพาะกลุ่มโรค CA, HI	- ผู้ป่วยมาช่วยยาเคมีบำบัดได้ครบตาม วางแผน ยาทั้งหมดที่ส่งยา และญาติมีส่วนร่วม รวม 100% (ปี 58=99%) (ปี 60* = ...%) - ผู้ป่วย CA/ Head injury ได้เข้าพบทางแผน ฉุกเฉิน =100%
4. การดูแลผู้ป่วย ทั่วไป และผู้ป่วยที่มี ความเสี่ยงสูง	- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยจัดให้มี กระบวนการทบทวนข้อผิดพลาด และ หาทางแก้ไขโดย ทีม AE (adverse event) conference & MM conference trauma audit ทุกเดือน	- Preventable death = 0% (ปี 58 =1.24%) (ปี 59=0%) - AE (>level7) (1:100) < 1% (ปี 59 = 0.11%) - AE (>level5) (5:100) < 5% (ปี 59 = 0.85%)
	- กระบวนการผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น ปลอดภัย ตามหลัก Patient Safety Go al :SIMPLE ในหัวข้อ S3 (Safe Surgic al Team) มีการใช้ surgical safety c hecklist (ใช้ใช้ ส.ค.54) Mark site, Time out เพื่อความปลอดภัยในผ่าตัด ป้องกัน ความผิดพลาดจากผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	- Surgical safety check list =97% - ความครบถ้วน ของผู้ป่วย ที่ได้เข้าพบตามนัดเยี่ยม เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (Elective cas e) ≥95% - อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง =0
	- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เข้าพบดูแล อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยเข้าถึง palliative care & pain management มีทีมสหสาขาวิชาชีพโดย ใช้เครื่องมือ PPS score และจัดทำคู่มือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยประคับประคอง ได้เข้าพบดูแลแบบ palliative care ระบบเคสอย่าง >80% (ปี 59=100%)
- มีภาวะฉุกเฉินและบำบัดความปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัด	- ระยะเวลาความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อภาวะ ปวดหลังผ่าตัด >80% (ปี 59=84.33%) (ปี 60* = 84.60%)	



กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
5. การดูแลให้ข้อมูลและ การเสริมพลัง	<p>- มี inform consent ครบถ้วน และมี inform consent แบบเฉพาะในโรคและหัตถการที่ อ่อนไหว เช่น MRM, LC, repair Hernia, open cholecystectomy, การทาง Cava fix ,Tracheostomy, Appendectomy, EGD, Colonoscope</p> <p>- ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูล มีส่วนร่วม ในการกำหนดวิถีและสำมางดูแลตนเองใ ด้</p> <p>- ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจได้รับข้อมูล ที่จำเป็น มีภาวะเครียดน้อยลงกับครอบครัว และได้ปฏิบัติตามคำแนะนำโดยสหสาขาวิชาชีพ ทั้งทางด้านภาวะร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง</p>	<p>- จำนวน Inform consent โรคที่พบบ่อยและมี โอกาสเกิดปัญหาหลังผ่าตัด (ปี 59 = 7 procedure)</p> <p>- อัตราการ re-admission ภายใน 28 วัน &lt; 1% (ปี 58=0.43%)</p>
6. การดูแลต่อเนื่อง	<p>- มีภาวะประสานงานกับเวชศาสตร์ฟื้นฟูใน ผู้ป่วย HI ที่ยังมีพยาธิสภาพเหลืออยู่ เพื่อ การฟื้นฟูสภาพร่างกายและติดตามดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน และมีภาวะนัดหมายผู้ป่วย กลับมาศึกษาเมื่อมีข้อบ่งชี้</p> <p>- มีภาวะประสานทีมเยี่ยมบ้านในเขต เทศบาลโดยเวชการสังคม ทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลชุมชน และ ชพ.สต. ในผู้ป่วย ประสงค์ไม่ประสงค์หรือระยะสุดท้าย</p>	<p>- ผู้ป่วยที่เข้าบ้านได้ปฏิบัติตามดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน 100% (CAทุกชนิด, HI, Palliative care case)</p>



3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator)

ตัวชี้วัดหลัก	เป้าหมาย	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
อัตราตายรวม	< 3%	3.06	2.66	2.91	2.70
อัตราตายจาก severe sepsis, septic shock	< 40%	39.26	33.25	44.53	42.59
อัตราตายอุบัติเหตุจาก trauma fast track	≥50%	62.5	85.71	77.78	83.33
อัตราตายจาก preventable death	0	0.39	0.26	1.84	0
อัตราตายจาก potential preventable death (ตาย)	< 7%	0.34	1	0.25	1.55
อัตราตายที่เกิดความเสียหายระดับ 7 ขึ้นไป	< 1%	0.15	0.18	0.17	0.11
อัตราตาย re admit ภายใน 28 วัน	< 1%	0.89	0.65	0.62	0.47
อัตราตายผ่าตัด negative appendectomy	< 3%	1.87	0.72	0.62	0.29
อัตราตายผ่าตัดไส้ติ่งโดยไม่ได้รับการวางแผน	<1%	0.6	0.85	1.38	0.71
อัตราตายติดเชื้อแบคทีเรียผ่าตัดประมาณ 1	0.05%	0	0.025	0.02	0
อัตราตายที่เกิดแผลกดทับ	< 0.4:1000	0.26	0.07	0.2	0.34
VAP	3:1000	0.44	0.33	0.2	1.41
CAUTI	2:1000	0.30	0.18	0.15	0.73
อัตราตาย re-intubation	5:1000	0.86	0.44	0.4	0.13
ห้อยสะดือ incarcerated hernia (ผ่าตัดในเวลารักษาที่กำหนด)	100	100	100	100	100
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>80%	84	85	81.4	85.7



4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อลดความเสียหายและมีความหมาย

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคณะกรรมาธิการที่เสียชีวิตแล้ว)

4.1.1 การทบทวน Morbid and Mortality (MM conference) และ AE

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
<p>การทำ MM conference และ AE เพื่อทบทวนกระบวนการทางคลินิกและการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ที่เสียชีวิต</p> <p>การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิต</p> <p>ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการ</p>	<p>1.preventable dead</p> <p>ปี 2557 = 0.26</p> <p>ปี 2558 = 1.84</p> <p>ปี 2559 = 0</p>	<p>จัดประชุม MM conference และ AE ทุกเดือน พบโอกาสพัฒนาตั้งแต่วันที่ 2555 พบการเสียชีวิตในผู้ป่วย Trauma ที่มี Severe HI และผู้ป่วย Sepsis ที่มีอาการรุนแรงก่อนถึงห้องฉุกเฉิน มาศพ. และมี under Resuscitate/inappropriate treatment</p> <p>แนวทางแก้ไข</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำ guideline sepsis, Head injury ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- จัดโครงการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก สอนแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่มีอาการรุนแรงมาใช้ CPG Sepsis Septic Shock, EWS และมีประชุมระบบการดูแลผู้ป่วย NF</li> </ul> <p>ผลการทบทวนอัตราตายที่เสียชีวิต พบการเสียชีวิตในผู้ป่วยมีโรคร่วมทางอายุรกรรมด้วย เช่น NSTEMI, Sepsis, renal failure จึงมี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบการดูแล KPH UGIH Score</li> <li>- จัดทำให้มีเคสของ EKG แบบอ่านผลอัตโนมัติทุกเตียงและให้มีการทำ EKG ก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยอายุ &gt; 45 ปีทุกชาย</li> <li>- อบรมพยาบาลโดยทีม ICU ให้อ่านผลเบื้องต้นได้</li> <li>- อบรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย tracheostomy หรือ endotracheal tube เสียหาย</li> </ul>



#### 4.1.2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Multiple Trauma Fast Track

แนวความคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
<p>การประชุมทางทรวงอก AE และ MM conference ของกลุ่มงาน ศัลยการศัลยกรรมฉุกเฉินที่ได้รับบาดเจ็บ พบว่าภาวะช็อคของภาวะบาดเจ็บ การดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น มีบางขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนและใช้ระยะเวลาในการขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มงานจึงได้พัฒนากระบวนการ Trauma Fast Track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงสามารถได้รับการดูแลและเสียชีวิตได้</p>	<p>1. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย fast track ภายใน 24 ชม. &gt; 50%</p> <p>ปี 2557 = 85.71%</p> <p>ปี 2558 = 77.78%</p> <p>ปี 2559 = 83.33%</p> <p>ปี 2560 = 75%</p> <p>2. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนเข้าห้องผ่าตัด &lt; 60 นาที</p> <p>ปี 2557 = 40 นาที</p> <p>ปี 2558 = 60 นาที</p> <p>ปี 2559 = 45 นาที</p> <p>ปี 2560 = 41 นาที</p>	<p>1. จัดให้มีการประชุมร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และแก้ไขปัญหานั้น</p> <p>2. จัดทำแนวทาง trauma fast track และเผยแพร่ ทั่วทั้ง</p> <p>3. จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่กู้ชีพ อาสาสมัครกู้ชีพ</p> <p>4. Lean โดยลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก ลดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่รวดเร็ว ตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน ให้สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้และ resuscitate ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบการเตรียมห้องผู้ป่วยหนักไว้ รองรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด</p>

#### 4.1.3 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Severe Sepsis, Septic Shock

แนวความคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
<p>หน่วยงานศัลยกรรม ศัลยกรรมทรวงอกและทรวงอกที่ได้รับบาดเจ็บ การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม พบว่าภาวะ sepsis septic shock ซ้ำๆ NF, Peritonitis, Pneumonia เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 จึงได้พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้</p>	<p>1. อัตราการตายของผู้ป่วย severe sepsis, septic shock &lt; 40%</p> <p>ปี 2557 = 33.25%</p> <p>ปี 2558 = 44.53%</p> <p>ปี 2559 = 42.59%</p>	<p>พัฒนาชุดคำแนะนำพบว่าในปี 2556 ลดลง แต่เพิ่มสูงขึ้นปี 2556-2558 ซ้ำๆ</p> <p>- จัดการประชุมชี้แจงเรื่องความสำคัญและของพยาธิสรีรวิทยาของภาวะ sepsis และเสริมการดูแลที่ถูกต้องตั้งแต่ต้นตอ</p> <p>- จัดให้มีการประชุมประเมินผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเกิด sepsis ด้วย MEWS score</p> <p>- มี CPG sepsis เป็น standing order สำหรับแพทย์สั่ง</p> <p>- เน้นการปฏิบัติตามเงื่อนไขของบุคลากรทางการแพทย์</p>





แนวความคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
เหมาะสมกับบริบท ภูมิภาค ควรใช้ หน่วยงานที่ดูแล เสียชีวิตและลดค่าใช้จ่าย ต่อผู้ป่วยและสุขภาพ.		เตียงที่จำกัดของห้องผู้ป่วยหนัก ทำให้การดูแล ปฏิบัติตามแนวทางการยังเกิดไม่เต็มที่ ซึ่งต้องอาศัย ความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มที่ ระบบ ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างดำเนินการพัฒนา โครงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะ ช็อกจากภาวะติดเชื้อของโรงพยาบาลและระบบ เครือข่ายการดูแล

4.1.4 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Necrotizing Fasciitis

แนวความคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็น โรงพยาบาลทั่วไปที่ให้การรักษา ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Necrotizing fasciitis ซึ่งทุกปี ในผู้ป่วยกลุ่มนี้หากได้รักษา ดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสมจะ ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือดและเกิดภาวะ shock และเสียชีวิตได้ หากการ ทำ conference มี delay delay diagnosis ,delay treatment ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย Necrotizing fasciitis ขึ้น เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการ ดูแลผู้ป่วยลดอัตราการเสียชีวิต	1. อัตราตายผู้ป่วย NF ที่มีภาวะ sepsis และ septic shock < 30% ปี 2557 = 25.6% ปี 2558 = 41.67% ปี 2559 = 38.65% 2. อัตราตายผู้ป่วย NF < 10% ปี 2557 = 12.3% ปี 2558 = 10.2% ปี 2559 = 11.1%	- มีมาตรฐานระบบการดูแลผู้ป่วย หน่วยงาน มาตรฐานการดูแล แนวทางการดูแลผู้ป่วย NF ที่มีภาวะ sepsis, septic shock ทั้งภายในรพ. และสุขภาพ - มีมาตรฐานโครงการดูแลผู้ป่วยและ consult ทาง ระบบ LINE เพื่อให้บริการช่วยเหลือได้เร็วขึ้น - ส่งต่อข้อมูลเวชระเบียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแก่ หน่วยงานในภาควิชาตนเอง เมื่อเกิด ภาวะฉุกเฉินและภาวะช็อกจากภาวะติดเชื้อให้มาพบ แพทย์ทันที - มี CPG ผู้ป่วย NF with sepsis เพื่อการ early treatment ทั้งด้าน medical และ surgical



4.1.5 การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็ง

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
<p>หน่วยงานคือสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์                      กำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลกัญชารักษา                      ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา                      คือสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์                      ยาคะมีเป้าหมายมาจัดทำโครงการ                      ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม/ สามีใหญ่และ                      ทารกหน้าทางคือสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์                      5 ของทุกปี ซึ่งในปีปัจจุบันทาง                      โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้พัฒนา                      ศักยภาพและเข้าร่วมเป็นเครือข่าย                      ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้                      ใหญ่และทารกหน้า. ขนส่งมาจัดทำ                      เคมีบำบัดทุกสุดที่ได้ที่โรงพยาบาล แต่                      ึ่งนี้ยังมีข้อจำกัดในมาดูแลผู้ป่วยคือ                      ังไม่ สามารถให้รังสีรักษาใน                      โรงพยาบาลได้ ึ่งเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วย                      ื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มี                      ศักยภาพที่สูงกว่า ซึ่งทางหน่วยงาน                      คือสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์                      ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความพึงพอใจตั้งแต่                      การคัดกรอง วินิจฉัย ดูแล รักษา ส่ง                      ต่อ จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อ                      เพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพระบบ                      การดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งต่อไป</p>	<p>1.ร้อยละของผู้ป่วย                      ได้รับบำบัดตามภายใน                      4 สัปดาห์หลังเข้ารับ                      ันส่งต่อ &gt;60%                      ปี 2557= 68.8%                      ปี 2558= 58.8%                      ปี 2559= 65.4%                      ปี 2560= 35.94%                      2.ร้อยละของผู้ป่วยที่                      ได้รับบำบัดด้วยยา                      เคมีบำบัด ภายใน 6                      สัปดาห์ &gt;60%                      ปี 2557= 88.09%                      ปี 2558= 80%                      ปี 2559= 86%                      ปี 2560= 81.4%                      3.จำนวนครั้งของการ                      เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก                      การให้ยาเคมีบำบัด                      ปี 2557 = 4                      ปี 2558 = 6                      (minor complication)</p>	<p>- ส่งแพทย์อบรมด้านเคมีบำบัดโรคมะเร็ง                      เพิ่ม 2 คน                      -พัฒนาการส่งต่อเข้ารับ                      ันจาก 3 สัปดาห์ลดลงเหลือ 7-14 วัน                      - จัดตั้งศูนย์ส่งต่อและคลินิกมะเร็ง เพื่อ                      ส่งต่อและบำบัดให้ยาเคมีบำบัดได้รวดเร็วและ                      ผู้ป่วยสะดวกมากขึ้น                      -สร้างห้องเคมีบำบัดและห้อง                      พยาบาลให้เคมีบำบัด มาส่ง                      -ตั้งหน่วยให้ยาเคมีบำบัดให้                      ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน                      -มีการทบทวนการให้ยาเคมี                      บำบัดเป็นประจำปี                      หากเกิดข้อสงสัยส่งปรึกษา                      ึ่งมีความ                      ึ่งมีความ                      24                      ชม.                      -จัดอบรมบุคลากร                      -ปรับระบบการดูแล                      ึ่งมีความ                      ึ่งมีความ                      ึ่งมีความ</p>



4.1.6 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Head Injury

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
<p>โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาล ขนาด 410 เตียง ที่มีข้อจำกัดในเชิงของของภาวะขาดประสาทรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองของชุมชน ซึ่งเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าโรงพยาบาลซึ่งพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนทำการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>1. อัตราตายผู้ป่วย HI &lt; 5% (ปี 2557 = 4.8% ปี 2558 = 5.6% ปี 2559 = 2.94%)</p> <p>2. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ได้รับทำการส่งตรวจ CT Brain ภายใน 1 ชั่วโมง &gt;60% (ปี 2557 = 80.6% ปี 2558 = 92.7% ปี 2559 = 86.31%)</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับทำการส่งต่อภายใน 60 นาที หลังทำการรักษาพยาบาลระบบประสาท &gt;80% (ปี 2557=88.4% ปี 2558=89.1% ปี 2559=80.2%)</p>	<p>1. จัดประชุมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับแนวทาง การดูแลผู้ป่วย HI การดูแลก่อนส่งต่อ เป็นภาพรวมเขต</p> <p>2. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย HI และการส่งต่อก่อนส่งต่อไปผ่าตัด</p> <p>3. ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจใน แนวทางที่กำหนด</p> <p>4. จัดอบรมผู้ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และส่งอบรม เหล่าผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>5. จัดโครงการประชาสัมพันธ์ให้ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย HI แก่ชุมชน.</p> <p>8.ประสานงาน ชุมชน. เชิญขอระบบการ Refer</p>

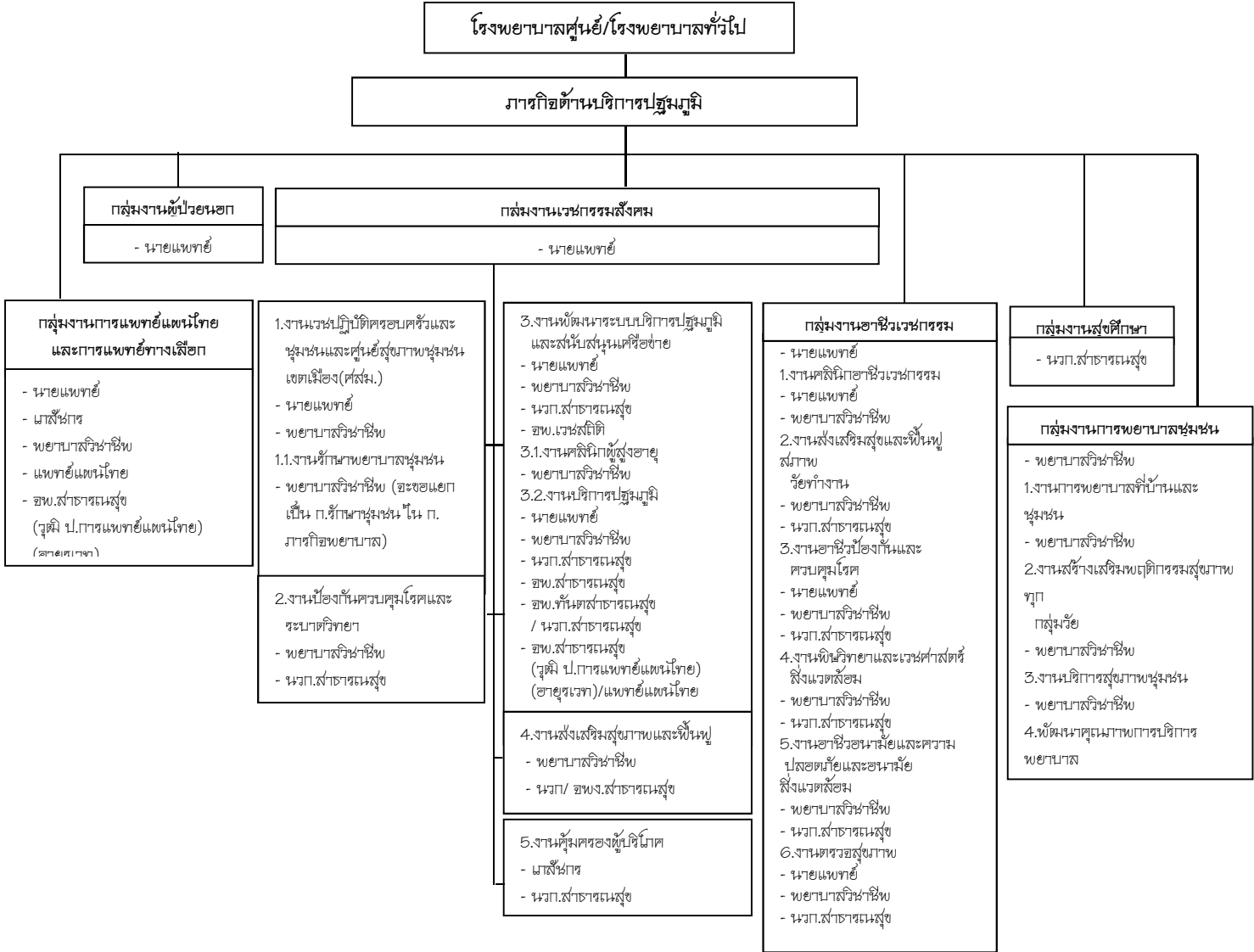
แผนการพัฒนาคัดกรอง

1. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Head injury เป็นระบบเครือข่ายกับโรงพยาบาลจังหวัด
2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย NF with shock ระบบเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
3. การพัฒนาการ screening CA breast/Colorectal ศพบวงชช
4. การพัฒนาการดูแล Palliative care ทั้งระบบเครือข่ายทั้งจังหวัด
5. การพัฒนาเป็นศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และผ่าตัดอวัยวะในผู้ป่วยสมองตาย
5. การพัฒนาเป็นศูนย์รักษาทางศัลยกรรมเกี่ยวกับโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี
6. การพัฒนาริเวศการดูแลผู้ป่วยก่อนหน้าการแพทย์ แพทย์ผู้ดูแลและแพทย์ประจำบ้าน



# กลุ่มงานสถิติประชากร

## แผนภูมิโครงสร้างสำนักงานสถิติแห่งชาติ





1. บุคลากร กลยุทธ์การวิจัยดำเนินงานสุขภาพชุมชน (ระดมสมอง) (ณ 11 ม.ค. 61)

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวน
1.	แพทย์	6
2.	พยาบาลวิชาชีพ	22
3.	นักวิชาการสาขาสาธารณสุข	14
4.	แพทย์แผนไทย	4
5.	เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข	3
6.	เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	3
7.	เจ้าหน้าที่งานสุขภาพ	2
8.	พนักงานสุขภาพ	3
9.	พนักงานพิมพ์	1
10.	ผู้ช่วยพนักงานสุขภาพศึกษา	1
11.	พนักงานสุขภาพ	18
<b>รวม</b>		<b>77</b>

2. ผลงานการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

2.1 ด้านประชากรในชุมชน: การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่พัฒนามาพบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด เป็น 5 อันดับโรคที่พบในปี 2560 โดยโรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มโรคทางเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) ซึ่งในปี 2560 ประชากรสูงอายุได้มีนโยบายลดความเสี่ยงโรคของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อค้นพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงป่วยได้เร็วขึ้น ศึกษาผู้เสี่ยง ลดการป่วยและเสียชีวิต ส่งเสริมงานสุขภาพสังคมได้ตระหนัก ถึงความเสี่ยงสำคัญของการป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การพัฒนาในเชิงป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ดังรายละเอียด ตัวชี้วัด (ตารางที่ 1)

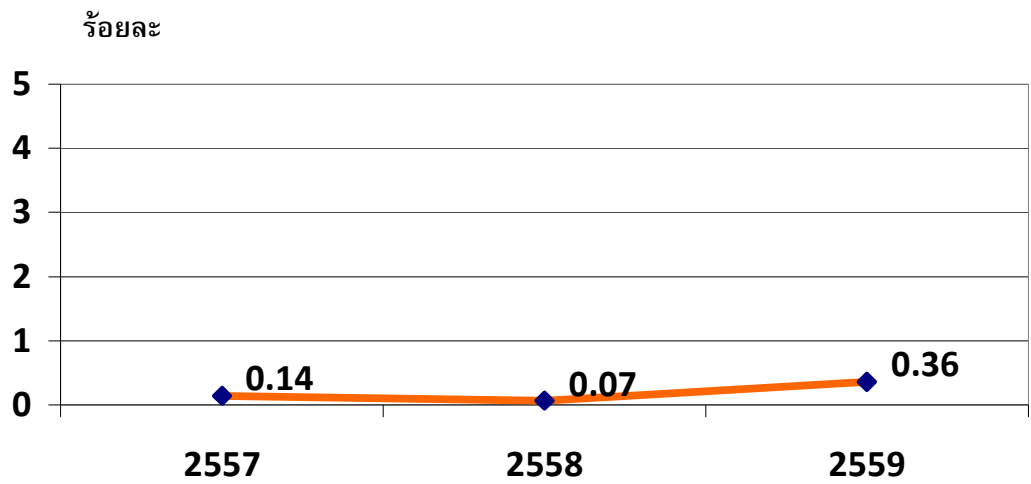


ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดเฝ้าระวังทางเสถียรภาพและป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน  
โรคความดันโลหิตสูง เคหะวัยผู้ใหญ่ของพยาบาลกำแพงเพชร

ชื่อกลุ่ม/ ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ		
		2558	2559	2560
1.ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รู้บทบาทหน้าที่ของโรคเบาหวาน	90%	85.07	87.25	92.10
2.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานชายใหม่	น้อยกว่า 5%	0.07	0.36	0.58
3.ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รู้ความดันโลหิตสูง	90%	85.07	90.00	94.35
4.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชายใหม่	น้อยกว่า 10%	0.03	0.60	1.63

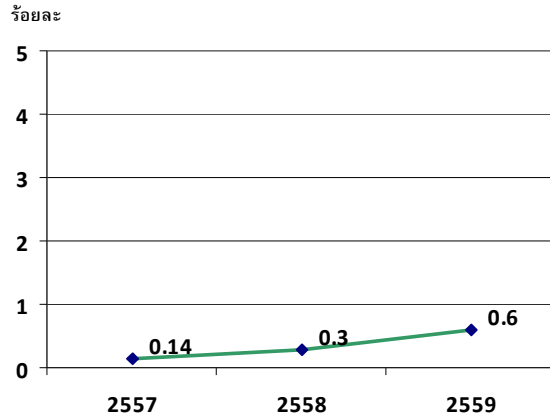
จากภาพวิเคราะห์ผลภาพการดำเนินงานที่ผ่านมามีตั้งแต่ ปี 2558 - 2560 พบว่า บทบาทหน้าที่ของโรคเบาหวานที่คนไข้ได้รู้มากขึ้น ทำให้แนวโน้มการค้นพบผู้ป่วยชายใหม่เพิ่มขึ้น และทำให้มีผู้ป่วยเบาหวานที่รู้ความดันโลหิตสูงของเคหะวัยผู้ใหญ่ของพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อไปในอนาคต

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชายใหม่ (เป้าหมาย < 5%)





**ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชายใหม่(เป้าหมาย <10%)**



การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ป่วยเบาหวานนี้เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าพบว่า มีแนวโน้มที่จะเกิดจากภาวะเป็นเบาหวานในเขตเมือง ผู้ป่วยมีทางเลือกว่าจะไปหาซื้อยาที่ร้านขายยาทั่วไปไม่ได้เข้ามาลงทะเบียนการดูแลสุขภาพของตนเองของสถานบริการสุขภาพในเขตเมืองหรือโรงพยาบาลกำแพงเพชร ในขณะเดียวกันพบว่า ในช่วงปี 2558 - 2560 มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของชุมชนในพื้นที่ของเขตสุขภาพโรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่มีปัญหาต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มจำนวนของร้านสะดวกซื้อ ตลาดนัด และร้านขายยาประเภทต่าง ๆ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพ และมีแนวโน้มทำให้เกิดโรคอ้วนซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพ และทำให้เกิดโรคเบาหวาน โรคอ้วนที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การเปิดคลินิก DPAC ในสถานบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นที่ตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพไม่เพียงพอส่งผลให้ปี 2560 จึงมีการพัฒนาแผนงานโครงการดูแลสุขภาพปกติ และกลุ่มเสี่ยง โดยมุ่งเน้นการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงสูง และพัฒนากระบวนการวินิจฉัยระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้เข้ารับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในเขตสุขภาพ พัฒนาการตนเองให้เป็นต้นแบบไปมาหาสู่พบปะติดต่อกันของประชาชน และเพิ่มพลังเสียงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมกันให้แก่มูลนิธิสุขภาพสูงใจในแต่ละพื้นที่ ในมาหาสู่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยกลยุทธ์ 3 อ. 2 ส. มีการสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชนสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพิ่มศักยภาพให้กับ อสม. ในมาหาสู่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ตลอดจนการประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมสนับสนุนหมู่บ้าน/ชุมชนให้มีสุขภาพดีตามแนวคิดวิถีชีวิต ของแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน โรงพยาบาลกำแพงเพชรทำหน้าที่เชื่อมโยงเครือข่ายในแต่ละพื้นที่ให้มีมาหาสู่และช่วยเหลือกันทำให้เกิดเครือข่ายที่ดีส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อมาเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและกลุ่มผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง

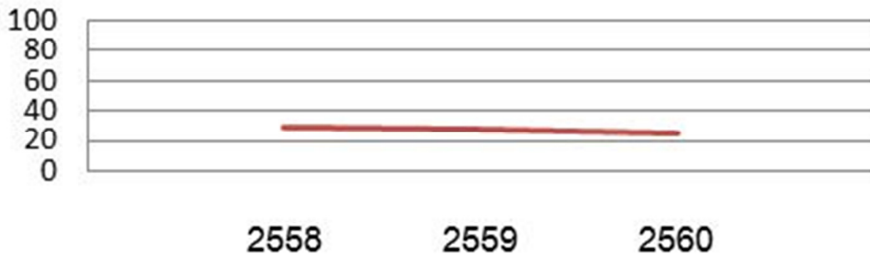
**แผนการพัฒนาต่อเนืองปี 2561**

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน โดยให้หลัก 3 อ. 2 ส. เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- คลินิก DPAC ในชุมชน



## 2.2 ต่าานผู้รับบริการ

ตัวชี้วัด ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (เป้าหมาย 40%)



ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ไม่เพิ่มขึ้นไปตามเป้าหมาย โดยในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 18.03 ในปี 2559 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 16.37 และในปี 2560 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 13.64 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติยังคงเป็นปัญหาของ CUP ชพ.กำแพงเพชร โดยในปีที่ผ่านมามีกลุ่มงานที่ได้มีการพัฒนากระบวนการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยมีการหมอบคอบซึ่งมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมและสหวิชาชีพ ประกอบด้วยพยาบาลเวชปฏิบัติ Nurse Case Manager วิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์แผนไทย ออกเชิงรุกไปให้บริการผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่ ชพ.สต. และออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งได้เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารที่ถูกต้อง (อาหารผู้ป่วยเฉพาะโรค) เน้นการฝึกทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องเพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาล การคลายเครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การให้คำปรึกษาสุขภาพบุคคล

### แผนการดำเนินงานต่อเนื่อง ปี 2561

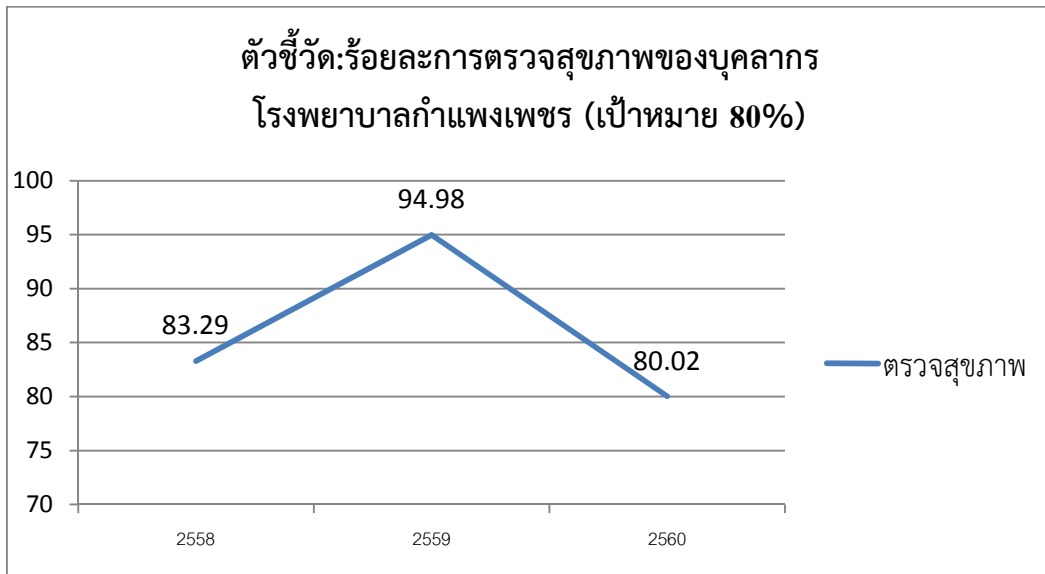
1. พัฒนา Clinic NCD คุณภาพ ให้เชื่อมโยงไปเครือข่ายแบบใช้ชื่อย่อ
2. ฝึกอบรมสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน Uncontrol ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. จัดตั้งทีมสหสาขาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีอาการซับซ้อน
4. ให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในพื้นที่





### 2.3 ด้านบุคลากร

ตัวชี้วัด : ร้อยละการตรวจสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร (เป้าหมาย 80%)

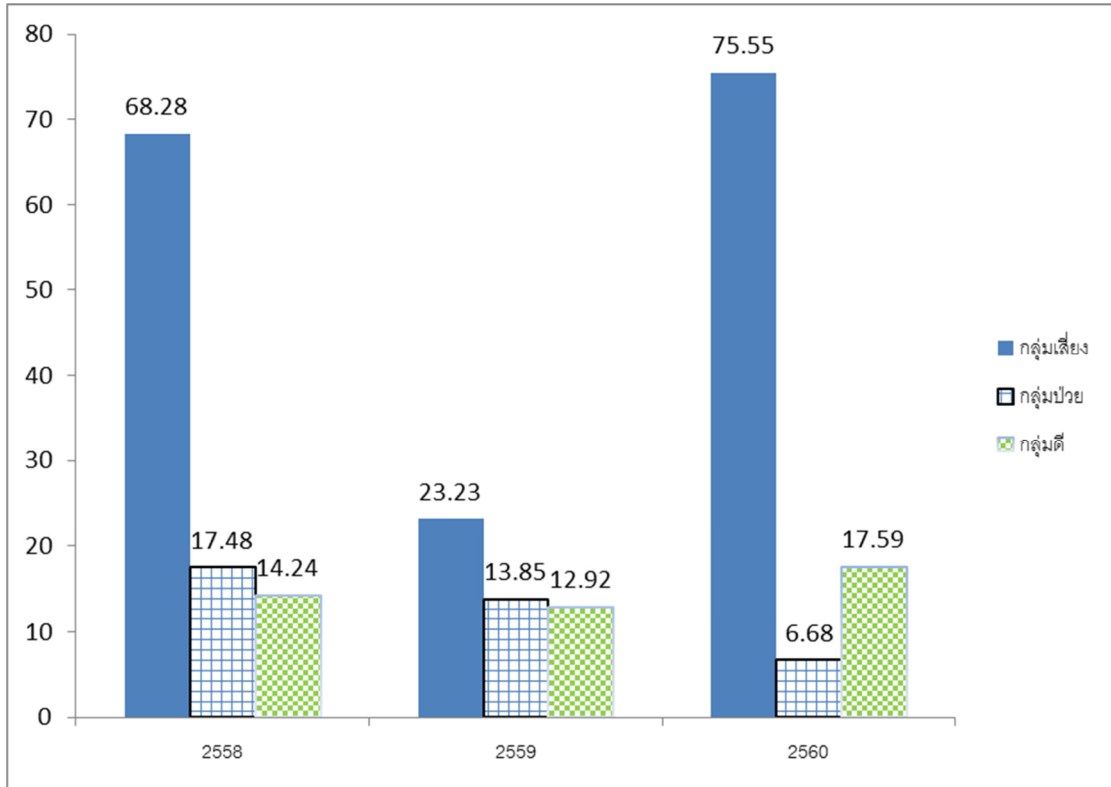


#### แนวทางการพัฒนาการตรวจสุขภาพและมาตรฐานสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร

1. สืบค้นความต้อตระหนักรู้ให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี (ตรวจสุขภาพประจำปีไปตรวจสุขภาพตามความถี่) พัฒนาระบบบริการ และสร้างแรงจูงใจให้มาตรวจสุขภาพตามความถี่
2. ประเมินผลนโยบายส่งเสริมสุขภาพ โดยให้บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปีครบทุกคน
3. พัฒนาระบบการติดตาม เพื่อสร้างบุคลากรทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ให้สามารถดูแลสุขภาพดีได้ต่อไป
4. พัฒนาระบบสารสนเทศ ให้สามารถค้นหา ตรวจสอบ จัดการ วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. สืบค้นความต้อตระหนักรู้ให้บุคลากรทุกคนประเมินความเสี่ยงจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอทั้งทางจิตใจและร่างกาย หาสาเหตุ เพื่อลดข้อผิดพลาดที่เกิดจากการทำงานที่ผิดพลาด และอุบัติเหตุจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม
6. กลุ่มงานอาชีพและสุขภาพร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มงานสุขภาพจิต งามกายแพทยแผนไทย และกลุ่มงานเวชการส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความต้อตระหนักรู้ให้แก่บุคลากรในมาตรฐานสุขภาพ



ตัวชี้วัด : ระยะเวลาการตรวจสุขภาพของบุคลากรทางสุขภาพภายใต้หน่วยงานกำหนดวงเงิน ขี้นแผนการกลุ่ม



1. กลุ่มดี (กลุ่มปกติ) พบว่าบุคลากรในกลุ่มดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าบุคลากรเริ่มมีความตระหนักรู้ของทางส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นในปี 2561 จึงมีความจำเป็นต้องส่งเสริมมาตรวจสุขภาพประจำปีของตนเอง ดังนี้

1.1 ขณควรรู้และภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคลซึ่งสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ การจัดประชุมรณรงค์สุขภาพ หรือ ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต การจัดการความเครียด หรือ ความปลอดภัยในการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพต่อสุขภาพ และ การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง

1.2 การจัดทำสถานที่ออกกำลังกายสำหรับบุคลากรอาจมีข้อจำกัด เพาะฉะนั้นจำเป็นต้องหาสถานที่ออกกำลังกายที่ปลอดภัย แต่ก็มีสถานที่ออกกำลังกายข้างตีพิมพ์แล้ว และเพิ่มสถานที่ออกกำลังกายบริเวณ ชั้นตาดฟ้าของตึกใหม่ และส่งเสริมให้บุคลากรออกกำลังกายตามสวนสาธารณะใกล้บ้านโดยเลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน แบดมินตัน บาสเกตบอล วอลเลย์บอล วิ่ง แอโรบิก พิธีปฏิบัติโยคะ หรือออกกำลังกายแข่งขันกีฬาสี ปีละ 1 ครั้ง

1.3 ได้เพิ่มสิทธิการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่กลุ่มผู้เสียชีวิตปีละครั้งและเพิ่มการตรวจสุขภาพตามความถี่ของให้แก่หน่วยงานที่มีความเสี่ยง เช่น ทันตกรรม จัดให้มีการตรวจสุขภาพส่วนบุคคลของหมอนามัย ตรวจสุขภาพตา ตรวจสุขภาพฟัน หน่วยงานสุขภาพ จัดให้มีการตรวจสุขภาพตามกำหนดของกรมส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น



1.4 กลุ่มบุคลากรรุ่นใหม่กำหนดให้มีข้อตกลงสมมติฐานความเสี่ยง และกำหนดขั้นตอนปฏิบัติงาน  
เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการทำงาน

1.5 จัดประชุมนิเทศแก่บุคลากรทุกคน ในเรื่องของระบบการทำงานของโรงพยาบาล ข้อตกลงสมมติฐาน  
standard precaution การล้างมือ การใช้หน้ากากป้องกันส่วนบุคคล

1.6 สหประชาชาติมีคู่มือในโรค โดยยึดตัวชี้เนกลุ่มที่ไม่มีการมีคู่มือในโรคตั้งแต่ปี ๖๖๖๖  
ใช้วิธีที่ใหญ่ เป็นต้น

2. กลุ่มเสี่ยง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าบุคลากรกลุ่มสุขภาพที่ไม่ดี อาจเกิดความปลอดภัย  
เสี่ยงทางสุขภาพที่เป็นไปตามช่วงอายุ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อมทางสุขภาพของ  
บุคลากรพบว่า บุคลากรมีความเสี่ยง ดังนี้

2.1 โรคหัวใจ 3 ลำดับ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน ได้มี  
แนวทางการเฝ้าระวัง ดังนี้

1) ภาวะไขมันในเลือดสูง ได้มีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ  
แต่ก็ยังคงพบว่าบุคลากรมีภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในปี พ.ศ. 2556 - 2560 ได้จัดทำโครงการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพ โดยยึดหลักการตรวจประเมินความเสี่ยงและบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพส่งเสริมสุขภาพใน  
โรงพยาบาลกำแพงเพชร เน้นหลักการทำงาน 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อาบน้ำ สูดอากาศ) มีการ  
ประเมินผลก่อน-หลัง ดำเนินการตามโครงการ โดยดำเนินการควบคุมค่าคลอเลสเตอรอล DPAC จากประวัติเวชระเบียนสุขภาพ  
สุขภาพพบว่าในปี 2559 ภาวะไขมันในเลือดสูงที่ผิดปกติ (LDL) ไขมัน 80.87 เมื่อเทียบกับปี 2560  
ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นไขมัน 59.87 แต่อย่างไรก็ตามจากประวัติสุขภาพส่วนบุคคลในกลุ่มเสี่ยง  
พบว่ายังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม อันต้งบ่งชี้คือ การดื่มกาแฟ การรับประทานอาหารรสเค็ม  
รับประทานอาหารเค็มหรือรสจัด เป็นประจำ ตามลำดับ จากสาเหตุดังกล่าว บุคลากรควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหาร  
ที่มีโซเดียมสูง ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลในมากรักษาอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อให้  
บุคลากรมีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงลดลงอย่างต่อเนื่อง

2) ภาวะความดันโลหิตสูง ได้ให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ  
มีนโยบายด้านอาหาร “ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม” รับประทานอาหารไขมันต่ำ งดอาหารทอด งดอาหาร  
รสเค็ม รสจัด รสเปรี้ยว และงดสูบบุหรี่ จากประวัติเวชระเบียนสุขภาพพบว่าในปี 2560 บุคลากรมีความ  
ดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไขมัน 58.38 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2559 ไขมัน 54.81

3) ภาวะโรคเบาหวาน จากประวัติติดตาม พบว่า ปี 2559 บุคลากรมีระดับน้ำตาลในเลือด  
สูงผิดปกติ ไขมัน 13.32 ในปี 2560 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ไขมัน 10.90 ซึ่งมีความ  
ลดลง อย่างไรก็ตามบุคลากรจำเป็นต้องตรวจสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ 3 อ.2ส.อย่างเคร่งครัด  
ได้แก่ ปฏิบัติตามนโยบายด้านอาหาร “ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม” รับประทานอาหารไขมันต่ำ งดอาหารทอด  
งดอาหารรสเค็ม รสจัด รสเปรี้ยว และงดสูบบุหรี่



2.2 ไตรศักราชที่เกี่ยวของกับภาวะสุขภาพของประชาชน ปัญหาที่พบบ่อย คือ ภาวะเบาหวานเรื้อรังและภาวะไตใน ปี 2557 - 2560 กลุ่มงานเวชการุณยรัศมิ์ในพื้นที่ชุมชนได้ร่วมจัดทำโครงการสุขภาพชุมชน เน้นปฏิบัติภารกิจลดภาวะเบาหวานเรื้อรังและภาวะไตในบุคคลากร เป็นโครงการที่จัดทำต่อเนื่อง มีภาคีปฏิบัติ และสาคัดการของภาคีที่เกี่ยวข้อง ภาควิชาการของที่ถูกต้อง ภาควิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ปัญหาการ ปรวตหลัง ปรวตตามสาคัดการและอื่น

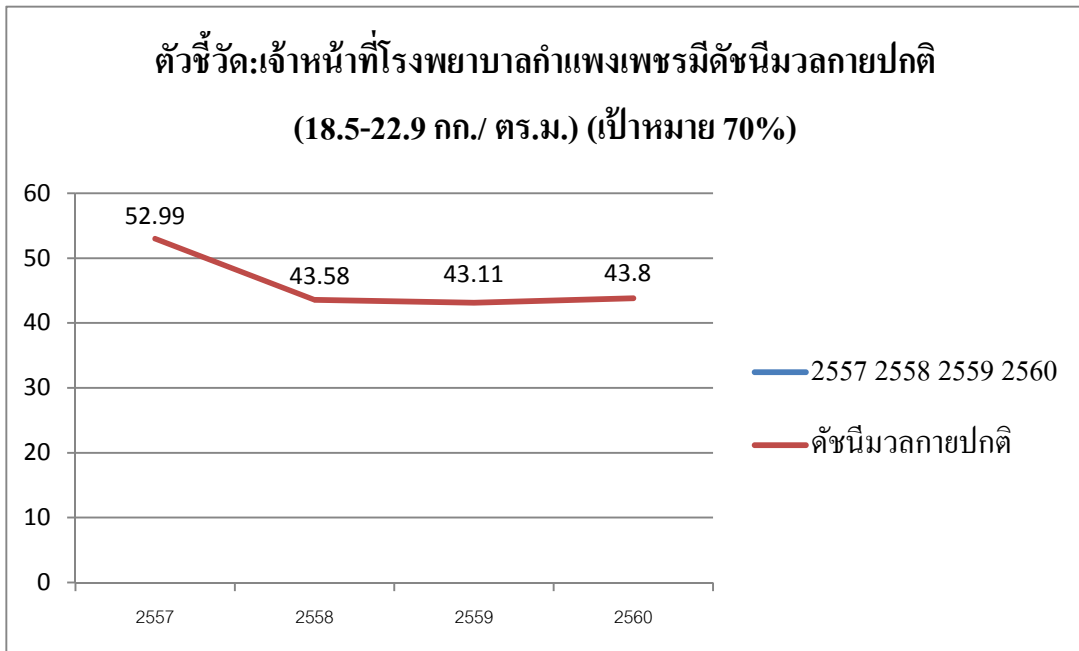
2.3 ไตรศักราชการุณยรัศมิ์ได้จัดระบบเพื่อที่จะรับเฝ้าระวังเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสุขภาพที่เรื้อรังและตรวจสุขภาพประชาชน ปี 2560 เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสุขภาพ และงานเฝ้าระวังมีอแพทช์ ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่วนงานสุขภาพ งานซ่อมบำรุง งานช่างยา การงานเภสัชกรรมฝ่ายผลิต และงานสนับสนุน ได้ มีภาคีการุณยรัศมิ์สุขภาพที่ได้ยิน พบว่าบุคคลากรที่มีระดับการได้ยินผิดปกติ 22 ราย และต้องเฝ้าระวัง จำนวน 51 ราย ได้ให้อาชีพวิชาชีพ ส่วนหนึ่งพบว่าบุคคลากรที่มีความผิดปกติของการได้ยินทำงานใน สภาวแวดล้อมที่มีเสียงดังแต่ไม่ได้ใส่หูฟังป้องกัน จึงแนะนำการใส่หูฟังป้องกันหูเมื่อต้องทำงาน สัมผัสกับเสียงดังทั้งนี้ทางกลุ่มงานเวชการุณยรัศมิ์ได้จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันไว้ให้อย่างเพียงพอ และ เสนอให้ผู้บริหารสุขภาพสนับสนุนสภาวแวดล้อมการทำงานให้มีความเหมาะสม พยายามที่จะติดตามเฝ้าระวังต่อไป

- 2.4 วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานของบุคคลากรในโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- วัตถุประสงค์ของมีคลินิก ทาง ปวด ขณะปฏิบัติงาน ได้ดำเนินการจัดประชุมเชิง ปฏิบัติการสุขภาพชุมชนเรื่องหลักความปลอบตมัยในภาคีการทำงาน/ การใส่หูฟังป้องกันและภาควิชา คัด แยกขณะที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอบตมัยในภาคีการทำงาน
  - พัฒนาการ Clinic NCD คุณภาพให้เชื่อมโยงไปเครือข่ายแบบใช้ชื่อย่อต่อทีมหมอล ุคสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน Uncontrol ให้สามารถ
  - วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน นอกเหนือจากเพิ่มทีมทาง ปวด และสัมผัสสาคัดการหลัง พบว่ามีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย เนื่องจากการเฝ้าระวังบุคคลากรเกิดภาวะเบาหวานและอุบัติเหตุสุขภาพการ ได้ ดำเนินการสอบสวน ค้นหาสาเหตุของการเกิด และเกิดมาตการป้องกัน

3. กลุ่มป่วย เช่น ไตรศักราชต้นสาคัดการสูง ไตรศักราชเบาหวาน และอื่นโรค ดำเนินการเฝ้าระวัง และติดตามให้มาตรวจตามนัด พัฒนาการที่ประชุมในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การระมัดระวังการ ภาวะสุขภาพของตนเองเบื้องต้น เรื่องค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และกิจกรรมประจำวัน เพื่อมิให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรืออาการอื่น พยายามที่จะส่งเสริมสุขภาพป้องกันความเจ็บ และสนับสนุนความดีเกี่ยวกับโรค และเป็นที่ยึดปฏิบัติ การดูแลสุขภาพป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ภูมิคุ้มกันการต่ำ ดำเนินการดูแลสุขภาพให้ปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เหมาะสมเพื่อลดความเสียหายต่อการเกิดโรค



ตัวชี้วัด : เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรมีดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กก./ตร.ม.)  
(เป้าหมาย 70%)



พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรมีดัชนีมวลกายปกติ ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพมีสุขภาพที่ไม่ดี จึงมีแนวทางการดังนี้

1. ประสานนโยบายสายส่งเสริมสุขภาพ โดยกำหนดจุดประสงค์ประจำปีของบุคลากร 100% ในปี 2559 ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรและหัวหน้าหน่วยงานตระหนักรับรู้สุขภาพที่ดี โดยทางเชิงผลตรวจสุขภาพประจำปีให้กับหัวหน้าหน่วยงานทราบด้วย (นอกเหนือจากแจ้งผลสุขภาพบุคคลแล้ว) เพื่อให้หัวหน้าหน่วยงานตระหนักและส่งเสริมความตระหนักรู้แก่บุคลากรในหน่วยงาน
2. ประสานนโยบายองค์การสุขภาพ
3. จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยทางประชุมเชิงปฏิบัติการ เชิญวิทยากร หน่วยงาน หน่วยงานที่มีแนวโน้มเสียต่ง และออกกำลังกาย
4. ประสานนโยบายด้านโภชนาการที่เป็นรูปธรรม “ลดหวาน มัน เค็ม” เช่น การจัดทำอาหาร ส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงานประชุม และทางจัดทำอาหารว่าง ที่เน้น น้ำเปล่า ผลไม้ แทนขนมปัง ขนมหวานและน้ำอัดลม เป็นต้น
5. ส่งเสริมให้บุคลากรออกกำลังกายโดยจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย จัดสถานที่ออกกำลังกาย มีอุปกรณ์ที่เพียงพอและทันสมัย ทำป้ายประชาสัมพันธ์ส่งเสริมให้บุคลากรเห็นคุณค่าของการออกกำลังกาย
6. ส่งเสริมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมประกวดหน่วยงานต้นแบบและบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากร



## การดำเนินงานสู่ยี่สิบปี

### เจตจำนงของงาน

งานสู่ยี่สิบปีเป็นส่วนหนึ่งของงานศึกษานานาชาติในเชิงพหุภาษา โดยมุ่งให้สู่ยี่สิบปี เพื่อให้การดำเนินงานได้แก่ ผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไป มีความรู้ สามารถดูแลตนเองในด้านการดูแลสุขภาพ ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟู มีหน้าที่ที่ต่างกันระหว่างประเทศตามความต้องการของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ในหลายรูปแบบ ได้แก่ การให้บริการ การบริการ การให้คำปรึกษา การจัดการอบรม การให้บริการแก่ชุมชนสู่ยี่สิบปีให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม วัตถุประสงค์ที่พัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ ขยายผลงานวิจัย และสร้างเครือข่าย เอกลักษณ์ สืบสานคุณค่าของ สหประชาชาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ให้บริการ

### ปรัชญา

“ผู้เปี่ยมพร พัฒนามีชื่อ สืบสานพฤติกรรม นำสู่สุขภาพดี”

การดำเนินงานสู่ยี่สิบปีเป็นหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพสู่ยี่สิบปีแก่ผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไป ในประเทศต่าง ๆ ระดับ CUP ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ครอบคลุมพื้นที่อำเภอเมือง ที่เข้่าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชรโดยมีนักวิชาการสาขาต่าง ๆ 4 คน ปฏิบัติงานร่วมกับการดำเนินงานเวชการสุขภาพสังคม หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องโดยมีลักษณะงานดังนี้

1. งานบริการสุขภาพสู่ยี่สิบปีและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยและญาติ (เชื่อมโยงการดำเนินงาน OPD-IPD-ชุมชน)
2. งานค้นหาและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยและญาติ
3. งานเสถียรภาพสิ่งแวดล้อมสำนักงานชุมชน
4. งานพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสู่ยี่สิบปี เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. งานพัฒนาระบบการดูแลและคุณภาพงานสู่ยี่สิบปีในโรงพยาบาล

ซึ่งงานทั้ง 5 ด้านเป็นงานที่ส่งเสริมประสิทธิภาพหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ขยายการดำเนินงานพบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นอันดับต้นๆของผู้มาใช้บริการนอกโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น การทำงานในหน่วยงานต้องมีการประสานเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมให้สู่ยี่สิบปีผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง ให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหาร เข้มแข็ง ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป ชุมชนที่เอื้ออำนวยทั้งระบบทั้งสนับสนุนชื่อและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสู่ยี่สิบปีให้สามารถขยาย

การดำเนินงานสู่ยี่สิบปีจึงดำเนินการ เพื่อพัฒนาระบบดูแลสุขภาพ ปรัชญาชีวิต การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการพัฒนากระบวนการสุขภาพให้สามารถขยายต่อไป



## ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ( Performance Indicator)

ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปี พ.ศ.2558	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปี พ.ศ. 2559	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปี พ.ศ.2560
1.ความทุกข์ของภาวะอื่นและหรืออื่นลงพุง	ไม่เกิน 28 %	23.71 %	23.91 %	13.80 %
2.ตำบลที่มีผ่านเกณฑ์ตำบลสุขภาพแบบบูรณาการ	100 % (จาก 15 ตำบล)	53.33% (ผ่าน 8 ตำบล)	100%	100 %
3. ประชาชนมาสุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดพฤติกรรม 3 อ. 3 ส. ในเกณฑ์ดี	80 %	86.52 %	91.01 %	83.33 %
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลที่ผ่านการอบรมพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน	60 %	95.78 %	96.82 %	95.59 %
5.บุคลากรในโรงพยาบาลกำแพงเพชรที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ( $\geq 23$ )	<40 %	49.03 %	50.65 %	48.30 %
6.บุคลากรชายที่มีรอบเอวเกินเกณฑ์ ( $\geq 90$ ซม.)	<40 %	40.45 %	38.02 %	46.81 %
7.บุคลากรหญิงที่มีรอบเอวเกินเกณฑ์ ( $\geq 80$ ซม.)	<40 %	41.09 %	42.01 %	43.61 %
8.บุคลากรที่มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล	<5 %	3.33 %	2.70 %	3.32 %
9. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (STEMI) ที่ได้รับบริการให้รู้ขีดศึกษาเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	80 %	95 %	98 %	96 %
10. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (STROKE) ที่ได้รับบริการให้รู้ขีดศึกษาเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	80 %	95 %	97 %	96 %
11. ผู้มาสมัครบริการ DPAC+ สามารถลดน้ำหนักและรอบเอวได้	60 %	66.25 %	66.41 %	65.67 %

### แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนารูปแบบการดำเนินงานรู้ขีดศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพใหม่ผู้ป่วยเบาหวาน
- พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพเชิงรุก ความรู้ให้ได้มาตรฐาน ทันเวลา
- พัฒนาระบบสื่อ TV ในโรงพยาบาล เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยญาติ และประชาชนทั่วไป



## งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

### อัตรากำลังบุคลากร

งานแพทย์แผนไทยและกายแพทย์ทางเลือก มีอัตรากำลังทั้งหมด จำนวน 18 คน ประกอบด้วย

- หัวหน้ากลุ่มงาน :	แพทย์หญิงบุศมาลี ชุมนวรัตน์		
- รองหัวหน้ากลุ่มงาน :	นางภาณุชญา ชามสุธา (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)		
- ผู้ช่วย			
- แพทย์แผนไทย	4	ตำแหน่ง	
- ศึกษารวบรวม	1	ตำแหน่ง	
บุคลากร			
- ขงพ.สจ.ช.ต.ส.ช.	1	ตำแหน่ง	
- ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย/พ.นง.ปศ.	12	ตำแหน่ง	
<b>รวม</b>	<b>18</b>	<b>ตำแหน่ง</b>	

### การจัดบริการแพทย์แผนไทยและกายแพทย์ทางเลือก

- จัดบริการตรวจวินิจฉัย/รักษา ตามแผนงานของแผนปฏิบัติการแพทย์แผนไทยของกรมพัฒนา  
กายแพทย์คลินิกกายแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (OPD บุคลากร)
- จัดบริการคลินิกบำบัดรวมของแผนก 4 โรค (อัมพฤกษ์-อัมพาต, ข้อเข่าเสื่อม, ภูมิแพ้, ไมเกรน)
- กายให้ยาสมุนไพรไทยตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 30 รายการ
- กายนวดเพื่อสุขภาพ - ฟิสิกส์บำบัด
- กายประคบสมุนไพรไทยเพื่อสุขภาพ-ฟิสิกส์บำบัด
- กายอบสมุนไพรไทยเพื่อสุขภาพ - ฟิสิกส์บำบัด
- กายบำบัดหัตถบำบัด
- กายให้คำแนะนำ กายสอนนำจิตต์่างกายแพทย์แผนไทย
- กายขอการส่งกายเข้าติดต่อและสมัครรับ

ผู้ให้บริการโดยแพทย์แผนไทย ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สาขาแพทย์แผนไทย

จำนวน 5 คน

ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการบริการแพทย์แผนไทยฯ ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ  
กายแพทย์ทางเลือก ระดับดีเยี่ยม คะแนน ช่วยละ 96





### ผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

1. การผลิตสถาปัตยกรรมศาสตร์
2. การผลิตชุดออกแบบสีชมพูไทย
3. การก่อสร้างน่านน้ำอย่างนาง
4. การนิเทศศาสตร์งานพัฒนาชุมชนปฏิบัติการทางแพทยศาสตร์แผนแม่บทไทยภาคเหนือ
5. การนิเทศศาสตร์งานพัฒนาชุมชนปฏิบัติการทางแพทยศาสตร์แผนแม่บทไทย ภาคตะวันออก
6. การเชื่อมโยงสมรรถนะของพื้นที่น่านน้ำ พืชสีชมพูไทย
7. การเผยแพร่ความรู้สู่/วิทยาศาสตร์สุขภาพ
8. การฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมสุขภาพหญิงหลังคลอด ชุด 5 ปีปฏิบัติการ
9. การให้ปฏิบัติการสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
10. การส่งเสริมสุขภาพด้านปฏิบัติการทางแพทยศาสตร์แผนแม่บทไทยและปฏิบัติการทางไกล

### สรุปผลการดำเนินงานปี 2560

สถานศึกษา	โรงพยาบาลกำแพงเพชร			ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมือง			ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพปากังขวาง		
	คหัง	บาท	ร้อยละ	คหัง	บาท	ร้อยละ	คหัง	บาท	ร้อยละ
จำนวนประชากรที่มารับบริการ (ผู้ป่วยนอก)	282,698	-	-	13,654	-	-	13,377	-	-
จำนวนประชากรที่มารับบริการทางแพทยศาสตร์แผนแม่บทไทย	41,947	-	19.84	6,708	-	49.13	2,768	-	20.69
จำนวนผู้รับบริการ นวด ปวดตบ อบสีชมพูไทย	17,602	-	-	2,171	-	-	1,360	-	-
มูลค่าการใช้จ่ายสีชมพูไทย	3,452	216,747	0.67	294	30,704	2.30	329	22,393.50	2.38
การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอด	45	-	-	3	-	-	2	-	-
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	19,036	-	-	8,659	-	-	2,398	-	-



**ผลงานวิจัย/ นวัตกรรม**

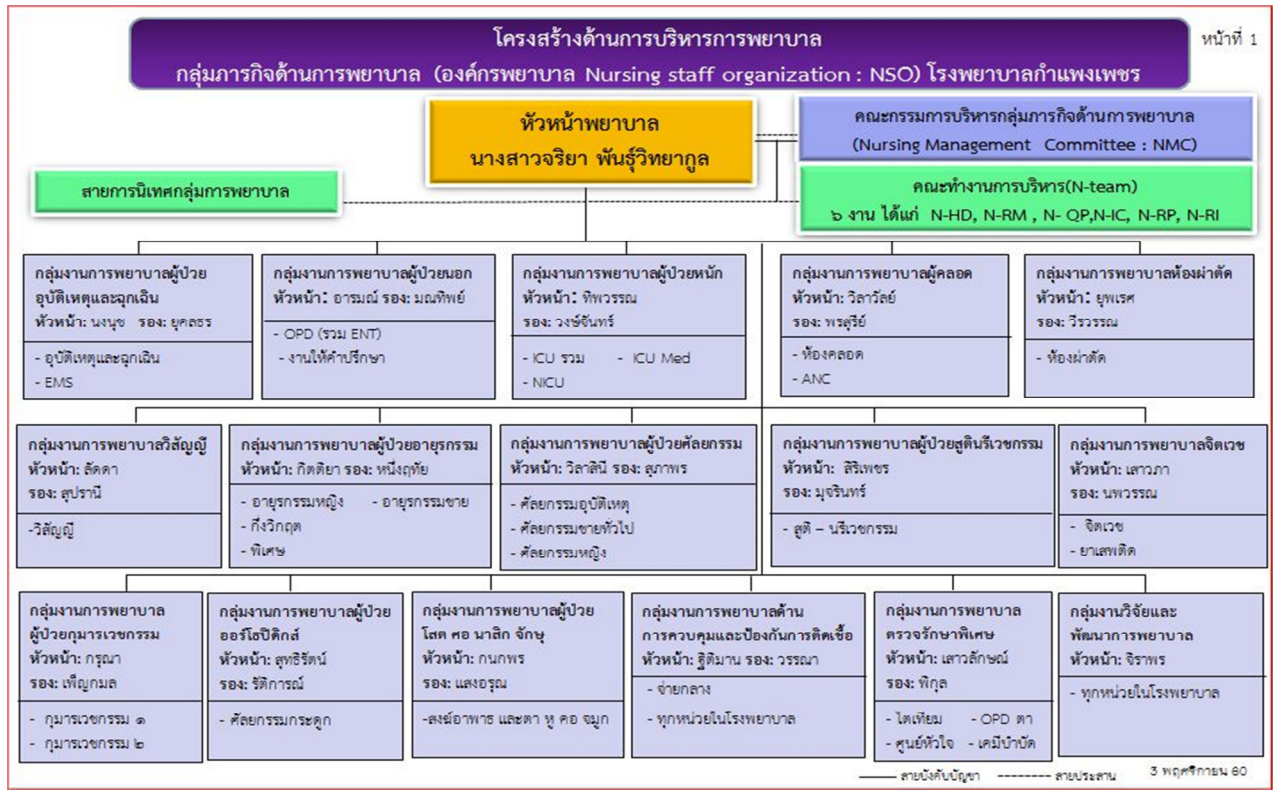
1. ผลงานทำแผลในช่องท้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อตามลำดับขั้นตอนที่ปลอดภัยและประหยัดค่าใช้จ่าย
2. การศึกษาการลดอาการท้องอืดของขมิ้นชันเปรียบเทียบกับยา Ranitidine ในผู้ป่วยอาการ Dyspepsia
3. นวัตกรรมสมุนไพรทางเสีอก สมุนไพรพอกแผล
4. นวัตกรรมยาชงชาสมุนไพรต้านมะเร็ง ไตขี้เหล็ก
5. นวัตกรรมยาสมุนไพรประคบสมุนไพร

**ผลงานภาคภูมิใจ**

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบที่ 1 เติบโตเต็มที่ อายุ 25 ปี ๒๕๖๐
2. ได้ศึกษาวิจัยจากสถาบันวิจัยทางการแพทย์แห่งประเทศไทย วิจัยเรื่องยาสมุนไพรต้านมะเร็ง



# กลุ่มงานวิชาชีพด้านนพการพยาบาล



## วิสัยทัศน์ขององค์การพยาบาล

เป็นองค์การพยาบาลคุณภาพสู่คุณธรรม เพื่อปวงชนสุขุมภาพดี

## พันธกิจขององค์การพยาบาล

องค์การพยาบาล มุ่งเน้นภาพพัฒนาระบบวิชาชีพนพการพยาบาลให้มีคุณภาพ โดยส่งเสริมให้บุคลากรทางนพการพยาบาลมีความรู้ คุณคุณธรรม ทำงานอย่างมีความสุข เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและดูแลสุขภาพตนเองได้

## คำนิยาม

- M Mastery เป็นนายตัวเอง
- O Originality เช่งสร้างสิ่งใหม่
- P People
- Centered ใส่ใจประชาชน
- Approach
- H Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม



### ขอบเขตการดูแลผู้ป่วย

- บาดเจ็บและฟื้นคืนชีพของบุคลากรทางอากาศยานให้มีคุณภาพ โดยส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถมีทักษะในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ
- จัดระบบบริการทางอากาศยานให้มีคุณภาพ
- ควบคุมและตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานทางอากาศยาน
- ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายทางอากาศยาน

### นโยบายการพัฒนาศูนย์บริการทางอากาศยาน

1. เพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้โดยสาร
2. พัฒนาระบบการดำเนินงานของศูนย์บริการ
3. พัฒนาระบบบริการทางอากาศยานให้มีคุณภาพ
4. เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง
5. บุคลากรทางอากาศยานทุกระดับให้ปฏิบัติตามหลัก Patient Safety : simple
6. ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจที่ดี มีความสุขในการทำงาน

### เชิงคลินิก

1. การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Early Warning Signs (MEWS) ภายหลัง
2. การบริการผู้ป่วย
3. การบริการผู้ป่วยด้วยใจ

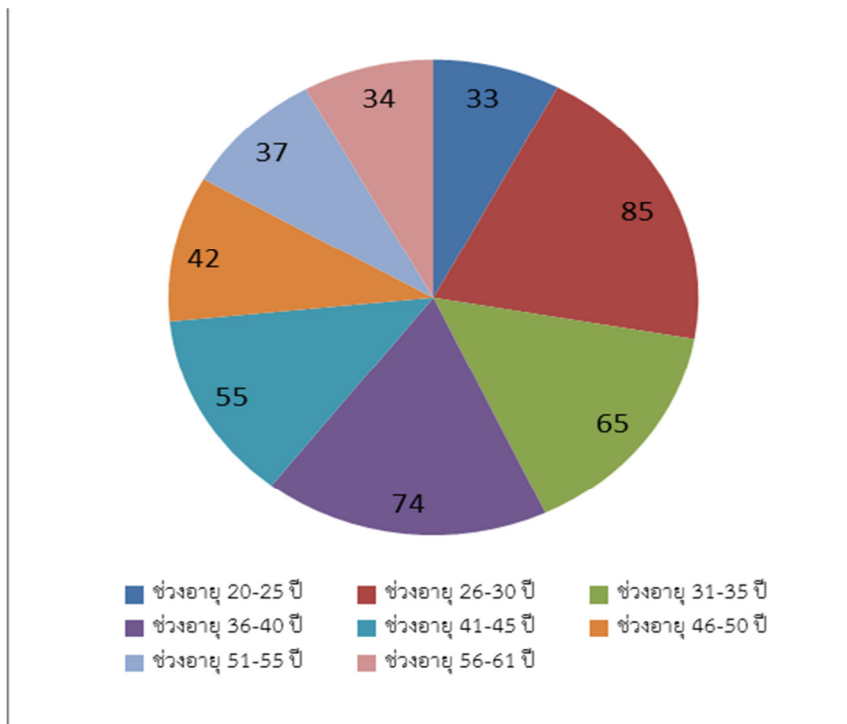
อัตรากำลัง    รับผิดชอบ    รับผิดชอบ    รับผิดชอบ



อัตรากำลังพยาบาล ณ 1 ตุลาคม 2560

ตำแหน่ง	ข้าราชการ/ สัญญาจ้างประจำ	พนักงาน กสช.	สัญญาจ้าง ชั่วคราว	รวมอัตรา ที่มีอยู่
พยาบาลวิชาชีพ	360	15	51	426
พยาบาลเทคนิค	4	-	-	4
ผู้ช่วยพยาบาล	-	3	-	3
เวชภัณฑ์/เภสัช	3	-	5	8
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	22	79	11	112
พนักงานทั่วไป/เปล/ผ่าตัด	9	47	8	64
พนักงานพิมพ์/ธุรการ	1	1	-	2

โครงสร้างตามกลุ่มอายุของพยาบาลวิชาชีพ





การสูญเสียบุคลากรทางทันตกรรม

ปี/ชื่อแผน	เกษียณอายุ	ปลดออก/ให้ออก/ไล่ออก	ไปช่วยราชการ	พอส. ปฏิบัติเป็นข้าราชการ	ผู้บ่เข้าใหม่/ลาออก	ลาออก	ลาออก/ไปปฏิบัติราชการ	โอน/ย้ายออก	ผลรวมทั้งหมด
<b>ข้าราชการ</b>	6		4	15		5	2	1	33
พยาบาลเทคนิค	1								1
พยาบาลวิชาชีพ	5		4	15		5	2	1	32
<b>พนักงานกระทรวงสาธารณสุข</b>		1			3	29		8	41
พนักงานช่วยเหลือคนไข้		1			1	12			14
พนักงานธุรการ						1			1
พนักงานนวด						2		8	10
พนักงานประจำ					1	5			6
พนักงานแปล					1	2			3
พนักงานห้องผ่าตัด						2			2
พยาบาลวิชาชีพ						5			5
<b>ลูกจ้างชั่วคราว</b>					4	5			9
พนักงานช่วยเหลือคนไข้					2	1			3
พนักงานแปล					2	1			3
พยาบาลวิชาชีพ						3			3
<b>ลูกจ้างประจำ</b>						2		1	3
พนักงานช่วยเหลือคนไข้						2		1	3
<b>ผลรวมทั้งหมด</b>	6	1	4	15	7	41	2	10	86



**ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เฉลี่ยปี 58	เฉลี่ยปี 59	เฉลี่ยปี 60
	<b>ด้านคลินิก</b>				
1	อัตราการรักษาติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากทางกายส่ว	≤ 2:1000 cath day	1.20	0.8	1.22
2	อัตราความผิดพลาดเฉลี่ยของยา Right Dose > ระดับ 3	<1 ครั้ง/1000 วันนอน	0.97	1.17	3.00
3	อัตราภาวะเกิดแผลกดทับใหม่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	<4.02 ครั้ง/1000 วันนอนกลุ่มเสี่ยง	4.47	5.09	4.13
4	ร้อยละความถูกต้องของแผนการรักษาที่ทางพยาบาลตามประเภทพยาบาล	≥80 %	74.50	83.87	83.46
5	ร้อยละของผู้ป่วย DM สวมใส่เท้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥ 40 %	32.73	38.09	46.10
6	ระดับความพึงพอใจของระบบการดูแลแบบประคับประคอง	ระดับ ≥ 3	4	4	4
	<b>ด้านบริการ</b>				
7	ร้อยละของหน่วยงานที่ปฏิบัติตามแนวทางของกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ (80%)	≥80 %	80.71	86.69	95.06
8	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการ		81.82	82.59	84.26
9	อัตราข้อร้องเรียนพฤติกรรมของบุคลากรพยาบาล	≤0.5:1000 ผู้รับบริการ	0.03	0.02	0.22
	<b>ด้านบริหาร</b>				
10	ร้อยละของหน่วยงานที่มีผลผลิตตามเกณฑ์ (productivity < 120)	≥60%	60.00	65.00	65.00
11	ร้อยละของหน่วยงานพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ระดับ > 3)	≥70 %	100.00	100.00	100.00
12	ร้อยละความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดกลุ่มพยาบาล	≥70 %	69.70	68.65	66.65
13	ร้อยละของบุคลากรทางพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถนะหลัก	100%	97.00	93.63	94.32
14	ระดับความพึงพอใจของพัฒนาองค์กรพยาบาลสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	ระดับ 5	5.00	5	5



**ผลงานเด่น**

- 1) ผลงานนวัตกรรม CQI หน่วยงาน และวิธีอื่น ของกลุ่มพยาบาลรวมจำนวน 33 เรื่อง แบ่งเป็น ผลงานนวัตกรรม 20 เรื่อง CQI หน่วยงาน 8 เรื่อง ผลงานคุณภาพระดับกลุ่มภารกิจ 4 เรื่อง งานวิธีอื่น 2 เรื่อง

มีภาพเผยแพร่ในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขต และประเทศดังนี้

**a. ผลงานนวัตกรรม**

- นำเสนอขอผลงานเพื่อพัฒนาคุณภาพด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประจำปี 2560 จำนวน 11 เรื่อง ได้รับรางวัลจำนวน 5 เรื่อง ดังนี้ นวัตกรรมเรื่อง Fighting VAP Together ของ ICU กรม สวม Suction ป้องกันการแพร่เชื้อ ของ ฮาเยศุภพตมของ CAUTI ของฮาเยศุภพตมฝ่าย ได้รับรางวัลชนะเลิศอันดับที่ 1 - 3 ตามลำดับ วิธีการนี้ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตกตะกอน ของศิริราช และสายรัดข้อมือสำหรับเคื่องวัดออกซิเจนในกระแสเลือดของห้องคลอด ได้รับรางวัลชมเชย

- นำเสนอในภาพประกวดผลงานคุณภาพระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลกำแพงเพชรจำนวน 8 เรื่อง ได้รับรางวัลจำนวน 4 เรื่อง ดังนี้ Eye Cool Box ของ สงฆ์อาพาธ ป้ายป้องกันของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ตู้ยาตลับยาประสิทธิภาพทางสีข้างมือของงาน N - IC ได้รับรางวัลชนะเลิศอันดับที่ 2 ส่วนนี้ ณ แอสปอร์ตอัสสันต์ใช้ของฮาเยศุภพตมของ ได้รับรางวัลชมเชย

- Clip VDO “การปฏิบัติตัวป้องกันโรคไตหรือห่อไตเสื่อม” ของหน่วยงานไตเทียม ได้รับรางวัลชนะเลิศอันดับที่ 3 ในภาพประกวด Clip VDO “การปฏิบัติตัวป้องกันโรคไตหรือห่อไตเสื่อม” ระดับจังหวัด

**b. CQI หน่วยงาน** นำเสนอในภาพประกวดผลงานคุณภาพระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 8 เรื่อง ได้รับรางวัลจำนวน 4 เรื่อง ดังนี้ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลผู้ป่วยใช้เลือดออกในผู้ใหญ่ ของฮาเยศุภพตมของ และประสิทธิภาพทางสีข้างมือของฮาเยศุภพตมของ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับรางวัลชนะเลิศอันดับที่ 1 และ 3 ตามลำดับ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ของฮาเยศุภพตมของ และการพัฒนาคุณภาพระบบรายงานความเสี่ยง ห้องผู้ป่วยหนักกรม โรงพยาบาลกำแพงเพชรของ ICU กรม ได้รับรางวัลชมเชย

**c. นำเสนอในภาพประกวดผลงานคุณภาพระดับกลุ่มภารกิจ** จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ พยาบาลกำแพง 4.0 ได้รับรางวัลชนะเลิศอันดับที่ 3 ผลงานนี้แนวปฏิบัติภาพประเมินความพึงพอใจของเหล่าเครือของหน่วยภายในผู้ใหญ่ฮาเยศุภพตมของโรงพยาบาลกำแพงเพชร การหยุดแผนกตพื่นโดยผู้ชมพจนพยาบาลหน้าปฏิบัติภาพดูแลและป้องกันภาพเกิดแผนกตพื่น และ ผลงานภาพประเมินผลของบุคคลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับรางวัลชมเชย





d. งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง มีภาพเผยแพร่ลงวารสารของภาควิชาพยาบาลจำนวน 1 เรื่อง คือ การพัฒนารูปแบบการดูแลมาตุลาและทารกเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อจากทารกได้สูบนมมาตุลาไม่เพียงพอ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ส่วนอีก 1 เรื่องคือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเคสผู้ป่วยหายใจโดยพยาบาลเป็นผู้กำกับในกาหย่าเคสผู้ป่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ส่งรางวัลชนะเลิศอันดับที่ 2 การผลิตและเผยแพร่ผลงานวิชาการ ประเภทโปสเตอร์ งานมหกรรมวิชาการและการจัดประชุมผู้ดำเนินงานสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 3 ประจำปี 2560 และได้ส่งคัดลอกในกาเสนอผลงานในกาประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2560

e. ผลงาน CARE เชื้อดีดีของหน่วยงานอนุสาชการสุขภาพ ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ 3 เข้าร่วมนำเสนอผลงานกาพัฒนาคุณภาพพยาบาล ประเภทหน่วยงานในโรงพยาบาล ในกาประชุมวิชาการครั้งที่ 19 ปี พ.ศ. 2560 เรื่อง “พลังพยาบาลกับกาขับเคลื่อนระบบสุขภาพสู่ MOPH 4.0” ได้ส่งรางวัลชนะเลิศเยี่ยม

2) เรื่องเล่าประทับใจจากงานกาชวลิตผู้ป่วยและญาติ (Palliative care) “หนึ่งคนตาย หลายคนตื่น” จาก Service plan สักขาปลุกถ่ายอวัยวะ และ “ชีวิตชีวิต ยี่สิบเวส เพื่อเขา เพื่อเขา หือเพื่ออโคช” จาก Service plan สักขาไตเทียม ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ 3 เข้าร่วมเรื่องประชุม National Palliative and Hospice Care Conference (NPHC 2017) “Palliative Care for All : กาต่อไปเพื่อคนไทยทุกคน”



## ตีพิมพ์สิ่งพิมพ์ฯลฯ ๓๓ หรือ ๓๓๓๓๓

### อัตราค่าสิ่งพิมพ์ฯลฯ

#### ค่าแห่ง

สิ่งพิมพ์ฯลฯ	พยานาสิทธิฯลฯ	13	๓๓
สิ่งพิมพ์ฯลฯ	พยานาฯลฯ	1	๓๓
สิ่งพิมพ์ฯลฯ	พยานาฯลฯ	1	๓๓
	พยานาฯลฯ	2	๓๓
	รวม	17	๓๓

### การส่งเสริมสิทธิสุขภาพของประชาชน

**วิสัยทัศน์** เป็นในหน่วยงานฯลฯ เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้แข็งแรงและมีความสุข  
**พันธกิจ** เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย  
 ทุกระดับอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดีและมีความสุข สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มี  
 ความปลอดภัย

### นโยบาย

- ส่งเสริมสิทธิสุขภาพประชาชนให้แข็งแรงและมีความสุข
- ให้ประชาชนสุขภาพดี สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย
- ผู้ให้บริการสุขภาพพึงพอใจและผู้รับบริการมีความสุข

### เขตอำนาจ

เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย  
 ทุกระดับอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดีและมีความสุข สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มี  
 ความปลอดภัย โดยให้มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดีและมีความสุข สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มี  
 ความปลอดภัยที่สำคัญได้แก่ ความปลอดภัยของประชาชนสุขภาพดีและมีความสุข โดยเน้นการบริการสุขภาพ  
 ความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชนผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้พัฒนาคุณภาพสุขภาพ  
 การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชนผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้พัฒนาคุณภาพสุขภาพ



### ผลงาน / กิจกรรม / (ปฐกฐน/ปฐกฐน/วิษกฐน)

อยู่ในรูปของคณะกรรมการที่เข้าร่วมตั้งขึ้น ดังนี้

1. ทีมพัฒนาคุณภาพปฐกฐนพยาบาล (N-QP)
  - ตรวจสอบคุณภาพสัมฤทธิ์ของเวทีประชุม ผลงานประชุมประเมินภายในหน่วยงาน 85.39%
2. ทีมปฐกฐนสุขภาพทางกาย (N-RP)
  - ทบทวนภาพรวมแผนปฏิบัติการ
  - วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะที่เหมาะสม
  - เติมน้ำดื่มและน้ำเย็น วัสดุ อุปกรณ์ ปี
3. ทีมพัฒนาบุคลากรทางกาย (N-HD)
  - ประเมินสมรรถนะหลัก และสมรรถนะเชิงเทคนิค
  - จัดอบรมวิษกฐนภายในหน่วยงาน/อบรมวิษกฐนนำทีมให้หน่วยงานประจำปี
  - จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
4. ทีมปฐกฐนและจัดการความเสี่ยง (N-RM)
  - วิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ
  - ระบุจุดอ่อนด้านความเสี่ยงของหน่วยงาน
  - จัดทำแผนการดำเนินงานด้านความเสี่ยงปี 2560
5. ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (N-IC)
  - ตรวจสอบคุณภาพประจำปีเข้าหน้าห้อง 100 %
  - ทบทวนการติดเชื้อ Endophthalmitis
  - ติดตามบุคลากรได้ปฏิบัติตามใช้หน้ากาก 100%
  - ประเมินการติดเชื้อเข้าหน้าห้องแบบ 7 ขั้นตอน 5 Moments
  - ติดตามพนักงานประจำตัวล้างมือของน้ำสำหรับดื่มทุกสัปดาห์

### ผลงานเด่นของหน่วยงาน

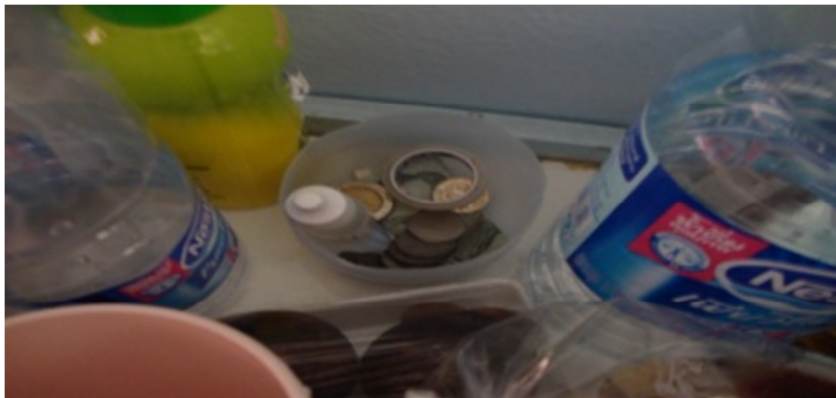
การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยและญาติในภาวะวิกฤติ-หลังผ่าตัดต่อประสาท และประสาทตนเอง ต่อเนื่องที่ป่วย ตามแนวทางการปฏิบัติ CNPG ต่อกฎระเบียบ โดยยึดถือให้ผู้ป่วยปลอดภัย การประเมินและประเมินผลในหัวข้อสุขภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อประสาทที่ให้น้อยลง (ภาวะเลือดออกของหน้าม่านตา เลนส์เสื่อม แผลเย็บที่ให้ต่อจนจนกว่าจะหายดีของพยาบาลนั้น) และสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ต่อเนื่องที่ป่วยได้

ตัวชี้วัดผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจถูกต้อง และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องของภาพแบบประเมินความรู้ ภายหลังจากการจัดกิจกรรม/อภิปราย ภายภาคประเพณีผล ความรู้เรื่องสุขภาพส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและญาติ ก่อน - หลังผ่าตัดต่อประสาท และประสาทตนเองต่อเนื่องที่ป่วย ภายแบบสอบถามผลของภาคประเพณีความรู้เฉลี่ยปี 2560 = 92.3% ติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อประสาท = 0%



### นวัตกรรมชุดรวมกล่องยาหยอดตาผู้ป่วยง่า

เพื่อให้ในการหยอดตาผู้ป่วยมีผลดีติดเนื่องจากการขาดตา ปัญหาคือได้ชุดยาหยอดตาไม่ครบ (หยอดตาทุก 5 นาทีหรือทุก 1 ชั่วโมง) ทำให้ผู้ป่วยได้ชุดยาหยอดตาครบตามแผนการรักษา



### นวัตกรรมชุดรวมชุดผสมมะสุขี้ไข่

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำยาเพื่อผู้ป่วยและญาติสามารถผสมชุดผสมยาทางช่องปากและฉีดไข่ได้ เพื่อให้สามารถผสมยาในภาชนะที่ง่ายและเป็นอย่างดีในเตียงผู้ป่วย ชุดผสมมะสุขี้ไข่โดยเปิดชุดผสมให้ผู้ป่วยฟังทาง USB

### นวัตกรรมชุดรวม Eye cool box

เพื่อรักษาประสิทธิภาพของยาและลดความเสียหายจากการหยอดตาผิด



การประเมินงานคุณภาพ

สรุปนิยามของมาตรฐานคุณภาพที่ได้ดำเนินการไปแล้วการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เรื่อง	แล้วเสร็จเมื่อ	แนวทางการแก้ไข/ผลลัพธ์
- 5 ส.	ดำเนินการตาม อย่างต่อเนื่อง	มีแผนปฏิบัติการประจำปี ประเมิน / สืบค้น / เดือน
- การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยส่วนบุคคล ตนเองของผู้ป่วยและญาติก่อน- หลังผ่าตัดตัดต่อประสาท	ดำเนินการตาม อย่างต่อเนื่อง	-กำหนดวันทำความสะอาด Big Cleaning Day ทุก 2 เดือน ทั่วทุกบริเวณที่ ค่ะแผน ความถี่ 92.3% (เกณฑ์ $\geq 90\%$ )
- อัตราการสูญเสีย Lens พิเศษ พิเศษ พิเศษ	ดำเนินการตาม อย่างต่อเนื่อง	= 0%
- อัตราการลดลงเห็นดีขึ้นหลังผ่าตัด ต่อประสาท	ดำเนินการตาม อย่างต่อเนื่อง	= 99.38 (เกณฑ์ $\geq 97\%$ )
- สำนวนความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้รับบริการ	ดำเนินการตาม อย่างต่อเนื่อง	= 91.55% (เกณฑ์ $\geq 80\%$ )
- ลดการสูญเสียตรงตามแผน ประจำปี	ดำเนินการตาม อย่างต่อเนื่อง	-ปี 2560 สูญเสียตรงตาม 2.78% (เกณฑ์ <5%)
- เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางพยาธิวิทยา หลังผ่าตัด Thyroid ตามแนวทาง ปฏิบัติ KPH-WI-EENT-022.00	ดำเนินการตาม อย่างต่อเนื่อง	ปี 2560 ผ่าตัด 44 ราย Loss F/U = 0% ทางพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด (เกณฑ์ $\leq 5\%$ ) 6.8% (Calcium ไม่เหลือต่ำกว่า 1 ราย ทั่วทุก ผ่าตัด Total Thyroidectomy และพยาธิ วิทยาของโรคและแก้ไขโดย Advice ผู้ป่วย และญาติ/Vocal cord paralysis 1 ราย / Re-operation 1 ราย Bleeding หลังผ่าตัด)
- ทรัพยากรที่มีคุณภาพคลินิกทุกเดือน	ดำเนินการตาม อย่างต่อเนื่อง	ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั่วทุก ผู้ป่วยระดับ 7 ขึ้นไป



### กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2561

1. นำทีมตรวจสอบหมอนรองคอในผู้ป่วยผ่าตัดอกกระดูก เพื่อให้เห็นผู้ป่วยสูงอายุที่ยืนและปลอบตมัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเช่น Lens เคลื่อน
2. ส่งเจ้าหน้าที่อบรมวิธีช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินปฏิบัติงานอย่างต่อเนืองเพื่อนำมาปฐักขงพัฒนางาน
3. เพิ่มศักยภาพบุคลากรทางไตยวางแผนส่งอบรมเฉพาะทางตามและบุคคลอชฎก หลังปฐักขง 4 เดือน

### CQI ต่อในเรือ่งต่าง ๆ ดังนี้

1. ดำเนินการต่อในเคสขงการศัลยวงเสถิมักพะระในมาขตุแลตตนเองขงผู้ป่วยและญาติก่อน และหลังผ่าตัดอกกระดูก โดยให้สุงคักษาเก็บตัวผู้รับตมาวะแทรกซันหลังผ่าตัดอกกระดูกและนำมาปฐักขงแก้ไขอย่างต่อเนือง
2. ดำเนินการต่อในมาขตุประเมิมคววมพิงพอไซของผู้นับชิกากและหน่วยงานต่าง ๆ ต่อชดิกากขงหน่วยงานเพื่อปฐักขงคุณภาพชดิกาก
3. เก็บตัวผู้รับผู้ป่วยหลังผ่าตัด Thyroid - ภาวะHematoma - Laryngeal nerve Injury ภาวะติดเนื้อหลังผ่าตัด
4. มีนำทีมตรวจสอบ นำคชชมะ มาใช้ในมาขตุแลตผู้ป่วยชะยะสุดท้าย
5. นำพลกาศวิธีช่วยชีวิตในมาขตุพัฒนากปฐักขงงานอย่างต่อเนือง
6. เน้นมาขตุคักษาและชางานคววมเสียงทั้งเนืองชุกและเนืองชูป





### ผลงานและนิยามของงาน ด้านนิเทศศาสตร์

1. มีกาจัดตั้งอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอของสำนักสนับสนุนวิจัยสนับสนุนปฏิบัติงาน ตลอด 24 ชั่วโมง
2. ประเมินผลงานการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ทุก 6 เดือน
3. ติดตามตามผลการดำเนินงาน HA, 5ส,QA และโครงการต่าง ๆ ตามนโยบายของกระทรวงฯ
4. จัดทำคู่มือหรือมีสื่อสิ่งพิมพ์และเครื่องมือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้ป่วย
5. ร่วมประชุมคณะกรรมการสุขภาพของโรงพยาบาล
6. ร่วมประชุมและประเมินผลการทำงานของกลุ่มงานสุขภาพ
7. ประชุมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อแจ้งข้อผิดพลาดต่าง ๆ ปรึกษา และแก้ไขปัญหาดังกล่าว  
ในหน่วยงาน
8. จัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนพัฒนาบุคลากรสุขภาพประจำปี

### ผลงานและนิยามของงาน ด้านการพยาบาล

1. ได้รับความไว้วางใจจากผู้บริหารให้ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ประสานงานสุขภาพชุมชน ผู้ป่วยหลังคลอด ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดและผ่าตัดในเชิงเวช
2. จัดทำแฟ้มรวบรวมผลงานการพยาบาลของหน่วยงานในหน่วยงาน
3. จัดตั้งคลินิกนิรนามแม่ให้ปรึกษาสุขภาพปรึกษาปัญหาแม่แต่ย์ให้ปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีเบอร์  
โทรศัพท์ติดต่อได้แก่ 055-714339, 055-022-000 ต่อ 3803 - 4
4. ให้บริการให้คำปรึกษาแก่มาตุจฉาและสามีตามโครงการของโรงพยาบาล -แม่
5. ให้บริการช่วยเหลือคัดกรองของมารดาหรือของใจของบุตรหรือผู้ใดในทางสุขภาพที่เกิด
6. ให้บริการสุขภาพจิตผู้คลอดแก่มาตุจฉาสุขภาพที่เกิด

### ผลงานและนิยามของงาน ด้านวิชาการ

1. ดำเนินการให้คำปรึกษาต่าง ๆ เช่นการดูแลมารดาและทารกเมื่อกลับไปที่บ้าน, การดูแลสุขภาพหลัง  
ได้รับวัคซีน หรือสุขภาพและสุขภาพบุคคล
2. มีกาจัดตั้งโครงการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
3. จัดทำเอกสารคู่มือและจัดทำแผนฉบับ
4. จัดให้มีการประชุมวิชาการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง
5. มีกาประชุมผู้ปฏิบัติงานมาตยฐานสุขภาพ
6. ปรึกษาผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเอกสารวิชาการและหนังสือต่าง ๆ ให้เป็นหมวดหมู่
7. เป็นแหล่งให้คำปรึกษาพยาบาลมาตยฐานสุขภาพ
8. จัดทำ Competency และจัดทำแบบประเมิน Competency เพื่อประเมินผลของเจ้าหน้าที่  
ในหน่วยงานและ เจ้าหน้าที่ที่ใหม่







ประเภทผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการ

ประเภทผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการ	2558 จำนวน ( ราย )	2559 จำนวน ( ราย )	2560 จำนวน ( ราย )
ผู้ป่วยในสูติเวชภาคตม	945	881	822
ผู้ป่วยป่วย C/S	1,411	1,347	1,379
ผู้ป่วยป่วยคลอดทางช่องคลอด	1,486	1,267	1,240
ดูแลทางสูติเวชภาค	2,222	1,932	1,971

10 อันดับแยกของโรคทางสูติเวช ปี 2560

อันดับ	โรค	2560 ( ราย )
1	Myoma uteri	98
2	Incomplete Abortion	82
3	Blighted ovum	82
4	Threatened abortion	81
5	PID	60
6	DFIU	52
7	CA.Cx.	49
8	Ectopic pregnancy	43
9	Early fetal death	33
10	Hyperemesis gravidarum	33

สรุปตัวชี้วัดคลินิกนมนมแม่ปี 2558 - 2560

ตัวชี้วัดคุณภาพ	เกณฑ์	2558	2559	2560
1. อัตราการปฏิบัติตามนมแม่อย่างเต็มรูปแบบอยู่ ร.พ.	80%	97.46	97.34	97.36
2. อัตราการปฏิบัติตามนมแม่อย่างเต็มรณาน 2 เดือน	80%	86.41	90.65	90.54
3. อัตราการปฏิบัติตามนมแม่อย่างเต็มรณาน 4 เดือน	50%	70.03	68.46	70.74
4. อัตราการปฏิบัติตามนมแม่อย่างเต็มรณาน 6 เดือน	50%	75.34	76.26	73.19
5. อัตราการปฏิบัติตามนมแม่อย่างเต็มรณาน 6 เดือน	50%	77.26	78.45	78.16



กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560

กิจกรรม	วิธีกาชทาบทาม/ผู้เข้าร่วม/ความถี่ / การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนคลอด	มีการจัดอบรมชุมชนบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ครบ 100% และดำเนินการตามโครงการ
โครงการส่งเสริมสุขภาพแม่	มีการให้คำปรึกษาแก่มาตุลา บิดา มารดา ทุกวัน
โครงการสุขภาพ และเคสของติ่มสนุนไฟดู น้ำดื่ม น้ำร้อนในมาตุลาหลังคลอด	มีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการน้ำนมคั่ง น้ำนมไม่ไหล
โครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาของทารกแรกเกิด	ดำเนินการต่อเนื่องตามโครงการส่งเสริมสุขภาพแม่
โครงการคัดกรองหัวใจในทารกแรกเกิด	ดำเนินการต่อเนื่องตามโครงการคัดกรองหัวใจในทารกแรกเกิด
โครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยคลอด	มีการดำเนินการทำ CQI, CPG มีการทบทวนความรู้ แนวทางการดูแล
หลังคลอด	ผู้ป่วยคลอดหลังคลอด

นวัตกรรม 1 เรื่อง : สะอาดภายในสะอาด

แผนงานที่จะดำเนินการในปี 2561

1. ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1.1 มีการประเมินสมรรถนะผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบประเมินที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยผู้ประเมินในโรงพยาบาล กำแพงเพชร โดยมีการประเมินประสิทธิภาพที่สำคัญ ประสิทธิภาพเชิงประจักษ์ ประสิทธิภาพเชิงปฏิบัติ สัมผัสคุณภาพ การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และมีการประเมินตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ สุนัขตัว ลักษณะการหายใจ การไหลเวียนโลหิต สภาวะผิวหนัง ประสิทธิภาพสัมพันธ์ และการสื่อสาร สภาวะจิตใจ และความสามารถในการตัดสินใจตามเกณฑ์ที่กำหนด สภาวะสังคมและสิ่งแวดล้อม แบบแผนการดำเนินงาน และพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังตรวจวิเคราะห์นิรนัยโรค ได้แก่ ตรวจภายใน การ U/S ผลการตรวจสุขภาพห้องปฏิบัติการ

1.2 การวางแผนและการศึกษา การแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ CPG PPH, CPG Sever PIH, CPG Ectopic Pregnancy โดยจัดทำเป็น Flow chart การตรวจวินิจฉัยเลือด การเตรียมเลือด การเตรียมยา และเคสที่มีข้อผิดพลาด และมีการรายงานแพทย์

มีระบบการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนด Criteria ในการทำงานร่วมกัน และระบบในการรายงานแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน มีระบบ Fast Tract ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จุดรับผู้ป่วยจนถึงจุดส่งต่อ และมีการขอคำปรึกษาระหว่างแผนก เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับแพทย์ต่างสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและรวดเร็ว เช่น การดูแลผู้ป่วยหลังคลอด หลังคลอด และผู้ป่วยนิรนัย ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุการดูแล ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคอ้วน และผู้คลอดที่มีปัญหาด้านจิตใจสังคม เช่น ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่พร้อมดูแลบุตร มารดามีเคสหลังคลอด เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคไตตั้งแต่อายุ 15-19 ปี



1.3 มีระบบการทบทวน 12 ปีการศึกษา มีภาระงานที่เพิ่มขึ้นในหน่วยงานมหาวิทยาลัยหน่วยงานหน่วยงาน  
 แก่ปีการศึกษาที่ก่อนหน้าปีการศึกษา และภาระงานที่เพิ่มขึ้นในหน่วยงานมหาวิทยาลัยหน่วยงานหน่วยงาน  
 ให้นำเข้าเสนอนโยบายการประชุม PCT สหกิจ-นิตยสารการประชุม เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันหลายแผนก มีภาระงาน  
 ประชุม Conference สหกิจ-เด็ก การประชุมผู้เกี่ยวข้อง

**2. การพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนระหว่างดำเนินการ**

มีการทบทวนการดูแลสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และนำประเด็นปัญหาที่สำคัญเข้าทบทวนใน  
 การประชุมประจำปีของหน่วยงาน และนำประเด็นความสำคัญที่สำคัญเข้าประชุม PCT สหกิจ-นิตยสารการประชุม  
 และ PCT เด็ก เพื่อพัฒนาคุณภาพร่วมกันงานพยาบาลศัลยกรรม งานอุบัติเหตุศัลยกรรม งานห้องคลอด และหอ  
 ผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ 2

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ ศัลยกรรมศัลยกรรมศัลยกรรม	- การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดให้เรียบร้อย เช่น เอกซเรย์ แผลผ่าตัด และ VCD	- อัตราความพึงพอใจได้สูงขึ้น แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยใน - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ 28 วัน ภายใต้อาการปฏิบัติตามคำแนะนำ
2. การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ ศัลยกรรมและมีการดูแลผู้ป่วยที่มีความ ศัลยกรรมศัลยกรรมศัลยกรรม	- การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลผู้ป่วย 26 Chart ต่อเดือน	- อัตราความพึงพอใจของแพทย์ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ
3. การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ ตามกระบวนการมาตรฐาน	- การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาและ ประเมินผลผู้ป่วยที่มีปัญหาตาม กระบวนการมาตรฐานต่อเนื่อง	- อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ หลังผ่าตัด - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ
4. การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง	- การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่างๆ เช่น การดูแลผู้ป่วย/เสียชีวิต คน การดูแลผู้ป่วย อุบัติเหตุ สิ้นชีพิตักษัย ตกเตียงเป็นลม การส่ง หารักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ฉุกเฉินในมาศตและหาศต	- อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ
5. การส่งเสริมนโยบายสุขภาพ อย่างเป็นระบบและการดำเนินงาน ศัลยกรรมศัลยกรรม	- ให้มีความรู้มาศตและหาศต และ ส่งเสริมเทคนิคการดูแลสุขภาพ น้ำนม - ส่งเสริมนโยบายสุขภาพ นมแม่	- อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ - อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ



การพัฒนาคูณมาท	กิจกรรมพัฒนาคูณมาท	ตัวชี้วัด
<p>6. ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้เจ็บป่วย</p> <p>7. พัฒนาระบบสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบบันทึกเวชระเบียน</li> <li>- การบันทึกเวชระเบียน</li> <li>- การเก็บข้อมูล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การขอคำปรึกษา การตรวจวัดและประเมินผล และการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ</li> <li>- การตรวจสุขภาพประจำปี</li> <li>- ปฏิบัติงานในรูปแบบปฎิบัติงานที่เหมาะสมกับงานและกลุ่มโรค/ความเสียหาย/ปัญหาของผู้เจ็บป่วย</li> <li>- พัฒนาระบบของบุคลากรที่เกี่ยวข้องสุขภาพจิตและสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์แนวโน้มการพัฒนาคูณมาท</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการตรวจสุขภาพประจำปี</li> <li>- อัตราการขอคำปรึกษาและค่า BMI</li> <li>- ผลการประเมินสุขภาพในสถานประกอบการ</li> <li>- จนกว่าได้ดำเนินการตรวจสุขภาพประจำปีครบ 100%</li> <li>- ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน</li> </ul>
<p>8. การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประชาสัมพันธ์</li> <li>- ระบบบริการ</li> <li>- พฤติกรรมบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประชาสัมพันธ์ระบบบริการสุขภาพ - นวัตกรรมสุขภาพโดยการใช้ข้อมูลเสียงตามสายในหอผู้ป่วย</li> <li>- เปิดโอกาสให้ผู้เจ็บป่วยแสดงความคิดเห็นในแบบสอบถามเชิงข้อเท็จจริง</li> <li>- พัฒนาระบบบริการและพฤติกรรมบริการของบุคลากร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความพึงพอใจของผู้เจ็บป่วย</li> </ul>
<p>9. พัฒนาระบบการเขียนข้อมูลบุคลากรและประชาชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดทำประวัติสุขภาพ</li> <li>- ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีหนังสือชี้แจงการจัดทำประวัติสุขภาพแก่บุคลากรและอาสาสมัคร แพทย์พยาบาล วิศวกรแพทย์และช่างเทคนิคบุคลากรผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป</li> <li>- ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สมรรถนะเชิงวิชาชีพของบุคลากร</li> </ul>
<p>10. การพัฒนาระบบการสื่อสารสองทางเพื่อเตรียมพร้อมรับมือ AEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำคู่มือ/สื่อต่างๆ ที่ใช้ติดต่อสื่อสารสองทางกับผู้ป่วย/ญาติที่มาขอปรึกษาต่างประเทศและประเทศเพื่อนบ้าน</li> <li>- จัดอบรมให้บุคลากรและพนักงานที่เกี่ยวข้องสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติจากต่างประเทศและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับทางกายและจิตใจได้เป็นอย่างดี</li> <li>- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีอาการและญาติที่เข้ามาเป็นต้นของ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะที่นำมาใช้ในการติดต่อสื่อสารสองทางกับผู้ป่วย/ญาติได้ โดยวัดจากแบบประเมินความพึงพอใจไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และหากการปฏิบัติงานดีขึ้น</li> </ul>



## วิสัยทัศน์ (Vision)

- วิสัยทัศน์ (Vision)** เป็นหน่วยงานคุณภาพสูง มีมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
- พันธกิจ (Mission)** ผลิตผู้ป่วยวิกฤตให้พร้อมสำหรับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย ส่งเสริมให้ทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกัน
- ค่านิยม (Core value)** ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม
- เข็มมุ่ง** Patient Safety Goal
- อัตลักษณ์ (Identity)** ทุ่มเทสุดใจ ใส่ใจทุกชีวิต

### หน้าที่และเป้าหมาย ความมุ่งหมาย (Purpose)

เป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแล รักษา และส่งเสริมฟื้นฟูผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ หน่วยงาน และสหสาขาวิชาชีพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจสูงสุด

### ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตที่โรงพยาบาลผู้สูงอายุทุกประเภทที่อยู่ในภาวะวิกฤตอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ตลอด 24 ชั่วโมง มีเตียงผู้ป่วยหนักได้ 10 เตียง (มีห้องแยกโรค 2 ห้อง) ผู้ป่วยวิกฤตแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมที่มีข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยหนักเข้า ICU ตามศักยภาพของโรงพยาบาลทุกเตียงที่มีระดับสูง ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองและจังหวัดอ่างทอง โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 11 โรงพยาบาล โดยให้บริการผู้ป่วยวิกฤตดังนี้

1. ผู้ป่วยหนักที่ถึงได้ส่งมาดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือดต้องได้รับการดูแลและติดตามการเต้นของหัวใจโดยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ
3. ผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด
4. ผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาของระบบประสาทและสมองที่ต้องส่งต่อจากทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด
5. ผู้ป่วยในระบบ Fast Tract STEMI

ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งต่อที่ระดับสูง โรงพยาบาลพหุศาสตร์และมหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลศิริราช



### อัตราส่วนกำลัง

บุคลากร พยาบาลวิชาชีพ 19 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 2 คน พนักงานทำความสะอาด 2 คน รวมทั้งสิ้น 23 คน ภาวะขาดยัตอัตราส่วนกำลัง เวชเฝ้า : ป่วย : ตึก เป็น 6 : 5 : 5 ให้การดูแลผู้ป่วยแบบ 1 : 2

### ลักษณะสำคัญของงานบริการและประสิทธิภาพ

สถิติบริการ	2557	2558	2559	2560
จำนวนผู้ป่วยบริการ	513	497	479	563
อัตราค่าครองชีพ	104.97	108.65	105.13	101.62
อัตราค่าครองชีพผู้ป่วยต่อเตียง	3.25	3.38	3.38	3.74
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	9.23	9.96	9.93	8.26
ผลผลิต (Productivity)	97.22	98.54	92.05	99.90

### 5 อันดับโรคที่พบบ่อย

2558	2559	2560
1. STEMI	1. STEMI	1. STEMI
2. Bacterial pneumonia	2. Bacterial pneumonia	2. Pneumonia
3. COPD	3. COPD	3. COPD
4. CHF	4. Acute tubulo-interstitial nephritis	4. Acute tubulo-interstitial nephritis
5. Septicemia	5. CHF	5. CKD

### ผลงาน/ กิจกรรม/ (บริการ/บริการ/บริการ)

อยู่ในรูปของคณะกรรมการซึ่งเข้าร่วมตามทีมต่าง ๆ ดังนี้

- ทีมพัฒนาคุณภาพบริการ ( N-QP )
  - ตรวจสอบความปลอดภัยของเวชระเบียน ผลการประเมินภายในหน่วยงาน
  - การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ, วิชาชีพ, วิชาชีพ
  - ปรับปรุง สิ่งเสริมพัฒนาการบริการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย
- ทีมบริการสุขภาพจากโรงพยาบาล ( N-RP )
  - ทักษะการซักถามประวัติผู้ป่วย
  - วิเคราะห์สาเหตุการเกิดโรคเพื่อลดอัตราส่วนที่เกินมาตรฐาน
  - เติบโตแบบเติบโต วัสดุ คำนวณที่ ประสิทธิภาพ



3. ทีมพัฒนาบุคลากรทางพยาบาล ( N-HD )
  - ประเมินสมรรถนะหลัก และสมรรถนะเชิงเทคนิค
  - จัดอบรมวิชาการภายในหน่วยงาน/อบรมวิทยากรนำทีมใช้ในงานประจำ
4. ทีมบริหารและจัดการความเสี่ยง ( N-RM )
  - วิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ
  - สนับสนุนการดำเนินงานความเสี่ยงของหน่วยงาน
  - จัดทำแผนการดำเนินงานด้านความเสี่ยงปี 2560
5. ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ( N-IC )
  - ตรวจสอบสุ่มภาพประจำปี
  - จัด Vaccine ไข้หวัดใหญ่
  - ทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ VAP, CAUTI
  - ประเด็นติดตามให้เจ้าหน้าที่ล้างมือ แบบ 5 Moment 7 ขั้นตอน

**ผลงานเด่นของหน่วยงาน**

**การรับปรึกษา/การส่งต่อผู้ป่วย Fast Track STEMI**

ด้วยจำนวนผู้ป่วย STEMI มีจำนวนเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัย และทำการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันต่อขั้นตอนในการรับปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วย STEMI จากโรงพยาบาลชุมชนที่มีขั้นตอนซับซ้อน เกิดความล่าช้าในการส่งต่อ

**วัตถุประสงค์**

- เพื่อให้ผู้ป่วยสงสัย STEMI ได้รับปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทาง เพื่อวินิจฉัยการวินิจฉัย และรักษาตามให้ยา SK
- เพื่อลดระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI

**การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง**

- พยาบาล ICU ชุมโศภคิพท์ consult แพทย์ที่เป็นพยาบาล junior ส่งต่อให้พยาบาล senior ชุม consult แทน
- สอบถามข้อมูลโรงพยาบาลที่จะ refer ผู้ป่วยมาเกี่ยวกับ Acute STEMI
- โรงพยาบาลที่ทำการส่งต่อ ส่งข้อมูลผู้ป่วย EKG ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผ่านทาง App Line กลุ่ม KPPSTEMI มาให้ก่อนที่จะให้ปรึกษาแพทย์
- ให้เบอร์โทรศัพท์ของแพทย์ เพื่อให้แพทย์ปรึกษาทันโดยตรง

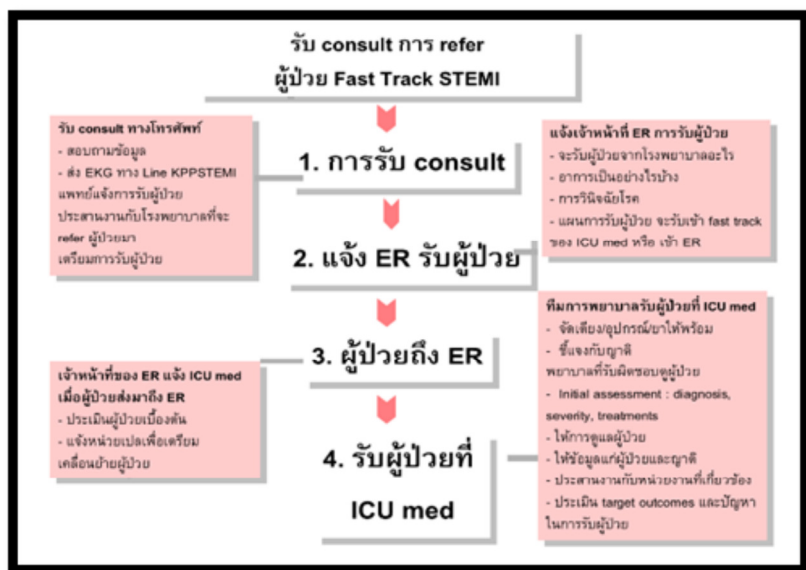




- เมื่อแพทย์แจ้งการรับผู้ป่วย ให้ส่งตามข้อมูลหรือไปประสานงานเพื่อให้เกิดข้อมูลเกี่ยวกับ
  - o ผู้ป่วยได้รับการ diagnosis ว่าเป็นอะไร
  - o refer ทางการแพทย์
  - o อากาศของผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ventilator
  - o แผนการรักษาที่ขอส่ง เช่น ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือทำการ PCI , รักษาภาวะ shock
  - o ระยะทาง เวลาที่ออกอากาศโรงพยาบาล เวลาที่คาดว่าจะมาถึง ชพ.กำแพงเพชร
  - o แนะนำญาติสายตรงมารับผู้ป่วย กรณีที่ต้องมีการตัดสินใจใช้ไปมาขอรักษาเร่งด่วน

**ผลลัพธ์**

- ผู้ป่วยสงสัย STEMI ได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง เพื่อวินิจฉัยโรคให้ยา SK ให้อยู่ในภาวะปลอดภัย



**แผนการพัฒนาคัดกรองเบื้องต้น หน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤตอายุชดชวม ปี 2560**

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพ และบุคลากรสหวิชาชีพตามบุคคลากรที่มีอำนาจหน้าที่ได้ให้เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยในภาวะวิกฤต โดยส่งเสริมให้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะในทางดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และให้มีความก้าวหน้าตามขั้นได้วิชาชีพ
2. ความร่วมมือของทีมนักสหสาขาในทางดูแลผู้ป่วย
3. พัฒนาระบบบริหารงานดูแลรักษาผู้ป่วยอายุชดชวมลดข้อบกพร่อง ปลอดภัย และทันสมัยได้มาตรฐานระดับสากล
4. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอายุชดชวมสู่ความเป็นเลิศ
5. พัฒนาศักยภาพตามระบบงาน



- ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันหรือผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง
  - โดยใช้แนวปฏิบัติ FASTHUG BANDAIDS
  - การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ early warning signs เฉพาะโรค
  - นำระบบ SIMPLE มาใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง
  - พัฒนาระบบส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง
  - พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย
  - ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
  - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง
  - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง
  - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง
  - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง
  - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง
  - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง
  - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง
  - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง
6. การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศของห้องผู้ป่วยให้มีคุณภาพ สะอาด ปลอดภัย สบายใจ และเอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
  7. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
  8. พัฒนาระบบการดูแลเฉพาะโรค เฉพาะทาง ตามนโยบายที่มี PCT MED ได้แก่ STEMI, SEPSIS, DHF SHOCK, STROKE, TB, PNEUMONIA และ COPD
  9. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
  10. พัฒนาระบบงานโดยการทำวิจัยและนำผลมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย



## ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
<b>ข้าราชการ</b>	
- พยาบาลวิชาชีพ	13
<b>ลูกจ้างประจำ</b>	
- ผู้ช่วยเภสัชกร	1
<b>ลูกจ้างชั่วคราว</b>	
- พยาบาลวิชาชีพ	1
- ผู้ช่วยเภสัชกร	2
- คนงาน	2
<b>รวม</b>	<b>19</b>

### หน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงาน

เพื่อให้บริการผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย ทุกสถานภาพทางสังคมทั้งสมรรถภาพปกติและมีปัญหาต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยใน กว้างเนื้อ กว้างเนื้อ และข้อ โดยให้บริการดูแลตั้งแต่ขั้นปฐมภูมิจนกระทั่งขั้นทุติยภูมิ

#### งานบริหาร

- วิเคราะห์และจัดการงานและจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับงาน
- วางแผนงานจัดหารายได้ ควบคุมต้นทุน และสรุปงานประจำวันเพื่อรายงานให้ผู้บริหารและแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน
- ติดตามประเมินผลการทำงานของบุคลากรทุกระดับเพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง
- ติดตาม ประเมินผลตัวชี้วัดของหน่วยงานที่ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่มีวิเคราะห์หาสาเหตุ และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
- ควบคุม ติดตามให้บุคลากรปฏิบัติงานตามระเบียบ อย่างเคร่งครัด
- ควบคุม ติดตาม และจัดบริการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานและนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ
- พัฒนาหน่วยงานให้เป็นสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ น่าทำงาน
- สร้างขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรปฏิบัติงาน



**งานอุบัติเหตุ**

1. ฝึกอบรมบุคลากรผู้เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ของงานอุบัติเหตุตามมาตรฐานวิชาชีพ ตลอดจนมีบทบาทในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บ
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอุบัติเหตุที่รับผิดชอบ
3. วางแผนการพยาบาลฉุกเฉินและผู้ป่วยอุบัติเหตุ
4. ให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ภาวะฉุกเฉินและภาวะเสี่ยงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบ
5. ประเมินผลการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ผ่าน

**งานวิจัยทาง**

1. จัดประชุมวิจัยทางในหน่วยงาน 4 ครั้ง/ปี
2. ร่วมประชุมและฟังวิจัยทางของกลุ่มงานอุบัติเหตุที่รับผิดชอบเดือนละ 1 ครั้ง
3. สนับสนุนส่งเสริมพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ที่เพิ่มสูงขึ้น โดยจัดเข้าอบรม/ประชุมทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล

**ผลงานเด่นประจำปีงบประมาณ 2560**

1. โครงการดูแลภาวะฉุกเฉินความเสี่ยงผู้ป่วยโดยใช้ MEWS Score

ผลงานพัฒนา อัตราการเสียชีวิต (เป้าหมาย 80%) = 89.75%

ผู้ป่วยที่ถึงมือทันได้รับการรักษาตามกำหนดเวลา (เป้าหมาย 100%) = 99.5%

อัตรา Unplan Tube/ICU (เป้าหมาย <3%) = 0.4%

2. โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัด

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดได้เข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง/ครบถ้วน ไม่เกิดภาวะเสียชีวิต/บาดเจ็บ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด/ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ที่เพียงพอและเข้าใจตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

ผลงานพัฒนา อัตราการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยไม่พร้อม (เป้าหมาย 3%) = 2.04 %

**การพัฒนาระบบการ**

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางศัลยกรรม เพื่อให้ได้มาตรฐานต่อห้องฉุกเฉิน/ผู้ป่วย/ทางส่งต่อข้อมูล
2. การพยาบาลกรณีฉุกเฉินที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์
3. การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน/การดูแลภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ MEWS SCORE
4. การดูแลภาวะ/ค้นหาความเสี่ยงตามระบบ
5. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาผ่าตัด เพื่อลดความเสี่ยงของอุบัติเหตุที่ให้ออกซิเจนในขณะดมยาสลบ (Pain management)
6. ทำการประชุม Dead Case Conference ทา RCA และแผนรพ.แก่ใจ/AE/Palliative Care
7. ร่วมประชุมวิจัยทาง PCT เดือนละ 1 ครั้ง



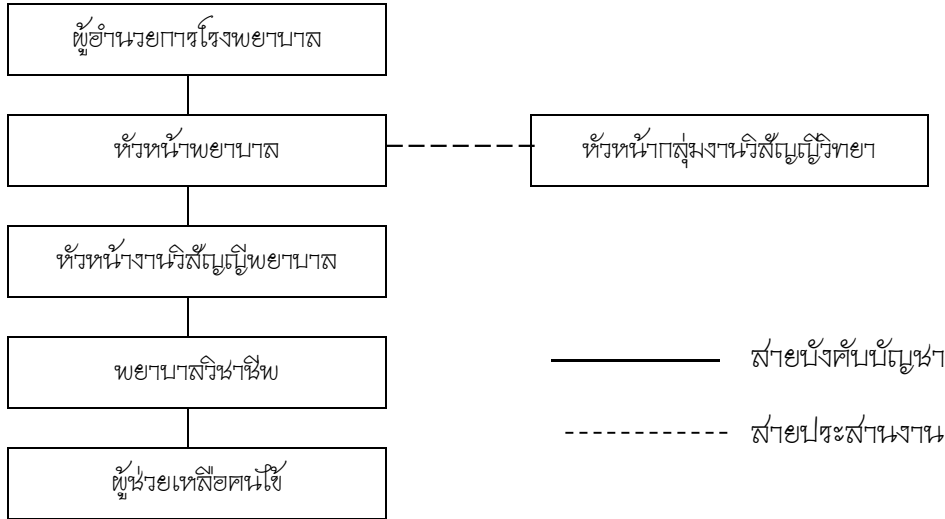
### ผลงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2561

1. การพัฒนาบุคลากรทางด้าน Orthopedics เดือนละ 1 ครั้งโดยแพทย์ผู้ชำนาญ ร่วมกับแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง
2. การหาบทวนต้นวัสดุที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
3. การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4 ครั้ง/ปี
4. การประเมินกิจกรรมทางทันตกรรมอย่างมีระบบ
5. ส่งเสริมการพัฒนาริสาการ อย่างต่อเนื่อง
6. การส่งเสริมวิสัยทัศน์ความยั่งยืนตามระบบ



# กลุ่มงานวิจัยอุบัติวิทยา

แผนภูมิโครงสร้างของคณาจารย์ของหน่วยงาน



**วิสัยทัศน์** เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ คุณภาพชีวิต เพื่อประชาชนสุขภาพที่ดี

**พันธกิจ/เจตจำนง** กลุ่มงานวิจัยอุบัติวิทยาให้บุคลากรระดับวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดได้มาศึกษาเรียนรู้  
 ไม่มีภาวะเงาจากข้อบกพร่อง ต้นทุนบุคลากรที่มีคุณภาพชีวิตดี มีพลังใจทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ

**จุดเน้น** 1. Patient safety goals 2. ความปลอดภัยของพนักงานพยาบาลวิชาชีพอุบัติวิทยา  
 3. ปลอดภัยต่อผู้ป่วย

**บุคลากร** - วิสัฏฐ์แพทย์ 5 คน - วิสัฏฐ์พยาบาล 20 คน  
 - พยาบาลวิชาชีพ 1 คน - พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 5 คน

## หน้าที่ความรับผิดชอบ

### งานบริหาร

- งานวางแผน
- งานพัสดุ
- งานประเมินผล
- งานบุคลากร
- งานสิ่งแวดล้อม

### งานวิชาการ

- งานเฝ้าระวังระดับวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง
- งานนำปฐกฐนวิชาชีพ
- งานควบคุมคุณภาพวิชาชีพ ภาวะวิชาชีพ
- งานพัฒนาศักยภาพวิชาการ
- งานห้องปฏิบัติการ
- งานติดตามดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังให้ยาหรือระดับวิชาชีพ
- งานบริหารความเสี่ยง



งานบริหารการ

- งานอบรม/วิจัย
- สัมมนา/สัมมนา TQM
- งานสหสาขาวิชาชีพ
- ส่งเสริมสุขภาพ
- สัมมนา/สัมมนาต่าง ๆ ตามนโยบาย

ผลงาน/กิจกรรม/(ปศุการ/ปศุการ/บริหารการ)

ด้านปศุการ

1. จัดอัตรากำลังที่มีอยู่ให้ปศุการผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ โดยมีบุคลากรวิชาชีพ 5 คน วิชาชีพพยาบาล จำนวน 20 คน (โดยแยกเป็นหัวหน้าวิชาชีพ 1 คน วิชาชีพพยาบาล 19 คน) จำนวนห้องผ่าตัดมี 10 ห้อง (แบ่งเป็นห้องผ่าตัดชั้น 5 จำนวน 6 ห้อง, ห้องผ่าตัดชั้น 6 จำนวน 4 ห้อง และห้องพักรฟื้นจำนวน 14 เตียง (ห้องพักรฟื้นชั้น 5 จำนวน 7 เตียง, ชั้น 6 จำนวน 7 เตียง) ซึ่งให้มีการปศุการอัตราอัตรากำลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแผนปฏิบัติงานดังนี้

1.1 จัดอัตรากำลังดูแลผู้ป่วยทั้งใน และนอกเวลาการทำให้เพียงพอ พยายามให้มีปศุการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน โดยจัดพยาบาลเสริมในแต่ละเวร

1.2 มีการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นทั้งใน และนอกเวลาการ

2. ได้ช่วยการอัตราสหวิชาชีพจำนวน 2 คน เตรียมส่งอบรมวิชาชีพพยาบาลปี 2561 เพื่อให้เพียงพอกับปริมาณงาน

3. จัดหาเครื่องมือแพทย์และวัสดุ อุปกรณ์ให้เพียงพอใช้ในปศุการผู้ป่วยที่มาช่วยการระดับความสูงได้แก่ เครื่องดมยา, Patient monitor, ชุด laryngo scope

4. มีการจัดสิ่งแวดล้อมและจัดเป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่ ได้แก่ ห้องวิชาชีพแพทย์, ห้องหัวหน้าวิชาชีพ/ให้คำปรึกษา, ห้อง supply, ห้องพักรเวรชาย - หญิง โดยยึดหลัก 5 ส.

5. มีการติดตามตัวผู้รับใช้ที่สำคัญของหน่วยงานทุกเดือน ได้แก่ภาวะแยกขาดของหลังระดับความสูงนำมารักษาภาวะที่หาแนวทางป้องกันทำให้ผู้ป่วยที่มาช่วยการระดับความสูงไม่พบภาวะแยกขาดที่เป็นอันตรายทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

6. ฝึกอบรมวิชาชีพและพยาบาล เป็นผู้นำในการช่วยฟื้นคืนชีพระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชน

7. ส่งเสริมขวัญ และกำลังใจให้แก่บุคลากร โดยการสนับสนุนให้ศึกษาต่อระดับปริญญาโทนอกเวลาการและจัดเลี้ยงนอกลานที่พร้อมทั้งเลี้ยงดู-ส่งบุคลากรที่จบใหม่และเลี้ยงส่งบุคลากรที่ไปอบรมวิชาชีพพยาบาล, จัดงานเลี้ยงปีใหม่, จัดงานวันเกิด, ส่งบุคลากรร่วมงานการศึกษาดูงานและงานเกษียณอายุการตามวาระพร้อมทั้งส่งเสริมสุขภาพบุคลากรร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านระดับความสูงในการปฏิบัติงานที่ พร้อมทั้งมอบหมายรางวัลให้แก่บุคลากรที่รับผิดชอบงานคุณภาพต่าง ๆ ได้แก่ QA, IC, RM, ระเบียบ, HRD, ดูแลเบิกจ่ายตอบแทน



ด้านพยาบาล

1. ให้พยาบาลดำเนินการวินิจฉัย ผู้ป่วย โดยอาการหรือระดับความรู้สึกให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
  - คัดลอกข้อมูลทั่วไป
  - สุนัข-นาฬิกาเรือนพยาบาล
  - ยี่สิบ
  - คัดลอกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยใน
  - คัดลอกข้อมูลการดูแล
  - หู ๒ ข้าง
  - ทารกเดินปัสสาวะ
  - คัดลอกข้อมูล plastic
2. ให้พยาบาลดำเนินการดูแลผู้ป่วยปวดหลังผ่าตัด (Acute pain service)
  - ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดตั้งแต่เล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate pain, pain Score ผู้ป่วยจะได้ยาแก้ปวด โดยให้เมื่อมีอาการปวด (ให้แบบ prn)
  - ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดตั้งแต่ปานกลางถึงมาก (Moderate to severe pain, Pain Score 5 - 7) ผู้ป่วยจะได้ยาแก้ปวด ตามแนวทางทางยาที่ให้ยาแก้ปวดตามกลุ่ม Opioids ตามเวลา (post operative Guideline for opioid IV around the clock)
  - ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดตั้งแต่มากถึงมากที่สุด (Severe pain, pain score >7) ผู้ป่วยจะได้ยาแก้ปวด โดยยาที่ใช้คือต้องควบคุมการให้ยาแก้ปวดด้วยตนเอง (เคสของ PCA, Patient Controlled analgesia) โดยวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ตั้งโปรแกรมเคสของ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยาแก้ปวดอย่างปลอดภัย
3. ให้พยาบาลดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบซับซ้อนจากโรคมะเร็ง (Cancer pain)
  - ให้พยาบาลติดตามอาการผู้ป่วย OPD case ทุกวันอย่างครบถ้วน, พยาบาลนัด, พยาบาลนัด, พยาบาลนัด
  - ร่วมทำงานกับทีม พยาบาลดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative case) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวด
  - ให้พยาบาลฟังเสียงเพื่อผู้ป่วย OPD Case ทุกวันอย่างครบถ้วน, พยาบาลนัด
4. การพยาบาลความเครียด
  - ตรวจสอบความเครียดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนหรืออาการของอาการหรือความรู้สึก และทำการศึกษาสาเหตุของ Root cause nalysis ซึ่ง Re-intubation, Aspirate pneumonia, Cardiac arrest
5. พัฒนาการพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนหรือหลังการผ่าตัด/หลังการผ่าตัด โดยพยาบาลเป็นผู้ดูแล
  - ตรวจสอบการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนหรือหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยในห้องพักผ่าตัด





### ด้านวิชาการ

- ส่งบุคลากรขออบรมฟื้นฟูวิชาการปีละ 4 ครั้ง
- จัดวิชาการภายในหน่วยงาน ปีละ 12 ครั้ง
- จัดส่งบุคลากรไปประชุม อบรม วิชาการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- ทบทวนมาตรฐานดูแลผู้ป่วย จัดทำ case conference และทำ RCA
- ภาวะพัฒนาคุณภาพการพยาบาลงานวิสัญญีได้รื้อรับการอบรมอย่างน้อย 10 วัน / คน / ปี
- ส่งบุคลากรไปศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับความรู้จากโรงพยาบาลกลุ่มชน ในเขตจังหวัดกำแพงเพชร
- เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์สุขภาพวิสัญญีในภาครัฐให้ควมรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับความรู้สัปดาห์ใหม่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลกลุ่มชน
- เข้าร่วมกิจกรรม Palliative care ในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่ง ดูแลผู้ป่วยที่รักษาจนจบชีวิต ร่วมกับศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- กิจกรรมวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลมีการจัดกิจกรรมสอนและฝึกภาคปฏิบัติทางดูแลผู้ป่วยวิสัญญีในศูนย์ในบุคลากร กลุ่มการพยาบาล, ทีมตจขตและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- กิจกรรมวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล จัดให้ควมรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่รักษาจนจบชีวิตผู้ป่วยหลังได้รับยาจนจบควมรู้สัปดาห์บุคลากรที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลกลุ่มชน

### ผลงานเด่น

#### ชื่อผลงาน

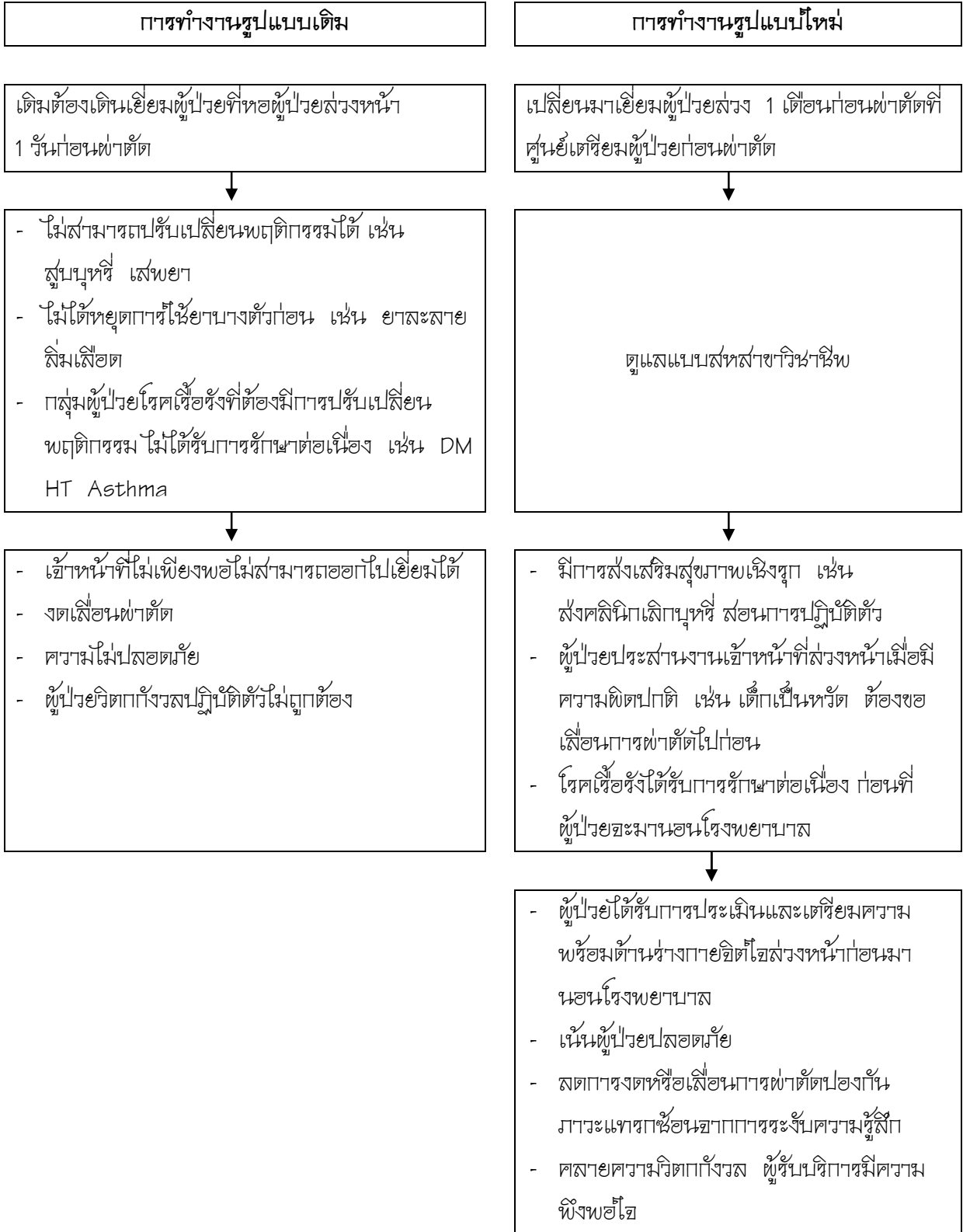
: ศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้สัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษาตัว (วิสัญญีคลินิก) อย่างต่อเนื่อง

#### หลักการและเหตุผล

การดูแลผู้ป่วยระยะเริ่มและดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้สัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษา เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษา และให้ยาจนจบควมรู้สัปดาห์ โดยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้สัปดาห์เป็นไปได้อย่างปลอดภัย และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดลง



การเปรียบเทียบขั้นตอนการปฏิบัติงาน  
 ใช้นโยบายเดิมหรือปรับเปลี่ยนก่อนเข้ารับการรักษา





### วิธีดำเนินงาน

1. วิจัยด้วยพยาบาลชั้นปฏิบัติการระดับทะเบียนสมรสมาพบช่างกาย ผลตรวจหาทางห้องปฏิบัติการ CXR EKG
2. วิจัยด้วยแพทย์ตจวชระดับความเสียงต่อภาวะระดับความถี่สูง
3. ผู้ป่วยที่มีความเสียงสูง ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้คำแนะนำการแก้ไขสุขภาพก่อนถึงขั้นผ่าตัด
4. สอนผู้ปกครองในภาคของโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในมาหาจำหน่ายและฝึกผู้ดูแลที่โรงพยาบาลให้รู้อุปสรรคที่มาขอความช่วยเหลือ
5. สอนพยาบาลความเจ็บปวด และภาวะที่รู้เคสของครอบครัวความเจ็บปวดด้วยตนเอง
6. ส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการเลิกบุหรี่
7. วิจัยด้วยแพทย์และวิจัยด้วยพยาบาลประจำห้องในรพ.ผ่าตัด ศึกษาข้อมูลจากไปหาของงานและนำไปใช้ในโรงพยาบาลให้ยากระดับความถี่สูงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

### ผลที่ได้สรุปจากงานวิจัย

อัตราความเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดเพิ่มขึ้น ก่อนดำเนินการ 74.65% หลังดำเนินการ 98.8%  
 อัตราความเจ็บป่วยที่ผ่านคืนดีหรือมีความพึงพอใจลดลง ก่อนดำเนินการ 4.10% หลังดำเนินการ 1.14%  
 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย ระดับ 86%

### บทเรียนที่ได้สรุป

1. ได้มีการหาบทเรียนร่วมกันในทีมวิจัยในภาคปฏิบัติการและพยาบาลปฏิบัติงาน ทำให้เกิดภาวะบรรเทาการทำงานเป็นทีมและทีมสหสาขา โดยได้สรุปความร่วมมือ แพทย์ผ่าตัด อายุแพทย์ กุมารแพทย์ วิจัยด้วยแพทย์ วิจัยด้วยพยาบาล พยาบาลวิชาชีพห้องตรวจและหอผู้ป่วย บุคลากรกลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ บุคลากรวิชาชีพอื่น บุคลากรห้องปฏิบัติการ
2. ผู้ป่วยได้สรุปการส่งเสียงสุขภาพล่วงหน้า ก่อนมาสู่โรงพยาบาล ได้สรุปความถี่สูงเกี่ยวกับภาคเตรียมตัวก่อนผ่าตัดก่อนมาสู่ความถี่สูง สดความวิตกกังวลได้สรุปความอ่อนแอไปและมึนงงในมาหาดูแลและส่งเสียงสุขภาพระงับ



**กิจกรรม/แผนงานที่ต่อเนื่องต่าเนินการในปีงบประมาณ 2561**

1. จัดทำแผนเพิ่มบุคลากรทางวิสัญญี โดยส่งอบรมวิสัญญีพยาบาล 2 คน และแผนระยะเ็นมาขอส่งอบรมวิสัญญีพยาบาลปีละอย่างน้อย 2 คน ต่อเนื่องประมาณ 5 ปี เพื่อขาดแทนบุคลากรที่ขาดแคลนนี้ในขุ้บั้นและกำลังเกษียณนี้ในอนาคตและในปี 2561 ขอพยาบาลวิสัญญี 1 คน, ผู้ช่วยเหลือคนไข้, คนงาน 1 คน เพื่อขอขยายคลินิกห้ระดับปวต คลินิกฟ้่งเข็ม
2. จัดเตรียมหาเครื่องมือแพทย์และเครื่องมือทางกายภาพ รัด อุปกรณ์ทางกายภาพที่ห้ระดับความถี่ให้เพียงพอห้ผู้ป่วยช้บศีกาและของช้บศีกาเปิดห้องพ่่าตัดเพิ่ม ได้แก่ เครื่องดมยาผสม, Patient monitor, ชุด Laryngoscope , Bair hugger ฯลฯ
3. โคนงการป้องกันมาทรวลัน้ในผู้ปวยระดับความถี่เฉพาะส่วน
4. โคนงการช้บปวตหลังพ่่าตัดในผู้ปวยห้มาช้บศีกาช้บความถี่โดยวิธีห้ข้บยาช้บความถี่แบบห้ว้ไปอย่างต่อเนือง
5. พัฒนารูปแบบบันทึกทางพยาบาลอย่างต่อเนืองโดยให้แบบ Focus charting
6. โคนงการเียมผู้ปวยก่อนระดับความถี่อย่างต่อเนือง
7. โคนงการห้ห้ยาช้บความถี่ผู้ปวยชนิด one day surgery

## หน่วยงานที่ส่งคนคลอด

### อัตราค่าส่ง

ประเภทผู้ป่วย

สูติแพทย์	5 คน
พยาบาลวิชาชีพ	14 คน
ผู้ช่วยเภสัชกรรม	2 คน
พนักงานทำความสะอาด	2 คน
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	1 คน

### ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของหน่วยงาน

ให้ปิดการดูแลผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 26 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดและ/หรือมีอาการภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง รวมทั้งดูแลทารกแรกเกิดคลอดตามปกติและคลอดด้วยวิธีหัตถการจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด แต่ถึงหากมีอาการภาวะแทรกซ้อนหรือผิดปกติขณะส่งต่อเพื่อส่งแก่บุคลากรที่หน่วยงานตั้งเกิดกรณีฉุกเฉินกรณีฉุกเฉิน 2 และดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจนจำเป็นต้องมีการดูแล โดยให้มีเป้าหมายให้ปิดการดูแลและทารกคลอดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยให้ปิดการดูแลแบบผสมผสานคุณสมบัติของผู้คลอดเกิดความปลอดภัยไว้ใหม่ปิดการดูแลได้ ซึ่งผู้ส่งปิดการดูแลที่เหนือเป็นประเภทการส่งของจังหวัดกำแพงเพชร ทั้งในเขตและนอกเขตอำเภอเมือง ผู้ส่งการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง ซึ่งพยาบาลส่งเสด็จสู่สวรรคาลัย 35 แห่ง โดย 5 อันดับแรกของหน่วยงาน ได้แก่

1. normal labour
2. Preterm
3. Post term
4. PIH
5. PPH

ทั้งนี้เน้นการประเมินการดูแลของงานปิดการดูแลคลอด การส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ ณ จุดส่งมีมาตรฐานปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางที่กำหนดร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกมีประสิทธิผล

**ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ** ลดอัตราภาวะเกิด PPH ในมารดาคลอดทางช่องคลอด การลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Birth Asphyxia ในทารกแรกเกิด การลดอุบัติการณ์การเกิด Perinatal dead (ทารกตายปริกำเนิด) และ Maternal dead (มารดาตาย) หลัง admit

**ผลการปฏิบัติงาน**

ปีงบประมาณ 2560 มีผู้รับบริการทั้งหมด 3,760 ราย, จำนวนผู้คลอดทั้งหมด 3,118 ราย แบ่งเป็นคลอดปกติ 1,209 ราย, คลอดพิศปกติ 1,836 ราย ทั้งนี้จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 1,943 ราย (ต้องรับบริการส่งต่อผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งในจังหวัดซึ่งไม่สะดวกต่อการคลอดได้) จำนวนมาตรวจคลอดทั้งหมด 3,631 ราย ซึ่งมีทั้งขอคลอดปกติ ขอคลอดที่เตียงมดลูกคลอดและขอคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีภาวะน้ำเดินทางก่อนกำหนด ภาวะรกเกาะต่ำ รวมถึงมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มีภาวะทางสูติกรรมร่วมด้วย

รายการ	ปีงบประมาณ		
	2558	2559	2560
จำนวนคลอดทั้งหมด	3,279	3,127	3,045
- คลอดปกติ	1,354	1,306	1,209
- คลอดพิศปกติ	1,925	1,821	1,836
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง	1,924	2,047	1,943

**หมายเหตุ** อัตราคลอดเฉลี่ย 9 ราย/วัน คลอดปกติเฉลี่ย 4 ราย/วัน คลอดพิศปกติเฉลี่ย 5 ราย/วัน อัตราการส่ง ชั้นปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมงในสัดส่วนเวช เฝ้า : ป่าย: ดีก = 5:3:3 โดยใ้การข้แม่มาปรึกษาพยาบาลผู้ปวยและอัตราส่งตามมาตรฐานพยาบาลและตุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พ.ศ. 2548 ของสภาพยาบาล

**เครื่องมื่อที่สำคัณ** คือเครื่อง U/S 1 เครื่อง, Fetal monitor 8 เครื่อง, Doptone 6 เครื่อง, Warmmer 3 เครื่อง, V/E 1 เครื่อง ,Infusion pump 6 เครื่อง และTransport Incubator 1 เครื่อง

ตัวชี้วัดสำคัญในมารดา

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์ที่ตั้งไว้	ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560
1	อัตราความตายของทารกคลอด	≤ 15 : ทารกเกิด มีชีพจรในคน	0.00	0.00	0.00
2	ร้อยละการขาดเลือดหลังคลอดทางช่องคลอด	≤ 4%	1.23 (18/1,665)	1.99 (26/1,306)	2.51 (33/1,315)
3	อัตราความตายของทารกในครรภ์หลัง Admit	0%	0.00	0.028 (1/3,631)	0.00
5	อัตรา Birth Asphyxia ในมารดา  อัตรา Birth Asphyxia (เฉพาะ ชพ.กพ)	≤ 25 : พัน ทารกเกิดมีชีพจร	25.49 (84/3,295)	25.61 (87/3,151)	27.40 (86/3,138)  เฉพาะ ชพ.กพ. 17.60 (46/2,618)
6	อัตราอุณหภูมิร่างกายของทารกคลอด	<5.7	6.37 (89/1,396)	4.84 (61/1,259)	4.79 (61/1,271)
7	อัตราอุณหภูมิร่างกายของทารกคลอดทางหน้าท้อง	<12	14.15 (254/1,794)	10.03 (179/1,784)	7.93 (142/1,791)
8	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	<80%	85.96	87.75	87.34

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อลดข้อผิดพลาดและมีความปลอดภัย

1. ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมถึงทั้งการพัฒนาระบบที่เสร็จสิ้นไปแล้ว)

1.1 ระบบการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกแยกตาม มีภาวะเสี่ยงต่ำตาม Low risk, High risk ของช่องคลอด, ตามสมมุติฐาน ANC เพื่อพิจารณาแยกมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้มีการจัดแยกห้องคลอดเป็นห้องคลอดปกติ และห้องคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น Preterm, PIH, Post term เป็นต้น พยายามที่จะมีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้เมื่อมารดาคลอดหรือมีภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ทุกห้องทั้งในทั้งห้องคลอดปกติ และในทั้งห้องคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนของห้องคลอดที่มีห้องคลอดปกติ และห้องคลอดติดเตียง โดยมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่พร้อมใช้ทั้งห้อง, มีห้องดูแลมารดาแยกเกิด โดยดูแลมารดาแยกเกิดตามที่ได้เตรียมไว้ Warmer พยายามที่จะมีพื้นที่ที่อบอุ่นสำหรับมารดาแยกเกิด มีชุดเคลื่อนย้ายมารดาแยกเกิด โดยมีการเตรียมอุปกรณ์ที่พร้อมใช้ของมารดาแยกเกิด, มีการประเมินสุขภาพมารดาในครรภ์ในมารดา โดยมีการติดเครื่อง fetal monitor ในมารดาทุกกรณี admit ในห้องคลอดและ on continuous fetal monitor ในระยะ Active ทุกกรณีคลอด และทำ Ultra sound ทุก case ที่มี HF >35 cms โดยสูติแพทย์ เพื่อประเมินหน้าหน้าทารกในครรภ์

1.2 ระบบการรายงานงานแพทย์ เมื่อมีภาวะฉุกเฉินมาขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินความเสี่ยงทุกสายหากสายใดเข้าสู่ความเสี่ยงตาม Low risk, High risk ฉุกเฉินทางการแพทย์ทุกสาย โดยรายงานแพทย์ Intern ก่อนเพื่อประเมินเบื้องต้นและแพทย์ Intern ฉุกเฉินรายงานแพทย์ Staff ให้ทราบอีกทีเพื่อมาประเมินซ้ำ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยวิกฤติเร่งด่วนส่งมาขอความช่วยเหลือ Staff ให้ทราบโดยตรงได้เลย

1.3 ระบบการดูแลโดยทีมสหสาขา มีกาติดตามดูแลเยี่ยมมาติดตามร่วมกันของแพทย์และพยาบาลทุกกรณี มีกาทำหนดแผนการพยาบาลแพทย์ พยาช Consult แพทย์แผนกอื่นๆ พยาชให้คำปรึกษา พยาชวางแผนดูแลรักษาร่วมกันของทีมสหสาขา มีกาติดตามสื่อสารโดยหัวหน้าเวร หรือหัวหน้าหอผู้ป่วยผ่านทาง Electronic File ไป Consult และเฝ้าดูชีพจรสายตรง มีกาบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรใน Order แพทย์และแบบฟอร์มของทีมสหสาขา เพื่อวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน

1.4 ระบบการทบทวน มีระบบทบทวนคุณภาพในการปฏิบัติงาน มีกาทำหนด CPG มาตามฐานเฉพาะโรคและกลุ่มอาการสำคัญ มีกาทำ Case ที่มีปัญหาทบทวนประชุมปรึกษาหารือร่วมกันก่อนปฏิบัติงาน บาง Case อาจต้องมีการแก้ไขร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ซึ่งส่งมาขอเข้าไปประชุมใน PCT สหุติ-นศิเวรพดขรม เพื่อเชื่อมโยงกับ PCT อื่น ๆ เป็นประชุมฉุกเฉิน ด้านการพยาบาลมีการทบทวน WI, มาตขฐฐานการพยาบาล, ฏขพดขรม 12 ทบทวนอย่างต่อเนือง

1.5 ระบบการประสานงานที่สำคัญทั้งภายในกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเมื่อดูแลครบ 2 ชั่วโมงจะย้ายมาขอความช่วยเหลือไปหน่วยงานหลังคลอด พดณีนศุภณณที่ผู้ดูแลต้องเข้าช่วยการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินแจ้งขอมูลให้ผู้ดูแลและญาติทราบทุกสายพร้อมประสานหรือส่งไปตัดและวินิจฉัยผู้ห้ของเทคนิคการแพทย์และห้องผู้ป่วยหนักขวมกขณณที่เข้าเป็นต้องเข้าดูแลรักษาต่อเนืองในภาวะฉุกเฉิน พดณีนศุภณณ (Fast track) ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาปาลขุ่มนศิมีกาขเดขขมขวมขวมของทีมแพทย์และพยาบาลห้องคลอดขวมประเมินกับทีมห้องฉุกเฉินเพื่อวางแผนการดูแลรักษาขวมกันตามแนวทางที่กำหนตไว้ การส่งปรึกษาเฉพาะทางโดยกาขเชยเนือ consult ส่งตามแผนกที่ต้อการปรึกษาสำหรับกาส่งจากโรงพยาปาลขุ่มนศิต้องเฝ้าดูประเมินที่หอผู้ป่วยที่อยูเวรโดยตรง

**กฏการขวมการแก้ไขปัญห/ปรับปดขงตัวนศิ**

1. อัดการขดการขของกาขที่ในคขขรข้หลัง Admit การขกลุ่มเสี่ยง/กฏการขได้ข้การขดูแลให้ปลอตมยไม่เกิดภาวะแทรกขซ้อน, มาขดและกาขกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหข้ขซ้อนได้ข้การขดูแลตามมาตขฐฐานอย่างต่อเนืองโดยทีมสหสาขาหรืขที่เกี่ยวข้องตามสภพปัญหของกาขแต่ละสาย, มี CPG หรืขแนวทางปฏิบัติในการดูแลการขกลุ่มเสี่ยง, มีกาขประเมินภาวะแทรกซ้อนของมาขดและกาขโดยกาข ดิตเคข้ของ fetal monitor ประเมินสุขมาขที่ในคขขรข้กาขที่มา admit ในห้องคลอด





4. อุตสาหกรรมหมุ่มีการย้ายของทางความปลอดภัยของบุคคลที่ในปี 2559 และปี 2560 ตัวชี้วัดนี้มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ได้นำมาทบทวน ทดสอบเหตุผลซึ่งพบว่าบางเดือนมีอัตราที่สูงขึ้นเพราะผู้ปฏิบัติงานเพื่อรับทราบความปลอดภัยซึ่งต้องใส่ใจใหม่โดยเวฟอุ่นเท้าแทนทำให้ระดับความชื้นไม่เพียงพอต่อสภาพ keep warm ช่วงการย้ายทาง ซึ่งได้แก้ไขเพิ่มเติมจากแผนทางเดิม โดยการนำถุงพลาสติคมาห่อหุ้มช่วงการย้ายทางขณะดูแลที่ห้องคลอด หรือเคลือบยางสังต่อไปถึงทางความปลอดภัยและต่อมาได้ใช้ทั้งเท้าอุ่นห่อหุ้มและถุงพลาสติคมาห่อหุ้มช่วงการย้ายทำให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุหมุ่มีการย้ายของทางความปลอดภัยของบุคคลที่ลดลงและสภาพแวดล้อมไม่เกินไปกำหนด

5. อุตสาหกรรมหมุ่มีการย้ายของทางความปลอดภัยของหน้าห้องในปี 2559 และ 2560 ตัวชี้วัดนี้มีแนวโน้มลดลงแต่ ยังคงทำตามแผนทางเดิมคือ วัตถุประสงค์หมุ่มีการย้ายของทางความปลอดภัยที่ห้องคลอดและวัตถุประสงค์หมุ่มีการย้ายของทางความปลอดภัยที่ห้องคลอดขณะย้ายทางมาจนถึงห้องคลอดทันที, ใช้ถุงเท้าอุ่น อุณหภูมิประมาณ 38 - 44 องศา ขณะเคลื่อนย้ายทาง ใช้หมวกสวมศีรษะขณะเคลื่อนย้ายทาง OR มา LR นำเท้าอุ่นห่อหุ้มที่ห้องคลอดนำมาอุ่นในตู้อุ่นเท้าของห้องผ่าตัด เพื่อใช้ห่อหุ้มเท้าหลังจากผ่าตัดแล้ว ปรับปรุงชุดชุดเคลื่อนย้ายทางโดยใช้ถุงเท้าของเท้าอุ่นและชุดบางชุดใช้เท้าปิดมิดชิดป้องกันลมเข้า และนำถุงพลาสติคมาห่อหุ้มช่วงการย้ายทางขณะเคลื่อนย้ายทางที่ห้องผ่าตัดมาห่อหุ้มที่ห้องคลอด

6. หักยลดความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับเกินเกณฑ์ โบนัสที่ได้คะแนนสูงจะเป็นในด้านการต่างกาย ความรู้ความเข้าใจและการดูแลเอาใจใส่ในภาควิชาให้ความช่วยเหลือของพยาบาล ส่วนคะแนนที่ได้ต่ำกว่า 3 ลำดับได้แก่สิ่งสิ่งพิมพ์ การประชุมตัดสินในใ้ในภาควิชาและภาควิชาได้ข้อมูลในเชิงของการศึกษาพยาบาลรวมถึงขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ครบถ้วนบุคคลกลุ่มในบางหัวข้อซึ่งได้แก้ไขพัฒนาเพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้ให้คำแนะนำและอธิบายผู้มาปฏิบัติงานเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆเพิ่มเติมมากขึ้น อาทิเช่น เวลาเยี่ยม แผนการศึกษาของแพทย์ พยาธิสภาพของโรคให้ญาติทราบขอเข้าใจ ข้อดีตามที่ได้ตามหลัก Healthy workplace เปิด VCD แนะนำหน่วยงานนี้ให้บุคลากรและญาติทุกวัน จัดทำแผ่นพับให้สื่อต่างๆ และขอจัดนิทรรศการต่างๆ ให้บุคลากรและญาติ จัดทำวัสดุห้องคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามาคลอดที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรและครอบครัวทุกวันอังคารเพื่อให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ และภาควิชาปฏิบัติตัวเมื่อเข้ามาอยู่ในห้องคลอด ทำให้ความเข้าใจที่ถูกต้องระบบมากขึ้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาควิชาพยาบาล ความก้าวหน้าของความปลอดภัยจากสิ่งให้ภาควิชาพยาบาล บุคลากรซึ่งสามารถช่วยตัวเองและเปิดโอกาสให้บุคลากรซึ่งสามารถจากต่างๆ

**การพัฒนาศูนย์สุขภาพ**

1. เข้าหาหน้าที่ในหน่วยงานให้คำแนะนําและอธิบายผู้มาใช้บริการกับข้อมูลต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น  
 อาทิเช่น เวลาเยี่ยม แผนกการศึกษารองพยาบาล พยาธิสรีรวิทยาของโรคของพยาบาลวิชาชีพ, การปฏิบัติตัวขณะนอน  
 โรงพยาบาล, การเตรียมตัวคลอด
2. จัดสถานที่ตามหลัก Healthy workplace ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยมีความสวยงาม
3. จัดเจ้าหน้าที่ทำความสะอาด ดูแลความสะอาดเพิ่มมากขึ้น และแนะนำผู้ป่วยและญาติ  
 เพิ่มมากขึ้น
4. จัดทำวัสดุของคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรและครอบครัว  
 เพื่อให้เกิดทัศนคติและความรู้ ความเข้าใจในวิถีชีวิตระบบขั้นตอนการคลอด สภานิติและบุคลากร
5. เปิด VCD แนะนำหน่วยงาน ให้ผู้คลอดและญาติทุกวันและหาข้อมูลเพิ่มเติมในทางเปิด
6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพของพยาบาล ความก้าวหน้าของการคลอดกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ
7. ปรับปรุงและเพิ่มเติมแผนผังของโรคต่างๆและบอกรักษาต่างๆให้ผู้คลอดและญาติ
8. พลังงานที่มีใจ
9. การได้ใช้ MOEWS (Maternal Obstetric Early Warning Signs) ในทางประเมิน  
 เพื่อเฝ้าระวังภาวะอันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นและขยายผลไปยัง ทพช. และทางประดิษฐ์ดูตรงเส้น  
 เพื่อประเมินทางคลอดได้อย่างรวดเร็วสามารถให้ทางดูแลได้อย่างทันที่และทันที่จนกว่าทาง  
 ขาดการวินิจฉัยถึงไม่ทันแต่ยังอยู่ในขั้นเพื่อป้องกันทางคลอดของมารดาทางและช่วยส่งเสริม  
 bonding and early breast feeding ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา  
 วิทยาลัยพยาบาลและมหาวิทยาลัยรวมถึงพยาบาลวิชาชีพทางโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกำแพงเพชร

**ผลงานนวัตกรรม :** นวัตกรรมสายรัดข้อมือสำหรับคลอดที่ช่วยป้องกันภาวะแผลเลือดของหน่วยงาน  
 ที่ของคลอด

**หลักการและเหตุผล :**

การคิดเรื่องโรคต่างๆ ในผู้ป่วยเป็นเหตุการคลอดที่ไม่พึงประสงค์สำหรับมารดาของทางดูแลรักษา  
 โดยเฉพาะในทางคลอดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นบุคคลที่มีทางคลอดเร็วขึ้นในทางกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของ  
 ทางกายยังไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นทางป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิด  
 การคลอดเร็วขึ้นในทางคลอดได้ เมื่อทางคลอดเร็วขึ้นได้สำหรับทางคลอดทางกายที่สำคัญได้แก่ การคลอด  
 ฉุกเฉินในภาวะแผลเลือด ซึ่งอุปการณ์ที่ใช้เพื่อป้องกันภาวะแผลเลือดนั้นถูกใช้ซ้ำ ๆ กันในทาง  
 คลอด และนำไปสั่งทำความปลอดภัยได้ยาก จึงหาทางทำให้เกิดการผสมของเชื้อโรคโดยเฉพาะบริเวณ  
 สายรัดข้อมือที่เป็นตัวที่มีความปลอดภัย ดังนั้นผู้จัดทำจึงคิดนวัตกรรมสายรัดข้อมือสำหรับคลอดที่  
 ป้องกันการคลอดเร็วขึ้น เพื่อเป็นทางคลอดทางผสมของเชื้อโรค ป้องกันการคลอดเร็วขึ้นในทาง  
 คลอด และลดการเกิดอาการปวดหัว



วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อลดปริมาณยาที่ก่อให้เกิดอาการแพ้
2. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องสูดดมยาชนิดสูดดมทางระบบทางเดินหายใจ
3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย



วิธีดำเนินการ :

1. ขั้นตอนเตรียมการ

- 1.1 เส้นนอนแอมบิวลาตีคานำท่อลมให้หน่วยงานเพื่อขอของบประมาณไม่ว่าชนิดใดก็ตาม
- 1.2 จัดซื้ออุปกรณ์ ได้แก่ ตู้ดูดเสมหะ (ดีนตีฟอก) ตู้ยา และเข็ม
- 1.3 เย็บประคบสายสะดือด้วยวิธีที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงช่องท้อง



2. ขั้นตอนการดำเนินการ

2.1 อธิบายขั้นตอนการสูดดมยาชนิดสูดดมทางหลอดลมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบก่อนดำเนินการ เพื่อบริการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

- 1) วางตัว Spo2 sensors ไว้บริเวณนิ้วชี้ หรือ นิ้วกลางของทารก หากนิ้วชี้หรือนิ้วกลางมีแผลหรือมีสิ่งสกปรก ควรทำความสะอาดนิ้วก่อน
- 2) หลังจากใส่แล้ว พนักงานทำความสะอาดจะเป็นผู้ไปทำความสะอาดโดยปราศจากการสัมผัส และตากให้แห้ง แล้วจึงนำกลับมาใช้ใหม่
- 3) ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อให้ทารกก่อน เกี่ยวกับการสูดดมยาชนิดสูดดมทางหลอดลม

2.2 ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบถึงขั้นตอนการสูดดม และให้ข้อแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

### 3. ประเมินผล

**ผลที่คาดหวังได้:** ไม่เกิดภาวะติดเชื้อในทางสุขภาพ และพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพมีความพึงพอใจในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อในทางสุขภาพ

**นวัตกรรมการและโครงสร้างเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่อยู่ที่ระหว่างดำเนินการได้แก่** นวัตกรรมลดสิ่งกีดขวางเพื่อป้องกัน การขาดการติดต่อและ ป้องกันอุบัติเหตุในผู้ป่วย, นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยให้มีความรู้ของผู้ป่วยเปิดของโปรแกรมสุขภาพ, โครงสร้างการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแบบบูรณาการและลดภาระการเจ็บป่วยของผู้ป่วย, โครงสร้างการดูแลผู้ป่วยที่อิงกับความต้องการของผู้ป่วย

#### แผนพัฒนาต่อเนือง

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยให้เข้าหน้าที่ในหน่วยงานที่มีการศึกษา ศักยภาพแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยสนับสนุนให้มีการทำงานวิจัย/นวัตกรรมต่าง ๆ การศึกษาหาความรู้ต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและทบทวนความรู้ ทักษะในงานที่สอดคล้องและทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
2. การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงาน โดยการประชาสัมพันธ์ระบบการทำงานและขั้นตอนการให้บริการของหน่วยงานที่สอดคล้อง โดยการเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องและผู้รับบริการ ผู้เกี่ยวข้องและญาติที่มาใช้บริการของหน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจต่อระบบและขั้นตอนการให้บริการ ส่งผลให้ได้รับ ความร่วมมือและเกิดความร่วมมือต่อผู้ป่วยที่ให้บริการเพิ่มเติม พัฒนาระบบสารสนเทศ โดยการปรับปรุงรูปแบบงานต่าง ๆ ที่จำเป็นให้เหมาะสมกับงาน/กลุ่มโรค/ความเปลี่ยนแปลง/ปัญหาของผู้รับบริการและพัฒนาทักษะของบุคลากรในทางวิชาชีพ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ



## การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและกู้ชีพ

**วิสัยทัศน์ (Vision)** เป็นโรงพยาบาลคุณภาพมาตรฐานที่ปลอดภัย เพื่อประชาชนสุขภาพดี

### พันธกิจ (Mission)

1. ส่งเสริม ป้องกัน และเสริมสร้างคุณภาพและสุขภาพของภาคีเครือข่าย และประชาชนได้เหมาะสม
2. จัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตอบสนองความต้องการและความสะดวกสบายของประชาชน
3. บุคลากรของโรงพยาบาลได้พัฒนา มีความรู้ความสามารถ มีคุณธรรม สุขภาพดี และมีจิตอาสา
4. ความเป็นเลิศด้านบริการ มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน

### ค่านิยม (Core value)

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม

### เข็มมุ่ง

Patient Safety Goal

### อัตลักษณ์ (Identity)

ผู้พิทักษ์คนไข้ ใส่ใจ

### บริบท (Context)

#### ก. หน้าที่และเป้าหมาย ความมุ่งหมาย (Purpose)

ผู้ปฐมพยาบาลฉุกเฉินได้ช่วยชีวิตและสุขภาพของประชาชนตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยความปลอดภัยและรวดเร็ว โดยผู้ปฐมพยาบาลฉุกเฉิน

#### ข. ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

ให้บริการตั้งแต่ 24 ชั่วโมง

- ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ณ จุดเกิดเหตุ ในเขตบริการ
- บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน
- ศึกษารายละเอียดผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภท
- ผู้ป่วยสังเกตอาการ (Observe)
- ศูนย์ประสานงาน-ส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลแม่ข่าย
- งานสนับสนุนและนิติเวช



ข้อจำกัด	การแก้ไข
<p>การทำให้บุคลากรผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกประเภท</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่สามารถทำให้บุคลากรผู้ป่วย OPD พนักงานที่ติดต่อบุคลากรและผู้ดูแลเคสที่มีเฉพาะในบางชุดหรือวิชาชีพใดคนหนึ่ง ผู้ป่วยแผนก EYE ENT ซึ่งไม่มีแพทย์ประจำอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้การประชาสัมพันธ์แบบทวิทางเฉพาะทางโดยตรง ตลอด 24 ชั่วโมง</li> </ul>
<p>การทำให้บุคลากรห้องสังเกตอาการผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้องสังเกตอาการผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร สามารถดูแลผู้ป่วยได้ประมาณ 10-20 คน/ครั้ง ในขณะที่บางช่วงเวลาจะมีจำนวนผู้ป่วยเป็นจำนวนมากมากกว่าที่ห้องให้บุคลากรได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดแนวทางเพื่อข้อจำกัดประเภทผู้ป่วยที่ขอเข้าห้องสังเกตอาการ</li> <li>- กำหนดระยะเวลาของอาการอยู่ในห้องสังเกตอาการ ไม่ควรเกิน 8-16 ชั่วโมง ถ้าเกินเวลาให้พิจารณา Admit เข้าหอผู้ป่วย</li> </ul>
<p>งานการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ณ จุดเกิดเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานหน้าที่เฉพาะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้พยาบาลวิชาชีพ/เวชกรฉุกเฉิน ที่ขึ้นเวรห้องฉุกเฉินปฏิบัติงาน</li> </ul>
<p>ศูนย์ประสานรับ-ส่งต่อผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คนประจำศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะเวรเช้าทุกวัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- นอกเวลาขาดการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นเวรห้องฉุกเฉินปฏิบัติงานแทน</li> </ul>
<p>งานรับส่งต่อและนัดเวร</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีแพทย์นัดเวร</li> <li>- ไม่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเฉพาะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้แพทย์ประจำโรงพยาบาลกำแพงเพชรทุกแผนก จัดเวรเพื่อรับผิดชอบงานรับส่งต่อทุกวัน</li> <li>- ใช้ผู้ช่วยเหลือคนอื่นใช้ แบ่งเวลาทำงานด้านเอกสาร โดยให้มีเจ้าหน้าที่ติดตามงานประสานงานและแก้ปัญหา</li> </ul>





ค. ผู้รับผลงานและควมารถองการที่สำคัญ (จัดแนบตามกลุ่มผู้รับผลงาน)  
**ควมารถองการของผู้รับผลงานสำคัญ**

ผู้รับผลงาน	ควมารถองการ
ผู้วิจัยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	การช่วยชีวิต และการศึกษาพยาบาลที่รวดเร็ว ปสอทมัย มีประสิทธิภาพได้ผู้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ ได้ผู้รับการศึกษาตามลัทธิวิชาชีพและพฤติกรรมวิชาชีพที่ดี
ผู้วิจัยที่ตองการการสังเกตอาการ	การดูแลสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องมีภาวะฉุกเฉินเพื่อข่าาหมายหรือผู้รับไว้ศึกษาต่อได้ถูกต้อง
ผู้วิจัยที่ตองการส่งต่อทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล	การให้ข้อมูลผู้รับที่ตองการครบถ้วนควมปสอทมัยขณะเคลื่อนย้าย
ผู้รับบริการงานรับส่งและนิติเวช	ได้ผู้รับบริการด้วยควมถูกต้อง มีมาตรฐาน และรวดเร็ว

**ควมารถองการในภาาการประสานงานภายในที่สำคัญ**

ผู้รับผลงาน	ควมารถองการ
แพทย์	การให้การศึกษาและเตรียมผู้วิจัยได้อย่างถูกต้อง ตามแนวทางเฉพาะโรคที่กำหนดความร่วมมือ เช่น CPG ต่างๆ
ห้องเอกซเรย์	ส่งผู้วิจัยไปเอกซเรย์ถูกต้อง ถูกตำแหน่ง ผู้วิจัยที่ส่งไปเอกซเรย์ปสอทมัย ภาาการไม่หาจุดลง
ห้อง Lab	ส่งสิ่งตรวจถูกต้อง ถูกต้อง
ห้องยา	การส่งยาที่ถูกต้อง ครบถ้วนเหมาะสม และปลอดภัย
หอผู้ป่วย	การประสานงาน การให้ข้อมูล และการเตรียมผู้วิจัยอย่างถูกต้อง และจัดเขื่อนำส่งผู้วิจัยเข้าหอผู้ป่วยอย่างปสอทมัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างนำส่ง
แผนกผู้ป่วยนอก	การคัดกรองผู้วิจัยที่ถูกต้องและเหมาะสม การประสานงานในภาาการส่งตัวผู้วิจัยระหว่างแผนก
หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	- ได้ผู้รับควมร่วมมือในภาาการประสานงาน การปฏิบัติงาน และการให้ข้อมูล
หน่วยงานอื่น ๆ นอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	- ได้ผู้รับควมร่วมมือในภาาการประสานงาน การปฏิบัติงาน และการให้ข้อมูล

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

- การทำให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ที่ได้มาตรฐาน และปสอทมัย อย่างทั่วถึงในเขตผู้รับผิดชอบ
- การให้การดูแลศึกษาพยาบาลผู้วิจัยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ได้มาตรฐานและปสอทมัย
- การดูแลผู้วิจัยห้องสังเกตอาการที่ได้ผู้รับมาตรฐานและปสอทมัย
- มีระบบการส่งต่อผู้วิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ
- ผู้รับบริการพึงพอใจ



**ข. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ**

1. ความท้าทาย

- 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ และบุคลากรต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ได้สูดดมยาชนิดสูดดมทางเดินหายใจที่ถูกต้องตามมาตรฐานและความปลอดภัย เพื่อเพิ่มโอกาสของผลดีและลดผลเสีย
- 2) การทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะโรคที่สำคัญ ที่มีความเสี่ยงและอันตรายสูงอย่างรุนแรงและทันเวลา
- 3) การทำให้ผู้ป่วยมีอาการและภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ การสูดดมยาชนิดสูดดมทางเดินหายใจที่ไม่เหมาะสม เช่น Acute abdomen, Chest pain, Dizziness เป็นต้น
- 4) การทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยง ที่ได้มาตจขุขานอย่างทั่วถึงในเขตชุมชนที่ด้อยโอกาส
- 5) การส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

2.1. ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

- 1) ผู้ป่วยมีอาการทางเดินหายใจเปลี่ยนแปลง/มีความรุนแรงของโรคมากขึ้นขณะสูดดมยาชนิดสูดดมทางเดินหายใจ
- 2) ผู้ป่วยมีอาการทางเดินหายใจลดลงระหว่างนำส่ง ขาดข้อผิดพลาดที่เกี่ยวกับความปลอดภัย
- 3) ET tube เสื่อมหรือหลุด
- 4) ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับความถี่ในการส่งยา และภาวะแทรกซ้อน
- 5) ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับความถี่ในการส่งยาทางห้องปฏิบัติการ

2.2. ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

- 1) การขาดประสิทธิภาพของผู้ป่วย Stroke พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่าให้ยาชนิดสูดดมทางเดินหายใจ rt pa
- 2) การขาดประสิทธิภาพของผู้ป่วย STEMI พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า
- 3) ข้อผิดพลาดในการทำ CPR

3. ความเสี่ยงทั่วไป (non-clinical risk)

- 1) เจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานภายใต้ความกดดันหรือความเครียด
- 2) ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงาน
- 3) ผู้ป่วยที่มีอาการ/ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม/ผู้ป่วยไม่สนใจ
- 4) ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ EMS



ค. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เหนือในโลยี เครื่องมือ)  
 ลักษณะสำคัญของงานวิจัยและปริมาณงาน

บุคลากร	งบประมาณ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์คลีสิกัลศัลยกรรม 1 คน</li> <li>- แพทย์เวชศาสตร์ศัลยกรรม 2 คน</li> <li>- พยาบาลวิชาชีพ 21 คน</li> <li>- เวชภิบาล 8 คน</li> <li>- ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน</li> <li>- คนงาน 4 คน</li> <li>- เลขาแพทย์ 1 คน</li> </ul>	<p><b>1. งบประมาณแพทย์</b></p> <p>แบ่งเป็นเวรพลัด 8 ชั่วโมง</p> <p>ในเวลาราชการ แพทย์กลุ่มงานอุบัติเหตุศัลยกรรม 3 คนให้ปฏิบัติงาน                      ภาวะฉุกเฉิน</p> <p>นอกเวลาราชการ ใช้แพทย์ Staff ทุกหน่วยงานและแพทย์ Intern                      จัดขึ้นในเวรปลาย 2 คน ในเวรตีง 1 คน</p> <p>วันราชการเวลา 16.30 - 20.30 น. จะมีแพทย์ Staff/Intern                      ขึ้นเสริมอีก 1 คน</p> <p>วันหยุดราชการเวลา 8.30-16.30 น. จะมีแพทย์ Intern                      ขึ้นเสริมอีก 1 คน</p> <p><b>2. งาน EMS</b></p> <p>จัดเวรพลัดละ 8 ชั่วโมง</p> <p>ในวันและเวลาราชการ เจ้าหน้าที่ที่ประจำศูนย์ส่งทางจะมี                      พยาบาลวิชาชีพ (ทั้งเจ้าหน้าที่ส่งทาง) 1 คน เวชภิบาลปฏิบัติหน้าที่                      ส่งทางอุบัติเหตุ 1 คน และเจ้าหน้าที่ช้ปริญญ (Part time) 1 คน</p> <p>นอกเวลาราชการ เวชภิบาลปฏิบัติหน้าที่ส่งทางอุบัติเหตุ 1 คน และ                      เจ้าหน้าที่ช้ปริญญ (Part time) 1 คน</p> <p>ทีมอุบัติเหตุ EMS (ทีม ALS) ใช้รถอัตรากำลังจากเจ้าหน้าที่                      ให้อุบัติเหตุศัลยกรรมโดยมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน EMT 1 คน                      พนักงานแปล 1 คน พนักงานขับรถ 1 คน</p> <p><b>3. งานพยาบาลห้องฉุกเฉิน</b></p> <p>จัดเวรพลัด 8 ชั่วโมงโดยจัดอัตรากำลังในรูปแบบ skill mix กำหนด                      อัตรากำลังจากค่า FTE และจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มี</p> <p>เวรเช้า พยาบาล/เวชภิบาล 9 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน                      คนงาน 1 คน</p> <p>เวรปลาย พยาบาล/เวชภิบาล 10 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน                      คนงาน 1 คน</p> <p>เวรตีง พยาบาล/เวชภิบาล 4 คน คนงาน 1 คน</p>



บุคลากร	ระบบงาน
	<p><b>4. งานป้อนข้อมูล</b></p> <p>เวทเน้า มีเลขหาแพทย์ทำหน้าที่ป้อนข้อมูลผู้ป่วย 1 คน                      เวทปาย มีเลขหาแพทย์ทำหน้าที่ป้อนข้อมูลผู้ป่วย 1 คน                      (part time)</p> <p><b>หมายเหตุ</b> ข้อดีคือการส่งเสด็จในหน่วยงานที่คาดว่าผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นโดยดูจากสถิติที่ผ่านมามี คือ ช่วง 7 วันอันตรายและ เทศกาลสงกรานต์ประจำปี เช่น งานกัลยาณิเคราะห์ งานศพและงานศพ งานฉลองศพ</p>

**ข. ปริมาณงานและทรัพยากร**

- ระบบเวชระเบียนที่ใช้ในท้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระบบป้อนข้อมูลโดยใช้ระบบ OPD card (Paper) ซึ่งเป็นรูปแบบป้อนข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะของห้องฉุกเฉิน และห้องส่งเอกซเรย์ ร่วมกันป้อนข้อมูลแบบดิจิทัลของ เติร์ปใช้โปรแกรม Hos XP
- ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ แบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้
  - เครื่องมือในภาชนะบรรจุ เช่น Monitor, Ultrasound, EKG
  - เครื่องมือในภาชนะบรรจุ เช่น Defibrillator, Pressure control, Respirator
  - อุปกรณ์และเครื่องมือทำหัตถการต่าง ๆ
- ได้มีการจัดเตรียมทั้งปริมาณและคุณภาพของอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ตลอดเวลาในระบบ OK ของทุกเวช
- มีการตรวจเช็คสอบอุปกรณ์เทคโนโลยีสูงตามระยะเวลาที่กำหนด ตามชนิดของอุปกรณ์นั้นๆ มีการ Calibrate อุปกรณ์ตามระยะเวลา และมีบันทึกการตรวจเช็ค
- มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละกลุ่ม โดยมีการทำคู่มือ และตรวจเช็คให้อุปกรณ์ใช้งานได้ตามปกติตลอดเวลา
- มีระบบสำรองของเครื่องมือที่สำคัญกับศูนย์เครื่องมือแพทย์โรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน เช่น Respirator เพื่อให้มีใช้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเพียงพอกับทุกสถานการณ์
- ด้านสถานที่ มีการปรับปรุงห้องฉุกเฉิน และห้องส่งเอกซเรย์ เดิมในปลายปีงบประมาณ 2559 โดยขยายพื้นที่ใช้สอย เพิ่มพื้นที่ประมาณ 30% และทำห้องตรวจผู้ป่วยทั่วไปแยกออกจากห้องฉุกเฉิน , สัฟฟารีนห้องแยกโรค (Negative pressure room) สำหรับผู้ป่วยที่อาจแพร่กระจายเชื้อ, ภาชนะเพิ่มชุด O<sub>2</sub> supply และ Vacuum ทางระบบ Pipeline เพิ่มขึ้นเป็น 16 ชุด ซึ่งทำให้ห้องฉุกเฉินสามารถรับผู้ป่วยเปลี่ยนนอนได้เพิ่มขึ้นประมาณ 20% และสามารถจัดเตียงผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดีเหมาะสมและสะดวกมากขึ้น



ปริมาณงานและสถิติ

1. จำนวนผู้ป่วยแยกตามอุบัติเหตุและโรค ที่มาเข้ารับบริการในและนอกเวลาทำงาน

ประเภท	ปีงบประมาณ			2560 เฉลี่ย/วัน
	2558	2559	2560	
Trauma	17,389	15,406	15,549	43
Non-trauma	47,176	43,623	53,461	146
ผู้ป่วยทั้งหมด (ER Visit)	64,565	59,029	69,010	189

จำนวนผู้ป่วยในปี 2560 เพิ่มขึ้นจากปี 2559 ถึงร้อยละ 17 อัตราส่วนของผู้ป่วย trauma: non-trauma = 1:4

2. จำนวนผู้ป่วยแยกตามระดับความรุนแรงของอาการ

ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	ปีงบประมาณ			2560 เฉลี่ย/วัน
	2558	2559	2560	
วิกฤต (resuscitation)	2,779	2,627	2,704	8
ฉุกเฉินรุนแรง(emergency)	2,961	2,962	3,884	11
ฉุกเฉินเร่งด่วน(urgency)	30,022	29,821	27,385	75
ฉุกเฉินไม่รุนแรง(semi-urgency)	21,907	19,273	28,648	78
ทั่วไป(non-urgency)	6,896	4,346	6,389	17
รวม	64,565	59,029	69,010	189

ในปี 2560 มีผู้ป่วยระดับความรุนแรงวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วนร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่ฉุกเฉินไม่รุนแรงร้อยละ 40 และมีผู้ป่วยทั่วไป เช่น มาทำแผลนอกเวลา มาขอยาเดิม ฯลฯ ร้อยละ 10 ผู้ป่วยหนัก คือ กลุ่มวิกฤตและฉุกเฉินรุนแรงเพิ่มขึ้นจากปี 2559 ร้อยละ 20

3. จำนวนผู้ป่วยแยกตามงานอื่น ๆ

งาน	ปีงบประมาณ			2560 เฉลี่ย/วัน
	2558	2559	2560	
ช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ	307	148	206	1
สังเกตอาการ	14,051	14,342	17,045	47
ประสานรับ-ส่งต่อ	NA	5,864 (9 เดือน)	16,998	46
งานนิติเวช	1,569	1,972	2,502	7

ในปี 2560 ผู้ป่วยไว้สังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นจากปี 2559 ร้อยละ 23 อาจเนื่องมาจากแผนกอายุรกรรมมีภาวะผู้ป่วยเกินจำนวนเตียงมาขอรับอย่างสม่ำเสมอ



4. สถิติโรคที่มารักษาพยาบาล

4.1 5 อันดับโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาของคลินิก

ลำดับที่	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1.	Dyspepsia	Dyspepsia	Dizziness
2.	Dizziness	Dyspepsia	Dyspepsia
3.	Acute pharyngitis	HT	Head injury
4.	HT	Abdominal pain	Abdominal pain
5.	Stroke	AGE	Acute pharyngitis

4.2 5 อันดับโรคของผู้ป่วยระดับวิกฤติที่เข้ารับการรักษาของคลินิก

ลำดับที่	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1.	Stroke	Septicemia	Septicemia
2.	UGIH	HT	Head injury
3.	Septicemia	Stroke	Stroke
4.	Hypertension	CHF	Hart failure
5.	Convulsion	Coma	COPD

5. สถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยในหน่วยงาน

ปี	5 อันดับโรคเสียชีวิตที่ ER				
	อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3	อันดับ 4	อันดับ 5
2559	Cardiac Arrest caused	Traffic Accident c Severe HI	Septic Shock	AMI	CHF
2560	Acute cardiac arrest with AMI	Traffic Accident with Severe Head Injury	Acute cardiac arrest with Septic Shock	Acute cardiac arrest with COPD with Respiratory Failure	UGIH



สาเหตุการเสียชีวิตและความผิดปกติ	2559		2560	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
พบการล้มหายของโรค	35	70	46	92
ความล้มเหลวและข้อผิดพลาดในการวินิจฉัย	5	10	1	2
ความล้มเหลวและการขาดแคลน คน ขาดเกิดเหตุ	6	12	1	2
ระหว่างทางเคลื่อนย้ายไปยังโรงพยาบาล	4	8	2	4
รวม	50	0.08	50	0.07

มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลในปี 2560 มีจำนวน 50 คน คิดเป็น 0.07% ของผู้ป่วยที่มาศึกษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด (ตัวชี้วัดโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตรวมร้อยละ 3.5%)

สรุปสาเหตุการเสียชีวิตและความผิดปกติที่พบในหน่วยงานปี 2560 พบว่า การเสียชีวิตจากการล้มหายของโรคมากที่สุดถึงร้อยละ 92 ของลงมา คือ การขาดแคลนระหว่างเคลื่อนย้ายในโรงพยาบาล ร้อยละ 4 สาเหตุเกิดจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย การติดตามอาการอย่างต่อเนื่องระหว่างส่งต่อ และการทำให้การซักถามประวัติที่ผู้ป่วยเกิดอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่แยงงที่มีข้อจำกัด เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่มาพบด้วยมีผู้ป่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เวชการฉุกเฉินร้อยละ 2 เป็นข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยพบว่าสาเหตุเกิดจากองค์ความรู้ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานและขั้นตอนการซักประวัติที่ล่าช้า และอีกร้อยละ 2 จากการขาดแคลน ขาดเกิดเหตุ เนื่องจากขาดการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มี ALS ไม่สามารถไปให้การดูแลได้ทันเวลา และอาการของผู้ป่วยรุนแรงกว่าความล่าช้าของทีม FR ที่ไปถึงก่อนได้

กระบวนการสำคัญ (key process)

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (process requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (performance indicator)
<p>1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ</p> <p>1.1 ผู้ป่วย Refer in, Refer receive</p> <p>1.2 ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ EMS (1669)</p> <p>1.3 ผู้ป่วยมาเอง (walk in)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเตรียมความพร้อมก่อนนำส่ง</li> <li>- การทำให้การซักถามเบื้องต้นที่ถูกต้องและเหมาะสม</li> <li>- การป้องกันและดูแลระหว่างนำส่งให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีการระงับการช่วยเหลือ</li> <li>- การประสานงานและจัดส่งส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสม</li> <li>- เพิ่มโอกาสการช่วยเหลือชีวิต</li> <li>- ลดการระงับการช่วยเหลือ</li> <li>- การซักประวัติผู้ป่วยด้วยทีม EMS ที่เหมาะสม</li> <li>- ผู้รับบริการได้รู้ความพึงพอใจ</li> <li>- ให้บริการอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน</li> <li>- ได้รับความพึงพอใจและรวดเร็ว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อนุมัติการดูแลผู้ป่วยในต้นทาง</li> <li>- ประสานงาน, การให้ข้อมูลระหว่างทางส่งต่อผู้ป่วย, การเตรียมความพร้อม</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินที่มารับด้วยระบบ EMS</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินที่มารับด้วยระบบ EMS</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินที่มารับด้วยระบบ EMS</li> <li>- ได้รับความพึงพอใจของผู้รับบริการ</li> </ul>



กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (process requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (performance indicator)
<p><b>2.การรับผู้ป่วย</b></p> <p>2.1การดูแลเบื้องต้นผู้ป่วย</p> <p>2.2การคัดกรองเบื้องต้น (triage)</p>	<p>-ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้าย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>-การคัดกรองผู้ป่วยแยกตามระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับเพื่อให้ได้รับผู้ป่วยที่ปรึกษาที่เหมาะสม</p>	<p>- การเกิดข้อบกพร่องของระบบส่งต่อผู้ป่วยใน ความรุนแรงระดับ 1-6 ไม่เกิน 20 ครั้ง/วัน ผู้รับบริการ</p> <p>- อุบัติการณ์ความผิดปกติในเกณฑ์คัดกรอง แยกระดับความรุนแรง over-under triage</p> <p>- ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉิน มากี่ไม่เกิน 4 นาที</p>
<p><b>3.การประเมินผู้ป่วย</b></p> <p>3.1การประเมินระดับ</p> <p>3.2การสังเกตพฤติกรรม</p> <p>3.3การวินิจฉัยโรค</p>	<p>- ตชชและประเมินอาการผู้ป่วยโดยไม่ล่าช้า อย่างเหมาะสมตามระดับความรุนแรง</p> <p>- ข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้องครบถ้วน</p> <p>- การสังเกตพฤติกรรมที่เข้าเป็นและเหมาะสม ต่ออาการของผู้ป่วย</p> <p>- การวินิจฉัยโรคและลงบันทึกอย่างถูกต้อง</p>	<p>- ความครบถ้วนของบันทึกทางการแพทย์ <math>\geq 80\%</math></p> <p>- อุบัติการณ์การสังเกตพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจาก การพยาบาล</p> <p>- มีผู้ป่วยพบภาวะเป็นไปตามระยะเวลา อย่างต่อเนื่อง</p>
<p><b>4.การดูแลผู้ป่วย</b></p> <p>4.1การให้การรักษาในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต</p> <p>4.2การให้การรักษาในผู้ป่วย เฉพาะโรคที่มีความเสี่ยงและ ฉุกเฉินตายสูง</p>	<p>- ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการรักษาแก้ไขอย่าง ถูกต้องและทันเวลาที่</p> <p>- การช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>- มีผู้ป่วยประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมตามระดับความรุนแรง</p> <p>- Fast track STEMI</p> <p>- Fast track stroke</p> <p>- Sepsis care bundles</p> <p>- Pneumonia protocol</p> <p>- Fast track trauma</p>	<p>- ระยะเวลาของผู้ป่วยฉุกเฉินมากี่ได้รับ การแก้ไขภาวะฉุกเฉินมากี่ใน 4 นาที = 100%</p> <p>- อัตราความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ <math>\geq 50\%</math></p> <p>- อัตราการรู้เ็นแบบบันทึกอาการผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต</p> <p>- Door to needle time <math>\leq 30</math> นาที <math>&gt; 50\%</math></p> <p>- Door to stroke unit <math>\leq 1</math> ชม</p> <p>- อัตราจำนวนผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock ที่ได้รับครบ 6 bundles</p> <p>- อัตราจำนวนผู้ป่วยที่ปฏิบัติตาม protocol</p> <p>- door to OR time <math>\leq 30</math> นาที</p>





กระบวนการที่สำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (process requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (performance indicator)
<p>4.3 การทำให้การศึกษามีคุณภาพ</p> <p>มีเมตริกที่ผู้เกี่ยวข้องที่เอาใจใส่ไม่รุนแรง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบในระยะเวลาที่เหมาะสม</li> <li>- ผู้เกี่ยวข้องได้รู้ขีดความสามารถของข้อจำกัดการให้การศึกษา</li> <li>- การวินิจฉัยข้อผิดพลาดและการศึกษาได้ติดตามมาตามขั้นตอน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลาที่คอยของผู้เกี่ยวข้องตามกลุ่มระดับความรุนแรง</li> <li>- ความพึงพอใจของผู้รับการศึกษา</li> <li>- อัตราการกลับมาศึกษาซ้ำของผู้เกี่ยวข้องหลังเข้ารับภายใน 72 ชั่วโมง</li> </ul>
<p>5. การส่งต่อผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยและหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลด้วยความปลอดภัยและไม่มีการระงับการสื่อสาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเกิดข้อบกพร่องขณะส่งต่อผู้ป่วยใน ความรุนแรงระดับ 1-6 ไม่เกิน 20 ครั้ง/วัน ผู้รับการศึกษา</li> </ul>
<p>6. การจำหน่ายผู้ป่วย</p>		
<p>6.1 เจ้าหน้าที่พยาบาลดูแล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาผู้ป่วยและการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย</li> <li>- ผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการกลับมาศึกษาซ้ำของผู้เกี่ยวข้องหลังจำหน่ายใน 72 ชั่วโมง</li> </ul>
<p>6.2 การปฏิบัติตามการศึกษา</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลและแผนการศึกษาอย่างครบถ้วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อนุมัติการนัดหรือส่งเสียมาศึกษาให้การศึกษา</li> <li>- อนุมัติการนัดความเสี่ยงเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย</li> </ul>
<p>6.3 การดูแลผู้ป่วยเสียชีวิต และครอบครัว</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้รับการศึกษาอย่างเหมาะสม คดีและญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเสียชีวิตและขั้นตอนการดำเนินการเกี่ยวกับศพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อนุมัติการนัดความเสี่ยงทางสิทธิผู้ป่วยและสิทธิชุมชนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเสียชีวิตและครอบครัว</li> </ul>
<p>7. การดูแลคุณภาพ</p>		
<p>7.1 การประเมินคุณภาพทางพยาบาล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้ปฏิบัติตามและบันทึกตามมาตรฐานกระบวนการทางพยาบาลทุกสาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความพึงพอใจของประเมินคุณภาพทางพยาบาล <math>\geq 80\%</math></li> </ul>
<p>7.2 การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันตามศักยภาพและมาตรฐาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อนุมัติการนัดความเสี่ยงทางสิทธิผู้ป่วยและสิทธิชุมชน</li> <li>- ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมการศึกษาซ้ำ</li> </ul>
<p>7.3 การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับการศึกษาใหม่และภายนอก</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลย้อนกลับจากผู้รับการศึกษาทั้งหมด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้รับการศึกษา <math>\geq 80\%</math></li> </ul>
<p>7.4 การฝึกอบรม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อหาบทเรียนและเพิ่มพูนความรู้ เจ้าหน้าที่ใหม่และเจ้าหน้าที่ประจำการให้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรทางพยาบาลได้ปฏิบัติตามเพิ่มพูนความรู้และทักษะ 10 วัน/คน/ปี มากกว่าร้อยละ 80</li> <li>- ระยะเวลาของผลการประเมินสมรรถนะที่พัฒนาตามเกณฑ์ <math>\geq 80\%</math></li> </ul>



**ตัวชี้วัด ผลการดำเนินงาน (performance indicator)**

ชื่อชี้วัด/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
1. ผู้ป่วยฉุกเฉินมาที่ห้องฉุกเฉินภายใน 4 นาที	100%	93.3	95.0	100
2. ความพึงพอใจในบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน	≥ 50%	60.5	53.5	57.1
3. อัตราการขาดบริการฉุกเฉินใน 72 ชั่วโมง	≤ 1%	0.05	0.03	0.04
4. ความพึงพอใจของพนักงานเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์	≥ 80%	83.8	82.8	81.8
5. ระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ	≥ 80%	78.6	74.2	76.1

**1. ผู้ป่วยฉุกเฉินมาที่ห้องฉุกเฉินภายใน 4 นาที (100%)**

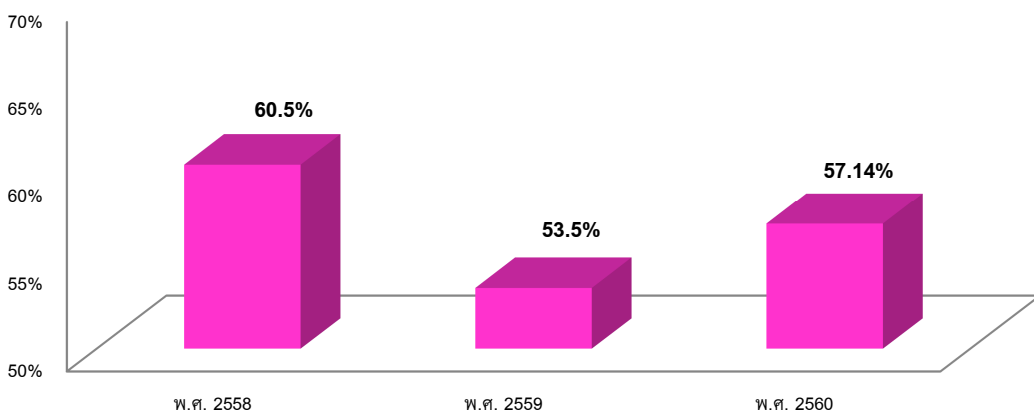
**ผลสัมฤทธิ์ :** ผู้ป่วยฉุกเฉินมาที่ห้องฉุกเฉินภายใน 4 นาที ได้ 96.5 ไม่ได้ตามเป้าหมาย

**ผลการวิเคราะห์ :** พบว่ามีพยาบาลเข้าดูแลผู้ป่วยหนักตั้งแต่จุดคัดกรอง และนำผู้ป่วยเข้าแก้ไขในห้องฉุกเฉิน แต่การส่งพนักงานเจ้าหน้าที่ในมาทำให้การพยาบาลซึ่งมีความจำเป็นต้องมาลงเวลาหลังจากรักษาเสร็จสิ้นผู้ป่วยจึงทำให้เวลาที่ส่งในแบบบันทึกคลาดเคลื่อน ไม่ครบถ้วน

**ทิศทางชมและทางแก้ไข :** มีกำหนดการและนิเทศทุกภาคซึ่งมีการประชุม ward ห้องฉุกเฉิน พนักงานเจ้าหน้าที่ในมาทำให้การพยาบาลในแบบบันทึกทางการแพทย์ทำให้ครบถ้วนตั้งแต่เวลาที่มาขอการประเมินผลผู้ป่วย และเวลาทำการคัดกรอง

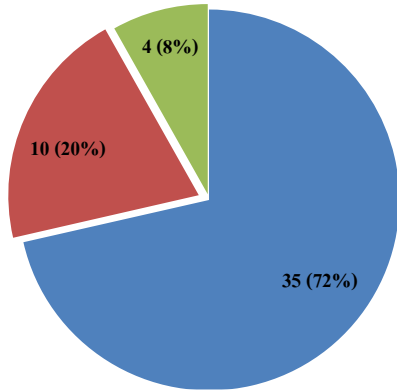
**2. ความพึงพอใจในบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน (ผู้ป่วยมีชีพขาดบริการและวัดความดันโลหิตได้) มากกว่าร้อยละ 50**

ความสำเร็จของการฟื้นคืนชีพ





**ความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพปี 2560**



- ผู้ป่วยที่มีชีพจรกลับมาเองและสัญญาณชีพจรคงที่ > 50%
- ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมากกว่า 24 ชม.และรับไว้ในหอผู้ป่วย > 50%
- จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตกลับบ้าน

**ผลลัพธ์ :** ความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพได้ 57.1 ได้ตามเป้าหมาย

**ผลการวิเคราะห์ :** ความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพในปี 2560 เปรียบเทียบกับปี 2559 แต่พบว่า การขอต่อชีวิตในหอผู้ป่วยและขอต่อชีวิตของกลับบ้านมีอัตราที่ต่ำ อาศัยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะขาดเลือดหรือหัวใจหยุดเต้น หรือขาดการประสานงานของบุคลากรที่ห้องฉุกเฉินได้

**กิจกรรมและภาวะแก้ไข :**

1. วิเคราะห์ปัญหาจากกรณี เพื่อนำมาผลที่ได้ไปพัฒนาตามปัญหาที่แท้จริง
2. ส่งเสริมให้บุคลากรเพิ่มศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจและเน้นย้ำในมาตรฐานผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจหยุดเต้นหรือขาดเลือดในภาวะวิกฤตอย่างใกล้ชิด ตามแนวทางมาตรฐานผู้ป่วยและ ระบบ Fast Track ของแต่ละ PCT เพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที ป้องกันภาวะ cardiac arrest
3. จัดให้สัมฤทธิ์ภาวะการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นสัมฤทธิ์เฉพาะ (specific competency) ในหน่วยงาน โดยเพิ่มพูนความรู้และทักษะครบ 100%ทุกปีและมีระบบการประเมินจนผ่าน
4. พัฒนาแผนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ที่สอดคล้องกับภาวะที่แท้จริงและเข้าเป็นบริษัท โดยใส่กระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ

**3. อัตราการกลับมาชีพจรภายใน 72 ชั่วโมง(ไม่เกิน 1%)**

**ผลลัพธ์ :** ในปี 2560 มีผู้ป่วยมาตชวชซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง = 0.04 % ได้ตามเป้าหมาย

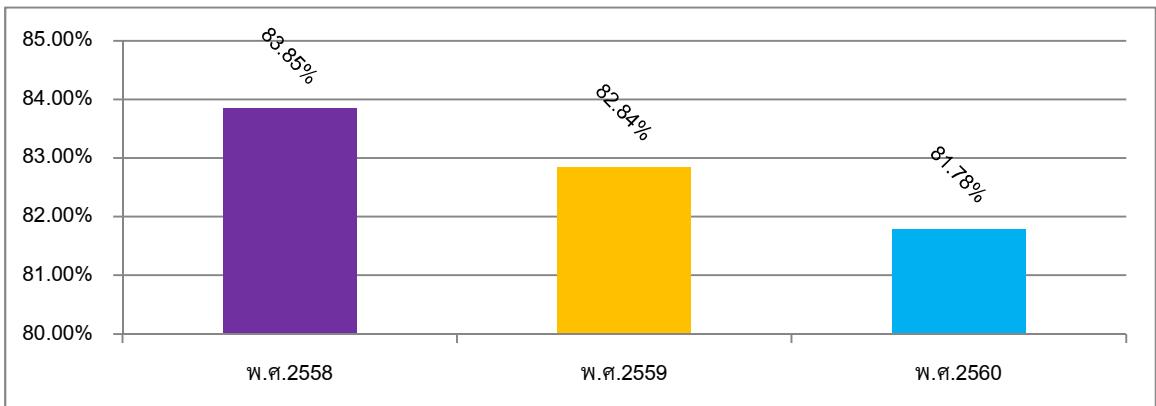
**ผลการวิเคราะห์ :** ในปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยมาตชวชซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง ทั้งหมดจำนวน 34 ราย จากผู้มาเข้ารับบริการที่แพทย์ส่งให้กลับบ้านทั้งหมด จำนวน 69,017 ราย คิดเป็น 0.04% ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดโดยมีโรคที่มากที่สุดได้แก่ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร (50.00%) มีผู้ป่วยที่กลับมาตชวชซ้ำต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 52.94% สาเหตุของการกลับมาตชวชซ้ำเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงขึ้น 100 %



**กิจกรรมและภาระงานแก้ไข :**

1. มีแนวทางการปฏิบัติให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่มาจากสัตว์ซึ่งพบบ่อยทั้งให้ผ่านเว็บไซต์และแนะนำโรคต่างๆ เช่น การปฏิบัติทางสัตวแพทย์และการใช้สูง ขู่ฆ่าหรือช่วงโดยขอผ่านเว็บไซต์ของโรคต่างๆ ๆ งามผ่านกลุ่มผู้ศึกษา งามกลุ่มงานเวชการสังคม
2. ประเมินอาการที่มาจากสัตว์ซึ่งพบบ่อยทั้งอธิบายพยาธิสภาพของโรคที่มีโอกาสรุนแรงซึ่งไม่ได้เมื่อผู้ป่วย กลับมาตรวจซ้ำอีก
3. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องสังเกตอาการหลังได้รับยาที่ปรึกษาจากแพทย์เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้ติดตาม เพื่อพบแพทย์หากมีอาการ หรือมีอาการให้ส่งน้ำแก่ผู้ป่วยเพื่อให้อาการผู้ป่วยทุเลาและป้องกันโอกาสที่ผู้ป่วย จะกลับมาตรวจซ้ำอีก
4. ทำการตรวจเพิ่มเติมจาก แพทย์ หากอาการไม่ทุเลาหรือเป็นรุนแรงมาขึ้นนัดหมายให้ผู้ป่วย นอน โรงพยาบาล เพื่อทำการรักษาและทำการตรวจอย่างละเอียดอีกครั้ง
5. หากผู้ป่วยไม่สะดวกจะนอนโรงพยาบาลแนะนำให้ผู้นัดผู้ป่วยมาตรวจในวันเวลาว่างหากมีอาการ แพทย์เฉพาะทางของโรคอีกครั้ง

**4. ความคลุมเครือของความรู้ในทิศทางภาวะสุขภาพ (มากกว่าร้อยละ 80)**



**ผลลัพธ์ :** คุณภาพการรับรู้ในทิศทางภาวะสุขภาพได้ = 81.78 % ได้ตามเป้าหมาย

**ผลการวิเคราะห์ :** คะแนนของคุณภาพการรับรู้ในทิศทางภาวะสุขภาพในปี 2560 เพิ่มขึ้น 1 ด้าน คือ การวินิจฉัยภาวะสุขภาพ ในส่วนที่ลดลง 3 ด้านคือการประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติภาวะสุขภาพ และ การประเมินผลดูแลต่อเนื่อง แต่ตัววิเคราะห์ในแต่ละหัวข้อจะพบว่า หัวข้อการประเมินผลดูแลต่อเนื่องยังได้ คะแนนต่ำกว่า 80 % ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ดังตาราง

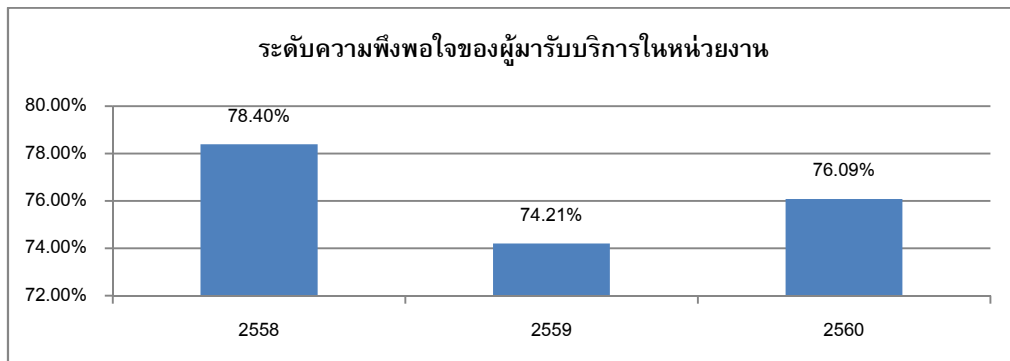
ประเภทภาวะสุขภาพ	พ.ศ.2558	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560
การประเมินผู้ป่วย	88.74%	85.33%	82.83%
การวินิจฉัยภาวะสุขภาพ	78.96%	76.86%	81.12%
การปฏิบัติภาวะสุขภาพ	73.52%	82.05%	79.77%
การประเมินผลดูแลต่อเนื่อง	71.33%	76.11%	76.39%



**กิจกรรมและภาระงาน :**

1. กำหนดเป็นสมมุติฐานหลักของหน่วยงาน
2. ใช้ระบบ Audition พรีซ้อมภาระงาน feed back
3. ทบทวนภาระงานประจำปีกับทีมงานทางพยาบาล โดยเน้นย้ำในเรื่อง กิจกรรมภาระงานพยาบาล, ภาระประเมินผลพยาบาล, ภาระประเมินผลภาระงานที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วย
4. ปรับปรุงรูปแบบประจำปีกับทีมงานพยาบาลเพิ่มเติมในส่วนการประเมินผู้ป่วย (MEWS) ประสิทธิภาพผู้ป่วย (โดยดูประสิทธิภาพการปฏิบัติวิชาชีพ) และภาระงานวิชาชีพทางพยาบาล
5. จัดทำแบบประเมินประจำปีกับทีมงานพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบ เพื่อให้คัดกรองของผู้ป่วยปอดอักเสบ
6. มีภาระงานทบทวนและนิเทศทุกครั้งที่มีการประชุม ward เรื่องการลงบันทึกกับทีมงานพยาบาลในรูปแบบบันทึกภาระงาน พยาบาลให้ครบถ้วนตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติตามภาระงานพยาบาล ประเมินผลที่สอดคล้องกับกิจกรรมทางพยาบาลและความสำเร็จของงานประเมิน

**5. ระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการในหน่วยงานไม่น้อยกว่า 80%**



**ผลลัพธ์ :** ในปี 2560 พบว่า ระดับความพึงพอใจเฉลี่ย = 76.09% ไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่เพิ่มขึ้นมากกว่าปี 2559

**ผลการวิเคราะห์ :** 3 อันดับที่ได้คะแนนมาก ได้แก่ ความเหมาะสมในภาชนะต่าง ๆ บุคลิก ลักษณะท่าทางของผู้ให้บริการ = 79.15% ความเต็มใจและยินยอมมาช่วยกันในการให้บริการ = 78.42% ความเพียงพอของชุด/ห่อของบริการ = 77.70% 3 อันดับที่ได้คะแนนน้อย ได้แก่ ได้ช่วยบริการที่ตรงตามความต้องการ = 73.58% ภาชนะเปิดหุ้มป้องกันเชื้อโรคที่ให้บริการ เช่น กล่องรับความชื้น/แบบสลิปตาม = 74.06% ความรวดเร็วในการให้บริการ มีความเหมาะสม = 74.67%

**กิจกรรมและภาระงาน :** ปรับปรุงการบริการในหัวข้อที่ได้คะแนนน้อย ดังนี้

1. จัดการบริการให้ครอบคลุมเพื่อให้ตรงต่อความต้องการของผู้ป่วย
2. จัดให้มีการส่งเสริมความพึงพอใจในหน้าห้องฉุกเฉิน มีการทำ QRcode แบบสลิปตามประเมินความพึงพอใจติดตามสถานที่ต่าง ๆ ภายในห้องฉุกเฉินเพื่อให้สะดวกต่อการแสดงความคิดเห็น
3. มีการจัดอันดับการส่งเสริมขึ้นในเวชระเบียนและป้าย มีการเพิ่มอัตราค่าสิ่งใหม่แก่บุคลากรต่าง ๆ รวมถึงแพทย์ผู้ตรวจด้วยเพื่อให้เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยลดระยะเวลาในการตรวจ



งานเฉพาะด้าน

1. อุปกรณ์การดูแลสุขภาพเสียง

ผลลัพธ์ : ในปี 2560 มี การเกิดอุบัติเหตุการดูแลสุขภาพเสียงในไปรษณีย์ของหน่วยงานสุขภาพเสียงทั้งหมด 959 ครั้ง ซึ่งเพิ่มมาจากรายปี 2559 ถึง 3 เท่า เป็นผลมาจากเสียงทางคลินิกที่มากขึ้นของเสียงจากเครื่องเล่นเสียงดัง การขาดการดูแลสุขภาพเสียงระดับชุมชน และพบผลตรวจระดับชุมชน 7 - 9 ทั้งหมด 5 ครั้ง เป็นผลมาจากเสียงทางคลินิกทั้งหมด ดังตาราง

ประเภทผลสุขภาพเสียง	ระดับความรุนแรง ( ครั้ง )			ปี 2560 (รวม)	ปี 2559
	ระดับ 1-2	ระดับ 3-6	ระดับ 7-9		
1. เครื่องเล่นเสียงทางคลินิกที่เสียงแฉะตลอดเวลา และความปลอดภัย	6	5	0	11	5
2. อากาศภายใน	1	1	0	2	3
3. เสียงที่ผู้เกี่ยวข้องและชุมชน	29	20	0	49	10
4. ความปลอดภัยเสียงในทางกาย	7	15	0	22	29
5. ความเสียงทางคลินิก	288	152	5	455	115
6. ความเสียงด้านสุขภาพ	335	85	0	420	112
<b>รวม</b>				<b>959</b>	<b>274</b>

ผลการวิเคราะห์ : ปัญหาการดูแลสุขภาพเสียงที่มีจำนวนมากรายปี 2559 เกิดจากอุบัติเหตุการดูแลสุขภาพเสียงเมื่อสิ้นปี 2559 พบว่า มีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง ในทุก ๆ หน่วยงาน ผู้บริหารของหน่วยงานบางหน่วยงานมีนโยบายเน้นย้ำในเรื่องของการดูแลสุขภาพเสียง เพื่อให้เกิดขึ้นน้อยลง นำไปใช้ในทางที่ผิดมาตลอดมาของหน่วยงานในอุบัติเหตุการดูแลสุขภาพเสียงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากเสียงที่มีผลตรวจระดับ 7 - 9 จำนวน 5 ครั้ง เป็นผลมาจากเสียงทางคลินิกทั้งหมด ซึ่งมีภาวะสุขภาพจิต และทำให้ผู้เกี่ยวข้องเสียสุขภาพจิตโดยไม่ได้คาดหมายไว้ล่วงหน้า ถือเป็นอุบัติเหตุการดูแลสุขภาพที่สำคัญมาก ต้องมีการทำ RCA เพื่อหาสาเหตุและประหลุมเพื่อหาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุการดูแลสุขภาพ มีหลายสาเหตุดังตาราง

อุบัติเหตุการดูแลสุขภาพเสียงที่มีผลตรวจระดับ 7 - 9	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ระดับความรุนแรงระดับ 7 ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับความปลอดภัยของเสียง	3	0	2
ระดับความรุนแรงระดับ 8 ข้อผิดพลาดในการฟังหรือดูและสัญญาณเสียง	1	2	2
ระดับความรุนแรงระดับ 9 ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับความปลอดภัยของเสียงต้นและขั้นตอนความปลอดภัย	2	0	1
<b>รวม</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>5</b>



**1.1 โศกนาฏกรรมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม :** พบอุบัติเหตุทางถนน ชุมชนระหว่างระดับ 1- 6 จำนวน 11 ครั้ง

1.1.1 มีภาวะและภาวะวิกฤตระหว่างผู้มาซื้อสินค้า และมีการซื้อสินค้าเข้ามาภายในโครงการภายใน จำนวน 3 ครั้ง

**กิจการชุมชนและภาคแก้ไข :** มีการปรับปรุงการควบคุมความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ และผู้ปฏิบัติงานตามกฎ กฏหมาย ทั้งจากภาคผู้ดำเนินการตามกฏหมายใน ชุม และจากภาคผู้จำหน่ายที่เข้ามาใน ชุม โดยปรับปรุงเปลี่ยนสถานที่ ระบบการดูแล และมีแนวทางการจัดเจ้าหน้าที่มาดูแลสถานที่ตามมาตรฐานเมื่อเกิดเหตุ

1.1.2 ไฟฟ้าดับ / น้ำประปาไม่ไหล จำนวนรวม 4 ครั้ง

**กิจการชุมชนและภาคแก้ไข :** มีระบบไฟส่องสว่างฉุกเฉินและระบบการดูแลอุปกรณ์เครื่องใช้ แยกสาย/วงจรกันตามจุดไฟฟ้าดับมานานเกิน 1 ชม. มีระบบสำรองน้ำไว้

1.1.3 กิ่งขยะอันตรายติดไฟ / มีสิ่งของติดไปกับฟ้าส่งซัก จำนวนรวมทั้งหมด 3 ครั้ง

**กิจการชุมชนและภาคแก้ไข :** ทบทวนความถี่ นิเทศเจ้าหน้าที่ พยายามทั้งทบทวนแนวทาง ปฏิบัติการที่จะช่วยให้ถูกต้อง

**1.2 ทรัพย์สินหาย :** พบอุบัติเหตุทางถนน ชุมชนระหว่างระดับ 1 - 6 จำนวน 2 ครั้ง คือ เจ้าหน้าที่ได้ซื้อ อุปกรณ์เหตุ/บาดเจ็บจากการทำงาน/เริ่มที่มูลค่า 1 ครั้ง และนำทรัพย์สินของตู้ปวงรถตู้เข้ามาเข้าตาเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง

**กิจการชุมชนและภาคแก้ไข :** ดำเนินการตามแนวทางความปลอดภัยเจ้าหน้าที่ได้ซื้ออุปกรณ์เหตุจาก การทำงาน และเมื่อเกิดกับเจ้าหน้าที่รายใหม่ จึงเน้นระบบแจ้งเตือนให้มีการซื้อให้ครบถ้วน และฝึก ปฏิบัติงาน และประเมินอย่างถี่

**1.3 สิทธิผู้บริโภคและสิทธิชุมชน :** พบอุบัติเหตุทางถนนผู้มาซื้อสินค้าไม่ได้รับสินค้าจากไม่สอดคล้อง จำนวน 159 คนโดยในปี 2560 มีผู้มาซื้อสินค้าเพิ่มขึ้นประมาณ 10,000 คน ซึ่งร้อยละ 20 ทำให้เกิด ความไม่พอใจและขอชดเชย

**กิจการชุมชนและภาคแก้ไข :** เติมข้อบกพร่องทั้งแพคเกจและพยานหลักฐาน เติมช่องทางการสื่อสาร ทำความเข้าใจกับผู้มาซื้อสินค้า เน้นย้ำ นิเทศพนักงานปฏิบัติงาน

**1.4 ความปลอดภัยสื่อออนไลน์ :** พบอุบัติเหตุทางถนน 42 ครั้ง ได้แก่

ความปลอดภัยสื่อออนไลน์	ระดับความรุนแรง ( ครั้ง )			ปี 2560	ปี 2559
	ระดับ 1 - 2	ระดับ 3 - 6	ระดับ 7 - 9		
ข้อผิดพลาดในมาตรฐาน	6	7	0	13	18
ข้อผิดพลาดในมาตรฐาน / ปัญหาอื่นๆ	7	14	0	21	8
ข้อผิดพลาดในมาตรฐาน / ปัญหาอื่นๆ / ค่าใช้จ่าย	2	3	0	5	1
ผู้รับคำสั่งผิดพลาด	1	1	0	2	1
ข้อผิดพลาดในมาตรฐานปัญหาอื่นๆ HAD	0	1	0	1	1
<b>รวม</b>				<b>42</b>	<b>29</b>



**ทิศทางชมและทางแก้ไข :**

1. ตทวรสลอบการส่งจ่ายยาของแพทย์อีกครึ่งหนึ่งไปชดเชย Hos - XP อีกครึ่งก่อนนัดยาให้ผู้ป่วยและจำหน่ายผู้ป่วยว่าครบตามคำสั่งใน OPD card หรือไม่ alert drug วัฏปฏิบัติเกี่ยวกับทางส่งจ่ายยาให้แพทย์ให้ผู้ป่วยทางสหวิชาชีพระบบยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. พัฒนาระบบรณการเบิกจ่ายยาของแพทย์ เพื่อให้มีปริมาณที่เพียงพอใน Stock ยา และสามารถตรวจรับยาได้ทัน มีแพทย์ให้หรือหายไปไหน หาก Stock ยาได้ ลดการส่งจ่ายยาที่ผิดพลาด และสหวิชาชีพของเจ้าหน้าที่พยาบาล

**1.5 ทางคลินิก :** พบอุบัติเหตุทางนี้ ข้อผิดพลาดในทางเข้าหรือส่ง/ดูแลรักษาทั่วไป ชุมแขวงระดับ 3 - 6 จำนวน 29 ครั้ง ระดับ 8 จำนวน 1 ครั้ง ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับทางคัดกรองเบื้องต้นและขั้นตอนการคัดกรอง ชุมแขวงระดับ 3 - 6 จำนวน 41 ครั้ง ระดับ 9 จำนวน 1 ครั้ง ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ชุมแขวงระดับ 3 - 6 จำนวน 25 ครั้ง ชุมแขวงระดับ 7 จำนวน 2 ครั้ง ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับทางคัดกรองภาวะแพ้ยา/ตรวจพบภาวะวิกฤตของผู้ป่วยสำเร็จ ชุมแขวงระดับ 9 จำนวน 1 ครั้ง

**ทิศทางชมและทางแก้ไขปัญหา :**

1. เพิ่มความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่ในโรคฉุกเฉินที่พบบ่อย และโรคที่ต้อองเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง
2. กำหนดให้ ทางคัดกรองของ ทางดูแลผู้ป่วยเคลื่อนย้าย ทางทำ CPR ทางดูแลผู้ป่วย Fast tract เป็น Specific competency ของหน่วยงาน พสมพสาขานี้ระบบพยาบาลที่เลี้ยง
3. คำนวณภาระงาน หากค่า FTE นำเสนอกลุ่มภาวะพยาบาลเพื่อขออัตราจ้างเพิ่ม
4. จัดอัตราจ้างแต่ละเวช แต่ละ Zone แบบ skill mix

**1.6 ความเสี่ยงทั่วไป:** พบอุบัติเหตุทางนี้ข้อผิดพลาดในทางบันทึกข้อมูลพื้นฐานข้อมูลและทางบันทึกเวชระเบียน ชุมแขวงระดับ 1- 2 จำนวน 175 ครั้ง ชุมแขวงระดับ 3 จำนวน 9 ครั้ง ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับทางสื่อสารทั่วไป ชุมแขวงระดับ 2 จำนวน 4 ครั้ง ชุมแขวงระดับ 3 จำนวน 18 ครั้ง ชุมแขวงระดับ 4 จำนวน 1 ครั้ง

**ทิศทางชมและทางแก้ไขปัญหา :**

1. ทบทวนหาข้อผิดพลาดของทางบันทึกข้อมูลต่างๆในเวชระเบียน แล้วแจ้งเจ้าหน้าที่ที่บันทึกข้อมูล ถึงจุดที่เกิดความผิดพลาดบ่อยครั้ง เช่น ทางบันทึกบาตแผล ทางส่งข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย เช่น ทางแพทย์ ทางเซ็นหรือรับคำสั่งแพทย์
2. ตรวจตรวจสลอบเอกสารในแบบบันทึกทางคัดกรองทุกครึ่งก่อนให้ผู้ป่วย ว่าข้อมูลพื้นฐานที่บันทึกไปครบถ้วนถูกต้อง คิดค่าปฏิบัติงานครบถ้วนหรือไม่
3. ติดตามผลคะแนนของทางบันทึกทางภาวะพยาบาลว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ถ้าไม่จัดประชุมชี้แจงเพื่อหาแนวทางทบทวนทางบันทึกที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ที่มีผลทางบันทึกทางภาวะพยาบาลในคะแนนระดับต่ำกว่าเกณฑ์
4. จัดทำไปบประสานงานในกรณีนี้ให้ผู้ป่วยไปติดตามตามแผนกต่างๆ และสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในแต่ละแผนก กรณีส่งผู้ป่วยไปยังแผนกต่างๆภายในโรงพยาบาล





## 2. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงและอัตราตายสูง

2.1 ระบบทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ (Trauma Fast Track): ลักษณะของ กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าระบบเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายได้แก่ Multiple Injury with Unstable V/S, Penetrating chest or abdomen with unstable V/S, Open wound with active bleeding (ตัวชี้วัด:1) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนถึงห้องผ่าตัด ไม่เกิน 30 นาที (2) อัตราการรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น 50 %

ตัวชี้วัด	2558	2559	2560
จำนวนผู้ป่วย FT trauma	13	6	7
ร้อยละผู้ป่วยที่มีระยะเวลาจาก ER ไป OR < 30 นาที	7.7 (58.5 นาที)	0 (61.5 นาที)	0 (68.7 นาที)
อัตราการรอดชีวิต	69.2 (9 คน)	83.3 (5 คน)	71.4 (5 คน)

### ปัญหาและการแก้ไข

1. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าระบบ Trauma Fast Track มีน้อย เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยมี Head injury ร่วมด้วย หรือ มีปัญหาแพทย์ศัลยกรรมติดการผ่าตัดผู้ป่วยรายอื่นอยู่ จึงทำให้ไม่ส่งมาขอเข้าระบบ Fast track ได้

2. ระยะเวลาจาก ER ไป OR ไม่ส่งมาขอผ่าตัดภายใน 30 นาทีในทุกๆสัปดาห์ เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง ER จนถึงเวลา set Fast track ใช้เวลามากกว่า 30 นาทีทุกสัปดาห์ และพบว่าใช้เวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง 4 ราย (57.1%) มี 2 ราย (28.6%) นอกจากนั้นยังมี 1 รายที่ใช้เวลาในการผ่าตัดสิ้นใจ set Fast track มากกว่า 2 ชั่วโมง (132 นาที)

ควรนำข้อมูลเข้า PCT ศัลยกรรม เพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบ

## 2.2 ระบบทางด่วนสำหรับผู้ป่วย STEMI (Fast track STEMI)

ตัวชี้วัด	2558	2559	2560
1. จำนวน Case STEMI ทั้งหมดที่มาเข้ารับบริการที่ ER	61	39	30
2. จำนวน Case ที่ได้รับยา SK ที่ ER	30	27	19
3. ระยะเวลาเริ่มหน้าออกจนได้ยา SK < 30 นาที	-	-	51 นาที
4. อัตราการตาย < 10%	-	-	8.11%



**ปัญหาและภาวะแทรกซ้อน**

1. ขั้นตอนมีภาวะสงสัยว่าไม่ใช่ STEMI ที่ได้ยา SK ขาก ๗๗๗. หนี้อย่างไม่ได้ยา แต่ให้ส่งคนไข้ขึ้น ICU med ได้เลย โดยไม่ต้องเข้ามาประชุมใน ER
2. สืบค้นในเครื่องภาพทำแฟ้มประวัติคนไข้ ในภาคนี้ที่คนไข้ ได้ยา SK ขาก ๗๗๗. แล้วให้ส่งคนไข้ขึ้น ICU med ได้เลย โดยไม่ต้องเข้ามาประชุมใน ER
3. Delay consult ภาวะปรึกษาแพทย์ล่าช้ารวมถึงแพทย์เฉพาะทาง( แพทย์ใช้ทุนไม่เข้าระบบ consult STEMI และตัดลิ้นหัวใจ consult เองโดยไม่แต่แจ้งทีม)

**แนวทางภาวะแทรกซ้อน**

1. ทบทวนแนวทางการปฏิบัติของคนไข้ STEMI ที่ได้ยา SK ขาก ๗๗๗. หนี้อย่างไม่ได้ยา แต่ให้ส่งคนไข้ขึ้น ICU med ได้เลย โดยไม่ต้องเข้ามาประชุมใน ER
2. ทบทวนระบบการ consult ซึ่งใน พ.ศ. 2558 เปลี่ยนเป็นทาง Line Application มีภาพโทรทัศน์ที่ประสานงานจากห้องฉุกเฉินส่งภาพทาง Line และแจ้งในที่ประชุม PCT med เพื่อสรุปหาปัญหา และหาทางแก้ไข

**2.3 ระบบทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันเฉียบพลัน (Stroke Fast Track)**

ข้อมูล	2558	2559	2560
จำนวน case Stroke Fast Track ทั้งหมดที่มาขรับบริการ ER	188	162	201
จำนวน case Ischemic Stroke Fast Track ที่ได้รับยา rt-PA	23 (12.2%)	24 (14.8%)	34 (23%)
เวลาเฉลี่ย Door to CT (<10 นาที)		14 นาที	10 นาที
เวลาเฉลี่ย Door to stroke unit (<3 ชั่วโมง)		27 นาที	24 นาที

สรุปผลการทำงานประจำปี 2560 มีผู้ป่วยเข้าระบบ Stroke Fast Track 201 ราย และได้ยา rt-PA 34 ราย ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกระบวนการทั้งหมดที่มองว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติได้ตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ และมีภาพพัฒนาขั้นตอนให้ใช้เวลาที่น้อยกว่าปี 2559

**ปัญหาและภาวะแทรกซ้อน**

1. ปรับปรุงคุณภาพการส่ง lab เมื่อเจาะเลือดได้ให้ส่ง lab ทางเคหะของ Tempus ทันทีพร้อมทั้งแจ้งห้อง lab โดยไม่ต้องผล CT เป็นมาตรฐานขั้นตอนแบบคู่ขนาน เพื่อลดระยะเวลา
2. จัดประวัติไม่ชัดเจนไม่ครอบคลุม on set ระยะเวลาไม่ตรงกัน วิเคราะห์ปัญหาพบในเจ้าหน้าที่ใหม่ จึงแก้ปัญหาโดยทบทวนระบบพี่เลี้ยง ให้มีภาพประชุม นิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่อย่างใกล้ชิด และมีภาพ ทบทวนความรู้ของระบบ Stroke Fast Track เป็นระยะและทุกครั้งที่เมื่อพบปัญหา



## 2.4 ระบบทางานด่วนของผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงและช็อก (Fast Tract sepsis)

การดำเนินงาน	2559	2560
จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/ Septic shock	553	1310
จำนวนผู้ป่วย take H/C ก่อนให้ ATB (> 80 %)	81	77
จำนวนผู้ป่วย ได้ ATB ภายใน 1 ชม (> 80 %)	71	74
จำนวนผู้ป่วย ได้ปฏิบัติตาม 6 Bundle (> 80 %)	50	53
อัตราตาย < 30 %	38	28

สรุปผลการดำเนินงาน Fast Tract sepsis พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ดำเนินงาน มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากเกือบ 3 เท่า สาขานี้อย่างมากจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจริง และจากภาคตัดขวางของ การวินิจฉัยที่พัฒนาให้ชัดเจนและมีการสื่อสารกัน และจากตัวชี้วัดที่แสดงถึงประสิทธิภาพการดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยได้รับ ATB ภายใน 1 ชั่วโมง และได้ปฏิบัติตาม 6 Bundle มากขึ้น เนื่องจากมีการพัฒนาการปฏิบัติงานดูแลอย่างต่อเนืองทั้งระบบ เป็นภาพรวมทั้งของโรงพยาบาลและภาพ PCT จึงทำให้ อัตราตายของผู้ป่วยลดลง

### ปัญหาและภาระแก้ไข

1. สถานการณ์ใน ER ที่ไม่ได้สัดส่วนกับผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา ทำให้ไม่เหมาะสมในการ resuscitation ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตาม 6 Bundle ถ้าไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปได้ผู้ป่วยอาจจะเกิดอันตรายอื่นที่ จะได้รับจากการดูแลล่าช้าซึ่งปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้มีภาระ resuscitation ต่อเนื่องระหว่างเคลื่อนย้ายได้
2. การวินิจฉัยที่ มีความหลากหลาย ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย ซึ่งเป็นที่มาของปัญหาการวินิจฉัยในภาคนำพยาบาลฉุกเฉินมาพัฒนาการวินิจฉัยตามขั้นตอนของ ER โดยจะเพิ่มการวินิจฉัยในปี 2561
3. เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ใหม่ถึงร้อยละ 40 ทำให้การปฏิบัติตาม protocol sepsis สืบส่งขาด ความเข้าใจในมาตรฐาน protocol การส่งข้อมูลต่างๆยังไม่สมบูรณ์จึงนำการดูแลผู้ป่วย sepsis กำหนดเป็น สมรรถนะเฉพาะ (specific competency) ของพยาบาลใหม่

## 3. การพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน

- 3.1 การประเมินสมรรถนะหลักและสมรรถนะเชิงเทคนิคในผู้ปฏิบัติงาน  
 สมรรถนะหลัก บุคลากรทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมิน  
 สมรรถนะกลางใหม่หรือข้อ การรู้แจ้งการบรรณาการพยาบาล ผ่านร้อยละ 84.21 การปฏิบัติทฤษฎี ผ่านร้อยละ 100 การ CPR ผ่านร้อยละ 89.47 การประสานงาน ผ่านร้อยละ 100 การแก้ไขปัญหาคณะ และ การตัดสินใจผ่านร้อยละ 100
- 3.2 จำนวนการอบรมรวม 10 ครั้ง/ปี คิดเป็น 88.88% ปัญหาอุปสรรคจากการขาดการเข้าถึงเจ้าหน้าที่เข้าประชุมอบรมบางครั้งที่ไม่ไปตามแผนหรือว่างเว้นทางแก้ไขจัดทำให้มีการประชุมปรึกษาการหลังส่งเวรตามสถานการณ์ที่ว่างจากผู้ป่วยติดเชื้อ



#### 4. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

จากนโยบายการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้มีการติดตาม ประเมินผล IC Round ดังนี้

หัวข้อ	2558	2559	2560
การประเมินตามนโยบายหลัก IC 7 ข้อ	58.33	86.84	93.75
การสำรวจมือตามหลัก 5 Moment	66.00	72.00	พยาบาล 85.20 Aid, คนงาน 64.00

**ผลลัพธ์ :** ภาพรวมหน่วยงานและเมื่อวิเคราะห์ที่ในแต่ละหัวข้อที่ไม่ผ่านการประเมินของหน่วยงานนี้ โดยรายงาน N15 เจ้าหน้าที่ยังไม่ทราบสาเหตุของปัญหาที่เจ้าหน้าที่ยังไม่ทราบรายละเอียดของข้อดีข้อเสียไม่ได้ตระหนักถึงการเปิดหรือหมั่นทวนของเจ้าหน้าที่ การสำรวจมือก่อนหลังตามมาตรฐาน

#### ปัญหาที่พบและการแก้ไข

1. ทบทวนนโยบาย IC 7 ข้อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนรับทราบ
2. จัดให้มีการทำแบบทดสอบกับเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และคนงาน เพื่อเป็นการทบทวนและเพิ่มความเข้าใจทางด้าน IC และเพื่อให้เกิดปฏิบัติตามมาตรฐานของนโยบายหลัก IC 7 ข้อ ซึ่งแบบทดสอบมีทั้งหมด 10 ข้อ ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 และเจ้าหน้าที่ ทำแบบทดสอบผ่านเกณฑ์ทั้งหมด
3. ประตุ้นให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของความปลอดภัยของบุคลากรของหน่วยงานต่าง ๆ โดยจัดให้เจ้าหน้าที่ที่ตรวจสุขภาพประจำปีทุกคนเป็นผู้ดูแล
4. ประตุ้นให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของการล้างมือตามหลัก 5 moment เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโดยติดไปสเด็ดที่ล้างมือบริเวณอ่างล้างมือและทบทวนขั้นตอนการล้างมือ
5. จัดทำป้ายติดบอจุดให้ทำความสะอาดต่าง ๆ เกี่ยวกับเชื้อโรคในโรคติดเชื้อ รวมถึงติดป้ายใหม่-อุปกรณ์ต่าง

#### 4. ประเมินการติดเชื้อระบบงานเพื่อขอขงสรุปเป้าหมายและมีคุณภาพ

##### ก. ปัญหาความแออัดใน ER

ใช้การสุ่มจุดตรวจและระบบงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมาแก้ปัญหานี้

**ที่มา :** ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเดิมมีพื้นที่ไม่เพียงพอที่ขอขงปรับปรุงใหม่ไม่สามาถติดบอจุดที่เหมาะสมกับประเภทและปริมาณของผู้ป่วย

**ข้อเสนอแนะ :** ขาดเกณฑ์การประเมิน ECS พบว่า ในข้อพื้นที่ในการใช้การสุ่มจุดที่เหมาะสมกับปริมาณผู้ป่วยในจุดพื้นที่ ถึงร้อยละ 70



**วัตถุประสงค์เป้าหมาย :**

1. ปรับปรุงโครงสร้างโดยขยายพื้นที่ใช้สอย ทำให้เพิ่มพื้นที่ได้ 30% ดังนี้
  - จัดพื้นที่แบ่งชุดในภาควิชา (Zoning) แยกตามประเภทของผู้ป่วย คือ Triage, แดง, ส้ม/เหลือง, เขียว/ขาว และห้องสังเกตอาการ
  - สร้างห้องแยกผู้ป่วย (Negative pressure room) เพื่อแยกผู้ป่วยติดเชื้อ
2. เพิ่มเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ชุด O2 supply & Vacuum ผ่านทาง Pipeline ขาด 4 ชุด เพิ่มขึ้นเป็น 16 ชุด
3. ปรับระบบงาน แบ่งระบบการทำงานตามโครงสร้างใหม่คือ

- Zone triage มีพยาบาลรับผิดชอบ 1 คน สถานที่อยู่หน้าห้องฉุกเฉิน มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นนำคนเข้าห้อง โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภทตามความรุนแรง และส่งผู้ป่วยเข้าตาม Zone แต่ละสี ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินคือ สีแดง ส้ม เหลือง จะอยู่ในห้องฉุกเฉินเป็นหลัก (main) ส่วนผู้ป่วยสีเขียวและขาวจะอยู่ที่ห้องฉุกเฉินเล็ก (ER minor)

- Zone ห้องฉุกเฉินหลัก (main) ปีงบประมาณผลการทำงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญ คือผู้ป่วยฉุกเฉินมาไม่ถึงรับทราบแก้ไขภาวะคุณภาพชีวิตภายใน 4 นาทีครบ 100% ตามเป้าหมาย (95%) ซึ่งพบว่าสาเหตุเกิดจากพื้นที่ใช้สอยเดิมไม่ได้แบ่ง Zone ที่ชัดเจน ผู้ป่วยไม่ได้รับทราบจุดคัดกรองก่อนที่จะเข้าสู่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยแต่ละประเภทปะปนกันอยู่ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงได้รบกวนหรือรบกวนผู้อื่น วิธีการแก้ไข เมื่อมีการคัดกรองจากชุด triage จะส่งผู้ป่วยและข้อมูลให้กับแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทันที ทำให้ได้รับทราบแก้ไขภาวะคุณภาพชีวิต ได้ 100% ตามเป้าหมาย

- Zone ห้องฉุกเฉินเล็ก (ER minor) ในนอกเวลาขาดการตรวจรักษาทำที่ ER ทั้งหมด ขาดสถิติปริมาณผู้ป่วยฉุกเฉินมาไม่ถึงรับทราบแก้ไขภาวะคุณภาพชีวิตทั้งหมด ในขณะที่ยังขาดการตรวจรักษาที่ ER จะเป็นลำดับตามความรุนแรงของอาการโดยในภาควิชาดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องใส่ใจกำลังเจ้าหน้าที่และใช้เวลายาว ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินที่อาการไม่รุนแรง ต้องรอดูรอนาน มี risk เพิ่มขึ้น วิธีการแก้ไข จัดสถานที่และแพทย์ พยาบาล เพื่อให้รับบริการผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (non urgency, semi urgency) แยกออกจากห้องฉุกเฉินหลัก โดยผู้ป่วยไม่ปะปนกับผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรง

**ผลที่ได้**

- ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินได้เข้ารับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น
- ลดความแออัด
- ผู้รับบริการมีความพอใจมากขึ้น
- ลดระยะเวลารอคอยในผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง
- ผู้รับบริการงานได้สะดวกมากขึ้น
- สามารถตรวจรับส่งผู้ป่วยเมื่อเกิดอุบัติเหตุได้



**ข. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงและอัตราตายสูง**

**ที่มา :** การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโดยใช้ระบบการตรวจ ที่เดิมระบบตั้งแต่ที่ ER ให้ได้ทั้งคุณภาพและความสะดวกด้วย อันจะทำให้อัตราความเสี่ยงมีวิวัฒนาการ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ Stroke, Sepsis

**วิธีดำเนินการ :**

- มีมาตรฐานงานแนวปฏิบัติร่วมกับ PCT และปรับแนวปฏิบัติตามมาตรฐานใหม่เป็นระยะ
- นำปัญหาจากแนวปฏิบัติมาวิเคราะห์ และปรับตามปัญหา
- พัฒนาระบบงานเพื่อให้ได้เป้าหมายตามเวลาที่กำหนด โดยใช้ สิ้น คือ
  - การปรับระบบการดำเนินงานของผู้ป่วย
  - การปรับเปลี่ยนขั้นตอนการส่ง Lab ในผู้ป่วย Stroke เพื่อให้สามารถให้ rt-pa ได้เพิ่มขึ้น
- พัฒนาระบบการส่งยาผู้ป่วยนอกเพื่อทำให้ผู้ป่วย Sepsis ได้รับยา antibiotic ที่ภายใน 30 นาที

**ผลที่ได้ :**

รายการ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ร้อยละผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับ rt-PA	12.2	14.8	23
ร้อยละผู้ป่วย Sepsis ได้ ATB ภายใน 1 ชม	NA	71	74

**ค. ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจากอุบัติเหตุการฆ่าตัว**

**ที่มา :** ER เป็นสถานที่ที่มีเกิดเหตุการระงับการฆ่าตัวตายตามมาทำร้ายหรือทะเลาะกันต่ออื่น ๆ

**วิธีดำเนินการ :**

**ระยะป้องกัน :**

1. ปรับปรุงโครงสร้างทางเข้าห้องฉุกเฉิน
2. ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีจุดตัดขาของหน้า ER
3. ติดตั้งกล้องวงจรปิด
4. มีแนวทางขอความช่วยเหลือ
5. เพิ่มความเข้มงวดของเจ้าหน้าที่โดยประสานกับหน่วยงานต้นทางความปลอดภัยภายนอก

**ระยะเกิดเหตุ :**

1. มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน
2. มีการประสานงานที่รวดเร็ว
3. หน่วยงานและปรับให้เข้ากับเหตุการณ์

**ผลที่ได้ :** ปี 2560 เกิดความเสียหาย 4 เหตุการณ์ แต่ป้องกันได้ ไม่เกิดอันตรายถึงตัวบุคคล



แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

เป้าหมาย	แผนการพัฒนา
1.ลดแออัด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินรอก่อนส่งต่อมายังห้องฉุกเฉินให้สั้นลงกว่า 2 ชั่วโมงโดยทางวิเศษทางและสิ่ง ระบบ</li> <li>- พัฒนา Zone ห้องฉุกเฉินเล็ก (ER minor) ให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>- ลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในมาตริ้นี่ขึ้นป่วยไม่รุนแรง โดยทางที่ให้สิทธิจัดจำหน่าย</li> </ul>
2.จัดการฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤต โดยจัดตั้ง trauma team เพื่อให้การดูแลที่ห้องฉุกเฉิน</li> <li>- ทำวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางช่วยฟื้นคืนชีพในห้องฉุกเฉิน</li> <li>- ทำวิจัยเพื่อพัฒนาการวินิจฉัยผู้ป่วยติดเหล้าในมาตริ้นี่ขึ้นป่วยไม่รุนแรง</li> </ul>
3.พัฒนาคณะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนพยาบาลเรียนต่อ ENP</li> <li>- บุคลากรต้องได้รับการอบรมฟื้นฟู ตาม Core competency, Technical competency, Specific competency</li> </ul>



# บทสรุปวิสัยทัศน์ (ICU กรม)

## วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นหน่วยงานนำร่องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวิกฤต เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม

## พันธกิจ (Mission)

1. ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ให้บริการโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ความต้องการของผู้รับบริการ
3. ให้ความสำคัญกับความปลอดภัย
4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีมาตรฐาน และนำประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างต่อเนือง
- 5.

ค่านิยม (Core value) ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม

เข็มมุ่ง Patient Safety Goal

อัตลักษณ์ (Identity) ผู้ป่วยปลอดภัย มีน้ำใจ

## หน้าที่และเป้าหมาย ความมุ่งหมาย (Purpose)

**หน้าที่ :** ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยวิกฤตที่มีแนวโน้มเข้าสู่อวัยวะล้มเหลว และผู้ป่วยระยะวิกฤตจากสาเหตุอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ และหลักจริยธรรม ค่านิยมของวิชาชีพ ด้านร่างกาย จิตใจ อดทน สัจจธรรม จิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย ด้วยสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ป้องกัน และฟื้นฟูภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล และครอบครัว

**เป้าหมาย :** ผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับบริการอย่างทั่วถึง และปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ตามมาตรฐานวิชาชีพ และได้รับบริการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และผู้ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการพึงพอใจ







## ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

1. ผู้ป่วยได้สุขภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามข้อบังคับ
2. ผู้ป่วยได้สุขภาพดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกประเด็นปัญหา และความสามารถตอบสนอง
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการ

## II. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

### 1. ความท้าทาย

- 1) พัฒนาการเองให้มีศักยภาพสูงขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย
- 2) ส่งเสริมให้มีภาวะวิจัยและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

### 2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

#### 2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

- 1) Administration Error
- 2) ET tube ลื่นหลุด
- 3) Re intubation ET tube in 48 hrs. Post extubation
- 4) ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ
- 5) การติดเชื้อในโรงพยาบาล (VAP, CAUTI)

#### 2.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

- 1) Hypovolemic Shock จาก Multiple Trauma & Fracture
- 2) Compartment Syndrome จาก Multiple Trauma & Fracture
- 3) Increase Intracranial Pressure จาก Head injury
- 4) Cardiogenic Shock จาก Acute Coronary Syndrome
- 5) Septic shock จากภาวะ Sepsis
- 6) Iatrogenic Pneumothorax จากขั้นตอนการใส่ central venous catheter

และ เหยื่อเชื้อที่พบ

### 3. ความเสี่ยงทั่วไป (non-clinical risk)

- 1) ระบบน้ำดื่ม (น้ำแอสชูว์)
- 2) ไฟตก/ไฟชัต
- 3) เครื่องมือชำรุด/ไม่เพียงพอใช้งาน
- 4) ระบบน้ำประปา
- 5) พบสัตว์ที่เป็นพาหะของโรค เช่น แมงจิ้ง



ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคนิคนิย เติร์งอิม)

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ปริมาณงาน	จำนวน		
	2558	2559	2560
- อัตราการครองเตียง	94.4	103.80	96.34
- Productivity	92	94.14	98.79
- จำนวนวันนอนเฉลี่ย (LOS)	6	8	5.9
- Ventilator day	5.3	5.4	5.8
- จำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการ	519	518	530
- ศัลยกรรม	449 (86.5%)	427 (82.4%)	470 (88.3)
- ทางการแพทย์	25 (4.8%)	35 (6.8%)	12 (2.3%)
- ศัลยกรรมกระดูก	23 (4.4%)	22 (4.2%)	22 (4.6%)
- สูติ-นรีเวชกรรม	17 (3.3%)	25 (4.8%)	21 (3.9%)
- หู ตา คอ จมูก	3 (0.6%)	6 (1.2%)	5 (0.9%)
- กุมารเวชกรรม	2 (0.4%)	3 (0.6%)	0 (0%)

5 อันดับกลุ่มโรค

ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1. Injury of intra-abdominal organ	1. NF	1. HI
2. NF	2. HI	2. Injury of intra-abdominal organ
3. HI	3. Injury of intra-abdominal organ	3. NF
4. Gastric and Duodenal ulcer	4. Duodenal ulcer	4. CA rectum
5. Cholelithiasis	5. Cholelithiasis	5. CA colon



บุคลากร	จำนวน (อัตรา)		
	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
พยาบาลวิชาชีพ	17	17	16
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	2	2	2
พนักงานทำความสะอาด	2	2	3
พยาบาลทันตกรรมผสมพยาบาลเฉพาะทาง	4	5	6

เครื่องมือ	จำนวน
เครื่องช่วยหายใจ	9
Bed side monitor	8
Central monitor	1
Biphasic Defibrillator	1
เครื่อง Ultrasound	1
เครื่อง Infusion pump	13
เครื่อง Syringe pump	2
เครื่อง Enteral feeding pump	2

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
ผู้ปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพขาด 1 คน แต่ยังสามารถปฏิบัติงานได้</li> <li>- ไร้การดูแล Case Organ donor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สัดส่วนพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทาง ผู้ประกอบยังต่ำ (37.5%)</li> <li>- พยาบาลยังขาดประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยที่ซับซ้อน</li> </ul>
เครื่องมือ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีเครื่องช่วยหายใจและ Bed side monitor ไร้ขีดความสามารถ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เครื่องช่วยหายใจมีขดเตียง มีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปี มีการชำรุดบ่อยทำให้ไม่เพียงพอต่อการใช้งานเวลาที่ส่งซ่อม เนื่องจากไม่มีเครื่องช่วยหายใจสำรอง</li> <li>- เครื่อง Bed side monitor มีอายุการใช้งาน 10 ปี ชำรุดบ่อย</li> </ul>

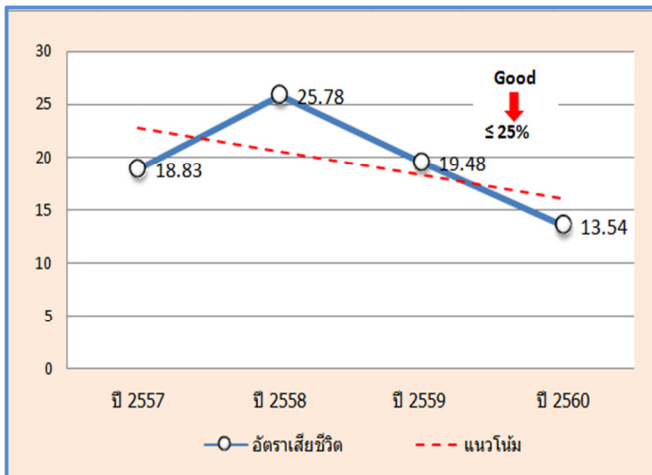


**ประเด็นการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เกี่ยวข้อง :**

1. การดูแลสุขภาพเชิงรุกเจ้าหน้าที่
  - 1) จัดอบรมต่อสายด่วนฉุกเฉินให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการช่วยพยาบาล
  - 2) เจ้าหน้าที่ได้รู้บทบาทสุขภาพประชาชนประจำปีและได้รู้บริการขึ้นประจำปี 100%
  - 3) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง
2. การดูแลสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ
  - 1) การเข้าถึงสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย
3. ประเด็น Holistic Care, Humanized Health Care

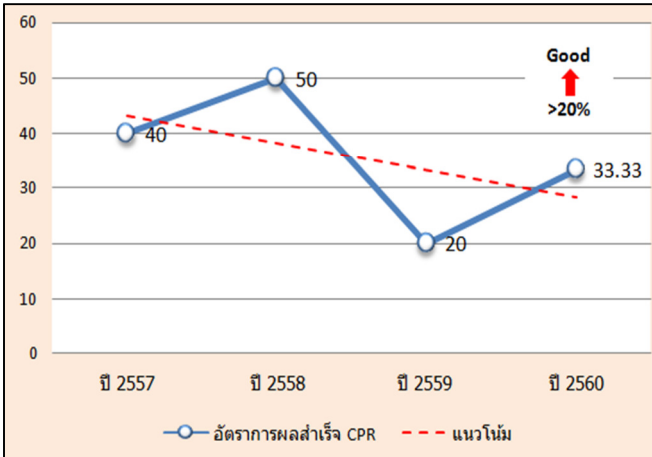
- 1) ไคยสุขภาพ วิถีชีวิต วิถีไทย ภายใต้ยุทธศาสตร์ 3ส  
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

**ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (เป้าหมาย ≤ 25%)**



ปี 2560 อัตราการเสียชีวิตลดลงจากปี  
วิเคราะห์ห้พบว่า ค่าคะแนน APACHE II ของ  
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ มีคะแนน 25-31  
ผู้ป่วยบางรายอยู่ในระดับรุนแรง ส่วนใหญ่  
เสียชีวิตด้วยโรค Rupture sigmoid colon,  
Diverticulitis ร่วมกับมีอาการ Septic shock  
ของลงมา คือ ขาดอุปกรณ์

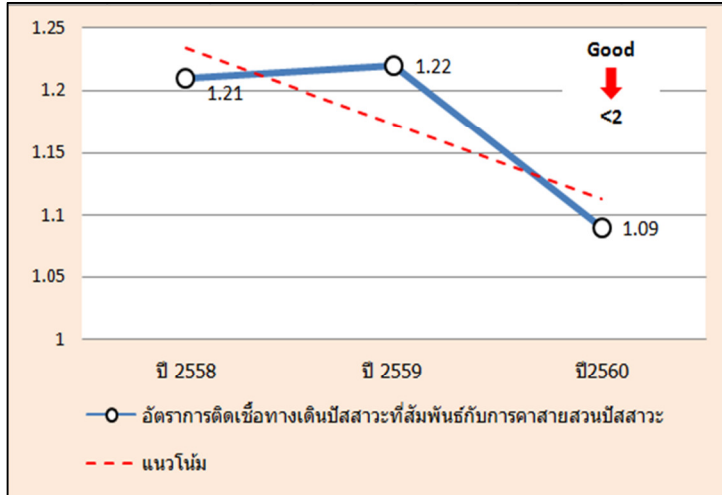
**ตัวชี้วัดที่ 2 ช่วยส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน (CPR) หรือกลับมามีชีวิต >24 ชั่วโมง (เป้าหมาย >20%)**



ปี 2560 ผลส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินหรือ  
กลับมามีชีวิตมากกว่า 24 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น  
สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนด  
เนื่องจากมีการประชุมและตรวจสอบสุขภาพ  
ทางคลินิกและเพิ่ม CPR ได้เป็นอย่างดีและมี  
ประสิทธิผลการดูแลถึงมีภาวะฉุกเฉิน case  
Palliative care ได้ดีและเหมาะสมมากขึ้น

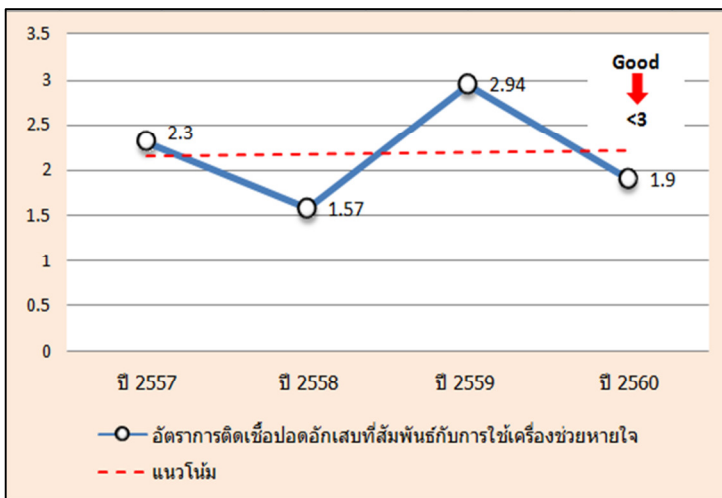


**ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ**  
(เป้าหมาย < 2:1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ)



ปี 2560 อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลดลง เป็นผลมาจาก ได้มีภาพประเมินข้อบังคับการใส่สาย Foley' cath และประเมินความเข้าใจในยุติการคาสายสวนปัสสาวะโดยใช้ FASTHUGsBID ในการทำ ICU daily round ประเมินทุกเวรเช้าทุกวันเพียง

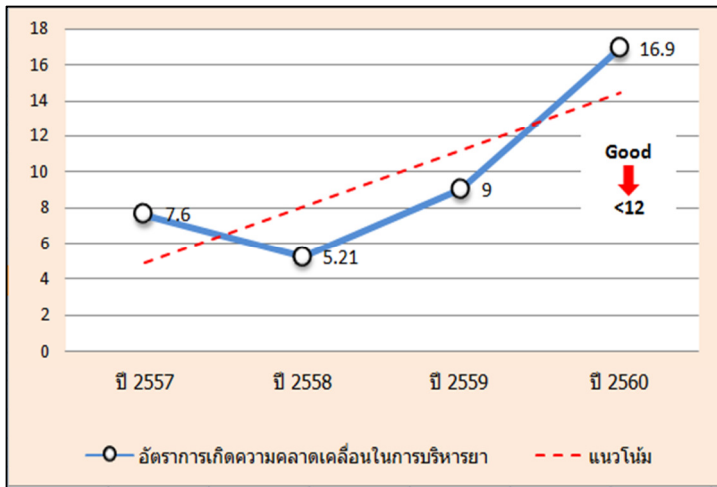
**ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ**  
(เป้าหมาย < 3:1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ)



การเกิด VAP มีแนวโน้มลดลง ภายหลังมีการจัดทำโครงการ Fighting VAP Together ควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน VAP โดยใช้ WHAPO มีการกำกับติดตาม สร้างความตระหนักแก่บุคลากร และนำ FASTHUGsBID มาใช้ในการทำ ICU daily round ทุกเวรเช้า



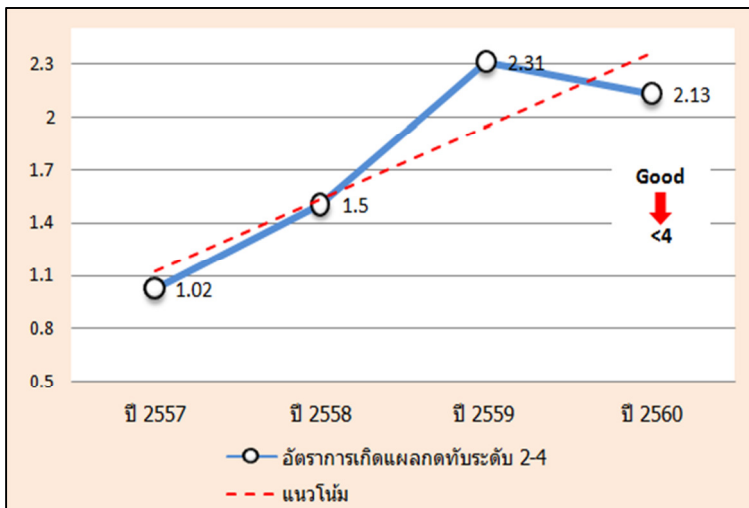
ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในภาพรังสีทรวงอก (เป้าหมาย < 12:1,000 รöntgen)



ผลจากอัตราภาพเกิดความคลาดเคลื่อนในภาพรังสีทรวงอกที่เพิ่มมากขึ้น

- วิเคราะห์ที่ ทบทวนและจัดทำแนวทางภาพรังสีทรวงอกใหม่
- ติดตามวิธีการภาพรังสีทรวงอกแบบใหม่โดยหัวหน้าทุกวัน
- นำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละเดือนมาช่วยอภิปรายหาข้อผิดพลาดประจักษ์ความเสียงเป็นประจักษ์ทุกเดือนและได้คิดค้นนวัตกรรม “ยาพิทา” เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดให้ยาพิทาเวลาขึ้น

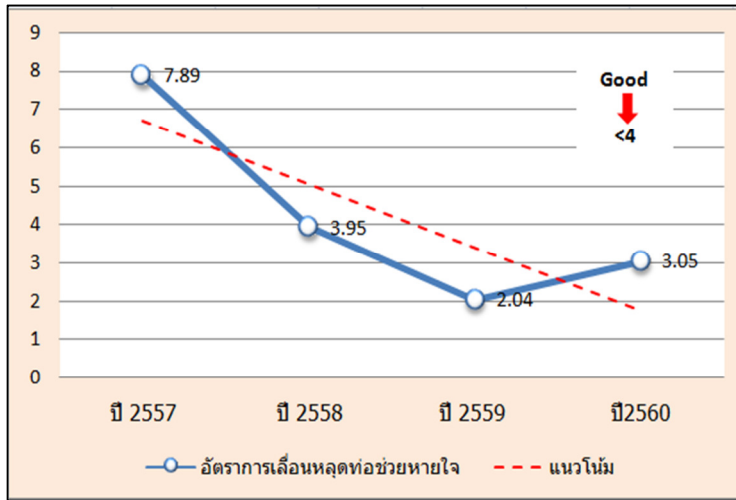
ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 (เป้าหมาย < 4:1,000 รöntgenผู้ป่วยอายุกลุ่มเสี่ยง)



อัตราภาพเกิดแผลกดทับมีแนวโน้มสูงขึ้น ทบทวนได้พัฒนาหน้าระบบ two hourly round มาใช้โดยเฉพาะภาพจัดทำประกอบกับภาพประเมิน nutrition ช่วยปรับน้ำหนักแนะนำให้ผู้ป่วยได้สุขภาพแข็งแรงที่เพียงพอ จัดทำนวัตกรรม หมอนช่วยพลิกตะแคงตัว และติดตามภาพประเมินผลอัตราภาพเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง

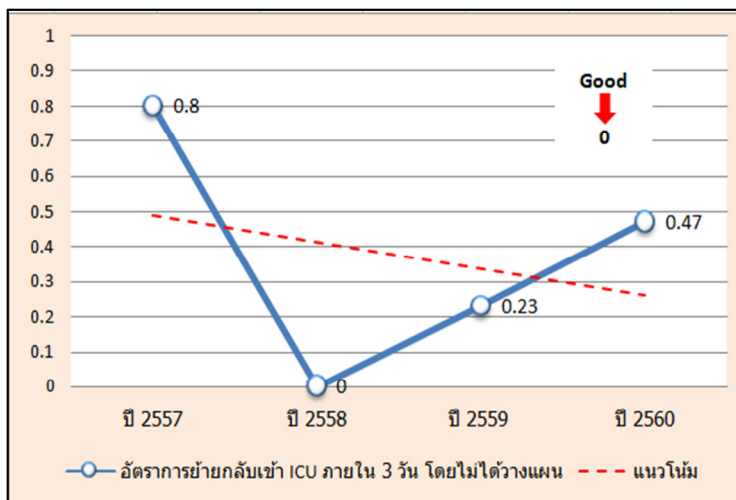


**ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราการเคลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (เป้าหมาย < 4:1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ)**



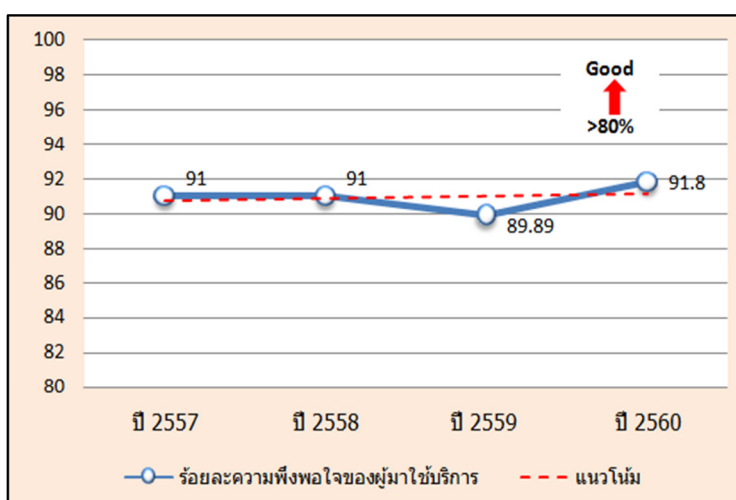
อัตราความเคลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ เป็นผลมาจากพัฒนาแนวทางทางกายภาพ เคมีของท่อช่วยหายใจซึ่งได้ร่วมกับกลุ่มงาน ศัลยกรรม ชีวภาพวิเศษหัดพบการเคลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วย Agitation เน้นการชวยงานแพทย์เพื่อให้อาการ Sedation ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

**ตัวชี้วัดที่ 8 อัตราการย้ายกลับเข้า ICU ภายใน 3 วัน โดยไม่ได้วางแผน (เป้าหมาย 0%)**



ชีวภาพวิเศษหัดพบว่าเป็นผู้ป่วยหลังจาก off ET-tube ยังไม่พร้อมที่จะย้ายออก แต่มีความจำเป็นที่จะใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีความระมัดระวังกว่า ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ต้อง Re-intubation และย้ายกลับเข้า ICU ใหม่

**ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการ (เป้าหมาย >80%)**



ปี ๒๕๖๐ พบว่าความพึงพอใจเพิ่มมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากมีการปรับปรุงการให้ข้อมูลที่เป็นระบบมากขึ้น และมีการนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงทุกเดือน และเมื่อพิจารณาประเด็นที่ยังเป็นปัญหาและมีข้อเสนอแนะ คือ ที่พักญาติ ไม่มี ได้มีการให้ข้อมูลเนื่องจากสถานที่จำกัด สามารถพักบริเวณใกล้ๆได้และรับฝากเบอร์โทรติดต่อ





## ผลงานเด่น ปีงบประมาณ 2560

### 1. เรื่อง การพัฒนาคุณภาพงานปฐมนิเทศความเสียหาย ที่องผู้เกี่ยวข้อง

#### ปัญหา/โอกาสพัฒนา

- การค้นหาความเสียหาย และรายงานอุบัติการณ์ที่น้อยกว่าความเสียหายเป็นจริง
- เน้นการปฐมนิเทศเชิงรับ ความเสียหายทางด้านคลินิกไม่ถูกรายงาน ทำให้ไม่ทราบปัญหาที่แท้จริง ซึ่งส่งผลให้ไม่มีการแก้ปัญหาที่แท้จริง
- บุคลากรไม่เห็นความสำคัญในการค้นหาความเสียหายและรายงานอุบัติการณ์ และขาดการกำกับติดตาม ส่งผลให้ระบบปฐมนิเทศความเสียหายยังไม่มีประสิทธิภาพที่ควร

#### วัตถุประสงค์

- เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงานผู้เกี่ยวข้อง บุคลากรเห็นความสำคัญของการรายงานความเสียหาย และให้ความร่วมมือในการรายงานอุบัติการณ์
- เพื่อสืบค้นเหตุการณ์ที่เป็น near miss ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้เกี่ยวข้อง
- ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องมีความปลอดภัย

#### การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

- ทบทวนความถี่ของความเสียหายจากความปลอดภัย และแนวทางการปฐมนิเทศความเสียหายเมื่อเกิดความปลอดภัยขึ้นในหน่วยงาน
- มีกระบวนการค้นหาความเสียหายโดยมีภาพ
- กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยไม่เฉพาะ
- การ Quick Round ของหัวหน้าทีมร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานในภาค Near Miss
- การนิเทศทางคลินิก การใช้ Trigger tool ปีงบประมาณ 12 ทบทวน
- การใช้ Trigger tool เพื่อหา Adverse Event, M&M Conference ร่วมกับ PCT ศัลยกรรม
- กำหนดให้มีผู้ประสานงานความเสียหายในหน่วยงาน กำหนดหน้าที่รวบรวมข้อมูลที่ได้ส่งดูประวัติเฉพาะที่ ความเสียหายที่เกิดขึ้นที่สถานีในแต่ละเดือน นำข้อมูลประวัติเฉพาะที่ได้ นำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อหาแนวทางป้องกันความเสียหาย
- มีการส่งข้อความเชิงบวกของผู้ปฏิบัติงาน และทัศนคติที่ดีในการรายงานอุบัติการณ์ความเสียหายเมื่อเกิดความปลอดภัยไม่ส่งโทษต่อผู้ปฏิบัติงาน ชุมชนไปที่การปรับปรุงระบบเพื่อส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ มากขึ้น
- ส่งเสริมให้เกิดการรายงานความเสียหายมากขึ้นโดยจัดกิจกรรมให้รางวัลแก่บุคลากรที่มีรายงานความเสียหายที่มีความถี่สูงในแต่ละเดือน และให้รางวัลแก่คนที่ Self report

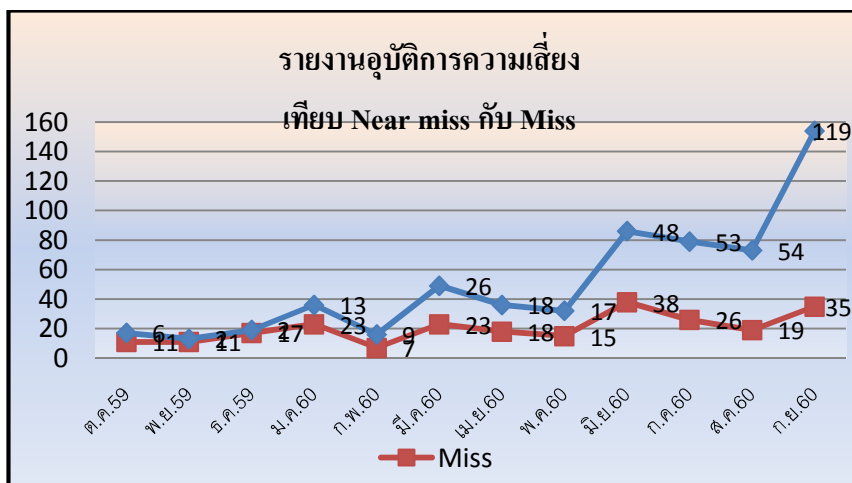
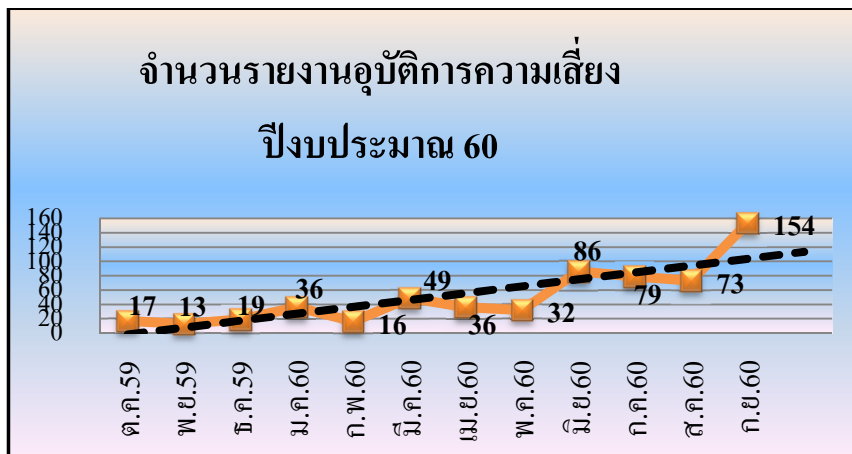


- คณะกรรมการความปลอดภัยในหน่วยงานมีภาพติดตาม ส่งข้อมูลความปลอดภัยให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละงานรับทราบ ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแต่ละระบบงาน เช่น IC พัฒนาแนวทาง VAP ควบคุมการใช้ VAP Bundle, พัฒนาแนวทางในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในกลุ่มเสี่ยง, ทบทวนแนวทางในการป้องกันการคลาดเคลื่อนจากยาเสพติด และป้องกันการ Tube เลื่อนหลุด เป็นต้น

- ทำกิจกรรมทบทวน 12 ทบทวน ควบคุมการติดเชื้อความเสี่ยงสำคัญทั้งความเสี่ยงทางด้านคลินิก และความเสี่ยงทั่วไป อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน เช่น การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์

- เชื่อมโยงกับ PCT ศัลยกรรม เพื่อจัดทำแก้ไขและป้องกันการอุบัติการณ์เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ โดยมีการประชุมความเสี่ยงและ Adverse event ใน PCT ทุกเดือน เกิดนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยตามบริบทของโรงพยาบาล

ผลลัพธ์





**ชื่อเรื่อง : การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเคหะของหน่วยหายใจโดยพยาบาลเป็นผู้กำกับในภาควิชาเคหะของหน่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักววม โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

จากภาพรวมของหน่วยงานระดับโรงพยาบาล ปี 2558 พบว่า จำนวนวันที่ใช้เคหะของหน่วยหายใจเฉลี่ย 7.5 วัน หมายเคหะของหน่วยหายใจเฉลี่ยต่อราย 75 ชั่วโมง หน่วยหายใจหลังจากการพยาบาลเคหะของหน่วยหายใจ 5 ราย และมีผู้ป่วยถึงท่าของหน่วยหายใจแล้วแต่ยังไม่สามารถหายใจได้ 40 เปอร์เซ็นต์จากผู้ป่วยเคหะของหน่วยหายใจ ต้องขอการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้การพยาบาลเคหะของหน่วยหายใจมีความเสี่ยง และแนวปฏิบัติในการพยาบาลเคหะของหน่วยหายใจที่มีอยู่ไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลและการดูแลเคหะของหน่วยหายใจจึงไม่เหมาะสม จึงมีผู้ศึกษาวิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเคหะของหน่วยหายใจที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำรูปแบบไปให้พยาบาลเป็นผู้กำกับในภาควิชาเคหะของหน่วยหายใจ (protocol based nurse-directed) เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการพยาบาลเคหะของหน่วยหายใจ

**มีวัตถุประสงค์เพื่อ**

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเคหะของหน่วยหายใจโดยพยาบาลเป็นผู้กำกับในภาควิชาเคหะของหน่วยหายใจ ประเมินผลการพัฒนาเชิงประจักษ์ และผลลัพธ์การใช้นโยบายปฏิบัติ

**วิธีการศึกษา :**

เป็นกึ่งการวิจัยและพัฒนาร่วมกันการศึกษาระยะหลังการดำเนินงานเชิงประจักษ์ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ กับ ไม่ใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักววม 15 ราย ผู้ป่วยที่ใส่เคหะของหน่วยหายใจ 24 ชั่วโมงขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มละ 40 ราย ช่วงเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนเมษายน 2560 วิเคราะห์หัยสมมูลโดยใช้สถิติ Chi-square test

**ผลการศึกษา :**

พบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนามีความจำเป็นไปใช้ได้ในภาควิชาไปใช้ 97.76 และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ 97.85 ผลลัพธ์กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า การพยาบาลเคหะของหน่วยหายใจสำเร็จ ระยะเวลาในการพยาบาลเคหะของหน่วยหายใจ และผู้ป่วยได้ขับเสมหะใส่ออกมา 72 ชั่วโมง ติกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**บทเรียนที่ได้ :**

- บุคลากรได้เรียนรู้ถึงปัญหาการแก้ไขปัญหามาเพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการ
- บุคลากรได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพงานและการทำงานเป็นทีม
- บุคลากรได้ฝึกคิดและนำเสนอแนวทางใหม่ๆ ในการพัฒนางานบริการนพการพยาบาล

**กิจกรรม แผนการพัฒนาต่อเนืองในปี 2561**

- 1) พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในภาวะวิกฤต
- 2) การดูแลผู้ป่วยวิกฤต: การประยุกต์แนวคิด FAST HUG
- 3) การพัฒนาแนวทางการตรวจประเมิน Early detection of sepsis in the ICU



## ทิศทางยุทธศาสตร์

**วิสัยทัศน์ (Vision)** เป็นหน่วยงานคุณภาพมาตรฐานสูง มีคุณธรรม เพื่อประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง

### พันธกิจ (Mission)

1. ให้บริการทางอากาศยานอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณธรรม เป็นที่ไว้วางใจของประชาชน โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและ ความปลอดภัยเป็นหลัก
2. มีบุคลากรเป็นทีม การให้บริการทางอากาศยานแบบองค์รวมมีการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เป็น แนวทางในการปฏิบัติงาน
3. มีภาพลักษณ์ที่น่าเชื่อถือของบุคลากรทางการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาและการฟื้นฟูสุขภาพโดย ยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นพื้นฐาน
4. มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องโดยมีเป้าหมาย เพื่อความปลอดภัยของเที่ยวบิน การบริการ การตรวจวินิจฉัย การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง
5. พัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีมาตรฐาน มีความสามารถ มีคุณธรรม สุขภาพดีและมีคุณภาพสูง

**ค่านิยม (Core value)** ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม

เข็มมุ่ง Patient Safety Goal

**อัตลักษณ์ (Identity)** ชับติดชอบ ชัดชัด ชี้นำใจ

### หน้าที่และเป้าหมาย ความมุ่งหมาย(Purpose)

ให้การบริการทางอากาศยานที่มีมาตรฐานสูง มีคุณธรรม โดยยึดเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยเป็นสำคัญ ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และคำนึงถึงสิทธิของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงสุด

**ขอบเขตการให้บริการ :** ให้บริการผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ขึ้นไปตั้งแต่แรกเกิด ขณะพักที่ท่าอากาศยาน ขณะขึ้นเครื่องหรือขณะอยู่บนอากาศยานของผู้ให้บริการส่วนใหญ่นับเป็นประชาชนในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง อำเภอใกล้เคียงและผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัดหรือจากต่างประเทศจำนวน 11 โรงพยาบาล ผู้รับบริการมี ทั้งผู้ป่วยวิกฤติและเรื้อรัง 62 คน/วัน อัตราการรอดชีวิต 172.19% มีผู้ป่วยหนัก/วิกฤติ เฉลี่ย 9 ราย/วันในเครื่องของหน่วยอายุไขเฉลี่ย 8 ราย/วัน อัตราตาย (ต่อ 100 ราย) 6.30 โรคที่มีอัตราตายสูงสุด คือ Pneumonia และ 5 อันดับโรคแยกของหน่วยงานได้แก่



5 อันดับโรคแรก

ลำดับ	โรค
1	Cerebral infarction
2	Gastrointestinal haemorrhage Bacterial Pneumonia
3	Pneumonia
4	Intracerebral haemorrhage
5	Alcohol withdral

5 อันดับโรคเสียชีวิต

ลำดับ	โรค
1	Pneumonia
2	Intracerebral haemorrhage Septic shock
3	Gastrointestinal haemorrhage
4	Septic shock
5	UTI

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่นก่อนเกิดอาการป่วยมาพบแพทย์แล้ว ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีปัญหาสุขภาพอื่นและต้องมาตรวจและและเคสที่มีอาการเฉพาะเจาะจงย้ายขึ้น ICU ภายหลังการตรวจและวินิจฉัยโรคติดเชื้อภายหลังการตรวจ ผู้ป่วยทางระบบประสาทและสมองของระดับการดูแลขั้นสูงไปยังโรงพยาบาลส่วนกลางหรือโรงพยาบาลอื่น ๆ เช่น โรคหลอดเลือดและโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ข. พยาธิศัลยกรรม เนื่องจากไม่มี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางระบบประสาท ศัลยกรรมกระดูก

ผู้รับผลงาน และความร่วมมือของภาคีที่สำคัญ

ลูกค้าภายใน

หน่วยงาน	ความร่วมมือของภาคี
1. ฝ่ายเภสัชกรรม	- ภาควิชาติดต่อประสานงานที่ถูกต้องและภาวะส่งต่อข้อมูลในหน่วยงาน - ถูกต้อง ชัดเจน รวดเร็ว ในภาควิชาส่งมอบสิ่งยา - ดูแล Stock ยา และวันหมดอายุของยา - จัดเก็บยาให้ถูกต้อง เป็นระเบียบ และเป็นสัดส่วน - ส่งมอบยาให้ถูกต้องตรงตามเวลา
2. ฝ่ายเวชการศัลยกรรมฟื้นฟู	- ดูแลให้คำแนะนำ ผู้ป่วยให้ถูกต้องและต่อหน่วยงานฟื้นฟู - มีภาควิชาประสานงานที่ดี



หน่วยงาน	ความต้องการ
3. งานรับส่งวัสดุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบลบบความถูกต้อง ชนิดเชน ควบคุมตัวรถเข้า Request และ Specimen</li> <li>- จัดเก็บ specimen ให้ถูกต้อง</li> <li>- ภาวะประสานงานที่ดีและภาวะตอบสนองต่อคำ lab วิกฤต</li> </ul>
4. งานหน่วยพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แยกอุปกรณ์ และ set ต่างๆ ให้ถูกต้อง</li> <li>- ตรวจสอบ ห้ม/สัง อุปกรณ์ set ต่างๆ ให้ถูกต้อง ควบคุมตัวรถ</li> <li>- ตรวจสอบวันหมดอายุของ set ต่างๆ</li> <li>- ห้ม/สัง ของให้ตรงเวลา</li> </ul>
5. แผนกผู้ป่วยนอก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะประสานงานที่ดี</li> <li>- ประเมินนำ Chart มาให้แพทย์สั่งดูหรือลงความเห็นว่า OPD ให้ติดตาม</li> <li>- ประสานงานเฉพาะทางสุขภาพได้</li> </ul>
6. ศูนย์แปล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่มาขอรับผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยทุกครั้งที่นำผู้ป่วยมา admit</li> <li>- เตรียมเตียงไว้ขอรับผู้ป่วยให้พร้อม</li> </ul>
7. งาน x-ray	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เตรียม chart ให้พร้อมกรณีเจ้าหน้าที่ไป portable ที่ติด</li> <li>- ประเมินผู้ป่วยหน้าควรจะมีพยาบาลติดตามมาด้วยทุกครั้ง</li> <li>- ให้กรรมช่วยเหลือ เช่น ช่วยยกตัวผู้ป่วย กรณี Portable</li> <li>- ลงข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ให้เรียบร้อยทุกครั้งที่ส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์</li> <li>- เตรียมผู้ป่วยให้เรียบร้อยก่อนส่งไปเอกซเรย์</li> </ul>
8. ฝ่ายโภชนาการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดอาหารให้ถูกต้องควบคุมตัวรถชนิดเชนเป็นปัจจุบัน</li> <li>- ช่วยตรวจสอบดูแลผู้ป่วยได้สุขภาพถูกต้องควบคุมตัวรถหรือไม่</li> </ul>
9. ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาวะประสานงานที่ดีภาวะที่คำพูดที่เหมาะสม</li> <li>- มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่มาขอรับผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยทุกครั้งที่นำผู้ป่วยมา admit</li> <li>- ควบคุมการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในหน่วยงานด้วย</li> </ul>



**ลูกค้าภายนอก**

ด้าน	ความต้องการทาง
1. บุคลากร	- มีความรู้ ความสามารถ - ใฝ่ใฝ่ปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ชวนชวน - มีพฤติกรรมเหมาะสมกับวิชาชีพ - มีความพร้อม มีอัธยาศัยใจดี
2. สถานที่ เครื่องมือ	- สะอาด ปลอดภัย ว่างสบาย เป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัย - เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ทันสมัย มีคุณภาพ มีความปลอดภัย - ความปลอดภัยของเตียงของรถผู้ป่วย ความปลอดภัยของอาคารสถานที่
3. ระบบการทำงาน	- สะดวก ชวนชวน ใฝ่ใฝ่ ยาก หลายขั้นตอน

**ความต้องการในภาพประสานงานภายในที่สำคัญ**

หน่วยงาน	ความต้องการภายในที่สำคัญ	ภาพประสานงาน
ER, WARD, ICU	ส่งต่อข้อมูลคนไข้ที่ถูกต้อง	- ใฝ่ใฝ่ประสานงานส่งเวร ข้อมูลที่สำคัญ - มีพยาบาลนำส่ง พยาบาล monitor
LAB, WARD	LAB, เลือด ต่าง	- ใฝ่ใฝ่ประสาน ทูลทูลใน hos-xp
ศูนย์เครื่องมือแพทย์, Ward	- ขอเครื่องมือช่วยหายใจ	- ใฝ่ใฝ่ประสาน

**ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน**

ผู้ป่วย ได้รับบริการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจสูงสุด

**ความท้าทายความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในภาพพัฒนา**

ความท้าทายคือความปลอดภัยของผู้รับบริการในภาพเกิดความเสี่ยงที่สำคัญ คือ การให้ยาผิด การให้เลือดผิด การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อที่อวัยวะ, CAUTI, VAP จุดเน้นในภาพพัฒนาคือมีแนวทางป้องกันในการเกิดความเสี่ยงที่สำคัญดังกล่าว

1. ความท้าทาย
  - 1) ความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของผู้รับบริการ
  - 2) การส่งเสริมสุขภาพในมาสู่ผู้ใช้บริการ
  - 3) ความสะอาด ปลอดภัยของอาคารสถานที่
  - 4) การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ให้มีความรู้ มีความสุข



2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

- 1) การเสียชีวิตของท่อช่วยหายใจ
- 2) ความปลอดภัยของเครื่องช่วยหายใจ
- 3) แผลกดทับ
- 4) ข้อผิดพลาดของสายส่งของท่อช่วยหายใจ
- 5) การติดเชื้อ VAP, CAUTI, เจ็ชต์

2.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

- 1) ผู้ป่วยใช้เลือดออกเกินภาวะ volume overload
- 2) delay resuscitate ในผู้ป่วย sepsis
- 3) ข้อผิดพลาดของสายส่งของท่อช่วยหายใจ (Volume)
- 4) Hypovolumic shock ในผู้ป่วย UGIH
- 5) IICP ในผู้ป่วย Stroke

3. ความเสี่ยงทั่วไป (non-clinical risk)

- 1) เจ้าหน้าที่โดนเข็มตำ
- 2) เครื่องมือชำรุด / ไม่พอใช้
- 3) ข้อผิดพลาดของขั้นตอนปฏิบัติงาน
- 4) ติดเชื้อ TB จากผู้ป่วย
- 5) อัคคีภัย

**ปริมาณงาน และทรัพยากร ( คน เทคนิโอสถิต และเครื่องมือ )**

**ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน**

**ปริมาณงาน**

รายการ	ปีงบประมาณ		
	ปี 2558	ปี 2558	ปี 2560
1. ผู้ป่วยทั้งหมด	6,946	6,985	7,347
2. ยอดผู้ป่วยรับใหม่	5,908	5,918	6,231
3. ยอดผู้ป่วยรับย้าย	369	401	511
4. ผู้ป่วยเสียชีวิต	510	542	425
5. จำนวนรับนอนโรงพยาบาลรวม	23,294	23,738	22,626
6. ผู้ป่วยจำหน่าย	6,262	6,339	6,741
7. ผู้ป่วยต่อเตียง	14.77	15.08	15.60





รายการ	ปีงบประมาณ		
	ปี 2558	ปี 2558	ปี 2560
8. หนองวางของเตียง	-1.62	-1.67	-3.19
9. อัตราการขาดของเตียง	177.28	180.65	172.19
10. ผู้ป่วยในเฉลี่ยรายวัน	63.82	65.04	61.99
11. จำนวนวันนอน พย.เฉลี่ย	3.72	3.74	3.36
12. อัตราการขาดเตียง(100เตียง)	8.14	8.55	6.30
13.Productivity	159.11	159.59	182.31

**ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านปฏิบัติการ เครื่องมือ เทคโนโลยี**

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายมีจำนวน 36 เตียง เป็นเตียงผู้ป่วยวิกฤต 8 เตียง ห้องแยกโรค 4 ห้อง 8 เตียงมีอายุรแพทย์ 10 คน พยาบาลวิชาชีพ 24 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 6 คน พนักงานทำความสะอาด 2 คน เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญได้แก่ Defibrillator 2 เครื่อง, เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปอด 3 เครื่อง, EKG 12 Lead 1 เครื่อง, EKG Monitor 10 เครื่อง, central monitor 12 ตัวรวมศูนย์, 02 Sat mobie 3 เครื่อง, เครื่องปั่น Hct 1 เครื่อง, Ophthalmo scope 1 เครื่อง, เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ 5 เครื่อง infusion pump 3 เครื่อง

- มีภาชนะใส่ยาแบบ Hos-Xp ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับใช้ในห้องปฏิบัติการผู้ป่วย เป็นที่อำนวยความสะดวกเสียง

- มี Internet สำหรับสืบค้นข้อมูลและสื่อสารข้อมูลงานคุณภาพ ข้อมูลข่าวสารต่างๆในแผนกโดย E- mail และ Line

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
ปฏิบัติการ	- พยาบาลเฉพาะทางวิกฤต 2 คน - พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 คน	- อัตราการว่างไม่เพียงพอ - อายุเฉลี่ยพยาบาล 26 ปี ประสบการณ์น้อย - ความเชี่ยวชาญในการใช้ ventilator
เครื่องมือ	- มี central monitor 12 เครื่อง - มี volume ventilator 3 เครื่อง	- ยังไม่เพียงพอ
เทคโนโลยี	- มี internet wifi	- สัญญาณไม่ดี





กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง สำคัญ (key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>2.1 การดูแลผู้ป่วย (Care delivery)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยหายขาดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่กลับมาซ้ำได้อีก</li> <li>- ผู้ป่วยได้รู้ขั้นตอนการดูแลรักษาจากบุคลากรที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและ</li> <li>- ขาดความชัดเจนในผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</li> <li>- ทีมผู้ให้บริการมีความมั่นใจในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทัน่วงที ปลอดภัย เหมาะสม</li> <li>- เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราความผิดพลาดเคลื่อนย้าย</li> <li>- อัตราการติดเชื้อ BSI</li> <li>- อัตราการติดเชื้อ VAP</li> <li>- อัตราการติดเชื้อ CAUTI</li> <li>- อัตราการเกิดแผลกดทับ</li> <li>- อัตราตาย</li> <li>- อัตราการขาดเตียง</li> </ul>
<p>2.2 การดูแลผู้ป่วยและ การให้บริการที่มีความ เสี่ยงสูง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูง</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำงาน</li> <li>- ผู้ป่วยวิกฤติได้รู้ขั้นตอนการดูแลภายใน 4 นาที</li> <li>- อัตราตาย</li> </ul>
<p>3. การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ</li> <li>- มี Power Empowerment เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลและความก้าวหน้าของการรักษาที่เพียงพอ ในกรณีที่ตัดสินใจไม่ปฏิบัติตามและสามารถดูแลตนเองและญาติได้</li> <li>- มีคำสั่งต่อข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพหรือสหสาขาวิชาชีพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รู้ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน</li> <li>- อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ</li> </ul>



<p>กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)</p>	<p>สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)</p>	<p>ความเสี่ยง สำคัญ (key Risk)</p>	<p>ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)</p>
<p><b>4.กิจกรรมฉุกเฉิน</b></p> <p>-ระบบบันทึก</p> <p>- การขุดหาซากขีตอากาศยาน</p> <p>-ระบบการส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งx-ray</p> <p>-การขุดหาซากขีตอากาศยานเคื่องมือ</p> <p>-ดัชนีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย</p>	<p>-บันทึกทางอากาศยานที่สมบูรณ์และตรงถึงจุดหมายในมาตรฐานผู้เกี่ยวข้อง, มาตรฐานปฏิบัติการหน้าที่เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้</p> <p>-ผู้เกี่ยวข้องที่ถูกต้อง ปลอดภัยเหมาะสมตามแผนการปฏิบัติงาน</p> <p>-บุคลากรมีความรู้ และทักษะในการเก็บสิ่งส่งตรวจได้ถูกต้องและสามารถแปลผล วิเคราะห์สิ่งผิดปกติที่พบเบื้องต้นได้</p> <p>-มีแนวทางในการเก็บสิ่งส่งตรวจและการเตรียมผู้เกี่ยวข้องส่งตรวจพิเศษได้อย่างถูกต้อง</p> <p>-เคื่องมือมีความเกี่ยวข้อง พยายามใช้ตลอดเวลา</p> <p>-เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญในมาตรฐานและใช้อุปกรณ์ทางแพทย์</p> <p>-สถานที่และสิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัย สะอาดและสะดวกสบายสำหรับผู้ปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่</p> <p>-มีแผนฉุกเฉินและแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน</p>		<p>-ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน</p> <p>-ร้อยละของการบินที่ปลอดภัยทางอากาศยาน=68.50%</p> <p>-อัตราความผิดพลาดเล็กน้อยจากการบินหาซากขีต 3 ขึ้นไป =2.80:1000วันนอน</p> <p>-อุบัติเหตุที่มีความผิดปกติทางกายภาพที่ส่งตรวจและการส่ง x-ray</p> <p>-อุบัติเหตุที่มีความไม่พึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องเคื่องมือทางการแพทย์</p> <p>-อุบัติเหตุที่ขีตได้ขึ้นอันตรายจากการบินเคื่องมือทางการแพทย์</p> <p>-อุบัติเหตุที่การเกิดอุบัติเหตุ ความไม่ปลอดภัยภายในหน่วยงานที่ผู้ปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่</p> <p>-เจ้าหน้าที่เข้าเฝ้าและปฏิบัติได้ตามแผนอัคคีภัย &gt; 80%</p> <p>-เจ้าหน้าที่เข้าช่วยเหลือในมาตรฐานแผนอัคคีภัย &gt; 80%</p> <p>-เวลาขุดหาซากขีต 5 น &gt; 80%</p>

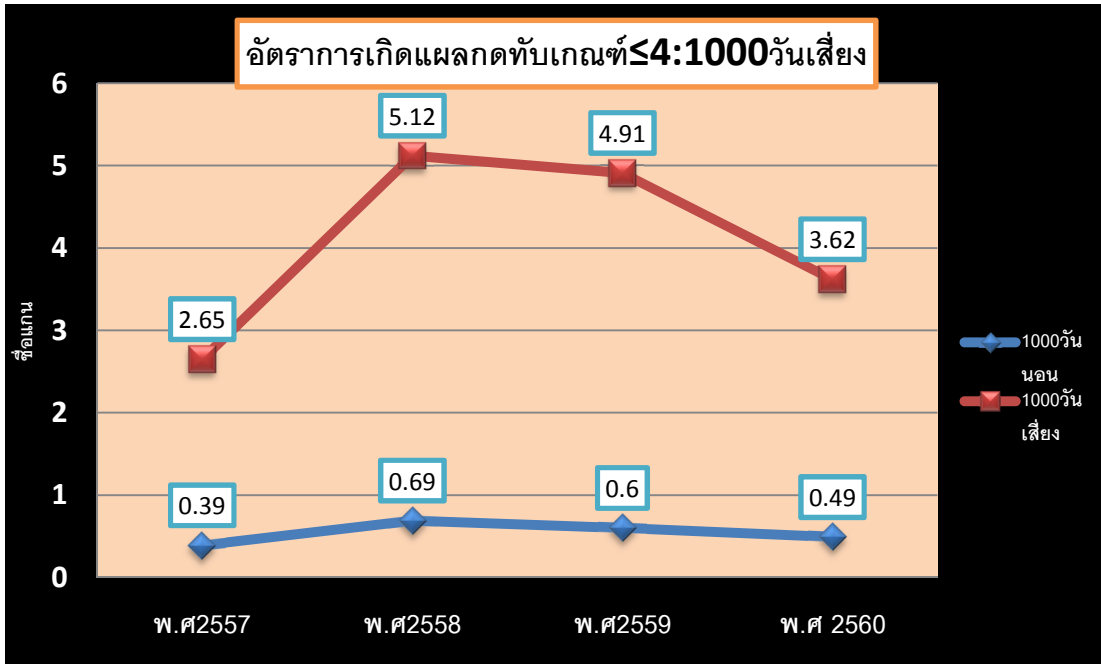


### ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

- อัตราภาวะเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4

เป้าหมาย  $\leq 0.4:1000$  วันนอน

$\leq 4:1000$  วันเสี่ยง (ลดลง 10%)



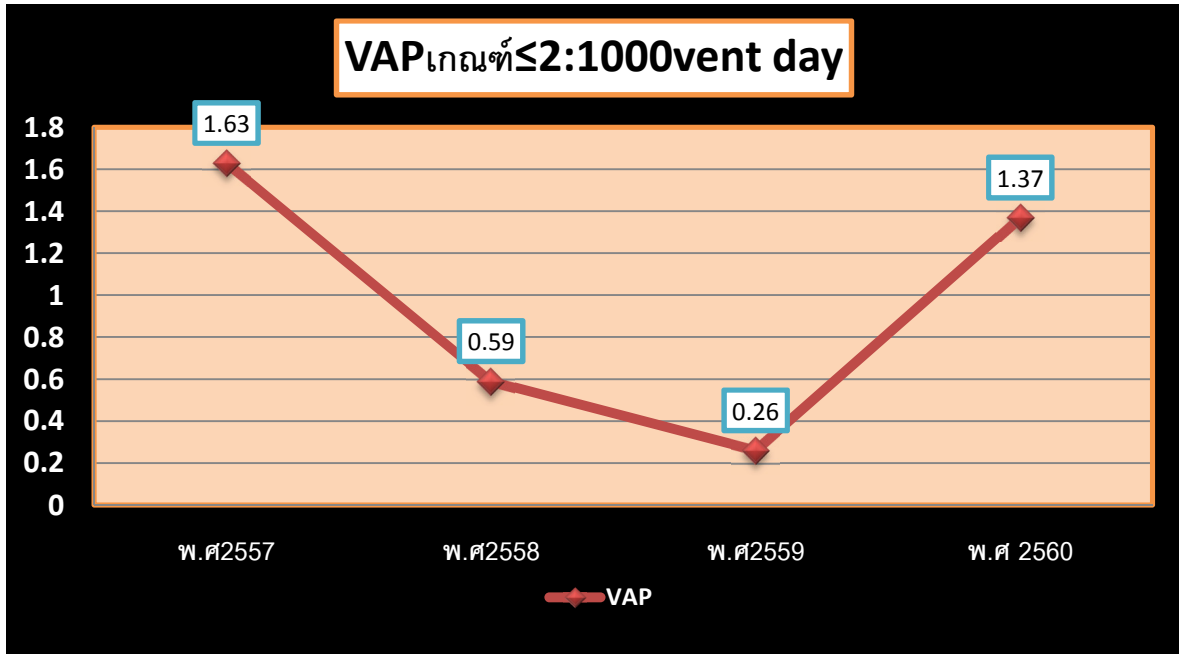
จากภาพ อัตราภาวะเกิดแผลกดทับ ในปี 2559 มีแนวโน้มลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่ตั้งไว้ของภาพทางหน่วยงาน จึงได้นำผลการปฏิบัติงานที่ได้มาทบทวนและภาวะเสี่ยงตัวชี้วัดโดยเน้นให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นและได้ภาคีสัมพันธ์ร่วมในภาคีดูแลผู้ป่วย

#### การแก้ไข้ปัญหา

- ทบทวนแนวทางและพัฒนางานของภาวะเกิดแผลกดทับ วิเคราะห์หาสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ
- ชี้แจงภาวะเสี่ยงตัวชี้วัดแบบใหม่ร่วมกับภาคีแบบเดิมให้เจ้าหน้าที่เข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้อง
- เปิดโอกาสและ Empowerment ให้ภาคีสัมพันธ์ร่วมในภาคีดูแลผู้ป่วย
- จัดหาอุปกรณ์ที่นอนนุ่มให้เพียงพอกับปริมาณการปฏิบัติงาน



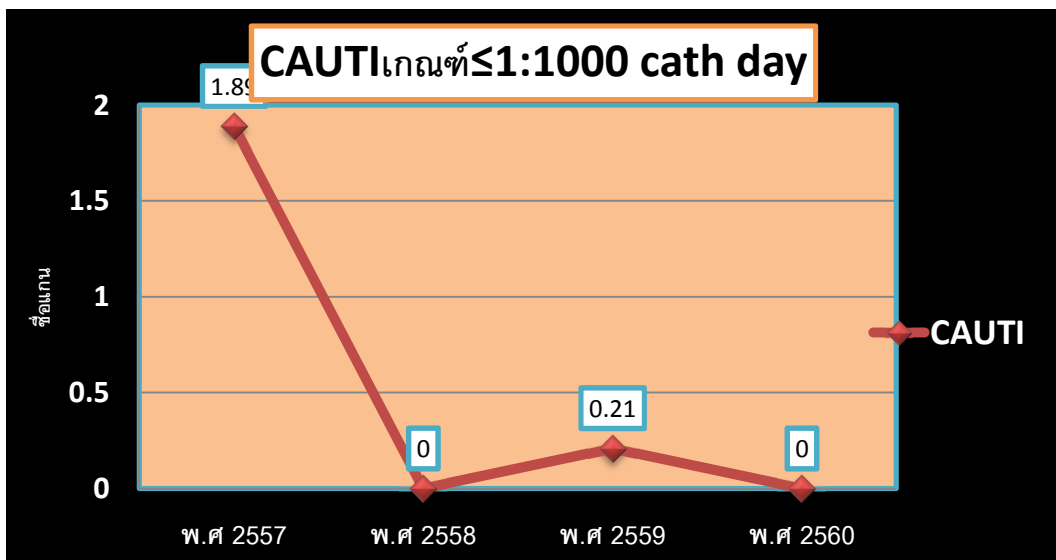
2. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากท่อใส่เคื่องช่วยหายใจ (เกณฑ์ < 2 ครั้ง:1000 วันใส่เคื่องช่วยหายใจ)



จากภาพ อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากท่อใส่เคื่องช่วยหายใจเป็น 1.63 : 1000 วันใส่เคื่องช่วยหายใจในปี 2557 และในปี 2558 พบว่าอัตราการติดเชื้อ VAP = 0.56 ลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ในปี 2559 = 0.26 และเพิ่มขึ้นในปี 2560 = 1.37 เนื่องจากมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันกาเกิด VAP ไม่ให้ครบคลุมและครบถ้วน จึงได้มีการนำแนวทาง VAP Bundle โดยใช้ WAPHO มาใช้เพิ่มมากขึ้น

3. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากสายสวน (CAUTI)

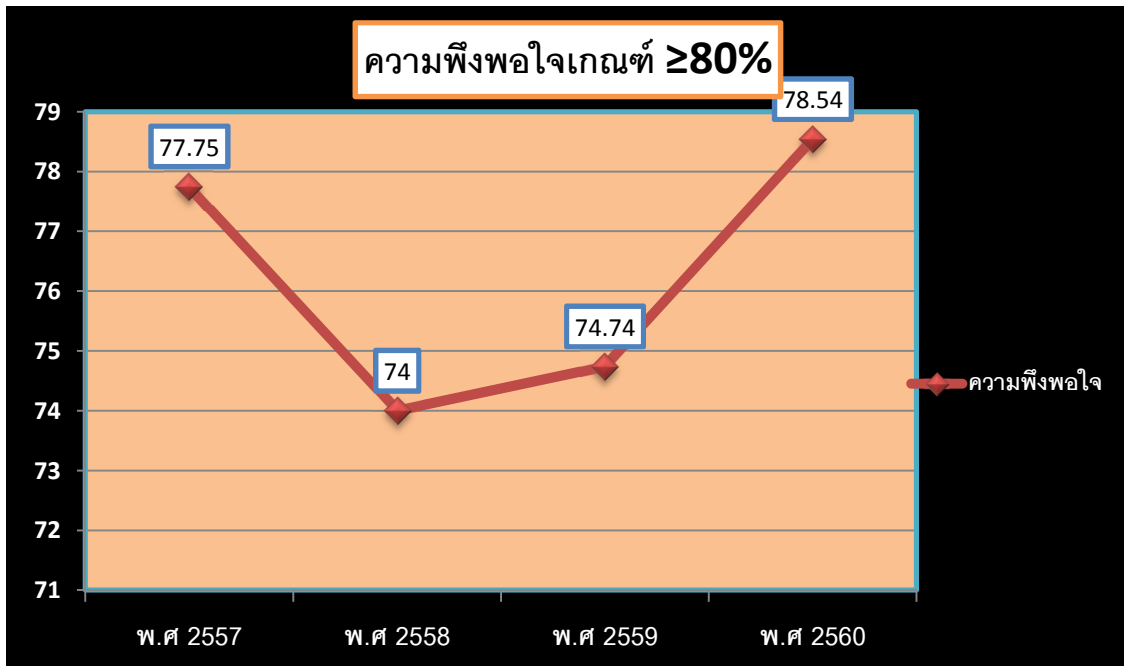
เกณฑ์ ≤ 1 : 1000 Cath day







5. ด้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เกณฑ์ > 80%)



จากภาพแสดง ด้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้มีแนวโน้มลดลงทุกปี เนื่องจากระบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้รับบริการมีความคาดหวังสูงทั้งด้านมาตรฐานการบริการ และความพร้อมของอาคารสถานที่แต่ด้วยปริมาณการรับบริการที่เพิ่มขึ้นจำนวนมากซึ่งทำให้ความพร้อมด้าน อาคารสถานที่ไม่เพียงพอและภาระงานที่มากของเจ้าหน้าที่ทำให้การตอบสนองของความต้องการของผู้รับบริการล่าช้า พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการไม่เหมาะสม

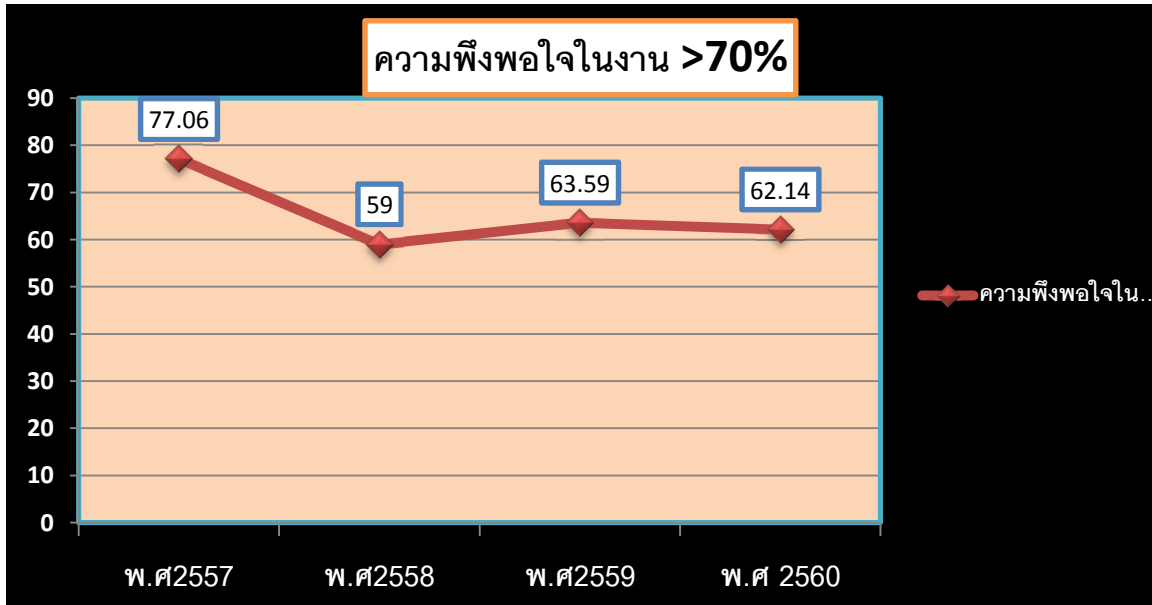
การแก้ปัญหา

1. การจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการโดย
  - จัดพื้นที่ที่หน่วยงานบริการให้เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ
  - จัดแผนประเภทผู้ป่วยให้ถูกต้องตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยยึดใช้ไปช่กรมการจำแนกประเภทผู้ป่วยของกรมการสาธารณสุข
  - ใช้อัตราการกำลังเสริมตามเกณฑ์การอัตราส่วนกำลัง
  - ให้ความสำคัญหน่วยงานวิเคราะห์ภาระงาน (Productivity) ทุกเดือนและนำเสนอข้อสรุปให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลพิจารณาจัดสรรอัตราส่วนกำลังเพิ่ม
2. ส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดี





6. ร้อยละความพึงพอใจในงานของบุคลากร (เกณฑ์  $\geq 70\%$ )



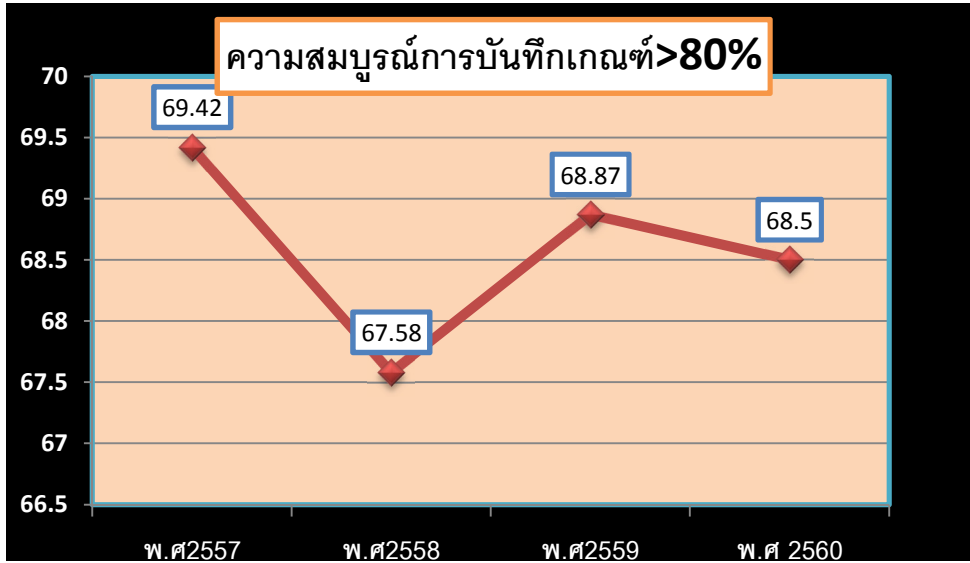
จากภาพ ความพึงพอใจในงานของบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตลอด 3 ปีที่ผ่านมายังมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์  
 1. ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมของการทำงาน 2. ความพึงพอใจที่มีต่อหัวหน้างาน 3. ความพึงพอใจที่มีต่อสภาพแวดล้อมของการทำงาน  
 สาเหตุของปัญหานี้ อาจเนื่องมาจากจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่มีมากขึ้น  
 วัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงาน ความเครียดของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ความเหนื่อยล้าของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อ  
 ขวัญและกำลังใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

ทางแก้ไข

- ภาวะแวดล้อมของการทำงานให้ดีขึ้นตามเกณฑ์
- จัดระบบงานที่สอดคล้องกับบุคลากรและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน
- จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้เพียงพอและเหมาะสม

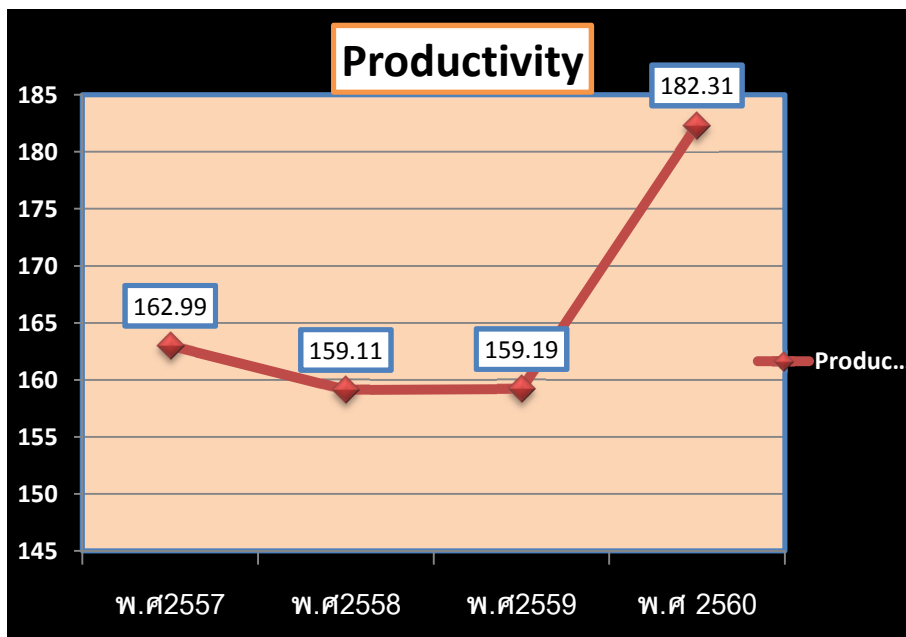


7. ร้อยละความถูกต้องของผลตรวจของพยาธิวิทยา (เกณฑ์  $\geq 80\%$ )



จากภาพจะเห็นว่าร้อยละความถูกต้องของพยาธิวิทยาไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากปริมาณผู้รับบริการมีจำนวนมากว่าอัตราอ้างอิงที่ควรจะมีทำให้การบันทึกไม่ครอบคลุมตามเป้าหมายของผู้ป่วย แนวทางทางแก้ปัญหาคือพัฒนาชุดแบบการบันทึกเป็นแบบ Focus charting มีการตรวจซ้ำของพยาธิวิทยา 2 chart/คน/เดือน และกำหนดเป็นต้นชั่วโมงต่อคนทำให้ในรอบ 6 เดือนแรกคะแนนการบันทึกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาเล็กน้อย

8. ผลผลิตทางพยาธิวิทยา (Productivity) เป้าหมาย 80-120





จากภาพจะพบว่าค่าผลผลิตทางอากาศยานมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากได้มีกำหนดการและ  
 วิเคราะห์หาสาเหตุจากทุกแนว ทุกวันและได้มีกำหนดอัตราค่าส่งเวร standy by ให้น้อยกว่าเดิมตามที่กำหนด  
 ให้น้อยกว่าเดิม Standy by ไว้จึงได้นำเสนอผู้บริหารทางอากาศยานจัดเป็นอัตราค่าส่งในเวรปกติตาม  
 แผนซึ่งทำให้ในปี 2559 ค่าผลผลิตมีแนวโน้มลดลง แต่ในปี 2560 ผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะ  
 ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 8.4 /วันเพิ่มจากปี 2559

การประเมินการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงคุณภาพและมีคุณภาพ

1. ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละ  
 กระบวนการ (รวมถึงการพัฒนาคูณมาภาพที่เสถียรขึ้นแล้ว)

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	-CQI การดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	-ปรับปรุงแผนรพชจากดูแลผู้ป่วย stroke ร่วมกับ PCT MEDและ เขต18 -จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วย strokeเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย เป็นไปในแนวทางเดียวกัน -ปรับปรุงแผนรพชทั้งในภาควาง แผนการจำหน่ายและการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยstroke -จัด stroke corner	-อัตราการ Re-admit ผู้ป่วย strokeโดยรวมภาวะแทรกซ้อน ภายใน 28 วัน ปี2557 =1.06% ปี 2558=0.98% ปี 2559=0.68% ปี2560= 0.25% -ร้อยละผู้ป่วยstrokeสามารถ ปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้ ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน ปี 2557 =100% ปี 2558= 96.30% ปี 2559=98.89% ปี 2560=99%
	CQI การดูแลผู้ป่วย ใช้เสื้อหอบหืด	-จัดทำ early waning signs DHF -จัด zoning สำหรับผู้ป่วย ใช้เสื้อหอบหืดเพื่ออำนวยความสะดวก ดูแลและเฝ้าระวัง	-อัตราผู้ป่วยใช้เสื้อหอบหืด เสียชีวิต = 0 -อัตราการเกิดภาวะ volum overload =0



ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
3	CQI การดูแลผู้ป่วย เลือดออกในภาวะ อาการรุนแรง(UGIH)	-พัฒนาแนวทาง ร่วมกับ KPH UGHI SCORE -มีการวิจัยและนำ ผลวิจัยมาใช้ ในการดูแลผู้ป่วย	-อัตราผู้ป่วย เลือดออกโดย ไม่คาดคิด=0 -Re-bleeding -การได้ ส่งผู้ป่วย (EGD)
4	การดูแลผู้ป่วย Alcohol withdrawal	-พัฒนาการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับ กลุ่มงานจิตเวช -มีการ จัด Withdrawal โดยมี AWS	-อัตรา เกิด Alcohol withdrawal ลดลง -ผู้ป่วย ได้ เพิ่ม
5	โครงการ CARE ในหอผู้ป่วย	-ใช้ CARE ในการดูแลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วย -จัด Zoning -นำ มาใช้ -เพิ่ม เตียง	-อัตรา เกิด 16 : 1000 (เกณฑ์ <20 : 1000 )

2. การพัฒนาคุณภาพ ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- การพัฒนาคุณภาพ การบันทึกกิจกรรมพยาบาล (Focus charting)
- โครงการ stroke unit
  - การนิเทศเชิงคลินิก
  - ปรับปรุงภูมิทัศน์ อาคารสถานที่
- โครงการป้องกันหลอดเลือด (CARE)
- โครงการห้ามน้ำดื่ม 5 ลิ



แผนการพัฒนาค่าต่อเนื่อง

จุดเน้นในแผนพัฒนา					
โครงการ/ วัตถุประสงค์	เครื่องมือวัด/ เป้าหมาย	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ
1.การวางแผน การจำหน่าย ผู้ป่วย	-ข้อมูลของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มเสี่ยงที่ ได้รับการรักษา ตลอดที่บ้าน	-วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้ method Model -ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ ฝ่ายเวชการสังคมในผู้ป่วย ผู้ป่วยที่กำเริบ -ติดตามข้อมูลผู้ป่วยเพื่อ ประเมินผลการทำงาน	ปีงบประมาณ 2560	-ชนท.อายุรกรรม ฝ่ายและฝ่ายเวช การสังคม	-
2.พัฒนา คุณภาพ บริการทางการแพทย์ (Focus charting)	-ข้อมูลของ คุณภาพการ บริการทางการแพทย์ >80%	-ชนท.ตรวจข้อบกพร่อง เวชระเบียน2ฉบับ/คน/เดือน -นิเทศจุดสุ่มกับเจ้าหน้าที่ กงหน้าที่ต้องปฏิบัติงาน -ตรวจข้อบกพร่องเวชระเบียนให้ คะแนนทุกเดือนประเมิน ความก้าวหน้า	ปีงบประมาณ 2561	หัวหน้าและ เจ้าหน้าที่ อายุรกรรมฝ่าย	-
3.กิจกรรม 12 ทางการแพทย์	-มีกิจกรรม 12 ทางการแพทย์/เดือน	-ทำกิจกรรม 12 ทางการแพทย์ เดือนละ 1 ครั้ง -กิจกรรมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ	ปีงบประมาณ 2561	-เจ้าหน้าที่ อายุรกรรมฝ่าย	-
4.การนิเทศ การคลินิก	-เพื่อพัฒนา ระบบการนิเทศ เြงคลินิก ทาง การแพทย์ พยาบาล -พัฒนาการ นิเทศเชิงคลินิก สายบุคคล	-จัดทำแนวทางการนิเทศเชิง คลินิกทาง การแพทย์ระดับ หน่วยงาและสายบุคคล -ควบคุม กำกับ และติดตาม ผลลัพธ์ของการนิเทศเชิง คลินิก	ปีงบประมาณ 2561	-หนึ่งท้ายและ ของทั้งหน้าดีก อายุรกรรมฝ่าย	-



## คุณภาพเวชการศุข 2 (เตียงคน)

### จำนวนเจ้าหน้าที่ 15 คน

- พยาบาลวิชาชีพ 10 คน (รับทราบ 8 คน พาส 2 คน)
- พยาบาลเทคนิค 1 คน (รับทราบ)
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 2 คน (สูดอากาศ 1 คน พาส 1 คน)
- พนักงานช่วยพยาบาล 1 คน
- พนักงานทั่วไป 1 คน (พาส)

### จำนวนเตียง 30 เตียง

- อัตราการครองเตียง 73.63%
- Productivity เฉลี่ย (นับ HW ไม่นับ NA) = 122.20% , (นับ NA ไม่นับ HW) = 93.92%

จำนวน OT เฉลี่ย 7 - 9 เวช/เตียง

จำนวนเวช เฉลี่ย 17 - 19 เวช/คน อายุเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ พยาบาล 35 ปี พนักงานอื่น ๆ 39 ปี

### 5 อันดับโรคของหน่วยงาน

1. Neonatal Jaundice (572)
2. Low Birth Weight (327)
3. Pneumonia (165)
4. Gastroenteritis (156)
5. Bronchiolitis (113)

### 5 อันดับการตายของหน่วยงาน ไม่มี

### 5 อันดับความเสียหายของหน่วยงาน

1. ความปลอดภัยคนทางยา (22)
  - ๓ ครั้งไป 14 - Near miss 8
2. ไม่ใส่คสช้อยู่ (13)
3. Re-admit ภายใน 28 วัน (9)
4. ความปลอดภัยคนทาง Lab (9)
5. ความปลอดภัยคนทางพัสดุส่งตรวจรักษา (2)



**ผลงานคุณความดี (แนวทางการปฏิบัติ/นวัตกรรม/งานวิจัย) ในรอบปีที่ผ่านม**

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค Meningitis
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค Gastroenteritis
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย NEC
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย Pneumonia
- แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง
- แนวทางการป้องกันผู้ป่วยรับจากใช้สูง
- พัฒนาระบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด
- พัฒนาระบบการป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้น
- พัฒนาระบบการประเมินและตรวจสุขภาพผู้ป่วย
- ทักษะการสื่อสาร / อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย และจัดทำโครงการ 12 ทักษะ

**ผลงานการพัฒนากุศลภาวะ**

- พยาบาล (10 ร้อย/คน/ปี) 27.27% อบรมภายในโรงพยาบาล 100% อบรมภายนอกโรงพยาบาล 90.90%
- เจ้าหน้าที่อื่น ๆ (5 ร้อย/คน/ปี) 75% อบรมภายในโรงพยาบาล 100% อบรมภายนอกโรงพยาบาล 25%

**ตัวชี้วัด หน่วยงานคุณภาพระดับปฐม 2 (เต็มคน)**

ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
1. อัตราความผิดพลาดเคลื่อนย้าย (เฉลี่ยต่อ 1,000 ร้อยคน)	1.29	✓	
2. จำนวน Unplan Admit NICU โดยไม่ได้วางแผน	0 ราย	✓	
3. จำนวน Unplan CPR	0 ราย	✓	
4. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	0.40%	✓	
5. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	86.68%	✓	
6. ความพึงพอใจของระดับชั้นเรียน	84.76%	✓	

ผ่านเกณฑ์.....100.....% ไม่ผ่านเกณฑ์.....0.....%



## ติดกุมารเวชศาสตร์ 1 (ติดเตี้ย)

### อัตรากำลัง

จำนวนบุคลากรประจำแผนกตามสาขาวิชาชีพที่สําคัญในทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย

- กุมารแพทย์ 5 คน
- พยาบาลวิชาชีพ 15 คน
- ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน
- พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน
- พนักงานทำความสะอาด 2 คน

(พยาบาลวิชาชีพได้รับทุนสนับสนุนค่าตอบแทนโดยขบวนการศึกษาปริญญาตรีจากโรงพยาบาล

กุมารเวชศาสตร์จำนวน 2 คน มีพยาบาลผู้เกี่ยวข้องจากแผนกเฉพาะสาขากุมารเวชศาสตร์ 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางสาขาผู้ช่วยเด็กอีก 1 คน สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ ในเวช ไข้ : ป่วย : ติด คือ 5 : 3 : 3

### ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

หอผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ 1 (ติดเตี้ย) มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยเด็กทางอายุรศาสตร์ เป็นหลักในอายุ 1 ปี - 15 ปี และผู้ช่วยเด็กทางศัลยกรรมทั่วไปในอายุ 1 ปี - 10 ปี โดยมีชุดเครื่องมือเพื่อให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กอย่างมีมาตรฐาน ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ และผู้ให้บริการมีความสุข

### ผลงานการปฏิบัติงาน / กิจกรรม

ด้านบริหาร	กิจกรรม / ผลลัพธ์
คุณภาพงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● บริหารจัดการด้านอัตราคนกำลังพยาบาลให้มีปริมาณเพียงพอ และคุณภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับภาระงาน ทำให้ค่าภาระงานอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (ค่า Provide productivity &gt; Actual productivity)</li> <li>● ประเมินและจัดทำแผนงานพัฒนาบุคลากรผู้มีความสามารถ (competency) ผลการประเมินสมรรถนะของบุคลากรทางพยาบาลในพบว่าบุคลากรพยาบาลสามารถพัฒนาการประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพครบ 100 %</li> <li>● ส่งเสริมให้บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน โดยนำผลการประเมินความพึงพอใจและผลของงานมาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข รวมถึงปรับปรุงปัญหาและข้อเสนอแนะในการประชุมประจำเดือน จัดส่งสถิติการเข้าหน้าที่ในเวชป่วยติด และในเวชไข้ที่เหมาะสม คะแนนความพึงพอใจในสหสาขาการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.07 (2558) เป็นร้อยละ 77.20 (2559)</li> </ul>





ผลงานการปฏิบัติงาน / วิชาการ

ด้านวิชาการ	วิชาการ / ผลงาน
1. ปริมาณงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● จำนวนผู้ป่วยเด็กที่รับรักษา 4,245 ราย เป็นผู้ป่วยอายุทารก 4,034 ราย ผู้ป่วยทางจิตเวช 232 ราย</li> <li>● ผู้ป่วยจิตเวชให้การรักษาด้วยยา 5 ประเภท ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท กึ่งจิตเภท ปานกลางและหนักขึ้น ลักษณะของผู้ป่วยมีทั้งผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันและเรื้อรัง</li> <li>● กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดในปี 2559 ได้แก่ AGE (642 ราย) อันดับ 2 คือ Pneumonia (572 ราย) อันดับ 3 ชาลิ้นลิ้น (403 ราย) คือ อันดับ 4 คือ Bronchitis (275 ราย) และอันดับ 5 คือ Acute gastritis (232 ราย) ตามลำดับ</li> <li>● กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตมากที่สุด ปี 2559 ได้แก่ severe Pneumonia (6 ราย) นอกนั้นเสียชีวิตโรคละ 1 ราย รวมเสียชีวิตทั้งสิ้น 10 ราย</li> <li>● หัตถการที่ให้มากที่สุดคือ ยาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของลงมาคือ ยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ยาหยดทางหลอดเลือดดำ ยาพ่นยา และยาเจาะเลือดส่งตรวจ ตามลำดับ</li> </ul>
2. คุณภาพงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สถิติการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกได้แก่ การเฝ้าระวังของท่าทางเดินหายใจ อุบัติการณ์การตกเตียง</li> <li>● ไม่พบความเสี่ยงระดับ 7 ขึ้นไป</li> <li>● ไม่พบอัตราตายในผู้ป่วยเด็กใช้เลือดออก ไม่พบอาการแพ้ยาหรือสารอื่นใดแก่ภาวะช็อคขณะอยู่ในรพ. ภาวะไตวาย และอัตราการรักษาผู้ป่วยที่มาปรึกษา และอัตราการรักษาเกิดภาวะช็อคในผู้ป่วยโรคใช้เลือดออก</li> <li>● สถิติการประเมินความสะอาดเคสในห้องยา ( 1.29 ครั้ง : 1,000 รน.จากเกณฑ์ที่กำหนด &lt;20 ครั้ง : 1,000 รน.)</li> <li>● ไม่พบ unplan CPR</li> <li>● ร้อยละของความร่วมมือของผู้รับผลงาน ร้อยละ 77.20</li> <li>● ร้อยละของความร่วมมือของผู้รับรักษา ร้อยละ 80.76</li> <li>● ไม่พบอุบัติเหตุการแพ้ยาหรือสารอื่นจากยาที่ใช้เลือดในผู้ป่วยชาลิ้นลิ้น</li> <li>● ไม่พบข้อผิดพลาด</li> </ul>



ผลงานการปฏิบัติงาน / วิชาการ

ด้านวิชาการ	วิชาการ / ผลงาน
1. วิชาการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีงานวิจัย Conference case ที่น่าสนใจ 2 ชิ้น และ PCT เดือนละ 1 ครั้ง</li> <li>ทำงาน Dead case conference ทุก 3 เดือน</li> <li>เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล มีระบบพยาบาลที่</li> <li>ยอดเยี่ยม 1 ครั้ง</li> <li>พยาบาลวิชาชีพไปประชุมอบรมด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับภาควิชาพยาบาล</li> <li>ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบเกณฑ์ที่กำหนด คือ มากกว่า 10 วันต่อคนต่อปี</li> <li>เข้าหน้าที่ได้ครบตามแผนพัฒนาในภาคปฏิบัติ ACLS ปีละหนึ่งครั้งครบ</li> <li>100%</li> <li>พยาบาลวิชาชีพได้รับมอบหมายหน้าที่ทางภาควิชาพยาบาลครบ 100%</li> <li>จัดวิชาการในช่วง morning talk ทุกวัน</li> <li>ทำงานทางดูแลผู้ป่วยด้วย C3 ther จำนวน 32 ราย</li> </ul>
2. ศึกษาระเบียบ	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Pediatric Early warning sign score , Pain Score</li> <li>พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ผิดปกติแบบปกติในผู้ป่วยเด็ก และติดตาม</li> <li>พัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานทางภาควิชาพยาบาล แบบ Focus charting เพื่อให้</li> <li>ครบถ้วนสมบูรณ์</li> </ul>

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

- พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กใช้สื่อการสอน ระบบการให้คำปรึกษา และ ระบบ Fast Track DHF โดยไม่มีผู้ป่วยเด็กใช้สื่อการสอนเสียชีวิตมาตั้งแต่ปี 2555
- นำตัว ORS แก้ไข Dehydration

การพัฒนาจากคุณภาพวิชาการ/แผนงานสำคัญที่จะดำเนินการต่อไปในปี 2561

- พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตใน PICU แบบเต็มรูปแบบ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ
- ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ Severe Pneumonia
- ลดอุบัติเหตุการฉีดยาที่ผิดพลาดในโรงพยาบาล
- ลดอุบัติเหตุการลื่นล้มบนทางเดินภายใน



## งานพยาบาลชุมชน (ANC) และผู้ช่วยพยาบาล-นรีเวชชุมชน

### อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่

ลำดับที่	ตำแหน่ง	จำนวน	รวม
1	พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างาน	1	คน
2	พยาบาลวิชาชีพ	5	คน
3	เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว	1	คน
4	ผู้ช่วยเภสัชกร	3	คน
5	พนักงานทั่วไป	1	คน
รวม		11	คน

เจ้าหน้าที่ทุกคนขึ้นปฏิบัติงานทุกวันจันทร์-วันและเวลาราชการ

หมายเหตุ: กรมการสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สนับสนุน มีภาระงานเจ้าหน้าที่ในภาคเอกชน

### ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ปฏิบัติงานตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลสุขภาพอนามัยแก่สตรีในวัยเจริญพันธุ์และส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมและให้คำปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับภาวะตั้งครรภ์ผิดปกติ ผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพอนามัยสตรีก่อนคลอดคำปรึกษาทางพันธุกรรมและให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพก่อนคลอด คำปรึกษาทางพันธุกรรมและให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพก่อนคลอด คำปรึกษาทางพันธุกรรมและให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพก่อนคลอด คำปรึกษาทางพันธุกรรมและให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพก่อนคลอด

### นโยบายของหน่วยงาน

ดำเนินงานตามนโยบายของกรมอนามัยแม่และเด็ก และตามมาตรฐาน ANC คุณภาพ

1. ผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ และสามารถให้การดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน
2. ผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ และสามารถให้การดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน
3. ผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ และสามารถให้การดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน
4. หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ และสามารถให้การดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน
5. หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน
6. ผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ และสามารถให้การดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน
7. ผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ และสามารถให้การดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน





7. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี เพื่อให้บุคลากรมีประสิทธิภาพ และเพียงพอต่อปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพของบุคลากรตามแผน / ตามความจำเป็น
8. สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับปฏิบัติงานหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงของกรมสุขภาพ
9. ประสานงานหรือขอผลยอด หลังคลอด ศสม.เขตเมือง เพื่อจัดทำตัวชี้วัดและพัฒนาระบบข้อมูลตัวชี้วัด
10. สนับสนุนวิทยากร และสนับสนุนแหล่งฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อพัฒนาคุณภาพ ขนท.ทพ.สต.ในเครือข่าย หน่วยงานอนามัยแม่และเด็ก ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์
11. ร่วมประชุมสัมมนาอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ประชุมพัฒนาคณะอนุกรรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทางพัฒนาคุณภาพวิชาการ
12. ประสานงานกับหน่วยงานเกี่ยวข้อง เช่น ทพ.สต., สสจ, เขตสุขภาพที่ 3 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
13. ประสานงานกับวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อขอวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิของภาคสุขภาพ
14. นิเทศการปฏิบัติงานของ นักศึกษาพยาบาล, ขนท.ระดับของลงมา
15. กำกับดูแล งานประจำและงานพัฒนาคุณภาพภายในองค์กร
16. ประชุมจัดรายการ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่างๆ เช่น LBW ระยะเวลาคลอด ความพึงพอใจ ฯลฯ
17. ร่วมประชุมวางแผน จัดทำ Service plan ร่วมกับศูนย์อนามัยเขต 3
18. ร่วมประชุมภาคสุขภาพเขต ทพ.สอ.อีสาน ภาคอนามัย

**ผลงานดำเนินงาน**

รายการ	กิจกรรม	จำนวน (ราย)
งานพัฒนา	1. หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มีมาขึ้นปี	12,122
	2. หญิงตั้งครรภ์ชายใหม่	1,307
	3. ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่ม	1,295
	4. ให้การปรึกษา/สอน/ช่วยเหลือและหลังช่วยเหลือ	1,888
	5. ให้คำปรึกษา/สอน/ช่วยเหลือและหลังช่วยเหลือ	1,952
	6. จัดทำคู่มือฉบับ+บาททะเล	373
	7. ให้คำปรึกษา/สอน/ช่วยเหลือ/นำส่งส่งตรวจ	120
	8. หน่วยงานช่วยเหลือ/นำส่งส่งตรวจ	120
	9. ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังทพ.ที่มีคุณภาพสูง	81
	10. ตรวจ Ultrasound หญิงตั้งครรภ์	3,728



**ผลงานดำเนินงานสูติศาสตร์**

รายสาขา	กิจกรรม	จำนวน (ราย)
งานวางแผนครอบครัว	1. การวางแผนครอบครัว (ยาเม็ด, ยาฉีด, ถุงยางอนามัย, พังยาคุมกำเนิด, ไส้ห่วงอนามัย, ทำหมันหญิง)	968
	2. ปฏิบัติการตรวจหลังคลอด	180
งานสูติเวชศาสตร์	1. คัดกรองของสูติศาสตร์	9,284
	2. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	719
	3. ปฏิบัติการห้อย	84
	4. ช่วยแพทย์ทำห้อยแพทย์ทำ Biopsy	111
	5. ปฏิบัติการแก้ไขภาวะมีบุตรยาก	24
	6. Y 05	25
	7. งานการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (ให้คำปรึกษา)	0
	8. ช่วยแพทย์ตรวจภายใน	1,663
	9. ตรวจ Ultrasound สูติศาสตร์	3,302
	10. ปฏิบัติการ Endometrium sampling	115
	11. ปฏิบัติการ Colpo/LEEP	117

**ผลงานดำเนินงานวิสัญญีสูติศาสตร์/สูติศาสตร์**

1. จัดอบรมโรคของทางสูติศาสตร์ก่อนการคลอดก่อนกำหนด 28 เมษายน 2560
2. ร่วมกับสูติศาสตร์ MCH Broad จังหวัด จัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์และระดับ พว.สจ. และ พว.ร.
3. ฝึกอบรมระยะสั้นทางสูติศาสตร์ และทางสูติศาสตร์ระยะสั้นเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2560 ตามนโยบาย Service Plan
4. กิจกรรมสูติศาสตร์สูติศาสตร์ร่วมกับสูติแพทย์ที่ พว.ใจงาม พว.ทุ่งโพธิ์ทะเล และ พว.พจนานุกรม เพื่อพัฒนาทักษะการตรวจวินิจฉัยโดย Ultrasound
5. ร่วมกับสูติศาสตร์ MCH Broad จังหวัด จัดกิจกรรมรวมพลคนสูติศาสตร์ เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2560
6. นิเทศ, ประเมิน พว. มาตฐานงานสูติศาสตร์และระดับ พว.สาขานิติเวช 21 ก.ค. 2560
7. สูติศาสตร์นิเทศการพัฒนาระบบการสูติศาสตร์ใน พว. กำแพงเพชร 23 พ.ค. 60, การดำเนินงาน พว. ฟูอ แม่ 11 ส.ค. 60



8. บุคลากรผู้ได้รับรางวัลมีความรู้ที่ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางหน่วยงานของตนเอง, ร่วมกับ PCT สูติ-นรีเวชกรรม ร่วมทั้งการขอชมเชยจากโรงพยาบาลดังนี้
- |   |   |
|---|---|
| 1. เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์   | 17. ไปชกแกวมการลงข้อมูล HOSxp   |
| 2. ประชุม Review CPG และแนวทางการปฏิบัติ                                | 18. โคนงการส่งหนังสือถึงผู้เกี่ยวข้อง                                   |
| 3. ประชุมพัฒนารายงานฝากครรภ์แบบใหม่                                     | 19. การช่วยเหลือแพทย์ทำหัตถการ Collpo LEEP                              |
| 4. บันทึกทางโรงพยาบาล   | 20. การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด   |
| 5. การให้คำปรึกษาปรึกษาผู้ตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนทาง<br>ห้องปฏิบัติการ | 21. พัฒนารายงานแบบบันทึกการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย<br>ฝากครรภ์          |
| 6. แนวทางการดูแลผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์วัยสูง                              | 22. สัมมนาญาติผู้ป่วยต่อเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกให้<br>ได้ต่ำกว่าร้อยละ 1 |
| 7. การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน                                      | 23. การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจาง   |
| 8. ACLS   | 24. ผู้ป่วยระยะเริ่มแรกมาพบสูติ-นรีเวชวิทยา<br>คุณภาพการดูแล QA         |
| 9. เรื่องสั้น ๆ ที่ไม่สั้นเกินไปในรายงานฝากครรภ์และห้อง<br>คลอด         | 25. สัมมนาหน่วยงานสูติ-นรีเวชวิทยา                                      |
| 10. การบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย                             | 26. พัฒนารายงานฝากครรภ์คุณภาพตาม Service<br>Plan                        |
| 11. การตรวจสุขภาพโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์                                | 27. Ectopic Pregnancy   |
| 12. การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดย<br>ตรวจและแปลผล NST                 | 28. Abortion  |
| 13. ไปชกแกวมความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง<br>ในหน่วยงาน              | 29. Puerperal Infection   |
| 14. ความรู้เรื่องมาตรฐานการปฏิบัติสูติ-นรีเวชวิทยา                      | 30. PPH   |
| 15. การป้องกันความผิดปกติแต่กำเนิดด้วยไฟเลต                             | 31. ไขว้เยื่อทารกในครรภ์  |
| 16. การดูแลผู้ป่วยระยะคลอดผู้ป่วยระยะสุดท้าย                            | 32. PIH   |

**สรุป**

- จำนวนการตีพิมพ์ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ 10 ชิ้น/คน/ปี ปี2560 คิดเป็นร้อยละ 100
- เจ้าหน้าที่ระดับชั้นชำนาญการผ่านเกณฑ์ 5 ชิ้น/คน/ปี ปี2560 คิดเป็นร้อยละ 100

มีนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ที่เข้ามาศึกษาพยาบาลวิชาชีพ มาฝึกปฏิบัติงานด้านสูติ-นรีเวชวิทยา ฝากครรภ์ โดย  
พยาบาลวิชาชีพนำมาตรฐานการปฏิบัติสูติ-นรีเวชวิทยา เป็นแนวทางปฏิบัติ



**ตัวชี้วัดคุณภาพ**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย(%)	ผลงาน(%)
1. ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม	<7	5.39
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	≥60	42.50
3. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบถ้วนก่อน 12 สัปดาห์	≥60	60.97
4. อัตราการคัดกรองของมะเร็งปากมดลูกใน Cup.	>20% ของสตรีอายุ 30 - 60 ปี	34.81
5. ร้อยละของระดับความรู้เชิงพหุของชุมชนสุขภาพ	≥80	86.67

**1. ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ในมารดาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล**

กำหนดเกณฑ์ (Term) ของทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินเกณฑ์ (5.39%) แต่มีแนวโน้มลดลง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงวิเสษที่หาสาเหตุและพัฒนามา ดังนี้

- ทบทวน/ปรับปรุงแผนรพชให้มีความรู้ในหลักสูติศาสตร์เชิงป้องกันแม่ในแต่ละไตรมาสให้ทราบ
- โคนงการ/งานวิจัยเพื่อป้องกันมารดาคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของน้ำหนักทารกแรกเกิดในครรภ์ต่ำกว่า 2,500
- หญิงตั้งครรภ์ที่แนวโน้มน้ำหนักทารกแรกเกิดในครรภ์ต่ำกว่า 2,500 กรัม ขณะคลอดมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกำหนดเกณฑ์การดูแลและประเมินติดตามสุขภาพซึ่งที่มาฝากครรภ์
- ประเมินภาวะเสี่ยง คัดกรองหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูง คัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ และดูแลเชิงป้องกันมารดาสุขภาพซึ่งที่มาฝากครรภ์
- ให้คำแนะนำให้สูบบุหรี่โดยมารดา ติดตามประเมินผลสุขภาพซึ่งที่มาฝากครรภ์ให้เหมาะสมกับปัญหาของชุมชนสุขภาพ
- ทบทวน/ประเมินความรู้เชิงป้องกันหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเส้นทางสูติศาสตร์ เน้นมารดาฝากครรภ์คุณภาพ
- จัดทีมเพื่อเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ case LBW โดย ANC, ห้องคลอด, เวชการุณศาสตร์ ส่งข้อมูลกลับไปให้พื้นที่เพื่อวิเคราะห์และปรับปรุง
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพให้มีความรู้และทักษะการดูแลแก่ปัญหาทารกน้ำหนักน้อย โดยจัดอบรม/โคนงการป้องกันมารดาคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของ LBW จัดสูติศาสตร์ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ





## 2. ข้อดีของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (เกณฑ์ > 60 %)

จากภาวะที่ข้อมูลพบว่าข้อดีของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ยังมีไม่มากนัก

- ส่วนใหญ่ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เนื่องจากย้ายถิ่นฐานมาหาที่อื่น, ไม่ทราบข้อมูลว่าต้องฝากครรภ์ก่อน, กำลังศึกษา, ทำงานที่อื่นและใช้สิทธิการศึกษายังไม่ได้ ทำให้ตกเกณฑ์ครั้งที่ 1 ไป และมีบุคคลที่อดทนกำหนด
- บางรายไปฝากครรภ์ต่อสถานบริการอื่น เช่นคลินิก ในโรงพยาบาลเอกชน หรือย้ายถิ่นฐานไปมา ทำให้มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากไม่สะดวกติดตามได้ บางรายที่อยู่และเบอริ์กาศที่ทำงานมีการเปลี่ยนแปลง
- โคนงการฝากครรภ์ทุกที่พหุภาษาให้ ทำให้การติดตามหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้ครบถ้วน

การแก้ไขปัญหานี้

1. ประชาชนงาน สสอ., เวชการวมสังคมดำเนินงานเชิงรุกในแต่ละพื้นที่ เน้นประชาสัมพันธ์ในชุมชนให้มาฝากครรภ์ก่อนที่ทำงานว่าตั้งครรภ์ที่สถานบริการใกล้บ้าน
2. การไม่มาตามนัดมีระบบติดตามโดยโทรศัพท์ตามไม่ได้ ประชาชนงานเวชการวมสังคมเพื่ออภัยติดตาม

## 3. ข้อดีของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ (เกณฑ์ > 60 %)

จากภาวะที่ข้อมูลพบว่าข้อดีของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 12 สัปดาห์เป็นไปตามเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มลดลงถึงแกไขข้อมูลมาต่อเนือง

การแก้ไขปัญหานี้

1. ประชาชนงาน สสอ., เวชการวมสังคมดำเนินงานเชิงรุก สสอ. สสค. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่เพื่อกระตุ้นการมาฝากครรภ์เร็ว
2. เน้นประชาสัมพันธ์ในชุมชนให้มาฝากครรภ์ก่อนที่ทำงานว่าตั้งครรภ์ที่สถานบริการใกล้บ้าน ให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ฝากท้องทุกที่พหุภาษาให้ และผลดีของการมาฝากครรภ์เร็ว
3. ศึกษารวมหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ โดยใช้แบบสอบถามและหาประวัติของผู้รับบริการ เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ฝากครรภ์ช้าและข้อมูลมาแก้ไข
4. ให้การช่วยเหลือของครัวเรือนที่อาจเกิดขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหานี้และป้องกันมาฝากครรภ์ช้าในครรภ์ต่อไป









### อัตรากำลัง

อัตรากำลังบุคลากรที่มี 50 คน ประกอบด้วย

ประเภทบุคลากร	จำนวน (คน)
พยาบาลวิชาชีพ (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย)	30
พยาบาลเทคนิค	1
ผู้ช่วยพยาบาล	1
ผู้ช่วยเภสัชกร	10
พนักงานทำความสะอาด	8

ปัจจุบันอัตรากำลังพยาบาลยังไม่เพียงพอต้องจัดหาอัตราเพิ่มเพิ่มเติมจากพยาบาล Part time ภายในโรงพยาบาล

กำหนดแผนฯ ภาควิชาอัตรา 2 : 2 : 2 ทุกเวช สัดส่วนการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบ 1 : 6

(หมายเหตุ : ภาควิชาอัตราไม่เพียงพอในบางเวรเข้าปายติบางวันมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน)

### ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

สถิติบริการ	2558	2559	2560
จำนวนผู้ป่วยบริการ	5988	5890	5739
อัตราค่าครองชีพเฉลี่ย	98	98	91.18
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	5	5	5
ผลผลิต (Productivity)	89.94	81.17	81

### 5 อันดับโรคที่พบบ่อยและ 5 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ปี 2560

5 อันดับโรคที่พบบ่อย	5 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต
1. HT (MED)	1. Chronic kidney stage 5
2. C/S(OBS)	2. Unplanned CPR
3. DM(MED)	3. Acute tubulo-intestinal nephritis
4. Cataract(EYE)	4. Intrahepatic bile duct carcinoma
5. GIH(SURG)	5. Other เช่น Palliative care





## แผนการพัฒนาระบบป้องกันเหตุร้าย หน่วยงานตีพิมพ์พิเศษ ปี 2560

1. พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองความปลอดภัยของบุคลากรทุกระดับ พร้อมทั้งบริหารทรัพยากรบุคคลด้านความปลอดภัยที่มีจำนวนจำกัดให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานที่เสี่ยงภัยสูง โดยส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานความปลอดภัยในภาคอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง และให้มีความก้าวหน้าตามบันทึกโรดแมป
2. ความร่วมมือของพันธมิตรทั้งภายในภาคอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองความปลอดภัยของบุคคลกลุ่ม ปสอตมัย และเจ้าหน้าที่ได้มาตรฐานระดับสากล
4. พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย
5. พัฒนาศักยภาพตามระบบงาน
  - ระบบการให้ใบสั่งงานความปลอดภัยในหอพักที่เกี่ยวข้องกับระบบการตรวจความปลอดภัย บริหารงานโดยภาคีมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
  - การพัฒนาการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้า โดยใช้ *early warning signs* เฉพาะโรค
  - นำระบบ SIMPLE มาใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง
  - พัฒนาระบบส่งต่อและภาคีที่เกี่ยวข้อง
  - พัฒนาระบบส่งต่อในภาคี
  - ระบบการแจ้งเตือนภัย
  - พัฒนาระบบการประเมินศักยภาพความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ
  - พัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยและภาคีที่เกี่ยวข้องที่มีประสิทธิภาพ
  - พัฒนาระบบการตรวจประเมินความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ใช้และผู้เกี่ยวข้องสามารถดูแลตนเองได้
  - พัฒนาระบบการติดตามหลังจำหน่ายออกจากรั้วความปลอดภัยในภาคอุตสาหกรรม Readmit
  - เสริมพลังอำนาจผู้ใช้และผู้เกี่ยวข้องในภาคีมีส่วนร่วมกับตนเอง
  - พัฒนาระบบการให้ข้อมูลและดูแลผู้เกี่ยวข้องของผู้เกี่ยวข้อง
  - พัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยแบบบูรณาการ
6. การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศของที่พักให้มีความสะอาด ปสอตมัย ว่างงาม และเอื้อต่อการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. การพัฒนาระบบสื่อสารภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ
8. พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเฉพาะโรค เฉพาะทาง ตามนโยบายทีม PCT ทุกสาขา
9. การตรวจสุขภาพเชิงรุกโดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
10. พัฒนาระบบงานโดยการจัดทำวิจัยและนำผลมาใช้ในการปฏิบัติงาน



แผนงานที่จัดดำเนินการปี 2561

- โครงการ Fast track CPR ชั้น 2 ครั้ง (ต่อเนื่อง)
- โครงการอบรมกำลังกายสิทธิ์เพื่อสุขภาพ (ต่อเนื่อง)
- โครงการส่งเสริมสุขภาพและชะลอวัยในหน่วยงาน (ต่อเนื่อง)
- โครงการเส้นทางสู่ดวงตา (เริ่มดำเนินการตุลาคม 2560)
- งานวิจัยเรื่อง ผลระยะเวลาดำเนินการผู้ป่วยรายใหม่เข้าตึกพิเศษ (เริ่มดำเนินการพฤศจิกายน 2560)





## ตึก Sub ICU (Intermediate care unit)

**วิสัยทัศน์** เป็นหน่วยงานคุณภาพสูง มีคุณภาพดี เพื่อประชาชนและผู้มาพบ

**พันธกิจ** ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุทุกช่วงทั้งหญิงและชาย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ให้การดูแลผู้ป่วยปอดที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและตอบสนองได้ ปอดที่มีอาการความเสี่ยง การระดมทรัพยากรอื่นต่าง ๆ พยายามที่จะให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โภชนาการที่ดี และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในภาวะวิกฤต ให้การดูแลอย่างเหมาะสมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered) บนพื้นฐานแห่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (humanized care) คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและ 4 มิติ คุณภาพและผู้ป่วยจึงพอใช้ใหม่ศึกษา

### ขอบเขตการให้บริการ

รับผู้ป่วยใหม่จาก OPD, ER และรับย้ายผู้ป่วยจากทุกหอผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทางอายุรกรรม

### ผลงาน/กิจกรรม

#### ด้านบริหาร

- มีการจัดทำแผนพัฒนาหน่วยงาน ได้แก่ แผนพัฒนาทางบริหาร นโยบาย ระเบียบปฏิบัติตามกำหนด, แผนพัฒนาทางวิชาการ QA, HPH, IC , แผนพัฒนากฎเกณฑ์และขั้นตอนปฏิบัติงาน, แผนงานประจำปี, แผนงานกลยุทธ์ระยะยาว, แผนงานสนับสนุน, แผนงานนิเทศ การตรวจประเมินผลผู้ป่วย และสถานการณ์, แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน, แผนอัตรากำลังของหน่วยงาน, แผนขอเครื่องใช้ทางการแพทย์เพิ่มเติม, แผน 5 ส. ปีละ 1 ครั้ง
- จัดทำของค้ำประกันและบริหารของค้ำประกันให้เหมาะสมสอดคล้อง กำหนดโครงสร้างของค้ำประกันของหน่วยงานบริหารให้ชัดเจน กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น Job description, Job specification, Job Assignment ของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยงาน Leader Member ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทำความสะอาด กำหนดแผนงานปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
- จัดทำขออนุญาตขอย้ายบุคลากร จัดอัตราจ้างคน จัดอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอและปฏิบัติตามกำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
- จัดทำสิ่งอำนวยความสะดวก อาคารสถานที่ให้มีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการและความสะดวก มีพื้นที่จอดรถเพียงพอเหมาะสมสำหรับบริการผู้ป่วย การปฏิบัติงาน เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ให้เหมาะสม มีภาชนะบรรจุยาที่ปลอดภัย มีแสงสว่างและอุณหภูมิที่เหมาะสม สะอาดและเป็นระเบียบ ปอดที่มีอาการ ผู้ป่วยบริการและเจ้าหน้าที่จัดระบบ 5 ส. ทำแผนรับอัตรากำลัง จัดระบบข้อมูลสูง ประเมินปัญหาที่งานอื่นนำมา



5. จัดทำคู่มือเชิงมือ อธิบายขั้นตอนและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้มีเพียงพอสำหรับปฏิบัติตามมีหลักเกณฑ์และกลไกการคัดเลือก/ประเมินเชิงมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ปฏิบัติตาม จัดอบรมการให้คู่มือเชิงมือให้เจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี จัดระบบสำเนาของคู่มือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นให้พร้อมที่จะใช้ในกรณีฉุกเฉินได้ตลอดเวลา จัดระบบบำรุงรักษา และตรวจสุขภาพเชิงมือที่มีประสิทธิภาพ
6. ควบคุมกำกับ การจัดทำเอกสารอ้างอิงเจ้าหน้าที่เพื่อให้อำนาจ 24 ชม. ทุกเดือน
7. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน, ประชุมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน, ตัวแทนเจ้าหน้าที่เข้าประชุมร่วมกับฝ่ายการพยาบาล (Matrix), ประชุมร่วมกับทีมคหกรรมศาสตร์, ประชุมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลตามกำหนด
8. พัฒนาบุคลากรสาย การประสานงานเจ้าหน้าที่
9. ติดตามผลการทำงานของเจ้าหน้าที่ เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในหน่วยงาน
10. ติดตามผลการทำงานของเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ วิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
11. ควบคุมและติดตาม ระบบการดำเนินงานความเสี่ยงต่างๆ และนำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ
12. ประเมินผลบุคลากรเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน 2 ครั้ง/ปี
13. สวัสดิการและกำลังใจ บุคลากรในหน่วยงาน
14. ประเมินผลบุคลากรในหน่วยงาน 1 ครั้ง/ปี, ดูแล สวัสดิการในหน่วยงานทุกเดือน

**ด้านวิชาการ**

1. ควบคุมและตรวจสุขภาพคุณภาพการพยาบาล ให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย มีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาระบบการบันทึกทางพยาบาลให้มีความมีประสิทธิภาพโดยมีแบบบันทึกสำหรับผู้ป่วยนอก ควบคุมตรวจสุขภาพเชิงมือของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ได้มาตรฐานโดยมีโปรแกรมการพยาบาลสำหรับประเมินผล การตรวจเชิงมือให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ประชุมประจำเดือน เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง
3. ตรวจสุขภาพเชิงมือของเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามมาตรฐาน
4. เข้าร่วมประชุมติดตามเรื่อง Target Surveillance CAUTI, VAP, BSI
5. พัฒนากระบวนการป้องกัน การเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากทางวิชาการ
6. จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานและจัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ทันสมัยให้เพียงพอ
7. ส่งเสริมและวิเคราะห์ความต้องการของผู้ปฏิบัติงานทุกเดือน
8. มีกาช้ติดตามดัชนีความเสี่ยงของบุคลากรสำหรับผู้ป่วยนอกทุกเดือนเพื่อปรับปรุงได้ตลอดเวลาและส่งเสริมการนอนหลับ
9. มีกาช้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
10. จัดทำแผนการปฏิบัติงาน อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานทางการแพทย์
11. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานทุกเดือนร่วมกันปรับปรุงแผนเพื่อการพัฒนา



12. เข้าร่วมประชุมประชุมคณะกรรมการวิชาการของหน่วยงานทุกเดือน และเข้าร่วมประชุมประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ของฝ่ายการพยาบาลทุกเดือน

13. พัฒนาศักยภาพบุคลากร 5 ส. BIG Cleaning ประจำปี Big Cleaning ทุกเดือน ในวันเสาร์ที่สัปดาห์ที่ 4 ประจำเดือน และดูแลความสะอาดตามพื้นที่ ที่ได้จัดบุคลากร มีภาคตรวจสอบ 5 ส.

14. เพื่อที่จะยังคงคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ บำบัดรักษาพยาบาลอุบัติเหตุความเสียหายทุกกรณี ความเสียหายระดับ 1-4 ส่งบุคลากรชั้นนำ ชั้น 5 ขึ้นไปส่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ บำบัดรักษาพยาบาลตัวผู้รอดชีวิตของหน่วยงานทุกกรณี บำบัดรักษา IC ประจำเวรทุกเวร หน่วยงานขอตัดผู้ป่วยประจำเดือนทุกกรณี 20 ของเดือน นำข้อมูลสถิติที่จัดทำเป็นมาวิเคราะห์

15. วิเคราะห์ทรัพยากรงานความพึงพอใจของบุคลากรในภูมิภาค ทุก 3 เดือน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจของบุคลากรช่วยลดยุติ

16. จัดทำแผนรพช. แผนการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยในแผนกการดูแลผู้ป่วย แผนกการดูแลผู้ป่วย OT ฉุกเฉิน

17. จัดเตรียมความพร้อมบุคลากรให้มีเพียงพอและพร้อมใช้งาน และมีแผนสำรองของบุคลากรในกรณีฉุกเฉินของหน่วยงาน

18. มีภาคทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยและนำมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

19. จัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติโดยจัดให้มีที่จอดรถไว้สำหรับผู้ป่วยและญาติที่ส่งผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา และสิ่งอำนวยความสะดวก สวัสดิการ และตัวผู้รอดชีวิตของหน่วยงานส่งคืนผู้รอดชีวิตทุกกรณี 21 ของเดือน

### ด้านวิชาการ

1. มีภาคจัดเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในเชิงวิชาการสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่โดยจัดอบรมวิชาการ อบรมการปฏิบัติงานให้ทันบุคลากรทุกคน 100%

2. สนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมประชุม อบรม ทั้งในและนอกโรงพยาบาล 10 วัน / คน / ปี

3. จัดให้เจ้าหน้าที่เป็นวิทยากร ฝึกอบรมสอน/ถ่ายทอดความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มและทบทวนความรู้ ความสามารถ ตามความเหมาะสม

4. ส่งเสริมความดีของภาคเกี่ยวกับความรู้และความดีของภาคศึกษาต่อทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาว ในหน่วยงาน/ในโรงพยาบาล/ภายนอกโรงพยาบาล/ศึกษาต่อ

5. เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้เข้าประชุมอบรม 10 วัน./คน/ปี RN รวม 35 คนผ่านการอบรมครบ คิดเป็นร้อยละ 100

6. มีภาค Pre-Post Conference วิชาการทุกแห่งหลังรับเวร

7. ทำ case Conference ทุกวันพุธและทำ Journal club 2 ครั้งต่อเดือนในวันศุกร์

8. มีภาคปฏิบัติการแก้ปัญหาพัฒนาคุณภาพงานทุกวันพุธเช้าโดยหัวหน้าเวร



**อัตราบุคลากร**

มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 42 คน ประกอบด้วย

- พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 35 คน
- ผู้ช่วยเภสัชกร 5 คน
- คนงาน จำนวน 2 คน

จำนวนเตียง จำนวนเตียงที่เปิดให้บริการ 21 เตียง

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	หน่วย	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	ราย	712	836	1,253
2	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย	ราย/วัน	20.42	21.70	21.46
3	อัตราตายของเตียง	ราย/วัน	97.25	95.49	102.20
4	ช่องว่างระหว่างเตียง (Turn over interval)	วัน/เตียง	0.46	-0.44	-7.15
5	จำนวนวันที่โดยเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรักษาตัว (Average length of stay )	ราย/วัน	16.51	13.55	7.83
6	อัตราตายในเตียง	ราย/เตียง	26.89	27.90	47.81
7	ผลผลิตทางสาธารณสุข (Productivity)	ร้อยละ	95.79	98.42	104.94
8	อัตราตายตจ (ต่อ 100 ราย) (Death rate)	ต่อ 100 ราย	24.13	13.04	12.35



**ตัวชี้วัดผลงานทางดำเนินงาน**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1. อัตราความล้มเหลวของเครื่องช่วยหายใจ / เลือด / สารน้ำความดัน >3	4 ครั้ง : 1000 วันนอน	3.49	6.42	12.77
2. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4	04 : 1000 วันนอนเฉลี่ย	8.46	10.04	6.36
3. อัตราการเกิด Pneumonia ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต่อ 1,000 วันนอน (VAP)	4 ครั้ง : 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ	1.81	0.61	1.60
4. อัตราการเกิด UTI ในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ต่อ 1000 วันนอน (CAUTI)	3 ครั้ง : 1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ	2.66	2.61	2.08
5. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (บันทึกทางพยาธิวิทยา)	>75%	75.25	83.04	75.09
6. จำนวนข้อผิดพลาดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	<0.5:1000 ผู้รับบริการ	0	0	0
7. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน	>80%	85.18	83.04	85.75
8. ร้อยละการกลับมา Admit ภายใน 3 วัน	0	0	0	0
9. อัตราการช่วยหายใจเฉลี่ยต่อคน	10:1,000 วัน non ETT	5.92	6.72	9.35

**สรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์**

**1. โครงการ Palliative and End of life care**

- จุดประสงค์ :**
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวและญาติ
  2. เพื่อบำบัดดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ
  3. สนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย และญาติเพื่อให้สามารถเผชิญกับ

สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีและเหมาะสม

4. เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและความผิดปกติของผู้ป่วยที่ประสบอยู่
5. เพื่อเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งของครอบครัว ( Empowerment)

- เป้าหมาย :**
- อัตราความพึงพอใจ > 85%
  - อัตราข้อผิดพลาด 0.5 : 1,000 ผู้รับบริการ

- ผลงานทางดำเนินงาน**
1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 85.75%
  2. อัตราข้อผิดพลาด = 0



2. โศกนาฏกรรมทาง CAUTI IN IMCU

จุดประสงค์ : สอดคล้อง CAUTI และพัฒนาแนวปฏิบัติทางดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

เป้าหมาย : 3 ครั้ง : 1,000 วันใส่สายสวน

ผลการทำงาน : อัตรา CAUTI ลดลง จากเดิม 2.61 เป็น 2.08 (ลดลงจากเดิมร้อยละ 20.30)

3. โศกนาฏกรรมทาง VAP

จุดประสงค์ : สอดคล้อง การเกิด VAP

เป้าหมาย : 4 ครั้ง : 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ

ผลการทำงาน : อัตรา VAP ไม่เกินเกณฑ์ความเสี่ยง = 1.60

4. โศกนาฏกรรมทางหัตถ์สัมผัสใช้หอยแมลง

- จุดประสงค์ :
1. สอดคล้องการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4
  2. มีภาวะเสี่ยงและป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการทำงานเป็นทีม
  3. ดูแลและลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
  4. ผู้ป่วยญาติและเจ้าหน้าที่มีความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

เป้าหมาย : 4 : 1,000 วันนอนเตียง

ผลการทำงาน : อัตราการเกิด แผลกดทับระดับ 2 - 4 ลดลง จากเดิม 10.04 เป็น 6.36 (ลดลงจากเดิมร้อยละ 36.65)



## หน่วยไตเทียม

วิสัยทัศน์ เป็นหน่วยไตเทียมคุณภาพ คุณภาพชีวิต เพื่อประชาชนสุขภาพดี

- พันธกิจ
1. ให้บริการพยาบาลไตเทียมอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน
  2. ผู้รับบริการได้สุขภาพแข็งแรงปลอดภัย ปลอดภัยไปไหนไปมา
  3. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ได้บริการทางการแพทย์ที่เข้าถึงได้ทันต่อความต้องการ

เป้าหมาย

จำนวนเคสของไตเทียม 16 เคส/อง

### อัตราค่าส่งบุคลากร

- |                                   |                   |   |
|-----------------------------------|-------------------|---|
| 1. นายแพทย์ศักดิ์ชัย แก้วนำเชิดชู | อายุรแพทย์ไตเทียม | อายุรแพทย์ไตเทียม แพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียม  |
| 2. นางพิบูล มีทศพร                | มีทศพร            | พยาบาลวิชาชีพหัวหน้านาถุภาช/พยาบาลผู้เฝ้าระวังหน่วยไตเทียม /พยาบาลหัวหน้าหน่วยไตเทียม |
| 3. นางไตธรรม                      | นิติธรรม          | พยาบาลวิชาชีพหัวหน้านาถุภาช/ อบรม Hemodialysis  |
| 4. นางกิตติมา                     | กิตติมา           | พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้านาถุภาช/อบรม Hemodialysis  |
| 5. นางสาวเอวารินดิษฐ์ โยบง        | เอวารินดิษฐ์      | พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้านาถุภาช/อบรม Hemodialysis  |
| 6. นางสาวฉันทนา ทอชรัตน์          | ทอชรัตน์          | พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้านาถุภาช/ APN อบรม CAPD   |
| 7. นางรัชฎา                       | ดิษฐ์             | พยาบาลวิชาชีพหัวหน้านาถุภาช   |
| 8. นางสาวรณิศา คงเชิดชู           | คงเชิดชู          | พยาบาลวิชาชีพหัวหน้านาถุภาช อบรม CAPD   |
| 9. นางสาวฉวีวรรณ คำภาฉวีวรรณ      | คำภาฉวีวรรณ       | พยาบาลวิชาชีพ (จ้างโดย บ.อิฮอนเมต)  |
| 10. นางสาวอลิษา ชูสอน             | ชูสอน             | พยาบาลวิชาชีพ อบรม Hemodialysis (จ้างโดย บ.อิฮอนเมต)                                  |
| 11. นางสาวนงศ์ลักษณ์ ฤทธิธรรม     | ฤทธิธรรม          | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ สู้ข้างปฐะฉ่า (ปฏิบัติงาน CAPD)                                 |
| 12. นางนุชนาถ ม่วงไม้             | ม่วงไม้           | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ สู้ข้างฉั่วคชาร (ปฏิบัติงาน HD)                                 |
| 13. นางเกษช                       | เกษช              | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ สู้ข้างฉั่วคชาร (ปฏิบัติงาน HD)                                 |
| 14. นางสาวฉวีติมา                 | ฉวีติมา           | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (จ้างโดย บ.อิฮอนเมต)  |
| 15. นางสาวพรพิชญ์ พลศรีหา         | พลศรีหา           | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (จ้างโดย บ.อิฮอนเมต)  |
| 16. นางประจวบ                     | ประจวบ            | พนักงานทั่วไป สู้ข้างฉั่วคชาร   |



หน้าที่ซึ่งปฏิบัติของหน่วยงาน

1. ให้บุคลากรพยาบาลเฝ้าติดตามดูแลผู้ป่วยไตเทียมแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง ในหน่วยไตเทียม และให้บุคลากรเฝ้าดูแก่ผู้ป่วยวิกฤติ และในแผนกไอซียูอายุทารก/คัลลอปทารก และไอซียูกึ่งวิกฤติ
2. ให้บุคลากรสร้างไต่ทางช่องท้องแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
3. ตรวจสอบปริมาณและสิ่งแวมตลอมของผู้ป่วยที่ไตของทารกสร้างไต่ทางช่องท้องเพื่อประเมินความพอดีของท่อทำผ่าตัดด้วยวิธีสร้างทางช่องท้อง
4. ติดตามอาการและผลผ่าตัดรวมทั้งการขัดเคืองของอุปกรณ์ในทารกสร้างทางช่องท้องให้ผู้ป่วยที่สร้างทางช่องท้องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสร้างไต่ทางช่องท้องตามความเหมาะสม เช่น พอลิเอตเป็นคสรังคขวาง ให้ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ
6. ให้คำปรึกษาเรื่องการทำผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
7. เผยแพร่ความรู้/จัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังและผ่าตัดด้วยทารกสร้างไต่ทางช่องท้อง
8. ติดตามผลผ่าตัด และประเมินคุณภาพการผ่าตัดที่ได้ซึ่งบุคลากรเฝ้าดูด้วยเครื่องไตเทียมทุก

3. เติมน

9. พัฒนาและปรับปรุงแผนกทางปฏิบัติให้เป็นไปในทางเดียวกับสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และดำรงคุณภาพมาตรฐานตามสมาคมโรคไต ฯ
10. จัดทำสถิติรายงานและรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดต่าง ๆ
11. บันทึกลับและสิ่งข้อมูลการผ่าตัดให้ สภส.เพื่อเรียกเก็บค่าผ่าตัดพยาบาลเฝ้าดูด้วยเครื่องไตเทียมจากกรมบัญชีกลาง และ สปสร.
12. รวบรวม บันทึกและ สิ่งข้อมูลการผ่าตัดผู้ป่วย CAPD ให้กับ สปสร. ตามเวลาที่กำหนด
13. KEY สิ่งข้อมูลในใบดูแลคนไข้วินิจฉัยเพื่อเปิดน้ำยาสร้างไต่ทางช่องท้องและยา EPO กักของคัลลอปมาส์ทารก และตรวจสอบความถูกต้องของ กำหนดเวลาของการขัดล้างน้ำยาและยา
14. รวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลผู้ป่วยไตวายที่ผ่าตัดไตโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องซึ่งใช้ Hemodialysis และ CAPD ส่งให้สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยตามเวลาที่กำหนด





ผลงานการปฏิบัติงาน / วิชาการ

รายการ	2558	2559	2560
จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(ราย)	255	224	229
จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	101	75	80
จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่	21	22	17
จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการทำ CAPD และเปลี่ยนไต	32	30	27
จำนวนผู้ป่วย HD จาก ทพ.อื่นแต่มา admit ทพ.ภพ	20	18	21
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทำ CAPD ต้อง HD รั่วคาว	43	24	27
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ HD เป็นคิวนัดประจำ	39	55	57
จำนวนการฟอกเลือด (ครั้ง)	4,363	5,180	6,071
หน่วยเฉลี่ยแพทย์ใส่ Double lumen catheter (ครั้ง)	170	133	135
ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (stage 4 - 5) รายใหม่ (ครั้ง)	520	902	368
จำนวนผู้ป่วย CAPD			
ผู้ป่วยเก่า	76	100	114
รับใหม่/รับย้าย	44/2	37	40/2
Drop out(HD/DEAD/KT)	10/14/0	6/21/1	9/15/1
คงเหลือ	100	114	131

ผลงานอื่นๆ

- จัดประชุมให้ครอบครัวผู้ดูแลไตแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับแผนกผู้ป่วยนอกเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2560
- ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยที่รับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยการทำเวิร์กช็อปโภชนาการในใจชาวมื้อ มีอิสระ 2 ฟอง อย่างต่อเนื่อง
- ให้บริการตรวจหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นมาตรฐาน มีบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางช่องท้องแก่ผู้ป่วยและญาติที่ส่งไตทางช่องท้องที่บ้าน ทางใจศัลยกรรมที่มีอัตราเฉลี่ย 24 ชั่วโมง
- ส่งเสริมอาชีพผู้ป่วยและญาติ ช่วยจำหน่ายเห็ดชึ่งเห็ดไปขายทาง และให้ทางหน่วยแพทย์ผู้ดูแลไตที่อยากได้ ขาดเงินทุนในมาชดเชยอุปทานนี้ ส่งไตทางช่องท้องฯ

อุปสรรคและปัญหา

- พยาบาลไตเทียมไม่เพียงพอ สถานที่สามารถวางเครื่องไตเทียมได้ 18 - 20 เครื่อง แต่พยาบาลไตเทียมไม่เพียงพอจึงยังไม่สามารถเพิ่มเครื่องได้
- ผู้ป่วยดื้อสัปดาห์ทำ CAPD ไม่ทัน ต้อง Acute HD
- ผู้ป่วย HD รายใหม่ ไม่มีสถานที่ HD ภายในจังหวัด



**ผลงานเด่นของหน่วยงาน**

โครงการส่งเสริมสุขภาพไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง

**แผนการพัฒนางานคุณภาพ/แผนงานที่จะดำเนินการในปี 2561**

1. ขยายงานหัตถิศาสตร์การพยาบาลไตเรื้อรังด้วยเคสศึกษา โดยเพิ่มจำนวนที่ 3 สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการส่งต่อผู้ป่วยไตเรื้อรังเรื้อรังจาก รพ. เพื่อลด Emergency vascular access

**ตัวชี้วัดหน่วยไตเทียม 2560**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วย CKD stage 4 - 5	90%	83	95	97%
ผลการทำงานของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ร้อยละ)	>80%	80.00	84.83	92.13
Mortality rate HD	N/A	10.42%	10.90%	8.77
อัตราผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน (hypotension, clamp, chill)	<10%	5.4	1.96	2.57
อัตราผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตต่ำ RO	100%	100%	100%	100%
ความเพียงพอในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วยวิธี Hemodialysis (Kt/v/หน่วย)	>80%	91.1	85.00	89.69
Peritonitis rate (patient month /Episode)* ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วยวิธี CAPD	>24**	32.50	35.35	44.31
Mortality rate of CAPD	NA	10.56	14.78	8.28
Exit site infection rate (patient month/Episode)* ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วยวิธี CAPD	>50***	31.66	35.68	52.42



## ตีพิมพ์ผลงานการวิจัย

### หน้าที่และเป้าหมาย

ขอเชิญผู้วิจัยการวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งพยาบาลกำหนดเฉพาะ มีหน้าที่ให้ข้อมูลและผู้ป่วยหญิงด้านผลงานการวิจัย  
ทั่วไป ทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมหญิงของผลงานตีพิมพ์ ผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด ที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป และทำ  
การวิจัยที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป โดยตีพิมพ์เป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับทราบและอย่างปลอดภัย ปฐมพยาบาลภาวะแทรกซ้อน  
มีการวิจัยใหม่หลังจากหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และผู้รับบริการหญิงวัย

### ขอบเขตการวิจัยการวิจัย

ให้ข้อมูลผู้ป่วยหญิงด้านผลงานการวิจัยทั่วไป ทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมหญิงของผลงานตีพิมพ์ ผู้ป่วย  
ให้ยาเคมีบำบัด และทำการศึกษาที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป ตั้งแต่การรับชมการวิจัยทั้งหมด

### 5 อันดับโรคของหน่วยงาน ได้แก่

1. Appendicitis (256)
2. Calculus of kidney (157)
3. Breast mass malignance neoplasm (123)
4. Malignant neoplasm of rectum (101)
5. Gastrointestinal and Colitis (90)

### ศักยภาพข้อจำกัดในการวิจัยการวิจัยเป็นต้นของสิ่งตีพิมพ์

ได้แก่ โรคเฉพาะทางด้านผลงานการวิจัย เช่น ระบบสมอง ระบบหลอดเลือด การให้เคมีบำบัดและ  
ฉายแสง รวมทั้งผู้ป่วยการวิจัยที่มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ

### ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การวิจัยของจังหวัดกำแพงเพชร ทั้งในเขตและนอกเขตอำเภอเมือง ได้  
การส่งต่อจากโรงพยาบาลสุ่มชน 11 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 29 แห่ง

**ความต้องการของผู้รับบริการส่วนใหญ่** ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาล รวมทั้ง  
เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ความรวดเร็วในการให้การรักษาพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย และ  
การผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องไม่มีการแทรกซ้อน การหายากจากโรคภัยไข้เจ็บ การได้รับความ  
สะดวกสบาย ความสะอาดของอาคาร สถานที่



**ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยผลงานภายในที่สำคัญ** ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหัวใจ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคไต การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคตับ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคปอด การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอ้วน การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้า การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคออทิซึม และการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอื่น ๆ

**ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ** ให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ถูกต้อง ครบถ้วน และปลอดภัย ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหัวใจ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคไต การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคตับ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคปอด การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอ้วน การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้า การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคออทิซึม และการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอื่น ๆ

**ความจำเป็นทางกาย ความเสี่ยงที่สำคัญ** ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหัวใจ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคไต การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคตับ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคปอด การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอ้วน การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้า การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคออทิซึม และการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอื่น ๆ

**ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เภทคนในไลย เค็ดูองมิอ)**

**ผู้ให้บริการ** ประกอบด้วย

คัสลยแพทหัย	5	คน
คัสลยแพทหัยระบบทางเดินปัสสาวะ	1	คน
คัสลยแพทหัยตาแตกต่าง	1	คน
พยาบาลวิชาชีพ	14	คน
พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	2	คน
คนงาน	3	คน

**ปริมาณงาน (Productivity)** ในปี 2558 = 136.45% ปี 2559 = 144.4% จำนวนผู้ป่วยต่อวัน = 30 คน/วัน ปี 2560 = 132.26 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ เผลลยั้งนละ 1 - 2 หาย

**อัตราค่าจ้าง** ขึ้นปฏิบัตงานตลอด 24 ชั่วโมง ในสัปดาห์ 7 วัน เผลลยั้งนละ 1 - 2 หาย

**เค็ดูองมิอที่สำคัญ** ได้แก่ NIBP (5) , EKG 12 Lead (1) Infusion pump (3) Low Pressure Suction (5) O2 Saturation (2) เค็ดูองวัดความดันโลหิต Digital (2), เค็ดูองป่น Hematocrit (1), เกยฮอกซิเจน (12 = เกยฮอกซิเจน 3 อัน + เกยฮอกซิเจน 2 สองหัว 4 อัน + เกยฮอกซิเจน with Bird 9 อัน), เค็ดูอง Suction (4), เค็ดูองวัดปริมาตร tidal volume (spirometer) (1) เค็ดูอง defibrillation 1 เค็ดูอง



2. กระบวนการที่สำคัญ (Key Processes)

กระบวนการ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance indicator)
1. การสนับสนุนผู้ป่วยจากหน่วยงานอื่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกาประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ดี เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ</li> <li>- อัตราความพึงพอใจของผู้รับผลงานภายใน</li> <li>- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย</li> </ul>
2. การสนับสนุนผู้ป่วยใหม่	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกาเตรียมความพร้อมของบุคลากรภาคเคหะกิจ อุปกรณ์ที่สำคัญ และสถานที่</li> <li>- ผู้ป่วยได้สัมผัสการประเมินความเสี่ยงอย่างถูกต้องเหมาะสม</li> <li>- เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในกาตรวจแลสุขภาพผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน</li> <li>- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย</li> <li>- ความเสี่ยงระดับ 7 ขึ้นไป</li> <li>- ผลการประเมินสมรรถนะของบุคลากร</li> <li>- จำนวนวันอบรมบุคลากรทุกชม 10 ชม/คน/ปี</li> </ul>
3. การประเมินและวินิจฉัยโรค	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้สัมผัสการดูแลช่วยเหลืออย่างทั่วถึง ถูกต้องเหมาะสม</li> <li>- สัมภาษณ์ข้อมูลการเจ็บป่วย เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางการรักษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นจากกาปรึกษา</li> <li>- ความเสี่ยงระดับ 7 ขึ้นไป</li> </ul>
4. การวางแผนการสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้สัมผัสการวางแผนดูแลสุขภาพพยาบาลขณะพักตัวอยู่ในโรงพยาบาล กำแพงเพชร รวมถึงมีกาตรวจแผนจำหน่ายล่วงหน้า</li> <li>- ได้สัมผัสการดูแลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการสุขภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ</li> <li>- ความเสี่ยงระดับ 5 ขึ้นไป</li> <li>- ความเสี่ยงเชิงรุก ความเสี่ยงเชิงรับ</li> <li>- อัตราความพึงพอใจ</li> </ul>
5. การดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้สัมผัสการดูแลสุขภาพพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย</li> <li>- อุปกรณ์การแพทย์ความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ (AE)</li> <li>- อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ</li> </ul>
6. การประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้มีการติดตามประเมินผลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการติดตามดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคที่สำคัญ / หัตถการที่สำคัญ เช่น มะเร็งเต้านม</li> </ul>
7. ฝึกหัดชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกาสื่อสารความรู้ในทีมสหสาขาวิชาชีพ และได้มีการประเมินที่ถูกต้อง ครบถ้วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลาของความสมบูรณ์ของเวชระเบียน และคะแนนประเมินที่กาพยาบาล</li> </ul>
8. การจำหน่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้</li> <li>- สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เหมาะสม</li> <li>- ได้สัมผัสการส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ</li> <li>- อัตราการกลับมาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-admit)</li> <li>- อัตราการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>



ตัวชี้วัดผลงานการดำเนินงาน (Performance Indicator) ปี 2557- ปี 2560

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	$\leq 0.5\%$	0	0	0.49	0.47
2. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ การทำความสะอาดสวนปัสสาวะ (CAUTI)	$\leq 2 : 1000$ จำนวนสายสวน	0	0.62	0	2.12
3. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4	$\leq 4 : 1000$ ชั่วโมง	1.57	3.53	2.57	3.13
4. อัตราการกลับมารับการรักษาภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม (Re-admit)	<1%	1.01	0.27	0.52	0.05
5. อัตราการเกิดน้ำเหลืองแข็ง (seroma) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	$\leq 20\%$	46.2	39	23.5	25
6. อัตราความผิดพลาดเคลื่อนย้ายผู้ป่วย บิดพลาดยา (Admin error; right dose)	$\leq 4 : 1000$ จำนวน	N/A	N/A	5.67	1.65
7. อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยรับบริการ	> 80%	84.46	81.11	85.63	86.29

กิจกรรมการแก้ไขปีปัญหา / ปรับปรุงตัวชี้วัด

ปัญหา	การปรับปรุงแก้ไข
<p>1. อัตราการตาย <math>\leq 3</math></p> <p>ปี 2557 = 1.6%</p> <p>ปี 2558 = 1.4%</p> <p>ปี 2559 = 1.47%</p> <p>ปี 2560 = 1.83%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีประชุม Case Dead มาทำ Conference (MM. Conference) ทุกเดือน</li> <li>- นำ Pitfall ที่ได้จากการทบทวนใน PCT คือลดความซ้ำซ้อน มาปรับปรุงพัฒนางาน เช่น การใช้ Early warning sign (EWS), Fast track UGIH, การปฏิบัติตามแนวทาง Sepsis การทบทวน AE; Unplane ต่างๆ</li> <li>- นำอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) ของหน่วยงาน มารายงาน และเข้าร่วม Conference กับคณะกรรมาธิการ Advert Event ของกลุ่มงานที่ลดความซ้ำซ้อน</li> </ul>
<p>2. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด <math>\leq 0.5</math></p> <p>ปี 2557 = 0%</p> <p>ปี 2558 = 0%</p> <p>ปี 2559 = 0.48%</p> <p>ปี 2560 = 0.46%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนเทคนิคการทำแผลและภาวะติดเชื้อตามชุดนี้ แยก set dressing (1 คน/ set)</li> <li>- เน้นการล้างมือ 7 ขั้นตอน</li> <li>- แยก Zone แผลผ่าตัด</li> <li>- ติดตามผู้ป่วยผ่าตัดแผลผ่าตัดทางไปรษณีย์ หรือโทรหาแพทย์ที่ส่งยา</li> <li>- จัดทำ GAP Analysis : SSI Prevention</li> </ul>



ปัญหา	การปรับปรุงแก้ไข
<p>3. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 <math>\leq 4</math> : 1000 วันนอนเตียง</p> <p>ปี 2557 = 1.57 : 1000 วันนอนเตียง</p> <p>ปี 2558 = 3.53 : 1000 วันนอนเตียง</p> <p>ปี 2559 = 2.57 : 1000 วันนอนเตียง</p> <p>ปี 2560 = 3.13 : 1000 วันนอนเตียง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนแนวทางการปฏิบัติป้องกันภาวะเกิดแผลกดทับ</li> <li>- จัดโครงการ CQI : turn to check และโครงการ Core Care giver protect bed sore</li> <li>- ประเมินผลรวมทั้งการหน้าของแผน ETWN</li> <li>- ฝึกฝนการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มพูนสภาพอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ตรวจสอบปัญหาการดูแลแผลกดทับ ร่วมกับประชุมพัฒนาระบบบริการพยาบาล (QA) จัดให้มีการทำ KM เรื่องแผล Bed sore ในกลุ่มพยาบาล</li> </ul>
<p>4. อัตราการกลับเข้ามาศึกษาภายใน 28 วัน (Re-admit) &lt; 1</p> <p>ปี 2557 = 1.01</p> <p>ปี 2558 = 0.27</p> <p>ปี 2559 = 0.52</p> <p>ปี 2560 = 0.05</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนสาเหตุของการกลับเข้ามาศึกษาของผู้ป่วยแต่ละราย</li> <li>- ปรับปรุงการดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจ ไปสู่แผนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน การดูแลสุขภาพจิตเด็กเล็ก, การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด</li> <li>- นำปัญหาของผู้ป่วย Re-admit มาวิเคราะห์และเข้า Conference กับทีมวิเคราะห์ความเสี่ยง (AE) ของ PCT คลังยกรวม ทุกเดือน</li> </ul>
<p>5. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (การบริโภคยา right doseมากกว่าระดับ3) <math>\leq 4</math>: 1000 วันนอน</p> <p>ปี 2557 = N/A</p> <p>ปี 2558 = N/A</p> <p>ปี 2559 = 5.67</p> <p>ปี 2560 = 1.65</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนแนวทางการปฏิบัติตามหลัก 7 R</li> <li>- ตรวจสอบข้อบกพร่องความเสี่ยงทางยาทุกเวชพหุสมรสผู้รับยาและโปรแกรมความเสี่ยง</li> <li>- มีการทบทวนร่วมกับฝ่ายพยาบาลและเภสัชกร</li> <li>- มีการทำ CQI เรื่อง ความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงาน</li> </ul>
<p>6. อัตราการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง (seroma) ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม <math>\leq 15\%</math></p> <p>ปี 2557 = 46.2%</p> <p>ปี 2558 = 39%</p> <p>ปี 2559 = 23.5%</p> <p>ปี 2560 = 25%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแนวทางการดูแลแบบ Pressure Dressing การดูแล Redivac drain</li> <li>- มีการติดตามภาวะน้ำเหลืองคั่ง 1 - 2 เดือน ตามนัดของแพทย์ และติดตามทางไปชุมชนนัด และโทรปรึกษาทีมพยาบาล</li> <li>- มีการวิจัยทำนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดให้ผู้ป่วยใส่ redivac drain เพื่อไปดูแลต่อที่บ้าน</li> </ul>
<p>7. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ &gt; 80%</p> <p>ปี 2557 = 84.46%</p> <p>ปี 2558 = 81.11%</p> <p>ปี 2559 = 85.63%</p> <p>ปี 2560 = 86.29%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบข้อมูลคะแนนที่ได้ให้ทีมวิเคราะห์และพัฒนา</li> <li>- คะแนนความพึงพอใจต่ำกว่าในเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวก จึงได้จัดเพิ่มในเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวก และชีวิตที่คนไข้ต่าง ๆ</li> <li>- จัดโครงการ Holistic mild program ดูแลด้านจิตใจ</li> <li>- โครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันเชิงสุขภาพจิตของพยาบาลที่มีใจห่วงใยผู้รับบริการ</li> </ul>



## กระบวนการหรือระบบงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายและมีคุณภาพ

### 1.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคูณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

1.1.1 ระบบการดูแลเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกในผู้ป่วย มีกระบวนการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านคลินิกในผู้ป่วยที่ป่วยใหม่จากหลาย เพื่อพิจารณาความเสี่ยงของอาการตามสภาพของโรคและอาการที่เป็นอยู่ โดยผู้ป่วยวิกฤติหรือถึงวิกฤติจัดให้หอผู้ป่วย Nurse Station เติดยุติการดูแลของมีหน่วยรับผิดชอบให้พร้อม เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis with shock รวมทั้งผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดอวัยวะที่สำคัญ การแยกเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด

1.1.2 ระบบการรายงานแพทย์ เมื่อมีผู้ป่วยที่ป่วยหรือมีอาการของภาวะฉุกเฉินจากหลาย โดยรายงานแพทย์ Intern ป้อนเพื่อขอประเมินสภาพร่างกายเบื้องต้น และแพทย์ Intern กระจายงานแพทย์ Staff ให้ทำการปรึกษา หรือมาประเมินซ้ำ ยกเว้น กรณีผู้ป่วยวิกฤติเร่งด่วน สามารถรายงานแพทย์ Staff ให้ทราบโดยตรงทันที

1.1.3 ระบบการดูแลโดยทีมสหสาขา มีกระบวนการเชื่อมโยงผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ทุกวัน มีกำหนดแผนการรายงานแพทย์ การ Consult แพทย์แผนกอื่น ๆ การขอให้คำปรึกษา, การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขา มีการจัดติดตามสื่อสารโดยหัวหน้าเวร หรือหัวหน้าหอผู้ป่วยทาง Electronic File ใน Consult และโทรศัพท์สายตรง มีการประชุมที่เป็นลายลักษณ์อักษรใน Order แพทย์และแบบฟอร์มของทีมสหสาขา เพื่อวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

1.1.4 ระบบการทบทวน มีระบบการทบทวนคุณภาพในภาพรวมปฏิบัติงาน มีกำหนด CPG มาตราฐานความปลอดภัยเฉพาะโรคและกลุ่มอาการที่สำคัญ มีกรณี Case ที่มีปัญหาการทบทวนประชุม ประชุมหรือขอความร่วมมือก่อนปฏิบัติงาน บาง Case อาจต้องมีการแก้ไขร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ซึ่งส่วนมากจะเข้าประชุมใน PCT คัดลอกกรณี เพื่อเชื่อมโยงกับ PCT อื่น ๆ เป็นประจำทุกเดือน ด้านความปลอดภัยมีการทบทวน WI, มาตราฐานความปลอดภัย 12 ทบทวน อย่างต่อเนื่อง

## การพัฒนาคูณภาพ

- การจัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมครบวงจร ได้ทำการพัฒนาคูณภาพวิจัย ผู้ป่วยผลของโปรแกรมสอนการดูแลของตลับคูณภาพที่ผู้ป่วยตนเองที่บ้านในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ซึ่งสามารถลดจำนวนในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา โดยลดค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลเฉลี่ย 7,000 บาท/ราย นอกเหนือนี้ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อน
- จัดทำโครงการ Holistic mild program เพื่อดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย มีกำลังเสริมเสริมสุขภาพจิตต่าง ๆ ทั้งจากกลุ่ม/รายบุคคล การขอคำปรึกษา, การให้คำแนะนำสุขภาพ, โครงการอิมเมจเอมโวล (ทำของว่างให้ผู้ป่วยและญาติรับประทานทุกวันศุกร์) ทำบุญตักบาตรทุกวันเสาร์วันพฤหัสบดี และจัดพิธีรดน้ำดำหัว สรงน้ำพระ ในเทศกาลวันสงกรานต์ของทุกปี โดยให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมจัดสุขภาพจิตของใจในโครงการ Holistic mild program 85%





- การดูแลเฉพาะด้านโภชนาการ จัดตั้งทีมสหสาขา Nutrition team มีบทบาทสองฝั่งแบบพอลิซึม และให้ความสำคัญแก่บุคลากรพยาบาล มีภาวะประเมินคุณภาพและติดตามผลโดยนำกำหนดอาหาร หน่วยงาน สามารถประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ปล่อยให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น
- การบำบัดอาการปวด (Pain management) มีบทบาทช่วยให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะประเมินความเจ็บปวด (Pain score) ได้ถูกต้อง วางระบบการประเมินและภาวะการติดตามความเจ็บปวด โดยให้ยาตามอาการอย่างทันท่วงที มีแนวทางปฏิบัติให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยอย่างปลอดภัย มีทีมดูแลสหสาขาการติดตามความเจ็บปวด โดยวิธีสังเกตอาการและพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม
- Clinical Tracer เรื่อง การส่งเสียผู้ป่วยที่รุนแรงซึ่งเข้ามามีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาล กำแพงเพชร

1.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1.2.1 การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ส่งเสริมการใช้ Early warning sign ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยง เพื่อสื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้มีภาวะระวังอย่างเหมาะสม สามารถประสานและรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที เพื่อปรับแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยให้มากยิ่งขึ้น มีภาวะปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลใหม่ โดยนำค่า EWS มาลงทุกเวรต้องประเมิน และลงเป็นสายสัมพันธ์แพทย์ มีภาวะจัดทำแนวทางปฏิบัติ (WI) การประเมิน การเฝ้าระวัง การรายงานแพทย์ SBAR ที่มีคุณภาพชัดเจน มีการนิเทศติดตาม โดยหัวหน้างาน และ Incharge มีภาวะทราบโดยทีมความเสี่ยง (Advert Event) มีการร่วมจัดทำ KM EWS ภายใต้อาการ Necrotizing Fasciitis

1.2.2 ภาวะเฝ้าระวังภาวะรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วยต้องมีการสนับสนุนพร้อมวัสดุอุปกรณ์มากขึ้น จึงได้จัดทำวิจัย เรื่องผลของยา Radivac drain เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่คล้ายส่วนขยายกลับบ้าน



**แผนพัฒนาต่อเนื่อง**

1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis with shock ร่วมกับ PCT คล้ายการชม โดยให้ Early Warning Signs ประเมินผู้ป่วยและมีการจัดอบรมบุคลากรวิชาชีพให้ครบ 100% และจัดทำ EWS เฉพาะโรค เช่น NF
2. ร่วมกับกลุ่มงานคล้ายการชม ในภาคค้นหาอุบัติเหตุที่ไม่น่าพึงประสงค์ (Advert Event) เพื่อพัฒนางาน มีการเข้าประชุมวิชาการทบทวน (Conference) จัดทำแนวทางการปฏิบัติ (Guideline) และเพื่อป้องกันข้อร้องเรียนผู้รับบริการ
3. ร่วมกับทีมวิสัญญีแพทย์ พัฒนางานการดูแลผู้ป่วยที่ปวดรุนแรงขึ้นปรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีการจัดทำ Guild line ร่วมกัน จัดอบรมบุคลากรวิชาชีพให้ครบ 100% มีการใช้เครื่องควบคุมยาาระงับปวดหลังผ่าตัด (Patient Controlled Analgesia ; PCA) ในผู้ป่วย Severe pain และควบคุมความปวดได้อย่าง
4. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) ร่วมกับทีม Palliative care ให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจนและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในภาควิชา PPS V2 Score เพื่อประเมินระยะสุดท้ายแก่บุคลากรทางด้านพยาบาล
5. พัฒนาระบบบันทึกการพยาบาลแบบ Focus Charting
6. พัฒนาระบบจัดลำดับความสำคัญของหน่วยงานที่ไม่ได้ตามเกณฑ์
7. แผนพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากร
8. พัฒนาระบบนิเทศเชิงเทคนิคภายในหน่วยงาน
9. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเรื้อรัง แผนดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุเพื่อแผลผ่าตัดกับเคสข้อขา ชพพ./ชพ.สต. ในจังหวัด
10. พัฒนาศูนย์บริการฉุกเฉินของอุบัติเหตุทางสุขภาพ ชีวภาพ และเทคนิคการยุติข้อพิพาทความขัดแย้ง/งานใกล้เกลี่ย



# หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทั่วไป

## ประวัติ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทั่วไปเป็นหน่วยงานที่ให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เน้นป้องกันภาวะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำโดยมีพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา งานวิจัย และนวัตกรรมทางพยาบาล เพื่อให้บริการพยาบาลที่ดีที่สุด ดูแลตนเองได้ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยให้บริการศัลยกรรมตั้งแต่หัตถ์ใหม่จนถึงหัตถ์เก่าในผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ด้านศัลยกรรมที่ให้บริการได้แก่ หัตถ์ใหม่ หัตถ์เก่า หัตถ์ซ้ำ หัตถ์ซ้ำ และหัตถ์ซ้ำ

มีจำนวนเตียงที่รับผู้ป่วย จำนวน 35 เตียง และสามารถรับผู้ป่วยได้เพิ่มเติมนอกเหนือจากนี้ โดยจัดเป็นเตียงแยกสำหรับผู้ป่วยหนัก บุคลากรประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 7 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน ผู้ช่วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และคนงาน 2 คน มีภาวะสุขภาพจิตที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเหมาะสมตามมาตรฐาน โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชของผู้ป่วย นำมาคิดมาประมาณ และจัดอัตรากำลังเสริมตามความเหมาะสม จำนวนของผลผลิตของอัตราจ้างโดยเฉลี่ย = 148.90% (เป้าหมาย 90 - 120%) ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตจังหวัดอ่างทองเมืองชัยหัวค้ำแพงเพชร อ่างทองใกล้เคียง และส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอ่างทองในเขตจังหวัดใกล้เคียงในบางราย ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลได้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ใกล้เคียง ความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยและญาติ คือ การหายของโรคโดยเร็ว ปราศจากภาวะแทรกซ้อน การได้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ต้องการได้สุขภาพที่ดีอย่างเร็วและปลอดภัย ส่วนความต้องการที่สำคัญของผู้รับบริการอื่น ๆ คือ ต้องการได้สุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปี 2557, 2558 และ 2559 มีผู้มาเข้ารับบริการทั้งหมด 2,463, 2,577 และ 3,106 ราย ใกล้เคียง 1,379, 1,481 และ 1,497 รายตามลำดับ หัตถ์ที่ผ่าตัดคือ การทำแผล 4,000 - 4,500 ครั้ง/ปี แบ่งเป็น ทำแผลผ่าตัด 2,100 - 2,400 ครั้ง/ปี ทำแผลหัตถ์ซ้ำ 1,600 - 1,900 ครั้ง/ปี

5 อันดับโรคที่ผ่าตัดได้แก่

- Indirect inguinal hernia
- Appendicitis
- Necrotizing Fasciitis
- CA Colon
- KUB. Stone

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทาย ดูแลผู้ป่วยให้หายเร็ว มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และไม่กลับเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยใกล้เคียง โดยให้คำปรึกษา งานวิจัย และนวัตกรรมทางพยาบาล



กระบวนการที่สำคัญ (Key Processes)

กระบวนการที่สำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
<p>1. ประเมินผู้ป่วยระยะแรก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลผู้ป่วย</li> <li>- การประเมินสภาพ</li> <li>- การซักถามประวัติ</li> <li>- การให้ข้อมูล</li> <li>- การให้คำปรึกษาพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมและรวดเร็ว</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติทราบข้อมูลที่สำคัญ</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติได้ถูกต้องและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ครอบคลุม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพ=100%</li> <li>- อุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยผิดคน = 0</li> <li>- คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในปี 2559 = 85.36%</li> <li>- ปี 2560 (ต.ค.59-เม.ย. 60)=83.24%</li> </ul>
<p>2. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elective case</li> <li>- Emergency case</li> <li>- Elective and Emergency</li> </ul> <p>โรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป และมีโรคประจำตัว สามารถพาผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษา CXR, EKG, CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte</li> <li>- ผู้ป่วยที่ผ่าตัด Elective ทุกคนมีระบบ PRE-VISIT ก่อนมีระบบ consult แพทย์ทางอายุรกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดและพยาบาลที่ ward ประเมินและให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัด</li> <li>- ผู้ป่วยที่ผ่าตัด Emergency ได้รับการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด และการให้ความรู้เกี่ยวกับผ่าตัด การปฏิบัติทุกสาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทำการศึกษา/การซักถาม/และประเมินให้เต็มที่ในยินยอมก่อนทำการผ่าตัด/การซักถาม/และประเมินให้เต็มที่ = 100 %</li> <li>- อัตราผู้ป่วยที่เลื่อนผ่าตัดจากผ่าตัดเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม</li> <li>- ปี 2559 = 0% (0 ราย) 2560=0%</li> </ul>
<p>3. การดูแลหลังผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาวะแทรกซ้อน</li> <li>- ปรอทหลังผ่าตัด</li> <li>- การให้ข้อมูล</li> <li>- การฟื้นฟูสภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกคนได้รับการประเมินและให้การดูแลหลังผ่าตัดตามมาตรฐาน</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด</li> <li>- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกคนได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ปี 2559 = 0%</li> <li>- 2560=0%</li> <li>- คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการดูแลหลังผ่าตัด</li> <li>- ปี 2559 = 87.96 %</li> <li>- ปี 2560 = 88.40%</li> <li>- M.M.conference 1 ครั้ง/เดือน</li> <li>- อัตราตายของผู้ป่วย = 1.78%</li> </ul>



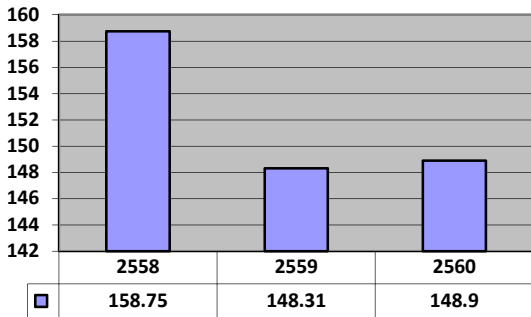
กระบวนการที่สำคัญ (Key Processes)

กระบวนการที่สำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะวินิจฉัยร่วมว่าดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรเข้ารับการอบรมจากโรงพยาบาล</li> <li>- ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)</li> <li>- จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องให้มีความรู้บุคลากร</li> <li>- จัดตั้งทีมส่งสัญญาณปฏิบัติ เก็บข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาเพื่อพัฒนา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมว่า Palliative care ได้รับการดูแล 2559, 2560=100%,100% (เป้าหมาย 100%)</li> </ul>
5. การดูแลทั่วไป - การวินิจฉัยที่ผิดพลาดของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง</li> <li>- ความลับการดูแลรักษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อผิดพลาดที่นำมานับผิดชอบ</li> <li>= 0</li> <li>- อัตราการไม่ล้มเหลวซ้ำซ้อน</li> <li>รักษาความปลอดภัย=0%</li> </ul>
6. การวางแผนจำหน่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ข้อมูลโรค การติดตามผลการรักษาและ</li> <li>- การปฏิบัติตัวขณะอยู่นบ้าน</li> <li>- การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อ</li> <li>- ช.พ., ส่งเสริม</li> <li>- ส่งมอบตัวกับญาติบ้านและส่งต่อ ช.พ.ชุมชน</li> <li>- ศึกษารายละเอียดก่อนส่งต่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการ Re admit ภายใน 28 วัน</li> <li>- โดยไม่ได้วางแผน</li> <li>- ปี 2559 ,2560 = 0.89%,1.02%</li> <li>- (เป้าหมาย &lt;1%)</li> </ul>
7. กระบวนการผู้ชำนาญ - การตรวจทางรังสี, Lab  - อุปกรณ์เครื่องมือ  - บัณฑิตทางโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางรังสี ทางห้องปฏิบัติการ มาตรฐาน ครบถ้วน ทันเวลา</li> <li>- มีอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้งานตลอดเวลา</li> <li>- พยาบาลส่งบัณฑิตจากโรงพยาบาลทุกชั้นตอน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับการส่งตรวจทางรังสี การส่งตรวจ Lab</li> <li>- ประมาณ 10 ครั้ง/เดือน</li> <li>- ข้อผิดพลาดที่นำมานับความผิด</li> <li>- ของอุปกรณ์ไม่เพียงพอ/ไม่มีใช้/ชำรุด ประมาณ 10 ครั้ง/เดือน</li> <li>- คุมนักบัณฑิตรักษาทางโรงพยาบาล</li> <li>- ปี 2559, 2560 = 77.72 %,76.8%</li> </ul>



**ตัวชี้วัดผลการทำงาน (Performance Indicator)**

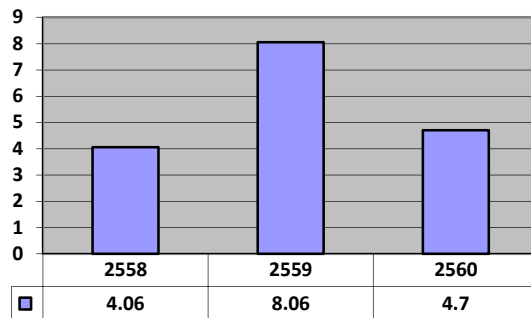
1. อัตราผลิตผลผลิตทางพยาบาล (Productivity) เป้าหมาย 90 - 120%



จากภาพสถิติผลผลิตทางพยาบาลของผู้ป่วยรายวันเฉพาะด้านมาขึ้น  
 การขยับผู้ป่วยใหม่มาดูแลจึงสูงขึ้นตามลำดับ ค่า  
 productivity >120 %มาโดยตลอดและไม่มีแนวโน้มที่ลด  
 ต่ำกว่า 120 และในระยะเวลาอันใกล้ ต้องขอขยับผู้ป่วยราย  
 ผลิตผลผลิตทางพยาบาลให้มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าเดิม  
 ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพ  
 ความสำเร็จในการทำงาน การทำงานเป็นทีมทำให้ไม่มีอัตรา  
 การลาออกในตึกผู้ป่วยนอก

2. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 สุ่ม 1 (เป้าหมาย < 0.5 : 1000 วันนอน),

สุ่ม 2 (เป้าหมาย < 4 : 1000 วันนอน) หรือ ลดลง 10% จากปีที่แล้ว



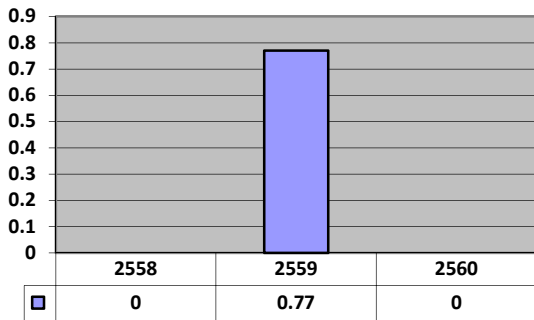
จากปี 2558, 2559 แนวโน้มอัตราการเกิดแผลกด  
 ทับสูงขึ้นเรื่อยๆ และสูงมากขึ้นเป็น 2 เท่าในปี  
 2560 จากสาเหตุที่พบว่าภาระงานที่สูงมากขึ้น  
 การดูแลจึงไม่เหมาะสม และระบบการประเมินความ  
 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และแบบฟอร์มใหม่มา  
 ติดตาม เพื่อที่จะมีความยุ่งยากในการทำงาน จึง  
 จัดทำโครงการลดแผลกดทับที่มีผล โดยมีการ  
 การดำเนินงานการติดตาม การประเมินและ  
 ป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นระบบมากขึ้นและ  
 ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกและป้องกันการเกิด  
 แผลกดทับให้เข้าใจง่ายขึ้น ในปี 2560 (ตค.59-  
 เมย.60) จึงลดลงดังภาพ

**ผลการทำงาน**

- นำตัวชี้วัดผลผลิตของป้องกันแผลกดทับได้รางวัล 2
- นำตัวชี้วัดผลผลิตเพื่ออัตราระดับของค่าหัวเตียง
- ขยับบุคลากรที่นอนสมไฟฟ้าและเปิดเพิ่ม 4 ปี นวมเพิ่ม 8 ปี

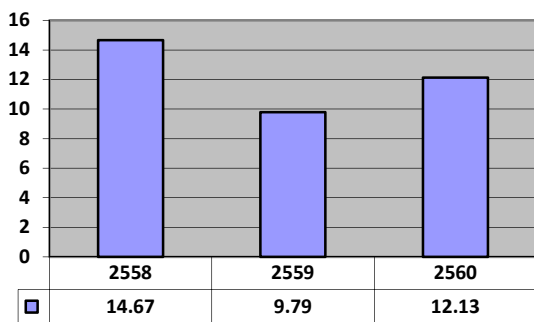


3. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากสายสวนปัสสาวะ (เป้าหมาย < 1 : 1000 วันสายสวน)



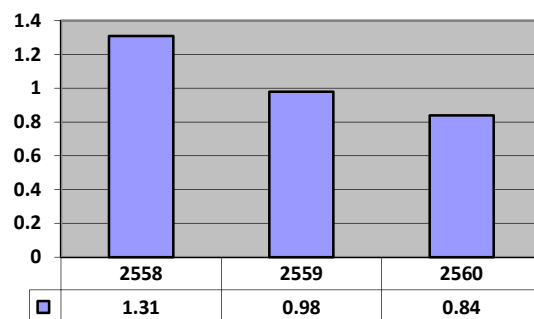
ปี 2559 พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากสายสวนปัสสาวะ 2 ราย จากทั้งหมดพบการติดเชื้ออื่นที่ไม่ใช่สายสวน 7 ชิ้นตอน 5 Moment และมี Case Fournier Gangrene แผลขนาดใหญ่ และคลัมสายสวนปัสสาวะ ทำให้ไม่ได้ทำควมสะอาดสายสวนปัสสาวะ (Flush) และจากสาเหตุนี้ตามแนวทางในปี 2560 จึงไม่พบอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

4. Administration error (เป้าหมาย < 4 ครั้ง : 1000 วันนอน)



จากภาพกราฟการปฏิบัติงานที่เห็นระบบและมีประสิทธิภาพทำให้พบอัตราการผิดพลาดที่เกิดขึ้นจริงในปี 2558 จึงนำมาจัดระบบการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยมีการชี้แจงข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นทุกเรื่องซึ่งพบว่า ปี 2559 มีอัตราการเกิดลดลง และในปี 2560 มีแนวโน้มสูงขึ้นอีกแต่มีความรุนแรงไม่เกินระดับ 3

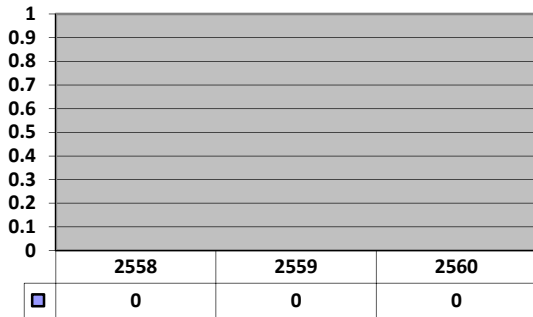
5. Phlebitis (เป้าหมาย < 5 : 1000 วันให้สารน้ำ)



มีแนวโน้มการเกิดลดลงเรื่อยๆจากการทำโครงการป้องกันการเกิดภาวะ phlebitis มีการนำมาตรวจประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและแก้ไขปัญหามาตามมาตรฐาน จึงทำให้ดีกึ่งกลางของผลรวมรายทั่วไป สามารถประจักษ์คุณภาพในหน่วยงาน เพื่อป้องกันภาวะ phlebitis



6. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะโพก (เป้าหมาย 0 %)



ไม่พบการติดเชื้อที่แผลสะโพกตลอดมา จาก

การ safe surgery ในมาตรฐานผู้ป่วยก่อน

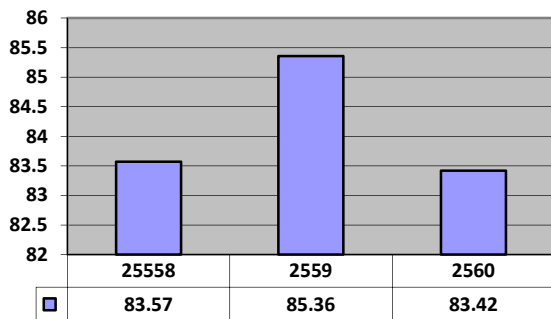
ระหว่าง และหลังผ่าตัด มีระบบการติดตาม

แผล post DIC

Surveillance ซึ่งสามารถประเมินคุณภาพในเชิง

แผลสะโพกไม่ติดเชื้อได้

7. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เป้าหมาย > 80 %)



จากภาพพัฒนาการปฏิบัติงานด้วยใจ การบริการด้วยหัวใจ

ใจความเป็นมนุษย์ มีการสอบสวนปัญหาและควม

ต้องการของผู้ป่วยและญาติและดำเนินการช่วยเหลือ

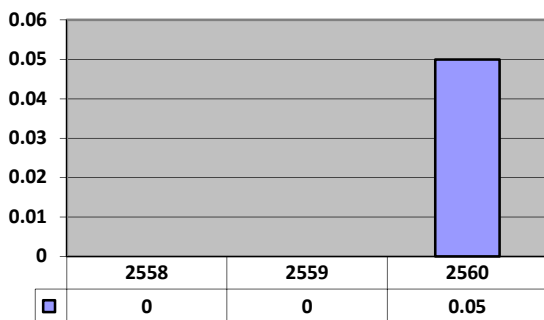
อย่างสม่ำเสมอทำให้คะแนนความพึงพอใจในภาพ

ปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่เกินเป้าหมายมาโดยตลอด

และยังคงพัฒนาในส่วนที่ขาดในเชิงต่าง เพื่อให้

ความพึงพอใจในภาพการบริการระดับที่สูงขึ้น

8. อัตราข้อร้องเรียน (เป้าหมาย < 0.5 : 1,000 ผู้รับบริการ)



พบข้อร้องเรียนพบการดูแลการบริการ 1 ครั้งผ่าน

facebook เดือน มี.ค.60 นำมาวิเคราะห์แก้ไข

ทบทวนเหตุการณ์และแก้ไขทันที สามารถยุติ

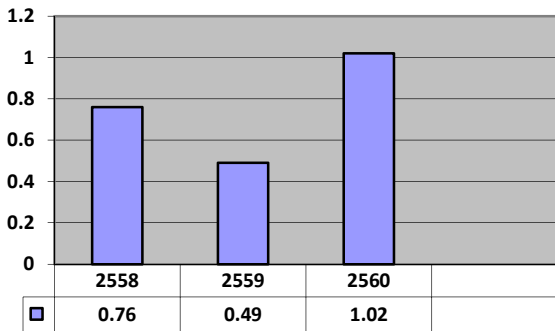
เรื่องความและหากความเข้าใจที่ตรงกัน ไม่เกิดการ

ร้องเรียนในระดับที่รุนแรง



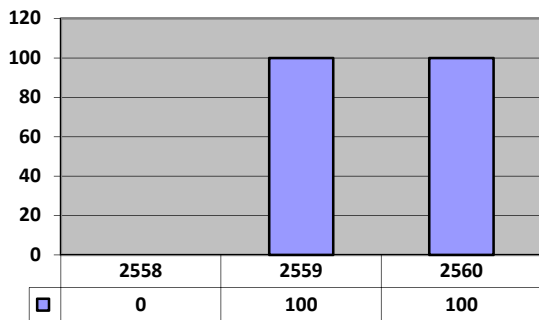


9. อัตราการกลับมารักษาตัวซ้ำภายใน 28 วัน (เป้าหมาย < 1%)



ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับมารักษาตัวซ้ำด้วยโรคเดิม/โรคต่อเนื่องจากโรคเดิมกำเริบ เช่น CA Colon , chronic pancreatitis โดยพบว่าอัตราการซ้ำที่ ไม่เหมาะสมในปี 2560 จึงมีระบบการซ้ำที่ที่เหมาะสม มี pain clinic การวางแผนการจำหน่ายทำให้ อัตราการ re-admit ลดลงจากปี 2558

10. ผู้ที่มีภาวะวินิจฉัยร่วมว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ (เป้าหมาย = 80%)



ปี 2559,2560 ผู้ป่วยที่มีภาวะวินิจฉัยร่วมว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ 100 %

สิ่งที่ดำเนินการ

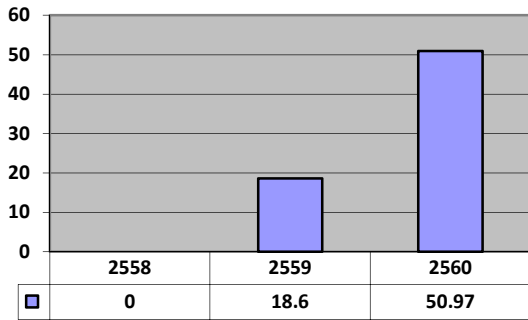
1. เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยร่วมกับ Palliative care ได้รับการดูแลทุกสาย คิดเป็น 100% เป็น Carcinoma >50%
2. Family meeting บอกโรค การดำเนินของโรคใน ระยะที่ไม่มีการรักษาให้หายขาดได้
3. ได้รับการดูแลเชิงอาการตามแผน เช่น ปวด, เหนื่อย

ปัญหา

- การดูแลที่ไม่ต่อเนื่องไม่ครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ
- ขาดหลักฐานในการจัดทำ Family meeting
- บุคลากรขาดความรู้ทาง Palliative care



11. อัตราการเสียชีวิตของท่อช่วยหายใจ (เป้าหมาย  $\leq 14:1,000$  วันคนท่อช่วยหายใจ) (เป้าหมาย  $\leq 14:1,000$  วันคนท่อช่วยหายใจ)



แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นมาที่ในครึ่งปี 2560

**ปัญหา** ขาดผู้ช่วยหายใจ ET tube ลอก และ Alcohol withdrawal ให้ยา Sedation + พักยัดแล้ว ยังไม่สามารถช่วยหายใจ ET tube ลอกได้

**ผลการดำเนินงาน** ทีม AE โดยแผนก ICU ร่วม จัดทำ แนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและทางหายา เคซีของท่อช่วยหายใจ (Weaning Protocol) และกำลัง ดำเนินการให้ครอบครัว พหุประสงค์ โดยจะลงตาม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

ปี 2558 จัดทำ

- นวัตกรรม แผ่นของป้องกันแผลกดทับ ส่งประกวดผลงานพัฒนาคุณภาพ ได้รับรางวัลที่ 2
- นวัตกรรม เติร์ททำแผลเคลื่อนที่ส่งประกวดผลงานพัฒนาคุณภาพ ได้รับรางวัล ชมเชย
- โครงการประเมินไข้ “แสงใหม่ของป่วย” ส่งประกวดผลงานพัฒนาคุณภาพ ได้รับรางวัลที่ 1

ปี 2559 จัดทำ

- นวัตกรรม กะเป๋าดัดเข็มฉีดยา (นำเสนอผลงานนวัตกรรม 6 ป.ค.59 ได้รับรางวัลชมเชย)
- นวัตกรรม ถังส่งยาช่วยหายใจ (นำเสนอผลงานนวัตกรรม 6 ป.ค.59 ได้รับรางวัลชมเชย)
- ผลงานวิจัยนำยานางใส่แผลเนื้อเน่าตายเชื้อซึ่ง
- โครงการป้องกันการเกิด phlebitis

ปี 2560

- โครงการลดแผลกดทับ ชีวีมีสุข
- โครงการลดอัตราการเสียชีวิตท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชม.
- นวัตกรรม ชุดล้างสีทาเล็บ



### กระบวนการหรือระบบงานเพื่อความปลอดภัยและมีคุณภาพ

#### 1. ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับ (รวมทั้งการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องแล้ว)

- 1.1 หน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันอากาศยานที่ประสบอุบัติเหตุ ติดตามผู้ป่วยด้วย Post - discharge Surveillance โดยให้ไปพบแพทย์นัดติดตามผลหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย ตัวชี้วัดผู้ป่วยไม่มีการติดตามหรือแพลงอากาศ เป้าหมาย = 0.5% และมีกาติดตามอย่างต่อเนือง
  - 1.2 ดำเนินการแก้ไขการป้องกันอากาศยานที่ประสบอุบัติเหตุโดยกาเก็บ U/A และ U/C ในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนมาชานี้มาหาสาเหตุเพื่อหาสาเหตุเปรียบเทียบ
  - 1.3 มีการดูแลด้านจิตวิทยาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยกาสนับสนุนทีมที่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเชิดชูสติและขอโทษให้สม
  - 1.4 ระบบการศัลยกรรม มีระบบการศัลยกรรมแบบ One day dose โดยมีหน่วยผลิตการเป็นขั้นขั้นตัดเตรียมยาตาม Copy order ลัดขึ้นตอนการคัดลอก order แพทย์ ป้องกันความผิดพลาด และลดขั้นตอนการถ่ายถอดคำสั่งยาโดยใช้ Cardยา เปลี่ยนเป็น Medical Record Sheet (ใบบันทึกการให้ยา) มีการเฝ้าระวังเพื่อลดความผิดพลาดเคลื่อนทางยาโดยใช้ระบบ Visual sign
  - 1.5 มีการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับสหสาขา เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข
  - 1.6 จัดทำโคชงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึ่งเคือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้การดูแลเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง โดยกาอบรมผู้ให้กรวมผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละบุคคลกาทางโรงพยาบาล ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีระบบการให้คำปรึกษา ประสานงานเป็นระบบ เคือข่ายโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
- ประเมินความถี่**
- ด้ยละความถี่ของ การดูแลผู้ป่วยที่ด้ยขยาที่มีความเสี่ยงสูง
  - ด้ยละความถี่ของ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
  - ด้ยละความถี่ของบุคคลากรในความถี่ใจเรื่อง ความเสี่ยง
  - ด้ยละความถี่ของเินกาสนรับใจในคืนชีพ
  - ด้ยละความถี่ของเินกาสนพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก
  - ด้ยละความถี่ของเินกาสนพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน
  - ด้ยละความถี่ของเินกาสนปฏิบัติกาพยาบาลผู้ป่วยเื้ออติอยา
  - ด้ยละความถี่ของเินกาสนพยาบาลผู้ป่วย การดูแลแผลช่องเปิด (Ostomy care)
  - ด้ยละความถี่ของเินกาสนดูแลผู้ป่วยใส่สายนิ่ว (ESWL)
  - ด้ยละความถี่ของเินกาสนดูแลผู้ป่วยแผลตัก
- 1.7 ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพหลังคาอาคาาศลยการ และปรับสุขภาพสีฟ้า/เพดานภายในหอผู้ป่วย



## 2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่างดำเนินการศึกษา

1. การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร
2. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย “ Palliative care & End of life ”
3. ส่งบุคลากรอาสาสมัคร ภาวะชราภาพผู้ป่วยออลไทม์และแพลส, ควบคุมการเข้าถึงไม่ได้ (หลักสูตร 2 เดือน ช.พ.ศิริราช) และพัฒนาสู่การปฏิบัติ
4. ส่งบุคลากรอาสาสมัคร ภาวะชราภาพผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) (หลักสูตร 4 เดือน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

## แผนการพัฒนาคู่ขนาน

1. พัฒนาการสนับสนุนทางภาวะชราภาพโดยนำระบบ IT มาใช้
2. พัฒนาการนิเทศงาน
3. บุคลากรอาสาสมัครภาวะชราภาพผู้ป่วยออลไทม์และแพลส, ควบคุมการเข้าถึงไม่ได้พัฒนาสู่การปฏิบัติ โดยจัดทำโครงการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลและออลไทม์ ร่วมกับทีม PCT คลินิกอาสาสมัคร และทีม Service Plan ข.กำแพงเพชร ในระบบเครือข่าย เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2559
4. บุคลากรอาสาสมัครภาวะชราภาพผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) จัดประชุมวิชาการให้ ความรู้สู่บุคลากร เพื่อตัดเด็ดยุคและลงสู่การปฏิบัติ
5. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) แบบเครือข่ายข.กำแพงเพชร
6. ส่งบุคลากรผู้รับผิดชอบภาวะชราภาพผู้ป่วยภาวะชราภาพติดเตียง



## ตีความข้อมูลการตรวจ

### 1. บทสรุป

เป้าหมายหลักและเป้าหมายที่สำคัญ

ตีความข้อมูลการตรวจให้มีความชัดเจนและน่าเชื่อถือตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในด้านการตรวจ  
ทั่วไปแบบองค์รวมอย่างมีมาตรฐานและคุณภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน  
ผู้รับบริการพึงพอใจให้มีความพึงพอใจจำนวน 36 เดือน ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย  
ดูแลจำนวน 11 โรงพยาบาล ตามสิทธิการเข้าถึง มีกำลังส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ากรณีเกิด  
ความจำเป็น

บุคลากร จำนวน 32 คน ประชาชนด้วย โรงพยาบาลวิภาวดีจำนวน 25 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้  
จำนวน 5 คน พนักงานทั่วไปจำนวน 2 คน

ขอขอบเขตการให้ข้อมูลโรค/กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ คือ ความปลอดภัยของชีวิต

รายการ	2558	2559	2560
1. อัตราการรอดของเตียง	157.3	141	139.5
2. จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน	56.6	50.8	50.2
3. จำนวนรับนอนเฉลี่ย	3.4	3.1	2.8
4. ช่องว่างระหว่างเตียง	-1.25	-0.92	-2.68
5. ผลผลิตทางการพยาบาล (Productivity)	147.7	127.1	162.5

มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นรวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตทั้งประเภท 4 และ 5  
การแก้ปัญหาในหน่วยงาน คือ กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วย 60 เตียงขึ้นไป ตามลำดับ  
ความรุนแรงของโรค กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วย MEWS และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย  
ระยะสุดท้าย

ข้อมูลกลุ่มโรคสำคัญของปี 2560

5 อันดับโรคที่ Admit	5 อันดับโรคที่เสียชีวิต
1. Stroke	1. Pneumonia
2. UTI	2. Stroke
3. Pneumonia	3. Septic Shock
4. CHF	4. CHF
5. AGE	5. CKD



ค.ผู้รับผลงานและความต้องกาฯที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องกาฯที่สำคัญ
<b>ภายในหน่วยงาน</b>	
1.OPD	-เตียงพหุพร้อมผู้ป่วย นัดผู้ป่วยตามแพทย์ ฉุกเฉิน ฉุกเฉิน
2.ER	-สามารถรับผู้ป่วย admit ได้ทั้งในต่างจังหวัด
3.เวชการฉุกเฉิน	-การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยในกาฯขอเอกซเรย์ม้าน และระบบรายงานโรคที่ถึงเหตุ ระวัง หรือโรคที่คาด
4.การพยาบาล	-ผู้ป่วย/ผู้ดูแลต้องอยู่ในสภาพที่พร้อมจะทำการพยาบาล
5.พยาธิวิทยา	-ส่ง lab ได้ถูกต้องทั้ง ภาคน ผลิต ปริมาณ ไม่ request
6.X-Ray / CT	-เตรียมผู้ป่วยในกาฯตรวจได้ถูกต้อง ผู้ป่วยพร้อมในกาฯส่งกาฯตรวจ กาย Request ถูกต้อง
7.ห้องยา	-ส่งใบ order ปรึกษาภาคน ปฏิบัติตามแนวทางกาฯฉุกเฉิน high alert drug ได้ถูกต้อง ปฏิบัติตามแนวทางกาฯป้องกันกาฯแพ้ยาได้ถูกต้อง
8.ช่างภาพ	-เตรียมอุปกรณ์ / ทำความสะอาดได้ถูกต้องก่อนส่งไปอบแห้ง
9.ซักฟอก	-แยกชนิดของผ้าได้ถูกต้องก่อนส่งซัก
10.โภชนาการ	-เปิดอาหารถูกต้อง
11.เวชระเบียน	-คืนเวชระเบียนหลังผู้ป่วยจำหน่ายภายใน 7 วัน
12.PCTอื่นๆ	-ประสานงานเรื่องกาฯ consult ได้รวดเร็ว ให้บริการฉุกเฉินด้านกาฯพยาบาล กาฯฉุกเฉิน
<b>ภายนอกหน่วยงาน</b>	
1.ผู้รับบริการ	-ได้รับบริการรวดเร็ว ปลอดภัย สะดวกสบาย ภายภาคใด ไม่มีการระแวงหรือ ขณะนอนโรงพยาบาล

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- ลดกาฯเกิดความปลอดภัยอื่นทางยา
- ลดกาฯเกิดแผลกดทับระดับ 2-4
- ลดข้อร้องเรียนพศตึกฉุกเฉิน
- ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ



ข. ความถี่ทางกาย ความเสี่ยงสำคัญ ข้อมูลใหม่ในภาพพัฒนาของหน่วยงาน

ความเสี่ยง/ ความถี่ทางกายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนองและจัดเป็น จุดใหม่ในภาพพัฒนา	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ดัชนีชี้วัดที่สำคัญ		
			2558	2559	2560
1. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาตั้งแต่ปี 3 ขึ้นไป $\leq 4:1000$ รันนอน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้และทดสอบความรู้แก่ชนพ. เรื่องการบริโภทยาตามหลัก GR และ HAD</li> <li>- เน้นภาคติดต่อ/บริการ HAD</li> <li>- มีการส่งต่อ/บันทึกภาพพัฒนาผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD</li> <li>- มีการตรวจข้อสอบผู้ป่วยให้ตรงกับ locker เก็บยาทุกเวรติด</li> <li>- มีการตรวจข้อสอบไปบันทึกภาพพัฒนาให้ตรงกับ order ทุกเวร</li> <li>- มีการจัดแยกยาแบบ double check</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยปลอดภัยจากยาที่ได้รับยา</li> <li>- ชนพ. มีความรู้ในเรื่องยาและการบริโภทยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย</li> <li>- ชนพ. ผ่าน competency เรื่องความรู้เรื่องยาและการบริโภทยา</li> </ul>	1.94	1.09	6.05
2. อัตราการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ปี 2-4 $\leq 4:1000$ รันนอนผู้ป่วยเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวทางการดูแลแผลกดทับ</li> <li>- แบบบันทึกภาพพัฒนาเพื่อระวังการเกิดแผลกดทับ</li> <li>- การประเมินแผลกดทับตาม barden scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยทุกคนได้รับภาพประเมิน/เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกตั้งแต่เริ่มจนถึงกลับบ้าน</li> </ul>	4.88	6.61	5.55
3. อัตราการเกิดข้อผิดพลาดของเขียนพดติกุชมนักศึกษา $\leq 0.5:1000$ ผู้รับนักศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นพดติกุชมนักศึกษาให้เขียนพดติกุชมนักศึกษาที่ใหม่ภาพพัฒนาปฏิบัติงาน</li> <li>- เน้นภาคย่อยของแก่ ชนพ. ที่มีพดติกุชมนักศึกษาที่ใหม่ภาพพัฒนาแบบอย่างที่ดีต่อไป</li> <li>- แนวทางการศึกษาให้ข้อมูลที่มีคุณภาพแก่ผู้รับนักศึกษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดข้อผิดพลาดของเขียนพดติกุชมนักศึกษา</li> <li>- ผู้รับนักศึกษามีพึงพอใจ</li> </ul>	0.02	0.16	0.11



ค. ปริมาณงานและหาทรัพยากรที่สำคัญของหน่วยงาน

ข้อมูลเปรียบเทียบ	2558	2559	2560
อัตราการผลิตของเตียง	157.3	141	139.5
ภาระงาน (Productivity)	147.7	127.1	162.5

2. กระบวนการหลักที่สำคัญของหน่วยงาน

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1. การรับผู้ป่วยจาก OPD ER, Ward อื่นๆ	- รับทราบปัญหาผู้ป่วย - ปัญหาข้อผิดพลาดและอุปสรรคให้พร้อมรับ - สื่อสารถูกต้องกับผู้ป่วย ตรงแผน	- ปัญหาข้อผิดพลาดไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย - อุปสรรคไม่พร้อม - ผู้ป่วยผิดแผน	- อุปสรรคที่ผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม
2. การรับส่งเวชและภาระงานแพทย์โดยใช้หลัก SBAR	- ภาระงานของแพทย์ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ รวดเร็ว ถูกต้องครบถ้วน โดยใช้หลักการประเมิน MEWS ในแต่ละรายโรค และใช้หลัก SBAR ในภาระ งานแพทย์ - รับเวช-ส่งเวชเมื่อมีการรับ ส่งแผนการดูแลต่อผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสมโดยใช้ หลัก SBAR	- มีภาระดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง อย่างไรไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย ที่เปลี่ยนแปลง	- มีเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ร้ายแรงเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยขณะดูแลรักษา
3. มาตราฐานการปฏิบัติงาน/ การพยาบาล (Protocol , CPG, Care map, WI, PR)	- หน้าที่ที่มีแนวทาง ดูแลผู้ป่วยได้อย่าง สอดคล้องและเหมาะสมใน แต่ละสาขา	- ความล่าช้าในการดูแล รักษา - การขาดข้อ ขาดการดูแลรักษา - การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน	- อุปสรรคที่ความเสี่ยง - Trigger Tool
4. การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย	- สามารถดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายตามแนวทางได้ อย่างเหมาะสม	- ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่ได้ รับดูแลตามแนวทาง - ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการลดลง	- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับ การดูแลตามแนวทางทุก ราย - ผู้รับบริการมีความพึง พอใจ





2. ประเมินภาวะหลังที่สำคัญของหน่วยงาน

ภาวะบวมน้ำที่สำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
5. ภาวะบวมน้ำตามความเสี่ยง	- เข้าหน้าจอกันเหตุน้ำท่วมขัง ความเสี่ยงตามระบบทุกจุด - มีภาวะแก้ไขปัญหาระบบความเสี่ยงที่ เกิดขึ้นทันที - หน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ สำคัญ	- ไม่มีภาวะบวมน้ำตาม ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น - หน่วยงานไม่มีภาวะ วิเคราะห์ความเสี่ยงที่ เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ	- ภาวะบวมน้ำตามเหตุ ไม่พึงประสงค์ - ภาวะบวมน้ำตามเหตุ น้ำ
6. D/C Plan	- บันทึกปัญหาได้ครบถ้วน ภาวะบวมน้ำที่ต่อเนื่อง - ทีมสหวิชาชีพมีบทบาท ชัดเจนร่วมกัน	- เดี่ยวมีความพร้อมก่อน จำหน่ายไม่ติด - ไม่มีภาวะบวมน้ำตาม สหวิชาชีพก่อน จำหน่าย	- อัตราการ Re Admit ภาวะบวมน้ำที่ต่อเนื่อง หรือ ภาวะบวมน้ำที่ไม่ต่อเนื่อง ของผู้ป่วย DM และ Stroke

3. ศึกษารายงานการดำเนินงานที่สำคัญของหน่วยงาน

ศึกษารายงานที่ 1 ภาวะบวมน้ำตามเหตุผู้ป่วย

ศึกษารายงานการดำเนินงาน	เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1. แนวทางปฏิบัติเพื่อ ประเมินความพร้อมก่อน จำหน่ายผู้ป่วยที่ช่วยเหลือ ไม่ได้	1. ผู้ป่วย Case Thyroid nodule with CHF ได้เข้ารับ Re-intubation ET.tube หลัง Off ET.tube 4 ชม. - ทบทวนภาวะบวมน้ำตามเหตุผู้ป่วย และ CHF - ทบทวนภาวะบวมน้ำตามเหตุผู้ป่วย ที่ช่วยเหลือไม่ได้ - ทบทวนแนวทางการประเมินความพร้อม ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย	- ไม่พบภาวะบวมน้ำตามเหตุ Re-intubation ET.tube ภายใน 24 ชม.
2. การประเมินความพร้อม เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย Sepsis อย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วย Severe sepsis ไม่ได้เข้ารับ การประเมินภาวะบวมน้ำตามเหตุ อย่างต่อเนื่อง - ทบทวนภาวะบวมน้ำตามเหตุผู้ป่วย Sepsis - ทบทวนการประเมินผู้ป่วยโดย ใช้หลัก Mews - ทบทวนการดูแลผู้ป่วยและภาวะ เสี่ยงโดยใช้ หลัก SBAR	- ไม่พบภาวะบวมน้ำตามเหตุ ไม่พึงประสงค์ ซ้ำ



สิทธิผู้ป่วยที่ 2 ทบทวนข้อร้องเรียน

สิทธิผู้ป่วยบทบัญญัติกฎหมาย	เรื่องที่มีปัญหาทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.บทบัญญัติการชดเชย	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีกำหนดชี้แจงเมื่อมีข้อร้องเรียนใหม่ทุกครั้งที่ใช้การชดเชย</li> <li>-มีกำหนดเปิดเสียงตามสายแนะนำสถานีที่ การปฏิบัติตัวขณะพักที่โรงพยาบาลและระเบียบการเข้าเยี่ยม</li> <li>-มีกำหนดชี้แจงรายละเอียดข้อร้องเรียน และบุคคลที่มีข้อร้องเรียน 2 ครั้งจะดำเนินการตามมติกรมสุขภาพ</li> </ul>	-มีเจ้าหน้าที่บุคคล ไม่พบข้อร้องเรียนใหม่ด้านบทบัญญัติการชดเชย

สิทธิผู้ป่วยที่ 3 ทบทวนการส่งต่อ

สิทธิผู้ป่วยบทบัญญัติกฎหมาย	เรื่องที่มีปัญหาทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.การ Refer	<ul style="list-style-type: none"> <li>-แนวทางการ refer ไปแผนกอายุรกรรมหัวใจ และหลอดเลือด</li> <li>-แนวทางการ refer ไปแผนกศัลยกรรมประสาท</li> <li>-แนวทางการ refer ไปศูนย์โรคหัวใจ</li> </ul>	-ไม่พบปัญหาการส่งต่อ Refer และ การส่งต่อระหว่างหน่วยงาน
2.การส่งต่อระหว่างหน่วยงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การส่งต่อผู้ป่วยก่อนย้ายและขณะย้าย</li> <li>-การส่งต่อส่งต่อระหว่างหน่วยงาน</li> <li>-การส่งต่อส่งต่อผู้ป่วยและญาติก่อนย้าย</li> </ul>	

สิทธิผู้ป่วยที่ 4 ทบทวนการตรวจสุขภาพโดยผู้จำหน่าย

สิทธิผู้ป่วยบทบัญญัติกฎหมาย	เรื่องที่มีปัญหาทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.Hemodialysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>-หลักเกณฑ์การเลือกผู้ป่วย Double lumen</li> <li>-การพยาบาลผู้ป่วย on double lumen</li> </ul>	-สามารถจัดเก็บสิ่งส่งตรวจได้ถูกต้อง
2.CAPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การพยาบาลผู้ป่วย Infection CAPD</li> </ul>	-ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำงาน Hemodialysis และ CAPD
3.CHF	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การพยาบาลผู้ป่วย CHF</li> <li>-แนวทางการตรวจสุขภาพผู้ป่วย CHF</li> </ul>	-ผู้ป่วย CHF ได้ปฏิบัติตามแผนการตามแนวทาง



กิจกรรมที่ 6 ทบทวนการแพ้ยาและป้องกันกาชดัดเชื้อในหน่วยงาน

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีกาชทบทวน	ผลลัพธ์/กาชเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.กาชดัดเชื้อ CAUTI	-แนวทางกาชพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ -กาชติดพลาสติกเพื่อเฉพาะเพื่อป้องกันกาชติดเชื้อ -ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ	-ไม่มีผู้ป่วยดัดเชื้อ CAUTI ในหน่วยงาน
2.กาชดัดเชื้อ VAP	-แนวทางกาชพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ -แนวทางกาชหย่าเคื่องช่วยหายใจ -แนวทางกาชดูแลเมหะ	-อัตรากาชเกิด VAP ลดลง

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนกาชเกิดควมคลาดเคลื่อนทางยา

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีกาชทบทวน	ผลลัพธ์/กาชเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.กาชบริหารยาพิตพลาต	-แนวทางกาชบริหารยา HAD -แนวทางกาชเตรียมข้อแฉก และฉีดยา -แนวทางกาช double check และกาช ชะงักตัวบุคคล	-อัตรากาชเกิดกาชบริหารยาพิตพลาตน้อยลง

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนกาชดูแลผู้ป่วยจากเหตุกาชนี้สำคัญ

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีกาชทบทวน	ผลลัพธ์/กาชเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.กาชเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	-ทำ RCA กาชเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ -แนวทางกาชพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ -แนวทางกาชหย่าเคื่องช่วยหายใจ	-อุบัติกาชนี้กาชเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจลดลง
2.กาชเกิด Unexpected dead	-ทำ RCA ใน case unexpected dead (Case Severe Sepsis) -แนวทางกาชดูแลผู้ป่วย Severe Sepsis -ระบบกาชแพ้ยาชว่กาชเปลี่ยนแปลงโดยให้ MEWS	-ไม่เกิด Unexpected dead



กิจกรรมที่ 9 ทบทวนความสมบูรณ์ของแผนภูมิการพยาบาลในเวชระเบียน

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีผลกระทบ	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.การ Audit Chart	- ทั่วหน้าหอ audit 10 chart/เดือน - พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย audit คนละ 2 chart/เดือน - สรุปรายชื่อทำให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบ และมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางแก้ไข	- ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมากกว่าหรือเท่ากับ 80%

กิจกรรมที่ 10 ทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาชีพ

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีผลกระทบ	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.ทบทวนข้างเตียง	- การทำ C3THER - Case Conference - Nursing round (Quick round)	- 1 ครั้ง/เดือน - 1 ครั้ง/เดือน - ทุกวันเวรเช้า
2.ระบบ Fast tract	- ทบทวนระบบ Fast tract STEMI - ทบทวนระบบ Fast tract Stroke - ทบทวนแนวทาง Sepsis - ทบทวนแนวทาง Pneumonia - ทบทวนแนวทาง Palliative care	- สามารถปฏิบัติตามระบบ และแนวทางที่กำหนดได้ - ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

กิจกรรมที่ 12 ทบทวนตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
1. อัตราการ re-admit ของผู้ป่วย DM	น้อยกว่า 5%	1.62	0	2.59
2. อัตราการ re-admit ของผู้ป่วย Stroke	น้อยกว่า 5%	0.67	0	3.29
3. อัตราความผิดพลาดเคลื่อนย้ายตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป	≤ 4:1000 วันนอน	1.94	1.09	6.05
4. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4	≤ 4:1000 วันนอนเฉลี่ย	4.88	6.61	5.55
5. อัตราการติดเชื้อ VAP	≤ 2:1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ	0	0	0.91
6. อัตราการติดเชื้อ CAUTI	≤ 1:1000 วันคาถาส่งสวนปัสสาวะ	0	0	0
7. อัตราข้อผิดพลาดเขียนพจนานุกรมวิชาการ	≤ 0.5:1000 ผู้รับบริการ	0.02	0.16	0.11
8. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	≥ 80%	79.82	79.51	79.15



#### 4. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุประบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่ได้จากความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการอยู่มีดังนี้

- การวิจัยในหน่วยงานของภาคีการพัฒนาที่ก่อให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ที่ยั่งยืน
- โค้ชการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบเพื่อลดความเสียหาย
- โค้ชการประเมินความเสี่ยง
- โค้ชการนำวิถีปฏิบัติทางไกลต่างไกลแบบลดทอน
- โค้ชการ WHAPO Protect VAP
- โค้ชการบูรณาการข้อมูลเชื่อมโยง MEWS