

## 1.ประวัติ/ความเป็นมาของหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอกกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

ลักษณะพื้นที่ และสภาพทั่วไป

กลุ่มการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก ตั้งอยู่บริเวณตึกใหม่บริเวณอาคารผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ให้บริการคัดกรอง ประเมินสภาพอาการ ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ในเวลาราชการแก่ผู้รับบริการทุกเพศทุกวัย โดยให้บริการแก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ มีการคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกประเภทความเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพ ให้การพยาบาลก่อนตรวจ ขณะตรวจ และ หลังการตรวจรักษา ช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในรายที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีภาวะเสี่ยงอันตราย ต่อชีวิตเฉียบพลัน ให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแล สุขภาพตนเอง การส่งต่อข้อมูลการรับบริการแบบไร้รอยต่อ การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และทีม 3 หมอ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทท้องถิ่น ในกรณีผู้ป่วยด้วยโรคที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลจะมีการบริการส่งผู้ป่วยไปสถานพยาบาลที่มี ศักยภาพที่สูงกว่า โดยมุ่งเน้นการบริการตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล โดยมีแพทย์ตรวจโรคทั่วไป 2 ห้อง แพทย์คลินิกไข้หวัด 1ห้อง แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 ห้อง แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 ห้อง รวม 5 ห้องตรวจ แบ่งเป็น คลินิกพิเศษเฉพาะทาง เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคไตวายเรื้อรัง คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกหอบหืด คลินิกกوارฟารีน คลินิกโรคหัวใจ คลินิกจิตเวช คลินิกวัณโรค คลินิกผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และเอดส์ นอกจากนี้ยังมีบริการมีห้องตรวจบริการระบบสื่อสารทางไกล tele-Consult แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทั่วไปกับแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ยะลา อังคาร พุธ ศุกร์ และ tele-Consult แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ทุกวันจันทร์ มีระบบบริการสื่อสารทางไกล telemedicine ระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ทุกวันทำการ และ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ 3 หมอ คลินิกนอกเวลาราชการ ให้บริการตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ เวลา 07.00-08.30 น และ 16.30 - 00.30 น. วันหยุดราชการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ให้บริการ เวลา 08.30 – 00.30 น.

## 2. วิสัยทัศน์ พันธกิจ สมรรถนะหลัก ค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร

### 2.1 ระดับโรงพยาบาลปี 2567

**วิสัยทัศน์ :** โรงพยาบาลสง่างาม ได้มาตรฐานสากล เป็นเลิศด้านปฐมภูมิ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และจิตอาสา

**พันธกิจ**

1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ได้มาตรฐานแบบสหสาขาวิชาชีพ
2. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้ เก่งดี มีความสุข
3. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาและความปลอดภัย
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและจิตอาสาในการจัดการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น
5. บริหารจัดการมีประสิทธิภาพแบบมีส่วนร่วม

**อัตลักษณ์ :** เมตตา ซื่อสัตย์ มีความรับผิดชอบ

**ค่านิยม :** Y = Yield มุ่งเน้นผลงานที่สร้างสรรค์

C = Clinical Risk and Safety Awareness จิตสำนึกด้านความเสี่ยงและความปลอดภัย

P = Patient Focus ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

H = Health Promoter เป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพ

**สมรรถนะหลัก :** ดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องแบบสหวิชาชีพตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน

**เข็มมุ่ง :** 1. เพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาของหน่วยปฐมภูมิ

2. ลดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมและระบบบริการ

3. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการดูแลรักษา

4. เจ้าหน้าที่ไม่เกิดการเจ็บป่วย/ติดเชื้จากการทำงาน

5. ลดระยะเวลารอคอยตั้งแต่ทำบัตรจนรับยากลับบ้าน

### 2.2 ระดับกลุ่มงานการพยาบาล

**วิสัยทัศน์ :** เป็นผู้ให้บริการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผู้ใช้บริการอบอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

**พันธกิจ :** 1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และผสมผสานที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย มีความพึงพอใจ

2. พัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากร ทั้งด้านบริการพยาบาลคุณธรรม จริยธรรม มีจิตอาสา สุขภาพดี ปลอดภัยและมีความสุขในการทำงาน

3. บริหารจัดการองค์กรการพยาบาลให้มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

**ค่านิยม :** Smart Nurses เป็นบุคลากรเชี่ยวชาญ เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความรับผิดชอบ

Smart Care นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ

**สมรรถนะหลัก :** ดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องแบบสหวิชาชีพตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน

### 2.3 ระดับหน่วยงานผู้ป่วยนอก

**วิสัยทัศน์ :** เป็นผู้นำการบริการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผู้ใช้บริการอบอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

**พันธกิจ :** 1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และผสมผสานที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย มีความพึงพอใจ

2. พัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากร ทั้งด้านบริการพยาบาลคุณธรรม จริยธรรม มีจิตอาสา

สุขภาพดี ปลอดภัยและมีความสุขในการทำงาน

3. บริหารจัดการให้มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเป็นหน่วยงานแห่งการเรียนรู้

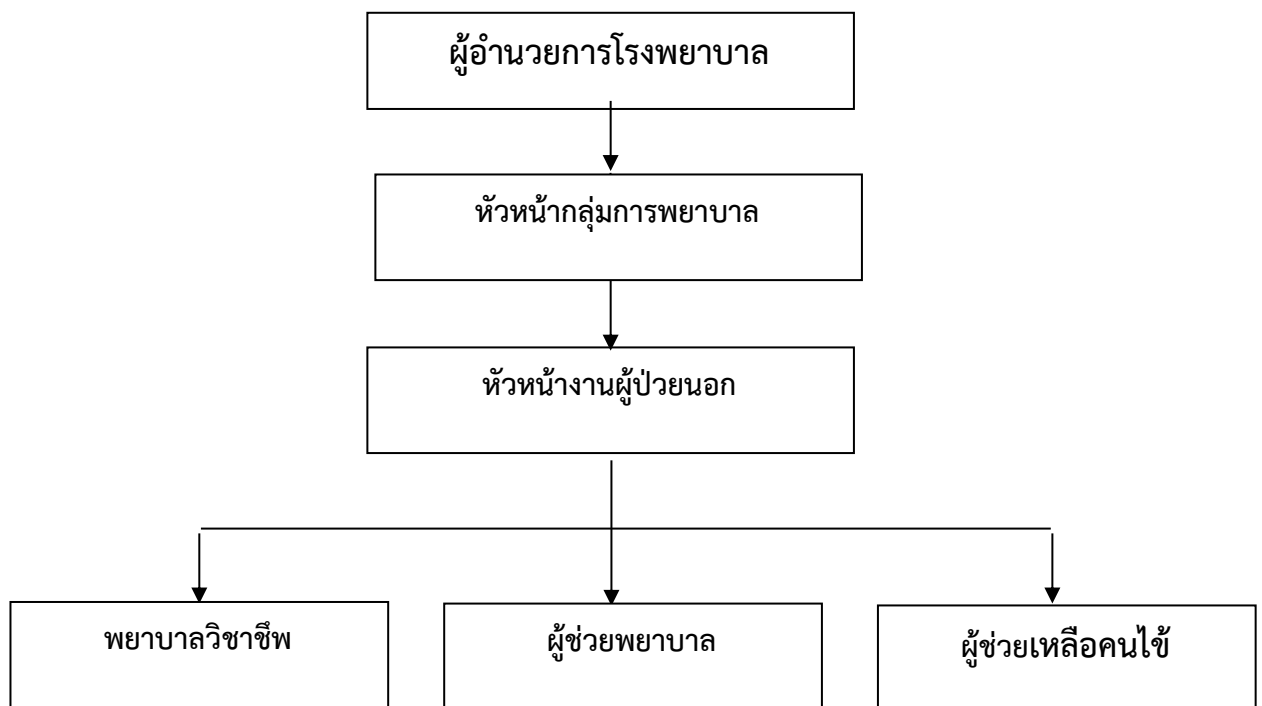
**ค่านิยม :** Smart Nurses เป็นบุคลากรเชี่ยวชาญ เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความรับผิดชอบ

Smart Care นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ

**สมรรถนะหลัก :** ดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องแบบสหวิชาชีพตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน

### 3. โครงสร้างการบริหารและขอบเขตความรับผิดชอบขององค์กรพยาบาลงานผู้ป่วยนอก

โครงสร้างกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา



แผนภูมิ 1 แสดงโครงสร้างการบริหารพยาบาล กลุ่มการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

## ภารกิจกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

### 1. ทีมบริหาร บริการ วิชาการกลุ่มการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก บทบาทหน้าที่

ให้การบริหารงานการพยาบาล ถูกต้องตามระเบียบ เหมาะสมกับอัตรากำลัง และภาระงาน ปัจจุบัน

1. วิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังตามภาระงานและประเมินการใช้อัตรากำลังของหน่วยงานที่เหมาะสม
2. จัดทำทะเบียนฐานข้อมูลอัตรากำลังทางการพยาบาลของหน่วยงานให้เป็นปัจจุบันทุก 6 เดือน
3. กำหนดแนวทางเสริมสร้างขวัญและกำลังใจบุคลากรในหน่วยงาน
4. ตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานล่วงเวลาของบุคลากรทุกระดับในหน่วยงาน
5. สร้างเสริมบรรยากาศองค์กรแห่งความสุขในการปฏิบัติงาน และการกระจายอัตรากำลังเหมาะสมภาระงาน
6. กำหนดสมรรถนะหลัก (core competency) สมรรถนะที่ใช้ร่วมกันหลายหน่วยงาน (Common Functional Competency) สมรรถนะที่ใช้เฉพาะหน่วยงาน (Specific Functional Competency) วัดประเมินผลบุคลากร ในหน่วยงาน
7. วิเคราะห์ความต้องการบุคลากรเรื่องความต้องการประชุมอบรมนอกโรงพยาบาล และกำหนดแผนอบรมที่สอดคล้องกับสายงานที่ปฏิบัติตามนโยบายคือ 1 ครั้งต่อคนต่อปี(3วันต่อคนต่อปีหรือ10ชั่วโมงต่อคนต่อปี)
8. จัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานและดำเนินการตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง
9. ติดตามประเมินผลหลังบุคลากรที่ผ่านการอบรมนำมาพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ในหน่วยงาน
- 10 กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ คำบรรยายลักษณะงาน คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และมีการทบทวน job specific/job description 1 ครั้งต่อปี
11. พิจารณาความดีความชอบแก่บุคลากรทุกระดับในหน่วยงานตามเกณฑ์การประเมินของกลุ่มภารกิจการพยาบาลทุก 6 เดือน
12. กำหนดมาตรการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาล (2P safety)
13. จัดปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน
14. ส่งเสริมการค้นหาและสนับสนุน บุคลากรตัวอย่างทำดีมีรางวัลในหน่วยงาน

### 2. ระบบการพัฒนาคุณภาพ การประกันคุณภาพการพยาบาล ความเสี่ยง ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ระบบยา และควบคุมการติดเชื้อ

หน้าที่และความรับผิดชอบ PCT, RM, IC ,MMS,HPH

1. กำหนดตัวชี้วัด พัฒนาคุณภาพระบบบริการ ติดตามประเมินผลมอบหมายผู้รับผิดชอบ
2. วิเคราะห์ความต้องการพัฒนาคุณภาพงานในหน่วยงาน
3. ทบทวนแผนปฏิบัติการพยาบาล (WI) โรคที่สำคัญในหน่วยงานหนึ่งครั้งต่อปี
4. วิเคราะห์จาก RM ,IC ,
5. ทบทวนตัวชี้วัดต่าง ๆ มอบหมายผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ติดตามการนำเสนอทุกเดือน
6. วางแผนการทำงาน นิเทศหน้างาน ตามเกณฑ์มาตรฐาน QA, HA ,safety , HPH
7. ติดตามประเมินผล

8. สรุปการนิเทศหน้างาน ค้นหาความเสี่ยงด้านความปลอดภัยผู้ป่วย การบริหารยาและสารน้ำ ทาง หลอด เลือดดำ บันทึกอุบัติการณ์ลงคอมพิวเตอร์
9. วิเคราะห์ความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยและจัดทำแผนครอบคลุม SIMPLE ทุกเดือนเพื่อทำ การ RCA และวางระบบพัฒนา คุณภาพบริการ
10. วิเคราะห์ข้อมูลความปลอดภัยและสวัสดิการ ความเป็นอยู่ของบุคลากรพยาบาล ครอบคลุม SIMPLE
11. ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก นิเทศหน้างานทุกวันและติดตามการรายงานความเสี่ยงHRMS
12. ปฐมนิเทศพยาบาล บุคลากรทุกระดับ เรื่อง RM
13. ติดตามข้อมูลจากการทำ RCA
14. จัดให้มีงานวิจัย/กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/นวัตกรรม อย่างน้อย 1 เรื่อง/คน ทุก 6 เดือน

**3. คู่มือระบบระบบบริการสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม โครงสร้างสิ่งแวดล้อม เครื่องมือแพทย์ 5 ส. หน้าทีและความรับผิดชอบ** คณะกรรมการ care D+ , ENV , INS , 5 ส.

1. พัฒนาระบบบริการการพยาบาลในหน่วยงาน
2. พัฒนาพฤติกรรมบริการและจริยธรรมบุคลากรทุกระดับในหน่วยงาน
3. บริหารจัดการเกี่ยวกับข้อร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย
4. ประสานงานกับทีมใกล้เคียงเมื่อมีข้อร้องเรียน และใกล้เคียงเบื้องต้น
5. จัดทำแผนพัฒนาระบบ 5ส และมอบหมายผู้รับผิดชอบและติดตามประเมินผลต่อเนื่อง
6. รวบรวมและวิเคราะห์ความต้องการการใช้พัสดุ ครุภัณฑ์ เครื่องมือประจำปี
7. ตรวจสอบการเบิกพัสดุ ครุภัณฑ์ เครื่องมือของหน่วยงาน
8. ประสานศูนย์เครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลในการพัฒนาความรู้การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ของบุคลากรและการจัดทำแผนบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ในหน่วยงาน
9. สำรวจความต้องการ การใช้วัสดุสำนักงานของงานบ้าน
10. กำหนดเกณฑ์การสรรหา ประเมิน พัก, ครุภัณฑ์
11. วิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นของการเบิกใช้วัสดุ ครุภัณฑ์
12. วิเคราะห์ปริมาณการใช้พัสดุ ครุภัณฑ์ของหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ทุกเดือน
13. ติดตามประเมินการใช้พัสดุ ครุภัณฑ์

#### **นโยบายกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก**

1. ให้บริการพยาบาล ด้วยความสุภาพ เป็นมิตร สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ
2. ให้บริการสอดคล้องกับสถานะของผู้มาใช้บริการ โดยยึดหลักความปลอดภัยของผู้มาใช้บริการ
3. ประเมินและวินิจฉัยภาวะผิดปกติทุกระยะของการบริการก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจ และให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา
4. เตรียมความพร้อมผู้มาใช้บริการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
5. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเหมาะสม ถูกต้องตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
6. จัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องตรวจให้สะอาด และเตรียมอุปกรณ์ให้เพียงพอและพร้อมใช้งานได้ทันที

### ขอบเขตการให้บริการ

1. การคัดกรอง ประเมินสภาพอาการ และตัดสินใจจัดการช่วยเหลือเบื้องต้น / ปฐมพยาบาล ในกรณีพบผู้รับบริการที่มีปัญหาเร่งด่วน ก่อนการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ
2. การซักประวัติ ให้การพยาบาลในระยะก่อนตรวจ ซักประวัติ คัดกรอง ประเมินอาการ ประวัติการเจ็บป่วย สัญญาณชีพ และรวบรวมข้อมูลข้อมูลต่างๆ ให้การพยาบาลเบื้องต้น หากผู้มาใช้บริการมีอาการ และสัญญาณชีพ ผิดปกติ ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาตามความเร่งด่วน อย่างปลอดภัย
3. ให้การพยาบาลในระยะตรวจ จัดเตรียมข้อมูล ประเมินอาการและให้คำแนะนำ การส่งตรวจพิเศษต่างๆและการให้ข้อมูลผู้รับบริการเพื่อให้พร้อมรับการตรวจรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจพร้อมทั้งประเมิน ความพร้อมเข้ารับการรักษา เตรียมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา
4. ให้การพยาบาลในระยะหลังตรวจ ให้คำปรึกษา แนะนำการดูแลตนเอง การรับประทานยา การดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง การนัดติดตาม การส่งต่อ
- 5.การรวบรวมข้อมูลผลจากการปฏิบัติการพยาบาลและกำหนด ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การดูแลต่อเนื่อง เช่นการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

### ขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงาน

1. การให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก ให้ครอบคลุมในการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ที่มีปัญหาด้าน สุขภาพอนามัย ให้การพยาบาลในระยะ ก่อนตรวจ ระยะตรวจ ระยะหลังตรวจ และการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและ ฉุกเฉิน ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน โดยวางแผนติดตาม ควบคุมดูแล ให้เจ้าหน้าที่ในสายงานพยาบาลทุก ระดับ ปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ และตามระบบบริการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การบริการพยาบาล ครบถ้วนถูกต้องปลอดภัย
2. ควบคุมดูแลให้มีอุปกรณ์ เครื่องใช้ ยา เวชภัณฑ์ที่เพียงพอ พร้อมทั้งจะบริการได้ตลอดเวลา
3. ควบคุมสถานที่ให้ถูกสุขลักษณะและอำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ และผู้ให้บริการ
4. ให้บริการตรวจโรคทั่วไปในเวลาราชการแก่ผู้รับบริการทุกเพศทุกวัย มุ่งเน้นการบริการตามวิสัยทัศน์ของ โรงพยาบาล มีการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกเวลาราชการทุกวันทำการ โดยมีคลินิกรุ่งอรุณ เวลา 07.00 - 08.30 น. และคลินิกนอกเวลาทุกวันตอนเย็น เวลา 16.30 - 00.30 น. วันหยุดราชการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ให้บริการ เวลา 08.30 - 00.30 น.

### ศักยภาพและข้อจำกัด

มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในรายที่มีปัญหาซับซ้อนและจำเป็นต้องใช้เครื่องมือเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

#### 4. ลักษณะโดยรวมของบุคลากรพยาบาล

##### อัตรากำลังของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทั้งหมด 14 คน จำนวนพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน (สิทธิจ่ายตรง 10 คน สิทธิ ประกันสังคม 2 คน สิทธิพนักงานราชการ 2 คน) จำนวนพยาบาลวิชาชีพ 8 คน ระดับการศึกษา เป็นสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปจำนวน 1 คน สาขาเวชปฏิบัติทางตาจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลระดับชำนาญการ 7 คน พยาบาลชำนาญการพิเศษ 1 คน มี Productivity สูงกว่าเกณฑ์ ( หลักเกณฑ์ของสำนักงานการพยาบาล, 2544) Productivity (เกณฑ์ : 90-120) ในปี 2563 -2567 (6ด.) เฉลี่ย 140.57,162,107,94.28 และ 98

##### ตารางที่ 1 แสดงตารางการให้บริการ

วันทำการ	เวลา 08.30 - 12.00 น.	เวลา 13.00 - 16.30 น.
จันทร์	ตรวจโรคทั่วไป,คลินิกไข้หวัด ,คลินิกโรคหัวใจ คลินิกความดันโลหิตสูง	ตรวจโรคทั่วไป,คลินิกไข้หวัด ,คลินิกวาร์ฟาริน,คลินิก ความดันโลหิตสูง(นัด)
อังคาร	ตรวจโรคทั่วไป,คลินิกไข้หวัด ,คลินิกความดัน โลหิตสูง , คลินิกวัณโรค	ตรวจโรคทั่วไป,คลินิกไข้หวัด ,คลินิกความดันโลหิตสูง , คลินิกวัณโรค(นัด)
พุธ	ตรวจโรคทั่วไป,คลินิกไข้หวัด ,คลินิกหอบหืด , คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง, คลินิกสุขภาพจิตและ ยาเสพติด,คลินิกตะวัน	ตรวจโรคทั่วไป,คลินิกไข้หวัด ,คลินิกหอบหืดในเด็ก , คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง(นัด)
พฤหัสบดี	ตรวจโรคทั่วไป,คลินิกไข้หวัด ,คลินิกเบาหวาน	ตรวจโรคทั่วไป,คลินิกไข้หวัด ,คลินิกเบาหวาน(นัด)
ศุกร์	ตรวจโรคทั่วไป,คลินิกไข้หวัด ,คลินิกไตเรื้อรัง คลินิกเบาหวาน	ตรวจโรคทั่วไป,คลินิกไข้หวัด ,คลินิกไตเรื้อรัง(นัด)คลินิก เบาหวาน(นัด)

#### 4. ลักษณะโดยรวมของบุคลากรทางการพยาบาล

##### ตารางที่ 2 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพ แบ่งตามประเภทการจ้าง

ประเภทการจ้าง	ข้าราชการ	พนักงานกระทรวงฯ	เหมาจ่าย	รวม
พยาบาลวิชาชีพ	8	0	0	10
ผู้ช่วยพยาบาล	0	1	1	2
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	0	1	1	2
รวม	10	2	2	14

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพ แบ่งตามประเภท Generation

ประเภทการจ้าง	Gen Baby Boomer ( พ.ศ. 2489-2507)	Gen X (พ.ศ. 2508-2522)	Gen Y (พ.ศ. 2523-2540)	Gen Z (พ.ศ. 2541-2556)
พยาบาลวิชาชีพ	0	7	3	0
ผู้ช่วยพยาบาล	0	1	0	1
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	0	0	1	1
รวม	0	8	4	2
คิดเป็นร้อยละ	0	57.14	35.71	7.14

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพ แบ่งระดับสมรรถนะตาม Benner's Model

ระดับ	ประเภทพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1	พยาบาลผู้เริ่มต้น (Novice) ปฏิบัติงาน 1-2 ปี	0	0
ระดับที่ 2	พยาบาลผู้เรียนรู้ (Advance beginner) ปฏิบัติงาน 3-4 ปี	0	0
ระดับที่ 3	พยาบาลผู้ปฏิบัติ (Competent) ปฏิบัติงาน 5-7 ปี	0	0
ระดับที่ 4	พยาบาลผู้ชำนาญ (Proficient) ปฏิบัติงาน 8-10 ปี	0	0
ระดับที่ 5	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ปฏิบัติงานมาก 10 ปี	10	100

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพ แบ่งระดับการศึกษาของบุคลากรทางการพยาบาล

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาโท ( )	0	0
เฉพาะทางหลักสูตรโรคเรื้อรัง 4 เดือน	0	0
เฉพาะทาง 4 เดือนสาขาเวชปฏิบัติทางตา	1	10
เฉพาะทาง 4 เดือนสาขาเวชปฏิบัติชุมชน	1	10
ปริญญาตรี	7	70

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพ แบ่งระดับภาวะสุขภาพของบุคลากรงานการพยาบาลผู้คลอด

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องพบแพทย์เพื่อการรักษา	4	33.33
มีภาวะเสี่ยงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	3	25.00
ภาวะสุขภาพปกติ	5	41.66



บุคลากรกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทั้งหมด 12 คน จำนวนพยาบาลวิชาชีพ 8 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน (สิทธิจ่ายตรง 8 คน สิทธิ ประกันสังคม 4 คน) มี Productivity อยู่ในเกณฑ์ (หลักเกณฑ์ของสำนักงานการพยาบาล, 2544) Productivity (เกณฑ์ : 90 - 120) ในปี 2563 - 2567 (6 ด.) เฉลี่ย 140.57,162,107,94.28 และ 98 กรณีที่มีเจ้าหน้าที่ลาพักร้อน ลาป่วย ลากิจ หรืออบรมจะหมุนเวียน อัตรากำลังภายในตึกผู้ป่วยนอก

ภาพรวมบุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีอายุเฉลี่ย 43.35 ปี มีปัญหาสุขภาพ ลาป่วย บ่อย และเนื่องจากมีบุคลากรจำกัด จึงทำให้เกิดปัญหากรณีลาพร้อมกันหลายคน เช่น ลาพักผ่อนแล้วมีคนอื่น ลาป่วย ลากิจหรือไปราชการจะทำให้เกิดการขาดอัตรากำลัง แก้ไขโดยพัฒนาผู้ช่วยพยาบาล ให้สามารถ ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่การพยาบาลโดยตรง เช่น การช่วยบันทึกเวชระเบียน การคัดกรองเบื้องต้น ภายใต้การ ดูแล ของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลในหน่วยงานส่วนใหญ่มีสมรรถนะผ่านเกณฑ์ ที่หน่วยงานกำหนด หน่วยงานมี กำหนดประชุม ประจำเดือน ประชุมวิชาการ ตลอดจนนิเทศหน่วยงานร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยนำประเด็น ปัญหาและความเสี่ยงที่ เจอมาพูดคุย เพื่อกำหนดแนวทาง

## 5. ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กรพยาบาล

### 5.1 ผู้ใช้บริการภายนอก

#### ตารางที่ 7 แสดงความต้องการสำคัญของผู้ใช้บริการ

ผู้ใช้บริการ	ความต้องการสำคัญ
ผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่บริการด้วยความเต็มใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาสุภาพไพเราะ</li> <li>- ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ตรวจสอบด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย</li> <li>- ได้รับบริการตามลำดับคิว และ เหมาะสมตามระดับความเร่งด่วน</li> <li>- ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์</li> <li>- ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา</li> </ul>
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ ญาติ (DM/HT, CKD,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควบคุมโรคได้ ,ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน</li> <li>- มีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</li> <li>- สามารถควบคุมโรคได้โดยไม่ต้องใช้ยา</li> </ul>
ผู้ป่วยโรคติดต่อโรคติดต่อ เชื้อและญาติ (TB, HIV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หายหรือทุเลาจากโรค และไม่ติดต่อแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น</li> <li>- การรักษาความลับของผู้ป่วย และไม่เลือกปฏิบัติกลุ่มผู้ป่วย HIV</li> </ul>
ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ โรคอุบัติใหม่ (ARI, PUI, COVID-19)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คัดแยกถูกต้อง</li> <li>- วินิจฉัยได้รวดเร็ว</li> <li>- ลดการแพร่กระจายเชื้อบริการ One stop service</li> </ul>

ผู้ใช้บริการ	ความต้องการสำคัญ
ผู้ป่วย OSCC	- บริการ One stop service- รักษาความลับผู้ป่วย
ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ พระภิกษุ นักบวช	- ได้รับบริการที่รวดเร็ว (คิวด่วน) - มีที่นั่งรอรับบริการเฉพาะ
กลุ่มครอบครัวและญาติ	- มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ - มีที่นั่งรอตรวจเพียงพอ (มุมพักคอย)

## 5.2 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

### ตารางที่ 8 ผู้ใช้บริการภายใน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการผู้รับบริการภายใน
องค์กรแพทย์	- การประสานงานและเชื่อมต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ - ความรู้ความสามารถ ทักษะของบุคลากร - ความถูกต้องครบถ้วนของเวชระเบียน - ความพร้อมของอุปกรณ์ ในการให้บริการ
งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	- คัดกรองรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา - การประสานงาน การส่งต่อข้อมูลในการติดตามดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลผู้ป่วย
ห้องคลอด	- คัดกรองรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา - การประสานงาน การส่งต่อข้อมูลในการติดตามดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วย
ผู้ป่วยใน	- การประสานงาน การส่งต่อข้อมูลในการติดตามดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพความถูกต้องครบถ้วนของเวชระเบียนของผู้ป่วย
คลินิกฝากครรภ์	- การประสานงาน การส่งต่อข้อมูลในการติดตามดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพความถูกต้องครบถ้วนของเวชระเบียนของผู้ป่วย
โภชนาศาสตร์	- การประสานงานดูแลผู้ป่วยและเชื่อมต่อข้อมูลเป็นทีมสหวิชาชีพ - การประสานงาน การส่งต่อข้อมูล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ถูกต้อง

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการผู้รับบริการภายใน
ฝ่ายเภสัชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประสานงานดูแลผู้ป่วยและเชื่อมต่อข้อมูลเป็นทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- ประวัติการแพ้ยา</li> <li>- ประวัติการใช้ยาปัจจุบัน</li> <li>- ความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร</li> </ul>
กายภาพบำบัด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประสานงานดูแลผู้ป่วยและเชื่อมต่อข้อมูลเป็นทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในใบส่งผู้ป่วย</li> </ul>
แพทย์แผนไทย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประสานงานดูแลผู้ป่วยและเชื่อมต่อข้อมูลเป็นทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในใบส่งผู้ป่วย</li> </ul>
งานเวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประสานงานและส่งต่อข้อมูลถูกต้อง</li> <li>- บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ถูกต้องครบถ้วน</li> <li>- เวชระเบียน ได้รับการสแกนครบถ้วนไม่สูญหาย</li> <li>- มีการ Update ข้อมูลการระบุตัวผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน</li> </ul>
งานรังสีวินิจฉัย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประสานงานและส่งต่อข้อมูลถูกต้อง</li> <li>- ความถูกต้องครบถ้วนของการส่ง X – ray ทางโปรแกรม HossXP</li> </ul>
ฝ่ายชันสูตร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประสานงานและส่งต่อข้อมูลถูกต้อง</li> <li>- ความถูกต้องครบถ้วนของการส่ง Lab ทางโปรแกรม HOSxP</li> <li>- การโทรประสานงานเมื่อพบ lab วิกฤต</li> </ul>
ทันตกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คัดกรองถูกต้อง การส่งต่อข้อมูลถูกต้อง</li> <li>- การประสานงาน ความถูกต้องของเวชระเบียน</li> </ul>
สุขภาพจิต	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประสานงานและส่งต่อข้อมูลถูกต้อง</li> <li>- การคัดกรองถูกต้อง</li> </ul>
Home Health Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ต้องการข้อมูลการรักษา / ปัญหาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม</li> <li>- การประสานงานที่ดีก่อนส่งผู้ป่วย</li> </ul>
เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งต่อข้อมูลการรักษาแบบไร้รอยต่อ</li> <li>- ข้อมูลชัดเจนถูกต้อง</li> </ul>
สุขภาพจิตและยาเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประสานงาน ความถูกต้องของเวชระเบียน</li> <li>- การสื่อสารที่ชัดเจน ข้อมูลชัดเจน</li> <li>- ความรวดเร็วในการส่งต่อ ข้อมูล</li> </ul>

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการผู้รับบริการภายใน
เวรเปล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสื่อสารที่ชัดเจน ข้อมูลชัดเจน</li> <li>- ความรวดเร็วในการส่งต่อ ข้อมูล</li> </ul>
งานบริหารงานทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หลักฐานการเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่ถูกต้องครบถ้วน</li> <li>- ความถูกต้องของการขออนุมัติจัดซื้อและการเบิกวัสดุตรงตามวันที่กำหนด</li> <li>- การขอใช้รถราชการตามแนวทางปฏิบัติ</li> </ul>
งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ต้องการรายงานข้อมูลงาน IC ต่อเนื่อง /ถูกต้อง /ทันเวลา</li> <li>- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางของ IC</li> <li>- ใช้เครื่องป้องกันสำหรับเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยได้ถูกต้อง</li> </ul>
ซ่อมบำรุง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งซ่อมผ่านโปรแกรมตามระบบ</li> <li>- การติดตามการซ่อมบำรุง วัสดุ อุปกรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด</li> </ul>
IT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การแจ้งข้อมูลผ่านระบบ service desk</li> <li>- การติดตามการติดตั้งโปรแกรม</li> </ul>
ศูนย์ประกัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การแจ้งข้อมูลสิทธิการรักษาก่อนเข้ารับบริการ และก่อนส่งตัวรับการรักษาตามสิทธิการรักษา</li> </ul>
นักศึกษา /อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นพี่เลี้ยงและแหล่งฝึกที่ให้ความรู้และสอนนักศึกษา , เป็นที่ปรึกษานักศึกษาและแก้ปัญหา</li> </ul>
มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สาขายะหา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการรวดเร็ว เครื่องมือทันสมัย บุคลากรมีความสามารถทำงานเชื่อมโยงกับท้องถิ่น</li> </ul>
โรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับการส่งต่อ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบันทึกข้อมูลประวัติการรักษา การส่งต่อที่ถูกต้องครบถ้วน</li> <li>- ให้ข้อมูลการรักษาเบื้องต้นครบถ้วนทั้งกับผู้ป่วยและญาติก่อนส่งต่อ</li> <li>- การประสานงานโดยใช้ระบบrefer link</li> </ul>
สถานบริการเครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยครบถ้วน</li> <li>- ช่องทางการประสานงานและการให้คำปรึกษา</li> <li>- สนับสนุนการให้องค์ความรู้ทางวิชาการ</li> <li>- สนับสนุนพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา อุปกรณ์ทางการแพทย์</li> </ul>
กู๊ป , กู๊ป	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องทางด่วนสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- มี Sport MAP ในการรับ-ส่งผู้ป่วย</li> </ul>

## 6. เป้าประสงค์ในการประกันคุณภาพการพยาบาล(เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ)

### 1 ด้านความปลอดภัย

#### 1.1 ประสิทธิภาพการคัดกรอง

- สถานการณ์โรคทางเดินหายใจโรคอุบัติใหม่ (ARI, PUI, COVID-19) ลดความแออัดและคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อทางเดินหายใจเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ (แยกผู้ป่วยกลุ่ม ARI ออกนอกอาคารผู้ป่วยนอก และใช้ห้องตรวจเป็นระบบ Negative pressure)

- แผนกผู้ป่วยนอกจัดให้มีพยาบาลคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย โดยการคัดแยกกลุ่มติดเชื้อ ออกตรวจนอกอาคาร และคัดแยกความเร่งด่วนตาม level โดยให้การดูแลช่วยเหลือและส่งต่อจุด บริการอื่นๆตามแนวทางปฏิบัติในแต่ละประเภท เช่นแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย MI, Stroke, Hypoglycemia, ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ

- จุดซักประวัติจัดให้มีการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจโดยให้มีการประชาสัมพันธ์อาการไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ เป็นระยะๆ โดยพยาบาลจุดซักประวัติ คนที่ 2 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ

- การพัฒนาบุคลากร การพัฒนา Competency ของพยาบาลรายโรค

- จัดทีมช่วยฟื้นคืนชีพ, แผนปฏิบัติการ และมีการฝึกปฏิบัติ 1 ครั้ง/ปี

#### 1.2 ด้านความรวดเร็ว

- มีระบบการให้บริการ แบบไร้รอยต่อโดยรับประสานจาก รพ.สต. line refer ผู้ป่วย level 1,2 ใช้ระบบ Fast tract level 3-5 ช่องทางด่วน OPD

- เพิ่มช่องทางการเข้ารับบริการผ่านระบบ line YCPH Connect ที่สามารถจองคิวการรักษาล่วงหน้าได้,

- สามารถเปิดการเข้ารับบริการได้ด้วยตนเอง ผ่านตู้ smart kiosk เพื่อลดเวลารอรับบริการ

#### 1.3.ด้านความถูกต้อง

- มีจุดเน้นในเรื่องการระบุตัวบุคคล (มีการบ่งชี้ผู้ป่วย 2 อย่างขึ้นไป เช่นชื่อ-สกุล รูปภาพ เลขบัตรประชาชน)

#### 1.4.ด้านความพึงพอใจ

- กำหนดให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาล (เมตตา ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ)

- ความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อบริการสุขภาพที่ได้รับ การเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ให้และผู้รับบริการ

- ปรับภูมิทัศน์สิ่งแวดล้อมให้เข้าถึงบริการได้ง่าย

### 6.1 เป้าหมายเชิงปริมาณ

- แผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ที่บรรลุเป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 80
- ทุกกลุ่มงานการพยาบาลมีแนวทางการดูแลโรคที่สำคัญ
- การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลเฉพาะโรค
- อัตราข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไข 100%
- คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ  $\geq$  ร้อยละ 85

### 6.2 เป้าหมายเชิงคุณภาพ

- ผู้รับบริการได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- ร้อยละความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กรพยาบาล มากกว่าร้อยละ 80

## 7. บริบทเชิงกลยุทธ์ (ความท้าทายเชิงกลยุทธ์และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์)

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ สร้างความเชื่อมั่นศรัทธาให้กับประชาชน

### ตารางที่ 9 ตารางแสดงบริบทเชิงกลยุทธ์

บริบทเชิงกลยุทธ์	ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์
1. ด้านการปฏิบัติการ/การจัดบริการพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยด้วย</li> <li>ความรวดเร็ว และปลอดภัย</li> <li>- การเข้าถึงการดูแลรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทีมนำเข้มแข็ง ให้การสนับสนุน</li> <li>- มีแผนพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความก้าวหน้า การดูแลรักษาและ Competency gap ของพยาบาลในหน่วยงาน</li> </ul>
2. ด้านบุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรมีสมรรถนะเพียงพอต่อ</li> <li>ความต้องการตามกลุ่มโรคสำคัญ</li> <li>- การมีบุคลากรทางการพยาบาลที่เพียงพอทั้งปริมาณและสมรรถนะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานมีการประเมินสมรรถนะโรคที่สำคัญในหน่วยงาน</li> <li>- มีการทำงานเป็นทีม และได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ</li> </ul>
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สิ่งแวดล้อมปลอดภัย</li> <li>- การจัดระบบบริการพิเศษสำหรับกลุ่ม เปราะบาง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานมีนโยบายสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา</li> <li>- หน่วยงานมีการรับนโยบายการทำงาน 5ส.กับโรงพยาบาล Green and Clean Hospital</li> <li>- หน่วยงานมีคณะกรรมการด้าน สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย</li> </ul>

ความเชื่อมโยงแผนงาน/โครงการกับยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล ปี 2566

ตารางที่ 10 ตารางแสดงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ระดับ โรงพยาบาล

ยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์ระดับ โรงพยาบาล	กลยุทธ์กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล	แผนงาน/โครงการ หอผู้ป่วย
ยุทธศาสตร์ที่ 1. ชุมชนมีความสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การคัดกรอง และดูแลรักษา ลดปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย</li> <li>- พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงการ one day screening คัดกรองผู้ป่วย NCD และการตรวจติดตามในกลุ่มเสี่ยง</li> <li>- โครงการคัดกรองตา ในกลุ่มเสี่ยงและสูงอายุ</li> </ul>
ยุทธศาสตร์ที่ 2. ผู้ป่วยมีความสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบบริการตามความต้องการของผู้รับบริการ</li> <li>- ยกระดับการให้บริการผู้ป่วยเฉพาะทางสาขา</li> <li>- โรงพยาบาลอัจฉริยะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการติดตามข้อมูลการดูแลผู้ป่วย แบบ realtime ผ่าน program YAHA Happiness และติดตามผู้ป่วยผ่านระบบ telemedicine ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และทีม 3 หมอ</li> <li>- มีการ teleconsult แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม</li> <li>- มีการใช้ระบบ YCPH Connect เป็นทางเลือกในการเข้ารับบริการ สามารถนัดและจองคิวรับบริการผ่านระบบไลน์ มีการแจ้งเตือนเมื่อสามารถตรวจสอบรายการนัด และตรวจสอบบัตรคิวได้</li> </ul>
ยุทธศาสตร์ที่ 3. บุคลากรมีความสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับแพทย์เฉพาะทางและขยายบริการปฐมภูมิ</li> <li>- สนับสนุนการผลิตผลงานวิชาการในทุกหน่วยงาน</li> <li>- ดำเนินงานตามอัตลักษณ์โรงพยาบาลคุณธรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผนส่งบุคลากรศึกษาเฉพาะทางโรค NCD 4 เดือน เฉพาะทางโรคไตเรื้อรัง 4 เดือน</li> <li>- ส่งผลงาน R2R ประกวดระดับประเทศ</li> <li>- มีการดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม โดยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรงเวลา และประเมินความรับผิดชอบในงานที่มอบหมาย</li> </ul>
ยุทธศาสตร์ที่ 4. โรงพยาบาลแห่ง ความสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาตามมาตรฐาน EMS</li> <li>- เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย</li> <li>- ดำเนินการตามมาตรฐาน HAIT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาตามมาตรฐาน EMS</li> <li>- แผนเพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายหน่วยงาน</li> <li>- การนำระบบ smart technology มาใช้ในการให้บริการ เช่น program YAHA Happiness ระบบ telemedicine มีระบบ Smart Q และระบบ YCPH Connect</li> </ul>

## 8.ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

### ด้านระบบการพัฒนาคุณภาพ

งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหาได้มีการปรับปรุงผลการดำเนินงานโดยนำระบบมาตรฐานมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนี้

- 1) มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปี 2550 กองการพยาบาล
- 2) มาตรฐาน HA Reaccreditation ครั้งที่ 3
- 3) ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ เช่น 5 ส.,

Healthy work place, Green & clean ,CQI, Lean,KM, HAIT, การนิเทศทางการแพทย์, กิจกรรมทบทวนการบริหารความเสี่ยง, การวิจัย การพัฒนานวัตกรรม R2R เป็นต้น

### ด้านกระบวนการประเมินผล

ประเมินตนเองระดับหน่วยงาน ประเมินไขว้ระหว่างหน่วยงาน ประเมินไขว้โรงพยาบาลภายในจังหวัด การติดตามนิเทศงานของคณะกรรมการ service plan จังหวัด ใช้กระบวนการเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Survey) และการประเมินโดยองค์กรวิชาชีพภายนอก เช่น สรพ. สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการประเมินผลด้านบุคลากรเพื่อพัฒนาสมรรถนะตามส่วนขาด และการประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติงานทุก6เดือน

### ด้านกระบวนการเรียนรู้

มีการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพระดับบุคคลเมื่อบุคลากรเริ่มต้นเข้ามาทำงานในโรงพยาบาล โดยจัดให้มีการปฐมนิเทศเรื่องการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล และมีการฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรเก่าทั้งในระดับโรงพยาบาล และในหน่วยงาน มีการจัดระบบการเรียนรู้คุณภาพหน้างาน เช่น การรับส่งเวรโดยใช้กระบวนการ SBARและ 3P,การพัฒนาบริการด้วย CQI, กิจกรรมทบทวน,การประเมินตนเอง R2R การประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้ภายใน เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและทารก การอบรมสูติศาสตร์ฉุกเฉิน การซ้อมแผนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระบวนการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลที่สำคัญ การเรียนรู้เพื่อให้ทำงานอย่างมีความสุข รวมทั้งการประชุมวิชาการภายนอกหรือร่วมประชุมนำเสนอผลงานระดับกลุ่มการพยาบาล(ตลาดนัดวิชาการ)ระดับโรงพยาบาล ระดับเขตและระดับประเทศ ผู้บริหารทางการแพทย์กำหนดให้ทุกหน่วยงานมีกิจกรรม CQI ปรับปรุงคุณภาพงาน ส่งเสริม สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพัฒนานวัตกรรมเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการนำสู่หน่วยงาน และติดตามรายงานผลทุก 6 เดือน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการโดย การประชุมวิชาการต่างๆ การประชุมนำเสนอผลงานวิชาการภายนอกองค์กร เป็นต้น



## 9. สถิติการให้บริการที่สำคัญขององค์กร (อ้างอิงจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HOSXp)

### 1. ข้อมูลการให้บริการ

ตารางที่ 11 แสดงข้อมูลโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2564-2567

ที่	โรค	ครั้ง				คน			
		2564	2565	2566	2567	2564	2565	2566	2567
1	HT	10721	8582	9533	6437	3253	2931	3225	2518
2	DM	4898	4559	4766	3392	1199	1289	1332	1165
3	Fever	1353	2384	1767	1997	1102	2133	1572	1700
4	Acute bronchitis	992	617	1148	996	459	469	899	830
5	Common cold	2582	3794	3331	1962	2055	3180	2596	1643
6	Dyspepsia	1545	1475	2057	1646	1077	1038	1469	1179
7	Pneumonia	527	841	1339	957	128	641	984	770
8	Asthma	1504	994	1356	1156	449	404	519	467
9	Disease of pulp and Periapical tissues	1159	1019	1810	1429	842	698	1228	1087
10	Covid	2522	1742	511	125	2522	1519	498	119

แหล่งข้อมูล : โปรแกรมฐานข้อมูล HOS-xP

สถิติการให้บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหาปีงบประมาณ 2564-2567 (ไตรมาสที่ 3)

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอก ปี 2567 เทียบกับ 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2564 - 2566)

ผู้ป่วยนอก	2564	2565	2566	2567
จำนวนผู้ป่วยนอกมารับบริการ(ครั้ง)	138,312	122,152	120,396	121,751
จำนวนผู้ป่วยนอกมารับบริการ(คน)	39,524	37,237	28,412	75,881
จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน	378	335	330	343

## ส่วนที่ 2 (ส่วนสาระ)

## หมวด 1 การนำองค์กร

## หมวด 1 การนำองค์กร

## 1.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ อัตลักษณ์ ค่านิยม สมรรถนะหลัก

## ตารางที่ 13 แสดงวิสัยทัศน์ พันธกิจ อัตลักษณ์ ค่านิยม สมรรถนะหลัก

	โรงพยาบาล	องค์กรพยาบาล
<b>วิสัยทัศน์</b>	โรงพยาบาลสง่างาม ได้มาตรฐานสากล เวชศาสตร์ฟื้นฟูเด่นเน้นการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายและจิตอาสา	เป็นผู้นำการบริการพยาบาลแบบองค์รวมที่ ผู้ใช้บริการอบอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข
<b>พันธกิจ</b>	1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมทั้งปฐมภูมิ และทุติยภูมิที่ได้มาตรฐานสหสาขาวิชาชีพ 2. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้ เก่งดี มีความสุข 3. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาและความ ปลอดภัย 4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และจิตอาสาในการจัดการสุขภาพที่ สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น 5. บริหารจัดการมีประสิทธิภาพแบบมีส่วน ร่วม	1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมและผสมผสาน ที่ได้มาตรฐานวิชาชีพปลอดภัย มีความพึงพอใจ 2. พัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรทั้ง ด้านบริการพยาบาลคุณธรรม จริยธรรม มีจิต อาสา สุขภาพดี ปลอดภัยและมีความสุขในการ ทำงาน 3. บริหารจัดการองค์กรการพยาบาลให้มีระบบ บริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเป็น องค์กรแห่งการเรียนรู้
<b>อัตลักษณ์</b>	เมตตา ซื่อสัตย์ มีความรับผิดชอบ	เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความรับผิดชอบ
<b>ค่านิยม</b>	Y = Yield มุ่งเน้นผลงานที่สร้างสรรค์ C = Clinical Risk and Safety Awareness จิตสำนึกด้านความเสี่ยงและความปลอดภัย P = Patient Focus ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง H = Health Promoter เป็นผู้นำด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ	Smart Nurses : เป็นบุคลากรเชี่ยวชาญ เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความรับผิดชอบ Smart Care : นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแล สุขภาพผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ
<b>สมรรถนะ หลัก</b>	ดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องแบบ สหวิชาชีพตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน	ดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องแบบสหวิชาชีพ ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ปฏิบัติงานบริการพยาบาลด้านสุขภาพทุกระดับร่วมกัน กำหนด วิสัยทัศน์โดย

1) มีการสื่อสารวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ทิศทางองค์กร และผลลัพธ์ที่คาดหวัง แผนยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์ในที่ประชุมประจำเดือนผ่านคณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และพยาบาลระดับ ปฏิบัติการใน หน่วยงาน โดยการประชุมชี้แจงสื่อสารสองทิศทาง (TWO ways communication), Line แฝ่น ป้ายติดประกาศในหน่วยงาน และก่อนการประชุมทุกครั้งจะมีการอ่านทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เพื่อให้ บุคลากรมีความตระหนัก การนำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ไปใช้ในปฏิบัติงานในหน่วยงาน

2) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สร้างสภาพแวดล้อมในองค์กร ส่งผลให้มีการปฏิบัติตาม วิชาชีพ กฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยการกำหนด แนวทางการดำเนินการ ให้มีการจัดการ การควบคุม และการตรวจสอบภายใน ควบคุมการปฏิบัติงานของบุคลากรให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานการบริหาร มาตรฐาน ปฏิบัติการพยาบาล โดยวางระบบการนิเทศตรวจสอบเป็นประจำ อย่าง ต่อเนื่องครอบคลุมทุก หน่วยงาน มีการค้นหาปัญหาด้านจรรยาบรรณพยาบาล ด้วยการนิเทศหน้างานโดยหัวหน้า กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พร้อมติดป้ายประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์หน่วยงานผู้ป่วยนอก บริเวณ หน่วยงาน เพื่อเป็นช่องทางให้ผู้รับบริการ ที่มีปัญหาสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก รวดเร็ว เช่น ได้รับ ขอร้องเรียนเชิงรุก เรื่องบริการล่าช้า ไม่พึงพอใจ

จัดโครงการบุคลากรต้นแบบ ยกย่องบุคลากรมีจรรยาบรรณดีเด่น ได้แก่ การคัดเลือกและยกย่อง พยาบาลต้นแบบปีละ 1 ครั้ง ได้แก่ โครงการพยาบาลติดตาม คุณคุณภาพ คนดีศรีสาธารณสุข ชำราชาการดีเด่น ระดับ จังหวัด ระดับประเทศ มีพยาบาล 2563-2566 ปีละ 1 คน

3) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สร้างสภาพแวดล้อม บรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุง ผลงาน การสร้างนวัตกรรม การบรรลุพันธกิจ วัตถุประสงค์ ขององค์กร และบุคลากรมีสัมพันธภาพในการ ทำงานที่ดีกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ สร้างสรรค์ ชวนคิดแก้ปัญหาที่หน้างาน ทั้ง ภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน ทำให้พยาบาลทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นข้อเสนอแนะใน การแก้ปัญหา เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน และสร้างนวัตกรรม ร่วมกันเช่น การจัดระบบการส่งตัวกลับของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่ กลับไปรับบริการ ณ สถานบริการ สาธารณสุขใกล้ บ้าน ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ ทบทวนการพยาบาล ความเสี่ยงหรือจุดอ่อนมาปรับปรุง (นโยบาย NO Blame)เช่น Conferences ตอนบ่ายมีการทบทวนโดยใช้ หลัก C3THER ในการวางแผนการ ดูแลผู้ป่วยที่ยุงยากซับซ้อน ทบทวน เหตุการณ์สำคัญ (AE) ร่วมกับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเพื่อปรับปรุง ระบบการพยาบาล ร่วมเข้าอบรมความรู้ แนวคิดการปรับปรุงงานทุกปีเช่น การใช้แนวคิด lean CQI R2R นำเสนอผลงานคุณภาพในโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง และสื่อสารนโยบายลงสู่ปฏิบัติ ผู้นำเสนอผลงานระดับ จังหวัดทุกรายจะได้คะแนนพิเศษ ส่งผลให้มีผลงานส่งนำเสนอ สนับสนุนให้พยาบาลในงานผู้ป่วยนอก เข้าร่วม กิจกรรมของ กลุ่มภารกิจการพยาบาล ที่ส่งเสริมให้ บุคลากรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยการจัดกิจกรรม สันทนาการร่วมกันในวาระต่างๆ การร่วมประชุมกับทีมด้านหน้า เพื่อปรึกษาหารือในเรื่องที่ต้องแก้ปัญหา ร่วมกัน ทำให้สัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน เช่น OPD – ER ดีขึ้นมาก ส่งผล ให้การประสานงานเป็นไปด้วยดี

## 1.2 การสื่อสารและผลการดำเนินการ

1) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ชี้แจงวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ทิศทางของโรงพยาบาล และ องค์กรพยาบาล โดยการประชุมประจำเดือนและไลน์กลุ่ม ซึ่งกำหนดโดยกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ร่วมกำหนด บทบาทหน้าที่ขอบเขตการให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อการดูแลต่อเนื่องแก่บุคลากรทุกระดับในหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศของหน่วยงาน เช่น แผนงานความร่วมมือ ร่วมกันกำหนด แผนงาน เป้าหมายของงาน การวิเคราะห์หน่วยงานโดยการ SWOT จัดทำแผนงาน ของหน่วยงานที่สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์โรงพยาบาลความต้องการของผู้ใช้บริการ และยุทธศาสตร์ของกลุ่มภารกิจการพยาบาล โดยสื่อสารแผนใน การประชุมประจำเดือนของหน่วยงานพร้อมบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรและเน้นย้ำในการนิเทศสม่ำเสมอ ทั้งใน รูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ พร้อมมีการตีตประกาศในหน่วยงาน Conference หน่วยงาน เชื่อมโยงวิสัยทัศน์ พันธกิจ กับกระบวนการพยาบาล พร้อมบันทึกรายชื่อผู้เข้าร่วม รายงานการนิเทศ ปี 65 จำนวน 5 ครั้ง ยกย่อง ชมเชย ผู้รับบริการให้กับพยาบาล โดยติดบอร์ด พยาบาลบริการ ดีเด่น เป็นต้น

2) ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย โดยการกระตุ้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อมุ่งเน้น ให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ โดยการนิเทศหน่วยงานประจำวัน เช่น Risk round, IC round, เมื่อพบความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ได้มีการร่วมปรึกษาหารือกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางปฏิบัติและป้องกันการเกิดซ้ำ พร้อมทั้งประสานงานกับคณะกรรมการความเสี่ยงเพื่อติดตามอุบัติการณ์นั้นๆต่อไป

3) ประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติในหน่วยงาน มีกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้งทางด้าน ประสิทธิภาพคุณภาพการให้บริการพยาบาล, ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล และการทบทวนตัวชี้วัดผลการ ดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 เดือน หรือในกรณีที่เป็นเสียงรุนแรง จะมีการนำมาทบทวนเป็นกรณี เร่งด่วน พร้อมทั้งสื่อสารตัวชี้วัดลงสู่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

4) ทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทุกวัน มีการ Conference รายโรคสำคัญ ในประเด็นการพยาบาล เพื่อ นำมาปรับปรุงระบบการดูแลและให้บริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ทบทวนอุบัติการณ์ประเด็นปัญหา ความขัดแย้งด้านจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล หรือพฤติกรรมบริการ ข้อร้องเรียน ร่วมนิเทศการพยาบาล

### 1.3 การกำกับดูแลองค์กรพยาบาล/หน่วยงานบริการพยาบาล

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีระบบการปฏิบัติเป็นไปตามข้อกำหนดและระเบียบขององค์กรและ โรงพยาบาล โดย มีการกำหนดนโยบายระบบการจัดการที่ก่อให้เกิดการควบคุมและตรวจสอบภายในองค์กรพยาบาล โดยใช้หลักธรรมาภิบาล (Good Governance) ควบคุมและติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกระดับตาม มาตรฐานวิชาชีพ และการควบคุมด้านการเงินและงบประมาณที่ได้รับ เกณฑ์การเบิกค่าตอบแทน โดยการกำหนด เกณฑ์การเบิกค่าตอบแทนที่ถูกต้องเหมาะสมตามระเบียบของกระทรวงการคลัง การนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติงานและการปฏิบัติตามกฎระเบียบของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานทุกระดับ โดยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล, หัวหน้างาน, หัวหน้าหอผู้ป่วย, และเวรตรวจการ ตามสายงานที่ควบคุม เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามหลักจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย รายโรคให้มีการประกัน คุณภาพการพยาบาลที่สำคัญ ให้ชัดเจนมากขึ้น ปรับระบบการควบคุมกำกับงานที่ หน่วยงานเพิ่มขึ้น มีการควบคุมกำกับงานโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้จุดอ่อนการปฏิบัติงาน ได้เรียนรู้และนำไปปรับปรุงในการทำงาน

สนับสนุนปัจจัยในการดูแลผู้ใช้บริการ สิ่งแวดล้อม การทบทวน 12 กิจกรรม, พัฒนางานประจำสู่งาน คุณภาพต่างๆ และบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงาน เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย โดย คำนึงถึงหลักคุณธรรมจริยธรรม สิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณวิชาชีพ ทั้งนี้มีการกำกับดูแล โดยการ มอบหมายงานแก่บุคลากรตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน นิเทศหน้างานด้านคลินิก และปัญหาการ ให้บริการทั่วไป ติดตาม ความก้าวหน้าในการประชุมหน่วยงาน มีการวิเคราะห์ปัญหาของหน่วยงาน ทบทวน ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ความต้องการของผู้ใช้บริการ ทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยให้ทีมงานมีส่วนร่วม ในการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ สิ่งที่ได้เรียนรู้ เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง มีการควบคุมกำกับในด้านการเงินการคลัง โดยการบริหารจัดการ อัตราค่าจ้างเหมาะสมตามภาระงาน มีการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนโดยคณะกรรมการบริหารกลุ่ม การกิจการพยาบาล

มีการค้นหาความเสี่ยงทั้งในและนอกหน่วยงาน และทบทวนบัญชีความเสี่ยงทุก 1 ปี เพื่อหาแนวทาง ป้องกัน และดำเนินการทบทวน 12 กิจกรรม ต่อเนื่องและร่วมกันจัดการปัญหากับทีมสหวิชาชีพ

#### 1.4 พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมาย การรักษา จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีการกำหนดให้มีคณะกรรมการจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ สอดคล้อง กับกลุ่มภารกิจการพยาบาล มีบทบาทในการปกป้องผู้ใช้บริการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน กำหนดให้มีแนวทางการเฝ้าระวังและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากบริการพยาบาล ต่อบุคคล จัดทำรายการความเสี่ยง พร้อมแนวทางการป้องกัน

หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าทีม ชี้แจงนโยบาย/แนวทางปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพของบุคลากรทางการพยาบาลกำหนดให้มีการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด จัดให้มีระบบการจัดการข้อร้องเรียนด้านจริยธรรม และระบบการจัดการตรวจสอบข้อร้องเรียน กำหนดแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมบริการที่พึงประสงค์สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาล กำหนดนโยบายและแนวทางการแต่งกายที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลัก มาตรฐานวิชาชีพสำหรับผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ตรวจการเป็นผู้กำกับติดตาม รวมทั้งมี การเสริมแรงทางบวก (Empowerment) ชื่นชมผู้ปฏิบัติสำหรับพฤติกรรมบริการที่ดี และเหมาะสม กำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนสำหรับพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสมตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ ทบทวนระบบจัดการข้อร้องเรียนด้าน จริยธรรมของบุคลากรทางการพยาบาล กรณีข้อร้องเรียนระดับสูง ต้องดำเนินการภายใน 24 ชม.

มีการเชื่อมโยงระบบการส่งเสริมจริยธรรมบุคลากรทางการพยาบาล ชมรมส่งเสริมจริยธรรมในโรงพยาบาล และการจัดกิจกรรมทางศาสนาเพื่อช่วยจรรโลงจิตใจ ให้มีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพซึ่งเป็นพื้นฐานของการ บริการอย่างมีจริยธรรม

#### 1.5 การสนับสนุนชุมชนและสุขภาพของชุมชน

มีการสอบถามความต้องการของชุมชนต่อการดูแลสุขภาพ พิจารณาเลือกชุมชนบ้านลากอ ซึ่งเป็นชุมชนในพื้นที่เขตรับผิดชอบตำบลยะหา ประชาชนมีปัญหาโรคเรื้อรัง ได้จัดให้มีพยาบาลดูแลรับผิดชอบเป็นที่ปรึกษาสุขภาพประจำซอย ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีพร้อมในการให้ความร่วมมือแก้ไขปัญหา

### หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์

#### 2.1 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกงาน ร่วมกันวิเคราะห์หน่วยงานโดยการ SWOT Analysis ทั้งระดับหน่วยงาน และระดับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโดยใช้กรอบ 7S ในการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน (จุดแข็ง/จุดอ่อน) และใช้กรอบ E-PEST Model ในการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (โอกาส/ภาวะคุกคาม) จัดทำ SWOT Matrix, Set priority และนำมากำหนดแผนงาน ของหน่วยงานที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์โรงพยาบาล ความต้องการของผู้ใช้บริการ และยุทธศาสตร์ของกลุ่มภารกิจการพยาบาล ร่วมกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เพื่อให้ตอบสนองความ ท้าทายขององค์กรพยาบาลและสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานของกลุ่มงาน

การ SWOT Analysis ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายใน / ภายนอก  
 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกงานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ปี 2566

ตารางที่ 14 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายใน ที่ส่งผลต่อความสำเร็จและขีดขวางความสำเร็จ

7S Model	การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายใน ที่ส่งผลต่อความสำเร็จและขีดขวางความสำเร็จ ของกลุ่มการพยาบาล งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา	
	จุดแข็ง (S = Strength)	จุดอ่อน (W=Weakness)
Strategy	1.เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญและระบบ บริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 2.เน้นการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต ให้ปลอดภัย 3.ส่งเสริมวัฒนธรรมคุณภาพ และความปลอดภัยในการ ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก	1.ปฏิบัติติดตามแผนพัฒนาไม่ครบถ้วน 2.ขาดการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และ แผนปฏิบัติการ
Structure	1.มีการมอบหมายงานในหน่วยงานที่ชัดเจน	1.ปฏิบัติตามหน้าที่มอบหมายไม่ครบถ้วน 2.ขาดการติดตามที่ต่อเนื่อง
System	1.การใช้ Nursing process ร่วมกับ process of care นำทางในกระบวนการทำงาน 2.ความร่วมมือในเน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ลด และ ป้องกันความคลาดเคลื่อนเชิงระบบ 3.นำ Lean management มาใช้เพื่อลดความซ้ำซ้อน	1.ไม่ได้ใช้ Nursing processกับprocess of care ในการทำงาน 2.สมรรถนะด้านการค้นหาความเสี่ยงทาง คลินิกของบุคลากร 3.จำนวนรายงานอุบัติการณ์ในระบบ HRMS ที่เป็นการค้นหา ทบทวนตัวชี้วัดมีน้อย 4.ระบบบริการซ้ำซ้อน โนโปรแกรม Hoss.XP การส่ง lab ล่วงหน้าแต่ไม่ link กับ LIS lab จึงต้องส่ง lab ซ้ำ
Share value	1.มีการนำค่านิยมที่กำหนดในระดับองค์กรสู่การปฏิบัติ	1.บุคลากร ยังไม่มีความเข้าใจค่านิยม ที่ นำมาใช้ ทำให้ บางประเด็นไม่สามารถนำสู่ การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่ เช่น ความเชี่ยวชาญ พฤติกรรมบริการ
Style	1.บริหารแบบมีส่วนร่วมในการรับฟังความคิดเห็นของ ทุกฝ่ายทั้งภายในและภายนอก 2.เน้นการนิเทศหน้างานนำสู่การ พัฒนาทักษะ สมรรถนะ บุคลากรเป็นรายโรคและรายบุคคล	1.หัวหน้าหอผู้ป่วย มีภารกิจหลายหน้าที่ ทำให้ติดตามได้ไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง 2.บุคลากร ขาดการพัฒนาทักษะ สมรรถนะ บุคลากร

7S Model	การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายใน ที่ส่งผลต่อความสำเร็จและขีดขวางความสำเร็จ ของกลุ่มการพยาบาล งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา	
	จุดแข็ง (S = Strength)	จุดอ่อน (W=Weakness)
Staff	1. ทีมการพยาบาลทำงานอย่างเต็มศักยภาพ 2. ทำงานเป็นทีม	1. พบรายงานข้อร้องเรียนจากพฤติกรรม บริการ 2. บุคลากรอายุมาก มีโรคประจำตัว 3. ไม่ได้รับการพัฒนาย่างต่อเนื่อง
Skill	1. ร้อยละ 50 ของบุคลากร มีทักษะการสื่อสารภาษามลายู ได้เป็นอย่างดี 2. บุคลากรมีอายุงานเฉลี่ย 18 ปี มีประสบการณ์สูง	1. ทักษะการ CPR 2. บันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ 3. สมรรถนะการใช้คอมพิวเตอร์ค่อนข้างต่ำ

ตารางที่ 15 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลต่อความสำเร็จและขีดขวางความสำเร็จ

E- Pest Model	การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลต่อความสำเร็จและขีดขวางความสำเร็จ ของกลุ่มการพยาบาล งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา	
	โอกาสขององค์กร(Opportunities)	อุปสรรคหรือสิ่งคุกคาม(Threats)
Political/Policy	1. มาตรฐาน HA/ QA เป็นและกลไกในการ ขับเคลื่อนการพัฒนา	1. นโยบายซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน การดึงข้อมูลมาใช้งานที่หลากหลายจาก คลังข้อมูล HDC
Environment	1. ประสิทธิภาพของการคมนาคมที่สะดวกส่งผล ต่อการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ	1. การควบคุมกำกับระบบการดูแลขณะ ส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างแผนกในโรคสำคัญ
Social	1. มีเครือข่ายบริการ (รพช.รพสต.) เครือข่าย แกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง 2. มีต้นทุนพลังความเชื่อมั่น ศรัทธาของ ประชาชน ต่อแกนนำ/ผู้นำชุมชน	1. วิถีชีวิต ความเชื่อของประชาชน ทำให้ เข้าถึงบริการล่าช้า รู้จักบริการ 1669 น้อย 2. วิถีชีวิต วัฒนธรรม กินหวาน มัน เค็ม โรคเรื้อรัง เพิ่มขึ้น
Technology	1. นำเทคโนโลยีมาเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และให้บริการรักษาพยาบาล 2. มีโปรแกรมการเชื่อมต่อการดูแลระดับอำเภอ เช่น Program Yaha Happiness การส่งต่อเพื่อ การเยี่ยมบ้าน	1. โปรแกรม Hos-xp ที่ไม่สามารถแก้ไข ข้อมูลในการปรับใช้ไม่ตอบสนองตัวชี้วัด ทางโรงพยาบาลมีการจัดทำ Program Yaha Happiness ไม่สามารถ เชื่อมโยงข้อมูล big data ทุกกลุ่มวัย



## 1. ขั้นตอนการเตรียมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 ทบทวนผลการดำเนินงานของหน่วยงานในปีงบประมาณที่ผ่านมา
- 1.2 แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
- 1.3 วิเคราะห์โรคและความเสี่ยงของหน่วยงาน
- 1.4 ความต้องการ ความคาดหวังผู้ใช้บริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อหน่วยงาน
- 1.5 SWOT Analysis ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

## 2. เตรียมบุคลากร ได้แก่

- 2.1 สมรรถนะที่จำเป็นแก่บุคลากรในการจัดทำแผนกลยุทธ์
  - 2.2 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
    1. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และกรอบเวลา จัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ โดยจัดทำแผนระยะสั้น (1ปี) แผนระยะยาว (3ปี) กำหนดตัวชี้วัดและกำหนดระยะเวลาดำเนินงานชัดเจน
    2. วัตถุประสงค์สอดคล้องความท้าทายขององค์กรพยาบาลตอบสนองความท้าทายที่สำคัญ/สถานะสุขภาพ/ ความต้องการสุขภาพ มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นและใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย ชีตความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร การใช้เวช ระเบียบอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการดูแล
    3. วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากรและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
  - 2.3 การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ
    1. สื่อสารแผนปฏิบัติการไปยังบุคลากรของหน่วยงานทุกระดับอย่างทั่วถึงและติดตามประเมินการรับรู้ใน การประชุมเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
    2. มอบหมายผู้รับผิดชอบของแต่ละแผนงาน/โครงการเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่รายบุคคล
    3. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการทุก 1 เดือนในเวทีการประชุมกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
  - 2.4 การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน
    1. กำหนดการติดตามผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ทุก 3 เดือน
    2. กำหนดค่าเป้าหมาย ความสำเร็จแต่ละตัวชี้วัด แต่ละแผนงานโครงการ
    3. ติดตามกระตุ้นให้กลุ่มงานที่รับผิดชอบโครงการจัดทำโครงการ
    4. ประชุมชี้แจง หากไม่สามารถปฏิบัติได้ตามโครงการ
    5. ติดตามผลการดำเนินงานที่ผ่านมา นำสู่การ ปรับปรุงแก้ไข

## 2.5 การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

- 1) มีแผนปฏิบัติการตามกรอบเวลาที่กำหนด โดยพิจารณาจากเป้าประสงค์ ผลการดำเนินการที่ผ่านมา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม
- 2) มีการติดตามกำกับความก้าวหน้าของผลการดำเนินการ
- 3) มีการกำหนดวิธีการตอบสนองต่อความแตกต่างของผลการดำเนินงาน เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะของกิจกรรม ภาระงานและขนาดใกล้เคียงกัน ทั้งความแตกต่างในปัจจุบันและความแตกต่างที่ได้จากการคาดการณ์ในอนาคต

## หมวด 3 ผู้ใช้บริการ

### 3.1 รับฟังผู้ให้บริการ

1. กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีการจำแนกกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับผลงาน ดังนี้
  - 1.1 กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ด้อยโอกาส ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล
  - 1.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วย /ครอบครัวผู้ป่วย
  - 1.3 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่าย รพ.สต. มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สาขายะหา
2. กำหนดวิธีการที่เหมาะสมในการรับฟังและเรียนรู้ความต้องการของผู้รับบริการ
 

สอบถามความคาดหวังของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่น มีการนำผลการรับฟังและเรียนรู้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการพยาบาล และปรับปรุงกระบวนการทำงาน รวมทั้งใช้เสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการ ดังนี้

  - 2.1 สอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการและผู้รับผลงานอื่น และนำผลมาปรับปรุง ติดตามผลโดยหัวหน้างาน
  - 2.2 เก็บคะแนนความพึงพอใจหลังรับบริการรายเดือน
  - 2.3 จัดเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ สอบถามความต้องการผู้ป่วย และให้ข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ
  - 2.4 มีผู้รับความคิดเห็น และมี QR code เพื่อให้แสดงความคิดเห็นได้ชัดเจน รวดเร็ว
  - 2.5 มีช่องทาง Electronic เช่น Line@, Facebook, Website ที่มีเจ้าหน้าที่ติดตามข้อเสนอแนะ เพื่อตอบคำถามทุกวัน
  - 2.6 มี Call Center เพื่อความสะดวก โดยมีศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เป็นผู้รับผิดชอบ
3. ปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่น มีการจัดวางระบบการให้บริการแก่ผู้ให้บริการทุกกลุ่ม โดยยึดหลักจริยธรรมวิชาชีพ และหลักสิทธิผู้ป่วย ได้แก่

### 3.1 การให้ข้อมูล

- การให้ข้อมูลก่อนรับการตรวจรักษา ขณะตรวจ และหลังตรวจ การให้ข้อมูลเฉพาะโรคที่สำคัญการให้ ข้อมูลรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการ

- การให้ข้อมูล ประเด็นสิทธิผู้ป่วย โดยการติดประกาศให้คำแนะนำ

3.2 การจัดช่องทางด่วนในการให้บริการแก่กลุ่มผู้มีปัญหาการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ (70 ปีขึ้นไป) ผู้นำทางศาสนา พระภิกษุ เพื่อให้ได้รับบริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว มีการจัดห้องอย่างเป็นสัดส่วนเพื่อให้บริการแก่ผู้ถูกคุกคามทางเพศ

3.3 การจัดสวัสดิการห้องพิเศษ โดยการจัดการระบบสำรองห้องพิเศษ เพื่อรองรับพระภิกษุ ผู้นำทางศาสนา ผู้มีอุปการะคุณแก่โรงพยาบาล เพื่อดูแลให้ ได้รับความสะดวกสบาย

3.4 การจัดสิ่งแวดล้อม สถานที่ และรูปแบบการจัดการ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีประชา ความเชื่อ ตาม บริบทของพหุวัฒนธรรม ได้แก่ การจัดสถานที่กำหนดทิศเพื่อความสะดวกในการละหมาด การร่วมบริจาคอาหารและ เครื่องดื่มให้แก่ผู้ป่วยและญาติในช่วงถือศีลอด จัดกิจกรรมแบ่งปันปันสุข เดือนละ 1 ครั้ง เป็นต้น

### 3.2 การจัดการความสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ

1.โรงพยาบาลได้กำหนดช่องทางเพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา โดยมีทีม Care D+ จะเป็นทีมที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานใจ ทำหน้าที่เป็นญาติเฉพาะกิจ เป็นมิตรถาวร ทำให้ผู้มารับบริการทราบข้อมูลการบริการ เข้าใจถึงขั้นตอนการรักษา ลดความวิตกกังวลและที่มากไปกว่านั้นคือ เพิ่มความใส่ใจหรือ Care ส่วน D คือ ดีต่อใจ และ Develop เป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารด้วยหลักสูตรการอบรม Care D+ โดยเฉพาะเรื่องการบริหารจัดการภาวะวิกฤตทางการสื่อสาร การสื่อสารด้วยความเข้าใจเพื่อลดความขัดแย้ง รับฟังผู้ป่วยและญาติอย่างเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหาจัดให้มีเจ้าหน้าที่ ที่สามารถพูดภาษามลายูท้องถิ่นได้ ได้รับการอบรมมาตรฐานพฤติกรรมบริการ (Care D+)ที่สามารถจัดการปัญหาความต้องการของผู้รับบริการเบื้องต้นได้

2. มีช่องทางสำหรับผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่น เพื่อค้นหาข้อมูลสารสนเทศ ข้อร้องเรียน วิธีปฏิบัติโดยกำหนดการให้บริการตามมาตรฐาน ดังนี้

1) จัดช่องทางการค้นหาข้อมูลข่าวสารจาก Website ของโรงพยาบาลและสามารถเสนอข้อเสนอนะหรือร้องเรียนทั้งเป็นเอกสารทางตู้รับข้อร้องเรียนทั่วโรงพยาบาล หรือส่งทาง Facebook , Line@ , Website

2) จัดช่องทางจงจิวตรวจผ่านระบบ YCPH Connect เป็นทางเลือกในการเข้ารับบริการ สามารถนัดและจองคิวรับบริการผ่านระบบไลน์ มีการแจ้งเตือนเมื่อ สามารถตรวจสอบรายการนัด และตรวจสอบบัตรคิวได้

3) จัดประชาสัมพันธ์ที่ OPDและ ER ให้เข้าถึงง่าย

4) ทำสื่อประชาสัมพันธ์ Website, Line@ ไว้ในสถานที่ต่างๆ ในโรงพยาบาล

5) ติดเบอร์โทรงานผู้ป่วยนอก , Care D + ที่ Nurse Station

3. มีการค้นหาข้อมูลสารสนเทศ การเข้ารับบริการ การดูแลตนเองหลังการจำหน่าย เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ

- 1) มีการให้ข้อมูลการรักษา และการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกลับ รพ.สต. เพื่อติดตามผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และทีม 3 หมอ. และติดตามผ่านโปรแกรม yaha happiness
- 2) จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล และทำสื่อศึกษาทั้งในรูปแบบแผ่นพับและ QR code และคลิปสื่อการสอน
- 3) มีระบบแจ้งเตือนเวลานัดผ่านระบบ YCPH Connect และเลื่อนนัดทางโทรศัพท์
- 4) จัดทำ Line @ เพื่อประชาสัมพันธ์และตอบข้อซักถาม แนะนำทั้งรายกลุ่มและส่วนบุคคล

### 3.3 การจัดการข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ

1) มีการจัดการข้อร้องเรียน และข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ โดยสามารถแก้ไขปัญหาอย่างได้ผล และทันที่

- ตักผู้ป่วยนอก วันจันทร์, พุธ, ศุกร์ เวลา 08.30-15.30 น. วันอังคาร, พฤหัสบดี เวลา 08.30-11.30 น. โดยสอบถามความต้องการผู้รับบริการเชิงลึกและเชิงรุก พร้อมกับสอบถามข้อมูลปัญหาจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลที่แท้จริง และสามารถทราบ ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และข้อเสนอแนะ ข้อควรปรับปรุง เบื้องต้นกับก่อนร้องเรียน หรืออาจนำไปสู่การร้องเรียนโดย (ทีม Care D+) ให้ข้อมูลเชิงรุก พร้อมรับฟังปัญหา แสดงความเข้าใจพร้อมกับแก้ไขปัญหาเบื้องต้นทันทีตามลำดับความสำคัญของระบบจัดการข้อผิดพลาดและข้อร้องเรียนจากการบริการ

- เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่สามารถแก้ปัญหาได้ ให้หน่วยงานที่ประสบเหตุรายงานอุบัติการณ์ (HRMS)
- ในกรณีที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ให้แจ้งหัวหน้าหน่วยงานงานแก้ไขปัญหาหน่วยงานที่ประสบเหตุเมื่อแก้ปัญหาได้ ให้รายงานอุบัติการณ์ (HRMS)
- ในกรณีที่หน่วยงานไม่สามารถแก้ปัญหาได้ภายในหน่วยงาน ให้หน่วยงานส่งรายงานปัญหาดังกล่าวกลับศูนย์รับเรื่องร้องเรียน เพื่อให้ ทีมใกล้เคียงแก้ไขปัญหา และให้รายงานอุบัติการณ์ (HRMS)
- ในกรณีที่ให้ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน และทีมใกล้เคียงของโรงพยาบาลไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ให้แจ้งทีมบริหารความเสี่ยง และทีมบริหารของโรงพยาบาลแก้ไขปัญหา และให้รายงานอุบัติการณ์ (HRMS)

2) มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลข้อร้องเรียน และข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เพื่อใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

หน่วยงานมีการรายงาน ความเสี่ยงที่พบเจอในหน่วยงาน ทั้งแบบ clinic และ non-clinic ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เข้าระบบ HRMS และมีการนำข้อมูลที่ได้ในแต่ละวัน จัดลำดับ high risk และ high volume RCA ในหน่วยงานเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา ส่งทีมบริหารความเสี่ยง (RM,PCT) ทุก 6 เดือน

## 3) การทบทวนและปรับปรุงวิธีการจัดการข้อร้องเรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุกไตรมาส หรือข้อมูลที่ควรแก้ไขตามความเร่งด่วนหรือรุนแรง
2. ปรับแบบสอบถามความพึงพอใจและเพิ่มความไม่พึงพอใจตามแบบของกองการพยาบาล
3. ติด QR code สอบถามความพึงพอใจ และรับฟังข้อเสนอแนะ ไว้ทั่วบริเวณโรงพยาบาล โดยเฉพาะที่จุดบริการ OPD ER หน้า nurse station ในตึกผู้ป่วย เพื่อเพิ่มช่องทางในการรับข้อมูล

## 3.4 การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ตารางที่ 16 แสดงผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	>85%	84.18	82.82	83.21	83.61	83.10
ผู้ป่วยช่องทางด่วน		82.89	84.56	85.21	84.28	83.42
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		82.15	81.38	85.49	80.19	83.25
ผู้ป่วยติดเตียง/ผู้พิการ		82.78	83.85	84.72	84.84	84.89
ผู้ป่วยอยู่ห่างไกล		82.80	83.56	83.92	84.11	84.17

1) มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการและและผู้รับผลงานอื่น โดยใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม และใช้ผลการประเมินนี้ไปปรับปรุงการดำเนินงาน

- สอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการปีละ 2 ครั้ง จากการสุ่ม แยกเป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยช่องทางด่วน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล

- มีการให้คะแนนความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจหลังรับบริการ ในทุกจุดบริการ

- การทบทวนแนวทางการแก้ไขปัญหาจากการสอบถามความพึงพอใจพบว่า

## 1.1 มีปัญหาเรื่องการสนใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย

- มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน เพื่อดูมาตรฐานการซักประวัติ และมี การนิเทศหน้างานทุกสัปดาห์ โดยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าตึก โดยนิเทศ SBAR 3P

- มีการค้นหาปัญหาผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และมีการติดตามดูแลส่งผู้ป่วยกลับชุมชน เพื่อติดตามร่วมกับทีม 3 หมอ

## 1.2 การพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

- การสื่อสารการให้ข้อมูลผู้รับบริการ หน่วยงานกำหนดให้มีการแจ้งข้อมูลการวินิจฉัยโรค โดยแพทย์ และในการให้ข้อมูลผู้รับบริการ ต้องมีการสื่อสาร หรือใช้ภาษาที่เข้าใจตรงกัน ให้ใช้ล่ามในการสื่อสาร และให้สอบถามข้อมูลย้อนกลับเพื่อความเข้าใจชัดเจนมากขึ้น

### 1.3. ความสะอาดของห้องน้ำและอาคารสถานที่

- ทางโรงพยาบาลมีมาตรการรักษาความสะอาด โดยให้มีเจ้าหน้าที่ทำความสะอาด แบ่งงานแต่ละอาคาร แล้วให้มีเวรตรวจการคอยสำรวจบริเวณโดยรอบของแต่ละอาคาร

จากการสอบถามข้อมูลความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่ามี 3 อันดับที่เป็นปัญหาในระบบบริการ

อันดับที่ 1 เรื่องระบบบริการนาน-ล่าช้า

อันดับที่ 2 เรื่องพฤติกรรมบริการ

อันดับที่ 3 ภายนอกและสิ่งแวดล้อม

#### อันดับที่ 1 ระบบบริการนาน-ล่าช้า

ในปี 2564 พบ ระบบบริการนาน ล่าช้า จำนวน 24 ครั้ง ทางโรงพยาบาลได้ปรับปรุงระบบการให้บริการ โรงพยาบาลมีการปรับระบบบริการเพื่อให้มีความรวดเร็ว โดยมีการประกันเวลารอรับบริการทุกจุดบริการเปิดคลินิกรุ่งอรุณ เวลา 07.30-08.30 น. และได้ปรับเวลาทำการ ใน NCD คลินิก (DM clinic 07.30 น. HT COPD CKD clinic OPD ทั่วไป 08.00 น.)

ในปี 2565 ข้อมูลในระบบบริการ เพิ่มขึ้นจากเดิมเป็น 86 ครั้ง เนื่องจากมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยบางรายต้องทำหัตถการหลายอย่าง บางรายต้องส่งต่อไปรักษาที่ หน่วยงานอื่น บางครั้งมีผู้ป่วยฉุกเฉินหลายรายแพทย์ต้องให้การช่วยเหลือโดยด่วนทำให้ ผู้รับบริการต้องรอรับบริการนานขึ้น ทางโรงพยาบาลมีการปรับระบบโดยจัดให้มีแพทย์ตรวจเฉพาะโรค การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการรักษาพร้อมแจ้งระยะเวลาในการทำหัตถการให้ผู้รับบริการทราบในใบนำทาง

ในปี 2566 เรื่องระบบบริการนานล่าช้า 63 ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD มีบริการเพิ่มมากขึ้นทั้งในพื้นที่นอกจังหวัด และในจังหวัดใกล้เคียง ทำให้มีการ ปรับระบบบริการ โดยการส่งผู้ป่วย NCD กลุ่มสีเขียวไปรับบริการที่ PCC และ รพ.สต.โดยมีแพทย์ออกให้บริการทุกสัปดาห์เพื่อลดความแออัดและลดระยะเวลาการรอรับบริการ มีการนำระบบ telemedicine มาใช้ติดตามผู้ป่วยเพื่อลด visit การเข้ารับบริการ และมีแผนนำระบบส่งยาถึงบ้านใช้ในปีงบประมาณ 2567

ในปี 2567 ระบบบริการนานล่าช้า จำนวน 40 ครั้ง ทางโรงพยาบาลได้ปรับปรุงมีการใช้ระบบ YCPH Connect เป็นทางเลือกในการเข้ารับบริการ สามารถนัดและจองคิวรับบริการผ่านระบบไลน์ มีการแจ้งเตือนเมื่อ สามารถตรวจสอบรายการนัด และตรวจสอบบัตรคิวได้ มีระบบ Smart Q ในการเรียกชั่งประวัติ มีการติดตามข้อมูลการดูแลผู้ป่วย แบบ realtime ผ่าน program YAHA Happiness มีการติดตามผู้ป่วยผ่านระบบ telemedicine ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทีม 3 หมอ และระบบส่งยาถึงบ้าน

#### อันดับที่ 2 เรื่องพฤติกรรมบริการให้บริการที่ไม่เหมาะสม

ในปี 2564 พบพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม จำนวน 8 ครั้ง เนื่องจากการแจ้งข้อมูลผู้ป่วย และญาติบางครั้งอาจมีการสื่อสารที่เข้าใจไม่ตรงกันทำให้ญาติเข้าใจไม่พึงพอใจ หน่วยงานจัดให้มีเจ้าหน้าที่เชิงรุกเพื่อสอบถามความต้องการของผู้รับบริการทุกวันเพื่อทราบข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยก่อนร้องเรียน

ในปี 2565 พบพฤติกรรมบริการให้บริการที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น จำนวน 15 ครั้ง โรงพยาบาลมีการอบรมมาตรฐานพฤติกรรมบริการ และกำหนดเป็นพันธะสัญญาของเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล หากพบข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการจะมีผลต่อการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน

ในปี 2566 พบพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม ลดลงเหลือ 10 ครั้ง จากการตรวจสอบข้อร้องเรียนพบว่าสาเหตุเกิดจาก เจ้าหน้าที่ที่พูดเสียงแข็ง ไม่ไพเราะหัวหน้าหน่วยงานที่พบปัญหาต้องชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบพร้อมปรับตัวชีวิตให้ตรงกับผู้ที่ถูกร้องเรียน

### อันดับที่ 3 เรื่องกายภาพและสิ่งแวดล้อมปัญหา

ในปี 2564 พบ 8 ครั้ง สาเหตุมาจากห้องน้ำไม่เพียงพอ ไม่สะอาด โรงพยาบาลมีการซ่อมแซมปรับปรุงห้องน้ำบริเวณอาคารผู้ป่วยนอกที่ชำรุด เพื่อเพิ่มปริมาณห้องน้ำให้เพียงพอกับความต้องการ

ในปี 2565 พบข้อมูลทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้นเป็น 15 ครั้ง แก้อิฐนั้งไม่พอ รถนั่ง รถนอนไม่เพียงพอ มีการวางแผนซื้อเก้าอี้สำหรับให้บริการผู้ป่วยใหม่ทั้งอาคารผู้ป่วยนอก ขออนุมัติจัดซื้อรถนั่ง รถนอนผู้ป่วยเพิ่มเติม อีกทั้งมีการแยกผู้ป่วยกลุ่ม ARI ใช้หวัด ออกตรวจภายนอกอาคารผู้ป่วยนอกเพื่อลดความแออัด และลดการแพร่กระจายเชื้อภายในอาคาร

ในปี 2566 พบข้อมูลทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ลดลงเหลือ 9 ครั้ง สาเหตุมาจากความสะอาดของห้องน้ำและอาคารสถานที่ ความไม่เพียงพอของรถนั่ง รถนอน หน่วยงานจึง ห้องคลอดปรับปรุงระบบการติดตามความสะอาดห้องน้ำ อาคารสถานที่โดยให้เจ้าหน้าที่มีการเซ็นชื่อการทำความสะอาดและติดตามโดยทีม 5 ส. ที่ได้รับมอบหมาย ให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ดูแลเรื่องความสะอาดและความเรียบร้อยของตึกทุกเวรติดตามและกำกับดูแลการทำความสะอาดของคณงานประจำตึกโดย Incharge ในเวรนั้นๆ พร้อมกับมีการทำ 5 ส ของหน่วยงานและมีการประเมิน 5ส. โดยตัวแทนโซนของแต่ละโซนกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีการบันทึกขอเปิดกรรไฟฟ้าทั้งแบบรถนั่ง และรถนอนเพื่อความสะอาด รวดเร็วในการให้บริการผู้ป่วย

### 3.5 การสร้างความผูกพันกับผู้ใช้บริการ

1) นำความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการมาออกแบบระบบ/กระบวนการบริการพยาบาล OPD ผู้ใช้บริการต้องการความรวดเร็ว

1. จัดระบบ Flow OPD ให้มีความคล่องตัว สะดวก ง่ายต่อการเข้าถึงบริการ และปลอดภัย
2. ในวันราชการมีการนัดเหลื่อมเวลา เพื่อลดการแออัดของ OPD
3. เพิ่มเจ้าหน้าที่ในช่วงเวลาที่มีความแออัด
4. จัด OPD นอกเวลารุ่งอรุณ เวลา 07.30-08.30น. นอกเวลาเย็น 16.30 – 00.30 น.

เสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์เวลา 08.30 – 00.30 น.

5. จัดที่นั่งสำหรับผู้นำศาสนา , รถเข็นนั่ง/นอน
6. จัด admission center ที่ OPD เพื่อความสะดวก รวดเร็วของผู้ป่วยนัดนอน
7. One stop ที่ NCD clinic
8. จัดเรือนอุ้งใจศรัทธาเป็นสถานที่พักคอยของผู้ป่วยและญาติ สะอาด สวยงาม
9. จัดร้านค้าสวัสดิการ และร้านอาหารเพื่อความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ

2) มีการปรับปรุง/พัฒนาระบบ/กระบวนการบริการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการและทำให้เหนือกว่าความคาดหวังของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก

1. มีการใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวก เช่น จอแจ้งคิวเข้าตรวจ และพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยให้เชื่อมโยงกับ รพศ.ยะลา และ รพ.สต.ในเครือข่าย สามารถส่งหรือค้นหาข้อมูลการรักษาได้ โดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาขอเวชระเบียน

2. ใช้ Application Line@ ช่วยจองคิวตรวจและตอบปัญหาเกี่ยวกับการบริการ

3) มีวิธีในการใช้ประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างความผูกพันของผู้ใช้บริการ หรือทำให้ผู้บริกรกล่าวถึงในทางที่ดี

1. จัดทำWebsite, Line@, Facebook, เพิ่มลงข่าวประชาสัมพันธ์ กิจกรรมต่างๆ การรับบริจาค การมาศึกษาดูงานจากหน่วยงานภายนอก

2. เป็นสมาชิกในกลุ่มเครือข่ายประชาสัมพันธ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา และกลุ่มประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เพื่อนำข้อมูลและส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัยและเชื่อถือได้ ออกสู่ประชาชนโดยใช้ Group Line เป็นแหล่งประสานข้อมูล

### 3.6 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

1) สร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รวมถึงมีระบบ และการดำเนินงานพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามมาตรฐาน

กลุ่มการพยาบาล ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ทุกกระบวนการดูแล โดยดำเนินการดังนี้

1. จัดให้มีการปิดประกาศสิทธิผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติ ได้ดำเนินการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิ

2. จัดทำแนวทางการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการพยาบาล เช่น แนวทางการผูกมัดผู้ป่วยที่ไม่ทำอันตราย แนวทางการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตสอดคล้องกับความเชื่อ และวัฒนธรรม เคารพในการตัดสินใจการมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา การยุติการช่วยชีวิต อีกทั้งมีการจัดตั้งศูนย์ Palliative care เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างครอบคลุม ช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ของใช้ที่จำเป็นเมื่อต้อง กลับบ้าน มี line ให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ป่วยและญาติที่ต้องการความช่วยเหลือ

3. การพัฒนาด้านจริยธรรมของบุคลากรทางการพยาบาล ได้จัดอบรมด้านจริยธรรมพยาบาล/สิทธิผู้ป่วย ปีละ 1 ครั้ง มีกิจกรรมส่งเสริมการชื่นชมคนดี/การมอบของรางวัลเพื่อเป็นการชมเชยและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติดี

4. มีการควบคุม กำกับติดตาม ในการพิทักษ์สิทธิ โดยการนิเทศหน่วยงาน ของหัวหน้างาน

5. มีการนำผลที่ได้รับจากการนิเทศ ข้อร้องเรียน มาปรับปรุงพัฒนา เช่น แนวทางการให้ข้อมูล แนวทางการแยกผู้ป่วย



### 3.7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

1) มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการให้บริการพยาบาลโดยสอดคล้องกับข้อบังคับ หรือ กฎหมาย ความเชื่อ และวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็ก คนพิการ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึด OSCC เป็นต้น)

- กำหนดนโยบายที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะด้วยความเคารพ ในสิทธิและ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ พร้อมให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติโดยละเอียดก่อนการเซ็นชื่อรับทราบ (consent form)
- คลินิกผู้ติดเชื้อ HIV, คลินิกวัณโรค, OSCC จัดให้มีความเป็นส่วนตัว แยกส่วนเฉพาะในการ ให้บริการ และมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะคนเดิม
- จัดสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องน้ำผู้พิการ, ที่จอดรถยนต์สำหรับผู้พิการ, ทางลาดจุดที่มี พื้นต่างระดับ, ห้องตรวจพิเศษสำหรับพระภิกษุ - ผู้นำศาสนา
- ติดป้ายคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

2) มีแนวทางปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนด

- กำหนดแนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่ต้องรักษาความลับ เช่น ผู้ป่วยคดี ผู้ป่วย HIV, OSCC
- การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีทีม Palliative Care วางแผนการ ดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติ เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3) มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (QA)
- สื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานทราบและถือปฏิบัติ
- มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน
- มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติงาน 2 ครั้ง / ปี
- มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและทบทวน 12 กิจกรรมทุกเดือน

## หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

### 4.1 การวัดผลการดำเนินงาน

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีการกำหนด คัดเลือกตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่สำคัญ ของกลุ่มภารกิจด้าน การพยาบาล มุ่งเน้นมิติคุณภาพทั้งด้านการบริหารองค์กร บุคลากร ผู้ใช้บริการ และ บริการพยาบาล สอดคล้องกับ แผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมจัดทำใน Google Form ให้ทุกหน่วยงานลง ข้อมูลทุกเดือน พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบแบ่งเป็นทีม เช่น ผลลัพธ์ด้าน การนำองค์กร มอบหมาย ให้ทีมบริหารกลุ่มภารกิจการพยาบาล ด้านบุคลากร ทีมบริหารอัตรากำลัง จัดทำ ฐานข้อมูล ด้านบริหาร เช่น อัตรากำลัง การลาออก โอนย้ายของบุคลากรทางการพยาบาล ข้อมูลสถานะการ เจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุขณะ ปฏิบัติงานพร้อมทั้งมีการวิเคราะห์ ติดตามทุกเดือน แก้ไขปัญหา เพื่อให้ทัน กับความต้องการของผู้ใช้บริการ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดตัวชี้วัด ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ 4 ด้าน คือ

มิติที่ 1 ด้าน ประสิทธิภาพตามพันธกิจ

มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาลในภาพรวม

มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของการ ปฏิบัติการพยาบาล

มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร

ซึ่งครอบคลุมยุทธศาสตร์ 4 ด้าน และสอดคล้องกับตัวชี้วัดหน่วย บริการพยาบาล สะท้อนการบริหารจัดการ และผลลัพธ์ทางการพยาบาลในภาพรวม มีการสื่อสาร ทำความเข้าใจ ตัวชี้วัดที่ต้องเก็บข้อมูล และให้หน่วยงาน มอบหมายตัวชี้วัดการพยาบาล แก่ผู้ ปฏิบัติ พร้อมทั้งวิเคราะห์และวางแผนการพัฒนา เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล นำข้อมูลและสารสนเทศที่ได้มาใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจขององค์กร และมีการสนับสนุนให้เกิดองค์ ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล ทบทวนข้อมูลสารสนเทศ และนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงกระบวนการและ คุณภาพบริการพยาบาล การส่งพยาบาลอบรมสารสนเทศ ปีละ 1 ครั้ง เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีความทันสมัย

#### 4.2 การวิเคราะห์ทบทวน และ ปรับปรุงผลการดำเนินงาน

ทำ CQI , ทบทวน 12 กิจกรรม ในตัวชี้วัดหรือกิจกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินงาน และมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรับผิดชอบ ทำกิจกรรมทบทวน นำข้อมูลจากผลการทบทวน ผลดำเนินงานขององค์กร ,อุบัติการณ์ความเสี่ยง ,High Risk , High volume มาจัดลำดับความสำคัญและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขและปรับปรุงกระบวนการให้เกิดผลงานนวัตกรรม CQI R2R

กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการประชุม แจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบทางระบบ HOS Office, group line

จัดทำ WI ให้เป็นแนวทางเดียวกัน ครอบคลุมกลุ่มโรค High Risk , High volume

จัดทำ Template ตัวชี้วัดแต่ละตัว เพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน ,การจัดระบบบริการเฉพาะโรค

นำข้อมูลสารสนเทศที่กำหนด มาวิเคราะห์และพัฒนาเป็นผลงานคุณภาพการพยาบาลโดย กำหนด เป็นนโยบายสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการจัดทำ CQI , นวัตกรรม R2R เพื่อวิเคราะห์และปรับปรุงวิธีปฏิบัติงาน อย่างเป็นระบบ ผลการพัฒนาCQI มาเป็นคะแนนประเมินความดีความชอบทุก 6 เดือน มีการเชื่อมโยงการพัฒนางาน คุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการนำ CQI R2R และนวัตกรรมนำเสนอระดับเขต ประเทศ

#### 4.3 การจัดการแหล่งสารสนเทศทางการแพทย์

กำหนดฐานข้อมูล ผลลัพธ์การบริการ บันทึกและจัดเก็บฐานข้อมูล HossXP ตามมาตรฐาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ link กับ โปรแกรม Yaha happiness และส่งข้อมูล 43 แฟ้มทุกสัปดาห์ เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศ มีความครอบคลุม รวดเร็ว ถูกต้อง ทันสมัย เชื่อมโยงบูรณาการ เข้าถึงได้ ตรวจสอบได้ มีความปลอดภัยของข้อมูล เพราะต้องอาศัยรหัสผ่านก่อนเข้าใช้ระบบทุกครั้ง

ระบบการจัดการให้ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากรพยาบาล มีความพร้อมใช้งาน และทำให้บุคลากรพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศดังกล่าว

1. ระบบการลา ,ระบบงานสารบรรณ ระบบข้อมูลบุคลากร ใช้โปรแกรม HOSOffice
2. การเข้าใช้งาน HOSOffice ใช้รหัสของแต่ละบุคคลในการเข้าถึงและลงโปรแกรม
3. การรวบรวมกิจกรรม ตัวชี้วัด ในโปรแกรม excel ผ่านทาง Google drive
4. ใช้ระบบ intra net ของรพ.เก็บข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล บุคลากรพยาบาล

สามารถเข้าถึงได้ทุกคน

ข้อมูลและสารสนเทศรวมทั้ง ฮาร์ดแวร์ซอฟต์แวร์ มีความน่าเชื่อถือ

1. เจ้าหน้าที่งาน IT ของ โรงพยาบาล เป็นผู้ดูแลตลอด 24 ชม.และบำรุงรักษาตามกรอบเวลา ส่วน ซอฟต์แวร์สารสนเทศที่พัฒนาขึ้น ติดตั้งโปรแกรมป้องกันไวรัสในเครื่องคอมพิวเตอร์

2. ตัวชี้วัดทุกตัวทำ template เก็บข้อมูลที่เหมือนกัน

3. ข้อมูลสารสนเทศมีการทวนสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

4. ตัวชี้วัดใหม่ ก่อนทำการเก็บข้อมูลต้องตรวจสอบความถูกต้อง โดยการ Validation

มีการรักษากลไกที่ทำให้ข้อมูลและสารสนเทศรวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์ ซอฟแวร์ มีความพร้อมใช้งาน และทันกับความต้องการของบุคลากร

1. มีเจ้าหน้าที่ IT ดูแลระบบและห้อง server ให้ปลอดภัย มีการสำรองข้อมูลในระบบ server 2 แบบ คือ real-time และเดือนละ 1 ครั้ง

2. ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลตัวชี้วัดขององค์กรพยาบาล และตัวชี้วัดหน่วยงาน ถูกเก็บใน ระบบ intra net โรงพยาบาล

3. มีระบบการตอบสนองต่อภาวะติดขัดของการใช้ข้อมูลด้าน Hardware / Software โดยเชื่อมโยงกับ ศูนย์คอมพิวเตอร์ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อระบบขัดข้อง จะได้รับการแก้ไขใน 30 นาที ให้ใช้งานได้ทันที

#### 4.4 ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล

มีวิธีการสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศทางการพยาบาลมีความถูกต้อง เชื่อถือได้และทันเหตุการณ์

1. มีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในระบบ HOSxP และ มีการบันทึก productivity ทุกเวร

2. ทีมเวชระเบียนซึ่งประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ มีการ ทบทวนเวชระเบียน

Close Chart ปีละ 4 ครั้ง (ทุกไตรมาส) และ Open Chart และทบทวน ปีละ 2 ครั้ง

มีกลไกการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศทางการพยาบาลมาใช้ประโยชน์ในการจัดการและพัฒนา

1. นำข้อมูลจากการบันทึก productivity มาใช้ในการวางแผนจัดอัตรากำลัง
2. นำข้อมูลที่บันทึกในระบบ HOSxP มาใช้ในการทบทวนการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่กลับมา รักษาซ้ำ ผู้ป่วยที่ refer , ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ,ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรอรับบริการ เป็นต้น
3. ใช้โปรแกรมบริหารจัดการความเสี่ยงทุกหน่วยงานสามารถลงบันทึกความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่พบ และสามารถนำความเสี่ยงของหน่วยงานมาวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้

มีวิธีการรักษาความปลอดภัยและลำดับชั้นความลับของข้อมูลสารสนเทศและคุณภาพทางการ

1. คณะกรรมการ กลุ่มงานการพยาบาลประสานงาน ร่วมมือกับทีม ITวางระบบการ ป้องกันการเข้าถึงระบบข้อมูลมีการ ใช้รหัสเป็นรายบุคคล มีเจ้าหน้าที่ดูแล ซึ่งสามารถเปลี่ยนPassword เองได้ มีการ กำหนด. มีระบบป้องกันการเข้าถึงระบบโดยผู้ได้รับอนุญาตและรักษาข้อมูลได้
2. ไม่ให้บุคคลที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่เชื่อมโยงเน็ตเวิร์ค (LAN) ของโรงพยาบาล
3. Sever มีระบบการ Scan Virus อัตโนมัติ Update ทุกวัน

#### 4.5 ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

การเตรียมความพร้อมของระบบงาน สถานที่ทำงาน วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือรวม ถึงระบบสารสนเทศ เพื่อรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินตามนโยบาย เรื่อง แผนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยมีกรมประกาศ CODE 001-007 ตามสถานการณ์ฉุกเฉิน

- CODE 001 เหตุการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาล
- CODE 002 อุบัติภัยหมู่
- CODE 003 กู้ชีวิต (ผู้ใหญ่/เด็ก)
- CODE 004 อัคคีภัย
- CODE 005 ช่มชู่ทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่
- CODE 006 การลักพาตัวทารกหรือผู้ป่วย
- CODE 007 ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง

ระบบการป้องกันภัยพิบัติที่สามารถป้องกันได้ โดยดำเนินการตรวจสอบ ฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (ภัยพิบัติที่สามารถป้องกันได้ เช่น อัคคีภัยจากระบบไฟฟ้าภายในอาคาร)

1. การป้องกันอัคคีภัย ดำเนินการตาม แผนการจัดการด้านความปลอดภัยด้านอัคคีภัย
2. มีการตรวจสอบระบบไฟฉุกเฉินในหน่วยงานทุกเดือน
3. มีการตรวจสอบระบบสำรองไฟทุกวัน
4. มีการตรวจสอบถังดับเพลิงทุกเดือน
5. มีแผนอัคคีภัยระดับโรงพยาบาลและแผนปฏิบัติ เมื่อเกิดเหตุเพลิงไหม้ทุกหน่วยงาน
6. มีการซ้อมแผนอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง

การเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการที่คล่องตัว และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน  
การเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการที่คล่องตัว และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน

1. เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาล และมีพยาบาลเป็น  
ตัวแทนร่วมในทีม

2. มีการประสานบริการกับศูนย์ITของโรงพยาบาล และร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ดูแล  
ระบบ และมีเจ้าหน้าที่IT ปฏิบัติงานตลอด มีระบบ on call บริการตลอด 24 ชั่วโมงสามารถให้บริการได้ทันที

#### 4.6 การจัดการความรู้

กระบวนการจัดการความรู้ขององค์กรพยาบาลที่ครอบคลุมถึงการระบุนโยบายที่จำเป็น การ  
แสวงหาความรู้ด้านการพยาบาลและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การจัดเก็บความรู้ การโอน/แลกเปลี่ยนความรู้  
และการใช้ประโยชน์จากความรู้

1. มีแนวทางปฏิบัติที่ผ่านการลงนามอนุมัติของผู้บริหาร สื่อสารไว้ใน Intranet

2. แลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และนำผลการเรียนรู้มาใช้ในการปฏิบัติงาน  
ด้านการพยาบาล

3. สร้างความรู้ด้านการพยาบาล จากการสร้างนวัตกรรม, CQI one page ,งานวิจัย R2R

4. การหาความรู้จากผู้เชี่ยวชาญกว่า โดยการส่งอบรมและ เก็บความรู้ใน Intranet บุคลากร  
เข้าถึงได้ทุกคน

มีการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรม และวางแผนเชิงกลยุทธ์

1 แต่ละหน่วยงานนำเสนอผลงาน นวัตกรรม R2R

2. ประกวดผลงานนวัตกรรม R2R ในระดับโรงพยาบาลและคัดเลือกส่งเข้าประกวดระดับ  
จังหวัด/ เขต/ประเทศ

3. มีการนำข้อมูลความรู้ที่ได้จากการอบรมมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่ใน  
หน่วยงานทราบ และทบทวน/ ปรับปรุง WI วิธีการที่ได้รับมาใหม่

4. มีการจัดเก็บข้อมูลหลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระบบสารสนเทศ

## หมวด 5 บุคลากร

### 5.1 ชีตความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากร

บทเรียนในการสร้างค่านิยมองค์กรพยาบาล เพื่อให้บุคลากรมีคุณภาพมีผลงานที่ดี โดยมีจุดเน้นเรื่อง Smart Nurses เป็นบุคลากรเชี่ยวชาญ เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความรับผิดชอบ Smart Care นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นให้บุคลากรทางการพยาบาลเป็นคนเก่ง คนดี และมีความสุข มีการยอมรับ ผลงานการชื่นชม จากหัวหน้า จนทำให้เกิดความผูกพันกับองค์กร อยากร่วมกันทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย

- การสนับสนุนเรื่องวิชาการ งบประมาณ อย่างสม่ำเสมอ บรรยากาศที่เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ learning organization เช่น การ นำเสนอ ผลงาน การประชุมวิชาการ การให้ไปอบรมนอกสถานที่
- การให้ความชื่นชมยกย่องชมเชยผู้ที่ทำผลงานดี ทำชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาล เช่น ผลงานวิชาการที่ไปประกวด หรือร่วมแสดงในเวทีระดับประเทศ

การกำหนดภาระงานและติดตามประเมินผล

1. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้างานประเมินความรู้และทักษะที่จำเป็น ตรวจจับติดตามการปฏิบัติงานให้อยู่ภายใต้ ขอบเขตที่กำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อบังคับวิชาชีพ เพื่อความมั่นใจก่อนการมอบหมายงาน เช่นประเมิน Core Competency ปีละ 2 ครั้ง ,Functional, Specific Competency ประเมินปีละ 2 ครั้ง นำส่วนขาดมาพัฒนาให้มีสมรรถนะที่สูงขึ้น ทั้งระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติการ วางแผนอัตรากำลังทั้งระยะสั้น 1 ปีและระยะยาว 3- 5 ปี จัดสรรอัตรากำลังตามภาระงานจริง ตาม Productivity มีแผนอัตรากำลังสำรอง กรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ตอบสนองต่อภาระงานและความต้องการของ ผู้รับบริการได้

2. หัวหน้างานกำหนดหน้าที่ของบุคลากรแต่ละตำแหน่งทั้ง Job descriptionและ Job specification โดยมีการนิเทศติดตามและประเมินผล ส่วนในด้าน Specific Competency โดยหัวหน้างาน

3. มีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการสรรหา บุคลากรใหม่ มีการรวบรวมตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพการศึกษา การฝึกอบรมและประสบการณ์

หัวหน้างานวางแผนอัตรากำลัง เสนอหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเข้ากรรมการ HRD วิเคราะห์ภาระงานและขออนุมัติในที่ประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาล และดำเนินการดังนี้

การจัดระบบการบริหารงานบุคคล

โครงสร้างกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เน้นการจัด โครงสร้างในมีพยาบาลหัวหน้าคลินิกเฉพาะในแต่ละสาขา เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสามารถสื่อสารทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการนิเทศหน้างาน จุดเน้นของโรงพยาบาลในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากร (2 P safety) โดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคที่สำคัญในหน่วยงาน นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลในและเครือข่ายโรงพยาบาล และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น/ปัญหา เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ 1) ภาระงานที่เพิ่มขึ้นแต่อัตรากำลังเท่าเดิม 2) ความเสี่ยงต่างๆที่พบ 3) แนวทางการดูแลและป้องกัน

การติดต่อในโรงพยาบาล สำหรับการ สื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ โดยให้บุคลากรทุกระดับแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง มีช่องทางสื่อสารผ่านการ conference และสามารถแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นผ่านระบบ Line กลุ่ม OPD ได้ ทั้งนี้เพื่อให้มีการสื่อสารระหว่างทีมผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติ อย่างมีประสิทธิภาพ

## 5.2 วัฒนธรรมองค์กรการขับเคลื่อนความผูกพัน

1. กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละระดับ

1.1) ปัจจัยที่ใช้กำหนดความผูกพันของบุคลากร ตามตัวชี้วัดที่กำหนดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบสอบถามความผูกพันของบุคลากร ผ่าน Google form ได้รับผลการสำรวจความผูกพันดังนี้

ปี 2564 = 75.65 %

ปี 2565 = 80.30 %

ปี 2566 = 85.30 %

ปี 2567 = 86.70 % แบ่งตาม GEN ดังนี้

Gen X 87.05 %

- ที่มีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ความพึงพอใจต่อบรรยากาศของหน่วยงานที่ส่งเสริมให้บุคลากร มีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเองการจัดเตรียมและการพัฒนาแหล่งข้อมูลหัวข้อความห่วงใยในอนาคตขององค์กร (เราจำเป็นต้องพัฒนางานที่มีคุณภาพเพื่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ)
- ที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือหัวข้อความต้องการในการเป็นสมาชิกขององค์กร (แม้ว่าจะมีโอกาสเปลี่ยนงานไปอยู่องค์กรอื่น และรายได้สูงกว่าแต่สมัครใจที่จะยังคงทำงานอยู่ในองค์กรต่อไป)

Gen Y 87.05 %

- มีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุดคือ หัวข้อความรู้สึกส่วนหนึ่งขององค์กร เราจำเป็นต้องพัฒนางานที่มีคุณภาพเพื่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
- มีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ คือหัวข้อความต้องการในการเป็นสมาชิกขององค์กร
- (ท่านพร้อมที่จะเปลี่ยนงานทันทีเมื่อมีโอกาส)

Gen Z 87.05 %

- มีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุดคือ หัวข้อความทุ่มเทความพยายามในการปฏิบัติงาน (หากมีใครพูดถึงองค์กรท่านจะรู้สึกไม่สบายใจ)
- มีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ คือหัวข้อความต้องการในการเป็นสมาชิกขององค์กร
- (ท่านเต็มใจที่จะทำงานล่วงเวลาให้แก่องค์กร แม้ว่าจะได้รับผลตอบแทนที่ไม่คุ้มค่า)





จัดเตรียมและพัฒนาแหล่งข้อมูลเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ หรือการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน การสนับสนุนของหน่วยงานให้บุคลากรได้นำความรู้ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานที่ได้รับมอบ

หน่วยงานมีการสนับสนุนบุคลากรในหน่วยงานเพื่อสร้างความผูกพันความพึงพอใจของบุคลากรดังนี้

1. การประเมินเพื่อการขึ้นเงินเดือน/ค่าตอบแทนอย่างเป็นธรรม
2. การได้รับรายได้/ค่าตอบแทนเหมาะสมกับปริมาณงานที่ได้รับมอบ
3. การจัดสวัสดิการสำหรับผู้ปฏิบัติงานเหมาะสมกับความต้องการ

ผลเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการ

- ปรับอัตราค่าตอบแทนนอกเวลาเพิ่ม, พิจารณาขึ้นค่าจ้างให้ปีละ 1 ครั้ง
  - จัดสวัสดิการค่าห้องพิเศษฟรี เมื่อเจ้าหน้าที่และบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
  - สวัสดิการค่าเยี่ยม คลอด เจ็บป่วย
  - สวัสดิการกรณีเสียชีวิตของเจ้าหน้าที่ และบุคคลในครอบครัวสายตรง
  - สวัสดิการกลุ่มงานการพยาบาลเยี่ยมกรณีเจ็บป่วยและเสียชีวิตของเจ้าหน้าที่และญาติสายตรง
- มีระบบการให้ขวัญกำลังใจเพื่อให้บุคลากรมีผลงานที่ดีและเกิดความผูกพันดังนี้

1. การพิจารณาความดีความชอบ และมีการยกย่องชมเชยการมอบรางวัลและประกาศเกียรติคุณ
  2. เพิ่มค่าตอบแทน มีสวัสดิการที่เพียงพอ
  3. บุคลากรเกิดความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน
  4. องค์กรมุ่งเน้นความสุขคนทำงาน โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลในใจของคนไข้
  5. ความก้าวหน้าในอาชีพ องค์กรให้การสนับสนุนเพื่อบรรลุความก้าวหน้าในอาชีพ กำหนดให้มีการแต่งตั้งผู้รักษาการแทน/รองหัวหน้าในแต่ละหน่วยงาน เพื่อปฏิบัติงานเมื่อหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างานไม่อยู่ มีแนวทางเส้นทางความก้าวหน้า และการสืบทอดตำแหน่งตามบันไดอาชีพเมื่อมีตำแหน่งว่างลงหรือมีการขยายสายงานใหม่ มีการกำหนดมาตรฐานงานในแต่ละตำแหน่งเป็นแนวทางสำหรับทุกคนที่เข้าสู่ตำแหน่งงานนั้นๆ ฝึกอบรมและพัฒนาผู้นำใหม่ โดยการสอนงาน/ มอบหมายงานให้รับผิดชอบ ทดลองปฏิบัติงานก่อนที่จะมีการย้ายหรือโอน
2. พัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากร ทั้งด้านบริการพยาบาลคุณธรรม จริยธรรม มีจิตอาสา สุขภาพดี ปลอดภัยและมีความสุขในการทำงาน
  3. บริหารจัดการองค์กรการพยาบาลให้มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

### 5.3 การประเมินความผูกพันของบุคลากร

สำหรับความผูกพันกับองค์กร กลุ่มการพยาบาลได้มีการสำรวจบุคลากรทุกระดับให้ตอบแบบสอบถามผ่าน Google form เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าคะแนนความผูกพันกับองค์กรพยาบาลยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าร้อยละ 85) กล่าวคือ ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้มีความผูกพันกับองค์กรคิดเป็นร้อยละ 80.14 พยาบาลวิชาชีพคิดเป็นร้อยละ 81.34 โดย พบว่าคะแนนน้อยที่สุดใน 2 อันดับ คือ 1) การยอมรับเป้าหมาย นโยบายขององค์กร และ 2) ความต้องการในการ ดำรงความเป็นสมาชิกในองค์กร อีกทั้งมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมน้อย คือ 1) ด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ ค่าตอบแทนและสวัสดิการคิดเป็นร้อยละ 81.13 เนื่องจากรายได้ ค่าตอบแทน และสวัสดิการที่ได้รับในปัจจุบันไม่ เหมาะสมกับปริมาณงาน และภายในหน่วยงานไม่สนับสนุน หรือยกย่องให้รางวัล แก่เจ้าหน้าที่ที่มีความประพฤติดี 2) ความมั่นคงและความก้าวหน้าของงานคิดเป็นร้อยละ 79.86 เนื่องจากลักษณะของงาน ไม่เห็นถึงความก้าวหน้า และ ภายในหน่วยงานไม่ให้การสนับสนุนหรือส่งเสริมให้พัฒนาความรู้ ความสามารถในการพัฒนาตนเอง

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกได้แนวทางปรับปรุง /แก้ไข เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีความผูกพันกับ องค์กรมากขึ้น เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี เสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ให้ความ มั่นคงและความก้าวหน้าในงาน ปรับปรุงสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกให้พร้อมใช้งาน และมีความปลอดภัย รักษาคุณภาพระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว ดังนี้

เสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน จัดกิจกรรมนันทนาการในระหว่างทำงาน ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคลากร เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่โรงพยาบาลจัดขึ้น ได้แก่ งานวันเกิดโรงพยาบาล งานเลี้ยงวันปีใหม่ กีฬา สานสัมพันธ์ กิจกรรมรดน้ำผู้มีอุปการคุณ ผู้บริหารและผู้เกษียณ อีกทั้งจัดกิจกรรม OD และสนับสนุนให้เข้าร่วมโครงการสร้าง เสริมประสบการณ์ชีวิตของภพ.ร่วมกับ ศอบต. รวมทั้งนำเจ้าหน้าที่ที่มีคะแนนการปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ต้อง ปรับปรุง ร่วมศึกษาดูงานในโครงการเสริมสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานเป็น เลิศ ในปี 2565-2566 จังหวัด ยะลา พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความประทับใจ มีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น อีกทั้ง ส่งเสริมบุคลากรให้มีคุณธรรม จริยธรรม และมีจรรยาบรรณวิชาชีพ เพราะเชื่อว่าหากบุคลากรเป็นคนดี มี คุณธรรม เกิดความมั่นคงในจิตใจ จะสามารถพัฒนางาน โดยประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจ คำชื่นชมของ ผู้รับบริการ และจากการสอบถามเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับองค์กร โดยการช่วยเหลือ สังคม ได้แก่ ร่วมออกหน่วยพอสว. โครงการตาต่อกระจก โครงการพาหมอพบประชาชน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ล้วนได้รับการชื่นชม ยกย่องผ่าน Social media (Line Group) และในปีประชุม บริหารโรงพยาบาล จะส่งผลให้มีแรงจูงใจในการสร้างสรรค์ผลงานที่ดีต่อไป

#### 5.4 การจัดการผลการปฏิบัติงาน

มีระบบประเมินผลงานบุคลากรพยาบาลที่สนับสนุนให้เกิดการทำงานที่ให้ผลการดำเนินการที่ดี บุคลากรมีความผูกพัน การมุ่งเน้นผู้ให้บริการ โดยหัวหน้างาน จะประเมินผลการปฏิบัติงาน 2 ครั้ง/ปี มีการประเมิน 2 ส่วน คือการประเมินตัวชี้วัดที่ถ่ายทอดมาจากกลยุทธ์ และประเมินสมรรถนะหลัก (Core competency) โดยมีคะแนนตามสัดส่วนที่กำหนด และนำผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย หรือการสร้างชื่อเสียงให้แก่องค์กรจากการมีผลงานเด่นหรือการได้รับรางวัล มาเป็นคะแนนการพิจารณาความดีความชอบเพิ่มเป็นพิเศษทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและสร้างความผูกพันต่อองค์กรมากยิ่งขึ้นพิจารณาความดีความชอบและให้ค่าตอบแทนการให้รางวัลและยกย่องบุคลากรที่มีผลงานดีเด่น หรือมีผลิตนวัตกรรมทางการพยาบาลหรือ BEST PRACTICE ทางการพยาบาล

มีระบบประเมินผลงาน (Performance management system) เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานที่ดี มีความผูกพันกับองค์กร

- ข้าราชการใช้การประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการพลเรือนสามัญ (ก.พ.) ได้แก่

1) สมรรถนะหลัก (core competency) ประกอบด้วย จิตบริการ จริยธรรมและคุณธรรม การทำงานเป็นทีม มุ่งผลสัมฤทธิ์ และการสั่งสม ความเชี่ยวชาญในงาน

2) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (professional competency) โดยกำหนดขีดสมรรถนะแต่ละสายงาน ตามมาตรฐานวิชาชีพ และกลุ่มตำแหน่ง (Level) จำแนกสมรรถนะแต่ละกลุ่มตำแหน่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ ต้น ระดับกลาง และระดับสูง ประเมินปีละ 2 รอบ แบ่งผู้ประเมินและผู้รับการประเมินที่ชัดเจน พิจารณาความสำเร็จ จากตัวชี้วัดตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ซึ่งมาจากหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก และตัวชี้วัดตามงานที่ได้รับมอบหมายเป็น พิเศษ ร่วมกับนำสมรรถนะหลัก (core competency) มาประเมินร่วมด้วย มีการทำความเข้าใจระหว่างผู้ประเมินและผู้ ถูกประเมิน ผลการทำงานที่ไม่บรรลุตัวชี้วัด แนะนำวิธีพัฒนางาน เพื่อผลการประเมินในปีต่อไป

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรในองค์กรพยาบาลผ่านสมรรถนะหลัก (core competency) (คะแนน ผ่านเกณฑ์มากกว่า 60 ) ร้อยละ 100 ได้แก่ จิตบริการที่ดี และการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงาน ส่วนสมรรถนะเชิงวิชาชีพพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90.11 แผนพัฒนาต่อไป คือ จัดโครงการอบรมบุคลิกภาพและการสื่อสารที่เป็นเลิศ อีกทั้งปรับระบบการ ประเมินผลงาน จากเอกสารพัฒนาเป็นใช้โปรแกรมบุคคล เพื่อให้แต่ละบุคคลสามารถตรวจสอบคะแนนของตนเองได้

#### 5.5 การพัฒนาบุคลากรพยาบาลและผู้บริหารการพยาบาล

การพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากรทุกระดับครอบคลุมความจำเป็นและความต้องการใน การเรียนรู้และพัฒนาตอบสนองความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ กลุ่ม NCD เช่น DM, HT, CKD, COPD, โรคติดต่อ TB, HIV ให้สอดคล้องกับ Service plan บริบท ความท้าทาย ขององค์กร จึงมีการพัฒนาผู้ปฏิบัติ โดยการสำรวจ Learning need พยาบาลวิชาชีพในแต่ละสายงาน บุคลากรสายสนับสนุน วิชาชีพ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้ เช่น สอน CPR ให้กับผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ การทำ CQI ใน หน่วยงาน จากปัญหาหน้างานสู่การแก้ไข

ตารางที่ 17 แสดงการพัฒนาบุคลากรพยาบาลและผู้บริหารการพยาบาล

กลุ่มบุคลากร	Learning need ที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
หัวหน้างานผู้ป่วยนอก	<ul style="list-style-type: none"> <li>-พัฒนาทักษะการนิเทศงานการสอนงานในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย</li> <li>-พัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคเฉพาะสาขาแก่พยาบาลระดับปฏิบัติงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยและบรรลุผลลัพธ์ทางการพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การปรับโครงสร้าง เพื่อความก้าวหน้าในสายงานและได้รับการอบรม เสริมความรู้ เรื่องการพัฒนาคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการบริหารในองค์กร ผลการพัฒนาหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลมีความรู้ เรื่องการบริหารจัดการและมีความมั่นใจในการบริหารจัดการ</li> <li>-หัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับพัฒนาสมรรถนะโดยเรียนปริญญาโทบริหารการ พยาบาล ทำให้มีความรู้และเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง สามารถบริหาร จัดการทรัพยากรบุคคล วัสดุครุภัณฑ์ คุณภาพบริการพยาบาลดี ขึ้น ส่งผลให้ตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลดีขึ้น แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ได้ดีขึ้น</li> <li>-จัดทำสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเฉพาะสาขาและรายโรค ประเมิน สมรรถนะและนำส่วนขาดไปทำแผนพัฒนารายบุคคลและรายโรค ราย สาขา</li> </ul>
พยาบาลวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้าง CQI นวัตกรรมผลงานวิจัยทางคลินิก และ การพัฒนางานประจำสู่ งานวิจัย (R2R)</li> <li>-การจัดการความรู้องค์กร(KMIT)และใช้เทคโนโลยี ในการบริหารจัดการข้อมูลเพื่อปรับปรุงคุณภาพงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-กำหนดนโยบายขององค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ กำหนดตัวชี้วัดให้ ชัดเจน</li> <li>-แต่งตั้งคณะกรรมการ KMIT กำกับติดตามผลงาน</li> <li>-มีเวทีถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่ผ่าน การอบรม</li> <li>-โครงการผลงานวิจัย R2R มีวิทยากรภายนอก ถ่ายทอดความรู้ จัดทำโครงการ เป็นประจำทุกปี</li> <li>- โครงการประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน (ที่เกี่ยวกับ service plan)</li> <li>-ส่งบุคลากรไปอบรม ระยะเวลาไม่เกิน 10 วัน/ปี หรืออย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี</li> <li>- โครงการพัฒนาความรู้พยาบาลเฉพาะทาง และศึกษา ต่อเนื่องให้สอดคล้องกับ service plan</li> </ul>
บุคลากรทางการพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อบรมในเรื่องแนวทางการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อ IC ความเสี่ยง RM</li> <li>- จัดทำ CQI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ประชุมจัดเวทีแลกเปลี่ยน โดยประสานกับหน่วยงานสนับสนุน IC RM</li> </ul>

## 5.6 บรรยากาศในการทำงาน

มีการสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก จัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัย โดยเน้นการจัดอาคารสถานที่ทำงานให้สะอาดและปลอดภัย เพราะสภาพแวดล้อมที่สะอาด สวยงาม ปลอดภัย จะ ช่วยสร้างบรรยากาศการทำงานของคุณภาพ ทำให้งานมีประสิทธิภาพ โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการ 5 ส และบริหารความเสี่ยงและควบคุมภายใน เพื่อติดตามดูแลอาคารสถานที่และบริเวณโดยรอบ ให้มีความเป็นระเบียบ เน้นสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา มีการนวดกรรม EGAT City Trees มาติดตั้งภายในอาคาร และมีเวรยามเพื่อตรวจตรา ความเรียบร้อยบริเวณอาคารสถานที่

2) ด้านทางกระบวนการทำงาน มีเครื่องมือการทำงานที่ปลอดภัย ป้องกัน อุบัติเหตุซ้ำ กิจกรรม 5 ส และ Big cleaning ปีละครั้ง

3) กำหนดนโยบาย ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี มีตัวชี้วัด ด้านสุขภาพบุคลากร เช่น ตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากร จัดงานส่งท้ายบุคลากรเก่า ต้อนรับบุคลากรใหม่ อบรม ESB ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนให้บุคลากร ออก กำลังกาย(โยคะ)สัปดาห์ละ 1 ครั้ง(วันพุธ) จัดงานรื่นเริง ตามเทศกาลสำคัญต่างๆ เช่น ปีใหม่ วันเกิดโรงพยาบาล สงกรานต์ และอื่น ๆ

4) เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ส่งเสริมให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข จึงมีการจัดอัตรากำลัง ให้เหมาะสมกับภาระงาน โดยวิเคราะห์ภาระงาน ปรับลดและเพิ่มตาม ความเหมาะสม มีเงินค่าตอบแทนนอกเวลา ราชการ และสามารถเก็บชั่วโมงการพยาบาลสะสมเพื่อเบิกเงินค่าล่วงเวลา มีการจัดสวัสดิการให้บุคลากรทางการ พยาบาล ครอบคลุมความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น หอพัก/ห้องพัก เมื่อมาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เพื่อความ ปลอดภัยขณะเดินทางมาปฏิบัติงาน จัดให้มีร้านอาหาร/ร้านสหกรณ์/ และผักปลอดสารพิษ จำหน่ายในโรงพยาบาล สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เช่น เยี่ยมไข้ รถสนับสนุนเมื่อมีงานพิธีต่าง ๆ (งานแต่งงาน งานศพ งานบวช) ใช้ เงินสวัสดิการกลุ่มการพยาบาล จัดพวงหรีด และเป็นตัวแทนสภาการพยาบาล สมาคมพยาบาลสาขาภาคใต้ดูแล พยาบาล ครอบครัวที่ได้รับภัยจากสถานการณ์ เงินสนับสนุนเมื่อประสบภัยพิบัติต่าง ๆ

5) กิจกรรม YCPHแบ่งปันน้ำใจโดยการมองสิ่งของอุปโภค บริโภค ให้แก่เจ้าหน้าที่และผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง

6) ให้บริการด้วยรอยยิ้ม service mild ยิ้มทักทายกันเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ของขวัญพื้หัวหน้าตึก (บริจาค) มอบน้องๆงานปี ใหม่ งานวันเด็ก วันผู้สูงอายุ

7)การเยียวยาเพื่อนที่มีความทุกข์ มีกิจกรรมรับบริจาคเงินช่วยเหลือพยาบาลหรือบุคคลในครอบครัวที่ประสบภัยธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม

## 5.7 สุขภาพของบุคลากร

บทเรียนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร:

- บุคลากรทางการแพทย์จะเป็นกลุ่มที่มีความรู้ด้านโรคเป็นอย่างดี แต่อาจจะมีภาวะตระหนักรู้เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคน้อย อาจจะเป็นด้วยเป็นวัยทำงาน ภาระงานหนัก มีเวลาใส่ใจดูแล สุขภาพตนเองน้อย ซึ่งเห็นได้จากข้อมูลพบว่า มีค่า BMI สูง ภาวะไขมันในเลือดสูงสรุปผลได้ดังนี้

- กลุ่มปกติ สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง จำนวน 5 คน
- กลุ่มเสี่ยง มีค่า BMI >25 kg/m<sup>2</sup> จำนวน 3 คน

สำหรับผู้มีภาวะเสี่ยง ส่งเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในคลินิก wellness center

- เน้นการควบคุมอาหารและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานมีการ ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที

1.3 กลุ่มป่วย มีระดับไขมันในเลือดสูง จำนวน 6 คน

- เข้ารับการรักษาโดยการรับประทานยา จำนวน 2 คน
- เข้ารับการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควบคุมอาหาร จำนวน 4 คน

เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน 14 คน ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 จำนวน 13 คน ปฏิเสธการฉีดวัคซีน 1 คน ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ครบทุกคน วัคซีนป้องกันอหิวาต์ ได้รับวัคซีนกระตุ้นครบ 100 %

เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ผลการตรวจสุขภาพ พบว่า

บทเรียนเกี่ยวกับการป้องกัน และจัดการกับความเครียดต่อสุขภาพ:

- การให้ความรู้และคำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเสี่ยง มักจะทำแบบรายบุคคล (individual counseling) จะได้รับความร่วมมือมากกว่า การจัดกิจกรรมรายกลุ่ม

บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลความเจ็บป่วยจากการทำงาน:

- จากผลการตรวจสุขภาพปี 2566 พบว่า

1.บุคลากรมีปัญหาความเสี่ยงต่อ office syndrome จำนวน 5 ราย ซึ่งสาเหตุมาจากการทำงานที่ใช้ กล้ามเนื้อมัดเดิมซ้ำ ๆ เป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออักเสบและปวดเมื่อยตามอวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ทำให้มีอาการเมื่อยหรือชาได้ โดยเฉพาะบริเวณคอ หลัง ไหล่ บ่า แขน แพทย์แนะนำให้เข้ารับ การรักษาโดยการกายภาพบำบัด และมีการปรับเก้าอี้ที่นั่ง ให้ได้ระดับเหมาะสม หน่วยงานมีการเปลี่ยนเก้าอี้แบบที่ สามารถเลื่อนระดับสูงต่ำได้ หรือหาเบาะรองนั่งให้ได้ระดับ และเปลี่ยนอิริยาบถทุก 1-2 ชม.

2.บุคลากรมีปัญหาความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น ไขมันเลือดสูง ค่า BMI สูง ความดันโลหิตสูง เสี่ยง เบาหวาน จากพฤติกรรมนั่งทำงาน นิ่ง ขาดการออกกำลังกาย ทางโรงพยาบาลมีโครงการออกกำลังกายทุกวัน พุธ สัปดาห์ละ 1 วัน เพื่อให้บุคลากรลดความเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

มีนโยบายและกำกับดูแลบุคลากรโดย กลุ่มงานการพยาบาล ปฏิบัติตามโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ดังนี้

1. เป้าระวางการติดเชื้อและมีระบบในการดูแลติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรภายในหน่วยงาน
2. มีการตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี พบว่าไม่มีภูมิต้านทานจะต้องได้รับฉีดวัคซีนป้องกัน ในกรณี HIV มีระบบ Code ปกปิด และให้คำปรึกษาของคลินิกฟ้าใส
3. การเฝ้าระวังกรณีผลตรวจสุขภาพบุคลากรเมื่อพบว่าป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และให้การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
4. ฉีดวัคซีนป้องกันโรค เช่น Vaccine Covid ,ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง
5. การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พนักงานพลที่รับมาใหม่ในรูปแบบ on the job training
6. การจัดการเกี่ยวกับความรุนแรงก้าวร้าวและคุกคาม ผู้ประสบเหตุจะได้รับคำปรึกษา/ดูแลจากหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/แพทย์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้องหลังประสบเหตุ และรายงานอุบัติการณ์ให้คณะกรรมการความเสียหายทราบ

## หมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาล

### 6.1 ระบบงานและสมรรถนะหลักขององค์กร

สมรรถนะหลักขององค์กรจากการวิเคราะห์บริบทขององค์กรโดยการทำ SWOT Analysis หาดูจุดอ่อน-จุดแข็งของหน่วยงานในหมวด 2, การทบทวนกระบวนการให้บริการ และการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการให้บริการ พบความท้าทาย ได้แก่ การ พยาบาลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบ ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด นำมา กำหนดงานบริการพยาบาลที่เป็น ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ได้แก่ NCD ,ACS, Sepsis, Stroke สอดคล้องกับการพัฒนาของโรงพยาบาล และได้มีการออกแบบระบบงาน กำหนดเป้าหมายของระบบงานที่ชัดเจนครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย (Process of Care) โดยยึดกระบวนการการพยาบาลเป็นหลัก เติริยมความพร้อม สำหรับภาวะฉุกเฉินรวมทั้งนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ สร้างนวัตกรรมเพื่อใช้กับระบบงาน เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีระบบบริหารความเสี่ยง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน/ มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งมีการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วย แบบ บูรณาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการเชื่อมโยงระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

### 6.2 การออกแบบระบบกระบวนการทำงาน

มีการออกแบบกระบวนการทำงานในหน่วยงาน โดยใช้ข้อมูลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ใช้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมถึงมีการออกแบบนวัตกรรมเพื่อพัฒนาให้เกิดคุณภาพการปฏิบัติการ พยาบาล โดยเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ มีการบริหารและป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงาน การป้องกันและการควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งเสริม ส่งเสริมให้มีการการอบรมและฝึกทักษะแก่ บุคลากรทางการพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนชีพ กระบวนการหลักและระบบบริหารทรัพยากรด้านการจัดการที่เอื้อต่อการทำงานของบุคลากรหน่วยงานมี ข้อกำหนด/มาตรฐานการปฏิบัติ/แนวทางการปฏิบัติของ กระบวนการสนับสนุน ที่เอื้อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ มีการให้ ข้อมูลทางด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ(Health information) กำหนดบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน มาตรการ ป้องกันความเสี่ยง,กำหนด Specific clinical risk ในโรคที่สำคัญและ พบบ่อย เมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยง สำคัญ เช่น เสี่ยงต่อข้อร้องเรียน จะมีการทบทวนในระดับองค์กรพยาบาลและทีม ความเสี่ยง

- มีการถ่ายทอดมาตรฐาน/ แนวทางการพัฒนาคุณภาพแก่บุคลากรทางการพยาบาล นิเทศ ติดตาม การ ปฏิบัติงาน โดยหัวหน้าเวร/รองหัวหน้างาน/หัวหน้างานและหัวหน้าพยาบาลตามลำดับ กำหนด ระบบนิเทศ สอนงาน และติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

- กำหนดมาตรฐานการบันทึกและระบบการบันทึกรายงานการพยาบาล ที่ครอบคลุม กระบวนการพยาบาล เพื่อใช้ ในการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานทาง กฎหมาย ครอบคลุม การประเมินปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการ ประเมินผล



- มีการชี้แจงความเสี่ยงและวิธีการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ให้ทุกคนในหน่วยงานมีระบบการติดตาม และการเฝ้าระวังตามมาตรการความเสี่ยงที่กำหนดออกแบบระบบการจัดการอาการรบกวน โดยใช้หลัก 7 aspect of care 1) Assessment 2) Symptom distress management 3) Safety 4) Disease specific clinical risk 5) Continuing of care 6) Empowerment 7) Satisfaction เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิต วิญญาณ มีระบบบริหารความเสี่ยง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน/ มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งมีการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการเชื่อมโยงระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การประเมินปัญหาและความต้องการ ใช้แบบแผนของ กอร์ดอน เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยเบื้องต้นทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ ความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย สภาพจิตใจ แบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การประเมินในระยะ จำหน่าย มีการประเมินสภาพความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความรู้ ความสามารถและทักษะในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวก่อน จำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ

- การวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก การประเมินปัญหา ความเสี่ยงทางคลินิก มากำหนดปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม มีการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามสภาพปัญหาที่เป็น ปัจจุบัน มี การส่งต่อHHCในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องการการดูแลต่อเนื่อง

- การปฏิบัติการพยาบาล ให้ผู้ปฏิบัติทางการพยาบาลตามWIที่กำหนดโดยบันทึกปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายครอบคลุมแบบองค์รวมโดยสอดคล้องกับแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้น มีการตรวจสอบการบันทึกการพยาบาล เมื่อมีการพบทวนเหตุการณ์สำคัญภายในและภายนอกหน่วยงาน

- การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายในการให้การพยาบาลผู้ป่วย แต่ละราย กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ แผนการ สอนและการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน ตาม แนวทางการวางแผนจำหน่ายแต่ละโรค มีการกำหนด เป้าหมายการวางแผนจำหน่ายมากกว่าร้อยละ 80 %

### 6.3 การจัดการกระบวนการทำงาน

การปฏิบัติงานและนิเทศทางคลินิก หัวหน้างานมีการกำกับติดตาม Nurse Case Manager และพยาบาลผู้ปฏิบัติโดยการนิเทศทางคลินิกทุกวัน ทบทวนความเสี่ยงและติดตามผลลัพธ์ตัวชี้วัดทุกเดือน

- การประเมินผลการปฏิบัติการ กำหนดแนวทางการประเมินผล จากสมรรถนะ Core และ Specific competency จากการ audit chart มีการนิเทศติดตาม นิเทศหน้างาน ในรายที่สมรรถนะไม่ถึง จะมีการประเมินติดตามทุก 3 เดือน

- การสร้างเสริมสุขภาพ มีการติดตามผู้ป่วยโดยทีม สหวิชาชีพ ผ่านระบบ telemedicine พร้อมส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้ทีม 3 หมอ เพื่อติดตามต่อเนื่อง และ ส่งข้อมูลผ่านระบบให้ทีม COC ติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมส่งต่อข้อมูลการติดตามเบื้องต้น ให้ Care Giver ผู้ป่วย และญาติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสามารถดูแลตนเองเบื้องต้น และทราบอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรีบเข้ารับการรักษา โดยให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

- การคุ้มครองภาวะสุขภาพ พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะแรกรับและวางแผนการพยาบาลที่ ครอบคลุมตลอดจนค้นหาความเสี่ยงต่างๆ เพื่อเฝ้าระวัง ติดตาม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ จะเกิดขึ้นได้ต่อผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกัน ความเสี่ยงต่างๆเพื่อลด การเกิด อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้าน clinic และ non clinic อย่างเคร่งครัด แต่เมื่อพบ ความเสี่ยงสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา

- การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ กำหนดแผนการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพที่ สอดคล้องกับ ปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจและความ คาดหวังเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยและ ครอบครัวตั้งแต่แรกรับและจัดระบบแนวทางการให้ข้อมูลและ ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องของภาวะความ เจ็บป่วย การดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วย ผล การตรวจประเมินร่างกายและแผนการ

- การติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ให้คำปรึกษา ติดตามผลลัพธ์ตัวชี้วัดทุกเดือน เพื่อทบทวนความเสี่ยงในหน่วยงาน และรายงานหัวหน้างาน

#### 6.4 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

การปรับปรุงกระบวนการทำงานตามสมรรถนะหลักขององค์กรพยาบาล โดยมีการทบทวน ความเสี่ยง 12 กิจกรรม การติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ทบทวนบันทึกทางการบันทึกการพยาบาล โดยนำผลลัพธ์ จากการทบทวนความเสี่ยง/การทบทวนเวชระเบียนมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิด PDCA ในการประเมินและติดตามผู้ป่วย

หน่วยงานจัดทำมาตรฐานการพยาบาล ระเบียบปฏิบัติ การใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแล ผู้ป่วย ตามมาตรฐานและแนวที่ ที่ CPG กำหนด

มีการกำกับติดตามของหัวหน้างานอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยราย โรคให้เป็นปัจจุบัน และครอบคลุม กระบวนการทั้ง primary secondary tertiary แบบไร้รอยต่อ พร้อม สามารถติดตามข้อมูลการดูแลผู้ป่วยได้แบบ real time

การบันทึกการพยาบาลที่สมบูรณ์ และมีการ Audit บันทึกทางการพยาบาลทุก 3 เดือน เพื่อ ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล ตามมาตรฐานการพยาบาล

## 6.5 การจัดการนวัตกรรม

มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงการทำงานและบทเรียนที่ได้รับระหว่างหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้ และนวัตกรรมในองค์กร โดยมีการส่งเสริมให้เกิดการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ดังนี้

1. การจัดทำองค์ความรู้ด้านวิจัย นวัตกรรม และกำหนดให้ทุกหน่วยงานทำCQI อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี
2. การแลกเปลี่ยนภายในหน่วยงาน ได้แก่ การประชุมหน่วยงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
- 3) เวทีแลกเปลี่ยนนอกโรงพยาบาล ระดับจังหวัด เขต และประเทศ ได้แก่ การประชุมนำเสนอผลงาน CQI/นวัตกรรม/วิจัยระดับจังหวัด การประชุมแลกเปลี่ยนผลงาน Service plan และการนำเสนอCQI นวัตกรรม แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยโควิด 19
- 4) การนำข้อมูลวิเคราะห์ ก่อนดำเนินการร่วมกับคณะกรรมการงานวิจัย และนำเข้าเป็นแผนในยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการสนับสนุน จัดหาแหล่งทุนงานวิจัยโดยการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีเพื่อให้สอดคล้องกับแผนงบประมาณ ของโรงพยาบาล และนำสู่การดำเนินการขยายผล

## 6.6 การยึดหลักการพยาบาลองค์รวมและกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล

กลุ่มการพยาบาลกำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงานใช้กระบวนการการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย กำหนดให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สามารถใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การรับ-ส่งเวร การประชุมก่อน-หลังปฏิบัติงาน การ Quick Round และ SBAR ด้านการประเมินสภาพผู้ป่วย และรวบรวมข้อมูลการประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล มาเป็นระเบียบปฏิบัติด้านการวางแผนปฏิบัติการ ได้กำหนดให้หน่วยงานจัดทำแผนการพยาบาลรายโรคที่สำคัญไว้ล่วงหน้าทุกหน่วยงาน มีการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับตาม Assessment Form รวบรวมข้อมูล วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล บันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ ทั้งประวัติความเจ็บป่วยและประวัติด้านสังคมสิ่งแวดล้อม เพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และมีการส่งต่อการดูแลแต่ละเวรในแบบฟอร์ม บันทึกการพยาบาล มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยประเมินสภาพ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ วินิจฉัยวางแผนปฏิบัติการ พยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยครอบคลุมองค์รวมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการนิเทศและกำกับติดตามและทบทวนการดูแลผู้ป่วย จัดเวทีนำเสนอ/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทุก 3 เดือน

## 6.7 การจัดการอาการรบกวน การช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บปวด/ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

มีการกำหนดการจัดการอาการรบกวนในผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative care) การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Pain management) ขอยกตัวอย่างโดยสรุปในโรคที่มีความเชี่ยวชาญ ดังนี้

- การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

การค้นหาเชิงรุก ในการประเมินเพื่อจำแนกระดับผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลผู้ดูแลระบบ/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ระดับจังหวัดประสานวิชาชีพ แพทย์ในการวินิจฉัยโรค และร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ วางแผนการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการรายกรณีแบบองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากผลการดำเนินการที่ชัดเจน และความใส่ใจในการดูแลด้วยจิตวิญญาณในการพยาบาลผู้ป่วย

วางแผนจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพ ทีม COC เพื่อส่งข้อมูลและวิธีการรักษาให้ รพ.สต. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผ่านโปรแกรมการส่งต่อ ทางโทรศัพท์และ Line เพื่อสร้างความ มั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การให้การรักษายาตามขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพตลอดจนการปฏิบัติตัวขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและ เมื่อกลับบ้าน สิทธิที่พึงมีและพึงได้รับจาก โรงพยาบาล ขั้นตอนการบริการ กฎระเบียบของโรงพยาบาล การให้ข้อมูล ความจำเป็นของการลงนามยินยอม/ไม่ยินยอมทำการรักษา การให้ข้อมูลด้านสุขภาพรายบุคคลการให้ข้อมูลการส่ง ต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในเรื่องการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ ผู้ป่วย และ ครอบครัว การรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ และ วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลโดยเคารพในสิทธิและยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพใน คุณค่า ความเป็นมนุษย์ ที่เท่าเทียมกัน

## 6.8 การจัดบริการพยาบาลที่มีความปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

มีการจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการที่ต้องเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ แนวทางการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

มีการนิเทศงาน ตามแนวปฏิบัติการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น Bed sore , VAP Bundle ,ผู้ป่วยที่ได้รับ Chemo

ทีมการดูแลผู้ป่วย ได้มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการดูแล และจัดทำนโยบายให้ปฏิบัติได้แก่กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน ,การช่วยฟื้นคืนชีพ , กลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อก่อน,ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ, และการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด, กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้ป่วยเด็กเล็กและสตรีที่ได้รับการทารุณกรรม, กลุ่มได้รับเคมีบำบัด,กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต,กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

มีกระบวนการทบทวนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องและกำหนดมาตรการการป้องกันการเกิดซ้ำ

การประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ทุกหน่วยงานทบทวนอุบัติการณ์ มีกระบวนการเรียนรู้ นำสู่การป้องกันการเกิดซ้ำ เช่น การให้เลือดผิด การติดเชื้อดื้อยา การแพ้ยาซ้ำ การติดเชื้อ VAP การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด

ทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ระดับ E- I ทุกรายร่วมกับ PCT และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำผลการทบทวน แนวทางปฏิบัติที่ได้จากการทบทวน สื่อสารทางระบบ intra net และมีการติดตามมาตรการที่ใช้ได้ผลหรือไม่ และติดตามมีการเกิดซ้ำหรือไม่

การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล โดยมีการวางแผน ร่วมกับผู้รับบริการ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดให้มีการทำ Discharge plan ตั้งแต่แรกรับ ค้นหาปัญหา รายการณี เพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเป็นองค์รวม มีพยาบาล ผู้จัดการรายการณี (Case manager) ติดตามและดูแลในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยง สร้างแรงจูงใจและส่งเสริมพลัง อำนาจ (Empowerment) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งประสานและส่งต่อข้อมูลกับทีม เยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม COC/ HHC สำหรับการดูแลต่อเนื่องได้เมื่อกลับสู่ชุมชน

#### 6.9 การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย

แผนการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอและทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ผิดปกติ หรือเกิดข้อบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้บันทึกการพยาบาล

-บุคลากรมีการบันทึกการพยาบาลโดยใช้ใช้กระบวนการและทักษะการให้บริการปรึกษา สุขภาพ กระบวนการพยาบาลเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติและนำข้อมูลในการบันทึกมาวางแผนการจำหน่าย

-มีการกำกับติดตามของหัวหน้างานและฝ่ายการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลที่มีความเฉพาะและครอบคลุม มีการ Audit บันทึกทางการพยาบาลทุก 3

-การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการ โดยการทบทวนจากบันทึกเวชระเบียน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก Case ที่จะนำมาทบทวน ส่วนใหญ่เกิดจากประเมินอาการไม่ครอบคลุม การเฝ้าระวังที่ไม่ได้มาตรฐาน

#### 6.10 การดูแลต่อเนื่อง

มีแนวทางปฏิบัติเพื่อดำเนินการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ โดยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานสถานบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน ทุกระยะของการเจ็บป่วย และ/หรือการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ โดยกำหนดกลุ่มโรคที่ต้องสื่อสารข้อมูลให้เครือข่ายดูแลต่อเนื่อง จัดทำเครื่องมือสื่อสาร แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลงข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์(การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครือข่ายเป็นตัวกลางประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ

ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต. และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไปยังหน่วยงานบริการอื่นๆ มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยทั้งระบบเอกสารและ electronic

มีระบบ discharge plan ทั้งสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาล รพ.สต. และมีการประชุมแก้ไขปัญหา ร่วมกัน กำหนดแผนการให้ความรู้ผู้ป่วย ครอบครัว การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

-มีการประชุมทบทวนผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

### 6.11 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการ

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล โดยมีการวางแผนร่วมกับผู้รับบริการ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดให้มีการทำ Discharge plan เพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเป็น องค์กรวม มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ติดตามและดูแลในกรณีที่มีปัญหา ซับซ้อน ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยง สร้างแรงจูงใจและส่งเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งประสานและส่งต่อข้อมูลกับทีมเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม COC/ HHC สำหรับการ ดูแลต่อเนื่องได้เมื่อกลับสู่ชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว รับรู้การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย มีความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองตามนโยบายของ โรงพยาบาล เรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

### 6.12 การบันทึกการพยาบาล

บุคลากรมีการบันทึกการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติ และนำ ข้อมูล ในการบันทึกมาวางแผนการจำหน่ายโดยมีการกำกับติดตามของหัวหน้างานและฝ่ายการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการ พัฒนาแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลที่มีความเฉพาะและครอบคลุม และมีการ Audit บันทึกทางการพยาบาลทุก 3 เดือน พบว่า อัตราความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลปี 2563- 2566 ดังนี้

ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

มีการกำกับติดตามเรื่องเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ มีการฝึกอบรมการซ้อมการช่วยชีวิตทุก 1 ครั้งต่อปี ของ โรงพยาบาลและตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน มีการซ้อมหนีไฟทุก 1 ปีอย่างสม่ำเสมอ

การจัดการกระบวนการทำงาน

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีการจัดการกระบวนการทำงานโดยมีนำกระบวนการทำงานที่ ออกแบบไว้ไป ปฏิบัติและสร้างความมั่นใจว่าจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ มีการนำข้อมูลจาก ผู้ใช้บริการ ผู้รับผลงานอื่น และผู้ร่วมงาน มาใช้ในการจัดการกระบวนการดังกล่าว องค์กร/หน่วยงานบริการพยาบาล ใช้ ตัวชี้วัดผลงานสำคัญ และตัวชี้วัดระหว่างการทำงานเพื่อควบคุมและปรับปรุง

มีการพิจารณาความคาดหวังของผู้ใช้บริการ มีการอธิบาย กระบวนการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ที่ น่าจะ เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้บริกรมีความคาดหวังที่สามารถตอบสนองได้ ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และนำ ความ สมัคใจของผู้ใช้บริการมาพิจารณาในการให้บริการพยาบาล

## หมวด 6 การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

### 6.1 ระบบงานและความเชี่ยวชาญพิเศษ

การกำหนดระบบงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน เช่น ฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานตามมาตรฐานแต่งตั้ง ICN ICWN ในแต่ละหน่วยงาน ผ่านอบรม 2 สัปดาห์ เน้นการฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อ โดยมีการออกแบบระบบงานให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน

#### 1) ด้านบุคลากร

- กำหนดให้ตรวจสอบสุขภาพประจำปี โดยมีตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตาม คือ ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

- การรับวัคซีนตามมาตรฐานเพื่อป้องกันโรคตามความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน ได้แก่ วัคซีนป้องกัน โควิด ไวรัสตับอักเสบบี Covid-19 วัคซีนที่ต้องได้รับตามความเสี่ยงของหน่วยงาน เช่น ไข้หวัดใหญ่

- การฝ้าระวังการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ รวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง จากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร

#### 2) ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย

- มีแนวทางการฝ้าระวังทุกหอผู้ป่วยและทุกหน่วยบริการ มีระบบการรายงานเพื่อฝ้าระวัง ควบคุม การแพร่กระจายเชื้อ โดยใช้ Surveillance Form

- กำหนดให้มีการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย ตั้งแต่ การคัดกรอง การให้บริการพยาบาล การ ทำหัตถการ และการติดตามหลังจากออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน

- ทุกหน่วยงาน จัดระบบ Round โดย ICWN

#### 3) ด้านสถานที่และอุปกรณ์เครื่องมือ

- มีมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ในตึกผู้ป่วย

- มีแนวการฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐาน IC

- มีห้อง Negative pressure ห้องแยกตรวจ Air bone

- การจัดการระบบ One way งานผู้ป่วยนอก

- รณรงค์การล้างมือ และจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือของใช้ให้เพียงพอต่อความต้องการ

- อบรมการสวมใส่และการถอด PPE โดย ICWN

- จัดหาอุปกรณ์/เครื่องมือของใช้ให้เพียงพอต่อความต้องการต่อการปฏิบัติงานได้แก่ หมวก Mask

N95 แวนตา เสื้อกาวน์ บูท

- การทำ IC Round เพื่อให้การช่วยเหลือ

ปรับปรุงพัฒนาระบบงาน ICการออกแบบระบบงานที่มีกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน โดยมีเป้าหมายของระบบงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีการป้อนกลับ (แสดงกระบวนการทำงานที่สำคัญของระบบงานและความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการทำงานเหล่านั้นกับระบบงาน)

เผื่อระวางการติดเชื้อในโรงพยาบาลปฏิบัติตาม

## 6.2 การออกแบบกระบวนการทำงาน

การเผื่อระวางและควบคุมการติดเชื้อ

1. มีแนวทางการเผื่อระวางแบบ Target Surveillanceและการเผื่อระวางแบบ Hospital-wide surveillance ในผู้รับบริการ
2. มีแนวทางการเผื่อระวางการติดเชื้อในบุคลากร
3. มีแนวทางการเผื่อระวางการติดเชื้อในสิ่งแวดล้อม
4. ปฏิบัติการพยาบาลผู้โดยใช้หลักป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
5. ตรวจสอบ ติดตามระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ใช้บริการปลอดภัยจากโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

## 6.3 การจัดการกระบวนการทำงาน

- 1) วิธีการติดตามกำกับการทำงานตามกระบวนการทำงานที่สำคัญ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ
 

ทีมคณะกรรมการ IC Round/ ผู้ตรวจการพยาบาล/ หัวหน้าตึก / หัวหน้าเวรติดตามกำกับการทำงานตามกระบวนการ ดังนี้

  1. ติดตามการปฏิบัติงานและนิเทศทาง IC ทบทวนความเสี่ยงและติดตามผลลัพธ์ทุกเดือน
  2. หัวหน้างานติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ให้คำปรึกษา ติดตามผลลัพธ์ทุกเดือน
  3. ติดตามตัวชี้วัดกลุ่มโรคสำคัญและความเสี่ยงทุก 3 เดือน และติดตามแผนงานที่กำหนดไว้ทุก 6 เดือน

กลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการICได้กำหนดตัวชี้วัดด้านการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ตัวชี้วัดด้านnursing out come ที่สำคัญ เช่นตัวชี้วัดการติดเชื้อที่สำคัญ อัตราการล้างมือการรายงานผลการดำเนินงานเป็นปัจจุบัน สรุปและนำเสนอต่อคณะ

คัดเลือกตัวชี้วัดโดยข้อมูลจากการวิเคราะห์ กระบวนการทำงาน ผลลัพธ์ และกระบวนการการพยาบาล เช่น อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

CA-UTI Phlebitis

อัตราการติดเชื้อรวมในโรงพยาบาล

และการนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ



#### 6.4 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

- 1) การปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ และเสริมสร้างความแข็งแกร่งของความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน
  1. นำผลลัพธ์การดูแลจากการทบทวนความเสี่ยง/การทบทวนเวชระเบียนมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงกระบวนการโดยกำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและติดตามผู้ป่วย
  2. กระบวนการทำงานที่ไม่เป็นไปตามเป้า หน่วยงานจะวิเคราะห์แนวทางปรับปรุงโดยใช้แนวคิด PDCA
  3. ลดความแปรปรวนของกระบวนการ โดย การทบทวนอุบัติการณ์การส่งเสริมความรู้ทางวิชาการ การนิเทศติดตาม
    1. กำหนดแนวทาง ป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยให้ทุกคนถือปฏิบัติ
    2. ทุกหน่วยงานทบทวนกระบวนการ โดยหัวหน้าหน่วยงาน ทำกิจกรรมทบทวน มีการทบทวนตัวชี้วัดทุก 1 เดือน เพื่อปรับปรุง พัฒนาการทำงาน

#### 6.5 การจัดการนวัตกรรม

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงการทำงานและบทเรียนที่ได้รับระหว่างหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร

1. สร้างผลงาน CQI และนวัตกรรม ตามแผนปฏิบัติการขององค์กรพยาบาล
2. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานที่มีอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาทุกเดือน
3. กำหนดเป็นวาระการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุม ICWN ทุก 1-3 เดือน
4. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน รพ.สต. 10 แห่ง
5. มีการสร้างผลงาน CQI และนวัตกรรม ในภาพรวมของทีม IC
6. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมพิเศษ โดยปรับวิธีการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและพื้นผิวใช้แผ่นทำความสะอาดฆ่าเชื้อ
7. พัฒนาการจัดการขยะมีคมเพื่อลดค่าใช้จ่ายและปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติแผนงบประมาณทุก 1 ปีให้สอดคล้อง

#### 6.6 การลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

ปฏิบัติงานที่เป็นไปตามมาตรฐานของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดบเปิดคลินิกระบบทางเดินหายใจ Airborne Infection Isolation Room แยกจากผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไปบริเวณด้านข้างของอาคารผู้ป่วยนอก คลินิกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด และวิธีปฏิบัติการทำความสะอาดอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม และห้องผู้ป่วยแยกโรค จุดพ่นยา ER/OPD. จัดอุปกรณ์การล้างมือไว้ในบริเวณที่ผู้ใช้บริการเข้าถึงง่าย มีและมีสถานที่ล้างมือป้ายแนะนำขั้นตอน เจลล้างมือ สบู่ โดยกำหนดโครงสร้าง การระบายอากาศ บำรุงรักษาอาคารสถานที่ และทำความสะอาดอาคารสถานที่รวมทั้งเตียงผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค

มีคู่มือการการปฏิบัติตาม Standard Precautions และ Isolation Precautions และใช้มาตรการ Strict contact precautions กรณีที่มีเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมพิเศษ

สนับสนุนป้ายกระตุ้นเตือนในการล้างมือทุกหน่วยงาน กำหนดอัตราการล้างมือได้ถูกต้องเป็นตัวชี้วัดของกลุ่มการพยาบาล

ประชาสัมพันธ์จัดเสียงตามสายของโรงพยาบาล เพื่อเผยแพร่ความรู้เชื้อดื้อยา และแนวปฏิบัติ วรรณกรรมการล้างมือในบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ ในโรงพยาบาล

#### 6.7 การลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในองค์กร

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่

มีคู่มือการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และระเบียบปฏิบัติการป้องกันและควบคุม การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

แนวทางในการปฏิบัติตนกรณีบุคลากรได้รับอุบัติเหตุจากของมีคมที่มดตำ/บาดหรือสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาที่จำเป็นต้องควบคุมเป็นพิเศษ

ซักประวัติคัดกรองผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ประสานระบบงานกับระบบงานพัฒนาคุณภาพ โดยเป็นผู้รับผิดชอบโปรแกรมความเสี่ยงในเรื่องของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีการประสานข้อมูลความเสี่ยงและบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและมีการร่วมกัน

แก้ไขปัญหาพร้อมทั้งกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นซ้ำอีก

#### 6.8 การเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับ และควบคุมการระบาด

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีระบบการจัดการเมื่อเกิดการระบาด โดยหน่วยงานจะมีระบบการรายงาน ทีม SRRT ตามแนวทางปฏิบัติ เช่นจุดคัดกรองของรพ. ทำหน้าที่เฝ้าระวัง ประสานงาน กรณีมีโรคติดเชื้อในชุมชนที่มีแนวโน้มระบาด ICN เฝ้าระวังการระบาด และปรับมาตรการในรพ. ให้เหมาะสม แผนภูมิการปฏิบัติเมื่อพบโรคติดเชื้อ หัด คอตีบ โควิด อีสุกอีใส

มีระบบ Lab Alert ใน Hosxp และแจ้งข้อมูลผ่าน line IC เมื่อมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็น Excel และส่งข้อมูลย้อนกลับให้ ICWN และหัวหน้าหน่วยงานทุกเดือน line แจ้งเตือน เก็บข้อมูล จนท.ถูกเข็มตำ

## 6.9 การปฏิบัติการในหน่วยจ่ายกลาง

มีสถานที่แยกเฉพาะและออกแบบพื้นที่ทำงานที่เหมาะสม อาทิ การจราจรแบบทางเดียว การจำกัดบุคคลที่จะเข้ามาในหน่วยงาน การไหลเวียนของอากาศจากบริเวณสะอาดไปสู่บริเวณที่ปนเปื้อนการล้างมือ

มีการแยกพื้นที่การทำงานและแบ่งเขตพื้นที่การปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนดการจัดอัตรากำลัง จากการวิเคราะห์ภาระงานของหน่วยงานศูนย์จ่ายกลางปี 2562 มีอัตรากำลังที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และได้รับการอบรมระดับหัวหน้างานจ่ายกลาง ระดับบุคลากร ผ่านการอบรมหลักสูตรการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ 5 วัน และผ่านการอบรมงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2 สัปดาห์

มีการจัดอบรมภายในจากผู้ผ่านการอบรมแล้วเป็นครู ก โดยมอบหมายจัดเป็นระบบพี่เลี้ยงเมื่อมีบุคลากรบรรจุใหม่ จะได้รับการปฐมนิเทศ การอบรม และมีการประเมินสมรรถนะหลังการอบรม 3 เดือน

การประชุมเกี่ยวกับงานปราศจากเชื้อที่เครือข่ายจัด/ การทบทวนความเสี่ยง/ การประชุมประจำเดือน1.มีการดำเนินการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อเป็นไปตามขั้นตอน

- การล้างทำความสะอาด
- การเตรียมและบรรจุหีบห่ออุปกรณ์เครื่องมือ
- การจัดเรียงหีบห่ออุปกรณ์เครื่องมือและการทำให้ปราศจากเชื้อ
- การจัดเก็บและการแจกจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือปราศเชื้อ
- การขนส่งการรับของสกปรก

## หมวด 6 การปฏิบัติการวิจัยและพัฒนาการพยาบาล

### 6.1 ระบบงานและความเชี่ยวชาญพิเศษ

หน่วยงานมีการบวทวนแนวทางแก้ไขพัฒนางานในรูปแบบ งานวิจัย CQI,R2R,,WI รายโรค กำหนดตัวชี้วัดเพื่อติดตามกระบวนการทำงาน เช่น จำนวน (CQI , R2R ในหน่วยงาน)

มีการทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายเพื่อหาแนวทางปรับปรุงพัฒนางาน หากตัวชี้วัดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ภายในหน่วยงานได้จะถูกส่งเข้าระดับทีม นำ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงงาน และมีการ ทบทวนแนวทางปฏิบัติใหม่ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

มีงานวิจัย กระตุ้น กำกับ ติดตามหน่วยงานเพื่อให้เกิดงานวิจัย โดยการเชิญอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญงานวิจัยมาฝึกอบรมและให้คำแนะนำ เช่น อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลยะลา1. คณะกรรมการงานวิจัยติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานตามแนวทางของ R2R งานวิจัย รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนระบบงาน รวมทั้งตีพิมพ์วารสารเผยแพร่ จัดเก็บเป็นคลังความรู้ด้านงานวิจัยนวัตกรรมในเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้บุคลากรนำองค์ความรู้งานวิจัยที่

### 6.2 การออกแบบกระบวนการทำงาน

มีการทบทวนระบบงานการทำงานตาม High risk High volume ของหน่วยงาน มีการทำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล (CNP,G,WI) Top 5 ของแต่ละหน่วยงานกำกับติดตามแนวปฏิบัติโดยหัวหน้างาน หากมีอุบัติการณ์ความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กำหนดให้มีการทบทวนเพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานบริการ

มีผลงานเพื่อพัฒนางานในภาพรวมโดยงานวิจัย, R2R, CQI ,นวัตกรรม สาขาละ 1 โรค

มีการนำเสนอผลการทบทวนและผลงานดีเด่นในเวทีของหน่วยงาน/ทีม นำ เช่น การนำเสนอผลงาน CQI/R2R ระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด เขต และประเทศ

คณะกรรมการงานวิจัยติดตามงานตามโครงการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในงาน R2R. กำหนดโรคที่สำคัญตามองค์กรและกำหนดตัวชี้วัดที่เป็น Nursing outcome

มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลรายโรคสำคัญ

สรุปรายงานปัญหา จาก ติดตามผลการดำเนินงานวิจัย . มีผลงาน WI CQI/R2R งานวิจัย

หน่วยงานนำแนวทางจาก WI CQI/R2R งานวิจัย ไปสู่การปฏิบัติและมีการประเมินผล ตีพิมพ์วารสารเผยแพร่ จัดเป็นคลังความรู้ด้านงานวิจัย นวัตกรรม ใน เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

### 6.3 การจัดการกระบวนการทำงาน

การปฏิบัติงานตามกระบวนการทำงานที่สำคัญให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญ. คณะกรรมการงานวิจัยติดตาม นิเทศ ประเมินการทำงาน และมีการทบทวน PDCA เพื่อจัดทำ CQI และนวัตกรรมหน่วยงานละ 1 เรื่อง /ปี

หน่วยงานมีการวิเคราะห์จากความเสี่ยง จากการทบทวน 12 กิจกรรม และเวชระเบียน เพื่อติดตามการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปใช้และประเมินผล

สรุปรายงานปัญหา ติดตามผลการดำเนินงานผลลัพธ์คุณภาพการ จากรายงานตัวชี้วัด nursing outcome 1.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายโรคที่สำคัญ มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

### 6.4 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

มีขั้นตอนกระบวนการทำงานเพื่อทบทวนและแก้ไขปัญหางานวิจัยตรงกับความต้องการผู้วิจัย นำมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพเชิงระบบขององค์กรพยาบาล มีการสรุปรายงานทุกเดือนในระบบฐานข้อมูลตัวชี้วัดสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ

คณะกรรมการงานวิจัย นิเทศตามหน่วยงาน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ทบทวนทุกๆ 6 เดือนเพื่อวางแผนทางพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและยกระดับผลงานวิจัยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น 1. ทบทวนขั้นตอนกระบวนการทำงานทั้งระบบทุกเดือนและเมื่อมีปัญหาเช่น หากพบว่ามีขั้นตอนที่ไม่สมบูรณ์ จะมีการปรับปรุงทบทวนขั้นตอนกระบวนการทำงานและสรุปผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาล

### 6.5 การจัดการนวัตกรรม

มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงการทำงานและบทเรียนที่ได้รับระหว่างหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร.จัดเวทีนำเสนอผลงานวิจัย R2R CQI และนวัตกรรมในโรงพยาบาล ติดตามประเมินผลการใช้นวัตกรรมนำข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข ให้เกิดองค์ความรู้นวัตกรรมใหม่นำเสนอผลงานทั้งภายในและภายนอกองค์กรใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่าให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาองค์กรตอบสนองต่อการ แก้ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยและญาติ เช่นนวัตกรรม PPHมีการวิเคราะห์ความคุ้มทุนก่อนดำเนินการร่วมกับคณะกรรมการงานวิจัย เพื่อพิจารณาความคุ้มทุนและความเป็นไปได้ของงานวิจัย

คณะกรรมการวิจัยจัดหาแหล่งทุนงานวิจัยโดยการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีเพื่อให้สอดคล้องกับแผนงบประมาณ ของโรงพยาบาล

## หมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

## 7.1 ผลลัพธ์ด้านการบริการพยาบาล

## ตารางที่ 17 แสดงผลลัพธ์ด้านการบริการพยาบาล

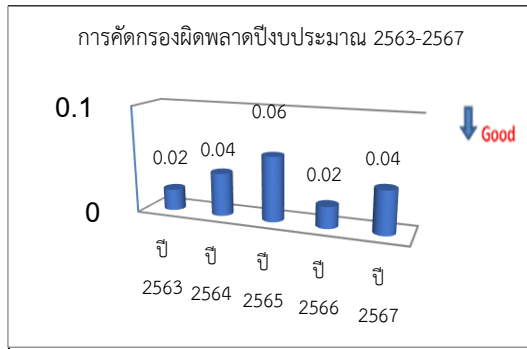
เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอกย้อนหลัง 5 ปี							
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
	<b>7.1 ผลลัพธ์ด้านการบริการพยาบาล</b>						
1.	อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0	1	0	1	2	2
2.	การคัดกรองผิดพลาด (under over triage)	2%	0.02% 2ราย	0.04 10ราย	0.6 6ราย	0.02% 2ราย	0.04 10ราย
3.	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Re-visit ภายใน 48 ชม.	ร้อยละ0	0.04	0.19	0.11	0.73	1.07
4.	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนระหว่างรอรับบริการ	0	2 ราย	0	4ราย	2 ราย	1ราย
5.	ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล	>80%	88.85	88.92	88.50	88.85	88.92
	<b>7.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ</b>						
1.	จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ	< 2 เรื่อง /6เดือน	0	3	1	3	2
2.	ร้อยละของการแก้ไข และ/หรือการตอบกลับข้อ ร้องเรียนของผู้ใช้บริการ	100%	100	91.10	90.12	92.86	89.74
3.	ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ (แผนกผู้ป่วยนอก)	> 85 %	87.83	85.16	84.17	87.83	85.16
4.	ร้อยละการแนะนำ และกลับมารับบริการซ้ำ	>85%	100	100	100	97.76	98.76

เกณฑ์ชีวิตคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอกย้อนหลัง 5 ปี							
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
	<b>7.3 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ</b>						
1.	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C <7 %)	>40 %	30.77	26.30	24.38	34.03	30.54
2.	ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	>80 %	79.56	72.85	81.21	85.49	86.08
3.	ร้อยละผู้ป่วย HT ที่สามารถควบคุมระดับ BP. ได้ดี	>50 %	65.87	57.25	51.97	57.70	50.88
4.	ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	>80 %	77.67	73.61	83.28	81.73	81.89
5.	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> /yr	66%	61.11	65.12	75.29	63.19	53.09
6.	อัตราการป่วยตายด้วยโรค COPD	< 5 %	3.86 (16 ราย)	4.86 (21ราย)	4.45 (19ราย)	2.18 (12 ราย)	2.17 (11 ราย)
7.	ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยทั่วไป(เฉลี่ย)	<66 นาที	52	55	53	52	55
8.	ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยเร่งด่วน(เฉลี่ย)	<45 นาที	35	36	36	35	36
9.	ระยะเวลารอคอยผู้ป่วย NCD(เฉลี่ย)	<90 นาที	46	45	52	46	45
	<b>7.4 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร</b>						
1.	ร้อยละความพึงพอใจในงาน/บรรยากาศการทำงานของ บุคลากรทางการพยาบาล	≥80%	81.23	83.25	85.80	80.56	81.34
2.	ร้อยละความผูกพันของบุคลากรพยาบาล	≥80%	82.90	92.96	87.52	86.71	83.56
3.	ร้อยละบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับได้รับการตรวจสุขภาพ	100%	100	100	100	100	100

เกณฑ์ชีวิตคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอกย้อนหลัง 5 ปี							
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
	<b>7.5 ผลลัพธ์ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ</b>						
1.	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทาง ตา	< ร้อยละ 5	3.76 (53 ราย)	2.69 (39ราย)	1.24 (18ราย)	0.94 (14 ราย)	0.13 (2 ราย)
2.	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทาง ไต	< ร้อยละ 5	5.11 (72 ราย)	4.70 (68ราย)	3.38 (49ราย)	4.06 (60 ราย)	5.10 (78 ราย)
3.	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	< ร้อยละ 5	1.70 (24 ราย)	1.87 (27ราย)	0.27 (4 ราย)	0.41 (6 ราย)	0.19 (3 ราย)
4.	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia	< 5 %	1.42 (20 ราย)	1.38 (20ราย)	2.56 (37ราย)	1.15 (17 ราย)	1.44 (22 ราย)
5.	อัตราการเกิด Hypertensive emergency ในผู้ป่วย HT	0	0.52 (20 ราย)	0.56 (22ราย)	0.54 (21ราย)	0.66 (26 ราย)	0.41 (22 ราย)
6.	อัตราการเกิด CKD Stage 4- 5 รายใหม่	< 5 %	2.03 (9 ราย)	2.29 (9ราย)	1.75 (6ราย)	0.72 (3ราย)	0.96 (4ราย)
7.	อัตราประชากรป่วยเป็นโรค COPD รายใหม่	ร้อยละ 20	14.28 (9 ราย)	29.77 (19ราย)	1.55 (1 ราย)	12.31 (8 ราย)	12.23 (8 ราย)
	<b>7.6 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร</b>						
1.	ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์(ร้อยละ)	100	70	60	90	100	100
2.	มี Productivity ของหน่วยงานอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	80-120	140.57	162	107	94.28	98.00
3.	กำหนดและปรับปรุงแนวทาง CNPG โรคสำคัญตามบริบทหน่วยงาน	1 ครั้ง/ปี	1	1	4	3	4
4.	กำหนด SP/WI รายโรค	> 4 เรื่อง	4	1	5	4	6

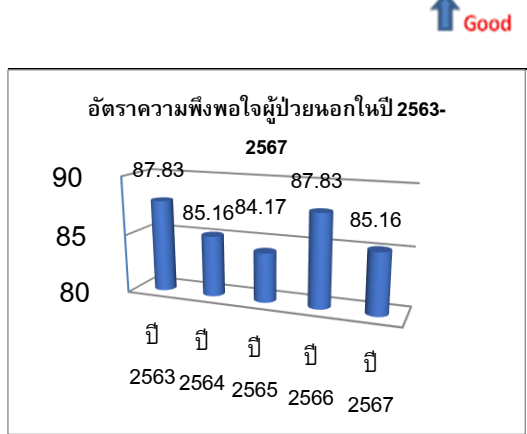


### 1. ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด



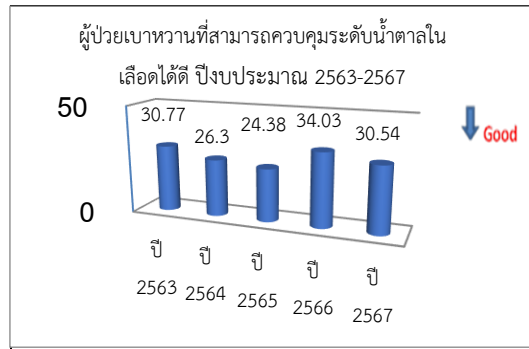
การคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2565 เนื่องจากแนวทางการคัดกรองที่มีปัจจุบันไม่สามารถเปิดใช้งานได้สะดวก หน่วยงานจึงจัดทำแนวทางการคัดกรองใหม่โดยนำ MOPH ED triage มาปรับเป็น Easy MOPH ED triage ทำให้สามารถใช้งานได้สะดวกและมีความชัดเจนเพิ่มขึ้น อีกทั้งจัดให้มีพยาบาล triage ทั้งในเวลา และนอกเวลาราชการ เพื่อคัดแยกผู้ป่วย ลดการคัดกรองผิดพลาด พร้อมจุด Double triage ที่จุดบริการ ER และจุดซักประวัติ OPD จำนวน ๗ จุด ผิดพลาด

### 2. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก



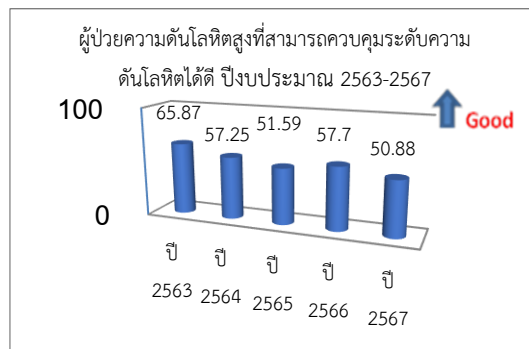
จากการวิเคราะห์กราฟร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ต่ำกว่าเกณฑ์ในปีงบประมาณ 2565 แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2566 เนื่องจากทาง รพ. มีการจัดระบบการให้บริการแบบ one stop service ในคลินิกพิเศษ ปรับรูปแบบการนัดหมายเหลือเวลาให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ ในแต่ละกลุ่ม มีการ Lean ระบบเพื่อลดขั้นตอนการบริการโดยนำระบบ smart Q และ YCPH Connect เพื่อลดระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล ระบบการซักประวัติ ตรวจรักษาโดยใช้ระบบ paperless เปิดให้บริการตรวจรักษานอกเวลาราชการเพื่อลดความแออัด เพิ่มช่วงเวลา ในการมารับบริการ รวมทั้งเพิ่มนโยบายให้บุคลากรมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการโดยมีทีม case D plus ให้ข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ พร้อมสอบถามความคิดเห็นจากผู้รับบริการ และพบปัญหาการไม่สะดวกเข้ารับบริการในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD หน่วยงานมีการส่งผู้ป่วย กลุ่มเชี่ยวชาญเหลือกลับไปรับบริการใน รพ.สต. ติดตั้งระบบ telehealth เพื่อนำมาใช้ติดตามผู้ป่วย NCD

### 3. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี



ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ต่ำกว่าเป้าหมาย จึงมีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยกระบวนการ remission ใช้ทีม 3 หมอ และสหวิชาชีพติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลัก 3ส.3อ. 1น. ตามบริบทท้องถิ่น และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิม เพื่อสร้างบุคคลต้นแบบ เป็นแรงผลักดันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

### 4. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี



ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี สูงกว่าเป้าหมาย เนื่องจากมีการจัดทำโครงการชุมชนสร้างสุขร่วมกับ พชอ.สร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเฝ้าระวัง และมีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลัก 3ส.3อ. 1น. ตามบริบทท้องถิ่น โดยทีม 3 หมอ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลมีการติดตามผู้ป่วยโดยใช้ระบบ telemedicine และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิม เพื่อสร้างบุคคลต้นแบบ เป็นแรงผลักดันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

## ส่วนที่3 ส่วนสรุป:ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

## ตารางที่ 18 แสดงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

หมวด/ประเด็น พิจารณา	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง แก้ไข พัฒนาต่อเนื่อง
หมวดที่ 1 การนำ องค์กร	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย นอก มีการชี้แจง วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ทิศทางของโรงพยาบาล และ องค์กรพยาบาล บทบาทหน้าที่ ตลอดจนขอบเขตการ ให้บริการของ หน่วยงานผู้ป่วยนอกและงานการ พยาบาลชุมชนแก่บุคลากรใน หน่วยงานและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยการ ประชุมใน หน่วยงานทั้งในรูปแบบที่ เป็นทางการและไม่เป็น ทางการ รวมถึงการกำกับและติดตามงาน อย่าง สม่ำเสมอรวมถึงทบทวนผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมาทุก 3,6,9,12 เดือนโดยให้ทีมงานมีส่วนร่วมในการ วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ สิ่งที่ได้เรียนรู้ เพื่อ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับ หน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้องอย่าง ต่อเนื่อง เช่น การทบทวน 12กิจกรรม , พัฒนางานประจำสู่สถานคุณภาพต่างๆ	ควรวิเคราะห์ ทบทวนผลการ ดำเนินงานและผลการประเมิน ตาม ตัวชี้วัดมาใช้ในการปรับปรุง พัฒนา งานอย่างต่อเนื่อง- พัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยตาม กลุ่ม โรคสำคัญสอดคล้องกับนโยบาย ขององค์กรเช่น การทำCQI R2R และงานวิจัย
หมวดที่ 2 การ วางแผนเชิงกล ยุทธ์	-บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย นอก ร่วมกัน กำหนดกลยุทธ์และ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จากการ ทบทวน ผลการดำเนินงานของ หน่วยงานใน ปีงบประมาณที่ผ่านมา , แผนยุทธศาสตร์และ แผนปฏิบัติการ ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล, วิเคราะห์โรคและความเสี่ยงของหน่วยงาน,ความ ต้องการ ความ คาดหวังผู้ใช้บริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อหน่วยงาน,SWOT Analysis ของหน่วยงาน จัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อบรรลุเป้าหมายเชิง ยุทธศาสตร์ โดยจัดทำแผนระยะสั้น (1ปี) แผน ระยะ ยาว (3ปี) กำหนดตัวชี้วัดและ กำหนดระยะเวลา ดำเนินงานชัดเจน	- ควรมีการควบคุมกำกับผลการ ดำเนินงานให้ เป็นไปตาม แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน

หมวด/ประเด็น พิจารณา	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง แก้ไขพัฒนาต่อเนื่อง
หมวดที่ 3 การ มุ่งเน้นผู้ใช้บริการ	<p>- มีการคัดกรองจำแนกประเภท ผู้ป่วยที่ชัดเจนเพื่อให้ การดูแลตาม ความเหมาะสมและสอดคล้องกับ ความ ต้องการของผู้ใช้บริการ</p> <p>- มีช่องทางการรับฟังข้อร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ โดยมี การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้การ บริการของพยาบาล, การสอบถามข้อมูลเชิงรุกโดย Care D+ Team ,ผู้รับความคิดเห็น เว็บไซต์โรงพยาบาล FACEBOOK , เบอร์โทรศัพท์</p> <p>- มีการประกาศนโยบายและแนวทางปฏิบัติด้านสิทธิ ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับความคุ้มครองตาม ประกาศสิทธิผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV OSCC การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย โดยการชี้แจงข้อมูลอย่างเพียงพอและครบถ้วน ซึ่ง สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ไม่มี ผลกระทบใดต่อการรักษา</p>	<p>- มีการนำผลลัพธ์จากการสำรวจ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและ มีกพัฒนา ระบบ บริ การ เพื่อ ตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง</p> <p>-มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยทุกจุดบริการ ตั้งแต่แรกรับจนถึงการส่งข้อมูล กลับไปรับการรักษาต่อในชุมชน</p>
หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการ ความรู้	<p>- มีการรวบรวมข้อมูลสถิติตัวชี้วัดผล การดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์</p>	<p>-การจัดการข้อมูลสารสนเทศ ควร ใช้ ทีม IT วิเคราะห์ ข้อมูลใน หน่วยงานเพื่อปรับปรุงและพัฒนา อย่างต่อเนื่อง</p> <p>-ควรนำตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มา วิเคราะห์ปรับปรุงและพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง</p> <p>- มีระบบการจัดการความรู้ โดย การนำความรู้ที่ได้มาแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันและนำมาพัฒนาเป็น นวัตกรรมทางการพยาบาลและ นำไปใช้อย่างเหมาะสม</p>

หมวด/ประเด็น พิจารณา	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง แก้ไขพัฒนาต่อเนือง
หมวดที่ 5 การมุ่งเน้น บุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบริหารจัดการอัตรากำลังในแต่ละวันเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ภายใต้อัตรากำลังที่เหมาะสม</li> <li>- ส่งเสริมบุคลากรในหน่วยงาน สร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้มีการนำเสนอ นวัตกรรม/ผลงานเด่น / CQI ใน ระดับโรงพยาบาล</li> <li>- มีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นใน หน่วยงาน</li> <li>- มีแผนพัฒนาบุคลากรสู่ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน</li> <li>- จัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อในการทำงาน</li> <li>- สนับสนุนให้บุคลากรมีการดูแลสุขภาพที่ดีเหมาะสม มีความปลอดภัย</li> <li>- บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพทุกปี สมรรถนะอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- บุคลากรมีส่วนร่วมใน การวางแผนดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการกำหนดความเชี่ยวชาญของบุคลากรในหน่วยงาน และพัฒนา รายบุคคลพร้อมประเมินสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- วางแผนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
หมวดที่ 6 การจัดการ กระบวนการ ให้บริการ พยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลมีความเชี่ยวชาญในการ พยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีการประเมินสมรรถนะของ บุคลากร มีการจัดทำแผน มีการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้ง การเตรียมความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน โดยมีระบบบริหารจัดการ ความเสี่ยงในหน่วยงาน ประกอบด้วย การค้นหาจัดลำดับความเสี่ยง การกำหนดมาตรการป้องกัน มีการสื่อสาร มีระบบรายงาน อุบัติการณ์ นำไปสู่การพัฒนาการ ดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย</li> <li>-มีการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ การวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและส่งต่อข้อมูลแนวทางการรักษาให้ชุมชน เพื่อการติดตามต่อเนือง พร้อมติดตามนิเทศทางการพยาบาล โดยหัวหน้างานและหัวหน้ากลุ่มงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรมีการบริหารจัดการเวลาให้มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างครอบคลุม ถูกต้องตามแนวทางที่กำหนด สามารถเป็นช่องทางการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้</li> </ul>

หมวด/ประเด็น พิจารณา	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง แก้ไขพัฒนาต่อเนื่อง
หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ การให้บริการ พยาบาล	-มีการทบทวนผลลัพธ์การให้บริการ พยาบาลที่ไม่ผ่าน เกณฑ์ตาม เป้าหมายร่วมกับสาขาชีพ -มีการทบทวน 12 กิจกรรมทุกเดือน	ควรมีการพัฒนางานประจำสู่งาน คุณ ภา พ เช่น CQI R2R แล ะ งานวิจัย

**แบบประเมินคุณภาพการพยาบาล**

**กลุ่มการพยาบาล**

**งานผู้ป่วยนอก**

**โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา**

## คำนำ

การประเมินคุณภาพการพยาบาล เป็นกลไกในการสนับสนุนให้เกิดคุณค่าการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่สามารถอธิบายบริบทขององค์กรพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงาน ตลอดจนผลลัพธ์ของการพยาบาล นำไปสู่ความคาดหวังที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาและการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข สามารถตอบสนอง ความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการ และประชาชน หน่วยงานห้องคลอดมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยได้จัดทำแบบประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และประเมินคุณภาพการพยาบาลภายนอก โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาล ในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข อันประกอบด้วย 7 หมวด ได้แก่ 1) การนำองค์กร 2) กลยุทธ์ 3) ผู้ใช้บริการ 4) การวัดการวิเคราะห์และจัดการความรู้ 5) บุคลากร 6) การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การปฏิบัติการวิจัยและพัฒนากาพยาบาล 7) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการจัดทำแบบประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพพยาบาล และเป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการและประชาชน ในการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

งานผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา



## สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

ส่วนนำ : โครงร่างองค์กรพยาบาล .....	1
ส่วนสาระ : ผลการดำเนินการ .....	18
หมวด 1 การนำองค์กร .....	18
หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ .....	22
หมวด 3 ผู้ให้บริการ .....	26
หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดความรู้ .....	33
หมวด 5 บุคลากร .....	38
หมวด 6 ปฏิบัติการบริการพยาบาล .....	48
หมวด 6 การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล .....	54
หมวด 6 การปฏิบัติการวิจัยและพัฒนาการพยาบาล .....	60
หมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล .....	62
ส่วนที่ 3 ส่วนสรุป : ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ .....	69