



## แบบฟอร์ม 1

### แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

### กระบวนการทำงาน

#### ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

\*หมายเหตุ: กรณีที่ผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอน  
เงินรางวัลเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านทางรหัสบุคคลที่ท่านได้ให้ไว้ โดยขอให้

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ผลงานใหม่<br><input checked="" type="checkbox"/> ผลงานเดิมต่อขอ/ขยายผล<br>(พัฒนา ปรับปรุง)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน<br>เลขที่กลุ่ม...385.....<br>วันลงทะเบียน.....                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ<br><input checked="" type="checkbox"/> อนุญาต<br><input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | สถานภาพกลุ่ม<br><input type="checkbox"/> เริ่มกิจกรรมครั้งแรก<br><input checked="" type="checkbox"/> กลุ่มกิจกรรมต่อขอ เรื่องที่จาก Kaizen<br>เรื่อง. HSCT planning information and<br>Discharge teaching by Multidisciplinary<br>team /2562<br><input type="checkbox"/> ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวด<br>และที่ได้รับรางวัลมาแล้ว<br>จาก..... |
| <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ต้องการต่อขอผลงานเป็น R2R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> *ต้องการต่อขอผลงานเป็น R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย)<br><input checked="" type="checkbox"/> ระบบบริการสุขภาพ <input type="checkbox"/> งานสนับสนุนบริการสุขภาพ<br><input checked="" type="checkbox"/> การสร้างเสริมสุขภาพ <input type="checkbox"/> การศึกษา<br><input type="checkbox"/> วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์<br><input type="checkbox"/> งานบริหารและธุรการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

#### ระบุตัวแทนการรับเงินเพียง ๑ ท่าน

| สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด |                                                         |                                                                                 |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| ด้านคลินิก<br>(Clinical)           | <input type="checkbox"/> Safe Surgery                   | <input checked="" type="checkbox"/> Patient Care Process                        |
|                                    | <input type="checkbox"/> Infection Control              | <input type="checkbox"/> Line , Tube & Catheter                                 |
|                                    | <input type="checkbox"/> Medication Safety              | <input type="checkbox"/> Emergency Response                                     |
|                                    | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....         |                                                                                 |
| ด้านสนับสนุน<br>(Non Clinical)     | <input type="checkbox"/> ความปลอดภัย<br>[Safety]        | <input checked="" type="checkbox"/> คุณภาพ / สิ่งสูญเปล่า<br>[Quality (waste)*] |
|                                    | <input type="checkbox"/> ต้นทุน / ความคุ้มค่า<br>[Cost] | <input type="checkbox"/> ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ<br>[Delivery]            |

## ส่วนที่ 2

ชื่อเรื่อง เพิ่มประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดอย่างเป็นระบบ

### 1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (ความเป็นมาของโครงการ)

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดถือเป็นวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ทันสมัย ที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค มีชีวิตยืนนาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในกระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดมีความซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งมีความเสี่ยงสูง กระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ประกอบด้วยกระบวนการก่อนปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ระหว่างปลูกถ่าย และหลังปลูกถ่ายต่อเนื่องจนจำหน่ายกลับบ้านสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นจำเป็นต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถร่วมกันดูแลเพื่อตอบสนองมาตรฐานสธพ. III-กระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่ออธิบายแผนการรักษาวิธีการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ที่ผ่านมาพบว่าจากการทวนถามผู้ป่วยและญาติ มักไม่ทราบรายละเอียด แผนการรักษา บางรายปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ให้คำแนะนำไม่ครบถ้วนอาจเป็นปัญหาผู้ป่วยเกิดความไม่พร้อม ส่งผลให้เกิด Re-admission หลังจำหน่ายกลับบ้านแล้ว การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นทางหอผู้ป่วยจึงมีแนวคิดจัดทำโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้

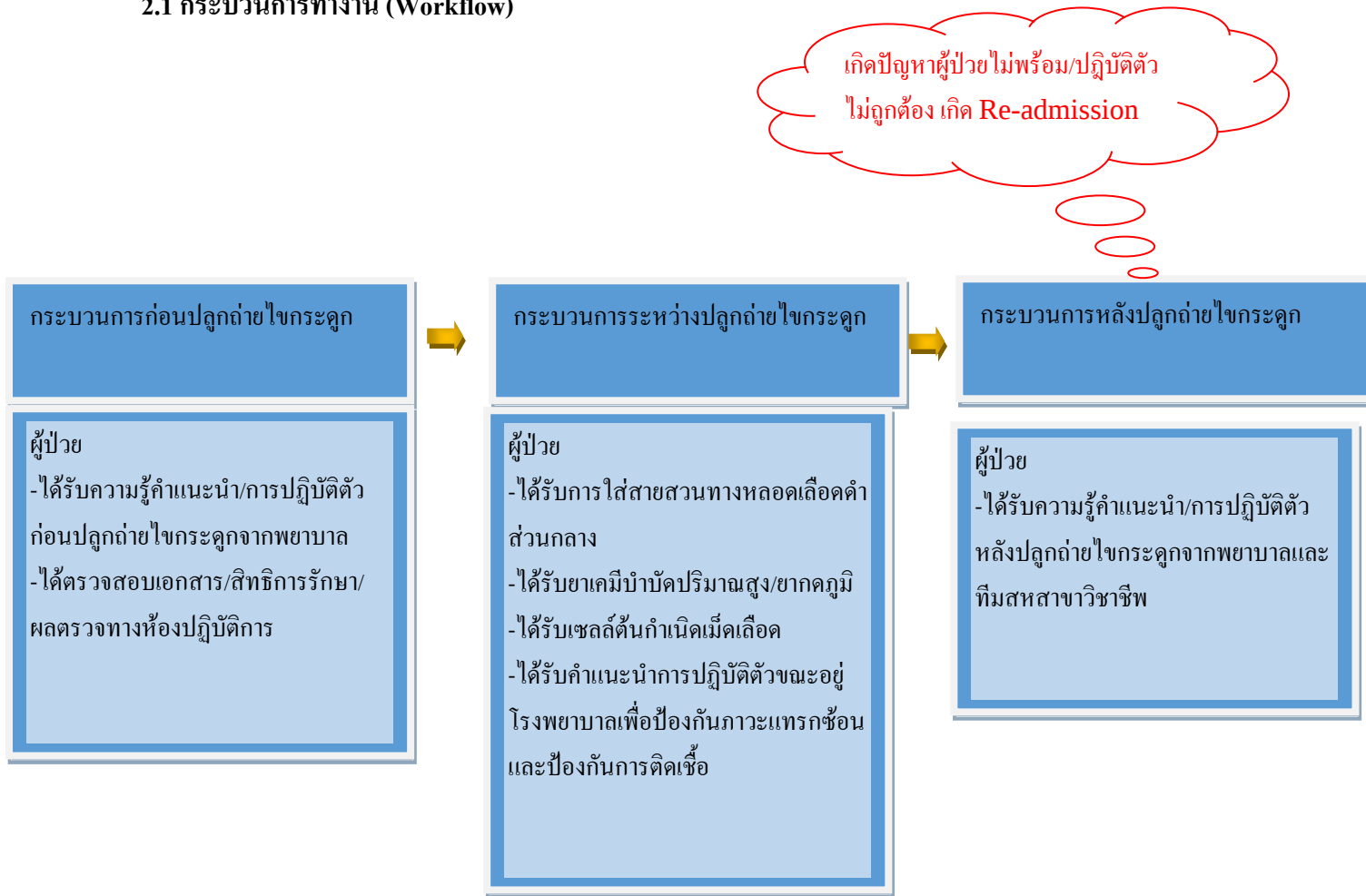
### 2. กรอบแนวคิด หรือ การวิเคราะห์สาเหตุ (Root cause analysis)

กรอบแนวคิด กระบวนการดูแลผู้ป่วย



จากกรอบแนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะ III-3.2 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จำเป็นต้องมีสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากการปฏิบัติงานในหน่วยงานได้นำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ตั้งแต่แรกเริ่มโดยดำเนินการให้การพยาบาลและให้ความรู้ตั้งแต่แรกรับตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยจนจำหน่ายกลับบ้าน

## 2.1 กระบวนการทำงาน (Workflow)



## 2.2 การวิเคราะห์ปัญหาของโครงการ

**Fishbone Diagram :** เพิ่มประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดอย่างเป็นระบบ



### 3. วัตถุประสงค์และกระบวนการปรับปรุง

#### 3.1 วัตถุประสงค์

- 3.1.1 เพื่อให้เพื่อให้ผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3.1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ
- 3.1.3 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจสามารถดูแลตนเองได้

#### 3.2 กระบวนการปรับปรุง/วิธีการแก้ไขปรับปรุง (เอกสารแนบ 1)

##### 3.2.1 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

### 4. แผนการดำเนินงานกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ) กรณาระบุช่วงเวลาชัดเจน (เอกสารแนบ 2)

### 5. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ผลดำเนินโครงการ (ที่ระบุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ในรูปแบบตารางหรือกราฟ)

| ตัวชี้วัด                                                                                                                                          | เป้าหมาย | ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี) |                                   |                                 |                                   |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
|                                                                                                                                                    |          | ก่อน<br>ดำเนิน<br>การ   | หลัง                              |                                 |                                   |                                 |
|                                                                                                                                                    |          |                         | ครั้งที่1<br>(ม.ค.-มิ.ย.<br>2561) | ครั้งที่2<br>(ก.ค.ธ.ค.<br>2561) | ครั้งที่3<br>(ม.ค.-มิ.ย.<br>2562) | ครั้งที่4<br>(ก.ค.ธ.ค.<br>2562) |
| อัตราการได้รับคำแนะนำจากทีมสหสาขาวิชาชีพในทุกกระบวนการดูแล                                                                                         | 90 %     | 80%                     | 100%                              | 100%                            | 100%                              | 100%                            |
| อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการระดับดี-ดีมากต่อพยาบาลเจ้าของไข้                                                                                    | >95 %    | 85                      | 95                                | 98.5                            | 98.7                              | 98.8                            |
| อัตราคะแนนความรู้ผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเมื่อทดสอบโดยสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านด้านต่างๆ ตาม D-METHOD | >80%     | ไม่มี<br>ข้อมูล         | 91.56%                            | 87.12%                          | 87.69%                            | 91.63%                          |

### 6. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

- 6.1 ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูล ความรู้ การปฏิบัติตัว ข้อควรระวัง ภาวะแทรกซ้อน จากสหสาขาวิชาชีพ อย่างถูกต้องและครบถ้วน
- 6.2 สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติจริงภายในหอผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว

### 7. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการและการขยายผล

ได้เรียนรู้กระบวนการทำงานและการพัฒนาระบบการทำงานอย่างเป็นวงจร โดยเฉพาะการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่ค้นพบปัญหา นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ วางแผนหาวิธีการป้องกันปัญหา ลงมือปฏิบัติโดยเรียนรู้การทำงานเป็นทีมโดยสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น และประเมินเพื่อค้นหาปัญหาอีกครั้ง กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดกระบวนการปรับปรุงไปสู่แนวทางแก้ไข ปัญหาที่ดีที่สุด และสำเร็จเป็นรูปธรรมชัดเจนซึ่งถือเป็นความสำเร็จของหน่วยงาน เตรียมนำเสนอเพื่อขยายผลในการใช้เป็นแนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดภายใต้บริบทเดียวกัน

## 8. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นำข้อมูลมารายงานในที่ประชุมประจำเดือนของPCT/หอผู้ป่วยและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง เมื่อโครงการสามารถดำเนินการได้อยู่ในเกณฑ์ที่ตั้งไว้ได้ติดตามประเมินผลการใช้งานทุก 3 เดือน

## 9. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

- 9.1 โอกาสพัฒนาโครงการสู่การวิจัย (R2R) เพื่อแก้ปัญหการทำงานอย่างเป็นระบบในอนาคต
- 9.2 บูรณาการระบบ Primary Nursing care
- 9.3 ติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

เอกสารแนบ : เพิ่มประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดอย่างเป็นระบบ

## เอกสาร แนบ 1

### 3.2. กระบวนการปรับปรุง/วิธีการแก้ไขปรับปรุง

#### 3.2 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

| ปี 2560                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ปี 2561                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ปี 2562                                                                                                                                                        | ปี 2563                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>ปัญหา</u></p> <p>-ระบบการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน</p> <p><u>แก้ไขปัญหา</u></p> <p>นำปัญหาประชุม PCT BMT จัดทำตารางเวรแพทย์ประจำเดือนจัดระบบสื่อสารให้รับทราบทั่วถึงโดยใช้ Line application และติดประกาศไว้ที่หอผู้ป่วย</p> <p><u>ปัญหา</u></p> <p>ไม่มีเภสัชกรคลินิกประจำหอผู้ป่วย</p> <p><u>แก้ไขปัญหา</u></p> <p>นำปัญหาเข้าที่ประชุม PCT ดำเนินการประสานงานกับงานเภสัชกรรมดำเนินการขอเภสัชกรคลินิกรับผิดชอบเรื่องยา ปรับขนาดยาเคมีบำบัดที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกันป้องกันภาวะ Drug interaction รับผิดชอบการทบทวนยา (Med</p> | <p><u>ปัญหา</u> ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องก่อนจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p><u>แก้ไขปัญหา</u></p> <p>1.จัดทำหนังสือประจำตัวผู้ป่วย(เอกสารแนบ 1.1)</p> <p>2.จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>3.พัฒนา Care map ที่ครอบคลุมก่อน-ระหว่างและหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด</p> <p><u>ปัญหา</u></p> <p>การขาดการกำกับติดตามและประเมินผล</p> <p><u>แก้ไขปัญหา</u></p> <p>1.ระบุหัวข้อสำคัญในการให้ความรู้ร่วมกันตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2.มอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ สอนให้คำแนะนำกระบวนการดูแลตนเองในทุกกระบวนการรักษา ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่สำคัญ</p> | <p><u>ปรับปรุงกระบวนการ</u></p> <p><u>ต่อเนื่อง</u></p> <p>1.ปรับปรุงหนังสือประจำตัวผู้ป่วยครั้งที่ 2 โดยเพิ่มเติมเนื้อหาความรู้เรื่องยา และการออกกำลังกาย</p> | <p><u>ปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง</u></p> <p>ปรับปรุงเนื้อหาในหนังสือประจำตัวผู้ป่วยลดกระดาษโดยจัดทำเป็น QR code</p> |
| ปี 2560                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ปี 2561                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ปี 2562                                                                                                                                                        | ปี 2563                                                                                                             |
| reconciliation)และยา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3.จัดทำแบบประเมิน HSCT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                |                                                                                                                     |

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |         |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| <p>กลับบ้าน ให้ความรู้เรื่อง<br/>ยาร่วมกับพยาบาลผู้ดูแล</p> | <p>planning information and<br/>Discharge teaching (เอกสาร<br/>แนบ 3)</p> <p>ครอบคลุม D-METHOD<br/>ได้แก่</p> <p>D-โรคและการปฏิบัติตัว/<br/>กรู๊ปเลือดกรณีผู้ป่วยกรณี<br/>ได้รับเซลล์ต้นกำเนิดจากผู้<br/>บริจาคต่างกรู๊ปจะได้รับบัตร<br/>ประจำตัวผู้ป่วย</p> <p>M-ความรู้เรื่องยา ชนิดของ<br/>ยาวิธีใช้ ผลข้างเคียง<br/>โดยเฉพาะ ยากดภูมิ</p> <p>E-สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การ<br/>ดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่<br/>เหมาะสมไม่มีสัตว์เลี้ยง สุนัข<br/>และแมว การป้องกันการติด<br/>เชื้อ การหลีกเลี่ยงบริเวณที่มี<br/>ผู้คนแออัดเช่น<br/>ห้างสรรพสินค้า โรง<br/>ภาพยนตร์ ตลาด</p> <p>T- แนวทางการรักษา/การ<br/>ปฏิบัติตัวหลังปลูกถ่าย การ<br/>สอนสาธิตการดูแลสายสวน<br/>ทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง<br/>อาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจ<br/>ก่อนนัด การเฝ้าระวัง<br/>ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเช่น<br/>GVHD ไข้สูง</p> |         |         |
| ปี 2560                                                     | ปี 2561                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ปี 2562 | ปี 2563 |
|                                                             | H- ภาวะสุขภาพ การดำเนิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |         |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | <p>ชีวิต การออกกำลังการ การ<br/>กลับไปทำงานหรือเรียน การ<br/>ได้รับวัคซีน กิจกรรมที่ทำได้<br/>หรือไม่ได้</p> <p>O-การรักษาต่อเนื่องการติด<br/>ทางผลการรักษามีการติดตาม<br/>หลังจำหน่ายกลับบ้านทาง<br/>โทรศัพท์ทุกราย</p> <p>D-การรับประทานอาหาร<br/>ปลอดภัย ตัวอย่างอาหารที่<br/>รับประทานได้/ไม่ได้</p> <p><u>ปัญหา</u></p> <p>การกำหนดการ<br/>Round ร่วมกันระหว่างสห<br/>สาขาวิชาชีพไม่ชัดเจน</p> <p><u>แก้ไขปัญหา</u></p> <p>1.จัดประชุมเพื่อวางแผน<br/>ร่วมกันระหว่าง<br/>แพทย์ พยาบาลประจำหอ<br/>ผู้ป่วย พยาบาลประสานงาน<br/>เภสัชกรคลินิก<br/>นักเทคนิคการแพทย์<br/>โดยกำหนดตรวจเยี่ยม<br/>ผู้ป่วยพร้อมกันโดยระบุ<br/>เป็นทุกวันศุกร์ Friday grand<br/>round by<br/>multidisciplinary team</p> <p>2. ติดตามความพึงพอใจโดย<br/>จัดทำแบบสอบถามความพึง<br/>พอใจต่อการให้บริการ<br/>(เอกสารแนบ 4)</p> |  |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

## เอกสารแนบ 1.1

## สมุดประจำตัวผู้ป่วยและการดูแลตนเองหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด



มหาวิทยาลัยมหิดล  
โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สมุดประจำตัวผู้ป่วย และการดูแลตนเองหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด



ผู้รับชื่อ \_\_\_\_\_

กรุ๊ปเลือดผู้ป่วย ☐ O ☐ A ☐ B ☐ AB

เลขประจำตัวผู้ป่วย \_\_\_\_\_

ปลูกถ่ายเมื่อวันที่ \_\_\_\_\_

ได้รับเซลล์ต้นกำเนิดจาก ☐ ตนเอง ☐ ผู้รับ หรือ \_\_\_\_\_

กรุ๊ปเลือดผู้บริจาค ☐ O ☐ A ☐ B ☐ AB

#### 4. แผนการดำเนินงานกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ) กรณาระบุช่วงเวลาชัดเจน

| กิจกรรม                                                                                       | ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี) |                        |                      |                        |                      |                        | ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------------------------|
|                                                                                               | ต.ค.-<br>ธ.ค.<br>2560        | ม.ค.-<br>มิ.ย.<br>2561 | ก.ค.<br>ธ.ค.<br>2561 | ม.ค.-<br>มิ.ย.<br>2562 | ก.ค.<br>ธ.ค.<br>2562 | ม.ค.-<br>มิ.ค.<br>2563 |                                            |
| 1. นำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นในที่ประชุม<br>หน่วยงานประจำเดือน/PCT BMT เพื่อร่วมหา<br>แนวทางแก้ไข | ←-----→                      |                        |                      |                        |                      |                        | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |
| 2. ร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงาน                                                                | ←-----→<br>↔                 |                        |                      |                        |                      |                        | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |
| 3. ดำเนินการมอบหมายงาน                                                                        | ←-----→<br>↔                 | ↔                      | ↔                    |                        |                      |                        | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |
| 4. ประเมินผลครั้งที่ 1                                                                        |                              |                        | ↔                    |                        |                      |                        | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |
| 5. ปรับปรุงขอบเขตการทำงานครั้งที่ 2                                                           |                              |                        | ←-----→<br>↔         | ↔                      |                      |                        | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |
| 6. ประเมินผลครั้งที่ 2                                                                        |                              |                        |                      | ↔                      |                      |                        | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |
| 7. จัดประชุม แจ้งผลการประเมินและปัญหาที่<br>พบเดือนละ 1 ครั้ง                                 | ←-----→                      |                        |                      | ←-----→                |                      |                        | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |
| 8. .ปรับปรุงขอบเขตการทำงานครั้งที่ 3                                                          |                              |                        |                      | ↔                      | ↔                    |                        | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |
| 9.ประเมินผลครั้งที่ 3                                                                         |                              |                        |                      |                        | ↔                    |                        | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |
| 10.นำสู่การปฏิบัติ                                                                            |                              |                        |                      |                        |                      |                        | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |
| 11.ประเมินผลครั้งที่ 4                                                                        |                              |                        |                      |                        |                      | ↔                      | PCT BMT & หอผู้ป่วยปลูกถ่าย<br>ไขกระดูก    |

←-----→ = วางแผนงาน

↔ = ปฏิบัติจริง



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

Faculty of Medicine

Ramathibodi Hospital

Mahidol University

หอผู้ป่วยถ่ายไขกระดูก (BMT) ชั้น 7 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

HN.....

ชื่อ-นามสกุล.....

อายุ.....

## HSCT planning information and Discharge teaching by Multidisciplinary team

Dx ..... Typing of HSCT ☐ Autologous ☐ MRD ☐ URD ☐ Haploid Day O .....

พยาบาลเจ้าของไข้ ..... แพทย์เจ้าของไข้ .....

| หัวข้อความรู้/วิธีปฏิบัติตัวที่ได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                              | วันที่ให้ความรู้                                                                                                                             | วิธีการให้ความรู้                                                                                                                                                                                      | ผู้ให้ความรู้ (ลงนาม)                                                                                                                                                                                                                                     | ผู้ป่วยหรือญาติ (ลงนาม)                                                    | ระดับความรู้ก่อน                                                                                                                                                                                                     | ระดับความรู้หลังได้รับคำแนะนำ/ก่อนกลับบ้าน                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การแนะนำสถานที่<br>การปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย<br>ระเบียบการเยี่ยม                                                                                                                                                                                                                            | .....                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> อธิบาย<br><input type="checkbox"/> สอนสาธิต<br><input type="checkbox"/> ฝึกทักษะ<br><input type="checkbox"/> วิดีทัศน์/แผ่นพับ<br><input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ<br>..... | .....<br><input type="checkbox"/> พยาบาล<br>.....<br><input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาล<br>.....                                                                                                                                                      | .....<br><input type="checkbox"/> ผู้ป่วย<br><input type="checkbox"/> ญาติ | <input type="checkbox"/> 0 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 1 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 2 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 3 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 4 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 5 คะแนน | <input type="checkbox"/> 0 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 1 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 2 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 3 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 4 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 5 คะแนน |
| ความรู้และวิธีปฏิบัติตัวระยะ<br>Pre-conditioning Regimen<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• กระบวนการรักษา/การพยาบาลที่ได้รับ</li> <li>• อาการข้างเคียงเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด</li> <li>• วิธีปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัด</li> </ul>                                                    | .....                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> อธิบาย<br><input type="checkbox"/> สอนสาธิต<br><input type="checkbox"/> ฝึกทักษะ<br><input type="checkbox"/> วิดีทัศน์/แผ่นพับ<br><input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ<br>..... | .....<br><input type="checkbox"/> พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล<br>.....<br><input type="checkbox"/> แพทย์เจ้าของไข้<br>.....<br><input type="checkbox"/> เภสัชกร                                                                                                  | .....<br><input type="checkbox"/> ผู้ป่วย<br><input type="checkbox"/> ญาติ | <input type="checkbox"/> 0 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 1 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 2 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 3 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 4 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 5 คะแนน | <input type="checkbox"/> 0 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 1 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 2 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 3 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 4 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 5 คะแนน |
| ความรู้และวิธีปฏิบัติตัวขณะได้รับ<br>Stem cell Infusion (Day O)                                                                                                                                                                                                                                    | .....                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> อธิบาย<br><input type="checkbox"/> สอนสาธิต<br><input type="checkbox"/> ฝึกทักษะ<br><input type="checkbox"/> วิดีทัศน์/แผ่นพับ<br><input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ<br>..... | .....<br><input type="checkbox"/> แพทย์เจ้าของไข้<br>.....<br><input type="checkbox"/> พยาบาล                                                                                                                                                             | .....<br><input type="checkbox"/> ผู้ป่วย<br><input type="checkbox"/> ญาติ | <input type="checkbox"/> 0 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 1 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 2 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 3 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 4 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 5 คะแนน | <input type="checkbox"/> 0 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 1 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 2 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 3 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 4 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 5 คะแนน |
| ความรู้และวิธีปฏิบัติตัวหลังได้รับ<br>stem cell จนเม็ดเลือดเริ่มขึ้น<br>(Engraftment)<br>การป้องกันการติดเชื้อ<br>การทำความสะอาดร่างกาย<br>การดูแลสุขภาพช่องปาก<br>การป้องกันภาวะเลือดออก<br>การรับประทานอาหารปลอดภัย/<br>อาหารเสริม<br>การออกกำลังกาย<br>การรับประทานยา<br>ภาวะ GVHD (allogeneic) | <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 1<br>.....<br><input type="checkbox"/> ครั้งที่ 2<br>.....<br><input type="checkbox"/> ครั้งที่ 3<br>..... | <input type="checkbox"/> อธิบาย<br><input type="checkbox"/> สอนสาธิต<br><input type="checkbox"/> ฝึกทักษะ<br><input type="checkbox"/> วิดีทัศน์/แผ่นพับ<br><input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ<br>..... | .....<br><input type="checkbox"/> พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล<br>.....<br><input type="checkbox"/> แพทย์เจ้าของไข้<br>.....<br><input type="checkbox"/> เภสัชกรคลินิก<br>.....<br><input type="checkbox"/> ทันตแพทย์<br>.....<br><input type="checkbox"/> จิตเวช | .....<br><input type="checkbox"/> ผู้ป่วย<br><input type="checkbox"/> ญาติ | <input type="checkbox"/> 0 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 1 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 2 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 3 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 4 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 5 คะแนน | <input type="checkbox"/> 0 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 1 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 2 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 3 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 4 คะแนน<br><input type="checkbox"/> 5 คะแนน |

| หัวข้อความรู้/วิธีปฏิบัติตัวที่ได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | วันที่ให้ความรู้                                                                                                                                                        | วิธีการให้ความรู้                                                                                                                                                                                                               | ผู้ให้ความรู้(ลงนาม)                                                                                                                                                                                                                                    | ผู้ป่วยหรือญาติ                                                                           | ระดับความรู้ก่อน                                                                                                                                                                                                                                | ระดับความรู้หลังได้รับคำแนะนำ/ก่อนกลับบ้าน                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ความรู้และวิธีปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p><b>D</b> : โรคและการปฏิบัติตัว ความรู้เรื่องกรู๊ปเลือดกรณีต่างกรู๊ป การป้องกันการติดเชื้อ การใช้โปรทวดใช้ การผูกmask การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันภาวะเลือดออก</p> <p><b>M</b> : ความรู้เรื่องยา ชนิดของยา วิธีใช้ ผลข้างเคียง โดยเฉพาะ ยา กดภูมิ การเกิดภาวะ ยาตีกัน Drug interaction อาหารหรือผลไม้ที่ห้ามรับประทานคู่กับยา</p> <p><b>E</b> : สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สัตว์เลี้ยง สุนัขและแมว การหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีผู้คนแออัดเช่น ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ ตลาด</p> <p><b>T</b> : แนวทางการรักษา/การปฏิบัติตัวหลังปลูกถ่าย การสอนสาธิตการดูแลสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง อาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจก่อนนัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเช่น ไข้สูง ภาวะ GVHD (allogeneic) อาการมีผื่นตามตัว ตัวตาเหลือง ท้องเสีย</p> <p><b>H</b> : ภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิต การออกกำลังกาย การกลับไปทำงานหรือเรียน การได้รับวัคซีน กิจกรรมที่ทำได้หรือไม่ได้ การมีเพศสัมพันธ์ วัคซีนที่จำเป็น</p> <p><b>O</b> : การรักษาต่อเนื่องการติดตามผลการรักษามีการติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้านทางโทรศัพท์</p> <p><b>D</b> : การรับประทานอาหารปลอดภัย ตัวอย่างอาหารที่รับประทานได้/อาหารที่รับประทานไม่ได้ อาหารเสริม</p> | <p><input type="checkbox"/> ครั้งที่ 1</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ครั้งที่ 2</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ครั้งที่ 3</p> <p>.....</p> | <p><input type="checkbox"/> อธิบาย</p> <p><input type="checkbox"/> สอนสาธิต</p> <p><input type="checkbox"/> ฝึกทักษะ</p> <p><input type="checkbox"/> วิทัศน์/แผ่นพับ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> แพทย์เจ้าของไข้</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> เภสัชกรคลินิก</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> พยาบาลเยี่ยมบ้าน</p> | <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> ญาติ</p> | <p><input type="checkbox"/> 0 คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> 1 คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> 2 คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> 3 คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> 4 คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> 5 คะแนน</p> | <p><input type="checkbox"/> 0 คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> 1 คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> 2 คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> 3 คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> 4 คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> 5 คะแนน</p> |



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

Faculty of Medicine

Ramathibodi Hospital

Mahidol University

หอผู้ป่วยถ่ายไขกระดูก (BMT) ชั้น 7 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

HN.....

ชื่อ-นามสกุล.....

อายุ.....

## แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูก

ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล (Care giver ) ..... อยู่ห้อง .....

ผู้ป่วยเป็นโรค .....

รักษาโดยได้รับเซลล์ต้นกำเนิดจาก ☐ ตนเอง ☐ พี่น้อง ☐ พ่อหรือแม่ ☐ ไม่ใช่ญาติ

พยาบาลเจ้าของไข้ของ คุณชื่อ .....แพทย์เจ้าของไข้ .....

ระดับความพึงพอใจ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

| ประเด็นข้อคำถาม                                                                                                                                                                      | ระดับความพึงพอใจ |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|---|---|
|                                                                                                                                                                                      | 5                | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1.การให้ข้อมูล                                                                                                                                                                       |                  |   |   |   |   |
| 1.1 คุณได้รับการแนะนำตัวจากพยาบาลเจ้าของไข้ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา                                                                                                               |                  |   |   |   |   |
| 1.2 คุณได้รับทราบการอธิบายขั้นตอนการรักษา/และวิธีปฏิบัติตัวเป็นระยะได้อย่างครบถ้วนดังต่อไปนี้                                                                                        |                  |   |   |   |   |
| 1.2.1 การใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำที่คอหรือบริเวณหน้าอก                                                                                                                                |                  |   |   |   |   |
| 1.2.2 การได้รับยาเคมีบำบัด                                                                                                                                                           |                  |   |   |   |   |
| 1.2.3 การได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด                                                                                                                                               |                  |   |   |   |   |
| 1.2.4 การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ไข้ เจ็บปากเจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเสีย มีผื่นตามร่างกาย                                                                                              |                  |   |   |   |   |
| 1.2.5 การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น                                                                                                                                         |                  |   |   |   |   |
| 1.3 กรณีคุณมีญาติเป็นผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด พยาบาลเจ้าของไข้ได้ อธิบาย และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวให้ญาติ เข้าใจขั้นตอนการรักษาและปฏิบัติตัวขณะนอนในโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน |                  |   |   |   |   |
| 1.4 คุณได้ทราบวิธีปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมฟื้นฟูร่างกาย เมื่อย้ายออกหรือจำหน่ายกลับบ้าน                                                                                               |                  |   |   |   |   |
| 2. ความต่อเนื่อง                                                                                                                                                                     |                  |   |   |   |   |
| 2.1 พยาบาลเจ้าของไข้ได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคุณ ในการซักถามพูดคุย ให้คำแนะนำต่างๆ                                                                                                  |                  |   |   |   |   |
| 2.2 มีการสื่อสารเมื่อคุณมีปัญหา และช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง                                                                                                            |                  |   |   |   |   |
| 3. ด้านพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้                                                                                                                                            |                  |   |   |   |   |
| 3.1 มีความเต็มใจและพร้อมในการให้บริการอย่างสุภาพ                                                                                                                                     |                  |   |   |   |   |
| 3.2 มีการใช้ภาษาที่สุภาพ ให้เกียรติมีกาลเทศะ                                                                                                                                         |                  |   |   |   |   |
| 4. ด้านการประสานงาน                                                                                                                                                                  |                  |   |   |   |   |
| 4.1 พยาบาลเจ้าของไข้ติดต่อประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ทันทีเมื่อคุณมีปัญหาหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง                                                                                      |                  |   |   |   |   |
| 5. ด้านการปฏิบัติงาน                                                                                                                                                                 |                  |   |   |   |   |
| 5.1 มีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาล                                                                                                                                             |                  |   |   |   |   |
| 6. ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา                                                                                                                                                         |                  |   |   |   |   |
| 6.1 ให้การบริการและดูแลเป็นระยะ                                                                                                                                                      |                  |   |   |   |   |
| 6.2 มีความรวดเร็วในการให้บริการ                                                                                                                                                      |                  |   |   |   |   |
| สรุปภาพรวมระดับความพึงพอใจของท่าน                                                                                                                                                    |                  |   |   |   |   |

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....