แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง PDCA (F-WI-RA-QS-201/01)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ	สถานภาพกลุ่ม
☑ อนุญาต ❑ ไม่อนุญาต	☑ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ❑ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../ขยายผล ❑ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวดและที่ได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....

ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

☑ CQI

❑ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย)

❑ ระบบบริการสุขภาพ ❑ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ

❑ การสร้างเสริมสุขภาพ ❑ การศึกษา

❑ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์

❑ งานบริหารและธุรการ ❑ อื่นๆ.....

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ชื่อกลุ่ม	โครงการพัฒนาการสื่อสารแจ้งขั้นตอนการรับบริการหลังตรวจของผู้ป่วยหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษ อายุรกรรมที่มารับบริการใช้ห้องตรวจในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษโสต ศอ นาสิก					
	รหัสบุคคล	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน	ฝ่าย/ภาควิชาฯ	โทรศัพท์ภายใน	โทรศัพท์มือถือ
1.หัวหน้ากลุ่ม	013540	นางสาวปวีณา เพ็ชรประพันธ์กุล	SDPT	ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี	4249	0861683565
2.สมาชิกกลุ่ม	021583	นางสาวอนัตตา บรรดาศักดิ์	SDPT		4249	
	010677	นางสาวกรรณิกา ศิริปรุ	SDPT		4249	
	013485	นางสาวหรินทิพย์ เชื้อทอง	SDPT		4249	
3.ผู้ประสานงานกลุ่ม	013540	นางสาวปวีณา เพ็ชรประพันธ์กุล	SDPT		4249	0861683565
Email address		Paweena.rn013540@gmail.com				
4.Facilitator ของทีม	004527	นางสาววิชชาวดี หน่อเนื้อ หัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษโสต-ศอ-นาสิก				
5.ชื่อตัวแทนรับเงินรางวัล		นางสาวปวีณา เพ็ชรประพันธ์กุล	SDPT		4249	0861683565

*__หมายเหตุ__ : 1.กรณีที่ผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอนเงินรางวัลเข้า__บัญชีเงินเดือน__ผ่านทาง__รหัสบุคคล__ ข้อ 6

2.ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน

เลขที่กลุ่ม.....

สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด		
ด้านคลินิก (Clinical)	❒ Safe Surgery	☑ Patient Care Process
	❒ Infection Control	❒ Line , Tube & Catheter
	❒ Medication Safety	❒ Emergency Response
	❒ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	❒ ความปลอดภัย [Safety]	❒ คุณภาพ / สิ่งสูญเปล่า [Quality (waste)*]
	❒ ต้นทุน / ความคุ้มค่า [Cost]	❒ ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Delivery]

ส่วนที่ 2

ชื่อเรื่อง " โครงการพัฒนาการสื่อสารแจ้งขั้นตอนการรับบริการหลังตรวจของผู้ป่วยหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรมที่มารับบริการใช้ห้องตรวจในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษโสต ศอ นาสิก "

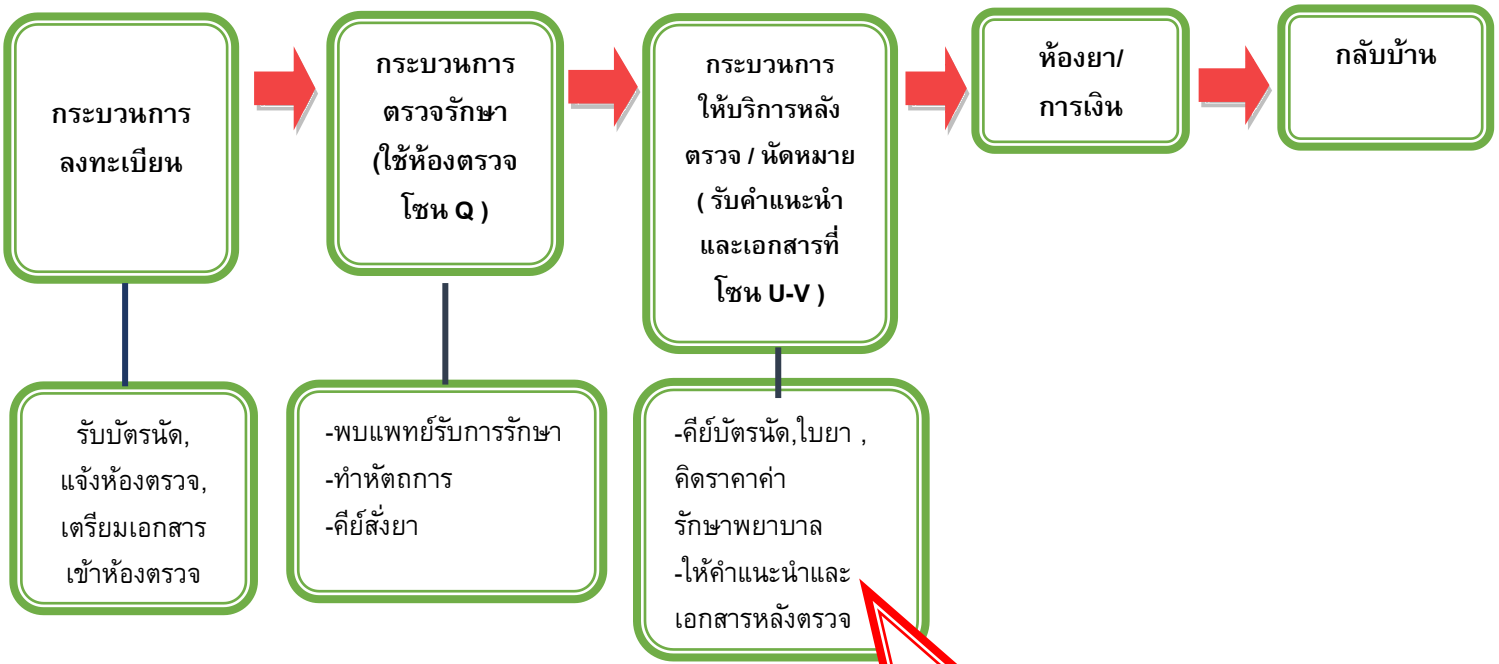
1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (ความเป็นมาของโครงการ)

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลรามาธิบดีเพิ่มขึ้นในทุกๆปี ทำให้ห้องตรวจของบางแผนกไม่เพียงพอ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายการใช้สอยพื้นที่ที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงมีการใช้พื้นที่ร่วมกัน ดังเช่นในโซน Q ชั้น 4 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ซึ่งจะมีแผนกดังต่อไปนี้ใช้พื้นที่ร่วมกันคือ หน่วยตรวจสุขภาพ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษเวชศาสตร์ครอบครัว หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ และหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษโสต ศอ นาสิก ในบางช่วงเวลาจะมีห้องตรวจที่แพทย์ไม่ได้ลงตรวจว่างอยู่ 1-2 ห้อง ก็จะมีแผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรม โซน U-V ที่ไม่ได้อยู่โซน Q มาขอใช้พื้นที่ห้องตรวจเพิ่มเติมเนื่องจากห้องตรวจโซน U-V ไม่เพียงพอ

เมื่อมีการเปลี่ยนสถานที่ห้องตรวจของแผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรม มาใช้พื้นที่ห้องตรวจที่โซน Q. จึงทำให้ผู้ป่วยสับสน ไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการหลังตรวจเสร็จจากห้องแพทย์แล้ว ที่ต้องไปรับเอกสาร คำแนะนำหลังตรวจที่โซน U-V ซึ่งเป็นที่ตั้งของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรม แต่ยังคงนั่งรออยู่ที่โซน Q. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 – 2564 มีผู้ป่วยของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรมที่มาใช้ห้องตรวจโซน Q โดยเฉลี่ย 425 ราย / เดือน มีการมาใช้บริการห้องตรวจ 4 วัน / สัปดาห์ ในช่วงเวลา 9.00-16.00 น และมีผู้ป่วยมาสอบถามโดยเฉลี่ย 13 ครั้ง / วัน แต่เนื่องจากในแต่ละวันจำนวนผู้ป่วยที่ใช้พื้นที่ในโซน Q. ก็มีจำนวนมาก 100-150 ราย/วัน อาจทำให้เกิดการสื่อสารคลาดเคลื่อนได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายของแผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรมเมื่อพบแพทย์เสร็จแล้วจึงยังนั่งรอพยาบาลเรียกชื่อที่หน้าเคาน์เตอร์หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษโสต ศอ นาสิก ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจและเกิดข้อร้องเรียนเป็นจำนวน 12 ครั้ง ภายในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2564

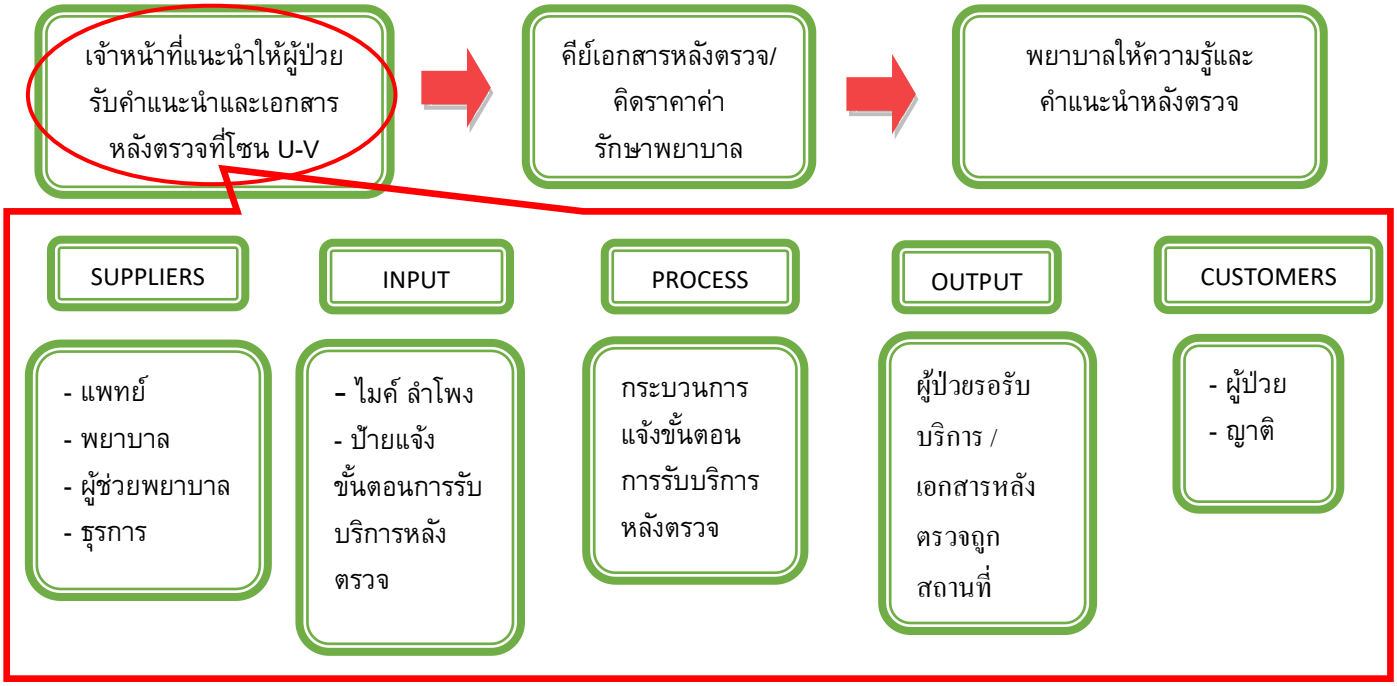
ดังนั้นทางหน่วยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการแจ้งสถานที่และขั้นตอนการรับบริการของผู้ป่วยแผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรมที่มาใช้ห้องตรวจในโซน Q จึงได้ปรับปรุงกระบวนการทำงานและการสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการรับบริการที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อป้องกันการเกิดข้อร้องเรียน

2. กรอบแนวคิดแสดงภาพรรวมระบบ Work System และ SIPOC Diagram



ปัญหาที่พบ:
ผู้ป่วยอายุกรรม รอรับบริการ / เอกสารหลังตรวจผิดที่
จึงได้พัฒนา : การสื่อสารแจ้งขั้นตอนการรับบริการหลังตรวจของผู้ป่วยหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรมที่มารับบริการใช้ห้องตรวจในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษโสต ศอ นาสิก

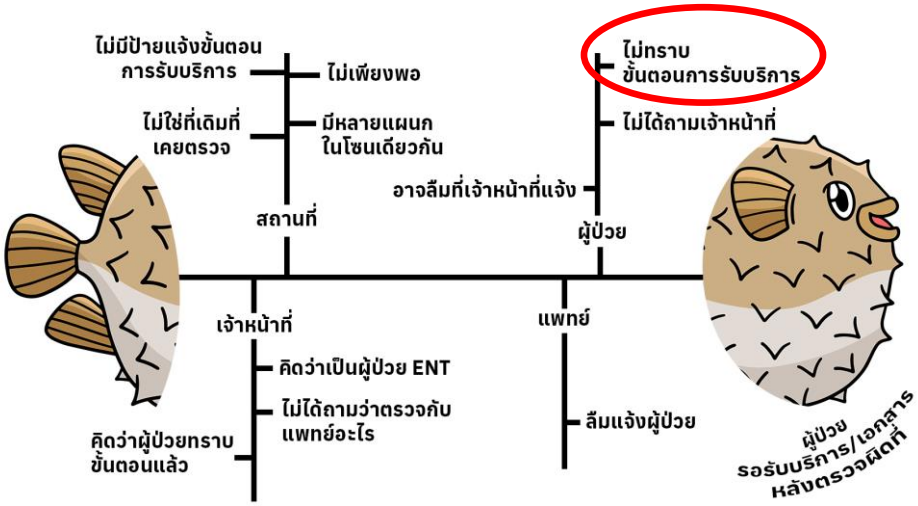
กระบวนการให้บริการหลังตรวจ/นัดหมาย ของผู้ป่วยอายุกรรมที่ใช้ห้องตรวจ
ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษโสต ศอ นาสิก



** **OUTPUT** จากกระบวนการ คือ ผู้ป่วยรอรับบริการ / เอกสารหลังตรวจถูกสถานที่ **OUTCOME** คือ ผู้ป่วยพึงพอใจ ลดการร้องเรียน

3. การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

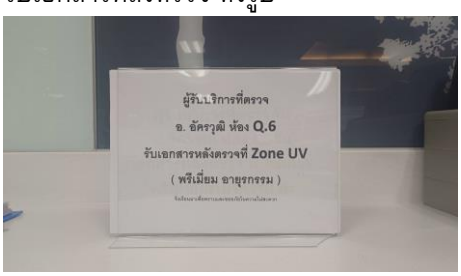
การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา : จากการเปลี่ยนสถานที่ห้องตรวจของแผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรม มาใช้พื้นที่ห้องตรวจที่โซน Q. จึงทำให้ผู้ป่วยสับสน ไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการหลังตรวจเสร็จจากห้องแพทย์แล้ว ที่ต้องไปรับเอกสารคำแนะนำหลังตรวจที่โซน U-V จึงทำให้ไม่พึงพอใจ และเสียเวลารอคอย เกิดข้อร้องเรียนตามมา

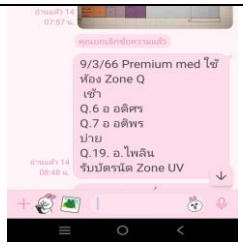


**** **สาเหตุที่เลือกนำปัญหามาปรับปรุง :** เนื่องจากถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลทราบขั้นตอนในการรับบริการจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องไม่เกิดความไม่พึงพอใจ ลดข้อร้องเรียน

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.เพื่อให้ผู้ป่วยรอรับบริการ / เอกสารหลังตรวจถูกสถานที่	อัตราการนั่งรอรับบริการ / เอกสารหลังตรวจถูกสถานที่	100%
2.เพื่อลดข้อร้องเรียนของผู้ป่วยในเรื่องการรอรับบริการ/เอกสารหลังตรวจผิดที่	จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องการรอรับบริการ/เอกสารหลังตรวจผิดที่	0 ครั้ง

4. กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

รอบการปรับปรุง	ก่อนการปรับปรุง / ปัญหา	หลังการปรับปรุง	ผลที่ได้จากการปรับปรุง
รอบที่ 1 พ.ค –ก.ค.65	หลังจากผู้ป่วยของแผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรมที่มาใช้ห้องตรวจที่โซน Q พบแพทย์เสร็จ ผู้ช่วยพยาบาลและแพทย์ในห้องตรวจจะแจ้งให้ผู้ป่วยไปรอรับคำแนะนำและเอกสารหลังตรวจที่โซนU-V **ปัญหาที่พบ:** ผู้ป่วยไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการหลังตรวจ ยังคงนั่งรออยู่ที่โซน Q เมื่อรอนานไม่ได้รับการบริการ จึงเกิดความไม่พึงพอใจ เกิดการร้องเรียน	-กำหนดให้มีการประกาศแจ้งว่า “ **ผู้รับบริการท่านใดที่ตรวจห้อง Q6 กับแพทย์..... และห้อง Q7 กับ แพทย์.....หลังพบแพทย์เสร็จแล้ว กรุณารอรับเอกสารหลังตรวจที่โซน U-V แผนกพรีเมี่ยมอายุรกรรม คะ** “ โดยประกาศทุก 1 ชั่วโมงคลอบคลุมระยะเวลาที่แพทย์ตรวจจนหมด (เป็นการประกาศภายในโซน Q)	**<u>ข้อดี</u>** ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยได้รับทราบขั้นตอนการรับบริการตามเสียงประกาศ **<u>ข้อด้อย</u>** -ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ตั้งใจฟังเสียงประกาศ -ผู้ป่วยที่มาตรวจทีหลังอาจจะไม่ได้ยินเสียงประกาศ ต้องรออีก 1 ชั่วโมงถึงจะมีการประกาศซ้ำ
รอบที่ 2 ส.ค.-ต.ค.65	- ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ตั้งใจฟังเสียงประกาศ -ผู้ป่วยที่มาตรวจทีหลังอาจจะไม่ได้ยินเสียงประกาศ ต้องรออีก 1 ชั่วโมงถึงจะมีการประกาศซ้ำ	-ติดตั้งป้ายแจ้งที่หน้าเคาน์เตอร์พยาบาลและหน้าห้องตรวจ ระบุชื่อแพทย์ ห้องตรวจ และสถานที่รับเอกสารหลังตรวจ ดังรูป  	**<u>ข้อดี</u>** -เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบขั้นตอนการรับบริการ **<u>ข้อด้อย</u>** -ผู้ป่วยไม่ได้อ่านป้ายประกาศ -เจ้าหน้าที่ต้องทำป้ายประกาศทุกวัน เนื่องจากมีแพทย์หมุนเวียนตลอดไม่มีห้องตรวจประจำ
รอบที่ 3 พ.ย.65-ม.ค.66	-ผู้ป่วยที่ไม่ได้อ่านป้ายประกาศหรือยังไม่เข้าใจ จึงยังมีมาสอบถามข้อมูลกับเจ้าหน้าที่โซน Q	- สร้างแนวปฏิบัติการทำงานด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่โซน Q โดยขอความร่วมมือให้แผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรม ส่งรายชื่อแพทย์ที่มาใช้ห้องตรวจโซน Q และสถานที่รับเอกสารหลังตรวจล่วงหน้าผ่านทาง Line หากมีผู้ป่วยมาสอบถามถึงขั้นตอนการรับบริการ **เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่สอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติมว่าตรวจกับแพทย์ท่านใด หากผู้ป่วยไม่ทราบชื่อแพทย์ ให้เจ้าหน้าที่ขอเลข HN ของผู้ป่วยมาทำการเช็คข้อมูล จะได้ทราบว่าเป็นผู้ป่วยของหน่วยไหนและสามารถให้ข้อมูลได้ถูกต้อง**	**<u>ข้อดี</u>** -เจ้าหน้าที่ทุกคนในแผนกให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้ถูกต้อง เพราะได้รับข้อมูลการแจ้งห้องตรวจ ชื่อแพทย์และสถานที่รับเอกสารหลังตรวจทุกวัน -ผู้ป่วยทราบขั้นตอนการรับบริการทันทีหลังตรวจเสร็จ โดยได้รับใบนำทางตั้งแต่ในห้องตรวจ

		 - หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรมได้จัดทำใบนำทางแจกให้ผู้ป่วยหลังตรวจแพทย์เสร็จ เพื่อประชาสัมพันธ์อีกทาง 	

5. แผนการดำเนินกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ) กรุณาระบุช่วงเวลาที่ชัดเจน (Gantt's Chart) **** เอกสารแนบ 1 ****

6.ผลสำเร็จ/ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแผน/โครงการ

ตัวชี้วัด	สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (ข้อที่)		ก่อนดำเนินการ (2563-2564)	ผลดำเนินการ (เดือน / ปี)			
				เป้าหมาย	หลังดำเนินการ		
	1	2			ครั้งที่ 1 พ.ค. – ก.ค. 65	ครั้งที่ 2 ส.ค.-ต.ค. 65	ครั้งที่ 3 พ.ย.65 –ม.ค. 66
1.อัตราการนั่งรอรับบริการ / เอกสารหลังตรวจถูกสถานที่	✓		92.86%	100%	95.60%	98.35%	100%
2. จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องการรอรับบริการ/ เอกสารหลังตรวจผิดที่		✓	12 ครั้ง (เฉลี่ยเดือนละ 1 ครั้ง)	0 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง	0 ครั้ง

7. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

1. ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

Timely: ลดระยะเวลาในการรอรับเอกสารหลังตรวจ ไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลา

Equity: ให้การบริการผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่คำนึงว่าเป็นผู้ป่วยของแผนกไหน

Effectiveness: ผู้ป่วยรอรับบริการ / เอกสารหลังตรวจถูกแผนก และไม่เกิดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย

Efficiency: โครงการนี้ทำให้เกิดแนวปฏิบัติการทำงานด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยหน่วยที่มาตรวจที่โซน Q ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็วและเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการ

Patient center: มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การบริการโดยคำนึงถึงผู้ป่วยในการเข้าถึงขั้นตอนการบริการได้ง่าย

2. เกิดแนวปฏิบัติการทำงานด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มาตรวจที่โซน Q ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. สื่อสารแนวการปฏิบัติงาน ไปยังหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษอายุรกรรม

8. การตรวจสอบ/ ติดตาม / ประเมินผล เพื่อป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

1. ทบทวนแนวปฏิบัติการทำงานด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มาตรวจที่โซน Q กับเจ้าหน้าที่ในแผนกทุก 6 เดือน หากพบปัญหาให้นำมาปรับปรุงเพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น
2. จุดตรวจสอบการปฏิบัติงาน : ตรวจสอบข้อร้องเรียนในแต่ละเดือน
3. หลังดำเนินการแล้ว ตั้งแต่ ก.พ.-มี.ค.66 : ยังไม่มีการร้องเรียนเรื่องการรอรับบริการหลังตรวจ / เอกสารผิดที่

4. บทบาทของผู้บริหารหน่วยงานในการควบคุมดูแล : กำหนดเป็นวาระการประชุมของหน่วยงานในทุกเดือน และคอยตรวจสอบข้อร้องเรียน

9. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : ความสามัคคีร่วมมือกันของเจ้าหน้าที่ทั้ง 2 แผนก ที่ช่วยกันมองเห็นปัญหา เสนอแนะหาแนวทางแก้ไขและป้องกันร่วมกัน ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ไม่คำนึงว่าเป็นผู้ป่วยของแผนกไหน เพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการ

ความรู้ที่ได้	ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
-เจ้าหน้าที่ได้ฝึกการเรียนรู้ การแก้ไขปัญหา บริหารจัดการ พร้อมทั้งรู้จักรับฟังความเห็นของผู้ร่วมงานทั้งในแผนกและต่างแผนก	-การปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในการแสดงความคิดเห็น เสนอแนะ ร่วมกันประเมินผล อาจทำให้ต้องเพิ่มภาระงาน -ในช่วงเวลาที่มีภาระงานยุ่ง ปริมาณผู้ป่วยมาก อาจทำให้เกิดข้อบกพร่องในการสื่อสารได้	-ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ในการให้คำแนะนำเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากผู้รับบริการยังมีความต้องการได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการโดยตรง

องค์ความรู้ที่สำคัญที่ใช้ในการแก้ปัญหา คือ หลัก SIMPLE ในเรื่อง Patient Care Process (communication) การได้ทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน แล้วนำมาหาวิธีแก้ไข ปรับปรุงโดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ

สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง : มีการร่วมมือกันระหว่าง 2 แผนก มีอาจารย์แพทย์ทางอายุรกรรมที่มาใช้ห้อง ช่วยในสื่อสารเรื่องขั้นตอนก่อนออกจากห้องตรวจ

10. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

1. โครงการพัฒนารูปแบบการสอนการพ่นยาจมูกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดรักษาไซนัสอักเสบเรื้อรัง **โดยคุณชโยธร หัวใจ** วางแผนดำเนินการ ธันวาคม 2565 - กันยายน 2566 ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนวางแผน รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา

กิจกรรม	**ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี) 2565-2566**												
	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
1. วางแผน/ศึกษา/ รวบรวมข้อมูล	←	↔											
2. วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา		←	↔										
3. ดำเนินการจัดทำโครงการ				↔									
4. นำเสนอที่ประชุม					↔								
5. ตรวจสอบ ปรับปรุงงาน ตามข้อเสอนแนะ						↔							
6. ทดลองใช้งาน							←	—	—	—	—	—	→

วางแผนงาน ←→

2. จากโครงการดังกล่าวข้างต้น สามารถนำไปพัฒนาเป็นงานวิจัย R2R เพื่อพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยในการพ่นยาจมูกในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดรักษาไซนัสอักเสบเรื้อรัง

3. สามารถขยายผลเป็นต้นแบบการให้ความรู้กับหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโสต ศอ นาสิก ที่ชั้น2 และหอผู้ป่วยในต่างๆ ที่มีกลุ่มคนไข้ไปทำผ่าตัดไซนัส

ลงชื่อ(หัวหน้ากลุ่ม) .....
(นางสาวปวีณา เพ็ชรประพันธ์กุล)

ลงชื่อ(หัวหน้าหน่วย).....
(นางสาววิชชาวดี หน่อเนื้อ)
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษโสต ศอ นาสิก
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)														ผู้รับผิดชอบ
	ธ.ค 64	ม.ค 65	ก.พ 65	มี.ค 65	เม.ย 65	พ.ค 65	มิ.ย 65	ก.ค 65	ส.ค 65	ก.ย 65	ต.ค 65	พ.ย 65	ธ.ค 65	ม.ค. 66	
1.ระบุปัญหาและรวบรวมข้อมูล	←→	←→													ปวีณา เพ็ชรประพันธ์กุล หรินทิพย์ เชื้อทอง กรรณิกา ศิริปรุ
2.ประชุมกลุ่มและหาแนวทางแก้ไข			←→	←→											ปวีณา เพ็ชรประพันธ์กุล หรินทิพย์ เชื้อทอง กรรณิกา ศิริปรุ อนัตตา บรรดาศักดิ์
3.ตั้งวัตถุประสงค์และวางแผนดำเนินงานพร้อมแจ้งให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยรับทราบ				←→	←→										ปวีณา เพ็ชรประพันธ์กุล หรินทิพย์ เชื้อทอง กรรณิกา ศิริปรุ อนัตตา บรรดาศักดิ์
4.ปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 1 และประเมินผล						←→	←→	←→	←→						ปวีณา เพ็ชรประพันธ์กุล อนัตตา บรรดาศักดิ์
5.ปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 2 และประเมินผล									←→	←→	←→				ปวีณา เพ็ชรประพันธ์กุล หรินทิพย์ เชื้อทอง กรรณิกา ศิริปรุ
6.ปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 3 และประเมินผล												←→	←→	←→	ปวีณา เพ็ชรประพันธ์กุล หรินทิพย์ เชื้อทอง กรรณิกา ศิริปรุ อนัตตา บรรดาศักดิ์

←→ **วางแผนงาน** ←→ **ปฏิบัติจริง**