



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

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

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☐ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☒ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวด และที่ได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

*หมายเหตุ : 1.กรณีทีผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอนเงินรางวัลเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านทางรหัสบุคคล ข้อ 6
2.ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน

เลขที่กลุ่ม.....

วันที่รับข้อมูล.....

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

ส่วนที่ 2 ขอใหพิจารณา “คู่มือการเขียนผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน” อย่างละเอียดเพื่อประโยชน์ต่อเจ้าของผลงาน

ชื่อเรื่อง / โครงการ: โครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เรื่อง "การป้องกันการพลัดตกหกล้มในบริบทของห้องผ่าตัด: Fall prevention in perioperative nursing care"

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา

ห้องผ่าตัดอาคารสิริกิติ์ให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยนอก (OPD case) สถิติที่มีผู้ป่วยนอกเข้ามารับการผ่าตัด ปี 2561 - 2565 จำนวน 7,680 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมด 14,260 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.86 และมีแนวโน้มผ่าตัดมากขึ้น หลังทำผ่าตัดการที่ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด ปวด และเคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบาก ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม (Fall) เพิ่มขึ้น จากสถิติพบผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดพลัดตกหกล้ม หลังทำผ่าตัด 1 ราย ในปี 2561 มีการวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา (Root cause analysis) และกำหนดมาตรการป้องกัน ผลลัพธ์คือ อุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มของห้องผ่าตัด = 0 ราย (ระหว่างปี 2562 - 2565) ต่อมาทีมผู้จัดทำเห็นโอกาสพัฒนาจากการสังเกต ปัญหาที่พบคือ ผู้ปฏิบัติงาน ขาดความสม่ำเสมอในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ห้องผ่าตัดอาคารสิริกิติ์ให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ (53.33%) เป็นผู้ป่วยนอกที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการอ่อนเพลีย บางรายมีภาวะเบาหวานร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มร่วมด้วย ก่อนเข้ารับบริการผ่าตัด จากสถิติพบผู้ป่วยนอกไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยง = 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 80% (ม.ค.-ธ.ค. 2564) ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ขาดการสื่อสาร และการส่งต่อข้อมูล ที่ชัดเจนทำให้ละเลยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด ทีมผู้จัดทำเล็งเห็นโอกาสพัฒนา จึงได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดการป้องกันเชิงรุกในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัด และดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามมาตรฐานในทุกระยะของการผ่าตัด

2. กรอบแนวคิดภาพรวมของกระบวนการ (Work Flow) และ SIPOC Diagram

- 2.1 สายธารแห่งคุณค่า (Value chain) ซึ่งเป็นภาพรวมของกระบวนการ (Workflow) } (เอกสารแนบ 1)
2.2 กระบวนการทำงาน (Work Process) ที่หน่วยงานนำมาปรับปรุงโดยใช้ SIPOC Diagram }

3. การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

3.1 สาเหตุของปัญหา ตามแนวทางของมิติคคุณภาพ STEEEP มีดังนี้

ผู้ปฏิบัติงานขาดความสม่ำเสมอในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Safety) ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ขาดการสื่อสาร และการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน (Efficiency และ Effectiveness) ทำให้เสียเวลากลับไปทำแบบประเมินความเสี่ยงใหม่ (Timely) และละเลยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด (Safety, Equity และ Patient Center)

3.2 การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) (เอกสารแนบ 2)

3.3 กำหนดวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

3.3.1 วัตถุประสงค์	3.3.2 ตัวชี้วัด	3.3.3 เป้าหมาย
3.3.1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทุกราย	3.3.2.1 อัตราการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด	100%
3.3.1.2 เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด	3.3.2.2 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด	0 ครั้ง/ปี
3.3.1.3 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติใหม่ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้อย่างถูกต้อง	3.3.2.3 อัตราของผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามแนวทางใหม่ได้ถูกต้อง ครบถ้วน	100%

4. กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

สภาพการทำงานเดิม (ม.ค.-ธ.ค. 64) ผู้ปฏิบัติงานประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกทุกราย ด้วยแบบประเมิน "Kare Risk Tool Ramathibodi" และ "Fall Related Medication Side Effects" จากนั้นจัดทำสติ๊กเกอร์สีแยกตามประเภทความเสี่ยงที่ประเมินได้ เช่น ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม High Risk นำสติ๊กเกอร์สีเหลือง "Strict Fall Precaution" ติดที่แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด (ดังรูปที่ 1) และติดสติ๊กเกอร์แสดงสัญลักษณ์ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ป้ายชื่อผู้ป่วย (ดังรูปที่ 2) และหากผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม Low Risk นำสติ๊กเกอร์สีชมพู "Standard Fall Precaution" มาติดตรงช่อง (ดังรูปที่ 1) เช่นเดียวกัน แต่ไม่ต้องติดสติ๊กเกอร์แสดงสัญลักษณ์ที่ป้ายชื่อผู้ป่วย ปัญหาที่พบคือ ผู้ปฏิบัติงานขาดความสม่ำเสมอในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จากสถิติพบผู้ป่วยนอกไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยง = 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 80% (ม.ค.-ธ.ค. 2564) หากผู้ปฏิบัติงานลืมนัดสติ๊กเกอร์สีทำให้เสียเวลากลับไปทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มใหม่ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ขาดการบันทึกข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ทำให้ยากต่อการตรวจสอบ และการ

ประเมินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามจำนวนผู้ปวยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด และขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ละเลยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด



รูปที่ 1 แสดงการติดสติ๊กเกอร์สี Fall ในใบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด



รูปที่ 2 แสดงสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์ Fall ที่ป้ายชื่อมือผู้ป่วย

ตารางแสดงแนวทางการปรับปรุง/วิธีแก้ไขปรับปรุง ปัญหาที่พบ จุดเด่น จุดด้อย ในรูปแบบ PDCA

แนวทางการปรับปรุง	ผลการปรับปรุง
แนวทางการปรับปรุงครั้งที่ 1 (ม.ค.-พ.ค. 65): จัดทำสมุดบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งปรับแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอก ให้เหมาะกับหน่วยงานห้องผ่าตัด วิธีการ: จัดทำสมุดบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยต้องลงข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้ วันเดือนปี, ชื่อ-นามสกุล อายุ, ชนิดการผ่าตัด, โรคประจำตัว, เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 8 ข้อ และผลการประเมิน ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง 1 ใน 8 ข้อ ถือว่าเป็น "Strict Fall Precaution" แต่ถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยง "Standard Fall Precaution" และติดสติ๊กเกอร์สีแยกตามประเภทความเสี่ยงที่ประเมินได้ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น  รูปที่ 3 แสดง QR code สมุดบันทึกข้อมูลแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอก ที่เข้ารับบริการในห้องผ่าตัดอาคารสิริกิติ์ (เอกสารแนบ 3)	จุดเด่น: มีสมุดบันทึกข้อมูลแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ามาใช้บริการในห้องผ่าตัดอาคารสิริกิติ์ สามารถสื่อสาร และส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม = 95% ลดระยะเวลาในการกลับไปทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มใหม่ กรณีผู้ปฏิบัติงานลืมติดสติ๊กเกอร์สี จาก 15 นาที เหลือ 0 นาที และไม่พบผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม จุดด้อย: เมื่อมีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการผ่าตัดหลายคน การที่มีสมุดบันทึกข้อมูลเล่มเดียว ทำให้ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทุกราย การทำงานไม่สะดวก รวดเร็ว และมีการเปลี่ยนรอบการหมุนเวียนของพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลประจำห้องทุก 2 เดือน หรือมีผู้ปฏิบัติงานใหม่เข้ามาทำงาน อาจทำให้ขาดความรู้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ประเมินได้ โอกาสพัฒนา: จัดทำรูปแบบบันทึกข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอก ลงใน Google form ทุกราย สามารถแสดงผลการประเมิน พร้อมบอกแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ประเมินได้
แนวทางการปรับปรุงครั้งที่ 2 (มิ.ย.-พ.ย. 65): จัดทำรูปแบบบันทึกข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอก ลงใน Google form สามารถแสดงผลการประเมิน พร้อมบอกแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ประเมินได้ วิธีการ: จัดทำรูปแบบบันทึกข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอก ลงใน Google form ทุกราย โดยต้องลงข้อมูลผู้ป่วยเหมือนการลงข้อมูลในสมุดบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สามารถแสดงผลการประเมิน พร้อมบอกแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และติดสติ๊กเกอร์สีแยกตามประเภทความเสี่ยงที่ประเมินได้ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น  รูปที่ 4 แสดง QR code แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอก ลงใน Google form (เอกสารแนบ 3)	จุดเด่น: ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม = 100% ผู้ปฏิบัติงานทำงานสะดวกมากขึ้น เพียงกรอกข้อมูลผู้ป่วยใน Google form ระบบสามารถแสดงผลการประเมิน พร้อมบอกแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ประเมินได้ ลดการใช้กระดาษ และไม่พบผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม จุดด้อย: รูปแบบบันทึกข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอก ลงใน Google form จะมีแค่เจ้าหน้าที่รับส่งเท่านั้นที่สามารถเห็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่ห้องอื่นๆ ที่ลืม ไม่แน่ใจ อาจขาดความรู้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ประเมินได้เช่นกัน โอกาสพัฒนา: จัดทำสติ๊กเกอร์สี QR code แบ่งประเภทของความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สามารถดูแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ประเมินได้
แนวทางการปรับปรุงครั้งที่ 3 (ธ.ค. 65-ม.ค. 66): จัดทำสติ๊กเกอร์สี QR code แบ่งประเภทของความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สามารถดูแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ประเมินได้ วิธีการ: เมื่อแบบบันทึกข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอก ลงใน Google form แสดงผลการประเมินแล้ว ให้ติดสติ๊กเกอร์สี QR code แยกตามประเภทความเสี่ยงที่ประเมินได้ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น  รูปที่ 5 แสดงสติ๊กเกอร์ QR code สีชมพู แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย "Standard fall precaution for ORSK" (เอกสารแนบ 3)  รูปที่ 6 แสดงสติ๊กเกอร์ QR code สีเหลือง แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย "Strict fall precaution for ORSK" (เอกสารแนบ 3)	จุดเด่น: เจ้าหน้าที่ห้องอื่นๆ สามารถเห็นสติ๊กเกอร์สี QR code เตือนระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ทั้งในเอกสาร และป้ายชื่อมือผู้ป่วย อีกทั้งยังสามารถดูแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ประเมินได้ จึงสามารถเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม และดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามมาตรฐานในทุกะของการผ่าตัด ไม่พบผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม

5. การดำเนินการตามแผน (Gantt's Chart)

←วางแผนงาน

6. ผลสำเร็จ/ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแผน/โครงการ

ตัวชี้วัด	สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ (ข้อที่)			ก่อนดำเนินการ (ม.ค.-ธ.ค.64)	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)			
					เป้าหมาย	หลัง		
	1	2	3			ครั้งที่ 1 (ม.ค.-พ.ค.65)	ครั้งที่ 2 (มิ.ย.-พ.ย.65)	ครั้งที่ 3 (ธ.ค.65-มี.ค.66)
1. อัตราการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด	✓			80%	100%	95%	100%	100%
2. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด		✓		0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
3. อัตราของผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามแนวทางใหม่ได้ถูกต้อง ครบถ้วน			✓	-	100%	90%	95%	100%

7. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

7.1 ระบบประโยชน์/ผลผลิต (output)/ ผลลัพธ์ (outcome) ตามมิติคุณภาพ STEEP มีดังนี้

7.1.1 Safety: จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด = 0 ครั้ง/ปี

7.1.2 Timely: ลดระยะเวลาในการกลับไปทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มใหม่ จาก 15 นาที เหลือ 0 นาที

7.1.3 Efficiency: มีแนวทางปฏิบัติ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทุกราย อัตราการประเมินความเสี่ยง = 100% และผู้ปฏิบัติงานสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ตามระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย

7.1.4 Effectiveness: อัตราการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด = 100%, จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด = 0 ครั้ง/ปี, อัตราของผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามแนวทางใหม่ได้ถูกต้อง ครบถ้วน = 100% และบรรลุเป้าหมาย

7.1.5 Equity: ผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการผ่าตัดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทุกราย

7.1.6 Patient Center: ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยงที่ประเมินได้ ได้รับการดูแล และเฝ้าระวังในทุกระยะการผ่าตัด ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด

7.2 จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ตามบริบทของห้องผ่าตัด สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ ขอความร่วมมือในการปฏิบัติ โดยกำหนดทีมเจ้าหน้าที่รับส่งเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยนอกทุกราย จัดทำรูปแบบบันทึกข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด ลงใน Google form จัดทำสติ๊กเกอร์ QR code แบ่งประเภทของความเสี่ยง สามารถดูแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ประเมินได้ พร้อมแสดงวิธีการใช้งานอย่างง่าย เพื่อประเมินการใช้งานได้อย่างถูกต้อง ดังนี้ (เอกสารแนบ 5)

7.3 นำโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เรื่อง "การป้องกันการพลัดตกหกล้มในบริบทของห้องผ่าตัด: Fall prevention in perioperative nursing care" สื่อสารความก้าวหน้า และผลลัพธ์ในที่ประชุมคณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามารัตน์

8. การตรวจสอบ ติดตาม/ ประเมินผล เพื่อป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

8.1 แสดงวิธีการตรวจสอบ/มาตรการหรือ/มาตรฐานหรือ/แนวทางการปฏิบัติ เพื่อติดตาม ประเมินผล ป้องกันการไม่บรรลุเป้าหมาย ทีมเจ้าหน้าที่รับส่งเป็นผู้ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทุกราย โดยมีหัวหน้าเจ้าหน้าที่รับส่ง ติดตามผลการใช้งานทุกวันหลังปฏิบัติงาน มีการนับ และตรวจสอบจำนวนผู้ลงทะเบียนประเมินใน Google form ตามจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดในวันนั้น และจะสรุปผลการตรวจสอบอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน โดยทีมผู้จัดทำแจ้งให้ทราบในที่ประชุม หลังการดำเนินงานพบว่าผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานใหม่ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดได้ถูกต้อง ครบถ้วน 100% และไม่พบผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้ได้จัดทำเป็นมาตรฐานการใช้งานของหน่วยงาน และสื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบโดยทั่วกัน

8.2 กำหนดจุด Critical Point เป็นจุดตรวจสอบการปฏิบัติงาน จากตัวชี้วัด In Process Indicator

กระบวนการ	สิ่งที่ต้องควบคุมพิเศษ (Critical Point)	วิธีการควบคุม
ผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการ ผ่าตัดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ลงใน Google form ทุกราย	- ผู้ปฏิบัติงานต้องมีโทรศัพท์มือถือ - ผู้ปฏิบัติงานต้องมีสัญญาณอินเทอร์เน็ต - ผู้ปฏิบัติงานต้องใช้งาน Google form ได้ - การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้	- ผู้ปฏิบัติงานต้องมีโทรศัพท์มือถือไว้ใช้งาน - ผู้ปฏิบัติงานต้องมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตไว้ใช้งาน - ตรวจสอบ QR code ทุกวัน ว่าสามารถใช้งานได้ - จัดให้มีการนิเทศการใช้งานการลงข้อมูลในแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด ลงใน Google form สำหรับพยาบาลใหม่ และพยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง - สุ่มตรวจผู้ปฏิบัติงานในการปฏิบัติตามแนวทางใหม่ได้ถูกต้อง ครบถ้วน - ติดตามการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ลงใน Google form โดยกำหนดให้หัวหน้าเจ้าหน้าที่รับส่ง และนางสาวธารทิพย์ แก้วณิชัย เป็นผู้ติดตามการนับ และตรวจสอบการประเมินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทุกวันหลังปฏิบัติงาน

8.3 แสดงผลการตรวจสอบและการยืนยันผลที่ได้จากการตรวจสอบ (Standard One Point : SOP) จาก Critical Point

หลังดำเนินการอัตราการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด = 100% (มิ.ย. 65-มี.ค. 66), จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด = 0 ครั้ง/ปี (ม.ค. 65-มี.ค. 66), อัตราของผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามแนวทางใหม่ได้ถูกต้อง ครบถ้วน = 100% (ธ.ค. 65-มี.ค. 66)

8.4 แสดงวิธีการหรือ/บทบาทของผู้บังคับบัญชาระดับต้นซึ่งเป็นผู้บริหารหน่วยงานในการควบคุมกำกับดูแล

กำหนดให้มีการนำโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เรื่อง "การป้องกันการพลัดตกหกล้มในบริบทของห้องผ่าตัด:

Fall prevention in perioperative nursing care" เข้าประชุมในวาระการประชุมของหน่วยงานทุก 1 เดือน เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ติดตามผลการใช้งานทุกครั้งหลังปฏิบัติงาน ประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน กำหนดให้หัวหน้าเจ้าหน้าที่รับส่ง และนางสาวธารทิพย์ แก้วมณีชัย เป็นผู้ติดตามการประเมินทุกครั้ง นำโครงการนี้เป็นโครงการต้นแบบนำเสนอคณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ และนิเทศงานทุกครั้งเมื่อมีพยาบาลใหม่ และพยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงาน ได้อย่างถูกต้อง

9. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ

9.1 ระบุการเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ โดยมีการระบุ "ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factor)"

9.1.1 ความรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ คือ SIMPLE: P4 (Preventing common complications: Preventing patient fall) คือ กระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วย	9.1.2 วิเคราะห์งาน และกระบวนการทำงาน ปรับแนวทางปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของห้องผ่าตัด	9.1.3 Team work อาศัยความร่วมมือร่วมใจจากผู้ปฏิบัติงานทุกคน โดยการตระหนัก เต็มใจ ยอมรับเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อสร้างและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการ และกลไกการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกคนอย่างแท้จริง
--	--	---

9.2 ระบุปัญหา/ อุปสรรคที่ได้จากการเรียนรู้จากการทำโครงการ

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
- ในระยะแรกที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัด ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงานในการปฏิบัติตามมาตรฐานใหม่ อาจเป็นการเพิ่มภาระงานเนื่องจากยังไม่คุ้นชิน - พยาบาลใหม่ และพยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน สัม และขาดทักษะในการทำงานเนื่องจากมีการหมุนเวียนในการปฏิบัติงาน - ภาวะเร่งรีบ เพื่อนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด หรือมีผู้ป่วยนอกเข้ามาใช้บริการจำนวนมากทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทุกราย - ขาดการติดตาม และควบคุมตรวจสอบการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัด - ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน - ขาดมาตรฐานการใช้งานของหน่วยงานในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัด	- การสร้างระบบและมาตรฐานในการทำงาน จะช่วยลดปัญหาความผิดพลาดได้ โดยเฉพาะงานที่มีผู้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ และพยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน - จัดให้มีการนิเทศ ใช้งานการลงข้อมูลในแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัด ลงใน Google form เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง - ติดตามการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทุกราย โดยกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เป็นผู้ติดตามการนับ และตรวจสอบการประเมินให้ถูกต้องครบถ้วน ตามจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดทุกวันหลังปฏิบัติงาน - จัดทำ WI ใหม่ ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัดในหน่วยงาน

9.3 ระบุองค์ความรู้ที่สำคัญที่ใช้ในการแก้ปัญหา: ใช้หลัก ECRS ในเรื่อง Rearrange การจัดลำดับขั้นตอนใหม่ให้เหมาะสม, Simplify การทำงานง่ายขึ้น และ Fall risk assessment ของ K (ประยุกต์) คือ การใช้ QR code มาช่วยในการเข้าถึงข้อมูลแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ประเมินได้

9.4 ระบุสหสาขาวิชาชีพ ชื่อและสังกัดที่เกี่ยวข้องที่ทำให้โครงการดำเนินการสำเร็จ: นายแพทย์ณรงค์ฤทธิ์ มัศยานนท์ และคณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ และยังช่วยส่งเสริมให้โครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เรื่อง "การป้องกันการพลัดตกหกล้มในบริบทของห้องผ่าตัด: Fall prevention in perioperative nursing care" เป็นโครงการต้นแบบในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในห้องผ่าตัดอื่นๆ ในโรงพยาบาลรามาริบัติด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัดพลัดตกหกล้ม และผู้ปฏิบัติงานของห้องผ่าตัดอาคารสิริกิติ์ทุกคน ที่ร่วมใช้งาน และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เรื่อง "การป้องกันการพลัดตกหกล้มในบริบทของห้องผ่าตัด: Fall prevention in perioperative nursing care"

10. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

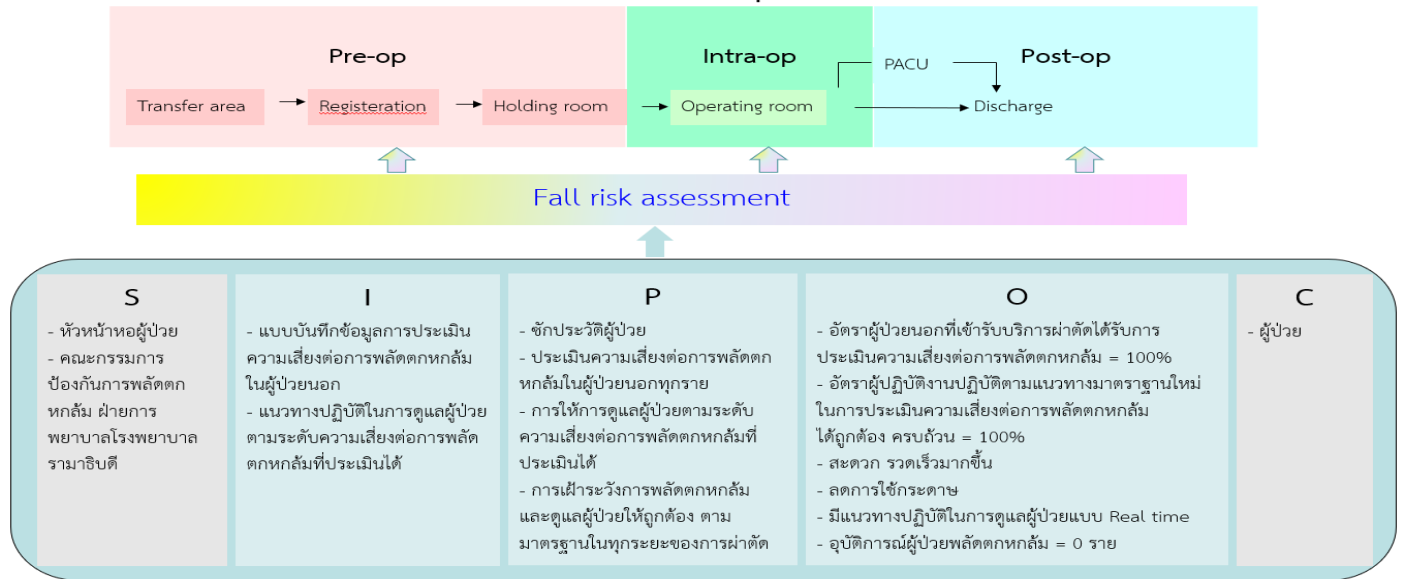
10.1 จัดทำนวัตกรรม "Wonder pillow for Lithotomy and Trendelenburg position (หมอนมหัสจรรย์ เพื่อการจัดท่าขึ้นขาหยั่งและศีรษะต่ำปลายเท้าสูง)" ระยะเวลาที่คาดว่าจะแล้วเสร็จ 1 ปี (เริ่ม ม.ค.-ธ.ค. 2566) ผู้รับผิดชอบนางสาวธารทิพย์ แก้วมณีชัย(เอกสารแนบ6)

10.2 ใช้งานวิชาการที่เกิดขึ้นต่อ: จัดทำบทความ "Wonder glove for LESS surgery (ถุงมือมหัศจรรย์เพื่อการผ่าตัดผ่านกล้องเจาะรูเดียว)"

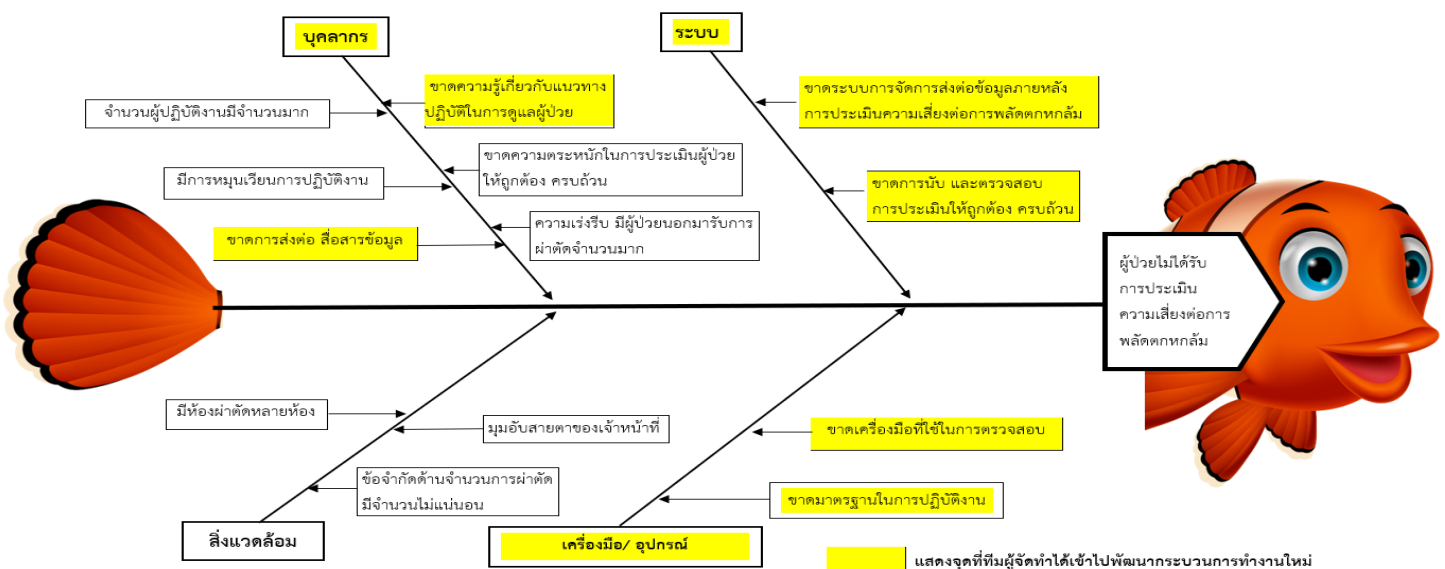
10.3 การขยายผลการปรับปรุง: การพัฒนาโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เรื่อง "การป้องกันการพลัดตกหกล้มในบริบทของห้องผ่าตัด: Fall prevention in perioperative nursing care" มีการดำเนินการใช้ในหน่วยงานห้องผ่าตัดอาคารสิริกิติ์ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน ได้นำโครงการพัฒนาไปสื่อสารยังคณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ และได้รับเลือกเป็นโครงการต้นแบบในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในห้องผ่าตัดอื่นๆ ในโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศ



OR workflow : OR Fall prevention



เอกสารแนบ 2 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis)



เอกสารแนบ 3



ตารางการเปรียบเทียบปัญหาและโอกาสพัฒนาในแต่ละระยะของโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เรื่อง "การป้องกันการพลัดตกหกล้มในบริบทของห้องผ่าตัด: Fall prevention in perioperative nursing care"

3

กำหนดแนวทางปฏิบัติงานใหม่ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการ ดังนี้

1

แผนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของสิ่งประดิษฐ์ "Wonder pillow for Lithotomy and Trendelenburg position (หมอนมหัศจรรย์ เพื่อการจัดท่าผ่าตัดขึ้นขาห้อย และศีรษะต่ำปลายเท้าสูง)"

เหตุผลและที่มาของโครงการ: การผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) เป็นมาตรฐานทางเลือกหนึ่งสำหรับการผ่าตัดในปัจจุบัน ประโยชน์ของการผ่าตัดผ่านกล้อง ได้แก่ แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ทำให้ช่วยลดอาการเจ็บปวด และลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ระยะฟื้นตัวและจำนวนวันในการพักรักษาตัวโรงพยาบาลสั้นลง เป็นต้น แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่ เช่น กรณีที่จำเป็นต้องจัดท่าผ่าตัดผู้ป่วยขึ้นขาหยั่ง และศีรษะต่ำปลายเท้าสูง (Lithotomy and Trendelenburg position) เป็นเวลานานๆ ทำให้เพิ่มแรงกดบริเวณต้นคอ และไหล่ทั้ง 2 ข้าง ของผู้ป่วยมากขึ้น ปัจจุบันได้นำผ้า Half sheet วางรองรับแรงกดบริเวณดังกล่าว พบว่าผ้ามีความแข็ง และมีชายผ้าที่ไม่เรียบ ทำให้หลังผ่าตัดมีความผิดปกติของผู้ป่วยมีรอยแดงจากแรงกดนานๆ บริเวณต้นคอ และไหล่ทั้ง 2 ข้าง ผู้ปฏิบัติงานเล็งเห็นปัญหาจึงได้ประดิษฐ์ "Wonder pillow for Lithotomy and Trendelenburg position" (หมอนมหัศจรรย์ เพื่อการจัดท่าผ่าตัดขึ้นขาหยั่ง และศีรษะต่ำปลายเท้าสูง)" เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว
