



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง PDCA

(F-WI-578/01)

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

	รหัส บุคคล	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน	ฝ่าย / ภาควิชา	โทรศัพท์ ภายใน	โทรศัพท์ มือถือ
1.หัวหน้ากลุ่ม	018514	ภัคคมณัฐ ธนินพนธ์ศิริ	หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	ฝ่ายการพยาบาลโรง พยาบาลรามาริบัติ	0477	0659096622
2.สมาชิกกลุ่ม	004117	สุภาพร ทองพันธ์	หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	ฝ่ายการพยาบาลโรง พยาบาลรามาริบัติ	0477	
	004973	สมพิศ ไทยเดช	หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	ฝ่ายการพยาบาลโรง พยาบาลรามาริบัติ	0477	
3.ผู้ประสานงานกลุ่ม	018514	ภัคคมณัฐ ธนินพนธ์ศิริ	หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	ฝ่ายการพยาบาลโรง พยาบาลรามาริบัติ	0477	0659096622
Email address		krataipkm@gmail.com				
4.Facilitator ของทีม	012535	พณิภัค กริยาผล	งานป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ		0184	
	005059	อัญชลี ทองโสม	หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	ฝ่ายการพยาบาลโรง พยาบาลรามาริบัติ	0476,0477	
5.สหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง (แพทย์ พยาบาล IT ฯลฯ)						

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☐ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../ ขย ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวด และที่ได้รับรางวัลมาแล้วจาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☐ CQI ☒ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและจัดการ ☐ อื่นๆ.....	

*หมายเหตุ : 1.ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

2.ผลงานที่ผ่านเกณฑ์จะได้รับ Email จากคณะฯ เพื่อขอข้อมูลตัวแทนรับเงินรางวัล

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน เลขที่กลุ่ม..... วันที่รับข้อมูล.....

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

ส่วนที่ 2 ขอให้พิจารณา “คู่มือการเขียนผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน” อย่างละเอียดเพื่อประโยชน์ต่อเจ้าของผลงาน

ชื่อเรื่อง / โครงการ ปรับกระบวนการทำงานลด CAUTI

รายละเอียดเกี่ยวกับการพัฒนาผลงาน

ผลผลิต/ผลลัพธ์ มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ในข้อ 3

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (10)

1.1 สภาพการดำเนินงานปัจจุบัน

หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด RA3IC มีบริบทในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มารับบริการผ่าตัดและวิสัญญีของโรงพยาบาลรามารัตนินที่ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป รวมทั้งวิกฤตระบบอื่น ๆ ที่มีความซับซ้อน

อัตราการนอน Length of stays คือ 3.69 วัน มีอัตราการใส่สายสวนปัสสาวะ Foley catheter Utilization Ratio 0.86 โดยหอผู้ป่วย 3IC มีอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนทางเดินปัสสาวะ (Urinary catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI) อยู่ที่ 4.39 โดยอัตราการติดเชื้อสูงกว่าค่า KPIs ของคณะฯ และ NHSN โดย KPIs ของคณะฯ เกณฑ์ คือ 3.00 และ National Healthcare Safety Network (NHSN) ที่ 3.20 และ Thailand hospital indicator program THIP อยู่ที่ 2.93 นอกจากนี้ CAUTI เป็นการติดเชื้อที่เกิดจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากถึง 40% (HAIs)

โดยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (UTI) เป็นหนึ่งในการติดเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยที่สุด และส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 150 ล้านคนต่อปีทั่วโลก (Stamm WE, Norrby. 2001) ปัญหาจากการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Los) ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะเพิ่มมากขึ้น 80% ของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมีสาเหตุมาจากการใส่สายสวนปัสสาวะ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด bacteriuria 3-10% (secondary bloodstream infections) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ CAUTI ได้แก่ เพศหญิง สูงอายุ เบาหวาน และใส่สายสวนปัสสาวะยาวนาน และผู้ป่วยที่อยู่หอผู้ป่วยวิกฤตมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าพื้นที่อื่นในรพ. 3-5 เท่า (Prevention of CAUTI is discussed in the CDC/HICPAC document, Guideline for Prevention of Catheter associated Urinary Tract Infection, 2023) จากอัตราการติดเชื้อ CAUTI ทำให้ทีมหอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด RA3IC ปรับปรุงกระบวนการทำงานนำไปสู่การพัฒนากระบวนการทำงานประจำอย่างมีคุณภาพเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ

2. กรอบแนวคิดภาพรวมของกระบวนการ (Work Flow) และ SIPOC Diagram (10) (ตามเอกสารแนบ 1)

3. การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (10) (ตามเอกสารแนบ 2)

3.1 วัตถุประสงค์

3.1.1 ลดการอัตราการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ CAUTI ให้เป็นไปตามค่า KPIs ของคณะฯ

3.1.2 เพิ่มการปฏิบัติตาม CAUTI compliance

3.1.3 เพิ่มอัตราการล้างมือ และส่งเสริมให้มี hand hygiene ที่เหมาะสมเมื่อดูแลสายสวนปัสสาวะ

3.1.4 ลดความเสี่ยง หรือ ภาวะแทรกซ้อน จากการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI)

3.1.5 ลดความเสี่ยงต่อการเกิดความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย หรือญาติ หากผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3.2 ตัวชี้วัด

3.2.1 อัตราการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะลดลง

3.2.2 อัตรา CAUTI compliance เพิ่มขึ้น

3.2.3 อัตราการล้างมือเพิ่มขึ้น

3.3 เป้าหมาย

3.3.1 อัตราการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะน้อยกว่า 3 (ตาม KPIs คณะฯ = 3) ในปี 2566

3.3.2 อัตราการปฏิบัติตาม CAUTI compliance > 70%

3.3.3 อัตราการล้างมือของบุคลากรในหน่วยงาน > 60%

1. ปรับปรุงกระบวนการรายงานผลและติดตามอัตราการติดเชื้อ

จุดเด่น : ระบบมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว มีการทำงานเป็นทีม และเกิดการเรียนรู้และพัฒนาแนวทางอย่างต่อเนื่อง

โอกาสในการพัฒนา : พัฒนาเป็นการเฝ้าระวังรูปแบบออนไลน์

กระบวนการทำงาน	การปรับปรุง ครั้งที่1	การปรับปรุง ครั้งที่ 2	การปรับปรุงครั้งที่ 3
ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อและการรายงานผล	1. ICN เมื่อทราบผลรายงานทางห้องปฏิบัติการ (ในเวลาราชการ)หรือส่งผลการติดเชื้อ CAUTI จะแจ้งผลไปยังหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้หอผู้ป่วยทำ RCA 2. ICN เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล Compliance และ feedback เมื่อพบเหตุการณ์ทันที 3. ได้รับรายงานอาการผู้ป่วยจากเอกสาร Census จากฝ่ายการพยาบาลวิกฤต	1. จัดตั้ง CAUTI Team และหาตัวแทนพยาบาลประจำกลุ่ม CAUTI 1.2 ทำ RCA ทุกรายร่วมกันระหว่างบุคลากรในหอผู้ป่วยกับ ICN 3. ICN ลงข้อมูลใน G-drive ในการเก็บข้อมูล Compliance ทำให้ทราบข้อมูลภาพรวมเร็วขึ้น ใช้วิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการพัฒนาปรับปรุง 4.จัดอบรมที่หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด RA3IC ร่วมกับทีม IC ในการให้ความรู้ Bundle of care ในการลดอัตราการติดเชื้อ CAUTI	1.1 ตัวแทนพยาบาลกลุ่ม CAUTI หรือ In-charge ทุกเวร กำกับดูแลให้บุคลากรปฏิบัติตาม เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ CAUTI 1.2 ตัวแทนพยาบาลกลุ่ม CAUTI เป็นที่ปรึกษาให้แก่บุคลากรในด้านความรู้และแนวปฏิบัติ 1.3 กรณีเกิดการติดเชื้อ ตัวแทนกลุ่ม CAUTI จะประชุมทำ RCA ร่วมกับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางป้องกัน ไม่ให้เกิดซ้ำ

หัวข้อ กระบวนการดูแลสายสวนปัสสาวะ

จุดเด่น : เกิด WI ในการปฏิบัติงานร่วมกันในหน่วยงาน บุคลากรได้พัฒนาการทำงานประจำ ศักยภาพในการทำงาน

กระบวนการทำงาน	การปรับปรุง ครั้งที่1	การปรับปรุง ครั้งที่ 2	การปรับปรุงครั้งที่ 3
----------------	-----------------------	------------------------	-----------------------

การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ	1. ติดตามอัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วย 2. หาสาเหตุการติดเชื้อพบว่าสาเหตุเกิดจากการทำความสะอาดในวิธีที่ ไม่ถูกต้อง ปัญหาที่พบคือ 2.1 ขั้นตอนการใช้ spray Cavilon No Sting Barrier Film ในการทำความสะอาด แทนการฟอก หรือ ใช้น้ำเปล่าเช็ดทำความสะอาด คราบอุจจาระ ซึ่งไม่ถูกต้องตามขั้นตอนและคุณสมบัติของน้ำยา Cavilon 2.2 การวัด intra abdominal pressure ไม่มีวิธีการทำที่เป็นมาตรฐานและ break close system 2.3 การใส่สายปัสสาวะนานเกินความจำเป็น	1. ทำข้อตกลงแนวทางการทำความสะอาดประจำวัน ได้แก่ 1.1 การฟอกทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่าย และฟอกทำความสะอาด daily flushing 1.2 การใช้ blue sheet หรือ หมอนอนในการทำความสะอาดหลังขับถ่าย 1.3 ดูแลสายสวนปัสสาวะให้ไม่เกิดการย้อนกลับ หรือ อยู่ในระบบปิด และถุงรองรับปัสสาวะไม่สัมผัสพื้น 1.4 ดูแลสายและใส่ urine ลงถุง ทุกชั่วโมง 3. ปรึกษาร่วมกับแพทย์ในการกำหนดแนวทางการวัด Intra Abdominal Pressure เป็นมาตรฐานในการทำหัตถการทุกราย 4. กำหนดแนวทางการใช้ Cavilon และซีแฉงในทีมหอผู้ป่วยวิกฤต	1.หอผู้ป่วยอบรมเทคนิคการใส่สายสวนปัสสาวะ (เพื่อนสอนเพื่อน) และการทำความสะอาดประจำวันร่วมกับ ICN 2. . In-charge & CAUTI teams ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะและการทำความสะอาด (Audit) ทุกเวอร์ โดยสอบถามจากพยาบาลเจ้าของไข้ 3. ทีม CAUTI feedback ทันทีเมื่อพบเหตุการณ์ที่ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง 4.ประเมินการใส่สายสวนปัสสาวะ หากไม่มีความจำเป็น หรือ ขอบ่งชี้ แฉง ทีมแพทย์ทันที 5. ใช้เครื่องมือคุณภาพในการปรับกระบวนการทำงาน และส่งผลงาน เช่น จัดทำ WI / CQI
--	--	---	---

5. การดำเนินการตามแผน (Gantt's Chart) (10)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)							ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ
	ม.ค. - มี.ค. 2565	เม.ย. - พ.ค. 2565	มิ.ย. - ก.ค. 2565	ส.ค. - ธ.ค. 2565	ม.ค. - ก.ค. 2566	ส.ค. - ธ.ค. 2566	ม.ค. - เม.ย. 2567	
1. ICN เก็บข้อมูลอัตราการติดเชื้อประจำเดือน	↔							ICN
2. ประชุมทีมและจัดทำ RCA ร่วมกันระหว่างหอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด RA3IC และ ICN	↔	↔						ICN & RA3IC
3. ร่วมสังเกตการณ์การทำความสะอาดประจำวันและการทำหัตถการ Intra-Abdominal Pressure	↔		↔					RA3IC
3. ตั้งตัวแทนพยาบาลประจำกลุ่ม CAUTI Teams	↔		↔					RA3IC
4. IC อบรมให้ความรู้บุคลากร หัวข้อเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ CAUTI CLABSI VAP ครั้งที่ 1	↔	↔						ICN & RA3IC
5. ประชุมทีมและจัดทำ RCA ครั้งที่ 2			↔	↔				ICN & RA3IC
6. ICN และตัวแทน CAUTI teams ร่วมสังเกตการณ์ practice การสวนปัสสาวะและการทำความสะอาดประจำวัน เพื่อหาแนวทางปรับปรุง			↔	↔				ICN & RA3IC
8. กำหนด WI การทำความสะอาดและการใช้น้ำยา Cavilon ที่ถูกต้อง			↔	↔				ICN & RA3IC
10. กำหนดแนวทางการวัด Intra-Abdominal Pressure เป็นมาตรฐานในการทำหัตถการทุกราย			↔	↔	↔			RA3IC + ทีมแพทย์ วิกฤต
9. สุ่มตรวจการทำความสะอาดหลังขับถ่าย			↔	↔				CAUTI Teams
10. ประชุมทีมและจัดทำ RCA ครั้งที่ 3					↔	↔	↔	ICN & RA3IC
15. ติดตาม Audit การปฏิบัติตาม การเก็บข้อมูลและ Immediately feedback แก่บุคลากร โดย CAUTI Teams						↔	↔	CAUTI Teams



วางแผนงาน



ปฏิบัติจริง

6. ผลสำเร็จ / ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแผน / โครงการ (15)

ตัวชี้วัด	สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ประสงค์ (ข้อที่)			ก่อนดำเนินการ การ	ผลดำเนินการ (เดือน / ปี)					
	1	2	3			เป้าหมาย	หลังดำเนินการ			
							ครั้งที่1 ปี 2565 ม.ค.-ก. ค.	ครั้งที่2 ปี 2565 ส.ค.-ธ. ค.	ครั้งที่3 ปี 2566 ม.ค.- ธ.ค.	ครั้งที่ 4 ปี 2567 ม.ค.- มี.ค.
CAUTI rate	/			11.90	< 3	11.36	4.39	0.63	0	
CAUTI compliance		/		42.3	KPIs คณฯ 70 %	51.5	63.3	78.2	77.8	
Hand hygiene rate			/	NA	> 60 %	40.23	69.23	48.48	63.58	

7. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น (10)

7.1 ผลประโยชน์ / output / outcome ความสอดคล้องมิติคุณภาพ STEEEP

Safety: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล

Timely: ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ และได้รับการรักษาทันท่วงที

Efficiency: ลดปัญหาการนอนโรงพยาบาลนาน ลดการใช้ยาปฏิชีวนะและลดค่าใช้จ่ายที่จะตามมาได้ บุคลากรมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

Effectiveness: อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการคาสายสวนปัสสาวะของหน่วยงานขึ้นไปตาม KPI ของโรงพยาบาล หน่วยงานมีผลงานคุณภาพ CQI เรื่อง**ปรับกระบวนการทำงานลด CAUTI**

Equity: ผู้ป่วยทุกรายที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะได้รับการดูแลและป้องกัน CAUTI ตามมาตรฐานเท่าเทียมกัน

Patient Center: การลดการเกิด CAUTI ทำให้ผู้ป่วยลดการใช้ยาปฏิชีวนะ ลดโอกาสในการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และลดปัญหาค่าใช้จ่ายที่จะตามมา

7.2 มาตรฐาน / คู่มือ / แนวทางปฏิบัติ

บุคลากรเกิดการพัฒนาระบบการทำงานได้แนวทางในการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและปฏิบัติไปในแนวเดียวกัน (WI)

7.3 การสื่อสารแผนปฏิบัติการ

มีการสื่อสารระหว่างทีมและในหน่วยงาน รวมถึงมีการ feedback มีการ Root Cause Analysis เมื่อเกิด CAUTI

8. การตรวจสอบ/ ติดตาม / ประเมินผล เพื่อป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ (10)

8.1 วิธีการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผล การป้องกันเกิดซ้ำ พร้อมระบุระยะเวลา

- มีตัวแทนและจัดทีม **CAUTI** ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติตามมาตรฐาน (WI) ทุกวัน

- มีการรายงานผลการดำเนินงานในวาระการประชุมทุกเดือน

8.2 Critical point ในรูปแบบตัวชี้วัด พร้อมผลลัพธ์

ติดตามผลการดำเนินงานรายเดือน จากอัตราการติดเชื้อ CAUTI ของคณะฯ

8.3 บทบาทการควบคุมกำกับดูแลโดยผู้บังคับบัญชา

จัดตั้งคณะทำงานป้องกัน CAUTI ของหน่วยงาน ติดตามผลการดำเนินงานของทีมและสุ่มตรวจการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน

9. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ (5)

9.1 ปัจจัยความสำเร็จ

การรวบรวมข้อมูล การสังเกต การวิเคราะห์ปัญหา การนำองค์ความรู้ต่างๆมาปรับใช้ รวมถึงการไม่หยุดพัฒนาทำให้การดำเนินโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ มีทักษะและแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และที่สำคัญคือความร่วมมือร่วมใจของทีมบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด RA3IC

9.2 ปัญหาและอุปสรรค

ยังมีการละเลยหรือหลงลืมขั้นตอนการทำงานตามมาตรฐาน ต้องมีการกำกับและสุ่มติดตามอย่างสม่ำเสมอ

9.3 องค์ความรู้ที่ใช้

CAUTI bundle, Hand hygiene, Root Cause Analysis, งานวิจัยต่างๆ, การเก็บสถิติ

9.4 สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

แพทย์ อาจารย์แพทย์ นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล

10. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป (5)

10.1 โครงการที่มีแผนจะพัฒนา ชื่อโครงการ/เหตุผล/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

ทางทีมมีแผนในการที่จะทำโครงการ “zero CAUTI” เพื่อให้ระดับการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและลดอัตราการเกิด CAUTI อย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลาอีก 1 ปี ผู้รับผิดชอบ นางสาวภคกมลธัญ ธนินพนธ์ศิริ

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน / ปี)					ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ
	ปี 2567	ปี 2568				
	ม.ค.- ธ.ค.	ม.ค	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	
1.เก็บข้อมูลอัตราการติดเชื้อประจำเดือน	↔					ICN
2.ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น		↔				ICN and CAUTI team (RA3IC)
3.นำเสนอในที่ประชุมหน่วยงาน						CAUTI team (RA3IC)
4.ดำเนินการปรับปรุง						
4.1 ครั้งที่ 1		↔				ICN and CAUTI team (RA3IC)
4.2 ครั้งที่ 2			↔			ICN and CAUTI team (RA3IC)
4.3 ครั้งที่ 3				↔		ICN and CAUTI team (RA3IC)
5.ประเมินผล				↔		ICN and CAUTI team (RA3IC)
6.สรุปผล					↔	CAUTI team (RA3IC)

10.2 การขยายผล: เผยแพร่กระบวนการเพิ่มเติมจาก WI ที่หน่วยงานปฏิบัติแล้วได้ผลดีกับหน่วยงานอื่นๆ

10.3 งานวิชาการ: เขียนบทความทางวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด โรงพยาบาลรามารับดี เก็บข้อมูลและทำวิจัยเพิ่มเติม

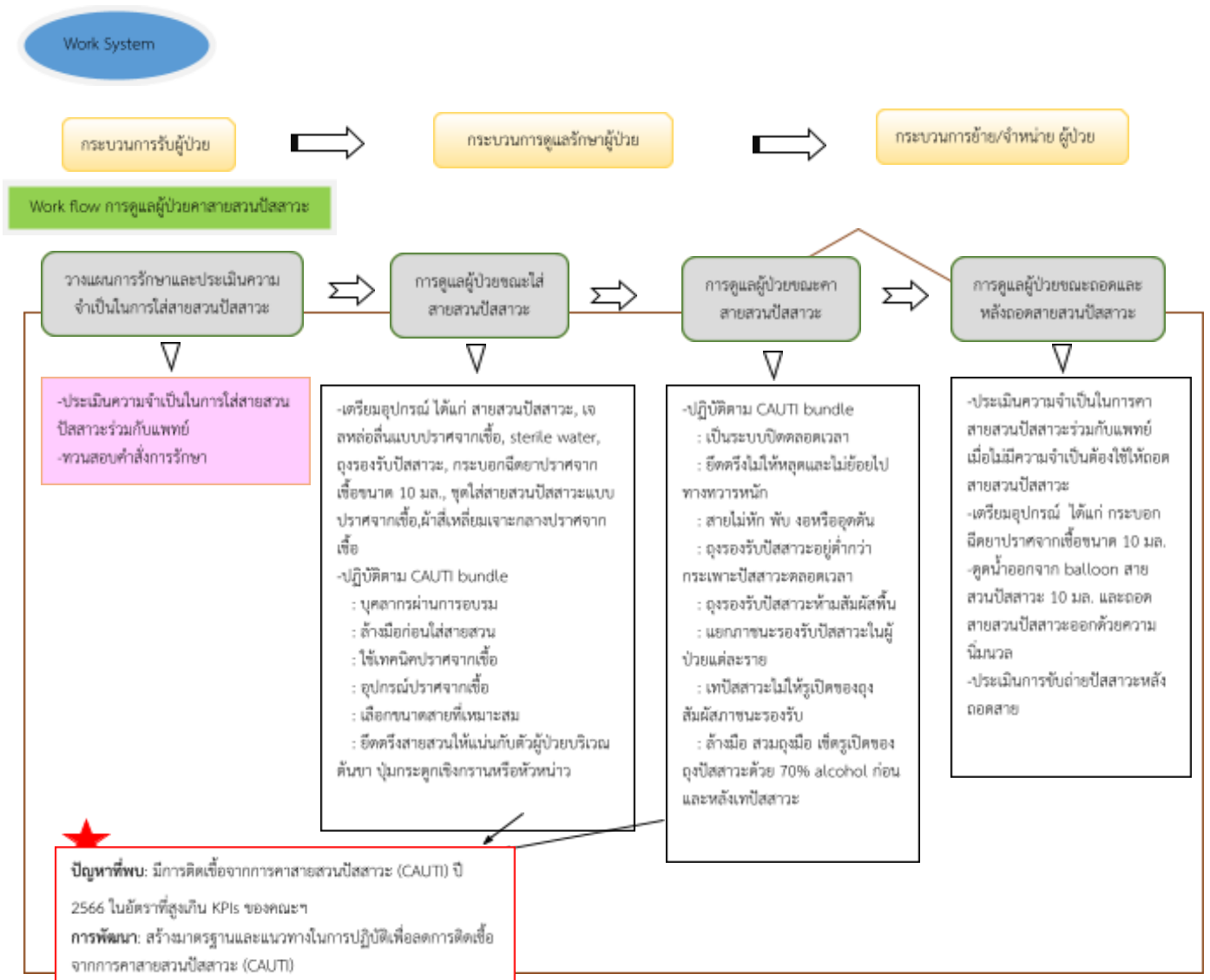
ลงชื่อ (หัวหน้ากลุ่ม)

ลงชื่อ (หัวหน้า ภาค / ฝ่าย / งาน / หน่วย).....

สังกัด

วัน / เดือน / ปี

เอกสารแนบ 1



SIPOC Diagram

Stakeholder	Input	Process	Outcome	Customer
- Physician - Registered nurse - Practical Nurse	- Policy - Procedure - Equipment - Health care workers	- CAUTI Bundle - CAUTI project - CAUTI Teams	- Infection rate - Utilization ratio	Patients admit at 3IC

เอกสารแนบ 2

