



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง PDCA (F-WI-578/01)

ส่วนที่ 1 (กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ของท่าน)

*หมายเหตุ :

1. ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต
2. ผลงานที่ผ่านเกณฑ์จะได้รับ Email จากคณะฯ เพื่อขอข้อมูล
ตัวแทนรับเงินรางวัล

(โปรดกรอกข้อมูล Email ที่ถูกต้องและสามารถติดต่อได้)

หัวข้อการจัดงานมหกรรมคุณภาพ (Theme) “รามธิบดียกระดับ
การพัฒนาคุณภาพและการเปลี่ยนแปลงด้วย AI”(Ramathibodi
raises the level of Quality Development and Transformative by AI)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ	สถานภาพกลุ่ม
☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	☐ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด / ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวดและที่ได้รับรางวัลมาแล้วจาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน	
☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	
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 / สิ่งสูญเสีย [Quality (waste)*] ☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า [Cost] ☐ ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Delivery]

	รหัส บุคคล	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน	ฝ่าย / ภาควิชา	โทรศัพท์ ภายใน	โทรศัพท์ มือถือ
1.หัวหน้ากลุ่ม	008556	วิภาวดี จันทน์นัน	หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	งานการพยาบาลวิกฤต1	0477	0824866854
Email address	tonfai_karn_eg@hotmail.com					
2.สมาชิกกลุ่ม	005059	อัญชลี ทองโสม	หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	งานการพยาบาลวิกฤต1	0477	0616365900
	018514	ภัคคณัฐ ธนินพนธ์ศิริ	หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	งานการพยาบาลวิกฤต1	0477	0659096622
	004117	สุภาพร ทองพันธ์	หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	งานการพยาบาลวิกฤต1	0477	0916960884
3.ผู้ประสานงานกลุ่ม	008556	วิภาวดี จันทน์นัน	หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	งานการพยาบาลวิกฤต1	0477	0824866854
Email address	tonfai_karn_eg@hotmail.com					
4.Facilitator ของทีม	012535	พว.พาณิกัศ กริยาผล	งานป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ	งานป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ	0184	082727- 4256
5.สหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง (แพทย์ พยาบาล IT ฯลฯ)						

ส่วนที่ 2 ขอให้พิจารณา “คู่มือการเขียนผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน” อย่างละเอียดเพื่อประโยชน์ต่อเจ้าของผลงาน

ชื่อเรื่อง / โครงการ ปรับกระบวนการทำงานลดอัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

รายละเอียดเกี่ยวกับการพัฒนาผลงาน

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

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (10)

1.1 สภาพการดำเนินงานปัจจุบัน

หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด (RA3IC) มีบริบทในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มาใช้บริการผ่าตัดและวิสัญญีของโรงพยาบาลรามาริบัติที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป รวมทั้งวิกฤตอื่นๆ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด เฉลี่ย 590 ราย/ปี หรือ 35-55 ราย/เดือน ปี 2563 มีอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Association Pneumonia: VAP) ที่ 1.38 ต่อ 1,000 Ventilator days อัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจ Ventilator Utilization Ratio อยู่ที่ 0.60 โดย KPIs ของคณะฯ คือ 2.00 และ National Healthcare Safety Network (NHSN) ที่ 2.20 และ Thailand hospital indicator program THIP อยู่ที่ 4.10 โดยอ้างอิงจากงานวิจัย CDC's National Healthcare Safety Network 2023 พบว่าการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 32 ของการติดเชื้อที่ในโรงพยาบาล (HAIs) โดยพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยนานขึ้น (Ventilator days) อัตราการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มสูงขึ้น (Los in ICUs) เพิ่มค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเพิ่มอัตราการเกิดเชื้อดื้อยา และอัตราการตายร้อยละ 24

ประเด็นปัญหาที่พบจากการ Root cause analysis ผู้ป่วยทุกรายที่ติดเชื้อในหอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด สาเหตุที่พบคือ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจยาวนาน มีข้อจำกัดในการดูแลช่องปาก เช่น ห้ามแปรงฟันเนื่องจากมี flap surgery นอกจากนี้รวมถึงเทคนิคการดูแลช่องปากผู้ป่วย มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน บุคลากรแต่ละคนปฏิบัติไม่เหมือนกัน และประเด็นเรื่องการล้างมือตามหลัก 5 moments ที่บุคลากรไม่ได้ปฏิบัติตามเนื่องจากการปฏิบัติงานที่เร่งรีบ หรือทำกิจกรรมต่อเนื่องกันทำให้พลาดโอกาสในการล้างมือในสถานการณ์ที่จำเป็น

โดยหอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัดให้ความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น การจัดตั้งทีม VAP เพื่อสื่อสารระหว่างนโยบายของคณะฯสู่ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการติดตามการปฏิบัติตาม (VAP compliance) ของบุคลากร และจัดอบรมร่วมกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทุกปี การจัดโครงการร่วมกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และสหสาขาวิชาชีพที่หอผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดช่องปากโดยทันตแพทย์หรือการทำ mobilization โดยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ “Zero VAP” ตาม strategy ปี 2567-2568 “Can we achieve Zero VAP” ของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในการลดอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบของโรงพยาบาลรามาริบัติ

2. กรอบแนวคิดภาพรวมของกระแสนงาน (Work Flow) และ SIPOC Diagram (10) (เอกสารแนบ2)

3. การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (10) (ตามเอกสารแนบ 1-1)

ข้อ	มิติคุณภาพ (STEEEP)	สาเหตุของปัญหา (Root Cause)	วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Objectives/Goals)	ตัวชี้วัด (Indicators)
1	S – Safety (ความปลอดภัย)	1.ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)	1.ลดอัตรา VAP โดยให้บุคลากรปฏิบัติตาม VAP bundle ของคณะฯ	- อัตรา VAP ต่อ 1,000 Ventilator days
2	T – Timely (ทันเวลา)	1. ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการทำ oral care ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	1.จัดอบรม ขั้นตอนในการทำ oral care by dentist (BEST PRACTICE) เชิงรุกที่หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด	- ร้อยละของการให้ ปฏิบัติตาม (compliance)
3	E – Effective (มีประสิทธิภาพ)	1.ขาดการประเมินประสิทธิภาพหลังการ จัดอบรม	1.ประเมินประสิทธิภาพภายหลังการ อบรมการทำ oral care by dentist	1.ติดตามอัตราการปฏิบัติ ตามหลังการอบรม (compliance)

		2.บุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมการฝึกอบรมหลังเปลี่ยนแนวปฏิบัติของคณะฯ WHAPO > WHAPOM 3. การสื่อสารจากนโยบายสู่ภาคปฏิบัติยังไม่ชัดเจน หรือรับทราบไม่ทั่วถึง	2.จัดตั้งกลุ่ม VAP Teams เพื่อสื่อสารระหว่างทีมผู้ปฏิบัติงานและงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
4	E – Equitable (เท่าเทียม)	1.บุคลากรมีความเข้าใจแตกต่างกันในการปฏิบัติตามแนวทางดูแลช่องปาก 2.บางหอผู้ป่วยขาดการสื่อสารหรือรับทราบนโยบายใหม่ 3.บุคลากรไม่ทราบขั้นตอนการปฏิบัติการทำ mobilization ในผู้ป่วยวิกฤต ไม่ทราบแนวทางและเกณฑ์การประเมินผู้ป่วย	1.ให้การดูแลที่ได้มาตรฐานแก่ผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียม 2.บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทางของคณะฯ ได้ 3.บุคลากรเข้ารับการอบรมและสามารถปฏิบัติตามได้ โดยผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ	1.ติดตามอัตราการปฏิบัติตามหลังเปลี่ยนนโยบาย (compliance)
5	P – Patient-centered	1.ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่องปากเองได้ 3.การทำ mobilization ในผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลในความปลอดภัย	1.ปรับวิธีการดูแลช่องปากให้เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วยแต่ละราย 2.ให้ความรู้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในเรื่องการทำ mobilization 3.ให้ความรู้แก่ญาติและให้ญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติได้	1.ความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลต่อการรับบริการ

4. กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

หัวข้อ การลดอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบ จุดเด่น : เกิด WI ในการปฏิบัติงานร่วมกันในหน่วยงาน บุคลากรได้พัฒนาการทำงานประจำ เพิ่มศักยภาพในการทำงาน กระบวนการทำงาน : ปรับปรุงกระบวนการทำงานประจำ ไปสู่ best practice		
การปรับปรุง ครั้งที่1 (ปี 2562)		
1. ติดตามอัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วย 2. ทำ Root cause analysis หาสาเหตุการติดเชื้อและประเด็นที่ส่งผลต่อการติดเชื้อ พบประเด็นดังนี้ 2.1 ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน 2.2 การดูแลช่องปากผู้ป่วย มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 2.3 บุคลากรไม่ปฏิบัติ ตามหลัก 5 moments		จุดเด่น: เรียนรู้การ RCA พบสาเหตุและประเด็นที่ทำให้เกิด VAP โอกาสพัฒนา: - ความรู้และการปฏิบัติตาม VAP bundle - การดูแลช่องปากผู้ป่วยให้ถูกต้องตามมาตรฐาน - การปฏิบัติตามหลัก 5 moments
การปรับปรุงครั้งที่ 2 (ปี 2563-2564)		
1. จัดอบรมการป้องกันการติดเชื้อ VAP ที่หอผู้ป่วยร่วมกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ครั้งที่ 1 (ประจำปี 2563) 2. จัดอบรมการทำ oral care by dentist (BEST PRACTICE) เจริญ ที่หอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัด (ประจำปี 2564)		จุดเด่น: - บุคลากรในหอผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตาม VAP bundle ได้ถูกต้อง - บุคลากรในหอผู้ป่วยดูแลและทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยได้ถูกต้องตามมาตรฐาน

3. จัดตั้งกลุ่ม VAP Teams เพื่อสื่อสารระหว่างทีมผู้ปฏิบัติงานและงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ประจำปี 2564) 4. จัดอบรมการป้องกันการติดเชื้อ VAP ที่หอผู้ป่วย ร่วมกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ครั้งที่ 2 (ประจำปี 2564)	 	- มีทีม VAP ประจำหอผู้ป่วยที่คอยติดตามและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิด VAP โอกาสพัฒนา: - เกิดหยดน้ำ (condensation) ในสายต่อฟว่งเครื่องช่วยหายใจ (ventilator circuit) ตลอดเสี่ยงต่อการสำลักเข้าไปในปอดและเกิดการติดเชื้อได้ - มีการดูดหยดน้ำ (condensation) ในสายต่อฟว่งเครื่องช่วยหายใจ (ventilator circuit) ผ่านชุดดูดเสมหะระบบปิด (close suction) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการไหลย้อนเข้าสู่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยได้ง่าย
การปรับปรุงครั้งที่ 3 (ปี 2565-ปัจจุบัน)		
1. หอผู้ป่วยอบรมเทคนิคการทำความสะอาดช่องปาก oral care (เพื่อนสอนเพื่อน) : เทคนิคการแปรงเหง้า และการเช็ดช่องปากผู้ป่วยประจำปี 2565 2. จัดอบรมการป้องกันการติดเชื้อ VAP ที่หอผู้ป่วย ร่วมกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ครั้งที่ 3 (ประจำปี 2566) 3. In-charge & VAP teams ตรวจสอบการปฏิบัติตาม VAP bundle และแนวทางข้อตกลงของหอผู้ป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ประจำปี 2566 4. ทีม VAP feedback ทันทีเมื่อพบเหตุการณ์ที่ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงประจำปี 2566 5. จากการ Root cause analysis สถิติ VAP ปี 2566 ที่สูงขึ้น พบว่ามีการดูดหยดน้ำ (condensation) ในสายต่อฟว่งเครื่องช่วยหายใจ (ventilator circuit) ผ่านชุดดูดเสมหะระบบปิด (close suction) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการไหลย้อนเข้าสู่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยได้ง่าย จึงได้ปรับเปลี่ยนให้บุคลากรเท condensation โดยการปลด ventilator circuit ยกเว้นกรณีที่มีข้อห้าม 6. ปรับกระบวนการหุ้มสายต่อฟว่งเครื่องช่วยหายใจ (ventilator circuit) ด้วยวัสดุต่าง ๆ เพื่อลดการการเกิดหยดน้ำ (condensation) ใน ventilator circuit 7. จัดอบรมการทำ Mobilization ในหอผู้ป่วย โดยร่วมกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ประจำปี 2567	 	จุดเด่น: - บุคลากรในหอผู้ป่วยมีความรู้และแปร่งพื้นที่ได้ถูกต้อง - บุคลากรในหอผู้ป่วยได้อัปเดตความรู้และแนวปฏิบัติจาก WHAPO → WHAPOM - In-charge ช่วยติดตามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด VAP รวมทั้ง feedback ทันทีเมื่อพบว่าบุคลากรไม่ทำตามข้อตกลง - ผู้ป่วยได้รับการประเมิน early mobilization ทุกราย - ใช้เครื่องมือคุณภาพในการปรับกระบวนการทำงาน และส่งผลงาน CQI - พัฒนางานวิจัย R2R เรื่องการหุ้มสาย ventilator circuit เพื่อลด condensation

8. จัดอบรมการป้องกันการติดเชื้อ VAP ที่หอผู้ป่วย ร่วมกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ครั้งที่ 4 (ประจำปี 2567)
9. จัดทำป้ายระบุจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจหน้าห้องผู้ป่วยทุกห้อง เพื่อเฝ้าระวังและจัดการเมื่อใส่นานเกินไป



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

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)							ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ
	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568	
1. ICN เก็บข้อมูลอัตราการติดเชื้อประจำเดือน และรายงานหอผู้ป่วย								ICN
2. ประชุมทีมและจัดทำ RCA ร่วมกันระหว่าง 3IC และ ICN	←	→						3IC & ICN
3. ร่วมกับ IC อบรมให้ความรู้บุคลากร เรื่องหัวข้อ การป้องกันการติดเชื้อ CAUTI CLABSI VAP		←	→				→	3IC & ICN
4. อบรมเทคนิคการทำความสะอาดช่องปาก oral care by dentist (เชิงรุก)		←	→					Dentist & 3IC & ICN
5. ตั้งตัวแทนพยาบาลประจำกลุ่ม VAP Teams			←	→				3IC & ICN
6. หอผู้ป่วยอบรมเทคนิคการทำความสะอาดช่องปาก oral care (เพื่อนสอนเพื่อน) : เทคนิคการแปรงเหง้า และการเช็ดช่องปากผู้ป่วย				←	→			3IC & ICN
6. In-charge & VAP teams ตรวจสอบการปฏิบัติตาม VAP bundle และแนวทางข้อตกลงของหอผู้ป่วย				←	→		→	3IC & ICN
7. ICN และตัวแทน VAP teams ร่วมสังเกตการณ์ practice				←	→		→	3IC & ICN
← → วางแผนงาน ← → ปฏิบัติจริง								

6. ผลสำเร็จ / ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแผน / โครงการ (15)

ตัวชี้วัด	สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (ข้อที่)				ก่อนดำเนินการ	ผลดำเนินการ (เดือน / ปี)					
	1	2	3	4		เป้าหมาย	หลังดำเนินการ				
							ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ม.ค.-มี.ค.)
VAP rate	1	2	3	4	1.38	Zero VAP	0	0.99	2.02	0.97	0
VAP compliance(ร้อยละ)	1	2	3	4	84.21	> 80	90.2	87.56	82.15	91.25	92
Hand hygiene rate (ร้อยละ)	1				54.6	> 60	86.67	69.66	48.48	64.08	65

7. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น (10)

- 7.1 อัตราการติดเชื้อลดต่ำลง ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล Safety
- 7.2 บุคลากรพัฒนาความรู้ และพัฒนาการทำงานประจำไปสู่การทำวิจัย

7.3 บุคลากรเกิดการพัฒนาระบบการทำงานโดยใช้เครื่องมือคุณภาพในการปฏิบัติงานประจำ (WI)

7.4 มีการสื่อสารระหว่างทีมและในหน่วยงาน รวมถึงมีการ feedback มีการ Root Cause Analysis เมื่อเกิด VAP

8. การตรวจสอบ/ ติดตาม / ประเมินผล เพื่อป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ (10)

8.1 วิธีการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผล การป้องกันเกิดซ้ำ พร้อมระยะเวลา

- มีตัวแทนพยาบาลและจัดทีม VAP Teams ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติตามมาตรฐาน (WI) ทุกวัน

- มีการรายงานผลการดำเนินงานในวาระการประชุมทุกเดือน

8.2 Critical point ในรูปแบบตัวชี้วัด พร้อมผลลัพธ์

ติดตามผลการดำเนินงานรายเดือน จากอัตราการติดเชื้อ VAP ของคณะฯ

8.3 บทบาทการควบคุมกำกับดูแลโดยผู้บังคับบัญชา

- จัดตั้งคณะทำงานป้องกัน VAP ของหน่วยงาน ติดตามผลการดำเนินงานของทีมและสุ่มตรวจการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน

- ประสานงานร่วมกันกับทีม IC เมื่อมีผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยการติดเชื้อ VAP

- Direct feedback เมื่อพบผู้ปฏิบัติงานไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลง

9. การเรียนรู้ที่ได้จากการทำโครงการ (5)

9.1 ปัจจัยความสำเร็จ

- การรวบรวมข้อมูล การสังเกต การวิเคราะห์ปัญหา การนำองค์ความรู้ต่างๆมาปรับใช้ รวมถึงการไม่หยุดพัฒนาทำให้การดำเนินโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ มีทักษะและแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และที่สำคัญคือความร่วมมือร่วมใจของทีมบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต ผ่าตัด RA3IC

- การได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ Multidisciplinary ในการการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติ การร่วมออกแบบการปฏิบัติงาน การให้ความรู้แก่บุคลากร

9.2 ปัญหาและอุปสรรค

ยังมีการละเลยหรือหลงลืมขั้นตอนการทำงานตามมาตรฐาน ต้องมีการกำกับและสุ่มติดตามอย่างสม่ำเสมอ

9.3 องค์ความรู้ที่ใช้

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

9.4 สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

แพทย์ อาจารย์แพทย์ นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

10. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป (5)

10.1 โครงการที่มีแผนจะพัฒนา ชื่อโครงการ/เหตุผล/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

ชื่อโครงการ: "VAP Zero: บูรณาการแนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจอย่างยั่งยืน" เหตุผล 1.แม้การปรับกระบวนการทำงานปัจจุบันจะช่วยลดอัตรา VAP ได้ แต่ยังมีโอกาสพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 2.ต้องการบูรณาการแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศจากหลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุดเข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วย 3.มุ่งสู่เป้าหมาย "VAP Zero" หรือการไม่มีการเกิด VAP ในหน่วยงาน ระยะเวลา: 12 เดือน (พฤษภาคม 2568 - เมษายน 2569) ผู้รับผิดชอบ: น.ส.วิภาวดี จันทร์นันทน์, น.ส.ภัทศมณัฐ ธนินพนธ์ศิริ, น.ส.สุภาพร ทองพันธ์ และน.ส.อัญชลี ทองโสม (เอกสารแนบ1-2)

10.2 การขยายผล

1. ขยายแนวปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จไปยังหน่วยวิกฤตอื่นๆ ในโรงพยาบาล

2. พัฒนาระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) เพื่อถ่ายทอดความรู้และทักษะแก่บุคลากรใหม่

10.3 งานวิชาการ: เขียนบทความทางวิชาการเรื่องการอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ผ่าตัด โรงพยาบาลรามารามิบัติ เก็บข้อมูลและทำวิจัยเพิ่มเติม

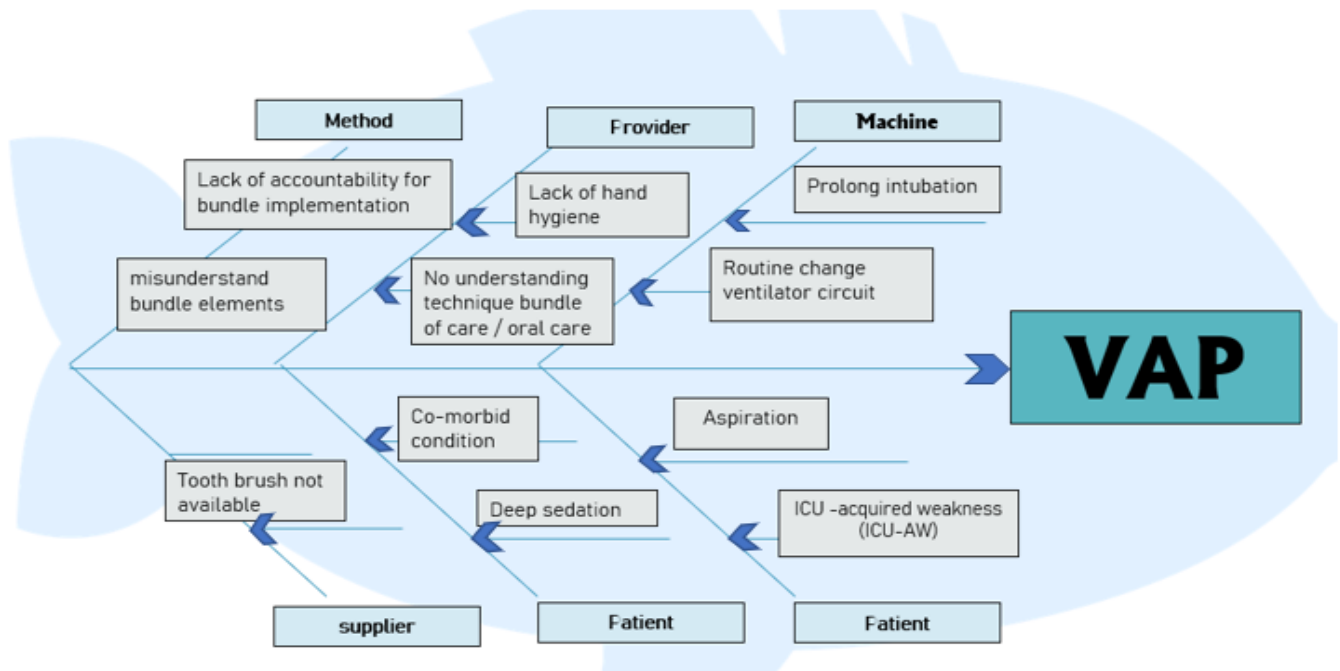
ลงชื่อ (เจ้าของผลงาน)

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

สังกัด หอผู้ป่วยวิกฤต ผ่าตัด.งานการพยาบาลวิกฤต.1.ฝ่ายการพยาบาล

วัน / เดือน / ปี 30 เมษายน 2568

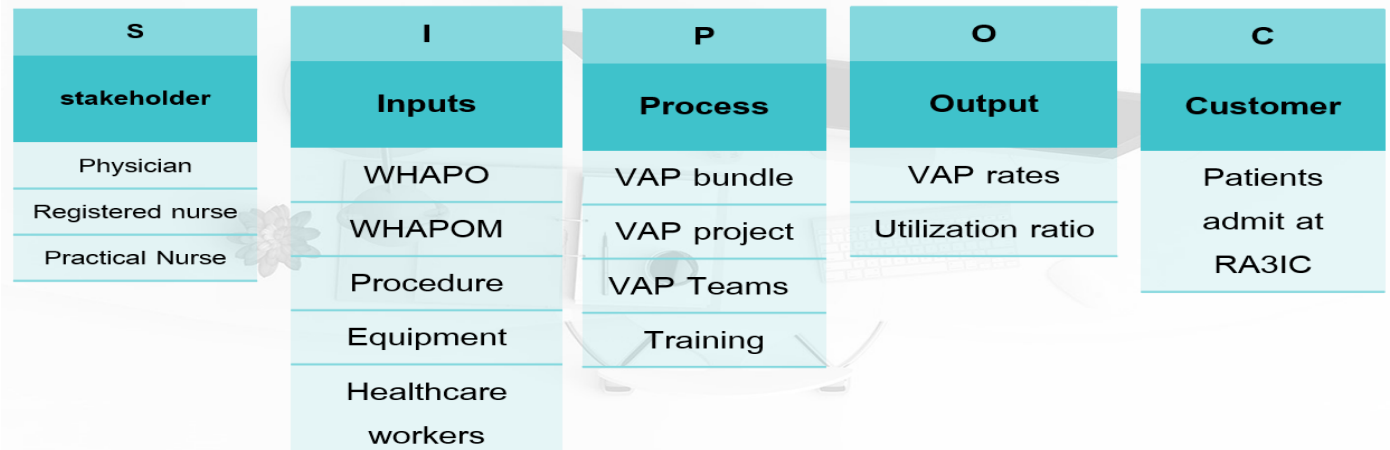
เอกสารแนบ 1-1



เอกสารแนบ 1-2

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)					ผู้รับผิดชอบ
	ปี 2568	ปี 2569				
	พ.ค.-มิ.ย.	ก.ค- ส.ค.	ก.ย.- ธ.ค.	ม.ค.- ก.พ.	มี.ค.- เม.ย.	
ทบทวนแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ VAP จัดตั้งทีม และจัดทำเอกสารโครงการ	↔					วิภาวดี, ภัคคมณัฐ, สุภาพร, อัญชลี
พัฒนาแนวปฏิบัติและจัดทำเครื่องมือติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง (Checklist/Audit tool)	↔					วิภาวดี, ภัคคมณัฐ, สุภาพร, อัญชลี
เตรียมความพร้อมของบุคลากรโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น		↔				วิภาวดี, ภัคคมณัฐ, สุภาพร, อัญชลี
เริ่มใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานและเก็บข้อมูลอัตราการเกิด VAPอย่างต่อเนื่อง			↔			วิภาวดี, ภัคคมณัฐ, สุภาพร, อัญชลี
ประเมินผล วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค				↔		วิภาวดี, ภัคคมณัฐ, สุภาพร, อัญชลี
ให้ข้อมูลป้อนกลับและปรับปรุงแนวปฏิบัติตามปัญหาที่พบ				↔		วิภาวดี, ภัคคมณัฐ, สุภาพร, อัญชลี
จัดทำรายงานสรุปผลการทำโครงการ					↔	วิภาวดี, ภัคคมณัฐ, สุภาพร, อัญชลี

SIPOC



Work Flow

