โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 1

ชื่อเรื่อง : หนวดปลาหมึกพิชิต PI

ผู้นำเสนอ : นางสาวนริศรา ศรีรักษา

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (RA4IT)

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิม และปัญหาที่พบจากากรทำงานพร้อมระบุข้อมูลสนับสนุน

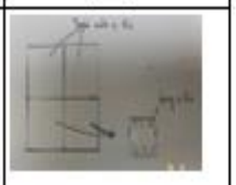
เนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (RA4IT) ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องควบคุมออกซิเจนอัตราการไหลสูง (Heated Humidified High Flow Nasal Cannula) จำนวนมาก ซึ่งบริเวณสายรัดแก้มและร่องหูค่อนข้างแน่น ทำให้เกิดแผลกดทับได้ ซึ่งการทำงานเดิมไม่มีแนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับในบริเวณดังกล่าว จากสถิติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในหอผู้ป่วยเกิดแผลกดทับระดับ 1 ร้อยละ 5 ทางผู้จัดทำโครงการจึงปรับปรุงกระบวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องควบคุมออกซิเจนอัตราการไหลสูง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้ ระบุ 1 หรือ 2 ข้อในประเด็นที่สำคัญ / สอดคล้องกับปัญหา)

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณร่องหูและโหนกแก้มในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องควบคุมออกซิเจนอัตราการไหลสูง ร้อยละ 100
2. พยาบาลมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในกระบวนการทำงาน ร้อยละ 80

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

ก่อนปรับปรุง	การวางแผน Plan	วิธีการปรับปรุง Do	หลังปรับปรุง Check	แก้ไขและวางแผน Act
ครั้งที่1 เกิดขอยแดงเป็นแผลกดทับระดับ1	ทดลองใช้gauze รองบริเวณแก้มและหู เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	-ใช้gauze 3x3นิ้ว ทั้งหมด4 ชิ้น -แต่ละชิ้นพับครึ่ง วางบริเวณร่องหู และใหนกแก้ม ทั้ง2ข้าง	- มีขอยgauze บริเวณใต้ที่ของ - ต้องเปลี่ยน gauze บ่อย ๆ	 -ใช้ Mepilex แทน gauze
ครั้งที่2 พบขอยgauzeบริเวณใหนกแก้ม	-ทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ Mepliex ของบริเวณแก้มและร่องหู	-ตัด mepilex เป็น 4 ส่วนเท่ากัน -นำ2ส่วนตัดเป็นแฉกมาของบริเวณร่องหู2ข้าง -นำ2ส่วนที่ไม่ได้ตัดเป็นแฉกมาของใหนกแก้ม2ข้าง	-ไม่พบแผลกดทับระดับที่ 1 ที่ร่องหูและใหนกแก้ม - Mepilex ราคา 185 บาท เบิกไม่ได้	

3. ผลดำเนินโครงการ

- ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณร่องหูและโหนกแก้มในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องควบคุมออกซิเจนอัตราการไหลสูง ร้อยละ100
- พยาบาลมีความพึงพอใจในกระบวนการทำงานโดยใช้ gauze รองดังนี้ มีความพอใจน้อยร้อยละ57, พอใจปานกลาง ร้อยละ 43

และความพึงพอใจในกระบวนการทำงานโดยใช้ Mepilex มีความพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 ดังตาราง

ผลดำเนินการ(กุมภาพันธ์ ปี 2568)			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง
1.ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณร่องหูและโหนกแก้มในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องควบคุมออกซิเจนอัตราการไหลสูง	100%	95%	100%
2.พยาบาลมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในกระบวนการทำงาน	80%	0%	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☑ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 2

ชื่อเรื่อง : พลิกบ่อย ๆ ป้องกัน PI

ผู้นำเสนอ : นางสาว กาญจนา สาโท และทีม

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

1. สภาพปัญหา<u>ก่อน</u>ปรับปรุง

1.1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการในปี 2566 จำนวน 1,345 ราย โดย 80 % เป็นผู้สูงอายุ และเป็นกลุ่มที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดจาก 6 สาขาศัลยกรรมหลัก ได้แก่ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี ศัลยกรรมทางหลอดเลือดดำและปลูกถ่ายอวัยวะ ศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ ศัลยกรรมต่อมไร้ท่อและเต้านม ศัลยกรรมตกแต่ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น ผู้สูงอายุและมีข้อจำกัดในการฟื้นฟูร่างกายและการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะแผลกดทับ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ โดยในปี 2566 มีอัตราการเกิดแผลกดทับอยู่ที่ 2.24 รายต่อ1000 วันนอน ซึ่งเกินค่าเป้าหมาย KPI ที่กำหนดไว้ที่ 0.8 รายต่อ1000วันนอน ปัจจัยเสี่ยงของแผลกดทับในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้สูงอายุมีผิวที่เปราะบาง ความสามารถในการฟื้นตัวช้า มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวทำให้การฟื้นตัวจากการผ่าตัดในระบบต่าง ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยขยับร่างกายได้ลำบาก แนวปฏิบัติในการดูแลของบุคลากรและข้อจำกัดในการดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับให้อยู่ใน KPI≤0.8 ภายใน 1 ปี

1.2.2 เพื่อให้ทีมติดตามการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงผู้ป่วยรายเตียงได้ 100%

1.2.3 ความมพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ของทีมหอผู้ป่วยและสหวิชาชีพ 100%

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพ<u>หลัง</u>ปรับปรุง

ทางหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายได้จัดทำกระดานบริหารจัดการเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วย ซึ่งมีการออกแบบให้เห็นภาพการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยในแต่ละเตียง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบและชัดเจนขึ้น

<u>วิธีการใช้งานกระดาน</u>

1. การจัดทีมดูแล ผู้ป่วยในแต่ละเตียงจะถูกจัดเข้าทีมที่รับผิดชอบ โดยแต่ละทีมจะต้องตรวจสอบและดูแลการพลิกตะแคงตัวของผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ

2. การติดตามการปฏิบัติ หากมีหมายเลขเตียงปรากฏอยู่ แสดงว่าผู้ป่วยเตียงนั้นต้องการการดูแลเป็นพิเศษเรื่องการพลิกตะแคงตัว ทีมงานจะต้องพลิกตัวผู้ป่วยตามรอบเวลาที่กำหนด ทุก 2 ชั่วโมง

3.การปรับเปลี่ยนหมายเลขเตียง สามารถมีการเพิ่มหรือถอดหมายเลขเตียงในแต่ละทีม โดยการหยิบหรือวางหมายเลขเตียงในช่อง

รูปภาพ

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ(เดือน มกราคม-ธันวาคม ปี2567)			
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ก่อน**	**หลัง**
1.ลดอัตราการเกิดแผลกดทับให้อยู่ใน KPI ≤ 0.8 ภายใน 1 ปี	0.8	2.24	0.64
2.ทีมติดตามการพลิกตะแคงตัวทุก2ชั่วโมงผู้ป่วยรายเตียงได้ (ร้อยละ)	100	70	100
3.ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ(ร้อยละ)	100	60	100

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

(หากมี ให้แสดงมาตรฐานการทำงาน โดยระบุวิธีการ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบชัดเจน ครอบคลุม พร้อมมีหลักฐานเอกสารอ้างอิง และ / หรือ รหัส QP WI คู่มือ)

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☑ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่น<u>ภายใน</u>คณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่น<u>ภายนอก</u>คณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 3

ชื่อเรื่อง : checklist เตรียมอุปกรณ์ทำ Picc line

ผู้นำเสนอ : นางปรียาวรรณ เล็กแสงจันทร์ และทีม PN

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

ปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ส่งผลให้หลอดเลือดดำส่วนปลายเปราะบางและมีความยืดหยุ่นลดลง อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัญหาหรือความเสี่ยงของภาวะพร่องโภชนาการที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จากเหตุผลดังกล่าวทำให้มีความจำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจากตำแหน่งส่วนปลายหรือ PICC line (Peripherally Inserted Central Catheter)สำหรับให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำที่ช่วยในการฟื้นตัวและการหายของแผลผ่าตัด ปัจจุบันการทำหัตถการดังกล่าวภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้น 3-4 รายต่อเดือน เป็นการทำหัตถการในรูปแบบข้างเตียงโดยอายุรแพทย์หัวใจซึ่งมีความเชี่ยวชาญที่ได้รับการส่งปรึกษามาร่วมดูแล เนื่องด้วยปริมาณภาระงานที่มากและหลากหลายทำให้การทำหัตถการดังกล่าวมีระยะเวลาที่จำกัด ประกอบกับเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยมีประสบการณ์และความชำนาญในการเตรียมอุปกรณ์ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการเตรียมอุปกรณ์ทั้งด้าน รวมทั้งใช้ระยะเวลาในเตรียมและการทำหัตถการที่นานมากขึ้น และอาจกระทบต่อความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

ทางทีมหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จึงได้จัดทำ Checklist ในการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการแทง PICC line เพื่อเป็นมาตราฐานในการทำงานเดียวกันที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว และมีความพึงพอใจการปฏิบัติการงานทั้งของเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ (5 นาที)
2. อุปกรณ์ที่เตรียมมีความครบถ้วน ถูกต้อง และพร้อมใช้ (100%)
3. มีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ของเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้น (80%)

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

กระบวนการปรับปรุง

เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยร่วมกันวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยได้จัดทำคู่มือการเตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ PICC line ขึ้นมาในรูปแบบเล่มเอกสาร เป็นสื่อที่ช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมอุปกรณ์ ต่อมาได้มีปรับเปลี่ยนมาเป็นรายการ checklist อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับใส่ PICC line โดยได้จัดเก็บไว้ในกล่องหน้าตู้เก็บอุปกรณ์ เพื่อให้เกิดความสะดวกและพร้อมต่อการจัดเตรียม โดยขณะจัดเตรียมได้มีการ checklist รายการให้ถูกต้องและครบถ้วนพร้อมสำหรับการทำหัตถการ

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนามาเป็น check list ในรูปแบบ QR code ที่มีรูปภาพของอุปกรณ์ประกอบ ซึ่งสะดวกต่อการเข้าถึงและง่ายต่อการเข้าใจ

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ(เดือน มกราคม-ธันวาคม ปี2567)			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง
1.เวลาในการเตรียมอุปกรณ์ (นาที)	5	15	5
2.ความถูกต้องในการเตรียมอูปกรณ์ (ร้อยละ)	100	70	100
3.ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ	100	60	100

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☐ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☑ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568
วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568
ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 4

ชื่อเรื่อง : ผ้ากันเปื้อนผู้สูงอายุ

ผู้นำเสนอ : นางปรียาวรรณ เล็กแสงจันทร์ และทีม PN

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 สภาพการทำงานและปัญหาที่พบ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีผู้ป่วยจำนวน 41 เตียง ดูแลผู้ป่วยหลายหน่วยของงานศัลยศาสตร์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นจำนวน 80% ของผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วย ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย พบว่ามีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดเศษอาหารตกหล่นเปรอะเปื้อนบนเสื้อผ้าและที่นอนของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่ความจำเป็นในการเปลี่ยนผ้าปูเตียงและเสื้อผ้าบ่อยครั้ง ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลือง และเพิ่มความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหรือช่วยป้อนอาหาร ส่งผลให้ไม่สามารถป้องกันการเปรอะเปื้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยจึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการจัดหา ผ้ากันเปื้อนสำหรับผู้ป่วย เพื่อช่วยลดปัญหาการเปรอะเปื้อน ลดภาระในการเปลี่ยนเครื่องนอนและเสื้อผ้า ตลอดจนเพิ่มความสะดวกสบายให้แก่ผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร

1.2 วัตถุประสงค์

1.ลดปัญหาการเปรอะเปื้อนขณะรับประทานอาหาร(100%)

2.ลดภาระในการเปลี่ยนเครื่องนอนและเสื้อผ้า(100%)

3.เพิ่มความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วย (100%)

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายได้นำอุปกรณ์ที่ไม่ได้ใช้งานมาประดิษฐ์เป็นผ้ากันเปื้อนและนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหารมาตัดเป็นรูปทรงผ้ากันเปื้อนเพื่อเพิ่มความสะดวก

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ(เดือน มกราคม-ตุลาคม 2567)			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง
อัตราการเปรอะเปื้อนขณะรับประทานอาหาร (ร้อยละ)	100	50	90
ความถี่ในการเปลี่ยนเครื่องนอนและเสื้อผ้าของผู้ป่วย(ร้อยละ)	100	60	90
ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้ผ้ากันเปื้อน(ร้อยละ)	100	50	100

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☐ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 5

ชื่อเรื่อง : แผ่นคั่นแยกชุดจัดเก็บเอกสาร และแผ่นช่วยเตือน

ผู้นำเสนอ : นางสาวปนัดดา สุวรรณภราดร

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

เนื่องจากแบบบันทึกกิจกรรมพยาบาล และแบบประเมินการพยาบาลมีจำนวนมากขึ้น แต่การจัดเก็บในแฟ้มเอกสารไม่มีการจัดเรียงให้อยู่ในชุดเดียวกัน จึงทำให้หายากและประเมินไม่ครบ

วัตถุประสงค์

1. มีการจัดเก็บแบบบันทึกกิจกรรมพยาบาล และแบบประเมินการพยาบาลเรียงเป็นชุดเดียวกันตามลำดับ
2. ค้นหาแบบบันทึกกิจกรรมพยาบาล และแบบประเมินการพยาบาลได้ง่ายขึ้น
3. พยาบาลทำแบบบันทึกกิจกรรมพยาบาล และแบบประเมินการพยาบาลได้ครบ

ตัวชี้วัด

ผลดำเนินการ(มกราคม./ ปี2568)			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง
1. มีการจัดเก็บแบบบันทึกกิจกรรมพยาบาล และแบบประเมินการพยาบาลเรียงเป็นชุดเดียวกันตามลำดับ	100%	0%	100%
2. ค้นหาได้ง่ายขึ้น	100%	50%	100%
3.พยาบาลทำการบันทึกและทำแบบประเมินการพยาบาลได้ครบ	100%	50%	100%
4.ความพึงพอใจในการจัดทำ	100%	50%	100%

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

จากปัญหาแบบบันทึกกิจกรรมพยาบาล และแบบประเมินการพยาบาลที่มีจำนวนมากขึ้น การจัดเก็บในแฟ้มเอกสารไม่มีการจัดเรียงให้อยู่ในชุดเดียวกัน ทำให้หายากและประเมินไม่ครบ

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

2.1 ทำแผ่นคั่นแยกชุดจัดเก็บเอกสาร โดยนำแผ่นดังกล่าวใส่ไว้ด้านหน้าชุดเอกสารทั้งหมด

2.2 จัดเรียงเอกสารตามลำดับที่ติดไว้ในแผ่นช่วยเตือน

2.3 ทำแผ่นช่วยเตือน โดยพิมพ์ลงบนกระดาษสติ๊กเกอร์ นำไปติดไว้ด้านบนสุดของแผ่นคั่นincomplete ของ Nurse Note ทีมีอยู่แล้ว เพื่อช่วยเตือนให้ทำการบันทึกและประเมินให้ครบ

ภาพแสดง แผ่นคั่นแยกชุดจัดเก็บเอกสาร และแผ่นช่วยเตือน

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

3.1 ติดตามประเมินผลหลังการใช้งาน

3.2 กำหนดผู้รับผิดชอบคือ ปนัดดา สุวรรณภราดรและผู้ใช้งาน

3.3 หลังการใช้งานมีแผ่นคั่นแยกชุดเอกสารและแผ่นช่วยเตือน ทำให้ค้นหาเอกสารได้ง่าย มีการทำแบบบันทึกกิจกรรมพยาบาลและแบบประเมินการพยาบาลครบ

4. จัดทำมาตรฐาน (Act)

กำหนดแนวทางในการใช้งาน เพื่อให้ปฏิบัติได้เหมือนกัน

3.ผลดำเนินโครงการ

ภายหลังการจัดทำ พบว่า มีการจัดเก็บแบบบันทึกกิจกรรมพยาบาลและแบบประเมินการพยาบาลเรียงเป็นชุดเดียวกันตามลำดับ พยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติ สามารถค้นหาและทำแบบประเมินได้ครบ 100 เปอร์เซนต์

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☑ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น

☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 6

ชื่อเรื่อง : กล่องจัดท่ามหัศจรรย์

ผู้นำเสนอ : นางสาวสุวิมล โฉมเฉลา และนางสาวภาวิณี สอนใจ

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (RA4IT)

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิม และปัญหาที่พบจากการทำงานพร้อมระบุข้อมูลสนับสนุน

เนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (RA4IT) ดูแลผู้ป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุ มีอาการรุนแรงและมีความซับซ้อนของโรคมากส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีภาวะทุกคลภาพ ไม่สามารถกระดกปลายเท้าเองได้ จำเป็นต้องมีการจัดท่าให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันปลายเท้าตก และให้เท้าอยู่ในตำแหน่ง(Position)ที่เหมาะสม

ปัญหาเดิมที่พบ คือ กล่องที่ใช้ต้องรอเก็บจากกล่องขวดน้ำเกลือ แล้วนำผ้าเขียวมาห่อ ใช้ขวดน้ำเกลือ ถ่วงน้ำหนักกล่อง เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยหรือเลิกใช้งานต้องมาแกะผ้าออก และเก็บอุปกรณ์ทิ้งทุกครั้ง ทำให้เสียเวลาในการทำงานทางผู้จัดทำ จึงปรับปรุงอุปกรณ์เพื่อความสะดวกและลดระยะเวลาในการจัดหำอุปกรณ์

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้ ระบุ 1 หรือ 2 ข้อในประเด็นที่สำคัญ / สอดคล้องกับปัญหา)

วัตถุประสงค์

1. ช่วยควบคุมโครงสร้างของเท้าให้อยู่ในตำแหน่ง (position)ที่เหมาะสม
2. ลดระยะเวลาในการทำงาน
3. พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้งาน

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

ขั้นตอนการวางแผน/วิธีการทำงานใหม่

1.ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

1.สังเกตปัญหา 2. ออกแบบกล่อง 3. ใช้งานจริง 4.ประเมินผลการใช้งาน

2.ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

1. เก็บข้อมูลปัญหาในการใช้งาน	2. ออกแบบกล่องที่ทำจากไม้ให้มีขนาดความกว้าง19 ซม. ความยาว 39 ซม. และความสูง 30 ซม.	3. จากนั้นนำแผ่นรองกันลื่นมาแปะติดข้างกล่องเพื่อให้เท้าไม่เกิดการกดทับจนเกิดเป็นแผลกดทับ	4. นำกล่องไปทดลองใช้กับผู้ป่วย

3.ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

จากการใช้งานพบว่า สามารถควบคุมโครงสร้างของเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ช่วยลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์และลดการใช้วัสดุอุปกรณ์ภายในหอผู้ป่วย พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้งาน

4. จัดทำมาตรฐาน (Act)

4.1มาตรฐานการใช้งาน : หลังย้ายหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย เช็คทำความสะอาดด้วย Bactyl 0.1% ทุกครั้ง

4.2 สรุปผลโครงการ : ควบคุมโครงสร้างของเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ช่วยลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ และลดการใช้วัสดุอุปกรณ์ภายในหอผู้ป่วย พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้งาน

3. ผลดำเนินโครงการ

1. โครงสร้างของเท้าอยู่ในตำแหน่ง (position) ที่เหมาะสม
2. ลดระยะเวลาในการทำงาน
3. พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้งาน

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 7

ชื่อเรื่อง : มองฉันแล้วเธอต้องสนใจ

ผู้นำเสนอ : นางสาวภณิตา เกตุวีระพงศ์

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิม และปัญหาที่พบจากากรทำงาน พร้อมระบุข้อมูลสนับสนุน

ความปวดหลังผ่าตัด หรือหลังบาดเจ็บ(Trauma)เป็นความปวดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ admit ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุต้องเผชิญ การจัดการความปวดในปัจจุบันมีรายวิธี เช่น ทีมแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้สั่งให้ยาแก้ปวดเพียงทีมเดียว หรือ ทีมแพทย์เจ้าของไข้สั่งยาแก้ปวดร่วมกับปรึกษาทีมระงับปวดเฉียบพลัน (Acute Pain Clinic) เพื่อพิจารณาให้ยาทาง Epidural หรือการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตนเอง(Patient-Controlled Analgesia:IV-PCA) การบริหารยาทาง Epidural และ IV PCA ไม่ควรมีการให้ยากลุ่ม opioids ทาง Route อื่น ๆ เช่น IV bolus ซ้ำ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในทางปฏิบัติงานจริงบางครั้งมักจะมี order opioids เดิมที่แพทย์มีคำสั่ง off ไปแล้วอยู่ อาจมีการผิดพลาดทางการรับ order ทำให้มีโอกาสเกิดการให้ยา opioids ทาง Route อื่น ๆ ซ้ำซ้อน ซึ่งอาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและทำให้การบริหารยาทาง Epidural analgesia หรือ IV PCA ของแพทย์ยากขึ้น จึงได้คิดค้นนวัตกรรมป้ายเตือนเมื่อผู้ป่วยได้ Epidural analgesia หรือ IV PCA “มองฉันแล้วเธอต้องสนใจ”

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้

(ระบุ 1 หรือ 2 ข้อในประเด็นที่สำคัญ / สอดคล้องกับปัญหา)

1. มีป้ายเตือนใจเมื่อผู้ป่วยได้ Epidural analgesia หรือ IV PCA ในหน่วยงาน
2. เพื่อป้องกันไม่เกิดการให้ยากลุ่ม opioids ทาง Route อื่น ๆ ซ้ำซ้อน ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดทาง Epidural analgesia และ IV PCA
3. ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจต่อการนำป้ายเตือน “มองฉันแล้วเธอต้องสนใจ” มาใช้

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

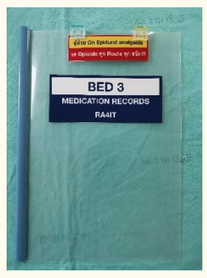
2.สภาพการทำงานใหม่ /วิธีการทำงานใหม่

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

1. สังเกตปัญหาการใช้งาน 2. ออกแบบป้าย 3. ใช้งานจริง
4. ประเมินผลการใช้งาน

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

1. เก็บข้อมูลปัญหาในการใช้งาน
2. เตรียมกระดาษแข็ง, กระดาษสี,กระดาษโฟโต้, มีดคัตเตอร์,ไม้บรรทัดเหล็ก, ดินสอ, สติ๊กเกอร์ใส,ฟิล์มใสเคลือบกระดาษ,เครื่องเคลือบกระดาษ
3. ออกแบบป้ายเตือนผู้ป่วยใช้ Epidural analgesia ที่ใช้กระดาษโฟโต้และเคลือบ ฟิล์มใส และ ป้ายเตือนผู้ป่วยใช้ IV PCA ที่ใช้กระดาษสีรองด้วยกระดาษแข็งปิดด้วยสติ๊กเกอร์ใส
4. นำมาทดลองใช้โดยติดป้ายเตือน 2 ตำแหน่ง ที่ Medication records และแฟ้มผู้ป่วย
5. ประเมินผลการใช้งานจริง



3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

จากการนำป้ายใหม่ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุพบว่าไม่เกิดการให้ยากลุ่ม opioids ทาง Route อื่น ๆ ซ้ำซ้อน ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดทาง Epidural analgesia และ IV PCA

4. จัดทำมาตรฐาน (Act)

- หลังการใช้งานนำ 0.1% Bactyl เช็ดทำความสะอาดป้ายเตือนและเก็บให้เรียบร้อย
- สรุปผลโครงการ : ป้ายเตือนสามารถป้องกันการเกิดการให้ยากลุ่ม opioids ทาง Route อื่น ๆ ซ้ำซ้อน ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดทาง Epidural analgesia และ IV PCA ได้ตรงตามวัตถุประสงค์

3.ผลดำเนินโครงการ

- ไม่เกิดการให้ยากลุ่ม opioids ทาง Route อื่น ๆ ซ้ำซ้อน ในผู้ป่วยที่มีการใช้ Epidural analgesia และ IV PCA
- มีความสะดวกในการหยิบใช้งานและสังเกตุเห็นได้ชัดเจน
- ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจระดับมากต่อการนำป้ายเตือน “มองฉันแล้วเธอต้องสนใจ” มาใช้

4. มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☐ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

5. การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 8

ชื่อเรื่อง : ดูแลง่าย ปลอดภัยชัวร์ ด้วยป้ายสายระบายน้ำในโพรงสมอง/ไขสันหลัง

ผู้นำเสนอ : นางสาวสุวพักตร์ โพพาทอง

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (RA5IC)

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (RA5IC) เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ซึ่งมีผู้ป่วยร้อยละ 40 ที่ใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง/ไขสันหลัง (External Ventricular Drainage : EVD/ Lumbar Drainage : LD) หลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองและไขสันหลัง (EVD/LD) ที่สำคัญ คือ การตั้งจุดหยดของน้ำในโพรงสมองและไขสันหลังให้ถูกต้อง จากสถิติเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม ปี 2566 พบอัตราความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย EVD/LD ร้อยละ 3 เกิดจากพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ เข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งไม่ทราบแผนการรักษาของผู้ป่วยในวันนั้น โดยมีการไป clamp หรือคลาย clamp สาย EVD/LD รวมทั้งมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและปรับหัวเตียง ทำให้ตำแหน่งของการตั้งจุดหยดเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแผน การรักษาและเป็นอันตรายกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนของรายละเอียดในป้ายสาย EVD/LD
2. เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย EVD/LD
3. เพื่อให้ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในการใช้ป้ายสาย EVD/LD

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาประชุมหน่วยงาน ออกแบบป้ายสายระบายน้ำในโพรงสมอง/ไขสันหลัง

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Do) นำไปทดลองใช้งาน

2.1 การพัฒนารอบที่ 1 : ใช้กระดาษ A4 เขียนระบุรายละเอียดต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง/ไขสันหลัง (EVD/LD)

ข้อดี : สะดวกต่อการใช้งาน

ข้อเสีย : ไม่มีแบบแผนในการระบุรายละเอียด ข้อมูลไม่ครบถ้วน สิ้นเปลืองกระดาษ

2.2 การพัฒนารอบที่ 2 : จัดทำป้ายระบุรายละเอียดต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ที่ใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง/ไขสันหลัง (EVD/LD) พร้อมเคลือบกระดาษ

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)ประเมินติดตามการนำไปใช้ของผู้ปฏิบัติงาน ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของรายละเอียดในป้าย เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง/ไขสันหลัง (EVD/LD) และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

QR Code **ป้ายสายระบายน้ำในโพรงสมอง/ไขสันหลัง**

4. จัดทำมาตรฐาน (Act) แจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานทราบ และจัดทำเป็นแนวปฏิบัติในหน่วยงาน

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (01/05/2567 – 28/02/2568)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนใช้งาน	หลังใช้งาน	
			รอบที่ 1 (1/05/67 – 31/07/67)	รอบที่ 2 (1/08/67 – 28/02/68)
1.อัตราความถูกต้อง ครบถ้วนของรายละเอียดในป้าย	100%	NA	80%	100%
2. อัตราความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สาย EVD/LD	0%	3%	0%	0%
3. ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน	100%	NA	70%	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

ระบุรายละเอียดบนป้าย และนำไปติดที่เตียงผู้ป่วยทุกรายที่ใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง/ไขสันหลัง เริ่มใช้งานตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2567 รับผิดชอบโดยพยาบาลเจ้าของไข้ที่ดูแลผู้ป่วย

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 9

ชื่อเรื่อง : ป้าย HHHFNC ช่วยบ่งชี้การตั้งค่า

ผู้นำเสนอ : นางสาวสุวพักตร์ โพพาทอง

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (RA5IC)

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (RA5IC) เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ซึ่งมีผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน หรือผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจ ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (Heated Humidified High Flow Nasal Cannula: HHHFNC) ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด

การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HHHFNC ที่สำคัญ คือ การตั้งค่าอัตราการไหลของออกซิเจน ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน และอุณหภูมิของเครื่อง HFNC ให้เป็นไปตามแผนการรักษาที่กำหนด รวมถึงการเลือกขนาดของสายให้เหมาะสมกับรูจมูก ของผู้ป่วย จากสถิติเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม ปี 2566 พบอัตรา ความคลาดเคลื่อนใน การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HHHFNC ร้อยละ 2 โดยพบว่า ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนคลาดเคลื่อน เนื่องจากขณะให้การพยาบาลอาจมีการไปสัมผัส Oxygen Flow Meter ทำให้ความเข้มข้นของออกซิเจนสูงหรือต่ำกว่าแผนการรักษาส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแผนการรักษาและเป็นอันตรายกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนของรายละเอียดในป้าย HHHFNC
2. เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HHHFNC
3. เพื่อให้ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในการใช้ป้าย HHHFNC

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ประชุมหน่วยงาน ออกแบบป้าย HHHFNC

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Do) นำไปทดลองใช้งาน

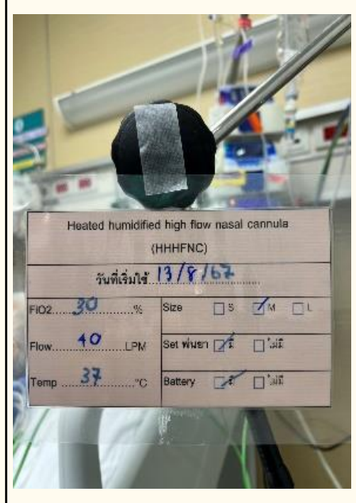
2.1 การพัฒนารอบที่ 1: ใช้กระดาษ A4 เขียนระบุรายละเอียดต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HHHFNC

ข้อดี : สะดวกต่อการใช้งาน

ข้อเสีย : ไม่มีแบบแผนในการระบุรายละเอียด ข้อมูลไม่ครบถ้วน สิ้นเปลืองกระดาษ

2.2 การพัฒนารอบที่ 2 : จัดทำป้ายระบุรายละเอียดต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ที่ใช้เครื่อง HHHFNC พร้อมเคลือบกระดาษ

ข้อดี : มีแบบแผนในการระบุรายละเอียด ข้อมูลครบถ้วน สามารถนำมาใช้ซ้ำได้



3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) ประเมินติดตามการนำไปใช้ของผู้ปฏิบัติงาน ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของรายละเอียดในป้าย เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HHHFNC และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

QR Code ป้าย HHHFNC

4. จัดทำมาตรฐาน (Act) แจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานทราบ และจัดทำเป็นแนวปฏิบัติในหน่วยงาน

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (1/03/2567 – 28/02/2568)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนใช้งาน	หลังใช้งาน	
			รอบที่ 1 (1/03/67–31/07/67)	รอบที่ 2 (1/08/67 – 28/02/68)
อัตราความถูกต้อง ครบถ้วนของรายละเอียดในป้าย	100%	NA	85%	100%
อัตราความคลาดเคลื่อนใน การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HHHFNC	0%	2 %	0%	0%
ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน	100%	NA	75%	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

ระบุรายละเอียดบนป้าย และนำไปติดที่เตียงผู้ป่วยทุกรายที่ใช้เครื่อง HHHFNC เริ่มใช้งานตั้งแต่ 1 มีนาคม 2567 รับผิดชอบโดยพยาบาลเจ้าของไข้ที่ดูแลผู้ป่วย

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 10

ชื่อเรื่อง : ป้ายเตือน “ใบนำทางในการไปชำระเงิน”

ผู้นำเสนอ : คุณพนิดา ทิมจะโป๊ะ, คุณพัทสิมา ภัทรธีรานนท์, คุณอรพรรณ สุขเกษม, คุณเบ็ญจา ม่วงงาม

หน่วยงาน : ห้องพักฟื้นศัลยกรรม

1. สภาพปัญหา<u>ก่อน</u>ปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ผู้ป่วยนอก (OPD case) ที่เข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม หลังทำหัตถการเสร็จสิ้น ต้องดำเนินการชำระเงินค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ก่อนกลับบ้านในวันที่มาทำหัตถการทุกราย โดยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน หลังชำระเงินผู้ป่วยจะนำเอกสารมาตรวจสอบความครบถ้วนที่เคาน์เตอร์พยาบาล ปัญหาที่พบบ่อย คือ มีการชำระเงินไม่ครบทุกรายการ โดยเฉพาะไม่ได้ชำระเงินในส่วนของใบคิดราคายาและน้ำเกลือที่ใช้ในห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นเอกสารที่ต้องนำไปยื่นที่ห้องยา เพื่อออกหมายเลขคิวระบบ CPOE ก่อนชำระเงินต่างกับยาที่ได้รับหลังผ่าตัดแพทย์จะสั่งยาและออกคิว CPOE จากที่ห้องผ่าตัด จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ได้ยื่นเอกสารให้ถูกต้องตามระบบ ประกอบกับเอกสารในการส่งชำระเงินมีหลายรายการ ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาในการไปติดต่อชำระเงินอีกครั้ง ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจและเกิดความล่าช้าในการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการ<u>ครั้งนี้</u>

1. เพื่อให้ผู้ป่วยชำระเงินค่าบริการครบถ้วนก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกราย
2. ผู้ป่วย/ญาติดำเนินการชำระเงินค่าบริการต่าง ๆ หลังผ่าตัด = 1 ครั้ง
3. ระยะเวลาในการดำเนินการชำระค่าบริการต่าง ๆ หลังผ่าตัด ≤30 นาที/ราย

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพ<u>หลัง</u>ปรับปรุง

แสดงกระบวนการปรับปรุงและรายละเอียดกิจกรรมตามหลัก PDCA

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan): วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหา ประชุมร่วมกันระหว่างสมาชิกในหน่วยงาน โดยมอบหมายให้ผู้ทำแฟ้มผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเป็นผู้ดำเนินการหลัก และมีการจัดทำป้ายเตือน ใบนำทางในการไปชำระเงิน เพื่อนำมาติดที่เอกสารของผู้ป่วย

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do):

2.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแฟ้มเอกสารและออกใบค่าใช้จ่ายทั้งหมดของผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยทำหัตถการเสร็จ

2.2 แนบใบนำทาง “มีใบค่าน้ำเกลือ+น้ำยา” กับบัตรนัดของผู้ป่วย และอธิบายขั้นตอนการชำระเงิน ซึ่งมีรายละเอียด ตามเอกสารแนบ 1 และ 2

2.3 ภายหลังที่ผู้ป่วยชำระเงินและกลับมาติดต่อเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ทำการตรวจสอบความครบถ้วนและให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check): รายการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้รับการชำระเงินครบถ้วนทุกรายการก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

4. จัดทำมาตรฐาน (Act) : กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการจำหน่ายผู้ป่วยนอกที่มาผ่าตัดของหน่วยงาน

3. ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ(เดือน ตุลาคม-ธันวาคม/ ปี 2567) N = 100 ราย			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง
1. เพื่อให้ผู้ป่วยชำระเงินค่าบริการครบถ้วนก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกราย	100%	85% (N=85)	100% (N=100)
2. ผู้ป่วย/ญาติดำเนินการชำระเงินค่าบริการต่าง ๆ หลังผ่าตัด = 1 ครั้ง	100%	85% (N=85)	100% (N=100)
3. ระยะเวลาในการดำเนินการชำระค่าบริการต่าง ๆ หลังผ่าตัด ≤30 นาที/ราย	95%	80%* (N=80)	95% (N=95)

*** ปัจจัยอื่น ๆ 5% เช่น การแก้ใบยาในระบบ CPOE**

4. มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☐ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

5. การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่น<u>ภายใน</u>คณะฯ

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่น<u>ภายนอก</u>คณะฯ

ชื่อเรื่อง : ป้ายเตือน “ใบนำทางในการไปชำระเงิน”

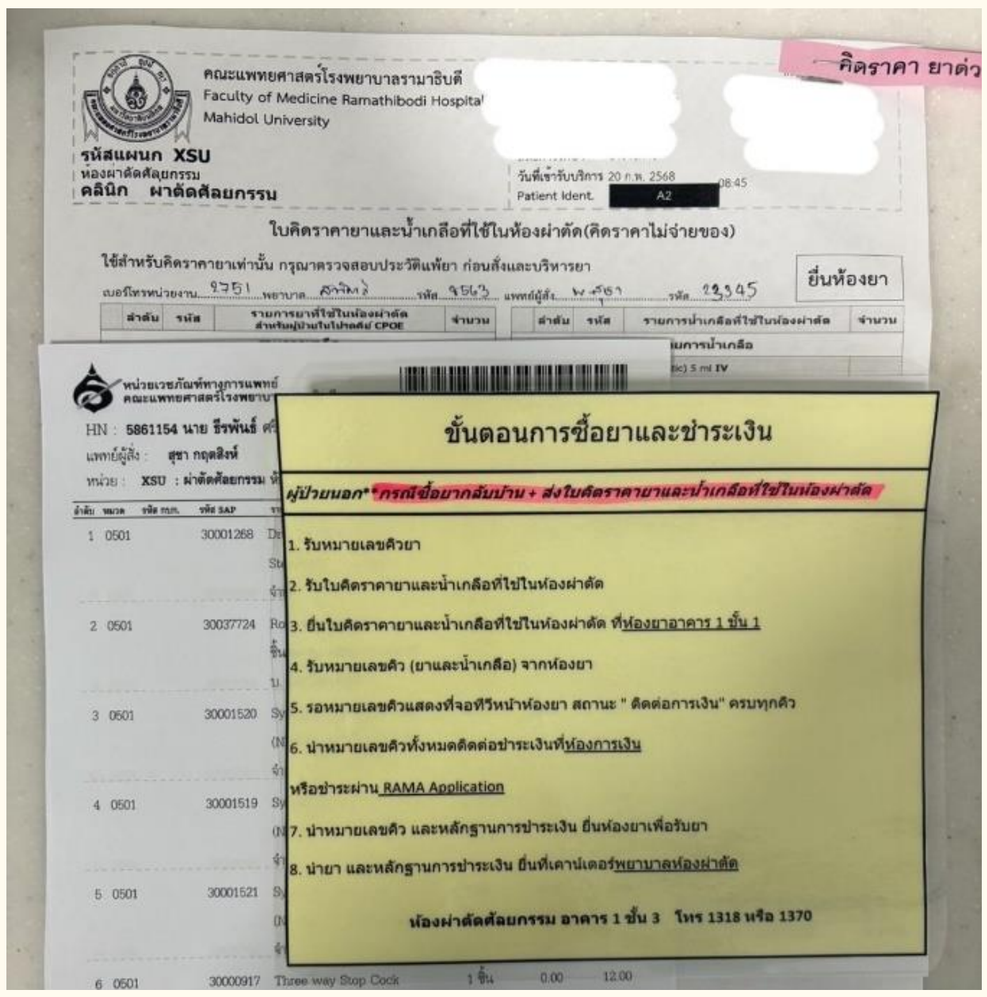
ผู้นำเสนอ : คุณพนิดา ทิมจะโป๊ะ, คุณพัทสิมา ภัทรธีรานนท์, คุณอรพรรณ สุขเกษม, คุณเบ็ญจา ม่วงงาม

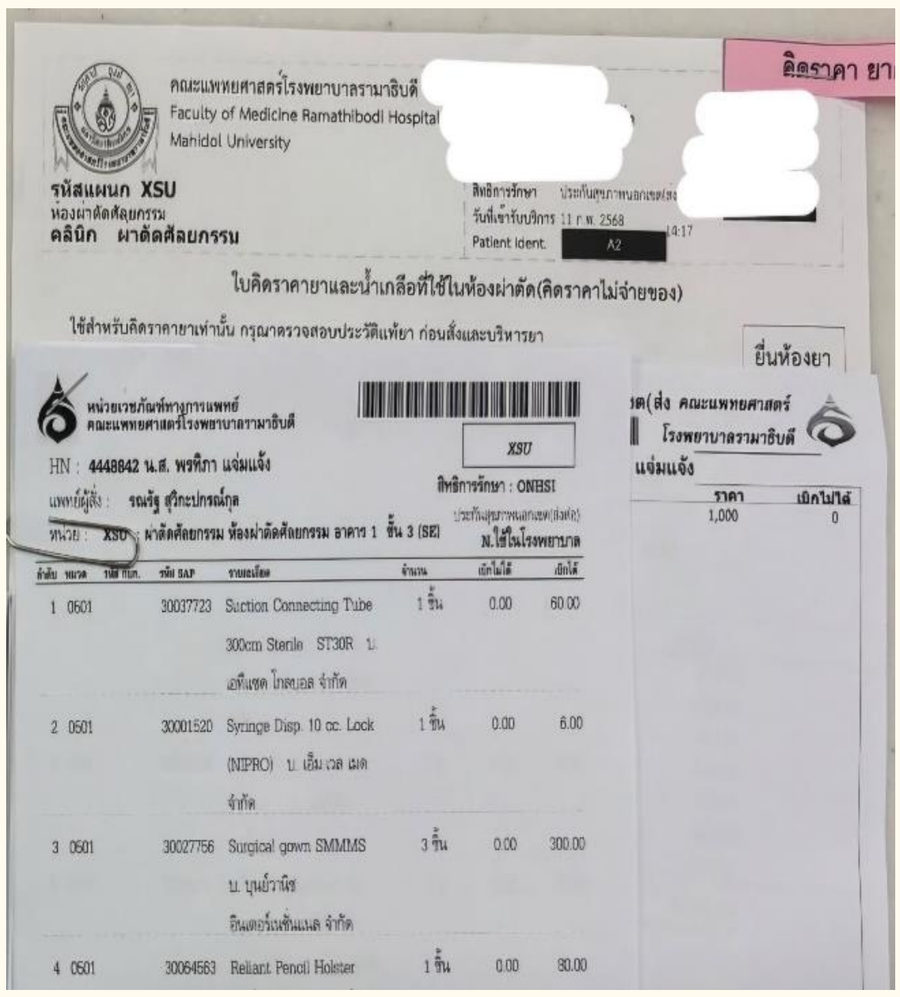
หน่วยงาน : ห้องพักฟื้นศัลยกรรม

<u>เอกสารแนบ 1</u>

2.2.1 รับหมายเลขคิวยา
2.2.2 รับใบคิดราคายาและน้ำเกลือที่ใช้ในห้องผ่าตัด
2.2.3 ยื่นใบคิดราคายาและน้ำเกลือที่ใช้ในห้องผ่าตัด ที่ห้องยาอาคาร 1 ชั้น 1
2.2.4 รับหมายเลขคิว (ยาและน้ำเกลือ) จากห้องยา
2.2.5 รอหมายเลขคิวแสดงที่จอทีวีหน้าห้องยา สถานะ " ติดต่อการเงิน" ครบ ทุกคิว
2.2.6 นำหมายเลขคิวทั้งหมดติดต่อชำระเงินที่ห้องการเงิน หรือชำระผ่าน RAMA Application
2.2.7 นำหมายเลขคิว และหลักฐานการชำระเงิน ยื่นห้องยาเพื่อรับยา
2.2.8 นำยา และหลักฐานการชำระเงิน ยื่นที่เคาน์เตอร์พยาบาลห้องผ่าตัด

<u>เอกสารแนบ 2</u>





โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 11

ชื่อเรื่อง : กระติกเลือดถูกประเภท

ผู้นำเสนอ : คุณณัฏฐณิญา มั่นคงกิจการ, คุณสุพัตรา คำเอื้อย และคุณนุจรี คณะนา

หน่วยงาน : ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

1.สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ให้การบริการผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งแบบ Major/Minor เฉลี่ยประมาณ30รายต่อวัน ซึ่งในการผ่าตัดของผู้ป่วยบางราย มีโอกาสใช้เลือดในการผ่าตัดหลายชนิด เช่น Packed red cell (PRC), Fresh frozen plasma (FFP), Cryoprecipitate, Platelet concentrate เป็นต้น ซึ่งกระบวนการในการรับ-ส่งเลือด ทางทีมวิสัญญีประจำห้องผ่าตัดจะเป็นผู้ประสานงานห้องเลือดเพื่อขอรับเลือด

พยาบาลประจำเคาน์เตอร์รับ-ส่ง มอบหมายงาน ให้พนักงานชายเป็นผู้นำกระติกสำหรับใส่เลือดที่จัดเตรียมไว้ไปใช้ในการรับ-ส่งเลือด ซึ่งมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการนำกระติกไปใช้ผิดประเภทได้ เนื่องจากกระติกมี2ประเภท คือ กระติกแช่น้ำแข็งและกระติกไม่แช่น้ำแข็ง จากการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธ.ค.67 –ม.ค. 68 จำนวนในการรับเลือด 200 ครั้ง เกิดความผิดพลาดในการเลือกใช้กระติกเลือดผิด 6 ครั้ง ส่งผลให้เลือดไม่มีประสิทธิภาพต่อการใช้งาน

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้

เพื่อป้องกันความผิดพลาดของพนักงานชายในการใช้กระติกรับ - ส่งเลือดผิดประเภท

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

แสดงกระบวนการปรับปรุงและรายละเอียดกิจกรรมตามหลัก PDCA

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan): วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ปัญหา ทีมห้องพักฟื้นศัลยกรรมประสานงานกับห้องเลือด เพื่อทวนสอบชนิดของเลือดให้สอดคล้องกับการเลือกใช้กระติกแต่ละประเภทในการรับเลือดมายังห้องผ่าตัด

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do): เมื่อได้รับใบรับเลือดจากทีมวิสัญญีพยาบาลเคาน์เตอร์รับ-ส่ง ตรวจสอบใบรับเลือดกับใบทวนสอบจากห้องเลือด เมื่อตรวจสอบเรียบร้อย นำใบรับเลือดให้พนักงานชายพร้อมบอกชนิดของกระติกสำหรับรับเลือดแต่ละประเภท

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check): หลังปรับปรุงขั้นตอนการทำงานไม่พบความผิดพลาดของพนักงานชายในการใช้กระติกรับเลือด

4. จัดทำมาตรฐาน (Act) : กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการรับ-ส่งเลือดของหน่วยงาน

3. ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ(เดือน ธันวาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568)			
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ก่อน ธ.ค.67-ม.ค.68 (N=200)**	**หลัง ก.พ.68 (N=100)**
อัตราความผิดพลาดของพนักงานชายในการใช้กระติกรับ-ส่งเลือดผิดประเภท เท่ากับ 0	0%	3% (N=6)	0% (N=0)

4. มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

(จัดทำเป็นมาตรฐานในหน่วยงาน โดยมีพยาบาลประจำเคาน์เตอร์รับ-ส่งเป็นผู้รับผิดชอบและดำเนินงาน โดยมีขั้นตอนตาม QR Codeที่แนบ)

5. การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

ระบุหน่วยงานที่นำไปขยายผลจริง ที่ใช้เฉพาะตนเอง ใช้ภายในหน่วยงาน ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ หรือ ภายนอกคณะฯ โดยมีหลักฐานเอกสารอ้างอิงที่ชัดเจน เช่น รูปภาพ เว็บไซต์

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568
วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568
ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 12

ชื่อเรื่อง : ถูกคู่ ถูกคน

ผู้นำเสนอ : นางสาวฐิตาพร กล่อมสกุล, นางสาวอริยา อุปพันธ์ และนางสาวพัชรี ปะวะถา

หน่วยงาน : ห้องพักฟื้นศัลยศาสตร์

1.สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ห้องผ่าตัดศัลยกรรมให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรมช่วงเดือนธันวาคม 2567 ถึง เดือนมกราคม 2568 มีจำนวน 304 ราย เฉลี่ยประมาณ 10-20 ราย/วัน มีกลุ่มผู้ป่วยหลากหลายช่วงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อมีการเข้ารับบริการที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม พยาบาลประจำเคาน์เตอร์ทำการซักประวัติและคัดกรองอาการผู้ป่วย จากนั้นเจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับหรือของมีค่าที่นำติดตัวฝากญาติไว้ และช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดรองเท้า เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับรอเข้าห้องผ่าตัด โดยเสื้อผ้าและรองเท้าที่ถอดออกจะถูกจัดเก็บในชั้นวางอย่างเป็นระเบียบ หลังจากทำหัตถการเสร็จผู้ป่วยจะเปลี่ยนเสื้อผ้ากลับบ้าน

ปัญหาที่พบ หลังจากผู้ป่วยทำหัตถการเสร็จจะออกจากห้องผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้าเตรียมกลับบ้าน แต่ไม่พบรองเท้าคู่เดิมของตนเอง พบเพียงรองเท้าที่มีลักษณะคล้ายกัน ยี่ห้อเดียวกัน ต่างกันเพียงสภาพของรองเท้า เนื่องจากมีการสลับคู่กันกับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดท่านอื่น จากการเก็บข้อมูลพบว่าช่วงเดือน ธันวาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 พบว่ามีผู้ป่วยใส่รองเท้าสลับคู่กันจำนวน 15 ราย ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยแต่ละรายใส่รองเท้าคู่เดิมกลับบ้านหรือไม่จึงจัดทำแนวทางแก้ปัญหานี้ขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ในการดำเนินการ

1.2.1. เพื่อลดการเกิดความผิดพลาดของการใส่รองเท้าผิดคู่

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

แสดงกระบวนการปรับปรุงและรายละเอียดกิจกรรมตามหลัก PDCA

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan): วิเคราะห์สาเหตุและหาแนวทางแก้ปัญหา จากการรวบรวมข้อมูลปัญหาที่พบคือ มีการสลับคู่ของรองเท้า

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

2.2.1 วัดขนาดถุงที่สามารถนำมาใส่รองเท้าได้

2.2.2. Print สติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย และนำมาติดที่ถุงที่เตรียมไว้

2.2.3 เมื่อเปลี่ยนชุดผู้ป่วย ทางเจ้าหน้าที่จะให้ผู้ป่วยถอดรองเท้าใส่ถุง และเปลี่ยนเป็นใส่รองเท้าของทางโรงพยาบาลที่จัดเตรียมไว้

2.2.4.ทวนสอบชื่อและนามสกุลทุกครั้งก่อนจัดเก็บรองเท้า

2.2.5 นำรองเท้าใส่ถุง วางบนชั้นรองเท้าให้เรียบร้อย

2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) : ไม่เกิดข้อผิดพลาดของการสลับคู่ของรองเท้า

2.4 จัดทำมาตรฐาน (Act): กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วยนอกที่มาผ่าตัดของหน่วยงาน

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (เดือน ธ.ค.2567 – ก.พ. 2568) N= 463 ราย			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน (ธ.ค.67-ม.ค.68) N =304	หลัง (ก.พ.68) N=159
1. อัตราความผิดพลาดของการใส่รองเท้าผิดคู่ = 0 ราย	100 %	4.93% (N=15)	100 % (N=159)

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

(จัดทำเป็นมาตรฐานในหน่วยงาน โดยมีพยาบาลประจำเคาน์เตอร์ผู้ป่วยนอกเป็นผู้รับผิดชอบและดำเนินงาน มีขั้นตอนการปฏิบัติตาม QR Code ที่แนบไว้)

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯระบุหน่วยงานที่นำไปขยายผลจริง ที่ใช้เฉพาะตนเอง ใช้ภายในหน่วยงาน ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ หรือ ภายนอกคณะฯ โดยมีหลักฐานเอกสารอ้างอิงที่ชัดเจน เช่น รูปภาพ เว็บไซต์

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568
วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568
ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 13

ชื่อเรื่อง : ยืนยันให้ฉันหน่อย

ผู้นำเสนอ : นางสาวนฤมล ศรีนะ, นางบุษยา ทนงรบ และนางสาวอัญชิษฐา ประยูรเนตร

หน่วยงาน : ห้องพักฟื้นศัลยศาสตร์

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 สภาพการทำงานและปัญหาที่พบ

ห้องผ่าตัดศัลยกรรมให้บริการผ่าตัดและทำหัตถการในผู้ป่วยทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในระบบผู้ป่วยนอกมีกระบวนการโทรเยี่ยมผู้ป่วยผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยข้อมูลในการโทรเยี่ยมจะมีการตรวจสอบสิทธิ์ผู้ป่วยทุกครั้งและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยยืนยันสิทธิ์ เมื่อถึงวันผ่าตัดพยาบาลซักประวัติและทวนสอบเรื่องสิทธิ์อีกครั้งหากพบว่าผู้ป่วยไม่ได้ยืนยันสิทธิ์จะแจ้งผู้ป่วยยืนยันสิทธิ์ผ่าน RAMA APP ก่อน หากไม่มี RAMA APP จะแจ้งผู้ป่วยให้นาบัตรประชาชนยืนยันสิทธิ์ที่ตู้สิทธิ์ซึ่งตั้งอยู่ชั้น 1 หรือติดต่อช่องสิทธิ์อาคาร 1 ช่องเบอร์ 9 จากการเก็บข้อมูลขั้นต้นในการไปติดต่อสิทธิ์ผู้ป่วยจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 10-15 นาทีต่อคน ส่งผลให้เพิ่มขั้นตอนการติดต่อประสานงานและทำให้การผ่าตัดล่าช้าได้

1.2วัตถุประสงค์ในการดาเนินการ

1.2.1 เพื่อให้สิทธิ์ในระบบของผู้ป่วยได้รับการยืนยันก่อนเข้ารับบริการ

1.2.2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบสิทธิ์การรักษาของตัวเอง

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

แสดงกระบวนการปรับปรุงและรายละเอียดกิจกรรมตามหลัก PDCA

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan): วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหา โดยการเก็บข้อมูลจากการซักประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทั้งชนิด General anesthesia และ Local anesthesia

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

2.2.1 โทรเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยสอบถามสิทธิ์และแนะนาให้ผู้ป่วยยืนยันสิทธิ์ในเช้าวันผ่าตัด

2.2.2 เช้าในวันผ่าตัดเวลา ช่วงเวลา 7.45 น เป็นต้นไป เปิดคลิปเสียง “เรียนผู้มารับบริการห้องผ่าตัดศัลยกรรมทุกท่าน กรุณายืนยันสิทธิ์ก่อนเข้ารับบริการทุกครั้ง ขอบคุณค่ะ”

2.2.3. เมื่อซักประวัติผู้ป่วยพยาบาลประจาเคาน์เตอร์จะทวนถามเรื่องการยืนยันสิทธิ์กับผู้ป่วยอีกครั้ง

2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) : ทำให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบและรับทราบสิทธิ์การรักษาของตัวเองทุกราย

2.4 จัดทามาตรฐาน (Act) : กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติสาหรับผู้ป่วยนอกที่มาผ่าตัดของหน่วยงาน

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดาเนินการ			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน (ก.ย.-ต.ค.) N =351	หลัง (พ.ย.-ธ.ค.) N=284
1. ผู้ป่วยติดต่อยืนยันสิทธิ์ก่อนเข้ารับบริการ	100 %	91.45% (N=321 ราย)	100% (N=284ราย)
2.ผู้ป่วยรับทราบสิทธิ์การรักษาของตนเอง	100 %	94.30% (N=331 ราย)	100% (N=284ราย)

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทางาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทางาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

(จัดทาเป็นมาตรฐานในหน่วยงาน โดยมีพยาบาลประจาเคาน์เตอร์ผู้ป่วยนอกเป็นผู้รับผิดชอบ มีขั้นตอนการปฏิบัติตาม QR Code ที่แนบไว้)

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯระบุ

หน่วยงานที่นาไปขยายผลจริง ที่ใช้เฉพาะตนเอง ใช้ภายในหน่วยงาน ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ หรือ ภายนอกคณะฯ โดยมีหลักฐานเอกสารอ้างอิงที่ชัดเจน เช่น รูปภาพเว็บไซต์

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 14

ชื่อเรื่อง : ปิด ลดปนเปื้อน

ผู้นำเสนอ : นางการเกษ อินจีน

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยอุบัติเหตุไฟไหม้

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

การทำผ่าตัดเนื้อตาย (Debridement) ในผู้ป่วยบาดแผลไหม้ แพทย์จะใช้น้ำยา Tumescent Solution ในการฉีด บริเวณแผลที่จะทำผ่าตัด เพื่อลดอาการปวด และลดการมีเลือดออก โดยแพทย์จะใช้ Syringe ดูดน้ำยาที่ผสมในขวดน้ำเกลือจนได้ปริมาณที่ต้องการ การดูดน้ำยาโดยการแทงเข็มผ่านจุกยางขวดน้ำเกลือต้องใช้แรงมาก ทำให้จุกยางบริเวณฝาขวดเกิดการรั่วซึม เสี่ยงต่อการปนเปื้อน อีกทั้งเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำ จึงปรับมาใช้วิธีคาเข็มและบีบ solution ใส่ชามรูปไตปราศจากเชื้อ โดยเก็บน้ำยาที่เหลือในขวดไว้สำหรับเติมยาเพิ่มระหว่างทำผ่าตัด และปิดหัวเข็มที่คาไว้ด้วย alcohol ball เพื่อลดการปนเปื้อน

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรคบริเวณหัวเข็มคาไว้ในขวดน้ำยา Tumescent Solution
2. เพื่อให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจต่อการใช้ simple cap ปิดหัวเข็ม

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

แสดงกระบวนการปรับปรุงและรายละเอียดกิจกรรมตามหลัก PDCA

PDCA ครั้งที่ 1 (ต.ค.-ธ.ค. 2567)

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan) :

2.1.1 วิเคราะห์ปัญหาพบว่า สำลีที่ปิดหัวเข็มหลุด ตกหล่น อาจทำให้หัวเข็มเกิดการปนเปื้อนได้

2.1.2 แจ้งปัญหาที่เกิดขึ้น และวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานรับทราบ

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) : นำ Simple cap มาใช้ปิดหัวเข็มที่คาไว้ในขวดน้ำยา Tumescent Solution ระหว่างการทำผ่าตัด

2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) :

2.3.1 ติดตามผลการใช้

2.3.2 กำกับเจ้าหน้าที่ให้ใช้ Simple Cap ในการปิดหัวเข็ม แทนการปิดด้วย Alcohol ball

2.3.3 ตรวจสอบประสิทธิภาพการใช้งานว่ามีการตก หล่น ปนเปื้อนหรือไม่

2.4 จัดทำมาตรฐาน (Act) : กำหนดเป็นมาตรฐานในการปิดหัวเข็มที่คาไว้ในขวดน้ำยา Tumescent solution ระหว่างการทำผ่าตัด

ผลดำเนินการ (เดือนตุลาคม)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง (ต.ค.-ธ.ค.2567)
อัตราหัวเข็มที่คาไว้ในขวดน้ำยาไม่ปนเปื้อน	100%	NA	100%
อัตราความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ simple cap ปิดหัวเข้ม	100 %	80 %	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน (มอบหมายให้หัวหน้าเวรกำกับติดตามให้ปฏิบัติตามการปรับปรุง)

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☑ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ (วางแผนแนะนำใช้ในห้องผ่าตัด)

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

ชื่อเรื่อง : สายบ่วงคล้องฝาคู่กระบอก

ผู้นำเสนอ : นางสาวอัจฉรา นาพิมพ์

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยอุบัติเหตุไฟไหม้

1.สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง	2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง
1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน กระบอกปัสสาวะ (urinal) ที่นำมาให้ผู้ป่วยชายใช้กรณีที่ต้องปัสสาวะบนเตียง หรือต้องการตรวจปัสสาวะ จะมีฝาปิดกระบอกปัสสาวะสำหรับป้องกันไม่ให้ส่งกลิ่นรบกวน ป้องกันปัสสาวะหกระหว่างนำไปเททิ้ง และทำความสะอาด พบปัญหาว่า ฝาปิดกระบอกปัสสาวะจะสูญหายเกือบทุกเตียง คิดเป็น 100% เนื่องจากฝาปิดและกระบอกปัสสาวะจะแยกส่วนกัน **1.2 วัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้** - เพื่อป้องกันการสูญหายของฝาปิดกระบอกปัสสาวะ - เพื่อให้สะดวกต่อการจัดเก็บ และนำมาใช้งานได้สะดวก รวดเร็ว	2.1 PDCA ครั้งที่ 1 พ.ย. – ธ .ค.2567 โดยการนำหนังยางวง 3 เส้นมาร้อยต่อกัน แล้วนำมาคล้องกับที่จับกระบอกปัสสาวะ นำปลายหนังยางวงอีกด้านมายึดติดเทปกาวกับฝากระบอกปัสสาวะ พร้อมเขียนหมายเลขเตียงและชื่อผู้ป่วย (เอกสารแนบ 1) 2.2 PDCA ครั้งที่ 2 ม.ค. - ก.พ. 2568 P : - วิเคราะห์ปัญหาจากการปรับปรุงครั้งที่ 1 - พบว่ามีการขาดของยางวง และเทปกาวมีการเปื่อยยุ่ย ทำให้ยังมีการสูญหายของฝาปิดกระบอกปัสสาวะ - การล้างทำความสะอาดทำให้ยางวง และเทปกาวเปียก เช็ดแห้งยาก เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคได้ - หาแนวทางแก้ไขปรับปรุง D : จัดทำสายบ่วงคล้องฝาคู่กระบอก โดย - เจาะรูกระบอกปัสสาวะด้วยมีดคัตเตอร์ - นำสายน้ำเกลือที่ใช้งานแล้วมาผูกกับด้ามจับ โดยร้อยสายน้ำเกลือที่ด้ามจับกับฝากระบอกปัสสาวะที่เจาะรูไว้ - เขียนหมายเลขห้อง และชื่อผู้ป่วยที่กระบอกปัสสาวะ C : นำกระบอกปัสสาวะที่ประดิษฐ์มาใช้งานกับผู้ป่วย ตรวจสอบความสะดวกในการปิดฝาหลังใช้งาน ประเมินพบว่า - มีความสะดวกในการหยิบใช้งาน (ฝาปิดกับกระบอกปัสสาวะไม่เกิดการสูญหาย) - สายคล้องมีความคงทน ไม่ขาดง่าย - ล้างทำความสะอาดได้ง่าย แห้งเร็ว A : - กำหนดให้ผู้ช่วยพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานในวันที่ทำการซื้อกระบอกปัสสาวะให้ผู้ป่วยจัดทำสายคล้องฝาทุกครั้ง - ผู้นำกระบอกปัสสาวะไปใช้งานต้องตรวจสอบความครบถ้วนของฝาปิดและกระบอกปัสสาวะ สภาพของสายผูกไม่ชำรุด หากพบว่าชำรุดต้องแก้ไขให้พร้อมใช้ทันที (เอกสารแนบ 2)

ชื่อเรื่อง : สายบ่วงคล้องฝาคู่กระบอก

ผู้นำเสนอ : นางสาวอัจฉรา นาพิมพ์

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยอุบัติเหตุไฟไหม้

ต่อ

3. ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (เดือน พ.ย. 2567 - ก.พ. 2568)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	ครั้งที่ 1 (พ.ย.-ธ.ค.2567)	ครั้งที่ 2 (ม.ค.-ก.พ.2568)
1. อัตราการสูญหายของฝาปิดกระบอกปัสสาวะ	0%	100%	20%	0 %
2. อัตราความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน	100%	50%	80%	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

กำหนดให้ผู้ช่วยพยาบาลจัดทำสายคล้องฝาให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา โดยมอบหมายให้คุณอัจฉรา นาพิมพ์ ติดตามการประดิษฐ์ และคุณภาพทุกครั้ง

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☑ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

วางแผนขยายไปยังหน่วยงานอื่นที่ใช้ กระบอกปัสสาวะ (Urinal)

เอกสารแนบ

เอกสารแนบ 1 (PDCA ครั้งที่ 1)

นำหนังยางวง 3 เส้นมาร้อยต่อกัน แล้วนำมาคล้องกับที่จับกระบอกปัสสาวะ นำปลายหนังยางวงอีกด้านมายึดติดเทปกาวกับฝากระบอกปัสสาวะ

เอกสารแนบ 2 (PDCA ครั้งที่ 2)

นำสายน้ำเกลือที่ใช้งานแล้วมาผูกกับด้ามจับ โดยร้อยสายน้ำเกลือที่ด้ามจับกับฝาปิดกระบอกปัสสาวะที่เจาะรูไว้

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 16

ชื่อเรื่อง : ไม้กั้นเจ้าระเบียบ

ผู้นำเสนอ : นางสาวสุกัญจนา พันธ์ศรี และนางสาวพิชญา คันทะกัน

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ

1.สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ถังขยะบริเวณที่จัดยามีการเขยื้อนทุกครั้งที่มีการทิ้งขยะ ทำให้ไม่สามารถทิ้งขยะลงถังได้ เกิดความสกปรก เสียเวลาในการเก็บ และตัวผู้ใช้เองก็จำเป็นต้องก้มลงไปเพื่อทิ้งขยะหรือเก็บขยะที่ไม่ลงถังซึ่งเป็นท่าทางที่ไม่ถูกต้องผิดหลักการยศาสตร์ เกิดปัญหาต่อสุขภาพตามมาได้

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้

1. เพื่อหาวิธีการที่ทำให้ถังขยะไม่เคลื่อนออกจากตำแหน่ง
2. เพื่อความสะดวกในการใช้งานและไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพผู้ใช้งาน
3. เพื่อทำความสะอาดง่าย

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพ<u>หลัง</u>ปรับปรุง

ก่อนปรับปรุง

Plan

ค้นหาอุปกรณ์จากอินเตอร์เน็ตได้ในราคา 171 บาท

Do ติดตั้งอุปกรณ์

Check ตรวจสอบ/ทดลองใช้ /ปรับปรุง

Act ปรับใช้ให้เป็นมาตราฐาน

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (เดือน ม.ค. 66 - มี.ค 67)		
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย (ร้อยละ)**	**หลังปรับปรุง (ร้อยละ)**
1.ร้อยละการไม่เคลื่อนออกจากตำแหน่งของถังขยะเมื่อกดเหยียบ	80	93.68
2.ความพึงพอใจในการใช้งาน		
- ความสะอาด	80	85.26
- ความสะดวก	80	89.47
- ผลกระทบต่อสุขภาพ	80	90.53

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☐ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

(หากมี ให้แสดงมาตรฐานการทำงาน โดยระบุวิธีการ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบชัดเจน ครอบคลุม พร้อมมีหลักฐานเอกสารอ้างอิง และ / หรือ รหัส QP WI คู่มือ)ฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☑ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

ระบุหน่วยงานที่นำไปขยายผลจริง ที่ใช้เฉพาะตนเอง ใช้ภายในหน่วยงาน ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ หรือ ภายนอกคณะฯ โดยมีหลักฐานเอกสารอ้างอิงที่ชัดเจน เช่น รูปภาพ เว็บไซต์

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 17

ชื่อเรื่อง : ป้ายเตือนใจกลับวอร์ดไหนก็ไม่ผิด

ผู้นำเสนอ : คุณเบญจวรรณ ลีจาด และคุณอรพรรณ สุขเกษม

หน่วยงาน : ห้องพักฟื้นศัลยศาสตร์

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 สภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ห้องพักฟื้นศัลยกรรมให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยศาสตร์ที่มีความหลากหลายของช่วงอายุ เช่น วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ และมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบะสามารถย้ายกลับหอผู้ป่วยได้นั้นหลักการปฏิบัติคือพยาบาลเจ้าของไข้จะมีการส่งเวรกับหอผู้ป่วยและส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยเป็นลำดับถัดไป

จากข้อมูลที่เกิดขึ้นได้พบปัญหา ความผิดพลาดในการทวนสอบคำสั่งย้ายหอผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเกิดจากการที่มีอัตรากำลังของพยาบาลลดลงในขณะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และในบางครั้งแพทย์เขียนคำสั่งย้ายหอผู้ป่วยไม่ชัดเจน รวมไปถึงมีการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขา จึงทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูลหรือทวนสอบการย้ายหอผู้ป่วย ส่งผลให้มีการส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยผิดไปจากคำสั่งที่แพทย์ระบุไว้

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้

1. เพื่อให้ส่งผู้ป่วยถูกหอผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์หลังการผ่าตัด
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ร่วมกันทวนสอบหอผู้ป่วยของผู้ป่วยก่อนส่ง

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

แสดงกระบวนการปรับปรุงและรายละเอียดกิจกรรมตามหลัก PDCA

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) : วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ปัญหา
2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) : เมื่อได้รับ post-op order จากแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลตรวจสอบคำสั่งแพทย์เกี่ยวกับการย้ายหอผู้ป่วยและโทรคอนเฟิร์มเตียงกับหอผู้ป่วยปลายทางพร้อมเขียนชื่อหอผู้ป่วยที่ต้องย้ายกลับและนำไปแขวนไว้ที่เตียงผู้ป่วย
3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) : พยาบาลเจ้าของไข้คอนเฟิร์มหอผู้ป่วยที่กลับร่วมกันกับผู้ช่วยพยาบาลที่ทำหน้าที่รับ-ส่งผู้ป่วย ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยปลายทาง

4. จัดทำมาตรฐาน (Act) : กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในหน่วยงาน

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ(เดือน สิงหาคม 2567- ธันวาคม 2567) N = 2535			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง
1. อัตราการส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยถูกต้อง	100%	99.97%	100%
2. อัตราของเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการทวนสอบผู้ป่วยก่อนส่งกลับ	100%	90%	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

(จัดทำเป็นมาตรฐานในหน่วยงาน โดยมีพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ดำเนินงาน โดยมีขั้นตอนตาม QR Codeที่แนบ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

ระบุหน่วยงานที่นำไปขยายผลจริง ที่ใช้เฉพาะตนเอง ใช้ภายในหน่วยงาน ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ หรือ ภายนอกคณะฯ โดยมีหลักฐานเอกสารอ้างอิงที่ชัดเจน เช่น รูปภาพ เว็บไซต์

ชื่อเรื่อง : สายวัด pneumatic sleeves

ผู้นำเสนอ : นายณัฐพงษ์ โป่งคำ

หน่วยงาน : ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทางศัลยกรรม ส่วนใหญ่เป็นโรคที่ซับซ้อนและใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน อีกทั้งหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนาน การป้องกันที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

การใส่ Intermittent pneumatic compression (IPC) ส่วนใหญ่ศัลยแพทย์จะมีแผนการรักษา ให้ใส่ IPC ตั้งแต่ในห้องผ่าตัด และบ่อยครั้งที่พยาบาลผ่าตัดจะเลือกขนาด pneumatic sleeves โดยการประเมินขาคนไข้จากประสบการณ์เท่านั้น ทำให้การเลือก pneumatic sleeves จึงอาจไม่เหมาะสมกับขนาดขาของผู้ป่วย ทำให้การใส่ IPC ไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่ และการเปลี่ยน pneumatic sleeves คู่ใหม่ จะทำให้ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (pneumatic sleeves ทุก size ปัจจุบันราคา 1,265 บาท/คู่)

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้

1. เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดเลือก pneumatic sleeves ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ VTE ในผู้ป่วยผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

แสดงกระบวนการปรับปรุงและรายละเอียดกิจกรรมตามหลัก PDCA

PDCA รอบที่ 1

2.1. การวางแผน (Plan) สำรวจปัญหาเรื่องการเลือก pneumatic sleeves ไม่เหมาะสมกับขนาดขาของผู้ป่วย

2.2. การปฏิบัติ (Do) ทำสายวัด pneumatic sleeves โดยใช้วัสดุที่เป็นผ้า 3 สี และทดลองใช้ในการปฏิบัติงานจริง

2.3. การตรวจสอบ (Check) ใช้สายวัด pneumatic sleeves โดยใช้ผ้า 3 สี พบว่าหลังใช้วัดสายวัดมีประสิทธิภาพ แต่ทำความสะอาดได้ยาก และเมื่อนำไปซักทำความสะอาดหลายครั้ง ผ้ามีการยืดทำให้วัดได้ไม่เที่ยงตรง พร้อมประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

2.4. ปรับปรุง (Act) ปรับสายวัด pneumatic sleeves ให้เหมาะสมกับการใช้งานและทำความสะอาดได้ง่ายขึ้น

PDCA รอบที่ 2

2.1. การวางแผน (Plan) สำรวจปัญหาเรื่องการเลือก pneumatic sleeves ไม่เหมาะสมกับขนาดขาของผู้ป่วยและเที่ยงตรง

2.2. การปฏิบัติ (Do) ทำสายวัด pneumatic sleeves แบบ 3 สี โดยใช้สายวัดที่ทำจากวัสดุเป็นพลาสติก PVC ที่มีความทนทาน กันน้ำ และไม่ฉีกขาดง่าย

2.3. การตรวจสอบ (Check) ใช้สายวัด pneumatic sleeves โดยใช้สายวัด PVC 3 สี พบว่า หลังใช้ สายวัด PVC 3 สี มี ประสิทธิภาพสูง และทำความสะอาดได้ง่าย พร้อมประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

2.4. จัดทำมาตรฐาน (Act) กำหนดให้ใช้สายวัด PVC 3 สี ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดทุกรายที่มีคำสั่งแผนการรักษาของศัลยแพทย์ให้ ใส่ IPC

ชื่อเรื่อง : สายวัด pneumatic sleeves

ผู้นำเสนอ : นายณัฐพงษ์ โป่งคำ

หน่วยงาน : ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

ต่อ

3.ผลดำเนินโครงการ ต้นทุนสายวัด PVC 3 สี 50 บาท/ชิ้น

ผลดำเนินการ 1 ส.ค. 2567 – 28 ก.พ. 2568			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง
1.อัตราการการเลือก pneumatic sleeves เหมาะสมกับขนาดขาผู้ป่วย	100%	80%	100%
2.อัตราความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดในการใช้สายวัด PVC 3 สี	90%	90%	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☐ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

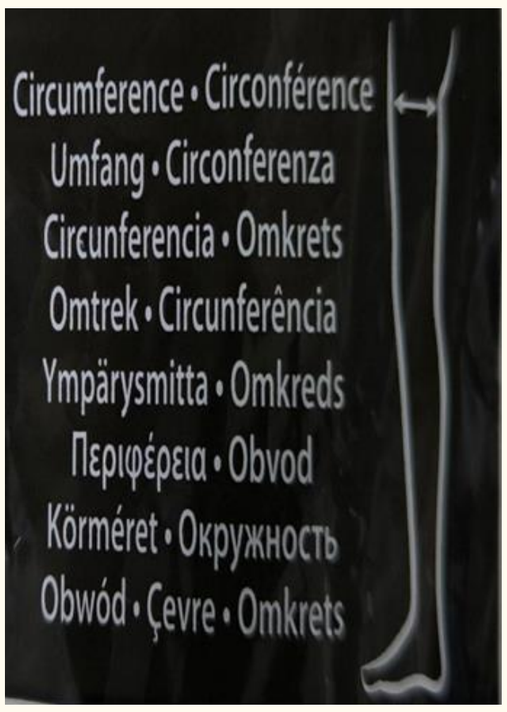
☑ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

เอกสารแนบ

Pneumatic sleeves ในห้องผ่าตัดศัลยกรรมปัจจุบันใช้ ยี่ห้อ Kendall
มีอยู่ 3 ขนาด S / M / L

ทำ PDCA 2 รอบ

วิธีการใช้สายวัด - วัด thigh circumference- measure the largest part of the thigh at the top



โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 19

ชื่อเรื่อง : ป้าย High Alert Drug “Alert Me Alert You”

ผู้นำเสนอ : นางสาวอรวรรณ มณีวรรณ

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) คือ กลุ่มยาที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดอันตรายหรือผลเสียแก่ผู้ป่วยที่รุนแรง หากเกิดความคลาดเคลื่อนในการเตรียมยาและบริหารยา อาจถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การเตรียมยาและการบริหารยา High Alert Drugs ต้องปฏิบัติตามหลัก 10R และตาม WI ของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งมีความซับซ้อนและหลายขั้นตอน ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (RA4IT) มีการใช้ยา High Alert Drugs หลายชนิดต่อผู้ป่วย 1 ราย จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนในการเตรียมยาและการบริหารยาได้ ปัญหาที่พบคือ เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้ยา High Alert Drugs จะต้องเข้าดูคู่มือการใช้ยา High Alert Drugs ในระบบของเภสัชกรรม ยิ่งในกรณีที่เป็นพยาบาลจบใหม่ที่ไม่มีความชำนาญในการเข้าสู่ระบบ หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์แต่หลงลืมการเข้าสู่ระบบ กรณี ใช้ Intravenous infusion ในการติดสติ๊กเกอร์ที่ภาชนะบรรจุยาไม่เด่นพอ อ่านลำบาก การติดสติ๊กเกอร์ที่ infusion pump ใช้เศษกระดาษเขียน ไม่เป็นระบบระเบียบสวยงาม จึงเกิดความล่าช้าและอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้ จึงได้ออกแบบ ป้าย High Alert Drug “Alert Me Alert You” นี้ขึ้นมา

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้ ระบุ 1 หรือ 2 ข้อในประเด็นที่สำคัญ / สอดคล้องกับปัญหา)

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อเตรียมยาและบริหารยา High Alert Drug ได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อสะดวกในการเตรียมยาและบริหารยา High Alert Drug
3. พยาบาลในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้งาน

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

1. สังเกตปัญหาการใช้งาน
2. ออกแบบป้าย
3. ใช้งานจริง
4. ประเมินผลการใช้งาน

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

1. เก็บข้อมูลปัญหาในการเตรียมยาและบริหารยา High Alert Drug

2. ออกแบบสติ๊กเกอร์และป้ายยา High Alert Drug สำหรับติดที่ภาชนะบรรจุยา infusion pump และสายที่ให้ยาให้โดดเด่น สวยงาม และอ่านได้ง่าย

3. สร้าง QR code ที่สติ๊กเกอร์ยา High Alert Drug สำหรับติดที่ภาชนะบรรจุยา เพื่อเข้าสู่คู่มือการใช้ยาในระบบของเภสัชกรรมของยานั้น

4. นำไปใช้ในการเตรียมยาและบริหารยา High Alert Drug

สติ๊กเกอร์ติดสายให้ยา

ป้ายติด Infusion

สติ๊กเกอร์ติดภาชนะบรรจุยา

2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

จากการใช้ป้าย High Alert Drug “Alert Me Alert You” ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ พบว่ามีความสะดวกในการเตรียมยาและบริหารยา High Alert Drug ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา High Alert Drug และเป็นที่พึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

2.4 จัดทำมาตรฐาน (Act)

1. มาตรฐานการใช้งาน: หลังการใช้งานนำ 0.1% Bactyl ทำความสะอาดและเก็บให้เรียบร้อย

2. สรุปผลโครงการ: ป้ายสามารถลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา High Alert Drug สะดวก โดดเด่น สวยงาม และเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ใช้งาน

3. ผลดำเนินโครงการ

1. ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา High Alert Drug
2. สะดวกในการเตรียมยาและบริหารยา High Alert Drug
3. พยาบาลในหอผู้ป่วยพึงพอใจในการใช้งาน

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 20

ชื่อเรื่อง : ป้าย IV อัจฉริยะ

ผู้นำเสนอ :คุณชุตินันท์ วิสุทธิชานนท์ และคุณธนาภา สุพัฒนผลาผล

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (RA4IT) มีการใช้สารน้ำหลายชนิด ต่อผู้ป่วย 1 ราย จึงมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการเตรียมให้สารน้ำต่าง ๆ

ปัญหาที่พบจากการทำงาน : ก่อนที่จะมีป้าย iv ที่ทำขึ้นมา ต้องใช้การเขียนระบุที่ infusion pump และสาย set iv

1.2 วัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้

เพื่อระบุสารน้ำชนิดนั้น ๆ ป้องกันการสับสน/การผิดพลาดในการให้สารน้ำ รวมถึงป้องกันการเกิดความผิดจากความเข้ากันของสารน้ำและยา

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

P – Plan -> สังเกตว่าภายในหอผู้ป่วยนั้นมีการใช้สารน้ำชนิดใดบ้าง และประเมินความถี่ในการเขียนป้ายระบุสารน้ำต่าง ๆ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ในหอผู้ป่วยมักใช้สารน้ำดังนี้

0.45% NSS,10% DW,10%DN/2,10% DNSS,TOP Balance,5% Acetar,5% DN/2,5% DNSS, 5% DW ,Acetar,0.9% NSS,LRS

D – Do -> จัดทำป้ายของสารน้ำแต่ละชนิดขึ้นมา รวมถึงมี QR code ให้ scan เพื่อดูความเข้ากันของสารน้ำนั้น ๆ กับยา

C – Check -> ตรวจสอบความถูกต้องของป้าย และความถูกต้อง QR code ที่แนบไว้บนป้าย

A – Act -> นำป้ายมาใช้ภายในหอผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลกับสมาชิกในหอผู้ป่วย รวมถึงติดตามผลภายหลังการใช้งาน

3. ผลดำเนินโครงการ

1. ไม่เกิดความผิดพลาดและความสับสนในการให้สารน้ำ
2. สะดวกในการให้ยาเข้า Y-siteกับสารน้ำ
3. พยาบาลในหอผู้ป่วยพึงพอใจในการใช้งานป้าย iv อัจฉริยะ

4. มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☐ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

(หากมี ให้แสดงมาตรฐานการทำงาน โดยระบุวิธีการ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบชัดเจน ครอบคลุม พร้อมมีหลักฐานเอกสารอ้างอิง และ / หรือ รหัส QP WI คู่มือ)

5. การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 21

ชื่อเรื่อง : ถุงที่ถูกทิ้ง

ผู้นำเสนอ : นางสาวปาณิสรา ลายน้ำทอง

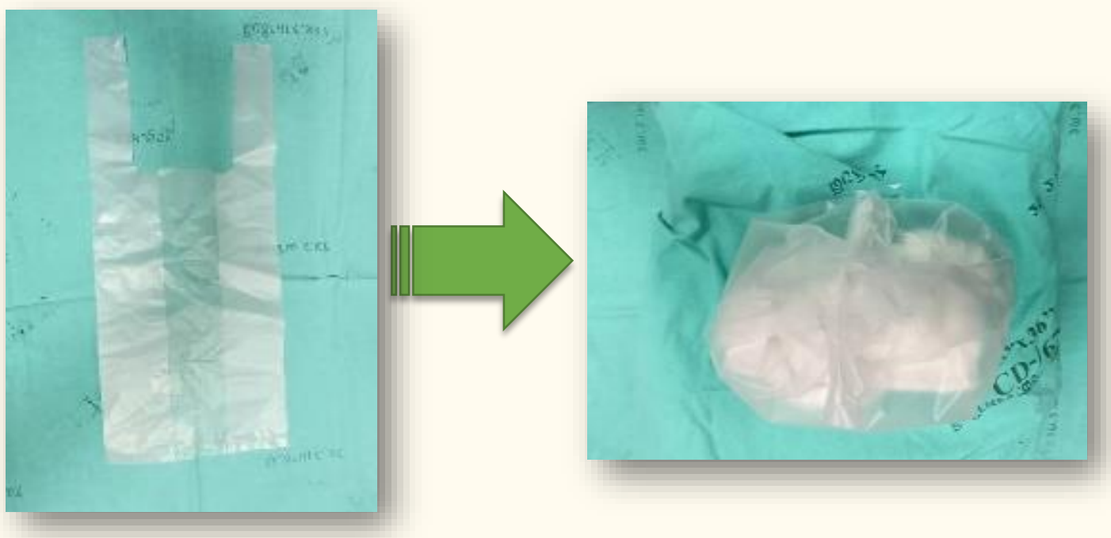
หน่วยงาน : หอผู้ป่วยอุบัติเหตุไฟไหม้

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ จะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถไปขับถ่ายในห้องน้ำได้ จึงจำเป็นต้องทำการการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระบนเตียง หลังการขับถ่ายจะเช็ดทำความสะอาดด้วยสำลีหรือกระดาษชำระ และทิ้งสำลีหรือกระดาษชำระที่ใช้แล้วในถุงพลาสติกหูหิ้ว ก่อนนำไปทิ้งในถังขยะติดเชื้อ ในแต่ละเดือนจะมีการเบิกถุงพลาสติกหูหิ้วจากหน่วยพัสดุเพื่อใช้ในหอผู้ป่วย ประมาณ 1-2 กิโลกรัม คิดเป็นค่าใช้จ่าย 50- 100 บาท

รูปที่1



1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดปริมาณการเบิกถุงพลาสติกหูหิ้ว และลดค่าใช้จ่าย
2. สามารถนำถุงบรรจุเวชภัณฑ์ที่จะทิ้งมาใช้ให้เกิดประโยชน์ (Reuse)

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

PDCA (ต.ค.67- ม.ค.68)

2.1ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

- ปริมาณการเบิกถุงพลาสติกหูหิ้วมาก สิ้นเปลือง เพิ่มค่าใช้จ่าย
- มีการทิ้งถุงบรรจุเวชภัณฑ์ ประมาณ 100 ถุง/เดือน เพิ่มปริมาณขยะทั่วไป มีค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะเพิ่มขึ้น

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

- เก็บถุงบรรจุเวชภัณฑ์ที่จะพับเก็บใส่กล่องให้พร้อมใช้
- นำถุงเวชภัณฑ์ที่พับไว้มาใช้ใหม่ สำหรับใส่สำลีและกระดาษชำระ หรือการใช้เช็ดทำความสะอาด

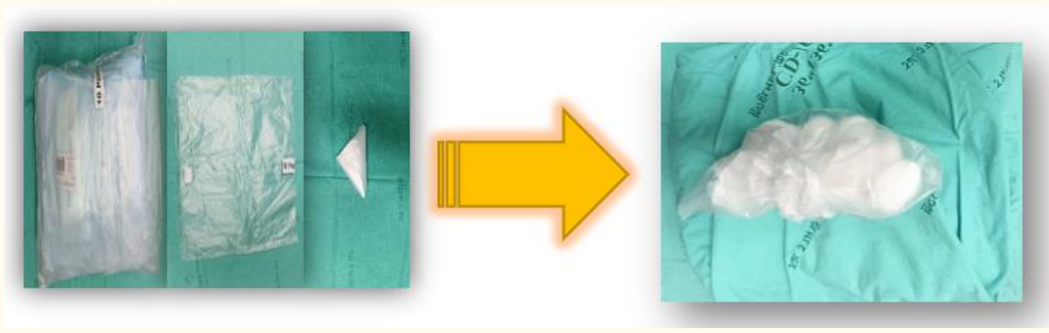
2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

- ติดตามปริมาณการเบิกถุงพลาสติกหูหิ้ว ว่ามีปริมาณการเบิกลดลงหรือไม่
- ติดตามประเมินความร่วมมือในการนำถุงบรรจุเวชภัณฑ์มาใช้ (Reuse)

2.4 จัดทำมาตรฐาน (Act)

- กำหนดให้เจ้าหน้าที่ธุรการหอผู้ป่วยเก็บถุงบรรจุเวชภัณฑ์หลังการจัดเก็บเวชภัณฑ์เรียบร้อย พับใส่กล่อง เตรียมให้พร้อมใช้
- กำหนดให้ คุณปาณิสรา ลายน้ำทองตรวจสอบความพร้อมใช้งานของถุงบรรจุเวชภัณฑ์

สภาพหลังปรับปรุง



ถุงบรรจุเวชภัณฑ์ที่นำมาใช้ทิ้ง สำลี และกระดาษชำระ (Reuse)

3. ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (..... / ปี .....)			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง
1. ลดปริมาณการเบิกถุง	1 kg	2 kg	1 kg
2. อัตราการนำถุงบรรจุเวชภัณฑ์มา reuse	100%	NA	80%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☑ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

ชื่อเรื่อง : Parking Lot Of Pressure Bag (ลานจอดของPressure Bag)

ผู้นำเสนอ : นางสาวปุณชญา ธนาวรชัยนนท์

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (RA5IC)

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 สภาพการทำงานและปัญหาที่พบ

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (RA5IC) ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายสวนต่าง ๆ มาจากห้องผ่าตัด จากสถิติในปี 2567 ผู้ป่วยได้รับการใส่สายวัดความดันโลหิตจากหลอดเลือดแดง(Arterial-line) จำนวน 556 ราย (75%) และการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง(Central-line) เพื่อติดตามค่า CVP จำนวน 256 ราย (40%) ซึ่งการใช้สายสวนทั้ง 2 ชนิด จำเป็นจะต้องใช้ร่วมกับถุงเพิ่มความดันให้สารน้ำ(Pressure bag)ทางหอผู้ป่วยจึงจัดเก็บ Pressure bag ไว้ในตะกร้า แต่พบว่ามีปัญหาเรื่องการหยิบใช้งานไม่สะดวก ต้องใช้เวลาในการหยิบ สายเกิดการคล้องกัน ทำให้เวลาหยิบออกมาเกิดการชำรุด หลุดของข้อต่อ ไม่พร้อมใช้งาน พร้อมทั้งยังไม่ถูกระบบการหยิบพัสดุแบบเข้าก่อน - ออกก่อน (First In-First Out) ดังรูปตาม (เอกสารแนบ 1) จากข้อมูลในปี 2567 พบ pressure bag ที่ไม่พร้อมใช้งาน มากกว่า 10 bag ต่อเดือน ทำให้เกิดความล่าช้าต่อการตรวจประเมินผู้ป่วย จึงคิดทบทวนออกแบบ การจัดเก็บให้หยิบใช้งานได้สะดวกรวดเร็ว และพร้อมใช้งาน

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ Pressure bag มีความพร้อมใช้งาน
2. เพื่อให้เจ้าหน้าหอผู้ป่วย RA5IC มีความพึงพอใจในการหยิบใช้งาน

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

การปรับปรุงครั้งที่ 1 (สิงหาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567)

Plan : วางแผน คิดออกแบบกล่องที่จะใช้เก็บ Pressure bag เพื่อให้มีความพร้อมใช้งาน

Do : จัดทำกล่องเก็บ Pressure bag โดยการดัดแปลงจากกล่องกระดาษลังใส่เสื้อกาวน์พลาสติกมารีไซเคิลใหม่ โดยติดลำดับการหยิบใช้งาน 1-8 ดังรูปตาม (เอกสารแนบ 2)

Check : หลังจากเริ่มใช้งานกล่องเก็บ Pressure bag ที่จัดทำขึ้นเป็นเวลา 3 เดือน พบว่ามีอัตราความพร้อมใช้งานร้อยละ 80 และอัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการหยิบใช้งานร้อยละ 80

Act : หลังการประเมินผลการดำเนินการ ยังพบปัญหาว่า Pressure bag ในกล่องไหลไปกองรวมกัน ไม่อยู่ในตำแหน่งลำดับการหยิบใช้งาน 1-8 ทำให้ยากต่อการหยิบใช้งาน

การปรับปรุงครั้งที่ 2 (พฤศจิกายน 2567 ถึง มกราคม 2568)

Plan : วางแผน และคิดออกแบบกล่องเก็บ Pressure bag ใหม่ โดยวางแผนจะทำกล่องเป็นช่องๆ เพื่อให้มีความพร้อมใช้งานและง่ายต่อการหยิบใช้งานเพิ่มมากขึ้น

Do : จัดทำปรับปรุงกล่องเก็บ Pressure bag โดยการเพิ่มช่องกั้นระหว่าง Pressure bag แต่ละอัน ทำให้ Pressure bag ไม่ไหลไปกองรวมกัน ไม่เกิดการคล้องกันของสาย พร้อมกับติดลำดับการหยิบใช้งาน 1-8 ให้ชัดเจน ดังรูปตาม (เอกสารแนบ 3)

Check : หลังจากเริ่มใช้งานกล่องที่ใช้เก็บ Pressure bag ที่ปรับปรุงใหม่ครั้งที่ 2 ที่จัดทำ 3 เดือน ประเมินผลการดำเนินการ พบว่ามีอัตราความพร้อมใช้งานร้อยละ 100 และอัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย RA5IC ต่อการหยิบใช้งานร้อยละ 95

Act : หลังการประเมินผลการดำเนินการ บรรลุวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย พร้อมกำหนดมาตราฐานการใช้งาน และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบ ติดตามประเมินผลทุกปีและนำมาพัฒนาให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 22

ชื่อเรื่อง : Parking Lot Of Pressure Bag (ลานจอดของPressure Bag)

ผู้นำเสนอ : นางสาวปุณชญา ธนาวรชัยนนท์

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (RA5IC)

ต่อ

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (สิงหาคม 2567 ถึง มกราคม 2568)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนปรับปรุง (ม.ค-ก.ค 67)	หลังปรับปรุง	
			ครั้งที่1 (ส.ค-ต.ค.67)	ครั้งที่2 (พ.ย.67-ม.ค.68)
1.อัตราความพร้อมใช้งาน	100%	65%	80%	100%
2.อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการหยิบใช้งาน	>90%	70%	80%	95%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

5. การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

เอกสารแนบ

เอกสารแนบ 1 รูปก่อนดำเนินการปรับปรุง

เอกสารแนบ 2 รูปหลังการปรับปรุงครั้งที่ 1

เอกสารแนบ 3 รูปหลังการปรับปรุงครั้งที่ 2

เอกสารแนบ 4 มาตรฐานการใช้งาน

มาตรฐานการใช้งาน Pressure bag

1. ทำความสะอาดทุกครั้งหลังการใช้งานด้วย 0.1% Bactyl alcohol โดย พยาบาล (พยาบาลประจำเตียงผู้ป่วยรายที่ใช้Pressure bag)
2. หลังใช้งานและทำความสะอาดแล้ว เก็บเข้าที่ให้เรียบร้อยตามลำดับ

เอกสารแนบ 5 การขยายผลกิจกรรม

ใช้เฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (RA5IC) แต่มีการเผยแพร่ สื่อสารผลงานคุณภาพผ่านทางการประชุมตัวแทนกรรมการ 7ส. ทุก 4 เดือน และสื่อสารผ่านทาง Line กลุ่มกรรมการ 7ส. ของงานการพยาบาลวิกฤต 1 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งมีตัวแทนจากหอผู้ป่วย RA1IT RA3IC RA4IC RA4IT RA5IC RA5NW และ RA5NB ซึ่งกรรมการ 7ส. ของงานการพยาบาลวิกฤต 1 สามารถนำผลงานคุณภาพที่ได้รับการเผยแพร่ไปประยุกต์ และขยายผลต่อในหอผู้ป่วยของตนเองได้

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 23

ชื่อเรื่อง : วิธีดูแลตนเองหลังผ่าตัดขลิบอวัยวะเพศชาย

ผู้นำเสนอ : คุณคัทรีนา หมีทอง

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กให้บริการผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเกิด-18ปีบริบูรณ์ที่มารับ การรักษาด้วยการผ่าตัดทุกประเภท ทั้งที่ต้องนอนค้าง ร.พ. และแบบ One Day Surgery (นัดมาผ่าตัดตอนเช้าและจำหน่ายกลับบ้านตอนเย็น) ในปัจจุบันทาง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้ให้ความสำคัญกับ One Day Surgeryมากยิ่งขึ้นเนื่องจากสามารถหมุนเวียนเตียงการให้บริการได้มากขึ้น , Length Of Stay สั้น ผู้ป่วยได้กลับบ้านไว ทางผู้จัดทำได้คำนึงถึงปัญหาการให้ คำแนะนำที่ถูกต้องครบถ้วนและการดูแลหลังจำหน่ายอย่างปลอดภัย การผ่าตัด ขลิบหนังปลายอวัยวะเพศชายเป็น 1 ในการผ่าตัด ODSที่พบบ่อย ผู้จัดจึงได้ พัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำการดูแลแผลผ่าตัดโดยจัดทำโปสเตอร์และ QR code สำหรับบิดา/มารดา/ผู้ให้การดูแลได้ทบทวนเพื่อลดความวิตกกังวล เกี่ยวกับเรื่องแผลผ่าตัดและการดูแลตนเองเมื่อจำหน่าย

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้คำแนะนำการดูแลแผลผ่าตัดหลังขลิบหนังปลายอวัยวะเพศชายได้ถูกต้องเหมาะสม : อาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ การรับประทานยาและเบอร์โทรติดต่อกรณีฉุกเฉิน
2. ลดความวิตกกังวลของบิดา/มารดา/ผู้ให้การดูแล

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

2.1ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

ออกแบบโปสเตอร์ และสืบค้นเนื้อหาที่ถูกต้องเหมาะสมกับวิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัดขลิบหนังปลายอวัยวะเพศชาย

2.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

จัดทำโปสเตอร์ และให้อาจารย์แพทย์ที่ปรึกษา(อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมเด็ก) ตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน

2.3 ขั้นตอนการนำไปใช้

จัดทำ QR code เพื่อให้ผู้ปกครองได้แสกนและเก็บโปสเตอร์ไว้ดูเมื่อมีข้อสงสัยและลดความวิตกกังวลของบิดา/มารดา/ผู้ให้การดูแล

3. ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง
ผู้ป่วยและ/หรือบิดา/มารดา/ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดขลิบหนังปลายอวัยวะ เพศชายได้รับทราบข้อมูลผ่าน โปสเตอร์การให้คำแนะนำและ QR code	100 %	-	100 %

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ ไม่มีมาตรฐานการทางาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☐ มีมาตรฐานการทางาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 24

ชื่อเรื่อง :รูปแบบแผ่นรองซับป้องกันอุจจาระปนเปื้อนสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยถ่ายเหลว

ผู้นำเสนอ : นายพงษ์ สนิท

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม(RA5NW) ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ จึงมีความจำเป็นต้องมีการคาสายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินและบันทึกปริมาณปัสสาวะให้เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการเก็บข้อมูลการติดเชื้อในปี2566 พบว่าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม(RA5NW) มีผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated Urinary Tract Infection: CAUTI) คิดเป็น 6.85 (อัตราการติดเชื้อคิดเป็น episode/ 1000 device-days) ทางหอผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงได้จัดตั้งทีมCAUTIของหอผู้ป่วยและร่วมประชุมวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) จากการวิเคราะห์พบว่ามีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยมีปัญหาถ่ายเหลว ทำให้อุจจาระปนเปื้อนสายสวนปัสสาวะได้ ทางทีมได้คิดวิธีป้องกันโดยใช้ Gauze หรือTop gauzeปิดกั้นสายสวนปัสสาวะ จากการศึกษาเป็นระยะเวลา6เดือนพบว่าวิธีดังกล่าวไม่สามารป้องกันการปนเปื้อนได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ และมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถป้องกันอุจจาระปนเปื้อนสายสวนปัสสาวะได้โดยเฉลี่ย 5 คนต่อเดือน ทางทีมจึงได้หาวิธีอื่นเพิ่มเติมเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อป้องกันอุจจาระปนเปื้อนสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีภาวะถ่ายเหลว

1.2.2 เพื่อสร้างความพึงพอใจของบุคลากรในการนำผลงานไปใช้งาน

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

2.1ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

2.1.1 จัดตั้งทีมCAUTIของหน่วยงานและวิเคราะห์ปัญหาพบว่าผู้ป่วยถ่ายเหลวทำให้อุจจาระปนเปื้อนสายสวนปัสสาวะได้ง่าย และกำหนดเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

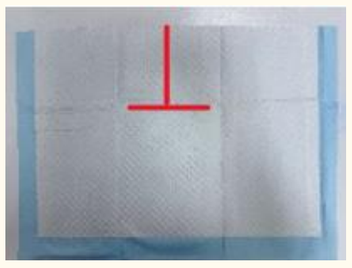
2.2.2 ออกแบบแผ่นรองซับเพื่อใช้รองคั่น ระหว่างอวัยวะเพศและสายสวนปัสสาวะ ดังนี้

การปรับปรุงแก้ไขครั้ง ที่1(ก.ค.2567-ส.ค.2567)

-นำแผ่นรองซับมาแบ่งครึ่งและใช้รองคั่น ระหว่างอวัยวะเพศและสายสวนปัสสาวะ

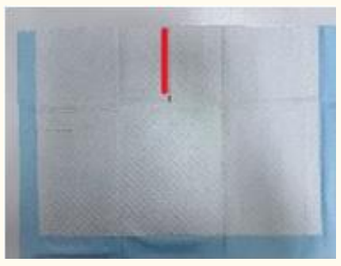
การปรับปรุงแก้ไขครั้ง ที่2(ก.ย.2567-ต.ค.2567)

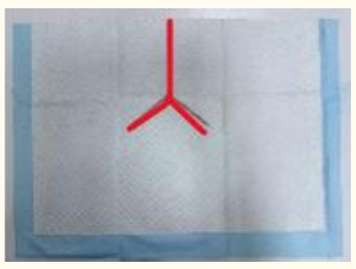
-นำแผ่นรองซับมาตัดแบ่งครึ่ง และตัดตามแบบที่กำหนดไว้ มี1รูปแบบ ตามรูป



การปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 (พ.ย.2567-ธ.ค.2567)

- นำแผ่นรองซับมาตัดแบ่งครึ่ง และตัดตามแบบที่กำหนดไว้ มี 3 รูปแบบ ตามรูป





2.2 ขั้นตอนปฏิบัติตามแผนการดา เนินงาน (Do) : นำรูปแบบแผ่นรองซับไปใช้งานจริง กับผู้ป่วยที่มีภาวะถ่ายเหลว และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งาน

2.3 ขั้นตอนตรวจสอบข้อมูล (Check)

-มอบหมายงานให้ทีม CAUTI ของหอผู้ป่วยในการติดตามผลการนำไปใช้งาน พบว่า

การปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1 ยังพบการปนเปื้อนของอุจจาระกับสายสวนปัสสาวะ

การปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2 ป้องกันการปนเปื้อนได้มากขึ้น แต่มีเพียงรูปแบบเดียว ทำให้ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 รูปแบบมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ช่วยป้องกัน การปนเปื้อนได้ และบุคคลากรมีความพึงพอใจต่อการนำไปใช้งาน

2.4 ขั้นตอนวิเคราะห์/ปรับปรุง(Act) นำรูปแบบแผ่นรองซับมาใช้เป็นมาตรฐานองค์กร

ชื่อเรื่อง :รูปแบบแผ่นรองซับป้องกันอุจจาระปนเปื้อนสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยถ่ายเหลว

ผู้นำเสนอ : นายพงษ์ สนิท

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม

ต่อ

3. ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ ช่วงเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567(6เดือน)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง		
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
1.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถป้องกันอุจจาระปนเปื้อนสายสวนปัสสาวะได้ (คน)	0	5	4	2	0
2.บุคลากรมีความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบแผ่นรองซับไปใช้งาน	>80%	NA	84.2	86.4	87.2

4.มาตรฐานการทางาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทางาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทางาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน (ตามเอกสารแนบ)

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

เอกสารแนบ

คู่มือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม (RA5NW)
เนื้อหาประกอบด้วย

-สถิติ CAUTI Rate

-ผล RCA

-แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ

***ซึ่งรูปแบบแผ่นรองซับป้องกันอุจจาระปนเปื้อนสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยถ่ายเหลวจะถูกจัดเป็นหนึ่งในแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ

ดูแลรับผิดชอบ โดยทีมCAUTIของหอผู้ป่วย และมีการอัพเดตและติดตามข้อมูลทุกเดือน

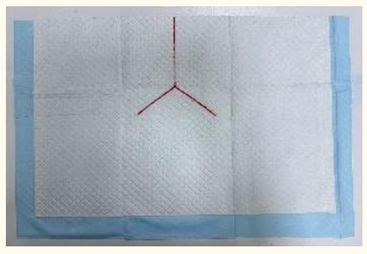
มาตรฐานการใช้งานรูปแบบแผ่นรองซับป้องกันอุจจาระปนเปื้อนสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยถ่ายเหลว ดังนี้

1.นำแผ่นรองซับมาตัดแบ่งครึ่ง

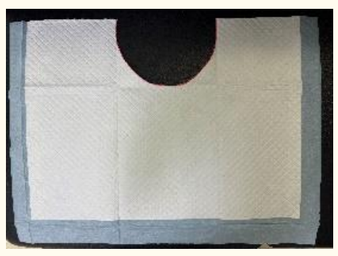
2.ตัดแผ่นรองซับที่แบ่งครึ่งแล้วตามรูปแบบที่กำหนด โดยเลือกรูปแบบตามลักษณะของผู้ป่วย โดยมี3รูปแบบ ดังนี้

1.สำหรับผู้ป่วยหญิง

2.สำหรับผู้ป่วยชายภาวะปกติ



3.สำหรับผู้ป่วยชายที่มีภาวะอัณฑะอักเสบหรือบวมนำ



3.นำแผ่นรองซับมาใช้รองคั่นระหว่างอวัยวะเพศและสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันอุจจาระปนเปื้อนสายสวนปัสสาวะ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 25

ชื่อเรื่อง : Strap สาย drain

ผู้นำเสนอ : นางสาวพิไลวรรณ หลอดแก้ว

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความต้องการในการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะฟื้นตัวที่อาจยังมีการระบายสารคัดหลั่งจากร่างกายผ่านสายระบาย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยลดการสะสมของของเหลว ป้องกันการติดเชื้อ และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การจัดการสายระบายมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ความหลากหลายของประเภทสายระบาย ทำให้เกิดโอกาสเลื่อนหลุดสูง ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่จำกัดและเสี่ยงต่อแรงดึงรั้งของสายในขณะพลิกตัว นั่ง หรือเคลื่อนย้าย ส่งผลให้สายระบายมีโอกาสถูกดึงออกจากตำแหน่ง จึงพัฒนา Strapสายdrain เพื่อช่วยยึดสายระบายให้มั่นคง ลดการเลื่อนหลุด และเพิ่มความสะดวกสบายให้แก่ผู้ป่วย โดยอุปกรณ์มีคุณสมบัติป้องกันการเลื่อนหลุด วัสดุมีโอกาสเกิดการแพ้หรือระคายเคืองน้อย ลดแรงดึงรั้งจากการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ติดง่ายและสะดวกต่อบุคลากรทางการแพทย์

1.2 วัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้

1.2.1 เพื่อลดโอกาสการเลื่อนหลุดและดึงรั้งของสายระบายในหอผู้ป่วย

1.2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อความสะดวกสบายของอุปกรณ์

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังพบว่า อัตราการเลื่อนหลุดของสายระบายในผู้ป่วยหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมอยู่ที่ร้อยละ 10 ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและต้นทุนในการดูแลที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการไม่สบายตัวจากอุปกรณ์ยึดสายแบบเดิม จึงออกแบบเลือกใช้วัสดุที่มีความยืดหยุ่นสูง ไม่ระคายเคือง และสามารถยึดสายระบายได้อย่างมั่นคง

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

นำ Fixomull, transpore, multipore มาออกแบบทดลองใช้ โดยจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการเลื่อนหลุดของสาย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและข้อจำกัดที่พบ ดำเนินการติดตามผลการใช้งานและประเมินประสิทธิภาพของอุปกรณ์

2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

ติดตามผลในระยะเวลา 1 ปี พบว่าไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายระบาย และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อความสะดวกสบายของอุปกรณ์ร้อยละ 100

2.4 จัดทำมาตรฐาน (Act)

จัดทำมาตรฐานการใช้งานโดยการชี้แจงให้ข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการใช้อุปกรณ์ เพื่อเพิ่มความสะดวกต่อการใช้งาน

3. ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (เดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ.2567)			
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ก่อน**	**หลัง**
อัตราการเลื่อนหลุดของสายระบาย	0%	10%	0%
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อความสะดวกสบายของอุปกรณ์	100%	-	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

(หากมี ให้แสดงมาตรฐานการทำงาน โดยระบุวิธีการ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบชัดเจน ครอบคลุม พร้อมมีหลักฐานเอกสารอ้างอิง และ / หรือ รหัส QP WI คู่มือ)

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☑ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

ระบุหน่วยงานที่นำไปขยายผลจริง ที่ใช้เฉพาะตนเอง ใช้ภายในหน่วยงาน ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ หรือ ภายนอกคณะฯ โดยมีหลักฐานเอกสารอ้างอิงที่ชัดเจน เช่น รูปภาพ เว็บไซต์

ชื่อเรื่อง : MediDate Calendar 5NW

ผู้นำเสนอ : นางสาวรชาพรรณ ไชยเจริญ

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจนโดยระบุความถี่หรือจำนวนสถิติของการเกิดปัญหาที่สอดคล้อง ครอบคลุม และแสดงการปรียบเทียบ

เนื่องจากภาระงานและความเร่งด่วนของการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยวิกฤต ทำให้สถิติการระบุวันหมดอายุยาผิดพลาดของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม (5NW) ในปี 2567 เกิดความผิดพลาดในการระบุ วันหมดอายุยาในกรณี การระบุวันหมดอายุยาน้อยกว่าและเกินกว่าจำนวนวันที่ฝ่ายเภสัชกรรมกำหนด รวมทั้งไม่ได้ระบุวันที่เปิดหรือหมดอายุยา มากกว่า 20 ครั้งต่อปี ทำให้เกิดความเสี่ยงทางคลินิกในระดับ A-B ถึงแม้ความผิดพลาดในการบริหารยายังไม่ส่งผลถึงผู้ป่วยโดยตรง แต่การระบุวันหมดอายุที่นานเกินกำหนดมีโอกาสที่จะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการได้รับยาที่มีประสิทธิภาพลดลง นอกจากนี้การระบุวันหมดอายุยาที่น้อยกว่ากำหนดทำให้เกิดการทิ้งยาที่ยังมีประสิทธิภาพทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนของขยะอันตรายที่มากขึ้น ส่งผลให้เกิดการสิ้นเปลืองงบประมาณในการกำจัดขยะรวมทั้งสิ้นเปลืองงบประมาณในการเบิกจ่ายยาใหม่ที่เพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็นอีกด้วย

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้

1. มีการระบุวันที่หมดอายุยาแต่ละชนิดอย่างถูกต้องและครบถ้วน
2. วิธีการที่ใช้ระบุวันที่หมดอายุยามีความรวดเร็วและสะดวกต่อการทำงาน

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

Plan 1 : จากการระบุวันที่หมดอายุยาโดยการนับจากปฏิทิน ที่อาจมีการนับผิดพลาด ผู้จัดทำจึงได้วางแผนในการจัดทำตารางระบุวันหมดอายุยาที่ครอบคลุมชนิดของยาที่ใช้บ่อยในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม

Do1 : จัดทำตารางวันหมดอายุยาที่ใช้บ่อยในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม โดยจัดทำในขนาด A4 1แผ่น (ตามเอกสารแนบที่ 1) และนำไปติดในพื้นที่จัดยา เพื่อให้พยาบาลสามารถตรวจสอบวันหมดอายุยาได้สะดวก ก่อนนำไปเขียน label ไว้ที่ผลิตภัณฑ์ยาแต่ละชนิด

Check 1 :เก็บข้อมูลอัตราการระบุวันหมดอายุยาที่ผิดพลาด และบันทึกเวลาเฉลี่ยในการระบุวันที่ยาหมดอายุ ในระยะเวลา 3 เดือน รวมทั้งสอบถามความคิดเห็นจากการใช้งานตารางวันหมดอายุยาของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม

Act 1 : จากการเก็บข้อมูลพบว่า มีอัตราการระบุวันหมดอายุยาที่ผิดพลาดที่ลดลง รวมทั้งมีการใช้เวลาในการระบุวันที่ยาหมดอายุที่ลดลง แต่ตารางไม่ได้ระบุชนิดยาให้ชัดเจน ทำให้ต้องเสียเวลาดูตารางกำหนดวันหมดอายุยาของฝ่ายเภสัชกรรม ควบคู่กันไปด้วย และตารางที่มี 1 หน้า ทำให้ตัวหนังสือที่เล็ก อ่านยาก

Plan 2 : วางแผนปรับปรุงตารางให้สะดวกต่อการใช้งานและอ่านง่ายมากขึ้น

Do 2 : จัดทำตารางระบุวันหมดอายุยาที่มีการระบุชื่อยาและกำหนดวันหมดอายุที่ชัดเจน และแยกตารางขนาด A4 ออกเป็น 4 แผ่น (ตามเอกสารแนบที่ 2) แยกตามจำนวนวันในแต่ละเดือน (28 วัน, 29 วัน, 30 วัน และ 31วัน) เพื่อความสะดวกในการอ่านที่มากขึ้น

Check 2 : อัตราการระบุวันหมดอายุยาที่ผิดพลาด และเวลาเฉลี่ยในการระบุวันที่ยาหมดอายุ ในระยะเวลา 3 เดือนต่อมาลดลง ได้ตามเป้าหมาย และได้รับความคิดเห็นจากพยาบาลผู้ใช้งานว่ามีความสะดวกต่อการใช้งานมากขึ้น

Act 2 : ศึกษาการพัฒนานวัตกรรมที่สะดวกต่อการระบุวันที่ยาหมดอายุเพิ่มเติมในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ต่อไปเพื่อความถูกต้องแม่นยำและสะดวกการปฏิบัติงานมากขึ้น

ชื่อเรื่อง : MediDate Calendar 5NW

ผู้นำเสนอ : นางสาวรชาพรรณ ไชยเจริญ

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม

ต่อ

3. ผลดำเนินโครงการ

ตัวชี้วัดด้านคุณภาพ : อัตราการระบุวันหมดอายุยาที่ไม่ถูกต้องในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม ใน 3 เดือน

ตัวชี้วัดด้านระยะเวลา : ระยะเวลาที่ใช้ในการระบุวันหมดอายุยา 1 ครั้ง

ผลดำเนินการ (เดือน กรกฎาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568)			
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ก่อน**	**หลัง**
อัตราการระบุวันหมดอายุยาที่ไม่ถูกต้อง ใน 3 เดือน	< 5 ครั้ง ใน 3 เดือน	45 ครั้ง ใน 3 เดือน	2 – 3 ครั้ง ใน 3 เดือน
ระยะเวลาที่ใช้ในการระบุวันหมดอายุยา 1 ครั้ง	< 20 วินาที	30 วินาที ถึง 1 นาที	10 – 15 วินาที

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

- ☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน**
- ☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน**

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

- ☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น
- ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน
- ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ
- ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 27

ชื่อเรื่อง : ตะกร้าสำหรับวางขวดน้ำล้างถุงใส่อุจจาระหน้าทอง (Ostomy bag)

ผู้นำเสนอ : นายอภิเชษฐ์ กองไตร

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (RA5IC)

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (RA5IC) ดูแลผู้ป่วยวิฤตทางศัลยกรรม พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วย ได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายสวนหลอดเลือดดำหรือเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอจากอุบัติการณ์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียอีโคไล(Escherichia coli)คลอสตริเดียม ดิฟฟิไซล์(Clostridium difficile) และเอนเทอโรแบคทีเรียซีอี (Enterobac-teriaceae) ในเสมหะและกระแสเลือด 3 ราย ซึ่งเป็นแบคทีเรียที่พบได้ในลำไส้ของมนุษย์ สามารถแพร่กระจายผ่านมือของบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่สะอาด หรือจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ปนเปื้อนอุจจาระ จากการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาพบว่าผู้ป่วยทุกรายที่ติดเชื้อมี Ostomy bag และมีการวางขวดน้ำสำหรับล้าง Ostomy bag ไว้รวมกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สะอาด จึงได้พัฒนาตะกร้าสำหรับวางขวดน้ำล้าง Ostomy bag แยกออกจากมุมสะอาด หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนาพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเหลือ 0 รายภายในระยะเวลา 3 เดือน

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อแยกขวดน้ำล้าง Ostomy bag ออกจากของใช้สะอาดลงในตะกร้าสำหรับวางขวดน้ำล้าง Ostomy bag
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย RA5IC มีความพึงพอใจในการใช้งานตะกร้าสำหรับวางขวดน้ำล้าง Ostomy bag

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

2.1ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

(01-30 ธ.ค. 67) วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ทบทวน evidence base practice (EBP) เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และหาวิธีการพัฒนา

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

(01 ม.ค.-20 มี.ค. 68) นำตะกร้ามาห้อยเพื่อแยกออกจากมุมสะอาดสำหรับวางขวดน้ำล้าง Ostomy bag ประชาสัมพันธ์ และแนะนำวิธีการใช้งาน

ต้นทุน ตะกร้าใบละ 15 บาท และตะขอ 2 ชิ้น ชิ้นละ 2 บาท

ต้นทุนรวมต่อห้อง 19 บาท

2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

ติดตามอัตราการใช้งานตะกร้าสำหรับวางขวดน้ำล้าง Ostomy bag และอัตราความพึงพอใจในการใช้ตะกร้าสำหรับวางขวดน้ำล้าง Ostomy bag ของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย RA5IC ทุก 1 เดือน ระยะเวลา 3 เดือน (01 ม.ค.-20 มี.ค. 68)

2.4 จัดทำมาตรฐาน (Act)

- รายงานผลอัตราการใช้งานตะกร้าสำหรับวางขวดน้ำล้าง Ostomy bag ร้อยละ 100 และอัตราความพึงพอใจในการใช้งานตะกร้าสำหรับวางขวดน้ำล้าง Ostomy bag ของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย RA5IC ร้อยละ 100
- รวบรวมปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอ และมาพัฒนาต่อ

3. ผลดำเนินโครงการ

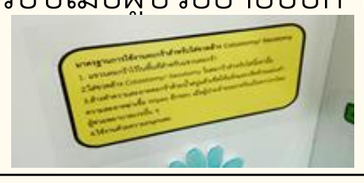
ผลดำเนินการ (เดือนมกราคม – มีนาคม 2568)			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง
			01 ม.ค.-20 มี.ค. 68
1.อัตราการใช้งานตะกร้าสำหรับวางขวดน้ำล้าง Ostomy bag	100 %	0 %	100 %
2.อัตราความพึงพอใจในการใช้งานตะกร้าสำหรับวางขวดน้ำล้างOstomy bag ของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย RA5IC	100 %	NA	100 %

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ) ☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI)

4.1. แขวนตะกร้าไว้ในพื้นที่สำหรับแขวนตะกร้า

4.2. ใส่ขวดน้ำสำหรับล้าง Ostomy bag ในตะกร้านี้เท่านั้น

4.3. ล้างทำความสะอาดตะกร้าด้วยน้ำสบู่แล้วเช็ดให้แห้ง และเช็ดด้วยแผ่นทำความสะอาดฆ่าเชื้อ Wipes อีกรอบเมื่อผู้ป่วยย้ายออก หรือเมื่อสกปรก โดยผู้ช่วยพยาบาลเวรนั้น ๆ



4.4. ใช้งานด้วยความทะนุถนอม

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 28

ชื่อเรื่อง : RA9SE Stroke Fast Track & Stroke call

ผู้นำเสนอ : นางสาวนิภาวรรณ อินทโชติ

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

1.1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดระบบประสาท และระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีผู้ป่วยเกิด acute stroke ในหอผู้ป่วยประมาณ 3-5 รายต่อปีบ่อยครั้งเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการสงสัย acute stroke ผู้ปปฏิบัติงาน (พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ธุรการ) รวมทั้งแพทย์เกิดความไม่มั่นใจในกระบวนการวินิจฉัย ส่งตรวจ และการจัดการ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า และอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการสงสัย acute stroke ในหอผู้ป่วย

1.2.3 ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการสงสัย acute stroke ในหอผู้ป่วย

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

ครั้งที่ 1 Plan :นำปัญหาในกระบวนการดูแลรักษาที่เกิดขึ้น ประชุมปรึกษาในหอผู้ป่วย วิเคราะห์ สาเหตุ สืบค้นข้อมูลแนวปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการสงสัย acute stroke หรือ Protocol ของโรงพยาบาล

Do :แจ้งผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับรายละเอียด ขอความร่วมมือในการปฏิบัติตาม Stroke Protocol 11th Edition 2022 ของโรงพยาบาล (รูปที่ 1) เมื่อเกิดเหตุการณ์

Check :ติดตามเก็บข้อมูลการปฏิบัติตาม Stroke Protocol 11th Edition 2022

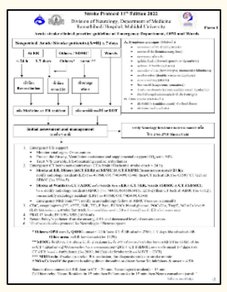
Act : ปรับปรุงรายละเอียดของการปฏิบัติตาม Stroke Protocol 11th Edition 2022

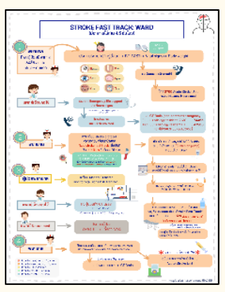
ครั้งที่ 2 Plan : วิเคราะห์ปัญหาจากใช้ Stroke Protocol 11th Edition 2022 เพิ่มรายละเอียดหน้าที่ของผู้ปฏิบัติแต่ละท่าน จัดทำแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วย RA9SE Stroke Fast Track (รูปที่ 2) และ Stroke call (รูปที่ 3) ผ่านโปรแกรมออนไลน์ CANVA ในการออกแบบกราฟิก เพื่อให้สวยงามเข้าใจง่าย นำมาใช้ได้จริง

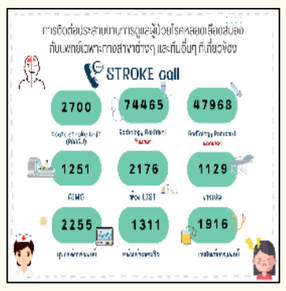
Do: แจ้งผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับรายละเอียดและการปฏิบัติตาม RA9SE Stroke Protocol และ Stroke call ของหอผู้ป่วยตามสถานการณ์

Check: ติดตามเก็บข้อมูลการปฏิบัติตาม RA9SE Stroke Protocol และ Stroke call ของหน่วยงาน

Act: กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานเมื่อมีผู้ป่วยสงสัยหรือเกิด Strokeในหน่วยงาน ให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และเกิดความพึงพอใจ







รูปที่ 1 Stroke Protocol 11th รูปที่ 2 RA9SE Stroke Protocol รูปที่ 3 Stroke call

3. ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (2 ปี)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง	
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1. ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจมาก-มากที่สุดในการปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการสงสัย acute stroke ในหอผู้ป่วย	> 80%	0	28.6	88.1
2. ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจมาก-มากที่สุดต่อแนวปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการสงสัย acute stroke ในหอผู้ป่วย	> 80%	-	35.7	97.6

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☑ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☐ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

(หากมี ให้แสดงมาตรฐานการทำงาน โดยระบุวิธีการ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบชัดเจน ครอบคลุม พร้อมมีหลักฐานเอกสารอ้างอิง และ / หรือ รหัส QP WI คู่มือ)

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 29

ชื่อเรื่อง : ธงนำทางติดไฟ LED เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการอพยพหนีไฟ

ผู้นำเสนอ : นางทัศนีย์ ปิ่นปั่น

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

จากสถานการณ์ฉุกเฉินเพลิงไหม้ ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี วันที่11 มีนาคม2568 เวลา19.20 น. ได้เกิดเหตุพบกลุ่มควันและเพลิงไหม้บริเวณชั้น 2 ที่อาคารหลัก(อาคาร1) เจ้าหน้าที่ดับเพลิงและกู้ภัยได้เข้าระงับเหตุ ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ดำเนินการอพยพผู้ป่วยที่ออกนอกพื้นที่ทันที อย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สถานการณ์ขณะนั้นหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ตั้งอยู่ที่อาคาร1ชั้น5 และเป็นที่รองรับผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยรับการรักษาที่หอผู้ป่วยทั้งหมด 33 คน ในระหว่างเหตุการณ์ดังกล่าว กลุ่มควันจำนวนมากได้แพร่กระจายเข้ามาในพื้นที่หอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าเวรและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในเวรได้ดำเนินการอพยพผู้ป่วยไปยังพื้นที่ปลอดภัยทันที ตามมาตรฐานแผนการอพยพหนีไฟของคณะฯ

ธงนำทางอพยพหนีไฟ เป็นอุปกรณ์สำคัญที่พยาบาลหัวหน้าเวรใช้เป็นสัญลักษณ์นำทางไปยังจุดรวมพล เพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยลดความตื่นตระหนก ลดความสับสน ไม่หลงทิศทางและช่วยให้การอพยพเป็นไปอย่างมีระเบียบ รวดเร็วและ ปลอดภัย ปัญหาที่พบคือ เนื่องจากในระหว่างการอพยพมีปริมาณควันหนาแน่นอย่างต่อเนื่องทำให้วิสัยทัศน์การมองเห็นลดลงมาก ส่งผลให้ในบางพื้นที่ ไม่สามารถมองเห็นธงนำทางอพยพหนีไฟได้อย่างชัดเจน ทางหอผู้ป่วยจึงได้พัฒนาแนวทางแก้ไข โดย ติดตั้งไฟ LED ธงนำทางอพยพหนีไฟขึ้น และติดสติ๊กเกอร์เรืองแสงแสดงชื่อหอผู้ป่วยเพื่อเพิ่มการมองเห็นในพื้นที่มีแสงสว่างจำกัดและมีควันหนาทึบ ทำให้การอพยพเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการมองเห็นของธงนำทางอพยพหนีไฟในสถานการณ์ฉุกเฉิน ในพื้นที่ที่มีควันหนาทึบและแสงสว่างจำกัด	100%

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

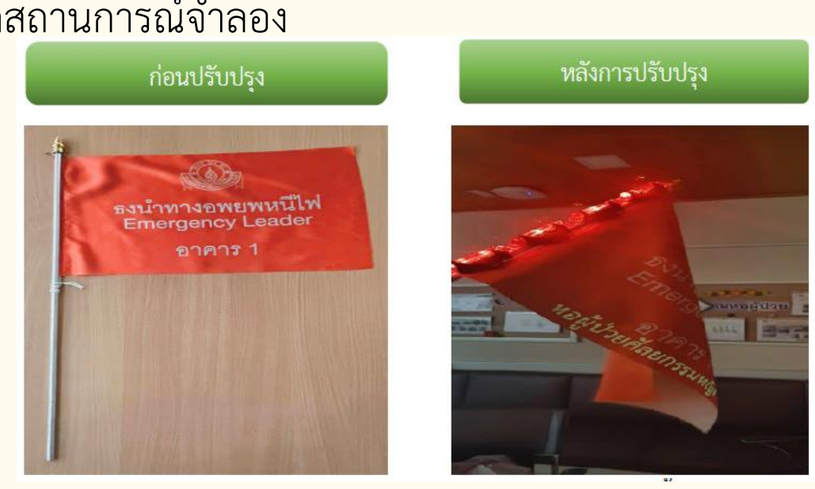
2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

จากการวิเคราะห์เหตุการณ์และทบทวนแผนอพยพหนีไฟจากเหตุการณ์จริงร่วมกับทีม พบปัญหาข้อจำกัดของธงนำทางอพยพหนีไฟเดิมเรื่องการมองเห็นไม่ชัดเจนในที่มีแสงสว่างน้อยและควันหนาแน่น จึงพัฒนาแนวทางแก้ไข

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)พัฒนาธงนำไฟเดิม โดยออกแบบพัฒนาดังนี้

1. ติดสติ๊กเกอร์เรืองแสง พร้อมแสดงชื่อหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงเพื่อให้สามารถระบุจุดหมายปลายทางได้ชัดเจนและมองเห็นในที่แสงสว่างน้อย
2. ออกแบบติดตั้งไฟ LED ที่ธงนำทางอพยพหนีไฟ เพิ่มความสว่างโดยใช้ไฟท้ายจักรยาน แบบกันน้ำและชาร์จแบตได้จำนวน 4ชิ้น ใช้ยางยึดไฟ LED ติดกับเสาของธงนำทางอพยพหนีไฟในแนวตั้ง เพื่อเพิ่มการมองเห็นในพื้นที่ที่มีควันหนาทึบ และมีแสงสว่างจำกัด

แจ้งวิธีการใช้งานและแนวทางปฏิบัติในไลน์กลุ่มและประชุมวอร์ด ทดลองใช้งานจากสถานการณ์จำลอง



2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

จากการทดลองใช้งานจากสถานการณ์จำลอง ประเมินผลโดยใช้ตัวชี้วัดด้านความชัดเจนในการมองเห็น พบว่ามีความชัดเจนในการมองเห็นดีขึ้นกว่าธงนำทางเดิมอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 จัดทำมาตรฐาน (Act)

ดำเนินการจัดทำมาตรฐานและวิธีการใช้งานติดที่บริเวณจุดวางธงอพยพหนีไฟ เพื่อให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันกำหนดและตรวจสอบความพร้อมใช้งานทุกวันที่ 1 ของทุกเดือน รับผิดชอบโดย Medication Nurse ประจำเวร และพยาบาลทีม1 (เวรดึก)

3. ผลดำเนินโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	
		ก่อน	หลัง
เปอร์เซ็นต์ความชัดเจนในการมองเห็นธงนำทางอพยพหนีไฟ	100%	70%	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น

☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 30

ชื่อเรื่อง : การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายน้ำดื่มเพื่อการจัดการสต๊อกที่มีประสิทธิภาพ

ผู้นำเสนอ : นางสาวสุกานดา บุญพิมพ์

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

1. สภาพปัญหา<u>ก่อน</u>ปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ก่อนดำเนินการปรับปรุง หอผู้ป่วยมีการแจกจ่ายน้ำดื่มให้ผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ใช้วิธี กดน้ำจากตู้น้ำดื่ม COWAY และเทใส่กาน้ำนำไปแจกจ่ายให้ผู้ป่วย เสี่ยงต่อการปนเปื้อน/การควบคุมคุณภาพของน้ำดื่ม และใช้เวลานานในการกดน้ำออกจากตู้ ปัจจุบันทางโรงพยาบาลปรับกระบวนการเรื่องการเบิกจ่ายน้ำดื่มให้ผู้ป่วย แทนการกดจากตู้น้ำ โดยการใช้น้ำขวดที่มีมาตรฐานและคุณภาพแทน เริ่มตั้งแต่ 1 ก.ย. 2567 ซึ่งยังไม่มีระบบการเบิกจ่ายน้ำดื่มและการบริหารจัดการสต๊อกภายในหน่วยงาน ปัญหาที่พบคือ ขาดระบบการเบิกจ่ายน้ำดื่ม และระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนการเบิกจ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ พบปัญหาปริมาณการเบิกน้ำดื่มไม่พอดีกับความต้องการของผู้ป่วย ขาดน้ำดื่ม/หรือน้ำดื่มเกินสต๊อกจากสถิติ 6-8 ครั้ง/เดือน กรณีเบิกขาดทำให้มีปริมาณไม่พอเพียงกับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่ธุรการต้องเพิ่มรอบการเบิกจ่ายเฉลี่ย 2-3 รอบ/สัปดาห์ กรณีเบิกเกินพบว่าพื้นที่จัดเก็บน้ำดื่มไม่เพียงพอ เนื่องจากยังไม่มีระบบที่มีประสิทธิภาพ จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ไม่สามารถวางแผนการเบิกจ่าย และควบคุมปริมาณน้ำดื่มในสต๊อกที่เหมาะสม ทางทีมจึงพัฒนาระบบการเบิกจ่ายน้ำดื่มเพื่อการจัดการสต๊อกที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดปัญหา สต๊อกขาดหรือเกินในหอผู้ป่วย ส่งผลให้มีน้ำดื่มเพียงพอกับความต้องการและวางแผนรอบการเบิกจ่ายได้อย่างเป็นระบบมาตรฐาน

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้น้ำดื่มเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย
2. เพื่อลดรอบการเบิกจ่ายน้ำดื่มในสต๊อก
3. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการพัฒนาระบบการเบิกจ่าย การบันทึกข้อมูลน้ำดื่ม

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพ<u>หลัง</u>ปรับปรุง

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

รวบรวมข้อมูลปัญหาการเบิกจ่ายสต๊อกน้ำดื่ม และวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกับทีมในหน่วยงาน ระบุผู้รับผิดชอบ

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

ปรับปรุงครั้งที่ 1 จัดทำแบบฟอร์มการลงบันทึกการเบิกจ่ายน้ำดื่ม กำหนดให้ลงบันทึกการใช้ในแต่ละเวร แจ้งการใช้งาน วิธีการลงบันทึกและแนวทางปฏิบัติ กำหนดให้ผู้ช่วยพยาบาล/พยาบาลลงบันทึกเมื่อนำน้ำดื่มไปใช้กับผู้ป่วย ธุรการตรวจสอบ/เบิกของในสต๊อกทดลองใช้งาน 1 เดือน ปัญหาที่พบคือไม่มีช่องการลงบันทึกการเบิกน้ำใหม่ที่เติมเข้าในสต๊อก ทำให้เช็คไม่ครบถ้วน น้ำดื่มเกินสต๊อกเพราะลงจำนวนคงอยู่ไม่ตรงกับข้อมูล และช่องสำหรับลงบันทึกมีขนาดเล็กไป

ปรับปรุงครั้งที่ 2 ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก โดยเพิ่มช่องการรับน้ำเพิ่ม จากที่ธุรการสั่งในแต่ละครั้ง เพื่อนับจำนวนได้ถูกต้องครบถ้วนและคำนวณปริมาณที่ใช้จริงใน 1 สัปดาห์ เพื่อลดรอบการเบิกจ่าย ปรับขนาดและรูปแบบโดยปรับขนาดตารางให้ใหญ่ขึ้น ให้ชัดเจน ใช้งานง่าย ทดลองใช้งาน 1 เดือน ประเมินผล

ปรับปรุงครั้งที่ 1

ปรับปรุงครั้งที่ 2

2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

หลังการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายน้ำดื่ม พบว่าน้ำดื่มเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ลดปัญหาการเบิกจ่ายของกรณีขาดสต๊อกหรือคงค้างในหน่วยงาน ลดรอบการเบิกจ่าย และมีการทำงานที่เป็นระบบ

2.4 จัดทำมาตรฐาน (Act)

ดำเนินการจัดทำมาตรฐานการทำงานในหอผู้ป่วย โดยกำหนดให้ผู้ช่วยพยาบาลประจำเวรเป็นผู้รับผิดชอบ เบิกจ่ายของเข้าสต๊อกโดยธุรการ

3. ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง	
			ครั้งที่1	ครั้งที่2
จำนวนของน้ำดื่มขาดหรือเกิน (ครั้ง/เดือน)	0	6-8	3	0
จำนวนรอบการเบิกจ่ายน้ำดื่ม (ครั้ง/สัปดาห์)	1	2-3	2	1
อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อระบบการพัฒนาการเบิกจ่าย/การบันทึกน้ำดื่ม	100%	NA	100%	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่น<u>ภายใน</u>คณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่น<u>ภายนอก</u>คณะฯ

ชื่อเรื่อง : การพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลการรับเข้า-จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

ผู้นำเสนอ : นางสาวกาญจนา สาโท

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง	2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง
1.1 สภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน การบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จะมีกระบวนการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการรับผู้ป่วยเข้าและย้ายออกจากหอผู้ป่วย ได้แก่ ช่วงเวลาราชการ ประสานงานกับหน่วยรับผู้ป่วยใน (Admission unit) ช่วงนอกเวลาราชการ ประสานงานกับหน่วยผู้ป่วยสัมพันธ์และทีมแพทย์ผู้รักษา ซึ่งจะมีการแจ้งรายชื่อผู้ป่วย โรค สาขาวิชาและอาจารย์เจ้าของไข้ที่เกี่ยวข้อง การบันทึกข้อมูลที่มีการแจ้งจากหน่วยงานข้างต้นจะได้รับการบันทึกไว้ในสมุดที่มีการบันทึกตามรายละเอียดที่ได้รับแจ้ง ซึ่งทำให้บางครั้งมีการตกหล่นข้อมูลที่จำเป็นในการนำมาบริหารจัดการเตียงภายในหอผู้ป่วย เช่น การยืมเตียงสาขาวิชาอื่น เงื่อนไขการใช้เตียงกรณีรับย้าย/รับใหม่ที่สัมพันธ์กับการย้ายออกหรือจำหน่ายกลับบ้าน ความต้องการห้องพิเศษของผู้ป่วย เป็นต้น จากสถิติข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ปี พ.ศ.2564 - 2565 พบว่า ข้อมูลที่จำเป็นในการนำมาบริหารเตียงภายในหน่วยงานไม่ครบถ้วน โดยเฉลี่ย 5 –7 ครั้ง/เดือน ทำให้บางครั้งต้องมีการติดต่อกลับหน่วยงานข้างต้นเพื่อสอบถามข้อมูลที่จำเป็นเพิ่มเติม ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาและขั้นตอนในการทำงานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน **1.2 วัตถุประสงค์การดำเนินการ** เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการรับเข้า-จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วน	**แสดงกระบวนการปรับปรุงและรายละเอียดกิจกรรมตามหลัก PDCA** ผู้เขียนได้ประชุมวางแผนกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็นในการบริหารเตียงภายในหอผู้ป่วย เพื่อนำมาพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลการรับเข้า-จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ภายหลังสร้างแบบบันทึกฯ เสร็จ นำเสนอในที่ประชุม เพื่ออธิบายการนำข้อมูลในแบบบันทึกไปใช้ในการรับโทรศัพท์ประสานงานเกี่ยวกับการใช้เตียงผู้ป่วยในของหอผู้ป่วย ผลลัพธ์การปรับปรุงรอบที่ 1 จากการบริหารจัดการเตียงภายในหอผู้ป่วยของพยาบาลพบว่า ข้อมูลจำเป็นที่นำมาใช้ในการบริหารจัดการเตียงภายในหอผู้ป่วยมีความถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น แต่ยังขาดข้อมูลช่วงเวลาที่ได้รับแจ้งจากหน่วยงานต่าง ช่องบันทึกข้อมูลการบริหารเตียง และ Status ผู้ป่วย PDCA รอบที่ 2 (มกราคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568) ประชุมวางแผนกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการนำข้อมูลที่จำเป็นเพิ่มเติมลงในแบบบันทึกฯ เพื่อการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และนำเสนอแบบบันทึกฯ ที่ปรับปรุงในที่ประชุม เพื่อให้พยาบาลหรือหัวหน้าเวรใช้ข้อมูลจากการรับแจ้งทางโทรศัพท์ในการบริหารเตียงภายในหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผลลัพธ์การปรับปรุงรอบที่ 2 พยาบาลสามารถใช้ข้อมูลในแบบบันทึกฯ ในการบริหารจัดการเตียงได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้ช่วยพยาบาล และ Clerk สามารถใช้ข้อมูลในแบบบันทึกฯ ในการเตรียมบริหารงานของตนเองได้ เช่น การเตรียมความพร้อมของเตียงผู้ป่วยในการรับใหม่-รับย้าย การเตรียมแฟ้มผู้ป่วย เป็นต้น ภายหลังการปรับปรุงแบบบันทึกฯ ได้มีการจัดทำคู่มือการใช้งานแบบบันทึกข้อมูลการรับเข้า-จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย

ชื่อเรื่อง : การพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลการรับเข้า-จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

ผู้นำเสนอ : นางสาวกาญจนา สาโท

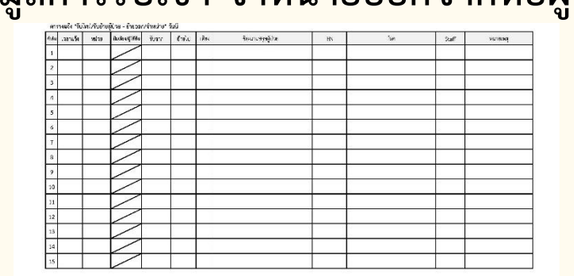
หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน 1

ต่อ

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (กันยายน 2565 - กุมภาพันธ์ 2568)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนปรับปรุง ก.ย.65	หลังปรับปรุง	
			รอบที่1 ธ.ค.66	รอบที่ 2 ก.พ.68
อัตราการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการรับเข้า-จำหน่ายออกมีความถูกต้องครบถ้วน	90%	70%	95%	98%

แบบบันทึกข้อมูลการรับเข้า-จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย



4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

QR code การใช้แบบบันทึกข้อมูลการรับเข้า-จำหน่ายออก

พยาบาลที่รับโทรศัพท์จดบันทึกข้อมูลที่จำเป็นลงในแบบบันทึกฯ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากหน่วยงานต้นทางที่แจ้ง เพื่อนำข้อมูลมาบริหารจัดการเตียงภายในหอผู้ป่วยให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดังเอกสารแนบใน QR code

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 32

ชื่อเรื่อง : การพัฒนาแบบบันทึกสถิติการใช้เตียงและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรายวัน

ผู้นำเสนอ : นางสาวเบ็ญจวรรณ โศภิษฐพันธ์

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 สภาพการทำงานและปัญหาที่พบ

ปัจจุบันหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ให้การดูแลผู้ป่วย 6 สาขาวิชา ได้แก่ ศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป 10 เตียง ศัลยศาสตร์หลอดเลือดและปลูกถ่ายอวัยวะ 6 เตียง ศัลยศาสตร์ทรวงอก 6 เตียง ศัลยศาสตร์ตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี 4 เตียง ศัลยศาสตร์ตกแต่งและแม็กซิโลเฟเชียล 5 เตียง และศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไร้ท่อ 2 เตียง พยาบาลจะต้องตรวจสอบเตียงผู้ป่วยให้ตรงตามโควตา เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการบริหารเตียงในแต่ละวัน นอกจากนี้พยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรายวันลงในระบบ Lime survey : IPD/ICU census ของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล การเตรียมผ่าตัด การส่งตรวจ และการ ทำหัตถการ bed side การให้ oxygen therapy, ข้อมูล Tube/line และอุปกรณ์ที่ต้องติดตาม monitor ซึ่งต้องสรุปข้อมูลในแต่ละเวรเพื่อนำข้อมูลมาบันทึกลงในระบบ จากกระบวนการทำงานพบว่า ยังไม่มีแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยก่อนจะลงข้อมูลใน Lime survey ทำให้การสำรวจข้อมูลต่าง ๆ ไม่ครบถ้วน บันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยไม่ครบ ต้องติดตามสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลแต่ละทีมในการดูแลผู้ป่วยแต่ละเวร และมีความยุ่งยากเมื่อลงข้อมูลย้อนหลัง

1.2 วัตถุประสงค์การดำเนินการ

เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลสถิติการใช้เตียงและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรายวันให้ถูกต้องครบถ้วน

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

PDCA รอบที่ 1 (มี.ค. – ธ.ค. 66)

Plan: ประชุมวางแผน รวบรวมข้อมูลที่ต้องการให้บันทึกใน Lime survey เพื่อวางแผนพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และปรับปรุงข้อมูลในตารางเช็คยอดเตียงรายวันที่สร้างขึ้น โดยคุณชุติรัตน์ สนปี

Do: พัฒนาแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและปรับปรุงข้อมูลในตารางเช็คยอดเตียงรายวัน เสนอในที่ประชุมพร้อมอธิบายกระบวนการทำงานให้กับพยาบาล

Check: พยาบาลหัวหน้าเวรติดตามการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและสถิติการใช้เตียง พบว่ามีการบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนถูกต้องมากขึ้น แต่พบว่าการบันทึกข้อมูลดังกล่าวจะต้องแยกการบันทึกลงในกระดาษคนละแผ่น และต้องหยิบแบบบันทึกข้อมูล 2 ใบ เพื่อนำมาใช้ประกอบการลงข้อมูลใน Lime survey: IPD/ICU census

Act: สอบถามปัญหาที่พบจากการใช้แบบบันทึกข้อมูลฯ และวางแผนพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลให้ครอบคลุมเนื้อหาใน Lime survey

PDCA รอบที่ 2 (ม.ค.-มิ.ย.67)

Plan: ประชุมวางแผน รวบรวมข้อมูลจากตารางเช็คยอดเตียงรายวันและการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลฯ ให้ครอบคลุม

Do: พัฒนาปรับปรุงแบบบันทึกสถิติการใช้เตียงและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรายวัน เสนอในที่ประชุม โดยยกเลิกการบันทึกข้อมูลในตารางเช็คยอดเตียงรายวัน พร้อมอธิบายการบันทึกข้อมูล

Check: พยาบาลหัวหน้าเวรติดตามการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและสถิติการใช้เตียง พบว่ามีการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกได้ถูกต้องครบถ้วน ทำให้ขั้นตอนการลงข้อมูลใน Lime survey: IPD/ICU census สะดวกมากขึ้น ลดกระบวนการทำงานที่ซ้ำซ้อน

Act: จัดทำคู่มือกระบวนการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกสถิติการใช้เตียงและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรายวัน

ชื่อเรื่อง : การพัฒนาแบบบันทึกสถิติการใช้เตียงและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรายวัน

ผู้นำเสนอ : นางสาวเบ็ญจวรรณ โศภิษฐพันธ์

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

ต่อ

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (มี.ค. 66 – เม.ย.67)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนปรับปรุง ก.ย.65	หลังปรับปรุง	
			มี.ค.-ธ.ค.66	ม.ค.-เม.ย.67
อัตราการบันทึกสถิติการใช้เตียงและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรายวันถูกต้องครบถ้วน	90%	60%	92%	95%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

QR code คู่มือบันทึกสถิติการใช้เตียงและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรายวัน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 33

ชื่อเรื่อง : การพัฒนาแบบฟอร์มเช็คหัตถการเพื่อคิดค่าบริการหัตถการรายวัน

ผู้นำเสนอ : คุณศิริลักษณ์ ขยัน

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายให้บริการผู้ป่วยในจำนวน 33 เตียง ในแต่ละวันจะมีการ ทำหัตถการต่าง ๆกับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัว และต้องมีการคิดค่าบริการหัตถการรวมถึงค่าบริการอุปกรณ์การแพทย์รายวันที่นำไปใช้กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ช่วยพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆเป็นผู้ทำหน้าที่คิดค่าบริการหัตถการในระบบคอมพิวเตอร์ด้วยวิธีการเดินตรวจตามเตียงว่าทำหัตถการอะไรและใช้อุปกรณ์การแพทย์อะไรบ้าง จากนั้นจะจดข้อมูลใส่กระดาษรีไซเคิล ไว้ก่อนที่จะนำมาลงคิดค่าบริการหัตถการในระบบคอมพิวเตอร์ เมื่อมีการ ทำหัตถการใหม่เพิ่มเติม ก็จะใช้วิธีการคิดค่าบริการลงในระบบคอมพิวเตอร์ทันที ไม่มีการลงบันทึกข้อมูลในกระดาษอีก มีโอกาสคิดค่าบริการซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเสียค่าบริการเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อความไม่พึงพอใจ และหากภาระงานมากเกินเวลาปฏิบัติงาน หรือมีความเร่งรีบ ลืมส่งต่อข้อมูล ทำให้ลืมคิดค่าบริการได้

1.2 วัตถุประสงค์ในการดำเนินการ

1.2.1 สามารถคิดค่าบริการหัตถการได้ถูกต้อง ครบถ้วน (เป้าหมาย ≥ 95%)

1.2.2 เพื่อให้มีแบบการบันทึกส่งต่อข้อมูลการคิดค่าบริการหัตถการที่ครบถ้วน ถูกต้อง (เป้าหมาย ≥ 95%)

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

แสดงกระบวนการปรับปรุงและรายละเอียดกิจกรรมตามหลัก PDCA

PDCA รอบที่ 1 (ธันวาคม 2567 - มกราคม 2568)

ประชุมวางแผนกับทีมผู้ช่วยฯเกี่ยวกับข้อมูล10 หัตถการแรกที่ทำให้หอผู้ป่วย พัฒนาแบบฟอร์มเช็คหัตถการเพื่อคิดค่าบริการ นำเสนอในที่ประชุม อธิบายการลงบันทึกในแบบฟอร์ม นำใบแบบฟอร์ม มาเดินเช็คหัตถการและอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ตามเตียงว่า ทำหัตถการและใช้เครื่องมือแพทย์อะไรบ้าง เช่น การทำแผล ฯลฯ โดยใส่หมายเลขเตียงในช่องตามรายการในแบบฟอร์ม และบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์

ผลลัพธ์การปรับปรุงรอบที่ 1 จากการใช้แบบฟอร์มเช็คหัตถการมีความถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น แต่ยังคิดค่าบริการหัตถการที่ทำเพิ่มเติมไม่ครบ และยังมีการคิดเงินซ้ำในผู้ป่วยรายเดิม หรือผู้ป่วยที่เพิ่งเข้ามานอนรายใหม่แต่เลขเตียงซ้ำอยู่ประมาณ 10-20%

PDCA รอบที่ 2 (มกราคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2568)

ประชุมวางแผนร่วมกับทีมผู้ช่วยฯเมื่อมีการทำหัตถการอื่น ๆ เพิ่มให้เขียนหัตถการที่ทำเพิ่มลงในช่องว่างและหมายเลขเตียงกำกับ เมื่อมีผู้ป่วยรายใหม่เขียนอักษร Nกำกับหลังเลขเตียงเพื่อลดปัญหาการลืมคิดเงินหรือการคิดเงินซ้ำ กำหนดให้มีการทำเครื่องหมายถูกกำกับเมื่อมีการคิดค่าบริการเรียบร้อย และเก็บใบทำการสุ่มตรวจสอบซ้ำภายในเวรดึกของวันเพื่อตรวจเช็คการคิดค่าบริการที่ครบถ้วน

ผลลัพธ์การปรับปรุงรอบที่ 2 ทีมสามารถใช้ข้อมูลในแบบฟอร์มเช็คหัตถการตรวจสอบและคิดค่าบริการถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ภายหลังการปรับปรุงแบบฟอร์มเช็คหัตถการ ได้มีการจัดทำคู่มือการใช้งานแบบฟอร์มเช็คหัตถการเพื่อคิดค่าบริการรายวัน

3.ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ (ธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนปรับปรุง	หลังปรับปรุง	
		ธ.ค. 67	ม.ค.68	ก.พ.68
อัตราการคิดค่าบริการหัตถการถูกต้องครบถ้วน	95%	80%	95%	100%
มีแบบบันทึกส่งต่อข้อมูลการคิดค่าบริการหัตถการได้ครบถ้วน ถูกต้อง	95%	50%	90%	100%

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน

QR code คู่มือการใช้งานแบบฟอร์มสำรวจคิดเงินค่าบริการหัตถการ

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 34

ชื่อเรื่อง : “ชื่อซ้ำ รับให้ถูกคน”

ผู้นำเสนอ : นางสาวสุภาวดี พึ่งธรรม และนางสาวนุตรจรินทร์ จันทนพ

หน่วยงาน : ห้องผ่าตัดศัลยกรรม

1. สภาพปัญหา<u>ก่อน</u>ปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทำงานเดิมและสภาพปัญหาที่ชัดเจน

ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ให้การบริการผ่าตัดทางศัลยกรรมหลายหัตถการผ่าตัด มีการรับผู้ป่วยจำนวนมากเฉลี่ยประมาณ35ราย/วัน ซึ่งมีโอกาสทำให้รับผู้ป่วยผิดคนได้ หากมีการระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้องครบถ้วนตามขั้นตอนวิธีการปฏิบัติงานเดิม พยาบาลจุดรับผู้ป่วยเขียนชื่อ-สกุล HNลงในใบรับผู้ป่วยผ่าตัดและส่งมอบเอกสารให้ผู้ช่วยพยาบาลนำไปทวนสอบในการรับผู้ป่วยที่ ward กรณีพบผู้ป่วยมีชื่อหรือนามสกุลซ้ำกัน หน่วยงานไม่ได้มีแนวทางในการ ทำสัญลักษณ์เพื่อเตือนหรือเฝ้าระวังความผิดพลาด วันที่9/10/2024 เกิดอุบัติการณ์รับผู้ป่วยมาผ่าตัดผิดคน = 1ราย สาเหตุจากมีการทวนสอบการระบุตัวผู้ป่วยไม่ครบถ้วนตามแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีชื่อซ้ำกันในหอผู้ป่วยและมีคิวต้องรับมาผ่าตัดทั้ง 2 ราย พบว่าขาดขั้นตอนการปฏิบัติในการเฝ้าระวังกรณีผู้ป่วยมีชื่อ นามสกุลซ้ำกัน

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้ เพื่อป้องกันการรับผู้ป่วยผ่าตัดผิดคน(กรณีผู้ป่วยมีชื่อ/นามสกุลซ้ำกัน)

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพ<u>หลัง</u>ปรับปรุง

แสดงกระบวนการปรับปรุงและรายละเอียดกิจกรรมตามหลัก PDCA

1.ขั้นตอนการวางแผน (Plan): วิเคราะห์สาเหตุโดยนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์หาสาเหตุและทบทวนค้นหาแนวทางแก้ปัญหา นำมากำหนดเป็นแนวปฏิบัติ

2.ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do): ผู้ช่วยพยาบาลเวร on call พิมพ์ตารางผ่าตัดของวันพรุ่งนี้จากระบบ ทำการตรวจสอบชื่อ/นามสกุล HNและหอผู้ป่วย หากพบผู้ป่วยชื่อ/สกุลผู้ป่วยซ้ำกัน ให้ใช้ปากกาสีแดงขีดใต้ชื่อ/สกุลผู้ป่วย ถ่ายรูปและส่งเข้าไลน์กลุ่ม ให้ทีมผู้ปฏิบัติงานรับทราบและเฝ้าระวัง เช้าวันผ่าตัด พยาบาลจุดรับผู้ป่วยติดสติกเกอร์ similar ในใบรับผู้ป่วย กรณีที่พบชื่อ/สกุลซ้ำกัน ผู้ช่วยพยาบาลนำใบรับผู้ป่วยไปทวนสอบการระบุตัวผู้ป่วยขณะรับผู้ป่วยที่ward และเพิ่มความระมัดระวังหากพบว่ามีสติกเกอร์ similar ติดที่ใบรับผู้ป่วย

3.ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check): พยาบาลรับผู้ป่วยทวนสอบความถูกต้องชื่อ-สกุล HN วันเดือนปีเกิดของผู้ป่วยและหัตถการพร้อมกับยาและของที่ใช้ในห้องผ่าตัดที่มากับผู้ป่วยให้ถูกต้องทั้งหมด

4. จัดทำมาตรฐาน (Act) : กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในหน่วยงานในการรับผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกันมาผ่าตัด หลังจากจัดทำแนวทาง ได้เก็บสถิติ ไม่มีการผิดพลาดเกิดขึ้นอีก

3. ผลดำเนินโครงการ

ผลดำเนินการ(เดือน กันยายน 2567-ธันวาคม 2567) N=1,577คน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ราย)	ก่อน ก.ย.-ต.ค.67 N=ไม่ได้เก็บข้อมูล	หลัง พ.ย.- ธ.ค.67 N=5
จำนวนการรับผู้ป่วยผ่าตัดที่มีชื่อ/นามสกุลซ้ำผิดคน	0	(N=1ราย)	(N=0ราย)

N = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดที่มีชื่อ/นามสกุลซ้ำกัน

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

ผู้รับผิดชอบ พยาบาลจุดรับผู้ป่วยผ่าตัดและผู้ช่วยพยาบาลที่รับ-ส่งผู้ป่วย ใช้วิธีปฏิบัติตาม WI เรื่องการรับและจำหน่ายผู้ป่วยในที่เข้ารับการผ่าตัด (WI-RAHA-NSO-038) เพิ่มตรวจสอบชื่อซ้ำติดสติกเกอร์ similar ในใบรับผู้ป่วยผ่าตัด กำหนดเป็นวิธีปฏิบัติงานของหน่วยงานตั้งแต่ มกราคม 2568

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☐ ใช้ในหน่วยงานอื่น<u>ภายใน</u>คณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่น<u>ภายนอก</u>คณะฯ

ชื่อเรื่อง : ป้าย setting HFNC

ผู้นำเสนอ : นางสาวธนัชชา มงคลแท้ และนางสาวอารยา วงศ์สุรีย์

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 สภาพการทำงานและปัญหาที่พบ

ทำงานพร้อมระบุข้อมูลสนับสนุน

เนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (RA4IT) ส่วนใหญ่ได้มีการดูแลผู้ป่วยหลัง extubation และต้อง on HFNC ซึ่งต้องมีการสื่อสารกับบุคลากรในทีมให้รับทราบร่วมกันว่า Setting ของเครื่องคือเท่าใด ปัญหาเดิมที่พบคือ setting O2 บางครั้งอาจคลาดเคลื่อนได้ จึงได้มีป้ายที่ใช้ในการสื่อสารให้เข้าใจร่วมกัน เพื่อช่วยกันเช็ค Setting ที่ถูกต้อง แต่ยังพบปัญหาที่ป้ายมีไม่เพียงพอต่อการใช้งาน และสภาพเก่า ใช้ซ้ำ ไม่มีคุณภาพ ทำให้เสียเวลาในการทำงาน ทางผู้จัดทำจึงคิดปรับปรุงอุปกรณ์เพื่อความสะดวกในการสื่อสารกับบุคลากรในทีม ลดระยะเวลาและลดขั้นตอนในการทำงานจากเดิม

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดาเนินการครั้งนี้ ระบุ 1 หรือ 2 ข้อในประเด็นที่สำคัญ / สอดคล้องกับปัญหา)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารกับบุคลากรในทีม
2. เพื่อความถูกต้องในการ setting เครื่องกับ order
3. เพื่อปรับปรุงป้าย

2. กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

ขั้นตอนการวางแผน/วิธีการทำงานใหม่

1.ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

1. สังเกตปัญหาการใช้งาน 2. ออกแบบป้าย
3. ใช้งานจริง 4. ประเมินผลการใช้งาน

2.ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

1. เก็บข้อมูลปัญหาในการใช้งาน
2. เก็บสาย IV ที่ใช้แล้ว มาตัดวัดขนาดของคล้องป้าย setting HFNC
3. เตรียมกระดาษเคลือบ, กระดาษสีเขียว, อุปกรณ์สาย IV, กรรไกร ไม้บรรทัด,ที่เจาะรูกระดาษ
4. ตัดกระดาษแข็งที่เคลือบขนาด 8 x 15 cm เจาะ 2 รู จากนั้นใช้สาย IV ท้าเป็นสายคล้อง
5. น้าป้ายไปทดลองใช้กับเครื่อง

3.ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

จากการน้าอุปกรณ์มาท้าป้ายใหม่ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ พบว่ามีความสะดวกใน
การใช้งานมากขึ้น และ orderไม่คาดเคลื่อน เป็นที่พึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

4. จัดทามาตรฐาน (Act)

1. มาตรฐานการใช้งาน : หลังการใช้งานน้า 0.1% Bactyl ท้าความสะอาดและเก็บให้เรียบร้อย
2. สรุปผลโครงการ : ป้ายใหม่สามารถลดเวลาและความสะดวกในการใช้งาน และมีความเป็นระบบ
ระเบียบมากยิ่งขึ้น

ชื่อเรื่อง : ป้าย setting HFNC

ผู้นำเสนอ : นางสาวธนัชชา มงคลแท้ และนางสาวอารยา วงศ์สุรีย์

หน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ

ต่อ

3.ผลดำเนินโครงการ 1. ลดอุบัติการณ์และการคลาดเคลื่อนของการใช้อุปกรณ์ 2. เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารกับบุคลากรในทีม	**4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)** ☑ **มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน ☐ **ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI)** / มาตรฐานการใช้งาน
	5. การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ) ☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☑ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

โครงการมหกรรมคุณภาพศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2568

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

ลำดับที่ 36

ชื่อเรื่อง : ลิ้นชักจัดระเบียบ

ผู้นำเสนอ : นางสาวพรพิมล ศรีทอง

หน่วยงาน : งานการพยาบาลวิกฤต 1

1. สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง

1.1 ระบุสภาพการทางานเดิม และปัญหาที่พบจากากรทางานพร้อมระบุข้อมูลสนับสนุน

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำเป็นต้องมียาที่ต้องให้ทันที (Stat Drug) เพื่อแก้ไขอาการอย่างเร่งด่วน ภายใน 15 -30 นาที หากไม่ได้รับยาจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ดังนั้นจำเป็นต้องมียาสำรองไว้ที่หน่วยงาน (Stock ward) ยาจำเป็นที่ใช้ในปัจจุบันมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีจำนวนไม่เท่ากัน ขึ้นกับความจำเป็นของการใช้ สภาพการทำงานเดิมคือมีชนิดและจำนวนยาที่ stock จำนวนมาก บางชนิดไม่ได้เลยนาน 6 เดือน ทำให้ยาใกล้หมดอายุ จากการสำรวจยาจำเป็นประจำหอผู้ป่วย พบว่ามียาประมาณ 3-4 ชนิด เช่น Dopamine ไม่เคยใช้เลย บางชนิดและบางชนิด เช่น Nicardipine ที่ใช้บ่อยมาก จึงจำเป็นต้อง stock ยาจำเป็นให้เหมาะสมของหน่วยงานและตามนโยบายฝ่ายเภสัชกรรม

1.2 ระบุวัตถุประสงค์ในการดาเนินการครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. ชนิดและจำนวน stock ยาจำเป็นใน ward เป็นปัจจุบัน
2. ป้ายชื่อยา จำนวน FIFO ชัดเจน สวยงาม
3. ไม่พบยาหมดอายุก่อน 6 เดือน

2.กระบวนการปรับปรุง / สภาพหลังปรับปรุง

2.1ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

ก่อนปรับปรุง	การวางแผน Plan	วิธีการปรับปรุง Do	หลังปรับปรุง Check	แก้ไขและวางแผน Act
	กำหนดชนิดและจำนวนยาที่จะต้องstock ตามนโยบายฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล	1. ทำช่องใส่ยา Lidocaine 2% เพิ่ม 2 ช่อง		ชนิดและจำนวน stock ยาจำเป็นใน ward เป็นไปตามนโยบาย ป้ายชื่อยา จำนวน FIFO ชัดเจน สวยงาม ไม่พบยาหมดอายุก่อน 6 เดือน แต่พบปัญหา Nicardipine ใช้บ่อยมากขึ้น ยาใน stock ไม่เพียงพอ Dopamine ไม่มีการใช้เลย
	กำหนดชนิดและจำนวนยาที่จะต้องstock ตามนโยบายฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลและความจำเป็นที่จะต้องใช้ให้เป็นปัจจุบัน	1. ถอดเอา Dopamine 2. ทำช่องใส่ยา Nicardipine และ FIFO เพิ่ม		ชนิดและจำนวน stock ยาจำเป็นใน ward เป็นไปตามนโยบายปัจจุบัน ป้ายชื่อยา จำนวน FIFO ชัดเจน สวยงาม ไม่พบยาหมดอายุก่อน 6 เดือน

3. ผลดำเนินโครงการ

1. ชนิดและจานวน stock ยาจาเป็นใน ward เป็นไปตามนโยบายฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลและความจาเป็นของหน่วยงาน
2. มีป้ายชื่อยา จานวน FIFO ชัดเจน สวยงาม
3. ไม่พบยาหมดอายุก่อน 6 เดือน

4.มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทางาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☑ มีมาตรฐานการทางาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☑ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ