|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **สรุปรายงาน Monthly Report เดือนกุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 11 ปีงบประมาณ 2568** | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **(หอผู้ป่วยรวมเด็กและผู้ใหญ่)** | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.ตารางที่ 1 ข้อมูลให้บริการ | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ประเภทผู้ป่วย/เดือน | ต.ค.67 | พ.ย.67 | ธ.ค.67 | ม.ค.68 | ก.พ.68 | มี.ค.68 | เม.ย.68 | พ.ค.68 | มิ.ย.68 | ก.ค.68 | ส.ค.68 | ก.ย.68 | รวม |  |  |  |  |  |  |  |  |
| จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง) | 163 | 148 | 166 | 208 | 211 |  |  |  |  |  |  |  | 896 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| จำนวนผู้ป่วยใน (คน) | 167 | 141 | 150 | 188 | 201 |  |  |  |  |  |  |  | 847 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| จำนวนวันนอน (วัน) | 374 | 341 | 391 | 531 | 473 |  |  |  |  |  |  |  | 2110 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| วันนอนเฉลี่ย (วัน) | 2.24 | 2.42 | 2.61 | 2.82 | 2.35 |  |  |  |  |  |  |  | 12.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย/วัน (Active bed) | 12.1 | 11.4 | 12.6 | 17.1 | 16.9 |  |  |  |  |  |  |  | 70.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| จำนวนวันของเดือน (วัน) | 31 | 30 | 31 | 31 | 28 |  |  |  |  |  |  |  | 151 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| อัตราการครองเตียง (ขึ้นทะเบียน 30 เตียง) | 40.2 | 37.9 | 42 | 57.1 | 56.3 |  |  |  |  |  |  |  | 234 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ค่า CMI |  | 0.42 | 0.52 | 0.54 | 0.54 |  |  |  |  |  |  |  | 2.02 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| R.W. |  | 62.4 | 88.2 | 115 | 116 |  |  |  |  |  |  |  | 381 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| R.W.เฉลี่ย |  | 0.56 | 0.57 | 0.55 | 0.55 |  |  |  |  |  |  |  | 2.23 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adj.RW |  | 61.6 | 86.6 | 113 | 113 |  |  |  |  |  |  |  | 375 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adj.RW เฉลี่ย |  | 0.55 | 0.56 | 0.55 | 0.54 |  |  |  |  |  |  |  | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ปวยอายุรกรรม (คน) | 121 | 104 | 121 | 150 | 140 |  |  |  |  |  |  |  | 636 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ป่วยศัลยกรรม (คน) | 6 | 10 | 12 | 14 | 9 |  |  |  |  |  |  |  | 51 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ป่วยกุมารเวชกรรม (คน) | 39 | 27 | 30 | 41 | 60 |  |  |  |  |  |  |  | 197 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก (คน) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ป่วยสูติกรรม (คน) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ป่วยนรีเวชกรรม (คน) | 1 | 0 | 3 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.ตารางที่ 1 ข้อมูลให้บริการ (ต่อ) | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ประเภทผู้ป่วย/เดือน | ต.ค.67 | พ.ย.67 | ธ.ค.67 | ม.ค.68 | ก.พ.68 | มี.ค.68 | เม.ย.68 | พ.ค.68 | มิ.ย.68 | ก.ค.68 | ส.ค.68 | ก.ย.68 | รวม |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ป่วย Againt advice (คน) | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ป่วยหนีกลับ (Escape) (คน) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ป่วย Refer ER (คน) | 7 | 3 | 9 | 9 | 8 |  |  |  |  |  |  |  | 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ป่วย Dead (คน) | 3 | 0 | 1 | 2 | 4 |  |  |  |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Refer COPD (คน) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Refer DM (คน) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Refer HT (คน) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ยอดผู้ป่วย COPD (คน) | 16 | 21 | 18 | 17 | 13 |  |  |  |  |  |  |  | 85 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ยอดผู้ป่วย DM (คน) | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 |  |  |  |  |  |  |  | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ยอดผู้ป่วย HT (คน) | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |  |  |  |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| อัตราการหายทุเลาทุกโรค (ร้อยละ) | 93.4 | 96.5 | 92.7 | 94.2 | 94 |  |  |  |  |  |  |  | 471 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| อัตราการ Readmit ทุกโรค (ร้อยละ) | 7.78 | 8.51 | 10.7 | 9.04 | 4.98 |  |  |  |  |  |  |  | 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| อัตราความพึงพอใจ (ร้อยละ) | 90 | 90.9 | 90.4 | 90.4 | 90 |  |  |  |  |  |  |  | 452 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| สรุป ข้อมูล 5 อันดับโรคที่นอนโรงพยาบาลประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2568 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Acute Bronchitis 2. Diarrhea 3. COPD 4. Vertigo 5. Gastritis | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดกลุ่มงานผู้ป่วยใน | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ตัวชี้วัดหลัก | เป้าหมาย | ผลงาน / เดือน | | | | | | | | | | | | รวม |  |  |  |  |  |  |  |
| (ร้อยละ) | ต.ค.67 | พ.ย.67 | ธ.ค.67 | ม.ค.68 | ก.พ.68 | มี.ค.68 | เม.ย.68 | พ.ค.68 | มิ.ย.68 | ก.ค.68 | ส.ค.68 | ก.ย.68 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.ผู้ป่วยมีอัตราการหาย/ทุเลา | >90 | 93.4 | 96.5 | 92.7 | 94.2 | 94 |  |  |  |  |  |  |  | 471 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหรือโรคเดิมภายใน 28 วัน | < 10 | 7.78 | 8.51 | 10.7 | 9.04 | 4.98 |  |  |  |  |  |  |  | 41 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.อุบัติการณ์การตายอย่างไม่คาดคิด | <1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| ตัวชี้วัดรอง |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.อัตราผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา | <5 | 1.8 | 1.42 | 0.67 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 3.89 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.บุคลากรมีสมรรถนะ เก่ง ดี มีสุข | >80 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ตางรางที่ 3 ตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการพยาบาล |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ตัวชี้วัดหลัก | เป้าหมาย | ผลงาน / เดือน | | | | | | | | | | | | รวม |  |  |  |  |  |  |  |
| (ร้อยละ) | ต.ค.67 | พ.ย.67 | ธ.ค.67 | ม.ค.68 | ก.พ.68 | มี.ค.68 | เม.ย.68 | พ.ค.68 | มิ.ย.68 | ก.ค.68 | ส.ค.68 | ก.ย.68 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.ผู้ป่วย DM มีอัตราการหาย/ทุเลา | >85 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.ผู้ป่วย DM มีอัตราการตายไม่เกิน | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.ผู้ป่วย DM มีอัตราการ refer ไม่เกิน | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.ผู้ป่วย DM มีอัตราการปฏิเสธการรักษาไม่เกิน | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.อัตราผู้ป่วย DM มีภาวะแทรกซ้อน Hypoglycemia DTX<80 mg/dl ไม่เกิน | 10 | 0 | 33.33 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 33.33 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.อัตราผู้ป่วย DM มีภาวะแทรกซ้อน Hyperglycemia DTX >600 mg/dl ไม่เกิน | 5 | 100 | 66.67 | 100 | 100 | 66.67 |  |  |  |  |  |  |  | 433.3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.ผู้ป่วย DM อัตรา readmit ด้วยโรคเดิมไม่เกิน | 10 | 0 | 33.33 | 100 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 133.3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.อัตราผู้ป่วย DM มีความรู้และปฏิบัติตัวถูกต้อง | >85 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.ผู้ป่วย HT มีอัตราการหาย/ทุเลา | >85 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.ผู้ป่วย HT มีอัตราการตายไม่เกิน | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11.ผู้ป่วย HT มีอัตราการ refer ไม่เกิน | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12.ผู้ป่วย HT มีอัตราการปฏิเสธการรักษาไม่เกิน | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13.อัตราผู้ป่วย HT มีภาวะแทรกซ้อน stroke ไม่เกิน | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14.ผู้ป่วย HT อัตรา readmit ด้วยโรคเดิมไม่เกิน | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ตางรางที่ 3 ตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการพยาบาล (ต่อ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ตัวชี้วัดหลัก | เป้าหมาย | ผลงาน / เดือน | | | | | | | | | | | | รวม |  |  |  |  |  |  |  |
| (ร้อยละ) | ต.ค.67 | พ.ย.67 | ธ.ค.67 | ม.ค.68 | ก.พ.68 | มี.ค.68 | เม.ย.68 | พ.ค.68 | มิ.ย.68 | ก.ค.68 | ส.ค.68 | ก.ย.68 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15.อัตราผู้ป่วย HT มีความรู้และปฏิบัติตัวถูกต้อง | >85 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16.ผู้ป่วย COPD มีอัตราการหาย/ทุเลา | >80 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17.ผู้ป่วย COPD มีอัตราการตายไม่เกิน | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18.ผู้ป่วย COPD มีอัตราการ refer ไม่เกิน | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19.ผู้ป่วย COPD มีอัตราการปฏิเสธการรักษาไม่เกิน | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20.อัตราผู้ป่วย COPD มีอัตราการเกิด respiratory failure ไม่เกิน | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21.อัตราผู้ป่วย COPD มีอัตราการเกิด asthmatic attack ไม่เกิน | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22.ผู้ป่วย COPD อัตรา readmit ด้วยโรคเดิมไม่เกิน | 10 | 75 | 38.1 | 61.11 | 47.06 | 38.46 |  |  |  |  |  |  |  | 259.7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23.อัตราผู้ป่วย COPD มีความรู้และปฏิบัติตัวถูกต้อง | >85 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ | >90 | 90 | 90.86 | 90.44 | 90.41 | 90 |  |  |  |  |  |  |  | 451.7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25.อัตราการตอบสนอง/แก้ไขข้อร้องเรียน | >90 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26.อัตราเด็กป่วย/ญาติมีความรู้และปฏิบัติตัวถูกต้อง | >85 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27.จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29.จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 .จำนวนอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31.จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการจัดท่า การผูกยึดการใช้อุปกรณ์ และเครื่องมือ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32.อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33.อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34.อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35.จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36.จำนวนยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หมดอายุเหลือค้าง | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ตางรางที่ 4 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ตัวชี้วัดหลัก | เป้าหมาย | ผลงาน / เดือน | | | | | | | | | | | | รวม |  |  |  |  |  |  |  |
| (ร้อยละ) | ต.ค.67 | พ.ย.67 | ธ.ค.67 | ม.ค.68 | ก.พ.68 | มี.ค.68 | เม.ย.68 | พ.ค.68 | มิ.ย.68 | ก.ค.68 | ส.ค.68 | ก.ย.68 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.ระยะเวลานอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน | x̄±2SD | 2.24 | 2.42 | 2.61 | 2.82 | 2.35 |  |  |  |  |  |  |  | 12.4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลถูกต้อง | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| อภิปรายผล | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| จากตารางที่ 2 มีตัวชี้วัดทั้งหมด 44  ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 42 ตัวชี้วัด และมี  2 ตัวชี้วัด ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. อัตราผู้ป่วย DM มีภาวะแทรกซ้อน Hyperglycemia ไม่เกินร้อยละ 5 ผลงานร้อยละ 66.67 เนื่องจากผู้ป่วย DM จำนวน 3 คน มีภาวะแทรกซ้อน 2 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2. ผู้ป่วย COPD อัตรา readmit ด้วยโรคเดิมไม่เกินร้อยละ 10 ผลงานร้อยละ 38.46 เนื่องจากผู้ป่วย COPD จำนวน 13 คน readmit 5 คน | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| แนวทางแก้ไข | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. รับ admit case COPD / DM พยาบาล ward ซักประวัติผู้ป่วย วิเคราะห์หาสาเหตุการนอนรพ.ให้ครอบคลุม พร้อมทั้งให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 2. case COPD ประสานทีมสหวิชาชีพมา สอนสุขศึกษาผู้ป่วยรายบุคคล เน้นญาติมีส่วนร่วมโรคเช่น เภสัชสอนพ่นยา นักกายภาพสอน เคาะปอด ฝึกหายใจ ฝึกการไอ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. case DM ประสานทีมนักโภชนาการ มาสอนสุขศึกษาเรื่องการรับประทานอาหาร | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. ทุกวิชาชีพมีการประเมินติดตามความก้าวหน้าและสรุปผลก่อนผู้ป่วย D/C ลงในใบ D/C plan | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. ประสานทีมชุมชนติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย DM, HT, COPD | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. สรุปประเด็นการดำเนินงานของกลุ่มงาน

2.1 ระบบข้อมูล/สถานการณ์การดำเนินงาน

บริหารจัดการข้อมูลของกลุ่มงานให้เป็นปัจจุบัน เพื่อจะได้วิเคราะห์รายงานผลการดำเนินงานเป็น รายเดือน/รายไตรมาส/รายปี

2.2 กระบวนการแผนงานและการขับเคลื่อนงานบริการ ผ่านเวทีการประชุมของกลุ่มงานเดือนละ 1- 2 ครั้ง

- ติดตามความก้าวหน้า KPI ของฝ่าย

- ติดตามความก้าวหน้าของกรรมการนวตกรรม

- ติดตามความก้าวหน้าของกรรมการสื่อสาร การโพสต์สิ่งดีดีของกลุ่มงาน, อัพเดตข้อมูล webpage ให้ทันเวลา

- ติดตามความก้าวหน้าของกรรมการองค์กรสร้างสุข>>ตรวจ 5ส. ภายในกลุ่มงานเดือนละ 1 ครั้ง มีการติดตามการสรุปรายงาน Happy body, รายงาน Monthly, มาตรฐาน Green & Clean

- ติดตามความก้าวหน้าของกรรมการ HA>>12 กิจกรรมทบทวน ทบทวนรายงานความเสี่ยงที่เจ้าหน้าที่เขียนส่งมาเดือนละ 1 ครั้ง, PCT, IC, เวชระเบียน, เครื่องมือทางการแพทย์

- ติดตามความก้าวหน้าคณะกรรมการ IMC, ศูนย์จัดเก็บรายได้, คณะกรรมการ PC, คณะกรรมการ ความโปร่งใส, คณะกรรมการควบคุมภายใน, คณะกรรมการ ITA, ชมรมจริยธรรม, คณะทำงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม Green & Clean Hospital Challenge

2.3 ระบบติดต่อสื่อสารภายใน/ภายนอกกลุ่มงาน

- กลุ่มงานผู้ป่วยในศูนย์อนามัยที่ 11 ใช้ Line group, Email, Smart phone และการประชุม เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ทั้งภายในและภายนอกกลุ่มงาน

- ภายในกลุ่มงาน Ward ได้แก่ Group line เรื่องแจ้งผู้ป่วยในปี 67, สรุปประชุมทีม IPD ปี 2567, Activity IPD ปี 67, ส่งงานทีม IPD’67, Job description 67, ทีมงานผู้ป่วยในปี 67, Calenda IPD’67, HA IPD ปี 67, ห้องตอบแบบสอบถามกรมอนามัย, หัวหน้าพาทำคุณภาพ

- ภายในกลุ่มงานศูนย์อนามัยที่ 11 Group Line Calendar PR, Calendar IT, Calendar Fix, HPC 11 Gr, เรื่องแจ้งHPC11, คณะกรรมการ EOC, คณะกรรมการบริหารศูนย์, Calendar IPD, Activity IPD, Calendar Pro hpc11 ,HA HPC11, กลุ่มผู้สูงอายุ, การเงินปี 68, ครัวโรงพยาบาล, วัคซีนโควิด, แจ้งผล Lab IPD, พยาบาลศอ.ที่ 11

- ภายนอกหน่วยงาน group line เช่น Datacenter cup, หัวหน้าพยาบาลของจังหวัดนครศรีธรรมราช, หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของกรมอนามัย

3. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

- มีการติดตามผลการดำเนินงานโดยมีการจัดประชุมเดือนละ 1 ครั้งเพื่อรายงานสถานการณ์ ข้อมูล การให้บริการ KPI ฝ่าย คณะกรรมการทุกชุด มีการสรุปงานผ่าน group line

**4. ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการบริหารศูนย์อนามัย**

**-**

**5. สิ่งดีดีที่เกิดขึ้นในกลุ่มงาน**

1. กลุ่มงานผู้ป่วยในมีการประชุมประจำเดือน เดือนละ1ครั้ง เพื่อทบทวนตัวชี้วัดของฝ่ายและแผนที่จะพัฒนาในเดือนต่อไป

2. เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง RM

3. เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล

4. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาวิจัยนวัตกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 4/ 2568

5. ประชุมคณะกรรมการจริยธรรม ครั้งที่ 1/68

6. ทำ 5ส.Big cleaning day

7 ประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 11 สุราษฎร์ธานี

8 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ปี2568

9.ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและรูปแบบด้านการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่11 ปี 2568

**6. แผนปฏิบัติงานเดือนถัดไป**

- ทำclipสอนสุขศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขั้นตอนการคัดแยกขยะ การใช้อ่างล้างจาน

- จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรมEHOS Accounting โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่11 ประจำปีงบประมาณ2568

- จัดทำแผนจัดจ้างเช่าเครื่องตรวจการนอนหลับ

**คณะกรรมการองค์กรสร้างสุข**

1. นางสาวสุภาพร ผลกล่ำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รับผิดชอบลงรายงาน monthly ประจำเดือน

2. นางสาวขนิษฐา ภักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รับผิดชอบลง happy body IC

3. นางสาวสัณฐิตา คงเจริญ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รับผิดชอบงาน 5 ส. IC

**บทบาทหน้าที่องค์กรสร้างสุข**

สร้างสิ่งแวดล้อมและสถานที่ให้เอื้อต่อการทำงานและส่งเสริมสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และสร้างกิจกรรมดีๆ ในหน่วยงานในโอกาสต่างๆ โดยมีเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

1. การเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการองค์กรสร้างสุข >>ไม่มีการประชุม

2. การส่งรายงาน Monthly >> ส่งแล้ว

3. การประเมิน 5ส. >> ประเมินเสร็จสิ้น 24 กุมภาพันธ์ 2568 รอผลคะแนน

4. การลงข้อมูล BMI >> ลงข้อมูลครบตามเวลา

**วิธีการดำเนินงาน**

1.มีการประชุมชี้แจงคณะกรรมการเดือนละ 1 ครั้ง

2. มีการส่งรายงาน Monthly ภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน

3. มีการประเมิน 5ส.

4.การลงข้อมูล BMI ของกลุ่มงานภายในวันที่ 10 ของเดือนและแจ้งผลคนที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

**การวิเคราะห์ผล Happy body ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2568**

ผล BMI เจ้าหน้าที่กลุ่มงานผู้ป่วยในมีทั้งหมด 15 คน พบว่า

-ผล BMI ปกติ 7 คน (46.67)

-มีน้ำหนักเกิน 3 คน (20.00)

-อ้วนระดับ 1 6 คน (33.33)

มีการเปลี่ยนแปลง

น้ำหนักปกติ 7 คน คงเดิม

น้ำหนักเกิน 3 คน คงเดิม

อ้วนระดับ 1 จากเดิม 6 คน ลดไป 1 คน เหลือ 5 คน เนื่องจากลาออกจากงาน

อ้วนระดับ 2 ไม่มี

**วิธีการแก้ไข**

1. คนที่น้ำหนักระดับอ้วน 1-2 น้ำหนักเกิน ให้เน้นรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนในปริมาณเท่าตัว ในการดูแลสุขภาพ และรับประทานโปรตีน 1.5 เท่าของน้ำหนักในการทำให้หุ่นดี และรับประทานโปรตีน 2 เท่าตัวในการมีกล้ามเนื้อหน้าท้อง

2. ตระหนักในการควบคุมอาหาร ลดอาหารจำพวก น้ำหวาน น้ำอัดลม ของมันของทอด

3. ออกกำลังกายนานครั้งละ 40-45 นาที อย่างน้อย 4 วัน/สัปดาห์

4. การกำหนดเวลารับประทานหรือการทำ IF แบบง่ายๆ อย่างเช่น 16/8

**ปัญหาและอุปสรรค**

ตึกผู้ป่วยในอยู่ระบบเวรผลัด ทำให้การทำงาน การนอนหลับพักผ่อนไม่เป็นเวลา และรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และฤดูผลไม้ ทำให้ผ่านอุปสรรคได้ยากลำบาก

**คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียบของรพ.**

**การสุ่มเวชระเบียนตรวจ chart ผู้ป่วยใน จำนวน 10 chart ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2568**

ผู้ตรวจสอบ นางสาวจุฑารัตน์ บุญญานุรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**วิธีการดำเนินการ**

-สุ่ม chart Discharge ของแผนกผู้ป่วยในประจำเดือนมกราคม 2568 จำนวน 10 chart

ผลการตรวจสอบมีดังนี้

1.inform consent ผลตรวจได้ 85%

-ในส่วนของแพทย์ยังเขียนรายละเอียดไม่ครบทุกช่องไม่เขียนรายละเอียดการรักษา สาเหตุการนอนโรงพยาบาล ความจำเป็น ข้อดีข้อเสีย ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

-หากผู้ป่วยหรือญาติมาคนเดียวต้องมีการกากบาทกำกับช่องที่ผู้ป่วยหรือญาติมาคนเดียว

-ไม่ได้ลงอายุของญาติที่เขียนลงในใบเซ็นยินยอม, ไม่ใส่ HN, AN ของผู้ป่วย

2.แบบบันทึกสภาพผู้ป่วยแรกรับ (11 แบบแผนของกอร์ดอน) ผลตรวจได้ 85%

-ข้อมูลทั่วไปไม่ครอบคลุม วันเวลาที่รับผู้ป่วย, ไม่ลง CC, PI, CC/HPI ไม่ครอบคลุม 5W2H สัญญาณชีพแรกรับ, ไม่ลงน้ำหนัก, ส่วนสูง, BMI และไม่ลงชื่อ-สกุล ผู้ซักประวัติผู้ป่วยแรกรับ

-ไม่เลือกข้อมูลการส่งผู้ป่วยว่ารับจากที่ไหน มาโดยอะไร

3.แบบบันทึกประวัติสำหรับแพทย์ (History) 95%

-แพทย์ไม่ลงข้อมูลให้ครบ

4.ใบบันทึกการตรวจร่างกายสำหรับแพทย์ (Physical Examination) 95%

-แพทย์ไม่ลงข้อมูลให้ครบ

5.doctor order ผลตรวจได้ 85%

-แพทย์ไม่เขียน s o a p ในสามวันแรก

-แพทย์ไม่เขียนเวลา เขียนเฉพาะวันที่ เวลาลง order

-แพทย์ขีดฆ่าไม่เซ็นกำกับ

-ไม่เขียน Diagnosis ที่ท้ายใบ order

6.บันทึกทางการพยาบาลได้ 90%

-การประเมินแรกรับไม่ครอบคลุมประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้อง

-ไม่มีการระบุการประสานการดูแลต่อเนื่อง

-การพยาบาลและการประเมินผลไม่สอดคล้องกับอาการและโรคของผู้ป่วย

7.ใบลงยา ผลตรวจได้ 95%

-ลงรายละเอียดการให้ยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์

-ใช้น้ำยาลบคำผิด

-ไม่ปั๊มชื่อแพทย์

7.ฟอร์มปรอท ผลตรวจได้ 95 %

**คณะกรรมการ ITA** >>ส่งผลการดำเนินงานตามกำหนด

**คณะกรรมการชมรมจริยธรรม** >> มีการประชุม1 ครั้ง เรื่องการเปิดตลาดสีเขียวในเดือนกุมภาพันธ์

**คณะกรรมการ IC**

- เข้าร่วมประชุม/สรุปรายงานการประชุม>> ไม่มีการประชุม

- ดำเนินงานตามภารกิจงาน IC เก็บตัวชี้วัด

- ดำเนินงานเก็บตัวชี้วัดในหอผู้ป่วยใน ในเรื่อง

1.Phlebitis>>จัดทำแบบประเมินและเฝ้าระวังการเกิด Phlebitis ในผู้ป่วยที่มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย >> มีผู้ป่วยเกิด Phlebitis 2 ราย

2.CAUTI>>จัดทำแบบประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วย >> ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI

3.Bed sore >>เฝ้าระวังการเกิดแผล Bed sore ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย>>กำลังดำเนินการจัดทำป้ายพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

4.ทำ IV สีรุ้ง เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิด Phlebitis เรียบร้อยแล้ว

**คณะกรรมการนวตกรรม** ได้เข้าร่วมประชุม 27 กุมภาพันธ์ 2568 ได้มีการนำเสนอผลงานด้านความรู้ของแต่ละกลุ่มงาน

**คณะกรรมการความเสี่ยง**

- กรรมการความเสี่ยงของรพ. ในที่ประชุมได้มีการนำเสนอให้แต่ละทีมส่งความเสี่ยงทาง google form ซึ่งได้ลง Line ในห้องความเสี่ยงแล้ว แต่ไม่ต้องลงชื่อคนส่ง ให้ลงเป็นแผนกผู้ป่วยใน แบบฟอร์มจะปรับเปลี่ยนให้สะดวกในการลง หากทีมมีการปรับเปลี่ยนเรียบร้อยแล้วจะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง ตอนนี้ให้ลงแบบเดิมไปก่อน ความเสี่ยงต้องรีบแก้ไข มีอุบัติการณ์ เศษ Amp ยา Lasix inj. กระเด็นเข้าตาพยาบาล ได้รายงานความเสี่ยงแก่คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว และได้นำอุบัติการณ์ดังกล่าวไปแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คอ ห้องยา ซึ่งหัวหน้าเภสัช ได้ดำเนินการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว

**คณะกรรมการ PTC ยา** >>ไม่มีการประชุม

- สรุปแนวทางการบริหารยาผู้ป่วยใน

**คณะกรรมการเอดส์** >>เข้าร่วมประชุมการปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและรูปแบบด้านการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานสุขภาพเขตที่ 11

**คณะกรรมการQA** >>ยังไม่มีการประชุม

**คณะกรรมการ HA ( Facilitater)** >>ยังไม่มีวาระการประชุม

**คณะกรรมการ HA ( เวชระเบียน**) >>ยังไม่มีวาระการประชุม

**คณะกรรมการเยี่ยมบ้าน** >>ยังไม่มีวาระการประชุม

**คณะกรรมการ PCT** >>รวบรวมนำเคส refer, dead มาทบทวน

**คณะกรรมการควบคุมภายใน** >>ยังไม่มีการประชุม

**คณะกรรมการ IMC + PC** >>ส่ง PC 2 case

**คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย** >>ยังไม่มีการประชุม

**คณะกรรมการ P4P**

**คณะกรรมการเทคโนโลยีและสารสนเทศ** >>ส่งงานครบ 2 ครั้ง

**คณะกรรมการ EOC** >>ติดตามเรื่องฝุ่น PM 2.5 และติดตามงาน Clinic online มลพิษ