

นวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ 2567



สารบัญ

	หน้า
นวัตกรรมการเดือนตุลาคม 2566	1
พัฒนาแนวปฏิบัติการให้วัคซีน BCG ทารกแรกเกิด.....	2
Color line.....	4
การพัฒนาการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บ.....	6
check!! สี check.....	8
หายไปไหน ก็หาเจอ.....	10
บีบ บีบ Bag; Pressure bag DIY.....	12
Stop hematoma card.....	14
บัตรประจำตัวผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา CRE.....	16
ต่อยอด QR SET.....	18
นวัตกรรมการเดือนพฤศจิกายน 2566	20
กล่องคืนยา พาสูใจ ปลอดภัยหายห่วง.....	21
กล่องใส่ไข้ต้มงานห้องคลอด.....	23
เจาะเลือดถูกต้องปลอดภัย Card lab.....	25
Alert unplanned extubation.....	27
การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ.....	29
เส้นฟอกเลือดปลอดภัยด้วยของใช้ใกล้ตัว.....	31
สะดุดตา เตือนไว.....	33
สีหน้าแพทย์ รู้วันนัด.....	35
Check list ปลอดภัย หัวใจแข็งแรง.....	37
Needle cap keep clean.....	39
Safety holder.....	41
“Packages IV”	43
7 Steps Hand Washing and 5 Moment Model.....	44
นวัตกรรมการเดือนธันวาคม 2566	46
เดินหน้าต่อไป สถานีไหนดี.....	47
ANC QUALITY CHECKLIST.....	48
Breast Feeding Demonstration	49
Safety circute fixed.....	52
Fast Pass ลดระยะเวลารอคอย OPD.....	54
ต้นกล้าตรวจการนอนหลับ.....	55
เคลื่อนย้ายปลอดภัย คือ หนึ่งในหัวใจสัญญา.....	57
Safety Transfer Box Patho ปลอดภัย ใส่ใจขวดแก้ว	59
กล่องขนส่ง Blood gas.....	61
Check for sure เช็คให้ชัวร์.....	63
Safety Hypovolemic Shock.....	65

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ถุงกันแสง.....	67
ร่วมด้วยช่วยกันนับ.....	69
หนุนสบาย หลัง Spinal block ด้วยหมอนรองคอ.....	71
นวัตกรรมเดือนมกราคม 2567.....	73
Cuff BP Remake.....	74
ถุง ultrasound (ultrasound probe cover)	76
แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมอง.....	78
นวัตกรรมเดือนกุมภาพันธ์ 2567.....	80
การพัฒนางานเพื่อลดการปนเปื้อนจากการเจาะเพาะเชื้อ.....	81
ที่เก็บสายดูดเสมหะปลอดภัย.....	82
ผ้าปิดตา.....	84
Hemato mini-Order.....	86
การเตรียมหัตถการสำหรับพยาบาลมือใหม่.....	88
สื่อสารง่ายๆด้วยป้ายงดอาหาร.....	90
Look at hematoma.....	91
หมอน RAMP.....	92
ฝา safety.....	93
รองแก้ม รองข่า.....	94
ผู้ป่วยปลอดภัยใส่ใจมาตรฐาน CPR.....	96
การพัฒนารูปแบบที่นอนทารกปลอดภัยก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อย เพื่อส่งเสริมการนอนหลับและพัฒนาการของทารก.....	97
แก้วกระดาด สื่อสาร ประสานใจ.....	98
กระบอกหัก amp ยา.....	99
Click..สัญญาณกันลื่น.....	100
Curtain cleanser.....	101
อาหารเสริมเพิ่มพลัง.....	102
สายรัดคาง CPAP.....	104
Visual light visual guide.....	105
นวัตกรรมเดือนมีนาคม 2567.....	106
Block test hormone.....	107
Easy Ear Suction.....	109
หมอนทราย (ไม่) ตุ๊กตุ๊ก.....	110
EASY BLOOD CHECK.....	112
สายผูกคอปลอดภัย.....	114
มหัศจรรย์ หมอนอุ่นไอรัก.....	115
Suction Fluid Safe zone.....	116
CLOCK CONTRACTION.....	118

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
A A A Aleart Alarm Awareness.....	119
นวัตกรรมการเดือนเมษายน 2567.....	120
CARE D VIP.....	121
การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบขนส่งอุปกรณ์การแพทย์เข้าหน่วยจ่ายกลาง.....	122
สื่อการสอนคุณปูตรวจการนอนหลับ.....	124
นวัตกรรมการเดือนพฤษภาคม 2567.....	126
ผลการใช้แนวปฏิบัติ แนวทางการป้องกันก๊อสนหรือสิ่งแปลกปลอมในแผลผ่าตัด.....	127
ทรัพย์สิน เก็บไว้ ส่งต่อ รอคิน.....	128
H.E.D.O. WE DO.....	129
ตะกร้ารับยาด่วน.....	131
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันระยะเฉียบพลันที่รักษาด้วยการดูดลากลิ่มเลือด ห่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์.....	132
ตัวหนีบเบาใจป้องกันสายฟอกไตเลื่อน.....	134
นวัตกรรมการปฏิทินสื่อลูกรัก.....	135
Work instruction.....	136
นวัตกรรมการเดือนมิถุนายน 2567.....	138
LUD Pillow.....	139
Line นี้มีชื่ออะไร.....	140
IVH CHECK LIST.....	141
FOLLOW UP BABY'S CONDITION.....	142
นวัตกรรมการสอนการเปลี่ยน colostomy bag.....	143
รัด Tube ไม่รัดใจ.....	144
ฝ้ายกตัวคนไข้ สะดวกผู้ไข้ คนไข้ไม่เกิดอันตราย.....	146
ป้ายบอกออกซิเจน.....	147
ป้ายเตือนใจ ปลอดภัยไว้ Hematoma.....	148
เตือนตา เตือนใจ.....	149
เจาะเลือดมันใจ.....	150
การพัฒนางานระบบบริการฉีดยา-ทำแผล ต่อเนื่อง.....	152
เก็บเกี่ยวสายใย สายไฟ EKG.....	154
นวัตกรรมการเดือนกรกฎาคม 2567.....	155
ตัวหนีบ Suction.....	156
สื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับคุณแม่ยุคใหม่.....	158
หมอนเจลรองหนุนจัดท่าผ่าตัด.....	159
SSI Prevention.....	160
การปรับขั้นตอนบริการเพื่อลดเวลารอคอยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการล่อนั่ง-เปลนอน	161
สติ๊กเกอร์ mark tube ท่วงโย ใส่ใจผู้ป่วย.....	162
The box: Safe you safe me.....	163

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การदानตาม(พัน)ใจ.....	164
สติกเกอร์แยกสี Sleep test.....	165
สื่อสารให้ตรงใจ.....	167
แผ่นภาพเตรียมของคุ้มครองใจ.....	168
Easy Organ Donor.....	169
ประคองหนูไว้ อุณหภูมิคง.....	170
HYPER CARE.....	171
โครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลาง ในการตรวจสอบประสิทธิภาพคุณภาพน้ำ.....	172
นวัตกรรมเดือนสิงหาคม 2567.....	174
ล้างมือกันค่ะ.....	175
I PROUND Round Model.....	176
ผ้า Restraint อเนกประสงค์.....	178
กล่องสายใยรัก.....	179
สายดูดน้ำมหัศจรรย์ Miracle line.....	181
จมูกสวย ไร้ผลกดทับ.....	183
“รู้เขา รู้เรา” เรื่อง Hypersensitivity reaction.....	184
เปลี่ยนถ่ายปัสสาวะออกซิเจน.....	186
น้ำสมุนไพรเพื่อคนไข้มะเร็ง.....	188
ป้ายระบุตัวผู้ป่วย PC CASE.....	190
ปลอกกันเปื้อน.....	192
นวัตกรรมเดือนกันยายน 2567.....	193
การศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลวอย่างเข้มข้น	
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.....	194
โครงการ Bed shampoo for Good health.....	196
Anesth axillary roll.....	198
ใบนวดเติม เพิ่มเติมความใส่ใจ.....	199
ตัวหนีบมียาต่อ.....	201
I CARE Line.....	203
scale ตวงวัด record I/O.....	204
คินยาครบจบปัญหาหยาค้ำ.....	205
การพัฒนาคู่มือการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรังในโรงพยาบาล	
เชียงรายประชานุเคราะห์.....	207
Safety IV box.....	209
Set save Dengue.....	210

นวัตกรรม 
เดือนตุลาคม
2566

1.ชื่อนวัตกรรม พัฒนาแนวปฏิบัติการให้วัคซีน BCG ทารกแรกเกิด

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1

3.ที่มา

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 รับผิดชอบทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านกุมารเวชกรรมและ ศัลยกรรม อายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 7 วัน โดยการรับใหม่จากหอผู้ป่วยห้องคลอด สูติกรรม 1 สูติกรรม 2 หรือ รับย้ายจากสถานบริการในเครือข่าย ให้การดูแลตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย ซึ่งมีทารกที่ได้รับการจำหน่ายตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 รวมทั้งสิ้น 1348 ราย หรือเฉลี่ย 4 คนต่อวัน กรณีที่ จำหน่ายทารกกลับบ้าน ทารกต้องได้รับการฉีดวัคซีน BCG ทุกรายโดยพยาบาลเจ้าของไข้ และพบว่า มีอุบัติการณ์ทารกไม่ได้รับ BCG ก่อนจำหน่าย 1 ราย ได้รับซ้ำ 1 ราย ได้รับผิดทางและผิดคน 1 ราย โดยรายที่ ได้รับผิดทางและผิดคนเป็นการให้ BCG เข้าทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจากอุบัติการณ์รายที่ 3 นี้ มีความรุนแรงด้าน คลินิกระดับ E อุตบัติการณ์ครั้งนี้ส่งผลให้ทารกมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรค ทารกจำเป็นต้องได้รับการรักษา วัคซีนโรควัณโรคและติดตามอาการผิดปกติต่ออีก 2 ปี และส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นโรงพยาบาล ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น พยาบาลในหน่วยงานเสียขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานจนต้องให้พักปฏิบัติงาน 3 วัน จึงได้มีการทบทวนอย่างเป็นระบบในการให้วัคซีนร่วมกันระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 กุมารแพทย์กลุ่มงานกุมารเวชกรรม และเภสัชกรที่รับผิดชอบเกี่ยวกับให้ยากุมารเวชกรรม พบว่า ระบบงานการให้วัคซีนทารกไม่ได้ให้ตามหลักบริหารยาเช่นเดียวกับยาอื่นๆ ได้แก่ แพทย์ไม่ได้ มีคำสั่งให้วัคซีน ก่อนจำหน่าย พยาบาลให้วัคซีนโดยไม่มีบันทึกในแผนการรักษาของแพทย์ และให้โดยตรวจเช็คการได้รับวัคซีน เอง ไม่มีแนวทางการตรวจสอบหรือทวนซ้ำก่อนให้วัคซีน ไม่บันทึกการให้วัคซีนในใบ บันทึกการให้ยาผู้ป่วย เพียงแต่บันทึกในคู่มือสุขภาพแม่ลูก และปฏิบัติต่อกันมาโดยไม่มีแนวปฏิบัติการให้วัคซีนที่ชัดเจน นอกจากนี้ ทารก 1 รายที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นได้รับวัคซีน BCG มาก่อนแล้วแต่ไม่มีในบันทึกคู่มือสุขภาพแม่ลูก ทำให้ ทารกได้รับวัคซีนซ้ำ ดังนั้นจึงได้พัฒนาระบบการบริหารการให้วัคซีน BCG ขึ้นเพื่อลดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ดังกล่าว

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. ผู้ป่วยได้รับการฉีดวัคซีน BCG ถูกต้องตามแนวปฏิบัติทุกราย
2. อุตบัติการณ์ความเสี่ยงจากการให้วัคซีน BCG ผิด ระดับ C ขึ้นไปเท่ากับ 0

5.วิธีดำเนินงาน

ปฏิบัติการให้วัคซีน BCG ทารก หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1

- 1.กรณี ทารกรับจาก LR/NICU/สูติกรรม 1 ให้ตรวจสอบประวัติการให้วัคซีนในใบ newborn screening sheet+สมุด ANC (double check โดยพยาบาลเจ้าของไข้ กับพยาบาลในทีมหรือพยาบาลผู้ทำจำหน่าย)
2. กรณีทารกรับ refer รพ.อื่น ให้ตรวจสอบประวัติการให้วัคซีนในใบ refer+สมุด ANC score (double check โดยพยาบาลเจ้าของไข้ กับพยาบาลในทีมหรือพยาบาลแม่บ้าน)
3. หากตรวจพบไม่ได้ฉีด ทำตราปั๊มคำสั่งให้วัคซีนปั๊มลงใน order sheet เพื่อให้แพทย์เจ้าของ order BCG 0.1 ml ID ก่อนจำหน่ายได้รวดเร็วขึ้น
4. scan order ให้เภสัชตรวจสอบการให้ยา
5. พยาบาลเจ้าของไข้ ปรีนท์ med sheet วัคซีน BCG + สติกเกอร์ชื่อทารกก่อนเตรียมยา
6. เตรียมยา BCG 0.1 ml พร้อมเสียบสติกเกอร์แสดงชื่อ No. lot วัคซีน และสติกเกอร์ชื่อทารกในช่องเสียบ การดยาของฝักรองถาดสีขาวโดยแยกกับยาฉีดชนิดอื่น (ยาอื่นใช้ฝักรองถาดสีเขียว)

7. ตรวจสอบชื่อ - สกุลทารก เตียง ป้ายข้อมือ ข้อเท้าทารกก่อนฉีดวัคซีน
8. ประเมินอาการผิดปกติหลังให้วัคซีน
9. ลงบันทึกประวัติการให้วัคซีนในใบ med sheet + ใบ newborn screening sheet + สมุด ANC พร้อมติดสติ๊กเกอร์วัคซีนตรงช่องบันทึกการรับวัคซีน

ก่อนทำ

card ยา จะปนกัน ทั้งยาฉีดและวัคซีนที่จะเตรียม



หลังทำ

แยก card ยาฉีดวัคซีน + ผ้ารองถาด



7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

หลังการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้วัคซีน BCG ทารกแรกเกิดได้ 2 เดือน พบว่า

1. พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติร้อยละ
 2. อุบัติการณ์ความผิดพลาดการฉีดวัคซีน BCG ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2566 เท่ากับ 0
- ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ควรมีการประสานขอความร่วมมือกับโรงพยาบาลเครือข่ายไม่ฉีดวัคซีน BCG ก่อนส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เนื่องจากเสี่ยงต่อทารกได้รับ BCG ซ้ำซ้อนและอาจแพร่กระจายเชื้อสู่ทารกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่รับส่งต่อได้เพราะ BCG เป็นวัคซีนเชื้อเป็น

ปัญหาและแนวทางการแก้ไข

- ผ้ารองถาดสีขาวไม่เพียงพอ
- ผ้ารองถาดสีขาวบางผืนไม่มีช่องเสียบ card ยาทำให้ต้องทิ้งผ้ารองถาด

แนวทางการแก้ไข

- ชี้แจงถึงความจำเป็นในการใช้ผ้ารองถาดสีขาว
- เปลี่ยนผ้ารองถาดสีขาวที่มีช่องเสียบ card ยา เพื่อการประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น

8. แนวทางการพัฒนา

ควรทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วยที่ดูแลทารกแรกเกิดที่ต้องฉีด BCG ก่อนจำหน่าย เช่น สูติกรรม 1 สูติกรรม 2 พิเศษกุมารเวชกรรม

1.ชื่อนวัตกรรม Color line

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง2

3.ที่มา

ในปีงบประมาณ2566หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง2 ได้รับมอบ Bedside monitor ทั้งหมด 8 เครื่อง ซึ่งเป็นเครื่องเฝ้าระวังและติดตามการทำงานของหัวใจ, อัตราการหายใจ, วัดความดันโลหิตภายนอก, ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอย่างต่อเนื่อง,เพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งในการประเมินผู้ป่วยจะต้องใช้ความรวดเร็วระมัดระวังในการติดสายlead จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบปัญหาสายlead EKGพันกัน, สาย lead EKGสลับกับสายSpO2,NIBPเป็นต้น ทำให้เกิดความล่าช้าและเกิดความผิดพลาดในการประเมินผู้ป่วยตลอดจนเครื่อง Bedside monitor นั้นประกอบไปด้วยอุปกรณ์หลายสาย จึงทำให้การจัดเก็บดู ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยและสายlead อาจเกิดการชำรุดได้ง่ายหากเกิดการเกี่ยวคล้องกับอุปกรณ์การแพทย์อื่นๆ ดังนั้นหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง2จึงได้คิดค้นนวัตกรรม Color line เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถใช้งานได้ง่าย และเพิ่มความสะดวกรวดเร็วไม่เกิดความผิดพลาด ตลอดจนทำให้การจัดเก็บเป็นระเบียบเรียบร้อย และป้องกันการชำรุดของสายlead

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

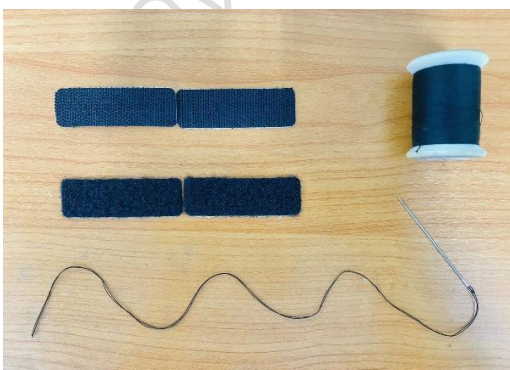
- 1.เพื่อลดระยะเวลาในติดสาย lead EKG ในการประเมินอาการแรกรับผู้ป่วย
- 2.เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการติดสายผิด
- 3.ป้องกันสายขาดชำรุด
- 4.บุคคลากรผู้ใช้งานพึงพอใจ

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.รวบรวมปัญหาในการใช้งานเครื่อง Bedside monitor
- 2.วางแผนแก้ไขปัญหา
- 3.จัดทำนวัตกรรม Color line
- 4.นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย

อุปกรณ์ งบประมาณ

1. สายเกลือ 5 สี สีละประมาณ 1.5 - 2 เมตร เป็นเงิน = 75 บาท
2. ดินตุ๊กแก เป็นเงิน = 25 บาท
3. เข็ม + ด้าย



6.ผลการดำเนินการ

ก่อนทดลองนวัตกรรม



หลังทดลองนวัตกรรม



ตาราง1ผลจากการใช้นวัตกรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม
1.ลดระยะเวลาในการประเมินอาการแรกรับผู้ป่วย	ไม่เกิน3นาที	3 นาที	1-2นาที
2.ความผิดพลาดในการติดสายผิด	0 ครั้ง	2 ครั้ง	0 ครั้ง
3.สายขาดหรือชำรุด	0ครั้ง	1 ครั้ง	0 ครั้ง
4. ความพึงพอใจ ภาพรวม	ร้อยละ90	83	97

ตาราง2แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้งานก่อนนวัตกรรม(N=20)

ความพึงพอใจ	เป้าหมาย	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม
1.ใช้งานได้สะดวกรวดเร็ว	ร้อยละ90	80	100
2.สวยงามและเป็นระเบียบ	ร้อยละ90	80	100
3.ความแข็งแรงทนทาน	ร้อยละ90	85	100
4.ความเหมาะสมในภาพรวม	ร้อยละ90	85	90
5.ความปลอดภัยในการใช้	ร้อยละ90	85	95

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการประเมินพบว่าการใช้งานนวัตกรรม สามารถเพิ่มความสะดวกรวดเร็วได้จริง ไม่เกิดความผิดพลาดในการติดสายผิด ตลอดจนทำให้การจัดเก็บเป็นระเบียบเรียบร้อย และป้องกันการชำรุดของสายleadได้ส่วนความพึงพอใจนวัตกรรมในภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 97

ข้อเสนอแนะ การใช้สายพันเกลียวมาพันสาย EKG อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาด ดังนั้นจึงควรเช็ดทำความสะอาดและม้วนเก็บสาย EKG ทุกครั้งหลังใช้งานเสร็จ เพื่อสะดวกในการใช้งานในครั้งต่อไป และลักษณะสายเกลียวแบบสีสันอาจดูไม่เหมาะสมหรือไม่ได้มาตรฐานไม่ปลอดภัยในมุมมองของญาติ,ผู้ป่วย ,สหสาขา สิ่งที่สำคัญคือต้องมีการทำความสะอาดและจัดเก็บอย่างเป็นระเบียบเรียบร้อยมีการตรวจเช็คความพร้อมใช้ทุกวันเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้งานในทุกครั้งมีการควบคุมกำกับติดตามโดยหัวหน้าทีม

8.แนวทางการพัฒนา

หอผู้ป่วยที่มี Bedside monitor

- 1.ชื่อนวัตกรรม การพัฒนาการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ สามัญอุบัติเหตุ
- 3.ที่มา

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยการวินิจฉัยการติดเชื้อของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นที่มาของข้อมูลที่จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วย ที่เข้ามารับบริการในสถานพยาบาลและบุคลากร มีการติดเชื้อใดที่พบบ่อยเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องมีการจัดการในการควบคุมป้องกัน นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการติดตามประเมินผลการดำเนินการด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งกลุ่มงาน IC รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ ได้มีการกำหนดแนวทางการวินิจฉัยเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงาน สามารถปฏิบัติเพื่อนำสู่การเฝ้าระวังการติดเชื้อได้อย่างต่อเนื่อง แต่ผลการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่าบุคลากรในหอผู้ป่วยยังวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ถูกต้อง ต้องรอให้ ICWN ประจำหน่วยงานมาวินิจฉัย ส่งผลให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อล่าช้าไม่เป็นที่น่าพอใจ

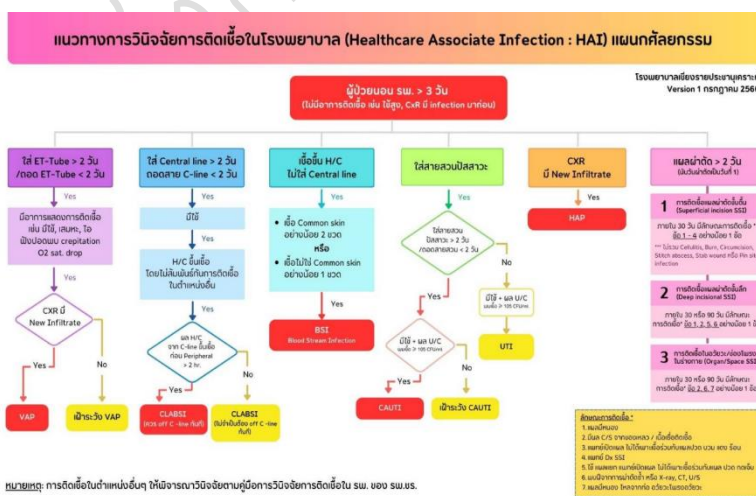
หอผู้ป่วยจึงพัฒนาการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยสร้างความเข้าใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อในรพ.ของผู้บาดเจ็บแก่บุคลากรให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้การวินิจฉัยเป็นไปอย่างถูกต้อง ทันท่วงที และส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในรพ. ของหอผู้ป่วย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บ
- 2.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บ

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.พยาบาลนำข้อมูลผู้ป่วยที่มีไข้ทุกราย มา conference ก่อนส่งเวรเช้าทุกวัน เพื่อหาสาเหตุการเกิดไข้ว่าสัมพันธ์กับการติดเชื้อในรพ.หรือไม่
- 2.กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพทุกคน รายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อแก่ IC ทันทีที่พบว่า มีแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้อในรพ.
- 3.จัดทำ flow การเฝ้าระวังการติดเชื้อในทุกระบบ เป็น one page ที่สามารถเห็นและเข้าใจได้ง่าย
- 4.ประเมินผลความรู้ความเข้าใจและประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อ โดย ICN



ข้อสอบวัดความรู้เรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล PCT แผนกศัลยกรรม

ic.nh1234@gmail.com สมัครบัญชี

ชื่อ *
คำอธิบายของผล

รหัสผู้ป่วย/หน่วยงาน *

เลือก *
เลือก

1. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-associated infections หรือ Nosocomial infection) * 1 ข้อ

- การติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป (นับวันตามปฏิทิน ในเวลากลางคืน)
- การติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป (นับวันตามปฏิทิน ในเวลากลางคืน)
- การติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป
- การติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 72 ชั่วโมงขึ้นไป

2. การวินิจฉัยการติดเชื้อ กรณีใดที่นับเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล * 1 ข้อ

- Colonization
- Colonization
- Colonization

6.ผลการดำเนินการ

1.ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล

วัน เดือน ปี	จน.ผู้ทำข้อสอบ	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนที่ได้	จน.ผู้สอบผ่าน
4 ต.ค.65 (ก่อนพัฒนา)	23	3	13	60.6%	2
4 ต.ค.66 (หลังพัฒนา)	20	10	15	87%	19

2.ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ (ขอเพิ่มตารางประสิทธิภาพการเฝ้าระวังก่อนและหลัง intervention)

ระยะเวลา	ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง
ก่อนพัฒนา	74.4%
หลังพัฒนา	100%

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

การสร้างความรู้ความเข้าใจและและแลกเปลี่ยนแนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลภายในหอผู้ป่วยที่ใช้ให้ตรงกัน เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพของการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

8. แนวทางการพัฒนา

ขยายผลไปยัง PCT คัลยกรรม

- 1.ชื่อนวัตกรรม check!! สี check
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ ICU BURN
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมแผลไหม้ น้ำร้อนลวก มีการทำหัตถการต่างๆ เช่น การเจาะปอด การทำ C-line โดยในแต่ละเดือนมีการทำหัตถการหลายครั้ง เช่น ในเดือน มิถุนายน 2566 มีการทำ C-line จำนวน 6 ครั้ง และการเจาะปอด 4 ครั้ง ซึ่งทางหอผู้ป่วยพบอุบัติการณ์มีเข็มติดไปใน set หัตถการที่ใช้แล้วส่งไปยังหน่วยจ่ายกลาง 1 ครั้งเป็นอุบัติการณ์ในระดับ B ซึ่งมีผลต่อการพิจารณาค่าตอบแทน P4P ในหน่วยงาน และพบอุปกรณ์ใน set หัตถการไม่ครบก่อนส่งหน่วยจ่ายกลาง 1 ครั้ง ทำให้ต้องมีการประสานงาน เขียนบันทึกข้อความขอเบิกอุปกรณ์ใหม่ จากการทบทวนพบว่าเหตุการณ์ดังกล่าวมีสาเหตุมาจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยไม่ได้มีการตรวจสอบของมีคมใน set หัตถการซ้ำก่อนส่งไปยังหน่วยจ่ายกลาง ปกติทางหอผู้ป่วยได้ทำการตรวจสอบของมีคมและนับจำนวนอุปกรณ์ใน set หัตถการที่ใช้แล้วโดยพยาบาล 1 คนที่เข้าทำหัตถการร่วมกับแพทย์และ NA 1 คนที่อยู่ในเวร และได้ทำการถ่ายรูปเป็นหลักฐานส่งในไลน์กลุ่มก่อนส่งเครื่องมือไปยังหน่วยจ่ายกลางแต่ก็ยังพบว่าวิธีดังกล่าวยังไม่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ได้ หลังจากพบอุบัติการณ์จึงมีการทบทวนอุบัติการณ์ในหน่วยงานเพื่อหาแนวทางการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ทางหอผู้ป่วยจึงได้คิดค้นแนวปฏิบัติการตรวจสอบของมีคมเพื่อนำมาปฏิบัติใช้ภายในหน่วยงาน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดของมีคมติดค้างใน set หัตถการก่อนส่งเครื่องมือไปยังหน่วยจ่ายกลาง
- 2.เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของ set หัตถการก่อนส่งเครื่องมือไปยังหน่วยจ่ายกลาง

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในที่ประชุมบอร์ดประจำเดือน
- 2.ร่วมกันคิดค้นแนวปฏิบัติร่วมกันในหน่วยงาน
- 3.ทดลองใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงาน
- 4.ประเมินผล

แนวปฏิบัติการตรวจสอบของมีคมและความครบถ้วนของ set หัตถการ

- 1.หลังจากแพทย์ทำหัตถการเสร็จ มีการยืนยันการตรวจสอบเข็มที่เปิดใช้ในการทำหัตถการโดยแพทย์และพยาบาลผู้ช่วยทำหัตถการ
- 2.พยาบาลผู้ช่วยทำหัตถการทำการทิ้งของมีคมลงถังเข็มและทำความสะอาด set หัตถการ
- 3.ทำการตรวจสอบ set หัตถการโดยพยาบาล 1 คน, หัวหน้าเวร 1 คน, NA เก็บ set 1 คน ทำการแยกชิ้นอุปกรณ์ โดยการจัดเรียงอุปกรณ์แต่ละชิ้นใน set ให้เห็นรายละเอียดของอุปกรณ์แต่ละชิ้นอย่างชัดเจน
- 4.ใช้ forcep ที่อยู่ใน set ตรวจสอบของมีคมโดยกวาดตรงมุมโค้งของ tray และถ้วยที่ใส่น้ำยา พร้อมทั้งตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์ใน set หัตถการ
- 5.มีการบันทึกภาพและวิดีโอขณะตรวจสอบ แนบไฟล์ส่งสื่อสารในไลน์กลุ่ม โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยตรวจสอบวิดีโอและทำเครื่องหมายตรวจสอบซ้ำ
- 6.เมื่อทำการตรวจสอบเสร็จแล้ว ให้ผู้ตรวจสอบเซ็นชื่อยืนยันในใบ checklist และนำใบ checklist ใส่ไว้ใน set หัตถการ
- 7.NA ผู้ส่ง set ทำการตรวจสอบของมีคมและความครบถ้วนของอุปกรณ์ซ้ำอีกครั้งก่อนส่ง set ไปหน่วยจ่ายกลาง

8.NA ผู้ส่ง set ทำการเซ็นชื่อยืนยันในใบ checklist ก่อนจะถ่ายรูปใบ checklist ที่ทำการตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว

แล้วลงในไลน์กลุ่มใบ checklist

Bed ชื่อ-สกุล set หัตถการ..... วันที่ใช้..... เวร.....				
Checklist	ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ			
	พยาบาล เจ้าของใช้/RN	In charge	NA ผู้เก็บ set	NA ผู้ส่ง set
ไม่มีของมีคม				
อุปกรณ์ครบ - Set cutdown 10 ชิ้น (ไม่รวม tray) - Set เจาะปอด 10 ชิ้น ± สายยาง				
ถ่ายรูป + วิดีโอ				

6.ผลการดำเนินการ

- 1.ไม่พบอุบัติการณ์ของมีคมติดไปกับเครื่องมือที่ใช้แล้ว
- 2.อุปกรณ์ใน set หัตถการครบถ้วนก่อนส่งไปยังหน่วยจ่ายกลาง

เดือน	Set หัตถการ	จำนวน	ของมีคม		จำนวนอุปกรณ์	
			พบ ของมีคม	ไม่พบ ของมีคม	ครบ	ไม่ครบ
ก่อนใช้วันนวัตกรรม						
มิถุนายน	Set- Cutdown	6	0	6	5	1
	Set เจาะปอด	4	1	3	4	0
หลังใช้วันนวัตกรรม						
กรกฎาคม	Set- Cutdown	10	0	10	10	0
	Set เจาะปอด	3	0	3	3	0
สิงหาคม	Set- Cutdown	8	0	8	8	0
	Set เจาะปอด	4	0	4	4	0
กันยายน	Set- Cutdown	10	0	10	10	0
	Set เจาะปอด	2	0	2	2	0

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

ใบ checklist สามารถช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดของมีคมติดไปกับเครื่องมือที่ใช้แล้วได้ ทำให้สามารถลดความเสี่ยงของบุคลากรเกิดเข็มทิ่มตำได้ตามมา

8.แนวทางการพัฒนา

สำหรับแนวปฏิบัติการตรวจสอบของมีคมและความครบถ้วนของ set หัตถการนั้น สามารถนำไปใช้ได้กับทุกหอผู้ป่วยซึ่งเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ในทุกหอผู้ป่วย หากนำไปใช้สามารถช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดของมีคมติดไปกับเครื่องมือที่ใช้แล้วได้ ทำให้สามารถลดความเสี่ยงของบุคลากรเกิดเข็มทิ่มตำได้ตามมา

- 1.ชื่อนวัตกรรม หายไปไหน ก็หาเจอ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ กุมารเวชกรรม 2
- 3.ที่มา

การบริหารยา (Drug administration) เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือกระบวนการจัดการด้านยาที่เกิดจากการปฏิบัติของพยาบาลตั้งแต่ การชั่งประวัติการใช้ยา ประวัติแพ้ยา การรับคำสั่งการรักษา การตรวจสอบซ้ำในระบบและรับยาจากห้องยา การจัดเตรียมยา การตรวจทานซ้ำ (Double Check) การให้ยาผู้ป่วย การบันทึกการให้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา และการเก็บรักษายาในหอผู้ป่วย

ยาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาความเจ็บป่วย การบำบัด บรรเทาอาการ และกำจัดสาเหตุของโรค รูปแบบการรักษามีแบบรับประทาน ฉีดทางหลอดเลือดดำ ฉีดยาในกล้ามเนื้อ ก้อนเนื้อ ซึ่งการบริการและจัดยา รับประทานเป็นบทบาทหนึ่งสำหรับพยาบาล มีทั้งรูปแบบยาเม็ด และยาน้ำ โดยการจัดยาใส่ในแก้วยาให้ผู้ป่วยแต่ละเตียง แต่มีปัญหาพบว่า แก้วยาที่ใช้จัดยาในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ เนื่องจากหายชำรุดแตกแตก ทำให้ระยะเวลาในการจัดยาเพิ่มมากขึ้น และบางครั้งใช้ถุงยา zip lock ใส่ยาให้ผู้ป่วย ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของหน่วยงาน ซึ่งในระบบ IPISS ของหน่วยงาน ได้รับจัดสรรในจำนวนที่จำกัด

ดังนั้นหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา จึงได้นำมาสู่การประชุมในหน่วยงาน หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อแก้ปัญหาแก้วยาหาย และให้มีความเพียงพอใช้ในหน่วยงาน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อป้องกันแก้วยาหาย และมีแก้วยาเพียงพอและพร้อมใช้ในหน่วยงาน
2. เพื่อลดระยะเวลาในการจัดยาและผู้ป่วยได้รับยา ตาม Right time

5.วิธีดำเนินงาน

1. ประชุมภายในหน่วยงานถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากแก้วยาหาย
2. วิเคราะห์สาเหตุ
 - ญาติไม่นำแก้วยาที่ใช้แล้วส่งคืนเจ้าหน้าที่
 - เจ้าหน้าที่ไม่มีการแจ้ง/ปฐมนิเทศผู้ป่วยที่มาใหม่ ในการเก็บแก้วยาที่ใช้แล้วส่งคืนใส่ในตะกร้าที่จัดเตรียมไว้ให้
 - เจ้าหน้าที่ไม่มีการเก็บแก้วยาที่ใช้แล้วในแต่ละเตียง
 - แก้วยาตกแตก

วิธีปฏิบัติ

1. จัดเตรียมแก้วยาให้เพียงพอกับจำนวนเตียงของผู้ป่วย
2. ตัดยาทุกใบ
3. จัดเก็บแก้วยาแต่ละหมายเลขให้ตรงกับหมายเลข Lock ยาผู้ป่วย
- 4.ปฐมนิเทศผู้ป่วยที่มาใหม่ ในการเก็บแก้วยาที่ใช้แล้วส่งคืนใส่ในตะกร้าที่จัดเตรียมไว้ให้
- 5.พนักงานช่วยเหลือคนไข้ เก็บแก้วยา หลังพยาบาลแจกยา 1 ชั่วโมง ล้างและเช็ดให้แห้งเก็บแก้วยาที่มีหมายเลขตรงกับหมายเลข Lock ยาผู้ป่วย
- 6.ภายหลังการเก็บแก้วยา พบว่าไม่ครบ แจ้ง In charge เพื่อจัดหาแก้วยาใหม่ และติดหมายเลขเดียวกับแก้วยา จัดเก็บให้ตรง Lock ยาผู้ป่วย เพื่อพร้อมการใช้งาน

7. พยาบาลจัดยาโดยใช้แก้วยาให้ตรงกับหมายเลขเตียงผู้ป่วย ไม่ใช่แก้วยาของผู้ป่วยหลายเลขอื่น หากแก้วยาไม่มีใน Lock หมายเลขนั้น ให้ Nurse Aide สอบถามจากเตียงนั้นๆ

8. พยาบาลแจ้งญาติผู้ป่วยทุกครั้งหลังทานยาให้เก็บแก้วไว้ที่ใช้แล้วใส่ในตะกร้าที่จัดเตรียมไว้ให้

ก่อนใช้นวัตกรรม มีการเก็บแก้วยารวมกัน

หลังใช้นวัตกรรม มีการเก็บแก้วยาไว้ใน

Lock ตามหมายเลขเตียงผู้ป่วย



6. ผลการดำเนินการ

จากการติดตามการปฏิบัติของบุคลากรในหน่วยงาน พบว่า ก่อนใช้นวัตกรรม เดือน มิถุนายน 2566 N=35 จำนวนแก้วยาหาย 18 ใบ (51.4%) หลังใช้นวัตกรรม เดือนกรกฎาคม 2566 N=35 จำนวนแก้วยาหาย 4 ใบ (11.4%) เจ้าหน้าที่สามารถตามหาแก้วยาที่หายไปได้ ทำให้เกิดความรวดเร็วในการให้บริการ จากการจัดเตรียมยาเรียบร้อยรับประทานในแต่ละครั้งลดเวลาในการจัดยาจาก 30 นาที เหลือ 20 นาที เพราะแก้วยามีเพียงพอต่อรอบในการจัดเตรียมยาแล้ว จึงตอบโจทย์ การลดระยะเวลาทำงานของพยาบาลได้ พยาบาลจึงเกิดความพึงพอใจ

ตารางผลการศึกษา

	ก่อนใช้นวัตกรรม มิ.ย.66 (N = 35)	หลังใช้นวัตกรรม ก.ค.66 (N = 35)
จำนวนแก้วยาหาย	18 (51.4%)	4 (11.4%)

ตารางผลการศึกษา

	ระยะเวลาในการจัดยา (เวรเช้า) ก่อนใช้นวัตกรรม มิ.ย.66	ระยะเวลาในการจัดยา (เวรเช้า) หลังใช้นวัตกรรม ก.ค.66
ระยะเวลาในการจัดยาโดยเฉลี่ย / นาที	30	20

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการติดตามผลการปฏิบัติ แก้วยาหายน้อยลง มีความเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย และการเก็บแก้วยาเป็นเวลายังเป็นการทราบว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาตรงตามเวลาซึ่งทำให้ระบบการจัดเตรียมยาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาถูกต้องตาม Right time

8. แนวทางการพัฒนา

เผยแพร่แนวทางปฏิบัติไปยังหอผู้ป่วยที่สนใจ เพื่อพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสม และสะดวกในการปฏิบัติต่อไป

1.ชื่อนวัตกรรม ปีบ ปีบ Bag; Pressure bag DIY

2.หน่วยงานที่นำเสนอ ห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจและหลอดเลือด

3.ที่มา

การทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ เป็นหัตถการที่ต้องใช้สารละลาย NSS with Heparin เพื่อป้องกันการเกิด clot ในระบบ รวมไปถึงผู้ป่วยที่ใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ ซึ่งการปล่อยให้สารน้ำไหลเข้าสู่ตัวผู้ป่วยโดยอาศัยเพียงแรงโน้มถ่วงของโลกเพียงอย่างเดียว จะเกิดแรงดันที่ไม่เพียงพอที่จะเอาชนะแรงดันโลหิตส่วนกลาง (Aortic pressure) ได้ ส่งผลให้เกิดการ clot ในระบบ ตัวยุติการทำหัตถการเพื่อเตรียมสายสวนใหม่ ทำให้เกิดการล่าช้าในการทำหัตถการ และหาก clot ที่เกิดขึ้นหลุดเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือด เกิดการอุดตันของหลอดเลือดส่วนปลาย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Limb ischemia หรืออาจเกิดภาวะ stroke ได้ จำเป็นต้องใช้ถุงเพิ่มแรงดันให้สารละลาย (Pressure bag) ในการบีบเพิ่มแรงดันให้คงที่และเพียงพอที่จะต้านแรงดันโลหิตส่วนกลาง ซึ่งปัจจุบัน Pressure bag ที่มีในหน่วยงาน ผ่านการใช้งานมากกว่า 5 ปี เริ่มชำรุด ทุกลมรั่ว ไม่สามารถซ่อมได้ และเนื่องจากเป็นวัสดุการแพทย์ที่ไม่เคยมีการจัดซื้อในโรงพยาบาล ทางหน่วยงานจึงได้ขออนุมัติจัดซื้อทดแทน และพบว่า Pressure bag ในปัจจุบันมีเพียงบริษัทเดียวที่นำเข้าและจัดจำหน่าย ในราคาชุดละ 6,000 บาท โดยใน 1 ชุด ประกอบด้วย ทุกลม ต่อกับ ที่ปีบ pressure และเกจวัดแรงดัน โดยไม่มีประกันหลังการขาย ทางหน่วยงานจึงได้คิดนวัตกรรม โดยนำ Pressure bag เดิมที่ชำรุด แต่เกจวัดแรงดันยังใช้งานได้ มาปรับแก้ไขในตัวทุกลม และประกอบเป็นชุด Pressure bag DIY

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยที่ทำหัตถการใส่สายสวนผ่านหลอดเลือดแดงส่วนกลาง
2. เพื่อ Recycle วัสดุ-อุปกรณ์ที่มีมูลค่าเป็น 0 ให้กลับมาใช้ประโยชน์ได้อีกครั้ง
3. เพื่อจัดหา Pressure bag ไว้ใช้ในหน่วยงานอย่างเพียงพอ

5.วิธีดำเนินงาน

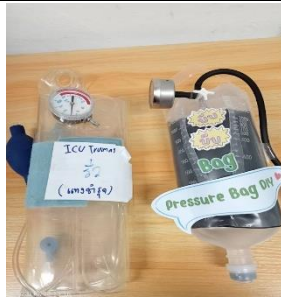
- 1.วิเคราะห์ปัญหา การจัดสรรวัสดุอุปกรณ์การแพทย์และวิเคราะห์ต้นทุน งบประมาณ
- 2.คิดนวัตกรรม โดย DIY จากวัสดุอุปกรณ์ ที่มีมูลค่าเป็น 0
- 3.ใช้ Pressure bag DIY กับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ
- 4.ติดตามผลการใช้ วิเคราะห์ สรุปผล

6.ผลการดำเนินการ

อัตราการไหลของสารละลาย พบว่า ณ แรงดันที่ 300 atm. ชุด Pressure bag DIY อัตราการไหลอยู่ที่ 240 ml/min เทียบกับ Pressure bag ที่จัดซื้อ อัตราการไหลอยู่ที่ 288 ml/min ซึ่งความต่างของอัตราการไหล ของสารละลายไม่มีผลต่อการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ และเมื่อทดสอบความคงที่ของ pressure ทุกลมที่ 300 atm. โดยปิดการไหลของสารละลายไว้ 24 ชั่วโมง พบว่า แรงดันที่คงค้างใน pressure bag ทั้งสองไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อเทียบในเรื่องต้นทุนราคา Pressure bag DIY ต้นทุนอยู่ที่ 150 - 200 บาท/ชุด ขณะที่ชุด Pressure bag จัดซื้อราคา 6,000 บาท ลดการใช้งบประมาณการจัดซื้อได้ถึงร้อยละ 96.6 หรือลดลง 5,800 บาท/ชุด

ตารางเปรียบเทียบการใช้ Pressure bag		
หัวข้อ	Pressure bag แบบเก่า	Pressure bag DIY
อัตราการไหล ที่ pressure 300 atm	288 cc /hr	240 cc /hr

ต้นทุน	6,000 บาท	200 บาท
--------	-----------	---------



7.สรุปและข้อเสนอแนะ

Pressure bag DIY เป็นการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่ใช้การไม่ได้ ให้กลับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ต่อผู้ป่วย ช่วยประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาล ลดขยะที่ไม่จำเป็น สอดคล้องกับ 8 มิติคุณภาพคือ Patient Safety และ Efficient สอดคล้องค่านิยม (Core value) คือ Patient focus

8. แนวทางการพัฒนา

เริ่มทดลองใช้ในห้องหัตถการตรวจสอบหัวใจตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 จำนวน 147 ราย และจะนำไปทดลองใช้ที่ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และหอผู้ป่วยแยกโรคในเดือนตุลาคม 2566

- 1.ชื่อนวัตกรรม Stop hematoma card
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (CCU)
- 3.ที่มา

ปัจจุบันการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome:ACS) ด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ (femoral artery) และข้อมือ เป็นแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญและทำมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หัตถการดังกล่าวเป็นการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการเจาะหลอดเลือดผ่านผิวหนังแล้วสอดสายสวนหัวใจชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายหรือถ่างหลอดเลือดที่ตีบนั้น และหาวิธีการเพื่อคง สภาพของรูเปิดของหลอดเลือดให้กว้างขึ้นหรือค้ำยันไม่ให้รูหลอดเลือดกลับมาปิดใหม่ เช่น การใส่ขดลวด (stent) การรักษาด้วยวิธีนี้ไม่จำเป็นต้องใช้ยาสลบ เป็นการฉีดยาชาบริเวณผิวหนังตำแหน่งที่ทำหัตถการแต่ต้องทำในห้องตรวจสวนหัวใจ ซึ่งต้องมีเครื่องมือที่ให้ความสะดวก และป้องกันอันตรายอย่างครบถ้วนระหว่างการทำหัตถการนี้ ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัว เพียงแต่จะได้รับการช่วยให้อ่อนคลายภายหลังทำหัตถการผู้ป่วยต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวขาข้างที่ทำหัตถการเป็นเวลา นานประมาณ 3-4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะเลือดออก (bleeding) เลือดออกใต้ผิวหนัง (hematoma) เป็นต้น

จากแนวปฏิบัติที่ผ่านมาทางหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เมื่อมี Hematoma ก่อนหรือหลัง Off sheath เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนของบุคลากรพยาบาล เจ้าหน้าที่หลายสหสาขาวิชาชีพและรวมถึงการมีพยาบาลจบใหม่มาปฏิบัติงานทดแทนทำให้ความสามารถและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลมีความแตกต่างกันซึ่งอาจจะส่งผลให้มีความเสี่ยงและเกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการจัดทำ stop hematoma card ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังทำ CAG+PCI และหายจากโรคได้อย่างปลอดภัย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อป้องกันการเกิด Hematoma ต่อการใช้งานในหอผู้ป่วยหลังทำ CAG และ PCI ก่อนและหลัง off sheath

5.วิธีดำเนินงาน

1.ขั้นเตรียมการ

- 1.1 รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ
- 1.2 สำนักรวภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หลังจากที่มาได้รับการรักษาโดยการสวนหลอดเลือดหัวใจ และหลังการ off sheath

2. ขั้นตอนการทำงานนวัตกรรม จัดทำชิ้นงาน นวัตกรรม stop hematoma card

อุปกรณ์

1. ป้ายการปฏิบัติตัวหลัง CAG+PCI
2. แผ่นใสสำหรับเคลือบ

ขั้นตอนการประดิษฐ์นวัตกรรม

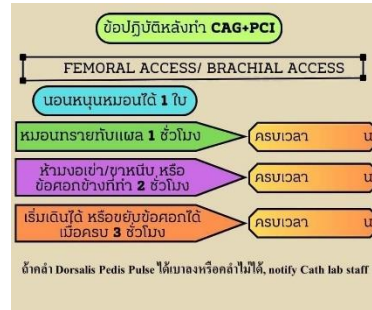
1. ออกแบบและจัดทำ การปฏิบัติตัวหลังทำ CAG + PCI บนหน้าจอ คอมพิวเตอร์
2. Print ใส่กระดาษ
3. เคลือบด้วยแผ่นใส

6.ผลการดำเนินการ

ก่อนใช้

Date 17/4/66	<input checked="" type="checkbox"/> NPO 30 min, ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนให้กินได้
	<input checked="" type="checkbox"/> Record V/S & คลำ pulse ทุก 30 นาที x 2 then ทุก 1 ชั่วโมง จน clinical stable
	<input checked="" type="checkbox"/> Observe bleeding & hematoma at access site, ขึ้นให้รายงานแพทย์ทันที
	<input checked="" type="checkbox"/> วัด BP drop ให้รายงานแพทย์ทันที
	<input checked="" type="checkbox"/> ถ้าทำ PCI, ให้ทำ EKG at ward หลัง PCI และวันพรุ่งนี้เช้า
	<input checked="" type="checkbox"/> Off sheath at 19.30 น.
	<input type="checkbox"/> Femoral access / Brachial access
	<input checked="" type="checkbox"/> หมอนหนุนหมอนได้ 1 ใบ
	<input checked="" type="checkbox"/> หมอนทรายทับแผล 1 ชั่วโมง ครบเวลา 16.30 น.
	<input checked="" type="checkbox"/> ห้ามงอขา/ขาหนีบ หรือข้อศอกข้างที่ 2 ชั่วโมง ครบเวลา 19.30 น.
	<input checked="" type="checkbox"/> ห้ามเดินได้ หรือขยับข้อศอกได้เมื่อครบ 3 ชั่วโมง ครบเวลา 18.30 น.
	<input checked="" type="checkbox"/> ถ้าคลำ dorsalis pedis pulse ได้บวมหรือคลำไม่ได้, notify Cath Lab staff

หลังใช้



เก็บข้อมูลผู้ป่วยก่อนใช้นวัตกรรม ช่วงเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ทั้งหมด 80 ราย เกิด Hematoma 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรมในช่วง เดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน 2566 ทั้งหมด 101 ราย เกิด Hematoma 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.94

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม Stop hematoma card สามารถลดการเกิด Hematoma ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่บอลลูน และหลังการ off sheath ได้ ควรมีการขยายผลนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ในหอผู้ป่วยอื่นๆต่อไป

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำนวัตกรรมไปใช้กับ cardiac ward (หอผู้ป่วยสงสัยอาหาร ชั้น 2) , หอผู้ป่วยรวมแผนกอายุรกรรมห้องพิเศษแผนกอายุรกรรม ที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจ

1.ชื่อนวัตกรรม บัตรประจำตัวผู้ป่วยติดเชื้อมี CRE

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์อาพาธ 4-5

3.ที่มา

ผู้ป่วยติดเชื้อมี CRE หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลินทรีย์ขณะอยู่โรงพยาบาล โดยอาจเป็นเชื้อจุลินทรีย์ในตัวผู้ป่วยเอง หรือเป็นเชื้อจากภายนอกร่างกายผู้ป่วยก็ได้และเป็นเชื้อจุลินทรีย์ที่ทดสอบแล้วว่าดื้อต่อยาต้านจุลินทรีย์ โดยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมง อาการผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อมี CRE จะปรากฏขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่า เชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลินทรีย์มาตรฐานที่เคयरรักษา (Standard treatment) เชื้อดื้อยาส่วนมากเป็นผลจากการใช้ยาต้านจุลินทรีย์ไม่เหมาะสม เช่น การเลือกใช้ชนิด และขนาดยาต้านจุลินทรีย์อย่างไม่เหมาะสม การให้ยาตามเวลาที่ไม่มีเหมาะสม เชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยานั้นที่มักจะพบโดยทั่วไป ได้แก่ MDR XSR MRSA ESBL KPC CRE VRE เป็นต้น

จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อมี CRE ภายในหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์อาพาธ 4-5 ในปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อมี CRE 3 ราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลภายใต้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อผ่านทางสัมผัส (contact precaution) อย่างเหมาะสมเมื่อเข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วยในช่วง มิถุนายน ๒๕๖๖ ที่ผ่านมามีอุบัติการณ์ที่พบกับผู้ป่วยติดเชื้อมี CRE พบว่า ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรักษาเพิ่มเติมที่รพ. อีกแห่ง ทางหอผู้ป่วยไม่มีเอกสารหรือข้อมูลในการสื่อสารในการแจ้งว่าผู้ป่วยดังกล่าวติดเชื้อมี CRE เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและแจ้งเจ้าหน้าที่ว่าติดเชื้อมี CRE มาก่อนขณะเข้ารับการรักษาที่รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ จึงทำให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้ป่วยอื่นได้ จากปัญหาที่พบ ทางหอผู้ป่วยได้ปรึกษาและคิดค้นนวัตกรรม “บัตรประจำตัวผู้ป่วยติดเชื้อมี CRE” ขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารแจ้งการติดเชื้อมี CRE แก่เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และได้รับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเหมาะสม

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

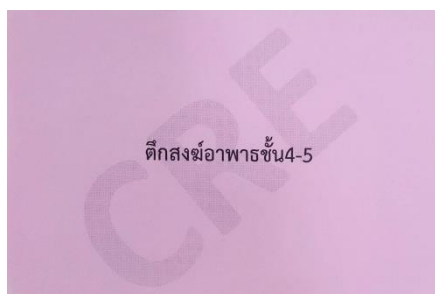
1. เพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารแจ้งการติดเชื้อมี CRE แก่เจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เพื่อที่จะได้รับการดูแลเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้ออย่างเหมาะสม
2. เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตนในการป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อมี CRE

5.วิธีดำเนินงาน

1. ออกแบบรูปแบบ บัตร ที่มีขนาดเหมาะสมแก่การพกติดตัว โดยใช้กระดาษสี แข็งขนาด 10*14 ซม.
2. ออกแบบ ข้อมูลที่แสดงในบัตร ได้แก่ ชื่อ สกุล ชนิดเชื้อดื้อยา วันที่พบเชื้อ และวันที่ครบการเฝ้าระวังเชื้อ (อยู่ในระยะเวลา 1 ปี)

การนำไปใช้

1. นำบัตรแสดงข้อมูลการติดเชื้อมี CRE ให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย
2. แนะนำการใช้บัตรแก่ผู้ป่วย ดังนี้ แสดงบัตรทุกครั้งเมื่อเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล ในระยะเวลา 1 ปี ตามข้อมูลที่แสดงในบัตร



6.ผลการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยได้รับการแสดงข้อมูลการติดเชื้อดื้อยา CRE ได้รับการเฝ้าระวัง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อ CRE ซ้ำ ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ
2. ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลการติดเชื้อดื้อยา CRE

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการนำนวัตกรรมชิ้นนี้ไปใช้ พบว่าผู้ป่วยรับทราบภาวะการติดเชื้อดื้อยาของตน ปฏิบัติตน และได้รับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามมาตรการอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยพึงพอใจกับการใช้นวัตกรรมดังกล่าว รวมถึงผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น

8.แนวทางการรักษา

ทางผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่านวัตกรรมชิ้นนี้ จะได้รับการขยายผลนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา CRE ในหอผู้ป่วยอื่น

1.ชื่อนวัตกรรม ต่อยอด QR SET

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2

3.ที่มา

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย2 ให้บริการผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไป ทั้งที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัด รักษาด้วยยา ครบทุกมิติ ร่วมกับทีมสหสาขา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และเป็นที่ยังพอใจ ในหน่วยงานมีการทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลากหลายเช่น การเจาะท้อง, เจาะปอด, วางสาย ICD, เจาะหลัง ใส่สายสวนปัสสาวะ การวางสาย Triple lumen catheter, การวางสาย Double lumen catheter, เป็นต้น ซึ่งบางหัตถการต้องการความรวดเร็วในการเตรียมของเพื่อจะได้ช่วยผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ในการเตรียมอุปกรณ์ในแต่ละครั้งมีความยุ่งยากประกอบกับช่วงสองเดือนที่ผ่านมา มี PN ที่จะไปทำงานตึกเคมีบำบัดมาช่วยงานที่ตึกเพิ่มอีก 3 คน ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยเตรียมอุปกรณ์ดังกล่าว ซึ่งอุปกรณ์ในแต่ละหัตถการมีจำนวนมาก และใช้เวลาในการเตรียม ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ ผู้เตรียมจำอุปกรณ์ที่ต้องเตรียมไม่ได้ และหากเตรียมอุปกรณ์ไม่ครบทำให้ขาดความน่าเชื่อถือในวิชาชีพ และทำให้เสียเวลาในการทำหัตถการเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ทำให้การรักษาล่าช้าออกไป

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่ใหม่สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำหัตถการที่สำคัญได้ถูกต้องตามมาตรฐานและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ร้อยละ 100
- 2.เพื่อลดระยะเวลาในการสอนงานแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ให้กับหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานจากเดิม 10 นาที
- 3.เพื่อลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์จากเดิมเฉลี่ย 7 นาที

5.วิธีดำเนินงาน

1. ประชุมปรึกษากับบุคลากรในหน่วยงานถึงประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการต่างๆ
 2. ติดต่อประสานหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเพื่อขอใช้รูปQR CODE
 3. Print QR code ลงกระดาษแล้วนำไปติดในห้อง treatment
- ขั้นตอนการนำไปใช้

- 1.ให้เจ้าหน้าที่ ทดลองจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการโดยใช้นวัตกรรม QR SET
- 2.ประเมินความถูกต้องในการจัดเตรียมอุปกรณ์ตามมาตรฐานและจับเวลาในการจัดเตรียม

6.ผลการดำเนินการ

จากการประเมินผลการทดลองการใช้ นวัตกรรม QR SET ทั้งหมด 32 ครั้ง ในระยะเวลา 60 วัน

1. เจ้าหน้าที่ใหม่สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำหัตถการที่สำคัญได้ถูกต้องตามมาตรฐานและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ร้อยละ 100
2. ลดระยะเวลาในการสอนงานแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ จากเดิมโดยลดลงเฉลี่ย 7 นาที คือจาก 10 นาทีเหลือ 3 นาที
3. ลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์จากเดิมเฉลี่ย 7 นาที

ก่อนใช้ QR SET



หลังใช้ QR SET



7.สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการนำนวัตกรรมนี้มาใช้ เจ้าหน้าที่ใหม่สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำหัตถการที่สำคัญได้ถูกต้องตามมาตรฐานและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สามารถลดระยะเวลาในการสอนงานแก่เจ้าหน้าที่ใหม่จากเดิมโดยลดลงเฉลี่ย 7 นาที คือจาก 10 นาทีเหลือ 3 นาที และลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์จากเดิมเฉลี่ย 7 นาที

8.แนวทางการพัฒนา

-

นวัตกรรม 
เดือนพฤศจิกายน
2566

1.ชื่อนวัตกรรม กล่องคืนยา พาสุใจ ปลอดภัยหายห่วง

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยรักใจ

3.ที่มา

ยาที่ใช้รักษาทางจิตเวช เป็นยาที่มีผลต่อจิตประสาทประกอบด้วยกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคหลายกลุ่ม เช่น ยาด้านอาการทางจิต ยาด้านเศร้า มีผลต่อการทำงานของระบบประสาท ทำให้ซึม หมดสติ ชักได้ นอกจากนี้ยาบางขนานยังมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตต่ำ การนำกระแสไฟฟ้าของหัวใจผิดปกติ นำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยยาทางจิตเวชบางชนิดจำเป็นต้องสั่งจ่ายยาโดยจิตแพทย์เท่านั้น ผู้ป่วยแต่ละรายหากมีอาการคงที่จะได้รับยาโดยเฉลี่ย 3 เดือน/ครั้ง และ 2 สัปดาห์/ครั้ง ในรายที่มีอาการไม่คงที่หรือมีการปรับเปลี่ยนยา เนื่องจากยาต้องใช้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ ทำให้ผู้ป่วยมียาในครอบครองเป็นจำนวนมาก ในผู้ป่วย MDD (major depressive disorder) เป็นผู้ป่วยที่มีสภาพอารมณ์อ่อนไหว เปลี่ยนแปลงได้ง่าย มีอารมณ์เศร้า ดิ่ง จนอาจเกิดความคิดอยากทำร้ายตนเอง มีโอกาสหยิบฉวยสิ่งใกล้ตัวมาก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ และยาเป็นอีกอาวุธหนึ่งที่ใช้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่มีอยู่ใกล้ตัว หาได้ง่าย จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บางรายมีทั้งยาเก่าและยาใหม่เกิดการสับสนทำให้รับประทานยาผิด ซึ่งไม่เกิดผลดีต่อการรักษา ยังจะทำให้เกิดภาวะพิษจากยาเกินขนาด

จากสถิติการรับประทานยาเกินขนาดของผู้ป่วย MDD มีการทำซ้ำๆ ในรายเดียวกัน บางรายภายใน 1 เดือน เกิดขึ้นถึง 2-3 ครั้ง ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่ตระหนักถึงอันตรายในระยะยาวจากการใช้ยาเกินขนาด ทำให้ญาติยังปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นผู้จัดยาเอง มีการเข้าถึงยาได้ง่าย จนเกิดการตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยยา บางรายผู้ดูแลไม่เข้าใจเรื่องโรค MDD เข้าใจว่าเป็นลักษณะนิสัยส่วนตัวของผู้ป่วยเอง เรียกร้องความสนใจ จึงปล่อยให้ปล่อยปะละเลย ไม่ให้ความสำคัญเรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัย นอกจากนั้นเมื่อพบทวนถึงเรื่องค่ารักษาผู้ป่วย MDD อยู่ระหว่าง 700 – 4,500 บาท ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะ Drug over dose จะเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า จึงเป็นค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น ดังนั้นทางผู้จัดทำจึงคิดค้น “กล่องคืนยา พาสุใจ ปลอดภัยหายห่วง” นี้ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ลดโอกาสการรับประทานยาเกินขนาดของผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. ลดการ admit ด้วยสาเหตุการใช้ยาเกินขนาด ร้อยละ 60
2. ผู้ป่วยและญาตินำยามาคืน ร้อยละ 60

5.วิธีดำเนินงาน

- วิเคราะห์เหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น
- สร้างกล่องคืนยา ให้คำแนะนำญาติให้นำยามาคืนทุกครั้งที่มาปรึกษา และทุกครั้งที่มากลับบ้าน ในกล่องที่เตรียมไว้ให้
- ให้สุศึกษาเรื่องอันตรายจากการใช้ยาผลกระทบต่อร่างกายทั้งในระยะสั้น และระยะยาว รายเดี่ยวและรายกลุ่ม
- ประสานเภสัชกร ในการรับคืนยา และการให้ความรู้เรื่องยากับผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ อาการเตือนและการเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล

6. ผลการศึกษา

ผู้ป่วย MDD (ราย)	ส.ค N=18	ก.ย N=15	ต.ค N=21
การ admit ด้วยสาเหตุการใช้ยาเกินขนาด	(10) 55.6%	(9) 60.0%	(11) 52.4
ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำยามาคืน	(5) 27.8%	(8) 53.3%	(10) 47.6%

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

- การลดโอกาสให้ผู้ป่วย MDD เข้าถึงยาได้ง่ายสามารถป้องกันการใช้ยาเกินขนาดได้
- การเข้าใจถึงลักษณะของโรค การรักษา และอันตรายจากการใช้ยาเกินขนาดในผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ

8.แนวทางการพัฒนา

- ทำแนวทางการศึกษาในกลุ่มโรคอื่นๆ ร่วมกับเภสัชกรในโรงพยาบาล
- ขยายผลใช้กับผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มโรคอื่นๆ และแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
- ติดตามวิเคราะห์ผลการดำเนินการและปรับปรุงให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

นวัตกรรมการปีงบประมาณ 2567

1.ชื่อนวัตกรรม กล่องใส่ไข่ต้มงานห้องคลอด

2.หน่วยงานที่นำเสนอ ห้องคลอด

3.ที่มา

หญิงตั้งครรภ์ช่วงระยะ 7-9 เดือน ต้องการโปรตีนเพื่อใช้ในการสร้างอวัยวะต่างๆของลูก อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มี GA <37 wks. ขณะนอนย้งการคลอด ได้แก่ อาหารอ่อนพร้อมไข่ต้ม เป็นสิ่งสำคัญ ห้องคลอดจะเตรียมมือเช้าครั้งเดียว 3 ฟอง ซึ่งปัญหาที่พบ ได้แก่ ไม่มีที่เก็บ และไข่กึ่งตักพื้น ห้องคลอดจึงคิดค้นนวัตกรรมกล่องใส่ไข่ต้มงานห้องคลอดมา เพื่อแก้ไขปัญหานี้

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อแก้ไขปัญหาไข่กึ่งตักพื้น และไม่มีที่เก็บ

5.วิธีดำเนินงาน

1.ดำเนินการตามหลัก PDCA

Plan
พบทวงปัญหาเรื่อง
ไข่แตกขณะนั่ง
ไม่มีที่เก็บไข่

Do
กล่องบรรจุวัคซีน HEV ที่ไม่ได้ใช้

Check
ทดลองใช้ 1 ไข่ปดาร์

Action

- นำมาใช้กับ GA < 37 wks. ที่รับประทานอาหารได้ทุกราย
- แจ้งเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติ

6.ผลการดำเนินการ

ก่อนทำ

หลังทำ

ประเด็น	ความเจ็บปวด						ความไม่เจ็บปวด			
	น้อยมาก		น้อย		น้อยจนชอบ		ไม่เจ็บ		ไม่เจ็บมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กล่องใส่ไซ้ซึมได้พอดี 3 ฟอง	60	100	0	0	0	0	0	0	0	0
กล่องมีความสวยงาม แข็งแรง สะอาด	60	100	0	0	0	0	0	0	0	0
กล่องใส่ไซ้มีขนาดพอดี เก็บไว้ได้สะดวก	60	100	0	0	0	0	0	0	0	0

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

- 1.กล่องใส่ไซ้ซึมได้ 3ฟอง
- 2.กล่องมีความสวยงาม แข็งแรง สะอาด
- 3.กล่องใส่ไซ้มีขนาดพอดี เก็บไว้ได้สะดวก

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำไปใช้เป็นบรรจุภัณฑ์ หรือประโยชน์อื่นๆได้

8.แนวทางการพัฒนา

ควรมีการพัฒนาไปใช้กับแผนกอื่น ๆ ที่มีความต้องการบรรจุภัณฑ์ที่กะทัดรัด แข็งแรง สวยงาม

1.ชื่อนวัตกรรม เจาะเลือดถูกต้องปลอดภัย Card lab

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2

3.ที่มา

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย2 รับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งในเดือน ตุลาคม 2566 มีผู้ป่วยรับใหม่จำนวน 275 คน และมีผู้ป่วยที่ต้องเจาะเลือด จำนวน 865 ครั้ง เฉลี่ย 28 ครั้ง/วัน พบอุบัติการณ์ในการเก็บส่งตรวจ ระดับ C ได้แก่ Hemolysis จำนวน 4 ครั้ง Colt formation จำนวน 14 ครั้ง Less Volume จำนวน 9 ครั้ง ซึ่งในการเจาะเลือด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้น พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นผู้เก็บส่งตรวจ จากการสังเกตของหัวหน้าตึก หัวหน้าเวรพบว่า เจ้าหน้าที่ บางคนยังขาดความรู้ ขาดเทคนิค ขาดความความตระหนักถึงการเก็บส่งตรวจ และยังเรียงลำดับการใส่Tube เลือดไม่ถูกต้อง ประกอบกับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 มี น้องพยาบาลระดับ Novice ถึง 50 เปอร์เซนต์ ซึ่งอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการเจาะเลือดเพิ่มขึ้น นอกจากความรู้และเทคนิคการเจาะแล้ว การเรียงลำดับ Tube เลือด ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ซึ่งในTubeเลือดจะมีสารเคมีที่ป้องกันการแข็งตัวของเลือด โดยในหลอดแต่ละสี ก็จะมีสารกันเลือดแข็ง คนละชนิดกัน จากการได้พูดคุยกับพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษสมเด็จพระย่าชั้น 4-5 พบว่าที่หอผู้ป่วยดังกล่าวได้จัดทำนวัตกรรมเกี่ยวกับการเจาะเลือดที่ถูกต้องโดยใช้รูปภาพประกอบเรียกว่า นวัตกรรมการเจาะเลือดถูกต้อง ปลอดภัยโดยใช้ card lab ซึ่งสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ ทำให้ทางศัลยกรรมชาย 2 มีความสนใจที่จะขอนำนวัตกรรมดังกล่าวมาใช้ ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทางหอผู้ป่วยพิเศษสมเด็จพระย่า

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 2.เพื่อเพิ่มความถูกต้องในการใส่เลือดเรียงลำดับTubeเลือดได้อย่างถูกต้อง
- 3.เพื่อเพิ่มความถูกต้องในการตรวจ และการรายงานผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ

5.วิธีดำเนินงาน

1.ประชุมปรึกษากับบุคลากรในหน่วยงานถึงประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการเจาะเลือดใส่ผิด tube เลือด เลือดที่เจาะ Hemolysis บ่อย ใส่จำนวนเลือดไม่ครบตามที่ห้องเลือดกำหนด

2.ติดต่อประสานหอผู้ป่วยพิเศษสมเด็จพระย่าศัลยกรรม เพื่อขอนำนวัตกรรมมาใช้

ขั้นตอนการนำไปใช้

- 1.ให้เจ้าหน้าที่ทดลองจัดเตรียมTubeไปเจาะเลือดโดยใช้นวัตกรรม Card lab
- 2.ประเมินความถูกต้องในการนำเลือดใส่Tube เลือดของเจ้าหน้าที่ ที่เป็นคนทำหัตถการ
- 3.เก็บข้อมูลหลังใช้นวัตกรรมเป็นเวลา 1 เดือน (1-31 ตุลาคม 2566)
- 4.ติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ ทุกเดือน

ก่อนใช้นวัตกรรม



หลังใช้นวัตกรรม



6.ผลการดำเนินการ

จากการเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่ ที่เจาะเลือด จำนวน 20 ราย พบว่า

รายการ	ก่อนทำนวัตกรรม	หลังทำนวัตกรรม
1. ความรู้ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ	70%	100%
2.ความถูกต้องในการเรียงลำดับ Tubelเลือด	60%	100%
3.ความถูกต้องในการตรวจและการรายงานผลตรวจ	60%	100%



7.สรุปและข้อเสนอแนะ

ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ ที่เจาะเลือด จำนวน 20 ราย พบว่า ความรู้ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ ความถูกต้องในการเรียงลำดับ Tubelเลือด และความถูกต้องในการตรวจและการรายงานผลตรวจ หลังทำนวัตกรรม ถูกต้อง 100% ข้อเสนอแนะ ยังมีรายละเอียดอื่นนอกเหนือจากการส่งตรวจตามปกติ รวมถึงวิธีการเก็บเทคนิคที่จำเป็นต่างๆ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ในการเก็บสิ่งส่งตรวจอื่นๆร่วมด้วย เช่นการตรวจอุจจาระ ปัสสาวะ การเก็บเสมหะชนิดต่าง การส่งตรวจLab นอกโรงพยาบาล

8.แนวทางการพัฒนา

1.ชื่อนวัตกรรม Alert unplanned extubation

2.หน่วยงานที่นำเสนอ พ.ว. ภาณุมาศ ศรีวิชัย และทีมงานโรคหลอดเลือดสมอง

3.ที่มา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งตีบและแตก พบว่ามีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยวันละ 8-10 รายต่อวัน ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีพยาธิสภาพที่สมองทำให้มีอาการทางระบบประสาทที่เปลี่ยนแปลง อาการแสดงของระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ ซึม สับสน กระสับกระส่าย ถึงแม้ว่าจะใช้แนวปฏิบัติและมีญาติมาเยี่ยม ทำให้เกิดอุบัติเหตุการดึงท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดระดับ D จำนวน 5 ราย ระดับ C จำนวน 4 ราย ระดับ E จำนวน 1 ราย ในปี 2565 ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหายต่อภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกายต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

โดยปกติมีแนวปฏิบัติแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2)การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 3) การดูแลเครื่องช่วยหายใจ 4)การให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 5)การทำความสะอาดปากและฟันในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และ 6) การดูแลเสมหะแต่เนื่องจากภาระงานและจำนวน ventilator ที่ต้องดูแลจำนวนหลายราย ทำให้บุคลากรดูแลไม่ทั่วถึง คณะทำงานจึงได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยใช้ Alert unplanned extubation เป็นสัญลักษณ์เตือนร่วมกับการผูกยึดข้อมือผู้ป่วย เพื่อการกระตุ้นเตือนให้บุคลากร และญาติตระหนักมากขึ้น ในการป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ โดยแบ่งตามระดับความเสี่ยง ที่ผู้ป่วยจะดึงท่อช่วยหายใจ ได้แก่ มีความเสี่ยงสูง มีความเสี่ยงปานกลาง และมีความเสี่ยงต่ำ

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.เพื่อลดอัตราการเกิดดึงท่อช่วยหายใจ

5.วิธีดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ Plan (P)

1.ประชุมกลุ่มผู้จัดทำศึกษาและทบทวนอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวางแผนหาวิธีการแก้ไขปัญหา

2. ศึกษาหาข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัยและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานอื่นๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวและพฤติกรรมเคลื่อนไหว(Motor Activity Assessment Scale: MAAS) โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ 0-3 คะแนน มีความเสี่ยงต่ำ (สีเขียว) 4-5 คะแนน มีความเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง) และ 6 คะแนน มีความเสี่ยงสูง (สีแดง)

3. พัฒนาป้ายเตือน Alert unplanned extubation สำหรับแขวนไว้ข้างเตียง ประกอบด้วย สีแดง หมายถึง มีความเสี่ยงสูงของผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ สีเหลือง หมายถึง มีความเสี่ยงสูงปานกลาง และ สีเขียว หมายถึงมีความเสี่ยงต่ำ

ขั้นดำเนินการ Do (D)

1. นำป้ายเตือน Alert unplanned extubation ใช้ป้ายแขวนในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทุกราย โดยจำแนกตามความเสี่ยงของการดึงท่อช่วยหายใจ

2. ฝึกระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุการดึงท่อช่วยหายใจ

ขั้นตรวจสอบผลการดำเนินการ Check (C)

1. ติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและใช้นวัตกรรมเพื่อในการป้องกัน unplanned extubation โดยการตรวจสอบและสังเกตการณ์ใช้แนวปฏิบัติ
2. เก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ

ขั้นแนวทางการปรับปรุง Act (A)

1. สรุปผลการใช้นวัตกรรมและวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ

6.ผลการดำเนินการ

จากตาราง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศ ชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปี ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน จำนวนวันนอนกลุ่มหลังใช้เครื่องมือ ประมาณ 5 วัน และกลุ่มก่อนใช้เครื่องมือ มากกว่า 10 วัน RASS มีความสับสนทั้งสองกลุ่ม และทั้งสองกลุ่มไม่ได้รับการ Sedation และมีประวัติการใช้สารเสพติดทั้งสองกลุ่ม

อุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ กับกลุ่มหลังใช้ Alert unplanned extubation จำนวน 2 ครั้ง เมื่อเทียบกับก่อนใช้ Alert unplanned extubation จำนวน 2 ครั้ง ไม่ได้แตกต่างกัน เนื่องจาก จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาและระยะเวลาที่ต้องการศึกษาสั้น ประกอบกับการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การใช้ Alert unplanned extubation เป็นป้ายกระตุ้นเตือนให้บุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ป่วยช่วยระมัดระวังในการป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยได้

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

เครื่องมือเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจโดยใช้ Alert unplanned extubation ซึ่งเป็นการประยุกต์มาจาก แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวและพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่วมกับการผูกยึดร่างกาย (MASS: Motor Activity Assessment) และ Alert unplanned extubation เป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่และญาติมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญ เพื่อเฝ้าระวังการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยได้ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เพิ่มการฟื้นฟูสภาพและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้

ปัญหาและอุปสรรคของการศึกษา

เนื่องจากป้ายแขวนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อาจจะเป็นอุปสรรคญาติบางกลุ่มที่เป็นต่างชาติ หรืออ่านหนังสือไม่ออกไม่สามารถเข้าใจได้ ประกอบกับการศึกษา ใช้ระยะเวลาที่สั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีน้อย ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการเปรียบเทียบผลของเครื่องมือ

8.แนวทางการพัฒนา

1. มีการนิเทศและติดตามการใช้นวัตกรรม และพัฒนาไปเรื่อย ๆ และเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา
2. ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและหาแนวทางแก้ไขปัญหา
3. เพิ่มจำนวนอาสาสมัคร
4. คณะทำงานต้องปรับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเพิ่มข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

1. **ชื่อนวัตกรรม** การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. **หน่วยงานที่นำเสนอ** แผนกอายุรกรรม

3. **ที่มา**

ผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะวิกฤตจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา คือ การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะ แทรกซ้อนดังกล่าวสามารถป้องกันได้โดย การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจากรายงานการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จากรายงานการติดเชื้อการเกิดปอดอักเสบในแผนกอายุรกรรมปี 2563-2565 พบร้อยละ 2.8, 2.0 และ 3.6 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงมีการติดตามการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจตาม VAP Bundle พบว่ามีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในกิจกรรมการทำความสะอาดช่องปากและฟัน การดูแลและการต่ออุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจไม่ถูกต้อง การทำความสะอาดมือก่อนและหลังการทำกิจกรรม Aseptic technique น้อย การสื่อสารในการปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจยังไม่มีปฏิบัติที่ชัดเจน รวมถึงการประเมินผู้ป่วยหลังจากได้รับยา Sedation, paralytics, PPI prophylaxis ยังไม่มีการประเมิน ดังนั้นการจัดทำโครงการนี้จึงเป็นการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตาม VAP Bundle ให้ได้ตามมาตรฐาน เพื่อลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

4. **วัตถุประสงค์ของโครงการ**

1. เพื่อลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แผนกอายุรกรรม

5. **วิธีดำเนินงาน**

1. ประเมินการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจตาม VAP bundle

2. วิเคราะห์ผลการประเมินและวางแผนพัฒนาตาม GAP ที่พบ

3. ดำเนินการพัฒนาตามแผน

4. สรุปผลการดำเนินการ

งบประมาณ

1. ที่ดูดน้ำลาย ราคา อันละ 0.85 บาท ต้องการใช้ 59,760 อัน (ก.พ.66-ก.ย.66) คิดเป็นเงิน 50,796 บาท
จำนวนที่ใช้ต่อวัน $83 \times 3 \times 0.85 = 211.65$ บาท ต่อเดือน $83 \times 3 \times 0.85 \times 30 = 6349.5$ จำนวนที่ต้องการใช้ในโครงการ $83 \times 3 \times 0.85 \times 30 \times 8 = 50,796$ บาท

เปรียบเทียบสาย suction ใช้ต่อวัน $83 \times 6 \times 2.3 = 1,145.4$ ต่อเดือน $83 \times 6 \times 2.3 \times 30 = 34,362$ จำนวนที่ใช้ในกิจกรรมทำความสะอาดช่องปาก $83 \times 3 \times 2.3 \times 30 \times 8 = 274,896$ บาท

6. **ผลการดำเนินงาน**

ผลการประเมินการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

1. หน่วยงานที่มีคะแนนการปฏิบัติถูกต้อง 81-90 คะแนน พบร้อยละ 38.46 (5/13)

รองลงมามีคะแนนการปฏิบัติถูกต้อง 71-80 คะแนน พบร้อยละ 30.77 (4/13)

และหน่วยงานที่มีคะแนนการปฏิบัติ 61-70 พบร้อยละ 30.77(4/13) ประเด็นที่พบว่ามีปฏิบัติน้อยได้แก่ การทำความสะอาดมือ, Oral care, Suction, การดูแล Circuit

2. อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจพบร้อยละ 4.3

3. ค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาดปากและฟันเฉลี่ยลดลง 224,100 บาทจากเดิม 274,896

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

รายการ	หน่วยงานหน่วยงาน												
	ICU MEd1	ICU MED2	ICU MED3	ICU MED4	ICU MED5	CCU	อช.1	อช.2	อญ.1	อญ.2	สงฆ์2	Stroke	แยก โรค
1.Position	95	75	95	95	95	90	70	70	75	80	50	80	50
2.HH	70	75	70	70	70	80	60	65	60	60	50	50	-
3.วัด cuff pressure	100	100	100	100	100	100	70	70	100	100	80	100	50
4.Oral care	100	50	100	100	100	90	60	70	70	80	60	100	80
5.Suction	75	50	80	80	75	80	70	60	50	70	70	75	-
6.Circuit care	80	75	80	80	75	80	70	70	50	75	70	50	60
7. Weaning asscess	100	100	100	90	100	100	70	70	90	90	80	90	70
	620	525	625	615	615	620	470	475	495	555	460	545	310
ร้อยละการ ปฏิบัติที่ ถูกต้อง	88.57	75	89.28	87.85	87.85	88.57	67.14	67.14	70.71	79.28	62.85	77.85	62.00

8.แนวทางการพัฒนา

-

1.ชื่อนวัตกรรม เส้นฟอกเลือดปลอดภัยด้วยของใช้ใกล้ตัว

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หน่วยไตเทียม 1

3.ที่มา

หอผู้ป่วยหน่วยไตเทียม 1 เป็นหน่วยงานที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีจำนวนเครื่องฟอกเลือด 7 เครื่อง ให้บริการผู้ป่วยฟอกเลือดจำนวน 3 รอบ รวมให้บริการผู้ป่วยฟอกเลือดได้ 21 ราย/วัน ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรังนอนโรงพยาบาลอยู่ในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน และใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มาฟอกเลือดจะใช้ เส้น DLC Permanence catheter AVF และ AVG เป็นเส้นนำเลือดออกมาฟอก ในการฟอกผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สีกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สับสน ที่ผ่านมามีปัญหาว่าผู้ป่วยที่ใช้เส้น AVF และ AVG ในกระบวนการฟอกเลือด เส้นเลือดเหล่านี้มักอยู่ที่บริเวณแขน ทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยบางรายมีตรงบริเวณข้อพับแขน มักพบปัญหาในผู้ป่วยเหล่านี้คือ สับสน เดินไปมา งอแขนหรือนอนตะแคงพับแขนข้างที่มีเส้นฟอกเลือด ทำให้เส้นเลือดแตก เข็มหลุด เข็มทะลุออกนอกเส้นเลือด โดยที่ผ่านมามีผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการผูกมัดแขนข้างที่มีเส้นฟอกเลือดด้วยผ้าผูกมัดแขนติดกับไม้กั้นแปลแล้วก็ตาม แต่ยังมีปัญหาผู้ป่วยงอแขนได้และเกิดอุบัติเหตุเข็มหลุดเลื่อน เส้นเลือดแตก จากสถิติที่ผ่านมาตั้งแต่เดือนมิถุนายน-กันยายน 2566 เป็นเวลา 4 เดือน พบว่ามีเข็มทะลุออกนอกเส้นเลือด 1 ราย เข็มหลุด 1 ราย

หน่วยไตเทียมจึงได้คิดนวัตกรรม “เส้นฟอกเลือดปลอดภัยด้วยของใช้ใกล้ตัว” เพื่อแก้ไขปัญหาโดยการนำอุปกรณ์มาช่วยในการจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่มีเส้นฟอกเลือด ให้แขนเหยียดตรง ตลอดเวลา 4 ชั่วโมงของการฟอกเลือด โดยดัดแปลงจากใช้ของเหลือใช้ที่มีอยู่ใกล้ตัว

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. ผู้ป่วยที่ใช้เส้น AVF/AVG ในการฟอกเลือด ปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ เส้นเลือดแตก เข็มหลุดเลือด เข็มทะลุออกนอกเส้นเลือด
2. ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้เส้น AVF/AVG ในการฟอกเลือด มีความพึงพอใจที่แขนไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และยังสามารถขยับแขนไปมาได้ตามปกติ
3. ป้องกันลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ
4. ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดความพอใจในการใช้อุปกรณ์ช่วย
5. เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจ

5.วิธีดำเนินงาน

1. จัดทำนวัตกรรมเส้นฟอกเลือดปลอดภัยด้วยของใช้ใกล้ตัว ด้วยกล่องกระดาษเหลือใช้ จากกล่องน้ำเกลือ โดยตัดและพับตามขนาด ยาวพอดีแขนผู้ป่วยในแต่ละราย เฉลี่ยยาว 25-30 ซม. กว้าง 12 x 12 x 12 x 12 x 12 ซม. ทำการพับเป็นรูปสี่เหลี่ยมชั้นรูป โดยด้านที่ 5 จะทาบทับลงบนด้านที่ 1
2. ทดลองใช้ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ใช้เส้น AVF/AVG ในการฟอกเลือด โดยจำแนกผู้ป่วยเป็น 2 ประเภทคือผู้ป่วยสูงอายุที่รู้สึกตัวดี และผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการพยาบาล
3. จัดทำ นวัตกรรมเส้นฟอกเลือดปลอดภัยด้วยของใช้ใกล้ตัว ตามขนาดที่กำหนด โดยทำไว้ ใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้แล้วทิ้ง สำหรับผู้ป่วย 1 ราย ต่อ 1 ชั้น
4. พยาบาลเวรประจำวันจะทำการตรวจเช็คผู้ป่วยที่จะมาฟอกวันรุ่งขึ้นตามกระดานคิวและทำการเช็คจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เส้น AVF/AVG เพื่อเตรียม นวัตกรรมเส้นฟอกเลือดปลอดภัยด้วยของใช้ใกล้ตัว ให้เพียงพอพร้อมใช้

5. ก่อนเริ่มเวรเช้าและเวรบ่าย เตรียมเข็มพร้อมอุปกรณ์การแทงเข็ม นวัตกรรมเส้นฟอกเลือดปลอดภัยด้วยของใช้ใกล้ตัวเพื่อใช้กับผู้ป่วยแต่ละราย



6.ผลการดำเนินการ

ก่อนใช้นวัตกรรม



หลังใช้นวัตกรรม



หัวข้อประเมิน	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม
	กันยายน 2566	ตุลาคม 2566
1. นวัตกรรมเส้นฟอกเลือดปลอดภัยด้วยของใช้ใกล้ตัวมีความสะดวกเหมาะสมกับการใช้งาน	-	95 %
2. ผู้ป่วยมีความปลอดภัยขณะใช้นวัตกรรม	-	100 %
3. ไม่เกิดอุบัติเหตุการฉีกหลุดเลื่อน เส้นฟอกเลือดแตก	2 ครั้ง	0 ครั้ง
4 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม 1 ในการใช้นวัตกรรม	-	95 %

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

1. มีนวัตกรรมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการฉีกหลุด เส้นเลือดแตก
2. ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดที่ใช้เส้น AVF/AVG มีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุการฉีกหลุด เส้นเลือดแตก
3. เจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม 1 มีความพึงพอใจในนวัตกรรม ร้อยละ 95

8.แนวทางการพัฒนา

นวัตกรรมเส้นฟอกเลือดปลอดภัยด้วยของใช้ใกล้ตัวเพื่อใช้กับผู้ป่วย สามารถพัฒนารูปแบบของอุปกรณ์เป็นอุปกรณ์ที่ถาวร ทำความสะอาดได้ ตามหลัก IC ใช้ได้หลายครั้งและมีความคงทนถาวร

1.ชื่อนวัตกรรม สะดุดตา เตือนไว

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2

3.ที่มา

ในปี2565 พบค่าเฉลี่ยวันนอนของทารกที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัมเท่ากับ 10.95 วัน และพบว่ามียานวันนอน (Length of stay: LOS) นานที่สุดถึง 61 วันนอน จำเป็นจะต้องให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจ screening IVH , TSH PKU ,ROP การได้รับวัคซีนต่างๆอีกทั้งการดูแลผู้ป่วยตาม guideline และความจำเพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล ที่ผ่านมามีแม้ว่าเราจะมีเครื่องมือ NEWBORN Screening Sheet แล้ว แต่ยังพบปัญหาว่าทารกไม่ได้รับการตรวจ/ได้รับวัคซีน/การปฏิบัติทางการพยาบาล ตามกำหนด

จากการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม จนถึงเดือน กรกฎาคม 2566 พบอุบัติการณ์ทารกไม่ได้รับการตรวจ/ไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนด จำนวนทั้งสิ้น 13 ครั้ง ทางหน่วยงานจึงให้มีป้ายเตือน เตือนไวบริเวณหัวเตียงของผู้ป่วย แต่พบว่าผู้ป่วยบางรายมีหลายกิจกรรม ทำให้มีป้ายเตือนหลายป้าย จากนั้นจึงได้ทำการปรับปรุงให้เหลือเพียง 1 ป้ายโดยใช้กระดาษเคลือบพลาสติกใส ซึ่งเป็นป้ายที่ถูกสร้างอย่างขาดทิศทาง และทำโดยใช้ประสบการณ์ขาดทฤษฎีรองรับทำให้การสื่อความหมายในระบบที่มีอยู่เดิมไม่เป็นที่น่าสนใจหรือไม่มีประสิทธิผลในการสื่อสาร สร้างความรกรุงรัง ไม่เป็นระเบียบ ไม่ถูกต้องตามหลัก 5ส ทางหน่วยงานจึงได้คิดค้นนวัตกรรม “สะดุดตา เตือนไว” ขึ้น ซึ่งเป็นการใช้ป้ายภาพสัญลักษณ์ เพื่อใช้ในการสื่อสารเป็นระบบเตือนให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

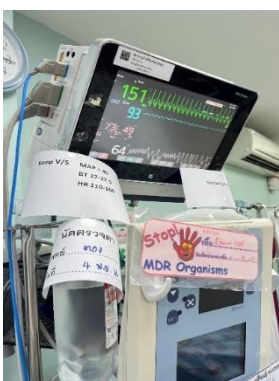
1. เพื่อให้ทารกได้รับการตรวจ/ได้รับวัคซีน/การปฏิบัติทางการพยาบาล ตามกำหนด ร้อยละ 100
2. บุคลากรในหน่วยงานมีความพึงพอใจ ร้อยละ 95

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ศึกษารวบรวมข้อมูลขั้นพื้นฐานทางด้านทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.จัดทำแบบทดสอบการรับรู้สัญลักษณ์โดยวิธีการจับคู่ (Matching Test)
- 3.ออกแบบระบบป้ายสัญลักษณ์ โดยคัดเลือกภาพสัญลักษณ์ที่ได้จากการประเมินการรับรู้มาใช้ร่วมกับการออกแบบ
- 4.ให้ความรู้ระบบป้ายสัญลักษณ์ แก่บุคลากรทุกคนในหน่วยงาน และทบทวนทำความเข้าใจระบบป้ายสัญลักษณ์ร่วมกัน
- 5.นำระบบป้ายสัญลักษณ์ไปใช้ในหน่วยงานและเก็บรวบรวมข้อมูล

6.ผลการดำเนินการ

ก่อนทำนวัตกรรม



หลังทำนวัตกรรม



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนการเกิดอุบัติเหตุก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

สถานการณ์	จำนวนการเกิดอุบัติเหตุ	
	ก่อนมีนวัตกรรม (ครั้ง)(ม.ค. - ก.ค.66)	หลังมีนวัตกรรม (ครั้ง)(ส.ค. - ต.ค. 66)
ROP screening	2	0
IVH screening	2	0
TSH PKU screening	2	0
การวัด OFC	4	0
งดหัตถการแขนขา	1	0
ฉีดวัคซีน HBV เข็ม 1	2	0
รวม	13	0

ตารางที่ 2 แสดงระดับความพึงพอใจต่อนวัตกรรม

หัวข้อประเมิน	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
ความสวยงาม	-	-	-	2 (10%)	18 (90%)
รูปภาพที่ใช้ในการสื่อสารทำให้เข้าใจตรงกัน	-	-	-	-	20 (100%)
ความสะดวกในการใช้งาน	-	-	-	1 (10%)	19 (95%)

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม “สะดุดตา เตือนใจ” มีประสิทธิผลทำให้ทารกได้รับการตรวจ/ได้รับวัคซีน/การปฏิบัติทางการพยาบาล ตามกำหนด ร้อยละ 100 และสร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรในหน่วยงานระดับมากที่สุด ร้อยละ 95 จากการใช้งานนวัตกรรม ข้อเสนอแนะขอความร่วมมือจากกลุ่มงานสารสนเทศ เพื่อจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม จัดทำป้ายใหม่ที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีความคงทนมากขึ้น และประเมินผลการใช้นวัตกรรมในระยะยาว ปัญหาและอุปสรรค จากการใช้งานนวัตกรรม พบว่าป้ายมีขนาดเล็ก ทำให้มองไม่เห็นไม่ชัดในระยะไกล และป้ายเคลือบใช้งานได้ไม่นานต้องทำใหม่เพราะมีรอยเปื้อนจากหมึกปากกา

8. แนวทางการพัฒนา

นำนวัตกรรมไปทดลองใช้ในหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เช่น หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1

1.ชื่อนวัตกรรม สีสหน้าแพทย์ รู้วันนัด

2.หน่วยงานที่นำเสนอ สูติกรรม 2

3.ที่มา

หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 ให้บริการดูแลมารดาหลังคลอดและผู้ป่วยโรคทางนรีเวช และมีการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการหลังจากออกโรงพยาบาล ซึ่งจากสถิติตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566 มีจำนวน 70 ราย พบว่า มีอุบัติการณ์การนัดผู้ป่วยมาผิดแพทย์หรือผิดวัน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.6 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการนัดเกิดความไม่พึงพอใจ เนื่องจากไม่ได้รับการตรวจ ต้องเลื่อนวันนัดออกไป หรือได้รับการตรวจแต่ไม่ตรงกับแพทย์เจ้าของไข้เดิม และยังทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อช่วยป้องกันการออกไปนัดผู้ป่วยผิดแพทย์หรือผิดวัน
2. เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและง่ายต่อการออกไปนัดผู้ป่วย
3. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยต่อการนัดผิดแพทย์หรือผิดวัน

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.เก็บรวบรวมสถิติจำนวนการนัดมารดาหลังคลอดและผู้ป่วยโรคทางนรีเวชเพื่อติดตามอาการหลังจากออกโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2566 – 31 ตุลาคม 2566
2. วิเคราะห์สาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้น และคิดค้นนวัตกรรมเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว
3. สร้างนวัตกรรม “สีสันหน้าแพทย์ รู้วันนัด” สี หมายถึง สีประจำตัวแพทย์ หรือสีป้ายแพทย์, หน้า หมายถึง หน้าแพทย์
4. สร้างแบบสำรวจความพึงพอใจต่อนวัตกรรม
5. ทดลองใช้นวัตกรรม “สีสันหน้าแพทย์ รู้วันนัด” ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 – 31 ตุลาคม 2566
6. เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติการนัดผู้ป่วยผิดแพทย์หรือผิดวัน โดยสอบถามไปยังห้องตรวจสูติ-นรีเวช
7. ให้ผู้ใช้นวัตกรรมประเมินความพึงพอใจหลังจากมีการทดลองใช้นวัตกรรม “สีสันหน้าแพทย์ รู้วันนัด” จากพยาบาล 9 ราย

6.ผลการดำเนินการ

ก่อนใช้นวัตกรรม

ตารางแพทย์ OPD นรีเวช		
วัน	แพทย์	แพทย์
วันจันทร์	แพทย์วราภรณ์	แพทย์กรรณิการ์
วันจันทร์-พุธ	แพทย์นันทนา (นรีเวช Infertile)	
วันอังคาร	แพทย์ฉัฐพร	แพทย์วิจิตระวี
วันพุธ	แพทย์สาวน้อย (นรีเวช Infertile)	อัญชารีย์
วันพฤหัสบดี	แพทย์อุษณีย์	อติดา OPD 0806
วันพฤหัสบดี-วันศุกร์	แพทย์นันทนา (นรีเวช Infertile)	
วันศุกร์	เจษฎา	อัญชารีย์

หลังใช้นวัตกรรม



ก่อนใช้นวัตกรรม

จากสถิติมารดาหลังคลอดและผู้ป่วยโรคทางนรีเวช ที่ได้รับการนัดติดตามอาการหลังจากออกโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566 จำนวน 70 ราย พบว่า มีอุบัติการณ์การนัดผู้ป่วยมาฉีด แพทย์หรือผีดวัน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.6

หลังใช้นวัตกรรม

จากสถิติมารดาหลังคลอดและผู้ป่วยโรคทางนรีเวช ที่ได้รับการนัดติดตามอาการหลังจากออกโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 – 31 ตุลาคม 2566 จำนวน 43 ราย พบว่า มีอุบัติการณ์การนัดผู้ป่วยมาฉีดแพทย์หรือ ผีดวัน จำนวน 0 ราย คิดเป็นร้อยละ 0

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นวัตกรรม “สีหน้าแพทย์ รู้วันนัด” ดังนี้

หัวข้อ	มากที่สุด
1. นวัตกรรมมีรูปแบบการใช้งานง่าย	100
2. นวัตกรรมช่วยให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว	100
3. นวัตกรรมมีความคงทน และสวยงาม	100
4. นวัตกรรมมีข้อมูลที่ทันสมัย เป็นปัจจุบัน และน่าเชื่อถือ	100
5. นวัตกรรมช่วยป้องกันการนัดฉีดแพทย์หรือผีดวันได้จริง	100

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการนำนวัตกรรม “สีหน้าแพทย์ รู้วันนัด” ไปใช้ในการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการหลังจากออกโรงพยาบาลนั้น ส่งผลให้ไม่เกิดอุบัติการณ์การนัดผู้ป่วยมาฉีดแพทย์หรือผีดวัน และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้งานมากที่สุด เนื่องจากนวัตกรรมมีรูปแบบการใช้งานง่าย ช่วยให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว มีความคงทนสวยงาม และมีข้อมูลที่ทันสมัย เป็นปัจจุบัน น่าเชื่อถือ ทำให้ช่วยป้องกันการออกใบนัดผู้ป่วยฉีดแพทย์หรือผีดวันได้จริง และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยต่อการนัดฉีดแพทย์หรือผีดวัน

8.แนวทางการพัฒนา

-

1.ชื่อนวัตกรรม Check list ปลอดภัย หัวใจแข็งแรง

2.หน่วยงานที่นำเสนอ พิเศษสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

3.ที่มา

หอผู้ป่วยพิเศษสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แพทย์นัดมา ทำหัตถการสวนหัวใจ CAG / PCI ในปีงบประมาณ 2566 จำนวนผู้ป่วยมาทำหัตถการ CAG =94 ราย PCI = 50 ราย รวมเป็น144ราย เฉลี่ยเดือนละ 12 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจ CAG / PCI มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ bleeding และเกิด Hematoma ได้ เดือนกรกฎาคม 2566 หอผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์ Hematoma 2 ครั้ง ระดับปานกลาง 1ครั้ง และ ระดับรุนแรง1 ครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและนอนรพ.นานขึ้น จากการทบทวนอุบัติการณ์พบว่าพยาบาลขาดความรู้ในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังทำ CAG , PCI และมีการรายงานแพทย์ล่าช้า

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.อุบัติการณ์การเกิด Hematomaระดับปานกลาง และระดับรุนแรง หลังทำ CAG/PCI = 0

2.ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้นวัตกรรม Check list ปลอดภัย หัวใจแข็งแรง > 90%

5.วิธีดำเนินงาน

หอผู้ป่วยเชิญทีมพยาบาล ห้อง Cath Lab มาให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย หลังทำ CAG/PCI กับพยาบาลในหอผู้ป่วย จึงมีแนวคิดจัดทำนวัตกรรม ใบ Check list ปลอดภัย หัวใจแข็งแรงขึ้น เพื่อให้พยาบาลเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Hematoma ได้เร็วขึ้นและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลทุกระดับในหอผู้ป่วย ซึ่งนวัตกรรมใบ check list CAG/PCI ได้ผ่านการตรวจสอบจากทีมพยาบาล ห้อง Cath Lab เป็นที่เรียบร้อย และนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอายุรกรรม เดือนตุลาคม 2566 จำนวน 10 ราย

6.ผลการดำเนินการ

1.อุบัติการณ์การเกิด Hematomaระดับปานกลาง และระดับรุนแรง หลังทำ CAG/PCI = 0

2.ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้นวัตกรรม Check list ปลอดภัย หัวใจแข็งแรง 96%

ตารางเปรียบเทียบก่อน-หลังใช้นวัตกรรม

จำนวนผู้ป่วย	ก่อนใช้นวัตกรรม (ก.ค.66-ก.ย.66)		หลังใช้นวัตกรรม (ต.ค.66)	
	จำนวน N =10 ราย เกิดอุบัติการณ์ Hematoma	จำนวน N =10 ราย เกิดอุบัติการณ์ Hematoma	จำนวน N =10 ราย เกิดอุบัติการณ์ Hematoma	ความพึงพอใจของพยาบาล(ร้อยละ)
1	1	0	0	100
2	0	0	0	100
3	1	0	0	100
4	0	0	0	80
5	0	0	0	100
6	0	0	0	80
7	0	0	0	100
8	0	0	0	100
9	0	0	0	100

10	0	0	100
รวม	2	0	96

แบบประเมินความพึงพอใจการใช้งานนวัตกรรมใบประเมินผู้ป่วยหลังทำ CAG,PCI

หัตถการ CAG PCI วันที่.....

เนื้อหา	ระดับความพอใจ				
	น้อยมาก (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1.เนื้อหากิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมการใช้ดูแลผู้ป่วย					
2.เนื้อหากิจกรรมมีความเข้าใจง่าย					
3.ความสะดวกของการใช้แบบฟอร์มประเมินผู้ป่วย					
4.พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนเป็นระบบมากขึ้น					
5.ผู้ป่วยมีความปลอดภัยหลังใช้นวัตกรรม					

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้ check list หลังทำ CAG/PCI มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลในหอผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำเช่น การเกิด Hematoma ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาพยาบาลและนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น

8.แนวทางการพัฒนา

ใบ check list หลังทำ CAG/PCI ที่หอผู้ป่วยพิเศษสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลราชวิทยาลัย สามารถนำไปเผยแพร่ให้หอผู้ป่วยอื่นที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ CAG/PCI สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

- 1.ชื่อนวัตกรรม Needle cap keep clean
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอายุรกรรมทั่วไป ปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูดเสมหะ ซึ่งการดูดเสมหะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อช่วยกำจัดเสมหะจากท่อทางเดินหายใจ และป้องกันการอุดตันของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นจำนวนมาก โดยมีแนวปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น การดูดเสมหะ การทำความสะอาดของช่องปากและฟัน (Suction mouth care) ภายหลังดูดเสมหะผู้ป่วยเสร็จต้องล้างสายดูดเสมหะ และเชื่อมต่อสาย connector ด้วย alcohol เพื่อความสะอาดก่อนเก็บสายเข้าที่ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในความสะอาดของสิ่งแวดล้อมบริเวณตู้ข้างเตียงผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการพบสารคัดหลั่ง ไหลจากปลายท่อดูดเสมหะ ทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรคที่บริเวณตู้ข้างเตียงผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 จึงได้คิดนวัตกรรมจากวัสดุเหลือใช้ นวัตกรรม “Needle cap keep clean” โดยใช้ปลอกเข็ม Medicut ที่เหลือใช้ นำมาเก็บปลายสายดูดเสมหะ เพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในความสะอาดของสิ่งแวดล้อมบริเวณตู้ข้างเตียงผู้ป่วย
- 2.ลดจำนวนข้อร้องเรียนในเรื่องความสะอาดของสิ่งแวดล้อมบริเวณตู้ข้างเตียงผู้ป่วย

5.วิธีดำเนินงาน

1. เก็บปลอก Medicut ซึ่งเป็นปลอกที่สะอาดไม่มีคราบเลือด โดยทิ้งเข็มที่ใช้แล้วใส่กล่องเข็มทันที
2. ใช้ปากกาเคมีระบายสีที่ปลายปลอก Medicut โดยแบ่งเป็นสองสีคือ สีน้ำเงินและสีแดง เพื่อช่วยให้มองเห็นปลอก Medicut ได้ง่าย เพื่อป้องกันการหล่นหายขณะใช้งาน
 - ปลอกสีน้ำเงินใช้กับผู้ป่วยทั่วไป
 - ปลอกสีแดงใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา
- 3.หลังจากดูดเสมหะผู้ป่วย ล้างสายดูดเสมหะ เช็ดปลาย connector ด้วย alcohol และนำปลอก Medicut มาสวมบริเวณปลายสายดูดเสมหะ ก่อนเก็บสายเข้าที่
- 4.เปลี่ยนปลอก Medicut ทุกเวอร์ (8 ชม.) เพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค

6.ผลการดำเนินการ

ตารางที่ 1 แสดงความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยในความสะอาดของสิ่งแวดล้อมบริเวณตู้ข้างเตียงผู้ป่วย ก่อนใช้นวัตกรรม เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจในญาติผู้ป่วยทั้งหมด 39 คน ได้ข้อมูลความพึงพอใจ ดังตาราง



เนื้อหา	ระดับความพอใจ				
	น้อยมาก (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
ความสะอาดของสิ่งแวดล้อมบริเวณ ตู้ข้างเตียงผู้ป่วย	5 (12.82%)	4 (10.25%)	17 (43.58%)	11 (28.20%)	2 (5.12%)

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยในความสะอาดของสิ่งแวดล้อมบริเวณตู้ข้างเตียงผู้ป่วย หลังใช้นวัตกรรม เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจในญาติผู้ป่วยทั้งหมด 38 คน ได้ข้อมูลความพึงพอใจ ดังตาราง

เนื้อหา	ระดับความพอใจ				
	น้อยมาก (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
ความสะอาดของสิ่งแวดล้อมบริเวณ ตู้ข้างเตียงผู้ป่วย	4 (10.52%)	2 (5.26%)	12 (31.57%)	15 (39.47%)	5 (13.15%)

ตารางที่ 2 แสดงข้อร้องเรียนในเรื่องความสะอาดของสิ่งแวดล้อมบริเวณตู้ข้างเตียงผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการดูแล

สิ่งที่ศึกษา	ก่อนใช้นวัตกรรม วันที่ 1 - 15 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยจำนวน 39 ราย		หลังใช้นวัตกรรม วันที่ 16-30 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยจำนวน 38 ราย	
จำนวนข้อร้องเรียนในเรื่องความสะอาดของ สิ่งแวดล้อมบริเวณตู้ข้างเตียงผู้ป่วย	5	12.82	0	0

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

การใช้ปลอกเข็ม Medicut เก็บปลายสายดูดเสมหะ สามารถป้องกันสารคัดหลั่งจากปลายท่อดูดเสมหะได้ ลดเกิดการสะสมของเชื้อโรค และช่วยรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อมบริเวณตู้ข้างเตียงผู้ป่วย

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปใช้ในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการดูแลเพื่อ ป้องกันสารคัดหลั่งจากปลายท่อดูดเสมหะ ลดเกิดการสะสมของเชื้อโรค และช่วยรักษาความสะอาดของ สิ่งแวดล้อมบริเวณตู้ข้างเตียงผู้ป่วย

1.ชื่อนวัตกรรม Safety holder

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5

3.ที่มา

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติทุกระบบ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อพยุงระบบทางเดินหายใจให้ดีขึ้น และเครื่องช่วยหายใจประกอบไปด้วย 2 ส่วนหลัก คือ ตัวเครื่องและสายวงจรทำจากวัสดุซิลิโคน (Circuit) สองสายสำหรับนำอากาศเข้าและออกจากผู้ป่วยและมี Chamber สำหรับรองรับไอน้ำจากการสร้างความชื้นของเครื่อง ปัญหาที่พบบ่อยระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้แก่การพบน้ำในสาย Circuit ที่ไม่ไหลลง Chamber เนื่องจากผุกยี้ระดับ Chamber อยู่สูงกว่าท่อทางเดินหายใจทำให้น้ำหรือสารคัดหลั่งย้อนเข้าไปทางท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักน้ำ และสิ่งคัดหลั่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรคลงท่อช่วยหายใจเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ (VAP) ได้ อีกทั้งมีการใส่สายดูดเสมหะ (Close suction) และอุปกรณ์วัด ETCO2 ที่บริเวณท่อช่วยหายใจ ทำให้ท่อช่วยหายใจมีน้ำหนักมากขึ้น ประกอบกับสายมีขนาดใหญ่และมีน้ำหนักทำให้เกิดแรงกดและการดึงรั้งของสาย เสี่ยงต่อการแผลกดทับบริเวณฝีปาก มุมปาก และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วย

ทางหอผู้ป่วยจึงได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการลดการติดเชื้อมาจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ และป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด จึงคิดค้นนวัตกรรมอุปกรณ์ “Safety holder” ขึ้นเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจขึ้นเพื่อใช้ในหน่วยงาน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.ลดการเกิด VAP จากน้ำในสายไหลย้อนเข้าสู่ท่อช่วยหายใจ
- 2.ลดแรงกดทับบริเวณริมฝีปาก มุมปากและการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จากการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจ

5.วิธีดำเนินงาน

1. ศึกษาทบทวนปัญหาที่พบบ่อยระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ค้นคว้า ออกแบบนวัตกรรมเพื่อช่วยพยุงสายเครื่องช่วยหายใจ ที่สามารถลดแรงกดทับและการดึงรั้ง
3. จัดทำนวัตกรรม และทดลองใช้ บันทึกแบบประเมินผลลัพธ์ และสรุปผล

อุปกรณ์ที่ใช้ในการประดิษฐ์

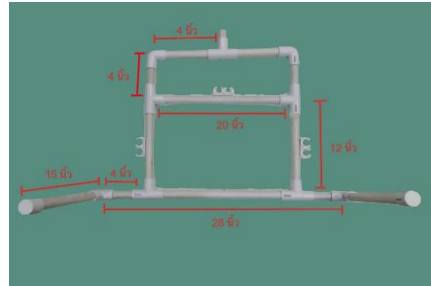
- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. ท่อน้ำยาว | 2 เมตร จำนวน 2 ชิ้น |
| 2. ท่อสามทาง | 3 หุน จำนวน 5 ตัว |
| 3. ท่อขนาดโค้ง 3 หุน | จำนวน 4 ตัว |
| 4. กีบกำมปู | 3 หุน จำนวน 6 ตัว |
| 5. นี้อยัดท่อ | 5/32 จำนวน 6 ตัว |
| 6. ตัวหนีบ | จำนวน 1 ตัว |
| 7. กาวน้ำติดท่อ | |
| 8. คีมตัดท่อ | |
| 9. ไซควง | |
| 10. กรรไกร | |



วิธีการประดิษฐ์

1. นำท่อมาตัดเป็นท่อนตามความยาวที่ต้องการ ทั้งหมด 12 ท่อน โดยวัดขนาดกับความกว้างของระยะศีรษะผู้ป่วย ขนาดดังนี้

- ท่อยาวขนาด 20 นิ้ว 2 ท่อน
- ท่อยาวขนาด 15 นิ้ว 2 ท่อน
- ท่อยาวขนาด 12 นิ้ว 2 ท่อน
- ท่อยาวขนาด 10 นิ้ว 2 ท่อน
- ท่อยาวขนาด 4 นิ้ว 4 ท่อน



2. นำก๊ีบกำมปูมาต่อกับท่อตรงกลาง จำนวน 2 ตัว และด้านข้าง 2 ตัว ทั้ง 2 ด้าน ใช้น็อตยึดให้แข็งแรงนำท่อและชิ้นส่วนต่าง ๆ ประกอบกัน

3. ติดกาวที่ท่อข้อต่อทุกส่วนให้แน่น

4. นำอุปกรณ์ที่ประดิษฐ์ ดังรูปที่ 1 ไปใช้งานกับผู้ป่วย ดังรูปที่ 2



วิธีการใช้งานอุปกรณ์

1. นำอุปกรณ์มาวางที่เตียงผู้ป่วย โดยสอดขาตั้งทั้ง 2 ข้างไว้ใต้ผ้าอย่างขวางเตียง

2. นำสายเครื่องช่วยหายใจทั้งขาเข้าและขาออกจากผู้ป่วย ยึดติดกับก๊ีบกำมปู โดยหากผู้ป่วยนอนหงายให้ยึดด้านบน หากผู้ป่วยนอนตะแคงให้ยึดด้านข้าง โดยให้ท่อช่วยหายใจด้านที่ต่อจากผู้ป่วยอยู่สูงกว่าสายเครื่องช่วยหายใจ

3. นำตัวหนีบมาหนีบไว้ระหว่างท่อช่วยหายใจและสายดูดเสมหะ (Close Suction) และเชื่อมต่ออุปกรณ์กับ ETCO2 (หากมี) ผูกเชือกยึดกับโครงด้านบน

4. หลังเลิกใช้งานอุปกรณ์ ทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเช็ดด้วย 70% Alcohol ผึ่งหรือเช็ดให้แห้งจัดเก็บในร่ม หลีกเลี่ยงการวางในที่ร้อนเพื่อป้องกันการเสื่อมประสิทธิภาพของอุปกรณ์

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม Safety holder สามารถลดการเกิด VAP จากน้ำในสายไทลยอนเข้าสู่ท่อช่วยหายใจและลดแรงกดทับบริเวณริมฝีปาก มุมปากและการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จากการติดตั้งของท่อช่วยหายใจ ข้อเสนอแนะ การประดิษฐ์นวัตกรรมจำเป็นต้องอาศัยทักษะในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือช่าง และควรคำนึงถึงความสะดวก ปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์

2.ระยะเวลาในการทดสอบประสิทธิภาพของอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ

8.แนวทางการพัฒนา

มีการเผยแพร่นวัตกรรมแก่หอผู้ป่วยอื่น ๆ ในโรงพยาบาล

1.ชื่อนวัตกรรม “Packages IV”

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

3.ที่มา

การยึดตรึง catheter กับบริเวณผิวหนังในอดีตใช้พลาสติกปิดชนิดผ้าเหนียวในการยึดตรึง ซึ่งทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้สารน้ำของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ฉบับปรับปรุงล่าสุดของฝ่ายการพยาบาล ได้เปลี่ยนเป็นใช้เทปผ้านุ่มแทนการใช้พลาสติกปิดผ้าเหนียว หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ได้พบปัญหาดังนี้ เวลาเตรียมอุปกรณ์ก่อนทำการการแทง catheter ต้องใช้เวลาในการเตรียมตัดเทปประมาณ 5 นาที ตัดเทปบางครั้งมีการตัดไม่ได้ขนาด มีขนาดใหญ่บ้างเล็กบ้าง ตัดไม่ได้ตามแนวยึดตรึงของเทปผ้า ทำให้แรงยึดตรึงไม่ดีพอ ซึ่งไม่พอต่อการใช้งาน และหอผู้ป่วยมีผู้ป่วยติดเชื้อต่างๆที่จำเป็นต้องแยกสิ่งของเครื่องใช้ หากมีการปนเปื้อนแล้วจะนำกลับมาใช้ในผู้ป่วยอื่นไม่ได้ ดังนั้นหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม จึงคิดค้นนวัตกรรม Packages IV ขึ้น เพื่อความประหยัดสะดวก รวดเร็ว ในการใช้งาน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ในการใช้งาน
- 2.สามารถนำ Packagesไปใช้ในผู้ป่วยมีการติดเชื้อโดยไม่ Contaminate กับของใช้อื่นๆ
- 3.ลดการเบิกอุปกรณ์ ไม่เบิกอุปกรณ์เกินความต้องการในการใช้งาน
- 4.เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้งานในหน่วยงานกุมารเวชกรรมในการใช้นวัตกรรมที่จัดทำขึ้น

5.วิธีดำเนินงาน

วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้

1. ซองยาที่ใช้แล้ว
2. เทปผ้า 3M Soft Cloth Tape
3. Leukomed IV film

6.ผลการดำเนินการ

สรุปผล	เดิม	หลังใช้นวัตกรรม เดือน สิงหาคม-ตุลาคม 2566
มีความสะดวก รวดเร็ว ในการใช้งาน	ใช้เวลาในการจัดเตรียม ประมาณ 5 นาที	สามารถใช้งานได้ทันที
ขนาดเหมาะสมพอดีกับผู้ป่วย	x	✓
สามารถนำไปใช้โดยในกรณีที่มีผู้ป่วยมีการติดเชื้อ	x	✓
ลดการเบิกอุปกรณ์ ไม่เบิกเกินความต้องการในการใช้งาน	10 ม้วนต่อเดือน	1 ม้วนต่อ 2 เดือน
ความพึงพอใจของผู้ใช้		
- สะดวกต่อการใช้งาน รวดเร็ว	50%	80%
- ความสวยงาม ขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วย	50%	95%

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม Packages IV ประหยัด สะดวก รวดเร็ว ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจหลังจากใช้นวัตกรรมเพิ่มขึ้น

8.แนวทางการพัฒนา

นวัตกรรม “Packages IV” สามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงานได้

1.ชื่อนวัตกรรม 7 Steps Hand Washing and 5 Moment Model

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด1

3.ที่มา

การล้างมือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมือเป็นตัวกลางในการสะสมและแพร่กระจายเชื้อโรคมิงานวิจัยที่สำคัญหลายเรื่องที่ยืนยันผลของการล้างมือระหว่างการดูแลและรักษาพยาบาลส่งผลให้ลดการติดเชื้อลงได้การติดเชื้อในโรงพยาบาลมาเป็นเชื้อที่รุนแรงและเชื้อดื้อยาต่อยาปฏิชีวนะหลายชนิดทำให้ผู้ป่วยมีอาการจากการติดเชื้อที่รุนแรงต่อให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นหรือการติดเชื้อที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาต่อมาของผู้ป่วยทารกแรกเกิด 1 เป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต อายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 7 วัน ส่วนใหญ่เป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนดซึ่งระบบต่างๆ ในร่างกายยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจการทำหัตถการพยาบาลต่างๆ ได้แก่ การเจาะเลือดส่งตรวจ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ทางผู้จัดทำจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการล้างมือที่ถูกต้องเป็นวิดีโอสื่อการสอนและรณรงค์การล้างมือ (7 Steps Hand Washing and 5 Moment Model) เพื่อให้บุคลากรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด1 รวมทั้งญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยสามารถล้างมือได้อย่างถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญของการล้างมือ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.เพื่อให้บุคลากรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด1 และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการล้างมือตามหลัก 7 Steps Hand Washing and 5 Moment และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 80

2.เพื่อช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด1

5.วิธีดำเนินงาน

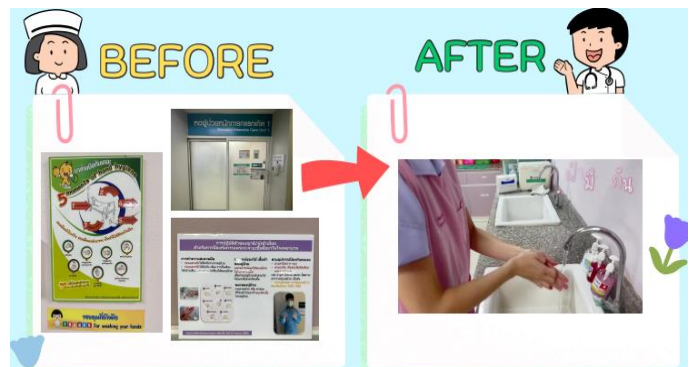
1.ประชุมปรึกษาปัญหาสาเหตุการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1

2.คิดค้น จัดทำ วิดีโอ สื่อการสอนการล้างมือ7 ขั้นตอน

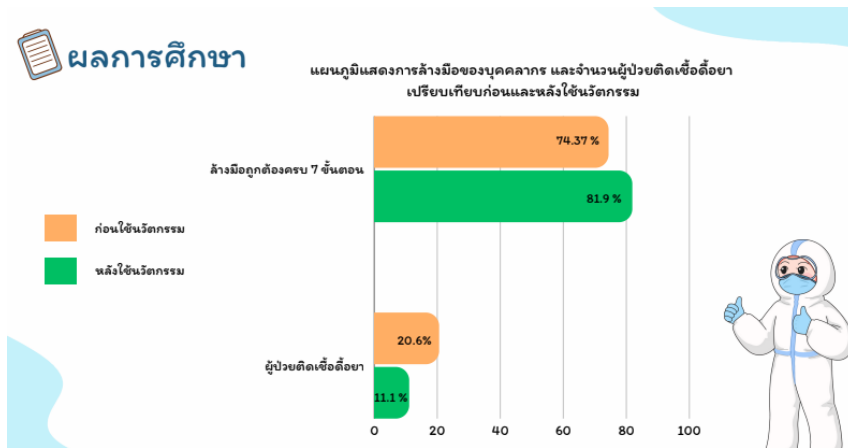
3.นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และนำไปทดลองใช้

4.สรุปและประเมินผล

6.ผลการดำเนินการ



ผลการศึกษา



7.สรุปและข้อเสนอแนะ

การจัดทำวิดีโอการสอนการกระตุ้นการล้างมือส่ง 7 Steps Hand Washing and 5 Moment ผลให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการล้างมืออย่างถูกวิธีและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องซึ่งสามารถป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 ได้

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปเผยแพร่ และแนะนำการล้างมือแก่ญาติผู้ป่วยได้

นวัตกรรม 
เดือนธันวาคม
2566

1.ชื่อนวัตกรรม เดินหน้าต่อไป สถานีไหนดี

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม 1

3.ที่มา

ปัญหาที่บุคลากรในหน่วยงานพบคือระยะเวลารอผลการเพาะเชื้อ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงติดเชื้อดื้อยา ยังไม่มีลำดับการเข้าดูแลที่ชัดเจนและให้ลำดับการพยาบาลเหมือนกับผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อดื้อยา ซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้ บุคลากรในหน่วยงานเห็นความสำคัญของจัดลำดับการให้การพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ โดยจัดลำดับดังนี้ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อดื้อยา และผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเป็นลำดับสุดท้าย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. บุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงานทราบลำดับก่อน-หลังในการเข้าหาผู้ป่วยถูกต้องตามลำดับร้อยละ 100

2. บุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงานเกิดความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมร้อยละ 90

5.วิธีดำเนินงาน

1.ประชุมปรึกษากับบุคลากรในหน่วยงานถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในเรียงลำดับการเข้าหาผู้ป่วย

2.รวบรวมข้อมูลที่ต้องทำตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน เพื่อจัดทำนวัตกรรม

3.ออกแบบหลักการใช้นวัตกรรม โดยจัดลำดับการเข้าดูแลผู้ป่วยและกำหนดการเปลี่ยนลำดับการเข้าหาผู้ป่วย โดยพยาบาลหัวหน้าเวร เวรตึกของทุกวัน

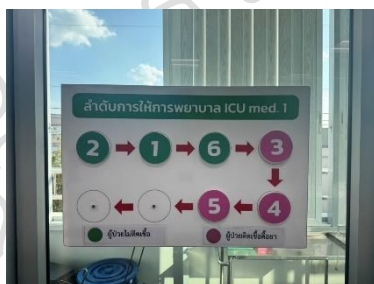
4.ประสานงานงานเวชنيเทศน์และสัตวศาสตร์ศึกษาของโรงพยาบาล

5.แนะนำวิธีการใช้งานนวัตกรรมแก่บุคลากรในหน่วยงาน และทดลองใช้นวัตกรรม

6.ประเมินความถูกต้องในการจัดลำดับการเข้าดูแลผู้ป่วย และติดตามการปฏิบัติจริง และประเมินความพึงพอใจในการใช้งานนวัตกรรม

7.พัฒนานวัตกรรมตามข้อเสนอแนะ แนะนำการใช้งานนวัตกรรมแก่บุคลากรภายนอกหน่วยงาน

6. ผลการศึกษา



จากการประเมินผลการทดลองการใช้นวัตกรรม “เดินหน้าต่อไป สถานีไหนดี” ในระยะเวลา 1 เดือน คือช่วงเดือน 20 ตุลาคม-20 พฤศจิกายน 2566 โดยมีการพัฒนานวัตกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งแรกพบว่าไม่มีคำอธิบายของสีเตียงที่ผู้จัดทำกำหนด ทำให้ผู้ใช้งานไม่ทราบว่าแต่ละสีหมายถึงผู้ป่วยประเภทไหน ครั้งที่สองพบว่าการใช้เทปกาวย้อนในการยึดติดลำดับจึงมีการปรับเพิ่มโดยใช้แม่เหล็กยึดติด สรุปผลการศึกษา ดังนี้ บุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงานทราบลำดับก่อนหลังในการเข้าดูแลผู้ป่วยถูกต้องตามลำดับร้อยละ 95 บุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงานเกิดความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมร้อยละ 95

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม “เดินหน้าต่อไป สถานีไหนดี” สามารถทำให้บุคลากรในหน่วยงานจัดลำดับการเข้าหาผู้ป่วยได้เหมาะสมและมีการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน ลดการทำงานซ้ำซ้อน รวมถึงบุคลากรภายนอกทราบประเภทของผู้ป่วยเบื้องต้นและสามารถจัดลำดับการเข้าหาผู้ป่วยได้ถูกต้อง ลดการแพร่กระจายเชื้อ ข้อเสนอแนะ มีข้อจำกัดในการเข้าหาผู้ป่วยตามลำดับที่มีการกำหนดไว้คือในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือต้องมีการทำหัตถการเร่งด่วนจึงจำเป็นต้องเข้าหาผู้ป่วยรายดังกล่าวก่อนผู้ป่วยรายอื่นๆ

8.แนวทางการพัฒนา

- ทำแนวทางคิทยาในกลุ่มโรคอื่นๆ ร่วมกับเภสัชกรในโรงพยาบาล
- ขยายผลใช้กับผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มโรคอื่นๆ และแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
- ติดตามวิเคราะห์ผลการดำเนินการและปรับปรุงให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

1.ชื่อนวัตกรรม ANC Quality Checklist

2.หน่วยงานที่นำเสนอ งานห้องฝากครรภ์

3.ที่มา

การฝากครรภ์เป็นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อตรวจติดตามประเมินการตั้งครรภ์ และตรวจคัดกรองความผิดปกติที่สามารถตรวจพบได้ รวมทั้งให้การส่งเสริมและ ป้องกันรักษาตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด การฝากครรภ์จึงมีความจำเป็นต่อมารดาทุกคน เพราะการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นภาวะเสี่ยงของสุขภาพมารดา เพื่อให้การตั้งครรภ์เป็นไปด้วยดี จนกระทั่งมารดาคลอดบุตรออกมา ด้วยความปลอดภัย ทารกมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง การฝากครรภ์จะทำให้มารดาได้รับการดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการที่ครอบคลุมตามมาตรฐานการฝากครรภ์

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ศึกษาและค้นหาปัญหา
- 2.ประชุม ปรึกษาและเสนอความคิดเห็นภายในหน่วยงาน เพื่อคิดค้นทำ นวัตกรรม
- 3.จัดทำ นวัตกรรม ANC Quality Checklist กำหนดหัวข้อและรายละเอียดให้สอดคล้องกับแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพร่วมกับแพทย์
- 4.นำนวัตกรรมไปทดลองใช้ในหน่วยงาน
- 5.ประเมินผลการใช้นวัตกรรมในหน่วยงาน และปรับปรุงนวัตกรรมก่อนนำไปใช้จริง
- 6.นำนวัตกรรมไปใช้จริงภายในหน่วยงาน

6. ผลการศึกษา

ผลลัพธ์	ก่อนทำนวัตกรรม (จำนวน 6,304 ราย)	หลังทำนวัตกรรม (จำนวน 6,229 ราย)
- ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์	47	9
- การคัดกรองดาวนซินโดรมล่าช้า	9	0
- ไม่ได้คัดกรองเบาหวาน (50 gm GCT)	6	0
- เจาะ LAB II ล่าช้า	12	1

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการนำนวัตกรรมมาใช้ในหน่วยงานหญิงตั้งครรภ์ได้รับการที่ครอบคลุมตามมาตรฐานการฝากครรภ์ และนอกจากนั้นยังสามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการได้อย่างรวดเร็วและสะดวกมากขึ้น สามารถเป็นต้นแบบสำหรับผู้ปฏิบัติงานใหม่ให้ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานที่สนใจได้

1.ชื่อนวัตกรรม Breast Feeding Demonstration

2.หน่วยงานที่นำเสนอ คลินิกนมแม่

3.ที่มา

คลินิกนมแม่นอกจากเป็นคลินิกที่แก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้วยังมีการติดตามอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในมารดาเขตอ.เมืองมารดาเจ้าหน้าที่ มารดาคลอดก่อนกำหนดที่คลอดทุกวัน โดยทุกเช้าวันจันทร์-ศุกร์ พยาบาลจะขึ้นเยี่ยมติดตามที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 และ สูติกรรม 2 มีกิจกรรมให้คำแนะนำเบื้องต้น สอนสาธิตการเข้าเต้าโดยใช้ตุ๊กตา(เทคนิค Hand off) ให้กับหญิงหลังคลอดที่อยู่ในเขตอ.เมือง มารดาเจ้าหน้าที่และมารดาคลอดก่อนกำหนด คลินิกนมแม่จึงปรับวิธีการใหม่ ด้วยการเริ่มสอน/สาธิตทำอุ้มในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1ทุกเช้าวัน จันทร์ พุธ ศุกร์ เพื่อเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดทุกคนในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โซนห้องสามัญ ได้รับความรู้ ได้มองเห็นการสาธิตเทคนิคการอุ้มลูกเข้าเต้า โดยการใช้นตุ๊กตาและโมเดลเต้านม

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับคุณแม่หลังคลอด

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 เพื่อจัดสรรเวลาที่จะทำการสาธิตนำลูกเข้าเต้า
- 2.พยาบาลคลินิกนมแม่ เตรียมอุปกรณ์ เพื่อทำการสาธิต ในลิ้นชักของผู้ป่วย เวรเช้า ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์
3. เริ่มสาธิตหลังจากกุมารแพทย์ สูติแพทย์ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ประมาณ 10.00น.ใช้เวลา 15-20นาที
- 4.เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามาซักถาม
- 5.ให้ครอบครัวสแกนคิวอาร์โค้ด VDO สาธิตทำอุ้ม การป้อนแก้วที่ถูกต้อง การระบายนมแม่ ปีบนมแม่ด้วยปลายนิ้วมือ เบอร์ติดต่อของคลินิกนมแม่

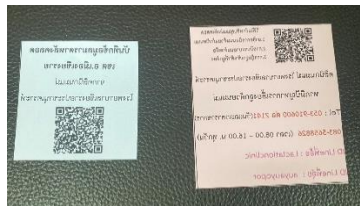
สื่อการสอน



โมเดลเต้าเทียม



ตุ๊กตา



QR code



ภาพสัญญาณหิวของทารก



โมเดลลูกแก้วจำลองความจุของกระเพาะอาหารทารก

ขั้นตอนปฏิบัติ

- 1.แนะนำตัวพยาบาลคลินิกนมแม่
- 2.อธิบายความจุของกระเพาะอาหาร กับ กลไกการไหลของนมแม่
- 3.อธิบายเทคนิค3 ด. (ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี)

- 4.แนะนำท่านอนให้นมลูก สาธิตทำนึ่งที่สุขสบาย และการอุ้มลูกเข้าเต้าอย่างถูกวิธี
- 5.อธิบายความเสี่ยงของการใช้ขวด กลไกที่แตกต่างระหว่างการดูดเต้า เหตุผลในการใช้ แก้วป้อนนม
- 6.สัญญาณหิว 3 ระดับของลูก
- 7.อธิบายข้อระวังในการป้อนเสริมด้วย Cup Feeding/Spoon Feeding
- 8.อธิบายอาการที่ลูกได้นมพอ ได้แก่ เต้านมนุ่มลง และการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะของลูก
- 9.สาธิต การป้อนนมด้วยปลายนิ้วมือ

6. ผลการศึกษา

เดือน	จำนวนหญิง หลังคลอด (คน)	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปาน กลาง	พึงพอใจน้อย	ไม่พึงพอใจ
ก.ค.2566	22	20 (90.90%)	2 (9.09%)	0 (0%)	0 (0%)
ส.ค.2566	14	13 (92.85%)	1 (7.14%)	0	0

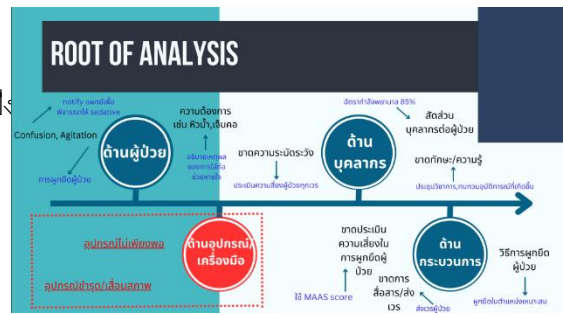
7.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.มารดาหลังคลอดคลายกังวล สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ มีความมั่นใจมากขึ้น
- 2.มารดาหลังคลอดทราบ อาการที่ลูกได้นมแม่เพียงพอ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 3.เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือนในเขต อ.เมือง
- 4.มารดาหลังคลอดรู้เท่าทันการใช้นมผสม ป้อนเสริมทารกด้วย Cup/Spoon ที่ถูกต้องและเหมาะสม ทราบ ความเสี่ยงของการใช้ขวดนมในวัยที่ทารกยังไม่พร้อม ซึ่งอาจทำให้ทารกเกิดภาวะสับสนห้วนนมได้
- 5.เพิ่มบริการที่ประทับใจแก่มารดาหลังคลอดจากหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 คลินิกนมแม่และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

8.แนวทางการพัฒนา

-

นวัตกรรมนี้



- 1.ชื่อนวัตกรรม Safety circute fixed
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
- 3.ที่มา

อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดและเลื่อนตำแหน่งจากการตั้งรั้งของท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เดือน ตุลาคม ปี 2565 ถึง มีนาคม ปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้งหมด 274 ราย พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดและเลื่อนตำแหน่งจากการตั้งรั้งของท่อช่วยหายใจ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.64 เนื่องจากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีภาวะน้ำท่วมปอดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีระดับความรู้สึกตัวปกติ สามารถเคลื่อนไหวเปลี่ยนอริยาบถตนเองได้เล็กน้อย จึงมีความส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และพบว่าด้านอุปกรณ์/เครื่องมือต่างๆในการยึดตรึงท่อช่วยหายใจเกิดการชำรุดไม่มีประสิทธิภาพ และมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนจากตำแหน่งและเกิดการตั้งรั้งท่อช่วยหายใจส่งผลให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทางหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จึงได้มองเห็นถึงปัญหาและคิดค้นนวัตกรรม Safety Circuit Fixed เพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อลดการเลื่อนหลุด และตำแหน่งจากการตั้งรั้งของท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิด VAP ในหอผู้ป่วย

5.วิธีดำเนินงาน



1.จัดเตรียมอุปกรณ์ในการจัดทำ Safety Circuit Fixed

ผ้าลินิน ดินตุ๊กแก เข็มและด้าย







2.นำดินตุ๊กแกที่เราเตรียมไว้มาเย็บเข้ากับผ้าลินินหรือผ้าใยสังเคราะห์ให้ครบทั้ง 4 ด้าน



ขนาดของชิ้นงานนวัตกรรมเข้าล็อคพอดีกับตำแหน่งขอบเตียง ทำให้ยึดตรึง circuit ได้ดี




ใช้ทดแทนอุปกรณ์ที่ชำรุดภายในหอผู้ป่วยได้




เมื่อพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยสามารถถอด/ปรับ สายcircuit ได้ง่าย

ชิ้นงานนวัตกรรมมีขนาดเล็ก สามารถเก็บรักษาได้ง่าย

ก่อนทดลอง

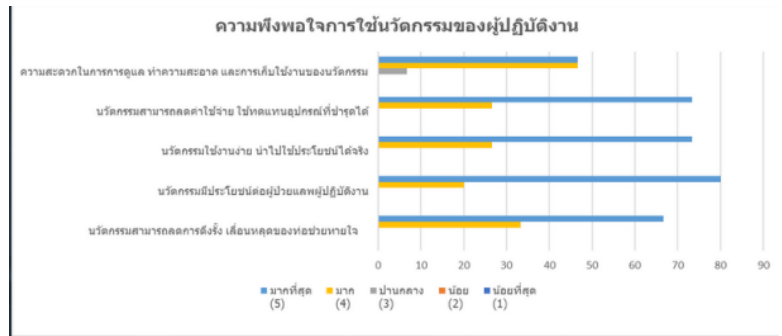


หลังทดลอง



6. ผลการศึกษา

ผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม	ผลการศึกษา			
	ก่อนการใช้นวัตกรรม (ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ปี 2565 ถึง มีนาคม ปี 2566) จำนวน (N) = 274 ราย		หลังการใช้นวัตกรรม (ตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง กันยายน ปี 2566) จำนวน (N) = 263 ราย	
	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
1.อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	5	1.8	4	1.5
2.อุบัติการณ์การเลื่อนตำแหน่งจากการตั้งรั้งของท่อช่วยหายใจ	5	1.8	2	0.7



7.สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและทดลองใช้นวัตกรรม Safety Circuit Fixed ในกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ระหว่างเดือน เมษายน ถึง กันยายน ปี 2566 ในผู้ป่วย จำนวน 263 ราย พบว่าอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 และอุบัติการณ์การเลื่อนตำแหน่งจากการตั้งรั้งของท่อช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.7 ซึ่งมีจำนวนอุบัติการณ์ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้นวัตกรรม

จากการศึกษาและทดลองใช้นวัตกรรม Safety Circuit Fixed โดยผู้ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวน 15 คน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการใช้นวัตกรรม ร้อยละ 93.33 หรือ ค่าเฉลี่ย 4.66 = ระดับพึงพอใจมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรใช้วัสดุที่เป็นพื้นผิวที่ทำความสะอาดได้ง่าย
- 2.ควรใช้วัสดุที่สามารถนำไปซัก ทำความสะอาดได้
- 3.ควรเพิ่มความยาวของชิ้นนวัตกรรม

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำนวัตกรรมทดลองใช้กับหอผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ และชำรุดเสียหายในโรงพยาบาลได้

1.ชื่อนวัตกรรม Fast Pass ลดระยะเวลารอคอย OPD

2.หน่วยงานที่นำเสนอ มวลชนสัมพันธ์

3.ที่มา

จุดบริการมวลชนสัมพันธ์ เป็นด่านแรกที่ต้องคัดกรองผู้ป่วยไปห้องตรวจต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกล้นนั่งเปลนอน ในรายที่มีการส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน โดยมีพยาบาล Refer หลังทำบัตรส่งผู้ป่วยไปห้องตรวจต่างๆ มีปัญหาในการรอพนักงานเปลนาน และถ้าเป็นผู้ป่วยใหม่ต้องลงทะเบียนโดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเท่านั้น ไม่สามารถลงทะเบียนผ่านระบบKios ได้ ในบางช่วงเวลาโดยเฉพาะช่วงเช้าจะมีปัญหาผู้ป่วยต่อคิวทำบัตรจำนวนมาก ทำให้เกิดความล่าช้ามากยิ่งขึ้น บางรายระยะเวลารอคอยที่รอพนักงานเปลมารับมากกว่า 30 นาที โดยเฉพาะช่วงเวลาพักกลางวัน 11.00-13.00 น. เนื่องจากจำนวนพนักงานเปลน้อยลงจากการแบ่งพักรับประทานอาหารกลางวัน และมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอไปห้องตรวจได้

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลRefer โรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถกลับไปปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น
- 2.ลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยได้รับการพบแพทย์เฉพาะทางได้เร็วขึ้น ถูกแผนก พยาบาล Refer ได้รับการส่งต่ออาการผู้ป่วยกับพยาบาลประจำแผนกโดยตรง

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ติดต่อศูนย์คอมพิวเตอร์ จัดทำระบบ Thai Refer
- 2.ประสานโรงพยาบาลชุมชนและห้องฉุกเฉินในกรณีที่มีผู้ป่วย Refer และมีพยาบาลมาส่ง ในผู้ป่วยส่งตรวจห้องตรวจผู้ป่วยนอก ให้ประสานแผนกมวลชนสัมพันธ์ในระบบ Thai Refer เบอร์โทร 053910600 ต่อ 1771 หรือ 1290 เพื่อลงทะเบียนล่วงหน้าของผู้ป่วย พร้อมประสานหน่วยจ่ายกลางหากมีอุปกรณ์ที่ต้องเบิกคืน โรงพยาบาลชุมชน สามารถแจ้งส่งเวรที่พยาบาลมวลชนสัมพันธ์ เพื่อรับใบเบิกอุปกรณ์และนำไปปรับอุปกรณ์ได้ที่หน่วยจ่ายกลาง โทร 3174 , 3175 หลังการส่งผู้ป่วยที่แผนกเสร็จเรียบร้อย
- 3.ประสานศูนย์เปล ในกรณีที่มีผู้ป่วยRefer ที่มีพยาบาลมาส่ง ให้นำผู้ป่วย พร้อมพยาบาล Refer มารับเอกสารที่ลงทะเบียนไว้แล้วที่จุดคัดกรองมวลชนสัมพันธ์ พร้อมรอส่งผู้ป่วยไปแผนก

6. ผลการศึกษา

จากการเก็บระยะเวลารอคอยผู้ป่วย Refer ตั้งแต่ 23 สิงหาคม 2566

เดือน	จำนวน	ระยะเวลารวม (นาที)	เวลาเฉลี่ยต่อราย (นาที)
สิงหาคม	14	105	7.30
กันยายน	38	181	4.45
ตุลาคม	38	123	3.25
พฤศจิกายน	36	68	1.52

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

พบว่าระยะเวลารอคอยมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ

8.แนวทางการพัฒนา

ขยายผลในลดระยะเวลารอคอยเคส Refer ระดับจังหวัดเช่น พะเยา เชียงคำ

REFER จาก swx.

ชื่อ..... HN.....

อุปกรณ์.....

ส่งห้องตรวจ.....

Admit.....

ผู้บันทึก.....(มวลชนสัมพันธ์)

ผู้รับคืน.....(swx.)

ผู้จ่ายคืน.....(หน่วยจ่ายกลาง)

1.ชื่อนวัตกรรม ต้นกล้าตรวจการนอนหลับ

2.หน่วยงานที่นำเสนอ ศูนย์โรคตรวจการนอนหลับ หอผู้ป่วย หู คอ จมูก

3.ที่มา

ศูนย์การตรวจการนอนหลับ หอผู้ป่วยโสต นาสิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ในลักษณะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยการนัดตรวจ ผู้ป่วยจะได้รับการนัดตรวจจาก OPD โสต นาสิกและ OPD อายุรกรรม ระยะการนัดตรวจจาก OPD จนถึงวันตรวจ ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน - 6 เดือน จากการปฏิบัติงานพบว่า ภาระงานของเจ้าหน้าที่ OPD มีมากและมีผู้ป่วยหลายโรคมารับบริการในครั้งเดียวกัน ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจการนอนหลับ วันตรวจผู้ป่วยเด็กไม่ยอมกามาตรวจและไม่ให้ความร่วมมือในการติดอุปกรณ์การตรวจ เพราะกลัวว่าจะมีการเจาะเลือดหรือฉีดยา เจ้าหน้าที่ศูนย์ตรวจการนอนหลับจึงได้เห็นถึงความสำคัญปัญหาดังกล่าว ดังนั้นจึงได้จัดทำ นวัตกรรมสื่อการสอนเรื่อง “ ต้นกล้าตรวจการนอนหลับ ” เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจการนอนหลับและขั้นตอนการตรวจ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเด็กในการเข้ารับการตรวจการนอนหลับ และนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการตรวจการนอนหลับ

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการตรวจการนอนหลับมาตรวจตามนัด ให้ความร่วมมือในการขณะทำการตรวจ

5.วิธีดำเนินงาน

1.ขั้นเตรียมการจัดทำ

- ประชุมปรึกษาภายในทีมถึงปัญหาที่เกิดขึ้น
- ศึกษาและรวบรวมทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เพื่อจัดทำนวัตกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น

2.ขั้นตอนการจัดทำนวัตกรรม

- ศึกษาข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้อง รูปแบบสื่อที่เหมาะสมกับเนื้อหา
- ออกแบบและจัดทำนวัตกรรมสื่อการสอนในรูปแบบนิทาน
- จัดทำ QR Code เพื่อ scan นวัตกรรม

3.ประเมินผลการใช้นวัตกรรม “ต้นกล้าตรวจการนอนหลับ” โดยการใช้แบบสอบถามและการสังเกต ภายหลังการตรวจเสร็จสิ้น

6. ผลการศึกษา

ตารางเปรียบเทียบการมาตรวจตามนัดผู้ป่วยเด็กที่มาตรวจการนอนหลับ ก่อนการใช้นวัตกรรมและหลังการใช้ นวัตกรรม

	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังการใช้นวัตกรรม	
	1 พค.2566 - 30 กค.2566		1 สค.2566 - 30 ตค.2566	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาตรวจตามนัด	44	76	48	92
ไม่มาตรวจ	14	24	4	8

จากตารางเปรียบเทียบการใช้นวัตกรรมสื่อการสอน “ต้นกล้าตรวจการนอนหลับ ” ช่วยให้ผู้ป่วยเด็ก ให้ความร่วมมือ มาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76 เป็นร้อยละ 92

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ปกครองบางรายไม่สามารถใช้นวัตกรรมนี้ได้ เนื่องจากมีการใช้เทคโนโลยีมาเกี่ยวข้อง จึงต้องใช้เอกสารคำแนะนำของศูนย์การตรวจการนอนหลับทดแทน ซึ่งผู้ป่วยเด็กบางรายยังไม่สามารถอ่านได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาของเอกสารคำแนะนำ

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยงานที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการเข้ารับการตรวจ และมีภาระงานมาก

นวัตกรรมปีงบประมาณ 2567

1.ชื่อนวัตกรรม เคลื่อนย้ายปลอดภัย คือ หนึ่งในหัวใจวิสัยทัศน์

2.หน่วยงานที่นำเสนอ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

3.ที่มา

พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงโปรแกรมด้านความปลอดภัย

ปี 2564 พบ 3 อุบัติการณ์ (F=2, I=1)

ปี 2565 พบ 4 อุบัติการณ์ (F=2, H=1, I=1)



4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.เพื่อให้มีเครื่องมือในการประเมินและดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ชัดเจน ครอบคลุมระยะก่อนเคลื่อนย้าย
ขณะเคลื่อนย้ายและหลังเคลื่อนย้าย

2. เพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการเคลื่อนย้าย

5.วิธีดำเนินงาน

1) รวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2) นำเสนออุบัติการณ์ 3 ปี ย้อนหลังในที่ประชุมกลุ่มงาน แยกตกตามสาเหตุได้แก่ ผู้ป่วย ทีม อุปกรณ์ และ
เอกสาร-การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ร่วมหาแนวทางปรับปรุงคุณภาพการบริการเกี่ยวกับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3) รวบรวมแนวทางที่ได้ ร่วมกับศึกษาเอกสาร ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้าย
ในการป้องกันอุบัติการณ์จากการเคลื่อนย้ายทั้ง 4 สาเหตุ เพื่อจัดทำเป็นเครื่องมือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

4) นำเสนอเครื่องมือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ปลอดภัย ภายใต้ชื่อ "TRANSPORT PASSPORT" ในที่ประชุม
กลุ่มงาน สอบถามความคิดเห็นของบุคลากรในกลุ่มงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเคลื่อนย้าย

5) นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

6) นำ "TRANSPORT PASSPORT " ทดลองใช้ 1 สัปดาห์ แล้วติดตาม รวบรวมปัญหา อุปสรรค ข้อดี
ผลการใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้ใหม่ แบบ PDCA ต่อเนื่อง จนกว่าจะได้ต้นแบบที่ดีที่สุด

6. ผลการศึกษา

1.ได้เครื่องมือในการประเมินและดูแลการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย “TRANSPORT PASSPORT VERSION 10”

รายละเอียด TRANSPORT PASSPORT VERSION 10

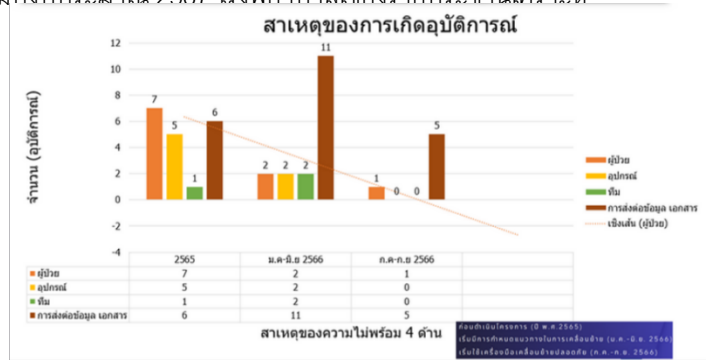
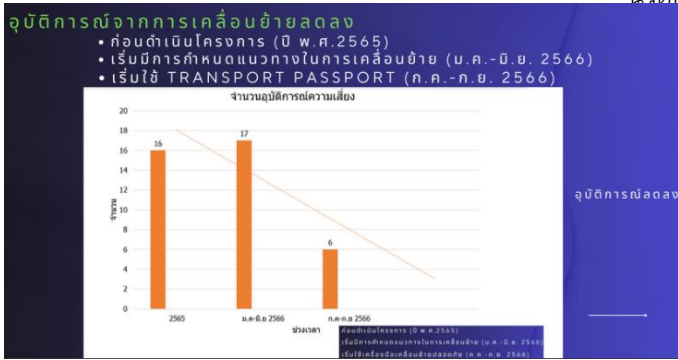
1.ประเมินผู้ป่วยตาม NATIONAL EARLY WARNING
SCORE (NEWS)

2.การพยาบาลก่อนเคลื่อนย้าย 4 ด้าน

3.การพยาบาลระหว่างเคลื่อนย้าย

4.การพยาบาลเมื่อยุติการเคลื่อนย้าย





7.สรุปและข้อเสนอแนะ

โครงการเคลื่อนย้ายปลอดภัย คือ หนึ่งในหัวใจสำคัญช่วยลดจำนวนอุบัติเหตุความเสี่ยงจากการเคลื่อนย้ายลดระดับความรุนแรงของความเสียหาย และลดสาเหตุของอุบัติเหตุการเคลื่อนย้าย

8.แนวทางการพัฒนา

มีประเด็นเรื่องการจำแนกประเภทผู้ป่วย ที่ต้องมีการปรับแก้ไข โดยการใช้หลักฐานทางวิชาการและการตกลงของผู้ปฏิบัติซึ่งกำลังดำเนินการพัฒนา TRANSPORT PASSPORT VERSION 11ต่อไป



1.ชื่อนวัตกรรม Safety Transfer Box Patho ปลอดภัย ใส่ใจขวดแก้ว

2.หน่วยงานที่นำเสนอ ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

3.ที่มา

ศูนย์ส่องกล้อง มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและทางเดินน้ำดี นอกจากนี้รวมถึงการส่องกล้องระบบทางเดินหายใจ (bronchoscope) อีกด้วย ปัจจุบันนี้มีเหตุการณ์มีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้น และมีความหลากหลายในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ และที่ผ่านมามีเกิดอุบัติเหตุระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ทำให้ขวดแก้วแตก ชิ้นเนื้อได้รับความเสียหายอาจทำให้ต้องส่องกล้องซ้ำ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จึงได้คิดค้นนวัตกรรม Safety Transfer Box Patho ปลอดภัย ใส่ใจขวดแก้วขึ้น

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

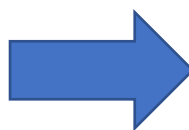
1. ลดอุบัติเหตุแผ่น slide ตกแตกขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
2. เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย มีความปลอดภัย
3. ลดอุบัติเหตุการส่องกล้องซ้ำ
- 4.เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการใช้งานนวัตกรรมนี้ 95%

5.วิธีดำเนินงาน

1. จัดหาอุปกรณ์ในการทำนวัตกรรม ได้แก่ ขวดน้ำเกลือล้างแผลขนาด 1000 ml และ สาย extension tube 36 cms
2. ใช้กรรไกรตัดขวดน้ำทั้ง 2 ขวด เท่าๆกันทั้ง 2 ขวด
3. ใช้ตุ้ตู่เจาะรูเพื่อใช้สาย extension tube ร้อยเป็นเชือก
4. นำขวดน้ำประกบรวมกัน และใช้สาย extension tube มัดและร้อยเป็นเชือกพร้อมใช้งาน
5. ประเมินความพึงพอใจ



ก่อนใช้งาน



หลังใช้งาน



6. ผลการศึกษา

- 1.ระดับความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ 95 %
- 2.ไม่มีอุบัติเหตุการณ์แผ่น slide ตกแตกเสียหาย
- 3.ผู้ป่วยไม่มีอุบัติเหตุการณ์การกลับมาส่งกล้องซ้ำ
- 4.เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยไม่เกิดความเสี่ยง

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม Safety Transfer Box Patho ปลอดภัย ใส่ใจขวดแก้ว คือการดัดแปลงจากอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว นำกลับมาประดิษฐ์เป็นนวัตกรรมใช้ใหม่ ลดการเกิดอุบัติเหตุการณ์ขวดแก้วแตก แผ่น slide เสียหายและเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยสัมผัสสารเคมี และที่สำคัญผู้ป่วยไม่ได้กลับมาส่งกล้องซ้ำอีก และการส่ง Patho ปลอดภัย

8.แนวทางการพัฒนา

ทางหอผู้ป่วยมีการส่ง Patho สามารถใช้นวัตกรรม transfer patho ไปยังตึกอื่นๆได้ หรือ transfer กลับมายังห้องส่งกล้องเดิมได้

1.ชื่อนวัตกรรม กล่องขนส่ง Blood gas

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

3.ที่มา

ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 มีจำนวนครั้งของการตรวจก๊าซในเลือดดำ ระหว่างเดือน เม.ย-ก.ค 2566 จำนวน 47 ครั้ง ซึ่งหลักในการส่งตรวจคือหลังเจาะเลือดแล้วต้องส่งทันที ไม่ให้มีฟองอากาศ ไม่ให้เลือดแข็งตัวและต้องแช่เย็น เพื่อช่วยยับยั้งอัตราการครกธาตของเม็ดแดงในตัวอย่างเลือดได้ โดยปกติทางหอผู้ป่วย จะใช้วิธีการส่งตรวจด้วยการใช้ Cold pack ชนิดอ่อนและวางบนภาชนะที่มีฝารองถาด แต่ปัญหาที่พบคือ บางครั้ง Cold pack ชนิดอ่อนไม่เพียงพอต่อการใช้งาน จึงต้องมีการนำ Cold pack ชนิดแข็งมาใช้แทน ทำให้ระหว่างนำส่งห้องปฏิบัติการเกิด Tube Venous blood gas ร่วงและแตกหักได้ (สถิติในหอผู้ป่วยพบว่า Tube แตก 1 ครั้ง , Clot 4 ครั้ง) ทำให้ต้องเสียเวลาเจาะเลือดใหม่ ได้รับความล่าช้า ผู้ป่วยเกิดความกลัว/ความเจ็บปวดจากการทำหัตถการ และการเก็บ Cold pack ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย รูปทรงไม่คงสภาพ ดังนั้นทางหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้นำมาสู่การประชุมในหน่วยงาน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

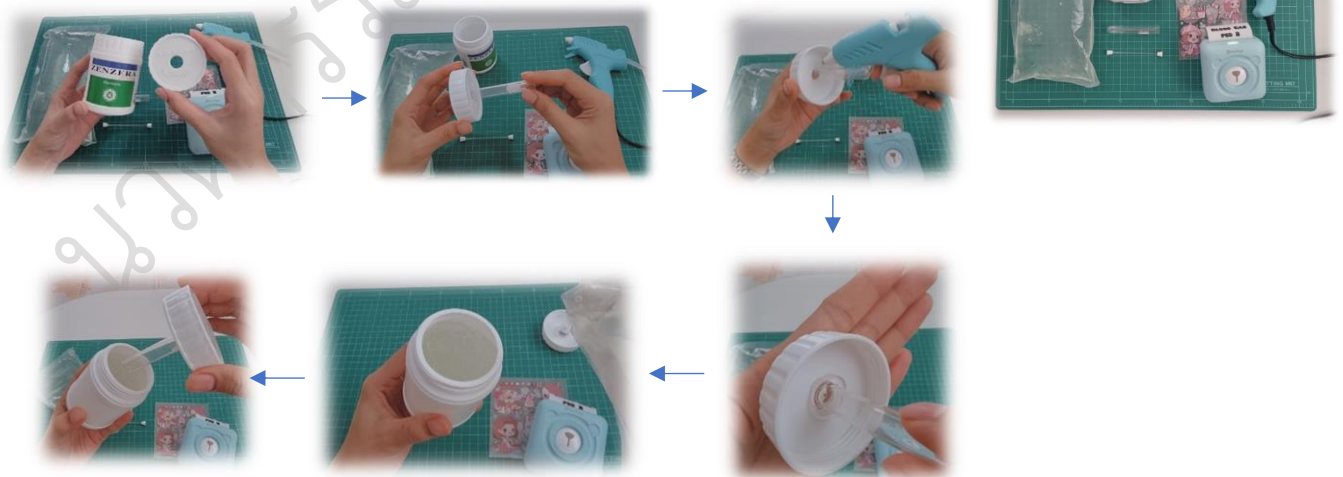
- 1.เพื่อให้ง่ายต่อการจัดเก็บ สะดวกในการหยิบใช้และคงอุณหภูมิของกล่องขนส่ง
- 2.เพื่อป้องกันการแตกของ Tube เลือดจากการกดทับของ Cold pack / Clot ของเลือด

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ประชุมภายในหน่วยงานถึงปัญหาที่เกิดขึ้น
- 2.วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา

วิธีการปฏิบัติงาน

- 1.จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับจัดทำกล่องขนส่งตัวอย่าง ได้แก่ กระจ่างพลาสติก สูง 3.5 นิ้ว เส้นผ่าศูนย์กลาง กว้าง 2.5 นิ้ว/ Tube แก้ว สูง 3 นิ้ว/ เจลเย็น/ กาวเทียน/ อุปกรณ์ตกแต่งตามประสงค์
- 2.จัดทำกล่องขนส่งตัวอย่าง



3. นำนวัตกรรมกล่องขนส่งไปใช้จริงพร้อมประเมินผล



6. ผลการศึกษา

	ก่อนใช้นวัตกรรม เม.ย.- ก.ค. 66 (N = 47)	หลังใช้นวัตกรรม ส.ค.-พ.ย. 66 (N = 20)
Tube แตก	1 (2.12 %)	0 (0 %)
Tube clot	4 (8.51 %)	0 (0 %)
ระยะเวลาในการรอดผล blood gas	25 - 30 นาที (กลับมาเจาะเลือดใหม่ – นำส่ง – รอผลเลือด – รายงานแพทย์)	10 - 15 นาที (ไม่พบอุบัติเหตุ tube แตก หรือ clot)

จากการติดตามการปฏิบัติพบว่าหลังมีการทดลองใช้นวัตกรรมกล่องขนส่ง ยังไม่พบอุบัติเหตุ Tube Venous blood gas ร่วง แตก Clot

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการใช้กล่องนวัตกรรมพบปัญหาว่า กล่องนวัตกรรมมีขนาดเล็กกว่าขนาดกล่องส่ง Blood gas ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ทำให้กล่องนวัตกรรมเลื่อนไหลไปมาภายในกล่อง ทางหอผู้ป่วยจึงเสนอแนะว่าต้องใส่กล่องนวัตกรรมจำนวน 3 กล่องหรือเพิ่ม Cold pack ไว้ในช่องว่างภายในกล่องทางโรงพยาบาลจัดให้เพื่อกล่องนวัตกรรมเลื่อนไหล

8.แนวทางการพัฒนา

เผยแพร่แนวทางการปฏิบัติไปยังหอผู้ป่วยที่สนใจ เพื่อพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสม และสะดวกในการปฏิบัติต่อไป

- 1.ชื่อนวัตกรรม check for sure เช็คให้ชัวร์
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 3.ที่มา

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (stroke) ถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 15.0 และก่อให้เกิดความพิการตลอดชีวิตสูงร้อยละ 60 ผู้ป่วย Stroke Fast Track Walk in mEmS /Refer(ที่มีเกณฑ์เข้ารับ rt-PA หรือ MT) ทุกราย ต้องได้รับการเจาะเลือด CBC, PT, PTT, Blood Sugar, BUN, Creatinine, Electrolytes, Troponin-I, Anti-HIV,ESR,VDRL(optional) และ G/M

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. พยาบาลวิชาชีพในชั้นนวัตกรรมกล่องส่ง LAB STROKE FAST TRACK ในการเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 80%
2. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมกล่องส่ง LAB STROKE FAST TRACK ในการเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ > 80%
- 3.ผู้ป่วยได้รับการเจาะ LAB STROKE FAST TRACK ครบถ้วน และส่ง (Cr, CBC, PT PTT INR)ภายในเวลา 10 นาทีหลัง Activate STROKE FAST TRACK > 80%

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ประชุมปรึกษาหารือร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการส่ง LAB STROKE FAST TRACK
- 2.จัดทำนวัตกรรมกล่องส่ง LAB STROKE FAST TRACK
- 3.ประชุมพยาบาลวิชาชีพ เพื่อชี้แจงแนวปฏิบัติการเตรียม tube lab การส่ง lab do you to tube lab ที่ต้องส่งต่อเข้าหอผู้ป่วย
- 4.ประสานห้อง LAB ทราบเกี่ยวกับนวัตกรรม LAB STROKE FAST TRACK เมื่อเข้าช่องทางแลปด่วน
- 5.ปฏิบัติการตามแนวปฏิบัติการส่ง LAB STROKE FAST TRACK ในผู้ป่วย STROKE FAST TRACK
- 6.ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรม
- 7.สรุปผลการใช้นวัตกรรมและแนวทางปฏิบัติเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติเดิม



6. ผลการศึกษา

ตารางแสดงการส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในเดือน พฤศจิกายน 2566

กลุ่มโรคในท้องฉุกเฉิน ER CRH	จำนวนครั้ง การส่งส่งตรวจ	นวัตกรรม check for sure	การใช้ นวัตกรรม check for sure คิดเป็นร้อยละ
Stroke Fast Track	27	27	100
Trauma Fast Track	13	11	84.6
Sepsis	320	315	98.4
Ectopic	2	2	100
รวม	362	355	98.06

ตารางเปรียบเทียบการส่ง LAB STROKE FAST TRACK เดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน 2566

เดือน	จำนวนผู้ป่วย STROKE FAST TRACK ที่ได้รับการเจาะแลปที่ ER ทั้งหมด	Activate STROKE FAST TRACK to Request LAB < 10 min	คิดเป็นร้อยละ
กันยายน	24	20	83.33
ตุลาคม	16	12	75
พฤศจิกายน	27	21	77

- 1.พยาบาลวิชาชีพใช้นวัตกรรมกล่องส่ง LAB STROKE FAS TRACK ในการเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 98.06%
- 2.พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมกล่องส่ง LAB STROKE FAST TRACK ในการเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับมากที่สุด 90.4%
- 3.ผู้ป่วยได้รับการเจาะ LAB STROKE FAST TRACK ครบถ้วน และส่งแลปด่วน (Cr, CBC, PT PTT INR) ภายในเวลา 10 นาที หลัง Activate STROKE FAST TRACK 77%

ตารางแสดงความพึงพอใจในนวัตกรรม เช็คให้ชัวร์ (check for sure)

หัวข้อความพึงพอใจ	ร้อยละระดับความพึงพอใจ		
	มากที่สุด	มาก	น้อย
โครงสร้างของนวัตกรรมมีความแข็งแรง	88.5	11.5	0
การออกแบบนวัตกรรมมีความคิดสร้างสรรค์และสวยงามน่าใช้	84.6	19.2	0
นวัตกรรมมีความสะดวกต่อการใช้งาน บุคลากรทุกคนสามารถเตรียม tube เลือดได้ถูกต้องและครบถ้วน	92.3	7.7	0
นวัตกรรมทำให้ผู้เตรียม tube มีความมั่นใจและจัดเตรียมได้ครบ รวดเร็วขึ้น	96.2	3.8	0
เฉลี่ย	90.4	10.55	0

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพใช้นวัตกรรมกล่องส่ง LAB STROKE FAST TRACK และมีความน่ังพอใจในการใช้นวัตกรรม
- 2.ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการเจาะเลือดสำหรับผู้ป่วย STROKE FAST TRACK ครบถ้วนในครั้งเดียวเนื่องจากพยาบาลวิชา ความมั่นใจว่าเจาะแลปได้ครบตามนวัตกรรมกล่องส่ง LAB STROKE FAST TRACK ส่งผลให้สามารถเตรียม tube lob และส่ง LAB STROKE FAST TRACK ได้ภายใน 10 นาทีคิดเป็นร้อยละ 77
- 3.ระยะเวลาตั้งแต่ Activate STROKE FAST TRACK to Request LAB มีตัวแปรอื่น เช่น ความยากง่ายในการเปิดหลอดเลือด เอาะเลือดของผู้ป่วย ทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ระยะเวลารอคอยส่งแลปช้า เร็ว แตกต่างกันไป ไม่ได้มีเพียงแค่นวัตกรรมเป็นตัวชี้วัดเดียว

8.แนวทางการพัฒนา

- 1.นำแนวปฏิบัติและนวัตกรรมไปใช้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.ปรับปรุงพัฒนาต่อยอดสู่แนวทางปฏิบัติการส่งแลปในกลุ่มโรคอื่นๆ ได้แก่ trauma Fast Track, sepsis และ Ectopic

- 1.ชื่อนวัตกรรม Safety Hypovolemic Shock
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยพิเศษ 84 ปีอนุสรณ์ ชั้น 6-7
- 3.ที่มา

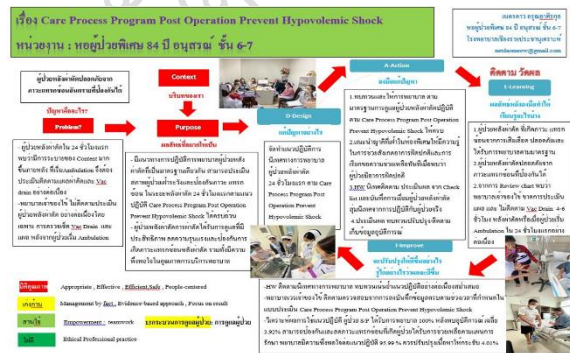
โครงสร้างของห้องพิเศษที่เป็นห้องพิเศษเดี่ยว และเป็นห้องปิด ซึ่งยากต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมองเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชม. แรก จากยอดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ปีงบประมาณ 2565-2566 เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Hypovolemic Shock ร้อยละ 7.84 ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการย้าย ICU จำนวน 1 ราย และ Re-operation จำนวน 1 ราย โดยเกิดเหตุการณ์ หลังจากผู้ป่วย Ambulation ได้แก่ ลูกนั่ง ลูกเดิน ทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ที่ใส่สายระบายทั้ง 2 ราย จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทางหอผู้ป่วย ตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังผ่าตัดได้

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. พยาบาลสามารถประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ครบถ้วน ครอบคลุมทุกราย ตามแนวประเมิน “Safety Hypovolemic Shock” ในรูปแบบของ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
2. พยาบาลสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกได้ทุกราย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic Shock
3. หน่วยงานมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ในหอผู้ป่วยพิเศษ 84 ปี อนุสรณ์ ชั้น 6-7

5.วิธีดำเนินงาน

1. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก ในหอผู้ป่วยพิเศษ 84 ปี อนุสรณ์ ชั้น 6-7 ทุก ราย
2. ประชุมกลุ่มและวางแผนการคิดค้นนวัตกรรมแนวทางการนิเทศทางการพยาบาลร่วมกัน
3. จัดทำนวัตกรรมตามแนวทางการนิเทศทางการพยาบาล “Safety Hypovolemic Shock” โดยใช้ : Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก



วัตถุประสงค์	ประเมิน
1. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock	ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
2. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock	ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
3. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock	ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
4. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock	ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
5. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock	ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
6. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock	ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
7. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock	ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
8. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock	ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
9. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock	ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
10. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock	ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้ Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock

6. ผลการศึกษา

- ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ได้รับการประเมิน 100 % จากการใช้นวัตกรรม “Safety Hypovolemic Shock” โดยใช้ : Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock
- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาการปกติ 96.07 % พบผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypovolemic Shock Post Operation และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 3.92 %
- บุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยพิเศษ 84 ปี อนุสรณ์ ชั้น 6-7 ปฏิบัติตามมาตรฐานตามแนวทางปฏิบัติ = 100 %

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

ปรับแก้แบบฟอร์มประเมิน Care Process Program Post Operation Prevent ให้กระชับง่ายต่อกาบันทึก

8.แนวทางการพัฒนา

- ขยายการใช้นวัตกรรม “Safety Hypovolemic Shock” โดยใช้ : Care Process Program Post Operation Prevent Hypovolemic Shock ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยทุกราย ที่มารับบริการภายในหอผู้ป่วยพิเศษ 84 ปี อนุสรณ์ ชั้น 6-7
- นำเสนอนวัตกรรมแผนการนี้กับหน่วยงานอื่นๆ

1.ชื่อนวัตกรรม ถักกันแสง

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธชั้น2

3.ที่มา

สถิติหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธชั้น 2 พบผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เข้ารับการรักษาเป็นอันดับแรก การรักษาพิจารณาให้ยากลุ่ม Diuretic ชนิด Furosemide ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือหยดเข้าหลอดเลือดดำ แบบต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง มีการสั่งใช้ยาชนิดหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ แบบต่อเนื่อง 24 ชม. เฉลี่ย วันละ 2 ราย คุณสมบัติของยา Furosemide ความไวต่อแสง โดยจะสลายตัวและเปลี่ยนสี เมื่อถูกแสงฟลูออเรสเซน เป็นเวลา 24 ชั่วโมง และจะมีการสูญเสียตัวยาร้อยละ 5-7 การบริหารยาแบบเดิม ใช้วิธีทำ ที่กันแสงแบบใช้แล้วทิ้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ในการรักษาอย่างสูงสุด ทางหน่วยงาน จึงได้คิดค้นนวัตกรรมถักกันแสงที่สะดวกต่อการใช้งานขึ้น

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. ผู้ป่วยได้รับยา Furosemide โดยใช้ นวัตกรรมถักกันแสงทุกราย
2. เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติหน้าที่ และพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน
- 5.วิธีดำเนินงาน



1.ประชุมกลุ่มแสดงความคิดเห็น และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

2.ทบทวนความรู้วิชาการ เรื่องยาที่มีความไวต่อแสง

3.ออกแบบอุปกรณ์ป้องกัน แสง และจัดทำอุปกรณ์

4.ทดสอบการใช้งานของอุปกรณ์ และติดตามประเมินผล

ขั้นตอนการทำ

1. ออกแบบรูปแบบของถักกันแสง โดยนำ รูปแบบของขวดยา ความยาวของสาย IV มาเป็นต้นแบบ
2. เลือกวัสดุสำหรับตัดเย็บถักกันแสง โดยเลือกวัสดุชนิดผ้า ลักษณะทึบ ไม่โปร่งแสง
3. การตัดเย็บตัดผ้า ให้เป็นขนาดสี่เหลี่ยมตามลักษณะขวดเจาะรูด้านบนสำหรับห้อยขวด เส้นผ่าศูนย์กลาง 2 เซนติเมตร ส่วนปลายเย็บเป็นลักษณะหูรูด ยืดขยายได้โดยใช้ elastic ปลอกสาย IV ใช้ผ้า ใช้เทปกาว ตีนตุ๊กแก เย็บไป ตามความยาวสาย จนสุดสาย

นวัตกรรมแบบเดิม



นวัตกรรมแบบใหม่



6. ผลการศึกษา

ตารางแสดงผลสรุปการใช้นวัตกรรม

ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมโดยใช้ถุงผ้าป้องกันแสงแบบใหม่ สามารถลดระยะเวลาเฉลี่ยจาก 12.5 นาที เหลือ 2.5 นาที (ลดลง 10 นาที/ครั้ง/ราย) และความพึงพอใจของพยาบาลต่อถุงกันแสง เพิ่มขึ้นจาก 57.14% เป็น 100%

หัวข้อ	ใช้ถุงผ้ากันแสงแบบเดิม จำนวน 25 ราย (15-30 ต.ค.66)	ใช้ถุงผ้ากันแสงแบบใหม่ จำนวน 25 ราย (10-25 พ.ย.66)
	เวลา (นาที)	เวลา (นาที)
1. ระยะเวลาในการเตรียมยา	12.5 นาที	2.5 นาที
2. ความพึงพอใจของพยาบาล ต่อถุงกันแสง	57.14%	100%

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม ถุงผ้ากันแสง ของหอผู้ป่วยสงฆ์อาหารชั้น 2 จัดทำขึ้นจำนวน 5 ชั้น โดยเฉลี่ยการใช้ นวัตกรรมนี้ วันละ 2 ราย ซึ่งนวัตกรรมมีความเพียงพอต่อการใช้งาน ทำให้ผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่มีความไวต่อแสง ชนิด FUROSEMIDE ได้รับการใช้นวัตกรรมถุงกันแสงทุกราย

8. แนวทางการพัฒนา

- การปรับเปลี่ยนวัสดุที่ง่ายต่อการทำ ความ สะอาด
- ใช้ในทุกหอผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยา furosemide ชนิดหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ

- 1.ชื่อนวัตกรรม ร่วมด้วยช่วยกันนับ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ คลินิกพิเศษเฉพาะโรค (ศูนย์เอดส์)
- 3.ที่มา

เนื่องด้วยคลินิกพิเศษเฉพาะโรคพบปัญหาการรับประทานยาไม่ถูกต้องตามขนาดและระยะเวลา รักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้กดไวรัสไม่สำเร็จ ผู้ป่วยไม่นับยาเหลือมาจากบ้านหรือแกะค่าโดยประมาณ บอกจำนวนยาเหลือมากกว่าความเป็นจริง เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ทีมรักษาจึงคิดขึ้นโครงการเตรียมความพร้อมก่อนพบแพทย์ “ร่วมด้วยช่วยกันนับ” ขึ้นมา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.ร้อยละของผู้ป่วยที่การกินยาถูกต้อง ตรงเวลา (ADHERENCE) เพิ่มมากขึ้น
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบันทึกข้อมูลยาที่รับประทานและจำนวนที่เหลือก่อนพบ พยาบาลและแพทย์ มากกว่าหรือเท่ากับ 95
3. เพื่อลดระยะเวลารอคอย ในการเตรียมความพร้อมก่อนพบแพทย์
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการ “ร่วมด้วยช่วยกันนับ” มากกว่าหรือเท่ากับ 95
5. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อโครงการ “ร่วมด้วยช่วยกันนับ” มากกว่าหรือเท่ากับ 95

5.วิธีดำเนินงาน

1.แบบฟอร์ม

Version 1

น้ำหนักกก. สูง..... ซม.
 ความดันโลหิต/..... มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที
 ยาเหลือ

Version 2

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
 ใบบริการนัดหรือมเวลา

เปิดให้บริการรับคิวพบแพทย์ รอบเช้าตั้งแต่ เวลา 07.00-12.00 น. รอบบ่ายตั้งแต่เวลา 13.00-15.00น.

เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ในการรับบริการ

- กรุณามาก่อนช่วงเวลาประมาณ 1 ชม.
- กรณีเจาะเลือดในวันนัด ในมาก่อนเวลา 2 ชม. (เพื่อการตรวจเลือดก่อนเข้าพบแพทย์) มีบริการเจาะเลือดด้วย
- ให้นำใบผลการเจาะเลือดไปด้วย

สิ่งที่ต้องเตรียมก่อนมาโรงพยาบาล (ถ้าไม่มีอุปกรณ์ มาที่โรงพยาบาลได้)

ชื่อน้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร
 วัณโรคเชื้อ เซนติเมตร วัณโรคเชื้อโรค เซนติเมตร
 วัณโรคเชื้อ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อได้เบชที่ 1
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อได้เบชที่ 2

ชาติที่รับประทาน	รางวัลจำนวน (เม็ด)

เวลารับประทานยา

2.ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย

ความสำคัญของการกินยาถูกต้อง ตรงตามเวลา ไม่ขาดยา เพื่อสร้างแรงจูงใจในการกินยา การนับเม็ดยาที่เหลือมาจากบ้าน ในกรณีผู้ป่วยอ่าน เขียนไม่ได้ให้ ญาติทุกตัวมาด้วยและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรช่วยเขียนก่อนพบแพทย์ได้

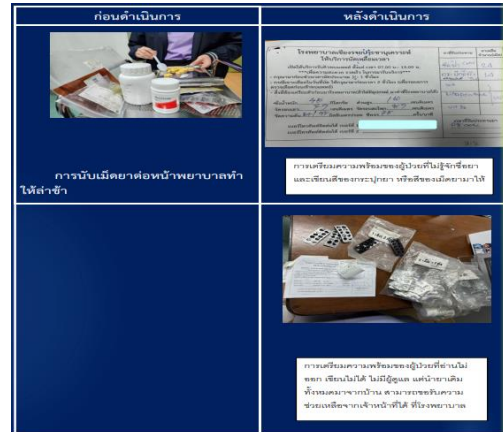
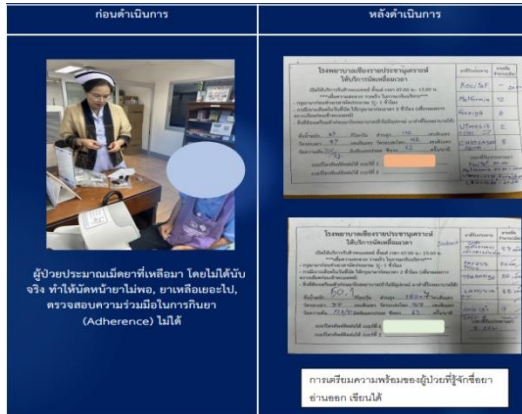
3.นำแบบฟอร์มมาทดลองใช้ในคลินิก

การปฏิบัติหลังพบแพทย์

1. หลังพบแพทย์ บุคลากรแนบแบบฟอร์มติดไปพร้อมใบนัด
2. อธิบายชี้แจงถึงความสำคัญของการกรอกข้อมูลให้ตรงกับความเป็นจริง
3. อธิบายการกรอกข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลยาที่เหลืออยู่ รวมถึงเวลาที่รับประทานยา เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เตรียมพร้อมมาจากบ้าน
4. แนะนำไม่แยกแบบฟอร์มออกจากใบนัด

การปฏิบัติก่อนพบแพทย์

1. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลตามแบบฟอร์มที่ได้รับจากผู้ป่วย ด้วยวิธีการ ทวนซ้ำไปพร้อมกัน
2. นำข้อมูลมาบันทึกลง EMR
3. นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองมาวิเคราะห์ ปรับปรุงให้เหมาะสมกับการใช้งาน



6. ผลการศึกษา

ตัวชี้วัด	ก่อนทำโครงการ	หลังทำโครงการ
1. ระยะเวลาการรอคอยก่อนพบแพทย์	1 ชม. 37 นาที	1 ชม. 10 นาที
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่กินยาถูกต้องตรงเวลา (adherence)	ร้อยละ 94	ร้อยละ 99
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกรอกรข้อมูลก่อนพบพยาบาลและแพทย์	-	ร้อยละ 96
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการ "ร่วมด้วยช่วยกันนับ"	-	ร้อยละ 98
5. ความพึงพอใจของบุคลากรคลินิกพิเศษเฉพาะโรคต่อโครงการ "ร่วมด้วยช่วยกันนับ"	-	ร้อยละ 100

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

1.ด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลการกินยา เพราะผู้ป่วยเอชไอวีที่มี MEDICATION ADHERENCE สูง (\geq ร้อยละ95) การดื้อ (DRUG RESISTANCE) ต่อยาต้านไวรัสลดลง

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยหรือญาติที่ดูแลในการให้ผู้ป่วยกินยาอย่างถูกต้อง ตรงเวลาและต่อเนื่อง นับจำนวนยาและนำยามาด้วยเป็นส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างพลัง (EMPOWERMENT) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมี DRUG ADHERENCE สูงขึ้น ผลการกดปริมาณไวรัสดี ผู้ป่วยมีความร่วมมืออย่างเข้าใจ และเกิดแรงจูงใจในการกินยา

2. ด้านการให้บริการ

การเตรียมความพร้อมในการนับยามาจากบ้านช่วยลดระยะเวลาการรอคอยในการให้บริการ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจบุคลากรสหสาขา ได้แก่ พยาบาล เภสัชกร และแพทย์ สามารถใช้ข้อมูล que ผู้ป่วยเตรียมมาทวนสอบความเข้าใจและทำให้ทราบความร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ

8.แนวทางการพัฒนา

นำหลักการนี้ไปสู่การปฏิบัติที่แผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆ

1.ชื่อนวัตกรรม หนุนสบาย หลัง Spinal block ด้วยหมอนรองคอ

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ

3.ที่มา

ผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2563-2566) มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง มีจำนวน 140,114,169 และ 170 รายตามลำดับ ภายหลังจากย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง จากห้องพักฟื้นมายังหอผู้ป่วยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ จำนวน 48,42,65 และ 41 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 34.29,35.90, 38.01 และ 23.70 ตามลำดับ ซึ่งจำเป็นต้องเฝ้าระวัง ให้การพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด หน่วยงานจึงได้คิดค้น แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมขึ้นมา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้หมอนรองคอพิเศษอุบัติเหตุ ในการเพิ่มระดับความดันโลหิตด้วยวิธีการยกระดับศีรษะขณะนอน ในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเทียมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการทำ Spinal block

2. ผู้ป่วยและบุคลากรที่ใช้หมอนรองคอพิเศษอุบัติเหตุ มีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

5.วิธีดำเนินงาน

1. ค้นหาปัญหาที่พบในหอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ

2. กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข ศึกษารวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยข้อเข่าเทียม ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการทำ Spinal block เกิดอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตต่ำ หลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก

2.1 ข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตต่ำหลังการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2566 มีจำนวนทั้งหมดดังนี้

2.2 ทบทวนสถิติจำนวนผู้ป่วยข้อเข่าเทียม ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการทำ Spinal block และการเกิดอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตต่ำ หลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก จากรายงานสถิติของศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และมอบหมายให้ Care manager รายโรคเป็นผู้ติดตามเก็บข้อมูล

3. ประชุมปรึกษา เพื่อทำการศึกษา คิดค้น ออกแบบพัฒนาคิดค้นรูปแบบนวัตกรรมหมอนรองคอ และร่วมวางแผนขั้นตอนดำเนินการ

4. จัดหาทรัพยากร เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน ประสานช่าง ออกแบบรูปแบบนวัตกรรมหมอนรองคอ ที่มีส่วนโค้งงอเพื่อให้ผู้ใช้งานอยู่ในท่าที่ถูกต้องตามหลักสรีรศาสตร์ ลดอาการปวดเมื่อย มีความสูงพอเหมาะกับช่วงต้นคอและไหล่ ช่วยเพิ่มการหมุนเวียนของโลหิต เพิ่มคุณภาพในการนอน โดยหมอนรองคอมีคุณสมบัติในการลดการเกิดแบคทีเรีย เพราะระบายอากาศได้ดี ไม่กักเก็บสิ่งสกปรก และความชื้น



6. ผลการศึกษา

ผลลัพธ์ที่ได้	ก่อนนวัตกรรม			หลังนวัตกรรม
	2563	จำนวน (คน)	2565	จำนวน (คน) 1 กย.- 30 ต.ค. 2566
1. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้นวัตกรรมในผู้ป่วย -พึงพอใจมาก -พึงพอใจมากที่สุด	N/A	N/A	N/A	7 (18.42%) 31 (81.58%)
2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของนวัตกรรม -พึงพอใจมากที่สุด	N/A	N/A	N/A	38 (100%)
3. นวัตกรรมมีความคุ้มค่า สร้างความสบายขณะใช้งาน -พึงพอใจมากที่สุด	N/A	N/A	N/A	38 (100%)
4. นวัตกรรมมีความง่ายต่อการใช้งาน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย -พึงพอใจมาก -พึงพอใจมากที่สุด	N/A	N/A	N/A	5 (13.16%) 33 (86.84%)
5. นวัตกรรมมีความสวยงาม ทันสมัย -พึงพอใจมากที่สุด	N/A	N/A	N/A	38 (100%)

ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (Target)	ผลลัพธ์ก่อนดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้	
			ครั้งที่1 ก.ย. 66	ครั้งที่2 ต.ค. 66
1. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ	0	5	1 (ชั้น14)	1 (ชั้น14)
2. อัตราความพึงพอใจ (%)				
- ผู้ป่วย	>80 %	N/A	N/A	81.58%
- บุคลากร	>80 %	N/A	N/A	83.33%

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลจากการใช้นวัตกรรมหมอนรองคอพิเศษอุบัติเหตุครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการทำ Spinal block ในหอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ มีจำนวนอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำลดลง โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากและมากที่สุด รวมถึงบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม ทั้งความสะดวก ความรวดเร็ว ความง่ายต่อระบบ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความชัดเจน ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ในระดับมากขึ้นไป ดังนั้น นวัตกรรมหมอนรองคอพิเศษอุบัติเหตุของหอผู้ป่วย จึงเป็นนวัตกรรมที่สามารถนำมาใช้ได้จริงในหอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการป้องกัน และการจัดการความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล ตลอดจนสามารถนำไปเผยแพร่ใช้ในผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการใช้นวัตกรรมหมอนรองคอพิเศษอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการทำ Spinal block เพื่อช่วยในการจัดทำผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ หลังได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โดยเพิ่มระดับความดันโลหิตด้วยวิธีการยกระดับศีรษะในขณะนอน
- ควรมีใช้นวัตกรรมหมอนรองคอพิเศษอุบัติเหตุ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลุ่มอื่นที่ใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการทำ Spinal block

8.แนวทางการพัฒนา

นำเสนอต่อกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานวิสัญญี หรือหอผู้ป่วยอื่นๆที่มีความสนใจ นำนวัตกรรมหมอนรองคอพิเศษอุบัติเหตุ ไปทดลองใช้งานในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการทำ Spinal block และผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลุ่มอื่นที่ใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยการทำ Spinal block เพื่อเผยแพร่การใช้งาน และประเมินผลลัพธ์ที่ได้

นวัตกรรม 
เดือนมกราคม
2567

1.ชื่อนวัตกรรม Cuff BP Remake

2.หน่วยงานที่นำเสนอ ห้องตรวจโรคทั่วไปงานผู้ป่วยนอก

3.ที่มา

เนื่องจากหน่วยงานผู้ป่วยนอกห้องตรวจโรคทั่วไปให้บริการผู้ป่วย walk in ซึ่งมียอดผู้รับบริการเฉลี่ย 110 ราย /วัน ผู้รับบริการทุกรายต้องผ่านการวัดความดันอย่างน้อย 1 รอบต่อการมาตรวจทุกครั้ง ปัจจุบันหน่วยงานผู้ป่วยนอกห้องตรวจโรคทั่วไปมีเครื่องวัดความดันแบบสอดแขน 2 เครื่อง สรุปจำนวนครั้งในการใช้เครื่องวัดความดัน 55 ราย/วัน / เครื่อง ที่ผ่านมาผ้ารองแขนวัดความดันด้านในถูกถอดออกซัก 1 ครั้ง/สัปดาห์ บางครั้งผ้ามีคราบสกปรก ซักไม่ออก ทำให้มองเห็นคราบสกปรก ไม่สวยงาม ถอดซักยาก และมีราคาสูง

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- 2.ประหยัดงบประมาณ

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ใช้สายยางที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 0.7 cm ยาว51 cm แทนสาย ออกซิเจน
- 2.ประกอบให้เป็นวงกลมให้มีเส้นผ่านศูนย์กลาง 17 cm
- 3.ตัดผ้ายัด เป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดกว้าง15นิ้ว ยาว12 นิ้ว/ 1ชิ้น ใช้ทำโครงแบบรองด้านในเครื่องวัดความดันโลหิต
- 4.ตัดผ้ายัดเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าขนาด กว้าง15 นิ้ว ยาว17 นิ้ว/ 1 ชิ้น เย็บริมผ้าด้านข้างติดกัน ใช้รองด้านในสุดของตัวโครงสามารถถอดออกซักได้



ด้านหน้า



ด้านหลัง

6.ผลการดำเนินการ

ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตที่วัดจากที่ใช้นวัตกรรม และไม่ใช้นวัตกรรม

ด้านงบประมาณ

ครั้งที่	ไม่ใช้นวัตกรรม	ใช้นวัตกรรม
คนที่ 1	112/72 mmHg	113/75 mmHg
คนที่ 2	108/76 mmHg	103/68 mmHg
คนที่ 3	113/70 mmHg	109/74 mmHg
คนที่ 4	101/62 mmHg	102/68 mmHg
คนที่ 5	117/69 mmHg	114/69 mmHg
คนที่ 6	101/68 mmHg	97/67 mmHg
คนที่ 7	109/69 mmHg	107/64 mmHg
คนที่ 8	152/84 mmHg	151/85 mmHg
คนที่ 9	101/69 mmHg	103/70 mmHg
คนที่10	102/68 mmHg	102/68 mmHg

ประเภทของผ้ารองแขนวัดความดันโลหิต	ผ้าที่ติดมากับเครื่อง	ผ้าที่ติดมากับเครื่องรูปแบบเหมือนนวัตกรรม	นวัตกรรม
ราคา	1500 บาท/ชิ้น	990 บาท/ชิ้น	210 บาท/ชิ้น
ผลต่างของราคา	1290 บาท/ชิ้น	780 บาท/ชิ้น	-

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- 1. ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ประเมินผู้ใช้บริการ จำนวน 50 คน

1.1 ความพึงพอใจด้านความสะอาด 100 %

1.2 ความสวยงาม 90 %

8.แนวทางการพัฒนา

ตำแหน่งวงด้านหน้าจะไม่อยู่ตำแหน่งเดิม แต่ใช้งานได้ตามปกติ (เป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป)

นวัตกรรมปีงบประมาณ 2567

- 1.ชื่อนวัตกรรม ถุง ultrasound (ultrasound probe cover)
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หน่วยงานห้องผ่าตัด แผนกศัลยกรรมหลอดเลือด
- 3.ที่มา

ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนก Intervention และvascular เป็นจำนวนมาก จากสถิติในปี 2566 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนก Intervention จำนวน 454 คน และแผนก vascular จำนวน 205 คน ตามลำดับ โดยในการผ่าตัดต้องอาศัยความแม่นยำในการแทงเข็มเข้าสู่หลอดเลือดแดง เดิมที่ใช้การใส่ถุงมือปราศจากเชื้อ คลุมหัว probe ultrasound แต่ไม่ครอบคลุมสายของ probe อัลตราซาวด์ ทำให้เสี่ยงต่อการปนเปื้อน จากนั้นเปลี่ยนมาใช้ camera sleeve ของเลนส์กล้อง LC แต่เนื่องด้วยราคาสูงหากใช้ในทุกระยะผ่าตัดจะเป็นการเพิ่มต้นทุนในการผ่าตัด ทางผู้จัดจึงทำคิดค้น พัฒนาสิ่งประดิษฐ์ ultrasound probe cover ขึ้นมา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

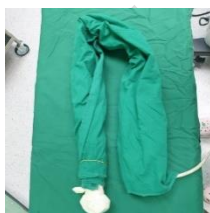
- 1.เพื่อเพิ่มความสะดวกในการทำงานของศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด
- 2.เพื่อนำมาใช้ทดแทนวัสดุที่มีราคาแพง และลดต้นทุน
- 3.เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ

5.วิธีดำเนินงาน

1. รวบรวมข้อมูล สถิติการผ่าตัดที่ต้องใช้ ultrasound probe แบบ sterile ระยะเวลาอย่างน้อย 12 เดือน
2. ประชุมทีมพยาบาลผ่าตัดแผนกศัลยกรรมหลอดเลือด เพื่อระบุปัญหาที่พบ และเสนอแนวทางการแก้ไข ปัญหา โดยการใช้นวัตกรรมทางการแพทย์
3. คิดค้นและออกแบบ นวัตกรรมทางการแพทย์ "Ultrasoundprobe sleeve"

ขั้นตอนการประดิษฐ์

1. สรรหา และคัดเลือกถุงพลาสติกที่มีขนาดความยาว และความแข็งแรง (เหนียว) ตามที่ต้องการ
2. นำถุงพลาสติกที่ได้มาพับให้ได้ขนาดที่ต้องการ
3. ใส่ indicator
4. มัดหนังยางวง 2 เส้น
5. ใส่ถุงอบแก๊ส ปิดผนึกถุงด้วยความร้อนและสงทำ sterile



6.ผลการดำเนินการ

1. มีความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานของศัลยแพทย์ เนื่องจาก ultrasound probe sleeve มีความ slim และบาง ไม่เกะกะ เมื่อเปรียบเทียบกับ camera sleeve แล้ว ทั้งความบางของ ultrasound probe sleeve สามารถช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถมองเห็นภาพที่จอ ultrasound ได้ชัดเจน เพิ่มความแม่นยำในการแทงเข็ม เข้าสู่ตำแหน่งที่ต้องการทำหัตถการ

2. สามารถลดต้นทุนได้ โดยต้นทุนจากการใช้ camera sleeve จาก ขึ้น ละประมาณ 180 บาท หากเปลี่ยนมาใช้ ultrasound probe sleeve จะเหลือ ขึ้นละ ประมาณ 29.53 บาท ทั้งนี้ได้มีการเปรียบเทียบต้นทุนของการใช้ camera sleeve ในปีพ.ศ. 2565 และการใช้ ultrasound probe sleeve ในปี 2566 ได้ผลดังนี้

ปีพ.ศ	จำนวนเคส	ต้นทุนใช้ camera sleeve	ต้นทุนใช้ ultrasound probe sleeve
2565	419	75,420 บาท	-
2566	659	-	19460.27 บาท

3. ศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 98 และพึงพอใจมาก ร้อยละ 2

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

Ultrasound Probe sleeve เป็นนวัตกรรมที่ผลิตจากถุงพลาสติกที่มีความยาว, slim และบาง ซึ่งมีความพอดีกับ probe ultrasound ช่วยเพิ่มความสะดวกให้กับ การทำงานของศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด ในการทำหัตถการ ความบางของ Ultrasound Probe sleeve ช่วยให้เห็นภาพได้ชัดเจน เพิ่มความแม่นยำในการแทงเข็มเข้าสู่ตำแหน่งที่ต้องการทำการทำหัตถการสามารถนำมาใช้ทดแทน camera sleeve ที่มีราคาแพง ซึ่งช่วยลดต้นทุน ได้เป็นอย่างมาก ทั้งศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้งานเกิดความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง เป็นระยะๆ เพื่อนำไปพัฒนาต่อยอดและเพื่อให้ได้สิ่งประดิษฐ์ที่ผู้ใช้งานพึงพอใจมากที่สุด

8. แนวทางการพัฒนา

จากการพัฒนาปรับปรุงสิ่งประดิษฐ์ "ultrasound Probe Sleeve" เริ่มใช้เฉพาะในแผน Intervention และ Vascular ได้รับผลตอบรับที่ดีจากแพทย์ที่ใช้งาน สามารถขยายผลไปใช้ภายนอกหน่วยงานได้ เช่น ห้องเอกเรย์หรือ OPD ศัลยกรรม เพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยหรือทำหัตถการที่ต้องการการปราศจากเชื้อ

1.ชื่อนวัตกรรม แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมอง

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท

3.ที่มา

จากการทบทวนอุบัติการณ์ปีงบประมาณ 2562,2563,2564 และปี 2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Ventriculostomy และไม่ได้ clamp Ventriculostomy ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและมีการเลื่อนหลุดของสายระบายปีละ 1 ราย ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง จากเหตุการณ์ดังกล่าวพบว่าเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลัง และไขสันหลัง Ventriculostomy(EVD) ทางหน่วยงานจึงได้จัดทำแบบประเมินแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายระบายน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองขึ้น

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายระบายน้ำไขสันหลังการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออกมาด้านนอก (ventriculostomy หรือ External ventricular drainage: EVD) ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมอง

2.เพื่อเป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออกมาด้านนอก (ventriculostomy หรือ External ventricular drainage: EVD) ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท

5.วิธีดำเนินงาน

1.วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ ทบทวนแนวทางการพยาบาลร่วมกันในหน่วยงาน

2.สร้างแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองและใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมอง (ventriculostomy หรือ External ventricular drainage: EVD)

3.ประเมินความรู้การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออกมาด้านนอก สำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โดยทำการทดสอบก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้(pre-test) ในวันประชุมประจำเดือนกันยายน 2566

4.ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออกมาด้านนอก สำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ในวันประชุมประจำเดือนกันยายน 2566

5.มีการประเมินการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออกมาด้านนอก (ventriculostomy หรือ External ventricular drainage: EVD) สำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ในวันประชุมประจำเดือนทุกเดือนเป็นเวลา 3 เดือน และสรุปผลการดำเนินงาน การใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว

6.ประเมินความรู้ซ้ำหลังนำแนวทางการพยาบาลการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออกมาด้านนอก (ventriculostomy หรือ External ventricular drainage: EVD) สำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โดยทำการทดสอบความรู้หลังนำแนวปฏิบัติไปใช้ (post-test) ในวันประชุมประจำเดือนพฤศจิกายน 2566

8.สรุปผลการนำแนวทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติ และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออกมาด้าน

9. ประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจวัดผล

6. ผลการศึกษา

รายการ	ระดับความพึงพอใจ (คน)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำเลี้ยงไขสันหลังและสมอง	0	0	0	1(5.56)	17(94.4)
2. แบบประเมินการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำเลี้ยงไขสันหลังและสมองสามารถนำไปใช้ได้จริง	0	0	0	1(5.56)	17(94.4)
3. สามารถพัฒนาต่อยอดความรู้และศึกษาเพิ่มเติม	0	0	0	0	18(100)
4. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แบบประเมินการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำเลี้ยงไขสันหลังและสมองสามารถนำไปใช้ได้จริง	0	0	0	1(5.56)	17(94.44)

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

1. ไม่พบอุบัติการณ์การไม่ทำตามแนวปฏิบัติ ขณะดำเนินการ (เดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2566)
2. พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท นำแนวปฏิบัติไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองที่มีน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออก (ventriculostomy หรือ External ventricular drainage (EVD)) ได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 100
3. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ทั้งหมด 18 คน ผ่านการทดสอบหลังเรียน (post- test) ร้อยละมากกว่าเท่ากับ 80
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองและมีสายระบายน้ำ ไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออก (ventriculostomy หรือ External ventricular drainage: EVD) ไม่มีอุบัติการณ์เลือดออกในสมองซ้ำ > ร้อยละ 90

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำเลี้ยงไขสันหลังและVentriculostomy/EVD สมอง เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะทางศัลยกรรมระบบประสาท ต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ผนวกกันจึงจะดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. โครงการนี้เป็นการทบทวนและเพิ่มพูนความรู้ให้พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาททุกคน มีความรู้เพิ่มขึ้นและเป็นการกระตุ้นให้เกิดการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมในการพัฒนาในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพและเป็นแนวปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

8. แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติในหน่วยงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและยังสามารถนำไปใช้ได้ ในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองและมีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

นวัตกรรม 
เดือนกุมภาพันธ์
2567

1. **ชื่อนวัตกรรม** การพัฒนางานเพื่อลดการปนเปื้อนจากการเจาะเพาะเชื้อ

2. **หน่วยงานที่นำเสนอ** ห้องสังเกตอาการ

3. **ที่มา**

ห้องสังเกตอาการ กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับรายงานจากหน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่ามีการปนเปื้อนจากการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อระหว่างเดือน มกราคม - ธันวาคม 2566 จำนวน 135 ครั้ง ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อการรักษาที่ไม่เหมาะสม มีการใช้ยาต้านจุลชีพเกินความจำเป็น ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณรวมทั้งทรัพยากร ดังนั้นทางหน่วยงานจึงได้จัดทำ นวัตกรรม เรื่องการพัฒนางานเพื่อลดการปนเปื้อนจากการเจาะ Hemoculture

4. **วัตถุประสงค์ของโครงการ**

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การปนเปื้อนจากการเจาะเลือด Hemoculture ระหว่างเดือน มกราคม - ธันวาคม 2566

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของพยาบาลห้องสังเกตอาการก่อนและหลังใช้นวัตกรรมการพัฒนางานเพื่อลดการปนเปื้อนจากการเจาะ Hemoculture

5. **วิธีดำเนินงาน**

1. จัดประชุมโดยการหาวิทยากรที่ช่วยในการลดอุบัติการณ์การปนเปื้อนจากการเจาะเลือด Hemoculture

2. ทบทวนเวชระเบียน จัดเก็บข้อมูลการเจาะ Hemoculture ตั้งแต่ ม.ค - ธ.ค. 2566

3. นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนมาคำนวณหาอัตราการปนเปื้อน และจัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจาะเลือดเพาะเชื้อและการลดการปนเปื้อนโดยประสานกลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์และหน่วยงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของทางโรงพยาบาล

4. นำข้อมูลที่ได้จากการจัดโครงการให้ความรู้มาประชุม เสนอในหน่วยงานเพื่อทำนวัตกรรมการอย่างต่อเนื่อง

6. **ผลการดำเนินการ**

ตัวชี้วัด	ก่อนการใช้ (ม.ค. - ก.ย. 66) N = 223	หลังการใช้ (พ.ย. - ธ.ค. 66) N = 31
อัตราการปนเปื้อนจากการเจาะเลือดเพาะเชื้อ	131 (58.74%)	4 (12.90 %)
คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของพยาบาล	83/130 (63.85%)	117/130 (90%)

7. **ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ**

1. สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การปนเปื้อนจากการเจาะเลือดเพาะเชื้อ จาก ร้อยละ 58.74 เหลือ ร้อยละ 12.90

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของพยาบาลในการการพัฒนางานเพื่อลดการปนเปื้อนจากการเจาะเลือดเพาะเชื้อ จากเดิมร้อยละ 63.85 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 90

8. **แนวทางการพัฒนา**

สามารถนำไปใช้ในแผนกอื่นๆ ที่มีการเจาะเลือด เพาะเชื้อ เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การปนเปื้อนและประหยัดทรัพยากรของโรงพยาบาล

- 1.ชื่อนวัตกรรม ที่เก็บสายดูดเสมหะปลอดภัย
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หน่วยไตเทียม 1
- 3.ที่มา

หน่วยไตเทียม 1 พอกเลือดทั้งผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อและติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยโควิด 19 ผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงโรคติดเชื้ออื่นๆ ซึ่งมีผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งในระหว่างการพอกเลือด จะมีการดูดเสมหะและภายหลังจากการใช้สายดูดเสมหะแล้ว (หน่วยไตเทียมไม่มีที่เก็บสายดูดเสมหะ)จะนำสายดูดเสมหะนั้นมาเก็บ โดยการวางคล้องไว้กับผนังห้องหรือแขวนไว้กับกระเปาะที่เก็บเสมหะ ในบางครั้งปลายสายดูดเสมหะตกลงมาบนพื้น ซึ่งที่ปลายสายนั้นอาจจะมีคราบเสมหะ เลือด รวมทั้งน้ำลายของผู้ป่วยติดอยู่ อาจก่อให้เกิดความสกปรก ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ และปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม

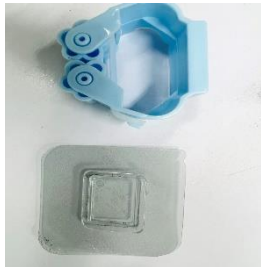
4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อลดการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม
2. สะดวกต่อการหยิบใช้งานและเป็นระเบียบ
3. เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจ

5.วิธีดำเนินงาน

1. จัดหาอุปกรณ์ หลากหลายรูปแบบ ที่มีขนาดเหมาะสมสามารถจัดเก็บสายดูดเสมหะได้พอดี สะดวกต่อการใช้งานและราคาอย่าแพง นำมาติดตั้งบริเวณผนังด้านข้างเครื่องดูดเสมหะ
2. ทดลองใช้งานในผู้ป่วยที่ต้องดูดเสมหะ โดยภายหลังจากการใช้งานแล้ว สามารถเก็บสายดูดเสมหะได้อย่างเหมาะสม สะดวก ทำความสะอาดได้ง่าย และไม่เปื้อนแหล่งสะสมของเชื้อโรค

อุปกรณ์ที่ใช้



ก่อนทำนวัตกรรม

หลังทำนวัตกรรม



6.ผลการศึกษา

หัวข้อประเมิน	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม
1. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม ในการใช้นวัตกรรม		
1.1 ท่านพึงพอใจในการใช้“ที่เก็บสายดูดเสมหะปลอดภัย”	-	95 %
1.2 สะดวกต่อการหยิบใช้งานและเป็นระเบียบ	-	94 %
1.3 ราคาที่เก็บสายดูดเสมหะเหมาะสม	-	95 %
1.4 นวัตกรรมตอบสนองและลดการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม	-	96 %
รวม		95 %

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

1. มีนวัตกรรมที่เก็บสายดูดเสมหะ ลดการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม ที่ทางหน่วยไตเทียมไม่เคยมีมาก่อน
2. สะดวกต่อการหยิบใช้งานและเป็นระเบียบ ตามหลักการ 5 ส
3. เจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม 1 มีความพึงพอใจในนวัตกรรม ร้อยละ 95

8.แนวทางการพัฒนา

นวัตกรรมที่เก็บสายดูดเสมหะ สามารถหาอุปกรณ์อื่นๆที่มีลักษณะคล้ายๆกัน มาปรับการใช้งานแทนได้ และสามารถเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นๆนำนวัตกรรมไปใช้ต่อได้

นวัตกรรมปีงบประมาณ 2567

- 1.ชื่อนวัตกรรม ผ้าปิดตาถนอมผิว
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยสูติกรรม 2
- 3.ที่มา

จากสถิติทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟเพื่อรักษาอาการตัวเหลือง ตั้งแต่วันที่ 1-30 พฤศจิกายน 66 มีจำนวน 16 ราย โดยการใช้ผ้าปิดตาแบบใช้กระดาษหุ้มด้วยผ้าก๊อซ ติดด้วยพลาสติกและใช้พลาสติกติดบริเวณผิวหนังและเส้นผมของทารก ผลที่เกิดขึ้นพบว่าทารกจำนวนทั้งหมด 16 ราย เมื่อแกะพลาสติกของผ้าปิดตาออกทารกจะร้องไห้และมีรอยแดงบริเวณที่พลาสติกติดที่ผิวหนัง บางครั้งมีเส้นผมของทารกติดมาด้วย จากเหตุผลดังกล่าวจึงได้คิดค้นผ้าปิดตาเพื่อถนอมผิวของทารกแรกเกิดขึ้น เพื่อลดปัญหาการเกิดรอยแดงและลดความเจ็บปวดของทารก

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. ลดความเจ็บปวดจากการใช้ผ้าปิดตา และลดการระคายเคือง
2. เพื่อความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ผ้าปิดตาแบบเดิม
3. เพื่อความพึงพอใจของมารดาทารกและญาติ มากกว่า 80 %

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.เก็บรวบรวมสถิติจำนวนทารกที่ได้รับการส่องไฟตั้งแต่วันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2566
2. วิเคราะห์สาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้น และคิดค้นนวัตกรรม
3. สร้างนวัตกรรม
4. ทดลองใช้นวัตกรรม ตั้งแต่วันที่ 1-31 ธันวาคม 2566
5. พัฒนาและปรับปรุงงานให้ดียิ่งขึ้น
6. ประเมินผล

ผ้าปิดตาแบบเดิม



ผ้าปิดตาแบบใหม่



6.ผลการดำเนินการ

หัวข้อ	มากที่สุด	มาก
1. นวัตกรรมมีรูปแบบการใช้งานง่าย	100 %	
2. นวัตกรรมช่วยให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว	100 %	-
3. นวัตกรรมมีความคงทน และสวยงาม	89 %	11 %
4. นวัตกรรมมีข้อมูลที่ทันสมัย เป็นปัจจุบัน และน่าเชื่อถือ	100 %	-
5. นวัตกรรมช่วยป้องกันการเกิดรอยแดงและไม่มีความเจ็บปวดเวลาแกะผ้าปิดตาออกได้จริง	100 %	-

เด็กที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาในรอบ 1 เดือน ทั้งหมด 16 ราย ใช้เวลาส่องไฟรักษา 1-2 วัน โดยในครั้งแรกใช้ผ้าปิดตาแบบเดิมโดยติดด้วยพลาสติกแล้วแกะออกเช็ดตาตอนเที่ยง พบว่าเด็กร้องมาก มีรอยแดงบริเวณที่ติดพลาสติก และอีกครั้งวันใช้ผ้าปิดตาแบบใหม่ในเด็กที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟรักษา พบว่าเด็กไม่เกิดรอยแดงและไม่มีความเจ็บปวดเวลาแกะผ้าปิดตาออก มารดาทารกและญาติ มีความพึงพอใจ

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการนำนวัตกรรม ผ้าปิดตาถนอมผิว ไปใช้เพื่อช่วยป้องกันการเกิดรอยแดงและไม่มีความเจ็บปวดเวลาแกะผ้าปิดตาออกใช้ได้จริงมารดาและญาติมีความพึงพอใจต่อการใช้งานมากถึงมากที่สุด และ ควรใช้นวัตกรรมในการดูแลทารกทุกราย เพื่อป้องกันเกิดรอยแดง

8. แนวทางการพัฒนา

ควรใช้นวัตกรรมผ้าปิดตาถนอมผิวทุกรายนำไปใช้กับหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 รวมไปถึงสามารถนำรูปแบบนวัตกรรมไปประยุกต์ใช้กับหอผู้ป่วยอื่นได้เช่นกัน

นวัตกรรมปีงบประมาณ 2567

- 1.ชื่อนวัตกรรม HEMATO Mini-Order
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด ชั้น 3
- 3.ที่มา

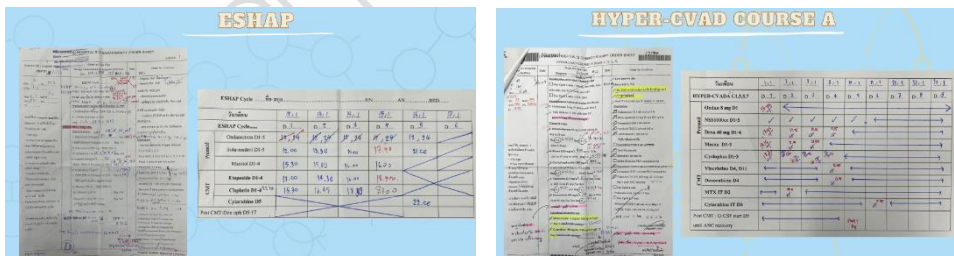
หอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดชั้น 3 รองรับบริการขยายศักยภาพการรักษาด้านโรคมะเร็งของเขต ล้านนา 3 และรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การรักษาโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาด้วย ยาเคมีบำบัด มักจะเป็นสูตรยา (Regimen/protocol) ที่มีความรุนแรงอาจอันตรายถึงชีวิตได้ การคิดค้น นวัตกรรมเรื่อง Hemato mini-Order จึงเป็นการพัฒนาคุณภาพในการบริหารยาเคมีบำบัดในสูตรที่ซับซ้อน เป็นการใช้นวัตกรรมเข้ามาช่วยในการบริหารยาเคมีบำบัดให้สะดวก มองภาพรวมได้ชัดเจนมากขึ้น ที่จะช่วยให้ ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถอยู่ในกระบวนการรักษาจนครบตามแผนการรักษา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

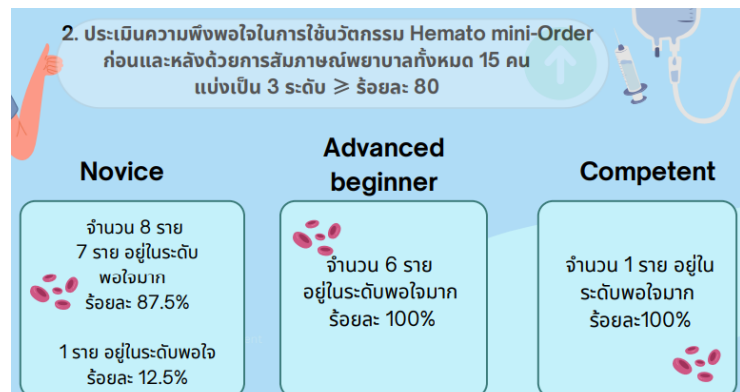
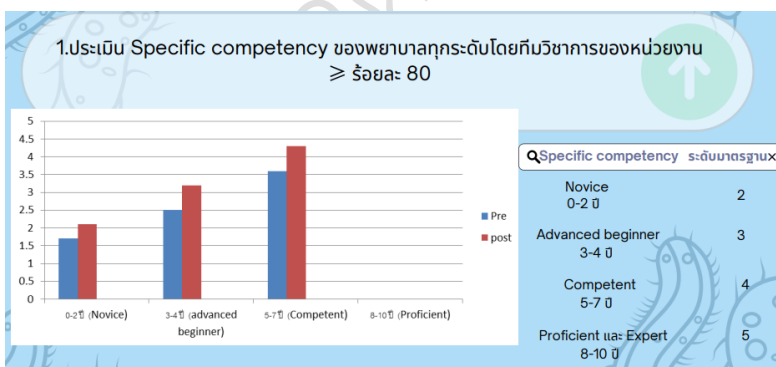
- 1.บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับมีสมรรถนะในการบริหารยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยา \geq ร้อยละ 80
- 2.บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับมีศักยภาพในการบริหารยาเคมีบำบัดตามมาตรฐาน (Order) ได้อย่างรวดเร็ว มีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม \geq ร้อยละ 80

5.วิธีดำเนินงาน

1. ประเมิน Specific competency ของพยาบาลทุกระดับโดยทีมวิชาการของหน่วยงาน
2. จัดทำแผนการดำเนินงานด้านวิชาการ วิเคราะห์สาเหตุ ปัญหาและรวบรวมความรู้สูตรยาเคมีบำบัดรักษา ผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยา
3. การเรียนการสอนด้วย Self-learning
4. Conference ทุกวันในช่วงเช้า
5. ประเมินผลหลังใช้ Hemato mini-Order เวลา 3 เดือน



6.ผลการดำเนินการ



7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ก่อนใช้ Hemato mini-order

Novice

- ไม่สามารถลำดับขั้นตอนการบริหารยาอะไรก่อน/หลัง
- ไม่รู้ว่า Day ชุดที่ 2 อีกครั้งเมื่อไร
- ขาดความเชี่ยวชาญในการบริหารยาเคมีบำบัดในสูตรที่ซับซ้อน
- ขาดความมั่นใจ มีประสบการณ์น้อยเรื่องมะเร็ง รุ้สึกเครียดกลัวไปถูกดอง ไม่ครบ
- ต้องปรึกษาพี่ๆบ่อย เกรงใจ พี่งานเยอะ

Advanced beginner

- ต้องใช้เวลาในการบริหารยาแก่ผู้ป่วยให้ถูกต้องตามลำดับ
- ต้องดูแลน้องๆ ในทีมตลอดเวลาเพราะกลัวมีความผิดพลาดในการบริหารยา
- เป็นหัวหน้าเวรงานเองจะต้องมาติดตาม กำกับการบริหารยาเคมีบำบัดในทีม

Competent

- ต้องมีเทคนิค กำกับ ติดตามว่าน้องๆ ในทีมบริหารยาถูกต้องตามแผนการรักษาหรือไม่
- การบริหารยามีความซับซ้อน ต้องได้คำปรึกษาแก่ทีม ให้ความมั่นใจในการบริหารยาเคมีบำบัดให้ถูกต้อง

หลังใช้ Hemato mini-order

Novice

- สามารถเรียงลำดับขั้นตอนของปัญหา ประเมินได้ครอบคลุม ได้เร็วขึ้น ง่ายมากขึ้น
- มีความรู้มากขึ้น บั่นใจว่าทำได้ตามมาตรฐาน ถูกต้อง ไม่เครียด
- ปรึกษาพี่น้อยลง เลือกเฉพาะที่ซับซ้อน ไม่รู้อะไรๆ
- มีเวลาในการดูแล พูดคุยให้ความรู้ผู้ป่วยมากขึ้น ไม่เร่งรีบ

Advanced beginner

- สามารถเรียงลำดับขั้นตอนของปัญหา ประเมินได้ครอบคลุม ได้เร็วขึ้น ง่ายมากขึ้น
- มีความเชื่อมั่น 100% ในการบริหารยา
- มีความเชื่อมั่น 100% ในทีม ในการประเมินปัญหาการบริหารยา ได้ครบตามแผนการรักษา
- ใช้เวลาน้อย มีเวลาไปปฏิบัติงาน ดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

Competent

- มีความเชื่อมั่น 100% ในทีม ในการประเมินปัญหา การบริหารยา ได้ครบตามแผนการรักษา
- ลดเวลาการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ไม่รีบเร่ง ผู้ป่วยพึงพอใจมากขึ้น ไม่เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา
- สามารถให้คำปรึกษาน้องใหม่ได้เต็มที่

8. แนวทางการพัฒนา

-

1. **ชื่อนวัตกรรม** การเตรียมหัตถการสำหรับพยาบาลมือใหม่

2. **หน่วยงานที่นำเสนอ** หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

3. **ที่มา**

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นโรคทางอายุรกรรมที่มีภาวะวิกฤติ โดยโรคทางอายุรกรรมส่วนใหญ่จะทำการรักษาโดยใช้ยาเป็นวิธีหลัก แต่ในบางครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาและการตรวจหาข้อวินิจฉัยโดยการหัตถการทางแพทย์ร่วมด้วย โดยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ การเตรียมอุปกรณ์การทำหัตถการ การช่วยเหลือแพทย์ขณะทำหัตถการ และการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากทำหัตถการ เพื่อให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร จึงได้จัดทำนวัตกรรมคู่มือการทำหัตถการทางการแพทย์ เพื่อให้พยาบาลสำเร็จใหม่มีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติของหัตถการที่สำคัญในงานอายุรกรรม ทำให้มีความพร้อมและมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานตามเป้าหมายขององค์กร

4. **วัตถุประสงค์ของโครงการ**

เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่สามารถจัดเตรียมหัตถการได้อย่างถูกต้องจากจำนวนผู้ใช้นวัตกรรมทั้งหมดได้

5. **วิธีดำเนินงาน**

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถกรรมทางการแพทย์ต่างๆที่ได้ปฏิบัติในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

2. กำหนดเนื้อหาเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งก่อนทำหัตถการ ขณะทำหัตถการ และหลังทำหัตถการทางการแพทย์

3. จัดทำหนังสือคู่มือและ QR code ปฐมนิเทศพยาบาลที่สำเร็จใหม่



6. **ผลการดำเนินการ**

ก่อนใช้นวัตกรรม ทางหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 มีการนิเทศพยาบาลที่สำเร็จใหม่โดยให้เข้าร่วมการทำหัตถการ และสังเกตจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ในทันที ทำให้การเตรียมความพร้อมมีน้อย เกิดความไม่มั่นใจในการเข้าช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการครั้งต่อไป การให้การพยาบาลหลังทำหัตถการไม่ครอบคลุม

หลังใช้นวัตกรรม คู่มือการเตรียมหัตถการสำหรับพยาบาลมือใหม่ ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในหลักการการทำหัตถการเพิ่มมากขึ้น มีความพร้อมขณะเข้าทำหัตถการ และการดูแลผู้ป่วยหลังทำหัตถการมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้น ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ และผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการได้อย่างทันเวลาที่

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ปฐมนิเทศพยาบาลที่สำเร็จใหม่ทุกคนก่อนเข้าร่วมทำหัตถการจนเกิดความพร้อมในการปฏิบัติงาน

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปใช้ในหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลสำเร็จใหม่ในหอผู้ป่วยอื่นๆ หรือหอผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการทางอายุรกรรมน้อย

นวัตกรรมการปีงบประมาณ 2567

1.ชื่อนวัตกรรม สื่อสารง่าย ๆ ด้วยป้ายงดอาหาร

2.หน่วยงานที่นำเสนอ ศัลยกรรมชาย 2

3.ที่มา

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด แรกเริ่มแพทย์มักจะได้ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำเพื่อเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งในเดือนพฤศจิกายน 2566 พบอุบัติการณ์ จำนวน 3 ครั้ง ซึ่งเกิดจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนัก ก่อให้เกิดการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทางมีจึงจัดทำนวัตกรรมสื่อสารเข้าใจ ด้วยป้ายงดอาหาร เป็นนวัตกรรมที่เป็นการจัดทำป้ายงดน้ำงดอาหารที่มีรูปภาพประกอบ เพื่อใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจภาษาเขียนได้ จากการได้ทดลองใช้นวัตกรรมโดยการแขวนป้ายไว้บริเวณท้ายเตียง

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับงดน้ำและอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์

2.ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยถูกงดการผ่าตัดที่มีสาเหตุมาจากการไม่ได้งดอาหารและน้ำ

5.วิธีดำเนินงาน

ประชุมปรึกษาหารือภายในหอผู้ป่วย และเลือกอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบเพื่อนำมาจัดทำนวัตกรรมเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดเพิ่มขึ้น

1.ออกแบบและจัดทำสื่อนวัตกรรมป้ายงดน้ำงดอาหาร

2.ทดลองใช้โดยนำป้ายไปห้อยบริเวณหัวเตียงที่สามารถเห็นได้ชัดเจน

3.ประเมินผลหลังการทดลองใช้

ก่อนใช้นวัตกรรม



หลังใช้นวัตกรรม



6.ผลการดำเนินการ

จากการเก็บข้อมูลการแขวนป้ายงดอาหารและน้ำ เวลา 3 เดือน

	เดือนพ.ย. N=60 (ร้อยละ)	เดือนธ.ค. N=60 (ร้อยละ)	เดือนม.ค. N=60 (ร้อยละ)
1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำและอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์	7 (11.66%)	3 (5%)	1 (1.66%)
2.อุบัติการณ์ผู้ป่วยถูกงดการผ่าตัดจากการไม่ได้งดอาหารและน้ำ	3 (4.28%)	1 (1.66%)	0 (0%)

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มการระบุเวลาในการงดน้ำและอาหารเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องและความชัดเจน

8.แนวทางการพัฒนา -

1.ชื่อนวัตกรรม Look at hematoma

2.หน่วยงานที่นำเสนอ งานพยาบาลโรคหลอดเลือดและสมอง

3.ที่มา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วยการดูดลากลิ่มเลือด เฉลี่ย 5- 8 ราย/เดือน และจากภาระงานที่มากพยาบาลเจ้าของไข้อาจมีการละเลยผู้ป่วยไม่ได้ประเมินอาการผู้ป่วยตามมาตรฐาน และเจ้าหน้าที่อื่นที่ไม่ได้รับผิดชอบในการดูแลอาจไม่ทราบและไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย จากข้อมูลที่ผ่านมา ปี 2566 ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการดูดลากลิ่มเลือด จำนวน 85 ราย พบ groin hematoma จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.71 ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนา นวัตกรรม “ Look at hematoma

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกบริเวณขาหนีบที่แทงสายสวน (groin hematoma) หลังการใช้ Look at hematoma กับก่อนการใช้ Look at hematoma

5.วิธีดำเนินงาน

1. นำอุบัติการณ์การเกิด groin hematoma มาทบทวนปัญหาและหาสาเหตุของการเกิดปัญหา
2. ร่วมปรึกษาทีมในการหาวิธีการในการป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ
3. จัดทำ นวัตกรรม “Look at hematoma” เป็นการสื่อสารให้ทีมการรักษาพยาบาลและผู้ป่วยและญาติสามารถรับรู้และเข้าใจการปฏิบัติตัวหลังทำ หัตถการสวนหลอดเลือดสมอง
4. นำ Look at hematoma ไปใช้กับผู้ป่วย หลังการรักษาด้วยการดูดลากลิ่มเลือด ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567
5. เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการรักษาด้วยการดูดลากลิ่มเลือด groin hematoma
6. ติดตามผลการใช้ Look at hematoma ของทีมการรักษา
7. ศึกษาเปรียบเทียบผลการเกิด groin hematoma หลังการใช้ Look at hematoma ตั้งแต่ เดือน มกราคม 2567 เปรียบเทียบกับกลุ่มไม่ได้ใช้เดือน ธันวาคม 256



6.ผลการดำเนินการ

ผู้ป่วยหลังใช้นวัตกรรม Look at hematoma จำนวน 10 ราย ไม่พบ groin hematoma เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยก่อนใช้นวัตกรรม จำนวน 14 ราย พบ groin hematoma จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.14

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม Look at hematoma สามารถช่วยเตือน เรื่องการรักษาพยาบาลของทีมการรักษาได้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน groin hematoma และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากช่วยเตือนการระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการดูดลากลิ่มเลือด เนื่องจากบางครั้งอาจถูกละเลยในการดูแลเนื่องจากภาระงานอื่น สามารถช่วยให้ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม

8.แนวทางการพัฒนา

- 1.มีการนิเทศและติดตามการใช้นวัตกรรม และพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ และเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและจัดหานวัตกรรมที่มีความเหมาะสมและสามารถขยายผลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น
- 2.ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขปัญหอย่างสม่ำเสมอ

1.ชื่อนวัตกรรม หมอน RAMP

2.หน่วยงานที่นำเสนอ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

3.ที่มา

จากสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญี โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยโรคอ้วน 962 ราย คิดเป็น 3.98% และข้อมูลของ AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA) พบว่า ร้อยละ 37 ของผู้ป่วยโรคอ้วนมักเกิดปัญหาในการจัดการทางเดินหายใจ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจได้ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก ได้มากกว่าคนทั่วไป

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคอ้วนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าร้อยละ 80
2. เพื่อให้บุคลากรวิสัญญีมีความพึงพอใจในการใช้หมอน RAMP จัดทำใส่ท่อช่วยหายใจ มากกว่าร้อยละ 80

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.รวบรวมข้อมูลปัญหา ประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในกลุ่มงานวิสัญญี
- 2.สร้างหมอน RAMP (PAMP PILLOW)
- 3.นำหมอน PAMP มาใช้งานกับผู้รับบริการ
- 4.ประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีผู้ปฏิบัติงาน

6.ผลการดำเนินการ



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- 1.พบว่าสามารถใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้รับบริการที่มีภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน ได้ร้อยละ 100
- 2.บุคลากรในหน่วยงานวิสัญญีเกิดความพึงพอใจในนวัตกรรม ร้อยละ 100

8.แนวทางการพัฒนา

1. นำไปใช้กับหอผู้ป่วย เพื่อช่วยจัดทำก่อนใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน
- 2.พัฒนาหมอน RAMP ให้มีขนาดที่หลากหลาย เหมาะกับการใช้งานมากขึ้น

1.ชื่อนวัตกรรม ฝา safety

2.หน่วยงานที่นำเสนอ กุมารเวชกรรม 3

3.ที่มา

เนื่องจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ รับผิดชอบต่อผู้ป่วยเด็กตั้งแต่อายุ 7 วัน -18ปี โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ได้แก่ Pneumonia Asthma หรือผู้ป่วยเรื้อรัง CP ผู้ป่วยติดเชื้อ หรือผู้ป่วย On TT Tube ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องดูดเสมหะบ่อย หลังดูดเสมหะเสร็จเรียบร้อยแล้วจะต้องล้างสาย Suction ให้สะอาดเพื่อใช้ในการดูดเสมหะครั้งถัดไป และภาชนะเดิมสำหรับบรรจุน้ำ ที่ใช้ล้างสาย suction นั้น ไม่มีฝาปิดมิดชิด

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อป้องกันให้ภาชนะบรรจุมีฝาปิด ไม่มีสิ่งแปลกปลอมเช่นฝุ่น แมลง ตกไปในภาชนะที่บรรจุน้ำสำหรับล้างสาย suction หลังดูดเสมหะผู้ป่วยเสร็จ สร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรผู้ใช้งานกว่า 90%

5.วิธีดำเนินงาน

ก่อนดำเนินการ



หลังดำเนินการ



6.ผลการดำเนินการ

สิ่งที่ศึกษา	ได้พึงพอใจ	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจมาก	พึงพอใจมากที่สุด
รูปลักษณะของนวัตกรรม			1%	99%
ประสิทธิภาพของการใช้งาน				100%

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม ฝา safety สามารถป้องกันไม่ให้สิ่งแปลกปลอมต่างๆเช่น ฝุ่น แมลง มด ปนอยู่ในภาชนะบรรจุน้ำล้างสาย Suction และสร้างความพึงพอใจกับผู้ดูแลและผู้ปฏิบัติงาน 99%

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปใช้โดยป้องกันไม่ให้สิ่งแปลกปลอมต่างๆตกไปในภาชนะบรรจุน้ำล้างสาย Suction

1.ชื่อนวัตกรรม รองแก้ม รองขา

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2

3.ที่มา

หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด2 รับผิดชอบผู้ป่วยวิกฤตอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 7วัน และอายุเกิน 7 วันที่ น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม โดยส่วนมากเป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ขาดสารลดแรงตึงผิว(Surfactant) ทำให้ทารกเหล่านี้ต้องได้รับการช่วยหายใจ และให้ออกซิเจน ซึ่งการใช้ CPAP เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา ในผู้ป่วยต้องใส่หน้ากากทำให้เกิดแผลกับบริเวณต่างๆ ได้แก่ แก้ม จมูก ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อยากให้เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับการใช้ออกซิเจนแบบอื่นหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาแผลนั้น ทางคณะจัดทำจึงติดต้นนวัตกรรม "รองแก้ม รองขา"ขึ้นมาเพื่อลดการกดบริเวณแก้มผู้ป่วย ลดการเกิดแผลกดทับ เพื่อให้ CPAP แน่นมากขึ้นโดยไม่ตึงรัดสายมากเกินไป

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อสร้างนวัตกรรม ที่ช่วยลดการเกิดแผลกดทับจากที่รัดแก้ม ในทารกแรกเกิดที่ได้รับการ ON CPAP
- 2.เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรม

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.รวบรวมข้อมูล และประชุมวางแผนร่วมกันในกลุ่ม
- 2.ทดลองประดิษฐ์นวัตกรรม รองแก้มรองขา
- 3.นำนวัตกรรมรองแก้มรองขา มาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการ ON CPAP
- 4.ประเมินผลการใช้นวัตกรรม

วิธีการประดิษฐ์



6.ผลการดำเนินการ

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม (N=55 ราย) (ส.ค. - ต.ค. 66)		หลังใช้นวัตกรรม (N=51 ราย) (ก.พ. 66 - ม.ค. 67)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเกิดแผลกดทับ	12	21.8	6	11.8

สิ่งที่ศึกษา	นិชอบใจมากที่สุด (ร้อยละ)
รูปลักษณะของนวัตกรรม	100
ประสิทธิภาพของการใช้งาน	100

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม " รองแก้มรองขา " เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความพึงพอใจใช้ 100 % ให้ความร่วมมือกันปฏิบัติเป็นอย่างดี อัตราการเกิดแผลกดทับบริเวณแก้มลดลง ในเดือน ม.ค. พบ 4 ราย (เป็นบริเวณหน้าผากและจมูก) ไม่พบแผลหรือการกดทับบริเวณแก้ม มีเพียงลักษณะแก้มเป็นรอยบูนเล็กน้อย และสามารถหายเมื่อคลายที่รัดแก้มเป็นระยะเวลาไม่นานเมื่อนวดคลายให้ผู้ป่วย และไม่พบแผลกดทับในระดับรุนแรง

8.แนวทางการพัฒนา

พัฒนานวัตกรรมไปใช้ในบริเวณอื่น เช่น หน้าผาก สันจมูก เพื่อลดการเกิดแผลกดทับ และนวัตกรรมไปเผยแพร่ต่อผู้ป่วยข้างเคียง ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และกุมารเวชกรรม1

นวัตกรรมปีงบประมาณ 2567

- 1.ชื่อนวัตกรรม ผู้ป่วยปลอดภัยใส่ใจมาตรฐาน CPR
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ให้บริการผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ต้องการรักษาด้วยการผ่าตัดในระบบทางเดินปัสสาวะและศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะวิกฤติได้ โดยไม่ได้วางแผนการรักษาจากปัญหาการทำ CPR ปี พ.ศ.2566 ที่ผ่านมา ทำ CPR 3 ครั้ง พบว่า บุคลากรมีความสับสนในบทบาทหน้าที่และทักษะขณะทำการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพ ซึ่งการปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถและให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง ทันท่วงที ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะความชำนาญ ดังนั้นหอผู้ป่วยจึงได้ทำนวัตกรรม “ผู้ป่วยปลอดภัยใส่ใจมาตรฐาน CPR” ขึ้นมา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการ CPR ของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.อบรมให้ความรู้เรื่องมาตรฐานการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพแก่บุคลากรโดยผู้ผ่านการอบรม ACLS
- 2.จัดทำ Acting card เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพ
- 3.ให้ความรู้เรื่องการบันทึกการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพ
- 4.ซ้อมการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพทุกวันก่อนรับเวรเช้า
- 5.ประเมินผลหลังการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพทุกครั้ง
- 4.สรุปผล เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้นวัตกรรม

6.ผลการดำเนินการ

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม (N= 2 ราย)		หลังใช้นวัตกรรม (N= 1 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคลากรสามารถปฏิบัติการฟื้นคืนชีพฉุกเฉินถูกต้อง	2	66	1	76

บุคลากรสามารถปฏิบัติการฟื้นคืนชีพถูกต้องตามมาตรฐานร้อยละ 76

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การปฏิบัติขั้นตอน CPR ยังไม่ถูกต้องครบถ้วนทั้งหมด ในเรื่องของ chest compression, การบีบ Ambo bag การ check line protocol ซึ่งสามารถนำไปกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และให้ความรู้ในการปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเป็นการพัฒนาระบบเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

8.แนวทางการพัฒนา

-

1.ชื่อนวัตกรรม การพัฒนารูปแบบที่นอนทารกคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อย เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ และพัฒนาการของทารก

2.หน่วยงานที่นำเสนอ กุมารเวชกรรม1

3.ที่มา

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 รับผิดชอบทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยทางด้าน กุมารเวชกรรม และ ศัลยกรรม อายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 7 วัน โดยการรับใหม่จากหอผู้ป่วยห้องคลอด หรือรับย้ายจากโรงพยาบาลในเครือข่ายและส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทีมผู้วิจัยพบปัญหาเบาะนอนมีขนาดไม่ได้มาตรฐาน เมื่อนำมาใช้งานพบว่า ขนาดตัวของทารกและเบาะนอนไม่สัมพันธ์กัน ตัวเบาะนอนไม่คงรูปและเลื่อนหลุดง่าย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อศึกษาการเลื่อนหลุดของเบาะรองนอนทารก
2. เพื่อศึกษาระยะการนอนของทารกคลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ต่อการใช้งานเบาะรองนอนของทารก

5.วิธีดำเนินงาน

1. ประชุมเตรียมความพร้อมชี้แจงโครงการร่วมกับสมาชิกในทีมร่วมกันกำหนด และวางแผน การดำเนินงาน
2. หาแนวทางคิดค้นประดิษฐ์นวัตกรรม
3. จัดทำนวัตกรรม



4. ทดลองใช้นวัตกรรม
5. ติดตามประเมินผล
6. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรม

6.ผลการดำเนินการ

หัวข้อ	เบาะรองนอนเดิม	เบาะรองนอนแบบใหม่
1.การเลื่อนหลุดของเบาะรองนอนทารก (ครึ่ง/8hrs.)	4	0
2. ระยะการนอนของทารกคลอดก่อนกำหนด (hrs.)	1-2	>3

หัวข้อคำถาม	คะแนนความพึงพอใจ					คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละ
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1		
1.นวัตกรรมใช้งานง่ายและสะดวก	19	1	0	0	0	4.95	99
2.นวัตกรรมมีความคงทน สวยงาม	17	2	1	0	0	4.5	96
3.นวัตกรรมมีความเหมาะสมกับทารก	16	2	0	0	0	4.9	96

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- ไม่มีการเลื่อนหลุดของเบาะรองนอนทารก
- ทารกมีชั่วโมงการนอนหลับที่ยาวนานขึ้นมากกว่า 3 ชั่วโมงขึ้นไป และมีพัฒนาการสมวัย น้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ 20-30 gm/day

8.แนวทางการพัฒนา

นำนวัตกรรมไปใช้ในทารกที่นอนใน Radiant warmer และหน่วยงานข้างเคียง เช่น NICU

1.ชื่อนวัตกรรม แก้วกระดาษ สื่อสาร ประสานใจ

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยรักขใจ

3.ที่มา

หอผู้ป่วยรักขใจเป็นเป็นหอผู้ป่วยปิด งดใช้โทรศัพท์มือถือ โดยลักษณะของการเยี่ยมจะเป็นการสื่อสารผ่านประตูกัน ทางหอผู้ป่วยได้ทำการเจาะรูไว้เพื่อเป็นการส่งเสียงออกไปได้มากขึ้น แต่ก็ยังพบว่ามีความลำบากในการสื่อสาร ดังนั้นจึงเกิดการทํานวัตกรรมแก้วกระดาษ สื่อสาร ประสานใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยสื่อสารได้เข้าใจกันมากยิ่งขึ้น สามารถส่งต่อความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้ญาติกับผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกันโดยไม่ต้องผ่านเจ้าหน้าที่
2. เพื่อเกิดความสะอาด ป้องกันเชื้อโรค
3. ความพึงพอใจต่อการใช้จากญาติผู้ป่วย มากกว่าร้อยละ 85

5.วิธีดำเนินงาน

1.ขั้นตอนการวางแผนและการเตรียมการ



2.ขั้นตอนปฏิบัติการ



3.ขั้นสรุปผล

ลำดับ	แบบ	ผลการใช้	ผลการวัด dB
Ver.1	แก้วพลาสติกใส+สายเชือกถักสีขาวแดง	ผลลัพธ์เสียงไม่ชัด	80
Ver.2	กรวยน้ำกระดาษ+สายเชือกถักสีขาวแดง	ผลลัพธ์เสียงปานกลาง	60
Ver.3	แก้วน้ำกระดาษ+สายเชือกถักสีขาวแดง	ผลลัพธ์เสียงชัดเจนดี	95

6.ผลการดำเนินการ

ผลการดำเนินงาน	พ.ย. 2566	ธ.ค. 2566	ม.ค. 2567
การติดต่อสื่อสาร (ผ่าน จันท/ใช้ทั้งหมด)	6/15 (60%)	2/22 (90.9%)	29/29 (100%)
เพื่อเกิดความสะอาด ป้องกันเชื้อโรค	เพิ่มรอบเช็ดกระจก 2 ครั้ง/แวน	ไม่เพิ่มรอบเช็ดกระจก	ไม่เพิ่มรอบเช็ดกระจก
ความพึงพอใจต่อการใช้ของญาติ	รวม 82.2% - รูปลักษณ์ 93.3% - ใช้งานได้ 94.7% - สะดวก 58.7%	รวม 87.9% - รูปลักษณ์ 90.9% - ใช้งานได้ 90.9% - สะดวก 81.8%	รวม 91.9% - รูปลักษณ์ 96.6% - ใช้งานได้ 97.9% - สะดวก 81.4%

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- วิธีการใช้งาน เมื่อสายเชือกไม่ตึง/เชือกมีความเอียง เสียงจะไม่ผ่านไปยังอีกฝั่งของผู้ฟังและผู้พูด
- ไม่สามารถทำได้ทุกวันเพราะมีข้อจำกัดของอาการผู้ป่วยบางราย
- จังหวะการรับการส่งเสียง และการเปลี่ยนสลับแก้วระหว่างปากกับหูระหว่างผู้รับและผู้ส่งยังไม่สอดคล้องกัน
- ข้อจำกัดในเรื่องอายุ ผู้สูงอายุใช้ลำบาก
- เจ้าหน้าที่ต้องคอยประกบและให้คำอธิบายวิธีการใช้งาน

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปใช้กับหอผู้ป่วยที่ญาติเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย/ในห้องที่ปลอดภัยเช่นห้องแยกโรค เป็นต้น

- 1.ชื่อนวัตกรรม กระบอกหัก amp ยา
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 เป็นหอผู้ป่วยที่มีการรักษาผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับยาเป็นจำนวนมาก และยาที่มีภาชนะบรรจุภัณฑ์แบบ amp แก้ว เป็นชนิดหนึ่งที่มีการใช้จำนวนมากและใช้กับผู้ป่วยหลายราย ทั้งนี้มักจะเกิดอุบัติเหตุ amp ยาบาดมือจากการหัก amp ยาด้วยมือเปล่า ซึ่งจากการสำรวจการหัก amp ยาด้วยมือเปล่าเป็นระยะเวลา 2 เดือน โดยทางผู้จัดทำได้สำรวจในเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2566 ที่ผ่านมา พบการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 4.5 ดังนั้นทางหอผู้ป่วยจึงได้ทำการคิดค้นกระบอกหัก amp ยาขึ้นเพื่อใช้ในการหัก amp ยา แทนการหักด้วยมือเปล่าเพื่อช่วยลดและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ amp ยาบาด

5.วิธีดำเนินงาน

อุปกรณ์ ท่อ PVC, ที่เจาะรูท่อ PVC, ปูนซีเมนต์
ขั้นตอนการประดิษฐ์

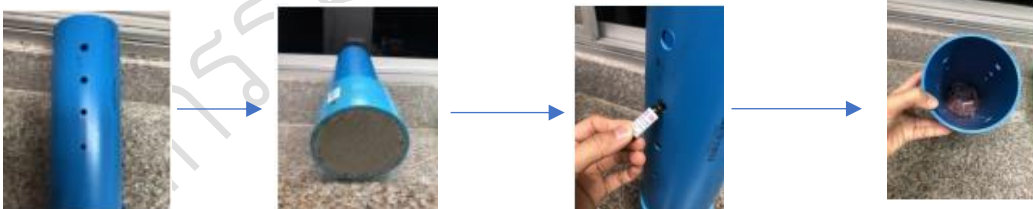


1.วัดขนาด amp ยาแต่ละชนิด แล้วใช้ที่เจาะรู (หัวเจาะรูวัดและแบ่งตามขนาดของ amp ยาแต่ละชนิด) เจาะรูบนท่อ PVC ตามขนาดที่วัดไว้

2.นำปูนซีเมนต์มาหล่อทำเป็นฐานปิดด้านล่างท่อ PVC 1 ด้าน เพื่อให้ฐานตั้งตรงและสามารถใช้กักเก็บ amp ยาที่หักทิ้งไว้ในท่อ

ขั้นตอนการใช้

1. เช็ดทำความสะอาด amp ยาและบริเวณกระบอกหัก amp ยา (เน้นบริเวณรูที่จะเสียบหัก amp)
2. ขั้นตอนการหัก ใช้ amp ยาสอดเข้าบริเวณรูที่เจาะตามขนาดความเหมาะสมโดยเอียงประมาณ 45 องศา เพื่อป้องกันยากระเด็นออกขณะหักยา
2. ปลาย amp ยาที่หักแล้วจะตกลงไปในท่อ PVC ทำให้สะดวกในการเก็บทิ้งกันยากระเด็นออกขณะหักยา



6.ผลการดำเนินการ

จากการทดลองใช้กระบอกหัก amp ยา ระยะเวลาเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566- มกราคม 2567 ไม่พบอุบัติเหตุ amp ยาบาดมือ คิดเป็นร้อยละ 0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากอุปกรณ์มีขนาดใหญ่จึงมีความยากในการพกพาหรือเคลื่อนที่ไปกับล้อฉีดยา ดังนั้นทางหอผู้ป่วยจึงอาจจะมีการพัฒนาและต่อยอดเพื่อลดขนาดของอุปกรณ์เพื่อให้ง่ายต่อการพกพาหรือเคลื่อนที่

8.แนวทางการพัฒนา

แนะนำ/เสนอ แก่หอผู้ป่วยข้างเคียง

- 1.ชื่อนวัตกรรม Click..สัญญาณกันลื้ม
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ อายุรกรรมหญิง 2
- 3.ที่มา

จากข้อมูลประเมินการล้างมือในบุคลากรหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง2โดยICWNในช่วง2อาทิตย์แรกเดือนมกราคม2567 พบว่าก่อนให้การพยาบาลมีการล้างมือ เพียงร้อยละ 50 เท่านั้นและหลังให้การพยาบาลมีการล้างมือร้อยละ70 อีกทั้งจากการสังเกตว่าน้ำยาล้างมือยัง เหลือปริมาณมากในขณะที่ใกล้วันหมดอายุ ดังนั้นผู้จัดทำนวัตกรรมจึงได้คิดค้นนวัตกรรมที่มีชื่อว่า “Click..สัญญาณกันลื้ม” ขึ้นมา โดยข้อมูลที่ได้สามารถนำมาเก็บสถิติการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยของบุคลากรทางการพยาบาลภายในหอผู้ป่วย อีกทั้งป้ายที่มีการบ่งบอกถึงการล้างมือ “ก่อน” และ “หลัง” เป็นการกระตุ้นเตือนสร้างความตระหนักในการล้างมือ และช่วยเตือนให้ผู้สัมผัสผู้ป่วยได้เห็นถึงระเบียบวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องได้อีกด้วย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. บุคลากรทางการพยาบาลมีการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิม มากกว่าร้อยละ80
2. บุคลากรมีความพึงพอใจ

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ปรึกษาวางแผนงานร่วมกันภายในกลุ่ม
- 2.จัดเตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องบันทึกจำนวน แอลกอฮอล์ Hand Rub
- 3.ประชุมและชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานทราบและถือปฏิบัติ
- 4.นำนวัตกรรมที่จัดทำ ทดลองใช้กับผู้ป่วยจริง
- 5.เก็บข้อมูลและประเมินผลจากผู้ใช้งานนวัตกรรมจริง



6.ผลการดำเนินการ

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม		ขณะใช้นวัตกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ร้อยละการของการล้างมือก่อนให้การพยาบาลกับผู้ป่วยและก่อนสัมผัสสิ่งแวดล้อม	33	50	27	85
2.ร้อยละการของการล้างมือหลังให้การพยาบาลกับผู้ป่วยและหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม	33	70	27	90
3.ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องนับจำนวนครั้งที่ล้างมือ	-	-	27	90

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการใช้นวัตกรรม “Click..สัญญาณกันลื้ม” สำหรับ เจ้าหน้าที่ทุกระดับในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย จากผลการเก็บสถิติ เจ้าหน้าที่มีจำนวนครั้งการล้างมือมากขึ้นในการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยและ มีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับดีมาก ทางผู้จัดทำนวัตกรรมคาดว่าผลการใช้นวัตกรรม จะช่วยลดการติดเชื้อในผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

อุปกรณ์ digital counts ไม่สะดวกพกพาและควรมีการใช้นวัตกรรมให้ครบทุกเตียงและบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องรวมถึงญาติผู้เกี่ยวข้องด้วย

8.แนวทางการพัฒนา ขยายผลในหน่วยงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมทุกแผนก

1.ชื่อนวัตกรรม Curtain cleanser

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5

3.ที่มา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 ตลอดปีงบประมาณ 2566 พบว่าหอผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาทั้งหมด 50 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาที่เกิดในหน่วยงานทั้งหมด 17 ราย และพบจำนวนการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาทั้งหมด 2 ครั้ง จากสถิติดังกล่าว นำไปสู่แนวคิดในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นปัญหาของระบบสุขภาพ เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยยากขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น รวมไปถึงการมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย หนึ่งในสาเหตุที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อดื้อยานั้น เกิดจากการทำ ความสะอาดสิ่งแวดล้อมได้ที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำ ความสะอาดผ้า màn โดยผ้า màn ที่ปนเปื้อนเชื้อดื้อยาหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 จึงได้คิด นวัตกรรม “Curtain cleanser” ที่จะช่วยในการทำ ความสะอาดผ้า màn ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยและทำให้การทำ ความสะอาดผ้า màn ง่ายมากขึ้น

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อการทำ ความสะอาดผ้า màn ได้อย่างทั่วถึง ลดการสะสมของเชื้อโรคบริเวณผ้า màn อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.เพื่อความสะดวกในการทำ ความสะอาดผ้า màn
- 3.เพื่อศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานในการใช้นวัตกรรม

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.เก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5
- 2.ค้นคว้า ออกแบบนวัตกรรม เพื่อลดการติดเชื้อดื้อยาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5
- 3.จัดทำ นวัตกรรม และทดลองใช้ บันทึกแบบประเมินผลลัพธ์ และสรุปผล



6.ผลการดำเนินการ

หัวข้อประเมิน	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม
1. ร้อยละความสะอาดของผ้า màn*	60/100	90/100
2. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นวัตกรรม		92.5/100
2.1 นวัตกรรม ใช้ง่าย		80/100
2.2 รูปแบบอุปกรณ์มีความเหมาะสม แข็งแรง		90/100
2.3 การออกแบบมีความคิดสร้างสรรค์		100/100
2.4 นวัตกรรมสามารถช่วยให้การทำ ความสะอาดผ้า màn สะอาดขึ้น		100/100

* วัดจากการสุ่มตรวจพื้นที่เป็นสารเรืองแสง 50 ตารางเซนติเมตร หลังจากทำความสะอาด โดย ใช้นวัตกรรม เปรียบเทียบการกับการทำความสะอาดแบบเดิม

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

-

8.แนวทางการพัฒนา

-

1.ชื่อนวัตกรรม อาหารเสริมเพิ่มพลัง

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก

3.ที่มา

ภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง มีผลกระทบต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เนื่องด้วยผู้ป่วยที่มารับบริการมาแต่เช้ามีด มีความวิตกกังวล ไม่ได้รับประทานอาหารมา ระหว่างรับยาจะหิว ทานอาหารไม่สะดวก และหารบางอย่างมีกลิ่นแรง ทำให้รบกวนพักผ่อนของผู้ป่วยอื่น อีกทั้งขาดความรู้เรื่องอาหาร ไม่แน่ใจว่าทานอะไรได้บ้าง เสี่ยงต่อทุพโภชนาการสูง ทีมพยาบาลจึงคิดค้น “อาหารเสริมเพิ่มพลัง” เพื่อเป็นการเพิ่มพลังกายพลังใจแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ลดความกังวล และผู้ป่วยยังไม่ได้รับคำแนะนำ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จาก Supporting group เกิดสัมพันธภาพที่ดี

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร ลดการเกิดภาวะทุพโภชนาการ
- 2.ผู้ป่วยอึด สุขสบาย ผ่อนคลาย ลดความกังวลขณะรับยา
- 3.ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจ เกิดแรงจูงใจ เรื่องโภชนาบำบัด
- 4.ผู้ป่วยพึงพอใจในระดับสูงต่อบริการพยาบาล
- 5.เป็นการพัฒนาระดับคุณภาพบริการพยาบาล
- 6.ให้การพยาบาลได้ตามมาตรฐาน ครอบคลุมทุกมิติ ภายใต้ข้อจำกัด

5.วิธีดำเนินงาน

1. รวบรวม ข้อมูล ค้นหาปัญหา จากการสังเกต สัมภาษณ์ผู้รับและผู้ให้บริการ
2. รวบรวม วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ดังนี้

2.1 ด้านผู้ป่วย - มาเช้ามีด บ้านไกล ไม่มีรถ ห่อข้าวมาเอง ไม่มีเงิน กังวลกลัวคิวหลุด เข้ามากทานไม่ลง เบื่ออาหาร อยู่บ้านไม่อยากทาน ทานอะไรดี หิว กังวลเมื่อถึงมืออาหาร ไม่มีญาติเฝ้า ทานลำบาก กลิ่นรบกวน ควรทานตอนไหนดี กลิ่นลำบากทาน รบกวนพยาบาล กลัวยาหลุด เข้าห้องน้ำบ่อย

2.2 ด้านบุคลากรทางการพยาบาล - ผู้ป่วยมักหิวขณะให้ยา ทานอาหารที่เตรียมมา ทานลำบาก ไม่เหมาะสม ทั้งกลิ่น ชนิด ความสะอาด ดูวิตกกังวล อ่อนล้า ไม่สุขสบาย ญาติเข้ามาบ่นรบกวนการทำงาน ของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอื่น คนไข้เยอะ ให้ความรู้คำแนะนำไม่ทัน ไม่สะดวก ผู้ป่วยไม่ค่อยได้พัก ดูเหนื่อย

3. สืบค้น ข้อมูลความรู้ งานวิจัยด้านโภชนาบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งและการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้อง
4. จัดเตรียมอาหารว่าง และรูปแบบการจัดการที่เหมาะสม

4.1 ชนิดของอาหาร รสชาติ รูปแบบ บรรจุภัณฑ์ ภาชนะที่ใช้การจัดเก็บ การทำความสะอาด

4.2 รูปแบบการให้บริการ การจัดทำ Support group และการให้ความรู้ ผู้รับผิดชอบ

4.3 การจัดหาเงินทุน

5. การทดลองให้บริการสัปดาห์ที่ 1,3 ปรับ รูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสม

6. การประเมินผล

6.1 ผู้รับบริการ ประเมินผลทุกเดือน จากความพึงพอใจต่อกิจกรรมอาหารเสริมเพิ่มพลังและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล การได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมด้านโภชนาบำบัด

6.2 ผู้ให้บริการ ประเมินผลเมื่อจัดกิจกรรมครบ 3 เดือน



6.ผลการดำเนินการ

1.จากผู้รับบริการ

1.1.ความพึงพอใจต่อกิจกรรมอาหารเสริมเพิ่มพลัง

ความพึงพอใจ ความคิดเห็น	เกณฑ์	พย.66	ธค.66	มค.67
1. ช่วยให้อิ่ม สุขสบาย ได้พัก ขณะรับยา	≥ 80 %	66.67	88.57	94.29
2. ลดความกังวล เรื่องอาหาร กลืนยาก	≥ 80 %	66.67	68.53	91.43
3. อายากทานมากขึ้น บรรายากคืด อบอุ่นเป็นมิตร	≥ 80 %	60	68.53	95.29
4. อาหารรสชาติดี นุ่ม สะดวกทาน เหมาะสม	≥ 80 %	53.33	68.57	91.43
5. พึงพอใจ เป็นบริการที่ดีควรมีต่อไป	≥ 80 %	73.33	88.57	94.29

1.2.ความพึงพอใจ ความเชื่อมั่นต่อบริการพยาบาล

ความพึงพอใจ ความเชื่อมั่นต่อบริการพยาบาล	เกณฑ์	พย.66	ธค.66	มค.67
1.ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว	≥ 85 %	86.7	87.88	98.66
1.ได้รับความรู้ เข้าใจเรื่องผลข้างเคียงการจัดการ	≥ 85 %	86.7	89.09	98
2. ได้รับความรู้เรื่องอาหาร การดูแลตนเองที่บ้าน	≥ 85 %	86.35	90.91	98
3 ได้รับบริการที่เป็นมิตร ประทับใจ ตอบสนองความต้องการ	≥ 85 %	90	91.52	98.66
4. ความพึงพอใจ ต่อบริการพยาบาล	≥ 85 %	88.82	90.30	98.06

2.จากบุคลากรทางการแพทย์

ความพึงพอใจ ความคิดเห็น ต่อกิจกรรมอาหารเสริมเพิ่มพลัง	เกณฑ์	ผลการประเมิน
1.ช่วยให้ผู้ป่วย สุขสบายผ่อนคลายได้พัก ลดกังวลในการรับยา	≥ 80%	92%
2.ช่วยเสริมสร้างกำลังใจผู้ป่วยโดยเฉพาะเรื่องโภชนาบำบัดการดูแลตนเอง QOLของผู้ป่วย	≥ 80%	94%
3.ช่วยให้คำแนะนำ ปรึกษาได้ครอบคลุมมากขึ้นเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ	≥ 80%	96%
4. ช่วยให้งานสะดวกรวดเร็วขึ้น	≥ 80%	90%
5.ช่วยให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น ส่งผลต่อ ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล	≥ 80%	92%



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การดำเนินของโรค ขั้นตอนและผลข้างเคียงของการรักษา มีผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วยมะเร็ง ในทุกๆด้าน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน อ่อนล้า และท้อแท้ การจัดกิจกรรม อาหารเสริมเพิ่มพลัง ไม่ได้เพียงแค่ช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากความหิวความไม่สุขสบาย ยังช่วยส่งเสริมพลังด้านจิตใจ ให้ผู้ป่วยเกิดพลังบวกในทุกๆด้าน ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถมีพลังดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข และยังช่วยบุคลากรทางการแพทย์ให้การพยาบาลได้ตามมาตรฐาน ภายใต้ข้อจำกัดของอัตรากำลัง เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งให้มีคุณภาพ ครอบคลุมทุกมิติ

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถขยายผลไปยังหอผู้ป่วยหน่วยงานอื่นๆที่มีการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาล

1.ชื่อนวัตกรรม สายรัดคาง CPAP

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

3.ที่มา

ทารกคลอดก่อนกำหนด มีภาวะหายใจลำบากแรกคลอด จึงได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการให้ออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทางจมูก (NCPAP) จึงมีการใช้นวัตกรรมหมวก CPAP เพื่อช่วยปิดปากทารก เพื่อป้องกันแรงดันบวกหลังสิ้นสุดการหายใจออก (PEEP) ออกมาทางปากทารก ทารกที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน และยังต้องให้ออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทางจมูก ไม่สามารถให้สารน้ำและยา ทาง Peripheral line บริเวณแขนและขาได้ จึงจำเป็นต้องแทงหาเส้นเลือดดำบริเวณศีรษะ ทำให้ไม่สามารถใส่หมวก CPAP แบบเดิมได้ ดังนั้นทางผู้จัดทำจึงได้ต่อยอดนวัตกรรมหมวกรัดคาง CPAP สำหรับทารกที่ให้สารน้ำและทางหลอดเลือดดำบริเวณศีรษะ เป็นสายรัดคาง CPAP

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อป้องกันแรงดันบวกหลังสิ้นสุดการหายใจออก (PEEP) ออกมาทางปากทารก

5.วิธีดำเนินงาน

1.ศึกษาปัญหา และข้อจำกัดในการใช้หมวกรัดคาง CPAP เดิม

2.จัดทำสายรัดคาง CPAP



3.ประเมินการใช้งาน

4.สรุปและขยายผล

6.ผลการดำเนินการ

หมวกรัดคาง CPAP ช่วยให้ทารกปิดปาก ทำให้ได้รับแรงดันบวกจากเครื่องช่วยหายใจได้ดีขึ้น

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

พิจารณาใช้ในทารกที่ได้รับการรักษาโดยการให้ NCPAP และได้รับการแทงเส้นเลือดดำบริเวณศีรษะ เพื่อให้ยาและสารน้ำ

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ได้

1.ชื่อนวัตกรรม Visual light visual guide

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

3.ที่มา

การล้างมือเป็นสิ่งที่ป้องกันโรคติดต่อที่ง่ายและประหยัดที่สุด มือเป็นอวัยวะที่เป็นเหมือนสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเชื้อโรคจากภายนอกเข้าสู่ตัวเอง และกระจายไปยังผู้อื่น ดังนั้นเพื่อตระหนักถึงความสำคัญของการล้างมือ ทีมพยาบาลจึงคิดค้นนวัตกรรม “Visual light visual guide” ขึ้นมา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อกระตุ้นเตือน ส่งเสริมการล้างมือให้มากขึ้น

5.วิธีดำเนินงาน

1.ค้นหาสาเหตุของปัญหา

- ปัญหาที่พบ การล้างมือไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด

2.ศึกษาทดลองหาวิธีการกระตุ้นเตือนที่ได้ผล มีประสิทธิภาพ และลดการสัมผัส “Visual alert”

3.นำมาทดลองใช้

- เริ่มทดลองใช้งาน → ติดตั้งบริเวณเตียงผู้ป่วยแต่ละเตียง → เปิดไฟตลอดเวลา → ผล แสงไฟมากเกินไป รบกวนและระคายเคืองตาบุคลากร

- ปรับเปลี่ยนวิธีการ → กำหนดการเปิดและปิดไฟไว้ เป็นเวลาดังนี้

- เปิดสัญญาณไฟกระพริบรอบที่ 1 เวลาช่วงเช้า 08.00 -10.00 น.
- เปิดสัญญาณไฟกระพริบรอบที่ 2 เวลา 12.00 น. – 13.00 น. (เวลาญาติเข้าเยี่ยม)
- เปิดสัญญาณไฟกระพริบรอบที่ 3 เวลา 18.00 น. – 18.30 น. (เวลาญาติเข้าเยี่ยม)

6.ผลการดำเนินการ

สรุปผลอัตราการล้างมือ	เดิม		หลังใช้นวัตกรรม	
	ประเมิน (ครั้ง)	อัตราท่าความสะอาดมือ	ประเมิน (ครั้ง)	อัตราท่าความสะอาดมือ
พยาบาล	287	89.20%	89	97.75%
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	140	89.29%	23	91.30%
พนักงานทำความสะอาด	24	83.33%	16	93.75%
แพทย์	4	75.00%	3	100.00%
พนักงานแปล	3	0.00%	2	0.00%

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม “visual light visual guide” สามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงานได้ นวัตกรรม “visual light visual guide” ยังอยู่ในช่วงทดลองใช้งาน ปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้งาน และพัฒนา ซึ่งในอนาคตในไอดีจะพัฒนาเป็นระบบสัญญาณไฟกระพริบโดยใช้เซนเซอร์ร่วมกับการใช้สัญญาณเสียงสัญญาณเตือน เพื่อให้เป็นรูปแบบที่สามารถใช้งานได้ดียิ่งต่อไป

8.แนวทางการพัฒนา

ใช้ในหน่วยงานหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

นวัตกรรม 
เดือนมีนาคม
2567

- 1.ชื่อนวัตกรรม Block test hormone
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ กุมารเวชกรรม 2
- 3.ที่มา

ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โดยจากสถิติข้อมูลของเดือน มค. 2666 - ตค. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยทดสอบฮอร์โมนทั้งหมด 21 ราย และพบมากที่สุด 3 ราย ใน 1วัน ดังนั้นทางหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้นำมาสู่การประชุมในหน่วยงาน หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อแก้ปัญหา Tube เลือดไม่เป็นระเบียบปะปนกัน และส่งเลือดไม่ตามรอบเวลา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อสามารถเตรียม Tube เลือดได้ง่าย สะดวกต่อการตรวจสอบซ้ำ
2. เพื่อลดความเสี่ยงเรื่อง Identify Lab ของผู้ป่วย ป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น กรณีทำการทดสอบฮอร์โมนพร้อมกันหลายคน
3. เพื่อให้สามารถส่ง Lab ได้ตามรอบเวลาที่แพทย์กำหนด ป้องกันการ Error ของ Lab
4. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจไปในทางเดียวกัน สามารถทำการทดสอบฮอร์โมนได้อย่างต่อเนื่อง กรณีพยาบาลเจ้าของไข้ไม่สามารถทำการเก็บเลือดส่งตรวจได้
5. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ประชุมภายในหน่วยงานถึงปัญหาที่เกิดขึ้น
- 2.วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา
 - มีการส่ง Lab ที่ตรวจภายในโรงพยาบาลพร้อมกัน ไม่ส่ง Lab ทันทีหลังเจาะในบางเคส ทำให้ผล Lab อาจจะมี error ได้ และจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของแต่ละ cycle ไม่สามารถระบุได้ว่าแต่ละ Tube คือ Cycle ไหน
 - มีการส่งตรวจเลือดหลาย Cycle ซึ่งแต่ละ cycle จะมีการส่งเลือดหลาย Tube ทำให้มีการตรวจสอบซ้ำหลายครั้ง ทั้งผู้เจาะเลือดและผู้นำส่งก่อนนำส่งห้อง Lab เสียเวลาในการเช็ค tube ทำให้การส่ง Lab ล่าช้า

วิธีการปฏิบัติงาน

1. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับจัดทำ Block test hormone ได้แก่ กล่องกระดาษยาที่ไม่ใช้แล้ว/ ฐานโพนที่วาง Tube เลือดที่ไม่ใช้แล้ว/ กาว/ อุปกรณ์ตกแต่งตามประสงค์
2. จัดทำนวัตกรรม Block test hormone
3. นำนวัตกรรม Block test hormone ไปใช้จริงพร้อมประเมินผล

6.ผลการดำเนินการ

	ก่อนใช้นวัตกรรม ม.ค.- ต.ค. 66 (N = 21)	หลังใช้นวัตกรรม พ.ย.66-ก.พ. 67 (N = 22)		ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม (จำนวนบุคลากร = 18)
การจัดเก็บ Tube เลือด ไม่เป็นระเบียบ Tube มีการปะปนกัน	21 (100 %)	0 (0 %)	-สะดวกต่อการใช้	-	100 %
มีการส่ง Lab ไม่ตามรอบเวลาของแต่ละ cycle	5 (23 %)	0 (0 %)	-ง่ายต่อการตรวจสอบ Tube เลือด	-	100%
			-ป้องกันความผิดพลาดในการเจาะเลือด	-	100%

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการติดตามการปฏิบัติพบว่าหลังมีการทดลองใช้นวัตกรรม Block test hormone ยังไม่พบ
อุบัติการณ์การขนส่งเลือดผิดพลาด และส่ง Lab ได้ตามรอบเวลาที่แพทย์กำหนดไม่เกิดการ Error ของ Lab

8.แนวทางการพัฒนา

เผยแพร่แนวทางการปฏิบัติไปยังหอผู้ป่วยที่สนใจ เพื่อพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสม และสะดวกในการ
ปฏิบัติต่อไป

นวัตกรรมปีงบประมาณ 2567

1.ชื่อนวัตกรรม Easy Ear Suction

2.หน่วยงานที่นำเสนอ ห้องตรวจ หู คอ จมูก

3.ที่มา

ห้องตรวจโสต คอ นาสิก มีผู้ป่วยโรคหูเข้ารับการตรวจ ประมาณ 30 รายต่อวัน เปิดให้บริการในเวลาตรวจ 2-3 ห้องตรวจ และ SMC 1 ห้องตรวจทุกวัน มีการใช้ Ear suction จำนวนมาก มีการเปลี่ยนแปลงระบบการส่งเครื่องมือปราศจากเชื้อของหน่วยจ่ายกลางเป็นรอบต่อวัน ทำให้เครื่องมือไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ต้องขอเพิ่มรอบการส่งเครื่องมือเป็นกรณีพิเศษหลายครั้ง ราคาเครื่องมือต่อชิ้นแพงไม่สามารถหามาใช้งานได้เร่งด่วน ประกอบกับ ข้อต่อ Ear suction ไม่สามารถซื้อใหม่ได้เนื่องจากเป็นเครื่องมือแบบเดิมไม่มีการผลิตแล้ว จึงคิดค้นนวัตกรรม Easy Ear Suction

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อให้มีเครื่องมือ Ear suction เพียงพอต่อการใช้งาน

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ค้นหาอุปกรณ์สำหรับทดแทนข้อต่อเดิม จากอุปกรณ์ที่มีการใช้งานในหน่วยงาน
- 2.ออกแบบอุปกรณ์โดยดัดแปลงรูปร่างจาก syringe insulin โดยตัดปลายที่มีปีกออก
- 3.ทดลองใช้นวัตกรรม Easy Ear Suction



6.ผลการดำเนินการ

จากการทดลองใช้ Easy Ear Suction ตั้งแต่วันที่ 3 ม.ค.67 - 26 ม.ค. 67 พบว่า เครื่องมือ Ear Suction เพียงพอต่อการใช้งาน จำนวนรอบในการส่งเครื่องมือ sterile ลดลงเหลือวันละ 1 รอบ ดังตาราง

หัวข้อประเมิน	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม
	เดือนธันวาคม	เดือนมกราคม
จำนวนรอบในการส่งเครื่องมือ Ear suction ทำSterile ทั้งหมด	28 รอบ	18 รอบ
ต้นทุน ทำ Sterile ของ Ear suction ทั้งหมด (58 บาท/รอบ)	1,624 บาท	1,044 บาท

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม Easy Ear Suction สามารถใช้แทนข้อต่อ Ear Suction ได้ดี ราคาถูก ลดจำนวนรอบในการส่ง Ear suction ไปทำให้ปราศจากเชื้อที่หน่วยจ่ายกลาง มีเครื่องมือเพียงพอต่อการใช้งาน

8.แนวทางการพัฒนา

อาจนำนวัตกรรมนี้เป็นต้นแบบในการปรับใช้กับหออผู้ป่วยที่มีชุดเครื่องมือตรวจหู คอ จมูก เช่น หออผู้ป่วยหู คอ จมูก และห้องฉุกเฉินได้

* ก่อนใช้นวัตกรรม	ระดับดี ร้อยละ	75
* หลังใช้นวัตกรรม	ระดับดีมาก ร้อยละ	100
- ปลอดภัย	ระดับดี ร้อยละ	75

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรมการนี้ควรมีการต่อยอดเพื่อให้ผลงานมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในการใช้งาน ทั้งความแข็งแรงและใช้วัสดุที่ง่ายต่อการทำความสะอาด

8.แนวทางการพัฒนา

ใช้กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ทั้งผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ และรู้สึกตัวดี

นวัตกรรมการปีงบประมาณ 2567

1.ชื่อนวัตกรรม EASY BLOOD CHECK

2.หน่วยงานที่นำเสนอ ICU MED 1

3.ที่มา

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้กำหนดมาตรการให้ การให้เลือดผิดเป็น Getting to Zero



4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดถูกต้องตามแผนการรักษา ร้อยละ 100
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ร้อยละ 100

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ขั้นตอนการตรวจสอบเลือดและส่วนประกอบของเลือด โดยนวัตกรรม Easy blood check หน้าที่ 1 เกี่ยวกับขั้นตอนก่อนนำเลือดไปให้ผู้ป่วย พยาบาล 2 คน จะทำการตรวจสอบคำสั่งการรักษา ของแพทย์
- 2.หน้าที่ 2 เกี่ยวกับ Side effect post blood transfusion และวิธีปฏิบัติต่างๆ ในกรณีผู้ป่วยแพ้เลือด
- 3.กรอกข้อมูลลงในแบบประเมินการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดที่ลิงค์ ต่อไปนี้



การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

Sign in Google to save your progress. Learn more

* Indicates required question

ชื่อผู้รับเลือด *

Your answer

วันที่รับเลือด *

Date

mm/dd/yyyy

เพศ *

ชาย

หญิง

อื่น

คำสั่งเลือด

1. รหัสคำสั่งและชื่อของแพทย์ขอรับเลือด (Unit number) ของคุณคืออะไร *

2. หมายเลขของแพทย์ผู้สั่งเลือด (Unit number) ของคุณคืออะไร *

3. หมายเลขของแพทย์ผู้รับเลือด (Unit number) ของคุณคืออะไร *

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfNTAHI3XScdc7ZPEDt3XF_6CgbbZ41Oy2RmipmmtLS-3tkMQ/viewform

6.ผลการดำเนินการ

ตารางแสดงการประเมินผลการทดลองการใช้นวัตกรรม จำนวน 20 ครั้ง ในจำนวนผู้ป่วย 17 ราย ในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ – 5 มีนาคม พ.ศ.2567

หัวข้อ	ร้อยละ
ความถูกต้องในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	100
ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด	100

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม Easy blood check พบว่าในด้านความถูกต้องในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ถูกต้อง และผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ร้อยละ 100 และทุกครั้งที่มีการให้เลือดผู้ป่วยในหน่วยงาน พนักงานช่วยเหลือคนไข้สามารถนำไปใช้ในการเช็คความถูกต้อง ขณะรับเลือดจาก blood bank และพยาบาลใช้ขณะตรวจสอบหลังจากได้รับเลือด ขณะกำลังให้เลือด และสังเกตอาการแพ้เลือดขณะได้รับเลือด/หลังได้รับเลือด รวมถึงวิธีปฏิบัติต่างๆ ในกรณีผู้ป่วยแพ้เลือด เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับ Getting to Zero ในเรื่องของการให้เลือดผิด

8. แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปทดลองใช้กับหอผู้ป่วยอื่นๆในโรงพยาบาลได้

- 1.ชื่อนวัตกรรม สายผูกคอปอดภัย
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2
- 3.ที่มา

จากอุบัติเหตุการปี 2566-2567 มีผู้ป่วยที่ใส่ Tracheostomy tube 20 ราย พบการเลื่อนจากตำแหน่งเดิม 1 ราย แลพบว่าเชือกที่ผูกโดนเสมหะ สกปรก หมักหมม อับชื้น และเกิดการบาดของเชือกที่หลังคอผู้ป่วย 2 ราย ดังนั้นหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 จึงได้จัดทำนวัตกรรม“สายผูกคอปอดภัย” ใช้ในการผูกท่อช่วยหายใจให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกัน การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ลดการบาดเจ็บของเส้นเชือกและไม่เกิดความสกปรกของเชือกผ้า ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัย เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจชนิด Tracheostomy tube
2. เพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลจากการบาดของเชือกผ้า

5.วิธีดำเนินงาน

อุปกรณ์ ผ้ากำมะหยี่ ตีนตุ๊กแก เข็ม ด้าย กรรไกร งบประมาณ 50 บาท

1. ประชุมและระดมสมองขอความเห็นของบุคลากรในหน่วยงาน
2. นำผ้ากำมะหยี่มาตัดตามแบบเส้นตรงกว้าง 2 ซม. ยาว 36 ซม. 2 ชั้น
3. นำผ้ากำมะหยี่ 2 ชั้นมาเย็บติดกัน
4. ตัดตีนตุ๊กแกกว้าง 0.5 ซม. ยาว 8 ซม.
5. เย็บผ้ากำมะหยี่กับตีนตุ๊กแกติดกัน



ตัวอย่างก่อนใช้ นวัตกรรม “สายผูกคอปอดภัย”



ตัวอย่างหลังใช้ นวัตกรรม “สายผูกคอปอดภัย”



6.ผลการดำเนินการ

ผลลัพธ์	ก่อนทำนวัตกรรมสายผูกคอปอดภัย	หลังทำนวัตกรรมสายผูกคอปอดภัย
	เก็บข้อมูลช่วงเดือน กันยายน ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2566 จำนวน 4 ราย	เก็บข้อมูลช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 จำนวน 5 ราย
การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจชนิด Tracheostomy tube	1 ราย	0 ราย
การเกิดบาดแผลบริเวณลำคอ	2 ราย	0 ราย

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยที่ใส่ท่อ tracheostomy tube ไม่พบการเลื่อนหลุดและไม่เกิดบาดแผลบริเวณรอบๆคอ เมื่อต้องใช้นวัตกรรมสายผูกคอปอดภัยรัดรอบคอแทนเชือกมัดแบบเดิม

ข้อเสนอแนะ

ต้องมีการทำความสะอาดนวัตกรรมสายผูกคอปอดภัยอยู่ทุกวัน เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค

8.แนวทางการพัฒนา

ต้องมีการทำความสะอาดนวัตกรรมสายผูกคอปอดภัยอยู่ทุกวัน เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค

- 1.ชื่อนวัตกรรม มหัตศรรย์ หมอนอุ้นไอรัก
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ ห้องส่องกล้อง
- 3.ที่มา

ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารมีหน้าที่ในการดูแล และทำหัตถการ ผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงผ่าตัดในท่าตะแคงหรือนอนคว่ำ การจัดทำที่เหมาะสมหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (EGD Colonoscope) และทางเดินน้ำดี(ERCP) นอกจากนี้รวมถึงการส่องกล้องระบบทางเดินหายใจ (bronchoscope ,Pleuroscope) ในการทำหัตถการนั้นผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงผ่าตัดในท่าตะแคงหรือนอนคว่ำ การจัดทำที่เหมาะสมจะช่วยให้การทำหัตถการเป็นไปได้อย่างราบรื่น แพทย์สามารถทำหัตถการได้รวดเร็ว ผู้ป่วยก็สุขสบาย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

ลดระยะเวลาในการจัดทำเพื่อทำหัตถการในห้องส่องกล้อง

5.วิธีดำเนินงาน

วิธีการศึกษา

- 1.เตรียมผ้าห่ม เทปกาว ถุงพลาสติก แผ่นกันกระแทก
- 2.พับผ้าห่ม โดยแบ่งเป็น3ส่วนพับเข้าหากัน จากนั้นม้วนให้แน่นเป็นลักษณะRoll จะมีความยาวประมาณ 60cm ใช้ผ้าเช็ดหัวด้านนอก
3. เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องส่องกล้อง หลังจากเจ้าหน้าที่เตรียมจัดทำเพื่อทำหัตถการ
 - โดยEGDใช้ก้นด้านหลังเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยดิ้นหรือหงายหลังขณะส่องกล้อง
 - Pleuroscope ให้ผู้ป่วยกอดหมอนจากข้างหน้า เพื่อให้แขนไม่เกร็ง , IV ไหล่ได้สะดวก อยู่ในท่าที่เหมาะสมไม่ว่าไปด้านหน้าเกินไปเป็นการFix position ป้องกันตำแหน่งที่จะเจาะไม่ให้เคลื่อนไป
4. หลังจากส่องกล้องเสร็จเรียบร้อย สามารถนำหมอนกลับมาใช้ได้ใหม่ โดยการเปลี่ยนผ้าเช็ดหัวที่ห่อ
5. บันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการจัดทำเพื่อทำหัตถการ นำไปเปรียบเทียบกับก่อนทำโครงการ



6.ผลการดำเนินการ



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม มหัตศรรย์หมอนอุ้นไอรัก สามารถนำไปใช้ในการจัดทำทำหัตถการในห้องส่องกล้องคือ EGD ,Pleuroscope

- 1.มีการผลิตไม่ยุ่งยากใช้งานได้จริงและไม่มีค่าใช้จ่ายเพราะใช้ของที่มีในหอผู้ป่วยมาประดิษฐ์
- 2.ช่วยให้การจัดทำทำได้เร็วและมีประสิทธิภาพ
- 3.ลดระยะเวลาในการจัดทำ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ก็สามารถจัดทำได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

8.แนวทางการพัฒนา

ทางหอผู้ป่วยที่มีหัตถการเจาะปอด สามารถนำนวัตกรรม มหัตศรรย์หมอนอุ้นไอรักไปประยุกต์ใช้ที่หอผู้ป่วยได้

- 1.ชื่อนวัตกรรม Suction Fluid Safe zone
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
- 3.ที่มา

การวินิจฉัย มะเร็งในช่องท้อง ต้องมีการเก็บส่งตรวจเซลล์จากน้ำในช่องท้อง(Fluid Cytology) เพื่อส่งตรวจเซลล์วิทยา โดยการเก็บส่งจะต้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ปริมาณ cytology ที่เก็บคือ 200 ml. การใช้ลูกสูบยางแดง ที่เก็บมีความลึกไม่เพียงพอต่อการเก็บ ทำให้ได้ปริมาณน้ำน้อย และเป็นสีแดงทึบ ไม่เห็นปริมาณ fluid เสี่ยงอันตรายต่ออวัยวะในช่องท้องที่ใกล้เคียง และการใช้ Asepto Syringe ที่เก็บมีความลึกไม่เพียงพอต่อการเก็บ ปริมาณน้ำที่ได้เพิ่มกว่าลูกสูบยางแดงเล็กน้อย จึงเกิดการคิดค้นนวัตกรรม Suction Fluid Safe zone

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- เก็บน้ำในช่องท้องในปริมาณเพียงพอ
- ป้องกันอันตรายต่ออวัยวะช่องท้องใกล้เคียง
- เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ ผู้ป่วยรับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

5.วิธีดำเนินงาน

1. รวบรวมข้อมูล สถิติการผ่าตัดที่ต้องการ เก็บCytology ย้อนหลัง 3 เดือนตั้งแต่วันที่ 1 ธ.ค. 66 - 29 ก.พ.67
2. ประชุมทีมพยาบาลผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไป เพื่อระบุปัญหาที่พบ และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล
- 3.คิดค้นและออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล

วัสดุ-อุปกรณ์ สายsuction ขนาด 10 cm/ Asepto syringe 1 คู่ set ละ 50 บาท/ หัว Suction สวมกับ Shield อยู่ใน basic set ที่เปิดใช้อยู่แล้ว

ขั้นตอนการประดิษฐ์

นำ Asepto Syringe ส่ง อบแก๊ส EO resterile มีต้นทุน 50 บาท ต่อ set นำสาย Suction มาตัดขนาด 10 เซนติเมตร แล้วนำมาประกอบกับ Asepto syring ขั้นตอนสุดท้ายนำมาต่อกับ Suction สวมใส่ Shield

6.ผลการดำเนินการ

สถิติจากการผ่าตัด ตั้งแต่ 1 ธ.ค.2566-29 ก.พ.2567 มีผู้ป่วยเข้ารับการเก็บ cytologyทั้งหมด18ราย และนำนวัตกรรม มาทดลองใช้ กับศัลยแพทย์ 8 ท่าน ดังนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	ลูกสูบยางแดง	Asepto Syringe	นวัตกรรมSuction Fluid Safe Zone
การรบกวนของอวัยวะในช่องท้อง	6 ครั้ง	4ครั้ง	ไม่มี
ปริมาณน้ำที่ได้(200ml./ครั้ง)	20ครั้ง	8ครั้ง	4ครั้ง
ความพึงพอใจของแพทย์	0%	60%	95%

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม suction fluid safe zone คือการเก็บส่งตรวจเซลล์จากน้ำในช่องท้อง (fluid Cytology) เพื่อส่งตรวจเซลล์วิทยา โดยการนำเอาสาย Suctionเก่าที่สายใช้จนเหลืองแล้ว มาตัดขนาด 10 เซนติเมตร แล้วนำมาประกอบกับ Asepto syring ขั้นตอนสุดท้ายนำมาต่อกับ Suction สวมใส่ Shieldเพื่อเพิ่มความ

ยาวของปลายดูดน้ำและช่วยเพิ่มความปลอดภัยไม่ให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะในช่องท้องที่ใกล้เคียง ในขณะที่เก็บ
สิ่งส่งตรวจและลักษณะของนวัตกรรมก็สะดวกต่อการใช้งานศัลยแพทย์ผู้ใช้เกิดความพึงพอใจ ได้เก็บน้ำในช่อง
ท้อง (fluid Cytology) เพื่อส่งตรวจเซลล์วิทยาที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง เป็นระยะๆ เพื่อนำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อให้ได้สิ่งประดิษฐ์ที่
ผู้ใช้งานพึงพอใจมากที่สุด

8.แนวทางการพัฒนา

จากการพัฒนาปรับปรุงสิ่งประดิษฐ์“suction fluid safe zone” ใช้ในการผ่าตัดแบบเปิดได้รับผล
ตอบรับที่ดีจากทีมศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้งานสามารถขยายผลใช้ในการผ่าตัดแบบส่องกล้อง
(Laparoscopic)ต่อไปและนำไปขยายผลการใช้งานในผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องเก็บน้ำ เพื่อส่งตรวจเซลล์วิทยา (fluid
Cytology) ในแผนกอื่นๆ ต่อไป

1.ชื่อนวัตกรรม CLOCK CONTRACTION

2.หน่วยงานที่นำเสนอ LR Room

3.ที่มา

ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (EARLY POSTPARTUM HEMORRHAGE) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดาทั่วโลก ประมาณร้อยละ 6 เสียชีวิตจากสาเหตุนี้ จากสถิติภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชม. ในห้องคลอดปี2564-2566 พบว่า เกิดจากสาเหตุ มดลูกอ่อนหล้าหลังคลอดจำนวน 38, 25, และ 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.50,21.88, และ 24.21 ตามลำดับ ปัญหาเกิดจากการนวดมดลูกไม่ตรงตามเวลาที่กำหนดไว้ และไม่มีเครื่องมือช่วยจากภาระงานเยอะ

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยเตือน
- 2.เพื่อลดอัตราการเกิดการตกเลือดหลังคลอด

5.วิธีดำเนินงาน



6.ผลการดำเนินการ

รายการประเมิน นวตตรงเวลา	กลุ่มแรก (n 20) (1-31มกราคม 67)			กลุ่มที่ 2 (n 20) (1-29 กุมภาพันธ์ 67)		
	นวตตรงเวลา	นวตซ้ำ	เกิดPPH	นวตตรงเวลา	นวตซ้ำ	เกิด PPH
การนวดมดลูก ทุก 5 นาที 3 ครั้ง	15	5	0	20	0	0
การนวดมดลูก ทุก 15 นาที 3 ครั้ง	16	4	0	20	0	0
การนวดมดลูก ทุก 30 นาที 2 ครั้ง	13	7	0	20	0	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

1. CLOCK CONTRACTION สามารถเตือนและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการนวดมดลูกในมารดาหลังคลอด 2 ชม.ในห้องคลอด ได้อย่างตรงเวลา

2. นวัตกรรม CLOCK CONTRACTION เป็นเครื่องมือที่ช่วยลดภาระงานในหน่วยงานห้องคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

การเก็บข้อมูลเป็นช่วงระยะเวลาสั้นยังไม่พบภาวะเลือดตกหลังคลอดในการให้การพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม พบผลที่ได้คือมีการนวดมดลูกซ้ำไม่ตรงเวลา แนะนำให้มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในการพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม

8.แนวทางการพัฒนา ควรมีการพัฒนาไปใช้กับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย

1.ชื่อนวัตกรรม AAA (Alert alarm awareness)

2.หน่วยงานที่นำเสนอ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.ที่มา

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขอบเขต ภารกิจ หน้าให้บริการ ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและภาวะวิกฤต ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกช่วงอายุเมื่อผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินจะได้รับการคัดกรองประเมินความรุนแรง ความเร่งด่วนของผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม ถูกต้องทันที่ ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองระดับความรุนแรงแล้ว เพลนอนผู้ป่วยจะถูกแขวนป้ายสัญลักษณ์ที่แสดงถึงระดับความรุนแรงเร่งด่วนของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยสีแดงและสีชมพูผู้ป่วยจะถูกเคลื่อนย้ายเข้าห้องฉุกเฉินโดยมีผู้นำส่งเป็นพยาบาลคัดกรองหรือนักฉุกเฉินทางการแพทย์และให้เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายขึ้นเปลนอนผู้ป่วยพาเข้ามาในห้องฉุกเฉิน ผู้นำส่งจะส่งต่ออาการผู้ป่วยพร้อมแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ให้พยาบาลในห้องฉุกเฉิน ในภาวะวิกฤติมีความแออัด รุนแรง มีผู้ป่วยที่จะ resuscitate จำนวนมาก เมื่อนำผู้ป่วยเข้ามาในห้องฉุกเฉินไม่สามารถส่งต่อให้พยาบาลเจ้าของassigned ได้ทันทีเนื่องติดภาระกิจดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาก่อน ผู้นำส่งจะต้องไปคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ ที่เข้ามาในห้องฉุกเฉิน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาเร็วทันที่
- 2.เพื่อส่งต่ออาการให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เข้าไปดูแลรักษาอย่างเหมาะสม และปลอดภัย

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.จัดเตรียมอุปกรณ์
- 2.ทดลองปฏิบัติ 1 สัปดาห์
- 3.จัดทำแบบสอบถามประเมินโครงการ
- 4.นำเสนอผลการประเมินโครงการในห้องประชุมหน่วยงาน

6.ผลการดำเนินการ

- ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 9 คน
- แพทย์ 4 คน พยาบาล 4 คน นักฉุกเฉินการแพทย์ 4 คน

ประเมินผลโครงการ

- การประชาสัมพันธ์โครงการ คิดเป็น 81.66 %
- การจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรม คิดเป็น 83.33 %
- ความสะดวก คิดเป็น 78.33 %
- ความพึงพอใจของท่านต่อภาพรวมของโครงการ คิดเป็น 83.33 %

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- 1.การประชาสัมพันธ์โครงการเพิ่มระยะเวลามากขึ้น
- 2.ควรแขวนป้ายในผู้ป่วย urgency ด้วยเนื่องจากผู้ป่วย R E ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วอยู่แล้ว แต่ผู้ป่วย Urgency ที่อาการกำกวม เช่น เจ็บแน่นใต้ลิ้นปี่ เจ็บอก ตาม warning signs ที่ต้องทำ EKG หรือเคสที่เสี่ยงต่อห้องร้อง อาจต้องกำหนด criteria ที่ชัดเจนในการสื่อสารว่าผู้ป่วยอะไรที่ต้องแขวนป้าย

8.แนวทางการพัฒนา

-

นวัตกรรม 
เดือนเมษายน
2567

- 1.ชื่อนวัตกรรม CARE D VIP
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ งานมวลสัมพันธ์
- 3.ที่มา

งานมวลสัมพันธ์เป็นด่านหน้าด่านแรก ทำหน้าที่ในการให้บริการ, ประเมินอาการ, คัดกรอง และ คัดแยกผู้ป่วยส่งตรวจตามแผนกต่างๆอย่างถูกต้องปลอดภัย ให้บริการต้อนรับ อำนวยความสะดวก ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้รับบริการ ฯ

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่ออำนวยความสะดวกหัวหน้าหน่วยราชการ และผู้มีอุปการะคุณ
- 2.เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการตรวจ
- 3.เพื่อคงระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการให้อยู่ในระดับมากกว่า 90%

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ประชุมร่วมกับแผนกอายุรกรรมเพื่อนำร่อง
- 2.ค้นหาปัญหาในการให้บริการหัวหน้าส่วนราชการ และ ผู้มีอุปการะคุณ
- 3.กำหนดขอบเขตการแบ่งระดับความสำคัญของผู้มารับบริการเป็น 3 ระดับ



6.ผลการดำเนินการ

ระยะเวลารอคอยก่อนดำเนินการใช้ CARE D VIP

เดือน	จำนวน	สุ่มจำนวน (ราย)	ระยะเวลารวม (นาที)	เวลาเฉลี่ยต่อราย
สิงหาคม 66	143	12	385	32.1
กันยายน 66	107	10	380	38
ตุลาคม 66	164	12	420	35

ระยะเวลาดำเนินการเดือนพ.ย. 66-มี.ค.

เดือน	จำนวน	สุ่มจำนวน (ราย)	ระยะเวลารวม (นาที)	เวลาเฉลี่ยต่อราย
พฤศจิกายน 66	171	16	161	10.06
ธันวาคม 66	143	12	151	12.58
มกราคม 67	180	14	187	13.35
กุมภาพันธ์ 67	169	10	72	7.2
มีนาคม 67	193	10	89	8.9

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

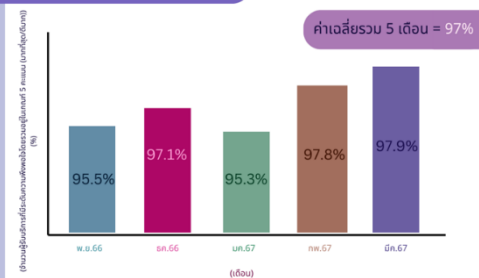
• ความพึงพอใจ

• เครื่องมือที่ใช้: แบบสอบถามความพึงพอใจ (ผ่านช่องทาง QR code) แบ่งเป็น 4 หัวข้อได้แก่

- ขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยาก ชัดชัด
- ความสะดวกที่ได้รับความบริการแต่ละขั้นตอน
- ความสุภาพ คริยามารยาทเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
- ความเข้าใจ กระตือรือร้น มีความเต็มใจ และความพร้อมในการให้บริการและประสานงาน



ระดับความพึงพอใจ



8.แนวทางการพัฒนา -

1. **ชื่อนวัตกรรม** การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบขนส่งอุปกรณ์การแพทย์เข้าหน่วยจ่ายกลาง
2. **หน่วยงานที่นำเสนอ** กลุ่มงานการพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
3. **ที่มา**

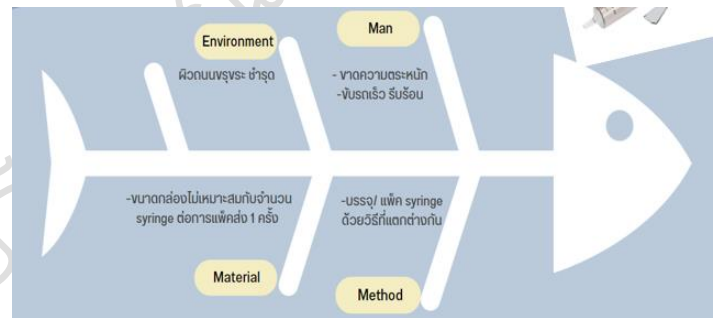
กลุ่มงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อพบปัญหา syringe แดก เป็นความเสี่ยงที่สำคัญของงานหน่วยจ่ายกลาง พบแตกต่างระหว่างขนส่ง มากที่สุด ระบบการขนส่งจากหน่วยงานต้นทางมาหน่วยจ่ายกลางยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีคนรับผิดชอบจากการแตกของ syringe มูลค่าความเสียหายจาก syringe แดกสูง ทีมงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อจึงคิดค้นนวัตกรรมนี้ขึ้นมา

4. วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. ลดอุบัติการณ์ syringe แดกจากระบบขนส่งเข้าหน่วยจ่ายกลาง \leq ร้อยละ 2
2. ลดค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจาก syringe แดก \leq 5,000 บาท/เดือน
3. ผู้ปฏิบัติพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบงาน \geq ร้อยละ 95
5. **วิธีดำเนินงาน**

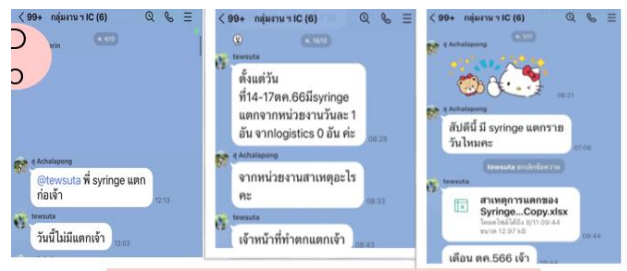
ทีมเลือกใช้ Model improvement > PDSA cycles: Plan Do Study Act

Plan: วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ/ วางแผนลง intervention/ ตั้งเป้าหมาย



Do: ลงมือปฏิบัติตามแผน >>ขอความร่วมมือหน่วยจ่าย

กลาง ตรวจสอบและแยกสาเหตุของการแตกของ syringe/ ขอความร่วมมือ ward ต้นทางในการแพ็ค syringe ให้แน่นหนา ก่อนส่งหน่วยจ่ายกลาง/ ขอความร่วมมือ logistics ขับรถไม่เร็ว



มีระบบควบคุม กำกับ และ ติดตามงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านไลน์กลุ่ม

Study: รวบรวมข้อมูลการแตก syringe รายเดือน/ วิเคราะห์ข้อมูล syringe แดก จาก 3 สาเหตุหลัก / พบการแตกลดลง แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

Act: กระบวนการทำงานยังขาดความต่อเนื่องและขาดกระบวนการสื่อสารที่ลื่นไหล/ พัฒนา flow ส่ง Syringe มาหน่วยจ่ายกลาง/ สอนวิธี pack syringe จากหน่วยงานต้นทางพบว่า syringe แดกลดลง / ขับเคลื่อน CQI รอบ 2 โดยใช้วงล้อ PDSA

6.ผลการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ		
		ก่อนดำเนินการ (ม.ค.- พ.ค. 66)	ครั้งที่ 1 (มิ.ย.- ส.ค. 66)	ครั้งที่ 2 (ต.ค. 66)
การเกิดอุบัติเหตุการฉีก syringe แดกจากหน่วยงานต้นทาง (ชิ้น)	0 ครั้ง	329	161	21
การเกิดอุบัติเหตุการฉีก syringe แดกจากการขนส่ง (logistics) (ชิ้น)	0 ครั้ง		11	0
การเกิดอุบัติเหตุการฉีก syringe แดกจากหน่วยจ่ายกลาง (ชิ้น)	0 ครั้ง		84	2
ค่าใช้จ่าย Syringe แดกชำรุด (บาท)		13,423	5,770	4,692
อัตราความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ	> 90 %	NA	NA	95.83

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- 1.ไม่เกิดอุบัติเหตุการฉีก syringe แดกจากระบบขนส่ง logistic พบอุบัติเหตุการฉีก syringe แดกจากหน่วยจ่ายกลาง และหน่วยงานต้นทาง ลดลง
- 2.ค่าใช้จ่ายจาก syringe แดกชำรุดลดลง จาก13,423 บาท/เดือน เหลือ 5,770 และ 4,692 บาท/เดือน ตามลำดับ
- 3.ผู้ปฏิบัติพึงพอใจระดับมาก ต่อการพัฒนาระบบขนส่ง ร้อยละ 95.83 เห็นด้วยกับการแพ็คด้วยผ้าร้อยละ 72.34 เห็นด้วยกับการแพ็คด้วยกระดาษรีไซเคิลร้อยละ 27.66

8.แนวทางการพัฒนา

-

1.ชื่อนวัตกรรม สื่อการสอนคุณปู่ตรวจการนอนหลับ

2.หน่วยงานที่นำเสนอ ศูนย์การตรวจการนอนหลับ หอผู้ป่วยโสต นาสิก

3.ที่มา

เนื่องจากการนัดตรวจการนอนหลับในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ เพื่อวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ผู้ป่วยจะได้รับการนัดตรวจจาก OPD โสต นาสิกและ OPD อายุรกรรม ซึ่งภาระงานของเจ้าหน้าที่ OPD มีมากและมีผู้ป่วยหลายโรคมารับบริการในครั้งเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจและการเตรียมตัวตรวจการนอนหลับ ซึ่งหลังการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนเรื่อง “ ต้นกล้าตรวจการนอนหลับ ” เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจและการเตรียมตัวตรวจการนอนหลับในผู้ป่วยเด็ก เจ้าหน้าที่ศูนย์ตรวจการนอนหลับจึงได้เห็นถึงความสำคัญปัญหาดังกล่าว เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผู้ใหญ่ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ศูนย์ตรวจการนอนหลับจึงได้จัดทำนวัตกรรม “คุณปู่ตรวจการนอนหลับ” ในรูปแบบสื่อวีดิโอการสอนสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ในการเตรียมตัวเข้ารับการตรวจการนอนหลับอย่างถูกต้อง

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการตรวจการนอนหลับเตรียมตัวตรวจการนอนหลับได้อย่างถูกต้อง

5.วิธีดำเนินงาน

1.ขั้นเตรียมการจัดทำ

- ประชุมปรึกษากายในทีมถึงปัญหาที่เกิดขึ้น
- ศึกษาและรวบรวมทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำนวัตกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น

2.ขั้นตอนการจัดทำนวัตกรรม

- ศึกษาข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้อง รูปแบบสื่อที่เหมาะสมกับเนื้อหา
- ออกแบบและจัดทำนวัตกรรมสื่อการสอนในรูปแบบนิทาน
- จัดทำ QR Code เพื่อ scan นวัตกรรม

3.ประเมินผลการใช้นวัตกรรม “คุณปู่ตรวจการนอนหลับ” โดยการใช้ข้อคำถามทดสอบความรู้ก่อนการใช้ นวัตกรรม และหลังการใช้นวัตกรรม และการติดตามประเมินการปฏิบัติตัวจากการสัมภาษณ์และสังเกต

6.ผลการดำเนินการ

1.ตารางเปรียบเทียบจำนวนข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบได้ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมตัวตรวจ จากการใช้แบบสอบถาม ก่อนการใช้นวัตกรรมและหลังการใช้นวัตกรรม

	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังการใช้นวัตกรรม	
	1 ธค.2566 – 31 มค.2567		1 กพ.2567 – 30 มีค.2567	
	จำนวนข้อคำถามที่ตอบถูก	ร้อยละ	ข้อที่ตอบถูก	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 30 คน	5	10	10	100

2.ตารางติดตามประเมินการปฏิบัติตัวจากการสัมภาษณ์และสังเกต ผู้ป่วยจำนวน 30 คน

การเตรียมตัวตรวจการนอนหลับ	ปฏิบัติ	คิดเป็นร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ	คิดเป็นร้อยละ
1.งดยาระบาย ยกเว้นยาโรคประจำตัวรับประทานได้ตามปกติ	30	100	0	0
2.งดหลับในเวลากลางวัน	28	93	2	7
3.งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง หลังเวลา 12.00 น.	27	90	3	10
4.อาบน้ำสระผมให้สะอาดก่อนมาตรวจ ไม่ใช้น้ำมันใส่ผม ครีม นวด หรือสเปย์ในวันที่มาตรวจ	30	100	0	0
5.ผู้หญิงงดแต่งหน้าและทาเล็บ ตัดเล็บให้สั้น	30	100	0	0
6.ผู้ชายโกนหนวดและเคราให้สั้น	30	100	0	0
7.ไม่นำเครื่องประดับ ของมีค่าติดตัวมา	28	93	2	7
8.ติดต่อศูนย์ตรวจโรคการนอนหลับ ชั้น 11 สีกอบิตีเหตุ รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์ เวลา 18.00น. เพื่อทำการตรวจเช็คสิทธิการรักษา ชักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น	30	100	0	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การเตรียมตัวตรวจการนอนหลับจากบ้าน ต้องมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยบางราย เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง ผู้ป่วยที่มีการใช้ Home oxygen ซึ่งเนื้อหาของนวัตกรรมสื่อการสอน “คุณปูตรวจการนอนหลับ” ไม่ได้ระบุไว้ เนื่องจากจะทำให้สื่อการสอนใช้เวลานานจนเกินไป เจ้าหน้าที่จึงต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมในภายหลัง

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยงานที่ต้องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการเข้ารับการตรวจ และมีงานมาก

นวัตกรรม 
เดือนพฤษภาคม
2567

1. **ชื่อนวัตกรรม** ผลการใช้แนวปฏิบัติ แนวทางการป้องกันก๊อสดังหรือสิ่งแปลกปลอมในแผลผ่าตัด

2. **หน่วยงานที่นำเสนอ** หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2

3. **ที่มา**

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ปัญหาที่พบ คือผู้ป่วยบางรายไม่ได้เย็บแผลจากห้องผ่าตัด เช่น แผล delayed ทำให้บางที่แพทย์ต้องมาเย็บแผลที่หอผู้ป่วยเองในวันถัดมา ซึ่งแพทย์ที่มาเย็บแผลส่วนใหญ่ไม่ได้เป็น Staff เป็นแพทย์ Extern หรือ Intern ที่ผ่านมาเกิดปัญหามีก๊อสดัดค้างในแผลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบ อีกปัจจัยคือผู้ป่วยน้ำหนักตัวมากกว่า 100 กิโลกรัม ทำให้มีความยากลำบากในการดูว่ามีก๊อสดัดอยู่ในแผล เนื่องจากมีชั้นไขมันที่หนาหลายชั้น ทำให้แพทย์มองเห็นก๊อสที่อยู่ในแผลยากครั้ง ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจในการรักษาพยาบาลและทำให้สูญเสียทรัพยากรในด้านการเงิน บุคลากร เวลา และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

4. **วัตถุประสงค์ของโครงการ**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลอดภัย ไม่มีการติดค้างของก๊อสในแผลผ่าตัดหลังการเย็บแผล

2. สาขากายวิภาคศาสตร์ผู้ป่วยศัลยกรรมมีแนวทางในการป้องกันการติดค้างของก๊อสในแผลผ่าตัด

5. **วิธีดำเนินงาน**

1. ประชุมปรึกษาหารือภายในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับอุบัติการณ์การติดค้างของก๊อสในแผลผ่าตัดและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2. จัดทำRCAเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการติดค้างของก๊อสในแผลผ่าตัด

แนวทางปฏิบัติ

1. ทำแผลให้ลึกถึงก้นแผล

2. Delay surgery primary เช่น แผล Rupture appendicitis, OC, Explore Lap ให้ pack gauze

1 ชั้น ไม่ว่าจะแผลใหญ่หรือเล็ก และให้ปล่อยชาย gauze ออกมานอกแผล ***ยกเว้นแผล secondary healing เช่น แผลกดทับสามารถ pack gauze เกิน 1 ชั้นได้

3. การเย็บปิดแผลผู้ป่วยให้แพทย์สำรวจ Gauze ที่ pack ในแผลและเอา gauze ออกให้หมดก่อนเย็บปิดแผล

4. กรณีส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน หรือ รพ.สต. ให้บันทึกจำนวนชั้นของgauze เพื่อสื่อสารให้ทีมรักษาพยาบาลทราบและเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

5. กรณีผู้ป่วยมี gauze pack จาก OR ให้เขียนการสื่อสารที่หน้า chat และบริเวณแผลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้มาเปิดแผลทุกคนได้รับทราบถึงอุปกรณ์ที่ค้างในแผล

6. รายงานแพทย์ระดับ intern ขึ้นไปมาเย็บแผล

7. พยาบาลเจ้าของไข้เข้าเคสกับแพทย์เวลาทำหัตถการ

6. **ผลการศึกษา**

	เดือนกย N=2	เดือนตค N=1	เดือนพย N=2	เดือนธค N=0	เดือนมค N=1	เดือนกพ N=0	เดือนเม N=1	เดือน เมย N=0
1. อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีก๊อสดัดค้างในแผล	1 ร้อยละ 50	0 ร้อยละ 0	0 ร้อยละ 0	0 ร้อยละ 0	0 ร้อยละ 0	0 ร้อยละ 0	0 ร้อยละ 0	0 ร้อยละ 0

7. **ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ**

แนวทางการป้องกันการติดค้างของก๊อสในแผล

ผ่าตัด ก่อนใช้เกิดอุบัติการณ์ติดค้างของก๊อสใน

แผลผ่าตัด 1 ราย หลังใช้ ไม่พบอุบัติการณ์การติด

ค้างของก๊อสในแผลผ่าตัด

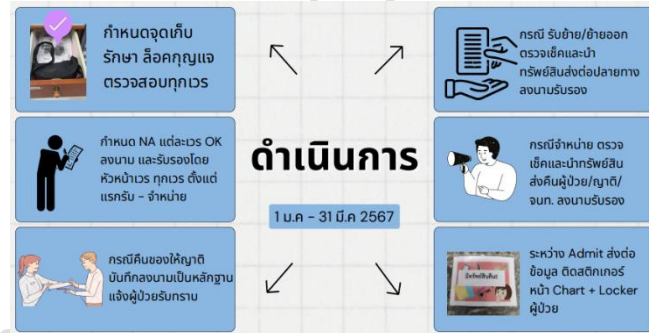
8. **แนวทางการพัฒนา** -

- 1.ชื่อนวัตกรรม ทรัพย์สิน เก็บไว้ ส่งต่อ รอคืน
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยรักใจ
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยจิตเวชรับผู้ป่วยอาการทางจิต ไม่มีญาติเฝ้า ประเด็นปัญหาที่พบคือ แกร็บไม่มีการทำรายการทรัพย์สินเก็บของหลายที่ ขาดการส่งต่อข้อมูล ไม่มีแนวทางการจัดการ จำหน่ายของตกค้างไม่ได้ค้นหาไม่พบ อาการกำเริบ เสี่ยงฟ้องร้อง

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.สร้างแนวทางการเก็บรักษาทรัพย์สินของผู้ป่วย
 - 2.ผู้ป่วยได้รับทรัพย์สินคืน 80%
 - 3.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทาง 100%
 4. ทรัพย์สินตกค้าง
- #### 5.วิธีดำเนินงาน
- 1.วิเคราะห์ปัญหา
 - 2.สร้างใบรายการทรัพย์สินฝากไว้
 - 3.ทำแนวทางการใช้ การรับส่งต่อตรวจสอบลงชื่อกำกับทุกเวอร์
 - 4.ทดลองใช้ปรับปรุง Version 1-2-3



Version 1



Version 2



Version 3



6.ผลการศึกษา

- 1.แนวทางการตรวจเช็ครายการทรัพย์สินของผู้ป่วย



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- ขาดการส่งต่อข้อมูล
- บริเวณเก็บทรัพย์สินไม่เพียงพอ ไม่สะดวกจัดเก็บ และการตรวจเช็ค
- เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางช/บ บันทึกรั้งเดียว

8.แนวทางการพัฒนา

ใช้ในกลุ่มหอผู้ป่วยแยกโรคอุบัติเหตุจรรยา สมอง และระบบประสาทที่กำลังติดตามญาติ/กรณีไม่มีญาติ

1.ชื่อนวัตกรรม H.E.D.O. WE DO

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดชั้น 3

3.ที่มา

หอผู้ป่วยหอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดชั้น 3 รองรับผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นของจังหวัดเชียงราย ส่งผลต่อคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย และเป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป มะเร็งทางนรีเวช และมะเร็งทางโลหิตวิทยา โดยการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นหลัก ซึ่งเป็นยากลุ่ม High Alert Drug (HAD) ที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเคมีบำบัดได้ ทางหอผู้ป่วยจึงได้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจ ความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการในหน่วยงาน จากการบริการของหน่วยงาน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการเตรียมความพร้อมในการรับยาเคมีบำบัด การจัดการผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านและอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัดมากกว่าร้อยละ 90

2.ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมมากกว่าร้อยละ 90

5.วิธีดำเนินงาน

1.จัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจ ความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการในหน่วยงาน และแบบสอบถามความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมในการรับยาเคมีบำบัด การจัดการผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

2.จัดทำแผนการดำเนินงาน >> วิเคราะห์สาเหตุและปัญหา/ จัดทำ คตินวัตกรรม H.E.D.O. WE DO/ รวบรวมข้อมูลและจัดทำนวัตกรรมสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO) H.E.D.O. WE DO

3.นำนวัตกรรมสู่การปฏิบัติ >> ให้ความรู้ผู้ป่วยโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO) H.E.D.O. WE DO/ ประสานงานเจ้าหน้าที่ฝ่ายโสตทัศนศึกษาเพื่อเปิดสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO) H.E.D.O. WE DO ผ่านทางโทรศัพท์ได้รับชม ในเวลา 07.00 น. 12.00 น. และ 15.00 น. ของทุกวัน

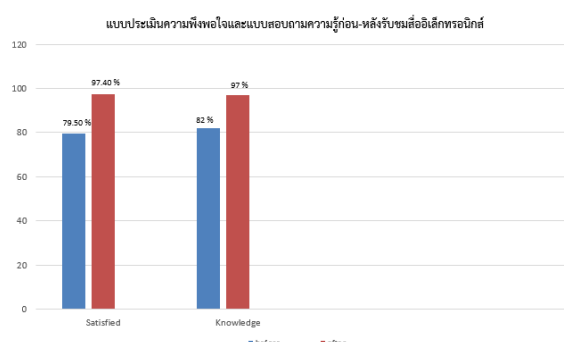
4.ประเมินผลหลังใช้ (เดือน เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2567)>> แบบประเมินความรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังได้รับความรู้จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO) H.E.D.O. WE DO

สื่ออิเล็กทรอนิกส์



6.ผลการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยหอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดชั้น 3 จำนวน 20 ราย



7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดและสามารถถามตอบย้อนกลับได้ในเรื่องของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการรับยาเคมีบำบัด การจัดการผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน การรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัดได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

การทำนวัตกรรมในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดชั้น 3 มีจำนวนวันนอนที่ไม่เท่ากัน จึงไม่สามารถใช้กลุ่มผู้ป่วยเดิมในการประเมินความรู้ทั้งก่อน-หลังได้ ซึ่งจากข้อจำกัดนี้ สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไข เพื่อการขยายผลต่อไปในอนาคตได้

8. แนวทางการพัฒนา

-

1.ชื่อนวัตกรรม ตะกร้ายาด่วน

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

3.ที่มา

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอายุรกรรมทั่วไป ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องได้รับยาแบบเร่งด่วน เนื่องจากปัจจุบันห้องยาผู้ป่วยในได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่เดินส่งยาด่วนให้กับผู้ป่วยต่างๆ ในเวรเช้าและเวรบ่าย ช่วงเวลา 08.00น. - 23.30 น. จากการสำรวจข้อมูลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1 พบว่าขณะที่เจ้าหน้าที่มาส่งยาด่วน ไม่มีจุดรับส่งยาด่วนให้กับเจ้าหน้าที่ จึงทำให้ในบางครั้งไม่ทราบว่ามีเจ้าหน้าที่ได้นำยาด่วนมาส่งและในบางครั้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยกำลังปฏิบัติงานอื่นๆอยู่นั้นทำให้ขาดความตระหนักรู้มียาด่วนที่ต้องทำการบริหารยา จึงทำให้เกิดการบริหารยาให้กับผู้ป่วยอย่างล่าช้า หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1 จึงได้นำเสนอนวัตกรรมตะกร้ารับยาด่วน เพื่อให้พยาบาลได้ทราบว่ามียาด่วนมาส่งและรีบให้การบริหารยาอย่างเร่งด่วนภายใน 1 ชั่วโมง

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

มีจุดวางตำแหน่งรับส่งยาด่วนที่แน่ชัด

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.จัดทำตะกร้ารับยาด่วนและกระดิ่งกดส่งยาด่วน
- 2.หาจุดวางตำแหน่งรับยาด่วนหน้าเคาท์เตอร์พยาบาล
- 3.แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องยาให้ส่งยาด่วนในตะกร้ารับยาด่วนและกดกระดิ่งด้วย



6.ผลการศึกษา

ก่อนใช้นวัตกรรมมีเจ้าหน้าที่ส่งยาด่วนจัดส่งยาหลากหลายตำแหน่งและมีการบริหารยาให้กับผู้ป่วยล่าช้าเกินเวลา 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 30 มีการเก็บข้อมูลก่อนใช้นวัตกรรม ตั้งแต่ 1-31 มกราคม 2567 ในจำนวนครั้งที่เจ้าหน้าที่มาส่งยาด่วนจำนวน 100

หลังใช้นวัตกรรมทำให้มีตำแหน่งการรับส่งยาที่ชัดเจนและมีการบริหารยาล่าช้าลดลง คิดเป็นร้อยละ 10 จากการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2567 ในจำนวนครั้งที่เจ้าหน้าที่มาส่งยาด่วนจำนวน 100 ครั้ง ทำให้ตะกร้ารับยาด่วนมีประสิทธิภาพต่อการใช้งาน

ผลลัพธ์ที่ศึกษา	ก่อนใช้นวัตกรรม เดือน1-31มกราคม2567 ส่งยาด่วนจำนวน 100 ครั้ง		หลังใช้นวัตกรรม เดือนกุมภาพันธ์2567 ส่งยาด่วนจำนวน 100 ครั้ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บริหารยาล่าช้า	100	30	100	10

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

หาตำแหน่งวางที่เหมาะสมสะดวกต่อการใช้งาน

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปใช้ในหอผู้ป่วยที่มีเจ้าหน้าที่ไปส่งยาด่วน

6. ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (N=29)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (N=29)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	16	55.17	18	62.07	0.395
หญิง	13	44.83	11	37.93	
อายุ (เฉลี่ย±SD)	69.89 (±11.16)		66.27 (±11.96)		0.880
ดัชนีมวลกาย (BMI) (เฉลี่ย±SD)	22.81 (±4.13)		23.05 (±4.13)		0.412

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (N=29)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (N=29)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ยาที่ได้รับก่อนการรักษา					
ไม่มี	5	17.24	8	27.59	0.265
มี	24	82.76	21	72.41	
antiplatelet	1	3.45	4	13.79	0.176
anticoagulation	2	6.90	5	17.24	0.211
thrombolytic agent	25	86.21	19	65.52	0.062
ระยะเวลาที่ทำการดูดลากลิ่มเลือด (นาที) (เฉลี่ย±SD)	35.62 (3.67)		65.86 (9.44)		0.002
ระยะเวลาที่กดบริเวณขาหนีบหลังจากเอาปลอกออก (sheat) (นาที)	30		30		

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (N=29)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (N=29)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	6	20.69	3	10.34	0.235
มี	23	79.31	26	89.66	
โรคเบาหวาน	7	24.14	7	24.14	0.620
โรคความดันโลหิตสูง	19	65.52	10	34.48	0.609
โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ	6	20.69	9	31.03	0.275
โรคไขมันในเลือดสูง	2	6.90	6	20.69	0.126
โรคหลอดเลือดสมอง	1	3.45	5	17.24	0.097
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	6	26.09	6	26.09	0.631
โรคไตวายเรื้อรัง	1	4.35	1	4.35	0.756
โรคเกาต์	1	3.45	1	3.45	0.754
โรคมะเร็ง	2	6.90	1	3.45	0.500
โรคลมชัก	1	3.45	0	0	0.500
โรคซึมเศร้า	2	6.90	0	0	0.246

2. ตารางเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อน

	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (N=29)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (N=29)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่มี	29	100	23	79.31	0.012
มี	0	0	6	20.69	
ภาวะเลือดออกในสมอง (symptomatic hemorrhage)	0	0	3	10.34	0.118
ภาวะเลือดออกบริเวณขาหนีบหลังจากปลอกออก (groin hematoma)	0	0	5	17.24	0.026

7. ข้อเสนอแนะ

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันที่รักษาด้วยการดูดลากลิ่มเลือด หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่าการเตรียมความพร้อมของทีมพยาบาล การให้ความรู้และการวางแผนที่ดี การนำกลยุทธ์ในการใช้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมโดยการร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลในการออกแบบการใช้แนวปฏิบัติ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันที่รักษาด้วยการดูดลากลิ่มเลือด

8. แนวทางการพัฒนา

-

1.ชื่อนวัตกรรม ตัวหนีบเบาใจป้องกันสายฟอกไตเลื่อน

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หน่วยไตเทียม 1

3.ที่มา

หน่วยไตเทียมพบปัญหา เครื่องไตเทียมสายส่งเลือดพันกัน ทำให้การไหลของเลือดไม่สะดวก เกิดภาวะอุดตันของระบบในการฟอกเลือด และมีโอกาสข้อต่อต่างๆมีการหลุดลื่นออกจาก สายสวนหลอดเลือดได้ เดิมใช้เทปกาววางพาดราวขอบเปล ทำให้ศูนย์เปลขอความร่วมมือ ไม่ให้ติดพลาสติก เทปกาว เพราะเกิดความสกปรก ทำความสะอาดยาก ขัดคราบพลาสติกไม่ออก

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.ไม่เกิดอุบัติเหตุสายส่งเลือดฟอกไตเลื่อนขณะฟอกเลือด
- 2.การฟอกเลือดมีประสิทธิภาพ , ไม่เกิดภาวะอุดตันของระบบในการฟอกเลือดจากสาเหตุสายส่งเลือดพันกัน
- 3.สะดวกต่อการหยิบใช้งานการจัดเก็บและเป็นระเบียบ
- 4.เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจ
- 5.ประหยัด พลาสติก และไม่เกิดอุบัติเหตุพบมีคราบเทปกาว ติดมากับเปลจากศูนย์เปล

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.นำปัญหามาวิเคราะห์หาสาเหตุ
- 2.ประชุม ระดมสมอง เพื่อหาแนวทางการแก้ไขโดยดำเนินการทำนวัตกรรม
3. ดำเนินการ ตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2567 – เมษายน 2567
4. ประเมินผลทุก 1 เดือน



6.ผลการศึกษา

เดือน(2567)	จำนวนรวม (N)	ประเมินผลการใช้งาน	ความพึงพอใจผู้ใช้งาน
กุมภาพันธ์	415	95 %	97.25 %
มีนาคม	368	96 %	98.0 %
เมษายน	450	99 %	98.5 %
รวม	1233	96.66 %	97.91 %

- 1.ไม่เกิดอุบัติเหตุ สายส่งเลือดเลื่อนหลุดขณะฟอกเลือด = 0 %
- 2.การฟอกเลือดมีประสิทธิภาพไม่เกิดภาวะอุดตันของระบบในการฟอกเลือดจากสาเหตุสายส่งเลือดพันกัน 0 %
- 3.สะดวกต่อการหยิบใช้ , ใช้งานและทำความสะอาดง่าย การจัดเก็บและเป็นระเบียบ 95 %
- 4.ประหยัด พลาสติก และไม่เกิดอุบัติเหตุพบมีคราบเทปกาว ติดมากับเปลจากศูนย์เปล = 0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- 1.สะดวกต่อการหยิบใช้งานสวยงามและเป็นระเบียบ ตามหลักการ 5 ส
- 2.เจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม 1 มีความพึงพอใจในนวัตกรรม ร้อยละ 97.91 %

8.แนวทางการพัฒนา สามารถหาอุปกรณ์ อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายๆ กันมาปรับการใช้งานแทนได้ เช่นสายรัดยางยืด

1.ชื่อนวัตกรรม ปฏิทินสื่อลูกรัก

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2

3.ที่มา

ทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 ควรได้รับการดูแลตามหลักการดูแล เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของทารก ซึ่งกิจกรรมหลักที่พยาบาลต้องให้การดูแลประจำวัน คือ การประเมินสัญญาณชีพและการทำความสะอาดร่างกายทารก สำหรับสื่อสัญญาณที่ทารกเกิดก่อนกำหนดแสดงออกมา ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว เดิมทีในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 ได้จัดให้มีการสอนความรู้เรื่อง สื่อสัญญาณทารกแบบ morning talk ทางผู้จัดทำจึงได้คิดค้นนวัตกรรม “ปฏิทินสื่อลูกรัก” เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการตอบสนองสื่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนด ขณะให้การดูแลประจำวัน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อเพิ่มความรู้และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรในหน่วยงานมากกว่าร้อยละ 80

5.วิธีดำเนินงาน

1.ประเมินความรู้พยาบาลทุกคนในหน่วยงาน จำนวน 17 คน

โดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่อง การประเมินสื่อสัญญาณ ความเครียดทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนให้ความรู้

2.จัดทำสื่อการสอน นวัตกรรม “ปฏิทินสื่อลูกรัก”

3.ให้ความรู้เรื่องการประเมินสัญญาณความเครียดทารกเกิดก่อนกำหนดแก่พยาบาลทุกคนในหน่วยงาน โดยใช้นวัตกรรม “ปฏิทินสื่อลูกรัก”

4.ประเมินความรู้พยาบาลทุกคนในหน่วยงาน จำนวน 17 คน โดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่อง การประเมินสัญญาณความเครียดทารกเกิดก่อนกำหนดหลังให้ความรู้

6.ผลการศึกษา

ผลลัพธ์ที่ศึกษา	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังใช้นวัตกรรม	
	เดือน 1/1/67-29/2/67		เดือน 1/3/67-30/4/67	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แบบทดสอบความรู้เรื่อง การประเมินสัญญาณความเครียดทารกเกิดก่อนกำหนด	17	70	17	99



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการใช้นวัตกรรม พบว่าบุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 99 พยาบาลเข้าใจสัญญาณและให้การตอบสนองสัญญาณทารกได้ ทำให้ทารกมีสัญญาณชีพปกติ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยลง จำนวนวันนอนลดลง

8.แนวทางการพัฒนา

นำนวัตกรรมไปเผยแพร่หอผู้ป่วยข้างเคียง ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และกุมารเวชกรรม 1

- 1.ชื่อนวัตกรรม Work Instruction
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ การพยาบาลผู้ป่วยหน่วยเคมีบำบัด
- 3.ที่มา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นการพยาบาลที่ซับซ้อน จากพยาธิสภาพของโรค และผลข้างเคียงที่รุนแรง พยาบาลต้องดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคม รวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ดูแลตนเองต่อสิ่งที่บ้านด้วยแรงสนับสนุนของครอบครัวชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหน่วยให้ยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยได้ทบทวนปัญหา และจัดทำนวัตกรรม “Work Instruction” การพยาบาลผู้ป่วยหน่วยให้ยาเคมีบำบัด (Ambulatory Chemotherapy) Version II” เพื่อพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล ทีมการพยาบาลมีแนวปฏิบัติงานที่ชัดเจน สะดวกใช้ มั่นใจในการปฏิบัติ ลดความเครียด ความเร่งรีบ ดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติ

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด
- 2.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ รวดเร็ว มีคุณภาพตามมาตรฐาน
- 3.เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- 4.เพื่อใช้เป็นแนวทางการนิเทศ การปฏิบัติงานของทีมพยาบาล

5.วิธีดำเนินงาน

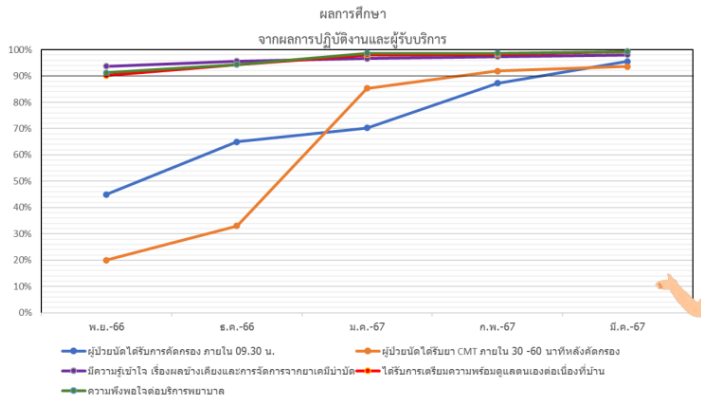
- 1.รวบรวมปัญหาในการปฏิบัติงานในทุกขั้นตอนบริการ
- 2.วิเคราะห์ปัญหา แนวทางแก้ไข เสนอวิธี การปฏิบัติแบบใหม่
- 3.จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาล Work Instruction Version II ดังนี้
 - 3.1 ปรับจาก 4 ขั้นตอน เป็น 5 ขั้นตอนบริการ
 - 3.2 ทุกขั้นตอน กำหนดเป้าหมายชัดเจน เข้าใจง่าย
 - 3.3 ปรับรูปแบบการทำ งานให้สะดวก ไม่ซับซ้อน โฟกัสตามบริบทงาน
 - 3.4 ปรับขั้นตอนที่ 2 ระหว่างรับยาเคมีบำบัด เป็น 3 Step ขั้นตอนให้เข้าใจง่าย ทำงานได้สะดวก
 - 3.5 เพิ่มความรวดเร็วในการจำ หน่าย ปรับการให้คำแนะนำ เป็นช่วง Flushing หลังยาหมด
 - 3.6 จัดทำ Work Instruction ในรูปแบบ1-page และแบบฉบับเต็ม
- 4.นำเสนอ Work Instruction แก่ทีมรับฟังความเห็นใน Morning Brief ปรับแก้ตามปัญหาบริบทงาน
- 5.พัฒนาศักยภาพทีมในการปฏิบัติทุกจุดบริการ
- 6.ทดลองใช้ ม.ค. 67-ปัจจุบัน ติดตามประเมินผลทุกเดือน

6.ผลการศึกษา

ขั้นตอนบริการ	GAP	ผลกระทบ
1.คัดกรอง/รับใหม่	- ลำช้า เร่งรีบ RN คัดกรอง 1 คน ไม่เชี่ยวชาญ - Order แพทย์มีปัญหา	-ส่งคำสั่งเบิกยาล่า ได้ยา CMT ช้า - ผู้ป่วยไม่ได้พักก่อนรับยา เสี่ยงต่อคัดกรองผิดพลาด
2.เตรียมผู้ป่วยก่อนรับยา	- เร่งรีบ แทรกเข็ม ให้ยา Pre-med - ประเมินไข้ให้คำแนะนำ เตรียมตัวไม่ครบถ้วน	- ผู้ป่วยวิตกกังวล เสี่ยงต่อเกิด Complication ขณะให้ยา
3.ขณะรับยาเคมีบำบัด	- เร่งรีบในการบริหารยา, starterยา เพื่อหมุนเตียงให้เร็ว - RN ขาดความมั่นใจในการบริหารยาเสี่ยงสูง - ผู้ป่วยประเมินอาการผิดปกติ ของตนเองไม่ได้ ลำช้า	- เสี่ยงต่อSevere Complication จาก Delay Detection จัดการภาวะHSR ได้ล่าช้า - เสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดในการบริหารยา
4.หลังรับยาเคมีบำบัด/จำหน่าย	- เร่งรีบ ผู้ป่วยรอD/C มาก แนะนำได้ไม่ครบตามปัญหา เมื่อเกิดปัญหา ผู้ป่วยไม่มีที่ปรึกษาในการจัดการ	- เกิดภาวะแทรกซ้อนจากที่รุนแรงการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องที่บ้าน ไม่สามารถดูแลตนเองได้

ผลการปฏิบัติงาน	เกณฑ์	พ.ย.66	ธ.ค.66	ม.ค.67	ก.พ.67	มี.ค.67
1. ผู้ป่วยนัดได้รับการคัดกรอง ภายใน 09.30 น.	≥ 90 %	45%	65%	70.25%	87.3%	95.5%
2. อุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด	0	0	0	0	0	0
3. ผู้ป่วยนัดได้รับยา CMT ภายใน 30 -60 นาทีหลังคัดกรอง	≥ 90 %	20%	33%	85.3%	91.85%	93.6%
4. ผู้ป่วยที่เกิด HSR ได้รับการจัดการตามมาตรฐาน ปลอดภัย	≥ 95 %	97%	98.25%	100%	100%	100%
5. มีความรู้เข้าใจ เรื่องผลข้างเคียงและการจัดการจากยาเคมีบำบัด	≥ 90 %	93.7%	95.6%	96.6%	97.33%	98%
6. ได้รับการเตรียมความพร้อมดูแลตนเองต่อสิ่งที่บ้าน	≥ 90 %	90.2%	94.3%	98%	98.2%	99.3%
7. ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล	≥ 90 %	91.24%	94.39%	98.66%	98.66%	99.3%
8.จำนวนผู้ป่วยที่ขอรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ประสานส่งต่อพร.อื่น		0 ราย	6 ราย	20 ราย	25 ราย	30 ราย

ความพึงพอใจ ความคิดเห็น ต่อการใช้“Work Instruction การพยาบาลผู้ป่วยหน่วยให้ยาเคมีบำบัด(Ambulatory Chemotherapy) Version II”	เกณฑ์	ผลการประเมิน
1.มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นระบบ ช่วยให้ง่ายในการปฏิบัติงาน	≥ 80%	98.25
2.ช่วยให้ปฏิบัติการพยาบาลได้สะดวกรวดเร็ว ครอบคลุม เป็นระบบไม่ซ้ำซ้อน	≥ 80%	98
3. ช่วยให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น ผู้รับบริการความพึงพอใจมากขึ้น	≥ 80%	98.7
4. ช่วยให้ท่านได้พัฒนาสมรรถนะตนเอง	≥ 80%	99.5
5. ท่านคิดว่าสามารถใช้เป็นแนวทางในการนิเทศการปฏิบัติงานของทีมพยาบาล	≥ 80%	99.02



7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การจัดการทำ Work Instruction ทางโรงพยาบาลสามารถปรับได้ตามสถานการณ์ปัญหา เช่น ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ระบบการทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลงซับซ้อน ข้อจำกัดของบุคลากร จะเป็นการช่วยให้ทีมการพยาบาล ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะเครียดในการทำงาน เป็นการเพิ่มศักยภาพตนเองในรูปแบบของ Coaching และ On the job training ส่งผลดีต่อคุณภาพการพยาบาล ความพึงพอใจ เชื่อมั่นต่อบริการ เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร สามารถขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่มีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล

8. แนวทางการพัฒนา

-

นวัตกรรม 
เดือนมิถุนายน
2567



- 1.ชื่อนวัตกรรม LUD Pillow
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล
- 3.ที่มา

ในปัจจุบันมีผู้รับบริการทางวิสัญญี ในกลุ่มที่มาผ่าตัดคลอดจำนวนมาก จากข้อมูลด้านสถิติที่รวบรวมมาในปี พ.ศ.2566 พบว่า มีจำนวน 2,230 ราย การจัดทำเพื่อระงับความรู้สึกทั้งตัว หรือการจัดท่าผู้ป่วยในการทำการผ่าตัดคลอดมักทำให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนได้ คือ ภาวะ hypotensive syndrome / Hypotension เพราะมดลูกไปกดทับหลอดเลือดดำใหญ่ inferior vena cava จึงทำให้เกิดภาวะ hypotension ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อทั้งแม่ และทารกในครรภ์ จากสถิติในเดือน เมษายน พ.ศ.2567 มีการจัดทำ supine position ในผู้ป่วยที่มา C/S จำนวน 149 ราย มีการเกิด ภาวะ hypotension 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.40 ดังนั้นการจัดท่าที่ดี และจัดท่าที่เหมาะสม ก่อนการนำสลบหรือก่อนผ่าตัด จึงนิยมจัดทำ LUD (left uterine displacement)โดยใช้หมอนหนุนบริเวณหลังด้านขวา เพื่อให้มดลูกเอียงไปด้านซ้าย 30 -45 องศา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

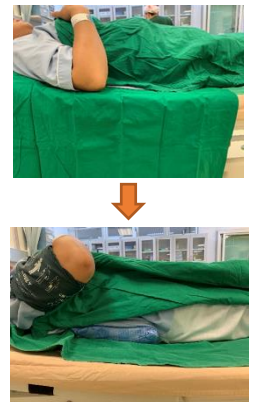
เพื่อลดการเกิดภาวะ supine hypotensive syndrome / Hypotension ในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

5.วิธีดำเนินงาน

1. รวบรวมข้อมูลปัญหา ประชุมเพื่อหาแนวทาง แก้ไขร่วมกันในกลุ่มงานวิสัญญี
2. สร้างหมอน LUD (pillow LUD) โดยมีอุปกรณ์ และวิธีการประดิษฐ์ ดังนี้
 อุปกรณ์ ประกอบด้วย หมอนพลาสติกสำเร็จรูป ขนาด 20 x 15 cm. ออกแบบปลอกหมอน+ ตัดเย็บ (ราคา นวัตกรรม 200 บาท)
3. นำหมอน LUD (pillow LUD) มาใช้กับงานผู้รับบริการ ในห้องผ่าตัดคลอด
4. ประเมินผล เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้หมอน LUD (LUD pillow) และไม่ได้ใช้ หมอนLUD (LUD pillow)

6.ผลการศึกษา

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม (เดือนเมษายน C/S 149 case)		หลังใช้นวัตกรรม (เดือนพฤษภาคม C/S 157 case)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกิดภาวะ supine hypotensive syndrome / Hypotension	90	60.40	28	17.83



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรมหมอน LUD (LUD pillow) พบว่าสามารถใช้ในการจัดท่าในผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการ เพื่อมาระงับความรู้สึก และผ่าตัดคลอดได้ดี รวมถึงลดการเกิด ภาวะ hypotensive syndrome / Hypotension เกิดความปลอดภัยทั้งในหญิงตั้งครรภ์เอง จนรวมไปถึงทารกในครรภ์ด้วย

8.แนวทางการพัฒนา

1. นำไปใช้กับหอผู้ป่วยห้องคลอด เพื่อช่วยจัดท่า เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด ภาวะ hypotensive syndrome / Hypotension
2. พัฒนาหมอน LUD (LUD pillow) เพื่อให้ใช้งานง่าย และจัดเก็บได้ง่ายเมื่อเลิกใช้

1.ชื่อนวัตกรรม Line นี้มีชื่อนะ

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5

3.ที่มา

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ภาวะไตวายเฉียบพลัน สถิติปีงบประมาณ 2566 พบอุบัติการณ์การเกิด Drug Y-Site Compatibility ในหอผู้ป่วยจำนวน 10 ครั้งสาเหตุจากความเร่งรีบในการให้ยาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน และพยาบาลน้องใหม่ยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการบริหารยาในผู้ป่วยวิกฤต บางครั้งสายที่ให้ยาและสารน้ำพันกันยากในการแยกชนิดยา ดังนั้นเพื่อป้องกันปฏิกิริยาต่อกันของยาและความสะดวก ง่ายในการระบุชนิดของยา สารน้ำที่ใช้บ่อย ทางหอผู้ป่วยจึงจัดทำนวัตกรรมใช้สำหรับสื่อสารเพื่อระบุชนิดของยาและสารน้ำขึ้น เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการทำงาน และลดอุบัติการณ์ปฏิกิริยาต่อกันของยาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.ลดอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา (Drug Y-Site Compatibility) ในหน่วยงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5
- 2.ผู้ป่วยปลอดภัยเมื่อได้รับยาผ่านทาง Y-Site
- 3.ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.วิเคราะห์ถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ศึกษารูปแบบนวัตกรรมที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหา
- 2.ประชุมทีมระบุนยาที่ใช้บ่อย ปรึกษาเภสัชกรเกี่ยวกับข้อมูลความเข้ากันของยาชนิด เมื่อบริหารด้วย Y-Site
- 3.จัดทำป้ายเพื่อระบุชื่อยา สารน้ำในส่วนปลายสายใกล้ข้อต่อ 3 ทาง โดยพิมพ์ชื่อยาผ่านทางกระดาษขาวมันกันน้ำ แยกตามชนิดของยา ดังนี้

- ยากลุ่มความเสี่ยงสูง: ใช้สีแดง
- ยากลุ่มที่หากจำเป็นต้องให้ร่วมกัน: ใช้สีเหลือง
- ยากลุ่มความเสี่ยงต่ำ: ใช้สีเขียว
- สารน้ำ:ใช้สีขาว



6.ผลการศึกษา

ระยะเวลาในการศึกษา เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 โดยเก็บข้อมูลการปฏิบัติกลุ่มแบบเก่าเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2567 และกลุ่มแบบใหม่ เดือนเมษายน ถึงเดือน

ชื่อเกณฑ์	กลุ่มแบบเก่า (N=30)	กลุ่มแบบใหม่ (N=30)
1.อุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา (Drug Y-Site Compatibility)	2/30= 6.66	0/30= 0
2. ร้อยละการบริหารยาผ่าน Y-site มีผิดพลาด ไม่เกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา	5/30= 16.66	1/30= 3.33

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	กลุ่มแบบเก่า (N=30)	กลุ่มแบบใหม่ (N=30)
3.1 ความเหมาะสมของคุณภาพวัสดุที่นำมาใช้	NA	145/150= 96.67
3.2 ด้วงหนังสือและกระดาษที่ระบุชนิดยาแยกประเภทชัดเจน	NA	146/150= 97.33
3.3 สามารถใช้งานได้ง่าย	NA	147/150= 98
3.4 สามารถใช้ลดการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาได้จริง	NA	150/150= 100

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวเกี่ยวกับการบริหารยาผ่าน Y-site และการเกิดอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา (Drug Y-Site Compatibility) อย่างต่อเนื่อง

8.แนวทางการพัฒนา ควรมีการขยายผลการใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆต่อไป

1.ชื่อนวัตกรรม IVH CHECK LIST

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1

3.ที่มา

ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง มักเกิดในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มี RDS รุนแรงและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจโดยร้อยละ 90 จะมีเลือดออกภายใน 72 ชั่วโมง หลังเกิดและร้อยละ 50 เกิดตั้งแต่วันแรก สามารถนำไปสู่ความพิการและอาจเสียชีวิตได้ จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่าการคัดลอกก่อนกำหนดหรือน้ำหนักตัวน้อยมีจำนวน 102,98 และ 97 รายตามลำดับ มีภาวะเลือดออกในโพรงสมอง จำนวนร้อยละ 12.7, 22.4 และ 39 ตามลำดับ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 จึงจัดทำ IVH Check List เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ หลักการในการดูแลทารกคัดลอกก่อนกำหนดหรือน้ำหนักน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมอง, จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล, อัตราการเกิดความพิการ และอัตราเสียชีวิตได้

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมองในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักน้อย
- 2.เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ หลังการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมอง มากกว่าร้อยละ 80

5.วิธีดำเนินงาน

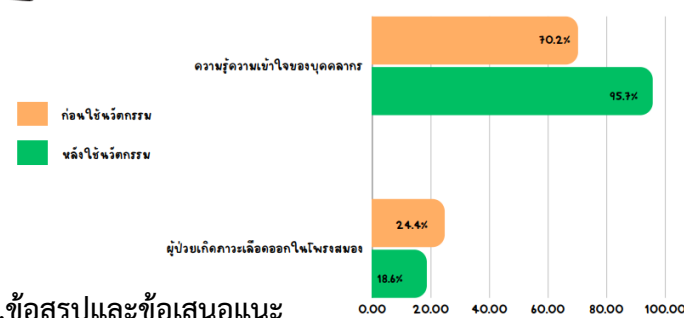
- 1.ประชุมปรึกษาปัญหาสาเหตุการเกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมองในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักตัวน้อย ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1
- 2.คิดค้นนวัตกรรม IVH Check List
- 3.นำไปทดลองใช้
- 4.สรุปและประเมินผล

6.ผลการศึกษา



ผลการศึกษา

แผนภูมิแสดงความรู้ความเข้าใจของบุคลากร และจำนวนผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมอง เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้นวัตกรรม



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การจัดทำนวัตกรรม IVH Check List ส่งผลให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักตัวน้อย และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสามารถป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมองในทารกแรกเกิดได้

8.แนวทางการพัฒนา สามารถนำไปเผยแพร่ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 รวมถึงสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ทีมแพทย์รังสีวิทยา

1.ชื่อนวัตกรรม FOLLOW UP BABY'S CONDITION

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยสูติกรรม 2

3.ที่มา

หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 ให้บริการดูแลทารกหลังคลอดเฉลี่ย 13 รายต่อวัน จากสถิติตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 – 1 พฤษภาคม 2567 พบว่า มารดาหลังคลอดที่คลอดบุตรแล้วมีอาการผิดปกติ และต้องเข้ารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1, NICU1 และ NICU 2 จำนวน 30 ราย โดยมีความจำเป็นต้องติดตามอาการและแผนการรักษาของบุตร เพื่อแจ้งให้มารดาทราบการแผนการรักษาของบุตรอย่างต่อเนื่อง และสูติแพทย์ทราบเพื่อวางแผนการดูแลมารดาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของบุตร ปัญหาที่พบคือ ไม่ได้รับการบันทึกข้อมูล บันทึกข้อมูลล่าช้า และบันทึกข้อมูลไปครบถ้วนตัวหนังสืออ่านไม่ออก

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อช่วยลดภาระงานและระยะเวลาการติดตามอาการของบุตร
2. เพื่อลดความล่าช้าในการแจ้งอาการบุตรให้สูติแพทย์รับทราบ
3. เพื่อได้รับการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนอ่านเข้าใจง่าย

5.วิธีดำเนินงาน

1. วิเคราะห์สาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้น และคิดค้นนวัตกรรม
2. สร้างนวัตกรรม “Follow up baby's condition”
3. ทดลองใช้ Follow up baby's condition ไปยังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1, NICU1 และ NICU 2 ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 – 1 พฤษภาคม 2567
4. ติดตามผลการศึกษา ในเรื่องการลดภาระงาน ระยะเวลา ลดความล่าช้าในการแจ้งอาการ บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนอ่านเข้าใจง่าย

ก่อนมีนวัตกรรม

ลำดับ	ปัญหา	สาเหตุ	ผลกระทบ	แนวทางแก้ไข
1	การแจ้งอาการบุตร	สูติแพทย์แจ้งมารดา	มารดาแจ้งสูติแพทย์	สูติแพทย์แจ้งสูติแพทย์
2	การบันทึกข้อมูล	สูติแพทย์บันทึก	สูติแพทย์บันทึก	สูติแพทย์บันทึก

หลังมีนวัตกรรม

ลำดับ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ
1	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ
2	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ
3	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ
4	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ

6.ผลการศึกษา

ลำดับ	ผลการศึกษา	ก่อนทำนวัตกรรม			หลังทำนวัตกรรม		
		อัตราการเกิด (คน)	ใช้เวลา (นาที)	ร้อยละ (%)	อัตราการเกิด (คน)	ใช้เวลา (นาที)	ร้อยละ (%)
1	ภาระงาน	1			0		
2	ระยะเวลา		60			5	
3	ความล่าช้าในการแจ้งอาการ			53.33			16.66
4	การบันทึกข้อมูลครบถ้วนเข้าใจง่าย			56.67			86.67

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการนำนวัตกรรมมาใช้ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 – 1 พฤษภาคม 2567 พบว่า นวัตกรรมนี้ใช้ง่ายและสะดวก ลดภาระงานและระยะเวลาการติดตามอาการของบุตร ลดความล่าช้าในการแจ้งอาการบุตรให้สูติแพทย์รับทราบ และมีการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนถูกต้อง อ่านแล้วเข้าใจง่าย

8.แนวทางการพัฒนา -

1.ชื่อนวัตกรรม สื่อการสอนการเปลี่ยน colostomy bag

2.หน่วยงานที่นำเสนอ กุมารเวชกรรม 1

3.ที่มา

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ส่วนใหญ่พบทารกแรกคลอดที่มีความพิการของทวารหนักระดับสูง ที่ต้องได้รับการผ่าตัดดักถ่ายไว้ที่หน้าท้องสำหรับถ่ายแทนทวารหนัก (colostomy) จากข้อมูลผู้ป่วยทารกที่ได้รับการผ่าตัดดักถ่าย colostomy ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีจำนวน 5 คน 2 คน และ 12 คน ตามลำดับ ก่อนจำหน่ายพยาบาลจะมีการสอนและสาธิตย้อนกลับแก่ผู้ปกครองโดยวิธีจับมือสอน หลายครั้งที่ผู้ปกครองจำขั้นตอนการเปลี่ยนถุงไม่ได้ ไม่มั่นใจในวิธีการเปลี่ยนถุง colostomy bag และมีการโทรศัพท์ซ้ำหลายครั้ง จึงทำให้หน่วยงานกุมารเวชกรรม 1 คิดค้นนวัตกรรมนี้ขึ้นมา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. บิดามารดาสามารถเปลี่ยนถุง colostomy bag ตามขั้นตอนในสื่อได้ถูกต้อง
2. อัตราความพึงพอใจของบิดามารดาต่อคำแนะนำการเปลี่ยนถุง colostomy bag โดยการใช้สื่อการสอน
3. นำเนื้อหาคู่มือการเปลี่ยนถุง colostomy มาจัดทำเป็น electronic book
4. ทดลองใช้นวัตกรรม

5.วิธีดำเนินงาน



6.ผลการศึกษา

ตารางแสดงความพึงพอใจก่อนใช้นวัตกรรม

หัวข้อคำถาม	คะแนนความพึงพอใจ					คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละ
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1		
1. พยาบาลสอนเนื้อหาชัดเจนและเข้าใจง่าย		3	3	0	0	3.5	70
2.วิธีการสอนและสาธิตเปลี่ยนถุง colostomy bag เข้าใจง่าย		4	2	0	0	3.66	73.33
3.บิดามารดาสามารถเปลี่ยนถุง colostomy bag ตามขั้นตอนได้ถูกต้องด้วยตัวเอง		2	4	0	0	3.33	66.66

ตารางแสดงความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรม

หัวข้อคำถาม	คะแนนความพึงพอใจ					คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละ
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1		
1.นวัตกรรมใช้งานง่ายและสะดวก	4	2	0	0	0	4.6	93.3
2.เนื้อหาชัดเจนเข้าใจง่าย	4	2	0	0	0	4.6	93.3
3.ปฏิบัติตามได้ง่าย	3	2	1	0	0	4.3	86.6

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

8.แนวทางการพัฒนา -



- 1.ชื่อนวัตกรรม รัต Tube ไม่รัดใจ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2
- 3.ที่มา

จากการทำงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาหลายวัน ซึ่งจะได้รับการผูกยึดท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การพยาบาลที่รีบเร่งดูแลผู้ป่วย ทำให้การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับไม่ครอบคลุม และพบผิวหนังถลอกแดง จากการกดและดึงรั้งของสายที่ใช้ผูกยึดท่อช่วยหายใจ ปัญหาที่พบคือ pressure injury จากการกดและดึงรั้งของสายที่ใช้ผูกยึดกับท่อช่วยหายใจ ดังนั้นทางทีมหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 จึงได้ร่วมกันคิดค้นหาวิธีการเพื่อป้องกันการเกิดและลดความรุนแรงในปัญหาของ pressure injury จาก สายที่ใช้ผูกยึดท่อช่วยหายใจขึ้น

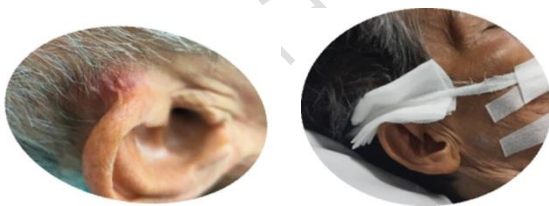
4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการกดรั้งของสายที่ใช้ผูกยึดท่อช่วยหายใจ (HAPI) ในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยหนัก
2. เพื่อลดความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับจากการกดรั้งของสายที่ใช้ผูกยึดท่อช่วยหายใจจาก pressure injury stage1 ไปสู่ pressure injury stage 2 ให้เป็น 0 ราย

5.วิธีดำเนินงาน

1. Brain storming ภายในหน่วยงาน เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยหนักจากการกดและดึงรั้งของอุปกรณ์การแพทย์ และใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. จัดหาอุปกรณ์ที่ป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เหมาะสมเพื่อลดแรงกดที่มีต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง บริเวณสายรัด หรือผูกยึดท่อช่วยหายใจ คือ จัดซื้อปลอกซิลิโคนในราคาชิ้นละ 4 บาท สวมและรองบริเวณที่มีแรงกดรั้งของสายผูกยึดท่อช่วยหายใจกับผิวของผู้ป่วย
3. ทดลองใช้งานนวัตกรรมในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ติดตามบริเวณที่เกิด pressure injury การลดลงของรอยกดรั้ง และการไม่เกิดรอยกดรั้งบริเวณสายผูกยึดท่อช่วยหายใจ รวมทั้งมีการหาข้อบกพร่องในการใช้อุปกรณ์ และสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้งาน เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข

ก่อนมีนวัตกรรม



หลังมีนวัตกรรม



6.ผลการศึกษา

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังใช้นวัตกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การเกิดแผลกดทับ ระดับ 1	6 ราย	75	1	6.66
2.การเกิดแผลกดทับ ระดับ 2	2 ราย	25	0	0

1.หลังการทดลองใช้นวัตกรรมในผู้ป่วย 15 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สายซิลิโคนรองบริเวณสายรัดผูกยึดท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดรอยผิวหนังแดงถลอก บริเวณเหนือใบหู แก้มและศีรษะ ซึ่งก่อนใช้นวัตกรรม ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้สายรัด

ผูกยึด มีรอยแดงบริเวณเหนือใบหู แก้ม และศีรษะ 8 ราย

2. หลังการทดลองใช้นวัตกรรมในผู้ป่วย 15 ราย ได้รับการผูกยึดสายรัดเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดทุกรายโดยแน่น ซึ่งก่อนใช้นวัตกรรมผู้ป่วยได้รับการผูกยึดสายรัดไม่แน่น 2 ราย

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การใช้ปลอกซิลิโคนสวมบริเวณสายรัดเพื่อผูกยึดท่อช่วยหายใจ ป้องกันการเกิดรอยผิวหนังแดง ถลอก ได้ดี แต่การใช้ปลอกซิลิโคนสวมสายรัดใช้เวลาเพิ่มขึ้นจากเดิม อาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ในการผูกยึดท่อช่วยหายใจในช่วงเวลาเร่งรีบ ควรจัดหาปลอกซิลิโคนที่สวมเข้าสายรัดได้ง่ายกว่านี้ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการผูกยึดท่อช่วยหายใจในทุกเวลาแม้ในช่วงเวลาเร่งด่วน

8. แนวทางการพัฒนา

1. สามารถปรับขนาดปลอกซิลิโคนให้มีขนาดที่พอดี และ หรือ ปรับใช้ในการสวมรองสายเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์อื่น ๆ ที่สามารถทำให้เกิดแรงรั้ง แรงเฉือน หรือแรงกดทับได้
2. สามารถปรับใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดสายเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ชนิดอื่น ๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ on oxygen cannular ที่ไม่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นต้น

1.ชื่อนวัตกรรม ผ้ายกตัวคนไข้ สะดวกผู้ไข้ คนไข้เกิดอันตราย

2.หน่วยงานที่นำเสนอ อายุรกรรมหญิง 2

3.ที่มา

เนื่องจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นผู้สูงอายุอนตติเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในบทบาทการดูแลพยาบาล จะเน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การเกิดแผลกดทับและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาพบปัญหาในการยกตัวและพลิกตัวผู้ป่วย คือไม่มีอุปกรณ์ที่ช่วยยกตัวผู้ป่วย การจับตัวหรือเสื่อผ้าผู้ป่วยเพื่อยกทำได้ยาก ต้องใช้แรง และกำลังคนจำนวนมากครั้งละประมาณ 6 คน ทางหอผู้ป่วยจึงได้คิดหาวิธีแก้ปัญหา เพื่อให้มีอุปกรณ์ที่ทนแรง สำหรับผู้ปฏิบัติงานและสามารถยกตัวผู้ป่วยได้ โดยลดการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยไปมาหลายรอบ

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับความสะดวก,ไม่เกิดการบาดเจ็บในการยกตัวผู้ป่วยและลดจำนวนผู้ปฏิบัติงานในการยกตัวผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

2.เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและไม่เกิดบาดแผลในการดูแลของพยาบาลขณะยกตัว,พลิกตะแคงตัว

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ปรึกษาวางแผนงานร่วมกันภายในกลุ่ม
- 2.วัดขนาด จัดหาผ้าสีขาว และเตรียมอุปกรณ์
- 3.ออกแบบและประดิษฐ์ผ้ายกตัวผู้ป่วย
- 4.ประเมินและวิเคราะห์ผลงาน
- 5.ประชุมและชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานทราบและถือปฏิบัติ
- 6.นำนวัตกรรมที่จัดทำทดลองใช้กับผู้ป่วยจริง
- 7.เก็บข้อมูลและประเมินผลจากผู้ใช้งานนวัตกรรมจริง



6.ผลการศึกษา

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม
	1-30 เมษายน 2567 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยอกตัว 20 ราย	1-31 พฤษภาคม 2567 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยอกตัว 20 ราย
1. ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน (จำนวน 20 คน)		
1.1 ความสะดวกใช้	70	90
1.2 อุปกรณ์เหมาะสม	60	80
รวม	65	85
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ (จำนวน 20 คน)		
2.1 ความสบาย	60	85
2.2 ความปลอดภัย	65	80
รวม	62.5	83
3. จำนวนผู้ปฏิบัติงานในการยกตัวในแต่ละครั้ง	6	4
4. เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์	3	0
5. ผู้ป่วยบาดเจ็บและการตกเตียง	2	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- ได้รับผลลัพธ์ที่ดีตามมิติคุณภาพด้าน E: Effectiveness ตามตัวชี้วัด
- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและความสบายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้สะดวกขึ้นมีอุปกรณ์ที่ทนแรงไม่เกิดการบาดเจ็บ
- ผู้ปฏิบัติงานจึงมีความพึงพอใจภาพรวมร้อยละ 85
- ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจภาพรวมร้อยละ 83
- จำนวนผู้ปฏิบัติงานในการยกตัวผู้ป่วยในแต่ละครั้งน้อย

- หลังจากการประเมินผลโครงการร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและสมาชิกในหอผู้ป่วยจัดทำเป็นมาตรฐานการยกตัวผู้ป่วยที่อนตติเตียงและประกาศใช้ในหน่วยงานโดยมีการปรับนวัตกรรมเพิ่มตามข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ ขนาดที่จับของผ้ามีขนาดกว้างเกินไปทำให้ไม่กระชับมือ ผ้าเปื้อนได้ง่ายไม่กันน้ำ ควรเพิ่มความหนา ความกว้าง ความสูงของผ้าให้มีขนาดใหญ่เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก

8.แนวทางการพัฒนา ขยายผลภายในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทุกตึก และแนะนำให้ญาติสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ที่บ้าน

- 1.ชื่อนวัตกรรม ป้ายบอกออกซิเจน
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2
- 3.ที่มา

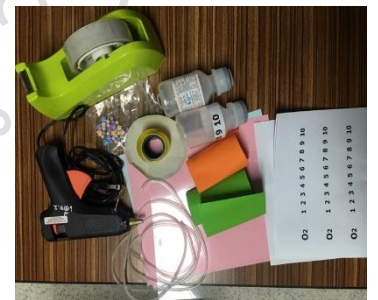
ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการรักษา ผู้ป่วยเด็กทางด้านอายุรกรรม (Non Infection)และศัลยกรรมเด็ก ซึ่งในจำนวนนี้จะมีกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาผิดปกติของระบบต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการให้ออกซิเจนทดแทน ทางหอผู้ป่วยได้พบปัญหาว่าผู้ป่วยบางรายได้รับการปรับลดหรือเพิ่มออกซิเจนไม่ตรงตามแผนการรักษา ดังนั้นทางหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้นำมาสู่การประชุมในหน่วยงาน เพื่อแก้ปัญหา โดยการทำป้ายแขวนบอกปริมาณการให้ออกซิเจน ที่ตรงตามคำสั่งแพทย์ มีความพร้อมในการใช้งาน สามารถบอกปริมาณการปรับลดหรือเพิ่ม การให้ออกซิเจนทดแทนได้

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปรับลดออกซิเจนถูกต้อง ตามแผนการรักษาของแพทย์
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทดแทนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
3. เพื่อลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยและค่ารักษาพยาบาล
- 4.เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ประชุมภายในหน่วยงานถึงปัญหาที่เกิดขึ้น
- 2.วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา
 - หลังพ้นยาผู้ป่วย มีการปรับลดออกซิเจน ไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์
 - การ wean off O2 ล่าช้า



6.ผลการศึกษา

	ก่อนใช้นวัตกรรม ก.พ-มี.ค. 67 (N = 49)	หลังใช้นวัตกรรม เม.ย.-พ.ค. 67 (N = 37)
อุบัติการณ์การปรับออกซิเจนไม่ตรงตามแผนการรักษา	7 (14.28 %)	0 (0 %)

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- จากการติดตามหลังการปฏิบัติมีการทดลองใช้นวัตกรรมป้ายบอกออกซิเจน ยังไม่พบอุบัติการณ์ปรับออกซิเจนไม่ตรงตามแผนการรักษา
- จากการใช้นวัตกรรมยังไม่พบปัญหาจากการใช้ป้ายบอกออกซิเจน

8.แนวทางการพัฒนา

เผยแพร่แนวทางการปฏิบัติไปยังหอผู้ป่วยที่สนใจ/มีผู้ป่วยใช้ออกซิเจน เพื่อลดอุบัติการณ์

1.ชื่อนวัตกรรม ป้ายเตือนใจ ปลอดภัยไว้ Hematoma

2.หน่วยงานที่นำเสนอ สภ.อำนวยการชั้น 2

3.ที่มา

เนื่องจากหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธชั้น 2 เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และผู้ป่วยที่เข้ารับ ทำหัตถการสวนหัวใจ ซึ่งก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจ ผู้ก่อน-หลังการทำหัตถการ เมื่อผู้ป่วยกลับจากทำการสวน หัวใจ ทางห้อง Cath lab จะมีเอกสารให้ทางหอผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยรายนี้ต้องนอนทับหมอนทรายถึงเวลา เท่าไหร่ ห้ามงอเข่าหรือเริ่มเดินได้เวลาไหน ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้แจ้งเวลาแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง แต่บางครั้งผู้ป่วยมีการ หลงลืม และไม่เข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ จึงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น bleed hematoma ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษาและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จากปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำนวัตกรรม ป้ายเตือนใจ ปลอดภัยไว้ Hematoma เพื่อเป็นการสื่อสารระหว่างทีมรักษาและเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมทั้งลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่เกิดจากการ ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

ลดการเกิดภาวะ hematoma หลังทำการสวนหัวใจ

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ประชุมกลุ่มแสดงความคิดเห็นและค้นหาแนวทางแก้ปัญหา
- 2.รวบรวมเอกสารการปฏิบัติตัวหลังทำการสวนหัวใจ
- 3.จัดทำนวัตกรรม ป้ายเตือนใจ ปลอดภัยไว้ Hematoma ระหว่างเดือน เมษายน-พฤษภาคม 2567
- 4.เก็บป้ายสื่อสาร เมื่อครบเวลา



6.ผลการศึกษา

อัตราการเกิด Hematoma > 5 cm=0 ราย/เดือน เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้นวัตกรรม

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม เดือน...มกราคม...ถึงเดือน...มีนาคม...พ.ศ..2567 ผู้ป่วยทำการสวนหัวใจ จำนวน...102.....ราย		หลังใช้นวัตกรรม เดือน...เมษายน...ถึงเดือน...พฤษภาคม.....พ.ศ...2567 ผู้ป่วยทำการสวนหัวใจ จำนวน.....51.....ราย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเกิด hematoma >5 cm	2	1.9	0	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ควรมีการปรับปรุงภาษา กรณีมีผู้ป่วยต่างชาติ เพื่อการสื่อสารที่ถูกต้องและเข้าใจตรงกัน

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังทำการสวนหัวใจทั่วทั้งโรงพยาบาล



- 1.ชื่อนวัตกรรม เตือนตา เตือนใจ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ ห้องตรวจจักษุ
- 3.ที่มา

สืบเนื่องจากเกิดความแออัดในห้องตรวจจักษุ และเกิดอุบัติเหตุในห้องตรวจจักษุจึงคิดนวัตกรรมการมีป้ายสัญลักษณ์ขึ้นเพื่อแยกประเภทการเตรียมตัวและการยิงเลเซอร์ ด้วยป้าย “เตือนตา เตือนใจ” ขึ้น ซึ่งเป็นการใช้ป้ายภาพสัญลักษณ์ เพื่อใช้ในการสื่อสารเป็นระบบเตือนให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน เพื่อลดปัญหาการหยอดยาผิดชนิดตามกำหนดและเพื่อแยกผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อป้องกันการหยอดยาผิดชนิด
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่ใช้นวัตกรรม

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ศึกษารวบรวมข้อมูลขั้นพื้นฐานทางด้านทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.จัดทำแบบทดสอบการรับรู้สัญลักษณ์โดยวิธีการจับคู่ (Matching Test)
- 3.ออกแบบระบบป้ายสัญลักษณ์ โดยคัดเลือกภาพสัญลักษณ์ที่ได้จากการประเมินการรับรู้มาใช้ร่วมกับการออกแบบ
- 4.ให้ความรู้ระบบป้ายสัญลักษณ์ แก่บุคลากรทุกคนในหน่วยงาน โดยจัดทำป้ายชื่อชนิดเลเซอร์ และสอนสาธิตและส่งในไลน์กลุ่ม OPD EYE ที่ทำการแจ้งเตือนทุกคนให้รับทราบจากนั้นให้ทุกคนยืนยันการรับทราบข้อมูลโดยการลงนามว่ารับทราบแล้ว และทบทวนทำความเข้าใจระบบป้ายสัญลักษณ์ร่วมกันในOPD EYE
- 5.นำระบบป้ายสัญลักษณ์ไปใช้ในหน่วยงานและเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนมีนวัตกรรม



หลังมีนวัตกรรม



6.ผลการศึกษา

หัตถการ	ก่อนมีนวัตกรรม (ครั้ง) (ม.ค.-ค.ค.66)		หลังมีนวัตกรรม (ครั้ง) (ค.ค.66-มี.ค. 67)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
LASER PRP	0 /431	0	0 /275	0
LASER PI	3 / 279	1.1	0 /200	0
LASER YAG CAP	0 / 226	0	0 /151	0
LASER Focal	0 / 91	0	0 /49	0
LASER Lasic	0 / 0	0	0 /0	0
รวม	3/1,027	1.1	0 /675	0

หัวข้อประเมิน	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
ความสวยงาม				2 (10%)	18 (90%)
รูปภาพที่ใช้ในการสื่อสารทำให้เข้าใจตรงกัน					20 (100%)
ความสะดวกในการใช้งาน				1 (10%)	19 (95%)

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมโดยใช้กระดาษสีตามจุดขวดยาที่ต้องหยอด คือสีแดงและสีเขียว จัดทำป้ายใหม่ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น
- ประเมินผลการใช้นวัตกรรมในระยะยาว

8.แนวทางการพัฒนา เชิญชวนนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ในหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เช่น ห้องตรวจโสต คอ นาสิก

1.ชื่อนวัตกรรม เจาะเลือดมันใจ

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2

3.ที่มา

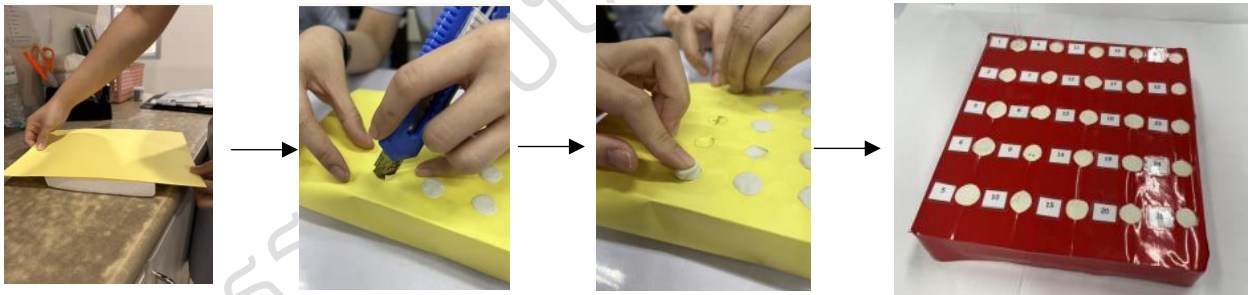
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 เป็นหอผู้ป่วยที่รับดูแลผู้ป่วยเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออก โดยในปี พ.ศ. 2564 - พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเข้ารับการรักษาจำนวน 177 ราย, 122 ราย และ 154 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลเฉลี่ย 2-7 ราย/วัน จากอุบัติเหตุการปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยไข้เลือดออกมารับบริการเป็นจำนวนมาก พบการเจาะเลือดปลายนิ้วหลายคน ทำให้มีการระบุดังผู้ป่วยผิด ดังนี้ ปี 2564 จำนวน 0 ราย ปี 2565 จำนวน 1 ราย และปี 2566 จำนวน 2 ราย ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการแปลผลเลือด แผนการรักษาของแพทย์คลาดเคลื่อนตามมา และยังส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดมากขึ้นจากการต้องเจาะเลือดตรวจใหม่หลายครั้ง

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อป้องกันการระบุดังผู้ป่วยผิด
- 2.เพื่อป้องกันการแปลผลผู้ป่วยคลาดเคลื่อน

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ประชุมและระดมสมองขอความคิดเห็นของบุคลากรในหน่วยงาน
- 2.นำภาคโปมเก็บหลอดเลือดที่ใช้แล้ว มาห่อด้วยกระดาษสีตามต้องการ
- 3.นำภาคโปมที่ห่อด้วยกระดาษสีมาเจาะรู ตามจำนวนที่ต้องการ
- 4.นำดำน้ำมันมาอัดใส่รูบริเวณภาคโปมที่เจาะรูไว้ ให้เต็มรู
- 5.ปรี้นตัวเลขติดบริเวณการดาษสีเพื่อระบุเตียงผู้ป่วยให้ครบตามจำนวนรู



6.ผลการศึกษา

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังใช้นวัตกรรม	
	เก็บข้อมูลช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 จำนวน 27 ราย		พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 10 ราย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การระบุดังผู้ป่วยผิด	2	7.40	0	0
การแปลผลผู้ป่วยคลาดเคลื่อน	0	0	0	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

หลังจากกลุ่มผู้จัดทำนวัตกรรมได้นำนวัตกรรม "เจาะเลือดมันใจ" มาใช้ในการเก็บเลือดที่เจาะจากปลายนิ้วมือเพื่อหาความเข้มข้นของเลือดของผู้ป่วยไข้เลือดออกในหอผู้ป่วยแล้ว ไม่พบอุบัติเหตุการระบุดังผู้ป่วยผิดและไม่พบการแปลผลผลคลาดเคลื่อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ต้องมีการทำความสะอาดดินน้ำมันที่ใช้ใส่ Hematocrit tube ทุกครั้งหลังใช้งาน เพื่อลดการสะสมเชื้อโรค

8.แนวทางการพัฒนา

เนื่องจากการทำนวัตกรรมเจาะเลือดมันใจ ในแต่ละวันมีการเจาะเลือดปลายนิ้วผู้ป่วยหลายครั้งต่อวัน อาจทำให้ต้องทำความสะอาดและเปลี่ยนดินน้ำมันบ่อยครั้ง จึงต้องหาฐานที่มีรูขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อประสิทธิภาพที่ดีและใช้งานได้นานยิ่งขึ้น

นวัตกรรมปีงบประมาณ 2567

1. **ชื่อนวัตกรรม** การพัฒนางานระบบบริการฉีดยา-ทำแผล ต่อเนื่อง

2. **หน่วยงานที่นำเสนอ** ห้องสังเกตอาการ

3. **ที่มา**

ห้องสังเกตอาการ ให้การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจาก ER และผู้ป่วยนอกทุกแผนก ที่ผ่านมาห้องสังเกตอาการได้เปิดบริการฉีดยา -ทำแผล ต่อเนื่อง โดยในวันราชการรับผู้ป่วยที่มาจากห้องฉุกเฉิน ,ผู้ป่วยนอก , ผู้ป่วยที่ D/C จากหอผู้ป่วยในมีการฉีดยา-ทำแผลต่อเนื่อง,และผู้ป่วยที่มาจากโรงพยาบาลอื่น จึงพบปัญหาในการบริการฉีดยา-ทำแผลคือมีจำนวนผู้รับบริการมาฉีดยา-ทำแผลเป็นจำนวนมากในวันหยุดเสาร์ อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ และเมื่อกระจายผู้รับบริการไปฉีดยา-ทำแผลที่ รพสต.ในวันหยุดแต่ผู้รับบริการไม่ไป ทำให้ผู้รับบริการยังคงมาฉีดยา-ทำแผลเป็นจำนวนมากเหมือนเดิม ทำให้เกิดความเสี่ยงในการฉีดยาผิดคน คือฉีดยาให้ผู้รับบริการที่มาทำแผล ได้รับการเขียน HOIR ระดับ E ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ ซึ่งพบว่าสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์คือ การ Identification ผู้รับบริการ และการจัดคิวผู้รับบริการ ฉีดยา-ทำแผล รวมกัน

4. **วัตถุประสงค์ของโครงการ**

1. เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงการฉีดยา-ทำแผล ผิดคน

2. เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางระบบบริการ ฉีดยา-ทำแผล ต่อเนื่องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

5. **วิธีดำเนินงาน**

จัดทำแนวทางระบบบริการ ฉีดยา-ทำแผล ต่อเนื่องขึ้นใหม่

แนวปฏิบัติใหม่

1. ผู้รับบริการลงทะเบียนที่จุดลงทะเบียนชั้น 1 หน้า ER

2. ผู้รับบริการยื่นใบลงทะเบียนพร้อมใบนัด ทำแผล-ฉีดยาในตะกร้าหน้าห้องสังเกตอาการแล้วนั่งรอเรียกชื่อตามลำดับคิว

3. ผู้ช่วยเหลือคนใช้จุดลงทะเบียนชั่งประวัติผู้รับบริการแล้วเขียนใน E-card ระบุว่ามาทำแผล หรือฉีดยาให้ชัดเจน แล้วเหน็บใบนัด ทำแผล ใบนัดฉีดยาติดกับ E-card เขียนลำดับคิวติดแล้วนำไปใส่ในตะกร้าแยกกันชัดเจน โดยตะกร้าใส่ E-card ทำแผลใส่ตะกร้าจุดที่พยาบาลทำแผล และตะกร้าใส่ E-card ฉีดยาอยู่หน้าเคาน์เตอร์พยาบาล

4. พยาบาลจุดทำแผลให้เรียกเฉพาะผู้รับบริการทำแผลโดยหยิบ E-card ทีละใบทำให้เสร็จทีละคน ถามคำถามปลายเปิด ถามชื่อ นามสกุล และถามว่าวันนี้มาทำอะไร ให้ผู้รับบริการตอบ และทวนสอบในใบ E-card ว่าตรงกันหรือไม่ หากไม่ตรงให้กลับไปจุดลงทะเบียนใหม่ตรวจสอบว่ามีความคลาดเคลื่อนตรงไหน ไม่ทำโดยที่ไม่แน่ใจ และหากถูกผู้รับบริการทักท้วงให้ตรวจสอบทันที หากคิวทำแผลหมดแล้วคิวฉีดยายังมีอยู่ให้มาฉีดยาต่อ หากพยาบาลในที่ observe ยังให้การพยาบาลผู้ป่วยอยู่ไม่ได้มาช่วยฉีดยา

5. ตรงจุดฉีดยามอบหมายให้พยาบาลในทีม observe เป็นผู้ฉีดยาให้ผู้รับบริการ โดยปฏิบัติเช่นเดียวกันคือหยิบ E-card ทีละใบทำให้เสร็จทีละคน ถามคำถามปลายเปิด ถามชื่อ นามสกุล และถามว่าวันนี้มาทำอะไร ให้ผู้รับบริการตอบ และทวนสอบในใบ E-card ว่าตรงกันหรือไม่ หากไม่ตรงให้กลับไปจุดลงทะเบียนใหม่ตรวจสอบให้ถูกต้อง **หมายเหตุ หากได้อัตรากำลังเพิ่มจะทำการมอบหมายพยาบาลจุดทำแผลและจุดฉีดยาประจำจุดละ 1 คน**

6. หากพบว่าเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นให้รีบแจ้งหัวหน้าเวรหรือแจ้งทีมเพื่อทำการช่วยเหลือกันในการแก้ไขต่อไป และรายงานความเสี่ยงตามลำดับ

7. ทบทวนการ Identification ผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ห้องสังเกตอาการ และมีการประเมินการ Identification ของเจ้าหน้าที่ทุกคน ด้วยการใช้ QR Code ผ่าน Application line โดยการสุ่มประเมิน เพื่อให้ทุกคนตระหนักถึงอุบัติเหตุการฉีดยาที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ ซึ่งกำลังจะดำเนินการต่อไป

แยกคิวฉีดยาไว้หน้าเคาท์เตอร์พยาบาล



แยกคิวทำแผลไว้ที่จุดทำแผล



6. ผลการศึกษา

ตัวชี้วัด	ก่อนการใช้นวัตกรรม (ช่วงวันที่ 1 ม.ค. 2567 วันที่ 19 เดือน พ.ค. 2567) จำนวนผู้รับบริการ 2,152 คน	หลังการใช้นวัตกรรม (ช่วงวันที่ 22 เดือน พ.ค. ถึงวันที่ 16 เดือน มิ.ย. พ.ค. 2567) จำนวนผู้รับบริการ 730 คน
การเกิดอุบัติเหตุความเสี่ยงจากการฉีดยา-ทำแผล ผิดคน	1	อุบัติเหตุ = 0
พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการระบบบริการ ฉีดยา-ทำแผล ต่อเนื่อง ได้อย่างถูกต้อง (พยาบาลทั้งหมด 13 คน)	92 %	100 %

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การเริ่มปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนางานระบบบริการ ฉีดยา-ทำแผล ต่อเนื่อง ได้จัดลำดับคิวแบบเขียนเลขคิวติดใบ E card ของผู้รับบริการ เนื่องจากยังอยู่ในช่วงที่กำลังรอกการจัดระบบคิวฉีดยา-ทำแผล แบบดิจิทัล ซึ่งทางศูนย์คอมพิวเตอร์กำลังดำเนินการยังไม่แล้วเสร็จ จากการแยกคิวฉีดยา-ทำแผลอย่างชัดเจนและเน้นการ Identification ถามคำถามปลายเปิดชื่อ นามสกุล หัตถการที่มาทำ ไม่พบความเสี่ยงหรือความผิดพลาดในการฉีดยา-ทำแผลผิดคน

8. แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปปรับใช้ได้คือมีระบบคิวอัตโนมัติในการเรียกคิวผู้รับบริการแยกเป็น 2 คิว คือ คิวฉีดยา และคิวทำแผล



- 1.ชื่อนวัตกรรม เก็บเกี่ยวสายใย สายไฟ EKG
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงและซับซ้อนซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่สัญญาณชีพจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากการประเมินอาการจากการตรวจร่างกายแล้ว การบันทึกสัญญาณชีพที่รวดเร็ว แม่นยำจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากข้อมูลการใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ในปี 2566 จำนวน 473 ครั้ง ทางหน่วยงานจึงคำนึงถึงความสำคัญของการจัดเก็บ และดูแลรักษาเครื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำนวัตกรรม เก็บเกี่ยวสายใย สายไฟ EKG เพื่อให้ใช้งานเครื่องได้สะดวก รวดเร็ว รวมทั้งหลังการใช้งานมีการจัดเก็บอย่างเป็นระเบียบเพื่อให้พร้อมใช้งานครั้งต่อไป เพื่อลดการชำรุดเสียหาย และสามารถลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงานที่จะต้องใช้ในการซ่อมแซมได้

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อจัดเก็บสาย EKG 12 lead ให้เป็นระเบียบ
- 2.เพื่อให้ใช้งานเครื่องได้สะดวก รวดเร็ว
- 3.เพื่อป้องกันการชำรุดเสียหายของสาย EKG 12 lead

5.วิธีดำเนินงาน



6.ผลการศึกษา

จากการประเมินผลการทดลองใช้นวัตกรรม เก็บเกี่ยวสายใย สายไฟ EKG เป็นระยะเวลา 15 วัน ตั้งแต่วันที่ 16-31 พฤษภาคม 2567 ได้มีการพัฒนานวัตกรรมทั้งหมด 1 ครั้ง โดยครั้งแรกพบว่าไม่ได้มีการระบุชนิดสาย EKG 12 lead ทำให้ผู้ใช้งานไม่ทราบว่าต้องจัดเก็บสายตำแหน่งไหน จึงได้แก้ไขโดยการระบุตำแหน่งที่จัดเก็บสายแต่ละประเภท เพื่อให้สะดวกและจัดเก็บได้ถูกต้อง สรุปผลการศึกษาดังนี้ 1.บุคลากรหน่วยงานเกิดความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมร้อยละ 90 2.บุคลากรจัดเก็บสาย EKG 12 lead ได้ถูกต้อง ร้อยละ 90



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม เก็บเกี่ยวสายใย สายไฟ EKG ช่วยให้ผู้บุคลากรใช้งานเครื่องได้สะดวก รวดเร็ว และหลังใช้สามารถจัดเก็บสาย EKG 12 lead ได้สะดวก ลดการชำรุด และยืดอายุการใช้งานของอุปกรณ์ได้ และสามารถลดค่าใช้จ่ายที่ต้องการใช้ในการซ่อมแซมได้

8.แนวทางการพัฒนา

วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้มีข้อจำกัดคือกระดานพลาสติก สามารถหักได้ ไม่คงทน

นวัตกรรม 
เดือนกรกฎาคม
2567

1.ชื่อนวัตกรรม ตัวหนีบ Suction

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกและจักษุ

3.ที่มา

หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกและจักษุ มีผู้ป่วยที่มีปัญหาหาระบบทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน อักเสบในช่องปาก และในคอ รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งศีรษะและคอ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาการกลืนมีอาการสำลักได้ง่ายและการหายใจของแผลซ้ำกว่าส่วนอื่นๆ จึงต้องดูดสารคัดหลั่งออก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลด้วยตนเองได้หลังได้รับการแนะนำ สาธิตการใช้ และจัดหาคู่มือไว้ใกล้มือ ให้สามารถหยิบจับได้ง่าย เจ้าหน้าที่พบว่าหาคู่มือดูกว้างไว้บนเตียง ทำให้เกิดการปนเปื้อน ทางทีมจึงได้คิดค้นนวัตกรรมนี้ขึ้นมา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อลดการปนเปื้อน ลดการสำลักน้ำลาย สารคัดหลั่งในปากในผู้ป่วยที่มีการอักเสบในช่องปาก หลังผ่าตัดในช่องปาก ลำคอ รวมทั้งผ่าตัดมะเร็งในช่องปาก และคอ
- 2.เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ศึกษาวิธีการ วางแผน ออกแบบ นวัตกรรม
- 2.ศึกษาวัสดุที่จะใช้ทำนวัตกรรม คุณสมบัติ ความแข็งแรง และปลอดภัย ทำความสะอาดได้ง่าย
- 3.ทำ model และนำเสนอเพื่อขอความคิดเห็นของแพทย์โสตศอนาสิก
- 4.ทดลองใช้กับผู้ป่วย สอบถามปัญหา และความไม่สะดวกของนวัตกรรมและบุคลากรในหน่วยงานผู้ให้บริการ และข้อเสนอแนะของ ICN
- 5.ปรับปรุงนวัตกรรมจากข้อเสนอแนะของผู้ป่วยผู้ใช้นวัตกรรม และทีมผู้ให้บริการ
- 6.ทดลองใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์มีคำสั่งให้ดูดน้ำลายในปากตลอดเวลา
- 7.ติดตามผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม การติดเชื้อ และความพึงพอใจ

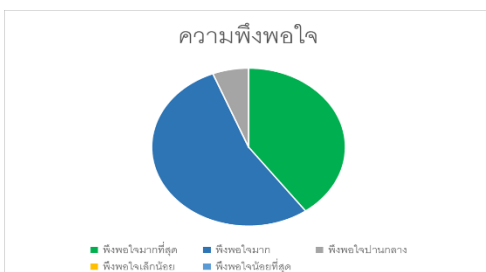
ก่อนใช้นวัตกรรม



หลังใช้นวัตกรรม

6.ผลการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืน การหายใจส่วนบนอุดตัน ผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปากและช่องคอ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคอมีความสุขสบายในการดูดน้ำลายได้เอง โดยการใช้การประเมินจากสีหน้าและแบบประเมินความพึงพอใจ
2. ผู้ป่วย Ambulate และช่วยเหลือตนเองบนเตียงได้ดี
3. ไม่เกิดการติดเชื้อของแผลและการเกิดแผลแยกในช่องปาก



ความพึงพอใจของผู้ป่วย					ความพึงพอใจของพยาบาล				
แบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรม					แบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรม				
พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจเล็กน้อย	ไม่พึงพอใจ	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจเล็กน้อย	ไม่พึงพอใจ
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การใช้หัวดูดให้มีการเปลี่ยนหัวดูดทุก 8 ชั่วโมงและมีถุงพลาสติกคลุมทุกครั้งที่ไม่ได้ใช้งาน และควรให้ดูดน้ำล้างสายเป็นระยะเพื่อป้องกันการตกค้างเสมหะสารคัดหลั่งในสาย

ข้อเสนอแนะ

ทุกหน่วยงานที่ผู้ป่วยใช้หัวดูดในปากสามารถนำไปใช้และพัฒนาต่อได้

8. แนวทางการพัฒนา

มีการปรับปรุงนวัตกรรมให้เหมาะแก่การใช้งานในผู้ป่วยทุกวัย โดยเปลี่ยนจากตัวหนีบเป็นที่สำหรับแขวน mouth suction แทน

นวัตกรรมปีงบประมาณ 2567

- 1.ชื่อนวัตกรรม สื่อการเรียนรู้ลูกด้วยนมแม่ สำหรับคุณแม่ยุคใหม่
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยสูติกรรม 1
- 3.ที่มา

จากสถิติความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ พ.ศ.2563-2566 เท่ากับ ร้อยละ95.07 ร้อยละ 94.69 ร้อยละ 89.33 ร้อยละ 89.41 ซึ่งถือว่าลดลงอย่างต่อเนื่องตามลำดับ ปกติการสอนการให้นมแม่ของแผนกหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรม1 จะให้มารดาหลังคลอด ที่ฟื้นตัวดีแล้ว เข้ากลุ่มสอนสุขศึกษา 1 ครั้ง พบปัญหามารดามีการอ่อนเพลีย ง่วง ทำให้ความสนใจในการรับฟังเจ้าหน้าที่ ลดลง และไม่มีสื่อที่สามารถให้มารดาได้เรียนรู้ต่อเนื่องหลังจากการสอนไปแล้ว จากปัญหาที่พบจึงได้คิดค้นนวัตกรรม เพื่อให้มารดาและญาติสามารถเห็นภาพ เข้าใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น และสามารถเรียนรู้ซ้ำได้ตามต้องการ ซึ่งประกอบด้วย แผ่นพับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิดีโอสาธิตการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

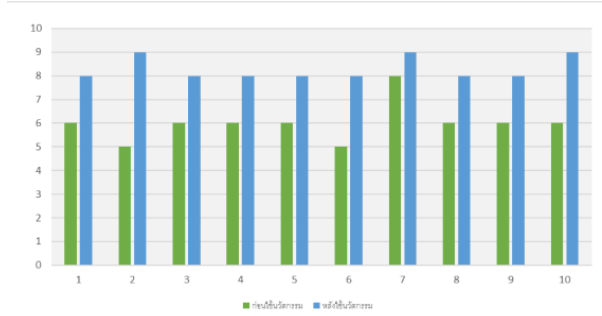
- 1.เพื่อให้มารดาหลังคลอดและญาติมีความรู้ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น
- 2.เพื่อให้มารดาสามารถให้นมบุตรอย่างถูกวิธี

5.วิธีดำเนินงาน



6.ผลการศึกษา

การประเมินความรู้ของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนและหลังการได้รับความรู้



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

มารดาหลังคลอดสามารถให้นมบุตรได้อย่างถูกต้อง โดยมีคะแนน LATCH SCORE มากกว่า 8 ร้อยละ 100 และคะแนน LATCH SCORE หลังใช้นวัตกรรมมากกว่าก่อนการใช้นวัตกรรม ร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ

ควรใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่องและประเมินผลเพื่อปรับปรุง พัฒนานวัตกรรมให้มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด

8.แนวทางการพัฒนา -

1.ชื่อนวัตกรรม หมอนเจลรองหนุนจัดท่าผ่าตัด

2.หน่วยงานที่นำเสนอ การพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

3.ที่มา

ปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยทารกทั้งคลอดครบกำหนดและคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับบริการผ่าตัดในท่านอนคว่ำ ท่านอนหงายและท่านอนตะแคง จำนวน 20 ราย เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีรอยแดงบนผิวหนังบริเวณหน้าอก แผ่นหลังและปุ่มกระดูกเชิงกราน จำนวน 8 รายคิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทารกที่เข้ารับบริการผ่าตัด อาจเกิดจากผ้าผ่าตัดที่มีความหนาและแข็ง ไม่เหมาะสมกับผิวหนังของทารกแรกเกิด ทีมจึงคิดค้นนำเจล ซึ่งได้มาจากฝ่ายเภสัชกรรม ซึ่งเป็นวัสดุที่หนาแน่น อ่อนนุ่ม มาประดิษฐ์หมอนเจลหนุนรองในการจัดท่าผ่าตัด

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อลดการเกิดรอยแดงจากการจัดท่าผ่าตัดในผู้ป่วยทารกที่เข้ารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมเด็ก
2. เพื่อพัฒนาอุปกรณ์เสริมสำหรับจัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะกับลักษณะการผ่าตัด สอดคล้องการใช้งานและตรงตามความต้องการของแพทย์ผ่าตัด

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากปัญหาที่พบ
- 2.ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์
- 3.ออกแบบนวัตกรรม
- 4.จัดทำนวัตกรรม
- 5.นำนวัตกรรมมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยทารก
- 6.ประเมินผลหลังใช้นวัตกรรม



6.ผลการศึกษา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ครั้ง)	ก่อนดำเนินการผ่าตัด	หลังดำเนินการหมอนเจลผ่าตัด
การเกิดรอยแดงจากการจัดท่าในผู้ป่วยทารกที่เข้ารับบริการผ่าตัด (แปลผลที่ระดับ 1)	0 ครั้ง	5	0

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1. ใช้งานได้ดี ช่วยให้การผ่าตัดสะดวกขึ้น	4.80	0.42	มากที่สุด
2. หมอนคงรูปไม่ยุบตัว ลดแรงกดบริเวณช่องอก แผ่นหลังและช่องท้อง	4.90	0.31	มากที่สุด
3. ลดอุบัติการณ์การเกิดรอยแดง	4.90	0.31	มากที่สุด
4. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย	4.80	0.42	มากที่สุด
5. ประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.60	0.52	มากที่สุด

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- หมอนจัดท่าผ่าตัดรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น สามารถลดการเกิดรอยแดงในผู้ป่วยทารกที่เข้ารับบริการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมเด็กได้
- โดยไม่พบการเกิดรอยแดงของผู้ป่วยทารกที่เข้ารับบริการผ่าตัดในท่านอนคว่ำ ท่านอนหงาย และท่านอนตะแคง
- ช่วยให้แพทย์ผ่าตัดสามารถผ่าตัดได้สะดวกขึ้น
- ช่วยลดแรงกดทับบริเวณช่องอกแผ่นหลังและช่องท้องผู้ป่วยในท่านอนคว่ำและท่านอนหงายได้เป็นอย่างดีเทียบเท่าอุปกรณ์จัดท่าแบบเดิม

8.แนวทางการพัฒนา

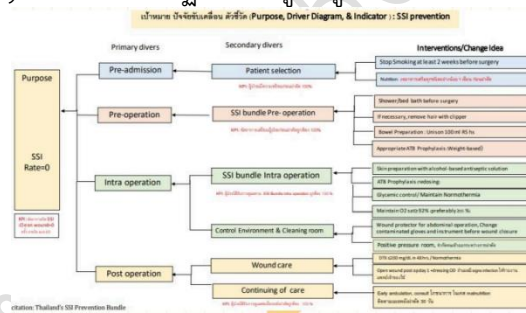
- จัดทำขนาดใหญ่ขึ้นตามกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่อายุเพิ่มมากขึ้น นำมาศึกษาวิจัยเปรียบเทียบ
- ศึกษาประสิทธิภาพผลของการใช้หมอนเจลรองหนุนจัดท่าผ่าตัดในผู้ป่วยทารกที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง
- ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้หมอนเจลรองหนุนจัดท่าผ่าตัดในผู้ป่วยทารกที่ได้รับการผ่าตัดในท่านอนหงาย นอนคว่ำ และท่านอนตะแคง

- 1.ชื่อนวัตกรรม SSI Prevention
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ ศัลยกรรมระบบประสาท
- 3.ที่มา

อุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัดหลังของโรงพยาบาลปี2566 (ต.ค.65 -ก.ย.66) พบมีการติดเชื้อแผลผ่าตัดหลังเท่ากับร้อยละ 2.03 การติดเชื้อแผลผ่าตัดหลังของผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทเท่ากับร้อยละ5.85 และมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น พบการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลัง (Laminectomy) เนื่องจากจะมีขนาดแผลที่ใหญ่และใช้เวลานานในการผ่าตัด จึงมีโอกาสดูติดเชื้อได้ง่าย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อศึกษาการทำตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดหลัง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. เพื่อศึกษาการเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัดหลัง (Laminectomy) หลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดหลัง



5.วิธีดำเนินงาน

- 1.จัดตั้งคณะทำงานและมอบหมายความรับผิดชอบ
- 2.ประชุมชี้แจงและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่ร่วม
- 3.เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร และเอกสาร
- 4.นำแนวปฏิบัติมาใช้วางแผนดูแลผู้ป่วย
- 5.ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน นำโอกาสพัฒนามาปรับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยทุกเดือน
- 6.ประเมินผลตัวชี้วัดทุก 3 เดือนและ 6 เดือน

6.ผลการศึกษา

- 1.ร้อยละการทำตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลหลัง (Laminectomy) เท่ากับ 100
- 2.อุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัดหลัง (Laminectomy) เท่ากับ 0

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน ก.พ-เม.ย 67)		
		ก.พ67	มี.ค67	เม.ย67
1.การทำตามแนวปฏิบัติ	100 %	100	97.43	98.25
2.อุบัติการณ์ติดเชื้อแผลผ่าตัดหลัง	0 ราย	0	0	0

ข้อมูลเดือนมี.ค-เม.ย67_คะแนน compliance การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดlaminectomy ก่อนผ่าตัดในหัวข้อ การใช้unisonสวนได้ คะแนนร้อยละ 97.43 และ 98.25 เนื่องจากแพทย์ไม่มี order

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
Clinical path SSI prevention

วันที่พิมพ์ _____ วันที่จัดทำ ณ cpo

การแก้ไข _____ การจัดทำ _____

วันที่จัดทำ _____ วันที่ Discharge _____

LOS _____ ค่ารักษา _____

ประเภทการนัด Emergency Elective

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

1. ไม่เกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัด
2. มีแนวปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดหลังใช้ในหน่วยงาน
3. สามารถนำแบบฟอร์มการปฏิบัติไปใช้ใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหลัง (Laminectomy) ในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

Pre-admission	Pre-operation	Post operation	D/C day
<ul style="list-style-type: none"> ○ ทบทวนหรืออ่านนียบ 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ○ ตรวจหาเชื้อในหูชั้นกลางด้วย 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ อาบน้ำ ○ Shaved บริเวณผ่าตัดทุกข้าง ○ สอด尿管เป็นระยะสั้น ○ สวนอุจจาระ 100 ml NS 1x ○ สวมถุงมือ และ กางเกงสะอาด และ ○ เตรียมแผล 1 แผ่นไป OR ○ ใช้ mask ใช้ถุงมือไปผ่าตัด ○ การดูผู้ป่วย U/D consult 15 นาทีทุก 4 ชม ○ เตรียม pre-op antibiotic ก่อนผ่าตัด ○ ผู้ป่วยต้อง 38 องศา body temperature ก่อนผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ เริ่มผล Day 1 + ทำแผล CO ถ้าพบมี sign infection, notify แผลให้เร็ว ○ Early ambulation ○ Case study 1 ครั้งใน 72 ชั่วโมง ○ Consult โสตศอนาสิกและ main operation ○ ติดตามผลหลังผ่าตัด 30 วัน ○ PTT < 200 mg% 	<ul style="list-style-type: none"> ○ D/C ○ Refer ○ ไม่มีการดู ○ Death

8.แนวทางการพัฒนา -

1. **ชื่อนวัตกรรม** การปรับขั้นตอนบริการเพื่อลดเวลารอคอย ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการลื้อนั่ง-เปลนอน

2. **หน่วยงานที่นำเสนอ** ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป

3. **ที่มา**

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป (OPD GP) อยู่ชั้น 2 ของอาคารผู้ป่วยนอก มีผู้มารับบริการเฉลี่ยประมาณเดือนละ 2,000 ราย เป็นผู้ป่วยลื้อนั่ง-เปลนอน คิดเป็นร้อยละ 5.69 ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปกรณีผู้ป่วยที่ใช้ลื้อนั่ง-เปลนอน ถึงแม้ว่าจะมีลิฟท์อำนวยความสะดวกต่อผู้รับบริการแต่ก็ยังพบปัญหาในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจเลือด ต้องนำผู้ป่วยไปเจาะเลือดที่ห้องปฏิบัติการชั้น 1 ซึ่งต้องรอเป็นเวลานาน เนื่องจากมีกระบวนการหลายขั้นตอนในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อเจาะเลือดตรวจ ช่วงเวลา 09.00 น. ถึงเวลา 11.00 น. เป็นช่วงเวลาที่ลื้อนั่ง-เปลนอนถูกนำไปใช้บริการมากที่สุด ส่งผลให้ลื้อนั่ง-เปลนอนไม่เพียงพอต่อการใช้งาน

4. **วัตถุประสงค์ของโครงการ**

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยและเวลารับบริการโดยรวม ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการปรับขั้นตอนบริการห้องตรวจโรคทั่วไป ในผู้ป่วยลื้อนั่งเปลนอน

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการปรับขั้นตอนบริการห้องตรวจโรคทั่วไป ในผู้ป่วยลื้อนั่งเปลนอน

5. **วิธีดำเนินงาน**

ขั้นตอนการให้บริการ

1. แพทย์ตรวจและพิมพ์คำสั่งตรวจเลือด

2. เมื่อผู้ป่วยออกจากห้องตรวจ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ นำเอกสารคำสั่งตรวจเลือดส่งให้พยาบาลหลังพบแพทย์

3. พยาบาลหลังพบแพทย์ตรวจสอบคำสั่ง ปริ้นท์สติ๊กเกอร์ ส่งให้พยาบาลห้องหัตถการ

4. พยาบาลห้องหัตถการทำการเจาะเลือด และบรรจุ tube เลือดลงถุงซีปัสติก ให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้/ญาติ นำส่งห้องปฏิบัติการพร้อมเอกสารคำสั่ง (นำเอกสารมาคืนให้พยาบาลจุดหลังพบแพทย์)

5. ผู้ป่วยรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6. **ผลการศึกษา**

- ผลการเก็บข้อมูลระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการลื้อนั่งเปลนอนก่อนการปรับลดขั้นตอนการให้บริการจำนวน 15 ราย เวลารวมทั้งกระบวนการทั้งหมด = 1907 นาที

- ผลการเก็บข้อมูลระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการลื้อนั่งเปลนอนหลังการปรับลดขั้นตอนการให้บริการจำนวน 15 ราย เวลารวมทั้งกระบวนการทั้งหมด = 1489 นาที

7. **ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ**

- การให้บริการแบบเดิมใช้เวลา รวม 1907 นาที ซึ่งมากกว่าหลังปรับลดกระบวนการ ใช้เวลา 1489 นาที ผลต่างเท่ากับ 418 นาที

- หลังปรับกระบวนการโดยพยาบาลห้องหัตถการเจาะเลือดให้และให้ญาตินำส่ง พบว่ามีการรายงานผลการตรวจเร็วขึ้นกว่าวิธีการเดิม 30 ถึง 60 นาที

8. **แนวทางการพัฒนา** -

1.ชื่อนวัตกรรม สติกเกอร์ mark tube ห่วงใย ใส่ใจผู้ป่วย

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยแยกโรค

3.ที่มา

หอผู้ป่วยแยกโรค รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นหอผู้ป่วยห้อง Negative pressure หรือห้องความดันลบ รวม 11 ห้อง ซึ่งมีห้อง Full negative 7 ห้อง ห้อง Modified 4 ห้อง รองรับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ และโรคติดต่อทางอากาศ (Airborne transmission) ทางตึกได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและการผูกยึดผู้ป่วยพร้อมทั้งหาแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นห้องแยกโรคทำให้การเข้าถึงผู้ป่วยค่อนข้างใช้เวลาประกอบกับต้องมีการสวมใส่ PPE ก่อนเข้าห้อง ทางหอผู้ป่วยแยกโรคได้ให้ความสำคัญในการดูแลและป้องกันการเลื่อนหลุดของ ET-tube จึงได้คิดค้นนวัตกรรมสติกเกอร์ mark tube เพื่อสื่อสารให้แก่ทีมผู้ดูแลทราบ

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อใช้ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจทั้งผู้ป่วยรับใหม่และผู้ป่วยรับย้ายจากออร์ดสามัญ
- 2.เพื่อเป็นการสื่อสารให้ทุกคนในทีมการพยาบาลทราบตำแหน่งการใส่ ET-tube ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังกรณีมีการเลื่อนหลุดไม่ตรงตามตำแหน่งที่ mark ไว้
- 3.เพื่อป้องกัน ET-tube เลื่อนหลุดขณะให้การพยาบาล เช่น ขณะแปรงฟัน , ดูดเสมหะ, เปลี่ยนผ้า mark tube ในแต่ละวัน

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.เขียนตัวเลขระบุตำแหน่งการ mark tube แต่ละระดับ
- 2.ติดสติกเกอร์ไว้ทุกอันพร้อมแกะใช้งาน และแยกเก็บไว้ สามารถหยิบใช้ได้ง่าย สะดวก
- 3.ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยแยกโรค ทั้งผู้ป่วยรับใหม่ และรับย้ายจากออร์ดสามัญ เป็นระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2567 – 30 มิถุนายน 2567 ในจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ ET-tube 33 ราย



ก่อนใช้นวัตกรรม



หลังใช้นวัตกรรม



6.ผลการศึกษา

- ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ mark ET-tube ยังอยู่ mark เดิมตามที่แพทย์กำหนดจนกระทั่ง Off ET-tube ได้
- ยังไม่พบอุบัติการณ์ ET-tube เลื่อนหลุดหลังเริ่มทดลองใช้งาน
- จากการทดลองใช้ ในจำนวนผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 33 ราย ET-tube ยังอยู่ mark เดิมจนกระทั่ง Off ET-tube ทั้ง 33 ราย คิดเป็น 100%

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่สามารถใช้งานได้สะดวกและทราบถึงตำแหน่งที่ mark ET-tube เมื่อเข้าไปให้การพยาบาลในห้องแยก กรณีมีการเลื่อนไม่ตรงตำแหน่งสามารถปรับเลื่อน mark ET-tube ได้ทันที

8.แนวทางการพัฒนา สามารถขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นๆที่ดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

1.ชื่อนวัตกรรม The box : Safe you safe me

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยมารเวชกรรม 3

3.ที่มา

เนื่องจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ รับผิดชอบต่อผู้ป่วยเด็กตั้งแต่อายุ 7 วัน -18ปี โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร รวมถึงโรคติดเชื้อต่างๆ พบปัญหาผู้ป่วยมี ยารับประทานหลายตัว การจัดยาใช้เวลานาน ภาระการใส่ยาไม่เพียงพอ วิธีการจัดยาเตรียมยาไม่เป็น มาตรฐานเดียวกัน และภาระงานที่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดขนาด ผิดเวลา ทำให้มีโอกาสเกิดความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 จึงมีแนวคิดในการปรับเปลี่ยนภาระ สำหรับใส่ยา กิน ที่สะดวกและง่ายต่อการใช้งาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารยา $\geq 80\%$
- 2.ไม่พบ อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนในหารบริหารยาเท่ากับศูนย์
- 3.เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจนวัตกรรม มากกว่า 80 %

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ค้นหาปัญหาในการบริหารยาในหน่วยงาน
- 2.ประชุมร่วมกันในหน่วยงาน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการบริการยา
- 3.จัดทำนวัตกรรม
- 4.นำนวัตกรรมทดสอบการจัดแจก หาแนวทางปรับเปลี่ยนวิธีการจัด
- 5.ประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่

6.ผลการศึกษา

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม (เดือนมค.-มิค. พ.ศ.2567)		หลังใช้นวัตกรรม (เดือนพค.-มิ.ย. พ.ศ.2567)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตาม มาตรฐานการบริหารยา	10	62.50%	16	100%
พบอุบัติการณ์การเกิด ความคลาดเคลื่อนในการ บริหารยา	16	48%	0	100%
เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจ นวัตกรรม	8	50%	16	100%



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า นวัตกรรม The box :Safe you safe me ช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน ญาติเกิดความพึงพอใจประทับใจในการดูแล และบุคลากรในหน่วยงานมีความ พึงพอใจในนวัตกรรมนี้

8.แนวทางการพัฒนา -

- 1.ชื่อนวัตกรรม กระดานตาม(ทัน)ใจ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ ห้องคลอด
- 3.ที่มา

จากอุบัติการณ์ในเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 พยาบาลที่อยู่ในห้องคลอดรายงานไม่ทราบรายละเอียดของอาการทารกแรกเกิดขณะนั้น เนื่องจากผู้รายงานเป็นพยาบาลที่อยู่ในห้องคลอดมิใช่ผู้ที่ทำการดูแลทารกโดยตรง จึงทำให้เกิดการรายงานการล่าช้า จำนวน 7 ครั้ง และอุบัติการณ์การตามกุมารแพทย์ผิดคนจำนวน 5 ครั้งเนื่องจากไม่มีการตรวจสอบซ้ำ จึงได้มีการประชุม RCA ร่วมกับกุมารแพทย์และห้องผ่าตัดจึงได้มีแนวคิดให้พยาบาลผู้ที่ไปรับทารกในห้องผ่าตัดนำเบอร์ของกุมารแพทย์ที่อยู่เวรไปด้วย หากพบกรณีทารกแรกคลอดผิดปกติ ให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเป็นผู้กดเบอร์โทรศัพท์เพื่อให้รายงานกุมารแพทย์ได้ทันที และในทุกเวรพยาบาลผู้รับเด็กต้องมีการโทรยืนยันกับกุมารแพทย์ทุกเวรเพื่อป้องกันกุมารแพทย์แลกรวแล้วไม่แจ้งห้องคลอด

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อเป็นเครื่องมือในการช่วยตามกุมารแพทย์ในห้องผ่าตัดได้ทันเวลา
- 2.เพื่อป้องกันการตามกุมารแพทย์ผิดคน

5.วิธีดำเนินงาน

PLAN: ประชุมร่วมหาแนวทางปฏิบัติในหน่วยงานปรึกษาทีมสูติแพทย์ กุมารแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องคลอด

DO: จัดแพทย์และพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับทราบแนวทางปฏิบัติ

CHECK: ตรวจสอบการปฏิบัติงาน และเก็บข้อมูลทุกเดือนหรือทุกครั้งที่มีการรับเด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยทีมงาน

ACT: สรุปผลการดำเนินงานและจัดทำ มาตรฐานการปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด

แนวทางเดิม



แนวทางใหม่



6.ผลการศึกษา

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม ตุลาคม 66 - มีนาคม 67		หลังใช้นวัตกรรม เมษายน 67 - มิถุนายน 67	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตามกุมารแพทย์ล่าช้า	7	0.63	0	0
การตามกุมารแพทย์ผิดคน	5	0.45	0	0

ช่วงระยะเวลาเดือนมีนาคม – เดือนมิถุนายน 2567 ไม่พบอุบัติการณ์ในการตามกุมารแพทย์ล่าช้าและไม่เกิดอุบัติการณ์ในการตามกุมารแพทย์ผิดคน

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

อุบัติการณ์ในการตามกุมารแพทย์ล่าช้าเท่ากับ 0 อุบัติการณ์ในการตามกุมารแพทย์ผิดคนเท่ากับ 0

8.แนวทางการพัฒนา -

- 1.ชื่อนวัตกรรม สติกเกอร์แยกสี Sleep test
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ ห้องตรวจ หู คอ จมูก
- 3.ที่มา

ห้องตรวจ โสต คอ นาสิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ให้บริการตรวจและรักษาเกี่ยวกับโรคนอนกรน ซึ่งเป็นสาเหตุของการหยุดหายใจขณะนอนหลับ จากการทำ Chart admit เจ้าหน้าที่จะทำ Chartไว้ล่วงหน้าตั้งแต่วันที่แพทย์มีorder ให้ทำ Sleep test ได้พบปัญหาว่าเจ้าหน้าที่ มีการหมุนเวียนการปฏิบัติงานทำให้สับสนเกี่ยวกับประเภทและสิทธิบัตรของผู้ป่วย เนื่องจากOrder admit ของแพทย์เหมือนกันไม่เห็นความแตกต่างของ Chart ผู้ป่วย ทำให้เสียเวลาในการตรวจเช็คความถูกต้องของ Chart ก่อน admit อีกครั้ง ทางห้องตรวจจึงได้จัดทำนวัตกรรม สติกเกอร์แยกสี Sleep test เพื่อให้ง่ายและสะดวกต่อการคัดแยกประเภทการนอน และสิทธิบัตรของผู้ป่วยให้เห็นได้อย่างชัดเจน ช่วยลดระยะเวลาและไม่เกิดความผิดพลาดในการ admit ผู้ป่วยไปยังเตียงนอน

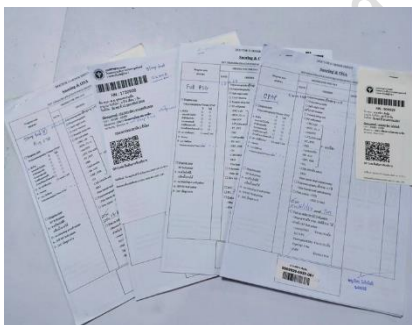
4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อคัดแยกประเภทการนอนทำ Sleep test ประเภทต่างๆได้ถูกประเภท และถูกต้องตามสิทธิบัตรของผู้ป่วย

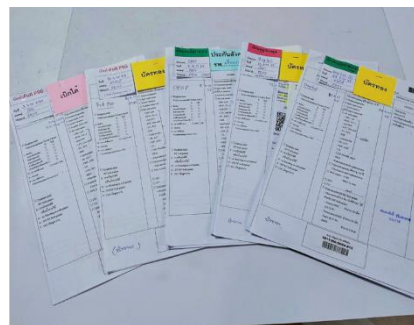
5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ออกแบบสติกเกอร์สี เพื่อแยกประเภทการนอนทำ Portable Sleep test , Full PSG และ CPAP ตามสิทธิบัตรของผู้ป่วย
- 2.จัดซื้อกระดาษสีเหลือง ฟ้ายาสูบ เพื่อจัดทำสติกเกอร์แยกสี Sleep test
- 3.ทดลองใช้นวัตกรรม สติกเกอร์แยกสี Sleep test

ก่อนการใช้นวัตกรรม



หลังใช้นวัตกรรม



6.ผลการศึกษา

- จากการใช้นวัตกรรมสติกเกอร์แยกสี Sleep test เป็นระยะเวลา 20 วัน ตั้งแต่วันที่ 1 - 20 มิ.ย.67 พบว่าก่อนการใช้นวัตกรรมเกิดความผิดพลาด เกี่ยวกับประเภทการทำ Sleep test และสิทธิบัตรเป็นจำนวน 5 ครั้ง เนื่องจากสิทธิบัตรประกันสังคมและเบิกได้ไม่ตรงกับประเภทการนอนของผู้ป่วย ได้โทรประสานงานกับห้องประสานสิทธิ์เพื่อแก้ไขปัญหาเรียบร้อยแล้ว

- หลังใช้นวัตกรรมพบว่าไม่เกิดความผิดพลาดทั้งประเภทการนอนและตามสิทธิบัตรของผู้ป่วยตามสถิติดังนี้

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม วันที่ 1- 10 มิ.ย.2567 จำนวน case 13 ราย		หลังใช้นวัตกรรม วันที่ 11- 20 มิ.ย.2567 จำนวน case 13 ราย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	การนอนSleep test ผิดประเภท	2	15.38	0
การนอนSleep test ผิดสิทธิบัตร	3	23.07 165	0	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการใช้นวัตกรรมสติ๊กเกอร์แยกสี Sleep Test สามารถช่วยจัดกลุ่ม จำแนกประเภทของการทำ Sleep Test และสิทธิบัตรของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

8.แนวทางการพัฒนา

ในโอกาสต่อไปอาจนำนวัตกรรมนี้ไปเป็นต้นแบบการแยกประเภทผู้ป่วย Sleep Test ในแผนกห้องตรวจอายุรกรรม เนื่องจากมีคลินิกโรคประสาทนอนกรนเหมือนกัน

นวัตกรรมปีงบประมาณ 2567

1.ชื่อนวัตกรรม สื่อสารให้ตรงใจ

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.ที่มา

เนื่องด้วยจำนวนผู้มารับบริการมีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้ภาระงานมีเพิ่มมากขึ้น สร้างความเครียดและวิตกกังวลให้กับทั้งผู้ป่วยและญาติ HOIR ปี 2566 มีอุบัติการณ์ที่ญาติไม่ได้รับข้อมูลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจจำนวน 5 อุบัติการณ์ จากการทบทวนปัญหา มีปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่สบายใจ เจ้าหน้าที่จึงคิดค้นนวัตกรรมนี้ขึ้นมา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. มีแนวทางการสื่อสาร การให้ข้อมูลแก่ญาติ
2. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่องการสื่อสารให้ข้อมูลญาติผิดพลาดลดลง

5.วิธีดำเนินงาน

1. ประชุมปรึกษาหารือร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการสื่อสารข้อมูลกับญาติผู้ป่วย
2. จัดทำแนวทางการสื่อสารข้อมูลกับญาติผู้ป่วยประชุมพยาบาลวิชาชีพ เพื่อชี้แจงแนวปฏิบัติ
3. ชี้แจงแนวทางการสื่อสารข้อมูลกับญาติผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพ
4. ปฏิบัติการตามแนวทางการสื่อสารข้อมูลกับญาติผู้ป่วย
5. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติและนวัตกรรม
6. ประเมินความพึงพอใจญาติในการให้ข้อมูล
7. สรุปผลการใช้นวัตกรรมและแนวทางปฏิบัติเปรียบเทียบกับแนวการปฏิบัติเดิม

6.ผลการศึกษา

1. ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการสื่อสาร การให้ข้อมูลกับญาติ 92.5 %
2. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสารให้ข้อมูลกับญาติ 97 %
3. ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน เรื่องการสื่อสารให้ข้อมูลญาติผิดพลาด

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การใช้บัตรที่มีการสื่อสารถึงความต้องการ ในหน่วยงานที่มีภาระงานมากเร่งด่วน ในหน่วยงานที่เสี่ยงต่อการมีข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการและการสื่อสาร และมีทีมสหสาขาในการทำงาน ช่วยให้เกิดความชัดเจน มีความเข้าใจและแนวทางปฏิบัติที่เข้าใจตรงกัน ทำให้ลดความกังวลของญาติ เกิดความพึงพอใจในบริการ ไม่เกิดข้อร้องเรียน ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข

8.แนวทางการพัฒนา

1. นำแนวปฏิบัติและนวัตกรรมการสื่อสารให้ข้อมูลกับญาติไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. พัฒนานวัตกรรมการสื่อสารให้ข้อมูลกับญาติ โดยใช้ AI ต่อไป



สื่อสารให้ตรงใจ

วิธีการให้ข้อมูลญาติโดยการถือบัตรเข้ามาสอบถามในห้องฉุกเฉิน

1. **ตรวจสอบบัตรประชาชน** : ตรวจสอบชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเปรียบเทียบกับข้อมูลบัตรกับข้อมูลของผู้ป่วยยืนยันตัวตนของญาติ
2. **สอบถามข้อมูลเบื้องต้น** : สอบถามว่าญาติต้องการทราบข้อมูลอะไรเกี่ยวกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วยมากน้อยแค่ไหน
3. **ประเมินความพร้อมรับข้อมูลของญาติ** : สังเกตภาษากาย น้ำเสียง และท่าทางของญาติ ประเมินว่าญาติมีความกังวล วิตกกังวล หรือกลัวหรือไม่ ปรับวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับความพร้อมรับข้อมูลของญาติ
4. **ให้ข้อมูล** : อธิบายอาการของผู้ป่วย ผลการตรวจ แผนการรักษา และระยะเวลาที่คาดว่าจะรักษาตัว ไข้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะทาง อธิบายข้อมูลอย่างละเอียด ครบถ้วน และถูกต้อง ตอบคำถามของญาติอย่างชัดเจน กระชับ ตรงประเด็น
5. **แสดงความเห็นอกเห็นใจ** : เข้าใจและรับฟังความรู้สึกของญาติ แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อสถานการณ์ของญาติให้กำลังใจและความหวังแก่ญาติ
6. **ให้ข้อมูลติดต่อ** : แจ้งชื่อ เบอร์โทรศัพท์ และช่องทางการติดต่อของพยาบาลหรือแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย แจ้งเวลาที่ญาติสามารถติดต่อมาสอบถามเพิ่มเติมได้
7. **ประเมินผล** : สอบถามญาติว่าเข้าใจข้อมูลหรือไม่ สอบถามญาติว่ามีความพึงพอใจหรือไม่ ปรับข้อมูลหรืออธิบายเพิ่มเติมหากจำเป็น

งานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์



1.ชื่อนวัตกรรม แผ่นภาพเตรียมของคัมครองใจ

2.หน่วยงานที่นำเสนอ ICU CVT

3.ที่มา

ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่มีความจำเป็นต้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักไม่สามารถดูแลความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเองจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความสะอาดสุขสบาย ในผู้ป่วยทำผ่าตัดบายพาสหัวใจการเตรียมอุปกรณ์ ของใช้ส่วนตัว แปรงฟัน ยาสีฟัน สบู่ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป หมอนสำหรับกอดพุงเวลาไอ ผ้ารัดหน้าอกถุงเท้ารัดน่อง โดยการขอความร่วมมือของญาติให้จัดเตรียมอุปกรณ์ดังกล่าว ให้แก่เจ้าหน้าที่จากเดิมให้เตรียมอุปกรณ์จากแผ่นพับข้อแนะนำสำหรับญาติของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือดยังพบปัญหาว่าเตรียมอุปกรณ์มายังไม่ถูกต้อง ไม่ครบ

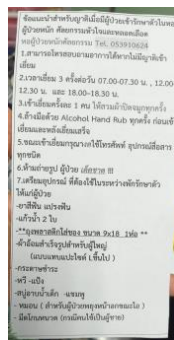
4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อเตรียมอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจให้ถูกต้อง และครบถ้วน

5.วิธีดำเนินงาน

นำแผ่นภาพเตรียมอุปกรณ์ร่วมกับใช้แผ่นพับข้อแนะนำสำหรับญาติของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด มาให้แก่ญาติในการเตรียมอุปกรณ์ ของใช้แก่ผู้ป่วย

แผ่นพับแบบเดิม



แผ่นพับแบบใหม่



6.ผลการศึกษา

เดิมใช้แผ่นพับข้อแนะนำสำหรับญาติของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือดแผ่นพับดังกล่าวเป็นตัวหนังสือที่ระบุรายการที่ญาติต้องจัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้แปรงฟัน ยาสีฟัน สบู่ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ถุงหิ้วขนาด 9*18 หมอนสำหรับกอดพุงเวลาไอ ผ้ารัดหน้าอกถุงเท้ารัดน่อง เดือน พ.ค 67 มีผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วยจำนวน 43 คนเก็บข้อมูลการแนะนำญาติเตรียมอุปกรณ์ของใช้ยังมีการเตรียมอุปกรณ์มาดังกล่าว ได้ของไม่ครบ ได้ของมาไม่ตรงตามที่ใช้งาน ทำให้ต้องกลับไปซื้อซื้อซ้ำจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.1

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการทดลองจะเห็นได้ว่าการใช้รูปภาพในการสื่อสาร ทำให้เกิดความเข้าใจถูกต้องมากขึ้น เพราะการสื่อสารด้วยภาพ เป็นการสื่อสารแทนการเขียนตัวหนังสือ หรือพูดและอาจสื่อความหมายได้ลึกซึ้งกว่า เนื่องจากภาพมีผลต่อการกระตุ้นการรับรู้ด้วยการมองเห็น ซึ่งมีประสิทธิภาพกว่าการรับรู้วิธีอื่นๆ

8.แนวทางการพัฒนา

สร้าง QR code สแกนแทนแผ่นภาพ และแผ่นพับแนะนำญาติเตรียมอุปกรณ์ของใช้

- 1.ชื่อนวัตกรรม ประคองหนูไว้ อุ๋นใจลดปวด
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยพิเศษ 84 ปี อนุสรณ์ชั้น6-7
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยพิเศษ 84 ปีอนุสรณ์ชั้น 6-7 ให้การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และผู้ป่วยสหสาขา มีการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือด จากสถิติจำนวน site ตั้งแต่ เดือน มี.ค - พ.ค. 2567 โดยเฉลี่ย 709 ครั้ง/ เดือน พบจำนวนระดับการเกิดการรั่วซึมของสารน้ำและยาออกนอกหลอดเลือดดำ เมื่อพบอุบัติการณ์แล้วยอมส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวด ไม่สุขสบาย หรือต้องใช้เวลาในรักษา และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้นหอผู้ป่วย 84 ปีอนุสรณ์ ชั้น 6-7 จึงได้คิดค้นนวัตกรรม “ประคองหนูไว้ อุ๋นใจลดปวด”

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

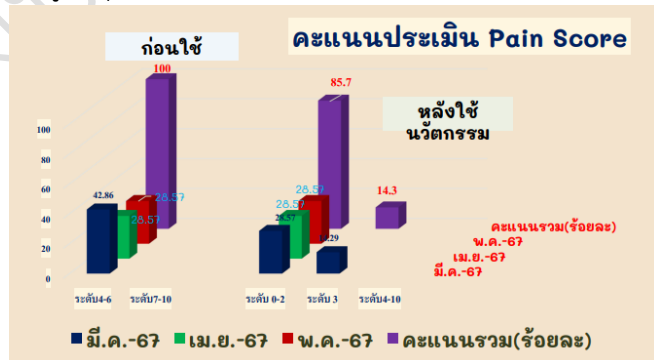
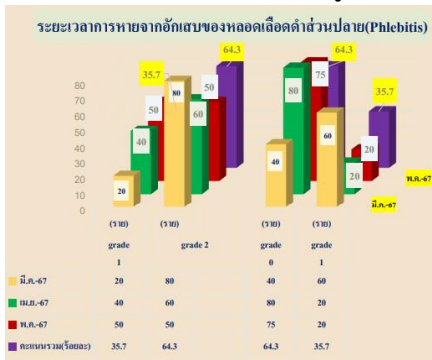
เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความรุนแรงจากอาการ ปวด บวม อักเสบจากพยาธิสภาพของโรค หรือเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) ที่เกิดขึ้นได้

5.วิธีดำเนินงาน

1. แจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่กรับทราบรูปแบบการนำเสนอนวัตกรรม แนวทางและรูปแบบการนำไปปฏิบัติใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการปวด บวมข้อและผู้ป่วยที่มีการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Phlebitis)
2. นำนวัตกรรมประคองหนูไว้ อุ๋นใจลดปวดไปใช้ในผู้ป่วย
3. แนะนำและสาธิตให้ ผู้ป่วยและญาติ ได้ใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่องทุกวัน
4. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

6.ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเกิด phlebitis Gr.1 ปวด แดง จากการได้รับยา cloxacillin ทุก 4 ชม.และได้รับการประคบเจลเย็นโดยใช้ นวัตกรรมของหอผู้ป่วย “ประคองหนูไว้ อุ๋นใจลดปวด”



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

คะแนนประเมินระยะเวลาการหายจากอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Phlebitis)

Grade	Clinical Criteria	Picture	Nursing care
0	No symptoms Erythema		Observe IV site @ Monitor site Record No Monitor site Record
1	Erythema of skin with or without swelling (erythema/edema)		เปลี่ยน IV site @ Monitor site Record No Monitor site Record
2	Pain at access site with erythema and/or edema (pain/erythema/edema)		เปลี่ยน IV site @ Monitor site Record No Monitor site Record
3	Pain at access site with erythema and/or edema (pain/erythema/edema)		เปลี่ยน IV site @ Monitor site Record No Monitor site Record
4	Pain at access site with erythema and/or edema (pain/erythema/edema)		เปลี่ยน IV site @ Monitor site Record No Monitor site Record



ภาพที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการประเมินความปวดด้วยวิธีวัดตัวเลข และบันทึกข้อมูลการประเมินความรุนแรงของอาการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยใช้ pain scale expression และการจัดการตามแบบแผน

8.แนวทางการพัฒนา รูปทรงของเจลเย็นไม่ควรแข็งตัวมาก เพราะเมื่อมีการแข็งตัวทำให้มีการตัดแปลงตามข้อมือหรือข้อเท้าของผู้ป่วยได้ยาก และควรมีการปรับเปลี่ยนสีลวดลายของผ้าเพื่อความสวยงามนำไปใช้งาน

1.ชื่อนวัตกรรม HYPER CARE

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยพิเศษรังสีและเคมีบำบัด ชั้น 6

3.ที่มา

หอผู้ป่วยพิเศษรังสีรักษาและเคมีบำบัดชั้น 6 เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 95 และผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับดูแลแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 5 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังในการบริหารยา คือ การเกิดภาวะ Hypersensitivity Reaction ซึ่งในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงในการแพ้สูงได้แก่ กลุ่ม plant alkaloids กลุ่ม platinum และ target therapy หอผู้ป่วยพบปัญหาว่าผู้ป่วยรับประทานยาแก้แพ้มาก่อน รับประทานไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน มียาเหลือ พบในผู้ป่วยจำนวน 1 ราย เกิดความคลาดเคลื่อนในการได้รับยา ทำให้เกิดความล่าช้าในการรับยาเคมีบำบัด เพิ่มระยะเวลาในการนอนรพ. ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการนอนรพ.เพิ่มมากยิ่งขึ้น

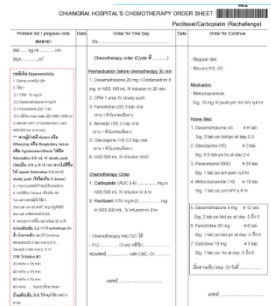
4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อป้องกันการได้รับยาไม่ตรงตามเวลาที่ระบุในแผนการรักษา
- 2.เพื่อป้องกันการเกิด Hypersensitivity Reaction ซ้ำ

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ค้นหาปัญหาและเริ่มเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 ถึงมิถุนายน 2567
- 2.สรุปวิเคราะห์ปัญหา
- 3.คิดค้นและจัดทำนวัตกรรม Hyper Care

ซัปดาห์ > ตรวจสอบข้อมูลการแพ้ยา



6.ผลการศึกษา

90%
ON TIME
ADMINISTRATION
SUCCESS RATE
ได้ผู้ป่วยรับยาตรงตามรอบเวลา

100%
ไม่เกิด Hypersensitivity Reaction ซ้ำ



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- ผู้ป่วยบางรายขาดความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือสื่อสารและ Application
- ความหลากหลายของเชื้อชาติ การใช้ภาษาในการสื่อสาร

8.แนวทางการพัฒนา -

- 1.ชื่อนวัตกรรม โครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางในการตรวจสอบประสิทธิภาพคุณภาพน้ำ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ IC & CSSD
- 3.ที่มา

กระบวนการต่างๆในการทำความสะอาดจากเชื้อของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล อาศัยน้ำเป็นปัจจัยพื้นฐานในการทำให้ปราศจากเชื้อ ระบบจ่ายกลางโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นน้ำ RO (REVERSE OSMOSIS) และน้ำอ่อน(SOFT WATER) ซึ่งเป็นน้ำที่มีคุณภาพสูงต่อการทำความสะอาดเชื้อเครื่องมือและอุปกรณ์แพทย์อย่างไรก็ตามหน่วยงานยังพบปัญหาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ส่งไปให้หน่วยงานรับบริการมีสภาพไม่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องทำโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบประสิทธิภาพคุณภาพน้ำ เพื่อเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำความสะอาดเชื้อและอุปกรณ์ให้ได้มาตรฐาน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่สามารถตรวจสอบคุณภาพน้ำในระบบเครื่องล้างและเครื่องนึ่งด้วยไอน้ำ
- 2.ลดอุบัติเหตุการซ่อมแซมเครื่องล้างและเครื่องนึ่งด้วยไอน้ำ สาเหตุจากคุณภาพน้ำ
- 3.ให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติในการตรวจสอบคุณภาพน้ำในระบบเครื่องล้างและเครื่องนึ่งด้วยไอน้ำ

5.วิธีดำเนินงาน

ระยะที่ 1 การวางแผน (PLANNING) ประชุมและนำเสนอโครงการเพื่อขอความคิดเห็นและให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานมีส่วนร่วมในการออกแบบกระบวนการ(27 ก.พ. 67)

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (ACTION) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

- อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่(28 ก.พ.67)
- ฝึกปฏิบัติการตรวจสอบคุณภาพน้ำตามโครงการ(29 ก.พ. 67-6 มี.ค. 67)
- ส่งเสริมการบันทึกในแบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพน้ำนำเครื่องล้าง และเครื่องนึ่งด้วยไอน้ำ

และเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม (29 ก.พ. 67-6 มี.ค. 67)

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (OBSERVATION)

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (REFLECTION)

ระยะที่ 5 สรุปผลการดำเนินงาน



6.ผลการศึกษา

หัวข้อ	ระยะเวลา	น้อย	ปานกลาง	มาก
1.การได้รับความรู้	ก่อน	10	14	4
	หลัง	2	7	19
2.การลงมือตรวจสอบ เครื่องนึ่ง	ก่อน	14	7	7
	หลัง	5	10	13
2.การลงมือตรวจสอบ เครื่องล้าง	ก่อน	14	8	6
	หลัง	6	9	13
4.ได้รับประโยชน์จากการทำโครงการ	ก่อน	4	12	12
	หลัง	1	5	22
5.ความพึงพอใจโดยรวมในการทำโครงการ	ก่อน	4	11	13
	หลัง	0	4	24

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ต้องทำการตรวจสอบความผิดปกติของคุณภาพน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพและรายงานต่อหัวหน้างานเพื่อทำการตรวจสอบร่วมกัน และแก้ปัญหาได้โดยทันที
2. มีระบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพน้ำเครื่องล้างและเครื่องนึ่งประจำวันที่เข้าใจง่าย

8. แนวทางการพัฒนา

1. นำข้อมูลผลการตรวจสอบคุณภาพน้ำของเครื่องล้างและเครื่องนึ่ง เสนอต่อทีมบริหารประกอบการตัดสินใจ การแก้ไขระบบน้ำให้เป็นระบบ CENTER และให้ได้ตามมาตรฐานตาม PSIP ต่อไป
2. นำปัญหาจากการตรวจสอบเครื่องล้างและเครื่องนึ่ง รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์สุวัฒน์ สุขสวัสดิ์ หาแนวทางแก้ไขเบื้องต้น

นวัตกรรม 
เดือนสิงหาคม
2567

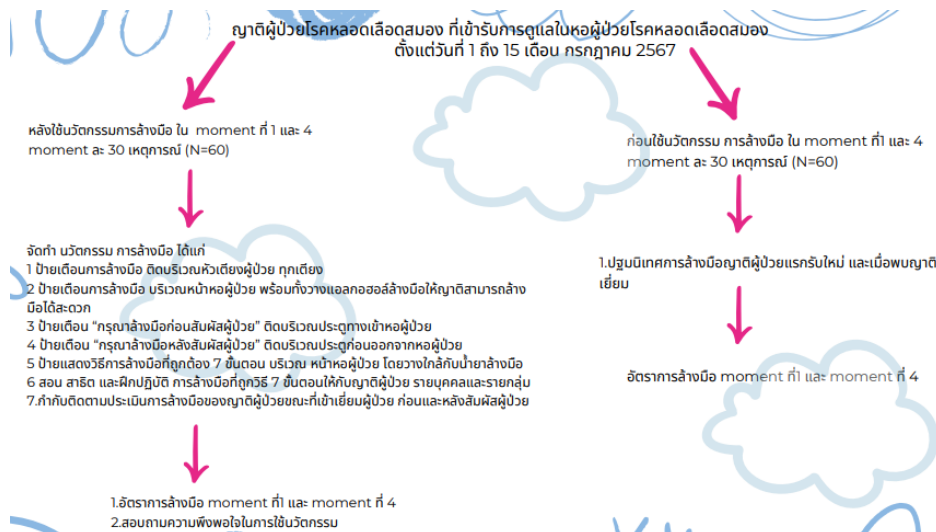
- 1.ชื่อนวัตกรรม ล้างมือกันค่ะ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ Stroke Unit
- 3.ที่มา

มือเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคต่างๆได้ เมื่อใช้มือหยิบจับอาหารหรือสิ่งของต่างๆ และมือสามารถนำเชื้อโรคไปปนเปื้อนเบื้อนเบื้อนสิ่งของรอบๆตัว ทำให้ผู้อื่นได้รับเชื้อโรคไปด้วย การล้างมือให้สะอาดอย่างถูกวิธี จึงเป็นวิธีที่มีความสำคัญ เพื่อป้องกันเชื้อโรคต่างๆเข้าสู่ร่างกาย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

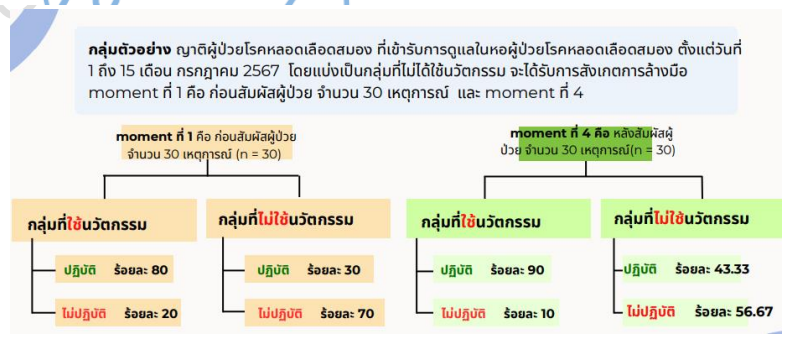
- 1.เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
- 2.เพื่อศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย

5.วิธีดำเนินงาน



6.ผลการศึกษา

ลักษณะที่ศึกษา	หลังการใช้ป้ายเตือนการล้างมือ (N=30)		ก่อนการใช้ป้ายเตือนการล้างมือ (N=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	46.67	10	33.33
หญิง	16	53.33	20	66.67



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การล้างมือที่ถูกวิธี มีความจำ เป็นที่ต้องสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งการมีป้ายเตือนการล้างมือเป็นตัวกระตุ้นการล้างมือที่ดี เพิ่มอัตราการล้างมือของญาติ ส่งผลต่อการลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ถ้าญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

8.แนวทางการพัฒนา

- 1.มีการเพิ่มการปฐมนิเทศการล้างมือในญาติผู้ป่วยทุกรายอย่างสม่ำเสมอ
- 2.ขยายผลในการประเมินการล้างมือกับบุคลากร และสหสาขาวิชาชีพ

ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรมการล้างมือ	ระดับความพึงพอใจ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ข้อมูลด้านความจำเป็นในการล้างมือ	10	100	-	-	-	-
2.ความเพียงพอของน้ำยาล้างมือ	8	80	2	20	-	-
3.ความมีประโยชน์ต่อตนเองและผู้ป่วย	10	100	-	-	-	-
4.ความพึงพอใจในภาพรวม	10	100	-	-	-	-

ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรมการล้างมือ มีความพึงพอใจ มากต่อการได้รับข้อมูลด้านความเป็นในการล้างมือ ร้อยละ 100 ความเพียงพอของน้ำยาล้างมือ ร้อยละ 80 มีความพึงพอใจในเรื่องความมีประโยชน์ต่อตนเองและผู้ป่วย ร้อยละ 100 และความพึงพอใจ ในภาพรวม ร้อยละ 100

1.ชื่อนวัตกรรม I PROUND Round Model

2.หน่วยงานที่นำเสนอ

3.ที่มา

เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือลดความรุนแรงของผลกระทบ ดังนั้นการบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุกในการดูแลรักษา จึงมีโอกาสพบความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการให้บริการ ทั้งนี้ผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านคลินิก และการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งความผิดพลาดนั้นสามารถป้องกันได้หากพยาบาลผู้ปฏิบัติมีความรับผิดชอบ มีแผนการทำงานอย่างมีระเบียบ ละเอียดรอบคอบ ตระหนักในความสำคัญ และปฏิบัติตามการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลที่สม่ำเสมอจะช่วยให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้บริการเพื่อตอบสนองให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการได้มากที่สุด

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อพัฒนาแนวทางในการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยโดยใช้ I PROUND Round Model ในหอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติ และบุคลากร มีความพึงพอใจต่อแนวทางในการเยี่ยมตรวจผู้ป่วย โดยใช้ I PROUND Round Model
3. อุบัติการณ์ความเสี่ยงทาง clinic และ non clinic ลดลง หรือระดับความรุนแรงลดลงในระดับที่ยอมรับได้

5.วิธีดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวทางในการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยโดยใช้ I PROUND Round Model

ขั้นตอนที่ 1 การดำเนินการวิเคราะห์แนวทางในการเยี่ยมตรวจผู้ป่วย และ ตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน ในหอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาแนวทางการในการเยี่ยมตรวจผู้ป่วย โดยทบทวนวรรณกรรม สืบค้นเอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวทางการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยไปทดลองใช้ และนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ผู้ใช้แนะนำ จัดทำรูปแบบแนวทางในการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยโดยใช้ I PROUND Round Model และ การบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยโดยใช้ I PROUND Round Model

ระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางในการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยโดยใช้ I PROUND Round Model

ขั้นตอนที่ 4 การนำแนวทางในการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยโดยใช้ I PROUND Round Model ที่ปรับปรุงแก้ไขเสร็จฉบับสมบูรณ์แล้วไปใช้ การติดตามนิเทศ ขณะรับส่งเวร โดยใช้เทคนิคการสังเกต และสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล ร่วมแลกเปลี่ยน รับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประเมินผล

6.ผลการศึกษา

	ธ.ค.66 (n=116)	ม.ค.67 (n=128)	ก.พ.67 (n=106)	มี.ค.67 (n=137)	เม.ย.67 (n=105)	พ.ค.67 (n=117)
ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ-ร้อยละ 85						
ความพึงพอใจในการให้บริการ						
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	105/116 (90.52%)	119/128 (92.96%)	95/106 (89.62%)	125/137 (91.24%)	105/105 (100%)	115/117 (98.30%)
ระดับความพึงพอใจในมาก	11/116 (9.48%)	9/128 (7.04%)	11/106 (10.38%)	12/137 (8.76%)		2/117 (1.70%)
ร้อยละของผู้มีความเสี่ยง และระดับความรุนแรงของความเสี่ยงลดลง (เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)						
ก่อนพัฒนา	B=2 C=1	A=2	A=2 B=1	A=2 B=2	A=1 B=2 C=1	B=1 C=2
หลังพัฒนา	D=2 B=1	B=2 0	C=1 B=2	0	A=1 C=1	B=1
	D=1		C=1		C=1	

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ธ.ค.66 (n=21)	ม.ค.67 (n=21)	ก.พ.67 (n=23)	มี.ค.67 (n=23)	เม.ย.67 (n=23)	พ.ค.67 (n=24)
บุคลากรทุกระดับเข้ารับการอบรมตามโครงการ>ร้อยละ 90		21/21 100 %		23/23 100 %		23/24 95.83%
ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติตามโครงการ> ร้อยละ 85						
ความพึงพอใจในการให้บริการ						
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	19/21 (90.47%)	21/21 (100%)	23/23 (100%)	21/23 (91.30%)	22/23 (95.65%)	24/24 (100%)
ระดับความพึงพอใจในมาก	2/21 (9.53%)			2/23 (8.70%)	1/23 (4.35%)	

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ในการดำเนินการครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมตรวจของผู้ป่วยโดยใช้ I PROUND Round Model อุบัติการณ์ความเสี่ยงทาง clinic และ non clinic หรือระดับความรุนแรง ลดลงในระดับที่ยอมรับได้ ดังนั้นแนวทางการเยี่ยมตรวจของผู้ป่วยโดยใช้ I PROUND Round Model ในหอผู้ป่วย จึงเป็นนวัตกรรมที่สามารถนำมาใช้ได้จริงในหอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการป้องกัน และการจัดการความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล (Getting to zero) ตลอดจนสามารถนำไปเผยแพร่ใช้ในผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. ความถี่ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเหมาะสมตามประเภทของความเสี่ยง แต่การใช้แบบบันทึก I PROUND Round Model พบว่า 1 แผ่น สามารถใช้ได้เพียง 1 วัน ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองไม่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลในด้านการ Lean Paperless และ การใช้โปรแกรม EMR เพื่อส่งเสริมการประหยัดทรัพยากร จึงมีการเสนอแนะจากบุคลากรผู้ใช้งาน ควรทำเป็น QR Code ที่สามารถบันทึกใน application ได้

2. ควรมีการนิเทศ ติดตาม ประเมินความเข้าใจของบุคลากรในการประเมินความเสี่ยงอย่าง สม่ำเสมอ ติดตามอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลให้ทันสมัยอยู่เสมอ

3. ควรมีการกำหนดมาตรฐาน การประเมินผลตามแนวปฏิบัติตามขั้นตอนการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ให้เป็นไปทิศทางเดียวกัน โดยมีการติดตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วย และประเมินผลเป็นรายบุคคลทุก 3 เดือน และให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงเพิ่มเติม เพื่อรับรองว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจเยี่ยมที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน และเกิดความพึงพอใจ ไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทาง clinic และ non clinic

8. แนวทางการพัฒนา

นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล, กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรปิติกส์ หรือหอผู้ป่วยที่มีความสนใจ โดยเฉพาะหอผู้ป่วยพิเศษ นำไปวางแผนการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการบริการของหอผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาล เพื่อเผยแพร่การใช้งาน และประเมินผลลัพธ์ที่ได้



1.ชื่อนวัตกรรม ผ้า Restraint อเนกประสงค์

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยรักใจ

3.ที่มา

จากการที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงสามารถหลุดจากการผูกยึด ทำให้เกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยทำลายข้าวของ ทำร้ายเจ้าหน้าที่ 3 ครั้ง เหตุการณ์ที่ 1 วันที่ 29/1/2567 อุบัติการณ์ระดับ C เหตุการณ์ที่ 2 วันที่ 11/2/67 อุบัติการณ์ระดับ C และเหตุการณ์ที่ 3 24/3/67 อุบัติการณ์ระดับ E

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อเพื่อลดอุบัติเหตุผู้ป่วยทำลายข้าวของ
2. เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้ป่วยรายอื่น และทำร้ายเจ้าหน้าที่

5.วิธีดำเนินงาน

1.ขั้นตอนการวางแผนและการเตรียมการ



ขั้นตอนการเย็บ

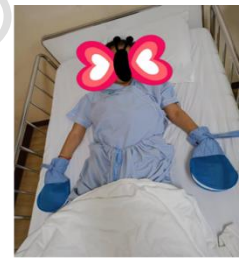


ผ้า restraint อเนกประสงค์

2.ขั้นตอนปฏิบัติการ



Before



After

6.ผลการศึกษา

ผลการดำเนินงาน	อุบัติเหตุ ปี66	พ.ค. 2567 (15ครั้ง)	มิ.ย. 2567 (20ครั้ง)	ก.ค. 2567 (18ครั้ง)
อุบัติเหตุผู้ป่วยทำลายข้าวของ	17	(1) 6.7 %	(1) 5%	(0) 0
อุบัติเหตุผู้ป่วยทำร้ายตนเองทำร้ายผู้ป่วยรายอื่นและทำร้ายเจ้าหน้าที่	6	0	0	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- ลดการทำงานซ้ำซ้อน
- ลดการเกิดอุบัติเหตุภายในหอผู้ป่วย

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปใช้กับหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยมีอาการสับสน

1.ชื่อนวัตกรรม กล่องสายใยรัก

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยสามัญอุบัติเหตุ

3.ที่มา

ผู้ป่วยที่บาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่สายระบายทรวงอก จำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วยเป็นประจำ เพื่อ X- ray ทรวงอก X – ray computer ทรวงอก เพื่อป้องกันอันตรายจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น สายระบายทรวงอกเลื่อนหลุด และขวดของสายระบายทรวงอกหลุด หรือแตกหัก อาจจะทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ กับผู้ป่วยได้ เดิมอุปกรณ์ที่เคลื่อนย้ายเป็นตะแกรงเหล็ก เมื่อเขยื้อนไว้กับเตียงเปลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเสี่ยงต่อการตกลง เมื่อนำมาไว้บนเปลตะแกรงมีขนาดใหญ่ไม่สะดวกกับผู้ป่วย

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- เพื่อป้องกันการเกิดสายระบายทรวงอกเลื่อนหลุด และขวดของสายระบายทรวงอกหลุด หรือแตกหัก ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย
- เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่สายระบายทรวงอกมีความปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย ไม่เกิดสายระบายทรวงอกเลื่อนหลุด ขวดของสายระบายทรวงอกหลุด หรือแตกหัก ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย

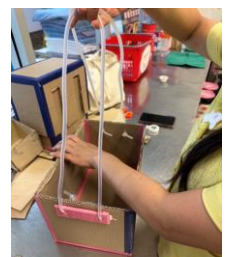
5.วิธีดำเนินงาน

- 1.จัดทำกล่องให้มีขนาดพอดีที่จะนำขวดใส่ในกล่องได้
- 2.นำกล่องที่ประดิษฐ์ขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย
- 3.ประเมินความพึงพอใจการใช้นวัตกรรมสำหรับผู้ป่วยโดยพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญอุบัติเหตุ
- 4.เก็บข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดการสายระบายทรวงอกเลื่อนหลุด และขวดของสายระบายทรวงอกหลุด หรือแตกหักขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย

วัสดุและอุปกรณ์ >> กรรไกร/ คัตเตอร์/ พลาสติกเหนียวแบบสี 2 ชั้น/ กล่องกระดาษเหลือใช้ชนิดแข็ง/ สาย Vac drain ที่ไม่ได้ใช้งาน 2 เส้น/ ไม้บรรทัด/ ดินสอ/ กระดาษสี

ขั้นตอนการจัดทำ

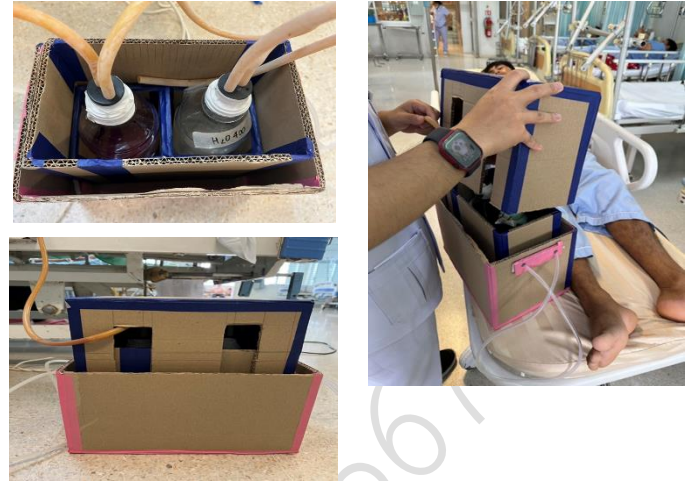
- 1.ตัดกล่องกระดาษ จัดทำกล่องขนาดเล็กเพื่อใส่ขวด ICD (ขนาดเท่าขวด ICD 1000 ml วางได้พอดี จำนวน 2 ช่องติดกัน) และห่อด้วยกระดาษสีให้สวยงาม
- 2.จัดทำกล่องขนาดกลาง เพื่อป้องกันขวด ICD ไม่ให้เลื่อนหลุด หรือ แตก หัก
- 3.จัดทำกล่องเพื่อวางกล่องในขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 ใช้สาย Vac drain ที่ไม่ได้ใช้งานนำมาผูกทั้งสองข้างกล่องเพื่อใช้เป็นสายสำหรับหิ้ว สามารถหิ้วได้และเคลื่อนย้ายได้
- 4.จัดทำฝาครอบกล่องด้านบน เพื่อป้องกันขวด ICD เลื่อนหลุด แตก หัก ขณะเคลื่อนย้าย
- 5.นำกล่องขนาดเล็ก (ขั้นตอนที่ 1) ใส่ในกล่องขนาดกลาง (ขั้นตอนที่ 2) มาใส่ในกล่องที่มีสายหิ้ว (ขั้นตอนที่ 3) และนำมาใช้งานกับผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่สายระบายทรวงอก ขณะเคลื่อนย้ายออกนอกหอผู้ป่วย



นวัตกรรมเดิม



นวัตกรรมใหม่



6. ผลการศึกษา

กลุ่มทดลองใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่สายระบายทรวงอกที่ต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย

ผู้ป่วยในช่วงเดือนเมษายน 2567-มิถุนายน 2567 จำนวน 10 ราย จำนวน 17 ครั้ง (X-ray ทรวงอก=15 ครั้ง ตรวจ X-ray computer ทรวงอก 2 ครั้ง)

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่สายระบายทรวงอกที่ต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย จำนวน 10 ราย (17 ครั้ง) ไม่เกิดสายระบายทรวงอกเลื่อนหลุด และขวดของสายระบายทรวงอกหลุด หรือแตกหัก ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม = 95.63% ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่สายระบายทรวงอกรู้สึกปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม = 93.13%

8. แนวทางการพัฒนา

- 1.ขนาดของกล่องสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยใส่สายระบายทรวงอกขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วยมีขนาดใหญ่ เมื่อวางบนเปลนอนผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยขยับตัวบนเปลลำบากและมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก
- 2.พัฒนานวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น จากครั้งแรกใช้กล่องกระดาษที่ไม่ได้ตกแต่งให้สวยงาม นำมาปรับด้วยการตกแต่งกล่องด้วยกระดาษสีส้มสวยงาม เพื่อให้ชิ้นงานสวยงามมากขึ้น

- 1.ชื่อนวัตกรรม สายดูดน้ำหัตถ์จรรยา Miracle line
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
- 3.ที่มา

ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (EGD Colonoscope) นอกจากนี้รวมถึงการส่องกล้องระบบทางเดินหายใจ ในการทำหัตถการส่องกล้องจะต้องมีการล้างกระเพาะอาหารและลำไส้โดยใช้สายดูดน้ำต่อกับตัวกล้องเพื่อดึงน้ำไปฉีดล้างขณะแพทย์ทำหัตถการส่องกล้อง ปัจจุบันทางศูนย์ส่องกล้องเปิดให้บริการทำหัตถการ 3 ห้อง มีจำนวนสายฉีดน้ำ 3 เส้น ต้องมีสำรองจำนวน 3 เส้นเพื่อให้เพียงพอถ้าหากสายรั่วหรือสกปรก การปฏิบัติงานที่ผ่านมาใช้สายดูดน้ำไม่เพียงพอถ้าเกิดเหตุฉุกเฉินสายแตกหรือรั่ว ซึ่งสายดูดน้ำมีราคาค่อนข้างสูงเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เจ้าหน้าที่ห้องส่องกล้องจึงได้คิดค้นสายดูดน้ำที่ประดิษฐ์จากอุปกรณ์เหลือใช้

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อประเมินความแรงในการพ่นน้ำของสายดูดน้ำ Miracle line
2. เพื่อประเมินค่าใช้จ่ายของสายดูดน้ำ Miracle line

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ติดต่อเจ้าหน้าที่เครื่องปั๊มของ CVT เพื่อขอสายยางสิริโคนส่วนที่ไม่ใช้
- 2.ทำการคัดเลือกสายยางสิริโคนที่ใช้ วัดความยาวและประกอบสายส่วนต่างๆเข้ากันให้เหมือนกับสายยางฉีดน้ำของบริษัท
- 3.เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องส่องกล้อง ทำการทดลองโดยประกอบสายเข้าเครื่องฉีดน้ำและต่อกับกล้องเพื่อทดสอบแรงดันของน้ำเทียบกับของบริษัท โดยสายที่อ่อนเกินไปจะดูดน้ำไม่ขึ้น สายที่แข็งเกินไปจะดูดน้ำไม่ขึ้นโดยใช้กับกล้อง EGD และกล้อง Colonoscope
- 4.หลังจากส่องกล้องเสร็จเรียบร้อย สามารถนำสายไปล้างเก็บและแขวนให้แห้งและนำกลับมาใช้ได้
- 5.บันทึกการทำงาน ระดับความแรงของการพ่นน้ำระหว่างสายเดิมบริษัทและสายที่ทำขึ้นมาใหม่

สายดูดน้ำบริษัท

สายดูดน้ำหัตถ์จรรยา Miracle line



6.ผลการศึกษา

สิ่งที่ศึกษา	สายดูดน้ำของบริษัท ช่วงวันที่ 1-15 มิถุนายน 2567 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ 20 ราย		สายดูดน้ำหัตถ์จรรยา Miracle line ช่วงวันที่ 1-15 กรกฎาคม 2567 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ 20 ราย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความแรงของน้ำอยู่ในระดับดี ทำความสะอาดได้เร็ว	20	100	20	100
ค่าใช้จ่ายของท่อดูดน้ำต่อชิ้น (บาท)	5,500 บาท		ไม่มีค่าใช้จ่าย	

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม สายดูดน้ำมหัสจรรย์ Miracle line สามารถนำไปใช้ในหัตถการ EGD และ colonoscopy โดยใช้ต่อกับตัวกล้องล้างกระเพาะอาหารและลำไส้ได้จริงในขณะที่แพทย์ทำหัตถการโดยความแรงของน้ำสามารถล้างได้สะอาดและเร็วเทียบได้กับสายจริงของบริษัท และการผลิตไม่ยุ่งยากใช้งานได้จริงและไม่มีค่าใช้จ่ายเพราะใช้ของที่มีในหอผู้ป่วยมาประดิษฐ์ และลดการทิ้งขยะได้อีกด้วย

8. แนวทางการพัฒนา

ทางหอผู้ป่วยที่มีหัตถการการดูดเสมหะผู้ป่วย สามารถนำนวัตกรรม สายดูดน้ำมหัสจรรย์ Miracle line ประยุกต์ใช้ที่หอผู้ป่วยได้โดยนำไปต่อกับเครื่อง Suction เพื่อดูดเสมหะ

- 1.ชื่อนวัตกรรม จมูกสวย ไร้แผลกดทับ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2
- 3.ที่มา

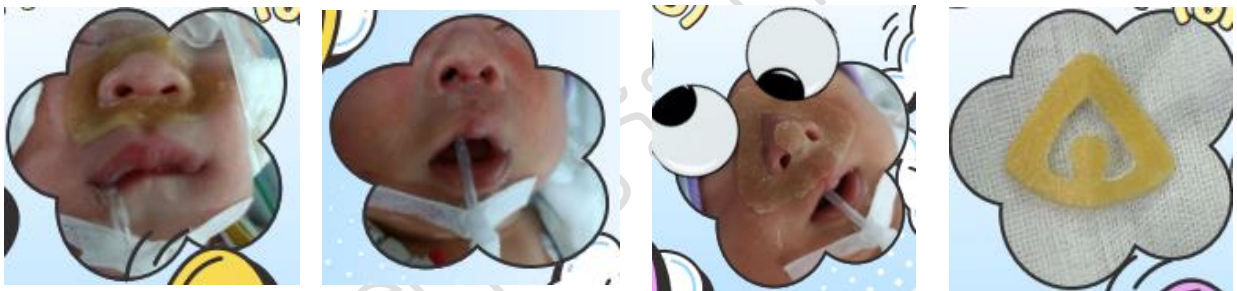
หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 รับผิดชอบผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่แรกเกิดถึง 7 วัน และอายุเกิน 7 วันที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม โดยส่วนมากเป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ทำให้ทารกต้องได้รับการช่วยหายใจและให้ออกซิเจน ซึ่งการใช้ CPAP เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา เพื่อลดการใส่ท่อช่วยหายใจและลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยทารกบางรายจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนแรงดันบวก (CPAP) แบบ mask CPAP

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อลดการเกิดแผลกดทับบริเวณผนังกันจมูกส่วนปลายจมูก (caudal septum)

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ค้นหาปัญหาของการเกิดแผลกดทับบริเวณผนังกันจมูกส่วนปลายจมูก (caudal septum)
- 2.ประชุมทีม วางแผนการดำเนินงาน หาข้อมูลสรุปและดำเนินการตามขั้นตอน
- 3.เผยแพร่และสอนการตัด skin barrier ให้สมาชิกในหน่วยงานทดลองใช้
- 4.ประเมินผลการนำไปใช้



6.ผลการศึกษา

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม (ก.พ. - เม.ย. 67) (N = 35 ราย)		หลังใช้นวัตกรรม (พ.ค. - ก.ค. 67) (N = 46 ราย)					
	จำนวน	ร้อยละ	Stage 1		Stage 2		Stage 3	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเกิดแผลกดทับ	9	25.71	4	8.70	0	0	0	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการนำนวัตกรรมมาใช้ในหน่วยงานในช่วงเดือน พ.ค.-ก.ค. 67พบว่าการมีแผลกดทับอยู่ในช่วงระดับ 1 จำนวน 4 ราย จากทั้งหมด 46 ราย คิดเป็น 8.70%

8.แนวทางการพัฒนา

นำนวัตกรรมไปทดลองใช้ในหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เช่น หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1

- 1.ชื่อนวัตกรรม “รู้เขา รู้เรา”เรื่อง Hypersensitivity reaction
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดชั้น 3
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดชั้น 3 เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป มะเร็งทางนรีเวช และมะเร็งทางโลหิตวิทยา อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นหลัก ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug (HAD) ที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง ในหอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด ชั้น 3 ที่ผ่านมามีอุบัติการณ์เกิด hypersensitivity reaction เฉลี่ย 7-10 รายต่อเดือนความรุนแรงระดับ 2 และระดับ 3 พบ 1 รายในระยะเวลา 6 เดือน และพบในยาในกลุ่ม paclitaxel และมีอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 2 ราย จากเดิมทางหอผู้ป่วย ได้มีการจัดทำนวัตกรรมป้ายห้อยเสาน้ำเกลือ (ป้ายแสดง “เฝ้าระวัง Hypersensitivity reaction” ป้าย V/S และป้าย Titrare ยาเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงสูง) เพื่อเป็นสัญลักษณ์และแนวทางการปฏิบัติในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reaction) นวัตกรรมเดิมเป็นเพียงการสื่อสารทางเดียวเพียงเจ้าหน้าที่เท่านั้นที่เข้าใจและใช้ประโยชน์จากนวัตกรรม

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจต่ออาการของการเกิดภาวะปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reaction) จากยาเคมีบำบัด ขณะรับยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 80
- 2.ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติ ของการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน(Hypersensitivity reaction) ที่เกิดขึ้น ขณะรับยาเคมีบำบัด ได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดความรุนแรงในระดับ 3 ร้อยละ 90
- 3.ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมมากกว่าร้อยละ 80
- 4.เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมมากกว่าร้อยละ 80

5.วิธีดำเนินงาน



6.ผลการศึกษา

- 1.ทดสอบความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ที่รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม paclitaxel จำนวน 20 ราย ต่ออาการของการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reaction) จากยาเคมีบำบัด 4 ใน 5 ข้อของอาการที่อาจเกิดขึ้น ขณะรับยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้อง
2. สอบถามและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเมื่อได้ใช้กับนวัตกรรม “รู้เขารู้เรา เรื่อง Hypersensitivity reaction”
3. สอบถามและประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาล เมื่อได้ใช้กับนวัตกรรม “รู้เขารู้เรา เรื่อง Hypersensitivity reaction”

หัวข้อ	เกณฑ์	Before	After
1. ผู้ป่วยบอกอาการของการเกิดภาวะปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reaction) จากยาเคมีบำบัด ขณะรับยาเคมีบำบัด ได้	80 %	78%	95%
2. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติ ของการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reaction) ที่เกิดขึ้นขณะรับยาเคมีบำบัด ได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดความรุนแรงในระดับ 3	95%	80%	100%

หัวข้อ	เกณฑ์	ผลการประเมิน
1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากได้ทดลองใช้นวัตกรรมป้ายตั้งโต๊ะ “รู้เขารู้เรา เรื่อง Hypersensitivity reaction”		
1.1 ตัวหนังสือเข้าใจง่าย กระชับ ชัดเจน	80%	95%
1.2 รูปภาพ สีสันสวยงาม เข้าใจง่าย	80%	95%
1.3 ความสะดวกใช้งาน	80%	95%
2. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลในการใช้นวัตกรรมป้ายตั้งโต๊ะ “รู้เขารู้เรา เรื่อง Hypersensitivity reaction” ของผู้ป่วย		
2.1 ตัวหนังสือเข้าใจง่าย กระชับ ชัดเจน	80%	100%
2.2 รูปภาพ สีสันสวยงาม เข้าใจง่าย	80%	100%
2.3 ความสะดวกใช้งาน	80%	95%

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการประเมิน ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย กับอาการการเกิดภาวะปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reaction) จากยาเคมีบำบัด ในขณะรับยาเคมีบำบัด สามารถถามตอบย้อนกลับได้ ความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังจากได้ทดลองใช้นวัตกรรม ป้ายตั้งโต๊ะ “รู้เขารู้เรา เรื่อง Hypersensitivity reaction” และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลในการใช้นวัตกรรมป้ายตั้งโต๊ะ “รู้เขารู้เรา เรื่อง Hypersensitivity reaction” ของผู้ป่วย นอกจากเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในการประเมินอาการของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังสามารถประเมินอาการของตนเองขณะรับยาเคมีบำบัดได้อย่างรวดเร็ว สามารถแจ้งทีมพยาบาลให้การพยาบาลได้อย่างทันถ่วงที ไม่เกิด Hypersensitivity reaction ระดับ 3 ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจ ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ข้อเสนอแนะ

การทำนวัตกรรมในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ ในผู้ป่วยที่มารับบริการรับยาเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity reaction) ในหอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด ชั้น 3 ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และไม่มีล่ามมาด้วยการใช้นวัตกรรมอาจยังไม่สามารถเข้าถึงได้เต็มที่ ซึ่งจากข้อจำกัดนี้ สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไข เพิ่มภาษาและความเข้าใจที่ง่ายขึ้น เพื่อการขยายผลต่อไปในอนาคตได้

8. แนวทางการพัฒนา

ขยายผลนำไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity reaction) ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานเคราะห์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยและการบริหารยาเคมีบำบัดต่อไป



1.ชื่อนวัตกรรม เปลี่ยนง่ายป้ายออกซิเจน

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หน่วยไตเทียม 1

3.ที่มา

หน่วยไตเทียม 1 ให้บริการทั้งผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันและเรื้อรัง และให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวนเครื่องไตเทียมทั้งหมด 7 เครื่อง ให้บริการทั้งหมด 3 รอบ รวมให้บริการผู้ป่วยได้ทั้งหมด 21 ราย ต่อวัน ที่ผ่านมาถึงออกซิเจนจะมีป้ายติด และใช้เวลาในการเปลี่ยนป้ายออกซิเจน มากกว่า 5-10 นาที และพบว่าพยาบาลส่งเวรเกี่ยวกับปริมาณการให้ออกซิเจนที่คลาดเคลื่อนจากแผนการรักษา ข้อมูลการให้ออกซิเจนไม่ตรงกับการบันทึกในระบบ EMR

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.ผู้ป่วยได้รับปริมาณออกซิเจนตรงตามแผนการรักษา
- 2.ความสะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลาในการปฏิบัติงาน
- 3.สะดวกต่อการหยิบใช้งานการจัดเก็บและเป็นระเบียบ
- 4.เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจ
- 5.ช่วยให้ง่ายในการรับส่งเวรและช่วยให้การบันทึกในระบบEMRถูกต้อง ชัดเจน ตรงตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง

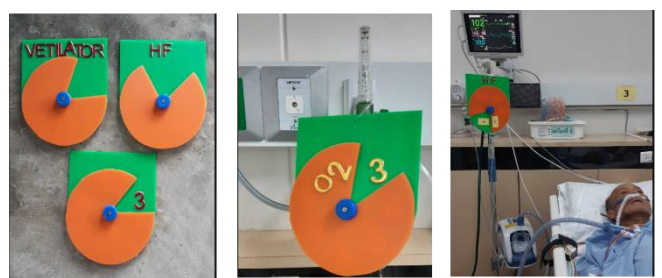
5.วิธีดำเนินงาน

- 1.นำปัญหาวิเคราะห์หาสาเหตุ
- 2.ประชุม ระดมสมอง เพื่อหาแนวทางการแก้ไข โดยดำเนินการประดิษฐ์ทำนวัตกรรม จากรูปแบบของหน้าปัดนาฬิกา
3. ดำเนินการ ตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2567
4. ประเมินผลทุก 1 เดือน

ป้ายแบบเดิม



ป้ายแบบใหม่



6.ผลการศึกษา

เดือน(2567)	จำนวนรอบ (N)	ประเมินผลการใช้งาน	ความพึงพอใจผู้ใช้งาน
พฤษภาคม	350	93 %	97.0 %
มิถุนายน	360	96 %	98.0 %
กรกฎาคม	380	97 %	99.0 %
รวม	1090	95 %	98 %

1. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตรงตามแผนการรักษา คิดเป็น100 %
2. บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม 98%
3. สะดวกต่อการหยิบใช้ รวดเร็ว ประหยัดเวลาในการปฏิบัติงาน 95 %
4. สถานที่จัดเก็บป้ายและสิ่งแวดล้อมมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย ตามหลัก 5ส 98%

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

1. มีนวัตกรรม “เปลี่ยนถ่ายปัสสาวะออกซิเจน” เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจน อย่างมีประสิทธิภาพ
2. สะดวกต่อการหยิบใช้งาน สวยงาม เป็นระเบียบ ประหยัดเวลาในการปฏิบัติงาน
3. เจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม 1 มีความพึงพอใจในนวัตกรรม ร้อยละ 98

ข้อเสนอแนะ

ตัวแผ่นปัสสาวะทำจากวัสดุแผ่นพีวีเจอร์บอร์ด อาจมีความบอบบาง เสี่ยงต่อการหักพังของช่องปัสสาวะออกซิเจนได้ แผ่นปัสสาวะไม่ทนทานต่อการเช็ดทำความสะอาดจากทำยาทำความสะอาดที่กัดกร่อน เช่น 70%Alcohol อาจทำให้ ตัวเลข หรือ ตัวอักษร ลบเลือน หลุดได้

8. แนวทางการพัฒนา

1. สามารถหาวัสดุอื่นที่มีความคงทนแข็งแรงที่ใช้ทดแทนแผ่นพีวีเจอร์บอร์ด เช่น แผ่นโลหะ เพื่อการใช้งานที่คงทนถาวรมากขึ้น
2. นำนวัตกรรมดังกล่าว เป็นต้นแบบเพื่อเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่นไปใช้ได้ เช่น หน่วยไตเทียม 2 (out-source)

- 1.ชื่อนวัตกรรม น้ำสมุนไพรเพื่อคนไข้มะเร็ง
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หน่วยให้ยาเคมีบำบัด
- 3.ที่มา

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะมีความทุกข์ทรมานจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงที่พบมากคือ คลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก อึดแน่นท้อง ท้องเสีย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาแต่เช้ามีดเพื่อรับยาเคมีบำบัด วิตกกังวลเกรงล่าช้า รับยาไม่ทัน หลังจากที่หน่วยเคมีบำบัดได้จัดอาหารเสริมเพิ่มพลังสำหรับผู้ป่วย พบว่าระหว่างรับยา มีผู้ป่วยบางคนมีอาการอึดแน่นท้อง คลื่นไส้ ทานไม่ได้หรือทานได้น้อย บางคนมีภาวะกังวลเครียด ไม่ผ่อนคลายไม่ได้พักขณะรับยา มีอาการปวดเส้นเลือด กล้ามเนื้อขณะรับยา หน่วยเคมีบำบัดจึงได้ศึกษาคุณสมบัติของน้ำสมุนไพรร่วมกับแพทย์แผนไทย เพื่อช่วยลดอาการอึดแน่นท้อง คลื่นไส้ พร้อมทั้งช่วยผ่อนคลายขณะรับยาเคมีบำบัด จึงเกิดนวัตกรรม “น้ำสมุนไพรเพื่อคนไข้มะเร็ง” ขึ้นมา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย อิ่มอุ่นสุขสบาย ลดความกังวลขณะรับยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจเรื่องน้ำสมุนไพร สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองต่อเองที่บ้าน
3. ผู้ป่วยพึงพอใจในระดับสูงต่อบริการพยาบาล
4. เป็นการพัฒนาระดับคุณภาพบริการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกมิติ

5.วิธีดำเนินงาน

1. รวบรวม ข้อมูล ค้นหาปัญหา จากการสังเกต สัมภาษณ์ผู้รับและผู้ให้บริการ
2. รวบรวม วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ดังนี้

2.2 ด้านผู้ป่วย - มาเข้ามีดเพื่อรับยาเคมีบำบัด บ้านไกล ไม่มีรถ วิตกกังวลนอนไม่หลับ เกรงล่าช้า รับยาไม่ทัน กังวลกลัวคิวหลุด มาเข้ามากรับประทานอาหารไม่ลง เบื่ออาหาร อึดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุนและข้อ รบกวนพยาบาล กลัวยาหลุด เข้าห้องน้ำบ่อย

2.3 ด้านบุคลากรทางการพยาบาล - ผู้ป่วยมักมีอาการอึด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียนขณะให้ยา ไม่ทานอาหารเสริมของว่าง กลัวอึดท้องมากขึ้น ดูวิตกกังวล อ่อนล้า ไม่สุขสบาย รบกวนการทำงานของ จนท.และผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยไม่ค่อยได้พัก ทุรนวาย

3. สืบค้น ข้อมูลความรู้ งานวิจัยด้านศึกษาคุณสมบัติของน้ำสมุนไพรในผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับแพทย์แผนไทย และการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้อง
4. จัดเตรียมน้ำสมุนไพรโดยแพทย์แผนไทยและรูปแบบการจัดการที่เหมาะสม
- 4.1 ชนิดของอาหาร รสชาติ รูปแบบ บรรจุภัณฑ์ ภาชนะที่ใช้ การจัดเก็บ การทำความสะอาด
- 4.2 รูปแบบการให้บริการ การให้ความรู้ด้านสมุนไพร
วันจันทร์น้ำเก็กฮวย/ วันอังคารน้ำกระเจี๊ยบ/ วันพุธน้ำตระไคร้ใบเตย/ วันพฤหัสบดีน้ำมะตูม/วันศุกร์น้ำอัญชัน
- 4.3 การจัดหาเงินทุนจากผู้บริจาค เดือนละ 200 บาท
5. การทดลองให้บริการสัปดาห์ที่ 1,3 ปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสม
- 6 การประเมินผล

6.1 ผู้รับบริการ ประเมินผลทุกเดือน จากความพึงพอใจต่อกิจกรรมน้ำสมุนไพร และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลการได้รับข้อมูลด้านโภชนาการและน้ำสมุนไพร

6.2 ผู้ให้บริการ ประเมินผลเมื่อจัดกิจกรรมครบ 2 เดือน



6.ผลการศึกษา

ความพึงพอใจ ความคิดเห็น	เกณฑ์	มี.ย.67	ก.ค.67	ส.ค.67 (1-5)
1. ช่วยให้อัมพาต สุขสบาย ไม่อึดแอ่นก้อง อาการปวดลดลง	≥ 80%	67.25	78.77	90.29
2. มีกลิ่นหอม รู้สึกผ่อนคลายลดความกังวล ได้พักขณะรับยา	≥ 80%	76.42	88.73	92.53
3. คิดว่ามีประโยชน์ อายากด้มมากขึ้น อาจไปทำต่อที่บ้าน	≥ 80%	67.45	70.53	91.10
4. รู้สึกปลอดภัย เนื่องจากเป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ	≥ 80%	83.21	89.39	97.15
5. พึงพอใจ เป็นบริการที่ดีควรมีต่อไป	≥ 80%	85.37	89.40	96.67

ความพึงพอใจความเชื่อมั่นต่อ บริการพยาบาล	เกณฑ์	มี.ย.67	ก.ค.67
1.ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว	≥ 85%	98.66	99
2.ได้รับความรู้ เข้าใจเรื่องผลข้างเคียงการ จัดการ	≥85%	98	98
3. ได้รับความรู้เรื่องน้ำสมุนไพร การดูแล ตนเองที่บ้าน	≥85%	98	98
4. ได้รับบริการที่เป็นมิตร ประทับใจ ตอบสนองความต้องการ	≥85%	98	98
5. ความพึงพอใจ ต่อบริการพยาบาล ใน ภาพรวม	≥85%	98.66	99

ความพึงพอใจ ความคิดเห็น ต่อกิจกรรมอาหารเสริมเพิ่มพลัง	เกณฑ์	ผลการประเมิน
1.ช่วยให้อัมพาต สุขสบาย ผ่อนคลายได้พัก ลดกังวลในการรับยา	≥ 80%	91%
2.ช่วยเสริมพลังผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และเพิ่มQOLของผู้ป่วย	≥ 80%	93%
3.ช่วยให้คำแนะนำ ปรึกษาได้ครอบคลุมมากขึ้นเกิดสืบพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ	≥ 80%	96%
4. ผู้ป่วยได้พัก ช่วยให้งานสะดวกรวดเร็วขึ้น	≥ 80%	92%
5. ช่วยให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น ส่งผลต่อ ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล	≥ 80%	94%

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การดำเนินของโรค ขั้นตอนและผลข้างเคียงของการรักษา มีผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วยมะเร็งในทุกๆ ด้าน ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานอ่อนล้า และท้อแท้ กิจกรรมน้ำสมุนไพรเพื่อคนไข้มะเร็งไม่ได้เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากความไม่สบายทางกาย ยังช่วยส่งเสริมพลังด้านจิตใจให้ผู้ป่วยเกิดพลังบวกในทุกๆด้าน ด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี บุคลากรทางการพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถมีพลังดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขและยังช่วยบุคลากรทางการพยาบาลให้การพยาบาลได้ตามมาตรฐาน ภายใต้ข้อจำกัดของ อัตรากำลัง เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งให้มีคุณภาพ ครอบคลุมทุกมิติ

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถขยายผลไปยังหอผู้ป่วย หน่วยงานอื่นๆที่มีการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล

1.ชื่อนวัตกรรม ป้ายระบุตัวผู้ป่วย PC CASE (Palliative Care Case)

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

3.ที่มา

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยต้องมีการปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ในปัจจุบันรพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ ได้มีการใช้ระบบ EMR ในการทำงานแทนการใช้ chart ประวัติของ ผู้ป่วยต่างๆ และได้มีการ consult ทีมประคับประคองผ่านระบบ EMR เช่นกัน ทำให้ทีมประคับประคองรับคำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยไม่ทราบเตียงผู้ป่วยและระบุตัวผู้ป่วยค่อนข้างยากและใช้ระยะเวลาระบุผู้ป่วยนาน ดังนั้นจึงทำให้เกิดนวัตกรรมป้ายระบุตัวผู้ป่วย PC CASE (Palliative Care Case) ขึ้นเพื่อใช้เป็นสัญลักษณ์สำหรับหอผู้ป่วยไว้ใช้ในการสื่อสารต่อทีมประคับประคองและสหวิชาชีพอื่น ๆ ในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยใช้ป้ายแขวนไว้ท้ายเตียงเพื่ออำนวยความสะดวก

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.เพื่อลดระยะเวลาในการค้นหาและระบุตัวผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2.สร้างความพึงพอใจต่อการใช้สัญลักษณ์ > 90%

5.วิธีดำเนินงาน

1.จากการวิเคราะห์ปัญหาและรวบรวมข้อมูล

2.จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการทำแผ่นป้ายและนำป้ายไปแขวนบริเวณท้ายเตียงเตียงของผู้ป่วย

3.แจ้งเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 แจ้งทีมประคับประคอง แจ้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยถึงป้ายสัญลักษณ์ที่ได้จัดทำขึ้น

4.ประเมินความพึงพอใจของผู้สัญลักษณ์มากกว่า 90%



6.ผลการศึกษา

ระหว่างใช้นวัตกรรมตั้งแต่ 1-31ก.ค.2567ได้ประเมินผลดังนี้ ป้ายระบุตัวผู้ป่วย PC CASE เป็นป้ายสัญลักษณ์ที่สามารถใช้สื่อสารระบุผู้ป่วยที่ต้องการดูแลรักษาแบบประคับประคองระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งจะสามารถลดระยะเวลาในการระบุตัวผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น และจากการสำรวจความพึงพอใจจากแพทย์พยาบาล และทีมประคับประคอง ซึ่งมีการสุ่มผู้ประเมินจำนวน 10 คน โดยผลการประเมินระดับความพึงพอใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.5

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

1.ลดระยะเวลาในการค้นหาผู้ป่วยจากนาที่เป็น3นาที่โดยประมาณ

2.แพทย์และทีมประคับประคอง มีความพึงพอใจในการใช้ป้ายระบุตัวผู้ป่วย PC CASE มากที่สุดร้อยละ97.5

ข้อเสนอแนะ

1. ป้ายมีความน่าสนใจ ทีมระดับปกครองมาตรวจเยี่ยมอาการมองเห็นได้ชัดเจนทำให้ระบุเตียงและผู้ป่วยได้ง่าย
2. ระบุตัวตนได้ง่ายไม่ต้องหา CASE ยุ่งยาก
3. อาจเพิ่มเติมการออกแบบป้ายสัญลักษณ์ให้มีสีสันสวยงามและดึงดูดสายตามากขึ้น

8. แนวทางการพัฒนา

1. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้
2. รูปแบบของนวัตกรรมมีการออกแบบให้เกิดการแก้ไขปรับปรุงชิ้นงานชิ้นใหม่ได้ง่ายเมื่อมีการชำรุด
3. ป้ายสัญลักษณ์นี้ทางเวิร์ดได้เลือกใช้เป็นภาพหัวใจที่ประคองด้วยมือ แทนความหมายได้ว่า บุคลากรการแพทย์ในหน่วยงานจะดูแลผู้ป่วยไม่เพียงเฉพาะด้านร่างกายแต่ยังรวมไปถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยด้วย

- 1.ชื่อนวัตกรรม ปลอกกันเปื้อน
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยโรค UGIH , Bowel Obstruction และGOO เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งหัตถการที่สำคัญส่วนใหญ่ได้แก่ Retained NG tube with bag /with suction ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมักมีหัตถการที่ต้องมีการปลดสาย NG ออก เช่น การ Irrigate NG ทำให้มี content จากปลายสายยางที่ต่อกับจุก NG เปื้อนบริเวณผ้าปูที่นอนหรือตกลงพื้นส่งผลทำให้เกิดความสกปรก เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคได้และทำให้เพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยในการดูแลความสะอาดพื้น และเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ทางหอผู้ป่วยจึงตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้คิดนวัตกรรมปลอกกันเปื้อน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อป้องกันการเปื้อนของ content บริเวณผ้าปูและพื้น
- 2.เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจาก content ที่ออกจากปลายสายยาง
- 3.เพื่อลดภาระงานในการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนบ่อยครั้ง

5.วิธีดำเนินงาน

1. ออกแบบและจัดทำนวัตกรรมปลอกปลอดภัย
2. อธิบายวิธีการนำไปใช้ปลอกปลอดภัยให้บุคลากรในหอผู้ป่วยรับทราบ
3. ทดลองใช้โดยนำ Syring 10 cc ถอดปลอกแกนกลางออกนำไปเสียบบริเวณหัวเตียงทุกครั้งเมื่อมีคนใช้ Retained NG
4. ประเมินผลความพึงพอใจหลังการใช้นวัตกรรม



6.ผลการศึกษา

การประเมินนวัตกรรม	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม
1.ความสะอาดสภาพในการเก็บสาย NG	70 %	90 %
2.ความสะอาดของอุปกรณ์	60 %	92 %
3.ความสะอาดของผ้าปูผู้ป่วย	50 %	95 %

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ -

8.แนวทางการพัฒนา -

นวัตกรรม 
เดือนกันยายน
2567

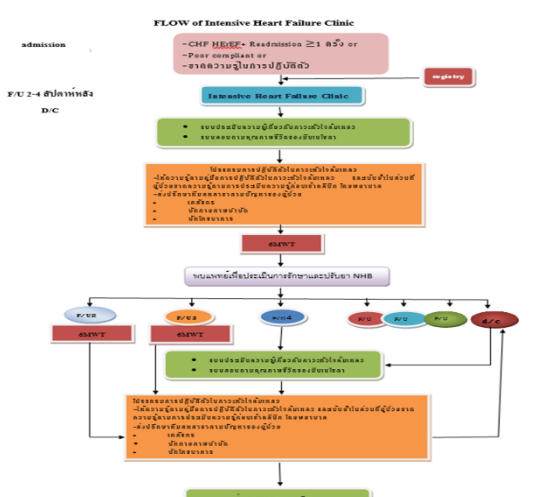
- 1.ชื่อนวัตกรรม การศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลวอย่างเข้มข้น
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ ศูนย์หัวใจ
- 3.ที่มา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก (American College of Cardiology Foundation/American Heart Association [ACCF/AHA], 2009) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในปี พ.ศ. 2562 – 2564 (หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2566)

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างเข้มข้น (Intensive Heart Failure Clinic) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

5.วิธีดำเนินงาน



แบบปฏิบัติเดิม	แบบปฏิบัติใหม่
1. ให้ความรู้แบบเข้มข้นกับผู้ป่วยขณะ admission หลังทำ Echo ทันที ซึ่งผู้ป่วยยังมีอาการจากโรคที่กำเริบทำให้ไม่มีมารยาทในการฟัง	1. ให้ความรู้แบบเข้มข้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นพร้อมด้วยผู้ดูแลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีมารยาทในการรับฟังความรู้และการปฏิบัติตัวมากกว่าเนื่องจากอาการดีขึ้น และมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ
2. การให้ความรู้หาเพียงครั้งเดียวไม่มีมารยาทตามประเมินซ้ำว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติถูกต้องตามข้อเท็จจริงใด	2. มีการประเมินความรู้อย่างสม่ำเสมอซ้ำในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและปฏิบัติไม่ถูกต้อง ทุกครั้งที่มีอาการกำเริบ ทำให้มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมและปฏิบัติได้ถูกต้อง
3. ได้รับความรู้เพียงทฤษฎีที่แยกของตนเองโดยที่ผู้ป่วยไม่มีปัญหาในเรื่องอื่น ๆ ได้สัมผัส ส่งมอบข้อมูลภาพจากนักกายภาพบำบัดเพื่อสอน cardiac rehabilitation และทำ 6MWT พบผลลัพธ์ที่ห้องยาเมื่อพบปัญหาเรื่องอาการรับประทานยา ส่งมอบนักโภชนาการ ปรึกษาเรื่องอาหาร ไม่เป็น One stop service โดยบางวันที่เจ้าหน้าที่จากผู้ป่วยก็จะไม่ได้พบทีมดูแล	3. จัดตั้ง Intensive heart failure clinic ทุกวันพุธ โดยมอบหมายให้มีทีมสหสาขาพร้อมดูแลพร้อมด้วยผู้ดูแลหัวใจ ประคบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็น One stop service ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาทางดูแลมีการส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ ทันที
4. ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายมาตรวจใน heart failure clinic ซึ่งมีผู้ป่วยมีวันละ 60-100 คน ทำให้การนำกิจกรรมกับผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องเนื่องจากขาดผู้ดูแล และภาระงาน	4. จัดตั้ง Intensive heart failure clinic ทุกวันพุธ ในภาคเช้าโดยนัดผู้ป่วยมาวันละ 6-8 ราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเข้มข้นจากทีมสหสาขา ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับทั้งความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองแบบต่อเนื่อง มีมารยาทตามและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ดูแล

6.ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=92)	ร้อยละ/mean ± SD
เพศ (ร้อยละ)		
ชาย	32	34.78
หญิง	60	65.22
อายุเฉลี่ย (mean ± SD)	57.54	±17.07
ดัชนีมวลกาย -BMI (กิโลกรัม/เมตร ² mean ± SD)	21.91	±4.11
ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (เฉลี่ย systolic/diastolic mean ± SD)	116.40	±18.15
ชีพจร (ครั้งต่อนาที mean ± SD)	84.53	±17.13
NYHA Functional capacities (ร้อยละ)		
Functional class II	71	77.17
Functional class III	21	22.83
โรคร่วม (ร้อยละ)		
เบาหวาน (Diabetes mellitus)	21	22.34
ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	20	21.28
ไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)	27	28.72
ไตเสื่อมเรื้อรัง (Chronic kidney disease)**	43	45.74
หัวใจห้องบนเต้นสั่น (Atrial fibrillation)	16	17.02
โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease)	6	6.38
ถุงลมโป่งพอง/หอบหืด (COPD/asthma)	8	8.51

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=92)	ร้อยละ/mean ± SD
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (mean ± SD)		
ค่าการล้างไตของไต (Creatinine clearance - มิลลิกรัม/นาที/1.73 เมตร ²)	68.70	±31.51
ค่าความเข้มข้นเลือด (ร้อยละ)(Hematocrit)	39.10	±6.37
ค่าโพแทสเซียม (มิลลิโมล/ลิตร)	4.09	±0.55
ค่าไขมัน LDL-C (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	100.82	±37.67
ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องซ้าย (Initial LVEF) (ร้อยละ mean ± SD)	20.02	±6.86
สาเหตุภาวะหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ)		
เส้นเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary artery disease)	25	27.17
Dilated cardiomyopathy	67	72.83
ปัญหาที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวอย่างเข้มข้น (ร้อยละ)		
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือนจากภาวะหัวใจล้มเหลว	25	26.60
ภาวะขาดยา หรือไม่มาตรวจติดตามการรักษา	80	85.11
ภาวะขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและยา หรือมีอุปสรรคด้านผู้ดูแล	55	58.51

* ผู้ป่วย 1 รายพบภาวะไตขาดเรื้อรังที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในคลินิก
 ** Chronic kidney disease ต่ำสุดระดับ 3a คือ creatinine clearance < 60 มิลลิกรัม/นาที/1.73 เมตร²

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	หลัง Intervention (n=72)		ก่อน (n=92)		p-value
	N=72	%	N=92	%	
คะแนนความรู้					
ต่ำ (0-16)	0	0	3	3.26	
ปานกลาง (17-32)	4	5.56	8	8.70	
สูง (33-50)	68	95.77	81	88.04	
คะแนนความรู้เฉลี่ย	44.31	6.78	40.37	8.71	<0.001
QOL					0.004
สูง (0-35)	52	72.22	48	52.75	
ปานกลาง (36-70)	19	26.39	31	34.07	
ต่ำ (71-105)	1	1.39	12	13.19	
QOL เฉลี่ย	24.86	20.22	35.93	24.54	<0.001
ECHO (%) (mean ± SD)	42.86	± 14.74	22.65	± 8.34	<0.001
6MWT (mean ± SD)	317.89	± 204.23	268.92	± 198.84	<0.001
Min, max	0, 680		0, 670		
Percentiles 25, 75	191.5, 462.5		0, 405		

ตารางที่ 2 Clinical Outcome (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	หลัง Intervention (n=72)		ก่อน Intervention (n=92)		p-value
	mean	± SD	mean	± SD	
ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (เฉลี่ย systolic/diastolic)	112.94	±18.16	116.49	± 18.15	<0.001
ชีพจร (ต่อนาที)	75.36	±13.95	84.53	±17.13	<0.001
ค่าการล้างไตของไต (Creatinine clearance - มิลลิกรัม/นาที/1.73 เมตร ²)	61.30	±31.78	68.70	±31.51	<0.001

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละของการใช้ยา

กลุ่มยา/ชนิดยา	N (n2)	(ร้อยละ)
ACEI/ARB/ARNI	77	83.69
B-Blocker	90	97.82
Aldactone	82	89.13
Lasix	73	79.34
Warfarin	24	26.07
Digoxin	13	14.13
Nitrate	7	7.61
SGLT2	6	6.52

อัตราการเสียชีวิต	6 เดือน	12 เดือน
การเสียชีวิตจากโรคหัวใจล้มเหลว (ราย, ร้อยละ)	10, 10.63	15, 15.96

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษานี้พบว่า การจัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลวเข้มข้น (Intensive heart failure clinic) ส่งผลให้

- ❖ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น
- ❖ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงดีขึ้น
- ❖ ระยะทางในการทดสอบ 6MWT ดีขึ้น
- ❖ ผล EF จากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจความถี่สูง ดีขึ้น
- ❖ อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจล้มเหลว ลดลง
- ❖ ค่าความดันซิสโตลิกและซีพจรลดลง ค่าการทำงานของไตดีขึ้น
- ❖ การได้รับยาของผู้ป่วยตามแนวทางมาตรฐานพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับยาตามมาตรฐานยกเว้นมีข้อจำกัดคือ ยาในกลุ่ม ARNI และ SGLT2 inhibitor ที่มีข้อจำกัดจากสิทธิการรักษา ซึ่งมักไม่ไดยาในกลุ่มที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย
- ❖ อัตราการเสียชีวิต จากโรคหัวใจ (cardiovascular death) ใน 6 เดือน ร้อยละ 10.63 และใน 12 เดือน ร้อยละ 15.95 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา
- ❖ - European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESCHF-LT-R) ในยุโรป ค.ศ. 2013 พบว่า อัตราการเสียชีวิต ที่ 12 เดือนอยู่ที่ ร้อยละ 23.60
- ❖ -ในประเทศไทย มีการศึกษา National trend in heart failure hospitalization and outcome under public health insurance system in Thailand 2008–2013 พบว่าอัตราการเสียชีวิตภาวะ หัวใจล้มเหลวที่ 1 ปี อยู่ที่ร้อยละ 28.50 ซึ่งไม่แตกต่าง ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว
- ❖ - และการศึกษา Outcomes of patients admitted with Heart failure at Phang Nga Hospital ที่จังหวัดพังงา ค.ศ. 2015-2017 พบว่า อัตราการเสียชีวิตใน HFrEF อยู่ที่ร้อยละ 20.00

8. แนวทางการพัฒนา

ขาดการประสานการทำงานร่วมกันระหว่าง IPD และ OPD การแก้ไข จัดทำ CPG, D/C planning และ Flow การดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยขณะมา admit และมีการส่งต่อการรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกัน

- 1.ชื่อนวัตกรรม Bed shampoo for Good health
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยสมเด็จย่า ศัลยกรรม 4-5
- 3.ที่มา

จากสถิติในหน่วยงานปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมารับบริการ จำนวน 760 ราย ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ที่ต้องอยู่บนเตียงนานๆจะมีเหงื่อไหล มีน้ำ มันออกมาตามเส้นผม เกิดกลิ่นเหม็นอับ เส้นผมเหนียวเกิดความไม่สุขสบาย การสระผมเป็นการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เพื่อความสะอาดของเส้นผมและหนังศีรษะ เป็นกิจกรรมที่บุคคลสามารถปฏิบัติได้เองแต่ในภาวะเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้เหมือนปกติ จำเป็นต้องได้รับการดูแลให้เกิดความสุขสบาย ซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ทางหอผู้ป่วยสมเด็จย่าศัลยกรรมได้เห็นความสำคัญในการดูแล โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย เพื่อให้เกิดความสุขสบาย และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการบริการ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์โรงพยาบาล ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

5.วิธีดำเนินงาน

- 1 ประชุมปรึกษาคณะกรรในหน่วยงาน เพื่อทราบถึงปัญหาและร่วมกันเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา
2. ร่วมกันออกแบบรูปแบบการดูแล นำ ไปทดลองใช้ และปรับปรุงโครงการ
3. ชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานทุกระดับเกี่ยวกับ โครงการสระผมที่จัดทำ ขึ้นดังนี้

- กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ป่วย Palliative โดยสระผม ทุกวันเสาร์-อาทิตย์เวลา 14.00-15.00 น.

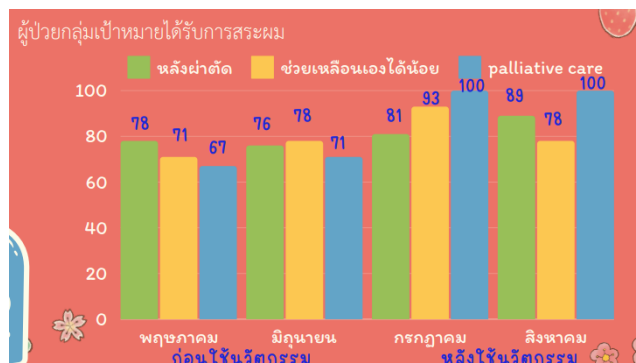
- กำหนดบทบาทและหน้าที่ผู้รับผิดชอบดังนี้

- 1) พยาบาล เจ้าของไข้ในเวรเช้า วันเสาร์ – อาทิตย์ สํารวจผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายและประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ในการสระผม ลงบันทึกในใบเก็บข้อมูลที่จัดทำ ขึ้น พร้อมทั้ง มอบหมายงานให้ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้แต่ละทีม
 - 2) ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้แต่ละทีม เมื่อได้รับการมอบหมายงานแล้ว เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม และทำ การสระผมให้ผู้ป่วย ในช่วงเวลา 14.00-15.00 น.
 - 3) รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสระผม ลงในแบบบันทึกข้อมูล
 - 4) ประเมินผลโครงการสระผมทุก สัปดาห์ และรวบรวมผลงานเมื่อจบโครงการ
4. จัดหาอุปกรณ์ ให้เพียงพอและพร้อมใช้ในการปฏิบัติ

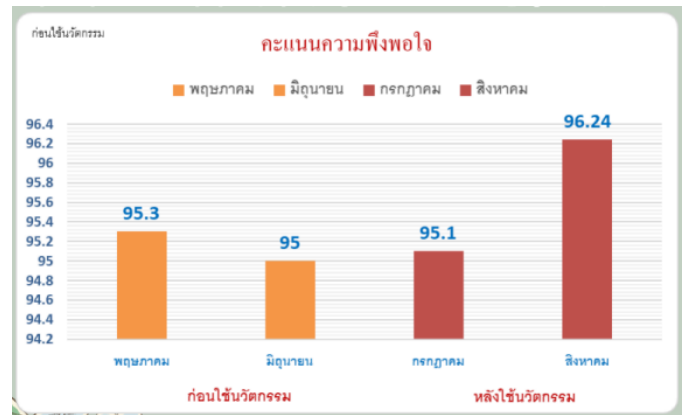
6.ผลการศึกษา

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการสระผมมากกว่าร้อยละ 90-คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 90

ข้อมูล	ก่อนใช้นวัตกรรม						หลังใช้นวัตกรรม					
	พฤษภาคม			มิถุนายน			กรกฎาคม			สิงหาคม		
	จำนวน	สระผม	ร้อยละ	จำนวน	สระผม	ร้อยละ	จำนวน	สระผม	ร้อยละ	จำนวน	สระผม	ร้อยละ
หลังผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่	23	18	78	34	27	76	21	17	81	9	8	89
หลังผ่าตัดช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	14	10	71	18	14	78	15	14	93	9	7	78
Palliative care	6	4	67	7	5	71	4	4	100	3	3	100
รวม	43	32	74	59	46	78	40	35	88	21	18	86



ข้อมูล	ความพึงพอใจ (IP Voice)			
	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังใช้นวัตกรรม	
	พฤษภาคม 67	มิถุนายน 67	กรกฎาคม 67	สิงหาคม 67
IP Voice	95.3%	95.0%	95.1%	96.3%



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินโครงการพบว่าผู้รับบริการมีความพอใจในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 95.42 % ของผู้มารับบริการทั้งหมดแต่เนื่องจากการระดมยังไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ 90% ทางหน่วยงานมีการติดตามนิเทศมากขึ้น จึงมีการติดตามและassign ให้แต่ละวัน

8.แนวทางการพัฒนา

มีการขยายผลจากผู้ป่วยติดเตียง มีการเพิ่มการระดม ในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาเกิน 7 วันและผู้ป่วยที่มีความประสงค์ที่ต้องการระดม

1.ชื่อนวัตกรรม Anesth axillary roll

2.หน่วยงานที่นำเสนอ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

3.ที่มา

ในปัจจุบันมีผู้มารับบริการทางวิสัญญีในกลุ่มที่ต้องจัดท่านอนคว่ำจำนวนมาก เฉลี่ยวันละ 1-2 ราย โดยหลักการจัดท่านอนคว่ำนั้นมีสิ่งที่เราต้องให้ความสำคัญคือ การจัดแขน 2 ข้าง ไม้ให้กางแขนเกิน 90 องศา และใช้อุปกรณ์หนุน Support บริเวณ Axillary ทั้ง 2 ข้างเอาไว้ เพื่อป้องกันการเกิด Brachial plexus injury ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในการจัดท่านอนคว่ำ ปัจจุบันทางกลุ่มงานวิสัญญีได้ใช้ผ้าม้วนรองไว้ใต้ Axillary ของผู้ป่วยในการจัดท่านอนคว่ำ ซึ่งผ้าแต่ละผืนมีขนาดต่างกันจึงทำให้ขนาดของผ้าที่ใช้ม้วนทำเป็นที่รอง Axillary มีขนาดไม่เท่ากันอาจจะส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิด Brachial plexus injury ได้มาก และหากผู้ป่วยมีระยะเวลาในการจัดท่าลดลงจะส่งผลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ไวขึ้น ลดโอกาส bleed และลดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบนาน เช่น ตื่นช้า คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เป็นต้น ดังนั้นทางผู้จัดทำจึงได้คิดค้น Anesth Axillary roll ขึ้นมา เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

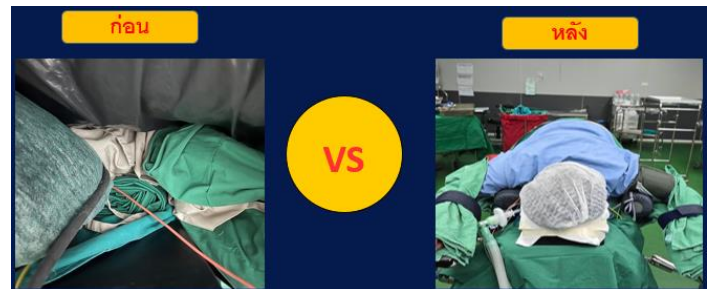
เพื่อป้องกันการเกิด Brachial plexus injury ในผู้ป่วยนอนท่าคว่ำทำผ่าตัด Laminectomy

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.รวบรวมข้อมูลปัญหา และประชุมหารือเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกันกับกลุ่ม งานวิสัญญี
- 2.สร้าง Anesth Axillary roll
- 3.นำ Anesth Axillary roll มาทดลองใช้งานกับผู้ป่วย
- 4.ประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีผู้ปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผล

6.ผลการศึกษา

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม เดือนกรกฎาคม ผู้ป่วยจำนวน 18 ราย		หลังใช้นวัตกรรม เดือนสิงหาคม ผู้ป่วยจำนวน 21 ราย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเกิด Brachial plexus injury	1	5.6	0	0



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม Anesth Axillary roll สามารถใช้ในการจัดท่านอนคว่ำในผู้รับบริการผ่าตัด Laminectomy เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Brachialplexus injury ได้

8.แนวทางการพัฒนา

- 1.พัฒนา Anesth Axillary roll ให้มีขนาดที่หลากหลายเหมาะกับการใช้งานมากขึ้น
- 2.นำไปใช้ในการจัดท่าผู้ป่วยในท่าอื่นที่ต้องใช้ Axillary roll ในการจัดท่า

- 1.ชื่อนวัตกรรม ใบนัดเดิม เพิ่มเติมความใส่ใจ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ ห้องตรวจอายุรกรรม 1 งานผู้ป่วยนอก
- 3.ที่มา

เนื่องจากห้องตรวจอายุรกรรม พบปัญหาใบนัดแพทย์จะปรีนจากกระดาษเทอร์มอที่มีความมันวาว ระยะเวลาที่นานทำให้หมึกพิมพ์เลือนจางหายไปทำให้ข้อความตัวหนังสือบางข้อความหายไปอ่านไม่ได้ใจความ และจำนวนผู้ป่วยนัดที่ไม่ได้เจาะเลือดล่วงหน้าหรือเอกซเรย์ก่อนพบแพทย์มีถึง ร้อยละ 30 ผู้ป่วยไม่ได้งดน้ำ งดอาหารก่อนเจาะเลือด ไม่ได้เอกซเรย์ ทำให้เสียเวลาไม่ได้พบแพทย์ในวันที่มาตามนัด ทีมจึงทำตราป้บม “ให้ งดน้ำ-งดอาหาร 20 น/ งดน้ำ-งดอาหารหลังเที่ยงคืน” ก่อนเจาะเลือดตอนเช้าในวันถัดไป / ให้เจาะเลือด หรือ เอกซเรย์ล่วงหน้าก่อนพบแพทย์ 3- 7 วัน เบื้องต้นได้ป้บมข้อความลงใบนัดที่มีรายการเจาะเลือด แต่ปัญหาที่พบ ข้อความที่ป้บมและเลือน อ่านข้อความไม่ชัดเจน เนื่องจากใบนัดเป็นกระดาษเทอร์มอหมึกซึมลงกระดาษซ้ำ

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.ผู้ป่วยสามารถเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนพบแพทย์ เช่น เจาะเลือด เอกซเรย์ล่วงหน้าก่อนพบแพทย์
- 2.ลดระยะเวลารอคอยได้

5.วิธีดำเนินงาน

1.รวบรวมปัญหาที่พบ

- 1.1 ผู้ป่วยไม่ได้พบแพทย์ตามนัดต้องเลื่อนนัดใหม่ เนื่องจาก ไม่ได้เจาะเลือดในกรณีที่ต้อง งดน้ำ-งดอาหาร
- 1.2 ผู้ป่วยต้องรอนานถ้าหากไม่ได้เจาะเลือดหรือ เอกซเรย์ ล่วงหน้าก่อนพบแพทย์

2.วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่พบ

- 1.ผู้ป่วยไม่เข้าใจในข้อความที่ต้องปฏิบัติตัวหลังพบแพทย์ เช่น “ให้ งดน้ำ - งดอาหาร 8 ชม. ก่อนเจาะเลือด” หรือ “ให้ งดน้ำ - งดอาหารก่อนเจาะเลือด 12 ชม”
2. ข้อความตัวหนังสือเลือนลางยิ่งระยะเวลาการนัดที่นาน เอกสารยิ่งเลือนลางมากขึ้น
3. ผู้ป่วยสูงอายุมักจะลืมนำ จนท. แนะนำถึงการปฏิบัติตัวก่อนพบแพทย์

ขั้นตอนการทำ

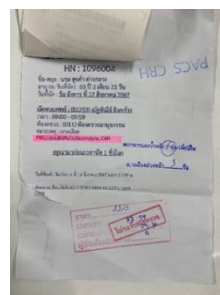
*ใช้กระดาษ A4 recycle ตัดขนาด สีเหลี่ยม ก 4 cm x ย 8 cm แล้วป้บมข้อความลงในกระดาษดังกล่าว พบว่าตัวหนังสือมีความคมชัด ไม่เลอะ หมึกซึมได้เร็ว แล้วนำไปเย็บติดกับใบนัดที่ต้องเจาะเลือด เอกซเรย์ ก่อนพบแพทย์

*ถ้าใบนัดพิมพ์จากกระดาษต่อเนื่อง ซึ่งดูดซับหมึกได้ดีจึงป้บมตราป้บมบนใบนัด ข้อความชัดเจน

ตัวอย่างใบนัดเดิม



ตัวอย่างใบนัดใหม่



6.ผลการศึกษา

- ได้ติดตามผลโดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2567 จำนวนผู้ป่วยนัด 2543 ราย เจาะเลือดและเอ็กซเรย์
 ล้วงหน้า 2289 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.01
- ช่วงระยะเวลาการคอยผลเลือดออก ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 120 นาทีเป็นอย่างน้อย

ก่อนการใช้นวัตกรรม (ส.ค.66)		หลังใช้นวัตกรรม(ส.ค.67)	
ผู้ป่วยนัดทั้งหมด	2820 ราย	ผู้ป่วยนัดทั้งหมด	2543 ราย
ผู้ป่วยที่เจาะเลือดและเอ็กซเรย์ล้วงหน้า	1974 ราย	ผู้ป่วยที่เจาะเลือดและเอ็กซเรย์ล้วงหน้า	2289 ราย
คิดเป็นร้อยละ	70	คิดเป็นร้อยละ	90.01
ผู้ป่วยที่ไม่ได้เจาะเลือดและเอ็กซเรย์ล้วงหน้า	846 ราย	ผู้ป่วยที่ไม่ได้เจาะเลือดและเอ็กซเรย์ล้วงหน้า	254 ราย
คิดเป็นร้อยละ	30	คิดเป็นร้อยละ	9.98
ระยะเวลาการคอยผลการตรวจเลือดออก(นาที)	120 นาที	ระยะเวลาการคอย (นาที)	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยสามารถเตรียมตัวล้วงหน้าก่อนพบแพทย์ เช่น เจาะเลือด เอ็กซเรย์ล้วงหน้าก่อนพบแพทย์ = 90 %

8.แนวทางการพัฒนา

ควรขยายผลการดำเนินการไปยังห้องตรวจอื่นที่มีลักษณะผู้ป่วยที่คล้ายกัน

1.ชื่อนวัตกรรม ตัวหนีบมียาต่อ

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

3.ที่มา

จากการทบทวนรายงานความคาดเคลื่อนทางยา 6เดือนย้อนหลังในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 มีรายงานเหตุการณ์ความคาดเคลื่อนทางยา 40 เหตุการณ์ เป็นเรื่องการให้ยาผิดเวลา 8 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 20 ทางหน่วยงานได้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักและตระหนักความสำคัญของการบริหารยาให้ถูกต้องตามหลักมาตรฐานการให้ยาต้องการป้องกันการคลาดเคลื่อนของการให้ยา จึงได้มีการจัดทำนวัตกรรม “ตัวหนีบมียาต่อ”

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ความคาดเคลื่อนของการบริหารยา

5.วิธีดำเนินงาน

1.ขั้นเตรียมอุปกรณ์

Phase I ประชุมปรึกษาในหน่วยงานถึงปัญหาของเหตุการณ์ความคาดเคลื่อนทางการบริหารยา
Phase II รวบรวมข้อมูลและข้อเสนอแนะ / คิดวิเคราะห์เพื่อเป็นนวัตกรรมที่สามารถใช้งานได้จริง
Phase III กำหนดให้แต่ละเตียงมีการหนีบตัวหนีบคอขวดยาตัวแรก เพื่อเป็นการเตือนว่าจะมียาให้ต่อ หลังจากการให้ยาเสร็จ และเมื่อไม่มีการใช้ต่อให้หนีบไว้ที่เสาน้ำเกลือ หากเลิกใช้พนักงานช่วยเหลือคนไข้จะนำไปทำความสะอาดเพื่อการใช้งานในครั้งถัดไป

2.ขั้นทำนวัตกรรม



ก่อนใช้นวัตกรรม



หลังใช้นวัตกรรม



6.ผลการศึกษา

1.บุคลากรในหน่วยงานใช้นวัตกรรม ตัวหนีบมียาต่อ ร้อยละ 100

2.ไม่เกิดเหตุการณ์ความคาดเคลื่อนของการบริหารยา เรื่องให้ยาผิดเวลา ร้อยละ 100

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม (เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกรกฎาคม 2567) จำนวนเหตุการณ์ความคาดเคลื่อน ของการบริหารยา ทั้งหมด 40 เหตุการณ์		หลังใช้นวัตกรรม (1-31 สิงหาคม 2567) จำนวนเหตุการณ์ความคาด เคลื่อนของการบริหารยา ทั้งหมด 5 เหตุการณ์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหตุการณ์ความคาดเคลื่อนของ การบริหารยา เรื่องให้ยาผิด เวลา	8	20	0	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม ตัวหนีบมียาต่อ สามารถทำให้ลดการเกิดเหตุการณ์ความคาดเคลื่อนทางการบริหารยา จากการพบทวนรายงานเหตุการณ์ความคาดเคลื่อนทางยาเดือนสิงหาคมในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ได้มีการรายงานเหตุการณ์ความคาดเคลื่อนทางยา 5 เหตุการณ์ เป็นความคาดเคลื่อนทางยาเรื่องให้ยาผิดเวลา เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 0

8.แนวทางการพัฒนา

สามารถนำไปใช้กับหอผู้ป่วยอื่นๆในโรงพยาบาลได้

นวัตกรรมปีงบประมาณ 2567

1.ชื่อนวัตกรรม I CARE Line

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5

3.ที่มา

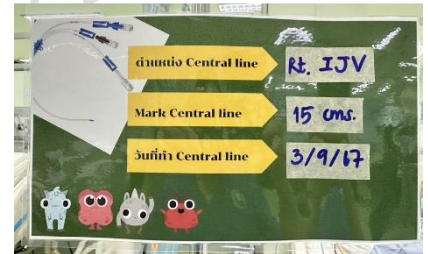
จากสถิติปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566-มิถุนายน 2567) มีผู้ป่วยใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางจำนวน 124 ราย เกิดอุบัติการณ์สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเลื่อนหลุด 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.41 จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า เกิดจากการตั้งรั้งขณะมีการเคลื่อนย้ายหรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และไม่มี การยึดตรึงสายที่แน่นหนาเพียงพอ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาบีบหลอดเลือด (vasopressors) หรือยากระตุ้น หัวใจ (inotropes) ไม่ได้รับยาตามแผนการรักษาทำให้ระบบไหลเวียนเลือดไม่ปกติ ความดันเลือดต่ำอาการ ของโรคแย่ลง และมีโอกาสเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการเปิดหลอดเลือดให้ยาได้ทันท่วงที ทางหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้คิดค้นนวัตกรรม ICARE ขึ้น ป้องกันการเลื่อนหลุดของสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง
2. มีการใช้แนวปฏิบัติ ICARE ร้อยละ 100

5.วิธีดำเนินงาน

1. วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวปฏิบัติร่วมกันภายในหอผู้ป่วย
2. ศึกษาค้นคว้าวิธีการป้องกันการเลื่อนหลุดของสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง
3. จัดทำแนวปฏิบัติ I CARE ตามตาราง
4. จัดทำป้าย Alert I CARE ในผู้ป่วย on C-line เพื่อเป็นการสื่อสารระหว่างทีมและสหสาขาวิชาชีพ
5. ทดลองนำแนวปฏิบัติ ICARE มาใช้ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นประชุมทีมปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และ ประกาศใช้แนวปฏิบัติ ICARE ในหอผู้ป่วย
6. ติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และทีม QA ของหน่วยงานทุกวัน
7. สรุปผลการศึกษา



6.ผลการศึกษา

1. อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ผลลัพธ์	ก่อนการใช้ ICARE ต.ค. 2566- มิ.ย.2567 (N= 124)		หลังการใช้ ICARE ก.ค.- ส.ค. 2567 (N=34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติการณ์การเลื่อนหลุด				
ไม่เกิด	121	97.58	34	100
เกิด	3	2.42	0	0

2. การใช้แนวปฏิบัติ ICARE

เดือน ก.ค.- ส.ค. 2567 มีจำนวนผู้ป่วยที่มี C-line ทั้งหมด 34 คน มีการใช้แนวปฏิบัติ

ICARE 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100



7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ระยะเวลาในการศึกษาสั้น ควรเพิ่มระยะเวลาของผลการศึกษา เพื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์และปรับแนวปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดการเลื่อนหลุดของสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

8.แนวทางการพัฒนา –

1.ชื่อนวัตกรรม scale ตวงวัด record I/O

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2

3.ที่มา

การบันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายของผู้ป่วย เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไตในภาวะที่ร่างกายมีความเจ็บป่วยอาจก่อให้เกิดภาวะเสียสมดุลสารน้ำภายในร่างกายจนก่อให้เกิดอันตรายและภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย จึงจำเป็นที่จะต้องมีการตรวจวัดและติดตามปริมาณสารน้ำในร่างกายอย่างเคร่งครัด ทางหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญการตรวจวัดปริมาณสารน้ำในร่างกายของผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติได้ตรงตามมาตรฐานการพยาบาลจึงคิดค้นนวัตกรรม“scale ตวงวัด record I/O”

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อการตรวจวัด บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.นำขวดน้ำดื่มของโรงพยาบาลปริมาณ 600 ml มาเทใส่เหยือกเพื่อวัดปริมาณน้ำที่ละ 50 ml
- 2.นำขวดน้ำดื่ม 1,500 ml มาตัดก้นขวดออก
- 3.นำขวด 600 ml ที่เหน้าออกทีละ 50 ml มาเทียบกับขวดน้ำดื่ม 1,500 ml และทำ Scale วัดปริมาณน้ำโดยใช้กระดาษปกแข็งสีเหลือง
- 4.นำ Scale วัดปริมาณน้ำ ติดด้านข้างขวด 1,500 ml



6.ผลการศึกษา

ผลลัพธ์	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม
	1กรกฎาคม2567-31กรกฎาคม 2567	1สิงหาคม2567-31สิงหาคม 2567
จำนวนการบันทึกตวงวัดน้ำ	จำนวนการบันทึกตวงวัดน้ำ	
1800 ครั้ง	1800 ครั้ง	
ครั้ง/ร้อยละ	ครั้ง/ร้อยละ	
จำนวนความผิดพลาดในการบันทึกตวงวัดน้ำ	5/3.06	0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

- 1.การเขียนscale ตวงวัด record I/O จะต้องตัวหนังสือใหญ่มองเห็นชัดเจนและเขียนด้วยปากกากันน้ำหมึกต้องไม่เลอะเลือนเมื่อต้องทำความสะอาด
- 2.บริเวณรอบๆขอบขวดตวงวัด record I/O ควรมีการหุ้มขอบเพื่อป้องกันการเกิดบาดมือขณะทำความสะอาด

8.แนวทางการพัฒนา

ขยายผลภายในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทุกตึก

- 1.ชื่อนวัตกรรม คีนยาครบจบปัญหาค้ำ
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่ามีผู้ป่วยกลับบ้านในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 5-10 ราย ไม่ได้คีนยา 4-5 รายทำให้มียาค้างในหอผู้ป่วย ต้องมาคีนยาค้นห้องยาหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว และจากการเยี่ยมของทีม Med safety พบมียาAugmentin แซ่เย็นค้างในตู้เย็น ที่ไม่ได้ทำการคีนยา ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาในการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่สูง ดังนั้นจึงเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงจัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเรื่อง คีนยาครบจบปัญหาค้ำ

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อการจัดทำรูปแบบการคีนยาผู้ป่วยจำหน่ายให้เป็นระบบ
- 2.เพื่อให้ยาของผู้ป่วยที่แพทย์สั่งจำหน่ายได้หมุนเวียนกลับมาใช้และไม่มียาเหลือใช้สะสมภายในหน่วยงาน
- 3.เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล

5.วิธีดำเนินงาน

- 1.ประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการคีนยาผู้ป่วยจำหน่ายในหอผู้ป่วยไปใช้ในทิศทางเดียว
- 2.จัดทำแนวปฏิบัติการคีนยา ดังนี้

ลำดับ	แนวปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1	แพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยมีแผนการรักษาให้กลับบ้าน พยาบาลเจ้าของใช้รับแผนการรักษา ส่งข้อมูลไปห้องยา			
2	พยาบาลเจ้าของใช้นำยาผู้ป่วย ใส่ถุงพลาสติก เพื่อทำ การคีนยาในระบบพร้อมใบรายงานคีนยาระบุชื่อของ ผู้ป่วย			
3	แม่บ้านตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนส่งห้องยา			

- 3.ประเมินผลหลังการปฏิบัติในวันประชุม ward ทุกครั้ง

6.ผลการศึกษา

การดำเนินกิจกรรม พัฒนาคุณภาพ	จำนวนผู้ป่วยจำหน่าย (ราย)	จำนวนยาคีน (ราย)		จำนวนยาค้าง (ราย)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนดำเนินกิจกรรม (1-15 ส.ค. 2567)	92	46	50	46	50
หลังดำเนินกิจกรรม (16-31 ส.ค. 2567)	89	87	97.75	2	2.25

หลังดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ปฏิบัติตามแนวทางการการคีนยาผู้ป่วยจำหน่ายในหอผู้ป่วย ได้ถูกต้อง 97.75% และยังพบว่ามียาค้างในหอผู้ป่วยหลังผู้ป่วยหลังจำหน่าย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.25 เนื่องจากพยาบาลเจ้าของใช้ลืมคีนยาผู้ป่วยที่เป็นยาเย็นที่อยู่ในตู้เย็นเก็บยา แม่บ้านต้องมาคีนยาคีนหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว

- 2.ยากลับบ้านของผู้ป่วยเหลือค้างในหอผู้ป่วย = 0

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานเห็นความสำคัญของปัญหาเหลือใช้ในหอผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งมีโอกาสก่อให้เกิดยาหมดอายุยาเสื่อมสภาพ หรือปัญหาการนำยาเหลือใช้ มาใช้ต่อโดยไม่ผ่านระบบของโรงพยาบาล อาจก่อให้เกิดปัญหาการแพ้ยาซ้ำ หรือการจัดยาผิดพลาด จากกิจกรรมพัฒนาดังกล่าว จะสามารถ

ช่วยลดปัญหาเหล่านี้และยังส่งผลให้เกิดงานคุณภาพที่มองความปลอดภัยของผู้ป่วยและภาระด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเป็นสำคัญ

8.แนวทางการพัฒนา -

นวัตกรรมการปีงบประมาณ 2567

1.ชื่อนวัตกรรม การพัฒนาคู่มือการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรังในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1

3.ที่มา

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ในทารกที่มีภาวะปอดเรื้อรัง รักษาด้วยการให้ออกซิเจนเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ทารกนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทารกบางรายไม่สามารถหย่าออกซิเจนได้จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาอกซิเจนไปรักษาต่อบ้าน บิดามารดาหรือผู้ดูแลทารกจะต้องดูแลทารกเองได้ก่อนจะจำหน่ายจะต้องมีความรู้ในการดูแลทารกต่อเนืองที่บ้าน จึงพัฒนาคู่มือการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรังในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ขึ้นมาและมีวิดีโอประกอบการสอน

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. บิดามารดา หรือผู้ดูแลทารกได้รับความรู้ และทักษะ ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและการดูแลภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

2. บิดามารดามีความพึงพอใจของในการใช้นวัตกรรมการพัฒนาคู่มือการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรังในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

5.วิธีดำเนินงาน

1. รวบรวมข้อมูลและขั้นตอนในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด

2. จัดทำคู่มือการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรังในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

3. นำเนื้อหาคู่มือ มาจัดทำเป็นรูปเล่ม พร้อมกับทำ QR code และนำวิดีโอการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรังและการใช้อุปกรณ์ออกซิเจนมาทำ QR code

4. จัดทำแบบทดสอบความรู้ให้แก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลทารก ทั้งก่อน - หลัง การให้ความรู้และทักษะในการดูแลทารก

5. ทดลองใช้นวัตกรรม ตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย. 67 - 30 ส.ค. 67

6. ทำแบบประเมินความพึงพอใจของบิดามารดาหรือผู้ดูแลทารกในการการสอนการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรังโดยใช้แผ่นพับ และคู่มือ

คู่มือแบบเดิม

คู่มือแบบใหม่



6.ผลการศึกษา

หัวข้อ	แบบเดิมแผ่นพับ	แบบใหม่คู่มือ
1. ความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลและเนื้อหาของการสอนศึกษา เรื่อง ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรัง	72	96
2. ความพึงพอใจของผู้ดูแลทารกต่อการใช้แผ่นพับ/คู่มือ	60	92
3. เนื้อหาและข้อมูลที่ได้รับ มีความเหมาะสมต่อผู้ดูแลทารกมากน้อยเพียงใด	68	96
4. ผู้ดูแลทารกได้รับความรู้และสร้างความมั่นใจ ในการดูแลทารกต่อเนื่องที่บ้านมากน้อยเพียงใด	68	96
5. สามารถปฏิบัติตามได้ ใช้งานได้ง่าย สะดวก	60	88

7. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การใช้วัตกรรมการพัฒนาคู่มือการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรังในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จะมีคะแนนร้อยละมากกว่า การใช้แผนพับแบบเดิมทุกข้อ ทางหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 จึงได้ใช้วัตกรรมการพัฒนาคู่มือการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรังในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มาเป็นสื่อการสอนและการให้ความรู้แก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรังเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายและการเสียชีวิตของทารก และเพื่อให้ทารกมีสุขภาพที่ดีต่อไป

8. แนวทางการพัฒนา

-

- 1.ชื่อนวัตกรรม safety IV box
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธชั้น 2
- 3.ที่มา

หน่วยงานหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธชั้น 2 เป็นหน่วยงานที่รับดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป พบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ในร่างกาย ต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ 2-3 ชนิด ซึ่งการให้ยาปฏิชีวนะมีการผสมยาใน piggy bag เมื่อยาหมดก็แขวนไว้ที่เสาน้ำเกลือที่อยู่ตามเตียงผู้ป่วย ทำให้ดูไม่เป็นระเบียบ พบหัวเข็มหลุดร้อยละ 30 ปลอกเข็มหลุดร้อยละ 30 ซึ่งอาจเกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคและเข็มที่มำได้

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเข็มที่มำก่อนและหลังใช้นวัตกรรม
- 2.เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดหัวเข็มหลุดก่อนและหลังใช้นวัตกรรม
- 3.เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปลอกเข็มหลุดก่อนและหลังใช้นวัตกรรม
- 4.เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังใช้นวัตกรรม

5.วิธีดำเนินงาน

1. ประชุมกลุ่มเพื่อชี้แจง และขอความคิดเห็นในการแก้ปัญหา
2. สืบค้นอุปกรณ์ที่สามารถใช้ประดิษฐ์ Safety IV box
3. ทดสอบการใช้งานกับผู้ป่วยจริง
4. ทดสอบการใช้งานของอุปกรณ์และติดตามประเมินผล

ก่อนใช้นวัตกรรม



หลังใช้นวัตกรรม



6.ผลการศึกษา

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	ผลลัพธ์การเก็บ set IV แบบเดิม (ร้อยละ)	ผลลัพธ์หลังใช้นวัตกรรม (ร้อยละ)
1.	พบอุบัติการณ์ เข็มที่มำ	0	0
2.	พบอุบัติการณ์ หัวเข็มหลุด	30	0
3.	พบอุบัติการณ์ปลอกเข็มหลุด	30	0

หัวข้อ	คะแนนความพึงพอใจ (ร้อยละ)
วัสดุแข็งแรง	90
การใช้งานง่าย	90
ประโยชน์ต่อผู้ป่วย	100
สามารถนำไปใช้ได้จริง	99

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการใช้นวัตกรรม IV safety box กับผู้ป่วยที่ให้ยาปฏิชีวนะ ที่ผสมใน piggy bag ที่เสียบ set IV คา ไว้ จำนวน 30 ราย พบจำนวนหัวเข็มและปลอกเข็มหลุด ลดลง เหลือร้อยละ 0 ไม่พบอุบัติการณ์เข็มที่มำ เจ้าหน้าที่ และมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยมากขึ้น

8.แนวทางการพัฒนา

1. ปรับเปลี่ยนวัสดุที่ง่ายต่อการทำความสะอาด และแข็งแรงมากขึ้น
2. ใช้ในทุกหอผู้ป่วยที่มีการ ให้ยาปฏิชีวนะที่ผสมใน piggy bag ที่เสียบ set IV คาไว้

- 1.ชื่อนวัตกรรม Set save Dengue
- 2.หน่วยงานที่นำเสนอ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2
- 3.ที่มา

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยในกลุ่มโรคทางอายุรกรรม และผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จึงตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนกลับบ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต รวมถึงช่วยลดอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออก และลดอัตราการเสียชีวิตจากภัยอันตรายที่มาจากโรคไข้เลือดออก

4.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพื่อให้ความรู้และป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนกลับบ้าน
- 2.เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกและการกลับมาเป็นโรคซ้ำ

5.วิธีดำเนินงาน

อุปกรณ์: ถุงซิปล็อค สเปรย์ไล่ยุง น้ำยาบ้วนปาก ORS



6.ผลการศึกษา

สิ่งที่ศึกษา	ก่อนใช้นวัตกรรม (เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2567 จำนวน 20 ราย)		หลังใช้นวัตกรรม (เก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 20 ราย)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ได้รับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการตอบแบบทดสอบก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม	7	35 %	14	70 %
2. อุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกและการกลับมาเป็น โรคซ้ำ Z)	0	100%	0	100%

7.ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

หลังจากกลุ่มผู้จัดทำนวัตกรรม “Set save dengue ” มาใช้ในการให้ความรู้และการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ไข้เลือดออกซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยได้รับความรู้และวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 70% และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำ

8.แนวทางการพัฒนา

ควรมีการจัดทำเป็น box set เกี่ยวกับอุปกรณ์และยาที่จำเป็นกับผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มารักษาในโรงพยาบาล

