

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

## ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

นำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญในตาราง อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (จากความพยายามในการพัฒนาหรือจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป) โดยอาจใช้ run chart หรือ control chart ที่มีคำอธิบายประกอบ (annotation) ตามข้อมูลปฏิบัติงานให้ได้มากที่สุด

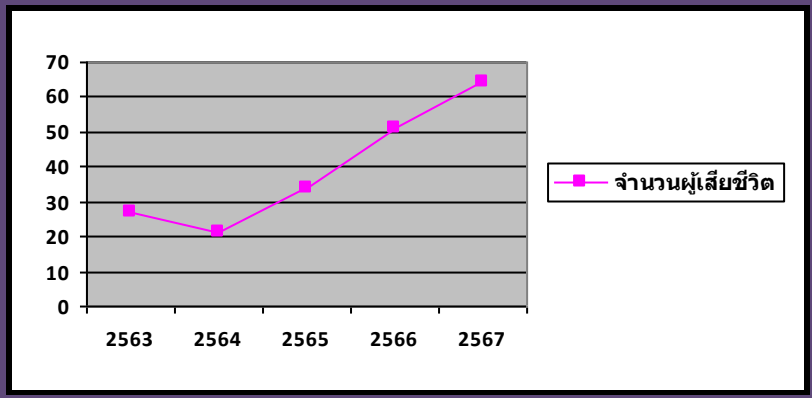
กรณีมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามประกาศที่คณะกรรมการกำหนด จะมีตัวอย่างผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ในข้อ 88 -93 และความปลอดภัยของบุคลากรในด้านบุคลากรข้อ 97 ซึ่งโรงพยาบาลสามารถปรับรายละเอียดของการดำเนินงานตามบริบท

## IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

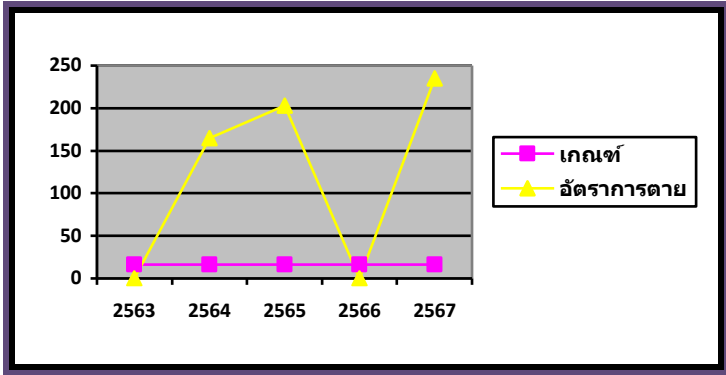
## (1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยรวม [IV-1, III-1] ** (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.ทุกประเภท (ภาพรวม)		27	21	34	51	64
อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 16/ แสนการเกิด มีชีพ	0	165.01:แสน ประชากร (1ราย)	203.25 (1 ราย)	0	234.74 (1 ราย)
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI	0	0	0	0	5.5	0
ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที	100	10.7	30.42	34.38	64.1	70.97
ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชั่วโมงหลังจำหน่าย	≤ 2	0.51	0.49	1.27	0.41	0.70
ร้อยละของ Re-admission ด้วยโรคเดิม	≤ 2	1.09	1.11	1.18	1.45	1.66

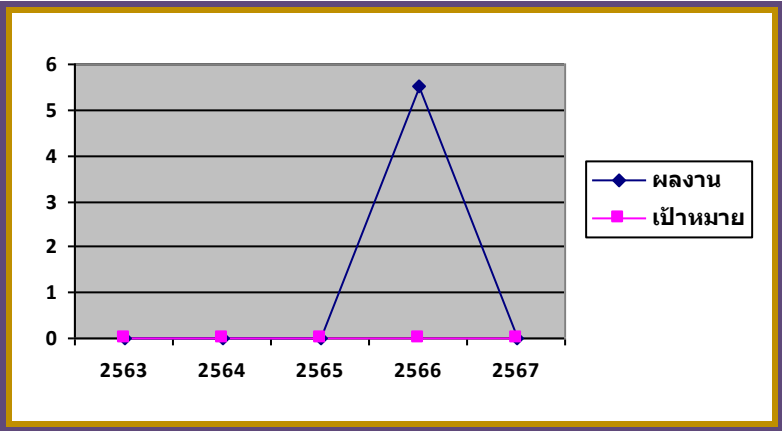
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดงกราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.ทุกประเภท</p>  <table border="1" data-bbox="190 448 999 847"> <caption>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.ทุกประเภท</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนผู้เสียชีวิต</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>64</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนผู้เสียชีวิต	2563	27	2564	21	2565	34	2566	51	2567	64	<p>จากกราฟจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 27, 21, 34, 51 และ 64 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่พบมากขึ้น จากการทบทวนในปี 2567 พบประเด็นดังนี้ 1) ในหอผู้ป่วยในพบมากที่สุดคือกลุ่ม Pallative care จำนวน 23 ราย 2) เสียชีวิต ในแผนก ER พบมากที่สุดคือ cardiac arrest และสงสัยโรคหัวใจขาดเลือด พบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ เกือบทุกรายเข้าถึงบริการมาด้วยอาการไม่รู้สึกตัว โดยไม่ทราบ ระยะเวลาที่ชัดเจนซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาในการปรับปรุงแนวทาง การลงชุมชน และในคลินิกโรคเรื้อรัง ประสานข้อมูลไปยังชุมชน ในการให้ความรู้แก่ชุมชน ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง เพื่อให้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการมารับบริการ โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ทันเวลา หรือภาวะฉุกเฉิน เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ก่อนมีอาการไม่รู้สึกตัว อาจแก้ไขภาวะฉุกเฉินได้ทันที รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย ทั้งทีม Pre hospital และ in hospital</p>
ปี	จำนวนผู้เสียชีวิต												
2563	27												
2564	21												
2565	34												
2566	51												
2567	64												

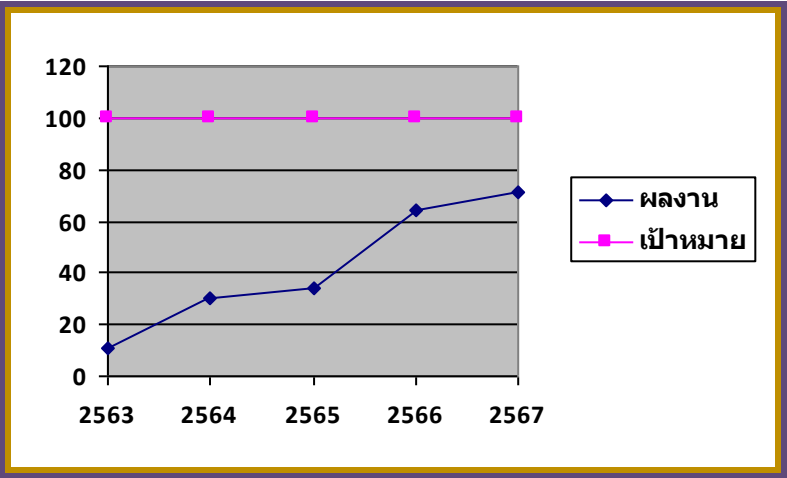
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดงกราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p>  <table border="1" data-bbox="273 494 996 869"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เกณฑ์ (MMR)</th> <th>อัตราการตาย (FMR)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>~0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>~0</td> <td>165.01</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>~0</td> <td>203.25</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>~0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>~0</td> <td>234.74</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เกณฑ์ (MMR)	อัตราการตาย (FMR)	2563	~0	0	2564	~0	165.01	2565	~0	203.25	2566	~0	0	2567	~0	234.74	<p>จากกราฟอัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน เกณฑ์ ไม่เกิน 16/แสนการเกิดมีชีพ พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0, 165.01, 203.25, 0 และ 234.74 ตามลำดับ อัตราการตายของมารดาเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องวางมาตรการป้องกันอย่างเข้มงวด เพราะเมื่อมีมารดาเสียชีวิตมันเพียง 1 ราย ในปี 2564, 2565 และ 2567 ส่งผลกระทบต่อความสูญเสีย ในปี 2568 จากการทบทวนเพื่อป้องกันการตายของมารดา จึงมีมาตรการการดูแลตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ การติดตามการฝากครรภ์ ทุกคน การดูแลครรภ์เสี่ยงตลอดการตั้งครรภ์ และส่งต่อทันที auto-refer เมื่อมีอาการแสดงต่อภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ระบบ pop-up ในผู้ป่วยครรภ์เสี่ยง จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือสำคัญให้พร้อม และการอบรมฟื้นฟูช่วยเหลือมารดา และทารกเมื่อมีภาวะวิกฤติ</p>
ปี	เกณฑ์ (MMR)	อัตราการตาย (FMR)																	
2563	~0	0																	
2564	~0	165.01																	
2565	~0	203.25																	
2566	~0	0																	
2567	~0	234.74																	

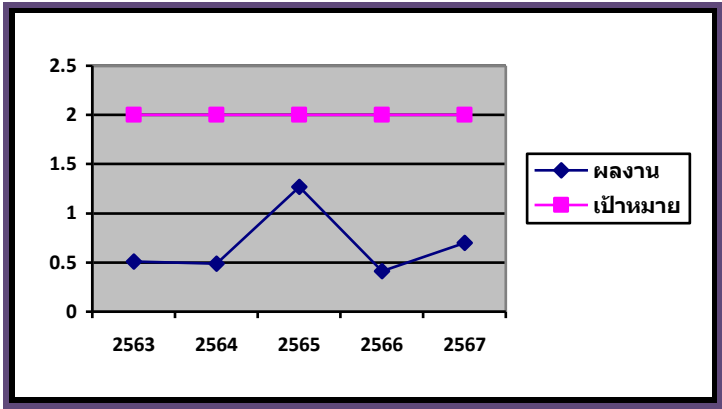
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดงกราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI เป้าหมาย 0%</p>  <table border="1" data-bbox="206 494 985 925"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>5.5</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	0	0	2564	0	0	2565	0	0	2566	5.5	0	2567	0	0	<p>จากกราฟอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI เป้าหมาย 0% พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0, 0, 0, 5.5 และ 0 ตามลำดับ ในปี 2566 และพบอัตราการเสียชีวิต 5.5 % เป็นผู้ป่วย 4 ราย ซึ่งจากการทบทวนพบว่า โรคมียาพิษสภาพมาก (killip class 4) และมีความดันโลหิตต่ำ ทำให้ไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา ปี 2567 จังหวัดได้มีศูนย์ PCI โดยรพ.ราชชนรา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ทั้งการให้ยา SK และการทำ PCI อัตราการเสียชีวิตในปี 2567 เป็น 0 ปี 2568 ทางทีมดูแลผู้ป่วย จัดทำแผนงานการมุ่งส่งเสริมให้ผู้รับบริการและญาติยังมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่นำไปสู่ การเสียชีวิต ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งโรงพยาบาลได้พัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 พัฒนาศักยภาพ สมรรถนะของพยาบาล ให้ความรู้ในส่วนของ Care Giver และครอบครัว โดยเฉพาะ กลุ่มเสี่ยงได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ตลอดจนพฤติกรรมกรรมการบริโภค การสูบบุหรี่</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	0	0																	
2564	0	0																	
2565	0	0																	
2566	5.5	0																	
2567	0	0																	

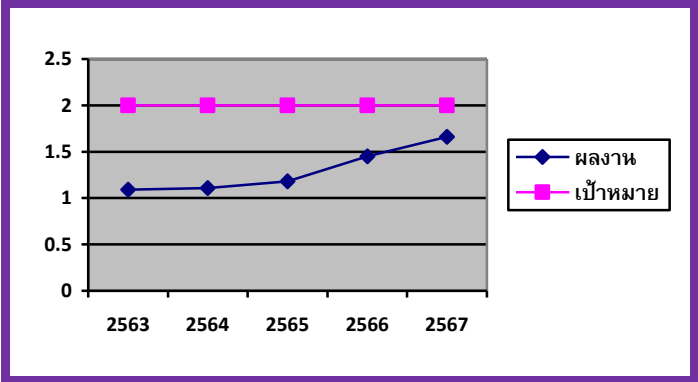
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดงกราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที เป้าหมาย ร้อยละ 100</p>  <table border="1" data-bbox="190 494 974 973"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงการส่งต่อผู้ป่วย Stroke ภายใน 30 นาที</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>10.7</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>30.42</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>34.38</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>64.1</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>70.97</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	10.7	100	2564	30.42	100	2565	34.38	100	2566	64.1	100	2567	70.97	100	<p>จากกราฟร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที เป้าหมาย ร้อยละ 100 พบว่า ในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 10.7, 30.42, 34.38, 64.1 และ 70.97 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้น เพื่อให้การส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้เร็วที่สุด รพ.แม่ข่ายได้พัฒนาระบบ refer stroke fast track ที่ชัดเจนมากขึ้น มีแพทย์อายุรกรรมระบบประสาทที่จริงจังในการกำกับ ติดตาม และมีศูนย์ CT scan เพิ่มเติมการช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	10.7	100																	
2564	30.42	100																	
2565	34.38	100																	
2566	64.1	100																	
2567	70.97	100																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดงกราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชั่วโมง หลังจำหน่าย เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 2</p>  <table border="1" data-bbox="235 576 954 986"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงร้อยละของ ER re-visit</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0.51</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.49</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>1.27</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.41</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0.70</td> <td>2.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	0.51	2.0	2564	0.49	2.0	2565	1.27	2.0	2566	0.41	2.0	2567	0.70	2.0	<p>จากกราฟร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชั่วโมง หลังจำหน่าย เป้าหมาย ≤ 2% พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และปี 2567 เท่ากับ 0.51, 0.49, 1.27, 0.41 และ 0.70 ตามลำดับ ซึ่งโรคที่พบมากที่สุดได้แก่ Acute bronchitis จากการทบทวนพบว่า บางรายได้มีการแนะนำให้อนุรักษ์ตัว แต่ผู้ป่วยประสงค์กลับ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ และการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเนื่องจากยังไม่ดีขึ้น ทำให้มีการทบทวนและดำเนินการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ มีการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง โดยให้อนุสังเกตอาการต่อเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยว่าทุเลาลงแล้ว จึงให้กลับบ้านได้ ถ้าอาการไม่ทุเลาลงให้อนุโรงพยาบาลเพื่อตรวจรักษาเพิ่มเติม ให้ความรู้ในเรื่องโรคของผู้ป่วย และ reassure ว่าอาการของโรคและระยะเวลาอาการจะทุเลาลง การดูแลตนเองและหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการโรคเป็นมากขึ้น การรับประทานยาที่ถูกต้องให้ผลลัพธ์ ที่ได้ อยู่ในระดับที่ ไม่เกินเป้าหมายที่วางไว้</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	0.51	2.0																	
2564	0.49	2.0																	
2565	1.27	2.0																	
2566	0.41	2.0																	
2567	0.70	2.0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดงกราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละของ Re-admission ด้วยโรคเดิม เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 2</p>  <table border="1" data-bbox="248 448 943 831"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงร้อยละของ Re-admission ด้วยโรคเดิม</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>1.09</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1.11</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>1.18</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>1.45</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>1.66</td> <td>2.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน	เป้าหมาย	2563	1.09	2.0	2564	1.11	2.0	2565	1.18	2.0	2566	1.45	2.0	2567	1.66	2.0	<p>จากกราฟร้อยละของ Re- admission ด้วยโรคเดิม เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 2 พบว่าในปี 2563, 3564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 1.09, 1.11, 1.18, 1.45 และ 1.66 ตามลำดับ อัตรา Readmit ด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวน พบว่า 5 อันดับโรคที่พบมากที่สุด คือ Pneumonia ซึ่งพบว่าเป็นพบในกลุ่ม ผู้ป่วย COPD มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง รองลงมาคือ Congestive heart failure เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค มีภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่นภาวะ น้ำเกิน Essential (primahypertension สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิต เมื่อมาFolow up ตามแพทย์นัดยังคงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แพทย์จำเป็นต้อง admit เพื่อปรับแผนการรักษา ทางคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญการพัฒนา การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ลงเยี่ยมบ้านในกลุ่มที่ Re-admit เพื่อเสริมพลัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการดูแลในระบบ Case manager พัฒนาคลินิก COPD จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง,เพิ่มอัตราการใช้ inhaled corticosteroid ประเมินการ ฟันยาโดยเภสัชกรทุกราย, ประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ ประเมิน 6 minute walk ปีละ 1 ครั้ง</p>
ปี	ผลงาน	เป้าหมาย																	
2563	1.09	2.0																	
2564	1.11	2.0																	
2565	1.18	2.0																	
2566	1.45	2.0																	
2567	1.66	2.0																	

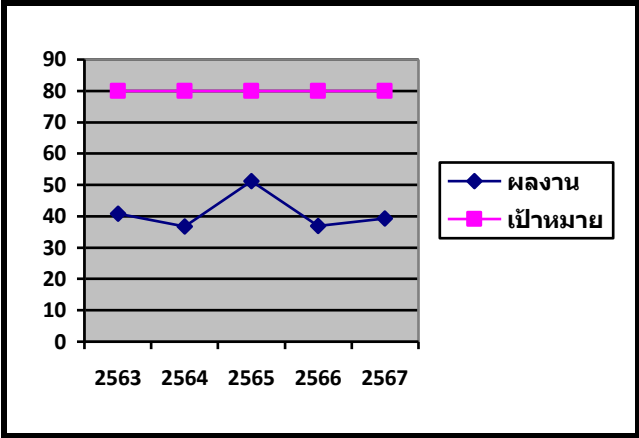
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<b>84 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]</b>						
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมาย</b>	<b>ปี2563</b>	<b>ปี2564</b>	<b>ปี2565</b>	<b>ปี2566</b>	<b>ปี2567</b>
ร้อยละของผู้ป่วย emergency ที่มาด้วย EMS	> 24	Na Covid-19	28.52	26.92	24.49	20.25
ร้อยละผู้ป่วย Stroke Onset to hospital ภายใน 2 ชม.	≥ 80	40.24	36.11	51.47	36.13	39.29
ร้อยละผู้ป่วย STEMI Onset to hospital ภายใน 2ชม.	≥ 70	53.33	47.92	72	95	57.69
อัตราการล้างไตโดยวิธี CAPD	> 50	NA	NA	100	100	100
อัตราการล้างไตโดยวิธี Hemodialysis	> 50	NA	NA	100	100	100
อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด	≥ 70	100	100	100	100	100
การเข้าถึงบริการทันตกรรม		Na Covid-19	Na Covid-19	13.52	15.46	15.90

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>															
<p>ร้อยละของผู้ป่วย emergency ที่มาด้วย EMS เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 24</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละของผู้ป่วย emergency ที่มาด้วย EMS</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2564</td> <td>28.52</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>26.92</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>24.49</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>20.25</td> <td>24</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2564	28.52	24	2565	26.92	24	2566	24.49	24	2567	20.25	24	<p>จากกราฟร้อยละผู้ป่วย emergency ที่มาด้วย EMS เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 24 พบว่า ในปี 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 28.52, 26.92, 24.49 และ 20.25 ตามลำดับ :ซึ่ง ในปี 2567 ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน มาด้วย ระบบ EMS ลดลง แต่จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยถูกนำส่งด้วยรถยนต์ส่วนตัว หรือเพื่อนบ้านนำส่ง ทั้งนี้อาจมีความเสี่ยงต่อความล่าช้า ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที ปี 2568 มีแผนงานในการคืนข้อมูลให้กับ อบต. หน่วยกู้ชีพกู้ภัยทุกตำบล ให้ทราบข้อมูล และทำแผนร่วมกันในการประชาสัมพันธ์ ในเรื่องการรับรู้ถึงอาการ ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติที่ต้องใช้ระบบการแพทย์ ขั้นตอนการให้บริการ การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการใช้บริการกับไม่ใช้บริการ และ นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งควรมีการสร้างชุมชนสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และการเข้าถึงบริการ ให้มากยิ่งขึ้นต่อไป</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)														
2564	28.52	24														
2565	26.92	24														
2566	24.49	24														
2567	20.25	24														

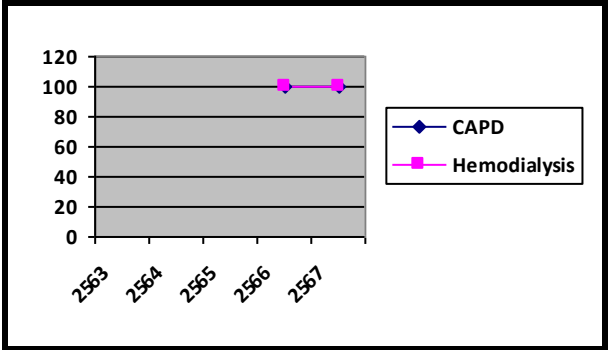
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละผู้ป่วย Stroke Onset to hospital ภายใน 2 ชม. เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 80</p>  <table border="1" data-bbox="277 467 913 906"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละผู้ป่วย Stroke Onset to hospital ภายใน 2 ชม.</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>40.9</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>36.77</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>51.14</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>36.84</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>39.29</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	40.9	80	2564	36.77	80	2565	51.14	80	2566	36.84	80	2567	39.29	80	<p>จากกราฟร้อยละผู้ป่วย Stroke Onset to hospital ภายใน 2 ชม. เป้าหมาย <math>\geq</math> 80% พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 40.9, 36.77, 51.14, 36.84 และ 39.29 ตามลำดับ ผลการดำเนินงานยังไม่ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย การเข้าถึงบริการของประชาชนจากการสอบถาม ผู้ป่วยและญาติ พบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะรู้ว่าตัวเองมีอาการ แต่ก็ไม่สามารถมา รพ. ได้ทันท่วงที เนื่องจากไม่สามารถติดต่อ หรือสื่อสารให้คนรอบคร้วทราบได้ และบางรายเลือกรับการรักษาที่หมอบ้าน หมอกระดูกในพื้นที่ก่อน เมื่อไม่หาย เป็นมากขึ้นถึงมา โรงพยาบาล ทำให้ต้องดำเนินการเชิงรุกมากขึ้น ทั้งในเรื่องการสร้าง HL ในชุมชนเอง และการสร้างเครือข่ายสุขภาพกับหมอบ้าน หรือหมอกระดูกในพื้นที่ ให้เข้าใจและสามารถประเมินอาการฉุกเฉินที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาลให้ทันเวลา และการพัฒนาระบบ EMS โดยประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สายด่วน 1669 เมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน ประชาสัมพันธ์โรคอาการและการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างต่อเนื่อง</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	40.9	80																	
2564	36.77	80																	
2565	51.14	80																	
2566	36.84	80																	
2567	39.29	80																	

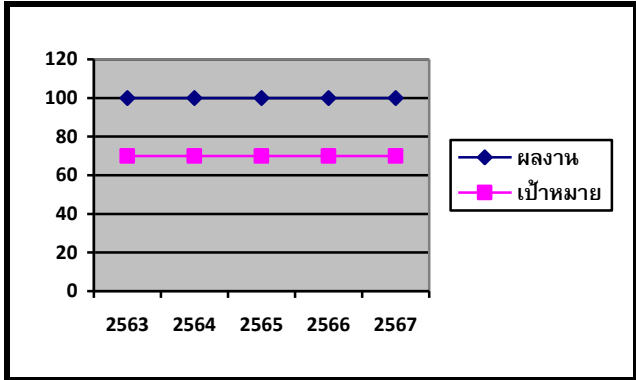
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละผู้ป่วย STEMI Onset to hospital ภายใน 2 ชม. เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 70</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละผู้ป่วย STEMI Onset to hospital ภายใน 2 ชม.</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>53.33</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>47.92</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>72</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>95</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>57.69</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	53.33	70	2564	47.92	70	2565	72	70	2566	95	70	2567	57.69	70	<p>จากกราฟร้อยละผู้ป่วย STEMI onset to hospital ภายใน 2 ชม. เป้าหมาย <math>\geq</math> 70% พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 53.33, 47.92, 72, 95 และ 57.69 ตามลำดับ จากการดำเนินงานเชิงรุก และการพัฒนาระบบ EMS โดยประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สายด่วน 1669 เมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน ประชาสัมพันธ์โรคอาการอย่างต่อเนื่อง ประชาชนมีความตระหนักและเข้าถึงบริการมากขึ้น ในปี 2564-2566 แต่ในปี 2567 อัตราการเข้าถึง STEMI Onset to hospital ภายใน 2 ชม. กลับลดน้อยลง จากการทบทวนเคสผู้ป่วย STEMI ที่มาไม่ทันทั้งหมดในปี 2567 ที่สอดคล้อง เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ข้างตามลำพัง ในช่วงเวลาที่มีอาการ ระยะเวลาจนกว่าบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านจะทราบและนำส่ง ทำให้รักษา ไม่ทัน golden period ในปี 2568 ทีมดูแลผู้ป่วยจึงจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว ลงเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และให้ความรู้ความเข้าใจในกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้าถึงการรักษาต่อไป เพิ่มการเข้าถึงในพื้นที่ห่างไกล ขยายระบบ EMS และ ศูนย์ PCI ให้ครอบคลุมพื้นที่ชนบท</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	53.33	70																	
2564	47.92	70																	
2565	72	70																	
2566	95	70																	
2567	57.69	70																	

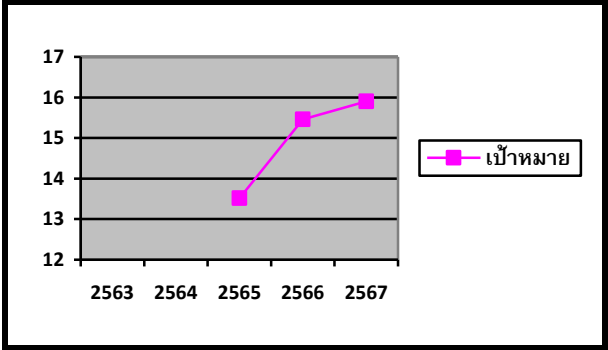
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการล้างไตโดยวิธี CAPD / Hemodialysis เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 50</p>  <table border="1" data-bbox="293 531 898 882"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงอัตราการล้างไต</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>CAPD (%)</th> <th>Hemodialysis (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	CAPD (%)	Hemodialysis (%)	2563	0	0	2564	0	0	2565	0	0	2566	100	100	2567	100	100	<p>จากกราฟ อัตราการล้างไตโดยวิธี CAPD / Hemodialysis เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 50 พบว่าในปี 2565, 2566, และ 2567 เท่ากับ ร้อยละ 100 ทั้ง 2 วิธี เนื่องจากตั้งแต่เปิดให้บริการการล้างไตโดยวิธี CAPD และ Hemodialysis ตั้งแต่ปลายปี 2565 จนถึงปัจจุบัน ผู้รับบริการล้างไตในพื้นที่เข้าถึงบริการทุกคน และสามารถให้บริการอำเภอข้างเคียงที่เลือกมาใช้บริการคลินิกล้างไตทั้งแบบมีอายุรแพทย์โรคไต และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านไตดูแล ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการล้างไตตามข้อบ่งชี้ของอายุรแพทย์โรคไต 53 ราย ล้างด้วยวิธี CAPD 3 ราย และ Hemodialysis 50 ราย ซึ่งเข้าถึงการรักษา ร้อยละ 100 ทั้ง 2 วิธี การวางแผนพัฒนาต่อไปในปี 2568 คือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไต โดยการลงเยี่ยมบ้าน จัดทำรายชื่อกลุ่มเปราะบาง เนื่องจากต้องมารับบริการบ่อย ช่วงสถานการณ์ภัยธรรมชาติ เช่นน้ำท่วม อาจประสบปัญหาการรักษาต่อเนื่องได้ การกำกับติดตามคุณภาพในการให้บริการเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อ</p>
ปี	CAPD (%)	Hemodialysis (%)																	
2563	0	0																	
2564	0	0																	
2565	0	0																	
2566	100	100																	
2567	100	100																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 70</p>  <table border="1" data-bbox="280 494 913 874"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	100	70	2564	100	70	2565	100	70	2566	100	70	2567	100	70	<p>จากการกราฟอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 70 พบว่า ในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ ร้อยละ 100 ในทุกปีงบประมาณ เนื่องจากการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ตำบลเจ๊ะเห สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ 100 % โดยมีช่องทางในการดูแลทั้งผู้ซัสาร ผู้เสพ และผู้ติด โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นผู้ป่วยนอกในคลินิกเมทาโดน การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด และการบำบัดแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมีนินทรีย์รักษา ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ครบตามเป้าหมาย มาจาก 1) มีคณะกรรมการและคณะทำงานช่วยเหลือยาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติดของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม และคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอตากใบ โดยมีภาคส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเป็นคณะทำงานซึ่งมีแผนงานการคัดกรอง X-ray พื้นที่เป้าหมายอย่างครอบคลุมและส่งต่อเพื่อประเมินคัดกรองแยกประเภทการเสพติด 2) โรงพยาบาลตากใบมีศักยภาพในการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยมีจิตแพทย์ แพทย์อนุมติบัตรสาขาเสพติด พยาบาลปริญญาโทจิตเวชยาเสพติด พยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ ส่งผลให้มีบุคลากรที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ติดยาเสพติด 3) การเปิดระบบบริการที่ครอบคลุมการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพได้แก่ คลินิกเฟื่องฟ้า คลินิกจิตแพทย์ คลินิกเมทาโดน คลินิกจิตสังคมบำบัด หอผู้ป่วยมีนินทรีย์รักษา และชุมชน CBTx ล้อมรั้ว บ้านท่าแพรก 4) มีภาคประชาสังคมได้แก่กลุ่มญาติล้นบาบรู ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาเป็นเครือข่ายบูรณาการทำงานร่วมกัน</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	100	70																	
2564	100	70																	
2565	100	70																	
2566	100	70																	
2567	100	70																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>การเข้าถึงบริการทันตกรรม</p>  <table border="1" data-bbox="293 496 898 847"> <caption>การเข้าถึงบริการทันตกรรม</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ค่า</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>13.52</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>15.46</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>15.90</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>15.90</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>15.90</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ค่า	2563	13.52	2564	15.46	2565	15.90	2566	15.90	2567	15.90	<p>จากกราฟการเข้าถึงบริการทันตกรรม พบว่าในปี 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 13.52, 15.46, 15.90 ตามลำดับ เนื่องจากภายหลังสถานการณ์ โควิด19 งานทันตกรรมได้พัฒนาคลินิกบริการ เพิ่มการเข้าถึงให้มากขึ้น จากเดิมเป็นวิธีการ walk in เข้ามารับคิวในตอนเช้าวันนั้น ๆ และการโทรจองนัดหมายล่วงหน้า ปัจจุบันมีการปรับระบบเข้ารับบริการ OPD ทันตกรรมทั่วไป เป็นการจองล่วงหน้าผ่านระบบพร้อม โดยจะเปิดให้จองคิวเวลา 15.00 น. ของวันทำการก่อนหน้า เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการทันตกรรมอย่างทั่วถึง และเพิ่มความพึงพอใจให้ผู้รับบริการทันตกรรม แต่กรณีผู้สูงอายุ จุกเดิน รับ consult จะสามารถ walk in ได้โดยไม่ต้องจองคิวล่วงหน้า และในปีงบประมาณ 2568 คือเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มในอำเภอตากใบทราบที่สามารถจองคิวล่วงหน้าเพื่อรับบริการทันตกรรมทั่วไปในเวลาราชการผ่านระบบพร้อมได้ และเพิ่มการดำเนินการเชิงรุกในกลุ่มเด็กวัยเรียนโดยทันตบุคลากรดำเนินการตรวจช่องปากแล้วคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากให้แก่ครูและผู้ปกครอง และออกไปส่งตัวให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานวัยเรียนเข้ารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล โดยไม่ต้องจองคิวรับบริการทันตกรรมด้วยตนเอง</p>
ปี	ค่า												
2563	13.52												
2564	15.46												
2565	15.90												
2566	15.90												
2567	15.90												

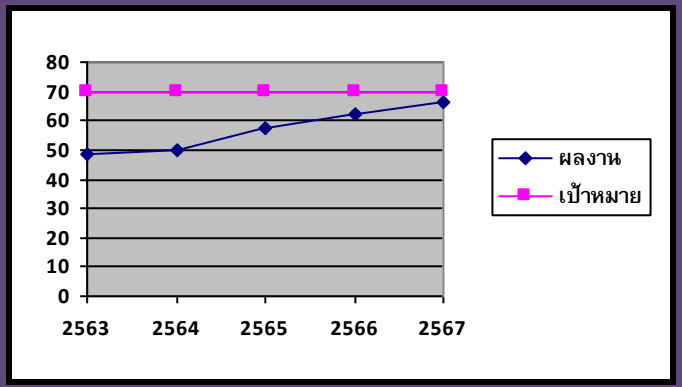
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

85 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วางแผน จำหน่ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน - ทีมเยี่ยมบ้าน - รพ.สต./ PCU	≥ 80	94.26 92.8	78.42 65.73	80.2 81.92	83.50 81.07	80.3 81.7
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	> 70	48.50	49.98	57.64	61.95	66.31
อัตราขาดนัดของผู้ป่วยเบาหวาน	< 10	3.7	8.56	7.98	9.58	12.70
ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องมีคะแนน BI เพิ่มขึ้น/คงที่หลังกลับบ้าน 1 เดือน	80%	Covid	86	82.4	84.5	83.5
ร้อยละผู้ป่วย Palliative ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	100	100	80.58	95.45	100	100
ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (เฉพาะสมัครใจ) retention rate	80	90.2	94.21	96.7	97.56	97.33

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

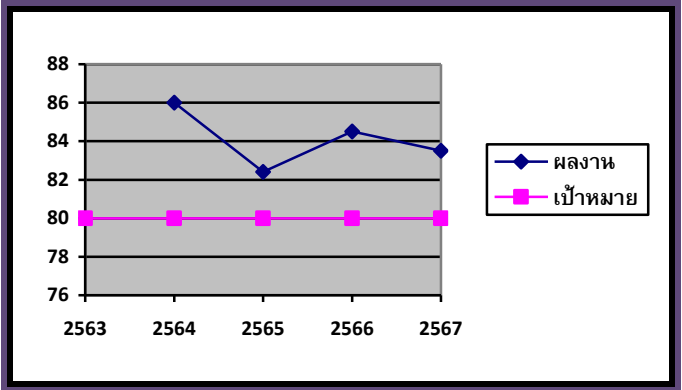
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วางแผนจำหน่ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้าน รพ.สต./ PCU เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 80</p> <table border="1"> <caption>Data for Home Care Continuation Graph</caption> <thead> <tr> <th>ปี (Year)</th> <th>ทีมเยี่ยมบ้าน (%)</th> <th>รพ.สต./PCU (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>~95</td> <td>~95</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>~80</td> <td>~65</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>~85</td> <td>~80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>~85</td> <td>~80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>~80</td> <td>~80</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี (Year)	ทีมเยี่ยมบ้าน (%)	รพ.สต./PCU (%)	เป้าหมาย (%)	2563	~95	~95	80	2564	~80	~65	80	2565	~85	~80	80	2566	~85	~80	80	2567	~80	~80	80	<p>จากกราฟร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วางแผนจำหน่ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้านเขต รพ. และทีมเยี่ยมบ้านรพ.สต./ PCU โดยเป้าหมายอยู่ที่ <math>\geq</math> ร้อยละ 80 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 94.26/92.8, 78.42/65.73, 80.2/81.92, 83.50/81.07 และ 80.3/81.7 ตามลำดับ จากกราฟจะเห็นว่าปี 2564 ร้อยละการเยี่ยมบ้านของทีมเยี่ยมบ้านทีมรพ.สต.และPCU ลดลงเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค Covid - 19 ทำให้การปฏิบัติงานของทีมเยี่ยมบ้านอาจจะต้องไม่ได้ดำเนินงานในบางพื้นที่ หลังจากสถานการณ์ Covid - 19 ได้คลี่คลายลง การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วางแผนจำหน่ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้าน รพ.สต./ PCU มีการดำเนินงานตามแผนที่ได้วางไว้อย่างต่อเนื่องในปี 2565, 2566 และ 2567 พบว่าผลการดำเนินงานมากกว่า ค่าเป้าหมายที่วางไว้ ทั้งนี้เพราะมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งเครือข่าย ทั้งใน รพ. และชุมชน ใช้สารสนเทศเป็นเครื่องมือในการประสานติดตามผ่านแอป HHC ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในพื้นที่ กำกับติดตาม ผ่านคณะกรรมการคปสอ.ตากใบ</p>
ปี (Year)	ทีมเยี่ยมบ้าน (%)	รพ.สต./PCU (%)	เป้าหมาย (%)																						
2563	~95	~95	80																						
2564	~80	~65	80																						
2565	~85	~80	80																						
2566	~85	~80	80																						
2567	~80	~80	80																						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

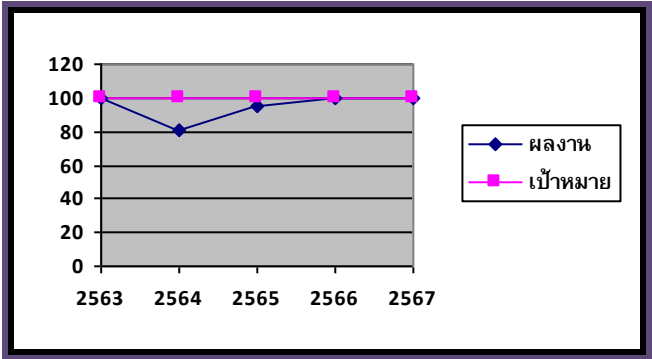
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 70</p>  <table border="1" data-bbox="257 582 936 970"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>48.5</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>49.98</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>57.64</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>61.95</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>66.31</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	48.5	70	2564	49.98	70	2565	57.64	70	2566	61.95	70	2567	66.31	70	<p>จากกราฟ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เป้าหมาย &gt; 70 % พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 48.5, 49.98, 57.64, 61.95 และ 66.31 ตามลำดับ ภาพรวมการตรวจคัดกรอง HBA1C มีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมี แนวทางการดูแลโดยมีการตรวจคัดกรอง HBA1C อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง โดยดึงรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานจากระบบHos-xp และผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนตามเขตพื้นที่ทั้ง รพ. และรพ.สต. แต่การคัดกรองยังไม่ครบถ้วน จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลพบว่า ข้อมูลตัวชี้วัดนี้ดึงมาจาก HDC กับรายชื่อผู้ป่วยไม่ตรงกัน ฐานข้อมูลมากกว่าที่เป็นจริง แนวทางแก้ไข ประสานยอดจากงานIT และดึงข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่จริง แยกตามพื้นที่และมาติดตามคัดกรองรายบุคคล ส่งผลให้แนวโน้มในการคัดกรองเพิ่มมากขึ้น และตรงกับฐานข้อมูล คาดว่าในปีงบประมาณ 2568 จะสามารถทำให้ผ่านเกณฑ์ได้</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	48.5	70																	
2564	49.98	70																	
2565	57.64	70																	
2566	61.95	70																	
2567	66.31	70																	

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการนัดของผู้ป่วยเบาหวาน เป้าหมาย &lt; ร้อยละ 10</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการนัดของผู้ป่วยเบาหวาน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>4</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>8</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>13</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	4	10	2564	9	10	2565	8	10	2566	10	10	2567	13	10	<p>จากกราฟอัตราการนัดของผู้ป่วยเบาหวาน เป้าหมาย &lt; ร้อยละ 10 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 3.7, 8.56, 7.98, 9.58 และ 12.70 ตามลำดับ จากการทบทวนจะเห็นได้ว่าในปี 2566 อัตราการขาดนัดเริ่มสูงขึ้น และในปี 2567 อัตราการขาดนัด เพิ่มขึ้นถึง 12.70 แต่เมื่อมาทบทวนพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองและไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพ ทำให้ทานยาไม่สม่ำเสมอ ยายังไม่หมดเลยไม่ไปตามนัด หรือบางคนไม่สะดวกมาในวันนัด อาจจะมีการงานหรือไม่มีคิณพามาโรงพยาบาล แนวทางพัฒนาในปี 2568 จะแยกกลุ่มผู้ป่วยขาดนัด เป็นกลุ่มที่ควบคุมโรคได้หรือไม่ และสื่อสารถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด สอบถามช่วงเวลาที่เหมาะสมและช่องทางการรักษาเช่น ปรึกษาใกล้บ้านที่รพ.สต Telemedicine Health station หรือบางรายสามารถมารับยาในคลินิกนอกเวลา ในวันหยุดราชการ ดึงข้อมูลผู้ป่วยที่นัดวันรุ่งขึ้นและโทรแจ้งเตือนผู้ป่วยล่วงหน้า และถ้าผู้ป่วยไม่มาในวันนัดโทรติดตามทันทีและนัดวันที่ผู้ป่วยสะดวก ตลอดจนจัดระบบบริการโดยจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอย</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	4	10																	
2564	9	10																	
2565	8	10																	
2566	10	10																	
2567	13	10																	

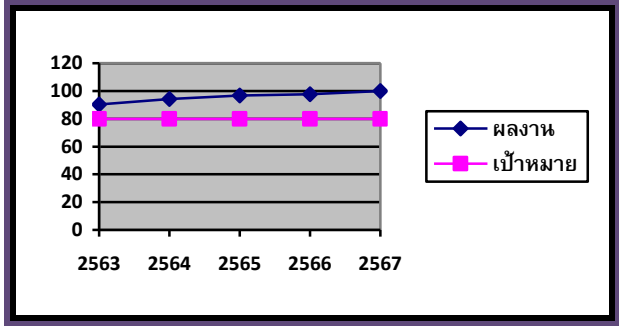
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องมีคะแนน BI เพิ่มขึ้น/คงที่ หลังกลับบ้าน 1 เดือน เป้าหมาย ร้อยละ 80</p>  <table border="1" data-bbox="257 534 936 925"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงคะแนน BI ของผู้ป่วย IMC</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (BI)</th> <th>เป้าหมาย (BI)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>86</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>82.4</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>84.5</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>83.5</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (BI)	เป้าหมาย (BI)	2563	80	80	2564	86	80	2565	82.4	80	2566	84.5	80	2567	83.5	80	<p>จากกราฟร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องมีคะแนน BI เพิ่มขึ้น/คงที่หลังกลับบ้าน 1 เดือน เป้าหมาย ร้อยละ 80 พบว่าในปี 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 86, 82.4, 84.5 และ 83.5 ตามลำดับ จากผลการประเมินผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าผลของระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้ Bathing Index ในผู้ป่วย IMC หลังจากได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องนั้น มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้เพราะทีมกายภาพมีการออกให้บริการผู้ป่วย IMC ทุกวันพุธ โดยมีทีมสหวิชาชีพ อาทิเช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด และทีมสหวิชาชีพให้บริการร่วมกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ลงติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งแพทย์จะทำหน้าที่ประเมินตรวจร่างกายทั่วไป ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาตามที่สั่ง ส่วนนักกายภาพบำบัดจะมีการฝึกการเคลื่อนไหว โดยการออกกำลังกายแบบ Active exercise ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และสอน Passive exercise กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองให้กับญาติผู้ดูแล ฝึกการทรงตัว การยืน เดินตามโปรแกรม รวมไปถึงการสอนการทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ เช่น การใส่เสื้อ การหยิบของ เป็นต้น การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การกระตุ้นการกลืนและการนวดกดจุดโดยแพทย์แผนไทย พบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง อาทิเช่น สามารถใส่เสื้อเอง สามารถหยิบจับแก้วน้ำ ทานข้าวเอง สามารถยืนเดินภายในบ้าน เดินเข้าห้องน้ำเองโดยใช้เท้า รวมถึงทางทีมได้มีการลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน IMC ติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกเดือน เพื่อสอนออกกำลังกายตามโปรแกรมให้กับผู้ป่วย สอนญาติและผู้ดูแลในการออกกำลังกายบางท่าที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ โดยจะติดตามโปรแกรมทุกเดือน มีการทำแผนพบให้ความรู้ ทำออกกำลังกายต่าง ๆ วิธีการดูแลผู้ป่วยแจกเพื่อความเข้าใจให้มากขึ้น จึงทำให้การพัฒนาการดีขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างเห็นได้ชัด</p>
ปี	ผลงาน (BI)	เป้าหมาย (BI)																	
2563	80	80																	
2564	86	80																	
2565	82.4	80																	
2566	84.5	80																	
2567	83.5	80																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละผู้ป่วยPalliativeที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เป้าหมายร้อยละ 100</p>  <table border="1" data-bbox="271 580 920 940"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละผู้ป่วย Palliative ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>80.58</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>95.45</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	100	100	2564	80.58	100	2565	95.45	100	2566	100	100	2567	100	100	<p>จากกราฟร้อยละผู้ป่วยPalliativeที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เป้าหมายร้อยละ 100 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 100, 80.58, 95.45, 100 และ 100 ตามลำดับ เนื่องจากโรงพยาบาลมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการติดตามผู้ป่วยPalliative ร่วมกับเครือข่ายอีกทั้งยังเป็นสถานที่ฝึกงานร่วมของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งเป็นหนึ่งในรายวิชาที่ต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากกราฟจะเห็นได้ว่าในปี 2564 ไม่ได้ตามเป้าหมายเนื่องจากสถานการณ์โควิดและเมื่อ ปี 2564 เป็นต้นไป ได้เพิ่มช่องทางการเข้าถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น ไลน์ อสม. รพสต. ประชาสัมพันธ์การรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายได้ทำ advance care plan ทุกๆราย</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	100	100																	
2564	80.58	100																	
2565	95.45	100																	
2566	100	100																	
2567	100	100																	

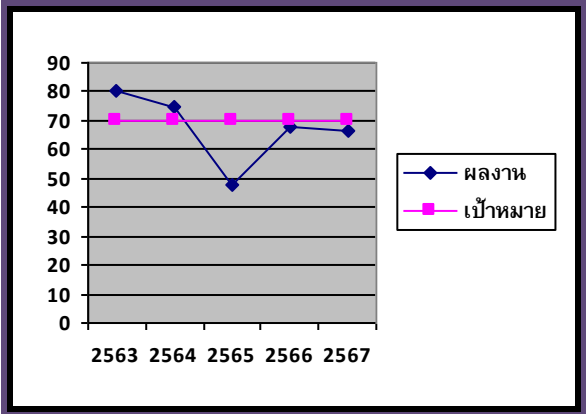
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ดากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะสมัครใจ) retention rate เป้าหมาย ร้อยละ 80</p>  <table border="1" data-bbox="286 632 902 959"> <caption>Data for Retention Rate Graph</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Actual Performance (ผลงาน)</th> <th>Target (เป้าหมาย)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>90.2</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>94.21</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>96.7</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>97.56</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>97.33</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	Year	Actual Performance (ผลงาน)	Target (เป้าหมาย)	2563	90.2	80	2564	94.21	80	2565	96.7	80	2566	97.56	80	2567	97.33	80	<p>จากกราฟผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะสมัครใจ) retention rate เป้าหมาย ร้อยละ 80 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 90.2, 94.21, 96.7, 97.56 และ 97.33 ตามลำดับ เนื่องจากอัตราคงอยู่ในการติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังการบำบัดรักษาในระยะเวลา 1 ปี (Retention rate) กลุ่มเป้าหมายการติดตามหลังจำหน่ายครบ 1 ปี ในปี 2567 มีจำนวน 75 คน พบว่าอัตราคงอยู่ในการติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังการบำบัดรักษาในระยะเวลา 1 ปี (Retention rate) จำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.33 ผู้บำบัดสามารถอยู่ในระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังการบำบัดรักษาในระยะเวลา 1 ปี โดยสามารถคงอยู่ในระบบการติดตาม เนื่องจากมีการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบระยะกลาง Intermediate Care “ผู้บำบัดเข้าถึงเร็วไว บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คืนคนใหม่ให้ชุมชนและครอบครัว” ซึ่งรูปแบบจัดกิจกรรมเป็นตารางเวลากิจกรรม รูปแบบสัปดาห์ที่ส่งเสริมให้ผู้บำบัดได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ควบคู่กับการรักษาด้วยยา และมีการใช้แบบประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจเป็นรายบุคคล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และผู้ช่วยเหลือคนใช้ กิจกรรมการแก้ปัญหาอย่างชาญฉลาด การจัดการกับความรู้สึกอับอายและตัวกระตุ้น กิจกรรมกลุ่มครอบครัวบำบัด ศาสนบำบัด และอาชีพบำบัด ส่งผลให้เมื่อผู้บำบัดกลับไปสู่ครอบครัวและชุมชนสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ผู้บำบัดสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน CBTx ล้อมรั้วฯ ทำให้อัตราการเข้าถึงการรักษา และคงอยู่ในระบบติดตามสูง และผ่านเกณฑ์ที่กำหนดของทรวงที่ร้อยละ 30</p>
Year	Actual Performance (ผลงาน)	Target (เป้าหมาย)																	
2563	90.2	80																	
2564	94.21	80																	
2565	96.7	80																	
2566	97.56	80																	
2567	97.33	80																	

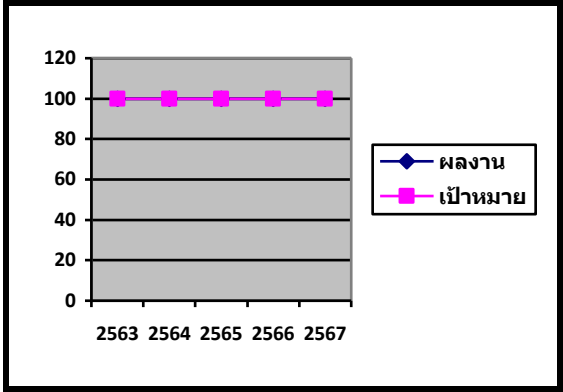
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

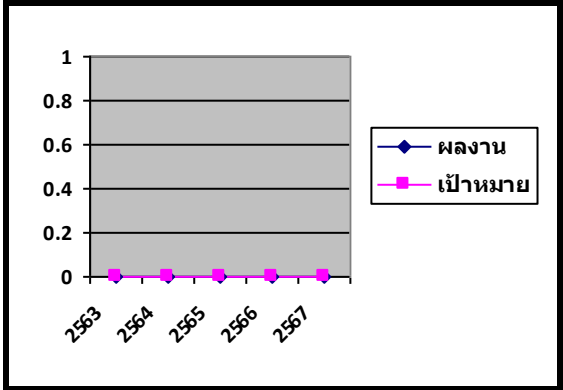
86 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ [IV-1, III-2, 3, 4] ** (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และeffectiveness)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการวินิจฉัยและมีข้อบ่งชี้ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที	≥ 70%	80	75	48	68.18	66.66
อัตราผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย sepsis / septic shock	100	100	100	100	100	100
อัตราการเสียชีวิตจาก Septic shock	0	0	0	0	0	0
ร้อยละการชะลอความเสื่อมของไตมีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/ 1.73m <sup>2</sup> / year	> 66	N/A	N/A	62.08	59.96	66.72
อัตราการเกิด rupture appendicitis	< 5	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์การเกิด BA นาทีที่ 5	ไม่เกิน 5/พัน การเกิดมีชีพ	1.71 (1ราย)	0 (0 ราย)	2.03 (1ราย)	4.05 (2ราย)	11.74 (5ราย)
อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค	≥ 85	94	100	100	83.3	92.8

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

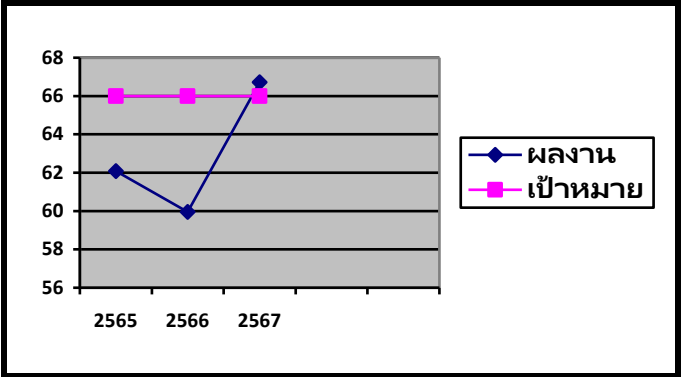
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการวินิจฉัยและมีข้อบ่งชี้ให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 70</p>  <table border="1" data-bbox="304 568 887 983"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการวินิจฉัยและมีข้อบ่งชี้ให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>80</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>75</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>48</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>70</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>68</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	80	70	2564	75	70	2565	48	70	2566	70	70	2567	68	70	<p>จากกราฟร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการวินิจฉัยและมีข้อบ่งชี้ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 70 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 80, 75, 48, 68.17, 66.66 ตามลำดับ ซึ่งจากการพัฒนาแนวทาง CPG ในผู้ป่วย STEMI ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ในปี 2567 ผลการดำเนินงานลดลงกว่าในปี 2566 ซึ่งได้ทบทวนเคสทั้งหมดในปีงบประมาณ 2567 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ต้องให้การช่วยเหลือขั้นต้น แก้ไขภาวะวิกฤติ ในหอผู้ป่วยไม่มีการสำรองยา SK และขาดความชำนาญในการบริหารยาให้เกิดความล่าช้าสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป คือการพัฒนาสมรรถนะ การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติทุกคน และเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวน 5 รายที่ได้รับการทำ PCI ทันที เนื่องจากจังหวัดนราธิวาสได้มีศูนย์ PCI แล้วทำให้ตัวเลขการได้ยาละลายลิ่มเลือดลดลง อย่างไรก็ตามไม่พบผู้เสียชีวิตจาก STEMI ในปี 2568</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	80	70																	
2564	75	70																	
2565	48	70																	
2566	70	70																	
2567	68	70																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

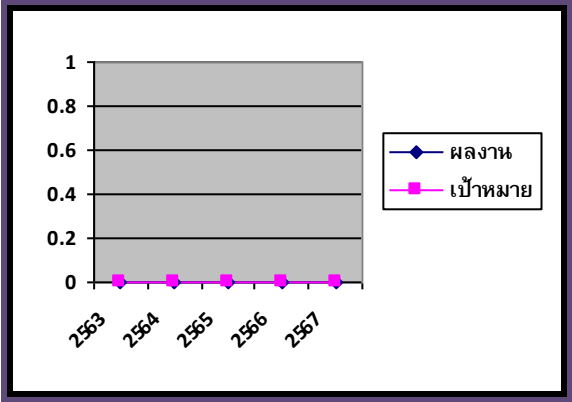
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย sepsis / septic shock เป้าหมาย ร้อยละ 100</p>  <table border="1" data-bbox="315 534 875 927"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	100	100	2564	100	100	2565	100	100	2566	100	100	2567	100	100	<p>จากกราฟอัตราผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย sepsis / septic shock เป้าหมาย ร้อยละ 100 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับร้อยละ 100 ทุกปีงบประมาณ จากการดำเนินงานพบว่าอัตราได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย sepsis/septic shock ในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งได้ปฏิบัติตาม Guideline ของเครือข่ายจังหวัด ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เข้าข่าย SIRS ได้รับยา Antibiotic ทันทีที่มีการสงสัยว่าร่างกายเริ่มมีอาการอักเสบ แต่ยังไม่ทราบตำแหน่งของการติดเชื้อหรือเป็นเชื้อกลุ่มไหน ทำให้โอกาสการรอดตายสูงมากขึ้นจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการปฏิบัติงานคิดเป็นร้อยละ 100 ตลอด 5 ปี จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยมีอาการไข้สูง สามารถบอกตำแหน่งที่ปวด หรือตำแหน่งที่มีการสงสัยว่ามีการอักเสบได้ทำให้โอกาสที่ sever ลดลงอย่างชัดเจน ทบทวนในเรื่องของการปรับเปลี่ยนยา Antibiotic และนำมาใช้อย่างสมเหตุสมผล ทบทวนการประเมิน SIRS โดยเริ่มใช้ตั้งแต่จุดแรกรับผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน และอบรมให้ความรู้ในเรื่องของการประเมิน SIRS และการนำไปสู่การรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา แผนเพื่อการพัฒนาต่อไปคือส่งเสริมให้ชุมชนมีอาการเข้าถึงการรักษาได้เริ่มโยการให้ความรู้ อสม. เจ้าหน้าที่รพ.สต. ในเครือข่ายอบรมฟื้นฟูศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยเพื่อลดการเกิด server sepsis</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	100	100																	
2564	100	100																	
2565	100	100																	
2566	100	100																	
2567	100	100																	

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการเสียชีวิตจาก Septic shock เป้าหมาย 0%</p>  <table border="1" data-bbox="315 611 875 1002"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการเสียชีวิตจาก Septic shock</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	0	0	2564	0	0	2565	0	0	2566	0	0	2567	0	0	<p>จากกราฟอัตราการเสียชีวิตจาก Septic shock เป้าหมาย 0% พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Septic shock ตลอดระยะเวลา 5 ปี แผนเพื่อการพัฒนาต่อไปคือการส่งเสริมให้ชุมชนทราบถึงอาการ การเข้าถึงการรักษาโดยเริ่มจากการให้ความรู้ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเครือข่าย อบรมฟื้นฟูศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย เพื่อลดการเกิด severe sepsis และลดอัตราการตายของ septic shock ได้</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	0	0																	
2564	0	0																	
2565	0	0																	
2566	0	0																	
2567	0	0																	

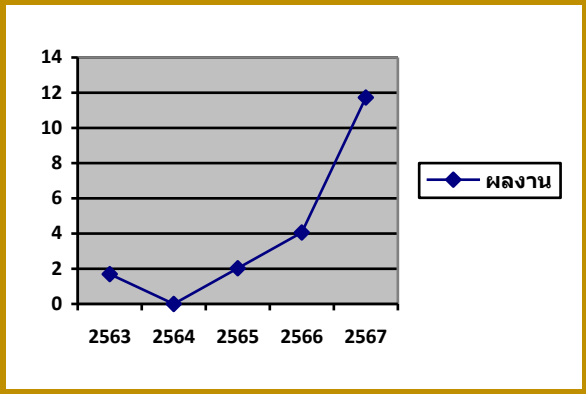
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

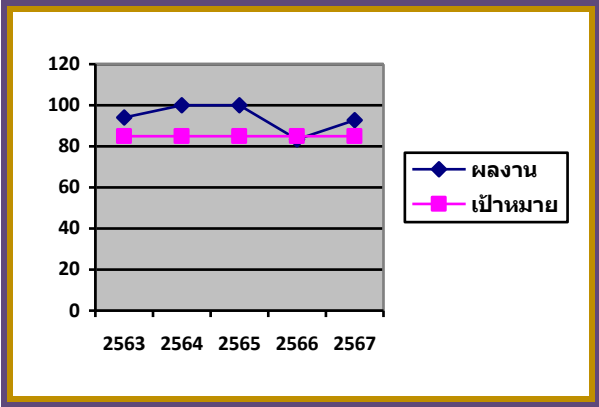
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>ร้อยละการชะลอความเสื่อมของไตมีอัตราการลดลงของ eGFR &lt; 5 ml/min/ 1.73m<sup>2</sup>/ year เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 66</p>  <table border="1" data-bbox="257 534 936 912"> <caption>Data for eGFR Decline Rate Graph</caption> <thead> <tr> <th>ปี (Year)</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2565</td> <td>62</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>60</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>67</td> <td>66</td> </tr> </tbody> </table>	ปี (Year)	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2565	62	66	2566	60	66	2567	67	66	<p>จากกราฟร้อยละการชะลอความเสื่อมของไตมีอัตราการลดลงของ eGFR &lt; 5 ml/min/ 1.73m<sup>2</sup>/ year เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 66 พบว่าในปี 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 62.08, 59.96, และ 66.72 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในปี 2567 เนื่องจากคลินิกไตวายเรื้อรังบูรณาการร่วมกับคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูงซึ่งมีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก พบผู้รับบริการมีอัตราการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้น จึงได้พิจารณาร่วมกับแพทย์ประจำคลินิกล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) จัดให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (CKD clinic) ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 โดยจัดให้ผู้รับบริการที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 44 mL/min/1.73m<sup>2</sup> เข้ามารับบริการคลินิกล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ทุกวันพุธ เวลา 08.30-12.00น.โดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ มีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นจากปี 2565 - 2567 จำนวน 12 ราย 36 ราย และเป็น 58 รายตามลำดับ จากการทบทวนพบว่ายังมีผู้รับบริการที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 44 mL/min/1.73m<sup>2</sup> ยังเข้ามารับบริการในคลินิกชะลอความเสื่อมของไตยังไม่ครอบคลุมมีผู้รับบริการที่อยู่ในระดับปฐมภูมิ มีการให้บริการที่ยังไม่เป็น One stop service แผนพัฒนา 1) การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อม โดยมีคัดกรองโรคไตเรื้อรังในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ครอบคลุม 2) นโยบายเชิงรุกในการจัดการโรคไตเรื้อรังระดับปฐมภูมิ มีเครือข่ายการทำงานในชุมชน 3) แพทย์ต้องวินิจฉัยโรคให้เป็นปัจจุบัน 4) จัดทำกราฟแสดงค่าไต ค่าผลเลือดในแต่ละ Visit ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบค่าไต ค่าผลเลือดของตนเอง 5) จัดทำ Pop up ในระบบ HosXE แจ้งเตือนขนาดยาที่เหมาะสมกับระยะไต 6) ให้ความรู้การควบคุมอาหารและการใช้ยากับผู้ป่วยและญาติ 7) พัฒนาระบบการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดูแลตนเองได้ 8) การติดตามการขาดนัดต่อเนื่อง 9) พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและการใช้ Data Exchange ในการติดตามผู้ป่วยและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน 10) สร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน</p>
ปี (Year)	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)											
2565	62	66											
2566	60	66											
2567	67	66											

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการเกิด rupture appendicitis เป้าหมาย &lt; ร้อยละ 5</p>  <table border="1" data-bbox="311 564 880 967"> <caption>Data for Rupture Appendicitis Incidence Rate</caption> <thead> <tr> <th>ปี (Year)</th> <th>ผลงาน (Actual Performance)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี (Year)	ผลงาน (Actual Performance)	เป้าหมาย (Target)	2563	0.0	0.0	2564	0.0	0.0	2565	0.0	0.0	2566	0.0	0.0	2567	0.0	0.0	<p>จากกราฟอัตราการเกิด rupture appendicitis เป้าหมาย &lt; ร้อยละ 5 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 ไม่พบการเกิด rupture appendicitis เนื่องจากโรงพยาบาลมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเพื่อป้องกันภาวะไส้ติ่งแตกโดยมีการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ได้นำแบบประเมิน Alvarado score มาใช้เพื่อใช้ประเมิน Symptoms, Signs, Laboratory test และได้มีการเปิดบริการห้องปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง เพื่อให้สามารถวินิจฉัยได้เร็วขึ้น และส่งต่อได้รวดเร็ว ส่งผลให้สามารถลดภาวะ ruptured appendicitis ได้</p>
ปี (Year)	ผลงาน (Actual Performance)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	0.0	0.0																	
2564	0.0	0.0																	
2565	0.0	0.0																	
2566	0.0	0.0																	
2567	0.0	0.0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

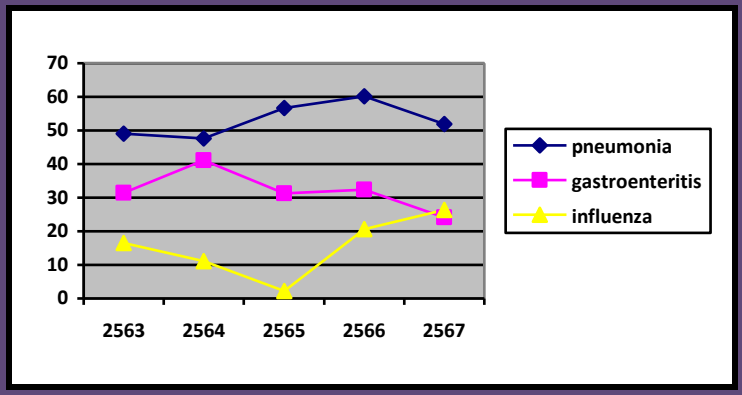
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>อุบัติการณ์การเกิด BA นานที่ 5 เป้าหมาย 5 ไม่เกิน 5/พันการเกิดมีชีพ</p>  <table border="1" data-bbox="304 564 887 959"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อุบัติการณ์การเกิด BA นานที่ 5</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (จำนวน BA นานที่ 5 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>1.71</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>2.03</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>4.05</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>11.74</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (จำนวน BA นานที่ 5 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)	2563	1.71	2564	0	2565	2.03	2566	4.05	2567	11.74	<p>จากกราฟอัตราการเกิด Birth Asphyxia นานที่ 5 เป้าหมาย 5 ไม่เกิน 5/พันการเกิดมีชีพ พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ ปี 2567 เท่ากับ 1.71, 0, 2.03, 4.05 และ 11.74 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2567 พบว่ามีการเกิด Birth Asphyxia นานที่ 5 จำนวน 5 ราย สาเหตุเกิดจากทารก Preturm ทารก cord พันคอ ทารกคลอดติดไหล่ซึ่งเกินเป้าหมายที่วางไว้ ทางทีมดูแลผู้ป่วยและทีม MCH ได้ร่วมทบทวนและหากระบวนการเพื่อเฝ้าระวังการเกิด BA โดยการเริ่มต้นจากการคัดกรองภาวะเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะ BA จาก ANC ที่คลินิกโรงพยาบาล และรพ.สต. การทำ NST ทุกราย หากพบผลผิดปกติแพทย์จะ consult สูติแพทย์ โรงพยาบาลแม่ข่าย ถ้าให้คลอดโรงพยาบาลตากใบ กรณีพบ Thick meconium ขณะคลอดกุมารแพทย์รอรับเด็ก ใช้ Early warning sign ในมารดาที่เสี่ยงต่อการคลอดทารก BA พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลทารกแรกคลอดที่เสี่ยงต่อภาวะ BA เพื่อให้มีการประเมินภาวะเสี่ยงได้รวดเร็ว ตลอดจนทักษะการ CPR ทารกแรกคลอดอย่างถูกต้อง อีกทั้งการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ยาให้มีความเพียงพอและพร้อมใช้เพื่อความปลอดภัยของทารก</p>
ปี	ผลงาน (จำนวน BA นานที่ 5 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)												
2563	1.71												
2564	0												
2565	2.03												
2566	4.05												
2567	11.74												

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 85</p>  <table border="1" data-bbox="297 592 893 1000"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>94</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>83.3</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>92.8</td> <td>85</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	94	85	2564	100	85	2565	100	85	2566	83.3	85	2567	92.8	85	<p>จากกราฟอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 85 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และปี 2567 เท่ากับร้อยละ 94, 100, 100, 83.3 และ 92.8 ตามลำดับ เห็นได้ว่าในปี 2566 ผลการดำเนินงานไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการดูแลเสียชีวิต 2 ราย ทำให้ผลการดำเนินงานในปี 2566 ลดลงต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้ อย่างไรก็ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยา การจัดทำ ADR Monitoring ตั้งแต่รับยา โดยโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยทุกวัน ถ้าผู้ป่วยแพ้ยาจะมีการทำ Re - challenge ยา จนกว่าผู้ป่วยสามารถกินได้ การให้ข้อมูลและการเสริมพลังกับผู้ป่วย และญาติ การติดตามผู้ป่วยมารับยาตามนัดโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ตลอดจนการให้ข้อมูล ผู้ดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาแบบ DOT ทำให้ทราบข้อมูลการรับประทานยาของผู้ป่วยทุกวัน และผู้ป่วยเองรู้สึกอบอุ่นใจในการที่มีคนในครอบครัวให้ความสนใจ มีการประชุม Dot Meeting สม่ำเสมอ ระหว่างโรงพยาบาลกับรพ.สต. การติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีการปรับระบบการติดตามโดยส่งต่อทีม HHC ของโรงพยาบาลติดตาม ส่งเสริมการลดการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัว โดยการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านทุกคน เป็นผลให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลตากใบได้รับรางวัลโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินงานวัณโรคตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติอย่างมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ระดับ A (90 คะแนน)</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	94	85																	
2564	100	85																	
2565	100	85																	
2566	83.3	85																	
2567	92.8	85																	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

87 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
***ร้อยละของผู้ป่วย Pneumonia ที่ได้รับการจัดสรรชดเชยค่าบริการไม่ต่ำกว่าต้นทุนการเบิกจ่าย / ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย Pneumonia	> 60	48.98	47.59	56.61	60.11	51.83
***ร้อยละของผู้ป่วย Gastroenteritis ที่ได้รับการจัดสรรชดเชยค่าบริการไม่ต่ำกว่าต้นทุนการเบิกจ่าย/ ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย Gastroenteritis	> 60	31.45	41.06	31.25	32.41	24.08
****ร้อยละของผู้ป่วย Influenza ที่ได้รับการจัดสรรชดเชยค่าบริการไม่ต่ำกว่าต้นทุนการเบิกจ่าย/ ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย Influenza	> 60	16.33	11.11	2.16	20.56	26.28
ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	> 90	Na	Na	88.52	94.62	94.94

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>ร้อยละของผู้ป่วย Pneumonia Gastroenteritis และ Influenza ที่ได้รับการจัดสรร ชุดเวชภัณฑ์บริการไม่ต่ำกว่าต้นทุนการเบิกจ่าย ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย Pneumonia, Gastroenteritis และ Influenza เป้าหมาย &gt; ร้อยละ60</p>  <table border="1" data-bbox="226 619 965 1015"> <caption>Data for Line Graph: Percentage of patients receiving allocated medical kits</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Pneumonia (%)</th> <th>Gastroenteritis (%)</th> <th>Influenza (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>48.98</td> <td>31.45</td> <td>16.33</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>47.59</td> <td>41.06</td> <td>11.11</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>56.61</td> <td>31.25</td> <td>2.16</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>60.11</td> <td>32.41</td> <td>20.56</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>51.83</td> <td>24.08</td> <td>26.28</td> </tr> </tbody> </table>	Year	Pneumonia (%)	Gastroenteritis (%)	Influenza (%)	2563	48.98	31.45	16.33	2564	47.59	41.06	11.11	2565	56.61	31.25	2.16	2566	60.11	32.41	20.56	2567	51.83	24.08	26.28	<p>จากกราฟร้อยละของผู้ป่วย Pneumonia, Gastroenteritis และ Influenza ที่ได้รับการจัดสรรชุดเวชภัณฑ์บริการไม่ต่ำกว่าต้นทุนการเบิกจ่าย เป้าหมาย &gt; ร้อยละ60 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 48.98/31.45/16.33, 47.59/41.06/11.11, 56.61/31.25/2.16, 60.11/32.41/20.56, 51.83/24.08/26.28 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินการ เพื่อการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในผู้ป่วยใน จากยอดโรคที่เข้าใช้บริการมากที่สุด 3 อันดับแรก พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดสรรชุดเวชภัณฑ์บริการไม่ต่ำกว่าต้นทุนการเบิกจ่าย โรค Pneumonia มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2566 คิดเป็นร้อยละ 48.98, 47.59, 56.61, 60.11 และปรับลดลงมาอยู่ที่ร้อยละ 51.83 ในปีงบประมาณ 2567 โรค Gastroenteritis ในปีงบประมาณ 2563 อยู่ที่ร้อยละ 31.45 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.06 ในปีงบประมาณ 2564 หลังจากนั้นเป็นต้นมา มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 - 2567 คิดเป็นร้อยละ 31.25, 32.41 และ 24.08 โรค Influenza ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 16.33, 11.11 และ 2.16 ก่อนที่ปรับตัวสูงขึ้นในปีงบประมาณ 2566-2567 คิดเป็นร้อยละ 20.56 และ 26.28</p> <p>ทั้งนี้ที่ผ่านมาทางโรงพยาบาลไม่ได้มีการวิเคราะห์เพื่อประเมินข้อมูลสถานการณ์การใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยรายโรค ในปีงบประมาณ 2568 มีแผนในการลดต้นทุนการดำเนินการ และการควบคุมการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยการทบทวนจำนวนวันนอนที่มีความเหมาะสม และการวิเคราะห์ต้นทุนค่าวัสดุที่ให้บริการกับผู้ป่วย</p>
Year	Pneumonia (%)	Gastroenteritis (%)	Influenza (%)																						
2563	48.98	31.45	16.33																						
2564	47.59	41.06	11.11																						
2565	56.61	31.25	2.16																						
2566	60.11	32.41	20.56																						
2567	51.83	24.08	26.28																						

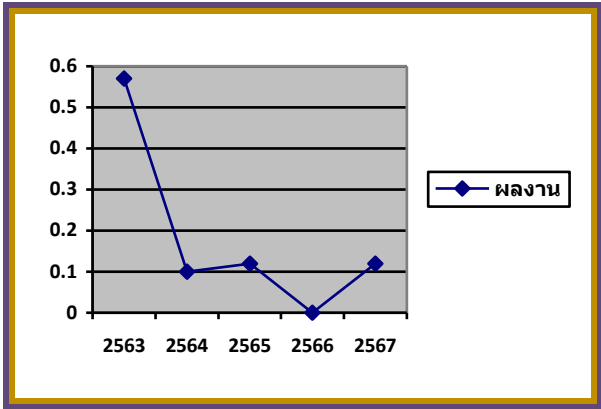
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 90</p> <table border="1"> <caption>Data for Drug Order Percentage Graph</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2565</td> <td>88.52</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>94.62</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>94.94</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2565	88.52	90	2566	94.62	90	2567	94.94	90	<p>จากกราฟร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 90 พบว่าในปี 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 88.52, 94.62, 94.94 ตามลำดับ จากการทบทวนค่าร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากปีงบประมาณ 2563 - 2564 ที่ผ่านมามีระบบส่งต่อผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อมารับยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นยาในกลุ่มที่แพทย์เฉพาะทางเป็นผู้สั่ง และมีรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นส่วนใหญ่ ต่อมาในปีงบประมาณ 2565 มีการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลชุมชนด้อยลง จนกระทั่งในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 มีการยกเลิกระบบส่งต่อผู้ป่วย ทำให้แพทย์สั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติน้อยลง มีการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีมาตรการในการดำเนินงานเพื่อให้มีความเหมาะสมในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลคือ 1) คณะกรรมการ PTC มีการทบทวนบัญชียาโรงพยาบาลให้อยู่ในสัดส่วน ED:NED 90:10 2) คณะกรรมการ PTC แจงองค์การแพทย์เรื่องแนวทางการเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลและการสั่งใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาล 3) ให้แพทย์ประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา (DUE)</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)											
2565	88.52	90											
2566	94.62	90											
2567	94.94	90											

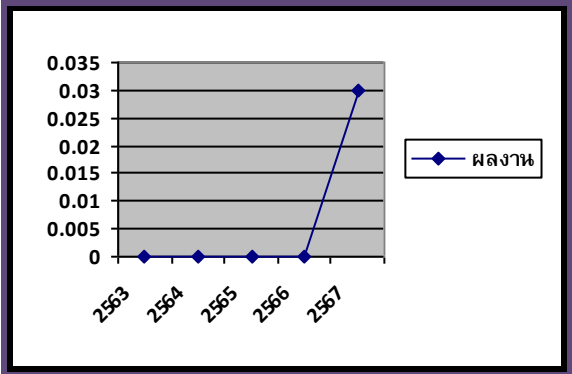
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) [IV-1, II-4]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (healthcare-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน*	≤ 1:1000	0.57	0.10	0.12	0	0.12
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days*	≤ 1:1000 วันคาสาย	0	0	0	0	0.03
ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	80 %	88.88	92.75	89.2	100	100
ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ	100 %	100	100	100	100	100
ร้อยละของการล้างมือตามหลัก My 5 Moment	≥ 80 %	91.25	93.25	91.2	92.6	96.84
การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ	≤ 2:1000	0.55	0	0	0.1	0.01

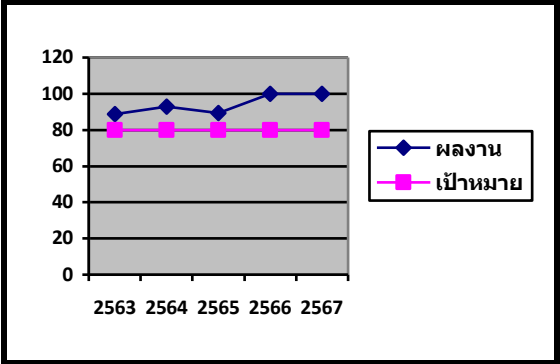
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

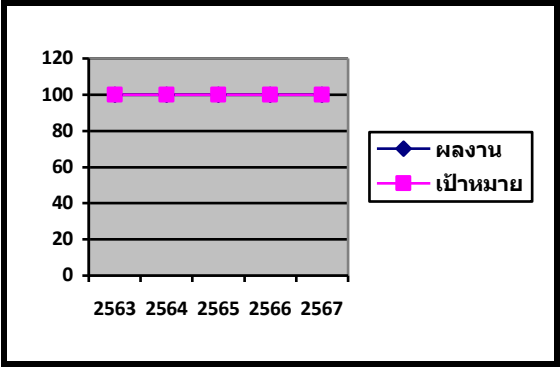
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>อัตราการติดเชื้อในรพ./1000 Patient day เป้าหมาย ≤ 1:1000</p>  <table border="1" data-bbox="295 512 893 922"> <caption>อัตราการติดเชื้อในรพ./1000 Patient day</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการติดเชื้อ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0.57</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.10</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.12</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0.12</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการติดเชื้อ	2563	0.57	2564	0.10	2565	0.12	2566	0	2567	0.12	<p>จากกราฟอัตราการติดเชื้อในรพ./1000 Patient day เป้าหมาย ≤ 1:1000 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0.57, 0.10, 0.12, 0, 0.12 ตามลำดับ จากกราฟพบว่าแนวโน้มที่ลดลง จากการทบทวนเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากการทบทวนพบสาเหตุว่าโซนแยกผู้ป่วยไม่เพียงพอ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีโรคประจำตัวที่ต้องเข้ารับการนอนรักษาเป็นระยะเวลานาน การมีเหตุการณ์ที่ต้องเพิ่มเติมมากขึ้น การไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากร การปนเปื้อนเชื้อในสิ่งแวดล้อมเตียงผู้ป่วย การล้างมือของบุคลากร ซึ่งเป็นปัญหาในการทำให้เกิดการติดเชื้อ แผนการพัฒนาต่อไปคือ การนิเทศติดตามหน้างานในการปฏิบัติตามแนวทางต่างๆ อบรมเพิ่มทักษะบุคลากรทางการแพทย์และพนักงานทำความสะอาดเพิ่มสมรรถนะ ICWN ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทบทวนแนวทางในทางการล้างมือ เพิ่มการประเมินการล้างมือทุกเดือน มีการจัดระบบ Home ward เข้ามาลดจำนวนวันนอน รพ.ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเพื่อลดจำนวนการนอน รพ. นานในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p>
ปี	อัตราการติดเชื้อ												
2563	0.57												
2564	0.10												
2565	0.12												
2566	0												
2567	0.12												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

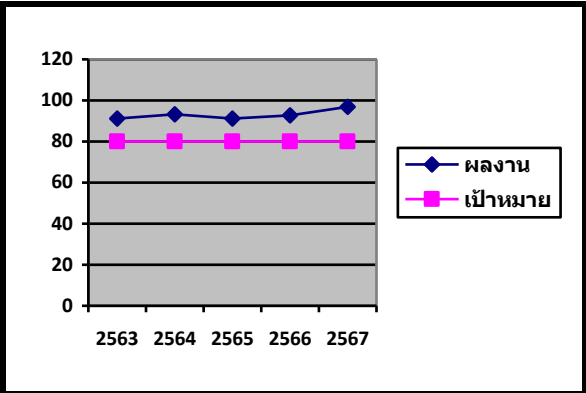
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days**เป้าหมาย ≤ 1:1000วันคาสาย</p>  <table border="1" data-bbox="311 467 880 842"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงอัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days**</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0.03</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน	2563	0	2564	0	2565	0	2566	0	2567	0.03	<p>จากราฟอัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days**เป้าหมาย ≤ 1:1000วันคาสาย พบว่าในปี2563, 2564, 2565, 2566 และ2567 เท่ากับ0, 0, 0, 0.03 ตามลำดับ ในปี 2567 คิดเป็น 0.03 : 1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ เป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ CAUTI ในตึกผู้ป่วยใน 1 จำนวน 1 ราย เพราะเชื้อ urine culture : &gt; 105 CFU/ml ; Enterococcus faecalis จากการทบทวนพบสาเหตุที่คิดว่าทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เกิดจากมีการปนเปื้อนเชื้อจากมือของบุคลากรหรือเชื้อที่มาจากจากสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย การใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ป่วยที่มีเชื้ออยู่เดิม เทคนิคการใส่สายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ และการดูแลที่ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน สิ่งที่จะต้องพัฒนาการทบทวนวิธีการใส่สายสวนและการดูผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและของใช้ผู้ป่วยภายในตึกผู้ป่วย มีเกณฑ์การแยกโซนผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ, ผู้ป่วยติดเชื้อ, ผู้ป่วยrefer back ได้จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล อบรมพนักงานทำความสะอาดประจำหอผู้ป่วยเพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อในสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการคาสายสวนให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน มีการส่งต่อข้อมูลกลับสู่ชุมชน และมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง</p>
ปี	ผลงาน												
2563	0												
2564	0												
2565	0												
2566	0												
2567	0.03												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

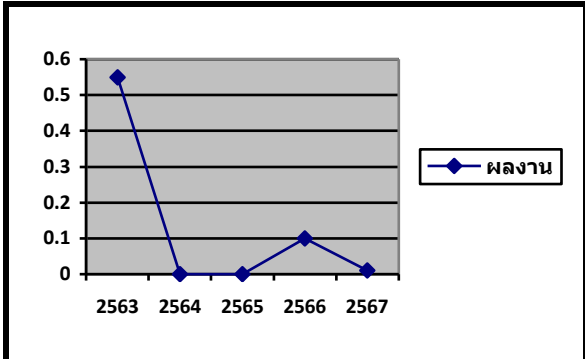
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เป้าหมาย 80 %</p>  <table border="1" data-bbox="318 485 875 850"> <caption>ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>~90</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>~95</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>~90</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	~90	80	2564	~95	80	2565	~90	80	2566	100	80	2567	100	80	<p>จากกราฟประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เป้าหมาย 80 % พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 88.88, 92.75, 89.2, 100 และ 100 ตามลำดับ จากการดำเนินงาน ปัญหาที่พบประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ จากการประเมินสมรรถนะของ ICWN มีการไม่ผ่านเกณฑ์ของสมรรถนะ 5 ด้านจำนวน 4 คน จากการเปลี่ยน IWCN บ่อย ทำให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อลดลงในปี 2566 และระบบการรายงานหรือช่องทางการรายงาน ICN ยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ทำให้การงานผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งต่างๆ ได้หลุดไปจากระบบ ทำให้การติดตามผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ สาเหตุจากระบบการรายงานที่ไม่ชัดเจน ทักษะของ ICWN ไม่ผ่านเกณฑ์ของสมรรถนะ 5 ด้าน แนวทางการวินิจฉัยไม่ชัดเจน แผนการพัฒนาต่อไปคือการทบทวนช่องทางการรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในตำแหน่งต่าง ๆ ให้ชัดเจนและถือปฏิบัติไปในทางเดียวกัน โดยผ่านระบบ google form และลงบันทึกในแบบฟอร์ม surveillance form เพื่อวิเคราะห์การติดเชื้อว่าเป็นการติดเชื้อแบบ CI หรือ NI ร่วมกับแพทย์ จัดอบรมเพิ่มศักยภาพในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ผลการดำเนินในปี 2566 ทำให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็น 100% เป็นต้นมา</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	~90	80																	
2564	~95	80																	
2565	~90	80																	
2566	100	80																	
2567	100	80																	

<p style="text-align: center;"><b>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</b> (แสดง กราฟ)</p>	<p style="text-align: center;"><b>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</b> (คำอธิบาย)</p>																		
<p style="text-align: center;">ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ เป้าหมาย 100 %</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>ข้อมูลประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ (ปี 2563-2567)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	100	100	2564	100	100	2565	100	100	2566	100	100	2567	100	100	<p>จากกราฟประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ เป้าหมาย 100 % พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับร้อยละ 100 ตลอด 5 ปีงบประมาณ จากการดำเนินงานแสดงให้เห็นถึงกระบวนการตรวจสอบประสิทธิภาพการให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือทางการแพทย์ตลอดระยะเวลา 5 ปีได้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกระบวนการตรวจสอบประสิทธิภาพการให้ปราศจากเชื้อ โดยได้ดำเนินการตรวจสอบประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน ออกเป็น 3 วิธี คือ 1) การตรวจสอบทางกลไกเป็นการตรวจสอบการทำงานของเครื่อง sterilizer โดยดูจาก มาตรฐานวัตถุอันตราย มาตรฐานวัดความดัน สัญญาไฟต่างๆ แผนกราฟที่บันทึกการทำงานของเครื่องในแต่ละขั้นตอนทุกครั้งที่ใช้เครื่อง ขณะการทำงานของเครื่องในทุกรอบของการหนึ่งด้วยไอน้ำและการอบด้วยแก๊ส ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกรอบ 2) การตรวจทางเคมี ใช้ตัวบ่งชี้ทางเคมีเป็น Class 1, Class 2, Class 4 และ Class 5 เพื่อเป็นตัวทดสอบทางเคมีในการบรรจุหีบห่อของเครื่องมือทางการแพทย์แต่ละประเภทจะทำการทดสอบทุกชั้นทุกหีบห่อของเครื่องมือทางการแพทย์ ให้ผลการทดสอบ ผ่านเกณฑ์ทุกชั้นของเครื่อง 3) การตรวจสอบทางชีวภาพ เป็นการตรวจสอบที่ทำให้ปราศจากเชื้อน่าเชื่อถือมากที่สุดซึ่งเรียกว่า spore test ซึ่งได้ทำการตรวจสอบทุกรอบของการทำให้ปราศจากเชื้อทางเครื่องหนึ่งด้วยไอน้ำและเครื่องอบแก๊ส ให้ผลเป็นลบทุกครั้ง กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อมีการเก็บข้อมูลทุกครั้งโดยการบันทึกในแฟ้มบันทึกข้อมูลเป็นรายรอบของการหนึ่ง แผนการพัฒนาต่อไปคือการบันทึกและการรวบรวมรายงานการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการทำให้ปราศจากเชื้อ ผ่านระบบการบันทึกในโปรแกรมการเก็บข้อมูล เพื่อการเข้าการตรวจสอบย้อนหลังได้ง่ายมากขึ้น ลดการใช้กระดาษ การเพิ่มขยะในหน่วยงาน ผลลัพธ์พบว่าประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อได้ผลเป็นร้อยละ 100 ของทุกปีในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	100	100																	
2564	100	100																	
2565	100	100																	
2566	100	100																	
2567	100	100																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละของการล้างมือตามหลัก My 5 Moment เป้าหมาย <math>\geq</math> 80%</p>  <table border="1" data-bbox="304 528 887 922"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละของการล้างมือตามหลัก My 5 Moment</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>91.25</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>93.25</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>91.2</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>92.6</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>96.84</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	91.25	80	2564	93.25	80	2565	91.2	80	2566	92.6	80	2567	96.84	80	<p>จากกราฟร้อยละของการล้างมือตามหลัก My 5 Moment เป้าหมาย <math>\geq</math> 80% พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 91.25, 93.25, 91.2, 92.6 และ 96.84 ตามลำดับ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงพนักงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดในรอบปีนั้นๆ ในปี 2563 อัตราการล้างมือ คิดเป็นร้อยละ 91.25 จากการทบทวนเป็นบุคลากรที่เข้ามาใหม่ และเครื่องมืออุปกรณ์ที่สนับสนุนการล้างมือยังไม่ทั่วถึงต่อการให้บริการอำนวยความสะดวกให้แก่บุคลากรในปี 2564 - 2566 มีการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้บุคลากรเห็นความสำคัญในเรื่องของการล้างมือมากขึ้นทำให้อัตราการล้างมือเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 93.25, 91.2, 92.6 ตามลำดับ จากการทบทวนการประเมินการล้างมือยังขาดในส่วนของการล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย และได้เพิ่มการประเมินการล้างมือจาก 3 เดือนครั้ง ได้ทำการประเมินเดือนละ 1 ครั้ง โดยทีม ICWN และได้ทำการจัดอบรมเพิ่มความตระหนักในการล้างมือในบุคลากรทุกหน่วยขึ้น ทำให้ในปี 2567 อัตราการล้างมือตาม My 5 Moment ได้เพิ่มมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 96.84 และได้ดำเนินการจัดโครงการรณรงค์การล้างมือในแก่ผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพมือเริ่มต้นจากตัวเราเอง และได้อบรมการล้างมือในบุคลากรใหม่ทุกปี</p> <p>แผนการพัฒนาต่อไปคือการอำนวยความสะดวกในเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ที่เข้าถึงได้ง่ายในทุกจุดที่ให้บริการ รวมไปถึงทุกเตียงในตึกผู้ป่วยใน จัดหาน้ำยาล้างมือที่มีความเหมาะสมกับงานหรือหัตถการของการให้บริการผู้ป่วย อบรมการส่งเสริมเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ตนเองและผู้ป่วย และเข้าร่วมการรณรงค์การล้างมือในชุมชนเพื่อการส่งเสริมให้ประชาชนปลอดโรค</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	91.25	80																	
2564	93.25	80																	
2565	91.2	80																	
2566	92.6	80																	
2567	96.84	80																	

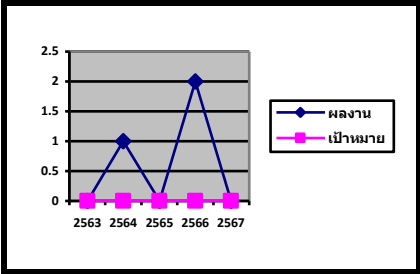
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ เป้าหมาย <math>\leq 2:1000</math></p>  <table border="1" data-bbox="302 478 884 837"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (ค่าเฉลี่ย)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0.55</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.1</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0.01</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (ค่าเฉลี่ย)	2563	0.55	2564	0	2565	0	2566	0.1	2567	0.01	<p>จากกราฟการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ เป้าหมาย <math>\leq 2:1000</math> พบว่า ในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0.55, 0, 0, 0.1, 0.01 ตามลำดับ การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารจากการให้ยาเพื่อการรักษาที่ทำให้เกิดใน Phlebitis (ระดับ 3-4) ในปี 2563 ได้เกิด Phlebitis จำนวน 6 ราย ในขณะที่นอน รพ. คิดเป็นร้อยละ 0.16 ไม่มีการเกิด Phlebitis ในปี 2564-2566 และในปี 2567 เกิด Phlebitis จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.01 สาเหตุจากการทบทวนพบว่าบุคลากรขาดการประเมินติดตามผู้ป่วยที่ให้สารน้ำอย่างต่อเนื่อง การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD ไม่ถูกต้อง การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การไม่ล้างมือของบุคลากรก่อนการทำหัตถการให้สารน้ำ และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มี Underlying DM CKD ผู้ป่วยเด็กที่ยากต่อการคุมการเคลื่อนไหว และกลุ่ม Low immune ซึ่งเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการอักเสบของเยื่อเยื่อได้ง่าย แผนการพัฒนาต่อไปคือการทบทวนแนวทางการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและได้มีการปรับปรุง การนิเทศติดตาม กำหนดหน้างานและประเมินการปฏิบัติตามแนวทางโดย และอบรมเพิ่มศักยภาพการให้สารน้ำแก่บุคลากรและการประเมินเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำและยา HAD</p>
ปี	ผลงาน (ค่าเฉลี่ย)												
2563	0.55												
2564	0												
2565	0												
2566	0.1												
2567	0.01												

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<b>90 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) [IV-1, II-6, II-7.4]*</b>						
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมาย</b>	<b>ปี2563</b>	<b>ปี2564</b>	<b>ปี2565</b>	<b>ปี2566</b>	<b>ปี2567</b>
จำนวน Medication error with harms (level E up)*	0	0	1	0	2	0
จำนวน Medication error with harms (level E up) ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	ทุกราย	0	1	0	2	0
อัตรา Prescribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 5:1000	7.9/4.1	5.52/0.36	0.04/0.48	0.14/0.25	1.50/0.84
อัตรา Pre-dispensing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 5:1000	3.4/4.8	0.89/0.84	0.03/0.57	0.22/0.35	1.36/1.55
อัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	<1:1000	0.3/0.92	0.09/0.26	0.01/0.12	0.03/0.09	0.03/1.31
อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	<1:1000	0.4/0.64	0.14/0.97	0/0.23	0.01/0.28	0.01/0.91
ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	0	0	0	0	0	0
จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในระบบOPD/IPD	0	0/0	1/0	0/0	1/2	0/0
จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในระบบOPD/IPD ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทบทวน	ทุกราย	0	1	0	2	0

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>จำนวน Medication error with harms (level E up)* เป้าหมาย 0 ครั้ง</p>  <table border="1" data-bbox="387 483 804 758"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: จำนวน Medication error with harms (level E up)*</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	0	0	2564	1	0	2565	0	0	2566	2	0	2567	0	0	<p>จากกราฟจำนวน Medication error with harms (level E up)* เป้าหมาย 0 ครั้ง พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0, 1, 0, 2 และ 0 ตามลำดับ จากการดำเนินงานด้าน Medication error with harms (level E up)* พบว่า ในปี 2564 จำนวน Medication error with harms (level E up)* 1 ครั้ง ปี 2566 2 ครั้ง จากการทบทวนแก้ไข ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ (ทำ RCA) ทุกครั้งที่มีอุบัติการณ์ ระดับ E up พบว่าเกิดจากแพทย์ซ้ำ ทั้ง 3 ครั้ง เนื่องจาก ระบบ HOSxP ไม่ได้ระบุรายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ตรวจสอบประวัติแพ้ยาไม่ละเอียด บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยด้านยา เรื่องการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ผลการทบทวนร่วมกัน ได้จัดให้มีขั้นตอน Double check ทุกจุดบริการ จัดทำแนวปฏิบัติกำหนดประเภทและลักษณะความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละชนิด นำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยามาทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา โดยคณะกรรมการ PTC ทุกเดือน ปี 2567 ไม่พบ Medication error with harms (level E up) ซึ่งทางคณะกรรมการด้านยาได้เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง แผนพัฒนาในปี 2568 วิเคราะห์ผล และตามรอยความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นรวมถึงการทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ Trigger tools ในการค้นหา ADE เพื่อหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงร่วมกับสหวิชาชีพ ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวัง และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ง่าย และสะดวก เช่น ปรับปรุงแนวทางการรายงาน</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	0	0																	
2564	1	0																	
2565	0	0																	
2566	2	0																	
2567	0	0																	

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>Prescribing error OPD/IPD เป้าหมาย &lt; 5:1000</p> <table border="1"> <caption>Prescribing error OPD/IPD เป้าหมาย &lt; 5:1000</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>OPD</th> <th>IPD</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>8</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>6</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	OPD	IPD	เป้าหมาย	2563	8	4	5	2564	6	1	5	2565	0	1	5	2566	0	1	5	2567	2	1	5	<p>จากกราฟ Prescribing error OPD/IPD เป้าหมาย &lt; 5:1000 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 7.9/4.1, 5.52/0.36, 0.04/0.48, 0.14/0.25, และ 1.50/0.84 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2567 เพิ่มขึ้น Prescribing error OPD ส่วนใหญ่พบว่าแพทย์สั่งยาไม่ตรงนัด ทั้งนี้เนื่องจากในบางครั้งมีจำนวนยาที่เหลือของคนไข้อยู่เดิมแล้ว จำนวนยากับวันนัดจึงไม่ตรงกัน ฉลากยาไม่ตรงกับระบบ Hosxp สั่งยาซ้ำซ้อนไม่เป็นไปตาม RDU ส่วน Prescribing error IPD พบว่ายังมีการสั่งยาไม่ครบถ้วน ระบุชื่อ ขนาดความแรง รูปแบบ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ อย่างไรก็ตามการเกิด Prescribing error อาจเนื่องจากระบบ HOxp ในเวอร์ชันใหม่ที่สามารถดักจับข้อมูลได้ละเอียดขึ้นจึงรายงานได้มากขึ้นกว่าในปีงบประมาณที่ผ่านมา ทำให้ปี 2567 จึงมีการรายงานมากขึ้น</p>
ปี	OPD	IPD	เป้าหมาย																						
2563	8	4	5																						
2564	6	1	5																						
2565	0	1	5																						
2566	0	1	5																						
2567	2	1	5																						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>Pre-dispensing error OPD/IPD เป้าหมาย &lt; 5:1000</p> <table border="1"> <caption>Data for Pre-dispensing error OPD/IPD</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>OPD</th> <th>IPD</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>3.4</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.89</td> <td>0.84</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.03</td> <td>0.57</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.22</td> <td>0.35</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>1.36</td> <td>1.55</td> <td>5.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	OPD	IPD	เป้าหมาย	2563	3.4	4.8	5.0	2564	0.89	0.84	5.0	2565	0.03	0.57	5.0	2566	0.22	0.35	5.0	2567	1.36	1.55	5.0	<p>จากกราฟ Pre - dispensing error OPD/IPD เป้าหมาย &lt; 5:1000 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และปี 2567 พบว่าใน OPD และIPD ผลร้อยละ 3.4/4.8, 0.89/0.84, 0.03/0.57, 0.22/0.35 และ1.36/1.55 ตามลำดับ เกิดความผิดพลาดเนื่องจากภาระงานที่จำกัดกับอัตรากำลัง ทำให้เกิดการจดยาผิดเพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนาระบบมีการปรับปรุงดังนี้ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบประจำจุดชัดเจน กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ควบคุมดูแลประจำวัน มีการควบคุมการลาและการทำงานแทน มีการเตรียมยา prepack ล่วงหน้า และทำผลงาน CQI บ้านเลขที่ยาขึ้นในหน่วยงาน และมีการจัดการกับยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) อย่างต่อเนื่องมีการเบิกยาเพียงพอพร้อมใช้ มีการอ่านทวนชื่อยาก่อนจัด ขณะจัด และหลังจัด กำหนดให้มีระบบการตรวจสอบซ้ำ ทั้งห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกและจ่ายยาผู้ป่วยใน มีการแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่องนำอุบัติการณ์ที่พบมาทบทวน และกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องบันทึกข้อมูลเพื่อหาความเสี่ยงและนำมาแก้ไขร่วมกัน และฝึกอบรมคนงานเพื่อช่วยในการจัดยา ภายใต้การควบคุมกำกับของเภสัชกร และเจ้าหน้าที่ห้องยา จากพัฒนาระบบดังกล่าวในปีงบประมาณ 2567 พบว่ายังเกิด Pre - dispensing error OPD/IPD เพิ่มขึ้นซึ่งจะต้องมีการร่วมวิเคราะห์และหาสาเหตุการเกิดต่อไป</p>
ปี	OPD	IPD	เป้าหมาย																						
2563	3.4	4.8	5.0																						
2564	0.89	0.84	5.0																						
2565	0.03	0.57	5.0																						
2566	0.22	0.35	5.0																						
2567	1.36	1.55	5.0																						

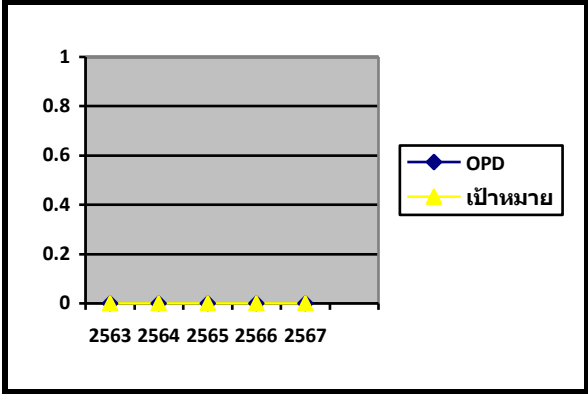
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>อัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)* เป้าหมาย &lt;1:1000</p> <table border="1"> <caption>Estimated Data from Dispensing Error Rate Graph</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)</th> <th>IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0.35</td> <td>0.95</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.10</td> <td>0.15</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.05</td> <td>0.10</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.05</td> <td>0.10</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0.05</td> <td>1.35</td> <td>1.00</td> </tr> </tbody> </table>	Year	OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)	เป้าหมาย	2563	0.35	0.95	1.00	2564	0.10	0.15	1.00	2565	0.05	0.10	1.00	2566	0.05	0.10	1.00	2567	0.05	1.35	1.00	<p>จากกราฟอัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)* เป้าหมาย &lt;1:1000 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0.3/0.92, 0.09/0.26, 0.01/0.12, 0.03/0.09 และ 0.03/1.31 ตามลำดับจากการดำเนินงาน พบว่า ความคลาดเคลื่อนของ Dispensing Error ห้องยาผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2563 - 2567 ยังอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (&lt;1:1000 ใบสั่งยา) แต่ในปี 2567 อัตรา Pre-dispensing Error เพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลต่อเนื่องจนเกิด Dispensing Error ที่เพิ่มขึ้นได้ จากการไม่มีเภสัชกรรับผิดชอบหลักใช้การหมุนเวียน จากผลการดำเนินงานที่สูงขึ้น ทำให้มีการทบทวนการพัฒนากระบวนการต่าง ๆ ได้แก่ 1) ทบทวน Pre-dispensing Error ที่เพิ่มขึ้น นำเข้าประชุม PTC กำหนดแนวทางเพื่อลด Medication Error จาก LASA 2) ประชุมเจ้าหน้าที่จัดยาทุก 3 เดือน เน้นย้ำให้จัดยาตามแนวทางการจัดยาปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด 3) ทบทวน Dispensing Error ร่วมกัน 4) มี Double check ทุกครั้ง 5) มีเภสัชกรรับผิดชอบ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรม 6) กำกับติดตามอย่างเคร่งครัด และรายงานผลการปฏิบัติงานกับทีม PTC ทุกเดือน</p>
Year	OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)	เป้าหมาย																						
2563	0.35	0.95	1.00																						
2564	0.10	0.15	1.00																						
2565	0.05	0.10	1.00																						
2566	0.05	0.10	1.00																						
2567	0.05	1.35	1.00																						

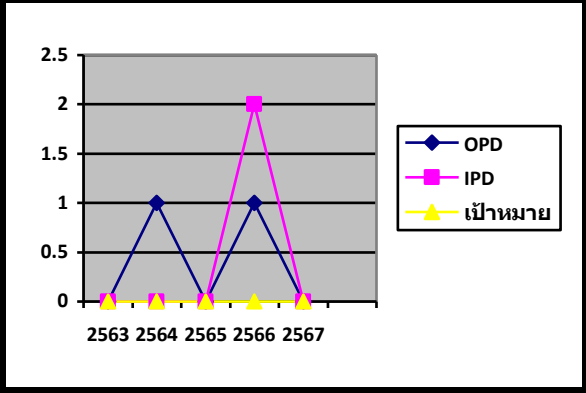
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

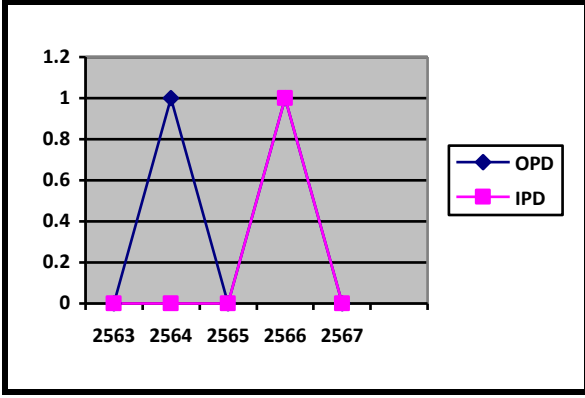
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)* เป้าหมาย &lt;1:1000</p> <table border="1"> <caption>Data for OPD, IPD, and Target (เป้าหมาย)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>OPD</th> <th>IPD</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0.4</td> <td>0.65</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.15</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0.25</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0.3</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0.9</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	OPD	IPD	เป้าหมาย	2563	0.4	0.65	1.0	2564	0.15	1.0	1.0	2565	0	0.25	1.0	2566	0	0.3	1.0	2567	0	0.9	1.0	<p>จากกราฟอัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)* เป้าหมาย &lt;1:1000 พบว่า ในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0.4/0.64, 0.14/0.97, 0/0.23, 0.01/0.28 และ 0.01/0.91ตามลำดับ จากการดำเนินงาน พบว่า อัตรา Administration เริ่มสูงขึ้นในปีงบประมาณ 2567เท่ากับ 0.91: 1000 วันนอน ในงานผู้ป่วยในจากการทบทวน พบผิดเวลา ผิดขนาด และผิดชนิดตามลำดับ จากการทบทวนเมื่อมีการจ่ายยามาผิดพลาด พยาบาล recheck และรายงาน ส่งผลต่อผู้ป่วยได้รับยาผิดเวลา และถ้าขาดการตรวจสอบส่งผลต่อการที่ผู้ป่วยได้รับยาผิดขนาด ผิดชนิด ได้ ในปี 2568 มอบหมายงานโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยใน 1 คน บริหารยาแบบ real time ทั้งยาฉีดและยาปรับประทานตามเวลาที่เหมาะสม มีการซักประวัติ ติดตามการใช้ยาเดิมให้ได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วนตามมาตรฐานการบริหารยาในหอผู้ป่วย</p>
ปี	OPD	IPD	เป้าหมาย																						
2563	0.4	0.65	1.0																						
2564	0.15	1.0	1.0																						
2565	0	0.25	1.0																						
2566	0	0.3	1.0																						
2567	0	0.9	1.0																						

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p style="text-align: center;"><b>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</b> (แสดง กราฟ)</p>	<p style="text-align: center;"><b>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</b> (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ระดับ E ขึ้นไปทั้งหมด* เป้าหมาย 0 %</p>  <table border="1" data-bbox="302 467 887 863"> <caption>Data for Blood Transfusion Adverse Events</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>OPD (Percentage)</th> <th>Target (Percentage)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> </tbody> </table>	Year	OPD (Percentage)	Target (Percentage)	2563	0.0	0.0	2564	0.0	0.0	2565	0.0	0.0	2566	0.0	0.0	2567	0.0	0.0	<p>จากกราฟร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด* เป้าหมาย 0 % พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 ไม่พบอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ระดับ E ขึ้นไป เนื่องจากโรงพยาบาลให้ความสำคัญโดยประกาศเป็นนโยบายด้านความปลอดภัย (มาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ) ซึ่งการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด เป็น 1 ใน 9 ข้อ ที่จะต้องมีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติ การติดตามกำกับ เพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามบุคลากรผู้เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักและปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยง ระบบการ Identification มีการตรวจเช็คซ้ำ ทวนถามผู้ป่วย แผนที่จะพัฒนาต่อไปคือการจัดทำนวัตกรรมในการพัฒนาระบบการ Identification เอื้ออำนวยในการทำงาน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัย</p>
Year	OPD (Percentage)	Target (Percentage)																	
2563	0.0	0.0																	
2564	0.0	0.0																	
2565	0.0	0.0																	
2566	0.0	0.0																	
2567	0.0	0.0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

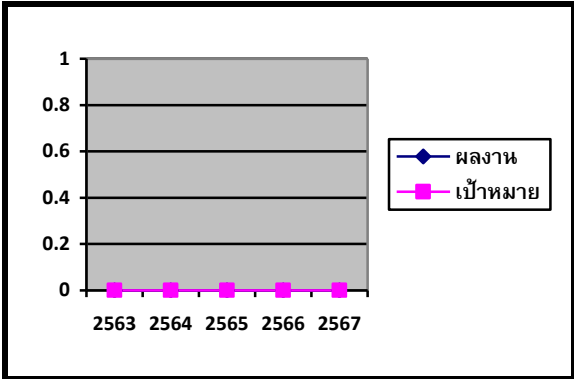
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในระบบOPD/IPD เป้าหมาย 0 ครั้ง</p>  <table border="1" data-bbox="304 616 887 1010"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในระบบ OPD/IPD</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>OPD</th> <th>IPD</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	OPD	IPD	เป้าหมาย	2563	0	0	0	2564	1	0	0	2565	0	0	0	2566	1	2	0	2567	0	0	0	<p>จากกราฟจำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในระบบOPD/IPD เป้าหมาย 0 ครั้ง พบว่าในปี2563, 2564, 2565, 2566 และ2567 เท่ากับ0/0, 1/0, 0/0, 1/2 และ0/0 จากการดำเนินงานพบว่า มีอุบัติการณ์เกิดการแพ้ยาซ้ำ ในปีงบประมาณ 2564 1 ครั้ง ในระบบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยมีประวัติ แพ้ ยา Mefenamic acid (MP-rash) มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องประจำเดือน (dysmenorrhea) แพทย์สั่งยาฉีด Tramadol HCL Metoclopramide และสั่งยาปรับประเทณรายการ ยาดังนี้ Mefenamic acid, Tramadol HCL, Domperidone ผู้ป่วยรับประทานไป 1 เม็ดและมีอาการ คันยุบยิบที่ผิวหนัง ปีงบประมาณ 2566 พบอุบัติการณ์เกิดการแพ้ยาซ้ำ 1 ครั้งในระบบผู้ป่วย นอก ผู้ป่วยได้รับยา Amoxicillin+Clavulanic acid วันที่ D/C รับประทานไป 3 เม็ด แล้วเกิดอาการ ผื่นแดงบวมตามแขนขา หน้า ลำตัว และ 2 ครั้งในระบบผู้ป่วยใน รายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับยา Ceftriaxone inj. หลังฉีดยา 5 นาที เกิดผื่น Urticaria บริเวณแขนทั้ง 2 ข้าง โดยผู้ป่วยมีบัตรแพ้ยา จากรพ.อื่น โดยระบุว่าแพ้ยา Ceftriaxone ผื่นลมพิษ ระดับ น่าจะใช้ ผู้ป่วยแจ้งว่าได้แจ้งประวัติ การแพ้ยาแก่พยาบาล ER แล้ว แต่พบว่าไม่มีการส่งต่อข้อมูล รายที่ 2 ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Amlodipine หลังรับประทานยามีอาการชาบวม คนไข้นอนโรงพยาบาลแพทย์สั่งยา Amlodipine แต่มีการดักจับทันอุบัติการณ์จึงไม่ได้เกิดกับผู้ป่วย จากการทบทวนพบว่ามีอาการแพ้ยาซ้ำในระบบ ระดับEขึ้นไป 2 ครั้ง ซึ่งสาเหตุเกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางความ ปลอดภัยด้านยา ระบบ HOSxP ไม่ระบุรายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ สิ่งที่จะต้องพัฒนาต่อไป คือการ ทบทวนแนวทางปฏิบัติ เพิ่มจุด Check 1 ก่อนที่จะส่งมอบยาให้ผู้ป่วย ทบทวนทะเบียนเวชภัณฑ์ ยาของโรงพยาบาล โดยให้แสดงชื่อสามัญของยาแค่ 1 รายการ พัฒนาระบบ HOSxP ให้มีการ LOCK รายการยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาในกลุ่มเดียวกันทั้งหมด อย่างไรก็ตามในปี 2567 ไม่พบ อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ</p>
ปี	OPD	IPD	เป้าหมาย																						
2563	0	0	0																						
2564	1	0	0																						
2565	0	0	0																						
2566	1	2	0																						
2567	0	0	0																						

<p style="text-align: center;"><b>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</b> (แสดง กราฟ)</p>	<p style="text-align: center;"><b>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</b> (คำอธิบาย)</p>																		
<p style="text-align: center;">จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในระบบOPD/IPD ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทบทวน เป้าหมาย ทุกราย</p> <div style="text-align: center;">  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>OPD</th> <th>IPD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> </div>	ปี	OPD	IPD	2563	0	0	2564	1	0	2565	0	0	2566	0	1	2567	0	0	<p>จากกราฟจำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในระบบOPD/IPD ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทบทวนเป้าหมาย ทุกราย พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 มีอุบัติการณ์เกิดการแพ้ยาซ้ำ ระดับ E ขึ้นไปในระบบผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง ปีงบประมาณ 2566 พบอุบัติการณ์เกิดการแพ้ยาซ้ำในระบบผู้ป่วยนอก ระดับ E ขึ้นไป 1 ครั้ง และผู้ป่วยใน ระดับ E ขึ้นไป 1 ครั้ง ได้มีการทบทวน ทำ RCAและทบทวนแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพ้ยาร่วมกัน ระหว่างสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบของคณะกรรมการ PTC และมีการพัฒนาระบบ โดยการเพิ่มจุด Check 1 ก่อนที่จะส่งมอบยาให้ผู้ป่วย ทบทวนทะเบียนเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาล โดยให้แสดงชื่อสามัญของยาแค่ 1 รายการ พัฒนาระบบ HOSxP ให้มีการระบุรายการยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาในกลุ่มเดียวกันทั้งหมด แผนพัฒนาระบบต่อไปคือ คณะกรรมการระบบยาในเครือข่ายจังหวัดนครราชสีมาออกแบบพัฒนาระบบเทคโนโลยีของเครือข่าย เพื่อให้เกิดการปลดล็อกการส่งจ่ายยาในรายการที่ผู้ป่วยแพ้หรือยากกลุ่มเดียวกับที่ผู้ป่วยแพ้โดยวิธีการเชื่อมโยงข้อมูลแพ้ยาข้ามโรงพยาบาลรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบ HOSxP ซึ่งเป็นระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลเครือข่ายภายในจังหวัดขึ้น</p>
ปี	OPD	IPD																	
2563	0	0																	
2564	1	0																	
2565	0	0																	
2566	0	1																	
2567	0	0																	

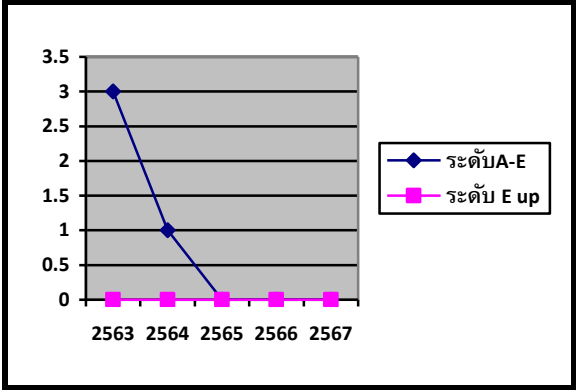
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<b>91 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) [IV-1, III]*</b>						
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมาย</b>	<b>ปี2563</b>	<b>ปี2564</b>	<b>ปี2565</b>	<b>ปี2566</b>	<b>ปี2567</b>
จำนวนอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน	0	0	0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์การปลัดตกหกล้มซ้ำระหว่างอยู่โรงพยาบาล	0	0	0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปทั้งหมด*	0	3/0	1/0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	-	-	-	-	-
จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	0	0	1/1	0	0	0/14
0จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	-	100	-	-	-

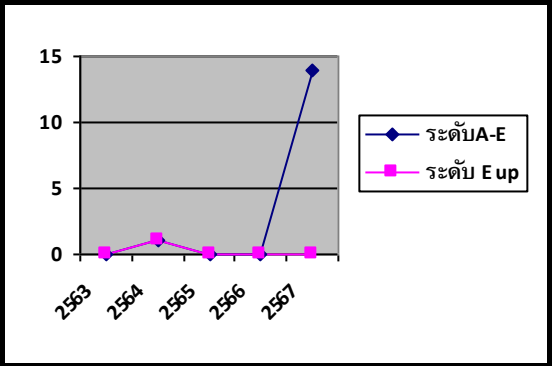
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ปฏิบัติการให้บริการการให้เลือดผิดคน การปลัดตกหกล้มชั่วคราว อยู่โรงพยาบาล เป้าหมาย 0 ราย</p>  <table border="1" data-bbox="277 564 848 944"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงผลปฏิบัติงาน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน	เป้าหมาย	2563	0	0	2564	0	0	2565	0	0	2566	0	0	2567	0	0	<p>จากกราฟปฏิบัติการให้บริการการให้เลือดผิดคน การปลัดตกหกล้มชั่วคราว อยู่โรงพยาบาล เป้าหมาย 0 ราย พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และปี 2567 ไม่พบอุบัติการณ์ ดังกล่าว จากการเก็บข้อมูลการรายงานปฏิบัติการให้บริการการให้เลือดผิดคน การปลัดตกหกล้ม ชั่วคราวอยู่โรงพยาบาล เป้าหมาย 0 ราย สืบเนื่องจากการประกาศเป็นนโยบายนโยบาย ด้านความปลอดภัย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ และประกาศให้บุคลากรทุกระดับทราบ ผ่านช่องทางแบบทางการ และไม่เป็นทางการ เช่น แจงในวาระกรรมการบริหาร หนังสือเวียนให้ หัวหน้างาน แจง ประชาสัมพันธ์ใน เว็บไซต์โรงพยาบาล แจงลงบอร์ดดิจิทัล และไลน์โรงพยาบาล ตลอดจนกำหนดแผนการนำลงสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่การสื่อสาร สร้างความเข้าใจ การให้ความรู้และ พัฒนาอบรมตามความเหมาะสม (training) รวมทั้งออกแบบระบบกำกับติดตามการปฏิบัติ (compliance) ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>
ปี	ผลงาน	เป้าหมาย																	
2563	0	0																	
2564	0	0																	
2565	0	0																	
2566	0	0																	
2567	0	0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด Identification เป้าหมาย 0 ราย</p>  <table border="1" data-bbox="309 480 882 871"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ระดับ A-E</th> <th>ระดับ E up</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ระดับ A-E	ระดับ E up	2563	3	0	2564	1	0	2565	0	0	2566	0	0	2567	0	0	<p>จากกราฟอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด Identification เป้าหมาย 0 ราย พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 3, 1, 0, 0 และ 0 ตามลำดับ ในปี 2563 และ 2564 มีอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด Identification 3 และ 1 ครั้ง แต่เป็นความรุนแรงระดับ B เป็นอุบัติการณ์การให้ไปนำทางผิดคน และสิ่งส่งตรวจไม่ระบุชื่อ ให้เรียบร้อย แต่สามารถดักจับและแก้ไขได้ทัน อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ E up เป็น 0 ที่ผ่านมายังไม่พบการให้บริการผิดคนเพราะมีระบบการตรวจสอบผู้รับบริการที่ชัดเจนตั้งแต่เด็กแรกเกิดมีการระบุป้ายชื่อ บุตรของใคร ติดป้ายข้อมือทุกรายทันทีที่คลอด ด้านผู้รับบริการที่มีชื่อ-นามสกุลเหมือนกันจะมีการยืนยันโดยการถามชื่อบิดา มารดา ที่อยู่ วันเดือนปีเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย</p>
ปี	ระดับ A-E	ระดับ E up																	
2563	3	0																	
2564	1	0																	
2565	0	0																	
2566	0	0																	
2567	0	0																	

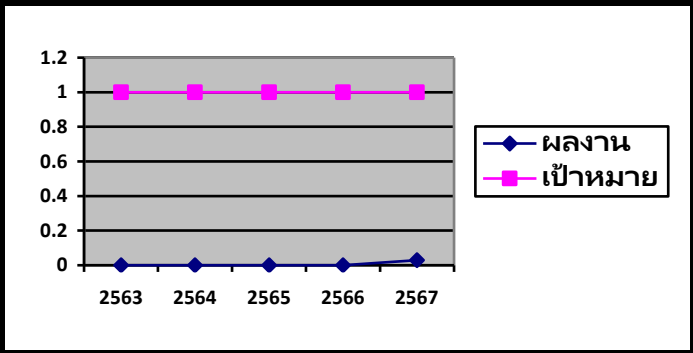
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) เป้าหมาย 0 ราย</p>  <table border="1" data-bbox="322 496 871 863"> <caption>ข้อมูลจากกราฟอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ระดับ A-E</th> <th>ระดับ E up</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>14</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ระดับ A-E	ระดับ E up	2563	0	0	2564	1	0	2565	0	0	2566	0	0	2567	14	0	<p>จากกราฟอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) เป้าหมาย 0 ราย พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0, 1/1, 0, 0 และ 0/14 ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ในปี 2564 1 ครั้งและเป็นอุบัติการณ์ระดับ F ซึ่งทางคณะกรรมการได้ร่วม ทบทวนและจัดทำ ระบบการ consult ส่งเสริมการใช้ความเห็นที่สอง (second opinions) ในการวินิจฉัยโรค การสื่อสารปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างความไวใจ และให้ข้อมูลทางเลือกในการ ทำหัตถการต่าง ๆ โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ในปี 2567 จากการทบทวน unplan refer พบอุบัติการณ์ การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน 14 เคส แต่เป็นอุบัติการณ์ ระดับ D (delay refer) เหตุผลในการส่งต่อเนื่องจาก เพื่อให้ได้รับการตรวจที่ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น ใน ปี 2568 จึงมีการกำหนดการทบทวน unplan refer ใน 24 ชม. ทุกเดือน เพื่อติดตามการ วินิจฉัยคลาดเคลื่อน จัดทำบัญชีรายการปัญหา การวินิจฉัยแยกโรค เพื่อเป็นข้อมูลในการ พัฒนาต่อเนื่อง จัดเตรียมเครื่องมือในการสนับสนุนการตัดสินใจในการวินิจฉัย ทุกจุดบริการ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ในทุกขั้นตอนของกระบวนการรักษา เพื่อการ ตรวจวินิจฉัยโรค และส่งเสริมการใช้สารสนเทศ ใน การวินิจฉัยโรครวมถึง การส่งเสริมการใช้ ความเห็นที่สอง (second opinions) ในการวินิจฉัยโรค</p>
ปี	ระดับ A-E	ระดับ E up																	
2563	0	0																	
2564	1	0																	
2565	0	0																	
2566	0	0																	
2567	14	0																	

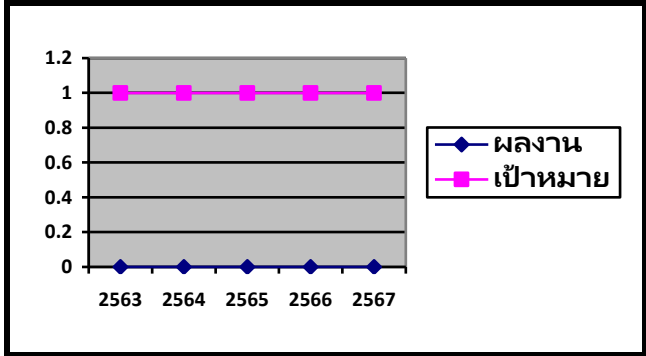
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

92 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) [IV-1, II-7.2]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ	≤1:1000 วันคาสาย	0	0	0	0	0.03
อัตราการติดเชื้อจากการให้สารน้ำ	≤ 1 :1000 วันนอน	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	≤ 1 :1000 วันนอน	N/A	N/A	0	0	0.3
อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไต (คลินิก CAPD)	0	N/A	N/A	20	20	13.33 (2ราย)
อัตราการติดเชื้อทางเส้นฟอกเลือด (คลินิก HD)	0	N/A	N/A	N/A	0	7.14 ( 2 ราย)
ร้อยละอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ลำไส้/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	0	0	0/1	0	0	0/5
อัตราการรายงานแล็บถ้วนทันเวลา		96.54	98.13	98.07	98.13	97.32
- งานโลหิตวิทยา ≤ 30 นาที		96.12	98.76	98.09	96.51	98.32
- งานเคมีคลินิก ≤ 45 นาที	≥ 95	96.10	99.77	98.80	97.27	99.62
- งานภูมิคุ้มกันวิทยา ≤ 60 นาที		95.76	97.77	95.72	97.7	98.90
- งานจุลทรรศน์ศาสตร์ ≤ 30 นาที						
การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ	≤ 0.5%	1.46	1.45	1.16	0.79	2.24

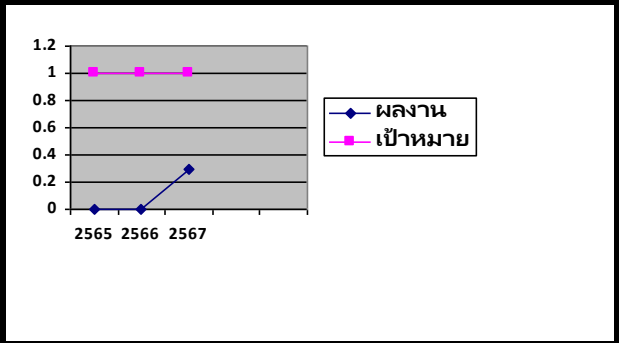
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ เป้าหมาย ≤ 1:1000 วันคาสาย</p>  <table border="1" data-bbox="219 533 909 887"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงอัตราการติดเชื้อ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	0	1.0	2564	0	1.0	2565	0	1.0	2566	0	1.0	2567	0	1.0	<p>จากกราฟอัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ เป้าหมาย ≤ 1:1000 วันคาสาย พบว่า ในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0, 0, 0, 0 และ 0.03 ตามลำดับ จากการดำเนินงานในปี 2567 คิดเป็น 0.03 : 1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ เป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ CAUTI ในตึกผู้ป่วยใน 1 จำนวน 1 ราย เพาะเชื้อ urine culture : &gt; 105 CFU/ml ; Enterococcus faecalis จากการทบทวนพบสาเหตุ พบว่า เกิดจากมีการปนเปื้อนเชื้อจากมือของบุคลากรหรือเชื้อที่มาจากจากสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย การใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ป่วยที่มีเชื้ออยู่เดิม เทคนิคการใส่สายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ และการดูแลที่ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน สิ่งพัฒนาต่อไปคือจากการทบทวนจึงได้ทบทวนวิธีการใส่สายสวนและการดูผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและของใช้ผู้ป่วยภายในตึกผู้ป่วย มีเกณฑ์การแยกโซนผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ, ผู้ป่วยติดเชื้อ, ผู้ป่วยrefer back ได้จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล อบรมพนักงานทำความสะอาดประจำหอผู้ป่วยเพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อในสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการคาสายสวนให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน มีการส่งต่อข้อมูลกลับสู่ชุมชน และมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	0	1.0																	
2564	0	1.0																	
2565	0	1.0																	
2566	0	1.0																	
2567	0	1.0																	

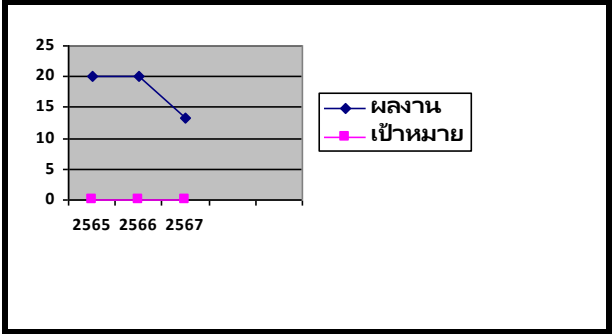
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการติดเชื้อจากการให้สารน้ำ เป้าหมาย <math>\leq 1 : 1000</math> วันนอน</p>  <table border="1" data-bbox="241 533 884 890"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงอัตราการติดเชื้อจากการให้สารน้ำ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	0	1.0	2564	0	1.0	2565	0	1.0	2566	0	1.0	2567	0	1.0	<p>จากกราฟอัตราการติดเชื้อจากการให้สารน้ำ เป้าหมาย <math>\leq 1 : 1000</math> วันนอน พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 ไม่พบเกิดการติดเชื้อจากการให้สารน้ำ พบว่ามีการเกิดหลอดเลือดอักเสบจากการให้สารจากการให้ยาเพื่อการรักษา ทำให้เกิดใน Phlebitis (ระดับ3-4) ซึ่งในปี 2563 ได้เกิด Phlebitis จำนวน 6 ราย ในขณะที่นอน รพ. คิดเป็นร้อยละ 0.16 ไม่มีการเกิด Phlebitis ในปี 2564 - 2566 และในปี 2567 เกิด Phlebitis จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.01 ซึ่งจากการทบทวนพบว่าบุคลากรขาดการประเมินติดตามผู้ป่วยที่ให้สารน้ำอย่างต่อเนื่อง การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD ไม่ถูกต้อง การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การไม่ล้างมือของบุคลากรก่อนการทำหัตถการให้สารน้ำ และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มี Underlying DM CKD ผู้ป่วยเด็กที่ยากต่อการคุมการเคลื่อนไหว และกลุ่ม Low immune ซึ่งเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อได้ง่าย แผนการพัฒนา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำคือมีการทบทวนแนวทางการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและได้มีการปรับปรุง การนิเทศติดตามกำหนดหน้างาน ประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง และอบรมเพิ่มศักยภาพการให้สารน้ำแก่บุคลากรและการประเมินเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดอักเสบจากการให้สารน้ำและยา HAD</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	0	1.0																	
2564	0	1.0																	
2565	0	1.0																	
2566	0	1.0																	
2567	0	1.0																	

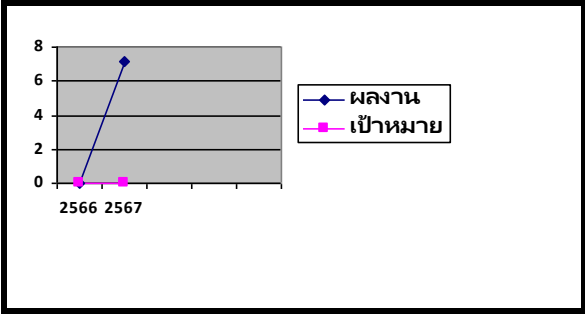
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป้าหมาย <math>\leq 1 : 1000</math> วันนอน</p>  <table border="1" data-bbox="257 534 873 877"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0.3</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2565	0	1.0	2566	0	1.0	2567	0.3	1.0	<p>จากกราฟอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป้าหมาย <math>\leq 1 : 1000</math> วันนอน พบว่าในปี 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0, 0 และ 0.3 จากการดำเนินงานพบว่าปัญหาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ CLABSI ในเด็กผู้ป่วยทารกถึงวิกฤติ จำนวน 1 ราย เพาะเชื้อ pus culture : Enterobacter cloacae complex สาเหตุที่คิดว่าทำให้เกิดการติดเชื้อคือเทคนิคการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่เป็นเหตุการณ์ใหม่ยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ UVC ในทารกแรกเกิดในหอ sike newborn รวมถึงกระบวนการป้องกันการติดเชื้อขณะผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในทารกแรกเกิด การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและของใช้ในหอ sike newborn แผนการพัฒนาต่อไปคือการทบทวนวิธีการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ทบทวนการล้างมือ เพิ่มการประเมินการล้างมือ 1 ครั้ง/เดือน จากเดิมประเมิน 3 ครั้ง/เดือนโดยทีม ICWN/ICN จัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทบทวนแนวทางการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและของใช้ในทารกแรกเกิด อบรมให้ความรู้บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล อบรมพนักงานทำความสะอาดประจำหอผู้ป่วยเพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อในสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย มีการนิเทศหน้างานและติดตามกำกับกับการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในหอ sick newborn และเด็กผู้ป่วยใน 3 ที่รับการดูแลทารกแรกเกิด</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)											
2565	0	1.0											
2566	0	1.0											
2567	0.3	1.0											

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้ (คลินิก CAPD) เป้าหมาย 0 %</p>  <table border="1" data-bbox="259 584 869 919"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้ (คลินิก CAPD)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2565</td> <td>20</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>20</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>13.33</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2565	20	0	2566	20	0	2567	13.33	0	<p>จากกราฟอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้ (คลินิก CAPD) เป้าหมาย 0 % พบว่าในปี 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 20, 20, 13.33 ตามลำดับในปีงบประมาณ 2567 เนื่องจากสาย tenckhoff แตก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 และมารับบริการล่าช้า ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อทางช่องท้องในเวลาต่อมา (ผู้ป่วยไปทำงานที่ประเทศมาเลเซีย สาย tenckhoff แตก ใช้เวลาในการเดินทางกลับประเทศไทย 2 วัน) ซึ่งแนวทางการดูแลผู้รับบริการคลินิก CAPD ผู้รับบริการทุกรายจะได้รับการสอนขั้นตอนและวิธีการดูแลผู้ป่วยลำไส้ เพราะปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องได้แก่ การล้างมือที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดการปนเปื้อนของเชื้อโรคบนมือของผู้ทำหน้าที่เปลี่ยนถุงน้ำยาลำไส้ รวมทั้งการปิดแผลของท่อลำไส้บริเวณหน้าท้องช่วยลดการปนเปื้อนของเชื้อโรคได้ แนวทางการพัฒนาต่อไปคือ 1) การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องที่มีการติดเชื้อในช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการดูแลมีการ Retraining แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ 2) การพัฒนาความรู้แก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถสร้างความปลอดภัย การติดต่อสื่อสารอธิบายอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และมีระบบการนิเทศ ติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง มีการติดตามผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ และโทรศัพท์ 3) มีการศึกษาทบทวน และปรับปรุงพัฒนาระบบโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้มีความทันสมัย เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน มีการจัดเตรียมสถานที่เพื่อรับผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง 4) เพิ่มการมีส่วนร่วมของพยาบาลชุมชน โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูล ผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ประสานการดูแลผู้ป่วยผ่านพยาบาลรายกรณี และนำรูปแบบผู้จัดการรายกรณี ดังกล่าวขยายผลการจัดหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยใน เฉพาะโรคที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการเดิมซ้ำๆ เพื่อเพิ่ม คุณภาพในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)											
2565	20	0											
2566	20	0											
2567	13.33	0											

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>									
<p>อัตราการติดเชื้อทางเส้นฟอกเลือด (คลินิก HD) เป้าหมาย 0 %</p>  <table border="1" data-bbox="273 533 855 847"> <caption>ข้อมูลจากกราฟอัตราการติดเชื้อทางเส้นฟอกเลือด</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>7.14</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2566	0	0	2567	7.14	0	<p>จากกราฟอัตราการติดเชื้อทางเส้นฟอกเลือด (คลินิก HD) เป้าหมาย 0 % พบว่าในปี 2566 และ 2567 เท่ากับ 0 และ 7.14 จากการเปิดให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในปีงบประมาณ 2566 ไม่พบการติดเชื้อ มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการฟอกเลือดด้วยไตเทียม ตามแนวทางปฏิบัติ ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 ผู้รับบริการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น พบว่ามีการติดเชื้อของ Vascular access จำนวน 2 ราย เนื่องจากเส้นทางเพื่อนำเลือดออกจากร่างกายของผู้ป่วยไปยังตัวกรองเลือดแล้วนำเลือดที่ฟอกกลับสู่ร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดจากขาดความสะอาดบริเวณผิวหนังรอบสาย และแผลทางออกของสาย (Exit site) แนวทางการป้องกันการติดเชื้อคือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรักษาความสะอาดของร่างกายเพื่อลดการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้ แผนพัฒนาต่อไป คือ การส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยไตเทียม การพัฒนาความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถสร้างความปลอดภัย สามารถติดต่อสื่อสารอธิบายอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แนะนำอาการผิดปกติที่บ่งบอกถึงอาการแสดงของการติดเชื้อที่ผู้ป่วยจะต้องมารับการรักษาอย่างทัน่วงที</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)								
2566	0	0								
2567	7.14	0								

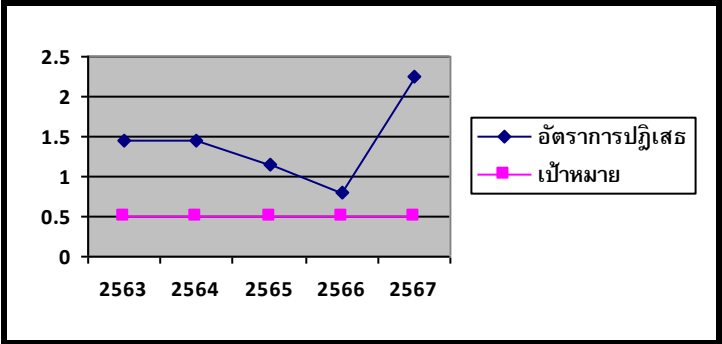
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p style="text-align: center;"><b>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</b> (แสดง กราฟ)</p>	<p style="text-align: center;"><b>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</b> (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการเกิดอุบัติเหตุการตรวจวิเคราะห์และรายงานผล คลาดเคลื่อน (ล่าช้า/ผิดสิ่งส่งตรวจ/ผลคลาดเคลื่อน) ระดับ E up /อุบัติเหตุทั้งหมด</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อุบัติเหตุทั้งหมด</th> <th>ระดับ E up</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> </div>	ปี	อุบัติเหตุทั้งหมด	ระดับ E up	2563	0	0	2564	1	0	2565	0	0	2566	0	0	2567	5	0	<p>จากกราฟอัตราการเกิดอุบัติเหตุการตรวจวิเคราะห์และรายงานผล คลาดเคลื่อน (ล่าช้า/ผิดสิ่งส่งตรวจ/ผลคลาดเคลื่อน) ระดับ E up /อุบัติเหตุทั้งหมด พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 0, 0/1, 0, 0 และ 0/5 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์การเกิดอุบัติเหตุการตรวจวิเคราะห์การรายงานผลคลาดเคลื่อน ปี 2564 พบ 1 ครั้งและปี 2567 พบ 5 ครั้ง นั้น ไม่มี ระดับความรุนแรง E up และจากการทบทวนพบว่าผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้อง แต่ขั้นตอนการรายงานผลเป็นการเลือกตัวเลือก เจ้าหน้าที่กวดตัวเลือก ผลตรวจวิเคราะห์ผิด และไม่ได้ตรวจสอบก่อนการยืนยันผล ทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ทำการทบทวนแก้ไขโดยใช้วิธีพิมพ์ผลการตรวจวิเคราะห์ในช่องรายงานผล แทนการกวดตัวเลือกผลการตรวจ และการสุ่มนิเทศหน้างานเป็นประจำ เพื่อติดตามและเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุการตรวจวิเคราะห์การรายงานผลคลาดเคลื่อน</p>
ปี	อุบัติเหตุทั้งหมด	ระดับ E up																	
2563	0	0																	
2564	1	0																	
2565	0	0																	
2566	0	0																	
2567	5	0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																														
<p>อัตราการรายงานผลแล็บด่วนทันเวลา เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 95</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการรายงานผลแล็บด่วนทันเวลา (%)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>งานโลหิตวิทยา</th> <th>งานเคมีคลินิก</th> <th>งานภูมิคุ้มกันวิทยา</th> <th>งานจุลทรรศน์ศาสตร์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>96.5</td> <td>96.5</td> <td>96.5</td> <td>96.5</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>98.0</td> <td>98.5</td> <td>100.0</td> <td>98.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>98.0</td> <td>98.0</td> <td>99.0</td> <td>96.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>98.0</td> <td>96.5</td> <td>97.0</td> <td>98.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>97.5</td> <td>98.5</td> <td>100.0</td> <td>99.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	งานโลหิตวิทยา	งานเคมีคลินิก	งานภูมิคุ้มกันวิทยา	งานจุลทรรศน์ศาสตร์	2563	96.5	96.5	96.5	96.5	2564	98.0	98.5	100.0	98.0	2565	98.0	98.0	99.0	96.0	2566	98.0	96.5	97.0	98.0	2567	97.5	98.5	100.0	99.0	<p>จากกราฟอัตราการรายงานผลแล็บด่วนทันเวลา งานโลหิตวิทยา/งานเคมีคลินิก/งานภูมิคุ้มกันวิทยา/งานจุลทรรศน์ศาสตร์ เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 95 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 96.54/96.12/96.10/95.76, 98.13/98.76/99.77/97.77, 98.07/98.09/98.80/95.72, 98.13/96.51/97.27/97.7 และ 97.32/98.32/99.62/98.90 ตามลำดับ ผลลัพธ์เป็นที่น่าพึงพอใจ ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาศักยภาพในการตรวจโดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์ พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ โดยการส่งฝึกอบรม ทบทวน ฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดความพึงพอใจกับ ผู้รับบริการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน ที่ได้ผลการตรวจทันเวลาและสามารถลดการรอคอยผลการตรวจ ทันต่อการรักษาของแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม ยังต้องติดตาม พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาระบบการบริการทางห้องปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น</p>
ปี	งานโลหิตวิทยา	งานเคมีคลินิก	งานภูมิคุ้มกันวิทยา	งานจุลทรรศน์ศาสตร์																											
2563	96.5	96.5	96.5	96.5																											
2564	98.0	98.5	100.0	98.0																											
2565	98.0	98.0	99.0	96.0																											
2566	98.0	96.5	97.0	98.0																											
2567	97.5	98.5	100.0	99.0																											

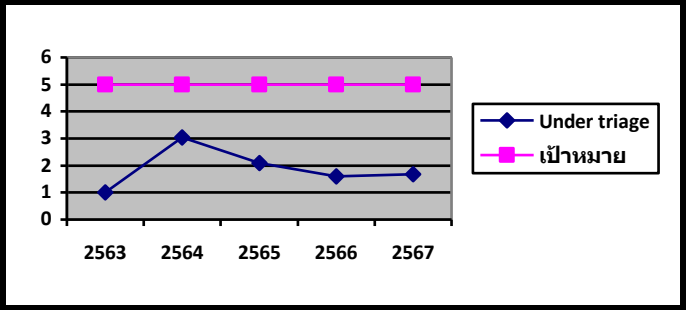
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ เป้าหมาย <math>\leq</math> ร้อยละ 0.5</p>  <table border="1" data-bbox="262 539 981 884"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการปฏิเสธ (จริง)</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>1.46</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1.45</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>1.16</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.79</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>2.24</td> <td>0.5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการปฏิเสธ (จริง)	เป้าหมาย	2563	1.46	0.5	2564	1.45	0.5	2565	1.16	0.5	2566	0.79	0.5	2567	2.24	0.5	<p>จากกราฟอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ เป้าหมาย <math>\leq</math> ร้อยละ 0.5 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 1.46, 1.45, 1.16, 0.79, 2.24 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1) สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน(ไม่ส่ง ในระบบ/ผิดคน/ไม่ติดชื่อ ฯลฯ) จำนวน 672 ครั้ง 2) สิ่งส่งตรวจไม่มีคุณภาพ(clot/hemolysis ฯลฯ) จำนวน 579 ครั้ง อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ไม่ผ่านเกณฑ์ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการทบทวน เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจ จึงมีการนิเทศกำกับติดตามเป็นรายหน่วยงาน รายบุคคล ใช้การเสริมพลังบุคคลที่เก็บสิ่งส่งตรวจได้ตามมาตรฐาน /คู่มือ ที่วางไว้ และการจัดอบรมการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างมีคุณภาพให้กับเจ้าหน้าที่ทุกปี มีคู่มือการเก็บและการนำส่งสิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้อง ครบถ้วน</p>
ปี	อัตราการปฏิเสธ (จริง)	เป้าหมาย																	
2563	1.46	0.5																	
2564	1.45	0.5																	
2565	1.16	0.5																	
2566	0.79	0.5																	
2567	2.24	0.5																	

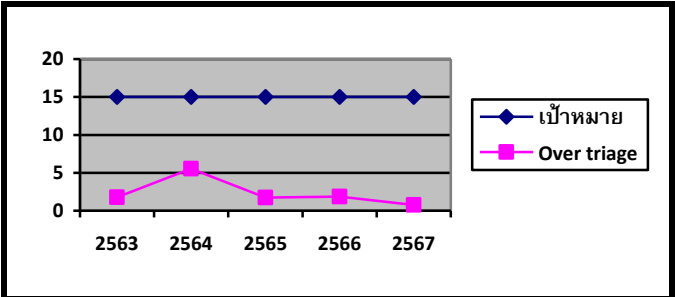
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

93 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) [IV-1, III-1ค(4) III-4.2 (5)]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ร้อยละของการคัดแยก under triage ที่ ER	$\leq 5$	1.01	3.04	2.1	1.59	1.67
ร้อยละของการคัดแยก over triage ที่ ER	$\leq 15$	1.76	5.53	1.75	1.85	0.76
จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะ shock จากการตกเลือดหลังคลอด	$\leq 25\%$	10 (1ราย)	22.25 (2ราย)	40 (4ราย)	0	40 (2ราย)
จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทบทวน ทำ RCA	ทุกรายเมื่อเกิด อุบัติการณ์	0	0	0	0	0

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละของการคัดแยก Under triage ที่ ER เป้าหมาย <math>\leq</math> ร้อยละ 5</p>  <table border="1" data-bbox="230 427 913 738"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละของการคัดแยก Under triage ที่ ER</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>Under triage (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>1.01</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>3.04</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>2.1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>1.59</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>1.67</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	Under triage (%)	เป้าหมาย (%)	2563	1.01	5	2564	3.04	5	2565	2.1	5	2566	1.59	5	2567	1.67	5	<p>จากกราฟร้อยละของการคัดแยก Under triage ที่ ER เป้าหมาย <math>\leq</math> ร้อยละ 5 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 1.01, 3.04, 2.1, 1.59 และ 1.67 ตามลำดับ จากการทบทวนร้อยละของการคัดแยก Under triage ที่ ER ผลการดำเนินงาน ไม่เกินค่าเป้าหมาย จากกระบวนการทบทวนพบว่า Under triage เกิดในกรณีที่การซักประวัติไม่ครอบคลุม ประเมินสัญญาณชีพ ไม่ครบถ้วน และให้การดูแลแรกรับไม่ครอบคลุม ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 ได้มีการพัฒนาระบบการคัดกรอง Triage พัฒนาระบบการเก็บข้อมูล Under /Over Triage ให้มีความครบถ้วน ครอบคลุมมากขึ้น อีกทั้งมีการทบทวนระบบการคัดกรอง Triage ทบทวนแนวปฏิบัติในการคัดแยก การบันทึกข้อมูลและการสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติงาน มีการนิเทศ กำกับติดตาม เพื่อให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนและความเสี่ยงกับผู้รับบริการ รวมถึงการ duple check การ Triage โดยแพทย์</p>
ปี	Under triage (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	1.01	5																	
2564	3.04	5																	
2565	2.1	5																	
2566	1.59	5																	
2567	1.67	5																	

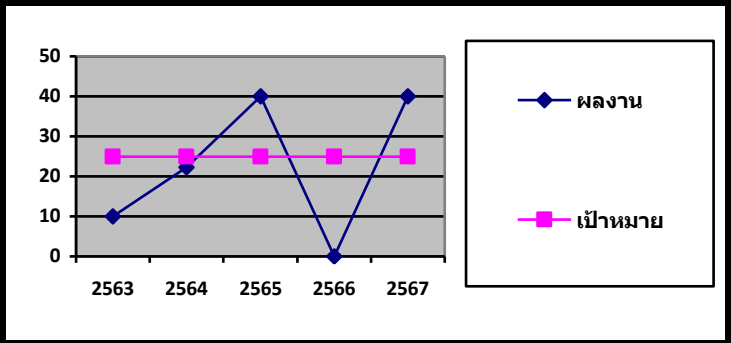
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละของการคัดแยก Over triage ที่ ER เป้าหมาย <math>\leq</math> ร้อยละ 15</p>  <table border="1" data-bbox="235 432 907 730"> <caption>Data from the line graph</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>Over triage (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>15</td> <td>1.76</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>15</td> <td>5.53</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>15</td> <td>1.75</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>15</td> <td>1.85</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>15</td> <td>0.76</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	Over triage (%)	2563	15	1.76	2564	15	5.53	2565	15	1.75	2566	15	1.85	2567	15	0.76	<p>จากกราฟร้อยละของการคัดแยก Over triage ที่ ER เป้าหมาย <math>\leq</math> ร้อยละ 15 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 1.76, 5.53, 1.75, 1.85 และ 0.76 ตามลำดับ จากการ ทบทวน Over triage ร้อยละของการคัดแยก Over triage ที่ ER ผลการดำเนินงาน ไม่เกินค่า เป้าหมาย ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 ได้มีการพัฒนาระบบการคัดกรอง Triage พัฒนาระบบการเก็บ ข้อมูล Under Over Triage ให้มีความครบถ้วน ครอบคลุมมากขึ้น อีกทั้งมีการทบทวนระบบการคัด กรอง Triage ทบทวนแนวปฏิบัติในการคัดแยก การบันทึกข้อมูลและการสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติงาน มีการนิเทศ กำกับติดตาม เพื่อให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการ ตามความเร่งด่วน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย จุกเงิน ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนและความเสี่ยงกับผู้รับบริการ รวมถึงการ double check การ Triage โดยแพทย์</p>
ปี	เป้าหมาย (%)	Over triage (%)																	
2563	15	1.76																	
2564	15	5.53																	
2565	15	1.75																	
2566	15	1.85																	
2567	15	0.76																	

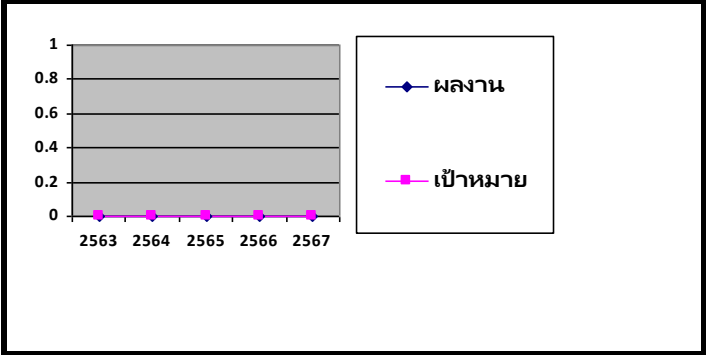
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p style="text-align: center;"><b>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</b> <b>(แสดง กราฟ)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</b> <b>(คำอธิบาย)</b></p>																		
<p>จำนวนอุบัติเหตุการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด ระดับ E ขึ้นไป เป้าหมาย 0</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	0	0	2564	0	0	2565	0	0	2566	0	0	2567	0	0	<p>จากกราฟจำนวนอุบัติเหตุการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด ระดับ E ขึ้นไป เป้าหมาย 0 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 ไม่พบจำนวนอุบัติเหตุการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด ระดับ E ขึ้นไป ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบการคัดกรอง Triage การยืนยันการคัดแยกจากความเห็นของแพทย์ และพัฒนาระบบการเก็บข้อมูล Under ,Over Triage ให้มีความครบถ้วนมากขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น อีกทั้งมีการทบทวนระบบการคัดกรอง Triage ร่วมกันทบทวนแนวปฏิบัติในการคัดแยก การบันทึกข้อมูลและการสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติงาน มีการนิเทศ กำกับติดตาม เพื่อให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนและความเสี่ยงกับผู้รับบริการ</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	0	0																	
2564	0	0																	
2565	0	0																	
2566	0	0																	
2567	0	0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p style="text-align: center;"><b>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</b> (แสดง กราฟ)</p>	<p style="text-align: center;"><b>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</b> (คำอธิบาย)</p>																		
<p style="text-align: center;">อัตราการเกิดภาวะ shock จากการตกเลือดหลังคลอด เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 25</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>10</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>22</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>40</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>40</td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน	เป้าหมาย	2563	10	25	2564	22	25	2565	40	25	2566	0	25	2567	40	25	<p>จากกราฟอัตราการเกิดภาวะ shock จากการตกเลือดหลังคลอด เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 25 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 10, 22, 25, 0 และ 40 ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2563 มีภาวะ shock จากการตกเลือด 1 ราย ปี 2564 พบมีภาวะ shock จากการตกเลือด 2 ราย ปี 2565 พบมีภาวะ shock จากการตกเลือด 2 ราย ปี 2566 ไม่พบภาวะ shock จากการตกเลือด ปี 2567 มีภาวะ shock จากการ ตกเลือด 2 ราย จากการ ทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจาก มดลูกหดตัวไม่ดี และภาวะรกค้างมดลูกหดตัวไม่ดีเกิดจาก Delay detection รายงานแพทย์ พบว่าสาเหตุ Active bleeding ไม่เจอ ทำให้ Delay Treatment ระบบ Fast track PPH ไม่ผ่านตามเกณฑ์ มีการทบทวนแนวทาง ปรับปรุงระบบการดูแลมารดา หลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดจากรกค้างและภาวะตกเลือดจากมดลูกนี้มโดย 1) การประเมิน early warning sign ภาวะเสี่ยง PPH ตั้งแต่แรกรับที่ชัดเจนเพื่อป้องกันภาวะ shock ทุกราย 2) มีระบบ Auto refer ที่มีประวัติตกเลือดหลังคลอด หรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติรกค้าง หรือ Hct &lt; 28% 3) มีระบบ Refer Fast Track 4) มีการเฝ้าระวังมารดาที่ Admit LR จะต้องมีการ Observe contraction of Labor เจาะ Lab CBC PT PTT INR BUN Cr- E lyte และประสานห้อง Lab stand by PRC Group O low titer 5) มีระบบ standing order for impending Low risk PPH, High risk PPH 6) ซ้อมแผน EMC 1 ครั้ง/ปี 7) ประเมินสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน 8) มีสูติแพทย์ ประจำ zoning มาตรวจ case high risk 1 ครั้ง/เดือน 9) Conferance case One Province One labor room 10) บริหารอัตรากำลังพยาบาลให้มีความเพียงพอและรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินจากการคลอด</p>
ปี	ผลงาน	เป้าหมาย																	
2563	10	25																	
2564	22	25																	
2565	40	25																	
2566	0	25																	
2567	40	25																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทบทวน ทำ RCA เป้าหมาย ทุกสายเมื่อเกิดอุบัติการณ์</p>  <table border="1" data-bbox="219 528 922 884"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	0.0	0.0	2564	0.0	0.0	2565	0.0	0.0	2566	0.0	0.0	2567	0.0	0.0	<p>จากกราฟจำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทบทวน ทำ RCA เป้าหมาย ทุกสายเมื่อเกิดอุบัติการณ์ พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 ไม่พบจำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด ระดับ E ขึ้นไป เป้าหมาย หากมีการเกิดอุบัติการณ์จะต้องมีการร่วมกันทบทวน ทำRCA ทุกสาย โรงพยาบาลได้มีการประกาศนโยบายความปลอดภัย (มาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ) ข้อที่ 9 เป็นเรื่องของการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน มีแนวทางปฏิบัติและระบบการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์การคัดแยก ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน มีการพัฒนาระบบการคัดกรอง Triage การยืนยันการคัดแยกจากความเห็นของแพทย์ และพัฒนาระบบการเก็บข้อมูล Under, Over Triage ให้มีความครบถ้วนมากขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น อีกทั้งมีการทบทวนระบบการคัดกรอง Triage ร่วมกันทบทวนแนวปฏิบัติในการคัดแยก การบันทึกข้อมูลและการสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติงาน มีการนิเทศ กำกับติดตาม เพื่อให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนและความเสี่ยงกับผู้รับบริการ</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	0.0	0.0																	
2564	0.0	0.0																	
2565	0.0	0.0																	
2566	0.0	0.0																	
2567	0.0	0.0																	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ดากใบ

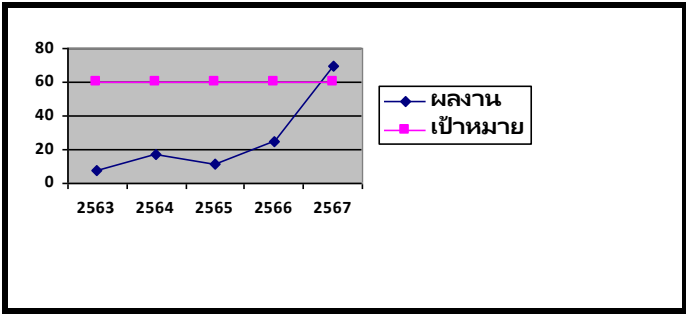
## (2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

94 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ [IV-1 (2)]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ร้อยละการให้ความรู้ด้านโภชนาการ / โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอก (OPD)	80	NA	100	95.7	91.9	92.9
ร้อยละการให้ความรู้ด้านโภชนาการ / โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยหอบผู้ป่วยใน (IPD)	80	NA	100	70	88	80.6
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	60	7.31	16.99	11.27	24.43	69.82
ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย	≥ ร้อยละ 87	93.39	71.16	92.27	88.53	87.64
ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1ปี, 2ปี, 3ปี และ 5ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดตามเกณฑ์อายุ (fully immunized)	≥ ร้อยละ 90	67.14	64.65	75.18	69.63	53.55
		66.46	68.55	62.32	61.08	60.55
		63.78	73.86	49.62	58.23	49.38
		67.45	71.40	64.08	52.72	40.44

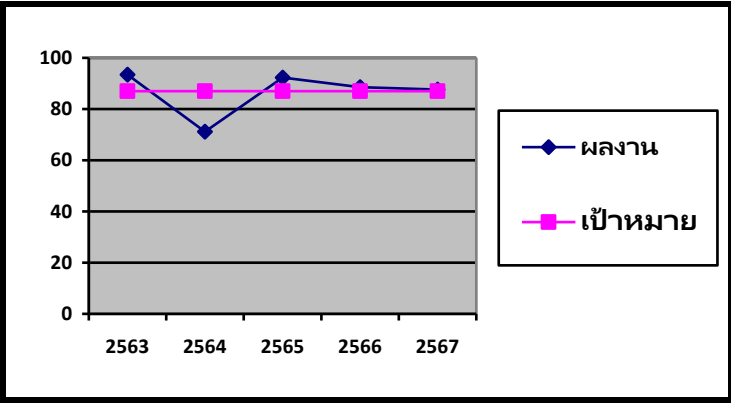
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																				
<p>ร้อยละการให้ความรู้ด้านโภชนาการ / โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วย OPD /IPD เป้าหมาย ร้อยละ 80</p> <table border="1"> <caption>Data for Nutritional Knowledge Graph</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>OPD (%)</th> <th>IPD (%)</th> <th>Target (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>95</td> <td>70</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>92</td> <td>92</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>93</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	Year	OPD (%)	IPD (%)	Target (%)	2564	100	100	80	2565	95	70	80	2566	92	92	80	2567	93	80	80	<p>จากกราฟร้อยละการให้ความรู้ด้านโภชนาการ / โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วย OPD /IPD เป้าหมาย 80 % พบว่าในปี 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 100/100, 95.7/70, 91.9/88 และ 92.9/80.6 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผลลัพธ์ ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ในปี 2565, 2566 และ 2567 พบว่า ร้อยละลดลงเนื่องจากนักโภชนาการมีภารกิจเพิ่มมากขึ้นเป็นผลให้การให้ความรู้ไม่ครอบคลุม 100 % เหมือนในปี 2564 อย่างไรก็ตามนักโภชนาการมีการวางแผนด้านโภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยครอบคลุมทั้งงานผู้ป่วยในและงานผู้ป่วยนอก เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และวัฒนธรรมท้องถิ่น งานโภชนคลินิก ประเมินภาวะโภชนาการ ให้โภชนศึกษา ผู้ป่วยนอก คลินิก ANC คลินิก NCD คลินิก DPAC งานบริการปฐมภูมิและองค์กรวมอีกทั้งโภชนบำบัดผู้ป่วยใน ประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนให้โภชนบำบัดผู้ป่วยใน ติดตามและประเมินผลการให้โภชนบำบัดร่วมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการวางแผนให้โภชนบำบัดเพื่อสนับสนุนกระบวนการรักษาของแพทย์ และปัจจุบันได้ดำเนินการเชิงรุกให้ข้อมูลโภชนบำบัดโดยลงพื้นที่ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ</p>
Year	OPD (%)	IPD (%)	Target (%)																		
2564	100	100	80																		
2565	95	70	80																		
2566	92	92	80																		
2567	93	80	80																		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป้าหมาย ร้อยละ 60</p>  <table border="1" data-bbox="219 528 902 842"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>~10</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>~18</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>~12</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>~25</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>~70</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	~10	60	2564	~18	60	2565	~12	60	2566	~25	60	2567	~70	60	<p>จากกราฟร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป้าหมาย ร้อยละ 60 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 7.31, 16.99, 11.27, 24.43 และ 69.82 ตามลำดับ จากการดำเนินงานจะเห็นว่าปัจจุบันโรคมะเร็งปากมดลูกมีอัตราการตายเป็นอันดับแรก ของสตรีไทย ผู้ป่วยที่มารับการรักษาส่วนใหญ่มักมาเมื่อระยะรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยอายุและกลัวที่จะมารับบริการตรวจคัดกรอง ทำให้ผลการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด (เกณฑ์กำหนดร้อยละ 60) แต่มีแนวโน้มการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่มขึ้น จากการปรับเปลี่ยนการตรวจเป็น Self test ทำให้แก้ไขปัญหาความอายและกลัวในการตรวจ จากผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปี 2567 ที่ผ่านมา พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ราย รายแรก CA Cervix Stage 1, รายที่ 2 CA Cervix Stage 2 ทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปัญหาที่พบ 1) ผู้เข้ารับบริการกลัวผลการตรวจคัดกรอง 2) ผู้เข้ารับบริการบางรายไม่เชื่อมั่นในวิธีการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV Self test 3) ผู้เข้ารับบริการเขินอายต่อเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ 4) ผู้เข้ารับบริการมีความเชื่อทางศาสนา หากจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ต้องให้สามียินยอมก่อนตรวจ แผนที่จะพัฒนาเพื่อให้ผู้รับบริการมีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ 1) ให้ความรู้ เพิ่มความเชื่อมั่นต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV Self test เพื่อลดความเขินอายในการตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ 2) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ อสม. ผู้นำศาสนา, ผู้นำชุมชน และคู่สมรสของผู้รับบริการ</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	~10	60																	
2564	~18	60																	
2565	~12	60																	
2566	~25	60																	
2567	~70	60																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัย เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 87</p>  <table border="1" data-bbox="197 614 925 1018"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>93.39</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>71.16</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>92.27</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>88.53</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>87.64</td> <td>87</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	93.39	87	2564	71.16	87	2565	92.27	87	2566	88.53	87	2567	87.64	87	<p>จากกราฟร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัย เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 87 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 93.39, 71.16, 92.27, 88.53, 87.64 ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานพบว่า เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการที่สมวัยลดลง (ปี 2564 ปีที่โควิด19 ระบาดหนักในพื้นที่ อัตราการขาดนัดเพิ่มขึ้นอัตราการเข้ารับบริการลดลง ผลงานตามจำนวนคนไข้ที่มารับบริการ/จำนวนคนไข้จากเป้าการคัดกรองทั้งหมด) เนื่องจาก สภาพสังคมและวิถีการเลี้ยงดูในปัจจุบัน เทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาทในการใช้ชีวิตมากขึ้น ทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการตามวัยลดลง ผู้ปกครองไม่ตระหนักและให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเท่าที่ควร ผู้ปกครองบางรายมีปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ การเงิน ทำให้ขาดโอกาสในการพาลูกมาประเมินประเมินพัฒนาการตามช่วงวัยและไปพบแพทย์ตามนัด อย่างไรก็ตามทีมประเมินพัฒนาการได้ดำเนินการตามแผนงาน ในการออกให้บริการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0- 60 เดือน เชิงรุกในชุมชนและโรงเรียน ทั้งด้านบริการประเมิน คัดกรองด้วยเครื่องมือ DSPM และการให้ความรู้ด้านการส่งเสริม ประเมินกระตุ้นพัฒนาการ รวมถึงความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยต่าง ๆ สร้างความตระหนักรู้ และการให้ความสำคัญในเรื่องพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน แก่ผู้ปกครองและครู และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วม แผนพัฒนาต่อเนื่องคือ 1) ชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0 – 60 เดือน ในชุมชน 2) สืบหาข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM และ DAIM 3) สืบหาข้อมูลเด็กที่ไม่ได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัย 9,18,30,42,60 เดือน 4) จัดทำทะเบียนเด็กอายุตามช่วงวัย 9,18.30,42 และ60เดือน แยกเป็นรายหมู่และกำหนดพื้นที่รับผิดชอบให้ชัดเจน 5) จัดทำแผนปฏิบัติการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0 -60 เดือน เชิงรุกในพื้นที่ 6) จัดทำหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	93.39	87																	
2564	71.16	87																	
2565	92.27	87																	
2566	88.53	87																	
2567	87.64	87																	

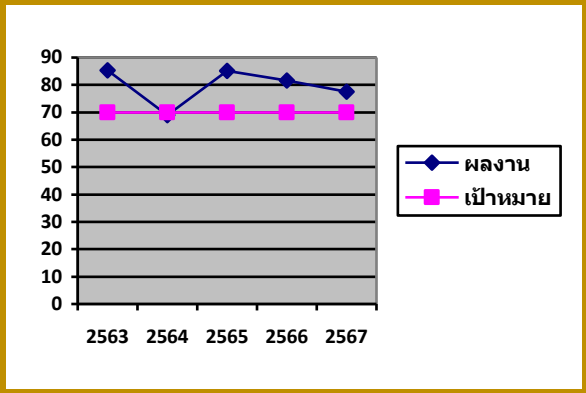
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																																				
<p>ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1ปี, 2ปี, 3ปี และ 5ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดตามเกณฑ์อายุ (fully immunized) เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 90</p> <table border="1"> <caption>Estimated data from the vaccination coverage graph</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>1 ปี (%)</th> <th>2 ปี (%)</th> <th>3 ปี (%)</th> <th>5 ปี (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>68</td> <td>68</td> <td>65</td> <td>68</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>65</td> <td>65</td> <td>75</td> <td>65</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>75</td> <td>65</td> <td>50</td> <td>65</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>70</td> <td>65</td> <td>55</td> <td>65</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	Year	1 ปี (%)	2 ปี (%)	3 ปี (%)	5 ปี (%)	เป้าหมาย (%)	2563	68	68	65	68	90	2564	65	65	75	65	90	2565	75	65	50	65	90	2566	70	65	55	65	90	2567	55	60	50	40	90	<p>จากกราฟความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1ปี, 2ปี, 3ปี และ 5ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดตามเกณฑ์อายุ (fully immunized) เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 90 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 67.14/66.46/63.78/67.45, 64.65/68.55/73.86/71.40, 75.18/62.32/49.62/64.08, 69.63/61.08/58.23/52.72 และ 53.55/60.55/49.38/40.44 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1ปี, 2ปี, 3ปี และ 5ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดตามเกณฑ์อายุ ยังไม่ได้ตามเป้าหมายทุกช่วงอายุ จากการทำประชาคมสะท้อนข้อมูลพบว่า ผู้ปกครองไปทำงานต่างอำเภอ/จังหวัด หรือประเทศมาเลเซีย บุตรหลานอยู่ กับปู่ ย่า ตา ยาย ไม่สามารถที่จะทำเด็กมาฉีดวัคซีนตามนัดได้ มีความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้อง คิดว่ามาฉีดวัคซีนก่อนหน้าแล้วลูกไม่สบายเลย ไม่พาลูกมาฉีดตามนั้นกลัวลูกไม่สบายอีกเมื่อมารับวัคซีน แผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ ช่องทาง On Line เรื่องแจ้ง ความรู้ เช่น โรคระบาดที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ให้ความรู้/สุขศึกษา แก่ผู้ปกครองรายบุคคลในการดูแลเด็ก ก่อน-หลัง ได้รับวัคซีน ออกให้บริการเชิงรุกในชุมชนและโรงเรียน ปีละ 2 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้านในเคสที่ อสม.ลงติดตามแล้วปฏิเสธการรับวัคซีน โดยทีมสหวิชาชีพ</p>
Year	1 ปี (%)	2 ปี (%)	3 ปี (%)	5 ปี (%)	เป้าหมาย (%)																																
2563	68	68	65	68	90																																
2564	65	65	75	65	90																																
2565	75	65	50	65	90																																
2566	70	65	55	65	90																																
2567	55	60	50	40	90																																

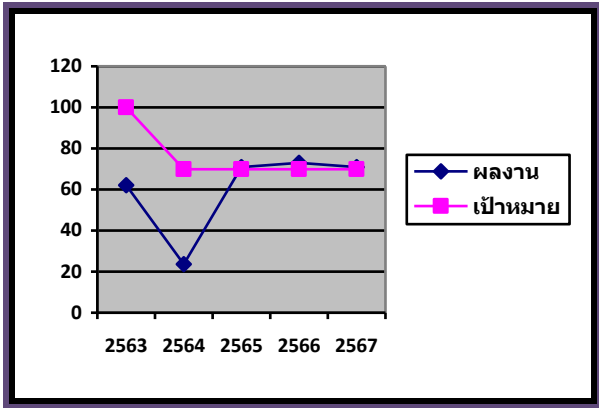
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

95 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	> 70%	85.41	68.92	85.17	81.63	77.49
ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยง HT / DM ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	70 %	62.05	23.54	70.94	72.89	70.9
จำนวนสถานีสุขภาพในชุมชน (1ตำบล 1สถานีสุขภาพ) ครบ 8 ตำบล	8	NA	NA	NA	1	2

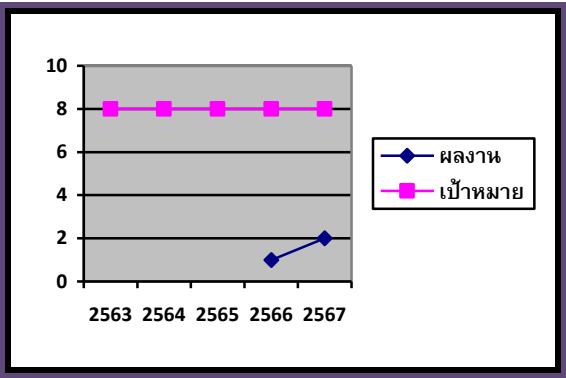
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 70</p>  <table border="1" data-bbox="304 517 887 911"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>85.41</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>72.57</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>85.19</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>79.65</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>77.49</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	85.41	70	2564	72.57	70	2565	85.19	70	2566	79.65	70	2567	77.49	70	<p>จากกราฟร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เป้าหมาย &gt; ร้อยละ 70 พบว่าใน ปี 2563, 2564, 2565, 2566 และปี 2567 เท่ากับ 85.41, 72.57, 85.19, 79.65 และ 77.49 ตามลำดับ จะเห็นได้ ตั้งแต่ปี 2563 - 2567 ตัวชี้วัดนี้ผ่านเกณฑ์มีแนวโน้มลดลงเนื่องจาก บางคนอยู่นอกพื้นที่ หรือบางคนตั้งครรภ์หลายครั้ง อาจมาฝากครรภ์ช้าเพราะอายุ หรือไม่สะดวก/ไม่มีเวลาว่างมาฝากครรภ์</p> <p>โอกาสพัฒนา ปี 2568</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดอบรมผู้นำศาสนาเพื่อช่วยเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ/มาฝากท้องให้เร็วที่สุดก่อน 12 สัปดาห์</li> <li>2. จัดโครงการอบรม อสม. เพื่อช่วยติดตามหญิงที่คาดว่าจะตั้งครรภ์/มีการตรวจ UPT. โดยอสม. หากพบว่าตั้งครรภ์ก็ให้รีบมาฝากครรภ์</li> <li>3. เสริมแรงจูงใจให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ โดยให้คำแนะนำและของที่ระลึกแก่ผู้นำส่ง และหญิงตั้งครรภ์ทุกราย</li> <li>4. ในเขตเทศบาลได้รับความร่วมมือกับกองทุนสุขภาพตำบลด้วยการทำโครงการสนับสนุนเรื่องการฝากท้อง Early ANC และมีของที่ระลึกหลังคลอดเพื่อเสริมแรงจูงใจ</li> </ol>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	85.41	70																	
2564	72.57	70																	
2565	85.19	70																	
2566	79.65	70																	
2567	77.49	70																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยง HT / DM ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป้าหมาย ร้อยละ 70</p>  <table border="1" data-bbox="295 673 891 1082"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยง HT / DM ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>62.05</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>23.54</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>70.94</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>72.89</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>70.09</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	62.05	70	2564	23.54	70	2565	70.94	70	2566	72.89	70	2567	70.09	70	<p>จากกราฟร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยง HT / DM ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป้าหมาย ร้อยละ 70 พบว่าใน ปี 2563, 2564, 2565, 2566 และปี 2567 เท่ากับ ร้อยละ 62.05, 23.54, 70.94, 72.89 และ 70.09 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าระดับประชากรกลุ่มเสี่ยง HT/DM ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใน ปี 2564 มีระดับร้อยละ 23.54 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เนื่องจาก เป็นปีที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จึงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายด้าน แต่หลังจากผ่านช่วงระบาดของโรคไป ต่อมาได้มีการปรับแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการคัดกรองโรคและให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การสร้างกลุ่มไลน์ในการให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามผลโดยอสม.ทำให้เป้าหมายมีแนวโน้มสูงขึ้น</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	62.05	70																	
2564	23.54	70																	
2565	70.94	70																	
2566	72.89	70																	
2567	70.09	70																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ดากใบ

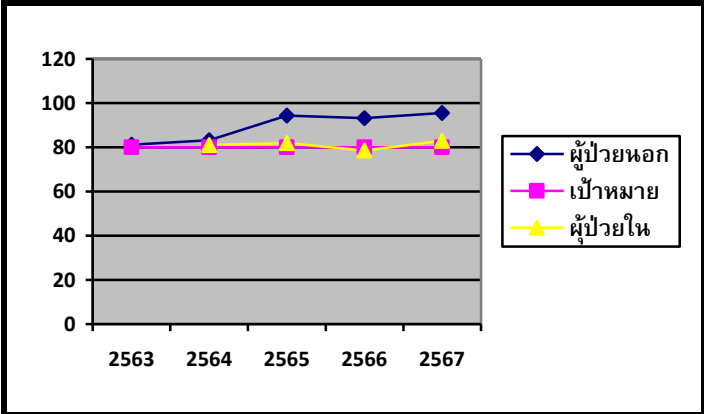
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>จำนวนสถานีสุภาพในชุมชน (1ตำบล 1สถานีสุภาพ) ครบ 8 ตำบล</p>  <table border="1" data-bbox="315 655 878 1034"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: จำนวนสถานีสุภาพในชุมชน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>1</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	8	8	2564	8	8	2565	8	8	2566	1	8	2567	2	8	<p>จากกราฟจำนวนสถานีสุภาพในชุมชน (1ตำบล 1สถานีสุภาพ) ครบ 8 ตำบล พบว่าตั้งแต่ ปี 2566 อำเภอตากใบเป็นหนึ่งในอำเภอนำร่อง การสร้างความรอบรู้ในชุมชน โดยการเปิดสถานีสุภาพในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ตรวจจับอาการตนเอง โดยมีคู่มือแนวทาง และแอปในการสอบถามปัญหาสุขภาพกับเจ้าหน้าที่ ระยะแรกจะมีสม. และแกนนำชุมชน เป็นผู้ให้คำแนะนำในศูนย์สุขภาพชุมชน ปัจจุบันมีการจัดสถานีสุภาพในชุมชน จำนวน 1 แห่ง (ตำบลละ 1 แห่ง) และในปี 2567 สามารถ เปิดให้บริการโดยประชาชนในชุมชนอีก 1 แห่ง ในปี 2568 วางแผนในการเปิดศูนย์สุขภาพครอบคลุมทุกตำบล เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ และมีช่องทางในการเข้าถึง จนท. หากมีต้องการคำแนะนำในเรื่องสุขภาพ</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	8	8																	
2564	8	8																	
2565	8	8																	
2566	1	8																	
2567	2	8																	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

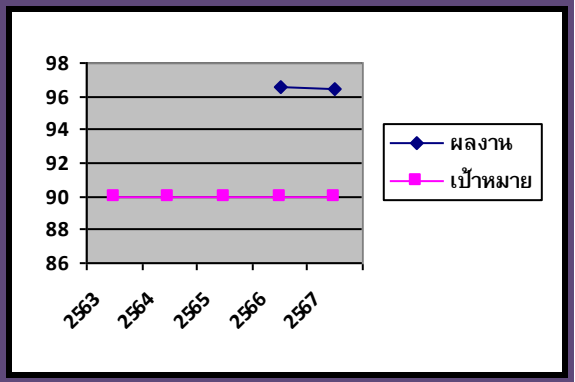
## IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มีติดคนเป็นศูนย์กลาง)

96 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย [IV-2, I-3]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	80	81.20	83.16	94.29	93.13	95.53
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน	80	83.25	81.02	81.85	78.62	82.85
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยในที่บ้าน (Homeward)	90	NA	NA	NA	96.54	96.42
อัตราข้อร้องเรียนที่ได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	100	100	100	100	100	100
อัตราความพึงพอใจของชุมชน	80	85.00	89.25	87.62	89.24	89.00

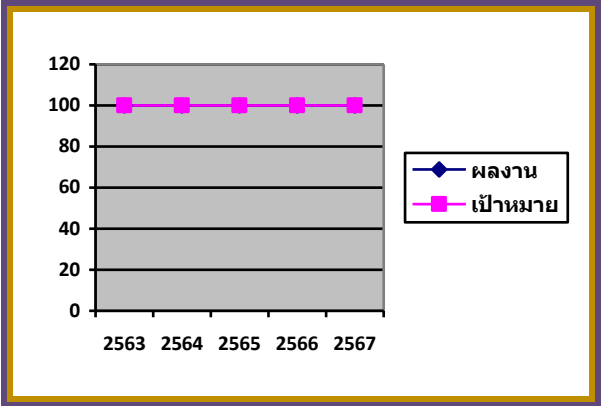
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ดากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก/ใน เป้าหมาย ร้อยละ 80</p>  <table border="1" data-bbox="248 432 949 847"> <caption>ข้อมูลความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก/ใน เป้าหมาย ร้อยละ 80</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผู้ป่วยนอก</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผู้ป่วยใน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>85</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>95</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>95</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>95</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผู้ป่วยนอก	เป้าหมาย	ผู้ป่วยใน	2563	80	80	80	2564	85	80	80	2565	95	80	80	2566	95	80	80	2567	95	80	80	<p>จากกราฟความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก/ใน เป้าหมาย ร้อยละ 80 พบว่า ในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และปี 2567 เท่ากับ ร้อยละ 81.20/83.25, 83.16/81.02, 94.29/81.85, 93.13/78.62 และ 95.53/82.85 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเกินเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยโรงพยาบาลได้เพิ่มช่องทางการรับฟังข้อคิดเห็นผู้รับบริการเพื่อนำมาพัฒนาอยู่เสมอ และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะผู้รับบริการ การปรับโฉม Modernize OPD มีการพัฒนาระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้รับบริการที่จุดคัดกรอง จัดทำลำดับคิวเพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบแบ่งโซนผู้มารับบริการให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น และในความพึงพอใจของหอผู้ป่วยใน ในปี 2566 มีการปรับปรุงหอผู้ป่วย ทั้งในส่วนห้องน้ำ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย และในปี 2567 คะแนนความพึงพอใจได้เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังคงให้ข้อมูลสุขภาพ และสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและญาติทุกปี เพื่อออกแบบระบบบริการ ให้สอดคล้องกับบริบทมากยิ่งขึ้น</p>
ปี	ผู้ป่วยนอก	เป้าหมาย	ผู้ป่วยใน																						
2563	80	80	80																						
2564	85	80	80																						
2565	95	80	80																						
2566	95	80	80																						
2567	95	80	80																						

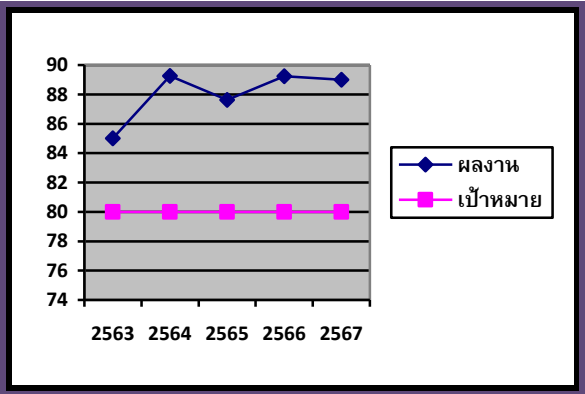
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยในบ้าน (Homeward) เป้าหมาย ร้อยละ90</p>  <table border="1" data-bbox="315 579 887 962"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงความพึงพอใจ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>90</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>90</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>90</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>96.54</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>96.42</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	90	90	2564	90	90	2565	90	90	2566	96.54	90	2567	96.42	90	<p>จากกราฟความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยในบ้าน (Homeward) เป้าหมาย ร้อยละ90 พบว่าในปี2566 และ 2567 เท่ากับ96.54 และ 96.42 จากการวิเคราะห์จากแบบสอบถามความพึงพอใจในระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน (Home ward) พบว่าความพึงพอใจในด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรให้บริการที่มีความเอาใจใส่รับฟังปัญหา มีผลความพึงพอใจมากที่สุด และในด้านกระบวนการหรือเข้าใจในขั้นตอนการรักษาและภาวะโรคความพึงพอใจในระดับปานกลาง ดังนั้นในปี 2568 ทางทีมดูแลผู้ป่วยในบ้าน มีการพัฒนาการให้บริการ โดยให้ความสำคัญต่อความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย การให้คำแนะนำติดต่อเจ้าหน้าที่ เมื่อมีภาวะฉุกเฉิน หรือไม่มั่นใจในการดูแล ได้ตลอดเวลา และการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างปลอดภัย</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	90	90																	
2564	90	90																	
2565	90	90																	
2566	96.54	90																	
2567	96.42	90																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด เป้าหมาย ร้อยละ 100</p>  <table border="1" data-bbox="300 579 898 986"> <caption>Data from the graph: Performance vs. Target</caption> <thead> <tr> <th>ปี (Year)</th> <th>ผลงาน (Actual Performance)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี (Year)	ผลงาน (Actual Performance)	เป้าหมาย (Target)	2563	100	100	2564	100	100	2565	100	100	2566	100	100	2567	100	100	<p>จากกราฟอัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด เป้าหมาย ร้อยละ 100 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด ร้อยละ 100 โดยโรงพยาบาลมีการกำหนดช่องทางการร้องเรียนโดยจัดบริการรับฟังข้อเสนอแนะ/ร้องเรียน ผ่านเพจโรงพยาบาลและกระจายในชุมชน มีศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ในการสร้างช่องทางเพื่อเพิ่มความไวในการรับทราบความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ และชุมชน การลงเยี่ยมบ้าน มอบหมายบุคลากรทุกหน่วยบริการ สอบถามการให้บริการ และสังเกตการณ์ให้บริการที่ต้องต่อคิว และทุกหน่วยงานประเมินความพึงพอใจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับคลินิกบริการมีความประเมินความพึงพอใจปีละ 2 ครั้ง และมีจุดแสดง QR code แบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ สำหรับประเมินจุดบริการในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ที่ผ่านมาพบว่าเรื่องของพฤติกรรมบริการ และการรอรับบริการนานเป็นข้อเสนอนแนะที่ได้รับทุกปี ส่งผลให้ทุกหน่วยบริการมีการจัดทำมาตรฐานพฤติกรรมบริการของหน่วยบริการและจัดอบรมพฤติกรรมบริการในเจ้าหน้าที่ให้บริการโดยวิทยากรภายนอก และในเรื่องการบริการล่าช้า รอรับบริการนาน ซึ่งแต่ละหน่วยงานทบทวนกระบวนการทำงาน และจัดทำโครงการลดขั้นตอนการทำงาน จนสามารถประกันระยะเวลา รอคอยให้ผู้รับบริการทราบ และมีการกำหนดแนวทางการป้องกันข้อร้องเรียนที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องโดยมีคณะกรรมการทีมใกล้เคียงเพื่อป้องกันความเสี่ยงระดับรุนแรงที่อาจก้าวข้ามไปสู่การฟ้องร้อง ซึ่งทุกเรื่องราวที่มีการร้องเรียนหรือมีข้อสงสัย ข้อเสนอแนะต่างๆ ทางโรงพยาบาลมีการตอบสนองและดำเนินการแก้ไขได้ตามเวลาที่กำหนดร้อยละ 100</p>
ปี (Year)	ผลงาน (Actual Performance)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	100	100																	
2564	100	100																	
2565	100	100																	
2566	100	100																	
2567	100	100																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

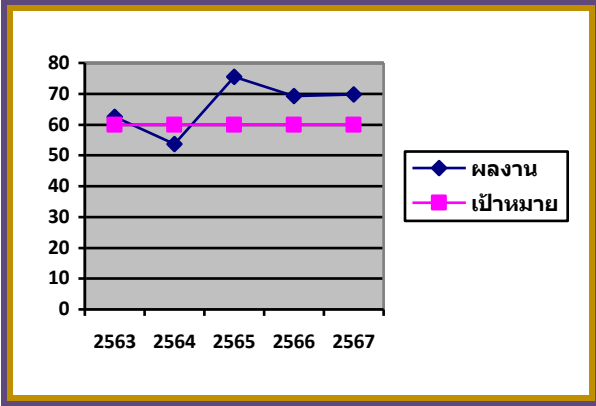
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราความพึงพอใจของชุมชนเป้าหมาย ร้อยละ80</p>  <table border="1" data-bbox="309 644 891 1038"> <caption>ข้อมูลจากกราฟอัตราความพึงพอใจของชุมชนเป้าหมาย ร้อยละ80</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>85</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>89</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>87.62</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>89.24</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>89</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	85	80	2564	89	80	2565	87.62	80	2566	89.24	80	2567	89	80	<p>จากกราฟอัตราความพึงพอใจของชุมชนเป้าหมาย ร้อยละ80 พบว่าในปี2563, 2564, 2565, 2566 และ2567 เท่ากับ85, 89.25, 87.62, 89.24 และ89 ตามลำดับ คะแนนความพึงพอใจของชุมชน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 มากโดยตลอด 5 ปี สืบเนื่องจากจุดแข็งที่สามารถจัดบริการเบ็ดเสร็จในอำเภอ และมีแพทย์ปฐมภูมิ เป็นหมอครอบครัวครอบคลุมทุกตำบลในอำเภอตากใบ ตลอดจนการจัดระบบบริการเชิงรุกดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย และการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบาง คนพิการในพื้นที่ จนได้รับรางวัล “ค่าของแผ่นดิน ประจำปี 2566” ด้านการพัฒนาสังคมและส่งเสริมคุณภาพชีวิต และในปี 2568 เพิ่มการดำเนินงานเชิงรุกมากขึ้น สอบถามความต้องการของชุมชน เพื่อจัดระบบบริการให้ตรงกับความต้องการ สร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	85	80																	
2564	89	80																	
2565	87.62	80																	
2566	89.24	80																	
2567	89	80																	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

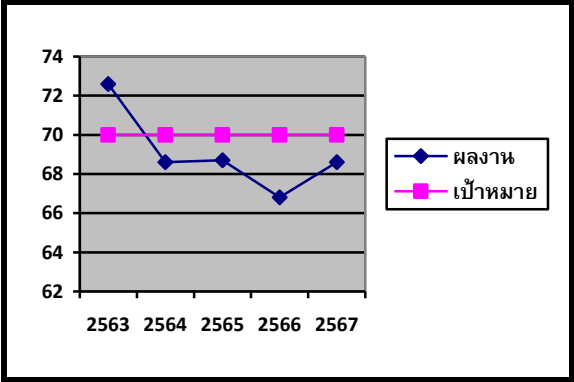
## IV-3 ผลด้านบุคลากร

97 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร	$\geq 70$	62.50	53.71	75.44	69.25	69.8
ความพึงพอใจของบุคลากร	$\geq 70$	72.60	68.6	68.7	66.8	68.6
ร้อยละของบุคลากร ดี/เสียง/ป่วย		36.88/50.40 /12.7	44.27/41.50 /14.23	46.21/39.39 /14.39	45.8/37.6 / 16.6	34.28/47.30/ 18.73
อุบัติเหตุของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน	0	0	2	0	0	0
อุบัติเหตุของบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงาน	0	5	4	2	6	1

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 70</p>  <table border="1" data-bbox="291 534 884 941"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>62.50</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>53.71</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>75.44</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>69.25</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>69.8</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	62.50	60	2564	53.71	60	2565	75.44	60	2566	69.25	60	2567	69.8	60	<p>จากกราฟความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 60 พบว่าในปีงบประมาณ 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 62.50 53.71 75.44 69.25 และ 69.8 ตามลำดับ พบว่าอยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในงาน และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร และ แบบประเมินการประเมินค่า Happinometer ของบุคลากร เพื่อให้มีความครอบคลุมในการวิเคราะห์ความผูกพันบุคลากร มีการออกแบบกิจกรรมสร้างความผูกพันออกเป็น 3 ระยะได้แก่ Enter Engagement และ Exit: มีระบบประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่เป็นธรรม และส่งเสริมการเติบโตทางวิชาชีพ จากการเติบโตขององค์กร ทำให้มีบุคลากรเพิ่มมากขึ้นและมีความต่างในช่วง generation ในปี 2568 เพื่อให้ยังคงรักษาเป้าหมายของความผูกพัน ฝ่ายพัฒนาบุคลากร ได้วิเคราะห์ แบบสอบถาม เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน ที่เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้น ทั้งในช่วงวัย ตาม Generation ต่างๆ ลักษณะงาน จัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลให้ปลอดภัย สร้างบรรยากาศการทำงานให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข มีการจัดอัตราค่าจ้างที่เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงาน จัดกิจกรรมเพื่อให้บุคลากรรู้สึกมีคุณค่าตลอดจนส่งเสริมให้บุคลากรที่กระตือรือร้นได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา สร้างคุณค่าความผูกพันต่อองค์กร ต่อไป</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	62.50	60																	
2564	53.71	60																	
2565	75.44	60																	
2566	69.25	60																	
2567	69.8	60																	

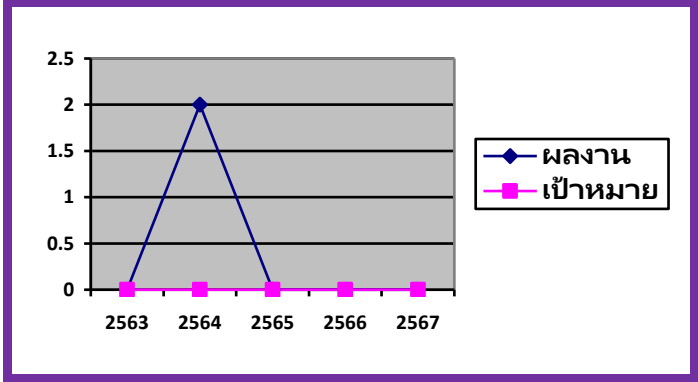
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ดากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ความพึงพอใจต่อองค์กรของบุคลากร เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 70</p>  <table border="1" data-bbox="304 483 875 866"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ความพึงพอใจต่อองค์กรของบุคลากร</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>72.60</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>68.60</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>68.70</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>66.80</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>68.60</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	72.60	70	2564	68.60	70	2565	68.70	70	2566	66.80	70	2567	68.60	70	<p>จากกราฟความพึงพอใจต่อองค์กรของบุคลากร เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 70 พบว่า ปี2563, 2564, 2565, 2566 และปี2567 เท่ากับ ร้อยละ 72.60, 68.60, 68.70, 66.80 และ68.60 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าระดับความพึงพอใจของบุคลากร ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่วางไว้ในปี 2567 มีทิศทางที่เพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร ด้านความพึงพอใจที่มีต่อหน่วยงานในการพัฒนาแหล่งข้อมูลเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และความพึงพอใจที่มีต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานของบุคลากร ประเภทลูกจ้าง ทำให้งานพัฒนาบุคลากร ได้จัดกิจกรรม การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ในการทำผลงานวิชาการ และดำเนินต่อเนื่องเพื่อความก้าวหน้าของบุคลากร เพื่อธำรงรักษาบุคลากร ให้ความสำคัญต่อสภาพแวดล้อมของบุคลากร ในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สวัสดิการ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร สร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานให้บุคลากรอย่างต่อเนื่องอย่างเท่าเทียมกับบุคลากรในทุกประเภท การจ้างงานตลอดจนการวิเคราะห์ความพึงพอใจของบุคลากร ทุกฝ่ายทุกงาน เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงาน</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	72.60	70																	
2564	68.60	70																	
2565	68.70	70																	
2566	66.80	70																	
2567	68.60	70																	

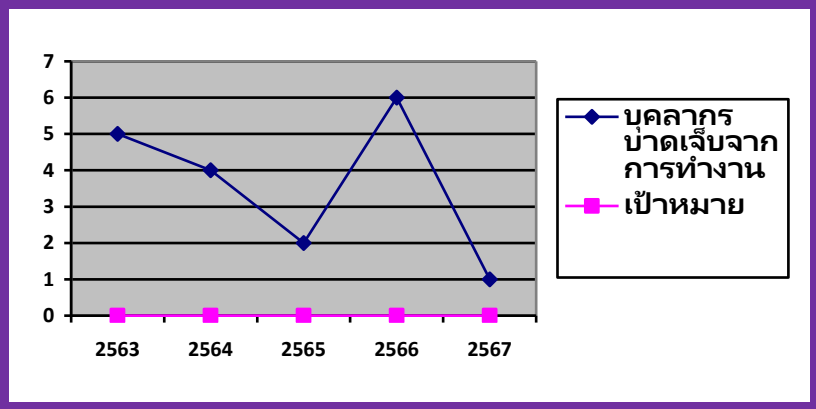
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>ร้อยละของบุคลากร สุขภาพดี/เสี่ยง/ป่วย</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละของบุคลากร สุขภาพดี/เสี่ยง/ป่วย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ภาวะสุขภาพดี (%)</th> <th>ภาวะสุขภาพเสี่ยง (%)</th> <th>ภาวะสุขภาพป่วย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>36.88</td> <td>50.40</td> <td>12.7</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>44.27</td> <td>41.50</td> <td>14.23</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>46.21</td> <td>39.39</td> <td>14.39</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>45.8</td> <td>37.6</td> <td>16.6</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>34.28</td> <td>47.30</td> <td>18.73</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ภาวะสุขภาพดี (%)	ภาวะสุขภาพเสี่ยง (%)	ภาวะสุขภาพป่วย (%)	2563	36.88	50.40	12.7	2564	44.27	41.50	14.23	2565	46.21	39.39	14.39	2566	45.8	37.6	16.6	2567	34.28	47.30	18.73	<p>จากกราฟร้อยละของบุคลากร สุขภาพดี/เสี่ยง/ป่วย พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 36.88/50.40/12.7, 44.27/41.50/14.23, 46.21/39.39/14.39, 45.8/37.6/16.6 และ 34.28/47.30/18.73 ตามลำดับ องค์การมีการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของบุคลากรทุกปี มีการตรวจสุขภาพเมื่อแรกเข้า และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของสถานี่งานและตรวจประเมินความเครียดและสุขภาพหลอดเลือดด้วย Biofeedback เป็นประจำทุกปี และจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ประกาศนโยบาย โรงพยาบาลสีเขียว เพื่อลดการใช้สารเคมีในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2567 อัตราภาวะสุขภาพดีของบุคลากรมีแนวโน้มลดลง อัตราภาวะสุขภาพเสี่ยง และภาวะป่วยของบุคลากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้มีการวิเคราะห์ และแยกกลุ่ม บุคลากรตามความเสี่ยงสุขภาพตามกลุ่มอายุ บุคลากรที่ได้รับยาส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมากกว่า 3 ปี จนแพทย์ตัดสินใจให้ได้รับยาเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีความเสี่ยงมากขึ้น บางรายมีภาวะเสี่ยงมากจนต้องได้รับการรักษา บางรายเป็นน้องใหม่ที่พบว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่แรกเข้า ซึ่งบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยที่เสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยแวดล้อม ให้บุคลากรเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดจำนวนกลุ่มเสี่ยง เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชน นอกจากนี้แผนที่จะพัฒนาเพิ่มขึ้นคือการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร กำหนดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ แยกกลุ่มแต่ละหน่วยงานว่ามีความเสี่ยงเรื่องสุขภาพด้านใด และจัดทำโครงการ/กิจกรรมเพื่อให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รวมกิจกรรมต่อไป</p>
ปี	ภาวะสุขภาพดี (%)	ภาวะสุขภาพเสี่ยง (%)	ภาวะสุขภาพป่วย (%)																						
2563	36.88	50.40	12.7																						
2564	44.27	41.50	14.23																						
2565	46.21	39.39	14.39																						
2566	45.8	37.6	16.6																						
2567	34.28	47.30	18.73																						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน เป้าหมาย 0 ราย</p>  <table border="1" data-bbox="241 555 936 938"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (จริง)</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (จริง)	เป้าหมาย	2563	0	0	2564	2	0	2565	0	0	2566	0	0	2567	0	0	<p>จากกราฟร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงานเป้าหมาย 0 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 พบว่าบุคลากรเกิดการติดเชื้อจากการทำงาน เท่ากับ 0, 2, 0, 0 และ 0 รายตามลำดับ เนื่องจากโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับ Personnel Safety เป็นอย่างมาก พบว่าในปี 2564 มีการระบาดของโรค covid 19 บุคลากรป่วยเป็นโรค 2 ราย ทำให้ต้องมีการเน้นย้ำให้ความสำคัญกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันและการปฐมพยาบาลบุคลากรใหม่ เน้นย้ำในเรื่องของการใช้ PPE ก่อนทำหัตถการ มีการทบทวนระบบการนิเทศหน้างาน จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยียวยา การติดตามการรักษาในปี 2565, 2566 และปี 2567 พบว่าไม่มีบุคลากรป่วยด้วยโรคติดเชื้อจากการทำงาน เนื่องจากมีการกำหนดนโยบาย 3p safety มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติงาน มีการวางแผนระบบการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ การเตรียมความพร้อมในการจัดสรรอุปกรณ์ป้องกัน และมาตรการต่าง ๆ ในการรองรับสถานการณ์เมื่อเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและโรคอุบัติใหม่ อุตุนิบัติอื่น ๆ การทบทวนแนวทางปฏิบัติในการรายงานเมื่อบุคลากรเกิดอุบัติการณ์ การติดเชื้อขึ้นในหน่วยงาน และการพัฒนามาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งบุคลากรผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและในชุมชนตามลำดับ</p>
ปี	ผลงาน (จริง)	เป้าหมาย																	
2563	0	0																	
2564	2	0																	
2565	0	0																	
2566	0	0																	
2567	0	0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

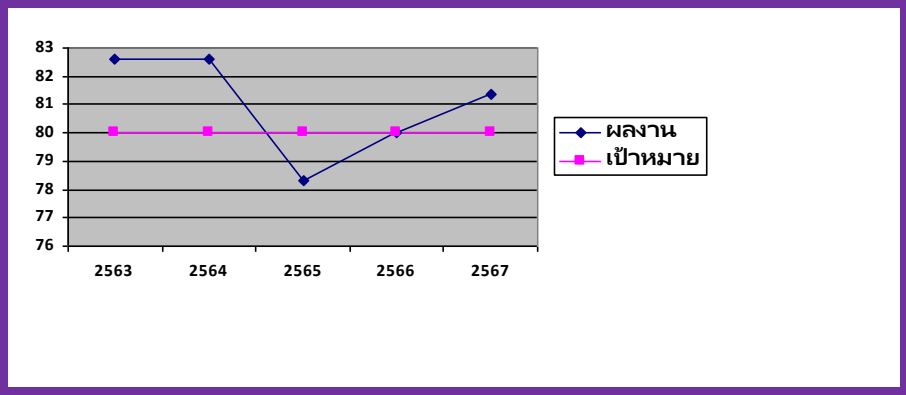
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อุบัติการณ์ของบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงาน เป้าหมาย 0 ราย</p>  <table border="1" data-bbox="183 480 996 890"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อุบัติการณ์ของบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงาน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>บุคลากรบาดเจ็บจากการทำงาน</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>4</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	บุคลากรบาดเจ็บจากการทำงาน	เป้าหมาย	2563	5	0	2564	4	0	2565	2	0	2566	6	0	2567	1	0	<p>จากกราฟอุบัติการณ์ของบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงาน เป้าหมาย 0 พบว่าในปีงบประมาณ 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 5 ราย, 4 ราย, 2 ราย, 6 ราย และ 1 รายตามลำดับ ในทุกปีงบประมาณยังพบว่า มีบุคลากรที่ได้รับการบาดเจ็บจากการทำงานเกิดขึ้น จากการทบทวนพบว่า การเกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร พบว่าสาเหตุหลักการเกิดอุบัติเหตุใน คือ การมีพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานที่เกิดจากการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและการปฏิบัติงานในสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากสภาพร่างกาย จิตใจของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งปัจจัยทางด้านการจัดการอื่น ๆ จะเห็นได้ว่าวิธีการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานนั้นจึงไม่ได้มีเพียงแค่นโยบาย หรือระบบจัดการ แนวทางปฏิบัติเท่านั้น แต่ผู้ปฏิบัติงานยังขาดความตระหนักต่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากการทำงาน ซึ่งสามารถนำไปสู่การเกิดความเจ็บป่วยและการติดเชื้อจากการทำงานได้ แผนพัฒนาต่อไปคือการส่งเสริมความพร้อม สติ สมာธิในการปฏิบัติงาน สร้างความตระหนัก การนิเทศ ติดตามการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงานมากขึ้น และลดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน</p>
ปี	บุคลากรบาดเจ็บจากการทำงาน	เป้าหมาย																	
2563	5	0																	
2564	4	0																	
2565	2	0																	
2566	6	0																	
2567	1	0																	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

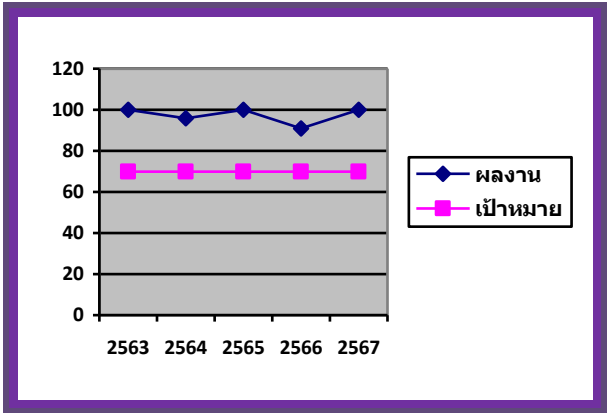
## IV-4 ผลด้านการนำ

98 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-1, I-2]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนงาน/ โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	80 %	82.61	82.61	78.33	80.0	81.39
ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงาน ITA (ความโปร่งใสในการดำเนินงาน)	$\geq 70$ %	100	95.87	100	90.91	100
ผลการดำเนินงาน DHS	ผ่านเกณฑ์ประเมิน คุณภาพชีวิต	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
การจัดการเรียนการสอนผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากลสำหรับแพทยศาสตรศึกษา WFME (3ปีครั้ง)	ผ่าน	-	ผ่าน	-	-	ผ่าน

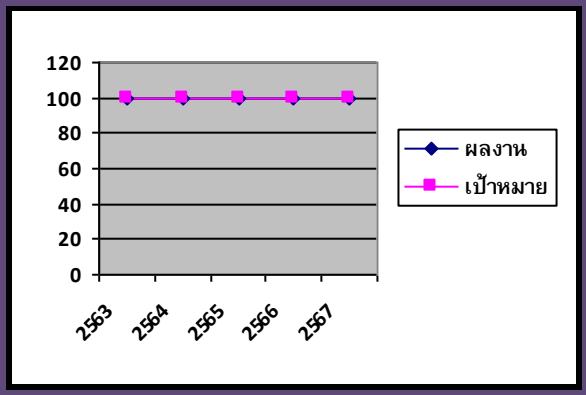
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนงาน/ โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์ ของหน่วยงาน เป้าหมาย ร้อยละ 80</p>  <table border="1" data-bbox="181 467 1084 863"> <caption>Data for SAR 2022 Performance Graph</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ผลงาน (ร้อยละ)</th> <th>เป้าหมาย (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>82.61</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>82.61</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>78.33</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>80.05</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>81.39</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	ผลงาน (ร้อยละ)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	2563	82.61	80	2564	82.61	80	2565	78.33	80	2566	80.05	80	2567	81.39	80	<p>จากกราฟระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนงาน/ โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน เป้าหมาย ร้อยละ 80 พบว่าในปีงบประมาณ 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 82.61, 82.61, 78.33, 80.05 และ 81.39 ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 ที่ผ่านมา มีการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนงาน โครงการที่วางไว้ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ มีการกำกับติดตามตัวชี้วัดหน่วยงาน และโครงการ/ กิจกรรมอย่างต่อเนื่องผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า ตัวชี้วัดในการขับเคลื่อนแผนงานตามยุทธศาสตร์จำนวน 43 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านมีจำนวน 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดการดูแลมารดาและทารก ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตัวชี้วัดกลุ่มโรคฉุกเฉิน Stroke STEMI ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาระบบควบคุมและจัดการความเสี่ยงและตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร จากข้อมูลดังกล่าวได้มีการทบทวนตัวชี้วัด วิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่าน และวางแผนดำเนินการจัดทำโครงการ /กิจกรรมเพื่อพัฒนาปรับปรุงการดำเนินการ และมีการชี้แจงผู้รับผิดชอบให้ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินในแต่ละตัวชี้วัด ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ มีการกำหนดระยะเวลาการกำกับติดตาม และกระบวนการดำเนินงานโดยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมจากทุกหน่วยงานเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด</p>
ปีงบประมาณ	ผลงาน (ร้อยละ)	เป้าหมาย (ร้อยละ)																	
2563	82.61	80																	
2564	82.61	80																	
2565	78.33	80																	
2566	80.05	80																	
2567	81.39	80																	

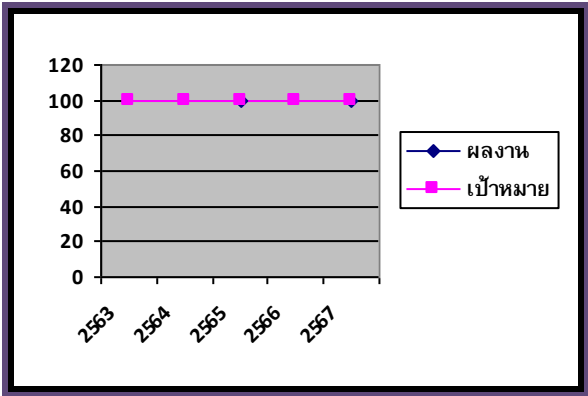
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ร้อยละ ความสำเร็จการดำเนินงาน ITA (ความโปร่งใสในการดำเนินงาน) เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 70</p>  <table border="1" data-bbox="293 564 898 978"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ความสำเร็จการดำเนินงาน ITA</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>95.87</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>90.91</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)	2563	100	70	2564	95.87	70	2565	100	70	2566	90.91	70	2567	100	70	<p>จากกราฟร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานด้าน ITA ด้านความโปร่งใสในการดำเนินงาน เป้าหมาย <math>\geq</math> 70 % จากผลลัพธ์การดำเนินงานด้าน ITA พบว่า ปี 2563, 2564, 2565, 2566 และปี 2567 เท่ากับร้อยละ 100, 95.87, 100 90.91 และ 100 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้าน ITA มีการประกาศเจตนารมณ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับความโปร่งใสในการทำงาน ต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบในหน่วยงาน มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน มีการทบทวนเนื้อหาคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนทั้งจากของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสเผยแพร่ใน website หน่วยงานทั้งคู่มือและรายงานผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงานเพื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนแก่เจ้าหน้าที่</p>
ปี	ผลงาน (%)	เป้าหมาย (%)																	
2563	100	70																	
2564	95.87	70																	
2565	100	70																	
2566	90.91	70																	
2567	100	70																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ผลการดำเนินงาน DHS</p>  <table border="1"> <caption>Data for DHS Performance Graph</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน	เป้าหมาย	2563	100	100	2564	100	100	2565	100	100	2566	100	100	2567	100	100	<p>จากกราฟผลการดำเนินงาน DHS เป้าหมายผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า ในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 การดำเนินงาน DHS ผ่านเกณฑ์การประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ มีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้สูงอายุ (ชราธิวาส สูงอายุสุขภาพดี ที่ตากใบ ปี 2565 ได้รับรางวัลชมเชย การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จากภัยมือโรคเรื้อรัง ประจำปี 2565 จากกรมควบคุมโรค</p>
ปี	ผลงาน	เป้าหมาย																	
2563	100	100																	
2564	100	100																	
2565	100	100																	
2566	100	100																	
2567	100	100																	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)																		
<p>การจัดการเรียนการสอนผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากลสำหรับแพทยศาสตรศึกษา</p> <p>WFME</p>  <table border="1" data-bbox="302 544 887 940"> <caption>WFME Score Data</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	100	100	2564	100	100	2565	100	100	2566	100	100	2567	100	100	<p>จากกราฟการจัดการเรียนการสอนผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากลสำหรับแพทยศาสตรศึกษา WFME พบว่าในปี 2544 และ 2567 ได้รับการประเมินผ่านการรับรองระบบการเรียนการสอน แพทย์ประจำบ้าน ผู้อำนวยการ เป็น ประธานสถาบันฝึกอบรมเครือข่ายโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์อันประกอบไปด้วย โรงพยาบาลประจำจังหวัด 1 และโรงพยาบาลชุมชน อีก 3 แห่ง 1 ซึ่งผู้อำนวยการเป็นประธานสถาบัน และโรงพยาบาลเป็นแหล่งฝึกเดี่ยวที่มีแพทย์ประจำบ้าน เลือกเป็นสถานที่ฝึก ปี 2565 ผ่านการประเมินจากราชวิทยาลัยแพทยศาสตรครุฑครุฑแห่งประเทศไทย ซึ่งมีอายุการรับรอง 2 ปี และในปี 2567 ทางราชวิทยาลัยได้เข้ามารับรองหลักสูตรการเรียนการสอน มีมติอนุมัติให้เครือข่ายโรงพยาบาลนราธิวาสฯ เปิดแผนการสอนฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน วม 122 สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	100	100																	
2564	100	100																	
2565	100	100																	
2566	100	100																	
2567	100	100																	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

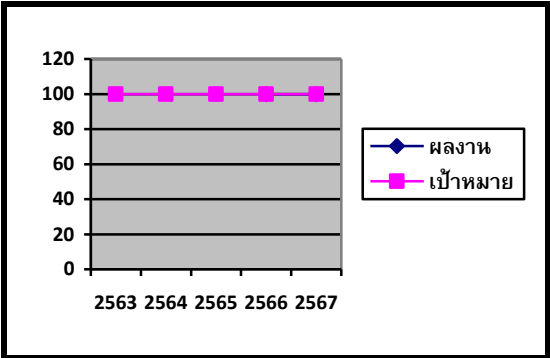
## IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

99 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	80	83.36	81.10	79.21	86.41	81.16
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	80	81.59	82.10	80.59	79.04	85.88
จำนวนการเกิดอุบัติเหตุการณาระดับ E up/ ได้รับการทบทวน RCA	0	0	0	0	4/4	6/6
จำนวนครั้งการฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุและภาวะฉุกเฉิน	1 ครั้ง/ปี	1	1	1	1	1
จำนวนครั้งการซ้อมแผนอัคคีภัย	1 ครั้ง/ปี	1	1	0	0	1
อัตราการสอบเทียบเครื่องมือสำคัญผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	100	100	100	100	100
ระบบบำบัดน้ำเสียผ่านเกณฑ์การประเมินทุก parameter	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน (ยกเว้น TDS)	ผ่าน (ยกเว้น TDS)	ผ่าน (ยกเว้น TDS)	ผ่าน (ยกเว้น TDS)	ผ่าน (ยกเว้น TDS)
จำนวนครั้งการซ้อมแผน BCP ด้านสารสนเทศ	1 ครั้ง/ปี	Na	Na	Na	Na	1
ค่าCMI ตามเกณฑ์ที่กำหนด	$\geq 0.6$	0.53	0.56	0.57	0.56	0.69

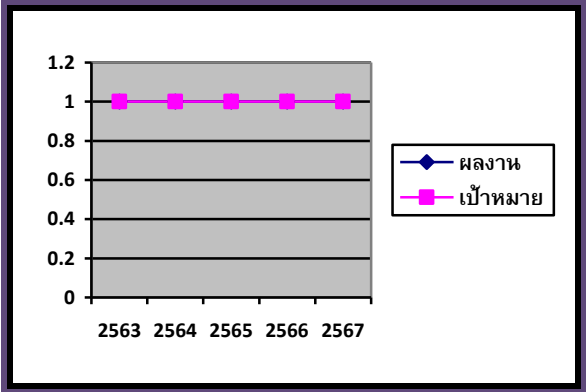
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก /ผู้ป่วยใน เป้าหมาย ร้อยละ 80</p> <table border="1"> <caption>Data for SAR 2022 Graph</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผู้ป่วยนอก (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผู้ป่วยใน (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>83.36</td> <td>80</td> <td>81.59</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>81.59</td> <td>80</td> <td>81.10</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>81.10</td> <td>80</td> <td>82.10</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>82.10</td> <td>80</td> <td>79.21</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>79.21</td> <td>80</td> <td>80.59</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผู้ป่วยนอก (%)	เป้าหมาย (%)	ผู้ป่วยใน (%)	2563	83.36	80	81.59	2564	81.59	80	81.10	2565	81.10	80	82.10	2566	82.10	80	79.21	2567	79.21	80	80.59	<p>จากกราฟความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก /ผู้ป่วยใน เป้าหมาย ร้อยละ 80 พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 83.36/81.59, 81.10/82.10, 79.21/80.59, 86.41/79.04 และ 81.16/85.88 ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มลดลงจากปีงบประมาณ 2563 - 2565 ก่อนที่จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2565 และลดลงในปี 2567 ในส่วนของ อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีแนวโน้มลดลงจากปีงบประมาณ 2563 - 2565 ก่อนที่จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2565 และลดลงในปี 2567 ทั้งนี้ปัจจัยหนึ่งมาจาก ในปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลตากใบได้ปรับเปลี่ยนโปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพเป็น HOSxP XE ในปี 2567 พบประเด็นปัญหาการบันทึกที่ส่งผลให้การบันทึกเวชระเบียนมีความ สมบูรณ์ลดลง ช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ 2567 จึงได้มีการทบทวนและสะท้อนข้อมูล ปัญหาที่พบ โดยมีประเด็นพัฒนา 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่งคือ การปรับปรุงแบบฟอร์มการดึงข้อมูล ผลการบันทึกเวชระเบียนจากระบบ Paperless ใหม่ ทั้งในส่วนของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน ส่วนที่สองคือการสะท้อนผลการบันทึกเวชระเบียนไปยังองค์กรแพทย์และกลุ่มงาน การพยาบาล พร้อมจัดอบรมคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้กับองค์กรแพทย์และกลุ่มงาน การพยาบาลในประเด็นที่ยังพบความไม่สมบูรณ์ ได้แก่ การตรวจร่างกาย ประวัติ HPI Nurses's note</p>
ปี	ผู้ป่วยนอก (%)	เป้าหมาย (%)	ผู้ป่วยใน (%)																						
2563	83.36	80	81.59																						
2564	81.59	80	81.10																						
2565	81.10	80	82.10																						
2566	82.10	80	79.21																						
2567	79.21	80	80.59																						

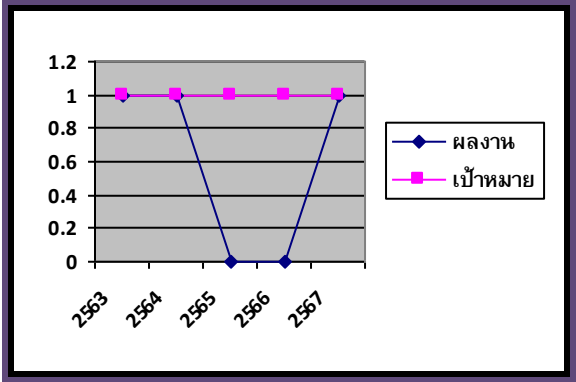
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ระดับ E up/ ได้รับการทบทวน RCA</p>  <table border="1" data-bbox="322 512 869 871"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ระดับ E up/ ได้รับการทบทวน RCA</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน	เป้าหมาย	2563	100	100	2564	100	100	2565	100	100	2566	100	100	2567	100	100	<p>จากกราฟ จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ระดับ E up/ ได้รับการทบทวน RCA พบว่าในปี 2566 และ 2567 ได้รับการทบทวน RCA ทุกราย จากนโยบายความปลอดภัย อุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ต้องได้รับการทบทวน RCA ภายในระยะเวลาที่กำหนด (7 วัน) จากกราฟจะเห็นได้ว่า อุบัติการณ์นี้ที่เกิดขึ้นระดับ E up ในปี 2565 จำนวน 4 ราย และปี 2567 จำนวน 6 ราย ได้รับการทบทวน RCA ภายใน 7 วันตามที่กำหนด ทั้งนี้ เนื่องจากมีการกำกับติดตามโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และนำเสนอข้อมูลผลการทบทวนให้คณะกรรมการบริหารได้รับทราบ เพื่อสร้างความตระหนักและป้องกันการเกิดซ้ำ แผนพัฒนาในปี 2568 ประกาศความปลอดภัยของ มาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ โดยทำแผนการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง</p>
ปี	ผลงาน	เป้าหมาย																	
2563	100	100																	
2564	100	100																	
2565	100	100																	
2566	100	100																	
2567	100	100																	

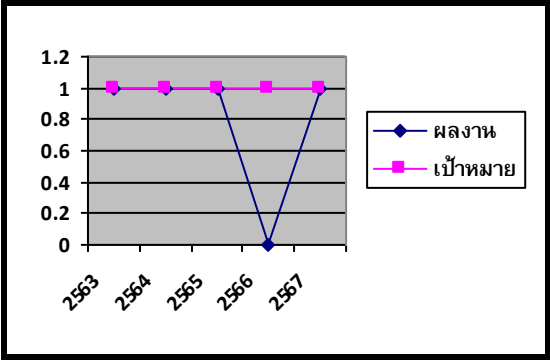
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>จำนวนครั้งการฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุและภาวะฉุกเฉิน เป้าหมาย 1 ครั้ง/ปี</p>  <table border="1" data-bbox="304 485 887 879"> <caption>Data from the graph: Drill frequency (times/year)</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Performance (ผลงาน)</th> <th>Target (เป้าหมาย)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>	Year	Performance (ผลงาน)	Target (เป้าหมาย)	2563	1.0	1.0	2564	1.0	1.0	2565	1.0	1.0	2566	1.0	1.0	2567	1.0	1.0	<p>จากกราฟจำนวนครั้งของการฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุและภาวะฉุกเฉิน เป้าหมาย 1 ครั้ง/ปี ซึ่งผลงานได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งโรงพยาบาลได้ดำเนินการซ้อมภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่โรงพยาบาลมีโอกาสประสบผลต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคล รวมทั้งในช่วงการเกิดโรคระบาด covid-19 ที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่หลายหน่วยงาน ส่วนราชการ บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลต้องร่วมกันมีส่วนร่วมในการฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุและภาวะฉุกเฉิน มีการซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานภายนอก ปีละ 1 ครั้ง และกรณีเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบมีการจัดทำคู่มือปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และแผนเผชิญเหตุความไม่สงบภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ</p>
Year	Performance (ผลงาน)	Target (เป้าหมาย)																	
2563	1.0	1.0																	
2564	1.0	1.0																	
2565	1.0	1.0																	
2566	1.0	1.0																	
2567	1.0	1.0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>จำนวนครั้งการซ่อมแผนอ็คคีภัย เป้าหมาย 1ครั้ง/ปี</p>  <table border="1" data-bbox="309 485 882 868"> <caption>ข้อมูลกราฟจำนวนครั้งการซ่อมแผนอ็คคีภัย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน	เป้าหมาย	2563	1.0	1.0	2564	1.0	1.0	2565	0.0	1.0	2566	0.0	1.0	2567	1.0	1.0	<p>จากกราฟจำนวนครั้งการซ่อมแผนอ็คคีภัย เป้าหมาย 1ครั้ง/ปี โดยในปี 2563 - 2564 มีการอบรมดับเพลิงและซ่อมแผนอ็คคีภัย โดยร่วมกับหน่วยงานภายนอก แต่ในปี 2565 ติดสถานะการโควิดจึงงดการอบรมและซ่อมแผนอ็คคีภัย ในปี 2566 มีการปรับปรุงพื้นที่รวมทั้งห้องประชุมจึงได้งดการอบรมและซ่อมแผนอ็คคีภัย แต่ใช้การซ้อมบนโต๊ะแทน และในปี 2567 ได้จัดอบรมและซ่อมแผนอ็คคีภัย เมื่อเดือน มิถุนายน 2567 ที่ผ่านมา ผลการประเมินจากวิทยากรภายนอก ผ่านเกณฑ์การประเมิน</p>
ปี	ผลงาน	เป้าหมาย																	
2563	1.0	1.0																	
2564	1.0	1.0																	
2565	0.0	1.0																	
2566	0.0	1.0																	
2567	1.0	1.0																	

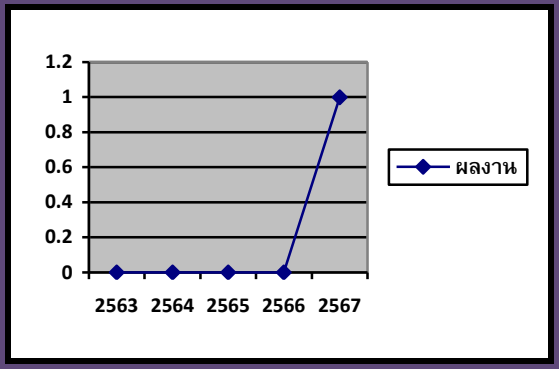
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>อัตราการสอบเทียบเครื่องมือสำคัญผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมาย ร้อยละ 100</p>  <table border="1" data-bbox="322 571 869 932"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการสอบเทียบเครื่องมือสำคัญผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	1.0	1.0	2564	1.0	1.0	2565	1.0	1.0	2566	0.0	1.0	2567	1.0	1.0	<p>จากกราฟอัตราการสอบเทียบเครื่องมือสำคัญผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมาย ร้อยละ 100 เนื่องจากโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่อการสอบเทียบเครื่องมือที่มีความสำคัญ และทำการสอบเทียบทุกตัว ผลการสอบเทียบผ่านทุกเครื่องมือสำคัญ ในปี 2566 จากการเปลี่ยนแปลงของนโยบายเรื่องการสอบเทียบเครื่องมือ ทำให้ในปีนั้นเครื่องมือสำคัญ ได้ส่งให้งานเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ สอบเทียบให้ และในปี 2567 ได้ส่งเจ้าหน้าที่งานช่าง บำรุง และงานพัสดุ เข้ารับการอบรม สมรรถนะด้านการสอบเทียบเครื่องมือ จากกรม สันนิษฐานบริการ การพัฒนาด้านเครื่องมือในปี 2568 หน่วยงานทำทะเบียนเครื่องมือสำคัญ เพื่อเสนอสอบเทียบประจำปี ประสานและติดต่อ ทีมกลางในการสอบเทียบเครื่องมือทาง การแพทย์ประจำจังหวัด เพื่อส่งเครื่องมือเข้ารับการสอบเทียบ และบางตัวก็สอบเทียบโดย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรการอบรม และดำเนินการเปิดศูนย์เครื่องมือแพทย์ ให้แล้วเสร็จในปี 2568</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	1.0	1.0																	
2564	1.0	1.0																	
2565	1.0	1.0																	
2566	0.0	1.0																	
2567	1.0	1.0																	

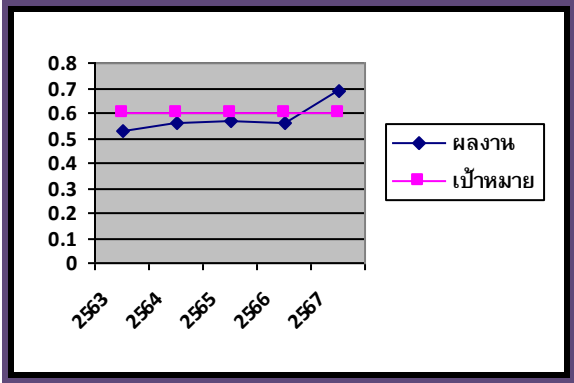
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)
ระบบบำบัดน้ำเสียผ่านเกณฑ์การประเมินทุก parameter	<p>โรงพยาบาล มีปริมาณน้ำทิ้งต่อวันประมาณ 70 เปอร์เซนต์ของระบบ มีระบบจัดการบำบัดน้ำเสียแบบตะกอนเร่ง (AS; Activated Sludge)+ระบบ Fixed Film ต้องใช้งบประมาณและผู้ดูแลที่เชี่ยวชาญ อีกทั้งเมื่อมีการดูแลปกติหรือแม้กระทั่งการชำรุดของระบบบำบัดน้ำเสีย ทั้งเครื่องเติมคลอรีนและความเข้มข้นที่ไม่เหมาะสมในบางครั้ง ก็อาจมีผลได้ตลอดเวลา การทดสอบคุณภาพน้ำมีการเปลี่ยนแปลงไปในเชิงลบได้ ที่ผ่านมามีค่าปริมาณสารละลายที่ได้ทั้งหมด (Total Dissolve Solid) เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ตามปัจจัยต่าง ๆ ที่ ทบทวนพบว่าค่าปริมาณสารละลายที่ได้ทั้งหมด (TDS; Total Dissolve Solid) เป็นค่าของแข็งละลายได้ซึ่งอาจเป็นสารอินทรีย์หรืออนินทรีย์ก็ได้ น้ำทิ้งมีค่า PH 9.3 สภาพค่อนข้างเป็นด่าง จึงได้ร่วมกันค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่พบ แหล่งน้ำที่เข้าระบบบำบัดมีค่า TDS ที่สูง น้ำทิ้งจากหน่วยฟอกไต และน้ำใช้จากระบบประปาบาดาล ได้จัดทำแผนพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการแยกเส้นทางน้ำเสียที่มีค่า TDS สูงออกมา และการแก้ไขระบบบำบัดน้ำเสีย Activated Sludge+ระบบ Fixed Film เดิมเพิ่มระบบ wetland กิจกรรมในการพัฒนา 1.แยกเส้นทางน้ำเสียที่มีค่า TDS สูงออกมากำจัด TDS ต่างหาก 2.แก้ไขระบบบำบัดน้ำเสีย Activated Sludge+ระบบ Fixed Film เดิมเพิ่มระบบ wetland รับน้ำทิ้งสุดท้ายก่อนออกสู่ภายนอก 3.แปลผล lab TDS เทียบกันระหว่างน้ำใช้กับน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียโดยใช้วิธีทดสอบเดียวกันโดยแจ้งทางห้อง lab วิเคราะห์ได้ขอให้ใช้วิธีทดสอบเดียวกัน Dried at 180 (จากเดิมผลวิเคราะห์น้ำใช้ TDS ใช้วิธีทดสอบ TD Meter น้ำทิ้งสุดท้ายใช้วิธีทดสอบ Dried at 180 oC) 4.จัดซื้อเครื่องตรวจ TDS</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>												
<p>จำนวนครั้งการซ้อมแผน BCP ด้านสารสนเทศ เป้าหมาย 1 ครั้ง/ปี</p>  <table border="1"> <caption>จำนวนครั้งการซ้อมแผน BCP ด้านสารสนเทศ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน	2563	0	2564	0	2565	0	2566	0	2567	1	<p>จากกราฟจำนวนครั้งการซ้อมแผน BCP ด้านสารสนเทศ เป้าหมาย 1 ครั้ง/ปี พบว่า โรงพยาบาลตากใบ ดำเนินการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องภายใต้สภาวะวิกฤติ (BCP) ในประเด็นการให้บริการผู้ป่วย กรณีระบบคอมพิวเตอร์ล่ม จากการถูกโจมตีทางไซเบอร์ ในปีงบประมาณ 2567 เป็นปีแรก ทั้งนี้จากการซ้อมแผน BCP ดังกล่าว พบประเด็นในการพัฒนา 3 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง เป็นส่วนของแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียนที่พบว่ามีส่วนซ้ำจำเป็นสำหรับนำกลับไปบันทึกในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ซึ่งปัจจุบันได้ทำการปรับปรุงแบบฟอร์มดังกล่าวให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ส่วนที่สอง เป็นการทวนสอบประวัติว่าได้มีการนำไปบันทึกได้ครบถ้วน สมบูรณ์หรือไม่ หลังจากระบบคอมพิวเตอร์สามารถใช้งานได้เป็นปกติ ซึ่งจำเป็นต้องมีการทบทวนการบันทึกประวัติ รวมไปถึงกำหนดผู้รับผิดชอบที่มีความชัดเจน ประเด็นที่สาม การจัดระบบการรับบริการผู้ป่วยที่รองรับบริการใหม่ เนื่องจากความซับซ้อนของการสืบค้นประวัติการรักษากรณีที่ระบบล่มย้อนหลังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคทั่วไปอื่น ๆ มีความแตกต่างกัน หากดำเนินการจัดคิวเพื่อเข้ารับบริการตามระบบปกติ จะทำให้ระยะเวลารอคอยนานมากขึ้น ดังนั้นต้องมีการวางแผนการจัดระบบคิวระหว่างผู้รับบริการสองกลุ่มนี้ใหม่ เมื่อเกิดกรณีระบบล่ม</p>
ปี	ผลงาน												
2563	0												
2564	0												
2565	0												
2566	0												
2567	1												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

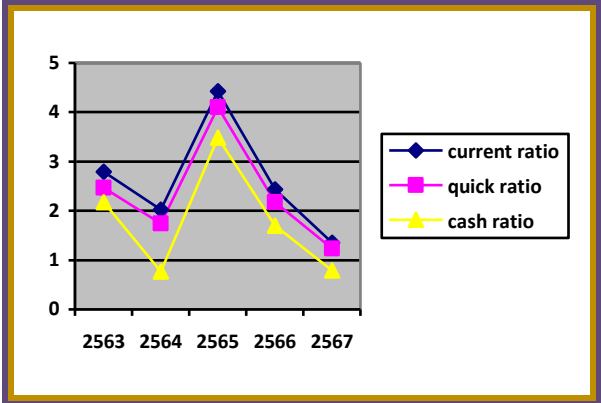
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ค่าCMI ตามเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมาย <math>\geq 0.6</math></p>  <table border="1" data-bbox="309 531 880 914"> <caption>ข้อมูลค่า CMI ตามเกณฑ์ที่กำหนด</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0.53</td> <td>0.6</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.56</td> <td>0.6</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.57</td> <td>0.6</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.56</td> <td>0.6</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0.69</td> <td>0.6</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	0.53	0.6	2564	0.56	0.6	2565	0.57	0.6	2566	0.56	0.6	2567	0.69	0.6	<p>จากกราฟค่าCMI ตามเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมาย <math>\geq 0.6</math> พบว่าในปี2563, 2564, 2565, 2566 และ2567 เท่ากับ0.53, 0.56, 0.57, 0.56 และ0.69 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่า CMI ของโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปีงบประมาณ 2563 - 2567 ทั้งนี้เนื่องมาจากโรงพยาบาลมีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้เพิ่มมากขึ้น โดยในช่วงปีงบประมาณ 2565 – 2566 เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งโรงพยาบาลได้เปิดเป็นโรงพยาบาลสนามรองรับผู้ป่วยทั้งในพื้นที่อำเภอตากใบและอำเภอใกล้เคียง และในปีงบประมาณ 2566 ถึงปัจจุบันก็มีการขยายศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด(มีนิรโทษกรรม) ผู้ป่วยทารกแรกเกิด (sick newborn) ประกอบกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อศักยภาพของแพทย์ในการสรุปการวินิจฉัยโรคให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อค่า CMI ของโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในปัจจุบัน</p>
ปี	ผลงาน (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	0.53	0.6																	
2564	0.56	0.6																	
2565	0.57	0.6																	
2566	0.56	0.6																	
2567	0.69	0.6																	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

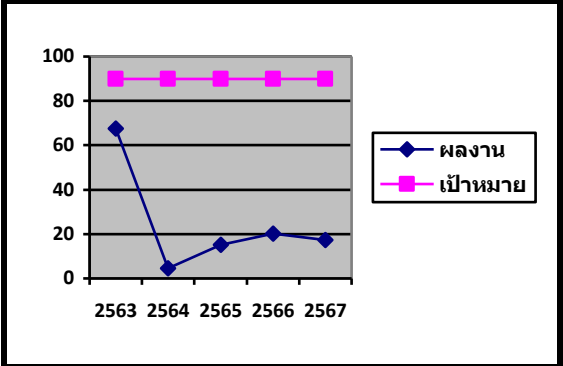
## IV-6 ผลด้านการเงิน

100 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2.2ก(3)]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (current ratio) <sup>1</sup>	> 1.5	2.79	2.02	4.43	2.43	1.35
อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (quick ratio) <sup>2</sup>	> 1	2.47	1.74	4.10	2.18	1.23
อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio)	0.8	2.17	0.77	3.48	1.70	0.79
ระยะเวลาการรับชำระหนี้เฉลี่ย (วัน)	ภายใน 90 วัน	67.5	4.50	15.18	20.23	17.39
ระยะเวลาชำระหนี้เฉลี่ย (วัน)	ภายใน 60 วัน	85.62	104.26	140.81	111.60	107.24

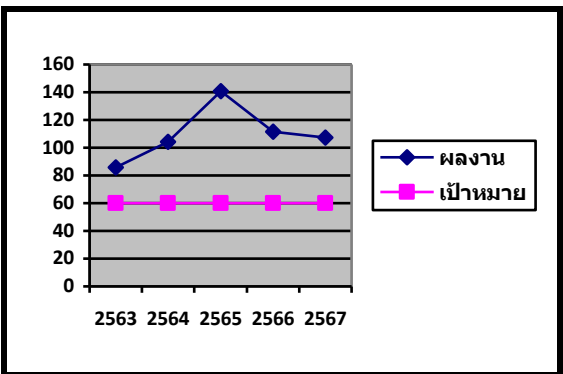
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																								
<p>อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (current ratio) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (quick ratio) อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio)</p>  <table border="1" data-bbox="271 486 869 890"> <caption>Estimated Data from Graph</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Current Ratio</th> <th>Quick Ratio</th> <th>Cash Ratio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>2.8</td> <td>2.5</td> <td>2.2</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>2.0</td> <td>1.8</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>4.5</td> <td>4.2</td> <td>3.8</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>2.5</td> <td>2.2</td> <td>1.8</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>1.5</td> <td>1.2</td> <td>0.8</td> </tr> </tbody> </table>	Year	Current Ratio	Quick Ratio	Cash Ratio	2563	2.8	2.5	2.2	2564	2.0	1.8	0.8	2565	4.5	4.2	3.8	2566	2.5	2.2	1.8	2567	1.5	1.2	0.8	<p>จากกราฟอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (current ratio) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (quick ratio) อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio) พบว่าในปี 2565 โรงพยาบาลตากใบ มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick ratio), อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio) สูงกว่าปี 2563, 2564, 2566 และ 2567 เนื่องจากโรงพยาบาลมีรายได้จากการให้บริการรักษาพยาบาล Covid - 19 ทำให้โรงพยาบาลมีสภาพคล่องทางการเงินสูงมาก ปี 2566 โรงพยาบาลจึงมีการลงทุนด้านอาคารสถานที่ 3 ด้าน คือ environment, modernization, smart service ตามมาตรฐาน EMS กระทรวงสาธารณสุขให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ทำให้ปี 2566 โรงพยาบาลตากใบ มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick ratio), อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio) ลดลง แต่ยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ปี 2567 โรงพยาบาลตากใบ มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick ratio), อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio) ลดลง ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากมีการจ่ายชำระหนี้ค้างเดิม ทำให้เงินสดในมือลดลง อย่างไรก็ตามมีการติดตามและควบคุม รายรับ รายจ่าย ในคณะกรรมการบริหารอย่างเคร่งครัดประจำทุกเดือน และมีการสร้างรายได้ โดยเปิดให้บริการคลินิกมินิรัฐราษฎร์ เปิดให้บริการSick newborn เปิดให้บริการคลินิกไต Homeward ควบคุม กำกับโดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ และมาตรการประหยัดพลังงาน นำระบบโซล่าเซลล์มาใช้ในโรงพยาบาล เพื่อลดค่าใช้จ่าย</p>
Year	Current Ratio	Quick Ratio	Cash Ratio																						
2563	2.8	2.5	2.2																						
2564	2.0	1.8	0.8																						
2565	4.5	4.2	3.8																						
2566	2.5	2.2	1.8																						
2567	1.5	1.2	0.8																						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>																		
<p>ระยะเวลารอรับชำระหนี้เฉลี่ย (วัน) เป้าหมาย ภายใน 90 วัน</p>  <table border="1" data-bbox="291 486 851 853"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ระยะเวลารอรับชำระหนี้เฉลี่ย (วัน)</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ผลงาน (วัน)</th> <th>เป้าหมาย (วัน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>67.5</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>4.50</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>15.18</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>20.23</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>17.39</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	ผลงาน (วัน)	เป้าหมาย (วัน)	2563	67.5	90	2564	4.50	90	2565	15.18	90	2566	20.23	90	2567	17.39	90	<p>จากกราฟ ระยะเวลารอรับชำระหนี้เฉลี่ย (วัน) เป้าหมาย ภายใน 90 วัน พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 67.5, 4.50, 15.18, 20.23 และ 17.39 ตามลำดับ จะเห็นว่าการเปรียบเทียบระยะเวลารอรับชำระหนี้ ในปีงบประมาณ 2563 - ปีงบประมาณ 2567 ของโรงพยาบาลนั้น จะเห็นได้ว่าระยะเวลารอรับชำระหนี้ของโรงพยาบาล ข้อมูลของกราฟมียอดสูงสุดในปีงบประมาณ 2563 และมีการลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2567 เนื่องจากทางโรงพยาบาลเห็นถึงความสำคัญ มีการแต่งตั้งคณะทำงานการจัดเก็บรายได้ขององค์กร ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมพัฒนาความรู้ในการจัดเก็บรายได้ เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งได้กำหนดแนวทาง ให้ทุกจุดที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้ระยะเวลารอรับชำระหนี้เฉลี่ย ลดลง (วัน) เป้าหมาย ภายใน 90 วัน</p>
ปีงบประมาณ	ผลงาน (วัน)	เป้าหมาย (วัน)																	
2563	67.5	90																	
2564	4.50	90																	
2565	15.18	90																	
2566	20.23	90																	
2567	17.39	90																	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ. ตากใบ

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)																		
<p>ระยะเวลาชำระหนี้เฉลี่ย (วัน) เป้าหมาย ภายใน 60 วัน</p>  <table border="1" data-bbox="291 606 851 981"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลงาน (วัน)</th> <th>เป้าหมาย (วัน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>85.62</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>104.28</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>140.81</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>111.60</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>107.24</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลงาน (วัน)	เป้าหมาย (วัน)	2563	85.62	60	2564	104.28	60	2565	140.81	60	2566	111.60	60	2567	107.24	60	<p>จากกราฟระยะเวลาชำระหนี้เฉลี่ย (วัน) เป้าหมาย ภายใน 60 วัน พบว่าในปี 2563, 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 85.62, 104.28, 140.81, 111.60, 107.24 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าระยะเวลาชำระหนี้เฉลี่ยของโรงพยาบาล ค่าสูงสุดอยู่ในปีงบประมาณ 2565 และลดลงในปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 เนื่องจากโรงพยาบาลมีการลงทุนในส่วนของสินทรัพย์ อาคารและสิ่งปลูกสร้าง ค่อนข้างมากจึงทำให้กราฟแสดงยอดภาระหนี้ที่สูงที่สุด ระยะเวลาชำระหนี้ก็สูงตาม และในปีงบประมาณ 2566 - 2567 ได้มีนโยบายในการจัดการชำระเจ้าหนี้ของปีงบประมาณ 2565 และภาระหนี้ที่ค้างไว้เมื่อปีงบประมาณก่อน ๆ หมดไป จึงทำให้ระยะเวลาในการชำระหนี้ของโรงพยาบาลลดลง</p>
ปี	ผลงาน (วัน)	เป้าหมาย (วัน)																	
2563	85.62	60																	
2564	104.28	60																	
2565	140.81	60																	
2566	111.60	60																	
2567	107.24	60																	

