

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล  
(Individual Study)

เรื่อง

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ  
พัฒนาสมรรถนะพยาบาลใหม่ในการป้องกันและคัดกรอง  
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิรินธร

จัดทำโดย นางพิชاجر สวัสดิผล

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สังกัด โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารมหานครระดับต้น รุ่นที่ ๓๔

สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

## คำนำ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการอบรมหลักสูตรนักบริหาร  
มหานคร ระดับต้น รุ่นที่ ๓๔ จัดทำเพื่อเป็นโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลใหม่  
ในการป้องกันพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิรินธร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลใหม่มี  
ความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มของโรงพยาบาล ได้อย่าง  
ถูกต้องและมีทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ โดยนำแนวคิดการพัฒนาการ  
จัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management) และกระบวนการ PDCA ร่วมกับการทบทวน  
กระบวนการ (After Action Review: AAR) เพื่อวิเคราะห์ภายหลังการจัดโครงการเพื่อเป็นรูปแบบการ  
จัดในครั้งต่อไป

ผู้จัดทำขอขอบพระคุณท่านวิทยากรที่ปรึกษา นายแพทย์เกรียงไกร ตั้งจิตธมณีศักดิ์ดา  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบัง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่  
ปรึกษาและให้คำแนะนำในการจัดทำรายงานให้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี และหวังว่ารายงานนี้จะเป็น  
ประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและผู้ศึกษาค้นคว้าต่อไป

นางพิชากร สวัสดิผล

มกราคม ๒๕๖๒

## สารบัญ

	หน้า
๑. ชื่อเรื่อง	๑
๒. หลักการและเหตุผล	๑
๓. วัตถุประสงค์	๒
๔. เป้าหมาย	๒
๕. ความรู้ที่นำมาใช้ในการจัดทำรายงาน	๒
๖. กรอบแนวทางการดำเนินการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	๘
๗. ระยะเวลาการดำเนินการ	๙
๘. งบประมาณ	๑๑
๙. แนวทางการติดตามและประเมินผล	๑๑
๑๐. ข้อเสนอ	๑๑

## ๑. ชื่อเรื่อง

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลใหม่ในการป้องกันพลัดตก  
หกล้ม ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสิรินธร

## ๒. หลักการและเหตุผล

การพลัดตกหกล้มเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วอาจส่งผลให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนตามมา ต้องได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้นเกิดความสูญเสียเป็นอันตรายอาจถึงเสียชีวิต การพลัดตกหกล้มเป็นเหตุการณ์ความเสี่งที่เกิดขึ้นแล้วนอกจากเกิดความสูญเสียทางด้านร่างกายกับผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวเกิดภาวะพึ่งพิงสูญเสียรายได้ จากการต้องดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความไม่ไว้วางใจต่อองค์กร เกิดความไม่พึงพอใจ เกิดข้อร้องเรียน เหตุการณ์พลัดตกหกล้มจึงเป็นเครื่องสะท้อนส่วนหนึ่งของความปลอดภัยด้านกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย และเป็นตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นนี้ขึ้นอยู่กับว่าองค์กรมีการบริหารจัดการแก้ไขสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มขึ้น

โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูง มีการขยายหน่วยงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อจะมุ่งไปสู่โรงพยาบาลขนาด ๔๐๐ เตียง และในปี ๒๕๖๑ มีจำนวนเตียง ๓๒๔ เตียง มีพยาบาลบรรจุใหม่ จำนวน ๑๘๐ คน จากเดิม ๒๒๔ คน พยาบาลที่บรรจุใหม่นั้นมี ๒ กลุ่มด้วยกัน คือ กลุ่มที่เพิ่งจบการศึกษายังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล และกลุ่มที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมาแล้วจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน จึงทำให้เกิดความแตกต่างกันทั้งระดับความรู้ ความสามารถ การรับรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และด้วยภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจำนวนพยาบาลที่มีศักยภาพในการสอนงานระบบพี่เลี้ยงไม่มีประสิทธิภาพมากพอกับพยาบาลที่บรรจุพร้อมกันจำนวนมาก จึงทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลใหม่เกิดความเสี่งทั้งตัวผู้ปฏิบัติเอง และการดูแลผู้ป่วย จากสถิติการพลัดตกหกล้ม โรงพยาบาลสิรินธร ปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐ พบว่าสาเหตุและปัจจัยเสริมการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยได้แก่ ภาวะผู้ป่วยอ่อนเพลีย ๒๓% ผู้ป่วยสับสน ๒๑% กล้ามเนื้ออ่อนแรง ๑๗% จากการใช้ยา ๔.๐๖% นอกจากปัจจัยภายในที่ต้องใช้การประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่งต่อการพลัดตกหกล้มแล้ว ปัจจัยภายนอกที่สำคัญ ได้แก่ ญาติไม่ได้ดูแลเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรม ๒๐.๘% ลืมยกไม้กั้นเตียง ๓๐ % และยังพบว่า สถานที่เกิดเหตุ มากที่สุด ได้แก่ บริเวณข้างเตียง ๖๔ % ห้องน้ำ ๑๗.๖%จากสาเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอก สิ่งที่สำคัญในการที่จะป้องกันการพลัดตกหกล้ม คือการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมของบุคลากร ซึ่งพยาบาลใหม่เป็นบุคลากรหนึ่งที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย จากการสำรวจปัญหาเบื้องต้นจากแบบนิเทศการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของคณะทำงานพัฒนาคุณภาพพยาบาลเขต ๑๓ ในพยาบาลบรรจุใหม่ พบว่าพยาบาลมีการประเมินภาวะเสี่งต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง การบันทึกปัญหาทางการพยาบาลไม่ชัดเจน และไม่ได้ส่งต่อข้อมูลความเสี่งในการรับส่งเวร ลืมยกไม้กั้นเตียงหลังทำหัตถการ ไม่ปรับเตียงให้อยู่ในระดับต่ำสุด จากการทบทวนอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

ในผู้ป่วยใน ปี ๒๕๖๑ พบมีอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ๔ ครั้งแต่ไม่ถึงขั้นบาดเจ็บรุนแรง แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีเพียง ๔ ครั้งแต่ถ้าบุคลากรขาดความตระหนักและไม่มีความรู้ในการปฏิบัติเพื่อการป้องกัน ระดับความรุนแรงก็สามารถเพิ่มขึ้นจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

จากปัญหาในด้านความแตกต่างขององค์ความรู้ของพยาบาลใหม่ในการป้องกันพลัดตกหกล้มที่ส่งผลถึงการเกิดอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้จัดทำเห็นถึงความจำเป็นและโอกาสในการพัฒนาบุคลากรใหม่ ดำเนินการส่งเสริมให้ความรู้และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลบรรจุใหม่ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management) การมีส่วนร่วมในการถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติ (After Action Review : AAR) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จริงกับวิธีปฏิบัติที่เป็นอยู่ และเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ ๒๐ ปี ระยะที่ ๒ (๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ด้านที่ ๑ มหานครแห่งความปลอดภัยและด้านที่ ๗ การบริหารจัดการ มิติที่ ๗.๓.๑ การบริหารทรัพยากร บุคลากรกรุงเทพมหานครเป็นผู้ปฏิบัติงานมืออาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม และเป็นที่ยอมรับของประชาชน ซึ่งในการจัดทำโครงการในครั้งนี้จะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน สร้างความตระหนัก เกิดวัฒนธรรมองค์กรในการป้องกันความเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนปลอดภัย และมั่นใจในองค์กร

### ๓. วัตถุประสงค์

๓.๑ เพื่อให้พยาบาลใหม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันพลัดตกหกล้ม ในผู้รับบริการ

๓.๒ เพื่อให้พยาบาลใหม่สามารถนำความรู้ด้านการป้องกันพลัดตกหกล้มไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีทิศทางเดียวกัน

๓.๓ เพื่อให้ผู้รับบริการในโรงพยาบาลปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้มและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### ๔. เป้าหมาย

๔.๑ จัดอบรมโครงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลบรรจุใหม่ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสิรินธร รูปแบบการอบรมแบบไปกลับ จำนวน ๒ วัน กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพบรรจุใหม่ จำนวน ๒ รุ่น รุ่นละ ๕๐ คน เสร็จสิ้นภายในปี ๒๕๖๓

๔.๒ บุคลากรพยาบาลใหม่มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ มากกว่าร้อยละ ๘๐

### ๕. ความรู้ที่นำมาใช้ในการจัดทำรายงาน

๕.๑. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของหน่วยงาน (SWOT Analysis) เป็นเครื่องมือที่ศึกษาหาสาเหตุเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินงานของหน่วยงานโดยมีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้ทราบว่าปัจจุบันหน่วยงานอยู่ใน

สถานการณ์ใด เพื่อนำการวิเคราะห์ไปกำหนดทิศทางในอนาคตของหน่วยงานของเราว่าต้องการอะไร  
อย่างไร การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของหน่วยงาน (SWOT Analysis) ประกอบด้วย

#### ปัจจัยภายในองค์กร

S : Strength (จุดแข็ง) หมายถึง การพิจารณาปัจจัยภายในหน่วยงาน โดยทำการ  
วิเคราะห์ปัจจัยภายในองค์กร ว่ามีส่วนดี ความเข้มแข็ง ความสามารถ ศักยภาพ ส่วนประกอบที่ส่งเสริม  
ความสำเร็จ โดนจะพิจารณาในด้านต่างๆ เช่น มีทรัพยากรด้านบุคลากรซึ่งมีความสามารถ ทักษะ ชัย  
ชนะ แข่งขันในการทำงาน มีทีมงานวิจัยพัฒนา ผลิตภัณฑ์ที่มีความสามารถ มีเครื่องมืออุปกรณ์และ  
เทคโนโลยีที่มีคุณภาพและทันสมัย ความสามารถในการดำเนินการได้ดี มีความพร้อมทางด้านการเงินซึ่ง  
ก่อให้เกิดความได้เปรียบทางด้านการบริหารงานมีประสิทธิภาพ

W : Weakness (จุดอ่อน) หมายถึง การพิจารณาปัจจัยภายในหน่วยงาน โดย  
วิเคราะห์ปัจจัยในองค์กรว่า มีส่วนเสีย ความอ่อนแอ ข้อด้อย ข้อจำกัด ความไม่พร้อม ซึ่งพิจารณาใน  
ด้านต่างๆ เช่น ผู้ปฏิบัติงานขาดความเชี่ยวชาญหรือมีเทคโนโลยีไม่ทันสมัย ผู้บริหารและบุคลากรที่  
รับผิดชอบขาดประสบการณ์ ไม่มีประสิทธิภาพ ทีมงานไม่เข้มแข็งในการปฏิบัติงาน บุคลากรขาดขวัญ  
และกำลังใจในการปฏิบัติงาน

#### ปัจจัยภายนอกองค์กร

O : Opportunity (โอกาส) หมายถึง การพิจารณาสภาพแวดล้อมภายนอก  
สภาพแวดล้อมเช่นใด เหตุการณ์ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อองค์กรอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงที่  
ประโยชน์ หรือเป็นโอกาสอันดีขององค์กร โดยจะต้องพิจารณาทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และ  
เทคโนโลยี เช่น การสนับสนุนจากรัฐในด้านต่างๆ

T : Threats (อุปสรรค) หมายถึง การพิจารณาสภาพแวดล้อมภายนอก  
สภาพแวดล้อมเช่นใด เหตุการณ์ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นภัยคุกคาม ก่อให้เกิดผลเสีย หรือข้อจำกัด  
ต่อองค์กร โดยจะต้องพิจารณาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี เช่น ระบบข้อมูลซึ่งต้องเชื่อมโยง  
กัน หรือมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงระเบียบ กฎหมาย และอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้องค์กรจะต้องพยายาม  
ขจัดอุปสรรคให้หมดไป และปรับกลยุทธ์ให้มีความสอดคล้องกับสภาพภายนอก

ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการวิเคราะห์เครื่องมือด้วย SWOT Analysis จากปัญหาการปลัดตก  
หลักหมของผู้ป่วยใน เป็นเครื่องมือพื้นฐานในการระบุปัญหาที่ควรปรับปรุงและพัฒนา หรือใช้จัดทำแผน  
กลยุทธ์

#### Strength (จุดแข็ง)

๑. ผู้บริหารมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ มีวิสัยทัศน์และนำองค์กรอย่างมีทิศทาง
๒. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านการป้องกันการปลัดตกหลักหมอย่างชัดเจน
๓. พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นพยาบาลพี่เลี้ยง
๔. มีคู่มือและแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
๕. บุคลากรพยาบาลมีความตระหนักรู้ต่อการร้องเรียนของผู้รับบริการ

### Weakness (จุดอ่อน)

๑. พยาบาลพี่เลี้ยงมีภาระงานประจำมาก
๒. บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ
๓. ระบบการนิเทศติดตามมีรูปแบบไม่ชัดเจน

### Opportunity (โอกาส)

๑. มีนโยบายส่งเสริมวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice)
๒. มีแผนพัฒนาบุคลากร ระยะสั้น ระยะยาว การศึกษาดูงานทั้งในและนอกประเทศ
๓. พยาบาลบรรจุใหม่มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ
๔. ทีมสหสาขาวิชาชีพ คณะกรรมการป้องกันและลดอุบัติเหตุ มีทักษะในการถ่ายทอด

ความรู้

### Threats (อุปสรรค)

๑. ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติเหตุ
๒. ปัจจุบันมีปัญหาการฟ้องร้องทางการแพทย์มากขึ้น
๓. พยาบาลบรรจุใหม่มาจากหลากหลายสถาบันทั้งภาครัฐบาลและเอกชนมีความรู้

ความเข้าใจและประสบการณ์ในการป้องกันการลดอุบัติเหตุที่แตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ SWOT ทำให้ เห็นโอกาสในการพัฒนาเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาล  
 บรรจุใหม่ในการป้องกันการลดอุบัติเหตุในหอผู้ป่วย โดยใช้กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST Strategy)  
 เนื่องจากโรงพยาบาลสิรินธรมีจุดแข็ง ขณะเดียวกันก็พบกับอุปสรรคจากภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้  
 จึงได้ใช้จุดแข็งที่มีอยู่ในการป้องกันอุปสรรคที่มาจากภายนอก

๕.๒ การทบทวนหลังทำงาน หรือหลังปฏิบัติกิจกรรม หลังการประชุม (After Action Review : AAR) เป็นการทบทวนหรือเป็นกระบวนการเพื่อวิเคราะห์ว่าเกิดอะไร สาเหตุของการเกิดและ  
 จะสามารถดำเนินการให้ดีกว่าเดิมอย่างไร โดยเอาบทเรียนจากความสำเร็จและความล้มเหลวของการทำงาน  
 ที่ผ่านมาเพื่อนำมาซึ่งการพัฒนาหรือการปรับปรุงการทำงาน โดยมีขั้นตอนการทำงานผิดพลาด  
 แต่เป็นการทบทวนกระบวนการในการทำงาน การทำ AAR เป็นรูปแบบของกลุ่มทำงาน ที่สะท้อนความ  
 มีส่วนร่วมในการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น อะไรคือสิ่งที่เกิดขึ้นจริง สาเหตุของการเกิด และสิ่งที่ได้เรียนรู้ การ  
 ทำ AAR มักใช้คำถาม ๔ คำถาม ได้แก่ ๑) สิ่งที่เราคิดว่าจะได้จากการทำงานคืออะไร ๒) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคือ  
 อะไร ๓) สิ่งที่แตกต่างกันและไม่จริงแตกต่างกัน ๔) สิ่งที่ต้องแก้ไขคืออะไร และจะปรับปรุงได้อย่างไร

คุณลักษณะของ AAR ได้แก่

- ๑) เปิดใจและซื่อสัตย์ในการพูดคุย
- ๒) ทุกคนในทีมมีส่วนร่วม
- ๓) เน้นผลลัพธ์ของกิจกรรมของผลงาน
- ๔) การอธิบายวิธีเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง
- ๕) การพัฒนาของการแสดงออกทางความคิดเห็นเพื่อให้ผ่านอุปสรรค

### ขั้นตอนการทำ AAR

๑. ควรทำ AAR ทันทีหลังจากจบงานนั้นๆ หรือเร็วที่สุดที่จัดหาเวลาได้ เพราะยังจำได้ การเรียนรู้จะได้ถูกนำมาปรับใช้อย่างเหมาะสม

๒. สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองในการทำ ต้องมีการเปิดใจและยอมรับที่จะเรียนรู้ ทุกคนควรมีส่วนร่วมในบรรยากาศที่อิสระไม่มีความเป็นเจ้านายหรือลูกน้อง ARRเป็นการเรียนรู้ ประสบการณ์มากกว่าการวิจารณ์

๓. มีคุณอำนวยเป็นผู้คอยกระตุ้น ตั้งคำถามให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ

๔. ถามตัวเองว่าสิ่งที่ควรจะได้รับคืออะไร

๕. ถามตัวเองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร หมายถึง ทีมงานต้องเข้าใจและเห็นด้วยความจริงที่เกิดขึ้น พึงระลึกว่าจุดประสงค์คือการแยกแยะปัญหา ไม่ใช่การกล่าวโทษ

๖. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างแผนงานกับความจริง เริ่มการเรียนรู้ความจริง เริ่มต้นด้วยทีมเปรียบเทียบแผนงานกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และตัดสินใจว่าทำไมจึงเกิดความแตกต่าง และได้เรียนรู้อะไร จำแนกให้เห็นและอภิปรายถึงความสำเร็จและสิ่งที่ขาดหายไปใส่ในแผนงานเพื่อดำเนินการให้ถึงความสำเร็จและพัฒนาปรับปรุงในสิ่งที่ขาดหายไป

๗. บันทึกประเด็นสำคัญ การบันทึกประเด็นสำคัญหลังจากที่ได้มีการชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนในการทำ AAR แล้วถึงสิ่งที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ภายในทีมงานด้วยกันและเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ที่กว้างมากขึ้นกว่าเดิม

๕.๒ การพัฒนาด้วยระบบ Deming Cycle เป็นวงจรคุณภาพที่นิยมใช้ในการพัฒนา งานให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอและเหมาะสมกับการพัฒนา

PDCA คือ วงจรการบริหารงานคุณภาพ ย่อมาจาก ๔ คำ ได้แก่ Plan (วางแผน), Do (ปฏิบัติ), Check (ตรวจสอบ) และ Act (การดำเนินการให้เหมาะสม) ซึ่งรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนคือ

P = Plan (ขั้นตอนการวางแผน) ขั้นตอนการวางแผนครอบคลุมถึงการกำหนดกรอบหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานและพิจารณาว่าความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลใดบ้างเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนั้น โดยระบุการเก็บข้อมูลและกำหนดทางเลือกในการปรับปรุงให้ชัดเจน ซึ่งการวางแผนจะช่วยให้กิจกรรมสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความสูญเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งในด้านทางงาน วัสดุ งบประมาณการทำงาน เงิน และเวลา

D = Do (ขั้นตอนการปฏิบัติ) คือ การลงมือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามทางเลือกที่กำหนดไว้ ในขั้นตอนการวางแผน ซึ่งในขั้นตอนนี้ มีการตรวจสอบระหว่างการปฏิบัติด้วยว่าได้ดำเนินไปในทิศทางที่ตั้งใจหรือไม่ เพื่อทำการพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เป็นไปตามแผนการที่ได้วางไว้

C = Check (ขั้นตอนการตรวจสอบ) คือ การประเมินผลที่ได้รับจากการจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ทราบว่า ในขั้นตอนการปฏิบัติงานสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ แต่สิ่งสำคัญก็คือ ต้องรู้ว่าตรวจสอบอะไรบ้างและบ่อยครั้งแค่ไหน เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบเป็นประโยชน์สำหรับขั้นตอนถัดไป



A = Action (ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสม) ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสม จะพิจารณาผลที่ได้จากการตรวจสอบ ซึ่งมีอยู่ ๒ กรณี คือ ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้ หรือไม่ เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากเป็นกรณีแรก ก็ให้นำแนวทางหรือกระบวนการปฏิบัตินั้นมาจัดทำให้เป็น มาตรฐาน พร้อมทั้งหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งอาจหมายถึงสามารถบรรลุเป้าหมายได้เร็ว กว่าเดิม หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม หรือทำให้คุณภาพดียิ่งขึ้นก็ได้ แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่สอง คือ ผลที่ ได้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ ควรนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์และพิจารณาว่าควร จะดำเนินการอย่างไร เช่น มองหาทางเลือกใหม่ที่น่าจะเป็นไปได้ ใ้ความพยายามให้มากขึ้นกว่าเดิม ขอ ความช่วยเหลือจากผู้รู้ หรือเปลี่ยนเป้าหมายใหม่ เป็นต้น

การนำหลัก PDCA มาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลบรรจุใหม่ในการป้องกันการ พลาดตกหล่นในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสิรินธร ตั้งแต่การการวางแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลบรรจุ ใหม่ กำหนดการปรับปรุงด้านบุคลากร เครื่องมือและสถานที่ บริหารจัดการ จัดอบรมให้ความรู้เชิง ปฏิบัติการเพิ่มสมรรถนะพยาบาลบรรจุใหม่ด้านการป้องกันการพลาดตกหล่นในหอผู้ป่วย เพื่อนำมาปฏิบัติ จัดทำเป็นโครงการตามแผนกิจกรรมที่วางไว้และมีการตรวจสอบ ติดตามประเมินผลความรู้ การปฏิบัติ ตามตัวชี้วัดระดับผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ มีการปรับปรุงให้ได้ผลเร็วและมีประสิทธิภาพเป็นระยะๆ มีการประเมินผลหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ และบันทึกเป็นแนวทาง รูปแบบการจัดอบรมในครั้งต่อไป

๕.๓ ระบบพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นการสอนงานแบบตัวต่อตัวระหว่างพยาบาลประจำการ ที่มีประสบการณ์แล้วกับพยาบาลใหม่ พี่เลี้ยงจะเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และทักษะทางการ ป้องกันพลาดตกหล่น ทำหน้าที่ในการสอนงาน ให้คำแนะนำปรึกษา อำนวยความสะดวกชี้แนะให้แก่ผู้มี ประสบการณ์น้อยกว่า โดยใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพส่วนบุคคล ดำเนินการสอนทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ โดยสรุปพยาบาลพี่เลี้ยง มีบทบาทหลัก คือ บทบาทผู้สอนและผู้นิเทศ บทบาทที่ ปรึกษา บทบาทผู้ปลุมนิเทศ และบทบาทผู้ประเมิน โดยจะต้องมีการเตรียมตัวเป็นอย่างดี โดยแสวงหา ความรู้และทักษะใหม่ ในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้เป็นการบูรณาการประยุกต์ใช้ระบบ พยาบาลพี่เลี้ยงเป็นสถานการณ์จำลองในการเป็นพี่เลี้ยงกลุ่มพยาบาลใหม่ผู้เข้าร่วมฝึกอบรม ในการร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประจําฐานการฝึกปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการพลาดตกหล่น และเป็นทีมนำ พยาบาลใหม่ผู้เข้าร่วมอบรม ในการเยี่ยมชมศึกษาดูงานในหน่วยงานที่เป็นต้นแบบที่ดีในการป้องกันการ พลาดตกหล่น และหน่วยงานที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อสรุปบทเรียนโดยอาศัยกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management)

#### ๕.๔ การจัดการความรู้ (Knowledge Management)

การจัดการความรู้ คือ การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสารมาพัฒนา ให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติได้อย่างมี ประสิทธิภาพ โดยที่ความรู้มี ๒ ประเภท คือ ความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้ จากประสบการณ์ พรสวรรค์หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ เป็น ความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย และความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่าง ๆ ในการจัดอบรมเชิง ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการพลาดตกหล่นนี้ มีการใช้ทั้งความรู้ที่เป็น Tacit Knowledge และ Explicit Knowledge โดยถ่ายทอดผ่านวิทยากรผู้มีประสบการณ์ และพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ ทักษะใน การป้องกันการพลาดตกหล่นในแต่ละลักษณะ หลากหลายสาขาโรค

๕.๕ ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การยอมรับปฏิบัติ (KAP) ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การยอมรับปฏิบัติ (KAP) ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) ทักษะ (attitude) และ การยอมรับปฏิบัติ (practice) ผู้ศึกษาได้นำมาเป็นกรอบในการให้ความรู้ผู้เข้าร่วมอบรม ๑. ความรู้ (Knowledge) มีการให้ความรู้ผู้เข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ความหมาย ปัจจัยเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวัง วิธีการและแนวทางการป้องกัน ตลอดจนผลกระทบต่างๆทั้งที่เกิดขึ้นกับผู้ช่วย ครอบครัวยุติธรรมและที่สำคัญเกิดกับตัวบุคลากรที่อาจเกิดความรู้สึกผิด เกิดการฟ้องร้องได้ พร้อมทั้งมีการทวนสอบถึงความเข้าใจในเนื้อหาที่ผู้เข้าร่วมอบรมได้รับ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อธิบายจนผู้เข้าร่วมอบรมเกิดความเข้าใจสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยการให้ความรู้นี้จะมีการนำสื่อการสอนมาใช้ เช่น VDO การนำนวัตกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มมาอธิบายให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง ๒. ทักษะ (attitude) เป็นความรู้สึกและความโน้มเอียงของจิตใจที่มีต่อคนรอบข้าง โดยทักษะนี้มีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคต ทักษะดีจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และทักษะเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับพฤติกรรม ในส่วนองค์ประกอบของทักษะ จะมีทั้งด้านความคิด ด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรม ถ้าผู้อบรมมีทักษะที่ดีต่อการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จะทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมนำความรู้ที่ได้รับนำไปสู่การปฏิบัติ อย่างเข้าใจ นอกจากนี้ทัศนคติยังเกิดได้จากการเรียนรู้ ทางทีมวิทยากร และทีมพยาบาลที่เลี้ยงจะสร้างทัศนคติที่ดีให้ผู้เข้าร่วมอบรม เห็นประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) โดยให้ผู้เข้าร่วมอบรม ได้ศึกษาคูงานเยี่ยมสำรวจหน่วยงานต้นแบบที่ปฏิบัติและป้องกันการพลัดตกหกล้ม ที่มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี และหน่วยงานที่มีการพัฒนานวัตกรรมด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดทัศนคติที่ดีในการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ ในการเปลี่ยนทัศนคตินี้จะแตกต่างกัน บางคนเปลี่ยนทัศนคติโดยยาก บางคนเปลี่ยนทัศนคติได้ง่าย จะขึ้นอยู่กับความรู้ที่ได้รับถ้าผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ ก็สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ และเมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา ๓. การยอมรับปฏิบัติ (practice) เป็นการกระทำ หรือการตอบสนองของผู้เข้าร่วมอบรมต่อการรับรู้ และมีทัศนคติที่ดีนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในการยอมรับปฏิบัติ ต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน (Goal) โดยผู้เข้าร่วมอบรมต้องมีความพร้อม (Readiness) ในการรับข้อมูล ข่าวสาร และเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (Situation) และเกิดความพึงพอใจสูงสุดในกิจกรรมนั้น (Interpretation) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีการตอบสนอง (Response) ในการดำเนินกิจกรรมผลที่ตามมา (Consequence) คือ ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้

## ๖. กรอบแนวทางการดำเนินการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลใหม่ ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสิรินธร จัดทำเป็นโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาด้วยระบบ Deming Cycle กระบวนการ PDCA

## ๖.๑ ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

๖.๑.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทำหน้าที่  
 ดังนี้ พิจารณาหัวข้อเรื่องที่จะใช้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ พิจารณาบุคคลที่จะเข้าร่วมรับการอบรม  
 พิจารณาแผนการอบรม กิจกรรมในการอบรมเชิงปฏิบัติการ และพิจารณาแนวทางในการประชาสัมพันธ์  
 วิธีการประเมินผล การรายงานการอบรม และสรุปผลการอบรมปฏิบัติการ

๖.๑.๒ เขียนโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อกำหนดความชัดเจนของการ  
 ดำเนินการตามขั้นตอน

๖.๑.๓ ดำเนินการเตรียมติดต่อเชิญวิทยากร พร้อมกำหนดการอบรม  
 ปฏิบัติการ คัดเลือกและเชิญพยาบาลพี่เลี้ยงผู้มีประสบการณ์ด้านการป้องกันพลัดตกหกล้ม

๖.๑.๔ เตรียมเชิญผู้เข้าร่วมอบรม โดยการจัดทำแบบลงทะเบียน

๖.๑.๖ เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็น เตรียมเอกสาร รายละเอียดการ  
 ประชุม พร้อมทั้งเตรียมสถานที่หน่วยงานที่จะศึกษาดูงาน จำนวน ๔ หน่วยงาน

## ๖.๒ ขั้นตอนการตามแผน (Do)

๖.๒.๑ ก่อนการอบรมผู้เข้าร่วมอบรมทำแบบประเมินความรู้ และการปฏิบัติ  
 ในการป้องกันพลัดตกหกล้ม

๖.๒.๒ อบรมให้ความรู้กลุ่มใหญ่ เรื่องการบริหารความเสี่ยง การป้องกันการ  
 พลัดตกหกล้ม ความหมาย สาเหตุ สถานการณ์ปัจจุบันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ปัจจัยการเกิด  
 อุบัติการณ์ ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุ แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

๖.๒.๓ แบ่งกลุ่มย่อย โดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มเป็นที่ปรึกษา เพื่อฝึกปฏิบัติตาม  
 ฐานมีทั้งหมด ๔ ฐาน ใช้เวลา ฐานละ ๒๐ นาที ได้แก่ ฐานที่ ๑ ฝึกการประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ  
 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ใหญ่ ในเด็ก และแบบประเมิน CIWA SCORE ในผู้ป่วย  
 ถอนพิษสุราเรื้อรัง ฐานที่ ๒ ทักษะการเคลื่อนย้าย ยกพุงผู้ป่วย ฐานที่ ๓ การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การ  
 ผูกยึดอย่างปลอดภัย (Restrain) ฐานที่ ๔ การเขียนบันทึกทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล  
 เมื่อมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

๖.๒.๔ แบ่งกลุ่มย่อย และมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม นำทีมศึกษาดูงาน ตรวจสอบ  
 ประเมินหน่วยงานต้นแบบที่ปฏิบัติเป็นเลิศ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดี และหน่วยงานที่ต้องพัฒนาด้าน  
 การป้องกันการพลัดตกหกล้ม พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคลากรประจำหน่วยงาน แล้วนำเสนอสรุป  
 แนวทางปฏิบัติที่ดีของหน่วยงาน การปฏิบัติที่หน่วยงานต้องปรับปรุงและพัฒนาตลอดจนกระบวนการ

๖.๒.๕ ขั้นตอนการหลังอบรม ผู้เข้าร่วมอบรมทำแบบประเมินความรู้หลัง  
 การอบรม และประเมิน การจัดโครงการหลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้านวิทยากร เนื้อหาและกิจกรรม ด้าน  
 สถานที่และสื่ออุปกรณ์ และความพึงพอใจโดยรวม

๖.๒.๖ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของพยาบาลใหม่ ภายหลังการ  
 อบรม โดยทำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม ด้วยตัวเอง ๑ ฉบับและ  
 แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทาง อีก ๑ ฉบับประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

๖.๓ ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมิน และประชุม  
 คณะทำงานเพื่อสรุปผลการดำเนินงานสรุปผลในแต่ละด้านเพื่อนำมาสรุปเป็นบทเรียนแก้ไขและปรับปรุง  
 กระบวนการ(After Action Review : AAR)

๖.๔ ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสม (Act) สรุปผลการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขและปรับปรุงโครงการรายงานต่อผู้บริหารและบันทึกไว้เพื่อเป็นแนวทางในครั้งต่อไป

๗. ระยะเวลาการดำเนินการ

ลำดับ	การดำเนินการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓				
		ต.ค. ๖๒	พ.ย. ๖๒.	ธ.ค. ๖๒	ม.ค. ๖๓	ก.พ. ๖๓
๑.	<p>ขั้นตอนการวางแผน (Plan)</p> <p>๑.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการเขียนโครงการ</p> <p>๑.๒ เตรียมเชิญวิทยากร พยาบาลพี่เลี้ยง และผู้เข้าร่วมอบรม</p> <p>๑.๓ เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ เอกสารการอบรม การประเมินผลความรู้ การปฏิบัติ เตรียมสถานที่ศึกษาดูงาน</p>	↔	↔	↔		
๒	<p>ขั้นการดำเนินตามแผน (DO)</p> <p>๒.๑ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ๒ วัน ประเมินความรู้ และการปฏิบัติในการ ป้องกันพลัดตกหกล้มก่อนการอบรม</p> <p>๒.๒ อบรมให้ความรู้กลุ่มใหญ่ เรื่องการบริหารความเสี่ยง การป้องกันพลัดตกหกล้ม</p> <p>๒.๓ แบ่งกลุ่มย่อย ๔ กลุ่มมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม เพื่อฝึกปฏิบัติตามฐานทั้งหมด ๔ ฐาน ฐานละ ๒๐ นาที ได้แก่</p> <p>ฐานที่ ๑ ฝึกการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบ ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม</p> <p>ฐานที่ ๒ ทักษะการเคลื่อนย้าย</p> <p>ฐานที่ ๓ การผูกมัดอย่างปลอดภัย</p> <p>ฐานที่ ๔ การเขียนบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>๒.๔ แบ่งกลุ่มย่อย มีพี่เลี้ยงศึกษาดูงาน หน่วยงานที่เป็นต้นแบบมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลดี และที่ต้องปรับปรุงแก้ไข</p> <p>๒.๕ ผู้ร่วมอบรมประเมินความรู้ภายหลัง การอบรม และประเมินการจัดโครงการหลัง การอบรมเสร็จสิ้น</p>			↔		

ลำดับ	การดำเนินการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓				
		ต.ค. ๖๒	พ.ย. ๖๒.	ธ.ค. ๖๒	มค. ๖๓	ก.พ. ๖๓
	๒.๖ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตาม แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ภายหลังจากอบรม ๑ เดือน ๒.๗ เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง พลัดตกหกล้ม					
๓	ขั้นตอนการตรวจสอบ(Check) รวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลโครงการ ประเมินความรู้ ข้อมูลอุบัติการณ์			←————→		
๔.	ขั้นตอนดำเนินงานให้เหมาะสม(Act) ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อ สรุปผลการดำเนินงาน อุปสรรค แนว ทางแก้ไขและปรับปรุงโครงการ รายงานต่อ ผู้บริหารและบันทึกไว้เพื่อเป็นแนวทางใน การจัดอบรมครั้งต่อไป			←————→		

#### ๘. งบประมาณ

ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ผู้เข้าร่วมอบรมและวิทยากร (๑๒๐คน x ๒๕ บาทx ๒ มื้อ)	๖,๐๐๐ บาท
ค่าอาหารกลางวัน ผู้เข้าร่วมอบรมและวิทยากร (๑๒๐ คนx๖๐ บาทx ๑ มื้อ )	๗,๒๐๐ บาท
<u>รวม</u>	<u>๑๓,๒๐๐</u> บาท

#### ๙. แนวทางการติดตามและประเมินผล

ตัวชี้วัด	เครื่องมือในการติดตามและประเมินผล
๑. ระดับผลผลิต(Output) บุคลากรพยาบาลบรรจุใหม่มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนว ทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ มากกว่าร้อยละ ๘๐	- ประเมินผลภายหลังจากการอบรมเสร็จสิ้น ด้วย แบบประเมินความรู้ในการป้องกันการพลัดตก หกล้ม จำนวน ๑๐ ข้อ

ตัวชี้วัด	เครื่องมือในการติดตามและประเมินผล
<p>๒. ตัวชี้วัดระดับ ผลลัพธ์ (Outcome)</p> <p>บุคลากรพยาบาลใหม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้อง มากกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>อัตราการพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยในระดับ C-E <math>\leq 0.4</math> ครั้ง/๑๐๐๐ วันนอน</p> <p>F - I = ๐ ครั้ง ต่อ ๑๐๐๐ วันนอน</p>	<p>- ประเมินผลหลังจากอบรมเสร็จ ๑ เดือน ทำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน ๑๘ ข้อ</p> <p>- แบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม โรงพยาบาลสิรินธร บันทึกเหตุการณ์ ระดับความรุนแรง แนวทางแก้ไขเบื้องต้น บันทึกทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์ส่ง โดยการตรวจสอบความถูกต้องของหัวหน้าหน่วยงาน และหรือพยาบาลพี่เลี้ยงที่ได้รับมอบหมาย ก่อนส่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม</p>

## ๑๐. ข้อเสนอแนะ

๑๐.๑ ควรนำโครงการนี้บรรจุไว้เป็นโครงการหลักตามแผนปฏิบัติราชการเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาบุคลากรใหม่

๑๐.๒ ควรมีการศึกษาดูงานภายนอกโรงพยาบาล เพื่อเป็นแรงจูงใจและสร้างทัศนคติที่ดี เกิดความตระหนักถึงการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และได้เรียนรู้การพัฒนาแนวทางรูปแบบนวัตกรรมใหม่ๆ จากองค์กรภายนอกโรงพยาบาล