



**ส่วนที่ ๒** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มีนาคม - กันยายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความเป็นมา/ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) เป็นชนิดย่อยของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดแดงที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองอุดตัน ทำให้สมองได้รับเลือดและออกซิเจนลดลง ตามด้วยเซลล์สมองถูกทำลาย หรือเซลล์สมองตายเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลกที่พบในทุกเพศ พบมากในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) ปี ๒๕๑๗ พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๑๗ ล้านคน และเสียชีวิตจำนวน ๖.๕ ล้านคน โดยปี ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น ๒ ประเภทหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) เป็นประเภทที่พบได้มากถึงร้อยละ ๘๗ และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) นอกจากนี้ยังพบความพิการ ทูพพลภาพที่ส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ บุคลากร และเวลาในการรักษาอีกด้วย

ปัจจุบันแนวทางรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ระยะเฉียบพลันตามหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า ควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ ชั่วโมง หลังมีอาการ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนความพิการ และทูพพลภาพได้ เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไป และต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ได้ ฉะนั้น Ischemic Stroke จึงเป็นภาวะฉุกเฉิน และวิกฤตทางระบบประสาท (Neurological emergency) แต่มีผู้ป่วยบางส่วนมีอาการแสดงของ Ischemic Stroke แต่ประเมินสภาพด้วยตนเอง Pre hospital บกพร่อง จึงมารอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ฉะนั้นพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ที่จะสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็น Stroke ได้ ภายใน ๑ นาที เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการเข้ารับการรักษาภาวะวิกฤตทางระบบประสาทได้ถูกต้องรวดเร็ว

โดยอุบัติการณ์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบผู้ป่วยที่สามารถประเมินได้ว่ามีอาการแสดงเข้าได้ Ischemic Stroke ปี ๒๕๖๓ = ๒๓๔ คน ปี ๒๕๖๔ = ๓๑๗ คน ปี ๒๕๖๕ = ๓๑๒ คน ตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยรอเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน ปี ๒๕๖๓ = ๒๙ คน ปี ๒๕๖๔ = ๓๘ คน ปี ๒๕๖๕ = ๓๒ คน (พบประมาณ ๑๐%)

โดยพยาบาลคัดกรองสามารถนำผู้ป่วยส่งต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ทันที่

๓.๒ แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ (โรค/พยาธิสภาพโดยสังเขป)

โรคและพยาธิสภาพ

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ ๘๗ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเป็นโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ ๔๐ เกิดจากการอุดตันหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ ๒๐ อีกร้อยละ ๒๐ เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น (embolism) ที่เหลือร้อยละ ๕ เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะหลอดเลือดอักเสบ (vacuities) เป็นต้น ลักษณะพยาธิสภาพมีการอุดตันทางเดินของเส้นเลือด เกิดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอสามารถแบ่งได้ ๒ ประเภท ดังนี้

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

(๑) โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Thrombotic Stroke) มักเกิดในผู้ป่วยช่วงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป พยาธิสภาพเป็นการเกิดลิ่มเลือด (thrombus) ไปอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการขาดเลือดและการตายของเนื้อสมอง (infarction) ตามมาส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์กับการมีคราบไขมันเกาะหลอดเลือดและความดันเลือดสูง (hypertension) เป็นเวลานาน ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (atherosclerosis) ซึ่งจะเกิดขึ้นที่ละน้อย เมื่อมีการเสื่อมของหลอดเลือดและมีการทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นเอนโดทีเลียม (endothelium) เลือดจึงสัมผัสโดยตรงกับชั้นใต้เอนโดทีเลียม (sub endothelium) ทำให้เกิดการรวมตัวของเกล็ดเลือดและกระตุ้นการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด (coagulation factor) เป็นผลให้เกิดการแข็งตัวของลิ่มเลือดขึ้นบริเวณนั้น เมื่อลิ่มเลือดนี้ไปอุดตันหลอดเลือด จะทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือด และเกิดการตายของเนื้อสมอง การตีบตันเกิดขึ้นได้ทุกแห่ง แต่พบมากบริเวณหลอดเลือดใหญ่โดยหลอดเลือดที่พบมากที่สุดคือ หลอดเลือดแดงคอโรติดส่วนใน (internal carotid artery หลอดเลือดเหล่านี้จะไปเลี้ยงส่วนควบคุมการเคลื่อนไหวและส่วนควบคุมการรับรู้ความรู้สึก มักมีอาการนำได้แก่ปวดศีรษะ (แต่ไม่รุนแรงมาก) คลื่นไส้สูญเสียความทรงจำแต่ทั้งนี้อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดตัน อาการดังกล่าวมักเกิดช่วงเวลากลางคืนขณะนอนหลับมากกว่าที่จะเกิดช่วงขณะทำกิจกรรม

(๒) โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic Stroke) เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองที่พบในวัยกลางคนหรือผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเกิดเนื่องจากมีสิ่งอุดตันเกิดขึ้นนอกสมอง และล่องลอยในกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมองเล็ก ๆ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย มักมาจากหลอดเลือด และหัวใจ โดยมักพบชิ้นส่วนของลิ่มเลือดหรือชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบหลุดลอยออกมาเข้าสู่การไหลเวียนเลือดแดงในสมอง และเกิดการอุดตันแขนงของหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ โรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือด เช่น ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) โรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart Disease) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease) เยื่อหัวใจอักเสบ (Bacterial Endocarditis) โรคลิ้นหัวใจหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม และภาวะหลังผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้สิ่งอุดตันอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้ เช่น ลิ่มเลือดจากปอด (pulmonary thrombosis) ฟองอากาศ (air embolism) เกิดจากการรั่วหลุดของการวัดความดันเลือดดำส่วนกลาง (central venous pressure) หรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดชิ้นส่วนของไขมัน หรืออาจเกิดหลังการได้รับบาดเจ็บ เช่น มีกระดูกแตกหักหลายชิ้น นอกจากนี้ยังมีชิ้นส่วนจากเศษเนื้ออก และมีสภาวะบางสภาวะที่ทำให้เกิดสิ่งอุดตันได้อีก เช่น ภาวะเลือดหนืด (polycythemia) และการใช้ยาคุมกำเนิด เป็นต้น ตำแหน่งที่พบมักเกิดกับบริเวณหลอดเลือดคอติคอลล (cortical vessels) เล็กๆทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการผิดปกติของการทำงานของสมองชั้นคอติคอลลร่วมด้วยเช่นถ้าพยาธิสภาพอยู่ที่สมองซีกเด่น (dominant hemisphere) จะทำให้มีอาการเป็นลม (Seizure) พูดไม่ได้ (aphasia) หรือถ้าพยาธิสภาพอยู่ที่สมองซีกด้อย (no dominant hemisphere) จะทำให้มีอาการหลงลืมร่างกายซีกที่มีอาการ (neglect) ซึ่งจะส่งผลถึงการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้อาการโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจะเป็นแบบทันทีทันใด (sudden onset) ใช้เวลาเป็นนาทีหรือวินาทีขณะที่มีกิจกรรมหรือมีการออกแรง หากมีการอุดตันของหลอดเลือดสมองอย่างทันทีทันใดเซลล์ประสาทสมองจะค่อย ๆ ตายลงภายใน ๖ - ๘ ชั่วโมง ในกรณีที่เนื้อสมองตายอย่างเฉียบพลัน สมองบริเวณนั้นจะบวมมาก เนื่องจากตัวกั้นระหว่างเลือดกับสมอง (blood brain barrier) เสียไป ถ้ามีเนื้อตายเป็นบริเวณกว้างและสมองบวมมาก อาจทำให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นจนมีการกดเบียดบริเวณก้านสมอง ถ้าผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเนื้อสมองบริเวณใจกลางส่วนที่ขาดเลือดจะเริ่มสลายตัว ในขณะที่บริเวณขอบของเนื้อตายจะพบมีปฏิกิริยาการตอบสนองหลายแบบ ได้แก่ การอักเสบ การกำจัดเนื้อตาย และการซ่อมแซม

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)  
การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้

๑. การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษา อาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท
๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ การตรวจเลือดต่าง ๆ
๓. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมองหรือไม่

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

การให้การรักษาคือ โดยความรวดเร็วถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา

๓ - ๔.๕ ชั่วโมงยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษาได้แก่

- ยาละลายลิ่มเลือด ใช้เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่
- ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทำให้การอุดตันลดลง ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง
- ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติเพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ที่เข้ารับการรักษาโดยผ่านจุดคัดกรองแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน ๒ ราย เนื่องจาก Ischemic stroke พบมากในโรคหลอดเลือดสมองและทำให้เป็นอันตรายกับชีวิต และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย หากได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินระยะแรก เพื่อการดูแลรักษาให้ทันเวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองราย ทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแล

## ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษา :

ข้อมูลผู้ป่วย :

|   |  |
|---|--|
| ผู้ป่วยรายที่ ๑ ชาย อายุ ๕๔ ปี<br>อาการสำคัญ อาเจียน ไม่พูด | ผู้ป่วยรายที่ ๒ หญิง อายุ ๕๖ ปี<br>อาการสำคัญ ปวดศีรษะรุนแรง |
|---|--|

๔.๑ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน พยาบาลคัดกรองใช้เครื่องมือ MOPH TRIAGE และแบบคัดกรองผู้ป่วยสงสัยมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) :

|   |   |
|---|---|
| ผู้ป่วยรายที่ ๑ ญาติให้ประวัติว่า ๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอาเจียน ไม่พูด นอนหลับตาเฉย ญาติจึงพามาโรงพยาบาล<br>- ผู้ป่วยมีแขนขาอ่อนแรง Gr. ๒ และแขนขาซ้าย Gr. ๔ ไม่มี facial Palsy<br>V/S = BP ๑๔๑/๖๔ mmHg O๒ Sat ๙๘% (RA)<br>- TRIAGE Grade ๑ ถูกฉีดยา และเกณฑ์ Stroke fast track | ผู้ป่วยรายที่ ๒ ๔ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ญาติจึงพามาโรงพยาบาล<br>- ผู้ป่วยมี pain score ระดับ ๑๐ มีอาการพูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง Gr.๒ และแขนขาข้างขวา Gr.๔ ไม่มี facial palsy<br>V/S = BP ๑๘๐/๑๑๐ mmHg O๒ Sat ๙๘%<br>- TRIAGE Grade ๑ ถูกฉีดยา และเกณฑ์ Stroke fast track |
|---|---|

๔.๒ ประวัติเจ็บป่วยอดีต :

|  |  |
|--|--|
| ผู้ป่วยรายที่ ๑ ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว ต่อมสุราประมาณทุกวัน วันละ ๑ แบน นาน ๕-๖ ปี สูบบุหรี่วันละ ๑ ของ นาน ๒๐ ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ ไม่มีประวัติแพ้ยา | ผู้ป่วยรายที่ ๒ มีประวัติความดันโลหิตสูง และเบาหวานมาประมาณ ๑๕ ปี ไม่มีประวัติดื่มสุรา ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ไม่มีประวัติแพ้ยา |
|--|--|

๔.๓ การรักษา :

|   |  |
|---|--|
| ผู้ป่วยรายที่ ๑ - ประสานส่งต่อแผนกอุบัติเหตุถูกฉีดยา ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม CT, LAB, EKG วินิจฉัยว่าเป็น Ischemic Stroke<br>- NSS ๑๐๐๐ ml IV drip ๘๐ ml/hr. และยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ<br>- CT brain ,CXR, on foley's cath. On NG tube NPO, W/U CBC BUN Cr. Blood sugar<br>- Consult Pt. Observe N/S, V/S ประสานส่งต่อ รพ.สต. | ผู้ป่วยรายที่ ๒ - ประสานส่งต่อแผนกอุบัติเหตุถูกฉีดยา ตรวจเพิ่มเติม CT, LAB, EKG วินิจฉัยว่าเป็น Ischemic Stroke<br>- NSS ๑๐๐๐ ml IV drip ๘๐ ml/hr.<br>- DTX CT Brain -BD ๑:๑>๒๕๐ ml x๔ feed<br>- Consult Pt. Observe N/S, V/S ประสานส่งต่อ รพ.สต.<br>- ได้รับยาลดความดันโลหิต ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ประสานส่งต่อ รพ.สต. |
|---|--|

## ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

## ๔.๔ การวินิจฉัยการพยาบาลตามหลักกระบวนการพยาบาล :

|  |   |
|--|---|
| <p>ผู้ป่วยรายที่ ๑ - ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการประเมิน UNDER TRIAGE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการประเมินไม่พบอาการโรคหลอดเลือดสมอง (เกณฑ์คัดกรอง Stroke fast track</li> <li>- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมอง</li> <li>- มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)</li> <li>- มีโอกาสเกิดภาวะ ปอดอักเสบจากการสำลัก</li> <li>- เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจาก intracerebral hemorrhage เนื่องจากได้รับยา rt PA</li> <li>- มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง</li> <li>- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องในการกลืนอ่อนแรง reflex การกลืนลดลง</li> <li>- เสี่ยงต่อการขาดประสิทธิภาพในการจัดการตนเอง เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง</li> <li>- เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก</li> </ul> <p>M - E - T - H - O - D</p> | <p>ผู้ป่วยรายที่ ๒ - ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการประเมิน UNDER TRIAGE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการประเมินไม่พบอาการโรคหลอดเลือดสมอง (เกณฑ์คัดกรอง Stroke fast track</li> <li>- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)</li> <li>- มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก</li> <li>- มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง</li> <li>- การเคลื่อนไหวบกพร่อง เนื่องจากแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก</li> <li>- การสื่อสารบกพร่อง พูดไม่ชัด</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การคาดการณ์ในอนาคตเกี่ยวกับชีวิต</li> <li>- เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก</li> </ul> <p>M - E - T - H - O - D</p> |
|--|---|

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การศึกษาผู้ป่วย ๒ รายนี้เป็น Ischemic Stroke

ผู้ป่วยรายที่ ๑ ได้รับยา rt - PA มีภาวะแทรกซ้อน minimal bleeding at Lt al ganglia ซึ่งความสำคัญของพยาบาลผู้ป่วยนอกรายนี้คือ สามารถประเมินอาการ และสามารถส่งต่อผู้ป่วยจนได้รับยา rt - PA ได้ทันที่แม้จะมีภาวะแทรกซ้อน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลหอผู้ป่วย Stroke Unit สามารถประเมิน GCS และสัญญาณชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (LLCP) ได้

กรณีผู้ป่วยรายที่ ๒ ผู้ป่วยไม่ได้รับยา rt - PA เนื่องจากหลังประเมินอาการแรกรับที่งานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับ Ischemic Stroke onset เลยเวลา การให้ยา rt - PA ทีมสหสาขาวิชาชีพก็ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนความดันในกะโหลกศีรษะสูง (LLCP) โดยประเมิน GCS และสัญญาณชีพ

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เพื่อให้พยาบาลผู้ป่วยนอกสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ได้ถูกต้อง

๒. เพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวกับการซักประวัติ วินิจฉัย แยกภาวะฉุกเฉินทางสมองสอดคล้องกับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ CPG Stroke fast track

๓. เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผู้ป่วยนอกในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และมีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่ง เข้าขบวนการตรวจรักษาตาม CPG Stroke fast track

๔. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยนอกในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke)

๕. สามารถนำไปใช้เป็นเอกสารทางวิชาการเผยแพร่ความรู้ให้แก่พยาบาลในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจ

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน โอกาสที่ผู้ป่วยมาคัดกรอง คัดแยกที่แผนกผู้ป่วยนอกแม้จะมีอุบัติการณ์ไม่มากแต่เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นพยาบาลผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบจำเป็นต้องมีความรู้ในการคัดกรอง คัดแยก ตามประเมินได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว แม่นยำ สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการโรคหลอดเลือดตีบภายใน ๑ นาที สามารถระบุอายุ วันเวลาที่เกิดอาการ ระบุเวลาที่ชัดเจน หากไม่แน่นอนให้นับเวลาสุดท้ายที่ผู้ป่วยยังปกติ สามารถซักประวัติอาการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล และประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองตีบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งพบ ๑ ใน ๖ อาจเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ

๑. กล้ามเนื้อใบหน้า : ยิ้ม ยิงฟัน
๒. กล้ามเนื้อแขน : หลับตาคงแขน ๒ ข้าง และเหยียดออกมาข้างหน้าค้างไว้ ๑๐ วินาที
๓. การพูด : พูดประโยคง่าย ๆ ได้ตอบได้
๔. เดินเซเวียนศีรษะทันที หันใด
๕. เห็นภาพซ้อน หรือมีดมัว ข้างใดข้างหนึ่ง
๖. ปวดศีรษะอย่างรุนแรง (หลักวินิจฉัย : เป็นทั้งซีก หันที่หันใด)

ร่วมกับ V/S แกร็บ และประเมินสภาพอื่น ๆ โดยพยาบาลผู้ป่วยนอกต้องประเมินอย่างรวดเร็ว และสามารถส่งต่อห้องฉุกเฉินได้ทันที

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นโรคแทรกซ้อนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว NCD เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือระดับไขมันในเลือดสูง เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หากปฏิบัติตัวโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม คือ รสเค็ม และหวาน และมีความเสี่ยงสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น ภาวะอ้วน อายุ ความสามารถดูแลตัวเอง และการได้รับการดูแลจากญาติ ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ประเมินอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองได้ล่าช้า และส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรง หากผู้ป่วยผู้ดูแลสามารถประเมินอาการได้ทันทีถึงสถานพยาบาลได้ รวดเร็ว เข้าช่องทางอุบัติเหตุฉุกเฉินได้เหมาะสมกับโรค ไม่มารอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

## ๙. ข้อเสนอแนะ

การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบถือว่ามีความสำคัญ ปัจจุบันผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว NCD ควรมีความรู้ในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง Stroke เนื่องจากระยะเวลาการเข้ารับการรักษา มีความสำคัญการประเมินอาการได้รวดเร็วตั้งแต่ระยะ Pre hospital ตั้งแต่ตนเอง ญาติ ชุมชน และสถานพยาบาลปฐมภูมิ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการในระยะวิกฤต รวดเร็ว สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด สามารถลดอัตราการตาย พิการ และทุพพลภาพได้ สำหรับพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับถ้าสามารถประเมินอาการวิกฤต ฉุกเฉิน ทางระบบประสาทได้รวดเร็วใช้ระยะเวลาสั้น แม่นยำ ก็จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงยา และลดอัตราการตาย และพิการ ทุพพลภาพด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ การติดตามพยาบาลในระยะฟื้นฟูจึงมีความสำคัญที่จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติ การเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ


## ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานในที่ประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการและการนำเสนอผลงานประจำปี ๒๕๖๕ วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมโกเมน อาคาร ๖๐ พรรษา ชั้น ๔ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

## ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางธีรรัตน์ ศรีทธารธรรม สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  .....

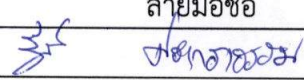
(นางธีรรัตน์ ศรีทธารธรรม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ..... 28 ธ.ค. 2566 .....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ   |
| นางธีรรัตน์ ศรีทธารธรรม     |  |



ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นางสมจิต กายสอน)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

(วันที่) ..... 28 ธ.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... 

(นางนอมล ศรีสม)

(ตำแหน่ง) ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) ..... 28 ธ.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) ..... 

(นายพิเชษฐ์ พิวพันกิจเจริญ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

(วันที่) ..... 28 ธ.ค. 2566

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยนอก จุดคัดกรอง
๒. หลักการและเหตุผล

แผนกผู้ป่วยนอก (Out – Patient department : OPD) เป็นหน่วยที่มีความสำคัญและเป็นด่านแรกของโรงพยาบาล มีหน้าที่คัดแยกคัดกรองผู้ป่วยเป็นจุดแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินอาการผู้ป่วยและคัดแยกประเภทผู้ป่วยส่งตรวจตามแผนกต่างๆอย่างถูกต้อง นับเป็นจุดเริ่มต้นของบริการที่มีคุณภาพ นอกจากจะสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาความเร่งด่วน และสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้เหมาะสมแล้วยังสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสม กระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (TRIAGE) ของงานผู้ป่วยนอกเป็นกระบวนการหลักเพื่อประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยระบบการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ Thailand National Triage Guideline หรือ MOPH ED Triage Emergency ซึ่งเป็นเกณฑ์เดียวกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้ถูกต้อง การพัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยนอกจุดคัดกรองให้เข้าใจง่าย จัดบุคลากรที่เหมาะสม พัฒนาศักยภาพบุคลากรงานผู้ป่วยนอก สร้างเครื่องมือให้ง่าย เพื่อสามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพิ่มคุณภาพและผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินไปรับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยไม่มารอตรวจที่งานผู้ป่วยนอก และมีอาการทรุดลง ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนและความเสี่ยงกับผู้รับบริการ

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ขนาด ๕๐๐ เตียง ผู้ป่วยมารับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ ๑๒๐๐ - ๑๕๐๐ คน/วัน ผู้ป่วยมาใช้บริการจุดคัดกรองคัดแยกคือผู้ป่วยไม่ได้เข้ามาตรวจด้วยระบบนัดซึ่งระบบนัดมีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ยวันละ ๘๐๐ - ๑๐๐ คน/วัน มีบุคลากรที่ประจำจุดคัดกรองประเภทผู้ป่วย และผู้มารับบริการที่ไม่อยู่ในระบบนัด (Walk In) วันละ ๒ คน ประเภทของบุคลากรมีพยาบาลวิชาชีพ ๑ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๑ คน ในช่วงเวลาเร่งด่วนนักประชาสัมพันธ์ ๑ - ๒ คน ช่วยจัดลำดับช่วงเวลาเร่งด่วนเพื่อการคัดแยกผู้ป่วยที่มีคุณภาพเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วย บุคลากรที่คัดกรองผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ในการประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ MOPH ED TRIAGE และสามารถประยุกต์ใช้ ประเมินผู้ป่วยในระยะเวลาสั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม ข้าพเจ้าในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำจุดคัดกรอง ผู้ป่วยนอกตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยดังกล่าว จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยนอกจุดคัดกรองโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขึ้น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยนอกจุดคัดกรองโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วยและคัดแยกประเภทผู้ป่วยส่งตรวจตามแผนกต่างๆอย่างถูกต้อง นับเป็นจุดเริ่มต้นของการบริการที่มีคุณภาพ นอกจากจะสามารถจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วน ช่วยรักษาชีวิต รักษาอวัยวะของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้ และยังสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสม กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย (TRIAGE) ของงานผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ใช้มาตรฐานเดียวกันคือ Thailand National Triage Guideline หรือ MOPH ED Triage Emergency โดยการพัฒนาครั้งนี้ได้ปรับระบบให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกับใช้เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน ปรับแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เข้าใจง่าย ทำความเข้าใจกับผู้บริหารให้คัดแยกมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรจุดคัดกรองงานผู้ป่วยนอก จัดหาเครื่องมือให้เพียงพอ เพื่อสามารถคัดแยกผู้ป่วย และจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้ถูกต้อง เหมาะสมเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปตรวจที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้เหมาะสมปลอดภัยป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนและความเสี่ยงกับผู้รับบริการ

จากการประชุมคณะกรรมการด้านหน้าพิจารณารูปแบบการคัดแยกเป็นแบบคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ MOPH ED Triage Emergency ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า งานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีบริบทที่แตกต่างแตกต่างกับงานผู้ป่วยนอก คือ จุดคัดกรองงานอุบัติเหตุฉุกเฉินคัดกรองด้วยพยาบาลวิชาชีพ ส่วนงานผู้ป่วยนอกใช้ทีมผสมผสาน (Staff mix) คือพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ อีกทั้งปริมาณคนไข้จำนวนแตกต่างกัน ระยะเวลาในการประเมินสั้น ด้วยข้อจำกัดของปริมาณคนไข้ดังกล่าว ฉะนั้นการพัฒนาให้จุดคัดกรองงานผู้ป่วยนอกใช้มาตรฐานเดียวกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงใช้แบบคัดกรองที่ได้ทบทวนจากการปฏิบัติงานจริง โดยอาศัยผลลัพธ์ด้านกระบวนการ คือความยากง่ายในการนำไปใช้ ความสามารถในการนำไปใช้ นำปัญหาอุปสรรคมาทบทวนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยทีมเจ้าหน้าที่หมุนเวียนมาประจำจุดคัดกรอง ทั้งหมดสามารถใช้แบบคัดกรองที่กำหนดขึ้นได้ถูกต้อง รวดเร็ว โดยกระบวนการทบทวนแก้ไขแบบคัดกรองจะทบทวนผลลัพธ์การคัดกรองประเภทผู้ป่วยจากร้อยละ Under Triage ร้อยละ Over Triage บางโรคมีความคลาดเคลื่อน มากกว่าร้อยละ ๕ จะนำแบบคัดกรองนั้นมาปรับปรุงในโรคขึ้นำจำเป็น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดโป่งพอง (Aortic dissection) จึงยังมีความจำเป็นที่จะได้พัฒนาแบบบันทึก คัดแยก เฉพาะโรคต่อไปอย่างต่อเนื่อง

เมื่อมีการปรับปรุงแบบคัดกรองแบบเฉพาะเจาะจงขึ้น ก็ต้องมีการพัฒนาความรู้บุคลากรจุดคัดกรองเพื่อให้ใช้เครื่องมือที่เปลี่ยนแปลง โดยการประชุมชี้แจงทดสอบความรู้หลังการประชุม ทดลองใช้จนแม่นยำ มีคู่มือไว้ให้ทบทวนความรู้โดยประเมินความรู้จากคะแนนแบบทดสอบจากเหตุการณ์สมมติ

อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่เวียนมาคัดแยก และช่วงเวลาที่ขาดเจ้าหน้าที่คัดแยก เช่นเวลา ๑๒ - ๑๓ น. และ ๑๕ - ๑๖ น. จึงได้นำเสนอข้อมูลให้ทีมงานผู้ป่วยนอก และคณะกรรมการด้านหน้าพิจารณาเพิ่มอัตรากำลังในโอกาสถัดไป หรือมีพยาบาลวิชาชีพร่วมทีมตลอดเวลาทำการ

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

##### ระยะก่อนดำเนินการ

๑. รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการคัดแยกคัดกรองผู้ป่วยนอก
๒. นำเสนอแนวความคิดพัฒนาร่วมกันในกรรมการด้านหน้า ร่วมกันจัดทำแบบประเมินผู้ป่วย เสนอต่องานพัฒนาคุณภาพ
๓. จัดเตรียมเอกสาร อุปกรณ์ บุคลากรที่ร่วมโครงการพัฒนา

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ระยะดำเนินการ

๑. เดือนมกราคม ๒๕๖๕ ประชุม ออกรูปแบบเอกสารการคัดแยกผู้ป่วย ตามแนวทาง TRIAGE MOPH ED เกี่ยวกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
๒. เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ชี้แจงทีมคัดกรองให้รับทราบรูปแบบการพัฒนาแบบคัดแยก คัดกรองให้เข้าใจ ง่ายสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง สามารถเชื่อมโยงส่งต่อผู้ป่วยไปงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย
๓. เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ทดลองปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

ระยะหลังดำเนินการ


๑. เดือนมีนาคม ๒๕๖๕ ประเมินผลการพัฒนาระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยนอก จุดคัดกรอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
๒. เดือนเมษายน ๒๕๖๕ สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยนอกจุดคัดกรอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
๓. พัฒนาแบบฟอร์มเพื่อปิด GAP การใช้แบบคัดกรองที่มีความเข้าใจตรงกันของบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองอย่างต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. จุดคัดกรองผู้ป่วยนอกสามารถคัดกรอง ผู้ป่วยได้รวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยเป็นมาตรฐานเดียวกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเหมาะสม
๒. ลดข้อร้องเรียน
๓. เพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจย้ายไป ER เนื่องจากคัดกรองผิด = ๐
๒. จำนวนข้อร้องเรียนจากการคัดแยกคัดกรอง คลาดเคลื่อน = ๐
๓. ความพึงพอใจผู้ป่วยมารับบริการ >๘๕ %

(ลงชื่อ)  ..... นีธาธรรม

(นางธีรรัตน์ ศรีธัชธรรม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่)..... 28 ธ.ค. 2566 .....

ผู้ขอประเมิน