

ฉบับสมบูรณ์
(ตามมติ ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๘ ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๘
ลงชื่อประธาน/กรรมการ
(นางสาวดวงพร โตะนาค)



ผลงานเชิงวิเคราะห์

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

โดยวิธีปกติ

ของ

นางอุไรวรรณ บวรธรรมจักร

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช.11440)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช.11440)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ส่วนงานคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา



ผลงานเชิงวิเคราะห์

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

โดยวิธีปกติ

ของ

นางอุไรวรรณ บรรณธรรมจักร
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
(ตำแหน่งเลขที่ พวช.11440)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ
(ตำแหน่งเลขที่ พวช.11440)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนำ

ศูนย์รับผู้ป่วยในเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยนอก โดยมีบทบาทในการจองและบริหารจัดการเตียงให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล สำหรับทุกภาควิชา ได้แก่ กุมารเวชศาสตร์, จักษุวิทยา, อายุรศาสตร์, ออร์โธปิดิกส์, สูติ-นรีเวชวิทยา และโสต ศอ นาสิก ซึ่งกระบวนการรับผู้ป่วยใน (Admit) ครอบคลุมทั้งการรับผู้ป่วยจาก OPD เข้าสู่หอผู้ป่วย และการ Admit ผ่านศูนย์รับผู้ป่วยใน ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่สอดคล้องกันทั้งหมด ปัญหาที่พบได้แก่ การรอคอยและข้อร้องเรียนในกรณี Admit ผ่าน OPD ซึ่งมักเกิดความแออัด ทำให้ผู้ป่วยต้องรอคิวนาน เกิดความล่าช้า และมีขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน นอกจากนี้ ระบบบริการระหว่างผู้ป่วย OPD และ IPD ยังขาดความเชื่อมโยงที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การบริการผู้ป่วย OPD โดยรวมล่าช้า และลดความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ ข้าพเจ้าในฐานะหัวหน้าหน่วยงาน ได้ริเริ่มการปรับปรุงรูปแบบและพัฒนากระบวนการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน

เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และสร้างความปลอดภัยในกระบวนการทำงานของศูนย์รับผู้ป่วยใน จึงได้มีการนำแนวคิด Lean มาพัฒนาการรับเป็นผู้ป่วยในโดยเฉพาะในผู้ป่วย Case Elective (ผู้ป่วยที่แพทย์นัด) โดยใช้เทคนิค Eliminate, Combine, Rearrange, and Simplify (ECSR) เพื่อพัฒนากระบวนการทำงาน ลดความสูญเปล่าจากการรอคอย ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น และปรับปรุงกระบวนการให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยไม่เกิดข้อร้องเรียนและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กร อันจะส่งผลให้การบริการผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

อุไรวรรณ บวรธรรมจักร

กุมภาพันธ์ 2567

	สารบัญ	หน้า
คำนำ		ก
สารบัญ		ข
สารบัญตาราง		
บทที่ 1 บทนำ		
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์	3
	ขอบเขตการดำเนินการ	3
	นิยามศัพท์เฉพาะ	3
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง		
	บริบทของศูนย์ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	5
	กระบวนการรับเป็นผู้ป่วยใน	6
	กระบวนการรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล	13
	แนวคิดเกี่ยวกับระบบลีน	22
	ประวัติความเป็นมาของ Lean	23
	กระบวนการ Lean	24
	การปรับปรุงการทำงานด้วยหลักการระบบ ECRS	28
	เครื่องมือที่ใช้ในระบบลีน (Lean Tools)	29
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
	กรอบแนวคิดการศึกษา	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการ		
	การวิเคราะห์ปัญหา	36
	การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล	36
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	44
	การดำเนินงาน	45
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
	การวิเคราะห์ข้อมูล	47

	สารบัญ (ต่อ)	หน้า
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์	48
บทที่ 5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	56
	สรุปผล	57
	อภิปรายผล	57
	ข้อเสนอแนะ	59
	บรรณานุกรม	60
	ภาคผนวก	63
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	64
	ภาคผนวก ข รูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยใช้แนวคิด lean	73
	ภาคผนวก ค แบบประเมินผลการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	84
	ภาคผนวก ง เอกสารที่เกี่ยวข้อง	90
	- แบบฟอร์มบันทึกการนอนโรงพยาบาล	91
	- แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	92
	- บันทึกการยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน	93
	- แบบบันทึกยินยอมรับการผ่าตัดหรือหัตถการ	95
	- หนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษายาบาลและยินยอมชำระ ค่าใช้จ่าย	96
	- บันทึกการยินยอมรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การผ่าตัดการทำหัตถการ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	97
	- หนังสือแสดงเจตนาแสดงการรับทราบข้อมูลการใช้บริการห้องพิเศษ	98
	- ขั้นตอนการนอนโรงพยาบาล	100
	ประวัติผู้ศึกษา	101

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมถึงการเปลี่ยนแปลงระบบการบริการด้านสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มการใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังและโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงมากขึ้นยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องการการดูแลรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากโรค และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ในกระบวนการรับผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยใน แต่ละรายจะเริ่มต้นจากการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (Out Patient Department: OPD) ซึ่งเป็นจุดบริการด่านแรกของโรงพยาบาล ให้บริการการประเมินเบื้องต้น การจัดลำดับความสำคัญของการตรวจ การป้องกันอันตรายขณะรอตรวจ การตรวจโรคทั่วไปหรือโรคเฉพาะทาง จะมีห้องคัดกรองตรวจพิเศษ เช่น ห้องฉีดยา ห้องทำแผล ตลอดจนการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติผู้ป่วย ทั้งในเรื่องปรึกษาปัญหาสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการทราบวิธีการปฏิบัติตนได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน และการส่งปรึกษาระหว่างคลินิกและส่งต่อผู้รับบริการไปรักษายังหน่วยงานอื่น แผนกผู้ป่วยนอกถือเป็นจุดที่มีการปฏิสัมพันธ์สูงระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ หากผู้รับบริการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ รวดเร็ว และถูกต้อง จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน การให้บริการที่ดีไม่เพียงแต่ช่วยตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ แต่ยังช่วยลดความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้อง และลดปัญหาความผิดพลาดที่อาจก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ชีวิตผู้ป่วย อย่างไรก็ดี หากผู้รับบริการไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมและทันทั่วถึง อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ ความเชื่อมั่นของผู้ป่วย และภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลในเชิงลบ นำไปสู่การร้องเรียนและการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้ การปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความสะดวกและรวดเร็ว จะช่วยส่งเสริมคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ชุติมา นพเก้า, 2557)

การรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญที่ต้องประสานงานระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน ตลอดจนการให้ข้อมูลด้านสิทธิการรักษา ด้านการเจ็บป่วย และการอำนวยความสะดวกตั้งแต่เริ่มต้น เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะต้องมีการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง และลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะรอพักเพื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยศูนย์รับผู้ป่วยในเป็นผู้ประสานงานและบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยที่

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) Case Elective: การรับผู้ป่วยประเภทที่ไม่รุนแรง โดยมีการนัดหมายล่วงหน้าสำหรับการรักษา ผ่าตัด หรือทำหัตถการ 2) Case Walk-in: การรับผู้ป่วยโดยไม่ได้มีการนัดหมายล่วงหน้า แต่จำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากสถิติปี 2563 - 2565 มีผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 28,285, 22,950 และ 25,058 คน ตามลำดับ แผนกผู้ป่วยนอกมีผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 4,674 คน (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2566) ซึ่งให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและคลินิกเฉพาะทางครบทุกสาขา ความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอก ส่งผลให้กระบวนการนัดผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่มีความคล่องตัว เพราะผู้ป่วยนัดเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องมารอตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำให้เกิดความล่าช้า ซ้ำซ้อน ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุการขึ้นร้องเรียน จำนวน 9, 13 และ 16 ครั้งตามลำดับ โดยกระบวนการให้บริการตั้งแต่แรกรับจนเสร็จสิ้นรวม 9 ขั้นตอน และใช้ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยรับเป็นผู้ป่วยใน 164.93 นาทีต่อราย ซึ่งมาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วยนอกกำหนดระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ≤ 60 นาที (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2563) และคะแนนความพึงพอใจรับเป็นผู้ป่วยในอยู่ระดับปานกลาง (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2566)

ผู้ศึกษา จึงได้นำกระบวนการ Lean มาพัฒนาการให้บริการรับผู้ป่วยใน โดยลดขั้นตอนของการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อน รวมบริการหลายๆ อย่างไว้ ณ ที่แห่งเดียว ลดความสูญเปล่าที่เกิดจากการทำงาน โดยมีการแยกผู้ป่วย Elective Case ออกจากแผนกผู้ป่วยนอกและดำเนินการให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผ่านศูนย์รับผู้ป่วยใน โดยไม่ต้องเข้ารับบริการ รวมกับผู้ป่วยอื่นๆ ที่มารอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอก ส่งผลให้ผู้ใช้บริการได้รับ ความสะดวก ประหยัดเวลาในการรับบริการ และยังส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ขอบเขตของการดำเนินงาน

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยนำกระบวนการ Lean มาพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยการนัดมาผ่าตัด และโรคที่จำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล (ผู้ป่วย Elective Case) โดยการลด

ขั้นตอน เพิ่มคุณค่าด้วยการปรับปรุงกระบวนการอย่างเป็นระบบ เพื่อลดอุบัติเหตุการณ์ข้อร้องเรียนเรื่อง การรอคอยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดความไม่พึงพอใจ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2566 - วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์

1. การรับผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยและให้การรักษาโดยการเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลตามขั้นตอนการรับผู้ป่วยของศูนย์รับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. Case Elective หมายถึง ผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดในภาวะที่ไม่เร่งด่วน สามารถรอผ่าตัดได้ และการรอนั้นไม่ทำให้เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง โดยต้องมีการจัดลำดับไว้ล่วงหน้าก่อนวัน ผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน
3. การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล หมายถึง การปรับปรุง กระบวนการรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลของศูนย์รับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตั้งแต่การนัด ผู้ป่วยจนถึงการรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย
4. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล หมายถึง การ ติดตามและประเมินผลการพัฒนา การปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับผู้ป่วยในได้แก่
 - 4.1 ระยะเวลาการให้บริการ หมายถึง เวลาการให้บริการรับผู้ป่วยในตั้งแต่ผู้ป่วยใน ตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นใบนัดนอน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ศูนย์รับผู้ป่วยในและการดำเนินการทุก ขั้นตอนจนถึงระยะผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย
 - 4.2 ข้อร้องเรียน หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยที่มารับ การตรวจวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ส่งถึงผู้บริหารหรือจากผู้รับความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาการบริการเข้ารับการรักษาพยาบาล ของศูนย์รับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
 - 4.3 ความพึงพอใจ หมายถึง ความประทับใจ การยอมรับและยินดีในการได้รับบริการ หรือได้รับการตอบสนองต่อการให้บริการของบุคลากรพยาบาล ศูนย์รับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้เป็นไป ตามมาตรฐานแนวทางเดียวกัน
2. ลดอุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยงจากข้อร้องเรียน

3. ลดระยะเวลารอคอยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
4. ใช้ประกอบการนิเทศบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่ ของศูนย์รับผู้ป่วยใน

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลโดยนำเอาแนวคิดการผลิตแบบ Lean มาวิเคราะห์และหาแนวทางเพื่อลดความสูญเปล่าและเพิ่มคุณค่าจากกระบวนการรับผู้ป่วยใน ของศูนย์รับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้ารวบรวมแนวคิดทฤษฎีจากเอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับ Lean และการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน ดังนี้

1. บริบทของศูนย์รับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. กระบวนการรับเป็นผู้ป่วยใน
3. กระบวนการรับเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
4. แนวคิดเกี่ยวกับระบบ Lean
 - 4.1 กระบวนการ Lean
 - 4.2 การปรับปรุงการทำงานด้วยหลักการระบบ ECRS
 - 4.3 เครื่องมือที่ใช้ในระบบลีน (Lean Tools)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการศึกษา

บริบทของศูนย์ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง เป็นหน่วยงานของรัฐอยู่ในกำกับของกรุงเทพมหานครมีจำนวนเตียงที่ขออนุญาตในการให้บริการจำนวน 1,000 เตียง แต่เปิดให้บริการจริง 695 เตียง เป็นเตียงสามัญจำนวน 465 เตียง เตียงพิเศษ จำนวน 173 เตียง และ ICU จำนวน 57 เตียง (งานเวชระเบียนและเวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2562) มีวิสัยทัศน์เป็นคณะแพทย์ชั้นนำของประเทศ ที่มีความโดดเด่นด้านเวชศาสตร์เมือง และเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้การบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล โดยมีพันธกิจที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัยได้มาตรฐาน เป็นศูนย์รับส่งต่อจากสถานพยาบาล ในเครือข่ายกรุงเทพมหานคร และอื่น ๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพ ให้บริการประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล มีบริการทางการแพทย์ครอบคลุม 17 สาขา (กุมารเวชศาสตร์, จักษุวิทยา, จิตเวชศาสตร์, นิติเวชศาสตร์, พยาธิวิทยากายวิภาค, รังสีวิทยา, วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน, วิสัญญีวิทยา, เวชศาสตร์เขตเมือง, เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, เวชศาสตร์

ฟื้นฟู, ศัลยศาสตร์, ศัลยศาสตร์ออร์โธพีดิกส์, สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, โสต ศอ นาสิกวิทยา, อายุรศาสตร์) ในการให้บริการผู้ป่วยนอกมีกระบวนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่งานเวชระเบียน งานแผนกผู้ป่วยนอกระบบต่าง ๆ งานการเงิน และงานเภสัชกรรม และมีการกำหนดกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หรือข้อร้องเรียนที่เกิดจากการรับบริการ โดยทั่วไปการให้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกจะครอบคลุม 4 ระยะ คือ ก่อนตรวจวินิจฉัย ระหว่างตรวจวินิจฉัย หลังตรวจวินิจฉัย และดูแลอย่างต่อเนื่อง ศูนย์รับผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งของการพยาบาลผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมงคล เริ่มเปิดดำเนินการตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2558 เป็นต้นมา โดยทำหน้าที่ให้บริการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและดูแลอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยมีการบริหารจัดการทั้งเตียงพิเศษและสามัญ โดยรับใบจองเตียงและมีการบริหารจัดการเตียง ทุกภาควิชา (กุมารเวชศาสตร์ จักษุ โสต ศอ นาสิก อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์และสูติ – นรีเวชวิทยา) มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และการเตรียมความพร้อมทางด้านเอกสารของผู้ป่วย และตรวจสอบรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล แล้วลงทะเบียน เป็นผู้ป่วยใน รวมทั้งประสานงานการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยกับหอผู้ป่วยใน โดยเปิดให้บริการวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 08.00 - 16.00 น ปิดทำการวันเสาร์ - วันอาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ มีบุคลากรปฏิบัติงานศูนย์รับผู้ป่วยใน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าศูนย์ผู้ป่วยใน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำการ 4 คน เจ้าหน้าที่งานธุรการ 1 คน พนักงานทั่วไป 1 คน

กระบวนการรับเป็นผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยที่มาตรวจแผนกผู้ป่วยนอก แพทย์ให้การตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยการนัดมาผ่าตัดในภาวะที่ไม่เร่งด่วน สามารถรอผ่าตัดได้ โดยต้องมีการจัดลำดับไว้ล่วงหน้าก่อนวันผ่าตัด ในการดำเนินการให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยใน พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาลพื้นฐานและเฉพาะทางแล้ว ยังต้องมีทักษะสำคัญที่มุ่งเน้นด้านการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร เพื่อให้ผู้มาใช้บริการได้รับ ความสะดวกสบาย ประหยัดเวลาในการรับบริการ และมีประสิทธิภาพ และสร้างความประทับใจในบริการรักษาพยาบาล

ความหมาย

ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ที่ลงทะเบียนเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง โดยได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำจากแพทย์และให้รวมถึงการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแต่เสียชีวิตก่อน 6 ชั่วโมงด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2563).

หน่วยรับผู้ป่วยใน (Pre Admission Unit) หมายถึง แผนกที่ทำหน้าที่ตรวจประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาในกรณีที่ไม่ใช่การผ่าตัดฉุกเฉิน เป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เข้ารับการรักษา รวมถึงญาติผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอก (Out-Patient-Department : OPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสามารถกลับบ้านได้เลยในวันที่เข้ารับการรักษา

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแบ่งเป็น 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย (สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา

1.1 การตรวจคัดกรอง (Screening) พยาบาลวิชาชีพตรวจคัดกรองผู้ใช้บริการ โดยการรวบรวมข้อมูลและประเมินสภาพอาการเบื้องต้นจากอาการสำคัญ (Chief Complaint) และอาการแสดงแรกเริ่มที่ได้จากเวชระเบียน/การส่งต่อ การซักประวัติ/การสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการ/ครอบครัว/ผู้ดูแล ตรวจวัดสัญญาณชีพ/ตรวจร่างกายเบื้องต้นที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญจัดลำดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาล อย่างถูกต้อง

1.2 การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) พยาบาลวิชาชีพประเมินซ้ำ และเฝ้าระวังเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ตลอดระยะเวลาที่ใช้บริการในหน่วยงาน ตามแนวทาง/มาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงาน

1.3 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงาน ที่สอดคล้องตามปัญหาและตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยกำหนดกลุ่มผู้ใช้บริการให้ชัดเจน ทั้งกลุ่มที่ต้องการการดูแลเร่งด่วน ไม่เร่งด่วน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้ ควบคุมอาการไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง อาการแทรกซ้อน และสื่อสารข้อมูลให้กับผู้ใช้บริการ ทีมงานพยาบาล เพื่อประสานการดูแล พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบฟอร์มของหน่วยงาน

1.4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยประเมินผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาลภายใต้ขอบเขตบริการพยาบาล

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา

พยาบาลวิชาชีพดูแล และเฝ้าระวังให้กระบวนการรักษาของแพทย์เป็นไป

อย่างสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และเสมอภาค ยกเว้นกรณีผู้ให้บริการที่มีอาการเร่งด่วนและรุนแรง ให้ส่งไปรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล (Patient Identification) ให้ตรงกับเอกสาร ได้แก่ เวชระเบียน ผลการตรวจต่าง ๆ และจัดเตรียมสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ในการตรวจรักษา รวมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการในการเข้ารับการตรวจ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคล เพื่อให้ผู้ให้บริการปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่ป้องกันได้ขณะรับการตรวจรักษา และลดความวิตกกังวล

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา

พยาบาลวิชาชีพดูแลและประสานการส่งต่อ ให้ผู้ให้บริการได้รับการบริการสุขภาพตามแนวทางการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง อย่างเหมาะสม ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง โดยตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้ให้บริการให้ตรงกับเอกสารการรักษา แบบฟอร์มการส่งตรวจต่าง ๆ ให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการและครอบครัวเกี่ยวกับเหตุผลและขั้นตอนของการบริการรักษา ปฏิบัติตามมาตรฐานของหน่วยงาน เช่น การเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล การตรวจและวินิจฉัยเพิ่มเติม เป็นต้น การให้ข้อมูลควรมีความชัดเจนและเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมให้คำแนะนำ มอบเอกสาร หรือสื่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล และประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ให้บริการและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง และทราบเหตุผลของขั้นตอนการบริการรักษา

มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง

พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลผู้ให้บริการในการตรวจรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานหรือแนวทางการส่งต่อ และให้การดูแลระหว่างการส่งต่ออย่างปลอดภัย โดยประเมินความต้องการในการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ให้บริการและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองทุกมิติ พยาบาลวิชาชีพต้องประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จัดหาแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ ดูแลสิทธิการรักษา และบันทึกข้อมูลในกรณีการจำหน่ายกลับบ้าน การส่งต่อ หรือการเคลื่อนย้าย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อการดูแลอย่างครอบคลุม ตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ระหว่างการจำหน่าย/ส่งต่อ/เคลื่อนย้าย

มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยมุ่งเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น (Potential Health Problem) เริ่มต้นด้วยการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ ผ่านการคัดกรองและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมวางแผนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับผลการประเมิน เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมโภชนาการ และกิจกรรมให้ความรู้ รวมถึงการประเมินผลและบันทึกกิจกรรมการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้บริการได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล โดยมีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้บริการ เพื่อความปลอดภัยเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้บริการ ด้วยการจัดกลุ่มผู้บริการทั่วไปและกลุ่มเฉพาะเจาะจง ผ่านเครื่องมือหรือแนวทางที่กำหนด ดำเนินการประเมินความเสี่ยงด้านชีวภาพ เคมี กายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม พร้อมวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพ เช่น การป้องกันการติดเชื้อ หรือการป้องกันอันตรายจากเครื่องมือพิเศษและยา เป็นต้น

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้บริการเริ่มจากการค้นหาความต้องการและประเมินความสามารถในการเรียนรู้ของผู้บริการ พร้อมจัดกลุ่มตามปัญหาและความต้องการ ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลจัด โปรแกรมการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในทุกมิติให้ผู้บริการและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการ การเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และสามารถปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้บริการ โดยใช้แนวทางปฏิบัติ เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้บริการดังนี้ เคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ โดย 1) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้บริการ 2) แจ้งชื่อ – สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ 3) รักษาความลับ เกี่ยวกับข้อมูลผู้บริการ 4) การเปิดเผยร่างกายจากการให้บริการรักษาพยาบาล 4) การจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ/วัฒนธรรม 5) การบริจาคและรับอวัยวะของผู้ป่วย 6) การผูกมัด ยึดตรึง 7) การรักษาทรัพย์สิน และให้บริการด้วยความเสมอภาค ให้เกียรติและความเท่าเทียมกัน คำนึงถึงสิทธิความเป็นมนุษย์และปัจเจกบุคคลรวมทั้ง เปิด

โอกาสให้ครอบครัวได้ซักถาม และมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาพยาบาล กรณีผู้ให้บริการ ไม่สนใจยินยอมรักษา ต้องให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับอาการผิดปกติและความจำเป็น ในการกลับเข้ามารักษาพยาบาลในสถานบริการที่ผู้ให้บริการเลือก

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบถึงการให้บริการพยาบาลครอบคลุมเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ให้บริการเพื่อตอบสนองต่อภาวะสุขภาพ โดยมีการ 1) การคัดกรองเบื้องต้น/การประเมินต่อเนื่อง 2) การวินิจฉัยทางการแพทย์/ปัญหาการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพ 3) การวางแผนการพยาบาล/การเตรียมพร้อมก่อนส่งต่อ/เคลื่อนย้าย/จำหน่าย 4) การช่วยเหลือพยาบาลเบื้องต้น/ปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผล/การตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาล และมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจนเพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

การบริการผู้ป่วยใน

ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 4 กระบวนการ ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

1. การเตรียมความพร้อมก่อนรับผู้ป่วยใน โดยปฏิบัติดังนี้

1.1 การรับข้อมูล 1) รับจองเตียง พยาบาลหัวหน้าทีม หรือผู้ได้รับมอบหมาย เป็น in charge รับการจองเตียงจากหน่วย คัดกรอง และรับผู้ป่วยใน (Admission Center) พร้อมข้อมูลชื่อ-สกุล อายุ การวินิจฉัย แพทย์เจ้าของไข้ และแผนที่จะส่งผู้ป่วย 2) รับส่งอาการผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้รับ-ส่งรับข้อมูลผู้ป่วย เอกสารการรักษาพยาบาลและข้อมูลสุขภาพ จากพยาบาล Admission Center

1.2 การเตรียมความพร้อม 1) พยาบาลเจ้าของไข้เตรียมความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยใหม่ 2) เตรียมสถานที่อุปกรณ์ และเอกสาร - ผู้ช่วยพยาบาล เตรียมห้องพัก และเครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ชุดผู้ป่วย ผ้าห่ม ชุด น้ำดื่ม ของใช้อื่น ๆ และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น เอกสารชุดรับใหม่และการกรอกข้อมูลเบื้องต้นในเอกสาร คำนวณดูแลความพร้อมของห้อง/เตียง สถานที่อุปกรณ์

2. การรับผู้ป่วย

2.1 พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และบันทึกตามแบบประเมินแรกรับในคอมพิวเตอร์

2.2 ให้การต้อนรับผู้ป่วยและญาติ แนะนำสถานที่กฎระเบียบ และการปฏิบัติตัว

2.3 ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติยินยอมรับการรักษาในหนังสือยินยอมรับการรักษา

2.4 ตรวจสอบเอกสาร แผนการรักษา ตรวจสอบสิทธิ

3. การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ปฏิบัติดังนี้

3.1 แพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วยและบันทึกการตรวจร่างกายและบันทึกประวัติตรวจร่างกาย ในใบ Admission Report และวินิจฉัยสั่งการรักษา Lab, x-ray

3.2 แพทย์ประมวลผลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลตรวจต่างๆ ลงความเห็นวินิจฉัยโรค

3.3 แพทย์และทีมพยาบาลวางแผนการรักษาร่วมกัน

3.4 ทีมพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาและติดตามผลการตรวจรายงานแพทย์

3.5 ทีมพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนถูกต้องตามแผนการรักษา

3.6 ทีมพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยภายหลังการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหา การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย และผลการพยาบาลในระบบบันทึก ทางพยาบาล (focus charting) และรายงานข้อมูลส่งเวรต่อไป

4. การจำหน่าย ปฏิบัติดังนี้

4.1 แพทย์พิจารณาสั่งการจำหน่ายผู้ป่วย

4.2 ทีมพยาบาลประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ตรวจสอบยากลับบ้าน การนัดหมาย การเตรียมตัว การดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน

4.3 แพทย์บันทึกสั่งยากลับบ้านในระบบ การสั่งยากลับบ้าน

4.4 แพทย์สรุปการรักษา (discharge Summary)

4.5 สรุปการจำหน่ายในแบบสรุปการจำหน่าย

4.6 ให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย เช่น การตรวจตามนัด การรับประทานยา การสังเกต อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ก่อนนัด

หน่วยเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

แผนกที่ทำหน้าที่ตรวจประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่จะ เข้ารับการผ่าตัดในกรณีที่ไม่ใช่การผ่าตัดฉุกเฉิน โดยมีหน้าที่ดังนี้ (นุชจิรา วงศ์จิตรภรณ์และสุชาวินันท์ พินทะกัง, 2560)

1. บริหารเตียงผู้ป่วยใน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีการใช้ทรัพยากรเตียงอย่างคุ้มค่า

2. ให้บริการช่วยเหลือแพทยอายุรกรรมและแพทย์วิสัญญีในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่ต้องรับการประเมินก่อนการผ่าตัดและทำหัตถการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัดและทำหัตถการทันตามแผนการรักษาของแพทย์เจ้าของไข้ผู้ส่งปรึกษา

3. ให้บริการตรวจสอบสิทธิรับรองสิทธิและลงทะเบียนผู้ป่วยในป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

ขั้นตอนการตรวจประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด

การตรวจประเมินความพร้อมของการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัดและทำหัตถการ โดยมุ่งเน้นการตรวจในผู้ป่วยที่แพทย์ได้กำหนดวันผ่าตัดไว้เรียบร้อยแล้วโดยแบ่งออกเป็น 2 วัน ดังนี้ (นุชจิรา วงศ์จิตรภรณ์และสุชาวิวัฒน์ พินทะกัง, 2560)

วันที่หนึ่ง : วันลงทะเบียนนัดหมายในระบบคอมพิวเตอร์ (วันแรกโดยมากจะเป็นการเตรียมนัด เพราะไม่สามารถเจาะเลือดผู้ป่วยได้)

วันที่สอง : เริ่มดำเนินการไปจนถึงการจองห้องได้แก่

1. ยืนยันนัดหมายของผู้ป่วย
2. พยาบาลจะเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูล และคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนต่าง ๆ ในการตรวจประเมินความพร้อมก่อนรับเป็นผู้ป่วยใน
3. ชักถามประวัติ เป็นการซักถามเกี่ยวกับโรคประจำตัวต่างๆ ของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยาเพื่อบำบัดโรค ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เนื่องจากยาบางประเภท เช่น ยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้าน การแข็งตัวของเลือดหรือเกล็ดเลือด จำเป็นต้องหยุดก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 7 วัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยไม่สามารถหยุดยาตามวันเวลาที่กำหนด การผ่าตัดจะถูกเลื่อนออกไป
4. เจาะเลือด เพื่อประเมินภาวะโลหิตจาง น้ำตาลในเลือด การทำงานของไตและตับ เป็นต้น
5. ตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) เป็นการตรวจกระแสไฟฟ้าที่กล้ามเนื้อหัวใจผลิตออกมาขณะที่หัวใจบีบตัว เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจก่อนการผ่าตัด
6. ตรวจเอกซเรย์ปอด (X-ray) ผู้ป่วยทุกคนต้องมาเข้ารับการตรวจในขั้นตอนนี้ เพื่อประเมินสมรรถภาพปอดและเตรียมฟิล์มไว้ใช้สำหรับการดมยาสลบ
7. ตรวจรักษาแพทยอายุรกรรม ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจร่างกายจากแพทยอายุรกรรมเพื่อเป็นการยืนยันความพร้อมทางด้านร่างกายในการเข้ารับการผ่าตัด
8. ลงทะเบียนจองเตียง

กระบวนการรับเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ศูนย์รับผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ให้บริการพยาบาลช่วยเหลือและดูแลอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล โดยรับใบจองเตียง บริหารเตียงพิเศษและสามัญ ทุกภาควิชา ได้แก่ กุมารเวชศาสตร์ จักษุ โสต ศอ นาสิกอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และสูติ - นรีเวชวิทยา เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและความพร้อมด้านเอกสารของผู้ป่วย การรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน และประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับหอผู้ป่วยใน โดยมีกระบวนการดังนี้

1. กระบวนการจองเตียง

ขั้นตอนที่ 1 : ผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการรักษาให้นอน โรงพยาบาลติดต่อที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน อาคารที่ปิงกรัสมิโชติพร้อมใบจองเตียง

ขั้นตอนที่ 2 : ตรวจสอบเอกสารการจองเตียงนอน โรงพยาบาลประกอบด้วยเอกสาร ดังนี้

- 1) ตรวจสอบสิทธิการรักษา
- 2) แบบฟอร์มบันทึกการนอนโรงพยาบาล
- 3) แบบบันทึกยินยอมรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ
- 4) หนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษายาพยาบาลและยินยอมชำระค่าใช้จ่าย

ขั้นตอนที่ 3 : ประสานงาน OPD

กรณีเอกสารไม่ครบถ้วน ประสานไปที่ห้องตรวจที่ส่งผู้ป่วยมา เพื่อขอเอกสารให้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 4 : ผู้ป่วยเข้ารับการจองเตียง

1) ตรวจสอบความถูกต้องด้วยการให้ผู้ป่วยแจ้ง ชื่อ-นามสกุล และบัตรประชาชน เมื่อเข้ารับการจองเตียง เพื่อให้ตรงกับเอกสารที่นำมาจองเตียง

2) ชักประวัติโรคประจำตัว ยาโรคประจำตัวจากโรงพยาบาลอื่น ประวัติการรับประทาน ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด และประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร

3) ออกใบนัดนอนโรงพยาบาลและใบนัด LAB, X-Ray, EKG (ถ้ามี)

4) สอบถามความต้องการใช้ห้องพิเศษเพื่อบริหารจัดการคิวตามลำดับ

5) จัดลำดับคิวรับเป็นผู้ป่วยใน และแจ้งหอผู้ป่วยให้ญาติและผู้ป่วยทราบ

5.1 กรณีที่วันนัดนอนโรงพยาบาลเป็นราชการมาติดต่อที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน

5.2 กรณีผู้ป่วยนัดนอนโรงพยาบาลวันหยุดราชการให้ติดต่อที่หอผู้ป่วย

ที่นัดหมาย เวลา 11.00 น.

ขั้นตอนที่ 5 : ให้คำแนะนำ

- 1) มอบเอกสารขั้นตอนการนอนโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยและอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติการนอนโรงพยาบาล
- 2) แนะนำการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่น สระผม ล้างเล็บ
- 3) ในกรณีผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ต้องการห้องพิเศษแนะนำเตรียมญาติหรือผู้ดูแล 1 คนตลอด 24 ชั่วโมง โดยผู้เฝ้าไม่ควรน้อยกว่า 18 ปี หรืออายุมากกว่า 60 ปี
- 4) เตรียมเอกสารสิทธิการรักษาต่าง ๆ ของผู้ป่วย
- 5) แนะนำการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวมาด้วย เช่น ยาประจำตัว สูบ ยาสีฟัน แปรงสีฟัน ยาสระผม ผ้าเช็ดตัว รองเท้าแตะ ชุดใส่กลับบ้าน ฯลฯ
- 6) แจ้งเบอร์โทรศัพท์ของศูนย์รับผู้ป่วยใน เบอร์ 02-2443892 (กรณีผู้ป่วยต้องการสอบถาม)

2. กระบวนการ Admit Case Elective

ขั้นตอนที่ 1 : ผู้ป่วยมีใบนัดนอนโรงพยาบาล

- 1) แนะนำผู้ป่วยใส่ใบนัดลงในกล่องตามช่วงเวลาในใบนัด
- 2) แนะนำผู้ป่วยวัดความดัน / ชั่งน้ำหนัก / วัดส่วนสูง รอเรียกชื่อเพื่อรับคิว
- 3) แยกใบนัดตามช่วงเวลา
- 4) แจกคิวให้ผู้ป่วยเพื่อรอพยาบาลประเมินอาการ

ขั้นตอนที่ 2 : ชักประวัติและประเมินอาการ

- 1) ชักประวัติและประเมินสภาพร่างกายทั่วไป
 - 1.1) ประเมิน V/S น้ำหนัก ส่วนสูง
 - 1.2) ชักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล โรคร่วม ประวัติแพ้ยา ประวัติแพ้อาหาร ประวัติการผ่าตัด การฉายาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด พร้อมประเมินปัญหาเบื้องต้น
 - 2.3) ตรวจสอบการทำ LAB X-Ray และ EKG ที่แพทย์นัดทำล่วงหน้า
- 2) ถ้าพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณายกเลิก Admit หรือรับไว้เพื่อรักษา

ขั้นตอนที่ 3 : ตรวจสอบเตียงว่าง

- 1) ตรวจสอบเตียงว่างจากระบบ E- Phis
- 2) จัดลำดับคิวการรับผู้ป่วยเพื่อบริหารคิว

3) ประสานกับหอผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 : บริหารเตียง

ผู้ป่วยศัลยกรรม มีดังนี้

1) ศัลยกรรมสามัญ บริหารเตียงโดยแบ่งตามสายประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล และเมื่อเตียงตามสายเต็มจะมีแนวทาง Cross เตียงระหว่างหอผู้ป่วย/ภาควิชาอย่างเหมาะสม ดังนี้

1.1) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B

1.1.1) จำนวนเตียง

- ทั้งหมด 25 เตียง
- Semi ICU 8 เตียง
- สามัญ 17 เตียง

1.1.2) ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล

ผู้ป่วยโรคระบบประสาทศัลยศาสตร์กึ่งวิกฤตและสามัญทั้งเด็ก และผู้ใหญ่เพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็ม

1.1.3) กรณีเตียงเต็มให้รับหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 2) เพศชาย: หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B
- 3) เพศหญิง: หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 5) เพศชาย: หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A
- 6) เพศหญิง: หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A
- 7) เพศหญิง: หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7B
- 8) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

1.2) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B

1.2.1) จำนวนเตียง

- สามัญ 25 เตียง

1.2.2) ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล

ผู้ป่วยโรคระบบศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะประเภทสามัญ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ทั้งที่ผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็ม

1.2.3) กรณีเตียงเต็มให้รับหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) เพศชาย: หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B
- 2) เพศหญิง: หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 3) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B
- 5) เพศชาย: หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A
- 6) เพศหญิง: หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A
- 7) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

1.3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B

1.3.1) จำนวนเตียง

- ทั้งหมด 25 เตียง
- Semi ICU 8 เตียง
- สามัญ 17 เตียง

1.3.2) ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล

รับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป เพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไป และผู้ป่วย
กึ่งวิกฤตศัลยกรรมโดยไม่จำกัดเพศผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็ม

1.3.3) กรณีเตียงเต็มให้รับหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 2) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B
- 4) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A
- 5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

1.4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B

1.4.1) จำนวนเตียง

- สามัญ 25 เตียง

1.4.2) ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล

รับผู้ป่วยหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรม มะเร็ง
เต้านม ต่อมไร้ท่อ ระบบทางเดินอาหาร ลำไส้ ตับ ตับอ่อน ผู้ป่วยโรคอ้วนที่นัดมาผ่าตัด ระบบ
หลอดเลือดน้ำเหลืองและผู้ที่มีความผิดปกติเรื้อรังทั้งที่อยู่ในภาวะวิกฤตและไม่วิกฤตผ่าตัด ผู้ป่วย
ศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็ม

1.4.3) กรณีเตียงเต็มให้รับหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 2) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B
- 4) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A
- 5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

1.5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B (EYE, ENT)

1.5.1) จำนวนเตียง

- สามัญ 25 เตียง

1.5.2) ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล

รับผู้ป่วยหญิงและชายที่มีปัญหาด้าน โสต ศอ นาสิก และจักษุ ทั้งผ่าตัด และไม่ผ่าตัด และรับผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัญหาทางเดินหายใจ ผู้ป่วย ศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีเตียงเต็ม

1.5.3) กรณีเตียงเต็มให้รับหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 2) เพศชาย : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B /
- 3) เพศหญิง : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 5) เพศชาย : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A /
- 6) เพศหญิง : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A

1.6) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A

1.6.1) จำนวนเตียง

- สามัญ 25 เตียง

1.6.2) ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล

รับผู้ป่วยหญิงและชายด้านศัลยกรรมตกแต่งทั้งที่ผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ศัลยกรรมไฟไหม้ น้ำร้อนลวกเด็กที่ไม่เกิน 20% / เคสศัลยกรรมอุบัติเหตุ (Trauma) / ศัลยกรรมอื่น ๆ ทั้งที่ผ่าตัด ตรวจพิเศษและไม่ผ่าตัด ในกรณีที่หอผู้ป่วยเฉพาะทางเตียงเต็ม / ผู้ป่วยที่มีปัญหากล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นและข้อในทุกลำตัว ทั้งผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีเตียงเต็ม

1.6.3) กรณีเตียงเต็มให้รับหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B

- 2) เพศชาย : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B /
- 3) เพศหญิง : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 5) เพศชาย : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A /
- 6) เพศหญิง : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A
- 7) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7B
- 8) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

1.7) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A

1.7.1) จำนวนเตียง

- สามัญ 25 เตียง

1.7.2) ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล

รับผู้ป่วยหญิงทุกวัยและเด็กชายตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 12 ปีที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นและข้อ ในทุกอนุสาขา ทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด

1.7.3) กรณีเตียงเต็มให้รับหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 2) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B
- 4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

1.8) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A

1.8.1) จำนวนเตียง

- สามัญ 25 เตียง

1.8.2) ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล

รับผู้ป่วยเพศชายอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหากล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นและข้อ ในทุกอนุสาขา ทั้งผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็ม

1.8.3) กรณีเตียงเต็มให้รับหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 2) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B
- 3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B

4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B

5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

1.9) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7B (CVT)

1.9.1) จำนวนเตียง

- สามัญ 25 เตียง

1.9.2) ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล

รับผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ เพศชายและหญิงและเด็ก ตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 10 เตียง ที่ไม่มีภาวะติดเชื้อ ผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกับและผ่าตัดแผลเล็ก (ODS/MIS) จำนวน 4 เตียง ผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ (clean) ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็ม

1.9.3) กรณีเตียงเต็มให้รับหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A

2) เพศชาย : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B

3) เพศหญิง : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B

4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B

5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B

2) ผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ บริหารเตียงโดยหมุนเวียนการรับผู้ป่วย โดยมีจำนวนหอผู้ป่วย 3 หอผู้ป่วย ดังนี้

2.1) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7A

2.2) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9A

2.3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10A

3) ผู้ป่วยพิเศษจักษุและ โสต ศอ นาสิก

3.1) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17A

ผู้ป่วยอายุรกรรม มีดังนี้

4) อายุรกรรมสามัญ บริหารเตียงโดยหมุนเวียนการรับผู้ป่วยโดยมีจำนวนหอผู้ป่วย 4 หอผู้ป่วย และหอผู้ป่วยระยะสั้น 1 หอผู้ป่วย ดังนี้

4.1) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B อายุรกรรมสามัญและกึ่งวิกฤตรับผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยแบ่งเป็น Semi ICU 8 เตียง อายุรกรรมสามัญ 17 เตียง

4.2) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13B อายุรกรรมสามัญและกึ่งวิกฤตรับผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยแบ่งเป็น Semi ICU 8 เตียง และอายุรกรรมสามัญ 17 เตียง (มีห้องแยก 1 ห้อง)

4.3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 14B อายุรกรรมสามัญและกึ่งวิกฤตรับผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปโดยแบ่งเป็น Semi ICU 8 เตียง ให้อายุรกรรมสามัญ 18 เตียง

4.4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 15B อายุรกรรมสามัญและกึ่งวิกฤตรับผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปโดยแบ่งเป็น Semi ICU 8 เตียง อายุรกรรมสามัญ 18 เตียง

4.5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16 B อายุรกรรมสามัญรับผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 26 เตียง เป็นผู้ป่วยนัดมาทำหัตถการระบบต่างๆ ทางอายุรกรรม และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรมซึ่งไม่อยู่ในภาวะวิกฤตจำนวน 22 เตียง และเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือได้รับยา t-PA ไปแล้ว 24 ชั่วโมง

5) ผู้ป่วยสูติ - นรีเวชวิทยาสามัญ/พิเศษ

ผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม มีดังนี้

5.1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6B

รับผู้ป่วยโรคแม่แรงด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชกรรมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดรวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยแม่แรงนรีเวชที่มารับการผ่าตัดและฉายแสงมีภาวะแทรกซ้อนประคับประคองอาการ โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 19 เตียง รับผู้ป่วยโรคแม่แรงด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชกรรม ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยแม่แรงนรีเวชที่มารับการผ่าตัดฉายแสงมีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแม่แรงระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาตามอาการ โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 19 เตียง ผู้ป่วยแม่แรงนรีเวช 5 เตียง ห้องพิเศษเดี่ยว 1 ห้อง

5.2) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8A

รับผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและผู้ป่วยทางนรีเวชกรรมและแม่แรงระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาตามอาการ ผู้ป่วยทางนรีเวช ที่ได้รับการผ่าตัดโดยแบ่งเป็นเตียงสามัญ 18 เตียง และห้องพิเศษคู่จำนวน 6 เตียง

5.3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8A

รับผู้ป่วยพิเศษเดี่ยวด้านสูติ - นรีเวชกรรม

6) ผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

6.1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 9A

รับดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กทุกโรคทุกระบบอายุ >3 วัน (น้ำหนัก >2,200 กรัม) ถึง 15 ปีบริบูรณ์ (กรณี > 15 ปี ตามดุลพินิจของแพทย์)

6.2) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 8B

รับผู้ป่วยพิเศษของกุมารเวชกรรมจำนวน 7 ห้อง ห้องสามัญ 1 ห้อง (3 เตียง) และห้อง Negative 1 ห้อง

ขั้นตอนที่ 5 : รับผู้ป่วย

ตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ให้ครบถ้วน รวมทั้งให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ต้องชำระ โดยประกอบด้วยเอกสารดังนี้

1) แจ้งผู้ป่วย/ญาติให้ทราบหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

2) ตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ประกอบด้วย

2.1 แบบฟอร์มบันทึกการนอนโรงพยาบาล

2.2 แบบฟอร์มประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อรับไว้ในโรงพยาบาล

2.3 บันทึกการยินรับการรักษแบบผู้ป่วยใน

2.4 บันทึกการยินยอมรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

2.5 เอกสารแสดงเจตนาเข้ารับการรักษายาบาลและยินยอมชำระค่าใช้จ่าย

2.6 บันทึกการยินยอมรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในการทำผ่าตัด การทำหัตถการ

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2.7 เอกสารแสดงการรับทราบข้อมูลการใช้ห้องพิเศษ (ในกรณีผู้ป่วยที่ประสงค์ห้องพิเศษ)

3) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบของโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย

4) เลขที่ผู้ป่วยใน (Admission Number:AN)

5) ลงสิทธิการรักษา

ขั้นตอนที่ 6 : ส่งหอผู้ป่วย

1) ประสานแจ้งข้อมูลและประเมินความพร้อมของผู้ป่วยกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2) ส่งผู้ป่วยและเวชระเบียนพร้อมทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องไปหอผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

3. กระบวนการ Admit Case Walk in

ขั้นตอนที่ 1 : ผู้ป่วยจาก OPD/ER จำเป็นต้อง Admit OPD/ER จะประสานกับศูนย์รับผู้ป่วยใน เพื่อแจ้งข้อมูลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 : ตรวจสอบเตียงว่าง

- 1) ดูเตียงว่างจากระบบ E-phs
- 2) จัดลำดับคิวการรับผู้ป่วยใน

ขั้นตอนที่ 3 : ประเมินแยกประเภทผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยประเภท ESI 3, 4,5 ดำเนินการดังนี้ OPD/ER จะส่งผู้ป่วยและเอกสารที่เกี่ยวข้องมาให้พยาบาลศูนย์รับผู้ป่วยในดำเนินการดังนี้

1) ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ประกอบด้วย

- 1.1 แบบฟอร์มบันทึกการนอนโรงพยาบาล
- 1.2 แบบฟอร์มประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อรับไว้ในโรงพยาบาล
- 1.3 บันทึกการยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
- 1.4 บันทึกการยินยอมรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ
- 1.5 หนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษา และยินยอมชำระค่าใช้จ่าย
- 1.6 บันทึกการยินยอมรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในการทำผ่าตัด การทำหัตถการ

ในช่วงที่มีการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.7 หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลการใช้ห้องพิเศษ (ในกรณีผู้ป่วยที่ประสงค์ห้องพิเศษ)

2) ประสานกับหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วย เพื่อแจ้งข้อมูลผู้ป่วยและแจ้งหอผู้ป่วยให้ผู้ป่วย/ญาติทราบ

กรณีผู้ป่วยประเภท ESI 1, 2 (ผู้ป่วยหนัก) ดำเนินการดังนี้

- 1) จัดหาเตียงและแจ้งหอผู้ป่วยว่าผู้ป่วยอยู่ OPD/ER
- 2) ขอเลขที่ผู้ป่วยใน (Admission Number : AN)
- 3) ลงสิทธิการรักษา
- 4) ประสานกับพยาบาล OPD/ER เพื่อส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับระบบลีน

Lean เป็นแนวคิดและเครื่องมือในการบริหารจัดการให้องค์กรประสบความสำเร็จภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยปราศจากความสูญเปล่าในทุก ๆ กระบวนการ และสามารถปรับตัวตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของ Lean

Lean หมายถึง “ผอม” หรือ “เนื้อไม่มีมัน” (ราชบัณฑิตยสถาน, 2552)

Lean หมายถึง การเดินทาง การดำเนิน โครงการระยะยาวที่ต้องการคำนึงถึง อนาคต การคิดในระยะยาว มีกรอบความคิดเชิงบวก และทัศนคติที่มุ่งปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รวมเข้าไว้ด้วยกันเพื่อให้เกิดความเป็นเลิศในเชิงปฏิบัติการ และเป็นอาวุธเชิงยุทธศาสตร์ (วิทยาสุหฤทธดำรงค์ และคณะ, 2552)

Lean หมายถึง เครื่องมือในการบริหารจัดการเพื่อทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งด้านความต้องการของผู้รับผลงาน ภาวะแข่งขัน ต้นทุนในการกำจัดความสูญเปล่าออกจากระบบงาน เช่น เวลา วัสดุ หรือสถานที่ โดยเปลี่ยนความสูญเปล่าให้กลายเป็นคุณค่าในมุมมองของผู้รับผลงาน (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, 2552)

Lean หมายถึง การประยุกต์เครื่องมือ วิธีการ และกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสม ของสภาพแวดล้อมในกระบวนการทำงานเพื่อกำจัดความสูญเปล่า ก่อให้เกิดการสร้างคุณค่าเพิ่ม แก่สินค้าหรือบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งพัฒนาองค์ประกอบของกระบวนการ ได้แก่ สถานที่การทำงาน เครื่องจักร ระบบคุณภาพ ระบบควบคุมการผลิต และบุคลากร (เกียรติจักร โหมมานะสิน, 2556)

Lean หมายถึง ปรัชญาในการผลิตที่ถือว่าความสูญเปล่าเป็นตัวทำให้เวลาที่ใช้ในการผลิต ยาวนานขึ้น และควรมีการนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้พัฒนา กิจกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (ประจวบ กล่อมจิตร, 2557)

Lean หมายถึง เครื่องมือที่ทรงพลังมากที่สุด ที่สามารถนำไปใช้ในการสร้างคุณค่าให้ สินค้าหรือบริการได้อย่างยั่งยืนในธุรกิจต่าง ๆ และสามารถสร้างสรรค์คุณค่าให้กับลูกค้าได้อย่างเหมาะสมที่สุดโดยมุ่งเน้นไปที่กระบวนการทำงานที่มีความคล่องตัว ลดความสูญเสียด้านความสูญเปล่า ให้เหลือแต่เนื้อแท้ ในการทำงาน (Womack & Jones, 2003)

สรุป Lean เป็นการจัดการกระบวนการทำงาน เพื่อให้สินค้า หรือการบริการ มีคุณภาพสูง ตามความต้องการของผู้รับบริการ และใช้เครื่องและเทคนิคต่าง ๆ เป็นกลยุทธ์ในกระบวนการทำงานที่มีคุณค่า มีการดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงกระบวนการ มุ่งเน้นลดความสูญเปล่า ทุกกระบวนการ ก่อให้เกิดผลงานเท่าเดิมหรือมากขึ้นในระยะเวลาที่ ลดลงตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ทันทั่วทั้ง โดยไม่ลดคุณค่าสินค้าหรือบริการ

ประวัติความเป็นมาของ Lean

การผลิตแบบที่ต้องอาศัยความชำนาญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ต้องอาศัยฝีมือและทักษะซึ่ง ทำให้ผลิตได้ทีละน้อยขึ้นและแต่ละชิ้นมีค่าใช้จ่ายสูงมาก แต่ผู้ผลิตก็สามารถผลิตรถยนต์ได้

หลากหลายตาม ความต้องการของลูกค้า ต่อมาในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 เฮนรี ฟอร์ด ทำการผลิตรถยนต์โดยใช้รูปแบบการผลิตแบบจำนวนมาก (Mass Production) โดยใช้วิธีการการศึกษาการทำงาน และใช้ชิ้นส่วนมาตรฐานที่สามารถเปลี่ยนทดแทนกันได้ทำให้ใช้เวลาในการผลิตลดลง เป็นลักษณะเหมือนการผลิตสินค้าสำเร็จรูปจำนวนมาก ๆ จึงเรียกการผลิตระบบนี้ว่าเน้นปริมาณ คือเน้นการผลิตจำนวนมากเพื่อลดต้นทุนต่อหน่วยผลิตให้ต่ำลง ระบบการผลิตลักษณะนี้ประสบความสำเร็จมากและเป็นที่กล่าวขวัญในประเทศสหรัฐอเมริกา ในยุคนั้น ตลาดขณะนั้นยังเป็นของผู้ผลิตเพราะมีผู้ผลิตน้อยราย การผลิตยังมีจำนวนน้อยแต่ความต้องการมาก demand over supplied เท่ากับว่าผลิตจำนวนเท่าใดก็ขายได้หมด ต่อมา Taiichi Ohno (บิดาแห่ง Lean) วิศวกรของบริษัทโตโยต้าในประเทศญี่ปุ่นที่ทำการผลิต รถยนต์ได้ศึกษาต่อและเปลี่ยนแปลงให้เป็นรูปแบบ การผลิตแบบดึง (Pull) โดยการศึกษาและนำเอา ระบบซูปเปอร์มาเก็ต ที่ไม่สามารถวางแผนการขายเป็นจำนวนแน่นอน ขายตัวได้ในแต่ละวันเนื่องจากลูกค้ามีความต้องการแตกต่างกัน ดังนั้นต้องคอยตรวจเช็คสินค้าที่เปลี่ยนแปลงและคอยเติมสินค้าอยู่เสมอให้เหมาะสมกับความต้องการ พร้อมกับศึกษา การเพิ่มผลผลิตและนำมาใช้ร่วมกับระบบการผลิตทันเวลาพอดี (Just in Time:JIT) โดยหลักการคือ ทุก ๆ กระบวนการต้องใช้เวลาในการผลิตน้อยกว่า หรือเท่ากับจังหวะเวลาที่ลูกค้าต้องการ โดยมีเงื่อนไขหลัก 3 อย่างคือ 1) สินค้าที่ต้องการ 2) ในเวลาที่ต้องการส่งมอบได้ทัน 3) ในจำนวนที่ต้องการ (ป้องกัน Over production โดยเงื่อนไขของระบบคุณภาพจะต้องสมบูรณ์ จึงจะได้จำนวนที่ถูกต้อง หลังจากนี้ Toyota ได้พัฒนาหลักการของตนมาระยะหนึ่ง จึงได้เรียกใหม่ว่า Toyota Production System : TPS ได้แก่ 1) การผลิตแบบทันเวลาพอดี (Just In Time) คือ การผลิตของที่ใช่ในปริมาณที่ใช่ และส่งมอบในเวลา ที่ต้องการ 2) การควบคุมคุณภาพหรือทำให้เป็นอัตโนมัติ (Jidoka = ทำให้เคลื่อนไหวหรือทำงานได้ด้วยตัวเอง) คือการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มองเห็นปัญหาได้ง่ายมากขึ้น และไม่ปล่อยของเสียส่งต่อสู่กระบวนการถัดไป 3) การทำให้เป็นมาตรฐาน (Standardise) คือการสร้างกระบวนการที่ใครก็ทำได้ผลลัพธ์แบบเดียวกัน 4) การปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง (Kaizen) หลังจากวิกฤติน้ำมันในปี 1973 ส่งผลให้ธุรกิจรถยนต์ทุกค่ายต่างขาดทุน อย่างหนัก แม้แต่ Ford เองก็ขาดทุน แต่ผลประกอบการในปี 1994 ของ Toyota กลับเพิ่มมากขึ้น จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับระบบการผลิตของ โตโยต้า และเรียกมันใหม่ว่า Lean Manufacturing เป็นระบบการผลิตที่มุ่งเน้นการสร้างคุณค่า (Value) ในตัวสินค้าและบริการ โดยการกำจัดความสูญเปล่า (Waste) ที่เกิดขึ้นตลอดทั้งกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถลดต้นทุน เพิ่มผลกำไร และเพิ่มคุณค่า (Value) ให้กับตัวสินค้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจสูงสุด (Bhasin, 2015)

กระบวนการ Lean

ระบบการผลิตแบบ Lean (Lean Production) คือ การลดความสูญเปล่าให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อให้เกิดการไหลสูงสุด และเพิ่มคุณค่า (value) ให้กับตัวสินค้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจสูงสุด Lean ไม่ใช่เรื่องของการทำงานให้หนักขึ้นหรือเร็วขึ้น แต่เป็นการค้นหากระบวนการที่สูญเปล่าที่เกิดขึ้น ในพื้นที่ปฏิบัติงาน และถ้าหากสามารถค้นหาและจัดการกับความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในกระบวนการต่าง ๆ ได้ จะนำมาปรับใช้และปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้ดีขึ้น และเปลี่ยนให้เป็นคุณค่าที่ผู้รับผลงานต้องการ Lean ไม่ใช่ชุดเครื่องมือสำเร็จรูป แต่เป็นการผสมผสานอย่างลงตัวของแนวคิด กิจกรรม และวิธีการ ที่จะช่วยผลักดันให้วัฒนธรรมขององค์กรเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม ผ่านการพัฒนาจิตสำนึกที่ดี และแนวคิดที่ถูกต้องในการทำงาน แก่นักงานทุกระดับ ประกอบด้วยดังนี้ (Womack & Jones, 2003)

1. การระบุคุณค่าของสินค้าหรือบริการ (specify value) โดยกำหนดคุณค่าของผลิตภัณฑ์จากมุมมองของลูกค้าทั้งจากภายนอกและภายใน เพื่อให้มั่นใจว่าลูกค้าหรือผู้รับบริการ จะได้รับความพึงพอใจสูงสุด กระบวนการทำงานที่สร้างคุณค่าจึงมีความสำคัญและกระบวนการทำงานที่ไม่มีคุณค่าต่อผู้บริโภคหรือผู้รับบริการจึงต้องถูกกำจัดออกไป ประเภทของความสูญเสียคือ กระบวนการผลิตที่ลูกค้า ไม่ต้องการ การผลิตตามแนวคิด Lean จะต้องทำความเข้าใจและสอบถามลูกค้าถึงความต้องการที่แท้จริง เพื่อตรวจสอบให้ได้ว่า ลูกค้าต้องการคุณค่าอะไรจากบริษัทของเรา เพื่อให้เราสร้างสินค้าและบริการที่ตรงตามความต้องการมากที่สุด นำไปสู่การตั้งเป้าหมายที่แท้จริง

2. การแสดงสายธารแห่งคุณค่าหรือแผนผังสายธารแห่งคุณค่า (value stream mapping: VSM) การเขียนแผนผังที่แสดงให้เห็นถึงกิจกรรมทั้งหมดของกระบวนการหนึ่ง ๆ ทำให้สามารถทำให้มองเห็นกิจกรรมถึงกิจกรรมใดที่สร้างคุณค่าและกิจกรรมใดไม่ก่อให้เกิดคุณค่า เพื่อที่จะสามารถกำจัดกิจกรรมที่ไม่ทำให้เกิดคุณค่าออกจากกระบวนการการผลิต การวิเคราะห์สายธารแห่งคุณค่าจะเริ่มต้นด้วยแผนภาพ ของกระบวนการที่กำหนดขั้นตอนผลิตผลิตภัณฑ์ในแต่ละขั้นตอน โดยจะพิจารณาว่าจะสร้างคุณค่าเพิ่มให้กับผลิตภัณฑ์ได้ตามความคิดของลูกค้าหรือไม่ หลังจากนั้นจะทำการค้นหาและกำจัดสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าเพิ่มในกระบวนการผลิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มประสิทธิภาพในขั้นตอนการ เพิ่มคุณค่า ดังนั้นแผนผังสายธารคุณค่า จึงหมายถึงการเขียนแผนภาพแสดงการไหลของวัตถุดิบและข้อมูลสารสนเทศในการผลิตของกระบวนการต่าง ๆ มีรายละเอียดต่าง ๆ สำหรับการผลิตแต่ละผลิตภัณฑ์จะมุ่งเน้นไปที่ขั้นตอนทั้งหมด โดยพิจารณาให้เป็นความสูญเปล่า แล้วอธิบายถึงการไหลของคุณค่าแผนผังสายธารคุณค่าจะมี 2 ชนิด ดังนี้

2.1 แผนผังสายธารแห่งคุณค่าปัจจุบัน (Current state value stream mapping) เป็นแผนผังที่เขียนขึ้นจากสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นจริง ๆ ในการผลิตขณะนั้น เขียนจากการลงไปศึกษาเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง

2.2 แผนผังสายธารแห่งคุณค่าอนาคต (Future state value stream mapping) เป็นแผนผังที่จัดทำขึ้นจากการระดมสมองกับทีมงาน เมื่อมองเห็นความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในแผนผังสายธารแห่งคุณค่าปัจจุบันแล้ว ให้ทุกคนเสนอแนวทางปรับปรุงอย่างไร และเขียนลงในผังแห่งคุณค่าในอนาคต ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมองให้ออกว่าแผนผังปัจจุบันมีปัญหา หรือมีโอกาสนั้น การปรับปรุงอยู่ที่ไหน หากไม่สามารถมองออกว่ามีความสูญเปล่าเกิดขึ้นที่ใดบ้าง ย่อมไม่สามารถทำให้เกิดการปรับปรุงได้

3. สร้างขั้นตอนการทำงาน (create flow) ในองค์กรต่าง ๆ ก็ต้องการความสนับสนุน โดยเฉพาะเรื่องการไหลของผลิตภัณฑ์ด้วยความรวดเร็ว ซึ่งต้องไม่ติดขัดในทุกขั้นตอนของกระบวนการนั้น ๆ การไหลทำให้ต้นทุนต่ำ คุณภาพดีขึ้น และตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้ดีกว่า ทำให้ทุกส่วน ของกระบวนการผลิตไหลอย่างต่อเนื่อง ไม่ติดขัด ไม่มีการรอคอย กระทำโดยการกำจัดอุปสรรคและระยะทางระหว่างแผนกที่เกี่ยวข้องกับการทำงานมีผลทำให้แผนผังการทำงานของพนักงานและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตเปลี่ยนแปลงไปด้วย ทำให้ปริมาณการผลิตกับปริมาณความต้องการของลูกค้าใกล้เคียงกันจะเป็นการป้องกันความสูญเปล่า (Waste) ในการผลิต และจะไม่เกิดการรอคอยวัสดุคงคลังสินค้า เป็นศูนย์ ช่วยลดความสูญเปล่า (Waste) ที่เกิดจากการคงคลังสินค้า ส่วนระดับการผลิตที่เหมาะสมทำให้สามารถสลับเปลี่ยนในการผลิตผลิตภัณฑ์ได้ง่ายเกิดความยืดหยุ่นในกระบวนการผลิต

4. การให้ลูกค้าเป็นผู้ดึงคุณค่าจากกระบวนการดึง (establish pull) การดึง/ทันเวลาพอดี (Pull) ในแนวคิดการผลิตแบบลีนสินค้าคงคลังหรือวัสดุคงคลังจะถูกคิดเป็นรายการสูญเปล่า (Waste) ฉะนั้นการผลิตสินค้าใด ๆ ก็ตามที่ขายไม่ได้ถือว่าเป็นความสูญเปล่าสิ่งสำคัญต้องทราบความต้องการของลูกค้า ที่แท้จริงแล้วใช้การดึงผลิตภัณฑ์เข้าสู่ระบบโดยใช้หลักการปรับปรุงปริมาณที่ต้องมีเพียงพอในช่วงที่ต้องการวัตถุประสงค์ของการผลิตแบบทันเวลาพอดีคือการสร้างความสมดุลและความสัมพันธ์ของปริมาณการผลิตกับความต้องการเพื่อกำจัดความสูญเปล่า (Waste) ที่เกิดขึ้นแต่ในการปฏิบัติความต้องการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงได้นำ Tact Time (การผลิตให้ทันต่อความต้องการของลูกค้า) มาเป็นเครื่องมือ ในการจัดสมดุลของการไหล ซึ่งจะมีผลสำคัญช่วยให้การกำจัดความสูญเปล่า (Waste) ที่เกิดในขั้นตอนโดยการย้ายวัสดุคงคลังเหล่านั้นออกไป กระบวนการนี้จะทำให้การทำงานไหลลื่นอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามากขึ้น

5. การสร้างคุณค่าและมุ่งสู่ความสมบูรณ์แบบ (seek perfection) ทำให้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการจริง ๆ ขั้นตอนที่สำคัญที่สุด คือการวัดผลและการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เพราะการพัฒนานี้คือการไม่ย่ออยู่กับที่ การวัดผลความสำเร็จเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ปรับปรุงหรือพัฒนากระบวนการทำงานอยู่เสมอ และไม่หยุดพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง ในกระบวนการศูนย์รับผู้ป่วยในนั้นการกำจัดกิจกรรมที่เป็นความสูญเปล่ามีความสำคัญมากเพราะเป็นสาเหตุให้ระยะเวลาการใช้บริการโดยรวมยาวนานทำให้ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ เกิดข้อร้องเรียน ดังนั้น การปรับปรุงกระบวนการบริการเพื่อให้ได้สิ่งที่ใกล้เคียงกับความต้องการของผู้ใช้บริการมากที่สุด โดยการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น และการปรับปรุงรูปแบบของการ Admit Case Elective ให้เป็นแบบ one stop service เพื่อรักษาความสมบูรณ์แบบในระบบบริการ

แนวทาง Lean ในการลดความสูญเปล่า

Lean เป็นแนวคิดที่จะลดความสูญเปล่าในกระบวนการทำงาน และให้ความสำคัญกับงานที่มีคุณค่า (Value Added) เพื่อให้เกิดการไหลสูงสุด ในระบบบริการสุขภาพ คุณค่าระบุงามมองผู้รับผลงานคือผู้ป่วย ตัวอย่างการระบุคุณค่า ได้แก่คุณค่าในการวินิจฉัย การรักษาและให้คำแนะนำที่ถูกต้อง และรวดเร็ว ส่วนความสูญเปล่าในระบบบริการสุขภาพ เช่นการเข้าแถวรอคิวที่มีความยาวมากเพื่อรอตรวจ รอพบแพทย์หน้าห้องตรวจ เป็นต้น ความสูญเปล่า (Waste) เป็นกระบวนการขั้นตอนการทำงานที่ใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเวลาบุคคล สถานที่ เงินงบประมาณ อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ แต่กลับไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ความสูญเปล่า หรือ DOWNTIME มี 8 ประการ ดังนี้ (Heizer & Render, 2013)

1. Defect Rework (การทำงานซ้ำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง) เป็นความสูญเปล่าจากการปฏิบัติงาน ที่ผิดพลาด บกพร่อง ไม่ครบถ้วน ไม่มีคุณภาพ ไม่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ เกิดผลเสียต่องานที่ทำส่งผลให้มีการแก้ไข ต้องทำใหม่ วัดใหม่ ตรวจใหม่ เช่น การสื่อสารผิดหรือไม่ชัดเจน Medication Error (ความคลาดเคลื่อนที่เกิดในกระบวนการใช้ยา การบริหารยา นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย) เป็นต้น สาเหตุหลักของความผิดพลาด เป็นได้ทั้งจากคนที่ไม่มี ความชำนาญ ขาดการดูแล ไม่มีการควบคุมคุณภาพ ที่ดีพอ ไม่มีการตรวจสอบที่ดี สาเหตุเหล่านี้ย่อมทำให้เกิดความสูญเปล่าในกระบวนการที่จะต้องนำกลับไปทำใหม่

2. Over Production (การผลิตหรือให้บริการมากเกินไป) เป็นความสูญเปล่าจากการให้บริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น โดยงานที่ทำมากนั้นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ เช่น การสำรองวัสดุหรือยาเกินความจำเป็นการสั่งตรวจวินิจฉัยและการให้การรักษาที่ไม่สมเหตุสมผล การรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น การสั่งตรวจ เพื่อการวินิจฉัยที่ซ้ำซ้อนหรือมากเกินไป การทำงานโดยไม่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ

3. Waiting (การรอคอย) เป็นความสูญเปล่าในการรอคอย ความล่าช้า ทำให้สูญเสียเวลาลดประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน เช่น ผู้ป่วยรอเพิ่มประวัติ รอคิวจากแพทย์ รอคิวผ่าตัดรอรับยา ความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เครื่องมือไม่พร้อม ทำให้ต้องรอ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับได้ว่าเป็นเวลาที่สูญเปล่า ไม่สร้างคุณค่าต่อผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ

4. Not using staff talent (ความรู้ที่สูญเปล่า หรือการที่ไม่ได้ใช้ศักยภาพของบุคลากรให้เกิดประโยชน์) เป็นความสูญเปล่าที่เกิดจากการใช้บุคคลไม่ถูกกับลักษณะงาน เช่น การรักษาโรคง่าย ๆ โดยแพทย์เฉพาะทาง การใช้พยาบาลมาทำหน้าที่ธุรการ เป็นต้น

5. Transportation (การเคลื่อนย้ายงานด้วยความไม่จำเป็น) เป็นความสูญเปล่าในการเคลื่อนย้ายงานจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่งโดยไม่จำเป็น เช่น การจัดการบริการที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางหลาย ๆ จุดในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการต่าง ๆ สามารถจัดการได้โดยการจัดผังการทำงานใหม่ หรือดูแลผู้ป่วยแบบ Cell Concept Inventory (วัสดุคงคลัง หรือการเก็บงานไว้ทำ)

6. Inventory (วัสดุคงคลัง หรือการเก็บงานไว้ทำ) เป็นความสูญเปล่าจากวัสดุคงคลัง หรือการที่ผู้ปฏิบัติงานเก็บงานไว้ทำในภายหลัง ซึ่งจะส่งผลเสียทำให้ไม่สามารถทำงานให้เสร็จสิ้นได้อย่างรวดเร็ว การเก็บเวชภัณฑ์ Stock ยามากเกินไปทำให้ของล้นคลัง หอผู้ป่วยหรือห้องผ่าตัดมีการสำรองเก็บอุปกรณ์ ทางกรมแพทย์ต่าง ๆ มากเกินความต้องการหรือเกินความจำเป็น เป็นต้น

7. Movement การเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นของผู้ปฏิบัติงาน เป็นความสูญเปล่าที่เกิดจากการที่ผู้ปฏิบัติงานต้องเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นในการทำงาน ซึ่งส่งผลทำให้ความสามารถในการทำงานมีค่าต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เช่น การทำงานที่ขาดมาตรฐานการทำงาน ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว ที่ไม่เหมือนกัน

8. Excessive processing การมีขั้นตอนการทำงานที่มากเกินความจำเป็น ขั้นตอนไร้ค่า หรือคุณภาพเกินกว่าความต้องการของลูกค้า เมื่อมองจากมุมมองของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับผลงานจะพบว่าขั้นตอนต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับอาจไม่จำเป็น เนื่องจากไม่ได้ก่อให้เกิดคุณค่าแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลา เช่น การซักประวัติผู้ป่วยซ้ำ ๆ การคัดลอกถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา แบบฟอร์มต่าง ๆ ที่มากเกินความจำเป็น และการบันทึก ที่ไม่รู้จะนำไปใช้ประโยชน์อย่างไรสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

การปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพด้วยหลักการ ECRS (Eliminate Combine Rearrange and Simplify)

การปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพโดยเทคนิค Eliminate Combine Rearrange and Simplify : ECRS โดยการใช้หลักการสังเกตง่าย ๆ ว่ากระบวนการใด ที่เกี่ยวข้องกับเวลา ซึ่งทำแล้วก่อให้เกิดความสูญเปล่าถือเป็นเวลาส่วนเกินที่ไม่ก่อให้เกิดมูลค่ากับกระบวนการ

ทำงาน และ ลดความสูญเสีย ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้ (Kelendar & Mohammed, 2020)

1. E ย่อมาจาก Eliminate (การกำจัด) คือการตรวจสอบกระบวนการที่ไม่จำเป็นและไม่มี ความคุ้มค่า แล้วกำจัดออกไป เช่น การใช้วัตถุดิบที่ไม่จำเป็น หรือการทำงานที่ซ้ำซ้อน เราจะ รวบรวมกระบวนการที่คล้ายคลึงกัน เพื่อลดความซับซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การรวม ขั้นตอนการผลิตที่สามารถทำได้พร้อมกัน โดยเราจะตรวจสอบกระบวนการที่ไม่จำเป็นและไม่มี ความคุ้มค่า แล้วกำจัดออกไปแต่ไม่ทำให้คุณค่าเสียไป เช่น การใช้วัตถุดิบที่ไม่จำเป็น หรือการ ทำงานที่ซ้ำซ้อน

2. C ย่อมาจาก Combine (การรวมกัน) คือ สามารถลดการทำงานที่ไม่จำเป็นลงได้โดย การพิจารณาว่าสามารถรวมขั้นตอนการทำงานให้ลดลงได้หรือไม่ เช่น จากเดิมเคยทำ 5 ขั้นตอนก็ รวมบางขั้นตอนเข้าด้วยกันทำให้ลดขั้นตอนที่ต้องทำลง การผลิตก็จะสามารถทำได้เร็วมากขึ้นและ ลดการเคลื่อนที่ระหว่างขั้นตอนลงอีกด้วย เพราะถ้ามีการรวมขั้นตอนกันการเคลื่อนที่ระหว่าง ขั้นตอนก็ลดลง

3. R ย่อมาจาก Rearrange (การจัดลำดับใหม่) คือการปรับเปลี่ยนลำดับของกระบวนการ หรือทรัพยากร เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด เช่น การจัดลำดับการทำงานใหม่ เพื่อลดระยะเวลา ลดความสูญเสียเปล่าและทรัพยากรที่ใช้ในการผลิต เราจะปรับเปลี่ยนลำดับของ กระบวนการหรือทรัพยากร เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด เช่น การจัดลำดับ การทำงานใหม่ เพื่อลดระยะเวลาและทรัพยากรที่ใช้ในการผลิต

4. S ย่อมาจาก Simplify (การทำให้ง่าย) ด้วยการปรับปรุงวิธีการทำงานที่ซับซ้อนเป็น วิธีการทำงานที่เรียบง่าย สะดวก เพื่อลดความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพ การปรับปรุง เช่น การ ออกแบบ Jig หรือ Fixture เพื่อให้ขั้นตอนการทำงานง่าย สะดวกและแม่นยำขึ้น เพื่อลดการใช้ ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น หรือลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็น

เครื่องมือที่ใช้ในระบบลีน (Lean Tools)

การปรับเปลี่ยนองค์กรนั้น ไม่สามารถเกิดขึ้นได้เพียงชั่วเวลาข้ามคืน แต่จะต้อง ดำเนินการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือต่าง ๆ ให้สู่ เป้าหมายสูงสุดขององค์กร ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การปรับปรุงสถานที่ การให้บริการ ผู้ใช้บริการ การขจัดความสูญเปล่าและเพิ่มคุณค่า โดยอาศัยเครื่องมือและเทคนิคต่าง ๆ ในการ พัฒนานั้นมีการใช้เครื่องมือและเทคนิคมากมาย ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นและตาม ความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละองค์กรเครื่องมือจำแนกออกเป็น 4 ประเภท 27 ชนิด ดังนี้ (Green & Bradley, 2002)

1. เครื่องมือปรับปรุงอัตราการไหล (Flow) ได้แก่

1.1 Pull Production Scheduling หรือ Kanban เป็นการใช้อย่างหนึ่ง เพื่อป้องกันหรือแสดงสถานะงาน ว่าพนักงานต้องปฏิบัติงานกับชิ้นงานอย่างไร โดยจะทำการนำป้าย Kanban ที่ระบุรายละเอียดของงานไปผลิต หลังจากที่ได้ดำเนินงานตามรายละเอียดป้าย Kanban เสร็จ ก็จะนำป้าย Kanban ส่งกลับไปยังจุดเดิม แล้วทำการนำป้ายถัด Kanban ไปมาดำเนินการต่อ

1.2 One-piece Flow การไหลทีละชิ้น คือการผลิต ตรวจสอบและส่งมอบทีละชิ้น โดยมีหลักการที่กำหนด Cycle Time ให้ตรงกับความต้องการสินค้าของตลาด การบริการก็เช่นกัน คือ ระยะเวลาการให้บริการแก่ลูกค้าทันกับปริมาณของลูกค้า

1.3 5 ส. คือ วิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาพื้นที่ปฏิบัติการของ Lean ทำความสะอาด คำนวณ การจัดการการใช้และจัดสร้างระบบของพื้นที่การทำงาน (Work place) มุ่งเน้นไปที่การแสดงให้เห็นถึงความโปร่งใส การจัดการองค์กร ความสะอาด และการสร้างให้เป็นมาตรฐาน ดำรงไว้ซึ่งระเบียบแบบแผนที่จำเป็นของการทำงานที่ดี ประกอบไปด้วย

ส.1 สะสาง แยกสิ่งของที่ต้องการและไม่ต้องการออกจากกัน และกำจัดสิ่งของที่ไม่ต้องการนั้นออกไปจากสถานที่นั้น ๆ

ส.2 สะดวก จัดสิ่งของที่เป็นให้อยู่สภาพพร้อมใช้งานอย่างง่าย และมีประสิทธิภาพ

ส.3 สะอาด จัดสถานที่ทำงานให้ปราศจากสิ่งสกปรก

ส.4 สุขลักษณะ ดำรงสภาพของสะสาง สะดวก สะอาด อยู่ตลอดเวลา

ส.5 สร้างเสริมลักษณะนิสัย ปลุกฝังสิ่งเหล่านี้ให้อยู่ในนิสัย ประพฤติอย่างถูกต้องตามกฎระเบียบวินัย

1.4 Standard work งานมาตรฐาน ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นมากที่สุดในการทำงานร่วมกันของแรงงานคน วัสดุ และเครื่องจักร นั่นคือการสร้างรากฐานของการพัฒนารายวัน โดยการสร้างกระบวนการซ้ำ ๆ โดยให้คำจำกัดความของขั้นตอน เวลาและการจัดระเบียบแบบแผนของการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผลตามที่ต้องการในราคาที่ต่ำและรับประกันในคุณภาพที่สูง ประโยชน์ที่ได้รับจาก Standard Work คือสร้างผังโรงงานที่มีพื้นที่ใช้ประโยชน์น้อยที่สุด จำแนกความต้องการของงานในกระบวนการ (Work-in-process: WIP) ที่น้อยที่สุดได้ เข้าใจเวลานำ (Lead Time) ที่มีผลกระทบต่อ work in process สามารถคำนวณความต้องการของพนักงานที่ต้องการต่อความต้องการที่หลากหลายได้ Visual Management ของงานที่กำลังก้าวหน้าและเกิดความผิดปกติได้

1.5 Method Sheets แบบแสดงวิธีปฏิบัติงาน แสดงภาพการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน ของงานนั้น ๆ รวมถึงการอธิบายวิธีการทำงานที่ถูกต้องเพื่อควบคุมการปฏิบัติงานให้ถูกต้องอยู่เสมอ

1.6 Visual control การควบคุมด้วยสายตา ถือเป็นกุญแจในทฤษฎีของการผลิตแบบ Lean เป็นการมุ่งเน้นที่สร้างสถานที่ปฏิบัติงาน ด้วยการกำหนดสัญลักษณ์หรือสัญญาณสีต่างๆ ที่แตกต่างกันเท่าที่กระบวนการจะสามารถแสดงได้ ในช่วงเวลาสั้น ๆ ให้รู้ว่าสิ่งใดกำลังเกิดขึ้น ซึ่งช่วยในการตรวจจับสิ่งผิดปกติในกระบวนการทำงานให้กับพนักงานลดความยุ่งยากให้แก่ทีมปฏิบัติงาน เช่น สถานะสัญญาณไฟเครื่องจักร เป็นต้น

1.7 Total preventive maintenance การบำรุงรักษาทั่วผลโดยทุกคนมีส่วนร่วม โดยมีการกำหนดหน้าที่พนักงานในการตรวจเช็ครักษาดูแล เครื่องจักรเช่น กำหนด Check sheet โดยมีการทวนสอบพนักงาน ด้วยหัวหน้างานอีกครั้ง

1.8 Reliability maintenance การบำรุงรักษาอย่างน่าเชื่อถือ เป็นเทคนิคการซ่อมบำรุง ที่ซึ่งเมื่อเครื่องจักรเกิดปัญหาควรที่จะมีการนำมาวิเคราะห์รากของสาเหตุที่ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างละเอียด เพื่อเป็นการป้องกันว่าจะไม่เกิดปัญหาเดิมซ้ำขึ้นอีก

1.9 Preventive maintenance โดยควรมีการวางแผนการบำรุงรักษาเครื่องจักรอย่างมีระบบ และสม่ำเสมอเพื่อป้องกันก่อนที่จะเกิดเครื่องจักรจะเสียหาย

1.10 Predictive maintenance คือระบบที่ช่วยคาดการณ์การทำงานของเครื่องจักรถึงระยะเวลาที่เครื่องจักรจะเสียหายหรือเสื่อมสภาพลง เพื่อช่วยวางแผนการซ่อมบำรุง และเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการผลิต โดยการพยากรณ์การเก็บข้อมูลความเสียหาย ของเครื่องจักรรวมถึงประวัติการใช้อะไหล่ เพื่อที่จะได้วางแผนแก้ไข ป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหาเครื่องจักรซ้ำอีก

2. เครื่องมือที่ช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นในกระบวนการ (Flexibility) ได้แก่

2.1 Set up reduction การลดเวลาของการเปลี่ยนงาน ซึ่งก็หมายถึงการจัดเตรียมความพร้อม ของเครื่องมือ และอุปกรณ์ ต่าง ๆ ในการผลิตเพื่อให้พร้อมใช้ ในการลดเวลาในการจัดตั้ง ปรับปรุงเครื่องจักรต่าง ๆ ในกรณีที่ต้องการเปลี่ยนการผลิตจากผลิตภัณฑ์หนึ่งไปสู่อีกผลิตภัณฑ์หนึ่งให้ใช้เวลาให้น้อยที่สุด

2.2 Mixed model production การผลิตแบบผสมรุ่น คือการผลิตแบบหลาย ๆ โมเดล ในสายการผลิตเดียวกัน โดยปรับสัดส่วนการผลิตสินค้าให้เท่าทันความต้องการของลูกค้าที่สั่งเข้ามาผลิตสลับปรับเปลี่ยนกันไปตลอดสายการผลิต

2.3 Smoothed production การปรับเรียบการผลิต การวางแผนปริมาณงานในการผลิต เพื่อให้สอดคล้องกับปริมาณความต้องการของลูกค้า รวมไปถึงการนำข้อมูลที่ผ่านมา มาทำการประมวลผล เพื่อคาดการณ์หรือพยากรณ์ความต้องการของลูกค้า เพื่อลดความแปรปรวน ทำให้เกิดความปรับเรียบในการผลิต

2.4 Cross Trained workforce การฝึกอบรมพนักงานข้ามสายงาน ในส่วนที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่เฉพาะด้านให้สามารถที่จะทำงานได้หลาย ๆ อย่าง เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน

สามารถ ที่จะรองรับการความต้องการของลูกค้าได้อย่างทันทั่วทั้งที่ สามารถที่จะช่วยไปทำงานในส่วนอื่น ๆ ได้ในหลาย ๆ กิจกรรม

2.5 การผลิตโดยอิงเวลามาตรฐาน การสร้างสมดุลการผลิตด้วยการจัดรอบเวลาในกระบวนการให้เป็นมาตรฐาน เพื่อให้ผลผลิตในแต่ละวันได้ตาม Target ที่กำหนด

3. เครื่องมือที่ลดเวลาในการทำงาน (Throughput rate) ได้แก่

3.1 Flow cell กลุ่มการผลิตสำหรับกระบวนการผลิตคือ การบริหารจัดการการไหล ของผลิตภัณฑ์ รวมถึงขั้นตอนลำดับในการผลิตที่ต้องสมดุลกับทรัพยากรคน วัตถุดิบ อุปกรณ์ และเครื่องจักร รวมถึง รอบเวลามาตรฐาน ที่แต่ละกลุ่มต้องสมดุลกันและกัน

3.2 Point of used storage การเตรียมพร้อมใช้งาน ณ จุดปฏิบัติงานการจัดเตรียม และบริหารพื้นที่ให้สามารถนำมาใช้งานได้โดยสะดวกลดการเคลื่อนที่หรือขนย้ายวัสดุ นอกจากนี้ยังหมายรวมถึง การจัดเก็บอุปกรณ์ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการใช้งาน

3.3 Autorotation การควบคุมตัวเองโดยอัตโนมัติ หมายถึงการติดตั้งกลไกหรือตัวรับสัญญาณ ที่เครื่องจักร เพื่อตรวจสอบว่าชิ้นงานที่ผลิตมีข้อบกพร่องหรือผิดปกติอยู่หรือไม่ ถ้าเครื่องจักรตรวจพบเครื่องจักรจะหยุดทำงานโดยทันที จุดสำคัญคือการปฏิบัติงานของเครื่องจักรต้องอิสระ ไม่ต้องมีคนมาคอยควบคุม จุดประสงค์สำคัญของเครื่องมือ คือ ไม่ปล่อยให้เสียผ่านเข้าไปสู่กระบวนการได้

3.4 Mistake proofing เครื่องป้องกันความผิดพลาด เป็นเครื่องมืออย่างง่ายและราคาถูก ซึ่งชิ้นส่วนที่เสียหายจากการผลิตและการส่งผ่านเข้ามาในกระบวนการ Poka Yoke กำจัดสิ่งไร้ค่าโดยการกำจัดความผิดพลาด เครื่องมือทั่วไปของ Poka Yoke เช่น หมุดนำร่องขนาดต่าง ๆ เครื่องเตือนและเครื่องตรวจหาสิ่งผิดปกติ limit switch เครื่องนำและ checklists

3.5 Self check Inspection การตรวจสอบด้วยตนเอง คือการตรวจสอบความเรียบร้อย ของชิ้นงานด้วยตัวพนักงานเองก่อนที่จะส่งชิ้นงานไปสู่ขั้นตอนถัดไป ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกผลจะถูกนำมาวิเคราะห์ เพื่อควบคุมกระบวนการผลิต ป้องกันไม่ให้เกิดการผลิตของเสียขึ้นมาอีก ของเสียคือของเสีย อาจผ่านเข้าสู่กระบวนการได้โดยความไม่ตั้งใจของพนักงาน

3.6 Successive check Inspection การตรวจสอบอย่างต่อเนื่องเป็นการให้พนักงานที่ไม่ได้อยู่ในกระบวนการผลิต เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพชิ้นงานโดยที่กระบวนการยังทำการผลิต แต่ถ้าหากตรวจพบงาน ที่ไม่มีคุณภาพก็จะทำการหยุดกระบวนการผลิตและทำการแก้ไข แล้วค่อยผลิตด้วยระบบอัตโนมัติต่อ

3.7 Line stop การหยุดสายการผลิต คือ พนักงานสามารถที่จะหยุดสายการผลิตได้เมื่อตรวจพบว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับกระบวนการ

4. เครื่องมือที่ใช้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) ได้แก่

4.1 Kaizen การปรับปรุงกระบวนการทำงานหรือสภาพแวดล้อมในพื้นที่ทำงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยที่ต้องใช้ ความรู้หรือความสามารถของทุกคนในทีมมาปรับปรุงและพัฒนาต่อยอดเรื่อย ๆ จนเกิดเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4.2 Design of Experiment การออกแบบการทดลองเป็นการใช้ เครื่องมือทางสถิติเพื่อใช้ หาปัจจัยในกระบวนการทำงานที่มีความเกี่ยวข้องต่อความสามารถในการดำเนินงานของแผนก

4.3 Root cause Analysis เป็นการใช้เทคนิคในการวิเคราะห์รากของสาเหตุที่แท้จริงเพื่อที่จะช่วยปรับปรุงกระบวนการ เพื่อไม่ให้ปัญหาเหล่านั้นเกิดขึ้นซ้ำขึ้นอีก

4.4 Statistical process controlการจัดการควบคุมกระบวนการโดยใช้ค่าทางสถิติมาใช้ใน การควบคุม เพื่อให้กระบวนการดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4.5 Team Based Problem solving การหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการทำงานโดยมีการจัดตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละด้านของกระบวนการโดยเน้นการทำงานเป็นทีมเน้นให้สมาชิก มีส่วนร่วมในการช่วยกันแก้ไขปัญหา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิชชุดา ภาคพิเศษและจันทรรัตน์ สติธิวรนนท์. (2560). ศึกษาการนำระบบลิ้นมาประยุกต์ใช้ ในงานบริการผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง พบว่า การนำระบบลิ้นมาประยุกต์ใช้ ทำให้ระยะเวลาในการรับบริการเฉลี่ยลดลงจาก 65 นาที10วินาที เป็น 57 นาที 24 วินาทีคือลดลง 7 นาที 46 วินาที อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านการคั่นและเก็บเวชระเบียนในงานเวชระเบียนลดลง คือ พบความเสี่ยง ในเดือนธันวาคม 2559 มกราคม 2560 และกุมภาพันธ์ 2560 เท่ากับ 13 8 และ 4 ครั้ง ตามลำดับ อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาด้านการจัดเตรียมยาในงานเภสัชกรรมลดลงในเดือน ธันวาคม 2559 มกราคม 2560 และกุมภาพันธ์ 2560 คือ ร้อยละ 1.33 0.95 และ 0.75 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจ ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการก่อนและหลังการนำระบบลิ้นมาใช้ พบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เสาวลักษณ์ มนูญญา. (2560). ศึกษาผลการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดตามแนวคิดลิ้นต่อระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการผ่าตัดเล็กแผนกศัลยกรรม จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมได้รับบริการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับบริการพยาบาลโดยใช้แนวคิดลิ้น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการจัดบริการผ่าตัดโดยใช้แนวคิดลิ้น คู่มือการจัดบริการพยาบาลโดยใช้แนวคิดลิ้น ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการรอคอยในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ

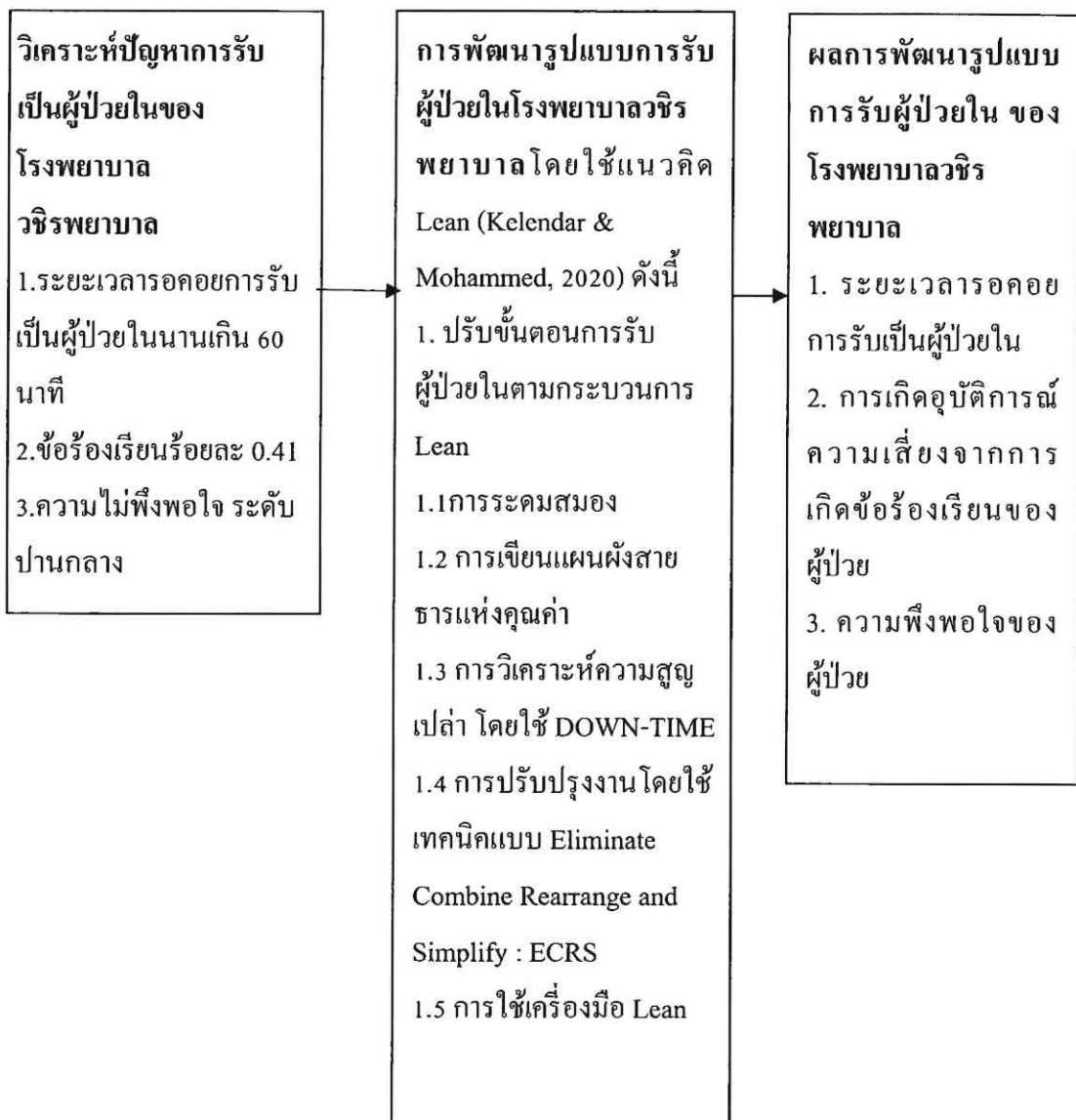
ผ่าตัดโดยใช้แนวคิดลีน ($X=90.17, S.D.=4.94$) น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบปกติ ($X=125.41, S.D.=9.20$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดโดยรวมหลังการใช้แนวคิดลีน ($X=4.84, S.D.=.28$) อยู่ในระดับมากที่สุด สูงกว่าความพึงพอใจก่อนการรับบริการผ่าตัดใช้แนวคิดลีน ในระดับมาก ($X=3.91, S.D.=.87$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ชญาภา เขยโพธิ์. (2565). ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามโดยใช้ กระบวนการพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ เก็บข้อมูลระยะเวลาบริการและความพึงพอใจผู้รับบริการ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ ใช้เครื่องมือลีนกำจัดความสูญเปล่า และออกแบบระบบใหม่ 3) ระยะทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผล พบว่าดังนี้ 1) ลดขั้นตอนจาก 16 ขั้นตอน เหลือ 7 ขั้นตอน 2) ระยะเวลาการรับบริการเฉลี่ยจาก 187.75 นาที เป็น 90.25 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) 3) ความพึงพอใจภาพรวมผู้รับบริการระดับมาก 4) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เฉลี่ยลดลงจาก 9.97 เป็น 9.14

ลัดดา ผลรุ่ง. (2565). ศึกษาการประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า การปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดลีนตามกรอบแนวคิดของ วอมแม็ก และ โจนส์ (Womack & Jones, 2003) มีกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ที่ได้รับการปรับปรุงโดยแนวคิดลีนมีลักษณะ 5 กิจกรรมหลัก และ 15 กิจกรรมย่อย ซึ่งลดลงจากก่อน การปรับปรุงที่มีจำนวน 20 กิจกรรมย่อย และเวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หลังการปรับปรุงเท่ากับ 56.13 นาที ซึ่งลดลงจากเวลาก่อนการปรับปรุงกระบวนการ ซึ่งเท่ากับ 247.00 นาที

ภาวนา ดาวงศ์สร. (2566). ศึกษาการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาโดยใช้แนวคิดลีน (Lean concept) พบว่าสามารถลดขั้นตอนย่อยจาก 13 ขั้นตอนเหลือ 9 ขั้นตอน เวลารอคอยเฉลี่ยทั้งกระบวนการ ลดลงจาก 306.98 นาที เหลือ 137.55 นาที รวมรอบเวลาทั้งหมดจากจุดเริ่มต้น จนถึงสิ้นสุดกระบวนการให้บริการ ลดลงจาก 365.23 นาที เหลือ 189.53 นาที คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังประยุกต์ใช้แนวคิดลีนเพิ่มขึ้นจาก 34.05 คะแนน ($S.D.=2.95$) เป็น 41.74 คะแนน ($S.D.=2.51$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) คะแนนความพึงพอใจของบุคลากรหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 56.90 คะแนน ($S.D.=3.08$) เป็น 65.90 คะแนน ($S.D.=5.88$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

กรอบแนวคิดการศึกษา



บทที่ 3

วิธีดำเนินการ

การดำเนินงานเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analysis study) เพื่อพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมาเป็นผู้ป่วยในที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Lean โดยให้บริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ดำเนินการดังนี้

การวิเคราะห์ปัญหา

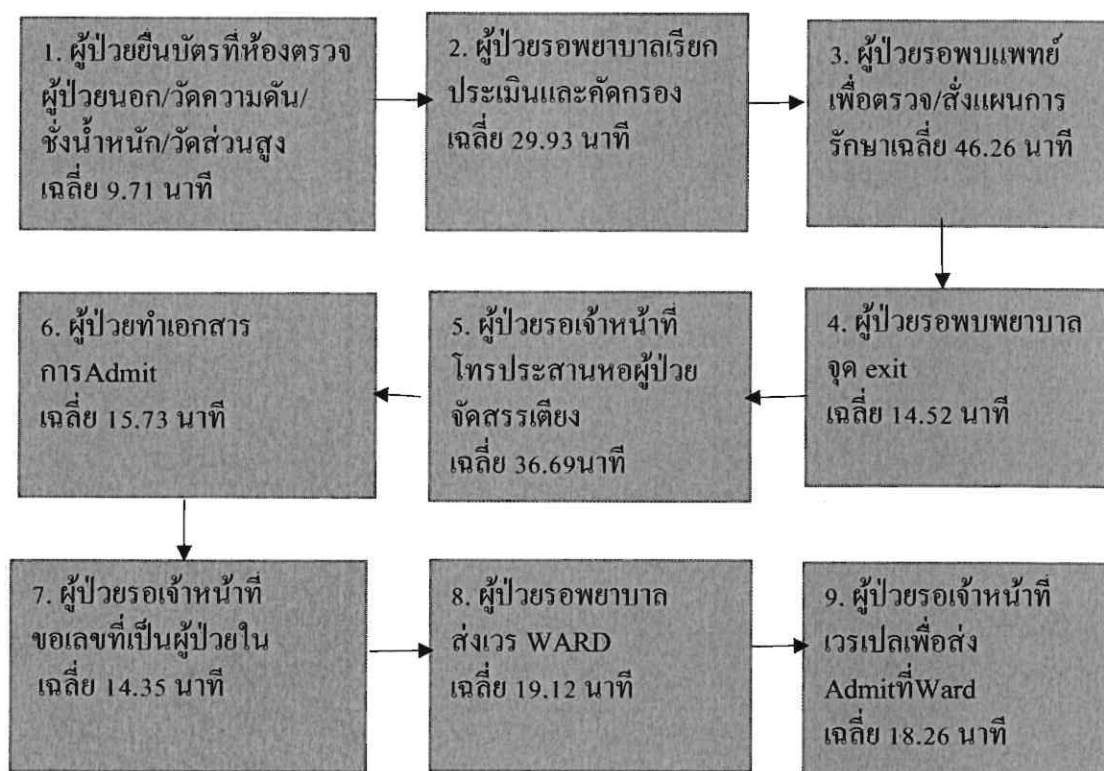
จากข้อมูลสถิติการรับเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 ของศูนย์รับเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่า มีผู้ป่วยที่รับเป็นผู้ป่วยในของ Case Elective จำนวน 7,961, 8,958 และ 9,972 คน ตามลำดับ ซึ่งพบว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยการรับเป็นผู้ป่วยใน เท่ากับ 199, 202.46 ,และ 206 นาที ตามลำดับ และพบอุบัติการณ์การซื้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติจากการรอคอยรับเป็นผู้ป่วยใน ใช้เวลานานกว่า 1 ชั่วโมง จำนวน 9, 13, และ 16 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.11, 0.14, และ 0.16 ตามลำดับ(คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2566) จะเห็นได้ว่าจำนวนข้อร้องเรียนและระยะเวลารอคอยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งตามมาตรฐานของการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเฉลี่ยไม่เกิน 60 นาที (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2563) จึงได้มีการค้นหาสาเหตุการเกิดปัญหา (root cause analysis) โดยมีการประชุมร่วมกับคณะกรรมการ PCT ทุกสาขา หัวหน้าห้องตรวจและหัวหน้าหน่วยทุกห้องตรวจผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข สรุปได้ว่า การนัดผู้ป่วยให้มานอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วย Case Elective ระบบล่าช้า จากมาตรฐานของการพยาบาลผู้ป่วยนอก กำหนดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเฉลี่ยไม่เกิน 60 นาที(สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2563) เนื่องจากการขั้นตอนการจองเตียง และการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน มี 9 ขั้นตอน ทำให้ต้องใช้เวลานานมาก เป็นผลให้มีข้อร้องเรียนจากความแออัด ไม่มีที่นั่งรอคอย และความพึงพอใจของการบริการ ศูนย์รับผู้ป่วยในอยู่ระดับความพึงพอใจปานกลาง จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมาเป็นผู้ป่วยในของศูนย์รับผู้ป่วยใน เพื่อลดระยะเวลารอคอย ไม่เกิดอุบัติการณ์การซื้อร้องเรียน เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงพัฒนารูปแบบการรับเป็นผู้ป่วยใน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Lean ในกระบวนการรับผู้ป่วยในดังนี้

1. การระดมสมอง (brainstorming) ผู้ศึกษาได้เสนอแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในกับบุคลากรและพยาบาลวิชาชีพของศูนย์รับผู้ป่วยใน โดยกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และให้มีส่วนร่วมในความคิดต่าง ๆ ไม่มีการจำกัด ให้มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน ทุกขั้นตอนในกระบวนการพัฒนาของศูนย์รับผู้ป่วยใน

2. การเขียนแผนผังสายธารแห่งคุณค่า (value stream mapping: VSM) โดยเสนอ เป็นแผนภูมิที่แสดงขั้นตอนทั้งหมดในกระบวนการรับเป็นผู้ป่วยใน ของห้องตรวจผู้ป่วยนอกที่เป็นปัจจุบัน (ก่อนการพัฒนา) มีการไหลของข้อมูลตั้งแต่ขั้นตอนการเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด มีการระบุขั้นตอนการทำงานและความเชื่อมโยงของขั้นตอนต่าง ๆ ระยะเวลาารอคอยทุกขั้นตอน โดยมีกิจกรรม 9 ขั้นตอนรวมเฉลี่ยใช้เวลา 204.57 นาที (ดังแผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กระบวนการนัดผู้ป่วยมา Admit ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (ก่อนการพัฒนา)

3. การวิเคราะห์ความสูญเสีย

3.1 โดยใช้ DOWN-TIME ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ความสูญเสีย (waste) ที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน ในระบบสุขภาพกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าแก่ผู้รับผลงาน เมื่อขจัดความสูญเสียออกไปแล้วจะไม่เกิดผลกระทบต่อคุณค่า ที่ผู้รับผลงานได้รับ ทำให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย

3.1.1 Defect Rework เป็นการสูญเสียจากการทำงานซ้ำ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง มีการเรียกผู้ป่วยไม่พบ ต้องเรียกซ้ำ และในทุกกิจกรรมกระบวนการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยนอก (ทุกภาควิชา) ผู้ป่วยรอรับเป็นผู้ป่วยในต้องมาเข้ากระบวนการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ ของแต่ละห้องตรวจ ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการทำงานซ้ำ

3.1.2 Overproduction เป็นการสูญเสียจากการให้บริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ในกิจกรรมที่ 3 จากการที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์เพื่อตรวจและสั่งแผนการรักษาเฉลี่ย 46.26 นาที เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการตรวจและมีแผนการรักษาแล้ว ทำให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการให้บริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

3.1.3 Waiting เป็นการสูญเสียในการรอคอย เป็นการรอคอยที่สูญเปล่า ในกิจกรรมที่ 1, 2, 3, 4, 5 เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้าระบบการตรวจรักษาร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ ของแผนกผู้ป่วยนอก ทั้งที่มีแผน การรักษาแล้ว ทำให้ต้องใช้เวลารอคอยในทุกกิจกรรมมากขึ้น (กิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยยื่นบัตรที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก วัดความดัน/ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเฉลี่ย 9.71 นาที กิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยรอพยาบาลเรียกประเมินและคัดกรอง เฉลี่ย 29.93 นาที กิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยรอพบแพทย์เพื่อตรวจและสั่งแผนการรักษาเฉลี่ย 46.26 นาที กิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยรอพบพยาบาลจุด exit เพื่อติดต่อหาเตียงเพื่อ Admit เฉลี่ย 14.52 นาที กิจกรรมที่ 5 ผู้ป่วยรอเจ้าหน้าที่โทรประสานหอบุคลากรใน เพื่อจัดสรรเตียงเฉลี่ย 36.69 นาที ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอก มิได้รับมอบหมายให้สามารถบริหารจัดการเตียงตามระบบได้ ต้องประสานงานกับหอบุคลากรในแต่ละหอ ซึ่งทำให้ใช้เวลารอคอยนาน) การรอคอยในทุกกิจกรรม ทำให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการรอคอยที่สูญเปล่า

3.1.4 Not using staff talent เป็นการสูญเสียเนื่องมาจากการไม่ใช้ศักยภาพของบุคลากร ตึกผู้ป่วยนอกซึ่งมีศูนย์รับผู้ป่วยในมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการรับผู้ป่วยใน แต่ศูนย์รับผู้ป่วยในปฏิบัติหน้าที่การรับผู้ป่วยใน ให้กับห้องตรวจสัลยกรรมเท่านั้น ส่วนในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอื่น ๆ ให้ปฏิบัติหน้าที่การรับผู้ป่วยในเอง ซึ่งการมิได้มีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบรับผู้ป่วยในให้กับ ศูนย์รับผู้ป่วยใน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการรับผู้ป่วยในโดยตรง ทำให้เกิดการสูญเสียเนื่องมาจากการไม่ใช้ศักยภาพ ของบุคลากร ให้เต็มความสามารถ

3.1.5 Transportation เป็นการสูญเสียเนื่องจากการเคลื่อนย้ายงานจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งด้วยความไม่จำเป็น ให้ผู้ป่วยรับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกแต่ละแห่ง ไม่เป็น one stop service และผู้ป่วยต้องเข้าตรวจรักษาตามระบบของผู้ป่วยนอกซึ่งมี 9 ขั้นตอน ให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการเคลื่อนย้ายงานจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งด้วยความไม่จำเป็น

3.1.6 Inventory เป็นความสูญเสียเนื่องจากการเก็บงานไว้ปฏิบัติในห้องตรวจอื่น ๆ ทำหน้าที่รับผู้ป่วยในทั้ง ๆ ที่ตึกผู้ป่วยนอกมีศูนย์รับผู้ป่วยใน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการรับผู้ป่วยในโดยตรง ทำให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการเก็บงานไว้ทำ

3.1.7 Motion เกิดเป็นความสูญเสียเนื่องจากการเคลื่อนไหว ที่ไม่จำเป็นของผู้ปฏิบัติงาน ในทุกกิจกรรมของผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ตึกผู้ป่วยนอกทุกภาควิชา (ยกเว้นห้องตรวจศัลยกรรม) ต้องมีหน้าที่ปฏิบัติงานการรับผู้ป่วยใน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องเคลื่อนไหว เพื่อปฏิบัติงานตามระบบการตรวจรักษาและการรับผู้ป่วยในโดยไม่จำเป็น เนื่องจากตึกผู้ป่วยนอกมีศูนย์รับผู้ป่วยใน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่การรับผู้ป่วยในอยู่แล้ว ทำให้เกิดการสูญเสียเนื่องมาจากการการเคลื่อนไหว ที่ไม่จำเป็นของผู้ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยนอก

3.1.8 Excessive Processing เป็นความสูญเสียเนื่องจากมีขั้นตอนการดำเนินงานที่มากเกินไป ผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ตึกผู้ป่วยนอกทุกภาควิชา ต้องเข้ารับการตรวจรักษา ตามกระบวนการของแต่ละห้องตรวจร่วมกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยนอกมีศูนย์รับผู้ป่วยใน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่การรับผู้ป่วยในอยู่แล้ว ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนเกิดการสูญเสียเนื่องมาจากการขั้นตอนการดำเนินงานที่มากเกินไป

4. การปรับปรุงงานโดยใช้เทคนิคแบบ Eliminate Combine Rearrange and Simplify : ECRS

การปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพโดยเทคนิค Eliminate Combine Rearrange and Simplify : ECRS เพราะ ECRS เป็นหลักการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยการจัดการทรัพยากรทั้งในด้านค่าใช้จ่ายและการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความสูญเสียในการดำเนินงาน ดังนี้

4.1 Eliminate การกำจัด คือการตรวจสอบกระบวนการที่ไม่จำเป็นและไม่มีความคุ้มค่า กำจัดกระบวนการที่ไม่จำเป็นออกไป ในการทำงานให้รวบรวมกระบวนการที่คล้ายคลึงกัน เพื่อลดความซับซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพ การรับผู้ป่วยในของตึกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกผู้ป่วยต้องมาเข้ากระบวนการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยนอกแต่ละห้องตรวจ ร่วมกับผู้ป่วยนอกอื่น จึงควรรวบรวมให้ผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกทุกภาควิชา (กุมารเวชศาสตร์ จักษุ โสต ศอ นาสิก อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวชวิทยา) โดยให้นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยในทั้งหมด เพื่อลดการบริการที่ซ้ำซ้อน โดยเป็นการให้บริการแบบ one stop service ทำให้สามารถกำจัด กระบวนการที่สูญเปล่าและไม่มีคุณค่า โดยรวมกระบวนการที่คล้ายคลึงกันมาไว้ด้วยกัน

4.2 Combine การรวมกัน คือ ความสามารถลดการทำงานที่ไม่จำเป็นลงได้โดยการพิจารณาว่าสามารถรวมขั้นตอนการทำงานให้ลดลงได้หรือไม่ เช่น จากเดิมเคยทำ 5 ขั้นตอนก็รวมบางขั้นตอน เข้าด้วยกันทำให้ขั้นตอนที่ลดลงจากเดิม การผลิตสามารถทำได้เร็วขึ้น การรับผู้ป่วยในของตึกผู้ป่วยนอก จากการรวบรวมให้ผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ห้องตรวจผู้ป่วย

นอกทุกภาควิชา (กุมารเวชศาสตร์ จักษุ โสต ศอ นาสิก อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวชวิทยา) โดยนัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยในทั้งหมด สามารถลดการทำงานที่ไม่จำเป็น และรวมขั้นตอนการทำงานจาก 9 ขั้นตอน ลดลงเหลือ 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ป่วยยื่นใบนัดที่ศูนย์ผู้ป่วยใน ตามช่วงเวลานัด วัดความดัน/ ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง 2) ผู้ป่วยรอพยาบาลเรียก/ประเมินและคัดกรอง 3) ผู้ป่วยรอพยาบาลบริหารจัดการเตียง 4) ผู้ป่วยทำเอกสารการAdmit 5) ผู้ป่วยรอเจ้าหน้าที่ขอเลขที่เป็นผู้ป่วยใน /รอพยาบาลประสานงาน/ส่งเวร WARD 6) ผู้ป่วยรอเจ้าหน้าที่เวรเปลเพื่อส่งผู้ป่วย Admit ที่Ward

4.3 Rearrange การจัดลำดับใหม่ คือการปรับเปลี่ยนลำดับของกระบวนการ หรือ ทรัพยากร เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การรับผู้ป่วยใน ของตึกผู้ป่วยนอก มีการปรับเปลี่ยนลำดับของกระบวนการใหม่ โดยการรวบรวมให้ผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกทุกภาควิชา (กุมารเวชศาสตร์ จักษุ โสต ศอ นาสิก อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวชวิทยา) โดยให้นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยในทั้งหมด และตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น เช่นการรอพบแพทย์ซ้ำ เพื่อลดระยะเวลา ลดความสูญเสียและทรัพยากรที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

4.4 Simplify การทำให้ง่าย ด้วยการปรับปรุงวิธีการทำงานที่ซับซ้อนเป็นวิธีทำงานที่เรียบง่าย สะดวก เพื่อลดความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพ การรับผู้ป่วยในของตึกผู้ป่วยนอก การรวบรวม ให้ผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกทุกภาควิชา (กุมารเวชศาสตร์ จักษุ โสต ศอ นาสิกอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวชวิทยา) โดยให้นัดผู้ป่วยมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยในทั้งหมด ให้บริการแบบ one stop service ตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ในกิจกรรม 3 คือผู้ป่วยรอพบแพทย์เพื่อตรวจ และส่งแผนการรักษา และกิจกรรมที่ 4 คือให้เจ้าหน้าที่โทรประสานหผู้ป่วยในเพื่อจัดสรรเตียง ให้เป็นมอบหมายพยาบาลวิชาชีพสามารถบริหารจัดการเตียงตามระบบและนโยบายได้(ภาคผนวก) ทำให้การทำงาน ที่ซับซ้อนเป็นการทำงานที่ง่าย สะดวกมากขึ้น

5. การใช้เครื่องมืออื่น ๆ การควบคุมด้วยสายตา (Visual control) 5 ส การปรับเปลี่ยนการผลิต (Workload leveling) และ Cell Concept ดังนี้

5.1 Visual control การควบคุมด้วยสายตา เป็นกฎเกณฑ์ในทฤษฎีของการผลิตแบบลีน ด้วยการกำหนดสัญลักษณ์หรือสัญญาณสีต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ศูนย์รับผู้ป่วยใน จัดทำป้ายเครื่องหมาย และตะกร้าสำหรับใส่ใบนัดตามช่วงเวลานัดหมายทำ รวมทั้งจัดทำ QR Code เชื่อมโยงเข้าสู่ไฟล์เอกสารฉบับเต็มถึงขั้นตอนรับผู้ป่วยใน เพื่อลดความยุ่งยากให้แก่ทีมปฏิบัติงาน

5.2 5ส การใช้และจัดสร้างระบบของพื้นที่การทำงาน (Work place) การจัดการองค์ประกอบความสะอาด และการสร้างให้เป็นมาตรฐาน ดำรงไว้ซึ่งระเบียบแบบแผนที่จำเป็นของการทำงานที่ดี

ศูนย์รับผู้ป่วยใน ส.2 = สะดวก จัดสิ่งของที่จำเป็นให้อยู่ในสภาพที่จะใช้งานได้ง่าย และมีประสิทธิภาพ โดยมอบหมายพยาบาลวิชาชีพ ดูแลกำกับการทำเอกสารการ Admit และส.5 สร้างเสริมลักษณะนิสัย โดยมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำเอกสารการ Admit ให้เป็นระเบียบและพร้อมใช้งาน

5.3 Workload leveling การปรับเรียบการผลิต เป็นการปรับปริมาณงาน ให้กระจายอย่างสม่ำเสมอในแต่ละช่วงเวลา การกำหนดอัตราการไหลเข้าของผู้มารับบริการเทียบกับอัตราการให้บริการของผู้ปฏิบัติงาน ในศูนย์รับผู้ป่วยใน ได้จัดทำระบบนัดหมายผู้ป่วยตามช่วงเวลา ทำให้ลดเวลารอคอย

5.4 Cell Concept ในการบริหารจัดการพยาบาลเป็น การจัดแบ่ง การบริการผู้ป่วยเป็นสัดส่วน หรือเป็นทีม ศูนย์รับผู้ป่วยใน ได้มีการมอบหมาย พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

สรุปกระบวนการ Admit โดยใช้แนวคิด Lean

ขั้นตอนที่ 1 : ขึ้นไบนัด ใช้เครื่องมือการควบคุมด้วยสายตา (Visual control) และ 5ส โดยการติดป้ายเครื่องหมาย ตะกร้าใส่ไบนัดตามช่วงเวลานัดหมาย ทำให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สามารถเข้าใจเครื่องหมายและสัญลักษณ์เหล่านี้ได้ รวมทั้งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบไบนัด ตามช่วงเวลานัด (สอบถามผู้ป่วย ถึงเวลาที่สะดวกและสอดคล้องกับการ Admit ให้ผู้ป่วยมาก่อนเวลานัดหมายประมาณ 15 – 20 นาที) และจัดทำ QR Code เชื่อมโยงเข้าสู่ไฟล์เอกสารฉบับเต็มถึงขั้นตอนรับผู้ป่วยใน โดยใช้เครื่องมือ 1) การปรับเรียบการผลิต (Workload leveling) เพื่อเป็นการให้บริการกระจายอย่างสม่ำเสมอ ในแต่ละช่วงวันเวลาและไม่ให้เกิดความสามารถของผู้ให้บริการและดูแลให้วัดความคืบหน้าหนัก สามารถคัดแยกผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์รับผู้ป่วยในได้รวดเร็วยิ่งขึ้น และตัดขั้นตอนที่ไม่มีคุณค่าออก และไม่จำเป็นต้องทำ (Eliminate) โดยผู้ป่วยไม่ต้องรอนานเนื่องจากนัดเป็นช่วงเวลา ทำให้งานสามารถไหลลื่นได้โดยไม่ติดขัด ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 : การประเมินและคัดกรอง โดยใช้เครื่องมือการควบคุมด้วยสายตา (Visual control) โดยการใช้ บัตรคิวตามตามช่วงเวลานัดหมาย สามารถคัดแยกผู้ป่วยว่ามารับบริการก่อนหลังได้รวดเร็วยิ่งขึ้น และตัดขั้นตอนที่ไม่มีคุณค่าและไม่จำเป็นต้องทำ (Eliminate Waste ลดความสูญเปล่าให้ได้มากที่สุด)

ขั้นตอนที่ 3 : มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในการบริหารจัดการเตียงตามนโยบายเนื่องจากพบปัญหาการรอคอย (Waiting) จากการโทรประสานหผู้ป่วยในเพื่อจัดสรรเตียง โดยใช้ Rearrange จัดลำดับการทำงานใหม่ให้เหมาะสม โดยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพสามารถ

บริหารจัดการเตียงได้ตามนโยบาย โดยใช้ Cell concept ในการบริหารจัดการแบ่ง การบริการผู้ป่วย เป็นสัดส่วน ทำให้ลดขั้นตอนและเวลาลงมาก เป็นการผลิตที่เน้นการไหลของงาน (Flow)

ขั้นตอนที่ 4 : ทำเอกสารการ Admit ใช้เครื่องมือ Lean Simplify: S การปรับปรุงการทำงานให้เกิดความง่ายในการทำงานของบุคลากร โดยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบ การให้บริการ แบบเบ็ดเสร็จในที่เดียว โดยใช้ 5 ส (ส2 = สะดวก) โดยเตรียมเอกสารไว้เป็นชุด ๆ ก่อนล่วงหน้าและทำให้เป็นตัวอย่างและสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างครอบคลุม และยังพบว่าการเขียนเอกสารการ Admit มากเกินความจำเป็น (Over product) จึงได้ใช้เทคโนโลยี (IT) ในการพิมพ์สติกเกอร์ ชื่อ-นามสกุล HN ผู้ป่วย นำมาใช้ในเอกสารการ Admit เป็นการกำจัดความสูญเปล่า เพิ่มคุณค่าการบริการในเวลาที่สุดลง

ขั้นตอนที่ 5 : ประสานงานและส่งเวรหอผู้ป่วยใน ด้วย ด้วยหลักการ ISBAR เป็นการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากเป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่มีความชัดเจนรวดเร็ว ถูกต้อง สมบูรณ์และไม่คลุมเครือ เพื่อความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย (Stewart & Hand, 2017) โดยมี 4 องค์ประกอบ

1) I = identify เป็นการระบุตัวตนของผู้รายงานข้อมูลทางการแพทย์ ได้แก่ ชื่อ นามสกุล บทบาทหน้าที่ในทีม รวมทั้งแผนกหรือหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน

2) S = situation หรือสถานการณ์เป็นการระบุ ชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วยและเหตุผลหรือปัญหาที่ต้องการรายงาน ส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์

3) B = background หรือภูมิหลังของผู้ป่วยเป็นการระบุประวัติทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทั้งที่ผ่านมาและในปัจจุบัน การวินิจฉัยโรค และการประเมินสภาพต่าง ๆ

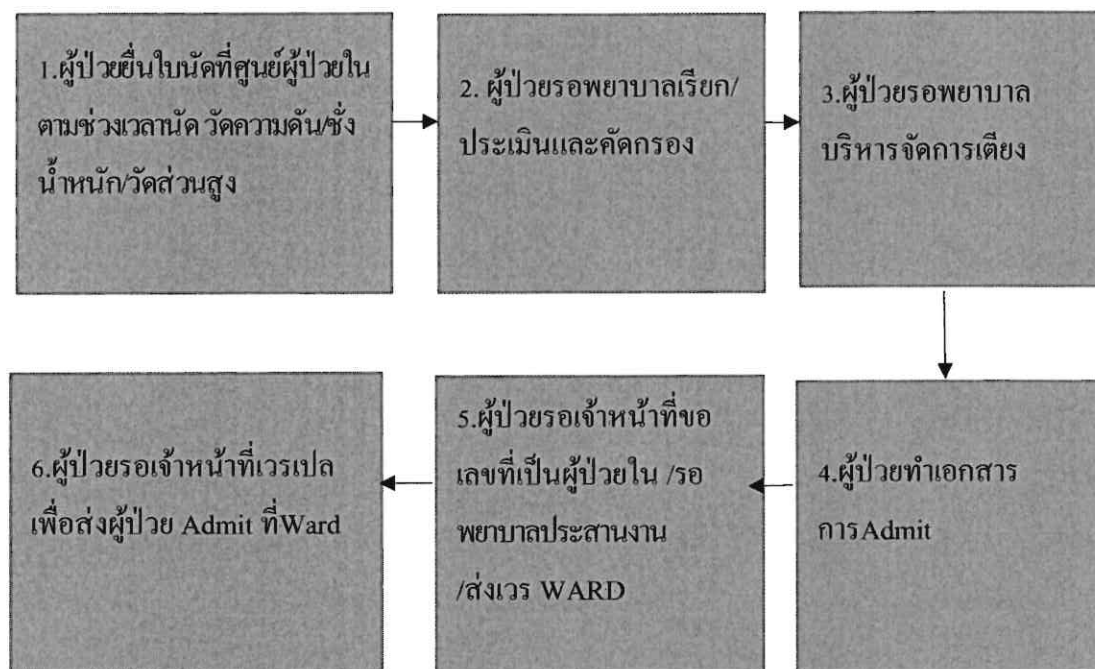
4) A = assessment การประเมินสภาพ หมายถึงสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นอาการเปลี่ยนแปลงล่าสุดของผู้ป่วย และข้อมูลจากการประเมินสภาพ (Edwards & Woodard, 2008)

5) R = recommendation หรือคำแนะนำ คำถาม ข้อเสนอแนะและการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ผลการส่งตรวจต่าง ๆ การขอคำปรึกษา การเปลี่ยนแปลงการรักษาหรือการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อความรวดเร็ว และลดข้อผิดพลาดในประสานงานและส่งเวรหอผู้ป่วยในแทน และขณะพยาบาลวิชาชีพประสานงานและส่งเวรหอผู้ป่วยใน มอบหมายเจ้าหน้าที่ขอเลขที่เป็นผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการรวมงาน ลดการสูญเปล่า เพิ่มคุณค่าการบริการในเวลาที่สุดลง

ตอนที่ 6 : ประสานงานเจ้าหน้าที่เวรเปลเพื่อส่งผู้ป่วย Admit ที่หอผู้ป่วยในโดยใช้ระบบ Lan สื่อสารการส่งผู้ป่วย Admit ที่หอผู้ป่วยในโดยใช้เทคนิค Simplify : S การปรับปรุงการทำงานให้เกิดความง่าย ในการทำงานของบุคลากรโดยการใช้วิทยุสื่อสารมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการรอคอย รวมทั้งห้องทำงานเจ้าหน้าที่เวรเปล มีระยะทางอยู่ใกล้กับศูนย์รับผู้ป่วยใน

ทำให้สามารถสื่อสาร ประสานงานกันง่าย สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ลดการสูญเปล่าในการรอคอย เพิ่มคุณค่าการบริการในเวลาที่ดีดลง

สรุปการรับผู้ป่วยใน ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 กระบวนการรับผู้ป่วย มา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน (หลังการพัฒนา)

ผู้ศึกษาได้นำรูปแบบการพัฒนาผู้ป่วยใน ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย case elective ที่นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย อาจารย์ศัลยแพทย์ระบบศัลยกรรมหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน หัวหน้าสาขาการพยาบาลปฐมภูมิและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล 1 ท่าน หัวหน้าสาขาการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการด้านหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 ท่าน และ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาปรับแก้ไขตามคำแนะนำ

เพื่อให้การพัฒนาารูปแบบการรับผู้ป่วยใน มีประสิทธิภาพ จึงนำรูปแบบการรับผู้ป่วยใน ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย case elective ที่นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2566 - วันที่ 30 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วย case elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2566 - วันที่ 30 กันยายน 2566 จำนวน 4,125 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ศูนย์รับผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 31 พฤษภาคม 2566 จำนวน 30 คน และวันที่ 1 มิถุนายน - 30 กันยายน 2566 จำนวน 30 คน วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1.1 มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
- 1.2 ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมของการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินผลการดูแลผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์ รับผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 4 ส่วน มีดังนี้คือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2. แบบบันทึก ระยะเวลารอคอย ผู้ป่วย Case Elective ที่นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน (เกณฑ์ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ≤ 60 นาที)

ส่วนที่ 3. แบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงการร้องเรียนในผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน ได้แก่ ระยะเวลารอคอย การบริการไม่ดี และจำนวนที่นั่งไม่พอ

การแปลความหมายของคะแนน

นำคะแนนที่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง การร้องเรียนใน ผู้ป่วย Case Elective ที่นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน ได้แก่ ระยะเวลารอคอย การบริการไม่ดี และจำนวนที่นั่งไม่พอ โดยเกิดอุบัติการณ์ให้ 1 ไม่เกิดอุบัติการณ์ให้ 0 คิดเป็นจำนวนและร้อยละ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของ ผู้ป่วย Case Elective ที่นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนน 5	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด
ค่าคะแนน 4	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
ค่าคะแนน 3	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
ค่าคะแนน 2	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย
ค่าคะแนน 1	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

คะแนนเฉลี่ย 3.67 -5.00	หมายถึง	มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66	หมายถึง	มีความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.33	หมายถึง	มีความพึงพอใจระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. หาค่าความตรงของเครื่องมือ (content validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจ ของ Case Elective ที่นำมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์สัลยาแพทยระบบศัลยกรรมหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน หัวหน้าสาขาการพยาบาลปฐมภูมิและส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้าสาขาการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการด้านหน้า 1 ท่านและ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยประเมินจากดัชนีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of item objective congruence, IOC) ได้ค่า IOC = 0.94

2. การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Alpha of Cronbach coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์, 2539)

การดำเนินการ

การดำเนินการนำรูปแบบการรับผู้ป่วยใน Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน ดำเนินการ ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรศูนย์รับผู้ป่วยใน เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในและกำหนดการให้ความรู้ในการให้บริการรับผู้ป่วยในวัน

เสาร์ที่ 10 กันยายน 2565 เวลา 09.00 - 15.00 น. ณ ศูนย์รับผู้ป่วยใน ณ.ตึกทีปังกร ชั้นที่ 1
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. ดำเนินการให้ความรู้การรับผู้ป่วยใน กับพยาบาลวิชาชีพ ของศูนย์รับผู้ป่วยในเรื่อง
ขั้นตอนการรับผู้ป่วยในทั้ง 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ป่วยยื่นใบนัดที่ศูนย์ผู้ป่วยใน ตามช่วงเวลานัดดูแล
ผู้ป่วยวัดความดัน/ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง 2) ประเมินอาการและคัดกรอง 3) การบริหารจัดการเตียง
ว่างในการผู้ป่วย 4) ดูแลและให้คำนำให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอมเพื่อรับการรักษา (Informed consent)
5) พยาบาลประสานงาน/ส่งเวร WARD 6) ประสานเจ้าหน้าที่เวรเปลเพื่อส่งผู้ป่วย Admit ที่ Ward
พร้อมเน้นย้ำการให้คำแนะนำ

3. กำหนดการใช้รูปแบบการพัฒนารับผู้ป่วยในไปใช้กับการรับผู้ป่วยใน Case
Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2566 -วันที่ 30 กันยายน 2566
เป็นเวลา 4 เดือน

4. ระหว่างการใช้รูปแบบการพัฒนารับผู้ป่วยใน ผู้ศึกษาได้สอน นิเทศติดตามงาน
อย่างใกล้ชิด ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง และตอบคำถาม ข้อเสนอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเวลาการออกของผู้ป่วย Case elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน
เก็บทุกขั้นตอน กำหนดเป็นรายบุคคลโดยเก็บข้อมูลการรับผู้ป่วยแบบเดิม 9 ขั้นตอน ตั้งแต่ วันที่ 1
มีนาคม 2566 - วันที่ 31 พฤษภาคม 2566 และเก็บข้อมูลการรับผู้ป่วยในแบบ 6 ขั้นตอน ตั้งแต่ วันที่ 1
มิถุนายน 2566 -วันที่ 30 กันยายน 2566 ดังนี้

- 1.1 ผู้ป่วยยื่นใบนัดศูนย์ผู้ป่วยใน ตามช่วงเวลานัด วัดความดัน/ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง
- 1.2 ผู้ป่วยรอพยาบาลเรียก/ประเมินและคัดกรอง
- 1.3 ผู้ป่วยรอพยาบาลบริหารจัดการเตียง
- 1.4 ผู้ป่วยทำเอกสาร การAdmit
- 1.5 ผู้ป่วยรอเจ้าหน้าที่ขอเลขที่เป็นผู้ป่วยใน /รอพยาบาลประสานงาน/ส่งเวร WARD
- 1.6 ผู้ป่วยรอเจ้าหน้าที่เวรเปลเพื่อส่งผู้ป่วย Admit ที่หอผู้ป่วย

2. เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดข้อร้องเรียน โดยเก็บทุกครั้งที่มียุติการณ์ โดย
เก็บจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

3. แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการบริการศูนย์รับผู้ป่วยใน เก็บข้อมูลเมื่อสิ้นสุด
การให้บริการครบ 6 ขั้นตอนระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2566 -วันที่ 30 กันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลที่ได้รับมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน วิเคราะห์ ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิประโยชน์ ในการรักษาพยาบาล อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) ใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
2. ระยะเวลารอคอยในการรับเป็นผู้ป่วยใน ใช้สถิติการ เป็นจำนวน และค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระยะเวลารอคอยรับเป็นผู้ป่วยใน ก่อน - หลัง
4. อุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดข้อร้องเรียนที่พบจากการที่ดูแลผู้ป่วยขณะรอรับเป็นผู้ป่วยใน ของศูนย์รับผู้ป่วยใน หลังการพัฒนาใช้สถิติ จำนวน และร้อยละ
5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการรับผู้ป่วยใน ศูนย์รับผู้ป่วยในใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน มาใช้กับผู้ป่วย Case Elective ที่แพทยัณฑ์มา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน ผู้ศึกษาคำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย Case Elective ที่แพทยัณฑ์มา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 จำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย Case Elective ที่แพทยัณฑ์มา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

ส่วนที่ 2 ผลระยะเวลาการรอคอยในการรับเป็นผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน จำแนกตามขั้นตอน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระยะเวลาการรอคอย ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการรับผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 4 ผลของข้อร้องเรียนในการรับเป็นผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการรับผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 5 ผลความพึงพอใจของผู้ป่วย Case Elective ที่แพทยัณฑ์มา Admit ศูนย์รับผู้ป่วยใน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ผลข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล อาชีพ และ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 30)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	36.67
หญิง	19	63.34
อายุ		
อายุน้อยกว่า 30 ปี	1	3.33
อายุ 31-40 ปี	6	20
อายุ 41-50	11	36.67
อายุมากกว่า 50 ปี	12	40
สถานภาพ		
โสด	5	16.67
สมรส/ คู่	17	56.67
หม้าย	8	26.66
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	6.66
มัธยมศึกษา	7	23.34
อนุปริญญา	8	26.67
ปริญญาตรี	11	36.67
สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.66
สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล		
สิทธิข้าราชการ	9	30
ประกันสังคม	8	26.67
จ่ายเงินเอง	2	6.66
บัตรสวัสดิการรรักษาพยาบาล (30 บาท)	11	36.67

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย(ต่อ)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 30)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	4	13.33
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	5	16.67
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	36.67
ค้าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัว	2	6.66
นักเรียน/ นักศึกษา	0	0
รับจ้าง	8	26.67
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 5,000	5	16.67
5,000 – 15,000	8	26.67
> 15,000	17	56.66

จากตารางที่ 4.1 พบ ผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยในพิเศษหญิง พบมากที่สุดจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.34 อายุ ผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ อายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 สถานภาพ พบมากที่สุด คือ สมรส/ คู่ จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.67 ระดับการศึกษา พบมากที่สุดคือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.67 สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล พบมากที่สุดคือ บัตรสวัสดิการรรักษาพยาบาล (30 บาท) จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.67 อาชีพที่พบมากที่สุด คือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.67 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) ที่พบมากที่สุด คือ > 15,000 จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.66

ส่วนที่ 2 ผลระยะเวลารอคอยในผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน

ตารางที่ 4.2 ระยะเวลารอคอยในการรับเป็นผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน จำแนกตามขั้นตอน

ระยะเวลารอคอย	ก่อนการพัฒนา (n = 30)	หลังการพัฒนา (n = 30)
	1 มี.ค. 66 -31 พ.ค. 66	1 มิ.ย. 66 -30 ก.ย. 66
	เวลาเฉลี่ย:คน (นาที)	เวลาเฉลี่ย:คน (นาที)
1. ผู้ป่วยยื่นใบนัดที่ศูนย์ผู้ป่วยใน ตาม ช่วงเวลานัด วัดความดัน/ชั่ง น้ำหนัก/วัดส่วนสูง	9.71	4.64
2. ผู้ป่วยรอพยาบาลเรียกประเมิน และคัดกรอง	29.93	9.86
3. ผู้ป่วยรอพบแพทย์เพื่อตรวจ/สั่ง แผนการรักษา	46.26	-
4. ผู้ป่วยรอพบพยาบาล จุด exit	14.52	-
5. ผู้ป่วยรอเจ้าหน้าที่ โทรประสานหอผู้ป่วยจัดสรรเตียง	36.69	13.73
6. ผู้ป่วยเซ็นเอกสารการAdmit	15.73	9.84
7. ผู้ป่วยรอเจ้าหน้าที่ ขอเลขที่เป็นผู้ป่วยใน	14.35	-
8. ผู้ป่วยรอพยาบาล ส่งเวร WARD	19.12	7.83
9. ผู้ป่วยรอเจ้าหน้าที่ เสร็จเพลาเพื่อส่ง Admit ที่ Ward	18.26	8.56
โดยรวมเฉลี่ย	204.57	54.46

จากตารางที่ 4.2 พบว่าเวลาการรอคอยตามขั้นตอนก่อนการพัฒนา ๙ (9 ขั้นตอน) มีระยะเวลาโดยรวมเฉลี่ย 204.57 นาทีต่อคน หลังการพัฒนา ๙ (6 ขั้นตอน) ระยะเวลาโดยรวมเฉลี่ย 54.46 นาทีต่อคน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระยะเวลารอคอย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบระยะเวลารอคอย ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน

ระยะเวลารอคอย	ก่อนการพัฒนา (n = 30)	หลังการพัฒนา (n = 30)	
	1 มี.ค. 66 -31 พ.ค. 66	1 มิ.ย. 66 -30 ก.ย. 66	
	เวลาเฉลี่ย:คน (นาที)	เวลาเฉลี่ย:คน (นาที)	ลด(-)/เพิ่ม(+)
ระยะเวลารอคอย	204.57	54.46	-150.11

จากตารางที่ 4.3 พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 204.57 นาทีต่อคน หลังการใช้การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 54.46 นาทีต่อคน ระยะเวลารอคอยลดลง 150.11 นาทีต่อคน

ส่วนที่ 4 ผลข้อร้องเรียนในผู้ป่วย Case Elective แพทย์นัดมา Admit ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละ ข้อร้องเรียนผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน จำแนกแต่ละประเภท

ข้อร้องเรียน	ก่อนการพัฒนา (n = 30)		หลังการพัฒนา (n = 30)	
	1 มี.ค. 66 -31 พ.ค. 66		1 มี.ย. 66 -30 ก.ย. 66	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะเวลารอคอยนาน	11	36.67	2	6.67
2. การบริหารจัดการไม่ดี	7	6.67	1	3.33
3. จำนวนที่นั่งไม่เพียงพอ	1	3.33	0	0
โดยรวม	19	46.67	3	10

จากตารางที่ 4.4 ก่อนการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน พบว่ามีข้อร้องเรียน เรื่องระยะเวลารอคอยนานจำนวน 11 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 36.67 การบริหารจัดการไม่ดี จำนวน 7 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 6.67 และจำนวนที่นั่งไม่เพียงพอจำนวน 1 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 3.33 หลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน มีข้อร้องเรียนเรื่องระยะเวลารอคอยนานจำนวน 2 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 6.67 บริหารจัดการไม่ดี จำนวน 1 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 3.33 และไม่พบ ข้อร้องเรียนเรื่องจำนวนที่นั่งไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 5 ผลความพึงพอใจของผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ศูนย์รับผู้ป่วยใน

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยในจำแนกเป็นรายชื่อ (n = 30 คน)

	รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.	เจ้าหน้าที่ให้บริการตรงตามความต้องการและสามารถตอบสนองการบริการได้ทันทั่วทั้งที่	5	0	มากที่สุด
2.	เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลและบริการที่ตรงต่อเวลา มีการแจ้งทันทีหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น	5	0	มากที่สุด
3.	อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้รับบริการที่เพียงพอ เช่น รถเข็นนั่ง /นอน มีช่องทางรับฟังข้อคิดเห็นต่อการบริการเช่น กล่องรับความเห็น จุติรับข้อร้องเรียน	5	0	มากที่สุด
4.	การสื่อสารภายในโรงพยาบาล เช่น มีป้าย/สัญลักษณ์/มีการประชาสัมพันธ์การบริการที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย	4	0.75	มากที่สุด
5.	ให้บริการตามลำดับก่อนหลัง ไม่เลือกปฏิบัติ หรือมีความเสมอภาคการบริการ	5	0	มากที่สุด
6.	พื้นที่ของโรงพยาบาลที่มีความสะอาด ร่มรื่น มีความสะดวกครบครัน	5	0	มากที่สุด
7.	สิ่งอำนวยความสะดวกที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้ เช่น ที่จอดรถ ห้องสุขา น้ำดื่ม ที่นั่งรอรับบริการ	4.75	0.57	มากที่สุด
8.	การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ	5	0	มากที่สุด
9.	ความสะดวก รวดเร็วการให้บริการ	5	0	มากที่สุด
10.	รู้สึกปลอดภัยทุกครั้งเมื่อได้เข้ามาใช้บริการภายในโรงพยาบาล	5	0	มากที่สุด
	โดยรวม	4.87	0.13	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการศูนย์รับผู้ป่วยในโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.87$, S.D.= 0.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจต่อการบริการ ศูนย์รับผู้ป่วยในอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analysis study) การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน ของศูนย์รับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลการรับผู้ป่วยในให้เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ศึกษาผลลัพธ์ของพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2566 - 30 กันยายน 2566. โดยเก็บข้อมูลระยะเวลารอคอย ชื่อเรื่องเรียน และความพึงพอใจก่อนการพัฒนา ฯ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 – วันที่ 31 พฤษภาคม 2566 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และหลังการพัฒนา ฯ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2566 – วันที่ 30 กันยายน 2566 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระยะเวลารอคอยใน ผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ก่อนการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของศูนย์รับผู้ป่วยใน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 204.57 นาทีต่อคน หลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 54.46 นาทีต่อคน

2. เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยรับเป็นผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 204.57 นาทีต่อคน หลังการใช้การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 54.46 นาทีต่อคน มีระยะเวลารอคอยลดลง 150.51 นาที

3. อุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดข้อร้องเรียนพบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน มีข้อร้องเรียน เรื่องระยะเวลารอคอยนานจำนวน 11 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 36.67 การบริหารจัดการไม่ดี จำนวน 17 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 6.67 และจำนวนที่ร้องไม่เพียงพอจำนวน 1 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 3.33 หลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน มีข้อร้องเรียนเรื่องระยะเวลารอคอยนานจำนวน 2 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 6.67 บริหารจัดการไม่ดี จำนวน 1 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 3.33 และไม่พบ ข้อร้องเรียนเรื่องจำนวนที่ร้องไม่เพียงพอ

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.87$, $SD = 0.13$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ

อภิปรายผล

จากการศึกษาสามารถอธิบายผลได้ ดังนี้

1. ระยะเวลารอคอย ในผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit หลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในโดยใช้แนวคิด Lean มีระยะเวลารอคอยน้อยกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน เนื่องจากการลดขั้นตอนของการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อน รวมบริการหลาย ๆ อย่างไว้ ณ ที่แห่งเดียว ลดความสูญเปล่าที่เกิดจากการทำงาน ลดขั้นตอนที่สูญเปล่า จาก 9 ขั้นตอน เหลือ 6 ขั้นตอน และลดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยจาก 204.59 นาที เป็น 54.46 นาที กระบวนการรับผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้นทำให้บุคลากรพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ประกอบกับ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่ศูนย์รับผู้ป่วยในได้รับความรู้ การปฏิบัติงานเพิ่ม ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพมีความตื่นตัวในการพัฒนาตนเองมากขึ้น มีความมุ่งมั่น กระตือรือร้น ตั้งใจพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร จึงส่งผลให้ระยะเวลารอคอยในผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วย

ใน ลดลงกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบการรับผู้ป่วยใน สอดคล้องกับ ชญาภยาโยธ (2563) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า ลดขั้นตอนจาก 16 ขั้นตอน เหลือ 7 ขั้นตอน และ ลดระยะเวลาการรับบริการเฉลี่ยจาก 187.75 นาที เป็น 90.25 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001) และสอดคล้องกับลัดดา ผลรุ่ง (2560) ศึกษาการประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง I โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดลีน ตามกรอบแนวคิดของ วอมแม็ก และ โจนส์ (Womack & Jones, 2003) พบว่า เวลาที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หลังการปรับปรุงเท่ากับ 56.13 นาที

2. อุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดข้อร้องเรียนการรับผู้ป่วยใน ก่อนการพัฒนา รูปแบบการรับผู้ป่วยใน พบว่า มีข้อร้องเรียน เรื่องระยะเวลาารอคอยนานจำนวน 11 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 36.67 การบริหารจัดการไม่ดี จำนวน 17 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 6.67 และจำนวนที่นิ่งไม่เพียงพอจำนวน 1 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 3.33 หลังการพัฒนา รูปแบบการรับผู้ป่วยใน มีข้อร้องเรียนเรื่องระยะเวลาารอคอยนานจำนวน 2 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 6.67 บริหารจัดการไม่ดี จำนวน 1 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 3.33 และไม่พบ ข้อร้องเรียนเรื่องจำนวนที่นิ่งไม่เพียงพอ เนื่องจากการพัฒนา รูปแบบการรับผู้ป่วยในรูปแบบใหม่โดยใช้แนวคิด lean เป็นกรอบแนวคิดการศึกษา เข้ามาลด และสามารถรวมขั้นตอนการปฏิบัติลดขั้นตอนที่สูญเปล่า ส่งผลลดระยะเวลาารอคอยลงได้ 150.11 นาที ทำให้ข้อร้องเรียนลดลงสอดคล้องกับวิชุลดา ภาคพิเศษและจันทร์รัตน์ สิทธิวรนนท์ (2560) ศึกษาการนำระบบลีนมาประยุกต์ใช้ในงานบริการผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง พบว่า การนำระบบลีนมาประยุกต์ใช้ทำให้ อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านการค้นและเก็บเวชระเบียนในงานเวชระเบียนลดลง คือ พบความเสี่ยงในเดือนธันวาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 ลดลงเท่ากับ 13, 8 และ 4 ครั้ง ตามลำดับ อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาด้านการจัดเตรียมยาในงานเภสัชกรรมลดลงใน เดือน ธันวาคม 2559 กุมภาพันธ์ 2560 คือ ร้อยละ 1.33, 0.95 และ 0.75 ตามลำดับ

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย Case Elective แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.87$, $SD = 0.13$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ เนื่องจากการพัฒนา รูปแบบการรับผู้ป่วยใน ของศูนย์รับผู้ป่วยใน โดยใช้แนวคิด lean ได้มีการมอบหมายบุคลากรให้รับผิดชอบ มีกระบวนการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น รวมขั้นตอนการปฏิบัติ ทำให้ลดขั้นตอนจาก 9 ขั้นตอนเหลือ 6 ขั้นตอน ส่งผลให้ลดระยะเวลาารอคอยเฉลี่ย 54.45 นาที ซึ่งสอดคล้องกับ ภาวนา ดาวงค์ศร (2566) ศึกษาการพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาโดยใช้แนวคิด Lean (Lean concept) โดยมีคะแนนความพึงพอใจ

ของผู้ป่วยหลังใช้แนวคิด Lean เพิ่มขึ้นจาก 34.05 คะแนน (S.D.=2.95) เป็น 41.74 คะแนน (S.D.=2.51) โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับ เสาหลักชัย มนูญญา (2560) ศึกษาผลการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดตามแนวคิด lean ต่อระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดโดยรวมหลังการใช้แนวคิดสั้น ($X = 4.84, S.D. = 0.28$) อยู่ในระดับมากที่สุดสูงกว่าความพึงพอใจก่อนการรับบริการผ่าตัดโดยใช้แนวคิด lean อยู่ในระดับมาก ($X = 3.91, S.D. = 0.87$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการรับผู้ป่วยในโดยประยุกต์ใช้ แนวคิด lean ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
2. ควรสนับสนุนให้มีการนำ การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในโดยประยุกต์ใช้ แนวคิด lean มาใช้ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยด้านอื่น ๆ ในบริบทที่ใกล้เคียง เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีคุณภาพ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลผู้ป่วยใน*.
 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกียรติขจร โหมมานะสน. (2556). *Lean: วิธีแห่งการสร้างคุณค่าสู่องค์กรที่เป็นเลิศ* (พิมพ์ครั้งที่ 4)
 กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยมณฑลราชราชน. (2566). *เวชสถิติประจำปี*. กรุงเทพฯ:
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยมณฑลราชราชน.
- งานเวชระเบียนและเวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2562). *สถิติผลการปฏิบัติงาน
 ปีงบประมาณ 2562*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล.
- ชญาภา เยยโพธิ์. (2563). การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน
 โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(3),
 54-63.
- ชุดิมา นพแก้ว. (2557). อิทธิพลภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในงานของ พยาบาล
 วิชาชีพ . *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยคริสเตียน*.
- นุชจิรา วงศ์จิตรภรณ์และสุชาวิรัตน์ พินทะกั้ง. (2560). Pre-Admission Unit. *วารสาร ณ.จุฬา*, 16
 (2), 3-4.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *การวิจัยเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร : บริษัท สุวีริยาสาส์น
 จำกัด.
- ประจวบ กล่อมจิตร . (2557). *เทคนิคการเพิ่มผลผลิตในองค์กร หลักการและตัวอย่างการปฏิบัติ*.
 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ซีเอ็ดยูเคชั่น
- ประดิษฐ์ วงศ์มณีรุ่ง และคณะ. (2552). 1-2-3 *ก้าวสู่ลีน Lean in action*. กรุงเทพมหานคร: สมาคม
 ส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- ภาวนา ดาวงศ์สร. (2566). การพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาโดยใช้
 แนวคิดลีน (Lean concept). *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 31(2), 276-292.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2552). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: บริษัท นานมีบุ๊คส์
 จำกัด.
- ลัดดา ผลรุ่ง. (2560). *การประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วย
 อายุรกรรมหญิง / โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วิชุลดา ภาคพิเศษและจันทรัตน์ ถิทธิวรนนท์. (2560). ศึกษาการนำระบบลิ้นมาประยุกต์ใช้ในงานบริการผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(1), 18-31
- วิทยา สุหฤทธดำรง ยุพา กลอนกลางและสุนทร ศรีลังกา. (2552) *มุ่งสู่สิ้นด้วยการจัดการสายธารคุณค่า*. กรุงเทพฯ : อีไอ สแควร์พบลัซซิ่ง
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2563). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก*. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ: สำนักคอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุริยะ เลิศวัฒนะพงษ์ชัย. (2562). *แปลงร่างธุรกิจด้วยลิ้น*. กรุงเทพฯ: บีเอ็มจี เบรกธรู เมเนจเม้นท์ กรุ๊ป.
- เสาวลักษณ์ มนูญญา. (2560). ผลการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดตามแนวคิดลิ้นต่อระยะเวลาการรอคอย และความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก. *วารสารพยาบาลคำรวจ*, 9(1), 72-81.
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อนุวัฒน์ สุภชติกุล. (2552). *Lean & seamless healthcare*. ของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- Bhasin S. (2015). *Lean management beyond manufacturing: A holistic approach* Cham: Springer international Publishing Switzerland.
- Green & Bradley. (2002). *Taxonomy of The Adoption of Lean Production Tools and Technics*." Ph.D. Thesis, Faculty of Engineering Science, the University of Tennessee.
- Heizer, J., & Render, B. (2013). *Operations Management* (11 th ed.). Pearson.
- Kelendar H & Mohammed MA. (2020). Lean and the ECRS principle: developing a framework to minimise waste in healthcare sectors. *IJPHCS*. 7(3): 98-110.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Womack JP & Jones DT. (2003). *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*. New York: Simon.
- Malika V. (2010). *A Study of the teacher's team work in the municipal school under the office of Muang Chonburi municipality*. Thesis. Education Management: Burapha University.
- Stewart, K. R., & Hand, K. A. (2017). ISBAR, communication, and patient safety: An integrated literature review. *MEDSURG Nursing*, 26(5), 297-304.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือรับรองรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงความถูกต้องและความครอบคลุมของการพัฒนาการรับเป็นผู้ป่วยในโดยใช้แนวคิด lean มาใช้กับผู้ป่วย ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. ร.ศ. ยุทธพงศ์ วงษ์มหิศร หัวหน้าภาควิชาสัตสศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. ร.ศ. จิราภรณ์ ศรีอ่อน หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
3. นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาการพยาบาล
ปฐมภูมิและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4. นางสาวจันทรา จินดา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาการพยาบาล
เวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการด้านหน้า ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
5. ร.ศ.สุภาพ ไทยแท้ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (หน่วยงานศูนย์รับผู้ป่วยใน โทร.๓๘๕๒)

ที่ พวข.๑๒๒๑๖/๐๑๔ วันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช”

เรียน หัวหน้าสาขาการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการด้านหน้า

ข้าพเจ้า นางอุไรวรรณ บรรณธรรมจักร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ตำแหน่งเลขที่ พวข.๑๑๔๔๐) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช” มีความประสงค์ที่จะให้ท่านส่งชื่อผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์ ดังนี้

คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๑. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ยุทธพงศ์ วงษ์มัทธ

หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์

โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๒. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง จิราภรณ์ ศรีอ่อน

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๓. นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาการพยาบาลปฐมภูมิและส่งเสริมสุขภาพ
ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๔. นางสาวจันทรา จินดา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าสาขาการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการด้านหน้า

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๑. รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์ สุภาพ ไทแท้

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางอุไรวรรณ บรรณธรรมจักร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๑๐๕๗ วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน หัวหน้าภาควิชาคัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย นางอุไรวรรณ บรรณธรรมจักร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๔๐) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช”

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญท่าน รองศาสตราจารย์ยุทธพงศ์ วงษ์มณีศรี ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาคัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทน์สุนทรพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๘๒).....

ที่ พวช. ๑๒ / ๑๐๕๘..... วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗.....

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห.....

เรียน หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย นางอุไรวรรณ บรรณธรรมจักร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๔๐) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช”

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญท่าน รองศาสตราจารย์จิราภรณ์ ศรีอ่อน ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทรสุนทรพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๑๐๕๙ วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์

ด้วย นางอุไรวรรณ บรรณธรรมจักร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๔๐) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช”

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญท่าน นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาการพยาบาล ปฐมภูมิและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทรสุนทรพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๑๐๖๐

วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน นางสาวจันทรา จินดา

ด้วย นางอุไรวรรณ บรรณธรรมจักร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๔๐) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช”

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญท่าน นางสาวจันทรา จินดา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล) หัวหน้าสาขาการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการด้านหน้า ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทน์สุนทรพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (ฝ่ายการพยาบาล โทร. ๐๒ ๒๕๕ ๓๐๘๒)

ที่ นมร. ๐๓๑๒/ ๖๕๐๑ วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ก่อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ด้วย นางอุไรวรรณ บรรณธรรมจักร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๔๐) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเวชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการจัดทำผลงานเชิงวิเคราะห์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเวชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช”

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์สุภาพ ไทยแท้ ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ก่อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ (ฝ่ายส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ โทร ๐๒ ๒๕๑๖๕๐๐ ต่อ ๓๑๐๒)

ที่ พกร.๐๔/๒๓๔๑

วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ยินดีตอบรับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เลขที่รับ 9568
วันที่ 6 ส.ค. 2567
เวลา 12.04 น.

ฝ่ายการพยาบาล

เลขรับ ๓๖๖๓

วันที่ ๘ ส.ค.๖๗

เวลา ๙.๕๑ น.

ตามหนังสือที่ นมร. ๐๓๑๒/๖๓๓๒ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์สุภาพ ไทยแท้ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห เรื่อง “การพัฒนาารูปแบบการรับผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช” ซึ่งเป็นผลงานของ นางอุไรวรรณ บรรณธรรมจักร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล นั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พิจารณาแล้ว ยินดีให้ รองศาสตราจารย์สุภาพ ไทยแท้ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะหเรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

Yimrat Jitpradit

(อาจารย์จุฑารัตน์ อัครวงศ์ศิษย์)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ด้านวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล
รับที่ 360
วันที่ 9 ส.ค. 67
เวลา 09.50 น.

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
เพื่อโปรดทราบและดำเนินการ

กนก-กร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรียน ☐ หัวหน้าสาขาการพยาบาลทุกท่าน

☒ ทน.สาขา...จินตนา

☒ งานฝึกอบรม/วิชาการ

☐ งานธุรการ

☐ ส่ง E mail แจ้งหน่วยงาน

นางปาริชาติ จันทร์สุนทรพร

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทรพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

รับทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้อง

นางจินตนา แสงรุจี

(นางจินตนา แสงรุจี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

รับทราบ

นางจินตนา แสงรุจี

(นางจินตนา แสงรุจี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

ภาคผนวก ข

รูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยใช้แนวคิด lean

รูปแบบการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยใช้แนวคิด lean

การรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญที่ต้องประสานงานระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน โดยศูนย์รับผู้ป่วยในเป็นผู้ประสานงานและบริหารจัดการให้บริการพยาบาลช่วยเหลือและดูแลอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยให้ การบริหารเตียงทั้งพิเศษและสามัญ ทุกภาควิชา ได้แก่ กุมารเวชศาสตร์ จักษุ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวชวิทยา เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและความพร้อมด้านเอกสาร การรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน และประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับหอผู้ป่วยใน ปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดระยะเวลารอคอย ลดข้อร้องเรียนและเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยในให้ไปในทิศทางเดียวกัน ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานศูนย์รับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
3. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย รวดเร็วและมีความพึงพอใจ

ขอบเขต

พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก ทุกภาควิชา ได้แก่ กุมารเวชศาสตร์ จักษุ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวชวิทยา และศูนย์รับผู้ป่วยใน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วิธีการปฏิบัติ

พยาบาลวิชาชีพศูนย์รับผู้ป่วยใน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีหน้าที่ปฏิบัติงานดังนี้

1. กระบวนการจองเตียง

ขั้นตอนที่ 1 : แพทย์นัดหมายผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลและออกไปนัดจองเตียงนอนโรงพยาบาล ให้กับผู้ป่วย เพื่อนำมาจองเตียงที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน

ขั้นตอนที่ 2 : ตรวจสอบเอกสารการจองเตียงนอน โรงพยาบาลประกอบด้วยเอกสาร ดังนี้

- 2.1 แบบฟอร์มบันทึกการนอนโรงพยาบาล
- 2.2 แบบบันทึกยินยอมรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

2.3 หนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษายาบาลและยินยอมชำระค่าใช้จ่า

ขั้นตอนที่ 3 : ประสานงาน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (คลินิกที่แพทย์ให้มานัดจองเตียง)

กรณีเอกสารไม่ครบถ้วนประสานกลับไปห้องตรวจผู้ป่วยนอก (คลินิกที่แพทย์ให้มานัดจองเตียง) เพื่อเพิ่มเติมเอกสารให้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 4 : ผู้ป่วยเข้ารับการจองเตียง

4.1 ตรวจสอบความถูกต้องด้วยการให้ผู้ป่วยแจ้ง ชื่อ-นามสกุล เมื่อเข้ารับการจองเตียง เพื่อให้ตรงกับเอกสารที่นำมาจองเตียง

4.2 ซักถามประวัติ เป็นการซักถามเกี่ยวกับโรคประจำตัวต่าง ๆ ของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยาเพื่อบำบัดโรค ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เนื่องจากยาบางประเภท เช่น ยาละลายลิ่มเลือด จำเป็นต้องหยุดก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 7 วัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยไม่สามารถหยุดยาตามวันเวลาที่กำหนด การผ่าตัดจะถูกเลื่อนออกไป และสอบถามประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร

4.3 ออกใบนัดเพื่อเตรียมความพร้อม 1) ใบนัดนอนโรงพยาบาลและ 2) ใบนัดเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะโลหิตจาง ระดับน้ำตาลในเลือด การทำงานของไตและตับ เป็นต้น 3) ใบนัดตรวจคลื่นหัวใจ Electrocardiogram :EKG เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ 4) ใบนัดตรวจเอกซเรย์ปอด (X-ray) เพื่อประเมินสมรรถภาพปอดและหารอยโรคของอวัยวะต่างๆ ในระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวกับปอด และอวัยวะใกล้เคียงที่อยู่ในบริเวณทรวงอกด้วยพร้อมเตรียมฟิล์มไว้ใช้สำหรับการดมยาสลบ

ขั้นตอนที่ 5 สอบถามความประสงค์การใช้บริการห้องพิเศษ เพื่อบริหารห้องพักในวันนอนโรงพยาบาลในกรณีผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ต้องการห้องพิเศษ ต้องเตรียมญาติหรือผู้ดูแล สามารถดูแลอยู่ด้วยกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยผู้ดูแลอยู่ด้วยกับผู้ป่วยไม่ควรเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 6 : ให้คำแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนมาเป็นผู้ป่วยใน ดังนี้

6.1 ให้ศึกษาเอกสารขั้นตอนการนอนโรงพยาบาลกับผู้ป่วยและอธิบายให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามขั้นตอนในวันที่จะมานอนโรงพยาบาล

6.2 ให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนและหลังการทำผ่าตัดหัตถการ

6.2.1 เตรียมเอกสารสิทธิการรักษาต่าง ๆ ของผู้ป่วยโดยเตรียมบัตรประชาชน บัตรข้าราชการ สำหรับพระภิกษุให้เตรียมใบสุทธิและผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยมีบัตร PASSPORT ให้นำบัตร PASSPORT มาด้วย หนังสือส่งตัวจากองค์กร (รัฐวิสาหกิจ องค์กรเอกชน มหาชน) หนังสือรับรอง

สิทธิการรักษาจากต้นสังกัด สำหรับสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งต่อ (30 บาทส่งต่อ) และประกันสังคมโรงพยาบาลอื่นๆ ส่งต่อมารักษา

6.2.2 หากรับประทานยาละลายลิ่มเลือด ให้งดรับประทานยา 7 วันก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามคำสั่งแพทย์ผู้ให้การรักษา

6.2.3 แนะนำการเตรียมอุปกรณ์อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวและญาติเตรียมสำหรับเข้าพักในโรงพยาบาล (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่ น้ำยาสระผม หวี ผ้าเช็ดตัว รองเท้าแตะ ชุดใส่กลับบ้าน ฯลฯ)

6.2.4 อาบน้ำและสระผม ให้สะอาดก่อนมาโรงพยาบาล

6.2.5 งดยาเล็บมือ เล็บเท้า และแต่งหน้า ทำผม ก่อนมาโรงพยาบาล

6.2.6 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และให้พลังงานสูงได้แก่ ข้าว แป้ง ขนมัน ไข่ นม ปลา เนื้อสัตว์ ถั่วเหลือง ผักและผลไม้

6.2.7 งดสูบบุหรี่อย่างน้อย 8 สัปดาห์ ก่อนวันผ่าตัด เพื่อลดภาวะหลอดลมเกิดอาการหอบหืดและสารคัดหลั่งในหลอดลม รวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดระหว่างผ่าตัด

6.2.8 งดดื่มสุราและแอลกอฮอล์ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราเรื้อรัง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ ติดเชื้อ ตับวาย และเลือดไม่แข็งตัว เป็นต้น

2. กระบวนการ Admit Case Elective

Case Elective หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉิน จากนโยบายโครงการขยายงาน Admission ทุกระบบ (ภาคผนวก) ให้ผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ทุกภาควิชา ได้ กุมารเวชศาสตร์ จักษุ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวชวิทยาให้นัดมา Admit ที่ศูนย์รับผู้ป่วยในทั้งหมด เพื่อลดการบริการที่ซ้ำซ้อนโดยให้บริการแบบ one stop service ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : ผู้ป่วยมีใบนัดนอนโรงพยาบาล

1.1 แนะนำผู้ป่วยใส่ใบนัดลงในกล่องตามช่วงเวลาในใบนัด

1.2 ดูแลและแนะนำผู้ป่วยวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และนั้รอรเรียกชื่อเพื่อรับคิวประเมินอาการ

1.3 เรียกแจกคิวให้ผู้ป่วยเพื่อรอพยาบาลประเมินอาการ

ขั้นตอนที่ 2 : คัดกรองและประเมินอาการ

2.1 ชักประวัติ ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล โรคร่วม และประวัติแพ้ยา ประวัติเพื่ออาหาร ประวัติการผ่าตัด การงดยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด พร้อมประเมินปัญหาเบื้องต้น

2.2 ประเมิน สัญญาณชีพ Pain score น้ำหนักและ ส่วนสูง

2.3 ตรวจสอบและประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) ผลตรวจเอกซเรย์ปอด (X-Ray) และตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) ที่แพทย์นัด ถ้าพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณา ส่งต่อตรวจร่างกายจากแพทย์อายุรกรรมเพื่อประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนเข้ารับการรักษา (ตามแผนการรักษาของแพทย์)

ขั้นตอนที่ 3 : การบริหารจัดการเตียงรับผู้ป่วย

3.1 คู่มือจำนวนเตียงพร้อมรับผู้ป่วยจากระบบ E- Phis

3.2 จัดการบริหารเตียงตามระบบ (จากการประชุมผู้บริหารและนโยบายโครงการ ขยายงาน Admission ทุกระบบ ภาคผนวก)

3.2.1 ผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ บริหารเตียงโดยแบ่งตามสายประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล และเมื่อเตียงตามสายเต็มจะมีแนวทาง Cross เตียงระหว่างหอผู้ป่วย/ภาควิชาอย่างเหมาะสม ดังนี้

3.2.1.1 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8 B จำนวนเตียง ทั้งหมด 25 เตียง Semi ICU 8 เตียงสามัญ 17 เตียง ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคระบบประสาทศัลยศาสตร์กึ่งวิกฤต และสามัญ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่เพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมเตียงเต็ม ให้รับตามหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 2) เพศชาย : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B
- 3) เพศหญิง : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 5) เพศชาย : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A
- 6) เพศหญิง : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A
- 7) เพศหญิง : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7B
- 8) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

3.2.1.2 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B จำนวนเตียง สามัญ 25 เตียง ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล ผู้ป่วยโรคระบบศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ประเภทสามัญ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ทั้งที่ผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ผู้ป่วย

ศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็ม กรณีเตียงเต็มให้รับตามหอผู้ป่วยตามลำดับดังนี้

- 1) เพศชาย : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B
- 2) เพศหญิง : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 3) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B
- 5) เพศชาย : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A
- 6) เพศหญิง : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A
- 7) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

3.2.1.3 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10 B จำนวนเตียง ทั้งหมด 25 เตียง Semi ICU 8 เตียงสามัญ 17 เตียง ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล รับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป เพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมโดยไม่จำกัดเพศผู้ป่วย ศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็ม ให้รับตามหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9 B
- 2) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4 A
- 3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8 B
- 4) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A
- 5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

3.2.1.4 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B จำนวนเตียง สามัญ 25 เตียง ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล ผู้ป่วยหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรม มะเร็งเต้านม คอัมไรท์ต่อ ระบบทางเดินอาหาร ลำไส้ ดับดับอ่อน ผู้ป่วยโรคอ้วนที่นัดมาผ่าตัด ระบบหลอดเลือดน้ำเหลืองและผู้ที่มีความผิดปกติทั้งที่อยู่ในภาวะวิกฤตและไม่วิกฤตผ่าตัด ผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็มให้รับตามหอผู้ป่วยตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 2) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B
- 4) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A
- 5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

3.2.1.5 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B (Eye, ENT) จำนวนเตียง สามัญ 25 เตียง ประเภทผู้ป่วย ที่รับไว้ดูแล ผู้ป่วยหญิงและชายที่มีปัญหาด้าน โสต ศอ นาสิก และจักษุ ผ่าตัดและไม่ผ่าตัด

และรับผู้ป่วยเด็ก อายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปที่ไม่มีปัญหาทางเดินหายใจในกรณีที่เคยงัดเข็มให้รับตามหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 2) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 3) เพศชาย : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B / เพศหญิง : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 4) เพศชาย:หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A เพศหญิง : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A

3.2.1.6 หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ จำนวนเตียง สามัญ 25 เตียงประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล รับผู้ป่วยหญิงและชายด้านศัลยกรรมตกแต่งทั้งที่ผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ศัลยกรรมไฟไหม้ น้ำร้อนลวกเด็ก ที่ไม่เกิน 20% / เคสศัลยกรรมอุบัติเหตุ (Trauma) / ศัลยกรรมอื่น ๆ ทั้งที่ผ่าตัด ตรวจพิเศษและไม่ผ่าตัด ในกรณีที่หอผู้ป่วยเฉพาะทางเตียงเต็ม / ผู้ป่วยที่มีปัญหากล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น และข้อในทุกอวัยวะทั้งผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีเตียงเต็มให้รับตามหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B
- 2) เพศชาย : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B / เพศหญิง : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 4) เพศชาย:หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A / เพศหญิง : หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A
- 5) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7B
- 6) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

3.2.1.7 หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A จำนวนเตียง สามัญ 25 เตียงประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล รับผู้ป่วยหญิงทุกวัยและเด็กชายตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 12 ปีที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นและข้อ ในทุกอวัยวะ ทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด กรณีเตียงเต็มให้รับตามหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 2) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B
- 4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B

5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

3.2.1.8 หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A จำนวนเตียง สามัญ 25 เตียง ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล รับผู้ป่วยเพศชายอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ปัญหากล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นและข้อ ในทุกอนุสาขาทั้งผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็มให้รับตามหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 2) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B
- 3) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B
- 4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17B

3.2.1.9 หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7B (CVT) จำนวนเตียง สามัญ 25 เตียง ประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล รับผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ เพศชายและหญิง และเด็ก ตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 10 เตียง ที่ไม่มีภาวะติดเชื้อ ผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกับและผ่าตัดแผลเล็ก (ODS/MIS) จำนวน 4 เตียง ผู้ป่วยศัลยกรรมอื่น ๆ (clean) ในกรณีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเตียงเต็ม ให้รับตามหอผู้ป่วย ตามลำดับดังนี้

- 1) หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 4A
- 2) เพศชาย : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B
- 3) เพศหญิง : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B
- 4) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B
- 5) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8B

3.2.2 ผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ บริหารเตียงโดยหมุนเวียนการรับผู้ป่วย โดยมีหอผู้ป่วย จำนวน 3 หอผู้ป่วย ดังนี้

- 3.2.2.1 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7A
- 3.2.2.2 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9A
- 3.2.2.3 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10A

3.2.3 ผู้ป่วยพิเศษจักษุและ โสต ศอ นาสิก

- 3.2.3.1 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17A

3.2.4 ผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ บริหารเตียงโดยหมุนเวียนการรับผู้ป่วย โดยมีจำนวน หอผู้ป่วย 4 หอผู้ป่วยระยะสั้น และ 1 หอผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น ดังนี้

3.2.4.1 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B อายุรกรรมสามัญและกึ่งวิกฤตรับผู้ป่วย เพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยแบ่งเป็น Semi ICU 8 เตียง อายุรกรรมสามัญ 17 เตียง

3.2.4.2 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13B อายุรกรรมสามัญและกึ่งวิกฤตรับผู้ป่วย เพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยแบ่งเป็น Semi ICU 8 เตียง และอายุรกรรมสามัญ 17 เตียง (มี ห้องแยก 1 ห้อง)

3.2.4.3 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 14B อายุรกรรมสามัญและกึ่งวิกฤตรับผู้ป่วย เพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปโดยแบ่งเป็น Semi ICU 8 เตียง ให้อายุรกรรมสามัญ 18 เตียง

3.2.4.4 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 15B อายุรกรรมสามัญและกึ่งวิกฤตรับผู้ป่วย เพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปโดยแบ่งเป็น Semi ICU 8 เตียง อายุรกรรมสามัญ 18 เตียง

3.2.4.5 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16B อายุรกรรมสามัญรับผู้ป่วยเพศชายและ เพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 26 เตียง เป็นผู้ป่วยนัดมาทำหัตถการระบบต่าง ๆ ทางอายุรกรรมและผู้ป่วย ที่มีปัญหาทางอายุรกรรมซึ่งไม่อยู่ในภาวะวิกฤตจำนวน 22 เตียง และเป็นผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือได้รับยา rt - PA ไปแล้ว 24 ชั่วโมง

3.2.5 ผู้ป่วยสูติ - นรีเวชวิทยาสามัญ/พิเศษ

3.2.5.1 หอผู้ป่วยมาหาชีวิตราชู 6 B รับผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชกรรมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านนรีเวช ที่มารับการผ่าตัดและฉายแสงที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบรักษาด้วยการประคับประคองอาการ โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 19 เตียง รับผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม และ ด้านนรีเวชกรรม ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่มารับการ ผ่าตัด ฉายแสง มีภาวะแทรกซ้อนประคับประคองอาการ โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมี บำบัดจำนวน 19 เตียง ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 5 เตียง ห้องพิเศษเดี่ยว 1 เตียง

3.2.5.2 หอผู้ป่วยมาหาชีวิตราชู 8A รับผู้ป่วยสูติกรรมที่มาคลอดบุตรและ ผู้ป่วย ทางนรีเวชกรรมและมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดโดยแบ่งเป็นเตียงสามัญ 18 เตียง และ ห้องพิเศษคู่จำนวน 6 เตียง

3.2.5.3 หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8A รับผู้ป่วยพิเศษเดี่ยวด้านสูติ - นรีเวช กรรม

3.2.6 ผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

3.2.6.1 หอผู้ป่วยมาหาชีวิตราชู 9A รับดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็ก ทุกโรคทุกระบบอายุ >3 วัน (น้ำหนัก > 2,200 กรัม) ถึง 15 ปีบริบูรณ์ (กรณี > 15 ปี ตามดุลพินิจ ของแพทย์)

3.2.6.2 หอผู้ป่วยมาหาเวชารัฐ 8B รับผู้ป่วยพิเศษของกุมารเวชกรรมจำนวน 7 ห้อง ห้องสามัญ 1 ห้อง (3 เตียง) และห้อง Negative 1 ห้อง

ขั้นตอนที่ 4 : รับผู้ป่วยใน

ตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ให้ครบถ้วน รวมทั้งให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ต้องชำระ โดยประกอบด้วยเอกสารดังนี้

- 4.1 แบบฟอร์มบันทึกการนอนโรงพยาบาล
- 4.2 แบบฟอร์มประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อรับไว้ในโรงพยาบาล
- 4.3 เอกสารให้ความยินยอมต่าง ๆ
- 4.4 บันทึกการยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
- 4.5 บันทึกการยินยอมรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ
- 4.6 หนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษายาบาลและยินยอมชำระค่าใช้จ่าย
- 4.7 บันทึกการยินยอมรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การผ่าตัดและการทำหัตถการในช่วงมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)
- 4.8 หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลการใช้บริการห้องพิเศษ(กรณีผู้ป่วยประสงค์ห้องพิเศษ)

ขั้นตอนที่ 5 : ส่งต่อเข้าหอผู้ป่วย

- 5.1 โทรส่งข้อมูลให้ทางหอผู้ป่วย
- 5.2 ประสานงาน ทำเลขที่ A.N. (Admission Number)
- 5.3 ลงสิทธิการรักษาผู้ป่วยใน
- 5.4 ส่งผู้ป่วยและเวชระเบียนขึ้นหอผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ

พยาบาลวิชาชีพศูนย์รับผู้ป่วยใน ฝ่ายการพยาบาล ผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

การประเมินผล

1. ระยะเวลารอAdmit ลดลง
2. ไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องระยะเวลาการรอคอย
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยศูนย์รับผู้ป่วยใน $\geq 85\%$

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. แบบฟอร์มบันทึกการนอนโรงพยาบาล
2. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
3. บันทึกการยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
4. แบบบันทึกยินยอมรับการผ่าตัดหรือหัตถการ
5. หนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษายาบาลและยินยอมชำระค่าใช้จ่าย
6. บันทึกการยินยอมรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การผ่าตัดการทำหัตถการในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
7. หนังสือแสดงเจตนาแสดงการรับทราบข้อมูลการใช้บริการห้องพิเศษ
8. ขั้นตอนการนอนโรงพยาบาล

ภาคผนวก ค

แบบประเมินผลการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

แบบประเมินผลการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

แบบบันทึก/แบบประเมินทั้งหมดแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระยะเวลาการรอคอยรับเป็นผู้ป่วยใน (e-phis)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกปฏิบัติการดูแลความเสี่ยงข้อร้องเรียน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการรับเป็นผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย Case Elective ที่แพทย์นัดมา Admit ที่ศูนย์ผู้ป่วยใน

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามนี้โดยขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ	ชาย	หญิง
2. อายุ	อายุน้อยกว่า 30 ปี	อายุ 31-40 ปี
	อายุ 41-50	อายุมากกว่า 50 ปี
3. สถานภาพสมรส	โสด	สมรส/ คู่
	หม้าย	
4. ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	ประถมศึกษา
	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา/ปวส.
	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ค้าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัว
	นักเรียน/ นักศึกษา	รับจ้าง
6. สิทธิที่ใช้ในการรักษา	สิทธิข้าราชการ	ประกันสังคม
	ชำระเงินเอง	บัตรสวัสดิการรักษายาบาล (30 บาท)
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	< 5,000	5,000 – 15,000
	> 15,000	

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระยะเวลาการคอยรับเป็นผู้ป่วยใน (e-Phis)

รายงานสถิติ ห้องตรวจ

[CNR101] - รายงานระยะเวลาผู้ป่วยรับการรักษารวมของคณะห้องตรวจ

ตั้งแต่วันที่ : ถึงวันที่ :

หน่วยตรวจ :

คลินิกย่อย :

แพทย์ :

☐ แสดงเวลาตั้งแสดงตรวจ

☐ แสดงเฉพาะเวลาตรวจครั้งแรก

☐ แสดงเฉพาะเวลาตรวจครั้งแรกและคนไข้ที่ตามเวลาใดก็ตาม

ผู้ใช้ : นายสุวิทย์ วรรณรัตน์ หน่วยงาน : ศูนย์รับผู้ป่วยใน Comp Info - IP : 10.1.11.169 19/07/2567 15:27:51

e-PHIS [FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL] (VJROBHA)

รายงานสถิติ ห้องตรวจ

[CNR101] - รายงานระยะเวลาผู้ป่วยรับการรักษารวมของคณะห้องตรวจ

ตั้งแต่วันที่ : 24/05/2566 ถึงวันที่ : 24/05/2566

หน่วยตรวจ : ห้องตรวจผู้ป่วยใน

คลินิกย่อย : คลินิกผู้ป่วยใน

แพทย์ :

☒ แสดงเวลาตั้งแสดงตรวจ

☐ แสดงเฉพาะเวลาตรวจครั้งแรก

☐ แสดงเฉพาะเวลาตรวจครั้งแรกและคนไข้ที่ตามเวลาใดก็ตาม

1. [CNR001] - รายงานสถิติผู้ป่วยนอกและสถานพยาบาลผู้ป่วยในตามวันตรวจ ตามช่วงเวลา

2. [CNR002] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกและคลินิกผู้ป่วยใน

3. [CNR003] - รายงานสถิติผู้ป่วยนอก Consult ของคณะห้องตรวจ ตามช่วงเวลา

4. [CNR006] - รายงานสถิติผู้ป่วยนอก และคลินิก (กรณีผู้ป่วยนอกและคลินิก) ตามช่วงเวลา

5. [CNR007] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียง ตามคณะห้องตรวจ ตามช่วงเวลา

6. [CNR008] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียง ตามคณะห้องตรวจ ตามช่วงเวลา

7. [CNR010] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียง

8. [CNR017] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคณะห้องตรวจ

9. [CNR022] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคลินิกผู้ป่วยใน

10. [CNR039] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียง

11. [CNR101] - รายงานระยะเวลาผู้ป่วยรับการรักษารวมของคณะห้องตรวจ

12. รายงานระยะเวลาผู้ป่วยรับการรักษารวมของคณะห้องตรวจ

13. [CNR002] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกและคลินิกผู้ป่วยใน

14. [CNR005] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคณะห้องตรวจ

15. [CNR031] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคลินิกผู้ป่วยใน

16. [CNR501] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคลินิกผู้ป่วยใน

17. รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคลินิกผู้ป่วยใน

18. [CNR007] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคณะห้องตรวจ

19. [CNR030] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคลินิกผู้ป่วยใน

20. [CNR031] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคลินิกผู้ป่วยใน

21. [CNR032] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคลินิกผู้ป่วยใน

22. [CNR033] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคลินิกผู้ป่วยใน

23. [CNR034] - รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกที่ฝากเตียงตามคลินิกผู้ป่วยใน

ผู้ใช้ : นายสุวิทย์ วรรณรัตน์ หน่วยงาน : ศูนย์รับผู้ป่วยใน Comp Info - IP : 10.1.11.169 19/07/2567 16:08:53

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงข้อร้องเรียน

[illegible]

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
1	เจ้าหน้าที่ให้บริการตรงตามความต้องการ และสามารถตอบสนองการบริการได้ทันเวลาที่					
2	เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลและบริการที่ตรงต่อเวลา มีการแจ้งทันทีหากมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น					
3	อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้รับบริการที่เพียงพอ เช่น รถเข็นนั่ง รถเข็นนอน มีช่องทางรับฟังข้อคิดเห็นต่อการบริการเช่น กล่องรับความเห็น จดรับข้อร้องเรียน					
4	การสื่อสารภายในโรงพยาบาล เช่น มีป้าย/ สัญลักษณ์/มีการประชาสัมพันธ์การบริการที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย					
5	ให้บริการตามลำดับก่อนหลัง ไม่เลือกปฏิบัติ หรือมีความเสมอภาคการบริการ					
6	พื้นที่ของโรงพยาบาลที่มีความสะอาดร่มรื่น มีความสะดวกครบครัน					
7	สิ่งอำนวยความสะดวกที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้ เช่น ที่จอดรถ ห้องสุขา น้ำดื่ม ที่นั่งรอรับบริการ					

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการ (ต่อ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย มากที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
8	การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้ข้อมูล และอำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับ บริการ					
9	ความสะดวก รวดเร็วการให้บริการ					
10	รู้สึกปลอดภัยทุกครั้งเมื่อได้เข้ามาใช้ บริการภายในโรงพยาบาล					

ภาคผนวก ง

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

- แบบฟอร์มบันทึกการนอนโรงพยาบาล
- แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- บันทึกการยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
- แบบบันทึกยินยอมรับการผ่าตัดหรือหัตถการ
- หนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษายาบาลและยินยอมชำระค่าใช้จ่าย
- บันทึกการยินยอมรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การผ่าตัดการทำหัตถการในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- หนังสือแสดงเจตนาแสดงการรับทราบข้อมูลการใช้บริการห้องพิเศษ
- ขั้นตอนการนอนโรงพยาบาล



แบบฟอร์มบันทึกการนอนโรงพยาบาล
ADMISSION CENTER VAJIRA HOSPITAL FORM

HN.....ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....เบอร์ญาติที่ติดต่อได้.....

หน่วยงานที่ขอจองเตียง ☐ ศัลยกรรม ☐ อายุรกรรม ☐ ออร์โธปิดิกส์ ☐ สูติ-นรีเวชกรรม

☐ กุมารเวชกรรม ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

สิทธิการรักษา ☐ ดันสังกัด ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ ข้าราชการ ☐ อื่น ๆ.....

หอผู้ป่วยที่จอง ☐ สามัญ ☐ พิเศษ.....

วันที่ต้องการให้นอนโรงพยาบาล..... ☐ ในเวลา ☐ นอกเวลา (PREMIUM)

การวินิจฉัย.....

การรักษา/การผ่าตัด.....วันที่จะทำผ่าตัด.....

ยาละลายลิ้มเลือด/บาดานการแข็งตัวของเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

☐ ไม่งดยา ☐ งดยา วันที่.....

Investigation ที่ทำแล้วก่อน Admit

☐ LAB ☐ X-RAY ☐ EKG

การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านผ่าตัด

☐ Ambulatory ☐ อื่น ๆ.....

Investigation ที่ทำวัน Admit

การตรวจชั้นสูตรโรค ☐ CBC ☐ PT/PTT ☐ Anti HIV ☐ BS ☐ Electrolyte

☐ BUN/Cr. ☐ LFT ☐ CEA ☐ อื่น ๆ.....

การตรวจทางรังสี ☐ CXR ☐ อื่น ๆ.....

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ

ลงชื่อแพทย์.....รหัส.....

วันที่.....เวลา.....น.



คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวิเศษยาเขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี H.N.....
 การวินิจฉัยเบื้องต้น..... แพทย์ผู้รับไว้.....รหัสแพทย์.....
 ภาควิชา / กลุ่มงาน..... รับไว้ที่หอผู้ป่วย.....
 ประเภทเตียง ☐ สามัญ ☐ พิเศษเดี่ยว ☐ พิเศษรวม ☐ ICU
 การจำแนกประเภทผู้ป่วย ☐ จุกเงินมาก ☐ จุกเงิน ☐ ไม่จุกเงิน
 การประเมินอาการ
 ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว
 การเสียเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี
 ภาวะช็อก ☐ ไม่ช็อก ☐ ช็อก
 กระดูก ☐ ปกติ ☐ ผิดรูป ตำแหน่ง.....
 การหายใจ ☐ หายใจได้เอง ☐ หายใจลำบาก ☐ ให้ O₂ canular ☐ อื่น ๆ.....

สัญญาณชีพ.....

การให้เลือด / สารน้ำ.....

อาการสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง / เฝ้าระวัง.....

ผู้บันทึก / ผู้แจ้ง (เขียนตัวบรรจง).....

ผู้รับแจ้ง (เขียนตัวบรรจง).....

วัน / เดือน / ปี..... เมื่อเวลา.....น.

นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ประเมินสิทธิการรักษาเบื้องต้น ☐ ต้นสังกัด ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
☐ บัตรต่างด้าว ☐ เงินสด ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก (เขียนตัวบรรจง).....

สำหรับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน

A.N..... เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก (เขียนตัวบรรจง).....

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้อนุมัติสิทธิคำปรึกษา (เฉพาะผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้า / ต่างด้าว)

ประเภทสิทธิคำปรึกษา ☐ ต่างด้าว ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถานพยาบาล ☐ วทบ. ☐ ที่อื่น ๆ ระบุ.....

☐ อนุมัติสิทธิคำปรึกษาผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก (เขียนตัวบรรจง).....

หน่วยงานที่อนุมัติสิทธิคำปรึกษา.....



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

วันที่.....
(รศ. พญ. ปณิตดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

บันทึกการยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (INFORMED CONSENT FOR ADMISSION)

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อ.....วันเดือนปีเกิด.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....
ข้าพเจ้าสมัครใจให้ ผู้ป่วยชื่อ.....เข้าเป็นผู้ป่วยในของ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลตามคำแนะนำของแพทย์ ข้าพเจ้ารับทราบเหตุผลและยินยอมให้แพทย์ บุคลากรทีมสุขภาพ
ทำการตรวจวินิจฉัยให้การรักษาด้วยยา ยาระงับความรู้สึก สารน้ำทางหลอดเลือด การใส่สารให้อาหาร การใส่สายสวน
ปัสสาวะ เป็นต้น ทั้งนี้ตามความจำเป็นและเหตุผลทางการแพทย์ เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพโดยระยะเวลาในการรักษา
ขึ้นกับโรคของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แต่หากจะมีการผ่าตัด/ ทำหัตถการทางเลือกอื่นๆ ที่เป็นไปได้จะแจ้ง
ให้ข้าพเจ้าทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสีย ผลการรักษาก่อนพิจารณาและให้ความยินยอมเป็นกรณีไป
ยกเว้นในกรณีที่เป็นการเหตุฉุกเฉินหรือเพื่อชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ และทีมบริการดำเนินการได้ตามเห็นสมควร
แต่อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้าทราบว่าวิธีการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น การติดเชื้อ การแพ้ยา
บางชนิดที่ผู้ป่วยอาจทราบหรือไม่ทราบมาก่อน ซึ่งหากมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นอาจจะเป็นอันตรายแก่ร่างกาย
จิตใจ หรือชีวิตผู้ป่วยได้

ข้าพเจ้าทราบว่าคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เป็นสถาบันการศึกษาฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมจะมี
บุคลากรทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล
นักศึกษา และบุคลากรอื่นๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วมดูแล ตรวจวินิจฉัยรักษา ทั้งนี้ข้าพเจ้าและผู้ป่วยยินยอมกลับบ้าน
หรือที่พักอาศัย ก่อนเวลา 12.00 น. ของวันที่แพทย์จำหน่าย และญาติยินยอมรับผู้ป่วยกลับตามเวลาดังกล่าว

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความปลอดภัย
ของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล โดยได้ดำเนินการมาตรการป้องกันการติดเชื้อและแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019
ตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกรายมีโอกาสที่จะสัมผัสเชื้อและแสดงอาการของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ได้

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลและยอมรับโอกาสที่อาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาลจะดำเนินการ
ป้องกันการติดเชื้อและแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัดก็ตาม

ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง
วันที่.....เวลา.....น. วันที่.....เวลา.....น.
(กรณีพิมพ์นิ้ว ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา) (กรณีพิมพ์นิ้ว ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย
☐ ไม่มีพยานเนื่องจากผู้ให้ความยินยอมมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....) ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง
วันที่.....เวลา.....น. วันที่.....เวลา.....น.
☐ แพทย์ ☐ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในฐานะพยาน

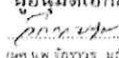


คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร
.....
(รศ. พญ. ปณิตดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

บันทึกการยินยอมรับการรักษแบบผู้ป่วยใน (INFORMED CONSENT FOR ADMISSION)

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก และมีการแพร่ระบาดในประเทศไทยมาตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ที่ทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากทั่วประเทศ ทางโรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้โรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้ดำเนินการมาตรการการป้องกันการติดเชื้อและแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างเคร่งครัด รวมไปถึงการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการต่างๆ การประเมินอาการ อาการแสดง และความเสี่ยงระหว่างเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และการจำกัดผู้เข้าเยี่ยม อย่างไรก็ตามจากหลักฐานทางการแพทย์ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บางส่วนที่อยู่ในระหว่างช่วงเวลาพักตัวของเชื้อ หรือผู้ป่วยบางส่วนที่มีอาการ จะมีผลการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการตรวจ ATK เป็นลบหรือตรวจไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีโอกาสแสดงอาการของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขึ้นมาหลังจากที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และเมื่อเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขึ้น ทางโรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีความจำเป็นต้องให้การรักษาโดยทีมแพทย์และพยาบาล ณ หอผู้ป่วยเฉพาะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แยกออกจากหอผู้ป่วยทั่วไป

	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY	ผู้อนุมัติเอกสาร  (นายแพทย์ วิจารณ์ นามิระ)
แบบบันทึกยินยอมรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (INFORMED CONSENT FOR SURGERY AND PROCEDURE)		
ชื่อ-สกุล (ติดสติ๊กเกอร์)..... อายุ..... HN..... AN.....		
เขียนที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.		
ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง..... วันเดือนปีเกิด..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น..... ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยสมัครใจให้ นายแพทย์/ แพทย์หญิง..... และคณะแพทย์ - พยาบาล ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชที่ได้รับมอบหมาย ให้มีส่วนร่วม ในการดูแล ผู้ป่วยชื่อ นาย/นางสาว/นาง..... HN..... ซึ่งข้าพเจ้าได้รับคำอธิบาย ให้ทราบถึงอาการ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย คือ..... ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมให้มีการดำเนินการรักษาความเจ็บป่วยดังกล่าวข้างต้นโดยวิธีการผ่าตัด ตามที่ได้มีการวางแผนไว้สำหรับ ผู้ป่วย คือ..... ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึก ชนิดระงับความรู้สึกทั้งตัว ระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โดยแพทย์ผู้รักษา วิชาญ ฐิติแพทย์ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดจากแพทย์เกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการผ่าตัด รวมถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียงและ/หรือปัญหาแทรก ซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลังการผ่าตัด เช่น ผลผ่าตัดมีการอักเสบติดเชื้อ ผลผ่าตัดมีเลือดออกมากหรือแผลซึม ผลผ่าตัดเป็นแผลเป็น อื่นๆ (ระบุ).....		
รวมถึงข้อดีข้อเสียของการรักษาแต่ละวิธี ทางเลือกการรักษาและระยะเวลาของการรักษาแล้ว คำอธิบายที่ข้าพเจ้าได้รับทราบ มีพื้นฐานจากการวินิจฉัยโรคที่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยซึ่งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้รับทราบแล้วก่อนหน้านี้ ไม่รวมถึงการวางกายหรือโรคซึ่งแอบแฝงอยู่โดยที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้รับทราบและ/หรือจากภาวะของโรค บางครั้งอาจต้องผ่าตัดถ่วง เพิ่มเติมนอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมก่อนผ่าตัด รวมถึงการที่พบความผิดปกติเพิ่มเติมในระหว่างผ่าตัด ซึ่งยังผลให้อาจมีความเสี่ยงเพิ่มเติมนอกจากนี้ ข้าพเจ้ารับทราบเป็นอย่างดีว่า ความยินยอมนี้ครอบคลุมถึงการรักษาในภาวะฉุกเฉิน การผ่าตัด การเปลี่ยนชนิดของการรักษาและอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการรักษา และ/หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าแพทย์ไม่อาจรับประกันผลการผ่าตัดได้ว่าจะหายหรือทุเลาได้ 100% แม้แพทย์จะทำการ การรักษาเต็มที่และถูกต้องตามหลักวิชาการแล้วก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เก็บเนื้อเยื่อ น้ำเลือด ที่ได้จากการผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย หรือนำชิ้นส่วนตรวจร่างกายเนื้อเยื่อ หรือ อวัยวะที่ถูกตัดออกจากร่างกายของผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคต่อไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมให้แพทย์ และคณะแพทย์-พยาบาล ผู้ที่ได้รับมอบหมาย สามารถกระทำการรักษา/ทำหัตถการเพิ่มเติมด้วยเหตุผลซึ่งแสดงถึงความจำเป็นในการวินิจฉัยการรักษาดังกล่าว เช่น การใส่ยาเพื่อระงับความรู้สึก การให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด การวินิจฉัยทางรังสีวิทยาและพยาธิวิทยา การตัดสินใจเพื่อหรือส่วนของอวัยวะซึ่ง กระทำโดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดรักษาตรวจวินิจฉัย (แนบพิมพ์กล่าวข้างต้น) ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า หากการวินิจฉัยการรักษาดังกล่าวกระทำไปโดย คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วย		
ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ..... ผู้ให้ความยินยอม (.....) วันที่..... เวลา..... (กรณีพิมพ์นิ้ว ระบุนิ้ว.....ข้าง.....) *กรณีที่อยู่มาคนเดียวให้ระบุในช่องพยานว่ามาคนเดียวและลงชื่อกำกับด้วย	ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ..... พยาน (.....) วันที่..... เวลา..... (กรณีพิมพ์นิ้ว ระบุนิ้ว.....ข้าง.....) เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยหรือญาติมาคนเดียว	
ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล (.....) วันที่..... เวลา..... ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล	ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ (.....) วันที่..... เวลา..... เจ้าหน้าที่ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในฐานะพยาน	



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

.....
(รศ.พญ.ปิ่นดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษายาบาลและยินยอมชำระค่าใช้จ่าย (ผู้ป่วยใน)

เขียนที่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ป่วย) อายุ ปี
HN AN เลขประจำตัวประชาชน โทร.

ผู้กระทำการแทนผู้ป่วย (ถ้ามี) ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี
เลขประจำตัวประชาชน โทร. เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย

☐ ผู้ป่วยมีสิทธิคำรักษายาบาล ดังนี้
☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาล
☐ ประกันสังคม ของโรงพยาบาล
☐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ☐ ต้นสังกัด ☐ เบิกจ่ายตรง
☐ สิทธิรัฐวิสาหกิจ ของหน่วยงาน
☐ สิทธิอื่นๆ ที่ผู้ป่วยมีสิทธิ ระบุ

☐ ผู้ป่วยไม่มีสิทธิคำรักษายาบาล เนื่องจาก

ผู้ป่วย/ ผู้กระทำการแทนผู้ป่วย ได้รับทราบและยินยอมในการเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยได้รับการชี้แจงจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิคำรักษายาบาลและค่าใช้จ่ายแล้ว

ผู้ป่วย/ ผู้กระทำการแทนผู้ป่วย ได้รับทราบและยอมรับแล้วว่าจะมีคำรักษายาบาลเบื้องต้นในส่วนที่เกินสิทธิและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ปรมาณ บาท (.....)

นอกจากนี้อาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากที่ประมาณไว้ดังกล่าว ตามสภาพและเหตุผลความจำเป็นในการรักษายาบาลซึ่งจะแจ้งให้ผู้ป่วย/ ผู้กระทำการแทนทราบก่อนการรักษายาบาล และผู้ป่วย/ ผู้กระทำการแทนผู้ป่วย

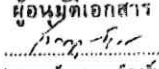
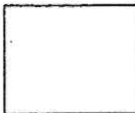
☐ ยินยอมชำระค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิคำรักษายาบาล ทั้งหมด
☐ ยินยอมชำระค่าใช้จ่ายทั้งหมดเอง เนื่องจากผู้ป่วย ไม่มีสิทธิ/ ไม่อาจใช้สิทธิ/ ไม่ประสงค์ใช้สิทธิคำรักษายาบาล
☐ ยินยอมชำระค่าใช้จ่ายบางส่วน ☐ ไม่อาจชำระคำรักษายาบาล

ค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิคำรักษายาบาล ได้แก่ ค่าธรรมเนียมแพทย์ ค่าอวัยวะเทียม ค่าอุปกรณ์ ค่ายา และค่าใช้จ่ายอื่นที่เกินจากสิทธิพื้นฐาน (WI-ODI-SW-001 แก้ไขครั้งที่ 00) หรือสิทธิอื่น ๆ

ผู้ป่วย/ ผู้กระทำการแทนผู้ป่วย ได้อ่านและได้รับคำชี้แจงในข้อความข้างต้นจนเป็นที่เข้าใจดีแล้ว เห็นว่าเป็นไปตามเจตนาของ ผู้ป่วย/ ผู้กระทำการแทนผู้ป่วยทุกประการ และรับรองว่าจะไม่ไปเรียกร้องคำรักษายาบาลหรือค่าใช้จ่ายที่ได้จ่ายไปข้างต้นคืน ภายหลังจากหน่วยงานที่ผู้ป่วยใช้สิทธิ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ ผู้ป่วย/ ผู้กระทำการแทนผู้ป่วย ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูล
(.....) ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง
วันที่ เวลา น. วันที่ เวลา น.
(กรณีพิมพ์นิ้ว ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา) ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล

ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ พยานของผู้ป่วย ลงชื่อ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
(.....) ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง
เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย วันที่ เวลา น.
วันที่ เวลา น. เจ้าหน้าที่ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในฐานะพยาน
☐ ไม่มีพยานเนื่องจากผู้ให้ความยินยอมมากคนเดียว

	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY	ผู้อนุมัติเอกสาร  (ผศ.นพ. ธีรภัทร นนฺตฤกษ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
บันทึกการยินยอมรับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน การผ่าตัด การทำหัตถการในช่วงมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) (INFORMED CONSENT FOR ADMISSION, OPERATION OR PROCEDURE ON COVID -19 SITUATION)		
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ☐ ทายาทตามกฎหมายของผู้ป่วย สมารถใจให้ ☐ ตัวข้าพเจ้าเอง ☐ ผู้ป่วยชื่อ..... เข้าเป็นผู้ป่วยใน ผ่าตัดหรือการทำหัตถการของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากขณะนี้มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอื่นๆ และบุคลากรทุกท่าน ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ป่วย และ/หรือญาติผู้ป่วยที่จะเข้าผู้ป่วย รวมถึงผู้เข้าเยี่ยมต้องไม่มีอาการ และหรือประวัติเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ☐ 1. ต้องไม่มี ประวัติไข้หรือมีอุณหภูมิตั้งแต่ 37.5 °C ขึ้นไป ร่วมกับมีอาการทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ และ/หรือ ☐ 2. ต้องไม่มี ประวัติความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ภายใน 14 วันก่อนวันเริ่มป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ☐ 2.1 อาศัย/ เดินทางจากพื้นที่ระบาด หรือ พื้นที่ระหว่างการติดตาม หรือการแวะเปลี่ยนเครื่อง (Transit) และอยู่ในเมืองนั้นนานเกิน 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นไปตามประกาศของกรมควบคุมโรค ณ ขณะนั้น ☐ 2.2 สมาชิกในครอบครัวเดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการรายงานของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ตามข้อ 2.1 ☐ 2.3 เป็นผู้ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ที่มาจากพื้นที่ที่มีการรายงานการระบาด เช่น ทำงานใน สนามบิน การขนส่งสาธารณะ (แท็กซี่ รถจ้างเหมา รถทัวร์ รถตู้) มัคคุเทศก์ ร้านพล/ สปา โรงแรม ห้างสรรพสินค้า หรือมีประวัติเข้าไปที่ สนามมวยราชดำเนิน/ ลุมพินี ฟันบาร์ที่บริเวณทองหล่อ รวมถึงพื้นที่ประกาศกรมควบคุมโรค ณ ขณะนั้น ☐ 2.4 มีประวัติ ใกล้ชิดสัมผัสผู้ป่วยเข้าข่าย/ ยืนยัน ต่อการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ☐ 2.5 เป็น บุคคลทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่สัมผัสกับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายืนยันข้อความดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี เข้าใจในผลที่เกิดขึ้นจากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้า หากมีผลกระทบ/ เกิดความเสียหายแก่ ผู้ป่วยอื่นๆ / ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ อันเกิดจากการที่ข้าพเจ้าไม่ได้แจ้งข้อมูลที่แท้จริง ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งหมด  ลายนิ้วหัวแม่มือข้าพเจ้า ของผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย (.....) ตัวบรรจง ลงชื่อ..... พยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูล (.....) ตัวบรรจง ลงชื่อ..... พยานเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย (.....) ตัวบรรจง ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่) (.....) ตัวบรรจง		
*** หากปกติมีโทษตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2562 มาตรา 3-4(1) มีอำนาจนำผู้ที่เป็น/ มีเหตุสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้สัมผัส มารับการตรวจ กวักชันสุตา แยกกัก กักกัน คู่มือวิธีสังเกต *****ฝ่าฝืนจะถูกลงโทษตามกฎหมาย มีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท*****		



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลการให้บริการห้องพิเศษ

1/2

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... IDN.....

กฎระเบียบเกี่ยวกับการเยี่ยมและเฝ้าไข้

1. การเฝ้าไข้ผู้ป่วย เฝ้าได้ครั้งละ 1 คน และผู้ป่วยต้องมีญาติเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้คนเดียว
2. กำหนดเวลาเยี่ยม 10.00 น. ถึง 20.00 น. เยี่ยมครั้งละไม่เกิน 3 คน หรือตามนโยบายของโรงพยาบาล ณ ขณะนั้น
3. เมื่อแพทย์ต้องการให้คนเยี่ยมด้วยเหตุผลต่าง ๆ ให้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด
4. เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
5. ผู้ดูแล (ผู้เฝ้าไข้) ต้องบรรณานิติภาวะและสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลผู้ป่วยได้

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติ

1. ไม่ควรนำของมีค่า เครื่องประดับ เงินจำนวนมาก ไว้ในห้องผู้ป่วยหรือติดตัวผู้ป่วย
กรณีเกิดการสูญหายทางโรงพยาบาลจะไม่รับผิดชอบ
2. ไม่ควรนำเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มาเยี่ยมผู้ป่วย เพราะอาจติดโรคได้ง่าย
3. กรณีมีสิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาลให้นำหลักฐานมาแสดงด้วย เช่น คัดส่งกีดเสริมของข้าราชการ กรุงเทพมหานคร เป็นต้น
4. กรณีผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 18 ปี การเซ็นคำยินยอมเข้ารับการรักษามือผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นอนุญาต
5. ไม่ควรส่งเสียงดัง หรือเปิดโทรทัศน์เสียงดังรบกวนผู้ป่วยห้องข้างเคียง
6. ห้ามนำสุรา และของมีคมทุกชนิดเข้ามาด้วย
7. งดสูบบุหรี่ และเล่นการพนัน
8. ห้ามนำสัตว์เลี้ยง เข้ามาในห้องผู้ป่วย
9. ห้ามประกอบอาหารภายในห้อง ทางตึกมีบริการเตาไมโครเวฟไว้สำหรับอุ่นอาหาร ไม่ควรนำผลไม้หรืออาหารที่มีกลิ่นรุนแรงเข้ามาในห้องผู้ป่วย
10. ห้ามถ่ายรูป หรือ VDO ยกเว้นได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้บริหารโรงพยาบาล
11. ถ้าท่านนำอุปกรณ์ไฟฟ้าส่วนตัวมาใช้ กรุณาแจ้งพยาบาล และต้องชำระค่าไฟฟ้าที่ปลายละ 100 บาท ต่อชิ้น (เบิกไม่ได้)
12. ถ้าท่านทำอุปกรณ์/ของใช้ เช่น ถ้วย จาน ชาม ฯลฯ ภายในห้องชุด ต้องชดเชยค่าเสียหายตามอัตราที่โรงพยาบาลกำหนดไว้



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลการใช้บริการห้องพิเศษ

2/2

อัตราค่าบริการห้องพิเศษต่อวัน

ประเภทห้อง	ราคา	สิทธิกรมบัญชีกลาง ลด 50% เตียงส่วนเกินวันละ (บาท)	สิทธิกรม/สิทธิบำนาญ กทม./ สิทธิ NMB ลด 75% เตียงส่วนเกินวันละ (บาท)	สิทธิประกันสังคม/ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า เตียงส่วนเกินวันละ (บาท)
ห้องผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16A (Premium)				
ห้อง 1610	3,900	1,450	725	3,500
ห้อง 1601 - 1609	4,200	1,600	800	3,800
ห้อง 1611 - 1614	4,400	1,700	850	4,000
เพชรรัตน์				
ห้องเดี่ยว (135 ห้อง)	2,400	700	350	2,000
ห้องเดี่ยวพิเศษ (6 ห้อง)	2,500	750	375	2,100
ห้องเดี่ยว ขนาดใหญ่ (1 ห้อง)	3,300	1,150	575	2,900
ห้องพิเศษ เพชรรัตน์ VIP (7 ห้อง)	4,900	1,950	975	4,500
ตึก - นริเวช				
ห้องเล็ก	2,400	700	350	2,000
ห้องใหญ่	2,600	800	400	2,200
กุมาร				
ห้องเล็ก	2,700	850	425	2,300
ห้องใหญ่	3,300	1,150	575	2,900

สิทธิการเบิกจากรัฐวิสาหกิจอื่น ๆ

เตียงส่วนเกิน หลังจากหักตามสิทธิที่ท่านเบิกได้ ตามที่หน่วยงานต้นสังกัดกำหนดไว้

การชำระเงินค่ารักษาพยาบาล

ทางโรงพยาบาลจะจัดเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลทุก 3 วัน โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล จะทำการสรุปยอดค่ารักษาพยาบาล และแจ้งให้ท่านทราบ พร้อมนำใบรายการและสมุดชำระค่ารักษาพยาบาลให้ท่านไปชำระเงินที่แผนกเคอ์การเงิน อาคารเพชรรัตน์ ชั้น 1 บริเวณประตูด้านหน้าอาคาร ขอความร่วมมือให้ท่านเตรียมพร้อมในการชำระเงินซึ่งสามารถชำระด้วยบัตรเครดิตได้ในการนี้ ค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่ 1,000 บาท โดยไม่มีค่าธรรมเนียม

ลงชื่อ ผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อ พยาบาลผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ลงชื่อ พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)

(.....)

วันที่



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ศูนย์รับผู้ป่วยใน (ADMISSION CENTER) โทร. 02 2443892, 02 2443000 ต่อ 5482

ขั้นตอนการนอนโรงพยาบาล

- ☐ 1. ลงสิทธิการรักษา ผู้ป่วยนอก
- ☐ 2. เจาะเลือด ที่อาคารที่ปฎิบัติเวชภัณฑ์ ชั้น B2 (ชั้นใต้ดิน)
- ☐ 3. เอกซเรย์ปอด ที่อาคารที่ปฎิบัติเวชภัณฑ์ ชั้น B2 (ชั้นใต้ดิน)
- ☐ 4. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่อาคารที่ปฎิบัติเวชภัณฑ์ ชั้น 2 (นำกราฟพามาด้วย)
- ☐ 5. วัดความดันโลหิต, ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง ที่จุดบริการต่างๆ ของโรงพยาบาล
- ☐ 6. ยื่นใบนัดผู้ป่วยที่ศูนย์รับผู้ป่วยในเพื่อดำเนินการรับเป็นผู้ป่วยในและขึ้นหอผู้ป่วย

หมายเหตุ

1. ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาไม่พร้อมทำการผ่าตัด กรุณาโทรแจ้งล่วงหน้า 3 – 7 วัน
 2. การรับจองและการจัดเข้าห้องพิเศษ
 - 2.1 กรณีห้องพิเศษว่างและถึงคิวของผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลจะจัดให้เข้าห้องพิเศษเมื่อแพทย์อนุญาต
 - 2.2 กรณีห้องพิเศษไม่ว่างผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสามัญก่อน
- หมายเหตุ การจองห้องพิเศษล่วงหน้าถือว่าการลงทะเบียนเพื่อการบริหารจัดการ แต่ไม่ได้เป็นการยืนยันว่าท่านจะได้ห้องพิเศษในวันเวลาดังกล่าว
3. เตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ส่วนตัวมาด้วย เช่น ยาประจำตัว สบู่ ยาสีฟัน แปรงสีฟัน ยาสระผม แป้ง ผ้าเช็ดตัว รองเท้าแตะ ชุดใส่กลับบ้าน ฯลฯ

ยาละลายลิ่มเลือด

- ☐ ไม่ได้กินยา
- ☐ กินยา ชื่อ
- ☐ งดยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่วันที่

ลงชื่อ รับทราบ (ผู้ป่วย/ญาติ)

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อสกุล นางอุไรวรรณ บรรจธรรมจักร
วัน เดือน ปีเกิด วันที่ 16 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2510
สถานที่เกิด จังหวัดนนทบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 106/161 ม.6 ซ.21/4 ถ.คลังชั้น - สุพรรณ
 ต.บางรักพัฒนา อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี 11110

ตำแหน่งและประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2533 – 2537	พยาบาลวิชาชีพ 3 - 4 ฝ่ายการพยาบาล วชิรพยาบาล สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2538 – 2542	พยาบาลวิชาชีพ 5-6ว. (ด้านการพยาบาลทั่วไป) ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล สำนักงานการแพทย์
พ.ศ. 2542 – 2553	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป) ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2553 – 2556	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2556 – ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2533	พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (สมทบมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)
-----------	---

