

Patient Severity Zoning Model:

พัฒนาระบบการจัดโซนผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงร่วมกับ SOS Score เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤติในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

นำเสนอ โดย

น.ส.พิรุณ ชอบชน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



STABLE ZONE

SOS Score: 0-1

Action: Routine Monitoring



เฝ้าระวังตามปกติ



WATCHFUL ZONE

SOS Score: 2-3

Action: Increased Observation



เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด



SEMI-CRITICAL ZONE

SOS Score: 4-5

Action: Urgent Medical Review



รับประเมินและดูแลโดยแพทย์



RESUSCITATION ZONE

SOS Score: >5

Action: Immediate Response Team



เรียกทีมตอบสนองทันที



ประเมินเร็ว



เฝ้าระวังใกล้ชิด



ตอบสนองทันที



ป้องกันภาวะวิกฤติ

..... ประเมินไว • เฝ้าระวังใกล้ชิด • ตอบสนองทันที • ป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ



ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษา โดยเฉพาะประเด็น Response to the Deteriorating Patient ตาม Patient Safety Goal (SIMPLE) ซึ่งมุ่งเน้นการค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

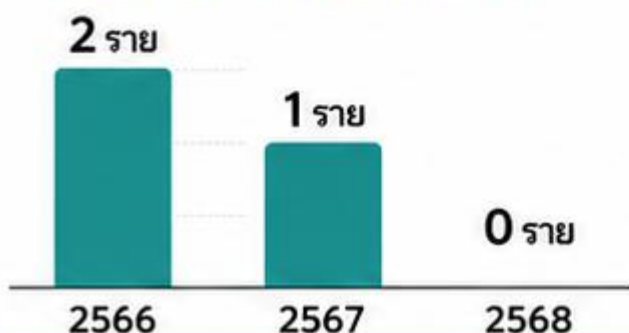


จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ พบว่าเดิมมีการจัดประเภทผู้ป่วยตามเพศชาย-หญิง และจัดเตียงตามตำแหน่งที่ว่าง โดยไม่ได้คำนึงถึงระดับความรุนแรงของอาการ ทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงกระจายอยู่หลายตำแหน่งเตียง ส่งผลให้การเฝ้าระวัง การติดตามอาการ และการตอบสนองเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงทำได้ไม่รวดเร็ว นอกจากนี้ ยังพบปัญหาสำคัญ ได้แก่

- ✓ มีการประเมินเพียงสัญญาณชีพ (Vital Signs) โดยไม่มีเครื่องมือคัดกรองสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
- ✓ บุคลากรใช้ประสบการณ์ส่วนบุคคลในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย
- ✓ ไม่มีระบบจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง
- ✓ แนวทางการตอบสนองต่อผู้ป่วยทรุดลงไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ✓ เมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น การช่วยฟื้นคืนชีพดำเนินการที่เตียงผู้ป่วยเดิม ซึ่งมีข้อจำกัดด้านพื้นที่ และการเข้าถึงอุปกรณ์

ข้อมูลสถิติ ปี 2566-2568

พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)



สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่ไม่คาดคิด (Unexpected Death)



คือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

แนวทางพัฒนาและเป้าหมาย

หน่วยงานจึงพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง โดยใช้ SOS Score ร่วมกับการจัดโซนผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (Patient Severity Zoning Model) เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติ



ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว



เฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด



ตอบสนองรวดเร็วทันทั่วทั้งที่



ป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

เป้าหมายที่ท้าทาย: เปลี่ยนความสูญเสียให้เป็นศูนย์ (Target 2568)



การปฏิบัติตามแนวทาง

> 90%

(การเฝ้าระวังและการใช้
SOS Score)

Unplanned CPR

0

ราย

(ลดการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น
โดยไม่ได้วางแผน)

ความพึงพอใจของบุคลากร

> 90%

(ความมั่นใจในระบบดูแล
ผู้ป่วยทรุดลง)

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงสูงและป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤตก่อนเกิด Cardiac Arrest



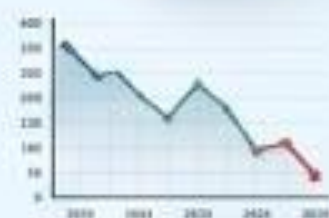
การดำเนินงาน



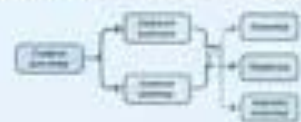
แผนปฏิบัติการ (P) สู่เป้าหมายศูนย์สูญเสีย (Target 2568)

5 ขั้นตอนในการวางแผนป้องกัน Cardiac Arrest

1. วิเคราะห์อุบัติการณ์ CPR และ Unexpected Death (ย้อนหลัง 3 ปี)
2. ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน
3. วิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis)
4. ทบทวนวรรณกรรมเรื่อง Early Warning Score & Response
5. ประชุมทีม PCT & การพยาบาล กำหนดแนวทางพัฒนา



2. ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน
3. วิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis)
4. ทบทวนวรรณกรรมเรื่อง Early Warning Score & Deteriorating Patient Response
5. ประชุมทีม PCT & การพยาบาล กำหนดแนวทางพัฒนา



เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงสูงและป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤตก่อนเกิด Cardiac Arrest



D : Do

การพัฒนาครั้งที่ 1 : SOS Score Model (ปี 2562-2563)

ดำเนินการ



นำ SOS Score มาใช้
ในการประเมินผู้ป่วยทุกคน



จัดทำ Flow Chart การคัดกรอง



กำหนด Trigger Criteria
สำหรับ Notify แพทย์



อบรมบุคลากรทุกระดับ

Phase 1: สร้างภาษาเดียวกันด้วย SOS Score



Medical Green

คะแนน 0-1
(Stable)

V/S ทุก 4 ชั่วโมง

Warning Yellow

คะแนน 2-3
(Warning)

V/S ทุก 1-2 ชั่วโมง |
แจ้งหัวหน้าเวร

Alert Orange

คะแนน ≥ 4
(Semi-Critical)

Trigger Point:
RR >30 , SpO2 $<90\%$,
SBP <90
แจ้งแพทย์ทันที

Emergency Red

คะแนน ≥ 5 หรือ
Cardiac Arrest
(Crisis)

Activate CPR

เราค้นหาผู้ป่วยได้เร็วขึ้น แต่ผู้ป่วยยังอยู่เตียงเดิม...
การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจึงยังไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด



แนวทางพัฒนาและเป้าหมาย

หน่วยงานจึงพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง โดยใช้
SOS Score ร่วมกับการจัดโซนผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (Patient Severity Zoning Model)
เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติ



ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
ได้รวดเร็ว



เฝ้าระวังและติดตาม
อย่างใกล้ชิด



ตอบสนองรวดเร็ว
ทันทั่วทั้ง



ป้องกันการเข้าสู่
ภาวะวิกฤติ



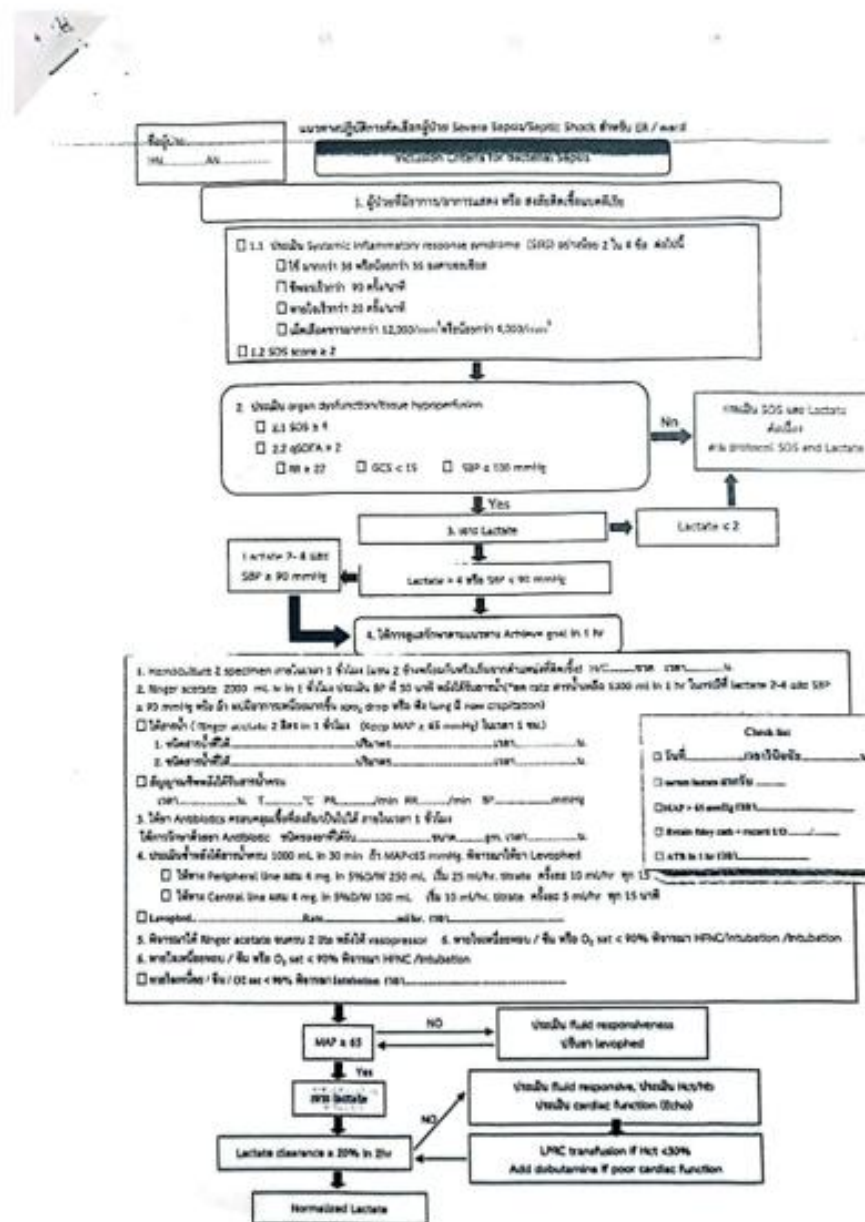
ผลที่พบ



สามารถค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงสูงได้เร็วขึ้น

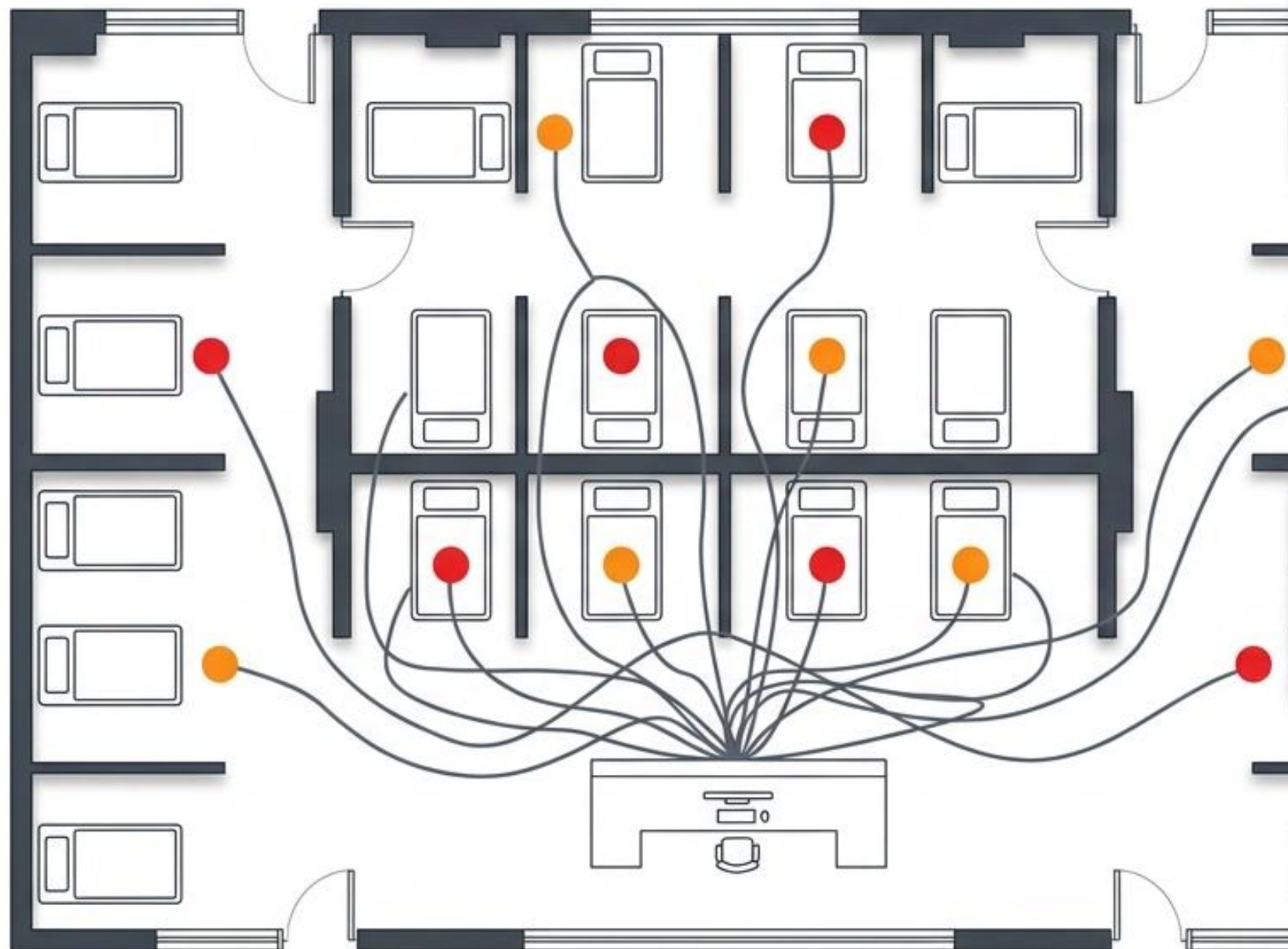


แต่ผู้ป่วยยังอยู่เตียงเดิม ทำให้การเฝ้าระวังใกล้ชิด
ยังไม่เพียงพอ

[illegible]

ปัญหาที่ซ่อนอยู่: เมื่อความเสี่ยงถูกกระจายตัว

ระบบเดิม: จัดเตียงตามเพศ (ชาย-หญิง)



Blind Spots

ประเมินแค่ Vital Signs ขาดเครื่องมือเตือน
ภัยล่วงหน้า (Early Warning Score)

Scattered Risk

ผู้ป่วยวิกฤตกระจายตัว
ทำให้เฝ้าระวังได้ไม่ทั่วถึง

Delayed Action

พยาบาลต้องใช้ประสบการณ์ส่วนตัว (Intuition)
ในการตัดสินใจ ขาดมาตรฐานเดียวกัน

Spatial Limits

เมื่อเกิด Cardiac Arrest ที่เตียงเดิม
พื้นที่แคบ อุปกรณ์เข้าถึงยาก



Phase 2: Semi-Critical Zone (ย้ายความเสี่ยงมาอยู่ในสายตา)

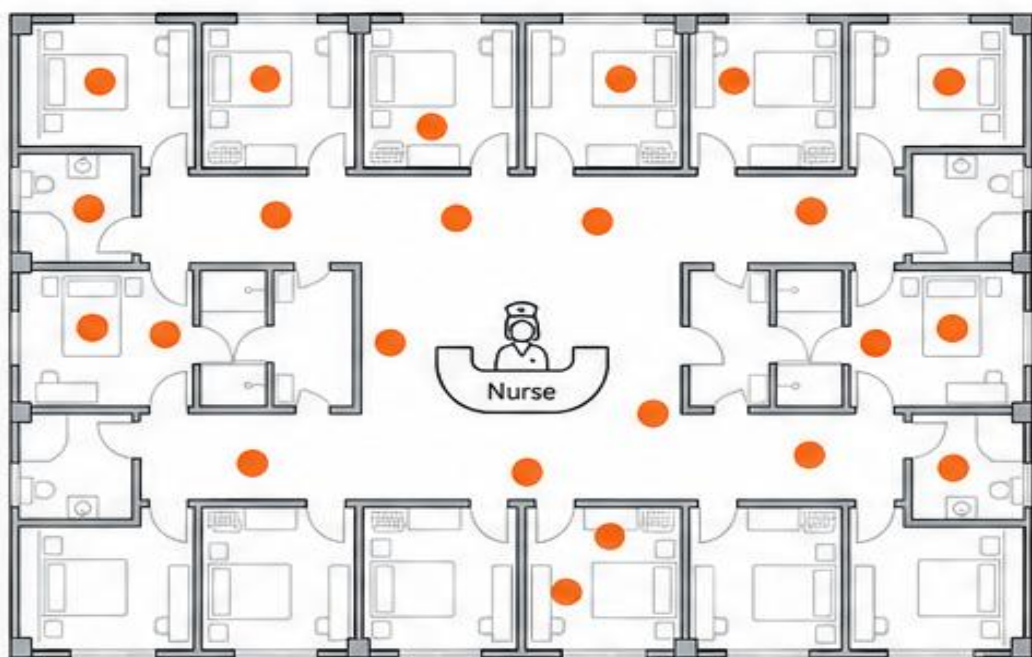


ผู้ป่วย SOS สูงยังอยู่กระจายตามตำแหน่งเตียง

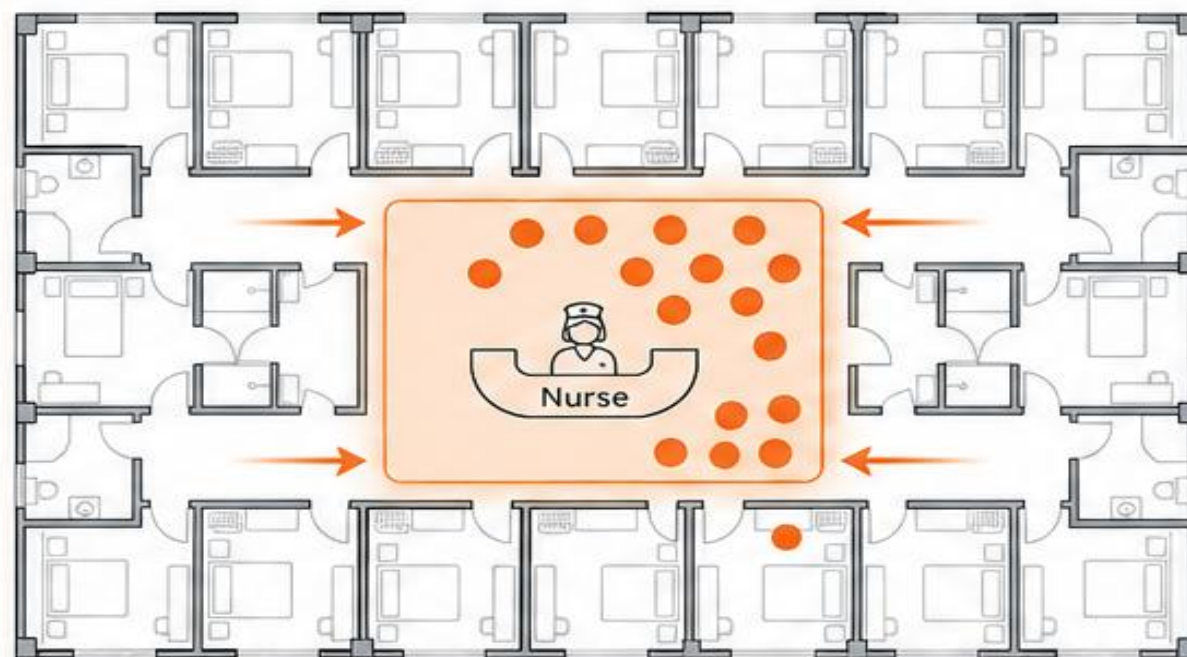


การปรับปรุง
จัดระบบโซนสี

OLD: ผู้ป่วย SOS ≥ 4 กระจายตัว



NEW: ย้ายเข้าโซนกึ่งวิกฤติ (Semi-Critical Zone)



จัดระบบโซนสี



Green Zone
= SOS 0-1



Yellow Zone
= SOS 2-3



Semi-Critical Zone
= SOS ≥ 4



กำหนดให้ผู้ป่วยที่มี SOS ≥ 4
หรือคะแนนเพิ่มขึ้นจากเดิม
1 คะแนน **ย้ายเข้าสู่โซนกึ่งวิกฤติ**
เพื่อเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด



ผลที่เกิดขึ้น



มองเห็นผู้ป่วยเสี่ยงสูง
ได้ง่ายขึ้น



เพิ่มความรวดเร็วในการ
ประเมินและตอบสนอง

เกณฑ์การย้าย:

- SOS ≥ 4
- Sepsis
- Shock
- O2 Sat $< 92\%$

การตอบสนอง:

- Notify แพทย์ทันที

การเฝ้าระวัง:

- ติดตาม V/S และ Monitor EKG / SpO2 ทุก 15-30 นาทีอย่างใกล้ชิด

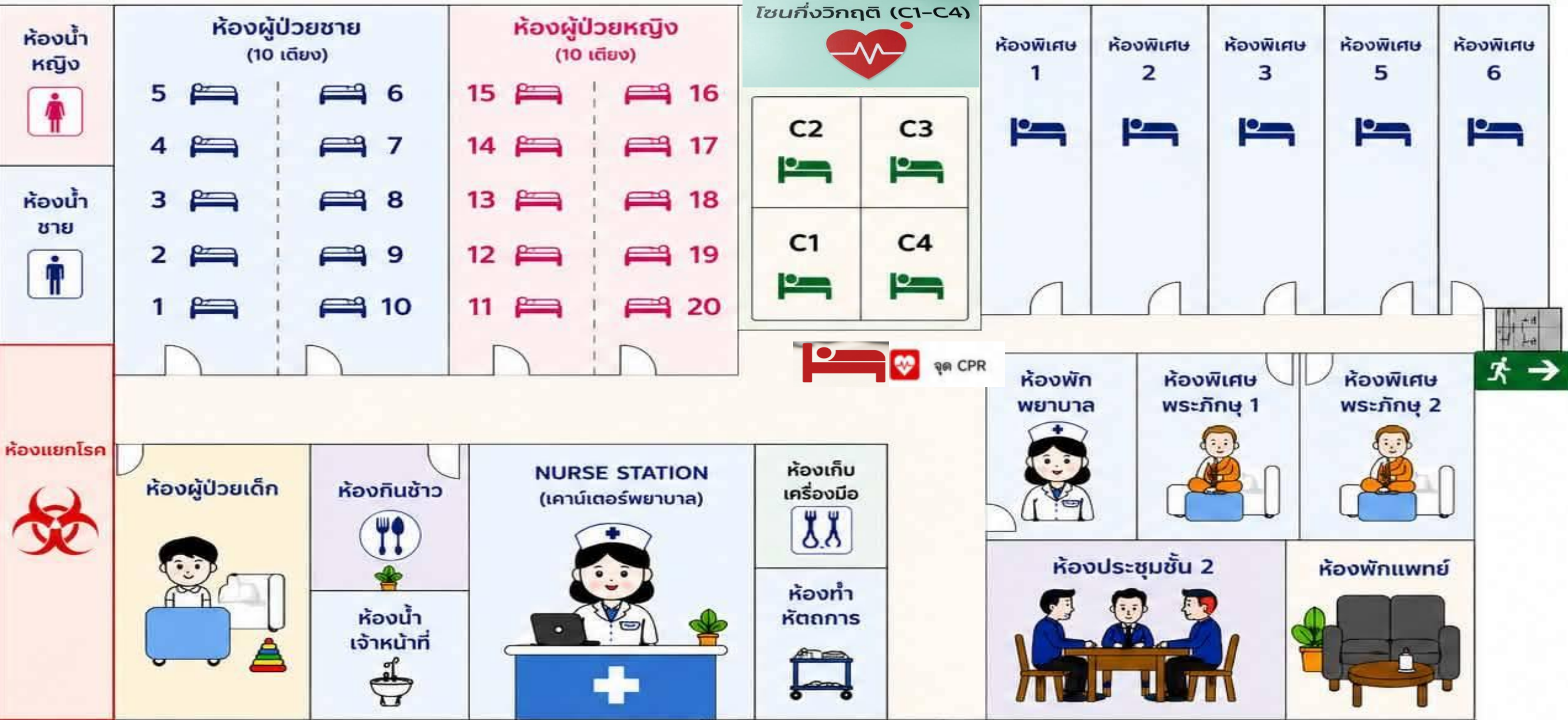
ผลลัพธ์:

- มองเห็นผู้ป่วยเสี่ยงสูงได้ง่ายขึ้น
- เปลี่ยนการทำงานจาก 'ตั้งรับ' เป็น 'เชิงรุก'





แผนผังหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคิชนก



- ### สัญลักษณ์
- ห้องผู้ป่วย
 - ห้องพิเศษ
 - ห้องผู้ป่วยเด็ก
 - ห้องน้ำชาย
 - ห้องน้ำหญิง
 - จุด CPR
 - เคาน์เตอร์พยาบาล
 - ห้องเก็บเครื่องมือ
 - ห้องหัตถการ
 - ห้องพักเจ้าหน้าที่
 - ห้องพักรพทย์
 - ห้องประชุม
 - ห้องแยกโรค
 - ทางหนีไฟ
 - ทางเข้า - ออก

คุณอยู่ที่นี้
(You are here)



ความปลอดภัย

- เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน แจ้งเจ้าหน้าที่ทันที
- เดินอย่างมีสติ ไม่วิ่ง ไม่ส่งเสียงดัง
- ไม่ย้อนกลับ ไปยังจุดรวมพลที่ปลอดภัย

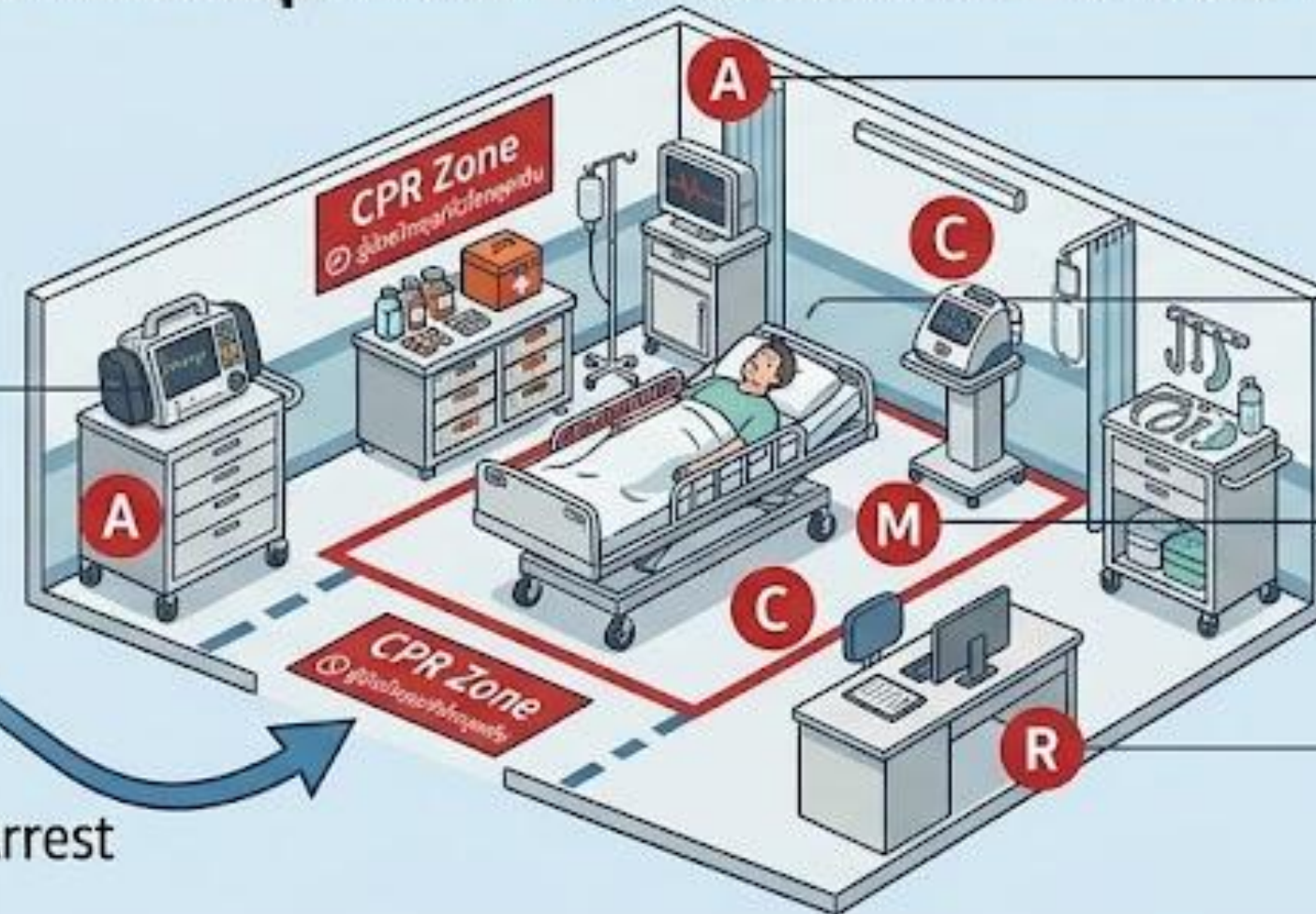
การพัฒนาครั้งที่ 3 : Resuscitation Zone Model (ปี 2565-ปัจจุบัน)



ปัญหาที่พบ: เมื่อเกิด Cardiac Arrest ยังมีข้อจำกัดด้านพื้นที่และอุปกรณ์
ข้อจำกัด: พื้นที่แคบ, การจัดวางอุปกรณ์ไม่เป็นระบบ, อุปกรณ์ไม่พร้อม
(ขาด Defibrillator, Auto CPR)

การปรับปรุง: จัดตั้ง "Resuscitation Zone (CPR Zone)"

กำหนดแนวทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
ที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤติมายัง
Resuscitation Zone ก่อนเกิด Cardiac Arrest



- **Nurse A (Airway):**
จัดการทางเดินหายใจ
(Ambu, Suction, ET Tube)
- **Nurse C (Compression):**
นวดหัวใจ
(Chest Compression, Auto CPR)
- **Nurse M (Medication):**
จัดการยาและสารน้ำ
(Adrenaline, Fluid, Lab)
- **Nurse R (Recorder):**
บันทึกเวลาและเหตุการณ์
(Time Keeper, CPR Record)

Activation (SOS $\geq$ 5 หรือ Cardiac Arrest): เคลื่อนย้ายสู่โซนสีแดงที่มีความพร้อมของอุปกรณ์ 100%





NURSE1 (ZONE R+D CPR RECORD) ในเวลา 1.หยิบโทรศัพท์ +ดูเวลาเริ่มเขียนไว้ตรงใบ record 2.เตรียม Defibrillator เสียบปลั๊ก พร้อมใช้ 3.เปิดไฟ Resuscitation + ประกาศแผนช่วยชีวิตให้ผู้ป่วยอื่นทราบ และช่วยดูแลสถานการณ์ การเคลื่อนย้าย 4.เมื่อทีมพร้อมย้ายผู้ป่วยมา โทรมตามแพทย์ทันที 5.บันทึกเวลาการปฏิบัติการ CPR ต่าง ๆ ให้ครอบคลุม ครบถ้วน เช่น การให้ยา การ DEFIB การ CPR	NURSE2 ((ZONE A Airway) ในเวลา 1.หยิบAmbu bag ต่อกับออกซิเจนบนรถเข็นนอน 2.ช่วยเซ็นรอกเข็นกับ NA ไปฝั่งตรงข้ามตู้ CPR 3.กลับมาเตรียมความพร้อมรถ Suction 4.Advance Airway Management เตรียมท่อช่วยหายใจ 5.ช่วยแพทย์ ใส่ ET tube 6.ช่วยหายใจโดยการปั๊ม Ambu bag 30:2(ก่อนใส่ Advance Airway)ถ้าไม่ทันใส่ Mask c bag 10lpm ช่วยหายใจโดยการปั๊ม Ambu bag 6-12 ครั้ง/นาที(หลังใส่ Advance Airway) ปริมาตร : 500 มล. 7.รอดูสัญญาณ สลับตำแหน่งกับ Zone C
NURSE3 (ZONE M MED NURSE) ในเวลา 1.หยิบกล่องยาฉุกเฉิน ,Lactate, DTX ไปไว้บนรถ treatment โชน CPR 2.รีบไปช่วยการเคลื่อนย้ายดูสิ่งแวดล้อม เคลียร์สถานที่ให้โล่ง ช่วยย้ายและใส่ Auto CPR 3.หากมี IV ดูและเคลื่อนย้าย IV Fluid ผู้ป่วยมาด้วย 4.ส่งโชน CPR ทำการต่อ IV TREE WAY Double syring แขนซ้าย DTX ,Lactate 5.เตรียม Adrenaline 1:10,000 (Adrenaline 1 amp : NSS 9 ml) ดูได้ 8 syring 6.บริหารสารน้ำและยาตาม ORDER แพทย์ โดยการทวน ORDER กับแพทย์ทุกครั้ง -ขณะทำการให้ยาให้ชานช้อยา ขนาดและวิธีที่ให้ทุกครั้ง -เก็บ Lab ตาม ORDER -EKG 12 Lead ตาม ORDER -Retain Foley , NG ฯลฯ	NURSE4 (ZONE C CPR NURSE) ในเวลา 1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว คลำ Carotid pulse 2.ร้องขอความช่วยเหลือ (กดกริ่งหัวเตียง,ตะโกนขอความช่วยเหลือ, โทรตามทีม 312/313 กรณีอยู่ห้องพิเศษ หรือห้องแยกโรค) 3.High-quality CPR ทำการกดหน้าอกอย่างมีประสิทธิภาพคือความเร็ว 100-120ครั้ง/นาที,กดลึก 2-2.4 นิ้วปล่อยให้ทรวงอกขยายคืนเต็มที่,ช่วงเวลาในการหยุดกดหน้าอกทุกกรณีไม่เกิน 10 วินาที -กรณียังไม่ใส่ Advance Air way chest compression 30:2 (ครบ 5 รอบเปลี่ยน) -กรณีใส่ Advance Air way chest compression ครบเปลี่ยนทุก 2 นาที - เมื่อ chest compression ครบ 2 นาที ทำการสลับตำแหน่งกับ A เพื่อช่วยดูแลทางเดินหายใจ <u>"กรณีใส่ Auto Pump ไม่ต้องเปลี่ยน"</u> *หมายเหตุ - วัด end tidal CO2 ถ้าต่ำหรือน้อยไปพยายามแก้ไขคุณภาพ CPR 4.เมื่อเห็นทีมช่วยเหลือมา เตรียมส่งสัญญาณนับรอบดังๆใน cycleที่ 5บอกเตรียมย้ายเพื่อให้ทีมรับทราบ 5.ช่วยย้ายผู้ป่วยและ ทำการดึงสไลด์สายรัดหน้าอก และกด Auto CPR 30:2 6.ช่วงเซ็นย้ายผู้ป่วย Hold Ambu แทน พยาบาล A 30:2 รอดจนแพทย์มา ให้ออกจากโชน A - กรณีเป็นเจ้าของไข้ คู่กับญาติ/เตรียมเอกสาร Refer - กรณีไม่ใช่เจ้าของไข้ เปลี่ยนทำหน้าที่แทนเจ้าของไข้

NURSE1 (ZONE R+D CPR RECORD) นอกเวลา	NURSE2 ((ZONE A Airway) นอกเวลา
NURSE1 (ZONE R+D CPR RECORD) ในเวลา 1.นำ Patient Monitor มาไว้ทางโชน C 2.นำเครื่อง Auto Pump และสายรัดหน้าอกทุกขนาดไปยังรถเข็น 3.เซ็นรอกเข็นนอนพร้อม สไลด์บอร์ด และต่อ Ambubag กับออกซิเจนเปิด 10 l/m สูงสุด ไปยังเตียงที่ทำการ CPR โดยเข้าฝั่งตรงข้ามกับตู้ CPR 4.ทวนสไลด์สายรัดหน้าอกกับพยาบาลแล้วนำสายรัดวางพาดรถเข็น (ใช้ค้ำขึ้นอยู่ได้รถเข็นเช่นเดิม) 5.รอกครบ cycle การ CPR ย้าย ผู้ป่วยขึ้นรถเข็นโดยใช้ สไลด์บอร์ด 6.ช่วยกับพยาบาลดึงสายรัดและสไลด์ Auto Pump 7.รอกพยาบาลกด Auto Pump ทำงาน รับย้ายรถเข็นไปยัง โชน CPR 8.เคลื่อนย้าย Patient Monitor มาทาง ฝั่ง CPR โดยวางทางปลายเท้า หันจอ monitor เข้าหาผู้ป่วย ให้แพทย์มองเห็นชัดเจน 9.หยิบ Pulse Oximeterทันที และรอจังหวะวัด BP 10.หากรับคำสั่งให้หยิบของ ว่าง้อมหลังพยาบาล (CPR และ พยาบาล RECORDER)	

C : Check

-นิเทศติดตามการใช้แนวทางการจัดโซนผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงร่วมกับ **SOS Score** เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤติในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

 แนบนิเทศ ติดตามการใช้แนวทางการจัดโซนผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงร่วมกับ SOS Score เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤติในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ วัตถุประสงค์หลัก เพื่อให้มั่นใจว่าทีมพยาบาลและสหวิชาชีพสามารถประเมินอาการ ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง และให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหรืออาการแย่ลง โดยไม่วางแผน วัตถุประสงค์ ๑.เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมิน SOS ได้ถูกต้อง ๑๐๐% ๒.เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยไม่ได้วางแผน (Unexpected Cardiac Arrest) ๓.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR เมื่อพบผู้ป่วยอาการทรุดลง กลุ่มเป้าหมาย ๑.พยาบาลวิชาชีพ (RN) ในหอผู้ป่วย ๒.ผู้ช่วยพยาบาล (PN/NA) ในหอผู้ป่วย ประเด็นการนิเทศ (Key Monitoring Points) <table><tr><th>หัวข้อการนิเทศ</th><th>เกณฑ์การปฏิบัติที่คาดหวัง</th></tr><tr><td>๑. การประเมิน SOS</td><td>มีการบันทึกสัญญาณชีพและคะแนน EVS ตามความถี่ที่กำหนดในนโยบาย</td></tr><tr><td>๒. การแปลผล</td><td>ระบุระดับความเสี่ยง (เขียว, เหลือง, แดง) ได้ถูกต้องตามคะแนนที่ประเมินได้</td></tr><tr><td>๓. การตอบสนอง (Action)</td><td>มีหลักฐานการรายงานแพทย์หรือเรียกทีม Rapid Response Team (RRT) เมื่อถึงเกณฑ์</td></tr><tr><td>๔. การสื่อสาร SBAR</td><td>การส่งต่อข้อมูลประกอบด้วย Situation, Background, Assessment, Recommendation</td></tr><tr><td>๕. การบันทึก</td><td>บันทึกเหตุการณ์ การพยาบาล และผลลัพธ์หลังการแก้ไขอาการลงในเวชระเบียน</td></tr></table> กระบวนการนิเทศ (Supervision Process) ระยะที่ ๑: การเตรียมการ (Preparation) ทบทวนมาตรฐาน SOS Score จัดเตรียมแบบฟอร์ม Audit Tool สำหรับการสุ่มตรวจเวชระเบียนและการสังเกตทำงาน ระยะที่ ๒: การปฏิบัติการนิเทศ (Implementation) Direct Observation: สังเกตการณ์ขณะพยาบาลวัดสัญญาณชีพและคำนวณคะแนน SOS ที่ข้างเตียงChart Audit: สุ่มตรวจกราฟโปรทและการบันทึกทางการพยาบาลย้อนหลัง ๒๔ ชั่วโมง Case Simulation/Bedside Teaching: สอบถามวิธีการตัดสินใจเมื่อคะแนน SOS สูงขึ้น (เช่น "ถ้าคนไข้คะแนนเป็น ๕ คุณจะทำอะไรเป็นอันดับแรก?") ระยะที่ ๓: การสะท้อนคิดและประเมินผล (Feedback & Evaluation) On-the-spot Feedback: หากพบข้อผิดพลาด ให้สอนสาธิตทันทีด้วยความนุ่มนวลSummary Meeting: สรุปภาพรวมในการประชุมรับ-ส่งเวร เกี่ยวกับจุดแข็งและสิ่งที่ต้องพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการนิเทศ (Tools) ๑.SOS Flowchart: CPG Audit ๒.Form: แบบตรวจสอบการบันทึก (Compliance Rate) ๓.SBAR Card: บัตรช่วยจำในการรายงานแพทย์	หัวข้อการนิเทศ	เกณฑ์การปฏิบัติที่คาดหวัง	๑. การประเมิน SOS	มีการบันทึกสัญญาณชีพและคะแนน EVS ตามความถี่ที่กำหนดในนโยบาย	๒. การแปลผล	ระบุระดับความเสี่ยง (เขียว, เหลือง, แดง) ได้ถูกต้องตามคะแนนที่ประเมินได้	๓. การตอบสนอง (Action)	มีหลักฐานการรายงานแพทย์หรือเรียกทีม Rapid Response Team (RRT) เมื่อถึงเกณฑ์	๔. การสื่อสาร SBAR	การส่งต่อข้อมูลประกอบด้วย Situation, Background, Assessment, Recommendation	๕. การบันทึก	บันทึกเหตุการณ์ การพยาบาล และผลลัพธ์หลังการแก้ไขอาการลงในเวชระเบียน	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) Compliance Rate: อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึก EWS (เป้าหมาย > ๙๐%) Delayed Response: จำนวนเคสที่เข้าเกณฑ์ต้องรายงานแต่ไม่มีการรายงาน (เป้าหมาย = ๐) Clinical Outcome: อัตราการเกิด Cardiorespiratory Arrest ในหอผู้ป่วยลดลง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม: ควรเน้นย้ำเรื่อง "Intuition" (สัญชาตญาณ) ของพยาบาลด้วย บางครั้งคะแนน EWS อาจยังไม่ถึงเกณฑ์ แต่ถ้าพยาบาลรู้สึกว่า "ผู้ป่วยดูไม่ดี" (Look Unwell) ควรสนับสนุนให้พวกเขารายงานหรือขอความช่วยเหลือได้ทันที
หัวข้อการนิเทศ	เกณฑ์การปฏิบัติที่คาดหวัง												
๑. การประเมิน SOS	มีการบันทึกสัญญาณชีพและคะแนน EVS ตามความถี่ที่กำหนดในนโยบาย												
๒. การแปลผล	ระบุระดับความเสี่ยง (เขียว, เหลือง, แดง) ได้ถูกต้องตามคะแนนที่ประเมินได้												
๓. การตอบสนอง (Action)	มีหลักฐานการรายงานแพทย์หรือเรียกทีม Rapid Response Team (RRT) เมื่อถึงเกณฑ์												
๔. การสื่อสาร SBAR	การส่งต่อข้อมูลประกอบด้วย Situation, Background, Assessment, Recommendation												
๕. การบันทึก	บันทึกเหตุการณ์ การพยาบาล และผลลัพธ์หลังการแก้ไขอาการลงในเวชระเบียน												

แนบนิเทศ

แบบฟอร์มการนิเทศและการตรวจประเมิน



แบบฟอร์มการนิเทศและตรวจประเมิน (Audit Tool)

เรื่อง: การใช้แนวทางการจัดโซนผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงร่วมกับ SOS Score เพื่อป้องกันการเข้าภาวะวิกฤติ
ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชลยชัยภูมิ

หน่วยงาน: ชื่อผู้รับนิเทศ:

วันที่ตรวจ: เวลา:

ส่วนที่ ๑: การประเมินและการบันทึก (Assessment & Documentation) ให้ทำเครื่องหมาย [✓] ในช่องที่ตรงกับผลการประเมิน

ประเด็นการตรวจประเมิน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ข้อสังเกต/สิ่งที่พบ
๑.การวัดสัญญาณชีพครบถ้วน (T, P, R, BP, SpO ₂ , CNS)			
๒.ความถี่ในการวัดสัญญาณชีพถูกต้องตามระดับความเสี่ยง			
๓.การคำนวณคะแนน SOS ถูกต้องแม่นยำ			
๔.มีการลงบันทึกในแบบฟอร์มอย่างเป็นปัจจุบัน			
๕.มีการระบุระดับความรุนแรงตามสี (Color Code) สีแดง			

ส่วนที่ ๒: การตัดสินใจและการตอบสนอง (Clinical Decision & Response)

ประเด็นการตรวจประเมิน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ข้อสังเกต/สิ่งที่พบ
๖.เมื่อคะแนนถึงจุด Trigger มีการรายงานพยาบาลหัวหน้าเวร/แพทย์			
๗.มีการรายงานทีม RRT ได้ถูกต้องตามเกณฑ์ (Activation Criteria)			
๘.การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยใช้เทคนิค SBAR ได้ครบถ้วน			
๙.พยาบาลสามารถระบุอาการผิดปกติเบื้องต้นของผู้ป่วยได้ (Clinical Intuition)			
๑๐.มีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต (Emergency Cart/O ₂) ไว้พร้อมใช้			

ส่วนที่ ๓: สรุปผลและข้อเสนอแนะ

คะแนนรวมการปฏิบัติ:/๑๐ ข้อ (คิดเป็น %)

จุดแข็งที่พบ:

ประเด็นที่ต้องพัฒนา/ปรับปรุง:

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง (Action Plan):

☐ สอนสาธิตหน้างาน (Bedside Teaching) เรื่อง:

☐ ส่งเข้าอบรมฟื้นฟูความรู้ (Re-training)

☐ ติดตามผลการนิเทศซ้ำในวันที่:

ลงชื่อ: (ผู้นิเทศ/หัวหน้าหอผู้ป่วย)

ลงชื่อ: (ผู้รับนิเทศ/พยาบาลเจ้าของไข้)

เคล็ดลับสำหรับการนิเทศ (Tips for Supervisor)

Case Trace: ลองสุ่มเจาะชมเบื้องหลังของเคสที่อาการทรุดลงจริงเพื่อดูว่ามีการตรวจพบสัญญาณเตือนล่าช้าหรือไม่

Scenario Test: ลองตั้งคำถามสมมติ เช่น "ถ้าผู้ป่วยรายนี้หายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที และดูซึมลง คุณจะทำอย่างไรภายใน ๕ นาทีแรก?"

Psychological Safety: สร้างบรรยากาศที่พยาบาลกล้าตัดสินใจเรียก RRT โดยไม่ต้องกลัวถูกตำหนิหากอาการผู้ป่วยไม่ได้รุนแรงจริง (เรียกเมื่อไร ดีกว่าเรียกไม่ทัน)

ตารางสรุปผลการนิเทศรายบุคคล (Individual Tracking)

ใช้สำหรับติดตามว่าพยาบาลในทีมคนไหนผ่านเกณฑ์ หรือต้องได้รับสอนการสอนเพิ่มเติม (Remedial Teaching)

ชื่อ-นามสกุล	ผลการประเมิน SOS (๕ ข้อแรก)	การตัดสินใจ/SBAR (๕ ข้อหลัง)	คะแนนรวม (%)	ผลการประเมิน	แผนพัฒนา/หมายเหตุ
๑.	/5	/5	๑๐	☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	
๒.	/5	/5	๑๐	☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	
๓.	/5	/5	๑๐	☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	
๔.	/5	/5	๑๐	☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	
๕.	/5	/5	๑๐	☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	
๖.	/5	/5	๑๐	☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	
๗.	/5	/5	๑๐	☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	
๘.	/5	/5	๑๐	☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน	

Script การสอนรายงาน SBAR

เวลาสอนหมอหรือคน RRT ให้ทุกคนโครงสร้างนี้ จะช่วยให้หมอตัดสินใจได้เร็วและแม่นยำขึ้นนะ!

- S (Situation):** "สวัสดีค่ะหมอ พยาบาล...รายงานจากตึก... รายงานเคสคุณ... เบื้องต้น... ตอนนี้คนไข้มีอาการ... (เช่น เหนื่อยหอบ) คะแนน SOS ได้... คะแนนค่ะ"
- B (Background):** "คนไข้เป็นโรค... (เช่น AFI Day ๒) เคยมีสัญญาณชีพคงที่มาก่อน แต่เริ่มเปลี่ยนเมื่อ ๓๐ นาทีที่แล้วค่ะ"
- A (Assessment):** "ตอนนี้ประเมินเบื้องต้น หายใจ ๒๔ ครั้ง, SpO₂ ๙๐%, ฟังปอดมีเสียง Crackles คิดว่าคนไข้เริ่มมีภาวะ Fluid Overload หรือเปล่าค่ะ?"
- R (Recommendation):** "อยากให้หมอมาประเมินที่เตียงด่วนค่ะ ตอนนี้ให้ O₂ Cannula ๓ LPM รอไว้แล้ว หมอต้องการให้เตรียมยาหรือตรวจอะไรเพิ่มก่อนไหมค่ะ?"

Audit เวชระเบียน (1)



ส่วนที่ ๒ การ Audit เวชระเบียน (Process Audit)

ข้อมูลผู้ป่วย

HN _____ AN _____ Dx _____ Admit Date _____ Auditor _____

การประเมิน SOS Score

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
๑. ประเมิน SOS เมื่อ Admit	☐	☐
๒. ประเมิน SOS ครบทุกตัว	☐	☐
๓. จำนวนคะแนนถูกต้อง	☐	☐
๔. บันทึกคะแนนครบถ้วน	☐	☐
๕. ระบุ Color Zone ถูกต้อง	☐	☐

คะแนน ____ / ๕

การตอบสนองต่อคะแนน

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
๑. SOS ๒-๓ มีการ Notify หัวหน้าเวร	☐	☐
๒. SOS ๔-๕ Notify แพทย์	☐	☐
๓. SOS ๔-๕ ย้ายเข้า Semi-Critical Zone	☐	☐
๔. มีการติดตามอาการตามเกณฑ์	☐	☐
๕. มีการประเมินซ้ำหลัง Intervention	☐	☐

คะแนน ____ / ๕

การใช้ SBAR

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
Situation ครบ	☐	☐
Background ครบ	☐	☐
Assessment ครบ	☐	☐
Recommendation ครบ	☐	☐

คะแนน ____ / ๔

Documentation Audit

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
บันทึก Nursing Note ครบ	☐	☐
บันทึกคำสั่งแพทย์ครบ	☐	☐
บันทึกผลตอบสนองครบ	☐	☐

คะแนน ____ / ๓

สรุปผล Audit รายเวชระเบียน

หมวด	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
SOS Assessment	๕	
Response	๕	
SBAR	๔	
Documentation	๓	
รวม	๑๗	
คิดเป็นร้อยละ _____		
☐ ผ่าน		
☐ ไม่ผ่าน		
เกณฑ์การแปลงผล		
ร้อยละ ผลการประเมิน		
≥ ๙๐ ดีมาก		
๘๐-๘๙ ดี		
๗๐-๗๙ พอใช้		
< ๗๐ ต้องพัฒนา		

Audit เวชระเบียน (2)



ส่วนที่ ๓ Direct Observation Audit

ประเมินพยาบาลขณะปฏิบัติงานจริง

ชื่อ _____

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

รายการ	ทำได้	ทำไม่ได้
วัด V/S ถูกต้อง	☐	☐
คำนวณ SOS ถูกต้อง	☐	☐
แปลผลคะแนนถูกต้อง	☐	☐
ระบุ Zone ถูกต้อง	☐	☐
Notify ตามเกณฑ์	☐	☐
ใช้ SBAR ได้	☐	☐
บันทึกถูกต้อง	☐	☐
ให้การพยาบาลเหมาะสม	☐	☐

คะแนน _____ / ๘

ผ่าน ๕ / ๗ คะแนน

ส่วนที่ ๔ Outcome Audit

ตัวชี้วัดรายเดือน

KPI	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
Compliance SOS	๕๙๐%	
Notify ตามเกณฑ์	๕๙๐%	
SBAR ครบถ้วน	๕๙๐%	
Competency Staff	๕๙๐%	
Staff Satisfaction	๕๙๐%	
Unplanned CPR	๐ ราย	
Unexpected Death	๐ ราย	
Refer Sepsis	ลดลง	

สรุปข้อค้นพบ (Key Findings)

จุดเด่น

โอกาสพัฒนา

แผนปรับปรุง

ลายเซ็น

ผู้ตรวจประเมิน

ลงชื่อ _____

วันที่ _____

หัวหน้าหอผู้ป่วย

ลงชื่อ _____

วันที่ _____



ติดตามอัตรา CPR



KPI

ประเมินความพึงพอใจบุคลากร



แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หลังใช้แนวทางการจัดโซนผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงร่วมกับ SOS Score
เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤติในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชลยชัยภูมิ

ส่วนที่ ๑: ข้อมูลทั่วไป

ตำแหน่ง.....

ประสบการณ์ทำงาน (ปี).....

ส่วนที่ ๒ แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อแนวทางปฏิบัติ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้

๕ - มากที่สุด / เห็นด้วยอย่างยิ่ง

๔ - มาก / เห็นด้วย

๓ - ปานกลาง

๒ - น้อย / ไม่ค่อยเห็นด้วย

๑ - น้อยที่สุด / ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ประเด็น/ด้าน	ระดับความพึงพอใจ				
	๕	๔	๓	๒	๑
ด้านเนื้อหาและโครงสร้างของแนวทางปฏิบัติ					
๑. เนื้อหาของแนวทางปฏิบัติมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน					
๒. เกณฑ์การประเมินอาการทรุดลง (เช่น Score ต่างๆ) มีความเหมาะสม					
๓. ขั้นตอนการปฏิบัติงานมีความต่อเนื่องและเป็นลำดับขั้นตอนชัดเจน					
ด้านการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง					
๔. แนวทางปฏิบัติช่วยให้ท่านตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น					
๕. ช่วยลดความคลาดเคลื่อนหรือความสับสนในการรายงานอาการผู้ป่วย					
๖. เครื่องมือหรือแบบฟอร์มประกอบการเฝ้าระวัง ใช้งานได้สะดวก ง่ายต่อการนำไปใช้					
ด้านการประสานงานและการสื่อสาร					
๗. ช่วยให้การสื่อสารระหว่างทีม (เช่น ทายาลกับแพทย์) มีประสิทธิภาพขึ้น					
๘. ระบบการตามทีมช่วยเหลือ (เช่น RRT หรือ Code) มีความชัดเจน					
ด้านความเชื่อมั่นและภาพรวม					
๙. ท่านมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเมื่อใช้แนวทางปฏิบัตินี้					
๑๐. ภาพรวม ท่านเห็นว่าแนวทางนี้มีประโยชน์ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย					

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมปัญหา/อุปสรรคที่พบในการนำไปปฏิบัติ:

.....

สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงหรือเพิ่มเติม:

A : Act

-ปรับปรุงเครื่องมือประเมินให้ใช้งานง่าย

แบบฟอร์ม Audit CQI

Patient Severity Zoning Model & SOS Score

หน่วยงาน : _____

เดือน : _____

ผู้ตรวจประเมิน : _____

จำนวนเวชระเบียนที่ Audit : _____ ราย

วันที่ Audit : _____

ส่วนที่ ๑ การประเมินโครงสร้าง (Structure Audit)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มี CPG การดูแลผู้ป่วยทุกตง	☐	☐	
๒. มี SOS Score Guideline	☐	☐	
๓. มี Flowchart การตอบสนอง	☐	☐	
๔. มีการกำหนด Color Zone	☐	☐	
๕. มี Semi-Critical Zone	☐	☐	
๖. มี CPR Zone	☐	☐	
๗. มี Emergency Drug Box	☐	☐	
๘. มี Defibrillator พร้อมใช้	☐	☐	
๙. บุคลากรผ่าน Competency	☐	☐	
๑๐. มีระบบ SBAR	☐	☐	

เกณฑ์ผ่าน

≥ ๙๐%

-เพิ่ม Color Coding



แบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงโรงพยาบาลตากสิน

(Patient Monitoring Record for Early Detection)

แบบฟอร์มเฝ้าระวังผู้ป่วยตามโซนสี (Color Zone Monitoring Record)

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี HN..... AN.....

Ward..... เคียง..... Diagnosis..... วันที่ Admit.....

๓. การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับระบบเฝ้าระวัง

☐ โซนสีเขียว (GREEN)	☐ โซนสีเหลือง (YELLOW)	☐ โซนสีส้ม (ORANGE)	☐ โซนสีแดง (RED)
ผู้ป่วยอาการคงที่ SOS Score ๐-๓ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง	เริ่มมีอาการ SOS Score ๒-๓ ☐ RR ๒๓-๒๔ ☐ PR ๓๐๓-๓๒๐ ☐ SBP ๙๐-๑๐๐ ☐ SpO₂ ๙๐-๙๕% ☐ ซึมลงเล็กน้อย ☐ ปัสสาวะลดลง ☐ มีไข้สูง	ผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ SOS Score ๔-๕ ☐ RR ๒๕-๓๐ ☐ PR >๓๒๐ ☐ SBP <๙๐ ☐ SpO₂ <๙๐% ☐ GCS ลดลง ☐ หอบเหนื่อยมาก ☐ Chest Pain ☐ Sepsis suspected	ภาวะวิกฤติ ☐ Cardiac Arrest ☐ Respiratory Failure ☐ Shock ☐ GCS ≤๔ ☐ BP วัดไม่ได้ ☐ Cyanosis ☐ Cardiac arrhythmiaรุนแรง
การติดตาม วัด V/S ทุก ๔ ชั่วโมง ประเมินอาการตามมาตรฐาน	การติดตาม V/S ทุก ๓-๒ ชั่วโมง แจ้งหัวหน้าเวร ประเมินซ้ำ รายงานแพทย์เมื่อครบตามเกณฑ์	การดำเนินการ V/S ทุก ๑๕-๓๐ นาที แจ้งแพทย์ทันที Activate SOS เตรียม Refer	การดำเนินการ Activate CPR Activate SOS Team แจ้งแพทย์ตัวหน้าที่สุด เตรียมช่วยฟื้นคืนชีพ Refer

๒. ตารางบันทึกอาการ

เวลา	Temp	PR	RR	BP	SpO ₂	GCS	SOS Score	โซนสี	ผู้บันทึก

๓. Checklist อาการเปลี่ยนแปลง

ระบบหายใจ	ระบบไหลเวียน	ระบบประสาท	ระบบอื่น
☐ หายใจเร็ว ☐ หายใจช้า ☐ ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ☐ SpO ₂ ลดลง ☐ เสียงหวีด	☐ BP ต่ำ ☐ BP สูง ☐ PR เร็ว ☐ PR ช้า ☐ มือเท้าเย็น ☐ Capillary refill >๒ sec	☐ ซึมลง ☐ ตื่นตุน ☐ ชัก ☐ แขนขาอ่อนแรง ☐ พูดไม่ชัด	☐ ปัสสาวะน้อย ☐ Pain score เพิ่มขึ้น ☐ มีเลือดออก ☐ ปวดตา ☐ ปวดหลัง

๔. การดำเนินการ

☐ แจ้งแพทย์ เวลา.....

☐ แจ้งหัวหน้าเวร ☐ Activate SOS Team ☐ ให้ออกซิเจน ☐ เปิด IV ☐ เสง Lab ☐ EKG ☐ CXR ☐ Refer to

๕. ผลการประเมินหลังให้การช่วยเหลือ

เวลา.....

☐ ดีขึ้น ☐ คงเดิม ☐ แย่ลง

เปลี่ยนโซนสีเป็น

☐ Green ☐ Yellow ☐ Orange ☐ Red

๖. CQI Audit

รายการ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
ประเมินโซนสีถูกต้อง	☐	☐
ติดตามความถี่ของโซนสี	☐	☐
แจ้งแพทย์ตามเกณฑ์	☐	☐
มีการ Reassess	☐	☐
บันทึกครบถ้วน	☐	☐

แนวทางการใช้สีในแบบฟอร์ม (เพื่อให้ใช้งานง่าย)

- ☐ สีเขียว: พื้นหลังเขียวอ่อน ใช้กับผู้ป่วยอาการคงที่
- ☐ สีเหลือง: พื้นหลังเหลืองอ่อน ใช้เตือนให้เฝ้าระวังใกล้ชิด
- ☐ สีส้ม: พื้นหลังส้มอ่อน เน้นผู้ป่วยเสี่ยงสูง ต้องประเมินและรายงานแพทย์ทันที
- ☐ สีแดง: พื้นหลังแดงอ่อน เน้นภาวะวิกฤติ ต้องช่วยเหลือเร่งด่วน

การใช้แถบสีและการเฝ้าระวังพื้นหลังในแบบฟอร์มจะช่วยให้พยาบาลมองเห็นระดับความรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ลดความผิดพลาดในการติดตามผู้ป่วย และสอดคล้องกับแนวทาง CQI ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

Color Zone Monitoring Record

[illegible]

-พัฒนาระบบการสื่อสาร SBAR

Script การสอนรายงาน SBAR

"เวลาตามหมอหรือตาม RRT ให้พูดตามโครงสร้างนี้ จะช่วยให้หมอตัดสินใจได้เร็วและแม่นยำขึ้นนะ"

- S (Situation): "สวัสดีค่ะหมอ พยาบาล...รายงานจากตึก... รายงานเคสคุณ... เตียง... ตอนนี้คนไข้มีอาการ... (เช่น เหนื่อยหอบ) คะแนน SOS ได้... คะแนนค่ะ"
- B (Background): "คนไข้เป็นโรค... (เช่น AFI Day ๒) เดิมสัญญาณชีพคงที่มาตลอด แต่เริ่มเปลี่ยนเมื่อ ๑๐ นาทีที่แล้วค่ะ"
- A (Assessment): "ตอนนี้ประเมินเบื้องต้น หายใจ ๒๘ ครั้ง, SpO๒ ๙๐%, ฟังปอดมีเสียง Creppitation คิดว่าคนไข้เริ่มมีภาวะ Fluid Overload หรือเปล่าคะ?"
- R (Recommendation): "อยากให้หมอมารับประเมินที่เตียงด่วนค่ะ ตอนนี้ให้ O๒ Cannula ๓ LPM รอไว้แล้ว หมอต้องการให้เตรียมยาหรือตรวจอะไรเพิ่มก่อนไหมคะ?"

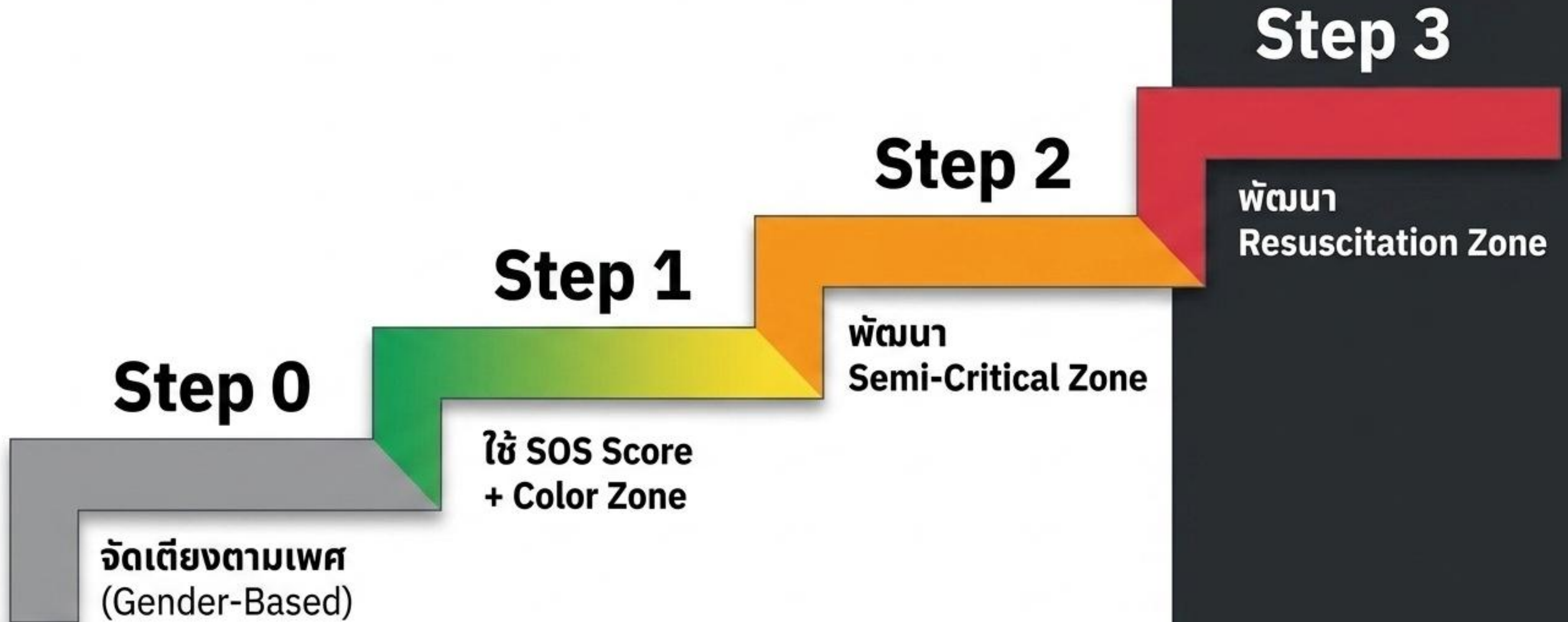
-จัดทำแผนนิเทศต่อเนื่อง

-เตรียมพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์คำนวณ SOS Score อัตโนมัติ

นวัตกรรม Patient Severity Zoning Model (PDCA Roadmap)



เปลี่ยนจากการจัดเตียงตามเพศ สู่การจัดพื้นที่ตามระดับความรุนแรงของชีวิต



นำสู่การปฏิบัติจริง: เครื่องมือที่เข้าใจง่ายและสื่อสารตรงจุด



Color Zone Monitoring Record

Date		Time		HR	RR	SBP	DBP	SpO2	Temp	SOS Score

Date		Time		HR	RR	SBP	DBP	SpO2	Temp	SOS Score

Date		Time		HR	RR	SBP	DBP	SpO2	Temp	SOS Score

Date		Time		HR	RR	SBP	DBP	SpO2	Temp	SOS Score

Tool 1: Color-Coded Monitoring Form

- ใช้แถบสีแฉะเงาพื้นหลัง ช่วยให้พยาบาลมองเห็นระดับความรุนแรงทันทีโดยไม่ต้องจำตัวเลข
- ลดความผิดพลาดในการประเมิน (Intuitive Design)

Tool 2: SBAR Scripting

S (Situation): คะแนน SOS 5
คะแนน มีอาการเหนื่อยหอบ

B (Background):
เดิมสัญญาณชีพปกติ เริ่มเปลี่ยน
10 นาทีที่แล้ว

A (Assessment): RR 28, SpO2
90% สงสัย Fluid Overload

R (Recommendation):
ต้องการให้แพทย์ประเมินด่วน
ให้ออกซิเจนรอแล้ว

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (KPI Dashboard 2566 – 2568)

Process Indicator

อัตราการปฏิบัติตามแนวทาง
(Compliance)



80% → 90% → 95%

0

Unplanned CPR: ลดลง 100%
(2 ราย → 1 ราย → 0 ราย)

Staff Indicator

ความพึงพอใจของบุคลากร
(Satisfaction)



80% → 90% → 95%

เกิดระบบเชิงรุก สื่อสารแม่นยำ และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างแท้จริง

ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ



๑

๑. บุคลากรสามารถ
ค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงสูง
ได้รวดเร็วขึ้น



๒

๒. เกิดระบบการจัด
กลุ่มผู้ป่วยตาม
ระดับความรุนแรง
อย่างเป็นรูปธรรม



๓

๓. การสื่อสารระหว่าง
พยาบาลและแพทย์
มีประสิทธิภาพมากขึ้น



๔

๔. ผู้ป่วยได้รับการ
ดูแลเชิงรุกก่อนเข้าสู่
ภาวะวิกฤติ



๕

๕. ลดความรุนแรง
ของเหตุการณ์ไม่
พึงประสงค์



๖

๖. เกิดระบบการช่วย
ฟื้นคืนชีพที่ชัดเจน
และมีประสิทธิภาพ

บทเรียนที่ได้รับ

การใช้ SOS Score เพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันภาวะวิกฤติได้อย่างสมบูรณ์ หากไม่มีระบบจัดการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงที่ชัดเจน การพัฒนา Patient Severity Zoning Model จาก "จัดเตียงตามเพศ" สู่ "จัดเตียงตามระดับความรุนแรง" ร่วมกับการจัดตั้ง Semi-Critical Zone และ Resuscitation Zone ทำให้ทีมสามารถเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างใกล้ชิด ตอบสนองได้รวดเร็ว และลดโอกาสเกิด Cardiac Arrest ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อัตราการเกิด CPR โดยไม่ได้วางแผนลดลงจนเป็น 0 รายในปี 2568 และเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยร่วมกันในทีมดูแลผู้ป่วย

สิ่งสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

- การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ
- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง
- การพัฒนางานตามวงจร PDCA

โอกาสพัฒนาต่อ

1. พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์คำนวณ SOS Score อัตโนมัติ
2. เชื่อมโยงระบบ Alert ผ่าน HOSxP
3. พัฒนาระบบ Rapid Response Team ในระดับโรงพยาบาล
4. ขยายแนวทางไปยัง ER และ OPD

“

SOS Score จะไร้ความหมาย หากปราศจากระบบจัดการพื้นที่เชิงรุก (Zoning) ที่รวดเร็วและเป็นรูปธรรม

”



Automation

เชื่อมต่อบริการ Alert และคำนวณ SOS อัตโนมัติผ่านระบบ HOSxP



Scaling

ขยายแนวทาง Patient Severity Zoning ไปยัง ER และ OPD



Hospital-Wide

พัฒนาระบบ Rapid Response Team (RRT) ในระดับโรงพยาบาล

ยกระดับมาตรฐาน เฝ้าระวังด้วยข้อมูล ตอบสนองด้วยระบบ
เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วยทุกคน

แนวทางการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง (Response to Deteriorating Patient)

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

1. หลักการและเหตุผล

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (Deteriorating Patient) ซึ่งมักมีสัญญาณเตือนล่วงหน้าก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) หรือภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) หลายชั่วโมง

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 51-86 ที่เกิด Cardiac Arrest ในโรงพยาบาล มีสัญญาณเตือนทางสรีรวิทยาก่อนเกิดเหตุการณ์ หากสามารถค้นพบสัญญาณเตือนดังกล่าวได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะช่วยให้ทีมรักษาสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างทันท่วงที ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการส่งต่อ ลดการเสียชีวิต และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จึงพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง โดยใช้ Search of Severity Score (SOS Score) ร่วมกับระบบจัดโซนผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (Patient Severity Zoning Model) เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันในการประเมิน ติดตาม และตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงได้อย่างรวดเร็ว
2. เพื่อป้องกันภาวะวิกฤติ

ขอบคุณค่ะ
THANK YOU
CQI

