

ผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล รอบที่ 1/2569 (ผู้ป่วยใน)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ

(ใช้คะแนนจากผลการประเมิน MRA รอบที่ 1/2569 ในส่วนของการบัณฑิตทางการพยาบาล)

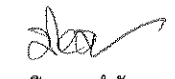
ที่	หน่วยงาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละคะแนน
1	CCU (อาคาร9 ชั้น2)	90	69	76.67
2	GICU (อ.9 เฟส 2 ชั้น 3)	90	82	91.11
3	ICU CVT (อ.8 ชั้น1)	90	85	94.44
4	ICU Neuro Surgery(อาคาร10 ชั้น3)	81	70	86.42
5	MED ICU 1 (อ.9 เฟส2 ชั้น3)	90	77	85.56
6	MED ICU 2 (อาคาร9 ชั้น2)	81	77	95.06
7	MED ICU 3 (อาคาร9 ชั้น3)	90	81	90.00
8	MED ICU 4 (อาคาร9 ชั้น3)	90	87	96.67
9	NICU(อ.9 เฟส2 ชั้น2)	90	84	93.33
10	Ortho ญ	90	88	97.78
11	Orthoชาย	90	87	96.67
12	PICU (อ.9 เฟส 2 ชั้น 2)	90	83	92.22
13	RCU(อาคาร4ชั้น1)	90	80	88.89
14	SICU (อาคาร10 ชั้น3)	81	71	87.65
15	STROKE (อาคาร9 ชั้น3)	90	84	93.33
16	กุมารเวชกรรม(NS)(อ.9 เฟส2 ชั้น2)	90	87	96.67
17	ตึกกุมารเวชกรรม2 (อ.9 เฟส2 ชั้น4)	90	78	86.67
18	ตึกกุมารเวชกรรม3 (อ.9 เฟส 2 ชั้น4)	90	79	87.78
19	ตึกตา(อาคาร2 ชั้น 5)	90	89	98.89
20	ตึกนรีเวชกรรม(อ.9 เฟส2 ชั้น5)	90	80	88.89
21	ตึกประสาทศัลยศาสตร์ (อาคาร 4 ชั้น 3)	90	87	96.67
22	ตึกผู้ป่วยโรคหัวใจ (อาคาร9 ชั้น3)	90	77	85.56
23	ตึกศัลยกรรมชาย(อาคาร2ชั้น3)	90	69	76.67
24	ตึกศัลยกรรมหญิง(อาคาร2ชั้น2)	81	71	87.65
25	ตึกสงฆ์(อาคาร3ชั้น 5)	90	82	91.11
26	ตึกสูติกรรม(อ.9 เฟส2 ชั้น5)	90	78	86.67
27	ตึกหูดงุมก(อ.9 เฟส 2 ชั้น6)	90	86	95.56
28	ตึกอายุรกรรมชาย1 (อาคาร9 ชั้น5)	90	75	83.33
29	ตึกอายุรกรรมชาย2 (อาคาร9 ชั้น5)	90	77	85.56
30	ตึกอายุรกรรมหญิง1 (อาคาร9 ชั้น4)	90	58	64.44
31	ตึกอายุรกรรมหญิง2 (อาคาร9 ชั้น4)	90	68	75.56
32	ตึกเคมีบำบัด (อ.9 เฟส.2 ชั้น 6)	90	89	98.89
33	พิเศษกระดูก	90	80	88.89
34	พิเศษประกันสังคม	90	85	94.44
35	พิเศษศัลยกรรม(อาคาร3ชั้น2)	90	75	83.33
36	พิเศษสูติกรรม(อาคาร9ชั้น7)	81	81	100.00
37	พิเศษอายุรกรรม ชั้น 6(อ.9 เฟส1 ชั้น6)	90	77	85.56
38	พิเศษอายุรกรรมชั้น7	90	72	80.00
39	ศัลยกรรมชาย2 (อาคาร 2 ชั้น 4)	90	85	94.44
40	หอผู้ป่วยกมลรักษ์	90	86	95.56
41	หอผู้ป่วยแยกโรค(อาคาร4 ชั้น5)	90	86	95.56
42	ห้องคลอด	90	82	91.11
	รวม	3735	3344	89.53


(นางสุปรียา พันรัมย์)

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
วันที่...11... สิงหาคม 2569


(นางสาวชลิดา จันทร์เทพา)

รองหัวหน้าพยาบาลด้านบริการ
วันที่...11... สิงหาคม 2569


(นางสาวปิยมาศ จำรัสธนสาร)

หัวหน้าพยาบาล
วันที่...11... สิงหาคม 2569

รายงานผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล(ผู้ป่วยใน)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2569

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ

1. หลักการและวัตถุประสงค์

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nurse Note) เป็นเครื่องมือสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ความต่อเนื่องของการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพและเป็นหลักฐานเชิงกฎหมายที่แสดงกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ จึงได้ดำเนินการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหน่วยงานผู้ป่วยใน รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2569 เพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนด (9 องค์ประกอบ)
2. เพื่อจัดลำดับผลการประเมินของแต่ละหน่วยงาน สำหรับใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับ (feedback) แก่หน่วยงาน
3. เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนาในภาพรวมของโรงพยาบาล และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

อย่างเป็นระบบ

2. เกณฑ์และวิธีการประเมิน

ทีมผู้ประเมิน (Auditor) สุ่มตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่จำหน่ายแล้วโดยประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลครอบคลุม 9 องค์ประกอบ ให้คะแนนแบบผ่าน/ไม่ผ่าน (1/0) ในแต่ละองค์ประกอบต่อ 1 เวชระเบียน ดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1 การประเมินแรกรับ
- องค์ประกอบที่ 2 ปัญหาทางการแพทย์พยาบาล
- องค์ประกอบที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล
- องค์ประกอบที่ 4 การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล
- องค์ประกอบที่ 5 การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย
- องค์ประกอบที่ 6 การเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลต่อเองที่บ้าน
- องค์ประกอบที่ 7 การประสานการดูแลต่อเนื่อง
- องค์ประกอบที่ 8 การบันทึกก่อนจำหน่าย (D/C Pt)
- องค์ประกอบที่ 9 การลงวัน เดือน ปี เวลา และลายมือชื่อผู้บันทึก

การประเมินครั้งนี้ดำเนินการทั้งสิ้น 415 เวชระเบียน จาก 42 หน่วยงานผู้ป่วยใน โดยกำหนดระดับผลการประเมินเป็น 4 ระดับ อ้างอิงเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลที่กำหนดให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้แก่ ดีเยี่ยม ($\geq 95\%$) ดี (85-94.99%) ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (80-84.99%) และไม่ผ่านเกณฑ์ ($< 80\%$)

3. ผลการประเมินภาพรวม

ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภาพรวมทั้งโรงพยาบาล ได้คะแนน 3344 จากคะแนนเต็ม 3735 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 89.53 ซึ่งอยู่ในระดับ "ดี" สะท้อนว่าโดยรวมบุคลากรพยาบาลมีการบันทึกที่ได้มาตรฐานในระดับที่น่าพอใจ แต่ยังพบความแปรปรวนระหว่างหน่วยงานค่อนข้างมาก โดยหน่วยงานที่ได้คะแนนสูงสุดทำได้ร้อยละ 100 ในขณะที่หน่วยงานที่ได้คะแนนต่ำสุดทำได้เพียงร้อยละ 64.44 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การกระจายตัวของหน่วยงานตามระดับผลการประเมิน

ระดับผลการประเมิน	จำนวนหน่วยงาน	ร้อยละของ หน่วยงานทั้งหมด
ดีเยี่ยม ($\geq 95\%$)	12	28.6%
ดี (85 – 94.99%)	23	54.8%
ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (80 – 84.99%)	3	7.1%
ไม่ผ่านเกณฑ์ ($< 80\%$)	4	9.5%

ตารางที่ 2 สรุปคะแนนการประเมินการบันทึกทางการแพทย์ เรียงลำดับหน่วยงานจากคะแนนมากไปหาน้อย

ลำดับ	หน่วยงาน/หอผู้ป่วย	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	ร้อยละ	ระดับผลการ ประเมิน
1	พิเศษสูติกรรม(อาคาร9Bชั้น7)	81	81	100.00	ดีเยี่ยม
2	ตึกตา(อาคาร2 ชั้น 5)	90	89	98.89	ดีเยี่ยม
3	ตึกเคมีบำบัด (อ.9 เฟส.2 ชั้น 6)	90	89	98.89	ดีเยี่ยม
4	Ortho ญ	90	88	97.78	ดีเยี่ยม
5	MED ICU 4 (อาคาร9 ชั้น3)	90	87	96.67	ดีเยี่ยม
6	Orthoชาย	90	87	96.67	ดีเยี่ยม
7	กุมารเวชกรรม(NS)(อ.9 เฟส2 ชั้น2)	90	87	96.67	ดีเยี่ยม
8	ตึกประสาทศัลยศาสตร์ (อาคาร 4 ชั้น 3)	90	87	96.67	ดีเยี่ยม
9	ตึกหูดอมุก(อ.9 เฟส 2 ชั้น6)	90	86	95.56	ดีเยี่ยม
10	หอผู้ป่วยกมลรักษ์	90	86	95.56	ดีเยี่ยม
11	หอผู้ป่วยแยกโรค(อาคาร4 ชั้น5)	90	86	95.56	ดีเยี่ยม
12	MED ICU 2 (อาคาร9 ชั้น2)	81	77	95.06	ดีเยี่ยม
13	ICU CVT (อ.8 ชั้น1)	90	85	94.44	ดี
14	พิเศษประกันสังคม	90	85	94.44	ดี
15	ศัลยกรรมชาย2 (อาคาร 2 ชั้น 4)	90	85	94.44	ดี

ลำดับ	หน่วยงาน/หอผู้ป่วย	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	ระดับผลการประเมิน
16	NICU(อ.9 เฟส2 ชั้น2)	90	84	93.33	ดี
17	STROKE (อาคาร9 ชั้น3)	90	84	93.33	ดี
18	PICU (อ.9 เฟส 2 ชั้น 2)	90	83	92.22	ดี
19	GICU (อ.9 เฟส 2 ชั้น 3)	90	82	91.11	ดี
20	ตึกสงฆ์(อาคาร3ชั้น 5)	90	82	91.11	ดี
21	ห้องคลอด	90	82	91.11	ดี
22	MED ICU 3 (อาคาร9 ชั้น3)	90	81	90.00	ดี
23	RCU(อาคาร4ชั้น1)	90	80	88.89	ดี
24	ตึกนรีเวชกรรม(อ.9 เฟส2 ชั้น5)	90	80	88.89	ดี
25	พิเศษกระดูก	90	80	88.89	ดี
26	ตึกกุมารเวชกรรม3 (อ.9 เฟส 2 ชั้น4)	90	79	87.78	ดี
27	SICU (อาคาร10 ชั้น3)	81	71	87.65	ดี
28	ตึกศัลยกรรมหญิง(อาคาร2ชั้น2)	81	71	87.65	ดี
29	ตึกกุมารเวชกรรม2 (อ.9 เฟส2 ชั้น4)	90	78	86.67	ดี
30	ตึกสูติกรรม(อ.9 เฟส2 ชั้น5)	90	78	86.67	ดี
31	ICU Neuro Surgery(อาคาร10 ชั้น3)	81	70	86.42	ดี
32	MED ICU 1 (อ.9 เฟส2 ชั้น3)	90	77	85.56	ดี
33	ตึกผู้ป่วยโรคหัวใจ (อาคาร9 ชั้น3)	90	77	85.56	ดี
34	ตึกอายุรกรรมชาย2 (อาคาร9 ชั้น5)	90	77	85.56	ดี
35	พิเศษอายุรกรรม ชั้น 6(อ.9 เฟส1 ชั้น6)	90	77	85.56	ดี
36	ตึกอายุรกรรมชาย1 (อาคาร9 ชั้น5)	90	75	83.33	ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ
37	พิเศษศัลยกรรม(อาคาร3ชั้น2)	90	75	83.33	ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ
38	พิเศษอายุรกรรมชั้น7	90	72	80.00	ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ
39	CCU (อาคาร9 ชั้น2)	90	69	76.67	ไม่ผ่านเกณฑ์

ลำดับ	หน่วยงาน/หอผู้ป่วย	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	ระดับผลการประเมิน
40	ตึกศัลยกรรมชาย(อาคาร2ชั้น3)	90	69	76.67	ไม่ผ่านเกณฑ์
41	ตึกอายุรกรรมหญิง2 (อาคาร9 ชั้น4)	90	68	75.56	ไม่ผ่านเกณฑ์
42	ตึกอายุรกรรมหญิง1 (อาคาร9 ชั้น4)	90	58	64.44	ไม่ผ่านเกณฑ์
	รวมทั้งโรงพยาบาล	3735	3344	89.53	-

4. ผลการวิเคราะห์รายองค์ประกอบ (9 องค์ประกอบ)

เมื่อวิเคราะห์อัตราการผ่านเกณฑ์เป็นรายองค์ประกอบในภาพรวมทั้งโรงพยาบาล (เรียงจากองค์ประกอบที่มีอัตราผ่านต่ำสุดไปสูงสุด) พบว่าองค์ประกอบที่เป็นจุดอ่อนร่วมของหลายหน่วยงาน คือ การประสานการดูแลต่อเนื่อง และปัญหาทางการพยาบาล ในขณะที่องค์ประกอบด้านการลงวัน เดือน ปี เวลา และลายมือชื่อผู้บันทึก เป็นจุดแข็งที่ทำได้ดีที่สุด ดังตารางที่ 3

ที่	องค์ประกอบกำเนินการประเมิน	สาระสำคัญที่ประเมิน	ร้อยละ
7	การประสานการดูแลต่อเนื่อง	ระบุปัญหา ความต้องการ และบันทึกกิจกรรมการช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	83.9
2	ปัญหาทางการพยาบาล	สอดคล้องกับอาการแสดงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเรียงลำดับตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่าย	84.8
1	การประเมินแรกเริ่ม	อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย และอาการแรกเริ่มครอบคลุมสภาวะของผู้ป่วย	87.7
5	การให้ข้อมูล/ข้อมูลที่จำเป็น	ให้ข้อมูลและช่วยเหลือด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย	87.7
4	การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล	บันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการ ผลการรักษา และอาการก่อน-หลังทำหัตถการ	90.1
8	การบันทึกก่อนจำหน่าย (D/C)	สรุปอาการ ผลการรักษา ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย คำแนะนำ F/U และหน่วยบริการส่งต่อ	91.1
6	การเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	ให้สุขศึกษาและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ดูแลตนเองที่เอื้อต่อสุภาพที่ดี	91.3
3	กิจกรรมการพยาบาล	ครอบคลุมอาการสำคัญ เหมาะสมกับปัญหา (early detection) และรายงานแพทย์ทันเวลา	94.0
9	การลงวัน เดือน ปี เวลา และลายมือชื่อ	บันทึกต่อเนื่องทุกวันทุกเวร ลงลายมือชื่อและชื่อ-สกุลผู้บันทึกครบถ้วน	95.2

5. ข้อค้นพบสำคัญ (Key Findings)

5.1 หน่วยงานที่มีผลการประเมินโดดเด่น (Top 5)

- พิเศษสูติกรรม(อาคาร9B ชั้น7) — ร้อยละ 100.00
- ดึกตา(อาคาร2 ชั้น 5) — ร้อยละ 98.89
- ดึกเคมีบำบัด (อ.9 เฟส.2 ชั้น 6) — ร้อยละ 98.89
- Ortho ญ — ร้อยละ 97.78
- MED ICU 4 (อาคาร9 ชั้น3) — ร้อยละ 96.67

5.2 หน่วยงานที่ควรได้รับการสนับสนุนเร่งด่วน (5 อันดับล่างสุด)

- ดึกอายุรกรรมหญิง1 (อาคาร9 ชั้น4) — ร้อยละ 64.44
- ดึกอายุรกรรมหญิง2 (อาคาร9 ชั้น4) — ร้อยละ 75.56
- ดึกศัลยกรรมชาย(อาคาร2ชั้น3) — ร้อยละ 76.67
- CCU (อาคาร9 ชั้น2) — ร้อยละ 76.67
- พิเศษอายุรกรรมชั้น7 — ร้อยละ 80.00

5.3 ประเด็นเชิงระบบที่พบร่วมกัน

1. การประสานการดูแลต่อเนื่อง (ร้อยละ 83.9): พบว่าการบันทึกปัญหา ความต้องการและแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนหรือส่งต่อหน่วยงานอื่น ยังไม่ครบถ้วนสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการระบุกิจกรรมการให้คำปรึกษาหรือการนัดหมายติดตามที่ชัดเจน

2. ปัญหาทางการพยาบาล (ร้อยละ 84.8): การกำหนดปัญหาทางการพยาบาลบางส่วนยังไม่ครอบคลุมมิติด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และการเรียงลำดับความสำคัญตั้งแต่แรกถึงจำเป็นยังไม่ต่อเนื่องเป็นระบบ

3. การประเมินแรกรับ และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 87.7 เท่ากัน): การระบุระยะเวลาที่มีอาการและการบันทึกการให้ข้อมูล/สุ่มศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะรายยังมีช่องว่างให้พัฒนา

4. หน่วยงานที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล (ร้อยละ 80) มีจำนวน 4 หน่วยงาน ได้แก่ ดึกอายุรกรรมหญิง 1 (64.44%), ดึกอายุรกรรมหญิง 2 (75.56%), CCU (76.67%) และดึกศัลยกรรมชาย (76.67%) ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานที่มีผู้ป่วยหนักหรือมีอัตราครองเตียงสูง สะท้อนถึงภาระงานที่อาจส่งผลกระทบต่อเวลาในการบันทึกให้ครบถ้วน

6. ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

6.1 ระดับโรงพยาบาล / กลุ่มการพยาบาล

1. จัดทำแนวทาง (Guideline) และตัวอย่างการบันทึก (Good Practice) เฉพาะองค์ประกอบที่เป็นจุดอ่อนร่วม ได้แก่ การประสานการดูแลต่อเนื่อง และการกำหนดปัญหาทางการพยาบาล เผยแพร่ให้ทุกหน่วยงานใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

2. จัดกิจกรรมทบทวนการบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Documentation Review) ร่วมกับหน่วยงานที่ได้คะแนนสูงสุด เพื่อถอดบทเรียนและขยายผลแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice Sharing)

3. กำหนดให้มีการนิเทศติดตาม (Supervision) การบันทึกอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีผล

การประเมินระดับ “ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ” และ “ไม่ผ่านเกณฑ์” พร้อมกำหนดรอบการติดตามซ้ำภายใน 3 เดือน

4. บรรลุประเด็นการบันทึกทางการพยาบาลไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลประจำปี และเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดคุณภาพ (KPI) ของแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนา

6.2 ระดับหน่วยงาน

1. หน่วยงานที่มีผลการประเมินต่ำกว่าร้อยละ 85 ควรวิเคราะห์สาเหตุเฉพาะราย (Root Cause) ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงาน และจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) หรือแผน PDCA เพื่อยกระดับคุณภาพการบันทึกอย่างเป็นระบบ

2. จัดให้มีการสุ่มตรวจสอบและให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) แก่ผู้บันทึกเป็นรายบุคคลอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในองค์ประกอบที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์บ่อยครั้ง

3. พิจารณาบริหารอัตรากำลังหรือช่วงเวลาการบันทึกให้เหมาะสมกับภาระงาน โดยเฉพาะหน่วยงานวิกฤต/ผู้ป่วยหนักที่มีอัตราครองเตียงสูง เพื่อให้มีเวลาเพียงพอในการบันทึกอย่างครบถ้วน

4. หน่วยงานที่มีผลการประเมินระดับดีเยี่ยม ควรรักษามาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และสามารถเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่หน่วยงานอื่น

7. สรุป

ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2569 ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 89.53) โดยมีหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยมและดีรวม 35 หน่วยงาน (ร้อยละ 83.3) มีหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำของโรงพยาบาล (ร้อยละ 80-84.99) จำนวน 3 หน่วยงาน และยังมีหน่วยงานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล (ต่ำกว่าร้อยละ 80) จำนวน 4 หน่วยงาน ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อพัฒนาอย่างเร่งด่วน

รายงานโดย นางสาวปรีญา พันธรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

วันที่ ...11.. เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569