

เกณฑ์ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ในระดับหน่วยงาน หรือ ครอบคลุมงาน

ลำดับ	เกณฑ์การพิจารณา		เกณฑ์การให้คะแนน
1	เรื่องที่ทำเนิรการจัดทำ	ที่มาของปัญหา : มาจากปัญหาของระบบงาน / ระบบบริการ / ใบรายงานอุบัติการณ์	0.25
2	กระบวนการ	2.1 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปประเด็นในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เฉพาะในระดับหน่วยงาน / แผนกของตนเอง	0.25
		2.2 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปประเด็นใน ระหว่างหน่วยงาน / ครอบคลุมงาน	0.5
3	มีแนวทางปฏิบัติ	มีแนวทางปฏิบัติ / นวัตกรรม / คู่มือปฏิบัติ / เอกสารคุณภาพ WI / ที่สนับสนุนการทำงาน หรือช่วยแก้ปัญหาในการทำงานให้ดีขึ้น	0.5
4	มีการนำผลไปปฏิบัติ	4.1 มีการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงอย่างเป็นรูปธรรม	0.5
		4.2 มีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Praticce) ไปยังผู้ที่สนใจ มีหลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถตรวจสอบได้ เช่น website หน่วยงาน	0.5
		4.3 มีการประเมินผลการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้จนเกิดเป็น Best Praticce ที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานหรือบุคคลอื่น	0.75
		4.4 ได้รับคัดเลือกผลงานที่มีแนวทางปฏิบัติที่ดีได้รับการเผยแพร่ในคลังความรู้ในระดับองค์กร	0.75
5	เป็นแบบอย่างที่ดีในระดับองค์กร / ภายนอกองค์กร	5.1 ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงานในเวทีการจัดการความรู้ในระดับองค์กร หรือสามารถต่อยอดเป็น CQI หรือ R2R ได้ หรือ	1
		5.2 ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงานในเวทีการจัดการความรู้ในระดับภายนอกองค์กร	เต็ม + 1



แบบฟอร์มการจัดการความรู้

ชื่อหน่วยงาน การพยาบาลสามัญศัลยกรรมทั่วไป 12/2

แบบฟอร์มส่วนที่ 1

ชื่อเรื่อง การพัฒนาขั้นตอนการระบุตัวผู้ป่วยสำหรับการเก็บสิ่งส่งตรวจ (Specimen Collection Identification)

****กรุณา ✓ เลือกที่มาของปัญหา :** ☒ มาจากปัญหาของระบบงาน ☐ ระบบบริการ ☐ ใบรายงานอุบัติการณ์)

1. กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learn) (กรุณา ✓ เลือกหัวข้อที่ดำเนินการ)

☐ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปประเด็นในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เฉพาะในระดับหน่วยงาน/แผนกของตนเอง

☒ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปประเด็นใน ระหว่างหน่วยงาน / คร่อมสายงาน

2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม (ใส่รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม)

- | | | |
|----------------------|--------------|-------------------------|
| 1. นางจินตนา | แก้วดวงใจ | ประธาน / หัวหน้าโครงการ |
| 2. นางสาววิจิตรา | รอดเกตุกุล | |
| 3. นางสาวปรีดา | แสงสุข | |
| 4. นางสาวสุรีพร | สงประเสริฐ | |
| 5. นางสาวสุชาดา | ตัณญาชัย | |
| 6. นางสาววัลลี | น้ำเกษม | |
| 7. นางสาวสุกัลยา | เวชสาร | |
| 8. นางสาวอินทิรา | วิสัยมาตร | |
| 9. นางสาวสุธิดา | สระทองจันทร์ | |
| 10. นางสาวอณูธิดา | หารไพรี | |
| 11. นายสมชาย | กาชู | |
| 12. นางสาวเฮอร์ดี | ศรีสูงเนิน | |
| 13. นายธนรัตน์ | อ่อนตา | |
| 14. นางสาววรรณภา | เลี่ยมไถ่ | |
| 15. นายณัฐพร | โสภารัตน์ | |
| 16. นางสาวตติยาภรณ์ | ฤกษ์ใหญ่ | |
| 17. นางสาวสิริลักษณ์ | ศิริวรรณันท์ | |

3. หลักการและเหตุผล

การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) เป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญในทุกกิจกรรมของการให้การพยาบาลและต้องกระทำทุกขั้นตอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนการให้ยา การให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด การเจาะเลือดจองเลือดหรือเก็บสิ่งส่งตรวจและก่อนทำการรักษาหรือทำหัตถการ เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง ถูกบุคคล ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

จากข้อมูลในปี 2567 พบว่าหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมทั่วไป 12/2 เคยมีอุบัติการณ์ติดสติกเกอร์ที่ Tube lab ผิดคนเป็นอุบัติการณ์ความรุนแรง ระดับ B 1 ครั้ง และเคยมีอุบัติการณ์ติดสติกเกอร์ผิดคนแล้วส่งต่อผู้ป่วยย้ายไปห้องพิเศษ 1 ครั้ง เป็นความรุนแรงระดับ B สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาด ได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่มีอยู่ความประมาททำให้ไม่มีการตรวจเช็คซ้ำ การไม่ตระหนักถึงความสำคัญหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในระดับที่สูงขึ้นจนเป็นผลเสียถึงขั้นเป็นอันตราย หน่วยงานการพยาบาลสามัญศัลยกรรมทั่วไป 12/2 จึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง จึงได้ดำเนินการจัดการความรู้เรื่องขั้นตอนการระบุตัวผู้ป่วยสำหรับการเก็บสิ่งส่งตรวจจึงได้นำกระบวนการประชุม/ทบทวนปัญหา และแลกเปลี่ยนในหน่วยงานพิเศษ 12/1 ด้วยเป็นการเรียนรู้ เพื่อได้แนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิด

4. วัตถุประสงค์

- 4.1 เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการระบุตัวผู้ป่วยให้แก่บุคลากร
- 4.2 เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ในการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- 4.3 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการรักษา

5. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- 5.1 บุคลากรในหน่วยงานได้เข้าร่วมประชุม/ทบทวนแนวทางปฏิบัติขั้นตอนการระบุตัวผู้ป่วยสำหรับการเก็บสิ่งส่งตรวจ 100 %
- 5.2 บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางขั้นตอนการระบุตัวผู้ป่วยสำหรับการเก็บสิ่งส่งตรวจที่กำหนด 100 %
- 5.3 ไม่มีอุบัติการณ์รายงานการระบุตัวผู้ป่วยผิดภายในหน่วยงาน

6. สรุปประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Key Success Factor คือ ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในเรื่องที่เลือกทำ เช่น ใช้วิธีการหรือกระบวนการอะไรที่ทำให้ประสบความสำเร็จให้สรุปเป็นข้อ)

- 6.1 การเขียนใบคำขอส่งตรวจ ผู้ขอจะต้องระบุรายละเอียดครบถ้วนและตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำส่งสิ่งตรวจมายังห้องปฏิบัติการข้อมูลที่ต้องระบุได้แก่
 - ชื่อ-นามสกุล ของผู้ป่วย ตรงกับที่ติดบนฉลากติดสิ่งส่งตรวจ
 - เลขที่ผู้ป่วย (HN)
 - อายุ เพศ วัน/เดือน/ปีเกิด
 - หน่วยงานที่ส่งตรวจ เช่น หอผู้ป่วย
 - ชนิดและตำแหน่งที่เก็บสิ่งส่งตรวจ
 - รายการทดสอบที่ขอตรวจ
- 6.2 ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วยในคำสั่งการเจาะเลือดหรือเก็บสิ่งส่งตรวจ

6.3 ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อ-นามสกุล และปรี้น รายการสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยติดที่ Tube Lab หรือภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจที่เตรียมไว้ทำให้แล้วเสร็จที่ละรายการ

6.4 ก่อนเจาะเลือดสอบถาม ชื่อ-นามสกุล อายุ วัน/เดือน/ปีเกิด ของผู้ป่วยเทียบใบคำขอส่งตรวจที่เตรียมไว้

6.5 นำเลือดใส่ Lab/ภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจ ตรวจสอบสติ๊กเกอร์ที่ติดกับภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจที่ละ Tube

6.6 ขั้นตอนการนำส่งให้เจ้าหน้าที่พนักงานบริการตรวจสอบ ภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจให้ตรงกับใบคำขอส่งตรวจ ก่อนนำลงกล่องแล้วส่งให้ห้องปฏิบัติการ

7. มีแนวทางปฏิบัติที่สนับสนุนการทำงาน หรือช่วยแก้ปัญหาในการทำงานให้ดียิ่งขึ้น (กรุณา ☒ เลือกหัวข้อที่หน่วยงานได้ดำเนินการ สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

7.1 ☒ มีแนวทางปฏิบัติ (ใส่รายละเอียดหรือแนบหลักฐาน)

เรื่องแนวทางการปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identify) รหัส QMS-010-2-005-000

7.2 ☒ มีนวัตกรรม (ใส่รายละเอียดหรือแนบหลักฐาน)



7.3 ☒ มีคู่มือปฏิบัติ (ใส่รายละเอียดหรือแนบหลักฐาน)



7.4 ☐ มีการขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ WI (ใส่รายละเอียดหรือแนบหลักฐาน)

7.5 ☒ แผ่นพับ/โปสเตอร์ที่ได้เผยแพร่ (ใส่รายละเอียดหรือแนบหลักฐาน)



7.6 ☐ อื่นๆ (กรุณาระบุ)

แบบฟอร์มส่วนที่ 2

8. มีการนำผลไปปฏิบัติ/ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

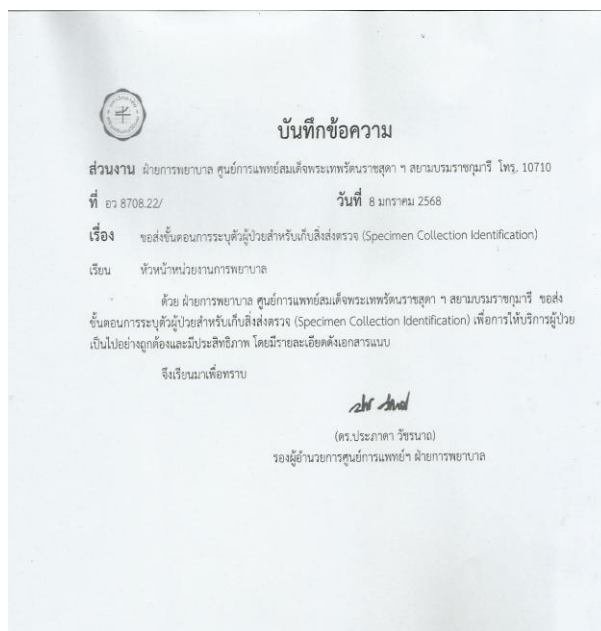
8.1 ☒ มีการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงอย่างเป็นรูปธรรม จากการประชุม/ทบทวนปัญหาการระบุตัวผู้ป่วยกับสิ่งส่งตรวจผิดพลาดได้มีการร่วมกันพัฒนา ขั้นตอนการระบุตัวผู้ป่วยสำหรับการเก็บส่งตรวจผลที่ได้คือบุคคลากรได้ปฏิบัติตามแนวทางที่ พัฒนาทำให้หน่วยงานไม่พบรายงานอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด (ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2568 ถึง เมษายน 2568) โดยพยาบาลอย่างน้อย 2 คน (Double check) ตั้งแต่แพทย์เขียน คำสั่งส่งตรวจมีพยาบาลเตรียมภาชนะใส่สิ่งส่งตรวจและแปะสติ๊กเกอร์ โดยทำเรียงลำดับใน ผู้ป่วยรายนั้นจนครบที่ระสาย ก่อนการเจาะเลือดมีการทบทวนสอบถาม ชื่อ-นามสกุล อายุ วัน/ เดือน/ปีเกิด กับผู้ป่วยโดยตรงก่อนส่งสิ่งตรวจไปห้องปฏิบัติการ พนักงานบริการมีส่วนช่วย

ตรวจสอบสติ๊กเกอร์เทียบกับใบคำขอส่งตรวจอีกครั้ง ทั้งนี้บุคลากรในหน่วยงานมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญมากขึ้น ทำให้ลดความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยก็ได้รับความปลอดภัยมากขึ้น

8.2 ☒ มีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ไปยังผู้ที่สนใจ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถตรวจสอบได้ เช่น website หน่วยงาน หรือบันทึกข้อความหรืออื่นๆ (กรุณาระบุรายละเอียด)



8.3 ☒ มีการประเมินผลการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้จนเกิดเป็น Best Practice ที่เป็นประโยชน์ต่อ หน่วยงานหรือบุคคลอื่น (กรุณาระบุรายละเอียด)



9. After Action Review (AAR)

9.1 ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร

- สามารถนำข้อเสนอแนะจากการประชุม/ทบทวนไปพัฒนาแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identify) ให้เกิดทุกๆขั้นตอนการรักษาได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการรักษา

9.2 ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร

- ทุกหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้ เช่น ห้องผ่าตัด ,งานโภชนาการงานเวชระเบียน

10 ภาพประกอบการทำกิจกรรม (กรุณาแนบภาพ)



ลงชื่อ.....นางจินตนา แก้วดวงใจ.....
(หัวหน้างานพยาบาลศัลยกรรมทั่วไป 12/2)
(หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง)