



แบบสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
Continuous Quality Improvement (CQI)

ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา
การพัฒนาระบบบริหารยาในหน่วยงานพิเศษ 13/1

ลำดับที่ 1 ปี 2567

จัดทำโดย ทีมนำทางคลินิก/ภาควิชา

หน่วยงานการพยาบาลพิเศษ 13/1

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1) สมาชิกผู้ร่วมดำเนินการ

- 1 นางสาวอมรภรณ์ ประเสริฐสังข์ หน.โครงการ
- 2 นางสาววรรณา จันทร์หอม
- 3 นางสาวภัทราวรรณ ถิ่นทวี
- 4 นางสาววารีย์ สุขเหมา
- 5 นางสาวธนัชพร ราชัย
- 6 นางสาวปาริชาติ ผลทอง
- 7 นางสาวม่านสุภา สีตามาท
- 8 นางสาวณัฐนรี ชมผึ้ง
- 9 นางสาวธัญชนก คำรัมย์
- 10 นางสาวประภากร ลิ้มป์ประเสริฐ
- 11 นางปริยานุช เพาะบุญ
- 12 นางกาญจนา ทอหล
- 13 นางพรเพ็ญ พุ่มพวง
- 14 นางอังคณา สุดประเวศ
- 15 นางสาวสุนิษา พาพันธ์
- 16 นางสาวจันทิมา คุ่มวงษ์

2) กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ตอบสนอง

(ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อ และระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม)

- (1) แผนยุทธศาสตร์ SMART ของศูนย์การแพทย์ ระบุ.....
- (2) คุณภาพความปลอดภัยที่เป็นเป้าหมายและจุดเน้นสำคัญขององค์กร/ทีม CLT/ทีมนำระบบ
 - 2.1) SIMPLE² ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ระบุ.....
 - 2.2) 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ระบุ.....
 - 2.3) ปัญหาความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน/ทีมเรื่อง ระบุ.....
- (3) การพัฒนาเพื่อยกระดับผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดระดับองค์กร/ทีม CLT/ ทีมนำระบบงานสำคัญ
 - 3.1 ตัวชี้วัด THIP 3.2 ตัวชี้วัด ExPNet
 - 3.2 ตัวชี้วัดองค์กร (SAR part 4) ตัวชี้วัดทีม/ระบบงาน (SAR part 1-2)
 - ระบุตัวชี้วัด.....

3) ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา

การพัฒนาระบบบริหารยาในหน่วยงานพิเศษ 13/1

4) หลักการและเหตุผล

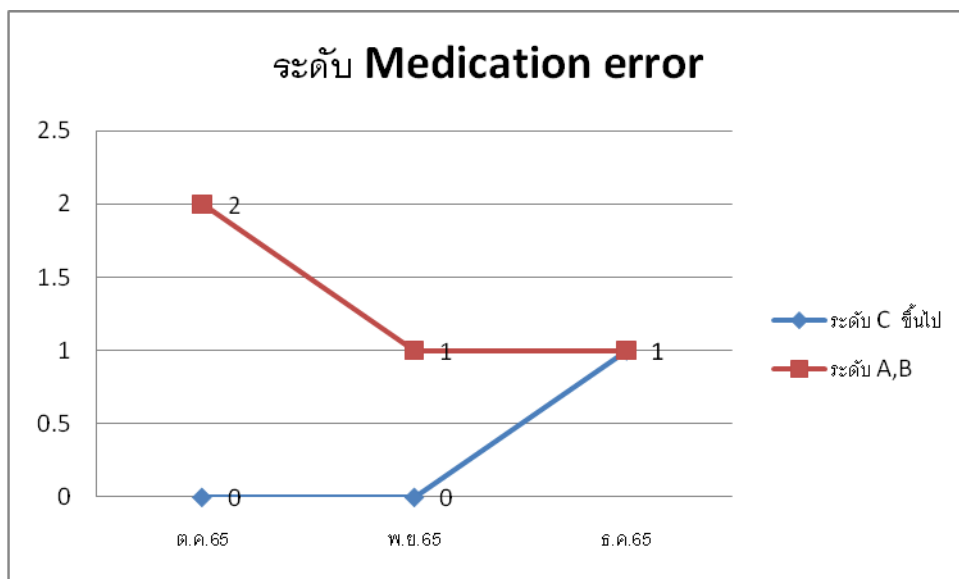
ที่มพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารยาให้ถูกหลัก 6R ได้แก่ Right Patient, Right Drug, Right Dose, Right Time, Right Route, Right Technique เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่รวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย จากการรวบรวมข้อมูลในแบบรายงานการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่ามีการบริหารยาผิดพลาด ในช่วงเดือนกันยายน – ธันวาคม 2565

ในระดับ Low risk (A-B) ทั้งหมด 4 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 3.14 ของจำนวนชนิดยาที่ให้ผู้ป่วย หน่วยงานการพยาบาลพิเศษ 13/1 ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่อาจนำไปสู่อันตรายถึงผู้ป่วยได้ จึงมีการพัฒนาระบบการบริหารยาขึ้น เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และสอดคล้องกับนโยบายบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

5) ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา

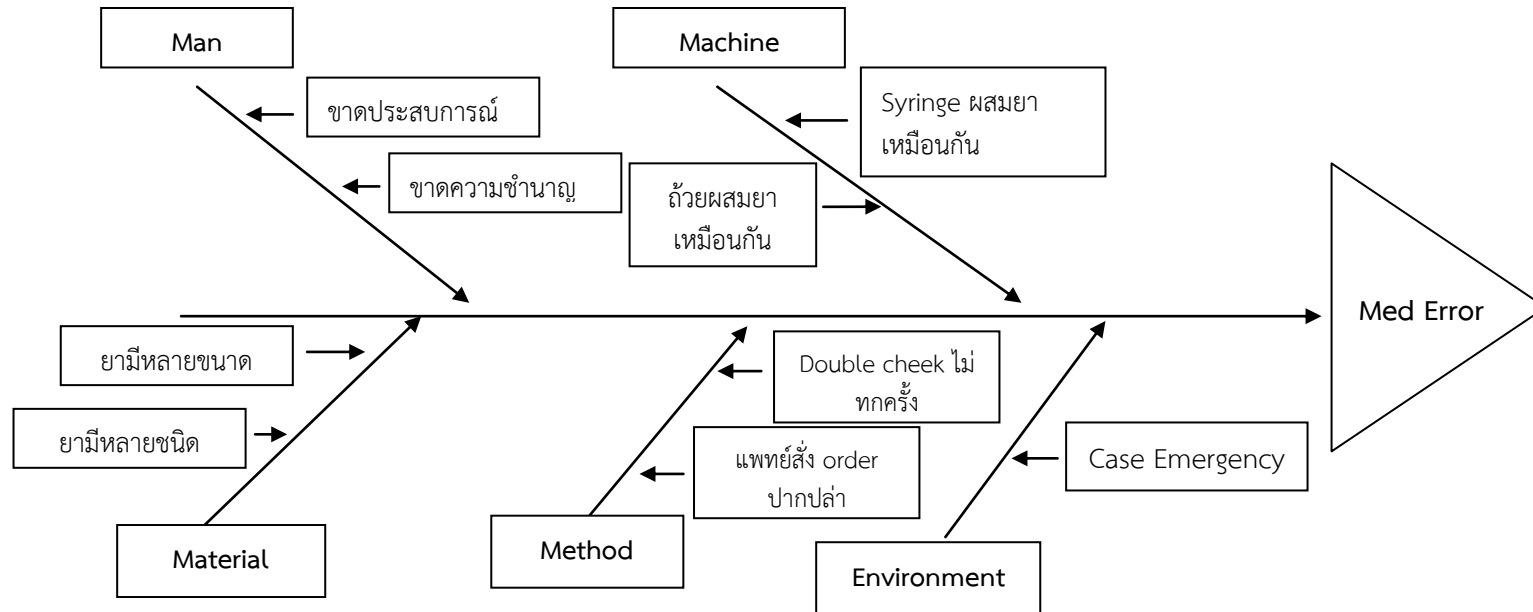
ระดับ Medication error	ต.ค.65	พ.ย.65	ธ.ค.65
ระดับ C ขึ้นไป	0	0	1
ระดับ A,B	2	1	1

กราฟแสดงข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (ระดับ A-B) ปี 2565



6) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

ตัวอย่าง...การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดย แผนภูมิแก๊งปลา Fish bone



ปัจจัยด้าน เช่น

Man บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่

Method วิธีการ/กระบวนการทำงาน

Material วัตถุดิบหรือข้อมูล เช่น งบประมาณ การบริหารจัดการ

Machine อุปกรณ์/เครื่องมืออำนวยความสะดวก

Environment ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อปัญหา/ความเสี่ยง

อื่นๆ

7) วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาในชั้นต่อนต่างๆ
2. เพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในชั้นต่างๆ
3. เพื่อแนวทางพัฒนาระบบการบริหารในหน่วยงานการพยาบาลพิเศษ 13/1

8) ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัด

1. อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ A-B ลดลง 50%
2. อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E-I 0 ครั้ง

9) ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566

แผนการดำเนินการ	2565			2566								
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
วางแผน Plan	■	■	■									
ลงมือแก้ปัญหา Do	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
ตรวจสอบผล Check				■	■	■	■					
แก้ไขปรับปรุง และจัดทำ มาตรฐาน Action					■	■	■	■	■	■	■	■

10) กิจกรรมการพัฒนา

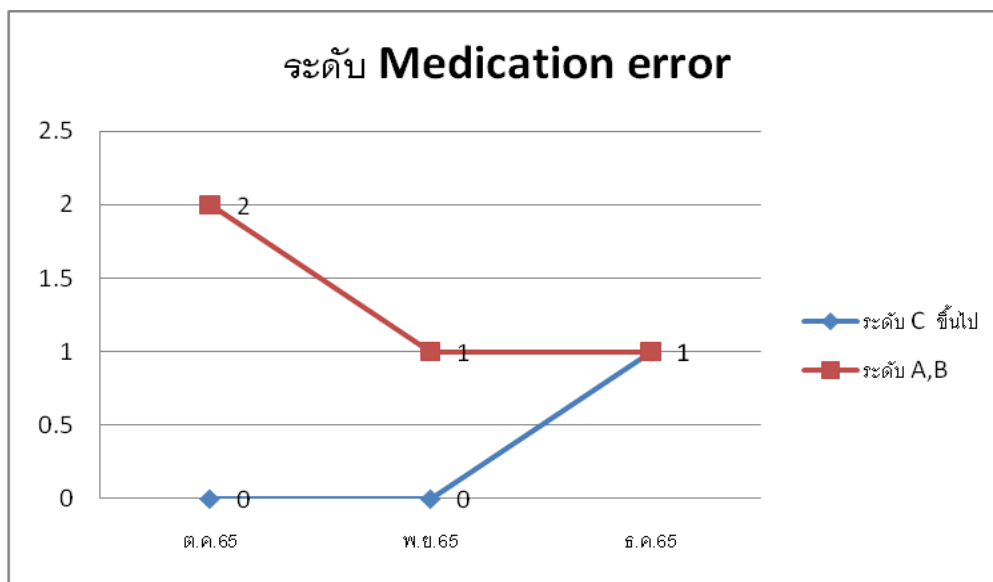
ปัจจัย ด้าน	สาเหตุ	วางแผนกิจกรรมการพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ (ทีม หน่วยงาน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง)	วัน/เดือน/ปี		สรุปประเมินผล เรียนรู้ กิจกรรมการพัฒนา
				เริ่ม ระบุ	สิ้นสุด ระบุ	
1.ด้านบุคลากร	- ขาดประสบการณ์ - ขาดความชำนาญ - ขาดทักษะในการคำนวณยา	- นิเทศพยาบาลเรื่องยาใช้ยา และการ คำนวณโดสหัวหน้างาน - จัดทำแนวทางการปฏิบัติให้ชัดเจน - มีระบบการ Double check ระหว่าง พยาบาล	พยาบาล	ต.ค.65	ก.ย.66	• บุคลากรมีความเข้าใจและ ตระหนักถึงความสำคัญในการ บริหารยามากขึ้น
2.ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์	- ยาชนิดเดียวกันมีหลายขนาด - ถ้วยใส่ยาและ Syringe เหมือนกัน - ใน Case มียาหลายชนิด	- นิเทศพยาบาลเรื่องใช้ยา และการคำนวณ โดยหัวหน้างาน - ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยพร้อมทั้งระบุห้องให้ ชัดเจนที่ถ้วยยาและ Syringe ยา	พยาบาล	พ.ย.65	ธ.ค.65	• มีการทำตามกระบวนการที่ ได้ตกลงไว้อย่างต่อเนื่อง •
3.ด้านกระบวนการ	- แพทย์สั่งการรักษาใช้ยาปากเปล่า	- จัดทำกล่องใส่ยา และติดชื่อยาให้ชัดเจน	พยาบาล	ธ.ค.65	ก.ย.66	มีการจัดเก็บยาในกล่องพร้อม ทั้งระบุชื่อยา เวลาที่ชัดเจน
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	- บรรยากาศการทำงานที่เร่งรีบในเคส ฉุกเฉิน	- มีระบบ Double check ระหว่างพยาบาล ในการให้ยาทุกครั้ง	พยาบาล	ธ.ค.65	ก.ย.66	มีการ Double check ใน case ที่ มีการ start ยาใหม่เพิ่มมากขึ้น

11) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงหลังแก้ปัญหา

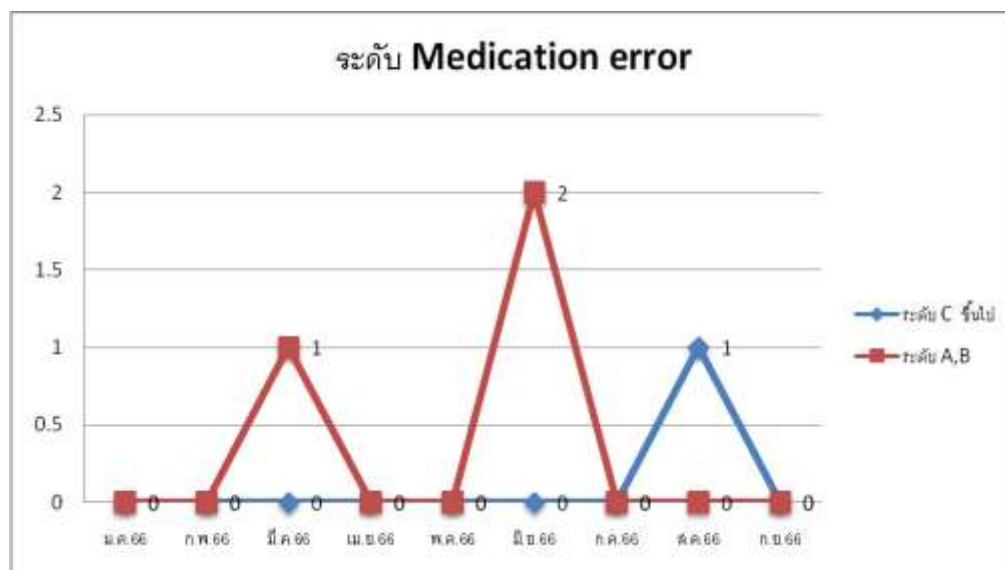
ระดับ Medication error	ม.ค.66	ก.พ.66	มี.ค.66	เม.ย.66	พ.ค.66	มิ.ย.66	ก.ค.66	ส.ค.66	ก.ย.66
ระดับ C ขึ้นไป	0	0	0	0	0	0	0	1	0
ระดับ A,B	0	0	1	0	0	2	0	0	0

11.1) นำเสนอกราฟผลลัพธ์ตัวชี้วัดที่เกิดขึ้น ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ

ก่อน



หลัง



11.2) สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการ

- ความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ A-B ลดลง
- ความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ E-I เป็น 0 ครั้ง
- มีความรวดเร็ว ถูกต้องในการให้ยามากขึ้น

12) บทเรียนที่ได้รับ

1. มีระบบตรวจสอบในขั้นตอนของการบริหารยา
2. มีแนวทางปฏิบัติในการบริหารยา

13) การพัฒนาต่อเนื่อง -

14) สิ่งที่ได้เป็นแบบอย่าง และนวัตกรรม

14.1) นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์/นวัตกรรมเชิงกระบวนการ ที่ได้จากการดำเนินโครงการ

-

14.2) เกิดคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานฉบับใหม่ หรือ ฉบับทบทวน (WP, WI ฯลฯ เรื่อง การบริหารยาในหน่วยงาน (อยู่ในการดำเนินงาน)

15) แผนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในอนาคต

การลดจำนวนรอบในการเบิกยาที่ไม่เร่งด่วน