



แบบฟอร์มการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ของหน่วยงาน การพยาบาลสามัญศัลยกรรมหญิง13/2

หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง การบริหารยา Heparin อย่างมีประสิทธิภาพ

วัน/เดือน/ปี ที่จัดการความรู้ 28 ส.ค. 65 , 11 ก.ย.65 , 30 ต.ค.65 ,

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1.	น.ส. วิยารัตน์	ราศรีใส	ผู้จัดการความรู้ (KM Manager)
2.	น.ส. ภัศรา	พรหมศร	คุณอำนวย (Facilitator)
3.	นางนภาวี	สุวรรณอ่อน	คุณลิขิต (Note Taker)
4.	นางสาวปัทมวรรณ	นาเมืองรักษ์	คุณกิจ
5.	นางสาวปรีชาติ	ชุมพล	คุณกิจ
6.	นางสาวณัฐกานต์	เพิ่มพร	คุณกิจ
7.	นางสาววรรณภา	โสภิตไต้	คุณกิจ
8.	นางสาวอรสา	ศรีสลับ	คุณกิจ
9.	นางสาวสุภาพร	ทิจำปา	คุณกิจ
10.	นางสาวพิมพ์ภัส	ศาสตร์อริยกุล	คุณกิจ
11.	นางสาวเบญญพร	กลางเมือง	คุณกิจ
12.	นางสาวปนัดดา	เนาสีสอน	คุณกิจ
13.	นางสาวสุนิษา	เข้มมี	คุณกิจ
14.	นางสาวบุญเรียม	เอี่ยมบัณฑิต	คุณกิจ
15.	นางสาวนิตชาล	ทองกุล	คุณกิจ
16.	นางสาวสุดารัตน์	แสงเดี่ยว	คุณกิจ
17.	นางสาววณิชชา	กองสงค์	คุณกิจ
18.	นางสาวมณิการ	ถ้ำสูงเนิน	คุณกิจ
19.	นางสาวปนัดดา	กาละภักดี	คุณกิจ
20.	นางสาวกิ่งแก้ว	ศรีตะปัญญา	คุณกิจ
21.	นางสาวสุทธิดา	ขาวเจริญ	คุณกิจ
22.	นางสาวชยารัตน์	งามยิ่ง	คุณกิจ

1. หลักการและเหตุผล

งานการพยาบาลศัลยกรรมหญิง จักษุ โสต ศอ นาสิกларังษวิทยาได้เปิดให้บริการผู้ป่วยหลากหลายสาขา ซึ่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบริหารยาจากพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง หอผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมพัฒนาและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง โดยได้ใช้หลัก 6 R พบว่า ปี 2563 พบว่าการบริหารยาที่มีความผิดพลาดอยู่โดย ความคลาดเคลื่อนระดับ A - B (Near miss) คิดเป็น 1.03 ครั้ง/1000 วันนอน ความคลาดเคลื่อนระดับ C – D (Error) 0.51 ครั้ง/1000 วันนอน ปี 2564 หน่วยงานได้ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าการบริหารยาที่มีความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับความรุนแรงมากขึ้น พบความคลาดเคลื่อนระดับ C – D (Error) 1.5 ครั้ง/1000 วันนอน ปี 2565 พบว่าการบริหารยาที่มีความผิดพลาดอยู่โดย ความคลาดเคลื่อนระดับ A - B (Near miss) คิดเป็น 0.73 ครั้ง/1000 วันนอน และพบความคลาดเคลื่อนระดับ C – D (Error) 1.43 ครั้ง/1000 วันนอน ไม่พบระดับ E – I (Error)

ปี 2566 พบว่ามีการบริหารยาผิดพลาด พบความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับที่รุนแรง E – I (Error) จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็น 0.08 ครั้ง/1000 วันนอน คือ การบริหารยา Heparin จัดอยู่ในกลุ่มยา HAD โดยให้ยาเกินขนาด จาก Heparin 1,900 u push แต่ให้ Heparin 19,000 u push ให้ยาเกินขนาด 10 เท่า ของยาจริง เป็นความคลาดเคลื่อนจำนวนน้อยครั้ง แต่มีระดับความรุนแรงสูง ส่งผลกระทบถึงผู้ป่วย

ดังนั้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการบริหารยาผิดพลาด การรักษาเป็นไปตามแผนการรักษาและเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย งานการพยาบาลศัลยกรรมหญิง จักษุ โสต ศอ นาสิกларังษ จึงเห็นว่าพยาบาลในหน่วยงานทุกคนจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมเรื่องการบริหารยา Heparin ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล
3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความสามารถในการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย

3. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E – I เป็น 0 ครั้ง/1000 วันนอน

4. วิธีการ/รูปแบบการจัดการความรู้ *** (กรณีระบุ) ***

- Success Story Telling (SST) (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.1)
- The World Cafe (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.2)

5. กระบวนการจัดการความรู้ (Share & Learn)

5.1 Success Story Telling (SST)

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	เหตุการณ์ (Context)	เทคนิค/วิธีการ (Action)	ผลลัพธ์ที่ได้รับ (Result)

5.2 The World Cafe

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learn)	เทคนิค/วิธีการ (Action)
คุณภัศรา พรหมศรี	- คำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน	<ol style="list-style-type: none"> ระดมสมองเพื่อหาแนวทางร่วมกันในทีม ทำกิจกรรม C3THER case ที่ได้รับยา Heparin ในการประชุมหน่วยงานประจำเดือน และเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น พยาบาลเข้าร่วมการทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีระบบพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลใหม่ กำหนดแนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูง HAD (High Alert Drugs) โดยใช้หลัก 6 R และก่อนให้ยากลุ่ม HAD ทุกครั้ง ต้องมีการ confirm หัวหน้าเวร หรือ พยาบาล senior ก่อนทุกครั้ง
คุณปัทมวรรณ นาเมืองรักษ์	- ภาระงานเยอะทำงานไม่ทัน	
คุณปรีชาติ ชุมพล	- ก่อนส่งคำสั่งการรักษาไม่ได้ตรวจสอบคำสั่งการรักษาตัวจริง	
คุณณัฐกานต์ เพิ่มพร	- ไม่มีการ confirm คำสั่งการรักษากับหัวหน้าเวร	
คุณวรรณภา โสภิตไต้	- ขาดการสื่อสารในทีม - ผู้ป่วยหลากหลายสาขา	
คุณสุภาพร ทิจำปา	- มีอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระ	
คุณพิมพ์ภัส ศาสต์อริยกุล	- ความเร่งรีบต่อการปฏิบัติงาน	
คุณเบญญพร กลางเมือง	- พยาบาลมีทักษะ ความรู้ ความชำนาญแตกต่างกัน	
คุณสุชาติ กาญจนะพัฒน์	- ขาดแนวทางที่มีการบริหารยา HAD	
คุณปนัดดา เนาสีสอน	- พยาบาลมีประสบการณ์ทำงานน้อย - พร่องสมรรถนะการให้ยา HAD	

6.สรุปความถี่ (ข้อมูลที่ได้มาจากข้อ 5.1 หรือ 5.2)

เรื่อง	จำนวนความถี่
Conference case ที่ได้รับยา Heparin วิเคราะห์หาสาเหตุ	10
ทบทวนการบริหารยา รวมทั้งการออกฤทธิ์และผลข้างเคียง	10
เสนอแนะและหาแนวทางปฏิบัติการบริหารยา	10
คำสั่งไม่ชัดเจน	1
ไม่ตรวจสอบคำสั่งการรักษากับแพทย์	1

7. Key Success Factor (ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ สรุปจากกระบวนการจัดการความรู้ในข้อ.6 โดยเรียงจากความถี่ที่ได้จากข้อ 6 จากความถี่มากที่สุดไปหาน้อยสุด)

1. Conference case ที่ได้รับยา Heparin วิเคราะห์หาสาเหตุ
2. ทบทวนการบริหารยา รวมทั้งการออกฤทธิ์และผลข้างเคียง
3. เสนอแนะและหาแนวทางปฏิบัติการบริหารยา
4. คำสั่งไม่ชัดเจน
5. ไม่ตรวจสอบคำสั่งการรักษากับแพทย์

8. นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

คู่มือ

แผ่นพับ

และ มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านโปรแกรมหรือระบบต่างๆ เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2567

เพื่อการตรวจสอบ (พร้อมปรีนเอกสารแนบ หน้า website KM หน่วยงานมาด้วย)

9. ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

ผลจากการทำกิจกรรม KM ร่วมกัน ทำให้เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเกิดจากการกระบวนการทำงาน ปัญหาที่เกิดจากรากเหง้าของปัญหาที่แท้จริงทำให้แก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ และทำให้บุคลากรในหน่วยงานตระหนักถึงความสำคัญความปลอดภัยของผู้ป่วย ยอมรับและปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน และยังพบว่าอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ไม่พบระดับ E – I (Error)

10. สรุปผลการนำเทคนิคไปปฏิบัติใช้

- พยาบาลมีแนวทางที่ถือปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นแบบเดียวกัน
- หน่วยงานได้แนวทางปฏิบัติการบริหารยา Heparin ที่มีประสิทธิภาพสำหรับปฏิบัติในหน่วยงาน
- ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามคำสั่งการรักษาไม่พบการบริหารยาซ้ำ/ เกินขนาด/ น้อยกว่าแพทย์สั่ง

11. After Action Review (AAR)

1. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร
 - เผื่อระวังผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD
 - นำมาพัฒนาเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)
 - พยาบาลได้แนวทางปฏิบัติการบริหารยาความเสี่ยงสูง HAD ในหน่วยงาน
2. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร
 - ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยตามมาตรฐานความปลอดภัย SIMPLE
 - การทำงานที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเกิดจากการกระบวนการทำงาน ปัญหาที่เกิดจากรากเหง้าของปัญหาที่แท้จริงทำให้แก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ

12. ภาพประกอบการทำกิจกรรม



.....
(ลงชื่อนางสาววิยารัตน์ ราศรีไส.....)
หัวหน้าหน่วยงานการพยาบาลสามัญศัลยกรรมหญิง13/2