

รายงานผลกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘
เรื่อง

“Patient safety & Nursing safety:
Roles of Nurse Educators”



ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

จัดทำโดย คณะกรรมการจัดการความรู้ประจำปีภาควิชา



คำนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ตลอดจนการรักษาพยาบาล (WHO, 2004) หลักของความปลอดภัยคือ ความพยายามร่วมกันในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากระบบการดูแลสุขภาพ หรือเกิดจากตัวผู้ป่วย การพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงเป็นการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ รวมถึงลดความเสี่ยง ลดผลการกระทบของความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ การจัดการความรู้ (Knowledge management) ถือเป็นกระบวนการหนึ่งในการรวบรวม สร้าง จัดระเบียบ แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยได้ในการพยาบาล โดยภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรศาสตร์ในระบบต่างๆ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง การกำหนดการจัดการความรู้ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย และให้นักศึกษาทำงานด้วยความปลอดภัย เป็นสิ่งยังไม่ได้มีการบันทึกให้เห็นเป็นระบบ เพื่อถ่ายทอดให้บุคลากรอื่นๆ ในภาควิชาสามารถนำไปต่อยอด พัฒนาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการเรียนการสอน การบริการวิชาการ รวมถึงการวิจัย

คณะกรรมการด้านการจัดการความรู้ของภาควิชาฯ จึงวางแผนจัดกิจกรรม จัดทำคลังความรู้ของภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ในปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๘ ในหัวข้อเกี่ยวกับ “ความปลอดภัยของผู้ป่วยและพยาบาลในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย” เพื่อให้บุคลากรในภาควิชาฯ ได้มีโอกาสในการถ่ายทอดความรู้ เก็บบันทึกเป็นคลังความรู้ของภาควิชาฯ และมีการพัฒนา ต่อยอด นำไปใช้แก้ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น

คณะกรรมการด้านการจัดการความรู้
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

	หน้า
1. Rational use of medicines: การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	1
2. ความปลอดภัยในการใช้ยารับประทาน และปัญหาที่พบในการดูแลนักศึกษา ที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย	8
3. ความปลอดภัยในการใช้ยาฉีด: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย	11
4. ความปลอดภัยของพยาบาล: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย/ อุบัติเหตุเข็มที่มุดำ และของมีคมบาด	16
5. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย	19
6. สรุปการนำความรู้ไปใช้ ตลอดปี	32



โครงการการจัดการความรู้ของภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
เรื่อง “Patient safety & Nursing safety: Roles of Nurse Educators”
ในหัวข้อ “Rational use of medicines: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล”

ผลคะแนนประเมินถอดบทเรียนก่อนเริ่มกิจกรรม (Before Action Review : BAR)
จากผู้ประเมินจำนวน 10 คน

การที่ท่านจะมาเข้าร่วมกิจกรรม

1. ท่านคาดหวังว่าจะได้รับความรู้ เรื่อง	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1) คำจำกัดความและกรอบแนวคิดของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	5 (50%)	4 (40%)	1 (10%)		
2) ขั้นตอนของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	7 (70%)	2 (20%)		1 (10%)	
3) ความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อวิชาชีพพยาบาล	8 (80%)	2 (20%)			
4) ผลกระทบของการใช้ยาไม่สมเหตุผล	7 (70%)	2 (20%)	1 (10%)		
5) อื่นๆ โปรดระบุ.....ในฐานะอาจารย์จะนำมาประยุกต์ใช้สอนนักศึกษาได้อย่างไร.....					
2. ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในเรื่อง	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1) คำจำกัดความและกรอบแนวคิด	1 (10%)		5 (50%)	3 (30%)	1 (10%)
2) ขั้นตอนของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	1 (10%)		6 (60%)	2 (20%)	1 (10%)
3) ความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล	1 (10%)	4 (40%)	3 (30%)	1 (10%)	1 (10%)
4) ผลกระทบของการใช้ยาไม่สมเหตุผล	1 (10%)		7 (70%)	1 (10%)	1 (10%)
5) อื่นๆ โปรดระบุ.....					
3.ท่านมีแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในด้าน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1) ใช้ยาเมื่อจำเป็น	3 (30%)	4 (40%)	2 (20%)	1 (10%)	
2) เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแท้จริง	2 (20%)	2 (20%)	3 (30%)	1 (10%)	
3) คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย	5 (50%)	3 (30%)	1 (10%)	1 (10%)	
4) ใช้ยาอย่างคุ้มค่า	2 (20%)	6 (60%)	1 (10%)	1 (10%)	
5) ถูกต้องตามหลัก 5 – 6 R	4 (40%)	4 (40%)	1 (10%)	1 (10%)	
6) คำนึงถึงความต้องการ/สะดวกของผู้ป่วย	2 (20%)	3 (30%)	3 (30%)		ไม่ตอบ 2 คน (20%)
7) อื่นๆ โปรดระบุ.....					

4. ท่านต้องการให้วิทยากรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นใดที่เกี่ยวข้องกับ “Rational use of medicines: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” เป็นพิเศษ

- แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- การยกตัวอย่างการใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรัง
- ยาอะไรที่ควรระวังเป็นพิเศษ

โครงการการจัดการความรู้ของภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
เรื่อง “Patient safety & Nursing safety: Roles of Nurse Educators”
ในหัวข้อ “Rational use of medicines: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล”

วันที่ 15 ตุลาคม 2557 เวลา 12.30 – 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา วิทยาการ

อาจารย์ปวีตรา จรรย์สกุลวงศ์ผู้ลิขิต

ความจำเป็นที่ทำให้ต้องมีการพิจารณาถึงเหตุผลหรือความจำเป็นในการใช้ยา เนื่องจาก พบการใช้ยาไม่เหมาะสมมากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยา โดยจากหลักฐานงานวิจัย พบว่า ยาปฏิชีวนะ ถูกสั่งใช้อย่างไม่สมเหตุผลในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 41-91 และการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลนี้ พบได้กับยาทุกกลุ่ม และพบกับผู้สั่งใช้ยาทุกระดับ โดยจากการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล ทำให้เกิดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น เพิ่มความเสี่ยงจากการใช้ยา พบปัญหาเชื้อดื้อยาในวงกว้าง เกิดความสิ้นเปลืองแก่ระบบประกันสุขภาพ และตัวผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ และไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังนั้น การใช้ยาอย่างสมเหตุผล จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ

ความหมายของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ จริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้ยาในกรอบบัญชียาอย่างผลอย่างเป็นขั้นตอนที่ถูกต้องตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้ยา ดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการ สามารถให้เบิกจ่ายค่ายานั้นได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้นั้นได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ

กรอบแนวคิดในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1. ข้อบ่งชี้ (Indication) ใช้ยาเมื่อมีความจำเป็น (เกิดประโยชน์มากกว่าโทษ)

ได้แก่ การให้ยาลดไขมันในผู้ป่วยที่ไขมันในเลือดสูงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในขณะที่การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล โดยไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่เราพบกันได้บ่อยๆ เช่น การใช้ยาด้านแบคทีเรีย ในผู้ป่วยที่เป็นหวัดที่ไม่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย

2. ประสิทธิผล (Efficacy) ยานั้นเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง โดยอาจพิจารณาจาก

กลไกการออกฤทธิ์

- ยาคลายกกล้ามเนื้อใช้ในโรคกล้ามเนื้อหดเกร็ง ไม่ใช่สำหรับโรคที่มีการอักเสบของกล้ามเนื้อ เช่น RA, OA

มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนเพียงพอ

- พาราเซตามอล ใช้แก้ปวดลดไข้

- กลูโคซามีน ใช้ลดภาวะข้อเสื่อม ยังมีข้อขัดแย้ง โดยในบางการศึกษาพบว่าช่วยได้จริง ในขณะที่บางการศึกษาพบว่าไม่แตกต่างกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา

ประโยชน์แตกต่างจากยาหลอกและมีความหมายทางคลินิก

- ยาลดบวม ผลไม่ต่างจากยาหลอก
- ใช้ยา bromhexine ลดเสมหะได้ 4 ml (ผู้ป่วยแยกความต่างไม่ได้)

3. ความเสี่ยง (Risk) คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักมีประโยชน์มากกว่าโทษ และไม่มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วย

- การใช้ nifedipine ชนิด immediate release เพื่อลด BP พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการตายสูงขึ้น ยาจึงถูกตัดออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติ
- การใช้ยาคลายกล้ามเนื้อ ใช้รักษา low back pain ในผู้สูงอายุ พบ มีผลข้างเคียงด้าน anticholinergic, BP drop จาก tolperisone, aplastic anemia จาก orphenadine เป็นต้น
- การใช้ Atorvastatin, paracetamol, pioglitazone ในคนที่เป็นโรคตับ ต้องมีการควบคุมขนาดยา และเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากอาจเกิดโทษได้ง่ายกว่าในผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคตับ
- การใช้แอสไพรินในเด็กต่ำกว่า 12 ปี หรือการใช้ ACEI ในคนท้อง ที่ทำให้เกิดโทษต่อผู้ป่วยได้
- การเลือกใช้ยา cimetidine หรือ ranitidine ในการรักษา PU

4. ค่าใช้จ่าย (Cost) ใช้ยาอย่างพอเพียงและคุ้มค่า

ต้องพิจารณาเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความคุ้มค่า เช่น ระหว่างการใช้ยาตามชื่อสามัญ เช่น Paracetamol หรือ การใช้ยาตามชื่อทางการค้า เช่น Tylenol การใช้ยาดันแบบที่ผลิตจากต่างประเทศ Lexinor, Zytex หรือ ยา กลุ่ม ยับ ยั้ง COX-II เช่น celecoxib กับ conventional NSAIDs ซึ่งบางกรณี อาจพบว่ามีการใช้ Thiazolidinediones ในการรักษา DM ก่อนการเลือกใช้ยา metformin และ sulfonylureas โดยไม่มีเหตุผล

5. องค์ประกอบอื่น ๆ ที่จำเป็น (Other considerations) รอบรู้ รอบคอบ ระมัดระวัง รับผิดชอบและใช้ยาอย่างเป็นขั้นตอนตามมาตรฐานทางวิชาการ

- ไม่ใช้ยาซ้ำซ้อน: Norgesic กับ Paracetamol
- ไม่ใช้ยาพาราเซทโมล: ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ
- ใช้ยาตามแนวทางการรักษา เช่น ใช้พาราเซตามอลเป็นยาตัวแรกในการรักษาเข้าเสื่อมอาการเล็กน้อย

6. ขนาดยา (Dose) ใช้ยาถูกขนาด

- ไม่ใช้ยาในขนาดต่ำกว่าขนาดยามาตรฐาน
- ไม่ใช้ยาในขนาดสูง/เกินขนาดยาสูงสุดที่ควรให้ต่อวัน
- มีการปรับเพิ่ม-ลดขนาดยาอย่างเหมาะสม

- ใช้ขนาดยาถูกต้องตามข้อบ่งชี้ เหมาะสมกับระยะและความรุนแรงของโรค
- ใช้ขนาดยาเหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วยกลุ่มพิเศษต่างๆ เช่นการปรับขนาดยากรณีผู้ป่วยตับบกพร่อง ไตเสื่อม เด็ก และผู้สูงอายุ

7. วิธีให้ยา (Method of administration)

- ตรวจสอบวิธีการให้ยารับประทานอย่างถูกต้อง เช่น ยาก่อนอาหาร กินตอนท้องว่าง
- ตรวจสอบวิธีการให้ยาด้วยการฉีดอย่างถูกต้อง
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาฉีดโดยไม่จำเป็น
- ข้อควรปฏิบัติในการใช้ยา เช่น หลังพ่นยาสเตรอยด์ควรบ้วนปาก
- ยาหยอดจมูกแก้คัดจมูกไม่ควรใช้เกิน 3 วัน

8. ความถี่ในการให้ยา

- ใช้ยาด้วยความถี่ที่เหมาะสม
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ต้องให้บ่อยครั้งต่อวัน ยกเว้นมีความจำเป็น เช่น
 - Amoxicillin ใช้วันละ 2-3 ครั้ง (ไม่ควรใช้ 4 ครั้ง)
 - Cloxacillin ใช้วันละ 4 ครั้ง
 - Atenolol ใช้วันละครั้ง แทนการใช้ propranolol ซึ่งต้องให้ วันละ 2-3 ครั้ง
 - ปรับความถี่ในการให้ยา aminoglycosides, vancomycin ในผ.ป.ไตเสื่อม ผู้ป่วยสูงอายุ

9. ระยะเวลาในการให้ยา (Duration of treatment)

- ใช้ยาในระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ไม่นานหรือสั้นเกินไป
- ย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาให้ครบระยะเวลาของการรักษา เช่น ผู้ป่วยวัณโรค
- ทบทวนแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดยาที่ไม่จำเป็น
- การใช้ยารักษาแผลในกระเพาะอาหารควรใช้ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์
- การใช้ยารักษาสิวใช้ต่อเนื่อง 6-8 สัปดาห์

10. การยอมรับของผู้ป่วยและความสะดวกในการใช้ยา (Patient compliance)

- อธิบายหรือให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจ เช่น การใช้ยา NTG ทำให้ปวดศีรษะ การพ่นยา steroid ในผ.ผู้ป่วยหอบหืด
- เลือกยาที่ใช้สะดวก เช่น รับประทานวันละ 1-2 ครั้งมากกว่ารับประทานวันละ 3-4 ครั้ง
- มีการตรวจสอบความเข้าใจและติดตามผลการใช้ยาทุกครั้ง

การใช้ยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อย

1. ยาระบาย ถูกนำมาใช้เป็นยาลดความอ้วน โดยไม่มีข้อบ่งชี้ ไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน และกลไกการออกฤทธิ์ไม่สนับสนุน

2. พาราเซตามอล ปกติรับประทานวันละไม่เกิน 4 กรัม รับประทานติดต่อกันไม่เกิน 5 วัน หลีกเลี่ยงการใช้ในคนที่ เป็น G-6PD ผู้ที่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ปัญหาพบบ่อย เช่น รับประทานติดต่อกันทุก วัน บางรายรับประทานยาร่วมกับการดื่มสุรา หรือรับประทานยาเกินขนาด

3. ไม่สบายต้องฉีดยาจึงจะหาย
4. การหยุดยาเอง หรือปรับยาเอง
5. การกินยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อ เมื่อมีอาการท้องเสีย เจ็บคอ
6. การฉีดยาให้ผิดชาว เช่น กลูตา วิตามินซี



ผลประเมินถอดบทเรียนภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (After Action Review: AAR)

เรื่อง “Patient safety & Nursing safety: Roles of Nurse Educators”

ในหัวข้อ “Rational use of medicines: การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล”

วันที่ 15 ตุลาคม 2557 เวลา 12.30 -13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

มีผู้เข้าร่วมเสวนา จำนวน 18 คน

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชชุดา เจริญกิจการ | 10. อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา | 11. อาจารย์ธนิษฐา สมัย |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรภมร | 12. อาจารย์พรรณนิภา สืบสุข |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสนหา | 13. อาจารย์พิจิตรา เล็กดำรงกุล |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | 14. อาจารย์ ดร.อาภรณ์ คำก้อน |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี โตสุขศรี | 15. อาจารย์ ดร.วารุณี พลิกบัว |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล | 16. อาจารย์ประพัฒน์สินี ประไพวงษ์ |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช | 17. อาจารย์ปวีตรา จริยสกุลวงศ์ |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยา ไชลิตะมงคล | 18. คุณปภาดา สี่มา |

จำนวนผู้ตอบแบบประเมิน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8

1. ความพึงพอใจการเข้าร่วมกิจกรรม

ความพึงพอใจ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ประสบการณ์ที่ได้รับ	12 (85.7%)	2 (14.3%)		
2. เวลา	11 (78.6%)	3 (21.4%)		
3. สถานที่	13 (92.9%)	1 (7.1%)		
4. รูปแบบการจัดกิจกรรม	13 (92.9%)	1 (7.1%)		
5. การนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	14 (100%)			
6. ภาพรวมของกิจกรรมในครั้งนี้	13 (92.9%)	1 (7.1%)		

2. สิ่งที่ท่านได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

เกินความคาดหวัง 6 (42.9%) ในเรื่อง

1. ผู้นำตัวอย่างการใช้ยาที่ใกล้ชิด ทำให้เห็นประโยชน์ได้ชัดเจนขึ้น
2. ทราบว่ายามีข้อจำกัดให้ได้ในวันหนึ่งๆ ไม่เกินกี่เม็ด / กี่ mg
3. ได้รับเอกสารการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
4. Update วิจัยเกี่ยวกับยา
5. กรอบแนวคิดชัดเจน
6. การตระหนักในการใช้ยาของตนเอง และสามารถพิจารณาเผื่อระวังในการดูแลผู้ป่วยได้

น้อยกว่าความคาดหวัง ในเรื่อง.....

.....ตอบว่า ตรงตามความคาดหวัง 2 (14.3%)

.....ไม่ตอบ 6 (42.9%)

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย
1) วันนี้ท่านได้เรียนรู้ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	11 (78.6%)	3 (21.4%)		
2) วันนี้ท่านได้เรียนรู้เรื่องอื่นๆ โปรดระบุ	3 (21.4%)			
1. การใช้ยาหยุดจุกไม่ใช้นานเกิน 3 วัน 2. การบริหารยา 3. ตัวอย่างการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่พบบ่อย				

4. ท่านตั้งใจว่าจะนำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานในด้าน

การเรียนการสอน 7 (50%) ในวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 และ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1, 612

การบริการวิชาการ 1(7.1%)

การวิจัย 1(7.1%)

การต่อยอด ในเรื่อง

5. ท่านคิดว่า การนำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานในด้านนั้นๆ มีปัจจัยอะไรที่ทำให้ประสบความสำเร็จ (Key Success Factor)

ผู้ร่วมงาน 4(28.6%)

เวลา 1(7.1%)

สภาพหอผู้ป่วย 1(7.1%)

นักศึกษา 5(35.7%)

ผู้ป่วย 6(42.9%)

พยาบาลบนหอผู้ป่วย 5(35.7%)

อื่นๆ 4(28.6%) ระบุ

1. แพทย์

2. แพทย์ผู้สั่งยา

3. การได้รับการยอมรับในฐานะทีมสุขภาพด้วยกัน

โครงการการจัดการความรู้ของภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

เรื่อง “Patient safety & Nursing safety: Roles of Nurse Educators”

หัวข้อ “ความปลอดภัยในการใช้ยารับประทาน และปัญหาที่พบในการดูแลนักศึกษาที่ขึ้นฝึก ภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย”

วันพุธที่ 19 พฤศจิกายน 2557 เวลา 12.30 – 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

อาจารย์ ดร. ครินทร์ ศรีประสงค์ และ อาจารย์อาภรณ์ คำก้อน วิทยากร

อาจารย์ประพัฒน์สินี ประไพวงษ์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อความปลอดภัยในการใช้ยารับประทาน และปัญหาที่พบในการดูแลนักศึกษาที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ในวันพุธที่ 19 พฤศจิกายน 2557 โดยมี ผศ.วันดี ไตรสุขศรี และอ.ดร.อาภรณ์ คำก้อน เป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยารับประทานในแต่ละหอผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยานั้นอยู่ในความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยาอาจเกิดขึ้นได้ในหลายขั้นตอน เช่น คลาดเคลื่อนในการสั่งยา คลาดเคลื่อนในการเตรียมหรือผสมยา และคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เป็นต้น โดยทั่วไป ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา (Category) ดังนี้

- Category A หมายถึง เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น ไม่ได้เซ็นชื่อหลังให้ยาในใบ MAR ไม่ได้เซ็นชื่อหรือไม่ได้ double sign รับคำสั่ง เป็นต้น
- Category B หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย
- Category C หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และไปถึงผู้ป่วยแล้วแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
- Category D หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและไปถึงผู้ป่วยแล้ว ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม
- Category E หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม
- Category F หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยี่ดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- Category G หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
- Category H หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต

- Category I หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

(ที่มา: งานพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. QDN 20: Drug development medication error/ 191049.)

รูปแบบหรือลักษณะของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยารับประทานบนท้องผู้ป่วยที่พบและจำแนกตามบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้ดังนี้ ในส่วนของแพทย์หรือนักศึกษาแพทย์ อาจมีการเขียนคำสั่งยาที่ไม่ชัดเจน เขียนคำสั่งยาผิดคนหรือผิดเตียง และเขียนคำสั่งยาที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น ส่วนพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล พบว่า ไม่ได้รับคำสั่ง มีการคัดลอกคำสั่งลงในใบ MAR ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ได้ off ยาในใบ MAR มีการเตรียมยาที่ไม่ถูกต้องวิธี ให้ยาไม่ตรงเวลา ขนาดของยาที่ให้ไม่ถูกต้อง การเฝ้าระวังติดตามก่อนและหลังให้ยาทำไม่ครบถ้วน และไม่ได้เซ็นชื่อหลังให้ยา เป็นต้น ในส่วนของเภสัชกร พบว่า การจ่ายจำนวนเม็ดยาไม่ครบตามคำสั่งการรักษา การจ่ายขนาดของยาไม่ถูกต้อง และการส่งยาล่าช้า เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยารับประทานบนท้องผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับยา ยาบางชนิดมีหลายขนาด และความเข้มข้นของยาที่ต้องเตรียมให้ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันอาจทำให้มีการคำนวณขนาดของยาผิดพลาด การเตรียมยาในสภาวะฉุกเฉิน หรือเร่งรีบ ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ยาที่มีชื่อคล้ายคลึงกันหรือพ้องเสียงกัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น วางยาต่างชนิดที่บรรจุในขวดลักษณะคล้ายกันไว้ที่ใกล้กัน ที่เก็บยาของผู้ป่วยแต่ละคนจำกัดทำให้ยาล้นมายังของผู้ป่วยอีกคน เป็นต้น นอกจากนี้ การขาดข้อมูลที่จำเพาะของผู้ป่วย ดังเช่น น้ำหนัก ประวัติการแพ้ยา ก็อาจทำให้การบริหารยามีความคลาดเคลื่อนได้

จากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา รับประทานในแต่ละท้องผู้ป่วยนั้น พบว่า ส่วนใหญ่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ A และ B เช่น ให้ยาแล้วลืมเซ็นชื่อในใบ MAR การอ่านใบคำสั่งไม่ครบถ้วนทำให้จำนวนและขนาดของยาที่ให้คลาดเคลื่อน การให้ยาที่ล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยบางรายอยู่ระหว่างการทำความสะอาดร่างกาย การให้ยาหลังอาหารในผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารทางจมูกโดยไม่รอให้อาหารหมดก่อนแล้วจึงให้ยา ชื่อยาบนซองยามีทั้ง generic name และ trade name ยาชนิดน้ำบางตัวมีชื่อคล้ายคลึงกัน เช่น Alum milk และ Alum gel ซึ่งอาจทำให้นักศึกษาเกิดความสับสน หยิบผิดได้ นักศึกษาไม่เข้าใจความหมายของคำว่า NPO และ NPO เว้นยา หรือมองไม่เห็นป้าย NPO ที่เตียงของผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นบทบาทของอาจารย์ในการดูแลนักศึกษาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาจะต้องเน้นย้ำนักศึกษาให้ใช้หลัก 8 R ในการบริหารยาให้ผู้ป่วย คือ 1.Right patient 2.Right medication/drug 3. Right dose 4. Right route 5. Right time 6. Right documentation 7. Right reason และ 8.Right response แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าหากมีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นในแต่ละท้องผู้ป่วย อาจารย์ผู้สอนควรเน้นย้ำให้นักศึกษาได้มีการสะท้อนคิดและตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยให้มาก และควรจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนทางคลินิกต่อไป





สรุปการประเมินผลการเสวนา

เรื่อง “ความปลอดภัยในการใช้ยา: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย (เรื่องยารับประทาน)”

โดย อาจารย์ ดร.อาภรณ์ คำก้อน และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันดี ไตสุขศรี

วันที่ 19 พฤศจิกายน 2557 เวลา 12.30 - 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

1.ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสวนา (ผู้เข้าร่วมจำนวน 18 คน ส่งใบประเมิน 10 คน)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1)วิทยากรสามารถรวบรวมความรู้ได้ชัดเจน	10 (100 %)		
2) วิทยากรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	10 (100 %)		
3) เสียงพูดชัดเจน	10 (100 %)		
4) สามารถตอบข้อซักถามได้ชัดเจน	9 (90 %)	1 (10 %)	
5) รูปแบบ และวิธีการนำเสนอน่าสนใจ	9 (90 %)	1 (10 %)	
6) หัวข้อน่าสนใจ	10 (100 %)		
7) เนื้อหาน่าสนใจ	10 (100 %)		
8) มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้	10 (100 %)		

2. โดยสรุป ท่านเห็นว่าการเสวนาครั้งนี้อยู่ในระดับ

- ดีมาก 10 (100 %) ดี 1 (10 %) ปานกลาง
 ควรปรับปรุงแก้ไข(โปรดระบุ) ไม่ตอบ

3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น - จากหอผู้ป่วย นักศึกษามีความคลาดเคลื่อนระดับ A คือ ไม่ได้เซ็นชื่อ - การฉีด insulin ในผู้ป่วยที่ NPO โดยที่แพทย์ไม่ทราบว่าผู้ป่วย NPO

ผู้เข้าร่วมการเสวนา

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชชุดา เจริญกิจการ | 9. อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา | 10.อาจารย์ธนัชฐา สมัย |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสนหา | 11.อาจารย์พรรณนิภา สืบสุข |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | 12.อาจารย์ ดร.อาภรณ์ คำก้อน |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี ไตสุขศรี | 13. อาจารย์ ดร.วารุณี พลิกบัว |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล | 14. อาจารย์ปิโยรส เกษตรกาลาม |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช | 15. อาจารย์ประพัฒน์สินี ประไพพงษ์ |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีณยา โฆสิตะมงคล | 16. อาจารย์ปวีตรา จริยสกุลวงศ์ |
| | 17. คุณปภาดา สีมา |



กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

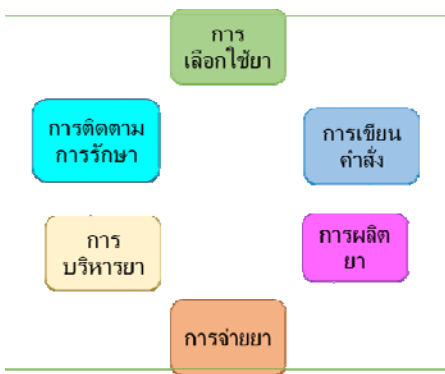
เรื่อง “Patient safety & Nursing safety: Roles of Nurse Educators”

หัวข้อ “ความปลอดภัยในการใช้ยาผิด และปัญหาที่พบในการดูแลนักศึกษาที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย”

วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๘ ห้อง ๙๐๑ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ วิทยากร & ลิขิต

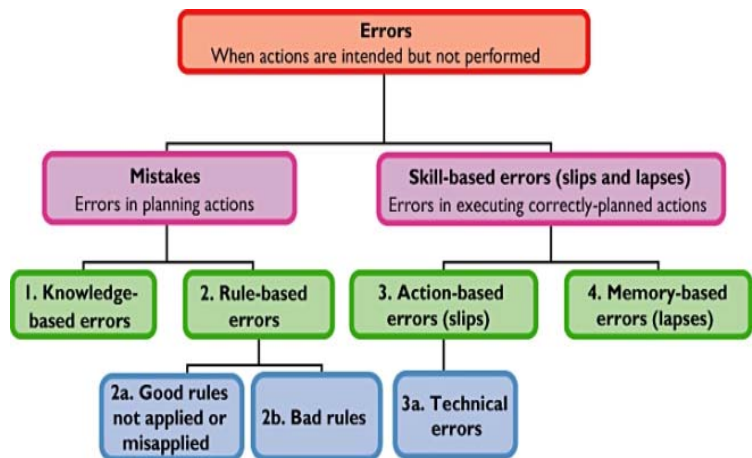
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อความปลอดภัยในการใช้ยาผิด และปัญหาที่พบในการดูแลนักศึกษาที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ในวันที่ 21 มกราคม 2558 โดยมี อ.ดร. ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ เป็นวิทยากร และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาผิดในแต่ละหอผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้



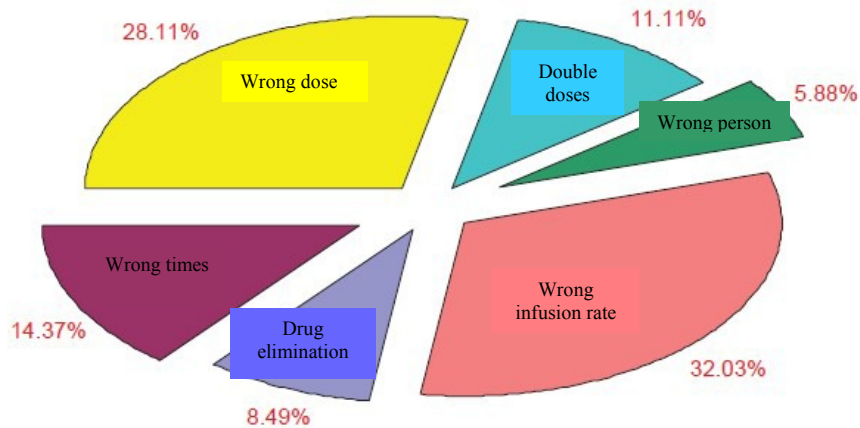
ความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยในการใช้ยาผิด มักพบได้ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสั่งยา ที่อาจคลาดเคลื่อนทั้งชนิดและขนาดยา (prescribing faults—irrational, inappropriate, and ineffective prescribing, underprescribing, overprescribing) การเขียนคำสั่งยา (prescription errors); การผลิตยา ทั้งความแรงของขนาดยา การปนเปื้อน การบรรจุที่ไม่ได้มาตรฐาน การจ่ายยา (wrong drug, wrong formulation, wrong label) การบริหารยา (wrong dose, wrong route, wrong frequency, wrong duration) การติดตามการรักษา (failing to alter therapy when required, erroneous alteration) (Aronson,

2009)

ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบได้บ่อยในการใช้ยาผิด สามารถแบ่งตามหลักทางด้านจิตใจ โดยเป็นการพิจารณาจากความตั้งใจในการกระทำ ตามรูป (Aronson, 2009) คือ ความคลาดเคลื่อนจากความผิดพลาดเนื่องจากขาดความรู้ หรือ นโยบาย กฎไม่ดี หรือความคลาดเคลื่อนจากเรื่องทักษะ จากการกระทำ หรือ ความจำ



จากงานวิจัยของ Cheragi, Manoocheri, Mohammadnejad, & Ehsani (2013) พบว่า การรายงานชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุดคือ การให้ขนาดยาไม่เหมาะสม และอัตราการให้ยาผิด ตามรูป และ สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดคือ การขาดความรู้ทางเภสัชวิทยา



จากการศึกษาของ Wolf, Hicks, & Serembus (2006) พบว่า ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ในการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการบริหารยาสำหรับนักศึกษาพยาบาล ตั้งแต่ปี 1999 ถึง 2003 พบถึง 1,305 ครั้ง โดยมีความรุนแรง อยู่ในระดับ B (มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย) ร้อยละ 70.6 อยู่ในระดับ C (มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และไปถึงผู้ป่วยแล้วแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย) ร้อยละ 23.3 และอยู่ในระดับ E (มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม) ร้อยละ 2.1 และระดับ F ถึง H ร้อยละ 1 (ระดับ F หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ ยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และระดับ H หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต)

สำหรับนักศึกษาไทย ยังไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด มีแต่การเขียนรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ ส่วนใหญ่ ความผิดที่เกิดขึ้นมักจะเกิดอยู่ในระดับ C มีบ้างที่ถึงระดับ F แต่ก็ไม่ทราบขนาดความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

Table 2. Types of Administration Errors Made by Students (N = 1,208)			Table 3. Causes of Students' Medication Errors (N = 1,135)		
Type	n	%	Cause	n	%
Omission error	248	19.00	Performance (human) deficit	579	51.01
Improper dose/quantity	224	17.16	Procedure/protocol not followed	362	31.89
Wrong time	221	16.93	Knowledge deficit	301	26.52
Extra dose	184	14.09	Communication	192	16.92
Wrong patient	120	9.19	System safeguard(s)	90	7.93
Unauthorized drug	110	8.42	Documentation	88	7.75
Wrong route	47	3.60	Monitoring inadequate/lacking	46	4.05
Wrong administration technique	44	3.37	Dose form confusion	33	2.91
Wrong drug preparation	40	3.06	Calculation error	29	2.56
Wrong dose form	5	0.38	Written order	24	2.11
Prescribing error	1	0.07			
Not classified by type	61	4.67			
Total	1,305	100.00*			
Records in which types of errors were reported	1,208	92.56			
Total no. of types of errors reported	1,244				

รูปแบบหรือลักษณะของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผิดของนักศึกษาคือ การไม่ได้ให้ยาขนาดของยาที่ไม่ถูกต้อง ให้ยาไม่ตรงเวลา ให้ยาเกินขนาด โดยสาเหตุที่พบในรายงาน คือ ปัญหาความผิดพลาดของบุคคล การไม่ทำตามแนวปฏิบัติ ขาดความรู้ การสื่อสารที่ไม่ดี เป็นต้น โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาของนักศึกษา คือ การขาดประสบการณ์ และการถูกเบี่ยงเบนจากการทำงานอื่น ดดยลักษณะของยาที่ผิดพลาด ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ และการให้ยา เบาหวาน อินซูลิน เช่น ตัวอย่างความคลาดเคลื่อนที่พบในการใช้ยาผิด คือ นักศึกษาพยาบาลนำน้ำเกลือ 2 ชนิดไปพร้อมกัน โดยยา Cefepime ให้ตอน 14.00 น. และ valpro ate sodium ต้องให้ตอน 16.00 น. นักศึกษากลับให้ valproate sodium bag เพราะคิดว่า เป็น cefepime ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น จากการที่เธอเดินออกจากห้องยาไปยังห้องผู้ป่วย

สำหรับนักศึกษาไทย ปัจจัยที่ทำให้เกิด ไม่แน่ชัด อาจารย์บางท่านพบว่าจากการ distract บางคนก็กล่าวถึงการขาดประสบการณ์ และความเกรงใจ

จากรายงานของ Pennsylvania Patient Safety Advisory (2010) เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาผิด insulin ที่พบบ่อย คือ การไม่ได้ให้ยา ให้ยาผิดตัว และผิดขนาด เช่น การเขียนลายมือแบบนี้ทำให้เข้าใจผิด สำหรับที่พบในนักศึกษาพยาบาล จากการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย นักศึกษา ไม่มีความรู้เรื่องยา insulin short, intermediate or long acting ไม่ทราบว่าจะติดตามประเมินอาการข้างเคียงเมื่อใด บางครั้งมีการสับสนเรื่องของ syringe และ unit ที่ใช้ หรืออ่านใบสั่งยาผิด ทำให้เกิดการให้ยาผิดพลาดเกิดขึ้น

Table. Predominant Medication Error Event Types Associated with the Use of Insulin (N = 2,057, 76.6%), January 2008 to June 6, 2009		
EVENT TYPE	NUMBER	% OF TOTAL REPORTS (N = 2,685)*
Dose omission	662	24.7%
Wrong drug	374	13.9%
Wrong dose/overdosage	348	13%
Other (specify)	309	11.5%
Extra dose	227	8.5%
Wrong dose/underdosage	137	5.1%

* Sum of percentages exceeds 76.6% due to rounding.

Figure 1. Example of Ambiguous Insulin "Coverage" Order

Reprinted with permission from the Institute for Safe Medication Practices, Horsham, Pennsylvania.

Figure 3. Order Written for 8 Units of Lantus Insulin Misread as 80 Units

Reprinted with permission from the Institute for Safe Medication Practices, Horsham, Pennsylvania.

จากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา รับประทานในแต่ละหอผู้ป่วยนั้น พบว่า ส่วนใหญ่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาค้างกับยารับประทาน คือพบในระดับ A และ B เช่น ให้ยาแล้วลืมเซ็นชื่อในใบ MAR การอ่านใบคำสั่งไม่ครบถ้วนทำให้จำนวนและขนาดของยาที่ให้คลาดเคลื่อน การให้ยาที่ล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยบางรายอยู่ระหว่างการทำความสะอาดร่างกาย ชื่อยาในใบคำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน เช่น Humulin N 8u เห็นเป็น 80 เป็นต้น ดังนั้น บทบาทของอาจารย์ในการดูแลนักศึกษาในขณะที่ปฏิบัติการบริหารยาผิด เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ต้องเน้นย้ำนักศึกษาให้ใช้หลัก 8 R คือ Right patient, Right medication/drug, Right dose, Right route, Right time,



Right documentation, Right reason และ Right response และถ้าหากมีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นในแต่ละหออผู้ป่วย ควรมีระบบ แนวทางการรายงานและการจัดการที่เหมาะสม ให้เกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด อาจารย์ผู้สอนควรเน้นย้ำถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และควรจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนทางคลินิกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 3/2557 เรื่อง "การลดความคลาดเคลื่อนทางยา" วันศุกร์ที่ 18 เมษายน 2557 เวลา 12.45 – 15.00 น. ณ ห้องประชุมอิทธิตยาทรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

Aronson, J. K. (2009). Medication errors: what they are, how they happen, and how to avoid them. *Quarterly Journal of Medicine*, 102(8), 513–521. doi: 10.1093/qjmed/hcp052

Aronson, J. K. (2009). Medication errors: definitions and classification. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6), 599–604. doi: 10.1111/j.1365-2125.2009.03415.x

Cheragi, M. A., Manoocheri, H., Mohammadnejad, E., & Ehsani, S. R. (2013). Types and causes of medication errors from nurse’s viewpoint. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(3), 228–231.

Medication Errors with the Dosing of Insulin: Problems across the Continuum. *Pa Patient Saf Advis* 2010 Mar;7(1):9–17.

Raw, R. (2014). Never trust a drug that can be pronounced in three different ways: medication errors in anaesthesia. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 20(1), 32–34.

Wolf, Z. R., Hicks, R. W., Altmiller, G., & Bicknell, P. (2009). Nursing student medication errors involving tubing and catheters: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 29(6), 681–688. doi: 10.1016/j.nedt.2009.02.010





ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 สรุปรายการประเมินผลการเสวนาก่อนการประชุมภาควิชา
 เรื่อง “ความปลอดภัยในการใช้ยา: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย (เรื่องยาฉีด)”
 โดย อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์
 วันพุธที่ 21 มกราคม 2558 เวลา 12.30 - 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

1.ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสวนา (ผู้เข้าร่วมจำนวน 16 คน ส่งใบประเมิน 12 คน)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1) วิทยากรสามารถรวบรวมความรู้ได้ชัดเจน	10 (83.33 %)	2 (16.67 %)	
2) วิทยากรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	12 (100 %)		
3) เสียงพูดชัดเจน	12 (100 %)		
4) สามารถตอบข้อซักถามได้ชัดเจน	8 (67.67 %)	4 (33.33%)	
5) รูปแบบ และวิธีการนำเสนอน่าสนใจ	11 (91.67 %)	1 (8.33 %)	
6) หัวข้อน่าสนใจ	12 (100 %)		
7) เนื้อหาน่าสนใจ	12 (100 %)		
8) มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้	12 (100 %)		

2. โดยสรุป ท่านเห็นว่าการเสวนาครั้งนี้อยู่ในระดับ

- ดีมาก 10 (83.33 %) ดี 2 (16.67 %) ปานกลาง
 ควรปรับปรุงแก้ไข(โปรดระบุ) ไม่ตอบ

3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

- เนื้อหาน่าสนใจ มีความสำคัญ สามารถนำไปประยุกต์ใช้บนหอผู้ป่วยได้

ผู้เข้าร่วมการเสวนา

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชชุดา เจริญกิจการ | 9. อาจารย์นันทยา แสงวิชัยภัทร |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา | 10. อาจารย์ธนิษฐา สมัย |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสน่หา | 11. อาจารย์พรรณนิภา สืบสุข |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | 12. อาจารย์ชลธิรา เรียงคำ |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี โตสุขศรี | 13. อาจารย์ ดร.อาภรณ์ คำก้อน |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล | 14. อาจารย์ปิโยรส เกษตรกาลาม์ |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยา โขสิตะมงคล | 15. อาจารย์ประพัฒน์สินี ประไพวงษ์ |
| 8. อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ | 16. อาจารย์ปวีตรา จรรย์สกุลวงศ์ |

กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เรื่อง “Patient safety & Nursing safety: Roles of Nurse Educators”

หัวข้อ “ความปลอดภัยของพยาบาล: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย/



อุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ และของมีคมบาด”

วันพุธที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2558 เวลา 12.30 – 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

อาจารย์ ดร. ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ วิทยากร

อาจารย์ พิจิตรา เล็กดำรงกุล ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ ความปลอดภัยของพยาบาล:ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย/ อุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ และของมีคมบาด ในวันพุธที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2558 โดยมี อ.ดร. ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ เป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ และของมีคมบาดในแต่ละหอผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

อุบัติเหตุทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่มีใคร อยากรให้เกิดขึ้น แต่ในสถานพยาบาลทุกแห่ง ล้วนแล้วแต่เคยเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ด้วยกันทั้งสิ้น จากรายงานที่ผ่านมาของ CDC พบอุบัติเหตุทางการแพทย์ > 1,000 ราย/วัน โดยพบการเกิดในทุกหน่วยของโรงพยาบาล ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุเกิดจากเข็มทิ่มตำ/บาด ผิวหนังมีแผลได้รับสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยติดเชื้อ สารคัดหลั่งเข้าเยื่อปอด เยื่อเยื่ออ่อน และสาเหตุอื่นๆ ซึ่งประเภทของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ ได้แก่ เข็ม ร้อยละ 62 มีด ร้อยละ 11 แก้ว ร้อยละ 5 และอื่นๆ ร้อยละ 22 ลักษณะงานที่ปฏิบัติและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นในระหว่างการเตรียมการพยาบาล ระหว่างให้การพยาบาล และหลังให้การพยาบาล เช่น ขณะดูดเสมหะ ขณะปลดเข็มฉีดยา/ถอดอุปกรณ์ ระหว่างการสวมปลอกเข็มกลับ ซึ่งอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น มีการศึกษาวิจัยพบว่า เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ในหลายระดับ อาทิ แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล เป็นต้น

อย่างไรก็ดี การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ในนักศึกษาพยาบาล ในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย พบว่า มีนักศึกษาบางส่วนที่ไม่รายงานให้อาจารย์/พยาบาล ประจําการทราบ เมื่อเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ โดยให้เหตุผลแตกต่างกันไป เช่น เข็มที่ทิ่มตำเป็นเข็มที่สะอาด ยังไม่ได้ใช้ หรือเป็นเข็มที่ปราศจากเชื้อ ไม่ได้ใช้กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ อุบัติเหตุทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นไม่ใช่เหตุการณ์ที่รุนแรง นักศึกษาคิดว่าไม่น่าจะมีผลอะไร คิดว่าไม่มีการติดเชื้อ การฝึกปฏิบัติยุ่งมากจนไม่มีเวลารายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น นักศึกษาไม่อยากรูมองว่าทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของตนยังไม่ดีพอ กังวลว่าการรายงานอุบัติการณ์แพทย์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อผลการเรียนของตนเอง ไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติเหตุทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น เป็นต้น

จากอุบัติการณ์ข้างต้น ที่ยังพบเกิดขึ้นเรื่อยๆ ในการปฏิบัติการพยาบาล จึงได้เกิดแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเรื่อง Patient safety & Nurse safety ขึ้น เพื่อปรับพื้นฐานความรู้ และเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวควบคู่กับการฝึกทักษะทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการ

เกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามก็สถานศึกษาได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อนักศึกษาได้รับอุบัติเหตุทางการแพทย์ขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลนักศึกษาในเรื่องดังกล่าว แนวปฏิบัติเมื่อนักศึกษาได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการฝึกปฏิบัติ

1. ให้นักศึกษาแจ้งอาจารย์ประจำหอผู้ป่วย/หัวหน้าหอผู้ป่วย ทันทีที่เกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ เพื่อดำเนินการต่อในส่วนที่เกี่ยวข้องตามแนวทางปฏิบัติของแหล่งฝึกปฏิบัติ
2. ให้นักศึกษาปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเมื่อสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งและถูกของมีคมที่มตำ ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล
3. ให้อาจารย์ประจำหอผู้ป่วย ดำเนินการให้นักศึกษาได้รับการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อนักศึกษา ให้ได้รับคำปรึกษาและดูแลต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. ให้นักศึกษาได้รับการเจาะเลือดตามแนวปฏิบัติของหน่วยงานที่ดูแลบุคลากร เมื่อได้รับอุบัติเหตุทาง
5. ให้นักศึกษาเขียนรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งให้อาจารย์ประจำหอผู้ป่วย
6. อาจารย์ประจำหอผู้ป่วยแจ้งอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น แก่หัวหน้าวิชา หัวหน้าภาควิชา และฝ่าย การศึกษาตามลำดับ

อุบัติเหตุทางการแพทย์ เป็นเรื่องที่สามารถเกิดขึ้นได้ แต่บุคลากรสุขภาพสามารถมีส่วนช่วยลด อุบัติการณ์ดังกล่าวได้ โดยการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติงานที่วางไว้ และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเมื่อ ได้รับอุบัติเหตุทางการแพทย์ เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันที่





ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สรุปการประเมินผลการเสวนาก่อนการประชุมภาควิชาฯ

เรื่อง “ความปลอดภัยของพยาบาล: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย/
อุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ และของมีคมบาด”

โดย อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์

วันพุธที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2558 เวลา 12.30 - 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

1.ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสวนา (ผู้เข้าร่วมจำนวน 12 คน ส่งใบประเมิน 7 คน)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1) วิทยากรสามารถรวบรวมความรู้ได้ชัดเจน	7 (100 %)		
2) วิทยากรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	6 (85.71 %)	1 (14.29 %)	
3) เสียงพูดชัดเจน	7 (100 %)		
4) สามารถตอบข้อซักถามได้ชัดเจน	6 (85.71 %)	1 (14.29 %)	
5) รูปแบบ และวิธีการนำเสนอน่าสนใจ	7 (100 %)		
6) หัวข้อน่าสนใจ	7 (100 %)		
7) เนื้อหาน่าสนใจ	7 (100 %)		
8) มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้	7 (100 %)		

2. โดยสรุป ท่านเห็นว่าการเสวนาครั้งนี้อยู่ในระดับ

- ดีมาก 4 (57.14 %) ดี 2 (28.57%) ปานกลาง
 ควรปรับปรุงแก้ไข(โปรดระบุ) ไม่ตอบ 1 (14.29%)

3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

- ควรให้มีการนำเสนอของแต่ละหอผู้ป่วยว่ามี incident ของ นศ. อะไรที่เกิดขึ้นบ้าง เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ว่าจะจัดการอย่างไร เมื่อเกิด incident ขึ้น
- นำมาพัฒนารูปแบบ (แบบฟอร์ม) การ report incident เหตุการณ์ต่างๆ

ผู้เข้าร่วมการเสวนา

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชชุดา เจริญกิจการ | 7. อาจารย์พรณิภา สืบสุข |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา | 8. อาจารย์พิจิตรา เล็กดำรงกุล |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสน่หา | 9. อาจารย์ปิโยรส เกษตรกาลาม์ |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | 10. อาจารย์ประพัฒน์สินี ประไพพงษ์ |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี โตสุขศรี | 11. อาจารย์ปิยะณัฐ อมรชิวานันท์ |
| 6. อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ | 12. อาจารย์สิริกัญจน์ หาญรบ |

กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เรื่อง Patient safety & Nursing safety: Roles of Nurse Educators

หัวข้อ “การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจและปัญหาที่พบ
ในการดูแลนักศึกษาที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย”



วันจันทร์ที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2558 เวลา 12.30 – 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรรณิภา สืบสุข วิทยาการ

อาจารย์ธนัญญา สมัย ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจและปัญหาที่พบในการดูแลนักศึกษาที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ในวันจันทร์ที่ 21 กันยายน 2558 โดยมี ผศ.พรรณิภา สืบสุข เป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในแต่ละหอผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

สถานการณ์โรคระบบทางเดินหายใจ

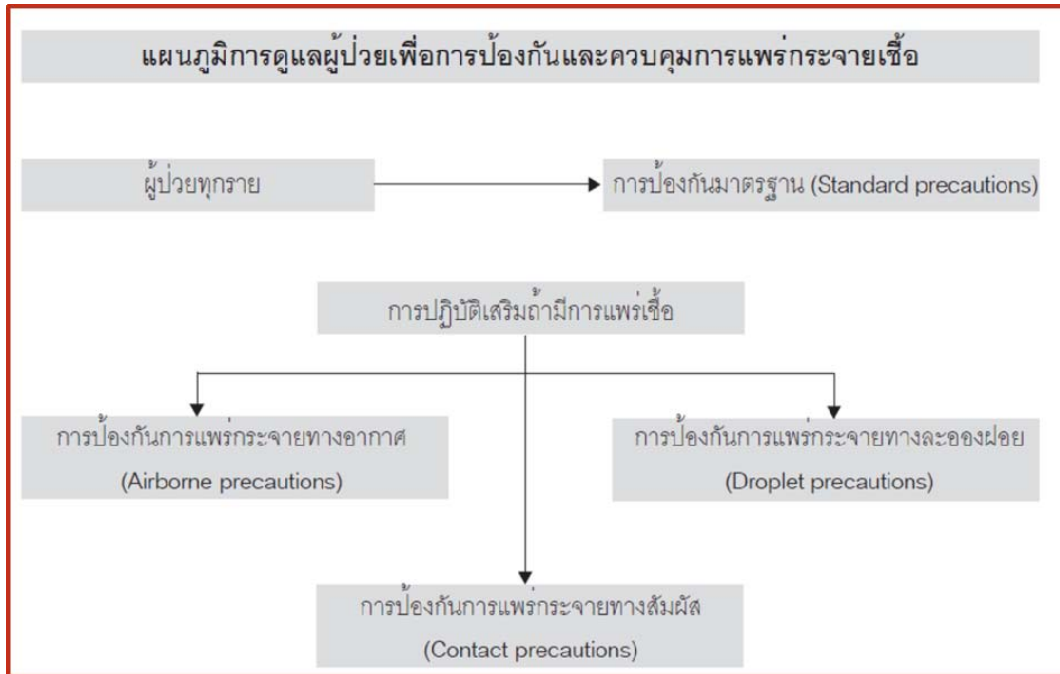
โรคระบบทางเดินหายใจ มีอยู่ด้วยกันหลายโรค สำหรับในประเทศไทย โรคระบบทางเดินหายใจที่สำคัญและพบได้ตลอดปีมีอยู่ 4 โรค ได้แก่ ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค และปอดบวม โดยในแต่ละปีพบผู้ป่วยจากโรคเหล่านี้ได้กว่า 20 ล้านคน

สำหรับวัณโรค ในอดีตเกือบจะหมดไปจากประเทศไทยแล้ว แต่การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ก็ทำให้วัณโรคกลับมาอีกครั้ง และเนื่องจากการกินยาไม่ครบและไม่ตรงเวลาของผู้ป่วย ทำให้ปัจจุบันมีปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยาเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้ยาชนิดใหม่ที่มีราคาแพงขึ้นกว่าเดิม จาก 2,000 บาท เป็น 200,000 บาท นอกจากนั้นยังทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 – 60 ด้วย (มณูญ สีเชวงวงศ์, 2555)

สถานการณ์โรคระบบทางเดินหายใจ

ส่วนไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 เนื่องจากเชื้อไวรัสชนิดนี้มีระยะเวลาในการฟักตัวประมาณ 3 วัน และโดยเฉลี่ยผู้ติดเชื้อคนหนึ่งจะสามารถแพร่เชื้อไปให้คนอื่น ๆ ได้อีก 2 คน ดังนั้น จำนวนผู้ติดเชื้อจะเพิ่มขึ้น 2 เท่า ทุก 3 วัน ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็วมาก โดยตัวเลขของผู้ติดเชื้อจะยังคงเพิ่มในปริมาณแบบนี้ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งเกือบทุกคนและทุกบ้านติดเชื้อ ซึ่งเมื่อทุกคนมีภูมิคุ้มกันแล้ว โรคนี้ก็จะหายไปเอง ซึ่งอาจต้องใช้เวลา 1 – 2 ปี

อย่างไรก็ตามไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 เป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เช่น ไข้หวัดนก: ผู้ป่วย 2 รายจะเสียชีวิต 1 ราย ซาร์ส: ผู้ป่วย 3 รายจะเสียชีวิต 1 ราย วัณโรค: ผู้ป่วย 100,000 รายจะเสียชีวิต 10,000 ราย แต่ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009: ผู้ป่วย 100,000 ราย จะเสียชีวิตประมาณ 10 ราย



Airborne precautions

การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (airborne precautions)	วิธีปฏิบัติ
ห้องผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยก ปิดประตูตลอดเวลา กรณีไม่มีห้องแยกจัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อชนิดเดียวกันอยู่ห้องเดียวกันได้ อุปกรณ์ที่ใช้ในห้องใช้เฉพาะราย แขวนป้ายแจ้งเตือน
อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	<p>ผู้ให้การดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> สวมผ้าปิดปาก - จมูก ชนิด N 95 เมื่อให้การดูแลผู้ป่วย สวมถุงมือชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง ทุกครั้งที่สัมผัสผู้ป่วย <p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก - จมูก เวลาไอ จาม และใส่ผ้าปิดปาก - จมูก ชนิดธรรมดาตลอดเวลา ยกเว้นเวลารับประทานอาหารและแปรงฟัน
การเคลื่อนย้าย	<ul style="list-style-type: none"> เคลื่อนย้ายเมื่อจำเป็น และให้ผู้ป่วยใส่ผ้าปิดปาก - จมูก ชนิดธรรมดา รวมทั้งแจ้งหน่วยงานที่รับย้ายทราบถึงการแพร่กระจายเชื้อ

สิ่งที่พบในการปฏิบัติ พบว่า ที่ศิริราช ใช้หน้ากาก แขนงป้าย และแยกอุปกรณ์ เช่นกัน แต่การใช้ mask N95 ไม่ชัดเจน

Droplet precautions

2.2 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อ โดยละอองฝอย (droplet precautions) เป็นมาตรการเสริมสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยหรือทราบว่ามีการติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้ทางละอองฝอย เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ซึ่งเกิด จากการพูด ไอ จาม รดกัน เนื่องจากละอองมีขนาดใหญ่จึงล่องลอยไปได้ไม่ไกลเกินระยะ 3 ฟุต เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายทางจมูก และเยื่อบุตาหรือผิวหนัง

วิธีดำเนินการ

การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อ โดยละอองฝอย (droplet precautions)	วิธีปฏิบัติ
ห้องผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยก ปิดประตูตลอดเวลา กรณีไม่มีห้องแยก จัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อชนิดเดียวกันอยู่ห้องเดียวกันได้/อยู่ห่างกันเกิน 3 ฟุต อุปกรณ์ใช้เฉพาะราย แขนป้ายแรงเดือน
อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	<ul style="list-style-type: none"> สวมผ้าปิดปากปิดจมูกชนิด N95 เมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะไม่เกิน 3 ฟุต สวมถุงมือเมื่อจับต้องผู้ป่วย
การเคลื่อนย้าย	<ul style="list-style-type: none"> เมื่อจำเป็น และให้ผู้ป่วยใส่ผ้าปิดปาก - จมูกชนิดธรรมดา รวมทั้งแจ้งหน่วยงานที่รับย้ายทราบถึงการแพร่กระจายเชื้อ

ผู้ป่วย เป็นห้องแยก ไปได้ไม่เกิน 3 ฟุต ซึ่งสภาพความเป็นจริง ไม่สามารถปฏิบัติบนหอผู้ป่วยสามัญได้

Contact precautions ที่หอผู้ป่วย ที่เจอส่วนใหญ่ สวมถุงมือ และถอดถุงมือ ใส่ทั้ง กาวร์น mask

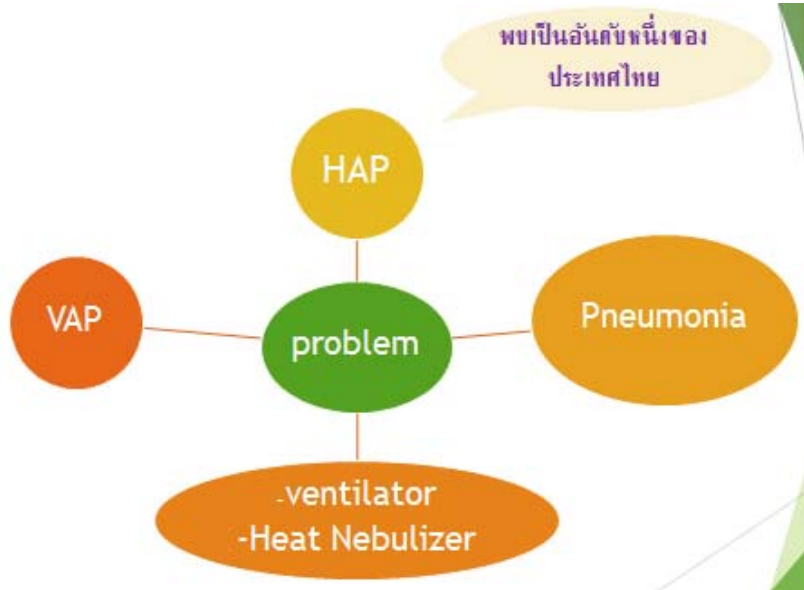
2.3 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (contact precautions) เป็นมาตรการเสริมสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยหรือทราบว่ามีการติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้โดยการสัมผัสทางตรง (direct contact) เช่น การสัมผัสผิวหนังที่มีแผล หรือการติดต่อโดยการสัมผัสทางอ้อม (Indirect contact) เช่น การ สัมผัสเครื่องมือที่ปนเปื้อนตลอดจนผู้ป่วยที่มีเชื้อแบคทีเรียคือยาต่างๆ เช่น MRSA, VRE เป็นต้น

วิธีดำเนินการ

การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อ จากการสัมผัส (contact precautions)	วิธีปฏิบัติ
ห้องผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยก ปิดประตูตลอดเวลา กรณีไม่มีห้องแยก จัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อชนิดเดียวกันอยู่ห้องเดียวกันได้/อยู่ห่างกันเกิน 3 ฟุต อุปกรณ์ใช้เฉพาะราย แขนป้ายแรงเดือน
อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	<ul style="list-style-type: none"> สวมถุงมือทุกครั้งที่เข้าให้การดูแล หลังถอดถุงมือล้างมือทันที สวมผ้ากันเปื้อน
การเคลื่อนย้าย	<ul style="list-style-type: none"> เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อจำเป็น กรณีเคลื่อนย้ายต้องระงับการปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม กรณีมีบาดแผลที่มีเชื้อโรคต้องปิดแผลให้มิดชิด รวมทั้งแจ้งหน่วยงานที่รับย้ายทราบถึงการแพร่กระจายเชื้อ และให้ทำความสะอาดพาหนะที่เคลื่อนย้ายด้วยน้ำยาทำลายเชื้อตามที่นโยบาย รพ.กำหนด

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ :

ปัญหาที่พบในการสอนทางคลินิก เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางหายใจ
 ประเด็นที่พบ ในนักศึกษา คือนักศึกษาไม่ทราบการป้องกัน การติดเชื้อ
 ที่อายุ 12 น ก้นมาน ผป เป็นอีสุกอีใส เปิดพัดลมต่อ ผป อีกคน ติด อีสุกอีใส ได้ยากดภูมิ
 เด็กเรายังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน ที่ อายุ 12 ได้ มีการเปิดพัดลม และยื่นใต้ลม รับไปเต็มๆ



งานวิจัย จันทน์ทิรา เจียรณีย์ & ศรัญญา จุฬารี่. (2553). พฤติกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์, การพยาบาลและการศึกษา, 3 (2), 16-27.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลที่มี เกรดเฉลี่ยสะสม และสถานที่ฝึกประสบการณ์ แยกต่างกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 รุ่น 18 จำนวน 56 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่ฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชา การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 10 กรกฎาคม 2552 (6 สัปดาห์) ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวนทั้งสิ้น 7 หอผู้ป่วย และเป็นนักศึกษาที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบสอบถามพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (alpha = 0.79) แบบสอบถามนี้เป็นแบบ Likert scale (1 = ไม่ปฏิบัติเลย 3 = ปฏิบัติทุกครั้ง) ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 5 หมวด (การดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน, การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว, การดูแลให้ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร, การดูแลดูแลเสมหะโดยใช้เครื่องดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง, การดูแลท่อทางเดินหายใจ และ ส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจต่าง ๆ) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมตามหมวดกิจกรรมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลที่มี เกรดเฉลี่ยสะสม และสถานที่ฝึกประสบการณ์ แยกต่างกลุ่มโดยใช้ ANOVA

* อาจารย์พยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

งานวิจัย ของ Gould & Drey. (2013). Student nurses' experiences of infection prevention and control during clinical placements. พบว่า : นักศึกษา 488 ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จะตอบข้อที่ขาด lack of compliance ในทุกข้อ โดยเฉพาะในชุมชน และ long-term care facilities for older people. Incidents ที่พบมากที่สุดคือ การไม่ล้างมือ isolated precaution และ poor standards of cleaning in the patient environment, not changing personal protective clothing between patients, and poor management of sharp instruments. พยาบาลที่จบแล้ว ไม่ใช่ provide good role models.

Infection prevention and control concerns reported by student nurses in rank order of occurrence

	No.	%
Not cleansing hands between patient contacts	373	76.4
Wearing rings (excluding wedding bands)	300	61.4
Wearing painted nails, nail extensions	293	60
Failure to apply isolation precautions (eg, not wearing PPE)	292	59.3
Poor cleaning (eg, lockers, trolleys, baths, wash bowls)	275	56.4
Not changing personal protective clothing between patients	261	53.6
Poor practice "sharps" management (eg, resheathing)	255	52.3
Using mobile telephones during patient contact	237	48.6
Reusing items without cleaning between patients	217	44.5
Items stained with blood or body fluids	195	40
Not being "bare below the elbow"	195	40.8
Dealing with body fluids without wearing gloves	175	35.9
Poor practice in relation to urinary catheters (eg, disconnecting catheter from drainage system)	171	35
Cleansing hands with water only	158	32.4
Reuse of scissors during dressing procedures without cleaning	156	32
Poor management of intravenous therapy (eg, disconnecting lines from access device)	140	28.7
Inappropriate storage of sterile items (eg, torn or dusty outer wrapping)	76	15.6
Reuse of single-use item	39	7.9
Insertion of a urinary catheter without gloves	24	4.9

ประเด็นปัญหาที่พบในการสอนทางคลินิก

เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางหายใจ จากที่รวบรวม มีดังนี้

- การจัดทำผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
- การดูดเสมหะ
- Heat nebulizer
- การให้ยาพ่นขยายหลอดลม
- การใส่ mask
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การจัดทำผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

แนวปฏิบัติ	แนวทางปฏิบัติ
การจัดทำนอน	<p>3.1 จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา ในกรณีที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต้องนอนราบ และไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemodynamic instability - intra-aortic balloon pump - low cerebral perfusion pressure - unstable cervical spine or pelvis <p>โดยมีการกำหนดตำแหน่งที่ถูกต้องสามารถวัดได้ ชัดเจนและตรวจสอบได้ง่าย รวมทั้งมีการติดตามตรวจสอบและบันทึกอย่างน้อยแวลละ 1 ครั้ง</p> <p>3.2 พลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง (เมื่อไม่มีข้อห้าม)</p>

การจัดทำนอน

Head of bed

HOB 30-45 องศา **องศาไม่ชัดเจน**

HOB 30-45°

1719 โรงพยาบาลกรุงเทพ BANGKOK HOSPITAL

CDC Guideline for prevention of Healthcare Associated Pneumonia
ATS/IDSA Guidelines for VAP 2005

การดูแลเสมหะ

<p>6. การดูแลเสมหะ</p> <p>ท่อช่วยหายใจ หมายถึงท่อที่ใช้ในการช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยได้แก่ ท่อหลอดลมคอ (Endotracheal Tube) และท่อเจาะคอ (Tracheostomy Tube)</p>	<p>6.1 พิจารณาดูแลเสมหะเมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ก่อนพลิกตัวผู้ป่วยหรือจัดท่าผู้ป่วยใหม่ - ก่อนให้อาหารทางสายยางเข้าสู่กระเพาะอาหาร - ก่อนดูแลมือออกจาก cuff ของท่อช่วยหายใจ <p>6.2 พิจารณาดูแลเสมหะในช่องปากก่อนดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ</p> <p>6.3 ล้างมือโดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อหรือ alcohol hand rub (hygienic hand washing) ก่อนและหลังการดูแลเสมหะผู้ป่วย และสวมอุปกรณ์ป้องกัน</p> <p>6.4 เมื่อมีการปลดสายต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจออกจากท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยต้องเช็ดปลายเปิดท่อช่วยหายใจและปลายข้อต่อของเครื่องช่วยหายใจ ด้วยแอลกอฮอล์ 70% และแขวนไว้โดยระมัดระวังการปนเปื้อนเชื้อบริเวณข้อต่อวงจร</p>
--	--

การดูแลเสมหะ ดูดในปากก่อนดูดในท่อ หรือการดูแลเสมหะ ในปากก่อนพลิกตะแคงตัว ซึ่งมีการวิจัยสนับสนุน

การปลดท่อ disconnect ด้วย แอลกอฮอล์ ควรคา Nebulizer ไว้ พิจารณาอย่าให้มีน้ำ ข้อดีต้องใช้เครื่อง เพราะถ้า ใช้ flow meter จะเป็นทั้งหายใจเข้าและออก

การดูแลเสมหะยังเป็นแนวทาง ที่อาจต้องพิจารณาต่อไป

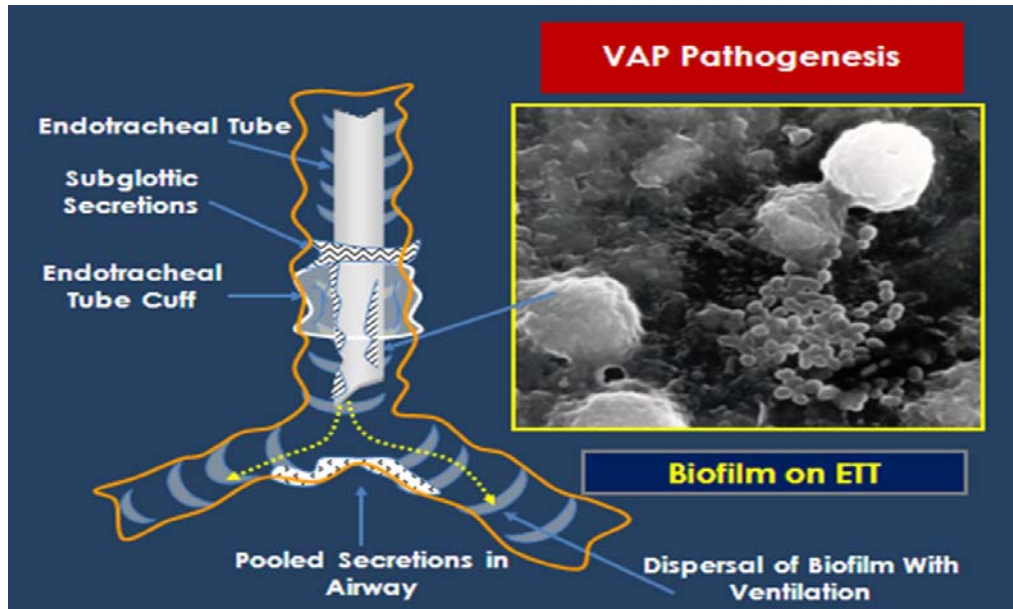
การหย่าเครื่องช่วยหายใจ

<p>10. การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning)</p>	<p>ระยะเวลาของการใส่เครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ยิ่งใส่เครื่องช่วยหายใจนาน โอกาสเกิด VAP ยิ่งสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรพยายามถอดเครื่องช่วยหายใจ และท่อหลอดลมคอออกให้เร็วที่สุดโดยมีแนวทางพอสรุปได้ดังนี้</p> <p>10.1 ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ >24 ชั่วโมง ควรจะได้รับการสืบค้นหาสาเหตุและแก้ไขโรคหรือภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้</p> <p>10.2 มองหาผู้ป่วยที่สาเหตุของ respiratory failure ได้รับการแก้ไขดีขึ้นแล้วและน่าจะมีโอกาสถอดเครื่องช่วยหายใจได้ โดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สาเหตุของ respiratory failure ของผู้ป่วยดีขึ้นแล้ว - มี oxygenation ที่เพียงพอ โดยดูจากค่า PaO₂/FiO₂ ≥ 150-200 ใช้ PEEP ≤ 5-8 cm H₂O; FiO₂ ≤ 0.4-0.5 และ pH ≥ 7.25 - ไม่มีปัญหาในระบบการไหลเวียนโลหิตโดยไม่มีภาวะ hypotension และไม่ได้อาศัย vasopressors หรือได้ยาเพียงขนาดน้อยๆ (เช่น Dopamine หรือ Dobutamine < 5 mg/kg/min)
---	--

WHAP to VAP Prevention (CDC Guideline for prevention of Healthcare Associated Pneumonia 2008) ได้ระบุวิธีการป้องกัน VAP คือ W: Early weaning, H: Hand hygiene, A: Aspiration precaution, P: Prevention of contamination

WHAPO to VAP Prevention

1. W: Wean ถอดอุปกรณ์และเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยให้เร็วที่สุดตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและ weaning protocol ของโรงพยาบาล เนื่องจาก biofilm ระหว่างอุปกรณ์กับเยื่อปอดจะเป็นแหล่งขยายตัวของเชื้อจุลินทรีย์



2. H: Hand hygiene

2.1 ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือ alcohol-based handrubs (ถ้าไม่มีการปนเปื้อนที่เห็นชัด) ในกรณีต่อไปนี้

- ก่อนและหลังสัมผัสกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคอ
- ก่อนและหลังสัมผัสกับอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจซึ่งกำลังใช้กับผู้ป่วย ไม่ว่าจะสวมถุงมือหรือไม่ก็ตาม
- หลังจากสัมผัสกับเยื่อปอด, สารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ, หรือวัตถุที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง ไม่ว่าจะใส่ถุงมือหรือไม่ก็ตาม

2.2 เปลี่ยนถุงมือและล้างมือ ในกรณีต่อไปนี้

- ระหว่างการสัมผัสผู้ป่วยคนละราย
- หลังจากจับต้องสารคัดหลั่งหรือวัตถุที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยรายหนึ่ง และก่อนที่จะไปสัมผัสผู้ป่วยรายอื่น วัตถุ หรือสิ่งแวดล้อม
- ระหว่างการสัมผัสกับตำแหน่งของร่างกายที่ปนเปื้อน และทางเดินหายใจหรืออุปกรณ์ช่วยหายใจในผู้ป่วยรายเดียวกัน

3. A: Aspiration Precautions

3.1 ป้องกันการสำลักเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

ก. ใช้ noninvasive positive–pressure ventilation ผ่าน face mask เพื่อลดความจำเป็นและระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยบางกลุ่ม (เช่น ผู้ป่วยที่มี hypercapnic respiratory failure เนื่องจาก acute exacerbation of COPD or cardiogenic pulmonary edema) และใช้เป็นส่วนหนึ่งของ weaning process

ข. หลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

ค. ก่อนที่จะปล่อยลมจาก cuff หรือถอดท่อช่วยหายใจให้ดูคุณสมบัติของ cuff ออกให้หมด

ง. ระบาย circuit condensate ก่อนจัดทำผู้ป่วย

3.2 ป้องกันการสำลักเนื่องจากการให้อาหารทางสายยาง

ก. ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ ให้ยกหัวเตียงผู้ป่วย สูงท่ามุม 30–45 องศา

ข. ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารและวัด gastric residual volumes ก่อนให้ tube feeding ถอดสายยางให้อาหารออกให้เร็วที่สุด

4. P: Prevent Contamination

ก. ทำความสะอาดเครื่องมืออย่างทั่วถึง ก่อนที่จะนำเครื่องมือไปทำให้ปราศจากเชื้อหรือทำลายเชื้อ (พิจารณาใช้ enzymatic cleaner สำหรับเครื่องมือที่มี lumen หรือผิวไม่ราบเรียบ)

ข. ถ้าเป็นไปได้ใช้การนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่สัมผัสกับเยื่อของผู้ป่วย กรณีที่เครื่องมือและอุปกรณ์นั้นไวต่อความร้อนหรือความชื้น ให้ใช้ low–temperature sterilizations methods และ rinse ด้วย sterile water

ค. เปลี่ยน ventilator circuits ต่อเมื่อเห็นความสกปรกที่ชัดเจน (โดยทั่วไปไม่ควรเปลี่ยนบ่อยกว่าทุก 48 ชั่วโมง) และควรเทหยดน้ำในท่อทิ้งบ่อย ๆ ให้เป็น routine

ง. การ suction ให้ทำเท่าที่จำเป็น ใช้วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการปนเปื้อนที่เหมาะสมและเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล, แยกอุปกรณ์ที่ใช้ดูดเสมหะและน้ำลายในช่องปากกับที่ใช้ดูดใน endotracheal tube ออกจากกัน, ใช้ saline ต่อเมื่อเสมหะเหนียวขึ้น

** ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนในเรื่องการเลือกใช้ multiuse closed–system suction catheter หรือ single–use open–system suction catheter, การใช้ sterile หรือ clean gloves

5. Oral Care

ลด colonization dental plaque โดยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง, ดูแลความชุ่มชื้นของเยื่อบุโดยใช้ moisturizer ทุก 2–4 ชั่วโมง พบปัญหาในการเรียนการสอนที่นักศึกษาไม่ทำความสะอาดปากฟัน หรือทำใช้ยาไม่สอดคล้อง ซึ่งทางภาควิชาอาจพิจารณา เป็น การจัดการความรู้ต่อไป เพื่อพัฒนาคู่มือการปฏิบัติที่สอดคล้องกัน

 **สาระความรู้ CoP Respiratory Care ปี 2566**

6.การทำ Heat nebulizer ในผู้ป่วยที่ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ทางเดินหายใจ ลดความเหนียวของเสมหะ ทำให้ถูกขับออกง่ายขึ้น
 2. ลดการระคายเคืองของเยื่อทางเดินหายใจ
 3. เก็บเสมหะส่งตรวจ โดยมักจะทำ Heat nebulizer ในช่วงเช้า เนื่องจากหลังตื่นนอนเสมหะจะมาก
- นอกจากนี้แพทย์อาจให้ใช้ Hypertonic saline (3% NaCl) nebulization ประมาณ 3-5 ml. เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในผู้ป่วยที่มีเสมหะเหนียว ทำให้สามารถเก็บเสมหะได้ง่ายขึ้น

อุปกรณ์

1. เครื่อง Nebulizer ครอบอกให้ความชื้น และ Oxygen flow meter
2. น้ำกลั่นปลอดเชื้อ
3. Corrugate tube
4. Face mask แบบรูใหญ่



วิธีปฏิบัติที่สำคัญ

1. ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือนอนศีรษะสูงในท่าที่เปิดทางเดินหายใจ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา
2. กรณีใช้ Plate ทำความร้อน ใส่ น้ำกลั่นปลอดเชื้อ ประมาณ 2/3 ของครอบอกแล้วเสียบไฟประมาณ 15 นาที จนน้ำอุ่นจัด
3. กรณีไม่ใช้ plate ทำความร้อน ให้ปฏิบัติตาม WI คือ อุ่นน้ำกลั่นปลอดเชื้อหรือน้ำเกลือออร์มัล ตามคำสั่งการรักษา รินใส่ประมาณ 2/3 ของครอบอก
4. ให้ออกซิเจนใช้ Face mask แบบรูใหญ่โดยผ่าน nebulizer แบบ JET ประมาณ 6-8 ลิตรต่อวินาที นาน 15-30 นาที โดยให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าลึกๆ ให้ห้องป่องออก หายใจออกท้องแฟบขณะทำ Heat nebulizer
5. ถ้าแพทย์มีคำสั่งการรักษาทั้ง Heat nebulizer พ่นยา และให้อาหารทาง NG tube ควรทำ Heat nebulizer ก่อนเพื่อละลายเสมหะจะได้ดูดเสมหะได้ง่าย หลังจากดูดเสมหะแล้วพ่นยา จากนั้นจึงให้อาหารทาง NG tube
6. ถ้าผู้ป่วยที่เบิกได้ ต้องให้ออกซิเจนนานๆ และต้องทำ Heat nebulizer บ่อยๆ สามารถใช้ Heat nebulizer แบบ Aquapak 760 ml. (เบิกได้ที่ห้องอุปกรณ์) แล้วนำมาต่อกับ Hudson RCI nebulizer adaptor และ aquatherm nebulizer heater ซึ่งอุปกรณ์นี้จะปรับอุณหภูมิของน้ำได้ ปรับ flow การให้ออกซิเจนได้ กำหนดเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนได้ และน้ำที่ใช้เป็นน้ำกลั่นปลอดเชื้อ แต่ถ้า น้ำกลั่นปลอดเชื้อหมดต้องเบิก Aquapak ใหม่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายมาก สามารถประยุกต์ใช้ Sterile Water ต่อกับ set IV แล้วเสียบเข้ากับขวด Aquapak จะช่วยผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้

มีปัญหาในการเตรียมน้ำอุ่นเพื่อทำ Heat nebulizer

การพ่นยาขยายหลอดลม

Bronchodilators



เดิม....Solution

➔



ปัจจุบัน....Inhaler

CDC Guideline for Prevention of Healthcare Associated Pneumonias 2004 ATS/IDSA guidelines for VAP 2005

Set พ่นยาล้างด้วย sterile water หรือ NSS ทิ้งไว้ให้ set พ่นยาแห้งก่อนนำไปใช้ครั้งต่อไป

การใส่ mask

เมื่อใส่หน้ากากอนามัยแล้วก็ไม่ควรไปจับหรือขยับ หากไปจับหรือขยับหน้ากากอนามัยต้องล้างมือก่อนไปสัมผัสสิ่งของอื่น ๆ โดยไม่ควรเก็บไว้ใช้งานอีก เพราะหากเอาไปวางไว้ตามที่ต่าง ๆ หรือใส่กระเป๋า สิ่งของต่าง ๆ อาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อที่ติดอยู่กับหน้ากากอนามัยได้ สำหรับหน้ากากอนามัยที่เป็นผ้าสามารถนำไปซักแล้วนำมาใช้งานได้อีก

Cuff pressure

การนำ NIV มาใช้




เพื่อลดจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจและลดการ Re- intubation tube

American Thoracic society. Guideline for the management of adults with hospital acquired,ventilator associated and healthcare associated pneumonia. Am J Respir Crit Care med 2008



ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สรุปการประเมินผลการเสวนาก่อนการประชุมภาควิชา

เรื่อง “ความปลอดภัยของผู้ป่วย: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย
เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ”

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรรณิภา สืบสุข

วันจันทร์ที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2558 เวลา 12.30 – 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

1.ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสวนา (ผู้เข้าร่วมจำนวน 14 คน ส่งใบประเมิน 12 คน)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1)วิทยากรสามารถรวบรวมความรู้ได้ชัดเจน	12 (100 %)		
2) วิทยากรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	12 (100 %)		
3) เสียงพูดชัดเจน	12 (100 %)		
4) สามารถตอบข้อซักถามได้ชัดเจน	11 (91.7 %)	1 (8.3 %)	
5) รูปแบบ และวิธีการนำเสนอน่าสนใจ	12 (100 %)		
6) หัวข้อน่าสนใจ	12 (100 %)		
7) เนื้อหาน่าสนใจ	12 (100 %)		
8) มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้	12 (100 %)		

2. โดยสรุป ท่านเห็นว่าการเสวนาครั้งนี้อยู่ในระดับ

ดีมาก 11 (91.7 %) ดี ปานกลาง

ควรปรับปรุงแก้ไข(โปรดระบุ) ไม่ตอบ 1 (8.3 %)

3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

- ถ้าเป็นภาพก็จะดีกว่านี้มาก เพราะตัวหนังสือเล็กมากมองไม่เห็นหลายสไลด์
- หัวข้อไว้ discuss ต่อ ได้แก่ inner tube, Heat nebulizer, mouth care technique
- ฝากบางประเด็นที่ยังไม่ได้ข้อสรุป เพื่อให้สามารถสอนนักศึกษาไปในทางเดียวกัน และวิทยากรสามารถรวบรวมประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติได้ครอบคลุม และกระตุ้นการอภิปรายได้ดีมากค่ะ



ผู้เข้าร่วมการเสวนา

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมม | 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรรณนิภา | สีบสุข |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสน่หา | 9. ผู้ช่วยอาจารย์ปิโยรส | เกษตรกาลาม์ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | 10. ผู้ช่วยอาจารย์ประพัฒน์สินี | ประไพวงษ์ |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี โตสุขศรี | 11. ผู้ช่วยอาจารย์ปวีตรา | จริยสกุลวงศ์ |
| 5. อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ | 12. ผู้ช่วยอาจารย์ปิยะณัฐ | อมรชิวานันท์ |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวมน ศรียุคศุทธ | 13. ผู้ช่วยอาจารย์สิริกาญจน์ | หาญรบ |
| 7. อาจารย์ธนิษฐา สมัย | 14. ผู้ช่วยอาจารย์ณัญญา | ประหา |

ผลแบบประเมินการนำองค์ความรู้ไปใช้

จากการเสวนาการจัดการความรู้ของภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประจำปีงบประมาณ 2558 ตั้งแต่ตุลาคม 2557 ถึง กันยายน 2558 เวลา 12.30- 13.30 น.

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 14 คน

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 14 คน ไม่ได้เข้าร่วมเสวนาครบทุกหัวข้อ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้เข้าฟังในแต่ละหัวข้อ ได้ลงจำนวนไว้ที่วงเล็บท้ายหัวข้อ

1. ในช่วงเวลา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 ถึง กันยายน 2558 ท่านได้รับประโยชน์ และนำความรู้ที่ได้ไปใช้

หัวข้อเรื่องที่จัด	ประโยชน์ที่ได้รับ			การนำไปใช้			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
1. Rational use of medicines: การใช้ยาอย่างสมเหตุผลสมผล (ตุลาคม 2557) (ผู้ตอบแบบสอบถาม 11 คน)		1 (9.1%)	10 (90.9%)			6 (54.5%)	5 (45.5%)
2. ความปลอดภัยในการใช้ยา: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย (เรื่องยาปรับปรุทาน) (พฤศจิกายน 2557) (ผู้ตอบแบบสอบถาม 10 คน)			10 (100%)			1 (10%)	9 (90%)
3. ความปลอดภัยในการใช้ยา: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย (เรื่องยาฉีด) (มกราคม 2558) (ผู้ตอบแบบสอบถาม 9 คน)			9 (100%)			2 (22.2%)	7 (77.8%)
4. ความปลอดภัยของพยาบาล: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย/อุบัติเหตุเข็มที่มุดำ และของมีคมบาด (เมษายน 2558) (ผู้ตอบแบบสอบถาม 10 คน)	1 (10%)		9 (90%)		1 (10%)	2 (20%)	7 (70%)
5. ความปลอดภัยของผู้ป่วย: ปัญหาที่พบในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ (กันยายน 2558) (ผู้ตอบแบบสอบถาม 14 คน)	1 (7.1%)		13 (92.9%)			1 (7.7%)	11 (84.6%)

2. ท่านได้นำความรู้ที่ได้ไปใช้ในเรื่องต่อไปนี้ (ถ้าท่านไม่ได้ นำความรู้ไปใช้ ขอให้ท่านข้ามไปตอบข้อ 4)

- นำไปพัฒนาการเรียนการสอนแบบ E-learning 3 (23.1%) CAI 1 (7.7%) WBI
- นำไปใช้ประกอบการเรียนการสอน
- สำหรับนักศึกษาพยาบาล ในหลักสูตร ปริญญาตรี 11(84.6%) เฉพาะทาง 2(15.4%)
 ปริญญาโท 2(15.4%) ปริญญาเอก
- ในวิชาในด้านปฏิบัติ 11(84.6%) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 11(84.6%)
 อื่นๆ 3(23.1%) ได้แก่ ปฏิบัติทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล ปฏิบัติบริหารการจัดการพยาบาล และ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1
- ในวิชาในด้านทฤษฎี 7(53.8%) การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 5 (38.5%)
 อื่นๆ 1(7.7%) ได้แก่ Advance health assessment

3. การนำไปใช้ ท่านพบปัญหาอุปสรรค ไม่มี 8 (61.5%) น้อย 4 (30.8%)
 ปานกลาง 1 (7.7%) มาก

4. ท่านไม่สามารถนำความรู้ที่ได้จากเสวนาไปใช้ เนื่องจาก ไม่มี

5. จากการจัดเสวนาการจัดการความรู้ ทำให้เกิด การสร้างงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง คือ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้วิธีการให้ยาอย่างปลอดภัยกับการปฏิบัติการให้ยาของนักศึกษาพยาบาล โดย ผศ. ดร. ดร. จงจิต เสนหา และคณะ

6. มีการพัฒนาแบบบันทึกความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล และบันทึกเหตุการณ์ในการฝึกปฏิบัติ (Incident form) เพื่อการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และการปฏิบัติแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

